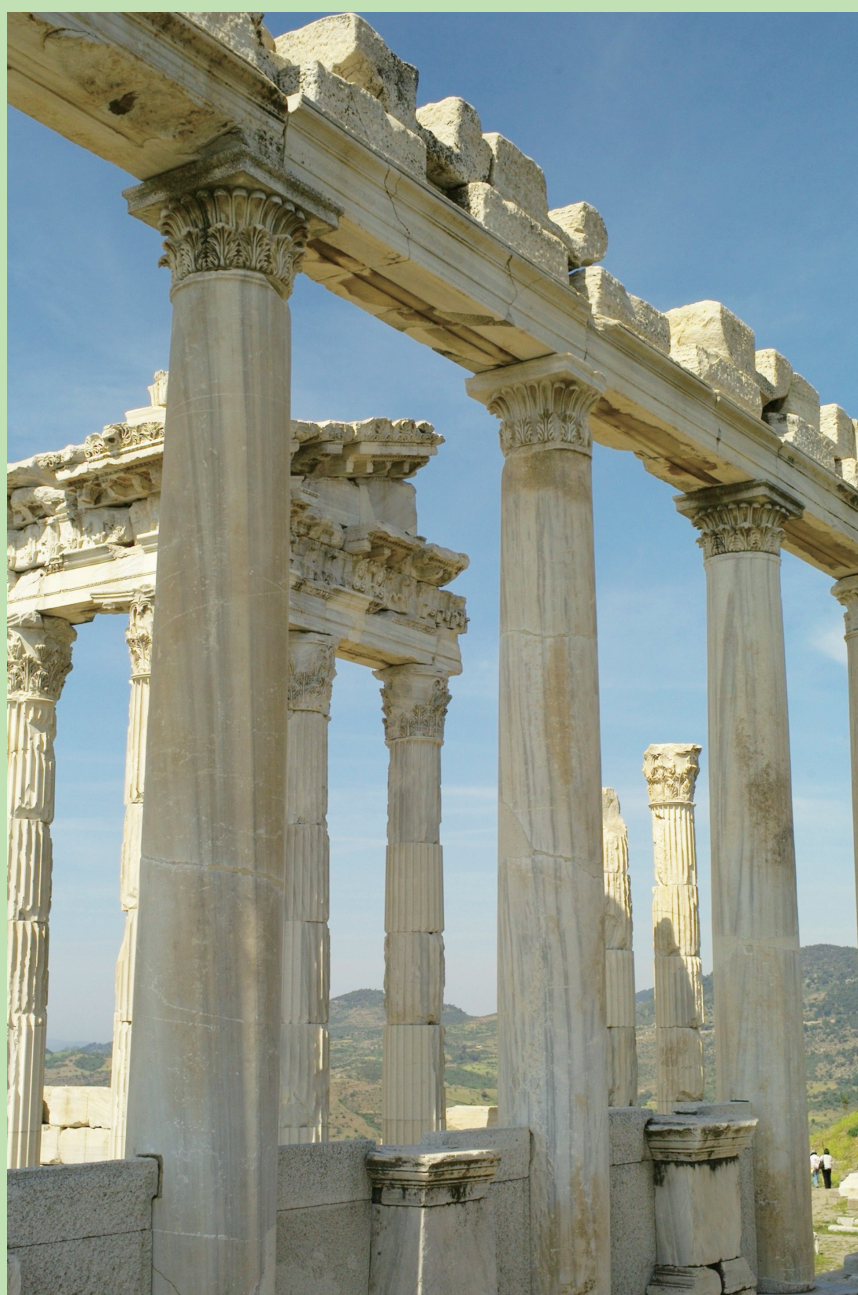


仁明会精神医学研究 第22卷2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 22, Number 2, March 2025



Jinmeikai Research Institute for Mental Health

仁明会精神医学研究 第22巻2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 22, Number 2, March 2025

巻頭言

[生きにくい社会](#)

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

特別寄稿

[思春期の性愛（セクシャリティ）に関する発達の視点](#)

福岡病院 西村良二 …… 2

[「夢」を夢見て](#)

秋田大学名誉教授 清水徹男 …… 13

原著

[都道府県別のセンテネリアン数と消費食品との関係](#)

大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 他 …… 21

症例報告

[自閉スペクトラム症を併存した重度の児童期強迫症に対して入院加療を行った1例](#)

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 濱田達雄 他 …… 36

[強迫症状がうつ病に伴うものか、強迫症のものかの判断に苦慮した両者を併存した一例](#)

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 細井幸彦 他 …… 42

[精神保健福祉相談・病診連携により入院加療が可能となった引きこもりを呈する強迫症の一例](#)

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 荒川優太 他 …… 48

総説

[ソーシャルネットワークサービス（SNS）と子供のメンタルヘルス](#)

大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 他 …… 54

コラム

[忘れられない患者さんたち 5. Folie à deux](#)

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 67

[仁明会精神衛生研究所年間業績報告（2024 年 1 月～2024 年 12 月）](#) …… 70

[仁明会精神医学研究・執筆規定](#) …… 75

[編集後記](#) …… 77

Jinmeikai Journal of Psychiatry
Volume 22, Number 2, March 2025

Forewords

A difficult society to live in	Yasushi MORIMURA MD, PhD (President, Jinmeikai Foundation) ·····	1
--	--	---

Special Article

A Development Perspective on Sexuality in Adolescence	Ryoji NISHIMURA, M.D., Ph.D (Fukuma Hospital) ·····	2
Dreaming a “Dream”	Tetsuo SHIMIZU, MD, PhD (Professor Emeritus, Akita University) ·····	13

Original Article

Centenarians and food consumption of Japanese people	Masatoshi TAKEDA, MD, PhD (Osaka Kawasaki Rehabilitation Univesity) et al. ·····	21
--	--	----

Case Report

A case of hospitalization for severe childhood obsessive-compulsive disorder with autism spectrum disorder	Tatsuo HAMADA, MD (Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University) et al. ·····	36
A case of obsessive compulsive disorder (OCD) with comorbid depression, in which it was difficult to determine whether the obsessive-compulsive symptoms were associated with depression or OCD	Yukihiko HOSOI (department of neuropsychiatry, hyogo medical university) et al. ·····	42
A case of obsessive-compulsive disorder (OCD) presenting with social withdrawal (Hikikomori), for which hospitalization and treatment were made possible through mental health consultation and cooperation with a hospital and mental clinic.	Yuta ARAKAWA MD (Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical Univirsity) et al. ·····	48

Review Article

Social network service and child mental health	Masatoshi TAKEDA, MD, PhD (Osaka Kawasaki Rehabilitation University) et al. ·····	54
--	---	----

Unforgettable patients : No.5: Cases of floie a deux	Yasushi MORIMURA MD, PhD (President, Jinmeikai Foundation) ·····	67
--	--	----

Annual Activity (January 2024 – December 2024) ·····		70
--	--	----

Instructions for Authors ·····		75
--	--	----

Editor's Note ·····		77
-------------------------------------	--	----

巻頭言

生きにくい社会

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

なんだかとても生きにくい社会になってきたと感じているのは私だけでは無いだろう。他人の揚げ足をとるクレーマーによって支配され、silent majority がオドオドしながら生きている社会になってしまった。昨今の日本社会が生きづらいのはこれだけではない。生きにくさの原因の一つは「集団いじめ社会」に日本が、あるいは西側諸国すべてがおちいってしまっているせいではないだろうと思う。

フジテレビの問題が連日取り上げられているが、少しでも悪いことをした(かもしれない)人々や組織を徹底的に叩きのめしようとする人たちがいる。これはいじめである。その日までは強者でいじめる立場にあった者が、一度水に落ちてしまうと、手を差し伸べて助けようとはしないで、溺れるものに石を投げたり、棒で叩いたりしているようにしか見えないのである。強い権力者に対して正義の剣を振るっているつもりの人々が、彼らや企業に対して、徹底的にその仕返しをしようとしているようにしか見えないのである。低レベルの記者たちが「表現の自由だ」「知る権利だ」「情報を開示せよ」などと叫び、聞くに耐えない表現で会長や社長を罵る態度は、それ自体がペンによるパワハラであるのに気が付かないでいる。人生の先達に対する礼儀もなく罵詈雑言で批判を繰り返す。マスコミの記者たちが持つルサンチマンの捌け口となっている。このような姿を見ている子供達に大人が「年長者を敬え」と教えることができるのであろうか。

学校のいじめに関する委員会に参加させていただいているのであるが、今社会で起こっていることは学校で起こっていることと本質は同じである。小学校低学年までの子供のいじめの多くは悪ふざけの延長である。普通いじめは小学校の高学年になると少なくなってくると言われているが、度を越したいはずが減っているだけなのであろう。高学年になると勉強ができる子供、スポーツができる子供、クラスの人気者などに対する嫉妬の気持ちが次第に芽生えてくる。子供の頃からの嫉妬や羨望が大人になって彼らの劣等意識に火をつける。大人のいじめは自分自身の金銭欲、名誉欲、性欲などが嫉妬の背景にある。大人になるということは倫理観や社会常識などがより洗練され善悪の区別もできるようになるということだ。ところが昨今のテレビや週刊誌、あるいは SNS から流れてくる情報には、この倫理観や社会人としての常識的な道徳までが軽視されているように思えてならない。

破天荒な生き方をしていると、その人の能力や業績を評価するのではなく、生き様の中にある非常識さを問題として言い立てて、社会から抹殺してしまう。マスコミや SNS が作り出す世論によって社会人として失格者であるとの烙印を押されてしまう。私たちは社会常識に沿って生きられない人々や、人間関係が作れない人たちのなかに素晴らしい能力を持つ人々がいることを知っている。非常識であるからこそ可能な発想がメディアのいじめによって潰されてしまっただけはあまりにももったいない。私たち精神科医は社会の中で生きづらさを訴える人々の中にこそ時代を作る新しいアイデアを持っている人たちがいることを知っている。だからこそ彼らの発想を大切にしたいと思うのである。

Diversity、Equity、Inclusion (DEI)の政策は標準偏差から外れた生き方をしている人々の生き方を認めようという考え方であるはずだ。しかし標準から外れた人々を標準の中に無理やり押し込めようとするあまり、彼らが持つ特殊な力までも認めない世界になってはいないだろうか。彼らの面白さ、彼らの優れた能力を見過ごしてしまっているのではないかと思うのだ。どこかで生きにくさを感じる現代社会は、本来の人間があるべき姿を人工的に変えようとし過ぎているのではなからうか。人も自然の中に存在する動物の一種に過ぎないのに、特別な生き物であるという特権意識が強くなり過ぎているのかもしれない。自然の中で生きている生物であるという原点を持っていると、もっと生きやすくないだろうか。人が人としての原点に立ち返り、ルサンチマンを乗り越えてその人が持っている価値にフィルターをつけずに見ることができたら、もっと生きやすい社会が可能にならないだろうか。

このようなことを書くのも単なる老人の愚痴だと言われるのならば、その言葉は素直に受け止めよう。

特別寄稿

思春期の性愛(セクシャリティ)に関する発達の視点

福岡病院 西村良二

Abstract

Adolescents are in the process of developing their sexuality. They do not yet have a framework that allows them to automatically and appropriately handle their sexual tensions and anxieties. This requires experience, so it is not surprising that young people behave in an exploratory manner.

Adolescence can be seen as a process of overcoming feelings of guilt about sexual instincts and finding pride and satisfaction in one's existence as a man or woman. It seems necessary to understand and respond to adolescent sexuality as being two sides of the same coin as the formation of an adolescent personality.

Key words: 思春期、性愛性、性的逸脱、発達、人格

adolescence, sexuality, sexual deviation, development, personality

I. はじめに

かつては性的な体験は人格を成長させる重要な経験と言えました。小学校高学年では男の子は男の子で、女の子は女の子で群れをなし、そういうギャング集団に入って、中学では親友ができ、高校では異性へのほのかな憧れ、異性への理想化した想いを抱くプラトニック・ラブ、そして大学の世代で恋愛という流れがあったと思います。

しかし、1980年代の頃から、そうした男の子たちの群れや、女の子たちの群れがなくなって、代わりに出てきたのは、いじめと性被害です。

性的な体験は人格を成長させる重要な経験だと思うが、今は性被害、レイプまがいです。実は、性愛性の成熟のためには、異性への憧れを心の中で持ち続け、異性への憧れを空想の中で膨らませる、そういう経験が必要であり、時に疑い、悩み、そしてハッピーエンドに終わる物語が必要なのです。そういった空想を体験して思春期を過ぎ

るべきなのだが、近年の男女17歳の性体験率には高いものがあります。つまり、空想できないまま、実際の体験に突入しているのです。同性の仲間のうちで異性への想いを語り、育んでいる空想を語って共有し、そして異性を迎い入れる心の準備を進めるというプロセスを通過しないまま異性関係ができるので、どうしても性的な体験を被害体験としてしか体験できないのです、そういう状況にあります。⁵⁾

ここで考えなければならないのは、背景にある人格形成の問題です。本来の健康な人格が形成されるプロセスが障害されるので、いろんな病態が起こってくるのです。思春期の子どもの性愛への対応には必ず人格の発達が伴います。この思春期という時期には大人の人格へ再編成されることを忘れてはならないと思います。

II. 思春期の性愛

人が自分の性本能とうまく折り合いをつけていくことができるかどうかは、自分を信頼する気持ち、他人と交わっていく能力、その人の性格など多くの側面と関連しています。性をどう受け止めるかは、その人の人間性を構成すると言ってもよ

A Development Perspective on Sexuality in Adolescence
Ryoji NISHIMURA, M.D., Ph.D.
Fukuma Hospital
1-5-1 Hanamigahama, Fukutsu-shi, Fukuoka 811-3295

いでしょう。情緒的な(人間的な)成熟と性的な成熟の間には 100%の相関性があるわけではないが、思春期では、性的な成熟が人間的な成熟を推し進め、人間的な成長が性の心理的成熟を推し進めるといった関係があります。

1. 自慰と自慰空想

自慰は少年にはほとんど普遍的な活動といえます。少年ほどではありませんが、少女にも見られます。昔は、自慰は有害だ、たとえば、からだが虚弱になるとか、頭が悪くなる、背が伸びないなどの俗説が少年を悩ませたようです。今では、まったく害はないというように教育されています。たしかに、からだにも頭にも害はありません。それでは自慰は害がないと言い切ってよいのでしょうか。実は、自慰については罪悪感の問題があるのです。

自慰をしている間に活発な空想をしているものです。その空想内容はさまざまですが、たいていは異性のことです。性行為や異性の裸などが多いようです。性的な興奮をますます掻き立てるような空想内容といえましょう。

ところが、この空想の中に、近親姦的な(incest インセスト)要素が含まれていることがあるわけです。異性の親に似た誰かとの性的な行為を空想してしまうのです。「空想に出てくる女性が外国人でないと自慰ができない、日本人では生々し過ぎて」と言う少年もいます。日本人だと、お母さんを連想してしまい、自慰に励めないというのです。同性の親との空想や、兄弟姉妹との空想のこともあるようです。いずれにせよ、これらの場合、罪悪感が生じるのはよく理解できると思います。こうした空想は不愉快なものであることは言うまでもない。自慰をしている時、空想のなかにお母さんの裸が出てきたり、姉妹の顔が浮かんだりしたら、罪悪感が生じて、自慰を楽しむどころではありません。お母さんにお尻を拭いてもらっている空想をしている子もいます。それで興奮がたかまるなんて、「自分は異常ではないか」と不安になります。

インセストの空想はしたくないのは当然です。考えまいとしても浮かんでくるとしたら、自慰はできなくなるでしょう。

それでは、どうしたらよいのでしょうか。変な言い方ですが、安心して自慰ができるためには、未熟な空想は押し込まれる(抑圧される)必要があるのです。やはり性的な衝動は強いものです。だから、自慰をしない方向での解決(まったくの禁欲)よりも、空想を成熟させる方向での解決がベターなわけです。どんなことがあっても、自慰空想のなかに家族が登場しなくなるようにしなければならないのです。少年は自慰のときの自分の空想が現実と合っているかどうか、現実検討せざるを得なくなります。自慰に、未熟な空想と現実とをしないでいかに調和したものへともっていくという方法としての価値を見ているのです。²⁾ 自慰にも、良い精神的発達のための要因の1つになりうる長所があるわけです。

男子も女子も同じように、しだいに、突き上げてくる性衝動を気持ちよく扱えるようになり、性衝動をうまくコントロールしている感じをもてるようになります。このことは、實際上、近い将来に、異性愛的な関係をもつための準備となるものです。

とくに少年の場合、勃起と射精の現実的なクオリティは、異性との関係での男性的な役割を受け容れていく準備となります。不安や罪悪感が強くて、自慰を断念しなければならないとすれば、そこには重篤な発達の障害があると考えべきでしょう。

もう1つ考えるべきことは、自慰行為の密かな楽しみが射精後の身体の虚脱感にとってかわり、悔恨の情にさらされることです。誰もいない宇宙空間にひとり放り出されたような、虚無感というか、自分には誰もいない、という喪失感に近いでしょう。思春期の自慰には対象がないのです。思春期では、親との心理的訣別が始まっていますが、まだ家族の外の性愛の対象は、社会的にも現実的にもあらわれていないし、内的にも性愛の安定した対象関係が築けていないのです。

2. 思春期の早すぎる性交

若い女子の性交の大多数は、その時、その時はステディな相手との性交ですが、関係を続ける能力や判断力が乏しくて、衝動的なところもあり、1年のうちにコロコロとパートナーを変え、入れ代わり立ち代わり、4人とか、4人以上のボーイフレンドをもつことがあります。彼女たちの特徴は、余りに早く自立しようとし過ぎていることです。それと、性的自由と成熟を混同していることです。

母親との関係は緊張していて、母親は支配的、批判的、拒絶的です。父親との関係は乏しいようです。父は無関心、受身、そして娘にはほとんど関心を示していないと娘は思っているようです。あるいは、父親は攻撃的(喧嘩好き)で、あら捜しの男で、娘は父との交流をもつことができないかもしれません。早すぎる性交は自己評価を与えてくれない親からの脱出の試みという一面があります。

こうした女子のかなりの人が、次々と男ができませんのですが、彼女らは経験の性的な要素を楽しんでいないようです。ただ、他の人たちの関心を引きつけるように思える何かを自分たちはもっていることに気づいています。それでもって、彼女らの低い自己評価を高めようとしているところがあります。基本的には自己評価が低いのです。自分が男たちに利用されているだけと気づき始めると、自発的に終わるようになります。ただ、自分たちを喰い物にするボーイフレンドに頼っていたのだと気づいた時、彼女たちは自傷行為や自殺を試みるかもしれません。

対応としては、家族機能の改善です。父親の関心を引きだし、より積極的で支持的な役割がとれるように父親を手助けします。特に、母娘関係の質を変えることが重要になります。

思いやりのある、若い女性を喰いものにしない男性治療者による個人精神療法はかなりの価値があります。彼女たちの依存性を取扱い、自立へ向かうのを援助するのです。

3. ティーンエイジャーの妊娠

どんな妊娠でも、中心にあるものは、性交が繁殖力のある二人の間で行われ、避妊の用心が行われていなかった、もしくは失敗した、ということです。だから、いつも精神病理的な要素があると考えるのは適切ではありません。

妊娠したティーンエイジャーたちには、共通した特色として、愛されることを極端に切望し、母性(母親であること)を得たいという強い無意識の欲望があるという報告があります。母性への切望といっても、成人の女性の成熟した母性とは同じものではありません。このような若者たちは、心から赤ん坊が欲しいかもしれないが、それはままごとの範囲内にとどまっているし、望まれた赤ん坊も、1人の人格をもつ存在というよりも、お人形、ぬいぐるみに近い。その他にも、ボーイフレンドのセックスの強要、親の不注意、それから避妊の用心が欠けていることが指摘されています。

彼女たちは赤ん坊が欲しいのでしょうか、思春期の彼女たちを夢中にさせるたくさんのことが他にあるのです。十分な母親の世話を赤ん坊に与えるには、まだ思春期では役に立つ経験が乏しいのです。もし出産すれば、乳児の世話をしますが、ほぼ1年で関心を失い、自分の母親(赤ちゃんからすると祖母)へ譲り渡す傾向があります。

妊娠へのティーンエイジャーの女の子の態度は、どのようなものでしょうか。

- 1) 何か汚い、そして、悪いことをしたことの罪。
- 2) 何か素晴らしい、母親というものを共有したいとか、素晴らしいものを母親へ与える、もしくは母親から母親らしさ(母性)を無意識に盗むというイメージ。
- 3) 愛の必要 - 赤ん坊の世話を通して、自分が世話される赤ん坊として再びセルフを確立したいというニーズ。
- 4) 将来の計画を妨げるバリア。自分の将来を台無しにした、など。
- 5) 何か対人関係の闘い、もがき。もしくは男たち

との関係における難しさを示しているかもしれません。

彼女たちは、依存的、受身的なことが多い。母親との関係は乏しく、崩壊家庭が多いようです。

ティーンエイジャーの妊娠のマネージメントは、どうやって性的心理的な成熟を助けることができるかということにあります。家族療法も必要となるでしょう。

Ⅲ. 思春期の性の逸脱

思春期の性の逸脱に関する文献は多くありません。その理由の1つは、思春期の性の逸脱は多くが一時的なものであり、繰り返すことはなく、環境の調整によく反応するものだからです。性的逸脱を大人の生活にまで持ち込むのは、一部に限られるということです。思春期の若者に関しては、他者と関わったり他者とのコミュニケーションができたりすれば、かなり性的衝動は抑えられて、性的逸脱があったにしてもほとんどが一過性です。

思春期では、まだ異性と性交できる状況には情緒的にも社会的にも達していないので、性交のかわりとなる行為をほかに求めざるを得ないのです。思春期の若者は性愛性を発展させている途上にあるのであって、自分の性的緊張や性的な不安を自動的に、適切に取り扱えるようにする枠組みをまだ持っていない。それには経験が必要です。若者が探索的な性行動に携わるのは、不思議なことではありません。だから、性が成熟する途上の思春期では、さまざまな性の逸脱は、性的空想や実際の性行動を含めて、むしろ普遍的な現象ではないでしょうか。

思春期の性の逸脱を考える時、思春期の子どもたちにはまだ性愛の対象(ふさわしい相手)がもたらされていないため、性欲が正常に流れていく出口がなく、どうしても性的衝動は退行的なもの(歪んだもの)にならざるをえないのです。性交にはただ肉体的な歓びを手に入れたいたいという欲求だけでなく、人と交わって称賛されたいとか、たとえ罰されてでも、失われた自尊心を回復したいという

切ない願いもあるのです。

思春期の間に、幼い頃から長い間続いてきた罪悪感や劣等感が癒され、人間関係の永続的な改善がはかられて、性の成熟にも到達するのです。³⁾

さて、思春期にみられる性の逸脱は多数ありますが、ここではいくつかを述べます。

1. 思春期の露出症

露出症というのは、ふつう、勃起したペニスを通りがかりの女性、多くは若い女性に露出することです。女の子たちから、怯え、興奮などの情緒的反応を引き出すことを願っています。それは、自分に男としての実感を与えようとする1つの原始的な方法だといえます。このような粗野な形で自分の男らしさを示すのは、女性のなかに情緒的反応を引き起こすことで、「たとえ女から愛してもらうことはできなくても、俺だって、女の中にショックを生み出すぐらいの力はあるんだ」という確信を得たいからです。

もともと少年たちはお互いの性器にある種の興味を示すものであり、ペニスを比べあったり、ペニスの大きさを測り合ったりしているものです。ペニスの大きさは、ほとんどの男性にとってナルシズムの満足の源になっており、とりわけ、自分の男性としての自信がない場合は、自分の性器はこんなに大きくて立派なのだと自慢して見せ、勇気や慰めを引き出すわけです。

露出したときの気持ちを問うても、彼らははっきりとものが言えないし、犯罪を強く否定します。しかし、不安や恐怖、時にはかなりの興奮、そして、はっきりしない、向けようのない怒りを感じているようです。

露出の少年の多くは、内気で内向的、臆病、感情を自由に表現できず、年齢にふさわしいやり方で自己主張することはできません。友達関係も乏しく、ひきこもりで、受身的な少年です。

彼らの母親は、支配的な母親です。母親との衝突や葛藤があるような時、年齢にふさわしい形で自己主張することができません。かわりに、ひき

こもります。若い女性への彼らの反応をみると、女性との間にどのような関係をもとうと、母親との間に存在した、支配される関係が繰り返されるだろうという恐れが基盤にあるようです。

そのために、女性とのどのような性的な接触も、安全な距離をもっていなければならないのです。自分の家の部屋の窓辺に立ち、通りを歩く若い女性に対して、露出するなどをします。

初めての露出事件の場合、警察での取り調べに対する困惑、きまりの悪さがこの逸脱行為の抑止をうながすようです。しかし、むやみに性的欲動を抑えるだけでは、結果として、性的心理的成熟は進まないでしょう。かわりに、性的な緊張がせき止められて、再発をおこすかもしれません。

露出事件のことを知れば、両親は驚愕し、不安が高まっています。家族面接は計り知れないほど貴重です。利点は以下のようです。

- 1) 少年が問題を全体的に否認していても、両親から情報が得られます。
- 2) 少年と家族との間にコミュニケーションのチャネルを開き、導くことができます。

こうした少年たちの家族では、性(エロス)について話し合うことは抑制されていて、少年が実際の事件について話し合うのが最初の経験でしょう。家族は性的衝動について語る言葉を持たないかもしれないので、家族へのサポートも必要です。

- 3) 家族面接は、少年が自分の犯罪を適切な枠組みのなかに置くことを助けます。

また、家族面接の中で両親をサポートし、怒りを発散させます(怒りがあれば、ですけど)。そして、問題について見通しをもつ手助けをします。

- 4) 家族面接ではまた、母親がどのように支配的か、どれくらい受身的かをみることができます。少年が同一化するための満足すべきモデルを得ているか、いないかを観察できます。少年が同一化できそうもない支配的で独断的な父親がいるかもしれません。

思春期のグループ療法も有用でしょう。最初はなかなか参加したまらないものです。自分の問題

が暴露されるのを恐れて、ということもあります。もともと同性の仲間との交流が苦手なこともあるでしょう。思春期の同性の仲間集団に受け入れられるという体験は大きな効果があります。何故なら、仲間の中で“男らしさ”を追求できずに、“男らしさ”を証明するために、憤慨した時にペニスを露出したわけですから。

繰り返しの露出の場合、ないしは、自分の行為について心配していない場合には、知的レベルやパーソナリティ障害のことも考慮に入れたアプローチが必要です。行動療法も有用でしょう。

2. 思春期ののぞき(窃視症)

異性の裸や異性の性器をみる行為です。本質的に男性の現象です。成人では正常な性的関係の代理にしているときは性的逸脱です。しかし、思春期の場合、ある範囲内では、正常な性的好奇心の一部です。

窃視症もしくは覗き見というのは、複雑な人間関係、複雑な男女関係の世界に乗り出すことなしに性的喜びを手に入れようとする一つの方法です。ですから複雑な人間関係の世界にまだ入りこめない思春期の若者には、ある範囲内では、正常な性的好奇心の一部というわけです。

家族背景などは本質的には思春期の露出症と同じです。治療のアプローチも同じです。

3. 思春期のフェティシズム

フェティッシュ(呪物)のもともとの語源は、原始民族が魔術的な力が宿っていると信じて崇拝した命のない物を指し示したものでしたが、そこから発展して「非合理的畏敬の対象」という意味をもつようになりました。

フェティシズムもまたふつうは男性だけに見られる逸脱です。フェティッシュには女性を象徴しているものが選ばれます。女性専用の持ち物などです。たとえば、ブラジャー、ハイヒール、セーラー服など、第二性徴を強調する衣類がフェティッシュになります。

成人男性にとっては、フェティッシュは性的興奮と自分への自信と勇気をもたらしてくれます。フロイトはフェティッシュが女性のペニスをあらわしていると考えたが¹⁾、おっぱい(乳房)の代理を果たしている」と主張する精神医学者もいます。共通していることは、フェティッシュが、性交において、「大丈夫だよ」と請け合う保証という機能を果たしているという考えです。異性に怯え、自分の男としての能力に自信をもてないでいる男性がフェティッシュを通じて不安を克服しているという見方です。

粗野で無神経な母親に育てられた男子は、ほぼ間違いなく、大人になっても女性を恋することができなくなってしまうますが、それは、ほかの女性も母親と同じように、自分に辛く当たるにちがいないと思っているからです。女性が自分を好きになってくれないのではないか、また自分には女性の要求を満たすことなどできないのではないかと心配しているのです。だとすれば、このような人が、子どもの頃自分に自信と安心を与えてくれたものに今一度、すがりついたとしても、少しも不思議はないし、おかしくありません。

多くの男性が、女性の体にペニスを挿入するのを無意識に怖がります。北欧には、女性の性器には歯がついているという神話があるそうですが、膣は男を去勢する器官とみなされているのです。

女性のことを、自分を傷つけかねない危険な存在とみなしているからこそ、ペニスを挿入するのが怖いともいえるのです。男性が無事に性交できるためには、何よりもまず、女性への信頼が成り立っているものでなければなりません。関係性の成熟、人格の成熟が基盤になればなりません。

性交するときには、男性は自分のもっともか弱くもっとも傷つきやすい部分(ペニス)を女性に差し出すわけですから、もし、彼が無意識のうちに相手の女性を母親として扱ってしまうといった、そういった幼児的発達段階にとどまっていれば、近親姦のタブーからいっても、性交そのものは危険な行為となってしまいます。しかも、そういう

場合には、潜在的には女性の方が強いことから、女性はただの誘惑的な存在というだけでなく、自分を脅かす恐ろしい存在でもあることになり、そういう意味からしても、やはり性交することは危険な行為となるわけです。

フェティッシュの欲望から、物干しの女性の下着を盗むという窃盗が生じることがあります。

多くの思春期の男子の自慰では、ピンナップの水着の写真、グラビアの裸の女性などを見ながらの自慰です。水着の女性の写真、裸の女性の映像は、女性の性器のような恐ろしさを感じさせることのない代用性器、代用女性として、性的興奮を導いてくれるものになってくれるのでしょうか。思春期の男子にとっては、ピンナップの女性も一種のフェティッシュです。もちろん、人間的にも成熟して、女性と対等な関係が持てるようになり、ステディな安定した関係の、性的交わりの相手が見つければ、こうしたフェティッシュはすぐにお払い箱になることは言うまでもありません。

4. 服装倒錯（異性装）

成人男性の服装倒錯者たちもまた、フェティシストとよく似た恐れをかかえています。そこからさらに進んで、服装倒錯者は異性の衣服を直接自分が身に着けて、鏡に映った自分の姿を見ながら自慰にふけます。こういう場合は、同時に、この上もなく誘惑的な女性の姿が空想されているのが普通です。自慰のときに、どのような空想をしているかは、性の成熟度、人格の成熟度を知る1つの物差しといえます。

思春期の服装倒錯の場合も同じく、空想の中で一人の女性を生み出そうとしているのですが、ただし、この試みは、思春期の男子においては、成人男性とは違って、女性の服装を身につけて、女性はどのように感じるものか、女性の性愛性(セクシャリティ)とは何かを知りたい、つまりは女性というものを知ろうとしている試みとも考えられるのです。平たく言えば、ごっこ遊び、もしくはロールプレイの要素が思春期の服装倒錯にはあるということです。

思春期の男子の場合、女装とは、無意識的には女性のボディを身に着ける、女性と同一化するという事です。そうすることで、女性の性愛(セクシャリティ)を理解し、それでもってコントロールを得るための男子の試みといえます。女性(の性愛性)への不安を克服するためのロールプレイのようなものでしょう。

思春期における服装倒錯の行為は珍しいことではありません。思春期の男子は女装パーティが好きなようです。「いやだ、いやだ」と恥ずかしがりながら、でも盛り上がります。学園祭など、公的な状況が設定され、「ここでは許される」と保証されれば、嬉々としてセーラー服やあらわなドレスなどの女装を楽しみます。異性の衣服や下着を身に着けてみたいという密かな望みは、思春期の男子に広く見られるものです。

問題となるのは、母親や姉妹の下着を着ているのが家族に見つかったり、もしくは、干してある洗濯物から衣服を盗んできた場合です。彼らは事件を忘れたと思うし、否認するかもしれません。

両親や他人との関係は希薄かもしれません。いくらか孤立していて、同年齢の男子と性的空想をともにしたり、性について多面的に語り合ったりとはしないようです。大半の男子では、服装倒錯も、他の性的逸脱と同じく一過性のものです。

治療としては、関連性のある問題の話し合い、という形を取った精神療法が有用でしょう。また、不適切な家族の相互作用を修正するための家族療法は有用です。家族療法では、家族の成熟課題に適した適切な概念的枠組みを提供することを狙います。

5. 強制わいせつ行為

他の人を、その人の同意なしに性的に探究することです。この犯罪をおこすのは、ほとんどが男性です。同じ年齢の誰か、もしくは、年長の女性に向けられるかもしれないが、本人より若い少女への性的行為が多いようです。

成人女性への性的行為では、若者は女性の胸を

触ったり、スカートを捲って、そのまま逃げるなどです。このような若者から病歴を聴取するのは難しい。何故ならば、その出来事から自分自身を引き離して考えたいと願っているからです。否認したり、もしくは無関心、冷淡であろうとするかもしれません。

幼い子どもへのわいせつ行為は、男の子であっても女の子であっても、子どもと会話して、子どもを説得して服をぬがせ、時には少し威圧して、子どもの性器に手を触れる、というものです。お互いに性器を露出させて、並べて比べたり、触らせたり、くっつけたりもあるようです。

いやいやながら強制わいせつ行為の被害者となった幼い子どもについては、幼い犠牲者のニーズは何か、どのようにして外傷体験(であったかもしれないもの)に打ち勝つために援助できるか、を考えるのが適切です。

幼い犠牲者にとって、どんな出来事であったのだろうか。最初は子どもにとって、何か小さな出来事であったのが、両親やその他の人が大騒ぎして、大事件へと変えられていないかを確かめることに向かわなければならない。誤解がないように話しておく必要がありますが、強制わいせつが小さな出来事と言っているわけではありません。それは犯罪ですから。ここで話したいのは、幼い子に、できるかぎり外傷にならず、後遺症を残さないようにしたいということです。強制わいせつ行為は、私たちのなかに強い感情を引き起こし、両親や私たちは犯人に強い怒りをおぼえます。親の取り乱しや不安、怒りは当然です。

ところが、子どもは、両親の犯人への怒りを、「自分が怒られている」と誤解しやすいのです。親の取り乱しぶりをみて、子どもは混乱します。子ども心に「大変なことになった」「何かわからないけど、私が悪いことをしたみたい」と思うのです。子どもには事情が説明されず、秘密にされ、周りはヒソヒソと会話をかわし、子どもが姿を見せると、ピタッと話をやめ、目をそらしたり、あっちへ行ったりします。それだから子どもの内に罪悪感がま

すまず発展しやすくなるのです。

子どもに不安を与えないような、周りの大人たちの配慮が必要となります。両親も子どもの前ではうろたえない事です。両親にも適切なサポートが必要です。

少年による強制わいせつの大半は、幼い子どもの性器に手で触ること、もしくは少年の性器に触るように頼むことです。子どもはいくらか、この経験にまごつきますが、怯えるのはそれほど多くはないようです。はっきりしているのは、犠牲者が幼いほど、それだけ、その意味を理解していないだろう、ということです。

思春期に至って、幼少時のことを振り返って、「あれは性的な行為だったのだ」と意味がわかったときに精神的に不安になる人もいます。もちろん、記憶に残っていても、すっかり過去にできる人もいます。ただ、前者の場合は、専門家の援助が必要となるかもしれません。

出来事が生じてしばらく経っても、両親が不安のままであったり心配したままだったり、もしくは子どもが心を痛めているようであれば、専門の児童精神科医を受診するのが望ましい。出来事に圧倒されて、両親は見通しを失っています。子どもも誤解して不安になっています。だから、面接の目的は、子どもの誤解や不安を解き、両親には見通しをもってもらう手伝いをすることです。そして出来事の外傷性を抑えることです。

6. インセスト (incest 近親姦)

定義は、身近な家族の血縁の間での性的関係です。インセストは私たちの心に激しい嫌悪感や、胸のむかつくような感情を掻き立てる出来事です。父と娘の間でのインセストが最も多く、次に兄弟姉妹の間、それから母と息子の順のようです。

女性患者の精神療法を行っていると、子ども、ないしは思春期の頃、父親と性的交渉があった、と話す女性がいます。しかし、そのような出来事が本当に起こったのか、もしくは、それは生き生

きと思い出された空想ないしは夢なのか、区別が難しいものです。実際の臨床では、このような時、出来事が最近生じたのであれば、もしくは再び起こりそうならば、父親に対する何らかの対応がとられなければなりません。もし、出来事がずっと昔のことであり、今は止んでいるのならば、犯罪として逮捕を考えるのはしばらく保留(犯罪として起訴できるだけの証拠が集まるかどうか、の問題もある)として、若者の内的現実の一部として、それを認識し、尊重する(実際に出来事が生じたかどうかは、広い心をもって尊重する)のがベストかもしれない。

父親は 40 歳から 45 歳、知能は普通か、軽度の知的障害のレベル。通常は長女が多い。父親は情動不安定で、家庭を威圧する。多くの父親では攻撃的、あるいはサディスティックです。娘は平均 15 歳で、ふつう、インセストには受身的なかわりです。父親の言い寄りには抵抗しますが、1 つには父親が家庭を支配しているため、1 つには娘は恐怖のために、父親の言い寄りが大目に見られています。

だいたい、人を喰い物にする父親と脅えた犠牲者の娘という図式です。しかし、娘が言い寄るケースや、本当の愛情関係にあることもあるようです。父親は子どもを手に入れやすい性的な対象とみています。

