

## 肺結核患者の療養指導に関する研究

## 第1報 外来結核患者の Cornell Medical Index 調査

山口 智 道

結核予防会第一健康相談所

菊 池 誠 作

労働医学研究会八重州口診療所

受付 昭和 43 年 2 月 1 日

## STUDIES ON GUIDANCE OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS\*

Report I. Survey of Tuberculosis Out-patients  
Using Cornell Medical Index

Tomomichi YAMAGUCHI and Seisaku KIKUCHI

(Received for publication February 1, 1968)

A survey using the questionnaire of Cornell Medical Index modified by Fukamichi (CMI) was carried out on 352 out-patients and 100 in-patients of pulmonary tuberculosis, and the results were summarized as follows :

1. The results of CMI test were classified into four categories according to Fukamachi. Among out-patients, cases classified as category I (normal) occupied 41.2%, category II (probably normal) 36.6%, category III (probably neurotic) 18.2%, and category IV (neurotic) 4.0%. Cases included in categories I, II and III were less among in-patients than those among out-patients, while cases classified as category IV occupied 10% among in-patients, which was higher than that of out-patients. The difference in the rate of cases classified as category IV between in- and out-patients was more marked in the females than in the males.

2. Various factors such as age, type of lesions, bacteriologic status, original treatment and retreatment, and duration of treatment, gave no influence on the distribution of out-patients into four categories. The rate of cases included in categories III and IV was higher in the females and in cases who showed aggravation during the course of treatment than in the males and in cases who showed no aggravation.

3. The rate of cases who received chemotherapy completely and the rate of cases who were admitted to sanatorium were higher among cases included in categories III and IV than those among cases included in categories I and II. The rate of cases who abandoned chemotherapy against medical advice was 24.3% among cases included in categories I and II, while it was 7.7% among cases included in categories III and IV. Moreover, the regularity of drug administration was worse in the former than in the latter.

4. The above mentioned facts show that it is useful to conduct the CMI test on the beginning and during the course of treatment. For cases included or fallen into categories I and II, special guidance must be given to complete the treatment under regular administration of drugs.

\* From The Daiichi Dispensary, the Japan Anti-Tuberculosis Association, Misaki-cho, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan.

## はじめに

肺結核症の経過について化学療法が最も大きな影響力をもつことは論ずるまでもない。しかしわれわれは化学療法のよりいつその確実な効果を期待するために、生活時間の規正や勤務の軽減等の肉体的生活条件にも配慮しているが、結核のごとき長期療養を要する疾患では種々の精神的負担も起こる可能性が存在するので、治療にあつては精神的条件をも考慮すべきであろう。疾患の発生原因はけつして一元的ではなく、たとえば結核のごとく明らかに細菌感染によるものでさえも、心因を含めた多元的原因の作用により発病するとの考えもあり、国立療養所結核精神衛生協同研究班<sup>1)</sup>の成績も結核患者の精神的な問題の重要性を指摘している。肉体的な問題については、比較的早くから安静の程度、あるいは栄養等について指導がなされてきたが、精神的な指導面については、なお一般的、体系的なものはまだこれからという感がある。われわれは患者心理の一面を知り、療養指導の参考とするため Cornell Medical Index (以下 CMI と略) を取り上げて調査し、いささかの知見を得たので報告する。

## 調査方法

調査は CMI の深町変法を用い、深町に従つて愁訴数により領域 I～IV に分類した<sup>2)</sup>。CMI の原法は身体的質問 144 と精神的質問 51 からなるが、深町はさらに身体的質問 19 項目を追加し、その回答数により正常から神経症までの 4 つの領域に分けた。すなわち身体的愁訴のうち心臓脈管系、疲労感、疾病に対する関心の訴えの数を縦軸に、精神的愁訴数を横軸にとつて座標を求め、3本の線によつて分けられた平面のどの部分に入るかにより、4領域に分けることができる。領域 I に入るのを心理的正常者、領域 IV を神経症者とし、その中間の領域 II はおそらく心理的正常者、領域 III は神経症の疑いと判断される。

