

# 精神保健研究

第7号 (通巻40号)

平成6年

## 巻頭言

### 特集 有機溶剤乱用・依存

特集にあたって .....	福井 進	1
有機溶剤乱用・依存の実態と動向 .....	福井 進	3
有機溶剤乱用と家族 .....	和田 清	13
児童福祉施設における有機溶剤乱用少年の特徴 .....	阿部恵一郎他	19
有機溶剤乱用者に対する病院の役割と地域に望まれる支援体制 .....	平井 慎二	29
慢性有機溶剤乱用による脳障害 .....	山内直人他	39

### 原著論文

看護婦の深夜勤後の昼間睡眠におよぼす高照度光の影響 .....	亀井雄一他	49
アルコール依存症の地域援助活動に関する調査研究—保健所精神保健相談員 と福祉事務所生活保護担当員の職種間比較— .....	清水新二他	55

### 資料論文

精神保健従事者研修の実態と展望 .....	吉川武彦他	65
新生ハンガリーにおける国民保健の実態と問題；死亡率動態を手がかりに .....	清水 新二	81

大塚俊男\*

此の度定年で御退官された藤縄昭前所長の後を継いで4月15日付をもって、当研究所の所長を拝命いたしました。平成4年から約2年間、国立下総療養所の所長として臨床の現場で精神医療に取り組んできましたが、再び当研究所で仕事することになりました。わが国の精神保健研究の向上と精神保健研究所の発展のため、今後微力ながら力をそそいで行きたいと考えております。

さて、わが国の精神障害者の対策の状況は衆知の如く、入院中心の体制から社会復帰施設へ、更には地域社会へと移り、地域精神保健に関する施策の推進が盛んに進められております。また、本年は昭和63年に施行された精神保健法の一部が改正され、4月1日より施行されました。今回の改正では、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮しつつ適正な医療および保護を実施するために、国および地方公共団体の義務などに関する事項、精神障害者の定義に関する事項、精神障害者地域生活援助事業に関する事項、保護者に関する事項、精神障害者社会復帰促進センターに関する事項、仮入院などに関する事項、大都市の特例に関する事項などが改正となりました。

また、これら精神障害者対策のみならず、社会の変貌に伴う生活の場の多様化および複雑な人間関係から生じる思春期、成人期、老年期にみられる様々な適応障害、社会病理現象や痴呆性老人問題など広義の精神保健対策も重要性を増してきており、当研究所の果たす役割は益々大きいと考えられます。

更に地域保健法が6月には国会で可決成立し、現在の保健所法を抜本的に見直し、地域保健対策の在り方を明らかにする基本指針が示されました。精神保健業務は、今回の地域保健法の見直し後も保健所が引き続き行う事になっています。このような状況のもとで、今後精神障害者に対する地域精神保健活動の重要性が増すと考えられます。

当研究所を含む精神・神経センターでは、精神疾患、神経疾患、筋疾患および精神・神経領域の発達障害に関する中核機関として高度先駆的医療、先端的な研究を行ってきており、当研究所では様々な精神障害、適応障害および精神保健に関する調査研究が行われています。そして、これ迄の研究を更に発展させるため当センターでは、脳機能の解明を重視し、その分野の研究を重点的に行うためアメリカのブッシュ大統領が承認し、1990年よりアメリカで始められたDecade of the Brain (脳の10年) にならって、日本でも当センターが中心となり、研究を行うための研究費の獲得に向けて努力している所です。

さて現代社会を眺めると、急速な社会の変貌に伴って様々な精神保健問題が生じており、その解決のため精神保健研究への期待は益々高まっています。それに答えるためには当研究所の研究者各位が、一層優れた研究成果を挙げ、精神保健行政の施策を通じて国民の精神保健の向上に少しでも役立てるよう、努力して行かなければならないと考えております。どうぞ関係者の皆様には、今後とも温かい御指導と御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

\* 国立精神・神経センター精神保健所研究所長  
Toshio Ohtsuka  
National Institute of Mental Health, NCNP.



## 有機溶剤乱用・依存の特集にあたって

有機溶剤と覚せい剤は、わが国の主要な乱用薬物として社会で20年以上にわたり乱用され続けており、急には衰える兆候はない。

特に有機溶剤乱用者の中心が発達過程の未成年者であるだけに、乱用がもたらす精神、身体への影響は非常に大きい。また、乱用が非行問題の一つとして定着しており、乱用行為とともに家庭・学校・社会に深刻な影響を及ぼしている。

シンナー、ボンド、トルエンなど有機溶剤はわが国の青少年の最もポピュラーな乱用薬物として君臨してきた。有機溶剤製品は生活の必需品として社会のどこにも存在しており、その入手は容易である。安価で手軽に酩酊感にひたることができ、その中で夢幻様のトリップを速効的に、しかも確実に楽しむことなどが、家庭、学校そして社会生活になじめない一部の未成年者に好まれている。

毎年、新たに有機溶剤を乱用する少年が次々と出現しており、乱用の防止を困難にしている。

また乱用により無動機症候群amotivational syndromeを中心とした人格、情動障害は乱用の初期から出現する特徴を有している。それらの症状は断薬、治療によっても改善されにくく、家庭、学校、社会生活での適応を難しくしている。

医療施設を受診する有機溶剤依存者は、年余に及ぶ長期乱用者が多く、幻覚・妄想などの異常体験が出現し、一部には症状が遷延して、その人格障害と重なり精神分裂病様の後遺症を有する者も増加しているという。

一方、覚せい剤、大麻、液状鎮咳剤乱用者の多くは有機溶剤乱用の経験者である。有機溶剤は、他のより刺激の強い薬物へと移行するstepping stoneともいえる。もし有機溶剤乱用問題が解決されたならば、わが国の薬物乱用問題のほとんどは解決されるといっても過言ではなからう。

有機溶剤の乱用行為が非行との関連が強いことから、主にその治療は矯正関係者の手に委ねることが多い。保健医療の分野で有機溶剤乱用者とその家族のための相談窓口と、それに対応できる効果的な支援・治療体制が確立されているならば、乱用者とその家族はどんなに救われるかと考える。残念ながら、有機溶剤を含めわが国の薬物依存の治療対策と体制は、アルコールに比べて20年以上遅れていると著者は考える。

平成4年度より厚生科学研究補助金「麻薬等対策総合研究事業」で小沼を主任研究者とする「薬物依存者に対する相談・治療・処遇並びにアフターケアのあり方に関する研究班」が組織され積極的に研究が進められている。今後の研究成果を期待するとともに、その成果を医療行政で生かされることを希望する。

有機溶剤乱用の社会的問題の大きさ、医学的課題の重要性に比べて、それに対する教育、医療、行政関係者の関心は非常に希薄であったと認めざるを得ない。

医療面においても、有機溶剤依存とその精神・身体症状に関心を持つ研究者は少なく、20年を越える長い乱用の流行にもかかわらず、臨床的事実と研究の集積は非常に少なく、それに関する論文も少なかった。

近年になり、厚生省精神・神経疾患研究委託費事業、厚生科学研究補助金「麻薬等対策総合研究事業」の中から、有機溶剤乱用・依存関連のすぐれた研究が少しずつなされてきたことは喜ばしいことである。

わが国の薬物乱用・依存の動向を考えた時、有機溶剤乱用・依存問題は最も重要な課題であると信じる。

ここに、有機溶剤乱用・依存問題の特集を組むことができたことは幸いである。

最近の研究より、5人の先生にそれぞれ異なった論点より原稿を依頼した。

福井は、警察庁の検挙・補導された有機溶剤乱用者の資料と全国の精神科医療施設の薬物依存の実態調査より、最近の有機溶剤乱用・依存の実態と動向について解説した。

和田清先生は、有機溶剤乱用の発生要因を家族関係からとらえ、家族のあり方を述べた。

阿部恵一郎先生には、児童福祉施設（教護院）に入所中の少年少女を対象に、14歳から16歳の少年・少女の有機溶剤乱用の実態とその家族的背景について論述をいただいた。

そして平井慎二先生には、数少ない薬物専門病棟での経験を通して、有機溶剤乱用者の治療は病院の治療のみでは不十分であり、地域社会の支援体制が必要であることを論述いただいた。山内直人先生には慢性的な有機溶剤乱用による精神神経症状とその基盤となる中枢神経系の障害に関するこれまでの研究を報告していただいた。@

国立精神・神経センター精神保健研究所  
薬物依存研究部 福井 進

## 【特集】

## 有機溶剤乱用・依存の実態と動向\*

福井 進\*\*

## はじめに

有機溶剤乱用は、覚せい剤とともにわが国が現在かかえている深刻な薬物乱用問題である。覚せい剤乱用は、戦後の混乱を背景に大流行したが、1970年より再び流行し始め、わが国の社会に深刻な影響を及ぼしている。

一方有機溶剤乱用は、1967年より爆発的に流行し、20年以上にわたり多数の死者を出しながら青少年に乱用され続け、現在も急には衰える徴候はない。

有機溶剤は主に発達過程の未成年に乱用されるためにその心身に与える影響は大きく、しかも乱用による検挙者は覚せい剤を越えており、潜在的な乱用者は覚せい剤を大きく上回ることが考えられる。

有機溶剤乱用の社会的問題の大きさ、医学的課題の重要性に比べて、それに対する教育、医療、行政関係者の関心は希薄であり、有機溶剤乱用者の予防・治療対策は大幅に遅れていると著者は考える。

そこで、わが国の有機溶剤乱用の実態と問題点について述べる。

## I. 有機溶剤乱用の歴史と経過

## 1) 薬物乱用の「低年齢化・遊び型非行」と「シンナー遊び」

戦後の覚せい剤乱用が終息した1960年代は、各種の向精神薬が開発され、臨床に用いられた時代であったが、これらの多種の薬物が乱用された時期でもあった。ヘロイン、医療用麻薬、抗不安薬、睡眠薬などであり、本格的な多種の薬物乱用時代を迎えた<sup>1)</sup>。また、乱用者も睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬などの医療用薬物は一般市民層にも広がり、まさに薬物乱用の一般化の時代に入った<sup>1)</sup>。

特に、1960年頃より、10代の若者による「睡眠薬遊び」が流行した。睡眠薬のメサカロン（商品名ハイミナル）をコーヒーやアルコールなどと一緒に摂取し、酩酊感を楽しむ遊びが都会の高校生を中心に流行し、社会問題になった。10代の若者により、しかも薬物が初めて遊びの手段として用いられたものであり、薬物乱用の「低年齢化・遊び型非行」としてわが国の薬物乱用史を画する出来事であった<sup>2)</sup>。

睡眠薬の販売規制、業者の自粛、マスコミなどの啓発活動により、1964年頃から睡眠薬遊びは減少していったが、<sup>3)</sup>少年たちは規制の緩やかな鎮痛薬（ナロン、セデス、オプタリドンなど合剤鎮痛薬）を求め、鎮痛薬遊びが一時的に流行した。

1967年（昭和42年）夏、東京・新宿区駅前広場でフーテン族と呼ばれる人たちがビニール袋に入れた有機溶剤を集団で吸入するという新しい風俗が出現した。これをマスコミが大きく取り上げたため、睡眠薬の販売規制にあって入手が困難になった少年たちの関心は有機溶剤に移り、「睡眠薬遊び」に代わる「シンナー遊び」として薬物乱用

\*Epidemiological Trends of Solvents Abuse and Dependence

\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所  
薬物依存研究部

Susumu Fukui: Division of Drug Dependence and Psychotropic Drug Clinical Research, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

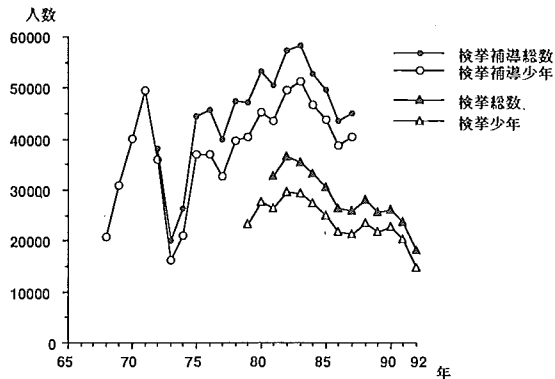


図1 有機溶剤検挙・補導者数の年次推移

の「遊び型非行・低年齢化」は有機溶剤乱用に集約され、有機溶剤乱用は急速に10代の少年の間に発展、拡大していった。

## 2) 有機溶剤乱用の経過 (図1)

有機溶剤乱用が始まったばかりの1968年(昭和43年)に20,812人の多くの少年が有機溶剤乱用で検挙・補導され、1971年には49,587人にも達した。

1968年の検挙・補導少年の地域別分布をみると<sup>9)</sup>、47.1%が東京に集中していたが、1969年には30%に減少し、1971年は22%にまで減少した。この数字は東京・新宿に始まった有機溶剤乱用が東京から地方にドーナツ現象的に急速に伝播していき、まさに有機溶剤乱用は流行病型の薬物乱用であることを示している。そして20年経った1992年(平成4年)の検挙少年の地域別分布<sup>9)</sup>をみると東京11.1%、関東甲信越静岡30.7%、北海道3.2%、東北5.1%、中部6.2%、近畿20.7%、中国8.2%、四国6.1%、九州11.4%と各地域に満遍なく行きわたっており、今日では有機溶剤乱用は日本の隅々にまで波及していることがわかる。

有機溶剤乱用の急激な流行と、乱用に伴う非行行為、乱用による死亡事故の多発など有機溶剤乱用が社会問題化した。その情勢に対処して1972年に「毒物及び劇物取締法」の一部改正が行われ、有機溶剤を含有する物質の吸入、もしくは吸入目的と知りつつ販売することの禁止と罰則規定が定められ、取締りが厳しくなった。一時的にシンナー、ボンド乱用による検挙・補導数は低下したが、その効果がみられたのは1～2年間であった。

1975年以後は法改正前を凌ぐ勢いで有機溶剤乱用が広がっていった。

その事態に対処するために、1982年にも「毒物及び劇物取締法」の一部改正が行われ、有機溶剤乱用行為に対する法定刑を引き上げ、従来の罰金刑のほか、新たに一年以下の懲役刑をもうけたが、翌1983年には総検挙・補導数(検挙補導少年数)は空前の58,251(51,383)人に上っている。

図1は有機溶剤乱用者の検挙・補導の年次推移を示しているが、警察庁保安部に薬物対策課の新設を機に1988年より有機溶剤乱用少年の統計法を変えて、それまでの「検挙・補導者数」から「検挙者数」のみを発表することになった。図1の1979年から1992年の14年間の少年検挙者数(総検挙者数は1981年から)がそれである。

それによると1982年の総検挙者数(少年検挙者数)は36,646(29,401)人を最高にその後は検挙数は減少傾向を示しており、特に1993年は18,070(14,850)人と前年を5,674(5,534)人も下回った検挙人員であった。1981年に比べて検挙人員は半数に減少している<sup>9)</sup>。

近年の検挙数の減少をみると社会で有機溶剤乱用が鎮静化しているようにみえるが、著者は乱用者の絶対数は減少しているとは考えない。

取締りが厳しくなったため、それまで野外で公然と吸入が行われていたものが、秘かに行われるようになり目立たなくなったこと、また、有機溶剤乱用はすでに非行の一つに定着しているが、乱用者の中には非行性の強くない少年や、極く一般の少年にまで及んでいることなどが検挙者数を減少させている原因ではないかと推察する。

今後の経過を慎重に見守る必要がある。

## 3) 有機溶剤乱用者の未成年者の占める比率

図1は、劇物及び毒物取締法違反で検挙された人の数と、そのうち未成年者の占める数を示したものである。概ね未成年者の占める率は80～86%で推移しており、有機溶剤が依然として少年層を中心に乱用されていることを示している。

しかし、もし彼らが有機溶剤吸入を数年間続けていたら累積効果により検挙者数の伸び率はもっと高くなり、未成年の占める比率は低くなるであ

表1 シンナー等乱用少年の男女別推移 (昭和58年～平成4年)

区分\年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年
総数	29,127	27,655	25,370	22,325	22,381	24,656	23,279	24,952	22,802	16,969
男子比	81.2	79.7	79.1	77.3	74.1	70.3	68.0	66.7	66.5	66.2
女子比	18.8	20.3	20.9	22.7	25.9	29.7	32.0	33.3	33.5	33.8

表2 シンナー等有機溶剤乱用による少年の死者数 (昭和58年～平成4年)

区分\年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年
総数	28	33	24	33	23	25	39	40	22	26
乱用死	25	19	17	28	18	16	34	34	12	13
自殺	3	14	7	5	5	9	5	6	10	13

表3 1976, 1981, 1982, 1987, 1989, 1991, 1993年の薬物依存例の比較 (%)

薬\年	1976	1981	1982	1987	1989	1991	1993
覚せい剤	31.3	40.3	42.7	39.2	40.8	35.3	41.9
有機溶剤	17.7	41.5	38.9	34.2	38.7	40.7	33.9
睡眠薬	13.5	6.0	5.4	9.6	5.5	6.9	10.4
抗不安薬	9.4	1.2	2.0	2.4	1.9	2.7	1.9
鎮痛薬	25.0	7.1	9.6	9.5	7.0	6.5	4.7
鎮咳剤	—	—	0.7	3.4	3.9	3.4	4.4
大麻	—	—	—	0.1	0.8	1.3	1.5
コカイン	—	—	—	—	0.2	0.2	0.3
麻薬	1.0	0.4	—	—	—	—	—
症例数	96	571	803	881	915	938	933

ろう。この比率で推移しているということは、乱用者の大半が成人に達する前に吸入を止めていることが推察される。

しかし毎年多くの新たな乱用少年が次々と発生しているのであろう。そしてこの乱用少年の一部から、乱用の長期化によりなんらかの精神症状を来す有機溶剤依存例や覚せい剤、大麻、液状鎮咳剤など他の乱用物質に移行する例が出てくるのである。

#### 4) 性別分類 (表1)

有機溶剤の乱用が始まった1970年代の検挙・補導された少年の男女比は、男子95%、女子5%であり、ほとんどが男子であった。

しかし、1983年から1992年の10年間に検挙された乱用少年の性別の年次推移<sup>10)</sup>が示すとおり、女子の占める比率が年々高くなってきて、1992年は約34%も女性が占めている。有機溶剤乱用が未成

年女子にも広く浸透していることを示しており、この結果は有機溶剤乱用の流行が近年に至っても着実に進行していることを示すものであると著者は考える。

#### 5) 有機溶剤乱用による少年の死者数 (表2)

有機溶剤乱用による少年の死亡事故は、毎年少なからず発生している。表2は最近10年間のシンナー等有機溶剤乱用による少年の死者数を示したものである<sup>10)</sup>。

10年間で293人の少年が有機溶剤乱用により死亡している。うち、216人は乱用による事故死であり、77人は乱用少年の自殺である。平成4年大晦日に4人の女子中学生が有機溶剤を吸入後に集団自殺した事件はまだ記憶に新しい。これらの事実は有機溶剤のもつ毒性の強さと有機溶剤乱用が少年の精神構造に及ぼす影響の大きさを示すものである。

## II. 精神科施設の有機溶剤依存の実態 —薬物依存の実態調査より—

### 1) 薬物依存の中での有機溶剤依存 (表3)

社会である薬物の乱用が流行すると、乱用による社会生活の破綻、精神・身体機能の障害などで多くの薬物依存患者が精神科医療施設を受診する。従って、精神科医療施設の薬物依存患者の実態がある程度把握できれば、社会での乱用の状況を知ることができる。

著者らは1987年<sup>2)</sup>、1989年<sup>3)</sup>、1991年<sup>4)</sup>、1993年<sup>14)</sup>



に全国の精神科医療施設を受診した薬物依存患者の実態調査を施行してきた。先に佐藤らが1976年<sup>11)</sup>、1981年<sup>12)</sup>、1982年<sup>13)</sup>に行った同様の実態調査の結果を比較しながら薬物依存の流れの中での有機溶剤依存を考えてみたい。その年により調査の規模は異なるが、薬物依存の比率はその年の動向を示すものとして参考になると思う。

1970年頃より、社会での覚せい剤、有機溶剤乱用の影響を受けて精神科医療施設に覚せい剤、有機溶剤依存患者がみられるようになったが、1975年以前は睡眠薬、鎮痛薬など医療用薬物の依存者が主体であった。

1976年の調査<sup>11)</sup>で、有機溶剤依存は17.7%、覚せい剤依存は31.3%を占め<sup>11)</sup>、両薬物が社会で広く乱用され始めた情勢を反映して精神科施設に影響を与えてきたことを示している。

1982年<sup>12)</sup>は有機溶剤が38.9%となり、覚せい剤を合わせると全体の約80%を占めるに至った<sup>12)</sup>。その傾向は1987年<sup>2)</sup>、1989年<sup>3)</sup>、1991年<sup>4)</sup>、1993年<sup>14)</sup>と続いている。それに比べて、1975年以前の主要な乱用薬物であった睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬は減少しており、覚せい剤、有機溶剤に比べて少ないことがわかる。

有機溶剤は覚せい剤とともに、現在のわが国の

医療、社会に影響を与える代表的な乱用薬物であることが理解される。

1991年の調査<sup>4)</sup>で有機溶剤が始めて覚せい剤を大幅に越えたが、1993年<sup>14)</sup>では再び覚せい剤が高率に認めた。

この薬物乱用の流れは流動的であって、今後の経過を慎重に見守る必要がある。

## 2) 有機溶剤依存者のdemographicな特徴(表4)

1993年の調査結果<sup>14)</sup>より、有機溶剤依存患者の特徴について述べる。

報告のあった薬物依存患者933例中、有機溶剤依存関連患者は316例(33.9%)を占めていた。

316例の中で、受診直前まで有機溶剤を乱用してなんらかの精神症状を来したり、生活上の問題で来院した例(以後、使用例という)は284例(89.9%)、受診前まで少なくとも2ヶ月以上有機溶剤を乱用していないのに精神症状が遷延したり、消失していた精神症状が飲酒、ストレス、不眠などの刺激により再燃した例(以後、遷延・再燃例という)は32例(10.1%)認めた。

6年前の1987年度の実態調査では、有機溶剤301例中4例(1.3%)が症状遷延・再燃例であったが、1991年では有機溶剤関連疾患382例中34例

表4 薬物依存例(1993年度)

年齢	薬物名	覚せい剤	連精神疾患	覚せい剤	後遺症候群	有機溶剤	連精神疾患	有機溶剤	後遺症候群	大麻	コカイン	鎮咳剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	その他	不明
		使用例	使用例	使用例	使用例	使用例	使用例	使用例	使用例								
合計	933名(%)	391(41.9)	229(58.6)	162(41.4)	316(33.9)	284(89.9)	32(10.1)	14(1.5)	3(0.3)	41(4.4)	97(10.4)	18(1.9)	44(4.7)	5(0.5)	4(0.4)		
性別	男	(75.4)	(69.4)	(84.0)	(83.9)	(83.8)	(84.4)	(85.7)	(66.7)	(82.9)	(53.6)	(72.2)	(43.2)	(60.0)	(75.0)		
	女	(23.5)	(29.3)	(15.4)	(15.5)	(15.5)	(15.6)	(14.3)	(33.3)	(17.1)	(46.4)	(27.8)	(56.8)	(40.0)	(25.0)		
年齢	19以下	33(8.4)	32(13.9)	1(0.6)	77(24.4)	71(25.0)	6(18.8)	1(7.1)	—	1(2.4)	4(4.1)	—	—	—	—		
	20~29	119(30.4)	88(38.5)	31(19.1)	163(51.6)	146(51.4)	17(3.1)	6(42.8)	2(66.7)	25(61.0)	11(11.3)	2(11.1)	2(4.6)	1(20.0)	1(25.0)		
	30~39	96(24.6)	49(21.4)	47(29.0)	59(18.7)	52(18.3)	7(21.8)	4(28.6)	1(33.3)	12(29.3)	21(21.6)	4(22.3)	12(27.3)	3(60.0)	2(50.0)		
	40~49	94(24.0)	40(17.5)	54(33.3)	13(4.1)	11(3.9)	2(6.3)	3(21.4)	—	2(4.9)	27(27.8)	9(50.0)	15(34.1)	1(20.0)	1(25.0)		
	50~59	39(10.0)	16(7.0)	23(14.2)	1(0.3)	1(0.4)	—	—	—	—	1(2.4)	18(18.6)	2(11.1)	9(20.5)	—		
	60以上	4(1.0)	—	4(2.5)	—	—	—	—	—	—	—	16(16.5)	1(5.6)	6(13.6)	—		
	不明	6(1.5)	4(1.7)	2(1.2)	3(0.9)	3(1.1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

( )内 比率

(8.9%)と増加している。

最近の有機溶剤乱用・依存の臨床の中で、著者は症状が遷延・再燃する後遺症候群が増えていることを臨床的に経験している。この結果は最近の有機溶剤依存の傾向といえよう。(特に覚せい剤関連精神疾患にその傾向が強く認められる)。

① 性別特徴

有機溶剤316例中、男性83.9、女性15.5%(不明0.6%)であり男性が圧倒的に多く認めた。男性の比率が圧倒的に多いのは覚せい剤、大麻依存例でも同様であり、社会医学的に流行病型(あるいは遊び型)薬物乱用・依存の特徴である<sup>1)</sup>。

睡眠薬依存例では男性53.6%、女性46.4%と男女比が接近しており、その多くは個人型あるいは医原型薬物乱用・依存に分類される。抗不安薬、鎮痛薬依存例がその範囲に入る<sup>1)</sup>。

② 年齢別特徴

有機溶剤は、20歳代が最も多く316例中51.6%を占め、次いで20歳未満の未成年が24.4%、そして30歳代18.7%であり、ついで40歳代の順になっている。

未成年者より成人が多いことを示している。

先に述べたが、警察に検挙された有機溶剤乱用者はそのほとんどが未成年者なのに対し、精神科を受診する有機溶剤乱用・依存者は成人の方が多い。この傾向は過去の実態調査でも同様であり、精神科医療施設を訪れる有機溶剤依存者の特徴であるといえる。

尚、有機溶剤の症状遷延・再燃例32例の年齢分布をみると30歳代、40歳代に遷延・再燃例の比率は高い。これは乱用期間がより長期であることを示唆する結果と考える。

③ 学歴

有機溶剤関連疾患の316例中、70%が中学校卒業か、高校中退者であり、義務教育で終わっている。これは有機溶剤乱用による検挙者でも同様の傾向にある。

現在の高学歴社会に反して、有機溶剤乱用・依存者は低学歴であることが特徴である。早期より学業になじまず、有機溶剤乱用など非行に走った結果であろうが、その背景には複雑な家庭環境が存在し、健康な成長が阻害されたことが推察され

る。

3) 有機溶剤依存の臨床的特徴

① 初回使用年齢

覚せい剤、有機溶剤では使用例についてのみ結果を示す。

有機溶剤使用例は10歳代後半が61.3%、15歳未満が27.1%であり、約90%が20歳以前に使用していた。

覚せい剤使用例の初回使用年齢は10歳代後半が44.5%と最も多く、15歳未満と併せて20歳以前に使用しているものが約半数であった。次いで20歳代前半が多かった。

大麻は20歳代前半が35.7%、10歳代後半が28.6%であった。

コカインは全てが20歳代前半であった。

鎮咳剤は20歳代前半が41.5%、10歳代後半が26.8%を占めていた。

有機溶剤が最も若い年齢で使用が開始されており、有機溶剤が上記薬物乱用のstepping stoneであることが推察できる。

それに対し、睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬依存者の初回使用年齢は比較的ばらばらであった。睡眠薬、抗不安薬は20歳代後半から多くなり、各年代にわたっている。鎮痛薬は10歳代後半から各年齢で使用していた。

② 初回使用動機及び入手経路(表5, 6, 7)

他者からの勧誘形態から使用動機をみると、覚せい剤、有機溶剤、大麻、コカイン、鎮咳剤依存例は「自発的に」とする者がある反面、「誘われて」と他者から勧誘されたとする者が過半数を越えて

表5 初回使用動機-1 (%)

薬	覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	鎮咳剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬
症例数	229	284	14	3	41	97	18	44
自発的に	24.0	34.9	35.7	33.3	39.0	26.8	33.3	43.2
誘われて	66.8	63.4	50.0	66.7	46.3	11.3	—	11.4
強制されて	6.6	0.4	—	—	—	1.0	—	2.3
医師から処方されて	—	—	—	—	—	52.6	55.6	31.8
薬局から勧められて	—	—	—	—	9.8	11.3	5.6	15.9
その他	0.9	2.8	—	—	7.3	2.1	—	6.8
不明	11.8	12.3	14.3	—	9.8	11.3	5.6	6.8

表6 初回使用動機—2 (%)

動機	薬	覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	鎮咳剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬
症例数	229	284	14	3	41	97	18	44	
刺激をもとめて	51.1	51.4	64.3	33.3	30.0	5.2	5.6	11.4	
やけになって	9.6	12.3	—	—	—	8.2	—	—	
覚醒効果	10.9	0.7	7.1	—	12.5	2.1	—	6.8	
性的効果	11.4	0.7	7.1	—	—	2.1	5.6	2.3	
疲労除去	14.4	1.8	—	33.3	20.0	9.3	11.1	11.4	
ストレス解消	10.5	10.9	7.1	33.3	22.5	24.7	11.1	15.9	
快感	33.6	28.5	21.4	33.3	30.0	5.2	—	13.6	
不安除去	5.7	10.6	14.3	—	15.0	49.5	72.2	18.2	
不眠除去	2.2	0.4	7.1	—	10.0	73.2	33.3	4.5	
疼痛除去	—	0.4	—	—	—	17.5	16.7	65.9	
その他	9.6	12.0	—	—	5.0	—	—	2.3	
不明	16.2	17.6	21.4	—	10.0	7.2	5.6	9.1	

いた。周囲の乱用者の存在が初回使用に大きな影響を与えていたことが考えられる。流行病型薬物依存の特徴を示している。

特に、有機溶剤では、「他者から誘われて」とする者が最も多く、学校の友人や遊び仲間から誘われて乱用を開始する者が多いことを示している。

入手経路も「友人」「知人」からとする者が多く、流行病型薬物乱用・依存の発生に薬理作用のみならず、peer group, peer pressureの果たす役割が大きいことを示している<sup>1,3,5</sup>。

睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬では「自発的に」使用したとする反面、「医師から処方されて」、「薬局から勧められて」と初回使用の有力な動機とする者が多かった。

使用目的(薬理効果)別の使用動機をみると覚せい剤、有機溶剤、大麻は「刺激を求めて」とする者が過半数を越えており、次いで「快感を求めて」が多かったことが特徴である。

特に有機溶剤では、「やけになって」「ストレス解消」「不安除去」が比較的多く、学校生活、社会生活から落後した青少年が有機溶剤を求めた心理状況を示唆していた。

それに対し睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬では、「不眠除去」「不安除去」「疼痛除去」とそれぞれの薬理効果を求めて使用している例が多く、その多くはなんらかの精神的、身体的苦痛の除去を目的として使用したことを示している。これらの薬物依存例の多くは個人型(あるいは医原性)の特徴を

表7 薬物入手経路(複数回答)(%)

入手先	薬	覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	鎮咳剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬
症例数	229	284	14	3	41	97	18	44	
友人	41.9	54.2	57.1	33.3	14.6	5.2	11.1	9.1	
知人	23.1	13.7	14.3	33.3	7.3	9.3	5.6	—	
恋人・愛人	10.0	2.8	—	—	2.4	1.0	—	—	
家族	1.7	1.1	—	—	2.4	3.1	5.6	2.3	
密売人	34.1	25.4	28.6	66.7	—	1.0	—	2.3	
医師	—	—	—	—	4.9	70.1	88.9	54.5	
薬局	—	—	—	—	82.9	43.3	11.1	63.6	
その他	2.6	15.8	7.1	—	—	2.1	—	9.1	
不明	11.8	13.7	14.3	—	4.9	2.1	—	2.3	

表8 使用期間(%)

使用期間	薬	覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	鎮咳剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬
症例数	229	284	14	3	41	97	18	44	
1年未満	5.7	4.6	21.4	33.3	4.9	8.2	5.6	2.3	
1~2年未満	10.5	5.6	14.3	—	7.3	11.3	11.1	2.3	
2~3年未満	8.7	5.3	14.3	—	12.2	6.2	5.6	2.3	
3~4年未満	4.8	6.3	—	—	4.9	1.0	5.6	6.8	
4~5年未満	6.6	8.1	—	—	9.8	6.2	5.6	4.5	
5~10年未満	15.3	28.5	14.3	33.3	26.8	26.8	27.8	13.6	
10~15年未満	17.0	17.3	7.1	33.3	24.4	8.2	5.6	15.9	
15~20年未満	7.4	12.0	7.1	—	4.9	5.2	22.2	2.3	
20年以上	12.2	5.3	7.1	—	—	6.2	—	31.8	

備えていた。

### ③ 乱用期間の長期化傾向(表8)

使用期間は、調査時年齢から初回使用年齢を引いたものである。

いずれの薬物でも一度依存を形成するとその使用を中断することは難しく、使用期間が長くなることを示していた。

覚せい剤使用例、有機溶剤使用例、鎮咳剤、抗不安薬、鎮痛薬は5年以上の長期の使用使用者が50%を越えていた。一度依存に陥るとそれからの離脱が難しいことを示唆している。特に、覚せい剤は50%が5年を越えており長期乱用化を示している。長期間の乱用が心身に及ぼす影響の大きさが推察できる。

有機溶剤使用例の63%は5年以上の長期使用例であり、10年以上が3分の1を占めていた。

警察に検挙された有機溶剤乱用者は未成年者が主体であり、乱用期間も数年と短いのに対し<sup>13)</sup>、精

神科を受診する有機溶剤依存者は乱用期間が長期化し、集団（非行）型乱用から依存型乱用に発展した例が多いことが示唆される<sup>1)</sup>。

（補）著者らは、1993年の調査で覚せい剤、有機溶剤疾患の後遺症候群における過去の使用期間、中断期間についての調査は実施しなかった。1991年の調査<sup>4)</sup>で、有機溶剤の症状遷延・再燃例34例について報告例をよせた医師に再度調査を行った。乱用の中断が明らかであり、乱用開始から中断までの期間（それまでの乱用期間）が明らかになった26例について述べる。

乱用中断が明らかな26例中、症状遷延例17例（65.4%）、症状再燃例9例（34.6%）であった。

症状遷延例17例の乱用開始から中断までの使用期間は2年未満が2例（11.8%）であるのに対し、5年以上が15例（88.2%）であった。この結果は、乱用が5年以上になると症状遷延例が発生し易い傾向にあることを示している。中断期間は1年未満が4例（23.5%）、1～2年未満が12例

（70.6%）、5年以上が1例（5.9%）であり、その間、症状が出没するか、あるいは持続していたことになる。

症状再燃例9例中、自然再燃4例、アルコールによる再燃2例、その他3例であった。

乱用開始から中断までの使用期間は、1～2年未満が5例（55.6%）、5年以上が1例（11.1%）、不明が3例（33.3%）であった。

中断期間は2～3ヶ月が6例（66.7%）、1年が1例（11.1%）、1年9ヶ月が1例、10年が1例であった。この結果は、有機溶剤精神病の再燃は使用期間とは関係なく、1～2年と短くても再燃し易く、しかも中断して2～3ヶ月の間に再燃する例が多い傾向があることを示している。これは臨床的によく経験する事実である。

調査時期、対象が異なり同一に考えることは難しいが、1993年の有機溶剤の症状遷延・再燃例（後遺症候群）についても年齢構成から考えて同様の傾向があるものと推察する。

表9 来院時主症状

薬		覚せい剤 使用例	覚せい剤 後遺症候群	有機溶剤 使用例	有機溶剤 後遺症候群	大 麻	コ カ イ ン	鎮 咳 剤	睡 眠 薬	抗 不 安 薬	鎮 痛 薬
症例数		229	162	284	32	14	3	41	97	18	44
感情障害	無	39 (17.0)	17 (10.5)	61 (21.5)	10 (31.3)	—	—	5 (12.2)	11 (11.3)	—	4 (9.1)
	有	119 (52.0)	97 (59.9)	160 (56.3)	11 (34.4)	7 (50.0)	2 (66.7)	25 (61.0)	61 (62.9)	15 (83.3)	34 (77.3)
	著明	69 (30.1)	42 (25.9)	52 (18.3)	10 (31.3)	7 (50.0)	1 (33.3)	10 (24.4)	23 (23.7)	3 (16.7)	5 (11.4)
	不明	2 (0.9)	6 (3.7)	11 (3.9)	1 (3.1)	—	—	1 (2.4)	2 (2.1)	—	1 (2.3)
欲動障害	無	43 (18.8)	20 (12.3)	48 (16.9)	7 (21.9)	2 (14.3)	—	6 (14.6)	24 (24.7)	3 (16.7)	7 (15.9)
	有	145 (63.3)	103 (63.6)	163 (57.4)	15 (46.9)	4 (28.6)	2 (66.7)	24 (58.5)	52 (53.6)	12 (66.7)	26 (59.1)
	著明	36 (15.7)	32 (19.8)	61 (21.5)	8 (25.0)	8 (57.1)	1 (33.3)	10 (24.4)	18 (18.6)	2 (11.1)	7 (15.9)
	不明	5 (2.2)	7 (4.3)	12 (4.2)	2 (6.3)	—	—	1 (2.4)	3 (3.1)	1 (5.6)	4 (9.1)
異常体験	無	54 (23.6)	44 (27.2)	130 (45.8)	12 (37.5)	2 (14.3)	1 (33.3)	23 (56.1)	63 (64.9)	14 (77.8)	31 (70.5)
	有	89 (38.9)	64 (39.5)	92 (32.4)	3 (9.4)	2 (14.3)	2 (66.7)	12 (29.3)	24 (24.7)	2 (11.1)	5 (11.4)
	著明	83 (36.2)	53 (32.7)	51 (18.0)	14 (43.8)	9 (64.3)	—	4 (9.8)	4 (4.1)	—	5 (11.4)
	不明	3 (1.3)	1 (0.6)	11 (3.9)	3 (9.4)	1 (7.1)	—	2 (4.9)	6 (6.2)	2 (11.1)	3 (6.8)

表10 来院時の有機溶剤使用例の幻覚・妄想状態と乱用期間

乱用期間	症例数	有症数(率)	無症数(率)	不明数
1年未満	13	2 (15.4)	10 (76.9)	1
1～2年未満	16	5 (31.3)	9 (56.3)	2
2～3年未満	15	3 (20.0)	11 (73.3)	1
3～4年未満	18	4 (22.2)	13 (72.2)	1
4～5年未満	23	9 (39.1)	13 (56.5)	1
5～10年未満	81	51 (63.3)	29 (35.8)	1
10～15年未満	49	28 (57.1)	20 (40.8)	1
15～20年未満	34	22 (64.7)	12 (35.3)	—
20年以上	15	7 (46.7)	7 (46.7)	1
不明	20	12 (60.0)	6 (30.0)	2
総症例数	284	143 (50.4)	130 (45.8)	11

## ④ 来院時主症状—使用期間との関係(表9, 10)

来院時の臨床症状について、異常体験、感情面の障害、欲動面の障害の有無より調査を行った。

いずれの薬物でも長期にわたり、しかも大量に使用していると不安、抑うつ、焦燥感などの「感情障害」が65～100%、意欲減退、無関心などの「欲動障害」が72～100%と高頻度に発現しており、これらの症状は慢性化した薬物依存の共通の症状であるといえるかもしれぬ。

そして、覚せい剤、大麻、コカインなどのように強い精神毒性を持つ薬物依存では幻覚、妄想などの異常体験が高頻度で出現していた。

有機溶剤に限ってみると、不安、抑うつ、焦燥感などの感情障害は使用例74.6%、後遺症候群65.7%に認められた。

意欲減退、無関心などの欲動障害は使用例78.9%、後遺症候群71.9%に認めた。

幻覚、妄想などの異常体験は使用例50.4%、後遺症候群53.2%に認めた。

上記有機溶剤依存者の症状を乱用期間別に有症率を調べたが、感情障害、欲動障害は1年未満の短期乱用、5年以上の長期乱用であろうと使用期間と関係なく出現していた。

有機溶剤依存の主な症状といわれている欲動障害、感情障害は乱用初期から比較的高い頻度で出現する症状であるといえる。この症状のために乱用者の多くはさらに学校復帰、職場復帰を難しくさせているものと考えられる。

それに対し、幻覚・妄想などの異常体験の有症

率は乱用期間と関係が認められた。

乱用期間が5年を越えるとその発生率は高まる傾向が認められた。5年以内と5年以上の乱用者との間では有意に(フィッシャー確率 $p=0$ )長期乱用者に慢性的な幻覚、妄想等の異常体験を有する者が多くなっており、異常体験の発生は乱用期間と密接な関係があるといえる。これは使用期間が5年以上と長くなると幻覚・妄想が発現し易くなるというこれまでの報告を裏づける結果である<sup>5,7)</sup>。

おわりに

有機溶剤と覚せい剤は長年にわたりわが国の主要な乱用薬物として乱用されてきた。

しかし、警察庁に薬物乱用で検挙される者は有機溶剤の方が多い。潜在的乱用者も有機溶剤の方が多いに覚せい剤を凌いでいると推察する。

1992年に、和田は千葉県14の公立中学校、6,121人の中学生の実態調査を施行したが、「シンナー遊び」経験者は1.8%(男子2.5%、女子1.2%)と報告している<sup>17)</sup>。毎年新しい乱用者が発生している。

外国では青少年の最もポピュラーな乱用薬物は大麻であるが、わが国では有機溶剤である。乱用者の多くは数年で、遅くとも成人に達する前に乱用を中止しているが、乱用者のほとんどが発達過程の少年であり、家庭、社会への影響のみならず、少年の精神・身体に及ぼす障害は大きい。そこから長期乱用による有機溶剤精神病が発生してくる。

また、著者らの実態調査で、覚せい剤乱用者の42%が有機溶剤乱用経験者であった。コカイン、大麻、鎮咳剤など流行病型乱用者の多くも有機溶剤乱用経験者であった。まさに有機溶剤は、他の不法薬物乱用の入門薬物(ゲイトウェイ・ドラッグ)といえる。

わが国の薬物乱用の実態を考えた時、有機溶剤乱用は覚せい剤以上に大きな問題を抱えているといえよう。有機溶剤乱用問題が解決されたならば、わが国の薬物乱用問題のほとんどが解決されると考える。

ややもすれば有機溶剤乱用問題は、医療、教育、行政関係者の中で軽く考えられてきたが、今後は有機溶剤乱用対策を真剣に考えていく必要がある。

### 文 献

- 1) 福井進：わが国の薬物依存の現状，佐藤光源，福井進編著「薬物依存」，p 49-59，世界保健通信社，大阪，1993
- 2) 福井進，和田清，伊豫雅臣：薬物依存の疫学的調査研究，厚生省精神・神経疾患委託研究，昭和62年度薬物依存の成因と病態に関する研究成果報告書，p 169-182，1988
- 3) 福井進，和田清，伊豫雅臣：薬物依存の疫学的調査研究—その3，厚生省精神・神経疾患委託研究，平成元年度薬物依存の成因と病態に関する研究成果報告書，p 171-181，1990
- 4) 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・神経疾患委託研究，平成3年度薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究成果報告書，p 143-152，1991
- 5) 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，p 107-131，1989
- 6) 樋口幸吉：少年非行の精神医学，精神医学，17：1024-1037（1975）
- 7) 平井慎二，小沼杏坪：有機溶剤関連の精神疾患，依存性薬物情報シリーズNo 5—有機溶剤（Volatile Solvents），p 61-82，京文社，千葉，1991
- 8) 法務総合研究所：犯罪白書，1972
- 9) 警察庁保安部薬物対策課：昭和54年～平成4年覚せい剤等薬物事犯の統計資料，1968～1993
- 10) 警察庁保安部少年課：平成4年における少年の保護及び保護の概況，1993
- 11) 佐藤倚男，辺見武光，栗栖瑛子ほか：昭和51年度向精神剤乱用実態調査報告書，厚生省委託研究，1976
- 12) 佐藤倚男，福井進，栗栖瑛子ほか：昭和56年度向精神剤乱用実態調査報告書，厚生省委託研究，1981
- 13) 佐藤倚男，福井進，栗栖瑛子ほか：昭和57年度向精神剤乱用実態調査報告書，厚生省委託研究，1982
- 14) 清水順三郎，福井進：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査，厚生科学研究補助金「麻薬等対策総合研究事業」薬物依存の社会医学的，精神医学的特徴に関する研究，平成5年度研究成果報告書（印刷中），1994
- 15) 郷古英男：有機溶剤吸入少年について(1)—その実態と心理社会的背景—児童精神医学とその近接領域，18，127-138，1977
- 16) 寺岡葵，江頭竹一郎，坂梨寿弘ほか：有機溶剤乱用少年について，精神経誌，76(9)：593-640，1974
- 17) 和田清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究，厚生科学研究補助金「麻薬等対策総合研究事業」薬物依存の社会医学的，精神医学的特徴に関する研究，平成4年度研究成果報告書，p 25-63，1993



## 【特集】

## 有機溶剤乱用と家族\*

和田 清<sup>1)</sup>

## I. はじめに

1993年12月31日、女子中学生5人が「シンナー遊び」中に、マンションの踊り場から飛び降り、3人が死亡し2人が重傷を負った事件が、1993年の元旦の新聞<sup>1)</sup>で世間に衝撃を与えた。「死亡した教護院生は、両親が離婚<sup>2)</sup>していたという。筆者には、この事件は、「シンナー等有機溶剤乱用」問題の本質を象徴するような事件として映った。

今日までに、有機溶剤乱用者の家族についての研究は決して少なくはない。その多くは「放任」<sup>2,3,4)</sup>、「無責任」<sup>3)</sup>、「過保護」<sup>4)</sup>、「溺愛」<sup>2,3)</sup>、「威圧的」<sup>2,3)</sup>を扶養者の養育態度の特徴とするものであり、同時に、特に母子家庭を中心とした「単親家庭」<sup>2,3,4,5)</sup>（本論文では両親双方と離別している場合も「単親家庭」とさせていただく）を特徴とするものである。筆者には、これらの特徴が秘める問題性が前述の事件<sup>1)</sup>には色濃く反映されているように思われたのである。

本論文では、筆者らが、今日までに調査した上記問題に関する資料を提示し、「シンナー等有機溶剤乱用」問題とその家族について、マクロ的視点から論じることによって、今後の研究および実際の介入法開発の一助としたい。

## II. 有機溶剤乱用と家族

## 1. 単親家庭問題

家庭裁判所に係属した接着剤吸引少年を中心に調査研究した寺岡ら<sup>2)</sup>によると、75人中24%が「実父母のいずれかの欠損、または両方の欠損」であり、一公立中学校の約17年間にわたる生徒の記録を調査した北村ら<sup>3)</sup>の調査研究では、49人中53%が「父親が離別・不在・父権喪失」であり、20%が「母親が離別・不在」であった。また、児童相談所を訪れた64人を調査研究した洲脇ら<sup>4)</sup>によれば、48.4%の者が「実父母との間に離別体験」を有していたという。さらに精神病院を受診した210人を調査研究した永野<sup>5)</sup>によれば、約33.8%の者が「15歳以前に親との別離を体験」していたという。

そもそも、1989年のわが国では、20歳未満の者で両親の離婚を経験している者の割合は、0.53%<sup>6)</sup>というから、前述の調査研究では、対象の年齢分布が厚生省大臣官房統計情報部のものと異なりはするものの、有機溶剤乱用者における実父母との離別率が高いことには違いがないように思われる。

そこで、この問題について、筆者らが1989年に全国の有床精神科1564施設を対象に行った調査研究<sup>7)</sup>を紹介したい。対象は8月1日から9月30日の2ヶ月間に、前述の病院を受診またはそこに入院した有機溶剤関連患者である。その結果、307人中27.4%の者が20歳前に父親と離別しており、315人中12.4%の者が20歳前に母親と離別していることが明らかになった<sup>7)</sup>。この結果は、先の厚生省大臣官房統計情報部の報告<sup>6)</sup>を基準にすれば、有機溶剤乱用者では如何に「単親家庭」の者が多いか

\*Solvent Abuse and Family

<sup>1)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所  
薬物依存研究部Kiyoshi Wada. Division of Drug Dependence  
and Psychotropic Drug Clinical Research,  
National Institute of Mental Health, NCNP,  
Japan.



