

# 精神保健研究

## 第4号 (通巻37号)

平成3年

巻頭言 .....	篠崎 英夫...	1
<b>特集 わが国の自殺</b>		
わが国の自殺 .....	加藤 正明...	3
青少年の自殺行動をめぐって .....	齊藤万比古...	13
成人期の自殺 .....	吉松 和哉...	23
老年期の自殺 .....	大塚 俊男...	33
上級管理職の自殺 .....	笠原 嘉...	41
自殺統計の誤報と誤用		
—官庁, マスコミ, および学会における「数字盲症」の診断と治療—		
..... ウェザロール	ウィリアム...	47
救命救急センターに収容された自殺企図者の実態 .....	黒沢 尚他...	71
<b>総説</b>		
学習障害児の発生予防に関する研究—文献展望と今後の研究課題— .....	原 仁...	83
<b>原著論文</b>		
Alcohol and Traffic Accidents in Japan .....	清水 新二...	95
県立精神科救急医療センター建設に反対するパニック的な住民運動の発生した一地域事例の分析		
—大都市近郊の新興住宅地域における新しいコミュニティづくりと施設反対運動—		
.....	大島 巖他...	103
境界型人格障害の追跡結果と家族遺伝歴 .....	町沢静夫他...	119
アルコール依存症家族の対処行動と家族のシステム変化		
—FACESIIIの理想項目集計結果から— .....	高梨 薫他...	127
家族精神保健論序説—現代家族の私事化・個別化状況をめぐって— .....	清水 新二...	137
精神薄弱関係施設職員 の精神健康とその社会的背景 (第2報)		
—神経症・抑うつ症状を生み出す背景— .....	椎谷淳二他...	151
覚せい精神疾患における残遺症候群について .....	和田 清他...	161
<b>症例報告</b>		
Landau—Kleffner症候群の長期観察例 .....	加我 牧子...	169
<b>資料</b>		
多施設共同研究における患者データのコンピューターによる伝達システムの検討		
.....	金 吉晴他...	177
精神保健サービスにおける変化の指標 .....	丸山 晋他...	181
近年における家族療法の数量的諸特徴—家族療法全国実態調査結果を通して—		
.....	清水新二他...	211
投稿規定 .....	239	編集後記 .....
		240

## ◆巻頭言◆

篠崎 英夫\*

昭和63年に施行された精神保健法は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に務めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的としている。施行後3年を経過し、措置入院患者が改正当時の1万8千人から1万人を切るまでに減少し、その法改正の趣旨が少しずつ現れつつあるが、今年の8月末には東京の荒川区で火災があり、41歳の女性が焼死した事件で、この女性が精神障害者であり、火災にあった当時、放浪癖があるため、この女性の父親がベッドに縛り付けていたという事実が判明したという。病院側はいかなる治療をしていたのか、社会の受け入れはどうだったのか、そしてこのような悲しい事件を未然に防ぐことができなかつたのか等、精神保健の在り方について一石を投じる貴重な事件である。

国立精神・神経センター精神保健研究所はその前身である国立精神衛生研究所の頃より、精神医学について社会学的、心理学的研究を行い、国、地方公共団体、病院等において精神保健業務に従事する者に対して、精神保健各般に渡り必要な知識および技術の研修を行う国の機関として位置づけられ、その役割を果たしてきた。昭和27年よりここで研修を終了し、地域で精神保健活動を実施している人は数多く、彼等は精神保健法に記された「精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る」ために重要な役割を果たしてい

る。しかし、先のような悲しい事件が現在も起きている以上、まだ我が国の精神保健対策は万全とは言えない状況である。精神保健研究所の役割はナショナルセンターという性格上、精神保健の分野において常に国のリーダーシップを取ることが要求されるため、まことに大である。

今年7月に公衆衛生審議会精神保健部会は2つの中間報告をまとめ、厚生大臣に対し、意見具申した。1つは地域精神保健対策に関してであり、もう1つは処遇困難患者対策に関してである。地域精神保健対策の方は精神障害者の社会復帰のために住民の理解や保健所、精神保健センターの充実の必要性などが強調され、また、処遇困難患者対策の方は専門病棟の整備が必要とされている。いずれにも共通するのがそれに従事するスタッフの充実であり、そのスタッフを養成するための研修、研究の必要性が強調されている。さらに国として必要な体制の整備を図ることが望まれるとされており、ここでも精神保健研究所の役割と責任は大である。

ナショナルセンターとしての役割を果たすべく、精神保健研究所の益々の御発展を願って止まない。

\*厚生省保健医療局国立療養所課長

Hideo Shinozaki: Director, National Sanatorium Division, Health Service Bureau, Ministry of Health and Welfare



## わが国の自殺

加藤 正明\*

抄録：自殺の疫学研究における国際比較には大きなバイアスがあるが、年齢別による旧「日本型」が「欧米型」に移行しながら、男性中年層の小山について他国に近似現象があること、自殺率男女比が変化し、日本型の高いF/Mは低下していることについて述べた。また自殺未遂の疫学研究と既遂の事例研究の重要性とその少い報告を挙げ、さらに日本の自殺の文化的特徴として集団中心型自殺の容認と自己中心型自殺への反撥があること、また親子心中を含む他殺を伴う自殺について述べた。

精神保健研究 37 ; 3-11, 1991

**Key words:** *altruistic versus egoistic suicide, attempted suicide, homicide with suicide, Japanese type of suicide, male-female ratio of suicide*

## はじめに

今日まで、日本の自殺について多くの特徴が指摘されてきた。人口10万人比自殺率に関する疫学的特徴、日本の自殺の文化的特徴、自殺に対する日本人の考え方などがその代表とあってよいだろう。

筆者も昭和24年ごろから国立国府台病院で自殺未遂者の研究を、医師、心理士、PSWのチームで開始し、市川市における自殺の疫学的調査や、自殺未遂者の予後調査、日光、三原山、阿蘇山などのいわゆる自殺名所の調査などを行ったが、その結果は昭和29年以後に、モノグラフとして発表した。<sup>8)9)</sup>また、日本の自殺の特徴について、*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*) に "Self-

-Destruction in Japan" の題で、WHOのいう日本型自殺がヨーロッパ型自殺に移行しつつあることを報告した<sup>10)</sup> (1969)。その後の20余年間の日本の自殺に関する研究を含めて、いくつかの問題点を指摘し、今後の研究に役立てるべく、概観を試みたい。

## 1. 疫学研究の特徴と諸問題

まず第1に、自殺率統計の国際比較には多くの問題があることから始めなければならない。WHOは1975年ブルックBrooke, E.M.の執筆による「自殺と自殺未遂」という報告書<sup>1)</sup>を出版した。そこでは各国の自殺診断や鑑別の方法がさまざまであり、すべてが病理学者や法医学者の剖検によって、事故死や他殺と鑑別されているわけではなく、検察官などの判断のみによって決められている国もあるため、自殺とする診断の根拠が一定していないことを指摘している。

その実証として、今日まで自殺率が高いとされ

Self-Destruction in Japan.

\*東京医科大学精神医学教室

〔〒160 東京都新宿区西新宿6-7-1〕

Masaaki Kato: Department of Psychiatry,  
Tokyo Medical College

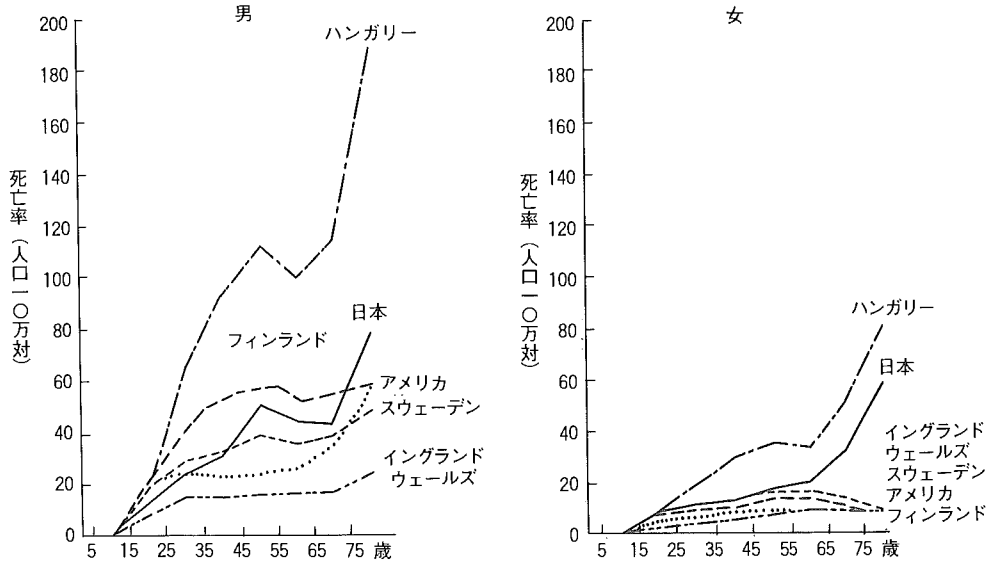


図1 性・年齢階級別自殺死亡率の国際比較 (1986年) WHO.

ているデンマークと、自殺率が低いとされているイギリスの両国から、おのおの20例を選び、計40例について8カ国の21名の専門家に自殺か事故死か自然死かを判断させた。その結果を要約すると、イギリスとデンマークの検察(死)官の間に大きな差がみられ、一般にイギリスの検察官のほうが自殺の決定に厳密で確実な事例のみを自殺と決めていた。すなわち、イギリスの事例では専門家によって確実に自殺とされたものが71%に対して、デンマークの事例では48%のみが確実とされたことから、イギリスの検察官の判断はデンマークより厳密であり、当時の自殺率がイギリスの10万人比8人であったのに対して、デンマークでは20.8人という差があったことに多少とも影響しているとみなされた。

このような自殺の診断基準の差を無視して、各国間の自殺率の多寡を論ずることには慎重でなければならない。その診断基準とともに自殺事例の発見率(caseness)の差も考慮しなければならない。これらのバイアスは一国内でもあり、監察医務院の剖検所見でさえ判定困難例があり、ロスアンジェルス群でも1割近くが自殺か事故死かで問題になっている。だがこれらのバイアスが一国内ではほぼ一定しているとすれば、国内での自殺率の相

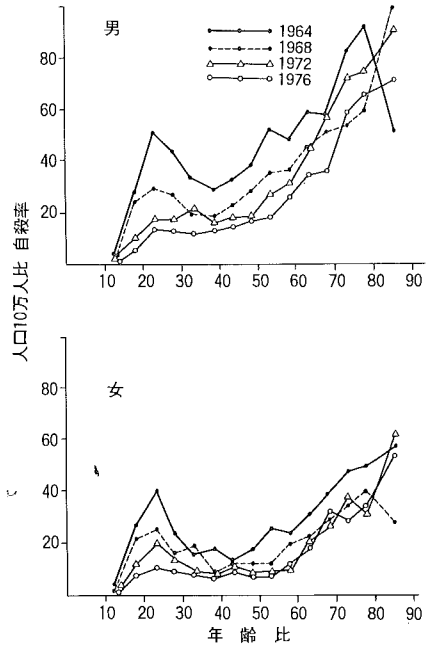


図2 台湾における1964, 1968, 1972および1976年の人口10万人比自殺率, 台湾厚生省生態統計報告

対的な比較は承認されてよいと思われる。しかし日本の自殺率をそのまま他国の自殺率と安易に比

較して、その多寡を論ずることは慎重でなければならぬ。

年齢分布による自殺類型

WHOが1968年に発表した世界の自殺型の3型と1亜型<sup>24)</sup>は、この点で相対的な曲線型を示すものとして評価できよう。そこに示された「日本型」は、青年層と老年層の2つの山が特徴であった。次に年齢とともに自殺率が上昇する「チェコスロバキア型」があり、その亜型としての「イギリス、オランダ型」では自殺率が年齢とともに上昇するが、女性老年層でのみ低下する型で、ヤップ Yap P.M.が指摘した型である。また、中年層の自殺率が高く、老年層は低下する「フィンランド、

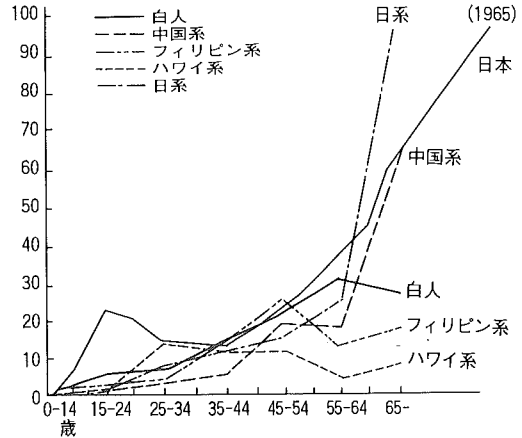


図3 ハワイにおける人種別年平均自殺率（人口10万人比、1950～60）

表1 性・年齢階級別自殺死亡率（人口10万対）の国際比較

(1987年)

	日 本	アメリカ合衆国	オーストラリア	フランス	ドイツ連邦共和国	イタリア <sup>1)</sup>	ハンガリー	デンマーク	フィンランド	スウェーデン	イングランド・ウェールズ	オーストラリア
総 数	19.6	12.7	27.3	21.9	19.0	8.2	45.1	27.9	27.6	18.3	7.9	13.8
5～14歳	0.4	0.7	0.4	0.6	0.6	0.2	0.7	0.3	0.6	0.2	0.1	0.5
15～24	9.1	12.9	18.9	9.5	11.2	3.3	17.5	12.5	23.1	11.4	5.8	15.4
25～34	16.9	15.4	26.8	21.2	16.3	5.9	43.0	24.5	34.2	20.4	9.2	17.5
35～44	20.1	15.0	30.4	26.5	19.3	7.6	57.6	37.4	41.7	22.7	9.6	17.9
45～54	31.1	15.9	35.7	31.9	25.5	10.5	70.7	46.7	37.9	31.1	11.3	18.4
55～64	30.4	16.6	34.4	31.1	26.7	13.6	64.2	47.9	36.3	21.2	12.4	19.2
65～74	35.7	19.4	46.6	37.2	30.8	19.0	81.9	40.0	36.8	25.0	11.5	18.2
75～	60.7	25.0	64.0	57.8	40.2	25.6	110.7	44.6	24.4	30.5	11.3	21.3
男												
総 数	25.6	20.5	40.1	31.7	26.7	11.8	65.9	36.1	44.6	26.0	11.6	21.8
5～14歳	0.6	1.1	0.4	0.9	0.9	0.4	1.1	0.6	1.2	0.4	0.1	0.9
15～24	11.6	21.3	29.3	14.7	17.6	4.9	24.3	16.5	37.9	16.9	9.3	24.4
25～34	23.7	24.8	42.9	32.5	24.3	9.4	67.3	36.1	55.8	30.0	14.6	28.8
35～44	29.4	22.9	44.8	38.5	27.7	10.6	89.5	49.6	64.2	30.2	14.6	27.9
45～54	45.5	23.8	54.9	44.3	35.2	15.1	111.5	59.1	57.2	41.9	15.0	27.7
55～64	40.4	26.6	48.5	43.9	37.5	19.3	96.6	57.3	57.9	29.7	17.8	29.7
65～74	42.1	34.8	68.1	54.9	43.9	29.3	118.4	49.0	61.1	39.4	15.8	28.7
75～	73.0	59.0	125.2	113.4	77.2	49.4	188.0	72.9	71.1	50.2	20.0	45.3
女												
総 数	13.8	5.2	15.7	12.5	11.8	4.7	25.6	19.9	11.7	10.9	4.5	5.7
5～14歳	0.2	0.3	0.5	0.3	0.2	0.1	0.4	—	—	—	0.1	0.1
15～24	6.5	4.3	8.1	4.1	4.5	1.6	10.3	8.3	7.6	5.6	2.1	6.0
25～34	9.9	5.9	10.7	9.8	7.8	2.4	17.9	12.3	11.6	10.3	3.8	6.1
35～44	10.9	7.2	15.9	14.2	10.4	4.6	25.8	24.7	18.0	14.8	4.6	7.5
45～54	16.9	8.5	16.8	19.4	15.6	6.0	33.7	34.2	18.6	20.1	7.6	8.6
55～64	21.2	7.7	22.9	19.3	17.4	8.5	37.3	39.2	17.7	13.2	7.3	8.7
65～74	31.1	7.2	33.8	23.5	23.2	11.2	56.5	32.6	21.8	12.6	8.1	9.4
75～	53.2	6.4	35.4	28.9	23.7	12.1	69.1	28.2	3.8	18.3	6.9	7.4

注 1) 1986年

資料 厚生省「人口動態統計」

World Health Statistics Annual 1988～1989

オーストリア」型があるとされた。その後「日本型」は「欧米型」に移行しつつあるが(図1)、中年男子の小山が認められる。この移行は筆者が1969年に指摘したことだが、台湾でも同様に「日本型」から欧米型に移行していることは林Rin, H.らの報告<sup>18)</sup>が示している(図2)。また、ハワイでは日系米人に青年期の山がみられず、ハワイ系米人にみに認められたことは、(図3)筆者が前述の報告<sup>19)</sup>で述べた。自殺率に同じバイアスがかかっているとすれば、図1と表1にみられる年齢別曲線が日本とハンガリーで老年層に著しい上昇が見られ、イングランド・ウェールズ、スウェーデン、アメリカ、フィンランドの女性老年層では低下が目立っている。

なお、現在の「日本型」自殺で、男性の45~64才の小山が見られることについて、デンマーク、スウェーデンおよびハンガリーでも、45~54才の男性の小山が見られ、イングランド・ウェールズでは55~65才の男性の小山が存在することに注意する必要がある。日本でも老年層の自殺率が低下すれば、将来WHOの第3型に近い中年層を山とする自殺率年齢曲線になるかも知れないという推測も可能であろう。(表1, 図1)あるいはまた、この中年世代の自殺の特徴として、アイデンティティの拡散を問題とする見方であろう。筆者は前者の立場をとるが、その理由は明治時代にも、19世紀のフランスにも、高い青年層の自殺率の山が見られ、それが低下する過程で、特に男性の中年層の小山が目立っているが、やがて老年層の自殺率の変化に伴って、直線上昇型となるか、中年層を山とする曲線になるかは、今後の老人対策のいかにかかっていると思うからである。

#### 自殺率男女比における特徴

日本の女性の自殺率が男性の自殺率と対比して高いことは、古くから指摘されてきた。グルーレ Gruhle, H.は1940年に著した「自殺」<sup>3)</sup>(それは精神医学においてデュルケーム Durkheim, E.の「自殺論」に匹敵する)で、男女差の問題を取り上げた。クローズ Krose, H.A.の統計を引用し(表2), 1881~1890年の自殺率男女比(F/M)が、日本では57.6と高く、フランスやドイツの2倍以上だったことに注目し「日本で女性の自殺傾向が何故男性に近いかの理由については、日本を知る者のみは何らかの解釈を試みることができるだろう」としている。男女自殺率の比較も、同じバイアスがかかっているとすれば、各国の比を比較することが許されよう。グルーレは「男性が女性より行動的、実行的傾向が強いため、男性の自殺率は女性より常に高い」とみていたので、日本の女性の自殺率が、相対的に男性のそれに近いことの説明ができなかったのであろう。

ここで目立つことは、スコットランド、アイルランド、およびイギリスが比較的高く、日本との中間にあったことである。筆者も1960年代にイギリスの男女比が日本のそれに近いことに注目し、日本の1903年から1965年に至る年齢別男女比をみると、青年層に低かったのが次第に高くなっていることや、イギリスでは老年層でやや下ることを指摘した。<sup>10)</sup>

この男女自殺率比はその後大きく変化している。WHOの1988年の統計年報によれば自殺率男女比F/Mが日本より高い国が多くみられる。(表3)<sup>23)</sup>この表では1987年の日本の自殺率男女比は48.1となっており、途上国のプエルトリコが138.9、キューバが122.2と女性に高く、コスタリカの83.3、

表2 Kroseの各国自殺率男女比

(1881—1890) #

日本	57.6	ノルウェー	27.3	フィンランド	23.8
スコットランド	43.5	ザクセン	26.9	バイエルン	23.7
アイルランド	35.3	フランス	26.8	イタリー	23.6
イギリス	33.3	オーストリア	26.7	ウルテンベルグ	19.6
スウェーデン	28.8	ドイツ	25.3	ベルギー	19.4
デンマーク	27.4	プロイセン	25.2	スイス	18.6

# 男女比はF/Mで示されている。

表3 世界各国の自殺率男女比(人口10万対)(WHO: World Health Statistics Annual, 1988)

国名	総数	男	女	男女比	備考	国名	総数	男	女	男女比	備考
モーリシャス	13.4	17.1	9.7	56.7	1987	アイスランド	13.2	15.7	10.6	67.5	1987
アルゼンチン	6.2	9.5	3.3	34.7	1985	アイルランド	7.9	12.0	3.8	20.7	1986
バルパドス	1.5	2.0	1.2	60.0	1984	イスラエル	6.4	8.7	4.3	49.4	1986
カナダ	12.6	20.0	5.6	28.0	1986	イタリア	6.1	9.4	3.3	35.1	1985
チリ	5.5	9.4	1.9	20.2	1986	ルクセンブルグ	15.9	20.1	11.6	57.7	1987
コスタリカ	5.8	10.8	0.9	83.3	1986	オランダ	8.9	11.5	6.6	57.4	1986
メキシコ	1.4	2.2	0.6	27.3	1983	ノルウェー	12.1	17.8	6.4	36.0	1986
グアテマラ	0.9	1.4	0.2	14.3	1984	ポーランド	12.0	20.6	4.1	19.9	1987
ガイアナ	1.3	1.7	1.1	64.7	1984	ポルトガル	7.5	11.9	3.7	31.1	1987
プエルトリコ	7.9	14.4	2.0	138.9	1985	スペイン	5.3	8.3	2.5	30.1	1984
トリニダードトバコ	8.6	12.6	4.4	34.9	1983	スウェーデン	14.9	21.6	8.3	38.4	1986
アメリカ	10.9	17.8	4.7	26.4	1986	スイス	18.5	27.9	9.8	35.1	1987
ウルグアイ	7.2	11.8	3.2	27.1	1986	イングランド・ウェールズ	6.4	9.6	3.4	35.4	1987
スリランカ	36.2	49.5	22.1	22.1	1983	北アイルランド	5.2	6.9	3.4	49.3	1987
オーストリア	20.8	32.0	10.8	33.8	1987	スコットランド	8.7	12.9	4.7	36.4	1987
ベルギー	17.0	24.1	10.7	44.4	1986	ユーゴスラビア	13.7	20.5	7.6	37.1	1985
ブルガリア	12.0	17.6	6.7	38.1	1986	バーレーン	2.1	2.8	0.9	32.1	1987
チェコスロバキア	15.8	25.1	7.6	29.9	1986	クウェート	1.0	0.9	1.1	122.2	1987
デンマーク	21.7	28.4	15.3	53.9	1986	オーストラリア	11.0	17.1	5.1	29.8	1986
フィンランド	22.6	36.4	9.5	26.1	1986	日本	15.3	20.8	10.0	48.1	1987
フランス	17.7	26.7	9.7	36.3	1986	ニュージーランド	11.5	17.1	6.1	35.7	1986
西ドイツ	13.8	20.4	7.9	38.7	1987	韓国	9.2	14.1	4.8	34.0	1985
ギリシャ	3.1	4.8	1.5	31.3	1986	シンガポール	11.4	13.9	9.5	68.3	1987
ハンガリー	35.1	54.1	18.1	33.5	1987						

\* 男女比はF/Mになおした。

シンガポールの68.3と続き、アイスランドが67.5、ガイアナ64.7、ルクセンブルグ57.7、オランダ57.4、モーリシャス56.7、デンマーク53.9となっている。これに対し北アイルランドは49.3とやや高いが、イングランド、ウェールズは35.4、スコットランド36.4である。プエルトリコやクウェートのような途上国に高いが、途上国でもグアテマラの14.3やチリの20.2もあり、カナダは28.0、アメリカ26.4、フィンランド26.1と比較的低い。フランス、西ドイツ、スウェーデン、イタリア、スイスは中間に位置している。

グルーレのいう日本の自殺率男女比が高いという仮説は変化している。表4は1900年以降1988年までの日本の自殺率の変化であるが、男女自殺率比は1900年の58.6から次第に上昇し、1959年から1974年までは70台を続け、以後次第に低下して1983年には46.4と最低を示した。(WHOの1987年に48.1は誤りである)。日本は自殺率が最も高かった1955~1958年にも男女比は60.3~67.8で1959年

表5 各国の性別・年齢層別の自殺率(人口10万対)(WHO: World Health Statistics Annual, 1988)

国名	15~24歳		35~44歳		65~74歳		備考
	男	女	男	女	男	女	
メキシコ	3.4	1.1	4.0	0.7	4.1	0.7	1983
アメリカ	21.7	4.4	23.0	7.6	35.5	7.3	1986
オーストリア	29.3	8.1	44.8	15.9	68.1	33.8	1987
フィンランド	37.5	4.7	56.8	12.1	55.7	13.5	1984
フランス	16.0	4.6	38.1	14.4	63.5	25.4	1986
ハンガリー	24.3	10.3	89.3	25.8	118.4	56.5	1987
ノルウェー	20.5	3.8	25.8	12.0	22.8	13.6	1986
ポーランド	17.8	3.0	32.3	6.4	29.9	7.7	1987
スペイン	5.9	1.6	9.3	2.5	22.2	7.9	1984
スウェーデン	19.5	7.9	33.8	14.6	39.3	12.7	1986
イギリス	9.9	2.3	15.3	4.9	15.7	7.9	1987
オーストラリア	21.2	5.4	23.5	7.5	27.1	7.6	1986
日本	11.6	6.5	29.4	10.9	42.1	31.1	1987
シンガポール	8.3	6.7	12.9	12.3	46.2	33.4	1987

から71.1となっている。その後自殺率は下っても男女比は1974年まで70台であった。その後次第に男女比が低下するが、男性自殺率は余り低下せず、女性の自殺率は比較的低率を保っている。ことに



表4 1900以降の自殺者数・率・男女比

(人口10万対)

年次	死亡数			死亡率			男女比 (F/M)
	総数	男	女	総数	男	女	
1900	明治33年	5,863	3,716	2,147	13.4	16.9	9.9
01	34	7,847	4,872	2,974	17.7	21.8	13.5
02	35	8,059	4,986	3,073	17.9	22.1	13.7
03	36	8,814	5,547	3,267	19.4	22.2	14.4
04	37	8,966	5,585	3,381	19.4	24.1	14.7
05	38	8,089	5,020	3,069	17.4	21.4	13.2
06	39	7,657	4,665	2,992	16.3	19.8	12.8
07	40	7,999	4,836	3,163	16.9	20.3	13.4
08	41	8,324	5,100	3,224	17.4	21.2	13.5
09	42	9,141	5,735	3,405	18.8	23.6	14.1
10	43	9,372	5,928	3,444	19.1	24.0	14.0
11	44	9,373	5,847	3,526	18.8	23.4	14.2
12	大正1年	9,475	5,955	3,520	18.7	23.5	14.0
13	2	10,367	6,474	3,893	20.2	25.2	15.2
14	3	10,902	6,894	4,008	20.9	26.4	15.5
15	4	10,153	6,503	3,650	19.2	24.6	13.9
16	5	9,599	6,065	3,534	17.9	22.6	13.3
17	6	9,254	5,724	3,530	17.1	21.1	13.1
18	7	10,101	6,147	3,954	18.5	22.4	14.5
19	8	9,924	6,158	3,766	18.0	22.3	13.7
20	9	10,630	6,521	4,109	19.0	23.3	14.7
21	10	11,358	6,923	4,435	20.0	24.4	15.7
22	11	11,546	6,984	4,562	20.1	24.3	16.0
23	12	11,488	7,065	4,423	19.8	24.2	15.3
24	13	11,261	6,958	4,303	19.1	23.5	14.7
25	14	12,249	7,521	4,728	20.5	25.1	15.9
26	昭和1年	12,484	7,675	4,805	20.6	25.1	15.9
27	2	12,845	7,912	4,933	20.8	25.5	16.1
28	3	13,032	7,984	5,048	20.8	25.4	16.2
29	4	12,740	7,915	4,825	20.1	24.8	15.3
30	5	13,942	8,810	5,131	21.6	27.2	16.0
31	6	14,353	9,102	5,251	21.9	27.7	16.1
32	7	14,746	9,272	5,474	22.2	27.8	16.6
33	8	14,805	9,110	5,695	22.0	26.9	17.0
34	9	14,554	9,065	5,489	21.3	26.4	16.1
35	10	14,172	8,733	5,438	20.5	25.1	15.8
36	11	15,423	9,766	5,657	22.0	27.8	16.2
37	12	14,295	8,923	5,372	20.2	25.4	15.1
38	13	12,223	7,585	4,638	17.2	21.6	12.9
39	14	10,785	6,502	4,283	15.1	18.5	11.8
40	15	9,877	5,841	4,036	13.7	16.5	11.0
41	16	9,713	5,667	4,046	13.6	16.3	10.9
42	17	9,393	5,498	3,895	13.0	15.8	10.4
43	18	8,784	5,115	3,669	12.1	14.7	9.6
44	19	...	...	...	...	...	...
45	20	...	...	...	...	...	...
46	21	...	...	...	...	...	...
47	22	12,262	7,108	5,154	15.7	18.6	12.9
48	23	12,756	7,331	5,422	15.9	18.7	13.3
49	24	14,201	8,391	5,810	17.4	20.9	13.9
50	25	16,311	9,820	6,491	19.6	24.1	15.3
51	26	15,415	9,035	6,380	18.2	21.8	14.8
52	27	15,776	9,171	6,605	18.4	21.8	15.1
53	28	17,731	10,450	7,281	20.4	24.4	16.4
54	29	20,635	12,641	7,994	23.4	29.1	17.8
55	30	22,477	13,836	8,641	25.2	31.5	19.0
56	31	22,107	13,222	8,885	24.5	29.8	19.4
57	32	22,136	13,276	8,860	24.3	29.7	19.1
58	33	23,641	13,895	9,746	25.7	30.7	20.8
59	34	21,090	12,179	8,911	22.7	26.6	18.9
60	35	20,143	11,506	8,637	21.6	25.1	18.2
61	36	18,446	10,333	8,113	19.6	22.3	16.9
62	37	16,724	9,541	7,183	17.6	20.4	14.8
63	38	15,490	8,923	6,567	16.1	18.9	13.4
64	39	14,707	8,336	6,371	15.1	17.5	12.9
65	40	14,444	8,330	6,114	14.7	17.3	12.2
66	41	15,050	8,450	6,600	15.2	17.4	13.1
67	42	14,121	7,940	6,181	14.2	16.2	12.2
68	43	14,601	8,174	6,427	14.5	16.5	12.5
69	44	14,844	8,241	6,603	14.5	16.4	12.7
70	45	15,728	8,761	6,967	15.3	17.3	13.3
71	46	16,239	9,157	7,082	15.6	17.9	13.3
72	47	18,015	10,231	7,784	17.0	19.7	14.4
73	48	18,819	10,730	8,129	17.4	20.2	14.8
74	49	19,105	10,723	8,382	17.5	20.0	15.0
75	50	19,975	11,744	8,231	18.0	21.4	14.6
76	51	19,786	11,744	8,042	17.6	21.2	14.1
77	52	20,269	12,299	7,970	17.9	22.0	13.8
78	53	20,199	12,409	7,790	17.6	22.0	13.4
79	54	20,823	12,851	7,972	18.0	22.6	13.6
80	55	20,542	12,769	7,773	17.7	22.4	13.2
81	56	20,096	12,708	7,388	17.1	22.0	12.4
82	57	20,668	13,203	7,465	17.5	22.7	12.5
83	58	24,985	16,876	8,109	21.0	28.9	13.4
84	59	24,344	16,251	8,093	20.4	27.6	13.3
85	60	22,383	15,356	8,027	19.4	26.0	13.1
86	61	25,667	16,499	9,168	21.2	27.8	14.9
87	62	23,831	15,281	8,550	19.6	25.6	13.8
88	63	22,795	14,290	8,505	18.7	23.8	13.7

注：1) 昭和19年のみ樺太を含む。  
2) 昭和16～18年は、年齢階級別人口がないため、訂正死亡率は算出できない。

1983年ごろからの男性自殺率は、自殺率総数が高かった1955～1958年に近い。

これを性別、年齢層別にみると表5のように、日本の1987年の自殺率男女比は、19～24才で56.0、35～44才で37.1、65～74才で73.9と老年層に高いが、45～64才の山が示されていない。アメリカは中年層、イギリス、ポーランドは老年層に高い傾向がある。つまり青年層より中高年層、女性よりも男性の自殺率が影響しているように思われるが、これにはグアテマラのように14.3と男女比が低い国と、プエルトリコの138.9のように高い国との実態や変動を比較検討する必要がある。

また、日本の自殺率の変動をみると、戦時の低下と戦後の1955～1958年の不況時代や安保前後に最高に達し、以後下って1983年ごろから20前後を上下している。これをドイツと比較すると<sup>23)5)</sup>戦時と戦争直後は下り、1965年ごろから上昇しはじめ、1980年ごろから最も高くなっているが、各国の変動と日本の変動とを比較検討する必要がある。ただしこれも自殺率そのものの比較ではなく、変動の比較である。

その他、日本の自殺既遂では縊首が過半数を占め、未遂では薬物自殺が多いが、銃器が既遂中最も多いアメリカやイラクなどを除けば、他の諸国とも共通している。要は既遂では正確な手段を選び、未遂では不正確な手段を選ぶことであろう。なおダブリンDublin, L.I.<sup>2)</sup>の調査では、アメリカ白人の既遂自殺は、1901～1905年は縊首が多く42.1%を占め、銃器は24.4%だったのが、1955～1959年には、縊首が20.8%に下り、銃器が47.1%に達したという。またアメリカにおける有色人種の自殺既遂では、黒人系やインド人系に銃器が多く、日系、中国系では縊首が過半数だったという。これに加えて日系一世米人と、2世、3世との比較などが必要であろう。

次に自殺の動機に関しても、その判定に多くのバイアスがある。日本で一貫して多いのは「病苦」による動機であり、男女ともに40～50%を占めている。この病苦には経済問題や家庭問題がからんでおり、年齢とともに増加している。しかし、現在日本で用いられている自殺動機の分類「病苦、厭世、精神錯乱、家庭不和、将来の苦慮、失恋、

事業失敗、貧困、前非を悔い、放蕩その他」では国際比較ができない。国際的に比較できる標準化された評価を用いるべきであろう。

## 2. 自殺未遂と既遂、他殺と自殺

最も困難だが、最も必要なことは、自殺未遂の疫学統計的研究と、自殺既遂者の詳細な事例研究である。ステンゲルやマーフィーMurphy, P.M.らは、自殺未遂群と自殺既遂群とはもともと母集団を異にし、その一部が重なっているとすがる、シュナイドマンShneidman, S.は、両者は本質的に異なるものではないとしている。また、自殺未遂の発見は困難であり、救急、医療、警察などで事例とされたものに限られている。自殺未遂率が既遂率の7.7倍という高率に達した調査は、シュナイドマンのロサンジェルス郡の調査で、男女比は未遂の3対7に対して既遂では7対3であり、前者は薬物が多く、後者は縊首、銃器などが多かった。日本では特定人口に対する自殺未遂と既遂の調査を、救急車、警察、病院などを通じて正確に行った例は少なく、増田<sup>14)</sup>が昭和47、48年に行った東京都区部の人口28.6万に対する調査で、消防署、警察署、医療機関などを通じて、未遂例274例、既遂例82例、未遂と既遂の比は3.3対1であった。未遂対既遂の比は年齢とともに低下し、10~19才で4.7対1、20~29才4.5対1、30~39才1.9対1、40~49才1.6対1、50才1対1、60才以上0対1であった。自殺手段別では薬物では未遂が既遂の15倍であったのに対し、縊首は未遂1対既遂5.6、飛降りでは未遂1対既遂2の比率であった。これを人口10万人比でみると、自殺未遂95.8、既遂28.7で、昭和46年と同47年度の全国自殺既遂率15.6および17.0に比べて著しく高かった。自殺未遂者の事例研究は多いが、自殺未遂の疫学調査で信頼できる地域人口調査は日本では極めて少ない。

自殺既遂者の事例研究も困難であり、田村<sup>20)</sup>が新潟県東頸城郡で行ったもの以外は極めて少ない。むしろ作家などの自殺についての病蹟研究が詳しいが、これについては後に述べる。

次に自殺と他殺(殺人)との関係について、筆者も前記論文で述べたが、日本でこの問題を早く

から指摘したのは岡崎<sup>5)</sup>であった。岡崎はグーリーGuerry, G. モーリーMaury, A. モルセリーMorselli, H. 以来の自殺率と他殺率の間の相反関係性に対して、府県別の自殺率と他殺率の順位相関係数は0.008と低いが、昭和5年から同34年に至る30年間の自殺率と他殺率の相関係数は0.647で高い正の相関係数を得たとしている。

筆者は安田<sup>25)</sup>が1947~1967年の20年間における19才以下の少年の暴力犯罪の比率が上昇し、20才以上の成人の暴力犯罪も上昇したものの少年ほどではなかったとしていることや各国の自殺率と他殺率の関係をみて、自殺率と他殺率の逆相関を推定した。その後成人の刑法犯は低下固定しているのに対して、少年の刑法犯は上昇し若年化している。これから、自殺を内向した攻撃性とみなし、他殺を含む暴力犯罪、さらには刑法犯をも含めて、外向した攻撃性とみることによって、自殺率と他殺率を逆相関を理由づけることは単純にすぎであろう。しかし自殺率/他殺率をみるとイングランド・ウェールズが約40.6倍に対して、日本は11.1倍、アメリカは2.4倍という差をさらに検討してみる必要がある。また他殺を伴う自殺も欧米に高いとされる。

## 3. 日本の自殺の文化的特徴

日本の自殺の特徴として、集団中心型が古くからみられ、自己中心的自殺が次第に増えて来たこと、他殺を伴う自殺である親子心中が同情よりも非難を浴びるようになったことなどが挙げられる。日本の青年層の自殺の減少が集団中心的自殺の減少によるという仮説があるが、中年層にはなお集団中心型自殺が残っていると考えらる。

自殺に対する肯定論と否定論は西欧では、ギリシャ、ローマ時代から議論され、自殺のロマン化は西欧にもあったが、カソリック国では禁止論が強く、自殺禁止法も問題になっている。

日本文化は一般に自殺肯定的とみられており、浄土思想の捨身往生と死の浄化作用が承認され、引責自殺に対する肯定的傾向が欧米よりも強いとみなされる。ことに武士道などの「死の文化」が戦時の切腹や特攻隊などと結びついて、日本文化

の自殺肯定論が欧米ではなお残っている。これに対する反論が多く行われており、日本人が集団中心型自殺には肯定的ではあったが、自己中心型自殺には否定的であったという説がある。ウェザロール Wetherall, W.<sup>21)</sup>は、日本でも欧米でも自殺に対してアンビバレントあり、殉死の禁止や非人制度の廃止などを取り上げている。

日本の自殺の文化的特徴を示す1つの試みとして、作家の自殺(川端、三島など)や軍人の自殺(乃木など)をとり上げた議論がかなり多い。Iga<sup>4)</sup>は1953~1968の京大学生の自殺から、アノミー型自殺が増え、集団中心型自殺が減り、自己中心型自殺は見られなかったとし、ペンミストの川端とナルチシストの三島は、日本で稀な自己中心型自殺だとみている。川端と個人的にも親しかった栗原<sup>12)</sup>は、その作品を通じて川端の生死の間の深い内的関連についてまとめている。加藤(周)、ライシュ、リフトン<sup>7)</sup>は「日本人の死生観」のなかで、とくに乃木と三島の自殺を取り上げている。乃木の自殺は「殉死としてその死にざまは時代錯誤」であり、「徳川時代をよび起す行為」だとしている。連隊長として連隊旗を奪われ、弟、師および2人の息子を失い、旅順で5万8千人を戦死させ、児玉に指揮を譲ったことなどからの罪悪感を、明治天皇への殉死として解決しようとしたとみている。当時、西田幾太郎が「不真面目なる今日の日本国民に多大の刺戟」だとしたのに対して、志賀直哉は「下女かなにかが何かした時感じる心持」とっていたのとは対照的である。<sup>7)</sup>三島の自殺については、その「死のエロス化」「サドマゾヒズム」「不死性の探求」「プロテウスの測面から大きな目的のために死ぬ」方法を用いたとみている。そして三島の「自殺をつうじて人は死を従え、象徴的不死性を再び主張し、生物との結びつきの確信を求めることが出来る」という一節を引用している。乃木も三島もともに切腹を通じて、一種の不死の集団に属しようとした。つまり「この2人は過去を再び活性化することに身を挺した不死性を獲得しようとした復古者だった」とする。

筆者<sup>11)</sup>も三島の自殺を「容認された集団中心型自殺を装った自己中心型自殺」と考え、日本や台湾などの青少年の自殺率の減少は、集団中心型自

殺の減少によると考えた。なお、西田が乃木の自殺を讀えたのは集団中心型自殺とみたからであり、志賀の評価が低かったのはそれが自己中心型であると考えたからであろう。

なお親子中心が他殺を伴う自殺であり、いわゆる心中の7割以上が無理心中であることから、日本では親が子どもを自己に所有するか、自己の一部とみなし、子どもの人権無視であるという非難が強くなっているが、親子心中は他国にも見られ、これに対する国民の態度の比較が必要であろう。

### む す び

1) 日本の自殺の疫学研究に当って安易な各国の自殺率の比較には問題がある。しかし年齢、性比の変動の相対的な比較は容認されるであろう。旧「日本型」自殺は欧米型の1つに移行しつつあり、中年層の男性の自殺率の山は日本以外にヨーロッパ諸国に見られることと、自殺率のF/M比の変動との関係を推論した。

2) 自殺未遂の疫学研究と既遂の事例研究の重要性を強調し、その日本における少い研究を紹介した。また他殺率と自殺率の逆相関の仮説について述べた。

3) 日本人の自殺への態度として、集団中心型自殺への受容と自己中心型自殺への反撥があることと親子心中への受容を上げ、それらが変容しつつあるとした。

### 文 献

- 1) Brooke, E.M.: Suicide and Attempted Suicide. WHO, 1975
- 2) Dublin, L.I.: Suicide, a Sociological and Statistical Study. Ronald, N.Y., 1963.
- 3) Gruhle, H.: Selbstmord. Georg Thieme, 1940
- 4) Iga, M.: Personal situation as a factor in suicide with reference to Yasunari Kawabata and Yukio Mishima. In "Between Survival and Suicide" ed. by Wolan, B. Gardner Press, 1976.
- 5) 稲村 博: 自殺—最近の動向。現代精神医学大系年刊版'90, pp. 377-389, 中山書店, 1990.

- 6) 岡崎 文規：殺人の研究，日本評論社，1963.
- 7) 加藤(周)，ライシュ，リフトン：日本人の死生観，岩波新書，1977.
- 8) 加藤 正明：自殺，異常心理学講座，第5巻，みすず書房，1954.
- 9) 加藤 正明，森三郎：自殺の社会精神医学的研究，社会と精神病理43-62，弘文社，1981.
- 10) Kato, .: Self-destruction in Japan: A Cross-cultural, epidemiological analysis of suicide. *Folia Psychiatr. et Neurol. Jpn.* 23:4, 1969.
- 11) Kato, M.: Altruistic versus egoistic suicide in Japan. *The First Pacific Congress of Psychiatry, Austlaria*, 1975.
- 12) 栗原 雅直：川端康成，中央公論社，1986.
- 13) 厚生省：国民衛生の動向，1990.
- 14) 増田 陸郎：ある区の自殺実態，田多井，加藤編：日本の自殺を考える，pp. 156-182，医学書院，1974.
- 15) 大原 健士郎：日本の自殺，誠信書房，1965.
- 16) Picken, D.B.: Suicide, Japan and West. サイマル出版，1979.
- 17) Rin, H. & Chen, T.: Suicide in Taiwan. In "Suicide in Asia and the Near East." (ed. by Headley L.A.) 1983.
- 18) Schneidman, S. & Farberow, N.L.: Clues to Suicide. New York, McGraw Hill, 1937.
- 19) Stengel, E.: Suicide and Attempted Suicide. C. Nicholls & Company Ltd. 1969.
- 20) 田村 健二ほか：新潟県頸城郡における自殺者の実態，東洋大学社会学部紀要，10:19，1974.
- 21) Wetherall, W.: Anti-suicide tradition in Japan: Past and present. *Japan Times*, 1987.
- 22) Welz, R. & Voessing, G.: Suicid im Alter, Veränderungen der Suicidziffern ältere Menschen in der BRD in zeitlichen Verlauf von 1953 bis 1986. *Nervenarzt* 59:709, 1986.
- 23) WHO: World Health Statistics, Annual. Geneva 1988.
- 24) WHO: Prevention of Suicide. Geneva, 1988.
- 25) Yasuda, M.: Juvenile delinquency in Japan. US-Japan Joint Meeting of Legal Medicine, 1986.

#### Abstract

Japanese type of suicide, high in young and old age, has changed to European type. Besides, increase of suicide among the middle aged male was noticed not only in Japan but in other countries. As far as high rate of F/M in Japan is concerned, it became to decline and much higher rates of F/M were found in not only developing but developed countries. A few epidemiological study of attempted suicide and intensive case study in Japan were introduced. As far as attitudes toward suicide were concerned, Japanese in general has been sympathetic toward altruistic suicide, examples of which were suicides of Nogi and Mishima, but has not been accepted to egoistic suicide.



## 特集◆わが国の自殺◆

## 青少年の自殺行動をめぐって

齊藤万比古\*

## I. はじめに

青少年の自殺行動は、自殺既遂例から、薬物の乱用や受身的攻撃的な意味を持ったある種の非行などの慢性的な自己破壊行動までを含む幅広い現象である。また青少年の自殺は、その時代の状況や精神を敏感に反映した象徴的な現象であると受けとめられ、ひとつ精神医学に限らず様々な分野の観点から検討や分析が加えられてきている。ここでは、自殺行動をあくまで未遂例と既遂例を含む顕在的な自殺企図に限定し、精神医学の分野の諸報告からそれらの実態を概括するとともに、様々な自殺行動について登校拒否の治療経過中に自殺企図を生じた女子中学生の三症例の検討をまじえて述べてみたい。

## II. わが国における青少年の自殺の実態

厚生省の人口動態統計による死因別死亡率<sup>32)</sup>からわが国における最近の青少年の主な死因を見ると、9歳以下では「自殺」はきわめて稀なものであるが、10歳から14歳では「不慮の事故」「悪性新生物」「心疾患」に続く第四位となっており、15歳から19歳では「不慮の事故」に続き「悪性新生物」と並んで第二位に上がってくる。この子どもの自

殺の実態を、文部省による小・中・高校生徒の自殺統計<sup>18)</sup>と警察による青少年の自殺統計<sup>30,31,32)</sup>を比較してみた(表1)。文部省が把握した昭和52年から同63年までの期間の小中学生および高校生の自殺数によれば、小学生の自殺数は昭和52年以来毎年10名前後の発生を示しており、大きな増減はない。中学生でも54名(昭和62年)から110名(昭和61年)の間を前後しており、小学生に比べて年度による変動が比較的大きいが、全体的な増減の傾向は見られない。これに対して、高校生では昭和52年から54年までの3年間の自殺数は200名を越えているが、56年以降は終始100名から150名の間であり、多少とも減少傾向にあると言えよう。警察庁の把握した自殺数を昭和58年から63年まで見ると、小学生から高校生まで例外無く警察庁の人数のほうが文部省の調べた人数より多い。このことは自殺という現象を拾い上げることの困難さを示しているものと思われる。実際、不慮の事故や病死として届けられたものの中に自殺した子どもが含まれている可能性があることを多くの報告が指摘している<sup>6,23,27)</sup>。

次に、人口動態統計<sup>32)</sup>による年代別の自殺率を見ると、9歳以下の年代ではほとんど自殺は見られず、10歳から14歳の年代になって人口10万人対1前後の出現を見るようになるが、まだそれ以降の年代よりかなり低い自殺率である。15~19歳の年代になると自殺率は14歳以下の年代に比べて急激に増加しはじめるが、昭和30年以来減少傾向が続き昭和63年は人口10万人対4.8となっている。また、いずれの年代でも男子のほうが女子より常に高い比率で出現しており、これはわが国の青少年の自殺の特徴である。

Suicidal Behavior in Children and Adolescents.

\*国立精神・神経センター国府台病院精神科

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-1〕

Kazuhiro Saito: Department of Psychiatry,  
Kohnodai Hospital, NCNP, Japan

表1 青少年の自殺

		52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	60年	61年	62年	63年
文 部 省 統 計	小学生	10	9	11	10	8	8	6	12	11	14	5	10
	中学生	89	91	104	59	74	62	83	66	79	110	54	62
	高校生	222	235	265	164	146	129	148	111	125	144	111	103
		警 察 庁 統 計					小学生	10	10	12	17	10	15
							中学生	102	79	92	133	77	88
							高校生	192	158	155	248	172	182

(注) 文部省統計の昭和63年のみは年度間の数値を示しているが、他はすべて年間の数値である。

青少年の自殺が発生する月を警察庁はまとめているが<sup>30,31)</sup>、それによると昭和58年から昭和61年の4年間で見る限り、一年間で四月が最も発生数が多く、六月頃まで比較的高い数字が続く傾向がある。しかし、この点については稲村<sup>10)</sup>は昭和47年から52年までの期間の文部省統計から、九月が最も多く四月と一月がそれに続くとしている。

わが国の青少年における既遂例の自殺手段について太田<sup>29)</sup>は、5～9歳では17名中14名までが、10～14歳では男子の72%女子の43%が「縊首」であり、その他「ガス使用」「飛降り」「飛びこみ(轢死)」などが比較的多く、15～19歳では「縊首」が最も多いものの15歳未満の小中学生に比べるとその比率は低く、多岐にわたる手段が用いられるようになると指摘している。また、警察庁のまとめた昭和61年の自殺統計<sup>31)</sup>でも、20歳未満の青少年の自殺手段は「縊首」(42%)と「飛降り」(34%)で全体の76%を占めていることを明らかにしている。北村<sup>13)</sup>も10～14歳の子どもの用いる自殺手段は「縊首」が最も多く、次いで「飛降り」「ガス使用」などが比較的多く用いられていることを示すとともに、性別により選択する手段に差が見られることを指摘した。これらの結果に従えば、わが国における青少年の選ぶ主な自殺手段は「縊首」「飛降り」「ガス使用」である。「縊首」は男子で最も一般的な手段だが、女子では「飛降り」「ガス使用」の用いられることが「縊首」と並んで多いという性差が見出される。また、青少年の用いる自殺手段は比較的致死率の高いものが多いという指摘もある<sup>1,2)</sup>。

以上のようなわが国の青少年の自殺の特徴を英

国<sup>27)</sup>、米国<sup>28)</sup>、ドイツ(当時の西ドイツ<sup>13)</sup>)など諸外国におけるそれと比較してみると、9歳以下の子どもの自殺は各国とも極めて少ないこと、10～14歳の年代から自殺は増加してくるが未だ比較的稀な現象にとどまっており、15歳を過ぎると目立って増加してくるという共通の特徴が存在することがわかる。14歳以下の子どもでは、わが国の自殺率は英国よりかなり高く、米国とほぼ同率で、西ドイツよりは低い。しかし、15～19歳の青年になると、わが国の自殺率は米国よりも高く西ドイツよりは低いという傾向が続いている。また、男子のほうが女子より常に高率であるというわが国で見られる特徴は、これら各国においても共通した特徴である。この自殺率と宗教はあまり関係がなく、むしろ工業化を中心とする各国の近代化の進行と正の相関があるという指摘がある<sup>17)</sup>。男女差についても日本と同様に男子のほうが多いという国が多いが、女子のほうが多いという国も存在しており、文化や民俗の影響が大ききようである<sup>10)</sup>。各国の青少年が選ぶ自殺手段もそれぞれ多少の特徴が見られる。英国<sup>27)</sup>の12歳から14歳の子どもの選んだ自殺の方法は「一酸化炭素などのガス使用」が最も多く、半数近くにおよんでいる。「縊首」はわが国よりも少なく、男子のみに見られたという。米国の15歳から19歳の青年が最も多く用いる手段は「小火器および爆発物」であるという報告<sup>9)</sup>や、小児では「飛び降り」が最も多いといった報告<sup>26)</sup>がある。また、西ドイツでは「縊首」と「服薬・服毒」が十代の青少年の間で最も一般的な方法であるというが<sup>13)</sup>、Eggersら<sup>4)</sup>は19歳以下の青少年の自殺の80～90%が「服薬・服毒」を

選んでいると指摘している。文化的な違いによる自殺手段の相違はあるものの、いずれの国でも14歳以下の子どもの自殺で選ばれる手段としては、致死性の高い「縊首」が最もよく選ばれる手段のひとつとなっている。

### III. 青少年の自殺願望と自殺企図

児童青年期精神科医療の現場で“自殺”が問題になるのは、主として自殺願望（希死念慮）や自殺企図が顕在化するときである。したがって、青少年の示す自殺願望や自殺企図をどう理解するかが、青少年の治療や相談・指導にあたる専門家にとっては重要な課題となる。

それでは、青少年は死をどのように受けとめているのであろうか。これまで、いくつかの精神保健的な健康調査による青少年の自殺願望についての報告がある(表2)。もちろん、このような調査という自殺願望は、臨床的な意義のある病理的な水準の希死念慮をそのまま意味しているわけではない。しかし、小学6年生頃の子どものかなり多くがすでにある程度現実的な“死のイメージ”を持って自己の死を心に思い浮かべているというこ

とを、この表の数字は示している。中学生では自殺願望を持つ子どもはさらに増加し、男子で4.3~30数%、女子で11.1~60%という数字があげられている。年齢とともに自殺願望は増加していくが、高校生ではさらに高い比率になるという報告<sup>5,23)</sup>と、中学生のほうが高校生より高い比率であるという報告<sup>24)</sup>がある。注目されるのは、いずれの報告においても女子のほうが有意に高い比率で自殺願望を持っているということである。

死を現実的な現象として理解し始めるとともに、未だ原始的な死生観が影響を強くとどめており<sup>20,26)</sup>、しかも内的な両親像からの分離个体化を完成させていかねばならないのが、思春期青年期の前半部分すなわち前思春期 (Preadolescence) および思春期 (Early Adolescence) の子どもたちである。この前思春期すなわち小学校上級生の年代に自殺をめぐる脆弱性が急速に増す“臨界点”が存在すると考えることができる。10歳を境に自殺数が目立ちはじめ、その後は急速に増加していくという事実や、自殺願望が小学6年生以降かなり多くの子どもの存在するという事実はそのことを支持する結果である。こうした自殺に対する脆弱性の増す年代の青少年には、自殺企図という現

表2 自殺願望あるいは希死念慮に関する調査結果

報告者 (報告年)	対象 (学年 人数)	結果 自殺願望在りの者の割合	統計学的有意性
池田ほか (1981) <sup>9)</sup>	中学1年 275名	男子5.1%, 女子14.3%	中2で 男<女
	中学2年 253名	男子4.1%, 女子11.1%	
太田 (1987) <sup>23)</sup>	小学6年 1,421名	男子26.5%, 女子32.6%	各学年とも 男<女 女子で 学年差有
	中学2年 1,727名	男子23.6%, 女子48.9%	
	高校2年 2,060名	男子31.3%, 女子54.3%	
藤ノ木ほか (1988) <sup>5)</sup>	中学生 1,053名	男子16.7%, 女子38.5%	
	高校生 107名	男子17.7%, 女子59%	
渡辺ほか (1988) <sup>34)</sup>	中学生 4,443名	男子30%台, 女子40~60%	男<女
太田ほか (1990) <sup>24)</sup>	小学6年 2,013名	男子24.1%, 女子32.7%	各学年とも 男<女 男子で 学年差無 女子で 学年差有
	中学1年 2,229名	男子24.3%, 女子41.9%	
	中学2年 2,246名	男子25.7%, 女子46.6%	
	中学3年 2,246名	男子27.0%, 女子51.6%	
	高校2年 2,304名	男子21.1%, 女子39.6%	



象も、けして稀な現象ではない。しかし、この分野での精神保健調査は実施がきわめて困難であり、自殺企図に関する研究の対象は精神科の臨床に登場した症例に限定される。池田ら<sup>8)</sup>は昭和53年に19歳以下の15名の自殺企図者について検討を行い、中学生年代後半から高校生年代に自殺企図が増加してくることを指摘した。その手段を見ると、「手首を切ったもの」4名、「薬物」4名、「腹部や胸部を刺したものの」3名、「飛び降り」2名、「飛び込み」「縊首」「入水」が各1名ずつと、致死性の低い方法を選んだものと高い方法を選んだものが半半ずつであった。北村ら<sup>11)</sup>は青少年の自殺企図に関する世界の諸報告をまとめ、未遂と既遂の比は2.3:1、男女比は1:2.7という結果を示した。さらに自験例75名の十代の自殺企図者についてまとめ、未遂と既遂の比を6:1、男女比を1:2と報告した。また、未遂例の企図手段としては多い順に「薬物」29名、「手首自傷」22名、「ガス」10名と続いているとしている。自殺企図の手段について太田<sup>23)</sup>は、自殺未遂例の選んだ自殺手段は半数以上が薬物の使用であり、既遂例の自殺手段とは対照的であると指摘している。別の報告で北村ら<sup>12)</sup>は、1965年から1979年にかけての14年間に大阪大医学部精神科思春期外来を受診した20歳未満の885名を調査し、自殺企図が20歳未満の年代であったものは81名(9.2%)であったこと、未遂と既遂の比は6.4:1、未遂群の男女比は1:2.2であったとしている。これらの諸報告をまとめると、わが国の青少年の自殺企図の発生数は自殺既遂例の2.3~10倍多く、既遂例の場合と反対に女子のほうが男子より2~3倍多いということ、自殺企図という現象は“死へのとらわれ”のより少ないものから、偶然に未遂に終わったにすぎない“死へのとらわれ”の強いものまでを含む幅広い現象であるということが明らかになる。

#### IV. 青少年の自殺の直接動機と準備状態

自殺企図に走る青少年の心理機制については様々な論議が見られるが、大原<sup>20,21,22)</sup>が指摘して

いるように、自殺は直接動機のみによって生じるのではなく、いくつかの準備状態があつて直接動機に反応するという発現機序を想定することが妥当であろう。

自殺の直接的な動機について、昭和63年度に行つた文部省の調査<sup>18)</sup>による小中学生の自殺者72名および高校生の自殺者103名の自殺原因から検討してみたい。調査結果では小中学生の自殺の原因は進路問題や友人との不和といった学校問題が25%、父母の叱責や家庭不和などの家庭事情が24%とほぼ同率であり、その他に病気等による悲観、厭世、精神障害などが数%ずつで続いており、原因のはっきりしない「その他」が36%であった。高校生の自殺原因は、家庭事情(17%)と学校問題(15%)が小中学生より低い比率となり、逆に精神障害(16%)と厭世(10%)が目立って増加しており、「その他」が小中学生とほぼ同じ32%となっている。大原ら<sup>21)</sup>は自殺の直接動機として、子どもでは親の叱責、両親の不和、肉親の死亡、転校、学校でのトラブルなど環境的な影響が強く、青年では前途不安、異性問題、受験や就職の失敗など個人的な問題が多いと指摘している。また、Shaffer<sup>27)</sup>は子どもの自殺の誘因について、学校での怠けや反社会行動を親に学校から連絡がいく等のしつけ上の危機が36%、友人との喧嘩13%、異性の友人との争い10%、親との争い10%であったと述べた。洋の東西を問わず、14歳以下の子どもの自殺の大半は親子関係をめぐる危機か、あるいは友人関係の危機を含む学校生活の挫折のいずれかを契機に決行されていることがわかる。これに対して15歳以上の青年の自殺では、精神障害や厭世といった個人的動機が家庭の危機や学校生活の挫折と同じように重要な動機となっている。

準備状態は青少年の他の精神障害や問題行動などの場合と同様に、子ども自身の身体的・心理的要因(うつ病、分裂病などの精神障害、対人関係の問題が生じやすい人格の特性など)、親子関係などの家族的要因(欠損家庭など家族の形態の問題や、両親の身体疾患や精神障害など)、学校や仲間集団の特徴や社会的出来事などの社会的要因といった諸要因が組合わされて成立するものである。ところで、小中学生の自殺はそれ以降の年代より

まだかなり少ないということをすでに述べたが、その理由としてShaffer<sup>28)</sup>は自殺の最も一般的な要因となっているうつ病の発症が大人よりかなり少ないこと、家族の枠組みに結びつくことで子どもは容易に孤立が緩和され社会的情緒的支持がなされること、絶望という概念に打ち負かされるにはある程度の認知能力の成熟が必要であることをあげた。これらの三点を逆に考えてみると準備状態についてイメージしやすいと思われる。この観点からこれまでの自殺の準備状態に関するいくつかの報告をまとめておきたい。まず、“うつ病もしくはうつ状態”の存在であるが、これについては多くの報告が青少年の自殺の要因として支持している<sup>14,15,21,25)</sup>。うつ病以外にも、精神障害をはじめとする青少年自身の要因として、精神分裂病<sup>15,21)</sup>、非行特に薬物依存<sup>15,21,25,29)</sup>、境界人格障害を中心としたプリミティブな人格や過度に抑制の強い性格などの性格特徴<sup>7,21,29)</sup>、登校拒否などの神経症症状の存在<sup>15)</sup>、死への関心の強さ<sup>25)</sup>などがあげられている。次に、肉親との別離や肉親の死<sup>20)</sup>、離婚などによる欠損家族<sup>15,23,25)</sup>、抑うつやアルコール嗜癖など親の情緒的問題の既往<sup>23,29)</sup>、父親の職業や社会的地位の危機<sup>25)</sup>、親の不在や親からの身体的・情緒的虐待の経験<sup>29)</sup>などが、“孤立に対する家族の社会的情緒的支持”を減少させ、青少年を自殺企図に追いやる要因となる危険が大きい。家族以外にも青少年に対する“社会的情緒的支持”を行っている環境要因がいくつか存在し、これらの喪失も自殺の準備状態となりうる。例えば、転校、転居、友人関係の崩壊、学校におけるいじめや体罰、学業や部活動など学校における活動の重大な挫折などがそれにあたるであろう。第三に、“絶望や死を受けとめる認知能力”を備えたある種の早熟性<sup>27)</sup>（例えば過度の内省的傾向など）は子どもの自殺の背景となりうるものであろうし、青少年に対して死を現実的で身近なものとする、親や友人など近親者の自殺や、夢中になっていた芸能人などの自殺などは深刻な準備状態を形成する要因であるとともに、しばしば直接動機にもなる<sup>16,29,36)</sup>。犯罪報道の氾濫に代表されるような現在社会の状況が“生の重要性”を過小評価する感性を青少年に形成させている可能性と、近

親者の死に対する“喪の仕事”が社会的に放棄される傾向に現在社会はあり、そのためそうした死に対する罪悪感を取り扱う手段を若者は急速に失いつつあることを自殺の社会的背景として注目したMillerの指摘は、青少年の自殺が社会を反映する鏡であることを我々にあらためて考えさせてくれる<sup>17)</sup>。

## V. 青少年の様々な自殺行動

青少年の自殺行動はこれまで見てきたようなさまざまな背景や動機によって生じてくる。こうした青少年の自殺行動の多様性を整理して理解するために、その前駆症状、心理機制、様式などの観点から自殺行動の分類を行う試みがこれまでいくつか報告されている。

北村ら<sup>15)</sup>は精神科思春期外来を受診した青少年の自殺企図を調査し、その前駆症状から“神経症症状群”“抑うつ症状群”“精神病症状群”“非行群”の四群に類型化した。これらは、前駆症状あるいは基礎にある行動や情緒の問題から、生じうる自殺行動の蓋然性や内容を予測することに役立つ類型化である。しかし、自殺行動を行った青少年をどのように「抱え止め」かつ「向い合うか」という水準の理解に達するためには、さらに自殺企図に至る心理機制による類型化が必要になる。

同じ報告で北村らは青少年の自殺の心理機制として“援助願望”“自己毀損あるいは自己破壊”“休息願望”“希死願望(逃避)”“了解不能な自己破壊衝動”をあげ、上記の神経症症状群は援助願望および自己毀損や逃避としての希死願望と、抑うつ症状群は自己破壊や休息願望と、精神病症状群は了解不能な自己破壊衝動と、非行群は短絡反応としての自己破壊と結びつきやすいことを示している。太田<sup>29)</sup>は自殺企図の心理的な意味として“耐え難い現実からの救いの叫び”“環境を操作しようとする意図”“自殺企図によってまわりの人と関係を持つという意図”などが重要であると指摘した。Weiner<sup>35)</sup>は見捨てられ感や罪悪感や無力感といった抑うつの心性を土台とする“強い苦悩を伝える手段”として、あるいは“耐え難い環境の修正を絶望的に試みるコミュニケーションの手段”

として、青年の自殺企図を理解できると述べている。このような自殺企図の様々な心理機制は、「子どもは見捨てられ感、罪悪感、無力感、攻撃性もしくは怒りなどの感情が耐え難いものになった時、“周囲の救援を求めるメッセージや環境を操作・修正する手段として”、“死による精神的休息や救いを求めて”、あるいは“攻撃性あるいは破壊衝動を対象から自己に置き換えて”自殺行動に走る」とまとめることができる。そして、そのような自殺行動の周辺に、“身体感覚を含むあいまいな自己感覚を確認するための、あるいは空虚感を埋めるための自傷行動”がある。

Miller<sup>17)</sup>は、自殺行動の様式と心理機制から青少年の自殺を、悪い自己の破壊や自己犠牲といった意味を持ちつつ意識的に行われる“意図的自殺”，青年達がカリスマ的な指導者の保証のもとに行う“集団自殺”，重症の神経性無食欲症の青年や事故頻発者あるいは薬物嗜癖者のように慢性的に自己を破壊する“辺縁的な意図的自殺”，関心を惹くための自殺行動や周囲への救済の要求としての自殺行動がたまたま死を招いてしまった“偶発的自殺”の四型に分類している。また、Brownら<sup>18)</sup>は自殺企図をその様式や経過から“衝動的自殺企図”と“非衝動的（計画的）自殺企図”に分類し、青少年の自殺企図では前者が多いとしたうえで、後者は前者よりも絶望しており、自殺傾向が強いことを指摘した。

ここでとりあげたような自殺行動の様々な観点からの評価を総合して自殺行動を示す個々の症例を受けとめていくことは、その心性を理解したり、ひとつひとつの自殺行動の緊急度を評価し、介入の体系を組み立てていくために必要な作業である。以下では、登校拒否の治療経過中に自殺行動を示した女子中学生の三症例について検討してみたい。

#### 症例1；A子（初診時14歳，登校拒否）

A子の家庭は会社員の父親とパートタイムで働いている母親と3人暮らしである。同胞は4人で、すでに独立して家庭を持っている3人の兄と姉がおり、A子は年の離れた末子である。A子は中学校に入学してまもなくから仲間集団から攻撃を受けるようになり、頭痛や腹痛、四肢痛などを次々と訴えて断続的に不登校を示すようになった。中

二の秋には完全に不登校状態となり、児童精神科を受診している。外来治療では不登校は改善しないため、中三に進級した時点で入院治療に導入した。入院生活の当初、A子は自己顕示的で大人びた言動を示していたが、A子の自分勝手な行動は他児の反発を招き、数カ月後にはほとんど友人のいない状態に孤立してしまった。その頃からA子は手首自傷を頻繁に行うようになっていった。当初の傷は極く浅いものであったが、仲間の女子中学生たちに深刻な衝撃を与え、一時的には友人関係が回復する兆しもあった。しかし、すぐにA子の自傷の演技的な意味を直感する子どもたちがあらわれ、数回目の自傷を行った頃には再びA子は孤立してしまっている。A子の交流相手がほとんど治療スタッフだけとなっていくとともに、手首自傷の演技的で他者を操作しようとする傾向が表面的には減少し、自傷による傷は以前より深くなっていった。それにとまって自傷後のA子の状態には、「死のうと思った」とか「自傷の動機が両親の不和による淋しさにある」と誇張した表現で訴えていた感情の高ぶった状態が見られなくなり、問われれば「何故やったかわからない」「手首を切ったとき痛いけどすぐく気持ちが落ち着く」などと静かに答えるといった姿勢が目立ってきた。A子はその後、あるロックグループの支援者の仲間に加わり、そのことを両親がある程度まで受容したことを契機にして、徐々に自傷行為を減少させていくことができた。

A子の自殺行動は初期には明らかに、周囲を操作する手段としての意味をA子自身が意識した演技的な行動であった。しかし、そのような行動は初めこそ周囲の同情や関心を呼ぶことができて、すぐにその感情は怒りに変化する結果となり、A子は以前にも増して孤立し、見捨てられ感を強めることになったと思われる。そのような状況はA子の自殺行動の意味を徐々に変化させ、自傷による痛みや死とのシュミレーショナルな直面によって自己感覚が初めて現実感を帯びて実感され、空しさを和らげることができるといった心理機制を想定させるものになっていった。このような自殺行動は西園ら<sup>19)</sup>のいう“手首自傷症候群”とほぼ同じ行動を意味していると言ってよいだろう。牛

島<sup>33)</sup>は手首自傷を示す女子の空しさの心性が、前思春期における依存と自立の前進も後退もできないといった葛藤状況の未解決と関連しているとしている。このような手首自傷は表面の演技的な姿とは別の深刻さが内面的には存在していることがしばしばある。実際、西園ら<sup>19)</sup>の追跡調査の数字では、25例中1名の自殺既遂が確認されている。以下の症例2は手首自傷が抑うつ感情とともに出現し、その後未遂に終わったとはいえ、Millerのいう意図的自殺に含めうるような服薬による自殺企図を行った中学生女子である。

#### 症例2：B子（初診時14歳の女子，登校拒否）

B子の家庭は会社員の母親と小学生の弟の3人家族である。父親はある研究所の職員であったが、B子が小学校低学年の頃交通事故で亡くなっている。B子は中学校入学まではおとなしいが芯のしっかりした子どもと見られていた。中学二年生になり仲の良い友人がで、学校ではいつも一緒にすごしていたが、夏休み中に転校してきた同級生がこの友人に接近し、徐々にB子は孤立していった。その頃からB子は理想化した父親像を口にするようになり、しきりに成績を気にするようになった。やがて、B子はしばしば疲れた表情でぼんやりしたり涙もろくなり、その一方で母親に荒々しい反発を示したりするようになっていった。二学期の期末試験前のある日、B子は手首をカッターで切り、「死にたい」と泣きながら母親に訴えてきた。そのできごとの直後からB子は登校しなくなり、「死にたい」としきりに口にしたり、手首自傷を繰り返すようになった。このため母親はB子を伴って児童精神科を受診した。外来治療の初期に、B子は母親が弟ばかりかわいがるといふ怒りや、父親のような学者にならなければならないというB子自身の厳しい理想などを硬い挑戦的な口調で主治医に語っている。外来治療中も手首を切っては母親を動揺させるという行動が続き、母親はB子を見ているのに疲れ果てたと口にするようになっていった。初診後3カ月ほどしたある日、B子はその日主治医が処方した向精神薬を14日分まとめて飲むという今までにない深刻な自殺企図を計り救急病院に運ばれ入院となった。翌日B子は児童精神科に転院となり、母親は弟を親戚に預

けB子に付き添って病院に泊ることになった。入院治療の中でB子は母親に甘え、母親もB子の甘えを迷いなく受入れることができたようである。まもなく、B子は自殺企図について「馬鹿なことをしちゃった。もう絶対やりません。私、お母さんが付き添って入院してくれるなんて思わなかった。」と語るようになり、1カ月弱の入院治療の後に退院していった。その後、B子は再び活動的な面をのぞかせるようになり、中三の一学期前半に学校に復帰した。受験までに何回かの気分の落ちこみを示す時期はあったが、自傷行為や自殺企図はまったく見られなくなり、B子の言う「のびのびできる高校」に進学していった。

B子は思春期の子どもの抑うつ状態における自殺行動の典型的な経過を示した症例であろう。前思春期および思春期の子どもは依存と自立という相反する心性がぶつかりあう不安定な精神状態にあり、仲間関係が大きな支えとなっている。女子における友人との「二人組み」的な結びつきもこうした役割を持っており、それが壊れるとき取り残された側に強い空虚感や無力感を引き起こし、抑うつ状態に陥るのであろう。それは、B子に見られたように両親像をめぐる激しい葛藤、すなわち依存と反発の間を激しく動揺する感情の嵐を引き起こす。このような状況がまず最初に不登校や手首自傷を生じさせたが、その後、徐々にB子の絶望感と疲労感は大きくなっていき、援助と休息を同時に求めるような精神状態で自殺を計画したものと推測される。最後の自殺企図によって生じた入院状況での母親のB子への集中が、分離一身体化をめぐる葛藤に揺れるB子の心をほどほどに抱きとめ包む機能を果たしたのであろう。

#### 症例3：C子（初診時14歳，登校拒否）

ある私立中学校の生徒であったC子は、中二の二学期半ば、学校における孤立を理由に断続的な不登校を生じた。学校や両親はかなり積極的に再登校を促したが、三学期に入るとC子は非常に疲れた様子で全く登校しなくなってしまった。このため学校から転校を迫られることとなり、両親は学年末に地元の公立中学校に転校手続きを行っている。しかし転校後も、C子はまったく登校しようとしないうえ、中三になってすぐに児童精神科

を受診することになった。初診時のC子は不登校を続ける自分を否定し責める母親の言葉を聞きながら、自責的に自己を語っている。外来治療の開始とともに、C子は支持を与えてくれる治療という新しい人間関係への依存を急速に示すようになっていった。外来通院を続ける中で、夏休みにはいる頃にはC子はかなり明るく活動的になり、父親とテニスをする余裕も出てきた。その結果、二学期が始まるとC子は登校を再開している。しかし、数日の登校の後に「私は学校に行きたくない。」と言ってC子は再び登校しなくなった。これに対して、「このままでは内申書は書けない」という学校の意向がすぐにC子の耳に届いた。学校が実際にそのように言ったかどうかは不明だが、少なくとも母親はそのようにC子に伝え、厳しくC子を責めている。こうした経過の中で、主治医は入院と病院内学級による現実的および情緒的な支持の必要性を検討しはじめたが、これには母親が進学への不安を理由に強く反対した。10月初めの外来面接でC子は、学校はどうしても行きたくないことを語り、主治医に「でも高校へ行きたいよう。高校へ行きたいよう。」と駄々っ子のように泣きじゃくって訴えた。主治医が、けして高校への道が閉ざされたわけではないことを伝え、一緒にその道を見つけていこうと約束すると、C子によりやく笑みもどった。しかし、その数日後の昼、C子は突然電話を主治医によこし、「院内学級に入れてください。母も先生も卒業できないって言うの。」と、うろたえた泣き声で語った。C子の希望を受け入れる方向で両親と話し合うことを主治医が表明すると、C子は礼を言って電話を切った。その30分後、今度は母親から主治医に電話がかかり、唐突に「今のままでは卒業は無理ですよね。入院したら高校なんか行けませんよね。」と言いはじめた。主治医はC子の電話のことを告げて、入院により道の開けることは少なくともないこと、C子の不安な迷いを今は受けとめて支えてあげる必要があることを母親に伝えた。C子は主治医との電話の後に、もう一度母親と口論してから自室に入り、母親が出かけた間に家を出て自宅からほど近いビルの屋上へあがり、そのまま飛び降りてしまった。遺書はなかったが、屋上に靴とポシェツ

トをきちんと揃えて置き、顔には薄化粧をしていたという。

このC子の自殺は、最後まで援助と救いを求め続けた子どもの衝動的な自殺であった。しかし、自殺に踏みきったときC子はおそらく死後の世界への逃避をイメージしていたのではないだろうか。C子が薄化粧をしていたのは死を美しく飾ろうというだけでなく、死後の世界への旅立ちとそこでの救済を信じていたのではないかと思えてならない。思春期の子どもを取り巻く人間関係に過渡的な受容と支持の機能を果たすシステムを形成できず、対応が後手へ後手へとまわってしまった治療の結果として自殺に至った痛ましい症例である。

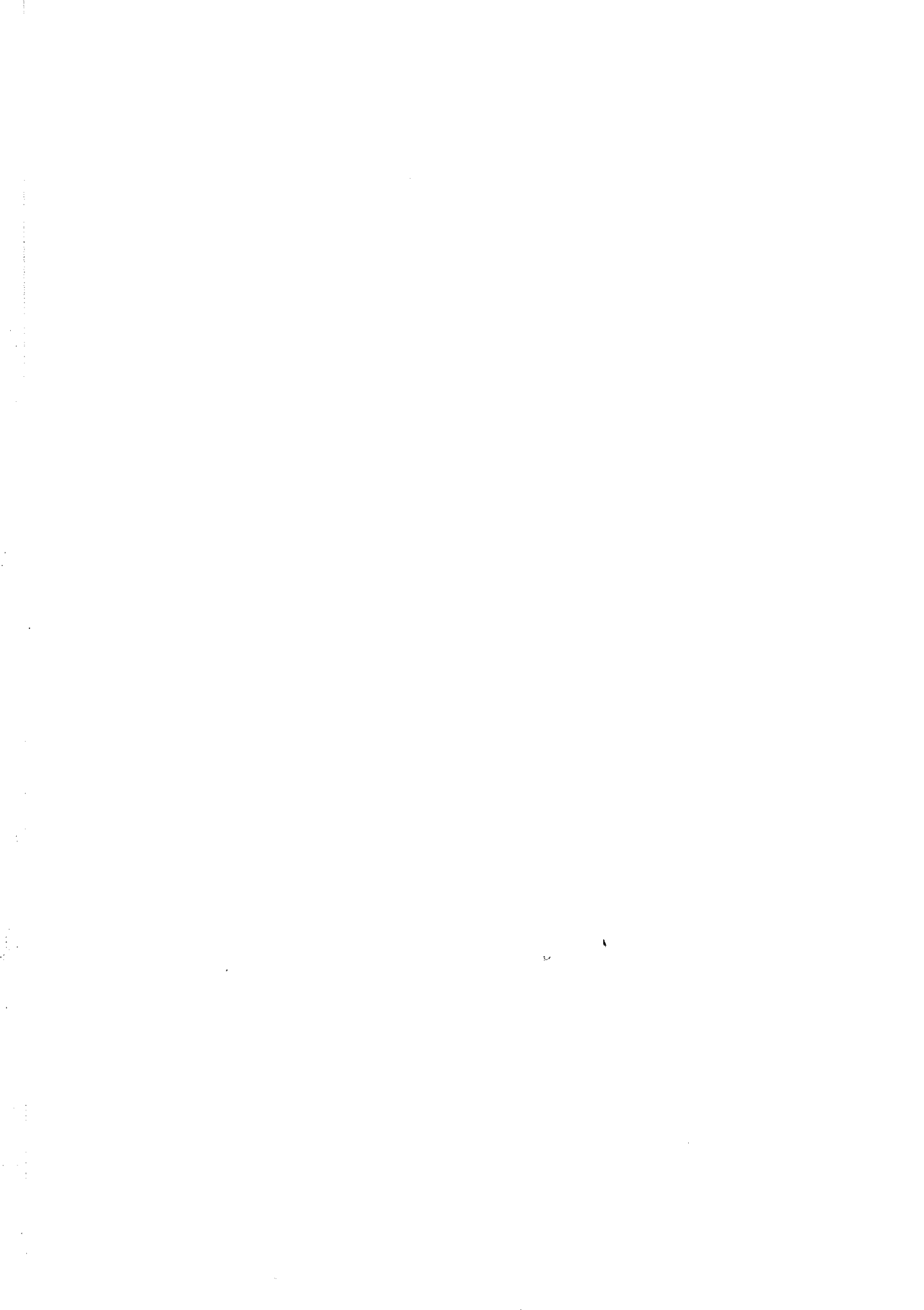
## VI. おわりに

以上、前思春期および思春期の青少年の自殺行動について、わが国の自殺既遂の実態、自殺願望と自殺企図の実態、自殺行動の背景をなしている自殺の直接動機と準備状態、実際の自殺行動の分類などについて検討した。ここでとりあげた三症例は、一応、自殺行動の深刻度に従って並べてある。しかし、個々の自殺行動の深刻度やその内的意味を介入の経過中に理解することは容易な作業ではない。この理解のためには顕在化した自殺行動の様式、推測される心理機制、基礎疾患としての様々な精神障害の有無、青少年に対する周囲の支持能力などについて、自殺行動や自殺願望の実態を念頭において総合的に評価する必要があるということを述べて今回の結論としたい。

## 文 献

- 1) 上里一郎, 大河内浩人: 子どもの自殺, 教育と医学34(5); 444-450, 1986.
- 2) 上里一郎: 現代社会と青少年の自殺, 上里編『青少年の自殺』所収, 同朋舎, 京都, 1988.
- 3) Brown, L.K., Overholser, J., Spirito, A., et al: The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 30; 95-99, 1991.
- 4) Eggers, Ch., Esch, A.: Krisen und Neurosen in der Adoleszenz. Kistler, K.P., usw.: Psychiatrie der Gegenwart 7 Kinder-und

- Yugendpsychiatrie; 317-347, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 1988.
- 5) 藤ノ木光枝, 北原隆子, 影山初子: 思春期の子どもの関心事. 思春期学6; 270-274, 1988.
  - 6) Holinger, P.C.: Adolescent Suicide: An Epidemiological Study of Recent Trends. *Am. J. Psychiat* 135; 754-756, 1978.
  - 7) 生田孝, 清水將之: 精神科外来を受診した青年期患者の死亡例に関する考察. 精神医学28; 679-685, 1986.
  - 8) 池田由子, 西川祐一, 成田年重他: 自殺未遂青少年の臨床的研究. 精神衛生研究27; 31-40, 1979.
  - 9) 池田由子, 西川祐一, 河野洋二郎他: 中学生の精神衛生に関する研究第一報 質問紙表による調査. 精神衛生研究28; 25-38, 1981.
  - 10) 稲村博: 子どもの自殺. 東京大学出版会, 東京, 1978.
  - 11) 北村陽英, 清水將之, 和田慶治他: 青年期自殺の未遂例と既遂例との比較. 精神神経学雑誌82; 121-131, 1980.
  - 12) 北村陽英, 和田慶治, 北村栄一他: 青少年自殺企図の縦断的研究. 精神神経学雑誌83; 372-385, 1981.
  - 13) 北村陽英: 青少年自殺の日独比較研究. 児童精神医学とその近接領域23; 124-137, 1982a.
  - 14) 北村陽英, 北村栄一, 井上洋一他: 青年期のうつ状態における自殺企図について. 児童精神医学とその近接領域23; 300-315, 1982b.
  - 15) 北村陽英: 自殺未遂. 上里編『青少年の自殺』所収, 同朋舎, 京都, 1988.
  - 16) 小林隆児, 牛島定信: ある女性アイドル歌手の自殺を契機に抑うつ状態を呈した11歳女児の1例. 精神科治療学4; 1295-1302, 1989.
  - 17) Miller, D.: *Attack on the Self*, Jason Aronson Inc., Northvale, 1986.
  - 18) 文部省初等中等教育局中学校課: 児童生徒の問題行動等の実態と文部省の施策について, 1989.
  - 19) 西園昌久, 安岡誉他: 手首自傷症候群. 臨床精神医学8; 1309-1315, 1979.
  - 20) 大原健士郎: 子どもの自殺. 臨床精神医学7; 673-679, 1978.
  - 21) 大原健士郎, 大原浩一: 子どもの自殺. 精神科MOOK 14; 252-261, 1986.
  - 22) 大原健士郎, 佐藤篤彦: 精神病に起因する自傷および自殺企図に対する救急処置. 精神科MOOK 20; 140-147, 1988.
  - 23) 太田昌孝: こどもの自殺. 精神科MOOK 16; 83-96, 1987.
  - 24) 太田昌孝, 永井洋子, 金生由紀子他: 児童・思春期の精神保健に関する研究. 厚生省「精神・神経疾患研究依託費」62公-3児童・思春期精神障害の成因および治療に関する研究平成元年度研究報告書: 21-56, 1990.
  - 25) Pfeffer, C.R., Zuckerman, S., Plutchik, R., et al: Suicidal Behavior in Normal School Children: A Comparison with Child Psychiatric Inpatients. *J. Am. Academy Child Psychiat.* 23; 416-423, 1984.
  - 26) Pfeffer, C.R.: *The Suicidal Child*. The Guilford Press, New York, London, 1986. (高橋祥友訳: 死に急ぐ子供たち. 中央洋書出版部, 東京, 1990.)
  - 27) Shaffer, D.: Suicide in Childhood and Early Adolescence. *J. Child Psychol. Psychiat.* 15; 275-291, 1974.
  - 28) Shaffer, D. and Fisher, P.: The Epidemiology of Suicide in Children and Young Adolescents. *J. Am. Academy Child Psychiat.* 20; 545-565, 1981.
  - 29) Shafil, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., et al: Psychological Autopsy of Completed Suicide on Children and Adolescents. *Am. J. Psychiat*, 142; 1061-1064, 1985.
  - 30) 総務庁青少年対策本部編: 昭和60年版青少年白書. 大蔵省印刷局, 東京, 1986.
  - 31) 総務庁青少年対策本部編: 昭和62年版青少年白書. 大蔵省印刷局, 東京, 1987.
  - 32) 総務庁青少年対策本部編: 平成元年度版青少年白書. 大蔵省印刷局, 東京, 1990.
  - 33) 牛島定信: 思春期女子の暴力的解決—手首自傷症候群—. 『思春期の対象関係論』所収, 金剛出版, 東京, 1988.
  - 34) 渡辺直樹, 二宮正人, 宿谷幸治郎: 中学生の行動様式の因子分析による構造分析—自殺願望をめぐる関係因子—. 児童青年精神医学とその近接領域29; 160-172, 1988.
  - 35) Weiner, I.B.: *Psychological Disturbance in Adolescence*. John Wiley & Sons, 1970. (野沢栄司監訳: 青年期の精神障害下巻. 星和書店, 東京, 1979.)
  - 36) 吉田浩二, 望月吉勝, 福山裕三: 北海道における未成年者の自殺に対する報道の影響に関する一考察. 日本公衆衛生雑誌36; 370-374, 1989.



## 成人期の自殺

吉松 和哉\*

### はじめに

わが国における年齢階層別自殺率は、元来世界の注目を集めるような特徴をもっていた。それは日本型といわれて問題になったが、このような状況は実はもう大分古いことになる。最近ここ十年近く、事態はすっかり変わってしまった。その変化の中心の一つが本主題の成人期における自殺率の増加現象である。そこで、ここに含まれている問題を分析しつつ、これについて考察を加えたいと思う。

### 第一章 昨年のわが国における自殺傾向と成人期

極く最近、警察庁から「平成2年中における自殺の概要」が発表された。これによると、近年の動きに引き続いて自殺者総数は減少傾向にあるという。ただ、老年期を中心にして、相変わらず成人期の自殺率の高さは目立つ。また、その原因、動機別にみると、「病苦」がもっとも大きな比率を占める。なお配偶者の有無については、「配偶者なし」の比率が上がってきたことが注目されている。ただ、先に触れた如く、実質的には全ての年齢層、また性別において、その自殺率は減少している。ただ、職業別にみると管理職の自殺数だけは増加

しており、この点は甚だ印象的である。このことは直接には職業と関連した問題であるが、年齢とも決して無関係ではなく、恐らく本題の成人期の自殺につながるであろう。以上の最近の統計的実態を踏まえて、本題について論を先へと進めることにしたい。

ところで、成人期を何歳から何歳までにとるかが先ず最初の問題になる。本特集号では年齢別に関して児童期、老年期とあわせ、この成人期が選ばれている。しかし年齢別に通してみても、当然青年期があり得るはずだが、これが省かれたのは何故であろうか。筆者の憶測の域を出ないが、最近わが国の自殺率において、青年期という時期がかつてほど特別の意味を持たなくなったという事実が何んらか関係をしているかもしれない。冒頭に触れたように、青年期に別して高い日本型自殺率パターンといわれていた時代のことを考えると、今昔の感を免れ難い。

それはともかくとして、年齢の幅を広くとれば、成人期はいわゆる中年期をも含めて、30歳から64歳位までとするのが妥当であろう。かつてに比べ、老年期は60歳からではなく、65歳からと数えられるようになった。これは勿論わが国において、急速に進行してきた高齢化現象の故であろう。

なお、中年期におけるライフサイクル上の問題点としては、1) 身体的衰えの自覚など各種喪失体験の連続、2) 社会的役割の変化、3) 人生の見直しなどがあり、さらには、4) 老いや死へ向けて人生の意味づけや、また5) 精神的内面的な課題として幼児的問題の解決を迫られることが挙げられている。そして近年のわが国社会の急速な変貌に伴って、6) 価値観の多様化や、7) 世代

Suicide in Adulthood.

