

国立精神衛生研究所編

# 精神衛生研究

第 17 号

昭和 43 年

Journal of Mental Health

Number 17

1968

精神衛生問題研究会

# 目 次

## 原 著

- 精神衛生に関する地域指導者の意識  
——福島県原町市における場合——  
……………高臣武史， 柏木昭， 坪上宏， 佐竹洋人， 小川武子…………… 1
- 精神障害者の社会的再適応に関する研究  
——5年間のデイ・ケア・センターの経験から——  
……………目黒克己， 松永宏子， 片山ますえ， 柏木昭， 加藤正明……………33
- 双生児の人格発達の研究 その2  
——柏市及び杉並区における双生児学童調査について——  
……………池田由子， 中古知子， 中川幸……………61
- 中学生登校拒否児に対する働きかけをめぐって  
——とくに危機状況に対処する家族力動の観点から——  
……………山 崎 道 子……………73
- 精神薄弱者の結婚問題に関する研究  
——心理， 社会的立場からの接近——  
……………桜 井 芳 郎…………… 87

所員研究業績一覧 …………… 111

欧 文 抄 録 …………… 115



# 精神衛生に関する地域指導者の意識<sup>1)</sup>

——福島県原町市における場合——

優 生 部 長                      社会精神衛生部  
高 臣 武 史<sup>2)</sup>                      柏 木      昭<sup>3)</sup>

社会精神衛生部                      社会精神衛生部  
坪 上      宏<sup>4)</sup>                      佐 竹 洋 人<sup>5)</sup>

社会精神衛生部研究生  
小 川 武 子<sup>6)</sup>

## 目                      次

ま え が き

第 1 章 地域精神衛生活動における地域指導者

第 1 節 地域指導者とは何か

第 2 節 地域精神衛生活動における地域指導者およびその意識調査の意義

第 2 章 調査方法について

第 1 節 いわゆる意識調査法の問題点

第 2 節 本調査で用いた方法

第 3 章 調査について

第 1 節 調査実施地域

第 2 節 調査対象

第 3 節 調査の方法

第 4 節 調査の結果と考察

---

註 1) Attitudes toward Mental Health among the Community Leaders

—— A Survey in Haramachi-shi, Fukushima Prefecture ——

2) TAKATOMI, Takeshi, M.D. (Psychiatry)

3) KASHIWAGI, Akira (Psychiatric Social Work)

4) TSUBOKAMI, Hiroshi (Psychiatric Social Work)

5) SATAKE, Hiroto (Sociology)

6) OGAWA, Takeko (Psychiatric Social Work)

なお本調査研究にあたっては、下記の方々のご協力を得た。

昭和41年度 加藤正明, 高橋 徹, 榎本 稔, 玉井収介, 佐治守夫, 田頭寿子, 今田芳枝, 松永宏子, 高乗公子  
昭和42年度 加藤正明, 菅野重道, 玉井収介, 目黒克己, 山本和郎, 今田芳枝

- 1 事例
- 2 スライド
- 3 S C T

#### 第4章 結論および今後への展望

- 第1節 結果の要約
- 第2節 結論と今後への展望
- 第3節 本調査によって達成した成果について

#### 資料 I ~ IV

### ま え が き

この論文は昭和41年度以降われわれが行なっている「精神障害者の地域総合医療に関する研究(班長村松常雄, 厚生省医療助成金を受けて行なわれている)」の一部である。

精神障害者の「病院外治療」の試みが近年いろいろ行なわれ、地域精神医学会もつくられた。これはイギリスその他ヨーロッパにおける社会復帰対策の開発やアメリカにおける community psychiatry の強調がわが国の精神医療に影響したといえよう。

しかしわが国の医療体系ことに精神医療体系は欧米のそれと大分違っている。また精神障害や障害者についての世人の理解も必ずしも十分ではないし、精神衛生関係の専門家も少ない。社会福祉についての国の配慮も極めて不十分である。したがって、精神障害者の社会復帰乃至地域活動の対策を行なうばあい、アメリカにおける community care やヨーロッパの social psychiatry あるいは regional psychiatry の方法をそのまま導入することはできない。

精神障害者を地域社会に受け入れ、望ましい治療を行なうためには、先ず第一に、地域の人たち、ことに住民の福祉に直接あるいは間接に深いつながりをもつ地域指導者が、精神障害者をどのように理解し、どのように受けとめているかを知らなければならない。その理解度や関心度の程度を知った時に、はじめて彼らに何を期待しうるか、その役割を十分果してもらうためにはどう働きかけたらよいか、彼らが潜在的にもっているニーズをどのように導き出せるか等の方策もたてることができるであろうし、われわれが期待している「住民の手による地域の組織化」も実現の道が開かれるであろう。

このような地域指導者の精神障害あるいは障害者に対する意識の実態を知ろうとしたのが、この研究の第一のねらいであった。

そしてその実情を把握しながら、いろいろ働きかけ、その意識の変容とともに、これら指導者の行動がどのように変わり、それが障害者にどのように反映したかを知ろうというのが第二の、そして最大の目的であった。つまり単に調査のための調査でなく、精神衛生の実践活動の中で

の研究を行うことであった。この調査研究で単なる質問紙法でなく、いろいろの工夫を試みた理由もそのためであった。

しかし、残念ではあるが、この目的は今までのところ十分に果されていない。その最大の障害はこの研究が研究所から遠い福島県原町市で行われ、われわれが現地で持続的な実践活動を行なえない点にあった。原町保健所の渡部所長の特別の御尽力によって、本文でのべるような多くの地域指導者の協力が得られたが、具体的な実例を通じて繰返し行なうべき話しあいができなかったため、これらの人たちの精神衛生についての知識や関心をあまり深めることも、彼ら自身のニードをたかめることもできなかった。

このことはまた、われわれの面接態度を曖昧にした。すなわち、われわれは地域指導者に対して、彼らが自ら持っている課題を自然に出しあい、話しあい、それぞれの社会的役割の中で自己の問題として解決してもらおうという、いわば非指示的な態度を原則的にとろうとした。これはキャプラン等のコンサルテーションの考え方に立ったものであった。このような態度は持続的に接触を保ち、必要のある時には十分話しあえる態勢であれば、あるいは効果があったであろう。

しかし、ごく限られた日時の接触で、このような接近の仕方が有効かどうか、よくわからない。ことに精神衛生の知識の乏しい、しかも集団の中で自由に発言する経験の少ない日本人にとって、このような会議の持ち方がすぐ効果を挙げるとは限らない。何かを教えてもらい、方向を指示してほしいと思っている人も少なくなかったし、講演を期待している人や質問にすぐ答えてもらおうと思っている人たちにとって、非指示的な態度は物足りないものに映り、さらにそれは無意味な会合と感じた人もいるらしい。

このような人たちに対する接触のしかたの開発も今後の課題といえよう。そして、どのようにしたら潜在的なニードを顕現化させ、積極的な精神衛生活動を行なうことができるかを明らかにしたいものである。

しかし、今回の研究により、多くのことを学ぶことができた。これをもとに、今後さらに研究をすすめてゆきたい。ことにわれわれは市川市において、つまり日常の実践活動が可能な地域において、この研究を発展させてゆきたいと考えている。

## 第1章 地域精神衛生活動における地域指導者

### 第1節 地域指導者とは何か

まず、本稿でいうところの「地域指導者」とはどういう意味であるかについて、説明しておくことにしよう。

一般に地域指導者といえば、その地域の住民の意識や態度、あるいは行動を、ある方向に向けたり、ある方向に動かしたりできるだけの影響力をもった人という意味であって、たとえばその地域の行政・政治の側面でいえば、市町村の首長とか議員など、またその地域の世論形成・指導といった面でなら、地方新聞のジャーナリストなどが、通常あげられるであろう。しかしわれわれは、「地域指導」というものが、上述のような、地域住民一般に対して包括的・画一

的におこなわれるものに限るとはかならずしも考えておらず、むしろ、地域住民のいろんな層に対し、地域生活のいろんな局面において、いろんな人々によって担われている機能であるというふうに理解しているのである。

のちにくわしく示すように、本調査においてわれわれは、地域指導者として民生委員、保健婦、小中学校の教師、警察官、開業医、商工企業主という、6つの職種の人々をえらび出した。このえらび方は一見、恣意的にみえるかもしれないし、また一般的に「地域指導者」という言葉から浮かぶイメージとはことなるかもしれない。しかし、これらの人々も、さきに述べたような意味での地域指導の機能は果たしているのであり、とりわけ地域精神衛生活動を推進してゆくためには、次のような意味でこれらの人々は重要な「かなめ」的存在(いわゆるkey personnel)である、とわれわれは考えたのである。

すなわち、第1には、これらの人々は日常の業務において地域住民と直接的な接触をしているという点である。もちろん、接触のし方や、住民のどの部分、どの階層と接触するかはそれぞれの職種によってことなる。たとえば、民生委員は主として地域の低所得階層を援助し生活指導をするであろうし、開業医にとっては患者とその家族などが対象となるであろう。各職種はそれぞれ対象を異にしながらも、そこに共通しているのは対象との接触が間接的でなく、直接的、対面的(face to face)であるということである。

第2に、これらの職種の人々は対象者を個別的に扱うことを期待されているという点である。「個別的」に扱うという意味は、対象者ひとりひとりのもつ問題が個々別々のものであり、他の人の問題とひとしなみに扱われるのはその対象者にとって耐えられないほどの切実なものであることを理解し、それぞれに応じてキメこまかく方策を講じるということである。市町村の首長など行政面のトップレベルでは、たとえば条例等によってある方策をある住民階層に画一的に適用することで事足りるわけであるが、ここでいう地域指導者たちは、そうした画一的な方策が対象者個々の生活の向上に適切に活かされるように媒介者の労をとることもあるであろう。

第3に、これらの職種の人々は、対象者の福祉に何らかの意味で寄与する関係に立っているという点である。この点は民生委員や保健婦、あるいは開業医などについてはすぐ首肯されるであろうし、教師の場合も教育活動は児童・生徒の福祉向上につながるものとして理解されるであろうが、警察官、商工企業主については疑問がもたれるかもしれない。しかし、とりわけ地方においては、警察官が管轄区域の住民の生活にとけこんでおり、生活相談に応じたり、民事的紛争の仲立ちをしたりしているのは事実であり、また中小の企業主においても、従業員の私生活的面倒をみることにまで立ち入っていることは事実であるので、その内容に問題はあっても、やはり対象者の生活の福祉に現に関与しているものとみることができるのである。

以上のようにわれわれは、住民に対して1.直接的、2.個別的、3.福祉関与的な接触をしつつ、相応の影響力をもっているという点で前記の6つの職種の人々を、本調査における地域指導者としてえらび出したのである。

このようにみてくると、以上の条件にあてはまる地域指導者は6種につきるものではない。たとえば福祉事務所ワーカー、保護司、調停委員、あるいは牧師、住職等々、さまざまな公私の職種を数えあげることができる。ただし、今回は調査の都合上、さきの6種に限定したまでである。

これらの地域指導者が、地域精神衛生活動にどのような意義をもっているかについては次の節において述べることとする。

## 第2節 地域精神衛生活動における地域指導者およびその意識調査の意義

第1節においてわれわれが地域指導者はどういう人たちであると考えているか、さらにわれわれが何故上述の6グループを地域指導者として選択したかについて説明したが、ここでは特に精神衛生活動に関連させて、地域指導者に如何なる役割を期待するかについて触れてみたい。またそうした指導的地位にある人々が精神衛生について如何なる意識を持つかについて調査することの意義について考察することにする。

前節で述べたように地域指導者は住民の何らかの精神的不健康に関する問題について個別的且つ直接的に個人や家族を援助することが期待されている人々である。

この人たちの役割は次のような観点から特徴づけることができる。第一にわれわれは地域指導者が必ずしも精神衛生や社会福祉の専門家でなければならないとは考えていないということである。たとえば民生委員であるが、われわれは彼らの法的に義務づけられた機能や行動の内容によってよりも、むしろ地域社会にあって彼らが住民の生活に密着した機能を持つ点、いいかえれば住民に対する関係の密度の濃さにおいて、地域指導者としての役割を期待したいのである。

第2にこれらの人々が地域社会住民の精神衛生問題に対処してゆく際の水準は、治療的なものというより、むしろ予防的なものである。この場合予防というのは精神的、情緒的障害の早期発見や、社会復帰の援助による障害の遷延や再発の予防はもとより、より一層積極的に地域住民の精神衛生に強い影響を与えるという意味を持っているのである。キャプランはこれについて「或る特定の時点で、こうした人々はたしかに多くの人々の精神衛生に影響を及ぼすカギとなる人々である<sup>1)</sup>」といている。そしてここで特定の時点という際には「対象者が危機の時点にいるということが重要である<sup>2)</sup>」としている。いいかえれば地域指導者がその予防的な機能を最も効果的に果しうる為には、「習慣的な問題解決の方法を用いても克服できない<sup>3)</sup>」危機時点で直接対象者に接触してゆくことができないからなのである。

また第3に地域指導者の精神衛生的な影響力の基本的問題点はその人達自身の仲間同志との関係にあるのである。キャプランはそうした地域指導者の「自分の仲間との関係に障害をきたしていれば、自分の情緒生活に病的効果をもたらすばかりか、チフスや他の伝染病の「保菌者」と似たような精神的不健康の「保菌者」になりがちである<sup>4)</sup>」と考えている。従って予防は先

註 1) 2) 3) G. キャプラン, 山本和郎訳, 地域精神衛生の理論と実際, 医学書院, 1968, P.26

4) 同書 P.156



づこうした障害的関係を生み出す指導者の態度の改変を目指して計画していかなければならぬのである。

さてこのような精神衛生における予防的な役割が期待される地域指導者がどういう意識を持っているかについて、われわれは地域精神衛生活動を進めていくうえで、先ず知っておかなければならないと思う。そして彼らが地域住民の特定の危機時点に直接且つ個別的に接触しうるポテンシャルを持っているかどうかを知ることが、われわれそれを専門の業務とするものが、精神衛生の予防的側面でどのように動いていったらよいかを決める要因になることが容易に予想されるのである。ここに地域指導者の意識調査が必要とされる所以があるわけである。

われわれは意識調査をこのような根拠から実施することにしたが、さらに後述するような小集団面接乃至討議方式を用いて、上述の予防的な役割を地域指導者が意識的に保持し、積極的に地域住民の精神衛生的要求に応答し、動いてゆくことができるように刺戟し援助することを、いわゆるアクション・リサーチとして企図したのである。

## 第2章 調査方法について

### 第1節 いわゆる意識調査法の問題点

「意識調査」という場合、用いられるのはたいてい、多くの質問をあらかじめ設定した、いわゆる質問紙法という方法である。これも、調査員が被調査者に直接面接して質問する法、被調査者に質問紙を手渡して回答記入を求め、回収する法など、いろいろあるけれども、共通していることは、ひとつには被調査者に対して回答についての責任をいっさい負わせないこと、もうひとつには被調査者を他者からまったく切りはなし、孤立の状態において、その回答を求めるということである。これを具体的にいうと、調査者側は被調査者に対してかならず、個々の回答の内容は秘密にするということを確認するし、面接調査の場合には、調査員はできるだけ一対一の面接を求め、かつ調査員自身の存在をいわばできるだけ「稀薄化」し、暗示や誘導を避けるようにつとめるのがつねである。

このようにするのは、それがもっともよく被調査者の警戒的態度を解くのに役立ち、ひいては被調査者の意識を適確に引き出すことができるであろうとの配慮にもとづくものであって、もとよりそれはそれで一面正しいのであるが、しかし一方では被調査者の真剣な気持も気まぐれな思いつきも差別なく平等にうけいれざるをえず、回答の前後に矛盾が生じてあまり深くは追求できず、ために調査結果が何か散漫な、断片的なものの集積となってしまう欠陥がある。

また、意識調査というものが本来は、被調査者が現実の生活場面において実際にはどのように行動するかを推測するためにおこなわれるものであるとするならば、被調査者をあまりに自由な場において調査したことがもとで、調査結果のかぎりでは意識のみがいたずらに昂揚し、現実の行動とのズレが大きくなりすぎて、所期の目的からはずれてしまうおそれもあるのである。

とすれば、通常意識調査とは逆に、被調査者にある程度、回答についての責任を負わせつつ、また、被調査者を他者との関係の中におきつつ、その意識を調査するという方法も考えら

れるのではないであろうか。そうすることによって、かえって被調査者の現実の行動に近いレベルの意識をとらえることができるのではないであろうか。けだし人間の現実生活における行動というものは、自分ひとりの孤立した意識のみから発するのではなく、他者との関係の中で、他者から影響を受けたり、他者に影響を与えたりしながらおこなわれるものだからである。ここでは人は、自分の発言や行動に何らかの責任をとらざるをえなくなる。孤立して質問紙に答えている場合には前後矛盾した発言が可能であっても、他人との間では相応の首尾一貫性を保たないわけにはゆかない。しかし、そうした動きの中にこそ、被調査者の人間としての姿が、断片的でない、統一したまとまりのあるものとしてあざやかに浮かびあがってくるように思われるのである。

## 第2節 本調査で用いた方法

前節で述べたような理由から、われわれは本調査において、同一職種の人々10人前後による小集団自由討議（座談会）という方式をえらんでみた。実施方法の詳細は次章第3節にゆずるが、この方法の一番の眼目は、調査者側が座談会の司会者となり、ある共通の主題に関して被調査者（座談会参加者）の自由な発言、さらには話し合いを求めるが、司会者はできるだけ参加者全員がこころよく発言できるような雰囲気を作り出すことに専念し、討議の内容については批判的な態度をつつしむという、いわばグループ・ワーク的方法をとるという点である。

参加者は、司会者からは発言の自由が与えられ、もちろん発言内容についての責任も免除されているものの、他の参加者との間ではたがいに影響し合い、しかも自分の発言には何らかの筋を通しつつ、話し合いを進めてゆくわけである。しかし参加者たちは、ふだん同じ地域で仕事をしている同一職種の仲間であるので、「他者との関係の中で」といっても決して脅威的なものではなく、むしろなごやかな雰囲気がある程度ははじめからできていた。詳細は次章第4節および終章にゆずる。

ところで、この方式にも数々の問題点はある。思いつくままにあげてゆくならば、まず、ある日ある時刻に同一職種の人々に参集してもらうことの困難さ、また、1集団10人前後が自由討議方式の限度であって、統計的に処理するような多数の被調査者は扱えないこと、さらに、質問紙法とはことなり、結果を単純に集計するというわけにはゆかず、のちに示すように、調査者側の評定というフィルターを1回通さなければならないこと等々である。

しかし、何といっても一番問題となるのは次の点であろう。すなわち、参加者がたがいに影響を与え合うということは、とりもなおさず、そこに集団特有のダイナミックスが働くということであって、参加者の情緒的な状態や発言頻度や発言内容はたえず変動し、わるくすると、いわゆる「ゆきがかかり」上、ことさらに過激な発言をする人とか、逆に沈黙を守ってしまう人が出たりして、調査状況をコントロールすることが困難だという点である。この点については、司会者の技倆もかなりに関係してくるようであるが、それならばなおのこと、司会者が変ればちがった結果になっただろうとか、また参加者の顔ぶれに変動があればまたちがっただろうというような疑問はつねにつきまとう。この点、調査時の状況をかなり画一的に一定に保つこと

の可能な質問紙法との大きな差異があるわけである。

しかしながらわれわれは、このように集団過程の中で参加者の意識や情緒に変化がおこるということをかならずしもこの方式の欠陥とは考えない。いやそれどころか、この現象をむしろ積極的に活用しようとするところみたのである。というのは、われわれはこの調査によって、単に地域指導者たちの精神衛生に関する意識の現状を把握することだけを目的としたのではなく、こうした小集団による自由討議を通じて、地域指導者たちがよりいっそう精神衛生についての理解と関心を深めてくれることをもねらいとしたからである。いふなれば地域指導者の意識を調査しつつ、その変容をはかるという「アクション・リサーチ」の方法をとったわけである。そのために司会者としては、座談会参加者の話し合いが上に述べたような方向に深まってゆくようにできるだけの援助をしたし、時には精神衛生に関する知識の提供者（いわゆる resource person）を加えるなど、さまざまな工夫をこころみた。この詳細は次章にゆずることとし、さらに、われわれの意図がどの程度成果をあげたかについては最終章で検討することにしよう。

### 第3章 調査について

#### 第1節 調査実施地域

ここで、本調査を実施した地域について概説しておくことにしよう。

前章で述べたような小集団による自由討議（座談会）を実施した場所は、原町保健所、原町商工会議所、原町警察署など、すべて原町市内においてであったが、座談会参加者は原町保健所の管轄区域である原町、相馬の2市および相馬郡に属する2町2村の各地から参集してきたものであった（第2表参照）。

これらの市町村は福島県内の太平洋沿岸の地帯、通称「浜通り」の最北端に位置し、北の宮城県に接して新地村、それから南へ順に相馬市、鹿島町、原町市、小高町と続き、国鉄常磐線がそれらを縦に貫いている。また、鹿島町と原町市の西側、阿武隈山地にかけて飯館村が位置している。福島県に属しているながらもこれらの市町村は、地勢や距離的な関係から福島市や浜通り南端の大都市であるいわき市などとは疎遠であり、経済的、文化的にはむしろ宮城県仙台市と親近関係にあるようである。

昭和40年の国勢調査によれば、人口は、原町市が約4万1千、相馬市が約3万8千、あと2町がいずれも1万5千前後、2村がそれぞれ約1万である。15才以上就業者中の農業従事者の比率を算出してみると、原町市39.4%、相馬市47.1%、小高町58.3%、鹿島町63.8%、新地村70.5%、飯館村81.3%となり、市部はともかくとしても全般的に農業中心的地域であることがわかる。なお、昭和35年の国勢調査と比較して特徴的なことは、これら中小市町村のいずれも人口が減少していることであり、原町市のみはわずか0.9%減にとどまっているものの、あとの市町村は7%から11%程度の減少をみている。人口の大都市集中にともなう、地方の人口減少傾向がこの地域にもみられるわけである。

相馬市と原町市はこの地域の2大中心地をなしており、相馬市が伝統的な落ち着きのある旧城下町であるのに対し、原町市は新興の経済都市であるといった、対照的な性格を示している。

とはいうものの、原町市にもさしたる大企業はなく、むしろ附近農村を後背地とする中小工業の町というべきであろう。

全国的に知られた「相馬野馬追」はこの地域全体の祭礼であるが、特にその開催地である原町市は「観光もまた産業なり」と称して観光客誘致に力を入れている。

なお原町市は、昭和40年、「明るく正しい選挙都市宣言」とともに、「精神衛生都市宣言」をおこなった。市内には、精神病院として200床強を有する雲雀丘病院（財団法人郡山精神病院の分院）がある。