CMI 調査にあつては患者に調査用紙を渡し、簡単な説明を加えてその場で記入してもらふことを原則とし、一部はもち帰つて次の来所時に持参してもらつた。

## 調査対象

調査対象は著者らの関係する 4 施設において通院治療を受けている肺結核患者より無選択に 352 名を選んだ。このうち 100 名は昭和 38 年 11 月～39 年 5 月の間に調査を行ない、その転帰についても調査した。252 名は昭和 42 年 7 月～8 月に調査を行なつた。表 1 にみられるように性別では男 227 名、女 125 名で男が多く、年齢別では 15～29 歳が 42.3%、30～49 歳 47.4% で、50 歳以上は 10.2% だけであつた。なお 14 歳以下は対象か

Table 1. Background Factors at the Start of Chemotherapy

		Out-patients	In-patients
Sex	Males	227(64.5)	68(68.0)
	Females	125(35.5)	32(32.0)
Age	15～29	149(42.3)	45(45.0)
	30～49	167(47.4)	43(43.0)
	50～	36(10.2)	12(12.0)
NTA	Minimal	212(60.2)	41(41.0)
	Moderately advanced	135(38.4)	55(55.0)
	Far advanced	4( 1.1)	2( 2.0)
Type of lesion (Gakkai)	I	—( —)	2( 2.0)
	II	79(22.4)	38(38.0)
	III	272(77.3)	58(58.0)
	Others	1( 0.3)	2( 2.0)
Extent of lesion	Small	240(68.2)	47(47.0)
	Medium	107(30.4)	47(47.0)
	Large	4( 1.1)	5( 5.0)
Bacilli	Positive	94(26.7)	53(53.0)
	Negative	258(73.3)	47(47.0)
Total		352	100

Table 2. Time Interval from the Start of Chemotherapy to the Time of Examination

	Out-patients	In-patients
Less than 1 year	130(36.9)	79(79.0)
Less than 2 years	100(28.4)	14(14.0)
Less than 5 years	100(28.4)	4( 4.0)
3 years or more	22( 6.3)	3( 3.0)

ら除いた。治療開始時の病状は軽症が 60.2% を占め、重症は 4 名 1.1% にすぎない。学会病型に分けると III 型が 77.3% で、II 型 22.4%、その他 0.3% であつた。治療開始時に排菌のあつたものは 26.7% のみで、73.3% は菌陰性であつた。治療を開始してから調査時点までの期間は表 2 に示したように、1 年以内 36.9%、2 年以内 28.4%、5 年以内 28.4%、5 年以上 6.3% であつた。

対照として結核予防会結核研究所附属療養所に入院中の肺結核患者 100 名に対しても調査した。これも外来患者と同様に全く at random に調査したが、表 1 にみられるように性、年齢別には外来患者と差はないが、病状は外来患者より重い傾向があり、NTA 分類で軽症が 41% に対し中等度進展が 55% であつた。治療開始時の菌も陽性が 53% で、外来の 26.7% よりはるかに多かつた。また治療を開始してから調査時点までの期間は 1 年以内が 79% と大部分を占めた点もやや相違していた。

Table 3. Distribution into Four Categories of CMI by Sex

	I		II		III		IV		Total	
	Out-pat.	In-pat.	Out-pat.	In-pat.	Out-pat.	In-pat.	Out-pat.	In-pat.	Out-pat.	In-pat.
Male	109 (48.0)	36 (53.0)	77 (33.9)	20 (29.4)	35 (15.4)	10 (14.7)	6 (2.6)	2 (2.9)	227	68
Female	36 (28.8)	3 (9.4)	52 (41.6)	14 (43.7)	29 (23.2)	7 (21.8)	8 (6.4)	8 (25.0)	125	32
Total	145 (41.2)	39 (39.0)	129 (36.6)	34 (34.0)	64 (18.2)	17 (17.0)	14 (4.0)	10 (10.0)	352	100

## 成 績

## 1. 外来患者と入院患者との比較

外来患者352名をこの調査によつて分類すると、領域Ⅰ41.2%、領域Ⅱ36.6%、領域Ⅲ18.2%、領域Ⅳ4.0%であつた。これを入院患者と比較すると、表3のごとく領域Ⅰ、Ⅱ、Ⅲではいずれもやや外来患者のほうが多かつたのに対して、領域Ⅳだけは入院が10%で、入院患者のほうが多かつたが統計的に有意差はない。また領域Ⅲ、Ⅳを合計すると外来の22.2%に対し、入院の27%で多少入院のほうが多い程度であつた。性別に分けて比較すると、各領域とも男子では大きな差はみられないが、女子では領域Ⅰは外来の28.8%に対し、入院の9.4%と外来のほうが多く、領域Ⅳでは外来の6.4%に対し、入院の25%と有意の差をもつて入院患者のほうが多かつた。