\*信州大学医学部精神医学教室  
〔〒390 松本市旭3-1-1〕

Kazuya Yoshimatsu: Department of Psychiatry,  
Shinshu University School of Medicine



間の意識ギャップの問題、8) 技術革新など急速な高度管理化、情報化社会、そして9) 高齢化社会の実現、さらには10) 女性の職場への進出などが大きな意味をもち、当の中年世代、特に中年男性に多大の負担をかけている可能性がある。特に、喪失体験や人生の見直し、そして価値観の多様化やその大きな変化、また世代間の意識ギャップなどの問題や課題は、遠因としてこの男性中年世代の自殺率増加に深く関係しているであろう。

なお私見ではあるが、最近のわが国にみられるこのような高齢化現象は一面において中高年齢層の人々に対し心理的な負担になっているように思われる。すなわち、この年代の人々にとって、これから先さらに高齢へと多くの年数を生き続けなくてはならないという自覚を強いられる点で、色々な意味の負担を課すことになってはいないだろうか。このことは成人期の自殺に関しても、何んらかの影響を与えているものと推察される。

## 第二章 最近数十年のわが国における自殺傾向

ところで、公的統計資料からわが国成人期の自殺に関して、ほぼ終戦後に遡って今日に至るまで、その推移をやや詳しく検討することにしよう。全年齢層を含めた全体的な趨勢は、よく知られているように、昭和30年代前半を中心として、至って高い自殺率を示したが、その後一方向性に減少に向った。その底は、ほぼ昭和40年代前半にある。その後は上昇傾向を示し出し、昭和60年前後に著しく高い値を示す。なお、この際小規模ながら二峰性の増減を呈したことは印象的であった。その後は一転して減少傾向に向い、この傾向は今でも続いている(図1参照)。冒頭に述べたように、平成2年度の報告が最近出たばかりであるが、この全体の傾向については変りない。なお、以下男性を中心に考察する。

問題はこのようなわが国戦後における全年齢層を通じた傾向と比べて、成人期における自殺率の示す傾向がどうかという点である。この全年齢層のカーブともっとも似たパターンを示しているのが、30—34歳年齢階層のそれである(図2参

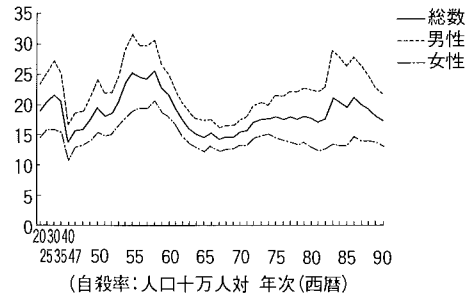


図1 わが国の自殺率推移(全体)

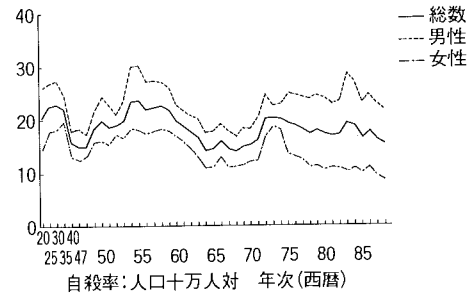


図2 自殺率推移(30~34歳)

照)。この層から上へと年齢を重ねるに従って、そのパターンはやや違った様相を呈してくる。もっとも異なったパターンを示すのは、40—44歳年齢階層あるいは45—49歳年齢階層のそれであろう。先に述べたような全年齢層で示した昭和30年代前半の上昇がここでは余り目立たず、むしろ昭和60年前後の上昇が著しい。この時期における自殺率の著しい上昇傾向は全年齢層のそれに通ずるが、昭和60年前後特に二峰性に著しい上昇を示すのは、50—54歳年齢階層において顕著に認められる(図3参照)。

すなわち、この50—54歳という年齢階層はこれまで指摘してきた戦後二つの高自殺率期に同期しつつ、昭和30年前半の高さがそれほどではないという形で、ややその程度を異にしながらも同じように高い自殺率を呈している。次の55—59歳年齢階層になると、それ以前の時期が随分異なったパターンを示すので、はっきりは言いかねるが、本質的には似た様相を呈しているといつてよいだろう。しかし、この傾向は次の60—64歳年齢階層になると、随分と異なり出し、さらに高年齢の自殺

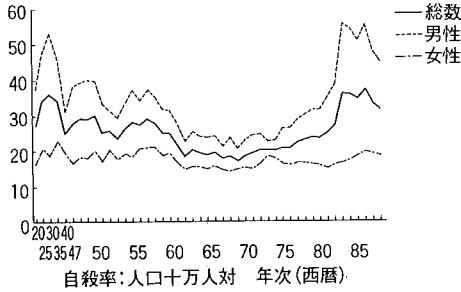


図3 自殺率推移 (50～54歳)

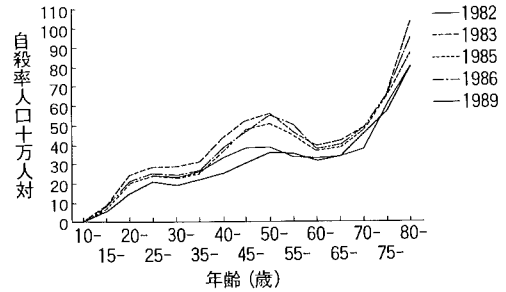


図5 各年次における年齢別自殺率推移 (男性)

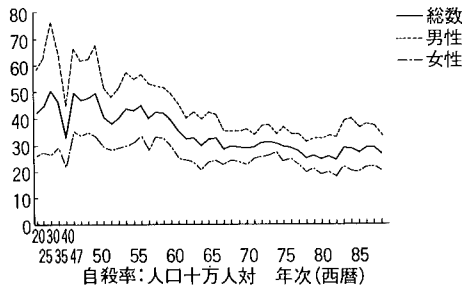


図4 自殺率推移 (60～64歳)

率に近づいていく(図4参照)。すなわち、昭和30年前後以降明らかに漸減傾向を示すか、あるいは最近小さな増減をみせながら、平坦傾向を呈する。

このように全体としてみると、自殺率そのものは最近でも未だ相当に高いものの、かつてと比較するとかなり低くなったといえるのではなかろうか。ただ、80歳を越えた年齢階層ではまた異なり、古い過去は至って高かったが、近い過去と比較すると近年また高い自殺率を示している。しかしこの変化は短い期間で増減を繰り返しているの何んともいえない。ところで、これまで述べてきた年齢階層と比較すると、すっかり様変りをみせているのが、29歳以下の年齢層における自殺率である。すなわち、かつて日本型といわれた青年期の高自殺率は最近すっかり影をひそめている。特に若い年齢層ほど、かすかなきざしを否定できないとはいえ、昭和60年前後の著しい自殺率上昇はほとんど認められない。あらためて、昭和30年代前半における若者の高い自殺傾向が何ゆえだったのかを問う必要があるようである。何故ならば、それ自体特筆すべき現象であるが、同時に後に述べるようなコホート研究的にみて、この自殺率増加

現象を担った世代自身の問題がこのことに関係しているかもしれないからである。というのは、かつて日本型といわれた青年期の高い自殺率を担った世代と、昭和60年前後に高い自殺率を示した世代が実は同じ生れ年に当たっている、すなわち同じコホート群だからである。これについては後程検討したい。

なお、夫々高い青年男性の自殺率と中高年男性のそれとの間で、かつて30-34歳年齢階層附近は比較的到低く丁度谷を形成していた。しかし、この傾向がはっきりしなくなり、今日につながるのはほぼ昭和58年(1983)、あるいは50年代後半のようにみえる(図5参照)。

次に自殺動機についてみることにしよう。成人期にしぼってみると、そこに性差の存在が認められる。男性において成人期に目立つのは既にふれたように「病苦など」、「精神障害」、「経済・生活問題」、「勤務問題」などであり、他の年齢層との比較という点からみると、この年齢層では「経済・生活問題」が目立って多くなってくるのが印象的である。このように動機別にみると、成人期の自殺には一定の特徴があり、他の年代と相当に異なる傾向をもっていることがわかる。すなわち、特に成人の男性において「経済・生活問題」や「勤務問題」など、金銭や仕事にまつわる悩みが自殺の動機になっていることが多い。

しかも、近年昭和60年前後男性の自殺率が再上昇した時、その動機の中で「経済・生活問題」の占める比率がほぼ平行して急上昇したことは注目し値する<sup>5)</sup>。その後このような高い比率は示されていない。なおこの点をより詳しく検討するために、成人期あるいは働き盛りの40-49歳年齢階層

におけるそれをみると、昭和58年（1983年）から平成2年（1990年）までの間、自殺の動機としての「経済・生活問題」の占める比率は順次、以下のように推移している。すなわち、29.9%、27.7%、23.2%、16.1%、20.0%、15.9%、14.3%、13.0%である。なおこの「経済・生活問題」の比率がもっとも高いのは、全ての年齢階層のうちで特にこの年齢層に当てている。これ以前の時代の資料が手元に得られないので、詳しい比較ができないが、それ以前の資料として、昭和49年（1974年）、30—49歳年齢階層における8.5%という数値が提示されている。ここでは統計の組み立て方がそれ以降とやや異なっており、年齢の幅が若い方に広がっていることと、不祥が29.2%もあるので正確度の高い比較はできないが、ある程度の目安を立てることはできよう。これらの資料を総合的に見通すと、この時期における成人期の高い自殺率は、その動機として「経済生活問題」が深く関与していた可能性が強くなる。そしてそれはさらに、同時期の経済成長率の動きを参考にすると、この「経済・生活問題」には現実社会の経済不況が深く関係していた可能性が十分考えられる。すなわち、わが国の経済動向と密接な関連性をもちながら、特に成人期の自殺率が今日まで推移してきているという事実のあることである。実際、当時サラ金の返済に苦しんで、自殺を遂げたという記事が新聞紙上に随分のつた。

なお先に、過去に遠く遡って上げた昭和30年前後における自殺率上昇の時期は、わが国の社会経済環境として、いわゆる戦後民主主義の時代から日米安保の時代、現在の高度経済成長時代へとつながる、大きな変換をとげつつあった頃だといえよう。また、昭和60年前後の時期も以上の点からみれば、特筆すべきことがあるように思われる。すなわち、この時期は経済成長には限界があることが強調されるようになり、実際いくつかの経済ショックを経て、低経済成長時代へと入っていった変わり目である。そして多くの不況倒産が発生していた。このように戦後経験してきた二つの高自殺率を示した時期は、いずれも日本の社会経済構造の大きな変革期に当たっていたといえよう。特に、成人期の自殺は青年期のそれとは違って、

至って現実的といえる厳しい時代的社会経済背景を条件にして起こってきたといえる。そのような点では、かつてデュルケムがとなえた説と合致する。ただ、時代状況だけが全てを決定しているのではないことは後にみる如くであり、この点をここでは強調しておきたい。

なお、自殺手段についても確かめておこう。これについては男女ともに、「縊首、絞首」がもっとも多く、「薬物、毒物」、「ガス」、「飛降り」、「入水」となるが、二番目以降は男女差がある。すなわち男性では「ガス」、「薬物、毒物」、「飛降り」、「入水」となるが、女性では「薬物、毒物」、「入水」、「飛降り」、「ガス」となる。特に女性における「入水」の比率の高さが目立つ。なお、成人期の全体の傾向は全年齢を通した傾向によく似ている。逆にいえば、思春期・青年期では「飛降り」が目立って高く、また老年期では「縊首、絞首」の比率が一層高くなっている。よく指摘されるように、成人期の自殺手段は、成功率の高い方法が選ばれやすく、それがこの資料にもあらわれている。なお、「入水」は女性でよくみられるが、これは必ずしもわが国だけの特徴ともいい難い。

### 第三章 自殺率の地域差

ところで、わが国の中でも地域によって年齢階層別の自殺率カーブは相当に異なっている。この点の検討も示唆的であるように思う。ここでは男性の自殺率を中心に考える。例えば、昭和60年における東京都区部（人口10万人対21.4人）と全国的にもっとも自殺率の高い県である秋田県（人口10万人対47.1人）を比較してみよう。前者は日本全体の自殺率の示すカーブに似ているが、ただ青年期のそれと老年期のそれが低いことが目立つ。これに対して、後者では青年期と中年期の自殺率の高さが目立ち、甚だ印象的である。この傾向は自殺率の高い他の県においてもほぼ同様にみられる現象である。すなわち成人期に限れば、全体で高い自殺率を示す地域においては、この年齢階層でも高い値を示していることがわかる。この事実は全体の自殺率を押し上げている何んらかの社会経済的要因が成人期の高い自殺率に直接的に関与

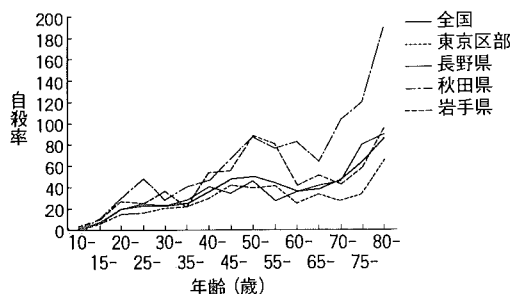


図6 地区別にみた自殺率(1985年:男性)

している可能性を思わせる。なお、中年期と老年期とを比較すると、同じく全体に高い自殺率を示している県でも、大きく二つのタイプがある。すなわち、中高年が総じて高い自殺率を示す県と中年が特に高い自殺率を示すようにみえる県の違いである。先の秋田県に比べれば、岩手県はそれ以降の年齢の自殺率が比較的低いため、特に中年期における自殺率の高さが目立つ。

この点をさらに検討しよう(図6参照)。東京区部は多少の増減はあるものの、全体の傾向は全国のそれとほぼ平行している。長野県のそれも、ほとんど全国平均に等しい。むしろ東京区部は、高齢者の自殺率の低さが印象的である。これに対して、秋田県と岩手県を比べると、前者では高齢者の自殺率が著しく高いのに比し、後者ではそれが比較的低いために中年層の自殺率の高さが著しく目立っている。これを岩手県における中年層の厳しさととるか、あるいは秋田県における高齢者の厳しさととるか、他の資料をも参考の上で十分に検討する必要がある。

#### 第四章 諸外国との比較

ところで、以上みてきたようなわが国における現象が世界の諸外国でもみられるであろうか。まず、WHOによる自殺統計をのぞいてみよう。最近の統計によると、かつての日本型といわれたような青年期の高い自殺率を示す国は現在手元の資料による限りどこにもない。年齢階層別にみると、概していわゆる成人期に至ってその自殺率が上がってくることが多い。老年期になると、さらにその値が上昇するという傾向は全ての国において

認められる。ただ、これは男性に限っていえることである。なお、50歳前後の年齢層で小高い山を形成するのが、日本のみならずハンガリーやフィンランド、さらにはスウェーデンでもみられる事実は大変に興味をひく。また、アメリカにおいて、白人と違って非白人が30歳前後に自殺率のピークをもっていることは重要な所見であろう<sup>12)</sup>。すなわち、以上挙げてきた国々はすべて先進国だからである。なお、布施<sup>9)</sup>は最近、青年期における一過性の自殺率上昇傾向を東アジア型と規定し、その特徴としている。また以前より、加藤<sup>8)</sup>は以上のような青年期の高い自殺率傾向を発展途上国の特徴とした。そうだとすると、わが国も発展途上国あるいは東アジア型を脱して、先進国の仲間入りをしたことになる。これは甚だ重要な内容を含んでおり、その詳細な検討が必要であろう。

#### 第五章 現代中年世代の自殺について

次に、成人期のうちでも特に現代中年男性世代の自殺について少し立ち入った検討をしたい。このことは前に述べた問題をさらに詳しく検討することになる。

なお、ある時代にある年齢層で特に高い自殺率を示した場合、そこにいくつかの理由が想定できる。まず一つは、その時代が自殺率を高めるような社会経済要因をもっていた場合、二つには、その年齢層がいわゆるライフサイクル上、心理的さらには生物学的危機に当たっていた場合、そして三つ目として、その年齢層が一つの世代グループとして、すなわちコホート群としてある脆弱性を抱えている場合である。恐らく実際はこの三つの要因が複雑に絡むのであろうが、どこに注目するかは大切である。

ここで同じ生れ年の人々のもつ問題性、すなわちコホートの視点から考察を進めたい。先にも触れた如く、現在の中年世代、特に昭和ヒト桁後半生れの世代は、昭和30年前後に20歳代を迎えている。そして昭和60年前後に、丁度約30年たって50歳代、すなわち中年期にあった。しかもこれまで繰り返し述べてきたように、戦後わが国における自殺率の著しく高い時代とは、今挙げた二つの

時期であり、同時にここで取り上げた世代が夫々二つの時期の自殺率を高めたことがわかる。すなわち、二つの時期の高自殺率を担った世代とは、同じ生れ年、すなわち同じコホート群なのである。そこで問題は、何故この昭和ヒト桁後半生れ群が特に注目すべきこの二つの時期に常に高い自殺率を示し、わが国の自殺率を押し上げてきたかという点である。

我々のこれまでおこなってきた調査研究<sup>8-10)</sup>によると、このコホート群はわが国の歴史的変転と関係し精神的にみて、特別な脆弱性をもっていることが想定できた。それは先ず、この世代が夫々の大切なライフサイクルに沿って、日本の大きな歴史的転換期を経験していることである。恐らくこれと関係するのであろう。この世代の性格傾向には特徴のあることが判明した。それは以下の調査結果による。

我々はこれまで述べてきた点に注目して、年代別に性格傾向調査を続けた。特にこれまで執着気質やメランコリー性格といわれた、いわゆるうつ病親和性性格傾向を取り出して、「うつ病親和性性格傾向 (DRP) 尺度」をつくり、これをスケールとして、某町民を対象に調査をおこなった<sup>10)</sup>。その結果は50歳代男性群でもっとも高い値が出た。すなわち、今問題にしている昭和ヒト桁後半世代あるいはこのコホート群を中心に、うつ病親和性性格傾向がもっとも高く出たのである。しかし、ZungのSDS、いわゆるうつの傾向そのものは、この世代全体としてむしろもっとも低かった。以上の所見をまとめると、この世代は順調な時には会社人間や働き蜂、あるいは猛烈社員といわれるように、自覚的にも張り切って働くのであろう。しかし一旦逆境に陥ると、うつ病に傾きやすくなるのではなからうか。そして、うつの状態と自殺の関連性はこれまでによく指摘されてきたところである。

しかし、我々は臨床場面にあらわれない自殺患者の事情を知ることがほとんどない。ただ、報道情報や関係者からの事情聴取の機会があると、その一端に触れることはできる。この点については、後程考えたい。

## 第六章 成人期女性の自殺について

ここまでは専ら成人期でも男性を中心に述べてきたので、ここで焦点を女性に移して考察することにしよう。上にみてきた如く、女性では男性にみられるような成人期の特別な自殺率上昇が認められない。一般に、女性の自殺率は男性のそれと比較して、常に多少とも低い。そして、この成人期において男性が自殺率上昇を示すのに、女性の自殺率はこれに平行した動きを呈さないのである。それは自殺の動機とも関係していよう。すなわち、女性では自殺動機としての「経済・生活問題」が男性ほど負担としてかかってこないことと関連している可能性がある。逆に、男性でそれほど問題とならなかった「家庭問題」が重要な動機の一つになっている。ここで、社会における男女の役割の相違が歴然とみえてこよう。このことは、自殺の本質的問題とつながるに違いない。なお、この間の事情はうつ病の発病状況で性差があり、男性では主に職場の問題が、女性では家庭における人間関係や妊娠、出産などに関連した問題が契機となっているという事実とどこかでつながっていよう。

ところで、元来どこの国でも、女性の自殺率は男性のそれに比べて低い。ところが、わが国では女性が老人期において諸外国にみられないような高い自殺率を呈している。この事実は特筆に値し、随分前から注目を浴びてきており、これについてはいくつかのことが言われてきた。しかし、本成人期では他の国々とほぼ歩調を合わせたような様相を示している。例えば、韓国とも似たような様相である。ただし、韓国における青年期と中年期における自殺率の関係は、男女ともにかつてのわが国にやや似たところがある<sup>7)</sup>。この点については、先に触れた点につながろう。かつての日本型が発展途上国全般に通ずる特徴であると指摘したのは加藤であった。

なお、女性の自殺として特記すべきは、心中である。これについては、親の自殺と親による子供の他殺と称するのが正しいとする学者もあり、微妙な問題を含むが、ここではこの点についてこれ

以上触れないこととする。ここで取り上げたいのは、母子心中における母親の年齢である。母子心中における母親の年齢は概して、20歳代後半に多く、次に30歳代前半であって、40歳以上は至って少ない。心中の性格上、成人期後半にはほとんどないといってよい。こうして、20歳から30歳代にかけてが母子心中の危険年齢であることがわかる。しかし、父子心中や一家心中になると、父親、母親共にもっと高年齢に傾いていく。

## 第七章 臨床からみた成人期の自殺

以上、統計的資料から成人期自殺について考察したが、個別の自殺事例に当たる機会に至って少ない。新聞記事や偶然の機会、あるいはその方面の専門家から見聞いたことなどがその数少ない機会になる。臨床家として、より接する機会が多いのは、救急外来や精神科医療施設それ自体における臨床経験であろう。最後に、これらの機会から得た所見を想起しながら、主題について考えたい。

精神科医療に関係することなしに、自殺例として扱われる場合がある。このような場合の成人例は以下の如き特徴を示すことが多い印象を受ける。事例は企業の間管理職、工場長である。仕事上、いくつかの難しい問題を抱えてはいたが、それまで張り切った仕事ぶり、家人はもとより職場の人間にも一切悩みや弱音を洩すことはなかった。ところが、ある時工場の屋上から飛び降り自殺をした。遺書はなかった。後で残された人間が省みると、仕事上大分苦勞をしていたことが想像された。近年時折、テレビや新聞紙上で問題となる要職あるいは中間管理職の自殺事例の場合、遺書の残っていることがある。そこには、企業の問題を自分にかぶり<sup>3)</sup>、自分の至らなさを反省すると共に、どこかで職場の方針に反省を促している点があるように思う。

なお、一般にこれらに共通している点は、余程つらい心境にあったろうが、それを周囲の人にほとんど洩していない事実であり、周囲の人も事件がおこって大変なショックを受けると共に、はじめて本人の苦衷をはるかにしのぶという場合が多い。ここに、現代中年男性による自殺の一典型例

をみる思いがする。すなわち、このように全てを自分一身に引き受け、最後の瞬間までその姿勢を変えないことなく、その悩みを洩したり愚痴をいったりすることをいさぎよしとしないあり方であるが、それはこの年代の倫理意識の故なのだろうか、あるいは美意識によるものなのだろうか。

ところで、医療の立場あるいは精神科的立場からは、どのような像がみえてくるだろうか。よく知られているように、精神疾患のうちではうつ病がもっとも自殺率が高い。次に神経症、それから精神分裂病あるいはアルコール障害と続く。なお、ここでいう神経症には抑うつ神経症が入っており、これが占める比率が恐らく高いであろう。

ここで精神医学的臨床例を引きながら、成人期の自殺について考察を重ねたい。思春期の境界型人格障害患者が試みる自殺企図とは違って、成人期の患者は一般的に決定的な手段をとって、自殺を執行しようとする。もっとも、よくみられるのはうつ病の患者であろう。勿論、初回の内因性うつ病の場合も十分あり得るが、実際に臨床場面でよく遭遇するのは、遷延性うつ病患者や再発を繰り返してきたうつ病患者ではなからうか。うつ病そのものの苦痛に併せて、職場や場合によっては家庭を含め、社会的責任が十分果せないことを苦痛に思い、遂に自殺という手段を選ぶという場合が考えられる。今述べたように、社会的責任をもった立場であることを十分承知した上で、その社会的責任を放棄しようとする点で心理的な追い詰められ方には著しいものがある。先に述べたように、遷延例と再発例、さらに治療医の方でもう大丈夫と少し手を緩めた時、患者は孤立無援感とこれまでの苦勞が徒勞に終わった感じ、また今後も同じような苦痛を体験するのは耐えられないとの絶望に近い心境に至るのではなからうか。

この年齢層において、かつてに比べおそらく増加しているだろう自殺は精神分裂病によるものである。近年みられる精神医療の構造上の変化、およびいわゆる軽症化の問題などが、精神分裂病の急性期ではなく、慢性期あるいは社会復帰の時期に自殺を増加させる要因となっていよう。精神分裂病発病に伴う想像を絶する先行き不安ではなく、むしろ社会復帰を前にして現実の厳しさに直面し、

この世を生き抜いていく自信をもてずに、自殺を選ぶという場合が臨床的に増えているように思われる。特に、社会復帰過程で順調に社会生活が動き出さず、数回の入退院を繰り返し、何回目かの社会的挫折を経験した時、徒労感に襲われて自殺を企図する場合がある。ここで、どの程度分裂病体験が関与しているかは、不明のことが多い。ただ、やがて不気味体験や妄想気分が発展するような掴みどころのない不安感に襲われていることも臨床的には考慮に入れる必要がある。しかし、病気によって多くの困難を抱え込んでいるとはいえ、先にみてきたような成人期一般に認められる自殺要因と本質的に変らない面も同時に抱えていることを考えるべきであろう。成人期とは、一人の社会人としてこの現実社会を生き抜いていく課題を課せられ、またライフサイクル上の危機に直面しては、そのことを非常に重く感ずるものなのだろう。

他方、精神分裂病との関係では余り病的とは思えない自殺事例もあり得る。長い治療歴があり、時に症状に動揺があるものの、その社会生活を崩すほどのことはない。治療者との信頼関係は相当に深く結ばれていたと言ってよからう。しかしある行為が直接の誘因になる。自らがとった行動とはいえ、後になってそれをいたく恥じた。自ら恥と規定する行動をとった自分を罰し、遂に死をもってそれをつぐなうために自殺した。その内容を誰も知らないものの、当人にとっては自ら責められるその負い目をおって生き続けることが余程耐え難かったのであろう。中年から初老にかけて年齢ならでの心情であると思われた。ここには成人期という年齢のみではなく、恥を大切にすることの人の人格と生れ育った環境の影響が強く反映していることが想像された。さらに、この世代のもつ潔癖な倫理感が影響していたかもしれないと考えるのである。

#### おわりに

以上のように、わが国における成人期の自殺は、近年比較的高い率で推移し、社会的な注目を引いてきた。ただ、極く最近はその高まりも一時ほど

ではない。ただ、職業別では管理職においてのみ増加がみられることが、平成2年中における自殺の概要として報告された。その動機では、成人男性において「経済・生活問題」が目立っている。

精神科臨床場面における自殺例は一般に成人期の患者が多い。なお年齢比較では、疾病別で精神分裂病に比べ、うつ病においてやや年長に傾く。上記以外では、抑うつ神経症を含めた神経症とアルコール障害が大きな部分を占める。このような事実は最近の精神科医療におこっている変化を反映していよう。

全体として、成人期の自殺の一つの特徴は、追い詰められた心境にある時、自分一身に問題を引き受け、それ以降の生の苦しみを断つためになされることが多い。しかも、周りの人の予想を越えた形で突然企図される。その自殺決行心理を憶測すると、そこには倫理的あるいは美的意味がこめられており、死をもって自分の所属していた職場、さらには社会に何かを訴えようとしている如くに思われる。(なお、公的資料は警察庁保安部防犯企画課による「(……)年中における自殺の概要」、および厚生省大臣官房統計情報部による各年の「人口動態調査」、また「自殺死亡統計」などによった。)

#### 文 献

- 1) 稲村博編：中高年の自殺。同朋舎出版、京都、1990。
- 2) 稲村博：自殺—最近の動向。懸田克躬他編集：現代精神医学大系、年刊版'90。pp. 377-387, 中山書店、東京、1990。
- 3) 布施豊正：自殺と文化。新潮社、東京、1985。
- 4) 布施豊正：自殺学入門—クロス・カルチュラル的考察。誠信書房、東京、1990。
- 5) 平田豊明、岩崎康孝：壮年期男性の自殺行動—自殺未遂症例にみる経済要因—。社会精神医学13: 283-289, 1990。
- 6) 加藤正明：自殺をめぐる諸問題。春原千秋編集企画：精神科MOOK16自殺。pp. 1-10, 金原出版、東京、1987。
- 7) Lee, Ho-Young: Suicide in Korea, Socio-cultural Perspectives. Proceedings of The Second Cultural Psychiatry Symposium Between Korea and Japan: Suicide in Korea

- and Japan. pp. 3-26, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1988.
- 8) Yoshimatsu, K.: Suicide in Japan from the Viewpoint of Social Psychiatry. Proceedings of The Second Cultural Psychiatry Symposium Between Korea and Japan: Suicide in Korea and Japan. pp. 37-61, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1988.
- 9) 吉松和哉, 三宅由子, 尾崎新他: 現代中年男性世代の生活意識と戦争体験. 社会精神医学9: 66-73, 1986.
- 10) 吉松和哉, 箕口雅博, 三宅由子他: 性格傾向の世代間相違について—「うつ病親和性性格傾向尺度」(DRP) を用いて—. 社会精神医学12: 90-97, 1989.





## 特集◆わが国の自殺◆

## 老年期の自殺

大塚 俊男\*

抄録：平均寿命の延長に伴って、老人人口の増加ばかりでなく、老年期間が延長し、老人はさまざまな危機に遭遇する機会が多くなってきている。

老年期は生物固有の老化現象が生じ、心身機能の衰退とともに、老人を取り巻く家庭・社会的な環境状況が、老人の心理に種々な形で影響を与え、葛藤や危機感を生み、しばしば自殺傾向を形成し、そのため自殺に発展することも多い。とくにわが国では、老人の自殺が多いと言われている。

そこで老人の自殺の統計、自殺の原因、動機、自殺手段、自殺の心理と危機などについて述べ、最後に自殺予防としての自殺徴候への注意深い配慮、危機介入の必要性を、また老人への精神保健上からの社会対策の必要性を強調した。

精神保健研究 37 ; 33-39, 1991

Key words: crisis intervention, old age, suicide

## 1. はじめに

平均寿命の延長に伴って、中年期と同様に老年期間の延長に伴い、老人はさまざまな危機に遭遇する機会も多くなったといわれる。また思春期、成人期はライフサイクルの上では、発展—拡大の時期であるが、初老期、老年期はその発達の頂点を過ぎ、衰退—縮小の過程を歩むことになる。

そして生物固有の老化現象が生じ、心身機能の衰退とともに老人を取り巻く家庭的、社会的な環境状況と、その置かれた立場は老人の心理にさまざまな形で影響を与え、ときに不適応を起すような変化をもたらし、葛藤や危機感を生み、老人特

Suicide in Old Age.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Toshio Otsuka: Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

有の心理を形成する。

またしばしば自殺傾向を形成し、自殺に発展することも多い。とくにわが国では老人の自殺が多いと従来より言われている。

そこで、ここでは老年期の自殺について概観する。

## 2. 老人の自殺の統計

厚生省報告の「自殺死亡統計」<sup>1)</sup>をもとに、わが国の自殺率を眺めると、図1の如くである。かつてのわが国の自殺率は、青年期と老年期に高いことが特徴であった。それが統計的にみると、昭和40年代から年々青年期の自殺率が減少してきているのに反して、男性の壮年期の自殺率が高くなってきている。しかし老人の自殺は、やや減少傾向ではあるが引き続き高率に経過しているという特徴がみられる(図2)。

老年期の世界各国の自殺曲線には、大別して二つのタイプがあるといわれる<sup>2)</sup>。一つは、加齢とと

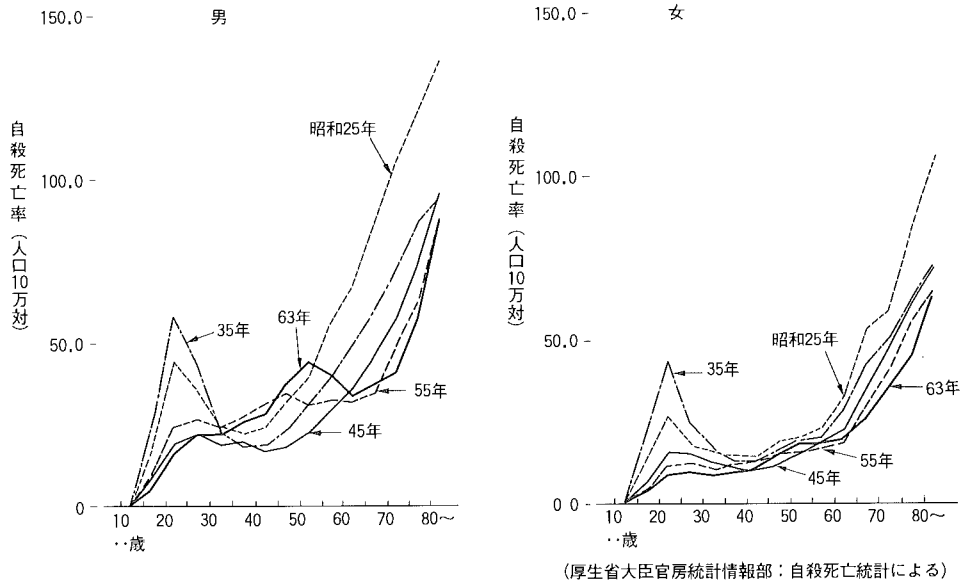


図1：性・年齢（5歳階級）別自殺死亡率の年次比較  
—昭和25・35・45・55・63年—

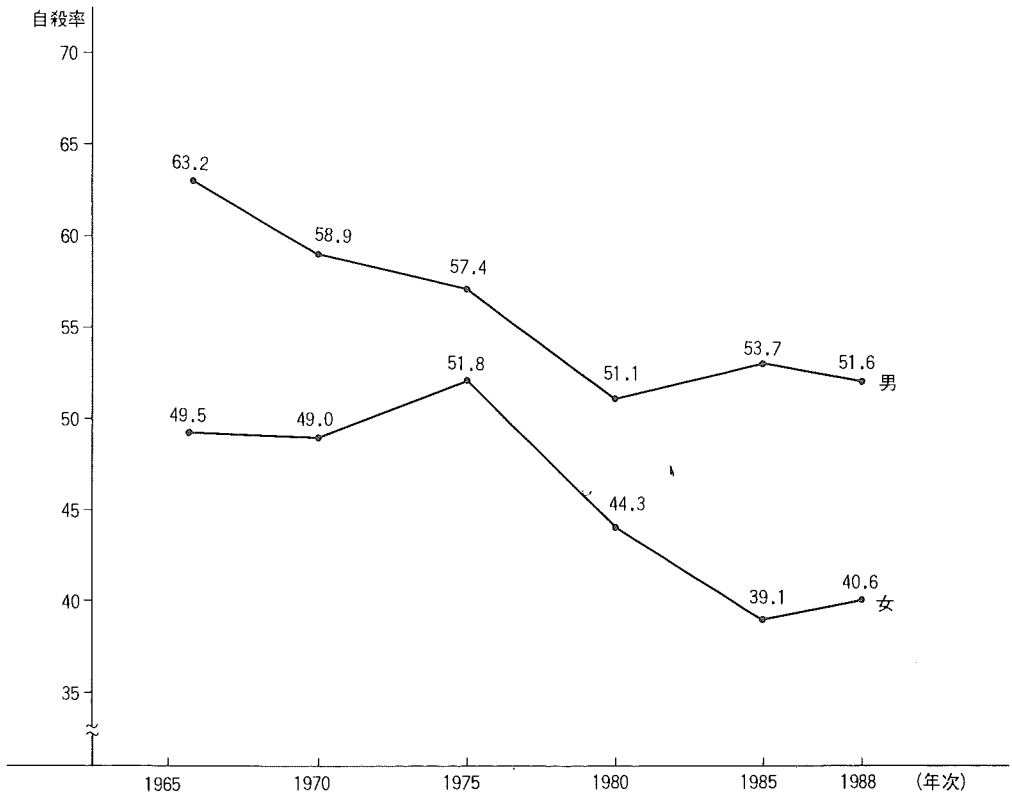


図2：老人（65歳以上）の自殺率の年次比較

もに自殺率が高くなるタイプであり、もう一つは加齢とともに増加するが、65歳前後には減少するタイプである。日本は、ドイツ、オーストリア、フランス、スイスと同様に前者のタイプであり、65歳以上の年齢段階では、年齢が高くなるに従って、自殺は上昇してきている。また性別では、女性より男性の方が自殺率が高い傾向(1.3倍)がみられている。

老人の自殺率について、世界7カ国との国際比較をしてみると図3の如く、わが国の老人の自殺率は他国に比べて、高率を示している。男性はむしろ低率の方であるが、とくに女性老人ではかなり高率を示し、世界の中でハンガリーに次いで高率な国となっている。75歳以上では、その差は更に開いている。このように女性老人の自殺率の高いことが、わが国の自殺の一つの特徴といえる。

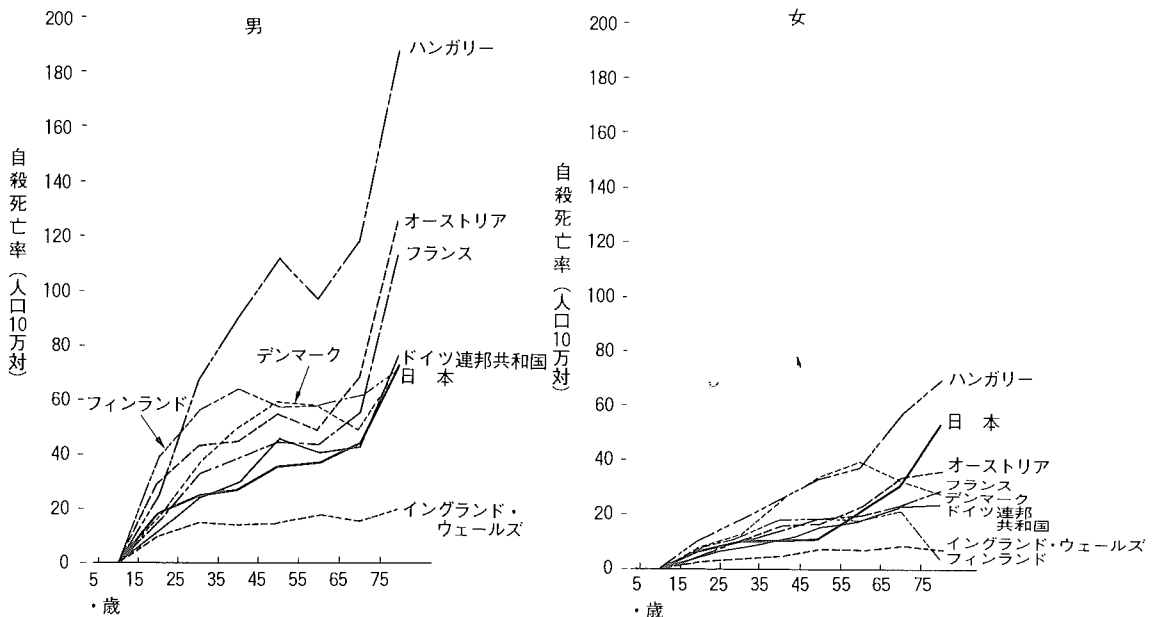
### 3. 自殺の原因・動機と自殺手段

直接動機では一般に、男性では仕事上の問題、

社会的な問題が多く、女性では家庭内の問題(配偶者との葛藤、嫁姑問題、配偶者や家族との死別、経済問題など)が多く、老人では身体疾患も動機の原因となると言われている<sup>3)</sup>。そこで老人の自殺の原因について、警察庁(平成元年度)の資料を眺めてみると、65歳以上の自殺者の原因・動機の第一は病苦等であり、全体の75.0%を占め(男性74.4%,女性75.5%)、ついで家庭問題8.5%,アルコール症・精神障害6.6%,経済生活問題1.3%,勤務問題0.2%,男女関係0.2%,その他6.8%,不詳1.4%の順であり、老人では病苦が自殺の原因・動機として最も多く、全体の3/4を占めている。そしてとくに性差はみられていない。

この病苦等について警察庁の統計資料では、内容が示されていないため、どのような疾患か不明であるが、上野ら<sup>5)</sup>による東京都監察医務院で扱った2年間の事例分析では、高血圧症、心疾患、癌などの疾病が挙げられている。これらの疾患は、痛を除けば死に迫った苦痛や苦悩を伴うものではない。

一般に自殺が生じる場合には、自殺傾向(自殺



(厚生省大臣官房統計情報部：自殺死亡統計による)

図3：性・年齢(10歳階級)別自殺死亡率の国際比較

の準備状態)が生じ、それに直接動機が加わって自殺が発現するといわれ、自殺遂行の可能性は、両者の関数であるという<sup>2)</sup>。たとえ一方の比重が低くても、他方の比重が高ければ、自殺は遂行されるといわれている。そして自殺傾向とは精神的に不健康な状態であり、臨床的にはうつ状態とか神経症状態と診断される心理状態であるといわれている。この場合自殺傾向を形成する要因には、三つの要因があり、老人の危機となりうる要因とも置き換えられるものである<sup>3)</sup>。

第一は、社会的、家庭的、環境的な変化である。

老人を取り巻く社会変動や環境の変化、個人の問題としての定年退職、転職、配偶者や親しい人との死別、子供の自立による家長的地位の喪失、子供の結婚、嫁婿との不和、配偶者との不和、収入の減少などが自殺傾向を形成するものと考えられる。

配偶者の有無を取り上げてみると、配偶者関係別にみた自殺では、厚生省の「自殺死亡統計」(昭和60年)による自殺死亡率(人口10万対)では、60歳以上の男性は、有配偶者の37.1に比して、未婚125.9、死別110.9、離別113.7で、配偶者の無い者の自殺率は有配偶者に比べて約3倍の高率を示している。また女性では有配偶者の22.7と離別25.7に対して、死別43.5、未婚52.3と約2倍の高率を示し、男女とも有配偶者は自殺が少なく、死別、離別(男性は未婚が最も高率)が、自殺と大きな関連を有している。このように配偶者の無いものの方が自殺率が高いことは明らかである。しかし配偶者の無いものは、孤独でそのために自殺者が多い、というように単純には割りきれない問題がある。上野ら<sup>5)</sup>の調査では、家族と同居している老人の方が、一人暮らしの老人や夫婦二人暮らしの老人より自殺の多いことが示されている。その理由として、孤独よりも家族と同居していても家族から疎外されることの方が、むしろ自殺の大きな原因となると指摘している。

第二は、疾病の罹患である。

とくに精神障害の罹患である。そのうちでも、とくにうつ病、うつ状態が最も多いものである。老年者のうつ病では、精神運動制しが軽く、不安、焦燥感が強い状態(激越性うつ病)、心気念慮に強

く悩まされる状態、罪業妄想、心気妄想等の妄想が前景にでて、苦しむ状態などがあり、自殺傾向を形成しやすく、とくに第一の場合のような激越性うつ病では、自殺の危険が高い。またうつ病の初期や回復期に自殺の危険が高いことは言うまでもない。

また痴呆の老人は一般に自殺には関係ないように考えられるが、初期において自分の精神機能の低下に苦悩するため、自殺がしばしばみられると言われている。しかしむしろうつ状態を合併することのためと考える方がより妥当と思われる。

アルコール依存症では、既に「慢性自殺」と指摘されているように<sup>7)</sup>、ときに自己破壊傾向の顕在化により自殺を起こしたりする。また一般に、自殺の危険はあまり言われていない神経症でも、老人では抑うつ状態を伴ったり、心気症の病型で長期間くよくよ悩んだり、あるいは性格の歪みに加え、家族との間の対人関係に問題のある場合に、しばしばみられる。

第三は、心理的な要因である。

これには孤独の問題が第一に挙げられる。一人暮らしのためさみしさという孤独、いわゆる物理的な孤独ではなく、心理的な孤独である。すなわち家族と同居しながら、家族から冷たい仕打ちを受け疎外されていると感じ、そのさみしさからの孤独であり、とくに期待していた子供への依存が阻止された時などは打撃が大きく、これが自殺傾向の形成の要因となりやすい<sup>8)</sup>。同時に家庭以外の場での対人関係の不和による心理的打撃も大きい。また性格的には、凡帳面、真面目、自尊心が高い、身体の健康に関心が強い性格などは、病気や家庭問題を抱えた場合に、自殺傾向を生み易い印象を受ける。

以上述べたそれぞれの要因は、自殺傾向を形成する要因となると同時に、直接動機となることもある。自殺の動機は、前述の厚生省の自殺の統計資料では病苦が全体7割以上を占めているが、Weiss<sup>10)</sup>によれば、老人の自殺の動機は、慢性の身体および精神の疾患、家庭問題(対人不和)、収入のないことによる経済問題が主であると述べている。また上野ら<sup>5)</sup>は、本当に病苦を動機にしているものは非常に少なく、癌を除けば高血圧、癌ノイ

ローゼ, リューマチ, 神経病など死に迫った病苦, 苦悩は少ないもので, 動機はむしろ老人に対する家族の対応の冷たさと, 家庭問題に潜んでいると述べている。

このように病苦の他に, 家庭的, 社会的, 環境的要因などが, 自殺に大きく関与していることは確かである。とくに老人では無配偶者, 病苦に伴う経済上の問題, 病苦に加えて置かれた環境上の問題, 家族との人間関係の問題は, 自殺に追い込まれる要因となることが多く, 自殺前に結果として, うつ状態にある場合が多いように思われる。

また最近老人夫婦の心中を示す形の自殺も増加してきている<sup>11)</sup>。配偶者の一人が, 慢性疾患でねたきり状態であったり, 身体疾患に苦しんでいたり, 痴呆性老人であったりなど, 介護する配偶者が介護に疲れた状態に置かれた時, 心中の形をとる場合もしばしばみられる。また, 老人の自殺は, 配偶者の命日や老人の日などに, 起こしたりすることが多いといわれている(記念日自殺anniversary suicide)。

#### 4. 自殺手段

男性では, 全ての年齢段階で「縊首」の割合が最も多く, とくに60~69歳で67%, 70歳以上では76.2%と, 年齢が高くなるにつれて多くなってきている。次いで50歳以上では薬物, 飛び降りの順である(表1)。

女性では29歳以下では, 「飛び降り」の割合が最

表1: ;自殺手段

##### ▲男 性

年齢	順位	1	2	3
60~69歳		縊首(67.0%)	薬物(10.5%)	飛び降り(5.8%)
70歳~		縊首(76.2%)	薬物(7.9%)	飛び降り(6.4%)

##### ▲女 性

年齢	順位	1	2	3
60~69歳		縊首(60.5%)	薬物(12.9%)	入水(10.1%)
70歳~		縊首(70.0%)	入水(13.0%)	薬物(7.8%)

も多いが, 30歳以上の年齢段階では, 男性と同様に「縊首」の割合が最も多く, とくに60~69歳は60.5%, 70歳以上で70.0%を占めている。ついで60~69歳では薬物, 70歳以上では「入水」となっている。

また遺書についてみると, 年齢が高くなるとともに遺書を残す者の割合が減少するといわれている。青年では自殺の理由を述べ, 或る場合は自殺を美化する内容であったりする。これに対して老人の遺書は, 簡単なもので, 日頃世話になった者への詫びや御礼の気持を述べる内容である場合が多く, 自殺の理由をあまり述べたりはしないといわれている。

上野ら<sup>5)</sup>の調査では, 老人が遺書を残すケースは23%であり, 何の予告もなく自殺したケースが57%で, 遺書を残すケースは少ない。老人では自殺遂行することを決めており, 今さら理由を述べても仕方なく, 人生を去るに当たっての老人らしい礼儀としての別れを簡潔に述べるに止まっているようにみえる。老人の自殺は諦めの自殺で, 致死的手段を用い, 自殺決行の意志も若者より, むしろ固い印象を受ける。

#### 5. 自殺未遂, 既遂

従来から青年期の自殺は, 自らの意志を表明するアピールの要素が強く, 自殺手段として薬物, とくに睡眠薬, 手首切りがよく使われるため未遂も多い。これに対して老人では, 逃避という機制のもとに行なわれ, 繰り返し行なわれ易い。手段としても縊首, 入水を選ぶため既遂率が高いと言われている。

#### 6. 自殺の心理と危機

自殺の心理については, これ迄Freud, Sを始めとして, 多くの学者によって述べられているが, Menninger K.A.<sup>7)</sup>「殺したい願望」「殺されたい願望」「死にたい願望」の三つが自殺例に存在すると指摘している。そして加齢とともに「殺したい願望」「殺されたい願望」は減少し, 「死にたいという願望」をもつものが増加してくると, 大原は

述べている。

Ringel, E<sup>12)</sup>は、自殺前の心理状態として三つの傾向を認め、第一は自我の狭小、第二は自罰反応の状態、第三は非現実への逃避の傾向であるとしている。老人では、死にたいと言う願望とともに、自罰傾向、非現実への逃避の傾向が強い印象を受ける。

また大原は、老人の自殺者の心理特徴として、第一は心理的孤独、第二は「死にたい」と思う反面「助けられたい」「どうにかして苦しい気持ちを分かってもらいたい」と思う二つの心の共存、第三は自殺の心理学的な伝染、第四は自殺は心の隙間から生じ、経望的な気持の持続が長くないこと、第五は死に直行していく傾向を挙げている。そして「助けられたい気持」より「死にたい気持」が若者に比べて老人では強いため、自殺の予告徴候は乏しい者が多いという。なかでも老人が家庭の中で、疎外されていることからさみしさや抱えている悩みに対して相談したり、あるいは支えてもらえる相手もないさみしさによる心理的孤独は、自殺例では常に存在すると考えられる。また自殺する人は「この世で生きるかいない」と考える人々であり、その生きがいの対象は、楽しい家庭生活、他人の世話にならないで生きていけるだけの健康と財力と仕事であり、これらが失われたと感じた時が危機と考えられると大森<sup>13)</sup>は述べているが、老人ではこのような生きがいの対象を失いやすい状態に置かれており、危機が起こり易い。

とくに老人についての心理的危機について Neugarten, B.L.<sup>14)</sup>危機は予想されない時に起るものであり、その出来事が予想出来たか、出来なかったかにより、予想されない出来事で、且つ過去との関連が大きな落差と体験した時にしばしば危機が起きるといふ。しかも自己の内にもつ価値あるもの（心理的支え）が震撼させられて時に、とくに危機となり易いといふ<sup>15)</sup>。

しかし実際、自殺という問題となる時は、突発的な危機的状況によって自殺が遂行されるよりもむしろ、病苦であったり、孤独であったり、生きがいを失ったりと、本人にとって苦痛や苦悩と思える問題で、自殺傾向を生じ易い。苦痛や苦悩をもたらす心身の問題を抱え、自分の力では、その

問題の解決の見通しのつかない状況に長期間置かれた際に、老人は耐え難いように思われる<sup>16)</sup>。そして自殺傾向を形成し、直接の引き金となる動機が加わり、自殺が行なわれる。不治の病ではないが、そのために日常生活でハンディキャップを背負っている上に、家庭不和や環境上の問題も自殺企図の引き金となり易い。その場合それぞれの老人の性格も切り離して考えることはできない。危機が発症し、自殺企図の際には、人格の未熟さ、不安定性が表在化しやすいことも考えておかなければならない。確かに大原が指摘している如く、老人自殺者の多くは、うつ状態、うつ病であったと述べ、Blazer<sup>17)</sup>も抑うつ気分、身体症状を伴った時自殺の危険が増すと指摘しているように、うつ状態、うつ病は、老人の自殺の一つの要因であることは確かである。しかし老人では、自殺の原因はむしろ、うつ状態を引き起こす前述した、社会的、家庭的、環境的な変化、身体疾患、心理的要因を重要視すべきであろう。

## 7. 自殺の予防

最後に、自殺の予防について若干触れる。

自殺の予防は、今日精神保健上での大きな課題である。なかでも自殺の予防では、危機介入の問題が重視される。自殺は、突発的に行なわれることは少ないものであり、自殺前段階の予告徴候をいち早く察知することが、なにより大切なことである。自殺者が「死にたい」「生きる希望がなくなった」など、直接的な表現で言う他、間接的に不眠、体重減少、食欲不振、易労感、無気力、抑うつ、不安、焦燥などを表現したりするので、それらを見逃さないようにしなければならない。とは言っても青年期の自殺者と異なり、老人では予告なく自殺するケースが多く、発見が難しい場合が多い。しかし前述の如く、うつ状態、うつ病や神経症などに罹患した人では、必ず自殺徴候が事前に認められることを知っておかなければならない。

老人の自殺の防止は、老人の周囲に老人が困った時に、何時でも相談にのってあげられる相手を確保してあげることが大切である。そして老人を心理的孤独から救い、何かの時には危機介入が可

能な状況におくことが必要であろう。自殺前の絶望的気分は、一般に長く持続するものではないと言われているので、その間に早期に介入して、一緒にその問題を共存し、心理的に支援していくことが老人の危機感を救うことになる。とくに老人を囲む家族や周囲の人達の心理面からの暖かい支えがあれば、自殺への発展を予防することも可能であろう。

また老人の自殺防止は、老人自身が家庭や社会の中で、何かしら役割をもち、生きがいを見出すことと同時に、心のつながりをもった仲間づくりが大切なように思われる。

単に、社会保険制度の充実のみで、老人の自殺の防止ができるわけではないことは、明らかであり、むしろ精神保健対策の立場から、老人の心の健康問題として、痴呆の問題とともに自殺は社会病理現象の重要な課題であり、今後老人の自殺の危機介入と同時に、精神健康の維持・向上のための対策を確立することが望まれる。

#### 文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：自殺死亡統計（人口動態統計特殊報告）, 1990
- 2) 加藤正明：自殺をめぐる諸問題, 精神科Mook 16: 1~10, 1987
- 3) 大原健士郎, 大原浩一：老人の自殺, Geriat. Med. 25:1187~1191, 1987
- 4) 梶谷哲男：老年期の自殺, 老年精神医学 2 : 387~393, 1985
- 5) 上野正彦, 庄司宗介他：老人の自殺, 日大医誌 40:1109~1119, 1981
- 6) 大塚俊男：中高年と危機, 社会精神医学9: 347~353, 1986
- 7) Menninger, K.A.: Man against himself, Harcourt, Brace & World, N.Y., 1938
- 8) 大062F俊男：老人の心理, 日本臨床39: 497~501, 1981
- 9) 大原健士郎, 小島 忠：女性の自殺, 臨床精神医学10:59~64, 1981.
- 10) Weiss, J.M.D.: The Suicidal Patient. In America Handbook of Psychiatry, Vol. III 1966
- 11) 清水 信：高齢期自殺について, 東京の精神衛生, 7 (1): 3~4, 1987
- 12) Ringel, E.: Der Selbstanord, Maudrich,

Vienna & Dusselderf, 1953

- 13) 大森健一：壮年期・老年期の自殺, 精神科Mook 16: 106~117, 1987
- 14) Neugarten, B.L.: Trine, age and life cycle American Journal of Psychiat. 136: 887~894, 1979
- 15) 奥村幸夫：老化とクライシス, 精神療法5: 31~38, 1986
- 16) 大塚俊男：身体疾患をかかえた自殺, 社会精神医学13: 302~307, 1990
- 17) Blager II, D.G.: Depression in the life Mosby, St. Louis, 1982

#### Abstract

With the extended average life expectancy, there are observed not only the increase in the elderly population but also the increased instances for old people to encounter various crises. In old age, the ageing phenomena uniquely seen in living things occur and old people's psychology is affected in various ways by the declined psychosomatic functions. The social and familial environment causes them dilemmas and sense of crises and often drive them to a suicide tendency culminating in successful suicide. The number of suicides among old people is particularly high in Japan. The paper discusses the statistics of suicide by the elderly, the causes, motives and means of suicides, psychology of and crises for suicide, and emphasizes the needs for careful consideration and crisis intervention for those with suicidal sings and the need for social countermeasures to preserve mental health of elderly.





## 上級管理職の自殺

笠原 嘉\*

抄録：上級管理職者の自殺研究のために三例の事例を呈示し、考察を付した。第一例の自殺は軽症内因性うつ病として治療を終え職場に復帰して間もなく生じた。第二例と第三例は全く突然に生じた理由のわかりにくい自殺である。しかし第二例では残された日記等からうつ病初期が疑われる。第三例は事故として処理済みであるが自殺未遂の可能性が高い。心理的に否認の機制が長く続いたものの、職場への復帰は第一例と逆に良い。

精神保健研究 37; 41-45, 1991

**Key words:** *depressive equivalents, equivocal suicide, executives, mood disorders, suicide*

### I はじめに

上級管理職という言葉はいまい至極だが、中級管理職、中間管理職層よりは一段上のランクの少数精鋭者を指すことにしよう。もともと母集団が少ないし、その上なんといっても選ばれたタフな人たちであって適応力も高いからであろう、中間管理職層に属する人々に比べると、我々が彼らのメンタル・ヘルスに関する相談にあづかることは、今のところ少ない。一つには、精神科医を訪ねることへの抵抗感が、中間管理者層に比し彼らにおいて一層高いということもあろう。しかし新聞記事だけをもとにしても上級者の自殺は一定数存在する。そして、もちろん職場のメンタル・ヘルスの今後のテーマたりうる課題であろう。かつて中間管理者層もなかなかわれわれのメンタル・ヘルス活動を自分自身のこととは考えてくれな

かった。しかし今や中間管理者層の人々はそれなりの知識をもち、かつそれほどの抵抗感なしに精神科医を訪れつつある、と私には思える。同じような啓蒙活動をもう一段上級の人々にまで及ぼすことは、それほど困難ではないと信じたい。以下、2, 3の事例をあげ、若干の考察をこころみるのは、もっぱらそのためである。

三例とも40代、50代の男子である。第一例は大企業の重役で、軽症内因性うつ病で治療下にあった人が、職場復帰の失敗を契機に再び抑うつ的となり自殺した。第二例は順風満帆のようにみえた中小企業のオーナーの突然の自殺であるが、事後に発見された日記の類からうつ病の発症初期にあったと推測される例である。第三例は一見事故か自殺か判然としないようにみえるケースである。この種の例がしばしば示すように、ここには事後に深刻な反省が全く生じない。にもかかわらず職場復帰は、第一例と対照的に今のところスムーズである。

ここに挙げた三つの事例以外にも、たとえば悪性腫瘍との闘病中に自殺を試みた人等があるが、これら、いわば十分に了解可能なケースは本稿では取り上げなかった。さしあたり我々の自殺研究

#### Suicide Among Executives.

\*藤田保健衛生大学精神医学教室

(〒470-11 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98)

Yomishi Kasahara: Department of Psychiatry,  
Fujita Health University

の目的は、理解しにくい自己破壊行動を記述し、その予防を考えることにある。

## II 三つの事例

### 事例1, A氏(56歳, 大企業重役, 男子)

これは十年以上前に私がした苦い経験の記述である。この経験を機に、一見軽症に見えてもうつ病患者であれば、その職場復帰に際して私は入念な手続きを行うことにした。その点でも忘れ得ぬ教訓の例である。今やうつ病にとっての社会復帰療法は、薬物療法や精神療法に劣らぬ重要な三本柱の一つと思っている。

この人のうつ病の初発は56才。さる大企業に大学卒業後30余年勤め、はじめて首脳部に入って三ヶ月目であったから、いわゆる昇進うつ病といってよいだろう。夫人に伴われてではあったが、平素の自分には抑うつ・抑制を苦に来院。私どもの分類でいうと(笠原・木村分類) I-1型。つまり、メランコリー性格の持ち主が配置換(昇進)後二、三ヶ月のうちに発した、軽症の、しかし内因性うつ病の症状として知られるほとんどすべての心身症状を備えたうつ状態であった。ICD-10(草稿)によればdepressive disorder, mild severityにあたろう。DSM-III-Rで症状数が少ないという意味で使われるminor depressionには厳密には当たらない。軽度だがメランコリー(内因性うつ病に相当)のほとんどすべての典型的症状を持つからである。

経過はすこぶる順調で、1ヶ月後には大半の主観的苦痛は消え、「丁度診断書もきれるから出勤したい」という申し出があった。さすがは上級者だけあって回復も早いのかと思ったが、当時私がI型うつ病の標準治療期間としていたのは3ヶ月だったので、それとの中間値をとって、治療開始2ヶ月にあたる日時まで休むべく、もう1ヶ月休養期間の延長を提案し、夫婦ともこれを了解した。そしてこの1ヶ月の療養中にも大きな症状の起伏がなかったので、少し心配しながらも出勤に同意。もちろん服薬と面接は続けることにした。

ところが、出勤10日目くらいから次のような愁訴がぶりかえした。熟眠感の減少、朝の疲労感、

おっくうさ、根気のなさ、決断力の低下など。そして1ヶ月後には心気的な不安、職場での身のおきどころのなさが訴えに付け加わった。この段階では「内的抑制感のみで、その他のうつ病の主要な症状である「抑うつ」、「不安」、「焦燥」はまだなかった。やはり出勤を許すのが早すぎた。そう思い、今一度短い休養をとることの可否を尋ねたが、彼は「これ以上会社に迷惑をかけられぬ」という。中間管理者のうつ病の人たちも良くいう言葉である。そのうち、この常識ある紳士にしては珍しく、診療日以外にも電話をかけてきて、苦痛を訴えるようになった。多分上級者でなかったら、決断不能に陥っている彼に代わって即座に私が決断し、休養を命じ診断書を発行していたであろう。

その後、電話の回数が増えた。今から思えば明らかに、精神症状として焦燥が出現しつつあった。うつ病患者の自殺「観念」を「行為」へと飛躍させる動力になることのもっとも多いあの焦燥が、初診時同様に出現しはじめたのでなかったら、あの紳士が時間外に再々電話をしてくることはなかっただろう。この再々の、同じ内容を訴える診察時間外電話に私のほうも焦立った。そして、「管理職なのだから、もう少し頑張ってみるよ」と答えることが増えた。自殺が決行されたのは、それから間もなくだった。出勤したまま行方不明になり、家族や社員が手分けして探したが丸一日行方つかめなかった。まもなく、自宅内の車庫で縊死していたのがみつかった。遺書はなかった。復職後3ヶ月余の時点であった。

### 事例2, B氏(中小企業オーナー, 42才, 男子)

これはいわゆる荷おろしうつ病に近いと思われる事例である。「思われる」というのは、実は私の知人であったが、自殺直前には出会う機会をもたず、はっきりした遺書もなく、家人も殆ど彼の抑うつに気づかなかったからである。企業家の家に生まれ、早くから家業を継ぐべく教育され、高校卒業後米国にわたり彼の地の大学をで、よくあるように他の企業に就職した後重役として父の下にかえり、若手企業家の親睦グループに属し、持ち前の行動力と社交力を発揮してその半生は順風満帆であった。体格は肥満型。その後父の急死にあい社長に昇格した。

私が彼を知ったのは、自分の部下でうつ病になった人を紹介しがてら、一緒についてきた時にはじまる。こういうことの出来るオーナーは私の経験のうちでも数人しかない。もちろん大企業にはありえない。その時連れてきた社員のうつ病が快癒したのを幸として、その後も社員のみならず知人の患者を時々紹介してきたから、メンタル・ヘルスに理解のあるオーナーとして私の記憶に残る人であった。

ところで社長をついで数年後、やや勇敢な（と同業者の評する）設備投資を敢行し、新装備の工場をつくった。自殺は新工場が操業に入って四ヶ月目で、会社からの帰宅途上から失踪し、丸2日後山中で縊死体で発見された。経営上特に問題になるような点はなかった。もちろんそれなりの困難を指摘できないわけではなかったが、それは企業人である以上殆ど常に持つ程度のものであり、平素の彼がそれによって抑うつ的になるとは考えにくいと関係者はいった。家人達も当日朝まで全く彼の言動に乱れを見出せなかったらしく、困惑と自責に苦しんだ。女性問題、その他の憶測も当然乱れとんだが、いずれも否定された。

ただ、うつ病と見てほぼ間違いのないことは、後に残されたメモの中に、二ヶ月前から不眠の傾向に悩んでいたこと、四ヶ月前工場完成の直前から、今まで彼の書架になかった人生論風の書物の購入が急に増えていること、念願の工場完成後、「今一つ喜びが湧かない」としてされていること、一ヶ月前の日付で知人宛の書きさしの手紙が残されており、そこには早朝覚醒、朝の抑うつ感、疲れやすさ、万事へのかつての興味の消失、弱気などが書きこまれていたこと等による。

傍証でしかないが、陽気で疲れを知らぬ循環性格（クレチマー）プラス几帳面、仕事熱心、細心を特徴とするメランコリー親和型性格（テレンバッハ、下田）という性格構造、肥満型体格、念願の新工場落成という、負荷の増大とも負荷からの開放ともとれる出来事などもまた、この人の自殺の背景に感情（気分）障害の存在を暗示する。今一つはっきりしないが、順風満帆の彼の半生のどこかに軽躁と軽うつが、少なくとも一回あったとみることが可能である。が、それは確かではな

い。

それにしても、部下のうつ病に対してあれだけのセンサーを持っていた人さえ、自分のうつ病に対しては病感、病識を持ち得なかったことは、われわれに考えさせるものをもっている。

事例3, C氏(49才, 自治体上級管理職, 男子)

この人は2年前あやうく一命を失いかけたが、その出来事は今日「事故」としてすでに処理されており、私もそれでよいと考えている。しかし、事故当時の客観的状況や我々の臨床経験にてらせば、自殺企図であったと思われる。

約1年半平素にない超多忙な勤務を余儀なくされた後、ある日の深夜トイレの方向で異様な音を耳にした家人によって転倒しているところを発見された彼は、直ちに救急車で病院に運ばれ、ICUで処置を受け、意識消失から脱し、2週で退院、この間同病院の精神科医の診察もうけたという。1ヶ月で職に復し、2年後の今日、周囲のサポートもあるが、とにかく大過なく重責を果たしている。私がこの人にあったのは復職後間もない頃で、それはこの人の叔父である内科医の、半ば命令に近い促しにしたがって、彼ら夫妻が私のもとを訪れたことによる。いうまでもなく叔父は今まで堅実な能史と言われたこの人が「あやまって劇薬を呑んだ」という理解しにくい出来事の背景を案じ、さらに再度同じようなことがおこらぬことを念じたからである。

しかし、私の前に現れた夫妻は、いんぎんそのものではあるものの「もう大丈夫」を繰り返すのみで、とりつくしまを与えなかった。外見上も、それとわかる外的抑制はなかった。結局、叔父の紹介ということもあるから、念のため何ヶ月かに一回顔を合わせようということになり、今日まで4回面接した。回をかさねるにつれ、多少口を開くようになり、事件前2、3ヶ月は帰宅が深夜になることが続き、特に一ヶ月前からは途中覚醒、早期覚醒に苦しむようになっていたこと等を話したが、しかしそれもこちらの問への応答としての発言であって、自ら当時の、あるいは現今の心理状態を積極的に語るということは全くなく、基本的に初回同様「別にどうもない」というのが彼の答のすべてであった。上級者だけに今後のことを

考えて寡黙になることはある程度理解できるが、職場の精神保健管理としての面接でないのだから、今少し内的陳述があってもおかしくないと思った。

ちなみに、彼のかつての上司で、叔父同様彼の将来を期待しつつ反面案じている人が私に面会を求めて来て言ったところから察するに、彼はメランコリー親和型性格者(テンンバッハ)あるいは、私の言葉を使うことを許していただくなら、類強迫性格者であって、事実事件直前に大きなプロジェクトの責任者としてよい仕事をしており、とりわけてミスがあったわけではない。奇妙なこの事件は部下達にとっても全く寝耳に水で、その日の夕刻に彼の挙動に乱れを見た者はない。そして又復帰後の彼の仕事ぶりも、一ヶ月の休務のプランクのゆえにはじめは多少の戸惑いがみられたものの、数ヶ月後には殆どもとの有能な彼に戻っているという。

以上よりこれは、昔から良く知られるequivocal suicide attemptの一例とみてよいだろう。つまり、自殺未遂を疑う状況証拠はあるが、本人はそれを強く否定する場合である。

## 考 察

以上自家例中から三つを選んで略述した。いずれも男子の上級管理者である。

第一例は典型的な軽症内因性うつ病として私が治療に当たっていたが、社会復帰を急ぎすぎた結果、復職後三ヶ月で自殺を生じた例である。内因性うつ病の病相の終末期には一見落ち着いたかみえても気分動揺 finale Schwankung があり得るので、社会復帰、職場復帰に際しては一定の練習期間において慎重に行うことを原則としていた著者であったが、上級者ということで相手の焦りに同調し、早期復職に賛成した。そのことはある程度やむを得なかったと思う。しかし、彼の職場への適応がうまくいかず、再び抑うつ、焦燥、将来への不安が生じた時、直ちに休養を指示することができなかったばかりか、彼の心氣的強迫的な訴えの繰り返しに反応して私が言外に彼の無気力を非難してしまったのは、彼が上級管理者であったことと大いに関係がある。

一般的にいて、上司の命令に従い自分の持ち分だけをこなすことが職務である人ほど、うつ病からの職場復帰はたやすいように思える。それは又、メランコリー親和性性格、類強迫性格者の得意とする生き方でもある。一人でやれる研究者や医師の仕事もわりあい復帰しやすいように私には思える。しかし、自分が部下を持ち、仕事を配分し、その結果を統括することが職務の中に占める割合が増えるにつれ、職場復帰に際しての困難の増えることはいうまでもない。職場や職種によってさまざまだろうが、大体入社後約10年位に種々の不適応の生じやすい一つの山があるのは、このことと無関係でなかろう。中間管理者層のうつ病の、さらにこの人の場合のような上級管理者のうつ病の職場復帰になると、単に抑うつ気分、内的・外的抑制から脱するだけでなく、仕事への興味の十分な回復、決断力、企画力の回復、疲労感からの復元力の早さ等が多分指標として要求されるだろう。それには、早すぎる復職が一番よくないのだが、現実には中間管理者に対してさえも精神科医として長い休暇の要を説得することは難しい。せいぜい、うつ周期終末に発しやすい軽躁状態において患者がしばしば要求するところの、一見正常にみえる復職要求を、時間的に早すぎるという理由で断念させるくらいが、我々の出来ることであろうか。うつ病はやはり、一旦おこればそれなりの回復日数を要する疾患である。

今後、サラリーマン重役の数の一層の増加は、実直・小心型のメランコリー親和型性格者をその中に一定数含ませることになり、結果的に(中間管理者層のそれと同型の)軽症うつ病を彼らの中にも発生させる可能性をたかめるだろう。その場合、いかに長く休養期間を確保するか、そのためにはいかに早く、昇進競争とは別のもう一つの生き方を可能性として彼らに受け入れさせるか。それが大切であるように思うが、果して可能か。

第二例と第三例はともに精神科医の治療歴のなかった人におこった、突然の出来事である。たまたま事情があつて事後に私が事件の経緯を知ったにすぎない。しかし、とりわけVIPの場合少なからぬ自殺や自殺企図が精神科医の知らぬところで生じることを考え、事例とした。

第二例は磊落だが細かいところへ気をつく優しさも併せもつ典型的循環性格者が事業家としての荷おろし状況でおこした、失踪につづく自殺である。第三例はバランスのとれた能史といわれた人に行つた事故的自殺未遂である。どちらもその前日まで職場の同僚や部下に、また家人にさえも異常を気づかせていない。明白な遺書を残さなかった点でも同じである。第二例は社員のメンタル・ヘルスに人一倍関心をもつた事業主だった。にもかかわらず、自分の心理的苦痛を人にあかし救いを求めることをしなかった。VIPなるがゆえの躊躇か。それとも、外見からわからぬほど軽症であっても（正確には外的抑制がない程度のものであつても）病的抑うつには病識を失わさせる瞬間があるからなのか。いずれにしてもこういう事例をみると、自殺の予防の困難さを思わないではいられない。かつて渡辺久雄氏とともに青年の理由のわかりにくい自殺を数例記述したことがあるが、中年にも、そして上級者にも同様のケースのあり得ることを知つた。今のところ私には、中高年の、特に上級管理職のように能力の高い社会適応力を一旦示した人におこる突然の自殺（企図）について、まず精神科医が最初にあてはめるべき原型は、やはり軽症うつ病であるように思える。幸か不幸か、この人の日記の断片や客観状況はうつ病を暗示していた。

第三例は事故か自殺（未遂）か判然としない事例である。こういうケースについてはすでに記載もあり珍しくないが、ただ、上級者においても同じことが生じ、かつ同様に、事後に事故（もしくは自殺未遂）に対し否認もしくは無視が長く続くこと、そして何事もなかったかのように前の仕事に戻り、しかも大過なく役割を果たしていることは注目に値する。もちろんVIPであるから本心を吐露しにくいという要因は考えなければならないが、しかし1、2回でなく数回の面接からの印象としても事故（自殺企図）時点の行動は微妙に異なつて意識水準下で、いわば解離的に、あるいは

意識の分割（スプリッティング）の下に行われ、それゆえにこそ回復したのちもなおいわゆる自我異質的であつて深刻な感情を伴つて想起できない、と考える方が妥当かと思う。

自殺企図ではないが、別種の自己破壊性の「衝動抑制障害」が上級管理者にみられる。たとえば、新聞紙上の片隅に時に報じられる、理由のない万引き（盗み）など。私も2、3の上級者の万引きを自家例として知っているが、いずれもが、一方で殆どを記憶して「自分がした」とその非を認めながら、他方、自分がしたという実感がなく、罪の意識が湧かず、自ら何故こういう行為に走つたについての反省や自己分析から全く無縁のところにいる。青年の場合であれば境界型青年（borderline adolescents）の衝動抑制障害としうるが、上級者の年齢になつてはじめておこるこの種の解離的分割的行動化の場合、その診断や記述はどのようにするのが妥当なのであろうか。「境界型老年」などということがありうるか。

第三例は病前性格論でもつてすれば、第一例ほど実直ではなく第二例ほど磊落ではないが、やはりメランコリー型性格の範疇に入らぬと思う。したがつて、あるいはまず軽度のうつ病が生じ、それを基盤にしてはじめて解離的もしくは分割的力動が駆動され、人格統合力の軽度の欠損下にその人らしからぬ衝動抑制障害が生じたため、その衝動抑制障害的行為に対してのみ選択的に無関心がつづく、と考えることもできる。ちなみに、若年から中年ケースの場合、境界的人格障害と感情障害の関連性が今日一つの話題としてある。と考えると、上級者にみられるこの種の自己破壊型衝動抑制障害はうつ病の症状とみるより、うつ病等価症（depressive equivalents）に入れた方がよいかもされない。

#### 文 献

- 1) 渡辺久雄・笠原 嘉：高学歴青年の自殺研究への一寄与——理由なき自殺について。清水・村上編「青年の精神病理3」弘文堂、東京、1983。



## 特集◆わが国の自殺◆

## 自殺統計の誤報と誤用

—官庁、マスコミ、および学会における「数字盲症」の診断と治療—

ウェザロール ウィリアム\*

抄録：多くの官僚、記者、および学者が日本の自殺統計を不正確に扱っている。この一つの結果は誤った情報を浴びている大衆である。もう一つは道を踏みちがえた社会政策である。自殺統計の誤報や誤用の直接原因は、いわば「数字盲症」である。しかし、単なる先入観や民族的イデオロギーより、真実を探るに欠かせない懐疑心の貧困に至るまで、多くの誘因も数えられる。最も有効な療法は、厚生省と警察庁が自殺統計審議会を作って各関連団体の代表を会員にし、この審議会が日本の自殺統計の基準、集計、分析、および報告を調査したり指導することである。

精神保健研究 37; 47-70, 1991

Key words: *age-adjusted rates, mass media, misreporting, statistics, suicide*

## はじめに

これは日本の自殺統計の外部的研究である。統計を生み出す官僚の手順の研究でも、統計に数字化される自己破壊行動の研究でもない。要するに、これは、自殺統計が集計されてからどう普及されたり利用されるかと尋ねる研究、いわばブラックボックスの出力とその影響の研究である。

結論からいうと、自殺統計の官庁による公表やマスコミによる報道の方式と、論説員や学者などによる日本における自殺に対する誤解や暴論の地

球的な普及との因果関係が、実に深い。これを証明する証拠は山ほどあるので、限られている紙面にその代表的な例だけを紹介することにする。

「外庄」の一種に見えるかも知れないが、官庁、マスコミ、および学界という三極ブラックボックスを開けてみて、その内臓をどう機能的に改善すれば出力とその影響もよくなるか、を検討する。終わりに、統計分析法の改善を勧めるつもりで、調整自殺率の利点を論じる。

## 1. 誤った情報とその副作用

『婦人公論』の1987年6月号が、下の見出しと質問によって読者の意見を募集したり。

自殺者増加の背景は？

昨年の自殺者25,524人。20分の1人が命を絶った計算になります。それも高齢者に多い。問題はどこにあるのか

その次の7月号に2人の女性の投書が載せられた。その一人は、『母は、精神科病院の老人病棟で働いている。そこには、夫や妻、あるいはわが子に見捨てられたたくさんの老人がいる』などと述

The Misreporting and Misuse of Suicide Statistics in Japan: A Diagnosis and Treatment of Innumeracy in the Bureaucracy, Mass Media, and Academia.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

William Wetherall: Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan



べて、高齢者自殺の「増加」を説明しようとした。もう一人は、1986年4月8日に起こったアイドル歌手岡田有希子の自殺を初めに『「将来に対する唯ぼんやりとした不安」』、『経済的精神的な面での“貧困化”』、『人間の基本的な人権である「自由」の国アメリカで、性行動の自由を限りなく認めた結果[として]、エイズを含め、世の中すべて倒錯というか逆転現象が潮流となっている』、または『男女雇用機会均等法の施行で、確かに女性は職場に進出したが、同時に職場での同性への「愛情」「思いやり」そして「女らしさ」は影をひそめ、代わって「エゴイズム」「権力万能主義」それに「冷酷で非情な実力の世界」のイメージが拡がってきた』などと断言した<sup>2)</sup>。

残念ながら、この女性雑誌の自殺統計の使い方は、マスコミの興味本意を反映する単なる特異例ではない。むしろ、これは、誤解を招きやすい統計を公表する官庁から、公表された統計をそのままニュースにする報道やデータを分析する前に、自殺が増えていると思い込んでいる学者に至るまで、蔓延している「数字盲症」の症状である。

### 1.1 誤報の例

実は、1987年6月号の『婦人公論』が最終的に編集されたのは、正に警察庁の『昭和61年中における自殺の概要』が出た4月の中旬であった。この『自殺の概要』が形式的に公表されたのは4月16日の午前中であり、それをニュースにした新聞記事が出たのは同日の夕刊で、英字新聞に出たのはその翌日からであった。

ほとんどの記事が警察庁の報告に従って全国の自殺者の総数を25,524人にしたり、自殺率がそうでもないのにこの総数を「戦後最悪」などと呼びながら死体の数だけに注目を与えた。こうした誤解を招く報道によって日本における自殺の実態が世界中に誤解されている。

#### 1.11 『自殺の概要』とその報道

1983年までは、警察庁が自殺総数の「記録」の水準を1958年にしていた。だから、1984年の自殺白書は、1983年中に数えられた25,202人の自殺者は、明治時代に全国的集計が始まって以来の新記録であったのに、これを『戦後(昭和22年以降)最高の記録となっている』、とした<sup>3)</sup>。また、1987

年の『自殺の概要』は、1986年中に自殺者と認められた25,524人も『戦後最高の記録となった』とした<sup>4)</sup>。両年とも、日本で最も高い発行部数を持つ読売新聞や朝日新聞を含む殆どの大手のマスコミも、「最高」を「最悪」に変えた<sup>5)</sup>。

日本と外国の英字新聞は、日本語による日本のマスコミに従って日本のニュースを報道する。だから、海外に飛び回っている日本に対する誤解の殆どが、日本の官僚、記者、および学者などが広める誤った情報や解釈から生まれる訳である。

The Japan Timesは、読売新聞、朝日新聞、毎日新聞、および日本経済新聞などの英語版よりも、世界中で最も広く読まれている日本の英字新聞である。しかし、いくら大手新聞から独立して取材しても、同じ情報源を使ったり、同じ報道方式でニュースを記事にするので、結果として同じ誤報をする。だからThe Japan Timesも『'86 suicides highest in postwar history』と主張した見出しの下に、1987年に公表された自殺白書を報道し、記事中にも自殺率やそれを左右する人口の変化などの話に一度も触れずに、見出しの旨を『highest number in any year since World War II』としか説明しなかった<sup>6)</sup>。「蛙の子は蛙」という言葉が謳うように、Asahi Evening Newsも、親の朝日新聞が書いた「戦後最悪」と同じく、postwar worstにした<sup>7)</sup>。

厚生省が集計する人口動態統計には自殺統計もある。人口動態統計は出生、死亡、結婚、および離婚の統計なので、これをまとめる厚生省のマスコミ向けの報告書は、普通は、数多くの死因の一死因としてしか自殺の統計を紹介しない。それに、警察庁の『自殺の概要』より二ヶ月ほど後に出るので、その中の自殺統計はあまり注目されない。特に注目されても、マスコミによる解釈は『自殺の概要』の場合とほぼ同じである。

1987年に公表された、1986年の人口動態統計をまとめた報告書の自殺統計は、こう報道された。朝日新聞の朝刊の一面の右上に、「赤ちゃん誕生、最少」の見出しの下に、1986年に生まれた赤ちゃんの数は、『「ひのえうま」の昭和41年を除けば、統計をとり始めた明治32年以来の最低となった……。人口1000人当りの出生数を示す出生率も

表1 男性の年齢階級別の自殺率（人口10万対）：各5年間と早期、戦前、戦後、および最近の時期の平均値、日本、1899—1990

時期	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	時期	注記	
1900	0.027	0.063	3.1	14.1	28.8	23.7	20.3	22.0	25.1	30.7	36.0	40.9	46.5	56.9	66.1+							1899-1902	2) 4)	
1905			3.1	15.3	30.1	26.1	22.2	23.7	27.1	34.1	40.3	51.1	53.9	64.2	86.9+							1903-1907	1) 4)	
1910			3.2	20.0	38.4	29.9	24.1	27.3	32.8	38.6	48.5	58.8	67.5	78.1	96.9	90.9	49.1+					1908-1912	1) 4)	
1915			2.7	18.6	38.3	30.7	24.4	26.2	27.9	33.1	41.9	53.3	62.8	76.9	88.7	103.7	93.5	46.6+				1913-1917	1) 4)	
1920			2.1	19.2	39.9	32.5	25.7	26.8	28.2	33.0	40.7	48.8	65.6-	100.0-	127.3+							1918-1922	1) 5)	
1925			1.7	20.1	42.2	32.7	26.2	27.4	31.8	37.7	45.0	55.9	72.0-	103.3-	134.5-	161.6+						1923-1927	1) 5)	
1930			1.5	23.1	46.2	35.1	26.7	28.7	30.5	43.2	50.3	60.6	79.9-	110.9-	129.4-	141.4+						1928-1932	1) 5)	
1935		0.005	0.9	27.6	53.0	39.4	26.2	26.1	27.4	34.4	44.9	54.7	62.4	81.6	109.3-	145.8-	158.7+					1933-1937	1) 5)	
1940			0.9	12.4	30.2	26.2	18.3	18.9	19.4	25.3	31.6	39.7	50.1	63.4	93.9-	130.4+						1938-1942	1) 5)	
1945		0.085	0.154	0.9	7.7	25.3	30.1	22.1	17.1	19.3	23.0	31.3	41.8	54.7	69.8	91.9	110.7	124.6	187.2+			1943-1947	3) 5)	
1950			0.017	0.6	16.1	38.9	31.3	21.5	19.5	21.7	28.2	36.9	50.2	58.0	77.9	95.7	112.7	139.8	145.3	149.7	537.2	800.0	1948-1952	1) 5)
1955		0.021	1.0	32.2	74.1	49.3	28.1	23.7	22.5	29.0	34.0	46.6	55.5	66.1	84.9	105.4	120.7	136.5	134.1	236.4		1953-1957	1) 5)	
1960		0.030	0.9	23.8	58.5	43.0	23.5	19.6	18.6	23.5	29.6	40.0	48.2	62.3	73.1	96.3	107.0	103.3	117.2	108.1		1958-1962	1) 5)	
1965		0.005	0.9	9.1	25.1	25.9	18.4	15.6	15.9	19.2	23.7	31.2	40.1	49.6	58.1	76.3	99.2	97.8	87.1	48.0		1963-1967	1) 5)	
1970		0.010	1.1	10.2	19.9	22.2	19.0	18.4	17.3	19.5	23.3	29.0	35.7	45.8	57.5	71.0	87.4	110.0	98.5	88.1	307.7	1968-1972	1) 5)	
1975		0.022	1.5	12.1	26.6	24.6	23.1	24.5	26.2	26.3	26.0	29.1	35.2	42.3	54.4	72.6	91.8	102.0	106.0	103.0	190.5	1973-1977	1) 5)	
1980		0.023	1.2	10.5	23.9	26.3	23.3	26.2	32.1	34.7	33.4	32.1	32.6	35.9	46.6	63.3	79.9	97.0	98.4	102.6		1978-1982	1) 5)	
1985		0.041	1.1	7.7	20.7	25.6	25.7	27.0	37.9	48.9	52.8	45.5	38.7	40.4	47.6	65.0	86.4	104.3	113.7	90.3	108.1	1983-1987	1) 5)	
1988		0.051	1.0	5.6	15.9	21.9	21.8	25.2	28.1	37.9	44.8	41.0	33.9	37.3	41.5	58.7	79.3	101.2	124.3+			1988		
1989			0.8	5.4	14.6	20.7	19.2	22.3	25.2	30.8	36.0	35.2	31.9	33.7	45.5	57.5	73.7	92.8	93.4+			1989		
1990			0.7	4.8	13.9	17.2	19.5	20.4	22.5	30.4	33.8	33.8	31.2	32.8	42.1	50.7	69.8	90.0	95.5+			1990	6)	
早期		0.006	0.013	3.0	17.2	34.2	27.8	22.9	24.1	26.9	32.8	39.4	48.8	56.0	66.9	82.0+						1899-1917	7)	
戦前		0.001	1.5	20.5	42.3	33.2	24.6	25.6	27.5	34.7	42.5	52.0	68.6-	103.5-								1918-1942	8)	
戦後		0.016	0.9	18.3	43.3	34.3	22.1	19.4	19.2	23.9	29.5	39.4	47.5	60.3	73.8	92.3	110.8	118.6	117.3	203.6	221.5	1948-1972	8)	
近年		0.029	1.3	10.1	23.7	25.5	24.0	25.9	32.1	36.6	37.4	35.6	35.5	39.5	49.5	66.9	86.0	101.1	106.0	98.6	99.5	1973-1987	9)	
現在		0.017	0.8	5.2	14.8	19.9	20.2	22.6	25.3	33.0	38.2	36.6	32.3	34.6	43.0	55.6	74.3	94.7	104.4+			1988-1990	9)	
年齢	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	年齢		

注記 +印が付いた2つの年齢階級に跨る数字は、両年齢階級とそれ以上の年齢階級に当たる。例えば、70-74と70-79に跨るxxx.x+は、70+に当たる。

-印が付いた2つの年齢階級に跨る数字は、両年齢階級に当たる。例えば、60-64と65-69に跨るxx.x-は、60-69に当たる。

1) 年齢階級の自殺率は、1990や1945を除いて時期の中心年次をめぐる5年間分の自殺者数の平均値をその中心年次の人口で割って、著者が算出した。

2) 1900は4年分(1899-1902)で、時期の中心年次を1900とした。但し、自殺率は低過ぎて、あまり信頼できない(表4の注記Bに参照)。

3) 1945は3年分(1943, 1946, 1947)で、時期の中心年次を1945とした。1946の自殺者数は、著者が推計した(表7や表8の注記Iに参照)。

4) 1900, 1905, 1910, 1915の年齢別人口は、内閣統計局が1920の国勢調査結果から推計したこの年次の性別総人口に基づいて、1898, 1903, 1908, 1913, 1918の本籍人口の年齢階級人口に比例して、著者が推計した。この推計方法は原始的であるが、より適切な推計を総務庁統計局に任せる。

5) 1920以降の年齢別人口は、5年ごとの国勢調査の確定数を利用した。

6) 1990の自殺者数と人口は概数を利用した。

7) 早期の時期は19年間分、共通の年齢階級の自殺率を使って、(4 \* 1900 + 5 \* (1905 + 1910 + 1915)) / 19として、平均自殺率を算出した。

8) 戦前や戦後の時期は25年間分、共通の年齢階級の自殺率を使って、5つの5年間分の自殺率を合計して5で割って、平均自殺率を算出した。

9) 近年や現在の時期はそれぞれ15年間分、3つの5年間分、3つの5年間分、3つの5年間分を合計して3で割って、平均自殺率を算出した。

表2 女性の年齢階級別の自殺率（人口10万対）：各5年間で早期、戦前、戦後、および最近の時期の平均値、日本、1899—1990

時期	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	時期	注記	
1900	0.009	0.011	2.6	21.4	20.5	13.0	11.2	11.2	11.5	14.0	14.2	16.2	21.0	29.9	39.4+							1899-1902	2) 4)	
1905	2.5	21.2	22.7	16.1	13.6	13.1	13.6	13.7	13.6	16.2	16.2	18.9	25.7	36.5	55.5+							1903-1907	1) 4)	
1910	2.4	21.9	25.0	17.1	14.0	13.7	13.6	15.8	18.0	19.7	25.6	33.4	46.1	64.4	72.0	42.8+						1908-1912	1) 4)	
1915	1.9	20.7	25.7	17.6	14.6	13.8	14.1	15.6	18.2	22.0	24.1	36.9	50.4	64.1	78.0	50.6+						1913-1917	1) 4)	
1920	1.5	23.3	28.6	20.1	16.4	15.7	15.0	16.9	18.9	21.9	30.2-				84.2+							1918-1922	1) 5)	
1925	1.4	24.1	30.7	21.7	17.9	16.0	16.7	17.5	19.9	22.2	32.3-				55.2-	70.5+						1923-1927	1) 5)	
1930	1.2	23.3	30.4	21.1	18.4	16.7	16.8	19.6	20.3	24.1	35.1-				60.7-	78.7+						1928-1932	1) 5)	
1935	0.005	0.8	21.7	31.9	21.1	18.6	17.2	17.1	18.9	21.7	22.1	29.2	41.1		63.0-	85.8+						1933-1937	1) 5)	
1940	0.4	8.5	18.6	15.1	13.8	12.3	13.8	16.2	18.0	19.2	23.0	33.2			53.5-							1938-1942	1) 5)	
1945	0.058	0.086	0.3	6.2	16.7	14.3	11.5	10.4	10.8	13.4	15.6	18.3	28.2	42.9	54.5	79.3	93.0	99.4+				1943-1947	3) 5)	
1950	0.021	0.2	12.5	26.4	19.2	15.6	13.4	14.1	17.0	19.0	22.9	31.7	47.3		59.0	74.7	91.1	98.3	99.9	73.8		1948-1952	1) 5)	
1955			0.6	23.1	43.9	25.8	17.8	15.4	14.5	17.0	19.4	24.2	30.7	40.8	57.9	70.2	81.5	88.3	85.2	102.2	165.3		1953-1957	1) 5)
1960	0.013	0.5	20.8	42.5	25.6	16.7	13.5	13.0	15.5	18.1	21.5	29.1	41.9	52.7	65.4	72.4	78.1	84.8	63.3			1958-1962	1) 5)	
1965	0.005	0.3	7.4	20.3	16.8	11.8	10.3	9.8	12.0	15.3	16.8	22.9	33.9	47.7	60.2	75.3	75.1	66.2	73.2			1963-1967	1) 5)	
1970	0.020	0.5	6.9	15.5	15.0	12.4	10.8	10.7	12.2	15.4	18.7	24.5	34.6	48.5	61.6	74.7	88.3	76.0	51.7	165.3		1968-1972	1) 5)	
1975	0.009	0.5	7.1	16.6	14.2	13.3	13.1	12.2	13.2	17.3	19.3	24.7	34.6	49.2	65.5	78.7	77.5	75.1	40.0	129.6		1973-1977	1) 5)	
1980	0.021	0.5	5.0	11.4	12.5	10.9	12.2	12.5	14.1	16.1	16.9	19.5	28.6	39.5	54.7	62.8	67.7	65.1	58.8	49.5		1978-1982	1) 5)	
1985	0.015	0.6	4.1	9.7	11.1	10.5	10.7	13.2	16.1	18.4	18.5	21.1	27.3	35.6	48.8	63.4	68.5	57.4	40.2	14.5		1983-1987	1) 5)	
1988			0.7	4.1	9.3	9.8	8.8	9.9	10.9	14.7	18.7	18.5	20.3	26.7	35.4	45.7	63.1	67.3	61.0+			1988		
1989			0.6	3.5	7.3	9.7	9.0	9.9	11.2	13.7	16.0	18.0	18.4	24.6	35.8	43.1	59.1	66.2	47.2+			1989		
1990			0.4	2.8	6.9	9.1	8.8	8.1	10.1	13.7	16.4	16.8	18.5	21.7	29.8	42.5	51.8	59.8	51.1+			1990	6)	
早期	0.002	0.002	2.3	21.3	23.6	16.1	13.4	13.0	13.0	15.5	16.8	19.4	24.3	34.4	52.7+							1899-1917	7)	
戦前	0.001	1.0	20.2	28.0	19.8	17.0	15.6	15.9	17.8	19.8	21.9	31.8-			81.0+							1918-1942	8)	
戦後	0.012	0.4	14.1	29.7	20.5	14.9	12.7	12.4	14.7	17.4	20.8	27.8	39.7	53.2	66.4	79.0	85.6	78.4	72.8	66.1		1948-1972	8)	
近年	0.015	0.6	5.4	12.6	12.6	11.6	12.0	12.6	14.5	17.2	18.3	21.8	30.2	41.4	56.4	68.3	71.2	65.9	46.3	64.5		1973-1987	9)	
現在			0.6	3.4	7.8	9.5	8.9	9.3	10.7	14.0	17.1	17.8	19.0	24.3	33.7	43.8	58.0	64.4	53.1+			1988-1990	9)	
年齢	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	年齢		

注記 半印が付いた2つの年齢階級とそれ以上の年齢階級に当たる。例えば、70-74と70-79に跨るxx.x+は、70+に当たる。  
 一印が付いた2つの年齢階級に跨る数字は、両年齢階級に当たる。例えば、60-64と65-69に跨るxx.x-は、60-69に当たる。  
 1) 年齢階級の自殺率は、1990や1945を除いて時期の中心年次をめぐる5年間の自殺者数の平均値をその中心年次の人口で割って、著者が算出した。  
 2) 1900は4年間で(1899-1902)で、時期の中心年次を1900とした。但し、自殺率は低過ぎて、あまり信頼できない(表4の注記Bに参照)。  
 3) 1945は3年間で(1943, 1946, 1947)で、時期の中心年次を1945とした。1946の自殺者数は、著者が推計した(表7や表8の注記1に参照)。  
 4) 1900, 1905, 1910, 1915の年齢別人口は、内閣統計局が1920の国勢調査結果から推計したこの年次の性別総人口に基づいて、1898, 1903, 1908, 1913, 1918の本籍人口の年齢階級人口に比例して、著者が推計した。この推計方法は原始的であるが、より適切な推計を総務庁統計局に任せる。  
 5) 1920以降の年齢別人口は、5年ごとの国勢調査の確定数を利用した。  
 6) 1990の自殺者数と人口は概数を利用した。  
 7) 早期の時期は19年間で、共通の年齢階級の自殺率を使って、(4 \* 1900 + 5 \* (1905 + 1910 + 1915)) / 19として、平均自殺率を算出した。  
 8) 戦前や戦後の時期は25年間で、共通の年齢階級の自殺率を使って、5つの5年間の時期の自殺率を合計し5で割って、平均自殺率を算出した。  
 9) 近年や現在の時期はそれぞれ15年間で、3つの5年間の自殺率を合計し3で割って、平均自殺率を算出した。

表3 男性/女性の年齢階級別の自殺率の性比：各5年間と早期、戦前、戦後、および最近の時期の平均値、日本、1899—1990<sup>1)</sup>

時期	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	時期	
1900	2.94	5.91	1.17	0.66	1.41	1.82	1.81	1.97	2.19	2.19	2.54	2.53	2.21	1.90	1.68+							1899-1902	
1905			1.23	0.72	1.33	1.62	1.63	1.81	2.14	2.10	2.49	2.47	2.10	1.76	1.57+							1903-1907	
1910			1.33	0.92	1.54	1.75	1.73	1.76	2.01	2.15	2.47	2.29	2.02	1.69	1.50	1.26			1.15+			1908-1912	
1915			1.42	0.90	1.49	1.74	1.67	1.90	1.97	2.13	2.30	2.43	2.60	2.08	1.76	1.62	1.20		0.92+			1913-1917	
1920			1.37	0.83	1.40	1.62	1.57	1.71	1.87	1.95	2.15	2.23	2.17-	1.86-								1918-1922	
1925			1.20	0.83	1.37	1.51	1.46	1.71	1.91	2.16	2.26	2.52	2.23-	1.87-					2.29+			1923-1927	
1930			1.34	0.99	1.52	1.66	1.45	1.72	1.82	2.20	2.48	2.52	2.28-	1.83-					1.80+			1928-1932	
1935			0.98	1.74	1.27	1.66	1.87	1.40	1.52	1.60	1.82	2.07	2.48	2.13	1.98	1.74-			1.69-			1933-1937	
1940			2.46	1.46	1.63	1.74	1.33	1.53	1.41	1.57	1.76	2.07	2.18	1.91	1.76-				1.55+			1938-1942	
1945			1.46	1.78	2.49	1.25	1.51	2.11	1.93	1.64	1.79	1.71	2.01	2.28	1.94	1.63	1.69	1.40	1.34	1.88+		1943-1947	
1950			0.78	3.75	1.29	1.47	1.63	1.38	1.45	1.54	1.66	1.95	2.20	1.83	1.65	1.62	1.51	1.53	1.48	1.50	7.28	1948-1952	
1955			1.74	1.39	1.69	1.91	1.58	1.54	1.55	1.71	1.76	1.92	1.81	1.62	1.47	1.50	1.48	1.55	1.57	2.31		1953-1957	
1960			2.23	1.81	1.14	1.38	1.68	1.40	1.45	1.43	1.51	1.63	1.86	1.66	1.49	1.39	1.47	1.48	1.32	1.81	1.71	1958-1962	
1965			0.96	2.63	1.24	1.24	1.54	1.56	1.51	1.63	1.60	1.55	1.86	1.75	1.46	1.22	1.27	1.32	1.30	1.32	0.65	1963-1967	
1970			0.48	2.14	1.47	1.28	1.48	1.54	1.70	1.62	1.60	1.51	1.56	1.46	1.32	1.19	1.15	1.17	1.25	1.30	1.70	1.86	1968-1972
1975			2.38	2.74	1.71	1.61	1.73	1.74	1.87	2.15	1.99	1.51	1.42	1.22	1.11	1.11	1.17	1.32	1.41	2.57	1.47	1973-1977	
1980			1.14	2.31	2.12	2.10	2.11	2.14	2.14	2.56	2.47	2.08	1.90	1.67	1.25	1.18	1.16	1.27	1.43	1.51	1.74	1978-1982	
1985			2.85	1.89	1.86	2.13	2.30	2.45	2.53	2.88	3.04	2.87	2.45	1.83	1.48	1.34	1.33	1.36	1.52	1.98	2.25	7.47	1983-1987
1988			1.49	1.38	1.70	2.24	2.48	2.55	2.58	2.58	2.39	2.22	1.67	1.40	1.17	1.28	1.26	1.50	2.04+			1988	
1989			1.27	1.55	2.01	2.14	2.13	2.27	2.26	2.24	2.24	1.95	1.73	1.37	1.27	1.34	1.25	1.40	1.98+			1989	
1990			1.68	1.69	2.03	1.89	2.23	2.51	2.23	2.22	2.06	2.01	1.69	1.51	1.41	1.19	1.35	1.51	1.87+			1990	
早期	0.735	1.478	1.29	0.80	1.44	1.74	1.71	1.86	2.08	2.12	2.37	2.53	2.30	1.94	1.57+							1899-1917	
戦前	0.983	1.44	1.01	1.51	1.67	1.45	1.64	1.73	1.95	2.15	2.37	2.16-	1.81-					1.66+				1918-1942	
戦後	1.372	2.16	1.29	1.46	1.68	1.49	1.53	1.55	1.62	1.69	1.89	1.89	1.71	1.52	1.39	1.39	1.40	1.39	1.50	2.79	3.35	1948-1972	
近年	1.959	2.30	1.88	1.89	2.02	2.08	2.16	2.54	2.53	2.17	1.95	1.63	1.31	1.20	1.19	1.26	1.42	1.61	2.13	1.54		1973-1987	
現在	1.45	1.52	1.89	2.10	2.27	2.44	2.36	2.35	2.24	2.06	1.70	1.42	1.28	1.27	1.28	1.47	1.97+					1988-1990	
年齢	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+	年齢	

注記 +印が付いた2つの年齢階級に跨る数字は、両年齢階級とそれ以上の年齢階級に当たる。例えば、70-74と70-79に跨るxx.x+は、70+に当たる。

-印が付いた2つの年齢階級に跨る数字は、両年齢階級に当たる。例えば、60-64と65-69に跨るxx.x-は、60-69に当たる。

1) この表の性比例は、表1と表2（但し、まだ四捨五入してない）自殺率を利用し、男性率を女性率で割って算出した。

表4 人口動態統計と警察調査の性別自殺者数

年次 1)	人口動態統計の自殺者数 2) WHOに報告する総数			在日外国人の自殺者数 3)			在日外国人を含む総数 4)		
	男性 a	女性 b	計 c	男性 d	女性 e	計 f	男性 g = a + d	女性 h = b + e	計 i = c + f
1899	3,699	2,233	5,932				3,699	2,233	5,932
1900	3,716	2,147	5,863				3,716	2,147	5,863
1901	4,872	2,974	7,846				4,872	2,974	7,846
1902	4,986	3,073	8,059				4,986	3,073	8,059
1903	5,547	3,267	8,814				5,547	3,267	8,814
1904	5,585	3,381	8,966				5,585	3,381	8,966
1905	5,020	3,069	8,089				5,020	3,069	8,089
1906	4,665	2,992	7,657				4,665	2,992	7,657
1907	4,836	3,163	7,999				4,836	3,163	7,999
1908	5,100	3,224	8,324				5,100	3,224	8,324
1909	5,735	3,405	9,140				5,735	3,405	9,140
1910	5,928	3,444	9,372				5,928	3,444	9,372
1911	5,847	3,526	9,373				5,847	3,526	9,373
1912	5,955	3,520	9,475				5,955	3,520	9,475
1913	6,474	3,863	10,337				6,474	3,863	10,337
1914	6,894	4,008	10,902				6,894	4,008	10,902
1915	6,503	3,650	10,153				6,503	3,650	10,153
1916	6,065	3,534	9,599				6,065	3,534	9,599
1917	5,724	3,530	9,254				5,724	3,530	9,254
1918	6,147	3,954	10,101				6,147	3,954	10,101
1919	6,158	3,766	9,924				6,158	3,766	9,924
1920	6,521	4,109	10,630				6,521	4,109	10,630
1921	6,923	4,435	11,358				6,923	4,435	11,358
1922	6,984	4,562	11,546				6,984	4,562	11,546
1923	7,065	4,423	11,488				7,065	4,423	11,488
1924	6,958	4,303	11,261				6,958	4,303	11,261
1925	7,521	4,728	12,249				7,521	4,728	12,249
1926	7,675	4,805	12,480				7,675	4,805	12,480
1927	7,912	4,933	12,845				7,912	4,933	12,845
1928	7,984	5,048	13,032				7,984	5,048	13,032
1929	7,915	4,825	12,740				7,915	4,825	12,740
1930	8,810	5,132	13,942				8,810	5,132	13,942
1931	9,102	5,251	14,353				9,102	5,251	14,353
1932	9,272	5,474	14,746				9,272	5,474	14,746
1933	9,110	5,695	14,805				9,110	5,695	14,805
1934	9,065	5,489	14,554				9,065	5,489	14,554
1935	8,733	5,438	14,171				8,733	5,438	14,171
1936	9,766	5,657	15,423				9,766	5,657	15,423
1937	8,923	5,372	14,295				8,923	5,372	14,295
1938	7,585	4,638	12,223				7,585	4,638	12,223
1939	6,502	4,283	10,785				6,502	4,283	10,785
1940	5,841	4,036	9,877				5,841	4,036	9,877
1941	5,667	4,046	9,713				5,667	4,046	9,713
1942	5,498	3,895	9,393				5,498	3,895	9,393
1943	5,115	3,669	8,784				5,115	3,669	8,784
1944			9,297						9,297
1945									
1946	5,272	3,992	9,264				5,272	3,992	9,264
1947	7,108	5,154	12,262				7,108	5,154	12,262
1948	7,331	5,422	12,753				7,331	5,422	12,753
1949	8,391	5,810	14,201				8,391	5,810	14,201
1950	9,820	6,491	16,311				9,820	6,491	16,311
1951	9,035	6,380	15,415				9,035	6,380	15,415
1952	9,171	6,605	15,776				9,171	6,605	15,776
1953	10,450	7,281	17,731				10,450	7,281	17,731
1954	12,641	7,994	20,635				12,641	7,994	20,635
1955	13,836	8,641	22,477	169	72	241	14,005	8,713	22,718
1956	13,222	8,885	22,107	163	64	227	13,385	8,949	22,334
1957	13,276	8,860	22,136	168	83	251	13,444	8,943	22,387
1958	13,895	9,746	23,641	192	83	275	14,087	9,829	23,916
1959	12,179	8,911	21,090	158	77	235	12,337	9,008	21,325
1960	11,506	8,637	20,143	129	82	211	11,635	8,719	20,354
1961	10,333	8,113	18,446	128	65	193	10,461	8,178	18,639
1962	9,541	7,183	16,724	110	176	286	9,651	7,249	16,900
1963	8,923	6,567	15,490	98	56	154	9,021	6,623	15,644
1964	8,336	6,371	14,707	106	47	153	8,442	6,418	14,860
1965	8,330	6,114	14,444	98	56	154	8,428	6,170	14,598
1966	8,450	6,600	15,050	94	59	153	8,544	6,659	15,203
1967	7,940	6,181	14,121	96	51	147	8,036	6,232	14,268
1968	8,174	6,427	14,601	83	25	108	8,257	6,452	14,709
1969	8,241	6,603	14,844	78	43	121	8,319	6,646	14,965
1970	8,761	6,967	15,728	73	52	125	8,834	7,019	15,853
1971	9,157	7,082	16,239	85	58	143	9,242	7,140	16,382
1972	10,231	7,784	18,015	88	50	138	10,319	7,834	18,153
1973	10,730	8,129	18,859	102	64	166	10,832	8,193	19,025
1974	10,723	8,382	19,105	112	66	178	10,835	8,448	19,283
1975	11,744	8,231	19,975	116	56	172	11,860	8,287	20,147
1976	11,744	8,042	19,786	123	57	180	11,867	8,099	19,966
1977	12,299	7,970	20,269	126	52	178	12,425	8,022	20,447
1978	12,409	7,790	20,199	124	57	181	12,533	7,847	20,380
1979	12,851	7,972	20,823	139	53	192	12,990	8,025	21,015
1980	12,769	7,773	20,542	136	48	184	12,905	7,821	20,726
1981	12,708	7,388	20,096	120	49	169	12,828	7,437	20,265
1982	13,203	7,465	20,668	122	42	164	13,325	7,507	20,832
1983	16,876	8,109	24,985	142	47	189	17,018	8,156	25,174
1984	16,251	8,093	24,344	153	43	196	16,404	8,136	24,540
1985	15,356	8,027	23,383	139	57	196	15,495	8,084	23,579
1986	16,499	9,168	25,667	141	75	216	16,640	9,243	25,883
1987	15,281	8,550	23,831	119	49	168	15,400	8,599	23,999
1988	14,290	8,505	22,795	144	59	203	14,434	8,564	22,998
1989	12,939	8,186	21,125	132	63	195	13,071	8,249	21,320
1990	12,293	7,765	20,058	140	60	200	12,433	7,825	20,258

1) 厚生省の「人口動態統計」などを使用。1990年は概数である。警察調査の統計は「大日本帝国内務省統計報告」と「犯罪統計書」などによる。  
 2) 1944年の自殺者数の計(c)は岡崎文規氏の「自殺の社会統計的研究」(日本評論新社, 1960, 35)による数字である。1946年の数字は推計である(表7や表8の注記1に参照)。

の比較, 日本, 1899—1990

警察調査の自殺者数 3)			警察調査に対する人口動態統計の割合 (%) 5)				割合の男女差 (%)	年次
在日外国人を含む総数			男性	女性	計	性差		
男性 j	女性 k	計 l	男性 m	女性 n	計 o	$p = m - n$		
5,038	3,334	8,372	73.4	67.0	70.9	6.4	1899	
5,177	3,256	8,433	71.8	65.9	69.5	5.8	1900	
5,227	3,355	8,582	93.2	88.6	91.4	4.6	1901	
5,413	3,370	8,783	92.1	91.2	91.8	0.9	1902	
6,153	3,711	9,864	90.2	88.0	89.4	2.1	1903	
6,245	3,904	10,149	89.4	86.6	88.3	2.8	1904	
5,732	3,681	9,413	87.6	83.4	85.9	4.2	1905	
5,422	3,484	8,906	86.0	85.9	86.0	0.2	1906	
5,468	3,712	9,180	88.4	85.2	87.1	3.2	1907	
5,897	3,703	9,600	86.5	87.1	86.7	-0.6	1908	
6,587	3,966	10,553	87.1	85.9	86.6	1.2	1909	
6,811	3,972	10,783	87.0	86.7	86.9	0.3	1910	
6,711	4,042	10,753	87.1	87.2	87.2	-0.1	1911	
6,915	4,213	11,128	86.1	83.6	85.1	2.6	1912	
7,481	4,461	11,942	86.5	87.3	86.8	-0.7	1913	
8,078	4,627	12,705	85.3	86.6	85.8	-1.3	1914	
7,939	4,625	12,564	81.9	78.9	80.4	3.0	1915	
7,239	4,558	11,797	83.8	77.5	81.4	6.2	1916	
6,858	4,422	11,280	83.5	79.8	82.0	3.6	1917	
7,553	5,071	12,624	81.4	78.0	80.0	3.4	1918	
7,586	4,845	12,431	81.2	77.7	79.8	3.4	1919	
8,052	5,295	13,347	81.0	77.6	79.6	3.4	1920	
7,560	4,883	12,443	91.6	90.8	91.3	0.7	1921	
7,440	4,919	12,359	93.9	92.7	93.4	1.1	1922	
8,196	5,181	13,377	86.2	85.4	85.9	0.8	1923	
8,435	5,375	13,810	82.5	80.1	81.5	2.4	1924	
9,210	5,712	14,922	81.7	82.8	82.1	-1.1	1925	
9,174	5,824	14,998	83.7	82.5	83.2	1.2	1926	
9,686	5,953	15,639	81.7	82.9	82.1	-1.2	1927	
9,256	5,858	15,114	86.3	86.2	86.2	0.1	1928	
9,313	5,517	14,830	85.0	87.5	85.9	-2.5	1929	
10,439	5,920	16,359	84.4	86.7	85.2	-2.3	1930	
10,934	6,081	17,015	83.2	86.4	84.4	-3.1	1931	
11,250	6,499	17,749	82.4	84.2	83.1	-1.8	1932	
10,945	6,582	17,527	83.2	86.5	84.5	-3.3	1933	
10,860	6,379	17,239	83.5	86.0	84.4	-2.6	1934	
10,400	6,270	16,670	84.0	86.7	85.0	-2.8	1935	
11,490	6,252	17,742	85.0	90.5	86.9	-5.5	1936	
		12,906			83.6		1937	
		12,133	79.1	84.9	81.4	-5.8	1938	
7,380	4,753						1939	
7,213	4,893	12,106	78.6	82.7	80.2	-4.1	1940	
6,794	4,612	11,406	80.9	84.5	82.4	-3.5	1941	
6,146	4,416	10,562	83.2	83.1	83.2	0.1	1942	
							1943	
							1944	
6,328	4,708	11,036					1945	
9,278	6,021	15,299	56.8	66.3	60.6	-9.5	1946	
9,128	5,787	14,915	77.9	89.1	82.2	-11.2	1947	
9,929	5,912	15,841	73.8	91.7	80.5	-17.9	1948	
10,961	6,151	17,112	76.6	94.5	83.0	-17.9	1949	
17,791	6,577	18,368	83.3	98.7	88.8	-15.4	1950	
10,366	6,200	16,566	87.2	102.9	93.1	-15.7	1951	
10,413	6,245	16,658	88.1	105.8	94.7	-17.7	1952	
12,049	7,121	19,170	86.7	102.2	92.5	-15.5	1953	
13,259	7,274	20,533	95.3	109.9	100.5	-14.6	1954	
13,506	7,686	21,192	103.7	113.4	107.2	-9.7	1955	
13,441	7,409	20,850	99.6	120.8	107.1	-21.2	1956	
13,269	7,667	20,936	101.3	116.6	106.9	-15.3	1957	
13,618	8,213	21,831	103.4	119.7	109.6	-16.2	1958	
12,118	7,561	19,679	101.8	118.9	108.4	-17.1	1959	
11,805	7,643	19,448	98.6	114.1	104.7	-15.5	1960	
10,706	7,256	17,962	97.7	112.7	103.8	-15.0	1961	
10,100	6,525	16,625	95.6	111.1	101.7	-15.5	1962	
9,486	6,095	15,581	95.1	108.7	100.4	-13.6	1963	
							1964	
							1965	
							1966	
							1967	
							1968	
							1969	
							1970	
							1971	
							1972	
							1973	
							1974	
							1975	
							1976	
							1977	
12,859	7,929	20,788	97.5	99.0	98.0	-1.5	1978	
13,386	8,117	21,503	97.0	98.9	97.7	-1.8	1979	
13,155	7,893	21,048	98.1	99.1	98.5	-1.0	1980	
12,942	7,492	20,434	99.1	99.3	99.2	-0.1	1981	
13,654	7,574	21,228	97.6	99.1	98.1	-1.5	1982	
17,116	8,086	25,202	99.4	100.9	99.9	-1.4	1983	
16,508	8,088	24,596	99.4	100.6	99.8	-1.2	1984	
16,624	7,975	23,599	99.2	101.4	99.9	-2.2	1985	
16,497	9,027	25,524	100.9	102.4	101.4	-1.5	1986	
15,802	8,658	24,460	97.5	99.3	98.1	-1.9	1987	
14,934	8,808	23,742	96.7	97.2	96.9	-0.6	1988	
13,818	8,618	22,436	94.6	95.7	95.0	-1.1	1989	
13,102	8,244	21,346	94.9	94.9	94.9	0.0	1990	