を示すものである。

ただし、いくら多いと言っても、それは一般人口での割合との相対的な問題であって、過半数を占めているのは両親ともにそろった家庭であることは押さえておく必要がある。

さて、この問題には、もう一つ重要な経験論がある。それは、「15歳以前での離別者が多い」、ないしは、「重要である」という経験論である。先に紹介した永野<sup>7)</sup>の調査研究は、この経験論に基づいて、「15歳以前に親との別離を体験した患者」の頻度であった。

筆者らは先の調査研究<sup>7)</sup>で、この経験論を証明しようと試みた。図1がその結果である。図1は本人が20歳になる前に実父ないしは実母と離別した有機溶剤関連患者について、離別時の本人の年齢によって離別率を累積したものである。図1によれば、実父との平均離別年齢は10.2±5.9歳(死別：11.8±4.4歳，離婚：8.5±6.0歳，その他：11.6±6.5歳)，女性で4.5±4.5歳(死別：7.8±3.8歳，離婚：8.2±4.0歳，その他：7.8±4.1歳)であった。さらに、男性では72.6%の者が、女性では95.5%の者が、全体では78.6%の者が、15歳以

前に実父と離別しており、男性では94.1%，女性では60.0%，全体では89.7%の者が、15歳以前に実母と離別していた<sup>7)</sup>。これらは、「15歳以前での離別者が多い」という経験論の検証となろう。

また、「15歳以前での離別」は、薬物乱用という視点から見ると、いかなる点において重要なかを考えたのが、表1である。表1は先の調査研究<sup>7)</sup>の一部であるが、実父ないしは実母との離別時年齢と本人の有機溶剤初回使用年齢(乱用開始年齢)との関係を示したものである。男女を合わせた全体では、15歳以前に実父と離別した者の有機溶剤初回使用年齢は、20歳以降に離別した者および離別していない者の有機溶剤初回使用年齢より、有意に若いという結果が出た。男女を分けて考えると、有意差は出ていないが、同様の傾向は認められており、有意差がでなかったのは、対象数少ないためと考えている。母親との離別との関係では、男女合わせた全体では、同様の傾向が認められはするが、有意差にまでは至っていない。これらの結果は、「15歳以前の離別」は有機溶剤乱用開始年齢とかなり関係があることを示しており、「15歳以前での離別が重要な意味を持っている」ことを強く

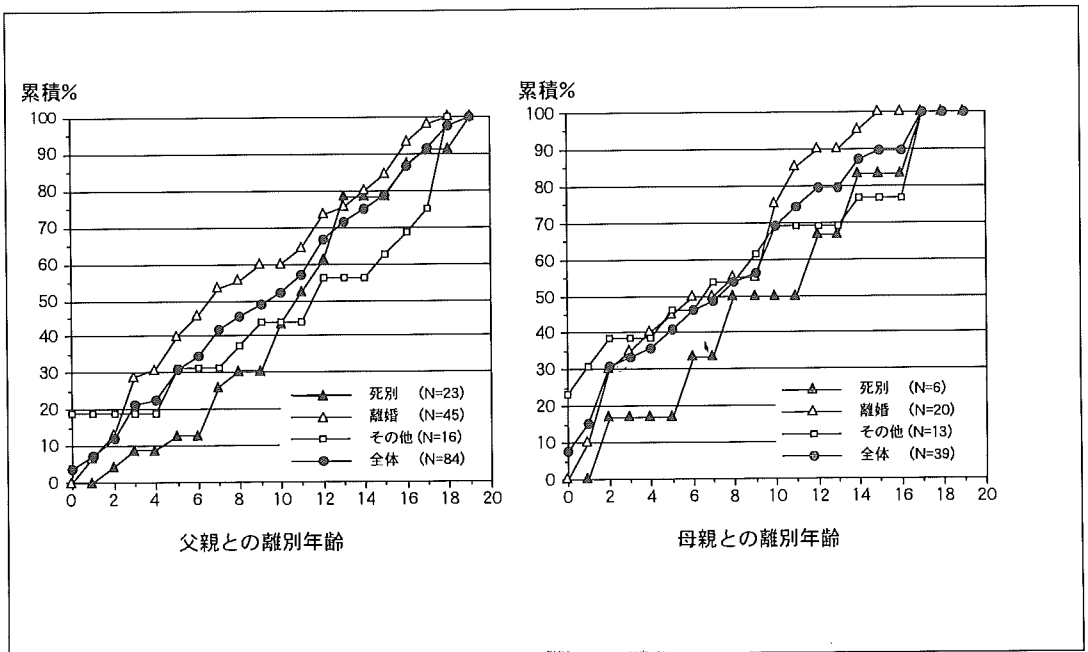


図1 20歳前に親と離別した有機溶剤乱用者の離別年齢と累積% (出典：和田ら<sup>7)</sup>)

表1 親との離別年齢と有機溶剤初回使用年齢 (出典:和田ら<sup>7)</sup>)

	男性患者		女性患者		全体	
	N	平均年齢 ± SD	N	平均年齢 ± SD	N	平均年齢 ± SD
父親との離別年齢						
16歳未満	45	21.5 ± 5.4	21	17.2 ± 2.8	66	20.1 ± 5.2
16-19歳	17	22.5 ± 4.8	1	29.0	18	22.9 ± 4.9
20歳以降	10	30.2 ± 5.9	0		10	30.2 ± 5.9
離別なし	177	23.4 ± 5.9	36	17.1 ± 3.2	213	22.3 ± 6.0
全体	249	23.2 ± 5.9	58	17.4 ± 3.4	307	22.1 ± 6.0
One-way ANOVA		p=0.000 (F=6.336)		p=0.006 (F=4.662)		p=0.000 (F=9.191)
母親との離別年齢						
16歳未満	32	23.0 ± 5.0	3	17.3 ± 2.9	35	22.5 ± 5.2
16-19歳	2	23.5 ± 4.5	2	16.5 ± 1.5	4	20.0 ± 4.8
20歳以降	5	29.4 ± 4.3	0		5	29.4 ± 4.3
離別なし	216	23.3 ± 6.1	55	17.1 ± 3.4	271	22.0 ± 6.2
全体	255	23.4 ± 6.0	60	17.1 ± 3.3	315	22.2 ± 6.1
One-way ANOVA		p=0.156 (F=1.758)		p=0.994 (F=0.026)		p=0.050 (F=2.630)

\*. Scheffe's method

示唆するものである。

こうなると、「離別が先か」「使用開始が先か」と考えたい。しかし、これに関する散布図を作ってみると、有機溶剤初回使用年齢は、父親および母親との離別年齢には関係がなく、ともに15.5歳前後に集中しており、むしろこの年代の重要性・問題性を証明する結果になった。

以上述べてきたことは、15歳以前における親との離別が有機溶剤乱用と深く関わっていることを強く示唆するものであろう。

しかし同時に、離別という点から見ると、20歳前に親と離別体験を持つ者は、約30%であり、残りの約70%の者は離別体験を持っていないわけで、離別体験が全てを規定するわけではないことは明らかである。そこで視点を変えて、扶養者の扶養者としての養育態度を考えてみたい。

## 2. 扶養者の養育態度

前述したように、これまでの扶養者の養育態度に関する報告では、「放任」<sup>2,3,4)</sup>、「無責任」<sup>3)</sup>、「過保護」<sup>4)</sup>、「溺愛」<sup>2,3)</sup>、「威圧的」<sup>2,3)</sup>を特徴とするものが多い。「放任」「無責任」と「過保護」「溺愛」「威圧的」は、表面には相反する概念である。

この問題に関して、筆者らが行った調査研究<sup>8)</sup>(対象は文献<sup>7)</sup>と同じである)の結果が図2である。これは、有機溶剤乱用者の扶養者について、各主治医がそれぞれの傾向が目立つかどうかを判

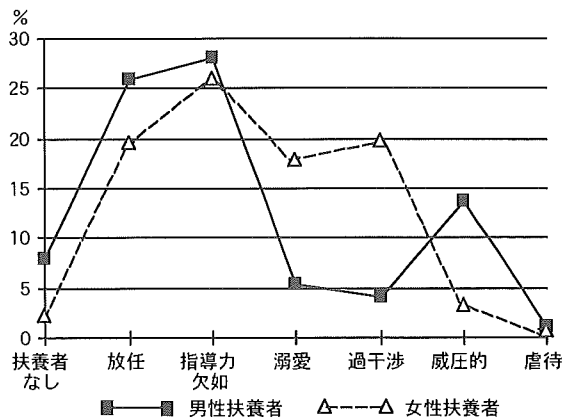


図2 扶養者の養育態度 (出典:和田ら<sup>8)</sup>)

断し、目立つとされた親の割合を集計したものである。

両扶養者ともに、「放任」「指導力欠如」が目立ち、さらに、女性扶養者では「溺愛」「過干渉」が、男性扶養者では「威圧的」が目立つ。これらの結果はこれまでの報告<sup>2,3,4)</sup>と同じである。すなわち、相反する特徴が、それぞれ特徴として浮かび上がった。

筆者は、この相反する特徴を二つの側面から解釈している。一つは、女性扶養者における「放任」「指導力欠如」と「溺愛」「過干渉」という矛盾と、男性扶養者における「放任」「指導力欠如」と「威

圧的」という矛盾であり、二つ目は、女性扶養者における「溺愛」「過干渉」と男性扶養者における「威圧的」という扶養者間での相反するギャップである。

発達心理学的に考えると、「社会化」の獲得には、親の一貫した態度が大きな意味を持っているが、逆に、場当たりの対応の連続は子供の価値基準形成を脅かす。同じ行為をしても、ある時は気にもかけず、それでいて、別の時には同じ行為に対して叱責したり、いつもは何の賞讃も与えないのに、時に急に猫かわいがったりする行為は、基本的には親の勝手な態度の反映であり、このような見方からすれば、「放任」「指導力欠如」対「溺愛」「過干渉」および「放任」「指導力欠如」対「威圧的」という構造は、結局のところ、同じカテゴリであり、親の扶養者としての無責任さを表現していることになる。

また、前述の扶養者間でのギャップには、そもそも対象の約25%の扶養者間に「不和」がある<sup>9)</sup>ことを考慮すると、本来妻から夫に注がれるべき愛情が、「不和」の反作用として子供に向かっている場合がありそうだということである。この件に関して、臨床現場で時に遭遇するケースがある。それは、それなりに社会的に地位のある父親と世間的には何等問題を感じさせない母親を持つ経済的にも問題なさそうな家庭の有機溶剤乱用者である。

有機溶剤乱用者の家庭の経済状況は、同じ調査<sup>7)</sup>によると、その41.5%の者が低所得家庭（うち、17.6%が生活保護を含めて何らかの補助を受けていた）出身者であり、高所得家庭の者はわずかに4.2%であり<sup>7)</sup>、前述のケースは例外的ケースということになる。しかし、そのようなケースで往々にして認められるのが、「家族性の希薄さ」である。父親は立場上、毎日帰宅が遅い。子供と共に過ごす時間がきわめて少なく、同じことは夫婦間でも言えることである。はた目には問題なくても、そのような環境の中で母子間での「共生」<sup>9)</sup>傾向が認められることがある。この中で父親の「威圧的」と母親の「溺愛」「過干渉」というギャップが拡大する可能性があると考えている。このような家庭を筆者らは「精神的欠損家族」<sup>10)</sup>と呼んでいる。

### 3. 家族の絆とは

最近の欧米では、薬物依存に関しては、生物学的基礎研究をのぞけば、「原因」究明的研究に劣らず、「保護因子」研究が一つの流れとなっている。これは、これまで述べたような「単親家庭」「扶養者の扶養姿勢」の中にあっても、薬物乱用者にならない者の方が圧倒的に多いという事実に基づいて、何が乱用者になることを防いでいるのかと考える視点である。

最後に紹介する一般中学生における調査研究結果は、基本的には「原因」調査ではあるが、ある意味では「保護因子」をも考えさせる側面を持つものと考えている。

この調査は、1990年に千葉県公立中学校12校の協力を得て、ほぼ全生徒を対象に行ったものである。図3は、「シンナー遊び」経験者群と非経験者群とで、家族全員での夕食頻度がどの程度違うのかを見たものである。結果は一目瞭然で、男女ともに、経験者群で「ほとんど食べない」と答えた者が明らかに多いのである。

さらに、同調査で、父親との夕食頻度をみると、「ほぼ毎日」食べる家庭は、非経験者群(男)で29.9%、経験者群(男)で15.8%、非経験者群(女)で29.5%、経験者群(女)で4.2%であり<sup>10)</sup>、経験者群(女)を除けば全てにおいて家族全員での夕食頻度よりも低い結果であった。これは理論の矛盾である。中学生から見れば、夕食時の「家族」という概念の中には父親は既に存在しなく

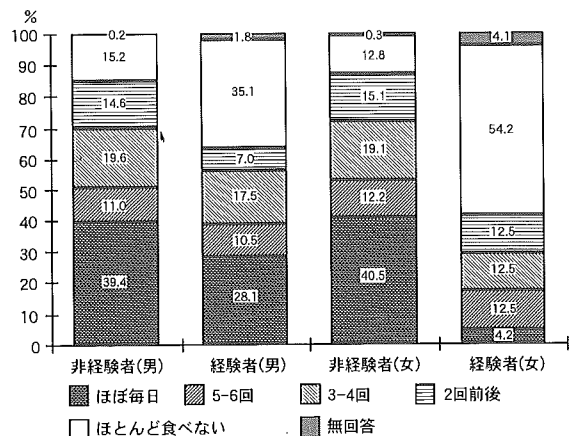


図3 家族全員での夕食頻度 (出典：和田ら<sup>10)</sup>)

なっている傾向が少なからずあることがうかがわれるわけである。

夕食には、「一家団らん」という意味付与が未だにあると筆者は考えているが、この「一家団らん」が「家族の絆」形成に建設的に作用するであろうことは想像に難くない。そして、「家族の絆」が青少年の心性にきわめて根深い影響を及ぼしていることも推測に難くなくろう。ただし、「家族の絆」と言うものはむずかしいもので、「欠損家族」「崩壊家庭」と呼ばれる負の意味合いを持った家庭でも、家族ならではの絆は存在する。したがって、そのことを「家族介入」に利用するには、「夕食をともにする」といった「時間の共有化」を図り、その中で起こり得る家族ならではの「自浄作用」を期待する必要がある。筆者には「夕食をともにする」=「時間の共有化」という単純戦略が非常に実践的に思えるのである。

### III. 終わりに

有機溶剤乱用における家族のあり方は、延々と指摘されてきた問題である。わが国で有機溶剤乱用が実質的に始まったのは、1967年頃からであるが、以来27年経た今日でも、本論文で論じた意味では、乱用者の家族の特徴には本質的には変化がないようである。

「精神的欠損家族」<sup>10)</sup>や「夕食頻度」にみるように、この問題は、乱用者の個人病理と言うよりは、家族全体の家族病理であり、さらには、わが国の社会構造が生み出す社会病理としての側面を有しているようである。世界をリードするアメリカ合衆国の先の大統領選挙で、一候補者が「家族」をスローガンに掲げたことは記憶に新しい。そのア

メリカ合衆国こそが、世界で最も違法薬物の乱用に苦闘している国なのである。これは偶然とは思えないのである。

### 文 献

- 1) 読売新聞：1993年1月1日。
- 2) 寺岡葵，江頭竹一郎，坂梨寿弘，他：接着剤吸引少年について。精神神経学雑誌 76: 593-640, 1974.
- 3) 北村陽英，北村栄一，福永知子，他：中学生の有機溶剤吸引——17年間の学校精神衛生活動より，児童青年精神医学とその近接領域 26: 183-200, 1985.
- 4) 洲脇實，西井保行，吉田健男，他：児童相談所を訪れた有機溶剤乱用少年の背景と予後。アルコール研究と薬物依存 17: 74-86, 1982.
- 5) 永野潔：有機溶剤乱用者とその親世代にみられるアルコール症との関連についての研究。アルコール研究と薬物依存 27: 297-312, 1992.
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部：離婚に関する統計——人口動態統計特殊報告，pp. 18. 厚生省大臣官房統計情報部，1991.
- 7) Kiyoshi Wada, Susumu Fukui: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. The American Journal on Addictions 3: 165-176, 1994.
- 8) 和田清，福井進：薬物依存の発生因をめぐって。精神医学 33: 633-642, 1991.
- 9) ジェームス・F・マスターソン：第一部 精神病と神経症の境界状態にある青年たち。「青年期境界例の治療」ジェームス・F・マスターソン著。成田善弘，笠原嘉(訳)，pp. 23-162, 金剛出版，東京，1979.
- 10) Kiyoshi Wada, Susumu Fukui: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.



【特集】

## 児童福祉施設における有機溶剤乱用少年の特徴\*

阿部恵一郎<sup>1)</sup> 森田 展彰<sup>2)</sup> 妹尾 栄一<sup>3)</sup> 庄司 正実<sup>4)</sup>

抄録： 児童福祉施設（教護院）は、少年非行全般に比較して家庭環境が劣悪で、初発非行の時期が早い児童が入所している。対象児童の8割に有機溶剤吸引歴があり、短期間で吸引を止めてしまう群、比較的長期間吸引するが反復強迫的にならず非行集団の中で「付き合い」的に吸引する群、反復強迫的吸引を行なう群の3群に分けられる。低年齢ですでに激しい吸引のみられた児童でも施設入所中ほとんど後遺症がみられなかったことなどを述べた。

精神保健研究 40 ; 19-27, 1994

**Key word:** *solvent abuse, child welfare facilities, multiple problem families, child abuse, delinquency*

### I. はじめに

現在までに様々な施設を対象として、有機溶剤乱用問題に関する報告がなされてきている。その多くは矯正施設（刑務所・少年院・鑑別所など）や精神病院を対象とした有機溶剤吸引歴が長期にわたるものであったり、また一方では、一般世帯や学校生徒を対象とした「薬物乱用」の調査・研究も行われている。

調査対象となる母集団が異なると有機溶剤乱用問題の様相もかなり違ったものとなると思われるが、今回我々は劣悪な家庭環境のもとに生育し、さらに非行行為のみられた児童を収容する児童福祉施設（教護院）に入所した児童を対象として、有機溶剤乱用の実態を調査したので報告する。

### II. 対象と方法

#### 1. 調査施設

調査対象児童が入所している教護院は、児童福祉法に基づいて設置された児童福祉施設であり、施設の目的について児童福祉法では「教護院は、不良行為をなし、又はなす虞のある児童を入院させて、これを教護することを目的とする施設である」と述べられている。入所児童は14歳未満の触法少年、虞犯少年が対象となり、とりわけ家庭環境の劣悪な児童が多く収容されている。入所経路は非行行為と養育環境が問題となり、児童相談所から直接送致される場合や触法行為のため家庭裁判所で審判の結果送致される場合もある。教護院は全国に57施設（国立2、都道府県立49、市立4、私立2）あり、平成5年1月現在で2,015名の児童

Solvent Abuse in Children of Homes for Resocialization of Minors

<sup>1)</sup> 国立武蔵野学院

〔〒337 埼玉県浦和市大門1030〕

Keiichiro, Abe: Musashino Gakuin, Homes for Resocialization of Minors

<sup>2)</sup> 筑波大学社会医学系

Nobuaki, Morita: Institute of Community Medicine, University of Tsukuba

<sup>3)</sup> 東京都精神医学総合研究所

Eiichi, Senoh: Tokyoh Institute of Psychiatry

<sup>4)</sup> 国立きぬ川学院

Masami, Shoji: Kinugawa Gakuin, Homes for Resocialization of Minors

が入所している。施設の特徴を述べると、57施設中23施設が現在でも戦前から引き続き行われている「夫婦小舎制」と呼ばれる処遇形態をとり、職員である夫婦とその家族が入所児童と起居を共にし生活を通して非行の改善を図るのである。このような「夫婦制」をとらない「交替制」の教護院でも入所児童と「生活を共にする」という姿勢が貫かれ、非行少年の「施設内処遇」でありながら、塀や壁もなく開放的・牧歌的雰囲気的生活空間が創られている。矯正施設である少年院と比較すると、施設環境はより開放的であり、また収容されている少年は少年院収容少年よりも低年齢で、非行行為だけでなく介護能力に問題のある家庭で生育した児童が多い。

今回の調査では国立の男子教護院、女子教護院の2施設を対象としており、国立教護院は全国の教護院の中でも、比較的処遇困難な児童が数多く入所している。

## 2. 調査対象と調査方法

調査対象は平成3年～平成4年にかけて国立男子教護院と国立女子教護院に入所し、調査により十分な情報を得られた児童である。最終調査対象人数は2施設ともそれぞれ47名であった。調査は、面接、質問紙調査、入所資料調査の3つの方法で行った。面接では薬物使用歴、生育歴、家族歴、交友関係などを尋ねた。質問紙では児童の家庭環境、交友関係、有機溶剤吸引様態、非行内容などについて質問した。また、教護院入所時に児童相談所や鑑別所から入所児童の生育歴、非行歴、家族歴、学業資料が送付されるので、面接や質問紙では知り得ない情報を得るために入所資料調査を行い、さらに男子教護院については有機溶剤乱用児童の入所中の経過についても検討した。

## III. 結 果

### 1. 有機溶剤乱用少年の特徴

#### 1) 対象児童の調査時の年齢分布 (表1)

11歳から17歳で、調査時の平均年齢は男子で14.09歳、女子で14.70歳であった。年齢のピークは男子が14歳 (51.0%)、女子では15歳 (46.8%)

表1 対象児童の調査時の年齢分布

年 齢(歳)	男 子	女 子
11歳	2	0
12歳	1	1
13歳	7	7
14歳	24	8
15歳	7	22
16歳	6	9
17歳	0	1
合 計	47	47

単位は人

表2 有機溶剤の非吸引・吸引児童の分布

有機溶剤吸引	男子教護院 N=47	女子教護院 N=47	合 計 N=94
非吸引	9(19.1)	10(21.3)	19(20.2)
吸 引	38(80.9)	37(78.7)	75(79.8)

単位は人：( )内は%

表3 有機溶剤吸引期間

期間/回数	男子教護院 N=38		女子教護院 N=37					
	10回未満	10回以上	10回未満	10回以上	なし	あり		
反復吸引歴	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
6カ月以内	10	0	0	5	5	0	1	5
6カ月～1年	2	0	0	3	0	0	0	6
1年～2年	2	0	2	7	0	0	2	9
2年以上	2	0	0	5	0	0	0	9
合 計	16	0	2	20	5	0	3	29

単位は人：

で調査人数のほぼ半数を占めている。

#### 2) 有機溶剤の非吸引・吸引児童の分布 (表2)

調査時までの有機溶剤吸引の延べ回数で分類した。非吸引児童は約2割と少なく、約8割の児童に吸引歴がみられた。

#### 3) 有機溶剤吸引期間 (表3)

吸引延べ回数と吸引期間、さらに吸引期間中ある時期に「反復強迫的に殆ど毎日吸引した経験の有無」から分類した。男子では吸引回数が10回未満で、期間も6カ月以内と短い児童が10名、女子では5名であった。また男子では吸引期間が長い

にもかかわらず、延べ吸引回数が少ない児童が6名いるが、女子ではそのような児童はいなかった。吸引回数が10回以上の児童の吸引期間は、1年から2年の児童が多く、ほとんど毎日吸引した時期もあり、このような児童では今までの吸引回数が100~200回に及ぶ。

4) 有機溶剤吸引児童の分類 (表4)

低年齢で吸引経験があまり長くなく、有機溶剤乱用の初期段階にある児童という特性を考慮し、上記の吸引回数・頻度・吸引期間から、有機溶剤吸引歴を持つ児童を3群に分類した。10回以上の吸引歴があり、吸引期間中にほぼ毎日吸引した経験のある児童を反復吸引群、これ以外の児童を使用群とした。さらに使用群のうち吸引期間が6カ月以内で回数が10回未満の児童を短期群、それ以外を乱用群としたが、この中には回数は多くとも頻度が少なかったり、回数が少ないにもかかわらず吸引期間が長い児童が含まれる。

反復吸引群は男子では対象児童の40%以上、女

子では60%以上で全体の半数以上であった。

5) 対象児童の吸引開始年齢 (表5)

有機溶剤吸引は、10歳から16歳の間で始まり、男女とも13歳がピークであり、12歳から14歳までに吸引を開始した児童は62名で全体の85.3%に当たる。10、11歳と早期に吸引を開始した児童は7名で全員が強迫反復群に分類された。女子に比べて男子の方が吸引開始年齢の早い児童が多い。

6) 吸引動機 (表6-1・表6-2)

開始動機は男女とも「誘われて」が約7割を占めている。反復動機は反復吸引群で「快感から」が圧倒的に多い。短期群や乱用群の使用群では吸引回数が少ないために、明確な反復動機を挙げられなかったのかも知れない。

7) 吸引様態 (表7)

吸引開始時点においてほとんどが共同吸引だが、反復吸引群で男女それぞれ3名が単独で開始している。主たる吸引様態は、使用群で全員が共同吸

表4 有機溶剤吸引児童の分類

有機溶剤吸引	男子教護院 N=38	女子教護院 N=37	合計 N=75
使用群 短期群	10(26.3)	5(13.5)	15(20.0)
乱用群	8(21.1)	3(8.1)	11(14.7)
反復吸引群	20(52.6)	29(78.4)	49(65.3)

単位は人：( )内は割合(%)

表6-1 吸引の開始動機

単位は人：( )内は%

	男子教護院 N=38	女子教護院 N=37
(複数回答可)		
誘われて	23(67.6)	28(76.0)
好奇心	8(23.5)	10(27.0)
気晴らし	1(2.9)	1(2.7)
何となく	1(2.9)	1(2.7)

表5 対象児童の吸引開始年齢

年齢(歳)	男子教護院 N=38				女子教護院 N=37				合計 N=75
	使用群		反復吸引群	小計	使用群		反復吸引群	小計	
	短期群	乱用群			短期群	乱用群			
10歳	0	0	4	4	0	0	0	0	4
11歳	0	0	2	2	0	0	1	1	3
12歳	3	2	2	7	0	0	6	6	13
13歳	5	2	9	16	3	2	16	21	37
14歳	2	3	2	7	1	0	4	5	12
15歳	0	1	1	2	0	1	2	3	5
16歳	0	0	0	0	1	0	0	1	1
合計	10	8	20	38	5	3	29	37	75

単位は人



表6-2 吸引の反復動機

単位は人：( )内は%

	男子教護院 N=38			女子教護院 N=37		
	使用群		反復吸引群 N=20	使用群		反復吸引群 N=29
	短期群 N=10	乱用群 N=8		短期群 N=5	乱用群 N=3	
(複数回答可)						
快感から	1(10.0)	4(50.0)	14(70.0)	2(40.0)	3(100)	20(68.9)
誘われて	1(10.0)	3(37.5)	2(10.0)	2(40.0)	1(33.3)	9(31.0)
気晴らし	2(20.0)	1(12.5)	3(15.0)	3(60.0)		5(17.2)
何となく	4(40.0)	1(12.5)	6(30.0)			3(10.3)
無回答・不明	3(30.0)	1(12.5)	2(10.0)			

表7 吸引様態

		男子教護院		女子教護院	
		使用群 N=18	反復吸引群 N=20	使用群 N=8	反復吸引群 N=29
開始時の	単独	0(0.0)	3(15.8)	0(0.0)	3(10.3)
吸引様態	共同	18(100)	16(84.2)	8(100)	26(89.7)
単独吸引の経験	あり	5(31.3)	18(94.7)	4(50.0)	23(79.3)
	なし	11(68.8)	1(5.3)	4(50.0)	5(17.2)
主な吸引様態	単独	0(0.0)	6(31.6)	0(0.0)	7(24.1)
	共同	16(100)	13(68.4)	8(100)	19(65.5)

単位は人：不明なものは除く。( )内は%

表8 初発非行と吸引開始時期

単位は人：( )内は%

	男子教護院			女子教護院			合計
	使用群		反復吸引群 N=20	使用群		反復吸引群 N=29	
	短期群 N=10	乱用群 N=8		短期群 N=5	乱用群 N=3		
初発非行後に吸引開始	8(80.0)	8(100)	14(70.0)	4(80.0)	2(66.7)	19(65.5)	56(74.7)
初発非行と吸引開始が同時期	1(10.0)	0(0.0)	4(20.0)	1(20.0)	1(33.3)	8(27.6)	15(20.0)
不明	1	0	2	0	0	2	5

引であるのに対して、反復吸引群では男子が31.6%、女子で24.1%が単独吸引である。単独吸引の経験の有無を見ると使用群では、男子で68.8%、女子で半数が未経験であるのに対して、反復吸引群では男子の94.7%、女子の79.3%が経験している。

## 2 有機溶剤乱用とその他の非行

### 1) 初発非行と吸引開始時期 (表8)

児童相談所が作成した入所時の調書から、非行

と認知された最も早い時期を初発非行の年齢とすると、初発非行の平均年齢は、男子が9.38歳、女子が11.30歳と男子の方が2年早い。初発非行と認定された時期から遅れて有機溶剤吸引が開始される場合が多く、全体の7割以上を占めている。初めて非行が認知された時期と有機溶剤乱用開始時期が重なり、非行の初期から吸引が指摘されている児童15名中12名が反復吸引群である。

(注) 児童相談所が介入した時点で有機溶剤吸引歴を把握される児童は極めて少ない。従って初

表9 有機溶剤吸引群と非吸引群にみられる非行内容(1) 単位は人：( )内は%

男子教護院 非行内容	非吸引群 N=9	使用群		反復吸引群 N=20	合計 N=47
		短期群 N=10	乱用群 N=8		
窃盗	9(100)	10(100)	8(100)	20(100)	47(100)
無免許運転	7(77.8)	9(90)	8(100)	19(95.0)	43(91.5)
家庭内暴力	7(77.8)	4(40)	5(62.5)	15(75.0)	31(66.0)
頻繁な無断欠席	9(100)	10(100)	8(100)	20(100)	47(100)
家出・外泊	5(55.6)	9(90.0)	8(100)	20(100)***	42(89.4)
性交渉	1(11.1)	4(40.0)	2(25.0)	11(55.0)*	18(38.3)
暴力行為	4(44.4)	5(50.0)	4(50.0)	11(55.0)	24(51.1)
放火・弄火	5(55.6)	2(20.0)	2(25.0)	2(10.0)	11(23.9)
器物破損	8(88.9)	5(50.0)	7(87.5)	20(100)**	40(85.1)
不純異性交遊	2(22.2)	2(20.0)	5(62.5)	19(95.0)	21(44.7)

\* :  $p < 0.1$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.005$  (3群の分布の偏りをカイ二乗検定にて検定した)

表9 有機溶剤吸引群と非吸引群にみられる非行内容(2)

女子教護院 非行内容	非吸引群 N=10	使用群 短期・乱用 N=8	反復吸引群 N=29	合計 N=47
窃盗	6(60.0)	7(87.5)	23(79.3)	36(76.6)
無免許運転	4(40.0)	7(87.5)	24(82.8)*	35(74.5)
家庭内暴力	1(10.0)	3(37.5)	16(57.1)*	20(43.5)
頻繁な無断欠席	7(70.0)	8(100)	29(100)**	44(93.6)
家出・外泊	8(80.0)	8(100)	29(100)*	42(89.4)
性交渉	6(60.0)	4(50.0)	17(58.6)	27(57.4)
暴力行為	0(0.0)	2(25.0)	13(44.8)*	15(31.9)
放火・弄火	0(0.0)	1(12.5)	2(6.9)	3(6.4)
器物破損	7(70.0)	7(87.5)	28(96.6)*	40(85.1)
不純異性交遊	8(80.0)	7(87.5)	26(89.7)	41(87.2)

\* :  $p < 0.1$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.005$  (3群の分布の偏りをカイ二乗検定にて検定した)

発非行で有機溶剤乱用を指摘される児童は、主な非行行為が有機溶剤吸引である事例が多い。

## 2) 有機溶剤吸引群と非吸引群にみられる非行内容(表9)

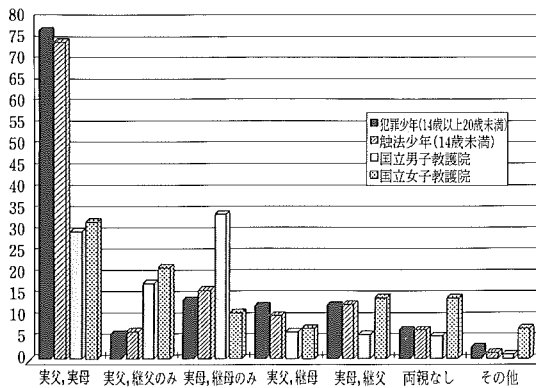
教護院児童の非行内容は、窃盗などの触法行為と家出・外泊などの虞犯であり、対象児童全般に頻度の高い項目は、男子では窃盗、頻繁な無断欠席が全員、家出・外泊、無免許運転、器物破損は

約9割を占める。女子では窃盗が76.6%で男子より少なく、不純異性交遊が約9割と高く、そのほかでは男子と同様の傾向がみられる。また、反復吸引群と他の群を比較すると、男女とも家出・外泊、器物破損が有意に高く、男子では性交渉、女子では家族内暴力や暴力行為など暴力傾向が認められる。

3. 入所児童の家族歴

1) 非行少年の家族状況 (図1)

少年非行全般と対象児童の家族状況の違いを見るために、平成3年度の警察庁の統計と国立男子教護院、女子教護院の統計をグラフに示した。平成3年度の統計では14歳以上20歳未満の犯罪少年は約15万人、14歳未満の触法少年は2万7千人であった。この数字は非行少年の総体と考えられ、その両親の状態を教護院入所児童と比較した。



「実父・実母」が揃っている家族は、触法・犯罪少年とも7割を越えているのに対して、教護院入所児童の家庭は男女とも約3割に留まる。

2) 対象児童の家族歴 (表10-1, 表10-2)

「家族からの暴力」は全体の7割を占め、親の「アルコール乱用」は半数にみられる。3群の分布の偏りについてカイ自乗検定を行ったところ、男女ともに薬物乱用に有意差がみられ、また男子では精神病、自殺者、家族からの暴力でも有意差がみられた。アルコール乱用は依存群でやや少ない傾向がみられた。

4. 有機溶剤吸引児童の入所後の経過 (表11)

今回調査の対象となった男子教護院の児童は、平成5年末までに全員退院している。そこで男子について入院中の状態の安定度を「無断外出」の時期と頻度から検討した。教護院は非行少年の収容にあたって開放的処遇に行なわれており、児童が精神面での安定に欠けたり攻撃的になった時に容易に逃げ出していく。これを「無断外出」と呼ぶ。児童の平均入所期間は1年6カ月であり、半年ずつ前・中・後期と3つの時期に期間を区切っ

表10-1 家族歴 (男子教護院)

家族内の問題	非吸引群 N = 8 <sup>1)</sup>	使用群 短期・乱用群 N = 18	反復吸引群 N = 20	合計 N = 46
アルコール乱用	5(62.5)	9(50.0)	9(45.0)	23(50.0)
薬物乱用	1(12.5)	1(5.6)*	7(35.0)*	9(19.6)
精神病	2(25.0)	0(0.0)**	6(30.0)**	8(17.8)
精神病質傾向者	3(37.5)	6(33.3)	10(50.0)	19(41.3)
犯罪者	2(25.0)	7(38.9)	8(26.7)	17(37.0)
自殺者	1(12.5)	0(0.0)**	6(30.0)	7(15.2)
父親の性的逸脱行動	3(37.5)	1(5.6)	4(20.0)	8(17.4)
母親の性的逸脱行動	1(12.5)	5(27.8)	6(30.0)	12(26.1)
父親との離別のみ	3(37.5)	11(61.1)***	5(25.0)***	19(41.3)
母親との離別のみ	2(25.0)	2(11.1)	7(35.0)	11(23.9)
両親との離別	0(0.0)	2(11.1)	2(10.0)	4(8.7)
家族からの暴力	7(87.5)	9(50.0)***	17(85.0)***	33(71.7)

\* : p<0.1, \*\* : p<0.05, \*\*\* : p<0.025

注 1) 非吸引群では1名の情報が入手できなかった。

てみると、児童が施設内での生活に慣れるまでの最初の半年間（前期）に「無断外出」が多い。大多数の児童は逃げ出しても保護され再び戻るが、無断外出中に非行を繰り返す教護院に戻らずに鑑別所から少年院に送られることもあり、この場合には「教護未達成」と言い、対象児童の12.8%がこのようなケースであり、全員が有機溶剤吸引歴をもつ児童であった。反対に非吸引群は全員が無事教護院を退院している。

#### IV. 考 察

今回調査を行った国立教護院は、児童福祉法に

基づく施設であり、児童相談所や家庭裁判所から送致された虞犯・触法少年が収容されている。少年院送致や保護観察処分となる少年と比較すると家庭の養育能力に問題のある事例が多い。従って調査対象として教護院における有機溶剤乱用児童の特徴を検討する場合に医療施設や学生生徒よりも劣悪な家庭環境に置かれることの多い非行少年の中でも、特にその傾向の強い集団であることを考慮しなければならない。この点に留意しながら、今回の調査結果から入所児童の有機溶剤乱用実態、他の非行行為との関係、家族状況、入所後の経過について若干の考察を加え、教護院入所児童にみられる有機溶剤乱用の特徴を述べることにする。

表10-2 家族歴（女子教護院）

家族内の問題	非吸引群 N=8 <sup>1)</sup>	使用群 短期・乱用群 N=18	反復吸引群 N=20	合計 N=46
アルコール乱用	6(60.0)	5(62.5)	14(50.0)	25(54.3)
薬物乱用	0(0.0)	4(50.0)	6(21.4)*	10(21.7)
精神病	1(10.0)	2(25.0)	4(14.3)	7(15.2)
精神病質傾向者	3(30.0)	3(37.5)	16(57.1)	22(47.8)
犯罪者	4(40.0)	2(25.0)	8(28.6)	14(30.4)
自殺者	0(0.0)	2(25.0)	1(3.6)	3(6.5)
父親の性的逸脱行動	2(20.0)	1(12.5)	5(17.9)	8(17.4)
母親の性的逸脱行動	2(20.0)	1(12.5)	6(21.4)	9(19.6)
父親との離別のみ	2(20.0)	3(37.5)	13(46.4)	19(41.3)
母親との離別のみ	2(30.0)	3(37.5)	3(10.7)	11(23.9)
両親との離別	0(0.0)	0(0.0)	3(10.7)	4(8.7)
家族からの暴力	5(50.0)	5(62.5)	20(71.4)	30(65.2)

\* :  $p < 0.1$

注 1) 反復吸引群では1名の情報が入手できなかった。

表11 入所後の経過（男子教護院）

単位は人：（ ）内は%

教 護 経 過	非吸引群 N=9	使用群		反復吸引群 N=20	合計 N=47
		短期群 N=10	乱用群 N=8		
無断外出（-）で教護達成	7(77.8)	3(30.0)	0(0.0)	6(30.0)	16(34.0)
入所前期に無断外出（+）で教護達成	2(22.2)	5(50.0)	6(75.0)	10(50.0)	23(48.9)
入所期間中絶えず無断外出（+）で教護達成	0(0.0)	1(0.0)	0(0.0)	1(5.0)	2(4.3)
教護未達成	0(0.0)	1(10.0)	2(25.0)	3(15.0)	6(12.8)

### 〈有機溶剤乱用の実態〉

有機溶剤乱用と非行や反社会的行動との関連は多くの論文で指摘されており、教護院入所児童の有機溶剤乱用については、かつて渡辺ら<sup>1)</sup>が昭和57年から61年までの5年間に国立男子教護院に入所した児童を対象として報告している。それによると昭和57年から61年までの5年間に入所した児童では、53.0%に有機溶剤吸引歴があり、その5年間では昭和59年の74.5%を最高として年ごとに減少しているという。今回同じ国立男子教護院と女子教護院の入所児童の調査結果では約80%の児童に吸引歴があり決して減少しておらず、むしろ増加傾向が示唆される。

