

# 精神保健研究

第5号 (通巻38号)

平成4年

## 総説

飲酒をめぐる社会的責任性に関する政策提言的研究 ..... 清水 新二... 1

## 原著論文

精神障害者施設とのコンフリクトを経験した大都市近郊新興住宅地域住民の  
精神障害者観 ..... 大島 巖  
上田 洋也...11  
山崎喜比古  
椎谷 淳二

精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度

—東京都民に対する意識調査から— ..... 大島 巖...25  
有機溶剤依存者とその長期予後に関する研究 ..... 福井 進...39

QOL評価尺度の作成とその内科外来患者への適用—予備的調査— ..... 町沢 理子...47

永田 頌史  
石川 俊男  
吾郷 晋浩

CT上広範な脳脊髄液領域を示す症例の聴覚中間潜時反応

—起源に関する考察— ..... 加我 牧子...57  
昆 かおり  
鈴木 文晴  
山内 秀雄  
石川 充

## 資料

精神科医療におけるインフォームド・コンセント (ジョージ・J・アナス教授) ... 白井 泰子...67  
大規模精神病院の閉鎖の評価 (ジュリアン・レフ教授) ..... 永田 貴美子...73

TAPS 計画のまとめと展望 ..... 荒井 稔  
金 吉晴  
荒井 稔...81

家族療法のエッセンスをどう考えるか

—家族療法全国実態調査結果より (資料第2報)— ..... 永田 貴美子  
金 吉晴  
清水 新二...87  
高梨 薫  
鈴木 浩二

## 【総説】

## 飲酒をめぐる社会的責任性に関する政策提言的研究

清水新二\*

抄録：わが国の許容的な飲酒文化は社会システムの維持、統合に大きな役割を果たしてきたが、他方でアルコールのもつ社会的薬物としての側面には国民的理解が未成熟であった。飲酒の自由と抵触することなく、飲酒に関するこの社会・文化的側面と薬理的、公衆衛生的側面のギャップをどう埋めていくかは、社会構造的視点からみても日本社会に課せられた特異な課題である。

本稿では、「社会的薬物としてのアルコール」という考え方に飲酒の自由とアルコール政策の調和的接点を求めて、その原理、基盤を論じ、かつその社会的責任を広告・宣伝、酒類自動販売機、酒税などの具体的問題を絡めて政策論の視点から論じた。

精神保健研究 38 ; 1-9, 1992

**Key word:** ALCOHOL POLICY, ALCOHOL CONSUMPTION, DRINKING CULTURE, DRUG, PUBLIC HEALTH

## 1. 「健康と経済」問題に関する世界の潮流

飲酒が日本の文化の中で、大変大きな位置を占めてきたことは周知のとおりである。日本の文化がアルコールと親和的であるばかりでなく、アルコールが社会の統合、運営に大きな役割を果たしているという意味で、飲酒は日本社会において大変重要な要素を構成している(清水, 1985a)。組織の統合強化、具体的な人間関係の円滑化、過労からくる疲労感の一時的軽減など、具体的にビジネスマンの日常をみてみれば、飲酒が側面的にわが国の経済発展をバックアップをしてきたことが容易にみとれるだろう。ドリンク剤の売れゆきが好調で、当分この傾向は維持されそうだという。

日本経済の好調を支えてきたものに、ビジネスマン、労働者の頑張りがあるが、ドリンク剤の好調の背後には彼らの頑張りと共に、「勤続疲労」などと言われるような、身体的ならびに精神保健的なストレスの問題が見えかくれする。彼らの頑張りによって経済的、技術的に躍進する日本社会も、世界の中核の一角を占めるに至り、様々な摩擦をおこし始めている。世界が流動的になっているこの時点で、改めて日本社会のあり方を、特に労働・経済と健康の面からも考え直す時期に至っているように思われる。既にその動きは現実化し始め、労働時間の短縮化が国際的責務となり、過労死対策が検討され、政策的にも「生活関連予算」が設定されたり、「生活大国」が国策として志向され始めている。

折しも、1991年9月「公衆衛生と経済発展」をテーマに公衆衛生世界サミットが埼玉県で開かれ、「全ての人々に健康を(Health For All)」との目標ならびにその戦略の基本を、埼玉宣言として採択した。いわゆる「持続可能な発展(sustained economic development)」を確保するための基盤

What is the Social Responsibility for Alcohol Consumption?: A Policy Proposal

\*国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

Shinji Shimizu

National Institute of Mental Health

として、人々の健康の重要性を謳いあげたものである。人々の健康が国家や地域社会のみならず、産業界にとっても長期的投資につながるとの基本的認識は、WHOの現実的で実行可能な健康戦略の基礎ともいえるものであろう。

人々の健康問題に対して現実影響力をもつ意見書や対策構想・計画の基本的視点も、多かれ少なかれこの認識を共有すべきことは疑いえない(Grant, 1985)。1991年やはりWHOとの協賛で開催されたアルコール関連問題国際専門家会議(東京)の基調講演でも、対策の成否は実行のための「協力態勢(partnership)」を各界の理解を通じてどのように組めるかにかかっている、と中嶋事務総長は言明している。同時にこの課題の実際上の難しさについても言及している。実際上のむずかしさ、すなわち実効のあるアルコール関連問題対策は、一方でこれまでの研究成果からして総合的に実施されねば望み得ないことを強調しつつ、こうした総合的対策の推進のためにも、社会の責任性の重要性と各界の協力態勢の構築の必要性について触れたものである。

こうして1)人々の健康はそれ自体追求、実現される価値があること、2)人々の健康の保持、増進は社会の各セクターそれぞれの発展にとってベースとなること、3)そして酒害から自由な人々の健康を保持、増進するための戦略と対策が総合的に、かつ上述のごとく各界の協力と責任の下に推し進められねばならないこと、がアピールされたのである。

## 2. 飲酒と健康に関する社会の責任性問題

### 1) 適正と責任性

一般に社会的責任性を考えるという場合、当然明示されねばならない最初のものは、何に対して責任をもつのかという、責任性の中身であろう。本題に即して端的に言えば、それは「アルコールは依存を結果する薬物でもあり、さらに間違えればアルコール関連問題とも呼ばれる様々な生活障害を引き起こす可能性が、他の一般の飲食物摂取より圧倒的に高い」という、厳然たる事実に対してである。この内在的危険性をいかに最小限にで

きるか、これがアルコール供給上の社会的責任であり、すなわち適正の基準である。

では、飲酒に寛容な日本の場合、何故改めて飲酒の社会的責任性を問題にしなければならないのであろうか。わが国では飲酒が社会的、文化的に認められてきただけでなく、積極的な社会的機能を果たしてきたことは、冒頭に述べたとおり、これまた事実である。むしろ日本の社会システムは、アルコール抜きではその存立さえ危ぶまれるほどにアルコールと親和的なのであり、日本社会からアルコールを抜くべきではないというのが、社会学者としての筆者の基本的立場である。何故そう考えるかといえば、「集団指向性の強い日本社会では、共同飲酒が友好的社会関係の構築、維持、修復にとって極めて重要な触媒となっていること」からして、社会からの急速なアルコール離脱は、経済的、政治的、文化的、そしてわれわれの日常生活の点からもあまりにショックが大きすぎて、いわば社会的離脱症状が強すぎるからである。別の観点から言えば、社会システム自体がアルコールに依存しているのである。これまで飲酒を社会的に受け入れてきた社会なら、どの社会でも多かれ少なかれこのような社会的離脱症状を呈するであろうが、とりわけ日本社会ではこの社会的離脱症状は確実に社会システムの解体化を促進することが予想される。

であるからこそ、社会的に重要な意味をもつ飲酒と、アルコールが本来内在的に備えている危険性をどう両立させていくかは、社会的責任性を達成する上で解決すべき大きな課題なのである。ちなみに厚生省の推計では、わが国には控え目に見積って220万人の、アルコール依存症と疑われる国民がいることが指摘されている。また、そうした通常の成人飲酒人口のみならず青少年の間でも、無知なるままに飲酒行動だけが先行しており、さらには女性や高齢者の飲酒問題が社会的に関心をもたれる昨今なのである。アルコールが重要で不可欠な機能を果たす社会システムを存立させてきたからこそ、アルコールの内在的危険性に侵されやすい社会的脆弱性あるいは構造的脆弱性を、日本社会はビルトインさせているのである(清水, 1985 a)。加えて、この社会的課題は、疾病の治療

にとどまらず病気の予防から健康の増進までを考  
える公衆衛生的視点を補強すれば、厚生行政にお  
いても、決して優先順位が低い政策課題とばかり  
言うてはられないはずである。この他にも、問  
題飲酒者はともかくも、一般の飲酒者の飲酒の自  
由とどう抵触しない形で、社会的責任を遂行する  
かなどが論議のポイントとなろう。

## 2) 社会的責任の原理

一般にわれわれの日常生活において、アルコー  
ルはなんといっても個人の好みに応じた身近な嗜  
好品である。この面から言えば、十分な顧慮をも  
って個人の責任において適正な飲酒を楽しんでも  
らう、というのが常道であろう(河野, 1988)。こ  
うして第一の原理は、通常飲酒するか否かに関  
する個人の選択・自由は尊重されてしかるべきで  
ある、という自明な内容となる。この原理の確認  
なしには、現実的な対策の一切は有り得ないとい  
えよう。

しかしながらアルコールが内在的危険性を伴  
う物質であることを想起すれば、飲酒を選択した  
「個人の自由と責任で適正な飲酒を」、と言っ  
ているだけでは問題は片づかない。その内在的  
危険性の実像と、それにもとづく適正な飲酒で  
あるかについて、国民がこれらの点をどれほど  
正しく理解しているかは決定的に重要なポイント  
となる。深夜の覚醒、発汗あるいは朝酒、繰り  
返される飲酒運転やアルコール関連疾患による  
入退院。はたして一体どれだけの一般飲酒者  
とその家族が、これらが依存と離脱の症状であ  
ることを理解しているであろうか。

筆者自身のいくつかの調査結果(清水, 1984:  
清水・吉兼, 1986)やアルコール臨床の経験  
的観察からしても、この理解不足の点に関する  
危惧を抱かざるをえないのが現状である。そう  
した内在的危険性は他人事としてはともかくも  
、相当重篤な問題飲酒に達している場合でも  
、自分の問題としては捉えておらず(清水, 1985  
b)、またこれまで積極的に識られてこなかつた  
のである。内在的危険性を伴う物質を商品市場  
に供給する以上、この危険性についてなんらか  
の予防的警告が付帯されてしかるべきであら  
う。であるからこそ、酒類自動販売機には必  
ず、また最近では企業によ

て、酒類広告には20歳未満の飲酒が禁止され  
ていることを示す表示が出されているわけであ  
る。

したがって、アルコールの内在的危険性に関  
する理解は個人の責任のみに任せておくべきで  
はなく、社会的な教育、啓蒙活動がいま以上  
にかつシステムティックに追求されるべき性質  
を有するものと言えるのである。

このように、第一の原理が「個人が飲む以上」  
という条件のもとでの適正な飲酒のための環  
境整備であるとすれば、第二の責任性原理は酒  
造メーカーや酒販店が内在的危険性を伴う物  
品を「国民に供給する以上」という、供給サ  
イドの社会的責任に関わるものである。そして  
この供給過程に間接的に関わる国や地方行政  
体にも、当然この責任性原理は適用される。国  
や地方行政体の関わり方としては、第1に徴  
税、歳入ならびに予算執行という形で、また  
第2には酒類供給の結果生じる様々な好まし  
からざる社会的ダメージに対する補償活動とい  
う形が指摘できる。

以上のように考えてみれば、一方では今後  
とも個人の飲酒の自由と責任を原理的に尊重  
するためにも、また他方では飲酒をめぐる  
伝統的な文化の根幹を継承してゆくためにも  
、飲酒による身体的、精神的ならびに社会的  
ダメージを抑止してゆく「適正環境整備」は  
、一層社会的に重要な課題になってこよう。  
政策的な大局的視点からしても、飲酒の自  
由原理と適正飲酒の個人的ならびに社会的  
責任性原理は、相反するものではなく、むしろ  
整合的なものであることがよく理解されるだ  
らう。

## 2. 総合的対策の必要性

### 1) 単一对策の有効性と限界性

これまで各国で、各種のアルコール関連問  
題対策に関する効果判定研究が進められて  
きた。しかし対策としてすぐ思い浮ぶものが  
、実はほとんど実効性の裏付けが伴わなかつ  
たり、部分的、一時的な効果を認めるもの  
、大勢的には実効性が乏しいと判定される  
ものが少なくないことが分かってきた(Far  
rell, 1985)。たとえば酒類広告の全面  
禁止策をとってきたいくつかの国では、相  
変わらず国民一人当り純アルコール消費量  
は高く、重

篤なアルコール関連問題も少なくないことが知られている。また実験的に酒害と健康に関する啓蒙、教育キャンペーンをしてその効果を測ってみても、知識は増加するものの実際の飲酒行動にはほとんどインパクトを与えない、との報告も続出している。これは広告宣伝が酒類販売戦略全体を構成する要素の中の一部分でしかないためであり、たとえばどれほど優れた青少年への酒害啓蒙メッセージも、それが単なる一片のメッセージである限り、実社会の実態によってあるいは仲間集団 (peer group) の強い影響によって、簡単に相殺されてしまうからである。

他方、単一の対策がまま意味を持つことがある。それは総量抑制や重篤なアルコール関連問題への直接的寄与といった形ではなく、対策が示唆する「飲酒と健康」問題の所在と人々の関心をそこに引くことができた場合である。つまりそうしたシンボリックなメッセージが、1) 先ず問題の所在をアピールすることで問題の焦点化がなされ、そして2) 他のアルコール関連問題対策を誘導、触発し、アルコール関連問題対策を賦活化させる。さらには結果的に、3) 対策の総合化を促していくことになるであろう。もっとも、こうした、いわば対策成長過程が自然に進行していく、などと考えるのはあまりにも楽観的に過ぎる。対策を打ち出す側が持つ現有する影響力の大きさや、対策の内容が関係団体の利益や集団目標、あるいは関連する人々の利害にどのような影響を与えるのか、どれだけ2) や3) に対するインセンティブや、事前のまたは同時のリケージができていないか、などこの対策成長過程に関わる課題は多い。

このように単一的対策の有効性と限界性を明確にした上で、望むべくは対策の総合化への展開を希いつつ、以下に問題をアルコールの販売問題に絞ってそのいくつかの問題点を検討する予定だが、その前にもう一つ述べておきたい点がある。それは、販売問題が総合的対策の中でどう位置づけられるのかに関するものである。この点を明らかにしておくことは、同時に単一对策が総合対策へと展開する上で、大きな促進剤になると考えるからである。

## 2) 総合的アルコール関連問題抑止対策の枠組

ここでは、これまでの対症療法的な医学的処置はいうに及ばず、予防医学の枠組からも一度自由になって、精神保健をめぐる社会問題としてアルコール関連問題を捉え直す、という視点から抑止対策の枠組を考えてみたい。つまり、対策の枠組を考える場合に最も重要となるその目標を、治療以上に予防に、さらに予防以上にかそれと同等に抑止に置くということである。飲酒が社会に受け入れられた社会的、文化的行動であるだけに、アルコール関連問題の間口は広く、医療的対応だけでは手に負えない性質を有する。アルコールが社会的薬物 (social drug) とも呼ばれる由縁である。一般人口をも対策の対象とするこの抑止の視点は、1991年のアルコール関連問題WHO報告第4項 (WHO, 1991) とも連動するものである。

図1はこの抑止対策を第1次から第3次までに区分した上で、介入 (intervention) のレベル、効果側面、対策具体例をまとめたものである。第1次から3次になるにしたがって、介入のレベルは直接から間接的なものへ、また効果は速効的なものから遅効的なものへと向かう。さらにこれと対応して、効果の持続性が短期的から長期的なものへと、すなわち効果が比較的速やかに現れるが概してその効果の持続は期待できない介入から、遅効的ながら効果が現れ始めると持続しやすい介入まで、それぞれの特徴を有する有様が図式的に示されている。

さてここでは、さしあたっての焦点たる販売問題に即して考えてみたい。この内第1次ならびに第2次の抑止策は、国際的には通常それぞれ入手対策 (availability control)、接近対策 (accessibility control) などと呼ばれるものにほぼ対応している。また第3次抑止策は、冒頭で触れたアルコー

	介入	効果	具体例
第1次	直接的	短期的速効的	製造・販売の許可制、部分的禁止
第2次	間接的	中・長期的	販売規制
第3次	環境的	長期的遅効的	需要開発規制、教育・啓蒙活動、健康増進システム整備

図1 抑止対策の枠組



ル関連問題専門家国際会議における中島宏WHO事務局長の基調演説において特に言及された、いわゆる需要抑止対策(demand control)と呼ばれるものに対応しているが、これはアルコール関連問題対策に関する世界の基本潮流でもある。具体的な比喩を用いれば、第1次抑止策の基本は水道の蛇口による水量調整であり、第2次のそれは水道栓への接近規制であり、そして第3次抑止対策はそもそも無用で過剰な喉の渇きを覚えないようにとの普段からのコンディショニングに関わるものである。もちろん、第1次から3次までの問題が連動していることは言うまでもない。第2、3次の問題の在りようが、蛇口のさらなる開栓を促すし、蛇口からおいしそうにきらきら輝いてほとぼしる水が、人々に喉の渇きを刺激し、蛇口への接近を誘うといった次第である。ここでも抑止対策が総合的に追及される必要性が浮き上がってくる。

酒類販売の側面からみたアルコール関連問題抑止策としては、あるタイプの(アルコール濃度、酒類等による)アルコールの販売を規制する第1次的対策、また法的飲酒可能年齢の強調PRや酒税の値上げあるいは飲酒販売の時間、場所および方法の規制などからなる第2次的対策、そして過度の宣伝広告に対する規制や特定人口層をねらった需要開発への抑止などが第3次抑止対策として考えられる。したがって、たとえば酒類自動販売機および広告宣伝の問題は、それぞれ第2次ならびに第3次の抑止対策に位置づけられることになる。

また総量規制の方針は、とりわけ第1次と第3次の抑止策と深い関連を有するものの、当然第2次対策とも連動している。原理的な観点からすれば、本格的な総量規制とは、とりもなおさず以上の各次元における抑止策を総合的なものとして取り組む方針の宣言である、ともいえる。

ただ現実的な観点からすれば、この内第1次対策は相当の直接的介入であって、アルコール製造販売が公社化されている北欧諸国や、国営化されているロシア共和国を始めとする多くの旧社会主義国ではともかくも、わが国のような自由主義経済体制の社会では現実には採り得ない対策といえよう。一方第3次対策は間接的で権力介入のイメージは薄いものの、その分速効性は期待できず、かつ当事者次第の面が強く対策効果も見通しにくい。ただ息長く継続的、総合的にこの対策が追求されれば、その効果としては長期的かつ抜本的なものを期待し得る。多くの欧州諸国で、国民一人あたり酒類消費量が低下し始めている事実は大変重い。

### 3. 酒類販売に対する人々の意識と酒類購買行動

以上のアルコール関連問題抑止対策の枠組を念頭に置いて、ここではいまま少し具体的に抑止対策を検討してみたい。とりあげる問題は酒類販売の問題であり、考慮する視点は対策実施主体の原理

表1 酒害対策への態度 (%)

対策項目 地域	宣伝広告禁止			自動販売機廃止			酒税値上げ			専門病院治療		
	①	②	③	①	②	③	①	②	③	①	②	③ <sup>1)</sup>
総計	6.0	24.4	66.7	16.5	23.7	57.3	3.6	13.8	79.9	29.4	36.7	31.5
秋田	6.0	23.1	68.1	15.5	24.1	58.0	2.0	12.8	82.8	27.1	36.8	33.9
東京	5.9	29.2	61.6	20.0	22.2	54.6	9.2	17.3	69.7	37.3	36.2	23.2
X <sup>2</sup> 検定 <sup>2)</sup>	N.S.			N.S.			***			**		

1) 繁雑さを避けるため「不明」の数値は乗せていないが、各項目とも100%から①+②+③の数値を差し引けば不明分の数値が得られる。この点は以下の表でも同様。また①は「積極的支持」、②は「どちらともいえない」、③は「必要なし」を意味する。

2) 不明ケースを除いて検定。\*\*\*は危険率0.001、\*\*は0.01で有意差のあることを、またN.S.は有意差のないことを示す。

3) 調査の方法は各地域とも無作為抽出による戸別訪問面接調査によった。対象者は20歳から65歳までの成人男子646人(秋田農山村地区)、185人(東京下町地区)である。

的整合性とはまた異なる、対策受容主体の意識ならびに酒類購買行動である。

### 1) 一般成人

表1にみられるように、一般成人の間では調査結果からみる限りアルコール関連問題対策には概して消極的な政策受容主体側の意識であった(調査概要については表1注ならびに清水, 1988参照)。その理由としては先ず、わが国の飲酒文化と人々の日常的な飲酒習慣・行動が、こうした政策受容の局面にも反映しているとみられる点である。また別の理由としては、「積極的にすべき」「そこまでやる必要なし」との、ワーディング上の社会的選好性(social desirability)の問題が考えられる。たとえば「その方が好ましい」「そこまでやるべきでない」などの選択肢にした場合、日本人が好むものの言い方からして結果はまた異なってくることも予想される。しかし表1の結果に関する限り、「専門的病院治療」を除いて過半以上が対策不支持を表明しており、政策受容主体の側からすればあまり直接的な介入・規制を支持しておらず、むしろ間接的な対策を望んでいることが窺われる。第1次、第2次の抑止対策の推進を図ろうとするならば、啓蒙・教育などの第3次の対策をさらに展開すべきことが示唆されている。ただこの場合でも、他の対策と連動した総合的、多面的な施策として展開されねば、そう顕著な効果は期待し得ぬことは既に触れたとおりである。

あえて第2次の抑止策の観点からいえば、この調査結果からみる限り、とりあえずの介入ターゲットは自動販売機の規制、撤廃ということになる。また公衆衛生的観点からする酒税コントロールは、関連諸機関・団体以外にも当の対策受容主体からの反発も強いものと予想される。加えて、対策受容の地域差にも、同時に関心が向けられるべきであろう。

### 2) アルコール依存症者の場合

一般人口の対策受け入れ意識の一端を明らかにしたが、ではアルコール関連問題の一方の当事者たるアルコール依存症者の場合はどうであろうか(調査概要については表2注ならびに清水・小杉

表2 宣伝広告の禁止

	アルコール依存症者 (N=177)	一般地域住民 (N=831)
禁止すべきである	16.9%	6.0%
どちらともいえない	26.0%	24.4%
そこまでやる必要はない	50.3%	66.7%

1) アルコール依存症者については、1年間にアルコール専門外来を受診したアルコール依存症患者の内、グループミーティングに参加した全員(177名)を対象に、自計式アンケート調査を実施した結果による。一般住民調査については表1を参照のこと。以下表5まで同様。

表3 酒類自動販売機の廃止

	アルコール依存症者 (N=177)	一般地域住民 (N=831)
廃止すべきである	32.8%	16.5%
どちらともいえない	28.8%	23.7%
そこまでやる必要はない	32.2%	57.3%

表4 酒税の値上げ

	アルコール依存症者 (N=177)	一般地域住民 (N=831)
値上げすべきである	13.0%	3.6%
どちらともいえない	32.2%	13.8%
そこまでやる必要はない	48.0%	79.9%

表5 専門病院での治療

	アルコール依存症者 (N=177)	一般地域住民 (N=831)
積極的にすすめるべきである	62.1%	29.4%
どちらともいえない	22.0%	36.7%
そこまでやる必要はない	9.0%	31.5%





他, 1983) 点からリスク・ファクターそのものとして、注目されるのである。こうした点を踏まえてみると、一般的に習慣飲酒開始年齢が早ければ早いほど問題飲酒が結果されやすく、アルコール関連問題の観点からは特別に関心を払わねばならぬ年齢集団が青少年たちなのである。

高校生を対象にした調査によれば、週1回以上飲酒しアルコールのストレス発散作用を利用し、時に飲酒による失敗も経験している「問題飲酒」高校生が男子で15.2%、女子でも9.2%に達していることが報告されている(鈴木, 1991)。さらに週に数回飲酒し、アルコールを心理的に求める「重篤問題飲酒」高校生も男子で1.2%、女子で0.5%が確認されている。

高校生は未成年飲酒禁止法でその飲酒を禁止されていることは言うまでもない。では、こうした高校生がアルコールに接近し入手する上で、酒類自動販売機はどのような役割をはたしているであろうか。同じ調査の結果によれば、これまでに酒類自動販売機を利用したことのある高校生は全体の42.2%にも達していることが判明している。当然「問題飲酒」「重篤問題飲酒」群の高校生において、より頻繁な自動販売機利用が目だつ。

#### 4. 適正環境整備にむけて

一般に適正な規制、対策を論議する際、なによりもその適正の基準は何かという、入口の問題でつまづくことが多い。そこで適正販売、より一般的な観点からは適正環境整備の問題を考える際には、改めて社会的責任の原則を再認識しておく必要がある。というのも、適正の基準とはアルコール販売にあたって関連するセクターが、いかにそれぞれの社会的責任を果たすかの指針でもあるからである。繰り返せば、「アルコールは依存を結果する薬物でもあり、さらに間違えればアルコール関連問題とも呼ばれる様々な生活障害を引き起こす可能性が、他の一般の飲食物摂取より圧倒的に高い」という、この内在的危険性をいかに最小限にできるか、これがアルコール販売の社会的責任であり、すなわち適正環境整備の基準である。

一部の酒販店による酒類自動販売機の自主撤去

の動きは、この酒類供給上の社会的責任を自ら明確にするものであり、健康と経済の両立を先取りする姿勢と評価される。「持続可能な発展」を確保するためには、これまでのようなマーケットとシェア最優先の企業活動が改められねばならないことが、わが国の他の基幹産業においても強調される昨今である。前記WHO報告には、健康と経済の両立を図りながら、いかにこの社会的責任を達成していけるかに関する、示唆に富む多くの提言が含まれている。

健康と経済の両立を原則として考えてみれば、自由主義経済にたつわが国では、当面第1次抑止策よりも第2次ならびに第3次抑止策に、適正環境整備上の課題が集中していると考えられる。第1次的抑止についても、第2次および第3次抑止策が首尾よく進めば、その効果が間接的に循環して自ずと第1次的効果をもたらすことが想定されるからである。

以上の社会的責任論と基本的戦略を前提に、適正環境整備の一環としてありあえず販売の適正化にむけて今後検討されるべき対策課題をあげれば、

1) より適正な販売を目指すアクセスコントロールとして、酒類自動販売機の設置工夫を再検討する。特に青少年を考慮した場合、将来自動販売機は撤去されることが望ましい。

WHO報告第6項では、特に日本の問題状況を示唆して、「自動販売機の場合は、若年者のようなハイリスク集団による酒類の購買を防止することは困難である」と明記されている。世界で唯一わが国だけにみられる酒類販売法である自動販売機の撤去にむけてのプログラム作成は、国際的にみてもアルコール政策史における特別な出来事として評価されることであろう。

2) 宣伝・広告の規制など、これまで弱かったディマンドコントロールとして需要拡大抑止策の検討

多くの研究は単発の広告規制が顕著なアルコール消費量抑止につながらないことを明らかにしてきたが、これまでアルコールが社会的薬物として有する内在的危険性についての理解の乏しかったわが国においては、その直接的効果以上に間接的でシンボリックな啓蒙効果が大きい

に期待される。

### 3) アルコール関連問題総合的抑止対策策定財源の確保

酒類供給過程に参画する社会的責任を果たすためにも、また「持続可能な発展」を確保するためにも、酒害の抑止対策は決定的に重要となる。その抑止対策は総合的になされるのが効果的であり、なんらかの財源をこの総合的抑止対策の策定ならびに遂行にあてる方途が、関連機関の協力によって検討されるべきであろう。

### 4) 国際マーケット化への予防対策とのリンク

自国の厳しい規制ならびに消費量の落込みによって、外国酒類メーカーの対日輸出努力が高まっている。その結果が、わが国の国民の間にさらなるアルコール関連問題を増幅させることのないよう、この点でも「健康と経済」のバランスに十分な配慮が払われることが望ましい。

## 文 献

- Grant, M., Establishing Priorities for Actions. M. Grant (ed) Alcohol Policies, WHO, 1-8, 1985.
- Farrell, S., Review of National Policy Measures to Prevent Alcohol-related Problems, WHO, 1985.
- 樋口 進他：若年アルコール症者に関する研究。アルコール研究と薬物依存, 18:4, 422-436, 1983.
- 河野裕明：アルコール依存の背景。日本医師会雑誌, 99:7, 1162-1167, 1988.
- 清水新二他：飲酒行動ならびに社会的態度におよぼす年齢要因の影響。第18回日本アルコール医学会総会（大津）, 1983.
- 清水新二：飲酒をめぐる行動、問題ならびに社会的態度の実証的研究—秋田県農山村地域実態調査報告を中心に。大阪市立学生生活科学部紀要, 31, 363-382, 1984.
- 清水新二：アルコール・ソーシャル・システム論再考—日本の飲酒文化と飲酒行動—。大阪市立学生生活科学部紀要, 32, 357-373, 1985a.
- 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, 1985b.
- 清水新二：定位家族体験と飲酒態様に関する世代間比較研究—父親の飲酒の影響を中心に—。『社会

福祉論集』（大阪市立大学）, 21/22合併号, 125-146, 1985c.

清水新二・吉兼秀夫：飲酒をめぐる行動、問題ならびに社会的態度の実証的研究（第2報）—東京下町地区実態調査報告—。大阪市立学生生活科学部紀要, 33, 301-312, 1986.

清水新二：酒害対策意識に関する研究。アルコール医療研究, 5:1, 63-71, 1988.

清水新二・小杉好弘他：アルコール依存症者の酒害対策意識—一般人口との比較において—。第26回アルコール医学会総会（東京）, 1991.

鈴木健二：放置できないところまで来た未成年者の飲酒問題。青少年問題, 38:12, 12-20, 1991.

WHO: Inter-regional Meeting on Alcohol-related Problems: Report. 1991.

座間味宗治：アルコール依存症と家族内力動—父子関係を中心として—。アルコール研究と薬物依存, 18:1, 74-85, 1983.

## ABSTRACT

What is the Social Responsibility for Alcohol Consumption?:

A Policy Proposal

Shinji Shimizu

The social system of Japan is considered as an "Alcoholic Social System", where drinking plays a lot of socially indispensable functions, and it would not survive any more without alcohol, just like alcoholics with withdrawal symptoms. Due to this social characteristic, to consolidate both positive and negative social consequences brought about by drinking is the structural demand from the public health perspective, particularly in Japan.

To cope with this demand alcohol should be recognized as a social drug much more widely by public as well as much more seriously by people related with alcohol supply. The core of social responsibility of alcohol consumption is generally found in the question of how we can minimize and prevent the negative social consequences as much as possible, while maintaining the conventional drinking culture. But more specifically in the question of how we proceed to implement what is discussed for the social responsibility.

Based upon these fundamental prerequisites, some problems such as bending machine of alcohol beverages, advertisements in public mass media, are discussed, and several policy proposals are put forward for administrative implications.



【原著】

## 精神障害者施設とのコンフリクトを経験した 大都市近郊新興住宅地域住民の精神障害者観 ——(その1)障害者との接触体験, および弱者体験との関連——

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

抄録：精神障害者施設に対する反対運動が発生した大都市近郊新興住宅地域において、住民調査を実施した。反対運動のあった新興住宅地域は、他地区と比較して比較的豊かな均一化した階層に属する人たちが多く、住民自身の弱者体験が若干少なかった。しかし、障害者等との接触体験や弱者体験がある場合には、精神障害者との社会的距離が有意に縮小していた。以上から、反対運動発生に関わる一般住民側の要因を考察した。

精神保健研究 38 ; 11-23, 1992

**Key word:** *conflict, social distance, contacts with the disabled institutions for the disabled, mental disorders*

### はじめに

わが国でも、近年、遅ればせながら精神障害者の地域ケアやノーマライゼーションの方向が模索されるようになった<sup>2)</sup>。全国各地で小規模作業所づくりが盛んになり、グループホームが作られ、保健所や医療機関ではデイケアが実施され、精神

障害者が地域で当たり前の生活をするための手だが、少しずつつだが整備されている<sup>1)</sup>。

精神障害者を地域で支える活動が活発になると、これらの活動と一般住民の接点が多くなり、精神障害者と一般住民の様々な関わり合いが生まれてくる。一方では、近年盛んになった精神保健ボランティアなど、精神障害者との良好な関係が形成されることもある<sup>1)</sup>。しかしながら、これまで地域から隔絶されていた精神障害者は、一般住民にとっては「社会的恐怖」の代名詞ともいえる存在であり、住民はこの障害に対する具体的なイメージがないまま、精神障害者を時に危険視し、拒絶の対象にさえしてきた。特に、しばしばマスコミで取り上げられる、一般住民による施設反対運動は社会的に大きな影響力を持っている。精神障害者を地域社会から排除しようとするこの動きは、ようやく育ち始めた精神障害者に対する地域ケアの芽を摘み取る可能性を持っており、それを生み出す社会的条件を探ることは極めて重要な課題といえよう。

我々は、障害者施設と地域住民の社会的コンフリクトの全国的な実態把握と統計的な要因分析を

Social Perception toward the Mentally Disabled among General Inhabitants Who were against Building Public Psychiatric Emergency Center in a New Satellite Town of Tokyo

\*国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

Mental Health Administration Studies,  
National Institute of Mental Health

\*\*青葉台ハウス Aobadai House

\*\*\*東京大学医学部保健社会学教室  
Health Sociology, Faculty of Medicine, University of Tokyo

\*\*\*\*国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部

Division of Psychiatric Rehabilitation,  
National Institute of Mental Health

行い<sup>8)</sup>、また代表的ないくつかの地域事例に関しては<sup>4,7,11)</sup>、コンフリクトに関わった関係者等からの聞き取り調査によって、問題の発生要因を検討してきた。本研究は、さらにこれを深めて、精神障害者施設とのコンフリクトを経験した一地域における、住民側の条件を一般住民調査によって明らかにしようとするものである。

ところで、大島ら<sup>5,10)</sup>は、精神障害者との日常的な接触体験を持つ一般住民の調査から、接触の機会が多いほど両者の「社会的距離」が縮小され、少なくとも地域から排除する意識は持たれなくなるとを明らかにした。

それでは、コンフリクトの結果、精神障害者施設を排除した地域における一般住民の精神障害者観はどうであろうか。また当該地域住民は、精神障害者を含む障害者や社会的弱者とどの程度交流しており、それは住民の精神障害者観にどのような影響を与えているのであろうか。

本研究では、このような問題意識に立ち、かつて精神障害者施設とのコンフリクトを経験し、結局は施設を排除するに至った一地域における、問題発生に関わる一般住民側の要因を明らかにする。そのために、コンフリクトが発生した地域と、同じ市内にありながらコンフリクトが発生していない地域の比較を行い、精神障害者の（地域の構成メンバーとしての）受け入れ意識である「社会的距離」と、その形成要因として知られている障害者や社会的弱者との接触体験、および住民自身の弱者体験の相違と、それらの相互関係の差に焦点を当てて検討を進めることにしたい。

なお、本研究で取り上げた地域コンフリクトは、地域活動が活発な新興住宅地域に発生しており、「コミュニティづくり運動」の一環として施設反対運動が行われていたことが地域事例研究の結果明らかになった<sup>7)</sup>。そのため、問題発生に関わる住民側の条件として、「コミュニティ意識」は特に重要と思われたが、これに関しては稿を改めて検討する<sup>9)</sup>。

## 対象と方法

### 1. 対象地域とおよび事例の概要

精神障害者施設とのコンフリクトを経験し施設を排除した地域事例として、某県X市の事例を取り上げた。これは、県立精神科医療センター建設に対する住民の反対運動であり、障害者施設に対する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局限して発生したこと、マスコミ各社が取り上げるパニック的な住民の反応がほぼ全市的に巻き起こったこと、住民のコミュニティづくり運動との関連が認められたこと、そして、結局はこの地域での施設建設が断念されたこと、などに特徴を持っている。

X市は、東京のターミナルから約30分程の近郊衛星住宅都市である。古く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年程前の市政施行当時約3万人だった人口は、現在約13万人に増加している。

このコンフリクト事例の経過と概要は前報に示した通りである<sup>7)</sup>。

### 2. 調査対象者

本コンフリクト事例では、住民の反対運動がX市東部、西部の複数地域で発生しているが、活発な動きをとったのはいずれも新興住宅地域の自治会においてであった。また、同じ新興住宅地域でも、市中央部にはこのような動きは起こっていない。

そこでX市の中から、市に対する建設反対の意見書や署名を提出した新興住宅地域自治会の住民（「**反対新地区群**」と呼ぶ）と、その自治会に隣接し、反対運動が発生しなかった古くから組織されている自治会の住民（「**旧地区群**」と呼ぶ）、およびX市中央部にあり反対運動を起こしていない新興住宅地域自治会住民（「**対照新地区群**」と呼ぶ）を対象とし、それぞれから調査対象者を選んだ。なお、「**反対新地区群**」と「**対照新地区群**」を一括する場合は、単に「**新地区群**」と呼ぶ。

調査対象者は、X市の選挙人名簿から系統抽出

法により抽出した。対象数は、東部と西部の新旧地区、中央部の新地区の5ブロックに150例ずつを割り当てたが、西部地区の旧地区における人口規模が非常に小さかったので100例のみを抽出し、最終的には700例を調査対象とした。なお、新旧地区住民の対象者選定に当たって、新旧両地区の境界

表1 回答者の基本的属性

	反対 新地区①	対照 新地区②	旧地区 ③	全 体	検 定		
					①×②	①×③	②×③
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)			
性別 男性	106(44.2)	58(50.9)	87(44.6)	251(45.7)	ns	ns	ns
女性	134(55.8)	56(49.1)	108(55.4)	298(54.3)			
年齢 20歳代	32(13.3)	20(17.5)	29(14.9)	81(14.8)	ns	***	ns
30歳代	53(22.1)	27(23.7)	33(16.9)	113(20.6)			
40歳代	93(38.8)	28(24.6)	50(25.6)	171(31.1)			
50歳代	37(15.4)	22(19.3)	45(23.1)	104(18.9)			
60歳代	21( 8.8)	13(11.4)	21(10.8)	55(10.0)			
70歳以上	4( 1.7)	4( 3.5)	17( 8.7)	25( 4.6)			
最終学歴							
義務教育	14( 5.8)	5( 4.4)	67(34.4)	86(15.7)	ns	***	***
高校	92(38.3)	48(42.1)	93(47.7)	233(42.4)			
短大・大学以上	125(52.1)	54(47.4)	30(15.4)	209(38.1)			
その他	7( 2.9)	7( 6.1)	1( 2.1)	18( 3.3)			
回答者の職業							
常勤社員・従業員	96(40.0)	44(38.6)	68(34.9)	208(37.9)	ns	***	*
パート・非常勤社員	24(10.0)	7( 6.1)	13( 6.7)	44( 8.0)			
会社経営(含役員)	8( 3.3)	5( 4.4)	6( 3.1)	19( 3.5)			
商工自営業	4( 1.7)	5( 4.4)	19( 9.7)	28( 5.1)			
農林水産業	0( 0.0)	0( 0.0)	16( 8.2)	16( 2.9)			
主婦	73(30.4)	37(32.5)	46(23.6)	156(28.4)			
学生	12( 5.0)	2( 1.8)	4( 2.1)	18( 3.3)			
無職	16( 6.7)	11( 9.6)	14( 7.2)	41( 7.5)			
その他	6( 2.5)	3( 2.6)	9( 4.6)	18( 3.3)			
世帯年収							
200万円未満	1( 0.4)	2( 1.8)	16( 8.2)	19( 3.5)	*	***	***
200—400万円	22( 9.2)	16(14.0)	59(30.3)	97(17.7)			
400—700万円	77(32.1)	32(28.1)	58(29.7)	167(30.4)			
700—1000万円	84(35.0)	25(21.9)	28(14.4)	137(25.0)			
1000万円以上	38(15.8)	28(24.6)	10( 5.1)	76(13.8)			
無回答	18( 7.5)	11( 9.6)	24(12.3)	53( 9.7)			
世帯構成							
単身者世帯	2( .8)	2( 1.8)	4( 2.1)	8( 1.5)	ns	***	***
核家族世帯	206(85.8)	90(78.9)	118(60.5)	414(75.4)			
三世代世帯	20( 8.3)	12(10.5)	49(25.1)	81(14.8)			
その他	10( 4.1)	1( 3.5)	17( 8.7)	31( 5.6)			
無回答	2( .8)	6( 5.3)	7( 3.6)	15( 2.7)			
全 体	240(100.0)	114(100.0)	195(100.0)	549(100.0)			

注：2群の独立性検定， $\chi^2$ test [無回答は除く]。 \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

「年収」「世帯構成」以外は、無回答を表示せず。



は非常に明確であり、地名や番地などで容易に区別が付けられた。

### 3. 調査方法および調査実施状況

調査は1988年8月から10月にかけて、配票留置法によって実施した。発送した700票のうち、549票（回収率78.4%）の有効回収票を得た。このうち、反対新地区群は240票、対照新地区群114票、旧地区群195票であり、回収率に地域差は認めなかった。

### 4. 調査内容

既に述べたとおり、本研究の主要な変数は、精神障害者を当該地域の構成メンバーとして受け入れるかどうかの住民意識である「社会的距離」と、その形成要因としての、精神障害者との接触体験である。ただし、この接触体験に関して、X市では住民が日常生活場面で精神障害者と接する機会はきわめて少ないと考えられた（市内に精神科関連施設は1診療所があるのみ）。そこで、接触体験を精神障害者だけでなく、それ以外の障害や社会的弱者に関するものにも拡大し、さらには本人自身や家族の障害や病気体験などの、弱者体験をも把握することにした。