- A) この空白については警察庁の説明はない。1977年以前の統計は「ない」とのこと。
- B) 1899年から始まった人口動態統計は、その集計制度がまだ完全でなかった最初の2年間と、以前から安定してきた警察調査の統計と比べると、著しく低すぎる (m, n, o) ことが分かる。
- C) 戦前や1978年からの男女差 (P) は小さいが、1963年までの戦後の差異は目立っている。「集計の基準でもかなり変わったようだが」と指摘したら、「変わらなかった」と否定する。

3) 枠内の1990年の在日外国人の数字は著者が推計した。1936年の警察調査の総数には10ほどの誤りの可能性がある。  
 4) 在日外国人の数字は人口動態統計の総数に含まれていないので、1955年から公表され始めた在日外国人の数字をここで総数に加算した。  
 5) 警察庁の総数に対する厚生省の総数の割合 (パーセント) は、100 \* (厚生省総数 / 警察庁総数) として算出。

表5 男性の単純自殺率と年齢調整自殺率,

年次	単純(未調整) 自殺率 1) a	対当年人口の調整率 2)		対1985年の調整率 2)		対1985年 モデル人口 年齢調整率 5) f
		あるだけの 年齢階級 3) b	15区分共通 年齢階級 4) c	あるだけの 年齢階級 d	15区分共通 年齢階級 e	
1899	16.9	17.1	17.1	22.0	22.0	22.2
1900	16.9	17.0	17.0	21.7	21.7	21.9
1901	21.8	22.1	22.1	28.5	28.5	28.7
1902	22.1	22.3	22.3	29.2	29.1	29.4
1903	24.2	24.5	24.5	32.4	32.3	32.6
1904	24.1	24.4	24.4	32.5	32.5	32.7
1905	21.4	21.8	21.8	29.6	29.6	29.8
1906	19.8	20.0	20.0	26.4	26.4	26.7
1907	20.3	20.6	20.6	26.6	26.6	26.9
1908	21.2	21.5	21.5	27.6	27.6	28.0
1909	23.6	23.9	23.9	31.2	31.1	31.5
1910	24.0	24.3	24.3	31.8	31.7	32.1
1911	23.4	23.7	23.7	31.0	30.8	31.2
1912	23.5	23.8	23.7	30.9	30.7	31.2
1913	25.2	25.5	25.4	33.5	33.3	33.8
1914	26.4	26.7	26.7	35.3	35.2	35.6
1915	24.6	24.9	24.9	33.2	33.1	33.5
1916	22.6	22.9	22.9	30.7	30.5	30.9
1917	21.1	21.4	21.3	28.5	28.3	28.8
1918	22.4	22.7	22.7	30.4	30.3	30.7
1919	22.3	22.7	22.7	30.8	30.8	31.1
1920	23.3	23.8	23.8	32.8	32.8	33.1
1921	24.4	24.9	24.9	34.3	34.3	34.7
1922	24.3	24.8	24.8	34.4	34.4	34.7
1923	24.2	24.8	24.8	34.7	34.7	35.0
1924	23.5	24.1	24.1	33.8	33.8	34.2
1925	25.1	25.6	25.6	36.1	36.0	36.4
1926	25.1	25.7	25.7	36.2	36.2	36.5
1927	25.5	26.2	26.2	36.9	36.9	37.2
1928	25.4	26.0	26.0	36.4	36.4	36.8
1929	24.8	25.5	25.5	36.0	36.0	36.3
1930	27.2	27.9	27.9	39.4	39.4	39.7
1931	27.7	28.4	28.4	40.0	40.0	40.4
1932	27.8	28.4	28.4	39.2	39.2	39.6
1933	26.9	27.6	27.6	37.8	37.8	38.3
1934	26.4	27.1	27.1	37.1	37.1	37.5
1935	25.1	25.8	25.8	35.8	35.8	36.2
1936	27.8	28.6	28.6	38.8	38.7	39.2
1937	25.4	26.2	26.2	35.8	35.7	36.2
1938	21.6	22.5	22.5	31.6	31.5	31.9
1939	18.5	19.3	19.3	28.2	28.1	28.5
1940	26.5	17.3	17.2	25.1	24.9	25.4
1941	16.3	17.1	17.1	25.5	25.3	25.7
1942	15.8	16.6	16.6	25.0	24.9	25.3
1943	14.7	15.5	15.5	24.3	24.0	24.5
1944						
1945						
1946	15.1	15.9	15.9	23.3	23.1	23.5
1947	18.6	19.4	19.4	30.1	29.9	30.4
1948	18.7	19.4	19.4	29.8	29.6	30.0
1949	20.9	21.7	21.7	31.9	31.9	32.2
1950	24.1	24.8	24.8	34.7	34.4	35.1
1951	21.8	22.5	22.5	30.4	30.3	30.8
1952	21.8	22.4	22.4	29.4	29.4	29.8
1953	24.4	25.1	25.1	31.4	31.3	31.9
1954	29.1	29.8	29.7	35.5	35.5	36.2
1955	31.5	32.2	32.2	37.7	37.6	38.5
1956	29.8	30.5	30.5	36.1	36.0	36.8
1957	29.7	30.3	30.3	35.2	35.2	35.9
1958	30.7	31.3	31.3	35.9	35.9	36.7
1959	26.6	27.3	27.2	31.8	31.7	32.4
1960	25.1	25.6	25.6	29.4	29.4	30.0
1961	22.3	22.9	22.8	26.7	26.6	27.1
1962	20.4	21.0	21.0	24.6	24.5	25.1
1963	18.9	19.5	19.5	23.0	23.0	23.4
1964	17.5	18.0	18.0	21.5	21.4	21.8
1965	17.3	17.9	17.9	21.5	21.5	21.8
1966	17.4	18.0	18.0	21.3	21.2	21.5
1967	16.2	16.8	16.8	19.7	19.6	19.9
1968	16.5	17.0	17.0	19.7	19.6	19.9
1969	16.4	16.9	16.9	19.5	19.5	19.7
1970	17.3	17.8	17.8	20.4	20.3	20.6
1971	17.9	18.4	18.3	20.6	20.5	20.8
1972	19.7	20.3	20.3	22.6	22.6	22.8
1973	20.2	20.8	20.8	23.1	23.0	23.3
1974	20.0	20.5	20.5	22.6	22.6	22.8
1975	21.5	22.0	22.0	23.9	23.9	24.1
1976	21.2	21.7	21.7	23.4	23.3	23.6
1977	22.0	22.6	22.6	24.1	24.1	24.4
1978	22.0	22.6	22.6	24.0	24.0	24.2
1979	22.6	23.2	23.2	24.5	24.5	24.7
1980	22.3	22.9	22.9	24.1	24.0	24.3
1981	22.0	22.6	22.6	23.6	23.6	23.7
1982	22.7	23.3	23.3	24.0	24.0	24.2
1983	28.9	29.6	29.6	30.2	30.2	30.4
1984	27.6	28.4	28.4	28.7	28.7	28.9
1985	26.0	26.7	26.7	26.7	26.7	26.9
1986	27.8	28.5	28.5	28.3	28.2	28.4
1987	25.6	26.3	26.3	25.7	25.7	25.9
1988	23.8	24.7	24.6	23.8	23.8	23.8
1989	21.5	22.3	22.3	21.2	21.2	21.3
1990	20.4	21.3	21.2	19.9	19.9	20.0

1) 全ての自殺率は著者による算出である。1903年の未調整単純率は厚生省の数字と異なる。1946年の率は推計である(表7や表8の注記1に参照)。

2) 1985年の基準人口は在日日本人のみの国勢調査である。1935年の基準人口は在日外国人も含める国勢調査である。

3) 各年次に対して当年のあるだけの年齢階級別のデータを算入した。階級が15区分から21区分まで変わる。区分数が同じであっても階級が違う場合もある。

日本, 1899-1990

あるだけの 年齢階級	対1935年の調整率(2) 15区分共通 年齢階級		1935調整率の割合(%) 対単純 自殺率		1935調整率の割合(%) 対1985年 国勢調査		1935調整率の割合(%) 対1985年 モデル人口		年次
	g	h	100a/g	100a/d	100a/d	100a/f			
15.9	15.9	15.9	93.9	72.3	71.6	1899			
15.9	15.9	15.9	94.4	73.2	72.5	1900			
20.6	20.6	20.6	94.5	72.4	71.8	1901			
20.8	20.8	20.8	94.4	71.3	70.8	1902			
22.9	22.9	22.9	94.5	70.7	70.3	1903			
22.8	22.8	22.8	94.6	70.0	69.7	1904			
20.3	20.3	20.3	94.6	68.4	68.0	1905			
18.8	18.8	18.8	95.3	71.3	70.6	1906			
19.5	19.4	19.4	95.7	73.0	72.4	1907			
20.4	20.3	20.3	95.9	73.6	72.7	1908			
22.6	22.6	22.6	96.1	72.7	72.0	1909			
23.2	23.1	23.1	96.3	72.8	72.1	1910			
22.6	22.6	22.6	96.7	73.0	72.4	1911			
22.8	22.7	22.7	97.0	73.7	73.0	1912			
24.4	24.3	24.3	97.0	72.9	72.2	1913			
25.6	25.6	25.6	96.9	72.5	71.9	1914			
23.8	23.7	23.7	96.8	71.6	71.0	1915			
22.0	21.9	21.9	97.2	71.6	71.0	1916			
20.4	20.4	20.4	97.0	71.8	71.1	1917			
21.8	21.7	21.7	97.2	71.6	70.9	1918			
22.0	22.0	22.0	98.8	71.5	70.8	1919			
23.5	23.5	23.5	100.9	71.6	71.0	1920			
24.7	24.7	24.7	101.3	71.9	71.2	1921			
24.7	24.7	24.7	101.7	71.7	71.1	1922			
24.6	24.6	24.6	101.6	70.9	70.2	1923			
23.9	23.9	23.9	101.6	70.7	70.0	1924			
25.5	25.5	25.5	101.6	70.5	70.0	1925			
25.6	25.6	25.6	101.9	70.7	70.1	1926			
26.2	26.2	26.2	102.4	70.9	70.3	1927			
26.0	26.0	26.0	102.4	71.3	70.6	1928			
25.4	25.4	25.4	102.4	70.6	69.9	1929			
27.8	27.8	27.8	102.1	70.5	69.9	1930			
28.3	28.3	28.3	102.4	70.8	70.1	1931			
28.5	28.5	28.5	102.4	72.7	71.9	1932			
27.6	27.7	27.7	102.7	73.1	72.2	1933			
27.1	27.1	27.1	102.6	73.1	72.3	1934			
25.8	25.8	25.8	102.7	72.2	71.3	1935			
28.6	28.6	28.6	102.9	73.8	72.9	1936			
26.4	26.4	26.4	104.0	73.9	72.9	1937			
22.6	22.6	22.6	104.8	71.7	70.9	1938			
19.4	19.4	19.4	105.1	68.9	68.2	1939			
17.3	17.2	17.2	104.5	68.7	67.9	1940			
17.1	17.1	17.1	104.8	67.1	66.5	1941			
16.6	16.5	16.5	105.2	66.2	65.6	1942			
15.4	15.4	15.4	104.9	63.4	62.9	1943			
						1944			
						1945			
						1946			
15.4	15.4	15.4	102.1	66.3	65.6	1947			
19.3	19.3	19.3	103.7	64.1	63.6	1948			
19.3	19.3	19.3	103.2	64.9	64.4	1949			
21.5	21.5	21.5	102.9	67.5	66.8	1950			
24.3	24.3	24.3	101.1	70.2	69.4	1951			
21.9	21.9	21.9	100.7	72.1	71.1	1952			
21.6	21.5	21.5	99.1	73.4	72.3	1953			
23.9	23.9	23.9	97.7	76.1	74.8	1954			
28.1	28.1	28.1	96.5	79.2	77.7	1955			
30.2	30.2	30.2	95.7	80.1	78.5	1956			
28.2	28.2	28.2	94.8	78.3	76.7	1957			
27.8	27.8	27.8	93.6	78.7	77.3	1958			
28.5	28.4	28.4	92.6	79.2	77.6	1959			
24.5	24.5	24.5	92.1	77.1	75.6	1960			
23.1	23.0	23.0	91.9	78.5	76.8	1961			
20.3	20.3	20.3	91.1	76.2	74.9	1962			
18.3	18.3	18.3	89.6	74.3	73.0	1963			
16.7	16.7	16.7	88.4	72.5	71.4	1964			
15.2	15.2	15.2	87.1	70.8	69.8	1965			
14.9	14.9	14.9	86.5	69.5	68.6	1966			
14.9	14.9	14.9	85.7	70.1	69.3	1967			
13.7	13.7	13.7	84.5	69.8	69.0	1968			
13.7	13.7	13.7	83.0	69.8	69.0	1969			
13.5	13.5	13.5	81.9	68.9	68.3	1970			
14.0	14.1	14.1	81.1	68.8	68.2	1971			
14.5	14.5	14.5	81.2	70.5	69.9	1972			
16.0	16.0	16.0	81.1	70.7	70.1	1973			
16.4	16.4	16.4	80.9	70.9	70.3	1974			
16.1	16.1	16.1	80.6	71.2	70.7	1975			
17.1	17.1	17.1	79.9	71.6	71.0	1976			
16.9	16.9	16.9	79.6	72.4	71.6	1977			
17.4	17.4	17.4	79.0	72.1	71.4	1978			
17.3	17.3	17.3	78.7	72.2	71.5	1979			
17.7	17.8	17.8	78.4	72.4	71.8	1980			
17.1	17.2	17.2	76.8	71.2	70.7	1981			
16.7	16.7	16.7	75.7	70.8	70.3	1982			
17.0	17.0	17.0	74.8	70.9	70.4	1983			
21.1	21.1	21.1	73.1	69.9	69.4	1984			
19.8	19.8	19.8	71.7	69.0	68.6	1985			
18.4	18.5	18.5	71.0	69.0	68.6	1986			
19.6	19.6	19.6	70.5	69.3	68.9	1987			
17.7	17.7	17.7	69.2	68.9	68.5	1988			
16.2	16.3	16.3	68.2	68.4	68.1	1989			
14.5	14.5	14.5	67.4	68.3	68.0	1990			
13.5	13.6	13.6	66.4	68.0	67.7	1991			

4) 0-59の5歳階級12区分、60-79の10歳階級2区分、および80+の1区分、足して15区分(ただし1899年-1905年は70+までの14区分)で、共通的に計算した。  
 5) 厚生省が1992年から年齢調整死亡率(訂正死亡率)を計算するために利用する予定の新基準人口として作られた1985年モデル人口による調整率である。



表6 女性の単純自殺率と年齢調整自殺率,

年次	単純(未調整) 自殺率 1) a	対当年人口の調整率 2)			対1985年の調整率 2)		対1985年 モデル人口 年齢調整率 5) f
		あるだけの 年齢階級 3) b	15区分共通 年齢階級 4) c	あるだけの 年齢階級 d	15区分共通 年齢階級 e		
1899	10.4	10.2	10.2	12.2	12.2	12.3	
1900	9.9	9.7	9.7	11.6	11.6	11.7	
1901	13.5	13.3	13.3	16.0	16.0	16.2	
1902	13.7	13.5	13.5	16.6	16.6	16.8	
1903	14.4	14.2	14.2	17.5	17.5	17.7	
1904	14.7	14.5	14.5	18.5	18.5	18.6	
1905	13.2	13.0	13.0	16.7	16.6	16.8	
1906	12.8	12.6	12.6	15.8	15.8	16.0	
1907	13.4	13.2	13.2	16.6	16.6	16.7	
1908	13.5	13.3	13.3	16.6	16.6	16.8	
1909	14.1	13.9	13.9	17.5	17.5	17.7	
1910	14.0	13.9	13.9	17.7	17.6	17.8	
1911	14.2	14.0	14.0	17.8	17.7	17.9	
1912	14.0	13.8	13.8	17.5	17.4	17.6	
1913	15.2	15.0	15.1	19.1	19.0	19.3	
1914	15.5	15.2	15.3	19.6	19.6	19.8	
1915	13.9	13.7	13.7	17.6	17.5	17.8	
1916	13.3	13.1	13.1	16.9	16.9	17.0	
1917	13.1	12.9	12.9	16.5	16.4	16.6	
1918	14.5	14.3	14.3	18.4	18.3	18.6	
1919	13.7	13.5	13.5	17.5	17.5	17.7	
1920	14.7	14.4	14.4	19.0	19.0	19.4	
1921	15.7	15.4	15.4	19.9	19.9	20.1	
1922	16.0	15.7	15.7	20.3	20.3	20.5	
1923	15.3	15.0	15.0	19.4	19.4	19.6	
1924	14.7	14.4	14.4	18.8	18.8	18.9	
1925	15.9	15.7	15.7	20.1	20.1	20.3	
1926	15.9	15.6	15.6	20.3	20.3	20.5	
1927	16.1	15.8	15.8	20.6	20.6	20.8	
1928	16.2	15.9	15.9	20.9	20.9	21.2	
1929	15.3	15.0	15.0	19.8	19.8	19.9	
1930	16.0	15.7	15.7	20.6	20.6	20.9	
1931	16.1	15.8	15.8	21.0	21.0	21.2	
1932	16.5	16.2	16.2	21.2	21.2	21.4	
1933	17.0	16.6	16.6	21.6	21.7	21.9	
1934	16.1	15.8	15.8	20.9	20.9	21.1	
1935	15.8	15.4	15.4	20.5	20.5	20.7	
1936	16.2	15.7	15.7	21.1	21.1	21.3	
1937	15.1	14.6	14.6	20.2	20.1	20.4	
1938	12.9	12.4	12.4	17.5	17.5	17.7	
1939	11.8	11.4	11.4	16.3	16.2	16.4	
1940	11.0	10.6	10.6	15.4	15.4	15.6	
1941	10.9	10.5	10.5	15.4	15.3	15.6	
1942	10.4	9.9	10.0	14.7	14.6	14.9	
1943	9.6	9.2	9.2	14.2	14.1	14.3	
1944							
1945							
1946	10.4	9.8	9.9	14.0	14.0	14.2	
1947	12.9	12.2	12.2	18.2	18.1	18.5	
1948	13.3	12.6	12.6	18.3	18.3	18.6	
1949	13.9	13.4	13.4	18.7	18.7	19.0	
1950	15.3	14.7	14.7	20.5	20.4	20.7	
1951	14.8	14.3	14.3	19.2	19.2	19.5	
1952	15.1	14.6	14.6	19.3	19.3	19.5	
1953	16.4	15.9	16.0	20.2	20.2	20.5	
1954	17.8	17.4	17.4	21.0	21.0	21.4	
1955	19.0	18.6	18.6	22.0	22.0	22.4	
1956	19.4	18.9	18.9	22.4	22.4	22.8	
1957	19.1	18.7	18.7	21.8	21.8	22.2	
1958	20.8	20.4	20.4	23.1	23.1	23.5	
1959	18.9	18.4	18.5	21.2	21.2	21.6	
1960	18.2	17.8	17.8	20.2	20.2	20.6	
1961	16.9	16.5	16.5	18.9	18.9	19.2	
1962	14.8	14.4	14.5	16.7	16.7	17.0	
1963	13.4	13.0	13.0	15.2	15.2	15.5	
1964	12.9	12.4	12.4	14.8	14.8	15.1	
1965	12.2	11.8	11.8	14.2	14.2	14.4	
1966	13.1	12.7	12.7	14.9	14.9	15.1	
1967	12.2	11.7	11.8	13.7	13.7	13.9	
1968	12.5	12.0	12.0	14.1	14.1	14.3	
1969	12.7	12.2	12.2	14.2	14.2	14.3	
1970	13.3	12.7	12.7	14.5	14.5	14.7	
1971	13.3	12.8	12.8	14.5	14.4	14.6	
1972	14.4	13.8	13.8	15.7	15.7	15.8	
1973	14.8	14.1	14.1	16.0	16.0	16.1	
1974	15.0	14.4	14.4	16.2	16.2	16.3	
1975	14.6	13.9	13.9	15.5	15.5	15.6	
1976	14.1	13.4	13.4	15.0	15.0	15.1	
1977	13.8	13.2	13.2	14.5	14.5	14.6	
1978	13.4	12.8	12.8	13.9	13.9	14.0	
1979	13.6	12.9	12.9	14.0	14.0	14.0	
1980	13.1	12.5	12.5	13.3	13.4	13.4	
1981	12.4	11.8	11.8	12.4	12.4	12.5	
1982	12.5	11.8	11.8	12.3	12.3	12.4	
1983	13.4	12.7	12.7	13.1	13.1	13.2	
1984	13.3	12.6	12.6	12.8	12.8	12.9	
1985	13.1	12.4	12.4	12.4	12.4	12.5	
1986	14.9	14.1	14.1	13.9	13.9	14.0	
1987	13.8	13.0	13.0	12.6	12.6	12.7	
1988	13.7	12.9	12.9	12.3	12.3	12.3	
1989	13.1	12.3	12.4	11.6	11.6	11.6	
1990	12.4	11.7	11.7	10.7	10.8	10.8	

1) 全ての自殺率は著者による算出である。1903年の未調整単純率は厚生省の数字と異なる。1946年の率は推計である(表7や表8の注記1に参照)。

2) 1985年の基準人口は在日日本人のみの国勢調査である。1935年の基準人口は在日外国人も含める国勢調査である。

3) 各年次に対して当年のあるだけの年齢階級別のデータを算入した。階級が15区分から21区分まで変わる。区分数が同じであっても階級が違ふ場合もある。

日本, 1899—1990

あるだけの 年齢階級	対1935年の調整率 2)		1935調整率の割合(%)		1935調整率の割合(%)		年 次
	g	h	対単純 自殺率	100a/g	対1985年 国勢調査	対1985年 モデル人口	
9.6	9.6	93.1	78.8	78.2	1899		
9.2	9.2	93.2	79.2	78.5	1900		
12.6	12.6	93.3	78.5	77.9	1901		
12.8	12.8	93.4	77.1	76.5	1902		
13.5	13.5	93.8	77.2	76.6	1903		
13.7	13.7	93.0	74.1	73.6	1904		
12.3	12.3	93.0	74.1	73.4	1905		
12.0	12.0	94.0	75.9	75.1	1906		
12.7	12.7	94.6	76.4	75.8	1907		
12.8	12.8	95.1	77.1	76.4	1908		
13.3	13.3	95.0	76.1	75.5	1909		
13.4	13.3	95.2	75.7	75.2	1910		
13.5	13.5	95.0	75.9	75.2	1911		
13.3	13.3	95.4	76.3	75.5	1912		
14.6	14.6	95.9	76.5	75.8	1913		
14.7	14.7	95.1	74.8	74.1	1914		
13.2	13.2	95.4	75.3	74.6	1915		
12.6	12.6	94.9	74.4	73.9	1916		
12.4	12.4	95.1	75.6	74.8	1917		
13.8	13.7	95.0	74.7	74.1	1918		
13.2	13.2	96.3	75.7	74.9	1919		
14.3	14.3	97.4	75.6	75.0	1920		
15.4	15.4	98.2	77.4	76.7	1921		
15.7	15.7	98.5	77.4	76.7	1922		
15.0	15.0	98.0	77.3	76.4	1923		
14.4	14.4	98.0	76.7	76.0	1924		
15.6	15.6	97.9	77.6	76.7	1925		
15.6	15.6	97.9	76.7	75.9	1926		
15.8	15.8	98.1	76.6	75.7	1927		
15.8	15.8	97.6	75.5	74.8	1928		
14.9	14.9	97.4	75.4	74.6	1929		
15.6	15.6	97.7	75.8	74.9	1930		
15.7	15.7	97.5	74.7	74.1	1931		
16.2	16.2	97.8	76.3	75.5	1932		
16.6	16.6	97.8	76.6	75.7	1933		
15.8	15.8	98.1	75.6	74.9	1934		
15.4	15.4	97.6	75.0	74.1	1935		
15.8	15.7	97.5	74.6	73.8	1936		
14.7	14.7	97.1	72.9	72.1	1937		
12.5	12.5	96.7	71.4	70.8	1938		
11.4	11.4	96.5	70.3	69.6	1939		
10.6	10.6	96.4	69.0	68.4	1940		
10.6	10.6	96.4	68.5	67.8	1941		
10.0	9.9	95.9	67.7	66.9	1942		
9.2	9.2	95.4	64.6	64.1	1943		
					1944		
					1945		
9.5	9.5	91.0	67.7	66.7	1946		
12.2	12.2	94.3	66.6	65.9	1947		
12.5	12.5	94.1	68.0	67.2	1948		
13.1	13.2	94.4	70.3	69.4	1949		
14.3	14.4	93.7	70.1	69.2	1950		
13.9	13.9	93.7	72.2	71.2	1951		
14.1	14.1	93.1	73.0	72.1	1952		
15.2	15.2	92.3	74.9	73.9	1953		
16.4	16.4	92.3	78.2	76.9	1954		
17.4	17.5	91.6	79.1	77.8	1955		
17.5	17.5	90.5	78.3	77.0	1956		
17.2	17.2	89.7	78.7	77.4	1957		
18.6	18.6	89.2	80.5	79.0	1958		
16.6	16.6	88.2	78.5	77.1	1959		
16.0	16.0	88.2	79.3	77.7	1960		
14.8	14.8	87.3	78.1	76.7	1961		
12.6	12.6	85.2	75.5	74.3	1962		
11.2	11.2	83.2	73.3	72.2	1963		
10.4	10.5	81.0	70.3	69.4	1964		
9.8	9.8	80.3	69.1	68.2	1965		
10.5	10.5	80.2	70.6	69.6	1966		
9.6	9.6	78.7	69.8	68.9	1967		
9.6	9.6	76.7	68.1	67.3	1968		
9.6	9.7	75.8	68.0	67.4	1969		
10.0	10.0	75.4	68.8	68.1	1970		
10.0	10.0	74.8	69.0	68.2	1971		
10.7	10.7	74.3	68.3	67.7	1972		
10.9	10.9	73.9	68.3	67.7	1973		
11.1	11.1	73.6	68.4	67.8	1974		
10.6	10.6	72.8	68.5	67.9	1975		
10.2	10.2	72.2	68.1	67.6	1976		
9.9	9.9	71.3	68.1	67.6	1977		
9.5	9.5	70.7	68.1	67.7	1978		
9.5	9.5	69.9	68.1	67.6	1979		
8.9	9.0	68.0	67.0	66.6	1980		
8.3	8.3	66.7	66.5	66.1	1981		
8.2	8.2	66.0	66.7	66.3	1982		
8.7	8.8	65.1	66.8	66.3	1983		
8.5	8.5	63.5	66.2	65.8	1984		
8.2	8.2	62.3	65.8	65.5	1985		
9.4	9.4	62.9	67.5	67.0	1986		
8.4	8.4	60.5	66.2	65.9	1987		
8.1	8.1	59.2	66.0	65.7	1988		
7.6	7.6	57.7	65.5	65.3	1989		
7.0	7.1	56.7	65.5	65.2	1990		

4) 0-59の5歳階級12区分, 60-79の10歳階級2区分, および80+の1区分, 足して15区分(ただし1899年-1905年は70+までの14区分)で, 共通的に計算した。  
 5) 厚生省が1992年から年齢調整死亡率(訂正死亡率)を計算するために利用する予定の新基準人口として作られた1985年モデル人口による調整率である。

11.4に減少し、前年に続いて過去最低の記録を更新した』と書いた。統計表には、人口10万当りの1986年の単純自殺率(21.2)と1985年の単純自殺率(19.4)が記載されたが、記事の最後に、『自殺も前年より約2,300人増の25,700人となり、[19]58年を上回って最高となった。年齢別のトップは50-54歳の3,005人。次いで45-49歳2,665人』と、自殺者数しか書かなかった<sup>9)</sup>。

上記の例は氷山の一角に過ぎない。日本語で読んでも英語で読んでも、自殺の実態がなかなか分かり難い。「数」(number)と「率」(rate)などの用語上の混乱の問題ばかりではなく、数字のミスが少なくないし、解釈の誤りも多い。自殺統計だけでなく、交通事故統計、犯罪統計なども同じように事件数を強調する誤報が現状である。

確かに、1986年の人口動態統計による自殺者総数は1958年の総数を8.6%ほど上回った。しかし、その27年の間に、人口は31.4%も増えた。単純(未調整)自殺率は、1958年は25.7で、1986年は21.2であった。

しかし、単純(粗)自殺率(自殺者数と人口10万当りの比率)は、人口の年齢構成などの変化とか差異を補わない。当論文の終わりに取り上げる年齢調整自殺率を算出してみると、男性(表5)と女性(表6)の対1935年の15区分共通年齢階級による調整率の平均値は、1958年は23.5と、1986年は14.5となる。要するに、日本における自殺の実態は、マスコミが騒がしたような「戦後最悪の記録」のイメージより、遙かにずれている。

1991年に公表された『自殺の概要』に関する報道も今までのように自殺者数ばかりを強調した。朝日新聞の見出しは、「総数は4年続き減る」と指摘しながら、「自殺の約4割高齢者」とより大きい字で主張した<sup>9)</sup>。読売新聞も「自殺4年連続の減少」と強調してから、より小さな字で「それでも年2万人以上」と指示した<sup>10)</sup>。毎日新聞は、「管理職の自殺増加」と報告したが<sup>11)</sup>、日本経済新聞は、「高齢者の自殺3割占める最悪」と断言した見出しの下に次のように書いた<sup>12)</sup>。

……60歳以上の高齢者が全体の28.8%を占め、最悪状態にあることが、警察庁が25日にまとめた「平成3年の自殺白書」でわかった。

……高齢者の自殺は日本の高齢化がさらに進展するなかで、高齢者が生きにくい世相を反映している。……年齢別自殺者数を見ると、65歳以上が6,141人で、人数で戦後最悪を記録した前年(6,358人)より217人減った。しかし、全体の28.8%を占め、全体に占める割合では戦後最悪となった。

自殺者の年次別総数とその変化を考える時に、「最高」とか「増加」などのような表現は、記述的用語として、文脈によって適切であるかも知れない。しかし、1次元的な数字だけでは、多次元的な発生が「記録となった」とか「増えている」などとそう簡単に決めつけられない。総数を「最高記録」としても、だからといってそれが「最悪」だと一概に言えないのに、条件反射としてそう連想されている。その上に、「戦後」だけを時期的な境界にすることによって、総数の「増加」の原因が戦後の社会状況にある、というような暗示も与えられる。

しかし、表1や表2で分かるように、殆どの年齢階級における自殺率は、記録上の最低値、つまり最善になっている。それに、全体としては、戦前の方が高かった。

意図的でなくても、結果として、多くの官僚、記者、および学者が、自殺者の総数の「増加」を戦後社会の「悪化」と結びつける。このような誤報から生じる暴論が最もよく現われてくるのは、官庁、マスコミ、および学界の亡国論者が錯覚している高齢者における自殺の「増加」である。

#### 1.12 マスコミが広める亡国暴論

1984年に、読売新聞の論説員が、『[昭和]53年自殺白書(同年中の自殺の概要)』では、65歳以上の高齢者が4,891人だった。それが、58年の「白書」になると5,572人に数える』と書いた。これを解釈するところで、『相変わらず、ご老人に自殺者が多い』とか、『常に生きたいと願っている人』をすくいあげられぬまま「戦後最悪の数字」となった』などと述べてから、『家族間にも世間にもく人情紙風船の“病巣”が広がっている』と結論した<sup>13)</sup>。

実は、この「救いを求める叫び」は、単なる「人騒がせないたずら」でしかなかった。なぜかとい

うと、その5ケ年の間には、高齢者の人口も9,921,000人から11,672,000人に上がったので、単純自殺率は、実に49.3から47.7に下がった訳である<sup>14)</sup>。

1987年に、朝日新聞の論説員が、『わが国では、75歳以上の老人で自殺する人が異常に多い』と主張した。これを証明するつもりで、日本、イギリス、アメリカ、スウェーデン、デンマーク、及びオーストリアの高齢者の自殺率を引用したり比較した。結果として日本が一番高いと指摘してから、『以上は1980年前後の国際統計だが、日本の場合、老人の自殺はますますふえている』と断言した。それに、『日本は]お年寄りにとって住みにくい国になっているのではないのでしょうか。病苦が原因の場合が多く、その背景には医療制度の問題があります』と国立公衆衛生院の衛生行政室長の意見として付け加えた<sup>15)</sup>。

日本の高齢者自殺が「ふえている」とか、その所為で日本が住み難い国に「なっている」と決め付けるなら、日本だけの高齢者の自殺率の傾向を検討すべきである。しかし、その傾向を示す数字に一切触れなかった。もし触れたら、長期間の流れの中では、高齢者の自殺率が段々低くなってきていることが分かる。

また読売新聞の論説員は、警察庁が1988年に公表した『自殺の概要』の数字を引用しながら、『前年より自殺者が増えたのは還暦以上の世代だけだった』と述べた。そして、次のようにこれを解釈した<sup>16)</sup>。

欧米にも、老人の自殺例は少なくない。事情の詳細を筆者は知らないが、日本では“孤独の死”が急速に増えてきているようだ。核家族化の拡大とも関連するところがあるのかもしれない。人の命に軽重の差はない。が、営々と社会に貢献してきた人たちの自殺、その数の多さはあまりにも残酷だ。

毎日新聞の英字紙Mainichi Daily Newsは、1987年に数えられた自殺の数に関しては、総数の約3分の1が60歳以上の人々の自殺であった、と述べた。この割合は、日本の年寄りが豊かな社会の中で住みづらくなってきていることを反映している、と警察庁の自殺白書による意見として解釈し

た<sup>17)</sup>。

人口の話にも触れたのは、The Japan Timesの社説だけであった。1987年の高齢者の自殺が総数の3分の1近くを占めていると述べてから、次のように解釈した<sup>18)</sup>。

尚、高齢者の人口を占める割合が増加していることも事実だが、これだけで[こんなに高い自殺の割合]を説明できない。これと同時に、高齢者には自己破壊の最も主な原因である病苦が多い、という事実もある。

日本の巨大な寿命進歩は、その余生の生活の質の内容と共に評価しなければならない。もしその生活は自殺を増やすほど苦しいならば、[寿命進歩を]喜ぶことはとてもできない。

しかし、この社説の断言に正反対しては、1987年の統計に見えた65歳以上6つの年齢階級における増加の全ては、人口の高齢化による変化であった。そして、それぞれの年齢階級の自殺率は前年の比率よりはもちろん、実は、前数年間の平均比率よりも低かった。The Japan Timesも、大手新聞に負けないように、官庁が公表する数字をそのまま鵜呑みにし、何も確認せずに、高齢化社会的亡国論の時流に乗ってしまった。

後で取り上げる『疑問だらけの中学教科書』が高齢者自殺の「増加」の原因を戦後日本の核家族化とした同1981年に、「どう防ぐ同居老人の自殺」と題した朝日新聞の記事が、東京都監察医務院の調査<sup>19)</sup>の一部を次のように報道した<sup>20)</sup>。

おとしよりにとって、子や孫に囲まれた三世代同居は幸せと思われるのに、同居老人の自殺率はひとり暮らしよりも1.6倍、老人夫婦世帯よりも3.2倍も高い。

マスコミではこうした指摘をする記事は珍しいが、専門雑誌は決してそうではない。医学雑誌などには、多少の矛盾、いや複雑に絡み合っている高齢者の自殺に関する研究論文がよく登場する。しかし、戦後の核家族化などが高齢者を自殺に向けさせている所見はどこにもない。むしろ、夫婦や親子で構成する一、二世代家族の方が自殺率は低いと指摘して、先の調査を確証する<sup>21)22)</sup>。ある程度までテレビ界も、三世代同居がもたらす精神病理を認めるようになってきている<sup>23)</sup>。

表7 65歳以上の男性の単純自殺率と年齢調整自殺率,

年次1)	65歳以上人口2)		65歳以上自殺者数4)		65歳以上の割合(%)	
	a	b	c	d	人口100a/b	自殺者数100c/d
1899	1,061,398	21,836,000	576	3,699	4.9	15.6
1900	1,059,187	22,051,000	540	3,716	4.8	14.5
1901	1,058,587	22,298,000	725	4,872	4.7	14.9
1902	1,060,905	22,606,000	789	4,986	4.7	15.8
1903	1,062,607	22,901,000	904	5,547	4.6	16.3
1904	1,083,681	23,195,000	888	5,585	4.7	15.9
1905	1,101,566	23,421,000	916	5,020	4.7	18.2
1906	1,117,145	23,599,000	792	4,665	4.7	17.0
1907	1,133,091	23,786,000	746	4,836	4.8	15.4
1908	1,152,244	24,041,000	773	5,100	4.8	15.2
1909	1,182,623	24,326,000	906	5,735	4.9	15.8
1910	1,214,813	24,650,000	960	5,928	4.9	16.2
1911	1,247,897	24,993,000	971	5,847	5.0	16.6
1912	1,282,417	25,365,000	993	5,955	5.1	16.7
1913	1,316,944	25,737,000	1,104	6,474	5.1	17.1
1914	1,341,891	26,105,000	1,232	6,891	5.1	17.9
1915	1,366,449	26,465,000	1,178	6,503	5.2	18.1
1916	1,391,855	26,841,000	1,116	6,065	5.2	18.4
1917	1,414,213	27,158,000	1,085	5,724	5.2	19.0
1918	1,435,421	27,453,000	1,185	6,147	5.2	19.3
1919	1,363,386	27,602,000	1,145	6,158	4.9	18.6
1920	1,302,441	28,044,185	1,135	6,521	4.6	17.4
1921	1,310,000	28,411,700	1,188	6,923	4.6	17.2
1922	1,313,400	28,799,700	1,212	6,984	4.6	17.4
1923	1,318,000	29,176,900	1,213	7,065	4.5	17.2
1924	1,320,400	29,568,700	1,196	6,958	4.5	17.2
1925	1,319,304	30,013,100	1,254	7,521	4.4	16.7
1926	1,302,800	30,321,300	1,264	7,675	4.3	16.5
1927	1,282,600	30,981,500	1,314	7,914	4.1	16.6
1928	1,269,500	31,449,100	1,279	7,984	4.0	16.0
1929	1,283,800	31,890,600	1,267	7,915	4.0	16.0
1930	1,318,748	32,390,155	1,396	8,810	4.1	15.9
1931	1,327,200	32,898,500	1,453	9,102	4.0	16.0
1932	1,342,100	33,354,600	1,347	9,272	4.0	14.5
1933	1,373,300	33,844,500	1,397	9,110	4.1	15.3
1934	1,383,400	34,293,800	1,378	9,065	4.0	15.2
1935	1,374,319	34,734,133	1,346	8,733	4.0	15.4
1936	1,365,400	35,102,800	1,378	9,766	3.9	14.1
1937	1,424,900	35,127,900	1,371	8,923	4.1	15.4
1938	1,462,400	35,124,700	1,268	7,585	4.2	16.7
1939	1,459,000	35,225,600	1,239	6,502	4.1	19.1
1940	1,461,200	35,387,400	1,127	5,841	4.1	19.3
1941	1,433,064	34,706,000	1,147	5,667	4.1	20.2
1942	1,439,976	34,873,400	1,232	5,498	4.1	22.4
1943	1,435,574	34,766,800	1,231	5,115	4.1	24.1
1944	1,749,000	34,625,000			5.1	
1945	1,563,000	33,894,100			4.6	
1946	1,642,000	34,904,600	1,212	5,272	4.7	23.0
1947	1,568,394	38,129,399	1,630	7,108	4.1	22.9
1948	1,615,300	39,129,900	1,613	7,331	4.1	22.0
1949	1,670,500	40,062,700	1,669	8,391	4.2	19.9
1950	1,728,246	40,811,760	1,740	9,820	4.2	17.7
1951	1,762,000	41,494,000	1,530	9,035	4.2	16.9
1952	1,823,000	42,148,000	1,529	9,171	4.3	16.7
1953	1,877,000	42,749,000	1,511	10,450	4.4	14.5
1954	1,959,000	43,379,000	1,608	12,641	4.5	12.7
1955	2,027,764	44,860,718	1,732	13,836	4.6	12.5
1956	2,075,000	44,355,000	1,824	13,222	4.7	13.8
1957	2,120,000	44,771,000	1,761	13,276	4.7	13.3
1958	2,182,000	45,230,000	1,906	13,895	4.8	13.7
1959	2,251,000	45,707,000	1,783	12,179	4.9	14.6
1960	2,322,862	45,877,602	1,661	11,506	5.1	14.4
1961	2,418,000	46,304,000	1,692	10,333	5.2	16.4
1962	2,485,000	46,744,000	1,707	9,541	5.3	17.9
1963	2,552,000	47,230,000	1,562	8,923	5.4	17.5
1964	2,636,000	47,744,000	1,643	8,336	5.5	19.7
1965	2,720,533	48,244,445	1,719	8,330	5.6	20.6
1966	2,830,000	48,628,000	1,692	8,450	5.8	20.0
1967	2,931,000	48,899,000	1,697	7,940	6.0	21.4
1968	3,032,000	49,480,000	1,732	8,174	6.1	21.2
1969	3,123,000	50,103,000	1,773	8,241	6.2	21.5
1970	3,212,180	50,600,539	1,897	8,761	6.3	21.7
1971	3,307,000	51,225,000	1,849	9,157	6.5	20.2
1972	3,407,000	51,848,000	2,111	10,231	6.6	20.6
1973	3,546,000	53,001,000	2,245	10,730	6.7	20.9
1974	3,663,000	53,678,000	2,103	10,723	6.8	19.6
1975	3,823,030	54,724,867	2,194	11,744	7.0	18.7
1976	3,939,000	55,334,000	2,149	11,744	7.1	18.3
1977	4,087,000	55,860,000	2,257	12,299	7.3	18.4
1978	4,222,000	56,362,000	2,287	12,409	7.5	18.4
1979	4,366,000	56,837,000	2,288	12,851	7.7	17.8
1980	4,480,736	57,201,287	2,291	12,769	7.8	17.9
1981	4,610,000	57,654,000	2,264	12,708	8.0	17.8
1982	4,726,000	58,053,000	2,213	13,203	8.1	16.8
1983	4,829,000	58,435,000	2,783	16,876	8.3	16.5
1984	4,913,000	58,793,000	2,801	16,251	8.4	17.2
1985	5,076,521	59,105,872	2,727	15,356	8.6	17.8
1986	5,197,000	59,438,000	2,940	16,499	8.7	17.8
1987	5,342,000	59,723,000	2,862	15,281	8.9	18.7
1988	5,498,000	59,964,000	2,835	14,290	9.2	19.8
1989	5,709,000	60,171,000	2,839	12,939	9.5	21.9
1990	5,952,322	60,265,347	2,766	12,293	9.9	22.5

1) 1946年の自殺者数は厚生省の10月、11月、および12月分の自殺者数を4倍にし、著者が推計した。1990年の数字は概数である。

2) 枠内の人口は総務庁や厚生省の資料に基づき、著者が推計した。これ以外の人口は総務庁統計局の年齢階級別の数字から著者が算出した。

3) 全人口は人口動態統計用の人口である。1966年以前は在日外国人も含める日本の総人口である。1967年以降は在日日本人のみの人口になる。

日本, 1899-1990

単純自殺率 4) g=100,000/a	対1985年年齢調整 自殺率 5) h	対1935年年齢調整率 自殺率5)	1935年年齢調整率との差(%)		年次
			当年の単純自殺率 100(g-1)/g	対1985調整自殺率 100(h-1)/h	
54.3	54.8	54.3	-0.1	0.8	1899
51.0	51.8	51.0	-0.1	1.4	1900
68.5	69.8	68.5	0.0	1.9	1901
74.4	74.8	74.3	0.1	0.6	1902
85.1	87.0	84.6	0.6	2.7	1903
81.9	84.1	81.7	0.3	2.9	1904
83.2	85.6	83.2	0.0	2.8	1905
70.9	73.0	71.4	-0.7	2.3	1906
65.8	67.9	66.4	-0.8	2.3	1907
67.1	68.3	67.9	-1.2	0.6	1908
76.6	79.6	77.5	-1.2	2.6	1909
79.0	81.0	80.3	-1.6	0.8	1910
77.8	80.6	79.4	-2.0	1.5	1911
77.4	79.7	79.1	-2.1	0.7	1912
83.8	86.7	86.1	-2.7	0.7	1913
91.8	93.1	93.0	-1.3	0.1	1914
86.2	87.7	87.9	-1.9	-0.2	1915
80.2	83.0	82.4	-2.8	0.7	1916
76.7	78.5	78.1	-1.8	0.5	1917
82.6	85.2	84.3	-2.1	1.1	1918
84.0	86.5	84.5	-0.7	2.3	1919
87.1	91.5	88.6	-1.6	3.2	1920
90.7	97.1	93.0	-2.5	4.2	1921
92.3	99.4	94.9	-2.8	4.5	1922
92.1	99.3	94.7	-2.8	4.7	1923
90.5	97.1	92.8	-2.5	4.4	1924
95.1	102.1	97.0	-2.1	5.0	1925
97.0	101.6	97.9	-0.9	3.7	1926
102.5	108.2	103.5	-1.0	4.3	1927
100.7	104.6	101.0	-0.3	3.4	1928
98.7	103.9	99.4	-0.8	4.3	1929
105.9	110.0	106.5	-0.6	3.2	1930
109.5	113.0	110.2	-0.7	2.5	1931
100.3	105.8	101.8	-1.5	3.8	1932
101.7	110.4	104.5	-2.7	5.4	1933
99.6	107.1	101.8	-2.2	4.9	1934
97.9	103.7	99.3	-1.4	4.2	1935
100.9	108.6	102.8	-1.8	5.4	1936
96.2	102.3	97.6	-1.4	4.6	1937
86.7	93.3	88.1	-1.6	5.6	1938
84.9	93.7	87.3	-2.8	6.9	1939
77.1	83.4	79.4	-2.9	4.8	1940
80.0	88.2	83.0	-3.7	5.9	1941
85.6	93.6	88.4	-3.3	5.6	1942
85.7	96.3	89.3	-4.1	7.3	1943
					1944
					1945
73.8	81.0	76.3	-3.3	5.8	1946
103.9	114.7	108.1	-4.1	5.7	1947
99.9	110.3	104.0	-4.2	5.7	1948
99.9	109.9	103.8	-3.9	5.6	1949
100.7	108.9	103.2	-2.5	5.3	1950
86.8	92.6	88.3	-1.7	4.6	1951
83.9	89.7	85.4	-1.8	4.8	1952
80.5	87.8	82.5	-2.4	6.1	1953
82.1	87.5	83.4	-1.7	4.6	1954
85.4	92.0	87.0	-1.9	5.4	1955
87.9	95.2	89.6	2.0	5.9	1956
83.1	88.7	84.3	-1.5	4.9	1957
87.4	92.6	88.5	-1.3	4.5	1958
79.2	84.8	80.3	-1.4	5.4	1959
71.5	74.6	72.1	-0.8	3.4	1960
70.0	75.0	71.0	-1.4	5.4	1961
68.7	73.8	69.7	-1.5	5.5	1962
61.2	66.6	62.4	-1.9	6.3	1963
62.3	67.1	63.2	-1.4	5.8	1964
63.2	67.8	64.2	-1.6	5.3	1965
59.8	64.9	60.8	-1.7	6.3	1966
57.9	62.0	58.7	-1.4	5.3	1967
57.1	61.4	57.9	-1.4	5.6	1968
56.8	62.0	57.5	-1.2	7.3	1969
59.1	64.2	59.6	-1.0	7.0	1970
55.9	59.5	56.1	-0.3	5.7	1971
62.0	66.1	62.1	-0.2	6.1	1972
63.3	67.6	63.3	0.0	6.3	1973
57.4	62.4	57.1	0.5	8.4	1974
57.4	62.0	57.1	0.5	8.0	1975
54.6	57.6	54.1	0.9	6.1	1976
55.2	58.6	54.4	1.4	7.2	1977
54.2	57.2	53.2	1.8	7.0	1978
52.4	55.9	51.0	2.8	8.8	1979
51.1	54.2	49.5	3.2	8.7	1980
49.1	51.2	47.7	3.0	7.0	1981
46.8	48.8	45.0	3.9	7.7	1982
57.6	59.7	54.9	4.8	8.1	1983
57.0	58.6	54.1	5.1	7.7	1984
53.7	54.8	50.7	5.6	7.4	1985
56.5	57.5	53.0	6.3	7.9	1986
53.6	54.1	50.2	6.2	7.1	1987
51.6	52.0	47.7	7.4	8.2	1988
49.7	50.2	46.3	7.0	7.8	1989
46.5	47.0	43.3	6.8	7.7	1990

4) 枠内の65歳の自殺者数は、著者が先に推計した枠内の65歳以上の自殺率に基づいて逆算した推定である。1899年や1900年の自殺者数や自殺率は著しく低い(表4の注記Bに参照)。  
 5) 年齢調整自殺率は著者が算出した。基準人口は1985年と1935年の国勢調査による。各年次に対してあるだけの年齢階級別のデータを挿入した。

表8 65歳以上の女性の単純自殺率と年齢調整自殺率,

年次1)	65歳以上人口2) a	全年齢人口3) b	65歳以上 自殺者数4) c	全年齢 自殺者数 d	65歳以上の割合(%) 人口 100a/b	自殺者数 100c/d
1899	1,294,739	1,568,000	384	2,233	6.0	17.2
1900	1,292,123	21,796,000	362	2,147	5.9	16.9
1901	1,291,753	22,061,000	515	2,974	5.9	17.3
1902	1,293,258	22,358,000	578	3,073	5.8	18.8
1903	1,294,171	22,645,000	600	3,267	5.7	18.4
1904	1,311,184	22,940,000	743	3,381	5.7	22.0
1905	1,326,139	23,199,000	666	3,069	5.7	21.7
1906	1,340,007	23,439,000	573	2,992	5.7	19.2
1907	1,351,073	23,630,000	597	3,163	5.7	18.9
1908	1,368,028	23,924,000	592	3,224	5.7	18.4
1909	1,399,261	24,228,000	676	3,405	5.8	19.9
1910	1,430,546	24,534,000	615	3,444	5.8	17.9
1911	1,462,890	24,859,000	719	3,526	5.9	20.4
1912	1,496,860	25,212,000	680	3,520	5.9	19.3
1913	1,531,003	25,568,000	769	3,893	6.0	19.8
1914	1,560,422	25,934,000	877	4,008	6.0	21.9
1915	1,589,081	26,287,000	743	3,650	6.0	20.4
1916	1,618,670	26,655,000	754	3,534	6.1	21.3
1917	1,645,419	26,976,000	752	3,530	6.1	21.3
1918	1,671,494	27,286,000	831	3,954	6.1	21.0
1919	1,645,403	27,431,000	747	3,766	6.0	19.8
1920	1,638,915	27,918,868	797	4,109	5.9	19.4
1921	1,661,700	28,254,200	849	4,435	5.9	19.1
1922	1,676,400	28,590,300	815	4,562	5.9	17.9
1923	1,690,500	28,942,300	849	4,423	5.8	19.2
1924	1,699,100	29,306,900	789	4,303	5.8	18.3
1925	1,701,759	29,723,713	834	4,728	5.7	17.6
1926	1,697,600	30,219,600	879	4,805	5.6	18.3
1927	1,687,200	30,677,800	889	4,933	5.5	18.0
1928	1,682,900	31,146,100	949	5,048	5.4	18.8
1929	1,702,300	31,570,000	926	4,825	5.4	19.2
1930	1,745,127	32,059,850	943	5,132	5.4	18.4
1931	1,764,500	32,559,000	1,017	5,251	5.4	19.4
1932	1,788,500	33,079,200	987	5,474	5.4	18.0
1933	1,836,500	33,587,000	1,045	5,695	5.5	18.3
1934	1,844,300	34,015,100	996	5,489	5.4	18.1
1935	1,850,640	34,520,015	1,013	5,438	5.4	18.6
1936	1,863,000	35,010,800	1,096	5,657	5.3	19.4
1937	1,909,600	35,502,500	1,128	5,372	5.4	21.0
1938	1,942,300	35,887,700	998	4,638	5.4	21.5
1939	1,967,300	36,154,100	948	4,283	5.4	22.1
1940	1,992,600	36,545,600	927	4,036	5.5	23.0
1941	2,015,969	36,974,200	950	3,845	5.5	23.5
1942	2,045,243	37,511,100	999	3,096	5.5	25.6
1943	2,078,246	38,116,400	1,103	3,669	5.5	30.1
1944	2,360,000	38,439,400			6.1	
1945	2,137,000	38,104,000			5.6	
1946	2,234,000	38,209,500	1,148	3,992	5.8	28.8
1947	2,176,322	39,972,074	1,416	5,154	5.4	27.5
1948	2,228,700	40,872,500	1,427	5,422	5.5	26.3
1949	2,297,500	41,709,900	1,382	5,810	5.5	23.8
1950	2,380,921	42,387,877	1,574	6,491	5.6	24.2
1951	2,415,000	43,079,000	1,432	6,380	5.6	22.4
1952	2,481,000	43,704,000	1,388	6,605	5.7	21.0
1953	2,552,000	44,284,000	1,486	7,281	5.8	20.4
1954	2,641,000	44,914,000	1,434	7,994	5.9	17.9
1955	2,719,527	45,414,811	1,535	8,641	6.0	17.8
1956	2,769,000	45,903,000	1,666	8,885	6.0	18.8
1957	2,818,000	46,317,000	1,615	8,860	6.1	18.2
1958	2,883,000	46,781,000	1,702	9,746	6.2	17.5
1959	2,958,000	47,264,000	1,666	8,911	6.3	18.7
1960	3,026,947	47,540,899	1,618	8,637	6.4	18.7
1961	3,134,000	47,981,000	1,641	8,113	6.5	20.2
1962	3,209,000	48,434,000	1,563	7,183	6.6	21.8
1963	3,285,000	48,925,000	1,549	6,567	6.7	23.6
1964	3,380,000	49,443,000	1,692	6,371	6.8	26.6
1965	3,460,292	50,030,516	1,714	6,114	6.9	28.0
1966	3,588,000	50,429,000	1,755	6,600	7.1	26.6
1967	3,716,000	50,738,000	1,711	6,181	7.3	27.7
1968	3,847,000	51,315,000	1,902	6,427	7.5	29.6
1969	3,964,000	51,919,000	1,948	6,603	7.6	29.5
1970	4,098,724	52,518,908	2,012	6,967	7.8	28.9
1971	4,227,000	53,120,000	2,074	7,082	8.0	29.3
1972	4,381,000	53,894,000	2,298	7,784	8.1	29.5
1973	4,589,000	55,078,000	2,514	8,129	8.3	30.9
1974	4,770,000	55,732,000	2,568	8,382	8.6	30.6
1975	5,014,197	56,526,640	2,595	8,231	8.9	31.5
1976	5,215,000	57,086,000	2,580	8,042	9.1	32.1
1977	5,444,000	57,639,000	2,585	7,970	9.4	32.4
1978	5,666,000	58,149,000	2,578	7,790	9.7	33.1
1979	5,906,000	58,628,000	2,646	7,972	10.1	33.2
1980	6,129,359	59,119,071	2,714	7,773	10.4	34.9
1981	6,361,000	59,551,000	2,550	7,388	10.7	34.5
1982	6,584,000	59,955,000	2,586	7,465	11.0	34.6
1983	6,801,000	60,352,000	2,802	8,109	11.3	34.6
1984	6,997,000	60,730,000	2,889	8,093	11.5	35.7
1985	7,344,965	61,181,612	2,874	8,027	12.0	35.8
1986	7,622,000	61,508,000	3,311	9,168	12.4	36.1
1987	7,928,000	61,811,000	3,180	8,550	12.8	37.2
1988	8,230,000	62,062,000	3,342	8,565	13.3	39.3
1989	8,543,000	62,289,000	3,306	8,186	13.7	40.4
1990	8,886,058	62,525,173	3,112	7,765	14.2	40.1

1) 1946年の自殺者数は厚生省の10月、11月、および12月分の自殺者数を4倍にし、著者が推計した。1990年の数字は概数である。

2) 枠内の人口は総務庁や厚生省の資料に基づき、著者が推計した。これ以外の人口は総務庁統計局の年齢階級別の数字から著者が算出した。

3) 全人口は人口動態統計用の人口である。1966年以前は在日外国人も含める日本の総人口である。1967年以降は在日日本人のみの人口になる。

日本, 1899—1990

単純自殺率 4) g=100,000/a	対1985年調整		対1935年調整		1935年調整率との差(%)		年次
	自殺率 5)	自殺率 5)	自殺率 5)	自殺率 5)	当年の単純自殺率 100(g-1)/g	対1985調整自殺率 100(h-1)/h	
29.7	30.0	29.6	29.6	0.3	1.5	1899	
28.0	28.5	27.8	27.8	0.8	2.5	1900	
39.9	40.7	39.3	39.3	1.3	3.3	1901	
44.7	45.1	44.3	44.3	0.9	1.8	1902	
46.4	46.9	45.7	45.7	1.4	2.5	1903	
56.7	58.0	55.6	55.6	2.0	4.2	1904	
50.2	51.5	49.5	49.5	1.4	3.8	1905	
42.8	44.3	42.2	42.2	1.4	4.9	1906	
44.2	45.8	43.8	43.8	0.8	4.4	1907	
43.3	45.2	42.9	42.9	0.9	5.2	1908	
48.3	50.9	48.0	48.0	0.7	5.7	1909	
43.0	45.5	43.2	43.2	-0.5	5.0	1910	
49.1	51.3	49.2	49.2	0.0	4.2	1911	
45.4	48.2	45.7	45.7	-0.6	5.1	1912	
50.2	53.2	50.7	50.7	-1.0	4.7	1913	
56.2	59.2	56.4	56.4	-0.4	4.8	1914	
46.8	49.5	47.1	47.1	-0.7	4.8	1915	
46.6	49.7	46.6	46.6	-0.1	6.2	1916	
45.7	47.9	45.9	45.9	-0.4	4.2	1917	
49.7	52.7	50.2	50.2	-1.0	4.6	1918	
45.4	48.0	45.3	45.3	0.1	5.6	1919	
48.7	53.3	49.2	49.2	-1.1	7.7	1920	
51.1	55.4	51.5	51.5	-0.8	7.0	1921	
48.6	52.5	49.1	49.1	-0.9	6.6	1922	
50.2	53.4	50.4	50.4	-0.3	5.6	1923	
46.4	49.3	46.3	46.3	0.2	6.1	1924	
49.0	50.3	48.7	48.7	0.6	3.3	1925	
51.8	53.9	51.1	51.1	1.3	5.1	1926	
52.7	55.4	51.9	51.9	1.5	6.2	1927	
56.4	58.2	55.0	55.0	2.4	5.5	1928	
54.4	55.8	53.2	53.2	2.2	4.7	1929	
54.0	55.7	53.2	53.2	1.5	4.5	1930	
57.7	60.5	56.8	56.8	1.4	6.0	1931	
55.2	57.8	54.6	54.6	1.1	5.5	1932	
56.9	59.5	56.6	56.6	0.6	4.9	1933	
54.0	57.0	53.6	53.6	0.7	5.9	1934	
54.7	57.6	53.9	53.9	1.5	6.4	1935	
58.8	61.7	57.8	57.8	1.7	6.4	1936	
59.1	62.4	57.9	57.9	1.9	7.1	1937	
51.4	54.5	50.3	50.3	2.0	7.6	1938	
48.2	51.1	47.6	47.6	1.3	6.9	1939	
46.5	50.7	46.3	46.3	0.5	8.7	1940	
47.1	50.9	47.0	47.0	0.3	7.7	1941	
48.8	52.6	48.8	48.8	0.0	7.1	1942	
53.1	57.1	53.1	53.1	-0.1	6.9	1943	
						1944	
						1945	
51.4	54.4	52.1	52.1	-1.4	4.3	1946	
65.1	72.1	66.5	66.5	-2.2	7.8	1947	
64.0	68.5	64.5	64.5	-0.8	5.9	1948	
60.2	63.2	60.5	60.5	-0.5	4.4	1949	
66.1	70.9	66.4	66.4	-0.4	6.3	1950	
59.3	62.7	58.9	58.9	0.7	6.0	1951	
55.9	59.4	55.3	55.3	1.2	7.1	1952	
58.2	61.0	57.1	57.1	2.0	6.4	1953	
54.3	56.4	53.3	53.3	1.7	5.4	1954	
56.4	59.6	55.1	55.1	2.4	7.6	1955	
60.2	62.2	58.5	58.5	2.8	6.0	1956	
57.3	59.2	55.7	55.7	2.7	5.8	1957	
59.0	60.2	57.7	57.7	2.2	4.2	1958	
56.3	57.6	54.7	54.7	2.9	5.1	1959	
53.5	54.4	52.0	52.0	2.6	4.4	1960	
52.4	53.6	51.1	51.1	2.4	4.6	1961	
48.7	50.2	46.9	46.9	3.7	6.6	1962	
47.2	48.6	45.7	45.7	3.0	5.9	1963	
50.1	51.7	48.3	48.3	3.6	6.7	1964	
49.5	51.4	47.7	47.7	3.8	7.2	1965	
48.9	50.6	47.4	47.4	3.1	6.3	1966	
46.0	47.9	44.3	44.3	3.8	7.6	1967	
49.4	51.4	47.7	47.7	3.6	7.4	1968	
49.1	51.1	47.4	47.4	3.6	7.2	1969	
49.1	50.8	47.4	47.4	3.4	6.6	1970	
49.1	50.5	47.0	47.0	4.2	6.9	1971	
52.5	54.0	50.2	50.2	4.3	7.0	1972	
54.8	56.1	52.7	52.7	3.8	6.0	1973	
53.8	55.7	51.1	51.1	5.1	8.3	1974	
51.8	53.2	49.4	49.4	4.5	7.2	1975	
49.5	51.1	47.4	47.4	4.2	7.1	1976	
47.5	48.4	45.6	45.6	4.0	5.8	1977	
45.8	46.5	43.1	43.1	5.2	7.3	1978	
44.8	45.7	42.3	42.3	5.6	7.4	1979	
44.3	44.9	41.9	41.9	5.4	6.7	1980	
40.1	40.5	37.8	37.8	5.8	6.8	1981	
39.3	39.5	36.7	36.7	6.5	7.1	1982	
41.2	41.1	37.8	37.8	8.2	8.1	1983	
41.3	40.9	37.8	37.8	8.4	7.6	1984	
39.1	38.7	35.9	35.9	8.4	7.3	1985	
43.4	42.8	39.7	39.7	8.5	7.2	1986	
40.1	39.4	36.7	36.7	8.5	6.9	1987	
40.6	39.7	36.7	36.7	9.7	7.5	1988	
38.7	37.8	35.0	35.0	9.6	7.5	1989	
35.0	33.9	31.2	31.2	10.9	8.0	1990	

4) 枠内の65歳の自殺者数は、著者が先に推計した枠内の65歳以上の自殺率に基づいて逆算した推定である。1899年や1900年の自殺者数や自殺率は著しく低い(表4の注記Bに参照)。  
5) 年齢調整自殺率は著者が算出した。基準人口は1985年と1935年の国勢調査による。各年次に対してあるだけの年齢階級別のデータを算入した。



それにしても、1990年に出た『自殺の概要』に関する報道は、相変わらず自殺死体の数だけを物差しにした。「65歳以上の自殺最悪」と、日本経済新聞の見出しが強調した。読売も毎日「最悪」を見出しで使った。朝日は「死選ぶお年寄り、さらに」と、結果として同じように誤報した<sup>24)</sup>。1989年の高齢者の調整自殺率(表7,表8)が記録上最低率になっていたのに、日本経済新聞の記事は次のように、ありふれた虚報を伝えた。

高齢者の自殺率欧州各国に次いで6番目となり、高齢化社会の進展のなかで核家族化や個人主義は徹底し、老人には住みにくい社会が現出しつつあるようだ。[警察庁]は「重大な社会問題」とし、国を挙げて本格的な自殺予防に乗り出すよう呼び掛けている。

## 1.2 誤用の例

上記のような統計の乱用とそれに伴う暴論は学界にもよく見える。ここで紹介するのは、現在も世界中に走り回っている日本生まれ日本育ちの日本に対する誤解である。

### 1.21 自殺学者の統計乱用

『The Thorn in the Chrysanthemum (Suicide and Economic Success in Modern Japan)』を書いた米国人社会学者であるマモル・イガ(伊賀衛)氏は宿題をやらなかった上に、職業道具とでもいふべき基礎統計分析法も放棄した。副題もほのめかしているように、イガ氏が「日本では経済成長に伴って自殺が増えている」とでも主張しているようであるが、これは科学的方法による研究から生じてきた見解ではなく、イガ氏がアメリカに渡った当時に登場した、『自殺の国』みたいな固定観念に深く根を下ろしている単なる先入観に過ぎない。

若者や女性、そして作家の自殺に関する第3章は、『日本人の自殺率は、第2次世界大戦中の低い自殺率から1955年に最高値(10万人当りの25.2人)に達し、14.2であった1967年まで下がった。それから1970年15.3に、1974年17.5にまた上がった。今も自殺率が増え続けているようである』と始めた<sup>25)</sup>。

なぜ自殺率が「今も増え続けている」と思い込んでいたかという点、『1983年に“Suicides both in

Tokyo and the nation hit a record high”』とThe Japan Times(1984年5月6日)が報道した』、とイガ氏が述べた。自分で自殺統計を分析せずに誤解を招く新聞記事だけでものを判断したのである。

アメリカの大学院に入学する前に日本で教育を受けたイガ氏は日本語で書かれた文献を利用しなかった訳ではない。日本の有名な自殺学者達の著書や論文をかなり引用した。ただ、彼らさえ、日本の自殺統計を時分の手で徹底的に分析したことはないので、応用統計学の模範になりそうもない。

イガ氏は、厚生省が1977年に発行した『自殺死亡統計』などを参考にしたのにもかかわらず、その中の表に示されている訂正自殺率(当論文でいう年齢調整自殺率)を無視した。同じ社会学者として自殺に関する本を三冊ほど出したこともあるトヨマサ・フセ(布施豊正)氏もその訂正自殺率を利用せずに、自殺率を年次別、国際的にも比較した。次の主張から理解できるように、カナダ人であるフセ氏も総自殺率の動力を適切に考慮しない。

フセ氏は、警察庁の統計を引用しながら、次のように「数」と「率」を同じ口にした<sup>26)</sup>。

1960年代の終わり頃から少年の自殺は減少を続け、戦後最低の率を示してきたが、1986年(昭和61)年[原文のまま]には自殺者総数は戦後最高の記録を示し、特にアイドル歌手、岡田有希子の自殺に誘発された連鎖反応誘発自殺が少年少女にみられ世間を驚かせた。[昭和]62年にはそれも収まり自殺率は減少したが、自殺者総数は24,460人であり、依然高水準で、今後の成り行きが注目されている。

またフセ氏は、人口の年齢構成が変わるだけで単純自殺率も変わると理解しているのに、構成の変化による率の増減は疫学上の意味がない、しかも訂正(年齢構成の変化を補う調整)すべきものである、という認識さえどこにも見えない<sup>27)</sup>。

昭和30年には全人口のわずか8パーセントを構成していたにすぎない65歳以上の老人人口は[1989年]現在12パーセントを越えつつあり、2015年にはこの老人人口は日本の全人口の25パーセントに達するものと推定されている。す

なわち4人に1人の割で老人がいることになり、老人人口の増加とともに日本の自殺率も当然上昇する可能性が大きい。

元厚生省大臣官房統計情報部の上田フサ氏は、単純自殺率と共に訂正自殺率も示めず、1984年版の『自殺死亡統計』に出た統計表をそのまま自分の記事に載せた。しかし、人口動態統計の専門家でもある彼女も、その文中には、訂正率に一切触れず、単純率だけを引用したり図にした<sup>28)</sup>。自殺学者などが情報反乱の中で適切な情報を認識できない現状である。

### 1.23 社会政策の空想化

近年、高齢者自殺の「増加」とも関連して、高齢化社会の状況に対する関心が高まっている。1981年に発行された『疑問だらけの中学教科書』が、『悲惨な老人の自殺の増加』を前提として、『老人の自殺の増加を生む下地を醸成している』のは、『老人に対する愛やいたわりに欠ける教科書』ではなからうか、と論じた<sup>29)</sup>。この監修は、当時の筑波大学学長であった福田信之氏で、主著者は、森本真章氏（筑波大学講師）と滝原俊彦氏（帝京女子短期大学教授）であった。

フジテレビの日曜日朝の番組『世相を斬る』が教科書問題を取り上げた時、たまたま森本氏が出演することになって、これをきっかけに本を出すことになった<sup>30)</sup>。竹村健一氏との対談場面のなかに、『日本の老人の自殺者が急増している』というような話が出てきた<sup>31)</sup>。

森本氏らは、これを証明するために、1967年から1979年までの厚生省の65歳以上の老人の自殺者数の統計を図にした。『昭和42年に3,408人であったものが、54人には5割近くもふえて4,991となっている』と解釈した。図は、その13年分の年次別統計の基準とするx軸を5センチにしながら、3,000から5,000までの人数を表わすy軸をその2倍の10センチにして、「悲惨な老人の自殺の増加」を非常に大きく見せる工夫もした。

民族派の教育者に転向する前に理論物理学者であった福田氏とエンジニアであった森本氏は、自殺率を計算できない筈がない。実は氏らが、『わが国の老人の自殺率が自由主義国においては世界一の高い比率を示している』ことを証明するために、

日本も含めて20ヶ国の自殺率を表にした。また、自殺率の数字を「人口10万人当りの自殺者数」と説明した。しかし、1967年から1979年までの年次別自殺率を計算しなかった。その代わりに、自殺者数に対して1967年を100にした指数だけを出した。それによると、1979年の指数は146(つまり「5割近くもふえて」)であった<sup>32)</sup>。

もし、森本氏らが65歳以上の単純(未調整)自殺率を算出していたら、48.0であった1979年の自殺率は、51.3であった1967年の自殺率より低いということが明らかになっていた筈である。確かにその間に少し上がったこともあったが、戦後の低下している長い傾向の中では、それは実に小さな、しかも一時的な上昇に過ぎない。65歳以上の年齢調整自殺率を算出したら(表7,表8)、その「悲惨な増加」の根拠が尚更崩れてしまう。

森本氏らが「核家族がすぐれている」とか「核家族がもっともふつうである」などのようなイメージを伝える戦後の教科書を批判するために、彼らは老人にとって日本の社会が悪くなっていることを証明することが必要であった。そのつもりで、二つの点を論じた。一つは、『古来、わが国は、老人を敬い、親を大切にす美風を世界に誇っていたはずである。それがなぜこのような結果[悲惨な増加]になったのか。それにはいろいろな要因もあるだろうが、戦後の教育のあり方と無関係とはいえないと考えられる』、という点である<sup>33)</sup>。もう一つは、『わが二の老人の自殺率が、世界の最高水準にあることは、日本民族の悲劇である』、という点である<sup>34)</sup>。

この二つの論点は正質的にまったく違う問題であるのに、「古き良き日」の考えにでも囚われているような戦前生まれ育ちの福田氏や森本氏が、強い先入観の所為であろうか、これらを区別しない。しかし、高齢者の自殺率の国際水準と自殺者の増加を無理に結びつけながら戦後亡国論を勧めるのは、このような学者のみならず、かなりの官僚や論説員も同じようなもってもらしい議論を広めている。

1987年版の『警察白書』に伝えられたメッセージの一つは、「老人に多い自殺」という見出しに見られた。その下に次のように書いた<sup>35)</sup>。

昭和61年の……自殺率は、高齢になるほど高くなっており、老人問題の深刻さを示している。

「老人問題の深刻さ」と「高齢になるほど自殺率が高くなっている」との関連性はともかく、「老人問題」すら説明していない。しかし、この幻の解決方法は、「自殺の未然防止」という見出しの下に書かれた言葉に表わされているように、警察庁が知っている<sup>36)</sup>。

警察では、独居高齢者などに対する訪問や困りごと相談等を通じて、自殺のおそれのある者を早期に発見し、その悩みや困りごとの解消に努めるとともに、自殺が多発する場所については、その管理者に対し、自殺防止のための立看板やフェンスの設置を働き掛けるなどして、自殺の未然防止に努めている。

警察庁には自殺学者がいない。『自殺の概要』の担当警部の話によると、統計は公表に先立って筑波大学の稲村博氏に見せ、彼の意見を内部利用する。稲村氏が「編著」した『中高年の自殺』は、次のように述べる<sup>37)</sup>。

ところで、自殺の増加と核家族化率とはほぼ並行関係にあるということが出来る。もちろん、自殺には他のいろいろな、これまでみてきたような、また以下にみるような要因がからみ合っている。家族の人数だけから説明できないのはいうまでもないが、他の条件が同じ場合には、家族数の多いほうが自殺を防ぐうえで有利であることは間違いないところといえる。

このように学者らしく注意しながらも、稲村氏は、「自殺の増加と核家族化率とはほぼ並行関係にある」という偶然に囚われて、学問離れの特殊文化論を謳う日本人論者のものまねで、日本の核家族化による亡国を論じた<sup>38)</sup>。

同じように「一人暮らし」と「自殺」を結びつけようとする記事が実に多い。財団法人年金住宅福祉協会が1991年に当会の機関誌に載せた「高齢者にも進む核家族化」という表題の記事はその典型的な一例である。その中で、こう論じられている<sup>39)</sup>。

また、日本は高齢者の自殺率が高く、特に、女性高齢者の自殺率は、先進国中第一位である。

今回の調査でも明らかになったように、女性高齢者の4割が一人暮らしであることを考えると、この自殺率の高さは、「高齢」の「女性」が「ひとり」で暮らすことの限りない困難さを物語っているように思えるのである。

これは、集団の統計と個人の行動とを混同する「生態学的錯誤」の典型的な例である。疑問に思うことは、一人暮らしの高齢者の割合が高くなっているのに、高齢者の自殺率が下がっていることをどう説明するのか、ということである。もちろん、高齢者自殺の低率化は一人暮らし高齢者の自殺率が下がっていることを証明しない。しかし、逆にいうと、高齢者の自殺率が高いからといって、その「高さ」が一人で暮らすことの「困難さ」を反映するとは一概に結論付けることはできない。

## 2. 信頼できる情報の伝え方

上記の例から分かるように、日本における自殺の実態に対する誤解を広める人々は、先入観や統計音痴に誘発される「数字盲症」に罹患している。この病気を組織的に直すためにしなければならないことは、官庁、マスコミ、および学界の三極圏を合理化することである。しかし、それと同時に、調整自殺率の概念を普及し、利用する必要がある。

### 2.1 意識改善と民主化

死体の増加がすなわち死亡率の高まることとする官僚や記者がいれば、疫学的統計の動力を充分理解しないために訂正自殺率を見逃す学者もいる。この人々が代表する官庁、マスコミ、および学界は、自殺の発生に関する基礎知識を深めるのにどうしたらよいのか、を検討したい。

#### 2.1.1 官 庁

日本の厚生省や警察庁が定期的かつ独自に全国の性別、年齢別などの自殺死亡統計を集計し公表する。しかし、省庁間の連絡は報告書の配布以外は殆どない。それに、両官庁には、どの巨大組織にも見られる自己中心的な性格があり、その所為であろうか、「主権を存する」筈の国民より自分の存在を大切にする傾向がある。このような省庁間の厚い壁と官民間の深い溝を崩したり埋めたりすれば、自殺統計とその理解がよくなる筈である。

### 2.111 警察庁

各都道府県警察は検視規則や死体取扱規則などに従って死因を調べ、犯罪統計規則などによって自殺統計を集計し、数字だけを警察庁の保安部防犯企画課に送る<sup>40)</sup>。しかし、戦後生まれの警察庁は戦前と違って都道府県別の自殺統計を公表していない。こうしたような統計がどこかに保管されているかも明らかになっていない。警察庁図書館も非公開である。結果として、警察庁が集計する自殺統計の一部だけが調査年の翌年12月頃に発行する『犯罪統計書』の後ろの方に記載される。その数ヶ月前の4月頃に、その内の一部が、『自殺の概要』として公表される。

上で触れたように、警察庁の自殺統計は、日本国を代表する数字として指定された厚生省の自殺統計よりも、マスコミに対する影響がかなり強い。それは、警察庁の『自殺の概要』は2ヶ月ほど先に出ることがあるし、厚生省の人口動態統計と違って自殺統計に限られているからでもある。問題は、『自殺の概要』の独占度でも正当性でもない。むしろ、誰のために自殺統計を集計したり公表したりするのかを十分に検討しない慣例である。

死亡届としか接触しない人口動態統計を集計する公務員に比べて、死体や遺族と直面する警官の体験を大切にしたいと思う。しかし、『自殺の概要』などには、自殺者の総数を強調する統計としかみられない。

集計したままの数字は、情報でも何でも無い。雑音と大して異ならない。数字は分析した上で意味を付けることによって初めて真の情報になる。もし、警察庁が、真の情報として評価できる自殺統計を公表する気があるとすれば、次の3点を提案する。

- 1) 厚生省と一緒に自殺統計審議会を作ること。
- 2) 審議会の指導に従って当庁の自殺統計を集計したり公表すること。
- 3) 審議会が編集する自殺白書を発行することに協力すること。

### 2.112 厚生省

厚生省の自殺統計は、人口動態統計の中の死亡統計の外因死因の一つとしてしか含まれていない。年計分人口動態統計の概数は、調査年の翌年の6

月頃に公表される。その確定数の公表は9月頃になる。そして、全3巻の『人口動態統計』の中巻と下巻が12月頃に、その上巻が翌年の3月頃に出版される。確定数は、日本の公式的人口動態統計として、世界保健機構(WHO)に報告される。

歴史の話になるが、日本の警察は少なくとも1878年に遡り、実に長い自殺統計を集計し公表する伝統を持つ。確かに1964年から1977年まで14年間もの空白があるが、1978年から公表を再び始めた。1977年以前の警察調査の自殺統計については、警察庁は「厚生省の統計を利用している」と、要点を濁した。しかし、明治11年計分の「自殺セシ人・自殺セントセシ人」の統計の公表方式を調べると、平成3年4月の『平成2年中における自殺の概要』に見られる統計学は、昔から殆ど進化していない、ということが分かる。

これに対しては、厚生省の自殺統計が1899年にしか遡れないにもかかわらず、統計学上にかなり進歩してきており、また、これからどうすれば改善できるか、などのような問題意識も強い。資料室も公開されており、未報告の資料も保管されていて、担当者に頼めば見せてくれる。

しかし、厚生省にも、官民間の堀を渡る橋はもちろろん、省庁間の山を通るトンネルも必要がある。そのために、厚生省には、次の事を提案する。

- 1) 警察庁と一緒に自殺統計審議会を作ること。
- 2) 審議会は各関連団体の代表を会員にすること。
- 3) 日本の自殺統計の基準、集計、分析、および報告を調べたり指導すること。
- 4) 自殺白書を発行すること。
- 5) 自殺白書の内容は、人口動態統計と警察調査統計の差異に関する詳しい歴史的な説明を含めること(表4に参照)。
- 6) 人口など不可欠な関連統計も含めること。
- 7) 各種の調整自殺率も補うこと。
- 8) 統計を何人かの専門家に分析してもらって、それぞれの解釈を載せること。

### 2.12 マスコミ

民主社会においては、官庁を責める前に、マスコミを責めるべきである。常に政府当局から独立した立場を守って、官庁も含む統治機関を絶えず

監視するのは、マスコミの重要な役割の一つである。しかし、私が受けている印象は、日本のマスコミが、あまりにも素直な態度で、官庁が公表する数字とその解釈を、そのまま大衆に伝えているということである。

マスコミが官庁の統計報告をニュースにする作業は、確かに受動的儀式になっているような印象が強い。当局から受ける数字とか説明をそのまま記事にすることが圧倒的に多い。これ以外にするのは、せいぜい取材しやすい学者の意見を聞いたり、その学者の解釈は根拠がなくてもそれを記事に加えたりする事だけである。もっと能動的に報道するには、次の様にするのが適当であろう。

- 1) 急ぐべからず。官庁の統計報告をすぐ報道する必要は全くない。
- 2) 数週間でも掛けて自ら分析したり理解しようとする事。
- 3) まだ統計を検討する機会がない筈の専門家の意見を聞かないこと。
- 4) 当局の見解も含める意見を裏付けること。
- 5) 根拠の薄い意見を載せながら批判すること。

### 2.13 学 界

学者はなるべく世の中を無視しながら研究活動をする方がよっぽど大衆の利益になる、と私は信じている。ただし、こんなに自由な立場で学問をする人間にとっては真実を追求する精神が何よりである。記者に取材されることになれば、正直に対応しないと、無責任な結果になる。

良心的な学者は、次のような方法で官庁やマスコミと付き合えばよいと思う。

- 1) 世論に左右されず、独自の統計分析をもとにした見解を表現すること。
- 2) 自殺者数よりも、単純自殺率ないし調整自殺率の方を使うこと。
- 3) 科学的根拠のない解釈を避けること。

学者が構成する組織も、より信頼できる情報の伝達を積極的に勧める努力が必要である。民間団体である日本自殺予防学会とか、厚生省に属する国立精神・神経センター精神保健研究所さえも、警察庁や厚生省の自殺統計の集計から公表までに至る手順の基準などを決定する過程に、全く参加していないという事実を、私は不思議に思う。

### 2.2 調整自殺率の勧め

調整(訂正)率をここで詳しく説明する紙面がない。一言で言えば、異なった観察集団の比較や同じ集団の年次推移などの比較をするために、人口の年齢構成、性構成などの差異を取り除いて単純率を調整(訂正)しなければならない。

厚生省が訂正死亡率を定期的に算出する歴史は少なくとも1960年代に遡る。最も入手しやすい資料は5年ごとの国勢調査の年次を対象とする、1960年版から始まる『主要死因別訂正死亡率』である。1988年に出たその1985年版は6回目である。1990年に出版された『自殺死亡統計』も同名の報告書として3回目で、1977年にも1984年にも出された。

ところで、厚生省は、今まで、日本の1935年度または1960年度の性別総人口とか、15歳以上の総人口または日本人人口とか、それにWorldまたはEuropeanのモデル人口など、場合によって様々な人口を基準として訂正死亡率を算出してきた。しかし、数年間続いた省内の「標準化死亡率」を求める運動がやっと小さな実となって、1991年に「昭和60年モデル人口」を基準として、1947年まで遡る全国の年次別「年齢調整死亡率」などを1992年に刊行する予定の『人口動態統計』に載せることになった<sup>41)42)</sup>。

残念ながら、「分かりやすい」、「年齢構成に歪みがない」、「使用目的に合っている」と宣伝しても<sup>43)</sup>、厚生省の「モデル人口」には次のような欠陥がある。

- 1) 誰でも簡単に計算できるほど分かりやしくない。基準人口の合計を120,287,000よりも100,000にした方がよい。それに、年齢階級別の構成人口も、8,180,000や8,338,000などのような複雑な数字よりも扱いやすい8,000のような数字にしてもよい。
- 2) 1985年度の人口に基づいているので、歪みのない筈はない。1985年度の人口にこだわる必要がない。ある年度の人口に対して調整するなら、その年度の国勢調査のままの自然人口を基準とすればよい。表5や表6で分かるように、年齢調整自殺率の場合には、自然人口による調整率(d列やe列)とモデル人口

による調整率(f列)は殆ど同じである。「標準化死亡率」のつもりなら、自然人口離れの「人工的」基準人口を作る方は使い道が多い。

3) 目的が狭すぎる。1947年からの死因別年齢別の死亡統計は0-99歳までの5歳階級20区分と100歳以上の1区分、足して21区分方式である。国勢調査の年次の人口もこれと同じ。また1981年度から国勢調査の年次の間の推計人口も0-89と90+の19区分方式になった。要するに、1979年度以前の0-84と85+の18区分方式に基づくモデル人口は、高齢化している社会に向いてない。

高齢化社会といえ、全人口ばかりではなく、「65歳以上」のような、2つ以上の小さな年齢階級を含む大きな年齢階級に対しても、年齢調整率を算出する必要がある(表7や表8に参照)。

厚生省は「訂正」から「調整」に名称を変えるのはよい。しかし、一般大衆に理解を求めるなら、マスコミ向けの報告にも分かりやすい調整率をどんどん紹介しないと、日本の疫学上の実態がこれからも誤解されつづける一方である。あらゆるマスコミの媒体を通して、あらゆる基準に基づく調整率の合理性を明確に説明すればよいと思う。

#### おわりに

集計したままの自殺者数を公表することには、意味がない訳ではない。全数は、ある時期に、ある地域で、何人が自殺するのか、つまり何数の事件を調査する必要があるのか、ということなどの測定として、調査経費の予算を推定することに役立つし、自殺予防団体、救急病院、死体処理産業などにも価値のある数字でもある。しかし、社会福祉の状態を指示する指標としての自殺統計ならば、少なくとも単純自殺率を計算しなければ意味がない。そして、違う時期とか違う地域などを比較すると、調整自殺率までも算出せざるを得ない。ここでは、日本における自殺統計の官僚、記者、および学者による慣習的な取り扱い方をかなり厳しく批判したが、目的は、批判によって提起した問題をどう解決すればよいか、ということである。

#### 謝 辞

本論文を書くに当って、様々な人々のご協力を頂いた。特に感謝したいのは、警察庁長官官房総務課広報室の事務官と保安部防犯企画課の警部や、厚生省大臣官房統計情報部の管理企画課普及相談室および人口動態統計課の皆様である。最後に、長いあいだ陰から常に励まして下さった加藤正明先生に、本論文を捧げたい。

#### 文 献

- 1) 婦人公論, 1987-6, 72(6)869, 522
- 2) 婦人公論, 1987-7, 72(8)871, 94-95
- 3) 警察庁, 昭和58年中における自殺の概要, 昭和59年3月, 1
- 4) 警察庁, 昭和61年中における自殺の概要, 昭和62年3月, 1
- 5) 読売新聞, よみうり寸評, 1984-4-3夕刊, 1; 朝日新聞, 1987-4-16夕刊, 15
- 6) The Japan Times, 1987-4-17, 3
- 7) Asahi Evening News, 1987-4-20, 3
- 8) 朝日新聞, 1987-6-24朝刊, 1
- 9) 朝日新聞, 1987-4-27朝刊, 3
- 10) 読売新聞, 1991-4-27朝刊, 30
- 11) 毎日新聞, 1991-4-27朝刊, 26
- 12) 日本経済新聞, 1991-4-27朝刊, 35
- 13) 読売新聞, 編集手帳, 1984-4-5朝刊, 1
- 14) 警察庁の自殺統計は、厚生省の総数と違って、在日外国人も含めるので、ここでは、在日日本人のみの人口の代わりに日本の総人口を利用した。
- 15) 朝日新聞, 天声人語, 1987-1-28朝刊, 1
- 16) 読売新聞, 編集手帳, 1988-4-15朝刊, 1
- 17) Mainichi Daily News, 1988-4-13, 12
- 18) The Japan Times, 1988-4-22, 18
- 19) 上野政彦, 庄司宗介, 浅川昌洋(その他): 老人の自殺, 日大医学雑誌, 40(10), 1109-1119, 1981(10), 1112
- 20) 朝日新聞, 1981-12-20朝刊, 15
- 21) 森田昌宏, 須賀良一, 内藤明彦, 後藤雅博, 小泉毅: 新潟県東頸城郡における老人自殺の実態, 社会精神医学, 9(4): 390-398, 1986(12), 396
- 22) 原田寛子, 前岩道彦: 徳島における過去10年間の『独居老人』及び『自殺老人』の生態について, 四国医学雑誌, 43(4): 276-296, 1987(8), 294-296

- 23) NHKスペシャル：二人だけで生きてかった，総合テレビ，1991-6-19，2100-2200
- 24) 1990-4-25朝刊の日本経済新聞，35；読売新聞，31；毎日新聞，3；朝日新聞，30
- 25) Iga Mamoru: The Thorn in the Chrysanthemum (Suicide and Economic Success in Modern Japan). University of California Press, Berkeley, 1985
- 26) 布施豊正：自殺学入門（クロス・カラチャラル的考察），誠信書房，東京，1990，79
- 27) 同書中，88
- 28) 上田フサ：統計的にみた日本の自殺，精神科MOOK（春原千秋編），16:20-51，1987
- 29) 福田信之（監修），森本真章と滝原俊彦（著），疑問だらけの中学教科書，ライフ社（東京），1981年，54
- 30) 同書中に228
- 31) 同書中に44
- 32) 同書中に44-46
- 33) 同書中に47
- 34) 同書中に58
- 35) 警察庁：警察白書（昭和62年版），大蔵省印刷局，東京，1987，131-132
- 36) 同書中，132-133頁
- 37) 稲村博（編著），内山喜久雄，筒井末春，上里一郎（監修）：中高年の自殺，同朋舎（東京），1990，107
- 38) 同書中に13，100-111
- 39) 青山博子：高齢者にも進む核家族化，年金と住宅，119，1991（6），42-43，43
- 40) 警察庁長官官房企画課：警察官実務六法（平成3年版），東京法令出版，1991，438-441
- 41) 安部泰史，上家和子，小野寺満夫，斉藤文子：訂正死亡率の基準人口に関する見直しについて，厚生指標，1990-12，28-33
- 42) 安部泰史，小野寺満夫，上家和子，斉藤文子，松柴達朗：年齢調整死亡率（訂正死亡率）の改訂について，厚生指標，1991-5，12-16.
- 43) 厚生省大臣官房統計情報部：年齢調整死亡率（訂正死亡率）について，[1991].

#### Abstract

Many bureaucrats, journalists, and scholars are mishandling Japan's suicide statistics. One result is a misinformed public. Another is misguided social policy. The immediate cause of misreporting and misuse of suicide statistics is innumeracy. But there are many predisposing factors, from simple preconceptions and racialist ideology, to a poverty of the skepticism that is essential to the pursuit of truth. The most effective therapy would be for the Ministry of Health and Welfare and the National Police Agency to create a Council on Suicide Statistics with members representing each concerned group, and for this council to examine and supervise the standards, compilation, analysis, and publication of Japan's suicide statistics.

## 特集◆わが国の自殺◆

## 救命救急センターに収容された自殺企図者の実態

黒沢 尚<sup>1,2)</sup> 岩崎 康孝<sup>2)</sup> 渡辺 信夫<sup>2)</sup>  
 岸 泰宏<sup>1)</sup> 中村 加枝<sup>1)</sup> 布瀬 理美<sup>3)</sup>

## はじめに

わが国では救急医療の場に収容された自殺者については1961年の大原の先駆的な研究がある(自殺の要因に関する研究……精神医学的立場から, 精神神経誌63: 107, 1961)。そして, 三次救急医療施設での最初の報告は大阪府立病院救急科の杉田一之らの「救急医療からみた精神障害の問題点」(日本医事新報, No.2767: 29, 1977)であると思われる。その後, 1977年に救命救急センターが初めて日本医科大学付属病院に開設されて以来現在では100を超える施設が活動しており, これらの施設からも自殺問題に関する発表が救急医療関係の学会のみならず, 精神科関係の学会でも行われるようになってきている。それらの発表を見てみると, たとえば, 一口に自殺と言っても自殺未遂者も既遂者も併せているものや別々に発表しているもの, 疾患分類や手段の分類もその施設独自のものを使

用するなどその内容は千差万別である。また, その研究方法も prospective というより retrospective のものが多い傾向にある。そのため, 施設間で比較することが困難であり, 単なる実態調査にすぎない研究も見られる。そこで, 日本救急医学会精神衛生(現 保健)問題委員会では自殺企図者を共通の土俵で語れるよう自殺企図者ケースカード(図1)を作成し, 日本救急医学会の会員に利用を呼びかけている<sup>6,35)</sup>。

従来から多くの精神科医は自殺問題に関心を持っており, この問題は自分達の領域の一部であると考えている。事実, 自殺念慮を持つ患者を診察する機会も多く, また, 日本医大救命救急センターに収容された自殺未遂患者の30%前後は精神科医と治療関係にある。しかし, 精神科医が自殺問題に関して正しい知識を持っているか, また, この問題を抱える患者に対応できているかと言うと疑問である。たとえば「交通事故死者と自殺既遂者とどちらが多いか」と問うと, 「交通事故死者……」との答えが多い。実際には, 年間交通事故死者は1万人強, 自殺既遂者は2万人強なのである。そして, 自殺未遂者の精神面の対応についての発表はあるもののその数は少ない。このように, 精神科医にとって自殺問題は身近にある問題にも関わらず, 知識不足の感はいなめない<sup>34)</sup>。

さて, 著者らは救命救急センターを含む救急医療施設でこの16年間自殺未遂者の精神面の治療に当たってきた。その経験によれば, 自殺未遂者の実態は時代の影響を反映, 施設のある東京の下町という地理的環境を反映していると思われる。そこで, これらの経験を実証すべく, ここでは, 雑誌「救急医学」の企画によりこのケースカードを

Suicide Attempters on the Critical Care Medical Center.