調査の結果、吸引歴を持つ児童の中でも吸引様態にかなり差がみられ、医療施設を受診するほど吸引が長期化している事例は少ない。また学校生徒のように「遊び型」の事例はなく、吸引開始動機(表6-1)が示すように非行集団の中で始める事例が多く、単独吸引から始まっている児童も6名であった。また、吸引開始後早い時期に保護されて入所した児童も全体の15.9%にみられる。有機溶剤乱用児童の分類では回数・頻度・期間を考慮して行った。これは性格特性や吸引パターンをみると年齢的に性格が完成していないこと、さらに吸引期間が他の調査対象の母集団(例えば少年院送致や医療機関受診群)に比べて短いため長期的な薬物乱用状況が把握できないためである。教護院入所児童の多くは、「非行集団型」として把握される。劣悪な家庭環境にあって早い時期から非行・真犯を繰り返しており非行集団を家庭に代わって自分の居場所としており、その集団の中で有機溶剤乱用が始まる。分類した3群の特徴を述べることにする。

短期群：「体質的」に有機溶剤の酩酊状態に不快感を覚えたため1, 2回で吸引を中止する児童がこの群に数多く含まれている。また別の理由としては、非行集団の中で時に気晴らして吸引する程度であった児童が、児童相談所などの介入によって吸引が長期化する以前に保護されたために吸引期間が短くなったと推測される。

乱用群：非行集団の中で吸引し、主に仲間との交流のために吸引する児童が多いようである。吸

引期間が1, 2年にわたる児童が多く、吸引の常習化がみられるものの反復強迫的な吸引にはならない。

反復吸引群：すでに「非行集団型」から逸脱した吸引様態に移っている。ほとんど毎日吸引していた時期のある児童であり、吸引は強迫反復的と言い得る。特徴的なのは表6-2に示すように吸引反復の理由として「快感から」と答えるものが多い点も、他の2群と異なる点である。「快感から」とは、学校では疎外感を感じ、劣悪な家庭環境を逃れ仲間自分の悩みを語り、あるいは吸引しながら性交渉を持つなど、仲間との交流が「快感」になっていると推測される。非行内容でも「頻繁な無断欠席」「家出・外泊」「性交渉」がこの群に多くみられる項目である。また、吸引様態として「単独吸引の経験」のある児童が男子で90%以上、女子でも約80%にみられる。

有機溶剤乱用少年の「入り口」段階にあたる13歳前後の教護院児童において、非行集団の雰囲気の中で吸引し続けるものだけでなく、低年齢でありながら「快感から」吸引が強化され、非行集団の枠とは関係なく強迫反復的に吸引を続ける児童が大勢いることを指摘しておきたい。

### 〈他の非行行為との関係〉

少年非行全般と教護児童を比較すると後者のほうが初発年齢が低いと言われている。犯罪白書(平成5年度版)による初発非行年齢(初めて補導された時の年齢)は男子のピークが13歳、女子で14歳となっている。今回の調査結果でも男子教護児童では9.38歳、女子が11.30歳と教護児童の非行開始時期は早い。家庭介護能力がなく早い時期に非行が出現してしまうのであろう。表8の吸引群と初発非行の関係を検討すると、初発非行時に有機溶剤吸引が認知された事例では反復吸引群が多く、初発非行後に仲間と非行を繰り返す家庭で有機溶剤に出会うタイプとは異なる児童がこの群には含まれていると思われる。

速水<sup>2)</sup>は有機溶剤乱用と暴走行為に共通点のあることを指摘しているが、表9で見ると「無免許運転」が特に女子の反復吸引群で有意に高い。有機溶剤吸引が非行集団の連帯を強化し、集団でさらに非行行為を重ねていくことになる。また、

女子では「家庭内暴力」「暴力行為」「器物破損」依存群で有意に高く、攻撃意が有機溶剤によって高まった結果かも知れない。

#### 〈家族状況〉

有機溶剤乱用に家族の健全さや全般的影響や機能が関与することには、従来から指摘されてきた。教護児童の劣悪な家庭環境や仲間グループなど有機溶剤乱用児童の社会的背景についてはすでに報告<sup>3)</sup>しているので省略するが、今回の調査では有機溶剤乱用児童の家庭でのアルコール乱用は依存群で必ずしも有意に高くない結果が出た。永野<sup>4)</sup>は、精神科を受診した有機溶剤乱用等者の21.4%に親の世代でアルコール症が認められたと報告しているが、今回の調査では特にそのような傾向がみられなかった。これは母集団の違いによるものか、あるいは対象児童が親のアルコール乱用について理解不足によるものかも知れない。

#### 〈入所後の経過〉

ほんの数回で有機溶剤吸引をやめてしまった児童も、反復強迫的に吸引し続けた児童も、教護院入所後は学習、運動、作業を通して規則的な生活を送ることになる。今回の対象児童で後遺症を認めた事例は1例もなく、生活に何等支障を来すことはなかった。

表11の教護院での経過から、有機溶剤吸引のない児童が教護院での生活にも安定しやすく、吸引歴を持つ児童では問題行動を起こしやすいと思われる。実際有機溶剤を吸引するために一時的に教護院を逃げ出す児童もしばしばみられる。教護院で特に薬物について治療を行っておらず、退院後に再び吸引を初め補導されたり、少年院に送致される児童がかなりの数に上る。

教護院における有機溶剤乱用児童の特徴をまとめると、短期間で吸引を止めてしまう群、比較的長期間吸引するが反復強迫的にならず非行集団の中で「付き合い」的に吸引する群、反復強迫的吸引を行なう群の3群に分けられる。従来から指摘されていた非行集団の参加手段としての吸引だけで

なく、有機溶剤乱用の「入り口」段階にあると思われる低年齢の児童であるにもかかわらず、すでに強迫反復的に吸引し続けている児童がいること、劣悪な家庭環境から逃避し「快感を求めて」吸引する児童が多いこと、しかしながら教護院入所中はほとんど後遺症がみられなかったことなどを述べた。

#### V. おわりに

今まであまり報告されることのなかった児童福祉施設入所児童の有機溶剤乱用の特徴について、吸引様態、他の非行との関連、劣悪な家庭環境、教護院での経過について述べた。家族歴に見られるように「親からの暴力」は内容が児童虐待の身体的虐待に相当するものが多く、非行児でありなおかつ被虐待児である教護児童の適切な処遇のためにもさらに研究がなされなければならないと考えている。

#### 付記

なお本研究の一部は平成4年度厚生科学研究費の交付を受けたものです。

#### 文 献

- 1) 渡辺登・小松秀邦：不良行為少年の有機溶剤吸引 精神医学31; 487-494, 1989
- 2) 速水洋：有機溶剤乱用、犯罪・非行と人間社会、評論社、1982
- 3) 阿部恵一郎：児童福祉施設（教護院）における有機溶剤乱用少年の社会的背景に関する研究；構成科学研究費補助金、薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究、平成4年度報告書、1993
- 4) 永野潔：有機溶剤乱用者とその親世代にみられるアルコール症との関連についての研究、Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 27 (3), 297-312, 1992



## 【特集】

## 有機溶剤乱用者に対する病院の役割と地域に望まれる支援体制\*

平井 慎二<sup>1)</sup>

## I はじめに

過去には、有機溶剤乱用は非行であり司法的な対応をすべきだという捉え方のみに終わる傾向があった。精神医療に従事する者の一部には、現在もそのような考え方が根強く残っているようだ。しかし、一方では、有機溶剤を乱用する青少年の心の問題に焦点があてられ、種々のアプローチがなされ始め、有機溶剤乱用が精神医療の対象として考えられ始めてきた。厚生省依存性薬物情報研究班（班長加藤伸勝）の調査では、有機溶剤吸引に基づき精神病院に受診した者の報告数が急激に増加している（表1）。有機溶剤乱用者の家族や処遇にあたる関係者からも、医療機関が有機溶剤乱用者に対応することが期待され始めたのであろう。

では、はたして現在の精神医療が、有機溶剤乱用者に適切な対応が可能であろうか。精神医療は精神保健法に基づいており、精神病状態にない者を強制的に治療することは、おおむね不適切である。精神医療に関わることの出来る者は、自ら治療を求めて受診した者と、精神病状態にある等、強制入院治療を適用する要件を満たす者であることは、薬物乱用者についても変わりはない。自分の意志で有機溶剤の吸引をしている者に対して、精神保健法に基づく精神医療が直接出来ることは、自ずと限られて来る。

筆者が勤務する国立下総療養所は、わが国でも

数少ない薬物依存・中毒専門治療病棟を持ち、多くの有機溶剤乱用者の受診を受け入れ、種々の制約のある中で、医療機関としての対応をしてきた。この経験から、有機溶剤乱用者への対応は、本人だけを対象とした医療機関によるものだけでは不十分であることを痛感している。

有機溶剤乱用者に対する精神病院の役割と、地域において関係者が用意しておくべき乱用者と家族の回復を支える体制を論じる。

## II 初診時の有機溶剤乱用者と親の態度

有機溶剤乱用者と家族には、どのような経過がありどのような考え方を持って精神医療を訪れるか、典型例と思われるものをまず示す。

## 症例 21歳男性A

中学卒業後職業訓練校に進学したが、有機溶剤の吸引を始め、登校しなくなり、中退した。就職せず、親が月々の小遣いを与えていた。さらに親が、食事の用意、洗濯、掃除などのめんどうをみていた。Aは有機溶剤の吸引を続けており、有機溶剤の入手金がなくなると、衣服代や散髪代と偽って親に無心した。親は、金を与えると毎回本人からシンナー臭がするので、衣服や散髪のために与えた金が有機溶剤の入手金になることを知りつつ、万引をしたり警察沙汰になる事件を起こすことを恐れ、叱責しつつも子供に金を与え続けていた。ある日、Aが有機溶剤を吸引し、酩酊して、同じ団地に住む小学校6年の少女に後ろから抱きついた。少女の父親がAの家に抗議に行き、Aの両親は少女の父親に玄関で平謝りに謝った。少女の父親が帰った後、Aは両親にひどく叱責されたが、「女の子が犬を抱いていたので、僕も抱かして

<sup>1)</sup> 国立下総療養所精神科、昭和大学精神神経科特別研究生

Shinji Hirai: Department of Psychiatry, National Psychiatric Institute of Shimofusa.



表1 医療施設に受診した薬物乱用者の現在の主な乱用薬物の年度別推移状況

現在の乱用薬物	(厚生省依存性薬物情報研究班：班長 加藤伸勝)							
	1986年度 45施設*	1987年度 54施設	1988年度 74施設	1989年度 78施設	1990年度 100施設	1991年度 108施設	1992年度 116施設	1993年度 127施設
現在の乱用薬物								
規制薬物								
麻薬	0.0	0.2	0.2	0.2	0.5	0.3	0.2	0.0
						0.2	0.2	0.0
覚せい剤	68.9	57.9	54.4	44.5	43.7	36.8	39.8	36.6
大麻	0.0	0.5	0.9	1.5	1.7	2.0	0.8	2.2
有機溶剤	18.6	23.8	32.9	37.7	43.9	47.4	44.6	43.8
						0.0	0.2	0.2
						1.2	1.5	1.3
						3.3	3.6	2.0
医薬品	12.8	10.0	6.7	8.7	7.6	5.1	5.0	7.4
他の物質(殺虫剤・ガス類)	0.0	0.0	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4
規制薬品2剤以上	0.0	1.2	1.8	1.4	0.8	2.0	2.3	3.0
医薬品2剤以上	0.0	2.9	1.3	1.0	1.2	0.3	0.7	0.2
医薬品とその他の物質の組合せ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
その他の物質2剤以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
アルコール	0.0	2.2	1.6	2.0	0.2	1.1	0.8	1.7
不明	0.0	1.2	0.0	2.5	0.2	0.0	0.2	0.9
報告症例数	86例	411例	550例	589例	643例	641例	605例	541例

(表中の数値は最下欄の各年度の報告症例数に対する百分率を表している)

\*協力施設数 \*\*一部の向精神薬が規制薬となる等の法改正があり、1991年度から研究班の薬物コードも変更された。

貰おうと思ったただけだよ」と言うのみであった。Aを入院させないと団地にいられないと考えた両親は、Aに受診を強要し、初診となった。診察室でも、両親の叱責と、まるで責任を感じていないAの会話は、虚しく繰り返された。よくよく聞くと、Aの両親が少女の父親に謝っている時、Aは家の奥でテレビを見ており、少女の父親が来たのさえ知らなかったという。有機溶剤の吸引に全く問題を感じていないAは、「吸引はやめようと思えば、いつでもやめられる」のように言い、両親に強制的に受診させられたことに憤慨していた。

症例のように、多くの親は、有機溶剤を乱用する子供が大変なことになるようにと、本人を差し置いて謝罪するなどの子供のしりぬぐいをしたり、万引をさせないために金を与えるなどの転ばぬ先の杖を差しだし、本来は子供が取る責任を身代りする。初診時には、すでに本人の対応に親は疲れはてており、時には本人に回復してほしいという前向きの姿勢より怒りの感情を前面に出し、半ば本人の回復をあきらめ、本人の意志に関わりなく、ただ一時しのぎに入院を望んだりするだけのことが多い。

精神病でない例には、強制的な入院を適用することは違法であることを説明し、親の対応を正しく変える必要性和そのための継続相談を指導しても、十分な理解を得ることは少ない。中には入院出来ないことに愕然とし、医師と親の立場の違いをあげ、医師の意見が誤りであると主張する者もいる。初診時に親の対応を変える必要性を理解した者でも、その後行動に移すことはなかなか困難であった。

乱用者本人は、親から叱責されながらも別の名目で与えられた金を有機溶剤の入手にあて、さらに親は衣食住を保証してくれるので、有機溶剤の吸引を続ける生活に全く困っていないことが多い。有機溶剤の吸引をやめなければならないと指導されることを不思議であると捉える者さえいる。多くの乱用者は、有機溶剤吸引を問題と考えていないようである。

親は、子供の有機溶剤を吸引する生活を支えてきたのであるが対応のまずさを省みることができ

ず、乱用者自身は有機溶剤廃用の動機付けがなされていらないのが、典型例である。ケースにより程度の差はあるが、同様の色彩は帯びている。

### III 受診の継続性から考える精神病院の役割

前記した例に代表される有機溶剤乱用者が初診となった後、どの程度医療と関わりを持つか調査した。

ここで対象とする有機溶剤乱用者が初診した時期には、薬物依存・中毒専門治療病棟を担当していた医師2名が、有機溶剤乱用者の殆どを診察し、だいたい同様の対応をしていた。初診では、薬物乱用歴、生活歴、家族との関係について、時間をかけ詳細に聴取し、必要な者には入院治療や薬物治療を始めた。また、親には本人の薬物乱用を支えるような行動を取らないように指導することにも時間を裂いた。入院とならなかった者とその家族には通院し相談を継続するように指導した。

1989年4月から1990年9月までの1年半に有機溶剤乱用に基づき国立下総療養所に初診した者は108人であった。これらを対象とし、初診後3年から4年半経過した1993年10月1日までに受診した回数をカルテから調べた。患者の初診を第1回と数え、その後は本人を伴わない家族だけの受診でも回数に加えた。これらの患者を、有機溶剤の吸引から24時間以上経ても幻覚・妄想や興奮等の精神病症状を遷延させるまでに至った者（以下精神病群と呼ぶ）と、有機溶剤の吸引中には幻覚・妄想を体験することがあっても吸引を中止すると速やかに精神病症状は消滅する乱用・依存のみの者（以下単純乱用群と呼ぶ）に分けた。初診時には乱用・依存のみであったがその後精神病状態を遷延させるに至った者は精神病群に分類した。精神病群は30名、単純乱用群は78名であった。

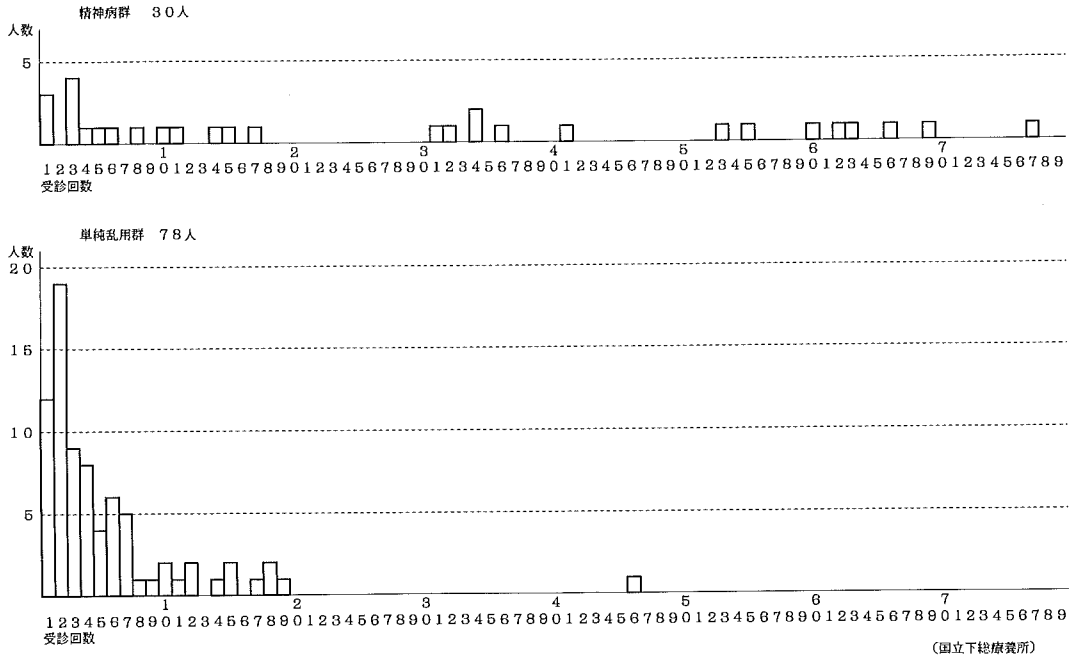
精神病群30名の受診回数を表2の上側に示す。受診回数が20回以下の者が16人(53.3%)、21回から40回の者が5人(16.6%)、41回から60回の者が4人(13.3%)、61回から80回の者が5人(16.6%)である。現在も数名が3年以上前から外来や入院治療を継続して受けている。

単純乱用群78名の受診回数を図の下側に示す。

表2

有機溶剤乱用者の受診回数

対象 平成元年4月1日から平成2年9月30日の初診患者108人  
調査時期 平成5年9月30日



(国立下総療養所)

初診のみでその後は通院しない者が12名(15.4%)、初診を含め2回のみ受診した者が19名(24.4%)、3回受診した者が9名(11.5%)である。3回目までの合計は40名となり、乱用群78名の51.3%となる。最多の46回受診した者は、乱用者自身の受診は17回であり、19回は母のみの受診であった。

精神病群に属する者の受診回数は広汎であり、単純乱用群の者のそれは数回に限られている傾向が強いという結果が読み取れる。

精神病群の受診に比較的継続性があるのは、彼らは不眠や幻聴等に悩まされ、それらの不快な症状の改善には精神科薬の服用が必要であるからであろう。従って、精神病院は精神病症状を持つ者には、有効であり必要である。

単純乱用群に属する者は、吸引時には酩酊し快感を得ており、吸引をやめれば精神変調はなく、本人は困ることがない。吸引に原因する悪い結果に直面するまでは、通院への動機付けは困難であるため、医療への受診が継続されていないのである。表2の調査期間中に早期から担当医らは、精

神病群は治療が継続され単純乱用群は治療が継続され難いという傾向に気付いていた。このため、初診時に精神病症状を持たない例には、時間と労力をかけ指導に当たったのであるが、数回の受診で通院しなくなる者が圧倒的に多かったのである。また数回の医師との面接で、依存という問題が解決されるとは思えない。従って、現在の精神保健法の範囲内では精神病症状の遷延を持たず依存乱用が問題である者に対して、精神病院は十分効果を発揮することは困難であり、多くの場合治療は不成功に終わると考えられる。

しかし、単純乱用群の中にも、自ら入院を望み、任意入院により強迫吸引状態から回復した者もいた。このような例には、有機溶剤からの一時的隔離という役割において精神病院は有効である。

これらより、必要性と有効性を検討すると、精神病院の役割は主に、遷延性の精神病症状を有する者の診断と治療と、強迫吸引から脱慣するため自ら入院治療を望む者の有機溶剤からの一時的隔離の2つであると考えられる。

#### IV 有機溶剤乱用者に精神病院への受診を薦める関係者の問題

前記の受診回数の調査の対象となった108名は、表3に示す機関から国立下総療養所の存在を教えられ受診してきた。中には紹介状を持つ者や、前もって係属した施設から連絡があった者がわずかにいた。

多くの専門家が指摘しているように、薬物依存から回復するためには周囲の者が乱用者に適切な対応をすることが重要である。乱用者本人が薬物廃用の動機づけをされるためには、家族が乱用者の薬物乱用を支える行動をやめなければならない。多くの有機溶剤乱用例において、親を対象とした指導は乱用者本人を対象とした指導より効果的である。

しかし、病院は患者本人を対象に治療に当たって来た歴史がある。他の機関から病院へ本人が受診することを薦められた場合は、問題を持つのは有機溶剤を乱用している本人であるという家族の考え方はなんら矯正されないばかりか、強化されることにさえなる。一部の精神病院や保健所・精神保健センターでは、有機溶剤乱用についての相談があったり、対応に困窮すると、有機溶剤乱用者の診療に当たる国立下総療養所の存在を教え、

紹介状もなく患者を向けることが少なくなかった。精神保健・精神医療に携わる機関から受診を薦められた場合は、家族は今度こそ乱用者本人が効果的な治療を受けられるのだろうという期待を持ってしまふのである。このために、家族は乱用者への対応を正しく変化させる必要を理解することがきわめて困難な状態で、国立下総療養所を受診していたのであろう。国立下総療養所への患者の受診を薦める関係者について、診察した患者と家族から推測された一つめの問題は、有機溶剤乱用者に対応する多くの関係者が有機溶剤依存に関する知識が乏しく、働きかけの対象は主に有機溶剤乱用者本人として対応しており、家族への指導が疎かということである。

また、薬物乱用者の回復とは、他者との関係において信頼を増してゆくことでもある。信頼を得る行動パターンは、ごまかしの効かない状況で最も効率よく訓練されるため、乱用者の成長を知る同一の者により指導をうけることが適切である。初めて相談に訪れた者には依存者であるからには薬物を使用してしまうのが当たり前という考えを持って対応し、その後種々の治療法で接近して行くのが、人間的な自然な治療の過程であり、多くの場合この流れであろう。従って、治療者が代わって新しくなると、それまでの治療者との間に築いてきた信頼を守るための行動を取る必要はなくなり、新たに乱用者と治療者の間で仕切り直しがされ、乱用者の成長が後退したところから再び出発することが起こり得る。つまり、治療者が代わることは、十分な情報の伝達がないと、薬物乱用者の回復を遅らせることになりえる。保健・医療関係以外の機関から受診を薦められて訪れた受診者と家族の一部は、いそれまで相談を継続した来た担当者からの受診の指導をあたかも法的な命令であるかのように捉え、診察の場面では他人任せの態度で、乱用者本人も家族も医療を求めている。守秘義務の問題があるのか、紹介状等を持つこともなく、乱用者本人の経過や司法的な処遇の状況は、本人と家族からの情報のみにより、不明確である。さらに、受診を薦めた者の意図が不明である。このように二つめの問題は、有機溶剤乱用者への対応は連続したものであることが望ましいが、

表3 受診経路

紹介施設	人数(人)	百分率
学校	18	( 16.7)
児童相談所	1	( 0.9)
青少年センター	7	( 6.5)
一般病院	4	( 3.7)
保健所・精神保健センター	7	( 6.5)
精神病院・病院精神科	23	( 21.3)
救急隊	1	( 0.9)
警察署と保健所	3	( 2.8)
警察署	12	( 11.1)
ヤングテレフォン相談室	5	( 4.6)
保護観察所	5	( 4.6)
福祉事務所	2	( 1.9)
その他(当所職員等)	13	( 12.0)
家族の依頼	7	( 6.5)
合計	108人	(100.0)

国立下総療養所 1989年4月～1990年9月

各種の機関間で連携を持って対応する姿勢がないことである。これは有機溶剤乱用者の回復を支援する上で、ちぐはぐな対応をすることにつながり効率が悪い。

V 千葉県精神保健センターでの試み

親への指導を精神病院がすると仮定した場合、現在の医療法では、本人が初診をしていない者の家族に精神病院が相談に応じることは規定されておらず、医療経済の面で問題がある。また、病院という性質から、治療対象が本人であるという考え方を、受診者は捨てることはどうしても困難なようであり、親の対応を適切に変化させるという理解を妨げるのである。さらに、地域で有機溶剤乱用者に対応する保健医療以外の機関との協力関係を設立するためには、1個の精神医療施設からの呼掛けだけでは効果は少ないと思われた。これらの問題に対して、筆者が嘱託医として勤務する千葉県精神保健センターにおいて実施している試みを紹介する。

1. 千葉県精神保健センターでのサービス

精神保健センターでは、有機溶剤乱用問題に対して関わる対象を、乱用者自身でなく、主にその家族として取り組んで来た<sup>1)</sup>。そのサービスの内容は表4に示すように、直接には継続的個別相談と「家族教室」、「家族会」を持ち、また、本人に対して精神医療が必要となった場合を考えて、入院病棟を持つ医療機関と緊密な関係を結んでいる。

1) 継続個別相談

平成3年1月から有機溶剤乱用者を家族に持つ者を対象に行っている。精神保健センターへの初回のコンタクトは主に電話で行なわれ、有機溶剤に関する相談に対しては、本人でなく家族を対象に面接指導に当たれることを伝え、インテークに結びつける。関わり始めたばかりのケースには、2～4週間に1度程度であるが、状況が改善し落ち着いてきたケースでは6～8週間に1度程度の頻度で、1回約50分の面接が予定され相談指導を行う。なお、県精神保健センターでの相談は無料で当たっている。吸引歴、病状、生活環境や家族のそれまでの対応について詳細な情報を得ながら、家族の対応を適切なものに変化させることにより、乱用者本人が有機溶剤乱用からの回復を促進するように指導する。合わせて、依存に関する書物<sup>2)3)4)</sup>を紹介し、家族が能動的に学習していることも確認する。

家族が乱用者への対応を適切なものに変化させると、乱用者が回復する過程では種々の問題行動が現れてくることがある。その時々、職員が家族と話し合い、対応の方法を考える。

2) 「家族教室」

この集まりは、平成4年6月から、毎月1回第1水曜日に午後1時から2時30分まで開催している。有機溶剤乱用者を家族に持ち、参加を希望する者なら誰でも受け入れることを方針とした。

家族に望まれる乱用者の回復を妨げない対応についての基本的、具体的な知識を修得することを目的にしている。専門家の講義があり、それに続き参加者からの質問に対して講師が回答する。「家族教室」開催のたびにアンケート用紙を配布し、

表4 千葉県精神保健センターにおける有機溶剤乱用者を持つ家族に対するサービス

継続的個別相談……………	乱用者の変化に応じた家族への助言 嘱託医もしくは精神保健相談員による
家族教室……………	知識・情報提供 他の医療機関に係属する者の家族も参加が可能 有機溶剤乱用者に関わる専門職員の参加が可能
家族会……………	自助・相互教育 他の医療機関に係属する者の家族も参加が可能
精神医療施設の紹介………	個別相談例に診療が必要になった場合のため 入院病棟を持つ精神医療施設との緊密な関係の保持

講義に対する意見、家庭内の変化について参加者に記入してもらい、講義内容や開催方法の改善の参考にしている。

講師は、警察防犯課職員、薬物依存中毒専門治療病棟担当医師、同病棟看護長、精神保健相談員、保護観察官、乱用者本人の自助グループのメンバー、乱用者の家族の自助グループのメンバー等がなり、種々の立場からの知識、考え方が紹介される。また、薬物乱用からの回復の活動について社会資源や講演会等の集まりを紹介しており、幅広い情報が与えられる。

取締りや法務省に属する関係者を講師とするのは、その分野の社会資源の機能や有効性を乱用者の家族に知ってもらい、必要な時には利用することが効果的であることの理解を得るためである。有機溶剤乱用は、種々の分野に跨る問題を有するので、各分野から講師を招くことは極めて重要であると考えている。

当初は、乱用者の家族だけを聴講者として受け入れていた。しかし、家族が精神保健相談員を伴って参加したのを最初に、現在では種々の専門家が聴講者として参加している。

講義内容は6回(半年)を1周期として組まれており、講義内容と講師を記した案内状が作成される。現在の参加者には参加時に、過去には参加したが現在は足が遠のいている家族には郵送で案内状を配布している。

### 3) 「家族会」

「家族教室」が開始されたのは平成4年6月であり、この同じ月から第3水曜日に「家族会」を、午後1時から2時30分まで開催している。「家族教室」で基本的な知識を修得し、「家族会」で、知識を実行に移せるようにすることが狙いであり、互いに補完的であり相乗効果があるように設定した。この「家族教室」も有機溶剤乱用者を家族に持ち、参加を希望する者なら誰でも受け入れることを方針とした。

この集まりでは、家族が乱用者との関係で自分が体験したことや感じたことを発表しあう。他の家族の失敗談やうまく行った話を聞くことによって、乱用者に対する自分の誤った対応に気づいたり、正しい対応が効果的であることを実感し、知

識を実行に移せるようにすることを目的としている。現在は職員(精神保健相談員)が司会を勤め、1人10分程度の体験発表を一巡させ、討論しない形式をとっており、質問と回答は認めていない。

参加を希望する者には「家族会」の趣旨と会の場で家族に望まれること(専門家の指導や本で学んだことでなく、自分の体験を話すこと。他人の指導や批判をしないこと。他人のプライバシーは他には漏らさないこと。)を職員から説明した後に参加してもらっている。

### 4) 入院可能な医療期間との緊密な関係

有機溶剤は精神病状態を引き起こす可能性のある依存性薬物である。このため、家族に対する指導のみでは、有機溶剤乱用問題に対する体制は不備である。乱用者本人が精神病状態に陥った場合に対応できるよう、入院病棟を持つ近隣の医療関係と緊密な関係を保っている。個別相談に当たっているケースが精神病状態に陥ったことが疑われる場合は、本人の診断治療が医療機関によって潤滑に受け入れられるよう嘱託医を通じて進められる。

## 2. 地域における千葉県精神保健センターのサービスの位置づけ

前記のように、千葉県精神保健センターが中心となって、家族への相談から乱用者本人の診断治療までの体制を成立させた。しかし、個別相談を望む地域の有機溶剤乱用者の家族全員に対応することは不可能である。また、地域に発生した有機溶剤精神病患者全員を、精神保健センターが緊密な関係を保っている医療施設で受け入れることもできない。このため、図1に示すように「家族教室」と「家族会」はオープンなものとし、他の機関に継続してケースは、その機関で診療や個別相談を継続しながら、家族が千葉県精神保健センターの「家族教室」「家族会」に参加できることとした。「家族教室」「家族会」に参加している者の中でいずれの機関にも個別相談を受けていない者については、千葉県精神保健センターの個別相談を受けるよう奨めている。

### 3. 精神保健センターにおけるサービスによる継続性

千葉県精神保健センターにおける継続個別相談、家族教室、家族会は現在（平成6年4月）も継続している。

平成4年6月から平成6年3月までの、家族教室と家族会の開催回数は、両者とも22回を数える。この間の教室への参加実人数は102名であり、延べ人数366名、1回平均参加人数は16.5人である。家族会への参加実人数は53名であり、参加延べ人数は223名、1回平均参加人数は10.1人である。

継続個別相談については、平成3年1月から平成5年10月までにインテークしたケースは17例であり、これらの平成6年10月末までの相談回数の平均は9.9回となっている。前出の表3の国立下総療養所における単純乱用群の受診回数の平均は5.6回である。両者の調査期間に違いがあり、継続回数の差は単純に比較できるものではないが、センターにおける相談の方が継続性は高いと思われる。この差には、センターにおける面接が予約制であり、他方は通常の順番制であるという要素も影響しているであろう。しかし、実際に面接して最も強く感じた、病院での診察との違いは、精神保健センターのほとんどの相談例で、家族自身が変わることによって乱用者の回復を促進するという理論を容易に受け入れることである。これは初回の電話による精神保健センターとのコンタクトの段階で、相談の対象は本人でなく家族であると伝えており、また他機関から紹介される場合にもその機関が、精神保健センターは有機溶剤乱用者の家族を対象にしていることを伝えており、家

族自身が対応法を学ぼうという姿勢を既に持っているためであると考えられる。

## VI 地域に望まれる支援体制

有機溶剤乱用者を家族に持つ者の中には、どのような対応をしたら良いのか、どこに相談にいけば良いのか全く分からず、途方に暮れている者がまだまだ多くいるであろう。有機溶剤を乱用するわが子を親が殺してしまった事件もつい最近起こった。この親が適切な指導に出会い、乱用者への対応の方法を知る機会があったなら、悲惨な事件は未然に防げたのではないかと残念に思われる。

家族への指導と知識提供の場は、まず誰もが比較的訪れやすくさらに地域の精神保健に責任を負う精神保健センターや保健所によって設定されるべきである。その後は、可能な限り複数の関係機関の協力を得ることが不可欠である。なぜなら、有機溶剤乱用はそれ自体が違法であり、他の非行ともつながりやすく、依存の問題を引き起こし、乱用する者は若年者が主であり学生が多く含まれ、司法、教育、保健、医療等多くの分野に跨る問題を抱えているからである。乱用者やその家族の対応に携わる一つの分野の関係者が、他の分野の機関に対応可能なところを知らないために、自らの機関が対応しきれない例に対して適切な助言が来ず、相談に来た親に絶望感を与える場合があるのである。

千葉県精神保健センターでの活動における経験であるが、多種の専門家が参加する家族への知識提供の場を中心に各専門家間の疎通が良好となり、互いの機能を理解し合え始めた。困難な例への対応については、守秘義務の問題を親の協力を得ることにより解決し、各機関間が連携をとり効果的に対応できるようにもなった。

このように困難例の対応をも容易にすることにつながり、広くは乱用者本人に対して親が早期の治療的対応をすることを可能にする、親を対象にした各種機関の協力による知識提供の場が設定され、その存在が知られることが重要である。

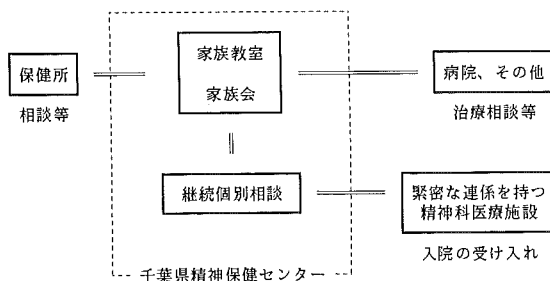


図1 千葉県精神保健センターの家族教室、家族会、個別相談の位置付け

文 献

- 1) 平井慎二, 野村正剛: 精神保健センターにおける有機溶剤乱用者の家族のための「家族教室」 「家族会」が発足するまで. アルコール依存とアドレクションVol. 9 No. 4, 1992年
- 2) 齊藤学: 嗜癖行動と家族 有斐閣 1984年
- 3) 齊藤学: アルコール依存症に関する12章 有斐閣 1986年
- 4) 小沼杏坪, 和田 清, 永野 潔, 平井慎二, 伊豫雅臣, 笠原麻里, 中村真一: コカイン 星和書店 1991年





## 【特集】

## 慢性有機溶剤乱用による脳障害\*

山内 直人<sup>1)</sup> 岡田 真一<sup>1)</sup> 児玉 和宏<sup>1)</sup> 坂本 忠<sup>1)</sup>  
 関根 博<sup>1)</sup> 佐藤 甫夫<sup>1)</sup> 平井 慎二<sup>2)</sup>

## I. はじめに

警視庁薬物対策課による調査では、平成4年度に検挙された薬物事犯約38,000人のうち、約21,000人(55.4%)が有機溶剤事犯であり、このうち80%以上が未成年であった。WadaとFukuiは、一般の中学生5,240人を対象に調査を行い、1.5%がシンナー吸引を経験していたと報告している<sup>50)</sup>。多くの若者が、友達からの誘いで、あるいは単に興味から有機溶剤の吸引を開始する。吸引中はいやなことを忘れられる、という現実からの逃避を求めて依存へと陥って行く例が多い。薬物依存の治療は困難であり、いかに新たな依存症者の発生を防止するかは重大な課題である。法的取締りの強化、家族のための各種相談機関の充実などとともに、有機溶剤の身体への影響を情報として伝えることは、使用前あるいは機会使用の段階で重要な意義を有すると考えられる。

有機溶剤の主作用は中枢抑制すなわち麻酔作用

で、有機溶剤乱用は麻酔過程初期に現れる興奮期、すなわち酩酊状態を享樂する行為である<sup>51)</sup>。また、緩和ではあるが催幻覚作用も有する事が知られている。中枢抑制作用は強力で、田所ら<sup>50)</sup>によれば、2ℓの容器に市販のシンナーわずか0.1mlを注入しマウスの様子を観察すると、初めマウスは不安状態を示し激しく動きまわりますが、間もなく失調歩行が生じ、よろめき横たわり、ついには呼吸困難がおこり死亡する。この全経過が、30分以内に終了するという。人においても、シンナー吸引中の死亡事故には、もうろう状態や幻覚による転落等の事故、自殺などとともに、呼吸中枢の抑制による窒息が多いと言われている。

この急性毒性の他に、慢性的な吸引による貧血、肝障害、腎障害、発癌性などが知られている<sup>45)</sup>。有機溶剤はすべて脂溶性であり、脂質に富んだ神経系には特に親和性が高いことから、慢性的な吸引によって、末梢神経、中枢神経に様々な障害を与える。近年、神経系の様々な診断技術の進歩により、これらの障害が徐々に明かにされている。本稿では、慢性的な有機溶剤乱用による精神神経症状と、その基盤となる中枢神経系の障害に関する研究を紹介する。

## II. 有機溶剤による神経症状

有機溶剤による酩酊時には、運動失調によりふらつきや歩行障害が生じるが、慢性的な吸引によって吸引時以外にも手足のふるえ、歩行困難、呂律が回らない、目のかすみ、色が分からないなどの持続的な神経症状が生じるようになることが知られている。有機溶剤による持続的な神経症状を初めて報告したのはGrabski(1961)である。彼

\*Brain Damage caused by Chronic Solvent Abuse

<sup>1)</sup> 千葉大学医学部神経精神医学教室  
 (〒260 千葉市中央区亥鼻1-8-1千葉大学附属病院精神科神経科)

Naoto Yamanouchi, Shin-ichi Okada, Kazuhiro Kodama, Tadashi Sakamoto, Hiroshi Sekine, Toshio Sato: Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Chiba University

<sup>2)</sup> 国立下総療養所精神科  
 Shinji Hirai: Department of Psychiatry, National Psychiatric Institute of Shimofusa

は、動揺性歩行、手足特に手に強い企図振戦、上肢の変換運動障害などの症状を呈した症例を記載し、小脳の変性を原因と考えた<sup>14)</sup>。KnoxとNelson (1966)は、失調、振戦、協調運動障害、口とがらし反射、バビンスキー徴候、感情の爆発性を呈した症例を報告した。彼らは、気脳写で、第四脳室を除く脳室系の拡大と前頭葉に強い脳溝の開大を認めたが、小脳の萎縮は認められなかったことから、これらの症状は皮質橋路系および皮質脊髄路系の障害によると考えた<sup>24)</sup>。以後の報告から持続性神経症状を整理すると、上下肢の運動失調、上肢の動作時の振戦などの小脳系あるいは錐体外路系症状、腱反射亢進、バビンスキー徴候などの錐体路系症状、四肢末端部の感覚障害、運動障害など末梢神経炎症状、さらに、嗅覚脱出、視力低下、聴力低下、三叉神経障害などの脳神経症状となる。それぞれの症状の頻度に関しては、Hormesらが、2年以上の吸引歴を有する20例の神経症状を、急性効果を除外するために4週間以上の休止期間の後に調べたところ、13例に神経学的異常を認め、内訳は、錐体路症状が50%、小脳症状が45%、脳幹および脳神経症状が25%であった<sup>19)</sup>。

上肢の失調、小脳症状、企図振戦などと記載されてきた上肢の運動異常に関しては、症候学的に、1)測定障害、協調運動障害などの失調症状、2)運動企図時の振戦、3)反抗運動(運動が目的に近づこうとするととき生じる、反対方向の弾きとばされるような運動)の要素を含むさらに激しい運動障害、すなわち随意運動時過動(hyperkinésie volitionnelle)に分けることができ、これらを区別して記載する必要がある。随意運動時過動は従来の英米圏の報告では企図振戦とされていた可能性があるが、指一指試験を行ったとき、フェンシングの剣のように指先が動く決闘者徴候や、運動を補助したときさらに運動障害が増すこと(Fromentの随伴運動試験)などによりこれと区別することが可能である<sup>17)</sup>。

### III. 有機溶剤による精神症状

シンナー吸引時の精神症状については、竹山<sup>53)</sup>が、100例の有機溶剤乱用者の調査を行った結果に

よると、シンナー吸引時には、発揚、多幸福感、誇大感、焦燥感、易刺激性などの情動変化と、知覚の変容が自覚される事が多い。知覚の変容には、外界知覚の変容として、物の変形、変色、運動、身体知覚の異常として、体の浮遊感、沈み込み感、しびれ感、温感などがあげられる。また、サイケデリックな色彩模様の幻視や、夢想症がおこる。夢想症は、自分が空想する風景が目の前に開けて、自分も能動的にその中に加わることができる体験である。

歴史的には、1966年、Glaser<sup>13)</sup>が物質吸引による精神病(Inhalation Psychosis)の総説を書いている。彼はこの中で、「ガソリンや接着剤によるInhalation Psychosisの少なくとも一部は、吸引中に脳波に徐波化が認められることから、LSD-25などで生じる精神病とはちがひ、せん妄である」とした。これは、吸引時の、すなわち急性中毒症状としての幻覚妄想状態に関する記載と考えられる。しかし、現在では、有機溶剤には緩和ではあるがLSDなどに類似した催幻覚作用があると考えられており、また、有機溶剤の吸引を続けていると吸引時以外にも持続する幻覚妄想が出現するようになることが知られている。前述の竹山は、幻覚症は稀であるとしたが、近年の福井ら(1989)による調査では、慢性中毒症状としての幻覚妄想は、吸引期間が3年を越すと発現しやすくなり、乱用の長期化が目立つ現在では稀でなくなっている<sup>12)</sup>。しかし、これらの催幻覚作用、持続性の精神病状態の生物学的基盤は未だ明らかにされていない。また、他の催幻覚薬と同様フラッシュバック現象が起こるとされているが<sup>38)35)</sup>、報告例はいずれも中止後一週間以内に幻覚妄想を呈した症例であり、これが覚醒剤精神病のように脳の持続的変化を基盤に有するの否かは不明である。

これらの幻覚妄想以外に、有機溶剤の慢性的吸引により動因喪失症候群(amotivational syndrome)、すなわち、無気力、怠学、怠業、無為な生活態度などが生じ、また一方では、抑制欠如が見られて衝動的になるなどの人格障害、および不関症(apathic syndrome)を中心とする感情障害を呈することが知られている<sup>39)</sup>。amotivational syndromeは、当初、多量の大麻(マリファナ、ハ

シシュ)を使用した後に慢性的に生じる判断力、集中力、記憶力の障害を伴う無関心、不活発、無気力<sup>54)</sup>をさして用いられた。この語に関しては、1968年のマリファナに関するMcGlothlinの総説<sup>33)</sup>の中に、すでに“性格変化、特にamotivational syndromeと呼ばれてきた変化を起こすことに関心が持たれている”との記載がある。マリファナ大量使用によるこの状態は、吸引を中止すれば徐々に消褪するが、24ヶ月という長期間存在することもある<sup>32)</sup>という。amotivational syndromeの成因に関しては、前述のMcGlothlinの総説で、“元来の性格傾向と薬剤の使用の効果を区別した試みはない”とされているように、元来の性格傾向であるとする説、薬物による中枢神経症状であるとする説、さらには、離脱症状が遷延化したものとする説、不適応による疾病逃避説などがある。Kolansky<sup>26)</sup>は、心理学的な素質にかかわらず均一な症状を呈することから、中枢神経系の生化学的あるいは構造的な変化が関連しているとした。Kupfer<sup>29)</sup>は、マリファナ大量群と少量群を比較した結果、多量の使用は抑うつに關係しており、動機の障害は薬剤による効果より抑うつの現れであると考えた。