社会的距離の測定は大島ら<sup>10)</sup>の方法を用いた。

すなわち、安定期にある慢性精神分裂病患者を想定した事例を具体的に記述し、社会復帰場面においてしばしば問題となる状況（「隣りに単身で転居する（状況イ）」「転居者に専門職員のきちんとした指導が行われる（状況ロ）」「同じ職場で働く（状況ハ）」）のそれぞれにおいて、どの程度その事例を受け入れるかを尋ねた。受け入れの程度としては、「困っているときにはできるだけ手を貸す（＝0点）」「他の人と同じような近所付き合い（＝1点）」「あまり関わらないようにする（＝2点）」「他の場所に住むよう働きかける（＝3点）」という4段階の選択肢を用意し、親密な受け入れ程小さな得点を与え、排他的で心的距離が拡大した回答には大きな得点を与えるようにした。

社会的距離尺度としては、上記3状況（状況イ～ハ）の受け入れ程度を単純加算したりッカート尺度を用いた。

## 結 果

### 1. 回答者の基本属性（表1）

各群間には、性別を別にした回答者の人口学的特性に、大きな差が認められた。

まず、「年齢」については、反対新地区群の分布が「40歳代」に集中しており、20歳代と60歳以上

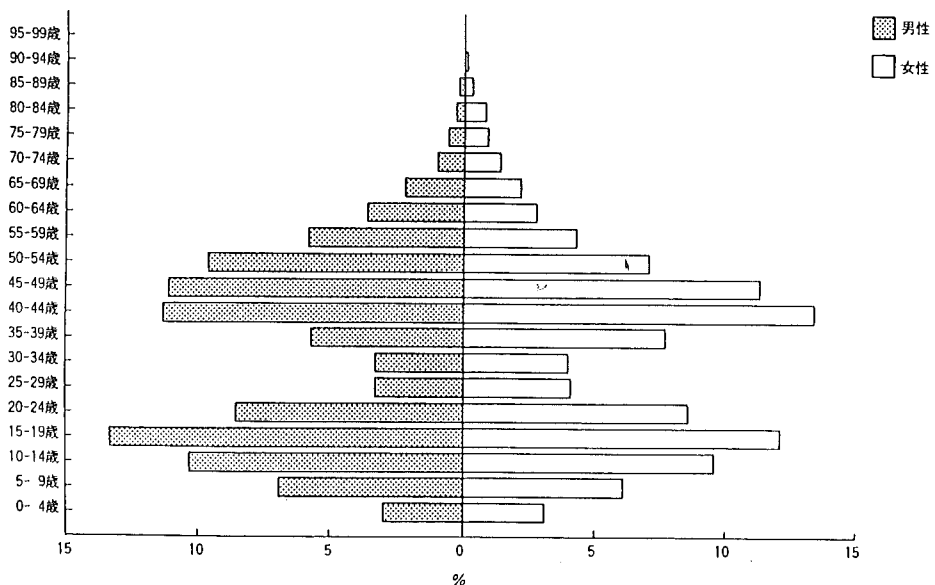


図1 反対運動が起きたX市新住民の年齢構成

の分布が相対的に少ない。これは、地域事例研究で明らかにしたとおり、この地区における年齢構成を反映したものである(図1参照)<sup>7)</sup>。

「最終学歴」に関しては、新地区両群の学歴が高く「短大・大学以上」が半数前後ある。一方、「回答者の職業」では、新地区両群で「常勤社員・従業員」と「主婦」が多い。旧地区群でもこの両カテゴリーが多いが、「商工自営業」「農林水産業」が相対的に多くなっている。

「世帯年収」は、旧地区群に比べて新地区群が高年収であるが、新地区の中でも、反対新地区群は「400~700万円」と「700万円~1000万円」が合わせて67.1%あり、分布が年収1000万円弱の階層に集中している。

「世帯構成」では、核家族世帯が、新地区群、とりわけ反対新地区群に多い。これに対して、旧

地区群は、三世代世帯が25.1%あった。

このように、旧地区と新地区間に人口学的特性に大きな差が認められたが、特に反対新地区群ではある特定の階層に分布が集中する傾向が認められる。

## 2. 精神障害者に対する社会的距離

表2には、地区別に、隣りに単身で越してくる安定期にある慢性分裂病患者(状況イ)をどの程度受け入れるかを示した。各地区とも、「手を貸す」が約20%、「他と同じ付き合い」が50%前後、「関わらない」が20~30%、「拒否」が1%前後とほぼ等しく、各群間に統計的に有意な差は認められない。ただし、「手を貸す」という好意的な受け入れの有無について見ると、旧地区群は26.7%と、反対新地区群の18.8%に比較して若干多い傾向が

表2 地区別、隣りに越してくる精神障害者の受け入れ程度

	手を貸す 人(%)	他と同じ 付き合い 人(%)	関わら ない 人(%)	拒否 人(%)	その他 人(%)	無回答 人(%)	全 体 人(%)	検定(2群比較)	
								手貸す ×他 <sup>#</sup>	受け入れ 程度別 <sup>##</sup>
反対新地区	45(18.8)	131(54.6)	50(20.8)	1(0.4)	13(5.4)		240(100.0)	①ns	ns
対照新地区	26(22.8)	50(43.9)	32(28.1)	1(0.9)	5(4.4)		114(100.0)	②△	ns
旧地区	52(26.7)	94(48.2)	40(20.5)	3(1.5)	5(2.6)	1(0.5)	195(100.0)	③ns	ns
【反対新地区再掲】 <sup>###</sup>									
1981年以前入居	34(22.7)	82(54.7)	28(18.7)	1(0.7)	5(3.3)		150(100.0)	△	△
82年以降入居	11(12.4)	49(55.1)	21(23.6)	0(0.0)	8(9.0)		89(100.0)		
【比較：全体再掲】 <sup>###</sup>									
1981年以前入居	94(24.0)	195(49.7)	84(21.4)	5(1.3)	14(3.6)		392(100.0)	ns	ns
82年以降入居	29(18.6)	80(51.3)	37(23.7)		10(6.4)		156(100.0)		

注1：検定は、# Fisher's test, ## Mann-Whitney U test [その他、無回答は除く]。△ p < .10

注2：### 入居年不明の1例を除く

表3 障害者を見かける頻度

	反対 新地区①	対照 新地区②	旧地区 ③	全 体 人(%)	検 定		
					①×②	①×③	②×③
よく見かける	19(7.9)	11(9.6)	28(14.4)	58(10.6)	ns	ns	ns
ときどき見かける	97(40.4)	33(28.9)	70(35.9)	200(36.4)			
たまに見かける	89(37.1)	58(50.9)	73(37.4)	220(40.1)			
ほとんど見かけない	30(12.5)	11(9.6)	23(11.8)	64(11.7)			
まったく見かけない	4(1.7)	1(0.9)	1(0.5)	6(1.1)			
全 体	240(100.0)	114(100.0)	195(100.0)	549(100.0)			

注：2群の独立性検定、 $\chi^2$ test [無回答は除く]。

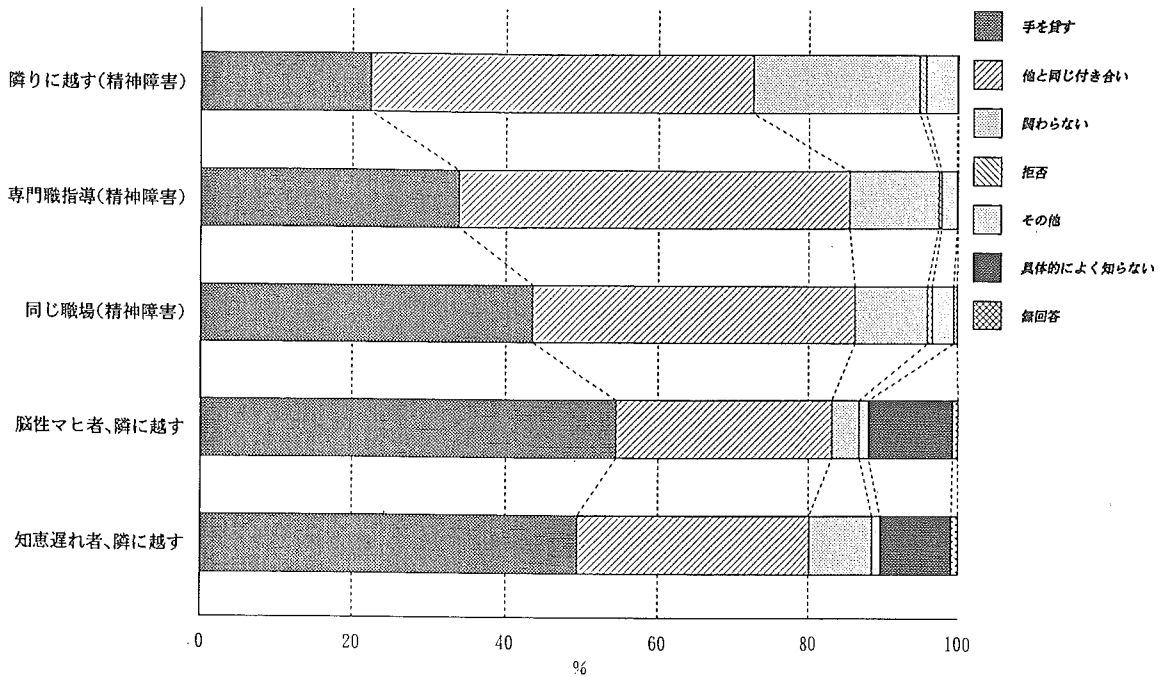


図2 障害者の生活状況別地域住民の受け入れ程度 (全体)

あった ( $P = .0501$ , Fisher's test)。

反対新地区住民の中でも、入居年次によって社会的距離に差が認められた。すなわち、反対運動が発生した1982年以降に入居した住民と、それ以前に入居し地域コンフリクトを経験している住民では、むしろコンフリクトを経験していない住民に、10%水準で受け入れが悪い傾向が認められている。この入居年による差は、調査対象者全体では統計的に有意ではない。

さて、「転居者に専門職員のきちんとした指導が行われる(状況ロ)」「同じ職場で働く(状況ハ)」については、各群間に統計的に有意の差がなく(U-test)、またいずれのカテゴリーに注目しても統計的な差は認められなかった。

図2には、調査対象者全数について、各状況別の障害者の受け入れ状況を示した。図中には、精神障害者に関する状況イ〜ハに加えて、脳性マヒ者と知恵遅れ者が隣りに越してくる場合を対比して示した(詳細な事例提示をした精神障害者に対して、この両障害については「具体的に知らない」ので答えられない」という選択肢を用意した)。図から明らかなように、「隣りに越す(精神障害)」

「専門職の指導(同)」「同じ職場で働く(同)」「知恵遅れ者が隣りに越す」「脳性マヒ者が隣りに越す」の順で回答者の受け入れがよくなっていることがわかる。

さて、社会的距離尺度は、0点から9点まで分布し、平均4.46、標準偏差1.72であった。各地区の平均値(標準偏差)は、反対新地区群5.50( $sd = 1.69$ )、対照新地区群5.63( $sd = 1.80$ )、旧地区群5.31( $sd = 1.70$ )で、平均値に有意の差は認められなかった。

### 3. 障害者との接触体験、弱者体験

外出したときに、心や体に障害を持つ人をどの程度見かけるかを尋ねた結果を表3に示した。全体では、「たまに見かける」が40.1%で最も多く、次いで「ときどき見かける」の36.4%であった。「よく見かける」も10.6%あり、X市住民の障害者との接触体験がそれほど少ないわけではないことがわかる。また、表に示したように、各群間に障害者を見かける頻度において統計的に有意の差は認められなかった。

表4は、友人や親戚に障害を持ったり、大病や

表4 友人・親戚の弱者体験と回答者の対応

	反対 新地区①	対照 新地区②	旧地区 ③	全 体	検 定		
					①×②	①×③	②×③
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)			
友人親戚に弱者体験者あり	127(52.9)	65(57.0)	106(54.4)	298(54.3)	ns	ns	ns
【再掲】友人親戚に障害者	53(22.1)	25(21.9)	47(24.1)	125(22.8)	ns	ns	ns
【再掲】							
身体障害者	34(14.2)	12(10.5)	32(16.4)	78(14.2)	ns	ns	ns
精神薄弱者	11( 4.6)	8( 7.0)	18( 9.2)	37( 6.7)	ns	ns	ns
精神障害者	18( 7.5)	6( 5.3)	10( 5.1)	34( 6.2)	ns	ns	ns
大病や大ケガ	96(40.0)	48(42.1)	72(36.9)	216(39.3)	ns	ns	ns
上記友人や親戚に 対する対応=「あり」	114(47.5)	58(50.9)	95(48.7)	267(48.6)	ns	ns	ns
【再掲】							
悩み聞き相談にのる	27(11.3)	16(14.0)	28(14.4)	71(12.9)	ns	ns	ns
家族の相談にのる	42(17.5)	22(19.3)	38(19.5)	102(18.6)	ns	ns	ns
見舞いに行く	91(37.9)	44(38.6)	65(33.3)	200(36.4)	ns	ns	ns
看病や世話	34(14.2)	23(20.2)	32(16.4)	89(16.2)	ns	ns	ns
その他	5( 2.1)	3( 2.6)	3( 1.5)	11( 2.0)	ns	ns	ns
全 体	240(100.0)	114(100.0)	195(100.0)	549(100.0)			

注：2群の独立性検定， $\chi^2$ test [無回答は除く]。

表5 回答者本人および家族の弱者体験

	反対 新地区①	対照 新地区②	旧地区 ③	全 体	検 定		
					①×②	①×③	②×③
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)			
本人の弱者体験あり	60(25.0)	35(30.7)	64(32.8)	159(29.0)	ns	△	ns
【再掲】							
心や体に障害	9( 3.8)	9( 7.9)	12( 6.2)	30( 5.5)	ns	ns	ns
長期間療養生活	33(13.8)	23(20.2)	36(18.5)	92(16.8)	ns	ns	ns
長期間通院服薬	33(13.8)	11( 9.6)	27(13.8)	71(12.9)	ns	ns	ns
家族の弱者体験あり	95(39.6)	52(45.6)	86(44.1)	233(42.4)	ns	ns	ns
【再掲】							
心や体に障害	17( 7.1)	15(13.2)	22(11.3)	54( 9.8)	ns	ns	ns
長期間療養生活	56(23.3)	29(25.4)	44(22.6)	129(23.5)	ns	ns	ns
長期間通院服薬	47(19.6)	19(16.7)	46(23.6)	112(20.4)	ns	ns	ns
同居家族に70歳以上の老人							
あ り	22( 9.2)	16(14.0)	69(35.6)	107(19.5)	ns	***	***
な し	218(90.8)	98(86.0)	125(64.4)	441(80.5)			
全 体	240(100.0)	114(100.0)	195(100.0)	549(100.0)			

注：検定は，Fisher's test。 △  $P < .10$  \*  $P < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

大ケガなどの体験をした人の有無を示した。全体では、「大病や大ケガをした人」が39.3%で最も多く、次いで「身体障害者」が14.2%、「精神薄弱者」6.7%、「精神障害者」6.2%であった。また、い

れかの問題を持つ友人や親戚を持つものは54.3%、いずれかの障害者に関しては22.8%であった。地域差については、これらの接触体験に統計的な有意差は認めない。

次に、表下部の「上記友人や親戚に対する対応」については、「ある」と回答されたのは、全体で48.6%であった。

対応の内容としては、「見舞いに行く」が36.4%で最も多く、ついで「家族の相談にのる」18.6%、「看病や世話」16.2%であった。この障害等を持つ友人や親戚に対する対応に関しても、各群間に統計的有意差は認めなかった。

表5には、回答者本人や家族の弱者体験をまとめた。

回答者本人が、障害を持ったり、長期間の療養生活を送ったり、長期間の通院服薬をしたりする体験を持っていたのは、全体で29.0%だった。こ

の割合は、反対新地区群が25.0%で、旧地区群の32.8%に比較すると10%水準で若干少ないといえる ( $P = .087$ , Fisher's test)。ただし、弱者体験の内容をみると、各群間に有意差は認められない。

また、回答者の家族が上記の体験をしているのは、全体で42.4%あった。その内訳は、「長期間の療養生活」が23.5%、「長期間通院服薬」20.4%、「心や体に障害」9.8%だった。この体験に統計的に有意の差は認められなかった。

同居家族に70歳以上の老人がいるかどうかに関しては、新地区と旧地区で大きな差が認められた。旧地区群では35.6%が「あり」だったが、対照新地区群は14.0%、反対新地区群は9.2%だった。

表6 地区別 接触体験・弱者体験と社会的距離尺度の関係

	反対新地区	対照新地区	旧地区	全体
本人の弱者体験あり	-.1580 *	-.1058	-.1343	-.1355 **
心や体に障害	-.2077 **	.0010	-.0622	-.0925 *
長期間療養生活	-.1496 *	-.1855 *	-.1017	-.1367 **
長期間通院服薬	-.1065	.0798	-.0819	-.0623
家族の弱者体験あり	-.1675 **	-.0047	.0220	-.0633
心や体に障害	-.0906	-.1001	.0888	-.0243
長期間療養生活	-.2140 ***	.0778	-.0462	-.0886 *
長期間通院服薬	-.0198	-.0239	.0116	-.0137
上記いずれかの体験あり	-.1724 **	-.0767	-.0270	-.0960 *
友人親戚に弱者体験者あり	-.1996 **	-.1632	-.0897	-.1497 ***
身体障害者	-.1885 **	-.0991	-.0267	-.1130 **
精神薄弱者	-.0216	-.1239	-.0298	-.0526
精神障害者	-.0773	.0270	-.0662	-.0476
大病や大ケガ	-.1080	-.1795	-.0390	-.0956 *
友人・親戚への対応あり	-.1804 **	-.2211 *	-.0836	-.1526 ***
悩み聞き相談にのる	-.1482 *	-.1894 *	-.2306 **	-.1887 ***
家族の相談にのる	-.1649 *	-.2265 *	-.0432	-.1349 **
見舞いに行く	-.1433 *	-.1498	-.0128	-.0950 *
看病や世話	-.0071	-.0653	-.0569	-.0360
障害者見かける頻度	-.2482 ***	-.1203	-.1014	-.1702 ***
障害者等へのボランティアあり	-.1726 **	-.1368	-.1750 *	-.1622 ***
思い悩んだ体験あり	-.0835	-.0138	-.1047	-.0728
家庭に70歳以上の老人あり	.0239	-.0689	-.1260	-.0408

注：Spearman順位相関係数。

検定は、無相関の検定。 \*  $P < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

#### 4. 接触体験・弱者体験と社会的距離の関係

最後に、以上見てきた、障害者等との接触体験や調査対象者自身や家族の弱者体験と、社会的距離尺度の関係を、地区別に検討することにしたい。

表5には、両者の関係をSpearmanの順位相関係数で示した。表から明らかなとおり、調査対象者全体で見ると、障害者等との接触体験や弱者体験と、社会的距離尺度との間には、有意の負相関関係が多く認められた。すなわち、これらの体験を持つことが、精神障害者との社会的距離を縮小することに貢献していることがわかるのである。

特にこの関係は、反対新地区群に集中して認められた。すなわち、反対新地区では、大部分の項目で有意の負相関関係が認められた。これに対して、対照新地区群および旧地区群では、接触体験や弱者体験と社会的距離との有意の相関関係は殆ど認められなかった。わずかに、両地区に共通して、弱者体験を持つ友人・親戚への対応で「悩みを聞き相談にのる」、対照新地区群で、本人自身の弱者体験において「長期間の療養生活(あり)」、友人・親戚への対応で「対応あり」「家族の相談にのる」、旧地区群で、「障害者等へのボランティア経験(あり)」の場合に、接触体験や弱者体験と社会的距離の関係に、有意の負相関関係が観察された。

### 考 察

#### 1. 地区別に見た対象者の特徴

かつて精神科医療センター建設に対する反対運動が起こした反対新地区住民は、他地区住民と比較して、人口学的特性がある特定の階層に集中する傾向が認められた。すなわち、年齢が「40歳代」で、学歴が高く、サラリーマン世帯で核家族世帯が多く、世帯年収も1000万円弱の階層が多くを占めている。このように反対新地区住民は、比較的均一化した階層に位置する人たちが多く見られる。

これに対して、反対運動のなかった対照新地区群住民は、高学歴者やサラリーマン世帯・核家族世帯が多いことは共通するが、反対新地区住民より、年齢分布や年収分布に幅が認められた。

反対新地区は、大手不動産業者による大規模造成によって、短期間に宅地化が進み、住民が転入してきた地域である。一方、対照新地区は地元不動産業者が開発した地域であり、一世帯ずつ徐々に入居が進んできたことが知られている<sup>7)</sup>。新地区群間における、対象者の基本属性の違いは、このような住民の入居方法の差を反映したものと考えられる。

一方、旧地区群住民は、三世帯世帯が4分の1程あり、農林水産業が1割程度いるなど、伝統的な地域の特徴を残しながらも、徐々に都市化が進行している地域の住民であることが示唆される。

#### 2. 地区別にみた接触体験・弱者体験と社会的距離

以上見てきた地域差の中で、対象者本人や家族の弱者体験に若干の差が認められた。すなわち、回答者本人の、障害を持ったり長期間の療養生活を送る等の体験が反対新地区群に少なく、また世帯内には70歳以上の老人が同居していないものが多かった。これは、比較的若い核家族世帯が大半を占める反対新地区住民の特性を反映した結果であろう。

ところで、障害者との接触体験の頻度は全国的に見てどのように位置付けられるであろうか。1987年に総理府が行った「障害者に関する世論調査」(回収率77.7%)の結果によれば、家族や親戚、友人・知人に障害者がいるものは31.6%であった<sup>9)</sup>。これに対して、本調査では、友人や親戚との体験は22.8%で、家族に障害者を持つ場合が9.8%、いずれかの体験があるものは26.2%であった。このように、全国値に比べてX市住民の接触体験は幾分少ないといえる。

一方、精神障害者との接触体験については、6.2%がその体験を有していた。これに対して、1983年に実施された「精神障害者の福祉基盤に関する都民の意識調査」(回収率75.9%)では、何らかの形で精神障害者との接触の経験を持つものは32.8%あった<sup>10)</sup>。また、日常的な交流の機会を持つ地区における調査(回収率79.4%)では、接触体験が34.8%であった<sup>10)</sup>。調査方法に若干の相違があり、特に都民調査の割合は一般住民を対象とした調査としては比較的高いように思われるが、い



ずれにしてもX市住民は精神障害者との接触体験があまり多くない。このように、X市における障害者および精神障害者と一般住民の接触体験は一般に少なく、この傾向は調査対象となった3地区とも共通していた。

さて次に、精神障害者の受け入れ意識を捉える社会的距離尺度やその構成項目の分布の差について検討する。

まず、本調査対象の三群間に、社会的距離尺度やその項目の分布にあまり大きな差が認められなかった。社会的距離は、精神障害者を地域の構成メンバーとして受け入れる意識の程度を把握するものだが、実際に精神障害者の施設を地域から排除する運動が起こった反対新地区と、その他の地区の間で、一般住民の受け入れ意識に大きな差が認められなかった事実は重要な知見であろう。加えて、別稿で明らかにした通り<sup>9)</sup>、社会的距離尺度を用いた他地区の調査（精神障害者との日常的な交流がある地域も含む）と比較しても、X市住民の受け入れはほぼ同程度だったのである。

ただし、隣りに単身で越してくる安定期にある慢性分裂病患者に対して、「手を貸す」という援助的な受け入れ意識が、反対新地区で若干少なかった事実に注目しておく必要がある。この違いに関連して、反対運動が発生した1982年以前に入居した反対新地区住民と、それ以降入居した住民で受け入れに若干の差が認められており、むしろコンフリクトを経験した81年以前に入居した住民の、「手を貸す」という受け入れは他地区と同程度に良好だったのである（表2参照）。この理由は後ほど検討するが、実際に施設反対運動を起こした住民たちが、精神障害者を排除する特有の継続的な意識を持った人たちではないことを、この結果は示唆しているものと思われる。

### 3. 接触体験・弱者体験と社会的距離の関係

先行研究<sup>10,13)</sup>では、精神障害者との接触体験は、一般住民の精神障害者観を受容的なものに変えていくことが知られている。本調査では、精神障害者との接触体験ばかりでなく、他の障害者との接触体験や、回答者自身や家族の弱者体験も、精神障害者との社会的距離の縮小に寄与していること

が明らかになった。そして、この関係は主に反対運動が発生した反対新地区に限って認められた。

反対新地区において認められた、障害者等との接触体験や弱者体験と社会的距離の負相関関係は、反対新地区住民の数少ない接触体験や弱者体験の中で、その経験が持たれた場合には、着実に精神障害者の受け入れがよくなっていくことを示唆している。逆に言えば、この地区で精神障害者の受け入れが若干よくないのは、障害者等との接触体験や弱者体験が少なかったからと見ることもでき、十分な障害者等との接触体験があれば、この地区全体の受け入れ意識が改善する可能性が示唆される。

反対新地区に限って、接触体験や弱者体験と社会的距離の相関関係が認められたことに対しては、同地区で特徴的に認められた住民特性との関連を考慮する必要がある。すなわちそれは、①近隣世帯の社会階層が均一であること、②その内容として経済的に比較的裕福で、高学歴、核家族で働き盛りのサラリーマン世帯が多いこと、③障害者等との接触体験や自身または家族の弱者体験にこれまで乏しかったこと、などである。この他に、次報<sup>9)</sup>で明らかにするように、地域活動への活発な参加があり、自ら生活するコミュニティ作り主体的に関わる人たちが多い点も重要であろう。さらには、かつてこの地区で施設反対運動が起こったことも、受け入れ意識が変化する転換点として考慮する必要がある。

### 4. 施設反対運動と精神障害者に対する社会的距離

施設反対運動が発生する要因は非常に多因子的であり、一般住民側の条件だけで十分に説明できるわけではない<sup>8,12)</sup>。しかし、反対運動を起こした住民の、精神障害者に対する受け入れ意識やその形成要因は、地域コンフリクトの準備条件になっていることは間違いないものと思われる。

さて、反対運動が発生した地区における、精神障害者の受け入れ意識である社会的距離は、若干好意的な受け入れ意識が少なかったものの、他地区とほぼ同程度の水準にあった。

この事実に対して、反対新地区が精神障害者に

対する受け入れ意識の面で、特別な地域ではなく、大都市近郊地域で共通の状況にあると考えることも可能である。反対新地区住民の精神障害者観が特別に厳しいものでないことは調査結果の通りであるし、この種の反対運動はX市の特殊な条件下で生み出されたとするよりも、大都市近郊の新興住宅地区に共通する問題を孕んでいると考えることは、今後の対応を考慮する上で重要であろう。

しかし、X市全域に精神科医療センター建設の噂が流れたにも関わらず<sup>7)</sup>、市の東部と西部の大規模造成された新興住宅地区に限って反対運動が発生した事実に対して、一般住民側の要因から説明できるものはないであろうか。

これに対して、精神障害者の受け入れ意識の面から見ると、反対新地区における、①接触体験や弱者体験との間に認められた有意の相関関係と、②居住時期による受け入れ意識の差、の二点が特に示唆的である。

まず、接触体験や弱者体験との有意の相関関係については、反対新地区住民における精神障害者の受け入れ意識の内容が、他地区に比べて多少とも特有である可能性がある。すなわち、この地区において精神障害者を受け入れる意識を持つ人たちは、接触体験や弱者体験を有する人たちが多く、形式的でない障害者理解をしている住民である。

しかしながら、このような十分な理解を持つ住民とは対照的に、接触体験や弱者体験がないために、障害者に対する具体的なイメージを描けずにいる反対新地区住民の存在が問題となる。そして、この人たちは、接触体験や弱者体験に乏しいこの地区においては、相対的にその数も多いのである。

このような反対新地区住民が、彼らの「生活を脅かす」と思われる精神障害者施設の建設という危機状況に遭遇したとすれば、次報<sup>8)</sup>で明らかにするような、住民の地域活動へ積極性や社会的な活動性に支えられて、自分たちの「生活防衛」のため、積極的な行動が取られたとしても不思議ではない。

二点目の居住時期による受け入れ意識の差については、新しい土地に集団で越してきて間もない時期の、不安感や周囲に対する許容性の低さが関係していよう。

地域事例研究<sup>7)</sup>で明らかにしたように、入居間もない時期には、近隣の人間的なふれ合いが形成されておらず、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いう。特に、大規模分譲団地の場合には、住民の全てが多かれ少なかれそのような不安感を持っている可能性があり、加えて、その不安感を吸収してくれる古くからの近隣住民が近くにはいないのである。調査結果では、1981年以前に反対新地区に住み反対運動に関与した住民よりも、それ以降に來住した転居間もない時期の住民の方が、精神障害者に対する受け入れ意識が低く、特に、それは「手を貸す」という受け入れにおいて顕著であった。これは、入居間もない時期のゆとりのなさが、精神障害者に対する許容性の低さに映し出された結果と考えられる。

反対新地区は、1976年以降急速に宅地化が進んでおり<sup>9)</sup>、本調査結果から算出すると、反対運動が発生した1982年当初、転出者なしと仮定して、その地に在住していた住民の86%が來住6年未満の人たちであった。このような時期の住民の不安感と、周囲に対する許容性の低さが、反対運動の発生に関係していたと考えることは十分に可能であろう。

## ま と め

以上、かつて県立精神科医療センターに対する反対運動が発生し、結局は施設を排除するに至った大都市近郊の一新興住宅地域(某県X市)の一般住民に対する配票留置調査を実施し、問題発生に関わる住民側の要因を、精神障害者の受け入れ意識である「社会的距離」と、その形成要因として知られている障害者や社会的弱者との接触体験、および住民自身の弱者体験に焦点を当てて検討した。調査は、反対運動が発生した地域と同じ市内にありながら反対運動が発生していない地域の新旧住民に対して実施し、各地区の特徴を明らかにした。その結果、反対運動が発生した地域(反対新地区)住民に関して、以下の知見が得られた。

1) 反対新地区住民は、年齢層が40歳前後の若い核家族世帯が中心で、比較的豊かな均一化した

階層に属する人たちが多かった。

2) 反対新地区には、回答者本人が障害を持ったり長期間の療養生活を送る等の弱者体験を持つものが若干少なく、また世帯内には70歳以上の老人が同居していないものが多かった。

3) 反対新地区住民に限らず、X市住民における障害者および精神障害者との接触体験は、全国的水準からみて少なかった。

4) 精神障害者の受け入れ意識である社会的距離は、各地区間に大きな違いはなかったが、「手を貸す」という援助的な受け入れ意識に関しては、反対新地区で若干少なかった。

5) 「手を貸す」という援助的な受け入れ意識は、同じ反対新地区でも、反対運動が発生した1982年以前に入居した住民よりも、それ以降に入居した住民に有意に少なく、反対運動を経験した住民の受け入れ意識は他地区と同程度良好であった。このように、施設反対運動を起こした住民たちが、精神障害者を排除する特有の継続的な意識を持った人たちではないことが示唆された。

6) 反対新地区では、精神障害者との接触体験ばかりでなく、他の障害者との接触体験や、回答者自身や家族の弱者体験も、精神障害者との社会的距離の縮小に寄与していることが明らかになった。そして、この関係は反対新地区に限定して認められることがわかった。

7) X市において、反対運動が発生した一般住民側の要因として、次の二点が示唆された。

①反対新地区住民には、障害者等との接触体験や弱者体験を持ち十分な障害者理解を持つ住民がいる反面、接触体験や弱者体験がないために、障害者に対する具体的なイメージを描けずにいる反対新地区住民も多数存在する。反対新地区住民は、住民の地域活動へ積極性や社会的に高い活動性を持っており、精神障害者施設の建設が自分たちの「生活を脅かす」と認識された場合には、積極的な行動が取られ、反対運動に発展した可能性がある。

②反対新地区では、入居して間もない時期における住民の不安感と周囲に対する許容性の低さが、精神障害者に対する受け入れ意識に関連している可能性があり、これが反対運動の発生に関与していたと考えられた。

なお本研究は、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) 神奈川県社会福祉協議会：精神衛生とボランティア活動。神奈川県社会福祉協議会，神奈川県，1984。
- 2) 公衆衛生審議会精神保健部会：地域精神保健対策に関する中間意見。1991.7。
- 3) 内閣総理大臣官房広報室：障害者に関する世論調査。内閣総理大臣官房広報室，1987。
- 4) 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)。
- 5) 大島巖：精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度。精神保健研究38(掲載予定)。
- 6) 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—福祉施設と精神病院の社会化・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)。
- 7) 大島巖，椎谷淳二，上田洋也，山崎喜比古：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。精神保健研究37：103-118，1992。
- 8) 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36：101-122，1990。
- 9) 大島巖，上田洋也，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—(その2) 住民の地域関係，コミュニティ意識との関連。社会精神医学16(掲載予定)。
- 10) 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—開放的な処遇を有する—精神病院の周辺住民調査から。社会精神医学12：286-197，1989。

- 11) 小沢温, 三田優子, 椎谷淳二, 和田修一, 大島巖: 精神障害者施設(作業所)に対する地域住民の反対運動の一事例—家族会が運営する小規模作業所の場合。(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).
- 12) 三本松政之: 施設の拡充整備と地域社会コンフリクトへの対応。(古川孝順(編): 社会福祉供給システムのパラダイム変換. pp162-179, 誠信書房, 東京, 1992)
- 13) 精神障害者福祉基盤研究会(岡上和雄代表): 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査, 三菱財団社会福祉助成金報告書, 1984.
- 14) 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

General inhabitants, who were against building public psychiatric center in a new satellite town of Tokyo, were compared on their social perception toward the mentally disabled, and its related factors of the contact with the disabled, their own experience of severe illness or disablement, and the other psychosocial variables, with inhabitants who were not against in the same city. We discussed the factors of this community conflict case from the background of general inhabitants.



【原著】

## 精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度 ——尺度の妥当性を中心に——

大 島 巖\*

抄録：東京都民に郵送法による意識調査を実施し、我々が開発した社会的距離尺度の、都市部一般住民に対する適用結果を検討すると共に、精神障害者に対する態度尺度との関係を明らかにした。その結果、尺度の分布や接触体験との相関関係は、精神障害者施設と特定の近隣関係を持つ地区住民の結果と近似し、また態度尺度の因子分析で抽出された概念的に類似する態度因子と高い相関を認めた。以上から、我々が開発した社会的距離尺度の妥当性について考察した。

精神保健研究 38; 25-37, 1992

**Key word:** *social distance scale, contacts with the mentally disabled, social perception, validity, factor analysis*

### はじめに

社会的距離尺度法は、アメリカの社会学者 Bogardus<sup>2,7)</sup>が考案した社会的態度測定法であり、他集団に対する、社会関係の上で感じる同情的な理解（親近性）の程度を把握しようとするものである。これまで、Crocetti<sup>4)</sup>をはじめとして、精神障害者に対する受け入れ意識を把握するために社会的距離尺度法を用いた研究が数多く行われている<sup>4,17)</sup>。

一般住民の精神障害者に対する態度を把握する他の測定法には、一連の質問項目に対する回答を求める評定尺度法<sup>1,3,5)</sup>や、情緒的意味を把握するSD法などがある<sup>10)</sup>。これに対して、社会的距離尺度法は、精神障害者を所属集団の構成メンバーと

して受け入れるかどうかを、現実レベルで捉えることを目指したものであり、実際的な精神障害者への対応をよく反映する手法と考えられている<sup>14)</sup>。

大島ら<sup>13,14,15)</sup>は、精神障害者のリハビリテーションや地域再定着化問題に焦点を当てた社会的距離尺度を開発して、精神障害者施設と地域住民の近隣関係が良否対照的な2地区において住民の社会的距離を測定し、尺度値に影響を与える要因を検討してきた。これらの研究から、この社会的距離尺度の有効性が明らかになりつつあるが、精神障害者施設との特定の関係を持たない一般地域住民に対しては、本尺度を用いた研究がまだ行われていない。また、この社会的距離尺度が他の態度尺度とどのような関係を持っているのかについても未検討である。

そこで本研究では、東京都の一般住民に精神障害者観に関する意識調査を行い、都市部一般住民における社会的距離尺度の適用結果を検討するとともに、精神障害者に対する一般的態度尺度との関係を明らかにし、社会的距離尺度の妥当性を検討することにしたい。

Social Distance Scale and the Attitude toward the Mentally Disabled among General Inhabitants in Megalopolis

\*国立精神・神経センター 精神保健研究所

Iwao Oshima: National Institute of Mental Health



## I. 対象と方法

東京23区に在住する20歳以上の男女を対象とした。確率比例法を用いた2段無作為抽出法によって、選挙人名簿から1000例の対象者を抽出した。

調査は郵送法によって行い、427例の有効回答を得た(有効回答率42.7%)。調査時期は、1988年11月であった。

本調査はもともと、1983年に精神障害者福祉基盤研究会が行った「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」<sup>11,16)</sup>の5年後の比較調査として計画された(83年調査との比較研究は宗像<sup>9)</sup>が行っている)。したがって本調査は、83年調査で用いられた、精神障害者に対する態度尺度と、その形成要因に関する項目、および政策に対する意見項目を中心に調査票が構成されている。今回、それらの調査項目に、我々が開発してきた社会的距離尺度項目等を加えて、調査が実施された。

さて、精神障害に対する態度の項目は30項目からなり、アメリカで開発されたCMI (Custodial Mental Illness Ideology Scale)<sup>5)</sup>やOMS (Opinions about Mental Illness Scale)<sup>3)</sup>、CMHI (Community Mental Health Ideology Scale)<sup>1)</sup>などを参考にして、岡上ら<sup>11,16)</sup>が開発したものである。項目は、「精神障害は糖尿病、高血圧、心臓病などと同様、病気の種類である」等という設問に対して、「1) そう思う 2) そう思わない 3) どちらともいえない」という選択肢から回答を得る形式になっている。これらの設問は、4つの構成要素からなる。すなわち、1) 精神障害についての原因および性質、2) 精神医療・衛生のあり方、3) 精神障害者の社会生活の権利、4) 精神障害者の社会生

活の自立性、である。

なお岡上ら<sup>11,16)</sup>は、30項目のうち10項目を選択し、「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケールとして尺度化している。

次に、社会的距離尺度としては、大島ら<sup>13,14)</sup>が開発したものをを用いた。これは、安定期にある慢性精神分裂病患者を想定した事例を具体的に記述し、社会復帰場面においてしばしば問題となる状況(「隣りに単身で越してくる(状況イ)」「転居者に専門職員のきちんとした指導が行われる(状況ロ)」「同じ職場で働く(状況ハ)」「家の近くに小規模作業所ができる(状況ニ)」)のそれぞれにおいて、どの程度その事例を受け入れるかを尋ねるものである。受け入れの程度としては、「困っているときにはできるだけ手を貸す(=0点)」「他の人と同じような近所付き合い(=1点)」「あまり関わらないようにする(=2点)」「他の場所に住むよう働きかける(=3点)」という4段階の選択肢を用意し、親密な受け入れ程小さい得点を与え、排除的で心的距離が拡大した回答には大きな得点を与えるようにした。

社会的距離の指標としては、まず、上記4状況(状況イ～ニ)の受け入れ程度を単純加算したりックカート尺度を「(狭義の)社会的距離尺度」とした。また、4状況において、拒否的で消極的な受け入れ(「あまり関わらない」および「他の場所に住むよう働きかける」)をしている場合を数え上げ、拒否選択数とした。さらに、基本的な状況として「隣りに単身で転居する(状況イ)」の単独項目を指標に加えた。

これらの指標の尺度値と尺度評価の結果を表1に示した。表から明らかなように、指標相互に高い相関を持ち、また、社会的距離尺度と拒否選択数の内的一貫性の評価値は、いずれも十分な値で

表1 社会的距離尺度等の尺度評価

	平均値	標準偏差	第I主成分の寄与率	Cronbachの $\alpha$ 係数	相 関 係 数		
					社会的距離尺度	拒否選択数	隣りに越すA氏受け入れ
社会的距離尺度	4.933	2.364	68.5%	.8448	1.0000	.8308	.8547
拒否選択数	.822	1.359	73.1%	.8729	.8308	1.0000	.7305
隣りに越すのA氏受け入れ	1.068	.677	—	—	.8547	.7305	1.0000

あった。

## II. 結 果

### 1. 基本属性

表2には、分析対象者の基本属性を東京都民全体と対比させて示した。

まず性別では男性が47.3%、年齢は40歳代が

表2 調査対象者の基本属性

		本調査	東京都民全体*
		人 (%)	%
性別	男性	202(47.3)	49.9
	女性	225(52.7)	50.1
年齢	20~29歳	69(16.2)	24.0
	30~39歳	81(19.0)	22.4
	40~49歳	118(27.6)	20.0
	50~59歳	85(19.9)	16.1
	60歳~	73(17.1)	17.5
	無回答	1(.2)	—
婚姻歴	未婚	104(24.4)	26.5
	既婚	300(70.3)	63.2
	死別・離別	20(4.7)	9.6
	無回答	3(.7)	—
最終学歴	義務教育	55(12.9)	20.8**
	高校	147(34.4)	44.4
	短大・大学以上	202(47.3)	34.8
	その他	17(4.0)	—
	無回答	6(1.4)	—
回答者の仕事			
	正社員・従業員、経営者	215(50.4)	57.6***
	パート・嘱託	51(11.9)	10.1
	主婦	88(20.6)	20.7
	学生	20(4.7)	3.6
	無職	21(4.9)	8.6
	その他	21(4.9)	—
	無回答	11(2.6)	—
世帯年収	300万円未満	75(17.6)	—
	300~499万円	91(21.3)	—
	500~699万円	88(20.6)	—
	700~999万円	62(14.5)	—
	1000万円以上	62(14.5)	—
	不明・わからない	49(11.5)	—

注\* 東京都民全体の属性は、1985年国勢調査に基づく。

\*\* 卒業者の中の構成割合

\*\*\* 「無職」は、国勢調査における選択肢「無業者その他」を示す

27.6%、50歳代19.9%、30歳代19.0%と壮年期層にピークがある。回答者の職業区分では、「正社員や経営者として働いている」が50.4%で最も多く、次いで「主婦」の20.6%であった。