表1に示したように、外来患者と入院患者としては、年齢構成に差はないが、病状は入院患者のほうが重く、治療開始より調査時点までの期間も入院患者では80%が1年以内であるのに反して、外来例では70%近くが2年以上である等の背景因子の差があるので、女子においてもただちに外来患者と入院患者と差があるというのは早計であろうが、外来患者と入院患者、とくに女子にこのような差がみられた原因が上述の点だけであるかどうかを明らかにするために、外来患者について次のごとき検討を行なつた。

## 2. 外来患者の各領域への分布に影響する因子

外来患者について各因子別にCMIの各領域の占める割合を調べ、この分布のかたよりのある項目をさがし、精神的ひずみとの関係を求めてみた。

## a. 性別

表3にみられるように、男227名中領域Ⅰに属するものは48.0%であるのに対し、女子125名では28.8%と少ない。領域Ⅱに属するものは男の33.9%に対し、女は41.6%、領域Ⅲは男の15.4%に対し女の23.2%、領域Ⅳは男の2.6%に対し、女の6.4%と領域Ⅱ～Ⅳではいずれも女のほうが多い。また領域Ⅲ、Ⅳを合計すると、男は18.0%、女は29.6%で統計学的に有意の差を

Table 4. Distribution into Four Categories of CMI by Age Group

		I + II		III + IV		Total
Male	～29	65(74.7)	22(25.3)			87
	～49	92(86.0)	15(14.0)			107
	50～	29(87.9)	4(12.1)			33
	Total	186(81.9)	41(18.1)			227
Female	～29	43(68.3)	20(31.7)			63
	～49	41(74.5)	14(25.5)			55
	50～	4(57.1)	3(42.9)			7
	Total	88(70.4)	37(29.6)			125
Total	～29	108(72.0)	42(28.0)			150
	～49	133(82.1)	29(17.9)			162
	50～	33(82.5)	7(17.5)			40
	Total	274(77.8)	78(22.2)			352

もつて女子には領域Ⅲ、Ⅳのものが多く、

## b. 年齢

29歳以下では領域Ⅲ、Ⅳを合計すると28.0%に対し、30～49歳では17.9%、50歳以上では17.5%で、若い人のほうに領域Ⅲ、Ⅳの割合が多い傾向がみられる(表4)。これを性別に分けると男子ではやはり29歳以下では領域Ⅲ、Ⅳの占める割合が25.3%で最も多く、年齢とともに低下しているが、女子の高年齢者は人数の少ないせいもあつて年齢による差ははつきりしない。しかし男女を合計した場合29歳以下では女子の占める割合が42%、30～49歳では34.5%、50歳以上では17.5%であるので、29歳以下に比較的領域Ⅲ、Ⅳが多い傾向があるにしても、性別の影響が大きく、年齢差は大きな因子ではないと考えられる。

## c. 病型

学会病型Ⅱ型の79名で領域Ⅲ、Ⅳの占める割合が17.7%に対し、Ⅲ型の272名では23.5%で、空洞のないものにやや多い傾向であつた。振り別では振り1の240名のうち領域Ⅲ、Ⅳは21.2%、振り2の107名では25.2%と振り2のほうがやや多かつた。またNTA分類では軽症212名中領域Ⅲ、Ⅳは22.6%、中等度進

Table 5. Distribution into Four Categories by Type of Lesion, Extent, Bacteriologic Status and Original or Retreatment Cases

		I + II		III + IV		Total
		Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	
Type of lesions by "Gakkai" classification	II	65	82.3	14	17.7	79
	III	208	76.5	64	23.5	272
	Others	1				1
Extent	Small	189	78.8	51	21.2	240
	Medium	80	74.8	27	25.2	107
	Large	4				4
NTA	Minimal	164	77.3	48	22.6	212
	Moderately advanced	105	77.8	30	22.2	135
	Far advanced	4				4
Bacilli in sputum	Positive	70	74.5	24	25.5	94
	Negative	204	79.1	54	20.9	258
Original cases		197	78.2	55	21.8	252
Retreatment cases		77	77.0	23	23.0	100