有機溶剤によるamotivational syndromeの症状はマリファナについて記載されたものとほぼ同様であり、成因に関しても上記の種々の可能性を有していると思われるが、現在のところ統一見解は得られていない。我々の経験では、不活発で茫乎とした状態は入院後数カ月で徐々に改善していく例が多いが、退院した後、就労を持続してゆくのは困難な例が多く、amotivational syndromeと呼ばれてきたものには、離脱後数カ月の症状とそれに連続したより慢性期の症状の要素が含まれており、両者の成因を同一に論じることが出来ないと思われる。自責感、悲哀感の乏しさから、抑うつととらえることには反対したい。

#### IV. 脳の形態学的研究

##### 1. X線CT

慢性的な有機溶剤の乱用により、脳の萎縮をきたすことは、上述のように60年代の気脳写の時代

から知られていた。80年代前半にはX線CTにより、大脳皮質の萎縮、脳室の拡大、小脳萎縮、脳幹萎縮が報告された<sup>47)34)30)19)</sup>。萎縮と臨床症状に関しては、萎縮を呈した症例は10年以上の吸引期間を有していたとする報告<sup>47)</sup>、萎縮と神経症状や神経心理検査成績、特に小脳の異常と振戦や失調の関連を認めたとする報告<sup>10)</sup>がある。

##### 2. MRI

Rosenbergら(1988)は、1年以上の吸引期間を有する11例の慢性乱用者(トルエンを含んだスプレーペイント)を調べ4例に神経症状を認め、うち3例にMRI(0.35 Tesla)で、1)広汎な大脳、小脳、脳幹の萎縮、2) mildly T2 weighted imageで中枢神経全般の白質・灰白質のコントラストの消失、3) T2強調像で脳室周囲白質の信号強度増加などの所見を報告した<sup>43)</sup>。

わが国でも近年、有機溶剤乱用により神経症状を呈し、MRI異常が認められた症例が相次いで報告された<sup>36)40)11)49)48)16)25)</sup>。我々は5例の白質異常を含む16例の経験から、MRI所見を以下のようにまとめた。(図参照) a) T2強調像、プロトン密度像での、側脳室周囲、半卵円中心を中心とする大脳深部白質、内包後脚、橋腹側部、中小脳脚およびこれに続く小脳の白質の高信号域、b) T2強調像およびプロトン密度像における視床の低信号、c) プロトン密度像での、白質・灰白質のコントラストの消失、d) 大脳皮質の萎縮、脳室の拡大、小脳萎縮、e) 脳梁の菲薄化。

白質の異常所見がいかなる病変を反映しているかに関しては、参考となる有機溶剤乱用者の剖検例が少ないことから、推測の域を出ないのが現状である。少ない剖検例のうち、EscobarとAruffo<sup>9)</sup>の症例では、大脳白質、小脳のPurkinje細胞、脊髄、末梢神経の神経線維軸索の断裂や髄鞘の空胞化が、新井ら<sup>1)</sup>の症例では、大脳白質、大脳脚、橋底部、中小脳脚、小脳白質に両側広範性脱髄が認められた。Rosenbergら<sup>43)</sup>の症例では、脳室周囲、小脳半球、虫部の白質のミエリン染色性の低下を認めるが、明らかな脱髄や神経細胞脱落は認められなかった。これらのことから、MRIの白質異常所見は、脱髄を代表とする髄鞘の変化を反映する

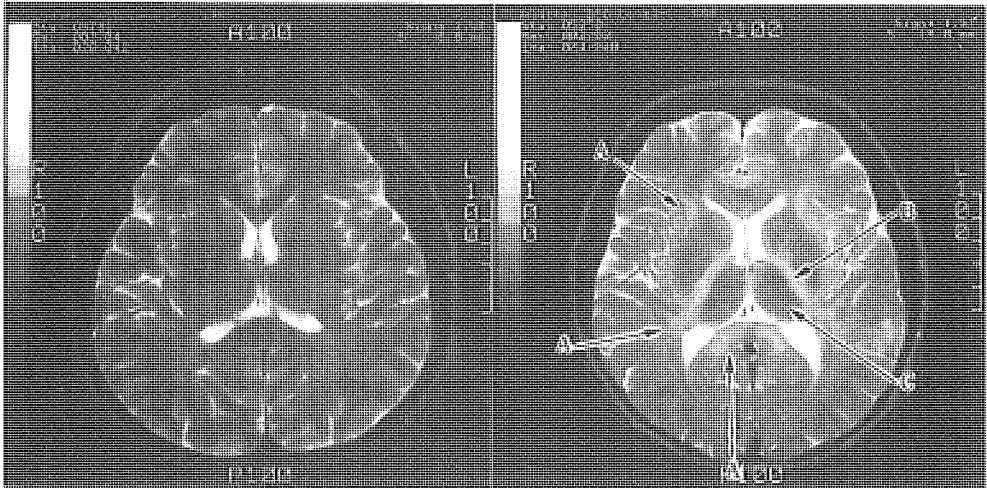


図1 慢性有機溶剤乱用者の大脳のMRI像(図右, 図左は正常例)。T2強調像で, 大脳深部白質(矢印A), 内包後脚(矢印B)に高信号を認め, 同部位の髄鞘の異常が推定されている。視床(矢印C)は低信号となっている(本文参照)。

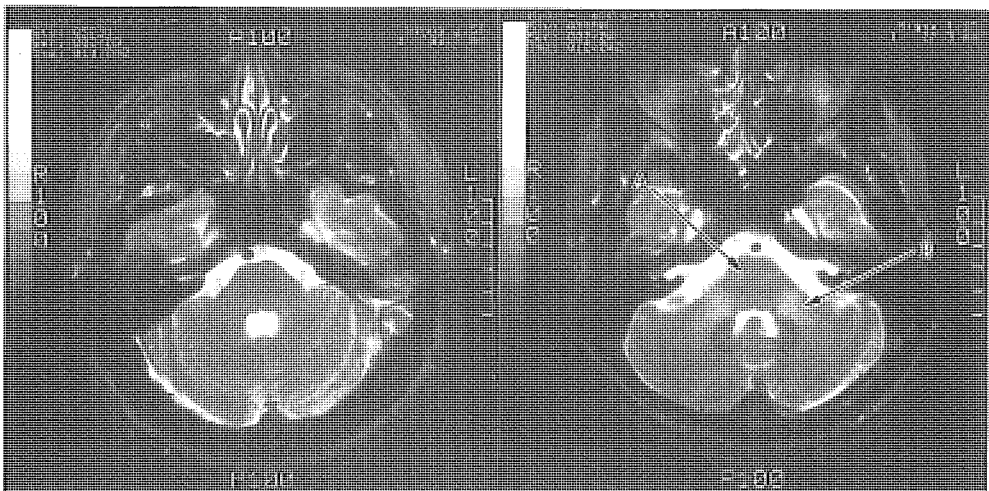


図2 慢性有機溶剤乱用者の脳幹および小脳のMRI像(図右, 図左は正常例)。T2強調像で, 脳幹の腹側部(矢印A), 中小脳脚から歯状核周囲の小脳白質(矢印B)に高信号を認め, 大脳白質と同様の変化が推定されている。

と一般に考えられている。Rosenbergらの報告では, 組織変化が軽い, 剖検された症例の神経症状が明らかにされておらず, 神経症状が軽かった可能性がある。これらの剖検例では, 白質のグリオシスも報告されており, MRI所見には, グリオシスが関与している可能性もあると考えられる。

このように, 白質所見は主に神経症状との関係が論じられてきたが, Rosenbergと同じコロラド大のFilleyら(1990)は, 14例の慢性吸引者に, 多

発性硬化症や他の白質病変による知能低下に敏感とされる種々の検査を行い, MRIの白質所見の程度と種々の認知機能検査成績に有意な相関を認め, 他の広範な白質をおこす疾患と同様, 慢性トルエン乱用によって白質痴呆(white matter dementia)が生じるとした<sup>9)</sup>。しかし, 彼らの用いた基準は, 厳密には白質異常の程度を示すものではなく, MRI画像所見の重症度であり, また, 白質異常を呈していたのはわずかに3例であり, 白質異常と認知障害との関係は今後さらなる検討が

必要であると思われる。

視床低信号に関しては、広範な白質病変を有する多発性硬化症における同様の所見では、鉄の沈着が原因と考えられている<sup>6)</sup>。同様な白質病変を生じる有機溶剤による脳障害でも同様の機序が関与するか否かに関しては不明とする報告が多いが<sup>11)16)</sup>、カルモフル脳症でも同様の所見が認められることから、視床の低信号は広範な白質病変に伴うとする説<sup>39)</sup>がある一方、白質病変と視床低信号の程度が関連しないことから、大脳白質の脱髄に伴い基底核などへ鉄が集積した可能性は低いとする説<sup>25)</sup>もある。米国では最近、Caldemeyerらが、最近になって、この所見を有する一例報告を行っているのみ<sup>4)</sup>である。臨床症状との関係はわかっていない。

最近の報告で注目されるのは、随意運動時過動(hyperkinésie volitionnelle: HV)に関する知見である。HVの成因に関して未だ定説はないが、平山ら<sup>18)</sup>は歯状核遠心系と錐体外路下降系とが交錯する脳幹被蓋部の病変が重要であるとしている。岩田ら<sup>21)</sup>は、阻血試験で消失することから、末梢神経系からの入力への関与を示唆した。小島ら<sup>25)</sup>は、広範な白質病変を呈した3例のうち、HVを呈した1例は、プロトン強調像で赤核を含む脳幹被蓋の低信号を呈していたことから、この部位の関与を示唆した。袖山ら<sup>48)</sup>は、シンナー吸引を中止した3年後にHVが出現した症例を示し、HVは、歯状核・赤核・オリブ系のdenervation hypersensitivityによる可能性があると考えた。吸引中止数年後にこのような不随意運動が生じうることは、重大な問題である。

## V. 脳機能研究

CTやMRIは、脳の形態および性状をとらえる検査であり、脳に構造上の変化が生じた場合に所見を生じる。ここでは、脳の機能的変化の段階をとらえる検査として、脳血流検査と電気生理学的検査所見について述べる。

### 1. 脳血流研究

慢性的な有機溶剤の吸引による脳血流の変化は、

はじめ職業的吸引者を対象に調べられてきた。Arlien-Søborgら(1982)は、平均22年間の曝露期間を有する職業的吸引者9例に<sup>133</sup>Xe吸入法を用いて、正常に比し有意な低下を認めた<sup>2)</sup>。HagstadiusとRisberg(1983)は、10年以上(平均18年)の吸引期間を有する50人の職業的吸引者を<sup>133</sup>Xe吸入法を用いて調べ、正常に比し平均血流量で4%の低下を認め、前頭側頭領域で低下が大きかった<sup>15)</sup>。Callenderら(1993)は、臨床的に脳障害が生じていると判断された33人の職業的吸引者を<sup>99m</sup>Tc-HMPAOを用いたSPECTで調べ、31例(93.9%)に異常を認めた。異常の部位は、側頭葉67.7%、前頭葉61.3%、基底核45.2%、視床29.0%、頭頂葉12.9%などであった<sup>5)</sup>。

Ohtaらは、シンナーと覚醒剤を使用していた29歳の男性(吸引歴不詳)に、<sup>123</sup>I-IMPを用いたSPECT(3-D image)を行い両側前頭葉、側頭葉、後頭葉に多焦点性の異常を認めた<sup>41)</sup>。平井と池内は、13年の吸引歴を有する28歳の男性に<sup>99m</sup>Tc-HMPAOを用いたSPECTを行い、両側大脳半球に広範な血流低下、基底核や小脳にも右側優位の低下を認めた<sup>16)</sup>。岡田らは、慢性有機溶剤乱用者11例に<sup>123</sup>I-IMP SPECTを行い、5例に前頭葉、小脳半球などの血流低下を認めた。さらに、前頭葉の血流低下が陰性症状と関連している可能性を示唆した<sup>42)</sup>。

局所脳血流(cerebral perfusion)は、神経細胞の活動を反映していると言われる。すなわち、血流低下部位では神経細胞の活動が低下していると考えられる。しかし、慢性的な有機溶剤乱用で血流低下が生じる機序は現在のところ不明である。

### 2. 神経生理学的研究

神経の動きを電気活動の面からとらえる研究であり、脳から発する微弱な電気活動をとらえる脳波検査、神経の刺激を伝える速度を調べる末梢神経伝達速度検査、感覚刺激を与え、それに対する反応を調べる刺激電位検査などがある。事象関連電位は、精神作業に関連して変化することが知られており、人の認知機能を反映すると言われてい

#### 1) 脳波 (EEG)

脳波の異常は基礎律動の速波化、徐波成分の増加、突発性の徐波や鋭波の混入などであり、非特異的な所見といえる。

## 2) 末梢神経伝導速度 (NCV)

末梢神経炎は有機溶剤による神経障害の一つの型であるが、実際の報告例では、末梢神経伝導速度の低下を認めなかったとする報告が多く<sup>55)27)</sup>、トルエンによる神経障害は中枢優位であるとする説の根拠になっている。ただし、n-hexaneを多く含むボンドの使用例では、末梢神経炎の症状を呈し、末梢神経伝導速度の低下を認めることが報告されており<sup>52)</sup>、n-hexaneは実験的にも末梢神経の軸索の膨化 (giant axonal swelling) をおこすことが証明されている<sup>46)</sup>。

## 3) 聴性脳幹反応 (ABR)

有機溶剤乱用者では、聴力障害も報告されている<sup>7)</sup>が、臨床的に聴力障害を示さない例でも、聴性脳幹反応の異常、特にII波以降の潜時の延長または消失が報告されており<sup>34)30)27)</sup>、脳幹の機能障害を示すと考えられる。Rosenbergらは、ABRの異常は神経症状やMRIの異常を呈さない時期から認められ、ABRは早期の中枢神経系の異常の検索に有用であるとした<sup>44)</sup>。

## 4) 体性感覚誘発反応 (SEP)

N13-N20間の中枢伝導時間 (CCT) の延長<sup>27)</sup>、P14以降の消失<sup>37)</sup>などが報告されており、これは脊髄後索・内側毛帯から皮質に至る中枢性の知覚障害を示している。近藤らの症例<sup>27)</sup>では、約1年2カ月後に臨床的な異常が消失した後も、ABR、SEPの異常は存続しており、彼らは不可逆な障害の可能性を示唆している。

## 5) 事象関連電位 (ERP)

村上ら<sup>37)</sup>は、MRIで広範な白質異常を呈した症例でP300の潜時の延長を認め、痴呆患者においては知能の低下とP300潜時の延長が関連することから、この所見が知能の低下に関連しており、白質異常は知能低下に関連するとするFilleyらの白質痴呆の概念を支持するERP所見であると考えた。小沼ら<sup>28)</sup>は、39例に検査を行い、N100-P200ピーク間潜時、P200-N200ピーク間潜時に延長を認め、P200頂点前後の成分の異常を推定した。また、P200-N200ピーク間潜時が、精神病状態の重

症度と関連している可能性を示唆した。

## VI. 予後に関する研究

### 1. 神経症状の予後

Kellyら<sup>22)</sup>の症例の小脳症状は、吸引を中止した5カ月後に、改善傾向は認められたものの残存していた。BoorとHurtig<sup>3)</sup>は、小脳症状を呈した2症例を報告し、この症状は一例では消失したが、一例では9カ月後も基本的には変わらなかったとした。また、後者のX線CTでは、脳室拡大、脳溝の開大、小脳虫部上部の萎縮を認めた。MalmとLying-Tunell<sup>31)</sup>の症例では、神経症状は8ヶ月後に消失した。Kingら<sup>23)</sup>はトルエン中毒による急性脳症で入院した19例の小児の予後を調べた。入院時の症状は、幻覚または多幸症7、昏睡4、失調3、痙攣3、複視を伴った行動障害2などであった。13例が完全に回復、5例が退院時に神経症状と性格変化を残していたが経過観察から脱落、1例は吸引を中止したにもかかわらず1年後に小脳失調を示していた。これらの報告をまとめると、神経症状は吸引中止後数カ月間で徐々に回復する例と、1年以上持続し予後不明の例があるといえる。

知的機能に関しては、Wiedmannら<sup>57)</sup>は、認知障害を呈した1例を追跡し、神経心理学的障害は、急性期や離脱の時期が過ぎた後も回復が見られるが、18カ月後にも完全に回復はしなかったと報告しているが、経過を追跡した研究は非常に乏しい。

### 2. 画像所見の変化

藤田ら<sup>11)</sup>の症例は、小脳症状、視神経症状を呈した症例で、吸引中断を継続できず、2年6ヶ月後のCT再検査で大脳半球および脳幹の萎縮の進行を認めた。MRI所見に関しては、小原ら<sup>40)</sup>の症例の中小脳脚の異常所見は2ヶ月後に不変、IkedaとTsukagoshi<sup>20)</sup>の症例の広範な白質所見は中止後3ヶ月で不変、向井と岡田<sup>36)</sup>の症例では、神経症状は2ヶ月で改善したが、検査所見の改善は軽度にとどまったとされている。より長期間の経過観察を行い得た報告はこれまでのところなく、MRIの白質所見が可逆性なのか不可逆性なのか未だ分

かっていない。

## VII. 最後 に

これまで述べてきた異常が、どの程度の吸引量、吸引期間で生じるかは重要な問題であるが、これを決定するには、現段階では、まだ症例の蓄積が足りないと思われる。吸引物質の違い、例えば、純粋トルエンの例と、多種の有機溶剤を含有したシンナーを吸引した例で障害が異なるか否かも分かっていない。また、現在とらえられている変化は、慢性の乱用によって生じた二次性脳障害であると考えられるが、依存形成そのものの基礎となる脳内の変化に関しては、現在のところ未知である。さらに、吸引を中止できるものと、依存に陥ってしまうものの差が、心理社会的な問題が重要な事は論を待たないが、さらに生物学的な基盤に差がある可能性も考えられ、今後の研究が期待される。

## 文 献

- 1) 新井公人, 得丸幸夫, 八木下敏志行ら: 慢性トルエン中毒と随意運動時過動. 脳神経38: 1181-1186, 1986.
- 2) Arlien-Søborg, P., Henriksen, L., Gade, A., et al.: Cerebral blood flow in chronic toxic encephalopathy in house painters exposed to organic solvents. *Acta Neurol Scand* 66: 34-41, 1982.
- 3) Boor, J.W. and Hurtig, H.I.: Persistent cerebellar ataxia after exposure to toluene. *Ann Neurol* 2: 440-442, 1977.
- 4) Caldemeyer, K., Pascuzzi, R., Moran, C., et al.: Toluene abuse causing reduced MR signal intensity in the brain. *AJR* 161: 1259-1261, 1993.
- 5) Callender, T.J., Morrow, L., Subramanian, K., et al.: Three-dimensional brain metabolic imaging in patients with toxic encephalopathy. *Environ Res* 60: 295-319, 1993.
- 6) Drayer, B., Burger, P., Hurwitz, B., et al.: Reduced signal intensity on MR images of thalamus and putamen in multiple sclerosis: increased iron content? *AJR* 149: 357-363, 1987.
- 7) Ehyai, A. and Freemon, F.R.: Progressive optic neuropathy and sensorineural hearing loss due to chronic glue sniffing. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 46: 349-351, 1983.
- 8) Escobar, A. and Aruffo, C.: Chronic thinner intoxication: clinico-pathologic report of a human case. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 43: 986-994, 1980.
- 9) Filley, C.M., Heaton, R.K. and Rosenberg, N.L.: White matter dementia in chronic toluene abuse. *Neurology* 40: 532-534, 1990.
- 10) Fornazzari, L., Wilkinson, D.A., Kapur, B.M., et al.: Cerebellar, cortical and functional impairment in toluene abusers. *Acta Neurol Scand* 67: 319-329, 1983.
- 11) 藤田憲一, 古賀良彦, 武正建一ら: 画像診断で 大脳, 小脳および脳幹の萎縮を呈した慢性トルエン中毒の1例. 臨床神経32: 421-425, 1992.
- 12) 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.
- 13) Glaser, F.B.: Inhalation psychosis and related states. *Arch Gen Psychiat* 14: 315-322, 1966.
- 14) Grabski, D.A.: Toluene sniffing producing cerebellar degeneration. *Am J Psychiatry* 118: 461-462, 1961.
- 15) Hagstadius, S. and Risberg, J.: Regional cerebral blood flow in subjects occupationally exposed to organic solvents. in R. Gilioli, Cassitto M., Foa V. ed. *Neurobehavioral methods in occupational health*. pp 211-217, Pergamon Press, Oxford, 1983
- 16) 平井宏和, 池内裕司: 慢性トルエン中毒のMRI. 臨床神経33: 552-555, 1993.
- 17) 平山恵造: 企図振戦とその近縁不随意運動. 脳神経30: 1047-1058, 1978.
- 18) 平山恵造, 禰武敏夫, 中島雅士ら: 小脳歯状核系の症候学—変性病変と血管病変における検討—. 神経進歩34: 45-55, 1990.
- 19) Hormes, J.T., Filley, C.M. and Rosenberg, N.L.: Neurologic sequelae of chronic solvent vapor abuse. *Neurology* 36: 698-702, 1986.
- 20) Ikeda, M. and Tsukagoshi, H.: Encephalopathy due to toluene sniffing. *Eur Neurol* 30: 347-349, 1990.
- 21) 岩田 誠, 栗崎博司, 島田康夫ら: 振戦型hyper-



- kinesie volitionnelleの病態生理学的研究. 臨床神経20: 455-461, 1980.
- 22) Kelly, T.: Prolonged cerebellar dysfunction associated with paint-sniffing. *Pediatrics* 56: 605-606, 1975.
  - 23) King, M., Day, R., Oliver, J., et al.: Solvent encephalopathy. *Br Med J* 283: 663-665, 1981.
  - 24) Knox, J.W. and Nelson, J.R.: Permanent encephalopathy from toluene inhalation. *N Engl J Med* 275: 1494-1496, 1966.
  - 25) 小島重幸, 平山恵造, 古本英晴ら: 慢性トルエン中毒のMRI—神経症候, 特に意図動作時運動過多の病変の考察—. 臨床神経33: 477-482, 1993.
  - 26) Kolansky, H. and Moore, W.T.: Toxic effects of chronic marihuana use. *JAMA* 222: 35-41, 1972.
  - 27) 近藤 浩, 藤田信也, 原山尋実ら: シンナー(トルエン)中毒患者の聴性脳幹反応と体性感覚誘発電位所見. 臨床脳波31: 449-453, 1989.
  - 28) 小沼杏坪, 早川達郎, 木暮龍雄ら: 覚せい剤・有機溶剤依存症における精神生理学および内分泌学的研究(III). 厚生省精神神経疾患研究委託費「薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究」平成4年度報告書pp 111-117, 1993.
  - 29) Kupfer, D.J., Detre, T., Koral, J., et al.: A comment on the "amotivational syndrome" in marijuana smokers. *Am J Psychiatry* 130: 1319-1322, 1973.
  - 30) Lazer, R.B., Ho, S.U., Melen, O., et al.: Multifocal central nervous system damage caused by toluene abuse. *Neurology* 33: 1337-1340, 1983.
  - 31) Malm, G. and Lying-Tunell, U.: Cerebellar dysfunction related to toluene sniffing. *Acta Neurol Scand* 62: 188-190, 1980.
  - 32) Maugh II, T.H.: Marihuana (II): Does it damage the brain? *Science* 185: 775-776, 1974.
  - 33) McGlothlin, W.H. and West, L.J.: The marihuana problem: an overview. *Am J Psychiatry* 125: 370-378, 1968.
  - 34) Metrick, S.A. and Brenner, R.P.: Abnormal brainstem auditory evoked potentials in chronic paint sniffers. *Ann Neurol* 12: 553-556, 1982.
  - 35) 森 俊憲, 加藤秀明, 白河裕志: 有機溶剤乱用者に認められたflashback現象について. 臨床精神医学9: 1237-1242, 1980.
  - 36) 向井栄一郎, 岡田 久: MRIでびまん性の中枢神経白質病変を認めた慢性トルエン中毒症の1例. 神経内科35: 298-304, 1991.
  - 37) 村上直也, 名村裕弘, 畑中武志ら: 有機溶剤乱用により中枢神経系に広範な白質病変を呈した一症例—誘発電位所見を中心にして—. 臨床脳波33: 863-869, 1991.
  - 38) 中村希明, 小口 徹: Flashback Phenomenon についての考察. 精神医学18: 407-414, 1976.
  - 39) 小田 晋: 有機溶剤依存の臨床. アルコール・薬物依存—基礎と臨床—, pp 386-393, 金原出版, 東京, 1984
  - 40) 小原まみ子, 橋田秀司, 嶋田裕之ら: トルエン中毒における特異なMRI所見. 神経内科35: 229-230, 1991.
  - 41) Ohta, H., Komibuchi, T., Nishino, I., et al.: Brain perfusion abnormalities in a thinner and amphetamine abuser detected by I-123 IMP scintigraphy. *Ann Nucl Med* 6: 273-275, 1992.
  - 42) 岡田真一, 山内直人, 児玉和宏ら: 慢性有機溶剤乱用者の中枢神経障害—画像診断による検討. 精神医学36: 75-82, 1994.
  - 43) Rosenberg, N.L., Kleinschmidt-DeMasters, B.K., Davis, K.A., et al.: Toluene abuse causes diffuse central nervous system white matter changes. *Ann Neurol* 23: 611-614, 1988.
  - 44) Rosenberg, N.L., Spitz, M.C., Filley, C.M., et al.: Central nervous system effects of chronic toluene abuse—clinical, brainstem evoked response and magnetic resonance imaging studies. *Neurotoxicol Treatol* 10: 489-495, 1988.
  - 45) 桜井治彦: 有機溶剤. 日本医師会雑誌88: 1193-1208, 1982.
  - 46) Schaumburg, H.H. and Spencer, P.S.: Degeneration in central and peripheral nervous systems produced by pure n-hexane: an experimental study. *Brain* 99: 183-192, 1976.
  - 47) Schikler, K., Seitz, K., Rice, J., et al.: Solvent abuse associated cortical atrophy. *J Adolesc Health Care* 3: 37-39, 1982.
  - 48) 袖山伸幸, 織茂智之, 沖山亮一ら: 濫用を中止した3年後にhyperkinésie volitionnelleが出現した慢性シンナー中毒の1例. 臨床神経33: 213-215, 1993.
  - 49) 鈴木光一, 若山吉弘, 高田博子ら: MRIにて大脳白質・基底核・内包・脳幹・中小脳脚に異常

- 信号域を認めた慢性トルエン中毒の1例。臨床神経32:84-87, 1992.
- 50) 田所作太郎:有機溶剤吸引時の薬理作用。加藤伸勝編。精神科MOOK No.3 覚醒剤・有機溶剤中毒。pp 11-19, 金原出版, 東京, 1982
- 51) 田所作太郎:有機溶剤の中樞作用。大原健士郎, 田所作太郎編。アルコール・薬物依存—基礎と臨床—。pp 381-385, 金原出版, 東京, 1984
- 52) 岳中耐夫, 俵 哲, 出田 透ら:ボンド吸入によるPolyneuropathy。日本医事新報2515:33-34, 1972.
- 53) 竹山恒寿:有機溶剤。現代精神医学体系15A。pp 369-384, 中山書店, 東京, 1977
- 54) Tennant Jr., F.S. and Groesbeck, C.J.: Psychiatric effects of hashish. Arch Gen Psychiatry 27: 133-136, 1972.
- 55) 梅原藤雄, 丸山芳一, 足立昌士ら:多彩な中枢神経症状を呈した慢性トルエン中毒症の2例。臨床神経24:988-992, 1984.
- 56) Wada, K. and Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and back ground life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.
- 57) Wiedmann, K.D., Power, K.G., Wilson, J. L., et al.: Recovery from chronic solvent abuse. J Neurol Neurosurg Psychiatry 50: 1712-1713, 1987.



【原著】

## 看護婦の深夜勤務後の昼間睡眠におよぼす高照度光の影響

——自覚的睡眠感に焦点をあてて——

亀井 雄一<sup>1</sup> 石東 嘉和<sup>2</sup> 長坂 明子<sup>4</sup> 塚田 昌子<sup>4</sup> 碓氷 章<sup>2</sup> 渡辺 剛<sup>3</sup>  
 岡戸 民雄<sup>2</sup> 山田 光子<sup>4</sup> 白川修一郎<sup>5</sup> 福澤 等<sup>2</sup> 假屋 哲彦<sup>2</sup>

抄録：深夜勤務後の昼間睡眠を改善させる目的で、深夜勤務に従事する看護婦11名（22歳～31歳）に高照度光の照射を試みた。高照度光を深夜勤務開始時に30分照射し、深夜勤務後の昼間睡眠についてOSA睡眠調査票を用いて自覚的睡眠感を対照と比較した。その結果、高照度光照射により昼間睡眠の自覚的睡眠感が良くなり、睡眠時間が長くなる傾向にあった。この結果を高照度光による深部体温リズムの位相後退作用の観点より考察を加えた。

精神保健研究 40 ; 49-54, 1994

**Key word:** *shiftwork, bright light, sleep, human circadian rhythm, phase shift*

Bright Light Improves Self-evaluation for Day-time Sleep in Nurses after Night Work

1 国立精神・神経センター国府台病院精神科

〈千葉県市川市国府台1-7-3〉

Yuuichi Kamei

Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, NCNP, JAPAN

2 山梨医科大学・精神科神経科

Yoshikazu Ishizuka, Akira Usui, Tamio

Okado, Hitoshi Fukuzawa

Department of Neuropsychiatry, Yamanashi Medical College

3 国立精神・神経センター武蔵病院精神科

Tsuyoshi Watanabe

Department of Psychiatry, Musashi Hospital, NCNP

4 山梨医科大学付属病院看護部

Akito Nagasaka, Masako Tsukada, Mitsuko Yamada

Department of Nursing, Yamanashi Medical College

5 国立精神・神経センター精神保健研究所

Shuichiro Shirakawa

National Institute of Mental Health, NCNP

## はじめに

近年、急速な高度工業化により交代制勤務が一般的となり、各種サービス業の多様化に伴い交代制勤務はさらに増加してきている。アメリカ合衆国では労働者の約27パーセントが交代制勤務に従事しているとの報告がなされており<sup>1)</sup>、日本においても10～30パーセントとかなりの数の交代制勤務者が勤務していると考えられる<sup>14)</sup>。しかし交代制勤務は生体リズムを強制的に変化させることから、睡眠障害、作業能力の低下などが出現することが報告されている<sup>1,7)</sup>。この交代制勤務に関する調査は最近徐々に行われてはきているが、いずれも勤務中の疲労感や課題遂行能力等の事象についての調査研究が主であり、睡眠についての調査はほとんど行われていない。

一方、高照度光が生体リズムの位相を変化させる事が確かめられており<sup>8,9)</sup>、勤務者を夜勤に適応し易くするために高照度光を照射する実験の結果が報告されつつある<sup>3,4)</sup>。われわれは交代制勤務を睡眠覚醒リズムの変化、生体リズムの変化という

観点から調査研究してきている。今回、看護婦の深夜勤務後の昼間睡眠を改善させる目的で夜勤時に高照度光の照射を試み、昼間睡眠の自覚的睡眠感について検討したので報告する。

## 対 照

対象は山梨医科大学付属病院精神科神経科病棟にて不規則交代制勤務を行っている看護婦11人。平均年齢26.7歳。調査期間中は、極力飲酒、服薬、夜更しなどを行わないように要請した。なお、今回の調査の対象となった看護婦の勤務体制は原則として、“日勤→深夜勤→準夜勤→休日→日勤”と、逆方向性の回転性交代制勤務(Rotating shift work)であった。

## 方 法

東京都神経科学研究所心理学研究室にて開発されたOSA睡眠調査票(以下OSAと略す)を用いて前記の対象者の自覚的睡眠感調査を行った<sup>12)</sup>。OSAは(A)睡眠前調査、(B)起床時調査の2部から構

成されており、起床時調査はさらにB-1とB-2の2部に分けられる。B-1は31項目の質問から構成され、第1から第29項までの29の質問から因子分析により以下の5つの睡眠感が抽出される。このOSAは各項目ごとに尺度化され、標準化されている。

第1因子：眠気(起床時の眠気)、第2因子：睡眠維持(途中覚醒を反映)、第3因子：気がかり(起床時の漠然とした不安感など)、第4因子：統合的睡眠(起床時の直感的睡眠評価)、第5因子：寝つき(寝つきの良し悪し)。いずれの因子もその睡眠感が良くなると得点が増加し、悪くなると得点が減少するように設定されている。今回は起床時調査から抽出されたこの5つの睡眠感因子について解析して検討を加えた。

対照となる1カ月の間、日勤(8:00~16:30)後・準夜勤(16:00~0:30)後・深夜勤(0:00~8:30)後、休日後の睡眠の前後でOSAの睡眠前調査と起床時調査を記入した。次の1カ月間に、深夜勤開始時の0:00~1:30の間に光源(生体光刺激装置KMS-501)の前1メートルの所(2500LUX以上)にて約30分座り、極力光源を見つ

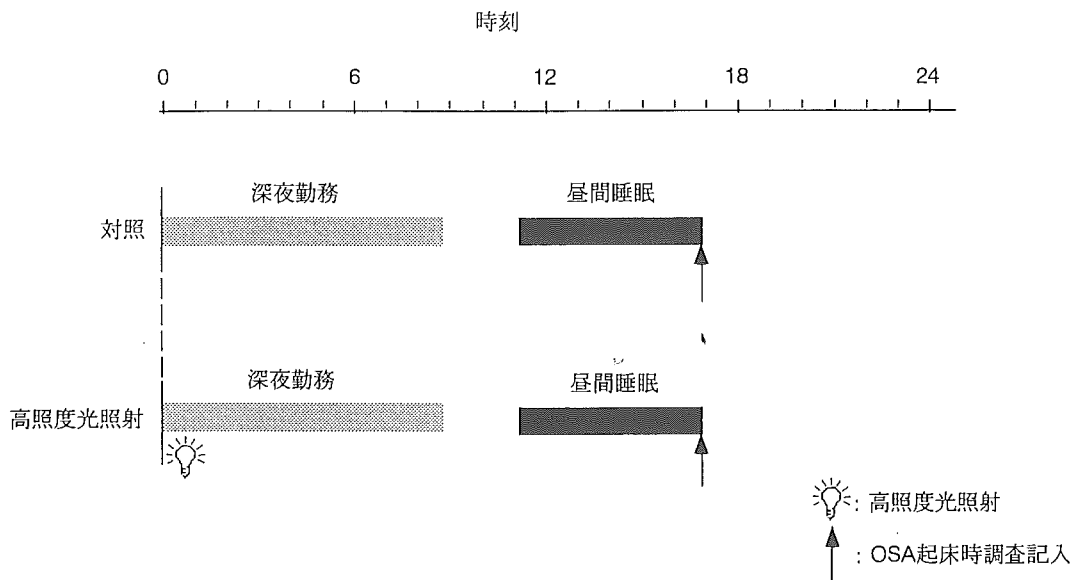


図1 実験スケジュール

対照として普通の深夜勤務後の昼間睡眠の起床時にOSA起床時調査票を記入した。次に深夜勤開始時に高照度光を照射し、その後の昼間睡眠の起床時にOSA起床時睡眠票を記入した。

めるように指示した。実験スケジュールを図1に示す。高照度光照射後の深夜勤後の昼間睡眠の前後でOSA睡眠前調査票と起床時調査票を記入した。両群の起床時調査から得られた5つの自覚的睡眠感について、対応のあるwilcoxonの順位和検定を用いて有意差検定を行った。

また、調査期間中は睡眠日誌を記録してもらい、そこから得られた深夜勤後の昼間睡眠の入眠時刻、覚醒時刻及び睡眠時間について対照と高照度光照射で変化があるかどうかを対応のあるwilcoxonの順位和検定を用いて有意差検定を行った。

## 結 果

第1因子(眠気)、第2因子(睡眠維持)、第3因子(気がかり)、第4因子(統合的睡眠)、第5因子(寝つき)の全ての因子で、高照度光照射後

の昼間睡眠が、対照に比べ得点が高かった。なかでも第1因子(眠気)、および第3因子(気がかり)では、高照度光照射後の昼間睡眠が、対照に比べ有意に得点が高く、第2因子(睡眠維持)では得点が高い傾向にあった(図2)。このことは、自覚的な睡眠感の中でも特に起床時の眠気、起床時の漠然とした不安などにおいては、高照度光照射後の昼間睡眠のほうが良かったということ、また高照度光照射した方が、睡眠中の途中覚醒が少ない傾向にあったことを示している。この他、起床時の直観的睡眠評価を示す統合的睡眠、前夜の寝つき等は、有意差は認められなかった。

また、深夜勤後の昼間睡眠の入眠時刻、起床時刻では対照と高照度光照射の間に有意な変化は見られなかったが、睡眠時間においては高照度光照射の睡眠時間が対照に比べ長くなる傾向にあった(図3)。

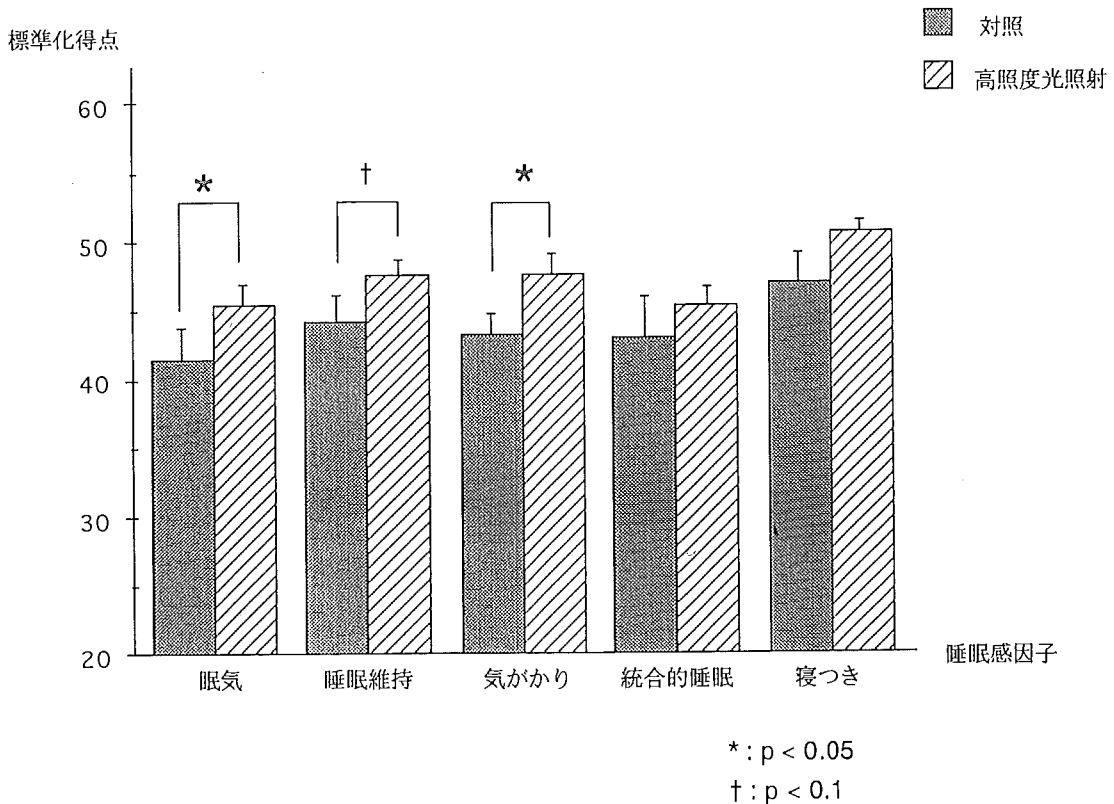


図2 高照度光照射により途中覚醒が少なくなる傾向にあり、特に起床時の眠気が有意に少なく、また起床時の気がかりも有意に少なかった。

## 考 察

交代制勤務に関する調査は最近徐々に行われてきており、交代制勤務が勤務者に様々な影響を与えることが報告されている<sup>6,16)</sup>。Glazner, L.K.らは、交代制勤務者は特に睡眠障害、胃腸障害、心血管障害の訴えが多く、約半数の勤務者がこれらの障害にさらされていると報告している<sup>7)</sup>。また、Eastman, C.I.は、睡眠障害などの症状は交代制勤務によって生体リズムがくずされることにより生じると考察している<sup>5)</sup>。さらに、交代制勤務者に薬物・アルコール依存の割合が大きいという問題も報告されている<sup>2)</sup>。交代制勤務時の疲労感や課題遂行能力等の日中の事象についての調査研究では、Coffey, L.C.らが質問紙 (Six-Dimension Scale of Nursing Performance) を用いて、交代制勤務者の作業能力は常日勤者・常夕勤者、常夜勤者のそれに劣ることを報告している<sup>1)</sup>。われわ

れが知る限り、自覚的睡眠感について交代制勤務の影響を詳細に調査した報告はわずかでである<sup>10,15,16)</sup>。われわれは交代制勤務者の睡眠についてOSAを用いて調査・研究してきており、休日後の睡眠に比して日勤、深夜勤、準夜勤後の自覚的睡眠感が悪く、日勤後の睡眠の第3因子(気かかり)が準夜勤後の睡眠に比べ有意に悪いと報告した。また、深夜勤後の昼間睡眠は日勤後の睡眠に比べ第1因子(眠気)が有意に悪いという結果を得ている。

このような交代制勤務によって生じる症状を改善させるために、生体リズムの観点から種々の方法が検討されてきている<sup>4,5,13)</sup>。高照度光照射もそのひとつであり、Czeisler, C.A.らは、交代制勤務者の夜勤中に7000~12000Luxの高照度光を照射し、その直後のconstant routineを施行する実験において、高照度光を夜勤中に照射した場合の方が生体リズムの位相は後退し、また自覚的な覚醒度や作業能力の位相も後退させ、夜勤中に覚醒

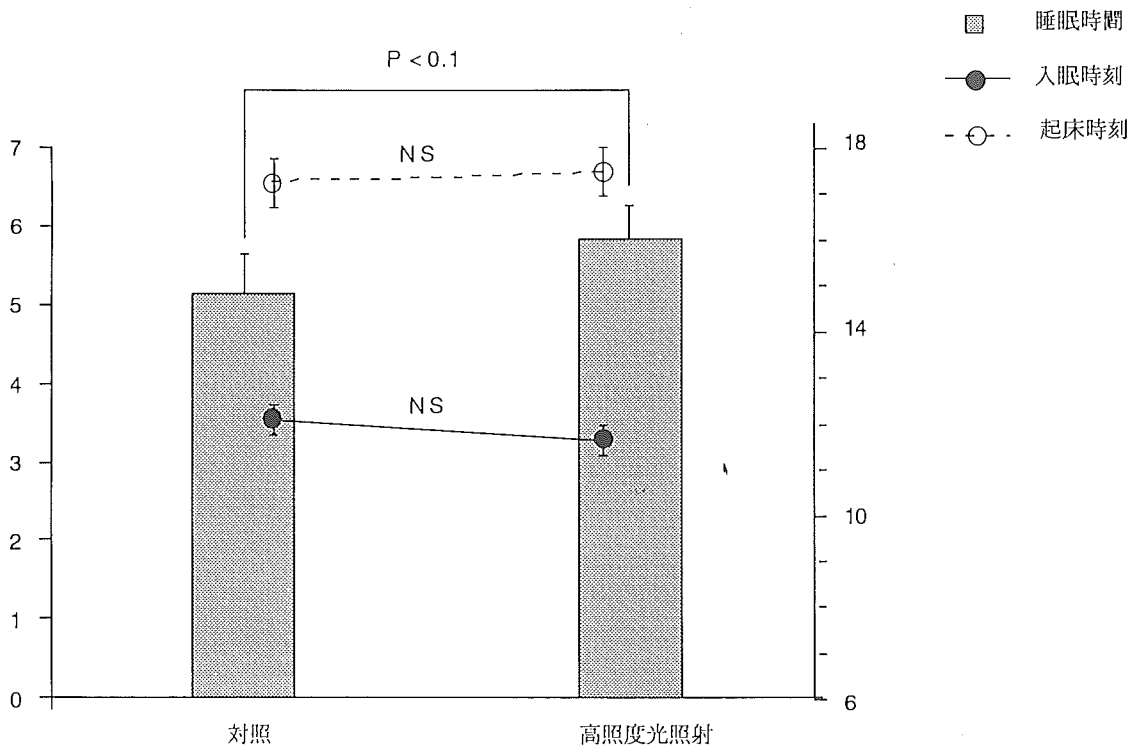


図3 高照度光照射により睡眠時間は長くなる傾向を示し ( $P < 0.1$ )、入眠時刻、起床時刻には有意な変化は認められなかった。

度や作業能力を高く保つことができるとしている<sup>3)</sup>。

一般的に、サーカディアンリズムを同調させる環境因子の中で、最も強力でかつ普遍的な因子は光であるとされている。ヒトに対しても光に対する位相反応曲線が作成できることが報告されており<sup>1)</sup>、本間らは隔離実験室でフリーランしている被検者に高照度の光パルスを与え、生じるリズム位相の変化を測定して光に対する位相反応曲線を作成し、その結果被検者の主観的朝に光パルスを与えるとリズムの位相が前進し、主観的夕の光パルスでわずかながらリズム位相が後退したと報告している<sup>2)</sup>。また、同じ実験にて光パルスを与えた後のリズムの位相変化はまず深部体温リズムに現れ、睡眠覚醒リズムの位相変化は数日遅れてみられたとし、光はまず深部体温リズムに作用して位相を変化させ、睡眠覚醒リズムは深部体温リズムにひかれて二次的に位相が変化した可能性があると推測している。

そこで今回われわれは、深夜勤後の昼間睡眠を改善させる目的で、深夜勤開始時に高照度光照射を試み、深夜勤後の昼間睡眠の自覚的睡眠感について検討した。今回の結果では、高照度光を照射した深夜勤後の昼間睡眠の方が、高照度光を照射しないものに比較し、自覚的睡眠感を反映する全ての因子で睡眠感が良く、有意に起床後の眠気が少なく、起床時の気掛かりが少ないという結果であった。また、高照度光を照射した深夜勤後の昼間睡眠の方が睡眠時間が長い傾向にあった。以上をまとめると、深夜勤開始時に30分という短い時間ではあるが、高照度光を照射することによって勤務明けの昼間睡眠の質が自覚的にはあるが改善することが分かった。今回のスケジュールでは高照度光の照射時刻は深夜勤開始直後に設定してある。この時刻はヒトの光に対する位相反応曲線では主観的夕にあたり、リズム位相が後退するタイミングである。深夜勤務後の昼間睡眠が不良となるのは、深部体温リズムは従来のみで、一方睡眠覚醒リズムが後退して内的脱同調が起こっていると仮定するとよく説明がつく。従って深夜勤開始時である主観的夕に高照度光を照射することによって深部体温リズムを後退させ、これにより

深夜勤明けの睡眠期での深部体温リズムと睡眠覚醒リズムの位相を同調させることにより深夜勤後の昼間睡眠の自覚的睡眠感を改善させている可能性が示唆された。次に、今回の実験設定における30分という短い照射時間であっても自覚的睡眠感の改善に有用であった点について考察する。位相を移動させ得る光の照射時間は一般的には1～3時間とされているが、30分程度の照射でも反応するという報告もあり<sup>10)</sup>、リズムの位相反応の大きさは光量子の数で決定されていることも考慮すると<sup>9)</sup>、30分の照射時間でしかも極力光源を見つめるよう指示した今回のスケジュールで充分位相を変化させている可能性がある。しかし今回の実験は自覚的なもののみを指標としており、高照度光照射の効果の機序を明らかにするためには他の時間生物学的な手法も用いてさらに検討を加えていく必要があるものと思われた。

謝辞：本研究の一部は1992年度総合健康推進財団および明治生命厚生事業団の研究助成（石東）によった。

研究に御協力いただきました山梨医科大学付属病院2階東病棟の看護婦の皆様へ深謝します。

#### 文 献

- 1) Coffey, L.C., Skipper, J.K. and Jung, F. D.: Nurses and Shift Work; Effect on Job Performance and Job-related Stress. *J Adv Nurs* 13: 245-254, 1988.
- 2) Cole, R.J., Loving, R.T., Kripke, D.F.: Psychiatric Aspects of Shiftwork. *Occup Med* 5: 301-314, 1990.
- 3) Czeisler, C.A., Johnson, M.A.B., Duffy, J.F. et al.: Exposure to Bright Light and Darkness to Treat Physiologic Maladaptation to Night Work. *N Engl J Med* 322: 1253-1259, 1990.
- 4) Eastman, I.C.: Bright Light on the Night Shift: Circadian Rhythms Can Advance or Delay. *Sleep Res* 20 453, 1991
- 5) Eastman, I.C.: Squashing Versus Nudging Circadian Rhythms with Artificial Bright Light: Solutions for Shift Work? *Perspect Biol Med* 34: 181-195, 1991.