東京都民と比較すると、本分析対象者には、20歳代から30歳代にかけての比較的若い年齢層が少ない。また、婚姻歴については「未婚」「死別・離別」、最終学歴では「義務教育」「高校」、職業では「正社員、経営者」などが少なく、これら階層のサンプルが分析対象から一部脱落していることが推定される。回収率が50%に満たなかったこととの関連で、注意が必要であろう。

### 2. 精神障害者との社会的距離の分布

図1には、安定期にある慢性精神分裂病者A氏の受け入れ程度を、4つの状況別に示した。まず、「隣りに越して来る(状況イ)」場合の受け入れの状況については、「手を貸す」が18.5%、「他と同じ付き合い」53.2%、「関わらない」24.1%、「他に住むよう働きかける」が0.5%、「その他」2.8%であった。これらの分布は、「専門職の指導あり(状況ロ)」と「同じ職場で働く(状況ハ)」の場合に、好意的な受け入れへ変化し、逆に「作業所が近所にてできる(状況ニ)」場合に消極的となる。

「隣りに越して来る」場合の受け入れ程度を、病院と良好な近隣関係にある地域住民を対象にした三枚橋調査<sup>14)</sup>と比較すると(表3)、「手を貸す」という関わりが少なく、逆に「他と同じ付き合い」とやや拒否的な「関わらない」が本調査では多い。一方、施設とのコンフリクトが経験されたX市調査<sup>15)</sup>と比較すると、分布に統計的な有意差は認められなかった。

また、「同じ職場で働く」場合にも地域差が認められた。すなわち、本調査では、「手を貸す」関わりが、専門職の指導がある場合と同程度の31.1%であるが、他の2地区では40%以上に及んでいる。特に、施設反対運動を経験したX市住民は、「関わらない」「拒否」などの消極的な反応が本調査に比べて少なく、この状況に対するX市住民の受け入れが良好であることがわかる。

表3 調査地区別 社会的距離項目の分布

受け入れに 関する状況	受け入れ程度						全体	検定(調査間の比較) <sup>†</sup>		
	手を貸す 人(%)	他と同じ 付き合い 人(%)	関わら ない 人(%)	拒否 人(%)	その他 人(%)	無回答 人(%)		①×②	①×③	②×③
状況イ)隣りに越して来る										
本調査(①)	79(18.5)	227(53.2)	103(24.1)	2(0.5)	12(2.8)	4(0.9)	427(100.0)	**	n.s.	n.s.
三枚橋調査(②)	105(26.4)	200(50.5)	76(19.1)	2(0.5)	8(2.0)	6(1.5)	397(100.0)			
X市調査(反対地区③)	45(18.8)	131(54.6)	50(20.8)	1(0.4)	13(5.4)	0	240(100.0)			
状況ハ)専門職の指導あり										
本調査(①)	133(31.1)	221(51.8)	60(14.1)	2(0.5)	6(1.4)	5(1.2)	427(100.0)	n.s.	n.s.	n.s.
三枚橋調査(②)	141(35.5)	196(49.4)	50(12.6)	1(0.3)	4(1.0)	5(1.3)	397(100.0)			
X市調査(反対地区③)	78(32.5)	128(53.3)	30(12.5)	0	4(1.7)	0	240(100.0)			
状況ニ)同じ職場で働く										
本調査(①)	139(32.6)	198(46.4)	54(12.6)	11(2.6)	20(4.7)	5(1.2)	427(100.0)	*	**	n.s.
三枚橋調査(②)	169(42.6)	143(36.0)	54(13.6)	6(1.5)	18(4.5)	7(1.8)	397(100.0)			
X市調査(反対地区③)	106(44.2)	101(42.1)	24(10.0)	2(0.8)	7(2.9)	3(0.6)	240(100.0)			
状況ホ)小規模作業所が近所にできる										
本調査(①)	69(16.2)	213(49.9)	105(24.6)	14(3.3)	21(4.9)	5(1.2)	427(100.0)	n.s.	-	
三枚橋調査(②)	94(23.7)	168(42.3)	93(23.4)	12(3.0)	14(3.5)	16(4.0)	397(100.0)			

注 検定は、Mann-Whitney U testを使用(「その他」「無回答」を除く) \*  $P < .05$  \*\*  $P < .01$

### 3. 接触体験や弱者体験, 福祉活動の体験

次に、受け入れ意識の形成要因として知られる障害者や社会的弱者との接触体験、および住民自身の弱者体験、福祉活動の体験等について、先ほど比較した三枚橋調査に加えて、83年東京都調査の結果<sup>14)</sup>と対比してみる(表4)。

まず、接触体験について、「近所・学校・職場の友人・知人に精神科受療経験者がいる」は40.7%あった。83年調査では27.7%であり、三枚橋調査では「身内や親戚に患者がいる」を合わせて34.8%であるのに比べて多い。

精神障害者との交流や援助的関わりについても、「直接話をしたことがある」が39.1%に対して83年調査は25.4%、「見舞いに行ったり、看病・世話をする」が15.0%に対して83年調査は9.2%で、三枚橋調査12.3%だった。また、「社会生活が不利にならないよう配慮や手助け」は15.2%に対して83年調査は7.9%、「悩みを聞いたり相談に乗る」が23.9%に対して83年調査は14.2%、三枚橋調査18.6%といずれも本調査の対象者の接触体験が多いのである。

回答者自身の弱者体験については、「長い間入院

した」が24.6%で他調査に比べて多く回答されていた。「心や体に障害を持つ」「大怪我をする」「大病をする」は、統計的な差は認められないが、83年調査に比べてやや多い傾向がある。さらに、三枚橋調査と比較するといずれも本調査の回答者の弱者体験が多かった。

福祉に関連する活動の経験について、本調査の回答者の体験は豊富である。83年調査と比較して、「福祉活動グループのメンバーになる」を除いて各項目とも本調査の回答率が高くなっていった。

このように、本調査の回答者は自らも弱者体験があると同時に、精神障害者との接触体験を持ち、さらには主体的な援助の接触を広げ、福祉的な活動歴を持つものが多いのである。

さて、社会的距離と接触体験との相関関係は、これまで明らかにしてきたとおり<sup>14,15,16)</sup>、本調査でも、「悩みを聞いたり相談に乗る」など主体的に接触体験を広げていく「主体的な接触体験」(Linkら<sup>8)</sup>)や、接触体験に類似する回答者自身の体験である「思い悩んだ経験」と社会的距離との間には、このような体験があるほど精神障害者の受け入れが良好となる関係が明らかとなった(表5)。しか

表4 接触体験, 弱者体験, 福祉活動の体験

体験の項目	本調査①	83年調査②	三枚橋 調査③	検定(調査間比較)		
				①×②	①×③	②×③
接触体験 <sup>†</sup>	人(%)	%	%			
1. 近所・学校・職場, 友人・知人に患者がいる	174(40.7)	27.7	34.8	***	n.s.	n.s.
2. 身内や親戚に患者がいる	63(14.8)	10.3	—	*	—	—
3. 直接話をしたことがある	167(39.1)	25.4	—	***	—	—
4. 見舞いに行ったり, 看病・世話をする	64(15.0)	9.2	12.3	**	n.s.	n.s.
5. 社会生活が不利にならないよう配慮・手助け	65(15.2)	7.9	—	***	—	—
6. 悩みを聞いたり相談にのる	102(23.9)	14.2	18.6	***	n.s.	n.s.
弱者体験 <sup>†</sup>						
1. 心や体に障害	54(12.6)	12.3	5.8	n.s.	***	***
2. 大怪我をした	51(11.9)	10.0	—	n.s.	—	—
3. 大病をした	72(16.9)	13.2	—	n.s.	—	—
4. 長い間入院した	105(24.6)	18.6	14.6	*	***	n.s.
思い悩む経験 <sup>‡</sup>						
1. 経験ない	75(17.6)	16.3	22.7	n.s.	n.s.	n.s.
2. 多少悩む	260(60.9)	70.0	51.6			
3. 一人であることが不安になるほど悩む	38( 8.9)	7.1	18.9			
4. 自殺を考慮	44(10.3)	6.2	4.0			
不明	10( 2.3)	0.4	—			
福祉に関連する活動 <sup>†</sup>						
1. 募金や署名の求めに応じる	252(59.0)	48.2	—	***	—	—
2. 募金や署名集めをした	57(13.3)	6.3	—	***	—	—
3. 障害を持つ人々とレク活動	40( 9.4)	5.5	—	*	—	—
4. 障害を持つ人を直接手助け	42( 9.8)	5.4	—	*	—	—
5. 福祉活動グループのメンバーになる	11( 2.6)	2.8	—	n.s.	—	—
6. 福祉活動グループの役員やリーダーになる	7( 1.6)	1.1	—	n.s.	—	—
7. そのような経験なし	145(34.0)	46.0	—	***	—	—
サンプル数	427	795	397			
回収率	42.7%	75.9%	80.6%			

注 検定は, <sup>†</sup> Fisher's test, <sup>‡</sup> Mann-Whitney U testを使用。 \* P<.05 \*\* P<.01 \*\*\* P<.001

し、「友人・知人に患者がいる」「患者と直接話したことがある」などの「外的な条件による接触体験」<sup>①</sup>の項目では、接触体験があるほど社会的距離が縮小される傾向が認められるものの、統計的に有意の差ではない。なお、表には社会的距離として「隣りに越してくるA氏の受け入れ状況」のみを示したが、狭義の社会的距離尺度と拒否選択数についても同様の関係が認められている。

#### 4. 社会的距離と精神障害者に対する態度項目の関係

精神障害者に対する態度項目30項目に、主因子

解を用いたバリマックス法による因子分析を行った結果が表6である。

分析の結果、5つの因子が抽出された(固有値寄与率が4%以上)。なお、累積因子寄与率は38.7%であった。

各因子は、第I因子が「危険視・無能力視・隔離の因子」、第II因子が「治療可能性に関する因子」、第III因子は「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」、第IV因子は「スティグマと恥意識の因子」、第V因子は「病因と治療の因子」、と解釈できた。また、表の通りそれぞれの態度項目はこれら各因子へ帰属させることができた。

表5 接触体験・弱者体験別 「隣りに越して来る」A氏をどの程度受け入れるか

接触体験 (一部)	「隣りに越して来る」A氏の受け入れ					検 定
	手を貸す	同じ付 き合い	拒否的	その他	全 体	
1) 友人・知人に患者がいる*	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	
いる	35(21.0)	96(57.5)	34(20.4)	2( 1.2)	167(100.0)	
いない	42(17.5)	131(54.6)	67(27.9)		240(100.0)	n.s.
2) 直接話したことがある*						
ある	34(21.1)	93(57.8)	32(19.9)	2( 1.2)	161(100.0)	
ない	43(17.3)	134(54.0)	71(28.6)		248(100.0)	n.s.
3) 悩みを聞いたり相談にのる*						
ある	25(24.8)	60(59.4)	16(15.8)		101(100.0)	**
ない	52(17.0)	166(54.2)	86(28.1)	2( .7)	306(100.0)	
4) 思い悩んだ経験**						
経験ない	13(17.8)	29(39.7)	30(41.1)	1( 1.4)	73(100.0)	***
多少悩む	47(18.8)	147(58.8)	56(22.4)		250(100.0)	
深刻に悩む	7(19.4)	19(52.8)	9(25.0)	1( 2.8)	36(100.0)	
自殺を考慮	10(23.3)	27(62.8)	6(14.0)		43(100.0)	

注1 不明を除いて集計

注2 \* Mann-Whitney U test, \*\* Spearman順位相関係数の検定 \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ 

表7は、社会的距離の3指標と精神障害者に対する態度項目との相関を見たものである。表には、社会的距離尺度との相関係数(絶対値)の大きい項目から順に示してある。

表に示す通り、「精神病院では、外出・外泊の意見を尊重できぬ(no.23)」「精神障害者はできるだけ人里はなれたところに精神病院を建て隔離収容すべきである(no.15)」「精神障害者はほっておくと何をするか分からないので恐ろしい(no.10)」など、第I因子に所属する「危険視・無能力・隔離」の項目群と、「自分の家に精神障害者がいるとしたらそれを人に知られるのは恥である(no.19)」「配偶者が精神病院に入院した場合残された配偶者は無条件に離婚が許されるべきである(no.7)」など、第IV因子「スティグマと恥意識」に所属する項目群が、社会的距離の各指標と高い相関を示していた。

また、第III因子に関しても、「精神障害者は、普段は通院するだけで実生活できる(no.25)」「妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活が出来る人も多い(no.9)」など自立生活の可能性を示す項目群は、負相関で比較的高い相関を持っていた。

表8には、因子分析によって導かれた第I因子～第V因子に所属する各項目のリッカート尺度を作成し、社会的距離の3指標との相関関係を示したものである。

個別の態度項目との相関関係で明らかになったように、第I因子群と第IV因子群のリッカート尺度が、社会的距離の各尺度と高い相関を示していることがわかる。また、第II因子群と第III因子群の尺度は負の相関関係にあることもわかる。

表には、岡上らの「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケール(消極尺度)との相関係数も同時に示した。この消極尺度は、第I因子との相関が $r = .86$ と非常に高く、社会的距離の指標との相関は第I因子とほぼ近似していた。

### III. 考 察

#### 1. サンプルの代表性について

本調査の回収率は42.7%であり、郵送法による調査としては比較的高い回収率を確保したものの、比較検討してきた他調査が配票留置法によって行われ、8割前後の回収率を納めているのと比べれ

表6 精神障害者に対する態度の因子分析, 因子負荷量 (主因子法バリマックス回転)

変数 番号	内 容	グループ	因 子				
			I	II	III	IV	V
I. 危険視・無能力視・隔離の因子							
15)	隔離収容すべき	I	0.613	-0.003	-0.079	0.111	0.314
22)	自己管理望めない*	I	0.607	-0.195	-0.055	-0.013	0.107
13)	遺伝さけ子供作るべきでない*	I	0.592	-0.001	0.086	0.137	-0.227
29)	患者会でできない	I	0.588	-0.269	0.014	0.051	0.045
23)	外出・外泊の意見尊重できぬ*	I	0.564	-0.184	-0.206	0.146	0.024
11)	行動理解できぬ*	I	0.552	-0.091	-0.196	0.171	-0.125
24)	福祉工場あっても働けぬ	I	0.544	-0.294	0.042	-0.055	0.206
26)	アパート生活危険*	I	0.543	-0.083	-0.267	0.029	0.068
16)	入院中投票権与えるべきでない	I	0.526	-0.108	-0.156	0.043	-0.004
21)	精神病院は暴力・事件防止のため*	I	0.523	0.150	-0.076	0.155	0.299
06)	病院内で一生苦勞なく過ごさせる*	I	0.508	-0.003	-0.002	0.173	0.133
10)	何をするか分からず恐ろしい*	I	0.482	0.035	-0.451	0.191	-0.006
II. 治癒可能性に関する因子							
30)	適切な相談機関あれば発病防げる	II	-0.110	0.778	0.046	0.034	0.102
27)	現実生活できるよう訓練すべき	II	-0.024	0.547	-0.234	-0.238	-0.104
20)	普段は社会人として行動取れる*	II	-0.259	0.451	0.335	0.065	-0.080
17)	開放的な精神病院の環境望ましい	II	-0.167	0.435	0.246	0.008	-0.015
12)	早期に治療すれば治る	II	0.019	0.338	0.247	-0.255	-0.197
III. 共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子							
09)	妄想・幻覚あっても社会生活できる	III	-0.264	0.055	0.607	0.048	0.073
03)	気の毒でかわいそう	III	0.234	-0.008	0.470	-0.249	-0.276
25)	普段は通院するだけで実生活出来る	III	-0.283	0.345	0.439	0.029	-0.175
28)	治療は精神科医のみ責任負うべき	III	0.259	-0.098	0.313	0.066	0.241
02)	誰でも精神障害になる可能性	III	-0.160	0.199	0.313	0.033	-0.093
IV. スティグマと恥意識の因子							
18)	一生精神障害の烙印を押される	IV	0.125	-0.047	-0.096	0.683	-0.012
19)	人に知られるのは恥*	IV	0.339	-0.078	0.074	0.564	-0.053
04)	信頼できる友人になれる	IV	-0.295	0.082	0.269	-0.475	-0.054
08)	長期入院は実生活できぬ者を作る	IV	-0.099	0.139	0.245	0.473	-0.047
07)	入院したら無条件に離婚が許される	IV	0.321	-0.118	-0.022	0.421	0.188
V. 病因と治癒の因子							
14)	前世や過去に悪いことをした報い	V	0.155	0.023	0.070	-0.092	0.695
05)	精神病院の役割は治療	V	-0.021	0.098	0.139	-0.058	-0.591
01)	病気の種類である	V	-0.064	0.202	0.036	-0.203	-0.212
因子寄与			4.460	1.964	1.846	1.843	1.501
因子寄与率			14.9%	6.5%	6.5%	6.1%	5.0%

注：\* 岡上ら「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケールの項目

ば著しく低い回収率といえる。したがって、本調査における分析が、偏りを持ったサンプルに対する検討結果であるという限定があることに十分配慮しなければならない。

特に、本研究の中心的な変数である、精神障害者との接触体験や、回答者自身の弱者体験、社会福祉活動の経験などに関する項目の分布は、従来調査と大きく異なっていた。すなわち、本調査回答者は、精神障害者との接触が多く、弱者体験を経験し、福祉活動の経験を有する人たちが多かったのである。したがって、回答のなかった半数強の対象者中に、これらの体験に乏しい一群の住民

が、少なからず含まれていることに留意する必要がある。

また、人口学的特性が東京都民に比べて、壮年期の既婚者で、高学歴者が多いことに対しても、同様に注意が必要であろう。

## 2. 接触体験との関係

我々のこれまでの研究では、「接触体験が豊富なほど社会的距離が縮小する」という仮説が支持されつつある<sup>14,15,16)</sup>。本研究でも、「悩みを聞いたり相談に乗る」などLinkら<sup>8)</sup>のいう「主体的な接触体験」を持つ場合にこの関係が支持されている。し

表7 精神障害者に対する態度と社会的距離尺度群の相関

	社会的距離 尺度	拒否選択数	隣りに越す A氏の受入れ	因子グループ
23) 外出・外泊の意見尊重できぬ	.318	.319	.205	I
15) 隔離収容すべき	.316	.328	.298	I
22) 自己管理望めない	.285	.288	.227	I
29) 患者会できない	.282	.281	.220	I
07) 入院したら無条件に離婚が許される	.276	.249	.230	IV
19) 人に知られるのは恥	.273	.279	.266	IV
10) 何をするか分からず恐ろしい	.262	.281	.253	I
04) 信頼できる友人になれる	-.260	-.269	-.232	IV <sup>#</sup>
25) 普段は通院するだけで実生活出来る	-.260	-.241	-.197	III
21) 精神病院は暴力・事件防止のため	.228	.211	.219	I
16) 入院中投票権与えるべきでない	.222	.214	.222	I
09) 妄想・幻覚あっても社会生活できる	-.212	-.242	-.211	III
11) 行動理解できぬ	.208	.250	.197	I
13) 遺伝さけ子供作るべきでない	.209	.224	.218	I
30) 適切な相談機関あれば発病防げる	-.202	-.193	-.159	II
24) 福祉工場あっても働けぬ	.188	.228	.142	I
12) 早期に治療すれば治る	-.181	-.162	-.143	II
18) 一生精神障害の烙印を押される	.177	.207	.204	IV
06) 病院内で一生苦勞なく過ごさせる	.172	.197	.151	I
20) 普段は社会人として行動取れる	-.166	-.218	-.167	II
26) アパート生活危険	.165	.186	.127	I
17) 開放的な精神病院の環境望ましい	-.151	-.167	-.141	II
02) 誰でも精神障害になる可能性	-.133	-.149	-.136	III
05) 精神病院の役割は治療	-.130	-.115	-.082	V <sup>#</sup>
28) 治療は精神科医のみ責任負うべき	.129	.086	.109	III
27) 現実生活できるよう訓練すべき	-.122	-.154	-.139	II
01) 病気の一つである	-.116	-.079	-.041	V <sup>#</sup>
03) 気の毒でかわいそう	-.114	-.037	-.040	III
08) 長期入院は実生活できぬ者を作る	-.022	.010	-.035	IV
14) 前世や過去に悪いことをした報い	.073	.044	.003	V

注1 Pearson積率相関係数。社会的距離尺度との相関係数の大きさ(絶対値)順に表示

注2 “#”は、因子グループとしては正相関で解釈する必要がある。

かし、「友人・知人に患者がいる」など「外的な条件による接触体験」<sup>8)</sup>では、統計的に十分な関連性を認めることが出来なかった。この点に関しては、先ほど触れたように「接触体験」の分布が他調査と、大きく異なっている点に留意するとともに、問題とされる「接触体験」の質的な違いに注目する必要がある。

ところで、本調査の回答者は、接触体験や弱者体験、福祉活動体験の豊富なものが多いため、精神障害者問題にも関心を持ち、精神障害者のノーマライゼーションの趣旨に共感するものが少な

らず含まれているものと考えられる。したがって、精神障害者との社会的距離についても、他調査より好意的であることが十分に予測された。

しかし、本調査回答者の社会的距離は、施設とのコンフリクトが経験されたX市住民と同程度に過ぎず、病院と良好な近隣関係にある三枚橋地区住民よりも非受容的だったのである。この事実に対しても、先ほど触れたように、両調査対象住民における接触体験の質的な違いに注目すべきであろう。すなわち、三枚橋地区では、「友人・知人に患者がいる」などの「一般的なレベルの接触体験」

表8 社会的距離尺度と態度尺度の相関

	因子のリッカート尺度					消極尺度 <sup>‡</sup>
	I因子	II因子	III因子	IV因子	V因子	
社会的距離尺度	.4067**	-.2797**	-.2541**	.3179**	.1733**	.3806**
拒否選択数	.4151**	-.3081**	-.2506**	.3330**	.1231	.4258**
隣りに越すA氏の受け入れ	.3515**	-.2492**	-.2083**	.3073**	.0708	.3482**
因子のリッカート尺度						
I因子	1.0000**	-.3974**	-.3052**	.4253**	.2487**	.8596**
II因子	-.3974**	1.0000**	.3567**	-.1917**	-.2282**	-.4143**
III因子	-.3052**	.3567**	1.0000**	-.1168	-.1464*	-.3138**
IV因子	.4253**	-.1917**	-.1168	1.0000**	.1701**	.4551**
V因子	.2487**	-.2282**	-.1464*	.1701**	1.0000**	.2133**
消極尺度 <sup>‡</sup>	.8596**	-.4143**	-.3138**	.4551**	.2133**	1.0000**

注1 Pearson積率相関係数。検定は、無相関の検定 \*  $P < .01$  \*\*  $P < .001$

注2 † 岡上ら「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケール

が本調査回答者に比べて多くはないものの、「日常的なレベルでの接触体験」が豊富に持たれていたのである。両地域における精神障害者の受け入れ意識（社会的距離）の差を、接触体験から説明するとすれば、三枚橋地区における「日常的なレベルの接触体験」が、「一般的なレベルの接触体験」とは質的に異なり、精神障害者の受け入れ意識（社会的距離）の改善に好ましい影響を与えていると考えられるのである。

なお、以上見てきた社会的距離尺度と接触体験の関係は、尺度の構成概念妥当性を保証する結果と考える。

### 3. 精神障害者に対する態度尺度との関係

尺度は一般的に、尺度の妥当性が外的基準に依拠する予測尺度と、概念の内的一貫性が重視される内的尺度に分類される<sup>12,13)</sup>が、社会的距離尺度は、精神障害者の受け入れの程度を測定する内的尺度と考えることが出来る。したがって、社会的距離尺度の基準関連妥当性を検討するためには、既存の他尺度との並存的妥当性を検討する必要がある<sup>6,12)</sup>。

ところで、アメリカで良く用いられるCMI<sup>9)</sup>やOMS<sup>9)</sup>などの態度尺度は、元来、一般住民の多次元的精神障害者に対する意識構造を把握する狙いを持って登場した。本調査で用いた精神障害者に対する態度尺度もこのような流れを汲むものであ

る。

そこで我々は、30項目の態度尺度に対して因子分析を実施し、5つの態度因子を抽出した。それらは、「危険視・無能力・隔離の因子」「治療可能性に関する因子」「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」「スティグマと恥意識の因子」「病因と治療の因子」と解釈することができた。

これらの抽出された因子と社会的距離との関係を見ると、社会的距離の3つの尺度はいずれも「危険視・無能力・隔離の因子」「スティグマと恥意識の因子」との強い正相関を持っていた。また、「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」の中でも、自立生活の可能性を示す項目とは比較的高い負の相関関係にあった。

我々が作成した社会的距離尺度は、精神障害者を地域の構成メンバーとして受け入れるかどうかを現実レベルで評価する尺度であり、「地域社会からの隔離」と同一次元にある概念の把握を目指している。したがって、「隔離」の内容を含む第I因子「危険視・無能力・隔離」が、社会的距離尺度と強い相関関係を持つ本調査の結果は、社会的距離尺度の並存的妥当性を保証するものといえよう。また、第III因子の「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」との間に認められた負の相関関係も同様に評価することが可能であろう。

ところで、「危険視・無能力視」は、「隔離」と同一因子を構成しており、住民の「隔離か、地域



の受け入れか」という判断を規定するものとして、住民に危害を及ぼさない責任能力の有無と、社会生活を営む自立性を有するかどうかの評価が重視されていることがわかる。すなわち、「ほおっておくと何をするか分からず危険だから」、あるいは「健康管理など自己管理がとてできないから」という理由で、社会生活は困難であり隔離すべきであると判断されていることが明らかになったのである。

ここに、精神障害者一般を危険視し、無能力視するステレオタイプな住民の態度が浮き彫りにされるが、因子分析では、このような態度が「スティグマと恥意識の因子」として独立して抽出された。そして、この態度因子は、「危険視・無能力・隔離の因子」と同様に、社会的距離尺度と強い正の相関関係を持っていたのである。

このように、「精神障害者＝無能力＝危険＝隔離＝恥」で、「精神障害になると一生精神障害の烙印をおされる (no.18)」「自分の家に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である (no.19)」といった住民のステレオタイプ化された認識方法が、社会的距離の拡大に寄与していることが明らかになったことは重要な知見と考える。

### ま と め

以上、東京都民を対象に実施した精神障害者観に関する郵送調査のデータ(有効回収427票、回収率42.7%)から、我々が開発した社会的距離尺度の、都市部一般住民に対する適用結果を検討するとともに、精神障害者に対する態度尺度との関係を明らかにし尺度の妥当性を考察した。得られた知見は以下の通りである。

1) 回答者の社会的距離は、日常的な接触体験を有する地域住民調査の結果と比較して若干好意的でなく、また施設反対運動を経験した大都市近郊新興住宅地住民と同程度か、やや非好意的な傾向にあった。

2) 精神障害者の受け入れ意識の形成要因として知られる障害者との接触体験、および回答者自身の弱者体験、福祉活動の体験等については、他調査と比較して、本調査回答者は比較的十分な体

験を持っていた。これには、本調査の回収率が他調査に比較して低いことが影響しており、これらの体験を持つ人たちの調査協力がよかったものと考えられた。

3) 社会的距離に対する接触体験の影響に関しては、「悩みを聞いたり相談に乗る」など「主体的な接触体験」の場合に支持されるが、「友人・知人に患者がいる」など「外的な条件による接触体験」では、統計的に十分な関連性を認めることが出来なかった。

本調査回答者が比較的多く経験している「一般的なレベルの接触体験」は、精神病院との良好な近隣関係が形成されている地域の、「日常的なレベルの接触体験」と質的に異なっており、社会的距離に対する影響力はそれほど大きくないことが示唆された。

4) 岡上らの精神障害者に対する態度尺度の30項目に、主因子解を用いたバリマックス法による因子分析を行ったところ、5つの態度因子を抽出した。それらは、「危険視・無能力・隔離の因子」「治療可能性に関する因子」「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」「スティグマと恥意識の因子」「病因と治療の因子」と解釈することができた。

5) 抽出された態度因子と社会的距離との関係を見ると、社会的距離尺度群は「危険視・無能力・隔離の因子」「スティグマと恥意識の因子」との強い正相関を持っていた。また、「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」の中でも、自立生活の可能性を示す項目とは比較的高い負の相関関係にあった。

「隔離」の内容を含む「危険視・無能力・隔離の因子」と、「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」との相関関係は、社会的距離尺度の並存的妥当性を示唆するものと考えられた。

6) また、「危険視・無能力」が「隔離」と同一因子を構成していることから、精神障害者一般を危険視し、無能力視するステレオタイプな住民の態度が浮き彫りにされた。そして、この因子とともに、因子分析で独立して抽出された「スティグマと恥意識」の因子が、社会的距離尺度と強い正の相関関係を持っていた。これら住民のステレオ

タイプ化された精神障害者に対する認識方法が、社会的距離の拡大に寄与していることが明らかになったことは重要な知見と考えられた。

以上、本調査は調査方法上の問題から回収率が低く、結果の解釈に慎重な配慮が必要であるが、精神障害者やその施設と特定の関係を持たない大都市部住民の（精神障害者に対する）社会的距離の実態およびその関連要因が明らかになったとともに、我々が開発した社会的距離尺度が十分な妥当性を持つことが示唆されたと考える。

### 文 献

- 1) Baker F, Schulberg HC: The Development of Community Mental Health Ideology Scale. *Community Mental Health J* 3:216-225, 1967.
- 2) Bogardus, ES: Scales in Social Research. *Sociol Soc Res* 24:69-75, 1939.
- 3) Cohen, J, Strueng, EL: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnormal Social Psychology* 64: 349-360, 1962.
- 4) Crocetti GM, Spiro HR, Siassi I: Contemporary Attitudes towards Mental Illness. University of Pittsburgh Press, 1974 (加藤正明監訳: 偏見・スティグマ・精神病. 星和書店, 東京, 1978).
- 5) Gilbert DC, Levinson DJ: Custodialism and humanism in staff ideology. *The patient and the mental hospital*. Glencoe, Ill: Free Press, 20-35, 1957.
- 6) 北村俊則: 精神症状測定 of 理論と実際. 海鳴社, 1988.
- 7) Lundberg GA: *Social Research*, Longmans Green, 1942. (福武直, 安田三郎訳: ランドバーグ社会調査. 東大出版, 東京, 1952.)
- 8) Link BG, Cullen FT: Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *J Health and Social Behavior* 27: 289-302, 1986.
- 9) 宗像恒次: 市民の精神障害(者)に対する態度と精神衛生対策への意見—1983年と1988年の都民意識の比較. (国立精神・神経センター精神保健研究所: 心の健康についての国民意識に関する調査研究報告書(特別研究報告書).

pp337-387, 1991.)

- 10) Nunnally JC: *Popular conceptions of mental health*, New York. Holt, Rinehart & Winston, 1961
- 11) 岡上和雄, 石原邦雄: 「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ. *社会保障研究* 21: 373-385, 1986.
- 12) 大島巖, 伊藤順一郎: 精神科における評価尺度の基本的な考え方. *OT ジャーナル* 26: 264-269, 1992.
- 13) 大島巖, 中村佐織, 山崎喜比古, 小沢温, 三田優子, 園田恭一: 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. (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61年度文部省科学研究報告書, 1988.)
- 14) 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. *社会精神医学* 12:286-297, 1989.
- 15) 大島巖, 上田洋也, 山崎喜比古, 他: 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—障害者との接触体験, および弱者体験との関連. *精神保健研究* (投稿中)
- 16) 精神障害者福祉基盤研究会(岡上和雄代表): 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査. 三菱財団社会福祉助成金報告書, 1984.
- 17) Whatley CD: Social attitudes toward discharged mental patients. *Social Problems* 6:313-320, 1959.
- 18) 安田三郎: *社会調査ハンドブック*. 有斐閣, 1969.

### Abstract

Attitude toward the mentally disabled among general inhabitants in megalopolis was surveyed by mail. We found the distribution and the correlation of two attitude scales, social distance scale(SDS) we had developed and the general attitude items toward mentally disabled, were almost the same as those of people who had specific neighboring with psychiatric accommodations. And the factor analysis was made of the general attitude items, and it was found that there was high correlation between SDS and factors which had similar concept to SDS. From the result described above, we discussed the validity of the SDS.

## 資料1 社会的距離尺度の測定方法

I. 事例Aの提示:

精神病院に入院したことがあるAさん(35歳, 男性, 独身)は, 病気がよくなったので, 主治医の勧めでアパートを借りて生活しようと考え, 何軒かの大家さんに当たってみました, すべて断わられてしまいました。

たしかにAさんには, 気力が続かず長時間の勤めには出られない後遺症が残っていますし, 多少ハキハキしないところもあります。しかし, 短時間の軽作業をするために同じ病気の患者さん達が通う作業所には毎日行くことができます。それに人柄はまじめですし, 買物や炊事なども一般の人と同じようにできるのです。

アパート入居を断られてAさんは精神病院に入院していたということで入居できないのは本当にくやしいと思ったそうです。

II. 社会的距離の測定項目 (社会的距離を測定する状況)<sup>#</sup>

状況イ) A氏があなたの隣りに引っ越してきた場合

状況ロ) A氏がふだん見かける三枚橋病院の患者の場合

状況ハ) A氏が病院スタッフや保健所職員などのきちんとした指導がある場合

状況ニ) A氏が短時間(4時間程度)同じ職場に勤める場合

状況ホ) A氏のような人たちの作業所が, 家の近くにできた場合

III. A氏の受け入れ程度<sup>#</sup>

選択肢1) 困っているときには, できるだけ手を貸すようにつとめる

選択肢2) 他の人と同じような近所付き合いをする

選択肢3) あまりかかわらないようにする

選択肢4) 隣り組になることを受け入れず, 他の場所に住むように働きかける

IV. 社会的距離の指標

・状況イ, 「A氏があなたの隣りに引っ越してきた場合」

・拒否選択数: 状況イ～ホのうち, 選択肢3または4を選んだ数

・社会的距離尺度:

状況イ～ホについて, 選択肢1に0点, 選択肢2に1点, 選択肢3に2点, 選択肢4に3点を与えて単純加算

注1)<sup>#</sup> 状況イ～ホの5項目は精神障害者に関するもの。

注2)<sup>#</sup> 選択肢1は援助的で協力的な関わり(「協力的な選択肢」と呼ぶ), 選択肢2は普通の関わり(「中立的な選択肢」と呼ぶ), 選択肢3は拒否ではあるが排除はしない関わり, 選択肢4は排除の関わり(選択肢3と選択肢4を合わせて「拒否的な選択肢」あるいは「拒否的」と呼ぶ)。

資料2：精神障害者に対する態度項目と、その回答状況

問 精神障害者に関してさまざまな見方やイメージがありますが、次の「1. そう思う 2. そう思わない 3. どちらともいえない」のうち、あなたにあてはまるものの番号に○をつけて下さい。この質問は大変重要なものです。長いですが、宜しくご回答下さい。

質 問 項 目	そう思う	思わない	どちらとも	無回答	全 体 人(%)
01) 精神障害は糖尿病、高血圧症、心臓病等と同様、病気の種類である	223(52.2)	98(23.0)	103(24.1)	3(.7)	427(100.0)
02) 激しく変化、複雑化する競争社会では誰でもが精神障害者になる可能性がある	285(66.7)	50(11.7)	90(21.1)	2(.5)	427(100.0)
03) 精神障害をもつ人は気のどくでかわいそうである	289(67.7)	21(4.9)	116(27.2)	1(.2)	427(100.0)
04) 精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる	128(30.0)	47(11.0)	250(58.5)	2(.5)	427(100.0)
05) 精神病院の役割は患者の隔離収容よりも患者の病を治療することである	344(80.6)	8(1.9)	75(17.6)	0(.0)	427(100.0)
06) 精神病院の患者を厳しい実生活にさらすより、病院内で一苦労なく過ごさせる方がよい*	74(17.3)	142(33.3)	208(48.7)	3(.7)	427(100.0)
07) 配偶者が精神病院に入院した場合、残された配偶者は無条件に離婚が許されるべきである	49(11.5)	163(38.2)	212(49.6)	3(.7)	427(100.0)
08) 精神障害者を長期にわたって入院させていると、実社会で再び生活できない人をつくる	130(30.4)	100(23.4)	195(45.7)	2(.5)	427(100.0)
09) 妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活ができる人も多い	125(29.3)	106(24.8)	191(44.7)	5(1.2)	427(100.0)
10) 精神障害者はほっておく何をするかわからないのでおそろしい*	177(41.5)	54(12.6)	192(45.0)	4(.9)	427(100.0)
11) 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである*	144(33.7)	108(25.3)	173(40.5)	2(.5)	427(100.0)
12) 一般的にいつに精神障害者は早期に治療すれば治る病気である	225(52.7)	37(8.7)	163(38.2)	2(.5)	427(100.0)
13) 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくれない方がよい*	126(29.5)	89(20.8)	208(48.7)	4(.9)	427(100.0)
14) 精神障害者になるのは前世や過去に悪いことをした報いである	16(3.7)	349(81.7)	61(14.3)	1(.2)	427(100.0)
15) 精神障害者はできるだけ人里はなれたところに精神病院をたて、隔離収容すべきである	50(11.7)	220(51.5)	155(36.3)	2(.5)	427(100.0)
16) 精神病院に入院中の患者に、投票権を与えるべきでない	93(21.8)	150(35.1)	184(43.1)	0(.0)	427(100.0)
17) 精神病院は一般内科・外科病院のように病棟に鍵をかけないような開放的な環境が望ましい	121(28.3)	55(12.9)	250(58.5)	1(.2)	427(100.0)
18) 一度精神障害になると、一生精神障害者の烙印をおさることになる	155(36.3)	172(40.3)	99(23.2)	1(.2)	427(100.0)
19) 自分の家に精神障害者が居るとしたら、それを人に知られるのは恥である*	125(29.3)	119(27.9)	182(42.6)	1(.2)	427(100.0)
20) 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとれる*	141(33.0)	54(12.6)	232(54.3)	0(.0)	427(100.0)
21) 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである*	173(40.5)	159(37.2)	94(22.0)	1(.2)	427(100.0)
22) 精神障害者には薬業や心身のバランスなどの自己管理をすることはほとんど望めない*	92(21.5)	168(39.3)	165(38.6)	2(.5)	427(100.0)
23) 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにゆかない*	143(33.5)	95(22.2)	188(44.0)	1(.2)	427(100.0)
24) 精神障害者の場合、身体障害者とは異なって、たとえ福祉工場のようなものがあっても働けるとは思わない	53(12.4)	266(62.3)	108(25.3)	0(.0)	427(100.0)
25) 精神障害者は調子の悪い状態のときに24時間いつでも一時的に保護、治療するところがあれば、ふだんは通院するだけで充分実生活をやっている	155(36.3)	73(17.1)	198(46.4)	1(.2)	427(100.0)
26) 精神障害者が、一人あるいは仲間同志で集まって、アパートをかりて生活するのは危険である*	232(54.3)	36(8.4)	157(36.8)	2(.5)	427(100.0)
27) 精神病院の治療には、病状を治すだけでなく、患者が再び現実生活でできるような訓練をすべきである	383(89.7)	14(3.3)	26(6.1)	4(.9)	427(100.0)
28) 精神障害者の治療は、精神科医のみが責任をおうべきである	17(4.0)	340(79.6)	70(16.4)	0(.0)	427(100.0)
29) 最近、糖尿病、肝臓病友の会など患者同志で助けあっていたり、福祉行政に働きかける会が多くできているが、精神障害者の場合はそのようなことはまずできない	100(23.4)	179(41.9)	148(34.7)	0(.0)	427(100.0)
30) 人々の心の健康問題について気軽に相談できる場所が近くにあれば、精神障害者の発病の大半は防げる	241(56.4)	43(10.1)	142(33.3)	1(0.2)	427(100.0)

注 \* 岡上ら「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケールの項目



【原著】

## 有機溶剤依存者とその長期予後に関する研究

福井 進 和田 清 伊豫 雅臣

【抄録】： 1988年1月～1989年12月の2年間に10施設の精神病院を退院した有機溶剤依存患者について、その生活歴、乱用歴、経過及び1991年12月末の家庭、社会生活の適応状態を調査し、これらの病歴と予後との関係を検討した。

家族から回答のあった291例中、「殆ど休まずに仕事（学校）に行っている」予後良好例は85例（29.2%）しか認めず、他は予後不良例であった。乱用期間が重要な因子とあげられ、乱用期間が5年以内の乱用者には予後良好例が多く、乱用期間が5年を越えると予後不良例を多く認めた（ $P < 0.01$ ）。

今後も有機溶剤乱用の長期化が進行することが考えられ、治療対策の必要性が求められる。

### I. はじめに

有機溶剤は、覚せい剤とともにわが国の社会で過去20年以上にわたり乱用されている代表的な薬物である。

特に、有機溶剤乱用者の大半は発達過程の未成年者であるため、乱用によるその心身に及ぼす影響は非常に大きいものがある。

しかし、有機溶剤乱用問題は、社会的にも医学的にも大きな問題になっているにもかかわらず、社会の関心は非常に少なく、医学的にも臨床、研究の積み重ねは乏しい。

今回、下記の精神病院の協力を得て有機溶剤依存患者のdemographicな特徴と長期予後調査に関する研究を行ったので報告する。

### II. 調査方法

#### 1. 研究協力病院

研究協力病院は、薬物依存症の治療を積極的に行っている全国の精神病院のうち、札幌太田病院（北海道）、国立下総療養所（千葉）、都立松沢病院（東  
薬物依存研究部

京）、桜ヶ丘記念病院（東京）、神奈川県立医療センターせりがや病院（神奈川）、府立中宮病院（大阪）、久米田病院（大阪）、垂水病院（兵庫）、瀬野川病院（広島）、回生病院（福岡）の10施設である。

#### 2. 調査方法および調査対象

調査用紙A（病院用）は、1988年1月～1989年12月の2年間に上記の10施設の病院を退院した有機溶剤関連疾患患者の生活歴、病歴、治療中の病態、経過について主治医が記入し、調査用紙B（家庭用）は、家族（保護義務者）に送付し、患者の現在の家庭・社会生活の適応状態と健康状態について記入してもらい、調査用紙A、Bを照らし合わせて予後調査を行った。