展では 22.2% でほとんど差はなく、病型によつて領域 III, IV の出現率に差をみなかつた (表 5)。

d. 排菌の有無

治療開始時の排菌の有無別にみると、排菌のあつた 94 例では領域 III, IV が 25.5% に対し、排菌のなかつた 258 例では 20.9% で、前者にやや多い傾向があるが有意差はない (表 5)。結局治療開始時の病型、病状の重症による影響はみられなかつた。

e. 初回治療と再治療

初回治療と再治療に分けてみると、領域 I は初回治療 42.1%、再治療 39.0%、領域 II は 36.1% と 38.0%、領域 III は 17.9% と 19.0%、領域 IV はともに 4.0% であつて、この両者の間に全く差を認めなかつた (表 5)。

f. 治療開始からの期間

治療を開始してから調査時点までの期間別に調べると、治療開始後 3 カ月以内の 62 例では領域 III, IV が 25.8% を占めた。4 カ月以上 1 年以内の 68 例では 19.1%、1 年以上 2 年以内の 100 例では 22.0%、2 年以上

5 年以内の 100 例では 23%、5 年以上の 22 例では 18.1% であるから、3 カ月以内のものに領域 III, IV が最も多く、治療を開始してから日の浅いものは、精神的に不安定な傾向がうかがわれる (表 6)。

g. 経過中の悪化の有無

治療中に悪化のあつたものと、その他のものとで比較した。この場合の悪化は X 線学的悪化のほか、細菌学的悪化のみのもも含めたが、経過観察中悪化したため再治療を始めたものは含んでいない。治療中に悪化のあつたものは 21 例のみであつたが、このうち領域 III, IV に属するものは 11 例 52.4% と半数をこえており、悪化のなかつた群の 20.2% よりはるかに多く、統計学的に有意の差がみられた。悪化例がとくに女子にかたよつていたという事もないので、いままで検討して

きた諸因子中最も関係が強いことを示している (表 7)。

また逆に領域 I, II に属する 274 例中悪化を起こしたのは 10 例 3.6% であるが、領域 III, IV に属する 78 例からは 11 例 14.1% が悪化しており、後者のほうに悪化を起こすものの多いことを示している。

3. 領域別にみた療養態度と治療成績

a. 転帰

外来患者のうち 100 名は昭和 38 年 11 月~39 年 5 月

Table 7. Distribution into Four Categories of CMI by Course of Treatment

	I + II		III + IV		Total
	Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	
Aggravated	10	3.6 (47.6)	11	14.1 (52.4)	21 (100.0)
Not aggravated	264	96.4 (79.8)	67	85.9 (20.2)	331 (100.0)
Total	274	100.0	78	100.0	352

Table 6. Distribution into Four Categories of CMI by Duration of Treatment

	I		II		III		IV		Total
	Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	
~3 months	25	40.3	21	33.9	13	21.0	3	4.8	62
~1 year	31	45.6	24	35.3	9	13.2	4	5.9	68
~2 years	37	37.0	41	41.0	19	19.0	3	3.0	100
~5 years	40	40.0	37	37.0	20	20.0	3	3.0	100
More than 5 years	12	54.5	6	27.3	3	13.6	1	4.5	22
Total	145		129		64		14		352

の間に調査を行なった。男女半数ずつで治療を開始してから3カ月以内のものと、治療開始後1年前後のものとが大部分であった。この100名は現在までにほとんどが治療を終了しているので、CMIの各領域別に療養態度に差があつたかどうか検討した。

表8にみられるように、領域I、IIの74例中、医師の指示どおり最後まで定期的に治療を受けたものは40例54.1%であり、領域III、IVであつた26名では16名61.5%が最後まで治療を受けた。外来治療の途中で入院したものは領域I、IIのものからは5.4%で、領域III、IVのものからは15.4%で、やはり後者のほうに多い傾向がみられた。指示どおり最後まで治療を終了したものと、入院したものを合計すると、領域I、IIでは合計59.5%に対して、領域III、IVでは76.9%であり、後者のほうに統計学的に有意の差をもつて療養態度の真面目なものが多いといえる。

