

ISSN 0559-3158

# 精神衛生研究

*Journal of Mental Health*

**No.32/1985**

**国立精神衛生研究所**

*National Institute of Mental Health  
Japan*

— 正 誤 表 —

誤 正

- |            |        |   |
|------------|--------|---|
| 1) 27頁、    | 下から1行  | <i>teken</i> → <i>taken</i>                 |
| 2) 32頁、左、  | 上から5行  | 自信→自身                                       |
| 3) 36頁、右、  | 下から4行  | 妊娠不能年齢→妊娠可能年齢                               |
| 4) 96頁、右、  | 上から17行 | 芸術的タイプ→芸術家タイプ                               |
| 5) 100頁、左、 | 上から5行  | 防臭→防腐                                       |
| 6) 100頁、左、 | 上から19行 | 口臭→体臭                                       |
| 7) 108頁、   |        | ⇒の矢印は、 <i>crisis solving</i> の「島」より出るものとする。 |
| 8) 109頁、   |        | この図を「図1」とする。                                |



# 精神衛生研究

*Journal of Mental Health*

No.32/1985

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health  
Japan*



## 就任挨拶

高 臣 武 史

昨年4月、私は土居先生の後任として参りました。私にとりましては、精研は8年前まで13年間お世話になった所ですし、昭和27年開設当初から井村先生のもとに毎週勉強に通わせて頂いていましたので、所員の殆んどの方が旧知の方で、なつかしい故郷へ戻ったという感慨を強くもちながら着任いたしました。

私が施設長としては不適任だということは国府台病院で痛感しておりましたし、定年までの期間も短かく、今から何が出来るだろうかというためらいもあって、再び精研に戻ろうとは考えてもおりませんでした。ただ僅な期間にしても、狭い精研ですので、毎日所員の方々1人1人と話しあい、新しい知識を身につけたい、そして少しでも皆様の研究の便宜を計ればという気持は強く持っておりました。

ところが着任早々から全く予想しない毎日が始まりました。その1つは精神障害者の人権侵害に対する非難が国の内外からおこって、その応対にこき使われたことでした。厚生大臣も昭和62年春には精神衛生法を改正する旨を国会で答弁しました。その準備のため精研の多くの方々に御面倒をかけることになってしまいました。

第2の問題は、行政改革の一環としての国立武蔵療養所との統合、ナショナルセンター化の問題でした。昨年末統合は決定されましたが、いろいろ不安材料もあり、これが精研の大きな飛躍の第一歩になるよう、微力ですが全力をつくしたいと考えております。

第3は高齢化社会を迎えて、医療費や社会保障費の高騰が予想され、政府はこれを如何に抑制するか、いろいろ考えております。そのための各種の審議会に出席させられていますが、21世紀の人たちのために少しでも役立ちたいと、ない知恵をしぼっています。

こうして着任以来、皆様と親しくお話をし勉強させて頂く時間も殆んどない1年が過ぎてしまいました。精研におちついて、ゆっくり研究ができる日が一日も早く来るよう心から願っています。所員の皆様の御支援と御協力を心からお願い申し上げますと共に、こうした時代にも、すぐれた研究を推進されることを祈ってやみません。



# 目次

就任挨拶	高臣武史
研究	
オックスフォード大学版BPRSの再試験信頼度	1
北村俊則・町澤静夫・丸山 晋・中川泰彬 森田昌宏・佐藤哲哉・須賀良一・南海昌博 内山 真・藤原茂樹・杠 岳文・伊藤順一郎 児玉和宏・古関啓二郎・高沢 昇・森平淳子	
引き裂かれる子どもたち	17
—婚姻の破綻が児童の精神衛生に及ぼす影響について—	
池田由子	
性的虐待とその家族	27
藤井和子	
痴呆スクリーニング・テストの開発に関する研究	39
大塚俊男・丸山 晋・北村俊則・下仲順子 中里克治・谷口幸一・佐藤真一・池田 央	
都市住民のストレスと精神健康度	49
宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹	
青年の身体と自己表現	69
牟田隆郎	
精神薄弱者の社会参加に関する臨床的研究	77
第1報 社会的自立を阻害する要因の解明と 就労を促進するための条件の検討	
小松せつ・櫻井芳郎・椎谷淳二・苗村育郎 生川善雄・加藤 禮・仲野好雄・田島良昭 大場茂俊・鈴木武浩・登丸福寿・中野佳子	
感覚障害に基づく自閉性行動について	93
飯田 誠	
全体精神衛生学へのアプローチ	105
丸山 晋・土居健郎・池田由子・大塚俊男 岡上和雄・柏木 昭・河村裕充・北村俊則 櫻井芳郎・椎谷淳二・高橋 徹・中川泰彬 野口俊一・古川 優・松永宏子・町澤静夫 宗像恒次・渡辺 登・高臣武史	
資料	
児童虐待に関する最近の資料について	111
池田由子	
英国1982年精神衛生(改正)法(第七章)	123
精神科デイケア研修課程終了者及び派遣先施設長に対する アンケート調査結果	131
国立精神衛生研究所	
COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES IN JAPAN : THE ROLES OF PUBLIC HEALTH CEN- TERS, MENTAL HELTH CENTERS, AND THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH	141
Kazuo Okagami・Shuichi Wada	
各部の研究活動	147
所員研究業績(昭和60年1月1日~60年12月31日)	153





## オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の再試験信頼度

—— 国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査 ——

北村俊則・町澤静夫・丸山 晋・中川泰彬

国立精神衛生研究所

森田昌宏・佐藤哲哉・須賀良一

新潟大学医学部精神神経科

南海昌博・内山 真

東京医科歯科大学医学部精神神経科

藤原茂樹・杠 岳文

慶応義塾大学医学部精神神経科

伊藤順一郎・児玉和宏・古関啓二郎

千葉大学医学部精神神経科

高沢 昇・森平淳子

帝京大学医学部精神神経科

## Test-Retest Reliability of Oxford University Version of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) : A Preliminary Survey of Multicentre Collaborative Study Initiated by the National Institute of Mental Health.

T. Kitamura · S. Machizawa · S. Maruyama · Y. Nakagawa

National Institute of Mental Health

M. Morita · T. Sato · R. Suga

Department of Psychiatry, School of Medicine, Niigata University

M. Nankai · M. Uchiyama

Department of Psychiatry, School of Medicine, Tokyo Medical and Dental University

S. Fujihara · T. Yuzuriha

Department of Psychiatry, School of Medicine, Keio Gijuku University

J. Itoh · K. Kodama · K. Koseki

Department of Psychiatry, School of Medicine, Chida University

N. Takazawa · J. Moridaira

Department of Psychiatry, School of Medicine, Teikyo University

## Summary

Oxford version of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was developed by Kolakowska to make the original scale more operationalised in severity assessment and the interview more structured. This BPRS was translated into Japanese by the senior author. It was applied for 25 psychiatric in-patients by pairs of psychiatrists in a test-retest fashion. The scores of the two raters were found highly correlated for most of the rating items.

## I. はじめに

精神医学の領域で実証的な研究を行なうに際して被検者の精神現在症を操作的定義にもとづいて評価することが基礎的手続きとして不可欠である。これまでに抑うつ状態、不安状態、躁状態、精神分裂病の欠陥状態などに関する評価尺度がそれぞれ発表され、多くの臨床研究で用いられてきている。精神病像を中心としさらにそれ以外の精神症状までを広範囲に抱括した評価尺度としては Overall らが作成した Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)<sup>10)</sup>が有名で、日本においても慶應義塾大学医学部精神神経科精神薬理研究班による日本語版が、主として精神分裂病を対象とした研究で頻用されている。

ところで評価尺度はその信頼性が高いことが要求される。信頼性の検討方法としては、評価尺度の内的整合性(Cronbachの $\alpha$ 係数など)、評定者間信頼度、再試験信頼度などが用いられている。評価尺度のこれらの信頼度の影響を与える諸要因について、我々はすでに感情病および精神分裂病用面接基準(SADS)を例にとりて検討を加えた<sup>8),9)</sup>。これらの要因なかでも評価尺度そのものの構成は重要である。ことに評価尺度の各項目(症状)の重症度評価のアンカーポイントを明確に定義することと、各項目をききだすための設問を用意することが近年重視されている。

BPRSの重症度判定は評定を行なう医師の「症状なし」から「非常に高度」までの7段階評価を自からの経験から下すよう指示されている。従って重症度評価が各医師のそれまでの臨床経験の内容に大きく左右される危険性が高い。また各項目をききだすための設問(質問内容)も

BPRSには与えられていない。

こういったBPRSの評価尺度としての欠点を補うためオックスフォード大学のKolakowska<sup>7)</sup>は新しくBPRSの各項目を操作的に定義し、設問を与え、重症度評価のアンカーポイントを明文化した。我々はオックスフォード大学版BPRSの英語原文を用いて英国の精神病院の入院患者を対象として評定者間信頼度を検討し<sup>4)</sup>、いくつかの臨床研究において使用<sup>5),6)</sup>し、これが大変使いやすいことを認めた。そこで今回、オックスフォード大学版BPRSの日本語訳を原著者Kolakowskaの許可を得たうえで行ない、国立精神衛生研究所が主催する多施設共同研究(「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」<sup>2)</sup>)において用いることにした。

「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」は機能的な精神病を対象とし、各種の操作的診断基準に評価尺度を適用した結果を同一被検者に関する従来診断による評価と比較することにより精神科診断の問題をさぐることを目的としたものである。本調査に先だって小規模の予備調査を行なったが、その際オックスフォード大学版BPRSの再試験法による信頼度検定を行った。いくつかの知見を得たのでここに報告する。

## II. 対象と方法

「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」参加施設(4つの大学病院精神科病棟と2つの単科精神病院)において特定の inclusion criteria を設けず入院患者25名を抽出した。

12名の精神科医が2名1組を作りそれぞれ数名の患者を評価した。評価にあたっては研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC)<sup>1)</sup>、ハミルトンうつ病評価尺度<sup>2)</sup>、陰性症状評価尺度 Scale for the Assessment of Negative Symptoms(SANS)<sup>3)</sup>のそれぞれの項目について評価記載した。そして、まず第1の精神科医が面接を行なった後に日をあらためて第2の精神科医が面接を施行するという再試験法をとった。

BPRSは前述のようにオックスフォード大学版BPRSを日本語に訳したものを使用した(付録参照)。BPRSは医師が使用するものであり、患者が記入する質問票ではないため和文の英文への再翻訳は行わなかった。BPRSは18項目より構成されており、Overallらの原法の興奮(項目17)と見当識障害(項目18)がオックスフォード大学版では高揚気分と精神運動興奮にそれぞれ変更されている。またOverallの原法では症状なしを1点、非常に高度を7点として7段階評価を行なっているが、オックスフォード大学版ではそれぞれ0点と6点が与えられている。BPRSの18項目の単純加算がBPRSの総合点であるが、オックスフォード大学版では総合点は0点から108点の範囲を示すことになる。従って最低総合点が0に設定できる長所ある。

各項目に関する両精神科医の評定の相関をPearsonの積率相関で求めた。

### III. 結 果

#### 1. 対象患者の特徴

25名の対象患者は、男子16名、女性9名で、年齢は17歳～74歳(平均年齢43.6±16.0歳)であった。

職業歴は、事業主1名、事務職4名、技術職2名、労務職3名、主婦5名、学生3名、無職5名、不明2名であった。

結婚歴は独身9名、既婚11名、再婚1名、離婚1名、死別1名、不明2名であった。

教育歴は小学校卒業4名、中学校卒業4名、高校卒業9名、短期大学卒業1名、大学卒業

1名、大学院卒業4名、不明2名であった。

RDCに従った診断は両評定者間で異なる症例もあったため、ここでは便宜上第1の評定者のRDC診断に準拠した(RDCの評定者間信頼度については別に報告する)。RDCの現在挿話診断は精神分裂病8例、分裂感情病抑うつ型1例、精神分裂病残遺状態に重なった抑うつ症候群1例、躁病3例、軽躁病1例、定型うつ病15例、準定型うつ病1例、双極病I 6例、双極病II 2例、分裂型特徴1例であった。例数の合計が25を越えるのは、現在挿話診断に重複診断が許されているからである。

#### 2. BPRSの再試験信頼度

BPRSの項目のなかで誇大性(相関係数0.897)、抑うつ気分(0.728)、幻覚(0.823)、情動鈍麻もしくは不適切な情動(0.848)、高揚気分(0.959)、精神運動興奮(0.828)といった項目は両精神科医の評定の高い相関が認められた(表1)。その一方でいくつかの項目の相関は低いものがあつた。

表1 BPRSの評定者間信頼度

BPRSの項目	相 関 係 数
心氣的訴え	.539 **
不安	.410 *
感情的引きこもり	.607 ***
思考解体	.494 **
罪業感	.591 ***
緊張	.259 NS
衝動的な行動や姿勢	.544 **
誇大性	.897 ***
抑うつ気分	.728 ***
敵意	-.093 NS
疑惑	.405 *
幻覚	.823 ***
運動減退	.518 **
非協調性	.291 NS
思考内容の異常	.694 ***
情動鈍麻もしくは不適切な情動	.848 ***
高揚気分	.959 ***
精神運動興奮	.828 ***
総合点	.554 ***

NS, 有意でない; \*P<0.05;

\*\*P<0.01; \*\*\*P<0.001

#### IV. 考 察

臨床評価の信頼度の検定方法のなかでは同席面接法によるものより再試験法によるものがより厳格な手段である。同席面接法においては両評定者に与えられる情報は同一であり、患者に由来する要因が評価の不一致をきたすとは考えにくい。同席面接法における評価の不一致は両評定者間で各症状の概念が異なっていたり、概念は同じでもどこから症状をありとするか（例えばどの程度ゆううつだと抑うつ気分ありとするか）の閾値が異なるために生じると思われる。これに対して再試験法では両評定者が別時点で面接を行なうため、被検者が面接場面によって述べる内容をかえたり（例えば親しみを持たない面接者には不安感を訴えるがそうでないと不安については訴えない）、2回の面接の間に症状そのものが変化したり、さらには評定者の面接方法や面接技術が異なることが評価の不一致の要因として加わるであろう。

今回の調査は再試験法を採用した。そのため同席面接法<sup>9)</sup>に比較すると信頼度がやや低くあらわれることは期待されたとうりである。しかしそのなかでも誇大性、幻覚、情動鈍麻もしくは不適切な情動、抑うつ気分、高揚気分、精神運動興奮などが高い相関を示した。これらの症状は精神分裂病、うつ病、躁病といった主要な機能性精神病に頻回に出現し、かつ診断上も重要な症状である。したがってオックスフォード大学版 BPRS は機能性精神病の臨床評価を行なうにあたって信頼性のある尺度であるといえる。

ことに情動鈍麻もしくは不適切な情動は従来信頼度が低いと報告されていたが、今回たいへん高い相関を示したことは目立った所見といえる。本研究では精神科医が BPRS に加えて SANS の評価を施行した。SANS のおいては情動鈍麻を含めた陰性症状について詳細な操作的規定をもうけている。この SANS の操作的規定が BPRS を採点するに際して情動鈍麻の評価の信頼性を高めていることも考えられる。

一方相関の低かった項目もいくつか認められた。緊張、非協調性、敵意といった項目は面接場面によって大きく変化することが当然予想されるものである。衝動的な行動や姿勢、運動減退という行動面の症状や不安、思考解体、疑惑という精神症状については、重症度の量的変化にアンカーポイントを賦与する際に評定者の主観がはいる可能性が高いと思われる。これらの項目は機能性精神障害の評価において重要な症状であるから、これらの症状の評価の不一致の原因の究明とその対策が今後有の大切な課題である。

しかしオックスフォード大学版 BPRS は再試験法という厳格な手法を用いても概して非常に高い評定者間の相関を示したことは、これが今後の研究において充分信頼性をもって用いることができることを示しているといえる。

（本研究は厚生省特別研究費の援助による。）

#### 文 献

- (1) Andreasen, N.C.: 陰性症状評価尺度 (SANS) (岡崎裕士, 安西信雄, 太田敏男ほか訳). 臨床精神医学, 13: 999-1010, 1984
- (2) 土居健郎, 中川泰彬, 高橋宏ほか: 精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する研究計画について, 精神衛生研究, 31: 143-151, 1985
- (3) Hamilton, M.: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 23: 56-61, 1960
- (4) 北村俊則, Kahn, A., Kumar, R.: 慢性精神分裂病の評価尺度. II. Brief Psychiatric Rating Scale と Present State Examination について, 慶応医学, 60: 177-187, 1983
- (5) Kitamura, T., Kahn, A., Kumar, R. & Mackintosh, J.H.: Blink rate and blunted affect among chronic schizophrenic patients. Biol Psychiatr 19: 429-434, 1984
- (6) Kitamura, T., Kahn, A. & Kumar, R.: Reliability of clinical assessment of blunted affect. Acta Psychiatr Scand 69: 242-249, 1984

- (7) Kolakowska, T.: Brief Psychiatric Rating Scale. Glossaries and Rating Instructions. Oxford University, Oxford, 1976
- (8) McDonald-Scott, P., 北村俊則, 島悟: 精神医学研究における SADS の役割. I. 臨床評価の不一致の原因と SADS の成立. 精神医学 (投稿中)
- (9) McDonald-Scott, P., 北村俊則, 島悟: 精神医学研究における SADS の役割. II. SADS の信頼性と他の面接基準との比較. 精神医学 (投稿中)
- (10) Overall, J. & Gorham, D.R.: The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 10: 799-812, 1962
- (11) Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) (3rd ed.) Biometric Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1981 精神医学研究用診断マニュアル, 本多裕, 岡崎祐土監訳, 安西信雄, 平松謙一, 亀山知道ほか 訳, 国際医書出版, 東京, 1982

## 付 録

## Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

## 用語集と評価方法

T. Kolakowska 著 北村俊則 訳

## はじめに

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) は1962年に発表され、16項目からなる症状がそれぞれ「なし」から「非常に高度」にいたる7段階で評価されるものである。Overall と Gorham は16の症状のそれぞれを解説しているものの、その重症度評価の方法についてはごく一般的な指示を与えているのみである。彼等の指示によれば、「各精神病理学的症状の程度の評価を行なうにあたっては、当該症状を呈する患者すべてをその基準として用いなければならない。当該症状を示す患者全体の中で、この特定の患者の症状の重症度はどれほどであるか？」と考えるのである。この指示には重症度をどう定量化するかについて多大な自由が残されている。それぞれの評定者は各症状について「軽度」とはどういうものか、「中等度」とはどういうものかを自分で定義しなければならない。これまで発表された BPRS に基いて行なわれた研究ではこれらの重症度の判定方法についての詳細には触れていない。

我々の今回の用語集\*は異なる評価状況でも、異なる患者に対しても、そしてある程度までは異なる評定者によるものでも一定の症状評価が行なえるような枠組を与えることを目的としている。Overall と Gorham の原法による症状定義と重症度の7段階評価には従った。また本評価尺度の予備的研究の後に、2つの項目、すなわち高揚気分と精神運動興奮を追加したが、これは精神病患者が呈する病的行動をさらに完全に包括するためである。

重症度についての一般的基準としては、(1)症状の強さ、(2)症状の頻度と持続性、(3)一般的行動や機能に対する症状の影響力の3点を挙げた。評価を可及的に一貫したものとするため、この3つの基準をすべての評価症状に適用した。しかし異質な症状に対するこのような段階づけは必然的に恣意的かつ人工的である。重症度の評点の間隔は同じではなく、重症度4点とされた症状は同じ症状の重症度2点の2倍重篤であるとはいえないことは明記しなければならない。また「総合点」については、これは異質の要素のそれぞれについての順位を単に加算した総計であり、これらの順位は相互に比較しうるものではないことも心に留めておかなければならない。特に2名の患者の「総合点」が同じだとしても、両者の疾病の重症度が同一であるということではない。

他の評定尺度でも同様であるが BPRS は症状を半定量的に記述するものであり、個々の患者について経時的に出現した変化や、患者間の症状プロフィールの差異を測定することができるのである。

## BPRS 用面接の手引きと用語解説

## 導 入

私は\_\_\_\_\_です。はじめにあなたが最近どんな問題で困っているのかについておしえて下さい。治療方針を立てる上で重要です。(あなたがどんな具合か、時々お会いしておたずねするつもりです。)

\*原註. W.J. Turner (Central Islip 州立病院, 1963) による用語集と Henninger (エール大学精神科) による評価方法が著者の好意により入手できた。これらは症状重症度の操作的定義を作製する例として大変有用であるが、どちらも我々の目的には充分満足のゆくものではなかった。面接の手引きは Wing らの PSE (1974) にもとづいている。

### 非指示的部分 (5～10分)

面接のこの部分は観察可能な行動(すなわち感情的引きこもり、思考解体、緊張、衝動的行動や姿勢、運動制止、非協調性、精神運動興奮)の評価をする資料を与える。また患者が体験した症状を引き出すこともある。適当と思われれば、自発的に述べられた症状をさらに質問を加えて明確にすることもできる。そうすることによって面接の指示的部分になってからその症状に再びもどって質問を繰り返す必要がなくなるのである。

問. あなたが困っている事で主なものはどんなことですか。

問. なぜこの病院にいるのですか。何のため治療が必要なのですか。

症状やその強さについて患者の体験や訴えをさらに明らかにするため適当と思われる質問を追加する。

### 指示的部分

本評価尺度の各項目について非指示的部分で包括されなかった症状について質問を行なう。カッコ内の質問は、それまでの返答や患者の行動からその症状が存在するかもしれないと思われる時のみ行なう。適当と思われるなら、質問の順序や言いまわしを変更する。

#### 1. 心氣的訴え

身体健康状態についての関心の程度。身体健康状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に拘らずに評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。

問. 身体の調子はどうですか、身体のことを心配していますか。体のことでどこか悪いところがありますか。(それは何ですか。どの位真剣にそのことを考えているのですか。それがあなたの生活にどの位影響を与えていますか。)

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。身体健康状態について直接問われた時のみ軽度の訴え。
- 2) 軽度。自発的な軽度の訴え。身体健康状態についての過度の懸念。
- 3) 中等度。身体健康状態への没頭(心氣的態度)。身体症状が主訴であり、面接の最初に出てくる話題である。
- 4) やや高度。身体症状に集中。絶えまなく訴え、援助を求める。いわゆる癌恐怖、梅毒恐怖等。
- 5) 高度。心気妄想があり、通常奇異な訴えと顕著な不安を呈する。それ以外の事柄を忘れるほど心気妄想に没頭。
- 6) 非常に高度。持続性の心気妄想で(恐怖や絶望といった)感情面の負担があり、今にも死ぬのではないかと、重い障害になるのではないかとという予期を示す。

#### 2. 不安



心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみに基づいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)

問. ひどく気にやみますか。何かについて心配しますか。緊張したりピクピクしたりしますか。(どの位ひどく感じますか。)ひどく不安になったり、何かを恐れたりしたことが最近ありますか。(それはどんな具合でしたか。何についてでしたか。)

何かおそろしいことが起りそうな感じがしたことがありますか。(どんな風でしたか。どの位ひどい感じでしたか。)

例えば一人になるとか、外出するとか、人ごみの中にいるとか特定の状況で不安になりますか。(どの位頻回におこりますか。どの位ひどいでしょうか。そのために他のことが出来なくなりますか。)

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。質問された時のみ。軽度かつごく稀な不快感や懸念。
- 2) 軽度。軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念、もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。
- 3) 中等度。たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。
- 4) やや高度。たいていの間出現する「ふるえ」、「こわさ」、もしくは頻回の急性の不安発作。
- 5) 高度。それ以外の心的事柄を忘れるほどに、喪失、みはなされ、障害を予期するための持続的恐怖感やおびえ。
- 6) 非常に高度。恐慌状態。

### 3. 感情的引きこもり

面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察に基づいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。冷たい。打ちとけない。
- 2) 軽度。興味を示さない。飽きやすい。自発性がない。
- 3) 中等度。返答が短い。形式的。声が平板。表情の変化が少ししかない。
- 4) やや高度。いくつかの質問に答えるのみ。視線を合わせることを避ける。感情的反応が欠如もしくは不適切。
- 5) 高度。緘黙もしくは言語による返答が不適切。しかし表情やジェスチャーにいくらの反応を認める。
- 6) 非常に高度。全く反応を欠く。

### 4. 思考解体

思考形式の障害。主に観察に基づいての評価。

問. 明確に考えることができますか。(何がむずかしいのですか。)

考えが混乱したり遅くなったりしますか。  
最近は集中力はどうですか。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。主観的なもののみ、もしくは多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。
- 2) 軽度。1と同様、しかし面接中明らかに出現。
- 3) 中等度。多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失なう。返答に理解困難なものもある。
- 4) やや高度。3と同様。しかし意思の疎通が困難。
- 6) 非常に高度。会話が理解不可能。(言語のサラダ、分裂言語、支離滅裂)

### 5. 罪業感

過去の行為についての呵責。自責。自己非難。罪の予期。罪を受けて当然だと思う。

問。自分自身を責めるほうですか。

自分の問題について自分を責めますか。

何かのことで自分が責められてるとか、訴えられていると感まじすか。

(何についてですか。罰を受けても当然だと考えますか。)

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。質問されたときのみ、過去の行為について多少の軽度の後悔。内容の発展はない。
- 2) 軽度。過去の行為についての後悔。些細な事についての自責傾向。
- 3) 中等度。良心の呵責および自責的思いめぐらし。
- 4) やや高度。うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己非難を示す広範囲にわたる罪業感。
- 5) 高度。罪業妄想、罪責妄想。
- 6) 非常に高度。

### 6. 緊張

不安(激越にまで及ぶ)、緊張、過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察に基づいての評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。
- 2) 軽度。 } 過度に注意深い。多少緊張した姿勢。時々紅潮。時々不必要な小さな動き。
- 3) 中等度。多少の不安の自律神経症状。頻回の不必要な小さな動き。落ちつきのなさ。緊張した姿勢。
- 4) やや高度。不安の自律神経症状。振戦。落ちつきがなく、姿勢をかえたり立ち上ったりする。のみ手。歩きまわる。
- 5) 高度。運動機能の激越。歩きまわり、頭を叩きつけ、筋のトーンスが上っているための緊張で動

かないのどの症状を示す。多少の接触は可能。

- 6) 非常に高度。5と同じ。しかしコントロール不可能。接触不可能。

### 7. 衝動的な行動や姿勢

風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。観察に基づいての評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。 } 多少の風変りな姿勢。時々小さな不必要で反復性の運動（手をのぞきこむ、頭を  
2) 軽度。 } 掻くなど）。
- 3) 中等度。頻回の常同的運動。時々粗大な常同的運動（身体を揺り動かす、敬礼する、魔術的な運動、奇異な姿勢）、しかめまゆ。
- 4) やや高度。しかめまゆ。常同的運動。たいてい間粗大な。常同的あるいは奇異な姿勢。
- 5) 高度。持続的な常同的運動、しかめまゆ、あるいは奇異な姿勢。やめさせることは可能。
- 6) 非常に高度。絶え間のない常同的な不自然な運動および態度で、コントロール不可能。

### 8. 誇大性

過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。

問。他人に比較して自分をどう思いますか。

（患者が劣等感を持っているならここで打ち切る。）

自分が何か秀れていると感じますか。

何か自分に特別なことがあると感じますか。（たとえば、特別な力量や才能があるとか、何かの使命を帯いているとか）。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。自己評価の誇張。
- 2) 軽度。優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢。特別扱いされることを望む。
- 3) 中等度。自分の稀な能力、特別な責任、重要な役割、偉大な業績を確信する。
- 4) やや高度。力量、越自然的能力。使命についての妄想的確信。
- 5) 高度。誇大妄想（偉大な指導者、予言者等）。行動のほとんどを支配している。
- 6) 非常に高度。強度の誇大妄想と全能感に全く没頭。

### 9. 抑うつ気分

悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。

問。気分は良いですか、それとも最近落ちこんだりゆううつだったりします。泣いたりしますか。

（ゆううつなのはいつもですか。時々ですか。どの位ひどいのですか。何がゆううつなのですか。）

将来のことについてはどう考えていますか。（絶望的だと感じますか。）

生きていてもつまらないと感じますか。(死んでしまったらよいと感じたことがありますか、実際に何かをしましたか。)

(誇大性に関する質問から自己卑下の所見がみとめられるなら：人と比べて見劣りがするとか、価値がないと感じますか。)

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。一過性の悲哀感。外見上抑うつ徴候なし。
- 2) 軽度。気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。
- 3) 中等度。外見上ゆううつ。悲しい。どうしようもない。
- 4) やや高度。抑うつの身体的徴候(通常はいくらかの制止もしくは激越を示す)。絶望感。希望喪失。抑うつ的内容が前景。自殺念慮。
- 5) 高度。抑うつの身体的徴候を示す広範囲で重篤な抑うつ。抑うつ性妄想。死や自殺への没頭。
- 6) 非常に高度。抑うつ性昏迷もしくは激越。はなばなしい抑うつ性妄想。自己破壊行為。

#### 10. 敵意

他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。

問。まわりの人とはどうですか。まわりの方があなたをイライラさせたりしますか。人と口論しますか。どの位おこるのですか。人に怒鳴ることがありましたか。怒って、人をなぐったことがありますか。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。他人への過度の批難。
- 2) 軽度。嫌悪。あさがし、憤り、焦燥。
- 3) 中等度。顕著な焦燥。敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。
- 4) やや高度。頻回の言語的攻撃性、時々身体的攻撃性。
- 5) 高度。全般性の言語的攻撃性、頻回の身体的攻撃性、破壊的行為を呈する持続性の緊張した敵対的態度。
- 6) 非常に高度。無差別の持続性の言語的および身体的攻撃性(どなり声での侮辱と脅迫。家具をこす。近づく人をなぐる。)

#### 11. 疑惑

患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。

問。人が特別な注意をあなたに払っていると感じますか。(どんなことからそう考えるのですか。) 人があなたのことを批判して話しているとか、笑っているようですか。(例えばどんなことですか。) 周囲の人があなたについてほのめかすとか、裏の意味のあることを言っているようですか。いろ

いろいろな事柄が特別に処理されているようですか。テレビや新聞で、あなたに関係していることが出ますか。(そのことについてどう説明しますか。)

人のために困難にひきこまれたりしますか。(だれがするのですか。故意にあなたを傷つけようとする人がいるのですか。そのことについてどう説明しますか。)

説明できないような何か変わった、普通でないことが起こると感じたことがありますか。(どんな風でしたか。)

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。自意識。他人への信頼の欠如。
- 2) 軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている、些細なことで反対されているなどと人を疑う傾向。
- 3) 中等度。被害的態度。関係もしくは迫害念慮。しかしその内容は漠然として、弱くて、体系化されてはおらず、残遺的である。
- 4) やや高度。活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化、あるいは妄想気分。
- 5) 高度。はなばなしく活発に仕上げられた被害妄想体系、もしくは強力な妄想気分
- 6) 非常に高度。すべてを包括するはなばなし被害妄想体系もしくは圧倒的な妄想気分。

## 12. 幻覚

外界からの刺激のない知覚。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。

問. 誰にでもお聞きするごく当り前の質問ですが、まわりに誰もいない時とか、他に何も原因になるようなものがない時に、物音や人の声などが聞こえてくるような気がしたことがありますか。

(どんな物音ですか。言葉としてきき分ることが出来ますか。幻声はなんといいていますか。あなたの名前を呼んでいるのですか。あなたのことを「あの人は」などといって噂をしているのですか。あなたのやっていることを批評しているのですか。命令するのですか。脅かすのですか。責めるのですか。悪口を言うのですか。安心させてくれるのですか。)

そのような声は頭の中であるものですか。それともまるで耳を通して外から聞こえるのですか。(だれの声ですか。)

見ることでいつもと違った体験をしましたか。ほかの人が見ることでできないようなものを見たことはありますか。

(どんなものですか。いつでしたか。おそろしかったですか。完全に目が醒めているとき起ったのですか。)

物のおいや味がいつもと違うことはありますか。

体の中に入った感じがありますか。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。患者の報告する体験の質が幻覚といえるか疑わしい。入眠幻覚。
- 2) 軽度。孤立した断片的幻覚体験(光、自分の名前が呼ばれる)。
- 3) 中等度。言語幻覚もしくは完全に発展した他のか感覚の幻覚で、明らかに存在するが出現頻度の稀なもの。行動に影響しない。いくらかの洞察。

- 4) やや高度。頻回の幻覚，患者がそれに反応する，洞察なし。
- 5) 高度。持続性で強度の幻覚。患者の行動を決定する。
- 6) 非常に高度。強大な幻覚。幻覚状態（急性せん妄や急性幻覚症の時のような）。患者は幻覚体験に完全に没頭。接触不可能。

### 13. 運動減退

運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。主観のみ。自発性欠如。会話もしくは運動におけるわずかな躊躇。
- 2) 軽度。1と同様でかつ会話に間がある。返答はおくれて、かつ短い。しかし文章は完成している。
- 3) 中等度。運動の減退。会話に自発性がない。声は低い。返答はおくれ、短くあるいは不完全。
- 4) やや高度。表情の変化がすこしもない。運動は遅く、躊躇しがちで、不完全。会話は単語のみで、ささやくような発語であり、質問された時のみのものである。
- 5) 高度。亜昏迷。
- 6) 非常に高度。

### 14. 非協調性

面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察に基づく評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。会話と行動が過度に形式的。
- 2) 軽度。ある質問には答えたがらない。面接に対して多少のいらだちを示す。返答が短い。
- 3) 中等度。ある質問には反対する。返答は短かいか不明瞭で回避的。面接に対して明らかないらだちを示す。面接を最後まで遂行するのが困難。
- 4) やや高度。面接者に対する表だって敵対的態度。面接室を出ようとする。面接を最後まで遂行するのか不可能。
- 5) 高度。診察を受けたり面接室にはいるのを拒否する。返答は不適切もしくは緘黙、あるいは口ぎたない。面接は不可能だが多少の接触はもてる。
- 6) 非常に高度。面接不可能。面接室にはいたり、そこにいることを拒否する。質問や命令に対して従わない。あるいは持続的に攻撃的。

### 15. 思考内容の異常

通常ではみられない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変りな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常ではみられない思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは離人症（妄想性のものも非妄想性のものも含める）、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。

問. BPRS に明記されていない異常な思考内容を引き出すには、患者の病歴や面接中の行動からの情報に基づいて適切と思われる質問を追加する。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。孤立した優格観念もしくは通常ではみられない信念。稀な強迫観念。
- 2) 軽度。優格観念。通常ではみられない信念。風変りな理論。強迫観念。
- 3) 中等度。患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。
- 4) やや高度。奇怪な理論への没頭、もしくは妄想が他の活動を制限し思考内容の前景に立つ。
- 5) 高度。奇怪な理論もしくは妄想が思考内容および行動の大部分を決定する。
- 6) 非常に高度。すべてを包括する奇怪な理論もしくは圧倒的な妄想が行動と思考内容のすべてを決定する。

#### 16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動

感情緊張の低下もしくは不適切、並びに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察に基づく評価。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。感情反応に自発性を欠く。
- 2) 軽度。感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈からはずれたものである。
- 3) 中等度。無欲的。情感が平板。家族、友人、環境、自分の将来についてすこしも興味を示さない。妄想のある場合は、その妄想がまだ感情の変化を伴う。不適切に歯をむき出して笑う。
- 4) やや高度。無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色づけを欠く。不適切な情動。
- 5) 高度。顕著な無欲と引きこもり。興味の欠如。情動の表出が欠如、もしくは非常に不適切。身なりや行動に注意を払わない。
- 6) 非常に高度。完全な無欲と引きこもりに加えて自分に関する基本的な事柄についても注意を払わない。情動は、仮に表出されたとしても非常に不適切。

#### 17. 高揚気分

健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらには躁状態と恍惚状態まで。

問. 特に陽気とか、調子が良いとか、調子が高いとか感じますか。

普段に比べて休息や睡眠が少なくても済みますか。普段より活発ですか。気力や体力があり余ったり、すばらしい考えが出たり、新しい計画をたてたりとか、普段より物を買ったり、余計な金を使ったりしますか。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。健康感の増大。
- 2) 軽度。幸福で力が充実した感じ。過度に楽天的。多弁。目的ある活動が増加。
- 3) 中等度。調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない。



イライラ。言語促迫。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。

- 4) やや高度。歓喜と怒りが交互にあらわれる。会話は大声で速い。連合は（音や韻によって）表面的。混乱した多動。
- 5) 高度。恍惚もしくは歓喜と怒りが交互にあらわれる。持続的にしゃべり、どなり、歌う。観念奔逸。意味のある会話が限られている。常に動いている。
- 6) 非常に高度。5と同じだがその程度が極端。意味のある接触が不可能。

#### 18. 精神運動興奮

会話と行動の量と出現率の増大。観察に基づく評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。多弁。
- 2) 軽度。多弁かつ多動。
- 3) 中等度。会話が大声で早い。落ち着かない。運動が早い。目的ある活動が障害される。
- 4) やや高度。会話がとぎれない。頻回な叫び声。常に動いている（徘徊、踊り）。活動が混乱している。
- 5) 高度。混乱した会話がとぎれない（言葉のサラダ、叫んで脅迫する、卑わいな内容、断片的な言葉）。破壊的な行動興奮。
- 6) 非常に高度。持続的で制御不可能な混乱した運動興奮および言語興奮で、極度の疲労に至るもの（たとえば緊張病性興奮、せん妄、急性躁病等に見られる）。



## 引き裂かれる子どもたち

## 婚姻の破綻が児童の精神衛生に及ぼす影響について

池田由子

児童精神衛生部

A Study on Children's Reaction to Divorce,  
from the Viewpoint of Mental Health

Yoshiko Ikeda, M.D

Division of Child Mental Health

## Summary

With the trend of increased number of working women and multiple value system on life, divorce rates are increasing in Japan. For a population of 1,000, it was 0.74 in 1960 and 1.50 in 1983. Approximately 200,000 children experience their parents' divorce each year. The author presented ten clinical cases who showed psychiatric symptoms before and after divorce. These symptoms were separation anxiety, school refusal, tic, hysteric convulsion, vomiting, mutism, psychogenic blindness, the battered child syndrome, stealing and other behavior problems. The author tried to analyse the children's psychological impact, due to divorce and pointed out the necessity of mental health counseling both for parents and children.

**Key word:** *divorce, remarriage, children's psychological reaction.*

## 1. はじめに

私が小学生の頃、同級生の母親に近隣から特殊な眼で見られていた女性がいた。彼女は「職業婦人」で「離婚」した人だった。洋装で奇妙な帽子をかぶり、軍手のような手袋をはめ、いつも突進するように歩いていた。彼女の隣人たちからも噂が流れてきた。夜眠る前に母親が父親の名を呼び捨て「今に仇をとってやる」というと、子どもたちが「今に見ている、僕だって……」と見捨てた父を見返し、復讐する意味の歌を歌うとのことだった。男2人、女2人の子どもたちが、時には眠くてこの儀式を怠けると、母親が父親の行動をひとつひとつ列挙し、果て

しない恨みの言葉がうすい板壁を伝わって隣人たちを不眠に陥れたという。このように妻子を見捨てた父親への呪いや恨みの中に育った子どもたちは、どのような男性像、女性像を、あるいは結婚や家庭についてのイメージを抱くようになるのであろうか。

戦後の離婚件数の増加、離婚率の上昇が指摘されて久しい。親の離婚にまきこまれる未成年の子どもは約20万人（1982年）といわれる。私は最近体験した臨床例を通して、婚姻の破綻が子どもの精神衛生に及ぼす影響を考察してみたいと思う。

## 2. 事例研究

### 〔第1例〕

R, 4歳11ヶ月男児, 幼稚園に通っているが, 急に登園をいやがるようになった。幼稚園に来て工場の途中で泣きべそをかいたり, 不安状態になり保母に頼んで家に電話をかけることを固執したりした。家庭でも夜驚症のようになり, おびえて眠りが不良になった。この子の母親に面接して, 急性不安の原因がわかった。子どもには直接知らせないようにしていたというが, 父母の間がしっくりゆかず, 母親(30歳)はずっと離婚を考えていたのである。父母は恋愛結婚だが父親(35歳)は会社人間の典型で出張や社交上のつきあいに忙しく, ほとんど家族との接触がなく, 母親に対しても「人間らしい思いやり」を欠くという。母親はこの子を連れて出たいと思っているが, 経済的自立が困難であり, 父親が長男であることからどうしても一人息子を引き取るといえば置いてゆくものもやむを得ないと周囲から説得され心がゆれ動いていた。母親自身の情緒不安定さや, 実家や友人への長電話や相談は何か異常な雰囲気として, この子どもを脅やかしていたのである。この子の異常行動の原因は, 近づいてくる破局, 別離の不安から母親にしがみつぎ, 唯一の庇護者が突然いなくなるかもしれない「家」を離れまいとしたためであった。一方, 妻子に経済的に恵まれた生活をさせ, 出世街道を邁進していたつもりで父親は, 母親の離婚の意志を全く気がついていなかった。迂余曲折の末, 結局Rが継になり壊れかかった家庭は修復されたのである。

### 〔第2例〕

市民健康相談室に切迫した女の声で救助を求める電話がかかり, 担当保健婦が家庭訪問をした。新興住宅地の建売住宅の中は, うす暗く乱雑で, 髪をふり乱し目を据えた母親と, たえ間なく両手をふりまわし, 目をこする不穏な男児Sが座っていた。保健婦は児童精神科医に連絡して母と子の面接が行われた。

Sの実父(33歳)は9人兄弟の4男として生まれたが, その父親から出生に疑いを持たれ親類に養子に出され辛酸をなめた。その後調理の道に入り仕事の上では成功し, 23歳のとき, 近くのコーヒー店の会計をしていた27歳の母と知りあい意気投合して結婚した。母方祖母は後妻として先妻の子3人のいる家庭に入り苦勞し, 母親も肩身狭く育った。母親はマイホームを目標に共かせぎを続け産児も制限し, 念願の建売住宅を入手, その後やっとSを出産した。母方祖母を新居に引き取ったが, 老人の同居や母親の経済優先のゆとりのない性格から, 父親は次第に家庭を遠去かるようになり, 職場の女性と恋愛関係に陥り子どもが生まれてしまった。愛人の子の認知, 養育料をめぐる争いが始まり, 父親は愛人のもとに去り離婚の話も持ち上がっていたのである。母親は父親が家を出てから「こんな子がいなければ離婚できるのに」とそばに寄りSを突き飛ばしたり, 叩いたりした。また, 父親が自分に似ているSをかわいがり, 手放したくないと思っているので, 当てつけにSと心中をしようと思いつめたこともあった。

この事例では激しく罵りあい, 相互非難をくりかえしながら, 共に不幸な子ども時代を過した父母が互いに依存しあい, 別れたくない, 子どもを不幸にしたいくないという潜在的な願いがあった。10回の面接でSはようやく母親と完全に分離でき, ひとりで遊戯治療室で遊ぶことができるようになった。父母双方もそれぞれの生活史を縷々語るうちに, 自分が結婚生活に抱いた幻影, 互いに何を求め合ったのかに気づき, 相互の理解が深まった。認知や養育料問題も第3者を入れて解決し, Sも幼稚園に入り, 母親もSを介して地域の母親たちとの交流が始まった。Sのticの再発は見られず, 集団に適応し, 知的にも感情的にも発達がよいとの報告であった。

### 〔第3例〕

A, 11歳, 男児, 小学校5年生だが, 1ヶ月前から登校拒否が始まった。父親は自衛隊出身で民間企業に転職したが, 対人関係から職場で

の不満が多かった。もともと飲酒癖があったが次第に酒量がふえた。そのうちに同僚や知人から借金をするようになり、家にも十分な生活費を入れなくなった。経済的な問題から夫婦の関係も悪化し、罵り、時には暴力をまじえた争いが毎日続いた。Aはそれまでほとんど学校を欠席をしたこともなかったが、両親が離婚をひんぱんに口にし、けんかの末、母親が妹を連れて実家に泊ったり、父親が外泊して帰らなかつたりするようになると、どういわれても学校に登校しなくなった。

父親はAの不登校を責め立て、家庭での躰けがなっていないと母親を非難した。Aには4歳の妹がいて幼稚園に入ったばかりだったが、Aと同じように家を離れなくなった。母親は2人を引き取って離婚し、父親から養育費を送ってもらいたいが、口はともかく内心離婚を望まない父親が送金を拒絶するので離婚にふみ切れない。母親の実家ではもし、2人とも引き取れないときは手のかからぬ女兒だけ引き取るようにすすめるので、うすうすそれを察したAは一層母親に執着し、また妹をいじめるようになった。積極的に仲介に入る人もいないまま、Aの登校拒否は続き、教師から相談があり、面接が行なわれるようになった。

#### 〔第4例〕

O、6歳6ヶ月男児。小学校1年生。Oはticと学校での乱暴で伯母に連れられて受診した。Oは出産時やその後の身体発育には問題ない。両親は見合結婚。実父（32歳）は運転手、実母（29歳）はパートに出ていたが愛人が出来、Oの3、4歳ごろより夫婦不和となった。Oは2歳から保育園に入った。5歳のとき両親はついに協議離婚し、母が親権者となりOを引き取り母方祖父と同居した。ところが母は水商売に入りほとんど家に帰らず、無職の祖父はパチンコ店に入り浸りでOの食事も満足に与えなかったという。

実父がこれを知り、親権者を変更し、子どものない父方伯母夫婦（酒店経営）に引き取って

もらった。初めは実父が週1日会いに来ていたが、将来養子にするつもりになった伯母が来訪をこたわった。その頃からチック症状が始まった。伯母は外向的、単純な性格だが、商売が忙しくOの相手になれず食事も風呂も一人ぼっちであり、Oも養親に遠慮がちである。精神治療と薬物治療を行なったが、ticはよくなったり悪くなったりした。たとえば、Oが学校でいたづらをした時、伯母は激怒し、実父を呼びつけ「こんな子は面倒をみられない」と言い渡し、実父も仕事で世話が出来ないので実母に電話し、実母が自宅に連れ去ったことがある。このような時ticは増強した。そのあとまた伯母が引き取った（実母との面接交渉については何の取り決めもなかった）。伯母はOと実母といっしょの様子を見て感動し、「やっぱり伯母は実母に代れないのか」と悩んだり、「この子も本当にかわいそうだ」と感じるようになった。

Oは遊戯療法の場面で、「だめだといわれるのに決っているから伯母に遊んでほしいといえない」と遠慮する気持を語り、3つの希望では「勉強のできる子、よい子になりたい」と模範回答をした。店が忙しいので学童保育に行っているが、そこでいじめられるのでやめたいということもなかなか伯父伯母には訴えられなかった。8回目の面接で伯母はOを養子にしようという決心を語った。16回目頃にはうちではおとなしくよい子だが、学校では乱暴だと担任に注意され、またticがひどくなった。遊戯療法の場面ではOは治療者にもつばら攻撃性をぶつけているが、伯母の中にだんだん保護者としての愛情と母親としての安定感が育っており、実父母との面接も自然な形で話しあいがなされ解決に向いつつある。

#### 〔第5例〕

K子、12歳、女兒、ヒステリー性痙攣発作のため救急車で入院した。K子の父母は恋愛結婚。会社員の父親（40歳）はのち独立して会社を起し、外国とも取引し、関連事業に手を広げたが、見通しをあやまって3年前倒産した。サラ金業

者が押しかけたり、K子の名で電報を打ってくるなど、家庭生活が乱され、ついに協議離婚に至った。母親(39歳)が実家や同胞に借金を申しこんだが成功せず、このため親族からも孤立状態となった。父親は諸方に不義理を重ねた末失踪した。離婚後2ヶ月目にK子は初潮があり、その後しばらくして風邪がみで発熱、3日間欠席してるとき、発作を起した。後弓反張、はげしい痙攣で救急入院した。意識は完全には喪失せず、記憶はきれぎれにあるという。髄液検査その他神経学的には異常はなく、2日後に退院した。

K子によれば父が行方をくらまし、母とK子が自家を棄てて近くのアパートに隠れ住むようになって、通っている小学校の友人にも教師たちにも秘密にしているという。母親は知人の会社のセールスをしたり、夜もアルバイトをしているが、心身の疲労のため十二指腸潰瘍、円形脱毛症、心因性難聴など、次々と罹患し、K子は母が倒れるのではないかと案じている。母親の同窓の友人のほか、相談する人もなく、母子ともに孤立感を感じ相互依存の度を強めている。K子は夜中に一回は必ず目覚め、母の存在を確認するという。母の帰りが遅いときはK子が店の近くにしゃがみこんでいたり、アパートの外の暗がりですわっていることが多い。今度のK子の発作のきっかけはK子宛に父親から変名で通信があり、住所は明らかにしていないが「近い中に戻る」という内容であったという。K子は自分の希望として「再び父母がいっしょに暮すこと」、「父の仕事が成功すること」と書いているが、いざ父の帰宅をほのめかされると、また、倒産、サラ金、転居騒ぎの再現を怖れて不安だという。K子自信はおとなしく、内向的、感受性が強く、思春期の難かしい時期だけに支持が必要であり、母親も不安が高い。離婚に至った父親の経済問題が一応解決をみるまで、母子の情緒的不安定は続きそうで、母子のカウンセリングを続けている。

〔第6例〕

N, 12歳11ヶ月男, 中学生, 2~3ヶ月前より口数が少なくなり、頻回の嘔吐が始まった。室内に閉じこもり、爪ばかり噛んでいるという。もとは体育の成績がすぐれていたが不活発になり、体重もへってやせ衰えてきた。しかし、小児科での検査では心身症と診断された。Nの実父(38歳)は電気工事業で、その家系には離婚者が多い。両親は恋愛結婚、双方の家族に反対されたが、Nの妊娠によりようやく結婚したという。母方祖父母と実父は養子縁組し、母方祖父の商売を継いだ。祖父母が死んだ頃から実父は浮気を始め、夫婦仲は悪くなり、N10歳の時協議離婚の手續がとられた。しかし、父親は母(34歳)と同じ姓を名のり、公営住宅も父の名義になっている。家を出た父親はアパートを借り、そこに愛人の人妻が通う形になった。Nと弟たち(7歳と5歳)と実母は実父の仕送り(1ヶ月20万)と実母のアルバイト(配送)で暮らしていた。離婚後の2年間は実母はNを長男と立て、何でも相談し、Nにも問題はなかった。ところが、Nが12歳の頃、実父はその愛人にあきて、またもとの家族のところをずるずる出入りするようになった。夜はアパートに帰すようにしているが、実母は仕送りの件があるので強く出られず、実父が泊まるときは自分が友人の家に逃げ出したりしている。Nの嘔吐が始まったのはこの頃である。実父の同棲者が子どもたちだけいるときにどなりこんできたり、電話をかけてきてNに悪口雑言をしたこともあった。

実父はもともと遊び人で子どもたちをかまわなかったことがないが、Nの弟たちは母の留守が寂しいためか「にぎやかだから」と、Nほど実父を拒まなかったという。

こういう混乱した状況の中でNは発症した。脳波的に多少問題所見があるほかは、るいそや嘔吐の原因となるような器質的障害は認められなかった。父親にも面接し、思春期の難しい時期だから子どもに理解できるようきちんと父母で話しあうようにと説得したが、父親は成行きまかせといった調子で実行が疑われた。

面接ではNは「うん(否定)」「うん(肯定)」しか答えなかった。投薬の結果嘔吐は軽くなった。次第に登校するようになり、弟へのいじめも少なくなってきた。

結局、経済的な問題がからみ実母ははっきりした態度がとれず、Nに自分の代理として弟たちの世話をするように頼み友人の家に身を隠した。

母親のSCTには、抑うつ的感情、自殺念慮、自立できぬ自分への劣等感が見られ、Nと次弟のSCTには父親への憎悪、拒否、恐怖などが観察された。

母親は自分の気持の整理がつかず、Nの症状が軽くなったというので3ヶ月で来院しなくなった。母親不在の状態が続けば、Nや弟たちに問題が起る可能性も高い。

#### 〔第7例〕

F子、小学校4年女児。緘黙と、教室で着席せず体を硬直させて立ちつづけるため、教師が困惑して母親に受診をすすめた。Fの両親は見合結婚。実父は工員だが酒ぐせ悪くF3歳、弟2歳の時協議離婚。養育費はなく実父はその後行方不明。実母は離婚を恥じ東北の郷里から首都圏に移り、小企業に就職した。生計は苦しいが生保は受けていない。実母(38歳)は無口で引っこみ思案という。Fは正常出産、身体発育はふつうだが始語がおそかった。離婚後すぐ保育園に入れたが、一人で庭にしゃがみこむことが多く他の子となじめなかった。母には柔順で手がかからず、ものをねだることもなかった。母は仕事がまじめだが、気分が沈みがち、方言を恥じ近隣とのつきあいはなかった。

Fは小学校入学後オール1の成績だった。(FのIQは90であった)。

3年ごろから急に怒りっぽく弟に乱暴するようになった。年子の弟は成績がよく母が弟ばかり将来の希望と期待したことや、だんだん学業が難しくなったことも影響したと思われる。クラスの組がえのあと、自分の好きな級友といっしょに座って給食を食べることになったが、F

をさそってくれる友人がなかった。Fは壁に立ちつくし、教師がすすめても給食を食べなかった。この日からFは登校せず、登校しても教室に入らず、無理に入れても壁ぎわに立っているだけになった。Fの弟へのいじめに対し、母親は別れた夫とFの顔付がそっくりなことから、夫の悪い性格が遺伝したと嫌悪の思いを強くした。Fは初め男性の医師や心理員を拒み、面接者が女性だと返答した。母親がゆがめられた男性像を植えたのか、酒乱で暴力をふるったという父親の像が残っているのか、男性への憎悪感を持っていた。しかし、面接がすすみ学校教師の指導も効を奏すると、問題行動も減少した。マップス(Make A Picture Story Method)を行うと、Fは自分を「男の子にいじめられて泣く女の子」に投影した。物語は「自分が蛇に襲われたとき、スーパーマンが来て助けてくれた」とか、「父親がプレゼントを持って帰ってきた」というように、自分に対してやさしく頼れる男性のイメージをえがいている。母親も離婚について劣等感を持ち生活に疲れてゆとりがなく、周囲との交際がなく、一家の将来も悲観的にのみ考えていたのが、次第に変化しはじめた。表情も生き生きとし、服装やヘアスタイルも若々しくなり、兄姉の招きに応じて久しぶりに郷里へも帰省できるようになった。親子とも袋小路に閉ざされていた日常から開放されたとき、F自らの意志で母子の治療は終結に至った。

#### 〔第8例〕

M子、小学校4年女児。心因性視力障害で眼科医から紹介された。登校拒否の傾向もある。

離婚のことについて実母(35歳)は詳しく語らないが、恋愛結婚が夫の浮気で破綻に至り、慰謝料も養育費も取れず棄てられたという。強い外傷的体験になっている様子だった。離婚は次女のM子3歳、長女が5歳のときで親権者は母である。母は美容着付の見習いをやっているが、生計が苦しく、祖母から時々仕送りを受けている。再婚の話も持ちこまれるが決断できない。長女は成績もよく母は期待しているが、長



女は「父親はもういない」と強く拒否するという。M子は「お父さんが欲しい」、「私はどこで生まれたの?」、「お父さんはどこにいるの?」などこの頃たづねるようになったという。母親は大柄のやや肥満した女性だが、沈んだ表情でいることが多く、M子の症状の経過より先づ自分の日常的な悩み(仕事のこと、将来、再婚の可否)を聞いてほしい様子だった。

M子のIQは118で、愛情面での慢性欲求不満が認められた。2歳上の姉は成績もよいが自分の交友やスポーツに忙しく、M子の相手をしてくれず、M子は一人きりで過すことが多いという。M子の視力障害は徐々に軽くなり、それと共に母親の抑うつ感もうすらいできた。ようやく母親は決断できて、将来の仕事の方針を相談する意味もあり、夏休みに郷里の長兄のところへ一時帰郷することになった。この1ヶ月間の帰郷はM子にも姉にも自分たちの故郷があり、祖母がおり、たくさん親類や従兄たちがいるという所属感、安定感を与えたようである。母親も再婚の話は現在の仕事を一応軌道にのせ、長女が中学に進んでからということに気持の整理がついたという。約6ヶ月の経過でM子の症状は完全に消失し、治療は終結した。第7例と同じく母親にカウンセリングが必要だった事例である。

#### 〔第9例〕

Gは5歳男児で保育園に通っているが、実父から殴られたり、タバコの火をつけられた傷あとがあると、保母から相談があった。保育園では友人に乱暴であるという。実父(32歳)は中卒で建築現場で働いている。実母(30歳)はスナックで働いていたが愛人が出来、Gが3歳の時協議離婚をした。その後以前から実父と親しかった継母が(26歳)が後妻になり、現在2歳の弟が生まれている。G自身は知的にも身体的にも特別のおくれはないが、離婚のいきさつから父親には愛されなかった。継母もGの一応の世話はするが、無関心で躰けもほとんどしなかった。実父が帰宅すると継母がGのいたづら、

弟のけんか、近隣からの苦情(食物を盗むことがある)を次々と訴え、疲れて帰った父親がいらいらしてGに体罰を加える結果となった。近隣ではGの悲鳴に気づいていたが、父母とも閉じこもりがちで近隣と交際しないため、口出しをしなかったという。継母は妊娠中で、身体的にも不調であり、近隣の人びとが自分のことを「継母」として特別な目を向けているように感じていた。継母自身も、小学生の時父母が離婚し一時施設に入所したこともあり、のち継母に育てられ中卒後すぐ家を出たという不幸な体験をしている。最初は「実の子」としてGに接しようとしたが、Gが自分の「誠意」に答えないので愛情もうすれたとのことだった。結局、地域の児童相談所が介入し、父母を説得し、Gの心身の総合的検査をするという理由で一時的保護をした。その間に両親に面接が行われ、実父には前の妻や現在の妻に対するさまざまの不满、仕事上のトラブル、継母には自身の生い立ち、自己憐愍、妊娠中の心身不調、継子への両価的な感情、近隣の人への被害的な思いこみなどを時間をかけて表現する機会を与えた。

Gが家庭を離れている間に継母の出産も済み、家庭での受け入れ状況はやや好転した。Gが悪いことをした時は継母自身が直接その場で叱り、「あんたの子だから」と父親に言いつけたり、実父が継母の手前手荒く折かんすることもなくなった。Gも父に甘えたり、弟に兄らしいふるまいをするようになった。小学校入学後、学校への適応には一応問題はない。

#### 〔第10例〕

Hは8歳男児、継父と担任が相談室に伴った。主訴は継父と教師への反抗、級友とのけんか、学業不振、金銭持ち出しである。継父はHが「性格異常」としきりに言う。継父(39歳)、実母(30歳)ともに再婚。継父は中卒で工具、実母は高卒。実母は商店の一人娘で見合結婚したが、夫は母方祖父母と不仲で離婚した。その後祖父母が死に地域環境の変化で商売も不振となり、いろいろ職業についたが、知人に紹介された継父

に熱心に求婚され、Hが6歳10ヶ月の時再婚にふみ切った。現在は妊娠中である。Hは未熟児で気が弱く、母や祖母に甘やかされて育った。1年と2年の担任は同じ女教師でとくに問題はなかったが、3年の担任は中年の男性で指導が厳しくなったためか、反抗的な態度が目立つようになった。教師の評価が悪いせいか、級友にも嫌われるようになった。教師に反発して花瓶を投げつけたこともあった。母親の財布からお金を持ち出しての買食いも始まった。CATや家族人形の場面では攻撃性や死の主題がよく見られた。継父は侵入者、泥棒としてとらえられている。「熊の母親のところに悪い熊がやってきた。綱引きで子熊が加勢したので、熊の悪者は負けて綱が切れて谷底に落ちてしんだ」という物語りをつくったり、「大きくなったら大工になり、立派な家をつくって母親と住む。今の父親は置いてゆく。今度生まれる赤ん坊も置いてゆく」と話したりした。継父と現在の教師はいっしょになって怒ってばかりいると不満を述べた。Hは知的には一応正常範囲であった。

父母には個別に面接し、教育方針を一致させるように指導した。7回目の面接以後金銭持出しは消失した。その後母親は出産し、継父も精神的に安定し、Hもいろいろ動揺をくりかえしたが漸次新しい家庭への適応に向った。母親をめぐる父と息子の三角関係は母親が支持療法により自信を取戻すことにより次第に鎮静し目立たなくなった。

### 3. 討論と考察

わが国でも諸外国と同じく、戦後女性の高学歴化や就労の増加と共に、離婚件数が増加する傾向がある。1983年の離婚件数は17万9,000件強、離婚率は1.51で、20年前の倍増となっている。

このような離婚の特徴としては、離婚年齢の上昇が挙げられ、離婚までの同居期間が長く未成年の子どもを持つ中年夫婦の離婚増加が目につく。1982年の調査では未成年の子を持つ夫婦は全体の69%にも達し、実数では約20万人の子

どもが親の離婚に巻きこまれている。1983年の調査では、母子世帯数は全国で71万8,000所帯であり、父子所帯は16万7,000所帯である。片親所帯になった原因は、母子所帯では離婚49%、死別36%であり、父子所帯では離婚54%、死別40%で、離婚の方が死別より多い。

全国の養護施設のうち474ヶ所の調査では、施設児の約10% (2,014名) は、離婚の結果により施設入所のやむなきに至っており、その40%は離婚後1年以内に入所している。また、幼児期に親が離婚したものの32%、小学生の時に親が離婚したものが46%と、年少で親の庇護が必要なそのときに親子分離の体験をしたものが多い。

離婚による子どもの心理的影響は必ずしもマイナスばかりではない。離婚前の不和、紛争から開放され、母親自身の精神衛生がよくなり、それに伴って幼児期や学童期の子どもも精神的に安定するという事例も多い。親子の絆が強くなり、子どもも自立心が育つという場合もある。

しかし、Mc Dermott ほか、多くの論文が示すように離婚に伴うさまざまな因子が影響しあって子どもの心に外傷的体験となることが多いのも事実である。そして、Plunkett らの調査のように親自身がそれを軽視する傾向もある。わが国の離婚は協議離婚が多く手続的に簡単であるが、子どもの人権という点からみれば、子どもに対して慎重な考慮が足りないという批判が多い。

たとえば離婚しても親は子の養育に責任があるのに親権者でない親との面接交渉のとりきめや養育料のとりきめがなかったり、事実養育料を支払わぬ親も圧倒的に多い。調査によれば母子家庭は一般家庭の収入の $\frac{1}{2}$ であり、父子家庭は $\frac{2}{3}$ であるという。また、母子家庭の20%は生活保護を受けている。離婚先進国である米国でも養育料を受けている子どもは53%に過ぎないという。このような経済的困難は家庭の養育機能にネガティブな影響をもたらすのは言うまでもない。先づ離婚に至る前の家庭状況、すなわち父母の性格の不一致、浮気、嫁姑の不和、サ

ラ金や夫の失職や飲酒による経済的問題、親の家出、蒸発など、さまざまの家庭内緊張は子どもに対してストレスとなる。第1例、第2例、第3例のように子どもの分離不安、登校（園）拒否や心身症、神経症、学業不振、非行などが起る可能性がある。

離婚に決着がつくまでに子どもの引き取りをめぐる争いもある。子どもは双方の親に対する忠誠心をためされる。自分を愛し、保護してくれる筈の父母の意見が対立することは子どもを途方にくれさせる。子どもの親権者は一般に母親になることが多いが、兄弟が別れて引き取られることもあり、親や家裁係官から子どもの意見が直接聞かれることもある。

離婚したあとはどうであろうか？ 良識ある両親により子どもを共同で監護し、子どもが再婚した双方の家庭をわだかまりなくゆききするというような例はむしろ稀である。Katzによれば米国でも稀という。最近小学生の「いじめ」の投書を見る機会があったが、地方都市の小学校4年、5年の女兒が「親が離婚したのでいじめられる」と訴えていた。同じ場所に住んでいて姓が変わったり、あるいは母親の姓と違ったりすると子どもがひげ目を持つこともある。離婚により住居が変化し、学校の転校や友人との別れも起りうる。第4例、第5例はいずれも離婚後生活環境が何度も急変している。とくに第4例では親権者、保護者が変わって情緒的に不安定であった。第5例はサラ金苦により母子ともに疲労しきっている。第6例では1度は子どもを棄てて、姿を消した父親がまたあらわれ、子どもが大人の不道徳行為の巻きぞえにされている。

離婚後も父母双方の感情的こだわりがなかなか消失せず、双方の親族を巻きこんで別れた相手への憎しみ、恨み、敵意が、折にふれて子どもの耳に入ることも多い。「お前はだらしのない母親にそっくりだ」とか、「酒呑みの父に似ている」などの発言は、男性同一性、女性同一性の形成にマイナスに働くのは確実である。時には離婚

を隠して、「親は死んだ」とか、「外国旅行」など嘘をつくことがあるが、小学校高学年の頃までの適当な時期に真実を告げることが必要であろう。何故なら子どもは自分の出自を切実に知りたいと思うものだからである。

子どもは周囲の成人の反応に敏感なので、この話題はタブーだと悟れば、二度と口にしないかもしれない。しかし、それは忘れ去ったのではない。子どもは別れた親への愛着をやむなく人為的に遮断したのである。

第7例、第8例のように片親家庭になると、親は一人で双方の親の役を兼ねるので、就労と家事・育児で疲れてゆとりを失ったり、抑うつ的になったりする。子どもとの接触がなく、子どもが年少の時は愛情面の欲求不満を感じることも多い。また、別れた配偶者への恨みや憎しみが子どもの上に投射される。とくに父子家庭では、母子家庭より公的扶助が少ないし、近隣から男やもめには援助しにくいから、祖父母と同居していない限り、子の教育・躾けなどに問題が起こりやすい。片親であるための他の親の役もとろうとして厳しすぎたり、子を夫の身代りとして大切にすぎたりすることもある。思春期に近づく同一化のモデルが不十分であったり、親との関係が密着しすぎて（とくに父親と娘の場合）、親子の間に近親相姦が生ずる例も報告されている。父子家庭で子殺し・自殺が比較的しばしば認められるのは、わが国の最近の特徴といえるかもしれない。

第9例、第10例は再婚の例である。子どもは親の再婚の場合、新しく出来上ってゆく家庭に適応してゆかねばならず、双方が連れ子をした場合など、その関係は複雑になりやすい。継親子関係は思春期においてとくに同性の親と子の間に（継父と息子、継母と娘）困難がある。

われわれが精神科の臨床例に接して驚くのは、子どもが幼ない時の不幸な体験をいかに生々と記憶しているか、子どもでも親を慰め、親を支え、親をかばうために、いかに心を砕くかという、親・子役割の逆転の現象である。また、こ

これらの外傷的体験が、20年も30年も、子どもが成人となり、老人になったときまでも後をひいていることである。その意味で夫婦の不和や離婚や再婚に際し、親と子に精神衛生的な助言を与える場の必要性が痛感される。

#### 4. おわりに

両親の不和、離婚、再婚などを契機として、精神衛生的に問題を生じた10人の臨床事例を通して、家族の緊張が子どもの心理に及ぼす影響を考察した。従来わが国では離婚率が低く、その法的対応も福祉的対応も十分とはいえなかったが、今後離婚の問題の増加にそなえ、子どもの人権という立場から、それらの対応の整備と共に精神衛生的な対策が望まれる。

(この研究は昭和60年度、安田生命社会事業団の研究補助によるものであり、また事例の診断治療には、日大精神科小児外来の後藤多樹子、鈴木悦子、池田マリ、日下部陽子、茂木雄二、石橋和幸、沖田肇の諸氏の協力があった。ここに感謝の意を表わしたい)。

#### 参考文献

- (1) 大原長和, 生野正剛ほか現代家族の機能障害の実体と紛争処理の総合的研究—協議離婚の実体に関する調査報告書, 1985
- (2) 池田由子, 妻が危ない—主婦の精神衛生相談, 弘文堂, 1984
- (3) 池田由子, 婚姻の破綻が子どもに及ぼす心理的影響について, 子どもと家庭, 22巻2号, 32—40, 1985
- (4) 桜井正人, 離婚による母子世帯への福祉施策の現状, 子どもと家庭, 22巻5号, 23—32, 1985
- (5) 栃尾勲: 離婚に伴う養護問題の現状と福祉的対応, 子どもと家庭, 22巻7号, 32—37, 1985
- (6) Plunkett, J., Kalter, N., Parents' Beliefs about Children's Reaction to Divorce, J. of Amer. Academy of Child Psychiatry, 24, 3, 334—337, 1985
- (7) Mc Dermott, J., Divorce and Its psychiatric sequelae in children, Arch. Gen. Psychiat, vol. 23, Nov. 1970



## 性的虐待とその家族

藤井和子  
児童精神衛生部

## Child Sexual Abuse and Family Background,

Kazuko Fujii

P.S.W (Division of Child Mental Health.)