家族力動をみると、娘が母親の役割を引き受け、家庭の中で中心人物というケースもあります。両親の間では性的関係が妨げられ、といって、父親は家庭の外で性的な満足を得るのは気が進まない、面倒くさいということから、娘が性的対象になることもあります。また、娘の側に、父親の言い寄りに抵抗できないのは、家庭が壊れることへの恐怖や、見捨てられる恐怖があるようです。一方、母親は、見て見ぬふりをしています。意識してか無意識的かは別として、父親と娘のインセストを是認(支持)していることがしばしばあるようです。

こうした娘たちは、表面上は驚くほど成熟して

いて有能な娘に見えますが、かなりの子が抑うつや学業上の問題をもっています。成績が芳しくないのです。

母親は自己評価が低く、責任に直面すると、あわてふためき、持っている能力を発揮できないようです。

娘たちの予後ですが、後に、性的乱交に走る人、不感症になる人、神経症性障害になる人、何ら悪い影響をもたない人などもあります。

多くの娘は、心がかき乱され、言動がおさえとどめられ、他人を信用するのを躊躇します。人間関係にまごつき、抑うつに陥りやすいようです。まとまりのない行動を見せ、緊張を発散させるタイプのパーソナリティ障害と似た状態を呈する娘もいます。家庭生活の質全体の貧しさがあるかもしれません。また、ひどくアンビバレントな父親との関係に由来するところがあります。

治療について述べます。インセストが生じた家族にどのように援助ができるでしょうか。若者の発達という長期的な視点でもって、もっとも効果的な治療の枠組みは何かを熟考しなければなりません。難しいのは、子どものニーズと家族を援助することのバランスでしょう。

インセストが最近生じているということが発見されれば、さっそく行動に移らなければならない。もし父親が娘を性的な対象としているならば、子どもは家庭から離すべきです。おそらく母親の共謀があると考えて対応すべきです。父親は再発防止のためにも法律で罰されなければならない。また、母親の反応は考慮に入れなければならない。母親も困惑の反応を示しますが、子どもが性的に使用されるのは、母親の側の意識的な、ないしは無意識的な許可があるからです。母親の敵意があるのです。多くの少女たちがインセストの場合に、母親に助けを求めることができないのは、このためです。

少女に対しては、「あなたの父親は、許されないやり方であなただけを扱っていた」ことを説明し、「この理由のために、あなたを守るために、家族と離

れておくのです」と説明することが必要です。また、少女は自分が悪いとか、みだらと思っているかどうかを面談のなかで話し合っていくことは適切です。これは、母親との同席の面接で行うのがよいでしょう。このときの母親の反応は家族力動を理解するのによいガイドラインとなります。

時に、ティーンエイジャの少女たちは、父親と積極的にかかわったままでいたいと願うことがあります。これに対しては、「私たちが心配していることは、あなたのお父さんが、娘というよりもガールフレンドとして、あなたを扱っていたことです。それで、このことは、あなたにとっては、大変に心を混乱させられることだったに違いありません。お父さんが、これをするのは間違ったことなのですよ」という内容の話は役に立つでしょう。

ガイドラインとしては、実際の性的な出来事には特別の重要性をわりあてておくべきではありません。注意を向けなければならないのは、子どもが性的な対象と利用されてきたこと、世代間の境界が確立できていないこと、父親と母親の関係が乏しいこと、です。ここを治療的にアプローチします。これには夫婦療法や家族療法も有用です。

少女にたいする精神療法も有用でしょう。あてべき焦点は、思春期の発達課題に取り組み、少女たちの自我を支持することです。そして、おそらく彼女たちの家庭には欠けていた同一化のモデルを提供することです。特定の外傷体験に焦点をあてたいと願う少女はあまりいないし、面接でとりあげても、得られるものはほとんどありません。

これらの少女たちの多くが、自分の性的欲動について強い混乱があります。彼女たちはしばしば誘惑的です(無意識のうちに男性治療スタッフにも向う)が、性的欲動を否認し、それを他者(男性治療スタッフも含めて)に投影せざるを得ないところがあるのです。

7. サド・マゾヒズム

サド・マゾヒズムという逸脱のもっとも深い根は、実は、相手を痛めつけたり、相手から痛めつ

けられたりしたいという願望ではなく、むしろ、全能であるか、さなければ完全に依存的であるかの、どちらかでありたいという欲求です。支配か服従か、自由か隷属か、絶対的権力か絶対的無力か。こういう対立がサド・マゾヒズムの基盤を構成しているのです。

サド・マゾヒズムは、私たちが成熟について抱いている理想、すなわち、対等の資格で愛情をやりとりすることがまだできない人間関係になら、ほとんどのものに入りこんでいます。

多くの性的逸脱を例にとっても、サド・マゾヒズムがきわめて重要で基本的な一面を構成していることがわかります。たとえばフェティシズムはサド・マゾヒズムの要素を含んでいます。露出症の人にしても、自分のからだを露出して相手にショックを与えたり、相手を怯えさせたりしたいという欲望に駆られている点では、相手に対してサディスティックな振る舞いをしていると言えます。

一般に性的逸脱というのは、子ども時代の劣等感と罪悪感が大人になってからも消えずに残っているところから生じる現象ですが、このことはサド・マゾヒズムの場合には特にはっきりとしています。何故なら、サディスティックな行動には劣等感を緩和する効果があり、マゾヒスティックな行動には罪悪感を和らげる効果があるからです。

サディストやマゾヒストには、自分たちは互いに対等なのだという感覚や相手と進んで力を合せようという感覚が欠けているのです。

IV. 理解と対応

性本能そのものに対する罪悪感を克服していくプロセス、もう 1 つは男性または女性として自分の存在に満足と誇りを見出していくプロセス、すなわち劣等感を克服していくプロセスが思春期であり、このことは人格形成と表裏一体のことであるという理解が必要です。

思春期をみていると、人を恋慕するようになると、これまでの性的空想や性的行為はまるで申し

合わせたように影をひそめてしまうことが多いのですが、それもそのはず、かつて歓び(退行的な歓び、性的逸脱)を与えてくれたものに、これ以上いつまでも固執している必要などないからです。今ではもう、自分がこうして味わっている充実感が間違いなく現実のものだということが、はっきりと確信されているからです。実際に人を恋慕することができれば初めから問題はないのですが、思春期の人はまだ誰もそこまで成熟していないのです。

さて、思春期の性的逸脱に悩む子どもには、まずは、セックスにまつわる様々な性癖や行動をそっくり他人に承認され、あたたかく受け入れてもらうことができるのだ、という体験をすることです。これが貴重な第一歩です。

これと同じように大切なことは、自分の抱えている症状(性的行為ないしは性的空想)の起源について、治療者から何か合理的な説明をしてもらえる(精神分析や脳科学の知見を通して)ことです。

女性ではなくてフェティッシュや子どもに、膣ではなく肛門に、抑えがたいほどの魅力を感じてしまうのは、当人にとってもきわめて不可解なことなので、こうした強迫的な現象でも立派に合理的な言葉で説明できるのだという事実を知れば、おのずから自身の回復につながるでしょう。⁴⁾

治療者は、どんなに異様な思春期の性的逸脱にもそれなりに肯定的な価値が隠されていることを指摘してあげられる立場にいます。思春期の逸脱的な空想の中には、本人の人格のまぎれもない一部なのだとははっきり自覚されてはいないにしても、やがて貴重なものに転ずる可能性を秘めた種子がたくさん含まれているのです。だから、このことがよくわかれば、自己の否定的な部分を受け容れるという必要にして不可欠な一歩をそれだけ踏み出しやすくなるのです。

人を愛することができるのは、何よりもまず、自分が人から愛してもらったからです。また、大人になっても、愛してもらえると信じることはできないのは、子どもの頃、人から全面的に受け入れられていると安心して信じられなかったためです。

私たちの、自分に対する態度と他人に対する態度は本質的に別々のものではありません。自分を憎み軽蔑している人は、他人をも同じように憎み、軽蔑しています。だとすれば、他人を愛せるようになるためには、人はまず、自分のありのままの姿を受け容れて、“自分はまずまず良し”とみなすようにならないといけないわけです。

V. 終わりに

さまざまな事情が整って、他人との間に“より良い”関係を新しく築けるようになり、自分にもいささかの価値があるのだという確信を密かに持てるようになったとき、大人の愛情関係を築く能力が高まったといえます。そのとき、思春期の性的逸脱を何かもっと良いものと取り換えるようになるのです。

思春期の間に、幼い頃から長い間続いてきた罪悪感や劣等感が癒され、人間関係の永続的な改善がはかられ、性の成熟にも到達するのです。

文献

- 1) Freud, S. : Three essays on the theory of sexuality. Standard Edition 7, Hogarth. London, 1905
- 2) Laufer, M : The body image, the function of masturbation, and adolescence. Problem of the ownership of the body. Psychoanal Study Child 23:114-137, 1968
- 3) 西村良二：思春期の性愛を語る ―人格形成とどのようにかわるのか―. 日本社会精神医学会雑誌 29:234-239, 2020
- 4) Storr, A. : Sexual Deviation, C.Nicholls & Company Ltd, London, 1964
- 5) 牛島定信：思春期の対象関係論. 金剛出版, 東京, 1988

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はありません。

特別寄稿

「夢」を夢見て

秋田大学名誉教授 清水徹男

Abstract

Since the discovery of REM sleep, many psychiatrists have participated in sleep research to elucidate the mechanism of hallucinations through the physiology of dreams. However, apart from the hypnagogic hallucinations of narcolepsy, there were no notable results, and psychiatrists' interest in sleep research waned. The author uses recent advances in visual physiology, particularly the meaning of eye movements, to reconsider the relationship between hallucinations and REM sleep. I hope that this will rekindle interest in this field among young psychiatrists.

Key words: REM睡眠、急速眼球運動、衝動性眼球運動、視覚心像、夢、パレイドリア、幻覚、せん妄、アルコール離脱
REM sleep, rapid eye movements, saccadic eye movement, visual imagery, dreams, pareidolia, hallucinations, delirium, alcohol withdrawal

I、はじめに

夢と密接な関連を持つ REM 睡眠がシカゴ大学の Aserinsky & Kleitman(1953)により発見されたのは 1953 年のことである²⁾。REM 睡眠は、Rapid Eye Movement、すなわち急速眼球運動を伴う睡眠のことであり、その時期には活発な夢体験があること、脳波の上では浅い眠りであること、骨格筋の筋トーンは著しく抑制されないしは消失していることが特徴的である。REM 睡眠が発見された当時、米国ではフロイト学説のもと、精神分析が隆盛を誇っていた。フロイト学説では夢の分析が重要な役割を果たす。したがって、多くの精神科医が精神病、とりわけ幻覚の謎を“夢の生理学”を道具として解明しようとしたことはよく理解できることである。当初は REM 睡眠の時期に出現する急速眼球運動(REMs)は夢の視覚像を追視することで出現する(scanning theory)というような研究が多くなされたが¹⁴⁾、統合失調症の患者の REM 睡眠についての研究ではめばしい成果があげられな

かったことから、次第に多くの精神科医は睡眠の研究から離れていった。

この小論では、REM 睡眠の精神医学の復活を願って、最近の視覚生理学の知見を援用しつつ REM 睡眠と幻覚やせん妄との関係について、私論を交えて解説する。その際、1970 年台に行われた大阪大学の振戦せん妄についての研究結果について、REMs などの眼球運動をカギに再度光を当ててみたい。

II、ナルコレプシーの入眠時幻覚

REM 睡眠と幻覚の間に直接的な関係があるのはナルコレプシー患者に見られることの多い入眠時幻覚である¹⁵⁾。入眠時幻覚とは、寢床に入ってもなくの自覚的には覚醒している状態で非常に鮮明な幻覚(例：白い人影が窓から入ってくる、隣の部屋で数人の人々が患者を亡き者にしようと相談している声が聞こえるなど)を体験することであり、健常人でも不規則な睡眠・覚醒の生活を送っていると稀に出現することがある。また、入眠時幻覚を体験しているときには睡眠麻痺(俗に言う“金縛り”)をもしばしば体験する。ナルコレプシー患者の睡眠を睡眠ポリグラフ検査を用いて検討す

Dreaming a “Dream”
Tetsuo SHIMIZU, MD, PhD.
Professor Emeritus, Akita University

ると、患者では通常は入眠後 NREM 睡眠が 60 – 90 分以上経過したのちに初めて現れる REM 睡眠が、覚醒状態から数分～十数分以内に現れること (sleep onset REM sleep period:SOREMP)が多い。さらに、入眠時幻覚と睡眠麻痺は、SOREMP のうちでも覚醒状態から数分以内に現れる REM 睡眠の時期に一致して出現することが明らかになった。このことは入眠時幻覚が入眠直後の自覚的にはまだ覚醒しているときに出現する REM 睡眠の夢を幻覚として体験するものであり、睡眠麻痺は REM 睡眠時の骨格筋トーン消失を麻痺として体験するものであることを示している³¹⁾。

Ⅲ、覚醒時の視覚認知とパレイドリア、幻視

Ⅲ-1、覚醒時の視覚認知 階層的な自己形成モデル

19 世紀、Helmholtz(熱力学第 2 法則の提唱者)は「知覚体験は感覚に基づく知覚対象の推測である」と喝破した²¹⁾。人間は直接的に“世界”に触れることは出来ず(例えば、世界には色がついていないのに視覚が電磁波のごく一部分を色として知覚しているに過ぎない)、知覚入力に基づいて“世界”をその都度想像しており、この意味では我々は“仮想現実”に生きていると考えられる²⁰⁾。これは現在の視覚などの知覚認知に関する階層的な自己形成モデル(hierarchical generative model)を予見するものといえよう²⁵⁾。

視覚情報は網膜の視細胞が光刺激を受け取り、LG B(外側膝状体)→V1(一次視覚野)→V2→・・・と低次から高次へ情報を伝達する(順行性結合)が、この過程で外界における隠れ変数(物体の大きさ、物体間での前後関係、奥行き、運動、光の当たり方、色など)が推定される⁵⁾。さらに脳は過去の記憶から網膜像に対する予測を行い、予測は高次から低次に送られる(逆行性結合)。実際に得られた網膜像と予測された網膜像が一致していない場合には、変数の推定及び予測を生み出したネットワークを最適化するため、予測と実際の入力との誤差信号が再度、順行性で送られる。その誤差信号を元に高次の脳皮質で予測の修正が行われ、それが低次

の視覚領野に送られて再度実際の入力との照合が行われる。その誤差信号は再度高次の大脳皮質に送られる。この過程が繰り返される事により、視覚認知がなされる。つまり、視覚認知は世界についての推測を視覚入力に基づき修正することによって得られる一種の“仮想現実”であると言える¹⁸⁾。事実、外側膝状体への入力の 95% 以上は網膜以外のものからであり¹³⁾、一部の領域(V1 など)では順行性よりも逆行性の結合の方が多くなっている³⁸⁾といった知見は、順行性の視覚入力に対して高次の脳皮質からの様々なフィードバックを受けて低次の視覚野が働いていることを示している。AI の深層学習のための回路(DNN: Deep Neural Network)は、このような神経回路の predictive coding(予測符号化)や hierarchical generative model (階層的な自己形成モデル)を模して作成されている³³⁾。

また、脳が発する運動指令は、そのコピーが知覚情報処理を行う脳部位に送られる。これを corollary discharge(随伴発射)あるいは efference copy(遠心コピー)と呼ぶ。遠心コピーないしは随伴発射によってトップダウン予測による感覚抑制が生じる¹⁹⁾。これは眼球運動にも当てはまり、眼を動かしても世界は静止しているように見える。逆に、眼球を手で圧迫すると世界が動いて見える。REM 睡眠の REMs と PGO 波の方向は、先行する橋の burst firing の laterality に一致していることが分かっている。このことから、橋の burst firing や PGO 波は眼球運動指令の随伴発射ないしは遠心コピーではないか、との説もある²⁸⁾。

Ⅲ-2、パレイドリアと幻視

生き残るためには迅速かつ能率的に外界の意味を捕まえることが必要である。predictive coding や hierarchical generative model は、まさに迅速かつ能率的に外界の意味を捕まえるためにある脳のシステムである。危険な動物(秋田にあっては熊)、人物などの仮説は優先され、それを仮定して感覚入力から階層的に上がってくる情報と照合・修正して素早い視覚認知が行われる。幻視は、存

在しないもの(とくに人や動物)が見える覚醒時の体験とされ、パレイドリアテストなどで示される錯視との関係が強調されている³⁷⁾。幻視のあるレビー小体病(LBD)患者では幻視のないLBD患者に比べて、現実にあるものが認知されず、現実にはないものが見えてしまう割合が高い⁶⁾。このことは、視覚認知能力低下とパレイドリアおよび幻視増加は並行していることを示唆する。すなわち、幻視のあるLBD患者では視覚認知機能が落ちるためにトップダウンの視覚処理が暴走し、見えて然るべきものを認知できず、見えないものを見てしまうのだと考えられる。トップダウンで採用される仮説は危険なものが優先されるために人や動物の幻視が多く、振戦せん妄における小動物幻視もそれに相当するのだろう。

IV、「ものを見る」「心像を見る(イメージ喚起)」「夢を見る」に共通するもの

ある物の心像を見る(イメージ喚起)ときには一次視覚領は賦活されないが、同じものを実際に見たときと共通の脳部位(左半球の紡錘状回、運動前野、前帯状回)が賦活される^{6, 32)}。また、実際にものを見る時と同じように、ものをイメージする時にも瞳孔径が物体の大きさや距離に反応することも報告されている³⁵⁾。

ものの心像(イメージ)を見る(イメージ喚起)こと、および夢を見ることには共通して左大脳半球後方が重要な役割を果たす。例えば、左半球後方が損傷された患者では夢見の消失と、視覚的なイメージの喚起不能が同時に生じること²⁰⁾が知られている。

REM睡眠の時期のREMsを引き金として脳血流の増加部位を同定するBOLD法(REMs locked activation)を用いた研究によると、REMsによって左大脳半球後方の血流増加と左補足眼野の血流増加が見られることが示されている⁶⁾。これはREMsが夢を見ることに深く関与していることを示唆する。

PETとfMRIを用いた研究のレビューによると、

覚醒時の視覚認知と視覚イメージ喚起では同じ神経機構が活性化されると結論付けられた²⁰⁾。

要約すると、視覚入力が存在する覚醒時の視覚認知の際に活性化される脳領域は、視覚入力が存在しない(覚醒時のイメージ喚起およびREM睡眠の夢見)視覚認知の際にも活性化される、ということになる。

V、視覚認知と眼球運動

人間の注視点は黄斑の視野が2-3度と狭いことから、視覚像を得るためには注視点を動かして個々の部分の視覚情報を獲得し、それらを時系列で構成すること(scanpath)が必要である³⁰⁾。興味深い事には、覚醒時に見たのと同じ対象の心像のイメージを喚起する時にも、同じ眼球運動の軌跡(scanpath)が生じることが報告されている⁴⁾²⁵⁾。

REM睡眠の際に現れるREMs(rapid eye movements)がもたらすscanpathも、覚醒時の同じ対象の心像喚起の際のscanpathを反映している可能性がある⁶⁾。これはscanning theoryの復活版ともいえるべきものである。前述したように、REMs locked activation(fMRI BOLD法)により左半球後方と左補足眼野の血流増加が認められるが、左補足眼野は覚醒時に対象物を見る際にSEMs(saccadic eye movements: 衝動性眼球運動)を順次生み出す働きにも関係しており、この左補足眼野が『3つの見る』、すなわち、対象物の視覚認知、心像(イメージ)喚起、および夢見に共通する神経部位として重要な役割を果たしていることを示唆する⁶⁾¹⁰⁾¹¹⁾。

VI、REM睡眠の夢と眼球運動、PGO波

Niiyamaら²⁹⁾は、REM睡眠時に出現するREMsの立ち上がりトリガーとして脳波を加算平均する事により得られる事象関連電位として、REMsの立ち上がりから200msec後に最大振幅を示す電位であるREM related late positive wave(RRLPW)の存在を報告した。このRRLPWは覚醒時(暗所閉眼)での眼球運動では出現しなかった。

また、RRLPWはP300と頭皮上の電位分布がよく似ていたことからNiiyamaらは、「レム睡眠で目が動くときにはきっと何かが見えている」と考察した。前述したように、REM睡眠の夢と眼球運動の関連についてはScanning theoryがあり、その仮説によるとREMsは夢の視覚心像を目で追っていることの表れとされている。これは夢見についてのトップダウンの機序を想定する仮説である。

Hobsonは夢に関するActivation Synthesis Hypothesisを提唱した。その仮説によると、橋のPGO波などの脳幹部の活動(REMsはその指標となる)が視覚に関する上位の脳部位を駆動し、それによって生じる視覚情報を前脳が夢の内容にまとめあげるとされている。すなわち、「夢は見ることではなく、見せられるものである」とのボトムアップな夢の発現機序に関する仮説である¹⁷⁾。

人の視床下核に置いた電極からの脳波記録¹⁾や、側頭葉内側の深部電極での記録⁹⁾から、ヒトにもPGO波は存在し、REMsはそのマーカーとなるものであることが示されている。従って、人でもPGO波とREMsは夢の発現機序につながるものと考えられる。

要約すると、PGO波とREMsは、REM睡眠の際の夢体験と密接な関連を持っていると考えられる。しかし、それらが脳幹部に発するボトムアップな夢を駆動する機序を反映しているのか、逆に、高次脳皮質から送られるトップダウンの夢見の際の眼球運動のcororally dischargeやefference copyであるのか、という点は不明である。

VII、夢とせん妄状態の幻覚

せん妄の体系的研究は極めて少なく、モノグラフとしてはLipowski ZJのモノグラフ“Delirium”(1980, 1990)があるのみである²³⁾²⁴⁾。Lipowskiの著書によると、夢とせん妄については古くからその関連が指摘されてきた(Soranus, 93-183; Erasmus Darwin, 1731-1802; John Hunter, 1728-1793)。夢とせん妄状態の幻覚を比較したものを表1に示す。夢が生理的であるのに対し、せ

ん妄状態は意識障害時に現れる点が両者の最も異なる点である。

表1 夢とせん妄状態の幻覚の比較

	夢	せん妄状態の幻覚
共通点	主として視覚性	
	体験時の外界認知は低下	
	多くの情動興奮を伴う	
相違点	生理的	病的
	睡眠	意識障害
	可逆的	直ちには清明にならない

VIII、REM睡眠行動障害²⁷⁾とせん妄

REM睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder :RBD)とは、REM睡眠の際に通常は著しく抑制、ないしは消失する骨格筋トーンスが抑制されず、夢の中での行動が実際に表出されることである。大声の寝言、上肢を中空に挙上し何かを弄るような行動など軽度のものから立ち上がろうとして転ぶ、隣に休む配偶者に馬乗りになってその首を絞めるなどの危険な行動を呈することがあり、その場合には自傷・被害が生じうる。その危険な行動を呈している際の患者が自分のたてた物音や配偶者の叫び声で目覚めるとそのような異常行動は直ちに中断し、「クマに襲われている妻を助けようとしてクマと格闘していた」など、直前に呈した行動と符合する内省が得られることが多い。RBDの際の睡眠ポリグラフを記録すると、抗重力筋であるオトガイ筋筋電図が抑制されていない異常なREM睡眠(REM sleep without atonia: RWA)であることがわかる。RBDは、夜間に生じる異常行動であるという点で夜間せん妄と紛らわしいものである。しかし、RBDはREM睡眠の異常行動という点で、意識障害の際の異常行動である夜間せん妄とは本質的に異なる現象である。

IX、REM睡眠の乖離現象で説明可能なせん妄

慢性アルコール中毒患者のアルコール離脱の際に起こる振戦せん妄(delirium tremens: DTと略す)は、振戦、強い不眠などを伴い、離脱後48 -

72時間を経て生じることが多い。幻視としては“小動物幻視”が有名である。また、患者の職業生活を反映した動作を行う“作業せん妄”(大工ならノコギリを引くような動作、主婦なら、包丁で野菜を切るような動作など)が見られることもある¹⁶⁾。

古くから振戦せん妄と夢の類似性が指摘されている。Lipowski²³⁾²⁴⁾によると、例えば、Lasegue (1881) は、「アルコール性せん妄状態は、せん妄状態ではなくて、夢である。」と喝破している。また、睡眠ポリグラフを用いた 1960 年台の DT の研究では、“REM rebound and intrusion theory”が有名である⁸⁾¹²⁾。その説によると以下になる。すなわち、アルコールには REM 睡眠を抑制する作用があるが、慢性アルコール中毒の患者ではその作用に耐性がみられて REM 睡眠は通常の量と同じくらい出現する。離脱時にはアルコールの REM 睡眠抑制作用が急激に解除されるために REM 睡眠が反跳性に増加し、REM 睡眠が覚醒時に漏れ出し、幻視につながると言う仮説である。

ところが、大阪大学の研究³⁶⁾によると、アルコール離脱時の睡眠中には通常の REM 睡眠の出現は抑制されていた。一方、異常な睡眠状態である Stage 1-REM with tonic EMG (1-REM と略す)が出現していた。1-REM のポリグラフの特徴は、①脳波には NREM 睡眠の stage 1 ないしは REM 睡眠と同様の浅い睡眠の特徴である低電位の様々な

周波数の波が混在するパターンが現れ、② REM 睡眠の時期と同様に急速眼球運動(REMs)が現れるが、③オトガイ筋を含む全身の骨格筋トーンスは低下しない、とまとめられる。従って、1-REM と RBD の RWA との異同が大きな問題となる。

アルコール離脱時の患者では、1-REM は通常は REM 睡眠が現れることのない入眠直後の時期にも現れ、振戦せん妄が消退した直後の夜間睡眠では 1 時間以上連続して出現することもあった。この点は RBD の患者に見られる RWA が通常の REM 睡眠の出現様式で出現することとは異なる。

アルコール離脱後振戦せん妄の出現前、あるいは、振戦せん妄が消退した直後の睡眠中には 1-REM の時期に一致して、金槌で釘を打つような動作など、作業せん妄を呈する患者も見られた³⁶⁾。

少数例では振戦せん妄の最中のポリグラフを記録することができた。図 1 に示すように、患者が閉眼すると非常に活発な REMs が現れ、脳波には徐波成分はほとんどなく低振幅速波が優勢なパターン、すなわち、過覚醒状態を表す脳波が出現している。この時、患者は次々と起こる幻覚に反応して独り言を喋ったり、四肢を動かしたり、急に起き上がるなどの異常行動をとる。大声で呼びかけると応答はするものの、その内容は幻覚に支配されて錯乱したものであることが多く、周囲の状況についての見当識は曇っていた。菱川らはこ

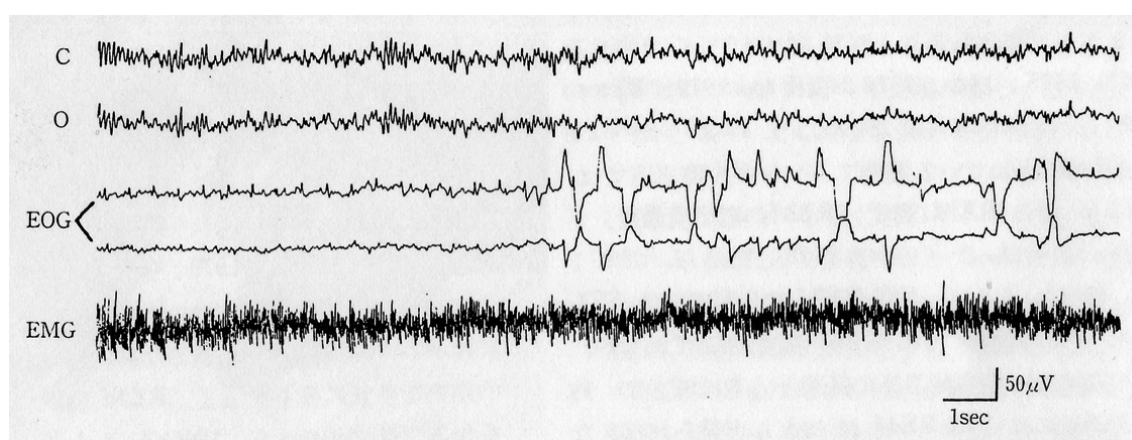


図 1 excited stage 1-REM の睡眠ポリグラフ像

振戦せん妄の時期における併願が章状態での記録。脳波に α 波がみられる状態から、excited stage 1-REM へ移行したところを示す。

C: 中心部の脳波 O: 後頭部の脳波 EOG: 電気眼球図 EMG: オトガイ筋筋電図

の状態を excited stage 1-REM と名付けた¹⁶⁾。

一般に、せん妄は覚醒水準が低下した状態で出現し、脳波に徐波成分が出現する。しかし、振戦せん妄ではその時期に徐波成分を欠き速波成分が大量に出現する excited stage 1-REM が現れることから、過覚醒状態で出現するという点で特異なせん妄と考えざるを得ない。Sekine らは慢性アルコール中毒患者の事象関連電位 P300 の潜時は、離脱直後に短縮することを見出した³⁴⁾。これはアルコール離脱時に確かに過覚醒状態が起きていることを裏付ける所見である。

一般のせん妄のように覚醒状態が低下している時に外界の認知が障害されることは理解しやすい。いわばブラック・アウトである。一方、過覚醒状態でせん妄が起こるということは理解しにくいかもしれない。一つの説明として、過覚醒状態がもたらす異常に活発な精神活動が幻覚をもたらし、外界からの入力 of 認知を妨げる可能性がある。そのために見当識が障害されるものと考えられる。これはホワイトアウトと例えられるかもしれない。

幻覚が生じる機序としては、「VI、REM 睡眠の夢と眼球運動、PGO 波」の項で論じたように、excited stage 1-REM の時に現れる非常に活発な REMs が重要である。この異常に活発な REMs は、PGO 波のような夢の精神活動を駆動する脳幹部の神経機序が暴走していることを示すのか、あるいは、この REMs が夢(幻覚)を見ている際の scanpath を反映する眼球運動であるのかは不明である。いずれにせよ、この活発な REMs の出現が幻覚の指標である可能性は高い。

菱川らは、Gross らをはじめとする“REM rebound and intrusion theory”を改変して、振戦せん妄と excited stage 1-REM は、夢の精神活動と REMs が反跳的に覚醒状態に侵入したものであると考えた¹⁶⁾。また、作業せん妄は骨格筋の抑制が起こらない NREM 睡眠の段階 1 に夢の精神活動と REMs が侵入したことで生じるものであり、RBD の RWA とは異なる状態であると考察している。この仮説は、DT の場合には夢がせん妄状態の

幻覚を生み出すことを示唆するものである。また、一見すると RWA と同じ睡眠状態に見受けられる 1-REM が NREM 睡眠の現象であり、作業せん妄は RBD とは異なる現象であることを示唆する。

X、終わりに

多くの精神科医が夢の生理学の研究から離れていった現在、再度、REM 睡眠と幻覚の関係について、最近の視覚生理学の知見を援用して考えることは有益であると筆者は考える。その役割を果たすのはやはり精神科医がふさわしい。この分野の研究に後輩の精神科医が少しでも興味を持ってくだされば、望外の幸せである。

引用文献

- 1) Andrillon T, Nir Y, Cirelli C, et al.: Single-neuron activity and eye movements during human REM sleep and awake vision. *Nature communications*, 6, 7884, 2015
- 2) Aserinsky E & Kleitman N: Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science*, 118, 273–274, 1953
- 3) Bowman AR, Bruce V, Colbourn CJ. et al.: Compensatory shifts in visual perception are associated with hallucinations in Lewy body disorders. *Cognitive research: principles and implications*, 2, 1-9, 2017
- 4) Brandt SA, and Stark LW : Spontaneous eye movements during visual imagery reflect the content of the visual scene. *J. Cogn. Neurosci.* 9, 27–38, 1997
- 5) Clark A: Whatever next? predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behav. Brain Sci.* 36, 181–204, 2013
- 6) Farah MJ: The neurological basis of mental imagery: a componential analysis. *Cognition* 18, 245–272, 1984
- 7) Farah MJ, Gazzaniga MS, Holtzman JD, et

- al.: A left hemisphere basis for visual mental imagery. *Neuropsychologia* 23, 115–118, 1985
- 8) Feinberg I: Sleep in organic brain conditions. In: *Sleep: Physiology and Pathology* (Ed. Kales A), Lippincott Philadelphia, pp131-147, 1969
 - 9) Fernández-Mendoza J, Lozano B, Seijo F, et al.: Evidence of subthalamic PGO-like waves during REM sleep in humans: a deep brain polysomnographic study. *Sleep*, 32, 1117-1126, 2009
 - 10) Gaymard B, Rivaud S, Pierrot-Deseilligny C.: Role of the left and right supplementary motor areas in memory-guided saccade sequences. *Ann.Neurol.* 34, 404–406, 1993
 - 11) Grosbras MH, Leonards U, Lobel E, et al.: Human cortical networks for new and familiar sequences of saccades. *Cereb. Cortex* 11, 936–945, 2001
 - 12) Gross MM, Goodenough D, Tobin M et al.: Sleep disturbances and hallucinations in acute alcoholic psychosis. *J Nerv Ment Dis.*, 142: 493-514, 1966
 - 13) Guillery RW, Sherman SM: Thalamic relay functions and their role in corticocortical communication. *Neuron* 33, 163–175, 2002
 - 14) Herman JH, Erman M, Boys R, et al.: Evidence for a directional correspondence between eye movements and dream imagery in REM sleep. *Sleep*. 7:52-63, 1984
 - 15) Hishikawa Y, Kaneko Z: Electroencephalographic study on narcolepsy. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 18, 249-259, 1965
 - 16) 菱川泰夫、杉田義郎、手島愛雄、他：慢性アルコール中毒による振戦せん妄と睡眠，*臨床精神医学* 9: 451-462, 1980
 - 17) Hobson JA, McCarley RW: The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *The American journal of psychiatry*, 134, 1335-1348, 1977
 - 18) Hobson JA, Hong CCH, Friston K: Virtual reality and consciousness inference in dreaming. *Front. Psychol.* 5:1133, 2014
 - 19) Hong CC, Fallon JH, Friston KJ, et al.: Rapid Eye Movements in Sleep Furnish a Unique Probe Into Consciousness. *Front Psychol.* 2018
 - 20) Hong CCH, Harris JC, Pearlson GD et al.: MRI evidence for multisensory recruitment associated with rapid eye movements during sleep. *Hum. Brain Mapp.* 30, 1705–1722, 2009
 - 21) 柿崎祐一．ヘルムホルツの視知覚論をめぐって：知覚の機能と機構についての覚書．*甲南女子大学研究紀要*，24: 29-45, 1988
 - 22) Kosslyn SM, Ganis G, Thompson WL: Neural foundations of imagery. *Nature reviews neuroscience*, 2 (9), 635-642, 2001
 - 23) Lipowski ZJ: *Delirium*. Springfield, III, Charles C Thomas, 1980
 - 24) Lipowski ZJ: *Delirium: acute confusional states*. Oxford University Press, New York, 1990
 - 25) Metzinger T: *The Ego Tunnel: The Science of the Mind and the Myth of the Self*. New York, NY: Basic Books, 2009
 - 26) Mirza MB, Adams RA, Mathys CD, et al.: Scene construction, visual foraging, and active inference. *Frontiers in computational neuroscience*, 10, 56, 2016
 - 27) 宮本雅之：レム睡眠行動障害．*睡眠学第2版*（日本睡眠学会編集）. pp592-594, 朝倉書店、東京、2020
 - 28) Nelson JP, McCarley R, Hobson JA : REM sleep burst neurons, PGO waves, and eye movement information. *J. Neurophysiol.* 50,

784-797, 1983

- 29) Niiyama Y, Shimizu T, Abe M et al.: Phasic EEG activities associated with rapid eye movements during REM sleep in man. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 70, 396-403, 1988
- 30) Noton D, Stark LW: Scanpaths in eye movements during pattern perception, *Science*, 171. 308 – 311, 1971
- 31) 大森佑貴, 神林崇, 清水徹男 : ナルコレプシーと特発性過眠症 . 日本医師会雑誌 143:2539-2543, 2015
- 32) Pearson J, Naselaris T, Holmes EA et al.: Mental imagery: functional mechanisms and clinical applications. *Trends in cognitive sciences*, 19, 590-602, 2015
- 33) Salakhutdinov R. : Learning deep generative models. *Annual Review of Statistics and Its Application*, 2, 361-385, 2015
- 34) Sekine A, Niiyama Y, Abe M et al.: Changes in P300 latency during the early withdrawal period in chronic alcohol-dependent patients: two case reports. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 441-443, 2002
- 35) Sulutvedt U, Mannix TK, Laeng, B: Gaze and the eye pupil adjust to imagined size and distance. *Cognitive Science*, 42 (8), 3159-3176, 2018
- 36) 立花光雄、田中克往、菱川泰夫 : 急性および慢性アルコール中毒の睡眠脳波 . 臨床脳波 , 15: 287-296, 1973
- 37) Uchiyama, M, Nishio Y, Yokoi K et al.: Pareidolias: complex visual illusions in dementia with Lewy bodies. *Brain*, 135 (8), 2458-2469, 2012
- 38) Vetter P, Smith FW, Muckli, L: Decoding sound and imagery content in early visual cortex. *Current Biology*, 24, 1256-1262, 2014

原著

都道府県別のセンテネリアン数と消費食品との関係

大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊、中松俊介、武井麻喜、松尾加代、堺景子

要旨

2024 年にわが国の高齢者数は 3625 万人となり総人口に占める高齢者の割合は 29.3% となった。これに伴いセンテネリアン数も増加し 9 万人を超えたが、これからもセンテネリアン数は増加していく。2017 年にセンテネリアンが多い都道府県ランキングは、島根県、鳥取県、高知県、鹿児島県、山口県の順位であった。65 歳以上高齢者数を基準とすると、秋田県はセンテネリアン数が少なく、沖縄県はセンテネリアン数が多かった。このようなセンテネリアンの分布と都道府県の特性を調べるために、150 品目の食品消費量との関係を調査した。センテネリアン数、及び、65 歳以上高齢者数と高い相関性を示す食品を選び、またセンテネリアンの多い地域(島根県、鳥取県、高知県、鹿児島県、山口県)で消費量の多い食品として 29 品目を拾いあげた。そして、この 29 品目の中から、65 歳以上高齢者との相関係数よりもセンテネリアン数との間に高い相関係数を示す食品として、サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎の 5 品目を拾いあげた。センテネリアン数増加の特徴を明らかにするためにこれら 5 食品の消費量とセンテネリアン数との関係について検討した。