## 第2節 調査対象

第2章において述べたような地域指導者をわれわれは福島県原町保健所管内から次のように選んだ。職種からいうと民生委員、保健婦、小中学校教師、警察官、開業医および商工企業主である。このうち民生委員は名誉職であり、当然各人個有の職業を持っているわけである。

おのおののグループの最高、最低年齢および平均年齢は第1表の通りである。これによると最高年齢は79歳で民生委員グループに属し、最低年齢は22歳で警察官グループに属している。平均年齢では高い方から民生委員、開業医、商工企業主、保健婦、教師、警察官の順となっている。

各グループのメンバーを出身地別に見ると第2表の通りである。それによると原町市出身者は50名中32名、相馬市はこれに次ぎ6名、次いで小高、鹿島、飯館、新地の順になっている。

第1表 各グループの最高、最低および平均年齢と人数

|       | 最高年齢 | 最低年齢 | 平均年齢 | 人数   |
|-------|------|------|------|------|
| 民生委員  | 79   | 58   | 67.0 | 8    |
| 保健婦   | 57   | 34   | 46.5 | 10   |
| 教師    | 56   | 25   | 43.3 | 7    |
| 警察官   | 53   | 22   | 39.9 | 10   |
| 開業医   | 70   | 48   | 57.6 | 7    |
| 商工企業主 | 72   | 30   | 48.3 | 8    |
|       |      |      |      | 計50名 |

第2表 各グループ参加者の出身地別人員

|       | 原町  | 相馬 | 小高 | 鹿島 | 飯館 | 新地 | 不明 | 計  |
|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 民生委員  | 5   | 1  |    |    |    | 1  | 1  | 8  |
| 保健婦   | 4   | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  |    | 10 |
| 教師    | 1   | 2  | 1  | 1  | 1  |    | 1  | 7  |
| 警察官   | 10※ |    |    |    |    |    |    | 10 |
| 開業医   | 4   | 1  | 1  | 1  |    |    |    | 7  |
| 商工企業主 | 8   |    |    |    |    |    |    | 8  |
| 計     | 32  | 6  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 50 |

※ 原町警察署所属

### 第3節 調査の方法

上述したように小集団を構成して行う調査研究は、観察が容易であるばかりでなく、測定が表面的になることを防ぐことができるし、また先に述べたアクション・リサーチの意味において、精神衛生活動を実践してゆくうえに、小集団を戦略的な拠点として使うことができる。このような意味からわれわれは地域指導者を6つの職種グループに構成し、各グループ10名内外の参加者を得て、討議を実施し、その観察と分析にもとづいて意識を調査しようとした。いわゆる討議はできるだけ参加者の自由な自発的態度を尊重し、誘導したり、暗示したりすることは避けた。そしてその為に討議の司会者は個人面接乃至は集団面接の専門家を以て充てた。

集団討議は昭和41年度においては「新しい精神医療」(資料Ⅰ参照)と題する講演(約30分程度)と、思春期少年の事例(資料Ⅱ 事例A参照)について各1時間半の討議を実施した。昭和42年度においてはスライドと事例を素材として討議を行った。スライドは3種類とし、一つのスライド刺戟によるメンバーの反応時間、即ちその見たて、絵の感じおよび連想の展開の時間は30分とし、その間に集団討議により、いちおうのまとめとしての結論を促した。スライドは1枚めT A Tマレー版より〔3 B M〕(人像後向き、椅子様のものに倚りかかる図版)、2枚めにT A T日本版より〔J 7 F〕(成人和服女子像と女兒が机を隔てて坐る和室の情景)、3枚めに加藤正明によって開発された精神衛生態度測定図版より〔H G - 4〕(成人男子がふとんに横臥する図版)を用いた。(資料Ⅲ参照)

また昭和42年度に使用した事例は33才の主婦をめぐる或る多問題家族の例である。(資料Ⅳ 事例B参照) 事例説明後の討議により、メンバーの討議への参加の度合、精神衛生に対する関心の持ち方の度合ならびに精神衛生についての理解の度合の3つの側面からの測定を試みた。この自由討議はグループ毎に録音し、転記して逐語記録を作り分析を行った。分析は各グループの記録を筆者ら(柏木、坪上、佐竹)が評定者として下記の評定基準により、スコアリングを行った。

評定基準は次の通りである。

#### ① 参加度尺度

1. 列席しているだけで、その場の空気に関心か、あるいは反発を示す。
2. たまに受動的に発言する。あるいは自分から発言するが、自分だけの関心からの発言で他を顧慮しない。
3. 指名されるような事態になれば意見・感想などを述べるが、進んで自分の考えを述べる程、積極的には参加していない。
4. 進んで自分の考えを述べ、その場の雰囲気の流れにそって行く。
5. 機に応じて自分の考えを述べ、人の話に耳を傾け、ばあいによってはグループ全体の流れにも心を配る。

#### ② 理解度尺度

1. 精神衛生の知識が全く無いか、または間違っている。
2. 精神衛生について多少の知識はあるが、漠然としていて正確とはいえない。
3. 精神衛生に関して常識的な理解を、いちおう持っている。
4. 精神衛生についてよく知っているが、その利用のしかたについては、十分に消化されているとは言い難い。
5. 精神衛生に関する事柄を人に教えることができるくらいよく知っているととも、その知識の活用のしかたについても心得ている。

### ③ 関心度尺度

1. 全く（ほとんど）関心を示さない。
2. 身近な人の問題についてなら関心を示すが、それ以外は無関心。
3. 積極的ではないが、置かれている立場や身分に相應の関心を示す。
4. 専門家に協力しようとする。
5. 問題意識を持ち、積極的な関心を示す。

以上の各尺度の説明は評定の参考で、基本的には割合で考え、段階スコアの中間の評点を小数以下第1位まで取り得ることにした。

さてこの小集団研究法による意識調査の他に、われわれは昭和41年度および昭和42年度の両回にわたり、文章完成法（Sentence Completion Test, 以下SCT）によるテストを参加者に実施した。この目的は個人的なパーソナリティ要因の偏りを見出すことではなく、グループ毎の傾向が何らかの形で見られ、それがスライド刺戟に対する反応や事例討議の際のグループ毎の特徴に対応するという仮説に則って行われたのである。この仮説を基礎としてさらにわれわれは、将来SCTによって或る範囲においてグループの問題点を予め発見しておき、それに基づいて地域指導者に対する接近法を変えて行くことができるであろうという予測も持っているが、ただSCTのようなパーソナリティ・テストを問題を持たない個人に施行すること自体極めて困難なことである。従ってこの点の困難性の除去が先決であることはいうまでもない。この点に関しても今回（41年度、42年度）原町保健所と参加者との間に極めて良好な関係があって、各グループに何名かの中に一、二問程度の不答があった以外、テストそのものに対する抵抗は殆ど無かったと言って差支えない。

## 第4節 調査の結果と考察

### 1 事例

上述の評価基準にしたがって、民生委員、保健婦、教師、警察官、開業医の5グループの自由討議の発言について評価を行なったが、その結果をまず評定点によっていちべつし、次に各グループの特徴を内容的に検討することとする。なお昭和42年度の企業主グループの発言は、機械の故障で収録できなかったため、本節の考察はこれを除いて行なった。

#### 評定点による検討

第3表は各グループの、昭和41、42両年度における参加度、理解度、関心度の評定結果である。なお42年度の評定に当っては、3名の評定者が、まず保健婦グループの自由討議の逐語記録について関心度を評定し、結果の一致度が、ケンダルの一致係数  $W_0 = 0.88$  ( $P < 0.01$  で有意) であることを確めた後、それぞれが1ないし2グループの評定を行なった。

第3表 グループ別参加度、理解度、関心度評定結果

| グループ<br>年<br>度<br>尺<br>度 | 民生委員<br>グループ |     | 保 健 婦<br>グループ |      | 教 師<br>グループ |     | 警 察 官<br>グループ |     | 開 業 医<br>グループ |     |
|--------------------------|--------------|-----|---------------|------|-------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|
|                          | 41           | 42  | 41            | 42   | 41          | 42  | 41            | 42  | 41            | 42  |
| 参 加 度                    | 3.2          | 2.7 | 3.6           | 3.1  | 1.9         | 3.1 | 2.3           | 2.5 | 2.1           | 3.0 |
| 理 解 度                    | 2.5          | 2.6 | 3.5           | 3.3  | 2.5         | 3.0 | 2.3           | 2.3 | 3.4           | 3.2 |
| 関 心 度                    | 3.2          | 3.3 | 3.5           | 3.7  | 3.2         | 3.2 | 2.4           | 2.4 | 2.7           | 3.0 |
| 合 計                      | 8.9          | 8.6 | 10.6          | 10.1 | 7.6         | 9.3 | 7.0           | 7.2 | 8.2           | 9.2 |
| 順 位                      | 2            | 4   | 1             | 1    | 4           | 2   | 5             | 5   | 3             | 3   |

第3表にみられるとおり、各グループとも、両年度の評定点に多少の動きがあるが、これについての意味づけは行なわず、大体の傾向をみるにとどめたい。それは、評定に当たっての評定者の主観や個人差にもとづく偏りを、最小限にとどめるよう努力することは当然のことながら、なおかつこの種の評定から、こうした影響を完全に排除することは望みえないと考えるからである。

この表からみられる一般の傾向としては、次のようなものをあげることができよう。

まず民生委員グループでは、理解度は比較的低いのが、参加度と関心度は高く、この点、理解度は高いが、参加度と関心度の比較的低い開業医グループとは対照的な傾向を示している。参加度、理解度、関心度の三者とも比較的高いのは保健婦グループで、比較的低いのが警察官グループとなっている。両者の中間に位すると思われる教師グループでは、42年度の評定点が前年度のそれに比較して、一般に上昇しているといえよう。

次にこうした全般的傾向を、個々の発言内容から、いますこしきめ細かに検討してみよう。

#### 内 容 に よ る 検 討

各グループの、昭和42年度の自由討議の逐語記録から、まず参加者各人の発言のし方とその内容によってそれぞれの個人の特徴をとらえ、その中からそれぞれのグループに比較的共通にみられるものをそのグループの特徴としてとり出してみたが、その結果とそれについての考察を、参加度、理解度、関心度の順にのべることにする。

#### 参 加 度

民生委員グループ：全員発言しているが、発言回数と発言量のとくに多い者が参加者8名中

2名おり、全体としてややむらのある感じである。自分が扱った事例をひきあいに出すことを誇りとするような雰囲気が一般的にみられ、討議を通して相互に啓発しあおうとする空気はむしろ背後に退き、参加者相互間の力動的なやりとりの展開よりも、司会者側に説明や意見を個々に求めようとする傾向がみられる。

なお一般的にあって、こうしたグループの動きを左右する大きな要因の一つが司会者側の態度であることを、司会者側はつねに心に留めておく必要がある。

保健婦グループ：10名の参加者全員が発言しており、約半数が活発な発言者である。ただし討議の経過をおってみると、活発なやりとりは前半約3分の1を過ぎた頃から始まっており、それまでは問題の所在を探るかのように、用心深く周囲から接近していこうとする傾向がみられる。また全般的に、司会者側には遠慮するが、参加者相互には遠慮のない、むしろきめつけあうような傾向がうかがわれる。これからすると、さきの用心深さは、不確実なことをいってそれを司会者側に指摘されるのではないかといった恐れから、自分の考えをはっきりのべることをさし控えた慎重さの現われと考えることもできよう。

第3章にのべた本意識調査の意義に照して考えてみると、自分の発言にある程度の責任をもたざるをえない小集団状況を端的に現わしたものが、ここでみられる用心深さであるともいうことができる。また後半の、参加者同士の活発なやりとりが、参加者の間で相互に啓発しあう新しい場への展開の可能性を秘めていることも第3章にみたとおりである。

教師グループ：7名中2名の無発言者を除いては、おおむね同じように参加しているが、その場の空気になれるまでは、設問状況についての質問や、司会者側の方針を尋ねようとする傾向がみられる。発言内容を考えあわせてみると、こうした傾向は、討議の中に自己を投入することを控えようとする消極性、ないしはある意味での抵抗感の現われとみることもできよう。

警察官グループ：とくに発言回数と発言量の多い者3名が目立ち、他の7名は受動的な参加あるいは無発言に止まっている。発言の活発な3名の間にのみ力動的なやりとりがみられ、さらに出題事例に対する方針が明確であり、他の参加者の発言を指名によって促がそうとする態度がみられるのもこの3名に限られていることが特徴的である。こうした特徴は、発言が地位（職務階級）によって左右されがちであるといった傾向を反映したものであるかもしれない。

また全般的に、自分の経験よりも、出題事例に即して話がすすめられていることが多いが、こうした一連の傾向は、目前の問題に統御的に接近しようとする姿勢の現われとも考えられよう。

開業医グループ：発言の皆無あるいは僅少な2名を除いては大体同じ程度に発言しているが、経過をおってみると、前半に発言の多い者、後半に発言の活発になる者、終始よく発言するが中頃で自分の経験の紹介披露に流れる者など、討議への参加のし方は一様でない。発言の内容から考えると、発言の関心はむしろ病気そのものについての質疑にあるように思われる。また参加者が討議の初めの方から明確に自分の方針をうち出していることもこのグループの特徴であり、この点とくに保健婦グループの用心深さとは対照的である。こうした違いは、目前の患



者の治療方針をみずから決定する立場にある者と、それを受けて患者に納得のいくように工夫して伝える立場にある者との、立場の相違を反映したものとも考えられよう。

### 理解度

民生委員グループ：このグループでは、出題事例の根本問題は、両親と早く別れて育った本人の生育歴と、夫の酒ぐせの悪さにあり、飲酒のために精神薄弱の子供ができたり、頭の悪い者が酒を飲むと余計悪くなるといったように、飲酒にすべてを帰そうとする傾向がみられる。おそらくこのグループの参加者のすべてが、精神薄弱やアルコール嗜癖、病的酩酊等に悩まされている家庭の問題と取組んだ経験をもつものと思われるが、こうした経験が、精神障害に関してのやや一面的な理解の形成を促したとも考えられるのではないだろうか。

保健婦グループ：このグループでは、出題事例に示された多問題家族の処遇の難しさを確認しているが、それからさらに論をすすめるには、事例中の人物それぞれの精密検査の結果を待つより外ないというところで止まろうとする傾向が強い。また身体病である結核症の管理の側面についての注意がとくに多く払われていることも、他のグループにはみられない特徴である。

教師グループ：どのグループについても多少はみられる傾向ではあるが、このグループの精神障害に関する知識はむしろ確実さを欠いており、生徒の問題等に関連して自分の経験したことをもってそれを補おうとする傾向が比較的強いように思われる。

警察官グループ：精神障害者の気持ちを理解しようとするよりも、多少おしつけてでも現実的な具体的な解決を急ごうとする傾向がうかがえる。これには、警察官の立場からことを運ぼうとするときに、精神障害者の気持ちを理解してみてもしようがないといった考え方が関係しているのかもしれない。

開業医グループ：出題事例を自分たちの経験に照して考えようとする点は他のグループと同じであるが、その際、経験に即して精神障害者に関する知識をこなしておこうとする傾向がとくに強く感ぜられる。いくらか色あいの違いはあるにせよ、家族全体を見まわしての問題の全体的な把握とそれにもとづく方針が、比較的すらすらと出てくることもこのグループの特徴といえよう。

### 関心度

民生委員グループ：出題事例に対する方針として、自分と距離をおいて見通しをたてるよりも、みずからの熱意によって直接働きかけようという傾向が一般にみられる。その働きかけには、近隣の人々を啓蒙指導することによって暖かく本人を迎えられるよう環境を整えたり、保健所や福祉事務所等と連携をとって処遇をすすめたりすることが含まれている。悪い環境から子供たちを守るためには一家分散も一時やむをえぬとする考え方がみられるが、その底には一家を操作するといった態度よりも、民生委員としての熱意の裏づけがはっきりと読みとれ、その点後にのべる教師グループとの相違を示している。

保健婦グループ：福祉事務所のケースワーカーや学校の先生等、関連領域の人々と協同して処遇をすすめ、退院に当っては近隣の受け入れ態勢に重点をおこうとする考え方が多くにみら

れるが、こうした処遇をすすめる際の態度には、自分たちが一家の杖になって上げたいといった暖かいながらも心理的にやや問題にまきこまれる可能性を予想させるものから、むしろ深入りを避けようとするものに至るまでの態度が含まれている。この控え目な態度は、みずからの限界をこころえて己れの分を守ろうとするものの現われとも考えることができよう。

教師グループ：このグループでは、処遇に当って民生委員、福祉事務所、施設等の活用を考えていると同時に、家庭を全部分解してすすめるのが得策だろうといった考え方が一般的にみられる。こうした考え方を支えているものは、対象者の気持ちを理解してかかろうといった構えよりも、少数の者を除いてはむしろ対象者との間に距離をおいて操作的に事態をとらえ、ことを運ぼうとする構えであるように思われる。

警察官グループ：このグループの参加者は、地域住民の家庭の問題が、いよいよ動きのとれなくなった状態になって初めて警察にもちこまれることを経験しているようであるが、警察に対する地域住民のこうした期待について、彼らは迷惑な感じと同時に、一つの誇りに近いような感じを抱いているように見受けられる。他の制度による働きかけではすべてお手上げの状態になり、その処置を依頼されて初めて動くその動きが役にたつと彼らはいうが、こうした考え方には、精神障害者を地域社会の攪乱者としてみるといった関心のもち方と、法的規範優先の態度がうかがえる。

また近隣の受け入れ態勢の整備には消極的で、世間の偏見はこれを改めようとするよりも避けさせた方が得策であるといった、きわめて現実的な態度が一般的にみられるが、これはその立場を考えあわせるとき肯けるものの、この点いわば理想主義的な民生委員グループ、母性愛的傾向のみられる保健婦グループとは、それぞれの意味で対照的である。

開業医グループ：このグループの参加者は、患者の家庭の生活に即して処遇方針を考えようとする姿勢が身についており、自己の方針には自信をもつといった傾向が一般的にみられる。家庭生活に即してということは、家庭生活のもつ建設的な機能をとくに重視することにつながっている。また精神障害についての知識そのものをえておこうという意味での関心の強さも、このグループの特徴といえよう。

## 総 括

ここで上のべてきた各グループの特徴と問題点をごく簡単にまとめておこう。

まず民生委員グループでは、使命観による熱意ともいべきものに支えられた自己の経験例を大切に抱いており、関連領域の人々との協力を考えながらも、みずからの熱意で近隣の啓蒙指導をすすめようといった積極的な姿勢がうかがわれるが、一方精神障害者の理解の点では一面的な感じを免かれず、この点での工夫が望まれる。

次に保健婦グループでは、保健婦という自己の立場を反映した慎重さと同時に活発さとがみられるが、この活発さには、いくぶん肩をはった気負いがみられる。楽な気持ちでの活発さを身につけることによって、その活動を一層効果あるものにすることができるよう思われる。

教師グループでは、数名を除いては理解的な態度よりもむしろ診断的な態度で出題事例への

ぞんでおり、一家の完全分解案がうちだされているが、その奥には、対象者と自己との間に距離をおいた操作的な態度を感じさせるものがあり、それが意味での消極性につながっているようである。身近かな関心事にかかわらせて精神衛生の問題をとりあげていく配慮がこの場合とくに必要と思われる。

警察官グループには、話のすすめ方にも内容にも、警察行政の立場を反映した統御的な傾向がみられ、制度優先、現状肯定の考え方の上に問題の具体的処置を講じようとする傾向がみられる。またいわゆる「地つき」でない者に対する相談のしやすさと、お手上げの際のかけこみ所といった地域住民の期待には、迷惑な感じと同時に誇らしい気持ちを抱いているが、こうした期待に前向きに応じていくような工夫がより積極的になされてよい。

最後に開業医グループでは、自己の経験に即して問題の全体的な把握をしようとする傾向があり、その際に家庭のもつ建設的な機能をとくに重視しようとする傾向がみられるが、こうしたことは、他のグループとの共通財産にしあげていってよいものと思われる。

以上すべてのグループを通していえることは、当然のことながら、社会的ないし職業的立場を反映した態度がそれぞれにみられることであり、したがって彼らに対して働きかけるに当たっては、そうした態度の平準化を目指すのではなく、それぞれの特徴を生かして、その上に精神障害についての知識と精神障害者に対する理解的な態度を浸透させていくことが必要であろうと思われる。

## 2 スライド

昭和42年度における集団討議には、その刺戟素材としてT A T図版〔3 B M〕および〔J 7 F〕の2枚と、精神衛生態度測定図版〔H G - 4〕1枚をスライドで映写し、1枚につき30分の反応時間をとり、集団決定によりいちおうのまとめを促した。

分析はわれわれ独自の方法によって行い、各グループの反応の傾向を大体把握しようとした。即ち分析の素材を次の三つに求めたのである。それは「見たて」、「感じ」および「連想の展開」で、「見たて」というのは主人公が誰か（どういう人間か）とか主題をいい、「感じ」というのはT A Tにおけるエロン標準反応法における感情的調子（emotional tone）であり、また「連想の展開」は結末（outcome）に近似したものである<sup>1)</sup>。ただしスライドはあくまでもグループ毎のおおよその傾向を把握しようとするもので、個人のパーソナリティ診断が目的ではない。したがってエロン法による標準反応にもとづく偏倚度によって分析するというようなことはしなかった。

## 分 析 内 容

### 1. 3 B M（スライド1枚め）

#### 民生委員グループ

註 1) 心理診断法双書 T A T, 中山書店, 1959, P. 128

「見たて」精神的、身体的に異常がある。煩悶、疲労困憊の状態。旅先。家出。

「感じ」普通ではない。異常だ。単なる悲観ではなく精神異常か。白痴ではないか。

「連想の発展」目を覚まして起き上ってフラフラと目的なしに歩き出すのではないか。このままにしておくべきではないだろう。事情をきいて福祉事務所とか警察に連絡を取って適当な手を打ってもらう。さもないと不良の誘拐するところになりかねないから、何らかの援助の手を差しのべる。