**Summary**

It is very difficult to detect child who is sexual abused by her father or step-father. Because both victims and assailants keep silent on this facts. Although when the victims become teenagers, they would take various action such as running away home; shoplifting; school refusal; juvenile delinquency; committing suicide; etc.

As the result, it is frequent occurrence that sexual aduse become clear. However; most families reject child welfare workers intervention.

The purpose of this paper is to find the common factor in child sexual aduse and that family background.

I reviewed 12 sexual aduse cases and their family backgrounds who were examined at a Child Guidance Center in Saitama Prefecture. in 1985.

They were abused by their natural fathers or step- fathers. Age range of victims is within teenage and all of them have grown up in the foster home or institute. All families were confined to the lower socio economic status and academic background.

Father (Assilants were grouped into 4 types.)

- 1) Some personality problem group;
- 2) Not so problem group;
- 3) A mentally retarded group,
- 4) Athers.

1) group 3 fathers and 2 step-fathers. All of them are habitual crimes. They committed homicide, fraud, rape, or violation of traffic law, addiction to stimulants, etc And frequently changed their spouse, address and occupation.

2) group 2 fathers. Both of families had been motherless long term. They seemed escapist and have weak will.

3) group 2 fathers. They are mentally retarded and living in want. They are not only lacking in common sense but sexual morality. Fathers forced their daughters to prostitute.

Mothers attitudes. Almost all mothers had careless, cool, and weak attitude to their daughters who were victims.

Victims are emotionally disturbed and maladjusted to school life. They

were long-term truants and underachievers. After separated from family they were taken into

care and educate by foster home or institute.

**Key word:** *child sexual abuse family background. teenager.*

## 要 旨

実父又は継父らによる児童への性的虐待の発見は困難である。家庭という密室における行為であり、被害児は外見上の傷を負うことが少ないため周囲は気がつきにくい。しかし被害児達は反社会的・非社会的行動を起こすことによって被害をのがれたい。守られたいと訴えている。彼女達の行動の意味をできるかぎり早く理解し、重く苦しい心身の荷を解き彼女達の成長に向けてそれぞれの機関が機能し合える方向性とケースワークなどの援助を受け入れようとする家族へのアプローチの方法を見出すため、筆者が関与した性的虐待を受けた12人の臨床例—思春期女子—とその家庭について、それぞれの特徴と共通するものを調査し概観した。

## はじめに

経済的・物質的に豊かな社会と誰しもが一応認める現代、しかし、児童を取りまく環境は決して豊かなものではない。遊びの空間、物理的環境の悪化もさることながら、子どものある夫婦の離婚の急増、少年非行、登校拒否、いじめ、校内暴力、家庭内暴力、自殺、親子心中や折檻の果てに死亡させられてしまった児童など毎日一つや二つの報道がされない日がないと言っても過言ではない。社会と家庭、親と子、社会と子ども、子どもと子どもの間に経済繁栄という名の下に発生した社会病理が確実に家族や個人のレベルに侵入し繁殖しているのを実感する。

全国社会福祉協議会が実施した全国の養護施設に昭和56年4月1日～57年3月31日まで在籍した児童で、親が離婚している児童2,014名についての調査が昭和59年4月に発表されている。その中で虐待を受けた児童についての調査があるが、身体的暴力・性的加害・親子心中等の虐待を受けた児童186人、身体的暴行を受けた者162人、生命に危険を及ぼす状況にあった者6人、性的加害が18人あり、今回の調査では男子が母親による加害が8人と、始めて調査上現われたとの報告がなされている。筆者が調査した一児童相談所においても、一時保護される子どもの大半は neglected か abused の児童であると言える。

虐待する両親やその家族へのケース・ワークの困難さは今更言う迄もないが、少なくとも性的虐待を除けば何らかの糸口を見出し、親子関係、家族関係の調整改善は可能性は無くはない。しかし、性的虐待については発見すら困難である。家族内での性的暴力のみならず、不慮の強姦の被害などの場合でも、被害児が自分から訴える、相談するという事は稀である。容易に口に出せない「重く深い心身の傷」を負っている事を物語っている。被害児自身も単に被害者という意識だけではない。性行為の意味を理解できるようになった時、拒否しきれなかった自分自身への自責と絶望、もしそれを口外し明らかにした時の加害者の報復におびえ、家族や周囲の人々の反応に思いめぐらし、自分が非難され差別されるに違いないという恐怖と孤独を抱え込んでしまう。加害者は勿論自分から口外する筈はない。知っていても、知らなくても何の力にもならない母親への不信と絶望を持ち、しかもその家庭の中で生活を余儀なくされている“子ども”という自分の立場を思い知る時、他者に口外出来る筈がない。こうした児童が様々な心理的にも行動的にも不適応状態、問題行動を呈して当然の事であろう。ここに調査した12事例の児童の全員が学校は長期欠席があり、ほとんどが万引、窃盗、家出、外泊、不良交遊の経験がある。児童相談所に性的被害そのものを主訴として来談することは少ない。表Iの相談





表II 被害児について

ケース No.	性的被害についていつ頃か、程度等	加害者との間で妊娠・中絶の有無	加害者以外の性的関係	知能	性格行動上の特徴	反社会的、非社会的行動	以前に児童福祉法による援助を受けたことがあるか、ある場合の理由が否か、ある場合の理由	性的暴力に対する法的介入	今回の相談における児童相談所の処遇
1	中1の4月～9月、中2の7月～10月上旬	妊娠なし	不明、本人はあるらしいことをいっている。	正常域	頑固、自分の考えをゆめず強くない、愛憎欲が強い。	不登校、家出	関西の養護施設(3歳～8歳まで)、父服喪のため	性的虐待について事情聴取され認められるが処分なし	児童福祉司指導の後27条4号により家族送致、教養院
2	小4の頃から体を触る、中2になり性行為2回以上	妊娠なし	不明	wisc 言-93 動-103 IQ-97	言動から家庭の精神薄弱かどの印象を受けるか、深さがなく、無邪気、異性への興味強い。	不登校、不良交友、万引、悪言	4歳の時養護施設1ヶ月、二度目の継父による虐待	殺人罪成立、性的加害について不同	教養院
3	中1の頃から週一回くらいの頻度	妊娠あり中3時中絶	なし	wisc 言-99 動-87 IQ-91	温和、明朗、素直、性格的偏りはみられない	欠席がち	小3時里親委託(4ヶ月)、父父母の離婚で父方につけ合いがあり引取り手がなかった。	母、継父を告訴はした	里親委託
4	中2の終り継母が家出をしたあと体を触る、4～5回	妊娠なし	なし	wisc 言-96 動-112 IQ-105	強気、暴力的、気分がムフが激しい、考えがすぐ変わる	欠席がち家出、浮浪、父となすすまじしいケンカ	N県にて養護施設、父が二度目の継父により服喪のため	なし	在宅一時保護くりかえし就職
5	中1の頃から頻繁	妊娠あり2回中絶	なし	wisc 言-97 動-109 IQ-104	顕著な性格的偏りはみられない、男性拒否の傾向がみられる	特になし、長女、年勤を(偽り)就労(父の命令)	なし	警察でM子から事情聴取、父出頭せず行方不明のまま	養護施設就職
6	小5の頃から頻繁	妊娠あり1回中絶	あり、3～4人	正常域	従順、素直、短絡的、特に顕著な偏りはみられない	万引、レジ係の時に現金欲強	なし	なし	一時保護就職
7	小5の頃から頻繁	なし	あり、3～4人	wisc 言-104 動-97 IQ-101	表面上素直、温和であるが内面は不安、不信、自己イメージ低い、行動の表裏が激しく不安定	万引、不良交友、不登校	なし	なし	里親委託(2年)教養院
8	中1の時、一回	なし	あり、3～4人	wisc 言-110 動-109 IQ-112	緊張感なく人なつこい、表面的は対応積極的、行動的	万引、不良交友	なし	なし	養護施設教養院
9	小5の頃から週2～3回	なし	あり、2人	wisc 言-89 動-78 IQ-82	継父からの性的被害や他の性体験を言いつらす。自分から男子に身体を触れさせるといった性的関心強い	家出、長女、浮浪、異性関係	なし	継父は警察に出頭せず、K子の供述が詳細を欠いたため立証困難	養護施設(中卒)内部求職治療里親委託
10	小6の頃から、頻繁	なし	父の同僚、友人	軽度の知恵おくれの疑い	父に望まれるのがこわく兄弟にたいして自分から愛着をもち、いらいらする意識ない。	不登校	なし	県令違反で送校の他、示談	一時保護の方向で調査中
11	小4の頃から頻繁	なし	あり、2人	wisc 言-67 動-49 IQ-52	社交性あり、多弁、性倫理希薄	不登校	なし	一名刑犯犯で逮捕	養護施設中卒後、義兄と16歳で結婚
12	小4の頃から頻繁	なし	あり、2人	wisc 言-73 動-61 IQ-62	温和、甘え願望、気に入った男性とすぐ性的関係を持つ	不登校、万引	なし	//	養護施設中卒後引に帰宅、心因反応、自殺企図で短期入院

の経路、主訴の欄のとおりである。

性的被害について明らかにされるのは、家出、浮浪、万引等で警察に補導され調書を作成される中であり、又児童相談所に一時保護された中で、生活になれ親しみ安堵感が出た時、友人や保母、児童福祉司に語られる事が多い。ある児童は、再三の家出や不純異性交遊を重ね教護院に入所となったが安定した生活を送るようになった。生活態度が良好と判断された園生は折々に家庭への外泊が許されるが当然この児童はその対象であった。しかし外泊の数日前になると施設からの無断外出の事故をおこし家への外泊を反故にしてしまうことが何回かくりかえしていた。不審に思っじつくり話し合ってみたところ、かつて父から性的暴行を受けていたこと、家に帰りたくないということがようやく明らかにされた。又腹痛を訴えるので整腸剤を飲ませたが一向に治まらず、父母が心配している目前で出産してしまった。腹痛は陣痛であり、加害者は兄であったという例。急に肥満が目立ち始め内分泌の異常を心配した両親が病院に受診させたところ臨月であった。この児童は塾帰りの夜道で数人に強姦されていたという事例など、児童相談所ではこうした相談は全体の相談件数からみれば多い数ではないが、決して珍らしい事ではない。性的虐待は表面に出ない、出せない性格のものであり、未然に防ぐこと、早期発見も非常に困難である。加えて児童の訴えは信頼できるものであっても加害者は否定し、母も否認又は気がつかないという態度をとり続ける。ケースワーカーの介入を是としない。従ってその後の処遇にも困難さがつきまとう。

性的暴力は、言うまでもなく心身両面に対する冒瀆であり、人間性を否定するものである。このような虐待を受けた児童達が、思春期・青年期をどうのり越え、女性である自己を作りあげて行くのだろうか。こうした問題に対してケースワークの方法は、ケースワーカーは何が出来たのか、何をしなければならぬのか、ここでは筆者が直接・間接にかかわった児童の処遇を

行う中で、福祉、教育、医療、司法の機関との連携、法制上の問題など様々な問題に突き当たったが、紙数の関係でこの点については後日の研究とし、本稿においては、性的虐待の被害児とその家庭的背景——加害者・母親——について概観してみた。

調査方法：S県U児童相談所で、筆者が過去3年以内に直接・間接的に関与した児童12事例のうち1事例は姉妹

調査対象：性的虐待を受けた児童、11歳～15歳までの思春期女子

## I 加害者について

実父 5名 継父、内夫 4名

友人、知人に性行為をさせた実父 2名

加害者は児童が保護された時は、行方不明、拘留中又は非協力的であるため十分な資料とは言い難いが、(イ)日常生活上顕著な性格の偏りがみられるグループ、(ロ)顕著な偏りが感じられないグループ、(ハ)知能に問題があると認められるグループ、(ニ)その他、の4グループに分類し、それぞれ解説する。

### (イ) 日常生活上に顕著な偏りがみられたグループ。(No.1～No.5 5名)

表1のとおり、5名共、まず転居回数が非常に多いこと、しかも全国的に転々としている。職業もめまぐるしく職種が変わっている。転居・転職の動機がはっきりしない。結婚歴は内縁関係も含むが一般常識からすれば異常に多い回数と言えよう。犯罪歴を5名とも有しておりいずれもが累犯性が高い。

No.1の父は一見人当りはよい、R子への性的加害が判った後、2回程自殺未遂を起している。一回はガスにより二回目は鉄橋から河川敷に飛び降り、自殺を企図した。R子への性的行為を恥じてというよりも、R子が父から離れようとしたり、児童福祉司(男性)に依存し始めた時に合致している。父はガス自殺未遂で精神科に入院しているが後遺症に対する処置のみで、病

理についての関与はされていない。R子は父の自殺未遂というデモンストレーションに揺り動かされ、父の元に戻る。児童福祉司が定期的に家庭訪問していたが8ヶ月後に再び性的虐待を受けるに至った。R子自信かなり父を挑発していた様子もあるが急激に不安定となり、家出、外泊、キャバレーのホステス志願など行動を抑え切れず、家庭裁判所送検し教護院入所を決定してもらいようやく落ち着きを取り戻した。

No. 2の継父はY子の母と結婚する前に、殺人未遂、傷害事件2回起訴、同棲相手の連れ子の中学生に対して強姦致傷、今回のY子と妹の保護の理由となったY子の実母への傷害致死事件となっている。罪悪感乏しく、服役中も見相に対して、Y子や妹の処遇について高圧的に指示して来たり、Y子の卒業後の職業を指定して来たり一方的、自己中心的で、手紙の文章は極度に粘着性がみられる。Y子への性的暴行は妹(継父の実子)の隣室で行われており妹も気付いている。妹にとっても性的加害者と云える。精神医の診断はかってないが人格障害が疑われる。

No. 3の継父はK子の相談継続中に恐喝、傷害、覚醒剤等で数回短期の拘留服役ををしている。暴力団とのかかわりがある。中学卒業後に性にかかわる事件をおこし生育地を離れているという。ボクサーの経験もあり屈強である。女子を持つ母子家庭に入りこんでは母子ともに性関係を持つことが趣味と母に公然と話していた由。K子を保護した後、会社の寮に入り自活していた姉を強引に連れ戻し、姉の保険証を使ってサラ金から借金をしたり更には性的暴力をもくりかえしていた。一方で別の母子家庭に入り半同棲の状態であることもわかった。K子の妹も小学校6年生となり、被害者となるのが危惧されたが、登校拒否が始まったこと、母がアルコールによる肝臓障害が悪化したため入院、この機会に養護施設に保護した。

No. 4の実父はN子の上2人の継母を夫婦喧嘩の末傷害致死で死亡させ服役。てんかんがあることで短期で保釈となっている。福祉事務所や

児童相談所内、又家庭訪問の場面でも興奮すると衣服や札を破る、熱湯の入ったやかんや刃物が飛ぶ、家具を叩き壊すという有様。知的にもいく分のおくれが認められ、難聴もある。理解力の問題、カッとしやすい面がありすぐ暴力に訴える。この父親がN子にはペッティグ程度の行為でおさまっていたのはN子も父に負けず劣らず暴力的な面を持っていたこと、逃げ出す力を持っていたことに負うものではないかと考えられる。又父は人なつこさ、押しの強さを持っており、次々と行きずりの女性をみつけてつれて来ていたこともN子の被害がまぬがれていた一因とも思われる。相談中一年たらずの間に父は3人の女性を同居させている。てんかんの発作も時々おこしているが、服薬は不規則である。医学的治療をこのまま放置しておくとなつた事件を惹き起こしかねないと危惧される。

No. 5の実父は離婚前に船員をしていた時、同僚との喧嘩で死傷事件をおこし服役している。無免許運転による自動車事故を再三おこしているが、多子家庭の生計中心者ということで服役をまぬがれている。M子を除いた7人の子ども達は皆軽度の知恵おくれがある。母も知恵おくれがある。たまたまM子と兄が2人で家にいたところ帰宅した父が邪推をし激怒、M子のカバン教科書をビリビリに破き、その上に2kmも離れている川へ流しにいったとか、ある宗教団体のポスターが気に入らないとかで引き剥がし破いて燃やし、それでも気が済まないと燃えかずに放尿する。と云ったエピソードを持つ。「これでもか」といった執拗さは尋常ならぬものが疑われる。職を求めて一家で隣県へ移ったが、当てにしていた職場が思うように行かず、M子を働かせていた。間もなく元の住居に戻ることにした時、M子は職場で親切にしてくれていた母子家庭の主婦に、父からの性的暴力と妊娠中であることを打ち明け、帰りたくない、又事情を知った主婦も帰せないということから公的機関に委ねられた。警察が介入するところとなり父はすぐ行方不明となったが、夜にはこっそり

帰ることもあるらしい。

以上この(イ)のグループの5名は暴力的、衝動的、カッとなりやすい、執拗性、粘着性、行動力旺盛、自己中心的で性的倫理観のみならず、社会規範の欠如などにおいて、人格上の病理が推察され、性的暴力のみならず、他の犯罪をも反復しかねない加害者達と言えよう。

(ロ) 日常生活上、顕著な性格的偏りがみられなかったグループ。(No. 6, No. 7)

いずれも実父が加害者である。父娘の生活が比較的長期である。

No. 6の実父はM子が3才の頃離婚、姉は母が引取っている。以来1回結婚しているがすぐ別れている。仕事にはきちんと行っていたらしいし、収入も父娘2人の生活を維持出来ない程のものではなかった。酒好きではあった。サラ金からの借金返済に困り逃げるに当りM子に「一緒に逃げるか」と聞いたという。M子は中学卒業目前のことでもあり拒否、父はその後行方不明となり音信もない。

No. 7の実父は大工として手に職を持ちプライドも持っていた。母が2年間程入退院をくるかえしK子が小学校入学と同時に死亡。間もなく2児ある女性と結婚したが2～3ヶ月で折合い悪く離婚。このことで親戚とは関係が悪化し孤立、更に建設業界の不況が重なり仕事を求めて転々とするようになった。次第に生活も荒れて行ったようである。K子が万引で補導されたのをきっかけに、父も生活を立て直すということでK子を保護、その後1年間の間はしっかり働いていたが行方不明となってしまった。

No. 6・No. 7の父はいずれも性的関係を強要する時にはアルコールの力を借りていたようである。父娘の生活が長く、No. 7の父がはからずも「下手な女房よりも余程ちゃんとしている」と語っていたが、父親の側からすれば疑似夫婦であったのかも知れない。児童の側にも助け合っ

て来たという生活実感もあり、性的暴力を除けば父を嫌うということはない。それ故に一層父の愛着と憎しみの気持をかかえ葛藤がつづいて

(イ) 知能に問題があるグループ。

(No.10・No.11・12)

No.10・No.11・12の実父はいずれも父自身は直接児童に性的暴力は加えてはいない。友人、知人にある時は借金の肩代りに、ある時は収入を得るために児童を性的対象として提供している。

No.10は父子家庭、実母は異性関係が出来、家出し他県で生活している。職業は一貫しており、U市には10年来居住。病弱である。A子の姉も同様に被害者であることがわかったが18歳以上のためここでは対象としてなかった。父娘とも軽度の知恵おくれがある。

No.11・12の父もいくつかの転職はあるが、やはり10年来U市に定住している。病弱、母は中程度の精神薄弱、児童も軽度の精神薄弱である。No.10・No.11・12の家庭は定住していることもあり同じレベルの人達との交際はある。いずれもアルコール耽溺、貧困、日常生活感覚の格差から近隣からは孤立、問題意識のない問題家庭と受け止められている。人柄的には決して難かしい人達ではないので、学校、児童委員、福祉事務所との協力が得られやすい面もあり、ケースワーカーの介入が比較的されやすいとも言える。

(ニ) その他のグループ。(No. 8・No. 9)

No. 8は内夫、No. 9は継父、2名の加害者についての情報が少ないため、その他とした。

No. 8の加害者は母の内夫である。M子が3歳の時家出をし、男性を転々とした結果、母が他県で生活していることがわかり、H子が遊びに行った時に暴行を受けた。加害者は旅館で働く母の収入を当てにして働こうとしないらしい。

No. 9の継父は一見朴訥で感情を表わさない。自分にかかわる話は拒否的である。継父がK子

の怠学，外泊を理由に児相に保護の相談に来たのと，K子が警察に保護を求めたのと偶然同時であったことから，継父は面子を潰された，勝手に家を出たのだからと怒り，警察，児童相談所に対して無視の姿勢をとりつづけている。以後，家庭内でもK子の話はタブーになっている。K子の姉2人（養護施設で育った）に対しても性的暴力を加えている。継父と母の間に3児をもうけているが，継父は実子に異父姉と同じ名を命名しており，非常識な面があらわれている。

## II 母について

児童が性的被害を受けている間，同居していた実母6名（母の再婚家庭に遊びに行った折母の内夫から被害を受けた児童を含む）である。他5名はすでに離婚，蒸発，死亡により母親不在であった。

同居していた実母の一人はアルコール依存で再三再四入退院をくり返している。2名は軽度～中度の精神薄弱が認められ，1名は人格障害推察され，1名は特に障害は認められない。

全事例の中で，児童の性的被害を問題として援助を求めて来たのはNo.3のアルコール依存の母のみであった。妊娠中絶という事実と児童本人が強く帰宅を拒否していたことによるものである。No.5の場合は知人，福祉事務所を通じての相談であったが，母は父の命を受けて引取りを強く望んでおり警察の介入を得てようやく保護に同意をしたものである。

No.2の母親は人格障害か何らかの精神疾患があったのではないかと推察される。この母親は内縁関係も含め4人の男性と5回結婚して，その度に子どもを出産している。二回目と4回目の夫が同一人物である。Y子はこの継父から殴打による身体的虐待を受け一時保護されたことがある。この継父は母との間の実子を虐待し死亡させている。又この事件を取り調べ中嬰児殺，死体遺棄が発見された。継父が逮捕され，事件が報道されるや残された母子が可愛想と訪ねそ

のまま同棲してしまったのがY子にとって4番目の継父で加害者である。そして母は，この継父に夫婦喧嘩の末殺されてしまった。4回目の結婚も2回目の結婚の時残して来た2児の様子をみに行った母がそのまま同棲してしまっている。虐待，子殺しという暴力をこれ程までに容認していた母，そして母自身暴力によって死に至っているという母の人格は何らかの障害があったと思われるのである。

No.3の母は歌手を夢みて東北より上京，十代から酒場ぐらしをして来ており，アルコール中毒症である。Y子の被害に対して継父を告訴し継父は拘留されたがすぐに告訴を取り下げた。その後の母はY子への嫉妬心が前面に表われるなど動揺が激しかった。Y子を保護した後，次に継父は寮生活をしていた姉を連れ戻しY子同様に性的暴力を加えるに至った。母は継父を非難し，恨み，憎み，離婚を口癖のようにしていたが決断がつかなかった。しかし，継父に他に女性関係があることが分った時点で離婚の決心をした。Y子への加害がわかってから3年半経過していた。

No.5の母親は未就学のまま子守り奉公に出され極貧の中で育っている。文盲である。自分の考えや判断が出来ないし又しない事で自分を守って来た面もあろう。M子への性的加害者について父が「俺ではない」と云っているから“父ではない”との反応である。ある時は障子一枚隔てただけの台所で母が朝食の支度をしている間にM子が父から性行為を強要されていたということもあり，当然気付いてよいと考えられるが，母は「知らない」と言っている。

No.8の母は高校を中退して以来水商売で生活している。H子が3歳の時ヤクザ関係の男性と蒸発，その男性とも別れたらしい。H子の加害者である内夫と他県にて生活，2児をもうけていた。母の居所が分り，H子が遊びに行きこの内夫から性的暴力を受けた。この事を母に訴えたが，“忘れなさい”と言ったのみ。その後H子の養育者がいなくなり一時保護をしたが，母は

引取ることをしなかった。

No.9の母親は「分らない、気がつかない、K子は嘘つきだから……」とごまかし続けている。度々継父が母や妹達を外に出し、K子だけを部屋に残して性的暴力を加えていた様子もあり、近所の人達は気付いていた。母が気がつかない筈はないが否認しつづけていた。しかし時折ふとケースワーカーに“離婚したい、母子寮に入れるかな”と洩らす事があった。

No.10の母も他県に住んでいる。知人が行方をさがし、妹達の状況を伝え、家に戻るか、引取るかしてほしいと訪ねたが、何の音沙汰もないままである。

No.11・12の母親は精神薄弱が認められる。日常の家事能力もおぼつかない。異性関係は父母ともにルーズで、子どものいる所でも又夏など窓を開け放したままで性行為に及んでしまう。友人・知人を始め娘の夫やその兄や父親とも関係を持つ状況である。父が脳出血で入院して間もなく他の男性宅に泊りこんでしまいその人と結婚したいとワーカーに相談している。性倫理と規範の全くない母である。

母親達の反応は、2回もの妊娠中絶をしている娘に対しても「気がつかない」と言う母。2人の娘が性的暴力の加害者にされても離婚できなかったが、夫が他に女性がいることが分ったことで離婚をした母、知っていながらも“知らない、わからない”と否認する母、“忘れなさい”と云った母、全く性の規範のない母、それぞれが間違いなくその母親らしい生き方の反応であろう。いづれの母も、その場にいながら被害をくい止めようと行動をおこしていない。性的被害児の母親について「奇妙な傍観者・時には共犯者」という指摘があるが、この母親達にも言えることである。

母親達との面接で語られる成育歴、生活歴、家族歴、学歴、経済的、社会的はいずれも恵まれないものである。母親自身が一人の人間として愛され、尊重された体験があったのだろうか。社会の片隅に追いやられ差別と無権利の状態の

中でこれ迄すごして来たであろうことは想像に難くない。結婚して妻になり、母になり、家庭を持っているということによってようやく社会的承認を得ることで一人前として認められることが出来た母親達である。我が子の性的被害を認め、自らが立ち向うことは家庭を放棄することであり、自分の存在を危うくすることにもなる。母親達の被害児に対する態度はあながち理解できなくはない。山田和夫は「家という病巣」の中で、「先祖代々伝えられているその家族の持つムード、文化性が子どもに与える影響—ネガティブな面からとらえれば家族同一性の問題は、しばしば性的面に端的にかつ象徴的にあらわれやすい。」と述べている。母親が育った環境と被害児らが育てられた環境には同質のものがいずれの事例にも明らかに受けつがれていよう。

### III 被害児について

軽度の精神薄弱であるNo.10・11・12を除いて、他は全員正常域の知能である。にもかかわらず学力は低くほぼ小学校3年生のレベルで止まっている。明らかに性的被害について自己自身の中に取り込んで葛藤しているのがはっきり表面にも解るのはNo.1, No.5, No.7の3名で、いずれも加害者は実父である。No.1は急激な非行化、No.5は男性拒否の傾向、No.7は常に情緒不安定で被害感、自己否定感が強く集団生活の中でトラブルメーカーとなっている。他の9名も知能、対人関係を含め社会適応の困難さをかかえている。

表2のとおり、加害者以外との性的関係を持った児童は7名、推測であるが2名も可能性のあるのを含めると9名になる。しかしいずれも被害を受けて後の経験であり、自分から積極的に性を利用している。非行仲間との間であったり、施設から無断外出した時、職場を失い行き場がない時、物が欲しい時などである。彼女達にとって性的関係を持つ事は一夜をしのぐ方法であり、相手から受け入れられる方法であり、一人きりで過ごす孤独感、不安から逃がれる方

法であり、金銭を得る方法である、誰れも頼れない、頼りたくない、一人で生きて行くと思ひ込んでしまっている時の行動である。

Forword は被害者は年をとるにつれて罪の意識が強くなり、自暴自棄となり、アルコール中毒、麻薬中毒、売春、自殺など自虐行動に出る者が多く、アメリカの全国的な麻薬中毒組織のオデッセイハウスの調査では、女性麻薬常用者の44%が子ども時代に近親相姦された、といい、ジャン・シバーソンは10代の麻薬常用者500人のうち約70%が被害者であるという。ニュージャージーの150人の強姦者の調査では75%が子ども時代性的虐待の被害者であった。売春婦には高い被害率があり、ジェニファー・ジェームズは面接した200人の売春婦のうち4人に1人が近親相姦の被害者で、他の調査でも75%という報告がある、と述べている。

性的被害、近親者による性的暴行という体験が心身の発達や社会適応に重大な影響を与えることは反論の余地はない。しかし、ここにとりあげた12事例の児童の成育環境をみると、すでに加害者、母親についての項で述べたとおり、惨憺たるものである。彼女達は何人も父親、母親が変わり、見捨てられ、置き去りにされ、果ては目前で殺人が行われるという家庭である。加えて何回もくり返される転居、転職、経済的困窮、精神的貧困、周囲からの孤立の中で成育して来ているのである。家庭内文化のアノミー状況を背景に性的虐待が行われているという現実なのである。

何重にもマイナス条件を背負っている彼女達は今後社会に巣立った時、家庭環境、学歴（たいていの場合中学卒業）、保護者なし、施設出身というハンデをその上に負う。現代社会は、彼女達の現実を受け入れる包容力を持っているか……、彼女達の母親のように社会の底辺に追いやられてしまわないだろうか、社会病理と家族病理に拘束され続けることはないだろうか、非行、薬物依存、アルコール中毒、売春、犯罪、自殺の危険性を充分含んでいる。

筆者はこの危険性を排除する方法を見つけ出したいと調査、整理を行ってみたが、一つの糸口を被害児達が提示してくれているのに気がついた。彼女達はだれかにすがりたい、支えられたい、愛されたいという気持を持ちつづけてくれているということである。彼女達は短絡的、衝動的、自暴自棄の行動にすぐ移してしまうが、人を拒否はしていない健康さを持っている。あたたかく受け入れてくれる人、心配してくれ、見守り、支えてくれている、信頼できる人、そう思えそうな大人に出合った時から、自暴自棄な行動は序々に消失しているのである。他者から大切にされ、尊重される体験を通して、まず自分を大切にしたいという心が芽生え、信頼する人の期待に添いたいという気持がうまれて来ている。この事を大切に育てなければならぬしそれが家族の歴史をくりかえさせない必要にして最小限の条件であると考えた。

## ま と め

12の性的虐待の事例をとりあげ、調査と概観したが、児童虐待が行われる家庭の共通する背景として次の事があげられる。

- (1) 不安定就労層であり経済的貧困
- (2) 転職、転居をくりかえしているため職業仲間、近隣、地域との交流が乏しい。
- (3) 一定期間定住していても問題家庭として近隣から受け入れられない。即ち家庭そのものが社会性に乏しく、孤立・閉鎖的存在である。
- (4) 家族内においては、加害者と母親の病理性、家族文化、価値観、性倫理、社会規範の欠如などの家族病理があげられる。
- (5) 被害児はまず、家族からの分離、身柄の保護が優先される。妊娠不能年齢の被害児にとって在宅指導は危険が大きすぎるし家出、外泊、非行、不登校といった行動も早期にくい止めたいという側面もある。