調査対象症例は、上記病院を上記期間中に退院した有機溶剤関連疾患の患者410例のうち、家族からの回答が得られた291例（回収率70%）からなっている（一部に電話で回答を求めたものもある）。

尚、その期間中に入退院を繰り返している例については最終の入退院の時期をとりあげ、入院期間、病態、経過を記載した。

したがって、退院後2～4年間の予後調査である。

## III. 結 果

## A. 有機溶剤乱用者の特徴 (病歴調査)

## 1. 性別及び年齢 (表1)

291例中男子251例 (86.3%), 女子40例 (13.7%) と男子が圧倒的に多かった。

入院時年齢は、未成年者は43.3%であったのに対し、20歳代が44.4%, 30歳代12.3%と成人が過半数を越えているのが特徴であった。女子は男子に比べて若年傾向が目立ち、未成年が80%以上を占めていた。

## 2. 本人歴

## 1) 学歴 (表2)

高校中退が34.7%と比率が高い。中学卒業、高校中

表1 調査時年齢 (%)

年齢\性別	総症例数	男	女
15歳以下	32(11.0)	20(8.0)	12(30.0)
16-20歳	94(32.3)	73(29.1)	21(52.5)
21-25歳	82(28.2)	77(30.7)	5(12.5)
26-30歳	47(16.2)	45(17.9)	2(5.0)
31-35歳	24(8.2)	24(9.6)	—
36-40歳	12(4.1)	14(4.8)	—
合計	291(100.0)	251(86.3)	40(13.7)

表2 学 歴

学歴\性別	総症例数	男	女
中学在学	31(10.7)	20(8.0)	11(27.5)
中学卒業	93(32.0)	87(34.7)	6(15.0)
高校在学	11(3.8)	6(2.4)	5(12.5)
高校中退	101(34.7)	90(35.9)	11(27.5)
高校卒業	28(9.6)	27(10.8)	1(2.5)
各種学校在学	1(0.3)	—	1(2.5)
各種学校中退	11(3.8)	8(3.2)	3(7.5)
各種学校卒業	6(2.1)	5(2.0)	1(2.5)
大学在学	2(0.7)	1(0.4)	1(2.5)
大学中退	3(1.0)	3(1.2)	—
大学卒業	1(0.3)	1(0.4)	—
不明	3(1.0)	3(1.2)	—
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

退と義務教育で終わっている者が70%近くもあり、現在の高学歴社会に反して低学歴であるのが特徴であった。

## 2) 矯正施設入所歴 (表3)

矯正施設入所歴を有する者は全体の4分の1を占めており、有機溶剤乱用が非行との結び付きが深いことを示唆している。

## 3) 入院歴 (表3)

60%近くが有機溶剤乱用により精神病院の入院歴を有しており、2回以上の入院歴を有する者は42%もあり、有機溶剤依存の根の深さを示している。

## 3. 親の欠損率 (表4)

15歳以下で親と離れないし死別を経験していた者は約30%であった。

表3 矯正施設及び精神病院入所(院)歴

矯正施設	総症例数	男	女
有	74(25.4)	68(27.1)	6(15.0)
無	207(71.1)	173(68.9)	34(85.0)
不明	10(3.4)	10(4.0)	—
精神病院	総症例数	男	女
0回	124(42.6)	102(40.6)	22(55.0)
1回	41(14.1)	33(13.1)	8(20.0)
2回	41(14.1)	35(13.9)	6(15.0)
3回	31(10.7)	29(11.6)	2(5.0)
4回以上	51(17.5)	49(19.5)	2(5.0)
不明	2(0.7)	2(0.8)	—
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

表4 親の欠損(15歳以下)

	総症例数	男	女
欠損なし	200(68.7)	177(70.5)	23(57.5)
両親死別	1(0.3)	1(0.4)	—
両親離別	9(3.1)	9(3.6)	—
父死別	17(5.8)	16(6.4)	1(2.5)
父離別	35(12.0)	26(10.4)	9(22.5)
母死別	8(2.7)	6(2.4)	2(5.0)
母離別	17(5.8)	14(5.6)	3(7.5)
不明	4(1.4)	2(0.8)	2(5.0)
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

特に、女子では欠損率が高く、父親との離別が目だつ。

これは、一般の同年令の少年の離別率をはるかに越えるものであり、複雑な家庭環境が有機溶剤乱用発生の大きな因子になっていることを示す結果である。

4. 有機溶剤乱用歴

1) 乱用開始年齢 (表5)

乱用開始年齢は、13歳から17歳に多い。特に男子では特に14~16歳に多く認めた。それに対し女子では14歳をピークに13~15歳と開始年齢が早いことが特徴であった。中学1年から高校1年に相当する年齢であり、1970年代の16-18歳に比べて乱用開始年齢の低年齢化が最近の傾向である。

2) 乱用年数 (表6)

入院時までの乱用年数は、入院時年齢から乱用開始年齢を引いたものである。

乱用期間は1年未満が23.4%であり、一方、5年以上が50%もあり、精神科医療施設を受診する有機溶剤乱用者は長期乱用者が多いことが特徴であった。

女子は男子に比べて乱用期間は短く、70%が3年未満の乱用であった。

5. 乱用状況

1) 乱用者の生態類型 (表7)

男子は60%近くが依存(個人)型乱用であるのに対し、女子は過半数を超える者が非行(集団)型乱用であった。

注) ①単純遊び型は乱用の初期の段階で、好奇心から単純な遊びや社交手段として友人や先輩の乱用を模倣するもので、ほとんどがグループで吸入する。②非行型は乱用の中期の段階で、非行色の強い集団への接触が乱用の契機となり、乱用によってさらに非行性が深まる。集団で時に単独で有機溶剤乱用を行う。家庭や学校の間人間関係に情緒的な不適応がみられ、反社会的問題をもっている。③依存型は、乱用がさらに進行した段階であり、交友関係は極端に少なくなり、有機溶剤依存へと発展し、薬理作用を求めて強迫的に単独で吸入する例が多く、情緒的にも身体的にも不適応状態にあり、非社会的状態にあることが多い。

2) 最終入院時の有機溶剤乱用頻度 (表8)

入院前の乱用頻度であるが、「殆ど1日中」乱用していた者は8%、「殆ど連日」乱用した者は56%であり、連日の連用者は60%を超えていた。「1週間に1日以

上」を含めると90%近くに達する。

「乱用の生態類型」の結果とともに依存の程度の深さを裏づける結果であり、乱用者の心身への影響が憂

表5 乱用開始年齢

年齢\性別	総症例数	男	女
11歳	7(2.4)	6(2.4)	1(2.5)
12歳	1(0.3)	—	1(2.5)
13歳	29(10.0)	22(8.8)	7(17.5)
14歳	57(19.6)	45(17.9)	12(30.0)
15歳	57(19.6)	50(19.9)	7(17.5)
16歳	43(14.8)	39(15.5)	4(10.0)
17歳	30(10.3)	28(11.2)	2(5.0)
18歳	21(7.2)	21(8.4)	—
19歳	14(4.8)	11(4.4)	3(7.5)
20-24歳	14(4.8)	12(4.8)	2(5.0)
25-30歳	4(1.4)	4(1.6)	—
31-35歳	2(0.7)	2(0.8)	—
合計	291(100.0)	251(86.3)	40(13.7)

表6 乱用期間

	総症例数	男	女
1年未満	68(23.4)	50(19.9)	18(45.0)
2 "	22(7.6)	18(7.2)	4(10.0)
3 "	15(5.2)	9(3.6)	6(15.0)
4 "	17(5.8)	15(6.0)	2(5.0)
5-9年未満	79(27.2)	73(29.2)	6(15.0)
10-14年未満	50(17.1)	47(18.8)	3(7.5)
15-19年未満	20(6.8)	20(8.0)	—
20年以上	9(3.0)	9(3.6)	—
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

表7 有機溶剤乱用者の生態類型

分類	総症例数	男	女
単純遊び型	22(7.6)	20(8.0)	2(5.0)
非行型	98(33.7)	77(30.7)	21(52.5)
依存型	162(55.7)	147(58.6)	15(37.5)
不明	9(3.1)	7(2.7)	2(5.0)
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)



慮される結果であった。

#### 6. 入院期間

入院期間は、2ヶ月未満が過半数を占めており、1年以上の長期入院者も10%を越えていた。

女子の方が短期入院の傾向があった。

#### 7. 最終診断時の慢性症状の有無(表9)

最終診断時(退院ないし治療終了時)の乱用者の状態であるが、「慢性症状なし」は全体で28.5%であり、何等かの慢性症状を有していた者が多かった。

慢性症状は、「意識・注意力の異常」、「異常体験(幻覚・妄想)」、「感情面の障害(不安, 焦燥など)」、「欲動面の異常(意欲減退など)」などであった。

#### 8. 退院時転帰

治癒が12.0%。軽快が61.5%であり、70%以上が入院治療により改善されていた。

女子の方が男子に比べて改善率がやや高いが、乱用期間、乱用形態とも関係があると考ええる。

表8 最終入院時の有機溶剤乱用の頻度

	総症例数	男	女
殆ど1日中	24(8.2)	23(9.2)	1(2.5)
殆ど連日	164(56.4)	148(59.0)	16(40.0)
過去1週間1日以上	62(21.3)	50(19.9)	12(30.0)
過去1ヶ月1日以上	17(5.8)	14(5.6)	3(7.5)
過去1年間1回以上	7(2.4)	5(2.0)	2(5.0)
過去1年間乱用なし	7(2.4)	5(2.0)	2(5.0)
不明	10(3.4)	6(2.4)	4(10.0)
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

表9 最終診断の慢性症状の有無(複数回答)

	総症例数	男	女
特に無し	83(28.5)	62(24.7)	21(52.5)
意識・注意力の有無	45(15.5)	40(15.9)	5(12.5)
異常体験	68(23.4)	61(24.3)	7(17.5)
感情面の障害	107(36.8)	95(37.8)	123(7.5)
欲動面の異常	83(28.5)	78(31.1)	5(12.5)
その他	9(3.1)	8(3.2)	1(2.5)
不明	3(1.0)	3(1.2)	—
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

## B. 有機溶剤乱用者の現状(家族の報告)

### 1. 現在の生活状況(表10)

家族が報告した有機溶剤乱用者の現在の生活状況は、291名中「家庭で生活している者」121名(41.6%)、「単身生活者」39名(13.4%)、「一般病院入院中」4名(1.4%)、「精神病院入院中」32名(11.0%)、「服役中」15名(5.2%)、「行方不明」60名(20.6%)、「死亡」12名(4.1%)、「その他」7名(2.4%)であった。

その中で、家庭で生活している者、単身で生活している者で「殆ど休まずに仕事(学校)に行っている者」は85名(29.2%)のみであった。

他は、「仕事(学校)に行っても長続きしないか、殆ど行っていない」「病院に入院中」、「服役中」「行方不明」「死亡」「その他」などであった。「死亡」12例中自殺は9例であり、自殺例が多いのが特徴であった。また、「行方不明」が多いのも特徴であった。「その他」は病院でなく社会復帰施設に入所しているものが多かった。

現在社会復帰して予後がよいと考えられる者は85例(29.2%)のみであり、その他は予後不良例と考え

表10 家族が報告する乱用者の現在の生活状況

	総症例数
家庭で生活	121(41.6)
殆ど休まず仕事(学校)に行っている 時々行くが長続きしない ほとんど行かない その他	61(21.0) 32(11.0) 22(7.6) 6(2.0)
単身で生活	39(13.4)
殆ど休まず仕事(学校)に行っている 時々行くが長続きしない ほとんど行かない その他	24(8.2) 7(2.4) 3(1.0) 5(1.7)
一般病院入院中	4(1.4)
精神病院入院中	32(11.0)
服役中	15(5.2)
行方不明	60(20.6)
死亡(自殺)	12(4.1)
その他	7(2.4)
不明	1(0.3)
合計	291(100.0)

られ、入院を経験した有機溶剤乱用者の予後は良いとは言えない結果であった。

2. 最近の有機溶剤乱用状況 (表11)

「最近1年間に1回以上有機溶剤を乱用した者」は104名(35.7%)を認めた。「最近1年間に有機溶剤を使用していない者」は98名であったが、13名は入院、服薬など使用出来ない環境にある者であり、完全に使用していない者は社会復帰していると考えられている85名(29.2%)であった。不明は21名(7.2%)で、68名(23.3%)は行方不明、死亡のため記載されていなかった。

3. 予後と乱用期間との関係 (表12)

有機溶剤乱用者の予後を、乱用開始年齢、親との離

別、最終診断時症状、転帰との関連において検索を試みたが特に相関はなかった。

予後と乱用期間の間に相関を認めた。

すなわち、家庭及び単独で生活している者の中、最近1年間に有機溶剤を乱用せず、「ほとんど休まずに仕事(学校)に行っている」85名を予後良好群とし、その他190名を予後不良群とし、乱用期間別に検索した。乱用期間が5年以内では予後良好群が多く、5年以上では予後不良群が多いことがわかった(カイ2乗値検定にて $P < 0.01$ )。

表11 最近の有機溶剤乱用状況について

	総症例数	男	女
最近1年間に1回も使用していない	98(33.7)	76(30.3)	22(55.0)
最近1年間に1回以上使用した	37(12.7)	33(13.1)	4(10.0)
最近1ヶ月に1回以上使用した	39(13.4)	34(13.5)	5(12.5)
最近1ヶ月に20回以上使用した	28(9.6)	24(9.6)	4(10.0)
不明	21(7.2)	18(7.2)	3(7.2)
合計	291(100.0)	251(100.0)	40(100.0)

表12 乱用期間と現在の生活状況(上段人数、下段%)

現在の生活 使用年数	者生家 活庭し て単 い身 るで	行事殆 っ・学 て休 いる校 者ま に仕 ず	続時々 き行 しなが く長	殆ど 行か ない	そ の 他	入一 院般 病中 院	入精 神病 院中 院	服 役 中	行 方 不 明	死 亡	そ の 他
全 体	160 100.0	85 100.0	39 100.0	25 100.0	11 100.0	4 100.0	32 100.0	15 100.0	60 100.0	12 100.0	7 100.0
1年未満	53 33.1	35 41.2	11 28.2	5 20.0	2 18.2	— —	1 3.1	1 6.7	11 18.3	— —	2 28.6
1~5年未満	38 23.8	17 20.0	9 23.1	8 32.0	4 36.4	2 50.0	10 31.3	3 20.1	15 25.0	4 33.3	— —
5~10年未満	34 21.3	17 20.0	11 28.2	3 12.0	3 27.3	— —	9 28.1	7 46.7	17 28.4	5 41.7	2 28.6
10~15年未満	19 11.9	9 10.6	3 7.7	5 20.0	2 18.2	1 25.0	6 18.8	1 6.7	8 13.3	1 8.3	3 42.9
15~20年未満	7 4.4	3 3.5	2 5.1	2 8.0	— —	— —	4 12.5	2 13.3	7 11.6	— —	— —
20年以上	4 2.5	1 1.2	1 2.6	2 8.0	— —	1 25.0	1 3.1	1 6.7	2 3.4	1 8.3	— —
不 明	5 3.1	3 3.5	2 5.1	— —	— —	— —	1 3.1	— —	— —	1 8.3	— —

#### IV. 考 察

有機溶剤は20年以上にわたり、青少年を中心に乱用され続けており、覚せい剤とともにわが国の主な乱用薬物である。

毎年多くの有機溶剤乱用による検挙者をだしており、次から次へと新しい乱用者が発生し、有機溶剤乱用は急に衰える徴候はない。

今回、10施設の精神病院の協力を得て、1988年1月～1989年12月の2年間に退院した291例の有機溶剤乱用者の調査を施行することが出来た。これらの医療施設と矯正施設の有機溶剤乱用者の特徴を比較し、若干の考察を加えながらまとめる。

1) 有機溶剤乱用者の性別は、男性が圧倒的に多かった。これは覚せい剤乱用者でも同様であり、これらの薬物乱用が社会病理学的に流行病型に属することを示している<sup>4)</sup>。

2) 平成2年中に警察に検挙された「毒物及び劇物取締法」違反検挙者は26,242人であった。その中未成年者は22,695人(86.0%)であり、警察に検挙・補導される殆どが未成年者により占められており<sup>5)</sup>、社会での有機溶剤乱用は未成年者が主体であると言える。

一方、医療施設を受診する有機溶剤乱用者は、未成年者が43%であり、20才以上の成人が多いことが特徴であった<sup>4)5)</sup>。

精神科施設を受診する有機溶剤乱用者は、長期乱用者が多く、その結果、種々の精神症状を呈したり、社会的・家庭の問題を起こして受診する例が多いことを示している<sup>4)5)</sup>。

乱用期間をみても50%が5年以上の長期乱用者であり、乱用形態も依存が進んだ依存型乱用が多いことが特徴であった。

すなわち、成人が多いのは長期乱用者が多い結果である<sup>4)</sup>。

3) 有機溶剤使用開始年齢は男子で14～16才、女子で13～15才であって、1970年代に比べて低年齢化していることが特徴である。

中学生に該当し、発達過程の未成年者であるだけにその心身に与える影響は大きいものがある。

満足な社会生活を経験しないままに依存状態に陥り、未熟な人格のまま大人になっていく可能性が危惧

される<sup>6)</sup>。したがって、彼らの治療に際し、社会生活の基本から教えていかねばならず、アルコール、覚せい剤依存者とは違う難しさがあると言えよう。

4) 医療施設の有機溶剤乱用者は、約70%が義務教育で終わっている。他の報告でも同様の結果であり、有機溶剤乱用者は現在の高学歴社会に反して低学歴が多い<sup>7)</sup>。

また25%が矯正入所歴を有しており、かつ15才以下で親と離別率が高い。

これらの結果は、複雑な家庭環境から早期より学業になじめず、非行に走っていることが考えられ、有機溶剤乱用がその非行問題の一つに組み入れられていると言えよう<sup>4)6)</sup>。

5) 291例の有機溶剤乱用者の60%が入院前に連日にわたり有機溶剤を乱用しており、1週間に1回以上を加えると90%にも達する。医療施設を受診する有機溶剤乱用者の多くは「遊び型」乱用は少なく、依存の進んだ「依存型」乱用者であり、しかも乱用は長期にわたっている。したがって、有機溶剤依存による入院歴を有する者が多い結果となっている。

入院治療により退院時に70%の者に症状の改善がみられていたが、しかし幻覚・妄想などの異常体験、不安・焦燥感・抑うつ感などの感情面の障害、意欲減退などの欲動面の障害など慢性症状を多数が残存しており、長期の有機溶剤乱用が精神機能におよぼす影響の強さを示している<sup>4)</sup>。

6) 有機溶剤乱用者は、覚せい剤乱用者に比べ年齢が低く、家族が存在している場合が多い。したがって、家族を通しての予後調査を実施することは可能である。

家族に対し、有機溶剤乱用者の退院後2～4年経った現在の生活状況、健康状態に関するアンケート用紙を郵送し、回答を求めた。

その結果、現在家庭で生活している者121名中「殆ど休まずに仕事(学校)に行っている」者のは61名であり、単身で生活している者39名中「殆ど休まずに仕事(学校)に行っている」は24名であることがわかった。

291名中85名が現在社会復帰している者(予後良好群)であり、全体の29.2%にすぎず、非常に少ないことを知った。

他は、家庭及び単身生活者でも「仕事(学校)に行くが長続きしない」「仕事(学校)にほとんど行かない」

か、現在「精神病院入院中」、「服役中」の者であったり、あるいは「行方不明」が60例と多く、しかも死亡が12例（自殺が9例）もいるなど、精神病院を退院した有機溶剤乱用者の予後はよいと言えない状況にある。

洲脇ら<sup>8)</sup>は、児童相談所を訪れた有機溶剤乱用少年の予後調査で69%が良好であったと報告している。彼らの殆どが非行（集団）型乱用であり、乱用期間も短く、依存（個人）型乱用者が少ないことも関係している。

著者らの調査では、乱用期間が5年未満では予後良好群が多く、乱用期間が5年を超えると予後不良群が多くなることを知った（ $P < 0.01$ ）。医療施設を受診する有機溶剤乱用者の予後の悪さは乱用が進行し、有機溶剤に対する依存が強く形成された依存型乱用者が多く、しかも乱用期間が長いことと深く関係していると考えられる。

小沼ら<sup>9)</sup>は、退院した覚せい剤依存症患者の3年～8年後の予後調査を行ったが、110例中51例（46.4%）が社会生活に適応していると報告している。

覚せい剤乱用者の予後に比べると有機溶剤乱用者の予後は悪いと言える。

それは有機溶剤のもつ精神機能への影響とともに、乱用開始が13～16才であり、満足な社会生活を経験しないままに重篤な有機溶剤依存状態に陥ってしまい、社会性の獲得が難しいことと深く関係していると考えられる。

筆者らは<sup>9)</sup>、1991年に行った全国の精神科医療施設の実態調査から、有機溶剤乱用が5年を超えた長期乱用者に幻覚・妄想などの症状が遷延する例が増加してきたことを報告したが、今後は有機溶剤乱用の長期化に伴いこれらの有機溶剤精神病が精神医療の中で比重を増してくることが予想される。

## V. おわりに

20年以上にわたり有機溶剤乱用は続いており、残念

ながら急に衰える徴候は見られない。毎年次から次へと新しい乱用者は発生している。最近では乱用開始年齢の低下とともに、乱用が深刻化している傾向にある。

社会での有機溶剤乱用者は、非行型ないし遊び型の乱用が多く、しかも乱用が比較的短期で終わっている例が多い。

その一部が乱用が長期化して医療施設を受診しているが、彼らの予後は悪いものが多い。

乱用者の多くが発達過程にある未成年者であるだけに、思春期の少年を中心とした相談、治療、社会復帰を含めた専門の治療施設の設置及び教育、予防面での早期の対策が望まれる。

（この研究は石川研究助成基金にて行われたものである。またこの研究に協力して頂いた前記10病院の先生方に厚く感謝する。）

## 文 献

- 1) Bejerot, N.: Social Medical Classification of Addiction. I. J. Addiction, 4; 3, 1969
- 2) 警察庁保安部：平成2年中における覚せい剤等薬物事犯の統計資料，1990
- 3) 小沼杏坪：覚せい剤関連の精神障害者の治療とその転帰の追跡調査．日米薬物依存シンポジウム'90—コカインと覚せい剤をめぐって（基礎・臨床・疫学）pp151-164，麻薬・覚せい剤乱用防止センター，1992
- 4) 福井進，和田清，伊豫雅臣：最近の有機溶剤依存の臨床的特徴—有機溶剤乱用の現状と問題点．精神保健研究35；107～131，1989
- 5) 福井進，和田清，伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究（その2）—医療施設の実態調査より—．厚生省精神・神経疾患依託研究費．薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究．平成3年度報告書pp143-158，1992
- 6) 洲脇 寛，西井保行他：児童相談所を訪れた有機溶剤乱用少年の背景と予後，Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 17(1); 74～86, 1982



【原著】

## QOL評価尺度の作成と内科外来患者への適用

——予備的調査——

町沢 理子 永田 頌史 石川 俊男 吾郷 晋浩

抄録：患者のQOLには、疾患や病期に特異的な側面と一般健常者にも共通する非特異的な側面があると考えられる。我々は後者の、患者と健常者との比較可能なQOL評価を目的に健常者を対象としてQOLの意味構造を調べ評価尺度を作成した。QOLの定義は、ここでは全体的(global)な主観的満足感とした。尺度は31項目で6つの下位尺度(I生きがいと希望, II生活の楽しさと仕事, III心の安定と健康感, IV経済生活と生活環境, V家族を中心とした対人関係, VI自己肯定感とソーシャルサポート)からなる。このQOL評価尺度を一般健常者(135名)内科外来患者(45)に施行した。一般健常者では高齢程総得点及び3つの下位尺度(II,III,IV)得点が有意に高く、女性は1下位尺度(V)得点のみ男性よりも有意に高かった。内科患者は総得点及び4つの下位尺度(I, II, III, VI)において得点は健常者より有意に低かった。

精神保健研究 38 ; 47-55, 1992

Key word: *Quality of Life, QOL Scale, Factor Analysis*

## I. はじめに

Quality of Life (以下QOLと略す)の概念は、様々に定義されているが、一般的にはいわゆるGlobal Well-Being, つまり全般的な満足感や健康感と考えられ、主観的満足感Subjective Well-Beingが大きな比重を占めると考えられる。Diener<sup>1)</sup>によれば、Subjective Well-Being (以下SWBと略す)の研究は、初期には社会人類学的指標や年齢、収入、健康などの外的指標との関連においてなされたが、これらとSWBとの間に高い相関が認められないことが示されるに従って、SWBの心理学的要因の研究に移行したと述べている。またアメリカ人の生活全般に対する満足感と生活の各領域に対する満足感を比較したCampbellの報告を紹介し、生活に対する全般的満足感、自己に対する満足感(自尊心)と最も相関が高く、家庭生活、標準的生計に対する満足感がこれに次

ぎ、仕事に対する満足との相関は中等度であり、健康、地域社会に対する満足との相関はやや低いと述べている。

医療の分野では、QOLはこれまで末期医療、慢性疾患、薬剤の副作用の評価などの方面で数多く研究され、そこでは主に疾患や病期に特有のQOLの障害が扱われてきた<sup>2)3)4)5)6)</sup>。しかし患者のQOLには疾患や病期に特異的な側面と、健常者とも共通するより一般的な非特異的側面があると考えられる。Fgoote<sup>7)</sup>らは、QOLという言葉は使っていないが、多発性硬化症の患者において、健康的なコピーングに必要である希望が、自尊心やソーシャルサポートと高い相関を持つことを示すと同時に、自尊心とソーシャルサポートとの間にも相互に高い相関が認められたと述べている。そして看護の立場から、自尊心を高めソーシャルネットワークを増やすように患者や家族をケアすることによって、治療をより効果的にする環境が作られると述べている。これも広くQOLを高める治療的観点と

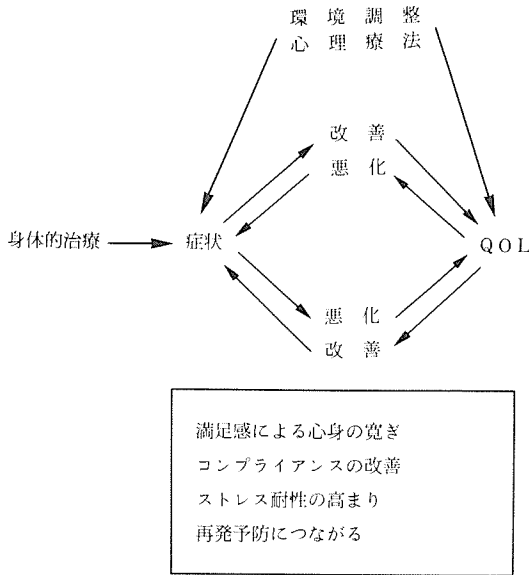


図1 症状とQOLの循環

とらえることができるであろう。

筆者らは、一般的に患者の治療過程は治療的関与と患者のQOLの相互作用によって展開するものと考えている。(図1)疾患の経過や予後は、発症前、発症時や治療過程での患者のQOLと関連があると推測されるが、この関連を調べるためには、より一般性があり、健常者と患者との比較ができるQOL評価が必要である。この様な観点から筆者らは、健常者のQOLの意味構造を調べて評価尺度を作成し、これを基準にして内科外来患者のQOLを計ることを試みた。手順としてまず①QOL評価尺度を作成し、②このQOL評価尺度得点の一般健常者における年齢差と男女差を調べ、③QOL評価尺度を用いて内科外来患者のQOLを検討した。

## II. 対象と方法

### 1. QOLの意味構造と評価尺度の作成

#### 1) QOLの定義

ここで言うQOLは、生活全体に対する主観的な幸福感と満足感 (Subjective Well-Being) とした。

#### 2) 尺度構成

62項目からなる自己記述式質問紙を作成した。

この中には主観的健康感 (活動力, 睡眠, 食欲, 疲労感, ストレス, 心理状態など), 心の平和, 安定感, 社会的機能, 家庭生活, 対人関係, 経済生活, 願望とその実現, 趣味, 将来への希望, 自尊心, 生きがいなど生活諸領域に関する質問60項目と, 「今の生活は幸福だと感じますか」「全体的に今の生活に満足していますか」という幸福感, 満足感を直接問う2項目が含まれている。生活諸領域に関する質問の例をあげると「あなたはやりたいことをする体力はありますか」, 「仕事にはやりがいを感じますか」, 「家族とのつながりに満足していますか」, 「生活の中に楽しみ (趣味やスポーツ) をもっていますか」, 「心の支えになる人やものがありますか」などである。この内12項目は反転項目である。回答方法は「はい」「いいえ」の強制選択法であり, 回答は1・0 (反転項目は0・1) に得点化した。調査対象は一般健常者92名で男性43名, 女性49名, 年齢は22から68才, 平均年齢は40.1才 (SD=10.9才) である。

生活の幸福感と満足感を問う2項目すなわち「今の生活は幸福だと感じますか」と「全体的に今の生活に満足していますか」との合計得点を基準変数として, この変数と他の60項目との相関係数を算出した。この相関係数が特に低い項目は除き, 相関係数が0.25以上の40項目を選んだ。(表1)

次にこの40項目について因子分析 (主因子法, VARIMAX回転) を行い, 6因子解が適切であると判断し採用した。更に因子において負荷量が高いと判断される項目を選び, 因子に対応した下位尺度項目とした。このようにして最終的に31項目をQOL尺度として採用し, 各下位尺度得点とこれらを合計した総得点を算出した。総得点は0点から31点の範囲である。

### 2. QOL評価尺度の適用

#### 1) QOL評価尺度得点の健常者における男女差と年齢差

次にこのQOL評価尺度を用いて一般健常者の尺度得点の年齢差と男女差を検討した。

分析対象は一般健常者135名 (平均年齢46.3才, SD=15.4) で男性54名 (平均年齢43.6才, SD=15.4), 女性81名 (平均年齢48.1才, SD=15.3) で

表1 幸福感・満足感を問う2項目の合計得点と各項目の得点の相関係数、反応率、欠損値  
( $r \geq 0.25$ 以上の項目のみ)

	r	反応率(%)	欠損値
1 あなたは同年齢の人とくらべて同じくらい元気がありますか	.39	85	1
3 皆とくらべて同じように活動的な生活をおこなっていますか	.30	71	2
4 普段とくらべて同じくらい食欲がありますか	.29	92	0
5 夜よく眠れなくて困ることがありますか	-.26	29	0
9 生活を楽しいと感じますか	-.25	75	2
10 おだやかな気持ちで暮らせる日は多いですか	.40	64	0
11 周囲の人に親しみや暖かさを感じる人が多いですか	.25	84	1
12 寂しいと感じることは多いですか	-.34	33	0
13 不安を感じることは多いですか	-.28	41	0
17 心配事や困ったことがあって辛いと感じますか	-.28	41	0
18 全体的に自分の健康状態は満足できますか	.25	62	0
19 仕事(学業、家事、社会活動)にはやりがいを感じますか	.40	78	2
21 仕事(学業、家事、社会活動)は自分に向いていると思いますか	.34	72	0
22 自分のペースで生活できていると思いますか	.30	63	0
24 全体的に見て仕事(学業、家事、社会活動)に満足していますか	.31	59	0
25 自分は誰かに必要とされていると感じますか	.29	93	3
26 家庭とのつながりには満足していますか	.48	73	0
27 あなたは家族に理解されていると感じますか	.58	78	0
28 性生活に満足していますか	.50	61	6
29 親戚とのゆききには満足していますか	.40	59	2
30 あなたは友人との交流に満足していますか	.40	76	0
31 心配事や困ったことを相談できる人がいますか	.34	88	0
33 近所付き合いや地域の人との交流に満足していますか	.29	48	1
35 生活環境には満足していますか	.29	55	0
36 収入は生活するのに充分ですか	.33	45	1
38 現在の経済状態に満足していますか	.39	32	1
39 あなたの望みは実現しつつあると感じますか	.35	41	1
40 今の生活はだいたい期待通りですか	.48	49	0
47 将来に対して自分なりに見通しや計画がありますか	.42	70	2
48 人生は何とかなるものだと思いますか	.38	86	0
51 全体的に将来には希望がありますか	.55	75	1
52 自分には良い点がたくさんあると思いますか	.30	71	2
53 家族にとって自分は大切な人間だと思いますか	.30	95	1
54 周りの人々に認められていると感じますか	.31	70	2
55 あなたは今の自分が好きですか	.44	63	2
56 自分自身を尊敬できると思いますか	.33	45	5
57 自分が男性(女性)であることに自信をもっていますか	.33	77	4
59 心の支えになる人やものがありますか	.46	86	0
60 あなたには生きがいを感じているものがありますか	.39	85	0
61 人生は生きる意味があると感じますか	.34	93	1



表2 因子分析結果 (下位尺度として採用した項目のみ記載)

I) 生きがい・将来への希望	( $\alpha = .76$ )
人生は生きる意味があると感じますか?	.70
あなたには生きがいを感じているものがありますか?	.67
心の支えになる人やものがありますか?	.66
全体的に将来に希望がありますか?	.65
将来に対して自分なりに見通しや計画がありますか?	.58
II) 生活の楽しさ・仕事(学業・家事・社会活動)の満足	( $\alpha = .74$ )
生活を楽しいと感じますか?	.77
仕事(学業・家事・社会活動)にはやりがいを感じますか?	.62
全体的に見て仕事(学業・家事・社会活動)に満足していますか?	.61
仕事(学業・家事・社会活動)は自分に向いていると思いますか?	.50
あなたは同年令の人とくらべて同じくらい元気がありますか?	.47
III) 心の安定・健康感	( $\alpha = .66$ )
自分のペースで生活できていると思いますか?	.68
不安を感じることは多いですか?	-.68
おだやかな気持ちで暮らせる日は多いですか?	.48
寂しいと感じることは多いですか?	-.47
全体的に自分の健康状態は満足できますか?	.47
IV) 経済生活・生活環境の満足	( $\alpha = .74$ )
収入は生活するのに充分ですか?	.78
現在の経済状態に満足していますか?	.74
生活環境には満足していますか?	.58
今の生活はだいたい期待どうりですか?	.53
V) 家族を中心とした対人関係の満足	( $\alpha = .77$ )
家族とのつながりには満足していますか?	.75
あなたは家族に理解されていると思いますか?	.70
親戚とのゆききには満足していますか?	.69
性生活に満足していますか?	.60
近所付き合いや地域の人との交流に満足していますか?	.53
あなたは友人との交流に満足していますか?	.44
VI) 自己肯定感・ソーシャルサポート	( $\alpha = .77$ )
自分には良い点がたくさんあると思いますか?	.70
周りの人々に認められていると思いますか?	.67
心配事や困ったことを相談できる人がいますか?	.59
自分は誰かに必要とされていると感じますか?	.58
家族にとって自分は大切な人間だと思えますか?	.58
あなたは今の自分が好きですか?	.45

表3 QOL尺度得点の男女差、年齢差の検討  
分析対象(健常者135名)の年齢構成

年齢	男	女	計
20-39	26	26	52
40-59	18	31	49
60-79	10	24	43
計	54	81	135
平均年齢 (SD)	43.6 (15.4)	48.1 (15.3)	46.3 (15.5)

表4 QOL尺度得点の健常者と内科外来患者との比較  
分析対象

	健常者群	患者群
	135名 (男59名、女81名)	45名 (男20名、女25名)
平均年齢 (SD)	46.3 (15.5)	53.8 (12.8)

表5 患者群の主要疾患名

本態性高血圧症	20
気管支喘息	7
慢性胃炎	6
慢性肝炎	2
慢性頭痛	2
糖尿病	2
胃十二指腸潰瘍	1
鉄欠乏性貧血	1
メニエール症候群	1
その他	3
計	45名

ある。対象者は病院職員、学校職員、趣味のサークル参加者で、活動的な日常生活の可能な人々であり、健常者と見なして良いと考え、これらの対象者にQOL評価尺度を施行した。対象者の年齢を20-39才、40-59才、60-79才の3層に分け、各年齢層群及び男性群、女性群の各下位尺度ごとの得点および総得点の平均値について、二元配置の分散分析を行った。

## 2) 内科外来患者のQOL尺度得点

内科外来患者のQOL尺度得点を健常者と比較した。

分析対象は著者らの担当する一般内科外来及び心身症外来の患者45名と健常者135名である。患者の数が少ないために年齢は統制していない。患者

群の疾患は表5に示すとおりである。これらの症例は、一般内科外来患者、心身症外来患者ともに、ほとんどが心理社会的に問題を有し、心身医学的アプローチを必要とした症例であった。これらの対象者にQOL評価尺度を施行した。そして各下位尺度得点と総得点について、その平均値を健常群と患者群についてt検定を行い比較した。

なお本研究は予備的調査なので健常者、内科患者共に所得及び社会階層などの統制はしていない。

## II. 結 果

### 1) QOLの意味構造

表2は、6因子解の解釈結果とそれぞれに対応する下位尺度項目、負荷量及び各下位尺度の $\alpha$ 係数を示している。第I因子は生きがいと将来への希望と命名した。これに含まれる項目は負荷量の高いものから「生きる意味があると感じている」「生きがいを感じるものがある」「心の支え」「全体的に将来への希望がある」「見通しや計画」などの項目であり、実存的側面や将来への希望を現わしていると考えられる。第II因子は生活の楽しさと仕事(ここには家事、学業、社会生活が含まれる)の満足と命名した。これに含まれる項目は負荷量の高いものから、「生活が楽しい」「仕事にやりがいを感じる」「仕事に満足している」「仕事に自分に向いている」「同年齢の人と同じくらい元気がある」などの項目である。第III因子は心の安定と健康感と命名した。これに含まれる項目は、「自分のペースで生活できる」「不安や寂しさを感じているか」「穏やかな気持ち」「健康状態の満足」などの項目である。第IV因子は経済生活と生活環境への満足と命名した。ここに含まれるのは、「収入が充分である」「経済状態、生活環境の満足」「期待どおりの生活」などの項目で物質的側面の満足感を現している。第V因子は、家族を中心とした対人関係の満足と命名した。これには「家族とのつながり」「家族の理解」「親戚との交流」「性生活の満足」そして「近所付き合い」「友人との交流」などの項目が含まれ、家族を含む親しい人々との交流の満足感を現している。第VI因子は自己肯定感とソーシャルサポートと命名した。これに含まれ

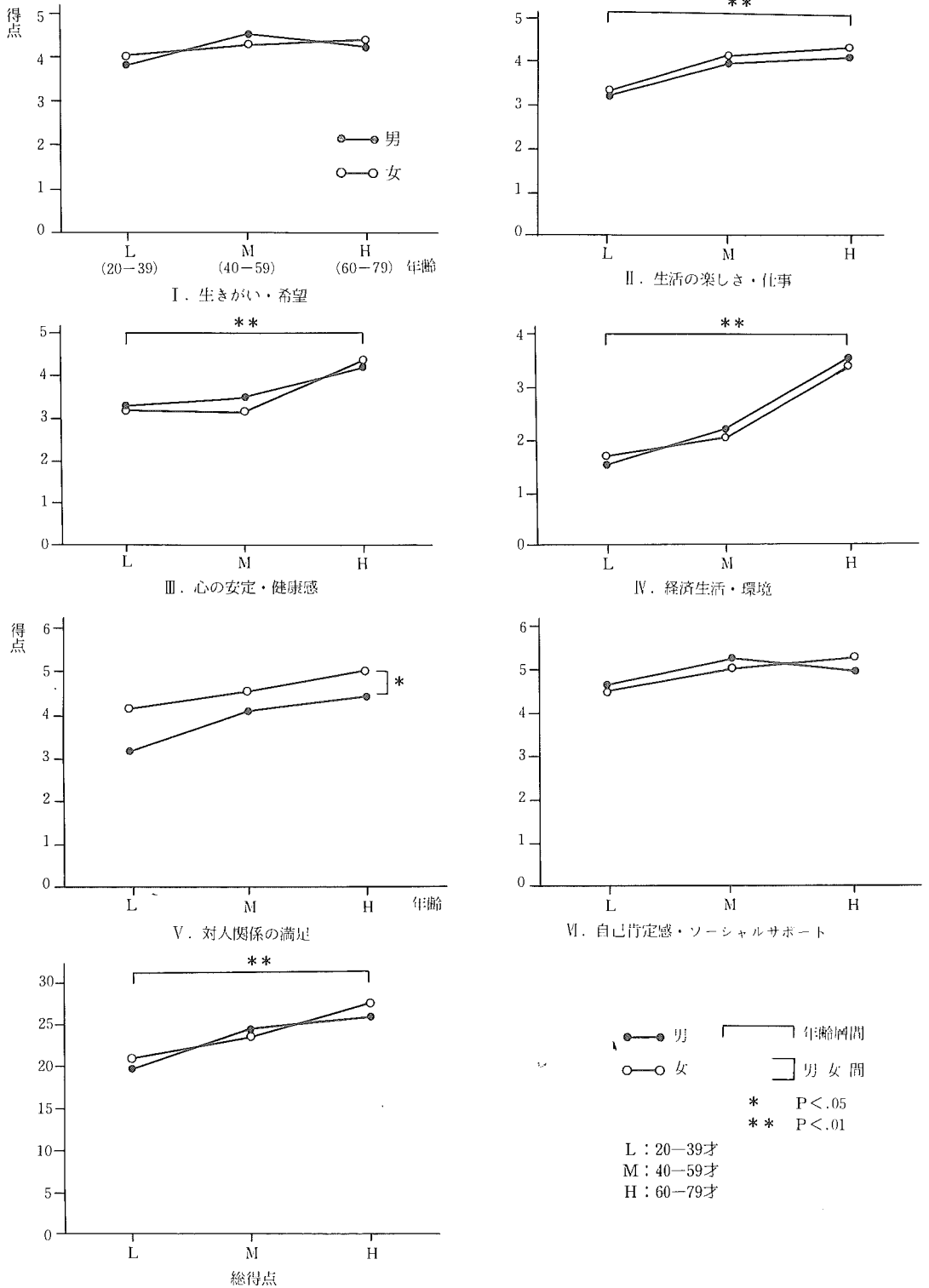


図2 年齢層別、男女別にみたQOLの各下位尺度および総得点

る項目は、「自分には良い点がある」「周りの人々に認められている」「誰かに必要とされている」「家族にとって自分は大切だ」「自分が好き」などの自尊心や他者からの承認による自己肯定感と、「心配事を相談できる人がいる」というソーシャルサポートの側面も含まれる。これは社会的ネットワークの中での承認、寄与、援助や信頼関係から生ずる自己肯定感であり社会的well-beingを現しているものと考えられる。