#### 保健婦グループ

「見たて」躁うつ病。分裂病という悲しい診断を受けたので話しかけても返事をしない。放浪癖乃至疲れて眠ってしまった。放心状態。

「感じ」どこから入っていかかわからない。室内らしいが靴をはいている奇妙さ。

「連想の展開」仕事の話をしたり、気持ちを大きく持てといえ気分が明るくなる。

#### 教師グループ

「見たて」世の中が嫌になって失望している。登下校の途中で家出し悩む。途方にくれ明日の朝になるのを待っている。

「感じ」希望がもてない。簡単ではないという感じ。

「連想の展開」友達でも来れば励みになり望みが持てるが、反面救いようのない感じもする。

#### 警察官グループ

「見たて」非行少年の反抗的態度。家出少女。失恋の若い人。生活に疲れきった人。

「感じ」困難な感じ。正常でなく相当困乱した感じ。

「連想の展開」補導してもなかなか容易ではないだろう。

#### 開業医グループ

「見たて」睡眠薬遊び。遊び疲れたフーテン。ビートルズ。終戦直後の飢餓状態。

「感じ」疲れきった感じ。絶望。若い世代との断絶を感じる。

「連想の展開」教育勅語が無いからだ。虚無的なフーテン族に重労働をさせる。何をしてやればよいか、きいてみないとわからない。

#### 商工企業主グループ

「見たて」失望。失恋して悲観。疲れて寝ている。ショックを受けた。

「感じ」不自然さ。ぼうっとしている。何かこの後急に起るのではないか、不気味。

「連想の展開」これからどうなるのかよくわからない。キャバレーの女の悲鳴、「自殺する」とわめいている。

## 2. J7F (スライド2枚め)

#### 民生委員グループ

「見たて」良いところの家庭の教育熱心な母親と知恵遅れの子で反応が全くない。

「感じ」意見が強すぎる。通いあっていない感じ。

「連想の展開」 子どもの教育では叱っちゃだめで、相手の反省をきいていくことがだいじだ。

#### 保健婦グループ

「見たて」 知恵遅れ。わがままに育った子。自閉症の子ども。

「感じ」 関係がつかない。親のまごつき。

「連想の展開」 普通の家庭ではこういうゆとりは持てない。生理の話は子どもに伝えにくい。

#### 教師グループ

「見たて」 冷たい継母。子どもとの間に厚い壁がある。母親がその連れ子に父になじまないのを陰で注意している。性教育。

「感じ」 冷たい。なごやかではない。上品だが暗い。

「連想の展開」 一時的な反抗で、時間をかけて諭していくことがだいじ。

#### 警察官グループ

「見たて」 知恵遅れの子どもにあいさつぐらいは教えなくてはと一生懸命になっている。年令差がありすぎる。服装から名誉も地位もある家。ボーイフレンドのことをきかれてすねている。母をそっちのけでテレビを見ている娘。

「感じ」 子どもとの関係が難しい。静かに教えたい。だがそれでも子どもはきこうとしない。知恵遅れだから仕方がない。

「連想の展開」 母親が何とか教えようと焦るが、知恵遅れで徒労に終るのではないか。家柄相当の水準を保ちたいものだ。

#### 開業医グループ

「見たて」 子どもがすねているのを母親がなだめている普通の家庭の情景。

「感じ」 ありふれている。若いものの考え方にはついていけない。

「連想の展開」 ほっておいても何とかなる。道德教育のよさがこの頃の若い親にはわからない。自分の義務をもっと知る必要がある。自分たちはいささか封建的ではないか。

#### 商工企業主グループ

「見たて」 一人っ子の娘が買物をねだるが母は小遣帳を見ながら諭している。

「感じ」 母の真剣さと娘のすねとのズレが大きい。どこの家庭にもあって身につまされる。子どもがひ弱な感じ。

「連想の展開」 家を顧ない夫を持つ賢夫人。

### 3. HG-4 (スライド3枚め)

#### 民生委員グループ

「見たて」 拘置所で犯罪者が反省している。孤独な老人が子どもから虐待されている。

「感じ」 普通の部屋ではない。不安。孤独。

「連想の展開」 こういう老人は福祉に連絡して助けてあげたい。親子の間をとりもってやり、うまくゆかなければ老人ホームに世話する。

#### 保健婦グループ

「見たて」 古い型の精神病室にいる患者だがそう重症ではない。暴れたのでショック療法をやったあと、休ませている。

「感じ」 なじみやすく、心に残らない。

「連想の展開」 分裂病というのは、働かないで部屋に寝てばかり居る。生活保護法にもとづく救護施設以外余り思い当たらない。

#### 教師グループ

「見たて」 出稼ぎの飯場乃至はタコ部屋。労働者というより弱々しい病人乃至は死人。世の中が嫌になって自分の物置に入りこんでいる。

「感じ」 精神的より肉体的な苦痛。見込みはありそう。希望が持てる。

「連想の展開」 家を出て会社に行く途中悩みがあって暫く休む。しかし履き物を揃えて明朝早く汽車に乗る。

#### 警察官グループ

「見たて」 留置所。病院。私宅監置室。安置室。精神病者。死人。山谷のドヤ。

「感じ」 重苦しい。いい感じがしない。

「連想の展開」 胃病。対人恐怖で外部からの侵入をふせぐために自ら部屋を作って入る。身体障害者かもしれない。

#### 開業医グループ

「見たて」 昔の精神病室。精神病としても錯乱してはいない。憔悴した顔。他殺して寝かしてある。ベトナム。日本のピカソ。

「感じ」 画いた人の頭がおかしい。強迫的な感じ。わからない。

「連想の展開」 職業柄病的かどうかが問題になる。松本清張の大きな想像力が必要。

#### 商工企業主グループ

「見たて」 恵まれない老学者が研究に没頭しているうちに狂ってしまった。身寄りのない学者。

「感じ」 尊敬できそう。外見は見すばらしく、独りぼっちだが、心に暖かさがある。

「連想の展開」 現代の物質文明に毒されず、人間らしい人間。フワフワのベッドが必ずしもよくない。本当の憩いを得ている。抵抗精神に共鳴。

#### 総括

以上の反応を大体総括すると、民生委員は職業柄保護的でありながら〔HG-4〕の主人公に同一化し、不安を表現する。保健婦は〔J7F〕の主人公である母親に同一化し、積極的な役割を取ろうとする傾向があるが、些か知識を披瀝しようとする態度が散見する。教師はやや日常的表面的に流れ、〔J7F〕については母親に対して批判的であるが、〔3BM〕に対しては激励していかねばならぬといった気持が強い。警察官は〔3BM〕に対して補導困難を感じず、体験として最も身近さを感じる。〔J7F〕については徒労を感じ、〔HG-4〕に対して

は被害的感覚を投影する。総じて職業的義務感と現実における困難さとの隔りを覚えている。医師は〔3BM〕に就いて慨嘆し、〔J7F〕で現代の教育のあり方を批判する。〔HG-4〕については合理的説明を企図する。商工企業主は〔3BM〕はあまり身近さを感じず、反応が少ないのと対照的に〔HG-4〕に対しては人生哲学的な表現で、主人公に同一化する傾向を示す。民生委員は〔HG-4〕に同じように同一化する傾向がありながら、不安を表現したのに反して、このグループでは積極的好意的な見方が特徴である。〔J7F〕に対しては親近感を覚え、賢夫人ぶりに畏敬を示す。

以上の要約をもとに各グループの特徴として、選択するスライド（反応しやすいもの。同一化しやすいもの）を示し、おのおの選択スライドに対してどういう特徴で反応したかを表にまとめると次のようになる。（第4表）

第4表 グループ別選択スライドと反応特徴

|         | 選択スライド  | 反 応 特 徴  |
|---------|---------|----------|
| 民 生 委 員 | H G - 4 | 同一化し不安   |
| 保 健 婦   | J 7 F   | 母親に同一化   |
| 教 師     | 3 B M   | 指導の対象    |
| 警 察 官   | 3 B M   | 職業的体験    |
| 医 師     | H G - 4 | 合理的説明が容易 |
| 企 業 主   | H G - 4 | 積極的な同一化  |

### 3. S C T

さて、われわれは以上のように、小集団による自由討議（座談会）の方式を用いて、精神衛生に関する地域指導者の意識を調査したのであるが、第2章において述べた通り、この方式からは通常意識調査ではとらえがたいような、生き生きとした指導者像を把握することはできたものの、一方では、集団参加に消極的な者や極端には無発言者の問題など、この方式特有の欠陥も無視するわけにはゆかなかった。そこで、補助的手段としてわれわれは、座談会終了直後、全参加者に「国立精研式SCT（F-C型式）」に今回特に5つの質問を付加したものへの回答記入を求めることにしたのである。

テスト結果は以下順次に述べるような10の観点から評定した。評定は、2名の評定者が別個に評定作業をおこない、その結果をつきあわせ、くいちがいについては討議の上、調整した。（なお、同じテストを昭和41、42両年度に実施したのであったが、煩雑さを避け、ここでは42年度分の結果についてのみ報告する。）

#### 観点1) テストに対する積極性

大部分のグループはテストに積極的に答えてくれたが、警官グループがやや積極的でなく、

教師グループがさらに消極的で、記入もれや無回答の項目が多かった。これは、座談会における両グループの、一種のかたさ、消極性と照応するように思われる。

ここで本調査に用いたテストについて説明しておくことにしよう。国立精研式 S C T (F-C 型式) は 15 の質問からなっており、その内容は、父母に対する感情、対人関係、性や結婚についての感情、そのほか不安、不満、空想、希望等々を被調査者にたずねるものである。ただし、通常の S C T とことなるのは、被調査者が自由に文章を作るのではなく、各問ごとにあらかじめ 5 つずつのことになった反応を示す文章が印刷してあり、被調査者はその中から 1 つだけをえらぶという点である。

一例をあげれば、次の通りである。

質問 2 人であってたいていかなずることは、

- イ) みんな同じようなことを考えているものだと思います。
- ロ) だまされはしないか、バカにされはしないか、といったようなことです。
- ハ) いい人はいないものだなあ、ということを感じます。
- ニ) それぞれがみんな一生懸命に生きているという感じがして、とても共感をもってしまいます。
- ホ) 自分の力になって欲しいような、頼りになるような気がします。

この方式は、被調査者にとっても調査者にとっても負担が軽い反面、どうしても無難な、あるいは「模範的」と被調査者が思うであろうような項目が多くえらばれてしまう傾向がある。たとえば上の例では、ニ) をえらぶ者が圧倒的に多く、あとはイ) が散見される程度、その他は皆無であった。もちろん、今回の座談会出席者はいずれも現に地域指導の第一線に立っている人々であり、さして精神的に不健康な人物はいないという解釈もなりたつ。しかし、それにしても全般的にやや「きれいごと」の反応しかえられなかったという印象は否めない。

それでも、ともかくも次の 4 つの観点 (これらはいずれも地域指導上望ましい資質として想定した) から各人のテスト結果を評定し、グループ別の特徴を検討してみた。

観点 2) 人生に対して肯定的・積極的な姿勢をもっているか

どのグループも特に問題ない。独立自営業主であるためか、開業医グループと企業主グループがとりわけ積極的であった。

観点 3) 情緒的に安定しているか

医師グループが安定度が高い。他はまずまずという程度。

観点 4) 対人関係に暖かみがあるか

いずれも良好であるが、保健婦グループが特によい。

観点 5) 他人や社会のことに関心が向いているか

警察官グループは逆に、関心が自分や自分の家族のことに限定されている感じ。教師、企業主グループにもその傾向がある。

さて、さきに述べたように、本調査においてわれわれは国立精研式 S C T に次の 5 つの質問



を付加し、しかもこれらには本来のSCTの方式にのっとって被調査者の自由回答を求めた。

質問16. あの人の家庭は、

質問17. 精神病院ということばをきくと私は、

質問18. 私がこの町に対して感じることは、

質問19. 私は私の仕事を、

質問20. 近頃の若い人は、

以上はいずれも地域精神衛生活動の上での具体的な問題状況を設定したもので、各問に対応して次の5つの観点から評定をおこなった。

観点6) 家庭というものにどのようなイメージをいだくか

民生委員と保健婦の両グループは特に、日常の業務を反映してでもあろうか、具体的な家庭の姿をこまやかに、しかも肯定的に描出した。

観点7) 精神病院というものに妥当な理解をもつか(偏見や嫌悪はないか)

企業主グループと警察官グループに、「恐ろしいような」とか「暗い感じ」とか「自分には関係ない」といった表現が目立った。

観点8) 地域社会に関心や愛着をもつか

民生委員、開業医など、地つき層に特に関心が高い。もっとも開業医グループには「平和な町だ」、「住みよい町だ」といった直接的情緒的愛着がみられるのに対し、民生委員には「社会福祉の充実を望む」など、やや行政への注文といった姿勢がみられ、それが保健婦グループとなると、道路(交通)問題をあげたり、議員のあり方を問題とするなど、批判的姿勢はさらに強くなる。一方、企業主は町の経済的発展を望むといったふうに、それぞれの職業・階層をよく反映している。

観点9) 自分の仕事に積極的な姿勢をもっているか

各グループおしなべて自分の職業に満足と誇りをもっている。特に民生委員(多くは農業)、開業医、企業主といった独立自営業主とその傾向が強い。保健婦グループには「もっと勉強したい、しなければならない」といった、一種の気負った姿勢が特徴的であった。

観点10) 若い世代に対して理解的であるか(拒否的でないかどうか)

どのグループもあまり肯定的でなく、とりわけ民生委員と企業主は、高年齢の故であろうか、若い人を使う立場にあるからであろうか、利己主義、無責任、放縦、礼儀を知らぬ、道義心に欠ける等々、突き放した批判の言辞が多く、世代の断絶をまざまざと感じさせた。

以上、印象批評ふう雑然と述べてきたが、これを一覧表にまとめると第5表の通りである。これは被調査者各人につき各観点ごとに+1, 0, -1のどれかの評定点を与え、各グループの平均点を算出し、0.7以上を++、0.3~0.6を+、-0.2~0.2を0、-0.3~-0.6を-、-0.7以下を--と表現したものである。数値をこまかく問題にするのは意味がないからである。しかし、各グループの特徴を比較対照するには、さきの第3, 4両表とともに一応の役には立つ

であろう。

第5表を概観するに、全般的に積極的な評価を与えるのは開業医グループ、次いで保健婦、民生委員、企業主といったところであろうか。しかしながら、少し内容的な面に入って検討するならば、開業医、民生委員、企業主等、いわば地つき名望家層の一種の自足的なおちつきと、保健婦グループの気負ったバイタリティとの対比はあきらかであり、地域精神衛生活動を推進する上で、こうした質的差異を十分考慮に入れる必要があるであろう。それにしても、警察官、教師両グループの一種の「生気のなさ」もやはり考慮すべき問題点といえるであろう。

第5表 グループ別SCT評定結果

| 観 点            | グループ | 民<br>生<br>委<br>員 | 保<br>健<br>婦 | 教<br>師 | 警<br>察<br>官 | 開<br>業<br>医 | 企<br>業<br>主 |
|----------------|------|------------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| 1. テストへの積極性    |      | ++               | ++          | 0      | +           | ++          | ++          |
| 2. 人生への肯定的態度   |      | +                | +           | +      | +           | ++          | ++          |
| 3. 情緒的安定       |      | 0                | 0           | 0      | 0           | +           | 0           |
| 4. 対人関係の暖かさ    |      | +                | ++          | +      | +           | +           | +           |
| 5. 他人や社会への関心   |      | +                | +           | 0      | -           | +           | 0           |
| 6. 「家庭」のイメージ   |      | ++               | ++          | +      | +           | ++          | +           |
| 7. 「精神病院」への感じ方 |      | +                | +           | +      | 0           | +           | -           |
| 8. 地域への関心・愛着   |      | ++               | +           | +      | 0           | ++          | +           |
| 9. 自分の仕事への姿勢   |      | ++               | +           | +      | +           | ++          | ++          |
| 10. 若い世代への理解   |      | --               | 0           | 0      | 0           | 0           | -           |

#### 第4章 結論と今後への展望

昭和41年度および昭和42年度においてわれわれは福島県原町保健所管内の地域指導者の精神衛生に対する意識調査を行った。小集団討議方式による結果は上述の通りであるが、ここに以上の成績を要約し、今後の地域精神衛生活動を行うに際して、どのようなことを考慮してゆけ

ばよいかについて触れてみたい。

### 第1節 結果の要約

集団討議方式によって実施した事例およびスライドの反応の分析から、民生委員、保健婦、教師、警察官、開業医および商工企業主の順にその結果を要約しこれをさらにSCTと対応させると次のようになる。

#### 民生委員グループ

事例から。使命感にもとづく熱意と誇りは感じられるが、知識的理解の点で一面的なところがある。

スライドから。職業柄保護的な態度が強く老齢の不遇者に対しては同一化しながら不安を覚える傾向が見られた。

SCTから。職業に誇りと自負を持っており地域に対して社会福祉的関心が強い。対人関係や他の家庭への関心は強いが、若い世代に対してはむしろ拒否的である。

#### 保健婦グループ

事例から。自己の立場を反映した慎重さと活発さが見られ、身体病への配慮がうかがわれると同時に、受入れ態勢の重視が見られるが、そうした傾向の中に特に同情的態度（悪くすれば巻きこまれる危険性）があることは否定できない。

スライドから。母親への同一化の傾向が強く、対象者に対して積極的役割を取ろうとする。ただその際知識から得られる構成概念にとらわれるきらいがある。

SCTから。対人関係や他人の家庭にきわめて細かな思いやりを示すが、自分の仕事に対してやや気負った姿勢がうかがわれる。

#### 教師グループ

事例から。対象との間に距離を置き、客観的操作的態度が見られる。今回の企てに対してはその参加の態度に消極性が見られた。

スライドから。反応がやや日常的表面的に流れやすい。対人関係を冷やかに見たり、他者の欠点に批判的なところがあるが、困っている対象者には何かしてやらなければならないのではないかという義務感としての内側からの要求を感じているようである。

SCTから。テストに対する協力度が低く、反応内容はソツはないが生气に欠けるところがある。

#### 警察官グループ

事例から。警察行政の立場を反映して統御的傾向があり、どちらかという制度優先、現状肯定であり矛盾を感じない。

スライドから。問題のある対象者に対して補導の義務を感じるが、徒労に終るのではないかという悲観的態度が見られる。一方精神的な異常に対しては被害的感覚が投影されやすい。

SCTから。自分の職務を超えた範囲のものには関心の持ち方が薄く、自分および自分の家庭のことを考えるのがせいぜいといった特徴がうかがわれる。

### 開業医グループ

事例から。自己の経験に即して問題の全体的把握を試みる。家庭の持つ建設的機能を重視する。

スライドから。青年の間に見られる逸脱した行動には慨嘆し、現代の教育のあり方を批判する。精神衛生図版に対しては合理的説明を企図する。

SCTから。安定した地位に裏付けられて、自足的な落ち着きは持っている。ものの見方は極めて客観的である。

### 商工企業主グループ

スライドから。3BMの図版に対してはあまり身近さを感じず、反応が少いのは対蹠的に、HG-4の図版には人生哲学的表現で主人公に積極的好意的に同一化する傾向を示す。家庭や親子関係には親近感を示し、賢夫人ぶりに畏敬を示す。総じて常識的、人間的な反応である。

SCTから。安定した地位はあるが、仕事熱心な余り、病者や年少者に対する思いやりに欠けるところがある。

## 第2節 結論と今後への展望

### 1. 地域指導者に対するそれぞれに応じた接近について

われわれは本章第1節に要約したところから、地域指導者それぞれのグループに応じて分化させた接近法を考察した。以下その概略を述べるが、各グループの特性に応じた問題点の所在を指摘し、いわば注文ともいべきものを摘記しながら、われわれ精神衛生業務に専門的に従事するものが、どんな態度を以て、そうしたグループに接近したらよいかを要約してみると次のようになる。

- ① 民生委員に対しては、地域社会の名望家としての在り方に敬意を表明し、長年の経験から来る自信を尊重しながら、彼らを取り扱う問題はむしろ低所得階層に限定して動いてもらうのが最も効率がよいであろう。たとえば青少年問題についてはあまり得意な領域とは言えないようである。
- ② 保健婦に対しては知識、概念にとらわれず理解的態度を中心とした教育訓練の機会が与えられれば、既に持っている対象者への暖かな態度によって、その接近がより適切なものになるであろうことが予想される。
- ③ 教師に対しては身近な問題をきっかけに、教育者という枠から自由になって、対象者にじかに接近する態度を身につけることが望まれる。
- ④ 警察官に対しては、いわゆる地つきでないものに対する相談のしやすさと、お手あげの際のかけこみどころといった地域住民の期待に、前向きに応じていくような工夫がより積極的にとられることが望まれる。その際自己の立場を認識し、権威によって問題や住民に対処するようなことなく、理解的な態度が切望される。
- ⑤ 開業医には地域社会におけるリーダーシップを伸長し、精神衛生の最新の知識を吸収し、有効適切に駆使して、問題に対処することが望まれる。しかし豊富な知識に依りたのみならず、直

接的接近が可能になるようにマメに動いて欲しい。現在のままでは自分の専門と安定した地位に安住してしまうおそれを感じる。

⑥ 商工企業主に対しては精神衛生の問題も自分とは別の世界のものと考えないで、些かの関心を持ち、社会復帰途次にある寛解者や、自分の企業内に発生した患者の雇用や扱い方について寛容であって欲しい。

以上各グループに対して調査結果にもとづき問題点を要約したが、以上の他に保健婦、教師、警察官の3者については彼らが地域社会で、指導的機能を持ちながら、公務員としての身分や地位上のさまざまな制約があるので、彼らだけの努力に俟つことには限界があり、上述したような問題点に取り組みやすいように、上司や管理者のこの問題（精神衛生についての地域での動き方や役割）に対する理解と地域指導の当事者としての彼らへの配慮が望まれるわけである。

### 第3節 本調査によって達成した成果について

極めて独特な方法を使って行った本調査研究により、われわれは次に挙げるような二、三の成果をうることができた。即ち、

- ① 結果について高い質的水準を保持し得たこと。小集団を構成して行った調査の結果は意識と行動のズレの検閲や、討議内容の現実吟味を含めて、質問紙法では得られないすぐれた質的水準を保持することができた。これは参加者の間の統制や操作や好ましくない意味での影響が司会者<sup>1)</sup>による集団力学の効果的活用により、最小限度に抑えることができたことがその誘因であろう。たとえば警察官グループで上司と思われる参加者が部下に指示してスライドの反応の回答を促したことが、一、二度あったが、全体の応答性の妨げになったとは考えられない。いいかえると強制された発言やまたそれと逆のホラやゆきがかりの発言は予想外に少く、参加者の真剣な発言が終始一貫していたことも、高い質的水準を保持し得た一因と言えよう。
- ② 精神衛生活動における保健所の役割の重要性。本調査研究は実施すること自体に精神衛生の地域活動における保健所の役割を確認するという点で極めて有意義であった。企画の当初から極めて積極的な関心を寄せ、自ら主導権を握って意識調査参加者の選択、連絡および出席の勧奨等に保健所が当り、研究の運営が非常に円滑に行われた。これは福島県原町保健所が民生、衛生、教育、警察ならびに産業の各領域にわたって保健衛生行政を通じ、可成りよい関係を保持していたからである。以上の意味において保健所は地域精神衛生活動のカナメになる必要があるし、それが可能であることが立証されたと思う。
- ③ 異なる職種グループに対する分化した接近が考えられなければならないことを明らかにしたこと。
- ④ 参加者の態度の変容について。アクション・リサーチをめざす観点から意図した参加者の態度変容（精神衛生問題に対するめざめを志向して）は、やはり集中的且つ継続的に繰返して