## おわりに

児童を保護した後の家庭へのケースワークは至難であるし、児童の心への接近も容易ではない。一対一の心理治療のみでは解決は困難である。生活の中で受容され、認められ、尊重されている。自分が成長していると実感できるような日常的なかかわりが必要である。家庭から分離し、養護、治療、教育を行う場の処遇内容の充実とそれらを援助する機関の有機的な連携がなければならない。しかし、現在、いわゆる児童虐待についてのとらえ方は福祉、教育、医療、警察、司法のそれぞれの機関が一致しているとは言いがたい。又法制度、——児童福祉法、民法、刑法——においても、親と子の人権のバランスがとられているとは考え難いし、現代の社会状況の中で、児童を虐待から守るという側面において、実体に対応し切れていないと考える。

~~~~~  
筆者が最近まで在籍していた児童相談所で取扱った12例の性的虐待を受けた児童達を対象に整理して

みた。彼女らの何人かは施設や里親から就職し、何人かはまだ措置中である。今後数年間はフォローができそうである。心から彼女たちの幸せを願ってやまない。この調査をするに当って、相談所長はじめ児童福祉司の皆様のご協力に厚く御礼を申し上げます。又暖かく見守って下さいました池田由子児童精神衛生部長に深く感謝致します。

## 参考文献

- (1) 池田由子 児童虐待の病理と臨床 金剛出版 54年
- (2) 池田由子 被虐待児の研究 精神衛生研究第26号 1979年
- (3) 池田由子編 現代のエスプリ 被虐待児症候群・至文堂
- (4) 山田和夫 家という病巣 朝日出版社
- (5) 現代思想 近親相姦 青土社 第6巻6号 1978年
- (6) 親権と子どもの人権 全国社会福祉協議会養護施設協議会編
- (7) 離婚と子どもの人権 同上



## 痴呆スクリーニング・テストの開発に関する研究

大塚俊男<sup>1)</sup>・丸山 晋<sup>2)</sup>  
北村俊則<sup>1)</sup>・下仲順子<sup>3)</sup>  
中里克治<sup>3)</sup>・谷口幸一<sup>4)</sup>  
佐藤真一<sup>5)</sup>・池田 央<sup>6)</sup>

- 1) 国立精神衛生研究所, 老人精神衛生部
- 2) 国立精神衛生研究所, 社会復帰相談部
- 3) 東京都老人総合研究所
- 4) 国立鹿屋体育大学
- 5) 早稲田大学
- 6) 立教大学

## A New Screening Test for Dementia

Toshio Otsuka<sup>1)</sup>・Susumu Maruyama<sup>2)</sup>  
Toshinori Kitamura<sup>1)</sup>・Yoshiko Shimonaka<sup>3)</sup>  
Katsuharu Nakazato<sup>3)</sup>・Koichi Yaguchi<sup>4)</sup>  
Shinichi Sato<sup>5)</sup>・Hiroshi Ikeda<sup>6)</sup>

- 1) National Institute of Mental Health, Division of Psychogeriatrics
- 2) National Institute of Mental Health, Division of Psychiatric Rehabilitation
- 3) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
- 4) National Institute of Fitness and Sports in Kanoya
- 5) Waseda University
- 6) Rikkyo (St. Paul's) University

**Summary**

The number of demented elderly has recently been in increase. We developed a new screening test for dementia, which health visitors and other co-medical personnels could easily use when detecting and promoting health services for the demented in community. Test items in nine dementia rating scales used in Japan and English speaking countries were critically examined to construct our new screening test. Preliminary investigations were repeated to revise the test five times.

The final version of the present screening test was applied for 203 subjects ( 59 men and 144

women) ranging from the healthy to those suspected of dementia. It was found that the present test's internal consistency was high. Its validity was proved to be high using clinical judgement of DSM-III dementia criteria and Karasawa's scale, and the scores of Hasegawa scale and MSQ as the external criteria.

**Key word :** *dementia, dementia screening test, dementia rating scale.*

## 要 旨

近年、高齢化社会を迎え、痴呆性老人が急激に増加してきている。そのような状況下で、地域の中心で痴呆性老人を早期に発見し、相談、指導、ケアなど各種保健活動を進める上で、保健婦などのコ・メディカルスタッフが容易に施行でき、かつ評価鑑別できる痴呆スクリーニング・テストの開発を試みた。

そこで、9種類の我が国および欧米の簡便な痴呆評価スケールに使われている質問項目を参考にし、新たに作成したテストを5回にわたり予備テストし、改良を加え最終的に16項目(20採点項目)のテストを作成した。それをを用いて、203名(男性59名、女性144名)の正常な老人から痴呆を疑われる老人までを対象に本調査を施行した。

その結果、本テストが高い内的整合性と信頼性を持つものであることが明らかとなった。また妥当性に関しては、臨床診断(DSM-IIIによる痴呆診断基準および柄澤のぼけ判定基準)、長谷川式痴呆診査スケールおよびMental Status Questionnaireを基準として検討したが、本テストの痴呆スクリーニング・テストとしての十分な有効性が認められた。

## I はじめに

我が国では、近年老年人口の急激な増加に伴って痴呆性老人が著しく増加してきている。

東京都の昭和55年の老人の健康に関する調査<sup>1)2)3)</sup>によれば、痴呆性老人は在宅の老人の4.6%にみられ、病院や老人ホームに入院、入所している痴呆性老人を含めると、その有病率は5.5%と報告されている。総務庁統計局の推計人口では65歳以上の老人は、昭和60年9月14日で1,240万5,000人であることから推計すると、在宅の痴呆性老人の数はおよそ57万人であり、それに対して病院および施設に入院、入所している老人はおよそ11万人で、大多数の痴呆性老人は在宅で家族の介護を受けていると推測される。

それら痴呆性老人を在宅で抱え扶養、介護する家族は、その多彩な精神症状や問題行動などへの対処の困難さや身体的、精神的および経済的な面で大きな負担に強いられ苦慮しており、痴呆性老人の問題は今後益々深刻な社会問題に

発展することは明らかである。その対策として厚生省は精神保健対策の中で、昭和58年1月より保健所において痴呆性老人や家族のための相談窓口の設置や痴呆疾患の予防について地域住民への普及、啓発等を目的とした老人精神衛生相談指導事業を実施するようになった。<sup>4)</sup>また同年2月には老人保健法が施行され、市町村で各種保健事業が行われるようになった。これらの業務に直接携わっている保健衛生従事者は保健婦を中心とするコ・メディカルスタッフであり、痴呆を早期に発見し、適切な助言、指導、ケアを行う必要に迫られている。その際、痴呆の疑いのある老人を把握するためのスクリーニング・テストが必要となろう。

そこで、本研究は新しい痴呆スクリーニング・テストの開発を試みた。

## II テストの作成条件

痴呆鑑別テストの作成にあたって、まず痴呆の概念を明確にして置かなければならないと考

えられる。従来から精神医学では「痴呆とは、一たん獲得された知能が脳の器質障害によって永続的(不可逆的)に低下または喪失すること」と定義され、脳の器質障害の結果生ずるものとされている。そして実際の臨床の場では、その概念をもとに診察や各種検査を通して脳の器質病変の存在の有無および知能を構成する各種の精神機能の現在の能力水準等を精査し、それらの結果を総合して診断を行っている。しかし最近では、診断基準をより明確にすることの必要性から米国精神医学会が提唱しているDSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III)<sup>5)</sup>による痴呆の診断基準が一般に用いられるようになってきている。

一方、既存の伝統的知能テストは主として知能水準を把握する目的で作成されたもので痴呆の診断の際は、その補助手段として利用されていたが、1953年 Roth<sup>6)</sup>らによって痴呆の鑑別を目的としたテストが最初に開発された。それ以来数多くの評価法が開発され、今日実用に供されている。これらの評価法は、大別すると知能・認識機能を評価するものと痴呆に伴う日常の行動能力、性格あるいは情動変化などを評価するものの二つにわけられる。前者は臨床の場で痴呆の鑑別によく用いられる質問や既成の知能検査の項目を利用し作成されたものであり、その内容は時間、場所、人物の見当識に関する項目、記憶力に関する項目、個人情報に関する項目、常識に関する項目を中心に構成されている。しかしながら、その中には、知能の中心的要素と考えられる判断力・思考力を評価する項目が欠けており、痴呆の評価の精度を高めるためには、評価法にそれらの項目を含めることが検討されるべきであろう。

Gurland<sup>7)</sup>は、痴呆評価法の選択基準として、

1) 比較的短く、施行が簡単 2) 臨床家にとって施行しやすく、便利 3) 患者に特別な協力を要求しない 4) 複雑な装置や実験室を必要としない、ことを挙げている。また長谷川<sup>8),9)</sup>は痴呆の評価尺度の条件として 1) できるだ

け短時間でできる 2) 時間の制限をおかない 3) 視覚的テストは避けるほうが望ましい 4) 痴呆のスクリーニングにふさわしい設問であること、を挙げているが新しい痴呆スクリーニング・テストの開発にあたっては、これらの条件を充分満たすものでなければならないであろう。わが国では、痴呆評価スケールの中では長谷川らによって開発された老人用痴呆診査スケール、Kahnらによって考案された Mental Status Questionnaire (MSQ) が一般によく使用されている。しかし老人保健法施行にともなって、市町村で保健事業を進める際に現在、現場で求められているテストは痴呆の早期発見のためのスクリーニング・テストであるため、新しいテストの開発では、これら既存の鑑別テストよりもやや難しい項目を含み、対象者が老人であることを考慮し、少くとも10分間以内の短時間で実施できるようなもの、正誤が明瞭で採点が容易にできるもの、正常と痴呆の弁別が明瞭にできるもの、時代が変っても質問項目の内容を変える必要のないもの、家族よりの情報がなくても本人のみの検査で評価できるものなどの条件を満たす必要があるとした。

### III テストの作成手順

テスト・スケール作成にあたっては、これまでに開発された簡易痴呆評価スケール<sup>10),11),12),13)</sup>のうち、我が国のものとして阪大式知能検査<sup>14),15)</sup>、精神老化度検査<sup>16)</sup>、長谷川式痴呆診査スケール(以下、長谷川式スケールとよぶ)<sup>17)</sup>の3種類、欧米のものとしては Mental Status Questionnaire,<sup>18)</sup> Information Memory-Concentration Test,<sup>19)</sup> Abbreviated Mental Test,<sup>20)</sup> Short Portable Mental Status Questionnaire,<sup>21)</sup> Geriatric Center Mental Status,<sup>22)</sup> Orientation Scale for Geriatric Patients<sup>23)</sup>の6種類を先ずとりあげ、それらのスケールのなかで使用されている質問項目をすべて拾い出し、そのうち重複を整理して90項目を選出した。これらの項目は内容別にみると見

当識問題25項目, 記憶問題34項目, 常識問題15項目, 数的処理問題10項目, その他の問題6項目の領域に分類できた。

次に各領域毎に質問項目の適否を, 内容や質問方法の面から検討しテスト項目を減らすと同時に, 痴呆の評価に重要であると考えられる判断力・思考力問題を新たに追加し, 第一段階として52項目より成るテストを作成した。

このテスト第一案の作成にあたっては, 都内および千葉県の若干名の正常老人および痴呆性老人を対象に施行しテストの形式を整えて参考とした。以後小サンプルを対象として項目の通過率, 長谷川式スケール, MSQとの相関係数等から質問内容を検討, 修正しながら検査時間を短縮するために項目数を減らさなければならなかったが, 4回の予備テストを行ない, 項目を厳選し, 第5案として22項目(26採点項目)からなるテストを作成した。

この第5案を予備テストの最終段階とし, 痴呆スクリーニング・テストの最も重要な外的基準である医学的診断基準のDSM-IIIによる痴呆診断基準<sup>5)</sup>および柄澤のほけの判定基準<sup>24)</sup>を加えて, 正常老人および痴呆性老人を含む51名に対して施行し, 第5案の信頼性, 妥当性を検討した。それによると信頼性については, 信頼性の指標として最もよく用いられるCronbachの $\alpha$ 係数を算出したところ, 0.88の値を示し信頼性の高いことが示された。

妥当性の検討については, 精神科医による臨床診断と長谷川式スケールおよびMSQを基準として用い, 検討した。この際臨床診断は, 診断の正確を期するために, 2人の精神科医が独立に診断を行い, 不一致の場合は第三の判定者が判定した。なお, この際の医師間のDSM-IIIによる痴呆診断の一致率もCohenの $\kappa$ 係数0.62~0.84(平均0.74)と高い数値を示した。DSM-IIIによる本テストの判別分析では正常と痴呆に二極分化し, また, 柄澤のほけ判定基準では中等度のほけと軽度のほけ, すなわち痴呆と生理的ほけとの間の弁別力が高いことが示

された。この際の医師間の信頼度に関しては, Cohenのweighted kappaで求めたが, 三人の医師の組合わせによる信頼度をそれぞれみても良好であった。<sup>26)</sup>さらにもう一つの妥当性の指標である長谷川式スケールおよびMSQと本テストの相関係数を算出したところ, 0.88( $P < .001$ )および0.91( $P < .001$ )と高い値が示され, 妥当性が十分に高いことが認められた。

つぎに実際に施行した場合の使いやすさの観点から, 妥当性, 信頼性が低下しないように配慮しながら項目数を更に減らし, 最終的に16項目(記憶力問題5, 見当識問題5, 常識問題5, 判断力・思考力問題3, 数的処理問題2よりなる20採点項目)のテストを作成した。

#### IV テストの標準化のための信頼性, 妥当性の検討

##### 1) 検査対象

前述の如くして作成された痴呆スクリーニング・テストの信頼性, 妥当性を検討するために正常老人と軽度から重度にわたる痴呆と思われる老人を対象に検査を行った。

対象者は, 5ヶ所の老人ホーム, 1ヶ所の病院および在宅の63歳から98歳にわたる203名(男性59名, 女性144名)であった。

##### 2) 検査方法

本スクリーニング・テストは対象者に個別に施行した。痴呆の臨床診断基準はDSM-IIIによる痴呆診断基準および柄澤による老人のほけの判定基準に従って, 2人の精神科医が一組となり個々に独自に痴呆の有無と痴呆段階を判定した。なお, この際の本スケールの採点は, 正答に1点を与え重みづけをせず, 合計点を得点とした。また柄澤によるほけの判定基準は「正常(ほけなし)」から「軽度のほけ」「中等度のほけ」「高度のほけ」「非常に高度」の5段階に分けてあるが, 本研究では「高度のほけ」と「非常に高度」を「高度のほけ」にまとめ, 4段階とした。

表1 老人のぼけの程度臨床的判定基準

(原則として悪い症状を重視して判定する。) 柄澤による

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (0): 知的能力衰退なし                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・活発な精神活動(知的活動)のあることが認められた場合</li> <li>・日常生活における通常の会話が可能</li> <li>・知的能力衰退の徴候, たとえば失見当, 粗大な記憶喪失, 関心の低下, 不潔などは認められていない。</li> <li>・手助けを必要とする程の知的衰退がない</li> </ul> |
| (1): 軽度のぼけ                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常会話や理解は大体可能だが, 内容に乏しく, あるいは不完全</li> <li>・生活指導, ときに介助を必要とする程度の知的衰退</li> </ul>                                                                              |
| (2): 中等度のぼけ                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な日常会話がどうやら可能</li> <li>・なれない環境での一時的失見当</li> <li>・しばしば介助が必要, 金銭の管理, 投薬の管理が必要のことが多い</li> </ul>                                                              |
| (3): 高度のぼけ                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な日常会話すら困難</li> <li>・施設内での失見当, さつき食事をしたことから忘れる</li> <li>・常時手助けが必要</li> </ul>                                                                              |
| (4): 非常に高度のぼけ                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の名前すら忘れる</li> <li>・寸前のことも忘れる</li> <li>・自分の部屋がわからない</li> <li>・身近な家族のこともわからない</li> </ul>                                                                   |

また, 妥当性検討のため, わが国で広く用いられている長谷川式スケールおよび米国でよく使われているMSQの痴呆評価スケールも併せ実施した。痴呆またはテスト得点と関係する可能性のある要因として各被検者の年齢, 性別, 教育歴, 施設滞在期間(老人福祉施設在者お

よび病院入院者)については, 在宅者は本人および家族より, 施設, 病院に在所・入院者は関係職員より情報を得た。

### 3) 検査結果

#### ① 項目の正答率と得点分布

各項目の正答率は, 表2に示す如く20%台から80%台までの難易度にわたっておりまた, その得点分布は図1に示す如く対象老人が(0)~(5~6)点, (5~6)~(13~14)点, (13~14)~(19~20)点のおおよそ3群に分けられると考えられた。

表2 各質問項目の正答率

| 質問項目                      | 正答率 |
|---------------------------|-----|
| 1. 生年                     | .87 |
| 2. 生月日                    | .76 |
| 3. 今, 何月?                 | .77 |
| 4. 今日は何日?                 | .54 |
| 5. 昨日の曜日は?                | .64 |
| 6. 5月5日は何の日?              | .77 |
| 7. 成人の日はいつ?               | .43 |
| 8. 信号が何の時, 渡る?            | .70 |
| 9. 母の姉を一般に何と呼びますか?        | .70 |
| 10. 妹の娘を何と呼びますか           | .67 |
| 11. 太陽はどの方向から昇る?          | .88 |
| 12. 西から風が吹くと風船はどちらへ?      | .62 |
| 13. 北を向いた時, 右手は……         | .47 |
| 14. 文の記憶: 皆で力を合わせて綱を引きました | .61 |
| 15. 18+19                 | .53 |
| 16. 32-16                 | .33 |
| 17. 順唱: 3648              | .58 |
| 18. 逆唱: 92                | .83 |
| 19. 逆唱: 246               | .57 |
| 20. 逆唱: 7185              | .21 |

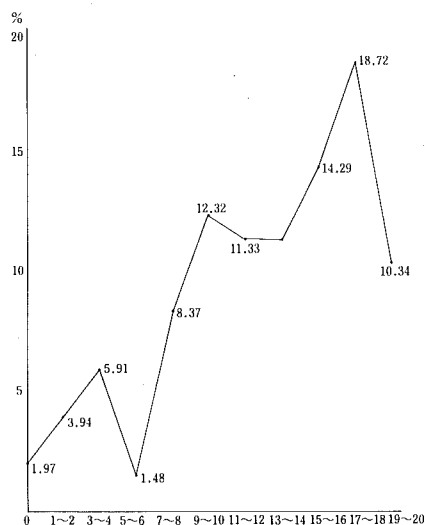


図1 テスト得点の分布

## ② 信頼性の検討

標準化にあたっては信頼性が第1の条件であるので、本テストの信頼性を検討するために内的整合性の指標である Cronbach の  $\alpha$  係数を求めたところ、0.9と非常に高い値であり、また各項目とテスト総得点（その項目を除く）との相関は表3の如く0.63~0.40 ( $P < .001$ )という十分な値を示し、本テストの項目が高い内的整合性と信頼性を持っていることが示された。

表3 各質問項目と総得点との相関

| 質問項目               | 相関係数(r) |
|--------------------|---------|
| 1. 生年              | .53     |
| 2. 生月日             | .42     |
| 3. 今、何月?           | .56     |
| 4. 今日は何日?          | .58     |
| 5. 昨日の曜日は?         | .55     |
| 6. 5月5日は何の日?       | .57     |
| 7. 成人の日はいつ?        | .52     |
| 8. 信号が何の時、渡る?      | .49     |
| 9. 母の姉を一般に何と呼びますか? | .53     |
| 10. 妹の娘を何と呼びますか    | .60     |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 11. 太陽はどの方向から昇る?         | .44 |
| 12. 西から風が吹くと風船はどちらへ?     | .44 |
| 13. 北を向いた時、右手は……         | .50 |
| 14. 文の記憶：皆で力を合わせて綱を引きました | .47 |
| 15. 18+19                | .61 |
| 16. 32-16                | .45 |
| 17. 順唱：3648              | .50 |
| 18. 逆唱：92                | .63 |
| 19. 逆唱：246               | .53 |
| 20. 逆唱：7185              | .40 |

## ③ 妥当性の検討

妥当性の検討にあたっては、DSM-IIIによる臨床診断で痴呆と判定されたのは53名、正常と判定されたのは147名であり、また痴呆群の平均得点は $7.0 \pm 4.5$ 点であり、正常群の平均得点は $14.5 \pm 3.8$ 点であった。そして両群間の平均得点の差は有意であり ( $t = 11.67, df = 198, P < .001$ )、本スケールが痴呆群と正常群をよく弁別するテストであることが示された。

つぎに柄澤のぼけの判定基準では、「正常群」「軽度のぼけ」「中等度のぼけ」「高度のぼけ」の各群の平均得点と母平均の95%の信頼限界をみたところ図2の如くであり、各群の平均得点の差は有意であり ( $F = 49.225, df = 3, P < .001$ ) 各群間差も5%水準で、いずれも有意であった。各群の境界点は、正常と軽度のぼけの間が14点と15点、軽度のぼけと中等度のぼけの間がほぼ11点と10点、中等度のぼけと高度のぼけの間がほぼ5点と6点であることが示めされた。

さらに長谷川式スケールとMSQと比較し妥当性を検討したところ、長谷川式スケールとは $0.89 (P < 0.01)$ 、MSQとは $0.84 (P < .001)$ と高い相関が得られた。

以上の如く、本スケールが臨床診断のみならず長谷川式スケール、MSQとも相関が高いことは痴呆スクリーニング・テストとしての有効性を示している。



図2 柄澤によるぼけの程度と平均テスト得点

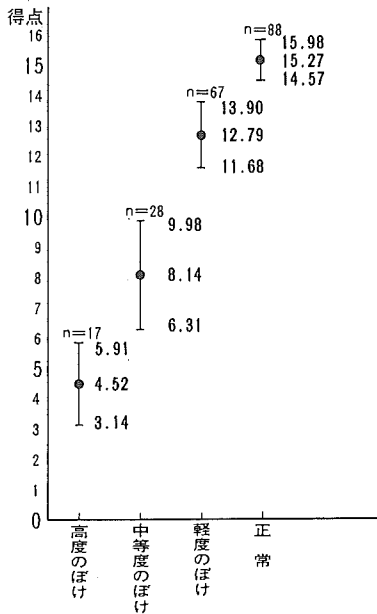
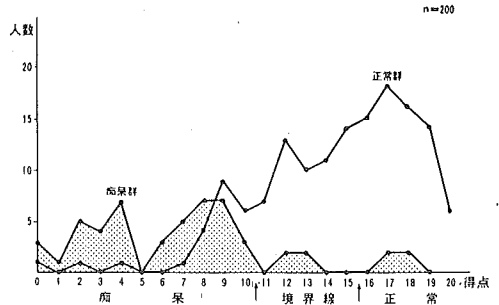


図3 DSM-IIIの診断による痴呆群と正常群の得点分布



④ 本テストの痴呆判定基準

痴呆判定の得点配分については、DSM-IIIによる痴呆診断による痴呆群と正常群の得点分布をみると(図3)、11点前後で痴呆と正常にほぼ2分割され、また本テストの sensitivity<sup>(注1)</sup>と specificity<sup>(注2)</sup>および誤診率<sup>(注3)</sup>をそれぞれ算出したところ(表4)、10点と11点の間で痴呆群と正常群とに分けた場合、sensitivity が84.9%、specificity が84.5%と高い値を示し、誤診率も15.5%と低い値を示すので、三者の釣合いのとれたところとして得点が10点以下の者を痴呆とした。

表4 sensitivity, specificity, 誤診率

| 境界点     | sensitivity         | specificity         | 誤診率                 |
|---------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 8点と9点   | 66.0 <sup>(%)</sup> | 94.6 <sup>(%)</sup> | 13.0 <sup>(%)</sup> |
| 9点と10点  | 79.2                | 88.4                | 14.0                |
| 10点と11点 | 84.9                | 84.5                | 15.5                |
| 11点と12点 | 84.9                | 80.0                | 19.0                |
| 12点と13点 | 88.7                | 70.7                | 23.5                |

柄澤のぼけの判定基準の各群の平均テスト得点をみても、痴呆を10点以下とすることは、中等度のぼけ(痴呆)の平均テスト得点の上限値が含まれるので妥当な区分点と考えられた。

本テストは、スクリーニング・テストという性格上、痴呆レベルをさらに段階づけることよりも痴呆の疑いのある者をよりの確にスクリーニングすることが狙いである。そのために、柄澤の「軽度のぼけ」と判定される11点以上の者を痴呆と正常の境界線に位置すると規定し、上限をやや高め15点に位置づけた。

以上の如く、本テストでは0~10点の者を痴呆、11~15点の者を境界線、16点以上の者を正常と判定することにした。

さらに本テストは、地域の保健従事者、とくに保健婦をはじめとするコ・メディカルスタッフが痴呆性老人に接した際に、早期に適切な医療を受けさせるために痴呆をスクリーニングする方法の一つとして使用することを前提としているので、テスト得点によって正常、境界線および痴呆と3段階に判定するほかに、それぞれの判定結果に対する指導指針をも示した。

注1) sensitivity はその尺度のスクリーニングのよさであり、 $\frac{\text{実際に異常を示した数}}{\text{当該尺度によって異常と判定されたものの数}} \times 100$ で算出される。

注2) specificity は  $\frac{\text{実際の正常のもの数}}{\text{当該尺度で正常と判定されたものの数}} \times 100$ で算出される。

注3) 誤診率はその尺度の誤診の割合であり、 $\frac{\text{その尺度の判定と医師判定の不一致の数}}{\text{全被検の数}} \times 100$ で算出される。

表5 国立精研式痴呆スクリーニング・テスト

検査日 昭和 年 月 日 曜日  
 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 検査者 \_\_\_\_\_

| 問 題 (正答または採点方法)                                                                                  | 回 答         | 正○, 誤× |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| あなたの生年月日を教えてください。<br>(採点は、年・月日別に行う。年号は採点しない。)                                                    | 年           |        |
|                                                                                                  | 月 日         |        |
| 今日は、何月何日ですか。<br>(採点は、月・日に行う)                                                                     | 月           |        |
|                                                                                                  | 日           |        |
| 昨日は、何曜日でしたか。                                                                                     | 曜日          |        |
| 5月5日は、何の日ですか。<br>(子供の日、端午の節句、男子の節句、菖蒲の節句)                                                        |             |        |
| 成人の日は、いつですか。(1月15日)                                                                              |             |        |
| 信号が、何色の時に道路に渡りますか。(青)                                                                            |             |        |
| 母の姉を、一般に何と呼びますか。(伯母)                                                                             |             |        |
| 妹の娘を、一般に何と呼びますか。(姪)                                                                              |             |        |
| 太陽は、どの方向から昇ってきますか。(東)                                                                            |             |        |
| 西から風が吹くと、風船はどの方向へ飛んで行きますか。(東)                                                                    |             |        |
| 北を向いた時、右手はどの方向を指しますか。(東)                                                                         |             |        |
| これから文章を読みます。読み終わった後、「はい」と言ったら、私の<br>読んだ通りに繰返して下さい。(ゆっくり読む)<br>『みんなで力を合せて綱を引きます。』<br>(一字も間違えたら誤り) |             |        |
| 18たす19は、いくつですか。(37)                                                                              |             |        |
| 32ひく16は、いくつですか。(16)                                                                              |             |        |
| これから数字を言います。「はい」と言ったら、すぐ繰返して下さい。<br>(ゆっくり読む) (順唱) 3-6-4-8                                        |             |        |
| また数字を言いますが、 (逆唱)<br>今度は「はい」と言ったら、<br>逆の方向から言って下さい。                                               | (1) 9-2     |        |
|                                                                                                  | (2) 2-4-6   |        |
|                                                                                                  | (3) 7-1-6-5 |        |
|                                                                                                  | 得点(○の数)     |        |

確認事項

生年月日 明・大・昭 年 月 日生 年齢 歳  
 現住所 \_\_\_\_\_  
 既往歴 \_\_\_\_\_

判定と指導

| 得点    | 判定  | 指導                           |
|-------|-----|------------------------------|
| 0~10  | 痴 呆 | 必ず専門医を受診して下さい。               |
| 11~15 | 境界線 | 痴呆が疑われますから専門医を受診することをお勧めします。 |
| 16~20 | 正 常 | 現在のところ問題ありません。               |

## ⑤ 個人情報などの要因との関連について

痴呆スクリーニング・テストは、そのテストを対象老人に施行することのみで痴呆の疑いのある人を拾い出すことが目的であるので、年齢、性別、教育歴、施設滞在期間などの種々な要因に影響されにくく、テストの得点のみから痴呆をスクリーニングできることが必要である。そのため本テストの得点と年齢、性別、教育歴、施設滞在期間等との相関係数を求めた。年齢では $-0.23$ と低い相関を示し、性別との相関は $-0.01$ と $0$ に近い値で有意ではなく、また教育歴では $0.12$ と有意なものではなかった。施設滞在期間との相関は $-0.07$ と $0$ に近い数値であった。

以上の結果により、本テストの得点が年齢、性別、教育歴、施設滞在期間とは独立していることが認められ、年齢、性別等の要因に影響されにくい頑健性の高い痴呆スクリーニング・テストであることが認められた。

終りにあたり、本研究の実施についての御協力いただいた病院および老人福祉施設の関係者に対して、深謝致します。

(なお、本研究は昭和58年～昭和60年度厚生省循環器病研究委託費によるものである。)

## 参考文献

- (1) 東京都老人総合研究所精神医学研究室：東京都における在宅ほけ老人の社会精神医学的実態，1981
- (2) 柄澤昭秀：東京都における在宅ほけ老人の現状，季刊養育院721：1～14，1981
- (3) 柄澤昭秀：老人ほけの実情と課題，病院4：808～813，1982
- (4) 厚生省保健医療局精神保健課：わが国の精神衛生（精神衛生ハンド・ブック），1984
- (5) American Psychiatric Association：Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd ed. (DSM—III)，American Psychiatric Association. Washington D.C. 1980
- (6) Roth, Martin & Hopkins, B.：Psychological test performance in patients over sixty. I. Senile psychosis and the affective disorders of old age. J. Ment. Sci. 99：439～450,1953
- (7) Gurland, Barry J.：The assessment of the mental health status of older adults. In James E. Birren & R. B. Sloone (Eds.)：Handbook of mental health of aging. Englewood Cliffs, NJ. Prectice-Hall, 1980
- (8) 長谷川和夫：痴呆の臨床評価，臨床精神医学6：351～358,1974
- (9) 長谷川和夫：老人の精神機能検査法，サンド薬品KK，東京，1977
- (10) 保崎秀夫，大塚俊男，浅井昌弘，仲村禎夫：老人の臨床知能検査について，慶応医学55：401～416,1978
- (11) 伊藤齊，武井妙子：老年期痴呆の評価スケール，老年精神医学1：322～330，1984
- (12) 中里克治，下仲順子，谷口幸一，佐藤真一，池田央，丸山晋，北村俊則，大塚俊男：老年期における痴呆の評価法，臨床精神医学1986（印刷中）
- (13) 伊藤齊，武井妙子：痴呆の評価尺度：治療効果の評価への応用について，臨床評価11：527～554，1983
- (14) 金子仁郎，井上修，市丸精一，小牟田清博ほか：メモリースケールの研究：老年者の知能測定について，厚生の指標14：19～27,1967
- (15) 金子仁郎，井上修：各種検査による脳動脈硬化症の診断心理テスト，治療54：893～900,1972
- (16) 新福尚武，井上勝也：精神老化度の評価，社精医研紀4：1～20,1973
- (17) 長谷川和夫，井上勝也，守屋國光：老人の痴呆診査スケールの一検討，精神医学16：33～37,1974
- (18) Kahn, Robert L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., et al：Brief objective measure of the determination of mental status in the aged. Am. J. Psychiatry 117：326～328,1960
- (19) Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M.：The association between qualitative measures of dementia and senile changes in the grey matter of elderly subjects. Br. J. Psychiatry

- 114 : 797~811, 1968
- (20) Quereshi, K. N. & Hodkinson, H. M. : Evaluation of a ten-question mental test in the institutionalized elderly. *Age & Ageing* 3 : 152~157, 1974
- (21) Pfeiffer, E. : A short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am. Geriatric Soc* 23 : 433~441, 1975
- (22) Fishback, David B. : Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *J. Am. Geriatric Soc.* 25 : 167~170, 1977
- (23) Berg, Stig, & Swenson, T. : An orientation scale for geriatric patients. *Age & Ageing* 9 : 215~216, 1980
- (24) 柄澤昭秀 : 老人ほけの臨床, 医学書院, 1981
- (25) 北村俊則, 丸山晋, 大塚俊男, 下仲順子, 中里克治 : D S M—III 痴呆診断および柄澤式ほけ評価尺度の評定者間信頼度, 老年精神医学 2 : 774~777, 1985

## 都市住民のストレスと精神健康度

宗像 恒次・仲尾 唯治  
藤田 和夫・諏訪 茂樹  
社会精神衛生部

Stressor, Coping Resources, and Mental Health  
in an Urban Population

Tsunetsugu Munakata・Tadaharu Nakao  
Kazuo Fujita・Shigeki Suwa  
Division of Socio-Environmental Research

## Summary

This paper explores the etiological relations between stressors, both acute and chronic, personal coping resources, and mental health in the adult population of Tokyo. Our study has yielded several results, of which the following are the most important. First, the following groups demonstrate comparatively worse mental health: age 20-29, the unmarried, college students, shift workers, service workers, technical professional. Second, a factor that most strongly influences the incidence of neurotic symptoms is the cumulative amount of experienced chronic stress. Third, the factors that have a significantly strong influence on the amount of experienced chronic stress are such variables as: acute stressful life event, Type A behavior, experienced powerlessness, negative coping behaviors, and a poor emotional support network.

**key words:** *Stressor, Coping Behavior, Type A Behavior, Emotional Support Network, Mental Health*

## 抄 録

本稿は、さまざまな属性的、社会経済的背景をもつ大都市住民の精神健康が、急性的、あるいは慢性的なストレス源やその他の社会心理的環境や行動によって、どのような影響をうけるかを数量的に検討することである。主要な結果として次のことが明らかになった。

まず第一に、神経症群（不安神経症、ヒステリー、恐怖症、抑うつ症、心気症など）が相対的にみて有意に多い住民群は、20～29歳、未婚者、学生、交替勤務者、サービス業者、専門的、技術的職業従事者である。第二に、神経症群の発症は、慢性的ストレス源である日常の苛立ちの蓄積に最も強い影響をうける。第三に、その苛立ちは、強迫的な行動特性をもち、ストレス性の高い生活出来事をかかえ、問題や悩みがあっても解消できそうにないという無力体験をもち、逃避的な行動をくりかえし、しかも情緒的に支えてくれる人が周囲にいない住民に最も多く募っている。

## 1. 本調査研究の目的と方法

### 1) 目的

本報告は、都市住民のストレスと精神健康度に関する研究のために、昭和59年度文部省科学研究費班（代表宗像恒次）が行なった研究活動の結果である。この研究の目的はまず、都市住民の精神健康状態を測定し、次にそれに関連した社会心理的なストレス源を見い出し、そのストレス源が住民の精神健康状態にどのような影響力を及ぼしているかを数量的に測定することにある。

また、都市環境下での人々は、めまぐるしい生活変化と、脆弱化してきている家族、親族、近隣などの社会的支援ネットワークの中で、精神的不適応を起こしやすくなっていることは十分予想される。しかし、すべての人が精神的不適応を起こしているわけではない。年齢、所得、職位、ストレス対処行動様式、情緒的支援ネットワーク、行動特性、生育史など、属性的、社会心理的背景によって適応水準が異なる。こうしたストレスと精神健康に関する理論的検討<sup>1),2)</sup>は別稿にゆずり、本稿では、大都市住民を対象に実施した調査結果をデータに、住民のストレス適応に関して数量的に分析をおこなう。

### 2) 方法と対象

前述のストレス管理研究班は、昭和59年7月から数回の会議をもって、「ストレスと健康管理に関する意識調査」と題する調査票を作成した。また、調査対象地域は、メガロポリスである東京都（23区）とし、センサスの結果から判断して、地域住民の社会的経済的背景（職業、所得等）が異なる2つの地域、すなわち経済的階層の高い住民が相対的に多い区として杉並区を、少ない区として北区を選んだ。調査対象は、両区の選挙管理委員会の協力を得て選挙人名簿を閲覧し、20歳以上の北区住民全体（1983年：39万8251人）及び杉並区住民全体（1983年：27万7431人）を母集団として、無作為に抽出したものであ

る。

次いで、昭和59年12月～60年2月にかけて、調査対象に調査依頼文を郵送し、原則として、各々電話で訪問許可をとり、訪問日程を決めて訪問し、場合によっては郵送によって無記名自己記入式でそれぞれの調査票の質問に回答してもらった。最終的に得られたサンプル数は、北区179人、杉並区173人であり、有効回収率はそれぞれ70.8%、34.6%となった。杉並区において拒否率が高いのは、住民のプライバシー保護の意識が高いためと考えられる。

送られたサンプル全体の性別は、男44%、女56%であり、母集団に比べると男性が5%少ない。また、年齢比20～29歳：26%、30～49歳：41%、50～64歳：22%、65歳以上：11%となっており、平均年齢41歳、その標準偏差16となり、抽出に伴う相対誤差は、0.06以下に抑えることができた。

### 3) 調査対象者の一般属性と社会経済的背景における特徴

①性別、満年齢、最終学歴（表1-1参照）

性別に関しては、女性（55.5%）が男性（43.3%）をわずかに上回っているが、全国と比較した場合、ほぼ一致した男女比であった。

満年齢に関して、20～24歳（18.1%）が最も多く、また、この年齢層の占める割合は全国に比べて高い。それは一つには調査地が大都市であることを反映している。しかし、その割合は北区の母集団の20～24歳比と比べても10%多い。北区を担当した調査員によれば、学生が対象である場合、協力がよかったということなので、20～24歳の住民の場合は回答票を回収しやすかったこともあり、20～24歳の住民比が高くなったものと推測される。平均年齢は42.6歳（全国平均44.6歳、市部平均43.3歳）であった。

最終学歴に関しては、大学卒業程度以上（43.3%）が最も多く、全国に比べて本調査対象者は学歴がかなり高い（ $P < 0.001$ ）。

②配偶関係、同居世帯人数、年間世帯合計収

入 (表 1-1 参照)

配偶関係に関しては、既婚者 (61.5%) が最も多く、また、未婚者の割合 (31.2%) が全国に比べてかなり高い ( $P < 0.001$ )。大都市の特性が反映していると思われる。

同居世帯人数に関しては、4人 (29.5%) が最も多いが、全国と比べて顕著な特徴は見出せなかった。同居世帯人数の平均は3.5人 (全国平均3.3人、市部平均3.2人) であった。

年間世帯合計収入に関しては、200~799万円の間にはほぼ半数 (49.6%) が集中した。また、平均世帯収入は517.1万円となり、調査年次に三年の差はあるものの全国平均 (430.3万円) と比べて高い収入である。

### ③仕事、職種、勤務年数、勤務形態

(表 1-1, 2 参照)

仕事に関しては、有職者 (59.2%) が最も多かった。全国と比べた場合、有職者の割合はやや低い ( $P < 0.01$ ) のに対して、学生の割合 (9.9%) が高い ( $P < 0.001$ ) のが本調査対象者の特徴である。

有職者の勤務年数に関しては、1年以上2年未満 (16.8%) が最も多い。また、平均勤務年数は12.8年 (全国平均10.2年) であり、全国と比べてやや長い。

有職者の勤務形態に関しては、通常勤務 (80.4%) が最も多いが、全国と比べて特徴は見出せない。

### ④雇用形態、職位、職場規模、勤務時間

(表 1-2 参照)

有職者の雇用形態、職位に関しては、非管理職の正規職員 (36.0%) が最も多く、次に自営・自由業 (18.7%) が多かった。

有職者の職場規模に関しては、6~299人 (38.1%) が最も多く、次に300人以上 (27.4%) が多かった。全国と比較した場合、300人以上の規模の職場に勤務する者が多い ( $P < 0.05$ ) と言える。

有職者の一日平均勤務時間に関しては、8時間以上10時間未満 (37.1%) が最も多く、次ぎ

に6時間以上8時間未満 (32.8%) が多いのだが、全国と比べて特徴は見出せない。平均勤務時間は8.1時間 (全国平均7.0時間) であり、全国に比べて特徴は見出せない。

### 4) 尺度の構成と信頼性

本研究に用いられた各尺度の主な内容は、以下のとおりである。

〈生活出来事尺度〉

1960年代 Holmes, T.H. と Rahe, R.H. ら<sup>3)</sup> が、生活環境の変化 (Life change) を病気の社会心理因として見出したことは、すでによく知られるようになってきた。彼らは、生活環境の変化を生活上の出来事 (Life event 以下生活出来事と称す) でもって測定し、平均的にストレス性が高く評価される出来事に重みをつけて、年間計300を越す場合に重大な健康障害を起こしうることを示した。この種の研究は最近大変多くなされてきており、たとえば航海前の船員の生活出来事が多いと、航海中での有病率が有意に高いという結果等が報告されている。<sup>4)</sup>

そこで本研究においても、日常生活上の出来事や変化をストレス源として考え、Paykel, E.S. ら<sup>5)</sup> の Recent Life Events 尺度を、我が国の現状にあうように修正、追加し、尺度をつくった。この尺度では、調査時点より1年前の期間について、「訴訟沙汰がおこった」、「就職 (転職) や入学 (進級) などに失敗した」など、日常生活上の出来事のうち望ましくないことや、困ったことのほかに、逆に「職務上昇格した」、「正式に結婚した」などの、喜ばしいことと考えられる出来事を含め、ストレス性の高いと考えられる出来事37項目に対して、回答者が「はい」と答えた場合を1点、「いいえ」と答えた場合を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

(日常苛立事尺度)

近年のストレス研究において、ストレス源を把握する尺度として、「生活出来事尺度」のほかに Lazarus, R. S. らによる Daily hassles 尺度がある。Lazarus, R.S. と J.B. Cohen<sup>6)</sup> は、一

次的、急性的な性質をもつ生活出来事に対して、騒音、過剰な仕事量、家事の負担、近所とうまくいかない、などの持続的、慢性的、常態的な性質をもつ日常苛立事 (Daily hassles) が、より重大な病因になりうることを報告している。

ここではそれを参考にして、「借金やローンをかかえて苦しい」、「今の仕事が好きでない」、「まわりからの期待が高すぎる」、「朝夕の通勤ラッシュに負担を感じる」などの30項目を用い、回答者が調査時点の項に、どの程度の苦痛やイライラを感じたかを、「大いにそうである」と答えた場合を1点とし、「まあそうである」、「そうではない」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <積極的対処行動尺度>

上記の「生活出来事」や「日常苛立事」のようなストレス状態があるとき、人々がどのように対処しているかという行動のうちで、「問題解決のために当事者や関係者と話し合ってみる」、「信頼できる人に相談したり、話を聞いてもらう」、「趣味や娯楽、スポーツなどをして気分転換をはかる」など、積極的な対処行動としてあげられる6項目に対して、対象者が「いつもそうする」と答えた場合を1点、「ときどきそうする」、「そうしたことがない」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <逃避的対処行動尺度>

一方、積極的対処行動とは異って、「物を投げたりしてウップンをはらす」、「アルコールを飲んでうさ晴らしをする」、「買い物などをして気を晴らす」など、逃避的な行動としてあげられる8項目に対して、対象者が「いつもそうする」と答えた場合をそれぞれ1点とし、「そうしたことがない」、「ときどきそうする」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <情緒的支援者保有尺度>

「会うと心が落ちつき安心できる人」や「個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人」など、情緒的支援をしてくれる人がいれば、心身のストレス状態も軽減されることが知られて

いる。<sup>7)</sup>そこで、情緒的支援者をあらかず9項目に対して、支援者が「いる」と答えた場合を1点、「いない」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <無力体験尺度>

過去における無力体験が、現在あるいは将来における問題や悩みを解決しようとする積極性を失わせ、結果的に抑うつ的な状態にさせることが知られている。これに関連した研究として、Helplessness (Seligman<sup>8)</sup>、Powerlessness (Morris et al.<sup>9)</sup>などがみられる。

本調査では、「これまであなたが直面した問題はそれなりに解決できましたか」という問いに対して、「解決できたと思うことはめったにない」とか、また、「不愉快な出来事があったとき、それについて何の対応もできなかった」という経験が、「よくある」と答えた場合を1点とし、それ以外を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <苦悩体験ダミー>

「これまでに深刻に思い悩んだ経験がどの程度あるか」という問いに、「一人であることが不安になるほど思い悩んだことがある」とか「自殺したいと思ったことがある」と答えた場合を1点とし、「そういった経験はない」、「多少悩んだことがある」、「かなり悩んだことがある」を0点とするダミー変数をつくった。

#### <親、子、きょうだい喪失尺度>

親や子やきょうだいといった重要他者と離、死別の体験をすると、重大な情緒的ネットワークが失われ、その後の性格形成や精神状態<sup>10)</sup>に重大な影響があると考えられる。そこで、「きょうだいで亡くなられた方がいらっしゃいますか」と「お子さんが亡くなられた経験 (流産や死産を除く)をお持ちですか」、の親や子やきょうだいの喪失について、全部で6項目に対して、「はい」とか「ある」と答えた場合をそれぞれ1点とし、「いいえ」とか「ない」と答えた場合を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <A型行動特性>



人の行動特性によって、どのようなストレス源をもちやすいかとか、また、同じストレス源に対しても対処の仕方や感じ方、評価の仕方などが異なってくる。Friedman, M. や Rosenman, R.H.<sup>11)</sup>は虚血性疾患を生みやすい行動特性として Type A Behavior を提唱し、「いつも急いでやるようかりたてられてしまう (Hurry Sickness) とか、なんでも数多く行なったり、あるいはもったりするのが好きである (Quest for Numbers), いつも落ちつかない感じや攻撃心、敵意をもつ」という行動特性と定義した。

そこで、Friedmanと Rosenmanの「A型行動特性」(Type A Behavior)のチェックリストを翻訳したものをを用いることにした。「数日間(数時間でさえ)休んだり、何もしていないと悪いような気がする」「自分なら速くできる仕事を他人がのろのろやっているのを見るとイラだつ」など、イライラしやすい行動特性としてあげられる7項目に対して、回答者が「いつもそうである」、「だいたいそうである」と答えた場合を1点とし、「ときどきそうである」、「めったにそんなことはない」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <潔癖型行動特性尺度>

「A型行動特性」と同様に、ここでは、Cammer, L.<sup>12)</sup>による「潔癖型行動特性」(Uptight)尺度を、我が国の現状にあうよう修正した。「どんなことがあっても自分の主義や信条を守りぬく」、「自分が置いたとおりにもどしてくれないとイラだつ」など、潔癖的、強迫的行動特性と考えられる10項目に対して、回答者が「いつもそうである」と答えた場合をそれぞれ1点とし、「ときどきそうである」、「ほとんどそうではない」を0点とし、それぞれ加算して尺度化した。

#### <精神健康度尺度>

英国の Goldberg, D.P.<sup>13)</sup>によって開発され、信頼性及び妥当性が検証された General Health Questionnaire を中川泰彬ら<sup>14)</sup>が邦訳し、神経症患者について、その妥当性、信頼性を検討した日本語版一般健康調査30項目短縮版を用いた。

これは、精神健康度についての有効な鑑別手段といわれ、より健康的な状態から不安、睡眠障害、心氣的傾向、うつ傾向や自律神経系の反応を反映する項目など、広汎な特徴を表す内容から成り立っている。すでに臨床場面でも十分に使用され、その尺度の妥当性が明らかにされている検査法と比較すると、この一般健康調査は神経症群(不安神経症、恐怖症、ヒステリー、抑うつ症、人格障害など)と高い相関関係を示している。<sup>15)</sup>

「何かをする時いつも集中できた」、「心配ごとがあっても、眠れないようなことはなかった」、「いつもより、忙しく活動的な生活を送ることができた」、「いつもより、まわりの人々に親しみや暖かさを感じるがあった」など、この数週間の心の健康状態を表す30項目に回答者が良好な健康状態を示す回答を選択した場合をそれぞれ0点とし、そうではない場合を1点とし、加算して尺度化した。ところで、何点以上を神経症圏にある者と判断すべきかについて議論のあるところではあるが、ここでのカットオフポイントについては、 $\frac{3}{8}$ が妥当と判断している。

これらの尺度は主成分分析及び信頼度分析などの尺度の信頼性が検討され、その結果は表2に要約されている。因みに、生活出来事について、第1因子寄与率が低い、この尺度がかなり多様な因子から構成されているためである。

## 2. 分析と考察

### 1) 住民の生活環境や行動が及ぼす精神健康度への影響力の測定

#### ① パス分析法

神経症群の症状の度合を被説明変数とし、住民の生活環境と行動の特性を説明変数とするパス分析(因果分析)を行なうこととした。

パス分析とは、ある変数が他の変数に及ぼす、直接及び間接的な因果的効果を推定し、それらを比較することによって因果的過程の大枠について明らかにすることである。例えば、図1の係数  $\beta_4$  は、変数  $X_4$  の  $\hat{Y}$  に対する因果的

直接的な影響力(直接効果)を示しているが、 $X_4$ は $\hat{Y}$ に対して、 $X_2, X_1$ を経由しての間接的な影響力(間接効果)をもっており、これは、Wrightの法則<sup>10)</sup>によって  $\beta_{24}, \beta_{12}, \beta_{11}$  及び  $\beta_{21}$  の積によって示される。直接効果と間接効果に非因果的効果を加えた和は全体効果と呼ばれ、相関関数に等しくなる。すなわち、 $\beta_{24} + \beta_{21} \times \beta_{12} \times \beta_{11} + \beta_{24} \times \beta_{21}$  は、ほ

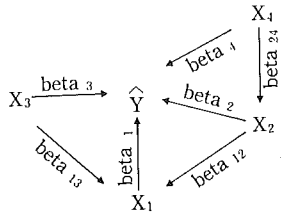


図1 パスダイアグラム

$$X_4 = E_5 \quad (5)$$

$$X_3 = E_4 \quad (4)$$

$$X_2 = \beta_{24} \cdot X_4 + E_3 \quad (3)$$

$$X_1 = \beta_{12} \cdot X_2 + \beta_{13} \cdot X_3 + E_2 \quad (2)$$

$$\hat{Y} = \beta_1 \cdot X_1 + \beta_2 \cdot X_2 + \beta_3 \cdot X_3 + \beta_4 \cdot X_4 + E_1 \quad (1)$$

ただし、 $\beta_{ij}$ : 偏回帰係数、 $E_m$ : 外部攪乱

因みに、図2、図3で示されるパスダイアグラムの片側矢印で示される数値は、パス係数であり、それは $X_1 \sim X_m$ の従事者の心理社会的環境や行動を表す各変数の、神経症症状の度合 $Y$ への影響力の程度を示している。両側矢印で示される数値は、変数間の相互関連性を表わすピアソンの相関係数 $r$ である。

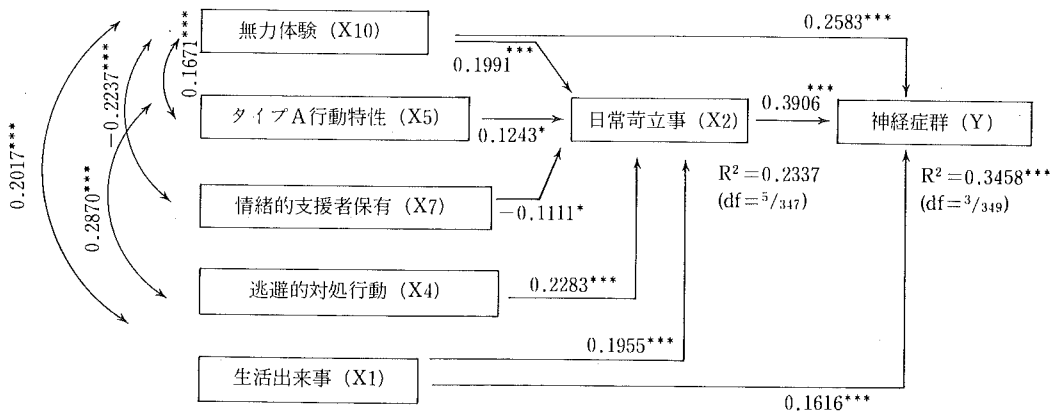
②神経症群に関するパス分析

ほ $X_4$ と $\hat{Y}$ との相関係数に等しいといえる。従って、 $\beta_{24}$ を $X_4$ と $\hat{Y}$ の相関係数で割ると直接効果の強さがわかることになる。

図1は、次のような回帰方程式を図式化したものであり、 $\beta$ はその方程式の偏回帰係数( $\beta$ )を標準偏差を用いて標準化したもので、パス係数と呼ばれる。

図2のパスダイアグラムに示されるように、住民を神経症群(神経症、抑うつ症、恐怖症など)に落ち入らせる最も直接的な影響力をもつものは、日常苛立事の量( $\beta = 0.3906$ ,  $\beta/r = 0.7665$ )である。その次に過去の無力体験( $\beta = 0.2583$ ,  $\beta/r = 0.6571$ )やストレス性の高い生活出来事の量( $\beta = 0.1616$ ,  $\beta/r = 0.5776$ )が、その神経症群を生む有力な背景になっている。

図2 住民(北区・杉並区)の神経症群(症状の度合)に関するパスダイアグラム



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

ところで日常苛立事とは、「職場や家庭の人とうまくやっていけない」、「今の仕事が好きではない」、「まわりからの期待が高い」、「過去の事への後悔」、「家事や勉強などを含む仕事量が多い」、「通勤ラッシュや遠距離通勤の負担」、「他人からの妨害」などの、日常的、持続的にイライラを感じている事柄のことである。このイライラの量が、住民の神経症、抑うつ症などの精神不健康状態を生む、大きな背景になっているわけである。

では、こうしたイライラは、どのような背景によって生じるのであろうか。図2の日常苛立事に対し影響している要因をみると、次のことがわかる。すなわち、イライラしやすい強迫的な性格（タイプA行動特性）の上、ストレス性の高い出来事を多くかかえ、しかも、これまでに問題に直面しても解決できたと思える経験がなく、アルコールを飲んでうさ晴しをしたり、馬鹿騒ぎをしたりなどの逃避的な行動に走りやすい、さらには、自分の気持ちを受けとめてくれる情緒的支援者が欠けるといった背景をもつ住民が、イライラを最も募らせやすい。

イライラしやすい性格というのは、A型行動特性尺度、潔癖型行動特性尺度によって測定できるもので、とりわけ「道路が渋滞したり、列で並ばされたりするとイライラする」、「自分なら速くできる仕事を他の人がのろのろやっているのを見るとイライラだつ」、「遅れることがないようにきちんと予定を組む」、「自分の思うとおりにならないと気がすまない」、「自分の所有する金や物は、ささいなことでも気になる」などに該当する人は、イライラを募らせやすいのか、神経症群の人がカイ二乗検定の結果5%水準以上で、有意に多い。また、このイライラしやすい性格としてのA型行動特性は、図2に示すように日常のイライラの量を高める有意な効果( $\beta=0.1243$ ,  $\beta/r=0.5461$ )をもっている。

また「大事な人と別れた」、「大事な物が喪失した」、「勤務時間や勤務内容に変化があった」、「就職や転職や入学などで新しい生活を開始し

た、あるいはそれに失敗した」、「親をひきとつた」、「子どもが出戻った」、などのストレス性の高い出来事を多くもつことも、日常のイライラした事柄の量を高める有意な効果( $\beta=0.1955$ ,  $\beta/r=0.8022$ )をもっている。

また、「これまでに直面した問題をめつたに解決できたことがない」とか、「不愉快な出来事があったときにそれに対して何の対応もできなかったことがよくある」、といった無力体験は、問題や悩みがあっても、解消されず蓄積されやすいためか、これも日常のイライラの量を高める有意な効果( $\beta=0.1991$ ,  $\beta/r=0.6460$ )を持っている。

さらには、「アルコールを飲んでうさ晴しをする」、「馬鹿騒ぎをする」、「異性のやさしさを求める」、「自分の気持とは反対にはしゃぐ」、「物を投げたり壊したりしてウツパンをはらす」といったような、問題解決に直接つながらない逃避的行動が多く見られる場合も、問題や悩みが解消しないため、イライラの量を高める有意な効果( $\beta=0.2283$ ,  $\beta/r=0.6950$ )がある。確かにこのような逃避的行動は、だれもおこなうものである。しかし、「問題の原因をみきわめ、解決にむけて行動する」とか、「信頼できる人に相談する」など、問題解決に積極的な対処行動よりも、逃避的な行動に専ら走るようになると、イライラがつのるばかりになり、精神不健康になってしまうということである。

他方、こうした日常的なイライラがあっても、「気持ちが通じあう人がいる」とか、「日頃、自分の気持ちを敏感に察してくれる人がいる」、「自分を認め、評価してくれる人がいる」などといった、情緒的に支援してくれる人がいる場合、イライラは軽減するものである。図2にあるように、確かに日常の苛立事を軽減させることを意味する、マイナスの効果( $\beta=-0.1111$ ,  $\beta/r=0.5754$ )がみられる。

日常苛立事の次に住民の神経症群を生む有力な背景は、ストレス性の高い生活出来事の量や、過去の無力体験である。ストレス性の高い生活

出来事は、前述のように日常の苛立ちを高めることによって、住民の神経症群を生ずる直接的な効果 ( $\beta=0.1734$ ,  $\beta/r=0.6197$ ) がある。そこで、予想されることは、生活出来事の量が日常の苛立ちを高め、苛立ちがストレス性の高い生活出来事を生むということである。しかし、生活出来事と日常苛立事とが有意な交互作用をおこなって神経症群を形成するという関係は、分散分析 (Anova) の結果からは確認できない。

同様に、無力経験も住民の神経症群を生む、強い直接的な効果 ( $\beta=0.2583$ ,  $\beta/r=0.6571$ ) をもっており、無力体験と生活出来事の量は有意な相互関連性 ( $r=0.1646$ ) がある。が、分散分析 (Anova) の結果、無力体験がストレス性の高い生活出来事を招き、生活出来事の多さが無力体験を生むといった、両者間の有意な交互作用はなかった。

これらの結果からいえることは、神経症群は日常のイライラの集積や、ストレス性の高い生活出来事の量や、過去の無力体験によって形成されることである。すなわち、いろいろな生活変化があり、イライラがつのる中で、これまでの体験から無力感や不安感などが生じやすいと、不安神経症、ヒステリー、抑うつ症、恐怖症など、神経症群が発症しやすくなるということである。また、日常のイライラは、イライラしやすいタイプA行動特性をもち、ストレス性の高い生活出来事が多く、また情緒的にサポートしてくれる人が少なく、問題があっても専ら逃避的に対処していると、最も神経症群を生みやすくなるといえる。

## 2) 住民の精神健康度と地域、属性、社会経済、生育史上における背景 (表3参照)

### ①地域

不安神経症、心気症、恐怖症、ヒステリーなどの神経症圏にあると思われる者の群の比率は、精神健康度尺度 (G.H.Q) のカットオフポイントを $\frac{1}{2}$ とすると住民全体で28.8% (N=353) になる。北区の場合は29.5% (N=180) であり、杉

並区は28.1% (N=171) となっている。北区と杉並区の住民間に有意な差はない。

### ②属性

属性的背景として、性、年齢、最終学歴についてみる。まず、神経症群の性別にみた差はない。年齢別については、神経症群の割合は、20~29歳にある者が46.2%と最も多く、30~39歳、40~49歳、50~59歳、60歳以上の割合と比べても有意に多い。次いで、30~39歳の神経症群の割合が32.8%となっている。20~29歳の神経症群の割合は全住民と比べても有意 ( $P<0.01$ ) に多い。

次に最終学歴別にみてもみると、大卒レベルの高学歴者には、神経症群の割合が32.7%と最も多く、小学・中学卒レベルから比べると、5%水準で有意に多いが、全住民から見た有意な差はない。

### ③配偶関係

未婚者の場合、神経症群の割合が全体の中の46.4%と最も多く、有配偶者との比較において有意 ( $P<0.0001$ ) に高い。また、神経症群にあると考えられる離・死別者は29.2%であったが、有配偶者と比べて有意な差はない。未婚者の神経症群の割合は、全住民と比べても有意 ( $P<0.001$ ) に多く、精神健康問題が大きいといえる。

### ④同居世帯数

単独世帯の者の場合、神経症群が38.8%と、同居世帯数のカテゴリーの中で最も多い。他の6人以上の世帯の者との比較 ( $P<0.01$ )、3人世帯の者との比較 ( $P<0.01$ ) においては有意に神経症群が多いといえるが、全住民の平均と比べると、有意水準を8%にしなければ差はない。他方、6人世帯の神経症群の割合13.5%は、4人世帯の者 ( $P<0.01$ )、2人世帯の者 ( $P<0.05$ )、5人世帯の者 ( $P<0.05$ )、また、全住民と比べても ( $P<0.05$ )、いずれも有意に神経症群が少ないものであった。

このことから、単独世帯の者は精神不健康にあるものが多いが、6人以上の世帯をもつ者は

比較的精神健康が良好である。

#### ⑤世帯合計年収

600万円以上から1000万円未満の層は、600万円未満、あるいは1000万円以上の層と比べ、また全住民と比べても神経症群が有意( $P < 0.005$ )に低く、精神健康が相対的に良好である。つまり、より低所得層とより高所得層が精神不健康であるという結果となった。

#### ⑥有職状況

学生の場合、神経症群が、54.3%と最も高く、それは有職者との比較、主婦専業者との比較、また無職の者との比較、また全住民との比較のいずれの比較においても、有意( $P < 0.01$ )に多い。また、有職者、主婦専業者、無職者の相互の間にはそれぞれ有意な差はみられない。

#### ⑦職種

職種別に神経症群にある者の割合を比較すると、サービス業一般に従事する者に、神経症群の割合が44.8%と、最も多く、技能工、生産工程従事者、単純労働者、部課長以上の管理的職業従事者、販売従事者、また全住民よりも有意( $P < 0.05$ )に多い。次に、一般事務従事者と専門的・技術的職業従事者は、それぞれ技能工、生産工程従事者、単純労働者及び部課長以上の管理的職業従事者より有意( $P < 0.05$ )に神経症群が多かった。

#### ⑧勤続年数

5～10年未満の者の場合、神経症群が36.7%と、勤続年数のカテゴリー中で最も多く、他の15～20年未満の者との比較、30～35年未満の者および35年以上の者との比較、20～25年未満の者との比較においても有意( $P < 0.05$ )に多い。また、5年未満の者の割合32.9%も、15～20年未満の者との比較においては5%水準で有意に多い。他方、25～30年未満の神経症群の割合35.3%も、15～20年未満の者との比較において有意( $P < 0.05$ )に多い。しかし、いずれの場合も全住民と比べると有意に多いということはない。これらのことから、勤続年数が15～25年と30年以上(即ちダブルクロス分析によって相応する

年齢をみると35歳から40歳初めと55歳以上の層)の精神健康状態は他の年代層に比べて良好であるが、10年未満と25～30年未満(即ち30歳未満と45～55歳台の勤務者)の精神健康状態は良くない。前述したように、住民一般の中の45～55歳台の精神健康は、悪くはなかったが、その年代を有職者に限ると、精神的に不健康な者の割合がむしろ多くなる。しかし、その割合は全住民と比べて、有意に多いというものではなかった。

#### ⑨勤務形態

交替勤務の者の場合、神経症群が46.7%と勤務形態の中で最も多く、通常勤務の者と比較して有意( $P < 0.05$ )に多い。全住民と比べると7%水準で有意差がみられた。

#### ⑩雇用形態と職位

係長・主任などの係長以下の中間管理職の場合、神経症群が35.3%と、雇用形態と職位カテゴリーの中で最も多く、非管理職の正規職員の者が34.7%、さらにはパート・アルバイトや自営者・自由業者が続くが、それらの間では有意差はみられなかった。係長・主任格は、経営・管理職と比べると、6%水準であるが有意な差がある。全住民と比べると、有意差はない。

経営・管理職にある者は精神健康が比較的良好であるが、係長以下の中間管理職や役職を持たない非管理職に精神不健康な状態にある者が多くなる傾向が見られた。経営・管理職層において精神健康が意外に良いというのは、他の医療従事者の調査<sup>17)</sup>でも同じ結果をえており、また、日本生産性本部メンタルヘルス研究室<sup>18)</sup>の調査結果とも一致している。

#### ⑪職場の規模

職場規模別に神経症群の割合を比較したが、特に有意な差のあるものはない。

#### ⑫1日平均の勤務時間

1日の勤務時間の階級間でみても同様に有意な差はみられなかった。

#### ⑬生育史的背景

精神不健康の生みだす背景として、これまで

の生育過程がどうであったかということが、重視されなければならないといわれる。

そこで、親の喪失経験（20歳以前の時期の親の死亡）、及び離別体験（16歳以下で1年以上の離別）、及びきょうだいや子どもの喪失（流産・死産を除く死亡）、といった喪失・離別経験や、「一人でいることが不安になる程思い悩んだとか、自殺したいと思ったことがある」といった苦悩体験及び「不愉快な出来事や問題があっても何も対応が出来なかったり、解決できたことがめったにない」といった無力体験の有無をとりあげ、神経症群を形成する背景要因の関連性をカイニ乗及び相関係数の分析によって検討してみた。その結果、有意（ $P < 0.05$ ）な関連性をみだせたものは次のものであった。すなわち、神経症群は苦悩体験や無力体験があったことと有意に結びつくが、喪失・離別経験との関連には見いだせなかった。もちろん、親の喪失時期を20歳前とせずより若い年齢（たとえば5歳以前）にすれば結果は変わったかもしれないが、それは今後の課題とする。

ところで、苦悩体験者は、ストレス性の高い生活出来事や日常苛立事を多くもっており、ストレスをもちやすいタイプA行動特性があり、無力体験をもっていて、問題に対しても逃避的で、25～39歳の層に多い。また、無力体験者については、ストレスをもちやすいタイプA行動特性をもち、日常のイライラを多くつづのらせ、問題対処にも逃避的であり、情緒的支援者も少なく、未婚、離死別者、30～39歳、中小零細企業勤務者が多い。また、親・きょうだい・子どもの喪失体験者は、情緒的支援者が少ないということが相関分析からみた顕著な特徴であった。

### 3) 神経症群の多発する層と少ない層

（表5，6参照）

これまでの検討をふまえ、神経症群をより多く発生させやすい層、あるいはむしろ少ない層の属性的、社会・経済的、生育的背景として、次のようなものが析出された。すなわち、年齢

20～29歳の者、未婚者、学生、有職者とりわけサービス業や一般事務や専門的、技術的職業従事者及び交替勤務者、また、無力体験や苦悩体験を強くもつ者である。逆に、神経症群の発現が少ない層は、6人以上の世帯、世帯合計年収が600万円以上1000万円未満という背景があった。

これらの層の特性をより具体的にもつために、それぞれの層の関連要因の特徴について記述しようと思う。その特徴は、各関連要因間の比較によって有意（ $P < 0.05$ ）な差をもって多いものである。また、表4，5にみる平均値が他に比べ有意（ $P < 0.05$ ）に多いものに限って、それぞれの層の心理社会的環境や行動上の特徴について述べてみる。

#### ①多発する層

<20～29歳の年齢者>未婚、4人世帯または単独世帯、600万円未満の世帯合計年収有職者、または学生が多い。問題や悩みがあると逃避的な行動をとることが相対的に多い。

<未婚者>単独世帯または4人世帯、600万円未満の世帯合計年収、有職者または学生が多い。有職者の場合は、専門・技術的職業、販売業、サービス業、農林水産業その他の職種で、勤務年数10年未満が多い。また、未婚者は無力体験をもつ人が多く、逃避的行動をとりがちである。

<学生>20歳台、未婚、4人世帯、600万円以上の世帯合計年収が多い。また、問題や悩みに対し逃避的行動をとることも多いが、積極的な行動もよくとり、行動的である。無力体験をもつ人はむしろ少ない。

<専門的・技術的職業従事者>旧制高等学校・短大・大学卒以上の学歴、600万円未満の世帯合計年収、5年～10年の勤務年数が多い。

<サービス業者>20歳台～40歳台、有配偶者、600万円未満の世帯合計年収、勤務年数1年～3年未満、自営・自由業またはパート・日雇い・アルバイトなどが多い。

<交替勤務者>男性、20歳台～30歳台、未婚

または有配偶者、単独世帯または2人世帯・5人世帯、サービス業、勤務年数15～20年未満が多い。生活出来事、日常苛立事が多く、それらがあると逃避的行動になりがちで、しかも情緒的支援者が少ない。

#### ②発生の少ない層

<6人以上の世帯>有配偶、有職者または主婦専業が多く、有職者の場合は、管理職、中小企業または大企業が多い。また問題や悩みがあっても逃避的行動をとる人が少ない。

<世帯合計年収600万円以上1000万円未満>40歳台～50歳台、有配偶、4人世帯あるいは5人世帯で有職者が多く、その中でも大企業、経営・管理職または自営・自由業が多い。また、情緒的支援者の保有が多い点があげられる。

### 3. 結 論

住民の精神健康度は、日常的な苛立ちの蓄積によって最も悪化しやすい。その苛立ちは強迫的な行動特性をもち、ストレス性の高い生活出来事をかかえ、問題や悩みがあっても自分では解消しそうでないという無力体験をもち、逃避的な行動をくりかえし、しかも情緒的に支えてくれる人がまわりにいないとき、神経症群を生みやすくなると推定できる。都市地域は、若者、未婚者、学生、単独者、交替勤務者、不安定経済生活層を多くかかえているが、こういった住民層は神経症群に陥りやすい。それは次のような背景を反映していると考えられる。

農村との比較をしていないので今回は検証できなかったが、都市の社会生活は変化が激しく、ストレス性の高い生活出来事が多い、と予想される。都市住民はこうした生活出来事の量や、時間に追われる環境下にあり、また、高年者(60歳～)と比べ( $P < 0.05$ )、そうした生活出来事に追われやすい行動特性(タイプA行動)をもっている若年・中年(20～49歳)がいて、そして、問題や悩みをもっても、逃避的になりやすい若年、未婚、学生、交替勤務者、さらには所得階層の低い者や交替勤務者のように、情緒的に支

援する者が少ない層がいることである。

#### 註

標準偏回帰係数 $\beta$ が説明変数の被説明変数に対する直接効果(Direct Effect)を表わし、相関係数 $r$ がそれに対する全体効果(Total Effect)を示す。従って、 $\beta$ を $r$ でわると、全体効果の中の直接効果の割合、すなわちパスモデルの中での説明変数をもつ被説明変数への直接的な影響力の強さを示すことになる。

#### 引用・参考文献

- (1) 宗像恒次：精神医療の社会学。弘文堂。東京。1984。
- (2) 宗像恒次：保健行動学にみるこれからの医療。東京医学92(3)：247-252, 1985年。
- (3) Holmes, T.H. and Rahe, R.H. : The social readjustment rating scale, J. Psychosom. Res., 11 : 213, 1967.
- (4) Bakal, D.A.: Psychology and Medicine, Springer Publishing Co., New York. 1979.