Key words: センテネリアン、65歳以上高齢者、都道府県分布、消費食品、サバ、アジ、焼酎、食用油、饅頭
centenarian, elderly above 65 years old, distribution among prefectures, food consumption, mackerel, horse mackerel, shochu, food oil, steamed bun

I はじめに

2024 年 9 月 15 日の敬老の日に発表された我が国の 65 歳以上高齢者数は 3625 万人（前年比 2 万人増加）で、総人口に占める割合は 29.3%（同 0.2% 上昇）となった。男性は 1572 万人、男性人口の 26.1%が高齢者（前年比 0.1% 上昇）となり、女性は 2053 万人、女性人口の 32.3%（同 0.2% 上昇）が高齢者となった。2024 年度の年齢階級別に見た 65 歳以上の高齢者数と人口比を表 1 に示す(表 1)。

わが国社会の高齢化は今後も進行し、2045 年には高齢者比率は 36% まで増加すると予想されているが、高齢者の中でも 80 歳以上の超高齢者が最も増加する⁵⁾。既に我が国の総人口は減少期に入っており、2025 年にはベビーブーム世代（昭和 22-24 年生まれ）が全て 75 歳以上の高齢者となり、

百歳以上高齢者（センテネリアン）数は増加していく（図 1）。

筆者らは、以前にセンテネリアンについて調べ、2020 年に増加したセンテネリアン数は百年前（1920 年）の出生数増加を反映していることを示すと共に、センテネリアン数は出生数の影響を超えて時代と共に増加していることを報告した⁷⁾。

表 1 2024 年度の年代別に見た 65 歳以上の人口と人口比率

	人口	人口比率	前年比(人)	前年比(%)
65歳以上	3625万人	29.30%	+2万人	0.20%
70歳以上	2898万人	23.40%	+9万人	0.20%
75歳以上	2076万人	16.80%	+71万人	0.70%
80歳以上	1290万人	10.40%	+31万人	0.30%
85歳以上	676万人	5.50%	+5万人	0.60%
90歳以上	282万人	2.30%	+9万人	0.40%
95歳以上	73万人	0.60%	+5万人	0.10%
100歳以上	9万人	0.10%	0万人	0.00%
「統計からみた我が国の高齢者—『敬老の日』にちなんで—」 (統計トピックスNo.142)より				

65 歳以上高齢者について、人口数と比率とそれぞれの前年との比較を、5 歳毎に区切って示した。

Centenarians and food consumption of Japanese people
Masatoshi TAKEDA, MD, PhD, Shunsuke NAKAMATSU,
MS, Maki TAKEI, PhD, Kayo MATSUO, PhD, Keiko
SAKAI, MD, PhD
Osaka Kawasaki Rehabilitation University

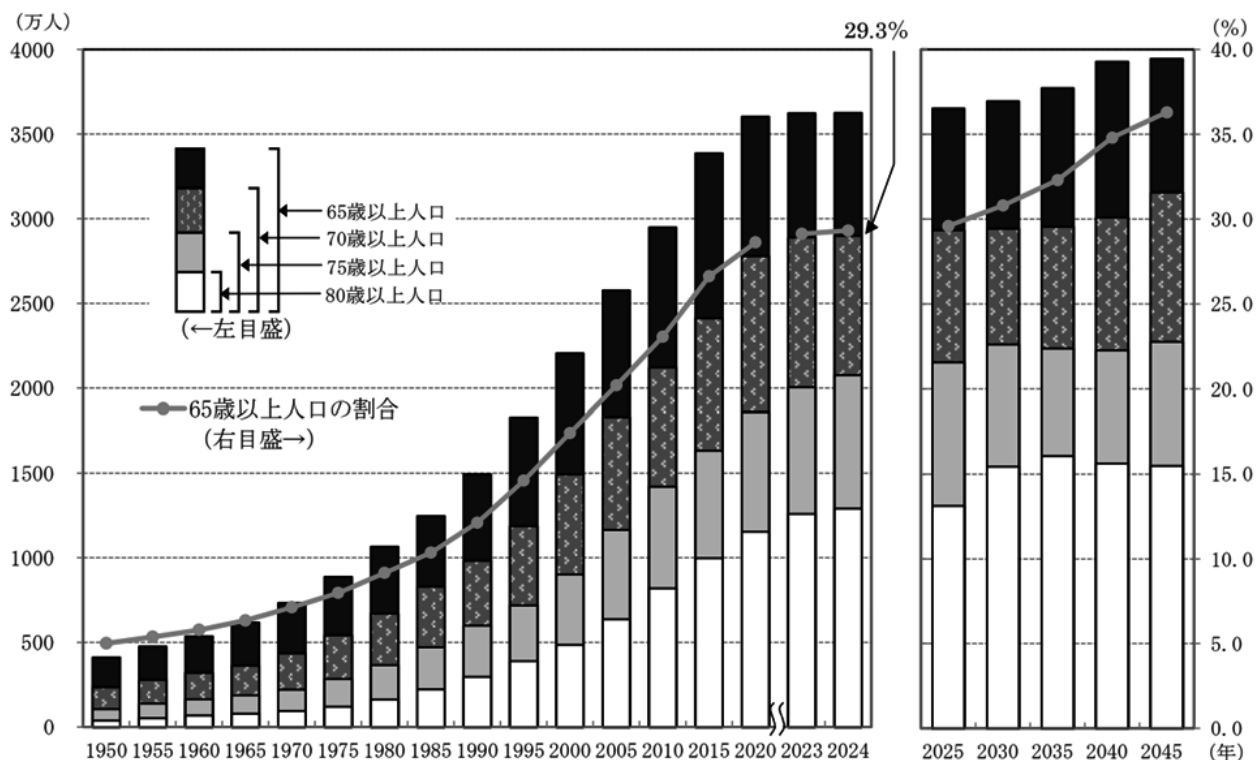


図1 65歳以上人口および割合の推移（1950年-2045年）

65歳以上、70歳以上、75歳以上、80歳以上の人口を色分けし、65歳以上人口の割合を曲線で示した。将来の予想については、5年毎に2025、2030、2035、2040、2045年の推定値を示した。

このセンテネリアンの増加は平均寿命の延長により、寿命の平均値が百歳に近くなることにより百歳を超えて生きる人数が増加するためであり、2000年以降に生まれた人の1/2-1/3はセンテネリアンになることを予想した⁸⁾。

わが国のセンテネリアン数を都道府県別に見ると、都道府県人口10万人当たりのセンテネリアン数には地域差がある。人口当たりセンテネリアン数は概ね西高東低であり、2017年の都道府県別ランキングでは島根県、鳥取県、高知県、鹿児島県、山口県が第1位から第5位であった。センテネリアンは気候の温暖な地域に多い傾向にあり森林や河川の多い自然の豊かな田舎地域に多いこと、また県民所得や地方税交付率などの経済指標とも相関しており経済活動の低い地域にセンテネリアン数は多いこと、そして、センテネリアン数はその地域の看護師数、作業療法士数などの医療従事者数と相関していることを報告した⁶⁾。この相関関係については、センテネリアンに対応すべく地域

医療が対応していることを示しており、作業療法士などリハビリテーション専門職の重要性を指摘した⁹⁾。さらに、センテネリアンは、以前に想定されていたような健康に恵まれた特別な個体ではなく普通の個体群であり、健康生成論に基づいてセンテネリアンの増加を論じることが妥当であることを示した⁹⁾。

本稿では、さらに踏み込んで、これからも増加し続けると予想されるセンテネリアン増加の要因を探るために、都道府県ごとのセンテネリアン数と消費食品との相関について検討したい。

II 方法

ネット上で入手できる食品150品目について都道府県ごとの人口100人当たりセンテネリアン数との相関を調べ、相関係数が0.3以上の食品を選び出した³⁾。つづいて、センテネリアンの多い上位5県（島根、鳥取、高知、鹿児島、山口）で消費量の多い食品（47都道府県の比較で全国第1位

と第 2 位にランクされる食品)を拾い上げた。そして、本研究では 65 歳以上高齢者の特徴ではなくセンテネリアンの特徴を明らかにすることを目指していることから、これらの食品と 65 歳以上高齢者との相関を調べて、高齢者数よりもセンテネリアン数との相関係数が 0.1 よりも大きい食品を選び出した。

わが国の都道府県のなかで、秋田県は 65 歳以上高齢者数が多くセンテネリアンが少ないこと、逆に沖縄県では 65 歳以上高齢者数と比較してセンテネリアン数が多いことから、これらの食品と秋田県と沖縄県のセンテネリアン数との関係を調べた。そして、選択した 5 品目について回帰分析を行った。そして、2017 年度のセンテネリアン数と高齢者数が 2024 年度のセンテネリアン数に及ぼす影響について調べた。

Ⅲ 結果

(1) 都道府県ごとの人口 100 人当たりセンテネリアン数と食品消費量との相関

入手できた食品 150 品目の都道府県ごとの消費量を各都道府県人口で除して一人当たりの消費量を算出し、各都道府県の人口当たりのセンテネリアン数、および、65 歳以上高齢者数との相関を調べた(表 2)。その結果、センテネリアン数と 0.3 以上の相関があったのは、砂糖、サバ、食用油、アジ、饅頭、タイ、ふりかけ、ブリ、焼酎、牛豚鶏以外の肉、卵、えのきたけ、イワシの 13 品目の消費量であった。また、センテネリアンとの相関係数は 0.3 未満であったが、65 歳以上高齢者数との相関係数が 0.3 以上であった品目は、柑橘類消費量 (0.3086)、味噌 (0.4204)、しょう油 (0.4766)、インスタントラーメン (0.4843)、生鮮魚介 (0.4655)、カレイ (0.3101)、ごぼう (0.3025)、きのこ (0.4387)、魚介類 (0.4972)、日本酒 (0.4077)、食塩 (0.4418)、つゆ・たれ (0.4565)、イカ (0.4498)、干物 (0.4453)、果物 (0.3865)、リンゴ (0.3049) 消費量の 16 品目があった() 内には 65 歳以上高齢者との相関係数を示

す)。このことから、食品によっては、センテネリアンと相関を示す品目もあるが、65 歳以上高齢者との相関は示すがセンテネリアン数との相関を示さない食品もあることが解った(表 2)。

150 品目の食品を便宜的に魚介類 26 品目、調味料類 14 品目、卵・乳製品類 7 品目、加工・インスタント食品類 18 品目、飲料・アルコール類 12 品目、肉類 8 品目、菓子類 13 品目、きのこ・果物類 14 品目、野菜類 25 品目、主食類 7 品目に分類してセンテネリアン数あるいは 65 歳以上高齢者数との相関係数を記載した(表 3)。

センテネリアン数あるいは 65 歳以上高齢者数と相関係数 0.3 以上の食品は、魚介類で 11 品目(魚介類、生鮮魚介、サバ、アジ、タイ、ブリ、イワシ、カレイ、エビ、イカ、干物)であり、調味料類で 6 品目(砂糖、食塩、食用油、味噌、醤油、酢)、卵・乳製品類で 2 品目(卵、マヨネーズ)、飲料・アルコール類で 2 品目(焼酎、日本酒)、加工・インスタント食品類で 1 品目(ふりかけ)、肉類で 1 品目(その他の肉)、菓子類で 1 品目(饅頭)、きのこ・果物類で 1 品目(果物)があったが、野菜類、主食類では、相関係数が 0.3 以上の食品はなかった。表 3 に相関係数が 0.3 以上の食 25 品目を太字で示した(表 3)。

魚介類は、品目数が多いだけでなく、センテネリアン数や高齢者数と相関を示す品目が多かった。調味料は、砂糖、食塩、食用油、醤油、味噌、酢といった代表的な調味料がいずれもセンテネリアン数(砂糖、食用油)や 65 歳以上高齢者数(砂糖、食塩、味噌、醤油、酢)と相関を示すという興味深い結果であった。

(2) センテネリアンの多い上位 5 県で消費量の多い食品

都道府県別の人口当たりセンテネリアン数は、第 1 位鳥根県、第 2 位鳥取県、第 3 位高知県、第 4 位鹿児島県、第 5 位山口県の順であった(2017 年)。これらの 5 県において消費量が全国で第一位と第二位の食品を選んだ、第 1 位に加えて第 2 位の品目をも選んだ理由は、第 1 位には都道府県の

表2 食品150品目の高齢者数とセンテネリアン数との相関

	食品	センテネリ アンとの相 関係数(A)	65歳以上高齢 者との相関係 数(B)	差分 (A)-(B)					
1	砂糖消費量〔2019年第一位 長野県〕	0.5688	0.5993	-0.0305	75	キャベツ消費量〔2016年第一位 長野県〕	-0.1102	0.1368	-0.247
2	サバ消費量〔2016年第一位 島根県〕	0.5361	0.3844	0.1517	76	ペーコン消費量〔2013年第一位 沖縄県〕	-0.1106	-0.1239	0.0133
3	食用油消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	0.4923	0.2005	0.2918	77	昆布消費量〔2018年第一位 岩手県〕	-0.1137	0.1906	-0.3043
4	アジ消費量〔2016年第一位 長崎県〕	0.4893	0.3307	0.1586	78	ビスケット消費量〔2018年第一位 高知県〕	-0.1217	-0.0728	-0.0489
5	まんじゅう消費量〔2018年第一位 鳥取県〕	0.4724	0.2779	0.1945	79	果物消費量〔2016年第一位 岩手県〕	-0.123	0.3865	-0.5095
6	タイ消費量〔2016年第一位 佐賀県〕	0.4301	0.1674	0.2627	80	豆腐消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.1269	0.2196	-0.3465
7	ふりかけ消費量〔2018年第一位 山口県〕	0.4071	0.3728	0.0343	81	かぼちゃ消費量〔2016年第一位 広島県〕	-0.1316	0.0419	-0.1735
8	ブリ消費量〔2019年第一位 富山県〕	0.3849	0.3705	0.0144	82	にんじん消費量〔2016年第一位 沖縄県〕	-0.1323	-0.3476	0.2153
9	焼酎消費量〔2016年第一位 鹿児島県〕	0.3634	0.0859	0.2775	83	油揚げ・がんもどき消費量〔2016年第一位 福井県〕	-0.1323	-0.0242	-0.1081
10	その他の肉消費量〔2016年第一位 北海道〕	0.3581	0.0915	0.2666	84	ケチャップ消費量〔2018年第一位 和歌山県〕	-0.1364	-0.1808	0.0444
11	卵消費量〔2016年第一位 鳥取県〕	0.3401	0.406	-0.0659	85	パン消費量〔2016年第一位 京都府〕	-0.1408	-0.2466	0.1058
12	えのきたけ消費量〔2016年第一位 長野県〕	0.3254	0.4256	-0.1002	86	バナナ消費量〔2018年第一位 広島県〕	-0.1466	0.1072	-0.2538
13	イワシ消費量〔2016年第一位 鳥取県〕	0.3077	0.3052	0.0025	87	海苔消費量〔2018年第一位 佐賀県〕	-0.1475	-0.2565	0.109
14	鶏肉消費量〔2016年第一位 山口県〕	0.2986	0.2208	0.0778	88	りんご消費量〔2018年第一位 岩手県〕	-0.1493	0.3049	-0.4542
15	柑橘類消費量〔2018年第一位 愛媛県〕	0.2868	0.3086	-0.0218	89	もやし消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.1517	0.208	-0.3597
16	みかん消費量〔2018年第一位 長崎県〕	0.2695	0.24	0.0295	90	炭酸飲料消費量〔2018年第一位 青森県〕	-0.1642	0.0836	-0.2478
17	アルコール消費量〔2016年第一位 東京都〕	0.2501	0.0587	0.1914	91	ミネラルウォーター消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	-0.1872	-0.5188	0.3316
18	スナック菓子消費量〔2018年第一位 鳥取県〕	0.2477	0.1753	0.0724	92	きゅうり消費量〔2016年第一位 福島県〕	-0.2089	-0.0285	-0.1804
19	マヨネーズ消費量〔2018年第一位 鳥取県〕	0.2302	0.5477	-0.3175	93	緑茶消費量〔2018年第一位 静岡県〕	-0.2154	-0.1308	-0.0846
20	ぶどう消費量〔2010年第一位 山梨県〕	0.2301	0.2685	-0.0384	94	めん類消費量〔2014年第一位 香川県〕	-0.2159	0.224	-0.4399
21	カニ消費量〔2016年第一位 鳥取県〕	0.2056	0.1696	0.036	95	ワイン消費量〔2016年第一位 東京都〕	-0.2211	-0.385	0.1639
22	カレールウ消費量〔2018年第一位 鳥取県〕	0.1726	0.2831	-0.1105	96	ハンバーグ消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	-0.2252	-0.3768	0.1516
23	かつお節・削り節消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	0.1676	-0.4184	0.586	97	じゃがいも消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.2302	-0.2463	0.0161
24	牛肉消費量〔2016年第一位 京都府〕	0.1557	0.0015	0.1542	98	カツレツ消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.2306	-0.2576	0.027
25	生鮮肉消費量〔2016年第一位 和歌山県〕	0.1554	0.0704	0.085	99	コロッケ消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.2328	0.0006	-0.2334
26	味噌消費量〔2018年第一位 長野県〕	0.1466	0.4204	-0.2738	100	わかめ消費量〔2018年第一位 岩手県〕	-0.235	0.2001	-0.4351
27	しょう油消費量〔2018年第一位 山形県〕	0.1451	0.4766	-0.3315	101	メロン消費量〔2010年第一位 茨城県〕	-0.238	0.1865	-0.4245
28	小麦粉消費量〔2014年第一位 奈良県〕	0.138	0.0165	0.1215	102	ぼたて貝消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.2401	0.1866	-0.4267
29	エビ消費量〔2016年第一位 和歌山県〕	0.1311	0.3096	-0.1785	103	餃子消費量〔2018年第一位 栃木県〕	-0.2825	-0.3304	0.0479
30	酢消費量〔2018年第一位 鹿児島県〕	0.1294	0.3997	-0.2703	104	タコ消費量〔2016年第一位 香川県〕	-0.3179	-0.024	-0.2939
31	インスタントラーメン消費量〔2016年第一位 青	0.1175	0.4843	-0.3668	105	さやまめ消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.3218	-0.0107	-0.3111
32	しじみ消費量〔2016年第一位 島根県〕	0.1114	0.2864	-0.175	106	惣菜消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.3363	-0.3461	0.0098
33	生鮮魚介消費量〔2016年第一位 青森県〕	0.1017	0.4655	-0.3638	107	牛乳消費量〔2017年第一位 滋賀県〕	-0.3365	-0.1049	-0.2316
34	カレイ消費量〔2016年第一位 鳥取県〕	0.0928	0.3101	-0.2173	108	サケ消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.342	0.0211	-0.3631
35	なし消費量〔2010年第一位 鳥取県〕	0.0903	0.2079	-0.1176	109	ゼリー消費量〔2018年第一位 岩手県〕	-0.3505	0.0872	-0.4377
36	ごぼう消費量〔2016年第一位 佐賀県〕	0.0775	0.3025	-0.225	110	魚介の漬物消費量〔2016年第一位 富山県〕	-0.3534	0.056	-0.4094
37	しめじ消費量〔2016年第一位 香川県〕	0.0771	0.1474	-0.0703	111	サンマ消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.3597	0.1774	-0.5371
38	ドレッシング消費量〔2018年第一位 群馬県〕	0.0679	-0.2877	0.3556	112	納豆消費量〔2016年第一位 福島県〕	-0.3597	-0.0306	-0.3291
39	ビール消費量〔2016年第一位 東京都〕	0.0638	-0.1128	0.1766	113	芋羹消費量〔2018年第一位 佐賀県〕	-0.3612	-0.1394	-0.2218
40	弁当消費量〔2018年第一位 群馬県〕	0.0486	-0.2801	0.3287	114	オレンジ消費量〔2018年第一位 富山県〕	-0.3621	-0.2688	-0.0933
41	乳酸菌飲料消費量〔2018年第一位 鹿児島県〕	0.0439	-0.0278	0.0717	115	うなぎのかば焼き消費量〔2018年第一位 静岡県〕	-0.3814	-0.3113	-0.0701
42	あさり消費量〔2016年第一位 山梨県〕	0.0436	-0.1317	0.1753	116	バスター・スバゲッティ消費量〔2014年第一位 埼玉県〕	-0.3817	-0.3837	0.002
43	カステラ消費量〔2018年第一位 長崎県〕	0.0412	0.0135	0.0277	117	焼鳥消費量〔2018年第一位 青森県〕	-0.3821	0.0555	-0.4376
44	きのこと消費量〔2016年第一位 長野県〕	0.0407	0.4387	-0.398	118	ケーキ消費量〔2018年第一位 石川県〕	-0.3826	-0.1734	-0.2092
45	魚介類消費量〔2016年第一位 青森県〕	0.04	0.4972	-0.4572	119	たまねぎ消費量〔2016年第一位 北海道〕	-0.3834	-0.1562	-0.2272
46	ブランドン消費量〔2016年第一位 大分県〕	0.0392	0.1031	-0.0639	120	ビーマン消費量〔2016年第一位 埼玉県〕	-0.3892	-0.6412	0.252
47	日本酒消費量〔2016年第一位 新潟県〕	0.0353	0.4077	-0.3724	121	プリン消費量〔2018年第一位 栃木県〕	-0.4025	0.0928	-0.4953
48	カツオ消費量〔2016年第一位 高知県〕	0.0231	0.2401	-0.217	122	豚肉消費量〔2016年第一位 北海道〕	-0.4067	-0.1309	-0.2758
49	食塩消費量〔2018年第一位 青森県〕	0.0225	0.4418	-0.4193	123	ほうれんそう消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.4068	-0.0124	-0.3944
50	キャンディ消費量〔2018年第一位 滋賀県〕	0.0121	0.0561	-0.044	124	おにぎり消費量〔2018年第一位 東京都〕	-0.4112	-0.2722	-0.139
51	米消費量〔2016年第一位 静岡県〕	0.0049	0.1215	-0.1166	125	乾燥スープ消費量〔2018年第一位 石川県〕	-0.4347	-0.4483	0.0136
52	野菜摂取量（男性）〔2010年第一位 長野県〕	-0.0068	0.1544	-0.1612	126	なす消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.4408	0.053	-0.4938
53	天ぷら・フライ消費量〔2016年第一位 福井県〕	-0.0094	0.0003	-0.0097	127	イチゴ消費量〔2018年第一位 栃木県〕	-0.4482	-0.0801	-0.3681
54	生しいたけ消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.0191	0.528	-0.5471	128	もち消費量〔2014年第一位 新潟県〕	-0.4631	-0.3326	-0.1305
55	さつまいも消費量〔2016年第一位 徳島県〕	-0.0203	0.1975	-0.2178	129	ウイスキー消費量〔2016年第一位 東京都〕	-0.4955	-0.1912	-0.3043
56	かき(貝)消費量〔2016年第一位 広島県〕	-0.0206	-0.0521	0.0315	130	紫葉野菜消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.4961	-0.0688	-0.4273
57	貝類消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.0272	0.2961	-0.3233	131	ジャム消費量〔2018年第一位 奈良県〕	-0.5028	-0.3206	-0.1822
58	つゆ・たれ消費量〔2018年第一位 秋田県〕	-0.0275	0.4565	-0.484	132	マクロ消費量〔2016年第一位 静岡県〕	-0.5063	-0.366	-0.1403
59	はくさい消費量〔2016年第一位 大阪府〕	-0.0393	0.1059	-0.1452	133	根菜消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5067	-0.1899	-0.3168
60	液体・粉末・顆粒だし消費量〔2018年第一位 福	-0.0394	-0.4605	0.4211	134	トマト消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5183	-0.2499	-0.2684
61	ソーシ消費量〔2018年第一位 広島県〕	-0.0435	0.09	-0.1335	135	つくだ煮消費量〔2018年第一位 京都府〕	-0.526	-0.1623	-0.3637
62	コーヒ消費量〔2018年第一位 京都府〕	-0.0477	-0.0046	-0.0431	136	お菓子消費量〔2018年第一位 石川県〕	-0.5278	-0.1587	-0.3691
63	野菜摂取量（女性）〔2010年第一位 長野県〕	-0.0479	0.1154	-0.1633	137	せんべい消費量〔2018年第一位 栃木県〕	-0.5286	-0.1163	-0.4123
64	桃消費量〔2010年第一位 福島県〕	-0.0502	0.0781	-0.1283	138	ブロックリー消費量〔2016年第一位 神奈川県〕	-0.5361	-0.2532	-0.2829
65	マーガリン消費量〔2018年第一位 兵庫県〕	-0.0641	-0.0033	-0.0608	139	レタス消費量〔2016年第一位 神奈川県〕	-0.5417	-0.5233	-0.0184
66	うどん・そば消費量〔2016年第一位 香川県〕	-0.0675	0.2395	-0.307	140	生鮮野菜消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5432	-0.1916	-0.3516
67	さといも消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.0716	-0.0219	-0.0497	141	サラダ消費量〔2018年第一位 東京都〕	-0.5439	-0.32	-0.2239
68	イカ消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.0803	0.4498	-0.5301	142	紅茶消費量〔2018年第一位 兵庫県〕	-0.549	-0.6024	0.0534
69	ソーセージ消費量〔2013年第一位 青森県〕	-0.0847	0.189	-0.2737	143	だいこん消費量〔2016年第一位 岩手県〕	-0.5517	-0.2459	-0.3058
70	チョコレート消費量〔2018年第一位 石川県〕	-0.0946	0.0347	-0.1293	144	ハム消費量〔2013年第一位 富山県〕	-0.5547	-0.2294	-0.3253
71	柿消費量〔2010年第一位 岐阜県〕	-0.0966	0.0937	-0.1903	145	バター消費量〔2018年第一位 東京都〕	-0.5565	-0.3453	-0.2112
72	ずい消費量〔2018年第一位 新潟県〕	-0.098	0.0429	-0.1409	146	グレープフルーツ消費量〔2010年第一位 新潟県〕	-0.5923	-0.2698	-0.3225
73	アイスクリーム消費量〔2016年第一位 石川県〕	-0.101	0.0352	-0.1362	147	漬物消費量〔2016年第一位 京都府〕	-0.5976	-0.133	-0.4646
74	干物消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.1074	0.4453	-0.5527	148	しゅうまい消費量〔2018年第一位 神奈川県〕	-0.6016	-0.4834	-0.1182
					149	チーズ消費量〔2018年第一位 神奈川県〕	-0.621	-0.6301	0.0091
					150	ねぎ消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.6656	-0.1584	-0.5072

都道府県別のセンテネリアン数と消費量との間に相関の高い品目順に並べた。センテネリアン数、および、高齢者数との相関係数の絶対値が0.3以上のものを太字で示した。またセンテネリアンとの相関係数が高齢者との相関係数よりも0.1以上についても太字で示した。

特産物的なものがあり、必ずしもセンテネリアン数との相関を反映していない可能性を考えたからである（表 4）。

島根県は、しじみ消費量 [2016 年]、サバ消費量 [2016 年] の 2 食品が全国 1 位で、アジ消費量 [2016 年]、オレンジ消費量 [2018 年]、貝類消費量 [2016 年] の 3 食品が全国 2 位であった。鳥取県は、カニ消費量 [2016 年]、イワシ消費量 [2016 年]、カレイ消費量 [2016 年]、カレールウ消費量

[2018 年]、なし消費量 [2010 年]、マヨネーズ消費量 [2018 年]、卵消費量 [2016 年]、饅頭消費量 [2018 年]、スナック菓子消費量 [2018 年] の 9 食品が全国 1 位であり、冷凍食品消費量 [2018 年]、インスタントラーメン消費量 [2016 年]、しょう油消費量 [2018 年]、柿消費量 [2010 年] の 4 食品が全国 2 位であった。高知県では、カツオ消費量 [2016 年]、ビスケット消費量 [2018 年] が全国 1 位、つゆ・たれ消費量 [2018 年]、かつお節・

表 3 食品分類ごとのセンテネリアン数、高齢者数との高い相関を示す品目

魚介類26品目	百歳	65歳	調味料類14品目	百歳	65歳	卵乳製品類7品目	百歳	65歳
魚介類消費量 [2016年第一位 青森県]	0.04	0.4972	砂糖消費量 [2019年第一位 長野県]	0.5688	0.5993	卵消費量 [2016年第一位 鳥取県]	0.3401	0.406
生鮮魚介消費量 [2016年第一位 青森県]	0.1017	0.4655	食塩消費量 [2018年第一位 青森県]	0.0225	0.4418	マヨネーズ消費量 [2018年第一位 鳥取県]	0.2302	0.5477
サバ消費量 [2016年第一位 島根県]	0.5361	0.3844	食用油消費量 [2018年第一位 沖縄県]	0.4923	0.2005	乳酸菌飲料消費量 [2018年第一位 鹿児島県]	0.0439	-0.0278
アジ消費量 [2016年第一位 長崎県]	0.4893	0.3307	味噌消費量 [2018年第一位 長野県]	0.1466	0.4204	マーガリン消費量 [2018年第一位 兵庫県]	-0.0641	-0.0033
タイ消費量 [2016年第一位 佐賀県]	0.4301	0.1674	しょう油消費量 [2018年第一位 山形県]	0.1451	0.4766	牛乳消費量 [2017年第一位 滋賀県]	-0.3365	-0.1049
ブリ消費量 [2019年第一位 富山県]	0.3849	0.3705	酢消費量 [2018年第一位 鹿児島県]	0.1294	0.3997	バター消費量 [2018年第一位 東京都]	-0.5565	-0.3453
イワシ消費量 [2016年第一位 鳥取県]	0.3077	0.3052	かつお節・削り節消費量 [2018年第一位 沖縄県]	0.1676	-0.4184	チーズ消費量 [2018年第一位 神奈川県]	-0.621	-0.6301
カレイ消費量 [2016年第一位 鳥取県]	0.0928	0.3101	ドレッシング消費量 [2018年第一位 群馬県]	0.0679	-0.2877			
カツオ消費量 [2016年第一位 高知県]	0.0231	0.2401	つゆ・たれ消費量 [2018年第一位 秋田県]	-0.0275	0.4565			
サケ消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.342	0.0211	液体・粉末・顆粒だし消費量 [2018年第一位 福岡県]	-0.0394	-0.4605			
カニ消費量 [2016年第一位 鳥取県]	0.2056	0.1696	ソース消費量 [2018年第一位 広島県]	-0.0435	0.09			
エビ消費量 [2016年第一位 和歌山県]	0.1311	0.3096	ケチャップ消費量 [2018年第一位 和歌山県]	-0.1364	-0.1808			
タコ消費量 [2016年第一位 香川県]	-0.3179	-0.024	乾燥スープ消費量 [2018年第一位 石川県]	-0.4347	-0.4483			
貝類消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.0272	0.2961	ジャム消費量 [2018年第一位 奈良県]	-0.5028	-0.3206			
しじみ消費量 [2016年第一位 島根県]	0.1114	0.2864						
あさり消費量 [2016年第一位 山梨県]	0.0436	-0.1317						
かき(貝)消費量 [2016年第一位 広島県]	-0.0206	-0.0521						
はたて貝消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.2401	0.1866						
イカ消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.0803	0.4498						
干物消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.1074	0.4453						
昆布消費量 [2018年第一位 岩手県]	-0.1137	0.1906						
海苔消費量 [2018年第一位 佐賀県]	-0.1475	-0.2565						
わかめ消費量 [2018年第一位 岩手県]	-0.235	0.2001						
魚介の漬物消費量 [2016年第一位 富山県]	-0.3534	0.056						
サンマ消費量 [2016年第一位 青森県]	-0.3597	0.1774						
マダロ消費量 [2016年第一位 静岡県]	-0.5063	-0.366						

肉類8品目	百歳	65歳	菓子類13品目	百歳	65歳	きのこ・果物類14品目	百歳	65歳
生鮮肉消費量 [2016年第一位 和歌山県]	0.1554	0.0704	お菓子消費量 [2018年第一位 石川県]	-0.5278	-0.1587	柑橘類消費量 [2018年第一位 愛媛県]	0.2868	0.3086
鶏肉消費量 [2016年第一位 山口県]	0.2986	0.2208	まんじゅう消費量 [2018年第一位 鳥取県]	0.4724	0.2779	みかん消費量 [2018年第一位 長崎県]	0.2695	0.24
豚肉消費量 [2016年第一位 北海道]	-0.4067	-0.1309	スナック菓子消費量 [2018年第一位 鳥取県]	0.2477	0.1753	ぶどう消費量 [2010年第一位 山梨県]	0.2301	0.2685
牛肉消費量 [2016年第一位 京都府]	0.1557	0.0015	カステラ消費量 [2018年第一位 長崎県]	0.0412	0.0135	なし消費量 [2010年第一位 鳥取県]	0.0903	0.2079
その他の肉消費量 [2016年第一位 北海道]	0.3581	0.0915	キャンディー消費量 [2018年第一位 滋賀県]	0.0121	0.0561	桃消費量 [2010年第一位 福島県]	-0.0502	0.0781
ソーセージ消費量 [2013年第一位 青森県]	-0.0847	0.189	チョコレート消費量 [2018年第一位 石川県]	-0.0946	0.0347	柿消費量 [2010年第一位 岐阜県]	-0.0966	0.0937
ベーコン消費量 [2013年第一位 沖縄県]	-0.1106	-0.1239	アイスクリーム・シャーベット消費量 [2016年第一位 石	-0.101	0.0352	すいか消費量 [2018年第一位 新潟県]	-0.098	0.0429
ハム消費量 [2013年第一位 富山県]	-0.5547	-0.2294	ビスケット消費量 [2018年第一位 高知県]	-0.1217	-0.0728	果物消費量 [2016年第一位 岩手県]	-0.123	0.3865
			ゼリー消費量 [2018年第一位 岩手県]	-0.3505	0.0872	バナナ消費量 [2018年第一位 広島県]	-0.1466	0.1072
			羊羹消費量 [2018年第一位 佐賀県]	-0.3612	-0.1394	メロン消費量 [2010年第一位 茨城県]	-0.238	0.1865
			ケーキ消費量 [2018年第一位 石川県]	-0.3826	-0.1734	りんご消費量 [2018年第一位 岩手県]	-0.1493	0.3049
			グリーン消費量 [2018年第一位 栃木県]	-0.4025	0.0928	オレンジ消費量 [2018年第一位 富山県]	-0.3621	-0.2688
			せんべい消費量 [2018年第一位 栃木県]	-0.5286	-0.1163	イチゴ消費量 [2018年第一位 栃木県]	-0.4482	-0.0801
						グレープフルーツ消費量 [2010年第一位 新潟県]	-0.5923	-0.2698

表 2 に掲げた 150 品目を、魚介類 26 品目、調味料類 14 品目、卵・乳製品類 7 品目、加工・インスタント食品類 18 品目、飲料・アルコール類 12 品目、肉類 8 品目、菓子類 13 品目、キノコ・果物類 14 品目、野菜類 26 品目、主食類 7 品目に 10 分類して、150 品目の食品消費量とセンテネリアン、および、高齢者との相関係数を示した。

削り節消費量〔2018年〕が全国2位であった。鹿児島県では、焼酎消費量〔2016年〕、乳酸菌飲料消費量〔2018年〕、酢消費量〔2018年〕の3食品が全国1位であり、アルコール消費量〔2016年〕、饅頭消費量〔2018年〕、サバ消費量〔2016年〕の3食品が全国2位であった。そして、山口県では、ふりかけ消費量〔2018年〕、鶏肉消費量〔2016年〕の2食品が全国第1位であり、食用油消費量〔2018年〕が全国第2位であった。

これら31食品のうちサバ消費量（島根と鹿児島）と饅頭消費量（鳥取と鹿児島）の2つは共通していたので、選択した食品品目は29品目となった。29品目のセンテネリアン数と高齢者数との相関係数を図示する（図2）。

(3) 29品目とセンテネリアン数・高齢者数との相関係数

これら29品目について、センテネリアン数および高齢者数との相関係数を求めた。その結果、セ

加工インスタント食品類18品目	百歳	65歳
ふりかけ消費量〔2018年第一位 山口県〕	0.4071	0.3728
カレーウ消費量〔2018年第一位 鳥取県〕	0.1726	0.2831
弁当消費量〔2018年第一位 群馬県〕	0.0486	-0.2801
天ぷら・フライ消費量〔2016年第一位 福井県〕	-0.0094	0.0003
豆腐消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.1269	0.2196
油揚げ・がんもどき消費量〔2016年第一位 福井県〕	-0.1323	-0.0242
ハンバーグ消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	-0.2252	-0.3768
カツレツ消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.2306	-0.2576
コロッケ消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.2328	0.0006
餃子消費量〔2018年第一位 栃木県〕	-0.2825	-0.3304
惣菜消費量〔2018年第一位 福井県〕	-0.3363	-0.3461
納豆消費量〔2016年第一位 福島県〕	-0.3597	-0.0306
うなぎのかば焼き消費量〔2018年第一位 静岡県〕	-0.3814	-0.3113
焼鳥消費量〔2018年第一位 青森県〕	-0.3821	0.0555
おにぎり消費量〔2018年第一位 東京都〕	-0.4112	-0.2722
つくだ煮消費量〔2018年第一位 京都府〕	-0.526	-0.1623
漬物消費量〔2016年第一位 京都府〕	-0.5976	-0.133
しょうまい消費量〔2018年第一位 神奈川県〕	-0.6016	-0.4834