- 6) Fujiwara, S., Shinkai, S., Kuroiwa, Y. et al.: The Acute Effect of Experimental Short-term Evening and Night Shifts on Human Circadian Rhythm: The Oral Temperature, Heart Rate, Serum Cortisol and Urinary Catecholamines Levels. *Int Arch Environ Health* 63: 409-418, 1992.
- 7) Glazner, L.K.: Shiftwork: Its Effect on Workers. *AAOHN J* 39: 416-421, 1991.
- 8) 本間研一: ヒトのサーカディアンリズム. *精神医学* 31: 33-40, 1989.
- 8) 本間研一: 本間さと, 広重力: 生体リズムの研究. 北海道大学図書刊行会, 札幌, 1989.
- 10) 松本三樹, 鎌田隼輔, 直江裕之他: 交替制勤務に従事する看護婦の睡眠-主として睡眠感および疲労感に関するアンケート調査の結果-。日本睡眠学会第17回定期学術集会抄録集51, 1992.
- 11) Minors, D.S., Waterhouse, J.M. and Wirz-Justice, A.: A Human Phase-response Curve to Light. *Neuroscience Letters* 133: 26-40, 1991.
- 12) 小栗貢, 白川修一郎, 阿住一雄: OSA睡眠調査票の開発. *精神医学* 27: 245-254, 1985.
- 13) Phillips, B., Magan, L., Gerhardstein, C. et al.: Shift Work, Sleep Quality, and Worker Health: A Study of Police Officers. *South Med J* 84: 1176-1184, 1991.
- 14) 労働科学研究所: 勤務時間制, 交代制. 労働科学研究所出版部, 東京, 1990.
- 15) 下松明子, 塚田昌子, 今福恵子他: 不規則3交替制勤務に従事する看護婦の自覚的睡眠感調査. *看護展望* 16: 946-951, 1991.
- 16) Ishizuka, Y., Shitamatsu, A. Tsukada, M. et al.: Subjective Sleep Evaluation for The Four Conditions in Rotating Shift Work by Hospital Nurses. *Sleep Res* 20A: 273, 1991.
- 17) Siebenaler, M.J., McGovern, P.M.: Shiftwork. Consequences and Considerations. *AAOHN J* 39: 558-567, 1991.
- 18) Terman, M.: On the Question of Mechanism in the Phototherapy: Considerations of Clinical Efficacy and Epidemiology. *J Biol Rhythms* 3: 155-172, 1988.
- 19) Vollmer, M.E.: Health and Safety Consequences of Shift Work. *Indiana Med* 80: 554-556, 1987.

#### Abstract

Shiftwork changes human circadian rhythm, therefore shiftwork produces sleep disturbance, low job performance and other problems. In this study, OSA Sleep Inventory was used to investigate self-evaluation for sleep. Subjects were 11 healthy nurses aged 20 to 31. In the control study they evaluated their sleep after midnight work. In the experimental condition they evaluated their sleep in the same way after they were exposed to bright light for the first 30 minutes of midnight work. Exposure to bright light resulted in an improvement of self-evaluation for sleep and prolonged sleep duration. From this result, we conclude that exposure to bright light at midnight delays human circadian rhythm.

【原著】

## アルコール依存症の地域援助活動に関する調査研究\*

——保健所精神保健相談員と福祉事務所生活保護担当員の職種間比較——

清水 新二<sup>1)</sup> 小杉 好弘<sup>2)</sup> 高梨 薫<sup>3)</sup>

## 1. はじめに

アルコール症の治療・援助活動は、狭義の治療にとどまらず、G. Caplan<sup>1)</sup>いうところの第1次から3次予防までをも視野に置きつつ、一貫した流れで理解する必要がある。この指摘は単なる理想的目標を指し示すことにあるのではなく、われわれのアルコール治療の実践体験の集約そのものである。ちなみに、問題飲酒の発見と予防、クライシス・コールの受信、アルコール症者に対する治療への動機づけ、などのいわゆる初期治療は、他の精神疾患にもまして難しく、さらに断酒継続への動機づけはアルコール症専用の治療プログラムを開発したとしてもなお十分に効果的なプログラム体系とは言い難く、再発率が高いことは言うまでもない。これまでの医療的援助を中核にしつつも、福祉、保健サイドからのさらなる協力態勢を得て、総合的な問題アプローチが不可欠となっている。

身体治療と隔離による解毒というこれまでの医療中心の時代にあっては、皮肉にも往々医療的援助

が再飲酒のためのコンディション調整という機能を結果してしまい、治療活動が悪循環のループに組み込まれ、人的・財政的・時間的・エネルギーが空回りすることが多かった。これが治療者サイドに消耗感をもたらし、えてしてアル中敬遠視を生んできたことは紛れもない事実である。再びCaplanを引用すれば、これまでは増悪防止の第2次予防が中心であって、増悪防止のための援助活動が疾病の予防や社会復帰という第1次、第3次の予防活動にはもちろんのこと、再発防止とも有機的に連動することがあまりにも希薄であったところに、増悪防止がこれまでのパターン（飲酒）維持のためのいわゆる負のフィードバック（negative feedback）と化してしまった主たる理由であろう。

こうした自省のもとに、上述のごとく、治療・援助活動を第1次予防から第3次予防の一つの流れ中で把握する必要性が指摘され、アルコール関連問題連絡協議会の都道府県単位での設置が話題となり、いわゆるネットワーク論議が盛んになったのである。こうした実践的論議が、予防対策、医療対策、社会復帰対策を三本柱とする公衆衛生審議会による答申「アルコール関連問題対策に関する意見書」（1985年）や、また精神医療全般と対比しても1987年の精神保健法成立に先立つものであったことは、アルコール医療の逆説的先進性を示すものとして特記されてよいだろう。

ただ問題は、論議は盛んでも、各機関の連携を現実化するためのネットワーク形成の条件や関連する各機関が抱える制約、ニーズ等の現状把握が、的確なデータに基づいてなされてこなかったことである。精神保健法の精神に照してこれらの論議を施策へと実体化してゆくためにも、いま一度こ

\*A Research Study on Community Support Activities For Alcoholics: A Comparative Survey of Two Professional Sectors on Inter-professional Coordination

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
Shinji Shimizu: National Institute of Mental Health, NCNP

<sup>2)</sup>大阪アルコール関連問題研究所所長  
Yoshihiro Kosugi, M.D.: Institute of Osaka Alcohol-related Problems Studies

<sup>3)</sup>東京都老人総合研究所  
Kaoru Takanashi: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

の基本的課題をきちんと取り上げ整理しておくことは不可欠な要件であろう。ちなみに1990年に発足した公衆衛生審議会精神保健部会には、アルコール関連問題専門委員会が設置され、関連諸機関の連絡協議会づくりが課題とされている昨今である。

こうした現況の中で、今回われわれはアルコール医療の先進地域である大阪の場合について、これらの問題を調査研究課題として取り上げることとした。その結果、関連諸機関の理解と協力のもと、高い回答率と貴重な調査結果が得られた。そこで、以下にその結果の一部を報告する。

## 2. 方法と対象

東大阪市を除く大阪府全域の保健所勤務医師、保健所保健婦、保健所精神保健相談員ならびに福祉事務所の生活保護を担当している生保担当員の全員に対し、自計式郵送法で悉皆調査を実施した。回収率は医師72.1%、保健婦80.2%、相談員90.5%、担当員70.4%であった。本稿での職種間比較はこの内、保健所精神保健相談員（以下相談員と略）と福祉事務所の査察指導員を中心とする生活保護担当員（以下担当員と略）に限定し、2者間比較を行う。比較する調査内容は、対象者の属性、問題観、援助意識、求助内容、断酒会、中間施設、連携問題等である。

なお今回の調査では自由記載の形でいくつかの質問が用意された。通常の調査ではともかくも、職種間の連携問題についての調査研究がなお希少な現状では、こうした主体的な意見、評価は、お互い耳が痛いものの、また無いものねだりや無理解も含まれてはいるものの、改めて大いに学ぶところが多いはずである。こうした理由から、本稿では連携問題を中心に自由記載された意見を、紙幅の関係から整理しつつもできるだけ無加工のまま提示することにした。

## 3. 結果

### 1) 性別・年齢

表1により先ず性別をみると相談員では女性が、

担当員では男性が中心で、それぞれ7割、8割に達している。大阪市の相談員が保健婦の転用によって運営されていること、加えて福祉事務所側も生活保護担当者を男性中心に構成するための相乗の結果として対照的な相違を示している。年齢的特徴は両者とも30代後半にモードがあるが、次いで相談員では40代以上に、また担当員では30代前半以下に年齢的偏りが認められる。両者の比較から言えば、相談員は女性で比較的年輩者が多く、反対に担当員では男性中心で相談員より若年者によって構成されていることになる。

なお回答者自身の飲酒習慣は、担当員では76.1%が「飲める」と答え、「飲めない」が19.1%であるに対し、女性中心の相談員で「飲める」ものの比率が若干低く67.1%、また「飲めない」が30.1%を数えた。

### 2) アル症関連職務

精神保健相談員としてあるいは生活保護担当ケースワーカーとしての職務期間は、平均88.5ヶ月 (SD=75.891) と69.2ヶ月 (SD=56.037) と、全体として相談員の方に長期間職務継続者が多い。ちなみに、10年以上職務経験者率は担当員の15.6%に対して、相談員は30.1%であった。日常業務中アル症の相談・訪問業務の占める比重は、相談員で10-20%の割合が27.4%で最も多く、さらに2割が業務中の1/5以上の時間とエネルギーをアルコール問題に割いている(表2)。これに比して担当員は1-5%が36.4%と3人に1人と多く、業務中ゼロも2割近く認められ、アルコール

表1 対象者の性・年齢 (%)

性・年齢	精神保健相談員 (N=73)	査察指導員 (N=598)
男	21.9	84.9
女	76.7	14.0
不明	1.4	1.0
25以下	8.2	5.4
26-30	2.7	14.4
31-35	8.2	19.1
36-40	38.4	31.9
41-45	24.7	18.2
46-50	9.6	8.7
51以上	6.9	1.9
不明	1.4	0.5

表2 アル症相談・訪問業務の比重 (%)

日常業務中に占める割合	精神保健相談員 (N=73)	査察指導員 (N=598)
0%	0.0	17.9
5%以下	15.1	36.4
10%以下	24.7	20.9
20%以下	27.4	7.2
21%以上	20.5	6.2
不明	12.3	11.4
計	100.0	100.0

問題への関わり方自体に根本的な業務上の差異があるといえよう。こうした業務上の差異は、大阪府酒害対策研究会編「アルコール症者への援助の手引」を知っている者は相談員で91.8%、担当員63.4%、とにかく目を通した者が前者で74.0%、後者で43.5%という数値にも反映している。

### 3) 問題観

アル症のイメージに関しては両職種とも、抑制喪失が9割および8割の回答者から支持されて圧倒的に優勢なイメージであった(図1)。職種間の大きな相違は「暴力・暴言」に関するもので、特に「最も重要」と最優先する問題イメージは、担当員が13.5%に対し相談員では1.4%に過ぎなかった。結果的に抑制喪失に次ぐ高い問題イメージは、相談員で「朝から晩まで」の連続飲酒を

43.9%が問題とし、担当員では「暴力・暴言」の43.8%であった。

アル症の原因観に関しては、賛意の多い順から心理的>社会的>遺伝的の順位に両職種間に差を認めなかった。しかし担当員に対し相談員の方に明らかに遺伝的ならびに社会的とする原因観が多くみられ、反対に心理的原因観は担当員に多かった。

回復可能性については、相談員に較べ担当員の方に慎重な見通しを表明するものが多かった。

### 4) 援助意識

最も重要な援助が「断酒への動機づけ」である点は両職種に共通するものの、相談員の方は望ましい援助を挙げる積極姿勢が目だつ。たとえば家族援助、知識伝達、治療導入、断酒への動機づけで、相談員は4人に3人が反応を示す一方、担当員では家族援助、知識伝達、動機づけで約半数の反応であった(表3)。頻回入院者への関わりについて、「現状では無理」とするものは相談員で13.7%、担当員で26.3%と大きな開きがあるが、にもかかわらず担当員で病院探し41.5%、個別的援助の継続27.7%の回答を得ており、必ずしも悲観論が支配的とは考えられない数値である。相談員との比較でいえば、担当員の反応の比率は全体的に慎重であり、「相談員積極的-担当員消極的」という反応パターンは同様であるものの、反応の内容は両職種とも類似したものであった。

### 5) 求助内容

酒害の相談・訴えは双方とも家族から(相談員100.0%、担当員69.2%)が最も多い点では一致している。次いで相談員の場合は福祉事務所(87.7%)、警察(76.7%)と続き、本人は第4位で(72.6%)最後に病院(63.0%)となるが、他方担当員では本人(52.0%)、病院(33.8%)、保健所(30.4%)となり警察が最後に17.9%を占めている。担当員の場合に本人が多いのは、福祉事務所は他の相談機能よりも単身者の相談窓口機能をより強く果たしているからであろうし、また病院のアフターケア機能についても同様なことがいえるだろう。これに対し保健所は福祉事務所に較べて全般に多様なチャネルからの活発な相談機能に依っているが、とりわけ他の機関との連携相談

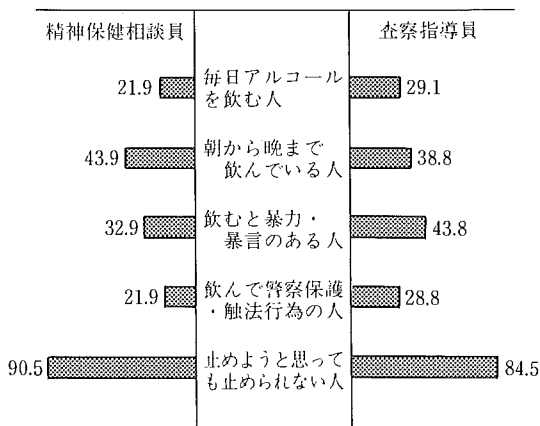


図1 「アル中」イメージ

表3 望ましい援助

(%)

援助の内容	精神保健相談員 (N=73)		査察指導員 (N=598)	
	最も重要な援助	望ましい援助	最も重要な援助	望ましい援助
家族内調整を含む家族への援助	4.1	80.8	8.7	39.8
患者や家族に正しいアルコールの知識を認識してもらう努力	13.7	67.1	14.9	44.0
医療機関や自助集団等の「情報」の提供	1.4	65.8	0.5	22.9
断酒継続への動機づけとそのための援助	24.7	50.7	17.7	38.8
日常生活の改善	—	35.6	10.2	35.8
治療への導入	9.6	68.5	3.7	22.7
医療・福祉・自助集団への橋わたし役	12.3	49.3	4.7	20.1
関係機関組織の現状の検討と総合的酒驾対策の構築	13.7	50.7	3.5	14.7
退院後のケア	—	47.9	5.0	31.3
関係機関組織との連携	—	50.7	1.7	24.7
その他	—	4.1	0.3	2.3

活動に福祉事務所にはあまりみられない特徴が認められるようである。アルコール依存症援助ネットワークのシステム開発上、保健所をコアの一つと位置づけることが妥当な結果である。

アル症者自身および家族からの相談の内容の順位は、全般に相談員に活発な相談機能を認めるものの、両職種で大きな差異をみせない(表4)。本人自身からは入院相談が他を圧倒的に離して多く、次いで身体的苦痛、近況報告が続く。また家族からの場合も入院の相談が圧倒的であるが、次いで暴力行為が相談員で54.8%、担当員で30.1%、第3位は相談員で酒を止める方法49.3%、担当員が離婚相談11.7%と専門医療機関紹介2.5%であった。

表4 アル症者の相談内容 (%)

相談内容	精神保健相談員 (N=73)	査察指導員 (N=598)
入院相談	46.6(38.4)	38.8(28.9)
身体的苦痛	39.7(15.1)	31.1( 8.4)
近況報告	42.5( 5.5)	14.9( 4.5)
断酒仲間との関係調整依頼	17.8( 1.4)	3.0( 0.5)
家族トラブルの調整	32.9( 0.0)	17.9( 3.0)
社会復帰について	28.8( 2.7)	11.5( 2.2)
その他	8.2( 1.4)	8.0( 3.7)

( )内の数値は最も頻度の高い相談内容としてあげられた数値

#### 6) 自助集団

断酒会を知っているという担当員は94.0%に達するものの、出席経験率は13.4%と急減し、相談員の経験率68.5%と著しい差を示す。当然現在の参加状況にも大きな落差が認められ、前者の0.5%に対し後者は2人に1人の53.4%となっている。断酒会活動への援助としては例会場所の提供・斡旋が相談員と担当員それぞれ39.4%と4.0%、例会場所を教えるが46.6%と26.8%、その他2.8%と23.1%である。さらに断酒会から寄せられる援助要請としては例会参加要請が40.1%と6.5%、断酒会PR要請39.0%と9.0%、連絡密にしてほしい28.7%と2.5%と、担当員の低い数値が顕著である。一方、アル症・断酒会への理解要請では19.1%と11.6%と両職種間で伯仲している。経験的にみて、担当員へのこの期待の低さは期待が充足されての結果とはいえ、期待の内容から自ずと断酒会と関係機関の日常的な関連性が浮かび上がってくる。

なおAAについても担当員だけに限定して質問を用意したが、「知っている」と回答したのは437人(73.1%)であった。その内出席経験有りは4.8%にあたる21人のみで、担当員の間でもAAはおおよそ知られてはいるものの、その参加経験率は断酒会にもまして低いものであった。

表5は、断酒会への要望を自由に記載してもらった結果を一覧表にしたものである。新入会員への配慮が特に相談員の間で多く要望されており、会員の定着可能性を高める工夫と努力が断酒会に期待される場所である。また組織内の人間関係や運営のあり方についても、疑問が表明されている。一方担当員の間では会員の飲酒に対する厳し

い対応を指摘するものが多く、概して苦言、注文の内容が目だつ。両職種共に、会のもち方あるいは断酒会からの情報提供、PR活動の消極性に対する疑問、注文も散見され、勢いとパワーにおいてこれまで全国の断酒会の一つのモデルであった大阪の断酒会であるからこそ、これらの意見は貴重なものとして十分耳を貸してしかるべきであろう。

表5-1 相談員(73名)から断酒会への要望(自由記載分)

要望カテゴリーと主題	記 載 内 容	ケ ー ス 番 号
A) 会のもち方・工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>断酒会の原則に忠実に(体験談を語る、コメントをつけない)</li> </ul>	508
	<ul style="list-style-type: none"> <li>例会において家族の体験談に割く時間が少なくなりがちである。限られた時間で大変だとは思いますが工夫できないものかと思う</li> </ul>	523
	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族を回復させるプログラムが欲しい</li> </ul>	528
B) 組織のあり方		
1) 運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>何のための断酒会かという原点にたちもどり検討を</li> </ul>	529
	<ul style="list-style-type: none"> <li>組織の活性化、若返りして欲しい</li> </ul>	522
	<ul style="list-style-type: none"> <li>長の交代をときどきし、固定化しないよう</li> </ul>	512, 533
	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者から人間関係のトラブルの訴えが多い(指導的立場の人に対して)</li> </ul>	2039
	<ul style="list-style-type: none"> <li>もっと視野を広げる等組織的な成熟を望む</li> </ul>	533, 529, 548
	<ul style="list-style-type: none"> <li>幅広い受容と独善的にならないような組織に期待</li> </ul>	517
	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しく参加した人が続けて参加する気持ちになるような受容的な会運営</li> </ul>	508
2) 自助集団	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所に頼りすぎ。もう少し自助集団としての自覚をもって欲しい(金銭的に苦しいと、そのことですぐ頼ってくる)</li> </ul>	507
	<ul style="list-style-type: none"> <li>自助集団としての自立</li> </ul>	522
C) 会員の定着	<ul style="list-style-type: none"> <li>新入会員の参加が継続・定着できるような工夫・取り組みを</li> </ul>	501, 504, 506, 512, 514
	<ul style="list-style-type: none"> <li>会員の脱落を防ぐきめ細かなコミュニケーション</li> </ul>	518
D) 会員の飲酒	一件もなし	
E) 連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>支部長、副支部長は保健所の酒害教室に出席して欲しい(以前は出席されていたが、現在は出席なし)</li> </ul>	565
	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報の提供をして欲しい。再飲酒者への援助</li> </ul>	563
	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防、啓発活動などにも協力してもらいたい</li> </ul>	545
	<ul style="list-style-type: none"> <li>酒害相談の強化、関係機関との具体的な連携作業</li> </ul>	527
	<ul style="list-style-type: none"> <li>酒害相談員が地域で断酒活動する上で、行政やP.S.Wとの連携で立場が理解しあえるよう、考え方や訓練も必要。</li> </ul>	575
F) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>要望を言えるほどにHC(保健所)は動けていません</li> </ul>	540
	<ul style="list-style-type: none"> <li>援助らしいことが何もできず、心苦しいと思っている</li> </ul>	549

表5-2 担当者(598名)から断酒会への要望(自由記載分)

要望カテゴリーと主題	記 載 内 容	ケ ー ス 番 号
A) 会のもち方・工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の体験発表だけではなし、他の方法でも患者の精神的焦燥不安感を取り除く方法を考えて欲しい</li> <li>段階別、クラスを作り、ひとまとめた例会は無意味</li> <li>最近の傾向としてその内容が形式化しているのでは?</li> <li>アルコール依存という病気だと本人に先ず理解させ、治療を受けるよう動機づける必要がある</li> </ul>	134 163 174 2020
B) 組織のあり方		
1) 運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>単身者でも参加できる断酒会を作る</li> <li>断酒会活動内容が不明であり、期待もない。</li> <li>活動をアピールしてほしい。</li> <li>気軽に参加できる体制づくり及びPR</li> </ul>	048 2026 029 011, 037
2) 自助集団	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域に根ざした自助グループの確立(活発な地域と、そうでない地域とのアンバランスがある)</li> </ul>	2077
C) 会員の定着	一件もなし	
D) 会員の飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲酒して断酒会に参加しようとする者を参加させないようチェックすること</li> <li>断酒会参加後の飲酒をやめてほしい</li> <li>断酒会に参加した後、帰りに一杯という事になるときも多いと聞く、出席者の質も問われる</li> <li>患者に対して甘い対応をすべきではない</li> </ul>	2063 007 039 027
E) 連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所を通じるなどして、例会等の情報提供(C.W, 市民に)を</li> <li>断酒会は地域にないのでは?</li> </ul>	052 2058

同時に断酒会活動への理解不足とも思われる意見・印象も見られるが、この点は「アル症・断酒会への理解」要請が断酒会側から出されていたことと符合する、専門職側の課題でもあろう。

#### 7) 中間施設

次に中間施設の利用状況をみると、担当員の方が相談員の利用頻度を明らかに上回っている。利用経験率では50.7%:34.6%, また延べ平均利用回数では7.23回:4.13回との結果を得たが、中間施設を生活保護法による救護施設と限定した上での質問からすれば、当然の結果といえよう。表6は利用目的についてまとめたものだが、両職種とも「退院後帰宅先なし」「入退院の繰り返し」「本人希望」が他の理由に比し目だつ利用目的となっている。担当員に較べ相談員に多くみられる目的は「病院・保健所の方針」(14.6%:39.4%)「社

会関係調整」(4.9%:31.5%)「家族崩壊」(14.1%:36.9%)「地域支援不可能」(15.0%:23.7%)などである。

さらに利用体験者の内で利用上の問題を体験した者の割合は、担当員で27.9, 相談員で83.8と大きな落差を示している。利用しやすいことと好連携とは別問題であろうが、上記の利用頻度の低さに加え、同じ福祉制度体系に属する組織同士の利用のしやすさがあることを窺わせる結果である。問題の内容としては、担当員、相談員それぞれ施設数が少ない(62.7%:67.7%), その結果必要時に利用不可(35.8%:29.4%)となり、加えて担当員の間では無連絡の問題を体験した者も3人に1人(32.3%)の割合でいる。

利用上の問題をより強く感じている相談員の場合、自由記載方式で問うた中間施設への要望には、

表6 中間施設の利用経験とその目的 (%)

利用目的	精神保健相談員 (経験あり, N=38)	査察指導員 (経験あり, N=207)
利用経験率	34.6	50.7
平均利用延べ回数	4.13	7.23
入退院を繰り返して断酒が 長続きしない	68.5	48.8
家庭崩壊のため	36.9	14.1
退院するのに家がない	50.0	53.2
社会性を養うため	13.1	23.9
家族, 交友関係の整理のため	31.5	4.9
金銭管理などの生活技術を 身につけるため	34.2	20.0
病院や福祉事務所の方針により	39.4	14.6
本人が入所を希望したため	39.5	51.9
問題飲酒のため地域で 支えきれないため	23.7	15.0

退所の仕方をめぐる処遇のあり方, ならびに退所後の処遇のあり方や生保以外の入所者資格への要望などを中心に, 貴重な意見が寄せられている。

#### 8) 職種間連携

アル症者援助活動における両職種間の連携については, 相談員の93.2%, 担当員の71.6%が連携の経験有りと答えている。その連携内容として相談員からは「本人のことについて相談」(85.5%)、「家庭・病院訪問」(75.3%)、「ケース検討会」(37.7%)が主たるものとしてあげられ, 担当員では「病院探し」(49.5%)、「家庭・病院訪問」(46.9%)、「本人のことについて相談」(38.8%)などの結果を得た(表7)。こちらが用意した連携内容の限りではあるが, 担当員側では一番経験率の高い「病院探し」が, 逆に相談員側からは最も少ない連携経験活動として結果されたズレは, ニーズの相互補完性とみなしてよいものかどうか, 興味深い。次にみる表8の相互の要望中, No.514やNo.572の指摘はこの辺りの事情に触れたものと思われる。

全体的にみて, 相談員の方に連携活動への意識が強く現れており, したがってそれだけに連携過程での問題認知率も, 「処遇方針の相違」を中心に相談員の方に高く出ている(68.5%:37.3%)。その他の連携上の問題としては, 相談員, 担当員それぞれ「連携体制不備」(35.6%:38.2%), 「情報

表7 両職種間連携経験とその内容 (%)

連携内容	精神保健相談員 (経験あり, N=69)	査察指導員 (経験あり, N=424)
連携経験率	93.2	71.6
本人のことについてケース ワーカーと相談している	85.5(34.8)	38.8( 0.2)
経済的なことで困った時に のみ相談する	15.9( 2.9)	12.7( — )
ケースワーカーと一緒に家庭訪問 や病院訪問をすることがある	75.3(10.1)	46.9( 0.2)
病院探しを依頼する	10.1( — )	49.5( 0.2)
ケース検討会を行う	37.7( 2.9)	21.2( — )

( )内の数値は最も頻度の高い利用理由としてあげられた数値

がきちんと入らず」(26.9%:14.0%), 「必要時相談できない」(5.8%:13.3%)など, 相談員からは日頃の, また担当員からは必要時のといった差異を指摘することができるものの, 双方とも3人に1人が日常業務の過程で連携体制の不備を感じている。

表8は職種間相互に対する要望をまとめたものである。多様な要望, 意見を, 1) 研修・理解への要望, 以下2) 連携のあり方, 3) ケース処遇のあり方, 4) 職務性, 5) その他に分類してみた結果である。

相談員からは, とにかくアルコール依存症についての理解を深めて欲しいとする根強い要望が担当員に対し多く表明されている一方, 4) の職務性をめぐって相談員から担当員へは専門性の確立を, 反対に担当員から相談員に対しては増員要望が出されているなど, それぞれの抱える問題点を的確に指摘していることに気づく。また少々強引に5つのカテゴリーに分類したものの, 各カテゴリーは相互に関連する関係にもある。たとえば, No.508は実際には「アル症者に対して正しい知識をもつワーカーが次々と転動し, また一から勉強会も作りかえず。就労をせかしすぎてはいないか」と記述しているが, 転動回転の早さという職務性がアルコール依存症への理解を深め得ぬまま, 結果的には処遇上の問題へと連動している様が容易に推測されよう。あるいは, 職務としての専門性の確立が連携上の必要条件と述べるD) 中の



表8-1 相談員(73名)から福祉事務所への要望(自由記載分)

要望カテゴリーと主題	記 載 内 容	ケ ー ス 番 号
A) 研修・理解		
	・酒害に対しての勉強を	569
	・アルコール依存症を病気として理解するよう勉強してほしい	506, 525, 527, 529, 538
	アルコール依存症の理解を深めて欲しい	545, 578, 533, 575, 583, 520
	・学習, 研修の機会が乏しいし, あっても業務多忙でなかなか参加が難しいのが実態	545
	・ケース・ワーカーも酒害教室に出席してほしい	565
	長年生活保護のケースワーカーをやっているも, 断酒会へ出席したことがない人も多い。	
	研修の一環として断酒会を一度は見る機会を用意すべき	533, 522
	・人によって対応が異なるので, 新人ワーカーにはアル症のことを知る研修を	512
	・アル症に対する偏見がある, アル中は治らない, なにをしてもムダといった考え方	516
B) 連携をめぐって		
	・互いの立場を認めあった相互の連携	504
	保健所との事例を通じての連携をとって欲しい	506
	経過報告, 処遇の相談にのって欲しい	563
	日頃からケースについて連絡等全くなく, こちらからの問い合わせにはほとんど答えてもらえない状況	547
	お互いに日頃から連絡を密にするよう心がける	577
	・ケースを抱え込まず, 保健所の利用の仕方について前向きに考えて欲しい	529, 503
	・医療機関に対して保健所として関わる「限界」を理解してもらえたらと思う	514
	・アル症の被保護者に救護施設利用をもっと考えてはどうかと思う	532
C) 処遇のあり方について		
	・アル症者に対して正しい知識をもつワーカーが次々と転勤し, また一から勉強会も作りかえず。就労をせきしすぎではないか	508
	・本人への経済援助と割り切っている感じで, 本人の生活を支える視点に欠ける(保健所からの働きかけも少ない反省するが)	543
	・福祉事務所の対応が非常に厳しい。もっと本人の立場にたった援助を妻が働けると生保にかからず, 妻はパートなど生活に追われ, 疲れてイライラしているなど, 本人が回復するのに協力できない場合が多い。このようなケースについてももっと考えて欲しい	535, 549
	アパート単親生活をもう少し保障して欲しい	507
	公的扶助の運用面で治療断酒の動機づけを!	519
	・アル症に早く気付いて欲しい。慢性肝炎の治療に終わらないで欲しい	518, 539
	早期発見(内科疾患での保護が長すぎる)に努めて欲しい	566
	・安易な病院紹介は入退院の繰り返しにつながり, 断酒への動機困難	583
	入院させればよいと考えている職員多い	572
		570
D) 職務性について		
	・福祉職専門性の確立を	517, 522
	福祉専門職を入れて欲しい	525
	専門性が無ければ福祉のワーカーそのものが他の専門職との対等な連携困難	517
	・慣れた人がすぐ転勤する	524
	・アル症者への処遇についてワーカー個々のばらつきがある	578

E) その他

・より多くのアル症の発掘	541
・オープン化	548
・生保行政に主眼が置かれ、大局的な見地に欠ける	562
・共にケースに関わることでかなり理解を得てきているが、一般疾病と同じ保護基準であることがそもそもおかしい。現場のケース・ワーカーは理解していても、上層部の理解が得られない	579

表8-2 担当員(598名)から保健所への要望(自由記載分)

要望カテゴリと主題	記 載 内 容	ケ ー ス 番 号
A) 研修・理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かわいそう、困っているだけでは何もかも○にならない事を理解してほしい。又、こちらの仕事の範囲や現状も理解してほしい。</li> </ul>	023
B) 連携をめぐる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PSWの機動性を確保して欲しい(PSWは多忙なのか、同行訪問のスケジュール調整が難しい、人員増ははかれないか?)</li> <li>・忙しいのはわかるが、福祉事務所に仕事を押し付けないで欲しい</li> <li>・家族があれば同意入院、単身であれば自由入院させれば良いと言うのみで、実際に本人に会ってくれない。HCへ連れてくるよう依頼される、もう少し動いてほしい。</li> <li>・相談員が、福祉のケースについては、消極的で非強力的、特にアルコール依存症患者ケースへは関わってくれない。</li> <li>・共に行動できる体制づくり、及び検討会の積極的実施、又、保健所内部の各職種間の協力(保健婦、精神相談員間の不統一、無協力)</li> </ul>	068 003 2058 2008
C) 処遇のあり方について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成果があがるかどうかより、まずアル中に取り組んで欲しい。</li> <li>・安易に、みすてないで、頑張してほしい。</li> <li>・場当りの対応に終始、入院のみの対策。</li> <li>・市長同意による入院措置をしてほしい。</li> </ul>	036 106 2026 2031
D) 職務性について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応をもっと早くすべきである。</li> <li>・現場に足を運んでほしい。</li> <li>・相談員が忙しすぎる</li> <li>・PSW1人しか対応してないので、担当者を増やしていくべき。</li> <li>・当地域で相談員2名は少なすぎる。相談員の方が気の毒だ。</li> <li>・相談員の増員</li> <li>・人員増、所として相談員を援助する体制</li> <li>・PSWの仕事が多く、人員増が必要と思われる</li> <li>・PSWの増員、もしくは地区担の関わり。</li> <li>・精神保健相談員はよくやってくれるが、その上司が無責任である</li> </ul>	027 029 175 273 052 007, 059, 094, 174, 2039, 2041, 2075, 2077, 2078 174 205 2039 147
E) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合的の酒害対策の欠如、場当りの対応に終始</li> <li>・よくしていただいている。</li> </ul>	2026 135, 163, 2002

No517の指摘も、各要望が連関していることを如実に示している。

#### 4. ま と め

両職種間の比較を通して浮き彫りにされるのは、相談員以上に担当員が示すこの問題への一貫した慎重姿勢であり、これまでも体験的にいわれてきた特徴が、改めてデータ上も確認されたことである。表8-1中、C)のNo543の意見にも見られるように、確かにアルコール問題に関する担当員の慎重な姿勢の背後には、「経済援助との割り切り」があるとみて当たらずとも遠からずの感がある。しかし、このことを単に担当員個人の、また組織としての福祉事務所の理解不足、積極性の低さとだけ理解して片付けるだけでは、職種間のネットワーク形成は遅々として進まないであろう。たとえば同じく表8の結果であるが、いまひとつ印象的なことは、少なからず同様の、あるいは類似の要望が双方から出されていることに気づかされる点である。このことは逆に、まだまだ相互の理解に余地がありそうなことを示唆して余りあるものと考えられるのである。

今後、この問題に対する慎重姿勢が援助活動、本人や家族による自助努力にどのような影響力を及ぼすか、逆に表8-2中のNo023が指摘するとき“アルコール問題への過剰なめり込み”をどのようにして生かしていくか、あるいはまた本来の役割とそのより良い役割遂行のあり方など、こ

れらの肯定的な意味をも探る観点から検討されることが肝要であろう。その際、独断的でない職種間の相互交流を通じて検討され、その意味が明らかにされる必要があるのは、No506の指摘するとおりであるし、加えて同一事象の機能性と逆機能性の「正味の差引勘定」の視点<sup>2)</sup>、あるいは受容と許容、厳格と拒絶などの態度類型の視点<sup>3)</sup>などが重要となってこよう。

今回の調査研究では、多忙な中いろいろな職種の方々それぞれのご協力をいただいた。誌上を借りて、改めて感謝の意を述べさせていただきたい。そのご協力にお応えするためにも今回の調査結果が今後ささやかなりとも、(1)各関連機関がそれぞれのアルコール関連業務を遂行する上で、また(2)各関連機関同士の連携を考える上で、さらには、(3)より総合的な見地からするアルコール問題関連厚生行政の立案・施策に資することができれば幸いである。

#### 文 献

- 1) Caplan, G., Principles of Preventive Psychiatry, Basic Book, 1964. (新福尚武監訳『予防精神医学』, 朝倉書店, 1970)
- 2) Merton, R., Social Theory and Social Structure (rev. ed.), Free Press, 1957. (森東吾他訳『社会理論と社会構造』, みすず書房, 1961.)
- 3) 清水新二「精神障害と社会的態度仮説の実証的研究—アルコール症の場合—」, 『社会学評論』, 40: 1, 31-45, 1989.