- (5) Paykel, E.S., Prusoff, B.A.C. and Uhlenhuth, E.H.: Scaling of life events, Arch. Gen. Psychiat. 25 : 340-347, 1971.
- (6) Lazarus, R.S. and Cohen, J.B. : Environmental stress. In Human Behavior and the Environment : Current Theory and Research (Attman, I. and Wohlwill, J.F (eds.) V1, 2, Plenum, New York, 1977.
- (7) 宗像恒次：保健行動の実行を支える諸条件, 看護技術 29(14) : 30-38., 1983.
- (8) Seligman, M.E.P. : Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: W.H.Freeman, 1974.
- (9) Morris, N. et al. : Alienation as a Deterrent to Well Child Supervision. Am. J. Pub. Heal. & Nations Heal. 56 (11) : 1874-1882, 1966.
- (10) Brown, G.W, Harris, I. and Copeland, J.R.: Depression and loss. Brit. J. Psychiat. 130 :

- 1-18, 1977.
- (1) Friedman, M. and Rosenman, R.H. : Type A behavior and your heart, : Fawcett Crest, 1974.
- (2) Cammer. L.:Freedom from Compulsion. Simon & Shuster, 1976.
- (3) Goldberg, D.P :The detection of psychiatric illness by questionnaire, Maudsley Monograph V1. 21.
- (4) 中川泰彬編著：質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用. 国立精神衛生研究所, 1982.
- (5) Henderson, S., Byrne, D.G. and Duncan-Jones P : Neurosis and the Social Environment, Academic press, 1981.
- (16) Wright, S. :Path coefficients and path regressions: alternative or complementary concepts ? . Biometrics 16 : 189-202,, 1960.
- (17) 土居, 宗像, 高橋, 丸山, 吉松, 稲岡, 川野 : 治療者及び看護者の精神衛生に関する研究, 文部省科学研究実績報告書 (No. 59570251) ,1985.
- (18) 日本生産性本部メンタルヘルス研究室 : 日本の管理職 1 万人調査, 第 4 回メンタル・ヘルス大会発表, 1982.



表1-1. 全国及び市部住民と調査対象者との属性・社会経済的背景比較

|                            |           | 全対象者<br>N=353 | 杉並区対象者<br>N=173 | 北区対象者<br>N=180 | 全 国*    | 市 部*    |
|----------------------------|-----------|---------------|-----------------|----------------|---------|---------|
| 性別                         | 男         | 43.3%         | 38.9%           | 48.3%          | 48.3%   | 48.8%   |
|                            | 女         | 55.5          | 61.1            | 51.7           | 51.7    | 51.2    |
| 満<br>年<br>齢                | 20 ~ 24 歳 | 18.1%         | 14.8%           | 21.7%          | 9.7%    | 10.2%   |
|                            | 25 ~ 29   | 7.6           | 8.3             | 7.2            | 11.1    | 11.5    |
|                            | 30 ~ 34   | 9.6           | 9.5             | 10.0           | 13.3    | 13.9    |
|                            | 35 ~ 39   | 9.3           | 13.0            | 6.1            | 11.3    | 11.9    |
|                            | 40 ~ 44   | 9.3           | 8.3             | 10.6           | 10.3    | 10.5    |
|                            | 45 ~ 49   | 12.7          | 10.1            | 15.6           | 10.0    | 9.9     |
|                            | 50 ~ 54   | 10.2          | 7.1             | 12.8           | 8.9     | 8.5     |
|                            | 55 ~ 59   | 5.1           | 7.7             | 2.2            | 6.9     | 6.5     |
|                            | 60 ~ 64   | 6.2           | 8.3             | 4.4            | 5.5     | 5.1     |
|                            | 65 ~ 69   | 4.0           | 5.3             | 2.8            | 5.5     | 4.5     |
| 60 ~ 79                    | 5.4       | 5.3           | 5.6             | 6.2            | 5.6     |         |
| 80 ~                       | 1.7       | 2.4           | 1.1             | 2.0            | 1.8     |         |
| 最終<br>学<br>歴               | 小学校卒程度    | 2.0%          | 1.2%            | 2.8%           | } 38.5% | } 35.4% |
|                            | 中学卒程度     | 14.4          | 9.5             | 19.4           |         |         |
|                            | 高校卒程度     | 39.4          | 39.9            | 39.4           | 44.6    | 46.7    |
|                            | 大卒程度以上    | 43.3          | 49.4            | 38.3           | 15.4    | 17.7    |
| 配<br>偶<br>関<br>係           | 既 婚       | 61.5%         | 62.7%           | 61.1%          | 72.4%   | 71.7%   |
|                            | 離 婚       | 2.3           | 2.4             | 2.2            | 2.0     | 2.2     |
|                            | 死 別       | 4.3           | 5.9             | 3.3            | 8.3     | 7.7     |
|                            | 未 婚       | 31.2          | 29.0            | 33.3           | 17.0    | 18.1    |
| 同<br>居<br>世<br>帯<br>人<br>数 | 1 人       | 13.9%         | 17.6%           | 10.0%          | 15.8%   | 17.5%   |
|                            | 2 人       | 12.7          | 15.3            | 10.6           | 17.6    | 17.7    |
|                            | 3 人       | 17.8          | 19.4            | 16.1           | 19.0    | 19.2    |
|                            | 4 人       | 29.5          | 28.8            | 30.6           | 26.6    | 27.3    |
|                            | 5 人       | 15.0          | 12.4            | 17.8           | 11.7    | 10.9    |
|                            | 6 人 以 上   | 10.5          | 5.9             | 15.0           | 9.4     | 7.4     |
| 年<br>間<br>世<br>帯<br>収<br>入 | 100万円未満   | 1.4%          | 2.5%            | 0.6%           | 12.4%   | ...     |
|                            | 200 〃     | 7.4           | 7.6             | 8.3            | 14.4    | ...     |
|                            | 400 〃     | 27.5          | 25.9            | 33.1           | 28.0    | ...     |
|                            | 600 〃     | 22.1          | 25.9            | 21.9           | } 38.9  | ...     |
|                            | 800 〃     | 12.7          | 10.1            | 16.6           |         |         |
|                            | 1,000 〃   | 8.2           | 9.5             | 8.3            |         |         |
|                            | 1,000万円以上 | 13.6          | 17.7            | 11.2           | 4.2     | ...     |
| 仕<br>事                     | 有 職 者     | 59.2%         | 61.2%           | 58.9%          | 66.9%   | 66.0%   |
|                            | 主 婦 専 業   | 21.2          | 23.6            | 20.0           | 21.2    | 22.6    |
|                            | 学 生       | 9.9           | 7.3             | 12.8           | 1.8     | 2.2     |
|                            | 無 職       | 7.6           | 7.3             | 8.3            | 10.0    | 9.6     |

表1-1. 全国及び市部住民と調査対象者との属性・社会経済的背景比較

|             |               | 全対象者<br>N=353      | 杉並区対象者<br>N=173 | 北区対象者<br>N=180 | 全 国 | 市 部 |
|-------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------|-----|-----|
| 職 種         | 専門・技術的職業      | (10.2%)**<br>17.3% | 18.2%           | 16.5%          | …   | …   |
|             | 管理的職業         | (7.6)<br>12.9      | 15.2            | 11.7           | …   | …   |
|             | 販 売           | (11.0)<br>18.7     | 20.2            | 17.5           | …   | …   |
|             | 農林水産・鉱業       | (0.6)<br>1.0       | 0.0             | 1.9            | …   | …   |
|             | 運 輸           | (0.8)<br>1.4       | 0.0             | 2.9            | …   | …   |
|             | 技能工・生産工程・単純労働 | (7.1)<br>12.1      | 9.1             | 15.5           | …   | …   |
|             | サービス業         | (8.2)<br>13.9      | 15.2            | 13.6           | …   | …   |
|             | 事 務           | (6.2)<br>10.5      | 10.1            | 10.7           | …   | …   |
|             | そ の 他         | (5.9)<br>16.2      | 12.1            | 9.7            | …   | …   |
| 専門・技術的職業の内訳 | 教 員           | (2.0%)<br>19.4%    | 2.5%            | 1.7%           | …   | …   |
|             | 医療保健技術者       | (0.6)<br>5.6       | 0.0             | 1.1            | …   | …   |
|             | プログラマー        | (0.8)<br>8.3       | 0.6             | 1.1            | …   | …   |
|             | 研究開発技術者       | (0.8)<br>8.3       | 0.0             | 1.1            | …   | …   |
|             | そ の 他         | (5.1)<br>50.0      | 7.4             | 3.4            | …   | …   |

\* 年間世帯収入の全国数値は、昭和57年就業構造基本調査（総理府統計局）を基に算出したが、15～19歳の年齢層も含まれる。

その他の全国・市部数値は、昭和55年国勢調査（総理府統計局）を基に算出したが、同居家族人数の全国・市部数値は、全普通世帯に占める各同居家族人数の割合を算出したものである。

\*\* ( ) の中の％は、全対象者の中の割合で、( ) 外の割合は、有識者の中の割合で、以下同様である。

表 1-2

|                                 |                                    | 全対象者<br>N=353    | 杉並区対象者<br>N=173 | 北区対象者<br>N=180 | 全 国     | 市 部 |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|----------------|---------|-----|
| 勤<br>務<br>年<br>数                | 1 年 未 満                            | ( 4.2%)<br>7.1%  | 6.0%            | 8.7%           | 7.7%    | …   |
|                                 | 3 ”                                | ( 9.9)<br>16.8   | 15.0            | 18.3           | 15.9    | …   |
|                                 | 5 ”                                | ( 8.2)<br>13.9   | 13.0            | 15.4           | 13.0    | …   |
|                                 | 10 ”                               | ( 8.5)<br>14.5   | 19.0            | 10.6           | 21.3    | …   |
|                                 | 15 ”                               | ( 6.8)<br>11.6   | 14.0            | 9.6            | 16.9    | …   |
|                                 | 20 ”                               | ( 4.0)<br>6.8    | 6.0             | 7.7            | 10.5    | …   |
|                                 | 25 ”                               | ( 5.7)<br>9.7    | 10.0            | 9.6            | 7.8     | …   |
|                                 | 30 ”                               | ( 4.8)<br>8.2    | 7.0             | 9.6            | 3.7     | …   |
|                                 | 35 ”                               | ( 3.1)<br>5.3    | 2.0             | 7.7            | } 2.9   | …   |
|                                 | 35 年 以 上                           | ( 3.1)<br>5.3    | 8.0             | 2.9            |         | …   |
| 勤<br>務<br>形<br>態                | 通 常 勤 務                            | (47.3%)<br>80.4% | 48.2%           | 48.3%          | 83.8%   | …   |
|                                 | 交 替 勤 務                            | ( 4.2)<br>7.1    | 3.0             | 5.6            | 9.3     | …   |
|                                 | 夜 間 勤 務                            | ( 0.8)<br>1.4    | 1.2             | 0.6            | 0.4     | …   |
|                                 | そ の 他                              | ( 5.9)<br>10.0   | 8.5             | 3.9            | 6.4     | …   |
| 雇<br>用<br>形<br>態<br>・<br>職<br>位 | 社 長 ・ 重 役 等                        | ( 2.3%)<br>3.9%  | 3.1%            | 1.1%           | } 64.5% | …   |
|                                 | 部 長 ・ 課 長 等                        | ( 7.1)<br>12.1   | 8.0             | 6.2            |         | …   |
|                                 | 係 長 ・ 主 任 等                        | ( 4.8)<br>8.2    | 3.1             | 6.7            |         | …   |
|                                 | その他の正規職員                           | (21.2)<br>36.0   | 19.6            | 24.2           |         | …   |
|                                 | 自 営 ・ 自 由 業 者                      | (11.0)<br>18.7   | 4.3             | 1.7            | 16.9    | …   |
|                                 | パ ー ト ー タ イ ム ・ 日 雇 い<br>・ アルバイトなど | ( 7.6)<br>12.9   | 9.2             | 6.7            | 7.9     | …   |
|                                 | 嘱 託                                | ( 2.8)<br>4.8    | 11.7            | 11.2           | } 3.5   | …   |
| そ の 他                           | ( 1.1)<br>1.9                      | 1.8              | 0.6             | …              |         |     |
| 職<br>場<br>規<br>模                | ～ 300人                             | (16.1%)<br>27.4% | 18.5%           | 14.6%          | 21.6%   | …   |
|                                 | 299人 ～ 6人                          | (22.4)<br>38.1   | 20.4            | 25.8           | 75.1    | …   |
|                                 | 5人 ～ 2人                            | (11.0)<br>18.7   | 12.3            | 10.7           | …       | …   |
|                                 | 1人                                 | ( 5.4)<br>9.2    | 6.8             | 3.9            | …       | …   |
|                                 | そ の 他                              | ( 2.8)<br>4.8    | 2.5             | 3.4            | …       | …   |

表 1-2

|                |         | 全対象者<br>N=353  | 杉並区対象者<br>N=173 | 北区対象者<br>N=180 | 全 国   | 市 部 |
|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|-------|-----|
| 勤務時間<br>(一日平均) | 4 時間未満  | (3.1%)<br>5.3% | 3.7%            | 2.8%           | 12.2% | …   |
|                | 6 ”     | (4.5)<br>7.7   | 4.3             | 5.0            | 9.8   | …   |
|                | 8 ”     | (19.3)<br>32.8 | 21.5            | 17.3           | 35.2  | …   |
|                | 10 ”    | (21.8)<br>37.1 | 19.0            | 25.7           | 25.9  | …   |
|                | 12 ”    | (5.9)<br>10.0  | 8.0             | 4.5            | 10.9  | …   |
|                | 15 ”    | (2.3)<br>3.9   | 3.1             | 1.7            |       |     |
|                | 15 時間以上 | (1.4)<br>2.4   | 1.2             | 1.7            |       |     |

※ 勤務形態の全国数値は、昭和55年賃金労働時間制度総合調査（労働省統計情報部）を基に算出したが、15～19歳の年齢層を含む。

雇用形態、職位の全国数値は、昭和57年就業構造基本調査（総理府統計局）を基に算出した。

勤務年数、雇用形態・職位、職場規模の全国数値は、昭和58年労働統計年報（労働法令協会）を基に算出した。

勤務時間の全国数値は、昭和55年NHK生活時間調査を基に算出したが、15～19歳の年齢層を含む。

表 2. 各尺度における主成分分析及び信頼性分析

|             | 第 1 因子固有値 | 第 1 因子寄与率 | 信頼性( $\alpha$ )係数 |
|-------------|-----------|-----------|-------------------|
| 生活出来事       | 2.1459    | 14.0      | 0.5965            |
| 日常苛立事       | 6.7991    | 47.9      | 0.8524            |
| 積極的対処行動     | 1.0988    | 79.7      | 0.5313            |
| 逃避的対処行動     | 1.8912    | 77.2      | 0.6715            |
| 情緒的支援者保有    | 3.6820    | 85.3      | 0.8528            |
| 無力体験        | 1.2873    | 64.4      | 0.4457            |
| 親、子、きょうだい喪失 | 1.5552    | 71.3      | 0.5582            |
| A型行動特性      | 2.0229    | 100.0     | 0.7115            |
| 潔癖型行動特性     | 2.3879    | 79.7      | 0.7398            |
| 精神健康度（神経症群） | 7.7799    | 52.9      | 0.8977            |

表 3. 属性及び社会経済別にみた神経症群の比率

|               |                      | 神経症群(N)                 |  |           |                                                                                     | 神経症群(N)                                          |               |
|---------------|----------------------|-------------------------|--|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| 性別            | 男性                   | 26.8% (153)             |  | 有職<br>状況  | 有職<br>専業主<br>業者                                                                     | 27.3% (209)                                      |               |
|               | 女性                   | 30.6 (196)              |  |           |                                                                                     | 無職                                               | 主婦<br>学生<br>職 |
| 年齢            | 20 ~ 29 歳            | 46.2% (91)              |  | 職種        | 専門・技術的職業<br>管理的職業<br>販売業<br>サービス業<br>一般事務<br>技能士・生産工程従事者・<br>単純労働者<br>その他           | 33.3% (36)                                       |               |
|               | 30 ~ 39              | 32.8 (67)               |  |           |                                                                                     | 14.8 (27)                                        |               |
|               | 40 ~ 49              | 24.4 (78)               |  |           |                                                                                     | 23.1 (39)                                        |               |
|               | 50 ~ 59              | 20.4 (54)               |  |           |                                                                                     | 44.8 (29)                                        |               |
|               | 60 歳 ~               | 11.5 (61)               |  |           |                                                                                     | 36.4 (22)                                        |               |
| 最終学歴          | 尋常小・小学校中<br>尋常高小・新制中 | 20.7% (58)              |  | 勤務形態      | 通常勤務<br>交代替勤務<br>夜間勤務・その他                                                           | 26.4% (167)                                      |               |
|               | 旧制中・高女高校             | 27.4 (139)              |  |           |                                                                                     | 46.6 (15)                                        |               |
|               | 旧制高専・短大・大学以上         | 32.7 (153)              |  |           |                                                                                     | 16.7 (24)                                        |               |
| 配偶関係          | 既婚有配偶<br>離婚・死別       | 19.8% (217)             |  | 雇用形態と職位   | 経営・管理職<br>中間管理職<br>非管理職<br>パート・アルバイト<br>自営・自由業者                                     | 15.2% (33)                                       |               |
|               | 未婚                   | 29.2 (24)<br>46.4 (110) |  |           |                                                                                     | 35.3 (17)<br>34.7 (75)<br>25.9 (27)<br>25.6 (39) |               |
| 同居世帯人数(本人を含む) | 1 人                  | 38.8% (49)              |  | 職場規模      | 大中小企業<br>中細企業<br>零細企業                                                               | 26.3% (57)                                       |               |
|               | 2 人                  | 28.9 (45)               |  |           |                                                                                     | 26.6 (79)                                        |               |
|               | 3 人                  | 22.2 (63)               |  |           |                                                                                     | 25.7 (39)                                        |               |
|               | 4 人                  | 33.7 (104)              |  | 勤務時間      | 6 時間未満<br>6 ~ 8 〃<br>8 ~ 10 〃<br>10 時間以上                                            | 25.9% (27)                                       |               |
|               | 5 人                  | 28.3 (53)               |  |           |                                                                                     | 27.9 (68)                                        |               |
|               | 6 人以上                | 13.5 (37)               |  |           |                                                                                     | 31.2 (77)                                        |               |
| 世帯合計          | 100万円以上~200万円未満      | 32.3% (31)              |  | 勤続年数      | 0 ~ 5 年未満<br>5 ~ 10 年<br>10 ~ 15 年<br>15 ~ 20 年<br>20 ~ 25 年<br>25 ~ 30 年<br>30 年以上 | 32.9% (79)                                       |               |
|               | 200万円以上~400万円未満      | 27.8 (97)               |  |           |                                                                                     | 36.7 (30)                                        |               |
|               | 400万円以上~600万円未満      | 32.1 (78)               |  |           |                                                                                     | 25.0 (24)                                        |               |
|               | 600万円以上~800万円未満      | 26.7 (45)               |  |           |                                                                                     | 7.1 (14)                                         |               |
|               | 800万円以上~1,000万円未満    | 10.3 (29)               |  |           |                                                                                     | 15.0 (20)                                        |               |
| 年収入           | 1,000 万円以上 ~         | 31.3 (48)               |  | 35.3 (17) |                                                                                     | 18.2 (22)                                        |               |

※ 無回答は除いて比率を計算している。

表4. 神経症群とそれをめぐる心理社会的環境と行動に関する相関マトリックス

|                                   | 生活出来事(X <sub>1</sub> ) | 日常苛立事(X <sub>2</sub> ) | 積極的対処行動(X <sub>3</sub> ) | 逃避的対処行動(X <sub>4</sub> ) | タイプA行動特性(X <sub>5</sub> ) | 深層型行動特性(X <sub>6</sub> ) | 情緒的支援者保有(X <sub>7</sub> ) | 親、子ども、きょうだいとの喪失体験(X <sub>8</sub> ) | 苦悶体験(X <sub>9</sub> ) | 無力体験(X <sub>10</sub> ) | 神経症群(X <sub>11</sub> ) |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 生活出来事(X <sub>1</sub> )            |                        | 0.2437**               | 0.1148                   | 0.0731                   | 0.0286                    | -0.0090                  | -0.0923                   | 0.1345*                            | 0.1544**              | 0.0890                 | 0.2798**               |
| 日常苛立事(X <sub>2</sub> )            |                        |                        | 0.0857                   | 0.3285**                 | 0.2276**                  | 0.1415*                  | -0.1931**                 | -0.0178                            | 0.3136**              | 0.3082**               | 0.5096**               |
| 積極的対処行動(X <sub>3</sub> )          |                        |                        |                          | 0.1308*                  | 0.1882**                  | 0.2657**                 | 0.1366**                  | -0.0451                            | 0.0511                | -0.0796                | -0.0814                |
| 逃避的対処行動(X <sub>4</sub> )          |                        |                        |                          |                          | 0.2870**                  | 0.1227                   | -0.0908                   | -0.0676                            | 0.1964**              | 0.2017**               | 0.1871**               |
| タイプA行動特性(X <sub>5</sub> )         |                        |                        |                          |                          |                           | 0.4058**                 | 0.0102                    | -0.0271                            | 0.1681**              | 0.1671**               | 0.1878*                |
| 深層型行動特性(X <sub>6</sub> )          |                        |                        |                          |                          |                           |                          | 0.0401                    | 0.1291*                            | 0.0334                | 0.0283                 | 0.0485                 |
| 情緒的支援者保有(X <sub>7</sub> )         |                        |                        |                          |                          |                           |                          |                           | -0.1785**                          | -0.1095               | -0.2237**              | -0.1601*               |
| 親、子ども、きょうだいの喪失体験(X <sub>8</sub> ) |                        |                        |                          |                          |                           |                          |                           |                                    | 0.0412                | -0.0404                | -0.0509                |
| 苦悶体験(X <sub>9</sub> )             |                        |                        |                          |                          |                           |                          |                           |                                    |                       | 0.2752**               | 0.3924**               |
| 無力体験(X <sub>10</sub> )            |                        |                        |                          |                          |                           |                          |                           |                                    |                       |                        | 0.3931**               |
| 神経症群(X <sub>11</sub> )            |                        |                        |                          |                          |                           |                          |                           |                                    |                       |                        |                        |

\* P &lt; 0.01    \*\* P &lt; 0.001

表5. 属性, 社会経済的背景別にみた情緒的支援者保有及び逃避的対処行動の尺度値の平均と標準偏差

|                    | 情緒的支援者保有 <sup>1)</sup> |              | 逃避的対処行動 <sup>2)</sup> |      |
|--------------------|------------------------|--------------|-----------------------|------|
|                    | 平均値                    | 標準偏差         | 平均値                   | 標準偏差 |
| 〈性別〉 男             | 6.42                   | 2.68         | 0.32                  | 0.89 |
|                    | 7.41                   | 2.33         | 0.38                  | 0.88 |
| 〈満年齢〉              | 20～29歳                 | 7.65         | 2.10                  | 0.53 |
|                    | 30～39歳                 | 6.48         | 2.90                  | 0.24 |
|                    | 40～49歳                 | 7.48         | 2.21                  | 0.28 |
|                    | 50～59歳                 | 6.76         | 2.78                  | 0.49 |
|                    | 60～69歳                 | 6.01         | 2.63                  | 0.02 |
|                    | 70歳以上                  | 5.92         | 2.36                  | 0.32 |
|                    | 〈最終学歴〉                 | 尋常小学校・小学校    | 5.29                  | 2.45 |
| 尋常高等小学校・新制中学       |                        | 6.23         | 2.50                  | 0.33 |
| 旧制中学・高女・高校         |                        | 7.08         | 2.51                  | 0.25 |
| 旧制高等, 専門学校・短大・大学以上 |                        | 7.24         | 2.47                  | 0.44 |
| 結婚し妻あるいは夫がいる       |                        | 6.88         | 2.50                  | 0.23 |
| 〈配偶関係〉             | 離婚し配偶者はいない, 結婚したが死別した  | 7.07         | 2.46                  | 0.62 |
|                    | 未婚                     | 7.12         | 2.64                  | 0.54 |
|                    | 〈同居家族〉                 | 1人           | 6.90                  | 2.54 |
| 2人                 |                        | 6.60         | 2.84                  | 0.61 |
| 3人                 |                        | 7.52         | 2.26                  | 0.27 |
| 4人                 |                        | 7.15         | 2.25                  | 0.29 |
| 5人以上               |                        | 6.60         | 2.77                  | 0.27 |
| 〈収入〉               |                        | 200万円未満      | 6.45                  | 2.62 |
|                    | 400万円未満                | 6.53         | 2.79                  | 0.41 |
|                    | 600万円未満                | 7.05         | 2.51                  | 0.19 |
|                    | 1,000万円未満              | 7.38         | 2.39                  | 0.32 |
|                    | 1,000万円以上              | 7.77         | 2.01                  | 0.56 |
| 〈仕事〉               | もっている                  | 7.20         | 2.42                  | 0.35 |
|                    | 主婦専業                   | 7.11         | 2.45                  | 0.30 |
|                    | 学生                     | 7.17         | 2.31                  | 0.54 |
|                    | 無職                     | 5.15         | 3.03                  | 0.29 |
|                    | 〈職種〉                   | 専門的・技術的職業従事者 | 6.94                  | 2.67 |
| 管理的職業従事者           |                        | 6.93         | 2.15                  | 0.18 |
| 販売従事者              |                        | 7.10         | 2.49                  | 0.48 |
| 農林水産・鉱業・運輸・技能従事者   |                        | 6.74         | 2.59                  | 0.23 |
| サービス業従事者           |                        | 7.63         | 2.06                  | 0.27 |
| 事務従事者              |                        | 8.23         | 1.96                  | 0.45 |
| 1.15               |                        |              |                       |      |

1) 最大値 9      2) 最小値 5

表 6. 勤務形態別にみた社会心理的環境と行動の尺度値の平均と標準偏差

| 勤務形態   | 生活出来事 <sup>1)</sup> |      | 日常苛立事 <sup>2)</sup> |      | 無力体験 <sup>3)</sup> |      | 逃避的行動 <sup>4)</sup> |      | 情緒的支援者保有 <sup>5)</sup> |      |
|--------|---------------------|------|---------------------|------|--------------------|------|---------------------|------|------------------------|------|
|        | 平均値                 | 標準偏差 | 平均値                 | 標準偏差 | 平均値                | 標準偏差 | 平均値                 | 標準偏差 | 平均値                    | 標準偏差 |
| 通常勤務   | 2.03                | 2.11 | 1.71                | 2.98 | 0.13               | 0.38 | 0.33                | 0.83 | 7.21                   | 2.47 |
| 交替勤務   | 3.13                | 2.59 | 3.81                | 5.91 | 0.20               | 0.40 | 0.54                | 1.27 | 6.06                   | 2.30 |
| 夜間・その他 | 1.71                | 1.60 | 1.17                | 1.97 | 0.29               | 0.61 | 0.46                | 0.89 | 7.75                   | 1.96 |

1) 最大値 9      2) 最大値 25      3) 最大値 2      4) 最大値 5      5) 最大値 9



## 青年の身体と自己表現

精神衛生部

牟田 隆 郎

### Body and Self-Expression of Adolescent

Takao Muta

Division of Mental Health

#### Summary

There seems to be an increasing interest recently in the "body". This must be related to the fact that we live in a rigidly controlled society. People are becoming more concerned with restoring to themselves a "living body" in an attempt to recover self-wholeness and self-unity.

In the process of developing into the systematized "body" of an adult, the body of a young person is subjected to many unstabilized factors such as sexual problems. In this connection, restrictions imposed by school education are a factor which cannot be ignored. The "bodies" of youths are on the urge of being suffocated.

People express the friction of daily life by what we may call distorting their bodies. The phenomenon of closing one's body is certainly one example of this, and there is a danger that this phenomenon will become more widespread in the future. More than ever there is a need for people to transform themselves into a new body in the midst of devoting their energies to daily life.

**Key words** : *body, controlled society, adolescent.*

#### 要 旨

昨今、「身体」への関心が、人々の間に高まっているかにみえる。このことと、管理社会にわれわれが身を置いていることとは、決して無縁なことではないであろう。自己の全体性・統一性回復に向けて、「生ける身体」を取り戻すことが、知らず知らず人々の追求する課題となっているのであろう。

ところで、大人の制度化された身体になる以前の青年の身体は、性的問題を初め、種々のものによって動揺を受ける。その際、学校教育による拘束は無視できないものの一つである。青年の身体はまさに窒息しかかっている。

人はいわば身体の歪みを通して、生活の軋轢

を表現する。閉ざされた身体というのも無論そうであるが、現今、その身体を閉ざす傾向が広まっているのではないかと危惧される。日常に身をゆだねつつ、新たな身体へと超出していくことが、今まさに必要なのではないだろうか。

#### 身体への注目

近来、身体に対する関心が、さまざまな面において現われてきているように思える。

身体そのものへと主として関心が向かい、「体を鍛える」とか「シェイプ・アップ」という観点から、ジョギング、ボディー・ビル、エアロビクス、ジャズ・ダンス、あるいはテニス、バレーボールなどの各種スポーツ類が為されている。「健康回復・増進」という観点からは、さ

さまざまな痩身法があるし、「美容」という側面からは、種々の技法が考案されてもいる。

身体と心の両者にまたがるものとしては、ヨガや太極拳であるとか、あるいは座禅や瞑想法などがあげられ、これらもやはり身体に対する関心を抜きには考えられないものである。

更には、多種の健康器具が人気を集め、また健康に関わる雑誌や書籍がよく売れるなど、「健康法」が氾濫している観もあるが、これなどもやはり、身体への執着の強さからきていると言ってもよいであろう。

また過剰とも思える性の氾濫の陰にも、恐らくは身体への何らかの回帰現象が、関与しているのであろう。その場合に忘れてはならないのは、身体という面から性を考えた際、圧倒的と言っていいほどに、「女性」の身体が着目されていることである<sup>8)</sup>。性の対象としての女性の身体はもとより、各種のCMなり雑誌や週刊誌の表紙なり、カレンダーやポスターなどなど、女性の身体が使用されている例は枚挙を厭わない。恐らくは、多くの文化にみられる、女性の身体のもつ神秘さ・不可思議さに対する尊敬と蔑視の念が、現代においても、両方の面が入り混って噴出しているのであろう。身体への回帰が、まずは女性を巡って現象していると思われるのである。

実は身体と、差別・蔑視の問題とは、非常に密接な繋がりをもっている<sup>9)</sup>。しかしここでは、子どもたちの「いじめ」の現われ方として、「不潔」とか「バイキン」といった、身体性に関わるものがあることを指摘しておくにとどめよう。

さて、哲学の分野においても、身体と心の問題は、多くの人の注目をあびてきた。代表者と言えば、デカルトとそのデカルトを超えようとしたメルロ・ポンティ、そしてヴァレリーの言説をとり入れて論を展開しつつある市川浩というところか<sup>1)</sup>。いずれにせよ、人間を突きつめて考察する際に、特に西洋的思惟においては、身体(肉体)は、避けて通れない重要な契機なのである。

東洋的思惟においては、例えば「身心一如」といった表現にみられるように、概して両者を不可分のものとして捉える趣きが強かった(強い)ようである<sup>11)</sup>。「身(み)」という言葉の使い方一つをみても、この点が頷ける<sup>2)</sup>。けれども現代においては、西洋的思惟と東洋的思惟の狭にあって、身体と向き合いつつ身体を生きているのが、われわれ日本人なのではないだろうか。

いずれにせよ、身体への注目が各方面でなされてきている現象は、時代の一つの変節点に、われわれが今さしかかっていることを示唆していると思われる。

### 管理社会と身体

何故身体への回帰現象が目立つのか、その点について考えてみよう。

身体を、皮膚の内側に閉じられた部分にのみ限極して捉えることの是非はさておき、人々が自己の在り処と目される身体に対して関心を注ぐということ、これはすなわち、「個我」というものが不安定に晒されていることを意味しないだろうか。自分の在り方が、どこか本当ではない、何か違っている、これでいいのだろうか、といった想いが心の底にあり、何とかしなくてはという生きている主体の要請が、「自分」に属するもののうちの、差し当って操作可能に思える「身体」に対して向けられる。言い換えれば、一人一人が自分の在り方を自分一人で背負いこみ、何事かを回復しようとしてもがいている、と言ったら言い過ぎであろうか。

こうした状況と切っても切り離せないのが、よく言われる「管理社会」というもののもつ、私たち一人一人に及ぼす拘束力の存在である<sup>9)</sup>。この場合「管理」という言葉は、丁度「自分らしさ」という言葉に対置された響きをもっている。

しかし、管理されているのは我々一人一人だとして、それではいったい誰があるいは何が管理する側になるのであろうか。この問題は、実は一筋縄では答えを見い出せない。昨今ジャー

ナリズムが取り上げる「管理教育」という事態についてならば、まだ管理する主体と内容を特定しやすい。日常的な生活における、生徒に対する教育する側の細かな規則・校則の押しつけとか、偏差値に基づく輪切りに象徴される進路の限定、あるいは文部省の教科書検定に代表される教育内容・教育方法の制約などなど、といった具合にである。

ところが大勢の「私」に対して、何が管理を強いているのか、その答えは一義的には出てこない。そもそも、人が他者と共に生きていくということ自体に、既に管理の萌芽はあるわけであり、従って、人間というものの成り立ちのなかに、初めから「全き自由」とは相容れないものが備わっているのである。

とは言うものの、世の中を見渡して、生き生きしている大人（小さな子どもは一応別）をあまり見かけないわけで、多分かなりの人が管理の重圧を味わっているのであろう。一部の為政者たちがその張本人であろうか、それとも現在のような産業社会システムが、その非を被るべきであろうか、国家間の角逐が、個人の生活にまで影を及ぼしているのであろうか。

恐らくそのどれもが妥当するとも言えるし、またそれだけではないとも言えるのであろう。ただここで言えることは、国家体制という巨大なまとまり方が、各人の日常的生き方からあまりにもかけ離れており、そこからくる疎隔感が、人をしていわば宙ぶらりんにしてしまいやすいのではないかということである。共同幻想も巨大な規模のものに根差していると、もっぱら正体不明でありつつも、管理的な機能だけはしっかり果たすのである。

それともう一つ付け加えておきたいのは、社会の揺らぎや変動が大きい時、あるいは地域の生活共同体が崩壊していく時、個我意識ないし自我意識がむしろ芽生えやすいわけで、この自我形成が為されれば為されるほど、皮肉にも孤立感なり孤独の問題が前面に出てきやすくなることである。このことは、必ずしも世の中が管

理社会化することとパラレルではないが、人々をして自らの身体に関心を向かわせるインパクトとなりうると思われる。

まとめて言うと、個人の生活の範囲をあまりにも越え過ぎてしまっている社会の仕組みの中に組み込まれ、他方、そのことを鋭く感得せざるを得ない自我意識を形成しているがために、勢い人々の関心は、もう一度己れの「全体性・統合性」を回復しようとして、半ば無意識のうちに、自分の在り処であると思われる「身体」に回帰しようとしているのではないだろうか。

ただしその場合、身体というものを、客体として対象化できる「客体としての身体」と、まさにそれを生きつつある「主体としての身体」というふうに分けて捉えた際、へたをすると、「客体としての身体」の側面の方に、もっぱら目を奪われてしまうという落とし穴が待ち構えている。例えば、見かけの美醜にこだわったり、ひたすら筋肉を増大させたり、ひいては他者の評価を通して自己を回収しようという試みなどがそうである。「客体としての身体」とは、まかり間違えば、管理なり操作なり差別なりの対象とされる身体の現われ方に墮してしまう危険性と、裏腹のところにあるからである。その危険を、まさに自らが自らの身体を疎外するかたちで冒してしまうとするならば、それは二重の意味で、「生ける身体」を窒息させてしまうことになってしまうのである。

## 身体と生活史

先に身体を「客体」と「主体」という二側面に分けてみたが、この二分法的な捉え方はなかなか曲者である。早い話だが、人間の生を、心とからだ、精神と身体とに分けるというのも、この二分法の洗礼を受けているわけであり、人間に関する認識を深めはしたかもしれないが、他方、生きた全体性・統合性の確立からは、むしろ我々は隔ってしまった可能性もある。

ただし先に若干述べたように、東洋的思惟においては、身心（心身）の二元を超えて、両者

が一体となる方向が求められていた傾きが強いようだ<sup>11)</sup>。この点、日本人にあっては、まだ身心の一体性が体験されやすいのかもしれないが、しかし、現代においては、西欧的な色合いのさまざまなものが流入し混ざり合ってきているわけで、事態は西欧とあまり変わらないかもしれない。「身内」といった人間関係のもち方の中に、幾らか東洋的な身心観が顔を出していたりするのであろうが<sup>12)</sup>。

とに角、人間も「生き物」であることを出発点とすれば、「生き生き」した状態というのは、身心合一状態において実現されると考えるのは自然であろう。その際に、「身体」と「心」とがもともと別々にあって、それが合一すると捉えるのは転倒した発想であろう。本来が一つのものなのであるが、恐らく人間においては、大脳皮質の発達が大であることからくる認識能力の増大が、事物を対象化し抽象化し、それを記号をもって操るなどするわけで、己れの「生」をも固定し、対象化し抽象化してしまう傾向が強まってしまったのだろう。世界を分節化する力を獲得したものの、自らをも分節化してしまうという矛盾を抱えこんでしまったのである。

いわば「頭」がよくなってしまったがために、「体」はやゝもすると二義的なものへと後退させられがちになる。精神と身体とが分離させられるのみならず、前者が後者を抑圧する構造が生み出されやすくなる。この時身体は「物」化される。物化された身体は、容易に比較対照されたり評価されたり、ひいては差別を仲立ちするものとなりやすい。

ただ、身体が抑圧されたからといって、何ものをも体視しないというわけではない。いやむしろ、意識—無意識の抑圧構造に二重がさねになり、それこそ無意識的・無意図的に、その人の在り方なり生き方なりが表現されるのではないだろうか。

そのような観点から今一度身体を眺めれば(ここで対象化するのはやむ得ない作業である)、それはその人の生活史の集大成であり、かつ未来

への可能性を宿しつつ、まさにこの現在において生きつつあるものという性格を帯びてくる。

「体つき」「姿勢」「身のこなし」「癖」「発声」「表情」等々、そのすべてが歴史的産物なのであり、その人の生き様を物語っている。そしてそれは、いわば内側から形成されてきたもののみならず、外側から強制されたものも加味されており、両者のせめぎ合いの結果が、最終的にある形を為して表現されている。

古来われわれの先祖たちは、この表現されているものを汲みとるのが、今のわれわれよりも上手だったかもしれない。それが証拠に、日本語には実にたくさんの「からだ言葉」があり、精妙な使い方をされていたようだからである<sup>13)</sup>。現代人、それも特に若い人たちは、感覚的な面は鋭いかもしれないが、体験を表現する言葉をあまり獲得していないようだ。つまり、体験を肉化しておらず、表面的なやり取りで事象をやり過ごす傾向が強いのではないだろうか。ここで青年の身体というものに目を向けてみよう。

### 青年と身体—大人への道程—

周知のように、第2次性徴といういわば体の内側からの衝撃は、青年をして、自分自身並びにまわりの世界、そして自分とまわりとの関係に関心を向けさせるに十分な強さをもっている。大きさに言うならば、自分と世界とを組み立て直すことを迫られるのである。

もともと、この過程をゆるやかに迎える青年もいるだろうし、文化・社会によっては、性の衝撃が弱いという所もあるだろう。考えてみれば現代日本社会において、性情報は氾濫し、性の商品化はすさまじい勢いで広がっている。人間の全体性の回復、管理・支配からの離脱といった面をもつ「性」も、ひとたび「物」化し商品化してしまうと、やはり管理され操作されるものに墮してしまう。

子どもたちもこの奔流に早い時期から洗われるわけで、自らの身体を早目に性的な身体、それももっぱら快楽的(感覚的、物質的)な身体

に仕立て上げてしまう子も出てきてしまう。その時、実は同時に相手の身体をも手段化してしまっているのである。この点まさに、大人になるということと性の享受とが、別個のものになっているわけである。

さていずれにせよ、性を契機に、子どもは普通、身体を対象化して捉える傾性を、強く抱かされるようになる。心と体との分離が促進されるわけであり、これは一種の分裂状態とも言える。当然のことながら、この分裂状態に陥いることにより、人は不安定な境遇に導かれる。

しかしこの不安定さは、度を越すことさえなければ、むしろ逆に創造的な歩みを促すきっかけとなり得るものである。

人間の成長というものがあるとしたら、それは恐らく一定の目標に到達するという性質のものではないであろう。常に生成し続け、新しい自己を形成していくことこそ、人間における成長なのではあるまいか。

そうであるならば、青年期に経験しやすい不安定さとは、不安定→安定→不安定→安定→と続く螺旋的な生成運動の一つの局面に過ぎないということになる。ただ、人によっては不安定さの度合いが大きく、なかなかそこから抜け出られないということなのだろう。

生成運動の向かう方向についても触れねばなるまい。究極的なゴールは先に述べたように見えないわけだが、大まかな方向性はあるのだろう。それは思うに、西欧的な「精神」を高めることのみではないであろうし、かといって、それへの反動のような「身体」にのみ深く沈潜するということでもないであろう。多分東洋的な「身心合一」というのに近いのであろうが、われわれは日常生活というものをやはり基盤にしなければならぬ。思索に耽ったり瞑想したり、あるいは山にこもって修行をするなどは、誰でもできるというものではない。あくまで日々の営みの中で、自らを生き、そして自らを超出していかなければならない。

その際、現代人における精神優位の傾向から

鑑みて、まず「生きた身体」の方への揺り戻しをかける必要があるだろう。そして、生き生きした身体と、伸びやかな知恵とが共存する状態を回復することが肝要なのだろう。その時に、自己と他者との関係は、多分に可変的なものになるだろう。時にはくつきりと境界が際立ち、時には融合するというように。

このような営みの流れが、真に「大人」となるという方向と合致してくるのではないか。大人になるということは、単に社会に組み込まれ、つまりは制度化された身体をもつということではない。さりとて、社会を離れ一人高邁な境地に身を置くことでもない。俗にありつつ俗を越え出る不断の自己生成が、大人への道程となるのであろう。

### 青年と身体—教育と身体—

現代の子どもたちは、かなり早くから競争原理に晒されている。従って、実利的・功利的といった意味合いの「現実的」な態度を、多かれ少なかれ身につけざるを得ないようだ<sup>10)</sup>。これは制度に縛られ管理される身体を作りあげることでもある。いろいろな可能性を試し、未知の領野に踏み込む機会を多くもつことが必要なこの時期に、既に型に嵌った身体を生きなければならぬということ。この無理は必らず何かの形で、(身体に)出てくるはずである。

こうした惨憺たる実情を考える際、今の教育環境を無視するわけにはいかない。竹内が、小・中学校の現職教師たちのレッスンをを行った際体験したことを述べているが、それによると、手を拍ったら相手を見つけて並ぶというレッスンで、30人ばかりいた教師が、5人を先頭にして、竹内を中心とする放射状に、一人残らずと一列縦隊に並んでしまったということである<sup>9)</sup>。現職の教師にしてからがこの有り様である。既に教師自ら、管理された身体を生きているわけであるから、その生徒が伸び伸びした身体を形成できるはずがないではないか。

高校の教師の話しを聞いていたら、授業中机

の上に突っ伏している生徒が何人かいるという。これは明らかに学ぶ姿勢などというものではない。学ぶことを放棄し拒否しているどころではなく、死んでいる姿勢である。多くの場合、当の「無気力」生徒にその非が求められる。しかし、己れを生かす教育という実感が乏しい時、その身体が、押しつけられた枠に抵抗していると理解することもできる。他に自分を生かす方図が見当らなければ、身体はただ宙をさ迷うしかない。なかには、積極的に枠に抵抗する者もいるだろう。時にはそれが暴力的なかたちで表現されたりする。

与えられた「現実」に戸惑ってしまった時、人は自らの姿勢を失ってしまう。ある青年は、学校へ通い続けることが困難になってしまった。彼が訴えることは、「足が地についている感じがしない」であった。彼の歩く姿は、腰が曲がり腰が後ろに引けてしまい、ややうつ向き加減に歩くというものであった。背が高いにもかかわらず、存在感の薄い歩き方であった。恐らく、学校で自分の身体を見失ってしまったのだろう。

別の青年は、いじめというかたちで、その身体を学校で痛めつけられ傷つけられた。肉体的な暴力はもとより、言葉による暴力によってもその身体を否定されてしまった。やり切れないのは、子どもたちどうしでこの否定し合いが起きていることである。多様な身体の共存する余地が、少なくなっているのだろうか。

いじめというのは、一つの見方をすれば、学級集団なり学校集団といった人間の集まりにおいて、その一部を疎外する動きである。いじめられている子の味方になる動きがあまり出てこないわけで、これはほとんど、集団全体が一部の人間を切り捨てることと等しい。一個人においても、例えば精神と身体とが分裂し、精神が身体を「物」化し切り離す事態というのは、これはかなり危機的な状態である。これと同じようなことが、今まさに学校で起きているわけである。

自らの身体を管理の網の目からめとられ、子どもたちは窒息しかかっているのではないだろうか。であるならば、いじめる側もいじめられる側も、閉ざされた身体を抱えているという点では同根である。更には、教師自身がやはり、姿勢の定まらない不確定な身体を抱えて、途方に暮れているのではないだろうか。教育の病理は深いと言わざるを得ない。