註 1) 司会者には国立精神衛生研究所の職員で、面接法を専攻する10年内外の有経験者が当った。これについての検討は本稿では触れられなかったが、何れ稿を改めてとりあげたいと思う。

こうした働きかけを行うことが必要であるという印象を強めたが、特に事例討議においては一回限りの場にあっても相互に啓発しあう新しい場への発展化への可能性を秘めていることがうかがわれた。

終りに、本調査研究のために並々ならぬ御尽力を賜った福島県原町保健所の渡部所長はじめ職員の方々、また御多忙中に時間を割いて座談会に御参加下さった地域指導者の皆様方に、心から感謝の意を表明いたします。

## 資料Ⅰ 講演「新しい精神医学」(要旨)

### 1. まえおき

ちかごろ、新聞・ラジオ・テレビなどで、精神障害者のことがたえず報道され、みなさまの目にとまったり、耳にはいったりする機会が多くなってきたようです。このことは、一面大変困ったことですが、その反面、健康問題といえ、からだの健康だけについて向けられていた世間の目が、こころの健康や、こころの病気についても向けられるようになってきたといつてよいと思います。WHOのカンドー理事長もいうように、コレラや赤痢のような急性伝染病がはやると、あれほど大ききわぎする人たちが、精神の健康や病気について、本当に心配したり、治療や予防に協力しようとする努力がすくなかったといえます。

### 2. 公衆衛生の動き

1世紀半の公衆衛生の歴史をみますと、19世紀の後半ではもっぱら、急性伝染病の対策に重点がおかれていました。20世紀後半にはいりますと、結核などの慢性伝染病の予防や治療が主な問題になり、これが大体すむと、母子衛生に重点がおかれるようになりました。さらに20世紀後半にはいりますと、ガンや高血圧症のようないわゆる成人病が社会の問題になり、その対策がひろくとりあげられ、ついで精神障害の問題が重大な問題になってきています。

アジア、アフリカのおくれた国では、まだ急性伝染病や慢性伝染病が第1の問題になっていますが、欧米の文明国ではこれらの問題はすでにおわって、成人病と精神障害の対策が、公衆衛生の最も大切な

問題となっています。

日本の現状はどうかというと、結核の問題がまだ十分にすんだとはもちろんいえませんが、母子衛生、ガン、精神病と次第にひろがってきており、しかもときどきは急性伝染病が問題になっているという状態で、公衆衛生の仕事も年々幅が広がるばかりです。従ってこれらの公衆衛生の問題に対処していくためには、広く世間のみなさん、とくに町や村で指導的な地位にある方々のご協力が、どうしても必要になってきています。

### 3. 精神衛生の問題

精神衛生の問題は、もちろん狭い意味での精神病対策だけではありません。公衆衛生全般との関係はもちろん、子どもの教育上の問題、職場における精神衛生、犯罪や非行に関する矯正関係の問題、生活や医療につながる社会福祉の問題などと密接な関係があり、したがって公衆衛生関係者はもとより、地域の医師、教育者、民生委員、弁護士、宗教家、事業経営者などのみなさんの御理解とご協力が是非とも必要になってきます。

さてそれでは精神ないし、こころの病気とはなんのでしょうか。精神医などはこれを4つのもの、つまり精神病、精神薄弱、神経症、性格異常にわけ、これを総称して精神障害といっています。この精神障害も身体の病気と同様に、早くみつけて早く治療するほどよくなる点で、変りがないのです。なかには軽くすんでしまって、けっこうやっつけていける人がすくなくありません。しかし、なかなかよくなりず、

いつまでも病院におかれたり、職業につけないでいる人もかなり多いのです。

どういう病気の人が多いかといいますと、日本の精神病院に入院している患者のうちで最も多いのが精神分裂病です。そのほか、病人の数からいうと、うつ病、てんかん、神経症などが多いのですが、よくなるのにひまがかかり、また再発しやすいという点で、精神分裂病の入院が一番多くなっています。

欧米でも精神分裂病が入院患者のなかでは多いのですが、これと並んで老年期精神病が多くて、なかには死ぬまで病院におかれている人もあります。日本ではこの老年期精神病の入院が欧米よりはるかに少ないのですが、これは本当にすくないのではなくて、家族制度のおかげで老人が異常の状態になっても、精神病院に入れることはきわめてすくなく、家族はこれを我慢してきたのです。ところが戦後家族制度が変化し、老人が孤立する傾向が強くなってから、次第に入院する老人が多くなり、それに加えて、日本人の寿命が長くなったことから、次第に欧米なみの老人性精神障害が目立つようになってきました。

#### 4. 精神障害の治療

それでは精神障害をなおす方法は、どの程度進んでいるのでしょうか。一番早くから行なわれた治療法は、脳の梅毒からおこる精神病に、マラリヤをうえて高い熱を出させ、サルバルサンのちにはペニシリン療法を加えるようになりました。

昔は多かった梅毒精神病も、抗生物質が広く使われるようになってから、世界中どこでもすくなくなり、戦後はめったに見ることがなくなりました。昭和14～5年から30年ごろまでは主としてショック療法の時代で、みなさんもお存知の電気ショック療法やインシュリンショック療法が、精神科の治療の主なものでした。

しかしこの治療に対して患者は強い恐怖感をもち、いやがる治療を患者に強制的に行なうために職員との間がうまくいかないで、病院のなかが暗いものになりがちでした。

10年余りまえから向精神薬といわれる薬物療法がフランスで使われてから広く世界中にひろがり、今までに100種類以上の薬物が精神障害の治療に使わ

れるようになりました。

つまり内科、小児科の患者と同じように、主に薬物療法を行うようになり、この薬をはじめは大量につかって、あとは少量をつづけてのんでいけば、かなり発病もおさえられることがわかりました。

精神病院のなかも、昔にくらべてずっと明るくなり、患者と医師や看護婦との話しあいもできるようになって、全般によいつながりができるようになってきたのです。それまで望みがないかのようにみえた患者のなかにも、退院して働けるものことができ、この10年余りの経験から、積極的に働きかけていけば、いつまでも病院においておく必要のない患者が増えてきました。

しかし、問題は病院のなかで非常によくなくても、社会に帰すためには、家族や職場の協力がどうしても必要であり、それがないと、途中で破たんをきたすことがすくなくないことです。

現在、わが国には、全国で精神科の病床が約17万床ほどあり、ここ10年の間に病床が3倍以上に増えています。しかし、厚生省の調査では、現在入院を必要とする精神障害者が、全国で28万人、精神病院以外の施設に収容を要するものが7万人、在宅のままでも精神科外来治療を要するものが48万人、在宅のままでも指導を要するものが41万人という結果を示しています。しかも現在、ベッドの数は、ほとんど独仏なみの水準に近づいているのに、どの病院も超満員で、退院後の治療も思うようにいかないことが多いのです。

そこで、昨年6月に精神衛生法が改正され、保健所を第1線とする精神障害者の社会復帰、ことに訪問指導が積極的に行われることになり、これまでの精神衛生相談所は精神衛生センターとして、専門の精神衛生の技術者において、技術指導を行なうことになりました。

まだ、こういう態勢を確立していくための、精神科医、精神衛生相談員が十分には配置されていませんが、これから次第に全国に強化されていくことになっています。

つまり、今までは、精神障害の治療を精神病院だけが引受けていたのですが、その早期発見と社会復帰を公衆衛生のほうにも引受けてもらって、予防、発見、治療、社会復帰という一貫した体系をつくら

ていかなければ、いくら病院ばかり増してみても、問題は解決されないということになったのです。

## 5. 地域社会の協力

しかし、これだけの大きな問題を、病院と保健所だけではとうていやっていきけるものではありません。精神病院というものが、まだ世間ではふつうの病院という感じではなく、まったく別のもののように受けとられており、ここに入院した人は世間から、なかなかこころよく受け入れてもらえないのです。たしかに退院してまた悪くなる患者もあるのですが、やはり世間や家族、職場の温い同情と友情がなければ、とうてい社会に戻っていくことがむずかしいのです。

家庭に精神障害者をもつ家族は、そのために非常に苦しみと困難を背負われています。結核患者の場合は、自分自身から、十分な活動ができて社会にもどれるように社会に働きかける力もっていますが、精神障害者自身は、要求する力もなく、また要求しても相手にしてもらえないのです。したがって家族は、そのための負担を全部せおわされてしまい、しかもなにか不名誉な病気のように思われて、二重の負担のもとに暮しているのです。精神薄弱児をもつ親の会は大分前から、全国的な親の会をもち、政府や世間にいろいろ要求してきました。精神障害者の家族も昨年、全国的な組織ができていろいろ世間や政府にお願いしていきけるようになりました。

全国調査の結果で精神障害者は低所得層に多く、その家族は経済的にも、多くの困難をもっているこ

とがわかりました。従って、精神障害者の医療や社会復帰には、もっと十分な施設や社会保障が必要になってきます。世界各国で精神障害者を地域社会の人たちが協力してよくしていこうという動きが高まってきているのです。

それには地域社会の指導的地位にある方々が精神障害者の社会復帰に関して、積極的に協力していただくことが必要になります。

そして、精神障害も身体の病気と同じく病気であり、そういう人が出ることを決してはずかしがったり、かくしたりしないですむような理解ある態度が世間一般にひろまるようになってほしいと思います。それは戦前に結核が血筋だとかはずかしい病気のように思われて、ひたすらに隠されていたのと同じことです。

精神障害という病気が、人間の精神をおかす病気であるため、とかく、こわがられたり、気味わるがられ、その家族全体が、社会から歪んだ目でみられることになりがちです。

せめて、そういう誤解や偏見をなくしてあげるだけでも、精神障害者の社会復帰は容易なものになると思います。

大変、平素皆様に耳なれない話を致しましたが、以上私がお話ししましたことについて、いろいろの疑問やら問題点をお気づきになったことと思います。私の話はこのへんでやめて精神障害者の問題を含めて精神衛生についての皆さんのご質問やご意見を伺えればと思います。

## 資料Ⅱ 事例 A

### 16歳の男子

高校に入学して5日目、「一昨日先生が教室に入ってくるなり、臭いから窓をあけるようにいった。そのとき僕は自分がヘヤクリームをつけているので、そのためだと思った」、それから2日後「電車のなかで皆が臭いと言って変な目で見る」といいだし、登校途上から帰宅以後部屋とじこもり、休学してしまった。

初めは「いろいろのヘヤクリームを使ったから、

それが悪いのだ」と考え、ヘヤクリームを庭にまいて、外を通る人の反応をうかがった。その結果「人は顔をそむけ、急いで通りすぎる。やはり自分は嫌われている」と確信をもった。そして毎日でいぬいに髪を洗ったが、においはとれず、ついに剃髪してしまった。しかしなおおちつかず、皮膚科を受診し、異状はないといわれたが、信用できなかった。そして「以前毛が抜けたことがある。その穴にごみのようなものがつまっているのだ」と理由づけるように



なった。

家族に対しては、「家族にすまないと思う。父は鼻をおさえたり、横を向いたり、臭そうな顔をしている。しかし口ではおわなという。皆自分のいうことを信用してくれない」と訴える。

#### 家 族

患者の家族は両親と妹、父の養母（父の叔父の妻）の5人家族である。

父は小学校卒業後、母方叔父の養子となり、現在某公共企業体の局長をしている。かれの父は厳格、短気、せっかちで、頭痛もちだった。また子どもが養子として上京するとき、年まわりが悪いといって、出発を1年のばし、中学へ入学するのが1年遅れてもしかたがないという古風なところがあった。

養子先の母方叔父も厳格で気むずかしい人だった。誠実で数十年勤続。3年前老衰で死亡した。

母方祖父はずぼらで、家のことは妻まかせであり、子どもには無関心で放任していた。祖母は神経質、潔癖で、外聞を気にする人だった。また何か始める

とき、必ず手を叩く妙な癖があった。母の弟は3人ともきちょうめん、神経質で、ことにいちばん上の弟は変人で、父の跡もとらず、独身をつづけている。

#### 父

前に一度結婚したが、半年で離婚。きちょうめん、義理がたく、仕事熱心で勤務先での信用はあつい。養父母に従順で親孝行でとおっている。かれの特徴は強迫性格という点である。対応は礼儀正しいがぎごちない。思考も論理的だが融通性がない。子どもの病気も「完全になおるもの」か「生涯不治のもの」かくりかえし質問し、イエスカノーかははっきりしないとおちつかない。

#### 母

神経質で顔面チックがある。長年、めまい、下痢など神経症症状がつづいている。

#### 本 人

6歳まで夜尿と顔をしかめる癖があった。

#### 妹

情緒的には不安定で衝動的な傾向や不安がある。

### 資料Ⅲ ス ラ イ ド

1



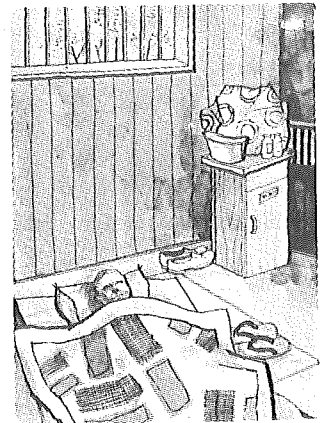
TATマレー版  
〔3BM〕

2



TAT日本版  
〔J7F〕

3



精神衛生態度測定図版  
〔HG-4〕

### 資料Ⅳ 事 例 B

#### 33才の主 婦

家族の構成および状況

夫（38才）は重症結核で現在結核療養所に入所中

だが、夫自身酒好きで賭けごとにこりやすい問題患

者である。病状は両側に病巣があり、手術は不適応である。

2子があり、長男（13才）は中学に進んだが、時々不機嫌でカッとなったりすると、家具を外へほうり出したりする。外来の脳波検査の結果では異常所見があるが、けいれん発作をおこすことはない。

長女（11才）は小学校5年生だが、母親にまつわりついて離れたがらず、母親の方でも子供に甘えるようなところが見られる。最近肺浸潤のため要注意といわれている。

夫の父親（73才）が同居しており、身のまわりのことは自分でできるが、仕事につくのは無理な状態である。

#### 本人の生活歴および病歴

3才の時父親と死別し、父親の実家で育てられたが、間もなく母親は本人をおいて再婚した。その後祖母の手で育てられたが、中学卒業後反対をおきかって上京し、下請けの家内工場で働くようになった。

同じ職場で働く現在の夫と知合って結婚し、独立して小さな工場をもつようになった。翌年長男が生まれ、続いてその翌年長女が生まれたが、長女の出生頃から夫の結核が悪くなり、入院して療養することとなった。生活保護を受けるようになったのは、この時からのことである。その頃、夫は酒をのみすぎて乱暴したり、賭けごとに夢中になったりすることが多く、使用人の給料まで無断で使いこむこともあった。

夫の入院後間もなく、本人は薬物による自殺を図

り、病院に収容され、初め精神的な原因によるノイローゼといわれたが、詳しい検査によって、てんかん（もうろう状態）と軽度の精神薄弱と診断された。短期間で退院したが、現在までの約10年間に3回の自殺企図があり、5回入院を重ねている。退院に当たっては、勝手に無断で退院することが多かった。

#### 現在の状態

最近頭痛がしたり、頭のなかかもややして、子供たちや同居の父親と衝突することがあり、半日位なにをして過したのかわからないことがある。気持ちが落ち着かず、じっとしていらなくて、のりものなかで歌をうたったり、自分では気づかずにむやみと歩きまわっていたりすることがあるかと思えば、沈んだ調子になってすべてが悲観的に映り、隣り近所の人たちが自分を追出しにかかっているといったり、希望がないから死んでしまいたいといったりする。

このまま放置しておくには危険が感ぜられ、入院が必要な状態である。

夫は入院中、重症でありながら療養規則を無視した療養生活を続け、咯血して動けなくなり、体力が弱っているが、そうなると療養環境のいい病院に移りたいといいだし、転院先を妻に探してもらっていた。

前にのべたように、夫の入院後生活保護世帯となり、福祉事務所の担当員の訪問が行なわれていたが、上記のような状況にたち至ったものである。



## 精神障害者の社会的再適応に関する研究：

—— 5年間のデイ・ケア・センターの経験から ——

- 1) 目 黒 克 己 (社会復帰部)
- 2) 松 永 宏 子 (      )
- 3) 片 山 ますえ (      )
- 4) 柏 木      昭 (社会精神衛生部)
- 5) 加 藤 正 明 (精神衛生部)

### 〈ま え が き〉

近年わが国においても、精神障害者の社会復帰や地域社会精神医学への関心が高まり、昭和37年第59回の日本精神神経学会総会におけるシンポジウムで「社会復帰」の問題が討論され、以後、病院精神医学会 等において、社会復帰のための中間施設に関して多くの研究が報告され、さらに「Community Care」の重要性が強調されて、昭和42年第1回の地域精神医学会が発足する等、この分野の研究が盛んに行なわれている。欧米においては、このCommunity Careの研究と共に、精神科医療体系の中に「デイ・ホスピタル」という新しい形式の画期的な治療方法が開発され、実用段階にあることは衆知の事実である。このデイ・ホスピタルに関して1937年のソビエト連邦の Dzhagrov (1)以来1950年代から1963年の間にDay Careの基礎的な問題、本質、あるいは経験等の主として総括的な研究報告がみられる(2), (3), (4), (5), (6)。

1965年前後より、デイ患者の追跡調査やデイ・ケア運営上の諸問題(7), (8)に関する研究報告がみられる。

われわれは、1960年以来、デイ・ケア・センターの実験研究を行ない、その総括的な問題について、1965年(9)および1966年(10)に夫々報告を行なった。この時点で、われわれは、在来の「入院—退院—外来—社会復帰」という精神科医療体系とは異なった「入院—退院—デイ・ケア

---

On the Social Adjustment of Psychiatric Patients treated in the Day-care Center.

- 1) Katsumi Meguro M.D, Division of Rehabilitation
- 2) Hiroko Matsunaga                      ♪
- 3) Masue Katayama                        ♪
- 4) Akira Kashiwagi Division of Social Mental Health
- 5) Masaaki Kato M.D Division of Adult Mental Health

(及び外来)－社会復帰」という新しい形式の精神科医療体系の中で治療を受けた患者達の実態を調査して、精神障害者の社会的適応の目標の一つである就職に焦点をあわせて、考察して、新しい形式の医療体系のあり方を検討する手掛りの一つとしたい。またデイ・ケアのプログラムのひとつである「話し合いの時間」をとりあげ集団の成長、形成過程について検討をこころみた。

## Ⅱ 対 象

われわれがこの5年間に取扱って来た患者は総計77名で(男38名、女39名)、表1の如く精神分裂病患者が66名(85.7%)である。

表 1 病 名 別 (実 数)

| 病 名       | 男  | 女  | 計  |
|-----------|----|----|----|
| 精 神 分 裂 病 | 33 | 33 | 66 |
| 境 界 例     | 1  | 0  | 1  |
| て ん か ん   | 2  | 2  | 4  |
| 躁 う つ 病   | 1  | 0  | 1  |
| 精 神 神 経 症 | 1  | 3  | 4  |
| 小 児 自 閉 症 | 0  | 1  | 1  |
| 計         | 38 | 39 | 77 |

精神科初診よりの期間と在院期間：

精神障害者の発病と周囲で問題となった時期(11)については疫学の立場から検討されているが、精神分裂病患者の発病の時期を明確にすることは、衆知の如くきわめて困難である。このため、われわれは上述の77例については、精神科初診時からの期間を一応の基準とした。図1の如く、最も古いものは19年、短い者は2年であり、大部分は、初診5年から11年経過している。在院期間は(表2、及び図2)のごとく、平均2年3ヶ月であり、最も長い者は入院回数2回で14年在院し、短い者は入院回数1回で2ヶ月余りであった。入院回数は最高7回である。また1回の平均入院期間は10ヶ月である。6例は入院経験が全くなかった。病状が完全に固定した欠陥性精神分裂病11例を除く66例は、人格のくずれがそれほど目立たず、種々の要因によって精神状態が揺れ動く時期の患者である。

年 令 構 成：

患者の年齢は最年長46才、最年少16才であり、20才から29才までの患者が40名(51.9%)である(表3参照)。

図 1 精神科初診後の期間

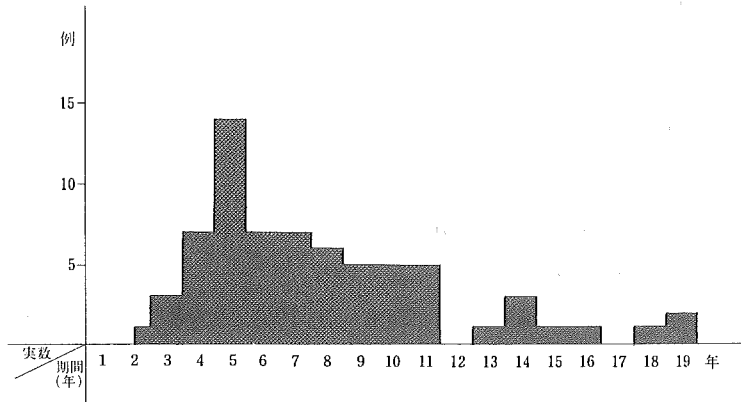


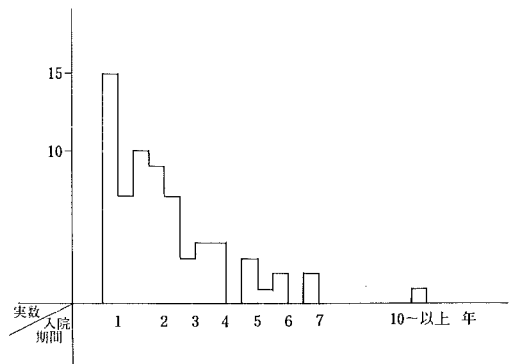
表 2 入院回数

| 回数 | 0 | 1  | 2  | 3  | 4 | 5 | 6 | 7 | 計  |
|----|---|----|----|----|---|---|---|---|----|
| 男  | 2 | 8  | 12 | 8  | 2 | 2 | 1 | 1 | 38 |
| 女  | 4 | 12 | 7  | 5  | 7 | 1 | 2 | 1 | 39 |
| 計  | 6 | 20 | 19 | 13 | 9 | 3 | 3 | 2 | 77 |

表 3 年齢 (実数)

| 年齢 (才) \ 性別 | 男  | 女  | 計  |
|-------------|----|----|----|
| 15 ~ 19     | 3  | 5  | 8  |
| 20 ~ 24     | 9  | 7  | 16 |
| 25 ~ 29     | 10 | 14 | 24 |
| 30 ~ 34     | 8  | 6  | 14 |
| 35 ~ 39     | 5  | 5  | 10 |
| 40 ~ 44     | 2  | 2  | 4  |
| 45 ~ 49     | 1  | 0  | 1  |
| 計           | 38 | 39 | 77 |

図 2 総入院期間



(不明および死亡者は当時の年齢)