Hisashi Kurosawa<sup>1,2)</sup>, Yasutaka Iwasaki<sup>2)</sup>, Nobuo Watanabe<sup>2)</sup>, Kishi Yasuhiro<sup>1)</sup>, Kae Nakamura<sup>1)</sup>, Rimi Fuse<sup>3)</sup>

1) 日本医科大学精神医学教室

(〒113 東京都文京区千駄木1-1-5)

Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

2) 日本医科大学救命救急センター

Critical Care Medical Center, Nippon Medical School

3) 日本医科大学医学管理学教室

Department of Health Care Administration, Nippon Medical School



症例 (イニシャル) \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 1.男 2.女 同居人 1.あり 2.なし カルテNo \_\_\_\_\_

自殺遂行推定日時: 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 1. 0~4時 2. 4~8時 3. 8~12時 4. 12~16時 5. 16~20時 6. 20~24時 7. 不明

100. 「自殺の定義」(以下の1~5のうち少なくとも1項目を満たしたとき自殺と断定する)のうち本症例に該当する項目に○をつけてください

1. 本人の陳述がある場合
2. 遺書または本人からの死の予告(電話など)があった場合
3. 自殺行為遂行中の目撃者がいる場合
4. 司法関係者または剖検により自殺と断定された場合
5. 上記のいずれも認められない場合であっても、障害機転が周囲の状況から考え不自然なものであり、かつ、本人からの自殺意思が不明の場合は、以下のうち2項目以上が認められれば自殺とする
  - ①希死念慮があった
  - ②自殺企図の既往がある
  - ③精神科疾患の既往があるか、現在も治療中である。または、明らかな精神症状があったことを第三者が陳述する
  - ④明らかな契機があるか、明確な動機がある

200. 自殺未遂と既遂の区別

10. 自殺未遂: 救命救急センターまたはそれに準ずる施設からの転室時に生存しているもの
20. 自殺既遂: 上記以外
30. 調査終了時も入室中であるため、区別できない

300. 自殺企図手段

10. 多手段(以下の該当項目のすべてを選び、主たる手段に○をつけて下さい)
20. 薬物 医用薬物: 医師からの①安定剤, 抗うつ剤, 睡眠薬 ②鎮痛解熱剤 ③その他 ( )  
市販薬の ④安定剤 ( ) ⑤睡眠薬 ( )  
⑥鎮痛解熱剤 ( ) ⑦その他 ( )
30. 毒物 農薬 ①殺虫剤 ②パラコート ③②以外の除草剤 ④ ( )  
⑤化学薬品(硫酸, 有機溶剤など)  
⑥家庭用品(洗剤など)  
⑦その他(タバコなど)
40. ガス ①都市ガス ②プロパンガス ③排気ガス
50. 飛び込み ①軌道車 ②自動車
60. 飛び降り 建物 ①自宅, 自宅のある建物 ②それ以外  
③構築物(橋, 歩道橋など) ④その他
70. 刃器, 刺器(ガラス片を含む): 部位 ①手首 ②頸部 ③胸部 ④腹部 ⑤それ以外
80. ①縊首(窒息を含む) ②入水 ③感電 ④銃器 ⑤爆発物
90. 焼身 ①揮発油 ②ガス ③その他  
0. 不明

400. 自殺企図回数 10: 1回目 20: 2回目 30: 3回目以上  
今が2回目以上のとき、それぞれの自殺企図の手段に違いが ①ある ②ない

500. 自殺の動機が 10: ある 具体的には ( )  
20: ない  
30: 不明

600. 疾患分類

10. 自殺企図以前に精神症状が, ①あり ②なし ③不明
20. 精神症状がある場合, その疾患は, ①精神分裂病圏 ②そううつ病圏  
③神経症圏, 心因反応(性格障害を含む) ④中毒精神病, 物質依存(アルコール, 覚醒剤など)  
⑤てんかん ⑥器質脳症候群(痴呆, 脳腫瘍など) ⑦その他 ( ) ⑧不明

700. 受診歴について

10. 精神科, 神経科受診歴が, ①ない ②ある ③現在も通院中である
20. 精神症状のために精神科, 神経科以外の科を受診したことが,  
①ない ②ある ③現在も通院中である

800. 精神科医の介入について,

10. 収容中に精神科医の介入が, ①あった ②なかった
20. 退院または転院後も精神科医による治療が必要であると, ①思った ②思わなかった
30. 退院または転院後, 実際に精神科医による治療が, ①あった ②なかった ③不明

図1 自殺企図患者のケースカード

利用した自殺企図者実態調査が実現したので、救命救急センターに収容された自殺未遂者の多施設間比較、また、著者らが雑誌「精神科治療学」に発表した「日本医科大学救命救急センターにおける過去11年間の自殺企図手段、精神疾患の推移<sup>9)</sup>」をもとに、一施設における年次推移について述べる。

## I. 全国の12救命救急センターに収容された自殺企図者の実態

雑誌「救急医学」15巻6号(1991年6月)では特集として「自殺」が組まれており、全国の代表的な救命救急センターから自殺企図者の実態が報告されている<sup>1,4,5,10,17,19,40,41,44,45,48,54</sup>)。その中の、「救命救急センターに収容された自殺企図者の実態——12施設のまとめ——」<sup>38)</sup>から抜粋して救命救急センターに収容された自殺企図者の全国的にみた実態、そして多施設間比較について述べたい。

### 1. 12施設における自殺企図者概要(表1)

この「12施設からのまとめ」は、わが国の北から南までの自殺に関心をもっている施設からの報告である<sup>1,4,5,10,17,19,40,41,44,45,48,54</sup>)。ただし、雑誌の企画上地域的配慮した結果、自殺問題に積極的に取

り組んでいるいくつかの施設の資料が欠落している。

- ・施設の地域的背景：東京の下町：帝京大，日本医大，  
東京の新宿，六本木，赤坂などの盛り場：東京医大，都立広尾，  
東京の山の手：国立東京第二，  
東京の郊外：杏林大，公立昭和，北里大，  
大阪の郊外：千里救命救急センター，三島救命救急センター，  
田園都市：久留米大，  
地方都市：札幌医大

・調査期間は1—5年とばらつきがあるが、ここでは1年に換算できるものは換算して述べる。なお、帝京大は精神科医が関与した自殺既遂者数のみ報告しており、実際にはこの数倍の自殺既遂者が存在するため、自殺既遂者数が関係する点では除外して述べる。

・1年間に収容される自殺企図者：札幌医大の21例から日本医大の120例までとばらつき大きい。平均は65例(各施設の自殺企図者数を調査期間で除

表1 各施設における自殺企図者の概要

施設名	地 域	調査期間(年)	自殺企図者数(例)	全収容者に対する割合(%)	自殺既遂者数(例)	自殺企図者に対する割合(%)	性比(女/男)	平均年齢(歳)	自殺未遂者数(例)	自殺企図者に対する割合(%)	性比(女/男)	平均年齢(歳)
帝京大	下 町	1	59	8.2	4*	6.8	0.33	36.5	55	93.2	1.75	39.6
日本医大	下 町	1	120	7.4	36	30.0	1.57	38.1	84	70.0	1.33	36.0
東京医大	盛り場	2	113	9.3	51	45.1	0.50	43.4	62	54.9	1.58	36.9
都立広尾	盛り場	3	255	0.5	44	17.3	1.00	43.7	211	82.7	3.10	34.1
国立東京第二	山の手	5	253	7.3	99	39.1	0.83	46.4	154	60.9	1.57	38.2
杏林大	郊 外	3	196	6.9	63	32.1	0.80	44.7	133	67.9	1.29	39.2
公立昭和	郊 外	1	69	3.9	5	7.2	0.25	42.0	64	92.8	1.37	38.5
北里大	郊 外	1	87	4.4	19	21.8	0.58	54.7	68	78.2	1.34	35.9
千里救命救急センター	郊 外	2	98	5.2	32	32.7	1.13	47.1	66	67.3	1.36	39.2
三島救命救急センター	郊 外	2	101	5.1	22	21.8	1.00	42.9	79	78.2	0.84	38.1
久留米大	田園都市	3	102	3.3	34	33.3	0.79	50.8	68	66.7	1.00	40.8
札幌医大	地方都市	5	107	2.0	29	27.1	0.81	41.9	78	72.9	1.52	33.9

\*ICLT(リエゾン精神医学チーム)が直接関与した症例のみ

表2 各施設における自殺手段分類

施設名	飛び降り	飛び込み	刃器	絵 須 薬 物・毒物 (薬物)	ガ ス	銃 器	熱 傷	そ の 他	計	施設名
帝京大	未遂者 19(34.5) 既遂者 3(75.0) 企図者計 22(37.3)	1(1.8) 0(0.0) 1(1.7)	12(21.8) 0(0.0) 12(20.3)	3(5.5) 1(25.0) 4(6.8)	19(34.5) 0(0.0) 19(32.2)	2(3.6) 0(0.0) 2(3.4)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	55(100.0) 4(100.0) 59(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
日本医大	未遂者 14(16.7) 既遂者 16(44.4) 企図者計 30(25.0)	3(3.6) 5(13.9) 8(6.7)	19(22.6) 2(5.6) 21(17.5)	1(1.2) 9(25.0) 10(8.3)	42(50.0) 2(2.8) 43(35.8)	5(6.0) 1(2.8) 6(5.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	4(4.8) 3(8.3) 7(5.8)	84(100.0) 36(100.0) 120(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
東京医大	未遂者 8(12.9) 既遂者 26(51.0) 企図者計 34(30.1)	2(3.2) 5(9.8) 7(6.2)	17(27.4) 1(2.0) 18(15.9)	4(6.5) 15(29.4) 19(16.8)	31(50.0) 3(5.9) 34(30.1)	3(4.8) 1(2.0) 4(3.5)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	62(100.0) 51(100.0) 113(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
都立広尾	未遂者 17(8.1) 既遂者 25(56.8) 企図者計 42(16.5)	7(3.3) 4(9.1) 11(4.3)	44(20.9) 1(2.3) 45(17.6)	8(3.8) 11(2.3) 19(7.5)	105(49.8) 1(2.3) 106(41.6)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	30(14.2) 2(4.5) 32(12.5)	211(100.0) 44(100.0) 255(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
国立東京第二	未遂者 27(17.5) 既遂者 44(44.4) 企図者計 71(28.1)	* 44(44.4) 71(28.1)	30(19.5) 2(2.0) 32(12.6)	7(4.5) 43(43.4) 50(19.8)	85(55.2) 7(7.1) 92(36.4)	5(3.2) 2(2.0) 7(2.8)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 1(1.0) 1(0.4)	154(100.0) 99(100.0) 253(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
杏林大	未遂者 19(14.3) 既遂者 15(23.8) 企図者計 34(17.3)	3(2.3) 8(12.7) 11(5.6)	22(16.5) 6(9.5) 28(14.3)	3(2.3) 19(30.2) 22(11.2)	70(52.6) 5(7.9) 75(38.3)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	8(6.0) 10(15.9) 18(9.2)	8(6.0) (0.0) 8(4.1)	133(100.0) 63(100.0) 196(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
公立昭和	未遂者 11(17.2) 既遂者 0(0.0) 企図者計 11(15.9)	2(3.1) 0(0.0) 2(2.9)	11(17.2) 0(0.0) 11(15.9)	1(1.6) 1(20.0) 2(2.9)	38(59.4) 3(60.0) 41(59.4)	4(6.3) 1(20.0) 6(8.7)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 1(20.0) 1(1.4)	64(100.0) 5(100.0) 69(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
北里大	未遂者 10(15.2) 既遂者 6(31.6) 企図者計 16(18.4)	2(3.0) 2(10.5) 3(3.5)	18(27.3) 1(5.3) 15(17.2)	(0.0) 2(10.5) 2(2.3)	31(45.6) 3(15.8) 34(39.1)	2(2.9) 2(10.5) 4(4.6)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	1(1.5) 5(26.3) 6(6.9)	68(100.0) 19(100.0) 87(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
千里救命急 センター	未遂者 10(15.2) 既遂者 16(50.0) 企図者計 26(26.5)	2(3.0) 1(3.1) 3(3.1)	18(27.3) 3(9.4) 21(21.4)	5(7.6) 7(21.9) 12(12.2)	29(43.9) 5(15.6) 34(34.7)	12(18.2) 1(3.1) 18(18.4)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	2(3.0) 0(0.0) 2(2.0)	66(100.0) 32(100.0) 98(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
三島救命急 センター	未遂者 18(22.8) 既遂者 10(45.5) 企図者計 28(27.7)	3(3.8) 2(9.1) 5(5.0)	17(21.5) 0(0.0) 17(16.8)	4(5.1) 8(36.4) 12(11.9)	33(41.8) 1(4.5) 34(33.7)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	1(1.3) 1(4.5) 2(2.0)	3(3.8) 0(0.0) 3(3.0)	79(100.0) 22(100.0) 101(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
久留米大	未遂者 3(4.4) 既遂者 3(8.8) 企図者計 6(5.9)	(0.0) 1(2.9) 1(1.0)	7(10.3) (0.0) 7(6.9)	2(2.9) 2(5.9) 4(3.9)	49(72.1) 21(61.8) 70(68.6)	1(1.5) 1(1.0) 2(2.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	68(100.0) 34(100.0) 102(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
札幌医大	未遂者 7(9.0) 既遂者 10(34.5) 企図者計 17(15.9)	8(10.3) 1(3.4) 9(8.4)	21(26.9) 2(6.9) 23(21.5)	0(0.0) 6(20.7) 6(5.6)	33(42.3) 5(17.2) 38(35.5)	4(5.1) 2(6.9) 6(5.6)	0(0.0) 0(0.0) 0(0.0)	4(5.1) 2(6.9) 6(5.6)	78(100.0) 29(100.0) 107(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計
計	未遂者 195(17.4) 既遂者 203(46.3) 企図者計 398(25.5)	* 203(46.3) 398(25.5)	232(20.7) 18(4.1) 250(16.0)	38(3.4) 124(28.3) 162(10.4)	565(50.4) 55(12.6) 620(39.7)	22(2.0) 28(6.4) 50(3.2)	52(4.6) 4(0.9) 56(3.6)	1122(100.0) 438(100.0) 1560(100.0)	未遂者 既遂者 企図者計	

数字は例数、(内)はパーセント \*投身(飛び降り+飛び込み)

し、四捨五入し平均値を求めたため、本来なら自殺企図者数=自殺未遂者+自殺既遂者となるはずだが、ここでの数字は65=17+46となっている)。全収容者に対する自殺企図者の割合は都立広尾の0.5%から東京医大の9.3%までと大きな開きがあった。割合の低い都立広尾も札幌医大も救急医療施設が3次だけでなく1—3次対応のためと著者は推測している。平均的には全収容者の6%前後が自殺企図者ということになる。

・自殺既遂者：各施設に収容された自殺既遂者数を平均すれば年間17例であり、自殺企図者に対する割合は27.0%であった。性比(女/男)では公立昭和の0.25から日本医大の1.57と開きはあるものの多くの施設が1.0以下であり、自殺既遂者では男性が多いことを示していた。平均年齢では40歳代前半の施設が多かった。

・自殺未遂者：自殺未遂者数を平均すれば47例であり、自殺企図者に対する割合は東京医大の54.9%から公立昭和の92.8%までとばらつきしており平均は73%であった。このばらつきは治療技術はさておいて収容される自殺企図者の身体的重症度に違いがあるものと思われる。性比は三島救命救急センターの0.84から都立広尾の3.1までと大きな開きがあった。そして、多くの施設が1.0以上であり女性が多いことを示していた。平均年齢は30歳代後半の施設が多かった。

したがって、自殺未遂者は自殺既遂者に比して若年者で女性に多いということになる。

## 2. 各施設における自殺手段の分類(表2)

・全体の傾向：自殺企図者での多い手段は薬物・毒物、飛び降り+飛び込み、刃器、縊頸の順であった。自殺未遂者では薬物・毒物が約半数を占め、刃器、飛び降り+飛び込みの順であり、自殺既遂者では飛び降り+飛び込み、縊頸、薬物・毒物の順であった。致死率の高い順に手段を見てみると、縊頸76.5%、熱傷56.0%、飛び降り+飛び込み51.0%、薬物・毒物9.0%、刃器7.2%となっていた。このように見てくると、救命救急センターに収容される自殺企図者は意識レベルが低下して重症度の判定が難しく一様に重症に見える薬物・毒物、骨が折れ、流血し誰が見ても重症に見える飛

び降り+飛び込み、刃器などの手段によるものが多くなっている。致死率の高い縊頸<sup>15,16)</sup>が自殺既遂者では2番目の手段となっているのは、この手段の自殺企図者は救急医療施設収容される前に死亡してしまっているためと考えられる。また、全施設を集計すると自殺未遂者の約半数は薬物・毒物によるものである。

・各施設間の比較：飛び降り+飛び込みでは東京の下町、盛り場型(都立広尾は1—3次対応であり、また、その他の手段が多いため除外)では30%台、大阪の郊外型も同様に30%台、東京の郊外型が20%前後、地方都市型も同様であり、田園都市型の久留米大では6.9%と低くなっていた。これらの傾向は高い建物は都心、郊外、田園都市という順に多く、また、電車の走る本数も同様の傾向にあるためと考えられる。すなわち、自殺企図者は手段選択にあたっては身近な手段を選択しているものと思われる。

薬物・毒物に関してはいくつかの例外があるものの田園都市型では70%、東京の郊外型では30%台の後半、地方都市型、大阪の郊外型、東京の下町、盛り場型では30%台の前半という傾向にある。また、薬物・毒物の致死率ではこれもいくつかの例外があるものの、東京の下町、盛り場型では5%以下、東京の郊外型では5—10%、大阪の郊外型はばらつきが大きく、地方都市型が10%の前半、田園都市型が30%と高くなっている。このように見てくると都会での薬物・毒物は致死的な手段として選択されていない。一方、田園都市型では致死的な手段として選択されている。

## 3 各施設における自殺未遂者の診断分類(表3)

自殺未遂者全体では神経症圏、分裂病圏、うつ病圏の順だが、分裂病圏とうつ病圏はほぼ同数である。帝京大を除けば関東では神経症圏が多いのに比して、関西ではうつ病圏が多くなっていた。これは、いわゆるうつ状態を神経症とするかうつ病とするかでの差異と考えられる。

## 4 各施設における転出先(表4)

自宅、総合病院、精神病院、一般病院の順であった。この数字では、転出にあたってなんら問題がないように見えるが、現場で転出先の決定に携

表3 各施設における自殺未遂者の診断分類

施設名	うつ病圏	分裂病圏	神経症圏	乱用依存	その他	計
帝京大	18(32.7)	16(29.1)	12(21.8)	0(0.0)	9(16.4)	55(100.0)
日本医大	19(22.6)	27(32.1)	33(39.3)	5(6.0)	0(0.0)	84(100.0)
東京医大	9(14.5)	14(22.6)	36(58.1)	0(0.0)	3(4.8)	62(100.0)
都立広尾*	16(16.5)	26(26.8)	53(54.6)	0(0.0)	2(2.1)	97(100.0)
国立東京第二	30(19.5)	38(24.7)	62(40.3)	4(2.6)	20(13.0)	154(100.0)
杏林大	33(24.8)	42(31.6)	48(36.1)	0(0.0)	10(7.5)	133(100.0)
公立昭和**	14(25.9)	15(27.8)	22(40.7)	1(1.9)	2(3.7)	54(100.0)
北里大	18(26.5)	15(22.1)	20(29.4)	10(14.7)	5(7.4)	68(100.0)
千里救命救急センター	29(43.9)	16(24.2)	17(25.8)	2(3.0)	2(3.0)	66(100.0)
三島救命救急センター****	19(35.8)	15(28.3)	6(11.3)	0(0.0)	13(24.5)	53(100.0)
久留米大	9(13.2)	8(11.8)	19(27.9)	5(7.4)	27(39.7)	68(100.0)
札幌医大*	18(16.8)	10(9.3)	55(51.4)	0(0.0)	24(22.4)	107(100.0)
計	232(23.2)	242(24.2)	383(38.3)	27(2.7)	117(11.7)	1001(100.0)

数字は例数，( )内はパーセント \*企図者全体のデータ \*\*不明の10例を除く \*\*\*不明などの48例を除く

表4 各施設における転出先

施設名	自宅退院	一般病院	精神病院	総合病院	その他	計
帝京大	27(49.1)	13(23.6)	9(16.4)	5(9.1)	1(1.8)	55(100.0)
日本医大	30(35.7)	22(26.2)	15(17.9)	17(20.2)	0(0.0)	84(100.0)
東京医大	30(48.4)	6(9.7)	2(3.2)	24(38.7)	0(0.0)	62(100.0)
都立広尾	125(59.2)	12(5.7)	11(5.2)	59(28.0)	4(1.9)	211(100.0)
国立東京第二	46(29.9)	3(1.9)	20(13.0)	85(55.2)	0(0.0)	154(100.0)
杏林大	20(15.0)	20(15.0)	37(27.8)	56(42.1)	0(0.0)	133(100.0)
公立昭和	32(50.0)	0(0.0)	18(28.1)	13(20.3)	1(1.6)	64(100.0)
北里大	29(42.6)	0(0.0)	28(41.2)	11(16.2)	0(0.0)	68(100.0)
千里救命救急センター	30(45.5)	5(7.6)	19(28.8)	11(16.7)	1(1.5)	66(100.0)
三島救命救急センター	20(25.3)	16(20.3)	9(11.4)	34(43.0)	0(0.0)	79(100.0)
久留米大	4(5.9)	38(55.9)	18(26.5)	8(11.8)	0(0.0)	68(100.0)
札幌医大	28(35.9)	11(14.1)	23(29.5)	15(19.2)	1(1.3)	78(100.0)
計	421(37.5)	146(13.0)	209(18.6)	338(30.1)	8(0.7)	1122(100.0)

数字は例数，( )内はパーセント

わっている者の一人としては決して満足できる結果ではない。自宅に帰した者の中にも心身共に重症な状態にある症例もあり，残りの病院に転出した60%前後の症例は本来的には総合病院に転出させるべきである。しかるに，総合病院の収容能力がないために，やむを得ず心身両面からの治療が必要なにもかかわらず，精神病院や一般病院に転出している。ちなみに，1年間に総合病院に転

出した症例は都立広尾20例，杏林大19例，日本医大，国立東京第二，三島救命救急センター17例などであった。したがって，総合病院の精神科の病床数にもよるが一施設年間20例程度が引き受けの限界のように思える。そこで，自殺未遂者の心身両面から積極的に治療できるような例えば自殺予防センターのような施設の設立が急務であると思われる<sup>5,26,31</sup>。

## II. 日本医大救命救急センターに収容された自殺未遂者の推移

ここでは、1978年から1990年まで12年間に日本医大救命救急センターへ搬入された自殺未遂者744例の年齢、性比、精神疾患、手段の推移について述べる。

### 1 対象

対象は精神科医が、患者及び家族と面接し以下の三項目を満たしたものを自殺未遂者とした<sup>20,26,31)</sup>。

- ① 本人が今回の収容機転を自殺の目的で行ったと認めるもの、または遺書のあるもの。
- ② 家族も自殺であることを認めるもの。
- ③ 救命救急センター転室時に生存しているもの。

精神疾患の診断は同一の精神科医により従来診断に従い行われた。自殺未遂者の定義を満たさないが、自殺未遂であろうと推測される症例は、資料の均一性を保つために対象として数えていない。また、なんらかの理由で精神科医の面接を受けずに退院した症例も除いた。

以上の対象を表5に示すような6群にわけ検討した。

ただし、この調査対象は身体的損傷の重症な「わが国の自殺未遂者全て」を代表しているわけではなく、あくまでも東京の下町にある救急施設に搬入された自殺未遂者である。この点で、地方の状況とは異なるだろう<sup>2,16,49)</sup>。また、近隣の都立墨東病院や帝京大学医学部付属病院の救命センター開設などによって搬入される患者の数、病態、傷病

などは少なからず影響を受けている<sup>20,30)</sup>。

### 2. 年齢 (表5)

約12年間のうち始めの11年間で約4歳の平均年齢の上昇を認めたが、90年群では一転して約4歳も下降した。始めの11年間の症例の年齢上昇の要因としては、近年の高齢自殺既遂者の増加と関係があるものと思われる。また、中高年者は若年者に比べ確実な自殺企図手段を選択することが指摘されている<sup>14)</sup>。確実な手段を選択する自殺未遂者は身体的に重症度が高い。救急医療制度の整備により、12年前に比較しこのような重症度の高い症例が集中的に第三次救急施設に搬入されるようになった。これも平均年齢の上昇の一因であろう。しかし、90年群の平均年齢下降については女性の服薬による自殺未遂者が増加した点に理由を求めると説明のしようがない。

### 3. 性比 (表5)

当センターでの自殺未遂者の性比は、0.83—1.33 (女/男) であり男性が多い。ところが、他の救急施設のデータではほぼ1.0以上と女性に多い。同時期の自殺既遂者全体の性比はほぼ0.5—0.6であり既遂者に男性の割合が多い。つまり性比(女/男)は、

自殺既遂者 (0.5—0.6)

当救命救急センター自殺未遂者 (0.83—1.33)

他の救急施設の自殺未遂者 (1.00以上)

の順になる。

一般的に自殺未遂者では男性に比べ女性が多いといわれている。これらの女性の自殺未遂者の手段は少量の薬物やWrist cutなどであり結果的に

表5 自殺未遂者の実態

期 間(年)	症 例 数 (例)	男(例)	女(例)	平均年齢 (歳)	性比 (女/男)
1978—1981	143	78	65	35.9	0.83
1982—1984	156	85	71	36.9	0.83
1985—1986	113	61	54	38.2	0.88
1987—1987	103	47	56	38.2	1.19
1988—1989	143	74	69	40.0	0.93
1990—1990	84	36	48	36.0	1.33

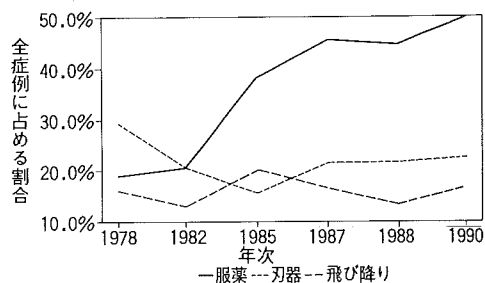


図2 自殺企図手段の推移

身体的軽症症例といえる。

しかし、当施設に収容された自殺未遂者の手段は、後に述べるように服薬、飛び降り、刃器であり、服薬にしても刃器にしてもかなり身体的に重症な症例が多い。したがって、当施設へ搬入された自殺未遂症例のうち比較的男性症例が多いのは、身体的に軽症の女性自殺未遂者が少ないことによる。換言すれば、当施設に収容された自殺未遂者は身体的に重症であり、これまでの自殺未遂者の概念<sup>13)</sup>を越えた、より自殺既遂者に近い症例<sup>8)</sup>であるといえる。

#### 4. 手段 (表6, 図2)

手段についての最大の特徴は、服薬による症例の顕著な増加であった。以下に、各々の手段の時代推移について考察する。

##### ① 服薬

当センターに搬入される服薬自殺企図者のほとんどが睡眠薬などの向精神薬を用いていた。これらの症例の全自殺未遂症例に占める割合は明らかに増加している<sup>36)</sup>。そして、90年群では半数に達している。

このように増加した要因としてはまず第一に向精神薬、とりわけ睡眠薬服用者という母集団の増加が挙げられる。最近のストレス時代を反映してかどこの精神科外来でも患者数は増加傾向にあり、また、非精神科医を受診する心の病をもった患者も増えているという。したがって、向精神薬を処方されている患者は増加し、結果的にはその薬が自殺企図手段として用いられているものと思われる。

第二には、急性薬物中毒の症状としての意識障害が挙げられる。前述の通り日本医大救命救急セ

ンターへ搬入される急性薬物中毒患者のほとんどが睡眠薬などの医用薬物であった。この種の急性薬物中毒の多くの場合、主訴は意識障害である。原因不明の意識障害の場合には、原因疾患および重症度の鑑別は難しく第三次救急施設へ搬送される傾向がある。このような症例が増加している可能性がある。

第三は、救急システムが充実してきた事が挙げられる。急性薬物中毒の治療は専門性が高く、一般の医療施設では知識も技術も不十分である。知識の普及する以前は一般の医療施設へ搬入にされ治療されていた症例も、急性薬物中毒と診断がつくと第三次救急施設に直接搬入あるいは一般病院から転送される症例が増加している。

第四は、以前には他の手段を選択していた自殺未遂者が、服薬を選択するようになった可能性が挙げられる。かつて、都市ガスから天然ガスへの転換にともないガスによる自殺の予防キャンペーンが行われた。これを契機にガス自殺が急速に減少し、その分服薬自殺が増えた<sup>29)</sup>。第一の要因で述べたように睡眠薬の服用者は増加しており、身近にある手段として自殺念慮者が他の手段を選ばずに服薬を選択するようになった可能性がある。

##### ② 刃器<sup>50)</sup>

刃器による症例は1985年群を境にして1978、1982年群は約30%、1987、1988、1990年群は約20%と減少傾向にあった。一方、自殺既遂者におけるその割合は2.1—2.5%であり、はっきりした変化は認められない<sup>18)</sup>。つまり、減少傾向は当センターに搬入する刃器による自殺未遂者の傾向であるといえる。

この傾向は、近隣に新しく救命救急センターが開設されたことによると思われる。すなわち、刃

表6 自殺未遂者の手段分類

期 間	服 薬	刃 器	飛びおり	その他	総 計
1978—1981	27例18.9%	42例29.4%	23例16.1%	51例35.7%	143例100.0%
1982—1984	32 20.5	32 20.5	20 12.8	72 46.2	156 100.0
1985—1986	44 38.3	18 15.7	23 20.0	30 26.1	115 100.0
1987—1987	47 45.6	22 21.4	17 16.5	17 16.5	103 100.0
1988—1989	64 44.8	31 21.7	19 13.3	29 20.3	143 100.0
1990—1990	42 50.0	19 22.6	14 16.7	5 10.7	84 100.0

器による障害は熟練した救急隊員なら容易にその重症度を正しく判断できる。この点で服薬とは異なる。この様な点から日本医大救命救急センターへは、出血性ショック等の重症例だけが搬入されるようになり、結果として刃器による症例が減少している。

③ 飛び降り

飛び降りによる自殺未遂者は16—20%程度とほぼ一定であった。飛び降りによる自殺既遂者の全既遂者に占める割合もほぼ一定である。1986年に有名なアイドルタレントが飛び降り自殺し、一時その後追いあるいは真似による自殺が相次いだ印象<sup>19)</sup>があったが、当センターの数字に変化を生じさせるほどではなかった。

飛び降りも刃器と同様に外傷自殺企図手段であり、手段の人手・選択が困難な手段ではない。飛び降りは途中で中止することが不可能であり、そのため、中途半端に外傷を負った症例が少なく、いずれも重症であり、第三次救急施設に搬入される機会が多くなる。そして、飛び降りは普通屋外で企図される。つまり、企図後飛び降りでは一目にさらされるために、ほぼ確実に医療機関へ搬入される。つまり、恣意的に隠されることが無い。このことは各時代群での割合の変動が少ない理由の一つであるかも知れない。

5 精神疾患 (表7, 図3)

精神疾患の推移についての特徴は、大きく二つあった。一つは、うつ病圏症例の一貫した増加傾向。二つ目は、神経症圏症例と精神分裂病圏症例の相補的な関係、つまり、一方が増加すると他方が減少するという関係である。

① うつ病圏

上位三疾患の中で一貫して増加していたのはうつ病圏症例であった。ただし、90年群では減少している。

その要因としては、第一には他の精神疾患に比較して自殺率が高いといわれているうつ病の増加という母集団が大きくなったことが挙げられる。第二には、うつ病圏の自殺企図者は「覚悟の自殺」といわれるような確実な手段を選択するために、これまでは死亡してしまった症例が多いのであろう<sup>20)</sup>。ところが、これまでは死亡していた症例が救急システムの拡充と共に一部は自殺未遂者として第三次救急施設に搬入されるようになってきたことも大きく影響している。第三にはうつ病の軽症化が挙げられる。そのため、かつてよりも弱い自殺念慮で自殺企図するうつ病圏の自殺未遂者が増えているのではないだろうか。

② 神経症圏と精神分裂病圏<sup>51)</sup>

両者の症例とも全体としては、減少傾向にある。これは、うつ病圏症例の増加による影響によると考えられる。

ところが、興味深いことに1982年群以降一方の疾病圏が増加すれば他方は減少するというように相補的に変化している。ただし、90年群では神経

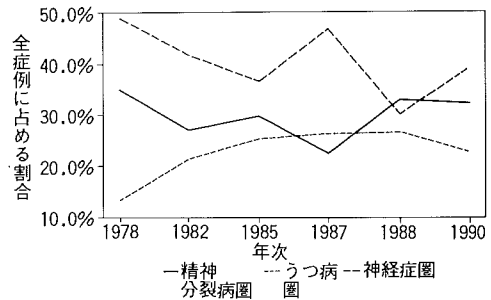


図3 精神疾患圏の推移

表7 自殺未遂者の疾患分類

期 間	分裂病圏	うつ病圏	神経症圏	その他	総 計
1978—1981	50例35.0%	19例13.3%	70例49.0%	4例 2.8%	143例100.0%
1982—1984	42 26.9	33 21.2	65 41.7	16 10.3	156 100.0
1985—1986	34 29.6	29 25.2	42 36.5	10 8.7	115 100.0
1987—1987	23 22.3	27 26.2	48 46.5	5 4.9	103 100.0
1988—1989	47 32.9	38 26.6	43 30.1	15 10.5	143 100.0
1990—1990	27 32.1	19 22.6	33 39.3	5 6.0	84 100.0



症圏が増加している。

以上に述べてきたように日本医大救命救急センターに収容される自殺未遂者は「40歳前後の男性、うつ病圏症例、服薬による自殺企図」というプロフィールである。ただし、90年群は年齢、性比、手段、疾患分類ともそれまでの11年間の傾向とは違い、若い女性の神経症圏の服薬自殺未者が増加している。その理由についての説明は現段階ではできない。

### おわりに

救命救急センターに収容された自殺企図者とともに自殺未遂者の実態に焦点を当て、これまであまり触れられなかった地域的な比較、年次推移について述べた。これでも判るように、一口に自殺未遂者の実態と言っても、地域的には大きな違いがあり、また、年次推移でも違いがある。したがって、このような自殺企図者の実態というような論文を読むときにはその施設がどのような地域にあるのか、そして時代的には……というような点について注意して読まなければならない。

さて、これまで自殺に関心を持つ研究者はいたが、研究する場が少なかったのも事実である。ところが、救命救急センターには年間約60例程度の自殺企図者が収容されており、今後救命救急センターでの研究が従来の少数例についての思弁的な研究に替わって自殺学の主流になるだろう。

### 文 献

- 1) 青木浩子, 篠原 隆, 遠藤幸男: 帝京大学救命救急センターに収容された自殺企図者の実態, 救急医学 15: 646-647, 1991.
- 2) 布施豊正: 自殺と文化: 新潮選書, 東京, p. 130, 1985.
- 3) 平尾文雄: 自殺企図者における急性中毒症例の検討. 第10回中毒研究会抄録集, p. 53, 1988.
- 4) 平林直次, 高橋丈夫, 三浦四郎衛 他: 東京医科大学救命救急部に収容された自殺企図者の実態, 救急医学15: 638-639, 1991.
- 5) 広常秀人: 大阪府立千里救命救急センターに収容された自殺企図者の実態, 救急医学15: 634-635, 1991.
- 6) 保坂 隆: 「自殺企図患者のケースカード」使用の手引き, 救急医学15: 622-624, 1991.
- 7) 岩崎康孝, 黒澤 尚, 大塚敏文: 日本医大救命救急センターにおける過去10年間の自殺手段の推移, 救急医学(第17回日本救急医学会総会号) S-231, 1990.
- 8) 岩崎康孝, 黒澤 尚, 倉持 穰 他: 第三次救急施設における自殺企図者の手段選択, 医学のあゆみ, Vol. 155: 201-204, 1990.
- 9) 岩崎康孝, 黒澤 尚, 大塚敏文: 日本医科大学救命救急センターにおける過去11年間の自殺企図手段, 精神疾患の推移の検討, 精神科治療学, 6: 301-309, 1991.
- 10) 岩崎康孝: 日本医科大学付属病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態, 救急医学, 15: 626-627, 1991.
- 11) 泉 周雄, 有森正樹, 名越秀樹 他: 救命センターにおける精神症状を呈する症例について, 救急医学, 11: 201-206, 1987.
- 12) 金田一勇, 矢崎妙子: うつ病・うつ状態と自殺, 春原千秋編: 精神科Mook 16 自殺, 金原出版, 東京, p. 130-140, 1987.
- 13) 加藤正明: 自殺未遂と自殺既遂, 大原健士郎編: 自殺学 2. 至文堂, 東京, p. 137, 1978.
- 14) 加藤正明: 自殺をめぐる諸問題, 春原千秋編: 精神科Mook 16 自殺, 金原出版, 東京, p 1-10, 1987.
- 15) 警察庁保安部防犯企画課: 昭和62年中における自殺の概要, 1987.
- 16) 小泉 毅: 老年期の精神保健活動, 老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査と自殺防止活動, 臨床精神医学, 19: 53-61, 1990.
- 17) 河野一造, 加来信雄: 久留米救命救急センターに収容された自殺企図者の実態, 救急医学, 15: 644-645, 1991.
- 18) 厚生省大臣官房統計情報部: 自殺死亡統計 (人口動態統計特殊報告), p. 36, 1990.
- 19) 倉持 穰: 東京都立付属病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態, 救急医学, 15: 648-649, 1991.
- 20) Kurosawa, H., Yamada, K. and Hirose, S: 心身医学, 23: 138-147, 1983.
- 21) 黒澤 尚: 救命救急センターと精神医学, 臨床精神医学, 12: 973-979, 1983.
- 22) 黒澤 尚: 救急医療の場における精神医学, 精神誌, 86: 997-1004, 1984.
- 23) 黒澤 尚編: Critical Careにおける精神症状とその対策: 創造出版, 東京, p. 2-16, 1984.
- 24) 黒澤 尚: 救命救急センターで見られる精神症状, 三浦貞則編: リエゾン精神医学 医歯薬出版, 東京, p. 55-60, 1984.

- 25) 黒澤 尚：自殺未遂者の精神面の対処法。救急医学 9：271-281, 1985.
- 26) 黒澤 尚：週刊医学界新聞, 1660-1665, 1667-1671号, 医学書院, 東京, 1985.
- 27) 黒澤 尚：救命救急センターに収容された自殺未遂者の精神面のケア。日本医事新報 NO. 3295：28-32, 1987.
- 28) 黒澤 尚：自殺への行動科学的アプローチ。日本保険医療行動科学会報 Vol. 2:1-10 1987.
- 29) 黒澤 尚：薬物による自殺未遂者の実態。医学のあゆみ Vol. 143:9-12, 1987.
- 30) 黒澤 尚：自殺未遂者。春原千秋編 精神科 Mook 16 自殺, 金原出版, 東京, . 72-82 1987.
- 31) 黒澤 尚：捨てるな命!, 弘文堂, 東京, p. 179-203, 1987.
- 32) 黒澤 尚：「自殺, 医師のメンタルヘルスについて」まとめ。救急医学 第15回日本医学会総会号 p. 149, 1988.
- 33) 黒澤 尚：自殺既遂者。医学のあゆみ 144：228-230, 1988.
- 34) 黒澤 尚：自殺について関心を。医学のあゆみ 144：223-224, 1988.
- 35) 黒澤 尚：自殺。救急医学 12：857-862, 1988.
- 36) 黒澤 尚, 岩崎康孝：中毒と自殺。中毒研究 2：121-129, 1989.
- 37) 黒澤 尚：救命救急センターにおける自殺の実態。大原健士郎, 佐々木仁也編：自殺企図患者のケア, 金原出版, 東京, p. 25-38, 1989.
- 38) 黒澤 尚：12施設のまとめ。救急医学 15：651-653, 1991.
- 39) J.W. McCulloch, A.E. Philip,: Suicidal Behaviour, 1972. Pergamon Press. (邦訳自殺行動の深層, 尾崎新訳 サイエンス者, 東京, p. 7, 1979).
- 40) 松原卓困難, 島崎修次：杏林大学医学部付属病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：632-633, 1991.
- 41) 森田 大, 田邊治之：大阪府立千里救命救急センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：640-641, 1991.
- 42) 仁科雅良：当センターにおける自殺企図中毒症例の検討。第10回中毒研究会抄録集 p. 52, 1988.
- 43) 篠原 隆, 竹島美子, 田中康夫 他：救命救急センターにおける精神科医チーム医療の検討—2年間の実践を振り返って。救急医学 (第15回日本救急医学会総会号) p. 249 1988.
- 44) 高野 晶：公立昭和病院救急医療センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：634-635, 1991.
- 45) 武田龍太郎, 女屋光基, 高木洲一郎 他：国立東京第二病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：630-631, 1991.
- 46) 田中朋子, 山城一郎, 杉山一他：当院救命救急センターにおける自殺企図患者の検討。救急医学 (第16回日本救急医学会総会号) p. 298, 1989.
- 47) 恒吉俊美：久留米大学救命救急センターにおける中毒患者の現状。第10回中毒研究会抄録集 p. 35, 1988.
- 48) 堤 邦彦：北里大学病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：628-629, 1991.
- 49) 上田フサ：統計的にみた日本の自殺。春原千秋編：精神科 Mook 自殺 金原出版, 東京, p. 20-51, 1987.
- 50) 山田 薫, 清水洋一, 岩崎正人 他：救命救急センターにおける精神医学的治療の有用性について—第16報 刃物使用による自殺企図者について。日本救急医学会関東地方会雑誌 1：50-51, 1981.
- 51) 山田 薫：救命救急センターでみられた精神分裂病者の自殺未遂例について。日医大誌 50：199-208, 1983.
- 52) 横井俣人, 瀬尾 崇, 森田 大 他：救命救急センターと精神医療。救急医学 (第15回日本救急医学会総会号) p. 249 1988.
- 53) 吉田正志：救急医療と自殺企図。救急医学 第17回救急医学会総会号 p. 230 1990.
- 54) 吉田正志, 金子政光：札幌医科大学付属病院集中治療部に収容された自殺企図者の実態。救急医学 15：642-643, 1991.
- 55) 渡辺直樹：救命救急センターにおける自殺未遂者の動態。第9回日本社会精神医学会抄録集 p. 45 1989.

※ 図1, 表1~4は文献38より引用



【総説】

## 学習障害児の発生予防に関する研究

—文献展望と今後の研究課題—

原 仁\*

抄録：学習障害の定義を、教育用語としてではなく、医学診断として理解すべきことを指摘した。学習障害の発生に関する要因研究の文献展望を行った。今後の医学研究の立場から注目すべきは、脳形態・機能研究、注意欠陥障害との関連、家族・遺伝研究、鉛の影響の4点である。最後に、学習障害のハイリスク群としての極小未熟児を研究対象にした前方視的追跡研究の必要性を強調した。

精神保健研究 37; 83-93, 1991

**Key words:** *attention deficit disorder, learning disabilities, very low birthweight infant*

### はじめに

1960年代より、学習障害 (Learning Disabilities; 以下LDと略) という用語が米国の教育・心理学領域の研究者で使用されるようになった。我国においても、いわゆるLDの研究は、医学者というより教育学者や心理学者がてがけてきた。したがって、学業不振を示す学童からLD児をどのように見分けて行くのか、そしてどのように処遇するのかが主な研究テーマであった。医学領域の研究者たちがLD児を取り扱うことはまれであったため、LDの発生原因に関する研究は極めて少なかった。推定原因として、中枢神経系の機能不全が指摘<sup>69)</sup>されているが、より詳細な検討はされないままになってきた。当然、根本的なLD対策のために

は、その原因を医学的にさぐらねばならない。

本論の目的は、LDの発生予防の方策を立案するにはいかなる医学研究を遂行すべきか、を検討することである。まず、LDの定義と診断基準について述べる。次にLDの発生原因について研究状況を文献展望する。最後に、LDのハイリスク群を対象とする前方視的追跡研究の必要性について考察する。

### 1 定義と診断基準について

LDとは何か? 一般には、知的能力に比して思ったほど学習効果のあがらない状態を指す。そしてその子どもの聴力や視力に問題はなく、親の教育放棄や本人の怠学などの理由で学校教育が受けられないためでもない、とされている。つまり、既存の障害によるものでもなく、環境要因によるものでもない学業困難であり、その原因として中枢神経系の機能不全が推定される状態である。上野によれば、LDとは教育用語であり、LDの定義としてもっとも広く受け入れられているものは、National Joint Committee on Learning Disabilities (1988)のそれであるという<sup>69)</sup>。

教育学・心理学領域の研究者たちのLD診断の過程を要約してみよう。まず、第一段階として、質

How to Prevent Learning Disabilities? A Review of Articles on learning Disabilities and Themes of the Further Research.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部

(〒272 千葉県市川市国府台1-7-3)

Hitoshi Hara: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

表1 LDの概念定義 (NJCLD, 1988)<sup>69)</sup>

LDとは、聞く、話す、読む、書く、推論する、ないし算数の諸能力の習得と使用に著しい困難を伴うさまざまな障害群を総称する述語である。

これらの障害はその個人に内発するものであって、中枢神経系の機能障害によるものと推定され、それは、全生涯にわたって起こる可能性がある。

行動の自己調整や、社会的認知、社会的相互交渉における問題は、LDにもあり得るが、それ自体がLDの本質ではない。

LDは、他のハンディキャップ状態(例えば、感覚障害、精神遅滞、重度の情緒障害)あるいは、(文化的な差異、不十分ないし不適切な教え方といった)外的な影響にともなまって起こる可能性もあるが、それらの状態や影響の直接的結果ではない。

問紙あるいは直接面接で学習不振を呈する学童をスクリーニングする。この方法は研究者によって異なっているが、学業状態のみならず、一定の行動評価を実施するのが特徴である。次に、第二段階として、しかるべき個別知能検査(大部分はウエクスラー法)を実施している。ウエクスラー法を使用する目的は、精神遅滞を除外するとともに、知能検査の領域差、あるいは下位検査結果のばらつきを見るところにある。

この診断の過程では、従来の精神医学領域の診断でいう、境界知能児や正常知能を示す自閉症児、多動児、不器用児などをLDとして取り込むことになるのは避けられない。もし、LDを教育用語と割り切るならば、医学診断の多様性はむしろ当然のことになる。教育・心理領域の専門家たちにも、医学診断とLD概念との整合性をいかようにするか、統一した見解があるわけではない<sup>69)</sup>。

神奈川県で実施された調査<sup>69)</sup>によれば、LD(この調査では読字困難)の出現率が2.03%だったという。この調査では触れられていない読字困難以外のLDも含めるなら、当然、LDの発生頻度は増加する。ダウン症候群でさえ出生頻度は0.1%である。従来の疾患概念をそのままLDにあてはめると、LDはいかなる発達障害よりも極めて高率に出現することになる。教育用語と医学診断の概念の差を考えるならば、この数値の差は理解できる。すなわち、LDとは、原因あるいは症状で診断していく疾患概念とは異なり、教育者側が学習不振児の一部を理解するための整理概念に過ぎない。し

表2 学習能力障害の診断基準<sup>2)</sup>

### 学習能力障害 Academic Skills Disorders 発達性計算障害

#### Developmental Arithmetic Disorder

A. 標準化された個別施行による検査で、計算能力が患者の学校教育や知的能力(個別施行の知能検査で測定されたもの)から期待される水準より著しく低い。

B. Aにおける障害は計算能力を必要とする学業成績、または日常生活の活動を明らかに障害している。

C. 視覚または聴覚の欠陥、または神経学的疾患に起因しない。

### 発達性表出性書字障害

#### Developmental Expressive Writing Disorder

A. 標準化された個別施行による検査で、書く能力が患者の学校教育や知的能力(個別施行の知能検査で測定されたもの)から期待される水準より著しく低い。

B. Aにおける障害は、書く文章を作ることを必要とする学業成績、日常生活の活動(単語をつづることや、考えを文法的に正しい文章や構成された段落に表現すること)を明らかに障害している。

C. 視覚または聴覚の欠陥、または神経学的疾患に起因しない。

### 発達性読みかた障害

#### Developmental Reding Disorder

A. 標準化された個別施行による検査で、読みかたの成績が患者の学校教育や知的能力(個別施行の知能検査で測定されたもの)から期待される水準より著しく低い。

B. Aにおける障害は、読む能力を必要とする学業成績または日常生活の活動を明らかに障害している。

C. 視覚または聴覚の欠陥、または神経学的疾患に起因しない。

かし、ここにLDがあたかもひとつの疾患であるかのような誤解を生む理由がある。

ちなみに、米国精神医学会の精神障害の診断統計便覧第3版改定版(通称DSM—III—R<sup>2)</sup>)では、LDを特異的発達障害の一部、すなわち学習能力障害と位置付け、その中に3つのカテゴリーを示している。1)発達性計算障害、2)発達性表出性書字障害、3)発達性読みかた障害、である。表2にその診断基準を示した。学習能力障害を、診断概念上、計算力、書くこと、読むことの3つの能力障害に限定している。茫漠としたLDという概念よりはより明確な診断基準を示している。

図に示したのは、上野ら<sup>69)</sup>のLDとDSM—III—Rの診断との関係に関する彼らの提案したモデルである。はたして、このモデルが妥当なのかの検証が必要であろうが、教育・心理学領域の研究

図 LDの基本症状に関するモデル(上野ら)<sup>69)</sup>

注意欠陥 多動障害 (ADHD)	学力の障害	言語の障害	運動の障害	社会的行動障害  ソーシャルスキルの 習得・ 運用困難など
	読み障害 読字・読解など 書き障害 書字・作文など 算数障害 計算・図形 理論的思考など	発達性構音障害  受容性言語障害  表出性言語障害	協調運動障害  微細運動 粗大運動 運動企画など	

= 特異的発達障害 (DSM-III-R)

者のひとつのLD理解を示している。

LDの医学研究のためには次の2点を明確にすべきであろう。第1にLD概念を教育用語としてとらえるのではなく、医学診断として理解すべきである。当然、従来の診断分類で表現できる状態(例えば自閉症、注意欠陥障害など)はそうすべきである。学習能力障害が存在するならば併記することは可能である。

第2に、知能検査における操作的基準、すなわち精神遅滞とLDを区別する基準点を明確にしなければならない。全体IQあるいは部分的IQに基づくかは別にして、少なくとも精神遅滞ではない学童をLD研究の対象にするべきである。理論的には精神遅滞児にもLDが併存するかもしれないが、現在の診断技術で、精神遅滞児でもLD児に含めることは混乱をまねくのみであり、実際的でない。

## 2 LDの発生に関与する要因について

LDの概念定義に曖昧さが残るので、現在までの医学研究でLDの原因として指摘されてきた要因がすべて適切なものであるかは疑問である。つまり、LDの一部(読字困難が中心)が対象になっている場合が大部分である点、既存の障害、特に精神遅滞との区分が研究者によって異なる点、原因とする状態・要因がLDの発生に影響する因子としてのみ考えられている点などが問題である。これらの結果をすべてのLDにあてはめてしまうのは危険である。しかし、いくつかの要因について展望することは今後の研究計画のために有益であろう。脳の形態・機能、注意欠陥障害(Attention Deficit Disorder; 以下ADDと略)との関連、家族・遺伝研究、鉛の影響の4点について述べる。

### 1) LDと脳の形態・機能

この領域は読字困難を対象にした研究がほとんどである。LDの主体は、頻度的にも機能的にも読字困難であるとされてきたからである。当然、言語中枢が存在する左大脳半球が研究対象である。欧米では、神経心理学者を中心にして、LDと脳の形態・機能についての検討がすすんでいる<sup>14)</sup>。

成人の読字困難例の解剖学的検討がある。左右の側頭平面(Planum temporale; 聴覚性言語中枢に相当)の面積に左右差が存在することは以前から確認されており<sup>24)</sup>、研究者の注目する部位であった。読字困難ではない成人解剖例の65%は左優位、11%は右優位である。また、Chiらの在胎10週から44週の胎児207例を対象にした研究<sup>12)</sup>によれば、この左右差は在胎33週の胎児から認められており、かなり早期に出現する現象らしい。読字困難と診断されている成人の場合はこの左優位性が乏しく、大部分が対称性であるかあるいは右優位である、とするのがGalaburdaらの推論<sup>21)</sup>である。読字困難と診断された臨床例ではいかなる結果であろうか。一部異論もあるが<sup>14)</sup>、Hierら<sup>33)</sup>の頭部CTスキャン、Rumseyら<sup>59)</sup>の頭部MRIの検討では、おおむねこの推論は支持されている。

最近、KaufmannとGalaburdaは、1985年に報告した読字困難の4剖検例<sup>22)</sup>に1例を加えて、読字困難5例と3から87才の正常剖検脳10例の比較研究を発表した<sup>37)</sup>。これらの研究対象はすべて男性である。側頭平面面積は読字困難5例全例で対称的であり、正常10例では8例が左優位であった。しかも顕微鏡的形成異常は読字困難全例に多く(5から104カ所)認められたが、正常例ではわずか3例に1あるいは2カ所認められたに過ぎなかった。これらの形成異常は在胎16週から24週にかけての中枢神経系の発生異常と推定される。な

お、読字困難例の形成異常は5例中4例で左半球優位であった。

読字困難例における脳機能検査は、その技術的限界（判別可能範囲が数センチ）が存在するためか、必ずしも前述の脳形態学的所見と一致していない。Duffyら<sup>15)</sup>は、話す、音楽を聴く、書く、読む、開閉眼などの簡単な精神活動負荷のもとで誘発電位検査（単純視覚刺激、単純聴覚刺激、聴覚言語刺激を使用）を、9から11才の読字困難男児8例に実施した。正常男児10例の結果とは差異を認めたが、左右差については明確にできていない。部位的には両側の前頭部で群間差が顕著だったという。特徴的所見としては、脳波上のアルファ波の活動性が読字困難群で有意に高いことがあげられている。その解釈は、読字困難例の脳皮質の活動が不活発のためではないかとする。

Rumseyら<sup>58)</sup>は放射性同位元素でラベルしたキセノン・ガスを負荷する方法を使って、局所的脳血流量を測定している。対象は重度の読字困難の平均年齢22才の成人男性14例である。同数の正常男性を対照群としている。3つの作業負荷（数字の処理、単語の分類、直線の位置判別）のもとでの脳血流量の群間差は認められていない。ただ、わずかな差異が指摘できるのは、言語処理時における左半球の脳血流の優位性と図形処理時の脳血流の前後差の減少である。この研究からは、読字困難の左大脳半球機能低下説は支持されなかった。

以上、最新の脳形態・機能評価によるLDの発生原因研究の標的は、主として左大脳半球の形態・機能に集中しているように思われる。LDは言語発達遅滞の既往者に多い。したがって男児に多い。またLD児の利き手の分化は遅く、非右利きと判定される者が多い。これらの現象は左大脳半球機能障害として理解可能である<sup>14)</sup>。しかし、なぜ左大脳半球異常が発生するかは依然として不明である。性ホルモンの関与<sup>22)</sup>、母体の何らかの抗体過剰<sup>4)23)55)</sup>、遺伝的要因の影響<sup>54)</sup>などが仮説的に提案されている程度である。現時点は、脳の形態上の知見が機能評価と一致しない段階であるが、より精度の高い脳機能検査、例えば、ポジトロン脳断層法を使用した機能評価研究などに期待したい。

## 2) LDとADD

KeoghとMargolisの総説<sup>39)</sup>にあるように、かつては注意障害がLDの原因のかなりの部分を占めるのでは、と考えられていた。しかし、最近の疫学調査に基づいた研究によれば、ふたつの状態の重なり合いは50%を越えるものではない。Silver<sup>62)</sup>はLD児の15から20%がADDと判定されると言う。彼は、LDは学業の問題であり、ADDは、注意散漫、衝動性、そして多動で定義される行動障害であり、概念上も明確に異なっている点を強調している。また、LambertとSandoval<sup>41)</sup>は、彼らが手掛けて来た米国西海岸での疫学研究では、多動児（彼らは、DSM-III基準を使用していない）のおおよそ半数がLDと述べている。LDとADD概念は、同一と誤解されることが多いが、従来から考えられていたようには重複しないようである。なおADD自体については、ここでは詳しく触れない。その概念の成り立ち、状態像などは拙著<sup>28)29)</sup>を参考にされたい。

ADDとLDの因果関係については現在までに多くの議論がなされている<sup>10)47)</sup>。ADDが先か、LDが先かのそれである。ニュージーランドで実施された疫学調査に基づいて、MacGeeら<sup>48)</sup>は、13歳で多動児と評価された小児の大部分がかつて読字困難があった、と指摘している。逆に、3才で実施した行動評価と7、9、11才の読み能力とは関係なかったとも述べている。すなわち、ADDだからLDになるのではなく、読字困難の児童がADDになると主張する。疫学調査に基づいた考え方なので、ある種の説得力はあるが、症状の順序性がすなわち原因と結果になるわけでもなく、今後の研究の進展がまたれる。ADDでないLD児、LDとならないADD児に関してはいまだ不明な点が多い。

ADDの原因として右大脳半球障害が提案されている。LD、なかでも読字困難の左大脳半球障害との対比で興味深い仮説である。先に指摘したように、読字困難以外のLD（例えば計算障害）の医学研究は、現在まで進んでいるとはいいがたい。ADDの原因研究のほうがむしろ先行している。Louら<sup>43)44)</sup>は、キセノン・ガスを使用する方法で、ADD児に右線条体領域の血流低下を認めている。ADDの治療薬であるメチルフェニデート投与はこれらの血流低下を改善した、とも報告している。

また、Voellerら<sup>70)71)</sup>は、右大脳半球のみの障害が明らかな15例中14例がADDと診断可能であったという。

LDと小児期うつ病との関係を直接示唆したのはBrumbackとStaton<sup>9)</sup>である。右大脳半球障害に基づくLDの原因は小児期うつ病の発生原因と密接な関係にあるのではとの仮説提案である。Voellerら<sup>70)71)</sup>が示したように、右大脳半球の形態上の障害を呈する症例がLD(非言語機能に関する障害)と判定され、かつADDとも診断される場合がある。また、うつ病患者でも右大脳半球の機能障害を示唆する研究は多いのは確かである<sup>9)</sup>。ただし、BrumbackとStatonの主張を客観的に裏付けるデータが示されているわけではない。

一方、ADDの家族にうつ病患者が多いとする家族研究はいくつか存在する。1977年のWelnerら<sup>72)</sup>の多動児の同胞研究によれば、多動児の同胞男児(6才以上)で多動ではない25例と正常対照群の同胞男児で多動ではない34例の比較で、うつ症状の数を3つ以上示す例は明らかに前者で高頻度(36%対6%)であった。ただし、同様の女児での比較では有意差はなかったという。

最近、Biedermanら<sup>7)</sup>は22例のADD児の家族と20例の正常児の家族を比較して、ADD児の家族に感情障害の発生が多いことを指摘した。同じく、Biedermanら<sup>9)</sup>は思春期ADD73例の家族457名の調査をおこない、精神障害者および正常者の家族調査の結果と比較した。ADD症例の家族には、ADD自体、反社会性人格障害、そして感情障害(うつ)の発生頻度が高かった。他の精神障害例の家族よりも感情障害が多く認められたことは、ADDと感情障害の特異的な結び付きを示す所見である。

一方、ADD児自体も”うつ的”であるとするBrownら<sup>9)</sup>の報告もある。彼らの使用した小児抑うつ質問紙(Children's Depression Inventory)の結果からは明らかにADD児はうつ的に見えるという。ADDの精神保健の立場からは重要な指摘である。

今後のLD研究においては、非言語性LD(例えば計算障害)、ADD、そしてうつ症状と右大脳半球障害の関係を解明していかなければならないだろう。BrumbackとStatonの仮説<sup>9)</sup>の是非を検証する研

究はまだない。

### 3) LDと家族・遺伝研究

LD、なかでも読字困難の遺伝学的研究は以前から行われてきた<sup>54)</sup>。読字困難が特に取り上げられてきたのは言語発達遅滞の家族集積性とも関連がある。言語発達遅滞はLD児の既往歴として高頻度である。言語発達遅滞、LDともに男児が高頻度であるが、この事実を発達脳の脆弱性(障害を受けやすい)のみでは説明できない。さらに、一卵性双生児の方が二卵性双生児よりもどちらもLDである頻度が高い。以上のような指摘がなされてきた。

いくつかの双生児研究が示すのは、読字困難に限っては、明らかに遺伝的要因が関与して発生するという事実である。例えば、LaBudaとDeFries<sup>40)</sup>は、少なくともどちらか一方が読字困難と診断された一卵性双生児75組および二卵性双生児59組の検討から、読字困難の発生の40%は遺伝的要因で説明可能としている。しかし、読字困難の遺伝様式についてはいまだ不明である。遺伝学的には単一の遺伝様式が存在するとは考えられていないようである。明らかなのは次の通りである。a)メンデルの法則に基づく遺伝でない。b)伴性遺伝の報告はまだない。c)15番染色体上に読字困難の座位があると報告<sup>65)</sup>されたが、確定されてはいない。なお、読字困難以外のLDについての遺伝研究はいまのところ報告がない<sup>54)</sup>。ただ、ADDの家族研究・双生児研究が精力的に実施されているので、いずれADDに関連するLDに関しては、新たな知見が明らかになるだろう<sup>6)26)27)</sup>。

LD特に読字困難では、その発生に遺伝的要因が関与していることが指摘されている。したがって、今後のLD研究にあたっては、研究対象児のみならずその家族の情報も重要となろう。このことは、LDの発生原因を一元的に解明しようとするのではなく、多元的に追及すべきことを示している。

### 4) LDと鉛の影響

鉛は神経毒である。その意味で鉛は、認知障害あるいは行動障害を引き起こし得る物質である<sup>31)</sup>。LDの発生の環境要因としては、体内の鉛の影響が取り上げられている。Davidらが1972年に鉛と多動の関連性を指摘<sup>13)</sup>してから、行動障害の原因と



して体内の鉛濃度が注目されることとなった。欧米では、鉛と行動評価および認知機能を調査した疫学研究が多数実施されている。

いわゆるEdinburgh鉛研究<sup>20)67)</sup>では、855例の6-9才児が調査対象となった。Rutterの行動調査評価法では攻撃性、反社会性、多動の各因子が、学業評価の一種であるBritish Ability Scaleの結果が、ともに血中鉛濃度と相関したと報告されている。

ニュージーランドの二つの疫学調査では、どちらにおいても関連性はわずかだが有意と報告されている。すなわち、SilvaらのDunedin研究<sup>61)</sup>の11才児の不注意と多動（ただしWISC-Rの結果は有意ではない）、Fergussonら<sup>17)18)19)</sup>の報告した996例では歯の鉛レベルと認知機能と不注意と多動が有意な関係にある。

最近のイタリアでの237例の学童を対象にした研究<sup>6)</sup>でも、WISC-Rの結果との関連性を示している。なお、この調査では血液、毛髪、歯を調査材料としているが、歯の鉛レベルがよく相関したとの結果だった。

一方、体内の鉛濃度はむしろ対象児の背景要因、例えば親の収入、学歴、住宅環境などに関連し、このような背景要因を統制すると、体内の鉛濃度と行動障害や認知障害の関連性は有意でなくなる、とのHarveyらの主張<sup>32)</sup>もある。Londonを中心に行われた大規模な疫学調査の結果<sup>64)</sup>も同様である。また、オーストラリアのSydneyでの400例を対象にした調査<sup>45)</sup>でも否定的結論である。

LD児の鉛濃度を測定したのはGittelmanとEskenezakiの研究<sup>25)</sup>である。彼らは多動児103例とその同胞33例、そしてLD児31例の血中鉛濃度を測定している。有意差はなかったものの、LD児の血中鉛濃度をもっとも高値であったという。認知評価と血中鉛濃度には弱い負の相関があった。

LDと体内の鉛との関係はいまだ確定的ではない。いくつかの疑問が存在する。第1に、鉛以外の要因（明らかな脳障害の既往など）がLDの原因と考えられる群と体内の鉛濃度が高くてLDと考えられる群との差がはっきりしない。LDの原因のひとつが鉛濃度とすると、差が認められるはずである。第2に、多動とLDと鉛の関係が明確ではな

い。最近の研究では、行動障害というより認知障害の原因として鉛が考えられてはいる。第3に、同一環境に生活する人間が、一方では体内に鉛を蓄積し、一方ではそうではない事実が説明できない。鉛の摂取経路も明らかでない。しかしながら、我が国でのこの分野の研究は行われていないので、早急にLD児の体内の鉛濃度の測定が必要だろう。LDの原因として取り上げるべき要因かの検討がとりあえず必要である。また、Needlemanら<sup>50)</sup>は臍帯血中の鉛濃度と先天奇形の頻度とは有意な関連があったと述べている。言語理解力と先天奇形の関連性を指摘する研究<sup>57)</sup>が存在するので、母体あるいは胎児の鉛濃度の検討も注目値する。

### 3 LDハイリスク群の追跡研究

LDの発生予防が本研究の最終的な目標であるが、その発生予防には2つの側面であろう。第1にはLDの発生原因あるいは危険因子の除去である。例えば、先に取り上げた体内の鉛濃度の問題がLDに深く関与しているとするなら、その原因を取り除く、すなわち過剰に鉛を摂取しないような対策をたてればよい。もっとも、鉛に関していうなら、LD発生への影響は、あったとしてもわずかであろう<sup>31)</sup>。おそらく、LDの発生原因は単一とは考えにくく、多元的のはずである。第2にはLDの発生を早期に予測し、治療的介入をし、その学童の学校不適応を予防することである<sup>7)</sup>。早期発見のためには、いかなる要因がLD発生に関与しているのか、危険因子の抽出がまず必要である。効率よくこの作業をすすめるために、LDの発生が高率と予測される就学前児童を研究対象にしなければならない。これらの対象児において、脳の形態・機能研究、ADDとの関連性の解明、家族・遺伝研究、環境要因の影響の検討なども実施すべきである。

ここで極小未熟児（出生体重1500g未満）をLDのハイリスク群と設定し、前方視的追跡研究を実施すべきであることを提案したい。その理由の第1は、すでに欧米では、極小未熟児が学童期に達すると高率にLDあるいはADDを発生するとの先行研究が存在するためである。

学童期の極小未熟児にLDの発生率が極めて高

いと報告したのはカリフォルニア大学のグループ<sup>34)</sup>である。6歳(一部8歳)まで追跡した時点で、彼らの示した37%は、成熟児を対象に行われたLDの疫学研究の中で最大の発生率を報告している調査の約2倍になる。これらの対象児に認められた問題点として列挙されたのは次の通りである。もっとも多いのは言語理解、ついで視覚運動協調能力、注意と衝動性(おそらくADD概念に一致する)などである。

オーストラリアのメルボルンからの報告<sup>35)</sup>では、2歳になった極小未熟児213例の内73例(34%)がADDと診断されたという。ADDと診断されなかった児との比較では、周産期要因のほとんどでADD児の方が危険因子を多くもっていた。ただ、この報告は評価年齢が学童に到達するには早すぎるので、当然、これらの小児の症状が変化していくことが予想される。同じ研究グループのその後の報告がまたれる。

カナダのオンタリオ州での追跡研究<sup>66)</sup>の対象児は82名で、超未熟児(出生体重1000g未満)のみである。5歳時点での評価では16%がADDと判定された。なお、同一の地域で行われた一般児童を対象にした調査ではADDの発生率は6.9%とのことである。この研究では、他の行動・情緒障害の発生率の調査も同時に実施しており、ADDのみが対象群を特徴づける行動障害であったと結論している。

極小未熟児をLD研究の対象とすべき第2の理由は、極小未熟児とLDの関係を解明することは、逆にLDの原因に結び付くような周産期要因を除去するための情報をもたらす、新生児医療の進歩に貢献することになるからである。LDは脳障害をその発生基盤とするのか、あるいは一種の未熟性、発達のアレでも発生するものなのかを明らかにすることが可能である。一般に成熟児のLD研究においては、LDと診断された例の周産期因子、家庭環境などの調査が後方視的に実施される。極小未熟児の追跡調査においてはそれらはすべてLD発生前に収集されている。また、LDという状態が、ただ存在するというだけでなく、治療が必要となるのは、二次的に発生する情緒障害こそが重要因子である、との指摘がある。極小未熟児の情緒障害

に関する研究は多いので、それらの結果との突き合わせも種々の情報を与えてくれることだろう。

近年の新生児医療の進歩によって、生存可能な未熟児の体重も在胎週数もますます小さく、かつ早くなってきている<sup>11)16)38)42)49)51)53)56)68)</sup>。1991年から、WHOの勧告に従って、我が国でも流産と早産の区分が2週引き下げられ、在胎週数22週がその境目となった。在胎週数22あるいは23週の未熟児がはたして生存可能なのか、もし生存できたとして成熟児と同様な成長・発達をとげられるであろうかという疑問が存在する<sup>46)52)60)</sup>。

今までも、エピソードとしては、極小未熟児だった小児例が成熟児とまったくかわることなく就学したとの報告は存在した。1970年代の極小未熟児の予後を取り扱う論文は、これらの例をあげて、比較的楽観的結果を述べていた。しかし、これらの結論に二つの点で異議が唱えられてきたのが1980年代の論調である。第1は、これらの極小未熟児たちは、結果的に一種の「サバイバル・テスト」を乗り越えられたエリートたちであろう、というもの。生命力の強い極小未熟児でなければ最新式の設備を整えた新生児集中治療施設(NICU)に搬送されない、つまりNICUの恩恵に浴する前に途中で死亡してしまうので、NICU卒業生の予後がよくなるのである。医療事情が改善され、搬送システムが整備されるなら、「サバイバル・テスト」の余地はなくなる。生存可能な新生児はすべて救命されてしまうのである。第2は、粗大な後障害はないだろうが、微細なそれは出生体重が小さくなればなるほど、在胎週数が早くなればなるほど高率に出現するのではないか、というものである。

極小未熟児の生存率は、特別な合併症がないかぎり90%を越えるという<sup>30)</sup>。かつては生存することが珍しいと考えられていた超未熟児に限っても、いまや多くの施設で50%を越えるようになってきた<sup>35)36)</sup>。これらの生存率の向上が、成熟児も含めたLDあるいはADDの発生率全体に影響をあたえるだろうか。もしそうなら、新生児医療に特別な対策が必要となるだろうか。はたして、成熟児のLDと未熟児のLDとは同じものか。これらの点は今後の研究結果にその答えを期待したい。新生児医療

の進歩は、極小未熟児のLDの発生に関する研究の必然性を高めることにもなる<sup>30)</sup>。

### ま と め

1. LDの医学研究の遂行のために必要なLDの定義および診断基準について考察した。教育用語としてではなく医学診断としてLDを理解すべきことを指摘した。

2. LDの発生に関与する要因の文献展望をおこなった。脳形態・機能研究、ADDとの関連、家族・遺伝研究、鉛の影響の4領域の研究に着目した。

3. LDのハイリスク群の前方視的追跡研究の必要性について論じた。極小未熟児を研究対象にすることが適当であろうとの提案をおこなった。

本研究は平成2年度厚生科学研究費補助金(厚生行政科学研究事業)によっておこなわれた。

### Abstract

The author pointed out that the definition of learning disabilities should be recognized as a medical diagnosis not as an educational term. The studies concerning the evolution of learning disabilities were reviewed. From a medical point of view, the four fields should be paid more attention, i.e., brain morphological-functional studies, the relation to attention deficit disorder, familial-genetic studies and the influence of lead. Finally, the author emphasized that a follow-up study of very low birthweight infants which were one of high risk groups evolving learning disabilities was required.

### 参考文献

- 1) Alberman E: The early prediction of learning disorders. *Develop Med Child Neurol* 15; 202-204, 1973.
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental dis-

- orders. 3rd Ed. Revised. Washington D.C. APA, 1987.
- 3) Astbury J, Orgill AA, Bajuk B, Yu VYH: Neonatal and neurodevelopmental significance of behaviour in very low birthweight children. *Early Hum Develop* 11; 113-121, 1985.
- 4) Behan P, Geschwind N: Dyslexia, congenital anomalies, and immune disorders: The role of the fetal environment. *Ann NY Acad Sci* 457; 13-18, 1985.
- 5) Bergomi M, Borella P, Fantuzzi G, Vivoli G, Sturloli N, Cavazzuti G, Tampieri A, Tartoni PL: Relationship between lead exposure indicators and neuropsychological performance in children. *Develop Med Child Neurol* 31; 181-190, 1989.
- 6) Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT: Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29; 526-533, 1990.
- 7) Biederman J, Munir K, Knee D, Armentano M, Autor S, Waternaux C, Tsuang MT: High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorder and in their relatives: A controlled family study. *Am J Psychiatry* 144; 330-333, 1987.
- 8) Brown RT, Boeden KA, Clingerman SR, Jenkins BA: Depression in attention deficit-disordered and normal children and their parents. *Child Psychiatry Hum Dev* 18; 119-132, 1988.
- 9) Brunback RA, Staton D: Learning disability and childhood depression. *Amer J Orthopsychiat* 53; 269-281, 1983.
- 10) Cantwell DP: The attention deficit disorder syndrome. Current knowledge, future needs. *J Am Acad Child Psychiatry* 23; 315-318, 1984.
- 11) Calame A, Fawer CL, Clarys V, Arrazola L, Ducret S, Jaunin L: Neurodevelopmental outcome and school performance of very-low-birth-weight infants at 8 years of age. *Eur J Pediatr* 145; 461-466, 1986.
- 12) Chi JG, Dooling EC, Gilles FH: Left-right asymmetries of the temporal speech areas of the human fetus. *Arch Neurol* 34; 346-348, 1977.

- 13) David O, Clark J: Lead and hyperactivity. *Lancet*, II; 900-903, 1972.
- 14) Duane DD: Neurological correlates of learning disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28; 314-318, 1989.
- 15) Duffy FH, Denckla MB; Bartels PH, Sandini G: Dyslexia: Regional differences in brain electrical activity by topographic mapping. *Ann Neurol* 7; 412-420, 1980.
- 16) Eilers BL, Desai NS, Wilson MA, Cunningham MD: Classroom performance and social factors of children with birth weights of 1250 grams or less: Follow-up at 5 to 8 years of age. *Pediatrics* 77; 203-208, 1986.
- 17) Fergusson DM, Fergusson JE, Horwood LJ, Kinzett NG: A longitudinal study of dentine lead levels, intelligence, school performance and behaviour. Part I. Dentine lead levels and exposure to environmental risk factors. *J Child Psychol Psychiat* 29; 781-792, 1988.
- 18) Fergusson DM, Fergusson JE, Horwood LJ, Kinzett NG: A longitudinal study of dentine lead levels, intelligence, school performance and behaviour. Part II. Dentine lead levels and cognitive ability. *J Child Psychol Psychiat* 29; 793-809, 1988.
- 19) Fergusson DM, Fergusson JE, Horwood LJ, Kinzett NG: A longitudinal study of dentine lead levels, intelligence, school performance and behaviour. Part III. Dentine lead levels and attention/activity. *J Child Psychol Psychiat* 29; 811-824, 1988.
- 20) Fulton M, Raab G, Thomson G, Laxen D, Hunter R, Hepburn W: Influence of blood lead on the ability and attainment of children in Edinburgh. *Lancet*, I; 1221-1226, 1987.
- 21) Galaburda AM, Lemay M, Kemper TL, Geschwind N: Right-left asymmetries in the brain: Structural differences between the hemispheres may underlie cerebral dominance. *Science* 199; 852-856, 1978.
- 22) Galaburda AM, Shrman GF, Rosen GD, Aboitiz F, Geschwind N: Developmental dyslexia: Four consecutive patients with cortical anomalies. *Ann Neurol* 18; 222-233, 1985.
- 23) Geschwind N, Behan P: Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder. *Proc Natl Acad Sci USA* 79; 5097-5100, 1982.
- 24) Geschwind N, Levitsky W: Human brain: Left-right asymmetries in temporal speech region. *Science* 161; 186-187, 1968.
- 25) Gittelman R, Eskenazi B: Lead and hyperactivity revisited. An investigation of non-disadvantaged children. *Arch Gen Psychiatry* 40; 827-833, 1983.
- 26) Goodman R, Stevenson J: A twin study of hyperactivity-I. An examination of hyperactivity scores and categories derived from Rutter teacher and parent questionnaires. *J Child Psychol Psychiat* 30; 671-689, 1989.
- 27) Goodman R, Stevenson J: A twin study of hyperactivity-II. The aetiological role of genes, family relationships perinatal adversity. *J Child Psychol Psychiat* 30; 691-709, 1989.
- 28) 原仁: 注意欠陥障害. *小児内科* 16; 533-540, 1984.
- 29) 原仁: 注意欠陥多動障害. *精神保健研究* 35; 51-62, 1989.
- 30) 原仁: 極小未熟児の長期追跡研究. 発達の心理学と医学 1; 43-53, 1990.
- 31) Harvey PG: lead and children's health-Recent research and future questions. *J Child Psychol Psychiat* 25; 517-522, 1984.
- 32) Harvey PG, Hamlin MW, Kumar R: Blood lead, behaviour and intelligence test performance in preschool children. *Scio Total Environ* 40; 45-60, 1984.
- 33) Hier DB, Lemay M, Rosenberger PB, Perlo VP: Developmental dyslexia. Evidence for a subgroup with a reversal of cerebral asymmetry. *Arch Neurol* 35; 90-92, 1978.
- 34) Hunt JV, Tooley WH, Harvin D: Learning disabilities in children with birth weights  $\leq$  1500 grams. *Semin Perinat* 6; 280-287, 1982.
- 35) 石塚祐吾, 竹峰久雄, 橋本武夫, 南部春生, 仁志田博司, 山内逸郎: わが国のNICUの現状と超未熟児の死亡率-1989年1月全国調査成績-。日本小児科学会雑誌 93; 2335-2341, 1989.
- 36) 石塚祐吾, 藤井とし, 小宮弘毅, 小川雄之亮, 竹内徹, 橋本武夫: 出生体重1,000g以下の未熟児の死亡と後障害発生率-本邦110施設の成績-。周産期医学 10; 433-443, 1980.
- 37) Kaufman WE, Galaburda AM: Cerebrocortical microdysgenesis in neurologically normal subjects: A histopathologic study. *Neur-*

- olgy 39; 238-244, 1989.
- 38) Klein NK, Hack M, Breslau N: Children who were very low birth weight: Development and academic achievement at nine years of age. *J Dev Behav Pediatr* 10; 32-37, 1989.
  - 39) Keogh BK, Margolis J: Learn to labor and wait: Attentional problems of children with learning disorders. *J Learn Dis* 9; 18-28, 1976.
  - 40) LaBuda MC, Defries JC: Genetic and environmental etiologies of reading disability: A twin study. *Ann Dyslexia* 38; 131-138, 1988.
  - 41) Lambert NM, Sandoval J: The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *J Abnorm Child Psychol* 8; 33-50, 1980.
  - 42) Lloyd BW: Outcome of very-low-birthweight babies from Wolverhampton. *Lancet*, II; 739-741, 1984.
  - 43) Lou HC, Henriksen L, Bruhn P: Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Arch Neurol* 41; 825-829, 1984.
  - 44) Lou HC, Henriksen L, Bruhn P, Brner H, Hielsen B: Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Arch Neurol* 46; 48-52, 1989.
  - 45) McBride WG, Black BP, Englisly BJ: Blood lead levels and behaviour of 400 preschool children. *Med J Aust* 2; 26-29, 1982.
  - 46) McCirmick MC: Long-term follow-up of infants discharged from neonatal intensive care units. *J Am Med Assoc* 261; 1767-1772, 1989.
  - 47) McGee R, Share DL: Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27; 318-325, 1988.
  - 48) McGee R, Williams S, Moffitt T, Anderson J: A comparison of 13-year-old boys with attention deficit and/or reading disorder on neuropsychological measures. *J Abnorm Child Psychol* 17; 37-53, 1989.
  - 49) Michelsson K, Lindahl E, Parre M, Helenius M: Nine-year follow-up of infants weighing 1550g or less at birth. *Acta Paediatr Scand* 73; 835-841, 1984.
  - 50) Needleman HL, Rabinowitz M, Leviton A, Linn S, Schoenbaum S: The relationship between prenatal exposure to lead and congenital anomalies. *J Am Med Assoc* 251; 2956-2959, 1984.
  - 51) Nickel RE, Bennett FC, Lamson FN: School performance of children with birth weights of 1,000g or less. *Am J Dis Child* 136; 105-110, 1982.
  - 52) Nwaesei CG, Young DC, Byrne JM, Vincer MJ, Sampson D, Evans JR, Allen AC, Stinson DA: Preterm birth at 23 to 26 week's gestation: Is active obstetric management justified? *Am J Obstet Gynecol* 157; 890-897, 1987.
  - 53) Peacock WG, Hirata T: Outcome in low-birth-weight infant (750 to 1,500 grams): A report on 164 cases managed at Children's Hospital, San Francisco, California. *Am J Obstet Gynecol* 140; 165-172, 1981.
  - 54) Pennington BF, Smith SD: Genetic influences on learning disabilities and speech and language disorders. *Child Dev* 54; 369-387, 1983.
  - 55) Pennington BF, Smith SD, Kimberling WJ, Green PA, Haith MN: Left-handedness and immune disorders in familiar dyslexics. *Arch Neurol* 44; 634-639, 1987.
  - 56) Rickards AL, Ryan MM, Kitchen WH: Longitudinal study of very low birthweight infants: Intelligence and aspects of school progress at 14 years of age. *Aust Paediatr J* 24; 19-23, 1988.
  - 57) Rosenberg JB, Weller GM: Minor physical anomalies and academic performance in young school-children. *Develop Med Child Neurol* 15; 131-135, 1973.
  - 58) Rumsey JM, Berman KF, Denckla MB, Hamburgger SD, Kruesi MJP, Weiberger DR: Regional cerebral blood flow in severe developmental dyslexia. *Arch Neurol* 44; 1144-1150, 1987.
  - 59) Rumsey JM, Dorwart R, Vermess M, Denckla MB, Kruesi MJP, Rapoport JL: Magnetic resonance imaging of brain anatomy in severe developmental dyslexia. *Arch Neurol* 43; 1045-1046, 1986.
  - 60) Sandhu B, Stevenson RC, Cooke PWI, Pharoah ROD: Cost of neonatal intensive care for very-low-birthweight infants. *Lancet*, I; 600-603, 1986.

- 61) Silva PA, Hughes P, Williams S, Faed JM: Blood lead, intelligence, reading attainment, and behaviour in eleven year old children in Dunedin, New Zealand. *J Child Psychol Psychiat* 29; 43-52, 1988.
- 62) Silver LB: Attention deficit-hyperactivity disorder: Is it a learning disabilities or a related disorder? *J Learn Dis* 23; 394-397, 1990.
- 63) 島倉吉子: 小学校児童における学習障害について. 発達障害研究 2; 136-145, 1980.
- 64) Smith M, Carmichael A, Holmes J, Buebear M, Lask S, Nabarro E: The effects of lead exposure on urban children. The institute of Child Health/Southampton study. *Develop Med Child Neurol* 25 (suppl. 47); 1-54, 1983.
- 65) Smith SD, Kimberling WJ, Pennington BF, Lubbs HA: Specific reading disability: Identification of an inherited form through linkage analysis. *Science* 219; 1345-1347, 1983.
- 66) Szatmari P, Saigal S, Rapsenbaum P, Campbell D, King S: Psychiatric disorders at five years among children with birthweights < 1000g: A regional perspective. *Develop Med Child Neurol* 32; 954-962, 1990.
- 67) Thomson GOB, Raab GM, Hepburn WS, Hunter R, Fulton M, Laxen DPH, Blood-lead levels and children's behaviour-Results from the Edinburgh lead study. *J Child Psychol Psychiat* 30; 515-528, 1989.
- 68) 塚田明子, 今橋寿代, 遠藤正恵, 神谷育司, 今西春彦, 側島久典, 鈴木重澄, 戸苅創: 超未熟児の長期予後-WISC知能テストと学業成績. *周産期医学* 19; 1373-1376, 1989.
- 69) 上野一彦: 『学習障害』—心理の立場から—. 関東児童青年精神保健懇話会. 第三回学術集会プログラム・抄録集, 1991.
- 70) Voeller KKS: Right-hemisphere deficit syndrome in children. *Am J Psychiatry* 143; 1004-1009, 1986.
- 71) Voeller KKS, Heikman KM: Attention deficit disorder in children: A neglect syndrome? *Neurology* 38; 806-808, 1988.
- 72) Welner Z, Welner A, Atewart M, Palkes H, Wish E: A controlled study of siblings of hyperactive children. *J Nerv Ment Dis* 165; 110-117, 1977.



【原著】

## Alcohol and Traffic Accidents in Japan

清水 新二\*

抄録：飲酒は日常生活における楽しみの一つであり、手軽なストレス解消の手段でもある。一方、近年では公衆衛生や精神保健の観点から、アルコール関連問題が与える社会的ダメージについても大きな関心が払われている。飲酒運転はこのアルコール関連問題の中核に位置づけられる問題の一つである。

全体的にみれば、車両保有台数が急増した条件下での飲酒運転事故の“低下一微増”の推移パターンであることを勘案する時、わが国の飲酒運転対策はこれまでのところ概して有効であったと評価される。

有効な対策の中核は、BAC検知法に代わる簡便で精度の高い呼気法による取締り、ならびに取締り実施がもたらす酒気帯び運転への高い第1次的抑止効果を追求する点にある。1970年以降の飲酒運転取締り件数ならびに飲酒運転事故件数の一貫した減少は、この対策効果に負うところが大きい。わが国でこれらの第1次的抑止策が比較的効力を発揮している背景としては、対策受け入れ主体の意識の相違を指摘できる。

一方、総量抑制 (control of aggregate alcohol consumption) などの環境調節的、長期的な第3次的抑止策は概して弱いといえる。これはアルコール関連問題全般に妥当する、わが国のアルコール対策の特徴でもある。

わが国の飲酒運転に関する今後の基本的課題は第1次的抑止策の継続とともに、これまで比較的弱かった第2次的、第3次的抑止策のさらなる工夫と充実であろう。

精神保健研究 37; 95-102, 1991

**Key words:** *alcohol-related problems, deterrent measure, drink driving, Japan traffic accident,*

### 1. State of Drink-Driving in Japan

The trend toward the frequent occurrence of traffic accidents due to drink-driving is a universal fact. Rather than being merely confined to frequent occurrence, such a trend is linked to increasingly serious accidents, especially to a high probability of fatal accidents. Coupled with the fact that more youths are involved in drink-driving, Japan is no exception in terms of the existence of this problem (Furumura,

日本におけるアルコールと交通事故。

Part of this paper was presented at the WHO Inter-Regional Meeting on Alcohol-Related Problems, Tokyo, April 2-8, 1991,

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shinji Shimizu: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan



1988: Kobayashi et al., 1990).

Measures taken so far against drink-driving in Japan have been evaluated to be effective overall. So, let us first take a look at the current situations of drink-driving and traffic accidents in Japan based on various data.

In 1989, there was a crackdown on drink-driving (driving while intoxicated and driving under the influence of alcohol) which involved 336,733 cases (7,578 and 329,155 cases, respectively), accounting for 3.97% of all driving violations. Of the 661,363 traffic accidents that occurred in 1989, alcohol-related traffic accidents accounted for 0.63% (4,168). Of the number of fatal traffic accidents (10,570) during that year, drink-driving was a factor in 573 cases, or 5.42%.

Regarding the overall trend using 1970 as the base year (100), when ratio of drink-driving to all traffic accidents is expressed in the form of indices, 1) as of 1984, the indices stood at 34 relative to traffic accidents with injuries and 63 against fatal traffic accidents, in each case showing an apparent downward trend. 2) However, as far as alcohol-involved fatal traffic accidents are concerned, drink-driving has continued to account for about from 5% to a little less than 10% of accidents in the last several years. 3) The number of cases involving a crackdown on drink-driving has doubled since 1970.

To present a more accurate picture of drink-driving, a nighttime check method on the street adopted at 295 locations throughout Japan (Kobayashi and Miki, 1987) to exclude so-called black numbers provided the following results from total of 60,287 vehicles:

- 1) Of the vehicles checked, 96.8% were found not to be drink-driving, while drink-driving accounted for 3.2% of the total.
- 2) Driving with a breath alcohol level of over 0.25mg/l, corresponding to the violation of

the BAC-0.5mg/ml level, represented 1.75% of the total, accounting for 35.3% of drink-driving cases.

- 3) The ratio of drink-driving was broken down by sex into 3.30% for males and 0.75% for females, but in terms of the ratio of driving under the influence, females account for a higher number than male, 56.76% and 34.99%, respectively. A safety awareness of drink-driving among women was found to be problematic in similarity to that among youth in general.
- 4) The ratio of drink-driving by motorized bicycles (6.24%) and bicycles (8.39%) stood far above the ratio of drink-driving in all vehicles (3.2%), and awareness of drink-driving by operators of these vehicles deserves attention.

Overall, a pattern of "a decrease, then a slight increase" characterizes the number of accidents caused by drink-driving against the backdrop of an increase in vehicle ownership in Japan. In this regard, the nation's measures against drink-driving may be evaluated to have achieved considerable success so far. Taking 1970 as the base year (100), vehicle ownership in 1988 totaled 260, while the index for the accident ratio per 1,000 units of 4-wheel vehicles shrank to 30. The index for fatal traffic accidents also declined to 24 (Kobayashi et al., 1990).

## 2. Policy Framework

The basic framework for measures against drink-driving in Japan is as follows:

### (1) Legal Regulations

In Japan, Article 65 of the Road Traffic Act expressly states the prohibition of drink-driving. However, the application of penal regulations are in fact based on Article 44 of the enforcement ordinance for the Road Traffic

Act which sets forth provisions for Blood Alcohol Concentration (BAC) and Breath Alcohol Level (BAL). Provisions for concentration adopt the BAC of 0.50mg/ml and the BAL at 0.25mg/l. In addition to "driving under the influence" which is determined by the alcohol concentration in the body, there is also "drunk driving" which is observed subjectively and judged by the police officer based on the behavior of those driving after consuming alcohol. Penal regulations to this violation are strict, costing 15 demerit marks at one time which reaches to the revocation of the driver's license.

## (2) Countermeasures

### a) First-Order Deterrent Measures

In Japan, measures against drink-driving center around controls by a convenient and high-precision breath alcohol check method in place of the BAC detection method and first-order deterrent measures which are highly effective in cracking down on driving under the influence. These government ordinance values and fiscal year of implementation rank second only to north European countries which are pioneers in implementing traffic safety measures. The number of cases involving a crackdown on drink-driving after 1970 and a persistent decrease in the number of accidents caused by drunken driving are largely ascribable to the effects of such measures. The reason behind first-order deterrent measures being able to produce comparatively of significant effects in

Japan is due to the awareness of parties accepting such measures. Some opinion polls show that in Japan, society in general assumes a rigid attitude toward drunken drivers. A poll conducted in 1988 by Toyama prefectural government's residential planning department, shows that measures against drink-driving won the highest level of support (59.2%) in line with priority guidance and regulations for preventing traffic accidents. Furthermore, legal restrictions and controls on drink-driving are being accepted by people without much resistance. The need for reinforcing traffic controls won the highest level of support (56.7%) in promoting effective traffic safety awareness (Hokkaido Prefectural Government's General Affairs Department, 1988). This is in contrast to the case in Britain (Brich, 1986) which is liable to attract criticism for "restraining individual freedom," for example, due to differing socio-cultural backgrounds.

### b) Second-Order Deterrent Measures

In addition to these first-order deterrent measures, which are designed to achieve direct short-term restraining effect, second-order deterrent measures are also adopted in hopes of producing medium-term effects (Table 1).

These are implemented in the form of educational measures at the time of receiving a driver's license and at a lecture given at the time of renewing one's driver's license or at a

Table 1 TYPES OF DETERRENT MEASURES

	Intervention	Effects	Example
First-order	Directive	Short-term, Immediate	Legal Regulation Crackdown
Second-order	Indirective	Mid/Long-Term	Education, PR Enlightenment
Third-order	Environmental	Long-term, Gradual	Aggregate Consumption. Control, Regulation of Bending Machine, Traffic System

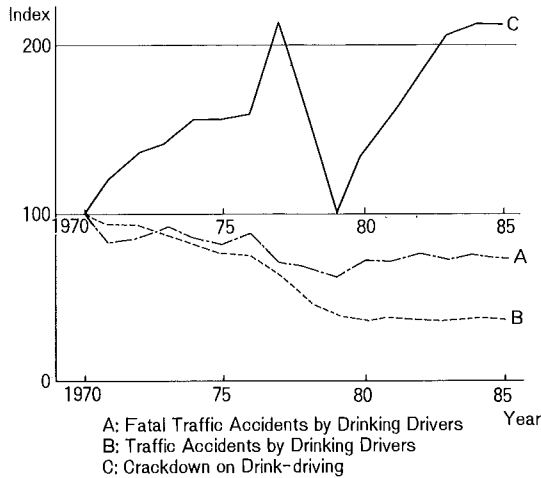


Figure 1 Longitudinal Indices of Traffic Accidents by Drinking Drivers and Crackdown on Drink-driving: 1970-1985

lecture given upon the cancellation of suspension of one's driver's license, along with public relations activities and campaigns for preventing drunken driving overall. Although not on the level of first-order deterrent measure, these second-order deterrent measures have produced sizable effects, thanks primarily to a uniform awareness on the part of parties for accepting these measures. According to the opinion poll by Hokkaido Prefectural Government, "reinforcing educational activities" (56.3%) and "calls by newspapers, the radio and TV" (51.8%) won support as a means of effectively spreading traffic safety awareness following reinforcement of traffic controls. Another poll (Hiroshima Prefectural Government's Planning Department, 1988) revealed that people perceive "slogans, calls and warnings relating to traffic safety" primarily through TV (74.7%) and newspapers (44.6%).

The problem, however, is the gap that exists between social attitudes and one's own awareness and behavior. To prevent traffic accidents, one may generally support reinforced

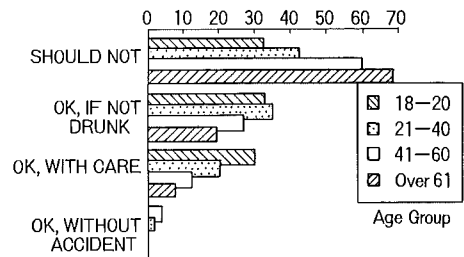


Figure 2 Attitude Toward Drink-driving By Age Group (Distributive Percentage of Affirmative Answer)

controls and understand the dangers of drunken driving by attending driver safety lectures. Personally, however, one tends to tolerate drink-driving, believing "Just consuming a little alcohol may be alright" or "As long as I'm not caught by the traffic police," partly due to cultural tradition of being permissive toward intoxication (Figure 2).

Apart from a generally strict attitude toward drunken driving, priority is given, as far as individuals are concerned, to achieving a pragmatic balance based upon rewards and costs. Herein lies an awareness of the so-called Traffic Double Standard.

c) Third-Order Deterrent Measures

Meanwhile, long-term third-order deterrent measures involving social adjustments, such as control of aggregate alcohol consumption are generally at the beginning stage at best. This is also characteristic of Japan's alcohol policy which applies to alcohol-related problems in general.

The following reasons are said to make it difficult to adopt a policy based on the control of alcohol consumption: 1) Regarding the relationship between drink-driving and traffic accidents, the rate of fatal traffic accidents started showing an upward trend in 1980 after experiencing a downward trend since 1970. During the last 10 years, however, the alcohol-related

death rate has remained unchanged at about 10% (Matsumoto, 1983). Therefore, first- and second-order deterrent measures seem to have achieved the prescribed results. At the same time, 2) there exist restraints under Japan's current social conditions that tolerate intoxication, sometimes called an "alcoholic social system" (Shimizu, 1990), and 3) a historical awareness of a liquor tax as well as difficulties in coordinating a policy to promote public health awareness. These factors are considered to exert even greater influence.

Meanwhile, the development of highly developed public transportation systems primarily in major Japanese cities, which theoretically have been unrelated to measures against drink-driving, have resulted in contributing to the prevention of drink-driving by providing alternative means of transportation for those intoxicated.

### 3. Future Tasks

As described above, the basic task relating to drunk driving in Japan in the future would be a continuation of first-order deterrent measures and further improvement and augmentation of second- and third-order deterrent measures which so far have remained relatively unimplemented.

As we see it, the pursuit of this basic task should, all things considered, be directed at working out a comprehensive, socially appropriate policy. For example, it may be educational PR activities for the harmless and responsible drinking, in addition to the efforts made in the field of transportation as in the past. Confirming this basic direction, we wish to touch on some specific future problems below.

#### 1) Promotion of Policy Proposal Studies

Regarding an awareness on the part of parties accepting various measures, there will

undoubtedly be regional differences. Japanese opinion polls on drink-driving cited in this paper are all surveys conducted on the awareness of residents by prefecture. Accordingly, there is a need to devise measures that are in conformity with regional realities by continuing to conduct additional regional surveys in the coming years. There is also a need to have an overall grasp through national surveys and, based on these surveys, to clearly formulate the basic direction of measures and guidelines, and also to estimate and make public the social damage caused by alcohol-related traffic accidents. Such efforts, in conjunction with educational PR activities as described in the following paragraph, are considered to be effective in elucidating the problem of alcohol-related accidents and safe driving to those concerned. Further, clarification of such guidelines should serve as an important step in accelerating business upon gaining the understanding and cooperation of the various parties concerned.

#### 2) Augmentation and Promotion of Educational PR Activities

Direct traffic safety education in the form of lectures and meetings, for example, has achieved impressive results, but public education on the hazards of drunken driving on TV and radio is still not being utilized. Thus, there is a need to augment public education through visual means on TV, and particularly traffic safety education concerning alcohol and traffic accidents on radio. An opinion poll conducted by the Hiroshima prefectural government (1988) revealed that people learn more about traffic safety from TV and newspapers than from radio programs. In large cities like Tokyo, however, where dissatisfaction with traffic congestion is pervasive (Tokyo metropolitan government's information liaison department, 1988), countless motorists listen to the radio while driving in order to reduce stress or

to obtain road information. A message on traffic safety education delivered to motorists on the road can make a stronger appeal. Therefore, technology of public education activities to improve driver's safety should be imported from countries with greater experience in this field.

### 3) Measures against Serious Accident Risk Groups

In contrast to a drop in traffic accidents caused by drink-driving, the fact that the number of serious accidents in particular has not diminished means that serious damage is occurring in the society because traffic accidents affect people's life. In particular, the number of cases of crackdowns on drink-driving involving a breath alcohol level in excess of 0.25mg/l (Fig. 1) reflects the fact that priority is given to measures that target drunken drivers with a dangerously high level of blood alcohol concentration.

When seen in light of the fact that the ratio of drunken driving to overall traffic accidents has been declining, the effectiveness of traffic safety measures in past years and the direction of such measures in the coming years is apparent. Core risk groups that cause serious accidents through drink-driving and that are considered to have contributed to keeping the ratio of serious accidents to level off, apparently include (1) youngsters as being mentioned so far and (2) a group of problem drinkers. Accordingly, measures for the prevention of drink-driving relative to these risk groups should be able to break this leveling-off trend of serious accidents by considering in not only in terms of stepped-up promotional and educational activities focusing on alcohol and safe driving, but also in the context of an overall "harmless and responsible drinking" policy in the form of non-general deterrent measures appropriately targeting these special segments of the population.

### 4) Tackling Social Adjustment Deterrent Measures

To prevent drink-driving, a thorough review should be made concerning the need to suspend nighttime operation of alcohol vending machines. Further, in order to prevent inadvertent cases of intoxication, there is a need to improve the restrictions on the sale of drink drugs at transportation network facilities. According to the traffic statistics of Kyoto prefecture (Furumura, 1988), 74% of alcohol-related traffic accidents over the year occurred between 8 p.m. and the early morning hours of 4 a.m., and 47% of the accidents were concentrated between 10 p.m. and 2 a.m. Very similarly in Osaka, 49.7% of alcohol-related traffic accidents occurred during the same hours (Osaka Police Department, 1990). Drink driving accidents involving business-related vehicles are known to be extremely rare (Kobayashi and Miki 1987), but drink drugs are frequently used by drivers engaged in nighttime long-distance transportation.

These drinks are sometimes stronger than beer, with an alcoholic content of more than 4.5% (Irizawa et al., 1988). Truck drivers who have caused traffic accidents after consuming such drinks have brought forth this problem of being responsible for driving under the influence of an alcoholic substance. For example, in the case of drinks with an alcohol concentration above prescribed levels, a clear indication of the concentration level should become an appropriate warning not only for drivers but also for patients taking cyanamide.

### 5) Emergent Issues

Riding on the health- and outdoors-oriented boom in recent years, cycling and jogging have been gaining popularity. Particularly in Japan, where the number of vehicles is increasing at a rapid pace and where per square kilometer road density is extremely high compared with

other countries, a controversy is expected to begin over the use of the road space among motorists, bicyclists and pedestrians. In addition to traffic accidents in which drunken pedestrians were injured at night as in years past, there is growing anxiety over a rise in the number of bicycle accidents resulting in death and serious injury amid a rapid increase in the sale of high-speed bicycles. The number of bicycle-involved fatal traffic accidents in relation to the total number of fatal traffic deaths in Japan is several times higher than that of the United States and Britain (Kobayashi et al., 1990). The effects of alcohol consumption on bicycle accidents have also been clarified. According to the study by Olkkonen and Honkanen (1990) which tries to exclude the effects by other conditions, these driving while intoxicated are estimated to be 10 times more likely to have an accident than those who are not. In Japan the highest rate of drunken operation of bicycles (8.39%) compared with other vehicles has been revealed (Kobayashi and Miki, 1987), and the time has come to warn against the easy-going attitude toward drunken bicycle riding, that "It's O.K. with bicyclists." This is a new issue that aggravates the longstanding "alcohol and traffic accidents" problem.

#### 4. Issues of Technology Transfer

##### 1) Items That Can be Considered Relative to Technology Transfer

(1) For augmentation and promotion of public education activities, it is desirable to learn from the promotional and educational expertise exhibited on radio and TV from the United States.

On the other hand, items that Japan can introduce to foreign countries through technology transfer include:

(2) Drunken driving detection system

- a. A convenient high-precision breath detector using infrared rays
  - b. Know-how on detecting intoxication on the street
- (3) Know-how concerning the improvement of the public transportation system

Safer driving is helped by an improved public transportation.

##### 2) Issues to be Considered Concerning Technology

Transfer Japan's deterrent measures centering around the above (2) may be said to be a "general deterrence with threatening".

(1) Gap in awareness on the part of parties accepting deterrent measures

In the West, where individualism is more highly valued than in Japan, there is strong resistance by citizenry to general deterrence with threatening managed by the police. In the United States, for example, although its overall transport system differs from that of Japan, the mainstay measures are so designed to entrust individual drivers with personal responsibility as shown by the development and sale of drunkometers in consideration of a high awareness of self-help and self-determination, rather than through the adoption of rigid government regulations over drink-driving and a clackdown on the street.

In recent years, things have also changed in the West. we are told of the adoption in Austria of government regulations of 0.4 mg/ml of BAC and rigid deterrent measures against drink-driving in Canada and Germany, but these are the results of a number of discussions carried out over many years.

(2) Technical aspect of deterrent measures against drink-driving

In such socialistic countries as the Soviet Union (now CIS) and Czechoslovakia, a total ban on drink-driving exists in principle, but in reality, it is not enforced. This is because tech-

niques for detecting drink-driving are not well developed.

Japan has already achieved the ability to detect breath alcoholic concentration below 0.25mg/l, but such a technology transfer would not only require considerable financial costs but also must be undertaken in conformity with the overall transportation system. In any event, enormous energy and time are needed to carry out system reforms.

#### BIBLIOGRAPHY

- Birch, R., Christmas Drink/Drive: 1985 The Coordinated Approach. Highway Transportation, 33:7, 2-3, 1986.
- Furumura, S., ALCOHOL-IGAKU KARAMITA INSYU UNTEN [Drinking Drivers and Alcohol Medicine]. KOUTU HOU KENKYU, 18, 10-19, 1988.
- Residential Planning Department of Hiroshima Prefectural Government, HIROSHIMA KENSEI SERON CYOSA [An Opinion Poll of Hiroshima Prefecture's Residents]. 1988.
- General Affairs Department of Hokkaido Prefectural Government, DOUSEI NI KANSURU SERON CYOSA [An Opinion Poll on the Local Government Administration of Hokkaido]. 1988.
- Irizawa, Y. et al., Ethanol Contents in Drink Drugs and Cool Beverages on the Market in Japan. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence, 23:2, 147-153, 1988.
- Kawashima, K. et al., TOCHIGI-KEN NI OKERU INSYU TAIYOU NO KENKYU [An Epidemiological Study on Drinking Behaviors in Tochigi Prefecture]. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence, 20:1, 60-70, 1985.
- Kobayashi, M. and Miki, K., GAITOU KENSA NI YORU INSYU UNTEN NO JITTAI NI KANSURU CYOSA [An Empirical Report of Drinking Drivers by Car Checking on Street]. KAGAKU KEISATU KENKYUSYO HOUKOKU, 28:1, 96-101, 1987.
- Kobayashi, M., INSYU UNTEN NO JITTAI TO ISHIKI [Drink-driving: Facts and Consciousness]. KOUTU HOU KENKYU, 18, 131-136, 1988.
- Kobayashi, S. et al., KOUTU JIKO NO TOUTEIKI KENKYU [A Statistical Study on Traffic Accidents]. KOUTU IGAKU KENKYU ZAIDAN KENKYU HOUKOKUSYO, 39-78, 1990.
- Matsumoto, H., ALCOHOL TO KOUTU JIKO [Alcohol and Traffic Accidents]. CHIRYO, 65:5, 1070-1076, 1983.
- Olkkonen, S. and Honkanen, R., The Role of Alcohol in Non-fatal Bicycle Injuries. Accident Analysis and Prevention, 22:1, 89-96, 1990.
- Osaka Police Department, '89 OSAKA NO KOUTU HAKUSYO [Osaka's White Paper on The Traffic]. 1990.
- Shimizu, S., An Alcoholic Social System: Drinking Culture and Drinking Behaviors in Japan. SEISIN HOKEN KENKYU [Journal of Mental Health], 36, 85-100, 1990.
- Information Liason Department of Tokyo Metropolitan Government, TOSI NO SEIBI NI KANSURU SERON CYOSA [An Opinion Poll on City Developments]. 1988.
- Residential Planning Department of Toyama Prefectural Government, TOYAMA KENSEI SERON CYOSA [An Opinion Poll of Toyama Prefecture's Residents]. 1988.