外来通院中勝手に治療を放棄したものは、領域I、IIでは18名24.3%もあつたのに対し、領域III、IVのものからは2名7.7%のみであり、有意の差をもつて前者のほうが多かつた。ここにもやはり領域III、IVのものの方が療養態度のよいことが示されている。

#### b. 投薬率

CMIの各領域別に投薬率に差があるかどうかを検討した。外来患者なので実際の服薬の状態はつかみにくいので、投薬した実日数を分子に、その期間の日数を分母にとつた百分比を投薬率とした。治療を開始してから6カ月以内に調査したものでは、その後6カ月以上の経過の分かつたときに投薬率を計算した。

表9に示したように、領域I、IIに属する261名のうち投薬率が70%以下のものは14.6%あつたのに反し、領域III、IVの71名では9.9%であり、前者のほうが多かつた。投薬率が91%以上のものは領域I、IIが57.1%、領域III、IVが57.7%と差がみられなかつた。すなわち投薬率のよいものの割合では差はないが、領域III、IVのものには投薬率の悪いものは少ない傾向がみられた。

#### c. 経過

治療を開始してから1年以上の経過をみることできた221名について、学研の経過判定基準によつてX線所見と菌所見の総合経過を判定し、各領域との関連を検討した(表10)。領域I、IIに属する173名のうち中等度以上の改善を示したものは38.1%であるのに対し、領域III、IVの48名では56.3%が中等度以上の改善を示し、両者の間に有意の差があつた。

軽度改善、不変、悪化については両者の間に大きな差

Table 8. Follow-up after Three Years by Category of CMI

	I + II		III + IV		Total
	Number of cases	Per cent	Number of cases	Per cent	
Treated completely	40	54.1	16	61.5	
Entered into hospital	4	5.4	4	15.4	
Treatment abandoned against doctor's advice	18	24.3	2	7.7	
Changed to another clinic	6	8.1	2	7.7	
Under treatment	6	8.1	2	7.7	
Total	74	100	26	100	

Table 9. Relation between the Regularity of drug Administration and Category of CMI

	I + II	III + IV	Total
Less than 70%	38(14.6)	7(9.9)	45
Less than 90%	74(28.4)	23(32.4)	97
90% or more	149(57.1)	41(57.7)	190
Total	261(100)	71(100)	332

Table 10. Relation between Clinical Evaluation of Course of Disease and Category of CMI

	I + II	III + IV	Total
Markedly improved	17(9.8)	6(12.5)	23
Moderately improved	49(28.3)	21(43.8)	70
Slightly improved	66(38.2)	15(31.3)	81
Unchanged	36(20.8)	5(10.4)	41
Worsened	5(2.9)	1(2.1)	6
Total	173(100)	48(100)	221

はなかつた。なおこれは最終判定時の成績であるので、経過の途中で悪化を起こしていても判定時に治療開始前より増悪していなければ悪化とはならないので、前項で述べた経過中の悪化の有無とは異なる。領域III、IVに属するものからの悪化が、領域I、IIからの悪化より多かつたのは先ほど述べたとおりである。

経過の良否を左右するものは背景因子の差が最も重要なものであるのはもちろんであるが、領域III、IVのものでは投薬率の悪いものが少ないこと、最後まで規則正しく治療を受け、途中で中絶するものが少ないことなどとも関連していると考えられる。

#### 考 察

北村<sup>3)</sup>は入院中の肺結核患者147名中93名63.3%が入院当初主に自律神経支配下の消化器障害、気分不良、不眠などを訴え心因性によるものであろうといっている。松井ら<sup>4)</sup>はCMIを簡易化した方法を用い、結核患者では学生、主婦および勤労者と比較すると男女ともに各年代とも多訴であるが、自宅療養者は入院患者に比し

て愁訴数が少なく、とくに精神的愁訴数が入院患者より少ない点は症状の軽症によるものではなく、入院生活環境に起因するものであるといっている。結核という身体的障害と、それが精神的に影響を与えているばかりでなく、療養生活、療養生活上の対人関係、経済問題などが多訴とならせているものと思われる。この点について、北村は入所患者が療養生活に順応するまでの期間は平均4カ月を要し、女は男より約1カ月おくれ、住居、経済に関する因子が療養生活に順応するまでの愁訴数に関係があるとしている。