尺度の信頼性に関しては、各因子に対応する下位尺度の $\alpha$ 係数は第3因子を除いて0.75前後であり、尺度全体では0.89となり、尺度の信頼性に関しては、ほぼ問題はないと考えられた。

## 2) QOL評価尺度得点の一般健常者における年齢差と男女差

健常者におけるQOL評価尺度得点の男女差と年齢差は図2に示すとおりである。年齢による有意差が認められたのは第II因子の生活の楽しさと仕事の満足 ( $P < .01$ )、第III因子の心の安定と健康感 ( $P < .01$ )、第IV因子の経済生活と生活環境の満足 ( $P < .01$ )の各下位尺度得点、そして総得点 ( $P < .01$ )であった。傾向検定の結果、得点は年齢に従って高くなっていった。なおこの際交互作用はすべての得点で有意とはならなかった。また男女差が有意に認められたのは、第V因子の家族を中心とした対人関係の満足 ( $P < .05$ )の得点だけであり、得点は女性が高かった。

## 3) 一般健常者と内科外来患者のQOL評価尺度得点の比較

図3は健常者群と患者群のQOL各下位尺度得点と総得点の平均値を示している。ここでは得点はすべて10点満点に換算されている。各得点の平均値のt検定で、両群の得点に有意差の認められたのは第I因子の生きがいと将来への希望 ( $P < .01$ )、第II因子の生活の楽しさと仕事の満足 ( $P < .05$ )、第III因子の心の安定と健康感 ( $P < .05$ )、第VI因子の自己肯定感とソーシャルサポート ( $P < .001$ )の各下位尺度得点及び総得点 ( $P < .05$ )で、患者群は健常者群よりも得点が低かった。一方、両群の間に差の認められなかった

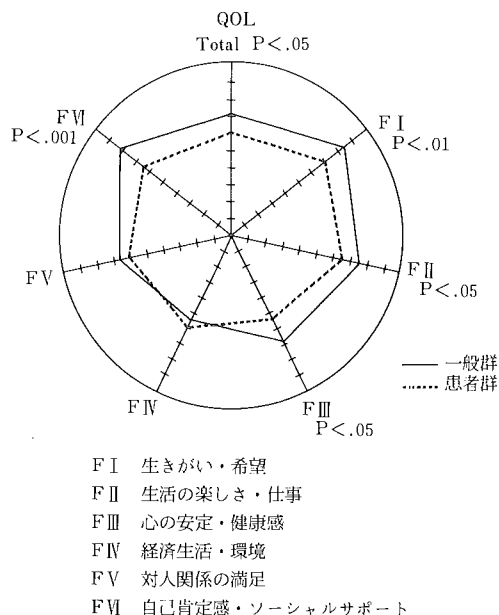


図3 一般・患者別にみたQOLの各下位尺度および総得点

のは第IV因子の経済生活と生活環境の満足と、第V因子の家族を中心とした対人関係の満足の各下位尺度得点であった。

## V. 考 察

筆者らの研究では一般健常者のQOLの意味構造は6因子に分かれ、これはほぼCampbellの分類と類似していた。当初は、患者の治療に際して重要である趣味の活動はQOLと関連が強いと予想したが、実際の調査では、これらの項目は尺度項目として残らなかった。健康を当然のこととして活動する一般健常者とある程度限られた健康状態で活動する患者とは、その価値観や、満足感をもたらす要因、自己に対する要求にも当然差があると考えられ、従って厳密には両者を同じレベルで論じられない。しかしこの研究の目的は、globalな視点でQOLをとらえ比較することなので、患者に特有な側面はあえて考慮せず同じ物差しで計ることとした。

一般健常者のQOL尺度得点は、筆者らの調査では、第II因子生活の楽しさと仕事の満足、第III因子心の安定と健康感、第IV因子経済生活と生活環

境の各下位尺度得点には年齢による有意差が認められ、年齢が上がるに従って高くなる傾向があった。またQOL尺度総得点も年齢が高くなるほど高まり、年齢による有意差が認められたが、これらの尺度得点に関して男女差は有意ではなかった。常識的に考えれば、若い人の方が健康感、楽しさ、希望などの面で満足感が高いと予想される。しかし本調査の結果から見ると、反対に年齢が高くなるほど人生を肯定的に見るようになる傾向があると考えられる。また諦めの境地が関与しているのかも知れない。今回の調査では、すでに述べたように社会階層の統制がなされておらず、主として趣味のサークルから高齢健常者のサンプルをとったため、比較的余裕のある幸福な高齢者にサンプルが偏り、このような結果になった可能性もある。従ってこの結果をもって直ちに一般化することはできないであろう。

男女間の得点に有意差の認められたのは第V因子の家族を中心とした対人関係の満足に対応する下位尺度得点のみであり、女性の得点が男性より高かった。これは会社人間の多い日本の男性の現状を反映していると思われる。

Staatsら<sup>9)</sup>によれば、アメリカの一般人のQOLに関する報告では、QOLに男女差はなく、年齢差は研究者によってまちまちで、一致した結果は報告されていないという。

次に内科外来患者と健常者との比較では、QOL評価尺度総得点及び第I因子生きがいと将来への希望、第II因子生活の楽しさと仕事の満足、第III因子心の安定と健康感、第VI因子自己肯定感とソーシャルサポートに対応する各下位尺度得点が患者群で有意に低かった。本調査の対象となった患者群は比較的軽症の外来レベルの患者であるが、健常者と比較してQOL尺度得点にかなりの障害が認められたことは注目される。病気との因果関係は不明であるが、少なくともこの事は、治療に際しての心理的側面の考慮の必要性を示していると考えられる。特に第VI因子の自己肯定感とソーシャルサポートの障害は注目される。Siegristら<sup>9)</sup>は、慢性疾患患者のQOLの社会的側面について、社会的承認や社会に対して意味のある寄与をしているという意識が、親密さや信頼感、所属感とな

らんで社会的well-being、ひいては生命力の実感において決定的に重要であると述べている。臨床的にも社会復帰、あるいは家族や周囲の人からの承認などが治療の進展に重要である場合が少なくない。社会的つながりの中での自己肯定感の回復は、患者のQOLを考える上で重要であると推測される。

一方、今回の調査で患者群と健常者群の間に有意差の見られなかったのは、第IV因子の経済生活と生活環境の満足、及び第V因子の家族を中心とする対人関係の満足に対応する各下位尺度得点であった。これら2因子は、他の4因子が希望、生きがい、楽しさ、自己肯定感のような内的心理的側面を表しているのに対して、より外的な要因に左右される側面を表していると考えられる。従って今回の調査対象となった患者群のように比較的軽症で、社会生活上の実際の障害が軽度であれば場合は損なわれにくいであろうと推測される。

今回の分析は、患者群のサンプルも小さく、QOLの横断的な側面の調査であった。QOL評価尺度の妥当性を検討するためには、QOLと臨床所見の客観的指標との対応関係を知る必要があり、今後さらにQOLと疾患の予後や治療効果との関連を追及する縦断的研究が必要であろう。

本論文を作成するにあたり本研究所成人精神保健部の佐藤寛之氏に御協力いただきましたことを深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) Diener E: Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* 95:542-575, 1984.
- 2) Croog SH, Levine S, Testa MA, et al: The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Eng J Med* 314:1657-1664, 1986.
- 3) Fletcher AE, Hunt BM, Bulpit CJ: Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *J Chron Dis* 40:557-566, 1987.
- 4) Morrow GR, Chiarello RJ, Derogatis LR: A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness. *Psychological Med* 8:605-610, 1978.
- 5) Lehman AF: The well-being of chronic

mental patients. Arch Gen Psychiatry 40: 369-373, 1983.

- 6) 日本保健医療行動科学会 (編): クオリテイ・オブ・ライフと保険医療. メヂカルフレンド社, 1988.
- 7) Foote AW, Piazza D, Holcombe J, et al: Hope, self-esteem and social support in persons with multiple sclerosis. J Neuroscience Nursing 22:155-159, 1990
- 8) Staats SA, Stassen MA: Age and present and future perceived quality of life. Int'l J Aging and Human Development 25(3):167-176, 1987.
- 9) Siegrist R, Junge A: Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. Psychother Psychosom 54: 90-98, 1990.

#### Abstract

A self-rating quality of life (QOL) scale was developed to assess patient's disease non-specific QOL. This QOL scale consists of 31 items with 6 subscales representing 6 factors extracted through factor analysis. Reliability of the scale is adequate with Cronbach's reliability coefficient of .89. The scale was administered to normal samples(n=135) and medical outpatients(n=45). Among normal samples, the scale scores of older people were significantly higher in total score and three subscales (II, III, IV). The scores of women were significantly higher in one subscale (V). The scores of medical patients were significantly lower in total score and four subscales( I , II, III, VI) than normal samples. A further longitudinal study is needed to examine the validity of the scale.



【原著】

## CT上広範な脳脊髄液領域を示す症例の聴覚中間潜時反応

——起源に関する考察——

加我 牧子<sup>1)</sup> 昆 かおり<sup>2)</sup> 鈴木 文晴<sup>2)</sup>  
 山内 秀雄<sup>2)</sup> 石川 充<sup>2)</sup>

抄録：1. 広範な脳脊髄液領域を示す14症例の聴覚中間潜時反応 (Auditory Middle Latency Response, MLR) の検討を行った。13例は大島分類1の重症心身障害児であった。原疾患は水無脳症, 全前脳胞症, 蜘蛛膜嚢腫のほか一次性及び二次性的水頭症などであった。参考としてABR正常の118例を対照とした。

2. 対照児では5歳以降検査のための睡眠中もMLRは高率に記録された。

3. MLRのPaの形成されている症例では側頭葉皮質が認められたが, 側頭葉底部のみでも反応のみられる症例があった。

4. MLRのPbの形成されている症例では側頭葉皮質外套部が認められた。

精神保健研究 38 ; 57-66, 1992

**Key word:** Auditory middle latency response, origin, hydranencephaly, holoprocencephaly, hydrocephalus

## はじめに

私たちはCT上広範な脳脊髄液領域を示す5症例における各種誘発反応について検討し報告した<sup>1)</sup>。聴覚中間潜時反応 (Middle Latency Response, MLR) についてはPa成分を中心に検討し, 少数例ながらその起源は側頭葉としても矛盾はないこと, さらに実質障害が強く神経放射線学的に残存皮質の存在が同定できない症例では

MLRの存在から逆に側頭葉の機能的残存を推測した。

MLRのPaは被験者の認知とは関係なく音刺激によって自動的に誘発される反応であるが後期成分であるPb, すなわち長潜時反応の早期成分であるP1は睡眠覚醒のレベル<sup>5)</sup>, Alzheimer病<sup>1)</sup>, 自閉症<sup>3)</sup>など認知機能に直接の影響を及ぼす疾患において特有の反応態度を示し事象関連電位としての性質を有する可能性が示唆されている<sup>1)5)6)</sup>。PbはPaほど注目を集めてこなかったため起源に関しても不明な点が多い。

今回, 症例を追加して患児の病巣・病変と臨床的聴覚反応と共にMLRの検討を行ったので報告する。

## 対象と方法

CT上残存する皮質が乏しく広範な脳脊髄液領域を示した14症例を対象とした。症例4の1例を除きいずれも大島分類1に相当する重症心身障害

Auditory Middle Latency Response in cases with extensive cerebrospinal fluid lesion revealed by CT scan.

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
Makiko Kaga

Institute of Mental Health, NCNP

<sup>2)</sup>国立精神・神経センター武蔵病院

Kaori Kon, Hisaharu Suzuki, Hideo Yamanouchi and Mitsuru Ishikawa.

National Center Hospital for Mental, Nervous and Muscular Disorders, NCNP



表1 対象例のプロフィールと聴覚的反応と誘発反応, CTスキャンのまとめ

症例	性	年齢	診断	聴覚的反応	ABR	(Pa)MLR(Pb)	CTスキャン(脳幹と側頭葉)
1	AY	M	11	先天性水無脳症	顔を向ける	正常	+/+ -/- T底部のみ残存(左>右)
2	TH	M	2	先天性水無脳症	びくっとする	正常	-/+ -/+? 脳幹LD/T残存(左<右)
3	TM	F	3	全前脳胞症+ST	無反応	正常	+/+ +/+ 皮質全体に菲薄
4	MK	F	18	巨大蜘蛛膜囊腫	正常	正常	+/+ 遅/+ 右T部分圧排
5	TA	M	8	P-H+ST	声の方に向く	正常	+/+ +/遅 右P-T欠損?
6	KA	F	12	P-H+ST+化膿性髄膜炎	瞬目する	左中枢潜時延長	+/+ +/+ 左脳幹LD/左T見えず
7	TY	M	12	CP(新生児仮死+髄膜炎)	笑う	異常波形	+/+ -/- 両T-PのLD
8	IN	F	3	無酸素脳症(新生児仮死)	無反応	無反応	-/- -/- 脳幹萎縮/PのLD/T見えず
9	NM	F	14	無酸素脳症+FCMD	無反応	無反応	-/- -/- 脳幹萎縮/P-TのLD
10	HK	M	9	ICB(VitK欠乏)+S-H+ST+髄膜炎	瞬目する	正常	-/+ -/- 右T残存
11	KT	M	11	ICB(血友病B)+S-H	笑う	中枢潜時延長	+/- +/- T底部残存
12	TM	F	5	脳腫瘍+S-H+ST+放射線照射	無反応	異常波形	遅/+ /// T底部は左<右皮質圧排
13	IN	M	14	S-H(髄膜炎)+S-H	瞬目する	域値up/無反応	-/- -/- 皮質全体に菲薄
14	IJ	F	8	白質変性症?	びくっとする	正常	+/+ +/+ 皮質全体に菲薄

ST: シャント手術

LD: 低吸収域

右側/左側

P-H: 先天性水頭症

T: 側頭葉

P: 頭頂葉

S-H: 二次性水頭症

///: 分析時間の関係で判定不能(50msecまでには出現せず)

CP: 脳性麻痺

FCMD: 先天性筋ジストロフィー(福山型)

ICB: 頭蓋内出血

児であった。症例のプロフィールを表1に示した。症例1から5まではほぼ先天的な病変のみであるがそれ以外は出血・感染・無酸素症など後天的な要因による脳実質障害が加わっていた。

対照は発達評価または軽微な神経症状のため行った聴性脳幹反応(Auditory Brainstem Response, ABR)が正常で, MLRを誘発睡眠下, 分析時間100msecで記録しえた118症例とした。これらの児のPa, Pbの出現率を月齢・年齢別に検討した。早産未熟児では修正月齢を用いた。

方法: 各症例について臨床的・神経学的検査を行った。聴覚反応と聴覚系を中心とした各種誘発反応をCTスキャンと比較検討した。MLRはすでに報告した方法を用いた<sup>15)</sup>。

## 結 果

1. 対照児のPa, Pbの出現率を表2に示した。対照児ではPaは生下時から確実に記録され新生児期にも91%が両側に記録された。1カ月以降は多少の例外はあるもののPaはほぼ100%記録できた。Pbは1カ月未満では(A)両側確実に反応がみられるのが17%, (B)片側出現ないし低振幅など不規則な反応が26%, (C)100msecまでに反応がみられないものが57%あった。しかしCグループは急速に減少し, 5歳以後にはみられなくなった。すなわち健常児では5歳以降には検査のための誘発睡眠中でも大部分の症例でPa, Pbが記録できる

表2 対照児のMLRの出現率

	Pa			Pb			計
	A	B	C	A	B	C	
1ヶ月未満	21 (91.3%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	4 (17.4%)	6 (26.1%)	13 (56.5%)	23
1ヶ月	9 (81.8%)	2 (18.2%)	0	3 (27.3%)	4 (36.4%)	4 (36.4%)	11
2-6ヶ月	11 (100%)	0	0	4 (36.4%)	4 (36.4%)	3 (27.3%)	11
7-12ヶ月	6 (100%)	0	0	3 (50.0%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	6
1才	14 (100%)	0	0	8 (57.1%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	14
2才	9 (81.8%)	2 (18.2%)	0	8 (72.7%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	11
3才	9 (81.8%)	2 (18.2%)	0	5 (45.5%)	3 (27.3%)	3 (27.3%)	11
4才	7 (100%)	0	0	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1 (43.1%)	7
5-7才	7 (100%)	0	0	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0	7
8-10才	10 (100%)	0	0	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0	10
11才以上	7 (87.5%)	1 (14.3%)	0	7 (87.5%)	1 (14.3%)	0	7
計	110	8	1	55	35	29	119

Aは両側確実に反応がみられるもの

Bは片側出現ないし低振幅など不規則な反応

Cは100msecまでに反応がみられないもの

ことがわかった。

2. 各症例の聴覚反応, ABR, MLRとCT所見につき表に示した(表3)。MLRは前記の記録条件下で明瞭なPa成分, Pb成分が分離して認められる場合を+, 認められない場合を-として表示した。

① MLRが全く認められなかったのは2例で重度の無酸素脳症(症例8, 9)であった。

② Paが両側共に認められなかったのは14例中上述の2例と化膿性髄膜炎後遺症の1例(症例13(図1, 図2)の合計3例で, それ以外の症例では少なくとも一側に異常ではあっても反応が認められた。

MLR無反応例を除き, Paの有無と振幅は側頭葉皮質の残存の程度とおおむね関係していた(症例2, 症例10(図3)。ただし側頭葉底面のみ残存とみられる2症例でもPaが記録された(症例1, 症例11(図4)。

③ Pbについては対象14例の内1例はPaが延

長しており分析時間も50msecと短かったため検討が行えなかった(症例12)。これ以外では少なくとも1側のPbが7例に認められた。Pbが明らかに認められている症例ではおおむね側頭葉皮質外套部が残存していた(症例3)。

側頭葉は圧排されているが確実に存在すると考えられる症例4では病変側の方が健側よりPbは明らかで早期に出現していた。これ以外では病変の著しい側の方がPbの反応は不良あるいは潜時遅延が認められた。

④ 聴覚反応の認められない4例(症例3, 8, 9, 12)のうち高度の無酸素脳症2例はABR, MLRとも検出されなかった(症例8, 9)。症例3ではABR正常で, MLRも反応が検出された。症例13は強い音でわずかに瞬目が認められABRは左は無反応, 右は100-90dB SPLと高度の域値上昇を示した。MLRは120dB SPLでも両側とも認められなかったが頭頂部緩反応(Slow Vertex

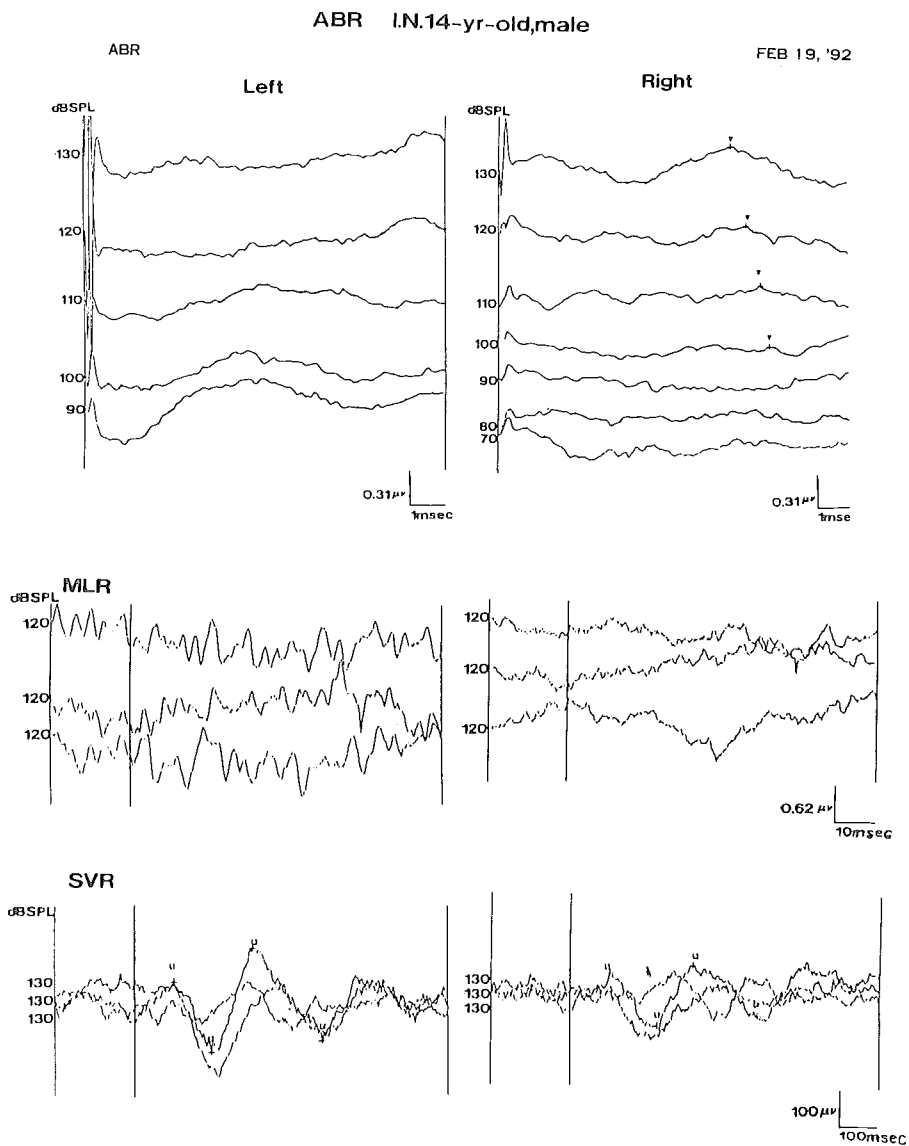


図1 症例13の聴覚誘発反応。ABRは左側無反応。右は高度の域値上昇。MLRは無反応だがSVRは認められる。

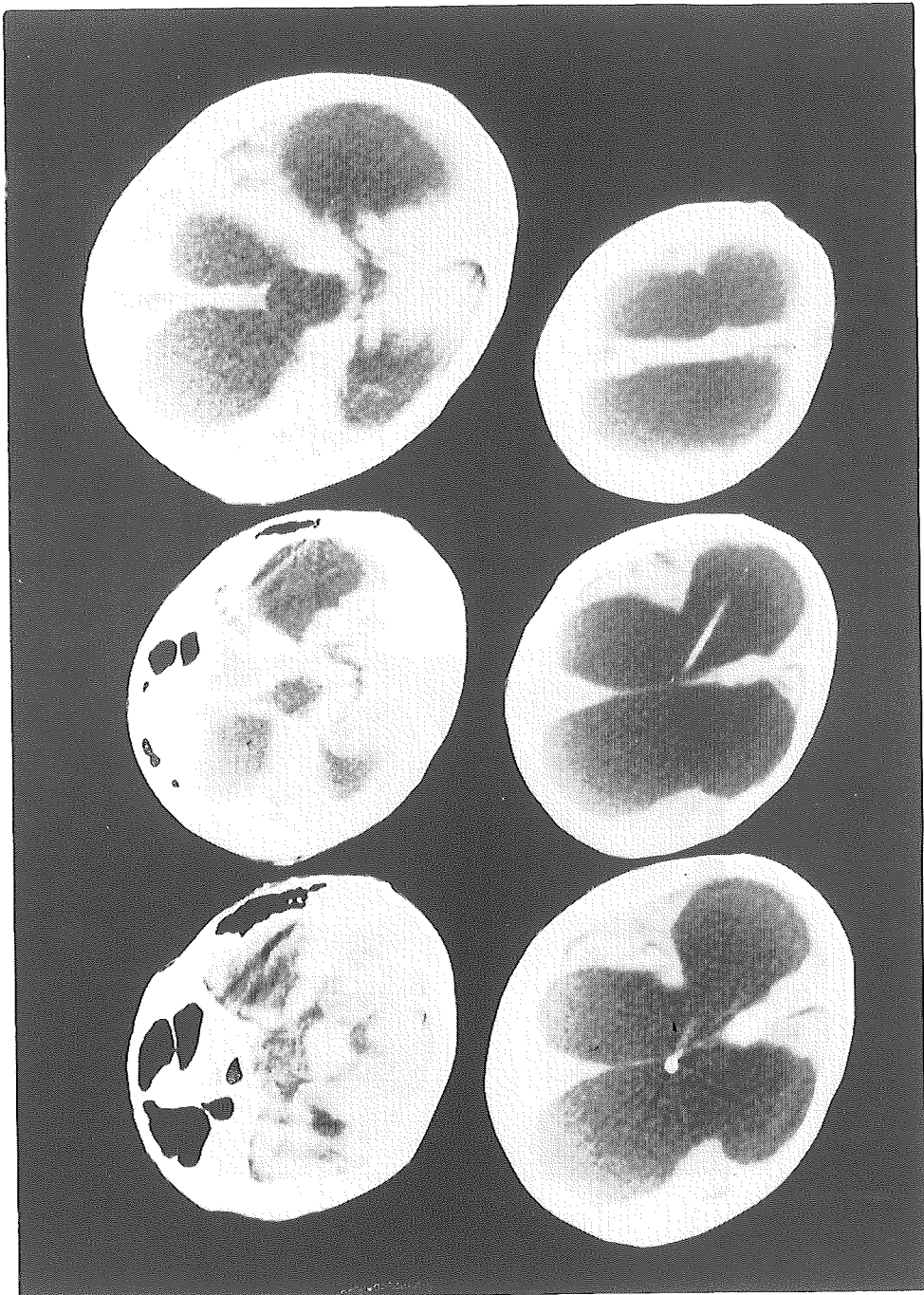


図2 症例13のCT.

## H.K. 9-yr-old, male

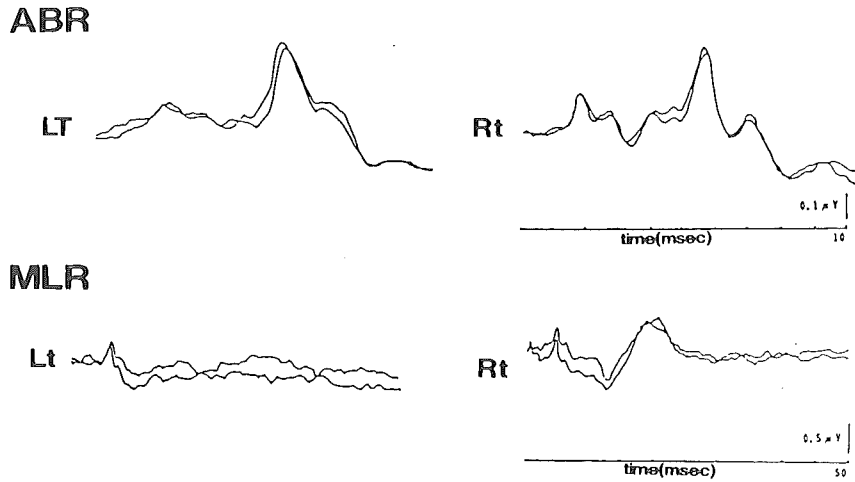
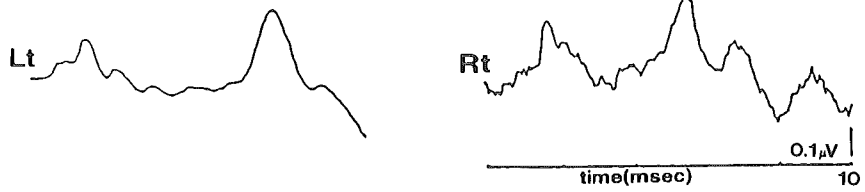


図3 症例10のABRとMLRとCT. ビタミンK欠乏による脳出血後遺症. 二次性水頭症に対し短絡術後. 化膿性髄膜炎の既往あり. 残存脳実質の多い側から誘導したMLRのPaは確実に認められるが対側は明かでない.

## Hemophilia B Intracranial bleeding

ABR



MLR

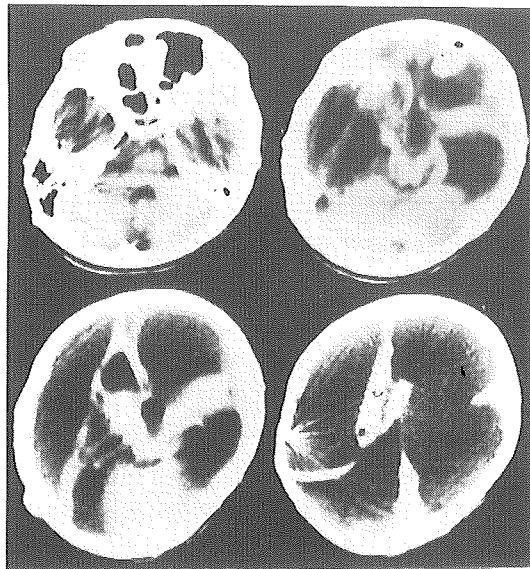
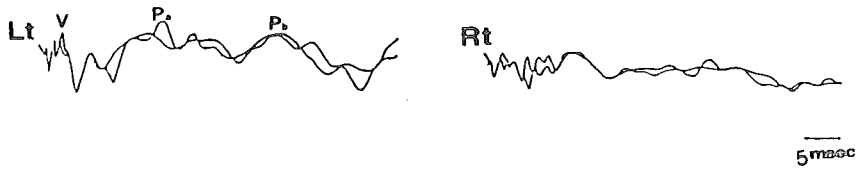


図4 症例11のCTと聴覚誘発反応. 血友病Bによる頭蓋内出血後遺症. MLRは左の反応が良好であるが残存脳実質の同定は視床?を除くと困難で左右差も明かではない.

Response, SVR) は検出された。

⑤ 反応の左右差を解剖学的に説明し得ない症例が2例あった(症例6, 11(図3))。

## 考 察

対照児におけるPa, Pbの出現頻度については表1に示したが、新生児でPbの出現頻度が低いのは100msec以降に出現している可能性もある。さらにこれらの対照児は何らかの主訴を持って検査に至った児であり完全な健常児とは言えないという問題が残っている。しかし今回の検討では粗大な神経学的・聴覚学的異常を認めずかつABR正常という条件で児を選択したので、これら対照児は健常児におけるPa, Pbの出現率の推移の傾向を確実に反映しているものと思われる。従って対象児でPaが認められなければ異常である可能性が高いといえる。またPbは睡眠覚醒の影響を受け、徐波睡眠段階では振幅低下からさらに消失することが知られている。しかし今回のような通常の誘発睡眠下で検査しても大部分が深睡眠段階に至らずかなり高率に反応が認められることがわかった。

今回の検討ではMLR無反応症例を除いて、Paの有無と振幅はおおむね側頭葉皮質の残存の程度と関係していた。ただし2例では側頭葉底面のみでもPaが記録された。これに反してPbが確実に記録された症例ではその側の側頭葉皮質外套部が残存しているものと考えられた。今回の検討からPaの形成には側頭葉が必要で底部のみでも反応がみられる場合があること、Pbの形成には皮質外套部が必要らしいことが推定された。

MLRの起源に関しては現在までネコ、モルモット、ヒトなどで研究され、Paについては視床と皮質由来<sup>19)</sup>、シルビウス裂<sup>9)</sup>、皮質<sup>13)</sup>、聴覚皮質<sup>18)</sup>などの説があり決定されていないが側頭葉聴覚領と関係が深いと考えられている。Nbの起源は皮質下<sup>4)</sup>、中脳、視床、視床-皮質放線<sup>12)</sup>との説がある。Kilneyら<sup>16)</sup>はNa-Paの発生源として上側頭回後面とシルビウス裂近傍の役割を想定したが起源は別々であるとした。

Pbについては報告が少ないがHeschell横回や海馬で位相の逆転を示さない<sup>7,21)</sup>が、上側頭聴皮質

の前後で波形の変化をするのが位相の逆転である<sup>8)</sup>と評価したり、側頭平面への言及<sup>20)</sup>もある。Hashimoto<sup>8)</sup>は頭蓋内記録により、Pa, Pbとも第一次聴覚領近傍に起源があると考えた。Hinmanら<sup>9)</sup>は網様体-視床系の活動を反映すると考えている。

皮質病変を有する症例のMLR報告の原疾患は主として梗塞、出血などの脳血管障害やてんかんに対する側頭葉切除術症例などである。MLRの波形とCT所見が共に掲載されている症例はHoら<sup>10)</sup>、Kilneyら<sup>16)</sup>、Ibanezら<sup>11)</sup>、Krausら<sup>17)</sup>の症例のうちMLRと共にCT像ないし病変が論文中に図示されている12症例であった。側頭葉切除例においては、前方5cmの切除でもPbが消失する場合があります、Pbについては少なくとも側頭葉皮質後部が必要らしいことがわかる。Krausらの報告<sup>17)</sup>ではPbについて今回の症例と比べると結果の推定が一致しない症例が2症例含まれている。ただこの論文に記載されている健常者のMLRに確実なPbが見られないことから判断は難しく今回の結果を否定するものではないと考えた。臨床例における起源追求にはさらに詳細な症例研究が必要である。

今回の対象は水無脳症、全前脳胞症、一次性及び二次性水頭症、頭蓋内出血後遺症、化膿性髄膜炎後遺症、無酸素脳症、巨大蜘蛛膜嚢腫、不明の変性疾患などであった。この中で反応の左右差を解剖学的に説明するのが困難な症例が2例あった。これは感染、出血などによる高度の脳実質障害があり、残存していると見える部分もその同定が困難なためもあると考えられる。

誘発反応の起源を考察するためには感染や出血などの後天性に脳を障害する要因がないか少ない症例が望ましい。この意味では先天性の脳の形成異常である無脳症、水無脳症、全前脳胞症などは二次性の脳病変を有する症例よりははるかに適しているといえる。ただこの場合も解剖学的に脳の層構造の異常や神経細胞の移動(migration)の異常<sup>9)</sup>などがあって、正常の脳実質と同一ではないことがある点で理想的とはいえない点に注意しなければならない。

水無脳症では大部分の脳実質が認められないが、残存している場合は部分的ではあっても側頭葉、

後頭葉であるとされる<sup>6)</sup>。今回対象とした2症例においてもこれは確認され、Pa, Pbの起源を考察する上でいずれも貴重な症例であった。

今回、化膿性髄膜炎後遺症による重症心身障害児の一例において、聴覚反応がわずかに確認されていてABRの域値が高度上昇し、MLRの反応は認められないもののSVRが認められる症例があることが示唆された。これは重症心身障害児では障害部位は広汎であるが均一でないことがしばしばあり、臨床生理学的に感覚反応を推定する場合には多角的な検査が必要<sup>14)</sup>であることを示しているものと考えられた。

### 謝 辞

症例3, 8, 12の検索の機会を与您て頂きました国立小児病院神経科二瓶健次先生に深謝致します。

本研究の一部は1991年9月第12回 Biennial Symposium of international Electric Response Study Group (イタリア, トレント市) で発表しました。

なお本研究の一部は平成3年度厚生省精神・神経疾患委託研究「重度重複障害児の疫学と長期予後に関する研究」(2-指-14-23)の援助を受けたことを記し感謝します。

### 文 献

- 1) Buchwald JS, Erwin RJ, Read S, et al. Midlatency auditory evoked responses: differential abnormality of P1 in Alzheimer's disease. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1989; 74:378-84.
- 2) Buchwald JS, Erwin R, Van Lancker D, et al. Midlatency auditory evoked responses: P1 abnormalities in adult autistic subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1992; 84:164-171.
- 3) Cohen MM. Coronal topography of the middle latency auditory evoked potentials (MLAEPs) in man. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1982;53:231-6.
- 4) Deiber MP, Ibanez V, Fischer C, et al. Sequential mapping favours the hypothesis of distinct generators for Na and Pa middle latency auditory evoked potentials. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1988; 71:187-97.
- 5) Erwin R, Buchwald JS. Midlatency auditory evoked responses: Differential effects of sleep in human. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1986;65:383-92.
- 6) Friede RL: *Developmental Neuropathology*. Wien, New York: Springer Verlag, 1975.
- 7) Goff WR: The scalp distribution of auditory evoked potentials. In *Evoked electrical activity in the auditory nervous system*. Eds by Naunton RF and Fernandez. New York: Academic Press, 1978:505-24.
- 8) Hashimoto I. Auditory evoked potentials from the human mid-brain: Slow brainstem responses. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1982;53:652-7.
- 9) Hinman CL, Buchwald JS. Depth evoked potential and single unit correlates of vertex midlatency auditory evoked responses. *Brain Res* 1983;264:57-67.
- 10) Ho KJ, Kileny P, Paccioretti D, et al. Neurologic, audiologic, and electrophysiologic sequelae of bilateral temporal lobe lesions. *Arch Neurol* 1987;44:982-7.
- 11) Ibanez V, Deiber MP, Fischer C. Middle latency auditory evoked potentials in cortical lesions. *Arch Neurol* 1989;46:1325-32.
- 12) Jacobson GP, Privitera M, Neils JR, et al. The effects of anterior lobectomy (ATL) on the middle-latency auditory evoked potential (MLAEP). *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1990;75:230-41.
- 13) Kaga K, Hink RF, Shinoda Y, et al. Evidence for a primary cortical origin of a middle latency auditory evoked potentials in cats. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1980; 50:254-66.
- 14) 加我牧子, 鈴木文晴, 曾根翠他. 重度脳障害児の聴性脳幹反応と経外耳道法蝸電図. 脳と発達 1991;23:9-14.
- 15) 昆かおり, 加我牧子, 吉川秀人他. 頭部CT上広範な脳脊髄液領域を示した重症心身障害児の神経生理学的検討. 臨床脳波 1992:109-116.
- 16) Kilney P, Paccioretti D, Wilson AF. Effects of cortical lesions on middle latency responses (MLRs). *Electroencephalogr Clin*



- Neurophysiol 1987;66:108-12.
- 17) Kraus N, Özdamar Ö. Auditory middle latency response (MLRs) in patients with cortical lesions. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1982;54:275-87.
  - 18) Pelizzone M, Hari R, Makela JP, et al. Cortical origin of middle-latency auditory evoked responses to in man. *Neurosci Lett* 1987; 82:303-7.
  - 19) Picton TW, Hillyard SA, Krausz HI, et al. Human auditory evoked potentials. I: Evaluation of components. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1974;36:179-90.
  - 20) Reite M, Teale P, Zimmerman J, et al. Source location of a 50msec latency auditory evoked field component. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1988;70:490-8.
  - 21) Woods DL, Clayworth CC, Knight RT, et al. Generators of middle- and long- latency auditory evoked potentials: implications from studies of patients with bitemporal lesions. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1987;

68:132-48.

#### ABSTRACT

We examined the auditory middle latency response (MLR) in 14 patients with extensive cerebrospinal fluid lesion revealed by CT scan. All but one patient were severely handicapped both mentally and physically. Underlying diseases were hydranencephaly, holoprocencephaly, giant arachnoid cyst, primary hydrocephalus and secondary hydrocephalus. Latency and amplitude of Pa and Pb were compared with neuroradiological findings.

Detection rate of Pa and Pb were tested in 118 control subjects whose auditory brainstem response (ABRs) were normal. Pa and Pb were elicited in most control subjects under the test condition.

At least the basal part of the temporal lobe was necessary to form Pa, while Pb was not elicited without the posterior part of the temporal pallium.

Origin of Pa and Pb is discussed with comparison to previously published cases.

## 【資料】

国立精神・神経センター 国際セミナー講演記録：  
精神科医療におけるインフォームド・コンセント  
——講師：ボストン大学 ジョージ J. アナス教授——

白井泰子\*

## はじめに

ボストン大学G.J.アナス教授を講師にむかえた標記セミナーは、1991年7月25日に精神保健研究所において開催されたものである。医療におけるインフォームド・コンセントの原理は患者の人権を保護するための基本原則の一つであるが、残念ながらわが国の医療においてこの原則は未だ定着したとは言い難い状態にある。しかし、1991年12月の国連総会では「精神病患者擁護およびメンタルヘルス・ケア改善のための原則」が採択されており、この中では、精神医療においても入院・治療等の実施に際しては患者からのインフォームド・コンセントが不可欠であることが述べられている。この国連原則をどの様な形で現行法の中に組み込んでゆくかという問題は、1993年度に精神保健法の見直しを控えているわが国にとって、疑いもなく重要な課題となろう。その意味でアナス教授の標記講演は、この問題を考える上で格好の手掛かりを我々に提示しているものと考え、講演の要旨と質疑応答の一部をここに掲載した。

## 【講師紹介】

1967年にハーバード大学で経済学を修めた後、ハーバード大学法学部・同公衆衛生学部に学び、法学博士と公衆衛生学修士の学位を取得。現在、ボストン大学エドワード・アトリー記念講座教授。

ボストン大学医学部・公衆衛生学部、ハーバード大学法学部において教鞭をとるかたわら、ボストン市立病院等の医師・看護婦のために患者の人権やバイオエシックスに関するセミナーを主宰。マサチューセッツ州政府の医の倫理や患者の人権に関する各種の委員会の委員、臓器移植に関する特別委員会委員長、米国弁護士会の“家庭と科学委員会”委員長、“医療の法的諸問題委員会”委員長等を歴任し、現代医療における患者の人権を確立するための理論構築と法律の整備に関して、指導的役割を果たしている。また、New England Journal of MedicineやHastings Center Report等のリーガル・コラムニストとしても活躍している。

## 〈主要著書〉

The Rights of Patients (Second Edition).  
Southern Illinois University Press, 1989.  
Judging Medicine. Humana Press, 1989.

## 《講演：精神科医療におけるインフォームド・コンセント》

本日、皆様の前でお話できることを大変光栄に思っております。今日は、精神科医療におけるインフォームド・コンセントについて、アメリカの現状と私の経験からみた問題点についてお話したいと思います。この問題は、アメリカ合衆国においても論争的になっておりますので、私は私自身の見解に基づいて話を進めたいと思います。

Summary of NCNP International Seminar:  
“The Principle of Informed Consent in Psychiatry” by Prof. George J. Annas.