【原著】

県立精神科救急医療センター建設に反対する  
パニック的な住民運動の発生した一地域事例の分析  
——大都市近郊の新興住宅地域における新しいコミュニティーづくりと施設反対運動——

大島 巖\* 椎谷 淳二\*\* 上田 洋也\*\*\* 山崎喜比古\*\*\*\*

抄録：障害者施設と地域住民とのコンフリクト事例の特徴と要因を詳細に検討するために、反対運動が頻繁に報告される大都市近郊新興住宅地域における障害者施設の事例を分析した。その結果、対象地域の地域活動は活発であり、「コミュニティーづくり」の一環として施設排除が行われていることが示唆された。施設設置者側の対応に多くの問題点が認められたが、この特殊性ゆえに、大都市近郊地域住民の地域意識が典型的に現れたと考察できた。

精神保健研究 37; 103-117, 1991

**Key words:** *conflict, institutions for the disabled, mental disorders, prejudice, social perception*

## はじめに

1987年9月に精神保健法が改正され、精神障害者の社会復帰促進と福祉の増進が謳われた。具体的な施策としては地域福祉型の社会復帰施設が位置づけられ、約100施設が現在運営を開始している<sup>13,15)</sup>。他方、民間の活動では、全国的に小規模作業所作りの動きが活発化し、各地にデイケアが実施され、共同住居が作られ、地域で生活をする精神障害者たちの「受け皿」整備が、遅ればせながら

に進みつつある<sup>14,25)</sup>。

このように精神障害者を地域で支える活動が活発になってくると、これらの活動と一般住民の接点が多くなり、それまで地域から隔離されていた精神障害者（施設）とのコンフリクトがしばしば問題となる<sup>14,17)</sup>。このような地域の反応は、ようやく育ち始めた地域ケアの芽を摘み取ってしまうおそれさえあり、それを生み出す社会的条件を探ることが重要な課題となる。

筆者らは<sup>17)</sup>、障害者施設と地域住民との社会的コンフリクト（地域紛争、以下単にコンフリクト

A Community Case Study on Social Conflict Caused by General Inhabitants Who were Against Building Public Psychiatric Emergency Center in a New Satellite Town of a Megalopolis.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Iwao Oshima: Division of Mental Health Administration Studies, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会復帰相談部

Junji shiia: Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

\*\*\*青葉台ハウス

Hiroya Ueda: Aobadai House

\*\*\*\*東京大学医学部保健社会学教室

Yoshihiko Yamazaki: Department of Health Sociology, Faculty of Medicine, University of Tokyo



と呼ぶ)の全国的実態を明らかにし、統計的にその要因を分析した。本稿では、コンフリクト事例の特徴と要因をより詳細に検討する目的で、施設反対運動がしばしば報告される大都市近郊新興住宅地域の事例の中から<sup>1,6,9)</sup>、県立精神科医療施設に対するパニック的な住民運動の事例を取り上げて分析する。

本事例では、関係者からのヒヤリングを進める中で、反対運動が旧住宅地域には発生せず新興住宅地に限定されていたことが明らかになった。また、新住民居住地域では住民の「コミュニティづくり運動」が活発であり、その一環として反対運動が行われている状況が浮き彫りにされた。全国調査の結果でも<sup>10)</sup>、都市化に伴う地域関係の変化と施設反対運動との関係が示唆されており、以下の分析では住民の地域観やコミュニティづくり意識に焦点を当てて検討を行う。

## 1. 対象と方法

### 1) 対象地域および事例の概要

この事例の舞台となった某県X市は、首都圏のターミナルから約30分程の近郊衛星住宅都市である。江戸時代には街道が交差する交通の要地で、宿場町および農村・漁村として発展した。近年は宅地化が進み、20年程前の市制施行当時約3万人ほどだった人口は、現在約13万人に増加している。X市は、市民憲章によれば「水と緑、自然と歴史、教育と文化があふれる田園都市を目指したまちづくり」を指向している<sup>9)</sup>。

本事例の経過と概要は以下の通りである。

某県は1979年の地方精神衛生審議会の建議に基づき、1981年より県立精神科救急医療センター設置の具体的作業を始めた。当初、精神病床の少ないJRW線沿線地域を中心に候補地が検討されたが、1981年暮れまでにW線沿線各市町村から「適地なし」の回答がされる中で、X市のみが誘致の意向を示した。

翌1982年1月からX市内に候補用地選定作業を開始したところ、施設建設の情報が市民に広まり、3月頃より市内各地で地域住民による反対運動が起こった。「覚醒剤患者専用施設に違いない」という噂が広まったこともあって、反対運動は急速に

盛り上がった。住民たちはたびたび反対集会を開き、7つの新興住宅地の自治会からは、陳情書・決議文・要望書が市長に提出され、反対署名も2,200余を集めた。結局、6月1日に市長が県に返上を申し出、さらに6月15日には市議会が審議なし全会一致で建設反対を決議する。このため県は、X市でのセンター建設を断念した。この間の経過は、マスコミ各紙に大きく取り上げられ、特にA新聞全国版に掲載された「宙に浮く精神科救急センター」<sup>2)</sup>は大きな反響をよんだ。なお同センターは、その後1985年に県都V市の湾岸埋立地に建設され、すでに業務が行われている。

### 2) 情報提供者

情報提供者は、X市および県の行政関係者、反対運動を起こした住民関係者、医師会関係者、X市の地域関係者や福祉領域の関係者など、本事例に何らかの関わりを持った人々である。

#### (1) 行政関係者：

- A氏(県精神科医療センター長,当時県衛生部主幹)
- B氏(X市選出県議会議員)
- C氏((元)X市役所福祉部長), c氏(X市役所福祉部職員)
- D氏(県精神保健センター相談指導課長,(元)U保健所指導課長)
- E氏(X市簡易マザーズホーム園長,(元)X市役所福祉部職員)

#### (2) 反対運動に関わった住民：

- F氏((元)Y新地区自治会長)
- G氏(X市市議会議員,(元)Z北地区自治会長)

#### (3) 医師会関係者：

- H氏(X市医師会会員,(元)X市Z新地区開業医)
- I氏(M市開業医,(元)X市Z新地区開業医)

#### (4) 地域関係者,福祉関係者,その他：

- J氏(Y旧地区自治会長,Y地区町づくり協議会会長)
- K氏(S地区自治会長,地区町づくり協議会会長)
- L氏(X市手をつなぐ親の会会長)
- M氏(県社会福祉協議会参事)
- N氏(A新聞記者,当時の状況取材し「宙に浮く精神科救急センター」を掲載)

このほか、a氏(県精神薄弱者育成会理事長), b氏(私立精神薄弱者通所更生施設園長), d氏(市

役所企画課コミュニティ係員), X市手をつなぐ親の会会員がヒヤリングに協力して下さり, X市における関連する状況等について貴重なご教示をいただいた。

なお, 当時のX市医師会会長, およびX市内でクリニックを開業する唯一の精神科医師に聞き取り調査を申し込んだものの拒否された。また, 当時の市長からの意見聴取も公平な記述や分析のために必要と考えたが, 病弱で調査に耐えられないという事情から依頼をしていない。

### 3) 調査方法

調査は, 事前に聞き取る項目を用意した焦点面接法によって行った。情報提供者に対する面接には, 研究メンバーが複数同席した。面接の始めには, 調査趣旨を記入した用紙を手渡して調査目的等を説明し, 記録のためにテープレコーダー使用の了解を得た。面接内容は原則として録音し, テープ起こしを行った。ただし, Y新地区元自治会長F氏に関しては, 録音の了解は得られず筆記メモのみの承諾を得たので, 2名の面接者が後日それぞれの記録を照合し, われわれの責任で発言の記録を作成した。

情報提供者の把握方法としては, 最初に行政関係者から聞き取りを開始し, 順次地域関係者, 反対派住民へと対象を広げる方法を取った。新しい情報提供者は, 聞き取りを行った人からの紹介を受けて選定した。調査時期は, 1988年2月から1989年9月であった。

なお, 発言内容の公表に関しては面接時に情報提供者から基本的な了解を得ており, 公表に支障があるとの指摘があった発言に関しては原則的に掲載していない。しかし, 本問題事例発生に関わる重要な点に関しては, 他の情報提供者から確認する形で事実関係を明らかにした。

### 4) 分析方法

ヒヤリング・レコードは次の要領で抽出した。

- ① 本コンフリクト事例の性格を浮き彫りにする陳述を抜き取った。
- ② 事実関係や状況認識に食い違いのあるものは, 相違点が明らかな形で提示した。
- ③ 明かな事実誤認や, ある事象の一方的な解釈に関しては, 本事例の対立関係を明らかに

するのに直接関わらない限り削除した。

本稿では同定した一次資料の資料的価値を重視し, ヒヤリング・レコードは可能な限り加工を加えずに, 次の基本的視点(枠組み)にしたがって整理し, 分析することにした。その視点とは, 設置者側の地域へのはたらきかけ, 障害者等との接触体験, 住民の障害者に対する受け入れ姿勢, 住民の地域観・コミュニティづくり意識, および地域の社会・経済・文化的背景の各視点である<sup>12)</sup>。

## 2. 結果——聞き取り調査の記録

### 1) 本コンフリクト事例の経過

まず, X市で発生した県立精神科医療センターに対する反対運動の経過を, ヒヤリング・レコードの中からまとめておきたい。

#### (1) X市が誘致に踏み切った経緯

B県議: 1981年の暮れに, 県知事がX市に来て, 市長, 助役, 私と一緒に会食をした。その席で知事から精神科医療センターの話が出されたので, 市長も助役も私も「ぜひX市に作ってほしい」と言った。そして, 市と用地選定の話を進めた。

Aセンター長: JRW線沿線では, 当時も今も精神科医療のニーズは高い。しかし, X市以外のW地域各市からは, 総論賛成各論反対で断られた。X市についても, たぶん無理だろうと考えていた。ところが, 当時の市長が誘致をOKした。

F元自治会長: 県は初め財政力があるP市に打診をしたが, 交渉がうまく運ばなかったようで, やむなくJRW線沿線に話をもってきた。

市長が反対しなかったのは, 革新系市長であり弱者救済(福祉)が自分の選挙用の表看板でもあるため, 反対できなかったことも理由の1つだ。市長は, センター誘致は住民からよい評判を受けこそすれ, まさか反対運動が起こるとは予測していなかったようだ。

しかし, 市長が反対しなかった最大の理由は, X市選出の県会議員であり土木建設業界の実力者であるB氏が県からセンター建設を誘致したからだ。当時この種の公共事業は建設業界の「談合」で処理されていた。県会議員というのは弱小市長に比べたらよほど大きな力を持っており, B氏は特に県下でも指折りの実力者である。

B県議：県の施設というのは、どこの市町村自治体だって欲しいと思っている。迷惑施設といっても、かえって緑が増えたり道路が整備されたりして、メリットもあるわけだし、本当に迷惑な施設というのは1つもないと思う。

F元会長：1982年1～2月頃、県の衛生部は市長部局を通さず市議会にもはからず、直接X市の都市公社にはたらきかけ、土地の選定作業を開始した。その結果、市内7ヶ所（Y地区、Z地区など）を候補地に選定した。1982年2月末、私単身で市役所に行き市議会議長に正したところ否定しなかった。

元H保健所課長D氏：Q駅にW線快速を止めるという、市長と知事の取引があったという噂があった。

## (2) 住民に対する誘致情報の伝達経過

Aセンター長：候補地探しは難航したが、助役が適地が土地造成中のY地区にあると言い出した。助役としては好意からのことだろうが、知合いのF元自治会長に話を通すと、外遊してしまった。そのあいだに、F元会長を中心に「そんなのが来たら大変だ、地価が下がる」「予定地に決まっただけからでは遅い」という反対運動が巻き起こった。その集会上にM新聞の記者がいて、記事（1982年3月7日付け）<sup>7)</sup>にしてしまった。その記事によって、住民には「覚せい剤施設」と理解されてしまい、反対運動が広まった。

B県議：場所を選定する前に反対運動が起きてしまった。結局、市役所の内部にそういったことを流した人がいるからだろう。市長と助役がその後の選挙で戦った。だから助役（Y地区が地盤）の筋から漏れたんだろうと思う。助役は、選挙運動の一環としてずっと住民運動を利用しようと考えていた。X市は非常に政争の激しい町で、かなりすごい選挙をやる。だから今から考えてみると、住民運動をたきつけて利用したきらいもある。

Aセンター長：翌日には同じ内容の噂がとなり町にとび火し、反対集会が開かれた。そして市内に噂が一気に広められた。その裏には、市長選や当時間近に迫っていた市会議員選がらみの政争があったようだ。一部政治ゴロ的市議が市長を困らせようとしたのではないか。

G市議：Y新地区自治会から話が来た。当時のY新地区自治会長が某大都市の役人だったからそういう方の友達がいるんでしょ。県はX市につくる予定だとか、2ヶ所くらい候補地があるとか、Z地区の奥ではないかとかいう話だった。

元福祉部長C氏：センター誘致の話は、市長から当時の助役へまわされたが、準備が整わないうちに何故か情報が外に漏れてしまった。当時福祉部長だったが、自分は誘致の話聞いていなかった。

F元会長：要望書などに「何月何日付の〇〇新聞によれば」と書いたのは、誰もが認めざるを得ない証拠として引用したまでである。実際には、新聞記事よりずっと以前から情報を知っていた。情報というものはちょっとその気になれば、簡単に入ってくるものだ。

反対運動の火の手は、自分のいるY新地区からあがった。そのような一部地域での動きは通常、市議会議員ルートを伝って市内各地に情報が流れる。そのため他地区の自治会から私にいろいろ照会が来た。その結果、急速に市内各所へ反対運動が広がったということだろう。自治会どうしが特に相談しあって共闘したわけではない。

G市議：反対運動の背景に、派閥がらみの確執はなかったと思う。X市は16年間も革新市政が続いたために、保守も革新も入り乱れてよくわからないところがある。確かに助役は、Z地区やY地区に選挙支持母体を持っていて、反対派リーダーたちのことを持ち上げたりしていたが、助役が市民に情報を流したかどうかまではわからない。

## (3) 反対運動の展開

Aセンター長：噂はすごい勢いで広まり、各地で反対集会があった。B県議も自ら単身、反対派の集会に乗り込み説得を試みたが、火に油を注ぐことになっただけだった。

B県議：用地がまだ確定していないにも拘らず、Y地区に来るぞ、Z地区に建てられそうだとか、あるいは、精神病患者や麻薬中毒者の連中が街をうろうろ徘徊するぞといったデマが飛ばされて、いろいろな自治会から反対！反対！反対！ということになった。

元Z新地区自治会長G市議：当時まだ実際の候

補地がどこなのか正確にはわからなかったが、今のセンター長がZ地区に住んでいたのも、これは噂どおりZ地区じゃないか、ということになった。

地元I医師：Z地区でも、初めのうち候補地の一つという噂だけだったが、センター長就任予定のA氏がZ地区に住んでいることを皆知っており、そのために予定地にほぼ間違いないという確信を住民たちは持ったようだ。

Z西地区では1982年5月末頃3夜続けて反対集会有った。100世帯の地区で90人が集まり、男性も数多く出席していた。3日目にはとうとう県議会議員のB氏が登場してきて、初めは説得に当たっていたが、最後には諦めて「俺が責任をもって他所へもって行ってもらう」と約束し、参加者から拍手を浴びた。

Z地区医師H氏：反対運動はもっぱら転入者すなわち新住民の住む地域から起こった。旧住民はこの問題について噂を聞いて知ってはいたが、まったく沈黙していた。

#### (4) 誘致の返上

Aセンター長：市内各地の自治会等から建設反対の決議文や署名が市長に提出され、結局市長が折れて建設を県に返上した。

F会長：1982年5月末、Z西地区での反対集会上に市長が来て、「市民の皆さんが反対している施設を、建てる気はありません」と言って帰った。

B県議：5月末頃のZ西地区での反対集会上で、私の説得にもかかわらず住民はどうしてもだめだということで、仕方なく私は県知事に電話をし、「悪いけどX市にセンターを建てることは諦めてくれ」と頼んだ。

## 2) 本コンフリクト事例の背景要因

### (1) 精神障害者に対する不安

F会長：一言でいえば、われわれの運動は総論賛成各論反対ということだ。施設が必要であることは認めるが、だからといって精神障害者を治療すれば治る「病人」として認知できるかどうかは別問題であり、主婦層を含めたインテリ「中間

層」\*)にとっては、各論として絶対反対であった。われわれ反対派住民も、初めは福祉に反するようでカッコ悪いという感じがあり、しばらく様子を見ていたが具体化すると知って放っておけなくなった。

誘致される精神科医療センターは「開放施設」だとの噂を聞いた。精神科医療が従来の隔離収容ではなく開放施設を理想とし、その方向へ向かっていることは理屈としてよく分かる。しかし現実には開放施設となると、患者が町の中を出歩くことの不安や危険を、住民は真っ先に考えてしまう。

重症者のための病棟は、人里離れた自然の中に作るのが本人のためであって、町中に作るべきではない。今の本県では、九十九里浜の沿岸、それもホテルなどがそばにない静かなところに作るべきだと考える。

G市議：突然、何だか訳のわからない施設が来るというので、ただただ不安で、中身を確認することもしないうちに絶対反対、もう最初から「聞く耳を持たない」という反対運動だった。

N記者：反対派の自治会会長(F氏以外)は、小中学校、幼稚園が多く文教地域なのに覚醒剤中毒施設がくるといふ噂を、しかるべき人から聞いて不安になったと当時話していた。普通の精神病院なら反対しない。殺人や傷害事件があると聞いたので住民が立ち上がったのだということだった。

### (2) 反対運動に対する、行政等の対応

福祉部C氏：当時の市長が、市役所内部にも地域住民にも何の説明も根回しもしない段階で、センター建設を引き受けてしまったことが、大きな反発を招いたのだと思う。

市の福祉部職員の間では、精神科病床数が不足していた時なので施設に対するニーズは高かったが、一方センターができると生活保護ケースが増え、福祉予算がかさむことが予想されたため、反対する意見もみられた。

元福祉部長C氏：医療センターを受ける話は、X市が本当にやる気があって受けたとは思えない。だから、住民運動が起っても説得できなかった。X市の福祉行政は場当たり的な対応が多く、長期的な展望や計画を欠いている。

B県議：Z西地区の反対集会上には私も呼ばれて

脚注：\* F氏が転入してきた新興住宅地住民にしばしば用いる表現、以下同様に用いる

説明をした。県に第3次救急医療機関を作ってもらうからそれで納得しないかとか、国民の100人に1人は精神障害者なんだからとか、自分の家族が精神異常になったらどこへ相談にいくつもりなのかとか、県が近隣に迷惑を及ぼさないと保証してくれているんだから、そういう施設があったっていいじゃないかなど、いろいろ説得を試みた。しかし反対派の住民たちは、どうしても厭だというのだ。

市長にはセンターを絶対にX市に建てようという熱意はなかったから、反対運動が起きるとヘナヘナになってしまった。用地でも既にお買ってあれば、なんとか説得して作ろうとしたりが、なにしろ土地も買っていない段階だったし、まして市長がさっさと後退してしまったから、まあいいやと諦めたんだけど、本当は悔しかった。

F元会長：「中間層」は、行政からの一方的な押し付け、あるいは利根的な政策に対しては、必ず反発し「ノー」というものだ。

元U保健所課長D氏：当時、精神科医療センター建設の動き、反対の動き、ともに所轄のU保健所には情報が入ってこなかった。

県社会福祉協議会M氏：県社会福祉協議会もX市社会福祉協議会も、精神科医療センター建設の件についてはまったく関知していなかった。

### (3) X市の社会・経済的基盤

元福祉部長C氏：X市の年間予算総額は300億円程度で、財政は乏しい。工場誘致の話もあったが、地価が下がる、水質汚染が起きるなどの理由で住民に反対される。今では、水と緑、教育と文化のまちづくりを指向している。

F元会長：X市には、だいたい30歳代で年収600万円以上の方が転入してくるので、市民一人当たりの住民税は比較的高い水準にある。それにもかかわらず、W地域の中でX市が特に財政力が弱いのは、毎年補助金支出を続けねばならない福祉施設が多すぎることで、市有地が少なく市営住宅などを借地に建てなければならないこと、他市に比べて膨大な水害対策費がかかることなどのためである。

市の政治力や市職員の質はその財政力に比例するから、W線沿線でもっとも財政力の低いX市で

は、いきおい市長の県に対する政治力も弱い。したがって、文化施設などどの市でも欲しがらる施設は強い市がみんな持ってしまって、X市には金がまわってこない。その逆に、養護施設や精神科医療センターのような、どこでも断られるような施設ばかりがX市にまわされてくる。

X市民は、図書館、美術館、市民会館、コンサート・ホールなどの施設建設や、T沼の浄化などを要望しているが、どれ1つ実現していない。福祉施設ができるのは市長の選挙対策としては聞こえがいいが、そのために市は永久的な財政負担を抱え込み、財政難をますます深刻化し、その結果いつまでたっても市民が要望する施設建設に金がまわってこないという悪循環が生じている。

当時は、W地域の他市で断られた養護施設がX市にできたばかりの時点で、住民としては、養護施設建設を容認したんだから福祉施設はもうこれくらいにして、今度こそ図書館を作ってほしいと思っていた。その矢先に精神科医療センター誘致の話が来たものだから、とうとう住民は怒りを爆発させた。首都圏で発展が一番遅れたW地域は、生活条件が未整備で遅れていることをわれわれは肌で実感している。

### (4) 反対運動に対する、市医師会の対応

B県議：市と用地選定の話を進めた頃、X市医師会にその話が伝わり、医師たちが最初に反対のろしを上げ、住民たちをたきつけた。

Aセンター長：医師会長は表向き協力的で根回し段階では「分かったよ」といった感じだった。しかし、医師会の内部では有力メンバーが「患者が歩くと街がすたれる」等の発言をしていたらしい。医師会内の知人から聞いた話によれば、ある医師は、地元で自分の患者さんたちにセンターについて否定的な事を話していたようだ。また、医師会内でも「そうするように」といった話が出ていたらしい。精神障害者に対する偏見が一番強いのは一般科の医者たちである。

B県議：精神科医療センターだけでなく、第3次的な医療をやる県の医療施設を誘致することが、お医者さんたちにはカチンときたのかもしれない。

医者たちが来る患者に、診察しながら「今度精

神病院がX市に作られるそうだ。そんなもんがくれば、麻薬中毒や凶暴性をもった連中がX市をうろろろするようになるよ」なんて話をすれば、地域住民はみんなびっくりし反対になってしまう。

G市議：医師会が陰の方でいろいろ言っていたという噂は聞いた。

H医師：県衛生部からX市医師会に対して、精神科医療センター建設に対する協力の要請があったので、医師会は承った形。自分自身は、一年も前からW線沿線のL市、M市、N市と断られてきたのだからよほど変なものだろうと考えた。一方、反対派住民からも医師会に対して、反対運動への参加要請があったが、「医師会はそういう立場にはない」としてお断りした。医師会員個人のレベルでも、地域住民にセンターに関する悪い噂を流すようなことはなかったと思う。医師会としては、この件に関して特に何も対応はしなかった。

#### (5) X市新旧住民のコミュニティ意識

I医師：Z地区に住む新住民の多くは、エリート意識や権利意識が強く、中には(具体例を挙げ)自分のことばかり主張して病人や障害者のことを考えもしない非常識な態度の人もいる。施設に対しては、いいときはバザーなどで歓迎するが、利害が絡むと反対せずにいられない。良識ある人も多いが、反対運動が盛り上がるとそういう人たちは吹き飛んでしまう。

H医師：転入者も、以前のように1世帯ずつばらばらに転入してくれば自然に旧住民と同化していくが、最近のように大型分譲団地の形で転入してくると、そこで一つの独立社会を形成してしまい、旧住民をはじめとする周辺社会と対立することが多くなる。階層も均一な新住民は共通の利害関係ではまとまりやすく、大きな力を発揮するが、周辺社会からは孤立化する傾向がある。

他地区自治会長K氏：一口に転入者といっても様々である。私たちのように地主から直接個別の土地を買ったものは、例えば道路や街路灯など周辺の公共整備も自分たちの努力でしていかなければならず、そのため連帯して自治会組織を作ったり、地元の旧住民とも協力したりして、コミュニティづくりに努めることになる。しかし、(Y地区やZ地区のように)大手会社による大規模分譲地に移

り住んできた住民は、初めから道路や商店や上下水道などが整備されており、地元溶け込む努力をまったくしないで済んでしまうから、どうしても自分たちの権利の主張が先行しがちになる。

G市議：X市は住民パワーが強い。東京からこっちへ来ると、税金は取られるけれど何もやってくれないという部分があるので、それへの反発がひとつのエネルギーになり、市の方に対して、ああだ、こうだと要求する新住民が多い。

お寺の鐘が6時になるので、うるさいといって止めさせた地区もある。また、うちの前の川は殿様がえるがうるさい。かえるが住んでいるのは自然環境が戻ったことでいいのに、住民が集まってかえる退治をやる。

B県議：反対運動が新住民の住む地区ばかりで起きたのは、一つには旧住民の住む市の中心部にはもう適当な広さの土地が残っておらず、どうしても新住民の住む周辺部に施設用の土地を探すことになるからだ。いま一つには、どんな施設を作るときでも旧住民は我慢して受容するが、新住民は地域エゴや権利意識から高度な要求をするからだろう。

Aセンター長：施設を新興住民が多い地域に持っていくのは難しい。これが「村」であつたら「親分」に話を通せば大丈夫だ。施設がくると地価が下がるとよく言われるが、実際には地元にとって有益な施設などお土産が見返りとしてもたらされるので地価も上がる。地縁や血縁などが残っているところでは、そういった「常識」で話を通るのだが。

N記者：地元の新聞に、「覚醒剤病院は反対、S鳥類研究所の誘致を」というF元会長のインタビュー記事<sup>4)</sup>が載っていた。弱い立場の障害者施設には反対して、「緑と鳥と水と……」と自分達の生活環境は整備しようとする、スノビズムの典型と思った。あまりみつともないことはしないでほしいということが動機で取材を始めた。

X市手をつなぐ親の会L会長：小規模作業所を転換し精神薄弱者通所更生施設A園を設立する時に、住民とのちょっとしたトラブルがあつた。近隣自治会4つのうち1自治会(新地区)の同意が取れずに計画が難航した。が、話し合いで何とか

同意を取った。旧住民は、反対しても説得で何とか納得する。しかし、新住民は反対を押し通しなかなかな納得してもらえない。権利意識的要求が強く、先住の施設や畜産業など産業をも追い払おうとする。

Y旧地区J会長：F元会長の自治会があるY新地区自治会内に、市の多目的利用施設「近隣センター」を設立することになり、会館の運営のために自治会や文化団体など地域の関係団体が集まって「Y地区まちづくり協議会」を発足させた。しかし、Y新地区自治会は協議会に当初より入ってこなかった(協議会は3年目)。それどころか、Y新地区自治会は会館を使うなど圧力をかけてくる。彼らの主張は、Y新地区自治会専用の会館が欲しいということだ。従来、H不動産が自治会に土地と建物を貸して自治会館があるが、「近隣センター」が出来るとその利用が出来なくなる。それで、会館内に自治会のための部屋が出来ないことが分かると、この話をつっぱねた。「近隣センター」はY新地区の中にあるので、他地区の人は来にくい。遠くまで何故わざわざ来なければならないのかという意見もある。

F元会長：これとって取りえもないX市にとって、自然環境の保存・保護は大きな課題である。X市には自然環境保存のシンボルとしては「T沼」しかない。S鳥類研究所誘致やT沼の浄化を求めているのはその一環である。S鳥類研究所誘致の話は、精神科医療センターと偶然に時期が重なったものだ。地方財政法の枠があるため、無制限に補助金を支出することはできない。したがって、もし精神科医療センターをX市に建てれば、S鳥類研究所は誘致できなかった。その意味では二者択一をせまるものではあった。ともあれ、「まちづくり」は行政がやるものではなく、そこに住む住民がやるものだ。

### 3) 反対派住民のその後

F元会長：反対運動を展開していた時は、マスコミからの批判的な問い合わせが多く困った。また、われわれ反対運動のリーダーたちには「あちらの人」から尾行や無言電話などの嫌がらせが続く、ほとほと閉口した。もう2度とやりたくない

と思う。幸いにして、運動が短期間で終結したからよかった。

現在のY地区自治会にとっては、高齢化問題が最大の課題である。マイホームを建ててから田舎の親を呼び寄せた家が多く、既に老人が多く住んでいる。21世紀の大都市におけるこれからの老人は、学歴が高くなり活字を求めるようになる。老人ホームや老人クラブなどは、図書館に併設するのがいいと思う。地域社会には老人を何気なく包み込むことができるような複合施設が必要だ。

G市議：自分も反対した1人になってしまったが、今聞いてみると、当時できていればよかったと思う。きちっとした形での住民への説明会なり、根回しがされていないと、こういう施設の理解を得るのは難しい。実際問題として、住民に不安があるところに、丁度たきつけられたという感じだった。

当時、越してきてまだ3～4年で地域にもなじまないうちに、訳のわからない施設ができるということで、もう不安、不安.....ですね。隣りの人くらい顔は知っているんだけど、会ってこんにちはどう挨拶もしないで、なんか気まずそうにしているという、これが新住民ですよ。だから、隣近所で雨戸の開け立てがうるさいとか、風鈴の音がうるさいとか、ピアノの音がうるさいとか、お互いに心が通ってないから苦情が出る。

それが今おたがいの顔を見知って仲良くなってくると、隣のテレビだとか、ピアノがちよつとうるさくても捉え方が全然違う。人間的なふれ合いで町が形成され、そういう上になつてきちんとした手続きをへてくれば違うんじゃないかと思う。これは別に精神病院だけの問題ではない。

事が一人歩きしてしまい、広がってしまうと変えるのは難しい。だから、手続きというのがある程度大事だ。住民集会などを聞いて丁寧にやっていかないと。

Z地区にも、身体障害者だとか、生まれながらに不幸を背負っている人がいる。その人の親のことを考えたらそういう施設が必要だ。隔離して山の中にできるのはよくない。一般の人達と一緒に同じ環境でやっていかないと、病気が治らないということも分かっている。だから、手続きをピッチ

とふんで理解者を一人一人増やしていかないといけない。

### 3. 考 察

#### 1) 本事例の発生要因に関わる特徴

この事例の発生に関わる要因として、以下の5要因が抽出できる。

##### (1) 誘致受け入れに絡む政治的な意図と、X市の安易な受け入れ姿勢

この事例の発端は、X市選出の県議会議員であり県政界の実力者でもあるB氏が、市長と手を組んで、県から精神科医療センターの建設をX市に誘致しようとしたところに始まる。両氏は、県施設誘致に伴うさまざまな付加価値的なメリットを見込んでいた。その意味で政治的な意図を持った誘致であったといえる。しかし一方で、C元福祉部長が「医療センターを受ける話は、X市が本当にやる気があって受けたとは思えない」というように、X市が精神科医療センターに対するニーズを十分に把握し、その充足のために意欲的に取り組んだとは考えにくい。むしろ後でも検討するが、この種の施設を設置する上で重要な、精神障害者のニーズに対するX市側の理解は不十分であった。それとともに、そのニーズを住民に訴えて理解を求め、コンセンサスを得ていこうとする熱意と配慮にも欠けていた。すなわち、反対派のF元会長が「市長はセンター誘致は住民からよい評判を受けこそすれ、まさか反対運動が起こるとは予想していなかったようだ」と指摘し、B県議が「市長にはセンターを絶対にX市に建てようという熱意はなかったから、反対運動が起きるとヘナヘナになってしまった」とのべるように、障害者と一般住民双方に対して、十分な配慮なく安易に誘致を考慮していたといえる。

それに加えて、X市役所内部には、誘致しようとする動きとは別に、「X市は非常に政争の激しい街で……住民運動をたきつけて利用したきらいもある」(B県議)「市長選や当時間近に迫っていた市議会議員選がらみの政争があったようだ。一部政治ゴロ的市議が市長を困らせようとしたのではないか」(Aセンター長)など、政治的な意図でそれを返上しようとする動きがあったという情報も

ある。この事実関係はヒヤリングの中で十分に確認されてはいないが、仮にそれがあった場合には、少なくとも障害者のニーズや住民の世論に基づいて判断された動きではない。ここにも別の「政治的な意図」が見えかくれしている。すなわち、誘致か撤回かは主に政治的意図のもとで取り上げられ、住民不在のまま政争の具として利用され、情報が住民に流れた(流された)可能性が少なからずある。

以上の通り、X市側は施設建設を何としても実現したいという熱意がないまま、誘致の情報は、意図されたかどうか別にして安易に住民に伝わり、紛争の発端になった。また、反対運動が起こっても住民に対して十分な説得ができないまま、「市長はヘナヘナになってしま」い「さっさと後退してしまった」(B県議)のである。そこには、障害者のニーズに対する十分な配慮と精神科医療センター設置に対する熱意は認めない。そのようなX市側の姿勢は、一般住民側から見ても行政からの「一方的な押し付け、あるいは刹那的な政策」(F元会長)と映り、大きな反発を招くことにもつながったのである。

##### (2) 住民リーダーの存在とその行動力

この反対運動を実質的に展開したのはY新地区自治会F元会長であり、彼の存在がなければ運動は違った形で進展したのではないと思われる。F元会長は県や市の動きはもとより、精神医療、住民意識、都市開発等々について独自の情報収集を行い、これに自らの経験や知識を加えて理論武装し、反対運動の支柱となった。Y新地区自治会で反対運動を展開すると同時に、F氏は市内の他自治会にも情報を流し、全市的な反対運動を展開する原動力になうたといえる。彼に対して助役から意図的に情報が流されたかどうか明らかではないが、反対運動は概ねF元会長のリーダーシップによって展開したとみられる。

Y新地区自治会の初代会長であるF氏は、自治会の設立と同時に訴訟資金の積立を始め、100万円を当面の目標に1世帯あたり年間1200円を徴収している<sup>4)</sup>。精神化医療センター問題以外でも、X市役所に対して活発で抗争的な要望活動を行っており、コミュニティ・リーダーF氏の名前は市



役所内ではつとに有名であるという。従来行ってきた独特な「住民自治」活動が基盤となって、今回の反対運動が展開されたわけであろう。

F氏が反対運動を行った主な理由は、1) 住民の意向を無視して、あるいはコンセンサスを得ないまま誘致を進めようとする行政側の手続きに対する批判と、その背景には、F氏が期待するX市側の対応(施策)として、2) 行政がなすべきコミュニティ作りのための施策の中心は生活環境の整備であり、新旧住民の交わりを含めた住民相互の交流や、福祉施策、特に自分たちにはあまり関わりない障害者福祉施策にあまり予算をふりむけるべきでないこと、3) 精神障害者は恐怖の対象であり、処遇は隔離的に行うべきであること(X市のような宅地化されたところに建設すべきでない)という考えがある。後二者に関連するF氏のコミュニティ観、福祉観、精神障害者観は、この地域全体の問題点として次項で検討するものの、このようなF氏の理論構成は一見整合的で一貫している。この論理をもって、かつ訴訟をも辞さない覚悟と熱意で住民を説得すれば、精神障害者やその施設に対する知識が十分でない一般住民たちが疑うことなく反対運動に組みずるとしても不思議ではない。住民がパニック状態に陥る前に、X市側としては、きちんとこれに対抗できるだけの理論構築をして、熱意をもって住民に理解を求める必要があったのであろう。

### (3) 「中間層」住民の生活意識

反対運動を展開したのは、もっぱらF元会長のいう「中間層」が居住する新住民居住地域に限定されていた。

特に、大手不動産会社による大規模分譲団地に住む「中間層」の人たちは、地理的にも社会・文化的にも一つの独立社会を形成する。比較的高級な住宅地域に居住し、主に東京へ通勤するサラリーマン世帯である彼らは、インテリ・中流を自認する人たちが多く、年齢的にも社会階層的にも、また生活文化的にも比較的均一である。したがって、共通な利害関係ではまとまって大きな力を発揮することはあるが、周辺地域社会からは孤立する傾向がある。Y新地区内にX市の「近隣センター」ができるにも関わらず、Y地区まちづくり

協議会への参加を拒否したことは象徴的な出来事といえよう。

さらに彼らには、家や土地だけでなく周辺の自然環境や生活環境をも含めて、自分の財産として買ったという意識があり、ともすると自分たちの生活環境上の利害に基づく権利の主張が先行しがちである(G市議、L会長)。

このようにみると、X市の「中間層」住民が、自分たちの生活環境を守るために、これを脅かすおそれがあると思われる施設や人々を地域から排除する姿勢をとった理由が理解できる。F元会長の「覚醒剤病院は反対、S鳥類研究所の誘致を」<sup>4)</sup>という主張や、「福祉施設の増加がX市の財政難を助長し、生活条件が未整備なのに『市民』が要望する文化施設には財源が回ってこない、他市で断られた福祉施設ばかりX市にできるのは問題だ」という論理は、この「生活環境」重視の考え方が基底にある。

F氏をリーダーとする「中間層」住民は、主体的に自分たちの生活しやすい「地域づくり、コミュニティづくり」を目指している。コミュニティはそこで生活する住民自らが形成するものであり、新興住宅地域において住民が主体的にその形成に参加するのは望ましいことに思える。しかし、ここで検討が必要なのは、彼らの目指す「コミュニティ」像である。

従来の「コミュニティ」概念の中核は「共同体、共同社会」であり、人と人との交流や支え合いを基調としている<sup>2)</sup>。「新しいコミュニティづくり」が言われるときにも、相互に孤立して無機的な人間関係になりがちな都市生活に交流による潤いを再生しようという意味合いが含まれている<sup>10,22)</sup>。X市の「中間層」住民にこのニーズがないとは思えないが、少なくとも表層に現れているのは、「交流型コミュニティづくり」よりは「環境重視型コミュニティづくり」<sup>3)</sup>といえる。

ここで、この「環境重視型コミュニティづくり」の結果として、旧住民との交流が遠ざけられるばかりか、社会的弱者である障害者等は社会参加や社会復帰の機会を逃し、地域からある意味で排除されている事実を目を向ける必要がある。そして、排除された人たちは、「中間層」住民たちが享受で

きる生活水準との格差をさらに広げることになる。

なぜ、このような「コミュニティづくり」象のズレが生じたのであろうか。本稿ではこの議論に深く立ち入らないが、反対運動を起こした地域住民が、年齢的にも社会階層的にも均一社会を形成していたことを指摘しておきたい(図1参照)。社会的に比較的恵まれた彼らは、世帯主が壮年期で家族も核家族が多いことが相まって、体の弱い老人や障害者など社会的弱者と身近に接する機会が少ない<sup>23)</sup>。すなわち、彼らが弱い立場にある人々たちに対する共感性を持ってないと言うよりは、障害者等の立場や生活を具体的なレベルでイメージできないと考えるのが妥当な解釈であろう<sup>18,23)</sup>。都内で先行した大規模分譲団地では、世代的に類似する団地住民の高齢化が著しく進んで「老人団地」と化し、福祉施策の需要が急速に高まっているが、この実態を、彼らは実感として理解することができないのであろう。ましてや、マスコミの事件報道等によって形成されがちである「社会的恐怖」の代名詞、「精神障害者」の生活実態を共感的に理解するのはさらに困難と思われる。

ところで、F元会長は現在でも反対運動の正当性に自信を持っているかに見えるが、もう一人の反対運動のリーダーだったG市議は必ずしもそうではない。G氏は、「今聞いてみると、当時できていればよかったと思う」と述べており、その理由として障害者のノーマライゼーションの考えを口にする。

このような認識を持つG氏が、どうして当時反対運動に加わったのであろうか。一つには、行政のまずい対応があった。しかし、それとともに重要な要因として指摘されたのは、新しい土地に集団で越してきた住民の不安である。転入して間もない時期の、人間的なふれ合いが形成されいない頃には、あらゆるものが苛立ちの対象となり、苦情が発せられることになると指摘する。

以上のとおり、転入してきた「中間層」住民の生活意識や心理状態が深く関与し、反対運動の土壌ないしは基盤を形成していた、と見ることができる。

#### (4) 精神障害者に対する一般住民の不安と恐怖観

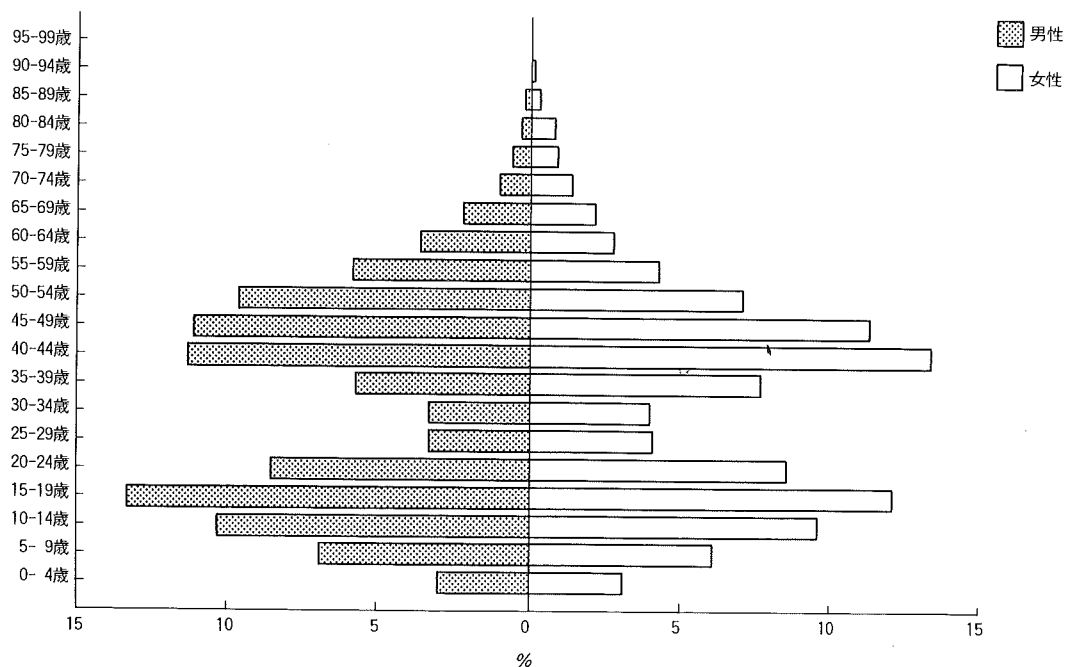


図1 反対運動が起きたX市新住民の年齢構成

本事例では、建設予定の精神科医療センターの内容について正式な説明がないまま、短期間に噂が噂を呼び、パニック的ともいうべき状態の中で反対運動は展開した。その背景には、地域住民の精神障害者に対する不安・恐怖感があった。これは、反対派のリーダーであるF元会長でも同様である。とりわけ、より危険性を主張し得る「覚醒剤中毒者専用施設」という噂が広く受け入れられ、いたずらに不安感と恐怖心が煽られた。

これは一つには、反対運動が起きた時期が、たまたま新宿のバス放火事件（1980年8月）や深川の通り魔事件（1981年6月）などの事件が続き、マスコミを賑わしていたことが影響している。X市議会が審議なし全会一致で反対決議をし、県知事に提出した建設反対に関する意見書（1982年6月15日付）には、この間の市民の不安や恐怖感にじみ出ている。

#### (5) 医師会等専門機関の否定的あるいは消極的関与

地元の医師たちが、医学や医療の専門家であり、地域の知識人たる医師会の姿勢や発言は、賛成であれ反対であれ、住民に対して大きい影響力をもつことが予想される。

X市医師会のとった立場や役割についての事実関係は明かでない。しかし、反対運動に医師会あるいは医師たちが何らかの役割を果たしたという指摘は多い。少なくとも、特定の医師が精神障害者の危険性を自分の患者に話していたという「噂」が流れていたのは事実であろう。噂であっても、医師の言動が住民に伝えられる影響は少なくないと考ええる。

医師会が専門的な立場から住民に理解を求めるための積極的な役割を果たせなかったことは言うまでもない。加えて、保健所、社会福祉協議会、障害者団体（当事者組織）など、関連する諸機関・団体についても、本事例では関与が認められない。本来なら、これらが障害者のニーズを代弁し、住民の動きを牽制する役割を果たすことが期待されるが、それが機能しなかったことも本事例の特徴と言えよう。

#### 2) 本事例の位置づけと要因の普遍性

本地域事例では、建設反対運動がしばしば報告される大都市近郊新興住宅地域における障害者施設に関する事例<sup>16,9)</sup>の一つとして、精神障害者施設の場合を詳細に検討した。また、このような事例の性格に加えて、マスコミ各社が取り上げるようなパニック的な住民の反応が発生した点や、行政や医師会の対応に関してさまざまな噂が流れた点、住民のコミュニティづくり運動との関連などで際だった特徴を有していた。これらは本事例に特有な現象ではあるが、精神障害者施設と地域住民のコンフリクト事例の発生に関わる諸要因、特に住民側の要因が、事例の特殊性ゆえに顕在化し、典型的に現れたものと考えられる<sup>9)</sup>。

本研究では、設置者側の地域への働きかけ、障害者等との接触体験、住民の障害者に対する受け入れ姿勢、住民の地域観やコミュニティづくり意識、地域の社会・経済・文化的背景という観点を中心にして事例の検討を行ってきたが、次にそれら各側面における本事例の位置づけや精神障害者施設の地域関係一般への適用可能性を、考察することにしたい（地域の背景については省略）。

##### (1) 設置者側の地域への働きかけ

一般的に、障害者施設が良好な関係で地域に定着化していくには、設置者側の熱意を持った地域に対する働きかけが不可欠である<sup>16,19)</sup>。また、その前提としては関係者が当事者のニーズをきちんと把握し位置づけておく必要がある。ニーズに対する理解がなければ、地域住民に対しても説得力を持つ働きかけができないからである。

本事例においては、施設の誘致と返上の動き双方には政治的な意図が見えかくれていた。他方で、X市側の精神障害者のニーズ把握はきわめて不十分なものであった。施設設置に関する情報が計画段階で漏れたのも、そのようなX市の安易な姿勢が反映している。もしX市側から意図的な情報漏れがあったとすれば、この種の事例としては特殊なものである<sup>17)</sup>。この事実関係は明かでないが、障害者施設の設置が政治的な駆け引きに利用されること自体、X市の熱意のなさやニーズに対する無関心を裏付けるものである。

X市の熱意に欠ける姿勢は、誘致を進めた市長に象徴的に現れる。彼は、住民の反対運動の前に、

住民を説得することもなくすぐに返上を決めてしまったのである。

一方、専門職集団は、時に施設設置者側の立場に立つ<sup>16)</sup>。しかし、医師会が反対運動の火付け役になったという噂があるくらい、誘致に対しては消極的であり、反対運動が起こっても住民に理解を求める動きは取らなかった。これは、他の専門職集団も同様である。

地域のコンフリクトに限らず、「紛争」というと利害が対立する双方の当事者が存在する<sup>5,24)</sup>。しかし、本事例ではコンフリクトの片方の当事者が存在しないか、登場しない状態といえる。施設設置に対する行政側の熱意のなさは一般的な傾向かも知れないが、X市の対応はあまりにもおごなりで当事者性に欠けている。本事例は、このような特殊な状況下で発生した住民の反応と見るができる。

## (2) 障害者等との接触体験

すでに触れたように、年齢的にも社会階層的にも比較的豊かな均一社会を形成している「中間層」住民たちは、体の弱い老人や障害者など社会的弱者と身近に接する機会が少ない<sup>23)</sup>。すなわち、障害者等の立場や生活を具体的なレベルでイメージできないために、十分な共感性を持てずにいると考えられる<sup>18,23)</sup>。

このような均一の地域社会は、大都市近郊の大規模分譲地域（分譲の初期）には比較的多い。すなわち本事例は、大都市圏の地域社会に共通した土壌の中で発生したと見るができる。

## (3) 住民の受け入れ姿勢

全国の地域コンフリクト事例の中には、建設準備段階で住民の反対を受け、設置が取りやめになったり、予定地を変更して設置されるものもある<sup>17)</sup>。しかし、候補地も決まっていなかった段階から次々に反対運動が発生した事例はめずらしい。

また、本事例のようなパニック的な住民の反応は全国的には少なからず報告される<sup>16,9)</sup>。しかし、それが全市的な広がりを持って波及した事例は少ない。多くの反対運動は、施設の影響が直接及び周辺自治会を中心に発生している<sup>17)</sup>。

以上のような特殊性は、繰り返し述べるようにX市の安易で熱意に欠ける姿勢によって、住民の

反発を生み反対運動に駆り立てた結果もたらされたものであることは言うまでもない。

なお、パニック的な反応が起こる場合には、施設や入居者の危険性が必ずといって住民側から主張される<sup>16,9)</sup>。本事例においても、精神障害者一般よりもさらに危険性を主張し得る「覚醒剤中毒患者専用施設」であるという噂が全市的に流され、それに対する反対を看板に掲げた運動が展開されることになった。危険性の論理を普及させる上で、F元会長が大きな役割を果たしていた。F元会長のような、特異なコミュニティ・リーダーの存在、およびその意識と行動が本事例の場合には重要と考えられる。

## (4) 住民の地域観、コミュニティづくり意識

全国調査の結果<sup>17)</sup>では、地域とのコンフリクト事例は首都圏や近畿圏の大都市圏、特に首都圏に集中していた。すなわち、伝統的なコミュニティが残っている土地では、このようなコンフリクト事例は発生しにくい。本事例でも、旧住民の居住地には噂が伝わっていたようだが平穏であり、反対運動は新住民居住地に限定されていた。加えて、その反対運動が、新地区のコミュニティづくり運動に強く結びついていたという特徴がある。

大都市近郊で反対運動が発生する時には、「地価が下がる」という反対理由がしばしば登場する<sup>6,17,21)</sup>。これは次の二点で注目される。すなわち、そこが土地の価値が問われる地域であること、施設建設が地価の下落につながる「迷惑施設」との認識がある点である。

特に大都市部では土地は極めて貴重な財産である。加えて、「水や緑」といった良好な生活環境は、その土地の価値を高めるものと認識されている。そのような土地と環境を、ようやく手にいれた新興住宅地に住む「中間層」住民にとって、自分たちの資産価値を保とうとする要求はごく自然なことかも知れない。それを自治会ぐるみで行おうとしたのが本事例の特徴といえる。これは、すなわち一つのコミュニティづくり運動と見ることが出来よう。しかし、障害者施設反対運動の場合には、施設に生活する障害者を地域の住民と見なさず、彼らを排除して財産や環境を守ろうとする運動であるという点で、言葉の本来的な意味にお

ける「コミュニティづくり」とは異なっている<sup>22)</sup>。

本事例においては、そのような「コミュニティづくり」の一環として施設排除を行おうとする動きが顕著に現れている。しかしこれは、先ほど述べた理由で、大都市近郊の新興住宅地には多かれ少なかれ発生し得る可能性を持った現象と言える。本事例で「コミュニティづくり」として施設排除が行ったことが顕在化したのは、一般住民側から見ても一方的な押し付けや利他的な迎合政策と映った、X市の熱意なくおごりな姿勢がまず発端として存在し、加えて地域にF元会長という個人的で強力なコミュニティ・リーダーを得て、彼が精力的に運動を展開した結果といえよう。そして、F元会長の存在は「中間層」住民の「コミュニティづくり」の過程の中で必然的に生み出されてきたと見ることも可能だ。すなわち本事例は、施設設置者側の対応如何によっては、このような地域では一般的にも起こり得る事態であったといえることができる。

こうした新興住宅地域住民の中にも、ことばの本来の意味における(交流型、支え合い型)の「コミュニティづくり」を望むものも少なくないことに注意が必要である<sup>23)</sup>。施設建設がそれら住民のニーズに合致した形で進めうることは、地域関係を良好に築いて来たいくつかの事例が教えている<sup>16,20)</sup>、施設設置者側は、障害者のニーズを十分に認識して住民にそれを訴えるとともに、住民側との話し合いの中で決して施設本位ではない、地域住民のニーズに合致した施設づくりを行う必要がある。その際、住民側にある「交流のニーズ」「支え合いのニーズ」をよく汲み取り、あるいは喚起して、施設建設がそのような機会の提供に役立つことを認識してもらい、少しでも理解者を増やしていく努力が必要であろう。

#### 4. ま と め

以上、障害者施設と地域住民との社会的コンフリクトの特徴を詳細に検討するために、反対運動がしばしば報告される大都市近郊の新興住宅地域における障害者施設の事例として、精神障害者施設の場合を分析した。

調査は、本事例に何らかの関わりを持った人々

を情報提供者とする聞き取り調査によって行った。同定した一次資料は、その資料的価値を重視し、ヒヤリングレコードに可能な限り加工を加えず提示し分析した。

その結果、対象地域の地域活動は活発であり、「コミュニティづくり」の一環として施設排除が行われていることが示唆された。本事例は、政治的駆け引きの中で誘致と返上が決まったという噂が流れるなど、施設設置者側の対応に多くの問題点が認められたが、この特殊性ゆえに、大都市近郊の新興住宅地域住民のコミュニティ意識・生活意識が典型的に現れたものと考察できた。

本研究は、国立精神・神経センター精神保健研究所特別研究「心の健康についての国民意識に関する調査研究」(昭和62年～平成元年度)の一環として行ったものである。

#### 文 献

- 1) 赤坂憲雄：排除の現象学。洋泉社、東京、1986。
- 2) 朝日新聞：宙に浮く精神科救急センター。1982、7.21(朝刊)。
- 3) 某県X市：市政要覧。1988。
- 4) 月刊かっぱしんぶん：“自治独歩”のコミュニティ—Y自治会長に聞く—。1982、5.9。
- 5) 濱島朗、竹内郁郎、石川晃弘編：社会学小辞典、有斐閣、東京、1977。
- 6) 加登田恵子：障害者の人権と市民理解。(一番ヶ瀬康子、佐藤進編：障害者の福祉と人権、238—266、光生館、東京、1987)。
- 7) 毎日新聞：救急精神病院は困る。毎日新聞千葉版、1982、3.7(朝刊)。
- 8) 見田宗介：「質的」なデータ分析の方法論。(見田宗介：現代日本の精神構造；184—202、弘文堂、東京、1965)。
- 9) 中村佐織、大島巖：心身障害者総合相談所と精神障害者のデイセンターの設立に対する地域住民の対応。(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書、精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究、1991)。
- 10) 奥田道大：都市コミュニティの理論。東京大学出版会、1983。
- 11) 大野智也：障害者はいま。岩波新書、東京、1988。

- 12) 大島巖：研究のねらいと視点。(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書，精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究，1991)。
- 13) 大島巖：精神保健法と社会的リハビリテーション。社会精神医学12：123—130，1989。
- 14) 大島巖：精神障害者が利用する作業所のおかれている現状と今後の展望。臨床心理学研究25：36—46，1988。
- 15) 大島巖，荒井元傳，寺田一郎：精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題(第1報)。病院地域精神医学99：158—169，1991。
- 16) 大島巖，中村佐織，山崎喜比古他：障害者を包み込んだ保健と福祉のコミュニティづくりに関する調査研究—福祉施設や精神病院の社会化・開放化と周辺住民の受け入れ姿勢。(園田恭一(代表)：保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究。昭和62年度文部省科学研究費補助金研究成果報告書，東京，1988)。
- 17) 大島巖，上田洋也：精神障害者施設と地域住民間に生じたコンフリクト(地域紛争)の発生状況とその要因—都道府県レベルで把握された地域問題事例の全国調査から。精神保健研究3：101—122，1990。
- 18) 大島巖，山崎喜比古，中村佐織，小沢温：日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観—開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から。社会精神医学12：286—197，1989。
- 19) 大島巖，和田修一：精神障害者が利用する作業所の設立運営と地域社会の受け入れ姿勢—全国の作業所を対象とした調査の結果から。福祉展望6：71—81，1988。
- 20) 小沢温：バザーを介して地域にとけ込んで入った施設。(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書，精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究，1991)。
- 21) 小沢温：東京都・神奈川県における小規模作業所と地域との関わり。(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書，精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究，1991)。
- 22) 園田恭一：現代コミュニティ論。東京大学出版会，1978。
- 23) 上田洋也，大島巖，山崎喜比古，椎谷淳二：精神障害者施設とのコンフリクトを経験した地域住民の精神障害者観。(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書，精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究，1991)。
- 24) 和田修一：コンフリクトを生み出す社会的要因と解決プロセス(国立精神・神経センター精神保健研究所編：特別研究報告書，精神障害者施設と地域住民のこれからの関わり方に関する実証的研究，1991)。
- 25) 全国精神障害者家族会連合会：全国社会資源名簿。全家連，東京，1990。

#### Abstract

We made a community case study to describe minutely the feature and the factors of the social conflict between the disabled's institutions and the general inhabitants. The case occurred in 1982 among general inhabitants who were against building the Public Psychiatric Emergency Center in a new satellite town of Tokyo. We discussed the factors of the case from the perspective of inhabitants' perception of the community and their community movement.



【原著】

## 境界型人格障害の追跡結果と家族遺伝歴

町 沢 静 夫\* 佐 藤 寛 之

抄録：DSM-III-Rに基づいて診断した64名の境界型人格障害の平均4年の病状経過をGAS (Global Assessment Scale) および我々が作った経過尺度で調べた。境界型人格障害の病状経過はGASでは分裂病とほぼ同じレベルであった。我々の作成した経過尺度では分裂病と境界型人格障害はほぼ同じ傾向にあった。しかし境界型人格障害は大うつ病、不安障害よりも明らかに経過は不良であった。第一度親族の遺伝歴は「境界型人格障害の疑い」の率が17.2%、大うつ病12.5%と高いものであった。しかし遺伝負因は幅広く、境界型人格障害の遺伝的一貫性を主張するにはなお躊躇せざるを得ない。しかし他の精神障害を合わせた遺伝負因全体は極めて多い(42.25%)。環境因としての家族の親子分離(15才まで)は10.9%、家族内混乱も28.1%と顕著に高い。また見捨てられ感が経過を悪くする要因として認められた。遺伝と環境の要因が共に重要であった。

精神保健研究 37; 119-126, 1991

**Key words:** *borderline personality disorder, follow-up studies, genetics*

## 1. はじめに

私達は境界型人格障害の研究を始めて6年経過している。最初にDSM-III-Rで言うところの境界型人格障害の診断の信頼性をまず追求した。今なお境界型人格障害の生物学的な研究、特に遺伝や脳内アミンの研究や治療効果、及び予後が明かではなく、診断の妥当性は必ずしも得られているとは言えない。しかし診断が症状として一貫性や同質性を有するかという面での診断信頼性の確認はまずは重要なことである。我々はまずH.R. Conte<sup>9)</sup>が見いだしたボーダーライン・スケールと

Outcome and Family Prevalence of Borderline Personality Disorder.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shizuo Machizawa and Hiroyuki Sato: Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

いうものを日本語に訳し、心理学的測定法に基づき日本人に適用可能なものとした。それをDSM-III-Rの診断基準に従って境界型人格障害、分裂病、大うつ病、不安障害、それに正常群を加え、この五つの群をボーダーライン・スケールを使って比較した。これによってこのボーダーライン・スケールは境界型人格障害を極めてよく判別することが分かり、ボーダーライン・スケールの信頼性が認められると同時に逆に境界型人格障害の診断分類もかなりまとまりを有していると考えられた<sup>11)</sup>。さらにこのボーダーライン・スケールを手段として境界型人格障害の分析をすすめた。それによってある側面からみると、境界型人格障害は診断カテゴリー上分裂病と大うつ病の中間に位置するものであった。しかもやや大うつ病よりではないかと考えられた<sup>12)</sup>。さらにまた、境界型人格障害の下位分類の作成を試み、因子分析とクラスター分析の結果が抑うつ気分優位型と自己脆弱性優位型に分けられた。つまり单相性うつ病により近いタイプと分裂病圏にやや近いタイプに分けられる



と考えられた。この分類では患者はやや抑うつ気分優位型の方が多いことがわかった<sup>13)</sup>。その他臨床的検討からO.F. Kernbergら<sup>7)</sup>の主張するsplitting(分裂機制)というものは必ずしも境界型人格障害に特異的とはいえないものであり、分裂病にもかなり認められるものであることがわかった<sup>12)</sup>。J.F. Masterson<sup>9,10)</sup>のいう「見捨てられ抑うつ」に関してはかなり特異的にボーダーライン・スケール上でも、臨床研究でも認められた。しかしそれは年齢が高くなるほど「見捨てられ抑うつ」が強いという結果となり、primaryな症状というよりsecondaryな症状の可能性が高いと考えた<sup>11)</sup>。Masterson<sup>9)</sup>が言うような2,3才の頃の分離不安から「見捨てられ感」が生じるのだという仮説に疑問を呈したのである。今回我々はこのような境界型人格障害の人達64名の経過と家族遺伝を調べることによって、境界型人格障害の診断的妥当性及び遺伝因を追求しようとした。さらに家族歴を詳細に知ることによって環境因を探る試みも行なった。

なお境界型人格障害の64名のうち、49名にボーダーライン・スケールを実施することが出来、それによる分析も行なった。

## 2. 対象と方法

DSM-III-Rに従って境界型人格障害者数64名、(平均年齢24.0, SD=5.7), 分裂病30名、(平均年齢27.3, SD=6.2), 大うつ病19名、(平均年齢28.4, SD=6.4), 不安障害18名、(平均年齢28.6, SD=7.6)を選んだ。境界型人格はできるだけ合併症のないものを心掛けたが大うつ病や不安障害の症状を一部有しているものが大多数である。

平均年齢は境界型人格障害だけが有意に年齢が若くなっているが境界型人格障害はその発症のピークは20才前後に集中しているからと考えている。分裂病、大うつ病、不安障害群はそれに比し20才を越えたところに一般に発症ピークがあるものである。年齢を揃えるよう配慮したが、年齢に関しては充分統制することは出来なかった。

初発時よりの経過年数については、境界型人格障害の平均値は4.3年、(SD=2.3), 分裂病4.0、

表1 疾患群別平均年齢

		BPD	分裂病	大うつ病	不安障害
男性	平均	24.6	26.8	26.4	28.1
	SD	4.8	6.3	8.6	8.2
	人数	14	18	5	12
女性	平均	23.9	27.3	29.1	29.5
	SD	6.0	6.3	5.7	6.9
	人数	50	12	14	6
全体	平均	24.0	27.0	28.4	28.6
	SD	5.7	6.2	6.4	7.6
	人数	64	30	19	18

表2 疾患群別経過年数(発病時点より)

		BPD	分裂病	大うつ病	不安障害
平均	(年)	4.3	4.0	3.3	3.8
	SD	2.3	2.0	1.0	1.6

(SD=2.0), 大うつ病は3.3年、(SD=1.0), 不安障害群3.8年、(SD=1.6)となっており、これは有意差はなかった。患者の現在の症状および生活機能の総合的な経過尺度として、Global Assessment Scale (GAS) (Spitzerら)<sup>4)</sup>を使用した。これによって境界型人格障害及びその他の三群の経過のレベルを比較すると共に諸外国のレベルとも比較した。次にボーダーライン・スケールを実施することの出来た49名のGASの結果とスケールの分析を調べた。それによって因子分析によってえられた各因子<sup>13)</sup>ごとの比較も行った。さらにGASとは別に初発時からみた経過尺度を考えた。そのカテゴリーは以下のごとくである。

1. 治癒 (3年以上症状なし。生活は普通レベル、通院服薬なし)
2. 寛解 (3年間時々不安定になるが通院の必要はない)
3. 軽快 (入院なし。外来治療3年以上継続。軽快している)
4. 不変 (3年間以上外来通院。時に悪化し入院もある)
5. 悪化 (3年間以上主に閉鎖病棟での看護が必要。外来では不十分な段階。自殺未遂頻繁)。

この5つのカテゴリーに境界型人格障害の患者の経過のみならず、分裂病患者、大うつ病患者、不安

障害者の経過をあてはめた。

次に境界型人格障害64名全体の家族遺伝歴、つまり彼らの兄弟、親、子供といった第一度親族の精神障害の遺伝の有無を調べた。分裂病、大うつ病、不安障害、アルコール依存症、境界型人格障害、反社会的人格障害などである。遺伝についてはこれは患者の病歴をとった段階で調べたものであり、直接親から知り得たのはおよそ80%で、20%は患者本人から第一度親族についての病歴を聞いて推測したものである。大うつ病、分裂病、反社会的人格障害についてはかなり明確な診断が可能であったが、境界型人格障害については約半分は正確に診断出来ず、境界型人格障害全体を傾向としてまとめた。さらに遺伝ではないが、親子分離の有無、及び離婚率、自殺未遂率、あるいは境界型人格障害の女性における食行動異常の割合などを調べた。

### 3. 結果

境界型人格障害とその他の三群とのGASの得点の比較を行なった。この場合すでに方法のところで述べたが、年齢に関して境界型人格障害は有意に他群よりも若い年齢であり、それを考慮した上で結果を解釈すべきである。

GASの平均得点では境界型人格障害は

62.0 (SD=26.1)、分裂病は55.6 (SD=21.7)、大うつ病は89.9 (SD=15.6)、不安障害群は90.1 (SD=13.6) であり、境界型人格障害はうつ病や不安障害に比べ明らかに有意 ( $p < 0.5$ ) にGASの得点は低い。つまり経過は不良である。しかし境界型人格障害と分裂病の比較では、数字の上では境界型人格障害の方がやや良いのであるが、統計的学検定では有意差はなくほぼ同じものという結果であった。

GASでは境界型人格障害は分裂病と同じ経過見なされたが、経過尺度の5つのカテゴリーをみ

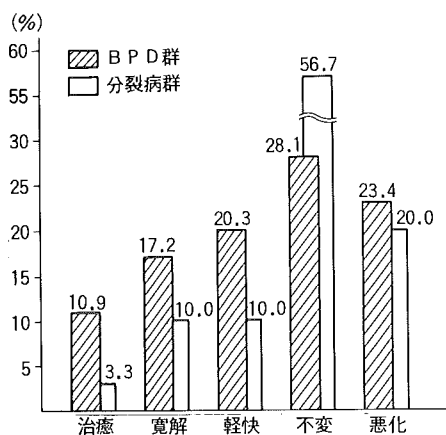


図1 BPDと分裂病の経過評価

表5 BPD群のBSI尺度得点

GAS得点範囲 人数	45点以下 14	46~79点 21	80点以上 14	全体 49	分散分析 F(2.46)
BSI総得点	33.3a (5.7)	33.9a (6.5)	28.1b (8.0)	32.1 (7.2)	3.26*
I 絶望感・無力感	6.1 (1.8)	5.8 (2.1)	4.8 (2.7)	5.6 (2.3)	1.28
II 同一性障害	4.3 (2.2)	4.1 (2.1)	4.1 (1.8)	4.1 (2.1)	0.05
III 見捨てられ感	5.9a (2.0)	6.0a (1.7)	4.1b (2.8)	5.4 (2.2)	3.67*
IV 孤独感・低い自尊心	3.4 (1.5)	4.2 (1.1)	3.5 (1.5)	3.8 (1.4)	1.62
V 精神病的傾向	1.6 (1.1)	1.7 (0.8)	1.6 (0.9)	1.6 (1.0)	0.06
VI 達成動機の低下	3.6 (1.3)	3.2 (1.5)	2.7 (1.2)	3.2 (1.4)	1.28

Scheffeの対比法でa, b群間に5%水準で有意差あり。

ると分裂病者では不変が56.7%と極めて高く、悪化は境界型人格障害と分裂病者はほぼ同じで約20%であった。又治癒、寛解、軽快は境界型人格障害の方が率が高いが有意差はなかった。

またボーダーライン・スケールを施行出来た49名の境界型人格障害の人々のスケール総得点とGASの関係を調べてみた。まずGASの得点を46点以下の群と47点から79点までの群、80点以上の群の三群に分けて、それぞれのボーダーライン・スケールの得点の比較を行なった。このGAS三群に分けた比較の分散分析を行なうと有意差が5%水準で認められた。さらにボーダーライン・スケールの因子分析で、「見捨てられ感」と命名した因子の各項目の平均値とこのGASの三群の分散分析を行なったが、これにおいても5%水準で有意差が認められた。その他の因子は例えば第一因子の「絶望および無力感」、第二因子の「同一性障害」、第四因子の「孤独感、低い自尊心」、第五因子の「精神病的傾向」、第六因子の「達成動機の低下」には有意差が認められなかった。つまり第三因子の「見捨てられ感」のみが有意差が認められたのである。またGASとこの第三因子の「見捨てられ感」の相関係数は-0.295であり、t検定において5%の有意水準で有意差が認められた。つまり見捨てられ感が強い程、経過が不良となる

遺伝歴

第一親族の遺伝歴について調べると、境界型人格障害64名(男14名、女50名)うち大うつ病は8名(12.5%)、分裂病2名(3.1%)、不安障害6名(9.4%)、アルコール依存症5名(7.8%)、反社会的な人格障害2名(3.1%)、境界型人格障害の疑いは11名(17.2%)である。同一患者家族に異なる疾患が合併しているケースがみられた。例えばアルコール依存症とうつ病、あるいは分裂病と大うつ病などである。境界型人格障害の患者の精神科疾患の遺伝歴全体をみると、少なくとも一つの精神疾患を第一度親族に有する者は64人中27名、つまり42.2%の人がなんらかの精神障害の遺伝歴を持っていることが判った。その他親子分離(15才まで)は7人で10.9%、そのうち母子分離は4名で6.3%。MastersonとMahler<sup>9)</sup>らが主張する2才

前後の母子分離は3人で4.7%であった。また家族になんらかの離婚や家族内離婚のような混乱が見られると判断した家庭は18名で28.1%であった。また離婚率は9.4%であった。その他境界型人格障害のうち自殺未遂率37人で57.8%であった。また境界型人格障害の女性のうち、食行動異常を示したのは9例で18.0%であった。また我々が提案した<sup>13)</sup>下位分類、つまり自己脆弱性有意型と抑うつ感情有意型に属するボーダーライン・スケールの項目の平均得点とGASの平均点との差を調べたが有意差は認められなかった。

#### 4. 考 察

今までの境界型患者の経過をGASによって他の患者と比較してみた。経過年数は発症してよりほぼ全疾患4年前後のものであった。年齢はボーダーラインがやや若くこの点を考慮しなければならない。経過の尺度であるGASに従えば、GASの得点が高ければ機能、および症状レベルは軽快しているのであるが、そのGASの値が一番低いのが、分裂病の59.03であり、その次は境界型人格障害の62.19、うつ病は92.17、不安障害は90.44であった。これを見る限り我々のデータは境界型人格障害の経過は分裂病に極めて近いものであった。実際分裂病と境界型人格障害のGASには有意差は認められなかった。このようなデータは2年の経過観察で比較したJ.G. Gundersonら<sup>5,6)</sup>のデータ、さらにW.T. Garpenterら<sup>2)</sup>の5年経過データ、H.G. Popeら<sup>17)</sup>の4-7年のデータなどと軌を一にしているものである。しかしT. McGlashan<sup>14,15)</sup>の15年(2-32年)の経過では境界型人格障害は感情障害とほぼ同じ予後水準にあった。これはまたE. Plakumら<sup>10)</sup>の14年の追跡調査でも同じことであった。このようなデータをみると7年ないし5年経過位まで、だいたい境界型人格障害の経過というものは分裂病に匹敵するものだということが分かる。しかし経過年数が10年過ぎるとなると、McGlashan、ないしPlakumらのように境界型人格障害はやや感情病圏よりの経過レベルに近くなる。つまり分裂病よりも経過は感情病圏よりの方向に向かってくると考えられるかもしれ

ない。このことは、Gunderson<sup>9)</sup>も考察していることである。また境界型人格障害のGASの値そのものを欧米と比較してみると、退院2年後のGASの報告をL. Tuckerら<sup>21)</sup>がしているが、これによると56.50 (SD=12.38) となっている。我々のデータはこのGAS値よりもやや高いところにある。他方、14年後のPlakumらの追跡調査でのGAS値は純粋な境界型人格障害のGASの値は67.6 (SD=13.3) となっているが、我々のデータよりは多少よいところにある。これはPlakumらの追跡調査の年数が我々の調査より長いからと考えられよう。ともあれ値そのものは欧米とそう異なるものではないようだ。

ところで我々のこの64人の境界型人格障害の経過について治癒、寛解、軽快、不変、悪化と分類してみた。一番多いものは不変であり、28.1%であり、次に多いのは悪化で23.4%、その次は軽快の20.3%というデータがでてくる。不変ないし悪化がおよそ半分占めているということになるものであり、予後はあまり良いことをこの分類でも示している。分裂病では不変が56.7%と境界型人格障害より圧倒的に高く、悪化は20.05で境界型人格障害と余り代わらない。境界型人格障害にあっても不変が一番多いということは、境界型人格障害というものが、ある程度一貫してこの症状を定することを示し、境界型人格障害という診断カテゴリーのある程度のまとまりを示しているものであろう。

次に遺伝についてであるが、第一度親族での遺伝を見る限り、一番多い遺伝は境界型人格障害の疑いはおよそ17.2%の高さであり、その次は大うつ病の12.5%が際だって高いものであった。今までアメリカのデータでも家族歴で一番多いのは境界型人格障害であるとする研究がある一方、多くの研究者は感情病、特に单相性のうつ病が多いとするものが圧倒的に報告されている。その意味でも我々の結果はアメリカでのデータと一致するものである。境界型人格障害の家族歴に境界型人格障害、及びその傾向の人格が多いというデータはA. Lorangerら<sup>9)</sup>が示している。それによると11.7%となっている。我々はこのデータより高く、17.2%の高さであるが、これは我々が当該人物と

直接面接できることが少なかったので、境界型人格障害と確診できず疑わしいとしたのでやや多くなっているように思われる。またLorengrerら<sup>8)</sup>は单相性の感情障害は6.4%、P. Solloffら<sup>19)</sup>は8.7%としているが、我々のデータの方この点では12.5%と多いものであり、むしろM. Stoneら<sup>20)</sup>の14.1%に近い。H. Akiskal<sup>1)</sup>では17.0%という数字を出しており極めて高い。また、我々のデータでは分裂病は3.1%であり、反社会的な人格障害も3.1%となっている。我々のデータは分裂病に関してはP. Solloffら<sup>19)</sup>の2.6%に近いが、反社会的な人格障害は彼らでは7.0%と我々のデータより高い。一般にアメリカの方が反社会的な人格障害が多いことは想像できることである。また、参考に我々の分裂病者群の中での分裂病家族歴は13.3%と境界型人格障害の分裂病の家族歴よりは明らかに高い。概して、我々の遺伝データはうつ病、境界型人格障害に関しては欧米のデータに近いものやや高いところに位置しているように思われる。しかし分裂病の遺伝に関してはあまり差はないようである。さらに反社会的な人格障害については、我々のデータの方がSolloffらよりも、あるいはPopeらのデータに比べても少ないのである。

このようなデータを見る限り、境界型人格障害の第一度親族の遺伝は境界型人格障害を中心にして大うつ病を抱き込んだ遺伝が一番多いものようである。経過に関して言うならば、分裂病に近いところにあるものの、(特に10年位までの経過に関してならば) 遺伝そのものは分裂病が少ないことは意外であった。むしろ境界型人格障害とうつ病という感情病圏よりの精神障害が強く、遺伝的影響力を持つと思われる。精神障害を少なくとも一つ有する第一度親族を持つ率は64人中27人ということで、42.2%という高さであり、これは他の疾患と比べてみても極めて遺伝歴の高いものである。しかもその遺伝歴が偏っていたとしても多くに広がっているのも特徴である。

自殺未遂率は極めて高いものであり、64人中37人、つまり57.8%という数字は境界型人格障害の特徴を極めてよく表している側面であり、大うつ病の自殺未遂率よりも高い。実際自殺して死亡してしまった人は2人であり、3.1%となっている。

女性境界型人格障害のうち20%に食行動異常がみられた。拒食が主であるが過食も時に繰り返す者が多かった。食行動は衝動的行動であると共にうつ気分と深く関係しているものであるようだ。

次に親子分離の問題を論じてみると、2才前後の再接近期に母との問題が境界型人格障害と関係があるとするMahler, およびMastersonら<sup>9)</sup>が理論上主張する。実際親子分離はその前後に多いものと思われている。しかしながら2才までの母子分離というものは我々のデータでは、64人中3人で4.7%とけっして高いとは言えない。しかし他の疾患では全くないことと比べると、注目されねばならない。また15才までの親子分離を計算してみると64人中7人、つまり10.9%という高さであり、これも他の疾患がほぼ0%と比べると極めて無視できない数字である。そのうち母子分離は4人で6.3%である。少なくとも母と子の分離が極めて大きいとまで主張することは出来ないが、親子の分離が極めて頻繁にみられるということが主張出来る。但しそれは2才前後といったようなものではなく、15才までを含むものである。また親子分離する患者の年齢もほぼ公平にその年齢まで広がっているものである。また親の離婚率は64人中6人で、9.4%と多いのも特徴である。家がなんらかの混乱を示し、安定感を欠いていたと予想される家庭は、18ケース、つまり28.1%の高率でみられる。混乱している家庭を厳密に定義しているものではないが、本人の訴え、及び親から得た情報から考えた我々の判断である。このように親子分離の多さ、あるいは離婚の多さ、さらには家庭の混乱の多さというものを考えるならば境界型人格障害の衝動性、あるいは自己の脆弱性というものは家庭そのものの混沌さ、あるいは親ものの混沌さと極めてよく対応しているように思われる。

ある女性の例では両親のトラブルが乳幼児期から極めて多く、父親の暴力もひどく、そのため母は患者を連れ何度も家出したという。子供が一応高校を出た時点で両親は離婚している。この患者は見捨てられ感情が極めて強く、恐慌性障害の部分的症状も併発していた。

また男女比であるが、一般に女性の方が多いと言われているが、我々のデータでは男女比およそ

1:3であり女性の方が多い。しかし我々はボーダーライン・スケールを使いほぼ千人の調査を行った<sup>11)</sup>。年齢は17才から60才に及ぶものであった。その結果スケールの得点には男女差はなかった。従って我々の予想では、本来境界型人格障害の発症には男女差はないものであり、むしろ女性の受診のしやすさ、あるいはまた男性が行動化によってうつ気分を防衛しているので受診率が低いのではないかと想像している。

境界型人格障害49名のボーダーライン・スケールのデータを因子分析して得た6つの因子のうち、「見捨てられ感」のみがGASと逆相関していた。つまり「見捨てられ感」というものが、境界型人格障害の経過の悪化と関係していることを示すものであったことは注目される。我々が「見捨てられ感」と呼んだ質問項目は「他人は私に失望している」、あるいは「私は周囲の人や物事から何時も見放されている気がする」、「他人は私を物のように扱う」、「誰も私を好きにならない」といった項目が負荷量の高いものであった<sup>13)</sup>。この意味でMasterson<sup>9,10)</sup>が主張した境界型人格障害にとって中心的な感情は「見捨てられ感情」であるといったことはあながち不当ではないと考えた。我々のデータにあっても「見捨てられ感」というものはボーダーライン・スケールの反応率をみても極めて高いものであった。例えば「私は周囲の人や物事から何時も見放されている気がする」という典型的な「見捨てられ感」というものは日本では境界型人格障害の63%の人が「はい」と答えているものであった。

しかし「見捨てられ感」というものは既に我々が以前に論じたように、年齢が高くなるにつれて多くなるということを考えるならば、二次的な感情と考えられる可能性がある。つまり不安定で衝動的なために職業上、対人関係上さまざまな障害が受け、その結果実際に人に見捨てられていることを繊細に感知しているとうふうに考えられる可能性がある。しかし今回のデータは親子分離が多いということ、家族の混乱が多いということを見ると、誰かに見捨てられという感情が一次的にも生じ得ると類推出来るものである。つまり第一的に生じている見捨てられ感情と、さらに対人

関係の障害、達成能力の低下などから二次的に実際に生じる見捨てられ感情の両方みられ、加算され一層見捨てられ感情を強いものにしていてと考えられる。

なお境界型人格障害の内的メカニズムとして Kernberg<sup>7)</sup>は「良い—悪い」の対象関係、splittingを主張しているが、我々にはこのメカニズムは分裂病にも見られ、境界型人格障害に特異的とは考えなかった。この点KernbergとAPA (1991)にて話し合ったが、Kernbergはこのsplittingは分裂病にも境界型人格障害にも同じ程みられることを認めた。自己感 (sense of self) が両者ともかなり深く障害されていることをこのsplittingのメカニズムの存在で知ることができよう。

またMastersonは境界型人格障害を分離—個体化の障害に基づく障害によって成熟停止が生じていると述べている。<sup>9,10)</sup>しかし我々の今までの64名の経験からすると、成熟が停止したというよりも思春期頃にある強いストレスが加わり、分離不安のレベルまで退行し、従って急速に症状を呈するように思われた。それは人格障害というよりもDSM—III—RのAxisIに属する精神障害が「発病」したというニュアンスに近いものであった。人格障害では「発病」という言葉は適切ではないからである。この点Mastersonと1991年のAPAで個人的に話し合ったが、Mastersonは退行及び発病という考えを認めなかった。

Mastersonが主張する分離不安—見捨てられ感情 (抑うつ) については我々も充分確認している。しかしMastersonらが主張する2才前の再接近期の分離—個体化の時期、つまり15—22ヶ月の頃に何らかの障害が加わり固着するという考えについては確かめようがないが、2才前後の母子分離は余り多いとはいえなかった。しかし15才までの親子分離の多さ、親の離婚率の多さ、さらに家庭の混乱の多さは母子との分離不安や安定した自己同一性の確立に不利な条件であることは確かである。

境界型人格障害の遺伝は境界型人格障害が一番多く、次いで大うつ病であった。しかし多くの精神障害が混入していた。

このようにまとめてみると境界型人格障害の中核は、感情と行動の調節障害と同一性障害であり、

さらに感情障害の中核は分離不安を中心とする見捨てられ感である。さらに脆弱性として多彩な精神障害の遺伝負因と劣悪な家庭環境や親子分離を有している。そして多くは思春期のストレスによって「発病」することが多いと考えている。

従って境界型人格障害は人格障害とするよりも「症候群」ないしDSM—III—RでいうところのAxisIあるいはAxis I と AxisII の中間に位置すると考える方がよいと思われる。今後さらにこの点の追求が必要であろう。

#### 文 献

- 1) Akiskal, H.S.: Subaffective disorder: dysthymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatric Clinics of North America* 4:25-46, 1981
- 2) Carpenter, W, T. Jr. & Gunderson, J.G.: Five-year follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients *Comprehensive Psychiatry* 18:567-571, 1977.
- 3) Conte H., Plutchic R., Karasu T. et al.: A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *J Nerv Dis* 168:428-435, 1980.
- 4) Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.F., et al: The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 33:766-771, 1976.
- 5) Gunderson J., Carpenters W., & Strauss J.: Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry* 132:1257-1264, 1975.
- 6) Gunderson J., Elliott G. The interface of borderline and affective disorders *Am J Psychiatry* 142:277-288, 1985.
- 7) Kernberg O.F.: The structural diagnosis of borderline personality organization. In P. Hartocollis (ed.), *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. International University Press, New York, 87:121, 1977.
- 8) Loranger A., Oldmann J., & Tulis E.: Familial transmission of DIS—III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 39:795-799, 1982.

- 9) Masterson J.F.: Treatment of borderline adolescent. (成田善弘, 笠原嘉訳)  
青年期境界例の治療, 金剛出版, 東京, 1979
- 10) Masterson J.F.: The borderline personality: Diagnosis and treatment. A developmental object relations approach. CME background article. American Psychiatric Association. 144th annual Meeting 1991.
- 11) 町沢静夫: ボーダーライン・スケールの日本人への適用—日本における境界型人格障害の診断妥当性の検討—. 精神科治療学4:889-898, 1989.
- 12) 町沢静夫, 佐藤寛之: 境界型人格障害の内的メカニズムの検討—ボーダーライン・スケール臨床体験からの分析—. 精神医学32:1179-1185, 1990.
- 13) 町沢静夫, 佐藤寛之: 境界型人格障害の下位分類の試み—ボーダーライン・スケールの数量的解析を通じて—. 精神医学33:1201-1209, 1991.
- 14) McGlashan T.: The borderline syndrome, II: Is borderline a variant of schizophrenia or affective disorder. Arch Gen Psychiatry 40: 1319-1323, 1988.
- 15) McGlashan T.: The Chesnut Lodge follow-up study III. Long term Outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 43: 20-30, 1986.
- 16) Plakum E., Burkhardt P., & Muller J.: 14-year follow-up of borderline, schizotypal personality disorders. Compr. Psychiatry 26:448-455, 1985.
- 17) Pope H., Tonas J., Hudson J., et al: The validity of DSM-III borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 40:23-30, 1983.
- 18) Sollof P.H., Millward J.M.: Developmental histories of borderline patients, Compr. Psychiatry 6:574-599, 1983.
- 19) Sollof P.H. & Millward J.W.: Psychiatric disorders in the families of borderline patients. Arch Gen psychiatry 40:37-44, 1983.
- 20) Stone M.H., Kahn E., & Flye B.: Psychiatrically ill relatives of borderline patients: A family study. Psychiatric Quarterly 53:71-84, 1981.
- 21) Tucker L., Bauer S., Wagner S. et al.: Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study, Am J Psychiatry 144:1443-1448.

#### Abstract

We have seen 64 borderline personality disorder patients for 6 years. we have analyzed their psychiatric outcomes using the GAS and family environmental variables in comparison with schizophrenia (n=30), major depression (n=19) and anxiety disorders (n=18). As for average 4 years prognosis, mean GAS score for BPD patients was not different from that for schizophrenics. But most prevalent disorders in first degree relatives of BPD patients are BPD itself (17.2%), and major depression, 12.5%. Furthermore BPD patients' family has a lot of parental separation (10.9%), parents' divorce (9.4%) and chaotic home (28.1%). Therefore we conclude that both genetic and family environmental factors are very influential in the development of BPD.

【原著】

## アルコール依存症家族の対処行動と家族システム変化

—FACESIIIの理想項目集計結果から—

高 梨 薫\* 清 水 新 二\*

和文抄録： アルコール依存症者を抱えた家族の特徴をFACESIIIの理想項目によって捉え、併せて依存症者を抱えた危機状況下の家族がどのように危機を乗り越えてゆくか探ることを試みた。危機状況下の家族はいわゆる第二次変化をむかえることによって危機を乗り越える場合があるが、そのような変化の兆しをFACESIII理想項目との関連で読みとる可能性について検討がなされた。その結果、FACESIIIにおける現実と理想の評価の喰いちがいの大きな家族は、家族システム特性上期待される変化をむかえにくいことが示唆された。

精神保健研究 37; 127-136, 1991

**Key words:** *alcoholism, faces III, family crisis, family coping, second order change*

## はじめに

アルコール専門外来クリニックにやってくる患者を抱えた家族への援助において、患者本人の断酒継続によって主訴は一応その解決を見たともいえる。しかし問題を循環的認識<sup>9)</sup>という視点から見れば、患者本人のアルコールの問題は家族内に循環的に生起してくるさまざまな要因の絡み合いの結果現われてきたものと理解することができる。この視点に立つ時、患者による断酒へのアプローチの目的は結局なんらかの形でこの循環プロセスが変化してゆくことにあるともいえる。しかし多くの場合、患者の断酒をもってしても現実には問題飲酒が始まって数年、十数年間も家族内に作用

してきた循環的因果の鎖を断ち切ることは容易なことではない。加えて短期集中のアル症専門外来クリニックにおける家族援助という条件下で、どれほどのシステム変化をそもそも期待しうるのであるかの論議もだされよう。

にもかかわらずアルコール依存症治療においては、以前より本人の断酒のみならず家族の変化をも治療目標に据えるべきことが主張されてきた。<sup>12)</sup>それは本人の断酒即家族システム変化といった連動性を想定することは現実的でないものの、それでもやはり家族システムの変化なしには本人の断酒継続はもとより、それを支え、共に生活してゆく家族員の精神保健的ケアも身を結ばないことが体験的に経験されてきたからである。したがってそうした家族システムの変化の問題<sup>9)</sup>は、理論的な関心のみならず治療活動上も当然考慮に入れておくべきひとつのポイントであることは疑い得ない事実である。本論はその端緒として、既報<sup>10)</sup>に引き続き、かような変化を考えてゆく糸口とでもいえる通院中の患者家族の家族システム特性の動きについてFACESIIIの理想項目を中心に検討を加えたものである。

Family Coping and Family System Change of Alcoholic Families: An Application of the Ideal Version, FACESIII.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

(〒274 千葉県市川市国府台1-7-3)

Kaoru Takanashi and Shinji Shimizu: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan



### 1. 治療目標としての家族システム変化

家族の変化をとりあげる場合まず発達・家族周期的に引き起こされるノーマティブな変化が考えられるが、<sup>9)</sup>本報告で関心を向けるのは、家族が“予測可能な発達段階・家族周期上にないさまざまな危機”に陥った場合現れてくる変化である。このような危機に陥った家族は、自分たち家族のあり方を大きく変えることにより危機を乗り越えようとし、あるいは別な言い方をするならば、変化することで危機への対処をとらざるを得ないところへとおいつめられてゆく。

上述したような危機を乗り越えさせるべく行う家族療法の積極的な治療援助活動の場合、要約すれば家族システムにポジティブなフィードバックを起こさせることにポイントがある。これは家族に上記の変化、R.アシュビーのいう第二次変化(Second order change)の生じるのを捉すことを意図してのものである。システム論の説明を用いれば家族システムは通常形態生成(morphogenesis)と形態維持(morphostasis)の間に均衡を保っており、必要に応じて両者の機制を加減すると捉えられ、<sup>20)</sup>援助の必要な家族はひとつには次元を異にした変化を導く形態生成の機制の発動、強化が必要とされるわけである。ただし、形態生成は危機対処において肯定的意味付けが前提となっている感もあるが、これは家族システムに不連続かつ質的な変化を迫るもので、危機を乗り越えるかさもなくば家族システム自体の崩壊、あるいは重篤な問題を抱えたままの現状維持を避けられない場合にのみ打開策として考慮されるべきものといえる。

ところでこの家族システムの形態生成、形態維持の機制については、後述するところの家族のシステム特性を評価するスケールFACESIIIとその理論的背景である円環モデルにおいて可変性軸に対応させられ評価されている。<sup>12)</sup>そしてその得点の高いものほど、より形態生成の機制が発現しているとみられる。FACESIIIを開発したD. Olsonらは危機に面した家族は一時的にFACESIIIで評価されるシステム特性を“極端”なものへとすることによって対処することがある<sup>21)</sup>としているが、可変性軸の高得点は形態生成の発現と同時に

システム特性のより偏った“極端”な方への動きを意味する。このことから、FACESIIIの評価での“極端”への動きは、その家族を一次元上がった変化へと導く連続したプロセスの一部を切り取った現象と見ることも可能かもしれない。(D. Olsonのいう現実システム特性を変化させての対処が第二次の変化を導くものであるかはまた別の問題と捉えられようが)しかし、かようにみた場合、アルコール専門外来クリニックにおいてアルコール依存症の患者を抱えた家族(以下アル症家族)の初診時現実の家族システム特性を見た場合に、およそ4割の家族が“極端”と評価されことは<sup>10)</sup>、ひとつにはそれはD. Olsonらの言うように家族自ずから危機へ対処しようとした結果なのだと理解することもできよう。夫のアルコールの問題という危機に直面した家族が現実家族システム特性を“極端”へと変化させることで対処を試みたものの、効ならずして危機を乗り越えられず、より“極端”に向かったシステム特性のまま身動きできなくなって援助を求めたきたと見るのである。

以上のようなことから論を進めると、アルコール依存症患者を抱え援助が必要な家族に対して、当初からあった危機状況をもたらした原因を取り除いてやること(患者の断酒)が肝要なのはもちろんであるが、一方で以下のようなことが考えられる。つまり、初診時“極端”と評価されたアル症家族のケースを、一時的に“極端”なシステム特性をもって対処しつつある状態をそのままそれを長いタイムスパンをもつ危機状況として抱え込んでしまったと理解する。さすればわれわれは“家族システム特性は極端よりバランスが好ましいからバランスに向かわせる”という方針からの援助でなく、“家族システムは危機下に置かれぬ限り通常もともとバランスに重心をおいたシステム特性を持つものであったはず、よってかたくなに“極端”に居座ってしまっているように見えるシステム特性を本来のバランスの方へ戻りやすくしてやる”という考え方から援助活動では家族システム特性のとり方にフレキシビリティを持たせてやる必要があるのではないか。つまり初診時の家族に対して行う援助は「かたくなに“極端なシステ

ム特性をとっている家族に、もう少し別な家族のあり方のあることを示唆し、システム特性にフレキシビリティを与えることにより変化を促すことである」とすることができよう。

問題を、現実のシステム特性が変化させようにも身動きがとれなくなっているものと仮定して押し進めればこれはまた、当初の問題が解決し危機をもたらした要因が取り除かれさえすれば、自ずからシステム特性も元に戻るものであろうと考えることも出来る。しかし、アルコールの問題を抱えた家族の多くはその問題を何年ものわたって抱え込んできているという状況がある。もはや、自力で元に戻れなくなっているからこそ援助が必要、と考えるのである。

2. FACESIIIと調査の概要

D. Olsonらによって展開されたきた円環モデル (Circumplex model)<sup>2)</sup>に基づくFACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) の第3版, FACESIII<sup>4)</sup>は、家族の可変性 (adaptability <change>) と凝集性 (cohesion) の2次元を別々に測定することにより家族の機能性を評価するものとして開発された。評価の基準は各々の次元の中庸をよしとし、両者とも中庸のとれている場合をバランスと呼ぶ。可変性概念にはシステム論の形態生成、形態維持がとりいれられている。その家族のおかれている状況如何で、可変性の程度を自在に変化出来るのを適当とし、形

態成形がありすぎても (高い可変性) 形態維持がありすぎても (低い可変性) よくないとする。可変性の得点の極端に高いものや低いものは、その家族が現在なんらかの問題を抱えているか、家族自体に問題があることを示唆するとされる。また凝集性得点も高すぎることなく低すぎることもないのをよしとする。<sup>2)</sup>FACES IIIではこれら可変性、凝集性の各次元計20項目 (理想項目をいれると40問) を総合して評価し両次元のバランスがとれており、状況に応じてある程度その得点を変化させることのできるものを最も望ましいとするものである。

評価の方法であるが、円環モデルに基づく所定のスコアリング手続きにしたがい、対象とする家族ケース群をまず凝集性軸と可変性軸から成るXY座標軸上にプロット、それぞれの次元が各4つのサブカテゴリーに分けられるため、都合16の家族システム分類が導かれる (図1)。これを家族システム特性16分類と呼ぶ。<sup>9)10)</sup>一方FACESでは図1に見られるごとく、三つの内外周円から成る円環ゾーン論を主張。D. Olsonらはこの三つの円環ゾーンをそれぞれバランス (Balanced)、中間 (In-between)、極端 (Extreme) と命名し、前述のごとくこの順に家族の機能性が高いと仮定する。

ところで既報<sup>10)</sup>ではアル症家族の援助を通じて家族に生じる変化をとりあげ、家族システムの変化、援助効果の測定を試みた。測定に使用したスケールFACESIIIは現実の家族システムと理想の

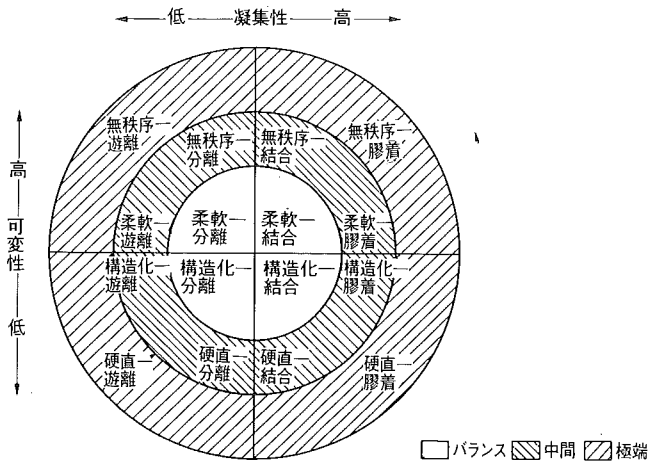


図1 円環モデル (Olson et al., 1979)

家族システムのあり方を問うているが、家族変化の可能性とその測定の関心に即し集計結果の報告はFACESIIIで捉えた現実家族システム特性についての内容に絞られた。理想項目の集計結果については触れることができなかつたのだが、アル症家族のFACESIIIで捉えた理想の家族像はといったような様相を示しているであろうか、アル症家族の変化をテーマに据えて本報告では、FACESIIIの理想項目の集計結果について見てゆきたい。

本来、FACESIIIの理想項目の利用のしかたに臨床でのフィードバックがあることはD. Olson自身が述べているところである。<sup>49)</sup>にもかかわらず、FACESIIIの理想項目は質問項目の増えることへの嫌いなどから取り上げられる機会の少ないことも事実であった。しかし、FACESIIIの臨床への有効利用を考慮するならば理想項目は現実項目に劣らぬ価値と利用の可能性をもつものといえよう。

次に調査の概要と対象家族の諸特徴について簡単に触れると、初診時(T1)とアル症者本人通院開始後約2ヶ月目(T2)の2時点調査を患者家族を対象に、1985年から1986年にわたり自計式で実施。調査し得た患者家族総数124ケースであったが、初診時(T1)のみ、あるいは逆に家族ミーティング終了時(T2)のみの調査しかできなかったケースがある。2時点調査とはいえ統計数も違い異なる集団と考えた方が危険が少なく、この集団を比較する場合をS-modeと呼び、この内T1-T2両調査共完了し、その間の変化を厳密な意味で検討できる対象家族62ケースをP-modeと呼んでいる。なお本報告の2時点比較ではすべてこのP-modeを用いた。

対象家族の諸特徴は、夫の平均年齢47.3才(SD=7.4)、平均結婚年数24.7年(SD=18.7)、家族構成は夫婦とその子どもからなる核家族5.6%、老親と同居の核家族36.1%、夫婦二人だけの家族8.2%、その他4.1%。夫の現在の職業をみると、商工サービス業(経営者または個人営業主)12.5%、その他の自営業者2.1%、管理職(経営者を除く)3.1%、専門職5.2%、技術職2.1%、販売(店員、外交員など)4.2%、技能的・労務的職業

(運転手、生産工程従事者など)29.2%、サービス業4.2%、無職37.5%となっている。初診時(S1)に離婚を「真剣に考えている」妻が7.8%、「できればと思うが、なかなか」33.3%、「考えていない」58.9%となっている。

### 3. 結果

#### 1) T1時 理想 家族システム特性/現実家族システム特性

表1-1の結果から初診時の理想家族システム特性は円環モデルの左上第2象現、外周円ゾーン無秩序-遊離(Chaotically-Disengaged)が33.3%と最も多くなっており、続いて第1象現中周円ゾーンの無秩序-結合(Chaotically-Connected)16.7%、モデル左下第3象現外周円ゾーンの硬直-遊離(Rigidly-Disengaged)14.3%となっている。現実の家族システム特性では全体の約7割のケースがモデルの左側凝集性次元の遊離カテゴリーに落ち着くという特異な分布が見られた。アル症家族の理想に於いては現実ほど大きくいずれかの次元で一定カテゴリーへの偏りが見られることはないが、総じていうならば凝集性次元遊離カテゴリー(低得点)に、可変性次元においては無秩序カテゴリー(高得点)に向かう傾向が見られる。また、現実の家族システム特性ではモデル左下第3象現外周円ゾーンの硬直-遊離にプロットングの最頻値33.9%があるが、理想は左上第2象現同外周円ゾーン無秩序-遊離に最頻値の33.3%がある。現実との比較で最頻値だけをみれば凝集性軸で同カテゴリーを、可変性軸において反対の志向のあることを示し、理想は円環モデルの左上第2象現にプロットングされる可能性の高いことを示しているが、若干のまとまったケースで凝集性、可変性次元とも現実家族システム特性と同カテゴリー、モデル左下硬直-遊離を志向する現実-理想一致群のあることも見逃せない。

#### 2) T1時 理想 家族システム特性(非症状家族)

T1時の理想家族システム特性を、1988年実施された調査<sup>13)</sup>のデータから非症状家族の理想システム特性との比較で見ると、表1-2でまづ非症状家族の理想はモデル右上の第1象現外周

表1-1: 初診時(T1) 家族システム特性 (理想/現実比較)

		← 低 ————— 凝集性 ————— 高 →			
		遊離 Disengaged	分離 Separated	結合 Connected	膠着 Enmeshed
↑ 高 ↓ 可変性 ↓ 低	無秩序 Chaotic	33.3%	7.1%	16.7%	—
	柔軟 Flexible	10.7%	1.8%	5.4%	—
	構造化 Structured	2.4%	2.4%	2.4%	4.8%
	硬直 Rigid	12.5%	3.6%	5.4%	—
		4.8%	2.4%	7.1%	—
		12.5%	7.1%	3.6%	—
		14.3%	—	—	2.4%
		33.9%	3.6%	—	—

理想=42/現実=55

表1-2: 理想家族システム特性 (アル症家族/非症状家族比較)

		← 低 ————— 凝集性 ————— 高 →			
		遊離 Disengaged	分離 Separated	結合 Connected	膠着 Enmeshed
↑ 高 ↓ 可変性 ↓ 低	無秩序 Chaotic	33.3% **	7.1%	16.7%	— **
	柔軟 Flexible	2.6%	11.8%	19.4%	33.2%
	構造化 Structured	2.4%	2.4%	2.4%	4.8%
	硬直 Rigid	1.6%	4.6%	5.9%	11.2%
	4.8%	2.4%	7.1%	—	
	1.3%	2.6%	2.0%	3.6%	
	14.3% *	—	—	2.4%	
	—	—	—	—	

\*は10%以上の差を,

アル症家族=42/非症状家族=345

\*\*は15%以上の差を表す

円ゾーン無秩序-膠着 (Chaotically-Enmeshed) ケースが最も多くなっており33.2%, 続いて同象現中周円ゾーン無秩序-結合19.4%, 第2象現同ゾーン無秩序-分離 (Chaotically-Separated) 11.8%となる。3者とも可変性次元における無秩序カテゴリーに属する特性である。そして凝集性次元においては膠着へと向かう, より高得点になる傾向がみられる。

これに対しアル症家族の理想は, 可変性次元で高得点となる無秩序カテゴリーを志向するのは非症状家族と同じであるが, 表1-2においてアル症, 非症状家族の円環モデル上プロットされたケース数で, 10%, 15%以上の差が見られる

グリッドに各々\*, \*\*印を記したように, 最頻値のあるグリッドは同じ無秩序カテゴリーにありながら凝集性軸で非症状家族は膠着 (高得点) を, アル症家族は遊離 (低得点) を, という反対の志向が現れている。アル症家族の家族システム特性は, 理想も現実ほどではないがプロットされるケースが円環モデルの左側に偏る傾向があるといえよう。また, 非症状家族ではモデル左下第3象現外周円ゾーン硬直-遊離にプロットされるケースは皆無であったのだが, 結果1)でもとりあげたようにアル症家族においては, 硬直-遊離のグリッドにプロットされるケースは最頻値のある無秩序-遊離グリッドに続き3番

目に著しい。これらのことからアル症家族の理想は凝集性次元の低得点、16分類家族システム特性無秩序—遊離と硬直—遊離に特徴づけられると言えそうである。

3) T2時 理想/現実 家族システム特性ならびにT1/T2理想 家族システム特性

表2-1においてT2時現実の家族システム特性はやはりモデル左下第3象現へのケースの偏りが著しいが、外周円ゾーン硬直—遊離グリッドへのケースの集中が少し和らいでいる。理想家族システム特性もT2時では最頻値のあった第2象現外周円ゾーン無秩序—遊離グリッドに入るケース

数の著しい減少、円環モデル上でケースの分散が少し見うけられる。最頻値の見られたグリッドが凝集性軸において右(高得点)に移動し第1象現中周円ゾーンの無秩序—分離が23.9%となっている。(表2-2)これによるものか第2象現外周円の無秩序—遊離のケースが17.4%で初診時より15%以上の減少。第1象現中周円ゾーン無秩序—結合が6.5%で10%以上の減少。現実、理想とも家族システム特性3分類評価での外周円ゾーンにプロットされるケースの減少が少し見受けられる。

ところで、まずアル症家族の総括的な特徴を掴むため1)“初診時(T1)理想家族システム特性と現実家族システム特性比較”, 2)“初診時(T

表2-1: 2カ月時(T2) 家族システム特性 (理想/現実比較)

		← 低 凝集性 高 →			
		遊離 Disengaged	分離 Separated	結合 Connected	膠着 Enmeshed
↑ 高 ↓ 低 可変性	無秩序 Chaotic	17.4% 10.9%	23.9% 1.8%	6.5% 7.3%	2.2% —
	柔軟 Flexible	2.2% 9.1%	— 1.8%	— 1.8%	2.2% 1.8%
	構造化 Structured	8.7% 23.6%	6.5% 5.5%	15.2% 5.5%	2.2% —
	硬直 Rigid	6.5% 23.6%	4.3% 7.3%	— —	2.2% —

理想=41/現実=55

表2-2: 理想家族システム特性 (T1/T2比較)

		← 低 凝集性 高 →			
		遊離 Disengaged	分離 Separated	結合 Connected	膠着 Enmeshed
↑ 高 ↓ 低 可変性	無秩序 Chaotic	33.3% ** 17.4%	7.1% 23.9%	16.7% * 6.5%	— 2.2%
	柔軟 Flexible	2.4% * 2.2%	2.4% —	2.4% —	4.8% 2.2%
	構造化 Structured	4.8% 8.7%	2.4% 6.5%	7.1% 15.2%	— 2.2%
	硬直 Rigid	14.3% ** 6.5%	— 4.3%	— —	2.4% 2.2%

\*は10%以上の差を, T1(初診時)=42/T2(2カ月時)=41

\*\*は15%以上の差を表す

1) 理想家族システム特性と非症状家族理想家族システム特性比較”, 3) “初診時 (T1) 理想家族システム特性と2カ月時 (T2) 理想家族システム特性比較”と見たが、ここで注意が必要なのは残念ながら初診に訪れた家族の患者全てが断酒につながったというわけではないことである。T2は初診より2カ月の時点を示しており、治療がごく順調に進んだ場合に、そろそろその効果が実際の断酒継続となって現れてくる頃かといった意味であり、実際にはステト飲酒や度重なるスリップによって難航を余儀なくされている患者、家族も含まれている。また患者本人の断酒動機付けがうまくいっていたとしても、その家族へのわれわれの援助の功が奏していないケースも存在する。いずれにせよ断酒がスムーズになされる患者・家族ケースが主であれば、快方に向かうケースを識別するにまだ難はないのであるが、スリップやテスト飲酒は多かれ少なかれ治療過程に見られるもので断酒継続に至るまでどれくらいの時間がかかるかは実際個々のケースにまちまちな場合が多い。そこで次にここでは一応通院継続が、それによって可能となる援助活動の底に流れる潮流が本人の断酒へと結び付いてゆくと判断した上で、快方にむかうアル症家族の理想家族システム特性は、順調なのも難航しながらのケースも含めT1-T2の間に家族への援助が効を奏し少なくとも家族の

方に好ましい変化の兆しが見られたものを次に見てみることを適当と考える。以上の条件を挙げたうえで、以下本論では特にアル症家族に特徴的な現実の家族システム特性、円環モデル左下にプロットされる「硬直—遊離 (極端)」をもつケースをとりだし、その理想を確認し、そしてそれらの中で現実3分類家族システム特性のバランスあるいは中間への動きのあったケース群で理想16分類家族システム特性の動きを見てみることにする。

4) 現実 家族システム特性「硬直—遊離」ケース群の示す理想家族システム特性

現実家族システム特性が「硬直—遊離」ケースであるアル症家族を対象に見た理想家族システム特性 (T1時) は表3-1でまずモデル左上第2象現外周円ゾーン無秩序—遊離40.0%と、左下第3象現同外周円硬直—遊離が40.0%で全ケースの8割と前述の集計結果で理想—現実比較結果と非症状家族理想との比較で現れた特徴をより顕著に示す結果となった。つまり凝集性次元において低得点、遊離カテゴリーへの動き、可変性次元においては高得点の無秩序と低得点の硬直カテゴリーへの2極化の動きであり、ことに後者の第3象現外周円ゾーン硬直—遊離40.0%はこれらのケースの現実が「硬直—遊離」である (一致している) という意味で興味深い結果となっている。

表3-1: 現実家族システム特性「硬直—遊離」ケース群の示す理想家族システム特性 (T1時) / 同「硬直—遊離」ケースであり、かつT2時に好ましい変化の見られたケースの理想家族システム特性 (T1時)  
(FACES 16分類)

		← 低 ————— 凝集性 ————— 高 →			
		遊離 Disengaged	分離 Separated	結合 Connected	膠着 Enmeshed
↑ 高 可 変 性 ↓ 低	無秩序 Chaotic	40.0%	6.7%	—	—
	柔軟 Flexible	14.3%	14.3%	—	—
	構造化 Structured	—	—	13.3%	—
	硬直 Rigid	40.0%	—	—	—
		42.9%	—	—	—

N=15 / N=7

モデル左下硬直—遊離のケースは表1—1のアル症家族現実家族システム特性との比較、表1—2非症状家族との比較ではそれほど著しく見られたケースではなく、可変性次元2極化とまで言い切れるものではなかった。しかし、これらの集計は対象としたアル症家族すべてに対してのもので、それに対しアル症家族に特徴的な現実家族システム特性、第3象現外周円ゾーン「硬直—遊離」ケース群33.9%のみからなる集計で上述の結果が得られたことは、理想家族システム特性の傾向をより強いコントラストをもって浮き彫りにしていると言える。

5) 「硬直—遊離」ケースであり、かつ2カ月時に好ましい変化の見られたケースの理想家族システム特性

最後に同表3—1で現実「硬直—遊離」ケースであり、かつ2ヶ月時に好ましい変化の見られたケース群の理想家族システム特性(T1時)である。好変化をむかえる可能性が考えられる理想家族システム特性のとりかたとはどのようなものか、集計の結果は意外なことに、現実の家族システム特性と同じモデル左下第3象現外周円硬直—遊離、このグリッドにプロットされる理想をもったケースが42.9%と4割を越える結果となった。続いて第4象現中周円ゾーン構造化—結合の28.6%である。表1—1、1—2、それに上述の結果で著しく見られたモデル左上第2象現外周円の無秩序—遊離のケースは同象現中周円の無秩序—分離と並んで14.3%であった。ケース数が少ないこともあり、今回の結果だけで変化に望ましい理想家族システム特性を云々する危険は避けたいが、この結果をまとめるならば可変性次元の低得点傾向あるいはアル症家族特有の現実家族システム特性との一致が、ひとつの結果として提示しておくことができよう。あえて予想するなら理想家族システム特性は、現実家族システム特性と一致した第3象現外周円の硬直—遊離に変化の可能性が示唆されたといえる。

#### 4. 考察

患者家族に向けての援助の前提を次のように考

える。危機状況以前の患者家族の家族システムを経時的、縦断的に見れば、常に少しづつ変化を続けながらも重心はバランスにおいているシステム特性を持っていた。そして、それが危機状況下におかれた結果、危機を“極端”なシステム特性をとることで乗り越えようとした(対処)。であるならば初診時のアル症家族のケースは、一時的“極端”なシステム特性で対処をとったのをそのままそれを危機状況とともに抱え込んでしまった、と理解することができよう。表1—1で現実と全く同じ「硬直—遊離」理想家族システム特性を志向している家族はおそらく未だ“まさに危機対処をとっている最中”なのだと思えることができよう。また、理想「硬直—遊離」型のケースが危機対処という意味で積極的に“極端”な「硬直—遊離」家族システム特性を志向したのに対し、理想が「無秩序—遊離」型のケースの場合は、「硬直—遊離」という“極端”な特性を消極的、受身のまま現実にとらざるを得ないところへ追いつめられいたしかたなく対処をとったものの、それをやむを得ずとしか認めておらずその向きへの変化を拒んでいる。その結果理想が「無秩序—遊離」を示すようになったと捉えられないだろうか。これらのケースは理想家族システム特性可変性軸の高得点が示す変化要請(morphogenesisの発現)とはうらはらに、可変性軸でより硬直にむかい、凝集性軸で遊離に落ち付くという特性への変化をかたくなに拒んだ結果の「無秩序—遊離」に見えてくる。

以上のように考えれば、実際の援助活動ではいずれのケースにしても治療者は、家族システムは“円環モデルの中心に向かう「バランス」のシステム特性が好ましいから「バランス」に向かわせる”という図式的な援助方針にこだわることなく、家族システムは危機下に置かれない限り通常バランスに重心をおいたシステム特性を持つものであり、かたくなに“極端”に居座ってしまっているように見える現実家族システム特性のとり方にフレキシビリティを与えてやるのが肝要となる。つまり援助者が直接家族システムを「バランス」の方向へ導くのではなく、それぞれの家族がそれぞれの仕方システム特性を本来の「バランス」の方へ変化しやすくしてやることを目標に据える家族

援助が妥当となってこよう。

ところで臨床場面において現実のシステム特性を変えてゆくために、治療者が具体的に家族に働きかける方法のひとつは“自分たちの家族のあり方に多様なものが考えられる”ことに気付かせるような認知の枠組に働きかけてゆくもの（リフレミング）である。これはある面でFACESIIIでみる家族の理想のあり方の認知に働きかけて“理想の捉え方にフレキシビリティをもたせようとしているもの”とみることができる。われわれのこれまでの試みもこの延長線上に位置づけることができる。その結果、3)初診時理想家族システム特性と2ヶ月時理想家族システム特性比較において、T1時の特徴であったモデル左上「無秩序—遊離」と左下「硬直—遊離」タイプの理想家族システム特性から、「無秩序—遊離」タイプが著しく減少した上、システム特性の分散化に伴い他のシステム特性を示すケースが現れてきたこと等を、好ましい経過の現れとみることが可能であろう。

アル症家族の“T1時理想家族システム特性”と、その経過で“T2時理想家族システム特性”の集計結果に可能な解釈を加え検討してきたが、次に5)“現実「硬直—遊離」型アル症家族の理想家族システム特性と同現実硬直—遊離かつT2時に好変化をみたケースの理想家族システム特性”についてみた場合、“「硬直—遊離」型アル症家族”は、より著しく現実と可変性軸次元において反対極の家族システム特性を志向するか、現実と全く同じ家族システム特性を志向するかのふたつの傾向がみられ、さらにはこれらのケースのなかでもT2時で好変化を迎えたケースの4割強がT1時において現実家族システム特性と全く同じ円環モデル左下「硬直—遊離」の理想システム特性を志向していた。この結果について考察する。

現実の家族システム特性は理想家族システム特性を変えることによって少しずつ変化させることが考えられよう。しかしそれは単純に現実が理想に基準をおいてというものではなさそうである。現実の家族システム特性「硬直—遊離」型のアル症家族で、それらの内でも理想が「無秩序—遊離」のケースはむしろ“現実と理想の食い違いが大きく、にもかかわらず動けずにいる”ことが、それ

自体問題を示唆するものであったようである。その理由としてひとつには、FACESIIIのスコアリングにおいてD. Olsonは現実—理想の食い違いは家族の満足度を示すものとし、食い違いが大きいほど不満足となるとしており、<sup>4)</sup>現実、理想の食い違いは家族にとってストレスフルな状況であることがまず予想できるからである。またこの可変性軸反対極の理想をもつケースは、現実とかけ離れた理想をおそらくはかたくなに持ち続けているのであり、家族システム特性のフレキシビリティという視点からすれば“理想のとりかたにフレキシビリティが見られなくなっている”とみなすことができよう。かように論を進めるなら、“硬直—遊離型の現実—理想一致群”の方が変化を迎える余裕をより有していたと言えるであろう。すでに初診時の理想家族システム特性単純集計において3番目に顕著に見れた“硬直—遊離型の現実—理想一致群”が最も変化を迎えやすいタイプであった可能性についてももうひとつ言えることはD. Olsonは現実—理想の食い違いが家族満足度を示すことを述べると同時に、極端なシステム特性であっても、その家族が理想とするシステム特性と現実の家族システム特性とが一致していればその家族は機能的であることが考えられると述べていることである<sup>4)</sup>。しかし実際の援助場面を考える場合、“「硬直—遊離」型の現実—理想一致群”はそれだけでは当初の危機要因を除いた後に考える治療上好ましい向きへの変化への動機づけがないわけであり、リフレミングによる援助が必要となってくるわけだが、“現実—理想非一致群”の援助活動においては“「硬直—遊離」型の現実—理想一致群”と同様のリフレミングでは援助の効果を期待できないのではなからうか。本報告では具体的な援助の内容までたちらないが、前者の家族は家族システム特性を変えての対処という意味で後者と異なった態度を示していると解釈できる。

##### 5. まとめ

アルコール依存症の家族システムをFACESIIIの理想項目の集計結果から見てゆくと、まず初診時におけるアル症家族システム特性は1. 可



変性軸において現実のシステム特性の反対極を示す円環モデル左上「無秩序—遊離」にプロットされるケースと、現実の家族システム特性と一致する理想家族システム特性「硬直—遊離」、円環モデルの左下にプロットされるケースが著しいことがわかった。そしてこれらのケースの内でも2. 治療的变化をむかえやすいのは、現実—理想一致の「硬直—遊離」ケースである、あるいは変化をむかえにくいのは可変性軸において喰い違いの大きな高得点のシステム特性を示す理想をもつケースである可能性の強いことが示唆された。また3. 理想家族システム特性は必ずしも好ましい家族システム特性のあり方(バランス)を志向するものではなく、現実の家族システム特性との関連でかなり偏った姿をあらわすことも1, 2, の結果から伺え、その点から、現実家族システム特性の変化を促す治療援助において、FACESIIIの理想項目の利用の仕方に具体的な指針を見いだすための考察を加えてみた。

#### 文 献

- 1) 磯田朋子・清水新二・大熊道明：円環モデルをめぐる諸問題—モデルの生成・発展の過程—。家族療法研究, 4; 27-40, 1987.
- 2) David H. Olson, Ph.D. Douglas H. Sprenkle, Ph.D. Candyce S. Russel, Ph.D. Circumplex Model of Marital and Family Systems; I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. Family Process, 18; 29-45, 1979.
- 3) David H. Olson. Hamilton I. Maccubbin. and Associates Foreword by Reuben Hill. Families What makes them work. Sage Publications, 1983.
- 4) David H. Olson. Joyce Portner. Yoav Lavee.: FACESIII. Family Social Science, University of Minnesota 290 McNeal Hall St. Paul, Minnesota, 1985.
- 5) Don D. Jackson.: Therapy, Communication, and Change. Edited by Don D. Jackson. science and behavior books. 1968.
- 6) Gregory Bateson 著 佐藤良明 訳「精神と自

然」—生きた世界の認識論—思索社1982.