ところで深町<sup>2)</sup>は CMI 調査を行ない、神経症者は心理的正常者に比較して自律神経の機能異常に基づくものや、疲労感とか疾病に対する関心、睡眠障害の項目に属する訴えが多いとして、これらの身体的愁訴数を縦軸に、精神的愁訴数を横軸にとつて座標を求め、その座標の位置により領域Ⅰ～Ⅳを分けているが、愁訴数が多くなるにつれて、領域も多いほうへいくようになっていく。したがって結核患者、とくに入院患者では自宅療養者や健康者に比べ、領域Ⅲ、Ⅳに入るものが増えることが容易に想像される。深町によると器質的障害のある内科外来患者で心理的正常者でも男子の20%、女子30%が領域Ⅲ、Ⅳに含まれる可能性があるとしている。われわれの調査で外来患者では領域Ⅲ、Ⅳに入るものは、男子18.0%、女子29.6%、入院の男子17.6%で、いずれもこの範囲内に入り、結核患者においては予期したほど増加しているとはいえなかつたが、入院の女子患者では46.8%と明らかに高くなつていた。

結核患者における愁訴数を左右する因子として、松井らは性別、病状別、入院期間、医療保険、入院、自宅療養の別などをあげている。男子より女子では身体的にも精神的にも愁訴数が多く、症状別に分けると重症になるほど愁訴数は多くなるが、もつぱら身体的愁訴数の増加であるとしている。われわれの調査で領域Ⅲ、Ⅳに属するものは男より女が多く、病型、排菌の有無別、初回治療、再治療別に差のなかつたことは、これを裏づけるものと思われる。入院期間別には6年以上のものと、男子では2年目、女子では6～12カ月に多訴であるとしており、北村<sup>3)</sup>は入院後4カ月もすれば安定するという。われわれの調査では治療開始後3カ月以内のものに領域Ⅲ、Ⅳに属するものが最も多かつたが、時期別の差は著明ではなかつた。

われわれの外来患者の調査において注目すべきことは治療中の悪化と、CMI調査の各領域の分布とに関係がみられたことである。治療中に悪化のあつた患者21例では領域Ⅲ、Ⅳに入るものが52.4%と半数をこえ、悪化のなかつた群の20.2%よりはるかに有意差をもつて多かつた。こうみれば悪化という身体的障害が精神的に大きなショックを与えたためであろうことが容易に推定

される。しかし国立療養所結核精神衛生協同研究班によると、結核患者自身の療養体験から結核症の推移に精神的因子が関与するといっているものが80%もある<sup>1)</sup>。してみるとわれわれの成績も領域Ⅰ、Ⅱに属するものからの悪化が3.6%で、領域Ⅲ、Ⅳに属するものからは14.1%であるとみるべきであろうか。こうみてもやはり領域Ⅲ、Ⅳには有意差をもつて悪化が多く、結核患者の精神的な世界での不安定な要素が身体的に結核症に影響を及ぼしたとみることができる。

外来化学療法の場合には、服薬状況のよくないこと、治療を途中で中止するものが多いこと、菌検査が不十分であることが指摘されている<sup>6)</sup>。そこでわれわれはCMI調査後約3年を経過した100例で、転帰を追及し各領域との関連を調べた。領域Ⅰ、Ⅱであつたものでは、医師の指示どおり最後まで治療を終了したものと入院したものは合計59.5%に対し、領域Ⅲ、Ⅳであつたものでは76.9%で明らかに有意差があつた。また治療を途中で中止したものは領域Ⅰ、Ⅱのものからは24.3%あつたのに反し、領域Ⅲ、Ⅳのものからは7.7%のみであつた。このことからみて領域Ⅲ、Ⅳに属する者のほうが療養態度のまじめな者が多いことが分かる。服薬状況についても、投薬率が70%以下の悪い者は領域Ⅲ、Ⅳの者には9.9%のみであるが、領域Ⅰ、Ⅱのものでは14.6%もあつた。これらのことが化学療法の効果を判定したとき、中等度以上の改善率において、領域Ⅰ、Ⅱの38.1%と領域Ⅲ、Ⅳの56.3%の差に影響を与えた因子の一つであると考えられる。小林<sup>7)</sup>は高血圧患者をCMIの簡易法で調査し、愁訴数の多いものでは医療受診状態は良く、愁訴数の少ないものでは医療状態が悪かつたことを指摘しており、領域Ⅰ、Ⅱのものでは受療状態が悪いのは結核患者のみではなく一般的な傾向のようである。