\*国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Yasuko Shirai: Division of Sociocultural Environmental Research, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

アメリカでは、このインフォームド・コンセントの問題は、非常にしばしば精神科医と法律家の間での論争的的となっています。まずはじめに申し上げておきたいことは、インフォームド・コンセントという原理は、相対的にしか明らかになっていないということです。アメリカ合衆国では、医者もしくは精神科医は患者を治療する前に、ある種の情報を患者に与えなければならないことになっています。しかし歴史的にみると、医者はこうしたことにあまり満足していないようです。というのも、医者達は、どのような医療を行うのかということを患者達が理解できるとは思っていないからです。しかし最終的に私達は、患者の利益という一つの事態をあらわすために、‘患者の自律’・‘自己決定権’・‘自由’という三つの言葉を作り上げました。医療におけるインフォームド・コンセントというのは、患者の利益を守るための一つの方法論なのです。

次にこの問題に関連して、能力(competence)という概念を持ち出さなくてはなりません。コンセントを与えるのに先立って提供された自分の医療情報を正しく理解することができれば、能力があるとみなされるということを述べておきたいと思えます。それに続きまして、患者のインフォームド・コンセントを構成する4つの要素—voluntary(自発性)、competence(能力)、informed(情報が与えられている)、understanding(理解力)—について考えてみたいと思えます。インフォームド・コンセントというのは、患者にある種の決定を行わせるための一つの方法として生み出されたものです。医者が患者に与えなくてはいけない情報というのは、第1に提案された治療方法の内容についての情報、第2にその治療に付随する利益と危険、第3に精神科では特に重要なのですが、それ以外の治療法についても説明しなければいけません。第4は治療の結果について、第5はその治療が成功する確率について、第6は回復期間、つまり回復までにどれ位長い治療を必要とするかについて患者に説明する必要があります。

さて、この医者によるインフォームド・コンセントの問題を、精神科の治療に当てはめるとどういうことになるかという事についてお話ししま

しょう。入院患者に対するインフォームド・コンセントには、2つの主要な問題があります。1つは、精神病院への入院に関する問題です。そこには勿論、患者の状態ということがかかわってきます。合衆国では、全ての患者は、任意入院をする意思があるかどうかということを探ねられます。というのも、歴史的にみて、合衆国では、ほとんど総ての患者が、自分の意思によらずに精神病院に入院させられていたということがあったからです。この精神病院への強制入院ということは、合衆国においては、というより世界中のどの国においてもと言ってもよいでしょうが、患者にスティグマを付与してしまいます。入院歴のある患者だと、仕事も出来ない、学校にも行けない、又、色々な仕方で社会で差別されてしまうということになります。一つの解決法は、任意入院を進めてゆくことです。合衆国での任意入院には大きく分けて2つの形態があります。1つは、純粋な任意入院—それは、患者が自分が望んだ時に、いつでも精神病院を退院できるという事です。2番目は、こちらの方がより一般的なのですが、条件付きの任意入院です。これは、患者が病院を離れるためには、3日前に事前通告(three days notice)を出さなければなりません。その3日間の間に、病院は、もし患者がまだ精神障害をもっていて危険だと判断した場合には強制入院に切り換えることとなります。従って、入院に関する決定については、自由という問題、そしてスティグマということが大きな問題になってきます。しかし、この点に関しては合衆国ではもう大きな議論はありません。むしろ議論がおきているのは、治療に対するインフォームド・コンセントです。申し上げるまでもありませんが、入院患者に対する治療法には、多くの異なった方法があります。合衆国では、3つの主要な異なった治療に関して多くの論争がかかわられています。そのうち最も大きなものは、分裂病患者に対する抗精神薬治療に関するものです。第2は電気けいれん療法に関するもの、第3は拘束に関するものです。この3つの議論の総ては、患者の同意もしくは後見ということにかかわっています。例えば合衆国の多くの州では、抗精神薬を処方されている分裂病患者は、能力(competence)

tence)がある場合には、その薬を拒否することができます。言い方を換えますと、その分裂病患者は、もちろん非常に重篤な病気をもっているということもある訳ですが、その場合でも彼にはまだ能力があるということも有り得るわけです。何故なら、この場合、能力というのは、インフォームド・コンセントを行うために必要とされる情報、その情報を理解する能力ということの意味しているからです。例えば、その分裂病患者は、副作用としての遅発性ジスキネジアに対する不安を持つため、処方された薬を断るということも全く合法的にできる訳です。しかし、緊急の場合に、つまり自傷他害の危険があるという状況の下では、直ちに投薬治療を行うということもあります。しかし、緊急ではなく、危険というのが患者自身に対する危険だけであるような場合には、合衆国の多くの州では、患者は投薬治療を拒否する権利があります。これは、いわゆる法律の実体的な問題です。自分の身体を薬物治療や電気けいれん療法、そして時には、拘束という事に晒すかどうかについて、その判断をする合法的な権利を患者は持っているわけです。このことが、合衆国において精神科医の間で最も大きな論争点となっているのです。精神科医は、患者が良くなる唯一の道というのは、治療を受けることであると信じています。ですから、法律家が「治療を拒否する権利というのも患者の利益になる事もあるのだ」と主張すると、精神科医は全く信じようとしません。また、他方で、精神医学には多くの学派がありますので、何が最善の治療であるか、何をしたらよいのかということについて、意見の一致をみておりません。ですから、緊急の場合でない限りは、能力のある患者は、どのような治療を受けるかということについて、決定を保留することができるわけです。

2つ目の問題というのは、手続きに関する問題です。重度の精神障害をもった患者達が、能力(competence)をもっていないという場合が多いことも確かに事実です。この場合には、彼らの為に、誰かが治療についての決定を下さなければなりません。これに関して合衆国では、2つの基本的なモデルが考えられています。1つのモデルは、

マサチューセッツ州やニュージャージー州で考えられたものですが、精神科医が裁判所へ出かけて行って、患者の後見人を探るか指名してもらい、治療についての決定をしてもらうというものです。この場合、後見人は、実際には、自分自身では何を決定をすることもできません。後見人に要求されていることは、もし患者に能力があったならば患者自身が決定したであろうと思われる最善の決定を下すことです。その他の場合では、後見人の役割はさらに限られていて、その患者に代わって患者自身の利益のために主張するという事しか許されていません。この様にマサチューセッツ州の裁判所では、後見人の役割は非常に限られています。というのも、精神科の薬物治療は、たとえば遅発性ジスキネジア等を引き起こすというように、非常に危険なものであると考えられているからです。他の州では、このマサチューセッツ州のような独立した厳密な法律的手続きを要求してはおりません。しかし、多くの州では、患者が治療を拒否した場合には、治療を担当する医者とは別に、治療に関する評価(assessment)を行うという手続きがとられています。この場合の審査(review)は、他の機関から呼ばれた精神科医によってなされるということがほとんどです。最初のモデル—マサチューセッツ州のモデル—は、拒絶する権利のモデルということですが、2つ目の独立して評価するという方は、他の専門家の意見(second opinion)を求める権利のモデルと呼ばれています。第2のモデルの方が、明らかに精神科医にとっては多くの労力を必要とするわけです。一人一人の精神科医の負担が増えるという訳では必ずしもありませんが、精神科医全体にとっては、負担が増えるわけです。これに関する法律的問題というものは、総てどれも興味深いものばかりです。しかし、そのうちで最も興味深いもの、合衆国においてばかりでなく、おそらく日本においても興味深いと私は思うのですけれども、それは精神科治療の性質(nature of mental health treatment)は、一体何なのかということですが、まず第1に、精神科治療の目標は何であろうか。第2は、その治療目標を達成するための適切な経済的基盤は何かということですが、例えば、精神科治

療の目標が患者を社会から隔離しておくということであれば、最も相応しいやり方は病院の中に長い間閉じ込めておくということです。しかし、もし治療の目標がリハビリをして患者を地域 (community) の中に返すということであれば、患者にふさわしい多くの異なったレベルの治療施設、一コミュニティ内への治療施設の分散ということも含めて一、を造ってゆくということが当面の目標になると思います。合衆国では、患者を長い間病院の中に閉じ込めておくことは止めにし、地域社会の中へ返すための多くの施設が造られました。しかし不幸なことに、患者を社会へ返すための十分な経済的基盤を作ることができませんでした。その結果、合衆国ではホームレスと呼ばれる多くの人々が増えることになってしまいました。そのことについての文句を法律家に言うことがよくあります。しかし、その文句は、法律家だけでなく医者とか政治家とか多くの人々に向けられるべき非難であると思います。

私としては、治療を拒否する権利も重要であると思いますが、治療を受ける権利も同様に重要であると考えています。合衆国の多くの場所で行き残された課題というのは、確かに患者には治療を拒否する権利は与えられているとしても、それ以前に治療を受ける権利というものが奪われているということです。結局のところ、治療を拒否する権利が重要であるというのは、患者自身が必要とする治療を、彼が必要とする時には何時でも受けられるということが保障されている、一そのことが前提となって初めて言えることなのです。しかし、そのようなシステムにおいても、私としては、やはり治療を拒否する権利というものが患者の尊厳を保護してゆく上で重要なものだと考えています。このことに関しては多くの問題があり、その中でインフォームド・コンセントというのは一つの問題にすぎません。しかし、非常に重要な問題であると私は考えています。合衆国において、我々は医療行為の中のインフォームド・コンセントということを主張してきました。そしてこのことは、精神科治療においてもかなり受け入れられるようになってきたと思います。

私の今後の課題は、治療を受けられない人達に

対して、どのようにして治療へのアクセスを保障するかということです。私の印象では、日本の精神科医は患者が治療決定にもっと参加してゆけるように努力をすべきではないかと思います。この点については非常に多くの込み入った問題があると思いますが、私の話はこれ位にして、今この時点で皆様からの質問があればお受けしたいと思います。

Q. 教授の有益なご意見ありがとうございました。

患者に能力 (competent) があるかどうかということは、誰が決定するのでしょうか？

A. 能力 (competent) というのは精神医学的な専門用語ではありませんから、本当は誰が判断してもよいのですが、実際には精神科医が判断しております。しかし、最終的に能力がないと判断するということは、自分のための治療を決定する権利を本人から奪ってそれを後見人に与えてしまうということですから、それができるのは裁判所の判事だけです。技術的に申しますと、それは裁判官が決定するわけですが、実際には精神科医が決定することになります。

Q. 精神科医が、その患者に能力があるか否かを決定する場合に、何か客観的な基準があるのかどうか、教えていただきたいのですが…。

A. また繰り返しになってしまいますが、これは精神医学的な判断ではないわけで、結局、精神科医というのは治療について患者に説明したこと、つまりこの治療がどうなってゆくのかということを患者が理解しているかどうかを見て決めています。勿論、こうした考え方では、患者が今日は何日であるかとか、今の総理大臣が誰かとかそういう事を知らなくても全然構わないわけです。

Q. そのような場合、多くの医者は自分が提案した治療を患者が拒否するとその患者は私の言ったことを理解していないとみなす、つまり医者の提示した治療法を受け入れないとその患者は能力を持っていないと解釈しがちですが、アメリカの場合は如何でしょうか？

A. 全くその通りです。やはり合衆国でも、患者が治療を受け入れれば、この人には能力があ

る、拒否すれば能力がないと見なされがちです。法律論的 (legal law) にいうのではそうではないのですが、運用上 (practice law) はそういう可能性はあります。一般病院の方が精神病院よりもそういう傾向が強いといえます。アメリカにおいても、患者が“その治療は嫌だ”ということをやほど強く言わない限り、医者は、この人は大体納得しているのだろうと思って、治療をどんどん進めていってしまいます。

Q. 精神科においても、まず第一に‘患者には判断能力がある’と考えるべきなのか、それとも治療にあたる医師が、まず初めに‘患者に判断能力があるか否かの決定をすべき’と考えるのか、そのいずれが妥当なのか教えて下さい。

A. 第一点は、わりと簡単なのですが、アメリカでは、18歳以上であれば治療決定を行う能力があるとみなされています。ですから18歳以上の患者であれば、医師はそういう前提のもとに治療を進めていきます。しかし、能力が疑わしいという場合には、患者の意思決定能力を評価することが決められています。しかし患者に意思決定能力がない場合でも、‘じゃあ、医者は何をやっても良いのか’というと、その場合には先程から申しておりますように、後見人が患者に代わってその治療に関する決定を行うということになります。その場合、どんな治療をするかということは、何が患者にとって最善の利益となるのか、あるいは、患者だったらどのように考えるだろうかという見地から後見人が下す判断によって決まってくるわけです。

Q. インフォームド・コンセントということが考えられる根底にある人権だとか自由、あるいは情報を伝える時の真実というような問題について、こうした考え方ができる根底を考えてみたいと思うのですが…。例えば、精神科であれば、“分裂病である”という言葉は日本で使えば、精神医学的にいくらそのカテゴリーについて説明しても、‘精神が分裂している’という言葉の故に起こってくるエモーションな反応があるでしょうし、そのこと

によって自由に判断するということが難しくなるだろうと思います。それにまたスティグマの問題あるので、患者に真実を告げることが、むしろ治療に対して悪い影響を及ぼすこともあると思います。そこでお聞きしたいのは、要するに、“うそも方便”ということが許されるかということなのですが…。

A. 日本の事は解らないので、合衆国の経験をお話したいと思います。10年程前には、わずかに10%の医者しか“あなたはガンだ”ということをお患者には言いませんでした。何故かという、患者が絶望してしまい結局患者のためにならないというように医者が考えたからです。しかし今日では、100%とってよいと思いますが、総ての医者が患者に対して“あなたはガンだ”ということを行うようになりました。勿論、自分がガンだと聞かされるのは非常に辛いことではありますが、医者が自分に真実を語ってくれたことを知っているという事は患者の利益になるということです。この20年間ほどで、ガンに関する臨床の対応は非常に大きく変わりました。しかし精神医療に関しては、こういう対応はまだ混沌としています。例えば、精神科医の多くは、分裂病の患者に対して病気についての十分な情報を患者と交換して話し合うということとはできないと考えています。しかし合衆国では、分裂病患者に関するインフォームド・コンセントについての研究が少数ながら行われて参りました。ピッツバーグで行われた研究が最も有名なものですが、その研究では、2人の精神科医が遅発性ジスキネジアを有する慢性の精神分裂病の外来患者25名に対して、“あなたは分裂病だ”という病名の告知と薬の副作用を含めた薬物療法の功罪についての情報を与えてみました。この2人の精神科医は、もし患者が薬の副作用についての情報を知ってしまえば、もう自分達の薬を飲まなくなるのではないかと恐れていたのですが、これは杞憂に終わった訳です。ちなみに、この論文は1985年のArchives of General Psychiatryに掲載されています。しかし実際問題として、

患者と充分に話し合うということは大変な労力を要するという事です。この問題について、まだ論争が続いているということは、疑う余地がありません。

- Q. 恐らく世界中の精神科医というものは、自分としては、患者のベスト・インタレストを体現しているはずだという誤解を持っていると思うのですが…。日本ではまだパターンリズムが残っておりますが、しかしそのパターンリズムは、先程言われたような、患者が治療へのアクセスを失わないための一つの歯止めになっていると思われれます。そのような意味では、メディカル・パターンリズムというものも非常に大事だと思うのです。こういう考え方は法律家とは対立するものだと思いますが、アナス教授はどうお考えでしょうか？
- A. おっしゃる事ももっともだと思いますが、アメリカの場合を申し上げますと、精神医学にはいくつかの大きな学派がありまして、例えば精神分析学派の影響を受けた医者は、患者と話をすべきであって薬などはあまり軽々しく用いるべきではないと考えますし、また別の学派は薬を用いて治療を行うべきであって患者と話しても何も良いことはないというように各学派とも自分達が正しいと思っている。しかしそうした学派の主張の総てが同時に正しいということは実際にはありえないわけでして、要するに、精神科の治療として何が正しいのかということはまだよく解っていない。私達が、'患者が治療決定をすべきだ'という理由は、治療の結果と共に生きてゆくのは患者であって医者ではないのだということなのです。そこでパターンリスティックな態度というのも、もしこの治療をやれば完全に良くなるのだということが完璧に保障されているのならば、それはそれで望ましいことだと思いますが、実際にはそうではなくて、良いところもある、悪いところもある、そのような種々の治療法が乱立しているわけですから、その結果を負って生きてゆく患者が自分自身で決定をするというのが良いのではないかと我々は考えているのです。

最後にもう一言、患者の同意のレベルということについてお話しておきたいと思います。例えば、患者と話をするだけということであればそれほど強い同意は必要ないかもしれませんが、薬を与える、入院させる、電気けいれん療法あるいは脳の手術を行うなんていうことになってきますと、医師のすることが危険をはらめばはらむ程、患者の同意というものが現実的に重要となってきます。患者の同意ということについては、そのようなレベルの差があるということをつけ加えておきたいと思います。

標記セミナーの当日は、当研究所精神保健計画部システム開発研究室の金吉晴氏が同時通訳の労をとって下さった。記して感謝の意を表する。

## 【研究紹介】

## 大規模精神病院の閉鎖の評価

永田貴美子\* 荒井 稔\* 金 吉晴\*\*

## 1. 序

1992年3月10日、英国より来日中のJulian Leff教授が東京において上記表題の講演を行った。その内容が日本の精神医学研究にとっても極めて意義深い内容と考えるので、ここに訳出して紹介した次第である。

Julian Leff教授はWingの後継者として1988年よりロンドン精神医学研究所社会精神医学部門を主宰し、同時にWHOとも盛んに連携して幅広い研究を行っている。同教授はexpressed emotion (EE)研究ですでに日本でも有名であり、教授の就任講演の主題もEEであった。このために家族研究が氏の専門であると思われがちであるが、実はその研究領域は社会精神医学の広範な領域にわたっている。最近ではその博識を傾けたPsychiatry Around the Globeが邦訳されるなど、その多様な研究業績が次第に私達の身近なものとなりつつある。このたび社会精神医学会の招きで来日され、当研究所の藤縄昭所長らを囲む私的な懇談会を持つことができた。以下の講演はその席上でなされたものである。

講演の内容は、特定地域における大規模精神病院を全面的に閉鎖したときにどのような影響が生じるのかを実証的に検証したものである。同様の政策は米国においてもとられたが、その実行の過程がやや性急に過ぎたことと、政策実行の評価方法が不十分であったことに対して教授は批判的であった。実際、米国では急激な開放政策の結果、いわゆるホームレスの増加など少なからぬ混乱が

生じた。これに対して、今回Leff教授の参加された研究計画では、まず病院の閉鎖を数年にわたって段階的に行い、かつその長所と欠点とを系統的に評価し、精神病院の閉鎖という選択が患者のために望ましいものであるか否かを実証的に検討している。

日本でも欧米と同様に、入院中心主義の精神医療のあり方が疑問に付されるようになってすでに久しい。今後は精神保健法の改訂などを機会に、より地域密着型の医療が模索されていくものと思われる。従来こうした運動はともすれば原則論に偏りがちであり、実際にどのような好ましい、あるいは好ましがらざる影響があるのかということ、なかなか冷静な議論の対象となりにくかった。経験主義的な社会学の豊かな伝統を持つ英国で、精神病院閉鎖という問題をめぐってこのような実証的な研究が行われたことは、私たちにとっても非常に参考になると思われる。なおこの研究計画のこれまで発表された全貌を、本稿とは別に要約して紹介した。

以下の講演の中で退院患者の犯罪率の低さが述べられているが、英国では日本とは異なり、重篤な犯罪行為を侵したり、あるいは暴力行為のために一般精神病院で処遇できない患者は専門の病院で治療されている。Leff教授に確かめたところでは、こうした患者はそもそも開放政策の対象にはなっていない。この点は、本論だけでなく、英国の開放治療の論文を読む際に割り引いて考えなくてはなるまい。

## 2. 講演記録

## a) はじめに

米国や西欧諸国の多くでは、精神病院の患者数

\*国立精神神経センター精神保健研究所  
順天堂大学精神医学教室

\*\*国立精神神経センター精神保健研究所



は何年も前から削減の一途を辿っている。しかしこの政策を評価しようという試みはほとんどなされていない。精神医療評価研究班The Team for the Assessment of Psychiatric Service (TAPS)はロンドン北部にある2つの大きな精神病院の閉鎖についての監視、および評価と検討を行うために設けられた委員会である。このTAPS計画を進めるうちに明らかになった重要な問題は以下の通りである。すなわち企画過程の情性的な不活発化、最も良い患者を選んで退院させるために障害の大きな患者が犠牲になること、入院受け入れ病棟での新しい長期入院患者の蓄積、患者の地域への受け入れに際して人目を避けようとする事、脱施設化してゆく職員の問題などである。しかし長期入院患者を地域のなかに退院させる試みは、これらの問題にもかかわらずおおむね成功していることが証明された。

精神科入院病床数の削減は、英米を初めとするいくつかの西欧諸国において1940年代後期から1950年代前期にかけて始められた。その後40年間で、これらの国々の多くの精神病院のベッド数は、最大時の3分の1にまで減少している。この間少なくとも50万人の長期入院患者が退院したが、この革新的政策に対する十分な評価・検討はなされていない。少数の患者群を扱った2, 3の追跡研究はあるものの、TAPSが設立されるまでは大精神病院の閉鎖についての包括的研究は全く行われていなかった。

1983年、東北テムズ地区保健審議会North East Thames Regional Health Authority (NETRHA)は、今後10年間に同地域の6つの精神病院のうち2つを閉鎖することを決定した。この決定は、病院閉鎖の過程を包括的に評価・検討する良い機会であった。1985年にこの目的のためにTAPSが発足した。この研究班は主にNETRHAの基金によっているが、国家政策の研究にも関係しているために厚生省Department of Healthからも援助を受けている。この論文では、この研究の様々な領域において私たちが遭遇してきたいくつかの問題に焦点を絞って述べることにしよう。

#### b) 情性による企画過程の不活発化

地域保健審議会は、傘下の9つの小地区保健審議会District Health Authority (DHA)をまとめるような詳しい計画は立てられなかった。これはひとつには、それぞれのDHAが地元の必要性に合った弾力的な計画を立てる必要があったからである。しかし本当は、古くからの大規模精神病院での医療に取って代わる妙案がなかったというのが大きな理由であった。1983年に英国ではいくつかの精神病院の閉鎖があったが、入院していた患者たちは決まって別の精神病院に移された。当初NETRHAは、患者を退院させても病院の閉鎖は避けようと思っていた。もっとも計画に参加した者の中には、そんなことは不可能だと考えている者もいた。

これまで30年間にわたって積極的な退院政策が取られた末に、まだ病院に残っている重症の患者を退院させるためには、地域医療の新しい方法を考案する必要があった。このことはすべての企画者が認めていた。しかしその改革の構想となると、だれもはっきりとした考えは持っていなかった。開放化の対象となるFriernとClaybury病院が担当していた9つの保健地区は、それぞれがかなり多様な社会人口学的な特徴を持っていた。その中には英国で最も貧しい都市地区から、ほとんどが自分の家を所有している裕福な郊外地区までが含まれていた。もともとTAPSでは、地区ごとの社会人口学的性格が多様であることから、それぞれの地区に多様な施設が生まれ、興味深い比較対照ができることを期待していた。しかし結局どの地区もほとんど同様の道を辿ることになり、長期の機能的な精神障害者のための保護施設を作った。

ただちに実行された最も一般的な対策は、一般住宅への患者の居住であった。これらの住居はDHAが直接購入するか、あるいは、DHAからの資金援助によって自発的に作られた組織によって購入された。これには3~12人の患者が住み、各人が個人の寝室を持てるように改築された。職員は日勤だが、重症の患者には夜勤職員がついた。職員対患者の比率は最高で1対1であり、これは急性期病棟と同じであった。こうした施設を職員付き共同住居と呼ぶことにする。普通の住宅を改築

したものがほとんどだったが、中にはこの目的のためにわざわざ建てられたものもあった。

問題は各保健地区の対策がどうして一様になったのかということである。社会学者Dylan TomlinsonはTAPS調査の最初から参加し、企画や決案の過程を研究してきた。彼は以前にNational Health Service (NHS) での方針決定を研究したことがあり、その際には、文化人類学者が特定の文化における社会的規律や慣習、迷信を研究するのと同様の方法を用いて、官僚的過程を解明しようとした。Tomlinsonは「官僚的文化」における4つの重要な要素を強調し、それによって、今回の退院患者の準備対策が一様であったことを説明し得るとした。その要素とは以下の通りである。1) 価値観の衝突を避けること：企画の参加者はそれぞれ異なる背景を持ち、様々なイデオロギーを信奉している。そのうちいくつかは直接の矛盾対立状態にある。たとえば「標準化」イデオロギーは、患者の障害のほとんどは生物学的要因から来るとする精神病学的モデルとは相容れない。参加者たちはこうした哲学的な意見の相違は当然のことであると考えていた。もとより簡単に解決できるような問題ではないので、病院閉鎖計画とは別の場所で、当人同士が好きなだけ論じればよいと思われていた。2) 公的議論は回避される：これは第一点のもう一つの側面である。この問題は、一つのイデオロギーを分かち合う同じグループの人間に関わっている。すなわち一つのグループ内で異なる考えが生じて、彼らは別のグループとの討論において、自分たちの中での違いについて論じることはしない。それは「グループであること」または共同の忠誠心を脅かしかねないからである。3) 葛藤をもたらす議論がクライマックスに到達することは許されない：英国の官僚的文化は、葛藤の只中に「生身で」飛び込むのは一般に非生産的なことであるという共通の観念をもっている。これはしばしば「この論争はこの会議ではふれないでおく」理由としてあげられる。これは部分的には、専門家はお互いを尊重し合っているという慣習に基づいており、わざわざ葛藤に向かい合うことはその快適な慣習を脅かすことになるのである。4) 議論は脱個人化される：意

見が個人によって直接擁護されることはない。討論は一般に「…これこれといった見解がある」、そして「それとは反対の見解はまた別の…というものである」と述べることから始まる。こうしてその観点から個人として距離をおくことによって、議論から情熱を取り去るのである。

こういったNHSにおける官僚的文化の側面は、英国に特有なものかもしれない。このことが原則間の微妙な葛藤が企画会議で解明されないという結果をもたらしている。それだけではなく、互いに異なるケアの理念を吟味する妨げともなっている。葛藤を避ける最も簡単な方法は、議論的にならないような企画を持つてくることである。このようにして、9つのDHAは全て保護施設の設置という安全な方法を採用することになり、そのために目覚ましい革新が行われることはなかった。

こうした惰性による不活発化を打破する方法は、自分の職業上の上司や、その職業以外の仲間の尊敬の念を受けるような「チャンピオン」を作り上げることである。このよい例がイタリアのトリエステのバザーリアBasaglia Fである。脱施設化のモデルにかける彼の情熱は地方政治団体の支援を獲得し、それが彼の成功の大きな原動力となった。こうした支えがなければ、チャンピオンは骨の折れる仕事を成功させることはできない。しかしときには地方官僚主義を相手に、あえて規則を破ることによって目的に到達することもある。

#### c) 退院患者の選択

何十年かの脱施設化の試みの中で言われてきたことは、退院するのは状態の良い患者だけであって、その後には重症の患者ばかりが残っていくのではないかということであった。事実、TAPSはこうした選択的退院の証拠を挙げるができた。2つの精神病院に残された痴呆化していない全ての患者に対して、1985年に評価が行われていたからである。実務的理由から1985年9月1日以降に退院した対照の患者達は幾つかの群に分けられた。それぞれの群は1年ごとに区切られており、したがって1年目の患者群は、その開始日から1986年8月31日までの間に退院した者からなる。現在では5つの患者群の資料が得られている。Claybery

病院については表1に示してあるが、それぞれの連続した群では、明らかに例外なく平均年齢と平均入院期間が高く、社会的行動尺度における問題得点は中程度であった。このことは、障害度や重症度の最も低い患者が退院のために選ばれたことを証明している。退院する患者は時間の経過とともに次第に重症になり、5年目の群の平均年齢と平均入院期間は病院に残っている患者たちとほとんど変わらない。ただし社会的行動の上ではこれらの5年目の患者たちは別に重篤というわけではなく、深刻な問題の生じることはほとんどなかった。

より軽症の患者から「抜き取って行く」過程は、研究においては重要な意味を持っている (Jones, 1984)。つまり病院には不安定な頼りない患者が残されているので、最初に他院した患者群からわかったことを、それ以外の全ての長期入院患者に一般化できるとは限らない。同様のことが、退院患者たちを扶養するための負担の計算に関しても当てはまる。さらに重症な患者では疑いなくより多くの負担がかかることになるからである。残された患者では問題行動が次第に増えて行くことも予想されるので、職員の士気の問題も含まれることになる。

#### d) 蓄積する患者

FriernとClaybury両者のように精神病院に急性期入院病棟がある場合には、新たに入院した患者がその入院病棟に長期間留まる可能性がある。これが1年以上に及んだ場合はTAPSの調査では長期入院例として扱われ、基準患者群と同じものさしで評価されることになった。研究者のなかにはこれらの患者を「新長期入院」患者と呼ぶ者もいるが、我々はこの用語には満足できない。「新」長期入院患者と「古い」長期入院患者とに分けてしまうのは独断的であり、この区別は常に浮動的なものだからである。我々はこれらの患者を「蓄積」と名付けるほうが良いと思う。もちろん蓄積患者も、基準群としての長期入院患者とともに、一年ごとの患者群の一部として退院させられることもある。表1では、それぞれの群のうちの蓄積患者の割合が1行目の括弧のなかに示されている。4

表1 1985年から1990年にかけてClaybury病院を退院した痴呆を除く長期入院患者

群	患者数 (蓄積率%)	平均年齢	平均入院 年数	SBS得点 中央値
1	12(1)	54.2	17.5	0
2	48(6)	55.5	20.1	2.5
3	62(15)	56.9	22.7	4.0
4	34(32)	47.6	19.5	5.5
5	51(10)	63.7	29.7	5.5
残り	219	63.0	29.6	7.0

表2 1985年から1989年の間にFriernとClaybury病院での長期入院患者の平均蓄積率とJarman Score

地名	蓄積率/100.000	Jarman Score
Bloomsbury	4.1	35.8
Hampstead	6.7	24.7
Haringey	6.0	19.9
Islington	11.0	38.7
Redbridge	3.1	-13.2
Waltham Forest	5.2	13.2
West Essex	2.5	-19.3

年目の群においてのみ蓄積患者が相当な割合を占めている。こうしてみると、それぞれの連続群での年齢や入院の長さ、社会的行動上の数々の問題の進行は、4年目の蓄積患者によって乱されることがわかる。彼らは当然のことながら比較的短期間の滞在であり、基準より年齢も若く行動上の問題も少ない。

TAPSが蓄積患者に特に興味を示したのは、彼らはコミュニティー医療の再供給において重大な問題を提起しているからである (Jones and Margolius, 1989)。こうした問題は一般病院の精神科入院病棟でも生じている (O'Driscoll et al., 1990)。彼らを移送する精神病院の長期入院病棟が存在しなくなったら、どうやって医療サービスを提供すればよいのだろうか。もし彼らを移送する場所がどこにもなくなれば、新規入院病棟は次第にこういった患者で埋められるであろう。

Friern病院のほうがClaybury病院よりも、多くの蓄積患者を持っているということがまもなく明らかになった。いくつかの解釈を検討した後で、我々はJarman指数にその答えを見出した (Jarman, 1983; 1984)。これは英国のそれぞれの保健区域のための社会的剥奪度指数である。これは1981年の国勢調査から導かれた8つの加重変数 (高年齢の一人暮らし, 5才以下, 片親, 第5度の

社会階級、失業、過剰蓄積、前年の引越、民族)からなっている。それぞれの関連保健区域のJarman指数と患者の蓄積率が表2に示されている(Thornicroftから)。Haringey地区は東と西の区域に分けられたが、Jarman指数は1である。

一般に高蓄積区域では最も高いJarman指数を示し、その逆もまた成立する。2つの尺度の間の相関係数は0.74である。しかし指数の構成要素である3つの変数は蓄積比とむしろより高い相関関係をもっている。過剰蓄積で0.81、失業0.9、第5度の社会階級0.92、である。これらの結果は、入院病棟の長期滞在患者の問題は通院区域人口の社会的な剝奪と密接に関係していることを示している。英国の他の保健区域における調査(Hirsch, 1988)では、成人精神科患者の入院率総合計もまたJarman指数と高い相関関係にあることがわかった( $r=0.08$ )。それゆえコミュニティ単位の精神科サービスを、比較的裕福で社会的に豊かな田園や半田園地方の人々ではなく、都市内部の社会的に剝奪された人々に提供するにはずっと大きな困難が生じる。これは企画の時点で取り組まねばならない主題である。単に国際的な規範を当てはめれば済むような問題ではない。

#### e) 人目をさけること

企画チームは、退院させられた精神病患者のための地方施設を設立することに対する周囲の住人の反応にはかなり慎重であった。周囲の住人から時には反対を声高に叫ばれ、場合によっては方法的行動をとられ、そのために施設が建てられないこともあった。地方の反対を避けるために企画チームが最もよく選んだ方策は「施設を人目につかなくすること」であった。彼らの意向についてできる限り沈黙を守り、周囲の住人が施設に気づくまでには患者達がうまく近所に溶け込むを願うのである。この政策もまた、標準化イデオロギーと一致するものであった。この計画の提案者はこうたずねている。近所の住民達に退院してきた患者の到来を言ってみる必要があるのだろうか、健康な人間が来るときにはそんなことはしないではないか、と。

FriernとClayburyの再供給計画ではこの方針

はうまくいった。というのも、どの施設も深刻な反対を引き起こさなかったからである。しかしながら、コミュニティの中への患者の社会的統合に対しては負の影響がみられた。TAPSの評価の一部として、患者たちが病院にいた間とコミュニティに開放されてから一年後の社会的ネットワークの様子が研究された。ネットワークの大きさは退院後も広がっていなかった。それだけでなく、患者のネットワークは主に職員や他患との専門内での接触に限られたままだった。残念ながら社会的統合がこのように失敗に終わったのは、患者が近所の人々なかで人目につかなくされた結果と考えられる。長期患者の大部分は、周囲の健康な住人達との関係を発展させる手立ては持っていない。この状況は、コミュニティの健康なメンバーの方でこの患者達に近づくように努力しない限り変わることはないように思える。

あえて人目をさげなくてもよいという提案には懐疑的な意見もあろうが、TAPSが行ったコミュニティの態度の調査からは楽観的な結果が得られている。Reda(未出版のPHD論文)は、きわめて長期の入院患者のための新しい施設と同じ通りに住んでいる68人の解答者と、それと並行した通りの別の60人の住人にインタビューした。解答者の80%以上が近所に精神衛生施設を開設することを告知してほしいと考えていた。そして60%近くが、あらかじめ準備させてもらうことが地方住民にとって大切なことであるとみなしていた。解答者の半分以上が医学的知識に興味を示し、一方15%が心理学的準備を求めてきた。解答者の4分の1近くが患者の背景についての情報を求めた。例えば、患者たちの状態や攻撃的となりうるのかどうか、どうしてこういう状態になったのか、どう接近すればいいのかなどである。最後の問題は、住民の精神衛生教育についての意見の中にも繰り返し見出された。住民は教育的プログラムの一つに実戦的技術を入れるよう提案した。例えば精神病患者への接近の仕方や、ある行動上の問題についての取扱い方などである。

こうしたことから、住民には自発的に精神病について学ぶ意志があり、特に患者との接触の仕方を教わろうと考えていることが伺われる。退院し

た患者を地域で紹介する際にもっと開かれた方法をとれば、その地方の住民たちに好意的に迎えられられるかもしれない。患者の大多数は社会的に孤立しているが、住民たちがそれを打ち破ってくれるかもしれない。

#### f) 脱施設化する職員

Friern病院が1851年に閉鎖されたとき、病院は田畑に囲まれており、患者を病院に運びやすいようにロンドンから鉄道が引かれた。小さな町が職員の家やサービスを提供するために急速に病院の周りに成長していった。現在の職員の多くは何十年の間病院で働き、彼らの両親もやはりその施設で雇われていた。1983年、病院の閉鎖が決まったと宣言されたとき、840人の患者と1,000人以上の職員が在籍していた。職員は経営側が全員雇用の政策を採るよう強く願っていた。しかし経営側はこれに同意しなかった。結局経営側は職員付き共同住宅の看護スタッフとしての地位を提供した。大多数の看護婦はこの申し出に乗り気ではなかった。その理由の一つは、そのためにはその病院からかなり遠くに引越されなければならなかったためであり、彼はその病院内で生まれ育ったからである。別な理由として、新しい地位では労働条件がひどく変わってしまうことがあった。職員は共同住宅では孤立してしまい、せいぜい10人程度の仲間の小さなグループで働くことになる。また彼らは病院では一度もしたことの無い仕事に取り組まなくてはならなかった。例えば、患者が買い物に出かけるときや公共の乗り物で移動するとき、また食事を作っているときに監督をしなくてはならなかった。職員の管理者が病院のときよりも遠く離れているので、彼らは大きな責任を担うことになった。こういった要因の全てが看護婦たちの新しい仕事への不安や不満を増強していた。実際、多くの共同住宅では職員の激しい異動がみられた。

2つの病院から地域施設へと移動した看護婦たちは比較的少数ではあったが、彼女たちは責任の変化に慣れることが出来ないという不満を抱いていた(Reda)。共同住宅での仕事のための病院の看護婦の再訓練については、明らかに現在以上の注意を払うべきである。また病院での安定を失うこ

とへの不安についても、充分に取り組みされるべきである。

精神科医もまた嫌々ながら、本拠地であった病院を失うことを考えねばならなかった。これは一部には政治的問題でもあった。というのもNHSでは病院の財源が精神科ベッド数と結びついており、ベッド数を減らせば必然的に財源を失うことになったからである。また英国の精神科医はコミュニティー・ケアについてかなり懐疑的であった。このことは精神科的サービスにおける不適切な資金援助の歴史や現在の政府のNHSにたいする姿勢を考えればしかたのないことでもある。その結果として、施設で働いている精神科医は病院閉鎖政策に積極的に反対する傾向にあり、企画過程からいつのまにか脱落することが多かった。実際コミュニティー・サービスの企画の多くは精神科医の参加なしに進められた。そしてコミュニティー・スタッフは、このサービスには精神科医が全く必要ないのではないかと考えるようになった。

#### g) 結 語

痴呆化していない長期入院患者についてのTAPS研究の中間結果——

こういった問題にもかかわらず、FriernとClaybury病院の再供給計画は順調に進んでいる。TAPSはその対照に含まれる1,000人のうち全部で278人の痴呆化していない長期入院患者の最初の3つの群を追跡調査してきた。1年間のフォロー・アップでは死亡率は病院に残っている比較対照群と同じであった。コミュニティーで自殺したのはわずかに1人であった。犯罪的行為もほとんどみられず、その全てが軽微なものであり、わずかに1人の患者が監獄に送られたに過ぎなかった。その患者はそこから精神病院に戻された。6人の患者(2%)が追跡不能となり、おそらく浮浪者になったと思われる。しかしながら、このうち3人は病院に長期滞在する以前にも浮浪者として暮らしていた。それ以外の3人の新しい浮浪者は全てベッドと朝食付きの施設に入っていた。彼らは退院したときに必要と思われた以上に周到な監督が必要だったのである(NETRHA, 1990)。

臨床的社会的結果という意味では、評価した項目の大部分にはほとんど変化がなかった。これは患者が平均20年以上の間病院にいたことを考えれば驚く程のことではない。我々が設立したより長期の5年間のフォロー・アップによって何らかの変化が明らかになる可能性もある。コミュニティー生活の一年後には2つの重要な改善が報告されている。すなわち患者はずっと制限の少ない

生活をしており、病院より共同住宅の方をはるかに好んでいるというものである。これらの点がこの計画の価値を明らかにしている。しかし障害の少ない患者から退院させていることを考慮して、我々は計画の評価には十分に慎重でありたいと思っている。最後の判断は最後の患者が去り、病院の門が閉じられて初めて下されるのであろう。



## 【研究紹介】

## TAPS計画のまとめと展望

荒井 稔\*, 永田貴美子\*, 金 吉晴\*\*

## 1. 序

本稿は、Leffが中心となっている精神医療評価研究班The Team for the Assessment of Psychiatric Service (TAPS) の研究内容の紹介であるが、その前にこの研究の意義と本邦の精神医療を考える上での示唆について若干の意見を述べておきたい。

TAPS計画の目標は、病院中心主義から地域での精神医療活動への展開において生じ得る問題点を評価し、その施策の妥当性を長期間かけて検証しようとするものである。現時点までに、その活動の成果として、1)精神老人病棟における長期在院患者の以前の精神科的診断と現在の障害についての研究、2)精神科病院を閉鎖した場合に地域における費用の予測についての研究、3)長期在院患者の社会生活を観察した研修、4)長期在院患者の社会ネットワークの構造に関する研究が公表されている。

これらの研究の要点は以下のようにまとめられよう。

1) 精神病院を閉鎖し、地域での精神医療活動に移行した場合には、その費用は比較的に廉価であり、患者の生活上の自由度が増し、患者の満足度は高くなる。

2) 長期間入院している患者の社会性については、「非社会的」、「友好的」、「世話役」、「厄介者」といった分類が可能であるが、これらは持続的なものではなく相互作用的である。非社会的な患者が地域で交友関係を作り上げていくためには、上

述したような様々な特徴をもった患者群が相互交流をもちうるような配慮が必要である。

3) さらにこれらの交流様式を検討してみると、「挨拶などの受動的接触しか行われぬ者」を1群とし、これが患者の大多数を占めている。「積極的に言語的交流を持つ者」(conversors)を2群とし、「品物の交換や非言語的水準での助け合いを行う者」(transactors)を3群とした場合、1群は「非社会的な」な患者群であり、2群は「友好的」な交流を持つものが多く、いなくなったら寂しいと感じる親友としての関係を持っている。3群にも2群と同様に「友好的な」関係を持つ患者が存在しているため、地域に住むようになった場合にこのような言語を介しない交流が維持できるかどうかは患者の対人関係において重要な位置を占めている。