- 7) Gregory Bateson.: Steps to an ecology of mind Ballantine books, 1972.
- 8) 清水新二・磯田朋子・大熊道明：円環モデルをめぐる諸問題—第1報 家族社会学と問題解決志向性—大阪市立大学 児童家族相談所紀要, 4; 21-46, 1987.
- 9) 清水新二：家族ストレス論の臨床的適用。家族研究年報, 第15号, 1989.
- 10) 清水新二・高梨薫：アルコール依存症の家族システムとその変化 家族療法研究 第7巻 第1号; 3-13, 1990.
- 11) Speer, D.: Family systems: morphostasis and morphogenesis, or "Is homeostasis enough?". Family Process, 9; 259-278, 1970.
- 12) Steiglass, P. Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism: A Review Family Process, 15; 97-123, 1976.
- 13) 高梨薫 住宅と家族関係—住空間構造とFACESでみた家族について— 社会問題研究 第39巻 第1号 (大阪府立大学 社会福祉学部), 1989.

#### Abstract

We intended to get some characteristics of alcoholic families with using ideal version of FACESIII. The focus of analysis is put upon how they deal with family crisis or adapt themselves to a crisis situation. A particular attention is placed on to analyze, with the measurement instrument of FACESIII, the possibility of occurrence of so called "second order change" and the conditions under with that system change is resulted in. A self-reported investigation to alcoholic patients and their families was conducted in order, firstly, to detect the structural-functional characteristics of alcoholic families with the ideal version of FACESIII. Secondly the process of coping over the family crisis was observed in terms of the sub-type transition on FACESIII. This is followed by the discussion, based on the investigated results, on the possibilities of the system change. When the discrepancy between the real and ideal scores of a family is large enough, it is suggested that the family would not be able to get through an expected change.

【原著】

## 家族精神保健論序説

——現代家族の私事化・個別化状況をめぐって——

清水 新二\*

和文抄録：心の健康増進が言われてから久しい。本稿では心の健康問題を家族的状況との関連で問うことが重要との認識から、家族が置かれている今日的状況を分析し、妻それぞれが直面している課題、問題を明らかにした。今日的状況としては、「公的世界に対する私的世界の相対的比重増加を選択的に重視する性向」である私事化（privatization）が取り上げられた。女性や若い男性をめぐる近年の様々な新奇な動向を理解するにあたって、また既存男性社会のいくつかの対応についても、私事化は有効な解説概念であることが論考された。さらに、この概念の整理、検討を進めることで、実証的研究の足がかりを構築することが試みられた。

精神保健研究 37 ; 137-150, 1991

**Key words:** *family, Japan, mental health, privatization, individuation.*

### はじめに

個性や自己が商品化され、意味が求められ、こうして「自分探し」に多大な時間とエネルギーと金がかけられるのが現代である。この点で想起するのは、現代人にとって家族は「生活の中で最も大切なもの」であり、「生きがい」の対象であるとの、各種世論調査に共通して認められる傾向である（総理府，1972；1979：NHK世論調査部，1985）。故に、家族は健康とともに繰り返しマスコミに絶えぬ話題を提供し続けてきたのだろう。こうした家族への人々の関心は、家族が心の依りどころとして人々の期待されていることを如実に示

している。一方，“定時制市民”“シングル・セル”“濡れ落葉”“家庭内離婚”あるいはバラバラな家族の食事時間等、解体化とは言わないまでも「揺れ動く家族」（山根，1984）の問題状況にも大きな関心が向けられている。家族をめぐる一見相反するようなこうした論議を、どのように理解したらよいだろうか。

周知のとおり「心の健康」の重要性が強調され、政策課題としても取り上げられる昨今である。心の健康あるいは精神保健の問題もやはり家族の問題と関連させて考えておく必要があることは、古くはDurkheim (1897) が家族形成と自殺率の相関関係を明快に解析してみせたこと、また近年でも家族形成と平均寿命の長短に明らかな相関のあることによって、一点の疑問の余地の無いところである。それも家族解体状況と言われるアメリカの場合とは逆な意味で、家族生活が日本の社会でさほどに基底的で大切な社会的要素であるならば、予防のみならず「健康人の心の健康増進（positive mental health）」の観点からしても（加藤，1989）精神保健問題を現代家族の存立状況との関連でみ

Family and Mental Health: In the Emergent Social Situation of Privatization.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shinji Shimizu: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

ておかねばならない。折しも、精神保健のみならず精神医学の分野でさえ、病理的家族の研究から健康家族ないし通常家族の機能性に関する研究へと問題関心のシフトが起こっている現況なのである (Lewis, Beavers et al., 1976; Walsh, 1982)。

そこで本稿は家族精神保健論序説として、現在わが国において個々の家族に生じている家族過程の社会状況の意味を、とりわけ家族的領域における私事化 (privatization) — 公的世界に対する私的世界の相対的比重増加傾向 — の問題ならびに個別化の問題に焦点をあてて社会的に考えてみようとするものである。

### 1. 私事化をめぐる問題状況

「私的領域と公的領域の分離は、制度と意識の両面において、近代性の基本的原理である」と述べるのはバーガーら (Berger et al., 1973) である。この近代性原理の貫徹と徹底の結果、社会は Simmel (1890) 言うところのエネルギーの節約ならびに効率的な配分を目指して自らを分化してゆくが、この過程で人々自身も社会的に分化され社会的に割り振られた制度的な役割を通してしか自らを感じ得ぬ疎外的事態も生じてきた。あるいは若干角度を変えていえば、分化しながら生活全般を覆う公的制度への依存化状況 (公的領域の拡大) の現出といってもよい。私的領域と公的領域の分離、それも後者の拡大的分離は私的領域を益々狭小化し、その結果一方で人々から自律感をこれまで以上に奪いアトム化する。他方まさにそれ故、自分自身がこの世界の中心であると少なくとも感覚的に思い得る「自律的」世界への憧憬を人々にもたらし、いよいよこの私的領域への拘りを生み出してくる。様々なかたちをとって発生する公と私の間の現代的葛藤の問題も少なからずこの文脈から理解可能と考えられ、また公共性自体への疑問や自分史への関心の高まりも同様である。またこの「自律的」世界として、時に情愛の世界が、また暴力の世界が、あるいは少々退行的に自閉的世界への閉じ込めりや根あかの笑いが、文芸に大衆芸能において求められてもきた。最近では、「関係ない」「おつつん」「新人類」「おりる」など、賑

やかなマスコミ用語を指し示す、いわゆる“役割距離” (Goffman, 1961) の問題等々を指摘することができよう。

ところでバーガーらによれば、かような私的領域は「近代社会の大規模な制度から取り残された間僚として発生した」というわけだが、この事実が近代社会に対して持つ機能的意味合いはまさに両義的である。ひとつには、バーガーらが次のように言う時の順機能的側面である。「私的領域は、近代社会の巨大な機構の生み出す不備を補償するような意味や活動を提供することによって、一種の平衡機関としての役割をはたした。『抑圧されていた』非合理的衝動が私的領域では、表でだつことが許される。個別的な私的アイデンティティは匿名化の脅威に対する防波堤となる。私生活の透明さによって、人は公的生活の不透明さに耐えうるようになる。ほとんど自分からすすんで選んだ、数の限られたきわめて意味のある人間関係が、『外界』の、多相関的現実に対処する情緒的拠点となる。」このように、私的領域は公的領域の制度化がすすむにつれて公的領域の生み出す息苦しさや不満を吸収してくれる点で、制度化の進んだ近代社会にとって順機能的なのである。他方、そうした順機能性にもかかわらず、本来的に公的領域秩序の外にあるというその性質からして、私的領域は社会にとってまかり間違えば牙をむくカオティックなエネルギーを蓄えることがある。それが故に小説家は性と暴力のテーマを個人の存在証明の素材としてとりあげたり、反対に国家はあとう限りそれらを絡めとり統制管理しようとする。筆者はこれを抵抗ドライブと呑込みドライブの相克として捉えている (清水, 1991)。

つまり公的世界からみれば、この二つのベクトルの内できるだけ逆機能を押し、順機能を引き出すような形を求めることから、いよいよ管理社会化、制度化が進行し、他方私的領域からすれば、そうした管理の手を逃れようとすることから公的領域の拡大化、肥大化に対抗したり、さらなる核心的な私的世界へ退避したりする。この社会過程はしかし、単に公と私の間にとどまらず、公と公、私と私の間でも上位対下位システム間で、また時に同位レベルのシステム間でも生じている。この

点はGouldner (1959) いうところの機能的自律性 (functional autonomy) の概念と大変親和性をもつ状況といえ、社会の分化過程では必ずといってよいほどに生じる現象でもあろう。

同様に、私的領域のもつ機能的両義性は個人のレベルにおいても観察される。分化されアトム化された諸個人にとって、たとえそれがどれほど小さい世界であっても自己が自分の好みと感覚で「自由に」事を処することができる体験はなににもまして替えがたいものとなる。つまり、私的領域では個々人の自律性が、一応それぞれの程度において確保されているのである。しかしこのことは一方で、事柄や事態の意味解釈や状況定義の課題を個々人に背負わすことでもあり、私的領域の追求が進行すればするほどこの課題は人々の肩に重く食い込んでくる。Fromm (1941) はこうした社会心理状況を「自由の恐怖」と呼び、近代人における自由の二面性という観点から捉えている。ここに個人レベルにおける私事化のアンビバレンス発生の基盤を認めるのであり、このアンビバレンス対処にあたって通主観化を求めあまり、Frommいうところの「自由からの逃走」的な社会心理状況も現出し始める。現代日本のさしあたっての「権威」は情報であり、マスコミとその媒体化したクチコミが画一的な“トレンドイ”情報チャネルとして影響力を強めている。ここでは、マスコミの病理報道に接した際の人々の揺れ動きとその背後に見えかくれする「不確定性の不安」(清水, 1985), ならびにそれ故のクチコミ的噂話による代理体験的な共同の意味定義を想起すれば十分であろう。

わが国の現状分析を試みた日本社会学会大会シンポジウムを評して、鈴木 (1983) は次のようにまとめている。「以上、日本社会の現状を家族・職場・文化において分析した三報告に共通する認識は、それぞれの社会的局面に進行している最も基本的な傾向が『私化』(=私事化、筆者注)である、ということであった。……きわめて自省的懐疑的な、互いに独立の三研究者が、期せずして一元化した稀有の事例であるが、それだけ現実『私化』の動きが顕著であり、かつ特殊現在の重要な意味をもつ動向であることが示唆されたといえ

よう。」「特殊現在の状況」、とりわけ「特殊」がなにを意味するか必ずしも明確でないが、様々な形をとって多々発生する公と私の間の葛藤を理解するにあたって、「絶えず全体化する全体」状況下での私的世界の囲い込み故に、より小さな単位における私性のもつ価値とそれへの拘りが逆に増大してきた点に注目する力動的な視点は重要である。ともあれ、家族との関連で現代社会の問題状況を考える場合、かように私事化問題は避けて通れぬほど重要な社会状況を形成しているのである。

## 2. 私事化の現代的背景

以上のように私事化を軸にしてみれば、近代の歴史は近代官僚制の成立と、一律平等に処遇されるとの意味での大衆的個人の出現、そして反転して社会の「制度化」進行による諸個人の無力感や「手ごたえ願望」の社会意識、という大きな流れとして理解することが可能である。そのおおよその筋道は、Frommにおける自由の獲得と獲得された自由がもたらす不安の構図に酷似している。ただ、一口に私事化といってもその現象の様相や状況に対して持つ意味あいも、またその背景的要因にしても歴史的な局面によって一様ではない筈である。加えて後段でも触れるとおり、近年の私事化を個別化傾向と捉えようとする動きさえみられる今日、最近の社会動向や日本社会における具体的な社会変動についても、目配りしないわけにはいかない。

そこでここでは、1) 「豊かな社会」とライフサイクル上の変化から生じる自分を見つめるゆとり、2) 社会経済的構造変動にともなう欲求充足チャネルの多元化がもたらす上位システムに対する直接的依存性の低下、そして3) 性別役割分業の枠組の下で押し付けられてきた私事化、個別化を巡る性的ダブルスタンダードに対する異議申し立て、を主たる社会動向として取り上げ、論じてみよう。

第1には、生産性の向上、公衆衛生や福祉医療の発達などにより一般的には生存そのものに死活のエネルギーと時間を投入しないでも済むようになった「豊かな社会」の現出がある。もちろん、現実が多様かつ多次元的である。しかしそのことを踏まえてみても、自分を意識化してみる「ゆと

り」なり「虚脱」が、豊かな社会の結果もたらされたことは疑いえない。「私とは何なのか……？」との自己へのまなざしと、それが故の葛藤は、「檀山節」の時代には殆ど成立しがたい。自らの生存のために、システム維持役割をとることについて殆ど意識も疑問も持ち得なかった時代は、幸福ではなかった反面、現代と較べて必ずしも不幸であったわけでもなさそうである。現代社会に目だって増大する神経症的な自立—依存をめぐる葛藤と諸行動（アルコール依存症、家庭内暴力、反応性うつ病、燃えつき症候群etc.）や、女性の自意識の覚醒と自立の探求、などに、「ゆとり」と「虚脱」が読み取れるように思われる。

この自己へのまなざし意識と関連して、わが国の家族構成上ならびに人口学上の変動があげられる。戦後の家族構成変化は、少産少死や核家族化としていわれる小人数化をもたらし、これに寿命の伸びが絡んで世界的にも稀有な程急速なライフサイクル、ファミリーサイクル上の変化を引起したことは、周知のとおりである。次々と生まれる子供や老親の世話は確かにストレスフルなライフイベントではあったろうが、反面これらのイベントへの対処に忙殺されることで、自己や他者の問題、あるいは共同生活することの意味などを問うているヒマもなかったことであろう。しかし、家族の小人数化と寿命の伸びは、これまでのようにこうした深遠でややこしい課題を生活にかまけて紛らわしてしまうことを、徐々に許さなくなってきた。これまでになかったようなストレスを付加する新たな課題の発生である。

第2には、社会経済的変動の影響と連動して、地域と家族の相互依存関係の変容が、家族と成員のレベルにまで浸透してきたという背景的要因があげられる。

かつて「マイホーム主義からコミュニティ主義へ」を標榜するコミュニティづくりが政策的にも必要な程に（国民生活審議会、1969）、地域社会の解体が問題視された時期があったが、地域社会のもつ共同性ないしは家族に対する外在拘束性は、家族が地域に依存している程度に応じて強いものであった。それが人々の家庭外（ほぼ地域外への通勤）就労や、兼業化、行政あるいは商品マーケッ

トなどの介在する間接的な地域相互作用化などによって、家族の生活欲求に必要とされる外部資源の内部化ルートが多化する（清水、1978）。ここに認められるのが、各家族の地域依存性の低下であり、マイホーム主義のような形で進む地域分散化と家族集束化の現象であった。私事化との絡みで重要なことは、地域への依存性を低下させても、個々の家族はあまり支障なく地域内で生きてゆけることになった事実であるが、さらに近年ではこうした分散と集束のベクトルの交錯が、家族—家族成員のシステムレベルにまで拡がってきたことである。くり返せば、生活欲求充足のルートの多元化が、家族のみにとどまらず個人のレベルにまで及び始めているのである。

昭和35年から始まる急速な産業構造の変化によっては戦前から続いた農家500万戸体制は崩れ始め、第一次産業従事者は次第に第二次、第三次産業へと職業移動をあらわにしたことは周知のところである。この動きを家族生活の視点からみれば、賃金労働者化による在宅就労から家庭外就労への変化であり、地域生活の点からみれば、「定時制」地域住民の増大であった。夫の長時間通勤や妻のパート就労、子供達の就学・アルバイトも含めて、現実には家族成員が空間と時間を共有することなくバラバラに労働するというのが家庭外就労であってみれば、当然家族に分散化のモーメントが働きやすいことは理解されよう。個人でもなんとか生きられる豊かな社会の現出と欲求充足ルートの多元化と相まって、それは一方で家族成員それぞれの社会圏が拡大すると共に、他方で家族集団にとっては集束性の動揺不安をもたらすのである（Simmel, 1890）。近代以降の私的領域の典型であった家族までもが、もはや「避難所」ではありえなくなってきたのである。従って、個人が感じる無力感と手応え願望や家族構成の小人数化なども加わって、集束動揺が現実化してくると、逆に一部の社会セクターでは、集束願望や追求の動きさえ出始めることになる。キッチンドリッカーの言われもない焦燥感や若者達の根強い「仲よし」意識に、この動きを読みとることもあながち的外れではなからう。もっとも、家庭外就労を始めとする家族成員の家族外世界への参加が私事化に与

える影響の最大のものは、そうした願望や規範に対する以上に、やはり行動的レベルにおいて私事化をとにもかくにも先行せしめる点にあるといえよう。

以上の自己へのまなざし、産業構造上の変化ならびにシステム間依存関係の変化を、それぞれ第1、第2の背景的要因とみなせば、第3のそれは性別役割意識の変動である。

近年の性別役割論議は、「憩いの場としての家族」のイメージが、やはり男を中心とした家族の受け止め方であることを浮かび上がらせてきた。少々図式的になるが、男にとって企業は課題遂行的世界で家族は課題免除的世界であったとしても、女にとっては家族が課題遂行的世界であり続けたことは、確かに一つの現実であろう。自分達がシステム維持役割をすることは厭わないが、では何故男達はもっとこの役割に参加しないのか、あるいは女は何故外に出て個別的欲求充足をしてはならぬのか、との問いかけが、この辺りの事態を如実に表していよう。筆者の観察によれば、そもそも「家族にとって男とは何であったのか」の間が、いつの間にか「男にとって家族は、そして自分達女にとって家族とは何なのか」、の間に変わっていったのであり、既に述べた背景的要因とも相まって、集団のレベルで相手を位置付けるところから、個人のレベルで家族集団を意味付けるまでに、当初の問題が内的展開を示したのである。

この意味で、性別役割分業意識の動きが今後私事化をめぐる家族調査の場合の、ひとつのポイントとなってくるだろうが、ともあれこれらの動きが私事化の現象として見えやすくなってきたことにより、これまでの私事化の論議が加速されたものと考えられる。

### 3. 「私事化と家族」実証研究への予備的作業

このように考えると、私事化の問題は歴史的にも空間的にも奥行きが深い問題であることが窺える。確かに古くはDurkheim (1912) の宗教への関心は、Bergerら (1973) の故郷への関心と太い水脈でつながっている。Durkheimは宗教や道徳が人々に提供した共有される意味の枠組み(社会

統合性や集団象徴の概念で呼ばれる)を問題にしていたのであり、一方Bergerらも象徴や意味世界(故郷の用語で呼ばれる)の共有化の問題を扱っていたといえよう。私事化を問題にする際にこうした流れで研究を進めることも可能であろうし(片桐, 1989)、それはそれで私事化問題へのオーソドックスなアプローチの仕方であろう。同時にこれとは別に、DurkheimもBergerらも共に、官僚制の出現によって私的世界の領域が人々に自覚され(公によるレトリックによって、それまでの生活世界が私として区画される)、官僚制の進展とともに私的世界が囲い込まれることに注目している。前者を共有されるべき意味の体系の喪失問題とすれば、後者は公と私ならびに現在では私と私の葛藤問題と要約することができるだろう。本論ではこの内、後者の側面に主たる焦点をあわせ、私事化問題の検討を続けたい。

森岡(1983)によれば、「個別化も私秘化(=私事化、筆者注)もともに、集団の目的や価値よりは、その内部の小さい単位の目的や価値を重視する傾向をさす。ただし、個別化はより小さい単位の分離が手段的な価値を中心として強まる傾向をいい、これに対して私秘化はより小さい単位の私生活が充足的な価値を中心として一層確保される傾向」とし、私秘化と個別化を分けている。その必要性として、両者は密接な関係にあるものの必ずしも併行するものでもないことをあげている。類縁概念の整理という観点からは重要な指摘である上、なによりもわれわれにこの問題領域を家族の問題として経験的、実証的に再考させるというイムパクトを与えた。

ただ森岡の場合、この両者の区別の要の具体的事例はことさら強調されることなく、実際この定義に続く私秘化の諸局面ならびにその帰結について触れる段でも、総体に私事化とわれわれが一括して呼ぶ事象を述べているのみである。また鈴木(1983)や古城(1986)の指摘の通り、さしあたって注視される集団や社会システムとそれを取り巻く全体社会や外部環境との関わりを問題射程に取り込む水路が、必ずしも明示されている訳でもない。私事化を単に「充足的価値の……」としてしまうと、公私の葛藤、さらには「私」同士の葛藤

といった、この概念の持つ歴史的、社会的イムプリケーションを十分取り込めぬ危惧も生じ、得策とは言いかねよう。してみれば、私事化の問題を扱う際にわれわれは森岡に導かれつつ進むものの、先ずこれらの定義に見られる事象をいまいし整理する必要があろうかと思われる。

さて、ここで森岡の概念整理の背後にあると推測されるメタ・セオリー—何が取り上げられるべきで、またそれはいかに分析されるべきかに関わる主張—について少し推測を交えて述べてみよう。森岡があえて私秘化と個別化を区別するのは、各種世論調査に明かなように、日本の家族が情緒家族化してゆく傾向、少なくとも人々の家族へのそうした期待が強まっている中で、家族の情緒面での求心化傾向と、他方で食事がバラバラといった行動レベルでの遠心化傾向をやはり意識せざるを得なかったのであろう。そう考えると、理論的、理念的レベルとは別に、わが国の歴史的な様相に即して言えば、森岡にとっての私秘化はより小さな単位に“解体”していく現象ではなく、むしろより小さい単位に“凝集”“集束”してゆく現象を捉えるにふさわしい概念といえよう。加えて、行動—手段的レベルでは遠心化、情緒レベルでは求心化、ないしは少なくとも非遠心化と区別（このあたりも実証的課題となろう）することで、家族の社会的意義ならびに森岡自身にとっての個人的意義が再確認されることになったのだと思われる。ちなみに、森岡論文の末尾には間人主義（浜口、1982）が引合いに出され、日本の家族は私秘化し、個別化してもアメリカなみに「個人化」することはないであろうとこれからを予測し、“そこそこの私秘化論”を披露している。この点については、既に世界社会論的視点から「中心部の管理社会化」との摩擦を問題にする古城によって、森岡のそうした見直しに対する疑問が提起されている。

もっとも最近の森岡（1988）は、「ライフコースの視点は個人から出発する。しかし、どの個人も家族成員・親族・友人等、人生を共に歩む少数の人々の余儀ない関係にあることを想定している。ライフサイクル論のように、家族が集団であることを自明の前提として、家族自体について継起する一組のライフステージを描くことを排する一方、

家族成員個々のライフコースがそれぞれの時点で余儀ない関係においてからみあうことを想定している」と述べ、ライフコースの“余儀ない絡み合い”が紡ぎ出す、いわば織物として家族をみる見方を試みている。これまでの男性中心社会から意識的に身を乗り出したかのように、“女性”の状況を語るという論考であることが、先の個人的意義の確認と絡んで興味深いのが、その限りでは一步個人化の視点に近づいたといえまいか。

他方、日本の家族が今後ますます個人化の方向を辿るとみる立場もある。かつて正面から分析概念としての家族を論じ、その基本的構成要素としてガイドを抽出した目黒（1975）は、近年ではさらに歩を進めて家族分析にあたっての単位をガイドから個人に落としていくことは周知の通りだろう（1987）。その先見的鋭さと共に、ライフコース分析の視角をも取り込みつつ家族を論じる視点としての個人に、われわれの注意と関心を促したこの『個人化する家族』の与えたインパクトは特筆されるべきものがある。他方次なる課題としては、目黒のこうした鋭角的な分析視角がわが国の諸階層にどれほど妥当するかがテストされる必要があり、さらに妥当する社会セクターがあるとすればそこに生じている地殻変動がいかなる態様を示し、いかなる意味を持つのか等が検討されることが期待される。折しも、目黒の著書に関する最近の書評で森岡は、「興味深い評論」と端的に彼の印象を記し、その上で、「個人化とはどういうことか、個人化の有力な指標は何々であるか、個人化の動因は何かなど、重要な論点はすでに随時提出されているが、これらのポイントを体系的に論じ、かつ資料の裏付けのもとに個人化の動向を論証することは、挙げて今後の課題といわねばならない」との指摘を残している。

家族精神保健問題の水脈として私事化現象を取り上げていく場合、主張や評論を越えてまさに森岡があげるような課題を丹念にフォローしてゆくことが、先ず第1のステップにならざるを得ない。そこで、実証研究への適用可能性をにらみつつ、さしあたって森岡の定義を手がかりにわれわれ自身の定義の構築を試みてみよう。

#### 4. 「個別化する私事化」概念の提起

以上の点を踏まえつつ、経験的調査研究との接合をはかるといふ筆者なりのねらいを込めて、先ず私事化や個別化ならびに類縁・関連概念を試論的に整理してみたい。基本的には、1) 公—私の問題をヨコの水平的な「領域分化」(horizontal domain differentiation)と捉え、この問題系列の流れに「私事化」概念を対応させて、一方2) 欲求充足の単位性の問題をタテの垂直的な「単位分化」(vertical unit differentiation)と捉え、これに「個別化」概念を対応させて理解しようとするものである。したがって、領域分化、単位分化を、それぞれ水平分化あるいは垂直分化と呼ぶこともある。

##### (1) 社会の領域分化と私事化

- a) 領域分化：公—私の分化、公および私それぞれに自己分化する水平的社会分化の動向
- b) 私事化：公的世界に対する私的世界の相対的比重増加を選択的に重視する性向
- c) 私生活優先主義：公的世界に対する私的世界の基準を優先させる構え

近代社会の領域分化の社会過程において〈公—私〉の関係は、制度化、管理社会化といった形で前者による後者の呑込みドライブと、それに対する後者の抵抗ドライブ(清水, 1991)という、なんらかの葛藤やアンビバレンスをともなう過程であったと理解される。したがって理論的には、私事化はこの抵抗ドライブをなにか背後にもつものと言え。しかしながら、現実には私的世界へのさらなる引きこもりあるいは公私の関係性に関して無自覚的なプライバシーの尊重論、さらにより自覚的な公への異議申し立てや反撃等、いくつものスタイルをとりうる多様な〈公vs私〉の社会現象として観察され得る。歴史的にみればこうした両ドライブ間のせめぎ合いは、多くの場合公による私の「囲い込み」と、私による公からの「引きこもり」という形をとってきたといえよう。この部分に注目すると、鈴木(1983)のいう「絶えず全体化する全体性」と「絶えず私化する私性」

の問題状況が拡大鏡によるがごとく、鮮明に浮かび上がってくる。

ただ社会状況はさらに動きつつある。領域分化の一層の進行は、単一の公による呑込みだけにとどまらず、(公<sub>1</sub>…公<sub>n</sub>)のごとくに公自体が分化をみせている。当然呑込みドライブも公<sub>1</sub>から公<sub>n</sub>までヨコに分化してゆく。これを個人のサイドからみれば、一方でそれは競合のないしは二律背反的な、いわゆる「交差圧力」の体験ともなるが、他方では自らの欲求充足を図るためのチャネルないしは社会参加領域が多元化するプロセスともなる。したがって、ある特定の公(会社、学校など)に抵抗するためにはストレートな私の強調のみでなく、年休の理由としての法事、通院拒否としての会社の都合等をもち出したり、分化した公同士をぶつけて呑込みドライブを消滅する戦略もとられる。同時にこうした過程を通して、次第に私的世界が公的世界に対して相対的に独立したものとして人々に意識され、私事化へのより自覚的な志向性が高まってくる。さらに私事化志向性が一段と進むと、意識的にも私的世界を優先させる構えを示すようになるが、これが言うところの私生活優先主義であろう。当然この私生活優先主義は、呑込みドライブからすると往々気まぐれな牙をむく対象となる。

いま仮に分化した公同士の競合を「水平的序列化」をめぐる競合と呼べば、私生活優先主義の段階では、公の水平的序列化過程に結果的に私性が割って入ることも生じる。残業よりも子どもの学校面談や地域の会合を優先させたり、人手不足といった労働経済環境下での企業自身による休暇制度の改革など、序列化評価に私性から提起される選好性が徐々に反映されることになる。私性が公に呑込まれるだけでない、時に公が私性に侵食されるかのようなこれらの新しい動き(清水, 1991)をつかまえて、私性の主体性とは言わぬまでも自律性回復の動きと言えないこともない。「絶えず全体化する全体性」と「絶えず私化する私性」という近代以来の動きに、「絶えず私化する私性」だけでもない私性という風向きの変化が生じつつあるのは事実であろう。類似の社会過程は、既に半世紀以上も前にホーソン工場の実験研究で明らかに



されている。必ずといってよいほど、フォーマルな組織にはいつの間にかその内部に私的なインフォーマルな関係が発生し、かつフォーマルな組織運営がそうしたインフォーマルな関係に影響を受けるというのである (Mayo, 1933)。そうしたインフォーマルな関係が、さらなる生産性向上のためのヒューマンズ・リレーション論に展開されようと、時に公に対して牙をむくという私的關係が本来的に宿している性質に着目するにせよ、「絶えず私化」した行き先が公的世界の只中であるという私性のしたたかさには注目すべきものがある。もっとも、それが脱近代への流れと言い切れるかどうかはいま少しその趨勢を見守る必要があろう。

## (2) 単位分化と「個別化」

- a) 単位分化：個人や集団の欲求充足を図る社会参加活動の単位が多分化する垂直的社会分化の動向
- b) 個別化：単位分化が選択的により小さいものへと移動する単位降下を重視する性向
- c) 個別主義：他者と構成するシステムにおいて、システムやシステムを共に構成する他者より自分（達）の欲求充足を優先させる構え  
いわばタテの垂直分化とも言え、〈公U—公L〉〈私U—私L〉（注：U=上位，L=下位，以下同様）という具合に、より上位の公または私と下位の公または私の間でやはり葛藤、アムビバレンスが存在する。それが存在するのは、個別化がなにかしかの程度で選択的であるからである。一方個別主義は意識化しにくい態度であり、多くは無意識化や合理化のフィルターで濾過された無自覚的性向として観察されよう。

第2節で触れたとき背景の下に、欲求充足チャンネルの多元化は親族システムからの家族システムの機能的自律化を超えて、家族システムからの家族成員の自律度を高めるところまでその影響を波及、拡大させてきている。後者の単位分化はわが国の場合、以前から家族内で個別化を確保してきた夫を別にすれば、昨今では先ず子どもに観察され、次いでその影響は妻にまで波及してきたものと、その経緯を概略要約できよう。当初は子ども部屋問題を始め、こどもの生活空間・生活時

間の家族システムからの自律化が“こどもの問題”と受け止められてきたが、ここに妻の個別化動向が加わるに及んで単に対他的に問題視するだけでなく、自らの関わりを問われ、問う形で個別化の問題は特定の家族成員の問題 (specific family issue) ではなく、家族システムと成員個人の関わりそのものを問う、つまり家族システムの存立原理を問う一般的な家族事象 (general family issue) に変質してきたのである。具体的にいえば、男性がこれまで私事化の過程でいち早くしっかりと確保してきた家族関係における個別化に呼応して、こどもの個別化も触媒としつつ遅滞しながら女性側も個別化を要求し始めた動きと言ってもよい。とすれば、「亭主は達者で留守がいい」型の夫婦では既に妻の側にもなんらかの形と程度において個別化が達せられているとも考えられ、むしろそうした個別化充足のバランスが崩れることには消極的態度を示すことも十分予測しうるところとなる。現実には夫婦間での個別化が進展しているにもかかわらず、個別化への志向性を意識的、自覚的に必ずしも明確に示さないケースにはそうした場合が多いのであろう。ただ個別化が新しい家族の動向として注目されるのは、そうした旧態からの個別化にとどまらず、個別化の原理や意味付与においてこれまでとは異なる模索が始まっているからであろう。現実にはそのような新しい動きがどのセクターにどの程度広がっているかは、別問題であるのだが。

## (3) 私事化と個別化の概念的異同

ところで私事化と言えば、自ずとタテの単位移動たる個別化も射程に入ってくる問題であり、私事化と個別化を分ける必要があるのか、あるとしても両概念の差異は何か、といった疑問も提起されよう。筆者は昨今の、そしておそらく近未来の家族をめぐる私事化論議の一つのポイントが、このタテの単位異動にあるとみる立場から、敢えて「個別化」の概念をたててこの辺りをいま少し見据えてみようと考えたわけである。しかしこの他にも、個別化を私事化と区別して別概念として定義するいくつかの理由がある。

- 1) 私事化は公と私の関係性に言及するものだ

が、個別化は制度的、公的領域のただ中でも生じている現象 (eg. 職場における新人類現象) をも含み、われわれも時に議論の必要からそうした現象をも扱うため、この議論の水路を開けておくほうがよい。

2) 私事化はおそらく近代社会以降、歴史的にも個別化に先だって観察される社会現象である。両概念の区別は、家族変動的観点からも議論の幅を与えてくれる可能性を内包しているように思われる。

3) 私事化は基本的には公と私の関係性に言及する、どちらかといえば社会構造的観点をより強く内包するに対し、個別化は1) で指摘したごとく、公私を貫いて観察される主に相互作用的レベルの観点を強く持つ。したがって、古城 (1986) の的確な指摘のとおり個別化の概念だけではどうしても構造的視点が弱くなり、たとえば家族内の相互作用に議論が集中し、個別化の進行を取り巻く外部体系との関わりの問題が軽視されがちになる嫌いがある。他方私事化の概念のみではその歴史的経緯からして、家族などで生じている私と私の葛藤など、リアルタイムに生起している今日の状態を十分すくい得ない危惧がある。

4) 私事化も個別化も一見同次元の連続的程度概念のようにみえるが、実は家族事象との関わりでは、異なる方向、ベクトルを示すそれぞれの現象をよりよく説明するものと考えられる。別の論稿 (清水, 1991) でも触れたことだが、私事化はどちらかという家族の集束化現象と、また個別化は分散化現象とより強い概念的親和性を有するのである。

近年の家族社会学では私事化に比して主に個別化ないしは個人化がとりあげられ論議されることが多い。しかし次のような観点からしても、やはり個別化・個人化を論じる際にはいつも家族外部体系との関連性を意識しておくことが望ましい。一つには、何故近年になって家族システムにおける個別化なり個人化が問題となっているのか、その歴史的流れを私事化→個別化の流れの観点から理解可能であること。二つには、同じ私的世界の中でさえも私U-私Lとの間に葛藤状況が認められ、この葛藤に公私の領域分化、すなわち私事化

の動きが絡んでいるからである。たとえば、家族メンバーとりわけ女性メンバーにとっては、家族システム自体が私的世界のみならず準公的世界 (家事・育児などの日常的な課題遂行的世界) として意識され始めている一方、わが国の場合男性メンバーにとって家族はなおほとんど課題免除的な私的世界としてある。同じ私事化の過程を体験したものの、男性にとってのそれと女性にとってのそれはどうやら意味、文脈が異なっていたのではないかと推測されるのである。つまり、男性においては多くの場合個別化を同時に伴う私事化であったものが、女性においては私事化と個別化の呼応関係は十分確立されてこなかったという状況に対し、主に女性サイドから意識的な、あるいは現象先行的な異議申し立てがたてられているのが昨今の家族的状況であろう。こうして錯綜する家族のリアリティをとまごすには、個別化のみならず私事化の概念をも絡ませ、それぞれの文化的・歴史的な文脈から理解がなされねばなるまい。

ただ、私事化と個別化をかように区別したとしても、現象的には多くの場合両者が相互に密接な関連の下に立ち現れることもまた事実である。そこで本研究では、以上の点を勘案して私事化と個別化の双方を区別しつつも、両者を関連づけて現状を理解するために、あえて個別化する私事化 (individuated privatization) なる概念を導入し、1) 検証可能性を大幅に取り込み、2) 「個人化」だけではなおわが国の私事化リアリティに対応する上で不十分との判断に基づきつつ、次のように定義する。

個別化する私事化：私生活領域の上位システムにおいて、自らの欲求充足と直接は関係しないシステム維持役割の価値 (システム維持役割そのものを始動、維持させる程度) が減少したり、自らの欲求充足を個別的に追及する動きが増加する事態

この定義の説明を若干加えておけば、第1にはシステム維持役割 (eg. 地域共同活動、家事・育児、家庭サービス等々) は決して皆無とはならないことである。どのような状態にある家族でも家族がシステムとして存続している以上、程度と機能性に相違を認めるもののシステムを維持するた

めの、いわゆる集団的役割はなんらかの形で遂行されねばならない。この仮定は定義によるもので、現実にはどのような状態がシステム消滅であるのかは、システム論者にも難しいところであろう。たとえば、家庭内離婚の夫婦の場合でいやいや仕方なくする家事も、女がして当たり前との伝統的自明性の下になされる家事も、また新婚期のルンルン気分の家事にしても、共にシステム維持役割なのである。つまり、システム維持役割は当人の意識や自覚とは一応別物であり、双方がオーバーラップしている場合と、していない場合がありうる。にもかかわらずそれはシステム維持役割にとって本質的には副次的な事柄である。

従って第2に、成員個人の欲求充足行動として意識されるものでも、結果的にはシステム維持役割行動になっていることもあり得ることになる。たとえば、有能な主婦プロフェッショナルの調理行動は、自己実現の欲求充足をもたらしていると共に、家族にも多大な満足をもたらすことになろう。つまり、原理的にはある一つの役割の中にシステム維持役割的要素と個別欲求充足的要素が混在していると考えられるのである。角度を違えて言えば、1) このシステム維持役割的要素と個別欲求充足的要素との間で双方の関連性が希薄化(分化)し、かつ2) システム維持役割の価値(システム維持役割そのものを始動、維持させる程度)が減少する過程が、個別化する私事化過程と同定される。

当然のこと、システム維持役割の価値が減少した分、その役割遂行には負担感が伴わざるをえない。そこでこうした事態を受けて、その積極さ、意識に違いはあるにしても、この負担感を少しでも低くしようと努める行動が往々続くことになる。これを対処行動様式の観点から整理すると、大きく分けて①離脱(detachment)、②引き下がり(withdrawal)、③交渉(bargaining)、④執着(identifying)などを識別できる。①は離婚、別居、家庭内離婚などの形でのシステム維持役割の価値の断念であり、②は価値減少の受容、③は価値減少の回避あるいは防止、④は価値付加、をそれぞれ特徴とする。目黒(1987)がとりわけ③に注目しているのは、周知であろう。他方筆者は、

②のあり方が日本の家族には伝統的にも一般的であり、「亭主は達者で留守がいい」との家庭内棲み分けや「役割距離」といった現在のトピックも、この②の対処様式的具体例であると考えている。しかしこの問題をいま少し個別化の方向で考えてみると、システム維持役割遂行の価値の低下以外にも、家族内外での個別の諸活動による自らの欲求充足、いわば価値低下と関連する価値補償とでもいう動向が個別化する私事化過程のもう一つの側面と考えられる。こうして個別化する私事化の定義には、これらの二側面が定義の構成要素として盛り込まれることになったわけである。

この他に、①～④いずれの場合も、当該システム外の人々や活動と結び付くことによって、その対処効果を高めようとする行動があり、これをネットワークングという。実証的観点からすると、具体的な諸行動が①～④のどれに該当するのかを探ることが一つの課題になろうし、またこれらの範疇以外にも対処行動の様式があるかもしれない。

#### 4. 家族精神保健研究に向けて

##### (1) 私事化研究の“特殊”日本的意味

私事化という用語を使わないまでも、われわれの観点からすると一連の私事化的現象と見なせる事象がアカデミズムに限られずマスコミなどでも頻繁に取り上げられる昨今である。「クオリティ・オブ・ライフ」「新人類」「拘りたい自分のスタイル!」「アフターファイブ」「フリーター」「カウチポテト族」……云々。これらをアカデミズム語に翻訳しなおすと、「ライフ・スタイル」の研究となり「私事化」の研究ということになる。

しかし、表面的な賑やかさ、豊かさ、あるいは反対に「私性」に傾斜し過ぎることに対する社会的危惧とは別に、わが国に関する私事化の問題を扱う意義はそれらと全く異なる文脈において存在すると考えられる。それは様々な現象の底流に認められる同質化、求心化という社会心理的モメントに関わる事柄であり、端的に言えば、日本社会を生きる人々が社会関係を取り結ぶ際の集団指向性、それも集団求心化傾向—それが功利的動機にもとづくものであろうと無自覚的な強制的選択

の結果であろうと一に、私事化的現象がどのようなイムパクトを与えうるのか、という問である。

筆者はいわゆる〈社会病理〉とか〈対人関係の障害〉といった問題を長らく考えてきた者であるが、そこで改めて強めた物の見方は、「ポジの中にネガを見、ネガの中にポジを見る」という、いわゆるノーマルとアブノーマルを同時関連的に繋ぐ視点である。“ノーマル”な大勢派においては言わずもがな、アル中というレッテンを貼られたアルコール依存症者に対する、そのレッテルがまだ貼られていない問題飲酒者による切捨ての厳しさを見てみると(清水, 1985a), 「同質」を担いかつまた意味する大勢的ノーマルへの求心化モーメントが鮮やかにあぶり出される。

私事化は一体、そうした社会的同質性や求心性にどう影響を及ぼすのか、これがわが国における私事化論議で避けて通ることのできない問題と思われる。「60年代」の男が“元気”を失い、それに代わって「70年代, 80年代」“元気”であった女性も中高年に達しつつある一方、高らかに専業主婦願望を表明する若い女性によって、その元氣も過去のものとして「世代体験」化させられつつある。私事化の流れにおけるこうした新しい動きは、同質性を補強維持する方向に作用する求心化モーメントに対し、新手の「世代試行」となりうるであろうか。

## (2) 同質社会と負け人創出メカニズム

ところで、直接的変革や社会参加を求めるのではなく“おきる”ことの意味を考えるのは興味深いものである。本来的に同質性内の競争である以上、皆が参加することにより、幼少期から激化する近年の社会的競争も、大局的に見れば皆がそれぞれに「負けないための競争」となる。「勝つための競争」であれば、終局もそれなりに明白である。しかし、皆が「負けないため」であれば、この競争はエンドレスとなる。前者は賞賛と羨望と野望をもたらす、後者は蔑視と恨みと惨めさを生みやすい。

「負けないための競争」は、エンドレス故に一部の安全圏参入者を除き人々に慢性的ストレスを負荷しやすい上、自分が「負けないために」自分

より下位、劣位の者をあえて「負け人」として創出する。いわば、負け人の存在によって支えられているこの同質社会の安定性。「負け人知らず」では処世安泰とはいかないこの社会で、「負け人」的ポジションに自ら“おりて”しまうことの意味は大きい。それも“おりた”当人は決して「負け人」とは意識しておらず、否どこかで「自分のスタイル」こそとばかり、秘やかなナルチシズムさえ漂わすことも少なくない。

「新人類」。この造語には、そうした一群の人々を従来の経験枠組みの整理箱に収納仕切れず、新たな分類整理箱を用意せねばならぬのか如き、大勢的ノーマルの惑いを映し出しているように思われる。ただ、それが「負けないための競争」の新しいスタイルでしかないのか、そして結果的に求心化の再編強化に手を貸すだけのことになるのか、あるいは先の新手の「世代試行」となるのかは、予断を許さず、今後とも注視していく必要のあるところである。

新しいライフスタイルやオータナティブが議論としてもはやされ、また現に普通離婚率も昭和58年をピークに昭和59年以降下降に転じ、なにやら日本社会にも求心的モーメントが若干緩んできた風向きである。しかしそれでもなお国際比較上は明らかに低い離婚率社会であり、加えてたとえば未婚の母たる非嫡子出生率は相変わらず異様と思える程の低率であり、犯罪、非行発生率も大局的にはなお低位社会グループに属するといつてよい。このことをもって高い社会統合性と評価される反面、そのコストとしてなお強すぎる求心性と社会的拘束の側面を見逃すわけにはいかない。上述の同質社会の安定性を「負け人によって支えられる」同質社会の病理性と関連づけて理解することで、わが国の社会的安定性の、いわば光と影をよりよく理解できるものと考えられる(清水, 1985b)。

## (3) 私事化と負け人

日本社会の同質性と安定性が「負け人」の存在により支えられている側面があると仮定するならば、「負け人」創出メカニズムの無効化が有効な戦略のひとつとなろう。この無効化戦略は、状況と

条件の相異に応じていろいろなアプローチがあり、有効性の順位づけ論議を抜きにすれば、新人類の“おりる”戦略まで、その幅は決して狭くはない。

しかし同時に、負け人創出メカニズムを無効化することが言うほど容易ではないことは、差別への抵抗運動を始めとするこれまでの諸運動の苦闘からしても、ここでも繰り返すまでもない。にもかかわらず、私事化問題を考えるという以上、その直接的効果は別にして、やはり無効化の問題に立ち戻ってみる必要があると思うのである。

さて“おりる”ことが、本当に負け人的ポジションに身を置くことになるのかは、疑問なしとしないうところである。それは、前述の様に秘やかなナルチズムであったり、自分だけは手を汚したくないといった、むしろいまひとつの優者の論理が見え隠れしないでもない。したがって、“おりる”ことが負け人創出メカニズムの無効化にどれだけ有効かに関しては、確かに論議の生じるところであろう。ただそれでも、“おりる”ことの自覚的、無自覚的な動機は別にして、結果的にもたらされるかも知れぬ負け人に関する社会的文脈上の含意的意味 (onnotative meaning) の緩みには注目しておきたいと思う。否、単純に負け人になるだけではない点こそ、負け人自身による含意的意味の再編成 (reality construction) にとって大きな意味を持っているときえ考えられる。

そもそも、誰が負け人になりたかろう。ましてや、負け人を踏台にして安定を確保しようとする傾向を一層強くもつ社会においてである。当然、負け人的ポジションに関する従来からの意味付与がなんらかの形と程度で改変されてこそ、“おりる”ことが成り立つのである。その過程での右余曲折は充分想定されるものの、この意味付与の改変が具体的な事実においてひとつひとつ積み重ねられることによって、「無効化」論議の射程に参入してくる筈である。非婚のまま子供を生むこと(善積, 1985)、障害者児を抱えて生活すること(要田, 1987)、男親として子どもと「生活」を共にする父子家庭(春日, 1988)。これらの一部には、自ら“おりた”例ではないものの、結果的には負け人的ポジションの意味付与再編を担っている社会的セクターとしての役割が明確に読み取れるので

ある。

#### (4) わが国における家族精神保健の一課題

Berger (1973) はこうした意味世界と深く関わるところで私事化を問題にした一人であるが、彼によれば、社会的に与えられ、人々に共有されていたシンボル体系が私事化の進行により曖昧化し、近代人はそれぞれに事象の意味づけを担わねばならぬという十字架を背負うはめになった。これをBergerは「近代人は深まりゆく安住の地の喪失状態に苦しんでいる」と表現し、近代人を故郷喪失者と呼んだ訳である。考えてみれば、こうしたシンボル体系の曖昧化という私事化の側面は、負け人的ポジションの意味付与変革にとって、うってつけの状況ともいえるのである。反面、久しく「多様化」が言われながらも、逸脱境界に関する日本社会のシンボル体系の求心性は思われている程に多様化しておらず、私事化現象と一口に言ってもわが国の場合と、個人主義化がさらに徹底している他の社会では自ずと局面を異にする可能性が大きい。ひょっとしたら、この局面では日本社会はなお故郷喪失を決定的には体験しておらず、近代家族論の日本社会への適用と日本家族の〈前近代性〉問題(牟田, 1988)ともどこかで軌を一にして、なお〈前近代的〉であるのかとさえ思われる。わが国の私事化を考えるにあたって、私事化と個人化という「私と個」の問題をきちんと区別し(磯田・清水, 1991)、あるいはまた「欲望としての私秘化」と「価値としての私秘化」(宮島, 1984)を注意深く区別して考えておく必要のあることも、こうした日本の社会意識状況を反映しているからであろう。

特に近年、近代家族論や未来にむけての多様化論議が盛んとなり、家族に関する複数モデルの要が強調されるにつれ、単なる欧米における研究動向の反映にとどまらず、社会文化的文脈を踏まえた、わが国の状況に接合しうる問題提起が期待される。現状では少なくともシンボル体系においてはなお強固に同質的な社会性向を視野にとらえつつ研究を進める必要があり、とりわけ家族精神保健の問題を検討する上で、こうした視点は不可欠となる。本論で私事化問題を考えるにあたって、

日本社会の同質性、求心性の問題を絡めて考えた、いわば状況動機はこの辺りにある。

加えて、家族的世界はプライベートな世界であるだけに、欲望と規範が思わず露呈しやすい社会的場面でもある。欲望ならびに価値としての私事化を検討するに格恰の場であるばかりか、社会の同質性や求心性をよりよく担うエージェントでもある。このことは、家族的領域で私事化を問題にしようとする以上、単にシンボル体系論にとどまらず、生活意識はいうまでもなくさらに具体的に人々の生活行動の問題にまで分け入る必要があることを示唆していよう。1例をあげれば、どうして日本の男性の多くは世論調査などで「家族が大切」と答えながら、他方では平気で「家族を二の次」とするごとき行動（残業・休日出勤、帰宅時の頻繁な飲み会、日曜ゴルフetc.）をするのか。生活意識レベルではともかくも、生活行動レベルにまで射程を広げると、やはり男と女では私事化の現在の状況が大きくズレている有様が見えてくる。男にとってマイホームは〈私的領域〉であっても、女には家事などの課題遂行的世界として、なおく公的領域の面を強くもっているのではなからうか。男にとっては、どっぶりつかる企業一家的世界とくつろげるマイホーム的世界が調和的に両立しても、女にとってはもはやそうしたマイホームは決して「憩いとくつろぎ」の家族と感じにくくなっているのではなからうか。もちろん若い男性の一部や専業主婦志向の女性など、ある社会セクターではかような要約は当を失する状況と指摘することができようし、事実そうしたきめ細かい社会階層的分析が必要なのである。いずれにせよ、家族的領域に注目することによって、一言に私事化問題といっても男と女の間には無視できぬズレの存在することがよりよく予測されるのである。

改めて地球上の半数が女であることを想起する時、また男と女でつくる家族である以上、かような問題を看過して家族の精神保健はあり得まい。

## 文 献

Berger, P. and B. Berger and H. Kellner: The Homeless Mind; Modernization and Consciousness. Random House, 1973. [高山真知子他訳

『故郷喪失者たち—近代化と日常意識』, 新曜社, 1977.]

Durkheim, É., Le Suicide: Etude de Sociologie, Alcan, 1897. [宮島喬訳『自殺論』, 中央公論社, 1968]

Durkheim, É., Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse, Le Système Totémique en Australie, Paris, 1912. [古野清人訳『宗教的生活の源初的形態(上・下)』, 岩波書店, 1941.]

Fromm, E., Escape from Freedom, Rinehart & Company, 1941. [日高六郎訳『自由からの逃走』, 創元新社, 1951.]

古城利明「世界社会論的視座と日本社会」『社会学評論』, 147 (37:3) 1986, 23-37.

Gouldner, A., Reciprocity and Autonomy in Functional Theory, in L. Gross (ed.), Symposium on Sociological Theory, Row, Peterson and Company, 241-270, 1959. Goffman, E., Encounters, The Penguin Press, 1961.

浜口恵俊『人間主義の社会日本』, 東洋経済新報社, 1982.

磯田朋子・清水新二「家族の私事化に関する実証的研究」『家族社会学研究』, 3, 16-27, 1991.

春日キスヨ『父子家庭を生きる一男と親の間—』, 勁草書房, 1989.

片桐雅隆「リアルセルフの社会学—ターナー—」, 片桐編『意味と日常世界』, 世界思想社, 136-162, 1989.

加藤正明, 精神保健とは, 吉川武彦・佐野光正編『精神保健の基礎理解(精神保健実践講座1)』, 中央法規出版, 2-28, 1989.

国民生活審議会編『コミュニティ生活の場における人間性の回復—』, 1969.

Lewis J., R. Beavers, L. Gossett and V. Phillips, No Single Thread: Psychological Health in Family Systems, Brunner/Mazel, 1976. [本多裕他訳『織りなす綾—家族システムの健康と病理』, 国際医書出版, 1979.]

Mayo, E., The Human Problems of an Industrial Civilization, The Macmillan Company, 1933. [村本栄一訳『産業文明における人間問題』, 日本能率協会, 1951.]

野尻(目黒)依子「分析概念としての家族」『家族研究年報』, 1, 1-11, 1975.

目黒依子『個人化する家族』, 勁草書房, 1987.

宮島喬「私化へのアプローチと若干の問題点」現代社会学会議編『現代社会学』, アカデミア出版, 18, 129-142, 1984.

森岡清美「女性ライフコースの世代間および世代内

- 葛藤『社会学評論』, 155, 1988, 2-9.
- 森岡清美「日常生活における私秘化」『社会学評論』, 134 (34: 2) 1983, 12-19.
- 牟田和恵「近代家族」概念と日本近代の家族像」『佐賀大学教養部研究紀要』, 20, 165-178, 1988.
- 中西茂行「マイホーム主義の歴史心理」『社会学論叢』(日本大学社会学会), 93, 25-41, 1985.
- NHK世論調査部編『現代の家族像: 家族は最後のよりどころか』, 日本放送出版協会, 1985.
- 清水新二「社会過程論からみた「家族と地域社会」研究」『社会学評論』, 112, 60-67, 1978.
- 清水新二, 「アルコール乱用の社会病理学的視点」, 『社会精神医学』, 8: 3, 183-189, 1985a.
- 清水新二「大勢の安定化説と現代家族の動向」, 『家族関係学』, 5, 1-6, 1985b.
- 清水新二「現代家族の集束と分散—家族と私事化問題をめぐって—」, 新屋重彦他編『現代社会の諸問題』, 相川書房, 3-18, 1991.
- Simmel, G., *Über Soziale Differenzierung, Sociologische und Psychologische Untersuchungen*, Dunker & Humboldt, Leipzig, 1890. [石川晃弘・鈴木春男訳『社会的分化論』, 中央公論社, 1968.]
- 総理府『婦人に関する世論調査』, 1972; 1979.
- 鈴木広「たえず全体化する全体性と, たえず私化する私性」『社会学評論』, 134 (34: 2), 1983, 41-45.
- 田中重好「戦後日本の社会変動の到達点—「豊かな」社会の実現と私化の進行—」『文経論叢』(弘前大学文学部), 22: 3, 1988, 31-70.

Walsh, F. (ed.), *Normal Family Process*, The Guilford Press, 1982.

山根常男監修『揺れ動く現代家族』, 日本放送出版協会, 1984.

善積京子他『脱・結婚』, 世界思想社, 1985.

要田洋江「“自閉”と“拘束”—障害児の親たちが孤立する背景—」『大阪市立大学生生活科学部紀要』, 35, 471-484, 1987.

#### Abstract

Positive mental health has been emphasized in Japan as well, and the family system has much to do not only with mental disorders but also vastly with mental health promotion. This absolutely holds true particularly in Japan, where the family as a core social system has been a kind of the basement of various social structures. This article specifically sheds light upon the issue of "privatization" which refers to the problem of gradual weight shift of people's concerns from public sectors to private ones including the family as primaries. The adequacy of this orienting strategy is indicated with concrete examples of emergent social phenomena, particularly in the case of women and younger adult generation. The cultural contexts of this issue is examined in terms of the Japanese homogeneous society, and, based upon this, some conceptual clarifications and operationalizations are conducted for further empirical research works.

【原著】

## 精神薄弱関係施設職員 の 精神健康 と その 社会的背景 (第 2 報)

——— 神経症・抑うつ症状を生み出す背景 ———

椎谷 淳二\* 栗田 広\*\* 宗像 恒次\*\*\*

抄録：全国の精神薄弱関係施設従事者2979名を対象に精神健康調査の結果の分析を行った。GHQ30項目版により推定された神経症群が多発する職員層は、主に満30歳未満の若い年齢層の職員であり、中でも未婚者に高い出現率がみられた。神経症・抑うつ症状の発生には、職場環境、人間関係、日常生活上のストレスに起因するイライラや志気の低下が強く影響し、積極的な問題対処行動や情緒的支援者の保有等がそれを抑制する力をもっていた。

精神保健研究 37; 151-159, 1991

**Key words:** *mental health, neurosis, staff members of social welfare facilities for the mentally retarded, work morale*

## I. はじめに

対人サービスを基本とする諸領域で仕事をする専門従業者についての、燃えつき現象をはじめとする精神健康に関する調査研究は、米国のFreudenbergerによる臨床的研究<sup>2)</sup>に始まり、

Mental Health of Staff Members in Social Welfare Facilities for the Mentally Retarded and Its Social Background: The Second Report.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Junji Shiya: Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部

Hiroshi Kurita: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*\*筑波大学体育科学系健康管理学

Tsunetsugu Munakata: Institute of Health and Sports Sciences, University of Tsukuba

MaslachやPinesらによる社会心理学的観点からの実証的研究<sup>4,11)</sup>へと発展してきた。我が国ではこれらの先行研究をふまえて、宗像や稲岡らを中心に、医師、看護婦(士)、中学校教員についての研究結果が、またそれらのコントロール群として都市一般住民人口に対する同様の研究結果が発表されている<sup>1,5,6,7,8,9)</sup>。そこでは、都市一般住民人口と比較したとき、精神科医師、看護婦(士)、中学校教員の精神健康状態は有意に不良であることをはじめとして、専門従事者をとりまくさまざまな心理社会的背景が精神健康状態の不良に関連性を有することが明らかにされている。

これら保健・医療・教育領域での研究が進む中で、同じ対人サービスを担う社会福祉領域での専門従事者については、従来ほとんど研究がなされてこなかった。本研究は、精神薄弱関係施設職員についてはもちろんのこと、我が国で初めて社会福祉領域の専門従事者を対象に取り組みされた精神健康調査であり、大規模な全国調査という点では国際的にみても類例がないものである。

本研究の第1報<sup>12)</sup>では、日本語版一般健康調査30項目短縮版(GHQ30項目版)により推定された神経症群の出現頻度が精神薄弱関係施設職員全体



の34.8%であり、看護婦(士)や中学校教員と同様の高い値を示していること、推定された神経症群が多発しやすい職員層としては、主として、女性職員、経験の浅い若い一般職員クラス(非管理職)の職員、指導員・保母・療法士のように園生の療育に直接携わる職員たちであること、を明らかにした。

本稿は、本研究の調査分析結果の第2報として、GHQ30項目版に基づいて推定された神経症群が多発するハイリスク層と、神経症・抑うつ症状を生み出す要因および抑制する要因を、施設の属性、第1報で触れられなかった職員個人の属性や職務上の背景、測定した各尺度間の関連に基づいて、明らかにしようとするものである。

## II. 対象と方法

### 1. 調査の対象と方法

全国の精神薄弱関係施設(精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、精神薄弱者更生施設(入所、通所)、精神薄弱者授産施設(入所、通所)、精神薄弱者通園寮、精神薄弱者福祉ホーム)全2092施設から抽出した216施設(10.3%)について、そこに常勤正職員として勤務する職員全員4523名を本調査の対象とした。なお、調査対象の抽出方法、調査の実施方法、調査時期、調査票の質問項目に

ついては、第1報<sup>12)</sup>に記したので省略する。

有効回収サンプル数は2979名、有効回収率は65.9%であった。第1報ではサンプル数3013名に基づいて集計分析を行ったが、分析の精度を上げるため、燃えつき状態に関する21項目の質問に対して3項目以上に無回答があるサンプル34名分を集計から除外し、有効サンプル数を2979名とした。これに伴い、本稿において第1報から引用した数値はいずれもこの操作の後の修正値を用いた。

### 2. 尺度の構成と信頼性

本研究では、調査票の質問項目に対する回答から以下の方法により13の尺度を求め、使用した。これらの各尺度の主成分分析の結果および信頼性係数は、表1に要約してある。

#### (1) 園生に対する否定的なイメージ尺度

園生との関係をみるために、「気持が通じ合わない」「反応がない」「ついてきてくれない」など、否定的なイメージの有無を問う6項目について、「大いにある」「まあある」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。

#### (2) 日頃の仕事へのまわりからの支持尺度

上司、同僚、部下などの職場関係者、園生の家族、地域住民などから、日頃の仕事が支持されていると思うかどうかを問う6項目について、「支持されている」と答えた場合を1点とし加算して尺

表1 13尺度における主成分分析および信頼性分析

尺 度	第1因子固有値	寄 与 率 (回転後*の因子数)	信頼性係数 $\alpha$
1. 園生に対する否定なイメージ	2.5372	42.3% (1)	0.7022
2. 日頃の仕事へのまわりからの支持	3.2425	54.0% (1)	0.8276
3. 情緒的支援者保有	5.3378	53.4% (1)	0.9006
4. 仕事上での不快な人間関係	2.0668	34.4% (2)	0.6069
5. 無力体験	2.6771	33.5% (2)	0.6686
6. ストレスフルな職場環境	5.5591	18.5% (7)	0.8300
7. ストレス性の高い生活出来事	2.0634	7.4% (12)	0.4850
8. 積極的対処行動	2.2589	32.3% (2)	0.6273
9. 逃避的対処行動	1.7442	24.9% (2)	0.4534
10. 自己抑制型行動特性	2.8738	28.7% (3)	0.7158
11. 日常苛立事	4.5645	22.8% (4)	0.8172
12. 仕事に対する志気の低下	3.7336	37.3% (2)	0.8008
13. 神経症・抑うつ症状	9.7244	32.4% (6)	0.9218

\*バリマックス法による回転

尺度化したもの<sup>7)</sup>を使用した。

(3) 情緒的支援者保有尺度

情緒的に支援してくれる人が、対象者のまわりにいるかどうかを問う10項目について、「いる」と回答した場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(4) 仕事上での不快な人間関係尺度

仕事を進める上で、職場関係者、園生やその家族、地域住民など周囲の人々との間で、最近いらだつことや不快な思いをしたことがあるかどうかを問う6項目について、「大いにある」と答えた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>7)</sup>を使用した。

(5) 無力体験尺度

「これまで、何をしてもどうにもならない状況に陥ったことがありますか」など、過去の無力体験の有無を問う8項目について、「よくあった」と答えた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(6) ストレスフルな職場環境尺度

ストレスフルな職場環境を示す30項目について、「大いにそうである」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。米国Stress Research Systems社のストレス診断調査<sup>9)</sup>を宗像が翻訳し、回答形式を簡略化したもの<sup>9)</sup>を使用した。

(7) ストレス性の高い生活出来事尺度

「借金をかかえた、家族が大病や大ケガをした、離婚した、配置転換があった、引越した、親しい人の死亡」など、ストレス性の高い生活出来事の過去3ヶ月間における有無を問う32項目について、「はい」と答え、かつその出来事を「つらかった」と感じた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(8) 積極的対処行動尺度

日常生活の中でなにか困難に出会ったとき、「問題の原因をみきわめ解決にむけて行動する」「問題解決のために当事者や関係者と話し合う」「信頼できる人に相談する」など、積極的な問題対処行動をとるかどうかを問う7項目について、「はい」と答えた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(9) 逃避的対処行動尺度

日常生活の中でなにか困難に出会ったとき、「じっと耐え我慢する」「責任を転嫁する」「アルコールでうさを晴らす」「精神安定剤を用いる」など、逃避的な問題対処行動をとるかどうかを問う7項目について、「はい」と答えた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(10) 自己抑制型行動特性尺度

「自分の感情を抑えてしまう方である」「思っていることを容易に口にさせない」「人から気に入られたいと思う」など、他人に認めてもらいたいという欲求のために自分の感情を抑制してしまうタイプの行動特性を問う10項目について、「いつもそうである」と答えた場合を2点、「まあそうである」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化したもの<sup>9)</sup>を使用した。

(11) 日常苛立事尺度

日常のイライラする事柄(Daily Hassles)を問う20項目について、対象者が「(最近)大いにそうである」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化したもの<sup>6,7)</sup>を使用した。

(12) 仕事に対する志気の低下尺度

仕事や職場でのやりがいのなさ、不満足感、負担感、惰性など、仕事に対する志気の低下に関する問い10項目について、「大いにそうである」「まあそうである」と答えた場合を1点とし加算して尺度化したもの<sup>7)</sup>を使用した。

(13) 精神健康度尺度

GoldbergのGeneral Health Questionnaire(GHQ)の中川らによる邦訳版の短縮版(日本語版一般健康調査30項目短縮版。以下GHQ30項目版と略称する)を使用した。この尺度は神経症患者についてその妥当性や信頼性がすでに検討されている<sup>5,10)</sup>。神経症・抑うつ症圏について、ここでは7/8をカットオフポイントとしている。このカットオフポイントは宗像らによって精神科医の診断とよく一致することが確認されている<sup>5)</sup>。

### III. 結 果

1. 推定された神経症群と、施設および職員の属性、職務上の背景との関連  
GHQ30項目版によって神経症・抑うつ症圏にあ

ると推定される神経症群の、精神薄弱関係施設職員全体での出現頻度、および職員の属性のうち性別、年齢階層別、通算経験年数別、職位別、職種別の関連性についての結果は第1報で報告したので、ここでは施設の属性および第1報で触れられなかった職員個人の属性や職務上の背景との関連について順次みていくことにする。

#### (1) 施設の属性

調査対象施設をその種別(7群)、園生の定員規模別(6群)、施設周辺の立地環境別(3群)にそれぞれ分け、推定された神経症群の発生頻度との関連についてみてみたが、いずれも有意な差は認められなかった。

#### (2) 婚姻関係

推定された神経症群の頻度は、未婚者(43.5%, n=935)は既婚者(30.3%, n=1921)に比べて有意( $t=6.958$ ,  $p<0.001$ )に高かった。離・死別者における頻度(37.4%, n=115)は未婚者と既婚者の中間に位置するが、未婚者、既婚者のいずれとも有意な差はみられなかった。

#### (3) 最終学歴

推定された神経症群の頻度は、短大・専門学校卒業者(39.4%, n=1115)が、高校卒業以下の学歴者群(29.7%, n=775)および大学卒業以上の学歴者群(33.9%, n=1059)と比べてそれぞれ有意( $t=4.337$ ,  $p<0.001$ ,  $t=2.659$ ,  $p<0.01$ )に高かった。

#### (4) 他の職歴の有無

推定された神経症群の頻度は、精神薄弱関係施設勤務以外の職歴のない群(39.2%, n=1461)で、他の職歴を有する群(30.5%, n=1482)より有意( $t=4.953$ ,  $p<0.001$ )に高かった。

#### (5) 週平均勤務時間数

時間外勤務時間を含めた週平均勤務時間数について50時間以下の群と51時間以上の群との2群に分けてみると、推定された神経症群の頻度は、51時間以上の群(42.5%, n=449)で、50時間以下の群(33.5%, n=2432)より有意( $t=3.676$ ,  $p<0.001$ )に高かった。

#### (6) 月平均宿直日数

推定された神経症群の頻度は、月平均宿直日数10日以上(42.9%, n=28)で10日未満の群

(34.7%, n=2928)より高い値を示したが、実数が少ないために有意差はなかった。しかし、推定された神経症群の頻度は、宿直勤務のある群(36.5%, n=1644)でない群(32.7%, n=1312)より有意( $t=2.155$ ,  $p<0.05$ )に高かった。

#### (7) 施設外研修年平均参加回数

推定された神経症群の頻度は、施設外での研修や会合への年平均参加回数が0回/年の群(37.6%, n=375)で、年1回以上参加している群(34.4%, n=2532)よりやや高い値を示しているが、有意差はなかった。

#### (8) 年次有給休暇年間利用日数

推定された神経症群の頻度は、前年1年間に利用した年次有給休暇日数が3日以下の群(40.1%, n=626)で、4日以上利用した群(33.8%, n=2241)に比べて有意( $t=2.918$ ,  $p<0.01$ )に高かった。

## 2. 推定された神経症群が多発する層

精神薄弱関係施設職員の中でも、女性、年齢30歳未満、通算経験年数6年未満、一般職員クラス(非管理職)、指導員・保母・療法士の各群に、GHQ30項目により推定された神経症群が多発することは、すでに第1報で指摘した<sup>12)</sup>。前記の結果と第1報で報告した結果をもとに、推定された神経症群の出現頻度が39.0%以上の項目を列挙してみると、年齢30歳未満、未婚、短大・専門学校卒、他の職歴なし、平均勤務時間51時間以上/週、平均宿直日数10日以上/月、年次有給休暇利用日数3日以下/年の7項目が抽出できる(表2)。これらのうち平均宿直日数10日以上/月を除く6項目は、精神薄弱関係施設職員会全体の水準<sup>12)</sup>ならびに一般住民人口(東京都北区・杉並区)の水準<sup>9)</sup>と比較して、いずれも神経症群の比率が有意に高い値を示しており、推定された神経症群が多発するハイリスクな群であるといえる。

ところで、これらのハイリスク群は相互に関連しあっている。特に神経症群の頻度と強い関連性をもつ<sup>12)</sup>年齢階級と、婚姻関係、最終学歴、他の職歴の有無、週平均勤務時間数、年次有給休暇年間利用日数の5項目との間には、いずれも有意( $p<0.001$ )な相関がある(婚姻関係、最終学歴、他の

表2 精神薄弱関係施設職員の推定された神経症群のハイリスク層 (39.0%以上)

	神経症群の比率 (実数) % (人)	精神薄弱関係施設職員全体 との比較 (34.8%, N=2979) (t 値)	一般人口 (北区・杉並区) との比較 (28.6%, N=353) (t 値)
年齢30歳未満	44.2 (n= 939)	5.201**	5.102**
未婚	43.5 (n= 935)	4.810**	4.881**
短大・専門学校卒	39.4 (n=1115)	2.729*	3.667**
他の職歴なし	39.2 (n=1461)	2.866*	3.699**
平均勤務時間51時間以上/週	42.5 (n= 449)	3.172*	4.062**
平均宿直日数10日以上/月	42.9 (n= 28)	0.895	1.595
年休利用日数3日以下/年	40.1 (n= 626)	2.516*	3.601**

\*p&lt;0.01 \*\*p&lt;0.001

職歴の有無は、それぞれ未婚、短大・専門学校卒、他の職歴ありを1、それ以外を0としてダミー変数化し、週平均勤務時間、年次有給休暇年間利用日数はそれぞれの選択肢の中間値を階級値として与え変数化した。そこで年齢階級による影響を除外するために、推定された神経症群が多発する年齢30歳未満の職員 (n=939) だけを抽出して、5項目と神経症・抑うつ症状 (精神健康度尺度) との相関を調べたところ、 $p<0.001$ レベルでの有意な相関はなくなり、婚姻関係 (未婚) で $p<0.01$ レベルの相関がみられるだけになった。

表3 精神薄弱関係施設職員の神経症・抑うつ症状についての回帰モデル

変数	r	$\beta$
1. 日常苛立事	0.4518**	0.2421**
2. 仕事に対する志気の低下	0.3686**	0.1888**
3. ストレス性の高い生活出来事	0.3292**	0.1793**
4. 逃避的対処行動	0.2551**	0.1338**
5. 積極的対処行動	-0.1850**	-0.1217**
6. 無力体験	0.2922**	0.0927**
寄与率		0.3221
重相関係数		0.5675
F 値 (df=6/2936)		232.48**

\*\*p&lt;0.001

### 3. 各尺度間の関連

#### (1) 神経症・抑うつ症状を生む背景

各尺度間の相関係数を調べると、精神薄弱関係施設職員の神経症・抑うつ症状 (精神健康度尺度) に統計的に有意な関連をもつ要因は数多くみられる。そこで、神経症・抑うつ症状を被説明変数とし、関連するさまざまな尺度を説明変数として重回帰分析を行った結果、神経症・抑うつ症状に対して有意な影響力を持つと推定される6つの変数からなる回帰モデルを得た (表3)。

それらの変数のうちでもっとも影響力が強いのは日常苛立事の量である。日常苛立事尺度において調査対象の施設職員が「(最近) 大いにイライラする」と答えた主な項目とその頻度は、「自分の将来のこと」(14.3%)、「収入が少ないこと」(14.1%)、「出費がかさむこと」(12.5%)、「乗り越えなければならぬ課題」(10.5%)、「自分や家族の健康のこと」(9.6%)、「家庭でも仕事でも責任が重いこと」(8.1%)、「不規則な生活が続くこ

と」(7.9%) などであった。上記の項目において「まあイライラする」と答えたものを含めると、40~50%程度の職員がこれらのことでイライラしていることになる。このような日常苛立事の量が神経症・抑うつ症状を生み出すもっとも強い影響力をもつ。

神経症・抑うつ症状を生み出す影響力が2番目に強いのは仕事に対する志気の低下である。本調査において多く見られる回答は、「(最近) 自分の仕事が惰性に流されたり、マンネリ化している」(66.3%)、「自分のしている仕事について疑問もしくは無力感をもつ」(55.1%)、「仕事のことを考えるとなんとなくわずらわしい気分にとらわれる」(47.2%)、「仕事のことを考えるとうんざりした気持ちになる」(43.8%)、「現在の仕事を負担に感じる」(29.7%) などであった。

3番目に影響力が強いのは最近3ヶ月間におけるストレス性の高い生活出来事の体験で、具体的には「外来治療しなければならない病気にかかっ

た」(25.0%)、「勤務内容や勤務時間に変化があった」(14.4%)、「支出が大幅に増えたり大きな借金(ローンを含む)をかかえた」(11.7%)、「家族が大病(寝たきりや痴呆を含む)や大ケガをした」(10.9%)などが比較的多くみられた。

これら日常苛立事やストレス性の高い生活出来事のような日常生活の中での困難に直面したときの問題への対処の仕方も、神経症・抑うつ症状を生み出す有意な影響力をもっている。すなわち、逃避的な対処行動は神経症・抑うつ症状を生みやすく、積極的な対処行動は神経症・抑うつ症状を抑制する。逃避的な対処行動としては、困難な問題に直面した時「じっと耐え我慢し時の過ぎるのを待つ」(56.1%)、「自分の気持ちとは反対にはしゃいだり、明るく振る舞ったりする」(32.7%)、「アルコールを飲んだりしてうさ晴らしをしたり、友人と馬鹿騒ぎをする」(27.8%)、「問題にかかわりあった人に腹を立て、責任を転嫁する」(10.5%)などであった。積極的な対処行動としては、「問題の原因をみきわめ解決にむけて行動する」(82.5%)、「信頼できる人に相談あるいは話を聞いてもらう」(81.2%)、「同じような過去の体験を振り返り参考とする」(80.6%)、「問題解決のために当事者や関係者と話し合ってみる」(79.0%)などがみられた。

このほか、「なんらかの問題に直面したとき、解決できたと思うことはめったにない」(14.4%)、「何をしてもどうにもならない状況におちいることがよくある」(7.8%)のように自分の無力さの体験が、神経症・抑うつ症状の発生に有意な影響力をもっていた。

## (2) 日常苛立事を生む背景

神経症・抑うつ症状の発生にもっとも強い影響力をもつ変数は日常苛立事である。そこで日常苛立事を被説明変数とし、神経症・抑うつ症状と仕事に対する志気の低下以外の関連する尺度を説明変数として重回帰分析を行った結果、7つの変数からなる回帰モデルが得られた(表4)。

日常苛立事に対してもっとも影響力が強いのはストレスフルな職場環境である。ストレスフルな職場環境といってもその内容はさまざまである。以下に、質問に対して「大いにそうである」と答

表4 精神薄弱関係施設職員の日常苛立事についての回帰モデル

変数	r	$\beta$
1. ストレスフルな職場環境	0.5285**	0.3620**
2. ストレス性の高い生活出来事	0.3216**	0.1786**
3. 逃避的対処行動	0.2526**	0.1377**
4. 仕事上での不快な人間関係	0.3705**	0.1356**
5. 無力体験	0.3629**	0.1236**
6. 自己抑制型行動特性	0.2076**	0.0805**
7. 情緒的支援者保有	-0.1332**	-0.0664**
寄与率		0.4053
重相関係数		0.6366
F値 (df=7/2935)		285.73**

\*\*p<0.001

えた人の割合を主な項目ごとに示すと、「職場での責任は物に対してよりも人に対してである」(50.7%)、「きちんとした仕事をするには、自分が受けた教育や経験では不充分である」(17.7%)、「仕事の上で、新しい知識や技術を学んだり伸ばしたする機会がない」(15.6%)、「同時にたくさんの仕事をすすめていかなければならない」(15.6%)、「命令指揮系統がはっきりしない」(14.6%)、「業務がすこしづつ複雑になり、やりにくくなっている」(12.3%)などであった。このような、対人サービス職としての特殊性、知識や技術の不充分さ、質量ともにハードな仕事内容、不明確な命令指揮系統、等々の諸要素から形成されるストレスの多い職場環境が、日常苛立事を生み出す有力な要因になっている。

ストレス性の高い生活出来事、逃避的な対処行動、無力体験の3変数は神経症・抑うつ症状の場合と共通して、また、仕事上での不快な人間関係、情緒的支援者保有は後述する仕事に対する志気の低下の場合と共通して、それぞれ日常苛立事の発生に対しても有意な影響力をもっている。なお、自己抑制型行動特性をもつ人は一般にストレス状態に陥りやすく、神経症・抑うつ症状や日常苛立事を生じやすいといわれている<sup>9)</sup>が、ここでも日常苛立事を促進する有意な一因になっている。

## (3) 仕事に対する志気の低下を生む背景

神経症・抑うつ症状の発生に2番目に強い影響力をもつ変数は仕事に対する志気の低下である。そこで仕事に対する志気の低下尺度を被説明変数

表5 精神薄弱関係施設職員の仕事に対する志気の低下についての回帰モデル

変数	r	$\beta$
1. ストレスフルな職場環境	0.4045**	0.2636**
2. 仕事上での不快な人間関係	0.3893**	0.2281**
3. 日頃の仕事へのまわりからの支持	-0.1905**	-0.1323**
4. 園生に対する否定的なイメージ	0.2106**	0.1194**
5. 情緒的支援者保有	-0.2097**	-0.1150**
6. 逃避的対処行動	0.1497**	0.0666**
7. 積極的対処行動	-0.1405**	-0.0623**
8. ストレス性の高い生活出来事	0.1719**	0.0597**
寄与率		0.3007
重相関係数		0.5483
F値 (df=8/2934)		157.68**

\*\*p&lt;0.001

とし、神経症・抑うつ症状と日常苛立事以外の関連する尺度を説明変数として重回帰分析を行った結果、8つの変数からなる回帰モデルが得られた(表5)。

仕事に対する志気の低下に対してもっとも影響力が強いのは、日常苛立事の場合と同様ストレスフルな職場環境である。次いで、仕事上での不快な人間関係、日頃の仕事へのまわりからの支持、園生に対する否定的なイメージ、情緒的支援者保有など、人間関係に関わる4つの変数が、仕事に対する志気の低下にそれぞれ有意な影響力をもっている。

このほか、神経症・抑うつ症状の場合と同様に、逃避的対処行動、積極的対処行動、ストレス性の高い生活出来事の3変数はここでも影響力をもっている。

#### IV. 考 察

##### 1. 推定された神経症群が多発する若い未婚の職員層

精神薄弱関係施設職員における、GHQ30項目版により推定された神経症群が多発するハイリスク層として、年齢30歳未満、未婚、短大・専門学校卒、他の職歴なし、平均勤務時間51時間以上/週、年次有給休暇利用日数3日以下/年の6項目が抽出された。結果でも述べたように、これらの項目に該当する職員層は相互に重複しあっている。年

齢30歳未満の職員だけを抽出した検討の結果から、これらハイリスク層の中核をなしているのは年齢30歳未満の若い年齢層の職員たちであり、中でも年齢30歳未満の職員の74.2%を占める未婚の職員層であると考えることができる。実際、年齢30歳未満かつ未婚の職員群(n=697)では、推定された神経症群の頻度が46.6%と半数近くにはのぼり、きわめて高い値を示す。またこの群においては、他のハイリスク層を示す項目と神経症・抑うつ症状との間の有意な相関は $p<0.01$ レベルでもまったくみられなくなるところから、他のハイリスク項目に該当する職員群では年齢30歳未満の未婚の職員群と重なり合う部分が大きく、その影響が働くために神経症群の頻度を高めていると考えられる。

ところで、若い年齢層に推定された神経症群が多発するのは、精神科医師、看護婦(士)、中学校教員の場合<sup>1,7,8)</sup>と同様であり、未婚者に推定された神経症群が多発するのは看護婦(士)の場合と同様<sup>1,8)</sup>であって、精神薄弱関係施設職員に限った現象ではない。このように若年層の対人専門職に精神的不健康が多発する原因について、宗像らは新卒者のリアリティ・ショックによるものと推定している<sup>8)</sup>。精神薄弱関係施設職員の場合においても、同じ対人専門職としてこの指摘は妥当なものと考えられる。

##### 2. 神経症・抑うつ症状を生み出す要因と抑制する要因

神経症・抑うつ症状を生み出す有意な影響力をもつ変数として、日常苛立事、仕事に対する志気の低下、積極的対処行動(負の影響)、無力体験などが、また、日常苛立事や仕事に対する志気の低下を生む有意な影響力をもつ変数として、仕事上での不快な人間関係、ストレス性の高い生活出来事、逃避的対処行動などがあげられることは、使用した変数が多少異なるための違いはあるにせよ、医師、看護婦(士)、中学校教員の場合とおおむね共通している<sup>1,7,8,9)</sup>。少なくとも今回の結果から精神薄弱関係施設職員の場合において、神経症・抑うつ症状を生み出す影響力をもつ変数に特別な差異を見いだすことはできない。職場や日常

生活における不快なストレス体験等が慢性的なストレス状態としての日常苛立事や仕事に対する志気の低下を生み、それらが問題への対処行動の違いなどに応じて神経症・抑うつ症状の発生に結びつくという構造は、領域が異なっても同じ対人サービスを担う専門職として共通のものであるといえよう。

ところで、日常苛立事と仕事に対する志気の低下の量は神経症・抑うつ症状の発生に強い影響力をもつが、この両者に対し共通してもっとも強い影響力をもつ変数は、ストレスフルな職場環境である。ストレスフルな職場環境に関する質問項目の内容は多岐にわたるため、この尺度についての因子分析を試みたところ、①不明確な命令指揮系統、②質量ともにハードな仕事内容（役割期待の過重）、③部下に対する指導責任、④仕事への不全感（役割期待の不明、あるいは社会的無用感）、⑤対人サービス職としての知識や技術の不足（不十分な教育研修体制）、⑥やりがいのない仕事内容（役割期待の軽少）、⑦上司と部下との間の板挟み、のごとく表現しうる7つの因子が抽出された。これらの各因子と他の尺度との関連の分析についてここでは触れないが、いずれにしてもこれらのさまざま要素が職場におけるストレスとなって、職員個々の日常苛立事や仕事に対する志気の低下を招くもっとも有力な一因となり、ひいては神経症・抑うつ症状を生み出す間接的な原因になっている。

同じく日常苛立事と仕事に対する志気の低下に強い影響力をもつ変数の一つに仕事上での不快な人間関係がある。仕事上での不快な人間関係はストレスフルな職場環境とも有意 ( $r=0.3851$ ,  $p<0.001$ ) な関連があり、仕事上での人間関係の不良さが職場における大きなストレス源の一であることを示している。日頃の仕事へのまわりからの支持、園生に対する否定的なイメージの両変数ともども、仕事上での人間関係が良好であるか否かは、特に仕事に対する志気に強く反映することによって、神経症・抑うつ症状の発生を左右する一因になっている。

結婚、出産、病気、親しい人の死、転居、転職、配置転換等のストレス性の高い生活出来事は、直

接的なストレス源となって神経症・抑うつ症状、日常苛立事、仕事に対する志気の低下を生み出す影響力をもつ。しかしこれらの生活出来事は誰にとってもある程度は避けることのできないものであるとすれば、問題はストレス性の高い生活出来事や日常苛立事や仕事に対する志気の低下などのいわゆるストレス状態に陥った時、これをどう受け止め対処していくかという個々人の行動特性にかかっていると考えられる。困難な問題に直面した時、逃避的に対処行動は、神経症・抑うつ症状、日常苛立事、仕事に対する志気の低下をいずれも促進し、逆に、積極的に対処行動は、神経症・抑うつ症状や仕事に対する志気の低下を抑制する。従って、各人が逃避的な行動を慎み、問題解決へ向けてより積極的な行動をとるよう心がけるならば、神経症・抑うつ症状の発生を低減させることができると考えられる。同様に、家族や親しい友人など情緒的レベルで自分を支援してくれる人がいることは、日常苛立事や仕事に対する志気の低下を抑制するのに役立つ。

## 謝 辞

本調査の実施にあたっては、全国精神薄弱関係施設の施設長ならびに職員の皆様のご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 土居健郎, 宗像恒次, 高橋徹他: 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.
- 2) Freudenberger, H.J.: Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 30: 159-165, 1974.
- 3) Ivancevich, J.M., Matteson, M.T.: *Stress and Work*. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois, 1980.
- 4) Maslach, C.: Burned Out. *Human Behavior* 5 (9): 16-22, 1976.
- 5) 宗像恒次, 北村俊則, 町澤静夫他: 精神健康尺度の妥当性に関する研究, 健康科学振興財団研究報告書, 1985.
- 6) 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫他: 都市住民のストレスと精神健康度. *精神衛生研究* 32: 49-68, 1986.

- 7) 宗像恒次, 椎谷淳二: 中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景. 精神衛生研究33: 129-153, 1987.
- 8) 宗像恒次, 稲岡文昭, 高橋徹他(土居健郎監修): 燃えつき症候群—医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス—. 金剛出版, 東京, 1988.
- 9) 宗像恒次: ストレス解消学. 小学館, 東京, 1991.
- 10) 中川泰彬編著: 質問紙法による精神・神経症状の把握の理論と臨床応用. 国立精神衛生研究所, 千葉, 1982.
- 11) Pines, A.M., Maslach, C.: Characteristics of Staff Burn-out in Mental Health Settings. Hospital and Community Psychiatry 29: 233-237. 1978.
- 12) 椎谷淳二, 栗田広, 宗像恒次: 精神薄弱関係施設職員 of 精神健康とその社会的背景 (第1報).

精神保健研究36: 113-121, 1990.

#### Abstract

A nation-wide survey on the mental health of 2979 staff members of facilities for the mentally retarded by means of the brief Japanese version of the General Health Questionnaire (GHQ) was analyzed. The main characteristics of staffs liable to develop neurotic symptoms appeared to be age under 30 and singleness. The appearance of neurotic symptoms is influenced by the staffs' daily hassles and low work morale caused by stressful working environment, human relation and life events. An emotional support network and positive problem-solving skills have a significant effect to reduce neurotic symptoms.





【原著】

## 覚せい剤精神疾患における残遺症候群について

和田 清\* 福井 進

抄録：覚せい剤乱用・依存の長期化に伴う覚せい剤精神疾患の慢性化について、厚生省覚せい剤精神疾患診断・治療・経過調査研究班作成による診断基準（案）<sup>9)</sup>をもとに、臨床症状論的研究を行った。覚せい剤精神疾患残遺症候群の症状としては、不安・焦燥・意欲減退・人格変化・情動障害・心気症・不眠・疲労が著明であることは当然であるが、(1)治療によっても、その消失が悪かった。(2)覚せい剤精神病に比べて精神運動興奮・易怒・錯覚・強迫的常同行動・猜疑心・周囲状況の誤認が有意に少ないが、(3)覚せい剤精神病では残遺症候群のある場合の方が被害妄想・関係妄想が出現し易く、治療による症状の消失も全般的に悪くなる傾向が見られた。以上の結果は、残遺症候群においては明かな幻覚妄想が見られないにもかかわらず、再発準備性は亢進している可能性があることを示唆していると考えられた。

精神保健研究 37; 161-168, 1991

**Key words:** *dependence, methamphetamine, relapse preparedness residual syndromes, psychosis*

## I. はじめに

覚せい剤 (methamphetamine) 乱用・依存問題は有機溶剤乱用・依存問題と共にわが国最大の薬物乱用・依存問題であり、第2次乱用期 (1970年～) が始まって以来、未だにその社会的・医学的問題の重要性に変わりはない<sup>1)</sup>。

筆者らは覚せい剤乱用・依存問題を疫学的視点から調査研究してきたが、イ) 最新の覚せい剤乱

用・依存症患者の特徴として、初期乱用者の減少・乱用の長期化・乱用者の高齢化・入院の長期化が認められること<sup>2)</sup>、ロ) 今日覚せい剤精神病の臨床症状は、第1次乱用期 (1945～1957年) の患者を調査研究した立津ら<sup>3)</sup>の報告とは異なっており、症状の形成及び症状の治り易さには使用年数5年という線が節目を成している可能性があること<sup>11)</sup>を指摘してきた。

以上の指摘は、覚せい剤乱用の慢性化及びそれに伴う症状の慢性化の一側面を明らかにしたものであるが、さらに今回、厚生省覚せい剤精神疾患診断・治療・経過調査研究班作成による診断基準 (案)<sup>9)</sup>の中の「残遺症候群」に焦点をあてて、覚せい剤精神疾患の慢性化を調査検討したので報告したい。

## II. 対象と方法

対象は、1987年に福井ら<sup>3)</sup>が、わが国の全ての

Residual Syndromes in Methamphetamine Associated Disorders.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Kiyoshi Wada and Susumu Fukui: Division of Drug Dependence and Psychotropic Drug Clinical Research, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

Table. 1 Types of Methamphetamine associated disorders 5). MAP: methamphetamine

## 1. Methamphetamine Acute Intoxication

Some of the following symptoms emerge within one hour after using MAP, then most of these symptoms disappear two or three days later and withdrawal symptoms emerge.