飲料アルコール類12品目	百歳	65歳
焼酎消費量〔2016年第一位 鹿児島県〕	0.3634	0.0859
アルコール消費量〔2016年第一位 東京都〕	0.2501	0.0587
ビール消費量〔2016年第一位 東京都〕	0.0638	-0.1128
ブレンダー消費量〔2016年第一位 大分県〕	0.0392	0.1031
日本酒消費量〔2016年第一位 新潟県〕	0.0353	0.4077
ワイン消費量〔2016年第一位 東京都〕	-0.2211	-0.385
ウイスキー消費量〔2016年第一位 東京都〕	-0.4955	-0.1912
コーヒー消費量〔2018年第一位 京都府〕	-0.0477	-0.0046
緑茶消費量〔2018年第一位 静岡県〕	-0.2154	-0.1308
紅茶消費量〔2018年第一位 兵庫県〕	-0.549	-0.6024
炭酸飲料消費量〔2018年第一位 青森県〕	-0.1642	0.0836
ミネラルウォーター消費量〔2018年第一位 沖縄県〕	-0.1872	-0.5188

野菜類25品目	百歳	65歳
野菜摂取量（男性）〔2010年第一位 長野県〕	-0.0068	0.1544
葉物野菜消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.4961	-0.0688
生鮮野菜消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5432	-0.2048
サラダ消費量〔2018年第一位 東京都〕	-0.5439	-0.32
はくさい消費量〔2016年第一位 大阪府〕	-0.0393	0.1059
キャベツ消費量〔2016年第一位 長野県〕	-0.1102	0.1368
きゅうり消費量〔2016年第一位 福島県〕	-0.2089	-0.0285
さやまめ消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.3218	-0.0107
ピーマン消費量〔2016年第一位 埼玉県〕	-0.3892	-0.6412
ほうれんそう消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.4068	-0.0124
なす消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.4408	0.053
トマト消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5183	-0.2499
ブロッコリー消費量〔2016年第一位 神奈川県〕	-0.5361	-0.2532
レタス消費量〔2016年第一位 神奈川県〕	-0.5417	-0.5233
ねぎ消費量〔2016年第一位 秋田県〕	-0.6656	-0.1584
根菜消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.5067	-0.1899
ごぼう消費量〔2016年第一位 佐賀県〕	0.0775	0.3025
さつまいも消費量〔2016年第一位 徳島県〕	-0.0203	0.1975
さといも消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.0716	-0.0219
かぼちゃ消費量〔2016年第一位 広島県〕	-0.1316	0.0419
にんじん消費量〔2016年第一位 沖縄県〕	-0.1323	-0.3476
もやし消費量〔2016年第一位 青森県〕	-0.1517	0.208
じゃがいも消費量〔2016年第一位 新潟県〕	-0.2302	-0.2463
たまねぎ消費量〔2016年第一位 北海道〕	-0.3834	-0.1562
だいこん消費量〔2016年第一位 岩手県〕	-0.5517	-0.2459

主食類7品目	百歳	65歳
小麦粉消費量〔2014年第一位 奈良県〕	0.138	0.0165
米消費量〔2016年第一位 静岡県〕	0.0049	0.1215
うどん・そば消費量〔2016年第一位 香川県〕	-0.0675	0.2395
パン消費量〔2016年第一位 京都府〕	-0.1408	-0.2466
めん類消費量〔2014年第一位 香川県〕	-0.2159	0.224
パスタ・スパゲッティ消費量〔2014年第一位 埼玉県〕	-0.3817	-0.3837
もち消費量〔2014年第一位 新潟県〕	-0.4631	-0.3326

ンテネリアン数と相関係数が 0.3 以上の品目は、さば (0.536)、アジ (0.489)、食用油 (0.492)、饅頭 (0.472)、ふりかけ (0.4071)、焼酎 (0.3674)、卵 (0.3401)、イワシ (0.3077) の 8 品目の消費量であった。一方、65 歳以上高齢者数との相関係数が 0.3 以上であった品目は、マヨネーズ (0.548)、

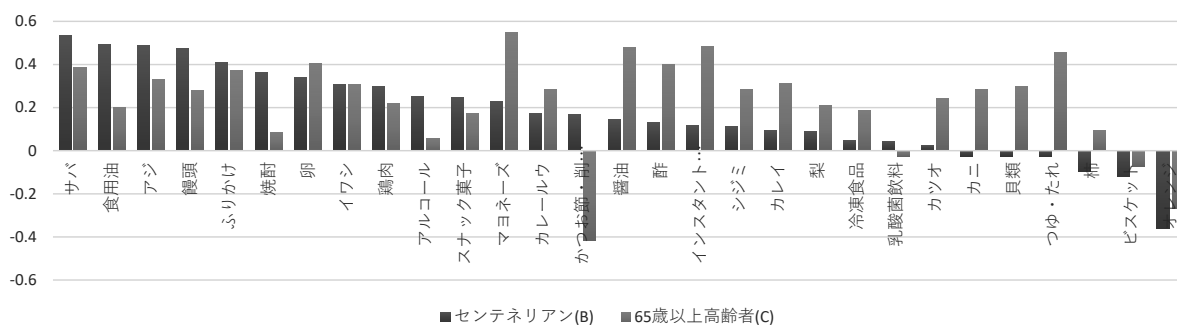
インスタントラーメン (0.484)、醤油 (0.477)、つゆ・たれ (0.457)、卵 (0.406)、酢 (0.400) の 6 品目であった。これらの品目について、センテネリアンとの相関係数と 65 歳以上高齢者との相関係数の差分を計算した。差分の順に見ると、かつお節・削り節消費量、食用油、焼酎、饅頭、アルコー

表 4 人口当たりセンテネリアン数の多い県で多く消費されている食品

島根県	鳥取県	高知県	鹿児島県	山口県
第1位 しじみ	第1位 カニ	第1位 カツオ	第1位 焼酎	第1位 ふりかけ
第1位 サバ	第1位 イワシ	第1位 ビスケット	第1位 乳酸菌飲料	第1位 鶏肉
	第1位 カレイ		第1位 酢	
	第1位 カレールウ			
	第1位 なし			
	第1位 マヨネーズ			
	第1位 卵			
	第1位 まんじゅう			
	第1位 スナック菓子			
第2位 アジ	第2位 冷凍食品	第2位 つゆ・たれ	第2位 アルコール	第2位 食用油
第2位 オレンジ	第2位 インスタントラーメン	第2位 かつお節・削り節	第2位 まんじゅう	
第2位 貝類	第2位 しょう油		第2位 サバ	
	第2位 柿			

島根県、鳥取県、高知県、鹿児島県、山口県において、消費量が全国 1 位と 2 位の品目を色分けして示した。

食品29品目の相関係数(センテネリアンとの相関係数順)



食品29品目の相関係数(高齢者との相関係数順)

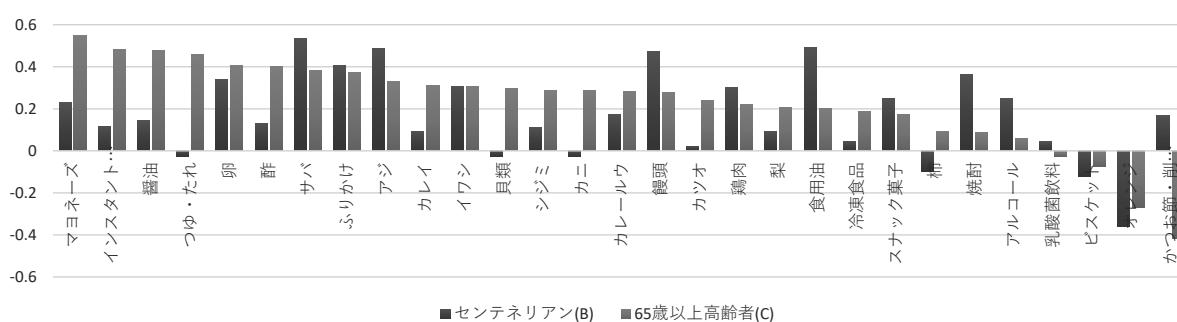


図 2 29 品目のセンテネリアン数と高齢者数との相関係数

上図にはセンテネリアン数との相関係数順に、下図には、65 歳以上高齢者数との相関係数の順に図示した。

ル、アジ、サバは、相関係数の差分がセンテネリアン数との相関係数が高齢者数との相関係数より0.1以上高かった。

これらの結果から、センテネリアンと0.3以上の相関を示し、かつ、高齢者数よりもセンテネリアン数とより強い相関(相関係数の差分が0.1以上)を示す食品として、サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎の5品目の消費量を選び出した(表5)。

(4) サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎の消費量とセンテネリアン数

図3に都道府県別のセンテネリアン数(人口10万人当たり)と65歳以上高齢者数(人口100人当たり)の偏差値を示す。全体的にみると、65歳以上高齢者の多い県ではセンテネリアン数も多い傾向が読み取れる。しかしながら、沖縄県では65歳以上高齢者数が極端に少なく、65歳高齢者数当たりのセンテネリアン数は極端に多い。また、秋田県では、65歳以上高齢者が多く、65歳以上高齢者数当たり

のセンテネリアン数は極端に少ない(図3)。

表6に秋田県と沖縄県の第1位と第47位の食品消費量を示す。沖縄県では、多くの食品の消費量が全国最下位であるという特徴があった(表6)。沖縄県と秋田県での上記5品目の消費量を調べたところ、沖縄県では、食用油1位、焼酎3位であったが、サバ43位、アジ46位、饅頭46位の消費量は高くなかったことから、沖縄県においては、食用油と焼酎の消費量の多さがセンテネリアン数の多さと相関している可能性が示唆された。一方、秋田県では、饅頭36位、アジ31位、サバ28位、食用油27位、焼酎8位であり、饅頭、アジ、サバ、食用油の消費量が少ないことが、センテネリアン数の少なさを説明している可能性が示された。両県のセンテネリアン数を説明する共通品目として食用油は妥当と思われたものの、他の4品目(焼酎、アジ、サバ、饅頭)消費量だけではセンテネリアン数は説明できなかった。

表5 5品目の選択

29品目のセンテネリアン数との相関係数

品目	相関係数		食品	センテネリアン(B)	65歳以上高齢者(C)	B-C
サバ	0.5361	1	かつお節・削り節	0.1676	-0.4184	0.586
アジ	0.4893	2	食用油	0.492	0.2	0.292
食用油	0.4324	3	焼酎	0.3634	0.0859	0.278
饅頭	0.4423	4	饅頭	0.472	0.278	0.195
ふりかけ	0.4071	5	アルコール	0.2501	0.0587	0.191
焼酎	0.3674	6	アジ	0.489	0.331	0.159
卵	0.3401	7	さば	0.536	0.384	0.152
イワシ	0.3077	8	鶏肉	0.299	0.221	0.078
鶏肉	0.2986	9	スナック菓子	0.248	0.175	0.073
アルコール	0.2501	10	乳酸菌飲料	0.044	-0.028	0.072
スナック菓子	0.2477	11	ふりかけ	0.4071	0.3728	0.034
マヨネーズ	0.2302	12	イワシ	0.308	0.305	0.002
カニ	0.2056	13	ビスケット	-0.2717	-0.0728	-0.049
カレールウ	0.1726	14	卵	0.34	0.406	-0.066
かつお節・削り節	0.1676	15	オレンジ	-0.3627	-0.2688	-0.093
しょう油	0.1451	16	カレールウ	0.173	0.283	-0.111
酢	0.1294	17	なし	0.09	0.208	-0.117
インスタントラーメン	0.1175	18	冷凍食品	0.0458	0.1854	-0.14
しじみ	0.1114	19	しじみ	0.111	0.286	-0.175
カレー	0.0928	20	柿	-0.966	0.0937	-0.19
なし	0.0903	21	かつお	0.023	0.24	-0.217
冷凍食品	0.0458	22	カレー	0.093	0.31	-0.217
乳酸菌飲料	0.0439	23	酢	0.129	0.4	-0.27
カツオ	0.0231	24	カニ	-0.027	0.286	-0.313
貝類	-0.0272	25	マヨネーズ	0.23	0.548	-0.318
つゆ・たれ	-0.0275	26	貝類	-0.027	0.296	-0.323
柿	-0.0966	27	醤油	0.145	0.477	-0.332
ビスケット	-0.1217	28	インスタントラーメン	0.118	0.484	-0.367
オレンジ	-0.3621	29	つゆ・たれ	-0.0275	0.4565	-0.484

表4に示した29品目について、センテネリアン数との相関係数が0.3以上、かつ、センテネリアンとの相関係数と高齢者との相関係数の差分が1.0以上の品目を選択した。

都道府県別センテネリアンと65歳以上高齢者の偏差値

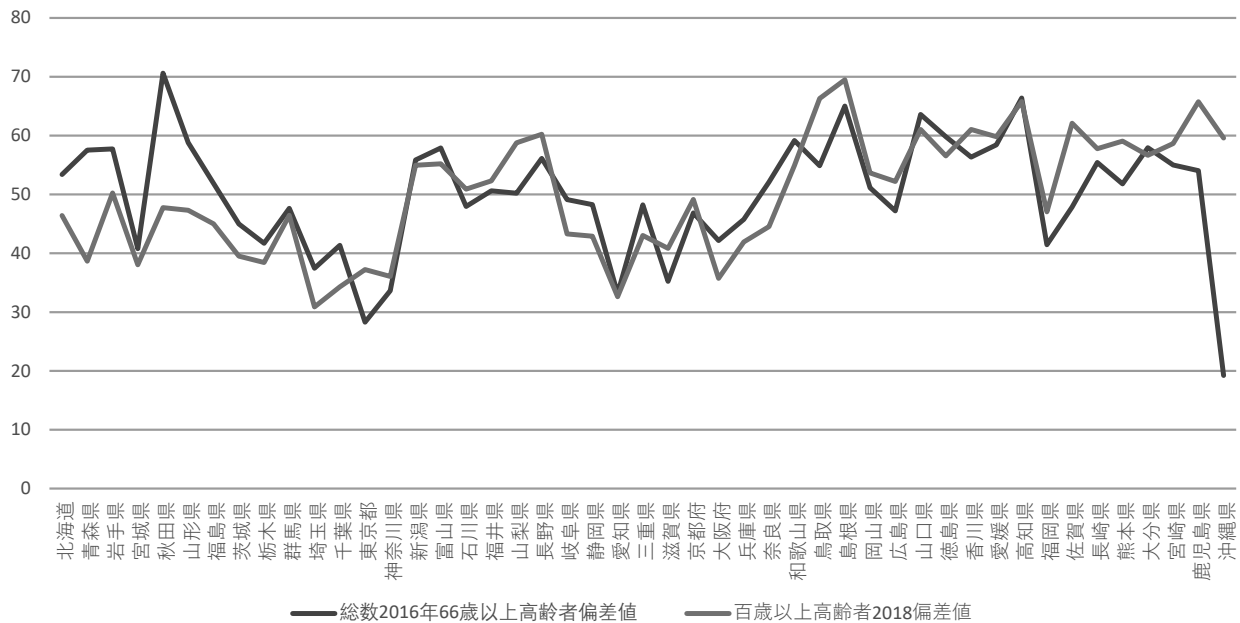


図3 都道府県別センテネリアンと65歳以上高齢者の偏差値の分布
都道府県別センテネリアン数分布と65歳以上高齢者数分布の偏差値を色分けして示した。都道府県は北から順に並べた。

表6 秋田県と沖縄県で全国1位と47位の食品

秋田県		沖縄県		
秋田県最上位	秋田県最下位	沖縄県最上位	沖縄県最下位	沖縄県最下位
1位 ねぎ消費量	47位 もち消費量	1位 ベーコン消費量	47位 ねぎ消費量	47位 なし消費量
1位 葉物野菜消費量	47位 餃子消費量	1位 かつお節・削り節消費量	47位 葉物野菜消費量	47位 はくさい消費量
1位 生しいたけ消費量	47位 ドレッシング消費量	1位 にんじん消費量	47位 生しいたけ消費量	47位 あさり消費量
1位 つゆ・たれ消費量	47位 液体・粉末・顆粒だし消費量	1位 ハンバーグ消費量	47位 つゆ・たれ消費量	47位 きゅうり消費量
1位 ほうれんそう消費量		1位 食用油消費量	47位 貝類消費量	47位 なす消費量
		1位 ミネラルウォーター消費量	47位 根菜消費量	47位 さといも消費量
			47位 桃消費量	47位 ごぼう消費量
			47位 メロン消費量	47位 しめじ消費量
			47位 さつまいも消費量	47位 えのきたけ消費量
			47位 キャベツ消費量	47位 きのこと消費量
			47位 バター消費量	47位 漬物消費量
			47位 イワシ消費量	47位 油揚げ・がんもどき消費量
			47位 アイスcream・シャーベット消費量	47位 果物消費量
			47位 カレイ消費量	47位 うどん・そば消費量
			47位 イカ消費量	47位 ブランデー消費量
			47位 わかめ消費量	47位 酢消費量
			47位 ブリ消費量	47位 しょう油消費量
			47位 魚介の漬物消費量	47位 ソース消費量
			47位 かき(貝)消費量	47位 マヨネーズ消費量
			47位 タコ消費量	47位 ふりかけ消費量
			47位 つくだ煮消費量	47位 キャンディー消費量
			47位 しゅうまい消費量	47位 羊羹消費量
			47位 生鮮野菜消費量	47位 せんべい消費量
			47位 コロッケ消費量	47位 ゼリー消費量
			47位 魚介類消費量	47位 プリン消費量
			47位 かぼちゃ消費量	47位 お菓子消費量
			47位 カニ消費量	47位 緑茶消費量
			47位 冷凍食品消費量	47位 牛乳消費量
			47位 生鮮魚介消費量	47位 イチゴ消費量
			47位 干物消費率	47位 バナナ消費量
			47位 インスタントラーメン消費量	47位 りんご消費量
			47位 ぶどう消費量	47位 すいか消費量

秋田県で第1位と第47位の食品と、沖縄県で第1位と第47位の食品を示した。沖縄県では全国47位の品目が多数あったので2列に分けて並べた。

図4に、都道府県別のセンテネリアン数および65歳以上高齢者数(図3)に加えて、それぞれの品目の消費量の偏差値がどの程度センテネリアン偏差値と一致しているかを示すために、焼酎消費量(A)、食用油消費量(B)、饅頭消費量(C)、サバ消費量(D)の偏差値のグラフを重ねて示した。アジ消費量の偏差値は、殆どサバ消費量偏差値と同じであったので省略した。焼酎消費量とサバ消費量とは、概ねの都道府県でセンテネリアンの偏差値と一致していた。

(5) センテネリアン数とサバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎消費量の回帰分析

センテネリアン数を従属変数とし、サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎消費量の5品目を独立変数として回帰分析を行ったところ、精度はR2値0.552となり、予測変数の重要度は、焼酎(0.43)サバ

(0.40)食用油(0.17)となり、焼酎とサバと食用油の消費量とする回帰モデルの妥当性が示された(図5)。

(6) センテネリアン数と食品5品目の因果関係の推定

2017年度のセンテネリアン数は、これまでの検討により、サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎消費量の5品目によりR2値0.552の精度で説明していたが、同様の食品によりその後のセンテネリアン数(2024年度)がどの程度説明できるかを、2024年度センテネリアン数を従属変数として自動モデリング回帰分析を行ったところ、R2値は上昇することなく、R2=0.493に低下していた。また、5品目の2017年度と2024年度のセンテネリアン数との相関係数も焼酎以外のアジ、サバ、食用油、饅頭のいずれも低下していたことから、5品目の

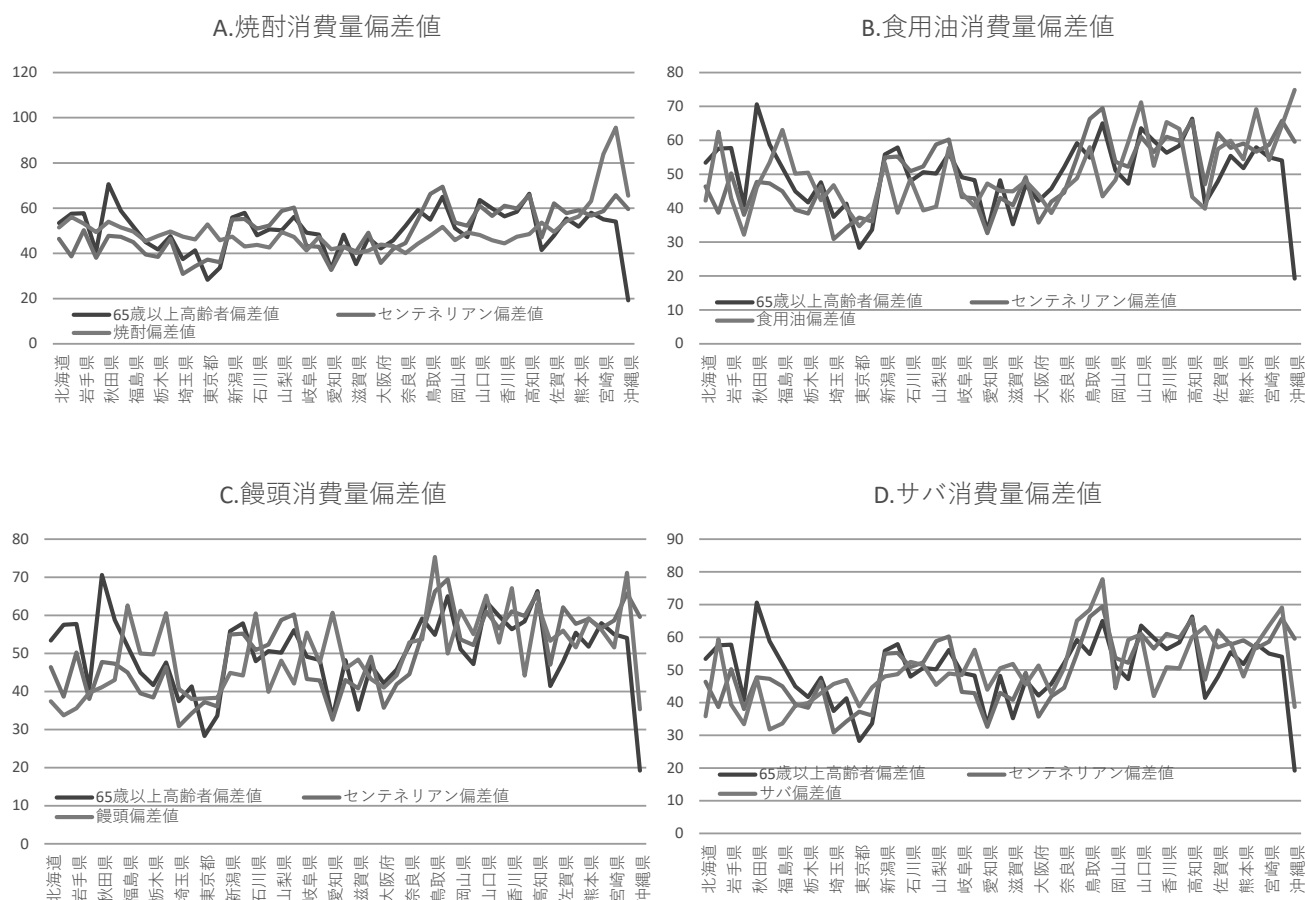


図4 都道府県別の焼酎、食用油、饅頭、サバの消費量の偏差値

焼酎(A)、食用油(B)、饅頭(C)、サバ(D)の消費量の偏差値を都道府県別に示した。さらに図3に示したセンテネリアンおよび高齢者の偏差値も比較検討のために追加して示した。

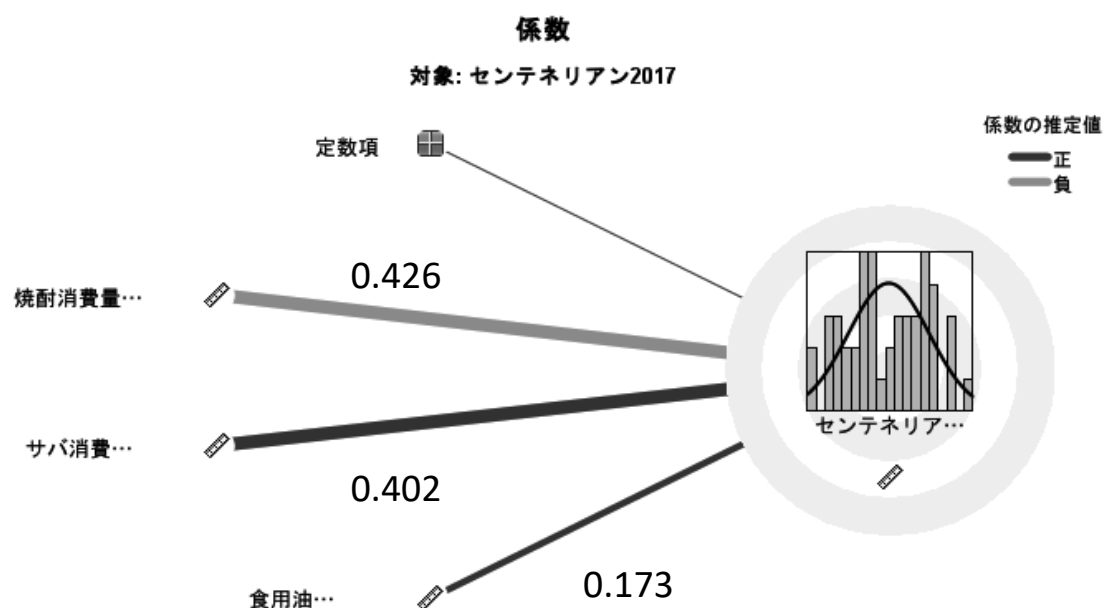


図5 5品目の回帰分析
焼酎、食用油、饅頭、サバ、アジの消費量を独立変数、センテネリアンを従属変数として回帰分析を行った。

表7 5品目の高齢者数（2017年）、センテネリアン数（2017年）、センテネリアン数（2024年）との相関係数

食品5品目との相関係数

	相関係数	n数	最小 C.I.	最大 C.I.
アジ消費				
高齢者数2017	.331	47	.048	.564
センテネリアン2017	.489	47	.235	.681
センテネリアン2024	.462	47	.202	.662
サバ消費				
高齢者数2017	.384	47	.109	.605
センテネリアン2017	.536	47	.294	.713
センテネリアン2024	.508	47	.258	.694
焼酎消費				
高齢者数2017	-.568	47	-.735	-.336
センテネリアン2017	-.513	47	-.697	-.265
センテネリアン2024	-.534	47	-.712	-.292
食用油				
高齢者数2017	.200	47	-.092	.461
センテネリアン2017	.492	47	.239	.683
センテネリアン2024	.404	47	.132	.620
饅頭消費				
高齢者数2017	.278	47	-.010	.523
センテネリアン2017	.472	47	.214	.669
センテネリアン2024	.440	47	.175	.646

都道府県別のアジ、サバ、焼酎、食用油、饅頭の消費量文武と2017年度の高齢者数、2017年度と2024年度のセンテネリアン数との相関係数を示した。

食糧消費は7年後のセンテネリアン数をよりよく予想するという結果にはならなかった。このことは、5品目消費量が原因となり7年後のセンテネリアン数に影響を及ぼしているのではないかとの仮説は支持されなかった（表7）。

IV 考察

(1) 本研究の成果と限界

本研究では、都道府県別の2017年度センテネリアン数と2017年度65歳以上高齢者数、2024年度センテネリアン数を調べて、2017年前後（2010-2018年）の都道府県別食品消費量との関係を明らかにしようとした。食品消費量は都道府県の人口で除した過去4年間の平均消費量を用いた。

調査した150品目の食品から、2017年のセンテネリアン数、あるいは、65歳以上高齢者数と相関係数0.3以上の品目を選び出した。次に2017年に人口10万人当たりセンテネリアン数が上位5位以内に位置づけられた島根、鳥取、高知、鹿児島、山口の各県について、消費量が全国で1位と2位の品目を選び出した。2位の食品まで含めた理由は、全国第1位の食品にはその地域の特産品などがランク付けされることもあったからである。そして、これらの条件を満たした12品目から、65歳以上高齢者数よりもセンテネリアン数を説明できる食品を調べたいとの考えから、センテネリアン数との相関係数と高齢者数との相関係数の間に0.1以上の差分があり、よりセンテネリアンとの関係を示していると考えられる5品目を選び出した。その結果、最終的にサバ、アジ、饅頭、食用油、焼酎の5品目を選び出され、これらの食品とセンテネリアンとの関係を解析した。

しかしながら、都道府県別の65歳以上高齢者数とセンテネリアン数とは完全に独立したパラメーターではないことから、このような解析の進め方には大きな限界がある。以前の筆者らの報告⁷⁾でも示したように、65歳以上高齢者数はその後（35年後）のセンテネリアン数に反映される可能性があるからである。2017年にセンテネリアン数と比

較して高齢者数が多い地域ではその後のセンテネリアン数が増加する要因となりうる。実際、2017年度の高齢者偏差値とセンテネリアン偏差値の差分を横軸に、2024年度センテネリアン数と2017年度センテネリアン数の差分を縦軸にプロットしてみると、この両者には相関があることが解った。図6に示すように、高齢者偏差値とセンテネリアン偏差値の差分が大きいところは、秋田県（22.86）、青森県（18.89）、山形県（11.5）、奈良県（7.57）、岩手県（7.51）であるが、これらの地域では2024年度にはセンテネリアン数の増加が大きかった。逆にこの差分が小さいところは、沖縄県（-40.37）、佐賀県（-14.25）、鹿児島県（-11.7）、鳥取県（-11.4）、東京都（-8.93）であったが、これらの地域では2024年度のセンテネリアン数の増加が少なかった。2024年のセンテネリアン数のランキングでは、1位島根県、2位高知県、3位鹿児島県、4位熊本県、5位長野県の順位となり、少ない地域については、埼玉県47位、愛知県46位、千葉県45位、東京都44位、大阪府43位であった（図7）。特筆すべきは、沖縄県であり、2017年から2024年の間に沖縄県の人口10万人当りセンテネリアン数は増加していなかった。

(2) 沖縄県のセンテネリアンについて

沖縄にセンテネリアンが多い理由として、栄養バランスのよい食生活に加えて、体を動かす機会が多い、近所の人たちとよく話をする、生きがいを持つことなどが挙げられていた。沖縄の伝統食は野菜の割合がかなり多く、カロリーの多くをさつまいもや豆腐、新鮮な野菜から摂取し、豚肉も伝統的に特別な日の食事としてよく食べられている。沖縄の人の具体的な食事習慣として、主食・主菜・副菜を基本としたバランスのよい食事であり、肉類・魚・大豆などのタンパク質を十分に摂取し、加えて野菜や果物などさまざまな種類の食品を取り入れることが指摘されていた。

しかしながら、沖縄県は1985年までは長寿県として広く知られていたが、最近その様子は大きく変化している。男性の平均寿命は2005年に25

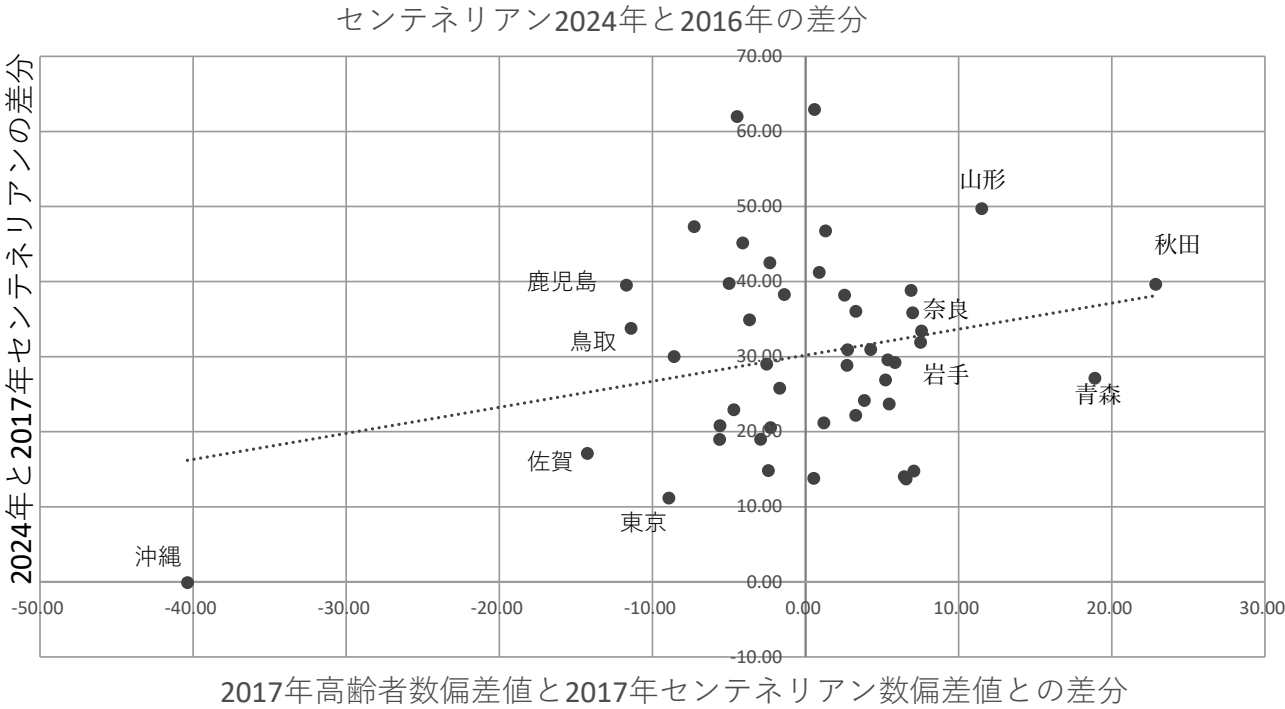


図6 2017 年の高齢者数とセンテネリアンの差分の 2024 年のセンテネリアン数への影響

2017 年の高齢者数偏差値とセンテネリアン数偏差値との差分を横軸に、2017 年から 2024 年までのセンテネリアン数の増加を縦軸にして、47 都道府県の分布図を示した。沖縄、佐賀、鹿児島、鳥取、東京は高齢者とセンテネリアンの偏差値差分が少ない地域であり、秋田、青森、山形、奈良、岩手はその差分が大きい地域であった。

人/人口10
万人当り

2024年と2017年のセンテネリアン数

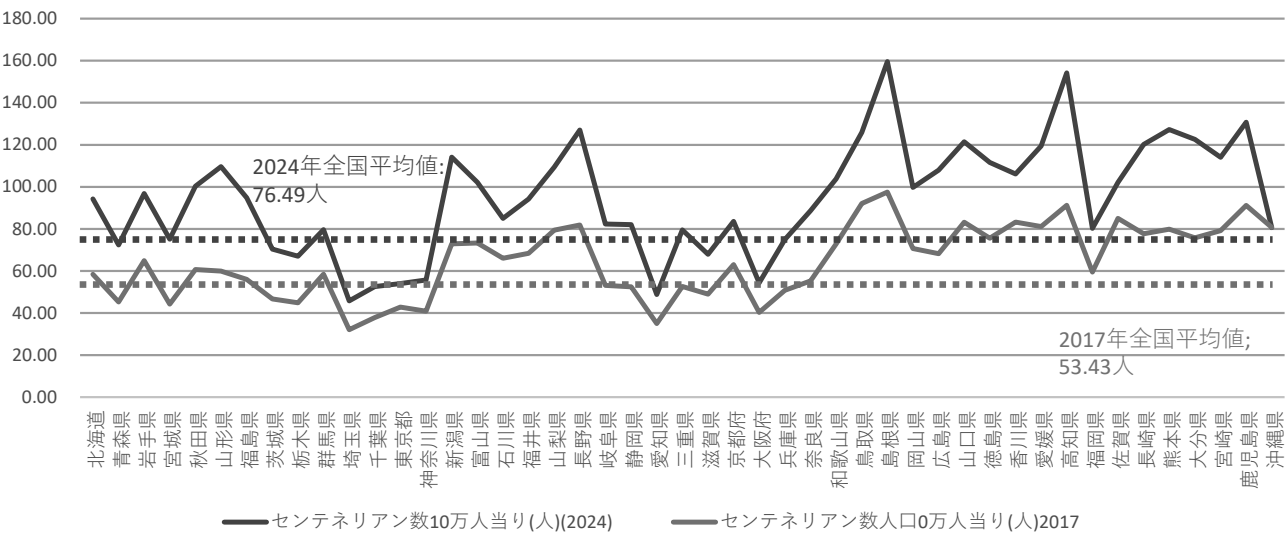


図7 2024 年と 2017 年の都道府県別センテネリアン数

人口 10 万人当たりセンテネリアン数の全国平均値は 2017 年度に 53.43 人、2024 年度には 76.49 人であった。2024 年度に伸びが大きい県は、第 1 位高知県、第 2 位島根県、第 3 位山形県、第 4 位熊本県、第 5 位大分県の順であり、全国平均で 23.06 人の伸びがあった。

位、2010年には30位にまで低下しており、女性の平均寿命も2005年までは第1位であったが2010年には3位に低下した。それに伴いセンテネリアン数も減少しており、2017年のセンテネリアン数は全国第10位の1162人（人口10万人当り80.75人）であり、偏差値59.59と平均よりややセンテネリアンが多い地域との位置づけであった。しかしながら、2024年には沖縄県の人口10万人当りセンテネリアン数は80.65人となり、全国47都道府県の中で唯一減少を示した地域となった。もはや沖縄県はセンテネリアンの多い地域ということはない。

歴史的にみると、戦前においても沖縄県が長寿県であったという時期は無く、沖縄県が全国1位の長寿県であった時期は戦後35～40年の間だけであった。このような沖縄県における変化の要因として、時代の変化にともなう食事とライフスタイルの変化があげられよう。沖縄県では、1963年に日本で初めてのファーストフード店が開店して以来、急速に食の欧米化が進んだ。現実には2017年度のデータでも沖縄県のハンバーガー消費量は全国第1位であった。食事スタイルが急激に欧米化（アメリカ化）した結果、かつては日本一の長寿県だった沖縄県は、日本一の肥満県になってしまった。現在、県民の成人男性は2人に1人、成人女性は4人に1人が肥満という状況となり、中高年者の死亡率（65歳未満の死亡率）は沖縄県が全国第1位にランクされている。また、沖縄県は全国で唯一戦場となった地域であり、沖縄県男性の平均寿命が一時的に全国1位になったのは、食生活やライフスタイルの影響だけではなく、沖縄戦による一時的な効果であったとする意見もある⁴⁾。

(3) センテネリアンとライフスタイル

これまでの研究により、センテネリアンが集積している地域が「ブルーゾーン」として報告されており、沖縄（日本）、サルデーニャ島（イタリア）、カリフォルニア州ロマリンド（アメリカ）、ニコジャ半島（コスタリカ）、イカリア島（ギリシャ）の5つの地域が挙げられている¹⁾。ブルーゾーンに住

む人々の食事やライフスタイルは一見するとあまり共通点がないようにも見えるが、ブルーゾーンの提唱者であるダン・ビューイトナーは世界のセンテネリアンに学ぶ健康と長寿の9つのルールとして、(1) 適度な運動を続ける、(2) 腹八分で摂取カロリーを抑える、(3) 植物性食品を食べる、(4) 適度に赤ワインを飲む、(5) はっきりした目的意識を持つ、(6) 人生をスローダウンする、(7) 信仰心を持つ、(8) 家族を最優先にする、(9) 人とつながることの重要性を指摘している²⁾。

サルデーニャ島の長寿者の多くは山間部に住み、狩猟や釣り、農業をして、ヤギの乳やペコリーノチーズ、大麦、家庭菜園の野菜などの食料を自給自足している。ロマリンドの長寿者は、絆の強いセブンスデー・アドベンチスト教会信者のコミュニティの一員であり、カフェインやアルコールをとらず、野菜中心の食事をしている。イカリア島は赤ワインが特産品で、住人たちの食生活は果物や野菜をたっぷりとり、肉や魚の量は控えめという典型的な地中海食である。ニコジャ半島のセンテネリアンは、トウモロコシや豆類、カボチャなどのデンプン質の野菜類を多く摂取する典型的なメソアメリカン地方の食生活をしている。

V まとめ

わが国の都道府県別のセンテネリアン数、65歳以上高齢者数と消費食品の関係を調べて、サバ、アジ、食用油、饅頭、焼酎の5品目の消費量が、センテネリアン数と関連していることを示した。しかしながら、これらの特定の食品消費量の増加がセンテネリアンの増加の要因となる可能性は少なかった。多くの食品の消費量は、65歳以上高齢者数とセンテネリアン数との双方に関係しており、特定の食品消費量がセンテネリアン数増加の要因となると考えるよりも、平均寿命が延伸することにより高齢者数が増加し、その結果としてセンテネリアン数が増加するものと考えられた。沖縄県は1985年まではブルーゾーンの一つとして位置づけられわが国でもセンテネリアンの多い地域とみなされて

いたが、戦後の食生活とライフスタイルの変化により、沖縄県はもはや例外的にセンテネリアンの多い地域ではなくなっている。このような結果を考えると、センテネリアンは特別な集団ではなく、一般人口の一部であり、近年の平均寿命の延伸を反映して増加していると考えられることを示した。

文献

- 1) Buettner D. The Blue Zones Solution: Eating and Living Like the World's Healthiest People. Washington, DC: National Geographic Society; 2015.
- 2) ビュイトナー, ダン (著) 荒川雅志 (訳・監修) 仙名紀 (訳)、世界の 100 歳人に学ぶ健康と長寿 9 つのルール The Blue Zones 2nd Edition、出版社: 祥伝社、2013
- 3) 久保哲朗、都道府県別統計とランキングで見る県民性 - <https://todo-ran.com/>、2024 年 12 月検索
- 4) 岡本悦司、沖縄長寿の神話－戦前・戦後を通じた沖縄県民死亡率のコホート分析－、厚生指標 69 (13), 7-12, 2022
- 5) 総務省統計局、統計からみた我が国の高齢者、統計トピックス No.138、2024
- 6) Takeda M, Kinoshita K, Kaminoh A, Mizuno T, et al. Relationship between the number of centenarians and the number of health care workers. Cog Rehab 5 (1), 28-37. 2024a
- 7) 武田雅俊、人生 50 年から百年人生時代へ－急増するセンテネリアン－、大阪河崎リハビリテーション大学大学院年報 2, 16-25, 2024b
- 8) 武田雅俊、人生五十年と百年人生、CRRC たより 72, 2024c
- 9) 武田雅俊、センテネリアンと健康生成論、仁明会精神医学研究 21 (2), 41-62, 2024d

症例報告

自閉スペクトラム症を併存した重度の児童期強迫症に対して入院加療を行った1例

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 濱田達雄、荻野俊、向井馨一郎、松永寿人

英文抄録

We report on a case of a child who required hospitalization for frequent self-injury and suicide attempts during the course of severe obsessive-compulsive disorder (OCD) with comorbid autism spectrum disorder (ASD). The case is a male in his teens. At the age of three, he was noted to have developmental disorder tendencies such as sensory hypersensitivity at a health checkup, and was diagnosed with ASD at Clinic A in year X-2. In year X-1, after moving in with his grandfather, he was diagnosed with OCD due to frequent washing behavior caused by a fear of contamination by excrement. Despite receiving treatment, his OCD symptoms worsened, and he began to repeatedly wash his hands just by imagining things like natto, and also showed depressive mood with suicidal ideation. Unable to attend correspondence high school, and due to frequent self-injurious behavior, it was difficult to cope with the situation at home, and in X year Y month, he was referred to our hospital for intensive OCD treatment, and on the same day, he was admitted to the hospital for medical protection.