### 青年と身体—閉ざされた身体—

これは青年ということではないのだが、乗物に乗っていてよく感ずるのは、表情のない顔つきをしている人が多いな、ということである。知人と一緒にいる時はそうでもないようだが、一人で乗っている人というのは、どんな顔をしてそこに居たらいいのか分からず、いわば「中立的」な表情をしているように見える。悪く言えば生気が無いともいえるし、人によっては、活字を追ったり寝込んでしまって、身体の内側に引込んでしまって閉じている。

都会の、それも公共輸送機関のような、見知らぬ他人どうしが集まる場においては、人は無難で公式的で中立的な身体で参加することが多くなる。これは無関与を特徴とする、半ば固定された身体である。

ところが何かの拍子に、言葉を交わす機会が生じると、そこは関係の場に転換し、互いに生きた身体として向き合うことになるから不思議である。従って、関与する身体は、それまで潜在化していたことになり、他者と触れ合う構えは、可能的身体として準備されていたと言える。

けれどもなかには、もっと閉ざされた身体をもっている人もいる。ある少女はほとんど口をきかなかつた。必要最低限のことを喋るのみで、その身体は固く閉ざされていた。恐らく長い時間をかけてその少女は、他者に対して身体を閉ざすことが、自分の傷つき方が一番少ない方法だと、体得したのだろう。

他者と一緒に身体を動かすことになった時、すっと同調できない青年がいた。考えてみれば、

われわれが他者と何か一緒に身体を動かしてやるというのは、無意識的に「共身体性」とでも言うべき繋がりが、お互いの中で既に成立していることが前提であろう。彼の動きは、どこか機械を思わせる固いものであった。それは、他者との繋がりを拒否してきたか、他者から裏切り続けられてきたか、あるいはその両方ともであったかを物語っているようだった。

別のある青年は、もっと閉ざされた身体を持っていた。他者が側に来ても、その身体は何の反応も示さなかった。そして自分にだけ分かる言葉を宙に投げかけていた。いや本人にとっても、単なる記号の繋がりを音声化しているに過ぎなかったのかもしれない。服装もあまり構わず、身体はただそこにあるという感じであった。

いずれの例においても、その身体はむしろ引きずられて動くものという印象をもたせた。この世の中のどこにそれを位置させたらよいのか、身の置きどころが見つからない風情でもあった。

そのような身体に出会った時、われわれの身体も何か落ち着きにくくなるものである。相手の身体との間に共身体性が成り立たず、何かぎくしゃくとして、こちらの身体も幾らかむき出しにされてそこにあるといった様相を呈してくる。

実はこの現象が、密かに少しずつ拡大しているのではないか、というのが私の考えである。つまり、大勢の人において、身体の閉鎖化が僅かずつ進行しているのではないか、という危惧をもっているのである。

ゲーム・センターで機械相手に奮闘している若者を見るにつけ、手順さえ間違わず、かつ塾達すれば、操作が可能になり、そして結果が正直に報告される。このような関係の方が楽なのか、という思いを抱かされる。あるいは、デジタル化された種々の記号を操るのがうまい若者が増えてきている<sup>6)</sup>。けれどももしかしたら、記号の表面性のみを巧みに処理しているだけで、身体への内実化がどれ程為されているのだろうか、とってしまう。

人間関係についても、表向きは社交上手の若者が増えてきた様子もみられる。集団を為しては和気藹々と、「盛り上がる」のがうまいとむしろ関心するぐらいである。しかしどことなくその関わりのもち方も、上すべりしている気がしてしょうがない。何となく一定の距離内に互いに身を置いて、盛り上げることで、関係がうまくいっているという錯覚に酔っているのではないだろうか。

あるいは、これも竹内が指摘している例だが、相手の要求を先取りして反応してしまう身体というものもある<sup>7)</sup>。世間的にはかなり「適応的」な生き方なのだろうが、その実、自分らしい身体を見失なっているとも言える。

現代では、一方でこのような要領がよく、物分かりがよく、スマートな身体が増えているようだ。

閉ざされつつある身体と、一見開かれているに見える身体。ともに触れ合い方が分からずに、宙ぶらりんになっている身体と言ってよいのではないだろうか。

### 開かれた身体へ向けて

一つ一つの孤立した身体が、如何に触れ合っていくか、事態はなかなか難しい。主に明治時代以降われわれ日本人も、西欧的近代的自我とやらを、かなり築きあげてきている。しかしどうも、内的精神的強さがそれ程備わったとも思えないし、一方で利己的な面が増長したと考えられなくもない。とするならば、やはりどのようにして自他の融合をはかり、自他の間合いをとったら良いのか、その身の処し方が大事になってくるのではないだろうか。

既に一個の自我を形成してしまったことから、人は「自分」というものにこだわらざるを得ない。その際、皮膚で外側から境界を仕切られているかに見える「自分の身体」が、どうしてもまとまりの象徴と見做されやすい。このために、身体が自分の在り処であると同時に、逆説的に、他者の身体と自らを隔てる契機となってしまう。

あるいは、人生の初期の「鏡像段階」に窺われるように、身体の発見が自我の発見の導きの糸となるように、身体が他と己れとを分かち根拠となってしまう。

いずれにせよ、自我の成立にはその源からして、他者との離別の要素を、既に内在的に抱え込んでしまっている。それでは他者との溝を、われわれはどうやって埋めていけるのだろうか。

この点においても重要な働きをなすのが、「身体」なのである。身体は確かに、他者と自らを隔てるものであるが、反対に、他者と自らを繋ぐ手立てでもある。

そもそも、身体の内奥（無意識）に至れば、そこは皮膚の内側という狭義の身体のもつ限界をとり越え、まわりの世界に向って開かれ、かつまわりの世界と結びうる場所なのである。これを広義の身体と名づければ、それは新しい自己の広がりをもたらす可能性をはらんでいる領野なのである。

けれどもそこは、狭義の身体（自我）によって抑圧されやすい特徴をもっている。たぶんみだりにそこを拓いていくということは、「人間」が成立するか否かの、実に微妙なきわどい箇所を性急に侵すことになるのであろう。

要は徐々にそこを拓いていけばよいということになる。気がつきにくいかもしれないが、われわれが日常生活を過ごす過程の中で、意識的・意図的に為されていることというのは、全体の生の営みの中で、一部分に過ぎないのである。既に潜在的な生の営みが、脈々と波打っているのである。

意識的・意図的な志向と、潜在的な流れとの違いが大きくなると、それは「気が病む」という状態になる。時にそれは心の面に現われたり、時に肉体に現われたりする。そのような場合、われわれは気の乱れを謙虚に受けとめ、無理を改めるべきなのだろう。「気」というのは、ここでは広義の身体を満たしているエーテルの

ようなものと考えてよいであろう。

気はまた他者における広義の身体とも通じている。気を仲立ちとして「共身体性」が成り立っている。その時、自他の共有する場は生きた場となり、身体性の開放の度合いは高くなる。余計な体の力が抜け、リラックスした状態を保つことができる。

常時このような状態・関係をもてていけばよいということではない。緊張—弛緩、不安定—安定、流動—固定、パトス—ロゴス、俗—聖、日常—非日常などなど、両者の間を移行し往復しつつ、また新たな次元に超出していくこと、それがひいては開かれた身体を生きてゆくということなのだろう。そしてそのきっかけは、ほんの日常の些細なことの中にもあるのだろう。

#### 参考文献

- (1) 市川 浩 「精神としての身体」 勁草書房 1975年
- (2) 市川 浩 「<身>の構造」 青土社 1984年
- (3) 岩井 寛 東洋と西洋における身体のみかた 季刊精神療法 11巻3号 1985年
- (4) 岡庭 昇 「身体と差別」 せきた書房 1984年
- (5) 竹内 敏晴 「ドラマとしての授業」 評論社 1983年
- (6) 博報堂トレンド研究会 「第五世代人200万人の脅威」 PHP 研究所 1984年
- (7) 秦 恒平 「からだ言葉の本」 筑摩書房 1984年
- (8) フィッシャー, S. 「からだの意識」 誠信書房 1979年
- (9) 三橋 修 「翔べない身体」 三省堂 1982年
- (10) 牟田 隆郎 学校教育期の発達と学校生活 「学校社会のストレス」所収 垣内出版 1985年
- (11) 湯浅 泰雄 「身体—東洋の身心論の試み—」 創文社 1977年



## 精神薄弱者の社会参加に関する臨床的研究

### 第1報 社会的自立を阻害する要因の解明と 就労を促進するための条件の検討

小松 せつ<sup>1)</sup>・櫻井 芳郎<sup>1)</sup>

椎谷 淳二<sup>1)</sup>・苗村 育郎<sup>1)</sup>

生川 善雄<sup>2)</sup>・加藤 禮<sup>3)</sup>

仲野 好雄<sup>4)</sup>・田島 良昭<sup>5)</sup>

大場 茂俊<sup>6)</sup>・鈴木 武浩<sup>7)</sup>

登丸 福寿<sup>8)</sup>・中野 佳子<sup>9)</sup>

- 1) 国立精神衛生研究所 精神薄弱部
- 2) 国立秩父学園 調査室 (国立精神衛生研究所客員研究員)
- 3) 東京都心身障害者福祉センター 検査科
- 4) 全日本精神薄弱者育成会
- 5) 長崎県・コロニー雲仙福祉牧場
- 6) 北海道・おしまコロニー
- 7) 山形県・栄光園
- 8) 群馬県・はるな郷
- 9) 岩手県・緑生園

## A Study on Socialization of Mentally Retarded Persons

### — The First Report —

To clarify various hampering factors for thier social independence,  
and to consider conditions for improving their employment

Setsu Komatsu<sup>1)</sup>・Yoshiro Sakurai<sup>1)</sup>

Junji Shiiya<sup>1)</sup>・Ikuro Namura<sup>1)</sup>

Yoshio Narukawa<sup>2)</sup>・Rei Kato<sup>3)</sup>

Yoshio Nakano<sup>4)</sup>・Yoshiaki Tajima<sup>5)</sup>

Shigetoshi Ohba<sup>6)</sup>・Takehiro Suzuki<sup>7)</sup>

Fukuju Tomaru<sup>8)</sup>・Yoshiko Nakano<sup>9)</sup>

- 1) Division of Mental Retardation Research, National Institute of Mental Health

- 2) National Chichibu Gakuen for Profoundly Mentally and Physically Retarded Children
- 3) Section of Medical Laboratories, Tokyo Metropolitan Rehabilitation Center
- 4) Japanese Parents' Association for the Mentally Retarded
- 5) Unzen Colony for the Mentally Retarded, Nagasaki Pref.
- 6) Oshima Colony for the Mentally Retarded, Hokkaido
- 7) Eiko-En for the Mentally Retarded, Yamagata Pref.
- 8) Colony Haruna-Go for the Mentally Retarded, Gunma Pref.
- 9) Ryokusei-En for the Mentally Retarded, Iwate Pref.

### Summary

This study aims to clarify various factors which may impede socialization of mentally retarded persons, and to consider the countermeasures for them.

We asked five facilities for mentally retarded persons in Japan to cooperate in our research. We know these facilities have been making great efforts for improving the socialization and employment of these people. However, they show there still remain such various problems to be solved as little after-care services, insufficient residential equipments or services in the community where they can expect some daily care or help, and fewer care-persons who are expected to promote their socialization and vocational life. It also becomes clear some training programs in the facilities have not worked enough for their vocational rehabilitation.

Through our study and discussion, we have reached that, in order to solve these problems, we need to establish a system where all kinds of resources are to be centered to promote their socialization as well as to develop definite methods for their vocational rehabilitation.

**Key words;** *Mental retardation, Vocational rehabilitation, employment, Socialization, Welfare facilities for mentally retarded persons*

### 要 旨

精神薄弱者の社会参加を阻害している要因を明らかにし、その対策を検討するために、精神薄弱者の社会的自立や就労の促進に意欲的に取り組み、実績をあげている精神薄弱者援護施設5施設を研究協力施設に委嘱して調査研究を進めてきた。

それぞれの施設では、地域特性をふまえて活発な活動を展開しており、成果をあげているが、各施設とも、アフタケアの問題、ケアつきの生活の場の確保、社会生活や職業生活を支えるケア・パーソンの必要性など、精神薄弱者の社会参加に必要な諸条件に関する悩みをかかえており、また、施設における指導訓練も職業リハビリテーションの機能が十分に発揮されているとはいえない状態にあることが明らかになった。

これらの諸問題を解決するには、精神薄弱者の社会参加を支える地域体制づくりと職業リハビリテーションの確立をめざす努力が、必要であり、今後の課題について論述した。

## はじめに

現在、国際障害者年（1981）の基本テーマである障害者の“完全参加と平等”を実現するためのさまざまな努力が払われているが、精神薄弱者の社会参加は条件整備が遅れているために遅々としてはかどらず、就労状況も身体障害者に比較して極めて低水準にとどまっている。

われわれは、精神薄弱者の社会参加を阻害している身体的、精神的および環境的要因を分析し、その解決方法を検討するために、昭和59年度から厚生省心身障害研究費補助金ならびに労働省委託研究費の交付を受けて研究を進めてきた。この論文は、かかる研究の第1報である。

研究を進めるにあたって、おしまコロニー（北海道）、栄光園（山形県）、緑生園（岩手県）、はるな郷（群馬県）およびコロニー雲仙（長崎県）の5施設を研究協力施設に委嘱し、共同で研究をおこなってきた。これらの施設は、いずれも精神薄弱者の社会的自立や就労の促進に意欲的に取り組み、実績をあげている施設である。

われわれの研究が、精神薄弱者の社会的自立や就労を促進するための条件整備に役立つことができれば幸いである。

## I 目 的

精神薄弱者の社会参加の実態を分析し、社会参加を阻害している身体的、精神的および環境的要因を明らかにして、その対策を検討する。

## II 方 法

### 1. 調査対象

おしまコロニー、栄光園、緑生園、はるな郷およびコロニー雲仙の5施設の職員、在園者、退園者および施設周辺地域住民など。

### 2. 調査内容

- (1) 在園者の心身の健康状態とその対策
- (2) 社会参加をめざす活動とその成果（地域住民との交流、関係機関・団体の連携、家族の

協力、ボランティア・市民団体の活動、住民の社会意識の向上をはかる働きかけなど）

- (3) 地域社会における人間関係の問題（近隣・同僚・友人・異性関係など）
- (4) 地域生活、職業生活、家庭生活に関する問題（日常生活行動、就労状況、性・結婚問題、指導訓練、余暇利用の問題など）
- (5) 施設職員、在園者の家族および施設周辺地域住民などの精神薄弱者および施設に対する意識や態度

## 3. 調査の手続

調査対象施設に対して訪問調査をおこない、精神薄弱者の社会的自立ならびに就労の実情と諸活動の状況について把握した上で、1. 在園者の状況と退園者の社会的予後、2. 地域社会との交流、3. 性に関する問題、4. 精神薄弱者および精神薄弱者援護施設に対する意識と態度に関する調査を実施した。

## III 結 果

調査結果は次の通りである。

### 1. 北海道・おしまコロニー (アフタケア・センター)

昭和38年の法人設立以来、「障害をもつ人の生涯教育」をめざしてきたが、地域療育部門、乳幼児部門、成人部門、就労・アフタケア部門、教育部門および医療部門から成る17の施設・センターを擁する精神薄弱児・者および自閉症児の総合施設であり、在園者数は約600名、函館市の近郊にある上磯町に所在し、はまなす寮を中心とするアフタケア・センターを町なかにもっている。はまなす寮（通勤寮）の在園者は30名（男性21名、女性9名）、年齢は男性18歳～41歳、女性20歳～36歳、知能障害の程度は男性の71%、女性の55%が軽度の者である。

おしまコロニーでは、独自の社会的自立訓練体系をつくり、段階別指導により、社会人としての意識や態度を身につけさせる指導訓練を徹

底しておこない、また、アフタケアにも力を入れており、職業的自立と職場定着に実績をあげている。はまなす寮（通勤寮）開設以来13年間に200名を世に送りだし、そのうちの150名ほどが職業自立に成功している。なお、150名のうち70名がセンターの近辺に居住しており、適時アフタケアが可能である。過去の貴重な臨床経験の積みあげにもとづき、職業リハビリテーションを実施して効果があがる対象者として、高望みせず自らの能力に見合った職業への就労に意欲的な者、あるいは素直な性格の持ち主、IQ30～40の者などをあげ、効果があがりにくい対象者は知的水準が高い者のなかに見受けられ、本人のもつ意識が阻害要因になっており、また、生育過程での過保護や排斥などのために甘えや屈折した心理状態がみられる者に多いと考えている。精神薄弱者の就労を可能にするには職業的、経済的および精神的自立の三者の調和が必要であり、そのなかで、もっとも難しいのが精神的自立であって、それは生育過程に問題があるためであるとして、生育過程における取扱いを重視している。

心身の健康管理については、生活指導のなかで保健に努めており、また、定期的に健康診断をおこなっている。

性の問題については、とりたてて困った問題は起きていない。10組の結婚生活を援助した経験から「性」そのものの指導が必要な場合はごく限られた例外的なケースであり、多くはモラルとして、あるいは全人格的にアプローチすべきだと考えており、結婚している人たちのなかで妊娠調節を必要とする夫婦の場合には産婦人科医の指導を受けさせ、結婚を前提とした交際、あるいは性生活について助言を必要とする人には職員が指導している。

地域社会との交流については、アフタケア・センターでは地域住民との交流をはかるための特別な活動はおこなわず、自然な形で地域住民とのやりとりを終始している。地域の人びとは寮生たちに、ごく普通の隣人として接してくれ

ており、アフタケア・センターから社会へ巣立ち、民間アパートや下宿で生活している人たちについても、生活態度について厳しい指導訓練を受けているので、好感をもたれている。

地域住民の社会意識も、精神薄弱者と一緒暮らしすることには多少の抵抗があるものの、地域生活や一緒の職場での就労を始めとして、全般的にみて受容的、保護的である。

## 2. 山形県・栄光園

昭和45年に山形県手をつなぐ親の会によって、山形県米沢市郊外に設立された県内初の精神薄弱者授産施設（定員100名）であり、男性52名、女性52名、年齢は男性17歳～56歳、女性17歳～50歳、知能障害の程度は男性が中度、重度、女性は中度が多数を占めている。精神薄弱者更生施設松風園、万世通勤寮、診療所、特別養護老人ホームなどととも万世福祉の里を構成している。

栄光園の特徴は、開拓農家や観光果樹園が散在する大自然のなかで溶け込んで、職員と園生が和気あいあいと家庭的な雰囲気の中で人情味あふれる人間的なふれあいを感じさせる生活を営んでいる点にあり、社会参加をはかる諸活動も改まった形でおこなうのではなく、日常のふれあいのなかで働きかけをしている。

当園の授産科目は、米沢の地場産業である米沢織りの伝統を継承した見事な紅花紬などを生産する織布科、業者の間で高く評価されている畳床をつくる製畳科、シクラメンなどの苗木を栽培する温室班、反物の巻芯の製作やダンボールの釘打ちなどをおこなう紙器加工、食肉加工、エンジン解体作業など多種目にわたっており、それぞれが成果をあげている。

職業リハビリテーションの方針として、園生の個性や適応性および作業能力を正しく把握したうえで、地域の社会経済状況をふまえて、重度の障害の者でも可能な作業科目の発見と作業工程の分解による役割遂行に努め、障害の程度を問わず園生に生きがいを感じられる人間生活

が営めるように心がけている。

施設開設以来13年間に92名の退園者をだし、現在、そのうちの44%が就労しており、そのなかには知能障害の重い者もみられる。園生の就労援助や職場開拓は通勤寮を足場におこない、情報の収集や職場との連絡および園生のアフタケアとともに職場実習を通じて就職へつなげ、通勤寮から職場へ通わせる方法をとっており、効果をあげている。しかし、現在、通勤寮はなかなか空きがないために就職につながらないことが多く、その対策に苦慮している。

心身の健康管理については、内科、精神科などの専門医による指導によって疾病の早期発見、早期治療に努めている。

性の問題については、大半の園生が異性に関心をもち、半数近くが異性の友達をもっているが、問題行動はほとんど発生していない。その理由として、男女交際の極端な規制は逆効果を生じるという考え方のもとに生活指導していることによると判断している。施設での性教育や性知識の指導が園生の社会参加をはかる上に必要であるかどうかについては、園生の性知識は自然に身につけているように感じるとして慎重な態度をとっている。また、性に関する困った問題として、園生の間での三角関係の調整、園生が職員を好きになった場合の取扱いなどをあげている。

地域社会との交流については、チャリティセール、演劇発表、公園の清掃、花いっぱい運動に花の苗1万本の受託生産をおこなうなどのほかに、施設・設備の地元住民への提供や診療所の開放など積極的に地域住民との交流に心がけており、また、地域住民がわでも職場開拓や作業委託などの授産活動への協力や各種の財政援助を通じて施設と地域住民との間によき隣人関係をつくりあげている。

地域住民の社会意識も、精神薄弱者と一緒に暮らすことには多少の抵抗があるものの、全般的にみて受容的、保護的である。

### 3. 岩手県・緑生園

昭和41年に岩手県盛岡市内の住宅地に地域住民の善意と協力に支えられて設立された精神薄弱者更生施設（定員 男子のみ30名）である。

緑生園における指導訓練は、職業訓練の前段階として体力づくり、気力づくりを重視し、郷土のスポーツであるラグビーを取り入れて心身の鍛錬をおこなう一方で、施設と地域社会の相互援助関係を念頭におき、地域奉仕活動を通じて地域住民との共存関係を大切にし、園生に社会人としての意識と態度を身につけさせ、社会的自立をはかっている。園生は主に県内中学校の卒業生であり、年齢は15歳～19歳、知能障害の程度は軽度が多い。指導訓練の目標は1年次は主として身辺処理、社会生活のマナーを身につけさせる日常生活における基本的訓練と体力づくりを目的とした体育指導をおこない、2年次では職業人としての基本的な心がまえ、態度や技能の習得訓練に主眼をおき、3年次では職場実習や社会奉仕活動などを中心に社会人としての意識や態度を身につけさせることに重点をおいている。また、職場適応や定着にはたす家庭の役割をきわめて重視し、卒園後は施設での指導訓練を引継いでくれる人物が身近に必要であり、余暇の過ごし方、金銭の使い方、身辺処理などに関する指導者の役割を果たすべき存在として家族の理解と協力を強調しており、原則として就職は親元から通勤させる方針をとっている。

施設開設以来17年間に166名が卒園し、就職した者65%、家業従事17%、計82%が就労している。このうち就職した者全員の予後調査をおこなった結果、最初の職場への定着58%、転職20%で就労率は78%の好成績を取っており、離職した22%の原因を分析してみると職場の理解不足や対人関係の問題とともに家族の無理解、協力不足が目立っており、職場適応と定着を考えるうえに示唆に富む知見が得られている。

園生の心身状況は、ラグビーの取り入れによって体力が著しく増進し、内科的疾患は風邪を

含めて年間ゼロの状態であり、精神面でも勇気、積極性、根性、闘志、約束を守る、礼儀を重んじる、協調性など、心の鍛錬に大いに役立っている。

性の問題については、在園者が平均年齢16歳の男子のみであり、昼間は連日、運動や作業に精励し、夜間は21時30分の消灯後、間もなく全員が熟睡してしまうので、問題行動としては、入園後まもない新入生に年間1～2例、自慰行為がみられる程度であり、それも自然に消失していく所から、園生に対する性教育や性知識の指導は特別におこなう必要性を感じていない。

地域社会との交流については、視力障害者用点字歩道板取付作業、独居老人家屋根修作業、除雪作業などの社会奉仕に心がけるとともに地域の人びとに還元できるものとして、市有林を借りて農作業のために開墾した畑からの収穫物を市民に贈ったり、開墾のために伐採した雑木を活用して木工科の訓練として子ども用の雪べらを作り、それを子どもに配ったり、開墾した畑からとれた大豆で豆腐をつくって敬老の日に老人ホームへプレゼントしたり、菊栽培で育てた菊鉢を公共の場へ飾って市民に観賞してもらったりしている。また、施設や農場を市内の小中学生に開放してキャンプや勤労の体験学習の場に提供したり、地元の町内会に協力して火の用心の夜廻りをおこなったり、お祭りに参加する子どもたちに昼食をふるまったりするなど、地域に溶け込み、地域共同体の一員としての生活を営んでいる。

地域住民の社会意識も、このような施設がわの働きかけの影響もあって他の地域よりも群を抜いて受容的、理解的であり、きわめて水準が高い。

#### 4. 群馬県・はるな郷

昭和34年に上毛三山の一つである榛名山の東南麓に、わが国で最初に開設された精神薄弱者の村(コロニー)であり、精神薄弱児施設、精神薄弱者授産施設および更生施設、通勤寮、福

祉ホーム、診療所、治療教育研究所などから成る総合施設であり、在園者は8歳から77歳までの児童、成人400名にのぼり、男性が64%、女性36%、知能障害の程度は中度が多い。

はるな郷では、社会的自立をめざして段階的に順次達成していく「エスカレーター体制」をとり、指導訓練の目標を日常生活行動の形成に基盤をおき、そのうえに職業指導、アフタケアをキメ細かくおこない、さらに職場や地域での生活に精神薄弱者が適応できるように最大限の努力を払っている。

つまり、園生の日常生活をできるだけ現実社会に近づけ、社会で生活を営むために必要な基礎的訓練を重視するとともに科学的、合理的な職業訓練を心がけ、また、施設と企業の相互理解と協力によって職場生活の安定をはかっている。豊富な臨床経験にもとづき、職業リハビリテーションの効果があがる対象者は、若い年齢層、入所後まもない者、障害の程度が中・軽度の者、効果があがりにくい対象者としては、高齢者、施設に長期滞留している者、障害の程度が重度および重複障害の者、また、効果があがる側面は、勤労意欲、技能(知識)、協調性、自主性、体力、効果があがりにくい側面は、社会性、知的能力、運動機能、開発され易い能力は、指先および手腕の器用さ、運動協応、形態知覚、開発されにくい能力としては、計画性、判断力、数理能力、書記的能力、空間判断力などをあげている。

施設設立以来24年間に207名の園生が社会復帰し、現在、そのうちの男性56%、女性44%が職業自立に成功している。アフタケアに関しては、施設職員、親、企業関係者などから成る就職援護会組織をつくり、職場定着と労働条件の改善をめざして活動している。その理由として、精神薄弱者は職場や地域の人たちとの人間関係のまずさから失敗するケースが多いので、安定した生活を維持していくためには、かれらの自立を願い、援助できる人が常に身近にいることが必要であることをあげている。また、退園者

たちも同窓会を組織して、お互いに連絡をとり、励ましあっている。

心身の健康管理については、施設内に診療所（常勤医師1名、嘱託医2名、ベッド19床）を設け、検査、診断、治療の体制を整えており、夜間および休日診療もおこなえるようにしている。

性の問題については、社会的自立の後は、当然に顕在化する重要課題であるので日頃から適切な指導が必要であるとして、思春期以前から自然な形で性に関する指導の積みあげを心がけている。また、性に関する問題行動に対しては、その都度、ケース会議を開いて関係者が対応に努めている。具体的な指導としては、結婚のための指導、就職のための仕上げの指導、一般的な指導をおこなっており、問題事例としては、(1)過度のマスターベーション、(2)同性愛、(3)不純異性交遊、(4)下着などの収集癖やのぞきなどの癖、(5)社会的自立後の売春、性病などをあげている。

地域社会との交流については、町民運動会、総合文化祭、各種スポーツ大会などの地域行事への参加、道路清掃、除草、河川の清掃などの奉仕活動、また、地元老人を年1回、施設へ招待して開く敬老会、運動会、盆踊り、芸能祭、防災訓練などの施設行事への地元民の参加、ボランティアの受入れ、グラウンド・体育館・バス・診療所・つり堀・キャンプ場などの施設設備の提供など、施設と地域社会との交流は活発におこなわれている。地元民との関係は施設の設定が地元民の共有地の無償提供から出発したことによってもうかがえるように良好であり、施設がわでも職員の地元採用や地元商店の利用を心がけている。しかし、施設、地元とも世代交代が進むなかで今後とも良好な関係を維持していくためには、新しい努力が必要であると施設がわでは考えている。

地域住民の好意的な働きかけとしては、町予算による経済援助、ボランティア活動、園生の地元への就労などがあげられるが、その反面で

河川の汚濁の疑い、弄火・盗み・のぞき・下着どろぼうなどの犯罪の発生時における園生への疑惑などの非好意的な面もみられる。

地域住民の社会意識は、かならずしも受容的ではなく、隔離・保護的な色彩が濃い。

## 5. 長崎県・コロニー雲仙福祉牧場

昭和53年に雲仙岳の山麓に開設された精神薄弱者援護施設であり、コロニー雲仙更生寮（更生施設、定員50名）、雲仙愛隣牧場（授産施設、定員50名）および有明荘（福祉ホーム、定員10名）から成る。園生の性別は男性69%、女性31%、年齢は男性15歳～61歳、女性15歳～45歳、知能障害の程度は軽度、中度の者が多い。

コロニー雲仙福祉牧場では、健康教育と心身の鍛錬によってたくましい身体と精神づくりに励み、それを基盤として地域社会で障害をもつ人ももたない人も共存できる地域づくりをめざして、地域住民全体の生活向上と福祉の増進に努め、地域住民との経済生活面での結びつきを始めとして着々と実績をあげている。

当施設が、たくましい身体と精神づくりに力を入れる理由として次のような事情があった。施設開設当初、入所者の健康状態はきわめて悪く、作業に従事できる者はほとんどいない状態であった。そのために、健康増進と疾病予防に力を入れ、運動療法、皮膚感覚刺激療法、栄養療法などの健康法を取り入れ、“社会参加の基礎は心身の鍛錬から”を指導理念として重視し、成果をあげている。

指導訓練は、諸科学の新しい技術や知見を大胆に取り入れ、園生の処遇に役立てる一方で、たえず広い視野で社会経済動勢の動きに注目し、それを見通した斬新な発想にもとづくさまざまな試みを意欲的に実行している。30haの農業用地を利用して牛、豚、羊、山羊、鶏、甲虫などの飼育、椎茸、野菜、ハウスメロンの栽培などをおこない、それを通じて納税者として社会に貢献できる人間の育成をめざす基礎的訓練をおこなうとともに労働省の雇用促進事業制度に

よる重度障害者特別能力開発訓練事業の指定を受けて、地域の企業と提携して職業能力の開発訓練をおこない職業自立を促進し、また、福祉工場の機能を有する愛隣産業株式会社（従業員は地元民30名、精神薄弱者15名）を設立して大手食品メーカーとの提携による食品加工、牛、豚、鶏などの飼育、素麺の製造などに取り組み、園生を“福祉対象者から納税者へ”を目標に着々と実績をあげている。なお、園外実習も活発におこない、地場産業への就労、そして職場定着にも努めている。

地場産業などとの連携による精神薄弱者の職業自立をめざす地域活動の特徴としては、積極的に園生を地域社会へ送りだし、また、地場産業の生産活動に参加させ、職場の人たちとのふれあいに努めるとともに地域経済への参加を重視し、哺育牛、仔豚の地元への出荷などを通じて経済面で結びつきを強め、地元住民のための経済生活面でのセンターとしての機能をはたしている。また、園生たちは地域住民に対して礼儀正しくふるまい、地域住民の好意的態度を高め、地域社会に溶け込む努力をする一方で、施設がわでは愛隣産業株式会社を中心に地域住民に就労の機会を提供して喜ばれている。

性の問題については、性教育の必要性を認めてはいるが、性を特別視するのではなく、人間生活の一部として扱うという姿勢で男女交際の仕方やルールを日常生活のなかで経験的に教えるようにしている。

施設設立以来5年間に40名を社会に送りだし、現在、そのうちの男性76%、女性37%が職業自立している。

コロニー雲仙福祉牧場では、施設は園生が人生の一時期に指導訓練を受けるために過す「場」であり、1人でも多くの人が社会に送りだすことに努めなければならないと同時に現実社会で高齢その他の理由から疲れて帰ってきた人たちを温かく迎え、保護や看護をおこなう「場」でもあるとの考え方のもとに、地元の地域で障害者が地域住民として生活していけるように必

要な施設や設備を設けるとともに地域全体の生活向上、すべての地域住民を対象とした地域福祉の増進に努め、障害をもつ人ももたない人もともに地域に生き、地域で一生を終える仲間として生活していけることを願って活動している。

しかし、地域住民の社会意識には精神薄弱児・者に対する偏見が根強く残っており、とくに精神薄弱者と一緒に暮らすことや重度・重症の人たちの施設を町なかにつくることには強い抵抗があり、隔離・保護的な考え方が強く、地域住民の受容的、理解的な態度の向上をはかることが、今後の重要な課題となっている。

以上、5施設における精神薄弱者の社会参加をめざす諸活動は、地域特性をふまえて活発に展開されており、成果をあげている。

しかし、各施設ともそれぞれに悩みをかかえている。例えば、おしまコロニーでは遠隔地に住む者にまではアフタケアが及ばなかったり、栄光園でもケアつきの生活の場が確保されない限り、せつかくの指導訓練の成果が就職に結びつかなかったり、緑生園でも卒園後は家庭にパトタッチせざるを得なかったり、また、はるな郷でも就職後の職場生活や社会生活を支え、本人の相談相手になってくれるケア・パーソンの必要性を感じている。

さらにコロニー雲仙福祉牧場にみられるように地域住民の偏見や隔離・保護的な考え方が強い地域では、いかにして地域住民と共存共栄していくかが問題であり、地域住民の共感と支持を基盤に地域におけるさまざまな機関、施設、団体などの連携による支援体制なしには、施設単独では園生の社会生活、職業生活への参加は困難といわざるを得ない。

これらの悩みを解決する方法は、地域における精神薄弱者の社会参加を支える地域体制を確立し、その適正な運営、管理をおこなうことをおいて他にはない。しかし、残念なことに、現状は地域住民の意識や態度、関係機関や職員の連携の不備などによって体制づくりが進んでい



ないのが実情である。

また、各施設における指導訓練も、さまざまな工夫や努力がおこなわれているが試行錯誤の域を脱せず、現状では職業リハビリテーションの機能が十分に発揮されているとはいえない状況にある。

#### IV 考 察

国際障害者年を契機として精神薄弱者の社会的自立や就労を促進するための論議が盛んにおこなわれるようになり、1983年4月には関係者の間で「精神薄弱者に関する長期行動計画（提言）」がまとめられ、1984年12月には“精神薄弱者の自立を求めて”をテーマに精神薄弱者福祉推進全国大会が東京で開催された。また各地で関係者と地域住民との連帯によるさまざまな支援活動が活発に展開されるようになった。

これらの動きには、人間尊重、共存の思想をふまえた新しい“人間の生き方”を求める社会の人びとの息吹が感じられる。

このように精神薄弱者の社会的自立や就労を促進することは、かれらの人権を尊重する気運の高まりをしめす1つの兆（きざし）として理解し、その推進に努めなければならない。

精神薄弱者が“与える福祉”の対象として生かされている状態から脱して、もてる能力や個性を発揮して人間らしく生きる姿こそ、すべての人びとの願いであり、“分かちあう福祉”をめざす共存と連帯を基軸としてすべての人びとが生きる喜びが感じられる人間生活を実現する道でもある。

ここに、精神薄弱者の社会参加のもつ大きな意義が存することを認識しなくてはならない。

##### 1. 精神薄弱者の社会参加を支える地域体制づくり

精神薄弱者にも人並みの生活をと願って日夜心を砕く施設関係者の愛情と熱意にあふれる指導訓練、それに応える園生のたゆまぬ努力が、かならずしも実を結ぶとはかぎらない。また、

めでたく社会参加はしたものの適応できずに失敗してしまう精神薄弱者の数も多い。このことは各施設の退園者の社会的予後の状況からもうかがい知ることができよう。しかも、その理由としてあげられるのは、(1)望ましくない生活態度、(2)心身の健康状態、(3)問題行動、(4)能力、体力の不足、(5)職場や地域での人間関係、(6)勤務態度の不良、(7)仕事の内容が不向き、(8)店主、同僚、あるいは近隣の人たちの望ましくない態度、(9)会社の経営の悪化などであり、それらを生じさせている原因として、企業、施設や学校、本人、家庭、地域社会、法律・制度・行政上の要因などが想定される。

このように精神薄弱者の社会参加を阻害する要因は単一ではなく、さまざまな要因がかかっていることをよく理解して、関係者の連携による多面的、総合的なアプローチを心がけなくてはならない。

それには精神薄弱者の社会参加を支える地域体制が必要であり、それぞれの地域において企業や事業所、学校、施設、家庭、行政機関や関係団体および地域住民の連帯による地域体制の組織化と適正な運営・管理がおこなわれなければならない。

このように立場を異にする多くの機関や関係者が協力して目的達成のために機能するにはコーディネイター、キーパーソンの役割が必要であり、福祉事務所（精神薄弱者福祉司）などがその役割を担い、福祉、労働、教育、保健・医療などの関係機関・団体の協力を得て地域体制づくりと運営・管理にあたることが望ましい。また、同時に地域住民の態度変容を促し、精神薄弱者を含めたすべての地域住民が“ともに生きる”喜びが感じられる人間生活を営めるように自らの手で改善していくのを援助するコミュニティ・オルガナイザーの機能と役割の導入もおこなってはならない。

このようにして地域体制が実現することによって、各施設がかかえている悩みが解決され、日夜、精神薄弱者の社会参加を願って指導訓練

に励んでいる施設職員の労苦と精神薄弱者のためめぬ努力が報いられ、精神薄弱者の社会的自立と就労の促進は一段とはかれることになる。

## 2. 職業リハビリテーションの確立を

精神薄弱者に対する援護対策は、社会防衛的な観点からの隔離・保護に始まり、それがしだいに人間らしい生活が営めるように指導・訓練がおこなわれるようになり、さらに社会の一員として生活できるように適応性の開発と増進の必要性が認識されるに至った。それにともなうて精神薄弱者に対してもリハビリテーションがおこなわれるようになり、過去にあっては無能力者として隔離・保護されていた精神薄弱者も人権思想の普及とともに生産人口として見直され、人的資源として人間能力の開発が強調され、職業指導や訓練ならびに雇用の促進によって社会生活参加をはかろうとする考え方が広まり、それが、さらに現在では、共存と連帯によって“ともに生きる”人間生活を実現する活動として社会的自立や就労の促進を援助することの必要性が叫ばれるようになってきた。

各施設において、精神薄弱者の社会参加を援助するために、心身の健康管理に留意して体力、気力の充実が心がかけるとともに基本的な生活習慣の形成、社会人としてのマナーの習得に力を入れていることは現代における人権尊重をふまえた望ましい処遇のあり方といえよう。

しかし、わが国における一般的な精神薄弱者のリハビリテーション活動は、日が浅いためもあって職業訓練や生活指導に重点がおかれ、その前提となる能力の発揮を阻害している要因を取り除き、適応性の増進をはかる援助活動が十分におこなわれていない。

精神薄弱者の社会参加をはかるには、職業訓練や生活指導とともに、あるいはその前段階として情緒の安定と改善をはかる心理的な働きかけや社会的経験を通して適応性を増進し、行動修正を援助する活動、また、環境条件の改善や

人間関係の調整などが必要であり、ケースワーカーやカウンセラーなどによる福祉臨床ならびに心理臨床的アプローチを欠いてはならない。

精神薄弱者のリハビリテーションは、その有する能力や個性を生活環境に適応できるように生かす援助活動とともに環境を改善することによって、よりよい適応状態を生み出すことにある。性の問題についても、精神薄弱者が社会参加し、幸せな家庭生活を送るためには、家庭生活の重要な機能の一つである性生活を営むための性知識や性生活に関する情報が必要である。しかるに、多くの精神薄弱者は性教育を受けることなく成長し、社会には性に関する情報が氾濫しているにもかかわらず、精神薄弱者に性教育をおこなう上の手がかりになるものは極めて乏しい。また、わが国では伝統的に性の問題を正面切って取りあげることはタブーとされ、そうした観念が、いまだに地域社会の風俗習慣のなかに根を下ろしている。こうした状態を一日も早く改めて、精神薄弱者にも愛し合える人間生活を営めるように援助していくことが、すべての人びとに期待される。また、就労を促進するためにも、本人に対するアプローチとともに施設、家族、地場産業の三者による就労の場づくりが必要であり、それとともに就職した精神薄弱者にとって大きな問題は生活の場の問題である。4～5人の仲間たちと励ましあい、助けあって生活していけるグループホームや夫婦住宅など、必要に応じてアフタケアが可能な生活の場の確保が重要な課題となろう。

以上の諸点をふまえて、精神薄弱者援護施設の重要な機能である職業リハビリテーションを進展させるためには、(1)施設間の交流学習を活発化し、それぞれの施設がもっているノウハウを広く一般化して活用すること、(2)精神薄弱者援護施設の機能と役割を明確化し、精神薄弱者の社会的自立や就労を援助する諸機関、諸活動と相互協力して役割の分担と遂行に努めること、(3)職業リハビリテーション活動のなかで精神薄弱者の情緒安定と改善をはかる諸活動の重要性

を認識して、その導入をはかること、(4)職業リハビリテーションを理論的、臨床的に体系化することなどの課題を指摘することができよう。

## V 結 語

精神薄弱者の社会参加をめざして、各地の精神薄弱者援護施設ではさまざまな努力が払われており、それぞれに成果をあげている。

しかし、全国的にみると、精神薄弱者の社会参加に必要な条件整備の立ち遅れのために、社会的自立や就労は遅々としてはかどっていないのが実情である。

これらの原因を解明し、社会参加を促進するための諸条件を検討するために、実績をあげている先駆的な施設5施設の協力を得て調査研究をおこなってきた。

その結果、精神薄弱者の社会的自立や就労の促進をはかり、障害をもつ人ももたない人もともに生きる人間生活を実現するには、精神薄弱者の社会参加を支える地域体制づくりが必要であり、それとともに施設における職業リハビリテーションの確立へむけての努力が期待されることが明らかになった。

それらの実現に努めることによって、精神薄弱者は時代の進展とともに価値ある人生を胸を張って歩む姿を地域社会に現すことになろう。

## 参考文献

- (1) 小松せつ他：精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究(初年度研究)、昭和59年度厚生省心身障害研究「精神薄弱児・者の治療教育に関する研究」報告書、143—167、1985。
- (2) 櫻井芳郎(研究受託者)：精神薄弱者の雇用・訓練に関する実証的研究 I, II, 労働省委託研究報告書、1985。
- (3) 櫻井芳郎：精神薄弱者と家庭生活、発達障害研究 7: 1, 1—7, 1985。

## 〈附 記〉

この論文は小松せつ主任研究官の定年退職記念論文である。

小松せつ博士は昭和43年7月に精神薄弱部に着任され、生化学および臨床病理学の立場から精神薄弱者(児)の診断とケアに関する調査研究に従事され、最近では福祉臨床の領域にも関心をもたれて数々の研究を手がけてこられた。この研究もその1つであり、小松主任研究官を中心に全国各地の研究協力者と共同で学際研究を進められてきたが、昭和61年3月末で定年を迎えられる。

小松主任研究官の長年の労苦に深謝するとともに今後のご活躍を期待し、また、今後も私どもの研究へのご協力をお願いするしだいである。

(精神薄弱部長 櫻井芳郎)

## 精神薄弱児・者施設周辺住民の意識と態度

回答者内訳

実数(%)

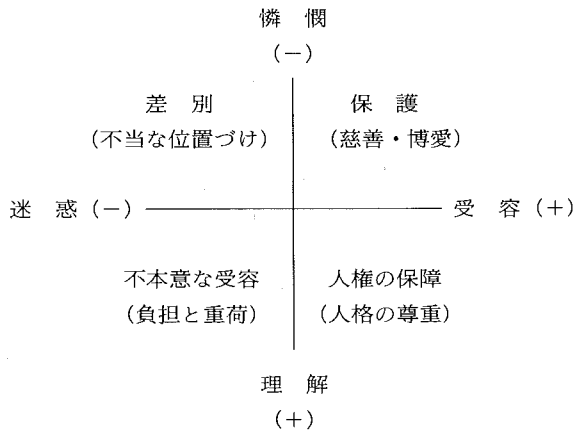
| 項目別           | 地域別      |         | おしま<br>コロニー | 栄光園      | 緑生園      | はるな郷     | コロニー雲仙   |          |
|---------------|----------|---------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|
|               |          |         |             |          |          |          | 周辺地域     | 近辺地域     |
| 性別            | 男        | 性       | 34(42.0)    | 48(50.0) | 66(67.3) | 39(40.2) | 70(63.1) | 44(64.7) |
|               | 女        | 性       | 45(55.6)    | 41(42.7) | 26(26.5) | 54(55.7) | 41(36.9) | 24(35.2) |
|               | 不        | 明       | 2( 2.5)     | 7( 7.3)  | 6( 6.1)  | 4( 4.1)  | 0        | 0        |
| 年齢<br>段階<br>別 | 10       | ～ 19 歳  | 2( 2.5)     | 0        | 0        | 6( 6.2)  | 0        | 0        |
|               | 20       | ～ 29 歳  | 14(17.3)    | 18(18.8) | 14(14.3) | 10(10.3) | 5( 4.5)  | 7(10.3)  |
|               | 30       | ～ 39 歳  | 23(28.4)    | 18(18.8) | 30(30.6) | 25(25.8) | 25(22.5) | 15(22.0) |
|               | 40       | ～ 49 歳  | 11(13.6)    | 18(18.8) | 23(23.5) | 17(17.5) | 22(19.8) | 17(25.0) |
|               | 50       | ～ 59 歳  | 14(17.3)    | 25(26.0) | 13(13.3) | 20(20.6) | 35(31.5) | 23(33.8) |
|               | 60       | ～ 69 歳  | 13(16.0)    | 6( 6.3)  | 6( 6.1)  | 6( 6.2)  | 22(19.8) | 5( 7.4)  |
|               | 70       | ～ 79 歳  | 2( 2.5)     | 0        | 5( 5.1)  | 7( 7.2)  | 2( 1.8)  | 1( 1.5)  |
|               | 80       | 歳 以 上   | 0           | 0        | 0        | 1( 1.0)  | 0        | 0        |
|               | 不        | 明       | 2( 2.5)     | 11(11.5) | 7( 7.1)  | 5( 5.2)  | 0        | 0        |
| 職業<br>別       | 会 社 員    |         | 9(11.1)     | 29(30.2) | 11(11.2) | 22(22.7) | 8( 7.2)  | 6( 8.8)  |
|               | 農・漁・畜産業  |         | 0           | 4( 4.2)  | 1( 1.0)  | 16(16.5) | 71(64.0) | 52(76.5) |
|               | 公 務 員    |         | 1( 1.2)     | 7( 7.3)  | 38(38.8) | 8( 8.2)  | 0        | 0        |
|               | 公社・団体職員  |         | 4( 4.9)     | 4( 4.2)  | 7( 7.1)  | 3( 3.1)  | 3( 2.7)  | 0        |
|               | 商 業      |         | 6( 7.4)     | 1( 1.0)  | 3( 3.1)  | 1( 1.0)  | 8( 7.2)  | 2( 2.9)  |
|               | 会社役員・自営業 |         | 9(11.1)     | 5( 5.2)  | 5( 5.1)  | 2( 2.1)  | 0        | 0        |
|               | 主 婦      |         | 23(28.4)    | 15(15.6) | 7( 7.1)  | 23(23.7) | 11( 9.9) | 4( 5.9)  |
|               | そ の 他    |         | 18(22.2)    | 16(16.7) | 7( 7.1)  | 3( 3.1)  | 6( 5.4)  | 4( 5.9)  |
|               | 無 職      |         | 5( 6.2)     | 4( 4.2)  | 5( 5.1)  | 9( 7.3)  | 4( 3.6)  | 0        |
| 不             | 明        | 6( 7.4) | 11(11.5)    | 14(14.3) | 10(10.3) | 0        | 0        |          |
| 回 答 数         |          |         | 8 1         | 9 6      | 9 8      | 9 7      | 1 1 1    | 6 8      |
| 回 答 率         |          |         | 8 1%        | 9 6%     | 9 8%     | 9 7%     | 9 2.5%   | 9 7%     |

施設周辺住民の意識と態度の実態

| 項目別<br>地域別 | 迷 惑——受 容        |                |               |        |         |               |         |                |                         | 憐 憫——理 解       |               |         |         |
|------------|-----------------|----------------|---------------|--------|---------|---------------|---------|----------------|-------------------------|----------------|---------------|---------|---------|
|            | 町なかでの生活<br>(成人) | 施設の設置<br>(子ども) | 施設の設置<br>(成人) | 一緒に暮らす | 養護学校の設置 | 一緒に働く<br>の職場で | 特殊学級の設置 | 重症児・者施設<br>の設置 | 疾患有施設<br>の設置<br>性格行動・身体 | 施設の設置<br>(子ども) | 施設の設置<br>(成人) | 養護学校の設置 | 特殊学級の設置 |
| おしまコロニー    | P<br>=          | P<br>=         | P             | NC     | P<br>=  | P<br>=        | P<br>=  | P              | N                       | P              | P             | P<br>-  | P       |
| 栄 光 園      | P<br>=          | P<br>=         | P<br>=        | NC     | P<br>=  | P<br>-        | P<br>=  | P              | N                       | P              | P             | P<br>-  | P<br>N  |
| 緑 生 園      | P<br>=          | P<br>=         | P<br>=        | P<br>- | P<br>=  | P<br>=        | P<br>=  | P              | P                       | P<br>=         | P<br>=        | P<br>=  | P<br>=  |
| は る な 郷    | P<br>-          | P<br>=         | P             | NC     | P<br>=  | P<br>-        | P<br>-  | N              | N<br>-                  | N              | N             | P       | N       |
| コロニー       | 周辺地域            | P<br>=         | P<br>=        | P<br>= | NC      | P<br>=        | P       | P              | N                       | N              | N<br>-        | N<br>-  | N<br>-  |
| 雲 仙        | 近辺地域            | P<br>-         | P<br>=        | P<br>- | NC<br>- | P<br>=        | P<br>-  | N              | N<br>-                  | N<br>=         | N<br>-        | N<br>=  | N<br>=  |

- P……好意的態度、理解的態度
- N……拒否的態度、あわれみの態度
- =……出現率60%以上の場合
- -……出現率40%以上で第2位との差が20%以上ある場合

精神薄弱児・者問題についての意識と態度に関する座標図



## 資 料

精神薄弱者援護施設退園者の社会的予後  
おしまコロニー（はまなす寮）

男 性

N=29人

| 退園後の経過年数別<br>生活の場別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 自立アパート             | 1    |      | 1    |      |      |       |       |
| 生活寮                |      | 2    | 2    | 2    |      |       |       |
| 民間アパート             |      |      |      |      | 2    |       |       |
| 下宿                 | 1    |      | 1    |      |      |       |       |
| 公営住宅               |      |      |      |      |      | 2     |       |
| 商店付住宅              |      |      |      |      |      | 1     |       |
| 家 庭                |      |      |      | 1    | 2    |       |       |
| 職 場 寮              | 3    | 2    | 8    | 1    | 12   |       |       |
| 計                  | 5    | 4    | 12   | 4    | 16   | 3     | 0     |

女 性

N=11人

| 退園後の経過年数別<br>生活の場別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 自立アパート             | 1    |      |      |      | 1    |       |       |
| 生活寮                | 1    |      | 1    |      | 2    |       |       |
| 民間アパート             |      | 2    |      | 1    | 5    |       |       |
| 下宿                 |      |      |      |      |      |       |       |
| 公営住宅               |      |      |      |      | 1    | 1     |       |
| 商店付住宅              |      |      |      |      |      | 1     |       |
| 家 庭                | 1    |      | 1    | 1    |      |       |       |
| 職 場 寮              |      | 1    |      | 1    | 3    | 1     |       |
| 計                  | 3    | 3    | 2    | 3    | 12   | 3     | 0     |

## 栄 光 園

男 性

N=60人

| 退園後の経過年数別<br>現 状 別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 就 職                | 2    | 3    | 2    | 4    | 14   |       |       |
| 家業手伝い              |      |      |      |      |      |       |       |
| 家事手伝い              |      |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート             |      |      |      |      |      |       |       |
| 家庭保護               | 1    |      | 1    | 1    |      | 3     |       |
| 施設入所               | 1    | 1    | 3    | 5    | 6    | 2     |       |
| 病院入院               | 1    |      |      |      |      | 1     |       |
| 自宅療養               |      |      |      |      |      |       |       |
| その他                |      |      |      | 1    |      |       |       |
| 現状不明               |      |      |      |      | 2    |       |       |
| 死 亡                |      | 1    | 1    |      | 1    | 3     |       |
| 計                  | 5    | 5    | 7    | 11   | 23   | 9     | 0     |

女 性

N=32人

| 退園後の経過年数別<br>現 状 別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 就 職                |      | 4    | 5    |      | 6    | 1     |       |
| 家業手伝い              |      |      |      |      |      |       |       |
| 家事手伝い              |      | 1    |      | 1    |      |       |       |
| 内職・パート             |      |      |      |      |      |       |       |
| 家庭保護               |      |      |      |      | 2    | 1     |       |
| 施設入所               | 1    | 1    | 4    | 2    | 2    |       |       |
| 病院入院               |      |      |      |      |      | 1     |       |
| 自宅療養               |      |      |      |      |      |       |       |
| その他                |      |      |      |      |      |       |       |
| 現状不明               |      |      |      |      |      |       |       |
| 死 亡                |      |      |      |      |      |       |       |
| 計                  | 1    | 6    | 9    | 3    | 10   | 3     | 0     |

## 緑 生 園

男 性

N=166人

| 退園後の経過年数別<br>現状別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 就 職              | 10   | 15   | 8    | 7    | 15   | 18    | 8     |
| 家業手伝い            | 1    | 2    | 8    |      | 3    | 9     | 4     |
| 家事手伝い            |      |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート           |      |      |      |      |      |       |       |
| 家庭保護             |      | 1    |      | 1    | 1    | 3     |       |
| 施設入所             |      |      | 4    | 5    | 6    | 8     | 2     |
| 病院入院             |      | 1    | 1    | 1    |      | 5     |       |
| 自宅療養             |      |      |      |      |      |       |       |
| そ の 他            |      |      |      |      |      |       |       |
| 現状不明             |      |      |      | 1    |      | 6     | 12    |
| 死 亡              |      |      |      |      |      |       |       |
| 計                | 11   | 19   | 21   | 15   | 25   | 49    | 26    |

## はるな郷

男 性

N=140人

| 退園後の経過年数別<br>現状別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 就 職              | 3    | 2    | 7    | 5    | 4    | 10    | 32    |
| 家業手伝い            |      |      |      |      | 1    |       | 3     |
| 家事手伝い            |      |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート           |      |      |      | 1    |      | 2     | 8     |
| 家庭保護             |      |      |      |      |      |       | 1     |
| 施設入所             |      |      |      |      |      | 3     | 14    |
| 病院入院             | 1    |      |      | 1    |      |       | 2     |
| 自宅療養             |      |      |      |      |      |       |       |
| そ の 他            |      |      |      |      |      | 1     | 1     |
| 現状不明             | 1    | 1    | 1    |      | 1    | 12    | 19    |
| 死 亡              |      |      |      |      | 1    |       | 2     |
| 計                | 5    | 3    | 8    | 7    | 7    | 28    | 82    |

女 性

N=67人

| 退園後の経過年数別<br>現状別 | 1年未満 | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
|------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 就 職              |      | 1    | 4    |      | 1    | 10    | 5     |
| 家業手伝い            |      |      |      |      |      |       |       |
| 家事手伝い            |      |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート           |      |      | 1    | 2    |      | 2     | 3     |
| 家庭保護             |      |      |      |      |      | 1     | 2     |
| 施設入所             |      |      | 1    |      |      |       | 6     |
| 病院入院             |      |      | 1    |      |      |       |       |
| 自宅療養             |      |      |      |      |      |       |       |
| そ の 他            |      |      |      |      |      |       | 3     |
| 現状不明             |      | 2    | 1    | 3    | 1    | 4     | 13    |
| 死 亡              |      |      |      |      |      |       |       |
| 計                | 0    | 3    | 8    | 5    | 2    | 17    | 32    |

## コロニー雲仙福祉牧場

男 性

N=29人

| 現 状 別   | 退園後の経過年数別 |      |      |      |      |       |       |
|---------|-----------|------|------|------|------|-------|-------|
|         | 1年未満      | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
| 就 職     | 8         | 9    | 3    | 2    |      |       |       |
| 家業手伝い   | 1         |      | 1    |      |      |       |       |
| 家事手伝い   |           |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート  |           |      |      |      |      |       |       |
| 家庭保護    |           |      | 1    |      |      |       |       |
| 施設入所    |           |      |      |      |      |       |       |
| 病院入院    |           | 1    |      |      |      |       |       |
| 自宅療養    |           |      |      |      |      |       |       |
| そ の 他   |           |      |      |      |      |       |       |
| 現 状 不 明 |           | 1    | 1    |      |      |       |       |
| 死 亡     |           |      | 1    |      |      |       |       |
| 計       | 9         | 11   | 7    | 2    | 0    | 0     | 0     |

女 性

N=11人

| 現 状 別   | 退園後の経過年数別 |      |      |      |      |       |       |
|---------|-----------|------|------|------|------|-------|-------|
|         | 1年未満      | 1年以上 | 3年以上 | 5年以上 | 7年以上 | 10年以上 | 15年以上 |
| 就 職     | 1         | 2    | 1    |      |      |       |       |
| 家業手伝い   |           |      |      |      |      |       |       |
| 家事手伝い   |           |      |      |      |      |       |       |
| 内職・パート  |           |      |      |      |      |       |       |
| 家庭保護    |           | 1    | 3    |      |      |       |       |
| 施設入所    |           | 1    |      |      |      |       |       |
| 病院入院    |           | 2    |      |      |      |       |       |
| 自宅療養    |           |      |      |      |      |       |       |
| そ の 他   |           |      |      |      |      |       |       |
| 現 状 不 明 |           |      |      |      |      |       |       |
| 死 亡     |           |      |      |      |      |       |       |
| 計       | 1         | 6    | 4    | 0    | 0    | 0     | 0     |



## 感覚障害に基づく自閉性行動について

飯 田 誠  
国立精神衛生研究所

### A Study about Autistic Behavior due to Sensory Dysfunction.

Makoto Iida M. D.

#### Summary

If the sensibility of a sensory organ is hyper, man will interpret the stimulation as the excessive, and his emotion will be tensely, and in the hypo-sensibility the shortage of the stimulation will cause the instability of the emotion. Therefore, children, have the hyper-sensibility, will behave to evade the excessive stimulation, and have the hypo-sensibility, will require the fuel to the shortage stimulation, or some one will be absorbed in the interest to discriminate the delicate change of the stimulation.

These behavior cause the difficulty of education or training for autistic children.

In the fundamental principle of the treatment to the sensory dysfunction, there are next tow indicators.

1) The children with hyper-sensory dysfunction are given the stimulation, that they can adapt it, and the stimulation is increased slowly the grade, then thier adaptability change to be adapted for the commonly stimulation.

2) The children with hypo-sensory dysfunction are given the verious gread or natur of the stimulation, and children are compared with these stimulations, so thier sensibility are develop.

As the result of this treatment, thier autistic behavior disappear from thier daily life.

**Key words** : 自閉性行動, 感覚障害

#### 要 約

情報受容器官が平均域を超えてハイパーである場合も、ハイポである場合も情報の大脳への伝達に障害が起るため情報処理に狂いが生じ、不適応行動が生じる。その結果として情緒的混乱が起り、情緒障害へと発展する。

これらの感覚障害に対して、ハイパーな場合は感覚刺激回避行動、ハイポな場合は感覚刺激要求行動が出現するが、これが自閉性行動と称される行動に多く含まれている。

これらの感覚障害を訓練によって平均域に改善することができれば、自閉性の行動は消失し、情緒は安定する。

## はじめに

カナリーの自閉症という疾病概念がわが国に紹介されて以来、古典的な自閉症の概念に基づいて診断された自閉症児の行動を観察していた頃から、筆者はその特異な行動に強い関心を持つようになった。例えば、耳ふさぎ、手や物をひらひらさせる、マークや字に強い興味を示す、極端な偏食等である。

当時、筆者がそのことについて諸先輩の意見を求めても、多くは自閉症の二次的的症状として受け取っているようであった。

ところがそれが単なる二次的的症状ではなさそうであるという事実が認められ始めたのである。即ち、耳おさえをする子どもの中に一般には聴えないはずの平均的な可聴音域以上の高振幅音（TVのブラウン管や蛍光灯から出るビーム音）に反応するものや、一般には聴えないような小さな音（遠くからくる喧伝カーの音を早く聴きわける）に反応するものが発見されたのである。さらに自閉症と診断された子どもで、慎重に検査した結果、部分難聴があることが発見され、補聴器の装着によって自閉症状が消失した例さえ現れたのである。

その後、ある報道が筆者の考え方をさらに補強したのである。それは「現代の影像」というTV番組で、それまでは静かであったある農村のそばに高速道路が附設されたことによって起った問題であった。即ち、その農村の住民はそれ迄は静かな環境の中で生活していたのが、一挙に昼夜を問わず自動車の躁音の中へとほうり込まれたのである。そのため全住民が躁音に悩まされることになったのであるが、そのストレスによって様々な状態が出現したのである。不眠症、高血圧、胃潰瘍、緑内障等。しかし、うるさいと訴えながらも何とかそれに耐えて正常な生活をしている人も多いのである。いま道路からの住宅の位置関係を別にしておいて、同じ外的環境に対しても感受性に個体差があるために反応の起り方に差ができてくることを示唆し

ているものと思われたのである。

さらに時がたつに従って視覚、聴覚、触覚、嗅覚、味覚にそれぞれ特徴があると思われる行動に気付いたのである。それには感覚が鋭敏過ぎるところから来ていると思われる行動と、鈍感過ぎるところから来るとと思われる行動があった。

ところが、デラカートはさらにホワイト・ノイズという分類を付け加えていたのである。この状態は彼によると感覚系統が余りにも非効果的に作用するため、それ自身の作用がその系統中に妨害や雑音を作り出す状態であるという。そのため外界からの情報が誤伝されるか、極端な場合はその系統内の音に圧倒されてしまうのであるというのである。筆者の観察では元来外部から来る情報に対して向けられるべき受容器の機能が自身の内部感覚（心臓音、呼吸音、筋肉感覚、網膜刺激感覚、口内味覚等）へ向けられ、それに没頭している状態のように受け取られる。

### 1) 感覚障害に基く行動の分類

以上のような特異な行動は、よく調べてみると自閉的な子どものほとんど100パーセント近くに現在みられるか、かつてみられたことが認められるのである。

そこで筆者はその行動を分類して、①感覚器官が鋭敏過ぎるために過剰に受け取られる外来刺激を避けようとすることからくる行動を感覚刺激回避行動、その感覚器官の感受性をハイパーとし、②感覚器官が鈍感過ぎるために刺激不足となり、刺激を要求するために起る行動を感覚刺激要求行動、その感覚器官の感受性をハイポとし、③元来外部へ向けられるべき感受性が自身内部の刺激を感受することに没頭させる行動をホワイト・ノイズとした。④さらに刺激の量や質の微妙な違いの弁別に没頭する弁別没頭行動（主にハイパー並びにホワイト・ノイズに属する）とした。

以上の分類に対して具体的な行動を観察し、表1～5のようにそれぞれの感覚障害に基づいて

起ってくると思われる行動特徴を当てはめた。

こゝに挙げた行動は自閉症児に関与する者はほとんど経験することのできるものであるが、この他にも多種多様な行動を挙げることができ、それらもよく観察すれば感覚障害のいずれかの分類に当てはめることができるものが多い。

## 2) 感覚障害と情緒障害との関係について。

われわれは常に外界からの刺激に対応して適応行動をとっている。即ち、対人関係にしても、相手の表情、行動を視覚で把握し、言葉においては、その言語的意味の他にイントネーションその他のニュアンスを音的に聴覚によって把握、それらの総合的把握によって対人関係における適応行動をとろうとする。

いま図1. によって外界の刺激に対する適応行動の発現経路を考えると、例えば、ある人が道路の中央を歩いていたとする。後より自動車があるとそのエンジン音やタイヤの音、クラクションの音が聴覚的に把握され、大脳皮質へ伝達される。大脳皮質は行動器官に後を振り向くように命令する。そうすると自動車があるのが視覚的に把握され、大脳皮質へ伝達される。大脳皮質は行動器官に道の端へよるよう命令し、その人は交通事故からまぬがれる。これが適応行動である。

ところが、情報受容器官である聴覚が極端にハイポである人、即ち、聴覚障害者ではこれが不可能になる。そして、現実には彼らはしばしば交通事故に会っているのである。これは不適応行動と云わざるを得ない。