## 1) General mental and physical symptoms

## (1) Mental symptoms

Psychomotor excitement, Exaltation, Emotional exhilaration, Euphoria, a sense of omnipotence, Talkativeness, Hyperarousal, Anxiety, Irritability, Hypersensitivity, Illusion, Pareidolia, Elementary hallucination, etc..

## (2) Physical symptoms

Insomnia, Loss of appetite, Tachycardia, Mydriasis, Hypertension, Sweating, Cold hands or feet, Vomiting, Thirst, Exaggerated tendon reflex, Tremors, Convulsions, etc..

## 2) Acute syndromes (often accompanying disturbances in consciousness)

Anxiety-Panic reaction, Acute hallucinatory syndrome, Delirious state, Acute confusional state, etc..

## 3) Rebound phenomena (They emerge following disappearance of drug effects)

Nihilistic-type attitude, Fatigue, Loss of strength, Unpleasant feelings, Depressive mood, Somnolence, Bulimia, etc..

## 2. Methamphetamine Dependence

This state is characterized by the MAP dependent symptoms, having MAP associated neuropsychiatric symptoms and having no obvious hallucination or delusion.

## 1) Changes of MAP-use patterns

## (1) Increase in amounts of MAP

(2) Disability to cease MAP use, which is caused by craving.

## 2) Neuropsychiatric symptoms

## (1) Episodic symptoms

a: During MAP intoxication, scrutinizing behavior and stereotypical behavior as well as MAP pharmacological effects are often observed.

b: Nihilistic-type attitude, Fatigue, Loss of strength, Depressive mood, Sleep disturbance, Extremes dream etc. are observed as slight withdrawal symptoms.

c: Irritability and Irascibility through craving are often observed.

## (2) Lasting symptoms

a: Hypobulia (abulish and nihilistic-type state) and Emotional disorder: they are often observed in most MAP dependent cases.

b: Anxiety neurosis-like syndrome (including hypochondria and phobia): they are sometimes

observed in some cases, and they sometimes last for a long time after MAP use cessation.

## 3. Methamphetamine psychosis

This is the psychiatric illness characterized by having hallucinations and delusions which emerge in the person who has MAP dependent symptoms and has previously had them.

## 1) Early disappearing type

This type is characterized by the symptoms disappearing within one month, but in some cases the following relapse phenomena may occur—

(1) Relapse due to drugs: this is caused by MAP and other dependent substance (alcohol, organic solvents etc.)

(2) Spontaneous relapse: this is caused by non-specific stimuli without any drug use (including high contact.)

## 2) Delayed lasting type

This type is characterized by the symptoms lasting one month or more, but in some cases the symptoms may cycle through lulls and relapses.

4. Furthermore, There are the following *residual syndromes* in which MAP dependent symptoms have been present, but are no longer.

1) Anxiety neurosis-like state or non specific physical complaints

2) The symptoms which are characterized by emotional disorder and hypobulia

NB: Characteristic exchanges—Personality deviation such as lack of will, frivolous attitude, unstable emotion, explosive emotion and hypersensitivity are often observed. They are already slightly observed as personality traits before MAP abuse. After using MAP, these traits are enhanced and modified by MAP, and in some cases they may last after cessation of MAP use. However, the characteristic exchanges are observed in other psychiatric illness (other drug dependence such as alcoholism, organic mental disorders etc.) and are not specific to methamphetamine associated disorders alone.

学病院精神科, 総合病院精神科, 単科精神病院計1,564施設を対象に薬物依存に関するアンケート調査を実施した際, 薬物依存症例報告数が多かった36施設(薬物依存症例ありと回答した施設は310施設であり, その10%は31施設であるが, 報告症例数の多さから見た順位が26番目から36番目までの施設は報告症例数が5例で同数であった。)と1984年に覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議<sup>9)</sup>が「覚せい剤精神疾患診断・治療・予後調査」の対象とした12施設の計44施設(4施設は両調査で重複している。)のうち, 本調査への協力が得られた21カ所の病院で, 1988年5月1日から同年10月31日までの6カ月間に引き続きあるいは新しく入院または外来で診察した覚せい剤精神疾患患者233人(男性196人, 女性34人, 性別不明3人; 年齢不明6人を除く227人の平均年齢=35.6±9.9歳)である。この233人に関して主治医による調査用紙記載によるアンケート調査を行った。覚せい剤精神疾患の診断基準は厚生省覚せい剤精神疾患診断・治療・経過調査研究班作成による診断基準(案)<sup>9)</sup>(Table. 1に準拠した)である。調査項目は本人の学歴・職歴・薬物乱用歴・覚せい剤初回使用状況・最近1年間の覚せい剤使用状況・来院時状況・症状の経過・転帰および症状改善度よりなるが, 詳細は厚生省精神・神経疾患研究委託費による「薬物依存の成因及び病態に関する研究」・昭和63年度研究成果報告書<sup>9)</sup>に公表されている(本論文はこの研究によって集められた症例を再検討し, 残遺症候群について検討したものである。)

なお, 前述の診断基準(案)(Table. 1)では, 「残遺症候群」の位置づけがやや不明確(詳細は後述)であるため, 本調査の際には前述の診断基準(案)(Table. 1)「残遺症候群」を4. 残遺症候群とし, Table. 1の1. 2. 3. と並列のものとし

て, 1~4の多軸診断とした。

### III. 結 果

#### イ) 覚せい剤精神疾患の診断分類 (Table. 2)

前述の多軸診断にもとづく診断分類をTable. 2に示した。「その他」の3例はアンケート記載者により「覚せい剤の乱用はあるものの本来は精神分裂病(あるいは躁病)と考えられる」等の注が書かれていたものである。

#### ロ) 対象の年齢・覚せい剤使用開始年齢・覚せい剤使用年数 (Table. 3)

残遺症候群患者を残遺症候群のない覚せい剤精神病患者と比較検討するために, それぞれの対象の年齢・覚せい剤使用開始年齢・覚せい剤使用年数(調査時年齢から覚せい剤使用開始年齢を引いたもの)をTable. 3に示した。

なお, 母平均値の差の検定は一元配列分散分析の後にBonferroniの方法で対比較を行ったものである(HALBAU使用)。

#### ハ) 来院時症状存在率 (Table. 4)

Table. 2 Diagnosis of methamphetamine associated disorders

Diagnosis	N	%
only Methamphetamine Dependence	3	1.3
only Methamphetamine Acute Intoxication	6	2.6
Methamphetamine Psychosis	207	88.8
only Methamphetamine Psychosis	155	66.5
+ Acute Intoxication	10	4.3
+ Residual Syndromes	42	18.0
only Residual Syndromes	12	5.2
Others	3	1.3
unknown	2	0.8
Total	233	100

Table. 3 \* : p<0.05, They were compared by multiple comparison based on Bonferroni after one-way ANOVA. MAP: methamphetamine

	N=	Age (Mean age±SD)	Age of first MAP use (Mean age±SD)	Years of MAP use (Mean years±SD)
only Residual Syndromes	12	27~60 (41.91±12.60)	17~40 (24.58±6.89)	4~40 (17.46±11.68)
Methamphetamine Psychosis with Residual Syndromes	42	21~58 (38.55±8.85)	15~47 (26.83±7.25)	3~33 (11.72±6.00)
Methamphetamine Psychosis without Residual Syndromes	165	16~57 (34.36±9.45)	13~52 (23.52±7.12)	0~38 (10.76±7.62)

Table. 4 Existing rate of symptoms at the first examination

Diagnosis	① only Residual Syndromes	② Methamphetamine Psychosis with Residual Syndromes	③ Methamphetamine Psychosis without Residual Syndromes	Fisher's exact probability test		
				①	①	②
				vs ②	vs ③	vs ③
Symptoms (N=)	12	42	165			
Anxiety	80.0	85.4	76.2			
Irritability	63.6	80.5	76.8			
Hypochondriasis	45.5	29.3	23.2			
Psychomotor excitement	18.2	70.7	63.4	**	**	
Hypersensitivity	18.2	43.9	43.3			
Phobia	18.2	41.5	26.8			
Talkativeness	18.2	34.1	31.7			
Irascibility	9.1	68.3	68.9	**	**	
Exaltation	9.1	22.0	29.9			
Illusion	0	31.7	29.3	*	*	
Stereotypical movement	0	29.3	29.9	*	*	
Euphoria	0	7.3	8.5			
Emotional exhilaration	0	4.9	10.4			
Suspicion	9.1	78.0	65.5	**	**	
Mistake of circumstance	9.1	63.4	51.8	**	**	
Delusion of persecution	0	82.9	65.5	**	**	*
Delusion of reference	0	78.0	60.6	**	**	*
Auditory hallucination	0	70.7	78.2	**	**	
Delusion of observation	0	46.3	42.7	**	**	
Delusion of pursuit	0	41.5	45.7	**	**	
Visual hallucination	0	36.6	43.3	*	**	
Insomnia	45.5	78.0	77.9			
Fatigue	40.0	40.0	45.3			
Tachycardia	20.0	17.5	22.3			
Loss of appetite	18.2	46.3	57.4			
Loss of weight	18.2	39.0	39.8		*	
Loss of strength	18.2	12.5	35.6		*	**
Sweating, Vomiting	10.0	19.5	30.6			
Thirst	10.0	15.0	30.8			*
Hypertension	10.0	10.3	15.9			
Mydriasis	0	13.2	17.5			
Somnolence	0	2.5	8.6			
Hypoblia	63.6	57.5	60.5			
Personality change	54.5	70.0	56.1			
Emotional disorder	45.5	75.0	68.8			

\*\* : p<0.01, \* : p<0.05, blank : p>0.05 (%)

Table. 5 Residual rate of symptoms at the last examination

Diagnosis	① only Residual Syndromes	② Methamphetamine Psychosis with Residual Syndromes	③ Methamphetamine Psychosis without Residual Syndromes	Fisher's exact probability test		
				①	①	②
				vs ②	vs ③	vs ③
Symptoms (N=)	12	42	165			
Anxiety	36.4	36.8	22.1			
Hypochondriasis	36.4	21.1	9.8			
Irritability	27.3	23.7	22.7			
Phobia	9.1	5.3	3.1			
Irascibility	0	21.1	16.0			
Exaltation	0	5.3	4.3			
Illusion	0	5.3	3.7			
Hypersensitivity	0	5.3	3.1			
Stereotypical movement	0	5.3	3.1			
Talkativeness	0	2.6	6.1			
Psychomotor excitement	0	2.6	3.1			
Emotional exhilaration	0	2.6	1.2			
Euphoria	0	2.6	0.6			
Suspicion	0	28.9	13.5			*
Auditory hallucination	0	18.4	18.4			
Delusion of reference	0	18.4	9.2			
Delusion of persecution	0	18.4	7.4			
Mistake of circumstance	0	15.8	6.1			
Visual hallucination	0	5.3	3.7			
Delusion of observation	0	2.6	3.7			
Delusion of pursuit	0	2.6	1.8			
Insomnia	27.3	34.2	27.6			
Fatigue	18.2	21.1	8.1			*
Loss of appetite	9.1	10.5	9.2			
Loss of strength	9.1	7.9	15.3			
Loss of weight	9.1	7.9	3.1			
Thirst	9.1	5.3	8.1			
Sweating, Vomiting	9.1	0	1.9			
Somnolence	0	2.6	3.7			
Tachycardia	0	2.6	1.3			
Mydriasis	0	2.6	0.6			
Hypertension	0	0	0			
Personality change	63.6	51.4	37.1			
Hypoblia	36.4	63.2	51.9			
Emotional disorder	27.3	52.6	38.0			

\* : p<0.05, blank : p>0.05 (%)

Table. 6 Resistance rate to the treatment. These rates describe the percentages of the patients who had symptoms at the first examination and at the last examination.

Diagnosis	① only Residual Syndromes	② Methamphetamine Psychosis with Residual Syndromes	③ Methamphetamine Psychosis without Residual Syndromes	Fisher's exact probability test		
				① vs ②	① vs ③	② vs ③
Symptoms						
Hypochondriasis	80.0	45.5	31.6			
Phobia	50.0	12.5	9.1			
Irritability	42.9	28.1	28.0			
Anxiety	37.5	41.2	28.2			
Irascibility	0	23.1	21.4			
Illusion	—	16.7	10.4			
Stereotypical movement	—	16.7	8.2			
Exaltation	0	12.5	8.2			
Hypersensitivity	0	12.5	5.7			
Talkativeness	0	7.1	13.5			
Psychomotor excitement	0	3.6	2.9			
Emotional exhilaration	—	0	0			
Euphoria	—	0	0			
Suspicion	0	36.7	19.8			
Auditory hallucination	—	25.9	22.0			
Delusion of reference	—	23.3	14.3			
Delusion of persecution	—	22.6	10.4			
Mistake of circumstance	0	20.0	10.7			
Visual hallucination	—	14.3	7.0			
Delusion of pursuit	—	6.3	2.7			
Delusion of observation	—	5.6	7.2			
Insomnia	60.0	43.3	31.7			
Fatigue	50.0	43.8	12.5			*
Loss of appetite	50.0	17.6	12.9			
Loss of strength	50.0	40.0	39.7			
Loss of weight	50.0	20.0	4.8			
Thirst	100	33.3	20.4			
Sweating, Vomiting	100	0	4.1			
Tachycardia	0	14.3	2.9			
Somnolence	—	0	14.3			
Mydriasis	—	0	3.7			
Hypertension	0	0	0			
Personality change	100	70.4	63.3			
Hypoblia	71.4	76.2	72.6			
Emotional disorder	60.0	64.3	52.8			

\* : p<0.05, blank : p>0.05

(%)

Table. 7 Occurrence rate of symptoms. These rates describe the percentages of patients who didn't have symptoms at the first examination and had symptoms at the last examination. There are not significant differences between ①vs②, ①vs③ and ②vs③.

Diagnosis	① only Residual Syndromes	② Methamphetamine Psychosis with Residual Syndromes	③ Methamphetamine Psychosis without Residual Syndromes
Symptoms			
Irascibility	0	16.7	3.9
Hypochondriasis	0	11.1	3.9
Exaltation	0	3.3	2.6
Euphoria	0	2.9	0.7
Emotional exhilaration	0	2.8	1.4
Irritability	0	0	5.3
Psychomotor excitement	0	0	3.3
Anxiety	0	0	2.6
Talkativeness	0	0	2.6
Hypersensitivity	0	0	1.1
Illusion	0	0	0.9
Stereotypical movement	0	0	0.9
Phobia	0	0	0.8
Mistake of circumstance	0	7.7	1.3
Auditory hallucination	0	0	5.6
Delusion of persecution	0	0	1.8
Suspicion	0	0	1.8
Delusion of reference	0	0	1.5
Delusion of observation	0	0	1.1
Delusion of pursuit	0	0	1.1
Visual hallucination	0	0	1.1
Loss of appetite	0	4.8	4.4
Fatigue	0	4.5	4.7
Loss of strength	0	3.0	1.9
Somnolence	0	2.7	2.7
Insomnia	0	0	11.1
Thirst	0	0	2.8
Loss of weight	0	0	2.1
Sweating, Vomiting	0	0	0.9
Tachycardia	0	0	0.8
Mydriasis	0	0	0
Hypertension	0	0	0
Hypoblia	0	43.8	19.4
Emotional disorder	0	11.1	6.1
Personality change	0	0	2.9

(%)

来院時に、各症状がその診断名の者のうちの何%の者に認められたか(来院時症状存在率)についてTable. 4に示した。

#### 二) 最終診断時症状残存率 (Table. 5)

今回の調査では、治療期間についての設問が不明確であったため、「最終診断時」とは必ずしも治療終了(ないしは治療終結)時を意味するものではないが、いずれの症例も治療がそれぞれの症例なりに進展した時点での記載と解釈されたので、それぞれの症状が最終診断時に何%の患者に認められたか(最終診断時症状残存率)について、Table. 5に示した。

#### ホ) 治療抵抗率 (Table. 6)、症状発生率 (Table. 7)

最終診断時症状残存率は、来院時に症状が存在しなくても、治療中に症状が発生して残った症例も含まれるため、来院時にある症状が存在していた症例で、最終診断時にもその症状が残っていた症例の割合(治療抵抗率)と、来院時には症状はなかったが、治療中に症状が発生し、最終診断時に症状が残っていた症例の割合(症状発生率)をそれぞれTable. 6, Table. 7に示した。

### IV. まとめと考察

#### 1. 覚せい剤精神疾患の診断基準(案)について

Table. 1に示した診断基準(案)は、臨床現場で使用するに当たっては、優れて有用かつ簡便なものであるが、いくつかの問題が生じることがあるのも事実である。その原因は、たとえば、「依存」と「精神病」(幻覚妄想状態を主とする精神病状態を意味する)という異なる次元の概念を同一平面上に並べたことによるようである。その具体例は以下の通りである。

第一の問題は、1~3の複数選択が可能かどうか明記されていない点である。そもそも、この診断基準(案)は覚せい剤精神疾患の類型<sup>9)</sup>であり、報告書<sup>5)</sup>には「全症例146のうち、……重複診断されたもの(精神病・依存症)は2例であった。調査に添付した覚せい剤精神疾患の診断法(試案)においては、覚せい剤依存徴候を有する者に生じた精神病状態は精神病に類型化されているので、

これらの2例は精神病として診断されるべきであった。」と記載されている。これらのことから、1~3は単一選択を想定していたものと推定できる。

確かに、覚せい剤初回使用後(依存がないのに)、即、覚せい剤精神病になった症例は経験的にはほとんどないと思われることから、覚せい剤依存徴候を有する者に生じた精神病状態を精神病に類型化すること自体には現実的にはあまり問題がないようである。しかし、来院時には1. 覚せい剤急性中毒が前面に出ていたが、急性中毒症状消褪後には3. 覚せい剤精神病が表面化して来る症例は確実に存在する。そのような症例では、どの時点で診断するかによって、診断名が変わって来ると同時に、経過的に考えれば複数回答が必要になって来る。

第二の問題は残遺症候群の位置づけである。Table. 1によれば、残遺症候群は3. 覚せい剤精神病のなかに位置づけられているが、ここでも、これが(1)早期消褪型(2)遷延・持続型とどの様な関係に位置づけられているのか釈然としない。臨床的には、かつて依存徴候があったが現在はこれが認められない人で、不安神経症様状態を主訴に通院し続けていた患者(これはTable. 1の残遺症候群に該当する)が、数年ぶりに覚せい剤を再使用して、3. 覚せい剤精神病に陥ることがある。このような症例では再燃のしやすさの問題も含んで、全経過に渡る病態をどの様に捉えるかはなかなかむずかしいが、少なくとも臨床診断としては残遺症候群+3. 覚せい剤精神病とするのが妥当と思われる。

以上の理由から、筆者らは、残遺症候群をTable. 1の診断基準(案)のなかで、4. 残遺症候群と位置づけ、診断を1. から4. までの複数選択にすることを提唱したい。そうすることによって、混乱を減らせるとともに、集められたデータをより系統的な病態研究に還元できると考えるからである。

#### 2. 残遺症候群について

Table. 2に示したように、残遺症候群は233人中54人(23.2%)に認められており、決して少数とは言いきれない現状が浮かび上がって来る。

覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議<sup>9)</sup>は、症状の頻度分類に全症例の75%以上の症例において認められる症例を一級症状、50%以上75%未満の症例において認められる症状を二級症状、50%未満25%以上の症例に認められる症状を三級症状としているが、この分類に従って残遺症候群をみると、Table. 4の残遺症候群のみのものが示すように、残遺症候群とは「不安」「焦燥」「意欲減退」「人格変化」「情動障害」「心気症」「不眠」「疲労」が顕著（三級以上）な状態（これは、Table. 1の診断基準（案）の定義から当然のことではある）であり、治療への抵抗性も高い（Table. 6の①）。また、残遺症候群のみのもの（Table. 4の①）は、残遺症候群の有無に関係なく覚せい剤精神病（Table. 4の②③）に比べて「精神運動興奮」「易怒」「錯覚」「強迫的常同行動」「猜疑心」「周囲状況の誤認」が有無に少ない。（残遺症候群のみのものの幻覚・妄想が0%なのは、幻覚・妄想が認められるものは覚せい剤精神病と診断されるためである。）

同時に、残遺症候群の有無で覚せい剤精神病を比較すると（Table. 4の②③）、「被害妄想」「関係妄想」の存在率は残遺症候群がある場合の方が有意に高い。また、有意差は「疲労」にのみしか認められなかったが、Table. 6に示したように全般的に残遺症候群のある覚せい剤精神病の方が残遺症候群のない覚せい剤精神病よりも治りにくい傾向が伺われる。

以上より、残遺症候群とは、症状的にみると、1：「不安」「焦燥」「意欲減退」「人格変化」「情動障害」「心気症」「不眠」「疲労」が顕著な状態であり（そもそも、これが残遺症候群の定義なのであるが（Table. 1））、2：その治療抵抗性が高い状態であるが、3：覚せい剤精神病に比べて「精神運動興奮」「易怒」「錯覚」「強迫的常同行動」「猜疑心」「周囲状況の誤認」が有意に少ない。4：しかし、精神病状態になると残遺症候群のある場合の方が、「被害妄想」「関係妄想」が出やすくなり、症状の治療抵抗性も全般的に高くなる傾向がみられる状態である。と、まとめることができる。

筆者らは先に今回の調査によって得られた覚せい剤精神病患者の症状を覚せい剤使用年数との関

係から検討し報告したが<sup>11)</sup>、その際、治りにくい症状（治療抵抗率の高い症状）として「意欲減退」「情動障害」「人格変化」「脱力」「心気症」「不眠」「不安」「焦燥」（三級以上の症状）を挙げた。これらは、上記にまとめた残遺症候群を特徴づける症状とほとんど同じであり、残遺症候群は文字どおり覚せい剤精神病の「残遺」状態としての症候群の感が強い。

このことは、Table. 3に示した診断名毎の対象者の年齢・使用開始年齢・覚せい剤使用年齢からも推定できる。残遺症候群のある覚せい剤精神病は残遺症候群のない覚せい剤精神病よりも、有意差はないものの使用年数が長い傾向にあり、残遺症候群のみのものは残遺症候群のない覚せい剤精神病より使用年数が有意に長いのである。

ところで、前述したように残遺症候群には、精神病状態になると残遺症候群のある場合の方が、「被害妄想」「関係妄想」が出やすくなり、症状の直り方も全般的に悪くなる傾向がみられた。

覚せい剤精神病の「履歴現象」<sup>10)</sup>、「逆耐性現象」<sup>7,8)</sup>等再燃のしやすさは、すでに周知の事実であるが、上記の結果は残遺症候群における再発準備性（relapse preparedness）<sup>6)</sup>の高さを意味している可能性がある。

## V. おわりに

今日までに、覚せい剤精神疾患について、「慢性」という呼称がつけられたものを目にするには度々であった。しかしながら、この「慢性」には、未だかつて明確な定義付けは行われていない。筆者らが指摘してきた<sup>2,11)</sup>ように、最近の覚せい剤乱用・依存症患者の特徴は、乱用の長期化・乱用者の高齢化・入院の長期化であり、その意味からも「慢性」に対する様々の観点からの研究がこれまで以上に必要と考えられる。

本研究は厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62指-13：薬物依存の成因及び病態に関する研究の一部として行った。協力していただいた施設は以下の通りである。紙面を借りて深謝したい。

札幌太田病院、東北会病院、栃木県立岡本台病院、国立下総療養所、千葉県精神科医療センター、



都立松沢病院, 国立精神・神経センター武蔵病院, 井の頭病院, 桜ヶ丘保養院, 神奈川県立せりがや園, 山梨県立北病院, 神経科浜松病院, 京都府立洛南病院, 久米田病院, 垂水病院, 瀬野川病院, 岡山県立岡山病院, 精華園, 福岡県立太宰府病院, 国立肥前療養所, 明生病院

### 文 献

- 1) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣: 薬物依存と中毒B. 臨床的立場, 現代精神医学大系年刊版'89-B, 中山書店, 東京, pp. 40-65, 1989.
- 2) 福井 進: 薬物依存の疫学的考察……わが国の薬物依存の現状と問題点……. 日精協雑誌 7; 1122-1132, 1988.
- 3) 福井 進, 渡辺 登, 伊豫雅臣, 他: 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」薬物依存の成因及び病態に関する研究・昭和62年度研究成果報告書, pp. 169-182, 1988.
- 4) 覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議 (座長加藤伸勝): 昭和59年度覚せい剤中毒者総合的対策研究報告書, pp. 11, 1985.
- 5) 覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議 (座長加藤伸勝): 昭和60年度覚せい剤中毒者総合的対策研究報告書, 1986.
- 6) 加藤伸勝: Flashback現象について……近縁現象との比較論を通じて……. 神経精神薬理 3: 451-475, 1981.
- 7) 佐藤光源, 秋山一文, 中島豊爾, 他: 慢性覚醒剤中毒の幻覚妄想状態にみられる逆耐性現象と抗精神病薬の再燃予防効果. 精神医学 24: 1333-1340, 1982.
- 8) Sato, M., Chen, CC, Akiyama, K et al: Acute Exacerbation of Paranoid Psychotic State after Long-Term Abstinence in Patients with Previous, Methamphetamine Psychosis. Biological Psychiatry 18:429-440, 1983.
- 9) 立津政順, 後藤彰夫, 藤原 豪: 覚醒剤中毒. 医学書院. 東京, 1956.
- 10) 台 弘: 覚せい剤中毒の再燃現象……履歴現象について……. 精神科MOOK No. 3覚せい剤・有機溶剤中毒. 金原出版, 東京, pp. 70-78, 1982.
- 11) 和田 清, 福井 進: 覚せい剤精神病の臨床症状……覚せい剤使用年数との関係……. アルコール研究と薬物依存 25: 143-158, 1990.

### Abstract

In order to identify chronic symptoms caused by long-term methamphetamine (MAP) use, the authors researched symptoms of 233 patients with MAP-associated disorders, based on the diagnostic criteria on MAP-associated disorders drafted by a research team (established in the Ministry of Health and Welfare) concerning diagnosis, treatment and progress of MAP-associated disorders. The 233 patients consisted of 165 patients who were suffering from MAP psychosis without residual syndromes, 42 patients who were suffering from MAP psychosis with residual syndromes, 12 patients who were suffering from residual syndromes only, and others. The results were follows: (1) The symptoms of residual syndromes in MAP-associated disorders were anxiety, irritability, hypobulia, personality change, emotional disorder, hypochondriasis, insomnia and fatigue. (2) These symptoms were resistant to treatment. (3) Psychomotor excitement, irascibility, illusion, stereotypical movement, suspicion and mistake of circumstance were significantly uncommon symptoms in residual syndrome when compared with those in MAP psychosis. (4) However, delusion of reference and delusion of persecution were significantly more often seen in the patients suffering from MAP psychosis with residual syndromes in comparison with the patients suffering from MAP psychosis without residual syndromes, and all of the former's symptoms were likely to resist treatment more than the latter's. These results suggest that in residual syndromes delusion symptoms appear to be absent, but relapse disposition is markedly enhanced.

## 【症例報告】

## Landau-Kleffner症候群の長期観察例

加我 牧子\*

抄録： Landau-Kleffner症候群の男児例を報告した。6歳，難聴を疑われる症状で発症，発語の異常ついで減少が見られた。言語理解が障害され，書字，計算，左右の障害，落ち着かない，歌わない等の症状を伴った。このエピソードを3年間に4回繰り返す，知能良好なのに回復後も国語・英語は苦手であった。長期予後は比較的良好で，睡眠時増強する高度てんかん性脳波異常を示したが臨床的てんかん発作は15年間なかった。てんかんと関連についても論じた。

精神保健研究 37; 169-175, 1991

**Key words:** *auditory agnosia, electrical status epileptics during slow sleep (ESES), epileptic aphasia, Landau-Kleffner syndrome, sensory aphasia*

## I. はじめに

Landau-Kleffner症候群は1957年に「痙攣性異常をともなう小児の後天性失語症」として初めて報告された<sup>15)</sup>。その後の30年あまりの間に100例以上の症例が報告され<sup>3)4)</sup>，その長期予後も次第に明らかにされつつある<sup>2)6)17)</sup>。本症における言語障害とてんかん性異常との関連についてもまだ議論が多く，その原因についても明らかではない。今回，発病初期の3年間に言語症状の著しい寛解増悪のエピソードを4回にわたって繰り返した症例を経験した。本症例は脳波上，睡眠時に強い高振幅slow spike and waveを示し，言語症状が強い間は，歌うこともなくなりながらその後は徐々に軽快していった。その後の14年間にも臨床的痙攣発作は一度も経験せず言語障害の予後は比較的良好

Landau-Kleffner syndrome with good long term prognosis.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神薄弱部

(〒272 千葉県市川市国府台1-7-3)

Makiko Kaga: Division of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

であった。てんかんと関連を含めて考察したので報告する。

## II. 症 例

男児 1969年6月生まれ

初診時年齢：7歳8カ月，現在22歳1カ月

主訴：話し言葉の異常

現病歴既往歴：在胎40週3,210gで出生。早期破水あり。仮死なし。頸定4カ月。独歩11カ月，始語12カ月で言語発達を含めて6歳までの発育発達は正常であった。

1975年10月（6歳4カ月）声をかけても反応しないのに気づかれたが何回も呼び続けると振り向いた。近くの耳鼻科で聴力低下，耳管閉鎖があるといわれ通気術を受けた。1カ月後，症状は軽快した。その後，就学前健診で先生との対話ができず難聴があるといわれたが某病院耳鼻科で聴力は正常と言われた。1976年1月某国立大学付属小学校の入学試験に合格し，4月入学した。読書力は良好で学校の成績もよかった。

1976年7月（7歳）話しかけると「エ?エ?」と聞き返すのに気づかれた。自発語は一語ずつ区切るようにゆっくり発音し，ろれつがまわらず，

発語も次第に減少した。話し方は一方通行で会話にならず、教室でも落ち着きがなくなり、とにかく一時間すわってはいるものの授業は全く聞いていない状態であった。

日常動作には変化はなく、車の音やドアの音など環境音の弁別は充分可能であった。耳鼻科で患児の聴力障害は中枢性であるといわれ某病院小児科を受診した。1976年8月、左側優位のびまん性棘徐波及び左側頭部に棘波を有する高度の脳波異常を指摘され抗痙攣剤(Phenobarbital160mg, Diphenylhydantoin100mg)の内服を開始した。10月までに言語症状は改善し「聞こえにくくなった。」というようになっていたが脳波には変化がなかった。12月、同様の症状が再び出現し、話し方も緩慢となり1977年2月まで続いていた。このため精査を目的として1977年2月15日、東大分院小児科に紹介され入院となった。入院時は話し言葉の異常は多少改善傾向にあるということであった。家族歴：特記すべきことなし。健康な両親の間の第二子。第一子は兄で健康。

入院時現症：一般理学的には正常。言語障害(別記)以外の神経学的に異常なし。

入院後の経過：寛解と増悪を繰り返している言語障害を中心とした病態であった。それ以外の神経症状が認められないため、脳腫瘍、脳変性疾患などの器質的病変は考えにくかったが除外診断のため諸検査を行った。

神経心理学的所見：多幸、好機嫌で言語障害に関する病識はなかった。注意の持続が短くあきっぱかった。言語、行為とも保続の傾向がみられた。テスト場面での行動はすばやく、評価を気にすることが多かった。

### 1. 言語症状

言語表出：おしゃべりな方で自分から積極的に話しかけてきた。発音の障害(音の置換、拗音、促音、濁音の省略)が著しく(足→アチ、触角→ショカク、ですから→テスカラ、やる→ヤリュなど)、イントネーションの障害があり、アクセントは抑揚に乏しく東京弁とも居住地の使いなれた方言とも異なっていた。語漏を思わせるようなわけのわからない自発語も一部に認められた。自分の

名前は言えたが、自宅の住所は言えなかった。

言語理解：口頭命令による指示選択は簡単なものは可能であった。しかし少し複雑になるとできず、一度に二つのことを命ずると一つしかできなかった。例えば右手で左目をさわるなどの指示には全く従えず、わからないと呆然としていることもあり、全く別の関係ないことをどんどん自分で話し始めることもあった。復唱は単語は可能であるが、文章は不可能だった。数次の復唱はよくても2桁までで聴覚的記憶力の低下がみられた。

読字：平仮名、片仮名、簡単な漢字は一応読めるが、音読すると逐次読みで読み間違いが多く、内容は全く理解していなかった。

書字：(図1)自発書字では自分の名前は可能。生年月日は迷いつつ書ける。「りんご」は「りんご」と書けるが三輪車は「り」とのみ書く<sup>12)</sup>。平仮名、片仮名、簡単な漢字を書け、鏡像、回転などは認められなかった。書取は発音と同じ誤り、音の置換、拗音の省略、濁音の省略などが認められた。また音の聞き誤り、音の逆転があった。写字は正確であった。自発的な作文は全く書けなくなっていた。動物名の想起(図2)はでき、書くことができたが花の名前は殆ど思い出せなかった。

計算：1桁+1桁、1桁-1桁のごく簡単な計算でも暗算、筆算ともに不可能だった。(発症前に

1977. 2. 18

(自発書字)

のり  
はさみ  
つめきり  
ちよき (定規)  
ボールペン (ボールペン)

(歯ブラシ、歯みがきは何に使うかわかるが書けない)

図1

1977. 2. 24

がい しゃ  
 そわ にあじり  
 さる ほし コスモスアパロシヤ  
 キリン ちりば  
 ライオン ↑ (花の種類)  
 パンダ  
 しまうま ← (動物の種類)  
 さい  
 ひょう  
 マモンクス  
 めり  
 ひょうね  
 いぬ  
 ねこ  
 うさぎ  
 うま

図2

は1桁+2桁の計算は完全にできていた。)数字を書くことは可能であった。

2. 行 為

開眼、開口等可能。上肢の運動も正常。衣類の着脱も可能で、箸、歯ブラシ、櫛なども使えるがやや不器用で靴の紐を結んだりボタンを外すなどの動作に時間がかかった。

構成行為：絵画の構成はよく自動車を上手にかいた。車輪のない車の絵の不合理な点を理解して適切に指摘した。検者の手指の形を模倣することができた。積木を使うが意味のある形を作ることができず立体的な構成に障害が認められた。

視覚認知：Frostig視覚認知検査で似たような形の物の中から一つだけ違う形の物を捜し出す問題の成績がきわめて悪かった。(問題の理解が完全だったかどうか確認できない)。赤青黄色の呼称



図3

が可能で色のグループ分けもできた。

身体認知：呼称、指さしも全く不可能。

左右：左右の区別もできなくなっていた。

時間的地誌的見当識の障害：地図上で東京、山形、札幌、横浜などの区別が可能であった。

音楽：発症までは歌が好きでテレビの主題歌などもよく歌っていたが発症以来全く歌を歌わなくなった。本人は歌は嫌いだという。

臨床検査所見：

脳波(図3)：基礎波は高振幅7cpsのθ波にわずかの3cpsのδ波を混じており、発作性異常波として左側に強い3cpsのびまん性棘徐波結合と左中心頭頂優位の棘波が見られ、睡眠時には発作波が著しく増強した。側頭部棘波は前中後部で差は認められなかった。覚醒時には発作波のないこともあり、正常記録の場合もあった。

聴力検査：純音聴力検査は全く正常(図4)。語音聴力検査は軽度の低下が認められたが左右差は確実ではなかった(表1)。

楽器音の弁別(鐘、太鼓、カスタネット、トラ

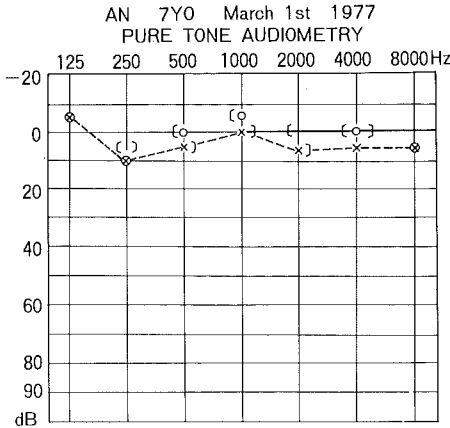


図4

イアングル、シンバル、茶碗など)は可能で、左右差は認められなかった。

頭部CTスキャン：異常を認めなかった。

Tc脳シンチグラム：異常を認めなかった。

電気眼振図：自発水平眼球運動記録ではsaccade正常，smooth pursuitは不良であった。視運動眼振は左右差なく正常に解発された。

大脳誘発反応：聴性脳幹反応は左右とも85-15 dBnHLまで，頭頂部緩反応は右85-45dB，左85-65 dBnHLまで反応があり正常。視覚誘発反応も左右差なく正常に記録された。

Frostig視知覚認知テスト：発達指数83とやや低下を示した。

ITPA：発達指数89と軽度の低下がみられた。

入院後の経過：

入院時は入院直前の時期に比べて言語症状は軽快しつつあった。自発語は極期にはきわめて減少していたがその時期に比べるとむしろふだんより増加していた。しかしよく話してはいても，理解の障害は強く残っていた。病識はなく多幸であった。

多くの臨床所見すなわち，内言語障害が存在し，純音聴力正常，語音聴力低下，器質的大脳病変を示唆する所見のないことから入院時は「高度のてんかん性脳波異常を伴う後天性感覚性失語症」であると診断した。この疾患は現在ではてんかん失語症候群ないしLandau-Kleffner症候群として知られている。言語症状は回復期にあったこともあり，特別な言語治療は計画せず，治療としては抗

表1 語音聴力検査(数字)

	50dB	40dB	30dB	20dB	10dB
右耳	57%	30%	57%	14%	0%
左耳	71%	43%	43%	0%	0%

1977. 3. 5

痙攣剤を継続することにして退院とした。

その後，1977年6月初旬より再び同様エピソードがあり，Primidone 300mg，Acetazolamide 300mgを追加投与したところ2-3日で症状は急速に改善した。7月には左手を右目になどの指示は理解できなかったが，数字の復唱は4桁までできるようになった。

1978年春からはまた歌を歌うようになり聞き取りも改善してきた。7月には話し言葉にはほぼ問題がなくなったが，書字では拗音，促音の省略がみられていた。発症前に比べて落ち着きがなく，集中力に欠けていた。1979年1月，外来で施行したWISC知能検査は(9歳7カ月)言語性IQ106，動作性IQ132，全IQ122と評価された。その後はほぼ順調に回復し，日常会話の不自由は認められなかった。しかし文法的な誤りは認められ，学校成績は思うように上がらず特に国語，英語が苦手であった。

その後，転居のために転医した病院において抗痙攣剤はPhenobarbitalのみに減らすことができ，現在さらに減量中である。発症時から現在まで一度も臨床的なてんかん発作は認められていない。普通高校を卒業，浪人した後，機械情報工学の専門学校に進学した。スポーツと機械が好きな学生で，元気に通学している。日常生活における会話や読書，書字など学習全般に差し支えることはないということである。

全経過を通じて失語の悪化の時期に脳波の悪化がみられることが多かった。言語症状に対して抗痙攣剤のPhenobarbital，Diphenhydantoin，Primidone，Acetazolamideが有効と考えられ改善傾向を得られた。これは偶発的な回復の可能性も完全には否定できなかった。しかし再燃の時期に後者の追加がことに有効であるように思われた。

## III. 考 察

Deonna<sup>7)</sup>はLandau-Kleffner症候群を1. 急激に発症し急激に回復し言語症状に増悪寛解の見られるいわゆるepileptic aphasiaと、2. 失語のエピソードや痙攣を繰り返した後、失語症の悪化を示すもの、3. 言語理解の進行性の悪化があり(聴覚失認)、回復の程度はいろいろで、臨床発作はあっても稀なもの3つに分けている。本症例はこの中では1に近タイプといえる。最近の本症の言語障害像を感覚性失語症というより言語性聴覚失認ととらえる考え方が多くなっている<sup>22)</sup>。しかし本症は初期の報告のように感覚性失語症<sup>7)15)18)25)</sup>と言うべき症例が存在する一方、(純粹)語聾として報告された症例<sup>11)19)24)26)</sup>もある。このことを考えると責任病巣を考える上では本症の病態を聴覚失認、特に言語性聴覚失認と言い切ってしまうのは大きな問題が残る。事実、皮質聾としか考えられないような症例から広義また狭義の聴覚失認、さらに語聾に至る症例がある。一方失語症という面からは感覚失語以外に運動失語<sup>11)13)</sup>を呈する症例も報告されている。どこまでを本症候群と呼ぶかについてはいずれもっと詳しい議論が避けられないものと思う。ただ「症候群」が原因の明らかな疾患としそれぞれ独立するまでは、おおかたの考えとしてこれらの全体を含んで行くことになるであろう。

本症例は急性期には病識がなく、言語性聴覚失認の様相が強く、言語音の聴覚認知が低下している所見は明らかであった。しかし内言語障害もあると考えられ、ジャーゴンも見られた時期があり感覚性失語の症状を有していた。作文は全く不可能となり、主として聴覚認知の障害に基づくとと思われる書字の障害があり、計算ができなくなり、身体部位の名称がわからず、左右がわからなくなった。平面的な構成力は良好であったが、空間的な構成力には障害がみられた。Guerstmann症候群の中核症状とされる手指失認は見られなかったが頭頂葉症候群の部分症状とも思われる所見を有していた。聴覚系の神経心理学的症状以外に失行・失認を伴っている症例の報告はきわめてまれ

であり<sup>2)</sup>記載があっても言語障害の要素を否定しきれないものがある。本児は側頭葉以外に頭頂葉病変も有していることを考えさせる要素があり注目すべき点であった。音楽能力については既報告が記載されているものが殆どないので比較が難しいが本症例では発病以来、もともと好きだった歌を歌わなくなり、寛解に伴いまた歌い始めた。現在日常生活には全く不自由がないもののわずかに言語症状を残している。特に発病初期の約5年間には寛解状態の時でも完全に正常化することはなかった。

患児は高度の脳波異常をともっており、寛解と増悪を4回にわたって繰り返したが臨床的てんかん発作は一度もなく、言語症状の長期予後は比較的良好であった。しかし知能優秀であるにもかかわらず学校では国語や英語の成績は一貫して芳しくなかった。これらは言語力が直接反映される科目であるためと思われ、発症約3年後のWISC知能検査でも言語性IQと動作性のIQ間の解離が著しかった。

Landau-Kleffner症候群では行動異常が20—70%に合併する<sup>3)4)12)</sup>とされる。本症例では落ち着きのなさ、注意集中の困難、不器用さが目立ち、いわゆる微細脳機能障害症候群に見られる症候を備えていたことになる。言語症状の回復後もその傾向は持続した。微細脳機能障害といわれる病態の責任病巣を考える上でも興味ある所見と考えられる。

患児の脳波は慢性の高振幅slow spike and waveの他に左中心部優位の棘波が見られ睡眠時には一層増強し、脳波上はLennox症候群を思わせる高度異常所見であった。本症候群における言語症状の原因としての脳波異常の病態を皮質と皮質下機構の機能の解離に求める考え<sup>10)</sup>が早期の報告にみられ重要な仮説の一つとしてその後の論文にも引用されてきた。通常のとてんかん発作では発作間歇期には脳波異常はあっても臨床症状は示さない。しかし患児のような言語を含む高次脳機能・行動変化などに影響するてんかん発作活動では大脳機能に及ぼす影響が重大でかつ広範である可能性がある。本症例の病態は、抗けいれん剤も有効であったことも合わせ、てんかん性異常が重要な

役割を果たしているものと考えられる。

言語機能に影響するてんかん発作は通常側頭葉てんかんと関係が深く、従来失語発作、言語停止発作、言語自動症に分類されていた。

しかし患児のような場合は左側頭葉との直接の関連を論じるよりは、むしろ睡眠中のsubclinicalなてんかん重積状態を考えさせる脳波所見であった。この点でESESすなわちelectrical status epilepticus during slow sleep<sup>6)9)21)</sup>は本症例においては隣接した概念として深い関係があると思われる<sup>14)</sup>。典型的なESESの症例では発作重積状態とみられる間、覚醒時でも、覚醒レベルの低下に伴う知的機能や活動性の全汎的な鈍化・退行、行動の稚拙化・言語の曖昧さを見ることが多い。本症候群でも同様の所見は伴うもあるが覚醒時の知的機能の低下は明らかでないことの方が多い。本症候群の脳波異常はLennox-Gastau症候群の脳波異常とは棘波の局在により区別されるという考察<sup>27)</sup>もあるが実際には脳波だけでは区別し得ない。

側頭葉における局在病変を報告した症例はわずかであり<sup>20)</sup>、直接の因果関係は強調しにくい。また左側頭葉血管腫の存在を報告した症例<sup>22)</sup>はその後の報告で血管腫は証明されなかったと訂正された<sup>23)</sup>。側頭葉病理所見はバイオプシーで慢性炎症を思わせる所見が一例<sup>16)</sup>と難治性てんかんに対する側頭葉切除術時の標本で炎症を否定しグリオーシスを記載<sup>9)</sup>した2例のみであり本症の原因としての意義は不明である。本症候群の責任病巣、病変はいまだに解明されないままであるが、症状の特異性から注目を暑め、臨床報告も増加している状況である。

Landau-Kleffner症候群の言語症状と臨床的てんかん発作の特徴としては、①失語症がてんかんのエピソードであることが比較的確実な症例から、脳に何等かの障害が推定し得てもてんかんのエピソードとは考えにくい症例まで幅が広い。②失語の症状も比較的典型的な感覚性失語症から、聴覚失認、より低次の障害であるとされる純粋語彙に至るまで幅が広い。運動失語を主症状とする症例も報告されるようになった。③少数の例外を除き大部分の症例で言語症状に比べればてんかん発作のコントロールは比較的容易である。④てんかん

発作の勢いと言語症状とは必ずしも平行しない。脳波異常のみで発作がない症例も約1/3に存在する。⑤失語症状に抗痙攣剤が有効な場合もあるが反応は不定で効果が全くられない症例も存在する。⑥てんかんの発作型は一定のものがなく、全般発作、部分発作ともに存在する。

このように言語とてんかんという面からだけでも臨床的にも幅が広く本症は病因論的にも異なった疾患が含まれている可能性が高い。

小児は発達途上にあり、言語障害の発症年齢、罹病期間の差により異なった病像を示す可能性がある。言語以外的大脑機能を含めて症例毎に詳細な観察をすることが重要でありその集積が疾患の本態の解明につながると思われる。また実際の診断治療教育上は末梢性難聴を鑑別することと、感覚性失語に伴う疾病否認を思わせる病識の欠如を克服することが問題となる。

本稿の一部は第20回日本小児神経学会総会(1978年7月福岡市)、第30回日本小児神経学会総会(1988年6月徳島市)において発表しました。

貴重な症例をご紹介いただき、懇切なご指導を賜わりました東京大学医学部付属病院分院小児科元科長・故鈴木昌樹助教授に感謝致します。

#### Abstract

A patient with Landau-Kleffner syndrome was reported. Onset was 6 years of his age with suspected hearing impairment. Gradually he lost his speech. Speech comprehension was severely impaired. He showed impairment of writing, calculation, recognition of right to left, restlessness, short attention span, clumsiness and singing. He had 4 episodes during 3 years. He has been poor at Japanese and English after he recovered his episodes. His prognosis in language ability was rather good. He showed marked epileptic discharge in EEG especially in sleep record. He has never had clinical seizures in these 15 years. The author discussed about this syndrome in relation with epilepsy.

## 文 献

- 1) Ansink BJJ: A complicated case with cortical word deafness in a child. *Clin Neurol Neurosurg* 78: 182-186, 1975.
- 2) Ansink BJJ, Sarphatie H, van Dongen HR: The Landau-Kleffner syndrome -Case report and theoretical considerations. *Neuropediatrics* 20: 170-172, 1988.
- 3) Beaumanoir A: The Landau-Kleffner syndrome. In Roger J et al. ed. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. John Libbey, London, pp. 181-191, 1985.
- 4) Bishop DVM: Age of onset and outcome in acquired aphasia with convulsive disorder (Landau-Kleffner syndrome). *Dev Med Child Neurol* 27: 705-712, 1985.
- 5) Cole AJ, Andermann F, Taylor L et al.: The Landau-Kleffner syndrome of acquired epileptic aphasia: Unusual clinical outcome, surgical experience, and absence of encephalitis. *Neurology* 38: 31-38, 1988.
- 6) DeMarco P: Electrical status epileptics during slow sleep: One case with sensory aphasia. *Clin Electroencephalogr* 19 (2): 111-113, 1988
- 7) Deonna Th, Beaumanoir A, Gaillard F al.: Acquired aphasia in childhood with seizure disorder: A heterogenous syndrome. *Neuropediatric* 8: 263-273, 1977.
- 8) Deonna Th, Peter Cl, Ziegler AL: Adult follow-up of acquired aphasia epilepsy syndrome in childhood. Report of 7 cases. *Neuropediatrics* 20: 132-138, 1989.
- 9) Donat JF, Wright FS.: Sleep, epilepsy and the EEG in infancy and childhood. *J Child Neurology* 4: 84-94, 1989.
- 10) Gascon G, Victor D, Lombroso C et al.: Language disorder, convulsive disorder and encephalographic abnormalities. *Arch Neurol* 28: 156-162, 1973.
- 11) 猪熊和代, 渡辺一功, 根来民子他: ACTH-Zが奏功した脳波異常をともなう後天性運動性言語障害の2症例. てんかん研究1: 153-158, 1983.
- 12) 加我牧子: Landau-Kleffner症候群. 精神保健研究35: 25-38, 1989.
- 13) 神尾守房, 藪内百治: てんかんの幼児に発症し特徴的な脳波異常を呈する後天性失語症の一例. 小児科診療38: 347-350, 1975.
- 14) Kellerman K: Recurrent aphasia with subclinical bioelectric status epileptics during sleep. *Eur J Pediatr* 128: 207-212, 1978.
- 15) Landau WM, Kleffner FR: Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. *Neurology* 7: 523-530, 1957.
- 16) Lou HC, Brandt S, Bruhn P: Aphasia and epilepsy in childhood. *Acta Neurol Scandina* 56: 46-54, 1977.
- 17) Mantovani JF, Landau WM: Acquired aphasia with convulsive disorder: Course and prognosis. *Neurology* 30: 524-29, 1980.
- 18) 西野朋子, 阿部敏明, 福山幸夫: 脳波異常を伴った原因不明の小児後天性感覚性失語症一症例報告と本邦文献展望—東京女子医大誌, 47: 709-714, 1977.
- 19) 能登谷晶子, 鈴木重忠, 古川仞他: Landau-Kleffner症候群の2例. 失語症研究9: 1-8, 1989.
- 20) Otero E, Cordova S, Diaz F et al.: Acquired epileptic aphasia (the Landau-Kleffner Syndrome) due to neurocysticercosis. *Epilepsia* 30: 569-572, 1989.
- 21) Party G, Lyagoubi S, Tassinari A: Subclinical "electrical status epileptics" induced by sleep in children. A clinical and electroencephalographic study of six cases. *Arch Neurol* 24: 242-252, 1971.
- 22) Rapin I, Mattis S, Rowen AJ et al.: Verbal auditory agnosia in children. *Dev Med Child Neurol* 19: 192-207, 1977.
- 23) Rapin I: Verbal auditory agnosia in children (letter). *Dev Med Child Neurol* 30: 85, 1988.
- 24) 鈴木重忠, 能登谷晶子: 小児の純粹語聾の一例. 音声言語医学19: 164-173, 1978.
- 25) 鈴木昌樹, 竹内恵子: 後天性感覚性失語症の一幼児例. 脳と発達3: 147-158, 1971.
- 26) 八島祐子, 小野常夫, 石毛恭子ら: てんかん失語症候群—語聾の2症例について—. 脳と発達14: 37-43, 1982.
- 27) Rodriguez I, Niedelmeyer E. The aphasia-epilepsy syndrome in children: electroencephalographic aspects. *Clin Electroencephalology* 13: 23-35, 1982.





## 【資料】

多施設共同研究における患者データのコンピューターによる  
伝達システムの検討

金 吉晴\* 中谷 和夫\*\* 高木 晴良\*\*\*

抄録：多施設共同研究における患者データのコンピューターによる伝達システムを，入力  
の効率化，転送の自動化，転送方法の選択，患者機密の保護という観点から検討した。デー  
タテキストファイルの自動的な作成と転送が望ましい。このことは，通常のパーソナルコ  
ンピューター通信を採用し，市販のデータベースと通信プログラムの適当な選択と応用によ  
って可能である。患者機密の保護のために，ID番号とパスワードを使用し，転送データの  
の暗号化，転送済みデータの処理が必要である。専用の高速回線を用いる必要はない。

精神保健研究 37; 177-180, 1991

**Key words:** *communication, computer, data base, network, security*

## I. はじめに

筆者らは，厚生省精神神経疾患研究委託費による「元指3：精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究（班長：鈴木淳下総療養所長）」の研究協力員として各地の各地の研究施設における患者データの集積に関する通信システムを検討した。今後種々の多施設共同研究を進めるに当たって，当然各種データの効率的で遺漏のない集積が課題となる。研究規模の拡大にともなって，

従来のようにデータを素朴に用紙に記入し郵送するという手続きは，データを収集，発送する側においても，また受診，処理する側においても，過大な負担をもたらすと予想され，簡素化が望まれる。著者はデータ転送と患者の機密保持の技術的側面を検討し，各種の研究についても応用できると思われるので，報告する。

## II. 考察と検討

## 1. 資料収集の手続き

本研究班では研究協力医師の初回診察患者に対してエントリー用の約100項目の症状評価を行い，JCM診断を下し，うち年に4名の研究対象患者を選び，約300項目からなる初回評価を行う。対象患者については3カ月後，1年後，その後は2年ごとに，やはり約300項目よりなる評価を継続する。10年目には，その年の新規患者を含めて延べ28回の評価が必要となる。これに初診患者のエントリーのための面接が加わる。

こうした作業量の増加が，ある特定期間，特定医師に集中した場合は，当該医師の負担となることはもちろん，評定精度の劣化，記入誤記の可能

A Computerized Communication System of Patient's Information in Multi-institutional Collaborative Researches.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Yoshiharu Kim: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*東京大学文学部心理学教室

Kazuo Nakatani: Department of Psychology, Faculty of Literature, University of Tokyo

\*\*\*帝京大学医学部衛生学教室

Haruyosi Takagi: Department of Hygiene, Teikyo University School of Medicine

性も増加する。そのために、折角の長期間の労力をかけて集めたデータが「混濁」する恐れがある。このため、まず調査協力医師の側における評価、資料送信の手順を簡便化し、また着信側においても資料整理の労力を合理化しなくてはならない。本論ではそのためのコンピューターの有効利用のモデルを検討した。

## 2. データ入力と転送におけるコンピューターの使用

以下に作業の簡略化という点から理想的と思われる手続きについてのべる。

第1. 評価手続き自体をなるべく階層化しておく。すべての項目について悉皆的にたずねるのではなく、いくつかの鍵となる項目について陽性の回答が得られたものについてのみ、その下の階層にある数項目を質問し、陰性の答が得られた場合にはそれを割愛するといった構造が望ましい。これはすでにWingがPSE (Present State Examination) において採用した方法でもある。

第2. 適当なデータベースを選んでコンピューター入力を行うが、その際、コンピューター画面の視認性を高めるために、選択画面表示を項目の階層化に応じたものとする。すなわち、画面上には一度にせいぜい数個の質問のみを表示するようにし、回答入力終了した時点で、下位の階層もしくは次の項目を含んだ次画面に移るようにする。

第3. この作業を終えた時点で、入力された情報が統計処理に適した数字配列を有するデータテキストファイルの形に整理されていること。現在市販されている多くのデータベースソフトがこの機能を持つ。

第4. このデータテキストファイルの作成後、それを自動的に転送する手続きをコンピューターに行わせる。それにはバッチファイル上の操作によって、データベースを終了すると同時に通信ソフトが自動的に立ち上がるようにすればよい<sup>4)</sup>。通信ソフトが立ち上がり、センターへの接続を行った後は、通信ソフトの簡易言語を用いたプログラムによって、先ほどのデータファイルを自動的に転送するようにする。

## 3. 通信方法の種類

次に通信の問題をやや詳しく述べる<sup>13)</sup>。

まず通信システムの選択の問題について。

a) コンピューターを用いての遠隔地間のデータ送受信を行うもっとも簡単な方法は、電話回線などで互のコンピューターを直線接続し、データの転送を行うもので、*end to end*と呼ばれるが、本研究のように20数カ所施設から情報の転送を行うには不相当である。

b) また、特定の社屋や病院内で迅速な情報の転送を目的とした *Local Area Network (LAN) System* と呼ばれるものがある<sup>2)</sup>。これは後述のパーソナルコンピューター通信が特定のホストコンピューターを頂点としたツリー上のネットワークを形成しているのに対し、回路網に参加している各コンピューターのあいだにホストと末端という区別がなく、データの入力、管理、引き出しがどの地点からでも行えるという点にメリットがある。

ただし専用の回線を敷設する必要があり、ひとつの建物で数千万円を要し、本研究のように広範に全国を網羅するためには不相当である。また本研究の場合、LAN systemを採用しなくてはならないほどの頻度でデータ通信が行われるとは考えにくい。

c) 特定のホストコンピューターと多数の参加者のあいだでの情報の送受信を行うのがコンピューター通信である。参加会員はホストコンピューターの中に自分専用のメールボックスを持ち、各会員は、任意の会員のボックスにメッセージを送ることが出来る。送るときには誰のボックスに送ることもできるが、ボックスの中身を開いてメッセージを読むことはそのボックスの所有者にしかできない。情報を送ることとそれを読むことにおいて、それぞれ不特定者にできるようにするのか、特定のものにしかできないようにするのかに応じて様々な情報交換法があるが、ここでは省略する。

また通信回線網を用いて、端末機からの操作でホストコンピューター上のデータベースを動かすことが出来るが、通信速度によっては応答時間の遅れがあり、また複数の端末から同時にアクセスした場合にパーソナルコンピューターでは対応で

きない、また後述の暗号化ができない、などの難点がある。

#### 4. 通信方法の選択

本研究ではデータの一方的な送信を目的としており、操作的にも簡便さが求められ、データ送信頻度も一般の通信に比べると多くないので、このコンピューター通信のメールシステムを用いれば良いと思われる。

しかし既存のコンピューター通信網を用いることは患者のプライバシー保護の観点からリスクが大きいと思われるので、本研究に専用のパーソナルコンピューター通信網を開設する必要がある。これには市販の通信用ソフトを用いれば可能である。

送信手続きを効率化するため、次のようにする。

ホストが各研究施設に対応するメールボックスを所有する。各施設は自分に割り当てられたメールボックスに資料を送る。と同時に、自分自身のハードディスク上にも転送を行い、資料を自分の手元に保存する。この手続きは自動化できる。

ホストの側では毎日ハードディスクコピーを行い、メールボックスの中身を予備のハードディスク上に移す。従って、次の資料転送の際にノイズが生じるなどしても、先に送ったデータは壊れない。また、転送途中で事故が起こり、情報が着信しない場合でも、回線接続(log on)の記録とファイルの中身を点検することにより、事後的に確認できる。

ホストコンピューターの選択についてであるが、商業的には大型コンピューターを用いているが、本研究ではその必要はない。一日のデータ着信回数が100回くらいになるとワークステーションが有利であるが、それほどの頻度は見込まれないので、パーソナルコンピューターで充分であると思われる。

次に回線の先駆について述べる。

通信の高速化という点からは、NTTのDDX, INS netという公衆回線を用いればそれぞれ48000bps, 64000bpsの通信が可能である。この回線は通常は大学間の大型コンピューターのデータ通信に用いられている。DDXはDigital Data

Exchangeの略、INSはInformation Network Systemの略である。INSはNTTの商標で、ISDN(Integrated service Digital Network)規格の回線を用いた高速通信網である<sup>9)</sup>。両者ともバケット通信を行うことができ、データをいわばひとつの塊として送ることによって効率を高めている。両者の大きな違いは、DDXでは契約者が回線を独占的に使用し、いわば回線を借り切った形になるのに対し、INSでは電話回線と同じように回線を共用する。従って、回路への違法な侵入行為の防止という点ではDDXの方が優れている。ただし料金はDDXの方が一月の基本使用量加入者一人あたり7万円、INSでは8400円であり、これに送信したビット数に応じた使用料がかかる。東京大阪間でフロッピーディスク1枚分を送ったとき、約6200円である。DDXは全国のほぼすべての都市で利用できるが、INSは最近展開中のシステムであるため、県庁所在地などにしかない。

現段階ではこれほどの高速通信が必要とは思えない。DDXには回路を独占的に使用するために機密性が高まるという利点があるが、使用料が高額であるために、本研究のためだけに使用することは現実的でない。将来他の研究と合同で利用するか、恒常的に各施設とホストとのあいだで情報をやりとりする必要性が生じたときに考慮されるべきであると思われる。たとえば、ホストコンピューターとの一問一答方式による情報検索や、通信回線を通じてホスト側のデータベースを動かすという形での情報集積などに有効であろう。

本研究では、当面は通常電話回線を用いて2400~4800bpsの速度による通信を行えば充分であろう。電話回線を用いてこれ以上の速度で通信を行うとnoiseが生じやすい。この場合は通常電話回線使用料が必要となる。また、各施設から同時に着信する場合があるので、回線は複数、たとえば5回線程度が必要である。着信専用でよい。通信には各施設とも同一のモデムを用いることが望ましい。

#### 5. 患者機密の保護

次に患者のプライバシーの保護について考える<sup>9)</sup>。通信の際には、仮に第3者が回線に侵入し通

信データを入手したとしてもその内容が解読できないような措置が必要である。

第1に、一般的な措置としてID番号とパスワードの使用があり、仮に回路に侵入したとしてもあらかじめ登録されたID番号、パスワードを使用しない限りデータファイルを開けることはできない。この場合に問題となるのはID番号、パスワードの管理であり、個々の調査協力者の管理責任が求められる。

この措置はすでにできあがったファイルへのアクセスを防衛するという点において有効であるが、データが転送されるのと同時に通信回路をモニターし、流されるデータを拾うという形での侵入に対して不安がある。

第2の措置として、通信信号の暗号化がある。すでに市販のソフトでもそのような措置が可能なものが出ており、その場合数種類の暗号コードの使用が可能であって、時期を決めてコードを変更することにより、さらに一層の防衛をはかることが出来る。

第3に受信者の側では、受け取ったデータファイルをなるべくすみやかに通信網の外に移すことが必要である。たとえばハードディスク上の通常のデータディレクトリに移し、通信網のメールボックスはなるべく空にしておく。

第4に、一般的な手続きとして、データファイル上には患者の氏名は記入せず、たとえばカルテ番号にもとづいた照合番号を記入し、その番号と具体的な患者の照合票は主治医だけが保管するという措置が必要となる。

### III. 結 語

以上、多施設間のデータ転送の技術的問題を、入力効率化、転送の自動化、転送方法の選択、患者機密の保護という観点から検討した。通信手段としては通常のパーソナルコンピューター通信

を採用すればよく、市販のデータベースと通信プログラムの適当な選択と応用によって可能であることが分かった。従来のような大型コンピューターやワークステーションを用いる必要はない。この種の通信手段の施設的、経費的負担は大幅に軽減されており、今後より効率的なデータの共同利用によって、多施設間の共同研究が進展することが期待される。なお、今回は全体のシステムの検討であったので具体的なバッチファイルや通信プログラムの呈示は行わなかった。

### 文 献

- 1) 電気情報通信学会：データ通信ハンドブック。オーム社、東京、1984。
- 2) 国井利泰：LANのすべて。日本経営協会総合研究所、東京、1989。
- 3) 水野忠則：実践通信ネットワーク。電気書院、東京、1989。
- 4) 村山泰治：D-base III plus プログラミングテキスト。エーアイ出版、東京、1988。
- 5) 上園忠弘：コンピューターセキュリティ。近代科学社、東京、1981。
- 6) 岡崎公郎：ISDN通信の基礎知識。日本実業出版、東京、1989。

### Abstract

We discussed the most suitable planning of a computer-based communication system to be used for data aggregation in multi-institutional researches, from the viewpoints of the smoothness of data-input and transmission, selection of communication facilities and the protection of patients' privacy. It is desirable that the data will be transmitted automatically to the information center in the form of a data text file which can be directly used for data analysis. This can be realised by a reform of some existing computer programmes and by using of so-called personal communication. Patients' privacy can be protected through ID numbers, pass-words and cryptograms. High-speed personal circuits such as DDX or ISDN are not needed at present.

## 【資料】

## 精神保健サービスにおける変化の指標

丸山 晋\* 山口 裕子\*\* 加藤 正明\*\*\*  
篠崎 英夫\*\*\*\* 廣瀬 省\*\*\*\*\*

解説：本資料は、WHOヨーロッパ支局の出版になる“Mental Health Services in Europe; 10years on”の第4章を訳したものである。この小冊子（Public Health in Europe 25）は、①序章 ②WHO計画の内容 ③1972年におけるヨーロッパの精神保健サービス ④精神保健サービスにおける変化の指標 ⑤精神保健サービスにおける最近の進歩 ⑥展望 ⑦結論と提言 の7章よりなっている。その中でもっとも資料的な価値のあるのがこの第4章である。個々のデータもさることながら、精神保健の展開をマクロにとらえる試みは、多くの示唆に富んでいる。本資料は、1972年と1982年の2度に亘る調査のデータを含んでいる。10年毎にこの調査が予定されているとすれば、1992年がその年にあたる。その結果について、期待する向きは多いとおもわれる。

翻訳権については、1989年に厚生省保健医療局精神保健課が取得していたが、この度WHOとの了解のうえ、共訳という型となった。

Indicators of Change in Mental Health Service.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Susumu Maruyama: Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所客員研究員

Hiroko Yamaguchi: Visiting Research Fellow, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所元所長  
Masaaki Kato: Former Director, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*\*\*厚生省保健医療局国立療養所課長

Hideo Shinozaki: Director, National Sanatorium Division, Health Service Bureau, Ministry of Health and Welfare

\*\*\*\*\*厚生省保健医療局精神保健課長

Yoshi Hirose: Director, Mental Health Division, Health Service Bureau, Ministry of Health and Welfare

1972年から1982年まで、WHOヨーロッパ支局における精神保健プログラムは、精神保健サービスの発展において何が望ましいかについて、きわめて一貫した見方を促進してきた。初期の記録における結論と勧告はむしろ一般的な傾向がつよく、そのために幾分曖昧であったが、その後のプログラムの成果は、保健サービスが精神障害者の治療・ケア・リハビリテーションを改善していくのに、どのような方向をとってゆくべきであるかを大変明確かつ鋭く示している。その中でもっとも重要で中心的なメッセージは、つぎのようなものである。

- 大きな精神病院の規模は、縮小されるべきである。
- 入院治療の代替となるものが、他の専門医療機関と共に総合病院に設置されるべきである。
- 在宅ケアができるだけ住民に密着して行われるべきである。
- 外来施設やデイケアが、入院しないで患者の要望がまかなえるくらいに、利用可能であること。
- ソーシャルワーカーや看護婦など、コメディカル・スタッフによる院外ケアが発達すべきである。

る。

- ・ある一定人口へのサービスに、精神保健相談員ができるだけ多く配置され、学際的に活動できるようにすべきである。

こうしたメッセージの中に、統計学的な用語としては測定不能のものもある。それらはわれわれにとり利用可能なデータを伴っていない。しかしあるものは入手可能な情報という点で、理論的に容認できる進歩の尺度として、読み換えが可能である。実際、これらのデータの多くのものは、ヨーロッパのある国々においては、実際には入手可能である。その結果、どの尺度をとっても、われわれの分析は、10年前のメイ (May) のデータ同様、部分的なものとならざるを得なかった。ある場合には、ヨーロッパのもっとも大きいいくつかの国々についての情報不足のために、全体的な誤りに陥りかねない。またいくつかのたいへん小さな国々やあまり発展していない国々からは、より完璧なデータが得られた。そこで分析においては、手に入った情報で、可能な限り不均衡を是正するようにした。

ここでは、いくつかの指標を示し、現時点での利用可能なデータやメイの以前の調査を用いて、進歩の指標として妥当性を論じる。

表は、できるだけ多くのデータが利用でき、実用的であるように詳しくした。しかし多くの「指標」を教材として一般化ができるよう、われわれは、表に現れない種々の合計、平均、割合や百分率を用いた。したがってここに示された諸点は、必ずしも直接表に出ていない。しかし全て表のデータから導き出されたものである。最後の表(表18)は、各国の総人口と主要なデータの一般的な要約である。

#### 1,000床以上の精神病院の数を減少させること

巨大施設的环境は、満足のいく治療・効果的なリハビリテーション・人間に相応しい生活条件を提供するものとしては不適當であるという、一般的な共通理解がある。精神病院を、より小さな病棟との関連においてとらえ、これに応じて病棟数を出すことは大変難しいが、1,000床以上を有する施設を選別し、数えることは難しいことではない。

それゆえわれわれが得ている情報は、かなり信頼できるものとおもわれる。巨大な精神病院の数が減少しているところでは、それに替わるいくつかのケアの形式が発展してきているという仮説にたつと、このような病院が少ないことは、進歩の指標と受けとめられよう。

英連邦全体を入れたヨーロッパ地区の21か国が、大きな精神病院に関する情報を提供してくれた。フランスは、1972年に1,000床以上の病院52について報告してくれたが、1982年にはその詳細の報告がなかった。同様に、西独やソ連からは何の情報も得られなかった。その結果、ヨーロッパ人口の大きな部分を占めているこれら3つの大国は、われわれの分析からはずされることになった。このことは明らかに全般的な価値を制限し、またこの中に含まれている2つの大国(イタリアと英連邦)は、示された結果にバランスを欠くような影響を与えていることを意味している。

われわれがデータを比較できる21か国において、1972年の調査では、1,000床以上の病院が全体で202あった。この数は、1982年の調査では96に下がった。1972年には、2,000床以上の病院は5つあったが、10年後には皆無になった。大病院が55から20に減ったイタリアと、65から23になった英国は、全体に対してかなりの影響を与えている。しかし、他の19か国では、1972年には大精神病院の全数は88で、1982年にはたった53であった。

提供されたデータによると、スペインは(1972年に報告された)大精神病院の全てにおいて、病床の数を1,000床以下に減らすことによって、劇的な進歩を遂げた。スウェーデンは、以前10あった大精神病院を、1982年までにはたったの4つに減じたのが目立つ。たいていの国々は、何らかの動きをこの時点で見せている。それゆえ大小個々の国々は、共に関連のあるこれらのデータにおいて、かなりの一貫性がみられる。そしてこのことは、1,000床以上の病院がひとつもないと報告されたいくつかの国に影響を受けている。それは1972年には3つ(ブルガリア、アイスランド、ノルウェー)、そして1982年にはマルタ、スペイン、トルコを加えて6つになった。フィンランドはデータが不明である。同様の傾向が、個々の国々にお

ける変化の方向にも反映しており、そこでは1972年には0か1つだったのが、1国を除いて全ての国が大精神病院の数を減らしている(表1-3)。このように、いくつかの大国のデータの制限や情報不足にもかかわらず、われわれの情報は、ヨー

ロッパ中の精神保健サービスにおける大きな変化を大変鮮やかに示していると思われる。進歩の尺度としては、データが雑であるが、このことは少なくとも全体的な改善を示す歓迎すべきサインである。

表1 ヨーロッパ地域における精神病院および精神病床(1972年調査)

国名	精神病院			精神病院における病床数	総合病院		その他の施設		全精神病床数
	>1000床	100-999床	1-99床		病棟	病床	病棟(ユニット)	病床(ベッド)	
アルジェリア	2	5	9	6115	6	560	—	—	6675
オーストリア	5	9	2	12928	3	551	—	—	13479
ベルギー	5	42	18	26654	8	450	—	—	27104
ブルガリア	—	14	4	3629	11	641	39	5124	9394
チェコスロヴァキア	6	18	8	16409	29	2415	139	14942	33766
デンマーク	4	17	14	10545	19	794	5	493	11832
フィンランド	—	60	11	19768	16	824	44	1404	22015
フランス	52	67	—	103064	31 <sup>a</sup>	11902	214	14081	129047
東ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—	103473
ギリシャ	3	18	44	14106	2	225	—	—	14331
ハンガリー	1	3	—	2243	41	6654	—	5832	14728
アイスランド	—	1	—	187	2	73	8	220	480
アイルランド	4	20	15	16527	6	200	—	—	16727
イタリア	55	46	80	—	35	—	—	—	118972
ルクセンブルグ	1	—	—	1023	—	—	2	136	1159
マルタ	1	—	—	1245	1	250	—	—	1495
モロッコ	1	5	4	2907	4	140	—	—	3047
オランダ	5	32	2	26300	62	1560	92 <sup>b</sup>	9452	37312
ノルウェー	—	19	2	8323	16	833	121	4098	13254
ポーランド	19	13	—	41297	23	1277	85	9825	52398
ポルトガル	—	18	9	9337	7	420	—	—	9757
ルーマニア	2	20	18	10553	37	3700	25	2042	16336
スペイン	14	56	77	50556	15	645	—	—	51201
スウェーデン	10	20	—	26200	—	1800	—	6800	34800
スイス	3	28	13	—	—	—	—	—	18401
トルコ	1	4	3	5424 <sup>a</sup>	100	1808 <sup>a</sup>	—	—	7232
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	269573
イギリス連邦	65	95	40	154316	161	7953	—	—	162269
イングランド&ウェールズ	55	71	31	129675	149	6825	—	—	136500
スコットランド	7	21	8	19373	9	1020	—	—	20393
北アイルランド	3	3	1	5268	3	108	—	—	5376
ユーゴスラヴィア	2	15	—	10193	62	6247	—	—	16440

<sup>a</sup>推計値

<sup>b</sup>老年精神科ナーシングホーム



表2 ヨーロッパ地域における精神病院及び精神病床 (1982年調査)

国名 <sup>a</sup>	精神病院			精神病院における 病床数	総合病院		その他の施設		全精神病床数
	>1000床	100-999床	1-99床		病棟	病床	病棟 (ユニット)	病床 (ベッド)	
アルジェリア	1	8	—	6000	6	480	—	—	6480
オーストリア	4	9	3	11809	4	689	—	—	12498
ベルギー	4	47	12	23972	26	928	—	—	24900
ブルガリア	—	23	11	7302	3	103	—	—	7405
チェコスロヴァキア	7	18	6	16707	36	2841	170	18647	38195
デンマーク	2	20	—	9254	20	1274	55	1110	11638
フィンランド	—	—	—	19095	—	—	—	—	19095
フランス	—	—	—	105527	105	16523	280	17563	139613
東ドイツ	—	—	—	30126	10	1500	—	—	31626
西ドイツ	—	—	—	110833	107	8917	—	—	119750
ギリシャ	2	24	34	14826	1	15	9	150	14981
ハンガリー	1	5	—	3060	80	10425	—	6589	20074
アイスランド	—	1	—	126	3	68	15	293	487
アイルランド	2	23	12	13216	10	245	91	737	14198
イタリア	20	108	63	80480	216	2740	—	350	83580
ルクセンブルグ	1	—	—	1050	2	81	3	74	1205
マルタ	—	1	1	926	—	—	1	112	1038
モロッコ	1	6	3	3200	7	210	1	200	3610
オランダ	5	33	2	24723	76	2030	168 <sup>b</sup>	19042	45795
ノルウェー	—	19	2	6272	16	835	129	4528	11635
ポーランド	19	21	—	36723	43	2767	81	9799	49289
ポルトガル	—	—	—	10607	—	—	—	—	10607
ルーマニア	—	—	—	17505	—	5297	—	—	22802
スペイン	—	63	41	43132	96	3346	3	300	46778
スウェーデン	4	25	—	17100	38	3700	226	8600	29400
スイス	—	—	—	12011	—	—	—	—	12011
トルコ	—	6	—	5200	21	1417	—	—	6617
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦	23	133	98	103495	186	11061	632	6116	120678
イングランド	18	96	88	76670	158	9947	630	6044	92661
ウェールズ	—	9	5	5185	5	150	—	—	5335
スコットランド	4	23	5	16892	18	769	—	—	17661
北アイルランド	1	5	—	4738	5	195	2	72	5021
ユーゴスラヴィア	—	—	—	11000	3	68	—	—	11068

<sup>a</sup> アルバニアには精神病院は3、1395床がある。モナコには、近接のフランスの県にもサービス圏を持つ15の総合病院がある (1981年)。

<sup>b</sup> 老年精神科ナーシングホーム

表3 規模別にみた精神病院 (1972年および1982年調査)

国名	1972年調査				1982年調査			
	病院の規模			精神病院数	病院の規模			精神病院数
	>1000床	100-999床	1-99床		>1000床	100-999床	1-99床	
アルジェリア	2	5	9	16	1	8	—	8
オーストリア	5	9	2	16	4	9	3	16
ベルギー	5	42	18	65	4	47	12	63
ブルガリア	—	14	4	18	—	23	11	34
チェコスロヴァキア	6	18	8	32	7	18	6	31
デンマーク	4	17	14	35	2	20	—	22
フィンランド	—	60	11	71	—	—	—	65
フランス	52	67	—	119	—	—	—	115
東ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—
西ドイツ	—	—	—	150 <sup>a</sup>	—	—	—	310
ギリシャ	3	18	44	65	2	24	34	60
ハンガリー	1	3	—	4	1	5	—	6
アイスランド	—	1	—	1	—	1	—	1
アイルランド	4	20	15	39	2	23	12	37
イタリア	55	46	80	181	20	108	63	191
ルクセンブルグ	1	—	—	1	1	—	—	1
マルタ	1	—	—	1	—	1	1	2
モロッコ	1	5	4	10	1	6	3	10
オランダ	5	32	2	39	5	33	2	40
ノルウェー	—	19	2	21	—	19	2	21
ポーランド	19	13	—	32	19	21	—	40
ポルトガル	—	18	9	27	—	—	—	—
ルーマニア	2	20	18	40	—	—	—	36
スペイン	14	56	77	147	—	63	41	104
スウェーデン	10	20	—	30	4	25	—	29
スイス	3	28	13	44	—	—	—	64
トルコ	1	4	3	8	—	6	—	6
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦								
イングランド&ウェールズ	55	71	31	157	18	105	93	216
スコットランド	7	21	8	36	4	23	5	32
北アイルランド	3	3	1	7	1	5	—	6
ユーゴスラヴィア	2	15	—	17	—	—	—	—

<sup>a</sup>推計値

表4 総合病院における精神科病棟数と病床数およびその全精神病床に占める百分率 (1972年および1982年調査)

国名	総合病院内の精神科病棟数		総合病院内の精神病床数		全精神病床に占める総合病院内の精神病床の百分率	
	1972年	1982年	1972年	1982年	1972年	1982年
アルジェリア	6	6	560	480	8.4	7.4
オーストリア	3	4	551	689	4.1	5.5
ベルギー	8	26	450	928	1.7	3.7
ブルガリア	11	3	641	103	15.0	1.4
チェコスロヴァキア	29	36	2415	2841	12.8	14.5
デンマーク	19	20	794	1274	7.0	12.1
フィンランド	16	0	824 <sup>a</sup>	—	4.0	—
フランス	31 <sup>a</sup>	—	11902	16523	10.4	13.5
ギリシャ	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	225 <sup>a</sup>	15 <sup>a</sup>	1.6	1.1
ハンガリー	41	80	6654	10425	7.8	10.4
アイスランド	2	3	73	68	28.1	35.1
アイルランド	6	10	200	245	1.2	1.8
イタリア	35 <sup>a</sup>	126 <sup>a</sup>	—	2740 <sup>a</sup>	—	3.3
ルクセンブルグ	0	2	0	81	0.0	7.2
マルタ	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	250	—	16.7	—
モロッコ	4	7	140	210	4.6	6.2
オランダ	62	76	1560	2030	5.6	7.6
ノルウェー	16	16	833	835	9.1	11.7
ポーランド	23	43	1277	2767	3.0	7.0
ルーマニア	37	—	3700	5297	26.0	23.2
スペイン	15	96	645	3346	1.3	7.2
スウェーデン	—	38	1800	3700	6.4	17.8
イギリス連邦	161	186	7953	11061	4.9	9.7

<sup>a</sup>推計値

表5 タイプ別による精神病床数とその割合(1982年調査)

国名	精神病院における病床			総合病院内における精神病床			他の施設における精神病床		
	病床数	精神病院の 全病床に対 する%	全指定病 床数に対 する%	病床数	総合病院の 全病床に対 する%	全指定病 床数に対 する%	病床数	施設内の全 病床数に対 する%	全指定 病床数
アルジェリア	6000	92.6	—	480	7.4	—	—	—	6480
オーストリア	11809	94.5	—	689	5.5	—	—	—	12498
ベルギー	23972	96.3	—	928	3.7	—	—	—	24900
ブルガリア	7302	98.6	—	103	1.4	—	—	—	7405
チェコスロヴァキア	16707	85.5	43.7	2841	14.5	7.4	18647	48.9	38195
デンマーク	22330	87.9	90.4	1274	12.1	5.2	1110	4.5	24714
フィンランド	19095	—	—	—	—	—	—	—	19095
フランス	105527	86.5	75.6	16523	13.5	11.8	17563	12.6	139613
東ドイツ	30126	95.3	—	1500	4.7	—	—	—	31626
西ドイツ	110833	92.6	—	8917	7.4	—	—	—	119750
ギリシャ	14816	99.9	98.9	15	0.1	0.0	150	1.1	14981
ハンガリー	3060	22.7	15.2	10425	77.3	51.9	6589	32.9	20074
アイスランド	126	64.9	25.9	68	35.1	14.0	293	74.1	487
アイルランド	13216	98.2	93.1	245	1.8	1.7	737	5.2	14198
イタリア	80480	96.7	96.3	2740	3.3	3.3	350	0.4	83570
ルクセンブルグ	1050	92.8	87.1	81	7.2	6.7	74	12.9	1205
マルタ	926	—	89.2	—	—	—	112	10.8	1038
モロッコ	3200	93.8	88.6	210	6.2	5.8	200	11.4	3610
オランダ	24723	92.4	54.0	2030	7.6	4.4	19042	41.6	45795
ノルウェー	6272	88.3	53.9	835	11.7	7.2	4528	—	11635
ポーランド	36723	93.0	74.5	2767	7.0	5.6	9799	19.9	49289
ポルトガル	10607	—	—	—	—	—	—	—	10607
ルーマニア	17505	76.8	—	5297	23.2	—	—	—	22802
スペイン	43132	92.8	92.2	3346	7.2	7.2	300	7.8	46778
スウェーデン	17100	82.2	58.2	3700	17.8	12.6	8600	29.3	29400
スイス	18742	—	—	—	—	—	—	—	18742
トルコ	5200	78.6	—	1417	21.4	—	—	—	6671
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦									
イングランド	76670	88.5	82.7	9947	11.5	10.7	6044	6.5	92661
ウェールズ	5185	97.2	—	150	2.8	—	—	—	5335
スコットランド	16892	95.6	—	769	4.4	—	—	—	17661
北アイルランド	4754	96.1	94.7	195	3.9	3.9	72	1.4	5021
ユーゴスラヴィア	11000	99.4	99.4	68	0.6	0.1	—	—	11068

表6 精神病院および精神科病棟における全病床に対する精神病院以外の病院における精神科病床の割合（1972年調査および1982年調査）

百分率	1972年調査			1982年調査		
	国数	国	名	国数	国	名
<5%	11	オーストリア, ベルギー, フィンランド, ギリシャ, アイルランド, モロッコ, ポーランド, ポルトガル, スペイン, イギリス連邦(スコットランド, 北アイルランド)		9	ベルギー, ブルガリア, 東ドイツ, ギリシャ, アイルランド, イタリア, イギリス連邦(ウェールズ, スコットランド, 北アイルランド), ユーゴスラヴィア	
5-10%	7	アルジェリア, デンマーク, フランス, オランダ, ノルウェー, スウェーデン, イギリス連邦(イングランド&ウェールズ)		10	アルジェリア, オーストリア, 西ドイツ, ルクセンブルグ, モロッコ, オランダ, ポーランド, スペイン, イギリス連邦(イングランド)	
11-20%	4	ブルガリア, チェコスロヴァキア, 西ドイツ, マルタ		8	チェコスロヴァキア, デンマーク, フランス, ルクセンブルグ, マルタ, ノルウェー, スウェーデン, イギリス連邦(イングランド)	
21-30%	3	アイスランド, ルーマニア, トルコ		2	ルーマニア, トルコ	
>30%	2	ハンガリー, ユーゴスラヴィア		2	ハンガリー, アイスランド	

表7 全精神科病床数と全入院数に対する総合病院のその割合

国名	全精神科病床に対する総合病院 内の精神科病床の百分率		精神科入院患者全体に対する 総合病院への精神科入院患者 の百分率	
	1972年	1982年	1972年	1982年
アルジェリア	8.4	7.4	—	—
オーストリア	4.1	5.5	—	16.8
ベルギー	1.7	3.7	—	21.5
ブルガリア	15.0	1.4	42	2.5
チェコスロヴァキア	12.8	14.5	31.8	35.4
デンマーク	7.0	12.1	40	44.6
フィンランド	4.0	—	14	—
フランス	9.3	11.8	—	—
東ドイツ	—	4.7	—	—
西ドイツ	11-20	7.4	—	8.9
ギリシャ	1.6	0.1	—	—
ハンガリー	7.8	10.4	—	—
アイスランド	28.0	35.1	22	52.7
アイルランド	1.2	1.8	7	18.1
イタリア	—	—	—	24.5
ルクセンブルグ	—	7.2	—	55.7
マルタ	16.7	—	—	13.3
モロッコ	4.6	6.2	—	—
オランダ	5.6	7.6	63	25.6
ノルウェー	11.7	11.3	—	38.5
ポーランド	3.0	7.0	8	12.7
ポルトガル	—	—	—	—
ルーマニア	26.0	23.2	—	—
スペイン	1.3	7.2	—	26.1
スウェーデン	6.4	17.8	30	48.7
スイス	—	—	—	—
トルコ	—	21.4	—	—
ソビエト連邦	—	—	—	—
イギリス連邦				
イングランド&ウェールズ	5.0	11.0	22	32.1
イングランド	—	11.5	—	33.5
ウェールズ	—	2.8	—	10.0
スコットランド	5.0	4.4	12	11.0
北アイルランド	2	4.0	6	18.6
ユーゴスラヴィア	38	0.6	73	2.9

表8 居住タイプ別平均病床数 (1972年および1982年調査)

国名	精神病院		総合病院		その他の施設		全病院		全病棟	
	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982
アルジェリア	382	667	93	80	—	—	303	432	—	—
オーストリア	808	738	184	172	—	—	709	625	—	—
ベルギー	410	381	56	36	—	—	371	280	—	—
ブルガリア	202	215	58	34	131	—	147	200	138	—
チェコスロヴァキア	513	539	89	79	107	110	319	292	170	161
デンマーク	301	421	42	64	99	20	210	251	201	120
フィンランド	278	294	52	—	32	—	237	—	168	—
フランス	866	918	384	157	66	63	766	555	355	279
西ドイツ	—	358	—	83	—	—	—	—	450	287
ギリシャ	217	247	113	15	—	17	214	243	—	214
ハンガリー	560	510	162	130	—	—	198	157	—	—
アイスランド	187	126	37	23	28	20	87	49	44	26
アイルランド	424	357	33	25	—	8	372	284	—	103
イタリア	—	421	—	13	—	—	551	204	—	—
ルクセンブルグ	1023 <sup>a</sup>	1050 <sup>a</sup>	—	41	68	25	—	377	386	201
マルタ	1245 <sup>a</sup>	463	250 <sup>a</sup>	—	—	44	748	—	—	217
モロッコ	291	320	35	30	—	200	218	201	—	201
オランダ	674	618	25	27	103	113	275	230	193	161
ノルウェー	396	299	52	52	34	35	247	192	84	70
ポーランド	737	918	56	64	116	121	539	476	320	300
ポルトガル	346	—	60	—	—	—	287	—	—	—
ルーマニア	263	486	100	—	82	—	185	—	160	—
スペイン	344	415	43	35	—	100	316	232	—	230
スウェーデン	873	590	—	97	—	38	—	310	—	100
スイス	—	188	—	—	—	—	—	—	263	—
トルコ	678	867	18	67	—	—	67 <sup>a</sup>	245 <sup>a</sup>	—	—
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	550	—
イギリス連邦	772	422	49	59	—	—	449	266	—	—
イングランド&ウェールズ	826	395	46	62	—	—	446	246	—	—
スコットランド	538	528	113	43	—	—	453	353	—	—
北アイルランド	753	790	36	39	—	36	528	448	—	386
ユーゴスラヴィア	600	—	101	—	—	—	208 <sup>a</sup>	—	—	—

<sup>a</sup>推計値

表9 病棟別にみた人口1000対の病床数(1972年および1982年調査)

国名	1972年調査				1982年調査			
	精神病院	総合病院	その他の施設	全病床	精神病院	総合病院	その他の施設	全病床
アルジェリア	0.46	0.04	—	0.5	0.33	0.03	—	0.35
オーストリア	1.72	0.07	—	1.79	1.57	0.09	—	1.66
ベルギー	2.75	0.05	—	2.80	2.43	0.09	—	2.53
ブルガリア	0.42	0.08	0.6	1.1	0.83	0.01	—	0.84
チェコスロヴァキア	1.13	0.17	1.0	2.3	1.09	0.18	1.21	2.49
デンマーク	2.14	0.16	0.1	2.4	1.82	0.25	0.22	2.29
フィンランド	4.22	0.18	0.3	4.7	4.01	—	—	4.01
フランス	2.02	0.23	0.28	2.5	1.96	0.31	0.33	2.60
東ドイツ	—	—	—	—	1.80	0.09	—	1.89
西ドイツ	—	—	—	1.8	—	—	—	—
ギリシャ	1.57	0.03	—	1.6	1.54	≒0	0.02	1.56
ハンガリー	0.22	0.64	0.56	1.42	0.29	0.97	0.61	1.87
アイスランド	0.94	0.36	1.1	2.4	0.55	0.30	1.28	2.13
アイルランド	5.73	0.07	—	5.8	3.84	0.07	0.21	4.12
イタリア	—	—	—	2.2	1.41	0.05	0.01	1.46
ルクセンブルグ	3.00	—	0.4	3.4	2.63	0.20	0.18	3.01
マルタ	3.83	0.77	—	4.6	3.09	—	0.37	3.46
モロッコ	0.19	0.01	—	0.2	0.15	0.01	0.01	0.17
オランダ	2.03	0.12	0.73	2.88	1.75	0.14	1.35	3.24
ノルウェー	2.11	0.21	1.0	3.4	1.53	0.20	1.10	2.83
ポーランド	1.26	0.04	0.3	1.6	1.03	0.07	0.27	1.38
ポルトガル	1.05	0.05	—	1.1	1.08	—	—	1.08
ルーマニア	0.52	0.18	0.1	0.8	0.78	0.24	—	1.02
スペイン	1.48	0.02	—	1.5	1.15	0.09	0.01	1.25
スウェーデン	3.27	0.23	0.85	4.4	2.06	0.45	1.04	3.54
スイス	—	—	0.2	2.9	1.89	—	—	1.89
トルコ	0.15	0.05	—	0.2	0.12	0.03	—	0.15
ソビエト連邦	—	—	—	1.1	—	—	—	—
イギリス連邦								
イングランド&ウェールズ	2.66	0.14	—	2.8	1.68	0.21	0.13	2.00
スコットランド	3.70	0.20	0.1	4.0	3.28	0.15	—	3.40
北アイルランド	3.43	0.07	—	3.5	3.07	0.13	0.05	3.25
ユーゴスラヴィア	0.50	0.30	—	0.8	0.50	≒0	—	0.50



表10 精神病院・総合病院精神科・デイケア施設への入院・入所者と強制入院者の割合および入院1年以上の患者の割合(1982年調査)

国名 <sup>a</sup>	精神病院		総合病院精神科		デイケア施設		強制入院 <sup>b</sup> の百分率	在院1年 <sup>c</sup> 以上の 者の割合
	入院 患者数	人口 100000対	入院 患者数	人口 100000対	入所 患者数	人口 100000対		
アルジェリア	18500	101	—	—	—	—	—	—
オーストリア	45177	602	9109	121	—	—	—	—
ベルギー	45839	465	12546	127	1500	15.2	7	93
ブルガリア	40148	453	1022	12	—	—	3.8	7 <sup>d</sup>
チェコスロヴァキア	46715	304	25692	161	—	—	3.9	3.5 <sup>d</sup>
デンマーク	22330	439	17878	351	—	—	3.3	50
フィンランド	36576	767	—	—	—	—	—	—
フランス	—	—	—	—	—	—	—	—
東ドイツ	49302	295	—	—	—	—	—	—
西ドイツ	275933	449	26900	44	—	—	—	67
ギリシャ	24268	253	—	—	—	—	—	56
ハンガリー	(病院全体として)		87930	822)	—	—	—	31
アイスランド	850	371	948	414	62	27.1	6	61
アイルランド	22404	665	4954	138	—	—	13.6	78
イタリア	94473	165	30596	53	—	—	14.0	—
ルクセンブルグ	1235	309	1550	388	—	—	15.0	68
マルタ	729	243	222	74	—	—	27.0	—
モロッコ	12196	56	—	—	—	—	85.0 <sup>e</sup>	100
オランダ	20926	148	7185	51	2016	14.2	15.0	14 <sup>d</sup>
ノルウェー	10835	264	6546	160	—	—	35.0 <sup>e</sup>	—
ポーランド	125832	354	18341	52	6187 <sup>f</sup>	17.4 <sup>f</sup>	7.9	43
ポルトガル	12888	131	—	—	—	—	—	—
ルーマニア	—	—	—	—	—	—	—	—
スペイン	67312	179	23745	63	3000	8.0	1.0	72
スウェーデン	58000	697	55000	661	2000	24.2	30.0 <sup>e</sup>	51
スイス	18742	295	—	—	—	—	—	90
トルコ	10312	23	—	—	—	—	—	—
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦								
イングランド	119813	259	60351	131	32512	70.3	12	6.5 <sup>d</sup>
ウェールズ	10727	384	1319	47	1581	56.7	—	5 <sup>d</sup>
スコットランド	21974	426	2706	53	4602	89.3	10	—
北アイルランド	6674	433	1524	99	861	55.9	0.4	26
ユーゴスラヴィア	31200	141	948	4	—	—	—	—

<sup>a</sup>モナコでは、総合病院精神科への入院が260あり、これには隣接のフランスの県からの患者も含まれている。

<sup>b</sup>他の指定がなければ入院者の百分率とみなす。

<sup>c</sup>他の指定がなければ入所者の百分率とみなす。

<sup>d</sup>入院者の百分率とみなされる。

<sup>e</sup>入所者の百分率とみなされる。

<sup>f</sup>1980年時における入所者(年間有病率)

表11 精神科医1人あたりの入院者数および病床数と1精神病床あたりの入院数(1982年調査)

国名	精神科専門医 1人あたりの 入院者数	精神科専門医 1人あたりの 病床数	1病床あたり の入院数
アルジェリア	356	125	2.85
オーストリア	127	29	4.35
ベルギー	61	25	2.41
ブルガリア	110	20	5.56
チェコスロヴァキア	78	21	3.71
デンマーク	94	25	3.82
フィンランド	—	—	1.92
フランス	—	62	—
東ドイツ	39	25	1.56
西ドイツ	—	—	2.53
ギリシャ	31	19	1.63
ハンガリー	183	28	6.52
アイスランド	64	7	9.57
アイルランド	118	58	2.03
イタリア	50	33	1.50
ルクセンブルグ	90	37	2.31
マルタ	119	116	1.03
モロッコ	381	107	3.58
オランダ	92	81	1.05
ノルウェー	55	22	2.45
ポーランド	85	23	3.70
ポルトガル	—	—	1.22
ルーマニア	—	—	—
スペイン	62	32	1.96
スウェーデン	144	26	5.53
スイス	—	—	1.56
トルコ	14	9	1.56
ソビエト連邦	—	—	—
イギリス連邦			
イングランド&ウェールズ	163	78	2.09
スコットランド	104	74	1.40
北アイルランド	134	81	1.66
ユーゴスラヴィア	—	—	2.90

表12 外来患者とデイケアの通所者 (1972年および1982調査)

国名	1972年調査			1982年調査							
	人口100000対の外来患者数		人口100000対のデイケア施設数	外来患者		人口100000対の外来患者数		デイケアの通所者		人口100000対のデイケアの通所者数	
	外来数	患者数		外来数	患者数	外来数	患者数	施設数	通所者数	施設数	通所者数
アルジェリア	0.35	—	—	28	256000	0.15	1399	—	—	—	—
オーストリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベルギー	—	—	1.4	150	45000	1.52	456	253	1500	2.6	15.2
ブルガリア	0.9	4177	0.2	35	692239	0.40	7813	289	—	3.3	—
チェコスロヴァキア	2.9	8707	0.1	302	99542	1.96	12983	23	643	0.1	4.2
デンマーク	—	—	—	44	—	—	—	43	—	0.8	—
フィンランド	2.0	4551	0.1	103	589000	2.16	12360	—	—	—	—
フランス	1.9	1974	0.1	2763	2047648	5.13	3799	—	—	—	—
東ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ギリシャ	—	—	0.02	53	—	—	—	5	70	0.1	0.7
ハンガリー	2.1	—	—	103	816226	0.96	7621	—	—	—	—
アイスランド	2.0	6438	1.0	6	29128	2.62	12720	1	62	0.4	26.9
アイルランド	6.9	4854	1.4	207	182400	6.07	5349	72	1759 <sup>a</sup>	2.1	51.1 <sup>a</sup>
イタリア	—	—	—	—	2449	—	4	—	—	—	—
ルクセンブルグ	0.6	350	0.3	2	—	0.50	—	—	—	—	—
マルタ	0.9	3679	—	1	17833	0.33	5944	—	—	—	—
モロッコ	0.2	265	—	—	—	—	—	—	—	—	—
オランダ	1.7	—	1.5	—	—	—	—	33	2016	0.2	14.3
ノルウェー	1.8	—	1.4	47	—	1.15	—	49	—	1.2	—
ポーランド	2.7	5535	0.2	524 <sup>b</sup>	2144000 <sup>b</sup>	1.50	6027	53	6187 <sup>c</sup>	0.1	17.4 <sup>c</sup>
ポルトガル	1.5	—	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—
ルーマニア	0.8	6332	—	103	428000	0.46	1910	—	—	—	—
スペイン	1.3	—	—	646	2500000	1.72	6655	11	3000	0.03	8.0
スウェーデン	4.2	10492	0.5	67	805000	0.81	9675	67	2000	0.81	24.2
スイス	1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トルコ	—	—	—	29	36700	0.06	83	—	—	—	—
ソビエト連邦	0.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	1204	1912356	2.16	3435	409	39556	0.73	71.1
イギリス連邦	3.0	3163	0.7	1044	1693138	2.13	3455	351	34093	0.72	69.6
	—	—	—	1032	1614368	2.23	3493	335	32512	0.72	70.3
イングランド & ウェールズ	—	—	—	12	78770	0.43	2823	15	1581	0.54	56.7
スコットランド	—	—	—	126	196884	2.45	3821	47	4602	0.9	89.3
北アイルランド	—	2730	0.3	34	22334	2.20	1450	9	861	0.58	55.9
ユーゴスラヴィア	2.2	4355	1.1	340	—	1.54	—	—	—	—	—

<sup>a</sup> 1日あたりの平均参加者、保護工場への通所者も含む。

<sup>b</sup> 1980年時、446327の来所者のあったアルコール症に対する専門外来412を除外している。

<sup>c</sup> 1980年を通じての全治療患者

表13 人口1000に対する精神科病床と外来患者数 (1982年調査)

国名	人口1000に対する 病院内精神 科病床数	人口1000に対 する全精神病 科病床数	人口1000に対 する精神科外 来患者数
アルジェリア	0.35	—	14.0
オーストリア	1.57	1.66	—
ベルギー	2.53	—	4.6
ブルガリア	0.84	—	78.1
チェコスロヴァキア	1.09	2.48	129.8
デンマーク	2.07	2.29	—
フィンランド	4.01	—	123.6
フランス	2.27	—	—
東ドイツ	1.89	—	—
西ドイツ	—	—	—
ギリシャ	1.54	1.56	—
ハンガリー	1.21	1.87	10.3
アイスランド	0.85	2.13	127.0
アイルランド	3.91	4.12	53.5
イタリア	1.46	—	0.0
ルクセンブルグ	2.83	3.01	—
マルタ	3.09	3.46	59.4
モロッコ	0.16	0.17	—
オランダ	1.89	3.24	—
ノルウェー	1.73	2.83	—
ポーランド	1.10	1.38	60.3
ポルトガル	1.08	—	—
ルーマニア	1.02	—	19.1
スペイン	1.24	1.25	66.6
スウェーデン	2.51	3.54	96.8
スイス	1.89	—	—
トルコ	0.15	—	0.8
ソビエト連邦	—	—	—
イギリス連邦			
イングランド&ウェールズ	1.89	2.00	34.6
スコットランド	3.43	—	38.2
北アイルランド	3.20	3.25	14.5
ユーゴスラヴィア	0.50	—	—