After admission, in addition to selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), we adjusted the drugs to aim for interruption and sedation of obsessive thoughts using antipsychotics such as levomepromazine, and then introduced cognitive behavioral therapy (CBT) with a holistic understanding, taking into account the characteristics of ASD. When presenting the case, we obtained the consent of the patient and guardian to make the presentation, and for the purpose of protecting personal information, we made revisions that did not affect the gist of the content.

Key words: 強迫症、自閉スペクトラム症、入院加療、認知行動療法、全人的理解、セロトニン再取り込み阻害薬、レボメプロマジン
obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorder, hospitalization, cognitive behavioral therapy, holistic understanding, selective serotonin reuptake inhibitor, levomepromazine

I. はじめに

強迫症 (Obsessive-compulsive disorder : OCD) とは反復的・持続的な思考や衝動である強迫観念と、不安や不快感を軽減するための繰り返し行動である強迫行為からなる精神疾患で、日常生活や

社会で著しい支障を来す。また、自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder: ASD) を持つ児童においては OCD の発症率が一般よりも高く、抑うつや社交不安などから OCD 症状が悪化し、基盤にある ASD 傾向がさらに増悪傾向となり、学業や生活に支障をきたしやすいという傾向がある。

OCD の治療は通常外来で行い、また児童 OCD のケースでは、安全面から薬物療法ではなく、認知行動療法、CBT が第一選択として推奨されているが、重症な場合や当初からの CBT 導入、継続が困難である場合は、SSRI など薬物の使用も考慮する。しかし児童 OCD のケースでも遠方から受診

A case of hospitalization for severe childhood obsessive-compulsive disorder with autism spectrum disorder
Tatsuo HAMADA, MD.; Shun OGINO, MD.; Keiichiro MUKAI, MD., Ph.D.; Hisato MATSUNAGA, MD., Ph.D.
Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051
Fax: +81-798-45-6053
e-mail: ta-hamada@hyo-med.ac.jp

する場合などでは、SSRI の効果や安全性のモニタリングが困難なため、入院加療が選択肢の一つとなる。

今回我々は、遠方(関東地方)から当科を受診した ASD 併存の児童 OCD 患者に対して、入院加療で薬物療法と CBT を併用し、強迫症状の著しい改善を認めた一例を経験したので、考察を交えて報告する。なお発表にあたり、本人からの同意を取得し、さらに個人情報保護の観点から若干の修正を加えた。

Ⅱ. 症例

15 歳男性

主訴：納豆など臭いの強いものを想像しただけで汚染を感じ、手を洗ったり触れたものを拭いたりしてしまう

発達発育歴：3 歳児健診時にクレーン現象疑う指摘あり

既往歴：気管支喘息

学歴：通信制高校在籍中。小学 1 年、2 年、6 年、中学 1 年終わり頃に不登校歴あり。

生活状況：母方祖父と同居。両親、兄弟とは別居中。

家族歴：強迫症(母親)

生活歴・現病歴：

同胞 3 名中第 1 子、長男として出生。3 歳児健診時にクレーン現象疑う指摘をされていた。小学校時代にクラスになじめず登校しぶりによる不登校歴が複数回あり、中学校でも不登校が原因の転校も経験した。同級生とのコミュニケーションの不得手から、発達の精査を勧められ、X-3 年に A クリニック受診された際に ASD と診断され、薬物療法および精神療法が開始された。X-1 年に父方祖父の介護のため家族と共に祖父母宅に転居したが、元来高圧的で、認知機能が低下し排泄の介助などが必要な父方祖父との関係が受容できず、共に過ごすことへの苦痛が強くなり、同年 7 月に本人のみ一時的に母方祖父宅に転居となった。この頃より父方祖父介助時の便汚染を想起することで、

トイレの後に何度も石鹸で手を洗うなど強迫行為が出現し始め、同年 11 月には A クリニックで OCD の併存が診断されて、フルボキサミンが開始された。X 年 Y-1 月にはフルボキサミン 100mg/日まで増量されるも、便の想起につながるような、茶色く臭いの強い納豆などを想像しただけで、その臭いが体についたと不安になり、何度も手を洗うようになるなど汚染の対象は拡大し、他にも「手で触れたもの全てを何度も拭く」、「納豆などが不安でコンビニやスーパーに近づけなくなる」、「犬の糞便への汚染感で糞便を見かけるとその道が通れなくなる」、など OCD 症状は増悪傾向となっていた。この不安を逸らすために、足の甲を切りつけるなど自傷行為も呈するようになっていた。このため専門加療目的に当院当科紹介となり、強迫症状も重度で自傷行為から家庭内での対応も困難であったため、X 年 Y 月に両親の同意のもと緊急での医療保護入院となった。

入院後経過：

入院時、納豆をイメージするだけで汚染感が生じ手洗いを繰り返すといった強迫行為や、汚染感が付いたかもしれない本やノートを看護師に拭かせようとする巻き込み行為が見られた。また時計のバンドや布切れなどで血流がうっ滞するほどに手首や足首を縛ることで、強迫の不安を痛みで紛らわせる様子も認めた。

排便や納豆による汚染恐怖、手順に拘る儀式的な洗浄行為を認め、Y-BOCS(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)による重症度評価では、観念 19 点、行為 13 点の計 32 点で重度であった。

入院前よりフルボキサミン 100mg/日で加療されていたものの、自傷行為に至る背景に賦活症候群の可能性も疑われたため漸減中止とした。強迫観念からの強い焦燥を伴う不安が常に思考や生活を支配し、自制困難で圧倒的であったことから、まずは薬物による鎮静を試みた。第 1 病日よりオランザピン 7.5mg/日および眠剤など加え鎮静を開始したが、不安からの自傷行為が改善されなかった

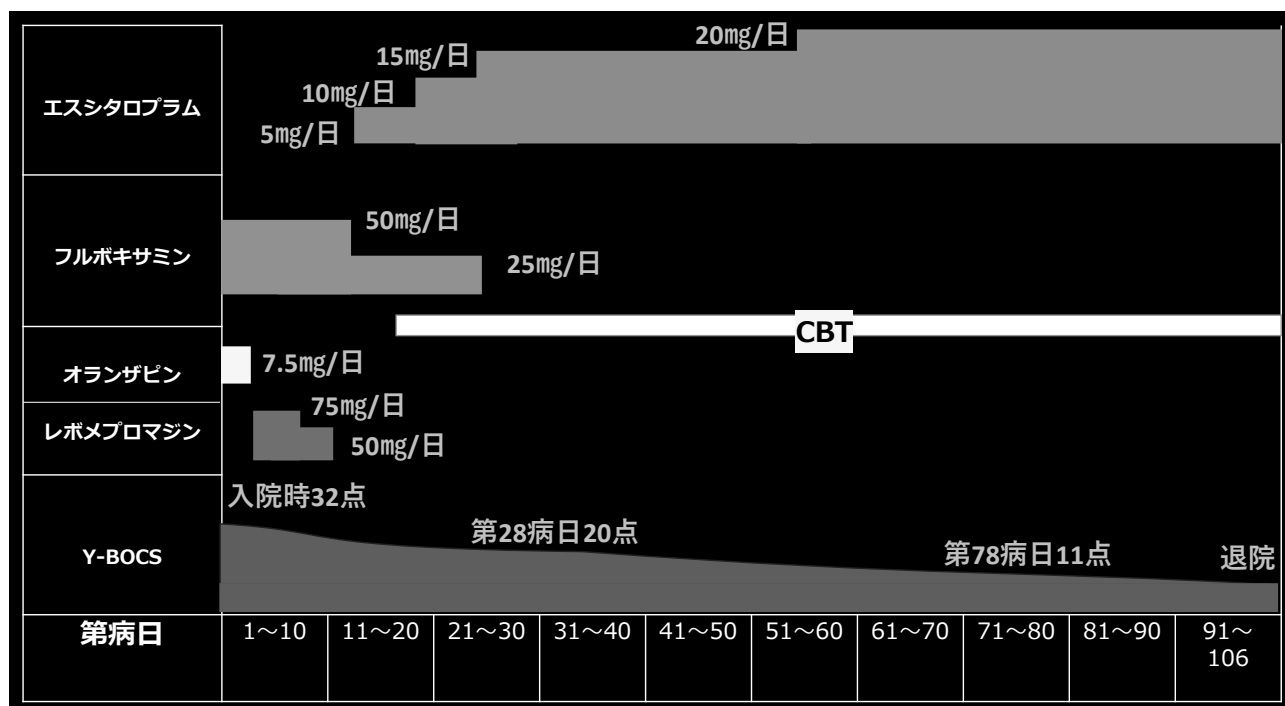
ため、第3病日にオランザピンからレボメプロマジン 75mg/日に変薬したところ、速やかに鎮静効果を認め傾眠状態となった。年齢を考慮し1週間ほど継続後、漸減中止とした。鎮静を緩めた後も強迫観念は生じたが、自制可能となった。さらに第13病日より、代替のSSRIとして適応外処方となるがエスシタロプラムを5mg/日から開始し、以後20mg/日まで漸増した。

鎮静を緩めたのち、第15病日よりOCDへの心理教育やCBTを開始した。課題設定については、まず本人の不安に思う内容を羅列し、不安階層表(表1)を作成させた上で、その内容から課題を段階的に設定した。不安階層表では納豆イメージやそれに関するものが上位となり、次いで臭いの強い食品、食感等、本人の感覚にとらわれるものが次点に並び、これらに対する強迫行為は「手を洗う」、「手で触れた物を拭く」、といった内容であった。当初はCBTに能動的に取り組む姿勢があまり見られなかったが、本人の嗅覚の過敏さやこだわりの強さといった特性、実生活での苦悩や退院後の生活についての話し合いを重ね、克服したい内

容を基にした本人主体の課題設定を行った。具体的には、毎日診察を行い、1回の診察時間を30分以上とり、患者の話題を傾聴し、共感的態度での対応を重ねた。患者はヒューマンビートボックスや韓流が好みで、鉄道の発車メロディーにも興味があり、そこから就職を見据えて高校進学には鉄道科のある進学先を選んだが、家庭では患者自身の展望や興味の持ち方にあまり受容的ではなく、両親との関係に対する葛藤も抱えているなど、症状以外の背景情報にも支持的傾聴し相互理解を行った。

CBTは曝露反応妨害を主とし、対象に曝露した後手洗いせずに過ごせるかを基準に達成度を観察した。最初は『納豆』という単語を口にすることも不安で困難であったため、まずは『納豆』という単語を見る、もしくは聞くなどの曝露から始めた。単語を見聞きしても大きな不安の誘発なく、手洗いせずに1日過ごせるようになった段階で、本人の希望を確かめながら、パッケージ写真を見る、イラストを見る、といったようにイメージの負荷量を上げていき、結果、納豆という単語を会話で

表1



も不安なく発語可能、実物の納豆を見てもある程度不安を自制することが可能になった。

また退院に際して、自宅での生活状況をふまえ、コンビニへの入店や散歩が可能になるよう実践的な課題に移行した。具体的には、コンビニへの入店については、当初は目隠しで目的の商品棚へ行き買い物し、その後の不安度、納豆暴露の結果にも沿いつつ、目隠しなしで入店回数を重ねることで、最終的に納豆商品のある惣菜コーナー横を通っても、強い不安なく買い物することが可能となった。散歩中の汚染恐怖に対しては、糞便がありそうな院外の歩道経路を選定し同伴で散歩を実施した。同経路での散歩を繰り返し実施したことにより、汚染恐怖の減少を認め、散歩、外出への抵抗感の軽減を認めた。

退院後も OCD に対する課題設定を自ら行えるように、曝露妨害反応の設定方法や再発予防に関する心理教育を繰り返した。第 78 病日の Y-BOCS は観念 5 点、行為 6 点の計 11 点まで改善した(改善率 69%)。第 106 病日に退院となり、以後 A クリニックでの通院を再開した。

Ⅲ. 考察

本症例は児童期の ASD 併発の OCD であり、CBT の治療が第一選択となるが、症状が重度で、また遠方でもあり、さらに自傷行為を頻繁に認めるなど切迫した状態であったことから、外来での治療継続は困難であった。さらに CBT の実施にあたって、それを支持する薬物療法や本人の全人的な理解も必要であった。このため、入院加療による集中的な OCD 治療を施行した。

入院当初、患者には OCD がどのような疾患であるか疾病教育を行い、不安階層表を作成し、階層表の下位のものから曝露妨害反応法を行っていくという CBT を主とした年齢相応の治療過程を予定していた。しかし強迫症状、特に強迫観念が圧倒的で、生活全般を支配されている状態であり、まずは強力な鎮静作用を有するレボメプロマジンの使用を要した。これにより強迫観念の圧倒性は抑えられ、ある程度の自制や合理的判断が可能となり、CBT の導入が容易になった。

しかし鎮静後も CBT に対して、患者自身の治療に対する熱意はなかなか上がらず、課題の取り組み

表 2 入院時の不安階層表

不安度 (0~100)	状況	対処行動
100	不意に納豆を見た、言葉を聞いたとき	手を洗う、物を拭く
	コンビニに買い物に行くとき	
50	焼き魚を目の前にしたとき	
	カレーを見たとき、食べたとき	
	チョコレートを見たとき、食べたとき	
	衣服の陰部直上に触れたとき	
0	納豆に似た言葉を聞いたとき	

も能動的ではなかった。これは患者が臭いや音に強いこだわりを見せるなど特徴的な ASD 特性を有しており、加えて対人への緊張感や警戒心から内心に壁を作り、主治医との相互理解がなされていなかったため、結果として有効な課題の設定がされず、適切な CBT が行えない状況であったと考えた。

このため、強迫症状にのみに焦点を当てた対応では治療が前進しないと判断し、患者の好みや注目点など、強迫症以外の背景も把握することで、より広範な患者像の理解を試みることにした。特に患者は、音に過敏でこだわりが強く、興味集中に偏りがあり、コミュニケーションが不得手であり共通理解が得られにくく、対人関係構築の困難さがあるという ASD 特性が、生活や CBT の困難さにつながっていることが把握できた。その困難さに共感姿勢を取り患者の特性に対し受容的な存在であると示せたことで、患者自身も主治医に対しより共感的な態度をとれるようになった。CBT の課題については、『CBT の概念は理解できていたが、納豆のことで困っているのだからそれ以外のことには興味が湧きづらかった』『不安度が高くてもいいのでまず納豆に関連することをしてみたい』といった感想や希望を述べるようになり、本人の理解と特性に合わせた課題の設定を、より適切に行えるようになった。

課題設定は、実際に主治医の前で取り組んでもらうものと、自主的に取り組んでもらうものとに分けて行った。本人が希望した課題は不安度の高い項目のものであり、主治医の直接的な管理が望ましかった。不安度の低いものは自主的に取り組む対象の課題となり、自ら課題に取り組む習慣を育成する目的でも設定した。ASD と OCD を併発している人々に対する CBT には、標準的な CBT プロトコルに、視覚刺激の使用増加、個別化された治療方針、自己モニタリング、積極的強化、明確な言語化や指示の明確化などが最も効果的であることが示されており^{1,2)}、本症例でも課題内容に納豆の絵や写真など視覚情報の刺激を多用し、課題設定もどのような目的で設定するかを明確に説

明し患者の理解度を確認しながら行うことが効果的であった。CBT 後の動機付けでのモチベーション強化やプロンプティングもこれらを踏まえ、特性に沿った評価を行うようにしたことで、本人も具体的な退院後のイメージを抱きやすくなり、次第に自ら課題の調整を行うようになって課題の達成率も上昇した。課題の達成の際に、治療者が患者を褒める、達成の喜びを共有していると感じさせることは、治療効果の実感を大いに高め、その後の治療を自発的に、積極的に行うようになりやすい³⁾が、本症例ではこれに加え、より全人的な患者の理解と信頼関係構築が、CBT 達成も含めた治療による改善実感に大きく寄与したと考える。

薬物療法については、18 歳未満に SSRI を使用する場合には、不安、焦燥、不眠、敵意、衝動性、易刺激性、アカシジア、パニック発作、軽躁、躁状態などの賦活症候群や自殺関連現象を生じる危険性が高いとされる^{4,5)}。しかし生活に支障を来すほどの重症例では、CBT の導入にあたり薬物療法などによる症状の緩和も考慮すべきである。本症例では入院前に薬物療法として SSRI (フルボキサミン) の導入が行われていたが、自傷行為に至る焦燥感はこのによる賦活症候群の可能性も疑われた。そのためフルボキサミンは入院時に漸減中止としたが、鎮静を緩めたのちも強迫観念が強固であったため、代替の SSRI として適応外であるがエスシタロプラムを選択し、頻回にモニタリングを繰り返しつつ増量、投与継続することで、観念の軽減を認めた。さらに強迫症状が圧倒的で、常にこれに支配されて自制困難であり、疲労困憊し、不安、焦燥感が高度である場合などは、適応外ではあるが、SSRI にレボメプロマジンなどの抗精神病薬を併用し、鎮静を行うことで不安や症状の圧倒性が軽減し、CBT の導入が容易となる⁶⁾ことがある。本症例でも併用する定型抗精神病薬にレボメプロマジンを選択し、鎮静を実施したことにより、強迫観念の制御と不安・焦燥感の緩和が図れ、合理的思考や判断の回復に影響を与えたと考える。一方で鎮静が CBT の妨げにならないよう、CBT 導

入前には漸減・中止とした。

最後に、本症例は自宅が遠方であり、通院加療の困難さや自傷行為などの緊急性から入院による加療を行うこととなった。入院加療の利点については、①外来と比較し容易な症状把握と十分な診察時間の確保、②入院環境による治療構造の再構築や先行刺激の統制など悪化を抑制し、課題達成を促進する環境の提供、③病棟スタッフから常時のサポートが可能といった点が挙げられる⁷⁾。当院での OCD への入院加療^{8,9)}は約 3 ヶ月の期間で薬物療法と CBT の併用療法を軸に施行している。しかし、OCD の異種性に配慮した個別の症状や病態に合わせた治療が必要となることも少なくない^{10,11)}。本症例での治療経過では、患者と頻回に話し合いを繰り返して良好な関係を築き、自己の特性や強迫について本人の認識や理解を互いに共有しながら相互理解を深めたことが、モチベーションや治療効果の実感を高め、CBT の主体的取り組みにも好影響を与えたといえる。

IV. 結語

ASD を併存していた児童期重症 OCD 患者に入院加療を行い、著しい改善を認めた。

賦活症候群出現のリスクなどから、児童には SSRI などの抗うつ薬の使用は積極的には推奨されていないが、入院環境であれば細やかな管理の下での薬剤調整や副作用への対処が可能であり、全人的な理解のための時間もかけやすく、その後の CBT 導入にも良い影響を与えうる。

また、本人の疾患に対する自己認識や治療の理解度、ASD といった本人の特性を十分に把握し、細やかな CBT の課題設定など適切な治療方針を立てることが、CBT の達成と効果に大きく影響したと考える。

なお本論文において、開示すべき利益相反はない。

参考文献

1) Kose, L. K., Fox, L., & Storch, E. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral

therapy for individuals with autism spectrum disorders and comorbid obsessive-compulsive disorder: A review of the research. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30 (1), 69–87.

- 2) Nakagawa, A., et al., *Long-term outcome of CBT in adults with OCD and comorbid ASD: A naturalistic follow-up study*. *Current Psychology*, 2018. 38 (6) : p. 1763-1771.
- 3) 飯倉康郎 強迫性障害の行動療法 : 81-82, 2005
- 4) 金生由紀子 ; 子どものチック障害および強迫性障害 : 児童精神医学とその近接領域 54 (2) ; 175-185. 2013
- 5) 松永寿人, 切池信夫, 興野健也 et al. " 児童青年期強迫性障害患者に対するセロトニン再取り込み阻害薬による薬物療法 : 25 例の後方視的調査 " : 臨床精神医学 36 (4) : 435-444, 2007
- 6) 林田和久, 松永寿人 : 入院治療 – その適応や内容, 注意点について –. 上島国利 (編集) : エキスパートによる強迫性障害 (OCD) 治療ブック. 星和書店. pp. 123 – 135, 2010
- 7) 荻野俊, 向井馨一郎, 松永寿人 “ 治療導入に入院加療を用い奏功した児童期強迫症の一例.” 仁明会精神医学研究 18 (2) : 126-130, 2021
- 8) 向井馨一郎, 下村憲司, 林田和久 et al. " 入院プログラムにより改善に至った強迫性障害の一例.” 仁明会精神医学研究 11 (1) : 68-70. 2014
- 9) 向井馨一郎, 岡崎敏馬, 徳谷晃 et al. " 臨床経験強迫症患者の入院治療における多職種連携モデル : その有効性や留意すべき点について.” 精神科治療学 32 (8) : 1099-1104. 2017
- 10) 橋本彩, 林田和久, 松永寿人 et al. " 状況依存的な強迫症状に対して認知行動療法が成功した一症例.” 仁明会精神医学研究 13 (1) : 112-114. 2016
- 11) 向井馨一郎, 林田和久, 松永寿人, et al. " 入院加療が疾病構造を崩す契機になった強迫症の一例.” 仁明会精神医学研究 15 (1) : 102-104. 2018

症例報告

強迫症状がうつ病に伴うものか、強迫症のものかの判断に苦慮した両者を併存した一例

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 細井幸彦、向井馨一郎、松永寿人

要約

Obsessive-compulsive symptoms (OCS) are characterized by intrusive, ego-dystonic thoughts and repetitive behaviors aimed at reducing anxiety or distress. OCS are non-specific and may occur not only in obsessive-compulsive disorder (OCD) but also in major depressive disorder (MDD), bipolar disorder, schizophrenia, and other psychiatric conditions. This case involves a woman in her 50s presenting with two distinct types of OCS: contamination fears related to viral infection and fears of harm to her family, both coexisting with MDD.

Her contamination fears began in adolescence, triggered by HIV-related media coverage, and aggravated by excessive handwashing and avoidance behaviors. Later, she developed MDD with symptoms of psychomotor retardation, depressed mood, and fears of being attacked, leading to compulsive door-locking behaviors. Despite intermittent treatment and periods of symptom remission, her contamination-related obsessions resurfaced during the COVID-19 pandemic.

Diagnosis was initially challenging due to psychomotor retardation associated with comorbid MDD and overlapping OCS. Prioritizing MDD treatment, vortioxetine improved depressive symptoms and reduced harm-related obsessions. However, contamination-related compulsions persisted. The subsequent addition of escitalopram led to significant improvement in both OCS and depressive symptoms. Cognitive-behavioral therapy (CBT), focusing on exposure and response prevention, further facilitated recovery, enabling her return to work.

This case underscores the importance of distinguishing primary diagnoses when OCS coexists with other psychiatric conditions. While OCD-driven OCS typically involves ego-dystonic beliefs and behaviors aimed at anxiety relief, MDD-driven OCS often lacks insight and is associated with self-critical or delusional thoughts. Accurate diagnosis and stepwise treatment addressing both primary and comorbid conditions are essential for optimal outcomes. Tailored interventions led to significant improvements in this patient's symptoms and functionality.

Key words: 強迫症、うつ病、強迫症状、認知行動療法、セロトニン再取り込み阻害薬

obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, obsessive-compulsive symptoms, cognitive behavioral therapy, selective serotonin reuptake inhibitor

A case of obsessive compulsive disorder (OCD) with comorbid depression, in which it was difficult to determine whether the obsessive-compulsive symptoms were associated with depression or OCD

Yukihiko HOSOI, Keiichiro MUKAI, Hisato MATSUNAGA
department of neuropsychiatry, hyogo medical university

I. はじめに

強迫症状(obsessive-compulsive symptoms; OCS)は自我違和的で侵入的な思考、衝動である強迫観念と自我違和的な繰り返し行動である強迫行為によって構成される。それらは①反復性、持続性②不随意性③不合理性の自覚、自我違和感④自己帰属感の4要素で特徴づけられ、様々な精神疾患でも出現する。すなわち OCS は、これを主要症状とする強迫症(Obsessive Compulsive Disorder: OCD)のみならず、うつ病(major depressive disorder;MDD)や双極症、統合失調症、不安症、自閉症スペクトラム症等でも認められる非特異的な精神症状である¹⁾。中でも、MDD の OCS の併存率は50%と報告され、うつ症状の重症化、あるいは不安症との併存により OCS を呈しやすいとされる。一方で、OCD 患者における MDD の併存率は30-50%と精神科併存症の中でも最多であり、この併存は強迫症状の認知面、行動面に影響を及ぼし重症化しやすい²⁾。OCS を主訴とする患者の診療では、OCS の鑑別を丁寧に行い適切な治療方針を決定するために、primary diagnosis の正確な診断は重要である。

今回、我々は、OCS を有する患者の primary diagnosis の決定に苦慮した一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。なお、症例報告に当たり、個人情報保護の観点から、主旨に影響しない程度の若干の修正を加えている。

II. 症例 50 歳 女性

主訴：意欲低下、強迫観念

発達発育歴：発達発育に異常の指摘なし

既往歴：特記なし

学歴：高校卒業

生活状況：夫、長女、次女、三女との5人暮らし

精神科的遺伝負因：特になし

生活歴：同胞1名中第1子として出生、発達発育に異常を指摘されたことは無かった。普通科高校卒業後食品会社に就職し25歳時結婚と同時に退職、長女、次女、三女を出産、45歳時に再度就職

し就労継続していたが、強迫症状の増悪に従い就労困難となり、現在は休職中である。

現病歴：X-34年(10歳代後半)にHIVの報道を契機に、HIV感染を過度に恐れるようになった。あらゆる血液や体液にウイルスが含まれているかもしれないと考え、街中でも血液や体液が付着することを恐れ物品に触ることを回避し、何かに触るたびに過剰な手洗いを呈するようになった。その後、このようなHIV感染に対する恐怖感の増大と汚染対象の拡大とともに、人混みを避けるなどの回避行動を認め、洗浄行為に費やす時間が徐々に増大した。職場でも症状により支障があったが、退職はせずになんとか継続していた。しかし徐々に疲弊は蓄積し、抑うつ気分に加え不眠・食欲不振を呈するようになり、X-30年に自ら近医精神科初診となった。しかし受診時、強迫症状を訴えることなく主訴がうつ症状に終始したためにMDDと診断された。詳細は不明であるが抗うつ薬を主体とした薬物療法により、抑うつ気分は改善し、回避行動はあるものの、生活での著しい支障はない程度にまで強迫症状も軽快したため、通院は自己中断した。X-29年 職場や親族との関係に苦悩し再度抑うつ気分を呈し、不眠・食欲不振を伴ったために心配した家族に連れられ近医受診となった。同時期より家庭内での不和をきっかけに「誰かに襲われるかもしれない」という不安にとらわれるようになり、執拗な戸締りや鍵の二重ロックなどの症状が出現したが、病識は乏しく主治医への相談には至らなかった。その後、通院加療を継続し、薬物療法による抑うつ症状の軽減に伴い「誰かに襲われるかもしれない」という言動は認めなくなっていた。X-23年に主治医の留学を機に通院を中断、結婚し夫の転勤で遠方に転居となり、精神科通院は中断した。X-22年に出産したが、その後に抑うつ気分、食思不振を伴い抑うつ状態を呈した。同時期より、「強盗が侵入するかもしれない」ことを恐れ、戸締りの執拗な確認や南京錠の設置などの行動を認めた。X-17年、元の住所の近隣に転居となり、前医への通院を再開した。各種抗うつ薬により、X-15年頃から徐々に食欲がみられるようになるなど、抑うつ症状

の軽減に伴い「強盗が侵入するかもしれない」といった強迫観念や戸締りなどの確認行為の頻度が減り、日常生活機能を維持できていた。X-9年、通院ならびに薬物療法は継続していたが、育児が落ち着きアルバイトを行うなど多忙となった。また各種抗うつ薬による眠気などの副作用から、内服継続が負担となり通院を自己中断した。X年COVID-19感染症のパンデミックを機に「コロナウイルスへの感染」を心配し洗浄行為が増悪、X年Y月当科初診となった。

Ⅲ. 受診後経過

初診時には、「コロナウイルスへの感染」への不安は表出するなど問いかけには答えるものの、制止・意欲低下から発語量は少なく、会話内容には深みがなく、問診による詳細な病理の全体像の把握は困難であった。「子供が襲われるかもしれないことが心配です。」「心配しすぎなのはわかっていますが、家族のコロナへの罹患が気がかりです」「手洗いをさせると子供たちはとても嫌がるのです」と語り、「家族が襲われるかもしれない」といった不安と「ウイルス感染」への不安の二種類の強迫観念と、それぞれ

に対する鍵の確認、あるいは洗浄行為という強迫行為が存在しており、Y-BOCSは32点であった。これに加え、「体を動かす元気がでない」「家事はしばらくできていません」と抑うつ気分、意欲低下、集中困難も認めた。抑うつ気分、興味の減退、食思不振、不眠、意欲低下、集中困難を認めMDDの診断基準(DSM-5)を満たし、また、強迫観念や強迫行為の存在、これに伴う生活上の著しい支障などは、OCDの診断基準(DSM-5)にも合致していた。そのため、両者の併存を念頭に入れつつ、抑うつ状態の改善を優先的に考え、MDDの治療を先行させることとした。今までの抗うつ薬の使用歴や反応、副作用、さらにCANMATガイドライン³⁾における両者の併存例への推奨を勧告し、X年Y+2月、まずMDDをターゲットとしたボルチオキセチンを開始した。これを20mg/日まで増量したところ、抑うつ気分は軽快し、治療効果を実感していたが、意欲低下や不眠症状は残存し、職場への復帰ができないことに自責の念を語っていた。一方OCSに関しては「襲われるかもしれない」ことへの不安、それに伴う確認行為はこの時点で既に消失していた。一方、帰

	OCD	MDD
洞察	不合理感は強いことが多い	不合理感は乏しいことが多い
治療	SSRI(+増強療法)	抗うつ薬全般
併存率	30-50%にMDDが合併	50%以上でOCSを認める
	二次性のMDDである事が多い 罹病期間が長いほど併存が多い	抑うつ症状が重症度に比例して OCSが併存率が増加
	うつ症状を伴う際の特徴	OCSを伴う際の特徴
強迫観念	攻撃的、性的観念といった symptom dimensionに多い	罪責感、心気症状に関連する
強迫行為	強迫行為への抵抗力が低下する	回避行動が多い
うつ症状	内的緊張、悲観的思考 を認めやすい	不眠、食欲不振 アンヘドニア、精神運動障害を認めやすい
意欲行動	自信欠乏、周囲への依存の増大、 精神的・身体的活力の低下	意欲低下により行動に結びつかない
影響	認知面への影響 (過大な責任感、脅威や危機の過大評価)	より重症のうつ病症状、頻繁な自殺傾向、社会的・身体的・感情的機能障害

図 1

宅時の入浴、持参物や子供の触れた箇所の清拭は持続し一方「ウイルス感染」への強迫観念に伴う洗浄行為への治療効果は乏しいものであった。診察では、会話の受け答えも流暢になり、詳細な病歴聴取が可能となったため、これまでの治療経過(図 1)を詳細に確認し、OCS の症状の変動や不合理感への洞察の程度などの把握に努めた。病歴聴取の結果、「襲われるかもしれない」といった観念では一貫して不合理感への洞察が乏しいことが伺えた一方で、「ウイルス感染」へ不安では、「心配しすぎだと思いが考えてしまいます」など自己帰属感を認めており、うつ症状が重度な時期を除いては自我違和的で不合理感への洞察は良好であった。そのためうつ症状、OCS の更なる改善を目的としてエシタロプラム開始した。X 年 Y + 4 月、エシタロプラム 20mg / 日まで増量後は抑うつ症状、強迫症状共に軽快を認めた。「ウイルス感染」への不安を表出するものの就労の再開に意欲を示した。曝露反応妨害法を主体とする CBT を導入し、外出機会を増やし、手すりなどの「ウイルス感染」への不安を惹起するものに触れ、手洗い行為を制御しながら馴化を図った。X 年

Y + 8 月には、Y-BOCS は 8 点まで減少し就労も可能となり、薬物療法の継続により被害的な内容の再燃はなく、「仕事に手を洗いたくなる時もあるが我慢している」と語り、CBT を継続している。