## 【資料論文】

## 精神保健従事者研修の実態と展望

—全国の精神保健センター等へのアンケート調査から—

吉川 武彦<sup>+</sup> 中田洋二郎<sup>++</sup> 椎谷 淳二<sup>+++</sup> 丹野きみ子<sup>+++</sup>

## I. はじめに

我が国における精神保健に関する研修は、1952年に国立精神衛生研究所が設立された当初からの重要課題であった。同研究所における研修は、1959年から現行の社会福祉学課程の研修を開始し、その後、心理学課程、医学課程、精神保健指導課程、精神科デイ・ケア課程が設置された。さらに地域精神保健医師課程、薬物依存臨床医師研修会、心身症研修会が開始され、精神保健関連職員の資質向上に寄与してきた。

このように当研究所においてはほぼ設立当初から研修が開始され、今日に引き継がれてきてはいるが、我が国における精神保健関連職員の研修は必ずしも多様に組まれてきたとはいいがたい。1964年の精神衛生法改正により、各都道府県に精神衛生センター（現・精神保健センター）が設置

されることになり、センターが実施すべき事業が6本柱として明示された。その6本柱の1本が精神保健に関わる研修である。これによって各都道府県は圏内の精神保健関連職員に研修を行うこととなった。

この法改正で精神衛生相談員（現・精神保健相談員）を保健所に置くことが定められたが、精神保健相談員が確保できないときは保健婦に精神保健相談員資格取得講習会を行い、講習を修了した保健婦には精神保健相談員の資格を与えることとした。これによって保健婦の精神保健に関わる資質向上がはかれることになり、保健所における精神保健活動に広がりや深みがでた。

1980年頃から全国に急速に広がった地域共同作業所は、精神障害者の地域ケアの受け皿として発展し今日に至っている。また1982年に開始された通院患者リハビリテーション事業も精神障害者の地域ケアの受け皿として機能してきている。こうした中、1988年の精神保健法施行により、精神障害者の援護寮や福祉ホーム、あるいは授産施設の設置が法によって定められたのを受けて、精神障害者の地域ケアはようやく軌道に乗ってきた。この精神保健法は、精神障害者の人権擁護と社会復帰に向けて新たに整備を行ったばかりでなく、国民の精神健康の保持・増進についても国や地方公共団体が責任をもつことが明示されたところに特徴がある。1993年の精神保健法改正は、こうした状況を受けてさらにこの考えを徹底したもので、それゆえに精神保健関連職員の資質の向上は急務となっているといえよう。

一般的にいつて、研究においては常にP (Plan) -D (Do) -E (Evaluation) が重視されるが、研修においては必ずしもこれが十分に行われているとは

Circumstances and Prospect of Training for Mental Health Professionals in Japan

<sup>+</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

Takehiko Kikkawa : Department of Mental Health Administration Studies, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

<sup>++</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部

Yojiro Nakata : Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

<sup>+++</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

Junji Shiiya & Kimiko Tanno: Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

いいがたい。つまり研修を行うことは熱心であっても、その結果をきちんと評価していないことが多い。そこで、研究におけるPDE同様に研修においてもPDEを明確に行うことを意図し、研究部単位で組織されている研究所における研究体制を横断する形で「精神保健研修研究会」を組織して、研修に関する研究を開始した。本報告は、この研修研究会に設けた「実態調査研究班」が行った全国調査のまとめである。

この調査は我が国における精神保健研修のあり方を探ることを究極の目的としながらも、各地で行われている精神保健関連の研修の実態を明らかにし、それらの実態から現在どのような研修内容がどこでどのように展開されているのかを明らかにしようとしたものである。精神保健研修の実施主体と考えられるところは多様であり、公的機関のみならず企業等の私的機関でも積極的に行われるようになってきている。今回の調査は、とりあえず全国の都道府県・政令市が設置している精神保健センター・精神保健相談所、及デイケアセンターや社会復帰センターなどを対象にして行った。

「精神保健研修」には研修を企画するものの意図が明確に反映するが、予算や人材あるいは受講者側の事情によって、内容や時間が定められていくことも否めない。調査に際しては、なるべく多くの研修を研究対象にしたいと考えたので「精神保健研修」を幅広くとらえたが、実態調査として集計するにあたって集計対象にする「精神保健研修」に一定の枠組みをはめざるをえなかった。これを本報告における『定義』というならば、次のようになる。

「精神保健」：人々の精神健康の保持・増進を含むもので、精神障害者の保健・福祉・医療に関わる理論や実践を含めたものをいう。

「精神保健研修」：精神保健専門従事者を対象にしてその資質の向上を目的としたもので、参加者が不特定ではなく固定されていて精神保

健に関する複数のカリキュラムをもつもの。「精神保健専門従事者」：保健所、精神保健センター、福祉事務所、児童相談所、医療機関、精神障害者社会復帰関連施設、精神薄弱児・者関連施設を含む社会福祉関連施設、学校、企業などで、精神保健に関わる業務に従事しているもの。

## II. 対象と方法

### 1. 調査の対象

1991年9月現在の全国都道府県立精神保健センター（精神衛生相談所を含む）47施設（構成比77.0%）、公設精神科リハビリテーション施設連絡協議会<sup>(4)</sup>に加盟ならびに加盟推薦施設となっているもののうち都道府県立精神保健センターを除く13施設（構成比21.3%）、その他の市立精神保健相談センター1施設（構成比1.6%）の合計61施設を本調査の対象とした。

### 2. 調査項目ならびに調査方法

国立精神・神経センター精神保健研究所内で組織している精神保健研修研究会（代表：吉川武彦）の実態調査研究班において、各都道府県の精神保健センター年報等の既存資料をもとに調査票の原案を作成した。1991年7月の全国精神保健センター長会議において調査への協力要請を行うとともに調査票原案の修正チェックを受けた後、調査票を完成した。

調査項目は、調査対象施設が実施している研修の概要、都道府県内で実施されている他の研修の概要、これからの研修ニーズ、研修実施の隘路と課題、研修体制のあり方に関する意見等についての質問項目で構成されている。

調査は記名式のアンケート調査で、郵送法に基づいて実施した。調査票は各調査対象施設の施設長宛に郵送し、回答は「同施設内で研修業務を主に担当している職員、あるいは研修について詳しい職員」に記入してもらった。調査期間は1991年11～12月の2カ月間であった。

<sup>(4)</sup> 「公設精神科リハビリテーション施設連絡協議会」：全国の公設精神科リハビリテーション施設の連絡組織。1991年9月現在で14機関15施設が加盟しているほか、5施設が加盟推薦施設として加盟準備が進められている。

## 3. 回収状況

調査対象61施設中47施設から回答が得られた。回収率は77.0%であった。回収47施設の内訳は、都道府県精神保健センター（精神衛生相談所を含む）が40施設（回収率85.1%、構成比85.1%）、公設精神科リハビリテーション施設連絡協議会加盟施設・加盟推薦施設が7施設（回収率53.8%、構成比14.9%）である。

回答記入者は、施設長（所長、センター長）、研修担当部門の課・係長、技術職員（医師、保健婦、OT、PSW、精神保健相談員、心理判定員、その他の専門員）、事務員その他にわたっており、きわめて多様であった。このことは、精神保健センター等における研修業務の位置付けや研修担当職員配置が必ずしも明確になっていない現状を示唆するものといえよう。

## III. 結 果

## 1. 精神保健センター等が実施している研修

## (1) 開催した研修の数

精神保健センター等が1990年度中に主催または共催で実施した研修に関して、回収47施設中44施設から総数249件の回答があった。それぞれの施設が1年間に開催した研修の数は1件から17件までの幅があり、平均して1施設当たり5～6件/年の研修を行っていた。

なお、どのような活動や業務を本調査が対象とする「研修」として含めるかについては、各回答施設によって考え方が若干異なっているため、厳密には正確な実態をとらえきれていないと思われる。

## (2) 単独主催または共催の別

研修を精神保健センター等が単独で主催したか、他の機関・団体と共催で実施したかについては、8割までが単独主催で実施されていた。年平均研修開催回数5～6回のうちの1回が、他機関・団体との平均的な共催回数であるといえる（表1-2-1）。

共催した機関・団体は、各都道府県の衛生局や衛生部の関連部・課が30.8%を占めてもっとも多く、ついで保健所、精神保健協会、学校・教育委員会・教育関連の研究会、児童相談所などがみられた。精神病院協会や看護協会などの法人組織を含め、大多数が公的ないし準公的な機関・団体であった（表1-2-2）。

## (3) 各研修の開催日数

研修の開催日数は平均すると延べ4日間になる

表1-2-1 単独主催または共催の別

	件数	割合 (%)
センター単独主催	197	79.1
他団体と共催	52	20.9
合 計	249件	100.0%

表1-2-2 共催機関・団体名

機関・団体名	件数	割合 (%)
保健所	9	17.3
児童相談所	3	5.8
精神保健協会	7	13.5
教育関係機関	6	11.5
地方自治体	16	30.8
厚生省(国)	2	3.8
当事者団体	1	1.9
職種別研究会・団体(看護婦・保健婦)	1	1.9
精神病院協会	2	3.8
その他	1	1.9
無回答	4	7.7
合 計	52件	100.0%

表1-3-1 研修の開催日数と参加者延べ人数 件 (%)

開催日数	参加者延べ人数					合 計
	20名以下	21～40名	41～60名	61～100名	101名以上	
1日	29(15.0)	30(15.5)	16( 8.3)	18( 9.3)	25(13.0)	118( 61.1)
2～6日	19( 9.8)	16( 8.3)	10( 5.2)	3( 1.6)	2( 1.0)	50( 25.9)
7～20日	8( 4.1)	3( 1.6)	0( — )	1( 0.5)	1( 0.5)	13( 6.7)
21日以上	3( 1.6)	7( 3.6)	1( 0.5)	0( — )	1( 0.5)	12( 6.2)
合 計	59(30.6)	56(29.0)	27(14.0)	22(11.4)	29(15.0)	193(100.0)

注：回答研修総数（249件）のうち、不明・無回答（56件）を除いてある。

表1-3-2 研修の開催日数と参加形態

件 (%)

開催日数	参加形態				合計
	参加者を固定している	一部が固定,一部が自由	すべてが自由	その他	
1日	53(26.6)	21(10.6)	44(22.1)	4(2.0)	122(61.3)
2~6日	31(15.6)	7(3.5)	12(6.0)	2(1.0)	52(26.1)
7~20日	9(4.5)	3(1.5)	1(0.5)	0(-)	13(6.5)
21日以上	10(5.0)	2(1.0)	0(-)	0(-)	12(6.0)
合計	103(51.8)	33(16.6)	57(28.6)	6(3.0)	199(100.0)

注: 回答研修総数 (249件) のうち, 不明・無回答 (50件) を除いてある。

表1-4 研修の参加者延べ人数と参加形態

件 (%)

延参加者数	参加形態				合計
	参加者を固定している	一部が固定,一部が自由	すべてが自由	その他	
20名以下	42(18.6)	12(5.3)	8(3.5)	1(0.4)	63(27.9)
21~40名	41(18.1)	10(4.4)	13(5.8)	1(0.4)	65(28.8)
41~60名	15(6.6)	3(1.3)	15(6.6)	1(0.4)	34(15.0)
61~100名	8(3.5)	4(1.8)	17(7.5)	1(0.4)	30(13.3)
101名以上	16(7.1)	4(1.8)	12(5.3)	2(0.9)	34(15.0)
合計	122(54.0)	33(14.6)	65(28.8)	6(2.7)	226(100.0)

注: 回答研修総数 (249件) のうち, 不明・無回答 (23件) を除いてある。

表1-5-1 研修の対象となった機関 (複数選択)

	精神保健センター等が実施している研修	精神保健センター等以外で実施されている研修
精神保健センター	85(2)件*	34.1%**
保健所・市町村保健センター	209(64)	83.9
福祉事務所	77(4)	30.9
児童相談所	46(0)	18.5
精神薄弱者更生相談所	21(0)	8.4
医療機関	113(1)	45.4
精神科社会復帰施設	54(5)	21.7
各種社会福祉施設	43(1)	17.3
学校	38(7)	15.3
企業	23(1)	9.2
地方自治体所管課	61(0)	24.5
その他	32(2)	12.9

\*: カッコ内は他と重複せず単独に選択された件数

\*\*: 回答研修総数 (249件) に対するパーセンテージ

\*\*\*: 回答研修総数 (355件) に対するパーセンテージ

が、「1日」のみの研修が半数以上を占めていた。「2~6日間」を含めて大半が1週間未満の比較的短期間の研修であった(表1-3-1)。

参加形態別に開催日数をみると、「参加者を固定している」研修に開催日数の比較的長期のものが

多く、「すべてが自由(参加)」の研修では「1日」のみの研修が多かった(表1-3-2)。

なお、延べ日数が「21日以上」の長期の研修(12件)は、連続40日ほどにおよぶ精神保健相談員資格取得研修(8件)のほか、ロールシャッハ研究

表1-5-2 研修の対象となった職種(複数選択)

	精神保健センター等が 実施している研修		精神保健センター等以外 で実施されている研修	
医師	84(5)件*	33.7%**	88件	24.8%***
保健婦	191(37)	76.7	133	37.5
看護婦	86(0)	34.5	113	31.8
心理職	108(3)	43.4	114	32.1
ソーシャルワーカー	126(1)	50.6	123	34.6
作業療法士・理学療法士	55(1)	22.1	53	14.9
社会福祉士・介護福祉士	42(0)	16.9	44	12.4
保母・指導員	44(4)	17.7	89	25.1
精神保健相談員	101(8)	40.6	69	19.4
教諭・擁護教諭	46(9)	18.5	102	28.7
企業管理者	17(0)	6.8	21	5.9
行政担当者	94(1)	37.8	58	16.3
その他	43(4)	17.3	81	22.8

\* : カッコ内は他と重複せず単独に選択された件数

\*\* : 回答研修総数(249件)に対するパーセンテージ

\*\*\* : 回答研修総数(355件)に対するパーセンテージ

表1-6 研修の内容とテーマ(複数選択)

	精神保健センター等が 実施している研修		精神保健センター等以外 で実施されている研修	
<b>【ライフステージ別】</b>				
母子	60(7)件*	24.1%**	100件	28.2%***
思春期	120(31)	48.2	165	46.5
成人	176(80)	70.7	164	46.2
老人	83(20)	33.3	95	26.8
その他	9(4)	3.6	23	6.5
<b>【生活場面別】</b>				
家庭	160(4)件	64.3%	186件	52.4%
学校	88(10)	35.3	137	38.6
職場	99(6)	39.8	91	25.6
地域	211(54)	84.7	175	49.3
その他	20(0)	8.0	45	12.7
<b>【精神健康・疾病別】</b>				
精神健康の保持増進	91(18)件	36.5%	120件	33.8%
ストレス障害及び心身症	66(3)	26.5	105	29.6
発達障害	38(6)	15.3	95	26.8
児童・思春期精神障害	94(24)	37.8	143	40.3
老年期精神障害	68(20)	27.3	91	25.6
狭義の精神障害	138(26)	55.4	132	37.2
アルコール・薬物依存	82(9)	32.9	86	24.2
その他	21(2)	8.4	23	6.5
<b>【専門領域別】</b>				
保健	211(36)件	84.7%	165件	46.5%
医療	173(10)	69.5	174	49.0
福祉	140(7)	56.2	171	48.2
教育	53(11)	21.3	101	28.5
その他	5(0)	2.0	15	4.2

\* : カッコ内は他と重複せず単独に選択された件数

\*\* : 回答研修総数(249件)に対するパーセンテージ

\*\*\* : 回答研修総数(355件)に対するパーセンテージ



会、保健所合同研修、保健所職員研修、デイケア実習、社会復帰指導者研修などで、それぞれ年間数回に分けて断続的に長期間実施していた。

#### (4) 参加者数と参加形態

各研修の延べ参加者数は、40人以下が半数以上を占めており、参加形態では、半数以上が参加者を固定して実施していた。参加者を固定している研修は、比較的小人数で長期間にわたる研修が多く、逆に自由参加の研修は、多人数であっても「1日」のみの研修が多くみられた(表1-3-2, 表1-4)。

#### (5) 対象機関と対象職種

大半の研修が複数の機関ないし職種を対象として実施されていた。単独の機関や職種を対象とする研修は全体としては少数であるが、その中には「保健所・市町村保健センター」のみを対象とした研修が64件、「保健婦」のみを対象とした研修が37件と、他に比べて顕著に多かった。全般に地域精神保健活動に関わる機関や職種、それも保健や医療領域が中心で、福祉(社会復帰施設を含む)、教育(学校)、産業(職場)などの領域の機関や職種に対する研修は、まだそれほど普及していない様子がうかがわれる(表1-5-1, 表1-5-2)。

#### (6) 研修の内容とテーマ

研修の内容とテーマについては、次表のとおりであった(表1-6)。多岐に渡っているが、狭義の精神障害者に対する地域での保健医療福祉に対する内容・テーマが、数の上ではもっとも多かった。

#### (7) 研修のプログラム形態

研修の形態としては、「講義」形式がもっとも多く、次に「技法演習・セミナー(事例研究を含

む)」、「見学・臨地実習」の順であった。なお「その他」の中に「事例研究」と明記された回答が比較的多くみられ、それらは「技法演習・セミナー」に含めた。

研修の多くは、これらの形態を複数組み合わせで構成されていた。しかし、「講義」形式のプログラムだけで構成された研修が85件認められた(表1-7)。

### 2. 精神保健センター等以外の機関・団体が実施している研修

#### (1) 回答された研修の数

調査回答施設である精神保健センター等が主催・共催する研修(1-(2)参照)以外で、各都道府県内で行われている精神保健専門従事者対象の研修については、回収47施設中35施設(回答率74.5%)から総数355件の回答があった。回答は1施設当たり1件から47件までの幅があり、平均して10.1件/回答施設であった。

しかし、施設ごとの回答数の偏りが大きいこと、どのような研修を本調査が対象とする「研修」として含めるかについての判断が各回答施設によって若干異なっていること、回答記入者によって所属県内の研修事情の把握の程度に差があることなどのために、この標本から全国の傾向を把握するには無理があると考えられる。あくまでも参考として以下に集計結果のみ記しておく。

#### (2) 主催する機関・団体名

精神保健センター等以外の機関・団体が実施している研修の主催者は、きわめて多岐に渡っていた(表2-2)。

表1-7 研修のプログラム形態(複数選択)

	精神保健センター等が実施している研修		精神保健センター等以外で実施されている研修	
講義	207(85)件*	83.1%**	242件	68.2%***
見学・臨地実習	39(0)	15.7	34	9.6
技法演習・セミナー	153(0)	61.5	201	56.6
事例検討会(再掲)	36(0)	14.5	32	9.0
その他	25(0)	10.0	25	7.0

\*: カッコ内は他と重複せず単独に選択された件数

\*\* : 回答研修総数(249件)に対するパーセンテージ

\*\*\* : 回答研修総数(355件)に対するパーセンテージ

表2-2 精神保健センター等以外の研修主催機関・団体名

社会福祉協議会	25	7.0
保健所	18	5.1
児童相談所	19	5.4
精神保健協会	13	3.7
教育関係：都道府県教育委員会，教育センター， 高校養護教諭研究会，教職員組合，互助会，PTAなど	45	12.7
民生部局関係（地方自治体）：家庭児童課，社会福祉課， 福祉事務所，社会福祉研修所など	22	6.2
衛生部局関係（地方自治体）：公衆衛生課，保健環境部， 健康対策政策課，保健予防課，医務課など	21	5.9
労働部局関係（地方自治体）：職業能力開発課，労政事務所， 婦人就業援助センターなど	4	1.1
その他の所管部局（地方自治体）：障害者職業センター， 老人性痴呆疾患センター，自治体研修所など	23	6.5
厚生省（国）：保健医療局など	3	0.9
大学関係・社会福祉施設・民間精神科医療施設	18	5.1
各種社会事業団：医療社会事業協会，社会福祉事業団， 労働基準協会，京都国際社会福祉センター， 安田生命社会事業団など	28	7.9
各種当事者団体：アルコール問題関係団体，精神薄弱者育成会， 精神障害者家族連合会など	4	1.1
各種研究会・協議会：各種疾患別研究会，産業保健看護研究会， 精神医療懇話会，精神保健連絡協議会，精神療法研究会， 各種学会など	36	10.1
保健婦・看護婦団体：保健看護技術協会，保健婦協議会， 日本精神科看護技術協会，国保連合会など	25	7.0
医師団体：医師会，医局会など	13	3.7
ケースワーカー団体：PSW協会など	13	3.7
心理職団体：心理臨床研究会など	4	1.1
作業療法士団体：作業療法士会など	7	2.0
その他の職種別研究会：聴能言語協会，精神保健相談員会， 家庭相談員連絡協議会，いのちの電話など	7	2.0
無回答	7	2.0
合 計	355件	100.0%

表2-3-1 精神保健センター等以外で実施される研修の参加定員

20名以下	89	25.1
21～40名	69	19.4
41～60名	50	14.1
61～100名	50	14.1
101名以上	52	14.6
不明・無回答	45	12.7
合 計	355件	100.0%

表2-3-2 精神保健センター等以外で実施される研修の参加費用

無料	138	38.9
1～2000円	34	9.6
2001～5000円	28	7.9
5001円以上	15	4.2
不明・無回答	140	39.4
合 計	355件	100.0%

## (3) 参加定員と参加費用

精神保健センター等以外で実施されている研修の参加定員ないし参加実績には4名から985名(学会など)までのばらつきがあり，40名以下が半数を占めていた(表2-3-1)。研修参加費用は無料か

ら4万円までの幅があるが，「不明・無回答」を除けば約38%が無料，8割が2000円以下であった(表2-3-2)。

## (4) 研修期間と開催頻度

精神保健センター等以外で実施されている研修

の開催期間は、半数近くが1日、大半が1週間未満であった(表2-4-1)。また、開催頻度は半数以上が年1回であった(表2-4-2)。

#### (5) 対象期間と対象職種

精神保健センター等以外で実施されている研修の対象機関と対象職種は、表1-5-1、表1-5-2の

表2-4-1 精神保健センター等以外で実施される研修の開催期間(延べ日数)

1日	156	43.9
2～6日	148	41.7
7～20日	18	5.1
21日以上	20	5.6
不明・無回答	13	3.7
合計	355件	100.0%

表2-4-2 精神保健センター等以外で実施される研修の年間開催頻度

1回	193	54.4
2～3回	54	15.2
4～6回	45	12.7
7～12回	38	10.7
13回以上	12	3.4
不明・無回答	13	3.7
合計	355件	100.0%

とおりであった。精神保健センター等が主催する研修(1-(5)参照)と若干傾向の違いはみられるがおおむね共通しているといつてよからう。

#### (6) 研修の内容とテーマ

精神保健センター等以外で実施されている研修の内容・テーマは、表1-6に示したとおりであり、精神保健センター等が主催する研修(1-(6)参照)とおおむね共通している。

#### (7) 研修プログラムの形態

精神保健センター等以外で実施されている研修プログラムの形態は、表1-7に示したとおり、「講義」と「技法演習・セミナー」が中心で、精神保健センター等が主催する研修(1-(7)参照)とおおむね共通している。

### 3. 今後必要と思われる精神保健専門従事者の研修

「精神保健専門従事者のニーズとして、今後どのような研修の企画が求められているとお考えですか」という質問に対して、回収47施設中46施設から総数184件の回答があった。1施設当たりの回答件数は0件(「特に無し」)から11件まで広く分布しており、平均4.0件/施設であった。

表3 研修対象者のくくり方別内訳

(1) 機関・職種別研修	137	74.5
(2) テーマ別合同研修	26	14.1
(3) 精神保健専門従事者全般の研修	21	11.4
合計	184件	100.0%

表3-1-1 「(1) 機関・職種別研修」の対象機関別内訳

		実数 (%)	
		件数(n=137)	回答施設数(n=46)
医療機関		31(22.6)	22(47.8)
内訳 (再掲)	精神科医療機関	15(10.9)	10(21.7)
	精神科以外の医療機関	10(7.3)	9(19.6)
	医療機関全般	6(4.4)	6(13.0)
保健所		25(18.2)	15(32.6)
社会復帰施設		19(13.9)	14(30.4)
企業		17(12.4)	14(30.4)
学校		15(10.9)	13(28.3)
市町村		15(10.9)	10(21.7)
地域住民(ボランティア等)		8(5.8)	6(13.0)
相談機関		7(5.1)	7(15.2)
合計		137(100.0)	延101(219.6)

184件の回答を研修対象のくくり方別にみると、従来の精神保健専門従事者研修のもっとも一般的な形態である機関・職種別対象の研修(1)が回答の3/4を占める一方で、研修テーマごとに異なる領域の複数の機関・職種のまたがる合同研修(2)の必要性を訴える回答が14%にみられたのが特徴的である。このほか、対象を特定せず精神保健専門従事者全般を漠然と想定した回答(3)が1割ほどみられた(表3)。

#### (1) 機関・職種別研修

機関・職種別研修の回答137件を対象機関別にみると、「医療機関」がもっとも多く、ついで「保健所」「社会復帰施設」「企業」「学校」「市町村(行

政)」などが続いており、地域社会、職場、学校などにおける精神保健活動とそれらに関わる専門従事者の研修の充実が主に求められていた(表3-1-1)。なお、「医療機関」のうち約半数は精神科以外の一般の医療機関を研修対象にしているところから、精神科だけでなく一般の医療機関にも広く精神保健に対する理解と協力が期待されていることがうかがえる。

対象職種別では、重複する名称もあるが原則として回答の表現を尊重して作成した。多様な職種が並ぶが、「社会復帰施設職員(指導員など)」「学校教育関係者(教諭、養護教諭など)・保母」「企業の健康管理者」が上位を占めた(表3-1-2)。1

表3-1-2 「(1) 機関・職種別研修」の対象職種別内訳

	件数(n=137)	回答施設数(n=46)
社会復帰施設職員	19( 13.9)	14( 30.4)
学校教育関係者・保母	15( 10.9)	13( 28.3)
企業の健康管理者	12( 8.8)	11( 23.9)
保健所保健婦	9( 6.6)	8( 17.4)
保健所精神保健相談員	8( 5.8)	5( 10.9)
ボランティア・民生委員・一般市民	8( 5.8)	6( 13.0)
医療機関従事者	6( 4.4)	6( 13.0)
保健所医師	6( 4.4)	6( 13.0)
福祉事務所ワーカー・福祉関係職員	6( 4.4)	5( 10.9)
市町村保健婦	5( 3.6)	5( 10.9)
精神科医師	4( 2.9)	4( 8.7)
精神科以外の一般医師	4( 2.9)	4( 8.7)
臨床心理士	4( 2.9)	4( 8.7)
電話相談員	4( 2.9)	4( 8.7)
プライマリーケア機関の医師等	3( 2.2)	3( 6.5)
相談機関従事者	3( 2.2)	3( 6.5)
企業経営者	3( 2.2)	3( 6.5)
デイケア従事者	2( 1.5)	2( 4.3)
ソーシャルワーカー	2( 1.5)	2( 4.3)
保健所事務職員	2( 1.5)	2( 4.3)
職 親	2( 1.5)	2( 4.3)
精神科看護婦	1( 0.7)	1( 2.2)
作業療法士	1( 0.7)	1( 2.2)
栄養士・給食担当者	1( 0.7)	1( 2.2)
一般病院の看護婦	1( 0.7)	1( 2.2)
一般病院のMSW	1( 0.7)	1( 2.2)
市町村の議員等	1( 0.7)	1( 2.2)
市町村衛生担当課長	1( 0.7)	1( 2.2)
市町村の事務職員	1( 0.7)	1( 2.2)
市町村精神保健専門従事者	1( 0.7)	1( 2.2)
医療福祉士・医療心理士を目指す者	1( 0.7)	1( 2.2)
合 計	137(100.0)	延べ122(265.2)

表3-1-3 「(1) 機関・職種別研修」の内容・テーマ (複数選択)

<b>【ライフステージ別】</b>		
母子	3件	2.2%*
思春期	16	11.7
成人	31	22.6
老人	3	2.2
<b>【生活場面別】</b>		
		15.3%
家庭 (家族療法を含む)	21件	10.9
学校	15	11.7
職場 (職親を含む)	16	43.8
地域	60	
<b>【精神健康・疾病別】</b>		
		10.9%
精神健康の保持増進 (心の健康一般を含む)	15件	9.5
ストレス障害及び心身症 (職場が中心)	13	3.6
発達障害	5	11.7
児童・思春期精神障害	16	2.2
老年期精神障害	3	38.7
狭義の精神障害	53	7.3
アルコール・薬物依存	10	
<b>【専門領域別】</b>		
保健	78件	56.9%
医療	46	33.6
福祉	38	27.7
教育	13	9.5
<b>【研修目的別】</b>		
関心・理解・協力の姿勢を養う	74件	54.0%
知識・技術・方法の習得	107	78.1

\* : 「(1) 機関・職種別研修」総数 (137件) に対するパーセンテージ

一(5)でみたように、これら社会復帰施設、学校、企業等の精神保健専門従事者に対する研修が不十分である現実をふまえて、今後の充実が特に期待されていると思われる。

回答された研修の内容とテーマについてはきわめて多様なため、回答から明らかに読み取れるもののみを当研究班においてコード化して以下に示した(表3-1-3)。結果は精神保健センター等で現在実施されている研修の内容(1-(6)参照)と同様の傾向を示しており、狭義の精神障害者に対する地域保健医療福祉に関する研修を、より一層充実することを求める意見が多かった。なお、研修が「専門的な知識・技術・方法等の習得」を目的とすることは当然であろうが、一方で、参加する専門従事者自身の精神保健活動に対する「関心・理解・協力の姿勢を養う」ことを研修目的に含むものが半数以上にみられたことは、専門従事者といえども課題に対する共通理解や相互の協力姿勢

のあり方に現状では問題があることを示唆しており、注目される。

## (2) テーマ別合同研修

1つの研修テーマごとに、異なる領域の複数の機関や職種にまたがる合同研修の必要性を訴える回答が26件(14.1%)みられた。それらのテーマ(研修名)、含まれる内容、含まれる対象機関・職種の内訳は、以下のとおりであった(表3-2)。

地域社会における精神保健活動では、様々な領域に渡る幅広い連携ネットワークに基づいて総合的かつ継続的なケア・サービス体制が求められている。したがって、これからの研修のあり方もまた、参加者に単に専門的な知識や技術を伝えるだけでなく、異なる機関や職種の専門従事者たちが問題に対する共通理解と相互協力の姿勢を養うために、このような合同研修の意義はますます大きくなることが予想される。

## (3) 精神保健専門従事者全般の研修

表3-2 「② 対象者合同研修」の内訳

研 修 名	回答施設数 (n=46)	含まれる研修内容	含まれる対象機関・職種
地域精神保健研修	7 (15.2%)	精神障害者の人権、相談の進め方、社会復帰、生活援助、支援システムの構築、危機介入から社会復帰までの一貫したケア体制、精神医療の一貫性と継続性、連携ネットワーク、など	保健所 (保健婦, 精神保健相談員), 福祉事務所 (CW), 市町村 (保健婦, CW, 保健・福祉担当者), 医療機関 (医師, 看護婦, PSW, 心理職), 社会復帰施設 (指導員), など
児童・思春期・青年期問題研修	7 (15.2)	ここからの発達, 登校拒否, 摂食障害, 性の問題, 問題行動一般, 問題への対処法, 連携ネットワーク, 事例検討, スーパービジョン, など	保健所 (保健婦), 福祉事務所 (CW), 児童相談所 (CW, 心理職), 市町村 (保健婦, CW, 保健・福祉担当者), 教育委員会 (学校教育担当者, 教育相談員), 学校 (教諭, 養護教諭), 医療機関 (医師, 看護婦, PSW, 心理職), 警察署 (少年係担当者), など
アルコール依存症関連問題研修	7 (15.2)	アルコール依存の現状, アルコール依存症関連疾患, アルコール依存症者の理解と対応, 家族への支援, 連携ネットワーク, 処遇困難事例検討, など	保健所 (保健婦, 精神保健相談員), 福祉事務所 (CW), 児童相談所 (CW, 心理職), 市町村 (保健婦, CW, 保健・福祉担当者), 教育委員会 (学校教育担当者, 教育相談員), 学校 (教諭, 養護教諭), 医療機関 (医師, 看護婦, PSW, 心理職), 警察署 (警察官), 社会復帰施設 (指導員), 企業 (健康管理者), 自助グループ, など
老人精神保健研修	3 (6.5)	老人の精神保健, 老人性痴呆症の病理と介護法, 痴呆性老人対策, 家族への支援, 連携ネットワーク, など	保健所 (保健婦, 精神保健相談員), 福祉事務所 (CW), 市町村 (保健婦, CW, ホームヘルパー, 保健・福祉担当者), 医療機関 (医師, 看護婦, PSW, 心理職), 老人福祉施設 (指導員, 寮母), 警察署, 消防署, 民生委員, など
薬物依存研修	1 (2.2)	薬物依存の現状, 薬物依存症者の理解と対応, 家族への支援, 連携ネットワーク, 処遇困難事例検討, など	保健所 (保健婦, 精神保健相談員), 福祉事務所 (CW), 市町村 (保健婦, CW, 保健・福祉担当者), 教育委員会 (学校教育担当者, 教育相談員), 学校 (教諭, 養護教諭), 医療機関 (医師, 看護婦, PSW, 心理職), 警察署 (警察官), など
精神保健指導者研修	1 (2.2)	研修スタッフとして指導に当たれる人材の養成	医師, 保健婦, CW, PSW, 心理職, など

精神保健専門従事者全般を漠然と対象に想定した回答が21件(11.4%)あった。これらの内容としては、知識(リハビリテーション概論、薬物等)、技法(家族療法、面接技術、普及啓発方法等)、ネットワークづくりとチームの組み方、参加者自身の自己洞察や人間観(価値観)や日常業務の反省等のほか、研修体系(例えば、基礎・中級・上級コースの設定等)に関する提案など、さまざまな回答がみられた。

#### 4. 精神保健専門従事者の研修に対する精神保健センター等の役割

精神保健専門従事者を対象とする研修の実施に対して、精神保健センター等が今後どのように取り組んでいく考えであるかを問う質問に対する集計結果は表4のとおりであった。

「2. 現状では不十分だが、今後ニーズに応えられるよう、センター主催(共催を含む)事業として研修の充実・拡大に努めていきたい」が72.3%を占めてもっとも多く、「3. 公私にわたる他の機関・団体に対して研修の実施を奨励し、センターとしてはそれらへの側面的援助を行うことで対応していきたい」が14.9%で続いている。さらにこれら両者の折衷を期待する回答が6.4%にみられる。ちなみに「5. その他」の1件は「(研修を充実したくても)予算的に実施は難しい」という回答であり、選択肢の「3.」および「2. と3. の折衷」すなわち「他の機関・団体への側面的援助で対応していきたい」とする回答が合わせて2割

以上にのぼることからも、精神保健センター等が研修の充実・拡大をはかるためには予算不足をはじめとする隘路が存在し、他の機関・団体と協力せざるをえない場合が少なくないことを物語っている。

いずれにしても、「1. 必要な研修は現在すでに充分実施していると考えている」のは1施設(2.1%)しかなく、大部分の施設が研修の充実・拡大の必要性を認識していること、また「4. そのような研修の実施は、センターの役割だとは考えていない」という回答は0件で、回答のあったすべての施設が研修の充実にはみずからの施設も役割を果たすべきであると認識していること、が明らかになった。

#### 5. 精神保健専門従事者の研修を実施する場合の隘路と問題点

精神保健専門従事者を対象とする研修を主催または共催で実施する場合の隘路となる問題点について、自由回答で記載してもらったところ、多様な意見が出された。なかでも、「研修担当者のマンパワーの不足」(22件, 46.8%)、「講師の確保が困難」(20件, 42.6%)「研修予算の不足(15件, 31.9%)」を指摘する回答が、もっとも数多く問題として提起された。

「研修担当者のマンパワーの不足」は、「予算の不足」とも関連して「研修担当者が配置できない」、「(各業務部門ごとの人員配置が必要であるにもかかわらず)人口当たりの職員数配置しかとれ

表4 精神保健専門従事者に対する研修への今後の取り組み方

1. 必要な研修は現在すでに充分実施していると考えている。	1	2.1
2. 現状では不十分だが、今後ニーズに応えられるよう、センター主催(共催を含む)事業として研修の充実・拡大に努めていきたい。	34	72.3
3. 公私にわたる他の機関・団体に対して研修の実施を奨励し、センターとしてはそれらへの側面的援助を行うことで対応していきたい。	7	14.9
2. と3. の折衷	3	6.4
4. そのような研修の実施は、センターの役割だとは考えていない。	0	—
5. その他(予算的に実施は難しい)	1	2.1
6. 無回答	1	2.1
合 計	47施設	100.0%

ていない」ことから起きている問題と思われる。「講師の確保」や「研修会場の確保」は、「講師に支払う報酬や交通費等の予算が定額であるため、講師に依頼しにくい」、「遠方から講師を招くことができず」県内に限定されてしまう」、また「研修会場の確保」についても「会場借り上げ費の公的基準が低いために適当な会場を確保できない」など、いずれも「予算の不足」との関連を指摘する意見が多い。「講師の選定が難しい」とする意見の中では、「(講師の)人材に関する情報不足」、「研修ニーズの把握ができていない」、「従ってカリキュラム編成にあたって魅力ある研修テーマをみつけるのが困難」との回答がみられる。

次いで回答が多かったのは、「受講者の募集方法」(13件, 27.7%)に関する回答であった。これには「市町村保健婦は精神保健業務の位置づけがないため、保健所と比較して参加率が低い」、「受講者の旅費が出ないために参加者が限定される。特に3日以上連続した研修は参加者が集まらない」などの意見が出されている。

これらの他にも、「県内を広くカバーしようとすると、受講者が通う距離が遠過ぎる」「研修効果の測定が難しく目に見えないため、予算を確保しにくい」「専門研修の必要性に対して主管課の理解が得にくい」「担当者のマンパワー不足ゆえに体系化された研修体制が組めない」「精神保健センター職員自身が研修不足であり、研修の実施に自信が持てず企画力も不足している」「民生関係など他の部署と連携し、一貫した研修の体系化が必要である」「他の施設や機関が主催する研修会との整合性をはかる必要がある」「現状の研修の持ち方には長期的展望が欠如している」「現場のニーズ把握が不十分なまま研修内容を決めているので、研修効果が上がらない」「市立リハビリテーション施設または精神保健の法的権限がないため、研修の招集が困難である」「他団体と共催する場合、基本的認識にズレがあり感情的もつれを生じやすい」「受講者が研修を受けている間の業務の補充が欲しい」など、さまざまな意見がみられた。

精神保健センター等においては現実になんらかの研修活動を実施しており(1. 参照)、今後も研修の充実・拡大を目指している(4. 参照)にも

かかわらず、研修の企画や実施にあたっては、ここでみたようにマンパワーや予算の不足をはじめとする多くの隘路や課題を背負いつつ、不十分な条件の中で研修を実施しているという現実が明らかになった。それはまた、国や地方における研修の全体的な計画と、それらの実施に必要な基盤整備の努力なしには、今後の研修の充実・拡大は望めないことを示すものともいえよう。

#### 6. 精神保健専門従事者の研修体制のあり方に関する意見

本調査では、問6に研修体制のあり方に関する自由記載欄を設けた。この自由記載欄には関係職員からかなりの反応があり、多くの意見が寄せられた。その中に述べられた考えを5点に絞ってまとめてみた。

##### (1) 予算に関するもの

本来、このような精神保健に関する研修一特に精神保健専門従事者に関わる研修は、国や都道府県が責任をもって行うべきであるという意見が強い。国や都道府県が責任をもつべき研修であるにもかかわらず、我が国では研修関連予算が少なく、このため都道府県精神保健センターなどでは精神保健関係の研修を十分に計画するには至らないというのである。むしろ積極的に研修を行おうとすれば民間団体が企画する研修に相乗りするか、あるいはスポンサーとして民間団体を利用するほかないということになるだろうか。いずれにしても、民間団体に頼らざるをえないことにもなりかねないという危惧を表明しているものもある。

このような意見を背景にしているといっているのが、研修は補助金で行うのではなく、国が直轄して行うのがいいという意見であろう。さらに、民間が行うと企業利益が見え隠れするので、財団を設立して企業と切り離して研修を行うようにしたほうがいいという意見もある。こうした財団先導型の研修であっても、国や都道府県が研修の企画段階から参入できるようにしておくことが望ましいという認識も示されている。

##### (2) 研修の体系化・系統化、システム化について

研修には、専門分野別研修—例えば、アルコール、老人、思春期、精神障害、ストレス、家族会などのよう



に、何等かの特色をもたせる必要があるので、専門分野別に体系化ないし系統化をはかるべきであるという意見がある。しかしながら専門性が高くなると、どの地域でも講師に適切な人材を得られるというわけでもないで、国レベルの研修を計画する必要がある。系統化に関しては、受講対象者を精神保健関係の経験年数などで区分けする必要もあるという意見がある。その分類は「初任者」「中堅」「指導者」というような階層化がいいという意見である。

体系化や系統化という意味でも、テーマ別研修に対する期待が大きい。すなわち「メニュー」化している研修が必要であるという考えである。具体的には、研修対象を職種別に分け、より高度な専門性をもたせた研修を行う必要があるというのである。このような高度な専門性を有する研修には、関連する学会の参与を必要としているので、これをも考慮した研修企画委員会などをおく必要があるという考えも示された。

また、「国、都道府県、民間」が実施する研修には、目的の違いや方法の違いもあると考えられるので、研修全体をシステム化して「国レベル」では最先端情報を適切かつ的確に提供し、「都道府県レベル」では基礎的な情報を繰り返し提供し、「民間レベル」では専門分野情報を必要に応じて提供するようにしたほうがいいという意見もあった。意見の中には、基本的には中央集権的な研修から地方分権的な研修へという流れを創り出したいというものもあった。しかしながら、なお中央における研修を期待する向きも多い。

### (3) 研修方法、研修のマニュアル作成、当研究所の役割について

研修方法に関しては、講義形式の研修ばかりでなく、「あらゆる実践活動を相互に交流する形で、討論形式で行う」ものを期待する向きもある。研修に系統性をもたせ、能率よく行うためにも「マニュアル」化がはかられるべきだろうという意見もあった。マニュアル化によって研修内容が公開されることに意義をおく考えもある。その一方で、マニュアル化によって「受け身」の研修を助長してしまう恐れを指摘する向きもあるので、「マニュアル」化に関してはなお議論する必要があると考える。

研修方法に関する意見に関連して、精神保健活動の対象者にどのように語りかけるかとか変化をどのように引き出すかというような視点で研修が行われることが

多く、いわば「対象者」の変化を期待するものばかりで、「従事者」自身がどのように変わっていかなければならないかというような研修が少ないという意見があった。この意見は研修に関する核心をついたものといえ、研修を企画するものとして深く反省させられるところがあった。なおこのほか、国立精神・神経センター精神保健研究所において、研修に関するカリキュラム研究を行うべしという意見もあり、またモデル的な研修を行い、各地における研修が実践しやすくなるようにリーダーシップをとれという意見もあった。

### (4) 研修の対象をどのように広げるか

現在でも重視されている民生委員・児童委員、企業内精神保健関係職員、一般住民、ボランティアなどに対する研修は、これからも一層力を入れる必要があるが、これらをすべて公的な研修機関で賄おうとすると無理があるという意見が強い。これからは精神保健関係団体や社会福祉協議会と十分に連携し、さらに民間団体とも手を組みながら地域で研修を行っていかねば、需要を満たせないと考えている向きもある。

また具体的には、精神保健指定医は精神保健法で研修の受講が義務づけられているが、精神保健相談員にもその義務づけを行うべきであるという意見もある。新たに精神保健相談員を任命するときには、研修を義務づけてはどうかという意見もある。精神保健相談員の任命に関しては、今日なお都道府県格差が大きいので、こうした考えを直ちに実施することは不可能であろうが、一考に値するものであろう。少なくとも今日厚生省が行っている都道府県をブロックに分けて行う通称リフレッシュ研修に、極力精神保健相談員の出席を促す必要がある。

保健所嘱託医の研修を行う必要を訴える意見もあった。地域精神保健に関心と実績のある精神科医ばかりが保健所嘱託医を引き受けるわけではない。そこに保健所間格差が生じるきっかけもあると考えられるので、この意見は重要であろう。嘱託医研修によって、嘱託医に地域精神保健に関する一定程度の知識をもってもらい、地域格差一保健所間格差を少なくする必要がある。医師研修に関しては、精神病院に勤務する医師に対して地域精神保健に関する研修を行う必要があるという意見も出されている。また、事務吏員は数年で転入転出するが、これらの事務吏員に対する研修を継続的に行いながら精神保健に関する感性や知識を一定レベルに保つ必要

があるという意見もある。

(5) そのほかの意見

研修に関する情報の提供方法について意見を述べたものもある。また研修結果の伝達についても意見が述べられた。研修担当職員に対する研修の必要性についても意見があった。特に研修担当者については、国内留学制度を含めて検討する必要があるという指摘があった。また、国立精神・神経センター精神保健研究所は、厚生省機関ではあるが研究機関であるので他省庁との関係を十分に結び、精神保健に関する情報を十分に収集し、研修にフィードバックすべきだという考えも示されている。これからは職場のメンタルヘルスが重視されるであろうから、その方面の研究も重視されなければならないという意見もあった。

このように、述べられた意見や提言、さらに希望や指示はさまざまであり、そのいずれも我が国の精神保健に関する研修を考える上で重要な指摘であった。

#### IV. 考察とまとめ

精神保健に関する研修のあり方を論じた文献はきわめて少ない。我が国の成書では、おそらく「精神保健教育のあり方」<sup>2)</sup>のみであろう。公衆衛生精神保健研究会によって訳出されたモシャー、L.R.らの「コミュニティメンタルヘルス」<sup>3)</sup>には、精神保健モデルプログラムにおける住民に対する啓発・教育プログラムがどのようなものであったかという記載はないばかりか、どのような研修を行って精神保健専門従事者を育てたかということの記載もない。その意味では「精神衛生活動の実際」<sup>4)</sup>、「精神衛生と保健婦活動」<sup>5)</sup>、「保健所精神衛生活動のすすめ方」<sup>6)</sup>にも記載はない。

つまりこれまでの精神保健活動は、そのことに目覚めた一匹狼的なカリマス性を帯びたスペシャリストが、精神保健に関するノウハウをみずから生み出しつつ進めてきたものであったので、それを系統化したり体系化して伝達するということがなかったといえよう。カリマス性の高いスペシャリストが生み出した精神保健に関するノウハウは、一匹狼でもあるスペシャリストとともに行動しながら徒弟的に体得していくものと考えられていたともいえる。つまり、精神保健専門従事者に対する研修といった考えはそこにはなかったといっているであろう。このような視点で考えると、精神保健に関す

る研修のあり方を探るといふこの試みは、当研究所が率先して行うべき研究であったにもかかわらず、それを見過ぎていたということがいえるとともに、ある意味ではかなり新鮮な研究ということもできるし現実的な精神保健活動に有効な研究ということができよう。

今回の調査は、我が国における精神保健に関する研修のあり方を研究する目的で行ったものである。全国の都道府県・政令指定都市精神保健センターおよび精神保健相談所のほか、公設精神科リハビリテーション施設連絡協議会に加盟あるいは加盟推薦されている施設のうち精神保健センターを除いた施設において行われている精神保健に関する研修の実態をアンケート調査したもので、我が国の精神保健に関する研修の一端を明らかにすることができた。それらを取りあげて考察したい。

##### 1. 民間機関・団体との連携、民間レベルの研修の強化

精神保健センターなどの公的機関が主催する研修は、おおむね年に5～6回であるが、そのほとんどは単独主催でありほかの機関・団体との共催は1回程度である。共催する機関のほとんどは準公的機関であり、民間機関・団体との共催はほとんどない。こうした実態をふまえて自由記載の意見をみると、国レベル、都道府県レベル、民間レベルという体系化ないし系統化した研修の必要性を主張する向きもあるので、これからは民間レベルの研修にどのような協力関係をもつかを検討する必要があることがわかった。

民間レベルでの研修には企業イメージがつきまといそれを嫌う向きもあることから、民間レベルでの研修にはできる限り企業イメージをぬぐい去るようになる必要がある。そのために、研修法人を設立して団体とし、民間レベルでの研修をそこに行わせるなどすることも考えられる。なお、現に重視されているがなかなか連携が保てない社会福祉協議会などは改めて協力関係を結び、精神保健に関する研修を広げる必要がある。

##### 2. 体系化された系統性の高い研修を行うことの必要性

体系化された研修を求める意見によれば、「職種別研修」や「経験別研修」、研修対象者の「所属別研修」などを考えることができるが、系統性の高い研修を希望する意見を集約すると、「テーマ別研修」が挙がってくる。基礎的には職種別研修も必要であろうが、経験別にも機関別にも、そしてテーマ別にも職種を超えた研修を求める

考えもある。このような考えは、地域精神保健活動を実践すると職種を超えて共通する問題にぶつかることが多くなり、職種を超えてテーマ別に研修を行う必要性を認めるようになるのであろう。

より高度な研修を行うためにも研修を体系化し、国レベル、都道府県レベル、民間レベルのそれぞれに特色をもたせるべきであるという考えもあり、これによって国全体として系統性の高い研修を組むことができるとすれば、この指摘は重要であろう。

### 3. 研修プログラムについて

具体的な研修プログラムにも工夫が求められている。現在行われている研修の多くは「講義形式」であるが、それを崩そうとする試みも多くなされている。講義形式は研修のスタイルとしてありふれているばかりでなく、研修を受け身にさせてしまう傾向がある。研修に積極的に参加することを動機づけるには、セミナーや討論を取り入れる必要があろう。さらに、より高度な技法を習得するための研修となれば、セミナーとともに演習の機会も必要になろう。演習も小集団演習となると指導者を確保するのも難しくなるが、高度な技法の習得を目指すものであればそれもやむをえない。ただ、このような高度な技法習得を目的にする研修を、どこが主催して行うかという問題もある。

系統的な研修を行うためには、連続的な研修プログラムが必要になる。2～6日が平均的な研修日数であるという今回の調査結果からは、系統性の高い研修をどこまで行っているかはわからない。精神保健相談員資格取得講習会のように、ほぼ40日をかけて研修するのであれば、それなりの研修実績を挙げることができようが、現任訓練的な研修であれば40日間にわたって職員を拘束することはほとんどできない。その意味では、実態にあった適切な研修プログラムの研究を行う必要があろう。それをマニュアル化というならば、マニュアル化の必要性を主張することもできよう。

### 4. 研修のニーズと当研究所の役割、予算について

精神保健センターなどに対してこれからも研修に対するニーズは強まるであろう。その点では、精神保健センターなどにそのニーズを受け止めニーズに応えようとする意気込みはある。その意味では、国立精神・神経センター精神保健研究所が担う役割は大きく、また重要

なものとなろう。当研究所は、厚生省所管の我が国唯一の精神保健研究機関であり、精神保健に関する研修の研究機関でなければならないからである。研修の体系化に関しても、さらに研修の系統化に関しても、また研修のマニュアル化や研修に関する情報発信についても当研究所として負うべき役割は大きいといえるであろう。

精神保健専門従事者の研修を実施する場合の隘路として第一に述べられたのが研修に関する予算が少ないことであったことは、重視している。各都道府県精神保健センターなどでは、さまざまな領域や地域からの精神保健に関する研修のニーズが大きいことを認めてはいるものの、そしてそのニーズによく応えようとしてはいても、予算的にみて十分なことができないという歯噛みもある。研修に対する予算配分が不十分であり、ニーズに応えることができないのが現状だからであろう。その点では国立精神・神経センター精神保健研究所においても同様な問題を抱えている。予算が隘路になっているという現実を認識する必要があろう。

## 謝 辞

本調査の実施に当たり、調査の趣旨をご理解いただき快く協力して下さった、都道府県精神保健センター（精神衛生相談所を含む）ならびに公設精神科リハビリテーション施設連絡協議会加盟施設・加盟推薦施設の皆様方に、心から感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 吉川武彦ほか：精神衛生に関する研修内容・方法及び結果に関する研究—1. 東京都立中部総合精神衛生センター研究紀要（昭和60年度）：20-44, 1987.
- 2) 吉川武彦, 佐野光正（編著）：精神保健教育のあり方（精神保健実践講座7）. 中央法規, 東京, 1990.
- 3) 公衆衛生精神保健研究会（訳）：コミュニティメンタルヘルス—新しい地域精神保健活動の理論と実際—(Mosher, L.R. & Burti, L.: COMMUNITY MENTAL HEALTH-Principle and Practice-). 中央法規, 東京, 1992.
- 4) 増野肇, 近藤喬一（編著）：精神衛生活動の実際. 金剛出版, 東京, 1982.
- 5) 中沢正夫, 宇津野ユキ（編著）：精神衛生と保健婦活動. 医学書院, 東京, 1985.
- 6) 岡上和雄（代表編著）：保健所精神衛生活動のすすめ方. 牧野出版, 東京, 1985.