4) 器質的要因が前景となっている患者の認知障害と行動上の問題は重大である。こういった患者を退院させて地域での精神医学的援助を行う際には、機能的障害の患者よりも慎重に検討する必要がある。

これらの知見を参考に本邦の現状と将来の問題点を挙げてみると以下になるであろう。

1) 周知のように英国においては、精神科医療に関わっているそれぞれの専門スタッフのマンパワーが相対的に充実しており、ボランティア活動も長い歴史があり、地域での精神科医療の展開が比較的容易である。これに対し、本邦では入院治療においても地域においてもマンパワーが少ないという状況が背景に存在している。したがって、病院を閉鎖することによって生じうる問題点を解決していく方策が少ない場合には、諸困難が発生することを予測せざるを得ない。更に地域住民の障害を持つ者に対する認識が是正されなくては、

\*国立精神神経センター精神保健研究所  
順天堂大学精神医学教室

\*\*国立精神神経センター精神保健研究所



地域での精神科医療を実践することには多大の困難が伴うであろう。

2) 人口の高年齢化が進む本邦においてもまた、器質的な障害によって入院が必要な患者に対する対策が早期になされる必要があり、精神科が果たす役割が大きくなってきているといえる。特に、器質的な障害を持つ患者のうち、行動障害や認知障害のために一般床での加療が困難な患者の処遇には精神科医の関与は必須であり、そのような障害を持つ患者であっても早期に適切に治療が行われれば、自宅での生活が可能となると思われる。

3) 現在の精神医療においては収容を目的とすることは減りつつあり、治療後に地域に戻って生活し、就業する患者が増加している。これに対応するためには短期の治療病棟の整備が必要と思われる。すなわちTAPSで対象となったような長期入院患者のための病棟ではなく、休息と治療のより良い環境を患者に与え、早期にもとの生活に戻れるようにするための施設の整備が必須であり、この場合には病棟機能の分化が必要となる。

4) 機能的障害を持つ患者の対人関係に関する詳細な研究は少なく、患者の機能水準や障害の現れ方に對人関係がどのような影響を与えているかについての実証的な研究の蓄積が求められている。TAPSにおいても、さまざまな対人関係についての知見が報告されているが、患者個人の対人関係を詳細に調査し、それが患者にどのような影響を与えているのかを再発論あるいは転帰との関係で研究するという課題が残されている。また個々の患者の対人関係だけでなく、対人関係ネットワークについても調査研究する余地があるだろう。

## 2. 研究紹介

1983年6月、東北テムズ地区保健審議会North East Thomas Regional Health Authority (NETRHA)は、1993年にはClaybury精神病院を完全閉鎖し、Friern精神病院を部分閉鎖する計画を提唱した。両者ともロンドン北部では最大のビクトリア朝時代の精神病院で、前者は1893年、後者は1851年に建てられたものである。両病院の患者数は1950年代にはそのピークを迎え、2,000人を

越えていたが、その後他の西欧諸国及び米国の精神病院同様、患者数は減少し続け、1983年には800人程にまで減少した。この主な原因は死亡によるものである。例えばFriernでは1980年から1985年の間に年平均23人の長期入院患者（1年以上入院している患者）が死亡し、40人が退院し、40人から50人が新しい長期入院患者となった。

TAPSはこういった背景をもとに、この2つの大規模精神病院の閉鎖についての評価を行うために1985年NETRHAによって設立された。TAPSはNETRHAとDepartment of Healthからの基金によって、Department of Psychological Medicine, St Bartholomew's Medical Collegeを通して運営されている。こうして退院していった患者のほとんどはロンドン内の9つのDistrict Health Authorities (DHA)に分れた。病院の入院患者1人あたりの予算は、病院を離れた患者達が住む地方機関にまわされた。閉鎖された後の土地は、同意が得られれば個人の住宅や商店の開発のために売り払われ、その収益は新しいコミュニティー施設の予算として使用されることになっていた。1989年6月の時点ではClayburyでは146人、Friernでは112人の長期入院患者が残っていた。現在のところFriernは1993年に、Clayburyは少し遅れて1994年に閉鎖されることになっている。

TAPSは、1985年にこの計画が始まって最初の患者がコミュニティーに移されて以来、貴重なデータを集め続けている。入院患者の詳しい調査や、退院1、2年後の追跡調査を行い、その結果が現在少しずつ発表されている。

Andersonらは最初の2年のうちに病院を離れた161人について調査をし、Present State Examination (PSE), Social Behavior Schedule (SBS), Social Network Schedule (SNS)を退院した患者と入院対照群に行った。その結果、臨床的にも社会的にも、病院あるいはコミュニティーにおいてでも統計的に有為な差はないことが分かった。しかし患者はコミュニティーにおいて生活する上での制限が少なくなったことを快く思っており、現在の施設に対して肯定的であった。

Knappらはコミュニティーにおける費用について調査を行った。1人あたり1週間の平均費用

は47ポンドから568ポンドまで様々である。これは一般臨床医、ソーシャルワーカーや精神科医の援助をどれくらい受けねばならないか、数ヶ月間の再入院を必要としたかどうかなどによって異なる。男性患者の1週間の平均費用は女性患者より20高い。これは男性患者のほうが自分の身の回りの世話をする能力が低いいため、より高価なケアを提供する職員の多い施設に入るのがその理由のようである。また費用は年齢によっても異なる。年長者のほうが、雇用プログラムや教育を必要とする若年者よりも費用はかからない。入院歴も後のコミュニティでの費用に影響する。退院までの期間が10年以内の場合、それ程費用に影響しないが、10年を越えるとその期間が長いほどコミュニティでの費用も高くなる。入院中の臨床症状も関係してくる。PSE, SBS, SNSの評価を行うと、陰性症状が高得点の入院患者は社会的にも引きこもり、感情は平板化され言語表現も乏しい。SBS得点が高いほど異常行動が多くみられ、社会的行動に問題を生じ、コミュニティでの援助が必要となる。交友関係が広い患者は、引きこもりがちな患者より費用はかからないが、これは男性にのみ言えることで女性には当てはまらない。地代などにも左右されるが、一般にコミュニティにおける費用は入院中より低いことは確かである。閉鎖計画において早期に退院した患者は比較的症状の軽い者が多く、今までのデータからこれから退院していく患者の費用を推定することは困難であるが、今後さらに多くのコミュニティでの職員の援助が必要となり費用も高くなると思われる。

Leveneら(1962)は「かなりの数に上る障害を持った老人患者が、病院閉鎖における最も深刻な問題となっている。」と述べているが、彼の調査した65才以上の長期入院患者の3分の2は初診時診断が老年性痴呆であった。Andersonらは89人の精神病院に残っている長期入院患者について研究した。初診時診断は70人が器質性疾患でそのうち74%が女性、26%が男性であった。また18人は認知障害を持つ機能性精神病は、そのうち61%が女性、39%が男性であった。5人については明確な診断がなされていない。機能的精神病の診断

を受けた患者は他の患者に比して若く、認知障害も行動障害も軽かった。また器質性疾患の患者より若年で初診をしており、より長期間入院している。病院が閉鎖される頃にはコミュニティでの精神科サービスのあり方はかなりその影響を受けられると思われるが、将来へ向けてのコミュニティ・ケアのあり方は現在コミュニティにいる患者より、病院に残っている患者の需要が問題となってくるであろう。

Dunnらは老人精神病以外の長期入院患者770人についてSNSを行った。交友関係を評価する方法については、社会文化人類学者や社会学者、心理学者、精神科医などによって検討されてきた。そして交友関係はストレスや病気の再発を防ぐものとして考えられてきた。しかし今までの方法では長期入院患者に応用できないため、Dunnらは長期入院患者のために30分程度で済む質問表を開発した。まずその前日または前の週に会った人の名前とそのときの状況(例えば、作業所など組織だった場所か、それとも商店や喫茶などでか)を尋ねる。患者のなかには、よく一緒にいるのに名前も知らない場合もあるがそれも数に入れる。それからそれ以前に会った人を尋ね、最後に電話や手紙を交換している人を尋ねる。こうして最低1ヶ月ごとに会っている人の名前が得られる。それから各々に、次の質問をする。(1)どのくらいの頻度で会うか(毎日か毎週か毎月か)(2)会えなくなったら寂しいと思うか(3)どちらかが引越すことになっても会いに行くか(4)挨拶を交わすだけの仲か、お互いに何かし合うか、会話を交わすか(受け身的中立的か積極的か)(5)その人を友人と思うか、それとも唯の知り合いか(身内か友人か知り合いか)(6)個人的な悩みや感情も打ち明けるか(親友かそうでないか)。さらにSNSの妥当性をみるために、彼らを実際に自然の状況のもとで観察し、交友関係についての情報を集めた。病棟や作業所など職員の監督下では自由な交流がみられないので、観察は売り買いなどによる人との接触が生じやすい病院内の喫茶にて行われた。社会行動は次のように分類された。(1)世話役—接触する質も量も高い(2)友好的な者—接触の質は高いが量は低い(3)厄介者—質は低いが量は高い(4)非社会的な者

一質も量も低い。観察は部分的なものであるし、SNSとは違う結果が予想されたが、こうして2つの方法から得られた患者の交友関係の広さは高い相関関係にあった。ただし、喫茶での社交性とSNSにおける友人の数との間の相関関係は低かった。SNSでは社交性を直接計ることは出来ない。Bernardら(1979)は健常者に交友関係の調査を行ったが、彼ら自身の報告と実際の活動との相関関係は50%を越えることはなかった。患者の報告は少なくとも健康者のものよりは信憑性があるようである。

観察の結果、確かに非社交的な者が3分の1程いるが、友好的な者も少数おり、社交活動の中心として非社交的な者も含めた患者達の間を徘徊する。世話役も厄介者も友好的な者同様、非社交的な者と接触し、彼らの活動を促す。SNSではある人との交流が進んで行われたものか、いやいや行われたものかがわからず、世話役を同定するのは難しい。こうした長期入院患者の役割は変わりやすく、厄介者が非社交的になったりする。このことは、非社交的患者でもしかるべき雰囲気のもとでは、社会的関係を結びえることを示唆している。友好的な者や世話役や厄介者がみな一緒になった方が非社交的患者にとっては好ましいようである。病院閉鎖への過程において、社会的適応力のある患者から退院させていった場合、最後には非社交的患者が残される事になるが、彼らがコミュニティに開放されたとき交友関係を作れるかどうかには疑問が残る。

さらにLeffらはSNSの結果を分析し長期患者の交友関係についての理解を一層深いものにした。患者1人あたり平均8人の人と接触しており、友人に会えなくなったら寂しいと思う人はそうでない人の6倍の親友を持ち、友好的な者はそうでない者の2倍近くの親友を持つ。受け身的な交流しかしない者が親友を持つことは皆無であり、積極的に友好関係をとる者は中間的な態度をとる者の3倍の割合で親友を持っていた。我々の常識から考えてみても、やはり挨拶だけでは親友にはなれないようである。またここで親友というのはほぼ会えなくなったら寂しいと思われる人か、積極的な関係にある者に一致するのも

興味深い。さらに接触があると報告された者を次の三群に分ける。1群は挨拶を交わすなど受動的接触以外積極的な交流はみられず、社交上の重要性が低い「取るに足らない人物」で、これが大半を占める。2群は積極的な交流が認められる者で、これは名の挙げられた接触者の10%にも満たない。彼らは会えなくなったら寂しいと思われる者、友好的な者や親友に当たる。3群は他の二つの群の中間にあり、品物の交換や手助けし合うことはある。合えなくなったら寂しい者や親友は僅かしか含まれないが、友好的な者とされる場合は多い。1群ではその関係は簡単な挨拶以上には発展せず、2群では会話が主な交流法であり、3群では非言語的相互作用が一般に行われる。

神経症患者において、SNSの結果から信頼関係の重要性は以前にBrown&Harris(1978)やHendersonら(1978)によって注目されてきたが、このことは長期入院患者についても当てはまると思われる。神経症と異なる点は、長期入院患者では中立的な関係の14%が信頼関係にあるということである。患者にとっても我々同様、友好的な者と親友が重要であると思われたが、実際はそうではないようである。その交流が挨拶や非言語性交流に限られる1群と3群が同様に親友を含んでいるからである。我々にとって会話をなくして誰かに信頼を抱くことはあまり考えられない。患者の信頼するという言葉の使い方や、友好関係の受け止め方は我々とは異なっているのかもしれない。言語表現を不得手とし、感情表現にも制限のある患者にとって、品物や交換や手助けし合うということが信頼を分かち合えるような親友を深める手立てになるものとも考えられる。

1群に友好的な者は含まれないのに、3群では2群と同じ位高率で友好的な者が含まれている。2群の者は全て会えなくなったら寂しいと思われるのに対し、3群では3分の1しかそう思わない。このことは、長期入院患者にとって他人との会話が街角にいる人にとっての会話よりはるかに重要なもの出あり、会話を交わす患者はかなり親密であることを示している。また、非言語性相互作用は、挨拶よりもずっと親密な関係を示しており、この点会話に近いものであると言えよう。こ

の非言語性相互作用にも基づく関係を表す既成の言葉はないため、3群を「取り引きをする者」(transactor)という新用造語で呼ぶことにした。2群は「語り合うもの」(conversors)と名づけた。

SNSを行った患者のうち9.6%は受動的相互作用しか持たない「取るに足らない人物」である。彼らはDunnらが喫茶で観察した患者のうち「非社会的な者」に一致する。SNSができなかった患者は、SNSを行った患者より非社会的であると考えられ、実際には「取るに足らないもの」の割合はもっと高いものと思われる。中立的相互作用を示す者は12.1%であり、彼らの交友関係は、紅茶や煙草を売る喫茶とで観察されたような非言語的相互作用に基づいている。このような行動が職員付き共同住宅でも可能であるかどうかは疑わしい。気軽に立ち寄れるコミュニティーの施設が、患者の品物や交換や手助けし合えるような社会関係を結ぶ雰囲気を提供してくれるかもしれない。

Leff自身も講演の末尾で述べているように、TAPSはいまだ研究途上の試みであるが、すでに現時点でも、開放政策を進める際の問題点やその解決方法についての実証的な有益な知見が得られ

ている。開放という、情熱のみが先行しやすい行為に対して、多くの分野の専門家を集めて実証的な評価を行おうとする態度は、さすがに経験主義の国という感がある。今後日本でも精神医療の改革がなされる中で、Leff教授を初めとするこの研究は多くの示唆を与えるものと思われる。

#### 文 献

- 1) Anderson, J.: The TAPS Project. 1: Previous Psychiatric Diagnosis of Long-Stay Psychogeriatric Patients: A Pilot Study. *Brit J Psychiatr* 156:667-675, 1987
- 2) Dunn, M., O'driscoll, C., Dayson, D. et al: The TAPS Project. 4: An Observational Study of the Social Life of Long-Stay Patients. *Brit J Psychiatr* 157:842-848, 1990
- 3) Knapp, M., Beecham, J., Anderson, J. et al: The TAPS Project. 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Jernl of Psychiatry* 157:661-670, 1990
- 4) Leff, J., O'driscoll, C., Dayson, D. et al: The TAPS Project. 5: The Structure of Social-Network Data Obtained from Long-Stay Patients. *British Journal of Psychiatry* 157: 848-852, 1990



## 【資料】

## 資料：家族療法のエッセンスをどう考えるか

———家族療法全国実態調査結果より（資料第2報）———

清水新二\* 高梨 薫\*\* 鈴木浩二\*\*\*

## 1. 自由回答の資料的価値

われわれは1991年初頭、全国の日本家族研究・家族療法学会員を対象に『家族療法に関する全国実態調査』を実施し、その結果を『家族療法研究』誌上に第1報（鈴木他，1991）ならびに第2報（鈴木他，1992）として報告した。またこれと平行して、本誌前号において調査結果の概要を説明すると共に、調査の単純集計結果を中心に「資料」という形で報告をした（清水他，1991）。本論では引き続きこの全国調査の結果について、特に家族療法のエッセンスについて、回答者たちがどのように考えているかを資料的に紹介してみたい。

第1報でも述べたように、今回の調査における回答者の教育的、職業的バックグラウンドは大変幅広いものであり、そこでさしあたっての家族療法の定義も次のような間口の広い形にしておく必要があった。すなわち、『家族療法とは、その形式や技法のいかににかかわらず、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』という広義の定義を与えたわけである。しかし調査上のそうした便宜的な定義とは別に、家族療法

とのそれぞれの関わりの中で回答者が家族療法のエッセンスたるものをどのように考え、感じているのかは大変興味あるところである。というのも、家族療法が日本で展開し始めて以来少なからぬ時間が過ぎ、専門家の間でも自らの体験を通じたそれぞれの家族療法観が形成され始めてもいるからである。さらに、わが国における家族療法の第一線を支え、活躍している専門家が家族療法をどう捉えているかは、家族療法学会の組織的観点からしても現況の理解と今後の展望にとって有益であるばかりでなく、家族療法に関心を持つわれわれ一人一人の家族療法理解にとっても示唆に富むところとなろう。

筆者らは本資料を、家族療法に関して日本の専門家がどのように考えているのかを探る上で、その情報源泉として、現時点では一級の資料と考えている。実際今回の調査結果を整理しながら強く感じさせられたことの一つが、この家族療法のエッセンスに関する自由回答欄に記された、さまざまな意見が読み手に与えてくれる豊かなイメージネーションであった。家族療法の体験がなにほどにかあればあるほど、ここに収められた多様な自由回答は各人の家族療法に関するイメージネーションをそれだけ豊かに触発してくれるであろうし、綴り手と読み手の出会い方によっては家族療法に関する洞察と自省をさらに深めてくれるかも知れない。あるいはまた、家族療法に関心を抱きながらもなお実践体験を持たない読者には、それなりのイメージを形成してくれるだろう。このような文脈において、家族療法に関するエッセンスを直截に問うた結果を「資料」として、つまりできるだけ生のデータとしてまとめ、読者の閲覧に供することは貴重な試みであると確信するものである。

What is the Essentials of Family Therapy?:  
Reflecting of Experts' Opinions

\*国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

Shinji Shimizu: National Institute of Mental Health, NCMF

\*\*東京都老人総合研究所 保健社会学研究室  
Kaoru Takanashi: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

\*\*\*国際心理教育研究所  
Kouji Suzuki: International Institution of Psycho-education

結果を紹介する前に、調査の方法について簡単に繰り返しておこう。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. 12. 31. 現在における日本家族研究・家族療法学会員全員の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%であった。この回答率の性質ならびにサンプルの偏りについては既報(鈴木他, 1991)に触れておいたが、おそらく今回の自由回答に関しては、既報で触れた調査結果全般のサンプル偏向以上に、家族療法経験者を中心とする回答とみてもよいだろう。

一方、「家族療法の定義にはなかなか難しいものがありますが、家族療法のエッセンスは、あなたにとってどのようなものだと感じていますか」との間には、333人の回答者中231人が答えてくれた。設問の通り自由に記載するにはなかなか難しい質問であったことを考えれば、サンプルの偏り問題を別にして、この数字は決して低いものではないだろう。

## 2. 自由回答にみられるいくつかの特徴

寄せられた回答を全般的に眺めてみると、エッセンスに関する記述内容は、大きくは三つに分かたれる。1) 認識論的転換に触れるもの、2) システム変化という家族療法の核心を指摘しようとするもの、3) ある種の特徴を具有する問題解決法として記述するもの、である。もちろん同一の回答者が1)と2)を同時に、あるいは2)と3)を同時に記載している場合も少なくなく、1人の回答者がこの1)から3)のカテゴリーに丸ごとスッポリ収まるというわけではない。また、そもそもこの三つの分類自体が恣意的であるとも言えるだろうし、またこの分類には収まりきらず、4) 「その他」として扱わざるをえなかった個性的でユニークな意見もある。以下に紹介するほんの一部の典型例としての意見は、こうした特徴を念頭に置いて読まれるべき性質のものであることは言うまでもないだろう。

### 1) 認識論的転換

「物の見方、考え方の転換である」(ケース170, 以下同様の表記法)

「認識論的転換をもって“治療”というものを科学の眼で真摯にみつめ臨床対峙する一つの治療哲学」(ケース048)

「システム理論に基づくものであり、認識論の転換である、従って従来の個人療法的治療観を更に広げ、治療の新たな可能性を示した。……」(ケース186)

この三つの典型的意見には認識論的転換についての明確な言及がなされている。しかし、「発想の転換。円環的な家族関係の理解が魅力的です」というケース310などのように、そこまで用語上の厳格さを問わねば、同様なあるいは類似の意見が相当数みられた。それらのほとんどに通底するキーワードは、ケース186も使用している“システム”あるいは“システム論”である。たとえば、その例としてケース199を挙げることができよう。

「個人をシステムの中での関係としてとらえるもので、人間を生物的次元より、より社会的次元でみている進んだ治療法。『家族』だけでなく、さまざまなシステムに人間はいるので、この療法はいろんな分野に応用できると思う。システム療法といった方がいいのではないか」(ケース199)

もちろん用語としてシステムないしはシステム理論への言及があるといっても、今回の調査ではその中身まではわからない。用語の一人歩きや専門家のジャルゴンになっているだけのことも論議できようが、その余地は否定しないまでも、イメージとして広く共有されているのがこのシステム概念にまつわるものである。さらにケース199ではシステムへの言及にとどまらず、一度システムの認識転換をすれば、それは家族療法に限らずもっと一般性の高い療法になるとの可能性に触れ、これを「システム療法」として捉える提案に至っている点が興味深い。これと関連し、逆にケース170はとりたてシステムには触れずに認識論的転換に言及しているが、家族療法を通した「物の見方、考え方の転換」はシステムの認識にさえ収まりきるものではないことが示唆されているのかもしれない。

## 2) システム変化

「IPだけを取り上げずに、家族全体をみれば、他の社会的な意味の上位システムも理解して可能な部分での変化を促すやり方である……」(ケース194)

「①メタポジションから人と人、人と制度の関係の全体を把えること。そして、関係をかえることを通して(介して)個人のありようを変えてしまうこと。②家族自身の力を利用して家族を変化させる技」(ケース239)

家族療法はシステム論的認識に基づきつつも、単なる認識論的転換にとどまらず治療・援助活動にとって具体的にどの辺りに照準を合わせればよいかを指し示すものといえよう。言うまでもなくその照準点はシステム変化であるわけだが、ケース194と239はその一例に過ぎない。期待する変化の態様や速度、変化だけにとらわれない広角的な目配りの必要性、変化の逆説的意味合いなど、それぞれに注釈が付記されるものの、システム変化一般について、あるいは家族システムの変化やエコ・システムの変化に触れる記述は相当数にのぼった。

ただシステムを変化させるとはいても、ケース239も触れているように、それは家族自身の力や可能性に依っているのだという側面は見落とされてはならない点であろう。というのも、第1報では家族療法に対する意見を求められ、34.5%の回答者が「操作的すぎる」と評価している結果が報告されたが、システム変化の問題は家族療法に絡みつくこの操作性イメージに少なからず関連しているからである。こうした文脈における家族システムの変化については、ケース239以外にも、例えば次のケース100、234などのコメント内容が多くみられた。

「家族自身も持っている内在的問題解決力を引き出し、問題を克服していく力が育つよう援助するものである」(ケース100)

「家族システムにゆさぶりをかけて問題解決のための新たな糸口を家族と一諸に見つけること。後は家族の治療力を信じて家族自身の力で動き出すのを見守る」(ケース234)

仮に操作性のイメージを承認した場合でも、操

作的であるかも知れない療法の結果、影響を受けるのは家族システムだけでなく、この点では治療者・援助者自身もまた同様であることを示唆するコメントも寄せられた。

「……IPを個人としてだけ見るだけでなく、関係(家族・社会)の中で理解出来るようになった。個人療法より心労少なく、時には楽しく、終了後余り疲れなですっきりする。尚、終了後のスタッフ間の協議は甚だ有意義である」(ケース011)

「……家族療法では誰が悪いわけではなくそのやり方、行動の相互関係に問題があるという考え方は治療者にとって気が楽な有用な方法であると思う」(ケース052)

このように、当の家族システムのみならず、家族と治療者からなる治療システム自体も、まわり回って「操作」「介入」の影響を受けることが窺われ、操作性の問題も循環論的視点から眺めるといふ少し違ったイメージや論議が膨らんでくるように思われた。

## 3) 問題解決法

あえて認識論的なものとの見方をせず、「道具、技法に過ぎない」(ケース132)と言明したり、「変化の技法」(ケース245)と家族療法のエッセンスをいい切る回答もあったが、「問題解決法」と筆者らが分類した回答の中では、「危機介入」「技法」「療法」といった用語の使用が目的だった。その多様さゆえに例示は割愛するが、流派的な技法の記述はもちろんのこと、それぞれにユニークで経験的な技法の記述も含めて、家族療法を問題解決の技法として位置づけている回答者が多いのも今回の調査結果の特徴であった。このことは、後述の自由記載一覧リポートを見れば、一目瞭然である。

そうした中でも、少数ながら技法として家族療法を理解することへの心得に触れる回答もあったが(ケース181, 026)、それらは一転して先のケース132, 245の指摘とどこかで相通じるものがあるように思われたことが興味深かった。

「家族クライシス介入を考えている。あとは技術的にならないことだと思っている。」(ケース181)

「有効性の限界を常に意識していること」



## (ケース026)

こうして整理してみると、次のごとく家族療法それ自体のエッセンスというより治療・援助活動全般に関するエッセンスとみられる記述(ケース224, 191)や大変広く柔軟な考え方(ケース217)もあるが、結局最大公約数的意見は、簡にして要を得たようなケース196の意見であろう。

「人間(人類)が人間らしく、充実した生活をしていくための援助」(ケース224)

「家族成員が相手の意図をお互いに察することが再びできるようになること。もの言わぬ関係の成立」(ケース191)

「問題を持つそれぞれの家族が家族間の関係のゆがみの修復を望む時、手を貸し、その家族に応じた方法で、助けて行く療法」(ケース217)

「システム論的な考え方をベースにある問題を取りまくシステム(外部環境との相互交流をもつ構造)を変化させることにより、問題解決を計る援助技法」(ケース196)

またこうした技法とみる立場に対して、疑問を呈する意見も寄せられている。たとえば、「技法でなくケース概念化のひとつのやり方」(ケース283)という意見には、具体的な技法というより、ケース理解にあたってのフレームを与えてくれるという形で、むしろ家族療法家を支えてくれるものといった示唆が示されている。あるいは、全く異なる観点から、「家族療法的アプローチをはじめた諸機関、医療機関内の組織上の混乱ばかりでなく、最近の学会員にも、その混乱が見てとれる。『一つの技法』と捉えているところに、その混乱の源があると思われる……」(ケース328)として、むしろ認識上の転換の重要性を強調してみせる意見もあった。

いずれにせよ、今回の調査結果からみた限り、多くの専門家によって考えられている家族療法のエッセンスは、1) システム論を認識論的基盤として、2) 治療・援助活動の目標ないしは焦点がシステム変化とその結果としての家族症状の軽快化や消失におかれ、3) こうした背景と文脈とのセットでなされる問題解決のための、具体的に多様な技法を適用する働きかけ、とでも要約できる

ように思われる。この「働きかけ」は、職業的立場やそれぞれの所信によって、治療とも援助活動ともまた介入とも言われることがある。しかし、いずれにしてもこの背景と文脈に即していえば、問題解決のためにシステムの逸脱増幅過程の導火線たる「最初のひと蹴り(initial kick)」(Maruyama, 1963)としての働きかけである点では同一であり、先のシステム変化と家族の力の関連性もこうした視点から捉え直すことができれば理解はしやすい。さらに、その働きかけを少しでも有効的にするための工夫、努力として結晶化したものが、それぞれの流派やグループの技法と考えられる。

## 4) その他

自由回答欄の分析から、以上のような三つの要素を家族療法観を構成するエッセンスとして抽出したが、この分類とは別に、大変印象的な記述のいくつかを簡単に紹介しておこう。

「システムと愛」(ケース62)という端的かつメタポジショナルな指摘があるかと思えば、次のようなメタファーの記載も散見された。「フルコースの食事を味わう時のバックで流れている音楽のようなもの。音楽によって知らず知らずに食も進むし、どんなすばらしい料理であってもはしをつけたくなくなってしまうこともある」(ケース116)とか、「それぞれの材料をうまくあわせて料理する料理人のようなもの。一流のコックは目指していないものの『煮込み料理はすごくおいしい』と思えるぐらいには目指したいと思っている」(ケース220)といったものである。一方、家族療法を適用する際の社会的、文化的階層性および選択性の問題に言及した傾聴すべき意見も寄せられている。「私の分裂病中心の臨床においてはあまり出番のないもののように思います。それはまず孤立者、欠損家庭、貧窮家庭が多いからだと思えます。家族が意見を揃える余裕があり、またそれだけの時間的犠牲を払う気持ちになっている家族に対してはよいのだろうと想像しますが、この条件はかなり選別になります。おそらく強制的に呼び出せる家裁などでの適用が現実的なのでしょうか……」(ケース047)、「改善効果のあるもの……という症例選択はあるように思うが如何でしょうか。これ

は今までの試行錯誤の結果の印象ですが。」(ケース069), ならびに「だれでもが安易にできる技法ではないが, 実力のあるスタッフと設備がととのって家族療法にあうようなケース(経済的にも時間的にも家族病理の点でも)が来れば非常に有効だと思う」(ケース162)などがこれにあたる。この点とも関連して家族療法への要望や疑問も提起されており, 最後にそれらを紹介すれば次のような記述を例示できるだろう。

「IPの示す『問題』を『全体としての家族』の中で捉え家族力動を明らかにし, その力動を動かすことによって『問題』の軽減ないし, 解決をはかろうとするもの。ただし, 技術論的に偏りすぎるきらいがあり, 個人病理の深い所までの解決がはかれるかどうかは疑問であり, 表面にでている『問題』を操作的に扱うだけでどの程度の治療効果を上げられるかどうかは私としてはわからない。日本人の心性や特性に適した治療手段であるかどうか今後とも検討を加えて欲しい」(ケース129)

「日本の精神医療制度が, 家族療法あるいは余裕のある医療体制にあるのかどうか認識してほしい。家族療法をシステム化したり, 回数を決めたりといった関わり方には反対。治療目標をどこにおくのか, 家族関係がそう簡単でたやすいものであるとは思えない」(ケース166)

「……日本における家族療法のエッセンスは, 『家族の中で治す』ということであると思う。精神分析的治療観は家からの自立, 独立, 個別化が高く評価され, 目標となり, それを旨として治療されたが, 日本ではより『家』の持つ力が大きく, 日本の家族療法の中心は, 家に戻って, 適切な枠組みのもとで治療し, そこに納まることが目標となり又現実的であるのではないか」(ケース186)

この他にも, 家族療法経験年数別に, 教育あるいは職業別に自由回答の傾向性を浮き彫りにできれば, さらに興味深い結果が得られたものと思われ。しかし自由回答故に, コンピュータによる

データ解析上の困難もあって今回はその試みを断念した。以下は, 回答者が自由に記載してくれた家族療法観を, 一覧表にまとめたものである。この貴重な資料をさまざまな形で活用していただければ幸いである。なお, 明らかな誤字, 脱字を除いて記載された原文をそのまま収録することを原則とした。このため, やや難解な部分を含む記述も散見されることになった。また判読し難い場合は, その個所にxxxを記しアンダーラインを付しておいた。自由回答欄に全く記載のなかったケースについては, 煩雑さを避けるため表記を割愛した。

### 3. 自由記載一覧リスト

D5 「家族療法の定義にはなかなか難しいものがありますが、家族療法のエッセンスは、あなたにとってどのようなものだと感じていますか」

回答者番号	自由記載内容
0 0 1	家族システムが、自ら第二次変化を起こせるように援助する家族アプローチである。
0 0 2	今迄の個人内の心理状態のみに注目しすぎた心理療法に対する、理論的根拠を扱った治療法。
0 0 3	家族を扱うことは非常に魅力的ですが、現場の様々な条件の中では、これをきちんと行うことは(技術は別にしても)なかなか難しいです。家族療法的視点を持つこと、場合によってIPの家族に会っていく時に、何をポイントとしていくかというところで利用している段階です。
0 0 4	何も特別な理論や技法ではなく本人の症状や問題行動のために家族が苦しんでおり、家族の応援がなければ改善につながらないので、当り前の必要なアプローチなのです。
0 0 5	これにお答えできるほど知識がありません。
0 0 6	家族成員の誰か一人が出している症状をその個人に帰属するものではなく、家族としてシステムに帰属すると考えること。
0 0 7	人間関係のシステムに焦点をあて(どのシステムを選択するかは、そのケースのための予測的有用性による)関係の重層的、力動的側面に関与しつつ観察しセラピストの治療道具性を使用しつつシステムの変化を引き起こしてゆくこと。エッセンスは関係の重層的な認識のし方(エピステモロジー)に存すると思う。
0 1 0	IPにとって望ましい方向に家族内人間関係が変わることを期待して始めたが、現在は家族成員のそれぞれの成長と人間関係の変化も療法の目的と考えている。しかし私自身が戦略的な技法、ことに逆説的治療は出来ないし、欧米の人と違って日本人の場合家族療法を受ける方もそれをうまく受けとる人が少ないのではないかと、という気持ちはかわらない。また分裂病、難病的な神経症の人が多いので面接期間回数も決めていない。それが良いかどうかかわからないが、また病院の性格上、家族療法の費用はとれないがそれが良いのか悪いのかはわからない。 時には家族も患者として投薬精神療法を行っている場合もある。
0 1 1	長年、主として分裂病境界例等の個人療法に苦労して来たが、家族療法を行って以来視野が広くなり、IPの理解が深まりIPと家族との間も改善された。短期間に劇的な効果をあげる場合もある家族療法のエッセンスに、IPを個人としてだけ見るだけでなく、関係(家族・社会)の中で理解出来るようになった。尚、個人療法より心労少なく、時には楽しく、終了後余り疲れないうすつきりする。 尚、終了後のスタッフ間の協議は甚だ有意義である。
0 1 3	本人だけの問題と考えずに家族全体のシステムの問題として取り扱っていく考え方と思っています。しかしながら、ともするとその介入の技法だけを修得し、個人面接がしっかりと研修をつんで丁寧にできない場合も許容されてしまうことが最近少し出てきたと、以前学会でも聞きました。個人療法もしっかりとやれた上で家族との関わりを常に考慮していくということを、自分としては考えています。
0 1 5	家族の力を引き出し家族自身が問題を解決するのを援助していく治療法。
0 1 6	家族成員が男として、女として、親として、(父として、母として)子供として(長男(女)……次男(女)として)のアイデンティティを確立し、人間的に成長していく過程を援助すること。
0 1 7	家族の構成員に働きかけることによりその相互作用を望ましい方向に変化させ、問題を解決していくもの。
0 1 9	全体(家族)の成員を変えていくという作業を同時に行う治療法。
0 2 1	(1)家族の認識の変化を導き家族の問題解決能力を高めるもの。その為にはケースの病理性を把握する必要がある。 (2)家族に繰り返される非生産的なパターンを生産的なパターンに変えるもの。その為には過去が問題になることもあるし、分析が必要になることもある。
0 2 3	チームとして扱うにはスタッフがおらず単独で行うにはエネルギーがかかりすぎる。そのため現在では行っていない。力動的な視点から家族にアプローチすることはあるが、これも、自分の中では家族療法と思える時もある。
0 2 5	家族メンバー間の交流を活発にさせ、家族の力で、問題解決を行わせる。セラピストは、保護された自

由な空間を守り、この中に（日常生活と違った空間）身をおき、自由に討論しあうことで本来の力を回復させると思っている。

- 0 2 6 有効性の限界を常に意識していること。
- 0 2 7 家族全体のシステムを考慮に入れて行うなら治療はすべて広い意味で家族療法ですが、狭い意味では、2人以上の家族メンバーに対して実際に来院してもらって、相互の関係性を中心に扱うのが家族療法だと思います。
- 0 2 9 本人だけでなく、家族も視野に入れておく  
 ①本人の治療を中心として、必要な場合（本人がのぞむ時）家族にも会う。会って同時に平行的にみて行くが、治療者を別にするかケースバイケース。  
 ②家族からはじめに相談をうけた時、その相談のみで終わる場合と、本人をひっぱりこむ場合と両方やる。  
 ③一日50人（平均）患者をみていると特別のことは出来ないの、およその見当をつけたら専門家（多くはCP）にたのむ、時間をかけない普通の医療は継続することが多く、CPから情報を入れてもらう。
- 0 3 0 家族内の人間関係を、IPが成長（あるいは生活の改善）するように、変えていくための関わり。
- 0 3 3 家族全体が自分の問題としてIPの問題を考え、自分の問題をそれぞれが家族の中で解決していくことを通して、IPを含めてその家族の健康度を向上させていくものであると感じている。
- 0 3 5 家族の視点を重視し、個よりも関係を重視するもの。
- 0 3 8 ・家族成員および総体としてのシステムが各成員個人にどのような影響を及ぼしているか。  
 ・成員個人、特にその内的世界が家族システムの中にどのように反映されているか。  
 これらをリアルタイムで観察し、治療的介入を行うことで家族システム及び成員個人の心理社会的健康度を高める治療法。
- 0 3 9 IPがこれまで維持してきた家族との相互関係のために、家族を離れた現実環境とのギャップで多彩な症状を訴えて来院する。そのIPが治療により、これまでの家族との相互関係のあり方の変化—改善が促される。そのためIPと深く関わりを保ってきた一つの有機体というか、ユニットとしての家族の相互関係に混乱（—当然下位システムの混乱を含む—）を招くことは当然のことである。そしてIPの改善に並行して、家族の混乱を支え、援助していくのも、家族療法の大きな利点であると、これまでの臨床体験を通じての所感である。極端な表現かも知れないが、IP個人の示す多彩な症状は、その症状の背後にある家族の問題でもあり叫びでもある。
- 0 4 0 家族の力の回復をはかるもの。ということにかかっていると感じている。
- 0 4 2 本人の抱えている問題や症状が家族間の人間関係に根ざしているものであると仮定し、その固定化した家族間の人間関係を解析し、家族の成員ひとりひとりにその原因を気づかせ、それによって症状の消失、問題の解決を計ろうとするものである。
- 0 4 6 まだ、なんともわかりません。
- 0 4 7 私の分裂病中心の臨床においてはあまり出番のないもののように思います。それはまず孤立者、欠損家庭、貧窮家庭が多いからだと思います。家族が意見を揃える余裕があり、またそれだけの時間的犠牲を払う気持ちになっている家族に対しては良いのだろうと想像しますが、この条件はかなり選別になります。おそらく強制的に呼び出せる家裁などでの適用が現実的なのでしょう。  
 もう一つ、何百年という家の重荷を背負っている旧家の家族の場合、その場を支配しているのは“亡霊”だということを再三感じます。
- 0 4 8 認識論的転換をもって“治療”というものを科学の眼で真しに見つめ、臨床対峙する一つの治療哲学。
- 0 4 9 家族という特別な集団における集団精神療法である。基本は相互のcommunicationの回数である。大体はコンサルテーションですませ、それでうまくいかないとき合同家族療法。
- 0 5 0 ジョイニングと枠組づくりさえできれば誰でも成功するが、それに失敗すれば誰がやってもうまくいかない。
- 0 5 1 面接者に心理的余裕を与え、来訪者に変化や将来への希望を与える。
- 0 5 2 構造化された家族療法を開始出来る家族はそれだけで改善の可能性が大きい。家族療法自体がどの様に行われるかよりも、いかにどの様な構造の中で現在の治療が進められ、そのどこに家族療法が適応となるのかを見定めるグローバルな視野での治療が望ましいと考えている。  
 ・家族療法自体が開始（構造化、治療契約なされた中で）されれば、少しでも現在のなれ親しんだシス

テムより、より良い流れに変化する事を体験していただく事であろう。家族療法では誰が悪いわけではなくそのやり方、行動の相互関係に問題があるという考え方は治療者にとって気が楽な有用な方法であると思う。

- 053 communicationを変化させることで、それまでの見方からの解放を促すもの。
- 054 エネルギーの要る仕事だが面白い技法である。
- 056 家族の内にある、援助を求め利用できる力をいかに見出し捉えられるか。
- 057 (1)その家族が失いかけている回復力、成長力を活性化することで、家族が家族自身の力で課題を克服していくプロセス。  
 (2)個々の家族成員の内奥に深入りすることなく、しかも病理(課題)を成員間の関係性の病理と見なすことで、特定の“悪者”を作らずにすむ(セラピストからの逆転移が早目に察知しやすい)。  
 (3)広くシステム療法と考えることで、治療スタッフ間の関係の改善、あるいは患者スタッフシステムの改善等、応用可能性を秘めている。
- 058 病人を作らず、Normal Family Processを目指して、家族を援助すること。
- 059 一口では言いがたいのですが、発想の転換のきっかけとなり治療が一パターンの堂々めぐりに陥るのを防ぐ部分が自分にとっては一番役立っているように感じます。
- 060 広い視点から問題にアプローチできる手法である。
- 061 家族というものを大切にすること。
- 062 システムと愛
- 065 家族は個人のcontainerであり、そのcontainerに不備があっては個人療法は進展しない。家族療法は、個人療法の有効な援助手段である。
- 067 家族を治療するのではなく利用するのに過ぎない。
- 069 家族の相互関係を面接室の中で見聞きし「今ここで」(治療者もその中に入り)それまでの悪循環を良循環に変えてゆく方法。(過去を殆ど問われない、且つ肯定的に受けとめる健康な所に焦点をあてる、逆転移のほとんど起こることのない方法)。  
 改善効果のあるもの……という症例選択はあるように思うが如何でしょうか。これは今までの試行錯誤の結果の印象ですが。
- 070 人間関係の矛盾と逆説に対する深い洞察があれば、誰でも行なえるものだと考えている。
- 071 IP(この言葉は好きではないが)もしくは家族の持つ疾病モデルの理解。
- 072 個人、家族、社会と言う人間発達の世界の中の一つの型として、家族に重点をおいた処理法。
- 073 家族と共に自分自身も変化し一進一退をくり返す様を客観的に省る機会を与えてくれるように思います。
- 075 一般システム論に基づく、家族を一つのシステムと考える大変ユニークで有効なもの、と思っている。
- 076 家族はひとつのまとまった有機体である。そして回復能力を持っている。その回復力を促進し、活性化するために、様々な介入をする。特に家族メンバー間のコミュニケーションの改善を行っていくのが家族療法である。
- 078 “from outside-in”(構造、機能によって意味作用をactivateする)ということ  
 “pre-oedipus水準をoedipus水準で加療する”  
 “Tensionを高めることで新しいby-passを導く”  
 “positive-notation-reframing”  
 “症状を大切にすること”  
 “Therapy of context/ecology”  
 “Aikidou”
- 079 分裂病についてのみ、障害者として在れる分裂病者であるように働きかける事。援助する気がある人との関係の調整。治療者にとっては自らを知るという……(判読不明)。
- 080 既存の治療概念にとらわれることなく、柔軟な発想でもって主訴の解決を図る治療法である。治療の対象は個人というよりは家族システム、もしくは、社会システムである。つまり介入の対象は家族全員でなくてはいけないということはないと考えられる。
- 083 家族の調和と成員個々の独立。(障害者を抱える家族の悲哀の仕事の進展)
- 084 家族の幸福度を上げるもの。