IV. 考察

本症例は、「襲われるかもしれない」ことに対する攻撃的な観念 / 確認行為と「ウイルス感染」などの汚染恐怖 / 洗浄行為の 2 種類の OCS を認め、MDD と OCD のそれぞれに由来する二種類の OCS が存在する症例であった。それぞれの OCS の症候学的特徴や臨床経過、ならびに薬物療法の種類により治療反応性にも違いを認めた。本症例の病前性格や症状、治療反応性から MDD を伴う OCD と OCS を呈する MDD の鑑別といった観点から考察を行いたい。

本症例の病態は、MDD、OCD の双方を primary diagnosis とする OCS が混在していたと考えられる。MDD と OCD に伴う OCS に関して、病前気質や OCS の相違などを図 2 にまとめた。OCD の 30-50% に MDD が併存し、その多くが二次性であ

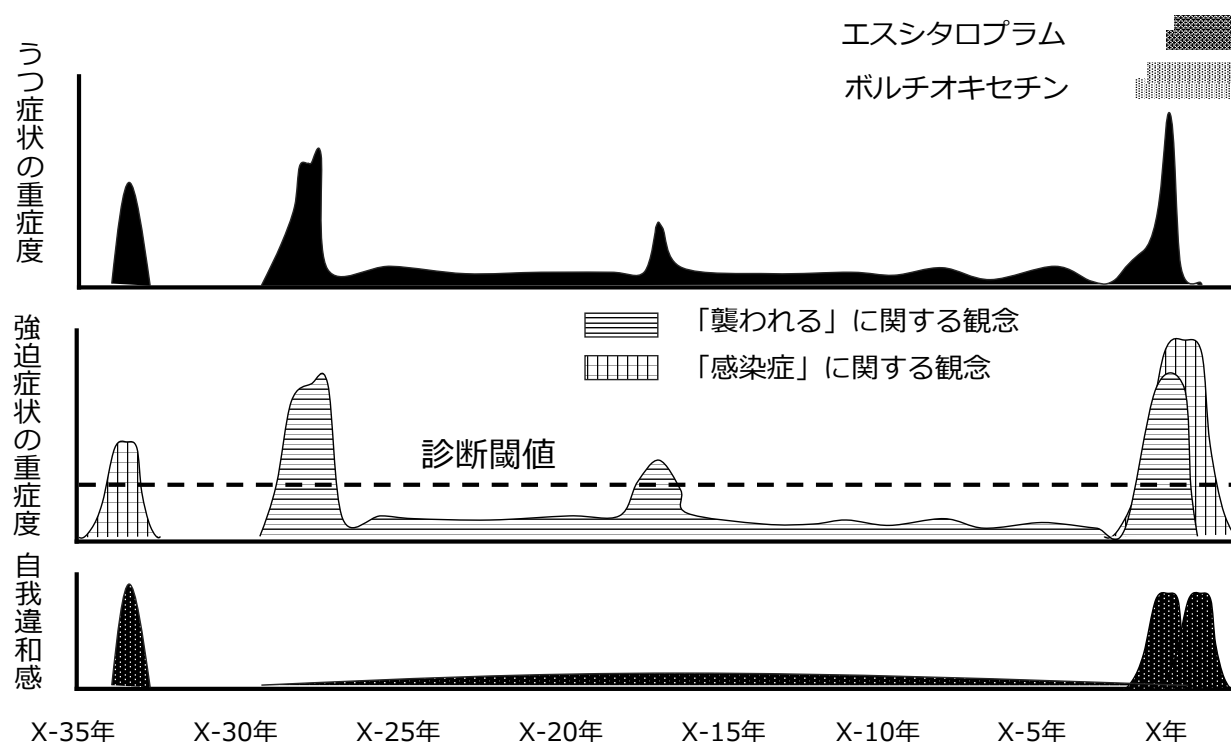


図 2

るとされる⁴⁾。OCDの罹病期間とMDDの併存には関連があり⁵⁾、OCD経過中の生じた心的葛藤、不安、緊張、などがMDDの発症リスクを高める可能性がある⁶⁾。一方で、MDDでも50%以上の割合でOCSを併存し、MDDの重症度が重くなるほどOCSの有病率が増加すると言われている⁷⁾。OCSについてはOCDが主病態でMDDが合併した場合(OCD primary)とMDDが主病態でOCSを認める場合(MDD primary)を比較した際に相違がみられる。OCD primaryの場合、強迫観念は特定の恐怖や不安に関連しており、不合理感への洞察は保たれていることが多い。また、行動様式ではOCDは強迫行為による不安の解消が主である⁸⁾。ただし、MDDの併存を認める際には、不確実性に対する耐性の低下、信念の頑なさなどがより強調され、意欲行動面では抑うつのため治療動機付けの低下により強迫症状への抵抗力が低下し、症状が重症化する傾向にある⁹⁾。一方、MDD primaryの場合の強迫観念は自己批判や罪悪感に関連しており、不合理感への洞察は乏しいことが多い。行動に結びつかないことが多く¹⁰⁾、エネルギーの低下により回避が多いとされている¹¹⁾。また、うつ症状に関連した精神症状として、OCD primaryの場合は内的緊張が強く悲観的思考を伴う事が多く、MDD primaryの場合は不眠や食欲不振などの身体症状を伴う事が多いとされている。本症例で最初に認めたOCSは、強迫観念がHIV報道を起因とする「ウイルス」への不安に関するテーマに限定されており、不合理感への洞察は比較的保たれていた。また主な強迫行為は、不安の解消を目的とした洗浄行為であった。また先行するOCSに遅延して抑うつ症状を来しており、OCDから二次性に併存したMDDであった可能性が考えられ、MDDの併存がOCSの重症化に繋がったと考えられる。

次に、「襲われるかもしれない」といった不安は、一貫して不合理性への洞察が乏しく、主訴になりづらく治療対象になる機会もなかったことから、「とらわれ」と「くりかえし」からOCSと言えなくもないが、何者かが自宅に侵入し家族に危害を加え

るという病態としては被害念慮に近くMDDに伴う妄想に近い病態であったと考えられる。当症状に関する初回エピソードと産後のエピソードでは、不眠や食思不振などの身体症状を伴うMDDが主体であり、この症状は必ずうつ病エピソードの中で出現し、改善と共に消失することを繰り返した。鍵の執拗な確認という強迫行為ととらえられる行動様式は示したが、狭義にはOCSには含まれない症状ともいえる。狭義のOCSは、自我違和的で侵入的な思考、衝動である強迫観念と、不安を解消することを目的とした繰り返し行動である強迫行為によって構成される。ここには、①反復性・持続性、②不随意性、③不合理性の自覚・自我違和感、④自己帰属感の4要素が含有される¹²⁾。本症例の「襲われるかもしれない」といった不安は、これらのうち、妄想に近い反復性の自生思考であり、繰り返される確認行動であるがゆえに、①②を満たすともとれる。しかしながら、自我違和感・自己帰属感を呈しているとは言い難く③④には該当しないと考えられる。つまり、OCDの多くで見られるOCSとは異とする病態に由来する症状であると考えられる。このように、OCSの定義に沿って症状を適切にアセスメントすること、そして症状の出現様式、特にMDDとの時間的關係性に注目することは、病態を捉え正確な診断につながると言えよう。このように、当科初診となった際のエピソードでは、「襲われるかもしれない」「ウイルス感染」という2つの異なる病態に由来した症状が混在していたと考えられる。すなわち、OCD primaryとMDD primaryの病態が同時に存在しており、双方の病態が複雑に絡み合っていたと考えられる。

OCDとMDDの標準的治療は、SSRI(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)など重複している内容もあるが、長期的な治療戦略は大きく異なっている。OCDでは、SSRIと曝露反応妨害法を主な技法とするCBT(Cognitive-Behavior Therapy)、もしくは、その併用が推奨される。初期治療において、SSRIなどの薬物療法でOCSや併存症状の緩和を図り、CBTを導入し継続的な症状の軽減を

図るのが基本的な治療方針となる。MDD では、SSRI を含めた新規抗うつ薬が第一推奨とされ、軽症・中等症例においては認知再構成法を主な技法とする CBT が推奨される³⁾。薬物療法においては、OCD に比べその選択肢は広い。すなわち、互いに長期にわたる治療の中で、各々に推奨される介入を最適化することが重要であり、これらの鑑別が課題となる。本症例の初診時には、上述のように MDD、OCD 共に診断基準を満たすような病態であった。また、うつ症状が重度であり、制止症状のために、OCS の経過や具体的な内容などに関して詳細な問診を行うことは困難であった。このように精神症状や精神科併存症が併存し病態が複雑に絡み合う場合には、適切な診断に加え、治療の優先度の勘案において重症度の違いや生活機能障害への影響など包括的な観点から段階的な治療方針を考慮しなければならない。CANMAT ガイドライン³⁾においては、MDD と OCD が併存した場合は MDD の治療を優先するとされている。本症例では、抑うつ症状の改善を優先しボルチオキセチンを選択した。これによりうつ症状が軽減し、混在していた OCS の内容とその境界の鮮明化が図れた。さらに、エスシタロプラムによる抑うつ症状の軽快と OCD の症状緩和により、曝露反応妨害法を主とする CBT の導入が可能となり、継続的な課題実施により持続的な症状の改善が可能となった。

V. 結語

本症例は OCD と MDD が合併しており相互に影響を与えつつも独立した経過を辿った症例であった。OCD 以外の精神疾患でも OCS を認めることが少なくない。OCS でも主病態により精神症状や治療方針が異なる。一見 OCS に見えるが、自我違和感が無い繰り返し行為など OCS の基準を満たさないものを OCS としてしまう事も少なくない。生活歴、現病歴、治療経過より症状の主病態が何かを診断することが可能となる。正確に診断することで適切な治療が可能となり、より良い治療結果を得られると考えられる。

References

- 1) Hofmeijer-Sevink J. Obsessive-Compulsive Symptoms and Psychiatric Comorbidity: A Comprehensive Study. *J Psychiatry*. 2018 Feb;63 (2) :85-93.
- 2) Sharma E. Exploring the Relationship Between OCD and Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 11;12.
- 3) CANMAT 2016. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Guidelines for MDD and OCD Treatment.
- 4) Baer L. The Spectrum of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2015 Dec;76 (12).
- 5) Fineberg NA. Advances in the Treatment of Obsessive-Compulsive Symptoms. 2005 Aug;87 (2-3) :327-30.
- 6) Emily Stroupauer. Overlap Between OCD and MDD: Symptoms and Treatment Effects. *J Affective Disorders*. 2024 Mar;349:349-357.
- 7) Diniz JB. Impact of Comorbid Disorders on OCD Treatment Outcomes. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 (1) :22-27.
- 8) Hasler G. Neurobiological Perspectives on OCD: Pathology and Treatment. *Psychiatry Res*. 2005.
- 9) Ito M. Advances in the Cognitive Understanding and Treatment of OCS. *Psychological Medicine*. 2023;53 (7) :3009-3020.
- 10) Kathleen A. Moore. Cognitive Features in Obsessive-Compulsive Disorder: A Clinical Perspective. *Front Psychol*. 2017 May 12.
- 11) Emily Stroupauer. Overlap Between OCD and MDD: Symptoms and Treatment Effects. *J Affective Disorders*. 2024 Mar;349:349-357.
- 12) Rachman, S., & de Silva, P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1978.16 (4), 233–248.

症例報告

精神保健福祉相談・病診連携により入院加療が可能となった引きこもりを呈する強迫症の一例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 荒川優太、向井馨一郎、徳原葵、松永寿人
たきざわクリニック 滝沢義唯
こもれび訪問看護ステーション 黒田清文
池田薬局 谷村明宏

抄録

強迫症(OCD)は、未治療期間の長い精神疾患であり、時に回避行動の拡大によって外出がままならず、医療機関への受診や通院継続が困難となる。今回、保健所の支援により病診連携が図られ入院加療に至った、引きこもり状態であったOCDの一例を経験したため若干の考察を交えて報告する。

症例は40代男性。X-27年、排泄物への汚染恐怖が出現し、手洗いなどの洗浄行為を呈するようになった。X-20年、近医に初診となるが、強迫症状の増悪により外出困難となり通院は中断した。X-7年に母親が逝去後は日常生活全般が破綻し、“清潔”とする区域(聖域)へ不用意に侵入する父親との喧嘩が絶えなくなった。X-1年、状況を心配した姉が保健所精神保健相談に依頼し、著者の一人が同伴して自宅訪問による相談業務が実施された。その後、数回の訪問診療を経て、当院での入院加療の導入が可能となった。尚、本発表に際しては、患者本人の同意を取得し個人情報保護に十分に配慮した。

英文抄録

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a psychiatric condition often associated with prolonged untreated periods. In some cases, the expansion of avoidance behaviors may lead to "hikikomori," a state of social withdrawal, complicating access to medical care and adherence to treatment. Here, we report and discuss the case of a man in his 40s with OCD who had been socially withdrawn and was ultimately hospitalized following coordination between a public health center and a local clinic providing home-visit services.

The patient initially developed contamination fears related to excrement and began engaging in excessive washing behaviors starting in Year X-27. In Year X-20, he sought treatment at a local clinic for the first time but discontinued due to worsening OCD symptoms that made leaving home increasingly difficult. Following his mother's death in Year X-7, his daily life deteriorated further, leading to frequent conflicts with his father, who was experiencing cognitive impairment due to dementia and unintentionally entered the "sanctified" areas the patient deemed clean. In Year X-1, the patient's sister sought assistance from a public health center's mental health consultation services. One of the presenters visited the patient's home to provide consultation services. Subsequently, the patient received treatment through home visits and was eventually hospitalized at our institution for intensive care. For this case presentation, informed consent was obtained from the patient, and strict measures were taken to protect personal information.

Key words: 強迫症、引きこもり、保健所、訪問診療、認知行動療法
obsessive-compulsive disorder, Hikikomori, health center, house call medical services,
cognitive behavioral therapy

I. はじめに

強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder: OCD) は、強迫観念と強迫行為を特徴とする精神疾患である。一般人口中の生涯有病率は 2-3%¹⁾とされ、苦痛や QOL の低下に関わる 10 大疾患の一つに挙げられる²⁾。また、発病から精神科で有効な治療を受けるまでの、いわゆる未治療期間 (duration of untreated illness: DUI) は平均して 7～8 年と長い³⁾。その間には、強迫症状の悪化による QOL の低下、回避行動による社会との断絶や引きこもり、巻き込み行為による家庭の負担や著しい機能低下がみられる。これらは、受診行動や継続的な通院を妨げる要因となり、さらには、家族など周囲の者からの適切な援助を阻害することとなる。一方で、病状が複雑な場合や強迫症状が重度の場合、さらには巻き込み行為が頑なに習慣化し家族が著しく疲弊している場合などには、入院治療の適応となる⁴⁾。しかし、入院治療を提供する医療機関への受診が困難である場合や、入院治療の意義や目的が曖昧なまま入院し、生活環境に適応できず短期間で退院してしまう場合も少なくない。

一般に、医療機関への受診が困難な精神疾患患者に対するアウトリーチとして、保健所等が実施している精神保健福祉相談がある。ここでは、保健所嘱託精神科医師 (以下嘱託医と標記) を配置し、本人・家族を対象とした来所相談や自宅訪問相談を行っている。相談内容から支援や治療方針を勘案し、それにそった助言を行うことが相談員の主な役割である⁵⁾。すなわち、本人やその家族への助言のみならず、支援機関や地域の医療機関による初期対応、ならびに、専門施設との連携方

法など、短期・中長期の治療を見越した介入が望まれる。これが OCD の場合、入院加療では、標準的治療である薬物療法や認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) を軸とした集中的治療を実施する⁴⁾。これに加え、引きこもりに至る心理環境要因に関して包括的・多角的な評価を行い、退院後の治療を見据えた社会資源の導入や生活環境の調整といった多角的介入を検討する必要がある。

今回我々は、10 歳代後半に発症し、症状の増悪により約 20 年間の引きこもりの末、精神保健福祉相談・病診連携により入院加療が可能となった OCD の一例を経験したので、若干の考察を交え報告したい。なお症例呈示に際し、患者より口頭同意を得るとともに、個人情報保護の観点から趣旨に影響しない程度の改変を加えた。

II. 症例 40 代男性

同胞 2 名の第 2 子、長男として出生。発達発育に遅れの指摘はなし。

幼少期より長男として期待され、母親は学業に厳しかった。中学まで成績は優秀であったが、高校に進学後から成績が伸び悩み、母親から叱責を受けるようになった。高校を卒業後、1 年間の浪人後に大学に進学した。大学在学中はコンビニ店員やゴルフのキャディーなどのアルバイトをしていた。OCD の症状増悪により、抑うつ気分が持続していたため、就職活動はうまくいかないと感じ、就職は断念した。その後は外出困難となり、大半を自宅で過ごすようになった。

既往歴及び家族歴に特記事項なし。

現病歴

1) 入院までの経緯

X-27 年 (浪人中) に自身の排泄物が「手についているかもしれない」という汚染のとりわれや不安から、排泄後に過度に手洗いするようになった。徐々に自宅の廊下や壁などに汚染を拡げたと感じて「汚い」対象が拡大し、自宅での洗浄行為の時間

A case of obsessive-compulsive disorder (OCD) presenting with social withdrawal (Hikikomori), for which hospitalization and treatment were made possible through mental health consultation and cooperation with a hospital and mental clinic.

Yuta ARAKAWA MD., Keiichiro MUKAI MD., Ph.D, Aoi TOKUHARA MD., Hisato MATSUNAGA MD., Ph.D, Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University, 1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051 Fax: +81-798-456053
e-mail: yu-arakawa@hyo-med.ac.jp

が長くなった。アルバイト中は商品やゴルフバッグに触れた後、汚染感は抱いていたが、過度な手洗いは制止できていた。X-20年、父親が足白癬にかかっていると知ったことを契機に、白癬菌に汚染感を抱くようになり、水回りや床を直接触れることができず、自宅では常にスリッパを履くようになった。同時期、上記症状を主訴にA病院を受診しOCDと診断され、薬物療法による治療が行われた。しかし、徐々に汚染に関する強迫症状が増悪し、回避行動により外出困難となって通院は中断した。X-7年に料理や洗濯などの家事全般を行っていた母が逝去した。洗浄行為や回避行動により家事は長時間に及ぶが自身で行い、食器や台所の洗浄と調理に3日程度費やされるために、3日に一回程度の食事摂取となっていた。自宅の廊下や壁などの汚染領域に着衣が触れるたびに重ね着をするようになり、入浴はできず、食事と排泄以外の時間は布団で過ごすようになった。遠方の姉が定期的に帰省して、掃除、洗濯、食事の用意をしていたが、姉がいない間のごみを捨てることができず、大量に部屋にため込んだ。また期限切れのパンなどを食べて過ごしていたため、頻回に下痢を起こしていた。X-2年ごろから父親の認知機能障害が顕在化し、立ち入ること禁止していた自室や居間などの聖域にも意図せず踏み入れることから、父親と喧嘩が絶えなくなった。X-1年父親の認知症に関する受診や介護、ならびに本人の強迫症状の治療などを主な相談内容として、姉が自宅地域の保健所を訪れ、精神保健福祉相談が開始された。

X年Y月保健師と共著者の一人が自宅訪問した。30分ほど姉から状況を聴取した後、一同が座っている中に患者本人が現れ、初めての面談となった。聖域でない部屋であったため、本人は着座できず、立ったままで面談が行われた。髪の毛にはゴミが付着し、数年髪を切った様子はなく、眼鏡はひび割れて薄汚れており、上下にスウェット・ジャージを3枚着重ね、2年間脱がずに履き続けたスリッパはカビが生えていた。生活がままならず、専門

医療機関で入院治療を受け、どうにかして生活を変えたいという希望が語られた。OCDに関する一般的な治療を説明し、心理教育を実施した。また希望する入院加療に関して、受診から導入に至る過程やメリット・デメリットについて説明を行った。しかし、説明を熱心に聞いたのち、入院による生活環境の変化を恐れ、「おそらく入院治療は継続できない」と語り、他の手段を模索することとなった。後日、地域の訪問診療対応にて初期治療を受けることとなり、X年Y+1月に医療機関へ紹介状を作成し、初期対応の具体的な内容や入院治療を含めた全体的な治療方針の共有を図った。長期間のひきこもりから父親との二人暮らしであり、家族以外の対人交流は皆無であった。そのため、対人交流の機会を持ちつつ、医療への安心感を高じるために、訪問診療医(以下訪問医)から訪問看護ステーションと調剤薬局に依頼し、訪問によりスタッフとかかわる機会を増やすこととした。チーム医療の利点を活かし、話題やタイミングによって訪問するスタッフを変えるなど、父親にOCDの入院治療の必要性の説明や、本人への支持・傾聴、ならびに治療の動機付けなどの対応を丁寧に行った。訪問診療では薬物療法が再開され、X年Y+3月セルトラリン 25mg/日が開始され、50mg/日まで増量となった。時折焦燥感を呈したためにセルトラリンの増量は保留となった。その後、抗精神病薬の増強療法としてアリピプラゾール 6mg/日が開始され12mg/日に漸増された。X年Y+4月、薬物療法のみでは生活を変えられるほどの強迫症状の改善は望めず、治療は難しいと本人は感じるようになり、当科での入院治療に関して再度、訪問医と相談した。「環境が変わることは怖いですが、入院治療を受け生活を変えたい」という本人からの強い希望が確認された。X年Y+5月自力で外出できず、訪問医、訪問看護師同伴で当科初診となり、任意入院となった。入院治療への強い意思を表出した際に、訪問医から肩を叩かれ、激励に応じている姿から、良好な関係性が構築されている様子が伺えた。

2) 入院後経過

入院時、入浴や散髪は数年間できておらず、整容は保たれていなかった。また、食事が十分ではなく、自室の布団で臥床して過ごすことが多かったため、るい瘦や褥瘡を認めた。トイレ中に体が汚れていないかの確認や、トイレ後の洗浄行為に時間がかかり、検査が受けられないことがあった。OCD の重症度評価尺度である Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) は、32/40 点(観念 15 点、行為 17 点)であった。入院後はまず病棟生活への適応を図り、その後、OCD の心理教育を実施した。例えば、入浴時間は 1 時間以内に設定し、また医療スタッフが見守ることで、概ね時間内の入浴が可能となり、散髪も問題なく行うことができた。用意された食事に対して汚染感はなく、食事摂取は良好であった。前医から継続したセルトラリンは 100mg / 日まで漸増し、生活が慣れた第 18 病日に CBT を導入した。導入時、症状発現状況・不安階層表を作成し、「床に落としたペンを拾うこと」を最初の課題とした。第 56 病日より意欲的に課題の難易度を高くする意思が見られ、主治医と相談しながら曝露課題を選定し、順

次克服していった。CBT などの治療と並行し、退院後の環境調整を進めた。退院先について、第 40 病日に本人や姉と話し合い意向を確認した。特に自宅への退院については、OCD の疾病構造が強固に構築された空間であるため再発リスクが高く、避けるべきではと助言し、グループホーム (GH) への入所を検討する方針となった。第 57 病日から第 90 病日にかけて複数の GH を見学した。GH 入居に向けて適宜、CBT の課題の追加・変更を行い、家事などの練習を導入した。第 120 病日、一人部屋タイプで通院が容易である GH へ退院となった。退院後は、週 3 回の精神作業療法と当院の外来通院を継続している。退院時の Y-BOCS は 25/40 (観念 12 点、行為 13 点) 点であった。入院後の経過を図 1 にまとめた

Ⅲ. 考察

本症例は、10 歳代後半に OCD を発症し、強迫症状の増悪により約 20 年間のひきこもりを強いられるなど、著しい支障を伴い OCD は重度であった。その後、姉による保健所への精神保健福祉相談により医療機関に繋がることとなったが、自宅には

治療経過図

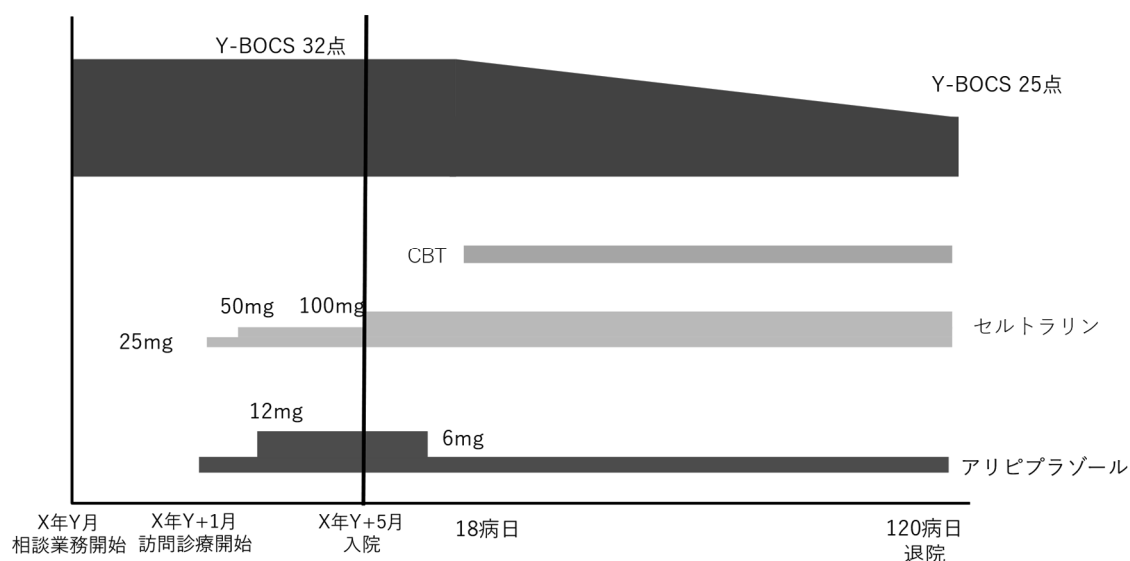


図 1

厳密な疾病構造が構築されており、治療への導入は困難であった、特に、このような状態は入院適応と考えたが、患者は入院に対し両価的で容易には決断できず、当初は訪問診療を導入した。しかしSSRIなどによる薬物療法での症状改善は乏しく、訪問診療の医療スタッフによる支持や勧めもあり、入院治療が可能となった。本症例のような、長期間のひきこもりを伴う重度のOCD患者の対応、治療介入や支援の在り方などについて考察したい。

概して、ひきこもりに至る背景には精神疾患の罹患や経済的問題、心理社会的要因などが関連している⁶⁾。この中で、精神疾患の存在が疑われる場合に、精神保健福祉相談員(ケースワーカー、保健師)は、その診断や医療的介入方法には限界がある。このため、精神科医が相談対応する必要があり、本症例においては、保健所からの要請に応じ、嘱託の精神科医が自宅訪問を実施した。この中で、患者自身の入院希望も語られたが、一般的にOCD患者の入院治療では、それまでに強固に構築されたOCDの疾病構造を崩し、病棟ルールに適応を図る必要があり、多くのOCD患者にとって躊躇され、困難な場合が少なくない。実際、本例に対しても、OCDの治療や入院治療の概要などについて根気強く説明したが、入院に伴う生活環境、あるいはルーチンの変化は、受け入れ難いものであった。そのため、保健所が地域の医療機関と連携し訪問診療を導入した。嘱託医は精神疾患患者の重症度や併存症状など、病状に即した支援や治療を勘案すると同時に、患者の生活環境や、保健所からの情報から地域の医療・福祉リソース等を把握し助言する必要がある。訪問診療との連携においては、その位置づけや治療目標、そして実施された治療内容や患者の状態などを共有していくことが重要である。

訪問診療で治療が難渋した際に、患者の入院に関する意思の有無に加え、入院治療の導入に至るまでの方針や訪問診療内での治療目標を定めておくことも肝要である。本症例では、現行の治療に

難渋した場合に備え、次のステップとして入院治療という具体的な目標を病診連携の中で共有しており、訪問診療では実施可能な心理教育、動機づけ面接、薬物治療が行われ、入院治療で期待される効果や治療的变化の可能性について丁寧な説明がなされた。また、訪問診療スタッフとの交流の中で、信頼関係が構築されたことが、対人交流に前向きになり、長期のひきこもりから入院環境という集団生活に移行することの、許容性や動機づけが促された可能性がある。その結果、さらなる治療効果を求め、入院への前向きな意思が本人から確認できた。

入院治療の目標として、薬物療法やCBTによる集中的治療の実施に加え、通院加療の補完・増強し、患者の能力に見合い、目標に沿った生活が可能となるような、環境調整や社会資源の導入が重要である。本症例では、自宅環境は「聖域」と「汚染領域」が明瞭に区別されており、疾病構造が強固であった。そのため、自宅退院では強迫症状の再燃、そして入院前と同等のADLやQOLの低下が懸念され、再度治療中断してしまうリスクが高いものと想定された。すなわち自宅環境では、空間の至る所に強迫症状が長期間パターン化されており、入院で一旦遮断しても、そのような構造が経時的に再構築され、再度ひきこもりに至る可能性がある。このような場合は、入院中に生活環境自体の調整を行う必要がある⁷⁾⁸⁾⁹⁾。実際本症例においても、家族や本人との話し合いを重ね、GHへの入居を選択したことで、現在も外来通院や精神作業療法の参加が可能になっている。また入院中に、GH入居後の生活を考慮して、家事や生活リズムなどGHの生活様式を想定し、CBTの課題として実践することも退院後の治療の補完・強化に繋がったと考える。

IV. おわりに

今回、精神保健福祉相談・病診連携により入院加療が可能となったひきこもりを呈するOCDの一例を経験した。ひきこもりに至る要因としては

精神疾患が多いとされるが、このようなものの精神疾患をいかに治療するのか、だけではなく、そのものを巡る精神医学的、心理的、社会的な視点に基づく専門的・包括的アセスメントとチームによる多角的支援が重要であることを実感した。しかしこれを実行する上で、ひきこもり当事者である本人や家族と時間をかけて関係性を築くことが、まずは必須となる。また目標や支援の手順について支援者(医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士)間での共有、そして密な連携下での協働が、治療関係や予後に大いに関わると考えられ、今後さらに病診連携や支援体制の在り方を検討していくことが肝要と考える。

文献

- 1) Chiu WT, Kessler RC, Ruscio AM, Stein DJ :The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*15 (1), 53-63., 2010
- 2) Lopez AD, Murray CJ:Global mortality, disability, and the contribution of risk factors.Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349 (9063) :1436-42, 1997doi: 10.1016/S0140-6736 (96) 07495-8. PMID: 9164317.
- 3) Altamura AC, Buoli M, Dell'Oso B, Hollander E :Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder. *World J Biol Psychiatry* 11 (1) : 59-65, 2010
- 4) 松永 寿人, 向井 馨一郎: 入院加療の適応と治療全体での位置づけ. *日本社会精神医学会雑誌* 32 (4), 369-373, 2023
- 5) 厚生労働省: ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン (「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究
- 6) 近藤直司: 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について精神科治療 21, :1223-1228, 2006
- 7) 松永 寿人, 向井 馨一郎: "特集 ひきこもりの理解と支援 ひきこもりと精神疾患 (特に不安症, 強迫症など)". *精神医学* 64 (11), 1445-1450, 2022
- 8) 近藤直司: "特集 社会に繋がれない隠れたひきこもり -8050 問題「ひきこもり問題」に対する支援のこれまでとこれから". *公衆衛生* 85 (10), 640-644, 2021
- 9) 近藤直司: "特集 ひきこもりの理解と支援 ひきこもり問題の理解と支援・総論". *精神医学* 64 (11), 1437-1443, 2022

総説

ソーシャルネットワークサービス(SNS)と子供のメンタルヘルス

大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊、堺景子

Key words: ソーシャルネットワークサービス、子供のメンタルヘルス、児童精神医学、幼少期体験、精神疾患の伝搬
social network service, child mental health, child psychiatry, adverse childhood experience,
transmission of mental disorders

はじめに

近年、大手IT企業により運営されているソーシャルネットワークサービス(SNS)の大きすぎる影響力が認識されるようになり、SNSの規制を求める声が大きくなっている。2024年はSNSを活用した選挙の年であった。東京都知事選挙、アメリカ大統領選挙、ひいては兵庫県知事選挙などでもSNSを活用した選挙が、今までは想定されていなかった事態を引き起こしている。筆者は、以前にこのような事態を予想して、2000年の米国大統領選挙の結果を踏まえた考察を発表した¹⁾。

また、対話生成技術の発達により大規模言語モデル Chat GPT などの AI 技術は瞬く間に社会に浸透した。筆者はリハビリテーション大学に勤務しているが、一年前に Chat 3 は言語聴覚士国家試験問題の正解率が 65% を超え、十分に国家試験に合格する能力があることを報告するとともに²⁾、教育分野における生成 AI 技術の活用を模索してきたが、AI をどのように活用するかの方針の策定が急がれている。

2024 年度に JAMA Psychiatry 掲載論文の中で最も読まれた論文上位 5 本の論文のうち 3 本は子供のメンタルヘルスに関する内容であった。そこで、本稿ではこのような IT 社会が子供のメンタルヘルスに及ぼす影響について論じてみたい。

1. SNS の急成長と社会

わが国ではインターネット上の誹謗中傷

への対策を強化するため、政府はプロバイダー責任制限法を改正する方針を固めており、SNS を運営する大手企業に対し、不適切な投稿の削除の申請があった場合に迅速な対応や削除基準の公表などを義務付ける改正案が国会で可決された。この法案では、ネット上で中傷を受けた被害者が、悪質な投稿者の身元の開示を SNS の運営企業に求める手続きなどを定めており、X(旧ツイッター)などを念頭に、投稿の削除を申請する手続きや窓口の公表に加え、対応結果を一定の期間内に知らせることを運営企業に求め、投稿の削除を判断する基準を定めて公表することも義務付けて、手続きの透明性を高める内容となっている。

改正の趣旨を明確にするため、法律の名称も「特定電気通信による情報流通で発生する権利侵害等対処法」に改め、施行は公布から 1 年以内とされている。今回の法改正は、誹謗中傷など権利を侵害する違法な投稿を対象としているが、同様に対応が急務になっている偽情報や誤情報への対策については引き続き検討するとされている。

今回成立した改正法では、一定規模以上の運営事業者に対し、書き込みの削除の申し出を受け付ける窓口を整備し、削除する判断基準を策定して公表することや、削除の申し出があった場合、14 日以内の総務省令で定める期間内に削除するかどうかの結果を通知することなどを義務づけられている。対象となる事業者は、旧ツイッターの X、フェイスブックなどを運営するメタ、それにグーグルや LINE ヤフーなどが対象になるとみられ、法律に違反し、総務省からの命令にも従わない場合は、事業者に対し罰金などの罰則を科されることになる。

2. SNS と子供のメンタルヘルス

SNS の利用は急拡大しており、子供を SNS に起因する有害な情報から守る必要性について議論されている。有害な情報から子供を保護することは保護者や社会の義務であるとする考えは、広く支持を得ており、これまでも行き過ぎた性的描写、過激な暴力行為などから未成年者を保護するというコンセンサスは十分に社会に浸透していると思われる。映画や TV 放送番組の年齢を定めた指定制度は社会的にも定着しているが、このような規制の必要性がソーシャルメディアにも拡大してきた。2023 年、フランスでは親の同意なしに 15 歳未満の子供がソーシャルメディアにアクセスすることを禁止する法律が導入されたが、調査によると、ユーザーのほぼ半数が VPN を使用してこの禁止を回避できたことが示されている。

2024 年 11 月に、オーストラリアのアルバニー政権は 16 歳未満の交流サイト (SNS) の利用を禁止するために SNS 運営企業にアカウント作成の際の厳格な年齢確認を義務付ける法案を提出し、同国の議会で可決され、1 年以内に施行されることとなった。暴力や自殺、いじめなど「有害な投稿」から子供を守るのが目的で、対策を講じなかった運営企業には最大 5000 万豪ドル (約 48 億 8300 万円) の罰金が科されるという。年齢認証方法などの課題も多いが、オーストラリア通信相は、禁止措置にはスナップチャット、TikTok、フェイスブック、インスタグラム、X (旧ツイッター) が含まれるが、ゲームやメッセージプラットフォーム、アカウントなしでアクセスできるサイト、例えばユーチューブは対象外となる見込みであると述べている。

この背景には、オーストラリアのインターネット規制当局が、2024 年 4 月に起きた少年による教会襲撃事件の映像の削除を SNS 各社に要請したものの、X はオーストラリア国内からの閲覧を遮断したのみで、世界での削除を拒否したことがあった。当局が起こした削除を巡る訴訟でも、X 側は「世界的な削除要請は、自由でオープンなインターネットの原則に反し、表現の自由を脅かす」などと主張

して譲らなかったという。

オーストラリア公共放送 ABC が行った 2024 年 8 月の世論調査によると、オーストラリアでは政府が青少年の SNS 利用を禁止すべきと答えた人は 61% であり。規制当局がコンテンツ削除を命じる権限を持つことに賛成する人は 79% と多数で、SNS 運営企業の「言論の自由」への支持は 21% にとどまっていた。

未成年が犯罪に巻き込まれるなど SNS 対策が世界的課題となる中、ノルウェイなども規制の方向性を表明しており、今回のオーストラリアの踏み込んだ対応は海外にも波及する可能性がある。

3. なぜ SNS は有害となりうるか

筆者は 75 歳となるが、コンピューターの発達とともに生きてきたように思う。20 歳時に米国ダートマス大学に留学し、当時学長を務めていた Kemney 博士が開発したプログラミング言語である BASIC を学習し PC 時代の黎明期を経験した。当時から PC を使用する時には、使用者を特定するためのパスワードが用いられていたが、例えば 0-9 までの 10 種類の文字の組み合わせをパスワードとした場合、もしパスワードを 4 文字とすれば 10^4 回試みると、必ずパスワードに到達できることを思うと、このようなパスワードが絶対に他人に悪用されないことはないという事実が気になっていた。現実の社会では、パスワード解除のために時間をかけて試みる人が少ないことから、パスワードとして活用されているだけであることも事実である。最近では PC ロボットにより何度も試みることは簡単にできるために、一定回数以上誤ったパスワードを試みると停止するような解読防止策が講じられているのは当然である。このような思考は、膨大な情報の中から特定のものを検索するという技術の重要性を示している。