## 【資料論文】

## 新生ハンガリーにおける国民保健の実態と問題：死亡率動態を手がかりに\*

清水 新二<sup>1)</sup>

## はじめに

「西暦2000年までに世界の全ての人々に健康を」のスローガンを採択した1978年のWHOアルマ・アタ宣言によって、健康問題は一気に社会化した。医療費と財政問題、環境と健康問題、南北問題としての公衆保健などが世界的規模で討議され、いわば「健康への投資」が国民保健を改善し、しいては医療費の削減や生産性の向上につながり、また国際政治的観点からしても危険と恨みを伴いやすい国際貢献より相手国が受け入れやすい援助、貢献のスタイルといえ、健康への投資が政治経済的にも十分ペイオフすることが明らかになってきた。日本でも1991年にWHO協賛の公衆衛生サミットが開催され、埼玉宣言が採択されている。この宣言は、いわゆる「持続可能な経済・社会発展」との調和のみならず、経済・社会発展を確保するための基盤として人々の健康の重要性を謳いあげたものである。このように、今や健康問題は医学分野にとどまらず、経済や社会、政治とも関連する社会的問題として理解されるようになってきている。個人のレベルや民間セクターでは、健康への投資行動は既に定着している昨今である。

一方、1989年の東欧革命によって、旧東欧諸国は社会主義から市場経済社会へと移行した。この世界史規模の社会変化のソフトランディングのた

めに、東欧支援が大きな政策課題として浮上してきた。このことは、世界の政治経済におけるロシア支援問題が占める比重の大きさに端的に現れている。

ところが、これまで主に政治や労働、経済の観点からのみ東欧問題が論じられてきたわが国では、「経済・社会発展を確保するための基盤として人々の健康」問題については全くといってよいほどに知られないできた。たとえば、近代国家の歴史は、一面からみると国民死亡率の低下の歴史と言ってもよいのだが、本稿に明らかのようにハンガリーの場合、1960年代後半より80年代にかけて死亡率は上昇し平均余命は短縮するという、近代の常識からして驚くべき「国民保健の破壊」を体験したのであった。この悲劇的体験は、ハンガリーに限らず旧東ドイツやポーランドや旧ユーゴスラビアなどでも観察された。

今後の東欧諸国に共通する課題として経済的再生のみならず、いわゆる国民保健の「大後退状況」を克服するといったような国民保健再建こそが、新生東欧諸国の民主主義化をめぐるもう一つの課題であることを間違いない。というのも、1984年に死亡率上昇が止まったため健康問題への関心は徐々に薄れ、議論も鎮静化しつつあるが、実際には1989、1990年と死亡率は再度上昇の気配をみせているからである。このことは、これまで政治経済の観点からのみ、新生ハンガリーの問題が論じられてきた傾向に警鐘を鳴らす事実であろう。

さて、国民の健康状況を観察するためにはいくつかの切口があるが、本論では一般的な指標として使われる死亡率、平均余命の二つをとりあげ、ハンガリーの人々の健康状況を浮き彫りにしてみたい。次いで、死亡率や平均余命と密接に関連する死因構造について概観し、ハンガリー社会の健

\*The Mortality Trend and Public Health Problems of the New Hungary.

<sup>1)</sup>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 : Division of Mental Health Planning, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

康問題に関する糸口を手繰り出しつつ、その背景にも筆を進めてみたい。

## 1. ハンガリー社会の概況

周知のように、1989年に生じた一連の東欧革命によって東西冷戦構造は崩壊した。他の東欧諸国と較べ、ハンガリーは1956年のいわゆるハンガリー動乱以降それまでの厳格な計画統制経済を緩め、とりわけ1960年後半からは部分的に市場原理を導入するなど、東欧社会の中ではいち早く実験的に市場経済を体験していた。東欧革命で先陣を切り、また旧東欧諸国の中でもハンガリーが先頭をきって西欧への仲間入りを目指しているのも、一つにはこうした背景があるからである。

1990年現在におけるハンガリーの総人口は1,037万5千人で、内男子が498万5千人、女子は539万人、男子に対する女子の割合を示す性比は1.08となっている。日本の総人口のおよそ十分の一弱、東京都の人口より若干少ない人口規模である一方、現有国土が9万3千平方キロのため人口密度は一平方キロあたり111.5人で、日本の330人とは大きく隔たっている。

この内、総人口の2割(19.4%)が首都ブタペストに集中しており、他の市部には42.6%と約半数が、また残りの37.9%が町村部に居住している。14歳以下人口100人当たり、60歳以上人口が何人いるかを指標化した老年化指数をとると、全体で93.6となる。老年化指数をさらに居住地区別にみると、ブタペストで126.0、ブタペストを除いた県都全体で73.4、それ以外の市町部で76.9、村部が100.0と、日本の過疎地域における高齢者問題とはいささか様子を異にする。つまり低出生率を強く反映する大都市ダベシュトで子どもの比率は最も低く、反対に60歳以上の高齢者の比率が高く、県都および市町部では、低い平均余命を反映して高齢者が最も低い比率であることがわかる。なおハンガリーでは後述のごとく平均余命が低いため、諸種の統計でも60歳を行政的に老齢として扱っている点は、日本とは異なるハンガリー社会の特徴を自ずと表している一方、とりわけ老齢人口に関する統計を扱う際に注意を要するところである。

次ぎに就業の側面をみると、総就業人口は446万で、この内女子が199万と45%ほどを占めている。この女子就業者の比率の高さは、かつての社会主義社会の特徴を引き継ぐものである。この内農業に従事する者の割合は、68万6千人の15.3%にあたるが、基本的には農業国といわれてきたハンガリーにしては第一次産業従事者が相対的に少ないといえよう。この総就業人口の85.6%が被雇用者で、残りは共同組合のメンバーやその家族従事者が9.1%、それに自営とその家族従事者が5.3%となっている。肉体労働従事者と頭脳労働従事者の区分でみれば、前者が66.1%で約三分の二を占め、さらにこの肉体労働従事者を熟練、半熟練、非熟練労働者に区分すると、それぞれが45.8%、35.4%、11.2%となる。また専門職、管理職、医療衛生・文化的職業、会計・事務などからなる頭脳労働従事者中に占める女子の割合は60.5%と、これまたわが国の状況と若干異なる様相を呈している。

ハンガリーは部分的に市場経済原則を導入して以来、東欧でも最も急速に経済成長を達成した社会である。たとえば1980年を100として国内総生産(GDP)の成長率を見ると、1960年37.5、1970年62.6、1990年110.7と、60年代ならびに70年代に急成長を遂げたことがわかる。反対に80年代に入ると、成長率はぐっと控え目になり、必ずしも経済運営が順調でなかったことが窺える。このことが結果的に、情報化の波にのって押し寄せる自由主義陣営の国民生活水準のあり様と自分たちの生活実態の比較を通して、社会主義体制への相対的な欠乏感をもたらしたであろうことは否定できない。そしてこのことだけが原因ではないものの、1989年の東欧革命への道をならした一大要因になったわけである。もっともそうした期待をこめた東欧革命も、実際にはその後の自由市場経済化のプロセスの中で悪戦苦闘しているのが実情で、ちなみに登録された失業手当給付者の数は、1989年12,064人であったものが、1990年には89,277人と激増し、この傾向はさらに1991年上半年で既に192,270人と留まるところを知らぬ勢いである。加えて、対前年度比で1990年の消費者物価指数が29%も上昇した事実を示されるような急速なイン

フレも手伝って、国民の経済生活、しいては社会生活に大きな影を落としている。

## 2. 人口減少とその要因

さて、本題である死亡率からみた健康問題にアプローチするため、ここではもっぱら人口動態の側面に焦点を絞って考察を進めることにする。

ハンガリーでは1953年に人工中絶が法的に禁止される。その後、一時的に出産数の増加をみたものの、保健福祉その他の諸社会サービスがこの新たな需要に十分対応しきれないという事態に直面した。加えて、1956年にはいわゆるハンガリー動乱が生起し、ソ連戦車による武力鎮圧という政治的、精神的ダメージを受けた国民の宥和を図ることもあって、一転制約なしの人工中絶を再度認めるようになる。以後、ハンガリーの家族計画の基本手段は人工中絶ということになってゆくのだが、1950年代後半から出生率は急速に低下し始め、1970年には15歳以上の既婚女子に対する平均子ども数が2.0を切り、人口が将来にわたって過もなく不足もなく置き代わる再生産レベル(2.1)を割る事態をむかえた。

このため、長い間政府の人口政策の基本はいかに出生率を上げるかに関心が注がれ、その結果1975年までには一定程度の成果をみるに至った。すなわち、人口千対出生率は1962年には12.9まで落ち込んでいたが1975年には18.4まで盛り返し、また1970年から1980年にかけて15歳から49歳の女子人口に対する出生率は56.6から57.6へと上昇を示したのである。このことを受けて、当初ハンガリー国内の人口問題論議には、国民がもう少し子どもを産むようになれば人口成長を維持できるのだとする主張もみられ、上記のようなこの間の経緯をみれば、それはそれなりに説得力をもつものであった。

しかしながら、出生力の上昇ないし維持が人口減少を防止する重要な要因であることは疑い得ない事実であるとしても、それだけでは人口減少を食い止めることができない場合もある。ハンガリーの場合がこのケースである。すなわち出生力の一時的回復にもかかわらず、人口千対死亡率の

改善は50年代後半にストップし1966年の10.0を最後に、その後25年間にわたって40%もの上昇を示している(表1)。そして1981年にはついに死亡率が出生率を上回り、人口の自然増加はマイナスに転じたのであった。

当然論議の方向は出生率から死亡率への問題へと、比重を移すことになる。そしてハンガリーの死亡率上昇は、ちょうど先進諸国における人口構造の老齢化にともなって生じる死亡率の上昇現象と同一視する議論もなされていく。しかしここでもまた、死亡率上昇の実態が人口問題に関する実証的な研究の進展によって明かにされるに従い、これらの論議が理論的には間違いではないものの、必ずしもハンガリーでは事実でないことが判明してきた。すなわち、この間の死亡率上昇が人口の高齢化だけでは十分説明しきれないほどのものであり、高齢化に導かれた死亡率上昇を上回るかたちで社会全体の死亡率が上昇していることが、論議されだしたのであった。人口高齢化からの影響より、むしろ国民全般の健康障害を主たる理由として死亡率が上昇するこうしたパターンは、ハンガリーのみならずいくつかの例外を除けばおしなべて旧東欧諸国に共通して観察されるものである(Compton, 1985; Forster and Józsan, 1990)。このことからして、コンプトンはこれを「東欧型死亡率パターン」と呼び、他のヨーロッパ諸国とは異なる独自のパターンとして識別している。

それにしても、人口現象や死亡率上昇の究明をめぐって、1970年代のハンガリーでは国民の健康障害を率直に認めるのにいささか時間を要したようである。社会問題の所在を認めたくないという、それまでの社会主義的政策オリエンテーションを別にすれば、その理由の一端は、戦後の死亡率上昇現象と人口構造との関連性について、次のように異なるパターンのあることを見逃していた結果と思われるのである。すなわち乳幼児死亡率の低下を達成した後、(1)高齢化社会の成熟に伴ない再度死亡率の上昇をみるパターン(仮にA型としておこう)の他に、(2)高齢化社会の成熟に至る前段階でも死亡率が再度上昇する場合(B型)があり得るのである。B型の場合でも、A型と比較して平均余命が短命であるという点を除けば、(1)

表1 年次別人口動態総計

年次	人口 <sup>1)</sup>	出生		死亡		自然増/減	
		数	出生率 <sup>2)</sup>	数	死亡率 <sup>2)</sup>	数	増減率 <sup>2)</sup>
1941	9,316	177,047	18.9	123,349	13.2	53,698	5.7
1949	9,205	190,398	20.6	105,718	11.4	84,680	9.2
1950	9,293	195,567	20.9	106,902	11.4	80,665	9.5
1951	9,383	190,645	20.2	109,990	11.7	80,647	8.5
1952	9,463	185,820	19.6	107,443	11.3	78,377	8.3
1953	9,545	206,926	21.6	112,039	11.7	94,887	9.9
1954	9,645	223,347	23.0	106,670	11.0	116,677	12.0
1955	9,767	210,430	21.4	97,848	10.0	112,582	11.4
1956	9,883	192,810	19.5	104,236	10.5	88,574	9.0
1957	9,829	167,202	17.0	103,645	10.5	63,557	6.5
1958	9,850	158,428	16.0	97,866	9.9	60,562	6.1
1959	9,913	151,194	15.2	103,880	10.5	47,314	4.7
1960	9,961	146,461	14.7	101,525	10.2	44,936	4.5
1961	10,007	140,365	14.0	96,410	9.6	43,955	4.4
1962	10,052	130,053	12.9	108,273	10.8	21,780	2.1
1963	10,074	132,335	13.1	99,871	9.9	32,464	3.2
1964	10,108	132,141	13.1	100,830	10.0	31,311	3.1
1965	10,140	133,009	13.1	108,119	10.7	24,890	2.4
1966	10,166	138,489	13.6	101,943	10.0	36,546	3.6
1967	10,203	148,886	14.6	109,530	10.7	39,356	3.9
1968	10,244	154,419	15.1	115,354	11.2	39,065	3.9
1969	10,284	154,318	15.0	116,659	11.4	37,659	3.6
1970	10,322	151,819	14.7	120,197	11.6	31,622	3.1
1971	10,352	150,640	14.5	123,009	11.9	27,631	2.6
1972	10,378	153,265	14.7	118,991	11.4	34,274	3.3
1973	10,410	156,224	15.0	123,366	11.8	32,850	3.2
1974	10,422	186,288	17.8	125,816	12.0	60,472	5.8
1975	10,501	194,240	18.4	131,102	12.4	63,138	6.0
1976	10,563	185,405	17.5	132,240	12.5	53,165	5.0
1977	10,615	177,574	16.7	132,031	12.4	45,543	4.3
1978	10,660	168,160	15.8	140,121	13.1	28,039	2.7
1979	10,687	160,364	15.0	136,829	12.8	23,535	2.2
1980	10,709	148,673	13.9	145,355	13.6	3,318	0.3
1981	10,705	142,890	13.4	144,757	13.5	-1,867	-0.2
1982	10,695	133,559	12.5	144,318	13.5	-10,759	-1.0
1983	10,671	127,258	11.9	148,643	13.9	-21,385	-2.0
1984	10,640	125,359	11.8	146,709	13.8	-21,350	-2.0
1985	10,599	130,200	12.3	147,614	14.0	-17,414	-1.6
1986	10,560	128,204	12.2	147,089	14.0	-18,885	-1.8
1987	10,509	125,840	12.0	142,601	13.6	-16,761	-1.6
1988	10,464	124,296	11.9	140,042	13.4	-15,746	-1.5
1989	10,421	123,304	11.9	144,695	13.9	-21,391	-2.1
1990	10,375	125,679	12.1	145,660	14.1	-19,981	-1.9

HUNGARIAN STATISTICAL YEARBOOK 1990

1) 単位千人

2) 比率は全て人口千人対

出生率の低下によって幼年人口が相対的に少なく、かつ(2)中高年層の死亡率が高い結果、(3)相対的に高齢人口比率は膨らみ、一見人口構造の形状が高

齢化社会への移行段階でみられるような釣鐘状あるいは円筒状に近い人口ピラミッドに類似した形状を描く状況が現出する。ハンガリーがそのケー

スであり、死亡率の高さならびにそうした人口構造の形状だけをみれば、われわれが高齢化社会の特徴として慣れ親しんでいる特徴に近いとする議論も可能である。したがって、当初一部で、ハンガリーにおける死亡率上昇問題が高齢化現象から理解され始めたのも分からなくもない。事実、当時の社会主義ブロック内ではこの議論があながち的外れでなかったことは、次節の統計資料からも明らかである。ただそうした議論を展開するにしても、人口構成がはるかに高齢化している他のヨーロッパ諸国の死亡率を凌いで、ハンガリーの死亡率が世界で最上位にある事実を厳しく直視すべきであったろう。

### 3. ハンガリーの高死亡率

#### 1) 高死亡率と相対的に低い老年化指数

そこで次にハンガリーの死亡率について、いまだ少し具体的に検討することが必要になる。表2は当時の問題状況を反映させるため、主に1980年を

中心に主要各国の死亡率を一覧したものであるが、細部の特徴は別にして、さしあたりここではハンガリーの死亡率の高さに注目したい。日本ではあまり知られていない事実であるが、ハンガリーの死亡率は世界一であり、しかもその高さは特異といってよいほどに他の国を凌ぐ数値であることが理解されよう。

1980年時点で人口10万対死亡率が1,100を越える高死亡率は、ハンガリーの他には東ドイツ、イギリス、西ドイツであり、これに次いでスウェーデンがほぼこの基準に近いところに位置している。これらの高死亡率国に共通するのは老年人口関連指数（ここでは国際比較を優先して、通常60歳以上を高齢人口として扱うハンガリーの場合も65歳以上人口を適用している）の高さである。ちなみに、主要各国の老年従属人口指数（65歳以上人口／15～64歳人口）を表3に示せば、スウェーデン、東ドイツ、イギリスの順に高い指数を示し、主要各国の中でもトップグループを構成している。人口構造が高齢化すれば、自ずと国全体の死亡率は

表2 各国男女別死亡率一覧（主要国）

（人口10万対）

	1980			1990		
	男	女	年次	男	女	年次
ハンガリー	1,409.5	1,218.9	(1978)	1,500.4	1,244.6	(1989)
旧東ドイツ	1,352.5	1,354.2	(1974)	1,144.3	1,322.1	(1989)
ポーランド	1,034.8	827.9	(1978)	1,102.6	910.4	(1989)
ブルガリア	1,169.4	970.4	(1979)	1,327.5	1,054.3	(1989)
旧ユーゴスラビア	900.0	780.4	(1977)	974.8	838.4	(1988)
旧チェコスロバキア	1,260.6	1,094.1	(1981)	1,268.3	1,083.6	(1990)
旧ソ連	1,112.1	968.3	(1980)	1,022.3	1,009.4	(1988)
旧西ドイツ	1,217.0	1,145.0	(1978)	1,090.5	1,154.1	(1989)
デンマーク	1,129.2	933.5	(1978)	1,188.8	1,098.7	(1988)
スウェーデン	1,198.8	967.8	(1978)	1,211.0	1,084.4	(1988)
イギリス <sup>1)</sup>	1,243.7	1,170.3	(1979)	1,140.3	1,141.5	(1989)
フランス	1,080.8	942.5	(1977)	1,000.7	879.8	(1988)
スイス	996.1	841.8	(1978)	966.6	867.7	(1989)
オランダ	918.6	724.0	(1978)	896.5	787.2	(1988)
イタリア	1,080.2	909.4	(1975)	1,007.2	874.4	(1988)
アメリカ	993.9	768.0	(1977)	940.0	826.9	(1988)
アルゼンチン	1,064.8	768.5	(1977)	877.4	683.1	(1986)
オーストラリア	844.4	677.2	(1978)	788.2	661.6	(1988)
タイ	592.9	443.4	(1978)	—	—	(—)
日本	666.5	550.6	(1978)	709.8	580.3	(1989)

(WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL 1979, 1980, 1984, 1990, 1991)

1) England and Wales



表3 主要各国老年従属人口指数一覧

国名	時期	15~64歳人口	65歳以上人口	総人口	老年従属人口指数
ハンガリー	1979. 7. 1	6,966,000	1,422,000	10,699,000	20.41
旧東ドイツ	1980. 6. 30	10,785,486	2,661,674	16,737,204	24.68
ポーランド	1978. 6. 30	23,113,301	3,519,333	35,009,862	15.23
ブルガリア	1978. 7. 1	5,849,818	1,009,019	8,814,032	17.25
旧ユーゴスラビア	1978. 6. 30	14,464,000	2,041,000	21,974,000	14.11
旧チェコスロバキア	1978. 7. 1	9,598,666	1,890,564	15,137,359	19.70
旧ソ連	—	—	—	—	—
旧西ドイツ	1979. 6. 30	40,287,100	9,499,500	61,358,800	23.58
デンマーク	1979. 7. 1	3,295,441	729,441	5,116,800	22.13
スウェーデン	1979. 7. 1	5,304,599	1,334,625	8,293,723	25.16
イギリス <sup>1)</sup>	1980. 6. 30	31,528,900	7,426,500	49,246,000	23.55
フランス	1980. 1. 1	34,051,085	7,534,720	53,583,000	22.13
スイス	1980. 1. 1	4,195,400	871,300	6,314,200	20.77
オランダ	1979. 7. 1	9,223,978	1,598,110	14,038,270	17.33
イタリア	1977. 1. 1	35,935,082	7,064,908	56,322,605	19.66
アメリカ	1979. 7. 1	145,712,000	24,658,000	220,584,000	16.92
チリ	1980. 6. 30	6,884,017	606,879	11,104,293	8.82
オーストラリア	1976. 6. 30	9,211,106	1,314,088	14,248,556	14.27
シンガポール	1980. 6. 30	1,617,800	113,000	2,390,800	6.98
タイ	1979. 7. 1	25,381,000	1,518,000	46,142,000	5.98
日本	1979. 10. 1	78,160,991	10,308,598	116,133,112	13.19

(Demographic Yearbook 1980)

1) England and Wales

表4 主要各国男女別0歳時平均余命

国名	1980を中心に			1990を中心に		
	男	女	年次	男	女	年次
ハンガリー	66.65	73.56	(1979)	65.44	73.79	(1989)
旧東ドイツ	68.82	74.42	(1978)	69.81	75.91	(1987-1988)
ポーランド	67.3	75.0	(1975-1976)	67.15	75.67	(1988)
ブルガリア	68.68	73.91	(1974-1976)	68.33	74.70	(1987-1989)
旧ユーゴスラビア	65.42	70.22	(1970-1972)	68.64	74.48	(1988-1990)
旧チェコスロバキア	67.08	74.12	(1978)	67.76	75.29	(1988)
旧ソ連	64	74	(1971-1972)	64.60	73.95	(1989-1990)
旧西ドイツ	68.99	75.64	(1976-1978)	71.81	78.37	(1985-1987)
デンマーク	71.3	77.4	(1978-1979)	71.80	77.70	(1987-1988)
スウェーデン	72.48	78.67	(1979)	74.15	79.96	(1988)
イギリス <sup>1)</sup>	67.8	73.8	(1968-1970)	72.15	77.88	(1986-1989)
フランス	69.89	78.02	(1977-1979)	72.33	80.46	(1988)
スイス	70.29	76.22	(1968-1973) <sup>1)</sup>	73.90	80.70	(1987-1989)
オランダ	72.4	78.9	(1979)	73.66	80.23	(1988-1989)
イタリア	69.69	75.91	(1974-1977)	72.01	78.61	(1985)
アメリカ	69.5	77.20	(1978)	71.50	78.30	(1988)
チリ	61.30	67.60	(1975-1980)	68.05	75.05	(1985-1990)
オーストラリア	70.79	77.76	(1979)	73.30	79.55	(1989)
シンガポール	65.1	70.0	(1970)	68.70	74.00	(1980)
タイ	53.6	58.7	(1960)	63.82	68.85	(1985-1986)
日本	73.46	78.89	(1979)	75.91	81.77	(1989)

(Demographic Yearbook 1980, 1990)

1) England and Wales

上昇する。したがって、当然これらの国では人口の高齢化が高死亡率と連動している様子が窺われる。

しかしながら、これらの高死亡率国の中でハンガリーの場合は少し事情が異なっている。表3からも明かなように、社会主義社会の中でみる限り確かに老年人口は相対的に多いといえるが、ヨーロッパ諸国全体の中でみるとむしろオランダ、イタリアに次いで低い指数であることに注意を促したい。この傾向は男女別の指数をとっていても同様であった。つまり死亡率が最も高いハンガリーの場合、東西ドイツ、イギリス、スウェーデンなどの高死亡率国の中では比較的老年人口関連指数は低く、人口高齢化と高死亡率の連動性はこれらの諸国の場合よりずっと希薄なものなのである。

さらに高死亡率国の中にあつて特異なのは、ハンガリーの平均余命がこれまた目だつて低い事実である。1980年を中心とした国連統計による、ハンガリーの0歳時平均余命は男子66.65歳、女子73.56歳であるのに対し、スウェーデンは男子72.48歳、女子78.67歳、旧西ドイツでは男子68.99歳、女子75.64歳、そしてイギリスで男子67.8、女子73.8となっている(表4)。参考までに記すと、人口高齢化が当時ハンガリーほどには進展していなかった日本では、この時期既に男子が73.46歳、女子が78.89歳の平均余命を達成しており、アイスランドと並んで世界の長寿国となっていた。

ハンガリーの場合、高齢者人口中の死亡率は確かに高い。5歳階級年齢別人口の死亡率をとって日本と比較すれば、このことは明らかである。だが同時に図1のごとく、30代、40代、50代の中老年世代において、いずれも日本と較べて死亡率が顕著に高いことに着目せねばならない。日本の死亡率と比べて男子の場合、80代以上の後期老年人口を除くと、むしろ60代、70代の前期老年人口より30代、40代、50代の方がおしなべて大きい死亡率落差を示している(60歳以降急上昇する死亡率は図表に載りきらず割受してある)。これらの年齢層における相対比は、いずれも二倍に及んでいた。ハンガリーの中老年層にみられるこうした相対的な高死亡率傾向は、なにも日本との比較で生じる特殊な性質のものではない。ヨーロッパ近隣諸国

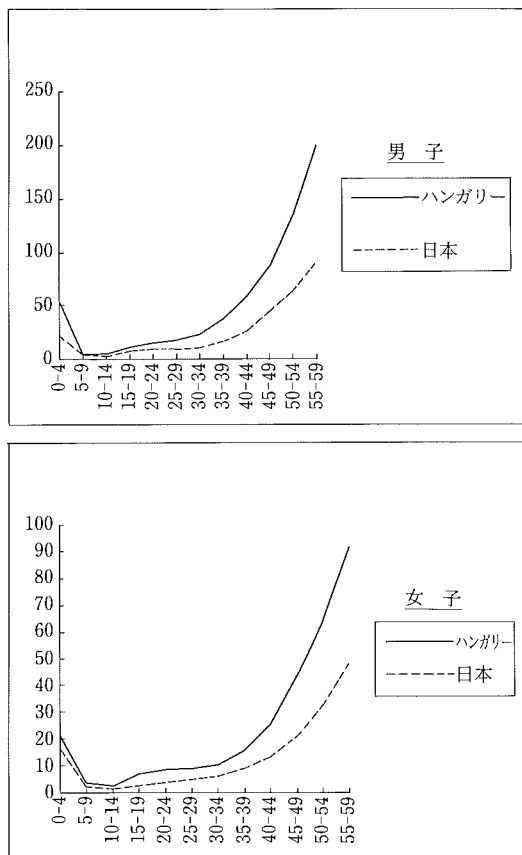


図1 5歳階級年齢別人口の死亡率

と比較した表5からもこのことが理解されるだろう。さらに旧東欧諸国を比較検討した表6をみてみよう。1965年から1978年の間に他の社会主義国を圧倒的に凌いで、中高年死亡率の上昇傾向がハンガリーで進行したことが明瞭に裏付けられるデータである。つまり日本やヨーロッパ諸国との比較においては言うまでもなく、旧東欧圏の中でさえハンガリーは突出した形で中高年の健康阻害問題を抱え込んでいた社会である、と論断して差障りないのである。

こうしてみると、ハンガリーの高死亡率は高齢者の死亡という要因だけでは到底説明し切れない高さであることが理解されるだろう。前段では、高齢化社会の成熟を待つことなく死亡率上昇をみることがあり得ると述べ、これをB型としてタイプ化したのが、平均余命を考慮する時ハンガリーはどちらかと言えば70歳以上の老齢に達する前に死

表5 ヨーロッパ各国における年齢別死亡率

(人口10万対:15歳以上人口)

国名	年次	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-
男 性								
ハンガリー	1986	107.9	240.8	547.0	1,307.6	2,800.1	5,669.0	13,627.8
オーストリア	1986	126.4	151.7	283.6	644.8	1,665.1	4,010.5	11,506.5
ベルギー	1984	111.5	145.0	238.7	617.0	1,716.7	4,546.3	12,334.0
ブルガリア	1985	117.8	175.3	348.4	868.8	1,975.7	4,829.4	13,617.9
チェコスロバキア	1985	101.8	158.4	355.7	1,028.8	2,523.2	5,865.0	13,916.8
デンマーク	1985	91.7	137.1	215.2	620.9	1,712.8	4,121.4	11,496.2
フィンランド	1986	107.5	165.6	316.0	758.7	1,869.1	4,438.2	11,191.2
フランス	1985	122.5	162.4	267.3	723.4	1,623.0	3,534.5	10,566.2
オランダ	1985	69.9	82.0	158.7	474.5	1,467.3	3,950.7	11,604.3
東ドイツ	1985	114.5	152.3	284.4	723.4	1,810.6	5,159.3	14,576.5
西ドイツ	1986	94.2	111.1	228.0	593.0	1,560.6	4,124.4	11,766.0
ノルウェー	1985	102.6	110.2	197.8	544.0	1,474.9	3,743.5	11,306.9
イタリア	1983	98.4	104.2	203.7	622.4	1,687.9	4,079.7	12,127.7
ポルトガル	1986	144.9	174.5	300.4	717.4	1,614.7	3,832.2	10,968.7
スイス	1986	126.1	123.4	185.7	459.7	1,280.3	3,384.0	10,089.6
スウェーデン	1985	76.4	106.1	184.7	474.6	1,330.5	3,474.7	10,940.3
女 性								
ハンガリー	1986	44.9	103.2	229.9	539.2	1,233.5	3,299.0	10,783.9
オーストリア	1986	41.6	51.0	143.1	305.6	764.9	2,163.8	9,193.5
ベルギー	1984	41.5	64.2	139.9	325.2	803.3	2,170.3	8,935.8
ブルガリア	1985	54.5	73.5	140.7	370.7	996.0	3,115.2	11,769.6
チェコスロバキア	1985	34.7	54.6	141.4	408.5	1,090.0	3,283.3	11,040.9
デンマーク	1985	34.6	57.4	150.0	434.6	998.2	2,208.9	8,320.4
フィンランド	1986	38.6	58.0	108.5	270.9	693.4	2,106.6	8,393.4
フランス	1985	46.4	65.3	120.1	288.8	606.8	1,582.3	7,855.9
オランダ	1985	27.6	47.3	99.1	285.9	671.5	1,784.5	7,758.2
東ドイツ	1985	47.6	63.3	149.8	360.4	985.0	3,050.8	11,343.1
西ドイツ	1986	35.7	52.6	125.1	285.9	748.8	2,117.5	8,577.9
ノルウェー	1985	38.1	47.4	101.4	270.2	677.1	1,793.4	8,227.5
イタリア	1983	31.3	47.4	108.7	284.4	716.5	2,066.4	9,467.9
ポルトガル	1986	47.8	65.9	137.8	316.8	746.2	2,048.1	8,927.7
スイス	1986	43.4	59.8	102.9	221.9	581.1	1,563.5	7,557.0
スウェーデン	1985	31.9	55.6	106.7	257.4	653.4	1,752.6	8,030.7

資料: JÓZAN NÉP 1992. ALKOHOLIZMUS-FERTŐZÖTTség MAGYARORSZÁGON

表6 東欧諸国における死亡率トレンド

	40-59歳死亡率					
	粗死亡率		男 性		女 性	
	1981 (人口千対)	1965=100	1978 (人口万対)	1965=100	1978 (人口万対)	1965=100
ブルガリア	11.1	135	79.0	129	41.8	100
旧チェコスロバキア	11.7	117	100.0	114	44.1	93
旧東ドイツ	13.9	104	72.8	83	43.4	84
ハンガリー	13.5	126	109.3	138	54.9	111
ルーマニア	10.0	117	82.6	110	46.1	91
ポーランド	9.2	124	101.8	124	42.9	94
旧ユーゴスラビア	9.0	103	73.3	92	39.8	79

(Compton, 1985)

亡するという、比較的早死の多い高死亡率パターンであり、A型（平均余命の伸び、人口の高齢化、高死亡率などを特徴とする）と分類される旧西ドイツやイギリス、スウェーデンをはじめとした高死亡率国とは一線を画している。さらに表2および表3をふり返れば、このB型のパターンが他の旧東欧諸国に多かれ少かれ共通する特徴であることも同時に読み取ることができるだろう。

## 2) 死亡率トレンド

ハンガリーの高死亡率は、またしいては人口減少は単に人口の高齢化によるものではないことが明らかになったが、以上の点はあくまで他の諸国との国際比較を通じての議論である。そこで次に、中長期的な観点から年次別にハンガリーの死亡率を追ってその動向を跡付け、以上検討した諸点が同様に確認しうるかどうかを見定めてみよう。

### (1) 四半世紀にわたる死亡率上昇

表7は1941年を頭に、主に1950年以降の各年人口千人当りの死亡率を前出表1から部分的に再掲したものである。これによると、世界を震撼させ

表7 年次別死亡率動態  
(前出表1の人口千人対死亡率部分を再掲)

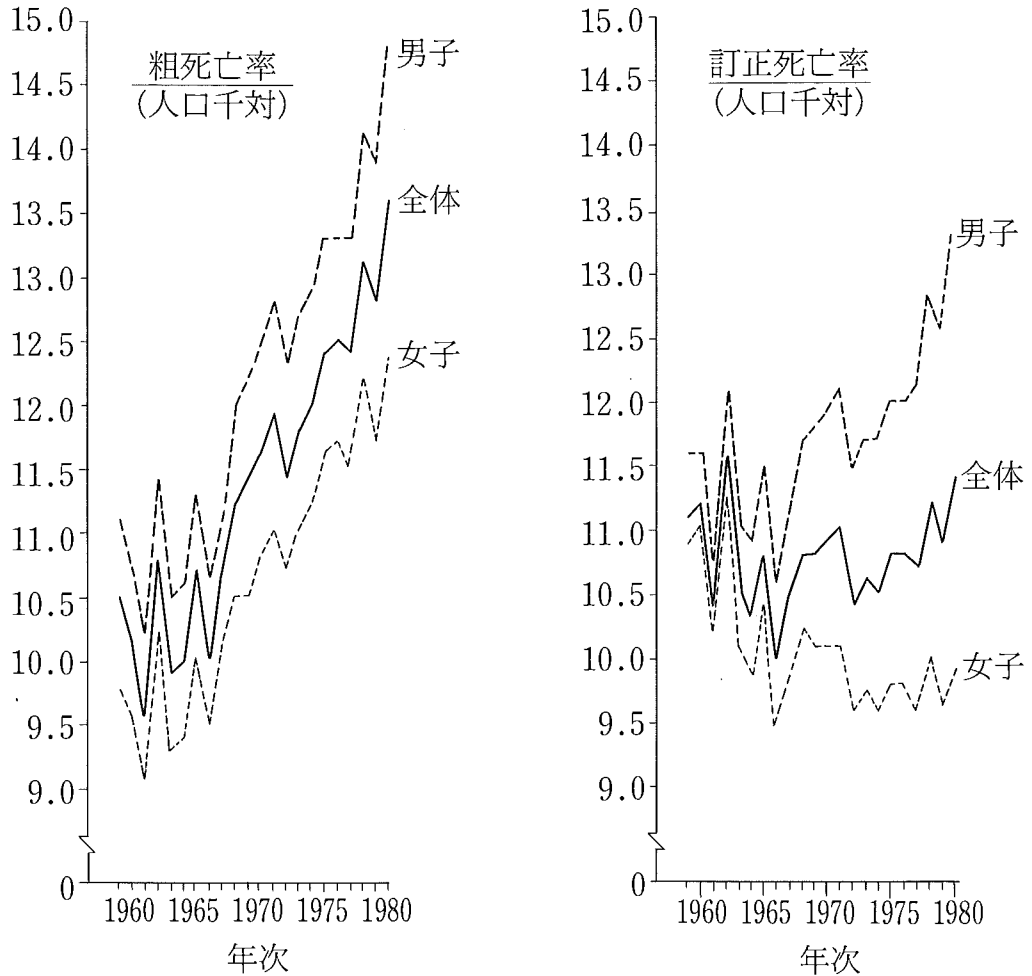
年次	死亡率	年次	死亡率
1941	13.2	1970	11.6
1949	11.4	1971	11.9
1950	11.4	1972	11.4
1951	11.7	1973	11.8
1952	11.3	1974	12.0
1953	11.7	1975	12.4
1954	11.0	1976	12.5
1955	10.0	1977	12.4
1956	10.5	1978	13.1
1957	10.5	1979	12.8
1958	9.9	1980	13.6
1959	10.5	1981	13.5
1960	10.2	1982	13.5
1961	9.6	1983	13.9
1962	10.8	1984	13.8
1963	9.9	1985	14.0
1964	10.0	1986	14.0
1965	10.7	1987	13.6
1966	10.0	1988	13.4
1967	10.7	1989	13.9
1968	11.2	1990	14.1
1969	11.4		

た国民蜂起、いわゆる世にいうハンガリー動乱が1956年に勃発して多くの犠牲者を出すなどの出来事によって、第二次大戦後多少の上下を繰り返しながらも1961年の9.6まで、概して死亡率は減少トレンドを辿っていたものと理解することができる。

1960年から1966まで、インフルエンザの流行などにより各年毎に変動をみせた後、1966年以降1986年までの死亡率はほぼ一貫して上昇トレンドを示し続けた。ハンガリーの歴史上最も低い死亡率は1961年の9.6であるが、日本では1950年(昭和25年)に10.9を示して以来1951年9.9、1952年8.9と動き、死亡率改善をめぐる両国の間にほぼ十年の落差がある。この十年のタイムラグは、その後も縮小するどころか、拡大の一步を辿るばかりであった。その理由は、人口高齢化を反映して日本でも1980年には6.2と上昇に転じるまで、その後も死亡率の改善を維持し続け、1970年6.9そして1979年に6.0を達し下げ止まりを示したのに対し、ハンガリーでは1970年11.6、1980年13.6、そして1985年には14.0と、保健面からみた近代国家の常識に反するような死亡率悪化の歴史を辿ったためである。1961年の死亡率9.6を100とすると、1985年14.0は145.8にあたり、この25年間に45.8%も死亡率が上昇した計算になる。したがって、保健の平均余命の落ち込みを検討したアンドルカとハルチャならずとも、この間「(国民保健に関して)ハンガリー社会にはなにか大いに危惧されるべき問題が生じている証左がある」(Andorka and Harsa, 1988, p. 159.)との懸念をもつことはそう難しいことではなかった筈である。にもかかわらず、そうした国民の保健問題が解決されることがなかったことは、表7が示している通りである。

### 3) 男女で異なる死亡率トレンド

ところで四半世紀にわたるこの死亡率悪化トレンドは、男女の間では異なる様相を呈していた。コンプトン(1985)によれば、人口の高齢化など年齢構成要件を考慮した訂正死亡率をとると、つまり高齢化要因の影響を除去してみると、①死亡率の低下は粗死亡率では1961年までだが、訂正死亡率をみると1966年まで続いていたこと、②また男女異なる動態を示し、女性の訂正死亡率は1966



資料：Compton (1985)

図2 死亡率トレンド

年から1980年の間もほぼ同一の水準で上下を繰り返す横ばいのパターンであり、死亡率上昇は主に男性に見られる現象であることが明らかだという(図2)。

1960年から80年の20年の間に、60歳以上人口は三分の一も増加し、75歳以上人口は75%も増加したため、そしてこの傾向は特に女子に顕著であるため、この人口高齢化の影響を除いた場合、女子の訂正死亡率は劇的なほどに、粗死亡率でみた時のトレンドとは異なるパターンを結果するわけである。ある意味ではこれまでの議論の方向とは逆に、ハンガリーの高死亡率の背景には人口の老齡

化が大きな陰を落としていることがわかる。一見矛盾するような印象を受けるかも知れぬが、ただこれまでの議論も高齢化要因を無視するものではなく、高齢化だけではおよそハンガリーの死亡率上昇は説明されえない、とする点に主旨があることを再確認しておけば十分であろう。むしろ、図2はこの主旨をはっきりと支持しているのである。すなわち、年齢構成に変化がなかったと仮定した場合でも、男子の死亡率は1966年から1980年にかけて10.6から13.2に上昇したことが推計されるのである。ハンガリーの死亡率問題に関するコンプトンの貢献は、人口の高齢化要因を明らかにしそ

表8 年齢別死亡率トレンド (人口千対)

年齢階級	1930-1931 <sup>1)</sup>	1938	1948-1949	1959-1960	1969-1970	1979-1980	1989-1990
男 子							
0-4	52.80	41.58	28.38	11.42	9.41	5.24	3.85
5-9	3.43	2.37	1.51	0.58	0.46	0.41	0.32
10-14	2.38	1.90	1.20	0.62	0.47	0.43	0.33
15-19	4.20	3.38	2.22	1.20	1.06	1.05	1.01
20-24	5.81	5.40	3.68	1.60	1.45	1.47	1.50
25-29	5.43	4.56	3.72	1.62	1.68	1.73	1.99
30-34	5.55	4.62	4.03	1.99	2.04	2.29	3.21
35-39	6.78	5.41	4.61	2.54	2.72	3.71	4.80
40-44	8.35	7.46	6.26	3.48	4.23	5.87	7.11
45-49	10.48	10.00	8.40	5.50	6.12	8.74	11.27
50-54	14.28	14.00	11.83	9.14	9.53	13.65	16.86
55-59	19.92	19.62	17.27	16.08	14.78	20.10	24.00
60-64	29.24	29.36	25.32	25.30	25.80	29.65	34.19
65-69	45.23	46.13	37.52	40.02	42.68	43.48	46.77
70-74	71.83	70.92	60.86	63.35	66.49	69.87	65.97
75-79	114.62	114.95	97.18	101.79	104.51	109.59	98.01
80-84	196.58	182.56	154.69	162.29	159.00	161.76	152.05
85-X	292.36	271.94	257.39	271.33	269.11	260.10	252.54
計	16.94	15.05	12.47	10.93	12.33	14.34	15.39
女 子							
0-4	43.82	33.94	22.72	9.22	7.69	4.11	3.14
5-9	3.62	2.16	1.33	0.40	0.31	0.24	0.26
10-14	2.61	1.97	1.09	0.33	0.28	0.24	0.21
15-19	4.81	3.58	2.04	0.59	0.41	0.43	0.39
20-24	6.05	4.72	2.94	0.79	0.53	0.51	0.54
25-29	5.94	4.33	2.86	0.99	0.67	0.68	0.70
30-34	5.64	4.23	2.97	1.28	0.95	1.04	1.27
35-39	6.25	4.80	3.29	1.84	1.45	1.62	1.92
40-44	6.83	5.83	4.01	2.72	2.27	2.74	3.01
45-49	8.42	7.66	5.60	3.85	3.59	4.21	4.40
50-54	11.67	10.38	7.83	5.93	5.82	6.33	6.57
55-59	16.42	15.58	11.63	9.41	8.43	9.63	9.79
60-64	24.76	23.72	18.17	15.82	13.95	15.63	14.56
65-69	40.88	38.63	29.81	28.07	24.90	23.86	23.33
70-74	64.62	64.57	50.44	48.98	44.78	41.98	39.52
75-79	108.73	107.31	85.30	86.92	77.91	72.89	64.58
80-84	168.15	166.63	136.19	145.96	131.31	123.30	114.46
85-X	253.09	271.24	226.39	239.91	227.48	219.16	211.83
計	15.24	13.48	10.58	9.73	10.67	12.08	12.70

1) 各年次は兩年の平均を算出

資料: Central Statistical Office, Demográfiai Évkönyv 1990, 1992.