学 歴：

表4の如く、学歴は高校卒23名(29.9%) 大学卒14名(18.2%)である。高校、短大、大学を通じて中退は総計21名(27.2%)あり、大学中退の比率が最も高かった。

通 所 期 間：

通所期間については、最も長期間通所している2例は4年以上であった。この2例を除くと平均通所期間は9～10ヶ月であった。

通所距離および通所時間：

表5のごとく、患者の住所分布は、市川、松戸、船橋、東京江戸川区・葛飾区に多く、ほぼ親病院である国立国府台病院の診療圏と一致している。

通所時間は表6の如く、片道1時間未満が54名(70.1%)である。最も遠方の者は2時間で、近い者は15分である。

結 婚：

表7の如くで、年齢分布とも関係があるが7例を除いて全体の90.9%は未婚である。

表 4 学 歴

|         | 男  | 女  | 計  |
|---------|----|----|----|
| 中学在学中   | 1  | 0  | 1  |
| 中学中退    | 0  | 1  | 1  |
| 中学卒     | 2  | 8  | 10 |
| 高校中退    | 3  | 5  | 8  |
| 高校在学中   | 1  | 0  | 1  |
| 高校卒     | 8  | 15 | 23 |
| 大学・短大中退 | 9  | 4  | 13 |
| 〃 在学中   | 2  | 0  | 2  |
| 〃 卒     | 12 | 6  | 18 |
| 計       | 38 | 39 | 77 |

表 5 通所当時の住所

| 住 所         | 性 別 |    | 計  |
|-------------|-----|----|----|
|             | 男   | 女  |    |
| 千葉県(市川市)    | 12  | 8  | 20 |
| 〃 (松戸市)     | 3   | 2  | 5  |
| 〃 (船橋市)     | 3   | 0  | 3  |
| 〃 (成田市)     | 0   | 1  | 1  |
| 〃 (千葉市)     | 3   | 2  | 5  |
| 〃 (野田市)     | 0   | 1  | 1  |
| 〃 (柏市)      | 1   | 0  | 1  |
| 〃 (習志野市)    | 0   | 1  | 1  |
| 東京都(江戸川・葛飾) | 6   | 9  | 15 |
| 〃 (その他)     | 8   | 13 | 21 |
| 神奈川県        | 1   | 1  | 2  |
| 埼玉県         | 1   | 1  | 2  |
| 計           | 38  | 39 | 77 |

表 6 通所所要時間 (片道)

| 片道<br>(所要時間)    | 男  | 女  | 計  |
|-----------------|----|----|----|
| ～ 30 分 以 内      | 14 | 9  | 23 |
| 30 分 ～ 1 時 間    | 15 | 16 | 31 |
| 1 時 間 ～ 1 時 間 半 | 7  | 11 | 18 |
| 1 時 間 半 ～ 2 時 間 | 2  | 3  | 5  |
|                 | 38 | 39 | 77 |

表 7 結 婚

| 性 別<br>結婚の有無 | 男  | 女  | 計  |
|--------------|----|----|----|
| 未 婚          | 33 | 37 | 70 |
| 既 婚 (発病前)    | 2  | 2  | 4  |
| 〃 (発病後)      | 1  | 0  | 1  |
| 離 婚 (発病後)    | 2  | 0  | 2  |
|              | 38 | 39 | 77 |

家 族：

家族の社会階層は、平均して中等度で (表8参照) いわゆる生活保護家庭は3例である。本人の発病により職業を変えた例はみられないが、工場の規模を縮小したもの1例、住居を引越したものの2例がみられた。

家族と別居してデイに通所していたものは12例であり、その別居理由は表9の如くであった。

表 8 家族の職業・経済状態

| 職 業             | 生計中心者のみ<br>働いている場合 | 共稼ぎの場合 | 各家庭の経済状態 |    |    | 計  |      |
|-----------------|--------------------|--------|----------|----|----|----|------|
|                 |                    |        | 上        | 中  | 下  |    |      |
| 自 営 業 主         |                    |        |          |    |    |    |      |
| 商 工 業           | 20                 | 4      | 5        | 11 | 8  | 24 | } 35 |
| サ ー ビ ス 業       | 1                  |        |          | 1  |    | 1  |      |
| 自 由 業           | 8                  |        | 3        | 5  |    | 8  |      |
| { 特殊技能<br>{ その他 | 2                  |        | 1        | 1  |    | 2  |      |
| 被 傭 者           |                    |        |          |    |    |    |      |
| 管 理 ・ 事 務       | 11                 | 1      | 1        | 10 | 1  | 12 | } 34 |
| 販 売 ・ サ ー ビ ス   | 0                  | 0      |          |    |    | 0  |      |
| 労 務             | 4                  | 4      |          | 1  | 7  | 8  |      |
| 公 務 員           | 5                  |        |          | 3  | 2  | 5  |      |
| 教 師             | 4                  |        | 1        | 3  |    | 4  |      |
| 特 殊 技 能         | 4                  | 1      | 1        | 3  | 1  | 5  | } 6  |
| 無 職             | 6                  |        | 1        | 4  | 1  | 6  |      |
| 不 明             | 1                  |        |          | 1  |    | 1  | } 1  |
|                 | 66                 | 10     | 13       | 43 | 20 | 76 |      |



表 9 デイ・ケア通所時、家族と別居理由 (実数)

| 理由 \ 性別  | 男 | 女 | 計  |
|----------|---|---|----|
| 治療だけのため  | 5 | 4 | 9  |
| 治療と就職のため | 0 | 2 | 2  |
| 治療と就学のため | 0 | 1 | 1  |
| 計        | 5 | 7 | 12 |

### 治療内容：

先に述べた如く、入院経験がないもの6例である。デイ・通所前治療内容は表10の如く、精神療法あるいは精神療法的働きかけと薬物療法を併用したものの53例で、薬物療法を全く行なわなかったものは1例である、現在社会適応しており主治医の許可のもとに服薬をやめている者は5例みられた。

表 10 治療内容 (入院および外来) 実数

|                          | 男  | 女  | 計  |
|--------------------------|----|----|----|
| 薬物療法, および (精神療法を除く) 特殊療法 | 12 | 9  | 21 |
| 薬物療法<br>特殊療法<br>精神療法     | 25 | 28 | 53 |
| 精神療法                     | 0  | 1  | 1  |
| 不明                       | 1  | 1  | 2  |
| 計                        | 38 | 39 | 77 |

### Ⅲ 働きかけかた

さきに(9)、(10)報告した如く、われわれのデイ・ケア・センターでは、個人面接を中心とする精神療法、薬物療法、集団治療、家族面接を原則としており、患者中心の治療社会を形成している。その日課は表11の如くである。

表 11 デイ・ケアの日課

| 曜日 \ 時間 | 10:00<br>} 10:30 | 10:30<br>} 12:00 | 12:00<br>} 1:00 | 1:00<br>} 3:00 | 3:00<br>} 3:30 | 3:30<br>} 5:00 |
|---------|------------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| 火 曜     | 朝の集り             | 料理               | 昼休み             | 作業             | お茶             |                |
| 水 曜     | 〃                | 作文               | 〃               | 〃              | 〃              | スタッフミーティング     |
| 金 曜     | 〃                | 集団の話し合い          | 〃               | 〃              | 〃              |                |
| 土 曜     | 〃                | 体育               |                 |                |                |                |

#### IV 結 果:

##### 1. 追 跡 調 査

さきに述べた77例について、昭和43年10月15日現在の状態を調査した。77例中50例は現在デイ・ケア・センターで引き続いて、主治医あるいは個人面接者と連絡を保っているため、この追跡調査のための情報は、精神療法あるいは家族面接から得ることができた。遠隔地ならびに連絡困難な20数例については、郵送法によった。

表12の如く、77例の昭和43年10月15日現在の状態は「入院」「通所」「無為に在宅」「家事手伝い」「主婦業」「家業手伝い」「就職」「通学」「死亡」「行方不明」の10型が認められた。入院19例中、外勤作業1例、デイ通所中1例があり、なんらかの型で在院しているものは全てこれに入れた。何も仕事をせず無為に自宅で毎日を過しているもの1例、自宅よりデイ通所中のもの11例、家事手伝い（全て女子であるが）6例、家業手伝いおよび主婦業5例、被傭者として就職しているもの22例、就学5例であった。

更に就職22例中、下宿あるいは会社の寮から通勤しているもの4例、復職結婚したものが1例あった。

表 12 社会的適応状況（昭和43年10月15日現在）

| 実 数         | 男  | 女  | 計  |
|-------------|----|----|----|
| 入 院         | 13 | 6  | 19 |
| デ イ ・ 通 所   | 5  | 6  | 11 |
| 在 宅 ( 無 為 ) | 1  | 0  | 1  |
| 家 事 手 伝 い   | 0  | 6  | 6  |
| 家 業 , 主 婦 業 | 2  | 3  | 5  |
| 通 学         | 4  | 1  | 5  |
| 就 職         | 11 | 11 | 22 |
| 死 亡         | 1  | 4  | 5  |
| 行 方 不 明     | 1  | 2  | 3  |
| 計           | 38 | 39 | 77 |

社会復帰段階：

精神障害者の社会的適応の基準は、それぞれの立場から論じられているが、われわれは社会の中で、患者が生活している空間的な場によって精神障害者の社会復帰の程度を段階的に分類した。すなわち、社会復帰途上の精神障害者には、「病院」「家族」「近隣社会」「職場」「学校」の五次元がみられた。この五次元を組み合わせ、表13の如く、社会復帰の程度を五段階に分けて次の結果を得た。

第1段階は入院治療中のもの17例、デイ通所1例、院外作業1例であり、

第2段階は23例であった。

病院治療を終了し大部分の患者は、家族社会の中に再びもどり、同時に家の周囲の近隣社会の中でもある程度の位置を占める。「自宅よりデイ通所群」11例、「毎日を無為に過しているもの、家事手伝い」7例、「家業およびその手伝い、主婦業」5例の三群は、家族と共に在宅しており、家族近隣社会の中にある位置を占めているという観点から、第2段階に入れた。

表 13 社会適応段階（昭和43年10月15日現在）（ ）は各段階の総数

|                                   | 男  | 女 | 計         |
|-----------------------------------|----|---|-----------|
| 第一段階 病院内適応（男13、女6、計19）            |    |   | 24.7%     |
| 入院治療                              | 12 | 5 | 17        |
| 入院治療 + デイ通所                       | 1  | 0 | 1         |
| 入院治療 + 院外作業                       | 0  | 1 | 1         |
| 第二段階 家庭近隣社会内適応（男8、女15、計23）        |    |   | 29.9%     |
| 1. デイ・通所中                         | 5  | 6 | 11        |
| 2. 在宅中（無為）                        | 1  | 0 | 1         |
| 〃（家事手伝い）                          | 0  | 6 | 6         |
| 3. 〃（家業およびその手伝い、主婦）               | 2  | 3 | 5         |
| 第三段階 家庭・近隣社会・職場学校内適応（男12、女10、計22） |    |   | 28.6%     |
| 就学                                | 4  | 1 | 5         |
| 就職（被傭者）                           | 8  | 9 | 17        |
| 第四段階 近隣社会・職場内適応（男2、女2、計4）         |    |   | 5.2%      |
| 就職（被傭者）                           | 2  | 2 | 4         |
| 第五段階 近隣社会・職場・新家庭                  |    |   | 1.3%      |
| 就職（被傭者）                           | 1  | 0 | 1         |
| 死亡                                | 1  | 4 | 5<br>6.5% |
| 不明                                | 1  | 2 | 3<br>3.9% |

計

38

39

77

第3段階は家族近隣社会、職場、学校での適応である。

自宅（家族と同居）より職場へ被傭者として通勤しているもの17例、通学しているもの5例の計22例であった。

第4段階は近隣社会、職場社会での適応

家族から離れて下宿あるいは、寮より通勤している4例で、第3段階までのものにくらべて自立性に富み、家族の保護なしで社会生活が可能なものである。

第5段階に属する1例は更に就職後親から自立しただけでなく、結婚するという本当の意味での社会復帰をしたといえるものである。

## 2. 就職，就学の検討：

これまでに1度以上就職を試みた者は77例中42例（54.5%）あり、失敗、中断例は20例で就学を試みた5例はいずれも適応を続けている。したがって43年10月15日現在、就職、就学している精神障害者は77例中27例（35.1%）である。

### 病前の職業：

病前の職業と現在の社会的適応状態の関係を検討すると、表14の如くで、病前に学生であった43例中現在就職就学をしている者は13例（30.2%）であり、何らかの形で実社会に出ていた29例中、現在就職している者は13例（44.8%）であった。また、発病前に特殊技能を持っていた者9名中、現在特殊技能を生かして生活している者は6例であった。

表 14 発病前の職業と現在の社会適応状態

| 病前の職業     | 現在の状態         |               |     |    |
|-----------|---------------|---------------|-----|----|
|           | 就職 就学 成功      | 就職 就学 不成功     | 不 明 | 計  |
| 学 生       | 13 (男7, 女6)   | 30 (男18, 女12) | 0   | 43 |
| 家 事 手 伝 い | 1 (男0, 女1)    | 3 (男0, 女3)    | 0   | 4  |
| 就 職       | 8 (男4, 女4)    | 12 (男5, 女7)   | 0   | 20 |
| 特 殊 技 能   | 5 (男4, 女1)    | 4 (男0, 女4)    | 0   | 9  |
| 不 明       |               |               | 1   | 1  |
| 合 計       | 27 (男15, 女12) | 49 (男23, 女26) | 1   | 77 |

### 就職の方法：

就職を試みた42例について、「職のさがし方」について検討したのが表15で「自分で職をさがしてきた者」「研究所で職親を紹介したもの」「大企業に勤務していて職場復帰したもの」があり、大企業に就職していた5例中、職場復帰したものは4例で、きわめて高率であった。

病状悪化あるいは再発と心因との関係については、衆知の如く諸説があるが、今回われわれは、就職を試みたけれども種々の理由で中断した15例について検討した。

表 15 就職方法およびその結果

| 現 状<br>職の探し方      | 就 職 成 功    | 中 断 ・ 不 成 功 | 死 亡       | 計            |
|-------------------|------------|-------------|-----------|--------------|
| 家族その他<br>自分で探したもの | 13(男6, 女7) | 7(男4, 女3)   | 1(男0, 女1) | 21(男10, 女11) |
| 職 親 を 紹 介         | 5(男2, 女3)  | 7(男6, 女1)   | 0         | 12(男8, 女4)   |
| 職 場 復 帰           | 4(男3, 女1)  | 0           | 0         | 4(男3, 女1)    |
| 計                 | 22         | 14          | 1         | 37           |

表16の如く15例のうち5例が「自分に職業があわない」という理由で就職を中断していた。この15例の現在の状態は、主婦1例、養鶏をはじめたもの1例、デイ・ケア再通所1例、現在もなお自宅にいるもの4例、再入院中7例死亡1例であった。

表 16 就職中断の理由

| 男 10 例 中 |    | 女 5 例 中  |   |
|----------|----|----------|---|
| 病状悪化・再入院 | 3  | 病状悪化・再入院 | 1 |
| 仕事がつまらない | 5  | 対人関係     | 1 |
| 根気がない    | 1  | 洋裁けいこのため | 1 |
| 解 雇      | 1  | 主婦業へ転向   | 1 |
|          |    | 死 亡      | 1 |
| 計        | 10 | 計        | 5 |

先に述べた如く、「家業の手伝い・主婦業」群と「家事の手伝いおよび毎日を無為に過ごしているもの」群は、明らかに異なっており、前者はある意味で社会復帰状況にあるといえる。またこの12例の中には、1度就職を試みたが中断したものも入っている。全例とも外来投薬治療あるいは、精神療法を受けている。家事手伝い6例は全員女性であった。

#### 通 所 例

デイ・ケア・センター通所中の11例を通所期間別に分けると、1年6ヶ月以上通所している者3例、1年6ヶ月未満の者3例、6ヶ月以内の新入所者5名である。

#### 死 亡 例

死亡5例の内訳をみると、通所中に自殺した者1例、就職して自殺した者1例、他の3例は

いずれもデイ・ケア・センターを離れて後の事故死である。

#### 事 例 1.

34才，男子，未婚，精神分裂病

家族歴 父昭和38年腸狭さくにて死亡（郵便局員）

母63才，生花教授，健康

同胞3人，精神病の遺伝負因なし

現在本人・母・妹で同居中。

昭和32年受験に失敗した後，某大学神経科を自発的に受診。昭和33年両親同行で再び同じ大学神経科を受診。精神分裂病の診断で都下某精神病院へ1年間入院した。昭和34年11月国立精研相談室を受診以後通所治療を行なった。昭和38年デイ・ケアに入所したが，同年10月父親の急死を契機として3ヶ月間，精神病院に入院した。同病院退院後昭和39年1月より同年5月まで再びデイ・ケア・センターに通所した。同年5月1日，精研デイ・ケアよりの紹介で，某中小企業（印刷会社）に就職し，現在に至るまで勤務している。本例は服装は調和がとれてなく，動作は鈍く，表情の動きに乏しい。妄想幻覚は現在はみられないが，これまでの経過中に出没している。人格の崩れが目立ち，仕事の能率は低下しており，一見して精神障害者を思わせる動作姿勢をそなえている。発病以来約10年を経過したと思われる陳旧性の精神分裂病である。この事例は現在勤めている印刷所では，精神障害者あるいは変り者として同僚には相手にされず，単純な製本と紙裁ちの助手といった雑用しか与えられず，後から入社してきた者が自分より重要な仕事をまかせられていることに不満を持っており，もっと重要な仕事をして認められたいという希望を持っている。しかし現実には現在の仕事を遂行することすら困難といった程度の能力しかない。この事例は家族の中では，父の死後母・妹とうまく適応している。また隣近所とも問題を起さず，近隣社会にも適応しており，第三段階にあるといえる。

#### 事 例 2.

38才，男子，未婚，てんかん

家族歴 父昭和40年73才で死亡

母66才，主婦，健康

同胞6人のうち上2人は乳児期に死亡。精神病遺伝負因なし。

現在，本人・母・妹で同居中

昭和25年精神運動亢奮の状態で東京の某国立病院に約1ヶ月間入院。その後2年浪人して国立大学文学部独文学科入学，5年かかって卒業した。昭和37年某国立機関に就職後2ヶ月目に発病，幻覚著明となり，同年12月より3年間都下の病院に入院した。昭和40年5月デイ・センターに入所。同年12月父親が73才で死亡した数日後，自宅で軽い意識消失発作を起したが大事に至らず通所を続けていた。41年9月デイ・センターで市川商工会議所の人と地域精神衛生対策の一つとして精神障害者の就職に関する講演を行なった。翌日早速商工会議所に出掛け，自分を雇ってくれるよう申し出た。仕事は雑用がほとんどで絶えず不満を訴えていた。また仕事の

変更や残業は全く許すことが出来ず、郵便局などに行って帰りが5分位遅れても職場の人に文句を言うほどであった。仕事の間違ひは多いが、プライドが高く、職場の人の注意を受け入れることができなかつた。給料は、はじめ8千円位であった。この精神障害者として能力を認められない状態に満足できず、43年3月新聞広告で見つけたドイツ系貿易会社の就職試験を受け合格、現在、先輩と組んで翻訳の仕事をしている。この職場では、患者本人は自分の専門のドイツ語の能力を生かして高給を得ることで満足しており、几帳面で時間に厳格な点はむしろ外人には好ましく受け入れられており、外国人との対人関係では、日本人社会での微妙な対人関係は必要としないため、かえってうまくいっている。

家族は、本人が就職したため、世間態がよくなり、家で一日中患者と気を遣いながら過すこともなくなり、患者の収入も増えて将来の見通しも出来たことで満足している。

この事例は、自分の専門のドイツ語という特殊技能を生かしており、現在、職場、家庭近隣社会にうまく適応して、社会復帰第三段階にあるといえる。

### 事例 3.

34才、男子、未婚、精神分裂病

家族歴 父61才小学校長停年退職、健康

母56才、主婦、健康

同胞6人、精神病遺伝負因なし

現在、両親、本人、弟2人同居中

昭和28年高校卒業の頃より独語、空笑、自閉的傾向がみられた。浪人生活の後大学に入学したが、上記諸症状増悪のため、大学中退。昭和32年8月国立国府台病院に精神分裂病の診断で入院。入院中も自閉的な生活で行動・動作は遅く、例えば、本人が朝食を終える頃は昼食がテーブルに並ぶという状態であった。薬物療法、精神療法等を受け、妄想幻覚は一応軽度となったが、高級感情の鈍麻、観念連合障害、動作行動の遅滞等は改善されなかつた。昭和39年2月デイ・ケア・センターに通所させてみることを条件に退院した。デイ・ケア通所中も、「扉を閉めるのに10分」「オーバーを脱ぐのに15分」「食事は他人の倍位時間がかかる」という行動の遅いことが目立った。知能の低下はみられず、デイ・ケア・センターの日課の中で、他の患者に言葉や漢字やニュースを教えることもあった。家庭では一時弟達から非難された時期もあったが、次第に「まあ働かないけど、邪魔にもならない」というあつかいを受けるようになった。

動作、応答の遅いことから、健康人の60程度の能率しか期待出来ないために就職出来ずに、もう四年以上家庭からデイ・センターに通っている。

この事例は、第二段階にあり、この段階で適応しているが、これ以上の発展は期待出来ない。

### 事例 4.

22才、女子、未婚、精神分裂病

家族歴 父48才 私鉄職員、健康

母46才 主婦、健康

同胞2人，精神病遺伝負因なし

現在，両親，本人，妹で同居中

高校3年の夏休み，図書館に通ったりして勉強していたが，夜中に起きて部屋を歩きまわったりし始め内科受診。ノイローゼと診断され，家族も勉強疲れだと考えていた。しかし，徘徊自閉の傾向がひどくなり，39年9月大学病院神経科受診。精神分裂病といわれ11月まで入院。11月に退院して復学，40年3月高校卒業。4月からデイ・センターへ通所。いつも目を伏せ，他人と話すことが出来ず，日課の料理の時間に他の患者と買物に出掛け「私は初めて1人だけで買物をしてみました」という状態であった。自発性はなかなか育たなかったが，他の患者と同じ行動はできるようになり，話しかけへの返事はできるようになった。同年10月から近所の幼稚園にボランティアとして働いていたが，クリスマスに園児の父兄からももらったボーナスの分配のことで，母親が「この子が精神病だと思って馬鹿にして他の人に比べて少なすぎる」と怒ってやめさせてしまった。41年1月から本人は再び通所していたが，同年秋本人の病気のことで幼稚園のことで，知人のいない所に引越。42年4月，市川商工会議所を通じて，製薬会社に就職，仕事はシャンプーのキャップをはめる作業。しかし，5ヶ月後の9月「流れ作業についていけない」という理由で退職，母親も「この子は馬鹿で手がのろいから」とこれに賛同。2週間程デイに再通所させてみたが，他の患者に比べると適応がいいので別の職場を依頼。今度は，流れ作業でなく，自分1人自分の机に材料を置いて，細かいコードを切断するという仕事であった。半年後，職場の思いやりから，もう少し高度な仕事を与えたところ，その同僚に「のろい」と言われ，これを聞いて母親が本人以上に興奮して，結局この会社も9ヶ月で辞めた。現在家庭にいるが，朝もきちんと起き，家事手伝いをよくやる。しかし職場の対人関係に適応できなかった例である。したがってこの事例は現在社会復帰第二段階にあるといえる。

事例 5.