また、視覚障害者にも表6. に示されるような感覚刺激要求行動がしばしばみられることが知られており、情緒障害との関連について論じられている。

いま、情報受容器が過剰に鋭敏であるとする、まだ近くに来ていない自動車の音にいちいち反応しなければならなくなり、不必要な緊張を一般の人よりも多くしなければならなくなり、それだけストレスが高まることになる。このようにして、ハイパーな感覚に対しては、適応の

ためにはこれを回避する行動が当然出現するであろうし、ハイポな感覚に対しては、刺激の不足を補足しようとする行動が出現することになる。また、微妙な刺激の違いの弁別にとりつかれた人は、それに没頭して他の刺激に興味を示さなくなる。

次に、情報受容器官が正常な機能を有している場合にも同じような現象が起り得る。

即ち、増幅器官である脳幹毛様系や視床下部の機能が何等かの原因で興奮状態にあるか抑制状態にある場合である。これには心理的影響によって起る場合と、病理的障害によるものとが考えられる。心理的なものとしては神経症の人が刺激に対して一般的に過敏になる場合などがこれに当り、病理的なものとしては、仮死出産や頭部外傷後遺症の人に外的刺激に対してフラストレーション・トレランスが低くなるなどの問題を示すのがこれに当る。

ところが、自閉性行動を示す人では情報受容器官が一率にハイパーとかハイポになっているのではなくて、ある受容器官はハイパーであり、あるものはハイポであるというようにバラバラのものが多くのである。

このように情報の入り方に混乱があることが情報処理を適切に行うことを困難にし、不適応を起し易くし、情緒的緊張を高め、情緒障害の大きな要因となり得ることに注目すべきであろう。

このようにみてゆくと、彼らのパターン化した行動（同一性保持）も不適応行動を回避するための防衛機制として、経験的に安全な行動や環境整備をしているものと解釈される。

そしてこの防御体制を破られると不安に陥りパニック状態となる。この点については、受容器官、増幅器官が正常に作動する場合でも情報処理器官である大脳の能力が低いために適応行動がとりにくい精神遅滞者においても同じ反応を示す。

次に、ホワイト・ノイズに基づく行動と感覚刺激弁別没頭行動が筆者は最も自閉的行動である

と考える。この行動をとる者は外部からの他の刺激に対する反応をほとんど示さず、ひたすら自己の関心のおもむくまゝに没頭しているのである。そのためこの行動をとる者が最も発達障害を起しやすいことになる。

### 3) 感覚障害に対する治療の基本的方針

第一は対症療法で、一応情緒安定を得るための対策である。即ち、感覚がハイパーな状態に対しては、可能な限り刺激を少くするように環境を整備する。

それが不可能な場合には別の方法も考えられる。例えば、或る児童は聴覚がハイパーなため、騒しい教室に入ることができない。しかし、彼は授業には興味があるらしく、窓の外から教室の中の授業を見ているのであった。そこで彼に耳栓をしてやると、彼は授業に参加するようになったばかりか、彼は自発的に騒しい場所へ行くときに耳栓を要求するようになったのである。

また、感覚がハイポな場合には、その刺激を強くすることによって安定が得られることになる。また、放置しておけば常に刺激要求行動をとるが、外部から強力な刺激を短時間に与えて要求を充足させれば、常に刺激要求行動をとることがなくなり、その間に関心を外部へ向けさせることが可能になるのである。

このようにして安定が得られた後、根治療法に入る。即ち、感覚ハイパーに対しては当人が耐え得る刺激の強さから始めて、極めて徐々に刺激を強めてゆくことによって、一般的な感覚刺激に耐え得るまでにする。

感覚ハイポに対しては様々な質や量の異なる刺激を与えて感受性の発達を促進するためのトレーニングをする。

ホワイト・ノイズ、没頭行動に対しては、しばしば外部より刺激を与えて、当人の感覚を外部へ向けさせるようにする。

以上が基本的な治療方針である。

### 4) 考察

動物は種によって遺伝的に受容器の感受性の特徴を持っている。例えば、タカは視力が非常

に鋭敏であり、イヌは嗅覚が鋭敏である。一方、ネズミは視力が良くない等である。

しかし、同種族内でも感覚的に個体差があることも否定できない。そして、受容器が過度にハイパーな場合、大脳がその入力をどのように利用し得るかによって社会的には芸術的な分野に発展が期待される。例えば、聴覚では音楽家、視覚では画家、味覚では調理師として名声を得ることができる。しかし、それが利用可能な限度を超えると、ストレスとなり回避行動をとらざるを得なくなるであろう。また、大脳の入力に対する反応様式が微妙な刺激の違いを弁別することへと向けられると、弁別に対する没頭行動が出現することになる。但し、これが社会的に利用されるならば、芸術評論家或は鑑定家になり得るであろう。

このような特徴から芸術的タイプという性格傾向の分類もなされるものと考えてるが、また、芸術家タイプの人の中には社会適応が下手な人が多いことも否定できない。

また、受容器が過度にハイポな聴覚障害や視覚障害の人も社会適応がむづかしくなることも事実である。

しかし、前述の補聴器の装着で自閉性行動が消えた例などは極めて稀な例であろうと思われる。筆者の経験では視覚障害児で自閉的行動をとっていたものでは、その行動上から聴覚ハイパー、触覚ハイポ、嗅覚ハイポなどの他の感覚障害が併存している例が多くみられ、単一の感覚障害のみでは情緒障害にまで発展することは少いと考えている。

次に聴覚、視覚といった個々の感覚についてみても表7. のようにその内容を少くとも三種類以上に分類することができ、それぞれに対するハイパー、ハイポ、或はホワイト・ノイズの行動を示す。例えば、視覚については、光度に対してハイパーなため、昼間は目を閉じて開けようとせず、教室の隅に頭から上衣をかぶってうずくまっているため指導に困っていた児童が、夕刻より目を開けていることが判ったので、サ

ングラスを掛けさせると、昼間も座席に着くようになったもの。形態に対する弁別能力が高いため設計図のような正確な絵を画く児童、網膜刺激に没頭し、その刺激閾値が上ってゆき、強く目を叩くようになり、遂に失明した女兒などがある。

また、ある女兒は自動車のクラクションが急に鳴ると耳を押えて道路にうずくまり、通学が困難であったので、筆者は本児は聴覚ハイパーで高音域が平均以上に入力されるための行動であろうと考え、検査を依頼したところ、可聴音域は平均的であったが、図2. に示すようなさえずり音の中の5ミリ秒の周期を持つ音質に対してのみ反応していたことが判ったのであった。

このようにみてゆくと、個々の感覚のみについても複雑な組み合わせが起ってくる。さらにこれが五つの感覚についてそれぞれ組み合わせが異なるのであるから、そこから誘発される混乱も甚しく複雑なメカニズムを呈することになる。

しかし、われわれが感覚障害に基づく行動を鑑別するには、ほとんど行動観察によるしかないのが現状であるから、慎重に観察をくり返して判断を下す必要があり、治療活動途中で誤りが発見されれば、その度び毎に方針の転換を行う柔軟な姿勢が望まれる。

このようにして感覚障害に基づくと考えられる行動を改善することに成功する例は筆者の経験によれば可成りの数にのぼると考えられるが、それには家族の絶対的な努力が必要であり、現実的にはそのような努力をおしまない家族が少いため、十分な効果を挙げ得ないまゝ何時とはなく止めてしまうものが多いのである。例えば、触覚ハイポの女性は毎日数回カンシャク発作を起し、ガラスを割り、衣服を破り、物を投げていた。筆者の初診は17歳であったが、毎日触覚刺激を与えることにより、これらの行動は全く消失し、現在25歳であるが触覚刺激を与えることは止めているが、そのような行動は起らなくなっている。

一方、8歳の女兒は触覚刺激弁別行動に没頭していた。筆者の初診は5歳であった。触覚刺激を与えることによって没頭行動が消失していたが、しばらくして再診すると、以前ほどではないが没頭行動を行っているので、母親に質すると、学校へ行くようになって時間がないため、このところやっていないとのことであった。

このような行動が改善されると指導に乗り易くなるものが多いが、それでもコミュニケーションの障害その他自閉性の障害が全て解消されるものは稀である。

特にコミュニケーションの能力や知的能力は幼児期より徐々に積み上げられた発達の経過に基づくものであり、それが或る年齢迄の間誤った方向へ進んでいたものを修正することは容易なことではないことは理解に難くないところである。

現在、古典的な治療法やエアーズの理論に基づく感覚・運動統合訓練などが自閉症に対して行なわれているが、何れも十分な効果を挙げているとは思えない。その理由はこのような状態が単一な原因によってはほとんど起らないところにあるものと考えられる。

いま仮に自閉症の原因を三つに分け、A. 古典的母子関係の障害、B. 中枢性障害、C. 感覚障害とすると、自閉症の原因は、1. Aのみによるもの、2. Bのみによるもの、3. Cのみによるもの、4. A×Bによるもの、5. A×Cによるもの、6. B×Cによるもの、7. A×B×Cによるもの、と分けることができる。いま1. によって起ったものにAの治療を行えば100パーセントの改善効果が得られるであろうが、2. 3. 6. に対してAの治療を行っても効果は皆無である。若し、4. または5. に対してAの治療を行えば、効果は50パーセント現れるであろうが、7. に対して行った場合は効果は30パーセントということになる。即ち、4. または5. に対してはAの治療と同時にBまたはCの治療を併用しなければ100パーセントの効果は期待できないであろうし、7. に対して

はA. B. Cの三種類の治療法を併用しなければならぬことになる。

5) おわりに

この場において筆者が何故このような問題を提起するかというと、感覚障害の問題は自閉性の行動を解釈し、改善する上で非常に大きな位置を占めていると考えるが、しかし、臨床的にはこれがすべてではないという事実があることを無視できないと考えるからである。理論体系に拘泥するのあまり臨床的事実を無視し、効果の挙がらなかった症例を切り捨てて、唯自己の理論体系の正当性を維持しようとした前車の轍を踏むことを恐れたからである。科学は客観的に公正に評価されなければならない。退官に当り

筆者が長年強く感じ続けてきた問題点をあえて述べさせていたゞくものである。

文 献

- (1) Ayres.A.J., 宮前珠子他訳：感覚統合と学習障害。協同医書出版社、1981.
- (2) Delacato.C.H., 阿部秀雄訳：さいはての異邦人。風媒社、1981.
- (3) Hermelin.B., 平井久他訳：自閉児の知覚。岩崎学術出版社、1980.
- (4) 山崎晃資他：視覚障害児の早期治療。教育に関する試み。児童精神医学とその近接領域。Vol. 16, No. 3, 1975.

図1. 外界の刺激に対する適応行動並びに発現経路

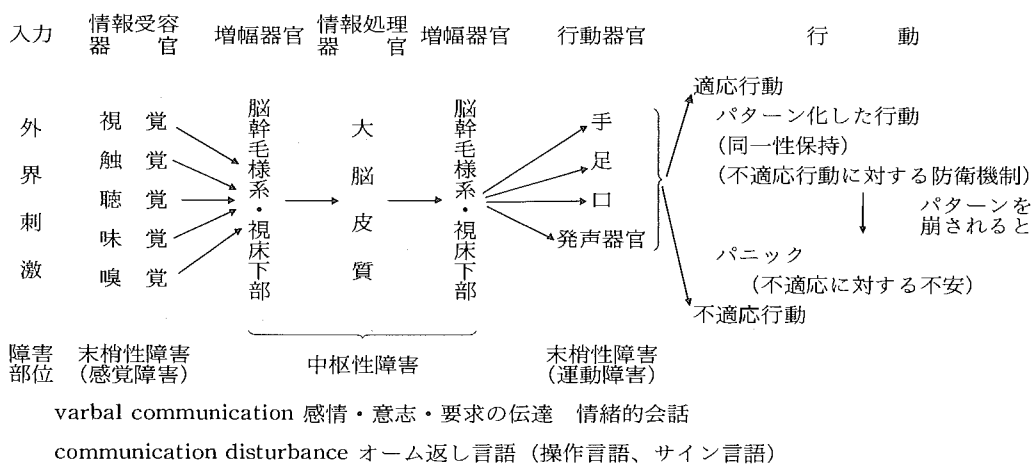


表1 感覚障害に基く行動

| Hyper な触覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hypo な触覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 触覚の White noise                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人に体をさわられることを嫌う。</li> <li>2. ざらざらした生地やチクチクする生地で作られた衣類を嫌う。(嗅覚との鑑別)</li> <li>3. 窮屈な衣類や体に合わない衣類を嫌う。</li> <li>4. 裸でいることを好む。裸足を好む。帽子をかぶらない。</li> <li>5. 体に触れられたり、抱かれると体を硬くする。(嗅覚 Hyper と鑑別)</li> <li>6. 柔い布や毛皮製の縫いぐるみを好み、それで自分の体をなでたりする。</li> <li>7. 風呂に入ることを嫌う。</li> <li>8. くすぐったがって体を洗わせない。</li> <li>9. 気温の急激な変化を嫌う。(寒い外から暖い室内に入るとか、暑い外から冷房のきいた室内に入ることを嫌う。)</li> <li>10. 風呂の湯の温度が気に入るまで調整しないと使わない。</li> <li>11. 自分の体を静かにくすぐっていることがある。</li> <li>12. 外陰部にそっとふれていることがある。</li> <li>13. 痛みを我慢できない。</li> <li>14. 下着や靴下等気に入るまで何回でも着直す。</li> <li>15. 気に入りの服ばかりを着たがる。(嗅覚との鑑別)</li> <li>16. 熱いものも冷いものも、温度のぬるくなった食物は食べない。</li> <li>17. 舌ざわりの悪い食物を嫌う。(ぬるぬるしたもの、ざらざらしたもの等)</li> <li>18. 散髪を嫌う。(聴覚との鑑別)</li> <li>19. 粘土やヌルヌルしたものをさわることを嫌がる。</li> <li>20. 口唇や舌先で物や手にそっとふれている。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自分の体をかんだり、頭を叩いたり、皮膚を引っかいたり、頭髪を抜いたり、自傷行為をする。</li> <li>2. 体の大部分を律動的に動かしている。(視覚、聴覚との鑑別)</li> <li>3. 切傷に平気で気が付かないようにみえる。</li> <li>4. 痛み到我慢強い。(ぶつかったり、ころんでも我慢する。)</li> <li>5. 体をねじ曲げた姿勢をとることがある。</li> <li>6. 傷のあとを絶えずさわるため、傷が治りにくい。</li> <li>7. 窮屈な衣類を好んで着たり、バンドや紐をきつくしめたりする。</li> <li>8. 風呂やプールが好きである。</li> <li>9. 砂や小さな玩具を口に入れる。</li> <li>10. くすぐってもらうと、よろこぶ。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痒くもないのに虫に刺されたように体をかく。</li> <li>2. 体をブルブル震わせていることがある。(視覚 Hypo, 聴覚 Hyper との鑑別)</li> <li>3. 自分あるいは他人を突然ビシヤリとたたく発作的行為がある。</li> <li>4. 水や食物を胃に入らなくなるほど大量に食べる。</li> <li>5. 反芻や嘔吐をする。(味覚 White noise との鑑別)</li> </ol> |

表 2

| Hyper な嗅覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hypo な嗅覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 嗅覚の White noise                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臭いの強い食物を嫌う。(ニンニク、玉ネギ、人参、しいたけ、ウキスキ、等)</li> <li>2. 臭いの強い物を嫌う。(香水、防臭剤、アンモニア、ガソリン、ペンキ、洗剤等)</li> <li>3. 自分の小便をかぐと吐き気を催す。</li> <li>4. 他人の排泄物から逃げる。</li> <li>5. 我慢できなくなる迄排尿排便をしない。</li> <li>6. 便所へ入ることを嫌う。(水洗一聴覚との鑑別)</li> <li>7. 母の乳房から逃げようとする。(乳児期)</li> <li>8. 特定の人以外に抱かれることを拒む。(触覚 Hyper との鑑別)</li> <li>9. むかつき易い。</li> <li>10. 他人の口臭を嫌がる。</li> <li>11. 洗剤やナフタリンの臭いのする衣類を嫌がる。</li> <li>12. 生野菜を好まない。(味覚との鑑別)</li> <li>13. 食物を必ず嗅いでから食べる。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大小便をもて遊びたがる。</li> <li>2. 夜尿をよくする。(心理的原因との鑑別)</li> <li>3. 衣類の汚れたものを好み、着換えを嫌がる。(触覚との鑑別)</li> <li>4. 手や口の周囲をツパで濡らしている、手は鋭い酸臭がする。</li> <li>5. 便所が好きで、水洗便所では排泄物を流したがる。</li> <li>6. 大便を壁や自分の体に塗る。</li> <li>7. 部屋の中の全ゆる物を嗅ぎ廻る。(嗅 Hyper との鑑別)</li> <li>8. 人の臭いを嗅ぐことを好む。脇の下を嗅ぎに行く。(嗅 Hyper と鑑別)</li> <li>9. 排泄物を出さないで、自分の体内にためるため、一種独特の体臭を持つようになることがある。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自分の息の臭いを嗅ぐために、手を口や鼻にあて、口から鼻へ空気を吹き込むようなことをする。</li> <li>2. 非常に速い深呼吸をする。(聴覚 White noise との鑑別)</li> <li>3. 鼻の穴に小さな物をつめる。</li> <li>4. 風邪を引いて鼻に充血が起ると緊張がたかまる。</li> </ol> |



表 3

| Hyper な聴覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hypo な聴覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 聴覚の White noise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 手で耳を覆ったり、指を耳の穴に入れることがある。(聴覚 White noise との鑑別)</li> <li>2. 顔色が灰色である。</li> <li>3. 自分のたてる雑音には平気でいられる。</li> <li>4. 好きな音があって、いつもその音を鳴している。(同じ音楽や扇風機、換気扇等)</li> <li>5. 完全につんぼであるかのような印象を与えることがある。(聴覚 White noise との鑑別)</li> <li>6. イヌやネコなど動物をこわがる。</li> <li>7. 散髪をこわがる。(触覚 Hyper との鑑別)</li> <li>8. 電気掃除機、サイレン、オートバイ、バス、トラック、雷等の音をこわがる。</li> <li>9. 小さな音でも眠りを妨害される。</li> <li>10. 眠りが浅く夜中にしばしば目を醒す。</li> <li>11. 電灯、水道管、冷蔵庫、テレビ、呼吸等から起る一般には聴えない高振幅騒音を気にする。</li> <li>12. 暴風雨、雷等をこわがって布団や物蔭にかくれる。(視覚との鑑別)</li> <li>13. 本のページをパラパラめくる。(視覚との鑑別)</li> <li>14. 海岸で波の音をこわがる。</li> <li>15. 耳あかを取ったり、耳を洗うのを嫌がる。(触覚との鑑別)</li> <li>16. 空調や暖房設備の音を嫌がる。</li> <li>17. さゝやき声や遠くから聴える音に向って進んでゆくことがある。</li> <li>18. 浴室、体育館等反響の強い場所をいやがる。</li> <li>19. 水洗便所の水を流す音をこわがる。</li> <li>20. 赤ん坊や幼児の高い声をきらう。</li> <li>21. 人ごみ、幼児の集る場所(朝礼等)を嫌がる。</li> <li>22. 恐怖のヒステリー発作を起す。(心理的欲求不満との鑑別)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 洗濯機や電気掃除機の音が好きである。</li> <li>2. 水洗便所の水を流すことが好きである。(嗅覚 Hypo との鑑別)</li> <li>3. リズミカルな音を発する機械の音を聴くのが好きである。(触覚 White noise との鑑別)</li> <li>4. 物を叩いたり、投げたりして、大きな音を立てることが好きである。(Hyper 3 と鑑別)</li> <li>5. 紙をビリビリ引き裂くとか、しわくちゃにもむことが好きである。(Hyper 13 と鑑別)</li> <li>6. 本やノートから紙をむしり取ることが好きである。(Hyper 13 と鑑別)</li> <li>7. 動いたり、回るおもちゃの音を聴いていることがある。</li> <li>8. キイキイいう音やベルの音の出るおもちゃが好きである。</li> <li>9. 扉をバタンバタンと閉めたり、開けたりすることが好きである。(Hyper 3 と鑑別)</li> <li>10. 騒音のひどい人ごみや路ばたで、ぼんやりと一点を見つめていることがある。(聴覚の White noise との鑑別)</li> <li>11. 台所や浴室にいることが好きである。</li> <li>12. 消防車や救急車のサイレンの音にひかれる。</li> <li>13. エンジンの音に耳を傾けていることがある。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理由もなく発作的に激しい金切り声をあげることがある。</li> <li>2. 走った後で自分の心臓の音に静かに耳を傾けていることがある。</li> <li>3. 食事の後で自分の消化器が働いているのに耳を傾けていることがある。</li> <li>4. 速い呼吸をして、自分の呼吸音に耳をそば立てていることがある。(嗅覚の White noise との鑑別)</li> <li>5. 頭を振ったり、止めたり、頭を下にしてぶら下ったり、頭が奇妙に下に引つ張られているような姿勢をとることがある。</li> <li>6. 鼻歌をよくうたう。</li> <li>7. ウーウーと声を立てて、その響きを聴いていることがある。</li> <li>8. 両手で耳を覆っていることがある。(聴覚 Hyper との鑑別)</li> <li>9. 自分の頭をたえずたゞく。(触覚 Hypo との鑑別)</li> </ol> |

表 4

| Hyper な視覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hypo な視覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 視覚の White noise                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 絶えず周囲の細かい物を見つめている。遠視的鋭い視覚。</li> <li>2. レコード、換気扇、洗濯機等の回転しているものに見とれる。</li> <li>3. マーク、レットル、図鑑、天気図等にこっている。</li> <li>4. 漢字、数字にこっている。(駅名にこる。電話帳、時刻表が好き)</li> <li>5. 水、ガラス、レンズ等で形や色の変るのを見るのが好きである。</li> <li>6. 鏡や水面に写る自分を見たがらない。</li> <li>7. 複雑な図形や図案、模型を作ることが好きである。メカニク的な物に興味を持つ。</li> <li>8. 月や星、雲や煙突、高い橋等を長時間見つめていることがある。</li> <li>9. いなづまや鋭い光、輝く太陽をいやがる。</li> <li>10. 小さな穴やねじれたガラスを通して見るのが好きである。</li> <li>11. 自分の目を右から左へ動かすように端から端まで移動したり、物に近づいたり、離れたりするよう、前後に移動したりすることがある。</li> <li>12. 水を流したり、飛ばしたりして遊ぶのが好きである。</li> <li>13. 砂を握って指の間からたらしで見ている。</li> <li>14. 小さな穴や隙間に物を落すことが好きである。</li> <li>15. 一本の毛や棒を見上げたり、見下したり、それをずっと離れた物に対して照準をつけて見るようなことをする。</li> <li>16. 小さな塵を気にする。</li> <li>17. 視線をさける。</li> <li>18. 他人の眼鏡を気にする。</li> <li>19. 置いてある物が少しいがんでいても気にして直す。</li> <li>20. 視覚的に微妙な変化を判別することに没頭する。</li> <li>21. 視覚的に強い刺激をきらう。(光度、色調、形態それぞれある。)</li> <li>22. 他人の目を突ついたり、引っかけたりする。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 太陽や強い光をじっと見ていることがある。</li> <li>2. 日向に生ずる物の影を興味深そうに見ていることがある。</li> <li>3. 物の周りをぐるぐる廻りながら、それをじっと見ていることがある。</li> <li>4. 車のついた玩具を机の縁などにこって動かして長時間遊ぶ。</li> <li>5. 手で物の縁をなで廻して、その輪郭を知ろうとするような行動をする。</li> <li>6. 高い所、階段をこわがる。</li> <li>7. スピードを恐れる。</li> <li>8. 鉛筆のような棒を回転させる動作をすることがある。</li> <li>9. 二つの色の違った床やジュウタンの模様の上を、一方の色から他の色の上へ行ったり来たりをくり返していることがある。</li> <li>10. ガラス壺、食器、ドアの取手等光沢のある物を長時間見ていることがある。</li> <li>11. 指をからませて見ていたり、手遊びをしていることがある。</li> <li>12. 体をゆり動かしていることがある。(触覚 White noise との鑑別)</li> <li>13. 風にゆらぐ木の葉や物を見つめていたり、紙切れを息で吹き飛ばしたりして見るのが好きである。(視覚 Hyper 20との鑑別)</li> <li>14. 針金を曲げて形の変化を見つめていることがある。(視覚 Hyper との鑑別)</li> <li>15. 比較的軽い物を投げてヒラヒラ落ちるのを見ていることがある。(Hyper 20との鑑別)(重い物は聴覚の Hypo)</li> <li>16. 電燈を点滅させてよこぶ。</li> <li>17. 手拭、紐等をグルグル振り廻す。(Hyper 20との鑑別)</li> <li>18. 視覚的に強い刺激を求める。</li> <li>19. 視覚的にはっきりした違いを比較することに没頭する。(Hyper 20との鑑別)</li> <li>20. 弱視的、夜盲症的行動をとる。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 瞳孔が開いている。</li> <li>2. 人や物をじっと見つめて、何か考えにふけているような目つきをしていることがある。</li> <li>3. 自分の目をさわったり、こすったり、たゞいたりする。網膜刺激に没頭する。</li> <li>4. あたかも盲人のように行動することがある。(Hypo 20との鑑別)</li> <li>5. 眼球振盪がみられる。(視覚 Hypo との鑑別)</li> </ol> |

表 5

| Hyper な味覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Hypo な味覚                                                                                                                                                                                                                                                                         | 味覚の White noise                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 偏食がひどい。(パン、うどんしか食べない等)</li> <li>2. 味の薄い食物を好む。</li> <li>3. 同じ食物でも微妙な味の違いがわかる。</li> <li>4. 舌の先を使って食物の甘さと塩辛さをききわけている。</li> <li>5. 極度に少食である。(味覚の White noise との鑑別)</li> <li>6. 甘い物を好まない。</li> <li>7. サイダー、コーラ等炭酸飲料を好まない。</li> <li>8. 煙草を食べさせると吐き出す。</li> <li>9. 同じ食物でも銘柄に好みがある。<br/>(リンゴではデリシアス、フジ等、アイスクリームでは明治、雪印等)</li> <li>10. 野菜類 (特に生野菜) が嫌いである。(嗅覚との鑑別)</li> <li>11. 濃い味の食物は食べない。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 味の濃い食物を好む。</li> <li>2. どんな食物にもしょう油やソース等を掛けたがる。</li> <li>3. 塩、砂糖、しょう油、ソース、ラー油等をそのまま平気で食べる。</li> <li>4. 紙、絵の具、ガソリン、ビニールその他、普通の人ではとても食べられないような物を食べることもある。</li> <li>5. 舌の側面と奥を用いて酸味と苦味を味わい分けているところがある。</li> <li>6. 薄い味の食物は食べない。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自分の舌やほくを吸うようなことをする。</li> <li>2. 一度食べた物を胃からもどしてかむ (反齧) をする。(触覚の White noise との鑑別)</li> <li>3. 食物に無関心で、養ってもらわないと、自分からはめったに食物に手を出そうとしない。(味覚 Hyper との鑑別)</li> <li>4. 自分の唾液を味わっているような舌の吸い方をする。</li> <li>5. 舌が吸引によって広がっている。</li> </ol> |

表6 “いわゆる” Blindism の分類(山崎他)

1. 眼球自己刺激現象 (Ocular autostimulation:OAS)
  - (1)指-眼現象 (Digito-ocular phenomenon)
  - (2)眼瞼挙上現象 (Lid-elevation phenomenon)
  - (3)頭ふり現象 (Head-wagging phenomenon)
  - (4)手ふり現象 (Hand-wagging phenomenon)
2. 指-耳現象 (Digito-auricular phenomenon)
3. 指打ち現象 (Finger-tapping phenomenon)
4. 回旋現象 (Rotation phenomenon)
5. なめる現象 (Tasting phenomenon)
6. 嗅ぐ現象 (Smelling phenomenon)

表7 感覚の種類

| 感覚 | 量      | 質                    |                                  |
|----|--------|----------------------|----------------------------------|
| 視覚 | 光度(明暗) | 色彩(原色、中間色)           | 形態(マーク、文字、天気図、パズル)<br>網膜刺激(内部感覚) |
| 触覚 | 痛痒、温冷  | 滑粗(ヌルヌル、ツルツル、ザラザラ)   | 圧迫(内部感覚)<br>反スウ(内部感覚)            |
| 聴覚 | 強弱     | 音質(トランペット、パイオリン)     | 音域(ソプラノ、バス) 内臓音(内部感覚)            |
| 味覚 | 濃淡     | 銘柄(デリシャス、フジ、インド) 新鮮度 | 刺激性(ラー油、サイダー)<br>舌吸い(内部感覚)       |
| 嗅覚 | 強弱(濃淡) | 快、不快(香水、腐臭)          | 刺激性(ワサビ、アンモニア)                   |

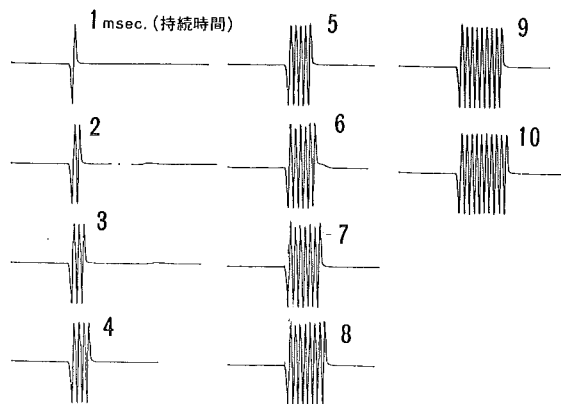


図2 ビッピーというさえずり音の持続時間  
(本児は5のみに反応する)(星, 1980, 12, 3)

## 全体精神衛生学へのアプローチ

- 丸山 晋 (国立精神衛生研究所・社会復帰相談部)  
土居 健郎 (同・元所長)  
池田 由子 (同・児童精神衛生部)  
大塚 俊男 (同・老人精神衛生部)  
岡上 和雄 (同・社会復帰相談部)  
柏木 昭 (同・社会精神衛生部)  
河村 裕充 (同・元総務課)  
北村 俊則 (同・老人精神衛生部)  
桜井 芳郎 (同・精神薄弱部)  
椎谷 淳二 (同・精神薄弱部)  
高橋 徹 (同・精神衛生部)  
中川 泰彬 (同・精神身体病理部)  
野口 俊一 (同・総務課)  
古川 優 (同・総務課)  
松永 宏子 (同・社会復帰相談部)  
町沢 静夫 (同・精神衛生部)  
宗像 恒次 (同・社会精神衛生部)  
渡辺 登 (同・児童精神衛生部)  
高臣 武史 (同・所長)

## An approach to holistic mental health research

- Susumu Maruyama (Division of Psychorehabilitation, NIMH)  
Takeo Doi (Former Chief director of NIMH)  
Yoshiko Ikeda (Division of Child mental health, NIMH)  
Toshio Otsuka (Division of Psychogeriatrics, NIMH)  
Kazuo Okagami (Division of Psychorehabilitation, NIMH)  
Akira Kashiwagi (Division of Socio-environmental research, NIMH)  
Hiromitsu Kawamura (General Affairs Section, NIMH)  
Toshinori Kitamura (Division of Psychogeriatrics, NIMH)  
Yoshiro Sakurai (Division of Mental Retardation, NIMH)  
Junji Shiiya (Division of Mental Retardation, NIMH)  
Toru Takahashi (Division of Adult Mental Health, NIMH)  
Yasuakira Nakagawa (Division of Biobehavioral Research, NIMH)  
Shunichi Noguchi (General Affairs Section, NIMH)  
Masaru Furukawa (General Affairs Section, NIMH)

Hiroko Matsunaga (Division of Psychorehabilitation, NIMH)  
Shizuo Machizawa (Division of Adult Mental Health, NIMH)  
Tsunetsugu Munakata (Division of Socio-environmental research, NIMH)  
Noboru Watanabe (Division of Child mental health, NIMH)  
Takeshi Takatomi (Chief director of NIMH)

### Summary

By using KJ-method, we analysed 76 research topics in mental health. We found 5 key words as follows; information-center, crisis-solving, biobehavioral-science, law, and totality.

**Key words** : *holistic mental health*

*KJ-method*

### はじめに

今世紀は「科学の世紀」といわれるように諸科学が急速に進歩した。わけでも自然科学の分野でこの傾向は著しく、年々加速こそすれ、とどまるどころを知らない程である。しかしその進展は、多くの場合、専門分化と細分化を特徴としてきた。それに伴い、学問の全体像がますます見えにくくなってきていることも事実である。つまり学問のマイクロ化が進んでいる。これを補う方向として、学際的研究というものもあるが、十分にその要求をみたしているとはいえない。上記傾向は、精神衛生の分野でも同様にあらわれ、「学」の全体像を求めるむきは大きいと考えられる。竹内<sup>1)</sup>は自然科学の発展を第1世代から第3世代に区分し、第1世代を「自然を記述し、分類する学問」、第2世代を「それらの結果を分析し演繹する学問」、第3世代を「手に入るかぎりのデータをもとに総合する学問」と定義した。その意味でわれわれの求められているものは第3世代の学問としての「全体精神衛生学」に他ならない。われわれは、こうした現状をふまえ、全体的な精神衛生学を構築するという視点に立ち、方法的にも、その方向性を探るという意味で、ある試みをなした。以下がその概要である。

### 方 法

上記の目的のためにわれわれの採用した方法は、KJ法である。KJ法<sup>2),3)</sup>は、文化人類学者川喜田二郎(1920～)が創案した創造性開発と問題解決の技法体系であり、一定の手続きをふむことにより、「定性的で、ランダムなデータから、秩序すなわち全体的構造をうみだす方法」であるといわれる。

われわれは、各分野の研究者に「精神衛生研究で当面重要視されているテーマ」を箇条書きしてもらったところ、合計76のテーマが提出された。これを「元データ」として、KJ法の手法にのっとり、「アナログカルなデータのユニットを探しだし、これに新しい上位概念をつみあげる」という操作を段階的に行った。

### 結 果

上述の方法により、76の「元データ」は、76→48→34→22→11→7→5と7段階を経て、最終的に5つの概念にまとめこむことができた。それぞれのレベルは、データの“意味性”のレベルと考えてよい。またこれらの概念の相互関係を読みとり、構造化したもの(KJ法A型図解化)が図1である。5つの最終概念(KJ法では表札という)のエッセンス(同じく、シンボル・マークという)は、それぞれ、“Information-center” “Crisis-solving” “Biobehavioral-

science” “Law” “Totality” となった。図2は、最終表札とシンボル・マークのみを示したものである。(これをインデックス図解という)このインデックス図解を検討しているうちに、ひとつのイメージに凝縮することが可能であると考えられた。それは図3の如きものとなった。われわれはこれを「精神衛生研究の樹」と名付けた。

## 考 察

現代は、分析的な科学がめざましい発達を上げている。そしてともすれば、総合の学が見落されがちである。諸科学の総合の学としての精神衛生学においても、同様のことが顕著である。そうした反省が、本研究のスタートとなった。

学問とくに自然科学は、自然という「縫い目のない全体」(竹内均)<sup>4)</sup>を対象としてきた。つまり全体像への希求は、学問の頭初よりあったはずである。しかしこの全体像をとらえる技法は必ずしも成功しているとはいいがたい。その成功例は、例外的に数少ない分野として、生態学においてこれを見ることが出来る。またその具体的な方法として、今西<sup>5)</sup>の「生物の世界」は多くの示唆を与えてくれている。

「精神衛生研究の全体像」の模索が可能かどうかについては、このテーマがあまりに野心的であるがゆえに、否定的にならざるを得なかった。しかし、この今西理論を技術化したとでもいうようなKJ法<sup>6),7)</sup>を、適性技術として採用するに及んで、その可能性がひらけてくるようにおもわれた。

76の研究テーマは、全くアト・ランダムにあつめられたものであったが、比較的バランスよく、精神衛生の各研究分野をあらわしているようにおもわれた。これらのテーマを、「バラバラなデータ」とみたと、「それを啓発的にまとめた」のが図1であった。そこには、各研究テーマの「構造と機能」が窺れわたる。この方法のメリットは、それぞれの内容と相互関係が一目瞭然に把握されるところである。また、そこに「システム」

がよみとれるところである。今日システム理論はある種の隆盛を得ている<sup>8),9)</sup>が、かくの如き方法で、「下からのつみかさねがシステムを生む」という実践は数少ないようにおもわれる。

今回われわれは、「精神衛生研究の研究」の一分野として、「精神衛生学の全体像」を求める試みを行なった。その結果、Information-center, Crisis-solving, Bio-behavioral-science, Law, Totalityの、5つの要素からなる「研究の樹」とでもいうべき所産を得た。その要素の諸関連をシステムとしてとらえたとき、頭初のねらいが達成されたと考えられた。

## まとめ

各分野に細分化された、精神衛生の研究テーマをKJ法にまとめることにより、今日的な全体像を求め、その方法と成果を検討した。

(本論文の骨子は1985年11月30日第1回精神衛生学会で発表されたものである。KJ法図解の細部の文章化は、当学会の報告書において、試みる予定である。)

## 文 献

- (1) 竹内均, 学問への憧憬, 176, 佼成出版社, 1985
- (2) 川喜田二郎, 発想法, 中央公論社, 1967
- (3) 川喜田二郎, KJ法とは?, 日本医事新報, 141, NO.2788, 1977
- (4) 竹内均・上山春平, 第3世代の学問, 中央公論社, 1977
- (5) 今西錦司, 生物の世界, 講談社, 1972
- (6) 川喜田二郎, KJ法と移動大学の示唆する人間学の新展開, 425—452, 今西錦司博士古稀記念論文集4, 中央公論社, 1978
- (7) 今西錦司・川喜田二郎, 師弟対談—山も学問も道楽であること, 諸君, 186—200, 第10巻, 11号, 1978
- (8) フォン・ベルタランフィ著, 長野敬・太田邦昌訳, 一般システム理論, みすず書房, 1973
- (9) William Gray(ed); General Systems Theory and Psychiatry, Little, Brown and Company,

INDEX

図 2

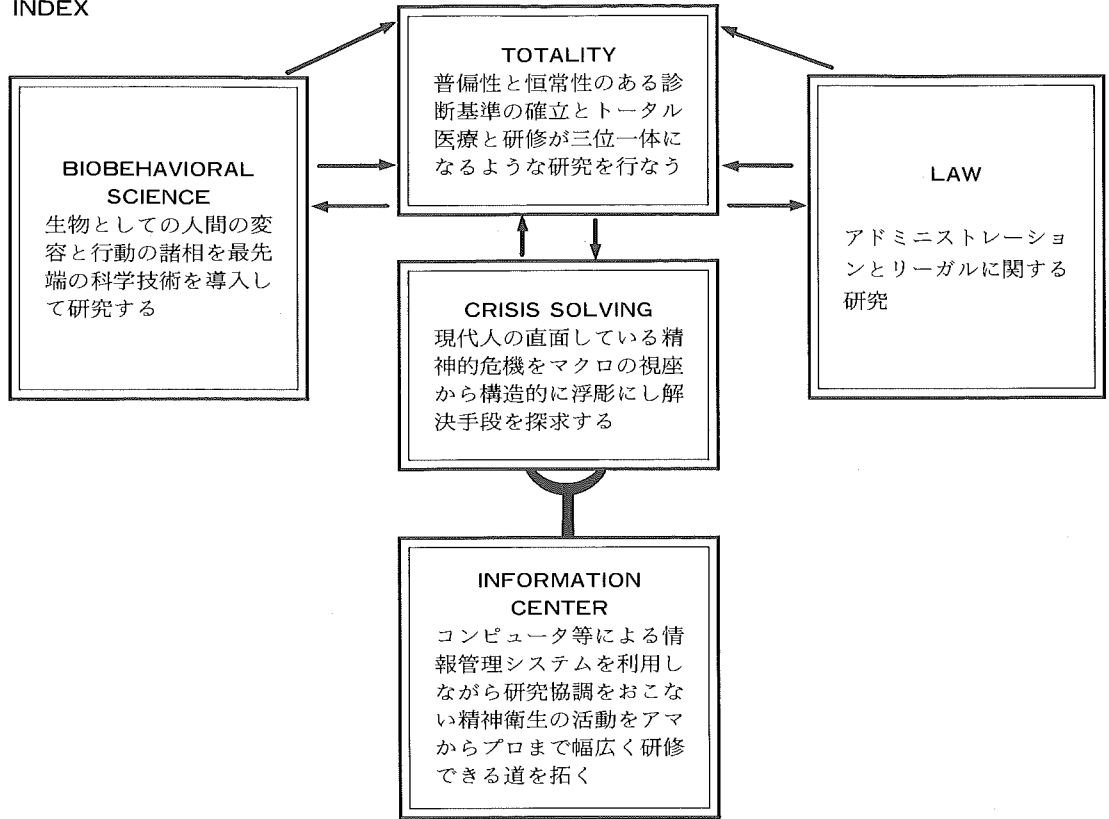
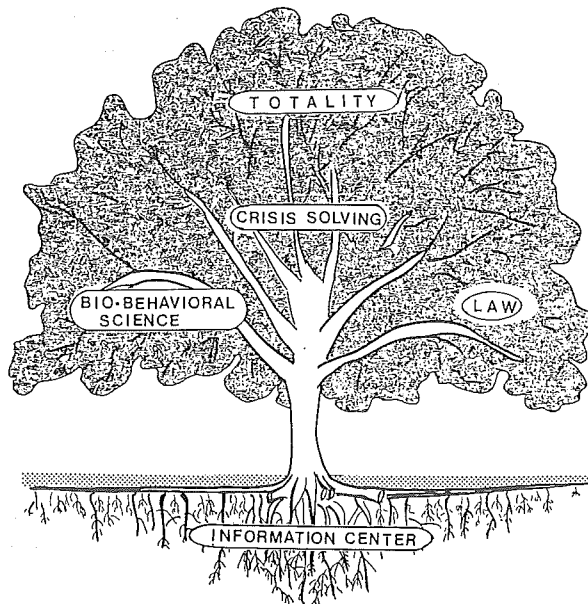


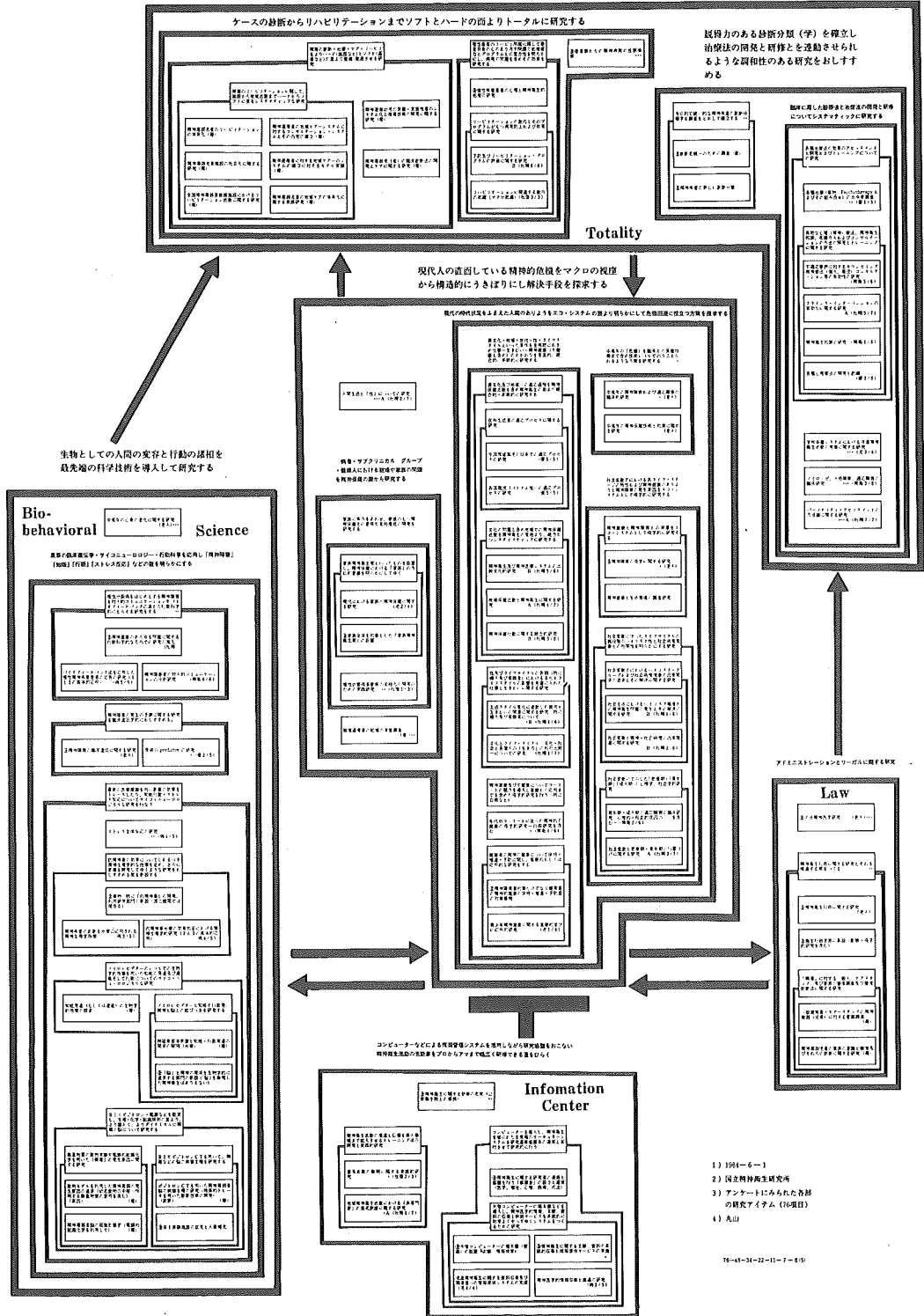
図 3 TREE OF MENTALHEALTH RESEARCH





国立精神衛生研究所の研究はいかにあるべきか？

多様性と恒常性のある診断基準の確立とトータル医療と研修が三位一体となるような研究を行なう



- 1) 1994-6-1
- 2) 国立精神衛生研究所
- 3) アンケートに答えた医師の調査アイテム (16項目)
- 4) 丸山

76-43-34-22-11-7-619



# 精神衛生資料



## 児童虐待に関する最近の資料について

池田 由子

児童精神衛生部

数年前の本研究計資料に児童精神衛生統計のひとつとして、昭和48年度に厚生省児童家庭局で全国の153児童相談所を通じて行なった児童虐待・遺棄・殺害事件の調査結果を紹介したことがある。このうち虐待件数は26件であったが年齢を3歳以下に限定したこともあって、より詳細な調査が望まれていた。その後筆者が昭和52年に千葉県の子4児童相談所取り扱い数を調べたときは年届27件であったし、また、国際児童年に全国養護施設協議会が児童の人権侵害という見地から、養護施設施設収容児 22,853名を調査したときには約33%が人権侵害を受け、3089名が虐待のからんだ事例であった。

昭和58年度（昭和58年4月1日より59年3月31日まで）、すなわち、最初の調査から10年後に、日本児童問題調査会の研究費補助のもとに、われわれ児童虐待調査研究チーム（筆者のほか、田村健二、下平幸男、吉沢英子の諸氏から成る）は、児童虐待調査表を作成し、全国の児童相談所の協力を得て調査を行なった。

この際、児童虐待を次のように定義した。児童は児童福祉法による「満18歳に満たない者」とし、児童虐待を次の4種に規定した。この定義は国際児童福祉連合 International Union of Child Welfare、厚生省の昭和48年調査の定義、米国児童虐待防止法の定義その他を参照したもので、外国の統計との比較が可能になっている。今回は年齢的制限がないので、昭和48年調査には含まれなかった性的虐待が含まれている。

### 1) 児童虐待の定義

親、または親に代る保護者により、非偶発的に（単なる事故ではない、故意を含む）、児童に加えられた次の行為をいう。

(1) 身体的（肉体的）暴行、physical violence

or abuse. 外傷の残る暴行、あるいは生命に危険のある暴行。（外傷としては、打撲傷、あざ、内出血、骨折、頭部外傷、刺傷、火傷など。生命に危険のある暴行とは、首をしめる、ふとん蒸しにする、溺れさせる、逆さ吊りにする、毒物をのませる、食物を与えない、冬、戸外にしめ出す、一室に拘禁するなど）。

(2) 保護の怠慢乃至拒否 neglect, 遺棄（捨てる）、衣食住や清潔さについての健康状態を損う放置。健康状態を損う放置とは、栄養不良、極端な不潔、怠慢乃至拒否による病気の発生、学校に登校させないなど）。

(3) 性的虐待 sexual abuse, 親による近親相姦、または親に代る保護者による性的暴行

(4) 心理的虐待 psychological or emotional abuse, 以上の(1), (2), (3)を含まない、その他の極端な心理的外傷を与えたと思われる行為。この概念は広義にとるとなかなか把握ににくいので、心理的外傷とは児童の不安、怯え、うつ状態、凍りつくよう無感動や無反応、強い攻撃性、習癖異常など、日常生活に障害を来すものに限った。

同期間に集った事例は、合計416事例であった。その内訳は身体的虐待223件（53.6%）、保護の怠慢・拒否111件（26.7%）、性的虐待46件（11.1%）、心理的虐待34件（8.2%）その他2件（0.5%）であった。

以下の表は、児童虐待の起る家族、加害者、被虐待児の状況、児童相談所の対応などを示しているもので、日本児童問題調査会刊行の報告から引用した。

## 〔解説〕表1～表15

児童虐待の家族は、家族構成、職業、家計、相談先にも恵まれないものが多い。家族関係も複雑や欠損が多い。

加害者の数、率とも父親が多く、養・継親が率が高い。之は昭和48年の調査や従前の調査結果とも異なっている。

加害者の年齢は30～49歳であるが、性的虐待では高齢である。自分がその親から拒否、虐

待、不適切な取り扱いを受けているものが過半を占める。精神鑑定をしたわけではないが、心身上の問題をもつものが多いことが推測される。とりわけアルコールの影響が多い。

自身の虐待行為には洞察なく、無自覚である。回数も複数である。

なお、調査項目から虐待の方法が落ちてしまったので、この点は不明である。

## 1. 同居の家族構成

|                 | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|-----------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 純粋核家族        | 54.2  | 29.7     | 47.8  | 35.2  | 45.4  |
| 2. 他の家族員のいる核家族  | —     | —        | —     | 2.9   | 0.2   |
| ・ 核家族計          | 54.2  | 29.7     | 47.8  | 38.1  | 45.6  |
| 3. 祖父母のいる三世代家族  | 1.3   | —        | —     | —     | 0.7   |
| 4. 祖父のみの三世代家族   | —     | —        | —     | —     | —     |
| 5. 祖母のみの三世代家族   | 2.6   | 2.7      | —     | —     | 2.1   |
| ・ 三世代家族計        | 3.9   | 2.7      | —     | —     | 2.8   |
| 6. 純粋父子家族       | 20.6  | 17.1     | 34.7  | 23.5  | 21.6  |
| 7. 他の家族員のいる父子家族 | 2.2   | 4.5      | 8.6   | 2.9   | 3.6   |
| ・ 父子家族計         | 22.8  | 21.6     | 43.3  | 26.4  | 25.2  |
| 8. 純粋母子家族       | 9.8   | 32.4     | —     | 20.5  | 15.6  |
| 9. 他の家族員のいる母子家族 | 4.4   | 6.3      | 6.5   | 8.8   | 5.5   |
| ・ 母子家族計         | 14.2  | 38.7     | 6.5   | 29.3  | 21.1  |
| ・ 片親（父子+母子）家族計  | 37.0  | 60.3     | 49.8  | 55.7  | 46.3  |
| 10. その他         | 4.4   | 3.6      | 2.1   | 5.8   | 4.0   |
| 不明              | —     | 3.6      | —     | —     | 0.9   |
| 計               | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

注)「三世代家族」とは、父母の同居している場合で、父または母がいない場合の三世代は、「7. 他の家族員のいる父子家族」、「9. 他の家族員のいる母子家族」に入れてある。

2. 同居の父母の実親と養・継親別

|              | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|--------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 実父と実母     | 31.8  | 18.9     | 15.2  | 17.6  | 25.2  |
| 2. 実父と養・継母   | 10.3  | 7.2      | 2.1   | 5.8   | 8.1   |
| 3. 養・継父と実母   | 15.2  | 6.3      | 30.4  | 14.7  | 14.6  |
| 4. 養・継父と養・継母 | 0.8   | —        | —     | —     | 0.4   |
| 5. 実父のみ      | 22.8  | 20.7     | 41.3  | 26.4  | 24.7  |
| 6. 養・継父のみ    | —     | 1.8      | 2.1   | —     | 0.7   |
| 7. 実母のみ      | 12.1  | 36.9     | 6.5   | 29.4  | 19.4  |
| 8. 養・継母のみ    | 2.2   | 0.9      | —     | —     | 1.4   |
| 9. 父母はいない    | 4.4   | 3.6      | 2.1   | 5.8   | 4.0   |
| 不明           | —     | 3.6      | —     | —     | 0.9   |
| 計            | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

3. 加害者の続柄

|          | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 実父    | 44.2  | 26.7     | 55.3  | 34.2  | 39.6  |
| 2. 継父    | 9.5   | 6.1      | 21.2  | 7.9   | 9.5   |
| 3. 養父    | 3.5   | 2.3      | 8.4   | —     | 3.4   |
| 4. 里父    | —     | —        | —     | —     | —     |
| ・父計      | 57.2  | 35.1     | 84.9  | 42.1  | 52.5  |
| 5. 実母    | 22.3  | 51.1     | 2.1   | 34.1  | 29.4  |
| 6. 継母    | 9.1   | 6.1      | —     | 5.2   | 6.9   |
| 7. 養母    | 1.2   | 0.8      | —     | —     | 0.8   |
| 8. 里母    | —     | —        | —     | —     | —     |
| ・母計      | 32.6  | 58.0     | 2.1   | 39.3  | 37.1  |
| 9. その他の人 | 9.4   | 3.8      | 12.6  | 18.3  | 8.9   |
| 不明       | —     | 3.8      | —     | —     | 0.8   |
| 計        | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

4. 加害者の年齢

|           | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. ~19歳   | 2.3   | 2.3      | 2.1   | —     | 2.2   |
| 2. 20~24歳 | 6.2   | 6.9      | 2.1   | —     | 5.4   |
| 3. 25~29歳 | 7.0   | 13.0     | —     | —     | 7.4   |
| 4. 30~34歳 | 18.3  | 25.9     | 6.3   | 26.3  | 20.2  |
| 5. 35~39歳 | 31.5  | 24.4     | 23.4  | 15.7  | 27.3  |
| 6. 40~44歳 | 15.1  | 10.7     | 27.6  | 26.3  | 15.9  |
| 7. 45~49歳 | 11.1  | 3.8      | 25.4  | 15.7  | 10.8  |
| 8. 50~54歳 | 3.9   | 6.1      | 10.6  | —     | 4.9   |
| 9. 55~59歳 | 2.3   | 0.8      | 2.1   | 5.2   | 2.0   |
| 10. 60歳以上 | 0.7   | —        | —     | 10.4  | 1.2   |
| 不明        | 0.4   | 6.1      | —     | —     | 2.0   |
| 計         | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

## 5. 加害者の心身の状態

|                | 身体的暴行       | 保護の怠慢・拒否    | 性的暴行        | 心理的虐待     | 計           |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| 1. 精神病         | 2.8         | 3.8         | 2.2         | 2.6       | 3.0         |
| 2. 精神病の疑い      | 0.8         | 2.3         | —           | —         | 1.1         |
| 3. 精神病質 (性格異常) | 11.2        | 13.7        | 29.8        | 18.4      | 14.3        |
| 4. 知能がやや低い     | 11.1        | 16.8        | 4.2         | 2.6       | 11.4        |
| 5. 精神薄弱        | 2.0         | 0.8         | —           | —         | 1.2         |
| 6. 神経症         | 0.8         | —           | —           | —         | 0.4         |
| 7. 神経症の疑い      | 6.0         | 3.8         | —           | 10.6      | 5.3         |
| 8. アルコール中毒     | 24.8        | 12.2        | 25.5        | 7.9       | 19.8        |
| 9. 薬物中毒        | 3.2         | 3.8         | 6.4         | —         | 3.4         |
| 10. その他        | 12.8        | 7.6         | 6.4         | 7.9       | 10.3        |
| 11. 特にな<br>不明  | 36.8<br>3.6 | 40.4<br>9.1 | 38.3<br>2.2 | 50.0<br>— | 39.1<br>4.7 |

## 6. 加害者がその親から受けた体験

|                      | 身体的暴行        | 保護の怠慢・拒否     | 性的暴行         | 心理的虐待        | 計            |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. 溺愛                | 4.7          | 2.3          | 6.4          | 2.6          | 4.0          |
| 2. 厳格                | 18.7         | 2.3          | 4.2          | 18.4         | 12.8         |
| 3. 放任無視              | 16.3         | 32.8         | 25.5         | 5.3          | 21.2         |
| 4. 拒否                | 8.7          | 6.9          | 2.2          | 21.0         | 9.0          |
| 5. 身体的暴力             | 20.8         | 3.0          | 4.2          | 5.3          | 12.8         |
| 6. 保護の怠慢・拒否          | 9.2          | 30.5         | 17.0         | 5.3          | 15.7         |
| 7. 性的暴行              | 0.8          | 0.8          | 14.9         | —            | 2.4          |
| 8. 心理的虐待             | 2.8          | 3.0          | 4.2          | 34.2         | 5.5          |
| 9. 特にこうしたことはない<br>不明 | 22.4<br>28.3 | 15.2<br>32.0 | 17.0<br>25.5 | 18.4<br>26.3 | 19.4<br>28.8 |

## 7. 加害者の虐待についての認識

|                     | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|---------------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. すべて他の責任に帰す       | 15.5  | 13.0     | 21.2  | 26.2  | 16.2  |
| 2. 行為は認めるが、虐待とは認めない | 67.1  | 56.4     | 48.8  | 47.3  | 60.6  |
| 3. 虐待を自覚            | 8.6   | 11.4     | 10.6  | 7.9   | 9.8   |
| 4. 行為を覚えていない        | 2.7   | 6.1      | 8.4   | 13.1  | 5.1   |
| 5. その他              | 2.6   | 1.5      | 8.4   | 2.6   | 2.2   |
| 不明                  | 3.8   | 11.4     | 2.1   | 2.6   | 5.7   |
| 計                   | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |



8. 同じ加害者が被虐待児にあたえた虐待回数

|           | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 今回が初発  | 20.3  | 32.0     | 21.2  | 15.7  | 23.2  |
| 2. 2 回目   | 8.7   | 7.6      | 6.4   | 10.5  | 8.3   |
| 3. 3 回目   | 3.6   | 3.0      | 6.4   | 5.2   | 3.8   |
| 4. 4 回目以上 | 55.4  | 32.8     | 55.3  | 47.3  | 48.6  |
| 5. その他    | 5.1   | 13.7     | 2.1   | 15.7  | 8.1   |
| 不明        | 6.3   | 10.7     | 8.5   | 5.2   | 7.7   |
| 計         | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

9. 父親の年齢

|                | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|----------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. ~19歳        | —     | —        | —     | —     | —     |
| 2. 20~24歳      | 1.0   | 3.3      | —     | —     | 1.2   |
| 3. 25~29歳      | 3.3   | 3.3      | —     | —     | 2.6   |
| 4. 30~34歳      | 19.5  | 25.0     | 2.4   | 30.3  | 19.5  |
| 5. 35~39歳      | 40.1  | 26.6     | 26.8  | 17.3  | 33.5  |
| 6. 40~44歳      | 16.0  | 20.0     | 26.8  | 34.7  | 19.5  |
| 7. 45~49歳      | 14.3  | 5.0      | 29.1  | 8.6   | 13.9  |
| 8. 50~54歳      | 4.5   | 13.3     | 12.1  | 8.6   | 7.6   |
| 9. 55~59歳      | 0.5   | 1.7      | 2.4   | —     | 1.0   |
| 10. 60歳以上      | —     | 1.7      | —     | —     | 0.3   |
| 計              | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 11. 父親は同居していない | 18.8  | 43.2     | 8.6   | 32.3  | 25.2  |
| 不明             | 3.1   | 2.7      | 2.2   | —     | 2.8   |

10. 父親の職業

|                  | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|------------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 自営業           | 11.4  | 3.4      | 7.1   | 13.6  | 9.3   |
| 2. 管理・専門・技術職     | 1.0   | —        | —     | —     | 0.6   |
| 3. 事務            | 3.3   | —        | —     | —     | 1.9   |
| 4. 販売・サービス       | 13.7  | 20.3     | 4.7   | 22.7  | 15.0  |
| 5. 技能・生産工程・運輸・保安 | 40.7  | 47.4     | 47.5  | 59.0  | 44.0  |
| 6. その他           | 6.3   | 3.4      | 9.4   | —     | 5.6   |
| 7. 無職            | 22.9  | 25.4     | 30.9  | 4.5   | 23.6  |
| 計                | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 8. 父親は同居していない    | 18.8  | 43.2     | 8.6   | 32.3  | 25.2  |
| 不明               | 3.1   | 3.6      | —     | 2.9   | 2.8   |

## 11. 母親の年齢

|                | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|----------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. ~19歳        | 1.1   | 1.3      | —     | —     | 1.0   |
| 2. 20~24歳      | 6.8   | 10.4     | —     | —     | 6.6   |
| 3. 25~29歳      | 17.4  | 20.7     | —     | —     | 15.3  |
| 4. 30~34歳      | 28.7  | 32.4     | 20.7  | 39.0  | 30.0  |
| 5. 35~39歳      | 28.7  | 23.3     | 16.5  | 21.7  | 25.5  |
| 6. 40~44歳      | 9.9   | 6.5      | 33.1  | 17.3  | 11.5  |
| 7. 45~49歳      | 4.3   | 3.9      | 20.7  | 17.3  | 6.6   |
| 8. 50~54歳      | 1.1   | 1.3      | —     | —     | 1.0   |
| 9. 55~59歳      | 0.6   | —        | 8.2   | 4.3   | 1.3   |
| 10. 60歳以上      | —     | —        | —     | —     | —     |
| 計              | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 11. 母親は同居していない | 27.3  | 27.0     | 47.8  | 32.3  | 30.0  |
| 不明             | 0.9   | 3.6      | —     | —     | 1.4   |

## 12. 母親の職業

|                  | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|------------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 自営業           | 8.6   | 5.2      | —     | 4.3   | 6.6   |
| 2. 管理・専門・技術職     | 0.6   | —        | —     | —     | 0.3   |
| 3. 事務            | 0.6   | —        | —     | 4.3   | 0.6   |
| 4. 販売・サービス       | 24.9  | 31.1     | 33.1  | 26.0  | 27.3  |
| 5. 技能・生産工程・運輸・保安 | 6.1   | 5.2      | 12.5  | —     | 5.8   |
| 6. その他           | 3.6   | 9.1      | 4.0   | —     | 4.8   |
| 7. 無職            | 54.9  | 49.3     | 50.0  | 65.1  | 53.9  |
| 計                | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 8. 母親は同居していない    | 27.3  | 27.0     | 47.8  | 32.3  | 30.0  |
| 不明               | 0.9   | 3.6      | —     | —     | 1.4   |

## 13. 家計の状態

|            | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 今の収入で充分 | 16.1  | 4.5      | 6.5   | 26.4  | 12.7  |
| 2. 貯金はできない | 20.6  | 19.8     | 13.0  | 29.4  | 20.1  |
| 3. 時々赤字になる | 22.8  | 18.0     | 28.2  | 17.6  | 21.6  |
| 4. とても足りない | 31.8  | 45.0     | 43.4  | 26.4  | 36.2  |
| 不明         | 8.5   | 12.6     | 8.6   | —     | 9.1   |
| 計          | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

14. 家族の相談先

|                  | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|------------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 父親の実家         | 9.4   | 9.0      | 4.3  | 8.8   | 8.7  |
| 2. 母親の実家         | 19.3  | 17.1     | 13.0 | 26.5  | 18.5 |
| 3. その他の親せき       | 12.1  | 8.1      | 19.6 | 20.6  | 12.5 |
| ・ 親族の計           | 40.8  | 34.2     | 36.9 | 55.9  | 39.7 |
| 4. 近所の人          | 5.8   | 5.4      | 8.7  | 11.8  | 6.5  |
| 5. その他の友人・知人     | 7.2   | 9.9      | 8.7  | 2.9   | 7.7  |
| 6. 公的機関          | 25.6  | 23.4     | 15.2 | 35.3  | 24.5 |
| 7. そういう人は少ない     | 17.9  | 10.8     | 19.6 | 5.9   | 15.1 |
| 8. そういう人はほとんどいない | 29.6  | 17.5     | 28.3 | 29.4  | 31.3 |
| 9. その他           | 6.7   | 5.4      | 6.5  | 2.9   | 6.0  |
| 不 明              | 3.6   | 3.6      | 2.2  | —     | 3.1  |

15. 家族の問題

|              | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|--------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 経済的問題     | 53.4  | 68.5     | 63.0 | 50.0  | 57.9 |
| 2. 父親の転職の多さ  | 30.5  | 37.8     | 37.0 | 26.5  | 32.9 |
| 3. 母親の転職の多さ  | 4.0   | 10.8     | 6.5  | —     | 5.8  |
| 4. 住居の問題     | 15.2  | 23.4     | 17.4 | 8.8   | 17.3 |
| 5. 老人の介護     | 1.8   | 4.5      | 2.2  | —     | 2.4  |
| 6. 家族員の病弱や障害 | 18.8  | 6.3      | 13.0 | 8.8   | 13.9 |
| 7. 家族関係の不和   | 47.5  | 55.9     | 47.8 | 50.0  | 49.8 |
| 8. 育児の大変さ    | 25.6  | 25.2     | 19.6 | 20.6  | 24.3 |
| 9. 育児の忌避     | 18.8  | 45.9     | 10.9 | 5.9   | 24.0 |
| 10. 育児上の差別   | 25.6  | 10.8     | 6.5  | 35.3  | 20.2 |
| 11. その他      | 10.8  | 6.3      | 26.1 | 23.5  | 12.5 |
| 12. 特にない     | 3.1   | 0.9      | 4.3  | —     | 2.4  |
| 不 明          | 0.9   | 2.7      | 2.2  | —     | 1.4  |

## 〔解説〕表16～表24

被虐待児については、男女ほぼ同数で、男子は10歳未満が大半、女子は10歳以上が過半となる。この差は性的虐待が女子で占めることによる。小学生の45%を中心に、中学生と在宅乳幼児が20%余となる。このことは諸外国の統計とは異なるが、更に実態を追求してみたい。

出生順位は上の子が多い。身体発育は31%、

現在の身体症状は62%、精神症状は66%が示している。知能、問題行動、長欠などは、30～10%の率を示す。

生育史では、望まれない子や、受胎妊娠中の問題や早期の母子分離体験が多い。この点早期の予防対策の必要なことを示唆している。

## 16. 被虐待児が男子の場合の年齢

|            | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 0 歳     | 3.0   | 12.3     | —     | 5.5   | 5.8   |
| 2. 1 歳     | 3.9   | 3.5      | —     | —     | 3.3   |
| 3. 2 歳     | 3.9   | 3.5      | —     | 5.5   | 3.9   |
| 4. 3 歳     | 5.5   | 3.5      | —     | 5.5   | 4.9   |
| 5. 4 歳     | 7.8   | 1.8      | —     | —     | 5.3   |
| ・ 0～4歳の計   | 24.1  | 24.6     | —     | 16.5  | 23.2  |
| 6. 5～9歳    | 42.8  | 31.5     | —     | 22.1  | 37.4  |
| 7. 10～14歳  | 32.3  | 40.3     | —     | 55.5  | 37.0  |
| 8. 15歳以上   | —     | 3.5      | —     | 5.5   | 1.4   |
| 計          | 100.0 | 100.0    | —     | 100.0 | 100.0 |
| 9. 男子でなく女子 | 43.4  | 48.6     | 100.0 | 47.0  | 51.4  |

## 17. 被虐待児が女子の場合の年齢

|            | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 0 歳     | 1.8   | 7.4      | —     | —     | 2.7   |
| 2. 1 歳     | 5.0   | 5.6      | —     | —     | 3.7   |
| 3. 2 歳     | 0.9   | 3.7      | —     | —     | 1.4   |
| 4. 3 歳     | 5.0   | 9.3      | —     | —     | 4.7   |
| 5. 4 歳     | 2.9   | 7.4      | —     | —     | 3.1   |
| ・ 0～4歳の計   | 15.6  | 33.4     | —     | —     | 15.6  |
| 6. 5～9歳    | 42.3  | 27.8     | 2.1   | 24.9  | 29.4  |
| 7. 10～14歳  | 33.1  | 35.2     | 67.3  | 68.7  | 43.8  |
| 8. 15歳以上   | 7.9   | 3.7      | 30.4  | 6.2   | 11.1  |
| 計          | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 9. 女子でなく男子 | 55.6  | 51.4     | —     | 53.0  | 48.6  |

18. 被虐待児の学職別

|             | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|-------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 家庭にいる乳幼児 | 22.4  | 29.7     | —     | 14.7  | 21.1  |
| 2. 幼稚園児     | 1.7   | —        | —     | —     | 1.2   |
| 3. 保育園児     | 7.1   | 6.3      | —     | 5.8   | 6.0   |
| 4. 小学生      | 52.0  | 40.5     | 19.5  | 47.0  | 44.9  |
| 5. 中学生      | 13.9  | 21.6     | 63.0  | 26.4  | 22.3  |
| 6. 高校生      | 1.7   | —        | 8.6   | 5.8   | 2.4   |
| 7. 有職者      | 0.4   | 0.9      | —     | —     | 0.4   |
| 8. 無職者      | 0.4   | —        | 8.6   | —     | 1.2   |
| 不明          | —     | 0.9      | —     | —     | 0.2   |
| 計           | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

19. 被虐待児の出生順位

|               | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|---------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. ひとりっ子      | 15.2  | 10.8     | 10.8  | 14.7  | 13.7  |
| 2. ひとりっ子でない長子 | 31.8  | 30.6     | 45.6  | 44.1  | 33.8  |
| 3. ひとりっ子でない末子 | 23.7  | 25.2     | 19.5  | 8.8   | 22.5  |
| 4. その他の子(中っ子) | 29.1  | 30.6     | 23.9  | 32.3  | 29.0  |
| 不明            | —     | 2.7      | —     | —     | 0.7   |
| 計             | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

20. 被虐待児の身体の状態

|                 | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|-----------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 打撲傷          | 57.8  | 11.7     | 2.2  | 8.8   | 35.1 |
| 2. あざ(内出血)      | 60.1  | 10.8     | 6.5  | 8.8   | 36.5 |
| 3. 頭部外傷         | 28.7  | 3.6      | —    | 2.9   | 16.6 |
| 4. 骨折           | 5.8   | —        | —    | —     | 3.1  |
| 5. 刺傷           | 6.3   | —        | 2.2  | —     | 3.6  |
| 6. 火傷           | 23.3  | 4.5      | 2.2  | 8.8   | 14.7 |
| 7. 性的暴行による外傷・妊娠 | 0.9   | 0.9      | 17.4 | —     | 2.6  |
| 8. 栄養不良         | 18.4  | 25.2     | —    | 11.8  | 17.5 |
| 9. 病気           | 3.6   | 5.4      | 8.7  | 8.8   | 5.0  |
| 10. その他         | 7.2   | 6.3      | 4.3  | 8.8   | 6.7  |
| 11. 特にな         | 13.9  | 31.4     | 61.2 | 70.6  | 37.7 |
| 不明              | 0.9   | —        | —    | —     | 0.5  |

21. 被虐待児の精神状態

|                       | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|-----------------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 不安・怯え              | 62.3  | 28.8     | 52.2 | 61.8  | 51.9 |
| 2. うつ状態               | 0.9   | 2.7      | 6.5  | 2.9   | 2.2  |
| 3. 凍りつくような無感動・無反応     | 7.2   | 7.2      | 10.9 | 17.6  | 8.4  |
| 4. 強い攻撃性              | 9.9   | 11.7     | 10.9 | 23.5  | 11.5 |