以上の成績から領域Ⅰ、Ⅱの患者は治療中絶が多く、薬の服用状況もよくない。経過もⅢ、Ⅳのものにおけるといことになるので、治療を終了時まで完全に続けること、薬の服用を確実にすることなどの指導を十分に行なう必要がある。これに反し領域Ⅲ、Ⅳの患者では療養態度もよく経過はよいが、経過中の悪化などのショックで神経質となる傾向があり、悪化時には心理的な指導も試みるべきであろう。いずれにしても初診時にCMIを調査し、さらにできうれば時を追つてときどき調査して参考にするには、患者指導上大いに有用なことといえる。

## む す び

肺結核の外来患者352名、入院患者100名にCMI深町変法による調査を行ない、次のごとき結果を得た。

1. 外来患者では深町分類による領域Ⅰ(正常)

41.2%, 領域Ⅱ(準正常)36.6%, 領域Ⅲ(神経症的)18.2%, 領域Ⅳ(神経症)4.0%であつた。入院患者では領域Ⅰ, Ⅱ, Ⅲはいずれも外来患者よりやや少なく, 領域Ⅳだけは10%で外来患者より多かつた。性別に分けると, 男子では各領域とも外来, 入院の間で差はないが, 女子の入院患者は外来患者に比し領域Ⅰが少なく, 領域Ⅳが多かつた。

2. 各領域の分布に影響を与える因子を外来患者について検討した。年齢, 病型, 排菌の有無, 初回治療, 再治療の別, 治療開始からの期間等は各領域の分布にはつきりした影響を与えていない。女子では男子より領域Ⅲ, Ⅳのものが多く, 経過中悪化のあつたものではなかつたものより領域Ⅲ, Ⅳが多かつた。

3. 領域Ⅰ, Ⅱのものより領域Ⅲ, Ⅳのほうが医師の指示どおり最後まで治療を続けるものが多く, 入院するものも後者のほうが多く, 外来通院中勝手に治療を放棄したものは, 領域Ⅰ, Ⅱの24.3%に対し, 領域Ⅲ, Ⅳでは7.7%であつた。投薬率が70%以下のものは領域Ⅰ, Ⅱでは14.6%いたのに対し, 領域Ⅲ, Ⅳのものでは9.9%であり, 領域Ⅲ, Ⅳのもののほうが療養態度のよいものが多かつた。

4. 以上の成績から治療当初にCMIの調査を行ない, 領域Ⅰ, Ⅱに属することが分かれば, とくに療養指導を

徹底する必要がある。またときどきCMI調査を経時的に行ない, 患者心理の変化に応じて適切な心理指導を行なえば有用と思われる。

本論文の要旨は第72回日本結核病学会関東地方学会において発表した。

終りにご指導を賜つた故渡辺博第一健康相談所長, ご校閲をいただいた本堂五郎所長, またご協力を借しまれなかつた小山幸男小松川大橋所長, 田尻貞雄川崎砂子診療所長, 結核研究所木原和郎博士に感謝いたします。

## 文 献

- 1) 国立療養所結核精神衛生協同研究班: 結核患者の精神衛生, 医学書院, 東京, 1959.
- 2) 深町建: 福岡医学雑誌, 50: 2988, 昭34.
- 3) 北村省三: 東京慈恵会医科大学雑誌, 76: 2432, 昭36.
- 4) 松井清夫・坂本弘・坂口力他: 日本公衆衛生雑誌, 13: 243, 昭41.
- 5) 北村一己: 精神身体医学, 2: 121, 昭37.
- 6) 第37回結核病学会総会シンポジウム: 結核, 37: 402, 昭37.
- 7) 小林太刀夫・伊藤良雄・石川中他: 精神身体医学, 2: 120, 昭37.