29才，女子，未婚，精神分裂病

家族歴 父59才，不動産業，健康

母53才，主婦，健康

同胞5人，精神病遺伝負因なし

現在，両親，本人，弟3人同居中

昭和33年11月，高校3年生17才時関係念慮著明となり，同年11月より34年5月まで精神分裂病の診断で某精神病院入院。同退院後，マッサージの学校に通っていたが，35年8月友人との旅行後再発。37年2月まで同病院に再入院した。その後，通院治療を受けていたが，近所の内科医より紹介されたケースワーカーの勧めで，39年6月デイ・ケア・センターへ入所。しかし，通所後間もなく再発し，同年7月末より40年2月まで国立国府台病院に入院した。入院中も病棟よりデイ・ケア・センターに通所していた。退院後も約1年間は，週4回定期的に通所していたが，他の患者が就職していく中で，自分も働きたいと焦り始めていた。家族は経済的に困らないため，就職したために再発することを恐れて就職に反対であった。本人は一年間の自宅から



の通所後、不定期に月1回デイ・ケア・センターに来所しながら、家事手伝いをするようになった。このような状態が2年続いた後、父親の経営する不動産屋が建売別荘を建設する等の事業に伴う借金のため、家族が生活を切りつめるという窮地に陥った。この時期より、両親は、本人が就職し多少とも現金を稼いでくれることを望むようになった。43年われわれの紹介で、商工会議所を通じて、カメラ部品を作る会社に就職した。本人は人格の崩れや幼児的言動が目立ち肥っている。会社側では「何でもべらべらしゃべるちょっと頭の弱い人」という印象を持ち、むしろ精神薄弱者の的に扱っており多少の間違や失敗は許されている。仕事の内容は製品を包装するだけの単純なものであるが、本人の仕事への不満はなく、給料をいくもらうかに喜びを感じている。現在は、人格のくずれはあるが病状は固定して妄想、幻覚等の異常体験は認められない。この事例は社会復帰第三段階にあるといえる。

## 考 察

以上の結果と事例から、われわれは「精神障害者の社会復帰の段階づけ」「精神障害者の就職」「デイ・通所患者」の三つについて考察した。

### (1) 精神障害者の社会復帰段階：

精神障害者の社会的再適応については、力動精神医学の立場<sup>(12)</sup>、現象学の立場から夫々の考察がおこなわれている。われわれは今回は患者個人の精神力動や症状よりも、精神障害者が社会的行為の中でどのような場を与えられており、どのような位置づけにあるかを考察した。元来社会復帰途上の精神障害者が社会的行為をおこなっている場合は、「病院」「家族」「近隣社会」「職場」「学校」という五次元を考えることが出来る。この各次元において、多種多様な型で適応していく患者は、当然社会復帰の程度を段階づけることが可能である。すなわち、患者は例外もあるがまず家族と共に生活し、次いで就学、就職という過程をへて、下宿或いは寮より通学、通勤して親から自立する。この観点から社会復帰を先にのべた五段階に分類した。

第一段階は、病院内で社会復帰治療を継続中の段階のものである。この詳細については、次回において報告したい。

この「病院社会」の構造は他の次元と異り、人工的要素が強く、治療者と患者というはっきり利害をともなった階層があり他の社会にみられない関係が存在するし、また「hospitalism」、  
「治療者—患者関係」等多くの問題があろう。

第二段階では、「デイ・ケア通所群」、「家事手伝い」「主婦業および家業手伝い」の三群をこれにいた。通所群は狭義の社会復帰治療中のもので、家族・近隣社会では適応しているが就職或は就学は出来ない段階である。この通所群については、特に後述する。「家事手伝い」「無為に在宅」の二群は家族の中では或種の位置を保っているけれども、持続的に責任ある役割を遂行することはきわめて困難な事例である。「家事手伝い」6例は全例とも女性であった。この6例は、実際は職場或は学校といった場である位置を占め、役割を遂行することは出来ない。この点で主婦業とはっきり区別して考える必要があろう。「家業手伝い」及び「主婦業」は「家事

手伝い」や「無為に在宅」或は「デイ・ケア通所例」に比較して、より高次の段階で社会復帰しているといえる。

第三段階は、家族と同居しており、自宅から通勤或いは通学しているものである。この群は、家族の中である位置をもち、役割期待を遂行しており、家族、近隣社会では一応適応した後、更に職場、学校である位置を得、それに伴う役割を遂行することによって、一応職場、学校で適応している段階である。この場合期待されている役割と自己の欲求との間に葛藤を生じるが、その解決方法を発見することが社会的適応への成功の重要な要素である。

第四段階は、家族の保護から離れて自立した段階であり、下宿或いは寮生活に適応しながら就職或いは就学しているものである。従って、この場合には前の第三段階より複雑な形の社会的適応が必要である。

第五段階は、もっとも高次の社会的適応であり、家族から離れているだけでなく、自分で新家庭を建設していく段階であり、社会復帰の理想的な到達点といえる。

以上の五段階の分類には、夫々移行型があり、明確に区分することが困難な場合もあり得る。

このように社会復帰の程度を五段階に分けることにより、各事例毎に異なる社会復帰治療の目標をより明確に出来る。すなわち、衆知のごとく全ての治療行為にはその治療の到達目標が必要である。

社会復帰治療においても例外ではなく、まず治療の第一目標を院内社会復帰終了におき、ついで第二、三、四段階とその目標を段階的に発展させていくことが必要である。例えば事例3のごとく、第二段階以上に高次の社会復帰の見込みのないものについては、むしろその対策を第二段階に於て安定する方向に重点を置くべきである。社会復帰治療の目標を過度に高次に置くことは臨床上却って挫折の要因となる等、治療効果を妨げるといえる。

就職について：

精神障害者は客観的にも健康人と比較すると精神的能力の点で劣ることは事実であり、更に一般社会の人々の精神障害者に対する態度は非治療的なものが多く(13) 精神障害者は社会の中で「社会的無能力者」として位置づけられている場合が多い。この事実が社会的適応途上にある患者達に必要な以上の葛藤をひき起し挫折の要因のひとつとなっている。

当研究所からの紹介によって就職した患者は知的に高い仕事は与えられず、単純で責任の軽い仕事が大部分である。また職親達は「経済的には、精神障害者を備うことは、損害はないが利益もない。しかし、精神障害者を備うという美談のために企業体自体の社会的、道徳的な評価がたかまると共に職場内の志気が高くなる」という態度が強い。表15のごとく、就職口を患者本人或は家族、知人の紹介でさがしたため、雇主は本人が精神障害者であることを知らない場合は、健康人として扱われており、就職が成功する比率が職親に精神障害者として紹介された場合より高かった。現在この41例から統計的に結論を下すことは困難である。事例2は最初研究所より職親に書記、雑役として紹介されたが、仕事がつまらなくなり、精神障害者として一種の偏見をもたれることを嫌がり結局自分の病前より得手とするドイツ語を生かして、翻

訳の仕事を見つけて社会復帰に成功した。また一応就職に成功している事例も、男子の場合には、「仕事が面白くない」或は「将来の見込みがない」という理由で中断するものが多いが、女子の場合には職親に研究所が紹介した事例で1例しか中断・不成功例がないことは興味ある事実である。

病前に大企業に勤めていた5例中4例が再就職に成功しており大企業においては上に述べたハンディキャップのある精神障害者を受けとめておく余裕があると考えられる。以上のことから精神障害者が再就職する場合には、患者本人の側の諸因子と共に受入れ側の態度も社会復帰を促進する要素のひとつであることは、デイ・患者の場合も認められた。精神障害者で病前に特殊技能を有する5例中4例および、病前に就職の経験のある29例中14例が再就職に成功している。しかし発病前に学生だった43例中僅かに13例だけが就職或は再就学成功している。この事実からも病前の社会的適応様式は、患者の社会復帰に密接な関係があるといえる。

#### 職場における役割葛藤：

就職という社会行為は職場の中でひとつの位置を占め、その位置に期待されている役割を遂行することを意味する。精神障害者の社会復帰の場合は、上にのべたような職場や社会での偏見や受入れ態勢から、様々な役割葛藤をより強く持ち、それが挫折の原因ともなり得る。中断例にみられるように、精神障害者の役割葛藤の中では与えられた仕事の内容が「ホワイト・カラー」から「ブルーカラー」の仕事へ変わったことにより、自己の社会階層の低下がはっきりした形で現実化したために生じたものが多い。事例1のように、本当の自己の能力に対する十分な自己評価を持たず非現実的な望み(例えば「科学者になる」「高度に知的な職業につきたい」)を持っているため現在自分に与えられている位置、期待されている役割に満足出来ずに役割葛藤を生じる。また意識的に自分は知的職業へつけないといって、「ブルーカラー」の仕事をしてきたけれども、とうとう耐えられずに止めてしまったものもみられた。また一見、能力相応の単純作業に満足しているかにみえても、自分はまだもっと高度の将来性のある仕事をやりたいという希望を持っているものもみられた。

また表15 表16のごとく、職親に紹介されたもので女子の中断、不成功例は1例だった。また中断の理由も「病状悪化」や「対人関係」であり、男性に見られるような「仕事がつまらない」という理由はみあたらなかった。むしろ就職に成功している女子精神障害者の不満は、その職につくことによる「社会階層の低下」というよりは給料の多少に重点がおかれている。

以上就職について、まとめると「病前の職業」「職場での役割葛藤」「会社側の精神障害者に対する態度」「本人の社会適応能力」が精神障害者の就職の際に生じる問題点である。また職場での「役割葛藤」の内容に男女差が認められた。

この結果社会復帰治療の内容や目標を個々の事例毎に考慮していく必要がある。比較的若年で学生の時に発病したものについては、社会人としての基本的な生活の知恵を教育する必要がある、社会復帰治療内容に職業訓練、教育という要素を多くする必要がある。

職場復帰群については、むしろ精神療法等を通じて対人関係の改善に重点を置く必要がある。

また精神障害者であるという事実を職親に知らせることの是非について、尚今後も検討していく余地がある。

デイ・通所患者：

デイ・通所患者は図1のごとく精神科初診後3年から7年以上経過したものであり、発病以後少くとも4年から8年以上経過したと推定されるものが多い。6例の入院経験のない患者も、発病時のような急性期の症状はみられない。精神分裂病患者66例は、同様に初期のものはなく、発病後4～5年の症状の固定しない不安定なもの、10年以上経過した症状の固定したものの二群がみられる。

表1のごとく、各種の患者を扱っており、すでに報告したごとく、(10)限界はあるが集団を破壊する症例をのぞいて、病名には関係なく、全ての種類の患者はこれを取扱うことが出来た。

現在デイ・通所中の11例はデイ入所後間もないもの、および3年以上通所しているものの二群に大別することが出来る。

事例3のごとく家族も本人もデイ・ケア・センターに依存的で、就職出来る程の能力もないが、入院する程症状はない。家庭にもデイ・ケア・センターにも安住していて何らこれ以上の発展を期待できない。この種の患者は、Day-hospitalismというべきもので、精神分裂病を中心として、この慢性化し施設に沈黙していく事例をどのように取扱っていくかが今後の問題点となるであろう。

他方は、発病より3～4年経過した不安定な時期にあり再入院或は悪化を反覆するものであり、この群に対しては個別に夫々の段階で治療の目標を設定しながらデイ・ケアで社会復帰を促進していく必要がある。

## ま と め

われわれはこの5年間に取扱った77例の患者について追跡調査をおこない、昭和43年10月15日現在の状態を調査し、その結果と事例報告から「デイ・通所患者」「精神障害者の社会復帰段階」および「精神障害者の就職」について考察した。

(1) デイ通所患者は、発病後推定4～5年経過したもので、再発、症状悪化の可能性のある群と発病後10年以上経過した症状の固定したものの二群がみられた。

(2) 病名には関係なく各種の精神障害をデイ・ケアで取扱うことが出来る。〔(10)〕

(3) 各種の社会復帰治療も効果なく、社会復帰できない「Day-hospitalism」とも呼ぶべき沈黙例2例がデイ・ケアでも認められた。

(4) 精神障害者の社会復帰の程度により五段階に分類した。第一段階19例、第二段階23例、第三段階22例、第四段階4例第五段階1例があった。

(5) 精神障害者の就職に関して「病前の職業」「職場の態度」「職場における精神障害者の役割葛藤」が問題点である。また男女によって就職中断の理由に差が認められた。

附：

## 集団の話しあいについて

### 1. 基本的仮説について

先づ集団の中の人の動き方について、行動科学的な観点から次のように規定する。第1に人は自己の持てる資質によって集団に関与するが、その資質を規定する諸要素の基本的な特質を自我の統合性 (Ego integration) で表現することができる。適応能力のある個人は知的にも、情緒的にも均衡のとれた人格構造を持つ。臨床的な分類になるが、精神障害者や重篤な情緒障害者および神経症者や、また精神薄弱者はこれと対照的にこの統合が崩れ、不均衡な構造を持つか、もしくはそのような状態にあるわけである。

ここでは「統合がとれていない」1と「統合がとれている」2、もしくは「統合の度合いが低い」1と、「統合の度合いが高い」2の二分法により、メンバーの総和としてのグループの特性を測定する。

第2にそうした資質を以て集団の中でどのように動くかを規定するものとして個人的構成概念の度合 (Degree of personal constructs) を用いる(1)。集団の中で何を言い、何を受取り、どう反応していくか、その際の水準は、構成概念が極度に固く、体験したものを彼は外部の絶対的、固定的な事実として認識する段階から、このような固定的な個人的構成概念は崩れ、自分の感情が生き生きとした経験として体験ある段階まで、いろいろの度合で集団にかかわっていくのである。これも構成概念の度合を段階尺度であらわすことが可能であるが、ここでも「個人的構成概念が固い(1)」と「個人的構成概念がゆるい(2)」の二分法で規定する。

第3に個人の集団に対するかかわり方のもう一つの次元での規定は集団の同一性(1) ロージャスおよびラブレ 「心理療法の過程尺度」 伊東博訳編 カウンセリングの過程 誠信書房 P116 (Group identity) である。極めて適応した個人は自己の独立性を損わずに、集団の要請を適確に認知しながら、その目的に合致する動き方をすることができるが、その反対に未成熟な個人は集団に対して極度に依存的であったり、また逆に集団からの逸脱や、集団の規範からの偏りが著しいと考えることができる。たとえばその属する集団への忠誠心の表現は実はその個人の中で集団の同一性が達成されておらず、集団から自分がはじき出されてしまうのではないかという不安を防衛する感じ方に過ぎない「よそ者」を排除しようとする傾向はこの端的なあらわれである。

小集団状況においても同様のことがいえ、集団の帰属性や「われわれ感情 (we - feeling)」といった概念規定の基本的なものとして用いることができるのである。これも前の二者と同様に二分法でそのあり方を分けていくことができるが、一方の極は「集団の同一性がある (または高い) (2)」で、他方の極は「集団の同一性がない (または低い) (1)」である。

さて以上の三つのカテゴリーは集団の生長 (動き方) の過程を行動科学的に測定する現象学

的接近の出発点ともいえるものである。この三者を組み合わせると、自我の統合性を軸として、集団内不適応から集団内適応への8個の理論的な段階ができるわけである。これを表示すると表ようになる。この中で理論的に最も低い第1の段階は自我統合性が低く(1)個人的構成概念が固く(1)且つ集団の同一性が低い(1)。これを集団の話しあいの参加者の個々の臨床像に結びつけるのではなく、むしろ集団そのもののコミュニケーションや参加成員の間の相互作用を表わすものとして考えていくわけである。たとえば参加成員の一人がこの段階にあっても集団の機能としては、こうした一人の特性を同化吸収し、全体としてはより上の段階にあると考えられる時は少なからずあるわけである。

さらに第6.7.8.の段階は適応の3つの形式である。理論的にはこうした段階への移行が可能であり、集団の生長の目標になるが、現実的なわれわれの話しあいにおける到達段階は第3乃至4段階であろう。各々の段階の特徴の説明は省略する。表を参照されたい。

## 2. 研究の概要

デイ・センターでは週一回約1時間（現在は10時45分から11時45分まで）の集団における話しあいの時間を実施している。過ぎる5年間、筆者がこの時間を担当した。最初は筆者も参加者もどのように話しあいを進めたらよいか、見当がつかず、試行錯誤の何回かを重ねた。たとえば初期の頃は筆者がリーダーとしてテーマをきめたり、また自分の生いたちをひとりひとり言わせたりして、その中から話題を発展させるといったリーダー中心の極めて操作的な接近が多かった。しかし回を重ねるに従い、リーダーのこうした行き方は話は活発になるが、操作主義の当然の結果として、参加者が極めてリーダーに依存してしまうことを体験したので、だんだんこうしたやり方を変えようという気持ちが強くなった。

その後筆者の集団での在り方は大きく転回し、どちらかというと受身的な立場に立ち、参加成員の自発的な動き方を促すような役割を主に取ることにした。ただそうした集団形成の途上、途中で話しあいの場を離れたり、持ってきた本や新聞を勝手に読むといった傾向が出てきたことがあったが、こうした行動を筆者は最小限度に抑える為に、大きなテーブルを取り除いたり、その部屋にはいっさい週刊誌、グラフの類を置くことをやめ（話しあいの時間毎に始めるまえにどかさ）たりしたことがあったが、筆者から話しあいの時間だから読んではいけないといったコントロールは一切しなかった。

こうした参加者の自発性に俟つことではこの時間は、デイ・センターの日毎の他の活動とは対照的で、無禁止、無統制（職員からの）がむしろ徹底するようにつとめたわけである。「何か言えといってくれば話しやすい」とか「いい意味での刺戟が欲しい」、「話しやすいような雰囲気作りを積極的にやって欲しい」、「話しあいのテーマをきめて欲しい」という要求は、何度となく表現されたが、筆者はその時のそうした発言をするものの気持ちにこたえようとしただけで直接そうした要求を単純にうけいれるようなことはしなかった。そして話しあいの進行を促したり、司会をするという役割は参加者が積極的にとるようになり、その中では時々「今日は将来の希望について話しあいましょう」といった提案が参加者からなされたり、「何かテーマを出

集団の話しあいにおける仮設的段階尺度

| 段階   | E I<br>自我統合性 | P C<br>個人的構成概念 | G I<br>集団同一性 | 記述  |
|------|--------------|----------------|--------------|---|
| I    | 1 (低い)       | 1 (固い)         | 1 (ない)       | コミュニケーションが殆ど起らず、発言が殆ど無いか散発し、感情が体験されていず、自分の考え方と外的事実が混同しており、集団として全くバラバラ。          |
| II   | 1 (低い)       | 1 (固い)         | 2 (ある)       | コミュニケーションが起らない、発言散発、考え方が固く、自分の気持と事実の混同がみられるが、わずかに「自分たちだけ」を強く意識する。               |
| III  | 1 (低い)       | 2 (緩い)         | 1 (ない)       | コミュニケーションがつきかけ、動き出す様子が見られるが、集団としてのまとまりはない。°しかしメンバーは各々の参加のしかたで、その場において感情を体験している。 |
| IV   | 1 (低い)       | 2 (緩い)         | 2 (ある)       | コミュニケーションのつき方に限界があり、時々偏ったり、不安定さを見せるが、それなりに集団のまとまりもでき、いちおう集団適応の段階といえる。           |
| V    | 2 (高い)       | 1 (固い)         | 1 (ない)       | 何らかのルールが敷かれれば、その線に沿った話しあいではできるが、自分の考え方に固執したりして、集団としてはバラバラ。                      |
| VI   | 2 (高い)       | 1 (固い)         | 2 (ある)       | 均衡のとれた発言により、他メンバーとのコミュニケーションはつくが、やや考え方が固く、柔軟性を欠く。集団としてはよくまとまっている。               |
| VII  | 2 (高い)       | 2 (緩い)         | 1 (ない)       | 知識概念にとらわれず、均衡のとれた交流が可能であるが、集団を目標にした動きという点では、動きにくい様子が見られる。                       |
| VIII | 2 (高い)       | 2 (緩い)         | 2 (ある)       | 均衡のとれた働きかけ、受け方によるコミュニケーションができていて、その場の感情を生き生きと体験でき、集団の要請によく合致する。                 |

して下さい」とか「〇〇さん、何か話題ありませんか」といってひとりひとり言わせ、その中から順番に、もしくは選択して話しあいに入り、しかも意見を順番にいうといった仕方がよくとられた。時には誰も司会乃至リーダー役を取らず、誰かの発言を待っているという時もあった。そうした時に話しあいに意味を感じて積極的に自分の気持や考え方を話そうとする参加者が居て、自然なかたちでメンバーがこの話しあいに加わるというようなこともあった。ただこのような場合には、テーマを決めて順番に発言してゆくやり方によりやり易さを感じている参加者は、参加の仕方が消極的になることが多かった。

本稿ではグループが前節に規定した第1段階から発展して第4段階に進む状況を指摘することはできなかったが、話しあいの集団に関する限りこうした可能性があることがうかがわれた。

### 3. 話しあい集団の段階

昭和42年4月より昭和43年3月までの集団の話しあい記録から、まず第1段階にあると考えられる事例を示す。

昭和42年6月20日(金) 10:30~11:45 出席者 O兄,〔N G〕,〔S〕,〔K〕,〔M〕,〔E〕,〔N K〕,〔T〕  
O弟, E Y, F, K A, S Y。それに筆者と5名の研究生の計19名。(〔 〕は女性)

まずS Yが司会を買って出る。テーマを出すように言うと,〔K〕が「人間で生れ変わるのかしら、生れ変わるとしたら何になりたいか」と質問。各自お姫様だとか、ウェスタンのヒーローだとか、生れ変りたくない等の意見が出たが、散発、あまりまとまらない。しかしS Yのやや強圧的な司会で進行そのものは円滑になる。〔E〕が「現在の自分を考えて将来になりたいものは何ですか」と話題を提供。そして自ら「小心な自分だから、もっと素直に積極的になりたい」といい、順番に発言をまわす。〔N K〕「何事にもぶっかってゆける自分になりたい」。E Y「困難な事も耐えていきたい」。〔N G〕「平民で平凡だから生れ変わるとしたら、もっとはなやかにになりたい」。〔S〕「皆と話ができるようになりたい」。〔M〕「病気になる前の自分になりたい」等の意見が出されたが、きき返したり、感想を述べて会話が往復するというようなことは皆無である。