表14 人口100000に対する医師数および精神科専門医数と精神科専門医1人あたりの他の専門職の割合(1982年調査)

国名	人口100000 に対する医 師数	人口100000 に対する精 神科専門医 数	精神科専門医1人あたりの他の専門職の割合					
			精神科 研修医	認 定 心理士	心 理 研修生	精神科専門 看護婦(士)	看護学生	補助職員
アルジェリア	18.8	0.3	0.71	0.44	2.6	—	—	—
オーストリア	232.6	5.7	—	—	—	6.5	—	3.6
ベルギー	227.2	10.0	0.21	—	0.6 <sup>a</sup>	2.3	1.0	3.2
ブルガリア	227.3	4.2	—	0.10	—	2.8	—	0.6
チェコスロヴァキア	295.5	6.0	—	0.48	—	0.3	6.3	0.3
デンマーク	196.0	8.4	0.06	0.13	—	3.7	1.7	10.6
フィンランド	158.7	—	—	—	—	—	—	—
フランス	163.9	3.7	—	—	—	27.2	—	—
東ドイツ	188.6	7.5	0.75	—	—	—	—	—
西ドイツ	204.0	—	—	—	—	—	—	—
ギリシャ	217.4	8.2	0.08	0.11	—	0.4	—	2.9
ハンガリー	288.4	4.5	0.62	0.27	0.07	3.3	—	3.5
アイスランド	222.7	12.7	0.24	0.52	—	4.0	0.2	6.6
アイルランド	120.4	6.7	0.34	0.23	—	23.3	5.4	1.8
イタリア	204.0	4.4	—	0.08	—	—	—	—
ルクセンブルグ	102.5	7.8	—	0.35	—	—	—	—
マルタ	—	2.6	—	—	—	32.9	—	—
モロッコ	9.1	0.15	0.50	0.34	0.09	12.5	1.7	18.8
オランダ	172.4	2.3	—	0.89	—	17.7	2.2	11.2
ノルウェー	185.1	7.8	0.75	0.93	—	7.8	—	19.4
ポーランド	189.7	4.8	—	0.24	—	4.6 <sup>b</sup>	1.0 <sup>b</sup>	1.9 <sup>b</sup>
ポルトガル	142.9	—	—	—	—	—	—	—
ルーマニア	141.9	—	—	—	—	—	—	—
スペイン	172.0	3.9	0.24	0.20	0.21	0.7	0.3	4.5
スウェーデン	202.0	9.6	0.38	0.70	—	6.3	—	31.3
スイス	196.0	—	—	—	—	—	—	—
トルコ	56.8	1.7	0.11	0.11	—	0.9	—	—
ソビエト連邦	344.8	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦								
イングランド	133.3	2.4	1.50	0.61	—	24.6	5.3	15.2
ウェールズ	—	1.8	1.50	0.65	—	33.8	8.9	25.4
スコットランド	—	4.6	1.20	0.60	—	20.2	7.5	16.8
北アイルランド	—	4.0	1.20	0.25	—	27.1	11.1	8.1
ユーゴスラヴィア	131.5	—	—	—	—	—	—	—

<sup>a</sup>認定心理士と心理研修生を含む。

<sup>b</sup>精神病院内に限る。

\* (訳注) ここでいう研修医とは専門医になる前のトレーニング中の医師をさす。

\*\* (訳注) ここでいう心理研修生とは認定心理士になる以前のトレーニング中の心理士をさす。

表15 精神医学と心理担当者 (1972年と1982年調査)

国名	1972年調査						1982年調査					
	精神科専門医		精神科研修医		認定心理士		精神科専門医		精神科研修医		認定心理士	
	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数
アルジェリア	17	0.1	12	0.1	14	0.1	52	0.3	37	0.2	23	0.1
オーストリア	316	4.3	38	0.5	—	—	430	5.7	—	—	—	—
ベルギー	594	6.2	—	—	—	—	985	10.0	207	2.1	>645	6.6
ブルガリア	292	3.4	—	—	—	—	373	4.2	—	—	38	0.4
チェコスロヴァキア	885	6.1	—	—	235	1.6	929	6.0	—	—	443	2.9
デンマーク	300	6.1	200	4.1	47	0.9	430	8.4	26	0.5	57	1.1
フィンランド	220	4.7	140	3.0	269	5.7	—	—	—	—	—	—
フランス	1657	3.3	—	—	1028 <sup>a</sup>	2.3	1965	3.7	—	—	—	—
東ドイツ	—	—	—	—	—	—	1250	7.5	—	—	936	5.6
西ドイツ	2688	4.7	—	—	—	—	—	—	—	—	195	0.3
ギリシャ	474	5.4	20 <sup>a</sup>	0.2	30	0.3	786	8.2	65	0.7	84	0.9
ハンガリー	225	2.2	404	3.9	97	0.9	480	4.5	299	2.8	131	1.2
アイスランド	11	5.4	9	4.5	4	2.0	29	12.7	7	3.1	15	6.5
アイルランド	192	6.7	59	2.0	18 <sup>b</sup>	0.6	231	6.7	78	2.3	52	1.5
イタリア	1400 <sup>a</sup>	2.6	—	—	—	—	2518	4.4	—	—	200	0.4
ルクセンブルグ	12	3.5	9	2.6	10	2.9	31	7.8	—	2.8	11	2.8
マルタ	10	3.0	—	—	1 <sup>a</sup>	0.3	8	2.6	—	—	—	—
モロッコ	23	0.2	2	0.01	3	0.02	32	0.15	16	0.1	11	0.1
オランダ	863	6.7	—	—	300	2.3	329	2.3	—	—	292	2.1
ノルウェー	283	7.3	100 <sup>a</sup>	2.6	95 <sup>a</sup>	2.5	318	7.8	240	5.9	295	7.2
ポーランド	1139	3.5	329	1.0	122 <sup>b</sup>	0.4	1691	4.8	—	—	—	—
ポルトガル	136	1.4	49	0.5	8	0.1	—	—	—	—	—	—
ルーマニア	430	2.1	30	0.1	46	0.2	—	—	75 <sup>c</sup>	—	—	—
スペイン	1137 <sup>a</sup>	3.6	150 <sup>a</sup>	0.5	60 <sup>b</sup>	0.2	1476	3.9	352	0.9	300	0.8
スウェーデン	450 <sup>a</sup>	5.6	200	2.5	206	2.6	800	9.7	300	3.6	560	6.8
スイス	470	7.6	250	4.0	—	—	—	—	—	—	—	—
トルコ	511	1.4	—	—	16 <sup>b</sup>	0.04	751	1.7	80	0.2	86	1.2
ソビエト連邦	13300	5.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦												
イングランド&ウェールズ	1660	3.4	1211	2.5	751 <sup>b</sup>	1.5	1176	2.4	1729	3.5	718	1.5
スコットランド	233	4.5	167	3.2	25	0.5	238	4.6	275	5.3	141	2.7
北アイルランド	73	4.8	39	2.6	22	1.4	61	4.0	71	4.6	15	1.0
ユーゴスラヴィア	598	2.9	183	0.9	208	1.0	—	—	—	—	—	—

<sup>a</sup>推定値あるいは近似値<sup>b</sup>このデータは不完全であろう。<sup>c</sup>年度における数

表16 精神科看護職 (1972年および1982年調査)

国名	1972年調査				1982年調査					
	精神科専門看護婦(士)		補助職員		精神科専門看護婦(士)		研修中の看護婦(士)		補助職員	
	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数
アルジェリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
オーストリア	2122	28.9	—	—	2793	37.2	—	—	1568	20.9
ベルギー	417 <sup>a</sup>	4.4	—	—	2224	22.6	1206	12.2	3162	32.1
ブルガリア	679	7.9	805	9.5	1047	11.8	—	—	231	2.6
チェコスロヴァキア	4760 <sup>a</sup>	33.1	—	—	280	1.8	5866	38.2	280	1.8
デンマーク	2026	41.5	2598	53.2	1581	31.0	726	14.3	4560	89.5
フィンランド	1831	39.0	4767	101.5	—	—	—	—	—	—
フランス	29367 <sup>a</sup>	58.1	1829 <sup>a</sup>	3.6	53450	99.7	—	—	—	—
東ドイツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西ドイツ	11252	19.6	6671	11.6	1000	1.6	—	—	13312	21.6
ギリシャ	656 <sup>a</sup>	7.5 <sup>a</sup>	1029 <sup>a</sup>	11.8 <sup>a</sup>	281	2.95	—	—	2306	24.0
ハンガリー	1035	10.0	1331	12.9	1577	14.7	—	—	1674	15.7
アイスランド	75	36.9	200 <sup>b</sup>	98.3	115	50.2	6	2.6	190	82.6
アイルランド	4974 <sup>a</sup>	172.5	—	—	5371	156.0	1255	36.4	426	12.37
イタリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ルクセンブルグ	233	68.8	55	16.2	—	—	—	—	—	—
マルタ	27	8.4	296	91.7	263	87.7	—	—	—	—
モロッコ	40	0.3	198	1.3	400	1.8	55	0.25	600	2.8
オランダ	32850 <sup>b</sup>	253.5	4067	31.4	5829	41.2	710	5.0	3676	26.0
ノルウェー	1044	26.8	3141	80.7	2484	60.5	—	—	6156	149.9
ポーランド	3576 <sup>a</sup>	10.9	1767 <sup>a</sup>	5.4	4575 <sup>c</sup>	12.8 <sup>c</sup>	967 <sup>c</sup>	2.7	1893 <sup>c</sup>	5.3
ポルトガル	772 <sup>a</sup>	8.1	—	—	—	—	—	—	—	—
ルーマニア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
スペイン	847 <sup>a</sup>	2.6	84 <sup>a</sup>	0.3	1038	2.8	415	1.1	6638	17.7
スウェーデン	3950	49.4	13600	169.9	5000	60.4	—	—	25000	301.9
スイス	2686	43.2	724	11.6	—	—	—	—	—	—
トルコ	25 <sup>a</sup>	—	71 <sup>a</sup>	—	686	1.56	—	—	—	—
ソビエト連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦										
イングランド&ウェールズ	32704 <sup>a</sup>	67.0	9912 <sup>a</sup>	20.3	29447	60.1	6448	13.2	18355	37.5
スコットランド	6699	128.8	2981	57.3	4798	93.1	1768	34.3	3982	76.3
北アイルランド	1220	80.1	890	58.4	1651	107.0	675	43.7	497	32.2
ユーゴスラヴィア	1526	7.5	2175	10.7	—	—	—	—	—	—

<sup>a</sup>このデータは不完全かあるいは定義が混乱しているおそれあり。

<sup>b</sup>推計値あるいは近似値。

<sup>c</sup>精神病院内に限る。

\* (訳注) ここでいう研修中の看護婦(士)とは、精神科専門看護婦(士)になる前のトレーニング中の看護婦(士)をさす。

表17 人口100000に対する精神保健サービスと一般医療サービスとの比較(1972年と1982年調査)<sup>a</sup>

国名	総医師数		総精神科医数 (研修中のものも含む)		総看護婦(士)数		総精神科看護 職員数		総病院内 精神病床数		総精神病床数	
	1972 <sup>b</sup>	1982 <sup>c</sup>	1972 <sup>d</sup>	1982 <sup>e</sup>	1972 <sup>b</sup>	1982 <sup>e</sup>	1972 <sup>d</sup>	1982 <sup>e</sup>	1972 <sup>b</sup>	1982 <sup>e</sup>	1972 <sup>d</sup>	1982 <sup>e</sup>
アルジェリア	13	19	0.2	0.5	—	68	—	—	293	213	50	35
オーストリア	187	233	4.8	5.7	227	400	29	58	1100	1130	179	166
ベルギー	159	227	8.1	12.1	222	—	—	67	520	890	280	253
ブルガリア	189	227	3.7	4.2	181	526	17 <sup>f</sup>	14	795	866	110	84
チェコスロヴァキア	217	296	6.1	6.0	708	851	33	42	1005	1011	233	249
デンマーク	144	196	10.9	8.9	454	666	95	135	974	866	240	464
フィンランド	109	159	8.5	—	588	909	141	—	1290	1522	470	401
フランス	128	194	1.5	3.7	188	588	62	100	1038	1035	250 <sup>f</sup>	227
東ドイツ	164	189	—	7.5	—	—	—	—	1102	1067	—	189
西ドイツ	178	204	4.7	—	270	384	31	23	1126	1175	180	175
ギリシャ	166	217	6.1	8.9	125	166	19 <sup>f</sup>	27	628	616	160	156
ハンガリー	227	288	6.1	7.3	—	—	23	30	780	940	142	187
アイスランド	143	223	10.8	15.8	—	—	135	135	1461	1648	240	213
アイルランド	120	120	8.7	9.0	526	500	173 <sup>f</sup>	205	1195	1052	580	412
イタリア	184	204	2.6	4.4	75	303	—	—	1058	1017	220	146
ルクセンブルグ	108	103	6.2	10.6	—	—	85	—	1150	1098	340	301
マラタ	103	—	3.1	2.6	—	—	100	88 <sup>f</sup>	1056	1143	460	346
モロッコ	7	9	0.2	0.22	—	55	1.6	4.8	150	109	20	17
オランダ	132	172	6.7	2.3	—	370	285	72	1006	982	288	324
ノルウェー	145	185	10.0	13.7	303	1000	108	183	1309	1468	480	293
ポーランド*	156	190	6.1	4.8	217	484	16	13	768	780	160	138
ポルトガル	98	143	2.9	—	70	213	8 <sup>f</sup>	—	614	521	110	108
ルーマニア	121	142	2.3	—	161	213	—	—	847	888	80	69
スペイン	138	172	4.0	4.8	78	111	3	22	514	509	150	125
スウェーデン	139	179	11.2	13.3	1000	769	219	362	1494	1485	435	354
スイス	147	196	11.6	—	294	476	55	—	1138	1141	290	279
トルコ	46	57	1.4	1.9	—	109	—	1.6 <sup>f</sup>	208	189	20	15
ソビエト連邦	107	345	5.9	—	294	476	—	—	1113	1172	110	117
イギリス連邦	264	133	5.5	6.4	476	435	87	123	912	800	280	217
ユーゴスラヴィア	107	132	4.3	—	159	278	18	—	572	588	80	50

<sup>a</sup>ここ5年以内のデータ。<sup>b</sup>世界保健統計年鑑(1971—1981)より。<sup>c</sup>調査によるデータ<sup>d</sup>メいの調査より(3)<sup>e</sup>世界銀行(1982)より。<sup>f</sup>このデータは不完全と想われる。<sup>\*</sup>ポーランド統計年鑑(1981)より。



表18 精神科医・病床・看護婦(士)と人口(1982年調査)

国名	人口	年	精神科専門医		精神病床		全精神科看護職員	
			数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数	数	人口100000あたりの数
アルジェリア	18336732	1979	52	0.3	6480	35	—	—
オーストリア	7503300	1978	430	5.7	12498	167	4361	58
ベルギー	9859000	1981	985	10.0	24900	253	6592	67
ブルガリア	8861000	1980	373	4.2	7405	84	1278	14
チェコスロヴァキア	15369271	1982	929	6.0	19548	127	6426	42
デンマーク	5093000	1978	430	8.4	10528	207	6867	135
フィンランド	4765000	1979	—	—	19095	401	—	—
フランス	53900000	1981	1965	3.7	122050	227	53450	100
東ドイツ	16740000	1979	1250	7.5	31626	189	—	—
西ドイツ	61500000	1976	—	—	119750	195	14312	23
ギリシャ	9600000	1981	786	8.2	14831	155	2587	27
ハンガリー	10709539	1980	480	4.5	12768	119	3251	30
アイスランド	229327	1980	29	12.7	194	85	311	135
アイルランド	3443405	1981	231	6.7	13461	391	7052	205
イタリア	57200000	1981	2518	4.4	83220	146	—	—
ルクセンブルグ	400000	1981	31	7.8	1131	283	—	—
マルタ	300000	1981	8	2.6	926	309	263	88
モロッコ	21800000	1981	32	0.15	3410	16	1055	5
オランダ	14149000	1980	329	2.3	26753	189	10215	72
ノルウェー	4079498	1980	318	7.8	7107	173	8640	210
ポーランド	35735000	1980	1691	4.8	39490	111	5542 <sup>a</sup>	16 <sup>a</sup>
ポルトガル	9867000	1979	—	—	10607	108	—	—
ルーマニア	22400000	1981	—	—	22802	102	—	—
スペイン	37563898	1982	1476	3.9	46483	124	8091	22
スウェーデン	8284437	1978	800	9.7	20800	251	30000	362
スイス	6346000	1981	—	—	12011	189	—	—
トルコ	44000000	1980	751	1.7	6617	15	686	2
ソビエト連邦	268000000	1981	—	—	—	—	—	—
イギリス連邦								
イングランド&ウェールズ	49011000	1981	1176	2.4	91952	187	54260	111
イングランド	46221000	1981	1125	2.4	86617	189	50788	110
ウェールズ	2790000	1981	51	1.8	5335	191	3412	124
スコットランド	5116000	1981	238	4.6	17661	343	10548	205
北アイルランド	1543000	1981	61	4.0	4933	320	2823	183
ユーゴスラヴィア	22107000	1979	—	—	11068	50	—	—

<sup>a</sup>精神病院内に限る

### 総合病院における病棟の増加

サービスの発展における精神病院の病床数の減少は、当然の結果として、より「適正」で、より柔軟な認定のもとでの病床の数を増している。ここ20年間の全ヨーロッパにおける、こうした方向でのもっとも重要な変化は、総合病院における精神科病床の増加であった。そのもっともよい点は、精神疾患の治療を、他の専門医が他の疾患を治療してゆくプロセスと、同じところへもってきたということである。そのことは、危険視・レッテルはり・偏見の影響を減少させ、他科の医師との間のよりよい接触と協力を促進させ、身体的あるいは心理的要素が結び合わさった多くの症例において、治療期間を改善することになった。そのことは医療職における精神科医の偏りを減少させ、新人補充を改善することとなった。そのことは、プライマリーケアと専門医によるケアとの密接な相互関係を促進させることになった。このことは患者一般にとり、より便利なことであった。というのは、彼らの家から近くにあり、附属精神病院は総合病院に隣接してつくられていることもあり、小さな病棟に入院治療に必要なものはたいていそろっているからである。このことは、他の患者に対して同様のケアがすでに行われている総合病院からの外来、あるいは在宅ケアを大幅に受けやすくする。総合病院内の病棟について利用できるデータは、多くの国で不完全である。あるデータは、多くの国々から提供されているけれども、病棟数や病床数について、1972年のメイの示した数字と比較できるのは17か国だけにすぎない。これら17か国だけについてみれば、1972年における総合病院内病棟の数は408で、この数は1982年には615になり50%増加している(表1. 2. 4)。これら17の国々における総合病院内病棟の全病床数は、24,971床から37,398床となり50%増加した。そしてこれらの病棟の平均病床は、同じ61床に留まった。総合病院における精神科病床の割合は、これら17か国において、6.0%から10.0%に増加した。しかしこの数は、全体としては大変小さなパーセンテージに留まっている(表4-6)が、これを総合病院への入院のデータと比較するのには不十分であった(表7)。これもかなり雑な指標であ

るが、ヨーロッパにおいて、総合病院内の病棟の進展はかなりあったが、まだ入院ケアが精神病院での主流であることが示唆された。

### 病院の平均的な規模の縮小

精神病院の定義に問題があることは既に指摘されており、このことは全病床数や平均的規模に、大きな信頼をおくことを困難にしている。ひとつの病院での病床数の幅は、10床から1,000床まであり、どの場合においても、その平均値は疑わしい。しかし数字そのものには限られた意味しかないけれども、それが有意に変化すれば、それはそれで、好ましい進歩か否かを示すものとなる。比較できる23か国のデータの分析は、ほとんど悲観的である。10年間に、13か国で精神病院の平均的規模の拡大がみられる。そして残り10か国のうち2か国のみが、実際に意味のある変化を示した(スウェーデンでは平均は873から590へ、英国は772から422へ減少した)。全体として23か国において、精神病院の病床数は14%減少した。しかし精神病院の数は1%減少しただけである。このことは精神病院の規模の中央値を、548床から484床へ減少させることになった。しかし英国の数字がこれらの計算値から除かれると、病床数は5%、病院数は8%だけ少なくなる。その結果、平均的な規模の増加は494床から510床になる(表3. 8)。

こうした幾分予期しなかった結果は、精神病院の定義の不明確さの産物であり、精神病院と総合病院の病棟の双方を含めた全ての入院病棟の平均的規模における減少という、よりよい指標があるかもしれない。関係のあるデータ全てをわれわれが持っている18か国についてみれば、全精神科病床数は、540,211から489,801へと9%減であるのに対し、病院と病棟の総数は、944から1,090へと15%以上増加している。このため、病棟の規模の中央値が、572床から449床に22%減となることになった(表4. 8)。得られたデータによれば、14か国で病棟の平均的規模は減少しているが、4か国で増加している。広範囲のこれらの数字にもっとも寄与しているのは、フランスと英国であり、これらの国は全体的なデータしかないイタリアと同様、病棟の平均的な規模を減少させるために特

に大きな寄与をしている。それゆえこの状況は、大人口を抱えたこれら3つの大国によって、特色づけられている。しかし、全ての調査が同様に進行しているわけではない。データによれば、英国は、総合病院の病棟の数をかなり増加させるとともに、精神病院の平均的規模を減少させ、これに伴って全病床数を減らすことで、かなりの進歩を示しているように見える。フランスとイタリアも総合病院の病棟を大幅に増加させたが、フランスにおいては、このことが精神病院の規模（あるいは数）の減少にはっきり結びつかなかった。イタリアでは、精神病院と総合病院内の病棟との規模を、別々に示すデータは得られなかった。総じて全ての病院の病棟の平均的な規模をとともに確実に減少させるはずの、総合病院の病棟のかなりの増加があるはずなのであるが、精神病院の規模に関するデータは大変不十分である。

いくつかの国では、精神病院にも、総合病院の病棟にも数えられないような、病院でない施設を大幅に発展させてきている。12か国は、そのようなベッドが総合病院の病棟内よりも多いと報告している。そして、特にアイスランドは、このようなベッドが全精神病床の74%、チェコスロヴァキアは49%、オランダは42%に当ると報告している。フランスにおいては、私立の施設が大変多く存在し、一方イギリスでは、地方自治体の社会福祉サービスが大きく貢献している（表2.8）。

このような発展は、病床数の変化を評価することを一層難しくした。理論的には、こうした病院でない施設は、宿泊ケアという一般的な考察の中に含まれるべきである。そしてそのデータが、たいていの国にないからといって、そのような施設が病院外に存在しないと想定することはできない。将来、この種の調査が価値の高いものになるためには、これらの問題がデータの集計に際し、より確実に詳細な定義と概念を組み合わせ、はっきり議論されるべきである。精神保健サービスは、より複雑に、より入れ乱れ、より拡散し、より柔軟になっていきつつある。このような変化がおこるにつれて、活用されるサービスの統計は、それが本当の価値をもつためには、大幅に洗練される必要がある。

### 人口1,000に対する精神科の病床数

これは最初に示したものよりかなり複雑な指標である。人口1,000対の病床数が多くなることが、よりよい精神科サービスを表わしているということは明らかでない。実際、利用可能な証拠によれば、高い病床率は、大精神病院の存在や入院治療に代るものが不足しているために生じている可能性がある。一方、どのサービスにおいても、ある数の病床が必要とされ、その数より低いということは、不適当なサービスを示すものと考えられねばならないことは明らかである。それゆえ「良いサービス」の適切な状態を示す病床率の幅を選択することは意味がある。メイは、老人の精神的虚弱者に対する病床とともに、精神病院と総合病院の病棟を含め、イギリス連邦と同様、人口1,000対0.5から1.0床の間に目標をおいていることを示唆した。地域全般に亘って、支持プログラム（まだあまり存在していない）が存在しないので、これを理論的に適正な設備とみなし、ヨーロッパの国々がこの数値より上か下かという点でそれに近づいているかを観察することは、理屈にあったことである。

これらのデータは、ヨーロッパの殆ど全ての国で入取できる。イギリス連邦をひとつとみて28か国を対比できる。1972年と1982年のどちらでもその期間をやや延長する制約を設けたにもかかわらず、その数値の幅はきわめて考慮すべきものであった。1972年の調査では、その数値は、トルコとモロッコで人口1,000対0.2床、アイルランドで5.8床であった。この幅に制限を設ける主な理由は、アイルランドにおいて人口1,000対4.2床になったからである。もともと人口1,000対0.5以下の2つの国はアルジェリアが加わっても数値は低いまだだった。もともと人口1,000対の病床が0.5~1.0の4つの国々のうち2つは、実質的に増加した。他方1972年には、もっとも高い割合を示した国々のグループでもっとも大きな国が、病床の割合に全般的な減少傾向を示した。人口1,000対の病床数が1.0以上の全ての国は、グループ内での平均的な割合を減少させた。そして多くの国が、実質的な減少を示した。1972年に人口1,000対の病床数が1.0~2.0の国々では、約5%の平均的減少

がみられた。病床数が2.0から3.0の間の国々は、平均11%の減少を示した。そしてそれより高い割合のところでは、平均18%の減少であった(表9)。この状態は、人口1,000対の病床数が0.5~1.0を、適正な状況下における合理的な基準とみなすことの妥当性を裏付けるものであろう。その数値にむけてヨーロッパ全域が、全体的な運動を展開した。もちろんこの分析は、すでに論じた病院以外の設備を考慮していない。そしてすべての実際的に「より進んだ」サービスにおいて、「病院的な」住居を置き換えたもっと「普通の」型をした施設を期待でき、それによって実質的な病院の設備自体は人口1,000対0.5よりかなり下になるかもしれない。

確実に過剰な精神科病床をもっているといえる国に関する限り、明らかにいくらかの発展があった。1972年に人口1,000対の病床数が0.3以上の国は8か国あった(北アイルランドとスコットランドは別々に計算して)。しかも1982年までにはどの国も、かなりの減少を示している。1,000のオーダーを用いた病床率は、精神病院や入院を中心としたサービスを意味する。しかしそれらは、必然的にそのような入院サービスを維持することは大変費用がかさみ、もっと地域に密着し、選択肢の多いサービスを発展させるのに必要な人や資源に制約を与えかねない。しかしわれわれは、前の調査で人口1000対の病床が1.0を超える数を示した殆ど全ての国々から報告された病床率の低下が、ヨーロッパ全域にわたって全般的におき、ある進歩があったと仮定している。実際こうした減少について、個々の国においてごく僅かの例外が存在する。尺度のもう一つの極には混合した像が出現している。ここには、現在人口1,000対0.5以下のアルジェリア、モロッコ、トルコの3国があり、これらの国は、10年前はもっと低かった。それはおそらく、急速な人口増加の背景のなかで、設備が殆ど変わらずかしか増加しなかったせいだと考えられる。このことはそれ自体として、精神障害対策が進歩しなかったことを意味しない。そしてこのことは、期待とともにこれからの努力目標を示している。これらの国々は、精神保健サービスの発展についてヨーロッパの一般地域からの、より特

殊な援助を必要としている。そして少なくとも多くの鑑置病床を提供するという段階をふまずに、地域に密着したサービスを発展させる可能性があることを示している。

### 強制入院の割合

19世紀の法律は、このうちのいくつかはある国々で今なお実施されているのだが、精神病患者を彼ら自身のため、あるいは公衆を守るため、隔離と束縛に大きな関心を払っていた。このことは様々な範囲で変化してきたけれども、多くの国々で強制入院は、まだ精神医学的サービスの主要な特色となっている。治療手段と社会的支援を提供したり、最後の手段として、しかも必要最小限に個人の自由を制限することを一義的な目的としている進んだサービスの一つの要素は、病院への強制入院の数を最小減に減らすことである。

メいの初期の調査は、法的手段に関する情報がなかった。今回の調査では、18か国がデータを提供し、強制入院の見かけ上の幅は、スペインの1%からモロッコの85%までであった。どんな基準に照らしても、前者は予期出来ないほど低く、後者は法外に高いようにおもわれる。表10にその分布が示されている。これによると、半数の国で強制入院が14%以上と報告されており、残りの大部分はこれよりも大変少ない。これら18か国の平均は16%であった。強制入院の割合はかなり高いとおもわれるが、このことに変化がみられているかどうか、得られたデータからは知ることは出来ない。

### 入院期間の減少

入院患者の在院期間の変化は、全般的なサービス改善の有益な指標とみなされるであろう。外来での精神医学的コンサルテーションがより一般的になるにつれ、また総合病院の病棟に対する偏見が少ないため入院がより受け入れられやすくなるにつれ、入院期間は減少しそうである。たとえば、イギリスのある地区においては、入院患者の大多数は3週間以内であり、それは精神科以外の入院患者の入院期間と同じである。イギリスにおける精神科への入院患者の60%から70%は、少なくとも1年未満であるのに対し、約5%だけが1年以

上の入院期間である。同じような状況が、明らかにヨーロッパの、たいていの国々においてみられる。それゆえ進歩の指標は、入院期間が1年未満の患者数が全体的に減少することであるに違いない。

今回の調査では、入院期間1年未満の患者の割合を提出するよう各国に求めたのであるが、入院期間全般についてのデータは得られなかった。しかしながら、これらのデータは首尾一貫していない。明らかにある国々は、長期入院を引き起こすような入院の割合の出し方をしており、またいくつかの国々では、たとえばワン・デイ・サーベイから、入院期間1年未満の患者の割合を出している。われわれは、これらのデータの実証性や確からしさを判断する方法を持ち合せていないので、それらは活用できない。表11は、一般的に入院期間を反映させる一病床あたりの入院数である。しかしわれわれは、比較すべき1972年のデータをもっていない。これらのデータは将来有効な指標となる。

### 施設外ケアの増加

たいていの国において、伝統的に入院ケアが精神科サービスの主流であった。比較的最近まで、多くの所で、精神病院へ入院しないで精神的な援助を受けることは不可能であった。そのためには多くの場合、ある型の法的な手続を必要とした。多くの精神障害にとって有効な治療法が活用でき、精神障害者のケアについてより人道的な態度をとることがいきなり、また保健全般が驚くほど拡張しているのに、精神科サービスにおける進歩が、やはり外来患者のケアの増加によって測られていることは、おそらく驚くべきことである。このことはまだそのとおりであり、いくつかの国では、外来患者のコンサルテーションが広くいきわたったのは、比較的最近のことである。

デイケアはやや異なった領域である。それには、診断と評価、特殊療法、リハビリテーション、職業的あるいは社会的支援といった多くの異なった目的があると思われる。それらは全て、保健システムの正当な目標であり、同じ病棟で異なった色々な方法が、広い範囲で組み合わせられて用いら

れる。精神障害を有する人々は、独立した病棟でのデイケアでも、特に職業的あるいは社会的支援を提供するデイケア施設でも活用できる。これらは住民のより広い範囲、とくに老人にとって利用できる。デイケアが発達したのは、外来でのコンサルテーションだけでは、慢性疾患や障害をもった多数の患者に対して不十分であるという認識がある程度あったからである。他方、宿泊ケアをうけている人々は、彼らが一種類あるいはそれ以上のかかなり強力な援助を必要としているために、不必要な制限を与えられたり、偏見にあたりしているという認識もある。実際、現実の精神医学的サービスの目標は、患者とその家族に対して、正しい治療とリハビリテーションと支援が首尾一貫しており、制限を最小限にするような形式のものを提供すべきであるということである。

デイケアは、イギリスと他のいくつかの国々で、大きく流布し発展した。しかし国家的統計を得るには、行政的な枠を超えて、データを集めなくてはならないこと、不適当な定義と概念づけを伴っているため、大変難しい。メイの前回の調査における15か国のものと比較して、今回の調査ではイギリスは別として、12か国のみがデイケア施設の報告をしている(表12)。このことは、疑いもなく実際の状況よりもデータの不適切さを示している。比較が可能なところでは、たいていの国々は明らかにケアを提供しているところが多い。しかし、データの上からはオランダでは利用しうるケアが劇的に低下してしまっているように、定義に関する深刻な問題があることが明らかになった。このことは信用できず、全てこれらのデータに対して疑いが持たれる。そこからはいかなる信頼できる結論も引き出せない。代替的なケアの形態として、デイケアの発展は、病床数の多い国にとっても、少ない国にとっても、明らかに大きな力となっているのであるから、デイケアの大々的な国際研究が委託される価値があるだろう。

外来患者のデータは、1972年の数字と比較しうる外来患者数について11か国のデータが得られて以来、それを越えるデータはない。2つの国が10年前よりも大変低い数字を示している。そしてこれらの数字は、外来患者総数よりもむしろ新しい

患者の数を示していると思われる。他の9つの国々では、外来患者の数がかなり増加しているようにみえる。(表12. 13)。

外来患者専用病棟の数についてのデータは、意味づけが十分出来ない。そしてここでもまた定義の難しさがあることは明らかであると思われる。外来患者専用病棟は、総合病院内にあるものに限られるのだろうか？外来患者が精神病院へかかるとそれは外来患者専用病棟総数の中に数えられるのだろうか？診療所を開くために精神科専門医が常勤している保健所や総合診療所は、外来専用病棟のうちに加えられるのか？もう一度繰返すと、ヨーロッパ地区全体の外来患者ケアの発展について何かをいえるためには、大幅に練られ、そして完璧なデータの集積が必要となる。今回のデータでは、病院への入院数に関連のある外来患者数のような、潜在的可能性を示す割合を知る目的には殆ど役に立たない。そして実際、それらは首尾一貫したパターンを何も示さない。しかしこれらの情報は、もし全てのヨーロッパの国々で、信頼できる形式が活用できれば、たしかに重要なものとなるだろう。

#### 精神科医の数の変動

いくつかの方法のうちで、一国における精神科医の数を指標として用いて、人口1000対の病床率を用いたのと同様の問題の一部を提示することができる。精神科医は多ければ多いほうがよいということには議論の余地があるが、総人口に対する精神科医の割合が高いことは、専門家および医師主導型のサービスのあり方を示しており、その状況は通常入院主流のサービスと関連しているといえる。だが多分もっと重大なことは、精神科医は職員としては最も人件費のかかる存在であり、また高度のトレーニングを受けているために、彼らは精神障害者のケアに要求される多くの任務から、大幅に除外されているということである。それゆえよい精神保健サービスは、総人口に対して、精神科医の割合はかなり高いが、決して極端に高い割合になっているわけではなく、チームを補充する他のトレーニングされた多くの職員によって、相対的にバランスがとれていることであろう。他

のトレーニングされた職員を適正な数配備することなしに多数の精神科医を雇うということは、おそらく資源活用の効率が悪くまた効果のない方法ということになるだろう。

国によって専門家の定義、訓練および免許または許可のやり方が異なるということと、トレーニングをし資格を与え専門家と認めるには色々な方法があるということのために、このデータには問題がある。ある国での「研修者」が、他の国では専門家とみなされるかもしれない。そしておそらくその両方の合計とみるのがもっとも有益であろう。それゆえ高い人件費がかかり、高度にトレーニングされたあまりに多くの専門家による過重なサービスを行うことをやめて、精神科専門職の治療に対する基本的な要望を満たすような、トレーニング中のものも含めた精神科専門職の「標準」という意味で集められたデータを分析することは、有益であるとおもわれる。多くの国では神経学の専門家と区別するのは難しいので、神経学との重複を加味して、人口10万対1~4人の専門職というかなり広い幅が選ばれた。

表に示されるように、おそらく1982年には英連邦を構成する4国の間で、かなりの差があることが判明した。それらは表14に別々に示されている。表15を見てもわかるように、1972年以前には、多くの国で精神科医の割合は非常に高いことをデータは示している。そして1982年の調査ではさらに高くなっている。1972年のデータがある29か国のうちで、精神科専門職が人口10万対4以上の国は20か国であり、10を超えるところは5か国であった。1982年には、データのある23か国のうちで、人口10万対4以上の国は17か国、10以上の国は5か国であった。これらのグループのそれぞれの平均は、1972年には人口10万対5.6、1982年には6.6であった。1982年の数字から、現在トレーニング中の者を除くと、その割合は5.5となる。1972年における数値の幅は、アルジェリアとモロッコの人口10万対0.2から、スイスの11.6までであった。しかし1982年にはモロッコの0.2からアイスランドの15以上、ノルウェーとスウェーデンの13以上となった。1982年のスイスの数値はわかっていない。これら数字のわかったところは、トレーニング中

のものを含んでいる。もしわれわれが、単純に1972年と1982年との間で比較のできる22か国を調べてみれば、平均は人口10万対5.6~6.7となった。そしてトレーニング中のものを除くと、後者の値は、5.5になった。幅が広がったとはいえ、一般に増加している傾向は明らかである。

これらのデータは、同じ専門家が神経学的な仕事をしているところでは、純粋に精神医学的な仕事をしていることを適切に反映していないという点である程度間違っている。このことが表11にもみられるように「精神科医1人あたりの入院数」や「精神科医1人あたりの病床数」の点で、大きなヴァリエーションがある理由である。たとえばオーストリアでは、精神科医の約半分の時間が、実際に神経学の診療に費やされていると思われる。従って正しくは数を2分の1にすべきであるが、われわれは、このことを一般的に適用するだけの確実なデータをもっていない。それにしても、チェコスロヴァキア、デンマーク、マルタ、オランダ、ポーランドを例外として、比較可能な全ての国は、総人口に対して、専門医の数を明らかに増加させていた。これらの国のうち少なくともいくつかは、最初の調査ではトレーニング中のものを含んでいたが、後の調査では含んでいなかった。しかしこれらのデータの制限があるなしに拘らず、過去10年間に、精神科医の数の増加はかなりのもの—おそらく劇的ともいえる—であることは明らかである。今や多くの国々が、人口に対して大変高い割合である。そして国の精神保健の予算の大変大きな部分が、医学専門職の給与となると想像される。このことはもっとくわしく調査し、政策の展望を行うに値する。

### 心理士の数の変動

精神保健サービスの発展において、伝統的に心理士は、精神科医よりも幾分中心からそれた役割しかはたしてこなかった。彼らは主として診断過程の一部として、患者のテストや評価に加わってきた。しかし近年彼らは特に行動療法の分野において、治療的技能や専門性を要求するようになってきた。そして彼らの数は多くの国々で増加してきている。いくつかの国では、精神保健サービス

の全体的な機構において、ますます広い責任を負っていると考えられている。

理論的には、われわれは精神科医の数の場合と同様のやり方で、心理士の数をとらえるべきだとおもうが、心理士が多数いる国は殆どない。そして、得られた非常に種々多様なデータにあまり価値を置き過ぎることは適切でないと考えられた。

一般的にいて、研修中の心理士についての情報提供のなかった国々は、おそらく彼らの多くは大学に留まっており、衛生行政の管轄外にいるためであろう。利用できるデータでも、臨床の場における研修生を含んでいるかどうかははっきりしないことがある。アルジェリアは、明らかに多くの心理士を訓練している(1982年には136人と報告している。その時点で認定を持っている者はたった23人だった)。そしてこの方法は、いくつかの国では、もっと多くの精神科医を研修させるよりも、少ない資源を発展させるには良いので、合理的なものとして採用されている。しかし、このことは一般の医学的なケアの質や利用度と同様、心理士の役割、責任性、地位に左右されている。

1972年には、後の調査と比較のできる17か国のうちで、定員の幅はモロッコの人口10万対0.02からフィンランドの5.7までであった。1982年には、この数字は、モロッコの人口10万対0.1からノルウェイの7.2になった。これら上限の数字は、あまりあることではないが、精神科医の比率と同等である。17か国の平均は、1972年には人口10万対1.1で、1982年には2.3であった。これは精神保健サービスの特殊な面における全般的な発展を示している(表15)。

同じ国における精神科医の数に関連させ17か国を比較してみると、心理士対精神科医の割合の平均は、1972年には0.30、1982年には0.59ということがわかった(表14、15)。両方の年にデータが得られた全ての国で、心理を担当する者の数は、トレーニングをうけた精神科医のそれよりも、より急速に増加していることを示唆するような傾向を示した。

### 看護婦の数の変動

入院看護が供給されるサービスの主要な部分に

留まっているかぎり、看護婦は精神科ケアの大黒柱である。地域に基礎をおいた非入院サービスが進展しても、いくつかの国々では、看護婦は在宅ケアサービスの大きな部分を引き受けている。伝統的に、たいいていの国々における精神病院の看護は、給料も低く、地位も低く、しばしば訓練されていない補助的な看護者が主体になってきた。トレーニング中と公式に認定されたものの多くは、公式のトレーニングを比較的わずかしか受けずに、日常的な仕事の手足として、広く活用されてきた。入院患者からみれば、手足になることは、それ自体明らかに大切なことである。従ってあらゆる種類の看護職員の総数の増加は、おそらくサービスの質の改善の指標となるであろう。他方、トレーニングを受けていない補助的な看護者は、質の高いサービスを提供できないかもしれない。それゆえサービス改善のよりよい指標は、認定された看護職員の数の変化になるであろう。看護婦は、精神科介護チームで特に重要な部分を構成しているため、精神科医に対する看護婦の比率は、サービス職員という意味でのサービスのバランスの指標ともなるであろう。

提供されたデータは、表14, 16, 17のように、色々な方法で表現されている。それらは質において大変差異がある。いくつかの国は正看護婦の数のみを示し、他の国々は正看護婦と補助看護婦を合わせた数のみを示している。このことは、これらのデータを比較したり、組み合わせることを大変難しくしている。これらをメイの数字と比較するとき、さらに情報が必要だが、看護学生は、補助看護の数字の中に含まれていると仮定してしかるべきである。

看護職員の総数をとると、われわれが比較できるのは、18か国のみである。1972年には就職している看護職員の総数はこれら18か国で、191,638人であったが、1982年には231,332人となった。この21%の増加は、10年間としては大きくはない。そして実際、この18か国のいくつかの国々では、明らかに総数が減少した(表16)。しかしながらこのことは、必ずしも後退現象と解釈しなくてもよい。というのは、精神科病床が多く、それを減少させようとしている国々は、おそらく看護職員、特に

無資格の職員を減らしたいと思っているからである。それゆえわれわれは、このような特殊な比較からは極めてわずかのことしか語り得ない。

18か国については、われわれは、全体の看護職員の割合を比較することができる。1972年における幅は、モロッコにおいては人口10万対1.6からオランダの285までであった。1982年には、それはモロッコの4.8(トルコの1.6というの、おそらく不完全なものであろう)からスウェーデンの362までであった。この幅のうちで、1972年に看護婦の割合が最も低い6か国は、1982年においてもそのままであった。1972年には人口10万対の値が100以上は7か国、200以上は2か国であった。

1982年には、人口10万対の値が100以上は6か国、200以上は2か国であった。この中には、1982年のオランダの値は含まれていない。なぜならば、この国では1972年の値に比べて大変少ない数値なので、別の定義の仕方をしなければならないと思えるからである。これら18か国の平均は、1972年には人口10万対80、1982年には91であった(表17)。それゆえわれわれは、全看護職員の割合の増加を確認でき、たいいていの国で同様の増加現象がみられた。

正看護婦だけの割合をみると、1972年にはその幅は、モロッコにおける人口10万対0.3からオランダの254までであった。1982年には、この幅はモロッコの1.8から、アイルランドの156までとなった。オランダのデータはここでも安易に解釈できない。たいいていの国は増加を示している。しかし最上部にランクされる国々、特にイングランドとウェールズ、スコットランド、アイルランドでは、正看護婦の数の低下がみられた。それはおそらくは、精神病院の病床数が減ったことと関連している(表16)。

正看護婦の補助看護婦に対する数に関しては、分布あるいは変化のうえで、特別のパターンはみられないようであった。たしかにデータの得られた国々での、この比率の平均は、2.0以上からおおよそ1.0にまで下がったようにみえる。もしわれわれが、オランダとスペイン(これらの国では、定義を考慮しないか正看護婦の数の大きな減少が想定される)からのデータに対して、定義のしなおし



の問題があると想定するならば、その他の国の平均は、どちらの年も1.26であり、明らかな変化は何もない(表16)。精神科専門医の数に対する看護婦の数に関しては、これもまたあまり示唆的でない。1人の精神科医に対する正看護婦の数が1人以下の国には、チェコスロヴァキア、ギリシャ、スペイン、トルコが含まれるが、多くの国々で、その割合は極めて少ない。他方、フランス、アイルランド、マルタ、英連邦のそれぞれの国は、1982年の調査では、精神科医1人に対する正看護婦の割合は明らかに20人以上となっている。スウェーデンは、正看護婦に対する割合は極めて小さく、6.3と報告しているが、明らかに補助看護婦が大半を占めており、それを入れると、精神科医1人に対する割合が31.1となっている。これらの大きな差異は、サービス形態の大きな違いを同時に意味しているに違いない。そして、これら異なった国におけるサービス全体についての比較は、おそらくはできないことである。2つの年について比較可能な14か国については、精神科医1人あたりの正看護婦の値の平均は、12.7から10.5に変化した。1精神科医あたりの補助看護婦数の比率の平均は、1972年の調査では23.3で、1982年の調査では22.5であり、大変似ている。精神科医の数は、全般的に増えていることを忘れてはならない(表14)。

多くのデータに基き、表を作ったり、分析したりしても、こうした員数の比較からは殆ど意味のあるものは出なかった。WHOの精神保健プログラムで、ヨーロッパにおける精神保健サービスの発展について得られたデータから、明快な結論を導き出すことには出来ない。ソーシャルワーカーの数について利用できる情報は何もなくあった。このことにはいくつかの理由があるであろう。第1は、多くのソーシャルワーカーは、一時的にしか精神保健の仕事をしておらず、主として他のカテゴリーのクライアントに追われているのであろう。第2に、強制入院に関する仕事は、保健や社会サービスのデータの中には出てこない。第3に、多くのソーシャルワーカーは、自由契約、あるいは無許可の機関を通して雇われており、これも精神保健サービスの統計から漏れているかもしれない。最後に、いくつかの国では、ソーシャルワーカー

は、医師や心理士に比較できるような、公式の資格を与えられていないようである。そのため、その概念の中に、合法的には誰を含むかということをもいつも明確にできるとは限らないのである。

## 結 論

この章において、われわれは、国の精神保健ケアにおける進歩の指標として、利用できそうなくつかの尺度を示唆した。残念ながら、得られたデータでは、1972年のメイの調査以前の状況と、10年後のそれとのごく限られた比較しかできなかった。その結果は、大きな尺度からみた変化は殆どなく、大部分の点においてゆっくりした、限定的な進歩を示していた。

いくつかの大きな変化のひとつは、およそ10年の間に、極端に大きな精神病院のうち50%以上に、全体的な減少がみられたことである。同時に、総合病院における精神科病床は、かなり増加していた。しかしながら、入院施設の平均的規模には、たいした変化がみられない。そして、たいていの国では一般保健医療システムの外にある、大精神病院による入院ケアが、今なお主要部分を占めている。もしつぎの10年間に、このことが目立って変化するとしたら、より一層大胆な劇的で前向きな政策が必要となろう。

人口1,000対の総病床数が大変高い値の国は減少した。そしてこのことには、少々勇気づけられる。人口1,000対の比率がおよそ0.5~1が「適正な」規定となるような動きを示す、いくつかの証拠がある。しかしこの動きはたいへんゆっくりである。アルジェリア、モロッコ、トルコは人口1,000対0.5以下であり、入院施設でなく、外来中心のサービスを発展させる傾向がみられる。おそらくWHOは、将来その方向に向って大きな援助をするであろう。

デイケアと外来患者のデータはたいへん不十分であったが、10年以上前からこのかた、予想されたより少しではあるが増加していることが示唆された。強制入院の割合と入院期間の延長についての2組のデータ間における比較はできなかったが、いくつかの国々では、この双方のデータは過度に

高いように思える。

得られたデータによって示された、最も意味のある変化は、精神科医の数が、たいていの国において、かなり増加していることである。多くの国において、対人口比が大変高い。これに比べて、訓練を受けた職員と、弾力性があり、地域に密着し、総合されたサービスの発展がないことには、いくつかの危険がある。精神科医は、定まった精神保健予算の多くの割合を消費するが、精神医療へのニードの根幹とになっている、慢性の病人または障害者、病院内長期滞在者、老人の精神的虚弱者に対しては、しばしば注意を払わない。彼らは必ずしも、サービスを発展させる仕事に従事しない。事実、もしも彼らが、伝統的な仕事のやり方の中で訓練されていれば、彼らは伝統的なケアのあり方では大きな指導力を発揮するかもしれない。しかし包括的で地域に起点を置くサービスの発展の足を引っ張ることになる。

精神保健サービスの中で、徐々に多くの心理士が働くようになってきているが、たいていの国において、その数は今なお多くはない。看護婦につ

いてのデータは、解釈するのが難しい。看護職員の総数は、幾分増加しているように見え、正看護婦もやや増加している。しかし新人の獲得、訓練、資格認定、就職状況は、それぞれの国で大きく異なっており、十分な調査が必要である。データでは、看護職員の明らかな改善の証拠は殆どない。ソーシャルワーカーについてのデータは得られなかった。

一般に、進歩は明らかに遅く、かつ限度のあるものであった。そしてこの10年間に、全ての変化が、必ずしも良好というわけではなかった。そのような変化を正しく評価するためには、多くのもっとよいデータが必要である。実際にもっと広く、もっと弾力的に、もっと総合的というように、サービスが一段とよくなるに従い、それらは疑いなく、より測定が難しくなり、データを集めるのにより一層洗練されたやり方と、よりはっきりした定義づけが必要となる。WHOは、つぎの10年間を評価するのに、そうした方法で調査ができるよう求められている。



## 【資料】

## 近年における家族療法の数量的諸特徴

—家族療法全国実態調査結果を通して—

清水 新二\* 高梨 薫\* 鈴木 浩二\*\*

## はじめに

1984年は家族療法にとって特別の年であった。まず1月には日本家族研究・家族療法学会が設立され、追いかけるように4月には日本家族心理学会と家族カウンセリング協会が発足したのである。家族療法に縁の深いこうした学会や団体のスタートの年であったことを想起すれば、1984年を家族療法の組織的拡大元年とするのも故無きこととはいえない。もっとも、それ以前から家族療法への関心が高まっていたからこその学会設立であることから、ほぼこの10年間にわが国では家族療法が急速に広がったものとみて差し支えないであろう。1988ならびに1990の両年、日本を訪れたB. Duhl 女史はその時の印象を「国中を舐めつくす熱狂的な学習戦闘」(Duhl, 1990)と形容しているが、この時既にわが国の一部ではこのブームの熱狂は冷め始めていたことからしても、そうした形容は必ずしも当を得たものとは言いきれない。しかし、訪問者故の表層的観察として受け止めれば、彼女

の印象は当たらずとも遠からずの例えのとうりで、この10年の間にわが国での家族療法への関心が急速に広がったと要約して差し支えあるまい。ただいまでもなく、関心の広がり実践の展開は必ずしも同一ではない。この辺りの実態ならびにズレは一体いかなうもののであるか、わが国でさらなる家族療法の展開を展望する時、先ず明らかにされるべき課題である。

そこで今回われわれは日本家族研究・家族療法学会の後援を得て家族療法全国実態調査を企画し、実施した。そしてその概要を第8回日本家族研究・家族療法学会大会(福岡)で速報の形で清水が報告した。本稿ではこの報告をもとに、しかしいまいし内容的にも付加して、今回の全国実態調査の主な結果の概要をまとめてみたい。

## 1. 調査の概要

家族療法が広がれば広がるほど、多様な家族療法的アプローチが現出してくる。また精神医療や心理療法では家族をなんらかの形で扱うことがこれまでも通常スタイルであり、その歴史も浅くない。したがって、この種の実態調査で最も難しいのは、どの範囲をもって家族療法とみなすのかという家族療法の定義である。学会員対象の調査とはいえ現在の家族研究・家族療法学会は、分布的偏りは別にして、経験的にみて実に多様な教育的・職業的バックグラウンドをもつ会員によって構成されていることが予測された。後述のとうり今回の調査でも、結果的にこのことは明らかにされている。したがって少々正確さを犠牲にしても、多くの会員が回答対象者に入ることを優先して、家族療法の暫定的定義を以下のように広義に措定した。すなわち、

## A Quantitative Profile of Family Therapy in Recent Japan.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Shinji Shimizu and Kaoru Takanashi: Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

\*\*元国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

Koji Suzuki: EX-Division Head of Social Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

「家族療法とは、その形式や技法のいかんにかかわらず、家族の個々の成員よりも家族というシステムに焦点をあわせた介入方法（働きかけ、ないしは援助法）の総称である。」

調査項目のいくつかの柱を示せば、1) 家族療法家の属性的特徴、2) 家族療法との出会い、現在の関わり方、3) 家族療法に関する意見・評価、4) 研修・自己研鑽の実際と要望、5) 家族療法活動の実態などである。これらの全体的な結果については、稿を改めて学会誌（家族療法研究）に報告する予定であるため、本稿ではとりあえず5)を除いて、各柱の基本質問項目のみについてとりあげ報告する。

次に調査方法について述べる。調査法は郵送法による自計式悉皆調査とし、質問票発送対象を1990年12月31日現在における日本家族研究・家族療法学会員681名とした。但しこの時点で海外に在住する会員14名は除いた結果、実際の調査票発送数は667であった。約1ヶ月の回収期間をおいて寄せられた有効回答数は333で、これを配布数で除した回答率は49.9%となった。

なお、調査回答率に関連して若干付言しておけば、今回はできるだけ正確な実態を把握することを目的とするため、会員全数調査を企画した。しかし多くの会員の協力にもかかわらず回答率は5割と約半数の会員調査となり、結果的にはサンプル調査のような形になった。それも、家族療法に積極的、関心が高い、好意的、等のサンプル・バイアスがかかっている可能性も考えられ、これらの推測されたバイアスを念頭において結果を眺める慎重さが不可欠である。したがって、今回の調査結果はおおよそ有意抽出標本調査の結果と考えれば、妥当性を大きく失することはなかろう。いずれにせよ、以下の結果概要はこうした回答会員間において認められる諸特徴ということになり、家族療法学会の実態そのものとはいくぶんずれることの可能性を否定しきれないものであることを予め明確にしておく必要がある。

## 2. 結果

### 1) 性別・年齢

表1 性別年齢構成

年 齢	% (N)	
	男	女
—29	4.6 (9)	5.5 (7)
30—39	44.2 (87)	35.9 (46)
40—49	28.4 (56)	30.5 (39)
50—59	12.2 (24)	22.6 (29)
60—	10.6 (21)	5.5 (7)
計	100.0 (197)	100.0 (128)
Mode	34	34
Minimum	27	23
Maximum	77	75
Mean	42.706	42.836
SD	10.412	10.030

先ず男女比をみると(表1)、ほぼ6:4の割で男性会員の方が多い。しかし学会一般の通例と比較すれば、女性会員の比率の高さが特徴的といえるであろう。年齢の特徴としては男女とも30代の会員が最も多く、男性で44.2%、女性で35.9%となっており、以下40代、50代、60代と順次漸減する。その結果年齢分布は最頻値が男女共34歳である一方、全体の平均年齢は42.773±10.236(男性42.706;女性42.836)であった。男性は女性よりも30代と60代で目だっておおきく、また女性は男性を50代で大きく上回るものの、全体としては男女間の年齢的な差異は統計的にも認め難い。

### 2) 所属機関

病院や精神保健センターなどの医療施設関連の機関が53.9%とほぼ半数を占めている(表2)。さらにこれらの医療施設機関の特徴は、精神科関連(精神病院+精神病床を有する一般病院)の私立病院と国公立病院の全体割合4.2:1(厚生省、63年「病院報告」)に較べ国公立病院の割合が高いことである。大学付属病院を除いた場合は2.1、仮にこれを全て私立とみなしてもその割合は3.28である。

また大学・研究所、大学付属病院をあわせれば27.3%と4人の1人がこれらの機関に所属しており、学会員調査ゆえとはいえ研究的環境要因の濃さが特徴である。この他にも診療所や児童相談所の所属も注目され、家族療法専門機関は2.7%となお絶対的に少数である。ただ会員の所属と会員が

表2 主たる所属機関・施設

機関・施設	N	%
国公立病院	32	9.6
私立病院	66	19.8
大学付属病院	39	11.7
診療所	27	8.1
大学・研究所	52	15.6
教育センター	10	3.0
家庭裁判所	11	3.3
児童相談所	21	6.3
保護観察所	2	0.6
保健所	3	0.9
精神保健センター	15	4.5
家族療法専門機関	9	2.7
企業	2	0.6
その他	43	12.9
不明	1	0.3
計	333	100.0

表3 職業

職業	N	%
ファミリーセラピスト	11	3.3
ソーシャルワーカー	30	9.0
臨床心理	71	21.3
カウンセラー	22	6.6
保健婦	2	0.6
医師	117	35.1
家裁調査官	11	3.3
保護観察官	2	0.6
児童福祉司	5	1.5
聖職者	2	0.6
教員	37	11.1
研究職	3	0.9
その他	18	5.4
不明	2	0.6
計	333	100.0

家族療法を実践している場合は必ずしも一致しないこともある。したがって、実践場所であれば一方で病院の比率がさらに増加する反面、この家族療法専門機関の比率も高まるのが十分予測される。

「その他」としては児童福祉施設、学校相談室、中・高校、自営カウンセリング（研究所）、身障者更生相談所、精神障害者授産施設・共同作業所、宗教団体等々様々な場で家族療法への関心が持た

れ始めていることが窺われる。

### 3) 職種・教育歴

職種では医師（35.1%）、臨床心理（21.3%）、教員（11.1%）、ソーシャル・ワーカー（9.0%）、カウンセラー（6.6%）と続き、この他にも家裁調査官や保健婦、保護観察官、聖職者なども散見される（表3）。自ら家族療法家との職業的アイデンティティを持つ会員は3.3%であった。

教育歴は明らかに職種と対応しており、医学、心理学の教育を受けてきた会員が多く、その他社会福祉、社会学、教育学、看護学などがあげられた。さらに僅かではあるものの、電気、哲学、経営・経済、法律などもあげられ、多様な教育的背景を示している。

また大学院を修了（修士課程18.0%、博士課程9.3%）した会員は4人に1人で、この点は通常の単なる学術的な学会とは異なる当学会の性格を反映しているものと思われる。

### 3. 家族療法との関わり

#### 1) きっかけ

家族療法を知ったきっかけについては、「講演・ワークショップ」が圧倒的で41.7%に達し、次いで「図書・雑誌」28.5%、「友人・知人」20.4%、「仕事先」16.2%で、「大学の授業」は9.3%と1割にも満たなかった。わが国ではなお家族療法教育が大学に馴染みのないものであることが知られる。この状況はマンパワー、設備の双方からして当分の間持続するものと思われるが、教育・訓練の制度的機会が乏しい現状にどう対応するか、当学会を含めての検討課題であろう。「その他」欄に記載された内容にも、家族療法に通じている指導者とのたまたまの出会いや外国出張・留学中に、といった制度的教育システムのバイパスが少なからず指摘されており、側面からこの問題を浮かび上がらせている。

さてこうしたきっかけを準備した、いわば状況因子としては「臨床・実践にゆきずまった」を27.6%の会員があげ、他方45.6%が「より効果的治療・処遇をめざして」をあげた。両者は表現の積極性の差ほどであろうかと思われるが、それはともかくとして、ゆきずまったという時いつい

何にゆきずまったのであろうか。次のような4つの対象をあげ選択してもらった結果は、「集団療法」6.5%、「個人療法」52.2%、「親子への対応」52.2%、「分裂病者の家族への対応」22.8%であった。現時点での療法の普及度を反映しての結果のようにも思われる。

2) 研修

家族療法に関するこれまでの自己研修で最も役だったもの、および該当する研修法全てを項目選択してもらった結果が図1である。有用性については未回答者も多かったが、最も役だったとその有用性を評価される傾向の強いものは個人ならびにライブのスーパービジョン、ワークショップであり、あるいはケース検討会などの対面的研修法に多かった。しかし会員の間でこれまで最も広範に利用されてきた自己研修法は図書・専門誌が75.4%と圧倒的であり、第2位の学会59.5%を大きく陵駕している。他方対面的研修法はワークショップ、ケース検討会はずまずとしても、最も有用と評価の高かったスーパービジョンはせいぜい4人に1人ほどが経験している程度である。したがって、スーパービジョンを筆頭に対面的な自己研修法は、有用だがその機会を享受しにくいとの問題点を指摘することができよう。また今後の研修希望としては、ワークショップ、ケース検討会が半数の会員から希望されているが、スーパービジョンについては個人・ライブとも3人に1人ほどである。機会の限定性が希望までも限定しているかのごとき結果である。

学会としても、スーパービジョンを含めてこうした研修ニーズにどう応えていくか、今後の課題

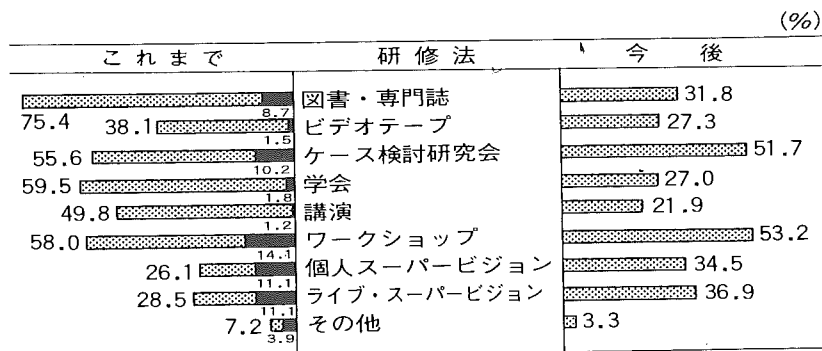
の一つといえる。この点で興味ある最近の出来事は、第8回大会(福岡)では「学会」が研修の場としても注目されたことである。研修法としては必ずしも高い評価を獲得してきたとはいえない「学会」ではあるが、福岡大会での第2会場におけるケース検討分科会の盛況は、会員のニーズにうまく対応した、実に時宜を得た試みであったといえる。

ただその場合、同時に藤縄(1990)が危惧するように技法偏重の問題性は想起されてしかるべきであろう。より一般的にいえば、家族療法と家族研究あるいは技法と理論のバランスをどう保ちながら会員の具体的研修ニーズに伝えていくか、決して平板な問題ではなからう。

3) 家族療法との現在の関わり

では現在会員はどの程度に家族療法活動に携わっているであろうか。表4によれば、「相談援助活動の1つ」「家族療法的な考え方」といった関わりが主流で、それぞれ4割ほど、計8割方の会員がこのカテゴリーに属する。一方、家族療法を中心にしている会員は14.5%の1割強と少数である。この数値を見る限り、保健制度との関連、マンパワー開発の遅れ、「身内の恥は外にもらすな」の因習などいくつかの理由によって、家族療法が一人立ちしていると言い切るには、学会員の間でさなおししばらく時間がかかる様相である。

他方、家族療法中心は少数派であるものの、「どちらかといえば家族療法」「相談援助活動の1つ」を含めてなんらかの形で家族療法を実践している会員という視点で見れば、56%と半数強の会員に達する。さらに「今のところ関わりなし」が5.7%



\* 「これまで」の中黒は「最も役だったもの」の比率

図1 家族療法研修法

ほどみられたが、家族療法に全くタッチしていないにもかかわらず学会に所属するこれらの会員が示唆するものは、いろいろな会員が学会に多様な関わりをもっているその幅の広さであり、また現に実践されている家族療法に加えて潜在的な関心や今後のさらなる普及の可能性でもあろう。「相談援助活動の1つ」「家族療法的な考え方」の主流派も、逆にこの文脈から理解することも可能かも知

れない。こうした特徴をもメリットとして積極的に生かしていければ、素晴らしいことである。

次に家族療法の実践頻度をみると、毎日4.2%、週3日以上8.1%、週1・2日が26.7%で、週1回以上は39%に達する(表5)。以下月に2・3日19.5%、月に1日7.8%、そして現在やっていない会員26.7%であった。実践している会員だけに限定してみれば、週1・2日と月に2・3日をあわせて69.7%ほどになり、会員が家族療法を実践する場合そのモードは平均的に週1回のペースとみてよいだろう。

表4 家族療法への関わり方

関わり方	N	%
家族療法を中心にやっている	24	7.2
どちらかといえば家族療法を中心	25	7.5
家族療法も、その他の治療・相談援助活動の1つ	137	41.1
ケースによって家族療法的な考え方を	127	38.1
今のところ家族療法には全く関わっていない	19	5.7
不明	1	0.3
計	333	100.0

表5 家族療法従事日数

従事日数	N	%
毎日	14	4.2
週3日以上	27	8.1
週1日か2日	89	26.7
月に2, 3日	65	19.5
月に1度	26	7.8
現在はやっていない	89	26.7
その他	21	6.3
不明	2	0.6
計	333	100.0

4. 家族療法に対する意見・評価

家族療法に対する意見として今回は、経験的によく耳にする長所的意見と短所的意見それぞれ5つをとりあげた(図2参照)。長所的意見は概ね過半以上の賛意が寄せられ、なかでも「家族自身の解決能力」(81.7%)、「IP来所必須でない」(71.8%)に積極的評価が与えられている。ただし「面接回数」に関しては、若干意見が分かれる。

この意見が分かれる傾向は、むしろ反対に短所的意見に関しての特徴であることが図2から容易にみてとれる。「操作的過ぎる」「病理性や過去の軽視」を始め、短所的意見も1/3ないしは1/4の会員から支持されており、会員調査の特質を勘案すれば、学会外部も含めて家族療法に対する評価にはなお厳しい部分も併存しているものと考えられる。

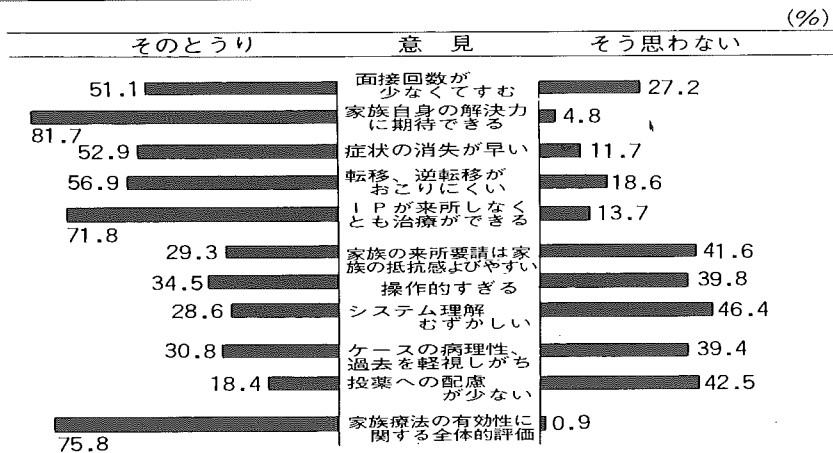


図2 家族療法に関する意見・評価



また「家族自身の解決能力」への高い賛意と「投薬」への低い賛意という結果を併せてみれば、現時点においてわが国の家族療法が手掛けている主たる問題が必ずしも精神疾患中心でないことも推測されよう。ちなみに、今回調査で判明した取り扱い問題を最も多い順に記せば、不登校、神経症、摂食障害であり、この三者でほぼ5割に達する一方、投薬が併行すると考えられる分裂病は8.8%、そううつ病2.3%、てんかん0.1%、境界例9.4%、アルコール依存症3.4%等であった。

個々の問題点は別にして総合的にみれば、家族療法の有効性に関する全体的評価に表れているように、会員調査とはいえ概ね肯定的な評価がなされ、当然のことながら家族療法を否定的に評価している会員は殆どみられない。

#### 5. 家族療法の将来

今後日本でどのような分野で家族療法が発達するのが望ましいか、を会員に問うことでさしあたってのわが国における家族療法の将来を探ってみた。最も多くの指摘を受けたのが児童相談所の27.3%であり、次いで病院の25.2%、第3位が18.1%の精神保健センターであった(表6参照)。家庭裁判所、保健所、学校なども含めて、これまでの病院中心の家族療法活動から精神保健関連機関における展開への期待が多く、多くの会員から寄せられた。

この期待に即した将来が家族療法活動に保障されるかどうかは、家族療法との現在の関わりの項でも指摘した問題と絡んで、今後家族療法がどれだけ一人だちできるかにかかっているようにも思

表6 今後家族療法が発展すべき分野

分野	N	%
病院	155	25.2
児童相談所	168	27.3
家庭裁判所	42	6.8
保護観察所	16	2.6
学校	34	5.5
保健所	35	5.7
精神保健センター	111	18.1
福祉事務所	18	2.9
企業	11	1.8
その他	24	3.9
特に家族療法の発達が必要ない	1	0.2
計	615	100.0

える。

#### 文 献

- 藤縄昭：Wynne教授と再会して、家族療法研究7：2，64-70，1990。  
 厚生省統計情報部：昭和63年病院報告，1990。  
 Duhl, B.：日本でのワークショップを経験して、家族療法研究7：2，82-83，1990。

付記：この調査は平成2年度特別研究助成金の交付を受けて、家族療法全国実態調査研究会を組織し、計画・実施されたものである。研究会のメンバーは筆者らの他に当時研究生であった以下のメンバーである。

- 坂上祐子（清和女子短期大学）  
 豊沢義紀（埼玉県中央児童相談所）  
 対馬節子（荻野クリニック）

## 資料： 調査項目単純集計結果

## A. 回答者属性

## A1 あなたご自身について・年齢

	実数	%	不明を除く%
20歳台	16	4.8	4.9
30歳台	133	39.9	40.8
40歳台	96	28.8	29.4
50歳台	53	15.9	16.3
60歳以上	28	8.4	8.6
不明	7	2.1	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A1 性別

	実数	%	不明を除く%
男性	201	60.4	60.7
女性	130	39.0	39.3
不明	2	.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A2 職業

	実数	%	不明を除く%
ファミリーセラピスト	11	3.3	3.3
ソーシャルワーカー	30	9.0	9.1
臨床心理	71	21.3	21.5
カウンセラー	22	6.6	6.6
保健婦	2	.6	.6
医師	117	35.1	35.3
家裁調査官	11	3.3	3.3
保護観察官	2	.6	.6
児童福祉司	5	1.5	1.5
聖職者	2	.6	.6
教員	37	11.1	11.2
研究職	3	.9	.9
その他	18	5.4	5.4
不明	2	.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A3 最終学歴と専攻分野

	実数	%	不明を除く%
専門学校	11	3.3	3.3
短大	3	0.9	0.9
大学			
医学部	108	32.4	32.5
文学部(人文)	61	18.3	18.4
文理学部	7	2.1	2.1
教育学部	19	5.7	5.7
社会福祉学部	5	1.5	1.5
法文学部(法学部)	6	1.8	1.8
社会学部	6	1.8	1.8
その他	14	4.2	4.2
不明	1	.3	.3
大学院修士課程	60	18.0	18.1
大学院博士課程	31	9.3	9.3
不明	1	.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A4 あなたの現在の主たる所属機関または施設

	実数	%	不明を除く%
国公立病院	32	9.6	9.6
私立病院	66	19.8	19.9
大学付属病院	39	11.7	11.7
診療所	27	8.1	8.1
大学・研究所	52	15.6	15.7
教育センター	10	3.0	3.0
家庭裁判所	11	3.3	3.3
児童相談所	21	6.3	6.3
保護観察所	2	.6	.6
保健所	3	.9	.9
精神保健センター	15	4.5	4.5
家族療法専門機関	9	2.7	2.7
企業	2	.6	.6
その他	43	12.9	13.0
不明	1	.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A5 技法や流派を問わず、あなたの臨床実践経験

	実数	%	不明を除く%
1年未満~4年	28	8.4	8.4
5年~9年	88	26.4	26.5
10年~19年	127	38.1	38.3
20年~29年	58	17.4	17.5
30年以上	31	9.3	9.3
不明	1	.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## A 6

家族療法を行う以前にあなたは、どのような療法、技法を行ってききましたか。(複数回答可)

	行ってきたものの比率	
	実数	%
薬物療法	105	31.5
ケースワーク	88	26.4
カウンセリング	253	76.0
集団療法	80	24.0
精神分析	71	21.3
行動療法	54	16.2
交流分析	33	9.9
催眠療法	10	3.0
その他	47	14.1

333人中

## B. あなたと家族療法の関わりについて

B1 あなたはどのようなきっかけで家族療法に興味を持たれましたか

	きっかけの比率 (x/333)	
	実数	%
大学などの授業で、家族療法を知った	31	9.3
仕事先が、家族療法を採用していた	54	16.2
講演、ワークショップで、家族療法を知った	139	41.7
図書、雑誌等で、家族療法を知った	95	28.5
友人、知人らに家族療法について聞いた	68	20.4
臨床・実践にゆきずまった	92	27.6
より効果的治療・処遇をめぐして	152	45.6
その他	21	6.3

◆B1S6 サブクエスション (何に行き詰まったからか)

	きっかけの比率 (x/92)	
	実数	%
集団療法	6	6.5
個人療法	48	52.2
親子への対応	48	52.2
分裂病者の家族への対応	21	22.8

B2 現在あなた自身は家族療法とどのようなかたちで関わっていますか。次のうちから最も近いと思うものをひとつ選んで下さい

	実数	%	不明を除く%
家族療法を中心にやっている	24	7.2	7.2
どちらかといえば家族療法を中心に	25	7.5	7.5
…も、その他の治療・相談援助活動の1つ…	137	41.1	41.3
…、ケースによって家族療法的な考え方を…	127	38.1	38.3
今のところ…には全く関わっていない	19	5.7	5.7
不明	1	.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

B3 現在あなたは、週に何日位家族療法を行っていますか

	実数	%	不明を除く%
毎日	14	4.2	4.2
週3日以上	27	8.1	8.2
週1日か2日	89	26.7	26.9
月の2, 3日	65	19.5	19.6
月に1度	26	7.8	7.9
現在はやっていない	89	26.7	26.9
その他	21	6.3	6.3
不明	2	.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

B4 家族療法をあなた自身が行ってみて、あるいは他の人がしているのをみて、家族療法に関する次の意見についてどのように思われますか。それぞれの意見について、最も近いと思われる番号に1つ○をして下さい。

面接回数が少なくすむ

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	53	15.9	16.2
どちらかというとそのとおり	114	34.2	34.9
中間	71	21.3	21.7
どちらかというと思わない	56	16.8	17.1
そう思わない	33	9.9	10.1
不明	6	1.8	MISSING
計	333	100.0	100.0

家族自身の解決力に期待できる

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	109	32.7	33.1
どちらかというとそのとおり	160	48.0	48.6
中間	44	13.2	13.4
どちらかというと思わない	11	3.3	3.3
そう思わない	5	1.5	1.5
不明	4	1.2	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 症状の消失が早い

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	40	12.0	12.2
どちらかというとそのとおり	133	39.9	40.7
中間	116	34.8	35.5
どちらかというと思わない	26	7.8	8.0
思わない	12	3.6	3.7
不明	6	1.8	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 転移、逆転移がおこりにくい

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	55	16.5	16.8
どちらかというとそのとおり	131	39.3	40.1
中間	80	24.0	24.5
どちらかというと思わない	42	12.6	12.8
思わない	19	5.7	5.8
不明	6	1.8	MISSING
計	333	100.0	100.0

## IPが来所しなくとも、治療ができる

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	90	27.0	28.0
どちらかというとそのとおり	141	42.3	43.8
中間	47	14.1	14.6
どちらかというと思わない	38	11.4	11.8
思わない	6	1.8	1.9
不明	11	3.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 家族への来所要請は家族の抵抗感よびやすい

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	12	3.6	3.7
どちらかというとそのとおり	83	24.9	25.6
中間	94	28.2	29.0
どちらかというと思わない	85	25.5	26.2
思わない	50	15.0	15.4
不明	9	2.7	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 操作的すぎる

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	26	7.8	8.0
どちらかというとそのとおり	86	25.8	26.5
中間	83	24.9	25.6
どちらかというと思わない	82	24.6	25.3
思わない	47	14.1	14.5
不明	9	2.7	MISSING
計	333	100.0	100.0

## システム理解は、むずかしい

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	29	8.7	8.9
どちらかというとそのとおり	64	19.2	19.7
中間	81	24.3	24.9
どちらかというと思わない	97	29.1	29.8
思わない	54	16.2	16.6
不明	8	2.4	MISSING
計	333	100.0	100.0

## ケースの病理性、過去を軽視しがち

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	25	7.5	7.7
どちらかというとそのとおり	75	22.5	23.1
中間	97	29.1	29.8
どちらかというと思わない	80	24.0	24.6
思わない	48	14.4	14.8
不明	8	2.4	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 投薬への配慮が少ない

	実数	%	不明を除く%
そのとおり	10	3.0	3.2
どちらかというとそのとおり	48	14.4	15.2
中間	123	36.9	39.0
どちらかというと思わない	70	21.0	22.2
思わない	64	19.2	20.3
不明	18	5.4	MISSING
計	333	100.0	100.0

## B5 では、家族療法の有効性に関するあなたの全体的評価・印象はいかがですか

	実数	%	不明を除く%
非常に高い	52	15.6	15.9
高い	196	58.9	59.9
中間	76	22.8	23.2
あまり有効とは思われない	3	.9	.9
有効性なし	0	.0	.0
不明	6	1.8	MISSING
計	333	100.0	100.0

## B6 家族療法の治療・援助の目標に関しては、いろいろと議論があるところです。

では実際にあなたが、治療・援助などの進展の目安とすることの多いものは、次のうちどれでしょうか

## 主訴の解決

	実数	%	不明を除く%
しばしば	132	39.6	41.1
ときどき	118	35.4	36.8
ほとんどなし	15	4.5	4.7
現在治療をやっていない	56	16.8	17.4
不明	12	3.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

## IP, 家族員の自立

	実数	%	不明を除く%
しばしば	78	23.4	24.2
ときどき	168	50.5	52.2
ほとんどなし	26	7.8	8.1
現在治療をやっていない	50	15.0	15.5
不明	11	3.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 家族関係の改善

	実数	%	不明を除く%
しばしば	159	47.7	49.4
ときどき	111	33.3	34.5
ほとんどなし	4	1.2	1.2
現在治療をやっていない	48	14.4	14.9
不明	11	3.3	MISSING
計	333	100.0	100.0



## 家族システム全体の変化

	実数	%	不明を除く%
しばしば	127	38.1	39.6
ときどき	127	38.1	39.6
ほとんどなし	16	4.8	5.0
現在治療をやっていない	51	15.3	15.9
不明	12	3.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

## 家族と親戚，地域，学校，職場などの関係の変化

	実数	%	不明を除く%
しばしば	45	13.5	14.1
ときどき	167	50.2	52.2
ほとんどなし	56	16.8	17.5
現在治療をやっていない	52	15.6	16.3
不明	13	3.9	MISSING
計	333	100.0	100.0

## C. 家族療法研修

- C1 あなたと家族療法との関わりで、国の内外を問わずこれまで最も影響を受けたと思われる人(人が無理なら流派でも構いません)の名前を3件まであげてください(5人以上の回答者からあげられた人のみ実名を掲載)

	回答した人の比率 (x/333)		
	実数	%	不明を除く%
アンダーソン, C	19	5.7	7.1
アンドルフィ	5	1.5	1.9
ウイティカー	12	3.6	4.5
ウイン, L	12	3.6	4.5
MRI	14	4.2	5.2
エリクソン, M	15	4.5	5.6
シメオン, J	5	1.5	1.9
トム, K	14	4.2	5.2
ドール, B	20	6.0	7.4
パラッツォーリ	11	3.3	4.1
ベイトソン, G	13	3.9	4.8
ヘイリー, J	40	12.0	14.9
ボウエン, M	26	7.8	9.7
マンデルバウム	9	2.7	3.3
ミニューチン	94	28.2	34.9
ミラノグループ	20	6.0	7.4
ベル, L	8	2.4	3.0
コールマン, K	8	2.4	3.0
サティア, V	7	2.1	2.6
ド・シェイザー, S	6	1.8	2.2
ジョーンズ, S	6	1.8	2.2
その他の外国人	58	17.4	21.6
東豊	8	2.4	3.0
石川元	24	7.2	8.9
亀口憲治	7	2.1	2.6
国谷誠郎	11	3.3	4.1
下坂幸三	13	3.9	4.8
鈴木浩二	74	22.2	27.5
長谷川啓三	6	1.8	2.2
牧原浩	10	3.0	3.7
遊左安一郎	22	6.6	8.2
鈴木和子	6	1.8	2.2
その他の日本人	84	25.2	31.2

- C2 あなたは”サイコエデュケーション”という言葉を知っていますか

	実数	%	不明を除く%
聞いたことがない	55	16.5	16.6
聞いたことはあるが内容はよく分からない	130	39.0	39.3
中身を理解している	97	29.1	29.3
すでに採用している	49	14.7	14.8
不明	2	.6	MISSING
計	333	100.0	100.0

## ◆C2 サブクエスション (すでに採用している場合, どのモデル)

	実数	%	不明を除く%
アンダーソン	24	49.0	50.0
R.P.リバーマン	1	2.0	2.1
ウイン	10	20.4	20.8
レフ	2	4.1	4.2
マックファーレン	3	6.1	6.3
その他	8	16.3	16.7
不明	1	2.0	MISSING
計	49	100.0	100.0

C3. あなたはこれまで日本家族研究・家族療法学会主催の以下の方々のワークショップ(講演)に参加したことがありますか。またそれはあなたにとって役立ちましたか。それぞれについて、あてはまる番号を○でかこんで下さい

	ミニューチン 1984. 5 東京		ワッラウィック 1986. 11 東京		アンダーソン 1988. 11 東京		ウイン 1990. 6 東京	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
非常に役立った	29	8.7	30	9.0	28	8.4	13	3.9
役立った	58	17.4	39	11.7	49	14.7	67	20.1
あまり役立たない	11	3.3	12	3.6	5	1.5	24	7.2
不参加	180	54.1	190	57.1	189	56.8	179	53.8
不明	55	16.5	62	18.6	62	18.6	50	15.0
計	333	100.0	333	100.0	333	100.0	333	100.0

C4 あなたはこれまでどのように家族療法を、自己研修してきましたか。あてはまるものすべてに○をして下さい。そのうちもっともあなたに役立ったものひとつを◎してください

## C4 ◎項目

	実数	%	不明を除く%
図書・専門誌	29	8.7	13.6
ビデオテープ	5	1.5	2.4
ケース検討研究会	34	10.2	16.0
学会	6	1.8	2.8
講演	4	1.2	1.9
ワークショップ	47	14.1	22.2
個人スーパービジョン	37	11.1	17.5
ライブ・スーパービジョン	37	11.1	17.5
その他	13	3.9	6.1
◎無記入	121	36.3	MISSING
計	333	100.0	100.0

## C4 ○項目

自己研修で利用してきたものの比率 (x/333)

	実数	%
図書・専門誌	251	75.4
ビデオテープ	127	38.1
ケース検討研究会	185	55.6
学会	198	59.5
講演	166	49.8
ワークショップ	193	58.0
個人スーパービジョン	87	26.1
ライブ・スーパービジョン	95	28.5
その他	24	7.2

## C5 あなたは今後どのような自己研修の機会を望みますか

研修希望の比率 (x/333)

	実数	%
図書・専門誌	106	31.8
ビデオテープ	91	27.3
ケース検討研究会	172	51.7
学会	90	27.0
講演	73	21.9
ワークショップ	177	53.2
個人スーパービジョン	115	34.5
ライブ・スーパービジョン	123	36.9
その他	11	3.3

## C6 あなたの考えによれば家族療法はさらに今後どのような分野で、発達するのが望ましいと思いますか。2つまで選んで下さい

回答に挙げられた比率 (x/333)

	実数	%	不明を除く%
病院	155	46.5	47.5
児童相談所	168	50.5	51.5
家庭裁判所	42	12.6	12.9
保護観察所	16	4.8	4.9
学校	34	10.2	10.4
保健所	35	10.5	10.7
精神保健センター	111	33.3	34.0
福祉事務所	18	5.4	5.5
企業	11	3.3	3.4
その他	24	7.2	7.4
特に希望の分野なし	1	.3	.3
不明	7	2.1	MISSING

## D. 家族療法活動

## D1 あなたはすでに家族療法をどのくらい行っていますか

	実数	%	不明を除く%
まだやっていない	64	19.2	19.2
1年未満	13	3.9	3.9
1年～2年未満	29	8.7	8.7
2年～5年未満	117	35.1	35.1
5年～10年未満	79	23.7	23.7
10年以上	31	9.3	9.3
計	333	100.0	100.0

## D2 現在あなたのやっている家族療法は

	実数	%	不明を除く%
通院または通所で行っている	137	41.1	57.6
入院または入所で行っている	4	1.2	1.7
両方の場合があるが、通院、通所が多い	61	18.3	25.6
両方の場合があるが、入院、入所が多い	21	6.3	8.8
その他	15	4.5	6.3
不明	31	11.5	MISSING
計	333	100.0	100.0

## D3 あなたは家族療法で、どのような問題を多くとり扱っていますか。次の中から多いものを3つまで選んで下さい

	回答に挙げられた比率 (x/333)		
	実数	%	不明を除く%
精神分裂病	62	18.6	19.1
そううつ病	16	4.8	4.9
神経症	96	28.8	29.6
てんかん	1	.3	.3
境界例	66	19.8	20.4
アルコール依存症	24	7.2	7.4
薬物依存症	9	2.7	2.8
不登校	155	46.5	47.8
家庭内暴力	71	21.3	21.9
摂食障害	86	25.8	26.5
心身症	39	11.7	12.0
非行	47	14.1	14.5
離婚	14	4.2	4.3
その他	15	4.5	4.6
不明	9	2.1	MISSING

D4 家庭療法の実際はケースによっていろいろですが、あなたの場合、どのようなやり方をしていますか。各問のあてはまる番号1つに○をしてください。

家族療法へのIPの参加 ①原則

	実数	%	不明を除く%
参加を原則としている	132	49.1	51.2
参加を原則とはしていない	126	46.8	48.8
不明	11	4.1	MISSING
計	269	100.0	100.0

家族療法へのIPの参加 ②実際

	実数	%	不明を除く%
ほぼ毎回IPに参加してもらう	120	44.6	47.4
時にはIPに参加してもらう	116	43.1	45.8
ほとんど参加してもらうことなし	17	6.3	6.7
不明	16	5.9	MISSING
計	269	100.0	100.0

IPを含めた家族全員の参加 ①原則

	実数	%	不明を除く%
全員参加を原則としている	68	25.3	26.6
全員参加を原則とはしていない	188	69.9	73.4
不明	13	4.8	MISSING
計	269	100.0	100.0

IPを含めた家族全員の参加 ②実際

	実数	%	不明を除く%
ほぼ毎回全員に参加してもらう	32	11.9	12.6
ときには全員に参加してもらう	143	53.2	56.5
全員に参加してもらうことはほとんどなし	78	29.0	30.8
不明	16	5.9	MISSING
計	269	100.0	100.0

面接のしかた

	実数	%	不明を除く%
単独面接	148	55.0	57.1
2人によるコ・セラピー	65	24.2	25.1
3人以上	15	5.6	5.8
その他	22	8.2	8.5
単独, 時に2人	9	3.3	3.5
不明	10	3.7	MISSING
計	269	100.0	100.0

面接者以外のスタッフが、各セッションにチームとして加わっていますか

	実数	%	不明を除く%
はい	98	36.4	38.1
いいえ	159	59.1	61.9
不明	12	4.5	MISSING
計	269	100.0	100.0

薬物療法を家族療法と併用することがありますか

	実数	%	不明を除く%
よくある	101	37.5	39.0
ときどきある	76	28.3	29.3
ない	82	30.5	31.7
不明	10	3.7	MISSING
計	269	100.0	100.0

初期の面接時に、治療期間、セッションの回数や間隔をはっきり取り決めますか

①治療期間

	実数	%	不明を除く%
はっきり決めている	40	14.9	15.5
はっきり決めていない	218	81.0	84.5
不明	11	4.1	MISSING
計	269	100.0	100.0

## ◆D4-6)-① サブクエスション (決めている場合)

## ①治療期間はっきり決めている

①治療期間はっきり決めている		実数	%	不明を除く%	
平均月数	1	2	5.0	5.0	
	2	1	2.5	2.5	
	3	5	12.5	12.5	
	4	4	10.0	10.0	
	5	6	15.0	15.0	
	6	3	7.5	7.5	
	10	15	37.5	37.5	
	11	1	2.5	2.5	
	12	2	5.0	5.0	
	不明	1	2.5	2.5	
	計	40	100.0	100.0	
Mean	6.700	Median	6.000	Mode	10.000
Std Dev	3.532				

## ②セッション回数

	実数	%	不明を除く%
はっきり決めている	57	21.2	22.3
はっきり決めていない	199	74.0	77.7
不明	13	4.8	MISSING
計	269	100.0	100.0



## ◆D 4-6)-② サブクエスチョン (決めている場合)

## ②セッション回数はっきり決めている

		実数		% 不明を除く%	
年間平均回数		3	1	1.8	1.8
		5	2	3.5	3.6
		6	1	1.8	1.8
		7	1	1.8	1.8
		8	1	1.8	1.8
		10	47	82.5	85.5
		12	1	1.8	1.8
		15	1	1.8	1.8
		不明	2	3.5	MISSING
計		57	100.0		100.0
Mean	9.655	Median	10.000	Mode	10.000
Std Dev	1.669				

## ③セッション間隔

	実数	%	不明を除く%
はっきり決めている	145	53.9	56.2
はっきり決めていない	113	42.0	43.8
不明	11	4.1	MISSING
計	269	100.0	100.0

## ◆D4-6)-③ サブクエスション (決めている場合)

## ③セッション間隔はつきり決めている

		実数		% 不明を除く%	
年間セッション回数		6	1	.7	.7
(間隔を年間回数で表示)		12	46	31.7	31.7
		13	1	.7	.7
		17	1	.7	.7
		18	1	.7	.7
		24	14	9.7	9.7
		26	42	29.0	29.0
		36	1	.7	.7
		40	1	.7	.7
		48	1	.7	.7
		52	33	22.8	22.8
		不明	3	2.1	2.1
計		145	100.0	100.0	
Mean	26.717	Median	26,000	Mode	12,000
Std Dev	15.552				

## ④1回の面接時間

	実数	% 不明を除く%	
はつきり決めている	168	62.5	65.1
はつきり決めていない	90	33.5	34.9
不明	11	4.1	MISSING
計	269	100.0	100.0

## ◆D4-6)-④ サブクエスション (決めている場合)

## ④ 1回の面接時間はっきり決めている

	実数	%	不明除く%
平均所要時間に(分)	20	1	.6
	30	2	1.2
	40	4	2.4
	45	5	3.0
	50	24	14.3
	55	1	.6
	60	74	44.0
	70	3	1.8
	75	2	1.2
	80	2	1.2
	90	42	25.0
	91	2	1.2
	100	2	1.2
	120	4	2.4
計	168	100.0	100.0
Mean	66.845	Median	60.000
Std Dev	17.409	Mode	60.000

## D4 7) 治療費・相談料はどのようになっていますか

## ①自由診療・相談料の場合は

	実数	%	不明を除く%
無料	91	33.8	46.0
有料	107	39.8	54.0
非該当	71	26.4	MISSING
計	269	100.0	100.0

## ②健康保健を適用している場合、適用される人の範囲は

	実数	%	不明を除く%
IPのみ	75	27.9	68.2
IPと他の家族メンバー一人	15	5.6	13.6
IPと参加者全員	10	3.7	9.1
その他	10	3.7	9.1
不明	159	59.1	MISSING
計	269	100.0	100.0

おおむね1回の治療費・相談料は保健診療の場合は保健点数で(点)平均

		実数		% 不明を除く%	
平均(点)		30	1	.9	3.3
		60	1	.9	3.3
		70	1	.9	3.3
		200	1	.9	3.3
		250	13	12.1	43.3
		300	6	5.6	20.0
		330	1	.9	3.3
		381	1	.9	3.3
		400	1	.9	3.3
		600	1	.9	3.3
		762	1	.9	3.3
		999	1	.9	3.3
		1130	1	.9	3.3
		不明	77	72.0	MISSING
		計	107	100.0	100.0
Mean	333.733	Median	250.000	Mode	250.000
Std Dev	241.416				

D4 8) 家族療法のための設備についておうかがいします

①面接室のおおよその広さ(帖)

		実数		% 不明を除く%	
広さ(帖)		2	2	.7	.9
		3	11	4.1	4.8
		4	10	3.7	4.4
		5	14	5.2	6.2
		6	51	19.0	22.5
		7	8	3.0	3.5
		8	42	15.6	18.5
		10	38	14.1	16.7
		11	1	.4	.4
		12	20	7.4	8.8
		13	2	.7	.9
		15	8	3.0	3.5
		18	3	1.1	1.3
		20	11	4.1	4.8
		22	1	.4	.4
		24	1	.4	.4
		30	1	.4	.4
		31	1	.4	.4
		43	1	.4	.4
		84	1	.4	.4
		不明	42	15.6	MISSING
		計	269	100.0	100.0
Mean	9.383	Median	8.000	Mode	6.000
Std Dev	7.190				

---

 おおむね1回の治療費・相談料 自由診療の場合 (円) 平均
 

---

		実数	%	不明を除く%		
平均(円)	600	1	.9	1.2		
	1000	1	.9	1.2		
	1900	1	.9	1.2		
	2000	2	1.9	2.4		
	2500	1	.9	1.2		
	3000	10	9.3	12.2		
	3810	1	.9	1.2		
	4000	3	2.8	3.7		
	5000	14	13.1	17.1		
	6000	1	.9	1.2		
	7000	6	5.6	7.3		
	8000	2	1.9	2.4		
	10000	16	15.0	19.5		
	12000	5	4.7	6.1		
	15000	12	11.2	14.6		
	20000	3	2.8	3.7		
	23000	2	1.9	2.4		
	25000	1	.9	1.2		
	不明	25	23.4	MISSING		
	計		107	100.0	100.0	
Mean	8790.366	Median	7500.000	Mode	10000.000	
Std Dev	5607.042					

---

 おおむね1回の治療費・相談料 自由診療の場合 (円) 最低
 

---

		実数	%	不明を除く%		
最低 (円)	1900	1	.9	10.0		
	3000	1	.9	10.0		
	4000	1	.9	10.0		
	5000	3	2.8	30.0		
	10000	3	2.8	30.0		
	12000	1	.9	10.0		
	不明	97	90.7	MISSING		
計		107	100.0	100.0		
Mean	6590.000	Median	5000.000	Mode	5000.000	
Std Dev	3548.536					

## おおむね1回の治療費・相談料 自由診療の場合 (円) 最高

		実数	%	不明を除く%		
最高 (円)						
	3500	1	.9	10.0		
	5000	1	.9	10.0		
	8000	1	.9	10.0		
	10000	3	2.8	30.0		
	15000	2	1.9	20.0		
	2000	2	1.9	20.0		
	不明	97	90.7	MISSING		
	計	107	100.0	100.0		
Mean	11650.000	Median	10000.000	Mode	10000.000	
Std Dev	5715.719					

## D4-8) ②以下の設備はありますか

以下の設備の比率		
	実数	%
録音設備	170	63.2
ビデオカメラ	127	47.2
黒板または白板	162	60.2
観察室	126	46.8
	269	

## あなたの出生順位は

	実数	%	不明を除く%
長男	126	37.8	38.5
長女	89	26.7	27.2
戸籍上は長男ではないが実質的に長男	8	2.4	2.4
戸籍上は長女ではないが実質的に長女	4	1.2	1.2
次男以下	42	12.6	12.8
次女以下	19	5.7	5.8
末っ子	31	9.3	9.5
不明	14	4.2	MISSING
計	333	100.0	100.0



## 投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員の研究に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例(事例)研究および資料、さらに研究所外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
  2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします(図表も各1枚を1頁と計算)。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名(学位の表示はしない)、全著者の所属機関の和文および英文の名称および筆頭著者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words (Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい)を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに(または緒言など)、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に100語以内の英文Abstract、(付録:必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい)および図表(図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く)などの順に綴じて(ただし論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の形式とすることも可能です)、正1副2計3通を編集委員会あてに投稿して下さい(投稿先は下の8項参照)。症例(事例)記述にもとづいて書かれる原著論文および症例(事例)研究の構成は、原則として上記の〔III, 結果〕の節を〔III, 症例(事例)〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
    - ◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
    - ◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし(図表も各1枚を1頁と計算する)、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
    - ◇資料については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
    - ◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内(図表も各1枚を1頁と計算する)とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsはつけません。
  3. すべての論文はできるだけワードプロセッサを用いて作成して下さい(その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい)。手書き原稿の場合、楷書で書き欧語はタイプライターを使用して下さい。
  4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と( )内に原語を示して下さい。
  5. 文献は本分中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
    - A. 文献は筆頭著者の姓 (family name) のアルファベット順に番号をつけ(同一著者の場合は発表順)、本文中にはその番号で引用して下さい。
    - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
    - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他 (et al) と省略して下さい。
    - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名:論文題名. 雑誌名 巻:最初の頁—最後の頁, 西暦年号. の順とし、単行本全体の場合は、著者名:書名. 発行所, 発行地, 西暦年号, とし、単行本の中の論文は、著者名:論文題名. 著者(编者, 監修者)名:書名. 発行所, 発行地, pp.最初の頁—最後の頁, 西暦年号. として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、( )内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R. American Psychiatric Association, Washinton, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭 訳: DSM-III-R精神障害の分類と診断の手引2版. 医学書院, 東京, 1988.)
  - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
  - 3) Otsuka, T., Shimonaka, Y., Maruyama, S. et al.: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42:223-229, 1988.
  - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 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. 精神衛生研究 31:25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会での査読を経て採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規程から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
  7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
  8. 論文投稿先: 〒272市川市国府台1-7-3 国立精神・神経センター精神保健研究所内「精神保健研究」編集委員会



# 精神保健研究

## 編集委員

藤縄 昭 大塚俊男  
高橋 徹 栗田 広

## 編集後記

本誌も第4号を迎え、通巻37号となりました。国立高度専門医療センターの一つとして、国立精神・神経センターとなり、その中の精神保健研究所として歩んできました。この間、精神保健計画部、薬物依存部、心身医学研究部と部も増設され、現在10研究部から組織され、精神保健に関する幅広い研究領域となりました。

また所員の新旧交代も進み、若返り、研究費も所内研究費に加えて、精神・神経疾患研究委託費、厚生科学研究費等の援助を受け、研究活動が行われています。それらの成果として、本号において当研究所員から論文や資料が多数投稿されました。これらの研究結果が、所外において学問的にも高い評価を受けると同時に、実際の地域精神保健活動にも何らかの貢献ができるようなものであることを望んでいます。現代社会は著しい技術変革が進み、何事にもスピードアップが要求され、企業

間はもとより個人の間でも競争は激しく、人間関係も一段と複雑となってきた一方、家庭内では親子関係にも様々な変化が起こり、その結果精神障害および不適応や自殺などの社会病理現象も多発してきています。いじめからの子どもの自殺、中間管理職や上級管理職の自殺、孤独からの老人の自殺など、新聞紙上でも各年齢層の自殺記事が度々目に触れるようになってきている状況です。

そこで本号では、自殺を特集の一つとして取り挙げ、この分野の第一人者である所外の先生方に執筆をお願いすることにしました。特集では、総論的なことに始まり、児童期、成人期、老人期のみならず、いくつかの角度より自殺の特徴を考察することとしました。掲載の論文は、精神保健の分野の専門家の皆様の今後の活動に、何らかの示唆を与えてくれることを確信しております。(大塚俊男 記)

## 精神保健研究

第37号

(1991年8月15日発行)

(非売品)

編集責任者——藤縄 昭

発行者——国立精神・神経センター  
精神保健研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 0473(72)0141

FAX 0473(71)2900

# Journal of Mental Health

## Number 37, 1991

Official Publication of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

<b>Foreword. H. Shinozaki</b> .....	1
<b>Special Articles: Suicide in Japan</b>	
Self-destruction in Japan. M. Kato .....	3
Suicidal Behavior in Children and Adolescents. K. Saito .....	13
Suicid in Adulthood. K. Yoshimatsu .....	23
Suicide in Old Age. T. Otsuka .....	33
Suicide of Executives. Y. Kasahara .....	41
The Misreporting and Misuse of Suicide Statistics in Japan: A Diagnosis and Treatment of Innumeracy in the Bureaucracy, Mass media, and Academia. W. Wetherall .....	47
Suicide Attempters on the Critical Care Medical Center. H. Kurosawa, et al. ....	71
<b>Review</b>	
How to Prevent Learning Disabilities?: A Review of Articles on Learning Disabilities and Themes of the Further Research. H. Hara .....	83
<b>Original Articles</b>	
Alcohol and Traffic Accidents in Japan. S. Shimizu .....	95
A Community Case Study on Social Conflict Caused by General Inhabitants Who were Against Building Public Psychiatric Emergency Center in a New Satellite Town of a Magalopolis. I. Oshima, et al. ....	103
Outcome and Family Prevalence of Borderline Personality Disorder. S. Machizawa, et al. .....	119
Family Coping and Family System Change of Alcoholic Families: An Application of Ideal Version, FACESIII. K. Takanashi, et al. ....	127
Family and Mental Health: In the Emergent Social Situation of Privatization. S. Shimizu .....	137
Mental Health of Staff Members in Social Welfare Facilities for the Mentally Retarded and Its Social Background: The Second Report. J. Shiya, et al. ....	151
Residual Syndromes in Methamphetamine Associated Disorders. K. Wada, et al. ....	161
<b>Case Report</b>	
Landau-Kleffner Syndrome with Good Long Term Prognosis. M. Kaga .....	169
<b>Comments</b>	
A Computerized Communication System of Patients' Information in Multiinstitutional Col- laborative researches. Y. Kim, et al. ....	177
Indicators of Change in Mental Health Service. S. Maruyama, et al. ....	181
A Quantitative Profile of Family Therapy in Recent Japan. S. Shimizu, et al. ....	211
Notice for Contributors...239	