| 5. 習癖異常               | 12.1  | 5.4      | —    | 11.8  | 8.9  |
| 6. その他日常生活に支障をきたす精神症状 | 22.9  | 1.8      | 2.2  | 5.9   | 3.4  |
| 7. 特にな                | 1.8   | 55.9     | 34.8 | 11.8  | 32.5 |
| 不明                    | —     | 0.9      | —    | —     | 1.2  |

## 22. 被虐待児の障害

|             | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|-------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 知能がやや低い  | 13.5  | 9.9      | 10.9 | 11.8  | 12.0 |
| 2. 境界知能     | 7.2   | 2.7      | 13.0 | 2.9   | 6.3  |
| 3. 精神薄弱     | 3.1   | 4.5      | —    | 2.9   | 3.1  |
| 4. 性格異常     | 1.3   | 1.8      | —    | 5.9   | 1.7  |
| 5. 自閉傾向     | 0.9   | 2.7      | —    | —     | 1.2  |
| 6. その他の精神障害 | 2.7   | 1.8      | 8.7  | 2.9   | 3.1  |
| 7. 視聴言語障害   | 2.7   | 1.8      | —    | 8.8   | 2.6  |
| 8. 肢体不自由    | 1.3   | —        | —    | 5.9   | 1.2  |
| 9. 重度心身障害   | 0.9   | —        | —    | —     | 0.5  |

## 23. 母親による被虐待児の妊娠・出産前後の問題

|                     | 身体的暴行        | 保護の怠慢・拒否     | 性的暴行         | 心理的虐待       | 計            |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 1. 歓迎されなかった         | 17.9         | 14.1         | 6.0          | 3.2         | 14.1         |
| 2. 産む産まないで意見の相違があった | 6.6          | 3.3          | 3.1          | —           | 4.7          |
| 3. 未熟児              | 7.7          | 2.2          | 3.1          | 16.1        | 6.5          |
| 4. 妊娠中・分娩時に問題       | 4.4          | 1.1          | —            | 3.2         | 2.9          |
| 5. 実母が病気で入院         | 3.8          | 1.1          | 6.0          | —           | 2.9          |
| 6. 人工栄養で育つ          | 19.7         | 10.9         | 15.2         | 16.1        | 16.8         |
| 7. その他              | 11.5         | 13.0         | 12.1         | 22.6        | 13.0         |
| 8. 特にな<br>不 明       | 54.9<br>18.4 | 66.3<br>17.1 | 66.7<br>28.3 | 54.8<br>8.8 | 58.9<br>18.3 |

## 24. 被虐待児の実母からの分離体験

|                            | 身体的暴行       | 保護の怠慢・拒否    | 性的暴行        | 心理的虐待     | 計           |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| 1. 実母の実家に預けられた             | 11.7        | 7.2         | 17.4        | —         | 10.1        |
| 2. 実父の実家に預けられた             | 9.0         | 6.3         | 8.7         | 14.7      | 8.7         |
| 3. その他の親せきに預けられた           | 6.3         | 4.5         | 4.3         | 5.9       | 5.8         |
| 4. 里親に預けられた                | 1.3         | —           | —           | —         | 0.7         |
| 5. 乳児院に預けられた               | 12.6        | 2.7         | 6.5         | —         | 8.4         |
| 6. 養護施設に預けられた              | 16.1        | 11.7        | 17.4        | 20.6      | 15.6        |
| 7. 当の子どもが入院                | 4.9         | 2.7         | 2.2         | 8.8       | 4.3         |
| 8. 実母が入院                   | 6.3         | 4.5         | 2.2         | 5.9       | 5.3         |
| 9. 実母と生別                   | 30.0        | 21.6        | 26.1        | 38.2      | 30.8        |
| 10. 実母と死別                  | 2.2         | 4.5         | 10.9        | 5.9       | 4.1         |
| 11. その他                    | 10.8        | 9.0         | 4.3         | 5.9       | 9.1         |
| 12. 実母と離れて生活したことはない<br>不 明 | 27.8<br>3.6 | 36.9<br>7.2 | 28.3<br>2.2 | 35.3<br>— | 30.8<br>4.1 |

〔解 説〕表25～表26

児童相談所の来所経路は、家族、福祉事務所、警察、学校からがいずれも2割前後である。加害者への処置では積極的な指導が目立つ。但し、親に自覚や動機づけが乏しく、事実の把握や追跡困難など問題点が多い。法的対応をふくめて地域対策、啓蒙などが必要であろう。

なお、この416件を地域別にみると、北海道15(3.6%)、東北35(8.4%)、関東106(25.5%)、

中部31(7.5%)、近畿21(5.0%)、中国・四国49(11.8%)、九州24(5.8%)、東京都区部・十大指定都市135(32.5%)となる、この地域差や総件数についてはいろいろ議論のあるところであろうが、省略する。同年度(昭和58年1月～12月)に小林登を中心とした小児科医が小児科側から虐待調査をした数は90施設で129例、置き去り赤ちゃんは33施設51例であった。

25. 児童相談所への来所経路

|              | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行  | 心理的虐待 | 計     |
|--------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 1. 家族から      | 18.8  | 13.5     | 15.2  | 20.5  | 17.0  |
| 2. 親の実家から    | 2.6   | 3.6      | 4.3   | —     | 2.8   |
| 3. その他の親せきから | 1.3   | 3.6      | 2.1   | 2.9   | 2.1   |
| 4. 近隣から      | 0.8   | 3.6      | 2.1   | —     | 1.6   |
| 5. 民生・児童委員から | 3.1   | 5.4      | 6.5   | 8.8   | 4.5   |
| 6. 幼稚園・保育所から | 1.3   | —        | —     | 2.9   | 0.9   |
| 7. 学校から      | 16.5  | 16.2     | 28.2  | 20.5  | 18.0  |
| 8. 児童福祉施設から  | 0.8   | —        | —     | —     | 0.4   |
| 9. 福祉事務所から   | 20.1  | 26.1     | 15.2  | 14.7  | 20.6  |
| 10. 保健所から    | 1.3   | 1.8      | —     | 2.9   | 1.4   |
| 11. 警察関係から   | 18.3  | 22.5     | 26.0  | 14.7  | 19.9  |
| 12. 医院・病院から  | 6.2   | —        | —     | 5.8   | 3.8   |
| 13. その他から    | 7.6   | 3.6      | —     | 5.8   | 6.0   |
| 不明           | 0.4   | —        | —     | —     | 0.2   |
| 計            | 100.0 | 100.0    | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

26. 児童相談所の加害者への処遇

|                | 身体的暴行 | 保護の怠慢・拒否 | 性的暴行 | 心理的虐待 | 計    |
|----------------|-------|----------|------|-------|------|
| 1. 訓戒誓約        | 2.8   | 0.8      | 4.2  | —     | 2.1  |
| 2. 児童福祉司指導     | 24.0  | 16.8     | 21.3 | 13.1  | 20.7 |
| 3. 面接指導1回      | 9.5   | 9.1      | 10.7 | 15.7  | 10.0 |
| 4. 面接指導2回以上継続  | 44.4  | 37.3     | 48.9 | 44.7  | 43.0 |
| 5. 民生・児童委員の指導  | 7.9   | 6.9      | 10.7 | 5.3   | 7.6  |
| 6. 福祉事務所へ送致・委託 | 5.6   | 7.6      | —    | 7.9   | 5.8  |
| 7. 刑事措置        | 3.9   | 2.3      | 4.2  | —     | 3.2  |
| 8. 医療機関へ送致・委託  | 2.8   | 2.3      | 2.2  | —     | 2.6  |
| 9. その他         | 16.8  | 21.3     | 25.5 | 29.0  | 22.2 |
| 不明             | 4.4   | 4.6      | —    | —     | 3.6  |





## 英国1982年精神衛生 (改正) 法 (第VII章)

## 第VII章 雑則および補遺

(アフタケア)

第47条 (1) 本法は、主たる法律26条により拘束されている者、または主たる法律60条により発せられた病院命令に基づき病院に入院している者が、拘束されなくなり病院を離れる場合に適用される。

(2) ボランティア (voluntary agencies) と協力して、本条が適用される者にアフタケアサービス (after-care services) を提供することは、地方衛生部および地方社会事業部の義務である。

(3) (2)が規定する義務は、地方衛生部および地方社会事業部が、当該サービスの提供をうける者はもはやそのようなサービスを必要としないと確信するまで継続されなければならない。

(4) 本条において“地方衛生部”とは、当該サービスの提供をうける者が居住する地域、またはその者が拘束されていた病院により退院時に送られた地域を所轄する地方衛生部をいう。

“地方社会事業部”もまた同じ。

(患者の通信)

第48条 (1) 主たる法律または本法により病院に拘束されている患者が、何人かに宛てて作成し発送のために差し出した郵便物は、次の場合には、郵便局に差し出さないことができる。

(a) 名宛人が自己宛ての患者からの通信の差し止めを請求した場合。

(b) 当該病院が特殊病院である場合であつて、(i) 病院管理者がこの郵便物は名宛人もしくは (病院職員でない) その他の者に苦痛を与え、または (ii) 何人かに危険を引き起こす恐れがあると思料する場合。但し、下記(3)の適用を妨げない。

上記(a)にいう請求は、病院管理者、この患

者の治療を担当する医師、または内務大臣に提出される書面による告知 (a notice in writing) により行わなければならない。

(2) 主たる法律または本法により特殊病院に拘束されている患者に宛てられた郵便物は、病院管理者において、患者の安全のため、または他人の保護のため必要である場合には、これを患者に手渡さないことができる。但し、下記(3)の適用を妨げない。

(3) 上記(1)(b)または(2)は、患者が次の者に宛てて作成した郵便物、または、次の者によつてもしくは、次の者のために患者に送付された郵便物には適用されない。

(a) 内務大臣または上下院議員；

(b) 保護法廷の判事補もしくは判事補代理、その他の官吏、または、大法官の検察官；

(c) 議会の行政委員、イングランド保健事業委員、ウェールズ保健事業委員、または、1974年地方政庁法第III章の意味における地方委員；

(d) 精神衛生審判所；

(e) 1977年国民保健事業法の意味における衛生部、地方社会事業部、地域社会保健評議会 (Community Health Council)、または、1973年刑事裁判所の権限に関する法律第3付則2条により任命される保護観察およびアフタケア委員会；

(f) 当該患者が拘束されている病院の管理者；

(g) 法律上の資格を有する、患者により法律顧問を勤めるよう命じられた者；

(h) ヨーロッパ人権委員会またはヨーロッパ人権裁判所

(4) 病院管理者は、郵便物が上記(1)または(2)の適用される物であるか否かを決定するため、および、もしそうであるならば、この物を同項

により差し止めるべきであるか否かを決定するために郵便物を点検し、開封することができる。前者の各項のいずれかにより郵便物を差し止める権限は、郵便物の中に入っている物を差し止める権限を含む。

(5) 上記(1)または(2)により郵便物または、その中に入っている物を差し止める場合には、病院管理者は、その事実を書面で記録しなければならない。

(6) 上記(1)または(2)により郵便物またはその中に入っている物を差し止める場合には、病院管理者は、7日以内に、その事実を、患者に対して告知しなければならない。但し、上記(2)による場合には、もしわかるならば郵便物を送付した者に対しても、これを告知しなければならない。この告知は書面によるものであり、かつ、下記52条(4)および(5)の効果を明示しているものでなければならない。

(7) 本条による病院管理者の職務は、そのために管理者により指名された病院職員により病院管理者のため遂行されなければならない。また、別の職務を遂行するため別の人を指名することができる。

(8) 内務大臣は、本条が付与する権限の行使に関して、規則を制定することができる。

(9) 本条において“郵便物”は、1953年郵便法における郵便物と同様の意味を有する。本条の規定は、郵便法56条の規定にかかわらず効力を有する。

(10) 本条にいう病院とは、主たる法律第IV章の意味における病院とするものとする。

(11) (本条により取って替わられる)主たる法律36条および134条(拘束されていない患者の通信に対する制限)は効力を失う。

(実務規約 code of practice)

第49条 (1) 内務大臣は、次の各号に掲げる目的のため実務規約を作成し、随時改訂しなければならない。

(a) 医師、病院および精神看護ホームの管

理者および職員、ならびに精神福祉官を、主たる法律または本法による患者の病院および精神看護ホームへの入院に関して指導すること。

(b) 医師および他の専門職に従事する者を、精神障害にかかっている患者の医学的治療に関して指導すること。

(2) 上記41条のために作られた規制により明示された医学的治療の方式に加えて、この規約によって特に明示しなければならないのは、内務大臣がその判断において、特別な関心を引き起こしており、次の場合、すなわち、患者が治療(または、その治療をふくむ治療計画)に同意しており、かつ、41条(2)(a)および(b)に挙げている事項に関する証明書が、内務大臣により本条のために任命された別の医師により提出されている場合を除き、医師により行われてはならないと思料している医学的治療の方式である。

(3) 内務大臣は、規約を作成または変更する前に、関係ありと思料する医業の各分野および他の専門職に従事する者を代表すると認めることができる団体の意見を聞かなければならない。

(4) 内務大臣は、規約を公表し、その写しを議会の上下両院に備え付けなければならない。

(第VI章および第49条のために許可された医師)

第50条 (1) 内務大臣は、大蔵省の許可を得て、本法第VI章および上記49条のために内務大臣によって任命された医師ならびに上記41条(2)(a)のために任命された他の者に対して、報酬、定期の手当、臨時の手当または謝金を支払うことを決定することができる旨の規定を制定することができる。

(2) 上記(1)に挙げた規定のために内務大臣により任命された医師その他の者は、以上規定によりその職務を果たすために、合理的な時期に次のことを行うことができる。

(a) 精神看護ホームに拘束されている患者を訪問して立ち合い人なしで面接すること、および、任命された者が医師である

場合には、これと立ち合い人なしで診療すること；および

- (b) 同ホームにおける患者の治療に関する記録の提出を要求してこれを閲覧すること。

(拘束されている患者の一般的保護)

第51条 (1) 内務大臣は、主たる法律および本法により付与される患者の拘束に関する権限の行使を審査 (keep under review) しなければならない。かつ、これに関して自分が権限を付与した者が次のことを行うことができるよう (協議により) 取り決めなければならない。

- (a) この法律により病院および精神看護ホームに拘束されている患者を訪問し、立ち合い人なしで面接すること；および  
 (b) ある者が、この法律により病院または精神看護ホームに拘束されていた間に生じた事柄に関して行った苦情の申立 (complaint) について、病院または精神看護ホームの管理者が満足に処理していないと思料するものを調査すること。

(2) 特別の事情ある場合には、本条により取り決められた苦情の申立ての調査に関して、一部の事項を調査の対象からはずすことができる。また、取り決めにより職務を遂行する者が調査に着手し、またはこれを継続することが適当でないと思料する場合には、この者に、調査の着手を求めてはならず、またはこれを継続することを要求してはならない。

(3) 本条により取り決められた自己の職務を遂行するため、内務大臣により、それに関して権限を付与された者は、合理的な時期に、次のことができる——

- (a) 精神看護ホームにいる患者を訪問して立ち合い人なしで面接すること、および、権限を付与された者が医師である場合には、これを立ち合い人なしで診察すること；および  
 (b) 精神看護ホームに現に拘束され、また

は拘束されていたことのある患者の拘束または治療に関する記録の提出を要求してこれを閲覧すること。

(4) 1975年看護ホーム法6条により規則を制定することができる事項には、主たる法律または本法により精神看護ホームに拘束されている者の拘束および治療に関する記録の保存も含まれる。

(5) 内務大臣は、大蔵省の許可を得て、本条に基づく取り決めによって自己の職務を遂行する者に対して、報酬、定期の手当、臨時の手当または謝金を支払うことを決定することができる旨の規定を制定することができる。

(精神衛生法委員会 Mental Health Act Commission)

第52条 (1) 内務大臣は、1977年保健事業法11条により、精神衛生法委員会と称する特別の衛生部を設置しなければならない。

(2) 国民保健事業法13条による内務大臣の権限の一般性を損うことなく、内務大臣は、精神衛生法委員会に、次の職務を内務大臣に代わって遂行することを指令しなければならない——

(a) 本法第VI章および本法49条のために、医師を任命する職務および41条(2)(a)のために、その他の者を任命する職務；および

(b) 51条(1)および(3)による内務大臣の職務

(3) (2)(a)に挙げた目的のために任命される医師その他の者は、精神衛生法委員会の構成員であつてもよい。

(4) 精神衛生法委員会は、上記48条(1)(a)または(2)により郵便物 (または郵便物の中に入っている者) を差し止める決定に関する請求が次のいずれかである場合には、この決定を審査しなければならない——

(a) (1)(a)による場合には、患者により行われたもの；または

(b) (2)による場合には、患者または郵便物を送付した者のいずれかにより行われた

もの；

そのような請求は、48条(6)に規定される告知を請求者が受理してから6日以内に、行わなければならない。

(5) 上記(4)による請求に関して、精神衛生法委員会は、請求の原因(the subject the application)たる郵便物(または郵便物の中に入っている者)を差しとめてはならないこと、および当該管理者はこの指令に従わなければならないことを指令することができる。

(6) 内務大臣は、規則により、そのような請求の原因たる郵便物を精神衛生法委員会へ提出させるための規定を含めて、上記(4)による請求の申立ておよび決定に関する規定を制定することができる。

(7) 精神衛生法委員会は、年1回、その活動に関する報告書を公表しなければならない；精神衛生法委員会は、報告書の写しを内務大臣に送付しなければならない、内務大臣は、この写しを議会の上下両院に備え付けなければならない。

(8) 1977年国民保健事業法第5付則9条(衛生部の部長および職員の給与および定期の報酬)は、本条に基づいて設置される衛生部に関して、(1)および(2)という議長とは構成全員を含み、かつ、(4)および(5)は削除されるものとみなして効力を生じる。

(一定の場合における希望入院者=voluntary patient=の一般的保護)

第53条 (1)精神衛生委員会は、適当と思料する場合には、内務大臣の同意を得て、上記52条(2)(a)および(b)によるその職務の遂行の他、精神看護ホームにいる本法または主たる法律により拘束される義務のない患者(“希望入院者”)の病状を調査することができる。

(2) (1)による精神衛生委員会の職務を遂行するために、同委員会の構成員は、合理的な時期に、次のことを行うことができる——

(a) 希望入院者を訪問し、立ち合い人なしで面会すること、および、この委員会の構成員が

医師である場合には、これを診察すること；および

(b) 精神看護ホームにいる希望入院の治療に関する記録の提出を要求し、これを閲覧すること。

(拘束されている患者に情報を与える病院管理者の義務)

第54条 (1) 主たる法律または本法により患者を拘束している病院または精神看護ホームの管理者は、患者が次のことを理解することを確保するため、実行可能な措置を講じなければならない——

(a) 患者は、主たる法律または本法のどの規定により、現在拘束されているのか、および、上記規定の効果；および

(b) 患者は、上記規定によるその拘束に関して、精神衛生審査会に審査請求する権利のうちどの権利を行使することができるか；

上記の措置は、当該規定による患者の拘束の開始後できるだけ速やかに講じなければならない。

(2) 主たる法律または本法により患者を拘束している病院または精神看護ホームの管理者は、その患者が関連する条項について、その患者が次の効果を理解することを確保するため実行可能な措置を講じなければならない——

(a) 主たる法律の47条および48条(責任医官、管理者、最も近い親族等による退院)；および

(b) 本法第VI章、および48条、49条ならびに51条；

上記の措置は、病院または看護ホームへの患者の拘束の開始後できるだけ速やかに講じられなければならない。

(3) 本条により講じられるべき措置は、口頭および書面により必要な情報を提供することを含む。

(最も近い親族に拘束されている患者の解除を

## 通知する病院管理者の義務)

第55条 (1) 主たる法律または本法により拘束されるべき患者が、その最も近い親族により発せられる解除命令以外により解除されるべき場合には、病院または精神看護ホームの管理者は、もしいれば患者の最も近い親族であると思料される者に通知するため実行可能な措置を講じなければならない；但し、下記(2)の適用を妨げない。また、上記の通知は、できれば、解除の日の少なくとも7日前に提供されなければならない。

(2) 上記(1)は、患者またはその最も近い親族が、患者の退院についての上記の情報が本条により提供されないよう請求した場合には、適用されない。

(3) 主たる法律52条(5) (最も近い親族の代理と読み替える命令の効果) は、本条が主たる法律第IV章に含まれるものとみなして効力を生じる。

## (患者の財産および事務の管理)

第56条 (1) 主たる法律100条(2)(保護法廷の機能)において、“能力障害ある者の財産”という文言を、“能力障害ある者の財産および事務”という文言に読み替える。

(2) 主たる法律103条において、次の文言を削除する——

- (a) (1)(a)および(dd) (大法官または指名された判事以外は一般に行使できない権限)において、“但し”以下の文言；および
- (b) (3) (幼児の財産の整理)において、文言の最初から、はじめて出てくる“および”までの文言。

## (主たる法律および本法に基づいて行われる行為のための保護)

第57条 (1) 主たる法律141条(主たる法律に基づいて行われる行為のための保護)は、次のごとく改正する。

(2) (2)を次のものと読み替える——

“(2) 高等裁判所の許可がなければ、上記の行為に関して、何人に対しても、いかなる裁判所においても、民事訴訟を提起することはできない；検事長によるか、またはその同意を得るのでなければ、上記の行為に関して、何人に対しても、いかなる裁判所においても刑事訴訟を提起することはできない。”

(3) (3)において、“本法の規定”という文言を、“本法の他の規定”という文言に読み替える。

(4) (3)の後の次のものを挿入する——

“(3 A) 本法は、内務大臣、または、1977年国民保健事業法の意味における衛生部に対する訴訟には適用されない。”

(5) (4)を次のものと読み替える——

“(4) 北アイルランドに関しては、本条にいう高等裁判所および検事長とは、それぞれ、北アイルランド高等裁判所の判事および北アイルランド検事長と解するものとする。”

(認可されたソーシャルワーカー＝approved social worker＝による精神福祉官の交替)

第58条 (1) 本法が可決された日から起算して2年の期間の満了後は、主たる法律により精神福祉官に付与された職務は、認可されたソーシャルワーカーと称されるべき地方社会事業部の官吏により遂行される。

(2) 地方社会事業部は、上記(1)に規定された職務を遂行するため、十分な数の許可されたソーシャルワーカーを任命しなければならない。何人も、精神障害にかかっている者を扱う適切な資格を有するものとして地方社会事業部により認可された場合を除き、認可されたソーシャルワーカーとして任命されてはならない。

(3) ある者を、認可されたソーシャルワーカーとして任命するため認可するにあたっては、地方社会事業部は、内務大臣により指令される事項を考慮しなければならない。

(4) 主たる法律にいう精神福祉官であった者の任命は、上記(1)に規定された期間の満了をもって終了する。但し、それ以前にその者により

行われたこと、または、その時その者により行われていることを認可されたソーシャルワーカーが継続することを妨げない。

(患者の選挙人登録)

第59条 (1) (1959年精神衛生法により修正された)1949年人民代表法4条(3)において、“精神病またはその他の型の精神障害にかかっている者の収容および治療のために全面的に、または主に、維持される施設にいる患者である、または”という文言は本法により廃止する。

(他の専門職に従事する者=members of other professions=との協議)

第60条 (1) 内務大臣は、主たる法律または本法により拘束されている患者に対し主たる法律または本法の規定により活動する医師が行う医学的治療に関して、他の専門職に従事する者の協議に関する規則を作らなければならない。この規則は、上記の協議の運営を司る手続、および上記の協議を書面により保存すべき記録の形式を規定しなければならない。

(2) 内務大臣は、(1)により規則を制定する前に、関係ありと思料する医業の一部および他の専門職に従事する者を代表すると認められる団体の意見を聴かなければならない。

(病院および医学的治療の定義)

第61条 (1) 主たる法律147条における“病院”の定義において、(a)、(b)および(c)を次のものと読み替える――

(a) 1977年国民保健事業法の意味における保健事業病院；および

(b) 同法により、地方当局が提供し、内務大臣により、または内務大臣に代わって病院として使用される施設。

(2) 主たる法律147条(1)における“医学的治療”の定義および1975年看護ホーム法2条における“精神看護ホーム”の定義において、“医学的監督のもとでのケアおよび訓練”という文言を“医

学的監督のもとでのケア、ハビリテーションおよびリハビリテーション”という文言に読み替える。

(小改正)

第62条 (1) 主たる法律130条(1)(妨害)において、“建物を視察することを拒否し、または、合理的な理由なく……を”という文言を“合理的な理由なく、建物を視察することを拒否し、または……を”という文言に読み替える。

(2) 主たる法律137条(3)(下院議員の診察)により医師を任命する職務は、同上に規定されている団体の会長に代わって、王立精神医学会の会長が行使しなければならず、したがって、同上における“(a)次のごとく任命し”から“両会長”までの文言を“王立精神医学界の会長が任命する、同会長が……適切と考える医師”という文言に読み替える。

(3) 主たる法律146条(内務大臣が、内務大臣または内務次官の署名付きで発する令状)は効力を失う。

(4) 1977年国民保健事業法105条(1)(主たる法律第IV章によって病院へ入院させるための医学的診察に対する地方当局による報酬の支払い)において、“診察を受ける患者が居住する地域を所轄する、1970年地方当局社会事業法(Local Authority Social Services Act)にいう地方当局である評議会”という文言を“内務大臣”という文言に読み替える。

(5) 1977年同法第8付則2条(1)(d)(主たる法律第IV章により後見に付される者に関する精神福祉官の職務)において、“第IV章”という文言の後に“または、第V章”という文言を挿入する。

(6) 1980年治安判事裁判所法32条(略式判決に基づく罰金額の上限)は、主たる法律129条(3)(a)に関する限り、北アイルランドにも適用される。

(付随的改正および廃止)

第63条 (1) 本法第2付則に挙げられた法律は、同付則に列挙された改正で、本法の既定に付随する改正と合わせて効力を生じる。

(2) 本法第3付則に挙げられた法律 (すでにすたれた規定を含む) は、本法により、同付則第3欄に列挙された範囲で廃止される。

(命令および規則)

第64条 (1) 本法により命令および規則を制定する内務大臣の権限は、法令文書 (statutory instrument) により行使することができる。

(2) 本法により制定される規則を含む法令文書は、議会の上下両院のいずれかの決議に基づいて取消 (annulment) に服する。

(3) いかなる命令も、その草案が議会の上下両院のいずれかの決議により許可された場合を除き、上記38条(4)または本法第1付則3条(3)により発せられてはならない。

(費用)

第65条 (1) 次のものは、議会により提供される金から支払われる——

(a) 本法により、内務大臣が負担する費用；  
および

(b) 他の法律により、議会が提供する金から支払われる金額中で本法の帰せられる増加分。

(解釈および補足規定)

第66条 (1) 本法において“主たる法律”とは、1959年精神衛生法をいう。

(2) 主たる法律80条 (第V章の解釈) は、本法25条から31条が主たる法律第V章に含まれるものとみなして、効力を生じる。また、主たる法律94条から96条 (第VI章に対する補足規定) は、本法34条および35条が主たる法律第VI章に含まれるものとみなして効力を生じる。

(3) 主たる法律の次の規定は、本法が主たる法律に含まれるものとみなして効力を生じる。

(a) 4条 (精神障害の定義および分類)；

(b) 122条 (審査審判所への審査請求)；

(c) 125条 (文書の偽造等)；

(d) 129条 (患者を許可なく退去させること等の援助)；

(e) 130条 (妨害に対する刑罰)；

(f) 139条 (患者の監禁等)；

(g) 142条 (欠格宣言権限)；

(h) 143条 (調査)；

(i) 147条 (一般的解釈)；

(j) 149条(3)(地方法規を廃止または改正する権限)；

(施行および経過規定)

第67条 (1) 本法は、1983年9月30日に施行される。但し、本条の規定の適用を妨げない。

(2) 本法28条、29条および30条は、内務大臣が自ら発する命令により指定することのできる (1983年9月30日より早くない) 日に施行される。さらに上記条項のそれぞれのため、または上記条項の異なる目的のためには、異なる日を指定することができる。

(3) 本法52条(1)および(8)は、1983年9月30日、または内務大臣が自ら発する命令により指定することのできるそれ以前の日に施行される。

(4) 本法58条は、同条に規定されたごとく施行され、本法第2付則第II章および第3付則第II章は、58条(1)に規定された期間の満了に伴って施行される；また、同期間の満了によって、本法36条および49条(1)(a)にいう精神福祉官は、許可されたソーシャルワーカー、または58条により任命された認可されたソーシャルワーカーとして解釈されなければならない。

(5) 経過規定および留保を含む本法第4付則は、そこに規定された事項に関して効力を生じる。

(略称および適用範囲)

第68条 (1) 本法は、1982年精神衛生(改正)法として引用することができる。

(2) 同法33条(1)、(2)と(4)および62条(6)は、北

アイルランドにも適用される。スコットランドにも適用される立法の本法による廃止または改正は、その立法と同じ適用範囲を有する。但し、上記の場合を除き、本法は、イングランドとウェールズのみ適用される。

(3) 主たる法律154条(2)(シリ諸島へ法律を適用する権限)は、本法の規定が同法に含まれるものとみなして効力を生ずる。

(後書き：本章は精神衛生研究第30号の英国精神衛生(改正)法に続くものである。その折に記したようにその後第1付則、第2付則、第3付則があるが紙数の都合でここでは第VII章のみを掲載する。訳出は監訳 加藤正明、訳 加藤克住、信太秀一、一部VI章以前との整合等 岡上和雄による)



## 精神科デイケア研修課程終了者及び派遣先施設長 に対するアンケート調査結果

昭和60年3月  
国立精神衛生研究所

### アンケート調査結果の概要

昭和59年夏に実施した国立精神衛生研究所・精神科デイケア研修課程の修了者及びそれらの受講生を派遣した施設の長に対するアンケート調査の結果は、おおむね以下のとおりである。

#### 記

#### 1.〔実施時期〕

昭和59年8月

#### 2.〔送付先〕

研修受講時に受講生が勤務していた施設

#### 3.〔対象内訳及び対象数〕

ア. 第1回(昭和53年11月)から第21回(59年1月から2月)までの国立精神衛生研究所精神科デイケア課程研修修了者556名

イ. これらの研修生を派遣した施設長340名

#### 4.〔回収率〕

ア. 受講生：回収数は389、回収率は70.0%であった。ただし、総数556名中の6.5%にあたる36名がすでにその職場を退職している旨送付先から連絡があった。したがって、残余の520名に対する回収率は74.8%となる。

イ. 施設長：回収数248(ただし白紙1名を除く)、回収率は72.9%であった。

#### 5.〔集計結果〕

##### (1) 受講生に対するアンケート

参加の動機は「上司にすすめられて」が80%と「自らの希望」の17%をはるかに凌いでいた。参加するに当たっての期待は「デイケアの認識を深める」が76%に達するのに対し、「デイケア開設の下準備として」が21%にとどまり、明確に本研修の趣旨に沿って応募したというよりより一般的な研修動機による参加者が多数を占めた。以上は、図1と図2に示される。

図 1. 研修参加の動機(誰の意志で)

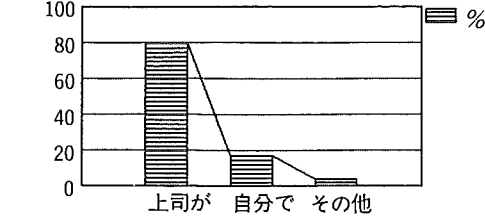
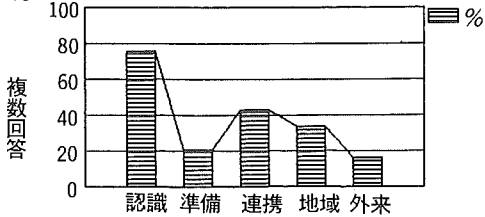


図 2. 研修への期待

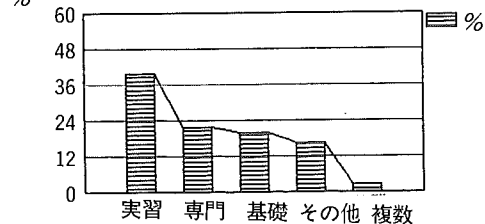


- 認識：デイケアについて  
認識を深める
- 準備：同、下準備として
- 連携：病院内の各種活動  
との連携を考える
- 地域：地域ケアに対する  
認識を深める
- 外来：外来活動に対する  
認識を深める

次に研修に参加後の感想であるが図3に示すように、実習強化に対する希望がもっとも多く、基礎的内容を求める者より専門的なものを求める例が共に20%前後を占めた。

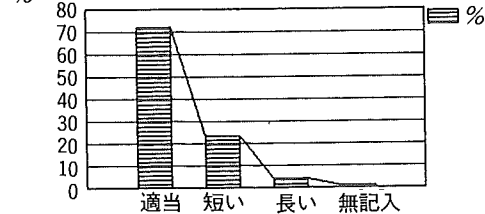
研修期間については「適当と思う」が72%であった(図4)。

図 3. 研修後の感想

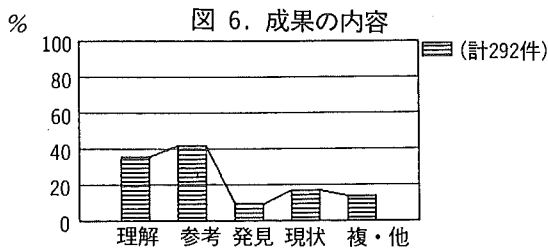
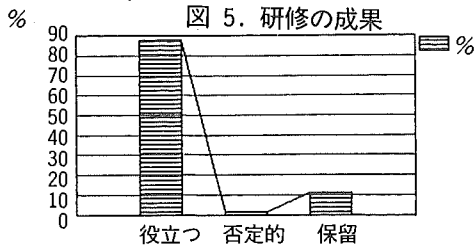


- 実習：実習を強化してほしい
- 専門：より高度な専門的な内容がほしい
- 基礎：より初歩的基礎的な内容がほしい
- その他：他のテーマ
- 複数：複数回答

図 4. 研修期間について

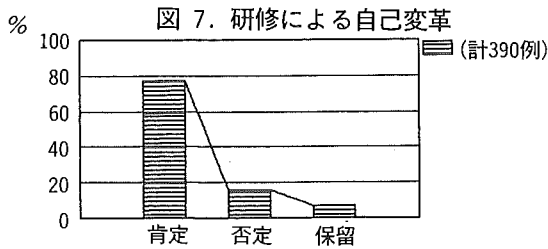


研修の成果については、図5にみられるように「役に立った」が87%、「あまり役に立たない」が2%弱で、きわめて好意的な評価を得た。役に立ったとする内容は図6に示すように、「デイケアの内容が理解できた」が36% (複数回答方式のアンケートであるが1回答しか選択しなかった者が86%を占めたので、ここでは複数回答者を含まなかった。次の通知も同じ)、「患者に対する考え方の参考になった」が41%であった。

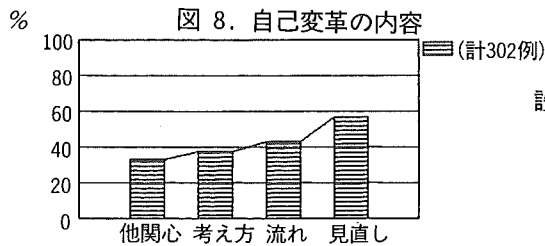


理 解：デイケアの内容が詳しく理解できた  
 参 考：患者への考え方の参考になった  
 発 見：問題点の発見に役立った  
 現 状：他施設の現状を知ることができた  
 複・他：その他と複数回答

研修による自己変革の意識については、図7のように「変化した」が77%とこれもきわめて高い率を示した。変化した内訳は以下のとおりである。

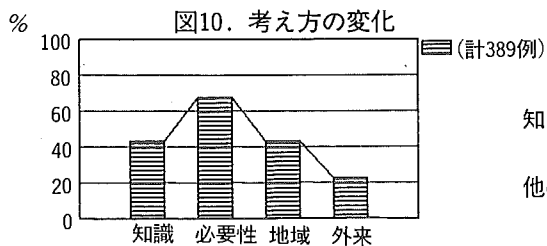
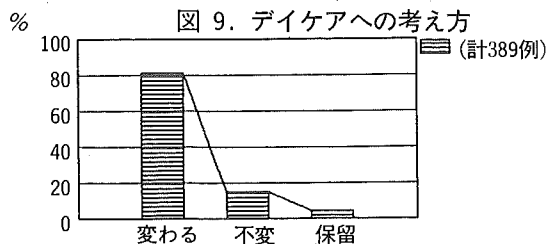


すなわち、「日常の仕事のやり方について見なおすきっかけになった」が(非該当85を除き)79%と最も高く、次いで「精神科医療の流れについて関心をもつ必要を感じた」59%、「患者に対する考え方が変わった」38%、「他の施設の医療活動について関心をもつようになった」33%と続く(図8, 延回答であるので100%を越える)。



設 問：文中「 」にあり

デイケアに対する考え方が変わったという回答も81%と高いが(図9),「デイケアの必要性を感じた」68%,「地域ケアに対する認識が深まった」43%,「外来活動に対する認識が深まった」23%と,デイケア活動についてのインパクトは決して十分とはいえないように思われる(図10),「精神科医療全般に関する知識」についての質問で,「豊富になった」という回答が16%にとどまっていたことと合せて,今後の研修について検討課題を残したというべきかもしれない。



知識: デイケアの知識が広くなった  
 他の設問: 文中「 」

研修終了後, デイケア部門で働くようになった受講生は17%であった, はじめからデイケアで働いていた受講生は7人(2%)に過ぎなかったから, 一定の影響力はあったが, デイケアの開設への推進力という意味ではあまり効率的とはいえない(図11, 図12), また, もともと保険診療承認デイケアを有する施設から受講した者が8%であったのに対し, 研修終了後実際にデイケアの承認を受けた施設から受講した者が調査時点でなお12%にとどまっていることもそれを裏書しているといえよう。

図11. 研修後デイケアで働く

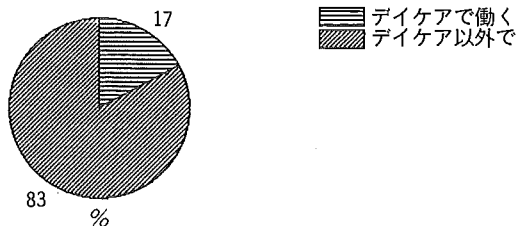
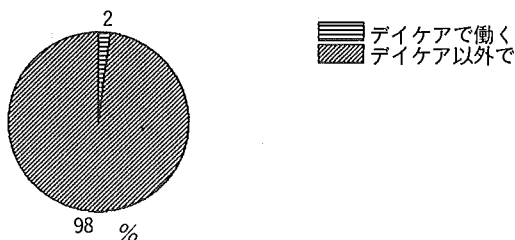


図12. 研修時デイケアで働く



地方研修に参加した162名中便利でよかったとする者は67%，どちらともいえないが25%で、「あまり利点がなかった」という回答（7%）を大きく上回った（図13）。

施設種類と回答者の年齢・性別は図14, 15, 16に示すとおりである。

なお、クロス集計の結果では、参加動機、研修参加にあたって期待した主題、研修成果相互の関係等について特に特徴的なものは得られなかった。

ただし、年齢階層とのクロス集計において30代・40代が「より高度な内容」を求める傾向がみられ、20代・50代では逆に「初歩的な内容」を求める率が高かった（他の回答では年齢階層による著しい影響はみられなかった）。

図13. 地方研修について(162例)

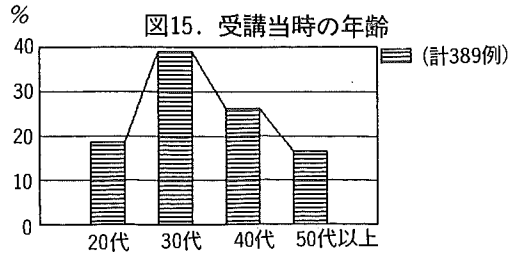
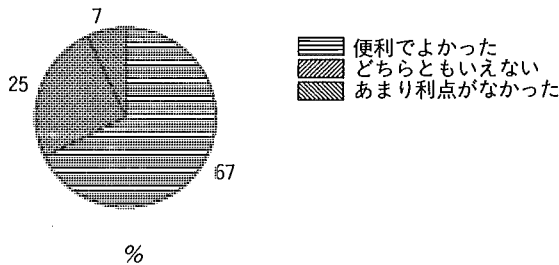


図14. 開設者別

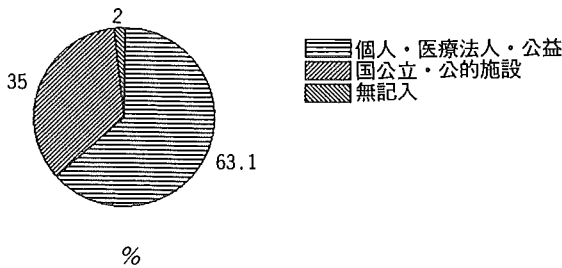
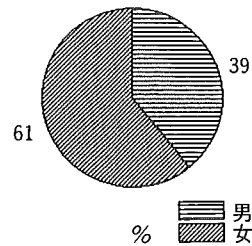


図16. 性別(389例)



(2) 施設長に対するアンケート

回答を寄せた施設は、個人立・医療法人立・公益法人立等165施設、国立・都道府県立・市町村立82施設であった。

受講生を派遣するに当たってのいきさつは、「施設長・上司がすすめた」が79%と圧倒的に高い値を示した。研修が行われることをこれら施設長が知ったのは、「機関紙・通知等」(12%)よりも「送られた募集要項」(76%)によってであった。(他方、「募集要項」による受講生の認知率は31%にとどまった。)

また、保険診療で承認を受けていたと否とに拘わらず、受講生を派遣した当時、すでにデイケアを行っていた施設は、53%に達していた。

デイケア実施施設で保険の承認を受けていた施設は130施設中7施設（5%）、その後認可を受けたのが19施設（15%）、今後承認を受ける積り65施設（50%）、承認を受けるつもりはない33施設（25%）であった（図17）。

調査時点で、デイケアに充当できる作業療法士が在職している施設は247施設中92施設で（図18）、そのうちの67施設（73%）は保険診療と関係なく看護婦（士）を研修させたい旨の回答を寄せた。

図17. 認可の予定(実施124施設のみ)

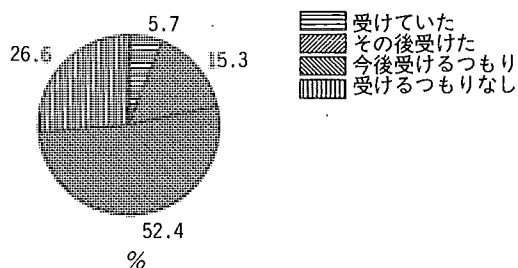
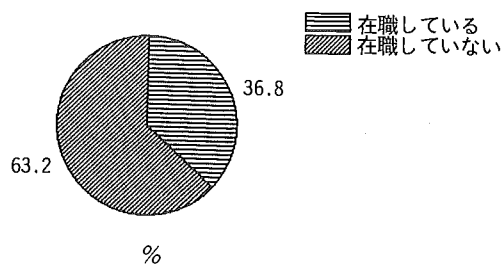
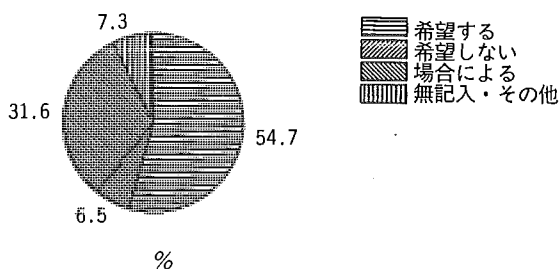


図18. デイケアに充当できるOT



臨床心理技術者・ソーシャルワーカー等に対する研修については、図19にみられるようにほぼ半ばがそれを希望するにとどまった。

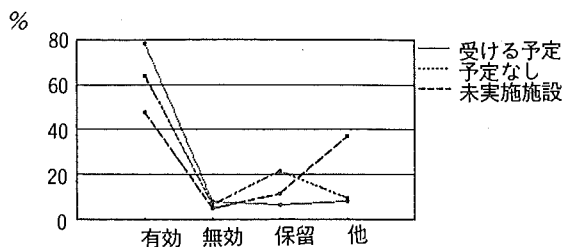
図19. 他職種への研修希望、247施設中



作業療法士の有無によって、設立主体によって、ないしは総合病院か単科病院かによって参加動機にほとんど差異を生ずることはなく、また、設立主体によって、「(保険診療であると否とに拘わらず)すでにデイケアを実施していた否か」によって、あるいは「作業療法士の在職しているか否か」によって各回答間にいちじるしい差異がみられることはなかった。

ただし、デイケアを行っている施設のうち、「研修の後承認を受けた施設」「今後承認を受ける予定の施設」「今後も承認を受ける予定のない施設」のそれぞれについて、及び、デイケアに手を付けていない施設の間では、「デイケアを運営するにあたって役立っている」とする回答の率はやや異なり、図20のように「デイケア未実施施設」「今後も承認を受けるつもりのない施設」で評価が低い。

図20. 認可予定の有無と有効性の評価



## 6. [自由回答]

自由回答欄は、受講生に対するアンケートでは主として研修全体についての印象・感想と研修宿舎に関する改善希望点、施設長に対するアンケートではこの研修が役に立っているか否かを尋ねたものである。

以下、それらの回答を列挙した。文の頭に付けた印は次の区分による。

\*\*\*：圧倒的に多い回答，\*\*：かなり多い回答，\*：複数以上の回答。

●：批判的・否定的な内容の回答

◎：研修に対する要望等

### (1) 受講生の自由回答

#### A. カリキュラムに関する意見

- \*\*\*・◎・講師に看護スタッフを加えてほしい
- \*\*\*・◎・デイケアの現場で働いている看護師と話し合いの場を持ちたい
- \*\*・◎・実習場所をもっと増やし、多くの場所を見学実習したい
- \*講義の後のグループ討議がよかった
- ◎・実習期間をもっと長くして利用者の声が聞けるとよい
  - ・知らない施設に実習に行くのが辛かった（不安だった）
- ◎・セミナーの時間を見学などに回してほしい
  - ・グループ討議は負担だったが、他人の意見が刺激になり自分のためにより学習だった
  - ・グループワークがもっと多いとよかった
- ◎・自由討論は苦手なので、もっと方向性を持たせて進めてくれる方がよい
  - ・テーマ等が固定的でなく自分たちで進めてゆくシステムでよかった
- ◎・実践的資料がもっとあればよい
- ◎・老人デイケアについては不十分だった
- ◎・地域ケアの重要性が増してくるのでその講義をもっと多くしてほしい
- ◎・作業療法の講義がなくて残念だった
- ◎・家族療法の講義をより充実してほしい
  - ・はじめて患者と寝食を共にして自分に偏見が強かったことを認識した
  - ・心理の講師の話は現場の看護師からみると具体性に乏しかった
  - ・デイケアの目的を明らかにせず、講義全体を通して結果として「デイケアの目ざすものは何か」を

知ることができ、深みのある学びであったと感謝している

- ・精神医学からみると偏った教育内容だと思われる
- ・理念より技術という研修のムードになじめなかった、治療共同体の理念が十分に理解されないままに技術だけを吸収するのは危険だ
- ・本来ならば看護教育課程の中に取り入れられるべき研修ではなかったろうか
- ・外人講師の講義は難しかった

#### B. カリキュラム以外の問題について

- \* \* \* 同じ仕事をしている全国の仲間と交流できた
- \* グループワークの中で特定の人のくどい発言に困った。
- \* 研究所員の自由さを羨ましく思った
- ◎・受ける側の心構え、意欲等に格差がありすぎる、病院はもっと選択して研修生を送り精巣側も選考を厳しくする必要がある
  - ・指導よろしく一同和気合いあいに受講できてよかった
  - ・看護専門の勉強と異なり、研修内容を自分の過去の体験と結び付けながら学習していった
  - ・病院内のリハビリテーション活動のゆきづまりの時期に研修を受け、非常に参考になった
  - ・精神医療の流れを認識したことにより、病院内の各種活動に意欲がでたことがよかった
  - ・小人数でよかった
  - ・小人数で親密性はあったが20名くらいのグループがよいのではないか
  - ・看護婦がデイケアをやるのは賛成だが、管理指導を持ち込むのではないかという懸念を研修生間の討論で感じた
  - ・研修中、メモをとるのに夢中だった。もう少し予備知識を持って参加した方がよかった

#### C. その他（今後のことなど）

- \* \* \* ◎・研修性のアフターケアを考えてほしい
- \*・◎・2回、3回と高度の内容へと積み重ねていければよいと思う
- ◎・スクーリングを実施してほしい
- ◎・たとえば年1回であっても研修終了者のみの講義が必要だと主う
  - ・研修自体はよかったがデイケアの認可基準を考えると絶望的になってしまう。もっと実施しやすい認可基準にしてほしい
- ◎・研修当時の熱気・意欲・学習したことについて今は心もとない。ぜひ再教育の機会を作ってほしい
- ◎・研修の後、1、2年に1回このようなアンケートをしてほしい
- ◎・季節が暑すぎて困った。開催時期を考慮してほしい
  - ・私事ながら何年ぶりに上京できてよかった

#### D・地方研修について

- \* \* \* ◎・実際にケースにあたって苦勞しているスタッフからもっと話を聞きたい
- ◎・もっと小人数で毎年同じ地方でやってほしい
- ◎・たとえ2、3日でも宿泊ミーティングの機会を作ってほしい



- ◎・宿泊の場所が1個所だとよかった
- ◎・地元で都合のよい点はあったが、やはり活発な活動をしている施設で学習したい

#### E. 宿泊について

- \*\*・○：クーラー、暖房に対して不満がある
- \*・◎・研修宿泊を食事付きにしてほしい
  - ・夜の時間帯に自由にディスカッションできてよかった
  - ・男子の受講生がハメをはずしすぎてうるさかった
- ◎・電話が1個では足りなかった

#### (2) 施設長の自由回答

- \*\* 職員の知識向上と教養を高めるのに効果がある
- \*\* 患者の日常生活援助の面で役立っている
  - ・有資格者が限られるため、適当な人がいない
  - ・精神障害者の人権を考えすぎた指導よりも病人であることを念頭に置いた指導をすべきである
  - ・“働きかけを極力押えてメンバーの自主性を重んずる”とするのみの(講義側)の硬直した構えと、(それに影響される)受講生の態度には疑問がある
  - ・看護の細分化に力を入れた指導には疑問がある
  - ・受講生の教養になっただけで、実際には役立たない
  - ・デイケアの倫理と実際(グループワーク等)に関しては役に立っていない
  - ・デイケアを実施しにくい条件を付与しながら研修生を送り出しても役に立たない、矛盾している? 受講後病院をやめてしまった
    - ・有益である。デイケア活動の重要性を認識できる
    - ・地域精神医療活動に対する認識にプラスの影響がある
    - ・入院中からデイケアへ患者を向けやすくなった
    - ・入院、通院、デイケアなど患者が選択をするとき十分相談できる
    - ・グループワーク、受け持ち患者への取り組みが積極的になった
    - ・患者の社会復帰活動を積極的にするようになった
    - ・施設の反省と再整備のチャンスとなった
    - ・広い視野を持った幹部を養成する目的で利用
    - ・デイケアの内容を応用した生活療法、デイケア的指導をし、開設準備に役立っている
    - ・仕事の上で自信のもとになっているようだ
    - ・デイケアは病棟看護の連携に役立つのではないか
    - ・デイケアは、それに直接携わる人だけでなく医師、看護師などがすべて具体的に理解する必要がありその意味で有益
      - ・目的意識がしっかりした点で役立っている
      - ・全くの手探りから始める場合に比べて迷いがなく進歩がはやい
      - ・他の病院のよいところを吸収し、自分の病院の改善に役立たせる意欲をもった
      - ・県下保健所のデイケアの実施、拡大の際にも受講生が指導した
      - ・日常の仕事から距離を持った所で自分の業務内容を点検啓発する機会となった

・デイケア活動が病棟活動に影響を及ぼしていることを評価したい

◎・OTを含む全職種の再教育が必要

◎・1回だけの研修だけでなく再研修を望む

◎・各地で実践されているデイケアの経験を交流し、相互に研修しあう高次の勉強会も必要

◎・専門職となるにはもう少し豊富な研修を要する

(デイケアやデイケア研修が有益だとしたら)“患者と共に生活する”という体験を通じて、患者と治療者間の疎通性が保たれ思わぬ発展をすることにあると思う

◎・研修施設を近距離にしてほしい

# COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES IN JAPAN: THE ROLES OF PUBLIC HEALTH CENTERS, MENTAL HEALTH CENTERS, AND THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH<sup>\*)</sup>

Kazuo Okagami, MD<sup>\*\*)</sup> and Shuichi Wada<sup>\*\*\*)</sup>

- \* ) This paper was presented to WHO Workshop on Comprehensive Mental health Policy in Republic of Korea, which was held during Nov. 7-9 at National Mental Hospital in Seoul.
- \* \* ) Director of Division of Rehabilitation, National Institute of Mental Health
- \* \* \* ) Chief Researcher of Division of Socio-Environmental Research, National Institute of Mental Health

## 1. HISTORICAL BACKGROUND OF MENTAL HEALTH CARE IN 20 TH CENTURY JAPAN

The history of mental health care in 20th Century Japan can be divided into the periods before and the after the enactment of the Mental Health Act of 1950. The latter stage can be again divided into the periods before and after the amendment of the Mental Health Act in 1965. Thus, mental health care in 20th Century Japan can be considered in terms of three stages each of which has its own unique characteristics.

In the first stage (until 1950), when the number of psychiatric beds was, at the largest, 23,555 or 32 per 100,000 population (the occupation rate of the beds was 43%, 17 per 100,000 population), many mentally disordered persons remained in the care of their own family and/or community.

In the second stage (from the enactment of the Mental Health Act in 1950 till its amendment in 1965), the prevailing attitude was strongly in favor of institutionalization of the mentally disordered persons. It is still said that when the Mental Health Act was enacted in 1950, the possibilities for community care were disregarded. Institutionalization, which was especially prevalent in the 1960s, was accepted by many of the psychiatrists at the time, particularly in the 1960s.

One major policy of this period designated private psychiatric beds as the major accommodation for mentally disordered persons. Many patients were institutionalized in private psychiatric beds, rather than in public beds.

Nowadays,<sup>\*)</sup> 81% of psychiatric hospitals are private, and 89% of all in-patients are in private beds. The fact that today in Japan psychiatric beds, which are largely private, provide 98% of accommodations for mentally ill persons could be part of the reason that Community Residence Program such as Half-way Houses or Half-way Hostels have not fully progressed.

The concept of Community Mental Health Care was assertively introduced into Japanese mental health system at the third stage (from amendment of the Mental Health Act in 1965

\*) The number of in-patients at psychiatric beds was, at its maximum in 1984, 337, 906 (283 per 100,000 population); Admission Ratio was, at its maximum in 1970, 197 per 100,000 population.

through the present). The promotion of Community Mental Health Care in Japan was initiated by the Japanese government (the notion is described in the amendment to the Mental Health Act.), and was spurred by the influence of new trends in the U.S., the U.K., and other nations. Public Health Centers were designated as the primary organization for providing services in the Community Mental Health Program by the amendment of the Mental Health Act. The institutional bases for the Community Mental Health Care in Japan was initially supplied by this amendment. This is the second factor which has had major impact on mental health care in Japan today.

Although the necessity for Community Mental Health Care is accepted by almost all psychiatrists, its advance is still meeting with such obstacles as follow. First, not a few psychiatrists are reluctant to involve themselves in such care. Second, the financial bases of hospital care and community care are quite different—i.e., hospital care being based on four types of health insurances and community care being supported by taxes.

Although out patient mental health care is still unsatisfactory in some regards, many psychiatrists agree with its necessity. Taking into consideration the balance of power in the current medical system, many psychiatrists identify Public Health Center facilities (PHCs) as the most important organizations in the Community Mental Health Care system. This is because, as shown in the result of the 1984 national survey, public health nurses are regarded by many psychiatrists as indispensable in community care.

Although it is difficult to evaluate the historical backgrounds of the current Japanese mental health care system, the two factors mentioned above (i.e., that private beds take a major role, and that PHCs play a pivotal role in mental health services) have had the following consequences.

It has been realized that mental health cannot be achieved only through hospital care, but that care in the sense of public health is indispensable. This notion activated the interaction between psychiatrists and public health agents.

As a result, first, medical staffs realized that mental patients can communicate beneficially with each other outside of psychiatric institutes. Second, such social organizations as the Organization for Patients Families arose.

With medical costs financed differently in hospitals and health centers, two types of care systems are developing: the expansion system (day hospitals, night hospitals, the residence program primarily for single patients) at such medical institutions as hospitals and clinics, and the social service network centering on PHCs.

## 2. PHCs IN JAPANESE COMMUNITY MENTAL HEALTH

### 2. 1 The Activities of PHCs in Mental Health

PHCs in Japan now total about 850, with one PHCs per 140,000 population (Japan's population is 120,000,000).

Several factors limit the impact of PHCs in the mental health field. First, Japanese PHCs, which work in such areas as food sanitation, environmental hygiene, prevention of T.B. and child and maternal services, put a relatively small proportion of their efforts into mental health care.

Second, the traditional work of PHCs is diminishing because of the decrease in T.B.. Third, since mental health services cannot be provided with the same efficiency as other public health services, even the staff members at PHCs are reluctant to devote themselves to the work.

## **2. 2 Mental Health Consultants and Part-time Psychiatrist**

PHCs have been intimately involved with mental health since they were given management of involuntary hospitalization under the Mental Health Act of 1950. According to the amendment of 1965, the following provisions were to be made by PHCs for mental health consultation services provided through homecalls on troubled individuals;

### **Mental Health Consultants:**

From one to three mental health consultants are located in PHCs in financially well off prefectures. In prefectures with less well-endowed PHCs, public health nurses are trained as consultants. This divides PHCs in Japan into two kinds: those with full-time consultants and those without staff working solely as consultant.

### **Part-time Psychiatrists:**

A psychiatrist works part-time for the PHC engaging in mental health counselling and visiting patients in their homes to give adequate guidance concerning mental health.

## **2. 3 Mental Health Services by PHCs**

Mental health consultation is still the primary mental health service provided by PHCs. In the beginning highly motivated psychiatrists promoted the practice of visiting individual patients. Furthermore, consultations with the patients' families, which were first initiated for information exchange concerning medical procedures, began to also aim at improving the emotional environment between patients and their families.

Over the last ten years the trend has been towards self-help groups facilitated by PHC staff, which have improved relationships between patients and staff, and towards the growth of the Organization of Patients' Families, which is organized at the national level, and presented a petition to the National Diet containing 500,000 signatures.

## **2. 4 Technical Advice by Mental Health Centers (MHCs)**

The staff at PHCs sometimes receive advice from university professors, medical doctors at hospitals, and so forth, but they are constantly supervised by the staff of MHC.

## **2. 5 Legal Foundations**

Guidelines for the mental health services of PHC under the 1965 amendment of the Mental Health Act will be published by the Bureau of Public Health of the Ministry of Health and Welfare next year. The Act was amended after consultation with "patients clubs" or the Organization of Patients' Families, and took the lead in reform of mental health services at the time.

The Mental Health Consultant System mentioned above was constructed by modifying the

Mental Welfare Officer System of the 1959 Mental Health Act of the U.K., and includes the concepts of "patients groups" active in the U.S. and the U.K. and the Organization of Patients Families. The system was developed by staff at the Division of Mental Health of the Ministry of Health and Welfare and National Institute of Mental Health.

## **2. 6 The Progress of PHCs and their Activities**

The mental health services at PHCs vary in different localities, and differences between developed and developing organizations are still found. The gaps are, however, getting smaller and smaller. This is because the Japanese national government began to financially support each local PHC (although the national government does not supervise PHCs on their group work).

Group work is being done at about 500 PHCs. Groups usually meet twice a month. Even though some psychiatrists doubt the effectiveness of the groups, their work is important in promoting emotional exchange between patients and the staffs. Drives for promoting community services as the second step in mental health services come out of this group work.

## **3. MENTAL HEALTH CENTER**

### **3. 1 Outline**

A Mental Health Center (MHC), which is smaller than that in the U.S., is located in forty-one prefectures, and two centers are in Tokyo Metropolitan area. Six prefectures do not have a center. The mean number of staff at a center is 9.3 (the largest twenty-two, the smallest two), and the number of staff at a center depends on the financial condition of each prefecture. Many of the centers were established about ten years after the amendment.

### **3. 2 Institutional Foundations**

The MHC is mentioned in Article 7 of the Reformed Mental Health Act (Article 6 mentions psychiatric hospitals founded by local governments. Prefectures which do not have public psychiatric hospitals founded by local governments do not have mental health centers, either).

### **3. 3 Services**

Japanese MHCs engage in all or some of the following six activities (the first three, as part of networking activity centered at PHCs).

1. technical support and education
2. education of health workers
3. public relations
4. research (e.g., conducting surveys for advising local governments in decision making)
5. mental health consultation (especially at the outset of mental problems)
6. community organization for mental health

In regard to consultation, types of advice include not only the rehabilitation of chronic psychiatric patients, but alcoholic dependence, the mental health of the elderly, the mental health of adolescents including school phobia, and so forth. It is the MHC which first intervenes at the

outset of mental health problems.

Supportive organizations including community people are proliferating nowadays, and the Organization of Patients' Families, Alcoholic Anonymous, and the Society of Mental Health are popular support groups for the mentally disabled.

### 3. 4 The Influence of MHCs

#### Advising PHCs

Dr. Okagami was working in a private hospital at the time of the amendment of the Mental Health Act, and transferred to a PHC as a part time psychiatrist, and afterwards was employed by the city which governed the PHC. The staff of the local MHC occasionally visited the PHC where Dr. Okagami served as a psychiatrist. The purpose of their visits was to attend case conferences and to advise the PHC staff.

Psychiatrists, psychologists, and social workers attended the conferences as MHCs staff. The staff at both PHCs and MHCs obtained important information from each other by means of discussion between the public health staff and the clinical staff. Ideas for new projects spread between centers, as well as vital information on funding sources for such projects.

#### Promoting mental health services in each prefecture

The activities discussed above typify the early stage of the history of MHCs. At the mature stage, the relationship between PHCs and MHCs changes. There is more routine intercourse for purposes such as education of new staff, organizing groups for the patients' families, and information exchange concerning the elderly and adolescents. At this stage, MHCs promote such concerns as rehabilitation centers, and the aid system for employers of ex-mental patients, and other rehabilitation programs.

## 4. THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL, JAPAN

Japan's NIMH was established in 1952 in accordance with a national resolution based on the Mental Health Law of 1950. The Institute is one of the smallest of eleven national institutes which are under the direct control of the Ministry of Health and Welfare. The Institute has, at present, thirty full-time staff members for research, including fifteen psychiatrists, four clinical psychologists, five social workers, two sociologists, a health scientist, a biochemist, and an occupational therapist

The areas of research cover eight aspects of mental health: the mental health of children, adults, and the aged, and psychophysiology, socio-environmental factors, the effect environmental deterioration, rehabilitation, and mental retardation.