また突然〔E〕が「目標を実現するにはどんなことをしたらよいか」と提案する。これに対してE Yは「規則的な生活」。O兄「一つの目標に向って根性を養う生活がしたい」。〔K〕は「美容学校に行ってお店を作る事が私の夢よ」といい〔E〕は「他人の言う事を理解して毎日を有効に過せる様に努力する」と自ら発言した。

ここでまた〔E〕が「流行歌は何が好きか、誰のファンか言って下さい」と提案し、三田だとか橋だとか舟木、ブルーコメッツ、スパイダースなどと発言する。

さらに〔E〕が「どんな時に生きる喜びを感じる」といったややとってつけたような話題を提案したので、S Yが「金さえあれば俺はいいよ」と余り話題にのってこないまま、発言を次にまわした。〔N G〕はややそれにつられて「お金と愛だわ」といい、〔S〕は「健康で働けたらいい」といい〔N K〕は「その時々を感じる喜びを大切に、自分を作って行きたい」という。E Yは「精神的にも肉体的にもその瞬間々々に喜びを感じる」。K Aは「食事がおいしい時だね」とこれも極めて日常的で話題に乗ってこない。

〔E〕はさらに「皆の悩みをきかせて下さい」とまた飛躍した提案をする。そして自ら「成人らしい気



持やそういう行動ができないことが自分の悩みだ」と皮切りをつける。S<sub>Y</sub>は「悩みなんて、金さえあれば解決がつく」といい、O<sub>兄</sub>は「記憶力が悪い事、物忘れする事」。<sub>[K]</sub>「両親が亡くなってもちゃんと生活できるだろうか」。<sub>[N<sub>G</sub>]</sub>、<sub>[S]</sub>は二人とも「ない」といい<sub>[M]</sub>は「背が高く、太っている事です」という。

最後に<sub>[E]</sub>はまとまりのないことを何か言っていたがよくききとれない。早口なのは前からだが、皆はき返そうともしない。どうやら「皆もっと活発に話題を出しあった方がよい」という意見であったようである。

### 自我統合性

何を目的として話しあいに参加しているのか、またこのプログラムを自分のものとして受けいれているのか、甚だあいまいで、自我関与は極めて低い段階であり、誰かの発言、指名、或は順番によりやっと動けるといった低い自発性が観察される。話題の出し方も前後の文脈に独立になされ、これにこたえる参加者も特に異議を唱えない。<sub>[E]</sub>の思考の滅裂という症状はともかくとして、集団成員がこれに敢て反発を示さなかったり、むしろそのレベルでのやり易さから<sub>[E]</sub>がS<sub>Y</sub>を無視してテーマを出すことを歓迎していたことがうかがえる。従って集団総体としての自我統合度は1である。

### 個人的構成概念の度合

発言は強制されており、自分の気持ちに最もそぐわない発言が、容易に表現される。他人が自分に「もっと素直になれ」とか「困難なことがあっても耐えていけ」とか「規則的な生活」をすすめたとすれば、最も反発したくなる種の発言が口をついてでてくる。自己に内在した感情の存在に気が付かず、素直になれない自分を無視し、「素直になることが最もだいじなことだ」というように個人的構成概念は極めて固い。感情が生き生きと体験されていない。以上から個人的構成概念の度合は1である。

### 集団の同一性

発言がバラバラで強いられたり、順番がまわってきたからということで受動的に動く。話しあいを通して自己の集団におけるかかわりを認知しようという動きは皆無。<sub>[E]</sub>は全く衝動的に動き、メンバーはこの<sub>[E]</sub>にひきづられ、集団を意識するよりも<sub>[E]</sub>を中心に話題だけが表面的に流れた。従ってこの集団の同一性は1である。

次に第3段階にあると思われる記録からの抜萃を記載する。

昭和43年3月22日(金)11時から11時50分まで。

出席者 <sub>[M]</sub>、<sub>[N<sub>K</sub>]</sub>、Y、<sub>[K]</sub>、O<sub>弟</sub>、M<sub>A</sub>、<sub>[Y]</sub>、<sub>[S]</sub>、<sub>[N<sub>G</sub>]</sub>、F、M<sub>O</sub>。研究生5名と筆者で、計17名。

筆者が<sub>[N<sub>G</sub>]</sub>に何か話しあいの材料が無いかをきくと、アッサリと「ありません」といわれ、次にYに「Y君しばらくけど、この頃何か考えていますか」ときくと、Yは積極的に参加してきて、「自分は何でも神経質にとる傾向がある。だからやっぱりまだ病気なんだ。自分でなおそうと思ってもそうはいかないから、薬の力を借りるが、やっぱりやる気がなければだめ。それには何か目標を持つことだと思

う。目的のない人間は駄目で、薬だけではなならない。目的が無いと駄落してしまう。自分はその心算で来た。昔から男らしく強くなりたいと思った。だからとにかく何でも目的を持つことが必要だ」といった。

するとM<sub>A</sub>が「ちょっと失礼なんだけど目的をどう考えてるのか、もっと具体的に話してくれませんか」と発言をする。するとYは「色々あります。運動の面でも、生活の面でも、一人前になりたいし、学校に行くこともそうだが、とにかく当面のいちばん大きい目的はひとりまえになりたいということなんです。身体も精神も……」といい、こんどは他の人に対して「一寸うかがいたいんですけど、皆はどんなことを考えてここへ来てるのか、病気なおすためなのか、それともただここへ来ているだけなのか、大きな意味ではなく、現実的にどう考えているのか、それを聞きたいのです、それで自分の参考にしたいんです。」

そこで筆者が「M<sub>A</sub>君どうでしょうか、今の、今後、これからどうしていききたいかということ」をきくと、M<sub>A</sub>は「分らない、全然今は」とこたえ、Yはさらに「意欲が出て来ないんですかM<sub>A</sub>さんは」とたまたみかけた。M<sub>A</sub>は「出てこないんです」とぶっきらぼうにこたえた。すると〔N<sub>G</sub>〕は「働くような段階に来てないんじゃないですか」と感想をいう。Yはその発言をとって「働くだけが目的ではないと思うんです。何でもいいと思うんです。いくら小さくても目的持つと変わってくるんじゃないですか。自分のことから考えるので、よくわからないんですけど」とM<sub>A</sub>に向っていった。そこで筆者は「意欲が出るのを待ってたんです駄目なんで、目的を持つことの方がだいじなんじゃないかと……」と反唱すると、Yはうなずき、「ええ、今迄目的が無かったから一日中家でブラブラしていたんです。でもジムに行ったらそれが自分にあっていた、そして意欲が出て来た、それが前進の第一歩になったと思うんです」とかえした。〔N<sub>G</sub>〕はこれを受けて「だんだんやっていくうちに意欲が出て来るのよね、最初目的を持って、倒れるかもしれない不安なんかあるかもしれないけど、その段階になれば希望が出てくると思う。私たち病気だから寝てばかり居る目が続くんだけど、それでもそこで駄目になっちゃいけないんですよね。」Y「でも無茶はいけない」〔N<sub>G</sub>〕「うん、無茶はいけない、山に行った時と同じで、戻るときには戻すために、なんでもやらなければいけないのよね」Y「そうです。でもただ寝てばかり居ちゃ廃人になってしまいますね」といった。

ここでO<sub>弟</sub>が「でも寝ることもだいじではないですか」といったので筆者は「〔N<sub>G</sub>〕さんやY君の言うのは、何か逃げこんでいちゃ駄目だという意味ですね」と解説した。するとYは「ええ、本当に苦しいんですよね。悩んじゃうのです。わかんないですよ、この苦しみ。でもそこで止っていたんじゃないんですよね。……（中略）……皆さんは将来どうするつもりなんですか、考えているんですか、それとも考えていないんですか、参考までにきかせてもらいたいです」（沈黙30秒）筆者が「皆さん、どうでしょう」と促すと、Yは「ちょっと考えてしまうんですけど、デイ・センターに何しに来ているんですか、ちょっと意欲がないと思うんですね、バリバリやった方がいいと思うんですけど。自分の思っていることをやった方がいい。それがだいじだと思うんですけど。何か同好会のようなものを作ったらいいと思うんですけど」とたたみかけた。筆者が「自分のしたいと思うものを2、3人でもいいから集って同好の会を作る……」とかえすと、FとO<sub>弟</sub>が「同好会ってなんですか」ときいた。すると2、3の者から説明があったがまたYが会話の主導権を取って「デイの人は何か少し弱みみたいですよ、応援団でも作って、少し大きな声出せば気分がパーッとすると思うんです」筆者「何かデイ・センターに来ている人

は、こう何か小さくちぢこまっている感じ……」 Y「ちぢこまっていると言っはおかしいけど、何かやる気がないみたいですね」筆者「いろいろな理由でやれないということもあると思う。失敗を恐れるとか、笑われるのではないかとか」すると〔N<sub>G</sub>〕は「私はまだそこまでは行ってないと思う。一生懸命やろうという面が出て来ないの」といった。 Yが「疲れるんですか」ときくと〔N<sub>G</sub>〕は「ええ」とうなずいた。 Y「僕も疲れる」筆者「そういう時はどうしますか」 Y「寝ます。仕方がないから。でもなるべく寝ないようにしているんだけど」と答えた。するとM<sub>A</sub>は「そういう時は寝ないで、うつ伏せになっていた方がいい」と同情的な発言をした。すると〔N<sub>G</sub>〕は「私が前に居た病院では院長先生が日中は絶対眠らせてくれなかった」と自分の体験でM<sub>A</sub>に合わせた。 Yはこれに対して「でも疲れてしまうと、いったいどうなっちゃうのかと思ってしまう。」と自分の気持を表現した。しかしその後すぐ続けて「だけどそういう時何か、たとえば運動したりするとなおってしまうから、きっと精神的なものなんです」とまたいつものやや表面的な結論に戻ってしまった。

筆者はここでこうしたやりとりを全く他人ごとのように、聞き流しているような様子のO<sub>弟</sub>に「O<sub>弟</sub>君はあまり疲れるということはないのですか」ときいた。するとO<sub>弟</sub>はいともアッサリと「別にそういうことはないです」とこたえた。筆者「疲れないようにする上手な方法あるんですか」 O<sub>弟</sub>「別にそういうことないです。昼間は寝ないことにしているんです」と身をかわすような返事。 Yはしきりに運動をすることをすすめたが、これに対してM<sub>A</sub>は「僕は駄目です。薬のんでるから」というと、今度はO<sub>弟</sub>がのってきて「軽い運動ならいいんじゃないですか」ときいた。するとFもこれに入ってきて「僕も運動した方がいいと思う。少しはやって身体を慣らした方がいいんだ」といった。ここでまた Yが散歩でもなんでもやった方がいいと、M<sub>A</sub>に暗に要求するような言い方をしたので筆者はM<sub>A</sub>に「M<sub>A</sub>君はあまり Y君に賛成できないよだけ」ときくと、M<sub>A</sub>は「そうですね、賛成できないですね」と同意した。それに合わせてM<sub>O</sub>も「運動の苦手な人がいるんじゃないですか」といささか防衛的な発言をする

Yはここで再び何でもいいからやった方がいいとやや自分の考えに固執した発言を繰返し、そのあとM<sub>A</sub>に「M<sub>A</sub>さんは医者に薬をのんでるから疲れるからやらない方がいいといわれたんですか」と切りこんだ。 M<sub>A</sub>が答えに窮していると Yはさらに「病気は身体じゃなくて神経なんでしょう」と質問した。 M<sub>A</sub>は少々ムカッとした表情で「神経もだが身体もです」といい、 Yはそれでも何か納得のいかぬ表情であったが、この問題のケリがようやくついたようである。

Fはここで運動のできないものは何をやったらいいのかと素直に Yにきいた。すると Yは「暇があったら何でもいい、とにかく目的をもてばいいんです」と同じ繰返しになる。筆者はここで介入して「 Y君は何か皆に目的を持つことを希望するようないい方だが半面、自分に言いきかせている、そんな気持で言っているのですか」と Yの気持をきく。 Yはそれには答えず、「やって損じゃないと思うんですね、目的持って損だなんてそんな馬鹿なことない。一歩ずつ小さいことから前進したら、そのうち大きくなり、ちゃんと生活していけるようになると思う。身体さえあれば、何でも出来ると思うんです。精神的に弱くてはどうにもならないんですね。でも世の中に出るとやっぱり弱いですね」とまたやや観念的。これに対して〔N<sub>G</sub>〕が「仕事は掃除なんかから始めていいのかしら」というと Yは「そんなことは無理にやらなくてもいいと思うんです。むしろ気晴しになればいいんですよ。釣りなんかもいいんじゃないですか」といっ

て〔N<sub>G</sub>〕が無理して焦るのをおさえるような発言をした。〔N<sub>G</sub>〕はそれをうけて自分がかつて釣りに行った話や、ニジマスの料理法など連想を發展させて、時間が来た。

今回は始め誰も発言しようとしてせず、沈黙がちであったが、しばらくしてからYを中心に話しあいが進められた。O<sub>第</sub>、M<sub>A</sub>、F、M<sub>O</sub>等、男性メンバーは話題についていったようだが、女性メンバーは、発言者は専ら〔N<sub>G</sub>〕に限られていた。

### 自我統合性

コミュニケーションがつきかけている。しかしすべての話しあいはYの強引な、極めて自己中心的で、集団全体の関心には全く配慮のできない進め方でなされた。そしてこれに対してメンバーの反発は多分にありながら、自分の中に閉じこもっている〔N<sub>K</sub>〕や、関心がないと全く入ろうとしない〔K〕や〔S〕、また入る能力のない〔M〕などが、全くこの話しあいに参加できていない。

しかしYの持ち出したテーマは各メンバーにひとつひとつ覚えがあることであるし、それを考えていかなければならない状況にあることは認知できているようであるが、どうやって自分の中でまとめ、そしてそこから他者の働きかけ（発言）に応答したらよいか分らないという状態がことに男子メンバーによって表現された。女性の上述の無関心と併せて評定して自我統合性は1とする。

### 個人的構成概念

グループの中で主導権をとったYは、自分の不安を卒直に表現することができている。「やっぱり病氣」だが「何か目的を持ちたい」そうしないと不安な気持ちを、それなりに自分の中で体験できている。M<sub>A</sub>に対して相当ズケズケと質問し、納得が行くまでそれに固執する傾向が顕着にみられたが、中途半端に引込めたり、内攻させたりせず、またこれに対するM<sub>A</sub>も卒直で筆者の援助もあったがYに対する否定的な気持ちを表現することができている。M<sub>A</sub>が「あまりYに賛成できない」ことをいうと普段あまり発言しないM<sub>O</sub>も自己の立場を自ら弁護するようなことが言えている。発言したものは各々の参加のしかたでいちおう自分の感情を体験している。十分ではないが、前の記録に比べて個人的構成概念は「かたい」と「緩い」とに分ければ、「緩」んできているといえよう。Yの参加による影響は見逃せない。

### 集団同一性

Yを中心とする男性メンバーが、話しあいを進め、女性メンバーでは〔N<sub>G</sub>〕だけがわずかに参加してただけである。前に記載した記録においては〔E〕の指導的役割により、万遍なくメンバーが発言したが、〔E〕がいささか自分にだけしか通用しないテーマとテンポで進めた為にバラバラになった。今回は〔E〕は欠席していたため、強制的に発言順序をまわすといったかたちはとられなかった。その代り内容は深まったようであるが、女性メンバーの参加が得られず、またYの独走の事実も否定できない。

今回はこのグループの中で、Yにひきずられるか、または全く話しあいにのらないという傾向が顕著で、集団としてのまとまりはなかったといわなければならない。従って集団同一性は

1である。

#### 4.要 約

筆者はできるだけ参加者の自発性に俟つかたで、話しあいのグループを担当してきた経験から、行動科学的な観点に立つ集団のあり方を測定する方法論的試論を企てた。

そこで自我統合性、個人的構成概念および集団同一性の三つの概念的枠組を組み合わせ、仮設的段階尺度を作った。

これら三つの概念的枠組は、もともと個人に対して別々に適用されるものであるが、これの総和という形で、集団の状態を測定することができる考えた。

さらにこの三つのものの組み合わせが8個できるわけであるが、経験的に自我統合性を軸に、全体の段階尺度を構成し、実際の集団の話しあい状況を当てはめてみようとした。

ここには昭和43年度初期の話しあいのセッションと後期の一つのセッションを素材とし、第Ⅰ段階と第Ⅲ段階の実際例として検討し、集団のあり方を如何に測定するかの方法論的接近を試みたのである。

#### 考 察 と し て

次に話しあいの集団についての研究から考察してみよう。

行動科学的な観点から集団のその時のあり方を測定する段階尺度を作り、今回は第Ⅰ段階と第Ⅲ段階の集団の在り方を測定する方法論的接近を試みた。

残された問題は、1、本仮設の実証的研究として、参加観察法もしくはビデオ観察による統制群との比較においての測定を重ねること。2、さらに本段階尺度によって測定した集団の在り方と、個人の適応との間に1対1の対応があるかどうかを実証していくことの二つである。

2については筆者のいちおうの推論では、低い段階、第Ⅰ、Ⅱ段階では不適応と、高い段階第Ⅶ、Ⅷ段階では適応との対応があるが、第Ⅲ乃至第Ⅵ段階では、この対応が見られない。

したがって集団としてのいちおうの良質のまとまりがあっても、必ずしも適応の状態とはいえない個人が含まれる場合がある。また逆に適応困難の状態にある個人も、適切なリーダーシップとレール敷設があれば、よい集団を作る可能性もあることが示唆される。

デイ・ケア・センターの研究に御指導・御協力を頂いた高臣武史優生部長、斉藤和子、田頭寿子、鈴木浩二、高橋徹、大輝宏子、高橋華王、宮坂玲子、田中徳子、孤嶋圭子、および国立国府台病院精神科の諸先生方に感謝いたします。

## 文 献

- (1) Dzhagrov, M.A. : Experience in organizing a day hospital for mental patients (is Russian). Neuvopathologias:Psikhiatria (neuropathy and Psychiatuy) 1937. 6.
- (2) Farndale, J : The day Hospital, Movement in Great Britain. Pergamon Press, 1961
- (3) Cameron, D.E., : The day hospital. Modern hospitals, 1947. 69, 60- 62.
- (4) Bierer J : Day hospitals :further developement.
- (5) American psychiatric Association, proc. 1958. Day Hospital Conference. Washington. D.C. APA 1958.
- (6) Kramer. B.M. Day Hospital. Grune and Stratton, 1962.
- (7) Jack F. Wilder: A Two-Year Follow-up Evaluation of Acute Psychotic Patients treated in a day hospital. Ame J. Psychiat; 1966 April 1095-1101
- (8) Richard M: Special Clinical Problems in Day Hospitalization AME. J. Psychiatry Jan 1967.
- (9) 「昼間通所治療 Day Care に関する研究」病院精神医学12集
- (10) デイ・ケアセンターに関する研究—デイ・ケアの効用と限界—: 病院精神医学 第14集
- (11) 加藤正明: 精神障害における「事例性」精神医学 Vol 8, No.7, 1966.
- (12) Richard Sanders: Chronic Psychoses & Recovery Jossey-Bass Inc, Publishers 1967.
- (13) 三浦岱栄・加藤正明他: 精神障害者に対する認識および治療的態度に関する研究精神医学Vol 5, No.12. 1963.



# 双生児の人格発達の研究 その2

柏市及び杉並区における双生児学童調査について

優 生 部      池 田 由 子  
                 中 古 知 子\*  
                 中 川      幸\*\*

## 1. はじめに

双生児の発達を論ずるときは、ふつう一卵性双生児と二卵性双生児を比較することが多いが、児童精神衛生の立場からいうと、特殊な施設機関で抱えられたのでなく一般の双生児がその地域の児童全体の中にどの位の割合で生存し、どのような状態でどのような取扱をうけているか、どのように発達しつゝあるかの生態を知る必要がある。しかし、一定地区における一定の年齢の全双生児の実態を把握することは、わが国ではなかなか困難である。註(1)

1967年にわれわれは第2次双生児研究計画をはじめ、幸い市川及び野田保健所の協力を得て二つの市の乳幼児期の全双生児の実態を把握しようと試みたが、同じ年に柏市ならびに杉並区の教育委員会、校長会の協力により両地区における学童期双生児の調査を行うことができた。

その結果をまとめてここに報告する。

## 2. 調査地域について

調査地域のうち、柏市は千葉県の西北部に位し、都市化の速度のすみやかな定型的なベツト

---

註1) 双生児研究のためには計画的に注意深く収集された多数例の統計的観察が望ましいが、実際にはなかなか難しい。北欧のように全双生児が登録されていれば、精神障害の発生について論ずるときも、資料の偏りという問題は少くなる。米国でも州によって男子双生児は徴兵登録のときに卵性診断を行っているという。Shieldsが英国でテレビを通じて呼かけて異環境双生児の調査を大規模に行ったときも、テレビを見る機会が女性が多いせいもあって女性が多く、一方男性、若年者、ロンドンから遠距離にあるものは少数になってしまったという。わが国では1948年以來出産届と死産届に双胎か否かを書きこむようになったので一定地域の出産届から双生児を把握することが出来るが、農村部などのように人口の動きの少ない地区はともかく都会にあっては人口移動がはげしく多くのものが流出し、一方移入して来るものは3才児検診も義務的なものではないから抱えにくく、学令期に至って把握するということになる。しかし、それも地方にあっては双生児への偏見から調査を忌避されたり、都市にあっては人権擁護(?)という立場から調査が困難なことがある。双生児相談室を訪れ、あるいは双生児母親グループに加わるものは、そこに選択的な因子が働いていることが多い。双生児研究のための学校に入学を志望する双生児でなく、ごく一般的な健康双生児の実態について知り、その両親、関係者に適切なガイダンスを与えることが必要ではないかと思われる。

On the investigation of twin children in primary schools in Kashiwa City and Suganami-Ward, Tokyo

Yoshiko Ikeda, M. D. Division of Eugenics

Tomoko Chuko

Kou Nakagawa

\* 双生児研究協力者、日本大学、心理学

\*\* 双生児研究協力者、ケースワーク



タウンの一つである。市制以来14年で、1956年及び1964年に公団住宅が建設されて以来人口が急速にふえ、現在市発足時の人口の4倍となっている。調査時には人口124,604人、人口増加率は全国第8位であった。一世帯平均人員は3.8人である。市民1人当たり平均年間所得は、千葉県平均よりは上であるが、全国平均よりやや落ちるという。

柏市の特徴は、一部になお農業地区が残っており、専業農家2,607戸、6,721人が農業に従事していることである。このような専業あるいは兼業農業地区では高校への進学率が著しく低い。同じ市であってもその地域により義務教育以上進む進学率の差異が著しく、最高91.47%から最低55.83%と大きく開いていることが注目をひく。また柏市学童の身長、体重、胸囲をみると、学年によりまた学校により多少差はあるが、全体的には千葉県平均、全国平均にほぼ等しい結果が認められる。