- 086 家族関係のrestructuringを通してひとりひとりが自分に気づいていくことを援助していくものという感じがしています。
- 087 一人の病人の背後にある文化を捉えることが今後あらゆる分野で必要と考えています。そのために家族の中での病人を如何に捉えるかが必要と思います。
- 089 (拡大解釈となるとは思いますが) 病状を訴えて来院する患者のみを治療対象とするのではなく、(一つの家族の一員と患者をみなして) 家族全体を治療対象として、考える姿勢が家族療法につながっていくと考えています。  
公立病院の小児科で勤務している関係上、それほど重症な患者は少なく数回のセッションで関係調整をしていだけで、症状が消えあるいは再登校できるようになるケースがほとんどです。(明かな境界例が3人いますがこれは例外として) 技法をさまざまに駆使しなければいけない例は稀です。正式な契約もとりにくく、また、設備もなく、人員も少なく勤務時間外にボランティア的にやっているのが現状です。何とかしたいのですが、無理のようです。
- 090 家族療法の有効性を感じていますが、現在までの、私自身の治療場においては(短大学生相談室) 必要とされることはありませんでした。ただし緊急時家族が来談されます。B2で回答したように、家族療法的な考え方は身につけておきたいと思っています。
- 091 家族内力学の修正(実際にやってみてうまく行くと最高だろうけど、收拾がつかなくなると恐いだろうなあ)  
考え方としてはIPという捉え方が家族だけでなく職場とかにも心理教育的なものを持っていく(生活臨床と対応するものになりそうな) 可能性と、障害への差別とか偏見とか緩和する方向への可能性(反精神医学でとりあげられている問題が少しでも解決する方向へ) を期待したい感じ。
- 093 家族内において、IPと構成体員間、及び固体相互間の関わり方改善を、IPと個体各々に気づかせる道を啓くことではないかと思う。
- 094 かつてサリバンが言ったと云う「個性(個人?)とは幻想である」という当り前の事実も、個人主義の欧米社会が「再発見」する過程とも言える。「家族」が核家族化し、崩壊してゆき、「個」への還元の本に再び回帰する過程で登場してきたように見える。単なる通行でないことは無論であるが。  
日本に輸入してきたブランド商品のようにも思える。エッセンスとしては、誰もが重要な他者、風物とともに、人生を生きていると云う事実である。そして、今現在の関係を生きていると云うことである。「個人」とか「自立」とかは絵に描いたモチかも知れないと考えさせてくれる所である。二人だけの密会しか許されなかった時代から、二人以上の場に介入することが、許されるようになったと云うことである。
- 095 家族成員間に生じている病因的あるいは疾病増悪的なコミュニケーションのパターンの反復を、専門家の何らかの介入によって変更又は消失せしめることによって、家族内の一部に見られる病的問題を解決しようとする方法である。それが、単独で有効な場合もあれば、他の治療とのコンビネーションで有効な場合もある。
- 096 正確なアウトサイドの獲得成員の成長と自己開発能力獲得
- 097 僅かな臨床体験ではありますが私に関わる機会をもてたクライアントの多くは、その表だった病状故か家族の歴史背景などが織りなす歪曲した構造の責任全てを身に背負って、生活してみえたようなそんな感じを私は強く受けています。病状を出さざるを得ない者が心身に感じとる辛さは自らがおかれた状況と重ねあわせた時一層強いものとなって個人を苦悶させるようにも思います。そういった隘路にはまりこむような思考回路に循環した広い視野でのぞむよう、気づきを与えてくれるのが家族療法のもつ最たる魅力と私が位置づけている部分です。一刻一刻と移り変わり一時もその場でとどまっていな脈うっている家族を流れのようにとりあつかう点circularでsystemicな考え方こそが今の時点で、特に素晴らしく感じ意欲をかきたてられているところです。
- 098 人間は、個としての尊厳を保ちながら他者との関わりの中で存在している、という視点を実際に治療の中に、実践可能な形でとり入れた治療法である。
- 099 家族を一つの単位として総合的に把握し、システムを通し介入をすることによって、個人及び家族の問題が解決される。
- 100 家族自身も持っている内在的問題解決力を引き出し、問題を克服していく力が育つよう援助するものである。

- 1 0 2 家族のシステムを治療対象にしている治療アプローチを「家族療法」と考えています。そのシステムの力動の変化から、IPの病状消失をねらっているものともいえましょうか。
- 1 0 3 セラピストが家族間の潤滑油となり、家族自身が自分で問題解決をしていくのを援助すること。
- 1 0 4 良いスーパービジョンと質の高い臨床経験。
- 1 0 6 治療者をも含めてIPを取り巻く人間集団では悪循環がおこりやすい。その悪循環というノイズを除外して問題の本質を整理していくために有効であると思う。
- 1 1 0 各家族成員のシステム変容を考える。
- 1 1 2 家族システムに焦点をあてた介入による療法である。
- 1 1 3 systematicに家族を理解しdynamicsを変化させていくことに主眼をおいた治療。
- 1 1 4 一人の最も問題意識の強いメンバーの変化が家族全員に波及する。
- 1 1 5 精神病を個人(患者)だけの問題として考えず、家族全体・社会全体の問題としてとらえる姿勢が、家族療法を通して身についたような気がします。また、私個人としても家族内における自分の立場というか役割を考えるようになりました。
- 1 1 6 フルコースの食事を味わう時のバックで流れている音楽のようなもの。音楽によって知らず知らずにも食も進むしどんなにすばらしい料理であっても箸をつけたくなくなってしまうこともある。
- 1 1 8 家族内のシステムと家族一人ひとりの役割分担に焦点をあてた介入方法。
- 1 1 9 クライアント(IP家族成員も)の抵抗をより低くかつ比較的家族が取り組みやすい面接形態をとって解決へと導ける治療法。  
セラピストがまきこまれずに治療にあたれる。感情を操作することは誰にも(本人にも)出来ないので周囲のシステムを変化させるやり方で解決を導き出すと、メリットが多い方法といえると思う。
- 1 2 2 患者本人のもつ悩みを家族に理解してもらうこと。家族からみた患者本人の常の生活態度や言動を治療者が知り、本人、家族(両親や患者本人が対象としている家族、学校、地域の人)と治療者が相互に影響しあってより良い治療方向へもって行くための一つの治療法と考えている。
- 1 2 5 ①家族の存在は、たしかに独自のシステムをもち、実際に臨床的にも、最も重要な治療対象として今後も大いに検討されていくべきものである。  
②しかし広くシステム理論にたてば、家族は人間にとって一つのシステムにすぎないのであり、今後は家族と学校・企業地域精神衛生との関連がもっと追求されるべきであると考えている。  
③家族療法の中で発展した諸理論や技法は、単なる治療法にとどまらないメタレベルのものをもっておりそれだけに種々な領域での応用可能性はきわめて高い。たとえば個人療法の形態でも十分に家族を扱うことは可能。  
④家族療法の専門家を育成するだけでなく、特に一般臨床医が日常治療の中で、家族をどう理解し、接したらよいか、基本的な考え方の啓蒙教育は是非必要と考えられる。
- 1 2 6 複雑なもので、各療法のようにひとすじなわけではないのが、面白く楽しいのかも知れない。
- 1 2 7 IPの病状や問題行動を個人の病理性として把握するのではなく、家族全体のシステムの歪みの表現型として捉えることにより家族内でのIPへの注目が減少し、家族内のコミュニケーションパターンや役割が変容することにより家族内の緊張も減少する。こうした働きによって、IPの症状や問題行動そのもののもつ意味が変容し、ケースネスとして浮上しなくなったり、実際に病状、問題行動の表出も少なくなる。
- 1 2 8 治療に関与しながら観察が有効できること。
- 1 2 9 ・IPの示す「問題」を「全体としての家族」の中で捉え家族力動を明らかにし、その力動を動かすことによって「問題」の軽減ないし、解決をはかろうとするもの。ただし、技術論的に偏りすぎる嫌いがあり個人病理の深い所までの解決がはかれるかどうかは疑問であり、表面にでている「問題」を操作的に扱うだけでどの程度の治療効果を上げられるかどうかは私としてはわからない。  
・日本人の心性や特性に適した治療手段であるかどうか今後とも検討を加えて欲しい。
- 1 3 0 ・治療者の認知の枠組みを変えるところに強いインパクトを感じる。  
・こだわらない点
- 1 3 1 ①旧大陸に住んでいた欧州の人がアメリカ大陸に上陸したようなもの。長い間昭和30年代薬物とヤスパースに始まる精神病理40年代の分析と地域理論の時代での閉鎖感。50年代家族療法で日本での力動精神医学が現場でつぼみがふくらむ。それまでの学問で出会えなかった人間と家族の未知の部分と毎回出会って感じる、知らない見えない新大陸希望がひろがる。このことは毎回の臨床の場にその個人、家族

とともに出会いにもあるエッセンスでしょうか。

②技法だけでなく治療者がその背景と下層にどれだけ準備されているかが大切。

③家族療法も人間理解への一つの武器。万能でないと思って作業している。適用のテーマ。

- 1 3 2 IPおよび家族のgoodな適応をめざす道具技術にしかすぎない。
- 1 3 3 個人精神療法を全体にPatient Therapist関係を支え、Patient Therapistに発展促進的環境を提供する家族への援助。
- 1 3 4 たまたま患者（又は問題児）となった一人を中心に、そのとりまく家族全体の問題意識を高め、成長と自立をめざすもの、と漠然と感じています。
- 1 3 5 ・家族に対して肯定的な関心を基本的姿勢として、もつこと。  
・病状や問題行動を社会的対人的文脈の中において理解する視点。
- 1 3 6 既存の家族システムをこわし、新しいホメオスターシスへと家族システムを変えること。
- 1 3 7 家族成員のパワーが治療的に働くもの。セラピストの重荷を少なくするもの。
- 1 3 8 児童相談所における家族療法と前置きした上であるが  
①家族の持っている力を、病状の改善に向けて引き出す。  
②因果論にとらわれず、役に立つ方法を見いだすためのあらゆる創意、工夫。  
③仮説、検証を徹底して行う、セラピストやワーカーの自己満足的処遇を許さない。
- 1 4 2 平面的なIPとの関係をより立体的な関わりにまでひろげていく緒となる思考方法かつ実践的戦略的なアプローチ。
- 1 4 3 ①家族をシステムと考える。  
②そのシステムはコミュニティ・社会・物理的環境など上位システム内にある。  
③そのシステム内の個人はさまざまのかたちでサブグループを作っている。  
④このシステムと上位システムの間、下位システムとの間のバウンダリーの操作をすることによってシステムの働きを考える。  
⑤この動きを変えるために種々の形でセラピストがはたらきかけをする。  
④⑤が有効にはたらけばシステムは変化しその変化が家族の機能をより生産的創造的にする。
- 1 4 4 人間は目の前の相手次第によって行動を変えることを認めてかかる必要があり、それをシステムティックに扱うのが家族療法だと考えております。
- 1 4 6 家族を治療するというのではなく家族の力動を活用してIPの治療あるいは社会性を高める方法と考えています。IPを含めた家族成員間の関係に変化をもたらし、それによって、IPの症状にも変化の生じることを期待します。結果的には家族が好ましい関係に変化すればと考えています。
- 1 4 7 硬直状態の“変化”
- 1 4 8 家族成員相互の信頼回復へ向けての援助であり、その対象は家族システムである。このように感じています。
- 1 4 9 個人の内面に深く入っていく従来の方法のかわりに、個人と個人の関係に焦点をあてるものの見方。
- 1 5 0 家族全体が今までとは違うパターン、思考、価値観などを持てるように治療者も参加して、その場にいる全員で協力するもの。
- 1 5 2 大きくわけて  
①Family as a wholeな家族療法と  
②Family as a systemな家族療法があり  
②の中にはMRI Brief Therapyと構成主義がある。自分としては②に属するものを家族療法と感じている。
- 1 5 4 家族の全体システムに対する治療的な働きかけである。
- 1 5 5 家族成員ひとりひとりの成長のために、家族システムを発展促進的なものに変容してゆくこと。
- 1 5 6 患者の苦悩、苦痛、問題行動のみに焦点を当てるのではなく、家族とも含めた人々全員の苦悩、苦痛を減らし、よりそれぞれが生きやすくしてゆくための治療的援助。
- 1 5 7 病気を病者を含む人間関係の（円滑な）機能の障害としてとらえ、病気の原因探し（悪者探し）ではなく、関係者・当事者の問題のとらえ方、率直な感じ、気持ちを尊重しつつ、介入者も関係者の一員として、自らを活用しながら、関係の障害を回復していくこと。
- 1 5 8 普段あまり意識しない家族全体の動き、関わりをあえて言語化したり行動化したりすることで



- ①いつの間にか型にはまった家族相互作用のパターンに揺らぎを与えること。  
 ②できれば、さらに家族員それぞれが、自分の家族をみるフレームになんらかの変更、修正が生じること。  
 ③これらをその場限りでなく一定期間持続させようとする諸種の技法の総称。
- 1 5 9 関係性をあつかう。
- 1 6 0 家族を一つのシステムとして捉え、個人を変えることにより家族相互の関係やコミュニケーションパターンを変えることによって問題が解決され、世代間の境界の確立が自律へむかい、家族の機能が変わる。チームで当たるので安全な方法ではないかと思う。
- 1 6 1 ①人と人との間のinteraction, グループとグループとのinteractionなどinteractionに注目し、  
 ②家族なら家族という集団をシステムと考え、そのシステムにジョイニングすることにより、「問題」の「解決」を、家族と治療者とで共にめざそうとする治療法と考えます。
- 1 6 2 だれでもが安易にできる技法ではないが、実力のあるスタッフと設備が整っていて家族療法にあうようなケース（経済的にも時間的にも家族病理の点でも）が来れば非常に有効だと思う。
- 1 6 3 家族を最小の社会生活単位として、この中外に生じる交流上の問題を家族システム、コミュニケーション等を変化させることで解決していく治療法と考えている。これは私にとって健康問題を考える時WHO定義の社会の健康をとらえながら身体精神の健康を、ある理論にもとづいて予測できる方法だという感じがします。  
 治療そのものにはまだ関わっていませんが、多くの人の健康問題を考える上で私の枠組みを広げてくれている考え方の一つになっているような気がしています。
- 1 6 5 個人の心理臨床像を家族というファクターを通して理解しようとする。そのために家族というものを一つの有機体としてとらえ、その動きを見る上で有効な理論だと思えます。
- 1 6 6 日本の精神医療制度が、家族療法あるいは余裕のある医療体制にあるのかどうか認識してほしい。家族療法をシステム化したり、回数を決めたりといった関わり方には反対。治療目標をどこにおくのか、家族関係がそう簡単でたやすいものであるとは思えない。
- 1 6 7 家族自身の治癒力で家族自体が動きをもって発達していくもの。その動きをつけ変革させるために家族システムに介入していくものである。
- 1 6 8 様々な理論、技法が今日情報として入ってきているため、仲々短い言葉ではまとめられないが、私が行ってきた家族療法の中で「これだ」と思われる重要度の高い順に述べさせて頂くと、  
 ①家族をシステムとしてとらえ、行動をもコミュニケーションととらえ各成員のコミュニケーションの連鎖と症状あるいは問題との意味づけをポジティブにしてゆく作業を行う。  
 ②各成員の意見や不満アイディアなどを十分に時間をかけて耳を傾けていき、治療者との信頼関係を高めていく。  
 ③一回のセッション後半の介入および課題（家族への）はあくまでもオーソドックスな常識の範囲内で家族にとってもxxxxにおちるものであることが望ましい。  
 ④治療チームは、柔軟な思考のとれるメンバー構成であり、かつ理論や技法にも充分精通している必要がある。以上まだまだ述べたいことはあるが、紙面の都合、上記の4点が大切なものと感じていることを簡単に記させて頂いた。
- 1 6 9 本来、在る力（家族内での自然治癒力）を有効に利用できるように、システムを調整していく作業である。
- 1 7 0 物の見方、考え方の転換である。
- 1 7 1 家族の流れにそいながら家族自身が本来有している解決力を引き出していく、あるいは、解決に向かつて（家族とともに）援助していく方法と考えます。また、個人の症状を通して家族全体の気づきと変化を促していくものだと思います。家族メンバー同士の交流、相互作用に注目している点が、私には、フィットします。
- 1 7 2 家族システムの成長、発展を手がかりに、個々の家族メンバーの成長自律を促す臨床的アプローチ。
- 1 7 3 家族システム（核家族、源家族共に）についての理解を深めることで、システム内の個人は自主的、主体的に“機能”を変化させる。
- 1 7 4 構造の変化communicationの変化
- 1 7 5 家族内力動の理解とその効果的な利用による家族及びその成員への援助。

- 176 簡単にまとめるには困難です。
- 177 個人療法の限界を打ち破ることができる可能性があり、病態によっては第一選択となりうる。
- 178 第三の目を生かすこと
- 181 家族クライシス介入を考えている。あとは技術的にならないことだと思っている。
- 183 家族が相互に影響しあっているということに気づき、問題を解決しようとして協力し、全員が少しずつ変化しうる可能性があること。
- 184 大変難しい質問です。分裂病者の家族関係・対人関係の調整を主に臨床課題としてしていますので、自我障害のレベルをよく理解し、その障害を少しでも実際の生活の中で、軽度のものにしておくためには、外的（具体的）な人と人との関係、環境の調整はとても大切な治療的意味を持つと思っています。システムの関係の変化は、自我のあり方を変えてゆくための大きな力だと思っています。
- 185 危機介入
- 186 システム理論に基づくものであり、認識論の転換である、従って従来の個人療法的治療観を更に広げ、治療の新たな可能性を示した。それと日本における家族療法のエッセンスは、「家族の中で治す」ということであると思う。精神分析的治療観は家からの自律、独立、個別化が高く評価され、目標となり、それを旨として治療されたが、日本ではより「家」の持つ力が大きく、日本の家族療法の中心は、家に戻って、適切な枠組みのもとで治療し、そこに納まることが目標となり又現実的であるのではないか。
- 188 システムズアプローチに基づく家族療法というイメージが強いが、システムを変化させることで個人の問題を改善させるやり方であり、システムの中で家族を選ぶのはIPにとって最も影響を与えセラピスト自身も対応しやすい為である。家族療法と言うよりシステムズアプローチと言う方がしっくりくるように感じている。
- 189 家族をシステムとみなし、そのシステム内の固定化した相互作用のパターンに介入し、それに変化を起こさせる治療的アプローチであり、個々の家族のもてるホメオスタシスに絶対の信頼をおき、機能不全をきたしている悪循環過程のノーダルポイントに積極的に介入し、固定化した家族相互作用のパターンに変化を起こさせ、その結果として症状行動を消失させるものである。
- 190 家族をシステムとして考え家族関係のあり方に焦点をあてる。  
問題解決への努力の積み重ねの歴史の存在に介入していくことで、家族がより良い機能的な交流パターンを発達させられる様なコンテクストを作り出す。
- 191 家族成員が相手の意図をお互いに察することが再びできるようになること。もの言わぬ関係の成立。
- 192 システムズアプローチである。  
その家族の持ち味で健全に機能することを援助する療法である。
- 193 人間が抱えている問題を家族の力を用いて解決していく心理療法の一つ。
- 194 IPだけを取り上げずに、家族全体をみれば、他の社会的な意味の上位システムも理解して可能な部分での変化を促すやり方である。対応は、共感を軸としたカウンセリング技術や問題の定義のやり方は、色々な流派の考え方を応用して、行動を定め一仮説—実施—検証をくりかえしくりかえし行うことでIPおよび家族全体の力をプラスに向わせるものである。
- 196 システム論的な考え方をベースに、ある問題をとりまくシステム（外部環境との相互交流をもつ構造）を変化させることにより、問題解決を計る援助技法。
- 197 （ポジティブ）リフレーミングによる問題性の減少または消失。
- 199 個人をシステムの中での関係として捉えるもので、人間を生物的次元より、より社会的次元で見ている進んだ治療法。「家族」だけでなく、さまざまなシステムに人間はいるので、この療法はいろんな分野に応用できると思う。システム療法といった方がいいのではないか。
- 200 最も広い視点をもった柔軟で無理のない治療法。
- 203 家族をシステムとして考えること。家族の問題をIPおよび家族に投げ返し問題の持つ意味を深めていく。そのために家族の全員参加、スタッフの協同作業が望ましい。
- 205 方法としてはこんなことに配慮していますが  
①困っている問題を具体的に明かにし、それに対しての家族成員全員の解決努力について聞きその中で家族の相互作用に焦点をあてながら家族のシステムに介入する。  
②なるだけ具体的に簡単にやれることから家族と共に考えながら行う。  
③治療への家族の参加と家族の今までしてきた努力を評価し家族のつらさを理解する。

家族成員の問題がこの家族へのメッセージとして相談員に受け取ることができ、このメッセージを家族と共に考えることではないかと思っております

- 206 最初の定義がエッセンスと思っております。
- 207 今盛んなシステムズアプローチに関していえば、分裂病や子供の進学不登校問題など厄介な問題が家族に課せられた状況で生じてくる家族員間のソゴ (dyscommunication) とそれに伴う家族内の混乱や、感情的な不協和に対し家族員それぞれの考えを言語化させていくことで、communicationを促進し、家族員どうしの一つの合意 (consensus) に至る過程。その過程で治療者が家族員間の中立的なfacilitater (分裂病の場合には、病者と家族の間の翻訳者ともいえるかもしれない) を演ずる。現在は以上のように限定された形で「家族療法」を一応行っています。
- 210 家族に参加してもらうことによって家族教育や家族のシステムの変化などができ、それによりIPの力をより健康な方向へ導ける可能性をもつ。
- 211 治療の新しい形として、今後絶対必要になってくるもの。  
家族が被害者でも加害者でもなく全員で病気と向き合う重要性を忘れずに続けていきたいと思えます。
- 214 「家族が健康な方向に変化する契機となるもの」と感じている。
- 215 関連病院には、観察室やビデオカメラなどを備えた家族療法室があり、教室員が家族全員を集めてシステム論にのっとなって正式の家族療法をしています……  
大学には設備がなく家族(主として母親)面接をしているのみ、これはpsychologistが母親を、主治医がIPと並行面接を行っている。  
Dの質問に対しては上記のような状態を答えるつもりですがピッタリした答えは出来ませんでした。  
ex.・D4の3②とは並行面接のこと
- 216 私自身個人面接を実施しているが、家族同席の場合もありその際のアプローチには家族療法的関わりを参考にする時がある。しかし個人面接であっても家族療法的視点があって、そこから焦点を合わせてみる場合もあって(リフレーミング) 全て私の治療の中の一つの視点となっている。「家族」という個人の集合を越えたものとしてとらえ、個人がどのようにそこで生きているか、或は個人によってどのように家族が機能しているかに焦点を合わせて家族または個人の問題解決をはかる。
- 217 問題を持つそれぞれの家族が家族間の関係の歪みの修復を望む時、手をかし、その家族に応じた方法で、助けて行く療法。
- 219 自分は精神分析ユング派に近いと思っているが個人の内界に入りこんでいくやり方と対局の考え方であり、その考え方を知っていると頭の中のバランスがとれると思う。ユング派では個人—集合無意識(社会・国家) というように拡大するが家族療法はその中間段階を扱っているといえる。
- 220 それぞれの材料をうまくあわせて料理する料理人のようなもの。一流のコックは目指していないものの「煮込み料理はすごくおいしい」と思えるぐらいには目指したいと思っている。
- 222 家族へのアプローチには大いに関心がある。学会発足まえのワークショップから参加しているながら家族療法としての治療形態をとり入れるに至っていない。当初は操作しすぎるとの感も持ったが現在はそうは思わない。家族療法的アプローチはその時その時の必要性を充すものだと思う。もちろん家族同席面接が可能で必要と思う場合は要請して行うし、必然的に同席面接になる時もある。個人面接でも特に母親の教育相談の場合は見えてくるシステムを動かすアプローチをすることもあり、それは概ね良い結果へつながる。しかし筆者にはベーシックなところで人間の心の深いところに巣喰う対象関係へ目がゆく心性があるようでありどうしても個人療法が得手ということになっていく。  
但し学会に参加することは、別の視点を毎回提示してもらって楽しさがあり同質の治療例の多い心理臨床学会よりは家族療法学会の参加の方が毎年の喜びになっている。このような学会員の存在を受け入れていただければ幸いに存じます。
- 224 人間(人類)が人間らしく、充実した生活をしていくための援助。
- 225 生物的心理的社会的問題の解決に家族システムを活用することは有力な方法と言える。システムの病的な部分でなく、健康な部分を最大限に活用する。
- 228 思春期外来を受けておりますが、普段の外来診療でも家族システムを考慮に入れつつ治療をおこなっています。この場合家族療法だと考えると前記の質問に答えられなくなります。一方で数名のスタッフと共にミラノ方式での家族療法も行っており、ますます困惑してしまいました。
- 229 システム的に理解することに、個人療法で解決できない点を解決出来る場合がある。

- 230 問題行動や病状を出している個人だけをとりあげるのではなく家族のダイナミクスに視点をおいて治療をすすめていくこと。
- 231 それを用いる事によって良くなる家族はより早く良くなる。
- 234 家族システムにゆさぶりをかけて問題解決のための新たな糸口を家族と一緒に見つけること。後は家族の治癒力を信じて家族自身の力で動き出すのを見守る。
- 235 精神医療等人間理解に関わる問題の新たなパラダイムを提示してくれるもの。
- 236 将棋に例えると、「持ち駒が多い」ということかな？
- 237 一人の被面接者の相手をしていても家族全体への影響、介入を意識して行う治療法。
- 238 Family as a whole  
Identified person
- 239 ①メタポジションから人と人、人と制度の関係の全体を把握すること。そして、関係を変えることを通して（介して）個人のありようを変えてしまうこと。  
②家族自身の力を利用して家族を変化させる技。
- 241 家族のもつ問題解決への力を引き出す、あるいは方向づける援助をすること。
- 243 精神科の病院での家族療法は広い意味での家族関係の調整、家族が家族システムや自分達のパターンを理解し、変化させる為の援助と考えています。入院している患者だけに焦点をあてるのではなく、患者を含めた家族に対する働きかけをすることが患者のみならず家族全体への援助になっている体験をすることで、私達の励みになっています。
- 244 治療者と家族が共に小さな変化を目指し、それを達成したと互いに感じられた時、今までにないものがはじまって。その体験こそがシステムを変えていく源泉になるのではないかな。
- 245 変化の技法
- 246 現在私自身4才、2才、0才の子供を育てながらフルタイムの仕事をしています。まさに今は自分の家族の土台固めの時でもあります。この点で「家族」とは、理論や知識で作られるものではなく日々の日常生活の複合体であり、結果だつづく感じます。心理職として、これまで「子供」の問題行動を病院で出会った時は、まずfamilyのシステムとして考える枠組みがあったのですが最近「ここまで子供を大きくした」親の苦労にも共感できる自分があります。今は家族療法を外で学ぶには時間や余裕はありませんが、今の子育ての中で得るものも今後の家族療法をする際に役に立つだろうと考えています。そんな意味では「家族療法」とは、治療者の役割だけでなく私自身の成長をみる鏡でもあります。
- 247 最近自分達がやっていること、考えていることを家族療法ということばで表現する（される）ことに抵抗を感じています。ほとんど家族という視点にこだわらなくなってしまったからです。システム論にはしっかりこだわっているが、別に個人家族夫婦その他のグループなんでもかまわないと思っています。家族の病理とか家族システムの変化などという発想もしていません。システム論的なBrief Therapyといえ一番近いでしょうか。そしてそのエッセンスはUtilization, Fit, Action, Parsimonious, 多様な価値の尊重、普通の生活をゴールにすること。それと「ことば」の使い方。良くも悪くも「口先で治療しようというだけ」なわけです。
- 250 家族で治療する
- 251 IPの問題を解決するために家族を援助者にしてゆこうとする、或は家族の行動・態度を変えていくこと。
- 253 病気或は問題行動をきっかけにして個人の成長にとって基本的な役割を果たす家族相互の関係をあらためて見直し、そこから変化への糸口を探り出すこと。
- 255 うまくいかなかった過去にとらわれ、責任追求や罪障感にエネルギーを消費するのではなく人の集団の生きていく力に信頼する療法。
- 256 問題を抱えた本人、あるいは問題とされた本人と、その人の家族あるいは、それ以外の社会的環境との関わりの中から、問題の解決を見いだしていく心理療法である。
- 257 「個人療法」よりもより本質的な解決を図るものといえるかと思います。個人といえども必ずあるシステムの中で動いており規定されるからです（従って必ずしも「家族」でなくても良いわけで「機能不全が生じている場のシステムを変えることが本質的」ということになるのでしょうか。）
- 258 冒頭に述べられた定義に同感
- 259 家族内力動を最も明確に把握しえるもの、またその一部を修正することで、全体の変化を促進すること

が期待できるもの。

- 260 病理性を問題にせず関係性に注目する中に、人間に対する健全な信頼を置く治療法と考えています。
- 261 システム的な認識論に基づく治療法があると想定して、その中でとりあえず家族を「家族」としてくくってみて、治療対象とする治療法。逆に言えば上述の「システムの認識論に基づく治療法」が、一番有効性を発揮しやすいのが「家族」というシステムの区切り方あるいは「家族—治療者システム」という区切り方なのではないか、と考えています。
- 264 患者を作らない
- 266 家族システムの機能の改善を図る療法
- 267 治療者の物の見方を変えること
- 268 家族というシステムに焦点を合わせた治療
- 269 知識（情報）の伝達。治療同盟を組むこと。
- 270 苦悩に対する共感であり、家族成員一人一人に対する愛だと思えます。従って、共感する能力、愛する能力をつちかいたいです。
- 271 子供の問題解決にはどうしても家族、特に親の協力が必要であり、家族のDynamicsを変えることの力の大きさはいつも痛感します。最近では、両親の他に、直接、間接にIPに影響を及ぼしている祖父母（F方、M方共）の参加に大きな意味を見いだしています。  
（付）唯、常に思うことは、家族の参加を得られるだけのmotivationを家族がもてない家庭の問題……一般の来談家族はその方が多いので……に悩まされている現状です。
- 272 成員にとって公平である。家族が和を保ちながら個として独自性を尊重促進できるものと思われるが難しい。
- 273 特別に時間をとって家族IPと契約してやるにせよ日常の外来治療や、入院患者の診療をするにせよ、IPの問題を家族システムや学校システム等の中で、システムックにとらえて、対応することにあると考えています。
- 275 家族変化のプロセス、（成長の促進や膠着）を他の技法より早期に達成へ向かわせることができる。
- 276 より効果的治療処遇をめざして関心をよせています。これから学習していこうと考えています。
- 277 過去にとらわれることなく現在の家族のありのままの姿から援助活動を始めることができる。しかも、より具体的な目標のため家族成員に実現可能だという自信をもたせることができるため主体性が生ずる。
- 280 当然、個人精神療法においても治療者に問われる治療者自身の価値観等（源家族との関係から来るものでしょうが）がより、きびしくチームによって、あるいは面接にくる家族によって、検討されるものだ、と思えます。これまでの関係から家族も悪循環から変わっていくことにつながってくると考えています。  
表面的な技法の華やかさが目立つようですが、個々人のありようがチームの中でさらけ出されることを思えば密室の個人精神治療法よりも治療者にとってはある意味で大変な治療法であると思えます。
- 282 円環的思考とそうした思考に立脚した介入
- 283 技法ではなくケース概念化のひとつのやり方
- 284 家族が家族員の成長を促進するように変化できるよう援助すること。
- 285 個人のもつ症状（問題）は、家族全体がうまく機能していないことを示しているの、家族全体の人間関係（構造）を変えようとするもの。
- 287 技法いかにかわらず家族というシステムに焦点をあわせた治療法である。
- 288 その治療構造の中で各自が力動的な変化に気づくこと
- 289 家族がより健康なレベルで機能できるよう、様々な技法を用いて家族システムに働きかける援助活動と受けとめております。（不勉強ながら）
- 291 一般システム論から（家族）を一つのシステムレベルと捉える視点にユニークさがある。従って（家族）のみにセラピーの視点が留まるときはおのずと限界がありすぎると考える。例えば、school refusal、職場のストレスの問題等々。
- 292 各々の家族の役割、機能をシステム理論に基づいて明らかにし、その中で現在問題になっている患者との関わりにおいて、どのような力動が働いているかをロールプレイ、家族なども参考にしながら、同時面接で話し合い、家族成員に各々患者との人間関係の歪みに気づいてもらって、行動の変化をはかるも

の、それを通して患者のたり方も次第に正常化してくるものと考えます。

- 2 9 4 私にとっては、家族療法と呼べるものではない。むしろ個人療法で限界を感じた時に、あるいは個人的にも家族のレベルで問題を取り上げたいと思った時に用いるひとつの面接形態である。今は、治療者のトレーニング場になり得るといえる。
- 2 9 5 治療や問題解決のために家族の力を利用させていただくこと。決して家族を患者扱いして家族全体を治療するなどと考えないこと。患者とみなすのはIPだけでよいと思う。  
家族には治す力や解決の力があるのだと信じることから始めたい。
- 2 9 6 これまでの個人に対するアプローチが様々な流派・技法があったのと同様に、家族療法の場合も様々な流派があるのは当然のことで、どれか一つの立場が正しいと決められるものではない。また“家族療法”という呼び方が最も適当かどうか疑問はある。個人について、その内部システムからだけでなく、スーパーシステムとの関連において、広い視点から理解すること。“セラピー”のみでなくケースワーク、カウンセリングなどのすべてに適用できるもの。結局のところ“家族療法”という何か特定のものがあるわけではなく、その人（専門家）のおかれている場と経験に応じたものになるのであろう。
- 2 9 8 家族の個人に働きかけるのではなく、家族というシステムに働きかけるものである。従来から主流として行われてきた個人療法とはやり方が異なっている。
- 2 9 9 私は専門的知識は持っていません。外来に出ていて患者さんからよく相談を受けるので、この会に入会させていただきました。そのためどこ迄答えてよいか分かりません。私の相談範囲は狭く、又、専門家ではないので。唯、家族関係が非常に重要なポイントである事を感じており、今後も時間の許す限り貴会で勉強させていただきたいと思って居ります。今後ともよろしくお願い申し上げます。
- 3 0 0 慣習化された人間関係から生み出される障害について気づき、自発的にその関係を変革し、障害を除去あるいは克服して、調和と解放（自由）ある人間関係を創造していく営みを援助する療法。
- 3 0 1 症状には対人関係の機能がある。
- 3 0 3 一般には家族を対象とすれば治療者の持つ理論的枠組みに関係なく、「家族療法」と呼ばれているし、それでよいと思う。つまり家族療法とは家族を治療の対象としたもの、それ以上でも以下でもないゆえに本調査の家族療法の定義づけは大変気になっています。
- 3 0 4 「家族」の枠組みを意識的に創ること。
- 3 0 7 人間に対して肯定的。とらわれない自由
- 3 0 8 家族全体の力関係を（行動パターンを）意図的に短期的に（世代交代のように長期によるものでなく）変化させることにより、特定の成員に生じている行動上の問題を改善又は、解決していくこと。
- 3 0 9 家族としてのシステムの機能回復である。
- 3 1 0 発想の転換。円環的な家族関係の理解（まだまだ不勉強ですが……）が魅力的です。
- 3 1 2 家族間の言語的交流を促進し、問題解決能力を育てる。
- 3 1 3 家族成員の相互交流のあり方。機能不全のパターンや直面している問題を分析し、仮説をたて家族内の機能の可能性に働きかける療法である。
- 3 1 4 家族療法とはというより、私にとっては、システム的なアプローチは、問題解決のための“でっちあげ”にすぎないが、一つの手法として非常に便利である。ただし決して万能ではない。
- 3 1 5 ある問題を感じている成員とそれをとりにまくシステムの両方に焦点をあて、その組織がより良いまたは彼らが望む方向に進めるよう手助けをする理論と技法である。
- 3 1 6 IPの年齢、疾患などによって家族療法の必要性、意味、効果等が相違すると思うが、一般にIPにとってのkey personへの接近は大切だと思う。
- 3 2 0 原因追求せずシステムを変化させることによって関係が変わる。家族間相互のコンサルテーションである。
- 3 2 4 プラス志向。原因追求、犯人探しよりも今、できることからの出発。
- 3 2 6 ・家族が問題であると思わせる場を設定して、家族には何も問題はないと示唆してみせる治療  
・問題を家族全体のせいにして症状をとる治療
- 3 2 8 従来の科学的分析、還元主義により生み出されてきた“部分”を統合し“関係”をその対象としようとする革命的な活動である。それゆえ、多くの混乱をもたらしている。家族療法的アプローチをはじめた諸機関、医療機関内の組織上の混乱ばかりでなく、最近の学会員にも、その混乱が見てとれる。「一つの技法」と捉えているところに、その混乱の源があると思われる。又、あらゆる立場、あらゆる個性が対

等に扱われねばならない筈なのに、学会内にも、“部分”尊重(偏重)の動きがあるように思えてならない。そういった“混乱”を目の当りにするにつけ、「家族療法」のエッセンスが十分理解されていないことを痛感するし、おかげさまで、“関係”をとらえようとする私の目が肥えてきているようである。良き理解者を増やすためにもっと混乱していただきたいものである。

- 330 治療を遊びとして捉え、治療チームと家族とのかけ合いで治療的变化を引き起こすもの。いわば“漫才”
- 331 家族員個々の病理を問題とするのではなく全体のシステムをながめ、関係の中でどこに問題があるのか、何が円滑な機能の障害となっているのかを発見し、それをとり除くことにより本来の家族がもつ健全性を発揮し家族全体が成長することへの援助であると考えます。
- 333 家族ごっこ

### 文 献

- 1) Maruyama, H., "The Second Cybanetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Process," *American Scientist*, 51, 164-179, 1963.
- 2) 清水新二・高梨薫・鈴木浩二：近年の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—。精神保健研究, 37, 211-237, 1991.
- 3) 鈴木浩二・清水新二・高梨薫・坂上祐子・対馬節子・豊沢義紀：家族療法に関する全国実態調査報告(第1報)。家族療法研究, 8:2, 169-181, 1991.
- 4) 鈴木浩二・清水新二・高梨薫・坂上祐子・対馬節子・豊沢義紀：家族療法に関する全国実態調査報告(第2報)。家族療法研究, x:y, xx-yy, 1992.

## 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)。データ解析にもつ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)記述にもつ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。必要がある場合は訳語と( )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 吾郷晋浩  
高橋 徹 白井泰子

## 編集後記

本年度から、「精神保健研究」誌を年間に二回発行することになり、本誌は今年度の前期号にあたる。精神保健に関する研究課題は極めて多岐にわたっている上に、精神保健の諸課題に対しては、自然科学領域のみならず人文科学領域からも数多くの研究接近がなされており、それは本誌の諸論文にみられる多彩さからもよくうかがわれる。わが国では、精神保健の研究を掲載する定期行物はまだ少ない。本誌は当研究所の紀要としての意義のみならず、数少ない精神保健の専門研究誌の一翼をになっていることを思うと、編集者としての重責を覚える。後期号では、所外のかたがたに依頼しての特集も予定している。

## 訂正

精神保健研究 第4号(通巻37号)論文、「わが国の自殺」に一部誤記がありましたので、下記のように訂正します。

6ページ右欄下から2行—「プエルトリコが138.9」を抹消。

7ページの第3表—プエルトリコの男女比138.9を13.9に訂正。

## 精神保健研究

第38号

(1992年10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 38, 1992

Official Publication of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

#### Review

- What is the Social Responsibility for Alcohol Consumption? : A Policy Proposal  
 ..... Shinji Shimizu... 1

#### Original Articles

- Social Perception toward the Mentally Disabled among General Inhabitants Who were  
 against Building Public Psychiatric Emergency Center in a New Satellite Town of a  
 Megalopolis. .... 11
- Social Distance Scale and the Attitude toward the Mentally Disabled among General Inha  
 Inhabitants in Megalopolis .....Iwao Oshima...25
- It's Application to Medical Outpatients A Preliminary Study  
 Masako Machizawa M. D., Syoji Nagata M. D., Toshio Ishikawa M. D.,  
 Shinji Ago M. D. .... 47
- Auditory Middle Latency Response in cases with extensive cerebrospinal fluid lesion  
 resion revealed by CT scan.  
 Makiko Kaga, Kaori Kon, Hisaharu Suzuki, Hideo Yamanouchi and Mitsuru Ishikawa. ....57

#### Special Reports

- Summary of NCNP International Seminar : "The Principle of Informaed Consent in  
 Psychiatry" by Prof. George J. Annas. .... Yasuko Shirai ...67
- Evaluating the Closure of Large Psychaitric Hospitals : Julian Leff  
 Kimiko Nagata, Minoru Arai and Yoshiharu Kin ..... 73

#### Case Report

- What is the Essentials of Family Therapy ? : Reflecting of Experts' Opinions  
 Shinji Shimizu, Kaoru Takamashi and Kouji Suzuki .....87

Notice for Contributors...105