NIMH, in cooperation with the Division of Mental Health of the Ministry of Health and Welfare, is promoting national mental health plans, especially in community mental health. NIMH could be said to have introduced the notion of community mental health, which began in Europe and America, into the Japanese mental health system and to have reconstructed the mental health care system based on the notion. It has also disseminated information on action

taken on community mental health during the 1950s and 1960s in the U.S., the U.K., and other developed nations. NIMH has trained social workers and clinical psychologists who are employed in community mental health work, at PHCs hospitals, child guidance clinics, and so forth. NIMH also established psychiatric day-care and popularized it in the Japanese mental health system.

The training programs which are being done at NIMH are as follows:

- 1) a course to provide information on mental health and psychiatry for medical doctors working in the field of public health,
- 2) a course for training in psychological techniques for psychologists working in mental health centers, health centers and national or local mental hospitals,
- 3) a course to provide information on psychiatric social work for social workers working in mental health centers, health centers and national or local mental hospital,
- 4) a course to provide information on day-care for nurses employed in mental hospitals which aims to equip them with the necessary knowledge and skills for conducting psychiatric day-care.
- 5) a course to provide information on the current issues of community mental health for psychiatrists working in Mental Health Centers.

Some of the research projects which are carried out by NIMH are as follows: 1. the development of community mental health administration; 2. the rehabilitation of the mentally disordered; 3. children's mental health; 4. the diagnosis and care of the mentally retarded; 5. the relationship between aging and social adjustment.

NIMH is currently supporting a nationwide survey on the needs of patients' families and patients conducted by the Organization of Patients' Families, and it also did a survey of people's attitude toward mental illness and the mentally disordered with the aim of overcoming people's prejudice towards mental illness.

NIMH has been taking on the role of supervising MHCs. Therefore, not only MHCs, but also NIMH must rethink their views on community mental health services.



## 各部の研究活動

### 精神衛生部

主な研究活動は、1. 精神衛生相談事例の研究、2. 神経症の研究、3. 青年期事例についての精神衛生的援助活動の研究の三つである。

1. については、次の相談事例の検討がなされた。1) 抑うつ状態を基調とする女性の症例(佐藤至子)、2) 自分自身に問題を感じて来談した男性の症例(滝野 功)、3) アパシーに陥った青年の症例(高橋 徹・牟田隆郎)、4) 妻の嫉妬に苦しむ男性の症例(高橋 徹)、5) 大学に通えなくなり、種々の身体不調を訴える青年の症例(田頭寿子・牟田隆郎・高橋 徹)、6) 全身的な苦痛を訴える男性の症例(滝野 功)、7) 幼児期より思春期まで続いている場面緘黙の一例(横田正雄)、8) 刃物恐怖、排泄異常感を訴える独身女性の症例(田頭寿子)、9) 何年間も対人接触を断ってきた青年の例(徳丸 亨・田頭寿子・牟田隆郎)、10) アパシーに陥った青年の症例—続報—(高橋徹)、11) 境界例の女性の症例(町沢静夫)、12) 無気力、倦怠、不眠を訴える主婦の例(横田正雄)。

2. については、前年にひきつづき、不安神経症例118例についての多面的検討がなされ、既婚患者について、配偶者との関係と予後との関連についての検討をまとめた。

3. については、前年にひきつづき「思春期・青年期グループ」活動がなされ、集団活動の治療的側面の検討がつけられた。

なお、定常研究の一つである「ロールシャハ・テスト研究会」の活動の一部が、「ロールシャハ・モノログ」(牟田隆郎・田頭寿子・沼初枝)として、まとめられた。

(高橋 徹)

### 児童精神衛生部

児童精神衛生部では、今田芳枝(福祉)が昭和60年3月末に定年退職した後任として、藤井和子(福祉)が加わった。前年と同じく医学、心理学、福祉学の臨床チームによる児童精神衛生相談の臨床活動と、種々の精神衛生調査が行なわれた。

外来相談の対象としては中学生を中心とする思春期の年齢のものが増加する傾向にあり、思春期対象の何回かの合宿治療も行なった。また、地域の保健所、児童相談所などとの協力による育児不安の母親の調査や就労女性の調査も続行した。

中学生の精神衛生調査資料からは、上林・河野が中心となり生活の充実・対人態度と精神健康の関係、また、飲酒や喫煙の状況について分析を行なった。児童虐待については、児童虐待と皮膚症状、あるいは性的虐待についてとくに焦点をおいて調査を行なった。児童虐待の結果がアジア小児科学会、児童福祉季刊誌、その他に英文でも発表された。今年度からの新しい研究課題として最近増加しつつある離婚や婚姻の破綻が、児童の精神衛生にどのような影響を及ぼすかについて、幼児、学童、中学生を対象として研究調査を開始した。

厚生省の思春期精神保健懇談会には、池田、渡辺が前年度にひきつづき出席した。また11月にはWHOの西太平洋地区の児童精神衛生問題についてのRegional Working Groupがシンガポールで開催され池田が出席し、わが国の戦後の社会変化と児童精神科、登校拒否や児童虐待調査結果などについて報告した。この会議の討論の結果は本年中に更に詳しい勧告書として公開される予定である。

今年度の所外よりの研究費関係は次のとおりである。

- (1) 厚生科学研究, 青少年の精神健康対策のすすめ方に関する研究 (主任, 大原健士郎氏)
- (2) 同, 母子相互作用の臨床に関する研究 (主任, 小林 登氏)
- (3) 文部省科学研究, 登校拒否の背景と防止に関する研究 (主任, 大原健士郎氏)
- (4) 健康・体力づくり財団, 思春期精神保健に関する研究 (主任, 伊藤克彦氏)
- (5) 資生堂社会福祉財団, 年長情緒障害児に関する研究 (主任, 池田由子)
- (6) 日本児童問題調査会, 離婚を主題とする児童福祉研究 (主任, 田村健二氏)
- (7) 安田生命社会福祉事業団, 婚姻の破綻が児童の精神衛生に及ぼす影響に関する研究 (主任, 後藤多樹子氏) (池田由子)

### 老人精神衛生部

老人精神衛生部では, 大別して臨床的研究, 生物学的研究および行政的研究の三分野の研究を行っている。

第一の臨床的研究では, 1) 「脳血管性痴呆および老年痴呆に対するスクリーニング法の開発と痴呆スケールの作製に関する研究」(循環器病研究委託費事業) の課題では, 市町村における各種保健事業や保健所における痴呆性老人の相談事業において役立つ簡易痴呆スケールの開発のための調査, 検討を3年間にわたって行ってきたが標準化を終り, 第27回日本老年医学会で発表した。2) 「老年期痴呆に影響を及ぼす要因および予後に関する研究」(神経疾患研究) の課題では, 在宅, 老人ホームおよび病院に影響を及ぼす諸要因を明らかにするため, 一定の調査用紙を用いて本年度より研究を開始している。3) 「老年期神経症に関する研究」の課題で, 神経症の発症要因および病態の特徴を明らかにし, 治療技術のあり方について研究を行っている。

4) 「老年期痴呆患者の日常生活能力 (ADL) の行動評価に関する研究」の課題では, 入院中の痴呆疾患に Critchton 尺度を適用し, その因子妥当性と他の尺度との相関を検討した。5) 痴呆等老年期精神障害老人のデイ・ケア活動を昭和59年10月より社会復帰相談庁舎内の老人デイ・ケア施設において実施し, それら老人に対するデイ・ケアのあり方について研究を試みているが, その現状を第27回日本老年社会学会で報告した。

第二の生物学的研究としては, 1) 「アルコール痴呆の神経病理学的研究」(アルコール中毒等調査研究費) の課題では, 国立療養所久里浜病院と協同でアルコール痴呆脳について形態学的な検索を行っている。2) 「老人の精神障害におけるデキサメサゾン抑制試験の研究」の課題では, 在院中の老年痴呆, 多発梗塞性痴呆, うつ病, その他の変性疾患を対象に検査を行い, その関連を検討した。

第三の行政的研究では, 「保健所および市町村における老人精神保健活動の現況と今後の活動の展開に関する研究」(健康づくり等調査研究事業) の課題では, 保健所における老人精神衛生相談事業の現況と保健所および市町村の精神保健活動の現況の把握と今後の活動の方向づけ, あり方を研究している。

以上の研究は, 当部の大塚・斉藤・北村および社会復帰相談部の丸山が中心となり, 他の機関の研究者の協力のもとに行われている。

(大塚俊男)

### 社会精神衛生部

昭和60年度は次の四課題について研究が行なわれた。すなわち

1. 精神保健サービス・プログラムの実際的展開に関する研究 (柏木 昭)
2. 家族療法の開発, 適用及びその効果に関する研究 (鈴木浩二)
3. 精神健康問題に関する数理社会学的方法

による分析研究(和田修一)

#### 4. 精神保健に関わる比較社会文化的研究(宗像恒次)である。

1. については、一つは医療機関におけるデイ・ケアのあり方として、比較的ゆるやかなプログラム構成のもとに、できるだけ通院者がデイ・ケアの運営に参加し、精神健康の自己管理を進める為の諸条件について検討した。従来スタッフの役割だけが強調されるくらいがあったが、通院者のデイ・ケア運営に果す役割には少なからず意味があり、それが各人の生活の肯定的変化への契機になりうるということが認められた。以上は社会復帰相談部との共同研究であるが、詳細はそちらの報告に譲る。

また柏木は一般地域住民の精神健康問題に対応する一つのアプローチとして、特定の集団に対し、グループ・エンカウンターを実施した。本来的にはこの方法は人と人との間のよいコミュニケーションの創造が目標になるが、個人の社会関係から生ずるストレスに対しては、集団へのかかわりと他者との対話を通じて起こりうる「基本的出会い」を体験することにより軽減されることも認められた。

次に2. についてであるが、家族療法に関する研究では、市原鶴岡病院との共同研究による「分裂病の簡易家族療法の研究」と「情緒障害、問題行動、夫婦問題等の家族療法の研究」を行った。

前者においては、家族システムそのものの変化は極めて緩慢ながら、分裂病の再発予防には極めて有効であることが認められた。分裂病のそれに比較して後者の研究は比較的やりやすく、治療効果が期待出来る。情緒障害等々の家族療法は月1回、10セッション実施を前提にし、この間隔の妥当性を検討しつつあるが、問題の性質、例えば登校拒否についていえば、入学時期、学期内のタイミング等に配慮しながら面接の回数や間隔を決めるべきであると考え、今後とも我が国の実情に根付く家族療法の案出を試みたい。

3. の精神健康問題に関する数理社会学的方法による分析研究であるが、本年度は主として次の二課題に関する研究を行なった。

(1) 後期生活段階(今回は56歳~65歳の人々を対象にした)における生活適応(精神的安定性・特定疾病の有無などの側面から見た)に関して、彼等の職業経歴を中心とした生活史との関わりの中で調査・解析した。

(2) わが国の精神保健制度の特性を、その歴史的側面と法制的側面から検討を試みた。

4. においては今年度は、ハイリスクに曝される特定集団について、そのストレス源とコーピング行動等に関する研究を行なった。一つは専門技術職者の燃え尽き状態及び精神健康度の測定であり、他の一つは地域住民のストレス源と精神健康度の測定に関する研究である。

英米などにおける研究において、人はいわゆるライフ・イベント(別居、退職、転居等)に曝され、精神健康に対して強い影響を受けることがわかってきている。また個人の自我特性やコーピング行動、社会資源や経済状態などのストレス抵抗資源等の要因によって、ライフ・イベントの被影響度が異なり、逆にそれら諸要因がライフ・イベントを規定するという相互作用性も明らかになってきている。

しかし我が国においてはこれらの問題に関する実証的研究は極めて限られている。そこで宗像は健康障害の社会的起因の変数として、社会的ハイリスク環境という概念を設定し、そうした状況に曝されたグループ(交替制勤務者、共働き核家族、呆け老人介護家族など)はライフ・イベントが多発しやすく、ストレス因性の健康障害を起こしやすいという仮説をたてた。

本研究においてはハイリスク状況におかれた人々に重点を置き、ライフ・イベントの影響と精神的情緒的障害発症の関係を究明し、またこれら障害の発症予防に有効なコーピング行動や社会資源に関する基礎的データを得ることを目的とした。

(柏木 昭)

## 精神身体病理部

この一年は従来の研究資料の整理と学界発表が主な活動であった。また高橋和明生理研究室長は6月から交通医学研究財団において、佐藤謙助元九州大学教授の指導による脳波の自己回帰法解析システムに関する共同研究に参加することになった。従来から実施している臨床脳波のコンピューター解析に関する研究成果については、札幌市における第24回日本ME学会（昭和60年7月4日）において、「脳波の不規則性の定量化（第3報）—「リズム率」と周波数分析との関連—」と題して口述発表を行ない、福島市における第15回日本脳波筋電図学会（昭和60年10月18日）においては、「自己回帰法による慢性精神分裂病の脳波解析」と題して佐藤氏との共同発表を行なった。さらに第11回国際脳波学会（ロンドン、1985年8月）では、「リズム因子による臨床脳波の不規則性活動の計量化」と題してポスター発表を行なった。

昭和55年からの特別研究の継続研究として行なってきた、心拍を指標とするバイオフィードバックの実験研究は本年も続けたが、処理プログラムの改良が今年の課題であった。

文部省の「環境科学」特別研究による居住環境と精神健康との関連に関して行なった精神病院の入院患者の入院頻度と自宅の環境条件の調査研究はコンピューターによる資料の分析を引き続き行なった。

この資料処理と並行して従来の高層住宅に住む主婦に対する調査の資料の分析もなお続けているが、その中から調査対象の主婦が自身の健康状態について回答した内容を分析したものを、「主婦の健康意識」と題して第1回日本健康科学学会（東京、昭和60年11月2日）で口演発表した。

また今年度は科学技術庁の昭和60年度科学技術振興調査費による「日常生活におけるストレスによる精神健康障害の判定法とその克服法に

関する研究」を行なうことになった。これは虚血性心臓疾患に関連があるとされる Type A 行動特性の追試的検討と神経症・心身症になりやすい人の行動特性を抽出しようとするものである。（高橋 宏）

## 社会復帰相談部

### 1. 分裂病等動態関連研究

昨年に引続き国立国府台病院を中心とする調査研究（精神分裂病の外来診療の実態と推移に関する臨床統計的研究）に加わった。この分析を通じて一般人口の高齢化に略比例する初回接触年齢の高齢化を認めた。また、受療年次、年齢構成等からみて、外来数の漸増傾向は不可避と想定できた。

### 2. 慢性分裂病のリハビリテーション関連調査研究

当所及び自治体病院を中心とする調査研究（リハビリテーション及び継続ケアのニーズに応じた精神科外来機能の拡充に関する実証的研究）の一部を担当、7作業施設と共同して行った作業遂行態度に関する評価と社会生活活動（生活関連動作等）に関する評価について構造的関連を検討した。

また、厚生行政科学特別研究において、救護施設、更生施設入所者の調査を行い、その特徴の把握を試みた。

### 3. 地域精神衛生活動関係

保健所の精神衛生相談員等と研究班を組み、保健所精神衛生業務のうち業務の比重が高い分裂病圏、アルコール依存・精神病を中心に現状の業務を整理し、「保健所精神衛生活動のすすめ方」として刊行した。

### 4. デイ・ケア及びソーシャルクラブ活動関係

昨年度に続き、4主題（病院デイ・ケアのあり方・スタッフに関する研究、ソーシャルクラブに関する研究、作業所及び共同住居に関する研究、家族に関する研究）について検討をす

めた。

また、「デイ・ケア研修」「デイ・ケア研修における実習」についても中心的役割をとった。

さらに、デイ・ケア受講生等についてのフォロー・アップ・アンケート調査をまとめた。

### 5. 精神科医療における既存行政統計の収集・整理

精神衛生研究所・精神衛生センター連絡協議会における協議にしたがい、資料を収集・整理した。

### 6. その他

ぜんかれんとの共同研究（精神障害者社会福祉問題研究会）に協力するなどいくつかのプロジェクトにも加わった。

当部としては、2を中心とする研究の拡充がもっとも必要であるが、以上のほかに取り組みなければならない緊急的課題があったのでその分の遅れを取りもどすべく努力をしなければならないと考えている。（岡上和雄）

## 優 生 部

優生部が行うべく業務研究は、精神障害の素因の諸問題、環境的諸問題およびその相関関係の研究である。この方向に沿って研究を進めているが、現在行っている研究活動は主として以下の三つである。

### 1) 騒音の精神機能に与える影響の解明に関する研究

騒音は人間に種々の影響を与えるが、騒音の量・質がある限度を超えると人間にとって阻害的な悪影響を与えることになる。人間に対する騒音の影響は(1)聴力への影響、(2)聴取妨害、(3)心理的影響、(4)睡眠への影響、(5)身体的影響、(6)住民などへの社会的影響などが考えられるが、その中で(3)心理的影響を精神医学的観点から、(4)睡眠への影響・(5)身体的影響については生物学的研究手段を用いて研究を進めてきている。なお、この研究には環境庁より研究費の援助を受けた。

### 2) 正常人の覚醒睡眠機構の精神生理学的研究

正常人の覚醒睡眠のメカニズム、リズムの変動を長時間(24時間)にわたり把握した。Continuous observation of EEG pattern in daytime of normal subjects under restrained conditions II, IIIとしてまとめている。

### 3) WHO共同研究 (Effect on psychotropic drugs in different populations)

向精神薬の使用法、効果は人種によって大きく異なっている。この差異が人種差という生物学的要因や社会文化背景の差による要因などによるものと考えられている。これらの諸要因の解明についての国際比較研究を当研究所が分担して、1980年より行ってきたが、最終報告をまとめる段階になっている。（中川泰彬）

## 精神薄弱部

精神薄弱部では、医学、生化学、生理学、保健学、心理学、社会学、社会福祉学、教育学、理工学などの関連諸科学の協力により、次のような精神薄弱児・者の診断とケアに関するmulti-disciplinaryな臨床研究を各地の研究協力施設と提携して実施している。

### 1 精神薄弱の臨床診断法の開発と判定基準の統一に関する研究

厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」(主任研究者 櫻井芳郎)の第2年度研究として、精神薄弱、自閉症、重症心身障害などの概念、定義を確定し、障害判定の指標と判定の手引ならびに精神薄弱者の職業能力評価の指針および実施要領を作成、心身障害の判定体制のあり方を検討した。

ポジトロンCTおよびNMR-CTの臨床利用に関する研究は、目下、苗村がアメリカNIHで実験研究をおこなっており、興味深い知見が得られている。

### 2 精神薄弱児・者の処遇体系の確立と療育技術の開発に関する研究

厚生省心身障害研究「精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究」(分担研究者 小松せつ)の第2年度研究として、精神薄弱者の社会参加を阻害する要因の解明と就労促進に関する臨床研究が進行している。

労働省委託研究「精神薄弱者の雇用・訓練に関する実証的研究」(研究受託者 櫻井芳郎)は最終年度研究として、雇用の促進と安定を援助する諸活動の体系化と職業自立に関する諸活動の指針と実施要領の作成を行った。

また、日本健康クラブ(会長 仲野好雄)の精神薄弱者の心身の健康増進、体力づくりの方法と技術に関する研究(健康づくり等調査研究委託費)にも長崎大学公衆衛生学教室 兜助教授などの協力を得て取組んでおり、「てんかんを伴う精神薄弱者の実態調査」、「精神薄弱者援護施設におけるリハビリテーション活動調査」などの集計、分析も椎谷を中心に進められている。  
(櫻井芳郎)

## 所員研究業績

《昭和60年1月1日～60年12月31日》

## 著書

## Child Abuse in Japan

(The State of Asian Children 所収)

Yosiko Ikeda

〈1985年, 192～195頁, 国際小児科学会ユニセフ〉

国際小児科学会, ユニセフ等の発行によってアジアの児童の現状のうち, 日本における児童虐待の現状を示した。

## 親子関係テストの臨床 (質問紙法)

精神科ムック10心理検査法 (野上芳美編)

池田由子, 河野洋二郎

〈1985年, 134～142頁, 金原出版〉

親子関係テスト (質問紙法) が, どのように児童精神医学の臨床に使用されているか, 双生児, 被虐待児, 問題児の事例について解説した。

## 精神衛生に問題をもつ主婦の医療へのアプローチ

家庭婦人の精神衛生対策等に関する研究, 健康・体づくり財団委託研究

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 白井宏, 根岸敬矩, 加藤まち子他

〈1985年, 健康・体づくり財団〉

昭和56年度からひきつづき行なっている家庭婦人の精神健康対策に関する研究の最終報告として, 家庭婦人が精神衛生的な問題を生じた時, どのような形で医療にアプローチするのが適切かを, 精神衛生センター, 保健所, 市民健康相談室, 総合病院精神科に来所した事例の調査により, 検討比較した。

## 文部省科学研究

## 登校拒否の背景と防止に関する研究

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎他2名

〈1985年, 文部研究班〉

登校拒否をしたいという潜在的願望をもつ中学生と, そのような願望をもたない中学生とを, 精神衛生的な症状, 生活態度, 充実感, 親子関係等を比較した。

## 厚生省青少年精神保健対策に関する研究

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一他

〈1985年, 厚生省研究班〉

公立中学生徒6,611名を対象に行った精神衛生調査の中から, 精神健康と生活の充実感, 対人態度などの項目との関係を調査した。

## 1才半児の母親の育児に関する意識調査

厚生省母子相互作用の臨床的研究班報告書

池田由子, 河野洋二郎

〈1985年, 同研究班〉

1歳半の子どもをもつ若い母親504名について, 育児に対する拒否感, 負担感等を調査した。

## 児童虐待—全国児童相談所における家庭内児童虐待調査を中心として—

池田由子, 田村健二, 吉沢英子, 下平幸男

〈1985年, 全65頁, 日本児童問題調査会〉

全国児童相談所を通じて, 家庭内の児童虐待の調査を行ない, 結果を分析した。昭和48年の第1回調査から10年後の2回目の調査である。

## ふんわりと子どもを包む

アブジョン文庫 ストレスと共同戦争所収

池田由子

〈1985年, 17～18頁, アブジョン文庫〉

子どもに対するストレス, とくに受験をめぐるについて, また家庭養育機能の必要性を述べた。

**病気のボケ**

大塚俊男

〈1985年, 現代社会保険〉

**老人のぼけ対策と介護法(大友英一監修)**

—ぼけにならない心構え—

大塚俊男

〈1985年, 46~50頁, 講談社〉

**若さと美しさを保つために—老化と食生活  
(福井忠孝監修)—**

大塚俊男

〈1985年, 29~34, 74~83頁, 全国米穀協会〉

**老年病診療(小澤利男, 永野充他編集)—  
痴呆老人のデイケア—**

大塚俊男

〈1985年, 1783—11~1783—13頁, 六法出版〉

**中高年者の健康に関する調査**

旗野脩一, 大塚俊男, 中山和之

〈総合開発機構〉

〈173頁, 1985年9月〉

**老化と健康に関する研究**

—老化及び老化指標と老化の予防・緩和(精神面から)

大塚俊男, 丸山晋, 谷口幸一

〈1985年, 263~296頁, 総合研究開発機構〉

**保健所精神衛生活動のすすめ方**

岡上和雄(代表)他7名共著

〈1985年, 7~10頁, 牧野出版〉

昭和56年度に刊行した「地域精神衛生活動の手引」(精神衛生問題研究会編, 非売品)を引き継ぎ, 保健所の精神衛生業務の骨格にあたる部分を, 実務的に取り上げたもので, 岡上は母胎となった研究会及び編集を総括した。

**精神障害者の社会福祉対策への提言**

板山賢治, 佐藤久夫, 岡上和雄, 山本二郎, 仙波恒雄,

蜂矢英彦, 筒井金午, 鈴木五郎, 池未美穂子, 大島巖,  
中村友保, 乾三郎

〈1985年, 全家連社会福祉問題研究会〉

富士記念財団研究助成による報告書で, 基本的事項について概括的な整理がされている。

**臨床病理学的検査手引(試案)**

小松せつ

〈昭和59年度厚生省心身障害研究報告書「心身障害の判定指標の開発に関する研究」152~167頁, 1985年3月〉

心身障害の判定機関に於いて医学診断から見逃された事例をいくつかあげて医学診断の充実の必要性について論じ, 児童相談所, 精神薄弱者更生相談所などで医学判定を行う場合に生物学的側面からの原因究明, 更には処遇への手がかりを提供するために必要な臨床病理学的検査の種類や方法について手引を作成した。

**精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究—精神薄弱者の社会参加の必要条件(性に関するものを含む)に関する研究—**

小松せつ, 櫻井芳郎, 苗村育郎, 椎谷淳二他

〈昭和59年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児・者の治療教育に関する研究」, 141~161頁, 1985年3月〉

精神薄弱者の社会参加を阻害している身体的, 精神的, 環境的要因を分析し社会参加の必要条件を解明するために関連の6施設に対して訪問調査を実施した。その結果から, 社会参加に深い関わりのある要因として, 1)本人側の要因, 2)施設側の要因, 3)企業側の要因, 4)家庭の問題, 5)地域の問題の5要因を想定した。

**精神薄弱者の雇用・訓練に関する実証的研究 I —中間報告—**

櫻井芳郎(編者)

〈1985年, 昭和59年度労働省委託研究報告書〉

精神薄弱者の雇用の促進と安定を援助する諸活動の体系化に必要な検討課題として, 1. 精神薄弱者の雇用を支える地域体制, 2. 職業リハビリテーションの方法と技術, 3. 職業能力評価と職業訓練のあり方, 4. 職場適応と定着の条件などを取りあげて問題点を明らかにし, 今後のあり方について提言をおこなった。



## 精神薄弱者の雇用・訓練に関する実証的研究II—研究成果集録—

櫻井芳郎（編著） 〈1985年，昭和60年度労働省委託研究報告書〉

精神薄弱者の職業的自立や雇用の促進と安定をはかるためのさまざまな検討課題を多面的，総合的に分析して問題点を明らかにし，今後のあり方について提言をおこなうとともに雇用の促進と安定を援助する諸活動の体系化と職業的自立に関する諸活動の指針と実施要領の試案を提示した。

## 心身障害の判定指標の開発に関する研究初年度研究報告書

櫻井芳郎（編著・主任研究者）

〈1985年，昭和59年度厚生省心身障害研究報告書〉

1. 諸外国における心身障害の定義および判定状況，2. わが国の心身障害判定基準の系譜，3. 全国児童相談所，精神薄弱者更生相談所および心身障害者職業センターにおける判定状況，4. 心身障害の概念，定義，5. 心身障害の判定基準と方法，6. 精神薄弱者の職能判定の基準と方法などに関する16篇の論文を収録。

## 在宅福祉と社協活動

椎谷淳二他

〈1985年，33～52頁，東京都社会福祉協議会〉

在宅福祉の基本的視点と現状をふまえ，今後のあり方とそこにおける社協活動の機能と役割について提言した。

## 岡堂哲雄編「現代のエスプリ」

家族療法と親教育

鈴木浩二

〈1985年，35～49頁，至文堂〉

システムとしての家族について解説した。

## 精神科医のための160冊

鈴木浩二

〈1985年，34～35，127～219頁，エクセプタ・メディアカ社〉

Boszormenyi-Nagy, I. and Framo, J. L. Inten-

sive Family Therapy, Bateson, G., Jackson, Don G., Haley, I. and weakland, John H.: Toward a Theory of Schizophrenia, Hoffman, Lynn.; Foundations of Family Therapy, Green, and Framo, J. L.: Family Therapy: Major Contributions を概説したものの。

## 石原邦雄編「家族生活とストレス」 家族関係と精神病理

—分裂病家族を中心に—

鈴木浩二

〈1985年，342～362頁，垣内出版株式会社〉

家族はその内にある個人にプラスに働き，健全な成長を促すこともあれば，その反対に個人の成長をゆがめることもある。

特に，ここでは，家族ストレッサーとして，その内にある個人にマイナスに働く場合について論及した。

## 岡宏子，小倉清，上出弘之，福田垂穂編「親子関係の理論」②家族と社会 家族の役割構造と親子関係

鈴木浩二

〈1985年，21～47頁，岩崎学術出版社〉

青少年の非行や問題行動と深い関係があると考えられる家族の役割構造と親子関係の変化について論述した。

## 分裂病者と家族

高臣武史

〈1985年，岩崎学術出版〉

第I部 精神分裂病と家族研究

序章 精神分裂病をどう考えるか

第1章 今までの家族研究，家族治療の理論

第2章 家族理論および家族治療の問題点

第II部 精神分裂病の発症

第3章 精神分裂病の発症と文化

第4章 男子分裂病患者，女子分裂病患者とその家族

第5章 社会変動と分裂病

第III部 家族ライフサイクルの危機

第6～10章

### 「対人恐怖症—集団療法の視点から」 高橋徹編 「対人恐怖症」

高橋徹

〈1985年, 161~170頁, 金原出版〉

対人恐怖症は、小集団場面において、とくにその症状を発現しやすい特徴があるが、そうした場合への参加が、治療の上で有効である点をくわしく論じた。

### 「遊びと精神医学」

町沢静夫 (編著者)

〈1985年, 12月末, 創元社〉

「遊び」の持つ心理学的、文化人類学的、比較行動学的意味を論じ、さらに精神疾患との関係を論じた。又後半は吉本隆明と「遊び」そのものの意味を討論した。

### 老いの心と健康 (大原健士郎編)

丸山晋

〈1985年, 7~16, 205~217, 231~240頁, 中央法規出版〉

老人の知能とボケ、心の健康を脅かすもの、老人の福祉と保健についての概説。

### 学校教育期の発達と学校生活

講座生活ストレスを考える5.『学校社会のストレス』所収

牟田隆郎

〈1985年, 25~43頁, 垣内出版〉

「発達する」という概念のもつ落とし穴に注意し、現代の子どもたちがどのような状況のもとで学校生活をおくっているか、どのような困難に遭遇しやすいか等について述べた。

### 数理社会学研究会編『数理社会学の現在』, 「文章データのコンピュータ解析に関する考察」

和田修一

聴取りの結果など、文章で表現されたデータに対するコンピュータ・アプリケーション。

### 「生きがいと生活満足」 福武直・青井和夫編『高齢社会の構造と課題』

21世紀社会への対応第1巻

和田修一 〈1985年, 東京大学出版社〉

来たるべき高齢化社会における、高齢者の生活適応対策の議論

## 論 文

### 婚姻の破綻が子どもに及ぼす心理的影響

池田由子

子どもと家庭 〈22巻2号32~40頁1985年5月〉

近来女性の高学歴化、就労の増加と共に離婚率も上昇しているが、離婚が子どもの精神衛生にいかなる影響をもつかを、臨床相談に訪れた事例を中心に論じた。

### 被虐待児症候群

池田由子

臨床精神医学 〈14巻4号635~638頁1985年4月〉

被虐待児症候群について、その定義、研究の歴史、診断、治療、予防などにつき述べた。

### 乳幼児の精神発達検査

池田由子

日本医事新報 〈3216号1985年12月〉

わが国で現在行われている種々の精神発達検査法を、ビネー、ビューラー、ゲゼルの3系列から、簡単に解説した。

### 母子相互作用—児童虐待の臨床から

池田由子

母子保健 〈320号6~7頁1985年12月〉

母子相互作用の見地から児童虐待の起る諸原因、誘因につき述べた。とくに母親の精神障害、乳幼児早期の母子の分離、家族の条件(家族危機その他)などにつき事例により解説した。

### 児童虐待と皮膚症状

池田由子

日本小児皮膚科学会雑誌 <4巻2号598~601頁1985年12月>

わが国の児童虐待の方法としては、殴打、食物を与えない、タバコやマッチで火傷をさせる、蹴るなどが多い。児童虐待の自験例4例につき、その皮膚症状、診断等につき述べた。

### 健康増進の小児科学—精神衛生学の立場から

池田由子

小児科診療 <49巻1号74~79頁1985年12月>

精神衛生の立場から、学童、中学生等を中心にして、適応異常や精神障害の予防、精神健康の増進につき述べた。

### 頭を打ちつづける乳児（ホスピタリズム）

池田由子

現代のエスプリ、乳幼児期の精神病理 <220号155~161頁1985年10月>

生後間もなく乳児院に収容された男児が、次第に精神発達指数の低下を示し、頭部を強く壁やベッドに打ちつづける習癖が続いたが、心理的治療により消失したホスピタリズムの事例である。なお、長期予後も追求できた報告である。

### 児童虐待調査を終えて

池田由子

全国判定員協議会会報 <69号2~6頁1985年10月>

児童虐待について行われた諸調査の結果を述べ、昭和58年度に全国児童相談所を通じて行なった最新の調査についてその結果と感想をしるした。

### いじめ雑感

池田由子

子どもと家庭 <22巻9号2~3頁1985年9月>

いじめ問題につき、臨床相談の体験から意見を述べた。

### 働く女性の精神衛生①②

池田由子

心の健康 <8月号12~20頁1985年8月、9月号4~10頁1985年9月>

働く女性の精神衛生について、常勤、パート、農業、オフィス・オートメーション、キャリアウーマンなどのグループにつき、それぞれの問題点と今後の対策を示した。

### 被虐待児症候群

池田由子

教育と医学 <33巻9号76~83頁1985年9月>

児童虐待（肉体的虐待、心理的虐待、性的虐待および保護の怠慢及至拒否）について、その歴史、外国およびわが国の現状、診断、予防、対策等につき述べた。

### 働く母親

池田由子

小児医学 <18巻4号541~559頁1985年8月>

現在わが国の就労女性の約6割は既婚婦人である。母親が就労する場合の子どもの保育の現状、子どもに対する影響、母親自身の精神衛生などにつき、昭和56~59年度に児童精神衛生部が行なった調査を基礎にして解説した。

### わが国における児童虐待の現状

池田由子

家族 <社会と法> <1巻1号18~26頁1985年6月>

家族法に関する専門家の学会である家族 <社会と法> 学会の設立総会に際し、わが国の児童虐待の現状、対応の困難、とくに法律的問題につき講演した内容について論述した。

### 子どもといのち

池田由子

ベターホーム <6月号28~32頁1985年6月>

子どもの自殺の特徴と、その予防対策について解説した。

### Child Abuse in Japan

Yoshiko Ikeda

Child Welfare, <Vol. 5 NO. 2 1985年1月>

## A study on Intra familial Child Abuse conducted at Child Guidance Centers throughout the Nation

K.Tamura, Y.Ikeda, E.Yoshizawa Y.Shimohira  
Child Welfare, Annual Report 1985 <June 号12~37  
頁1985年6月>

昭和58年に行なった全国児童虐待調査の英文報告である。

## 中学生の精神衛生に関する研究(第4報)

生活の充実・対人関係と精神健康

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一  
精神衛生研究 <31号1~15頁1985年3月>  
公立中学9校生徒6,720名の精神衛生調査を行い, 無効例を除き6,611名につき生活の充実度, 対人関係と精神健康との関係につき考察した。

## 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究

第3報 精神衛生の良好な主婦と不良な主婦の比較

第4報 とくに精神衛生が不良な主婦の事例研究

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一, 伊藤克彦  
他

精神衛生研究 <31号61~75頁3月>

家庭婦人の精神衛生の調査のうち, 精神衛生症候評価テストの得点の高い主婦, すなわち精神衛生の不良な主婦の特徴を種々の側面から検討し, 事例研究を行なった。

## 思春期精神保健対象のすすめ方に関する研究, 健康・体力づくり財団委託研究報告書

池田由子, 渡辺登, 榊孝悌, 白橋宏一郎, 山崎晃資ほか

<1985年11月>

精神科医, 小児科医, 精神衛生行政, 教育行政, および福祉関係者などによる思春期精神保健懇談会の討論の成果をまとめ, 関係各機関に提言とした。

## 中高年期精神障害

大塚俊男

社会精神医学 <8巻1号14~21頁1985年3月>

## 痴呆性老人の社会的対策

大塚俊男

毎日ライフ <64~68頁1985年9月>

## 老年期の精神障害

大塚俊男

精神科看護 <20巻57~63頁1985年2月>

## 老年痴呆の社会的対策と今後の展望

大塚俊男

神経研究の進歩 <29巻4号686~693頁1985年8月>

## 保健所における老人精神衛生相談事業の評価と問題点

大塚俊男, 丸山晋, 北村俊則, 斉藤和子

精神衛生研究 <31号153~161頁1985年3月>

## 老化を測る—精神面から

大塚俊男, 藤田利治, 谷口幸一

月刊NIRA <7号1985年7月>

## 脳血管障害および老年痴呆に対する脳機能改善薬

YM-00854(Indeloxazine Hydrochloride)の長期投与による臨床的検討

仲村禎夫, 保崎秀夫, 大塚俊男他

新薬と臨床 <34巻10号1789~1805頁1985年10月>

## 長寿と「生きがい」

藤田利治, 笹野脩一, 大塚俊男他

医学のあゆみ <132巻13号981~986頁1985年3月>

## 慢性分裂病の数的把握

岡上和雄

臨床精神医学 <14巻5号794~800頁>

受療中の全精神障害ならびに分裂病について, 在院・外来別, 受療期間別, 費用負担別の概数把握の結果を示し, 関連資料を用いて最近の在院・外来別受療形態の变化, 外来分裂病の増加傾向, 及び今後の動向を探る上で

の2, 3の特徴点を示した。

### 社会復帰の現状と今後の方向

岡上和雄

地域保健 <85巻12号9~13頁>  
保健所における社会復帰相談指導事業の性質・意義・  
今後の展望について概観した。

### 患者家族の実状と政策への態度

岡上和雄

日本精神病院協会雑誌 <4巻2号40~48頁1985年2月>  
大阪府精神病院協会と国立精神衛生研究所が協力して  
実施し、主として石原邦雄, 大島巖が分析・作成した同  
名の報告書について, 依頼を受け抜粋・要約した。

### 保健所における心の健康づくりの実態に関する調査 (主任研究者 山崎晃資: 精神保健対策の進め方に関する研究)

岡上和雄, 丹野きみ子

健康・体力づくり事業財団, 報告書 <101~111, 及び同  
上単独報告書1~15>  
表記のうちの分担研究課題「心の健康づくり体制に関  
する研究」のうちの一部で, 389保健所における活動の概  
況をまとめ, 調査協力保健所に配布した。

### 登校拒否の精神病理

上林靖子

教育相談研究 <40号10~13頁1985年7月>  
登校拒否は個人および家族の病理という視点だけでな  
く学校・教育社会の病理現象としてとらえられる。この  
ような視点から相談・治療あるいは予防は広く関係者・  
機関の共同作業としてとらえる必要性を述べた。

### 障害児の親の精神衛生

上林靖子

<1985年, 金原出版>  
小児科Mook <37号372~378頁1985年6月>  
障害児の親をはじめ家族に関する精神衛生の問題を概  
観し, 初期の悲哀反応, その後の母親の態度, 家族全体

への影響, 親類や地域などとの社会的関係について論述  
した。

### DSM-III痴呆診断および柄澤式ぼけ評価尺度の評定者間信頼度

北村俊則

老年精神医学 <2巻5号774~777頁1985年5月>

### 慢性精神分裂病の症状と人口統計学的諸指標との関係—英国における研究—

北村俊則, Kahn, A., Kumar, R

精神医学 <27巻11号1289~1295頁1985年11月>

### Imipramine-induced hallucinations

Kitamura, T., Hara, S

精神医学研究所業績集 <23巻113~115頁1984年>

### Normal ventricles in chronic schizophrenics.

Shima, S., Kanba, S., Masuda, Y., Tsukumo, T.,  
Kitamura, T., Asai, M.;

Acta Psychiatrica Scandinavica <71巻1号25~29頁  
1985年1月>

### 新しい抑うつ性自己評価尺度について

島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘

精神医学 <27巻6号717~723頁1985年6月>

### 高齢者におけるデキサメサゾン抑制試験

島悟, 北村俊則, 丸山晋, 斉藤和子他

老年精神医学 <2巻6号707~912頁1985年12月>

### 精神分裂病様症状を呈したXYY症状群

成田秀章, 北村俊則

臨床精神医学 <14巻10号1501~1509頁1985年10月>

### 厚生省母子相互作用の臨床

1歳半児の母親の育児に関する意識調査

河野洋二郎, 池田由子, 上林靖子, 増田久子, 栗原佳代子

精神衛生研究 <31号51～60頁1985年3月>

1歳半の子どもをもつ母親504名に対し育児についての意識もっているか、又、日頃どのような気持で子どもに接していたかを知るために、とくに育児に対する負担感や子どもに対する拒否感に焦点をおいて調査した。

### 精神薄弱者の社会参加の必要条件(性に関するものを含む)に関する研究(初年度研究)

小松せつ、櫻井芳郎、苗村育郎、椎谷淳二、他8名

精神薄弱児・者の治療教育に関する研究(昭和59年度厚生省心身障害研究報告書) <145～162頁1985年3月>

精神薄弱者の社会参加の実現に成果をあげているおしまコロニー(北海道)、栄光園(山形県)、緑生園(岩手県)、はるな郷(群馬県)、悠生寮(長野県)およびコロニー雲仙(長崎県)の6施設の在園者と退園者について調査をおこない、社会参加に必要な諸条件について考察した。

### ロスアンゼルスの日系一世老人

斎藤和子

老年学研究 <8巻1号23～29頁1985年9月>

米ロスアンゼルスに住む日系一世老人60人に対する生活状況と人生満足度の調査結果を紹介した。

### 精神薄弱の程度別判定の指標

櫻井芳郎

心身障害の判定指標の開発に関する研究(昭和59年度厚生省心身障害研究報告書) <168～175頁1985年3月>

精神薄弱の程度別判定指標の原案選定の理由を述べ、程度別判定指標原案の内容について明らかにするとともに、今後の課題として就労、老化、障害の多様化および重複化など、現在、生じつつある新しい事態に対応できるものにしていく必要性を論じた。

### 精神薄弱の概念、定義

櫻井芳郎

心身障害の判定指標の開発に関する研究(昭和59年度厚生省心身障害研究報告書) <123～134頁1985年3月>

精神薄弱の概念、定義が時代の変遷とともに変化して

きたことを論述し、現在、精神薄弱の概念、定義として広く知られているICD-9、DSMIII、AAMDマニュアルおよびICIDHについて比較検討したうえで、現代の人権尊重、共存の思想をふまえた精神薄弱の概念、定義の試案を提示した。

### 精神薄弱者の就労問題の課題と展望

櫻井芳郎

愛護—精神薄弱者福祉研究— <32巻1号4～9頁1985年1月>

精神薄弱者の就労の意義、従来の職業指導およびリハビリテーション活動の実態と問題点、現状と今後の課題などについて論述し、精神薄弱者の就労問題は、かれらの人権を尊重する視点から論じられなければならないことを強調した。

### 精神薄弱者と家庭生活

櫻井芳郎

発達障害研究 <7巻1号1～7頁1985年6月>

家庭生活の意義、現代における家族の特性、精神薄弱者の家庭生活の実態、今後の課題などについて論述し、精神薄弱者の人間生活にとって極めて重要な意義をもつ家庭生活の問題を、現代における家庭生活のあり方を考えるなかで取りあげていく姿勢が精神薄弱者の人権を尊重する証(あかし)として必要なことを強調した。

### 全国の児童相談所、精神薄弱者更生相談所および心身障害者職業センターにおける判定状況(中間報告)

櫻井芳郎、小松せつ、仁科義数(千葉県中央児童相談所)、渡辺篤朗(同前)

心身障害の判定指標の開発に関する研究(昭和59年度厚生省心身障害研究報告書) <99～122頁1985年3月>

全国の児童相談所、精神薄弱者更生相談所および心身障害者職業センターでおこなわれている心身障害の判定の基準と方法について実態を把握し、判定・評価体制のあり方を検討するうえの基礎資料とする目的でおこなった調査結果の概要であり、心身障害の定義の明確化と判定基準の確立が急務であることが明らかになった。

**精神薄弱者の就業条件に関する研究**

田島良昭, 櫻井芳郎, 苗村育郎, 椎谷淳二  
精神薄弱児・者の治療教育に関する研究 (昭和59年度厚生省心身障害研究報告書) <163~167頁1985年3月>  
精神薄弱者の就業を阻む要因を分析するためにコロニー雲仙の在園者および退園者のケース記録を検討し, 就労を阻害する諸要因として, (1)阻害要因の多面性, 複合性の問題, (2)施設における処遇の問題, (3)就労場の問題, (4)生活の場の問題などを明らかにし, その対応策について論じた。

**地域福祉は実体が虚構か (座談会)**

椎谷淳二, 和田敏明, 橋本泰子, 牧里每治  
社会福祉研究 <37号51~65頁1985年10月>

**わが国における戦後の精神薄弱の判定基準の推移とその年代的考察**

椎谷淳二, 小林久利  
昭和59年度厚生省心身障害研究 心身障害の判定指標の開発に関する研究 (初年度研究報告書) <37~97頁1985年3月>

わが国における戦後の精神薄弱の判定基準の推移を, 資料・文献をもとに整理し考察した。

**“家族療法のコロンブス” Virginia Satir 女史**

鈴木浩二  
家族療法研究 <2巻1号97~100頁1985年12月>  
Virginia Satir女史の人格と業績を中心に紹介したものの。

**わが国における家族療法の現状と将来**

鈴木浩二  
臨床精神医学 <14巻11号1667~1685頁1985年11月>  
わが国における家族療法の現状を論じ将来を展望した。

**日本における家族研究と家族療法**

鈴木浩二

「臨床精神医学」<14巻1号65~70頁1985年1月>  
わが国の家族研究と家族療法の発展, 現状, 課題について述べた。

**家族診断と家族療法の最近の動向**

鈴木浩二

「ケース研究」<203巻1号32~48頁1985年5月家庭事件研究会>

システム論の立場から家族力動を概説し, 最近の家族療法の動向をわかりやすく, 事例を通して説明したもの。

**村松常雄 日本の精神医学100年を築いた人々**

高臣武史

国際医書出版 <14巻1号107~111頁1985年1月>

1. 先生の略歴と主な著書
2. 先生との出会い
3. 日本の精神医学100年における村松先生
4. 村松先生と信仰

**社会復帰と家族**

高臣武史

光への道 <15号1~3頁1985年10月>

- (1)精神衛生法の問題点
- (2)社会復帰の問題点
- (3)社会復帰と家族の問題

**社会復帰と家族**

高臣武史

光への道 <16号1~3頁1985年12月>

**強迫・恐怖症候群**

高橋徹

臨床精神医学 <14巻4号447~451頁1985年4月>  
特集「現代の精神症状と症候群」によせた「解説」。

**不安神経症**

高橋徹

こころの科学 <1巻1号55~61頁1985年5月>

**薬物療法の実際—神経症・ヒステリー—**

治療 &lt;67巻 2号110~111頁1985年2月&gt;

外来診療での経験から、神経症の薬物療法についてのコメント。

**歯科患者にみられた特殊な神経症的病態—「自臭症」と「口腔内異常感症」**

高橋徹

紫耀 &lt;33巻 2号 8~14頁1985年2月&gt;

**不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり—**

高橋徹, 藍沢鎮雄ほか

精神衛生研究 &lt;31号25~40頁1985年&gt;

**不安神経症の難治例に関する考察—性格的側面の検討—**

高橋徹, 藍沢鎮雄ほか

臨床精神医学 &lt;14巻 8号1219~1226頁1985年8月&gt;

不安神経症の難治例に共通する性格的特性について論じた。難治経過の予防と治療についての考察を加えた。

**中毒とその治療—精神科—**

高橋宏

診断と治療 &lt;73巻10号170~172頁1985年10月&gt;

第237回国際治療談話会における講演の要旨、健康問題として、精神科で扱う中毒殊にアルコール中毒を考えた場合の疾病概念の不明確、矛盾をとりあげ、嗜癖依存の問題にもっと治療研究の焦点をしぼることの要を強調した。

**精神健康問題としての住居**

高橋宏

現代のエスプリ「子ども部屋」&lt;210号109~117頁1985年1月&gt;

住居環境と精神健康との関連を、自他の研究を紹介しつつ総説した。「心と社会」(NO.40, 1984)に載せたものの再録である。なお再掲にあって文献をつけた。

**隣人が気になる—精神不健康者からみた居住****環境—**

高橋宏

BULLETIN SUT &lt;2巻 3号29~33頁1985年3月&gt;

精神不健康者の訴え、症状に表現された居住環境の諸条件を例をあげて紹介し、環境条件の不備の改善に対する示唆を試みた。

**心拍の自己制御の実験的研究—不安神経症に対するバイオフィードバック治療の試み—**

高橋宏

精神衛生研究 &lt;31号1985年3月&gt;

心拍変動をコンピュータ処理によるディスプレイを使用して、被験者の心拍自己制御実験を実施した。なんらの予備知識および訓練を与えない被験者が予想以上に自己制御が可能であることを知った。神経症者に対する臨床応用の基礎研究を考えている。

**治療者及び看護者の精神衛生に関する研究**

土居健郎, 宗像恒次, 高橋徹, 丸山晋, 吉松和哉, 稲岡丈昭, 河野雅資

文部省科学研究実績報告書 &lt;1985年3月&gt;

土居健郎, 鈴木浩二, 田頭寿子, 石川元

崩壊家族の臨床的研究—家族の崩壊と子どもの精神健康「母子研究」&lt;6巻17~20頁1985年3月社会福祉研究所&gt;

国立精研と浜松医大精神科を受診した121例の情緒障害児と問題行動児の家族面接および家族療法を通して、家族の崩壊とその子どもへの影響について検討した。

その結果、「離婚を含む家族の崩壊は、家族内の慢性的緊張葛藤の一種の解決策であり、家族葛藤の結果であるとみることが可能であるが、この解決は子どもの精神健康の保持・増進に寄与する場合とマイナスに働くことがある。」と論じた。

**Mental Health of Elderly Asian Americans in Los Angeles**

町沢静夫 (共著)

1985 The American Journal of Social psychiatry &lt;Vol V, NO. 1号37~46頁1985年winter&gt;



アジア系アメリカ人のD I S - IIIを使用した疫学調査を発表した。殊に日本人については町沢が主に行なったもので、今まで日系人は精神疾患が少ないと言われてきたが、Major Depression, Dysthymic Disorder を中心に一般アメリカ人並にみられることが報告され、今後さらに追求される点となっている。

### 性格と神経症

丸山晋

毎日ライフ &lt;1985年7月&gt;

性格と神経症について歴史、性格類型と神経症のタイプとのかかわり、特に対人恐怖および不安神経症について概説した。

### 精神面からみた老化の予防・緩和

丸山晋

老化と健康に関する研究報告書(総合研究開発機構)  
<285~295頁1985年>

精神老化の予防・緩和についての研究を概説し、この分野の研究の現状を指摘し、若干の提言を試みた。

### 保健所における老人精神衛生相談ケースの分析

丸山晋, 大塚俊男, 北村俊則, 斎藤和子, 佐藤真一  
老年社会科学 <7巻1号207~215頁1985年8月>

昭和57年度および58年度に「老化精神精神衛生相談事業」を実施した全国56の保健所におけるケース607例の内容分析。

### 老年期神経症の臨床像およびその治療に関する研究

丸山晋, 藍沢鎮雄, 片山義郎, 清水信, 加藤政利, 斎藤和子, 北村俊則, 大塚俊男

精神衛生研究 &lt;31号41~49頁1985年&gt;

4か所の治療施設であつかわれた老年期神経症45例の分析を通じて老年期神経症の特徴を10項目にまとめた。

### 看護教育に求められる保健行動科学

宗像恒次

看護展望 &lt;10巻5号465頁1985年4月&gt;

### 保健行動学にみられるこれからの医療

宗像恒次

東京医学 &lt;92巻3号247~252頁1985年9月&gt;

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

宗像恒次, 諏訪茂樹, 柏木昭, 和田修一

精神衛生研究 &lt;31号95~108頁1985年3月&gt;

### 地域社会の精神衛生指標に関する研究

宗像恒次, 仲尾勝治, 藤田和夫, 諏訪茂樹

文部省科学研究実績報告書 &lt;1985年3月&gt;

### Sleep apnea syndrome associated with alcoholism

渡辺登

Jpn J Alcohol &amp; Drug Dependence &lt;20巻3号272~280頁1985年9月&gt;

混合型睡眠時無呼吸症候群が飲酒によって改善されたアルコール依存者の症例を報告し、若干の考察を加えた。

### フラッシュバック現象を呈したマリファナ使用者の1症例

渡辺登

精神医学 &lt;27巻5号583~585頁1985年5月&gt;

長期間大量のマリファナ喫煙によって無動機症候群と急性挿間性錯乱状態を呈し、休薬後8カ月間無症状で経過したのち、以前と類似の症状が再燃した1症例を報告した。

### 5. 睡眠障害を伴う異常呼吸がアルコール依存機構に関与したと考えられるアルコール症の二症例。

### 7. アセトアルデヒドに関する臨床的および基礎的研究。

渡辺登, 坂井慎一郎, 多田幸司, 野上芳美

学生と酒, 急性アルコール中毒(飲酒泥酔者)の心身におよぼす影響, 昭和57~59年度日本大学学術研究報告

書 <51~58, 63~75頁1985年2月>

日大芸術研究費の助成を受け、3年間に亘って行ったアルコールに関する臨床および基礎研究をまとめ報告した。

### 慢性分裂病者の局所脳血流量に及ぼすセルレインの影響

多田幸司, 渡辺登, 他6名

精神薬療基金研究年報 <16巻116~119頁1985年3月>

コレチストキニン類似物質セルレインが慢性分裂病者の局所脳血流量にどのような影響を与えるか検討を加えた。

### 「市民の精神障害者に対する意識について」

和田修一

『月刊ぜんかれん』 <222号13~16頁1985年10月>

精神障害者に対する偏見について論述。

### 「社会学における『文章データ』の解析方法に関する研究—問題提起と理論的影響」

和田修一

社会科学討究 <31巻1号1985年9月>

聴取り調査の結果をコンピュータで解析する試みのための試論。

## 学 会

### 児童虐待と皮膚症状

池田由子

<日本小児皮膚科学会シンポジウム「サイコソマチフクメジシと皮膚」, 1985年6月>

わが国の児童虐待の現状を述べ、虐待の方法及び虐待の結果生ずる皮膚症状等を実際の事例のスライドを供覧して述べた。

### 中高年主婦の心理・社会的問題

池田由子

<東京母性衛生学会シンポジウム「中高年婦人の保健」, 1985年6月>

中高年婦人の保健のうち、心理・社会的問題として、ライフサイクルの変化、精神衛生状況を専業主婦と常勤婦人を中心に解説した。

### 症例検討—指定討論—

町沢静夫

<心理臨床学会, 1985年11月>

強迫神経症の症例に対し、東大分院の末松氏と指定討論者となり、一般参加者とも議論を行なった。

### 各領域での森田療法—精神衛生運動の立場より

丸山晋

<1985年11月>

森田療法の外延としての「生活の発見会活動」などのモデルを検討しながら精神衛生活動における「一般」と「特殊」の問題を論じた。

### ストレス対処法とソーシャル・ネットワークの文化性について—社会学の立場から

宗像恒次

<日本ストレス学会第一回, 1985年11月>

### 文化と社会からみる精神衛生

宗像恒次

<日本精神衛生学会第一回, 1985年11月>

### 病気の心理社会因と保健行動

宗像恒次

<日本保健医療行動科学会, 1985年10月>

### Social change and child mental health in Japan

Yoshiko Ikeda

<WHO, West Pacific Regional Working Group., 1985年11月>

わが国戦後の社会変化、核家族化、教育加熱、就労女性の増加、家庭養育機能の低下等と、これらの変化が児童の精神衛生に及ぼす影響につき述べた。

**老人の心と看護**

齋藤和子

〈第31回九州精神保健学会, 1985年11月〉

老人の心を1.自助自立, 2.健康への関心, 3.孤独感に要約し, そのような心をもつ老人を扱う上での看護のあり方を論じた。

**簡易痴呆スケールの開発と検討(1)—信頼性, 妥当性の検討—**

大塚俊男, 丸山晋, 北村俊則, 中里克治他

〈日本老年医学会, 1985年9月〉

**簡易痴呆スケールの開発と検討(1)—予備的検討—**

佐藤真一, 大塚俊男, 丸山晋, 北村俊則他

〈日本老年医学会, 1985年9月〉

**老人の主観的幸福感とその関連要因**

藤田利治, 旗野脩一, 谷口幸一, 大塚俊男

〈日本老年社会科学会27回, 1985年9月〉

**DSM-III-Rによる不安性障害について**

伊藤斎, 北村俊則, 越川法子, 島悟ほか

〈第5回精神科国際診断基準研究会, 1985年11月〉

**CT density and ventricles of schizophrenia in Japan**

Kanba.S, Shima.S, Masuda.Y, Tsukumo.D, Kitamura.T, Asai.M.:

〈Annual Meeting, American Psychiatric Association, 1985年5月〉

**老人のデイ・ケアに関する研究**

齋藤和子

〈第27回日本老年社会科学会, 1985年10月〉

精神衛生研究所老人部での老人デイ・ケアクラブの活動を紹介した。すなわち対象者の診断別, 居住地別, 家族関係, プログラム, デイ・ケアの効果等を紹介し, 在宅の精神障害老人のためのデイ・ケアの必要性を論じた。

**父親の出番について**

鈴木浩二他

〈第2回日本家族研究家族療法学会, 1985年5月〉

**主婦の健康意識**

高橋宏

〈日本健康科学学会第1回学術大会, 1985年11月〉

昭和53年以来実施した居住環境と精神健康との関連の調査の結果から調査対象の主婦たちの健康感の回答では「まあ健康」という消極的健康回答の中味にはかなり精神不健康状態が含まれていることに注目した。

**精神衛生研究における全体像の研究**

—精研レビュー委員会での実践—

土居健郎, 池田由子, 大塚俊男, 岡上和雄, 柏木昭, 河村裕充, 北村俊則, 桜井芳郎, 椎谷淳二, 高橋徹, 高橋宏, 中川泰彬, 野口俊一, 古川優, 松永宏子, 町沢静夫, 丸山晋, 宗像恒次, 渡辺登, 高臣武史

〈第1回日本精神衛生学会, 1985年12月〉

精研における研究スタッフ全員に当面の重点研究課題の提出を求めたところ76項目が出された。それをKJ法を用いてまとめたところ, 5つのシンボルマークで示されることがわかった。すなわち“Information-center” “Bio-behavioral science” “Law” “Crisis-solving” “Totality” がそれである。

**精神衛生自己管理コースの実践例—Aさんの場合**

丸山晋

〈第9回KJ法学会, 1985年10月〉

職場でアイデンティティ・コンフュージョンにおちいった人の簡略型KJ法を用いた超短期(3日間)治療例。

**森田療法における講話の分析**

丸山晋, 大滝紀宏, 川上智以子, 森温理

〈第3回森田療法学会, 1985年11月〉

森田療法施設(高良興生院)における講話のテーマ分析を通じその意義を考察した。

## 医師、看護者のバーンアウトをめぐる社会的環境と行動

宗像恒次

〈日本社会学会第58回, 1985年11月〉

## 精神分裂病者の毛髪中微量金属元素の分析

多田幸司, 渡辺登, 他 8 名

〈日本精神神経学会, 1985年 5 月〉

## 翻 訳

### I C J から委嘱派遣された調査団の中間報告; 日本における精神科の患者の人権と治療について, 1985. 5. 4 ~ 16

岡上和雄

〈Conclusion and Recommendation of a joint I.C. J. I.C.H.P. mission on Human Right and the Treatment of Mental Patients in Japan, May 4 - 16, 1985, 同上報告書の訳及び若干の解説を付した。〉

### (書名) 思春期—その行動と発達のすべて

上林靖子

〈林謙治 監修, 1985年 5 月, メディサイエンス〉

青年期を生物学, 心理学, 社会心理学, 臨床にわたる広い分野にわたって論じた概説書。

## 家族歴研究診断基準

加藤元一郎, 北村俊則

〈Family History-Research Diagnostic Criteria, 1985年, New York State Psychiatric Institute〉

## 看護場面のコミュニケーション

斎藤和子

〈看護場面のコミュニケーション 谷口幸一, 佐々木正宏, 1985年10月, 医歯薬出版, Miriam Høglund Sierra-Franco の Therapeutic Communication in

Nursing の訳, 医療における患者と医療技術者との人間関係について, 豊富な事例と設問をとり入れて論じている。また専門職にたづさわる者として, 医療技術者に必要な人間的属性および専門職としての属性を論じている。

## これからのわが国の精神科医療

高臣武史

〈福岡精神病院協会, 1985年11月〉

1. 精神障害者の人権問題
2. 長期入院の問題点
3. 中間施設のあり方
4. 精神障害者の定義

## カラー図説 医学大事典

高橋宏

〈Nouveau Larousse Medical (森岡泰彦他), 1985年 6 月, 朝倉書店, フランスのラルース社出版の医学事典 (1981年版) の精神医学部門の分担翻訳および全体の監修を行なった。〉

## N I M H 診断面接法 (D I S - III)

町沢静夫

〈N I M H 診断面接法 (D I S - III), 1985年12月, 三栄印刷〉

D S M - III に基づいた構成面接法を日本語に翻訳した。これはコンピューターにプログラムされており, 素人でも使用可能なものである。

## 講 演

### 全国児童虐待調査報告について

池田由子

〈厚生省母子相互研究社特別講演, 1985年 6 月〉  
昭和58年度, 1 年間に行われた, 全国164ヶ所の児童相談所を通じての児童虐待416例の分析を行い, 被虐待児の新身の状況, 親子関係, 加害者の特徴などにつき述べた。

## 働く女性のメンタルヘルス

池田由子

〈産業精神衛生研究会, 日本精神衛生普及会, 1985年7月〉

就労女性, とくに常勤, 非常勤, 農業, オフィス・オートメーション関係者, キャリアウーマンについてその精神衛生症状や対策について述べた。

### 児童生徒の心の健康とその対策

池田由子

〈松戸市医師会, 1985年7月〉

学校保健の立場から(学校医, 開業医, 教員等と対象として), 小学校・中学校の生徒の精神衛生的問題, とくに思春期, 前思春期の問題を講演した。

### キャリアウーマンの精神衛生

池田由子

〈NHKラジオ, 1985年7月〉

キャリアウーマンに起りやすい心身症, 神経症, うつ状態などにつき, その対策を対談した。

### 被虐待児

池田由子

〈日本短波放送医学講座, 1985年7月〉

わが国の被虐待児の現状, 統計, 症状, 治療や予防につき説明した。

### 危機に立つ主婦

池田由子

〈社会事業大学夏期講座, 1985年9月〉

我国の社会的変化やライフサイクルの変化等が主婦にどのような影響を及ぼしているか, それらにいかに対応すべきかを20歳代から50歳代の各時期ごとについて解説した。

### 児童虐待と皮膚症状

池田由子

〈日本短波放送, 皮膚科講座, 1985年10月〉

肉体的虐待, 性的虐待, 保護の怠慢及至拒否の結果, どのような皮膚症状が起こるかにつき述べた。

### 一思春期の精神保健一

池田由子

〈全国母子寮職員研修協議会, 1985年6月〉

全国の母子寮関係者に, 母子寮に居住する母子家庭を中心として思春期の諸問題にどう対応すべきか講演した。

### 夫婦の不和と子どもの心

池田由子, 渥美雅子

〈NHKテレビ, お母さんの勉強室, 1985年5月〉

夫婦の不和, 離婚, 再婚, 片親不在が子どもの精神衛生にどのように影響するかを弁護士と対談した。

### 日本の老人精神医療の現状

大塚俊男

〈ペルー精神医学会, 1985年2月〉

### 障害老人問題

大塚俊男

〈日本精神病院協会研修会, 1985年11月〉

### 老人精神医療の問題点と展望

大塚俊男

〈千葉県保健婦精神衛生講習会, 1985年7月〉

### ぼけの生理と予防

大塚俊男

〈飯田保健所, 1985年3月〉

### ぼけの疫学

大塚俊男

〈老人福祉開発セター, 1985年1月〉

### 老人性痴呆の予防とケア

大塚俊男

〈北海道・東北ブロック保健婦および老人保健事業従事者研修会, 1985年10月〉

### 地域老人精神保健対策

一老人精神衛生相談事業を中心に一

大塚俊男

〈京都保健婦・看護婦・精神衛生相談員合同研修会,  
1985年8月〉

## 老人の精神障害

大塚俊男

〈東京都精神衛生相談員資格取得講習会, 1985年9月〉

## 老人の心と身体について

大塚俊男

〈青森県社会福祉研修所, 1985年9月〉

## 休養・こころ

大塚俊男

〈奈良県・健康づくりフェスティバル, 1985年10月〉

## 休養と健康

大塚俊男

〈高知県県民健康づくり大会シンポジウム, 1985年10月〉

## 痴呆性老人の社会的対策

大塚俊男

〈ライフプランニングセンター, 1985年12月〉

## Jananese Mental Health Lau

岡上和雄, 和田修一

〈WHO/Korea National Workshop on Comprehensive  
Mental Health policy, Seoul, Republic of Korea, 7-8  
Nov. 1985〉

日本の精神衛生法制定後の推移, 保健所・精神衛生センターの役割, 日本の精神衛生の特徴, 現状における課題について述べた。

併せて以下の2論文を提出した。

①Community Mental Health Services in Japan: The Roles of Public Health Centers, Mental Health Centers and The National Institute of Mental Health.

②Some Recent Trends in Japanese Mental Health Act.

## 障害児保育をめぐる

上林靖子

〈市川児童相談所保育者研修会, 1985年8月〉

現場から提示された障害児の保育上の問題について, 医学的立場から, 障害の認識と, そのうえでの保育者の役割について, 検討を加えた。

## うつ病

北村俊則

〈国立公衆衛生院, 1985年12月〉

## 精神障害者とその対応について

齋藤和子

〈市川保健所, 1985年10月〉

市川保健所料理教室及び市川市福祉作業所のボランティアに対し, 精神障害者の特性及び対応のし方について講演した。

## 面接技術の原理と実際

櫻井芳郎

〈昭和60年度福祉事務所地区担当員研修会(東京都福祉局), 1985年5月27日・6月10日〉

1. 各種の面接技法, 2. カウンセリング, 心理療法およびケースワークの関係, 3. 各種の面接技法に共通する原理, 4. 福祉対象者の類型と接近方法, 5. 人間的成長に役立つ面接, 6. 面接技法の習得方法, 7. 面接者および対象者の心理, 8. 面接の技法とその活用, 9. 面接の評価など, 福祉臨床家の業務に必要な面接の原理と技術を講述した。

## 精神薄弱者福祉におけるケースワーカーの役割

櫻井芳郎

〈昭和60年度精神薄弱者福祉司業務連絡会(埼玉県), 1985年6月26日〉

1. 福祉臨床の意義, 2. 福祉臨床の機能と役割, 3. 福祉臨床の専門技術, 4. 今後の課題などについて講術し, 精神薄弱者福祉が“与える福祉”から“分かちあう福祉”へ大きく転換しようとしている現在, 新しい視点にたつ精神薄弱者福祉臨床の理論と技術を理解することの重要

性を強調した。

## 地域における心身障害児(者)療育援助のネットワークの確立をめざして(主論)

櫻井芳郎

〈(全国心身障害児福祉財団)

①昭和59年度和歌山県心身障害児(者)療育援助促進セミナー(1985年2月15日)

②昭和60年度富山県心身障害児(者)療育援助促進セミナー(1985年8月30日)

③昭和60年度青森県心身障害児(者)療育援助促進セミナー(1985年10月15日)

④昭和60年度秋田県心身障害児(者)療育援助促進セミナー(1985年10月23日)

人間尊重、共存の思想を具体化する道として重視されている地域ケアの体制を確立するには、地域住民の共感と支持、積極的な参加を得て、障害の発生予防、早期発見と療育をめざす早期対応システムと障害児・者の多様なニーズに対応した相談指導サービスのネットワークの形成に努めることの必要性を講述した。

## 精神薄弱者の就労問題の課題と展望

櫻井芳郎

〈第22回夏季特別研修会(群馬県・群馬県精神薄弱者愛護協会)1985年8月12日)

就労のめざす目標は、精神薄弱者がもてる能力、適性、個性を発揮して、それぞれのおかれた状況の下で個人の持ち味を生かして、社会に貢献することであり、それには家庭でのしつけ、施設や学校における勤労意欲や作業態度、人間関係、体力づくりなどの指導・訓練の見直しから始めなければならないことを講述した。

## 家族関係—子どもの人間的成長に影響をおよぼす基本的な人間関係—

櫻井芳郎

〈昭和60年度ケースリーダー養成講座(埼玉県)1985年8月2日)

主として青少年非行を中心とする問題行動との関連において、1.家族に対する接近の必要性、2.種々の人間集団のなかでの家族集団の位置づけ、3.家族の形態、4.家

族の機能、5.家族の病理現象、6.家族関係が子どものパーソナリティの形成におよぼす影響、7.家族に対する働きかけなどについて講述した。

## 精神薄弱者(児)福祉の今日的課題

櫻井芳郎

〈第5回千葉県袖ヶ浦福祉センター研究大会,1985年8月28日)

新しい精神薄弱者(児)福祉を推進していくうえの課題として、1.精神薄弱者(児)福祉をめぐる基本問題—精神薄弱の正しい理解、福祉臨床の機能と役割、2.精神薄弱者(児)福祉の臨床的問題—早期対応、施設ケア、在宅ケア、社会意識、リハビリテーション、就労、早期老化、診断・判定などについて講述した。

## 高齢精神薄弱者および早期老化現象の実態とその対策

櫻井芳郎

〈東京都老人総合研究所心理・精神医学部研究会,1985年8月15日)

高齢精神薄弱者および早期老化現象の実態を、外見上の老化度、疾病状況、皮下脂肪厚、生理調査、血液・生化学検査、行動上の問題などに関する資料によって得られた知見をもとに明らかにするとともに老化対策の目標および内容についてもふれて、早急な対策の確立が必要であることを強調した。

## 精神薄弱者福祉論—福祉臨床の理論と技術—

櫻井芳郎

〈(日本精神薄弱者愛護協会)昭和60年度通信教育スクーリング東海会場(1985年8月13日)・仙台会場(1985年8月21日)・東京会場(1985年12月4日)

精神薄弱者福祉臨床は、精神薄弱の状態にある子どもや大人が人間らしく生きる権利が十分に行使できなかったり、損われている場合におこなわれる援助活動であり、そのために、精神薄弱者の認知機能に対する働きかけとともに社会の価値体系や生活様式へのアプローチをおこない、適応行動水準を改善することの重要性を講述した。

**老人と家族と地域社会**

椎谷淳二

〈地域福祉を考える講座（相模原市社会福祉協議会）,  
1985年2月, 10月〉

高齢化社会の中で直面する老人の生活上の諸問題と,  
それらを支えるシステムとしての家族と地域社会のあり  
方について論じた。

**地域ぐるみ福祉活動の推進と活性化**

椎谷淳二

〈千葉県社会福祉協議会, 1985年3月〉

地域福祉活動の実際的な推進方法とその理論を概説  
し, あわせて千葉県における特性をふまえた活動の活性  
化について提言した。

**在宅福祉活動の推進方策**

椎谷淳二

〈川崎市社会福祉協議会, 1985年10月〉

在宅福祉の基本的視点およびその推進方策を具体的事  
例に促して述べた。

**保健活動と地域のボランティアとの連携**

椎谷淳二

〈保健衛生関係者ボランティア研修会（東京都社会福  
祉協議会）, 1985年12月〉

地域における保健と福祉の協働について具体的事例に  
促して説明し, 保健所をはじめとする保健衛生関係者側  
の問題点について論じた。

**家族論**

鈴木浩二

〈静岡県社会福祉協議会, 1985年12月〉

施設職員に対して家族に果たす役割の重要性を実例を用  
いて説明した。

**家族をどうとらえるか, 家族への関わりの  
実際**

鈴木浩二

〈神奈川県立国府実修学校, 1985年11~12月〉

児童福祉司, 施設指導員を対象に家族療法の考え方,  
実践方法等について概説した。

**家族療法（その2）**

鈴木浩二

〈東京都児童相談センター, 1985年12月〉

児童福祉司, 心理判定員を対象に家族療法の実際を講  
じた。

**家族療法について**

鈴木浩二

〈練馬区総合教育センター, 1985年12月〉

教育相談員を対象に家族療法の理論と実際を詳説し  
た。

**家族関係**

鈴木浩二

〈法務総合研究所, 1985年11~12月〉

保護観察官に対して家族療法の実際を講じた。

**児童福祉と家族**

鈴木浩二

〈市川市民間児童福祉協議会, 1985年11月〉

第11回市川市民間児童福祉施設大会の記念講演。児童  
福祉事業における家族の果たす役割について強調した。

**精神障害者の家族**

鈴木浩二

〈市川保健所, 1985年10月〉

精神障害者を抱えた家族に対して「精神障害と家族の  
関係」について講じた。

**わが国における家族療法の現状と課題**

鈴木浩二

〈家庭相談研究会, 1985年11月〉

わが国の家族療法の現状と問題点について講じた。

**家族ダイナミクス**

鈴木浩二

〈千葉県保健婦助産婦専門学院, 1985年10~12月〉



家族ダイナミクスと家族療法の実際を詳説した。

町沢静夫

## 家族力動と家族病理

鈴木浩二

〈家庭裁判所調査官研修所, 1985年10~11月〉

調査官に体して5回にわたって家族力動, 家族病理, 家族療法の技法等について講じた。

〈山王サイコセラピーセミナー, 1985年10月〉

近年精神病の軽症化が確認されつつあり, それと共に心理療法のあり方が問題となりつつある。单相性うつ病, 分裂病, 境界型人格障害について, 心理療法のあり方を述べた。

## 創造的科学技术推進における国立試験研究機関の役割—科学技术と人間と社会とのかわり

高臣武史

〈直研連共通問題研究会, 1985年12月〉

1. 自然科学の進歩と人間や社会の変容は伴っているか?
2. わが国の社会構造は創造的科学技术の推進とどのように関連しているか?
3. 科学技术革新の中で, 心の健康はどのように守らなければならないか?

## 精神医学と宗教

町沢静夫

〈東大YMCA, 1985年1月〉

精神医学は科学であると同時に人間学であり, 哲学や宗教との関わりは欠かせない。しかし, 価値感とはある距離を持つ必要性はあり, その点の微妙なバランスを論じた。

## 職場における心の健康

高臣武史

〈雇用促進事業団, 1985年3月〉

1. 社会変動にもっとづく社会病理現象
2. 心の健康とは
3. ストレス
4. 心身症, 自殺
5. 過剰適応
6. 職場の精神衛生

藤井和子 (児童部)

〈埼玉県児童福祉課, 1985年9月〉

埼玉県児童相談所新任職員研修, 児童相談所の実際

藤井和子 (児童部)

〈宮城県総合福祉センター, 1985年12月〉

宮城県児童福祉司研修

ケースワーク, 一主に登校拒否について—

## 座談会, 病跡学の現在

町沢静夫

〈日本病跡学会, 1985年2月〉

病跡学の今後のあり方や現在の問題点を, 宮本忠男氏を司会に論じた。

## 内科領域でみられる精神疾患

町沢静夫

〈柳原病院, 1985年9月〉

内科でみられる精神疾患を述べ, その対応と治療のあり方を述べた。

## 文学にみる日本人の心性

町沢静夫

〈海鳴社, 1985年9月〉

吉本隆明と芥川, 宮沢, 横光, 太宰といった文学者について論じ, 精神病理の立場から日本人の心性を述べた。

## ロールプレイングと自己観察

宗像恒次

〈中野区健康課, 1985年3月〉

## Japanese Characteristics of Interpersonal Relationship in Health Care

宗像恒次

## 精神病者への心理療法の可能性

〈国際看護交流協会（東南アジア看護婦研修），1985年  
8月〉

渡辺登

〈全国救護施設協議会，1985年10月〉  
最近の精神衛生行政について説明した。

### 精神医療の社会学

宗像恒次

〈東大分院，1985年5月〉

### 職場の心の健康づくり

渡辺登

〈東京電力株式会社，1985年10月〉

### 社会文化のひずみとしての家庭内暴力，自殺，アルコール中毒

宗像恒次

〈ライフプランニングセンター，1985年5月〉

### 高齢者とその家族に対する心理的かかわり

宗像恒次

〈国立王子病院看護研究会，1985年12月〉

### 社会心理的背景からの健康

宗像恒次

〈ライフプランニングセンター，1985年12月〉

### 虚血性疾患患者のセルフ・ケア行動

宗像恒次

〈保健医療社会学研究会，1985年11月〉

### 医療分野における日本人の人間関係

宗像恒次

〈国際看護交流協会（台湾看護婦研修），1985年9月〉

### 看護者のキャリア開発への課題

宗像恒次

〈東京都衛生局，1985年7月〉

### Socio-Cultural Features of Japanese Attitudes Toward Mental Illness and Mental Health Care Delivery System

Tsunetsugu Munakata

〈Institute of Culture and Communication, East-West Center, U.S.A., 1985年1月〉

### 精神衛生行政について

## あ　と　が　き

精神衛生研究第32号ができ上りました。本年も多数の研究論文および精神衛生資料を掲載することができました。来年度はさらに立派な研究成果を挙げ、精神衛生研究の内容が一層充実することを期待しております。

## 編集委員

大塚俊男

上林靖子

高橋和明

鈴木浩二

精神衛生研究 No.32 1985

昭和61年3月31日 印刷・発行

編集責任者

大塚俊男 上林靖子

高橋和明 鈴木浩二

発行者

国立精神衛生研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

(非売品)

印刷：株式会社弘文社