れを強調することにあらず、かような男女差を浮き彫りにしてこの要因の影響範囲をきちんと明らかにしたことにあり、と筆者は評価するものである。

もっとも、女子が死亡率問題に全く関わりがなかったのかといえば、そうではない。ハンガリー

人口中央統計局のヨーザン(Józsan, 1986)らがいち早く観察し指摘していたように、そまでもっぱら男性死亡率の上昇によって拡大一方だった死亡率性差が、その後東ヨーロッパのいくつかの国では女性の死亡率も上昇を見せたことによって、格差拡大が鈍った事実が徐々に明らかにされ、女性

表9 ヨーロッパ主要国の男女別平均余命の変動と将来推計

国名	男子				女子			
	1950	1980	2000	2020	1950	1980	2000	2020
	~55	~85	~05	~25	~55	~85	~05	~25
アイスランド	70.0	73.6	74.8	75.0	74.1	80.3	81.0	81.8
ノルウェー	70.9	72.6	73.8	75.0	74.5	79.5	80.7	81.5
スウェーデン	70.4	73.4	74.6	75.0	73.3	79.4	80.7	81.5
オランダ	70.9	72.7	73.9	75.0	73.4	79.5	80.7	81.5
スイス	67.0	72.8	74.0	75.0	71.6	79.7	80.7	81.5
ギリシア	64.3	72.1	73.5	74.7	67.5	76.0	79.3	80.7
スペイン	61.6	71.3	73.2	74.4	66.3	77.5	80.1	80.9
イタリア	64.3	71.2	73.2	74.3	67.8	78.0	80.2	81.0
デンマーク	69.6	71.5	73.0	74.2	72.4	77.6	80.2	81.0
アイルランド	65.7	70.4	72.8	74.1	68.2	75.7	79.0	80.6
イギリス	66.7	70.7	72.9	74.1	71.8	76.9	79.9	80.8
フランス	63.7	70.6	72.9	74.1	69.5	78.7	80.5	81.3
ベルギー	65.0	70.2	72.8	74.0	70.1	77.0	80.0	80.8
旧西ドイツ	65.4	70.4	72.8	74.0	69.8	77.2	80.0	80.8
旧東ドイツ	65.1	69.3	72.4	73.8	69.1	75.1	78.6	80.5
フィンランド	63.2	69.8	72.6	73.8	69.6	78.0	80.3	81.1
オーストリア	63.2	69.5	72.5	73.7	68.4	76.7	79.7	80.7
アルバニア	54.4	69.0	72.1	73.6	56.1	73.0	77.5	80.1
ブルガリア	62.2	69.0	72.1	73.5	66.1	74.4	78.2	80.3
ポルトガル	56.9	68.4	71.7	73.4	61.9	75.2	79.2	80.6
ルーマニア	59.4	67.9	71.0	73.2	62.8	72.7	77.3	80.2
旧ユーゴスラビア	56.9	68.0	71.4	73.2	59.3	73.5	77.8	80.2
旧チェコスロバキア	63.6	67.5	71.1	73.1	68.4	74.7	78.3	80.4
ポーランド	58.6	67.3	71.1	73.0	64.2	75.3	78.9	80.4
ハンガリー	62.1	66.9	70.5	72.8	65.9	73.8	77.8	80.2
日本	62.1	74.3	75.0	75.0	65.9	79.7	80.7	81.5

資料 U.N., World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1984, Population Studies, 98, 1986.

も死亡率をめぐる保健問題の状況に無縁でないことが指摘されている。

こうして訂正死亡率を利用した分析の結果もまた、人口の老齢化のみならず死亡自体の増加が、とりわけ男子の死亡率上昇の原因としてあることを示している。

#### 4) 年齢別死亡率トレンド

女子は死亡率上昇問題から比較的無縁であったことを示したコンプトンでさえ、年齢別に女子死亡率の推移を辿ってみた時、先の結論はこの限りでないことを指摘している。では年齢別に検討すれば、どのような死亡率トレンドのパターンが抽出できるのであろうか。

表8は1930年から1990年の60年間にわたる間の死亡率を、5歳間隔の年齢グループ毎に人口千人

当たりの数値で表示したものである。これによると乳幼児死亡率はもちろんのこと、19歳までのティーンエイジャー層では男女とも死亡率が一貫して下降している。また老年人口層では男子で85歳以上に、女子では65歳以上の年齢層で死亡率低下の一貫した動きを確認することができる。逆に言うと、この老若年齢層に挟まれた成人から老年の各年齢層では、この60年間にわたる間のどこかで死亡率の上昇を体験したということになる。

先ず女子からみると、全体的には1979年/1980年段階で初めて死亡率の再上昇を体験しているが、この時既に1959/1960年段階の水準以上に再上昇したのは40代から50代の女子であった。次の90年段階では60—64歳層ならびに20—24歳層にも死亡率上昇が認められる他、60年段階の水準以上に再上昇したグループに35—39歳層が加わってくる。

表10 1959—60を100とした年齢別死亡指数トレンド

	男子			女子		
	1969-1970	1979-1980	1989-1990	1969-1970	1979-1980	1989-1990
0-4	82.40	45.88	33.71	83.41	44.58	34.06
5-9	79.31	70.69	55.17	77.50	60.00	65.00
10-14	75.81	69.35	53.23	84.85	72.73	63.64
15-19	88.33	87.50	84.17	64.49	72.88	66.10
20-24	90.63	91.88	93.75	67.09	64.56	68.35
25-29	103.70	106.79	122.84	67.68	68.69	70.71
30-34	102.51	115.08	161.31	74.22	81.25	99.22
35-39	107.09	146.06	188.98	78.80	98.78	117.07
40-44	121.55	168.68	204.31	83.46	100.74	110.66
45-49	111.27	158.91	204.91	93.25	109.35	114.29
50-54	104.27	149.34	184.46	98.15	106.75	110.79
55-59	91.92	125.00	149.25	89.59	102.34	104.04
60-64	101.98	117.19	135.14	88.18	98.80	92.04
65-69	106.65	108.65	116.87	88.71	85.00	83.11
70-74	104.96	110.29	104.14	91.43	85.71	80.69
75-79	102.67	107.66	96.29	89.63	83.86	74.30
80-84	97.97	97.67	93.69	89.96	84.48	78.42
85-X	99.18	95.86	93.07	94.69	91.35	88.30
計	112.81	131.20	140.80	109.66	124.15	130.52

特定年齢層とはいえ、この間女子までもが死亡率の上昇を記録したのは、ハンガリー以外にはポーランドとブルガリアを除いて、欧米ではもちろんのこと、東欧諸国でも例外的な現象といわれている。

男子は女子に増して、死亡率の悪化トレンドが明瞭である。死亡率上昇は65歳以上層において早くも1960年段階から発生し、1970年段階には25歳以上の全ての年齢層で死亡率上昇を体験したことになる。ただ、1960年近辺はインフルエンザの流行をみ、これが老年人口を最も鋭く襲ったことを容易に推測できるため、全体的にみると1969年/1970年段階で実質的に25歳以上層全般で死亡率の再上昇を体験したとみる方が妥当だろう。

だが男子の場合、女子より十年早く死亡率上昇を体験したというにとどまらぬ、さらに深刻な国民保健の悪化にみまわれている。つまり、死亡率上昇数値の回帰水準が女子のように1960年段階といった程度ではなく、第二次大戦直後、あるいは戦前の水準に逆戻りしてしまったのである。いち早く大戦直後の死亡率水準に戻ったのは、1970年段階の60歳から79歳の老年層であったが、80年段階では45歳以上の全ての年齢層にこのことが妥

当し、90年段階ではさらに35歳以上層といった具合に、年次を追って該当する年齢集団は拡大する。

さて、1938年の大戦前の死亡率水準に逆戻りした年齢集団は、90年段階でみると45歳から69歳の年齢層であることが表8から分かるだろう。特に55歳から65歳層は、既に1980年段階で1930年段階の死亡率水準を上回っており、90年段階ではさらにその格差は拡大している。すなわち45歳から69歳層男子は半世紀以前も前の死亡率より悪い高死亡率状況に落ち込んだことになる。ハンガリーの健康問題がかつての問題にとどまらず、今日的な問題であり続けているもう一つの証左である。現在でもなお死亡率が上昇しているとすれば、当然平均余命の短縮に連動する。平均余命の将来予測においても、これまた当然にハンガリーは低位に留まらざるを得ないであろう。ちなみに、ヨーロッパの主要国の平均余命の変動を一覧した表9をみると、引き続き2000年から2025にかけても、ハンガリーの男子平均余命は最下位を辿ることが予測されている。

年齢別の死亡率トレンド分析の最後に、1960年を100とする指標を用いて1970、1980、1990年の各年次に関する死亡率指標値をみてみよう。ハンガ



表11 主要国の主要死因別死亡率

(人口10万対)

死 因	フランス (1984)	スウェーデン (1984)	イギリス <sup>1)</sup> (1984)	西ドイツ (1985)	ハンガリー (1985)	日 本 (1985)
死 亡 総 数	987.3	1,085.2	1,139.1	1,154.1	1,386.2	625.5
結 核	2.1	1.9	1.0	1.6	5.9	3.9
悪 性 新 生 物	238.3	232.0	278.0	266.3	267.4	156.1
脳 血 管 疾 患	111.6	112.5	143.6	153.0	222.0	112.2
心 疾 患	203.1	419.1	367.5	379.9	328.7	117.3
高 血 圧 性 疾 患	10.1	4.5	9.3	17.8	52.6	10.6
肺 炎	13.3	51.9	49.6	26.2	9.6	37.5
胃腸炎および下痢疾患	0.7	0.1	0.4	0.5	0.1	1.9
老 衰	18.7	4.9	2.0	10.7	0.8	23.1
自 動 車 事 故	20.0	10.0	10.1	13.1	17.1	10.5
その他の不慮の事故	44.3	23.1	15.2	21.3	60.1	14.1
自 殺	22.0	19.5	8.7	20.7	44.4	19.4

1) イングランドとウェールズ

World Health Statistics Annual, 1983~1986.

リーの歴史上最も低い死亡率は1961年の9.6であることは既に指摘したが、死亡率の上昇や平均余命の縮小など、1960年代半ばから始まる「国民保健の後退期」の端緒期として1960年を措定すれば、男子の場合1970年段階では40歳層に最も顕著な死亡率上昇がみられ、以後1980年および1990年でも引き続きこの40歳層にそれぞれ最大の死亡率上昇ピークが観察される(表10)。女子の場合もこの傾向に大きな差はなく、ただ男子よりは一つ年齢階層が高くなった45から55歳層において全く同様な傾向が認められるのである。このように、「国民保健の後退期」をとおして死亡率の最も急激な状況悪化にみまわれたのが、40歳から55歳の年齢層であることが分かる。こうした死亡率悪化の水準からみても、また死亡率の状況悪化の急激さの点からしても、ハンガリーで最も深刻な保健問題が中年層を中心に襲った軌跡が浮き上がってくる。

#### 4. 国民保健悪化の実態と背景

以上のように、ハンガリーの高死亡率や人口減少は、人口の高齢化とともに、中年層を中心に国民保健状況が悪化した結果の、死亡率の上昇であり、平均余命値の低下なのであった。ただ、国民保健の悪化と一口にいても、それはどのような事態と理解してよいものだろうか。本節では、死

因構造を探ることを通して、その実態をいまいし具体的に明らかにしておきたい。

##### 1) 主要死因

死因には明瞭なものとそうでないものがある。また死因が明かな場合でも複合していることもあり、第一死因と第二死因、直接死因と引金になった死因などの区別をもって対応しているのが事実である。さらには比較の意図を持つ場合には、診断基準の問題や診断分類の問題も絡んで、思われる以上に複雑で困難な問題も多い。したがって比較が簡単でないことを承知のうえで、しかし多くの死亡統計の取り扱いがそうであるように、本論でも死因構造を国民保健の手がかりの一つとしてとりあげる。

表11はハンガリーの主要死因について、人口10万人当りの死亡率をヨーロッパ主要国および日本のそれと対比させたものである。①心疾患、②悪性新生物、③脳血管疾患の順で高い死亡率を示しているが、この三大死因構造自体は世界的な傾向と軌を一にするものである。比較上の相連に目を転じると、第一に三大死因の内①と②は主要各国と大差のない死亡率水準である一方、③の脳血管疾患はハンガリーに特徴的にみられる高死亡率疾患といえる。第二には、高血圧性疾患、その他の不慮の事故、そして世界に名高い自殺に、比較上

表12 1980年35歳以上人口の年齢別、死因別死亡指数(1964—66平均値を100とする)

	男										全体	
	35-9	40-4	45-9	50-4	55-9	60-4	65-9	70-4	75-9	80-4		85+
胃ガン	73	92	65	65	69	57	63	76	81	94	88	82
151 結腸と直腸ガン	160	199	111	227	171	159	166	175	146	219	246	196
162 肺または気管支ガン	189	325	323	205	166	131	128	179	259	391	241	194
401-4 高血圧性疾患	305	235	247	146	137	146	114	106	109	102	85	136
410-14 虚血性疾患	280	378	267	298	226	178	165	180	194	189	254	231
431-8 脳血管疾患	214	279	255	201	195	149	134	130	130	120	137	168
440-8 アテローム性動脈硬化症	45	99	459	248	199	155	130	117	98	95	94	138
571 慢性肝疾患・肝硬変	562	719	348	439	355	335	263	184	227	283	394	344
E800-48 交通事故	102	140	146	162	137	119	230	147	139	176	125	129
E950-9 自殺	182	175	190	170	152	147	139	193	158	109	148	158

	女										全体	
	35-9	40-4	45-9	50-4	55-9	60-4	65-9	70-4	75-9	80-4		85+
胃ガン	62	47	70	64	53	58	47	50	55	71	105	75
152-4 結腸と直腸ガン	192	175	99	107	129	127	138	134	145	171	157	176
162 肺または気管支ガン	93	63	164	162	166	124	134	130	128	140	176	161
174 乳ガン	183	173	130	173	129	155	131	157	148	118	176	171
180 子宮頸ガン	97	163	134	140	212	164	179	107	197	199	172	181
250 糖尿病	128	85	219	185	237	133	170	191	199	324	235	235
401-4 高血圧性疾患	76	573	164	162	134	102	112	97	118	125	154	172
410-14 虚血性疾患	207	275	258	224	234	162	166	164	167	189	223	250
431-8 脳血管疾患	208	221	212	129	125	116	101	102	112	116	138	161
440-8 アテローム性動脈硬化症	108	26	44	104	95	110	85	87	79	78	81	126
571 慢性肝疾患・肝硬変	883	663	402	383	317	291	184	138	147	141	183	276
E800-48 交通事故	225	121	180	203	135	158	159	91	115	164	312	171
E950-9 自殺	185	146	155	134	131	178	143	127	163	176	125	156

資料：Demográfiai Évkönyv 1980, 1982

「他国を寄せつけぬ」と表現できる程の高い死亡率数値が確認される。脳血管疾患と高い高血圧性疾患と高い、いずれも人びとの普段からの食生活や飲酒などのライフスタイルと深い関連を有する疾患であることが注目される。また不慮の事故による死亡率が群を抜いて高いことにも、目を向けるべきであろう。ハンガリー社会における生活上の安全性に大きな危惧のあることを示唆しているからである。さらに死亡率統計上の問題を内包するものの、老衰の少なさも、ハンガリーの多くの老年者が天寿を全うする前になんらかの疾病や事故によって死を迎えるという厳しい現実を物語っているだろう。

社会で死亡事故が頻繁に生起するという事は、あるいは老年者の多くが天寿を全うしにくい事実は、無事に毎日を過ごしたいという、極く素朴な人々の希いが不安に曝されることであり、根底的な見方をすれば社会の安定性そのものに疑問を抱かざるを得ない事態である。なお自殺に関しては、世界の自殺研究者が特にハンガリーの特異な高自殺率に関心を示し続けており、筆者も以前この問題を本誌でとりあげたことがある(清水, 1990)。ハンガリーの自殺問題に興味ある読者には多少なりとも参考になると思われるので、参照していただければ幸いである。

次に、年齢別にみた死因構造の変化はどうか。35歳以上人口について、1964—1966年の各死因別死亡率平均を100とした場合、1980年時点での主要死因に関する死亡率上昇を指数化してみたものが表12である。これによると、①最大の上昇率を示すのは男女とも慢性肝疾患死亡率であり、虚血性心疾患がこれに続く。②年齢別にみても、35歳以上人口では特に男子の場合各年齢集団を通じてほぼこのパターンを確認することができる。③男女ともに35—44の中年期にみられる慢性肝疾患死亡の上昇率は、他の疾患と比較にならぬほど大きい。ただ死亡数自体でみれば、全死亡数に占める慢性肝疾患死亡数は1980年で2.0%、1990年でも3.7%の高さでしかない。この比率からすれば、慢性肝疾患死亡は決して主要死因ではないものの、死亡率上昇の急激さからみてこの間ハンガリー社会が体験した国民保健の大後退問題を検討する格

好の切り口であることは議論の余地がないところであろう。

慢性肝疾患、とりわけその中核にある肝硬変死亡率の詳細な分析と考察は別の機会に改めてとりあげる予定でいるが、さしあたってここで強調しておきたいのは、次のことである。すなわち、突出して高い死亡率を示す心疾患、それに続く悪性新生物、脳血管疾患がハンガリーの三大死亡率を結果する死因であるにしても、問題の1960年代半ば以降、これまた突出する形で著しく高い死亡率の上昇を示したのが慢性肝疾患死亡であった。こうしてみると、この時期のハンガリーの健康問題をシンボリックに映し出すのが慢性肝疾患問題であり、さらに言うまでもなく肝硬変を中心としてこの疾患が人々の飲酒行動と密接に関わっていることを想起する時、問題のいま一つの切口としてアルコール問題に注目する必要が浮かび上がってくるだろう。

## 2) 大後退期と国民保健悪化の背景

### a) いくつかの説明タイプ

#### イ) フォルスターとヨーザンの場合

人口学者フォルスターとヨーザン(Forster and Józán, 1990)は1980年代のハンガリーの死亡率がイギリスと西ドイツの1950年初頭のそれにほぼ等しく、この点に着目して「30年遅滞」と呼んでいる。しかしながら、1960年代半ばからその後30年間にわたり、ハンガリーの死亡率改善は単に停滞していたのではない。以上の検討が明らかにしたように、むしろほぼ一貫して死亡率は上昇し、国民保健は悪化したのである。この事実を考慮する時、30年相当の遅滞がハンガリー側の死亡率改善の「停滞」によるのみならず、否「後退」によってこそもたらされた現実をきちんと押さえておくために、本論ではこの30年間を国民保健の「大後退期」と呼ぶことにしたい。そこでここでは、この大後退の要因に関する指摘をレビューすることにより、大後退期の背景要因を考察する。

国民保健の後退問題の背景要因として、同じくフォルスターとヨーザンらは1) 国民保健より国民生産を優先してきた国策、2) 成人保健より小児保健の優先、3) タバコ、アルコール、大気汚

表13 性別, 社会階層別訂正死亡率  
(対人口千)

	1930-1931	1977
男子		
非肉体労働者	12.0	12.0
産業労働者	16.2	13.8
農業従事者	17.7	13.4
女子		
非肉体労働者	10.5	10.6
産業労働者	13.4	12.2
農業従事者	17.2	10.9

資料: Andorka and Harcsa, 1988

染などの人びとのライフスタイルならびに環境悪化, 4) 国および国民双方のレベルにおいて, 保健行動に支出しうる国民所得の低さ, などを挙げている。もっとも, 1960—1985の期間に保健・健康サービスの基盤整備は相当の改善をみた, と異なる認識を呈示するフォルガーチとコケニイ (Forgács and Kokeny, 1987) らの場合もあり, また具体的データを検討したアンドルカとハルチャ (Andorka and Harcsa, 1988) は都市と農村の地域格差に留意しつつも, あらゆる人手可能な指標からみて長期的にも短期的にも保健ケアシステムは改善してきていると述べている。したがって, 人口学者であるフォルスターとヨーザンの指摘がどれだけ現実妥当性をもちうるかは, 評価の分かれるところであろう。さらにはこれら四つの要因は相互に重複するような要因の列挙となっている上, データの裏付けのない多分に目的論的背景要因の列挙にとどまっているように思える。ただそれにもかかわらず, 問題の所在を頭に入れておく上では, 示唆的な要因列挙といえよう。

この他に同じ人口学者でも, クリングル (Klinger, 1987) のように肉体労働者と非肉体労働者の間にみられる死亡率格差に注目する立場もあれば, 問題の中老年コーホートに特有の「戦時下の子どもたち」という世代的体験に着目し, 天寿を全うしにくい40代, 50代の高死亡率の一因に世界大戦や国民蜂起の影響の爪痕を読み込もうとする立場も散見される (Compton, 1985)。

ロ) ロソンチイ, アンドルカとハルチャの場合過剰なストレスの問題に触れるのは, ロソンチイ (Losonczy, 1988) や先のアンドルカとハルチャ

などの社会学者である。彼らの所論については以前紹介したこともあり (清水, 1990), ここでは詳しく繰り返さないが, 急速な社会変化と労働からくる疲労やストレスが国民保健に悪影響を与えていることを強調する点で共通している。

たとえばロソンチイは生活水準など各種の社会・経済的因子と死亡疾患の関連性について統計的分析を試み, ある種の死亡疾患では60から70%がこれら社会・経済的因子で説明されると述べている。そして, 急速な技術変化や労働環境の変化がもたらすストレス, 第二経済 (非公式な私的副業経済) の活性化により人々の生活平準化の努力が刺激され, しかし結果的にはこの努力が肉体的, 精神的に多大なストレスとなっていること, さらにストレス緩衝法の不適切さなどが心疾患や腎臓疾患などの循環器系疾患, 胃腸疾患, 精神・神経疾患に大きな影響を与えていると考えざるをえないとしている。

一方ロソンチイの着眼とも関連しつつ, 都市化, 産業化と社会階層の関連性に注目するのがアンドルカとハルチャである。彼らは, 戦前と較べ全体としては死亡率は低下しており, 特に農村部のそれが改善されたことで, 都市—農村間格差が縮小した点を強調する。戦前からというようにタイムスパンを長くとった上とはいえ, 国民保健状況が若干ながら改善されているという議論は, 国民保健状況悪化論一色のなかで異色な指摘である。

ただし大後退期については, この間の死亡率上昇や平均寿命の低下が肉体労働者ならびに中高年を中心に襲ったことに注意を喚起して, むしろ産業化の影響に注目している。すなわち, 戦前 (1930—1931年) と戦後 (1977) の二時点で比較すると, 非肉体労働者が最も良好な保健状況にあることは変わらない一方, 都市地域での手厚い保健ケアシステムという地域的格差にもかかわらず, 戦前段階では大幅に遅れをとっていた農民階層の保健状況改善によって, 彼らの訂正死亡率は男女ともに産業労働者のそれを下回るようになったのである (表13)。アンドルカによると, この事実は大後退期の期間いかに産業労働者階層の保健状況が悪化したかを示唆するものと解釈されている。

都市の産業労働者階層の保健状況に注目する以

上、当然職場の労働環境に目をむける議論もある(Lakatos, 1986)が、これに対しては必ずしも支持的データが得られていないようである(Klinger, 1980; Carlson, 1989)。

ところで、1960年代後半から70年代にかけてハンガリーの酒類消費量も急速な増大を示すが、その背景について触れてみせる研究者もいる。酒類消費の動向は死亡率そのものではないものの、アルコール関連疾患からの死亡例も少なくない。その上、酒類消費の拡大期は死亡率に関する大後退期とほぼ対応しているのである。そこで次に、酒類消費増大あるいはアルコール関連問題の背景要因に関するハンガリー人研究者の説明をみてみよう。

#### ハ) ブダの場合

旺盛な酒類消費が成人男子の高い死亡率の背後にあるとみる精神科医ブタ(1987)は、酒類消費が高い背景要因として次のようないくつかの点に注目している。

第一には急激な社会変化である。精神医学者であるブダは社会学的用語を使用していないが、社会学の慣用句で表現すれば、急激な社会変化がもたらす社会の解体化とアノミー状況に言及するものである。都市化、工業化によって、多くの農民が都市へ地域移動し、またその多くが工業労働者になった現象は他の社会にもほぼ共通して観察されるが、ハンガリーの場合1970年代から15年間に国民の4割が離農した計算になり、同じ量の離農を英国やフランスでは150年間かけている事実に触れてみせ、いかに急激な社会移動であったかを強調している。その上で、地域社会の解体、親族や宗教的絆の衰退を指摘し、これらが引き金になって人々の間に飲酒ニーズを高めたのだと推測している。

第二には、急激な社会変化とアノミーと要約できる状況を取り上げている。ハンガリー社会の歴史を若干補足すれば、1960年代後半から試行的とはいえ徐々に市場経済原理を導入し始めたハンガリーでは、第二経済活動も手伝って70年代から80年代前半にかけ一種の経済的高揚期にあった。この間、人々は生活の平準化を目指して、ないしはより高い豊かさを求めて強い労働志向を示したの

であった。その結果、競争の増大、消費マインドの高揚、達成志向の強まりなどがもたらされ、一方では国民に緊張と疲労が蓄積し、他方では「正当とみなされる手段の枠内では、推奨される目標実現が無理と感じられた階層を中心にアルコール消費とその害が直撃した」のだという。まさにデュルケムとマーソンの社会解体ならびにアノミーの理論を援用しつつ、こうした社会状況を個人の対処行動様式としてのストレス緩和のための過飲と、あるいはより活動的になるための覚醒効果を得るために、さらには自己威信や負け犬的自己像の防衛のための過飲と結びつけた形の説明を展開している。

第三には、以上のような社会状況と諸個人の対処行動に加え、そうした事態にあつて過飲に寛容な飲酒文化と人びとの社会的態度が背後にあることも看過せず指摘しているブダは、精神医学者というより並みの社会学者以上の社会学的視点を備えているといえよう。自宅飲酒が多く、かつ寛容な飲酒文化を有するハンガリー社会では往々、社会的問題を起こさない限り彼の問題飲酒は問題視されず、結果的に肝硬変や循環器系障害、時に振戦せん妄などを呈する重篤なアルコール依存症に進んでしまう可能性は高い。当然死亡率も高まることになる。

第四には、そうした個々のケースレベルでの問題対応の遅れに対比させて、社会的対応の遅れとも呼ぶべき事態がある。全体的にハンガリーではなおヘルス・ケア・システムは機能しておらず、精神医療は相変わらず伝統的でアルコール問題にはほとんど対応できていない上、自助集団もあることはあるが院内断酒会の状態に留まっている、というのがブダの所論である。

もちろんその後の状況展開もあつて、現時点からみれば必ずしもブダの所論の全てが当を得たものとはいえないが、ハンガリー精神医学界でもトップレベルの、それも社会学的素養も兼ね備えた専門家の意見として、ハンガリーの国民保健問題、アルコール問題の理解にあたって傾聴すべき多くの論点を含むものといえる。

このように、背景要因に関するいくつかの説明タイプを紹介してみたが、著者のみならず読者の

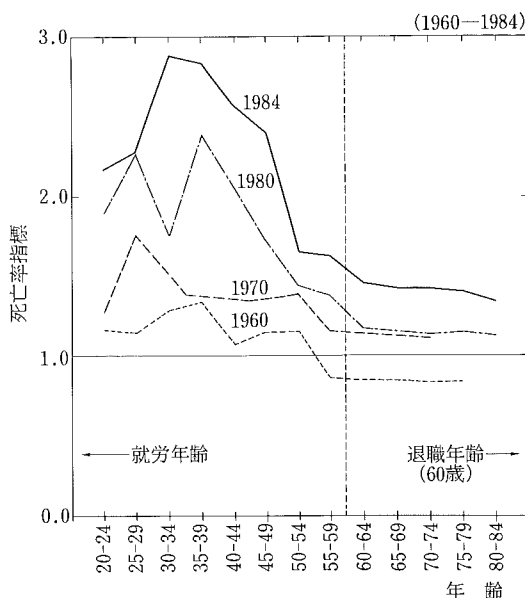
多くにとっても、少なからぬ点において戦後日本社会の変化とよく似た事態を察知できるのではなからうか。急激な社会変化現象とその説明パターン、問題背景として列挙される要因、そしてなによりも高度経済成長と共に急速な増加をみた日本の酒類消費実態との共通性や寛容な飲酒文化等々である(清水, 1985)。たとえば、生活平準化の努力→肉体的、精神的ストレス→死亡率や酒類消費の上昇という連鎖モデルの最後の部分に、過労死とドリンク剤販売の堅調それに中高年にみる高頻度のアルコール利用を置き換えてみれば分かりやすい。おそらく、両者の相違の探求にあつては人種生物学的相違、常用酒類の相違などが重要な要因で、環境状況因子には相当程度の共通性がみられるものの、酒類消費量とりわけ純アルコール100%換算消費量の差異が大きいと考えられる。またもう一つ見逃せない要因は、原因論というよりはむしろ対策論に係留する要因である。

ここではいましばらく、背景要因の一つとしての第二経済活動を含めた国民の働き過ぎ問題に焦点をあてて、ハンガリーにおける保健問題論議の検討を続けてみよう。

#### b) 社会経済階層モデル

カールソン (Carlson, 1989) の研究は、それまでとは異なるいくつかの人口学的な着目と詳しい検討を加えたものであるが、結論的にいえば、やはり大後退期の決定的な原因は明らかにされなかった。カールソンの研究の真骨頂は、クリンゲル (Klinger, 1987) らの研究到達地点、すなわち肉体労働者と非肉体労働者の間にみられる死亡率上の明瞭な差異にもとづく死亡率の社会・経済階層格差モデルを出発点として、では何故肉体労働者層に顕著な高死亡率が観察されるのか、をさらに詳細に探ろうとした点にある。

年齢的にはこれまで40代から50代層の死亡率上昇に議論と関心が向けられてきたが、このカールソンの社会・経済階層差モデルでは、非肉体労働者層の死亡率を1とした場合に、肉体労働者層の死亡率は1970年を除いて、1960, 1980, 1984の各年とも30代において最も大きな階層間格差が存在することを明らかにした。またこの大後退期には、年次を経るごとに両階層間の死亡率格差が拡大し



資料: Carlson (1989)

図3 年次別 年齢階級別男子肉体労働者死亡率指標<sup>1)</sup> (1960-1984)

たことを立証してみせた(図3)。さらに、ほぼ定年期に至るあたりから、その階層格差が目だつて縮小していることも注目される。したがって彼の知見は、階層差の比較的視点からして30代にも見逃せない問題があることをつけ加えたが、いずれにしても生産中核人口に大きな健康・保健問題があることに警鐘を鳴らしてきたそれまでの研究と、全く軌を一にするものである。以上のことから、社会・経済階層差モデルはハンガリーにおける死亡率の大後退問題にとって、その原因は主に肉体労働者の社会的生活にあることを明らかにしたのである。

カールソンはさらに、統計データの制約や、分類方法から生じるバイアスの可能性をできるだけコントロールした上で、死亡率が高齢ならびに障害年金者、失業者の間に決定的に高く、かつ上昇パターンを示すことを確認した。そして、生産活動に携わらぬこれらの人びとを除いて計算した場合には、この大後退期の間ハンガリー男性の死亡率は低下さえ示すというのである。このように、社会的弱者に死亡率の増大が集中したとみるのがカールソンの立場である。

以上の諸点を勘案しつつ、彼はさしあたって「ハ

ンガリーの、とりわけ肉体労働者をとりまく労働条件に、顕著な劣悪化が認められる」とするラカトシュ (Lakatos, 1986) の問題指摘を取り入れて、これを職場での死亡事故に関して検討するが、その説明力は微々たるものであった。むしろ死亡原因の階層格差は、クリンゲル (1987) が明らかにしているように、職場事故よりも肝硬変、自殺、肺ガン、気管支炎、気腫、喘息、それに交通死亡事故などにおいてより大きく顕著なのである。クリンゲルは早くから肉体労働者層の高い死亡率について職場の問題は、飲酒などに関連して特に重要な要因ではあるが、死亡率全体を説明するには必要条件ではあっても、十分条件ではないとしている。結局カールソンも、労働環境や労働条件も含めて「職場の問題は、ハンガリーの社会構造内において肉体労働者層がもつ、全体としての不利条件の一つの反映と理解するのが正しいだろう」との結論を導いている。

いわゆる貧困が無知を生み、無知が病気を生むとする共産主義のドクトリンが実証された形で、この意味でドクトリンは正しいと言うほかない。ただ、ドクトリンが労働者の国で実証されたのは、あまりにも皮肉である。このように、1960年代半ばより生じた死亡率上昇と平均寿命の低下という驚くべき現象は、最初は男子を中心に、後には女子も含めて観察され、かつ社会の中核人口となるべき中高年層に、それも主に最大人口を占める肉体労働者層における社会的弱者を中心に襲ったものであることが判明した。

#### おわりに

1991年、ブルガリア、チェコスロバキア、ポーランド、ルーマニア、ロシア、ユーゴスラビア、独立国家共同体 (CIS) の各国から人口学の専門家がブダペシュトに結集した。WHOヨーロッパ地区事務局との共同国際会議のテーマは「中欧・東欧諸国における死亡率トレンド」であり、この国際会議の背景には深刻な保健問題が旧東欧諸国における共通の政策課題であるとの認識であった。

今回の研究を通して、ハンガリーの社会主義社会の建設の陰で25年の長きにわたって、国民保健

に関する危急の課題が決定的に後回しにされてきた形跡を窺うことができた。この間の国民保健の問題状況を検討してみても思うのは、「国家の基盤は国民の健康にあり」という単純な、しかしこれ以上ない自明な事柄の重要性である。1989年の東欧革命により体制は一新した。そして市場経済を目指す新しい国づくりは、なお緒についたばかりである。原初的資本主義の一面である弱肉強食の様相が既に現れ、それは端緒期であるが故に過酷なほど純粹である。早くも、超インフレや失業問題により年金生活者や単純労働者は生活上のハードシップに直面し、多大な社会的ストレスを抱え込んでいる。新体制への移行に伴う過渡期的動向であればと希うが、1989年からは再度死亡率は上昇トレンドに転じている。こうした中で、これまでの地道な活動にせよ、新しい発想と技術を導入した試みにせよ、それぞれの地域やレベルで多くの人々がまさに日夜を問わず援助活動を繰り広げている事実をも観察することができた。

かつての国づくりがそうであったように、新しい国づくりにもやはり「人民のための国家」の視点が、したがって国民保健の視点が不可欠と言えよう。国家財政上の問題等、旧東欧諸国はおしなべて窮状を抱え込んでいることも事実である。それ故にというべきか、わが国の東欧支援論も「財政」や「工業技術」に偏することなく、さらに広い目配りから保健システム技術や保健マンパワーの開発への支援など、なすべきことはさらに多様な筈である。折しも日本は長引く景気後退に打ち沈み、それに追いつけをかけるようにバブル期の対外援助約束の資金援助のつけ払いに四苦八苦しているというのである。資金を出してもあまり評価されないという、これまでの「お人よし」的な国際貢献のあり方についても具体的に反省させられる今回のハンガリー研究滞在であった。

付記： 筆者は日本学術振興会の特定国派遣事業による研究助成によって、平成4年3月から平成5年の3月まで、ハンガリー科学アカデミー社会学研究所に客員研究員として迎えられた。本稿はこの研究助成による成果をまとめたものである。

また資料の整理ととりまとめ作業については、野村学芸財団からの平成6年度研究助成金によって支援されたものである。重ねて、日本学術振興会ならびに野村学芸財団、ハンガリー科学アカデミーの関係各位に謝意を表したい。

## 文 献

- Andorka, R. and Harcsa, I., "Modernization in Hungary in the Long and Short Run Measured by Social Indicators", Sociological Working Papers 1, Karl Marx University of Economic Sciences, 1988.
- Buda, B., "Alcoholism and Alcohol Policy in Hungary", Paper presented to the World Psychiatric Association's Regional Symposium on "Alcoholism and Other Dependencies", Warsaw, Poland, 1987.
- Carlson, E., "Concentration of Rising Hungarian Mortality among Manual Workers", Sociology and Social Research 73:3, 119-127, 1989.
- Compton, P. A., "Rising Mortality in Hungary", Population Studies, 39-86, 1985.
- Forgács, I. and M. Kokeny, "Towards a New Health Policy in Hungary", Health Policy, 8, 183-192, 1987.
- Forster, D. and P. Józán, "Health in Eastern Europe", Lancet, 335, 458-460, 1990.
- Józán, P., "Recent Mortality Trends in Eastern Europe", Paper presented at the UN/WHO/CICRED Conference on Socioeconomic Differential Mortality in Industrialized Countries, Zamardi, Hungary, 1986.
- Klinger, A., "Háladoság Társadalmi Osszeftüggései (Mortality in Social Context)", Szociologia, 1, 81-90, 1980.
- Klinger, A., "Háladoság Társadalmi Foglalkozási Lolonbsegei Magyarországon (Socio-occupational Mortality Differentials in Hungary)", Demográfia, 30: 2-3, 240-272, 1987.
- Lakatos, J. "A Fizikai Foglalkozásuak Mun-kaorülményei az Iparban, Statisztikai Szemle (Working Conditions of Manual Workers in Industry), 64:7, 709-720, 1986.
- Losoncz, A., "Health in a Social Context, Almanach of the Institute of Sociology 1988", 71-81, 1988.
- 清水新二「アルコール・ソーシャル・システム論再考」『大阪市立大学生活科学部紀要』, 33, 357-373, 1985.
- 清水新二「ハンガリーの自殺について」『精神保健研究』, 36, 171-179, 1990.





# 精神保健研究

## 編集委員

大塚俊男 吾郷晋浩  
加我牧子 白井泰子

## 編集後記

現代社会の歪みは、成人だけでなく青少年にも、さまざまなかたちで心身の健康障害をひき起こしている。その一つに薬物乱用・依存の問題がある。その中でもとくに青少年に多いものが有機溶剤の乱用と云われ、それによる深刻な障害が注目されている。

そこで、本号では当研究所の薬物依存研究部長の福井進先生に「有機溶剤の乱用・依存」をテーマに特集を組んで頂いた。最近の有機溶剤乱用・依存の実態と動向、青少年にみられる有機溶剤乱用の発症要因としての家族関係、治療上大切な地域社会の支援体制、有機溶剤乱用がもたらす中枢神経障害などが取りあげられ、明日からの診療にもすぐに役立つ内容が盛り込まれている。本号の原著論文も含めて精神保健の分野で活躍しておられる読者の皆様にとって、示唆に富む特集号になったものと思います。(吾郷晋浩 記)

精神保健研究

第40号

(1994年8月15日発行)

(非売品)

編集責任者——大塚俊男

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

TEL 0473(72)0141

FAX 0473(71)2900

# Journal of Mental Health

## Number 40, 1994

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

### CONTENTS

Foreword. T. Ohtsuka

#### Special Articles: Solvent Abuse and Dependence

- Preface. S. Fukui ..... 1  
 Epidemiological Trends of Solvent Abuse and Dependence. S. Fukui ..... 3  
 Solvent Abuse and Family. K. Wada ..... 13  
 Solvent Abuse in Children of Home for Resocialization of Minors. K. Abe, et al. .... 19  
 Role of Hospitals and Community Support Systems in Treatment of Patients with  
 Solvent Abuse Problems. S. Hirai ..... 29  
 Brain Damage Caused by Chronic Solvent Abuse. N. Yamauchi ..... 39

#### Original Articles

- Bright Light Improves Self-evaluation for Daytime Sleep in Nurses after Night Work.  
 Y. Kamei, et al. .... 49  
 A Research Study on Community Support Activities for Alcoholics: A Comparative Survey  
 of Two Professional Sectors on Interprofessional Coordination. S. Shimizu ..... 55

#### Comments

- Circumstances and Prospect of Training for Mental Health Professionals in Japan.  
 T. Kikkawa, et al. .... 65  
 The Mortality Rate Trend and Public Health Problems of the New Hungary.  
 S. Shimizu ..... 81