現在の PC 利用者の多くは、Google や Yahoo などの検索機能を毎日利用しているが、この検索機能の目的は、膨大な情報の中から特定の情報を選択して上位に表示するというものであるが、この上位に表示される検索結果は、利用者の検索履歴

に応じて変更されている。AさんのPCを用いた検索結果とBさんのPCを用いた検索結果は違うという現実、当初なかなか受け入れられなかった。同じことは、同じPCでの検索結果も検索ソフトが勝手に検索履歴を加えて修正するので、例えば一年後の検索結果は、この間の検索履歴が加味されて違う結果が提示されることになる。

例えば、ジャケットを購入しようと考えている人が特定のメーカーの製品をネット上で見ていたとすると、それまでの閲覧履歴に従って、そのメーカーの製品がほとんど確実に上位に提示されることになる。ここに不安を感じる人は多いのではないだろうか。

筆者も遅ればせながら、YouTubeを利用するようになった。日本の歴史に関するYouTube動画を数本見た後には、そのテーマに関する動画がYouTubeの選択画面に表示されるようになる。最近、YouTubeに挿入されているコマーシャルが気になってきたので、毎月の料金を支払ってコマーシャルなしのYouTubeを利用することにした。そうしたところ、YouTubeは日本の歴史に関するいろいろな動画を次々に際限なく無限ループのように流し続けることとなった。これはこれでいいのかもしれないが、似たような内容の似たような主張に際限なくさらされることになりうるとの恐怖

を感じた。もし、このような動画の内容が事実とは異なる内容で、特定の人の偏った主張である場合にはとんでもないことになると感じた。

SNSの世界ではこのようなことが現実に行っている。自分の好みに合う特定のグループの人からの情報に晒され続けるうちに、それとは異なる意見の人もいる、それ以外の情報もあるという事実を忘れてしまい、特定の情報だけを信じてしまうことが容易に起こりうる。米国の軍医総監 Vivek H. Murthy が国民に向けてのメッセージで警告したように³⁾、SNS時代は、分断と対立の社会を助長しているとの警鐘は考慮されなければならない。

4. 児童精神医学論文の増加

児童精神医学は、精神医学の中でも重要なテーマとなりつつある。MEDLINEを使ってchild psychiatryでヒットする論文数を検索してみると、2012年までは年間2-3000本程度であった。2013年から増加し始め2021年には年間1万本を超え、child psychiatry関連論文数は、精神科関連論文の中で約16%(136,170本/853,593本)を占めるまでになった。2024年だけについて言えば19.4%(10,467本/53,975本)がchild psychiatry領域の論文である。図1

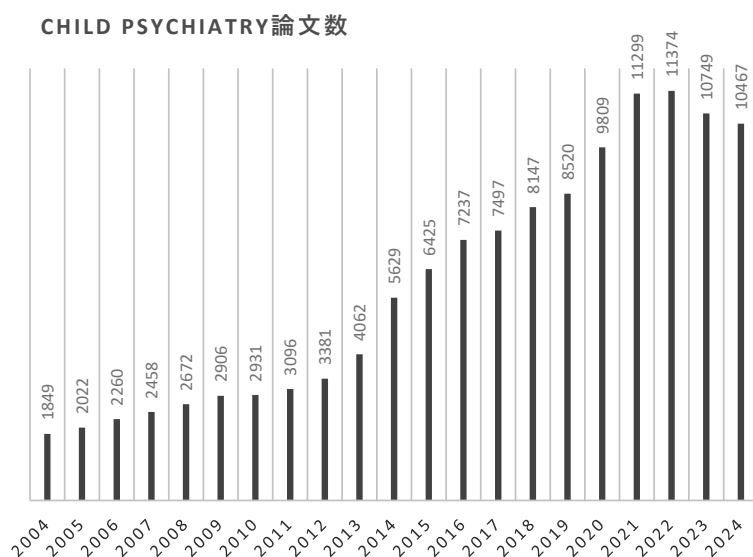


図1 MEDLINE検索でヒットするchild psychiatry論文数の推移
Child psychiatryを検索用語としてMEDLINEデータベースでヒットする2004-2024年までの各年の論文数の推移を示した。

5. JAMA Psychiatry に掲載された論文

2024 年一年間に JAMA Psychiatry に掲載された論文の中で最も読まれた 10 論文のリストを示す⁴⁾。上位 10 本のうち 8 本は Original Investigation(原著)、1 本は View Point(視点)、1 本は Review(総説)であった。上位に位置した原著論文は、第二位が統合失調症に対する Xanomeline-Trospium Chloride の第三相治験結果であったが、残りの第一位、第三位、第四位の原著論文はいずれも児童精神医学領域の論文であったことは、2024 年度の大きな特徴と思われるので、その論文内容を概説し、現在の米国精神医学会の問題意識について考察しておきたい。表 1

5-1. 児童期精神障害の社会的負担

第四位に位置した論文 Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across

Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study では、2019 年度の Global Burden of Disease; (GBD)研究データ⁵⁾を用いて、世界の児童期精神疾患の有病率と障害年(year lived with disability;YLD)の特徴を報告している⁶⁾。1990 年代から続けられてきた GBD 研究では、(1)YLD で見ると精神疾患が、世界の疾患に関連する YLD 増加の最大要因であること、(2)精神疾患の発症時期は 14 歳をピークとする児童期であることが示されている。このような児童期発症の精神疾患は長期間慢性に経過し、成人期の健康に大きな影響を及ぼすだけでなく、学校からの脱落、低い経済力、犯罪、自殺、ホームレスなどに関連しており、個人、家庭、ひいては社会全体の負担となっていることから、児童期の精神疾患への対策は重要である。

2019 年の 5-24 歳児童における精神障害の有病

表 1 2024 年中に最も読まれた JAMA Psychiatry 掲載論文

第 1 位 Original Investigation
Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks. Jussi Alho, Mai Gutvilig, Ripsa Niemi, et al.
第 2 位 Original Investigation
Efficacy and Safety of Xanomeline-Trospium Chloride in Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. Inder Kaul, Sharon Sawchak, David P. Walling, et al.
第 3 位 Original Investigation
Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. Hilda Björk Daniëlsdóttir, Thor Aspelund, Qing Shen, et al.
第 4 位 Original Investigation
Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. Christian Kieling, Claudia Buchweitz, Arthur Caye, et al.
第 5 位 Viewpoint
Are Psychiatric Disorders Brain Diseases?—A New Look at an Old Question. Kenneth S. Kendler
第 6 位 Review
A Dynamical Systems View of Psychiatric Disorders—Theory: A Review. Marten Scheffer, Claudi L. Bockting, Denny Borsboom, et al.
第 7 位 Original Investigation
Differential Outcomes of Placebo Treatment Across 9 Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tom Bschor, Lea Nagel, Josephine Unger, et al.
第 8 位 Original Investigation
Decoding Suicide Decedent Profiles and Signs of Suicidal Intent Using Latent Class Analysis. Yunyu Xiao, Kaiwen Bi, Paul Siu-Fai Yip, et al.
第 9 位 Original Investigation
COVID-19 and Mental Illnesses in Vaccinated and Unvaccinated People. Venexia M. Walker, Praveetha Patalay, Jose Ignacio Cuitun Coronado, et al.
第 10 位 Original Investigation
Gratitude and Mortality Among Older US Female Nurses. Ying Chen, Olivia I. Okereke, Eric S. Kim, et al.

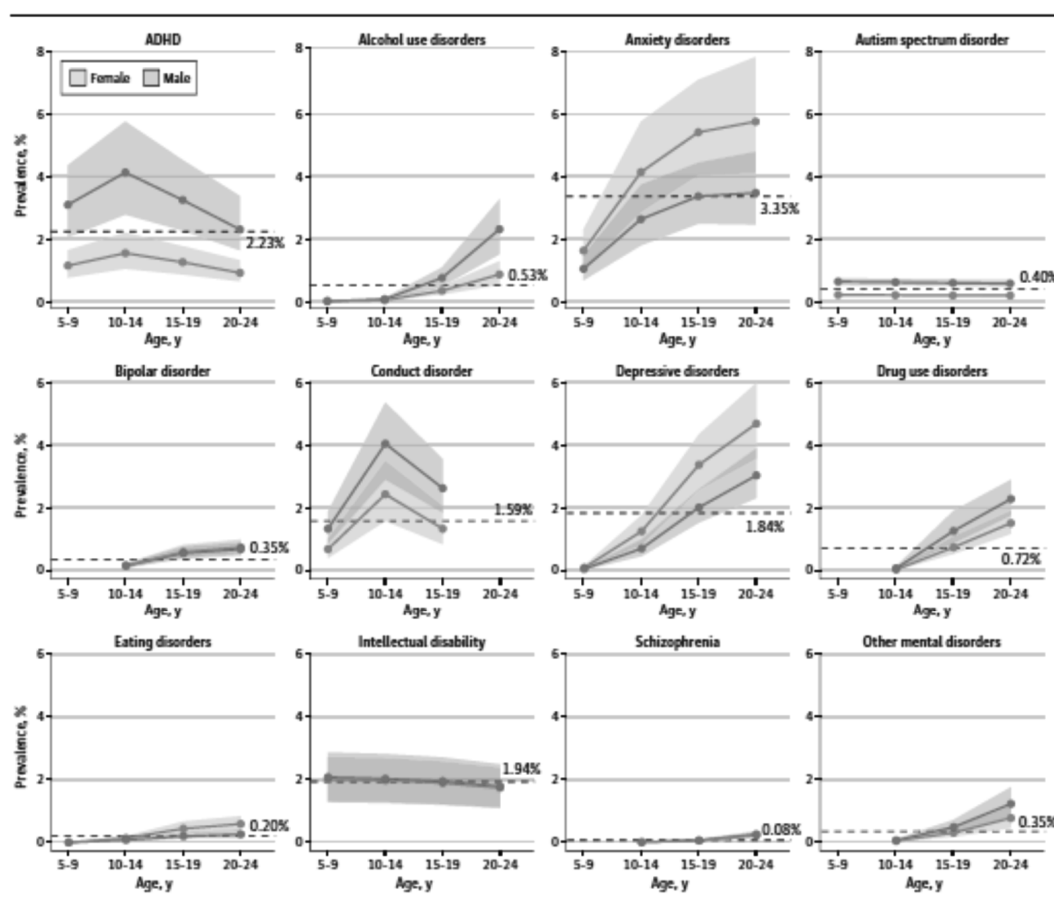
率は11.63%(25.16億人中2.93億人)であり、薬物乱用の有病率は1.22%であった。疾患別の内訳で見ると、最多の不安障害(3.35%,8,400万人)から最小の統合失調症(0.08%,200万人)の間に分布していた。5歳刻みの年齢別分布では、5-9歳の有病率は6.81%であり、20-24歳の13.6%の半分であった。特に、不安障害と気分障害は児童期後半に急激に増加していた。このような児童期発症の精神疾患には性差があり、全体的にみると早い時期には男性が多く、遅い時期では女性が多かった。自閉症、ADHD、後遺障害は男性に多く不安障害、気分障害、摂食障害は女性に多かった。知的障害と統合失調症には性差はなかった。図2

2019年度のYLDで見ると、5-24歳の精神障害は最大であり3114万、薬物乱用は430万YLDで

あった。年齢と共にYLDは急激に増加し20-24歳では5-9歳の5倍に増加していた。気分障害によるYLDは20±24歳では5-9歳と比較して35倍にも増加していた。図3

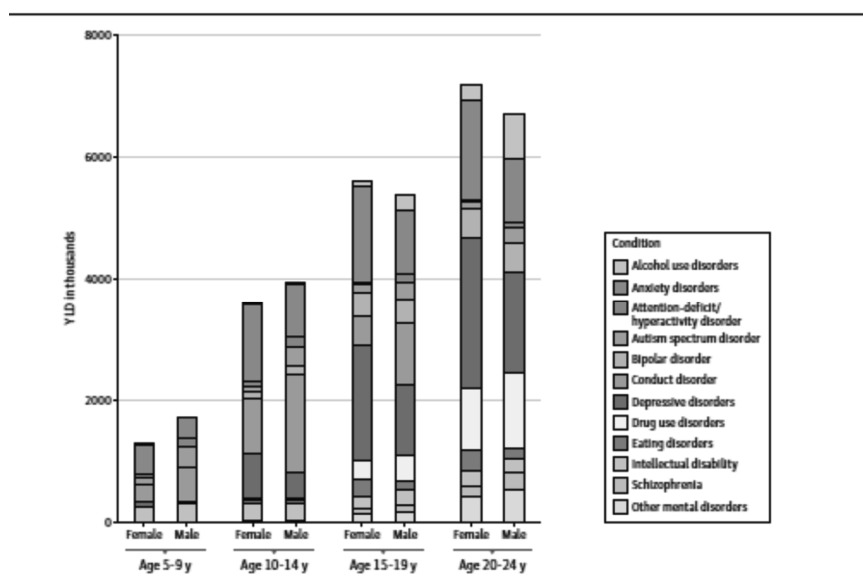
5-24歳時のYLD増加の原因となる上位10の要因の中にランクインした精神疾患をみると、5-9歳では2疾患が、10-14歳と15-19歳では3疾患が20-24歳では2疾患と薬物乱用が入っていた。このように精神疾患は全ての要因の中でも最もYLDを増大させる要因であり20.27%を占めていた。図4

人生全体を通してみたYLDを比較すると、精神疾患は、心循環器疾患、糖尿病、腫瘍、外傷などと比較しても人生早期に発症しており、この時期の精神疾患はYLD全体の24.85%を占めていることが示されている。図5



Kieling C, et al., Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiat 2024; 81(4), 347-356より引用

図2 5-24歳までの年齢別・性別の精神疾患の有病率



Kielling C, et al., Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiat 2024; 81(4), 347-356より引用

図3 各年代別の疾患別の YLD (years lived with disability)

Age 5-9 y	Age 10-14 y	Age 15-19 y	Age 20-24 y
8th Anxiety disorders	3rd Conduct disorder	2nd Depressive disorders	2nd Depressive disorders
9th Conduct disorder	4th Anxiety disorders	3rd Anxiety disorders	4th Anxiety disorders
17th Intellectual disability	8th Depressive disorders	8th Conduct disorder	6th Drug use disorders
21st Autism spectrum disorder	19th Intellectual disability	11th Bipolar disorder	11th Schizophrenia
34th ADHD	22nd Autism spectrum disorder	16th Drug use disorders	12th Alcohol use disorders
40th Depressive disorders	32nd Bipolar disorder	25th Intellectual disability	13th Bipolar disorder
85th Eating disorders	34th ADHD	27th Eating disorders	25th Eating disorders
95th Alcohol use disorders	47th Eating disorders	29th Autism spectrum disorder	30th Other mental disorders
NA Bipolar disorder	76th Schizophrenia	31st Alcohol use disorders	31st Intellectual disability
NA Other mental disorders	78th Alcohol use disorders	35th Schizophrenia	34th Autism spectrum disorder
NA Schizophrenia	79th Other mental disorders	49th Other mental disorders	62nd ADHD
NA Drug use disorders	90th Drug use disorders	52nd ADHD	NA Conduct disorder

Kielling C, et al., Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiat 2024; 81(4), 347-356より引用

図4 年代別の YLD で評価した精神疾患のランキング

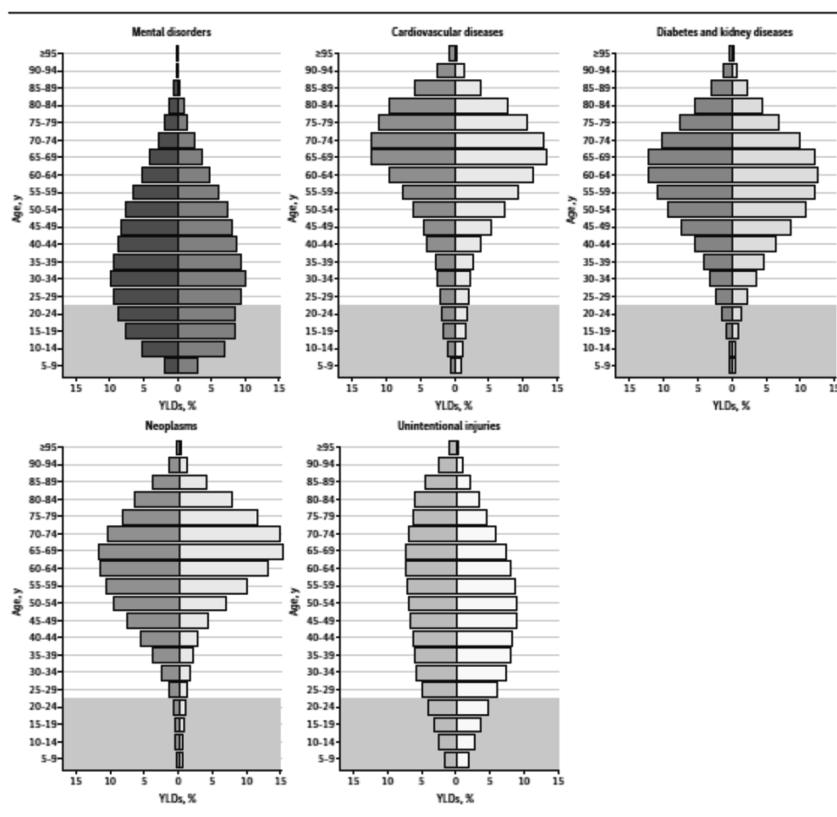
5-2. 児童期の体験と精神障害

第三位論文に位置した論文 *Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes* では、児童期の経験(adverse childhood experiences; ACE)が成人になってからのメンタルヘルスに対する影響の有無について家庭内の環境因子と遺伝因子を調整後に比較した内容である⁷⁾。

スウェーデンの一卵性双生児(monozygotic; MZ)と二卵性双生児(dizygotic; DZ)を含む双生児双子レジストリーを利用し、1959 から 1998 年の間に生まれた 25,252 人の双子(18-47 歳)について 19 歳まで観察し精神障害の不一致例について調べている。児童期の不幸な体験(ACE)は 7 種類の ACEs(家庭内暴力、情緒的虐待、情緒的無視、身体的無視、身体的虐待、性的虐待、ヘイトクライム)の 7 種類の有無を Life Stressor Checklist-Revised

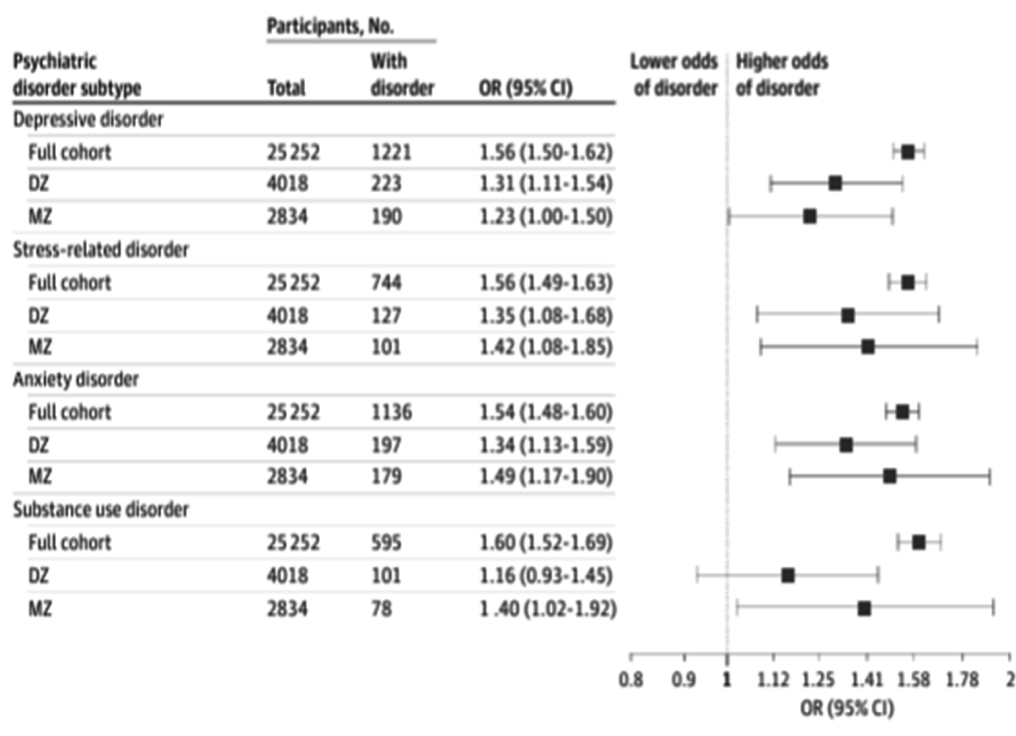
(LSC-R)を用いて調べた。精神疾患の診断はスウェーデンの患者登録レジストリーに基づいて、抑うつ障害、不安障害、アルコールまたは薬物乱用、ストレス関連障害の有無を調査した。

その結果、25,252 人の双生児 15,038 人(女性 59.6%、平均年齢 29.9 ± 8.7)のうち、9,751 人(38.6%)が ACE を経験しており、ACE 数の増加は精神疾患と相関していた(ACE 当たりのオッズ比[OR]は 1.52 (95% CI, 1.48-1.57)であった。ACE 当たりのオッズ比増加量は二卵性で 1.29(95% CI, 1.14-1.47)であり、一卵性ではオッズ比 1.20(95% CI, 1.02-1.40)に減少していた。性的暴力の体験はすべての精神疾患のオッズ比の上昇と関連しており、全体のオッズ比は 3.09(95% CI, 2.68-3.56)、二卵性のオッズ比は 2.10(95% CI, 1.33-3.32)、一卵性のオッズ比は 1.80 (95% CI, 1.04-3.11)であった。(図 6、図 7)



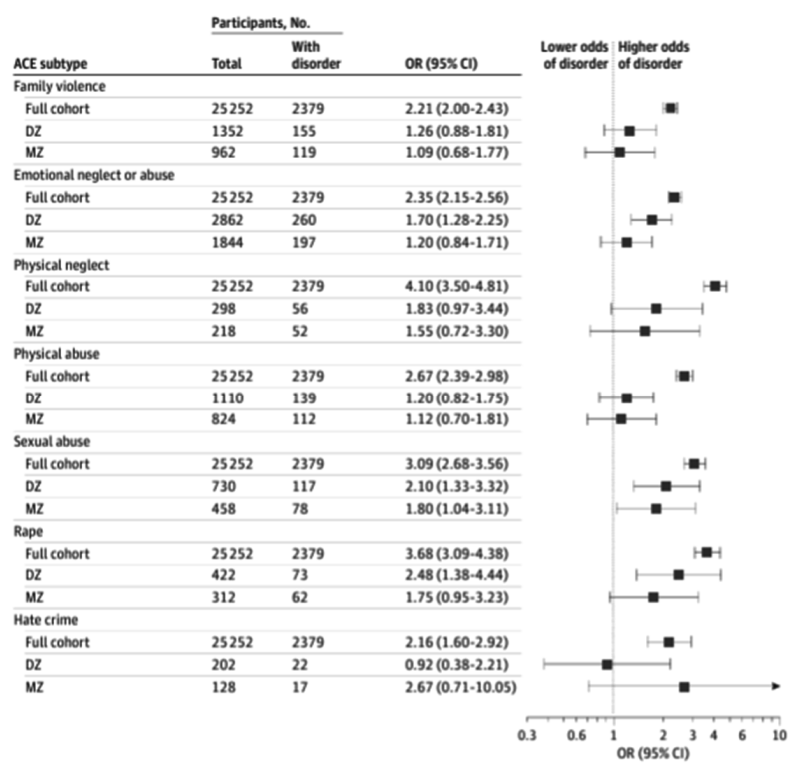
Kieling C, et al., Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiat* 2024; 81(4), 347-356より引用

図5 精神疾患、心臓循環器疾患、糖尿病、悪性新生物、外傷の年代別 YLD の分布



(Dánielsdóttir HB, et al., Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. JAMA Psychiat 2024; 81(6), 586-594より引用)

図 6 児童期不幸体験（Adverse Childhood Experiences; ACE）と成人期の精神疾患の相関



(Dánielsdóttir HB, et al., Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. JAMA Psychiat 2024; 81(6), 586-594より引用)

図 7 児童期不幸体験（Adverse Childhood Experiences; ACE）の種類別と成人期の精神疾患の相関

この研究は、遺伝的要因が同じとされている一卵性双生児においても、児童期の ACE 体験が成人になってからの精神障害を惹起することを示していた。このような結果から、児童期の不幸な体験である ACE は成人になってからの精神疾患と関係しており、遺伝的要因と環境要因を補正しても影響を及ぼすことを明らかにしている。このことは特に複数の ACE あるいは性的暴行に明瞭に認められたことから、ACE を体験した児童に対する精神病理を改善するための介入の方向性が示唆されている。

5-3. 児童期精神疾患の伝播可能性について

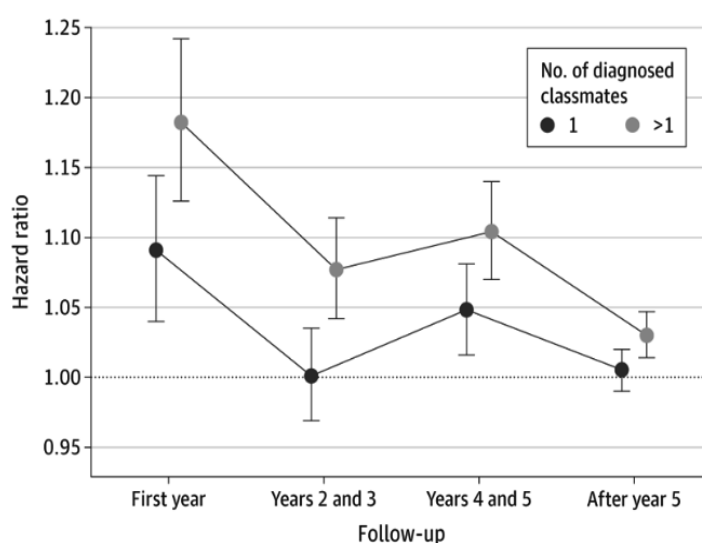
第一位に位置付けられた論文 *Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks*⁸⁾ は、児童期に発症する精神障害の発症機序を明らかにし、その対策をも提案できる内容であり興味深い論文であった。

これまでも精神疾患は社会的交流により伝染する可能性が言われてきたが、これまでは社会的な伝染を示しうる客観的な疫学データに乏しかった。この研究では、全国レベルで 9 年生(16 歳)時にクラスに精神疾患の友人がいた人に、その後の精神疾患のリスクが高まっているかどうかを調べたも

のである。

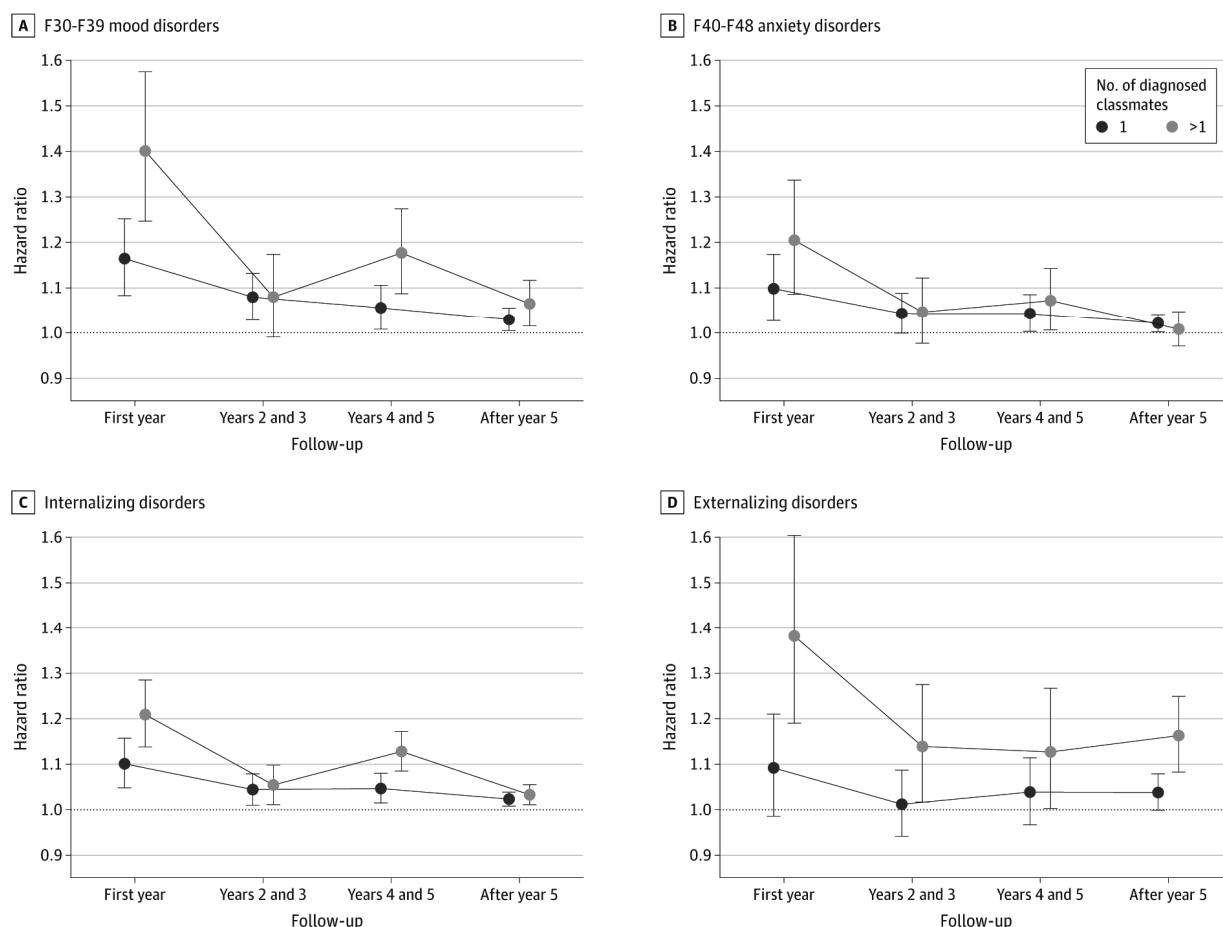
その結果を見ると、調査された 713,809 名のうち 47,433 名は 9 年生の時点で精神疾患の診断を受けていた。残りの 666,376 名のうち 167,227 名(25.1%)が観察期間中に(7.3 million person-years)精神疾患の診断を受けていた。クラスに 1 名の精神疾患患者がいた場合の影響は少なかったが(HR, 1.01; 95% CI, 1.00-1.02)、2 名以上いた場合には 5% の増加があった(HR, 1.05; 95% CI, 1.04-1.06)。このリスク増加は観察期間の最初の時期に大きく、1 名の場合に年間 9% 増加(HR, 1.09; 95% CI, 1.04-1.14)があり、2 名以上の場合に 18% の増加があった(HR, 1.18; 95% CI, 1.13-1.24)。疾患別でみると、伝染のリスクは気分障害、不安障害、摂食障害の順であった。このような結果を踏まえて、精神疾患は思春期の友人のつながりの中で伝染する可能性があると考えられている。図 9

この報告では、全国の公立学校生徒約 7 万人全員を対象として調べることにより、選択バイアスが入ることを避けていること、思春期に達するまで十分長い期間の追跡調査を続けた結果であることから、実社会での状況を反映しているものと考えられることができる。



(Alho J, et al., *Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks*. JAMA Psychiatry. 2024;81(9):882-888より引用)

図8 9年生時に精神障害のクラスメイトがいた人のその後の精神障害の発生との相関



(Alho J, et al., Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks. JAMA Psychiatry. 2024;81(9):882-888より引用)

図9 疾患別にみた精神障害のクラスメイトがいた人のその後の精神障害の発生との相関

5-4. 精神疾患は脳の病気なのか

第五位に位置した論文は、長年統合失調症の遺伝的解析を行ってきた K.Kendler による精神疾患は脳の病気なのか？(Are Psychiatric Disorders Brain Diseases?-A New Look at an Old Question と題した論文であった⁹⁾。この論文は、視点(View Point)として発表された短い論文であるが、タイトルそのものが興味深く、本稿とも関係が深いとおもわれることから、概要を紹介しつつ、筆者の私見を述べておきたい。

Kendler は、「現代の生物学的精神医学は、19 世紀半ばのドイツ精神医学者ヴィルヘルム・グリージンガーによる「精神疾患の生理学的、病理学的な要因は、この器官が脳でしかありえないことを示

している」との言葉から始まったが、それ以来、「精神疾患は脳疾患なのか」という悩ましい問題がことあるごとに提示されてきた。この問題に私なりの解答を提示し、この問題について前進する道を示したいと考えている。」と彼の論述を進めている。

「精神疾患は脳の疾患なのか」という問いには 2 つの答えの可能性がある。一つ目は哲学的な議論であり、心とは脳とはまったく別のものであるとするデカルト的二元論を否定すれば、心身の問題に関する一般的な哲学的立場である創発的唯物論に行き着く。この考え方は、心は生まれ、脳の中でインスタンス化されるとするものである。これがどのように作用するかはまだはっきりとは言えないが、一つの帰結として、脳がなければ精神体

験は生じないということになる。精神疾患の大部分は精神現象によって引き起こされるのであり、したがって精神疾患は脳疾患の違う。この議論は、すべての精神体験－正常なものも精神病理学的なものも－は等しく脳によるものであると仮定するだけであり、精神疾患Xを脳疾患と断定することは、何の参考にもならない。

第二に、精神医学の分野は、その歴史において、「精神医学の専門家」としての地位を確立してきており、特定の歴史的弧を描いている。18世紀の精神科医は、脳の機能についてはほとんど解らないままに、脳に焦点を当て、精神異常を治療する医学分野を確立しようとしてきた。それから1世紀後、肉眼的・顕微鏡的な神経病理学の進歩を踏まえて、脳内の検出可能な病理(例えば、腫瘍、脳卒中、神経変性疾患)に関連した精神・行動異常は、脳疾患を研究する新興の神経学分野に割り当てられ、それによって精神医学から除外された。精神疾患と脳疾患との関係を定義するにあたっては、生理学的あるいは分子レベルでのみ作用する疾患過程を無視した古典的な定義を超える必要がある。実際、20世紀の反精神病主義者たちは、このような脳概念を用いて、私たちの学問分野の妥当性を攻撃したこともあったが、その後、神経科学は一定の進歩をしており、今ではこの19世紀的な考え方に縛られる必要はなくなっている。

この問題に対する新しいアプローチを開発することは可能だろうか？ 哲学的な議論にも、時代遅れの脳定義にも依存していない解決法はあるのだろうか？ 私はそう思う。私たちは、根本的なレベルで、脳障害の本質を定義するという哲学的な要求から立ち返らなければならない。精神疾患と脳疾患との関係を明らかにする代わりに、より控えめではあるが、より扱いやすい問題に目を向けることを提案したい。すなわち、遺伝的危険因子は、すべての主要な疾患に対する責任に因果的かつ実質的に影響を及ぼすということは事実であり、この関係を、私は「危険遺伝子→精神疾患」という単純な因果関係に集約することが可能である

と考えている。私が提案する命題は、「リスク遺伝子→脳→精神疾患」という因果関係の中に脳があるかどうかを判断できるすることにより、精神疾患は脳の疾患であるという問いに応えようとするものである。

ヒトの遺伝子の多くは特定の組織でのみ発現しており、実際かなりの数の遺伝子は脳でのみ発現している。ここ数十年の間に、組織におけるmRNAの発現レベルを測定し、DNA変異との関連を証明する新しい技術が出現した。そのような研究で発見された多くの統合失調症リスク変異と37のヒト組織における関連遺伝子の発現とが検討されている。その結果、11個の有意な上昇が認められ、いずれも脳領域、特に神経細胞における発現を反映していた。つまり、統合失調症リスク遺伝子の発現の統計的上昇は、脳を除く人体の他の部位では見られなかった。つまり、統合失調症リスク遺伝子→脳→統合失調症というように脳内発現の変化を確認される。つまり、統合失調症のリスク遺伝子→脳→精神分裂病ということである。では、統合失調症は脳の病気だと断言できるのだろうか？ 19世紀的な意味ではないが、統合失調症の最も強い危険因子である遺伝子の影響は、脳組織で大きく現れているという控えめな主張はできる。大うつ病や双極性障害に適用された関連した手法からも、この方向を示す結果が得られている。この主張は、満足のいくものではないかもしれないが、統合失調症は脳の病気であるという宣言を支持するものではある。このアプローチの利点を5つ挙げてみよう。第一に、形而上学的な主張ではなく、データに基づいた主張である。この主張には異議を唱えることができるし、結果にはある程度のばらつきがあることも予想される。アルコール依存症の遺伝的リスク変異のかなりの部分は脳ではなく、肝臓や消化管組織に発現しているし、摂食障害のリスク遺伝子は一部分は代謝経路に発現しているとの証拠も得られつつある。私たちの主要な障害の脳内リスクは変化する可能性がある。

第二に、19世紀の主張として言われてきた統合

失調症に大きな神経病理学的所見が認められないという難点を回避することができる。第三に、このような視点は必ずしも遺伝的要因だけを主張するものではなく、精神疾患の病因としての社会環境要因など他の要因をも排除しない見方である。第四番目に、このような見方は、精神疾患の枠組みの中の疾患だけでなくその他の疾患の解明にも役立つだろう。例えば、肥満のリスク遺伝子のうちのいくつかは脳内で発現していることが報告されており、同様の知見は線維筋痛症や irritable bowel syndrome でも報告されている。第五番目に、このようなアプローチは、疾患と正常のバラツキとの間の脳内生理をどのように区別するかという課題をも乗り越えることができる可能性を示している。

6. まとめに変えて

2024 年度中に JAMA Psychiatry 掲載論文の中で、最も多く読まれた論文上位 5 位のうち 3 本が児童精神医学領域の論文であった。この事実に啓発されて、MEDLINE データベースの中で児童精神医学(child psychiatry)の論文数を調べたところ、2014 年以来この 10 年間に児童精神医学関連の論文が急激に増加していることが判った。精神医学が対象とする精神疾患は、その多くが児童思春期に発症し、その影響が終生続くことを考えると、児童の精神障害における精神医学の役割は大きい。

わが国において児童精神医学の重要性は未だ十分に認知されているとは言い難い。専門医制度の中で、精神科は基幹診療科として社会的に認知され、精神科を志望する若い人も多いと聞くが、若い精神科医には、今まで以上に児童精神科の重要性を知っておいてほしいものである。おりしも、精神医学のサブスペシャリティについて議論されていると聞くが、歴史的にも児童精神医学は、精神医学の中でも特異な経過を経てきており、必ずしも必要な数の児童精神科医が活動しているとは言い難い。発達障害の診断のために半年 1 年待ち

の状況であると聞くことが多い。

本考察において、Kendler による「精神疾患は脳の病気なのか」との論文をやや詳しく紹介したのは、彼の主張に同意できる部分が多いこともあるが、児童期精神障害の多くが幼児期の体験により引き起こされ、そのような精神障害が社会で伝播する可能性があることに興味を持ち、そのメカニズムを知りたいと思ったからである。このような重要な研究領域は、分子遺伝学だけでは解決できないことは明らかであり、脳内活動のネットワークや、心的環境が脳内活動に及ぼす影響を検討することが必要であることは言うまでもない。このような魅力的な研究は、精神医学全体の、とりわけ、脳の発達と遺伝要因 x 環境要因との相互作用を検討する児童精神医学にとって格好の課題となっている。多くの若い精神科医がこのような課題に挑戦してくれることを期待したい。

文献

- 1) 武田雅俊、渡邊幹生、高橋泰子、SNS 時代の選挙と精神医学、大阪河崎リハビリテーション大学紀要 14:3-12, 2020
- 2) Takeda M, Matsuo K, Ueda Y, et al., 2023 Japanese national examination for rehabilitation professionals and Chat GPT: Chat GPT passed the national examination for speech-language-hearing therapists. Cog & Rehab, 4 (1), 2023.
- 3) Murthy VH, Our Epidemic of Loneliness and Isolation 2023, The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community, surgeon-general-social-connection-advisory.pdf
- 4) JAMA Psychiatry <updates@jamanetwork.org>Most Viewed Articles 20242024/12/19 21:36
- 5) Murray CT, The global burden of disease study at 30 years. Nat Med 2022, 28 (10), 2019-2025

- 6) Christian Kieling, Claudia Buchweitz, Arthur Caye, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiatry. 2024; 81 (4), 347-356.
- 7) Hilda Björk Daníelsdóttir, Qing Shen, ⁴ et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. JAMA Psychiatry. 2024; 81 (6), 586-594,
- 8) Jussi Alho, MaiGutvilig, Ripsa Niemi, Kaisla Komulainen, Petri Böckerman, RogerT. Webb, MarkoElovainio, ChristianHakulinen, Transmission of Mental Disorders in Adolescent Peer Networks. JAMA Psychiatry. 2024;81 (9) :882-888.
- 9) Kenneth S. Kendler, Are Psychiatric Disorders Brain Diseases?—A New Look at an Old Question. JAMA Psychiat 2024; 81 (4), 325-326.

