

⑤参加者の様子：実人数6人（一回平均3.8人）、平均年齢27.6歳、平均ひきこもり年数4.2年、男：女＝6：0。ゲーム等を媒介にすると交流しやすいようだが、話し合うことそのものを求めている様子も窺える。また、回数を重ねるごとに話の内容が自分の内面に及ぶことが増えている。少しずつ自己開示が進み、それに伴いメンバー間の自発的な会話が増えてきている。活動終了後も一緒に出かける等サブグループ的な動きも見られる。

(2) 今後の課題

当事者グループは、「同じ状況の人と話したい」というニーズから自然発生的に生じたグループであり、現在はそれほど枠のない比較的ゆるやかなグループである。グループの中で対人交流に慣れてきたら、その次の段階として、就労等メンバーそれぞれが望む形での社会参加へとつながっていきけるよう、新たなニーズの把握と目標設定、それに向けた援助を提供する必要がある。そのためにも、個別援助と併せてこのグループの内容や方向性を検討していくことが今後の課題であると思われる。また、個々のニーズに対応するため、既存の機関の活用や民間のひきこもり支援団体等との連携も必要であり、地域のネットワークづくりを進めていくことも今後の課題と考えられる。

7 当院外来における身体表現性障害患者の実態 — 初診患者における検討

桑原 秀樹・塩入 俊樹*・大塚 道人

小野 信・染矢 俊幸*

新潟大学医歯学総合病院精神科

新潟大学医歯学総合研究科*

【目的】身体表現性障害（SFD）は、一般身体疾患を示唆する身体症状が存在するが、その症状を完全に説明するだけの一般身体疾患の診断がなされない場合に診断される。その下位分類には、身体化障害（STD）や転換性障害（CD）、あるいは疼痛性障害（PD）や身体醜形障害（BDD）等、様々な精神疾患が含まれている。DSM-IV-TRでも、「これらの疾患を1つの章に集めるのは、

病因またはメカニズムを共有していることを想定しているというよりは、むしろ臨床的有用性に基づくものである。」としていることからわかるように、SFDとは多様な疾患を強引にまとめたものであり、その下位分類について修正の余地が残されているものといえよう。しかし、本邦ではSFDにつき多数例で検討を加えた報告はない。そこで我々は、当科外来を初診したSFD患者283例について、その下位診断や人口動態的因子を調査した。

【対象と方法】対象は、1998年4月から2004年3月までに当科外来を初診した患者4838例のうち、DSM-IV-TRによってSFDと診断された患者283（男性105、女性178）例である。これら対象に対して、人口動態因子、下位分類及びcomorbidity等を調査した。

【結果と考察】

- ①SFDは全外来初診患者の約6%で、平均年齢は 41 ± 21 歳、男女比は1：1.7と女性で多かった。
- ②下位診断では、鑑別不能型身体表現性障害（USFD）が最も多く半数以上（53%）を占め、続いて特定不能の身体表現性障害（NOS）（22%）、CD（9.9%）、PD（8.5%）の順であった。
- ③下位分類の性比については、STDが最も大きく、女性が男性の8倍で、逆にBDDでは性比は認められなかった。
- ④発症年齢については、低いものからBDD（ 16 ± 2 歳）、STD（ 17 ± 5 歳）、CD（ 27 ± 16 歳）、USFD（ 38 ± 19 歳）、NOS（ 38 ± 23 歳）、PD（ 49 ± 18 歳）、心気症（HYP）（ 65 ± 9 歳）であった。
- ⑤発症から精神科受診までの期間は、短いものはNOS（ 3 ± 1 ヶ月）、HYP（ 12 ± 6 ヶ月）であり、長いものはSTD（ 68 ± 85 ヶ月）、BDD（ 72 ± 72 ヶ月）であった。
- ⑥comorbidityは、全体の24%（69例）に認められ、その内訳は、気分障害（20例）、精神遅滞あるいは境界知能（12例）、不安障害（9例）、クラスターBパーソナリティ障害（9例）、適

応障害(5例)、解離性障害(5例)となっていた。

⑦USFDとNOSの違いは、身体症状の持続期間にあるので(6ヶ月以上vs6ヶ月未満)、NOSの初診後の経過を追ってみると、半数以上(63例中33例)で身体症状が6ヶ月以上持続し、USFDに移行していた。

⑧初診時SFDと診断された中で、2例が慢性硬膜下血腫と筋萎縮性側索硬化症であることが後日判明した。

以上より、SFDの診断には、comorbidityや一般身体疾患が基礎疾患として存在している可能性を十分に留意しながら行うことが重要である。また下位分類については、半数以上がUSFDと診断されてしまう一方で、STDが非常に厳しい診断基準をもつために極めて少ないなど、改善すべき点があるように思われた。

8 「7.13水害」におけるこころのケア対策について — 活動報告と今後の課題 —

櫛谷 晶子・福島 昇・磯野 靖男
武石 敏秀・細野 純子・本間 直美
加藤 花恵

新潟県精神保健福祉センター

平成16年7月13日の梅雨前線豪雨の結果、県央地域は大規模な水害に見舞われた。

新潟県では被災直後から、災害後に起こりうる心の問題に対処するため「災害時におけるこころのケア対策実施要領」を定め、支援要請のあった三条市・見附市・中之島町に対して、精神科病院をはじめとする関係機関の協力による「こころのケア対策」を展開した。主な活動内容と今後の課題は下記のとおりである。

【主な対策】

1. フリーダイヤルによる電話相談「こころのケアホットライン」設置
2. こころのケアチーム(精神科医、ソーシャル

ワーカー等による編成)の派遣

3. 現地スタッフに対する「こころのケア」についての啓発・普及活動

【こころのケアチーム対応ケースの概況】

1. 7月23日から9月末までに、相談録を作成して対応したケースは46件であった。
2. 活動開始から約2週間は「解離症状」「再体験症状」など、急性期ストレス反応と思われる訴えがみられたが、長期化するケースはなかった。
3. 時間の経過とともに、相談ケースの主訴は「不眠」「無気力」「ゆううつ」が中心になった。
4. 9月以降のケースは、救援者が仕事の負担感から変調をきたしたケースであった。

【今後の課題】

1. 被災自治体が実施する「仮設住宅入居者のこころのケア」への支援を行う。
2. 被災者の精神的変調の早期発見や支援者の裾野を広げるための啓発・普及活動を充実させる必要がある。
3. 救援者の二次被害を悪化させないための相談やストレス・マネジメントの研修を実施していく必要がある。

II. 新潟精神医学賞授与式・受賞記念講演

「パニック障害と生体反応 — 視聴覚刺激を用いた試み」

新潟大学医歯学総合病院精神科

丸山麻紀

III. 特別講演

「高機能PDD成人の鑑別診断を巡って — 親子事例を中心に」

あいち小児保健医療総合センター

保健センター長兼心療科部長

杉山登志郎