コラム

忘れられない患者さんたち

5. Folie à deux

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

Folie à deux は二人組精神病とか感応精神病としてよく知られた病態である。人間模様や彼らの背景にある病理舞台の興味深さから、しばしば映画の題材としても利用されることがあるようだ。私が出会った Folie à deux の二人は夫の死後、周囲から隔絶された世界で、母親と娘の二人で生活をしている親子間で妄想が共有されていたものであった。典型的な家族精神病であり、発端者は高齢期に発症した妄想性障害の母 A で、統合失調症の娘 B が継発者であった。二人が住む地域は田畑に囲まれた地方の小都市であった。生活保護を受給して小さな畑に草花を育てることが日々の慰みになっていた。

Bさんは会社員として勤務していたが、10代後半から漠然とした幻聴や幻視があり軽い被害念慮や不眠、不安、強迫観念、身体的不安全感、独語、空笑などを訴え Hebephrenie と診断され精神科への通院がはじまった。神経衰弱状態、非定型精神病、うつ病などの診断書が提出されて休職が続いていた。薬物療法を受けていたが、症状は悪化することもなく、また改善することもなかった。男の人や女の人の顔が見える、目にものが入ってくる、多彩な不定愁訴、悪い事が起きるのでは無いかと不安でドキドキする、車で走っていると後ろからくる車に追いかけてられていて怖い、鍵を閉めたか気になって何度も何度も確認しないと気が済まない、などの訴えが繰り返されていた。ある時には

弟が死んだとか、姉が殺されるとかと思って急に怖くなり死んでしまいたいと思って抗不安薬を多く飲みすぎた事もあったが、入院には至らなかった。母親から叱責されながらなんとか家事仕事をしていた。就労することを考えていた時期もあったが、作業所やデイケアへの通所も継続できないまま同じ状態が維持され、治療目標も何もないままに年月のみが無為に経過していた。

母親の Aさんは小学校卒業後、結婚し、息子一人と娘を二人授かった。40代の頃にはセールスの仕事を10年ほどしていた時期もあったが、概ね主婦として長く生活していた。長男と長女が独立して家庭を去った後は夫と統合失調症の娘 Bさんと三人で慎ましく暮らしていた。

70歳代になった頃に夫は交通事故を起こし入院した。入院中に前立腺がんが見つかったが、すでに骨転移もあり、夫は治療を拒否して在宅で疼痛のコントロールを受けるようになった。Aさんはこの頃から「隣人に物を盗られる」と妄想を訴えるようになった。そのため自宅のあちらこちらに嚴重に鍵をかけたり、ベランダにフェンスを張ったりするようになった。数ヵ月後に夫は死去したが、同じ時期にAさんにも悪性リンパ腫が見つかった。Aさんは入院中に「看護師がお金を盗る」と訴え落ち着かないため、早々に退院となり在宅でのがん治療が続けられた。

母親が悪性リンパ腫となり Bさんの不安は増悪して強迫症状も悪化していた。この頃から「看護師がお金を盗る」と母親の訴えと全く同じ妄想を共有し始めた。さらに「近くの家の人がかっちを監視している」「脇毛を剃ろうとするとカミソリに性液がついている」などの妄想が激しくなった。Aさんも Bさんも「隣家の人寝ている間に入って

きて洋服を持って帰る」と訴えて、さらに戸締りなどを嚴重にするようになってきた。二人だけの生活になり、次第に物盗られ妄想や隣人への被害妄想がエスカレートしていた。さらにAさんは隣人宅に押しかけてもみ合いになり、警察が介入するといったエピソードも起こすようになった。80歳代になった頃にAさんは刃物を持って突然隣人宅へ押しかけようとしたため、Bさんがなんとか制止するといった事態に発展した。しかし翌日朝にも再び隣人宅へ行こうとしたため、必死で押し留めたBさんの同意を得て入院となった。1ヶ月で軽快して退院した。

しばらくは二人で慎ましい暮らしを送っていた。それぞれの能力に応じて家事を分担してなんとか生活が成り立っていた。母親には支配的な面があり、日常生活のあれこれを娘に指図していたようである。母親に怒られる娘はしばしばイライラして腹をたて、親子間での口喧嘩も日常の出来事であった。Aさんを病院へ送迎することもBさんの役割の一つに加わった。Aさんの悪性リンパ腫は寛解状態となっていたが、この頃から認知症が目立つようになってきた。服薬管理も一人ではできなくなり日常生活のサポートを全てBさんが行なわなければならなくなっていた。お互いに助け合いながら生きてきた二人であったが、母親の介護負担はBさんの不安を増悪させた。診察場面ではいつも穏やかに応答しているAさんであったが、自宅では娘に対して激しい口調で、隣人に盗られたとなじる日々が続いていた。毎日のように母親から詰め寄られ、誰からも援助を受けることができなくなったBさんはもの盗られ妄想に加えて注察妄想、追跡妄想や強迫行為などの精神症状が増悪していた。

Aさんは認知症の検査を勧めても激しく抵抗し、「そんなことわかってるわい！こんな失礼なこと聞くんやったらもう来うへん！」と拒絶した。Aさんは被害妄想、暴言、などのため近隣とのトラブルを起こしたがなんとか在宅生活を続けていた。Bさんは母親の言葉にイライラして時には手を挙

げることもあった。そのような時に外来を受診してお母さんに手をあげてしまった自分に酷く後悔する様子が見られた。母親が訴える「もの盗られ妄想」はBさんも「2階に住んでいる人が私の洋服を盗る」「ハンドバッグを盗られた」などと言い二人の妄想は完全に一致していた。認知症の母親と統合失調症の娘という二人だけでの生活を維持することはもはや限界であった。訪問看護やヘルパーなど介護保険のサービス受給に繋げるしかBさんの負担を減らす方法はなかった。しかしプライドが高く頑固な性格のAさんは外部からの支援が入ることに対して強い拒絶を示した。「そんならん人が来るようになったら、死んでやる」と激昂して、支援に入ることができなかった。追跡妄想を持ちながら一人で車の運転をして買い物に行くBさんは、自宅での母親の介護に加えて近隣トラブルへの対応もしなければならなかった。自分自身が近隣に対して被害妄想を持っているBさんがまともな対応を出来るはずもなく、ますます二人は孤立を深めていった。これまで分担できていた家事の全てをBさんが負担することになった。母親からはあれこれと指図もされていた。強迫症状からわずかな作業をするにも努力を要し、易疲労感を訴えるBさんは母親との口論も絶えなかった。服薬がどの程度できているかも掴めない状態で、薬物療法による精神症状の改善は思うようには進まなかった。服薬管理もままならず、入院も施設入所も拒否される二人に対して外来で何が出るのだろうか。

このような二人の状況に転機が訪れたのは、隣町に住むBさんの姉からの援助が得られるようになってからであった。自分たちの生活を維持していくことだけでも手いっぱいであった彼女も、子供達が独立してから少しは時間にゆとりもできたのか、母、妹の窮状にも耳を貸していただけるようになった。相変わらず拒絶が強く、外部のサポートを受け入れないAさんであったが、長女から援助が届くようになり、病院への送迎の際には必ず姉が同伴してくださるようになった。自宅の片付

けや日常生活のサポートも少しずつ分担してもらえようになり、ようやく B さんの不安は軽減してきた。いまだに強迫観念は残しているものの母親が訴える物盗られ妄想は B さんからは改善できていた。易怒、攻撃性を残している母親との間で、口喧嘩は起きているようだが、B さんは母親の持つ妄想に取り込まれることは無くなってきていた。生活の援助が適切に入ることが出来るようになって、ストレスが少し軽減した B さんは不安も取れ、易疲労感も訴えることがなくなり、その結果、物盗られ妄想は軽減し共有する精神症状は溶解していったのであった。A さんにも B さんにも薬物療法はほとんど効果がなく、精神科医としてただ見守ることしかできなかった。私にできたことはなんとか家族の理解を得るように努めることだけでしかなかったように思う。二人の生活が安定し精神症状が回復していく過程には、家族の絆による不安が解消されたことにあったのである。

一般財団法人仁明会 精神医学研究所 業績報告(2024.1 - 2024.12)

【論文・刊行物など】

1. 森村安史：灰色の小さな脳細胞．仁明会精神医学研究 21(2), 1, 2024
2. 森村安史：忘れられない患者さんたち 3. 孤高のヒーロー．仁明会精神医学研究 21(2), 89-90, 2024
3. 森村安史：SF 世界の精神科医に．仁明会精神医学研究 22(1), 1, 2024
4. 森村安史：忘れられない患者さんたち 4. 宅間守～大阪教育大学附属池田小学校事件．仁明会精神医学研究 22(1), 102-104, 2024
5. 森村安史 西孝弘：調査報告、地方都市における認知症初期集中支援チームが8年間に経験した対応困難事例．老年精神医学雑誌 VOL.35, 2024
6. Kikuchi, M., Miyashita, A., Hara, N. et al. Polygenic effects on the risk of Alzheimer's disease in the Japanese population. *Alz Res Therapy* 16, 45 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13195-024-01414-x>
7. Masatoshi Takeda, Andi J. Tanra becomes President-elect of AFPA, *Bull of AFPA Winter* 9(1), 3, 2023
8. Masatoshi TAKEDA, Tomomi KINOSHITA, Akihiro KAMINOH, Takako MIZUNO, Tatsuhiko MASUZAWA, Yuya NAKAGOSHI, Keigo SHIRAIWA, Maki TAKEI, Keiko SAKAI, Relationship between the number of centenarians and the number of health care workers *Cog & Rehab* 5, 28-37, 2024
9. Masatoshi TAKEDA, Masayo INOUE, Ryohei KONO, Keigo SHIRAIWA, Kayo MATSUO, Yuya NAKAGOSHI, Tatsuhiko MASUZAWA, Yukito UEDA, Keiko SAKAI. Health benefits of laughter and humor - Does simulated laughter have health benefits? *Cog & Rehab* 5, 96-110, 2024
10. Masatoshi TAKED, Kayo MATSUO, Ryota IMAI. Editor's note. *Cog & Rehab* 5, 116, 2024
11. 武田雅俊：人生 50 年と百年人生、CRRC たより No.72, 2024
12. 武田雅俊：認知予備能と認知レジリエンス、*Dementia Japan* 38, 1, 2024
13. 武田雅俊：人生 50 年から人生百年へ、大阪河崎リハビリテーション大学大学院年報 2, 16-25, 2024
14. 武田雅俊、松尾加代：Cognition & Rehabilitation Vol 4 の紹介、大阪河崎リハビリテーション大学大学院年報 2, 50-54, 2024
15. 武田雅俊：センテネリアンとサルトジェネシス、仁明会精神医学研究 21(2), 41-62, 2024,
16. 堺景子、樽谷精一郎、中谷結香、松本康一、岡村武彦、米田博、武田雅俊：新型コロナウイルス感染症流行下における家族介護者のメンタルヘルスと介護負担感について、老年精神医学雑誌 35(2), 189-197, 2024
17. 武田雅俊：本学の科研費獲得状況、CRRC たより 8 月号, 2024
18. 武田雅俊、井上雅代、河崎美紀、河崎達人：ユーモアと笑い、仁明会精神医学研究 22(1), 41-62, 2024
19. 武田雅俊、井上雅代、河野良平、白岩圭悟、河崎美紀、河崎達人：笑いの神経基盤と健康、仁明会精神医学研究 22(1), 41-62, 2024
20. 武田雅俊：編集後記、仁明会精神医学研究 22(1), 41-62, 2024

【講演・口演など】

1. 森村安史：「精神科病院でみる認知症」仁明会認知症疾患医療センター、2024. 8. 29
2. 森村安史：「認知症について～認知症の原因となる病気の理解と対応～」西宮ベネッセスタイルケア、甲子園歴史館多目的ホール、2024. 9. 21
3. 森村安史：「第 21 回西宮認知症ネットワークセミナー 認知症疾患医療センター診断後の治療選択と

- 支援～当院におけるレカネマブの現状も含めて～」兵庫医科大学教育研究棟 301 講義室、2024. 9. 28
4. 森村安史：「虐待や倫理の高い感性を目指して」仁明会精神衛生研究所研修会、2024. 12. 12
 5. 武田雅俊：健康生成論(salutogenesis)論文紹介、第 44 回 CRRC セミナー、2024. 01. 17
 6. 武田雅俊：座長「AMED 精神障害分野 評価委員会」、オンライン、2024. 03. 20
 7. 武田雅俊：認知症予防と認知予備力、第 2 回カワリハシニア講座、2024. 03. 29
 8. M. Takeda, Multifactorial rehabilitation in Japan, Department of Rehabilitation Medicine, Hasanuddin University, 2024. 05. 01
 9. M. Takeda, New Intervention to Alzheimer Disease, Lecture at Dali Mental Hospital, Makassar, Indonesia, 2024. 05. 02
 10. M. Takeda, New Approach and Intervention to Alzheimer Disease, Plenary Lecture, Regional Congress of Eastern Indonesia Psychiatry Association, Gammara Hotel, Makassar, 2024. 05. 03
 11. 武田雅俊：笑いとユーモア、仁明会セミナー、2024. 06. 03
 12. 武田雅俊：アルツハイマー病のモノクロナル抗体治療、第一回水間病院セミナー、2024. 06. 20
 13. 武田雅俊：高齢難治性うつ病の対応と抗うつ剤増強療法、仁明会セミナー、2024. 07. 01
 14. 武田雅俊：加藤進昌先生特別講演座長、第 11 回成人発達障害支援学会、大阪国際交流センター、2024. 09. 08
 15. 武田雅俊：高齢者の治療抵抗性うつ病、第二回水間病院セミナー、2024. 07. 18
 16. 武田雅俊：座長、第 37 回老年期認知症研究会、都市センターホテル、2024. 07. 27
 17. 武田雅俊：不眠症の対応、仁明会病院セミナー、2024. 08. 26
 18. 武田雅俊：NEJM Case24-2024 産後強迫性障害、仁明会病院セミナー、2024. 09. 09
 19. 武田雅俊：産後強迫性障害の 30 歳女性症例、第三回水間病院セミナー、2024. 09. 26
 20. 武田雅俊：アルツハイマー病の XWAS、CRRC セミナー論文紹介、2024. 09. 25
 21. 武田雅俊：レケンビによるアルツハイマー病治療の連携シンポジウム座長、医誠会国際総合病院、2024. 10. 3
 22. 武田雅俊：PTSD の神経生物学、仁明会セミナー、2024. 10. 7
 23. 武田雅俊：悪性症候群を含む抗精神病薬の副作用、第四回水間病院セミナー、2024. 10. 24
 24. 武田雅俊：認知症研究の歩みと展望 - 本研究会 25 回を振り返って、第 25 回近畿老年期認知症研究会、TKP ガーデンシティ、2024. 10. 26
 25. 武田雅俊：悪性症候群とカタトニア、仁明会病院セミナー、2024. 11. 18
 26. 武田雅俊：都道府県ごとのセンテネリアンと医療従事者、CRRC セミナー論文紹介、2024. 11. 20
 27. 武田雅俊：抗精神病薬の歴史と使い方、第五回水間病院セミナー、2024. 11. 21
 28. 武田雅俊：先進医学研究発表会内田裕之教授講演座長、プリンスさくらタワー、2024. 12. 06
 29. 武田雅俊：パーキンソン病、仁明会セミナー、2024. 12. 09
 30. 武田雅俊：パーキンソン病、第六回水間病院セミナー、2024. 12. 26
 31. 武田敏伸：認知症について、興和株式会社社内研修会、西宮市民会館、2024. 1. 29
 32. 武田敏伸：うつ病診療について、講演、Viatrix CNS Seminar Zoom、2024. 4. 19
 33. 武田敏伸：パリペリドンスキルアップセミナー、座長、WEB 配信、2024. 5. 17
 34. 武田敏伸：統合失調症と双極性障害について、保健所家族会教室、西宮市保健所、2024. 8. 9
 35. 武田敏伸：精神疾患の維持期を見据えた持続性注射剤の役割、第 6 回得 LAI expert meeting、2024. 9. 7
 36. 武田敏伸：認知症についてその 2、興和株式会社社内研修会、西宮市民会館、2024. 9. 27
 37. 武田敏伸：認知症の BPSD について、大塚製薬社内研修会、2024. 11. 26
 38. 武田敏伸：ひきこもり家族交流会講師、西宮保健所、2024. 12. 11

【社会活動・その他】

武田雅俊

大阪大学名誉教授、和風会名誉会長

医薬品医療機器総合機構専門委員、AMED 課題評価委員、自賠責保険共済紛争処理調停委員、先進医薬研究財団理事、学校法人河崎学園理事、一般財団法人仁明会理事、

PSYCHOGERIATRICS 編集委員長、COGNITION & REHABILITATION 編集委員長、仁明会精神医学研究編集委員長、臨床精神医学編集委員、保健の科学編集委員、日本精神神経学会代議員、日本老年精神医学会名誉会員、日本認知症学会名誉会員、日本未病学会名誉会員、近畿老年期認知症研究会代表世話人、感情・行動・認知研究会代表世話人

著書

1. 大塚恒子：看護管理者からすべての看護者へ「想定外の事態の遭遇から学んだマネジメント」. ふくろう出版, p23-28, 2024, 4
2. 大塚恒子：中途採用・社会人経験のあるスタッフの特性を踏まえた人材育成. 日総研出版, P37-42, 2024, 2

看護研究発表

1. 大塚恒子：頭部 CT 画像からの情報を認知症や精神疾患の看護に活かす. 第 49 回 日本精神科看護学術集会 教育セミナー① 熊本, 2024, 6
2. 浅田早紀、大塚恒子：疎通困難な患者と関係性を構築するための看護介入. 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
3. 大塚恒子：前頭側頭型認知症の特徴を踏まえたカンファタブル・ケアの効果を考察. 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
4. 大塚恒子：タスクシフト・シェアの観点から看護補助者活用推進に取り組む. 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
5. 瀧野鮎子：精神疾患・認知症のある患者への摂食嚥下を踏まえた食支援, 6. 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
6. 吉元容子、大利幸：脳性麻痺のある統合失調症の患者に対するケアの修正, 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
7. 末安民生他(大塚恒子参加)：ワークショップ 対話が開く実践からの学び、精神科看護事例検討, 第 49 回 日本精神科看護学術集会 熊本, 2024, 6
8. 大塚恒子：精神症状・行動異常の背景を分類し(せん妄、認知症、非認知症)、ケア介入を考察する, 第 26 回 日本医療マネジメント学会学術総会 福岡, 2024, 6
9. 瀧野鮎子：特別技能実習生支援の課題と対策, 第 26 回 日本医療マネジメント学会学術総会 福岡, 2024, 6
10. 大塚恒子：精神症状や行動異常を呈する高齢者の診たてに抱く違和感を解決しよう～頭部 CT 画像の情報を臨床推論に活用する, 日本老年看護学会第 28 回学術集会 高知, 2024, 6
11. 瀧野鮎子、大塚恒子：精神疾患・認知症への摂食・嚥下を踏まえた食支援, 第 13 回 日本精神科医学会学術大会 仙台, 2024, 7
12. 大塚恒子：出血や梗塞の多発から右半球症候群を呈した器質性精神病患者のケア介入, 第 13 回 日本精神科医学会学術大会 仙台, 2024, 7
13. 大塚恒子：認知症・精神疾患の看護に頭部 CT 画像からの情報を活かす, 第 13 回 日本精神科医学会学術大会 仙台, 2024, 7

14. 大塚恒子、瀧野鮎子：身体的拘束の必要性を見極め、回避への取り組み～拘束最小化チームの構築及びミスケアから拘束に発展させないスタッフ育成～，第 28 回日本看護管理学会 愛知，2024，8
15. 山地翔子、大谷千浩、東さやか：認知症末期患者の食事・栄養摂取に関する看護師の意識変容～嚥下障害の段階を踏まえたツールを活用して～，日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会，2024，10
16. 池田志織、東さやか、大塚恒子：ターミナル期の認知症患者に対する緩和ケアを検討する，第 31 回日本精神科看護専門学術集会 山口，2024，10

講演

1. 大塚恒子：身体拘束回避につながる認知症の正しいアセスメントと対応，日総研研修，2024，4
2. 大塚恒子：身体的拘束回避のケア，和歌山県立こころの医療センター研修会，2024，7
3. 大塚恒子：脳の構造・機能を踏まえた認知症看護，西阪神民間病院協会看護部長会，2024，8
4. 大塚恒子：体的拘束に頼らないチームの体制作り及び患者対応，第 26 回 公立豊岡病院組合立病院合同学会，2024，11

日本精神科看護協会の研修会

1. 大塚恒子：管理者に必要な組織デザインとリーダーシップ，オンデマンド研修会，協会主催，2024
2. 大塚恒子：組織改革に必要な看護管理者の役割と能力，オンデマンド研修会，協会主催，2024
3. 大塚恒子：認知症疾患の理解とカンファタブル・ケア，オンデマンド研修会，協会主催，2023
4. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 組看護補助者活用推進のための看護管理者研修，東京都支部，2024，4
5. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 認知症の理解とケア，オンデマンド研修会，協会主催，2024，6，11
6. 大塚恒子：認知症ケアのコツ 行動制限をなくすために，兵庫県支部，2024，6
7. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 組看護補助者活用推進のための看護管理者研修 リモート研修会，2024，8・11・2025. 2
8. 外部講師、大塚恒子：脳の構造・機能を理解した精神看護の提供，2024，8・11
9. 外部講師、大塚恒子：身体拘束に伴う法的根拠／身体拘束に頼らない精神科看護，2024，9・10.
10. 大塚恒子：和歌山県支部看護研究発表会講評 リモート研修会，2023，10
11. 大塚恒子：間違っていないか！その認知症看護，日本精神科看護協会宮崎県支部研修会，2024，12

日本精神科看護協会 認定看護師育成研修会の講演

1. 大塚恒子：対象理解Ⅰ フィジカルアセスメント 5 精神科領域の高齢者の身体的観察精神科診断治療学 6 2024，5
2. 大塚恒子：対象理解Ⅰ フィジカルアセスメント 4 精神科領域の身体的観察 中枢神経系・運動器系・感覚器系 リモート研修会，2024，5
3. 大塚恒子：医学モデルによる対象理解フィジカルアセスメント 5 と 8 ケーススタディ，リモート研修会，2024，5
4. 大塚恒子：リーダーシップ論Ⅰ，2024，6

精神衛生研究所における講演

1. 大塚恒子：認知症研修会①原因となる病気の理解と対応，2024，5
2. 大塚恒子：認知症研修会② 認知症周辺症状への対応，2023，7
3. 大塚恒子：看護補助者研修会①看護補助者研修①～チーム医療における看護補助者の役割～ 2024，7

4. 大塚恒子：頭部 CT 画像からの情報を認知症や精神疾患の看護に活かす研修会①, 2024,7
5. 大塚恒子：認知症研修会③認知症看護の基本～カンフォータブル・ケア～, 2024, 8
6. 外部講師：児童・思春期の精神科看護, 2024, 8
7. 外部講師：対応困難患者とのコミュニケーション方法, 2024, 8
8. 外部講師：精神科薬物療法の知識から有効性と限界を学ぶ, 2024, 8
9. 外部講師：有効な看護チームを作るためのファシリテーション, 2024, 9
10. 大塚恒子：看護補助者研修会②認知症・高齢者の認知機能の特徴, 2024, 9
11. 大塚恒子：認知症研修会④認知症と類似する老年期精神障害の理解と対応, 2024, 9
12. 大塚恒子：頭部 CT 画像からの情報を認知症や精神疾患の看護に活かす研修会②, 2024,10
13. 大塚恒子：看護補助者研修会③患者や利用者を混乱させない対応／カンフォータブル・ケア, 2024, 10
14. 大塚恒子：認知症研修会⑤認知症患者を介護する家族への支援, 2024, 10
15. 大塚恒子：認知症研修会⑥身体的拘束を避ける認知症看護, 2024, 11
16. 大塚恒子：看護補助者研修会④現場での倫理的課題を学ぼう, 2024, 12
17. 森村安史：虐待や倫理の高い感性を目指して, 2024, 12
18. 外部講師：認知行動療法(CBT)の実際, 2024, 12

市民講座（心のコミュニティー）

1. 作業療法士 坂本亜矢子：認知症患者へのリハビリテーション, 2024, 5
2. 看護師長 吉元容子：認知症のさまざまな病気, 2024, 7
3. 副部長 森川晋：認知症患者の地域支援, 2024, 9
4. 看護主任 吉永佳奈美：認知症の進行を穏やかにするための支援, 2024, 11
5. 看護師長 瀧野鮎子：認知症の患者の身体合併症の予防, 2025, 1
6. 看護部長 大塚恒子：認知症患者の虐待予防, 2025, 3

職能団体への支援活動

1. 大塚恒子：西宮市医師会看護専門学校外部講師「こころの健康と看護 1」「看護管理論」、2024
2. 大塚恒子：華頂看護専門学校外部講師 「精神看護援助論①」2024
3. 大塚恒子：公益財団法人日本医療機能評価機構 精神科病院サーベイヤール 2024, 1

その他

1. 大塚恒子：日本精神科病院協会 看護師認定資格分科会・認知症認定看護師会の担当
2. 兵庫県看護協会セカンドレベル受講 1 名、ファーストレベル受講 1 名
3. ファーストレベル受講 1 名

仁明会精神医学研究・執筆規定

1. 精神医学に関する総説論文、原著論文、症例報告、原典紹介、学会記事などを掲載します。
2. 原著論文においては、編集委員会の依頼する査読者による査読を行った上で、編集委員会において掲載の可否を決定します。
3. 症例報告については、編集委員会において掲載の可否を決定します。
4. 論文題名、著者名、所属先、所属先住所、メールアドレスを日本語と英語でお付けください。
5. 300 語以内の英文抄録をお付けください。
6. Key words(キーワード)を、日本語と英語で 5-10 個お付けください。
7. テキスト本文の章立てについては、「Ⅰ. はじめに」から始めて、以下の章立て番号は、「Ⅱ. ○○○」、「Ⅲ. ○○○」のように大文字のローマ数字を章立て番号としてください。
各段落内の章立ては、(第二段階)アラビア数字、(第三段階)アラビア数字片カッコ、(第四段階)小文字アルファベット片カッコ、(第五段階)小文字ローマ数字片カッコを使用してください。
 第一段階 Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ.
 第二段階 1. 2. 3.
 第三段階 1) 2) 3)
 第四段階 a) b) c)
 第五段階 i) ii) iii) (ローマ数字：小文字)
8. 図表については、図と表とのそれぞれに通し番号を付けてください。原則として、図のタイトルと説明は図の下に、表のタイトルは表の上に配置します。
9. 文献の記載は、日本語外国語を問わず筆頭著者名の ABC 順に並べ、番号を付けて記載してください。また、本文中の引用個所には肩番号を付けてください。
10. 文献の表記は、以下の例に従ってください。
 - 1) 雑誌の場合
 著者名：表題. 雑誌名 巻(号), 頁 - 頁, 発行西暦年
 1) 森村安史：認知症における精神科病院の役割. 仁明会精神医学研究 10, 6-11, 2013
 2) Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, et al.: Neuronal mechanisms of decision making in hoarding disorder. Arch Gen Psychiat 69, 832-841, 2012
 - 2) 単行本の場合
 著者名：書名. 版数. 頁 - 頁, 発行所, 発行地, 発行西暦年
 著者名：論文名.(編者名)シリーズ叢書名巻数；各巻書名. 頁 - 頁, 発行所, 発行地, 発行西暦年

- 3) 三好功峰：大脳疾患の精神医学. 中山書店, 東京, 2010
- 4) 篠崎和弘、鵜飼聡、武田雅俊：高齢者の不安神経症. 精神科ケースライブラリー 高齢者の精神障害 (風祭元、武田雅俊編集). pp253-265, 中山書店, 東京, 1998
- 5) Miyoshi K, Morimura Y: Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. In: Neuropsychiatric Disorders (eds. Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K). pp.3-15. Springer, 2010

11. 原稿の送付先

- 1) Email: kenkyusyo@j-ccp.jp
- 2) 郵送: 662-0864 兵庫県西宮市越水町 4-31
一般財団法人仁明会 精神医学研究所 仁明会精神医学研究編集委員会
電話 0798-75-1333

12. 利益相反について

利益相反について記載をお願いします。校正時に当方からお送りする利益相反申告書にご記入の上ご返送ください。利益相反がない場合には論文末尾に「なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない」とご記載ください。

13. メディカルオンライン掲載に伴う著作権について:

本誌に掲載される論文はメディカルオンラインに掲載されます。そのために、本誌はメディカルオンラインの著作権の一部である「医学文献電子配信許諾」を譲渡する必要があります。本誌の発行母体である一般財団法人仁明会に掲載論文の著作権を帰属させていただくことをご了承ください。

14. 編集委員会

武田 雅俊(編集長)、池田 学、大塚 恒子、武田 敏伸、菱本 明豊、松永 寿人、三好 功峰

令和6年9月改定

編 集 後 記

2024 年 9 月の敬老の日にわが国の百歳以上高齢者(センテネリアン)数は 95,119 人と発表された。センテネリアン数は統計が開始された 1963(昭和 38)年に 153 人であったものが、1981(昭和 56)年に千人を、1998(平成 10)年に 1 万人を超え、2025(令和 7)年には 10 万人を越えることは確実である。編集子自身も 75 歳となるベビーブーマー世代であり、今後しばらくは、この世代の人数が(後期)高齢者の人数を押し上げていく。なんとか社会の重荷にならないように自分自身の健康に留意すると共に、少しでも社会に貢献できる人生を心掛けるようになった。

この一年間、編集子はセンテネリアンについて調べてきた。最初のきっかけは 2020 年度のセンテネリアン数が急に増加していることに気づいたことであったが、その理由は単純で百年前の出生数が増えたことが原因であった。次の関心は、年々右肩上がりに急増するセンテネリアン数増加の理由を明らかにすることであった。2017 年度のわが国の人口 10 万人当たりのセンテネリアン数は 53.43 人であるが、都道府県別にみると 32.09 人(埼玉県)から 97.54 人(島根県)まで大きな差異がある。大まかにみると、島根・鳥取・高知・鹿児島・佐賀が上位 1-5 位にランク付けされて、西高東低の様子であった。そこで、気象条件、自然条件、社会的要因、経済的要因などと都道府県別のセンテネリアン数との相関を調べてみたところ、温度・湿度・降水量・日照時間などとの相関は無く、河川の長さや森林率などとの相関が認められ、県民所得や地方税交付率などと逆相関がみられ、センテネリアンは、自然環境が豊かで、経済活動がさほど活発でない田舎部に多いという結果であった。同時に明らかになったことは、医師・歯科医師・薬剤師数よりも看護師・リハビリテーション専門職の数とよく相関していることであり、センテネリアンの生活を維持するために作業療法士や看護師の役割が重要であることを示唆する結果であった。このような結果を踏まえて、センテネリアンは、必ずしも健康に恵まれた特別な個体ではなく、条件を整えば、誰でもセンテネリアンになることができるのではないかと考えるようになり、本誌の第 21 巻 2 号(2024)で「センテネリアン centenarian と健康生成論 salutogenesis」と題して、Antonovsky の salutogenesis 理論について考察した。そして、本号では都道府県別のセンテネリアン数と食品消費量の相関を調べて、サバ・アジ・饅頭・焼酎・食用油の消費量の多い所ではセンテネリアン数が多いことを報告した。もちろん、両者の相関が高いというだけで因果関係については十分な考察を得るところまでには至らなかった。

わが国の平均寿命は年々延伸しており、多くの日本人が長生きするようになり、そのうちの多くの人がセンテネリアンとなる時代が到来しつつあることは喜ばしいことであるが、望むらくは多くのセンテネリアンに充実した人生を送っていただきたいものである。

毎年、寒い季節になると訃報が届く。今年も親しくしていただいた先生方が逝去されたとの連絡が相次いだ。先輩の先生方がお元気で過ごされていることを伝え聞くだけでも力づけられる。編集子の役割として、本誌の特別寄稿をお願いする時には、先輩の先生方の顔を思い浮かべながらご連絡を差し上げているが、多くの先生方は、おそらく社会のために若い世代のためにという気持ちでご快諾いただいたのだろうと思う。編集子自身は能力不足であることは百も承知しているが、先輩の先生方の経験と知恵と助言を若い世代に伝えるという意義のある仕事に関われる喜びを感じながら、編集子としての役割を続けていきたいと思っている。

編集委員長 武田 雅俊



タイトル 「トラヤヌス神殿」
撮影場所 トルコ ペルガモン
撮影年月 2007年5月
撮影者 森村安史
コメント

ガレノスの生地として知られるペルガモン(最近ではベルガマと表記されている)を訪れた。ここは古代ギリシャ時代の医学史には必ず登場する歴史的な場所である。ヒポクラテスの木、アスクレピオス神殿、など言葉は知っているが実際に今でも残っているのだろうかとの興味があった。どのような空気や太陽のもとで古代医学が発展していたのかといった思いがこの地へと私を誘ってくれた。ガレノスが語っていた医学には哲学が必須であるとの考えが長く西洋医学の中にあったはずである。現代においてこそ医学の中に哲学的思索が求められている時代はない。地中海の陽光を浴びながらガレノスの世界観に少しだけ浸ってみた。

仁明会精神医学研究
Jinmeikai Journal of Psychiatry

発行人：森村 安史
発行：一般財団法人 仁 明 会
発行日：2025年3月20日
編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）
池田 学、大塚 恒子
武田 敏伸、菱本 明豊
松永 寿人、三好 功峰
(五十音順)

目次 仁明会精神医学研究 第22巻（2）2025年3月

■ 巻頭言

- 生きにくい社会 一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

■ 特別寄稿

- 思春期の性愛（セクシャリティ）に関する発達の視点 福岡病院 西村良二 …… 2
- 「夢」を夢見て 秋田大学名誉教授 清水徹男 …… 13

■ 原著

- 都道府県別のセンチネリアン数と消費食品との関係 大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 他 …… 21

■ 症例報告

- 自閉スペクトラム症を併存した重度の児童期強迫症に対して入院加療を行った1例 兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 濱田達雄 他 …… 36
- 強迫症状がうつ病に伴うものか、強迫症のものかの判断に苦慮した両者を併存した一例 兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 細井幸彦 他 …… 42
- 精神保健福祉相談・病診連携により入院加療が可能となった引きこもりを呈する強迫症の一例 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 荒川優太 他 …… 48

■ 総説

- ソーシャルネットワークサービス（SNS）と子供のメンタルヘルス 大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 他 …… 54

■ コラム

- 忘れられない患者さんたち 5. Folie à deux 一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 67

- 仁明会精神衛生研究所年間業績報告（2024年1月～2024年12月） …… 70

- 仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 75

- 編集後記 …… 77