一方杉並区は東京都の西郊に位置する住宅地域であり、古くから中級住宅地として開けていた。終戦直後は人口増加率が著しかったが、最近では地価暴騰のため増加率は鈍化、むしろ減少の傾向さえある。1967年度人口523,067人、一世帯平均人員は3.2人で明らかに核家族の像である。区民1人当たり平均収入は都内でも上位で、勿論全国平均より高い。進学率は言うまでもなく高い。学童の身長、体重、胸囲は都平均、全国平均を各学年とも上まわっている。

### 3. 調査方法と双生児数

柏市公立小学校11校に対し、われわれの作製した双生児学童調査表を送付した。10校から回答を得たが、その後疑問のある場合は再び調査を行った。学童双生児の数は次の表1に示す通りで、学童総数8,918人(男児4,445人、女児4,473人)中17組の双生児がいた。つまり学童数525

表1. 柏市の学童双生児数

| 学 校 名  | 全校生徒数  | 男 生 徒 数 | 女 生 徒 数 | 双生児組数 |
|--------|--------|---------|---------|-------|
| 柏市立第一  | 1,890人 | 937人    | 953人    | 3組    |
| 第二     | 651人   | 321人    | 330人    | 1組    |
| 第四     | 464人   | 235人    | 229人    | 1組    |
| 第五     | 885人   | 444人    | 441人    | 0組    |
| 第六     | 1,100人 | 558人    | 542人    | 2組    |
| 田中北    | 281人   | 146人    | 135人    | 1組    |
| 田中     | 504人   | 254人    | 250人    | 1組    |
| 光ヶ丘    | 1,682人 | 838人    | 844人    | 4組    |
| 富勢     | 731人   | 358人    | 373人    | 2組    |
| 土      | 730人   | 354人    | 376人    | 2組    |
| 合計 10校 | 8,918人 | 4,445人  | 4,473人  | 17組   |

人当り1組の双生児がいることになる。その内訳は男男5組、女女9組、男女3組である。学年別の分布は表3に示すとおりである。このような双生児の比率は双生児を比較的稀な特殊な存在とするのではないと思われる。

杉並区の方は公立小学校が41校あり、28校から回答を得た。その概要ならびに学年別分布は表2、表4に示すとおりである。

すなわち学童数20,493人(男児10,678人、女児9,788人)中双生児は88組であり、学童232人当り1組の双生児がいることになる。すなわち、学童数に対する双生児の頻度は杉並区の方が柏市より高いのである。その内訳は男男38組、女女36組、男女14組である。杉並区のうち1組(2年生男児)は施設収容児であるが、柏市、杉並区とも他の双生児はすべて家庭児であった。施設にいるこの双生児は施設双生児調査の一環として個人面接、テストを別個に行った。なお、主な保育者は柏市ではすべて実母であるが、杉並区では共働きであるため祖母がもっぱら保育を担当しているものが3組、継母が2組あった。

表2. 杉並区の学童双生児数

| 学 校 名 | 全 校 生 数 | 男 生 徒 数 | 女 生 徒 数 | 双 生 児 数 | 学 校 名  | 全 校 生 数 | 男 生 徒 数 | 女 生 徒 数 | 双 生 児 数 |
|-------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|
| 杉並第一  | 636人    | 311人    | 325人    | 3組      | 四 宮    | 708人    | 379人    | 329人    | 3組      |
| 第三    | 651人    | 343人    | 308人    | 1組      | 神 泉    | 668人    | 373人    | 296人    | 4組      |
| 第四    | 657人    | 352人    | 305人    | 2組      | 松 庵    | 608人    | 331人    | 277人    | 2組      |
| 第五    | 794人    | 400人    | 394人    | 2組      | 東 田    | 595人    | 294人    | 301人    | 7組      |
| 第六    | 709人    | 408人    | 301人    | 1組      | 済 美    | 517人    | 257人    | 260人    | 1組      |
| 第七    | 517人    | 268人    | 249人    | 0組      | 大 宮    | 738人    | 364人    | 374人    | 3組      |
| 第九    | 859人    | 433人    | 426人    | 3組      | 堀之内    | 820人    | 424人    | 369人    | 5組      |
| 第十    | 518人    | 256人    | 262人    | 2組      | 方 南    | 959人    | 464人    | 495人    | 5組      |
| 高井戸   | 1,182人  | 618人    | 564人    | 5組      | 富士見丘   | 1,014人  | 563人    | 451人    | 2組      |
| 高井戸第二 | 1,279人  | 692人    | 587人    | 6組      | 松ノ木    | 715人    | 354人    | 361人    | 6組      |
| 第三    | 1,031人  | 542人    | 489人    | 4組      | 永 福    | 687人    | 360人    | 327人    | 2組      |
| 第四    | 559人    | 293人    | 266人    | 2組      | 井 荻    | 547人    | 297人    | 250人    | 2組      |
| 桃井第一  | 826人    | 430人    | 396人    | 4組      | 苜 掛    | 845人    | 423人    | 422人    | 3組      |
| 第二    | 803人    | 473人    | 330人    | 2組      | 和 泉    | 719人    | 349人    | 370人    | 6組      |
|       |         |         |         |         | 合 計28校 | 20,493人 | 10,678人 | 9,788人  | 88組     |

表3. 柏市の学年別組数

| 学 年 | 男 男 | 女 女 | 男 女 | 合 計  |
|-----|-----|-----|-----|------|
| 1 年 | 0 組 | 0 組 | 1 組 | 1 組  |
| 2 年 | 0 組 | 5 組 | 0 組 | 5 組  |
| 3 年 | 2 組 | 0 組 | 0 組 | 2 組  |
| 4 年 | 1 組 | 2 組 | 1 組 | 4 組  |
| 5 年 | 1 組 | 0 組 | 1 組 | 2 組  |
| 6 年 | 1 組 | 2 組 | 0 組 | 3 組  |
| 合 計 | 5 組 | 9 組 | 3 組 | 17 組 |

表4. 杉並区の学年別組数

| 学 年 | 男 男  | 女 女  | 男 女  | 合 計   |
|-----|------|------|------|-------|
| 1 年 | 8 組  | 6 組  | 2 組  | 16 組  |
| 2 年 | 5 組  | 9 組  | 1.5組 | 15.5組 |
| 3 年 | 9 組  | 7 組  | 3.5組 | 19.5組 |
| 4 年 | 6 組  | 6 組  | 2 組  | 14 組  |
| 5 年 | 4 組  | 4 組  | 4 組  | 12 組  |
| 6 年 | 6 組  | 4 組  | 1 組  | 11 組  |
| 合 計 | 38 組 | 36 組 | 14 組 | 88 組  |

註(2)

註(2) これは1組の中1人が2年に他が3年に在学しているためである

#### 4. 双生児の学業成績について

これらの双生児の学業成績については、大まかに上、中、下の三段階に分けて担任教師の評価を求めた。知能検査を行ってある場合は、検査の種類、I.Q. S.D.なども記入を求めたが、行なわれた検査がまちまちであること、下級生で施行していない場合もあることなどから参考にとどめる程度で省略した。

これら双生児の学業成績を見ると柏市と杉並区で差異が認められる。先づ柏市の双生児では成績が上と評価されたものが1名もないのに対し、杉並区では成績上に属するものが29名、17%もあることである。また杉並区では男児より女児の方が上の部に分類評価されることが多い。なお杉並区で不明3組とあるのは、1年生で評価していないという回答のあったものである。

表5. 柏市の双生児学業成績

| 成績 | 男   | 女   | 合計       |
|----|-----|-----|----------|
| 上  | 0人  | 0人  | 0人(0%)   |
| 中  | 10人 | 13人 | 23人(68%) |
| 下  | 3人  | 8人  | 11人(32%) |
| 合計 | 13人 | 21人 | 34人      |

表6. 杉並区の双生児学業成績

| 成績 | 男   | 女   | 合計        |
|----|-----|-----|-----------|
| 上  | 7人  | 22人 | 29人(17%)  |
| 中  | 59人 | 48人 | 107人(63%) |
| 下  | 19人 | 15人 | 34人(20%)  |
| 合計 | 85人 | 85人 | 170人 註(3) |

註(3) 不明3組(6人)

次に双生児を高学年(4~6年)と低学年(1~3年)の2群に分けて成績を見ると図表7及び8のようになり、柏市では男女合計では低学年と高学年で差はないが、男児は高学年では下と評価されるものがないのに対し、女児は下と評価されるものが多くなっている。

杉並区では男女合計で高学年の方が低学年よりややよい。男と女の差はなく、男も女もそれぞれ高学年の方が低学年より成績がよく、高学年の方が下と評価されるものが少なくなっている。杉並区では各学年を通じて認められるのは双生児女児の方が双生児男児より成績のよいことである。個人別の評価をみても女児の中には成績優秀でクラスのリーダーになっているものの数が男児より多い。

表7. 柏市双生児低学年と高学年の比較

| 低 学 年 (1~3年) |    |     |          | 高 学 年 (4~6年) |     |          |
|--------------|----|-----|----------|--------------|-----|----------|
| 成績           | 男  | 女   | 合計       | 男            | 女   | 合計       |
| 上            | 0人 | 0人  | 0人       | 0人           | 0人  | 0人       |
| 中            | 2人 | 9人  | 11人(69%) | 8人           | 4人  | 12人(67%) |
| 下            | 3人 | 2人  | 5人(31%)  | 0人           | 6人  | 6人(33%)  |
| 合計           | 5人 | 11人 | 16人      | 8人           | 10人 | 18人      |

表8. 杉並区双生児低学年と高学年の比較

| 低 学 年 (1～3年) |     |     |           | 高 学 年 (4～6年) |     |           |
|--------------|-----|-----|-----------|--------------|-----|-----------|
| 成 績          | 男   | 女   | 合 計       | 男            | 女   | 合 計       |
| 上            | 3人  | 11人 | 14人 (14%) | 4人           | 11人 | 15人 (21%) |
| 中            | 31人 | 29人 | 60人 (61%) | 26人          | 21人 | 47人 (65%) |
| 下            | 15人 | 9人  | 24人 (25%) | 6人           | 4人  | 10人 (14%) |
| 合 計          | 49人 | 49人 | 98人       | 36人          | 36人 | 72人       |

次に双生児のおのおのの成績が同じrankに評価されているかどうかを見ると結果は、次の表9及び10に示すようになる。これらの双生児については類似度を3段階に分けて担任教師に評価を求めているが、厳密な卵性診断はしていないので、一応一卵性であるか、二卵性であるかの別は考慮に入れないでいく。

柏市では17組中14組 (82%) が同じrankにあり、rankの異なる「中と下」に評価されたのは3組である。杉並区では85組中73組 (86%) が同じrankに評価されており、rankの異なるものは13組、ことに「上と下」というように差の著しいものは1組に過ぎない。すなわち両地区とも双生児は全般的な成績の評価では同じ範疇に入っていることが多い。

表9. 柏市双生児相互の比較

| 成 績 が 同 じ 組 数 |    |    |    |           | 成 績 が 異 る 組 数 |    |    |    |          |
|---------------|----|----|----|-----------|---------------|----|----|----|----------|
| 成 績           | 男男 | 女女 | 男女 | 合 計       | 成 績           | 男男 | 女女 | 男女 | 合 計      |
| 上             | 0組 | 0組 | 0組 | 0組        | 上と中           | 0組 | 0組 | 0組 | 0組       |
| 中             | 3組 | 5組 | 2組 | 10組       | 中と下           | 1組 | 1組 | 1組 | 3組       |
| 下             | 1組 | 3組 | 0組 | 4組        | 上と下           | 0組 | 0組 | 0組 | 0組       |
| 合 計           | 4組 | 8組 | 2組 | 14組 (82%) | 合 計           | 1組 | 1組 | 1組 | 3組 (18%) |

表10. 杉並区双生児相互の比較

| 成 績 が 同 じ 組 数 |     |     |    |           | 成 績 が 異 る 組 数 |    |    |    |           |
|---------------|-----|-----|----|-----------|---------------|----|----|----|-----------|
| 成 績           | 男男  | 女女  | 男女 | 合 計       | 成 績           | 男男 | 女女 | 男女 | 合 計       |
| 上             | 2組  | 9組  | 1組 | 12組       | 上と中           | 2組 | 0組 | 2組 | 4組        |
| 中             | 21組 | 20組 | 7組 | 48組       | 中と下           | 4組 | 1組 | 2組 | 7組        |
| 下             | 7組  | 5組  | 1組 | 13組       | 上と下           | 0組 | 1組 | 0組 | 1組        |
| 合 計           | 30組 | 34組 | 9組 | 73組 (86%) | 合 計           | 6組 | 2組 | 4組 | 12組 (14%) |

同性の双生児の中では女児双生児の方が二人とも同じrankに入っていることが多い。また双生児が同級になっている場合と、異なる級に入っている場合を比較してみると、明らかな差異は

認められない。低学年と高学年の比較もはっきりした差異はない。

次に第一子と第二子を比較してみよう。第2子は第一子より出生時体重が少なく、骨盤位であったり、出産時仮死状態になることが多い。しかし、学業成績の評価では表11と表12に示すように第二子が第一子より劣るということは杉並区ではみられなかった。

表11. 柏市第1子と第2子の比較

| 成績 \ 序列 | 第一子 | 第二子 |
|---------|-----|-----|
| 上       | 0   | 0   |
| 中       | 13  | 10  |
| 下       | 4   | 7   |
| 計       | 17  | 17  |

表12. 杉並区第1子と第2子の比較

| 成績 \ 序列 | 第一子 | 第二子 |
|---------|-----|-----|
| 上       | 14  | 15  |
| 中       | 53  | 52  |
| 下       | 18  | 18  |
| 計       | 85  | 85  |

## 5. 取扱いに困難な問題をもつ双生児について

学級で取扱う上に困難な問題があると評価された双生児は、柏市では双生児の双方とも問題ありと判定されたものが計5組10人(29%)であった。その内訳は男男2組、女女2組、男女1組で、学年別にみると1年1組、2年1組、3年1組、4年2組である。双生児の片方のみが問題があるものはない。

杉並区では問題ありとされた双生児の内訳を見ると次のようになる。双方とも問題ありとされた者は20組計40人(男男10組、女女10組、異性双生児なし)である。学年別にみると1年5組、2年5組、3年5組、4年4組、5年1組で下級生に多い。20組中14組が同クラスに在学中である。成績をみると、成績上のもの1人、中のもの18人、下のもの21人で、必ずしも不良な成績のものとは限らない。また現在特殊学級に入っているものはないが、精神薄弱を疑われて検査中のものが1組いる。身体の問題(たとえば視力、色覚障害、耳鼻咽喉系障害、痙攣性疾患など)と行動上の問題をあわせもっているものは5組で、いずれも成績下の部に入っている。その他の双生児で身体的な問題をもっているものは15人(心臓弁膜症1人、小児喘息3人、色盲、色弱8人、アレルギー性体質1人、身体虚弱2人など)いるが、これらの児童は学級指導上に問題ありとはされていない。

問題の性質を大きく分けてみると、広い意味で内向的、あるいは神経質傾向に関係ある問題をもつもの(内気、無口、緘黙、泣きやすい、感受性が強すぎる、過度に依存的、非社交性など)9組、外向的なもの(落着きなし、気分が変り易い、乱暴、反抗、弱いものいじめ、おしゃべり、学業集中困難、けんか早い、忘れものが多いなど)6組、何らかの発育遅滞に関係あるもの(さまざまな言語障害や運動障害など)5組である。

また片方だけが問題ありとされたものは9人で、学年別に1年1人、2年2人、3年3人、

4年、5年、6年各1人である。性別では男男双生児の中1人だけ問題あるもの4人、女女双生児のうち1人だけ問題あるもの2人、異性双生児のうち問題ありとされたのは3人で全部男児である。9人中8人は別クラスに、1人は同クラスにいる。内向的、神経質的な問題は2人、外向的な問題は4人、さまざまな発育のおくれによると思われるもの3人である。身体的故障を併せもつものは1人である。この中には前述の施設児1組の一方もふくめられる。いろいろな種類の言語障害や遅滞をもつものは双生児全部のうち7人いる。

双生児の双方に問題ありとされたもので、「双生児であること」と明らかに関係があると思われるものは4組（男男2組、女女2組）で、1年3組、2年1組という低学年のものばかりでいずれも同クラスである。問題は「二人だけで話していて他の子と口をきかない、あるいは集団の中で遊べない、姉が妹の世話をやき、妹は姉にたよってばかりいる、双生児であることを恥しがり引込み思案である」などである。かれらはいずれも成績は下に属している。また、問題ありとはされていないが、女児で同クラスに在学中だが、家庭では妹である一方のみが家族にかわいがられ、その児童はクラスでも安定して人気があるが、姉はそのことをたえず意識して、競争心が強いという1組があった。

一方柏市で問題をもつ双生児は前述のごとく5組10人であったが、神経質の問題と分類されているものは全くなく、すべて外向的なもの、あるいは発育のおくれに関係するもので、「落着きなし、注意集中困難、身のまわりの世話が出来ない、忘れものが多い、告げ口が多い、多弁」などで行動上問題ありとされているものと耳鼻咽喉系障害を共にもつものが4人いた。

## 6. 双生児に対する取扱いについて

われわれの双生児相談室に両親から寄せられる質問のうちもっとも多い質問の一つは、「幼稚園や小学校に入るとき双生児を同クラスにすべきか？別のクラスにすべきか？」、中学校以上では「同じ学校にすべきかどうか？」という種類のものである。われわれの経験では学校側に一定の方針のある場合と（たとえば双生児は必ず別のクラスにするとか、低学年時は同クラスにするなど）、学校側に一定の方針がなく父兄の希望により処理する場合の二つがあるようである。

父兄側としては個人の独立を重んじ、過度の相互依存を避ける、あるいは一方に能力差による劣等感を生じさせたくないという見地から別クラスを望む場合と、同じ教師からの同じ好ましい教育的影響を受けさせたいとか、予習復習に都合がよいとか、PTAなどの会合に一度だけ出ればよいというようなさまざまな理由で同クラスを望む場合とがある。勿論、学年がすすむと双生児自身からどうしても別クラスになりたいという希望が出てくる場合もある。とくに二卵性や異性双生児の場合に著明に認められる。

私どもが過去十数年観察した第一回双生児集団約20組の中でも双方で嫌悪しながらも祖父母の方針で小学校、中学校を通じ9年間同クラスという極端な例もあった。

今回の調査において副次的なものではあるが、双生児がどのように取扱われているかをみると、柏市と杉並区の結果は次のようであった。すなわち柏市においては、双生児17組のうち14

組（82%）が別のクラスであった。杉並区では88組のうち39組（44%）が別のクラスで、49組は同クラスであった。低学年の方を同クラスにしていることが多いというのではなく、高学年でも相当同クラスのものがあった。

## 7. 考察及び討論

今回の学童調査は第1次のもので、地域も調査項目も限られ、個々の双生児についての詳しい面接も出来なかったが、われわれ双生児相談に関与する者にとってはいくつかの興味ある結果を得たのでその主なものについて考察を加えたい。

（1）双生児が小学校学童の中に現在どの位いるかという比率は、われわれの調査した限りでは柏市学童では525人につき1人、杉並区学童では232人につき1組となった。この比率は双生児をなお比較的稀な特殊な存在としていると思われる。双生児の出産頻度は従来出産145回につき1回などいろいろにいわれているが、井上らが1949年～1953年に札幌中央保健所、東京都中野保健所、神戸市灘保健所3ヶ所の管内で行った出産届による調査では出産頻度は0.47%、出産+死産0.61%という結果が出ている。出産の場合だけとると211回の分娩につき1回となる。

柏市と杉並区で得た数字はこの率より低い杉並区はこれに比較的近い。但し柏市ではこの率はずっと低くなる。われわれの場合対象学童が6才～12才であることから、出生後学令期までに一方が死亡したもの、双方が死亡したもの、一方が養子に行ったもの、また就学延期や免除になったものが除かれている。しかし、柏市の方が何故杉並区より双生児の頻度が低いかという理由ははっきりしない。農村地区では双生児のように胎生期や出生時の条件にハンディキャップのあるものは、出生時あるいは乳幼児期の死亡率が高いのではないかということしか推測出来ない。戦前であれば偏見から双生児の一方が養子に出されるということも考えられるが、戦後はそのような社会的慣習が理由になることは考えられない。またその学年によって双生児の組数が異なることの説明もむづかしい。たとえば柏市の小学校1年全体で双生児は1組だが、2年生は5組いてすべて女児である。杉並区でも小学校3年は19.5組でその数をもっとも大きい。このようにその年令によって双生児の組数に多少のあることは、出産届と死産届によって野田市（人口約6万）を調査したときにも見出された。野田市は人口移動のきわめて少い人口の安定した地区であるが、年令により双生児の全体数、男女の比率が著しく異なる。柏市も人口12万であるからこのように比較的範囲の狭い地区では双生児の数の偏りが見られるのかもしれない。

（2）次に双生児の学業成績の問題である。双生児相談室を訪れる母親の中には「双生児は昔から頭がよいといわれている」とか、「2人でやっと完全なのだから、頭が悪いはずだ」という俗信を信じている者も多い。双生児の学業成績の大まかな評価を見ると杉並区では上中下の分布がほぼ正規のひろがりを示しているのに対し、柏市では双生児の数が少ないが、学業成績は不良の傾向にある。

この差異の説明も推測になるが、地区別の乳幼児調査時に見られる差異と相通ずるのではないかと思う。元来双生児は単胎児より子宮内の生活において大きな障害をうけ、単胎児の標準からみると双生児は早産、未熟児として扱われる場合が多い。一般的に農村地区では都市に比較して乳幼児の精神身体発育の面で劣ることが多いが、とくに双生児のようにハンディキャップのある場合は、学令期までに単胎児に追いつけないのではないかと考えられる。われわれの行った乳幼児の双生児検査においては農村地区の双生児は、都市の双生児より体位、運動能力のみならず、ことばや社会的な生活習慣の面でおくれ、自己表現力も乏しくなかなかテストに乗りにくかった。このような場合、学童期、ことに低学年までは遅滞の影響を残すのではないかということが推測される。上出は双生児の調査において出生時体重の差の影響が身長において12才のときには認められなくなっていると述べているが、両地区とも高学年になると学業成績が上って来ることは、年令とともにこのような出生時条件の差の影響が少なくなってくるのではないかとも思われる。乳幼児死亡率の著明な減少はここ10年来のことであるから、現在乳児期の双生児が学令になるときは、地区による差異は少なくなっているのかもしれない。

学業成績には知能が大いに関係するが、知能以外のさまざまな因子も関与する。杉並区で、双生児女児の学業成績が男児より何故よいのか、また柏市では少数例であるが何故女児の方に高学年で成績不良のものが多くかという理由はよくわからない。これは双生児であろうが単胎児であろうが、共通に観察されることなのかもしれない。女児に対する期待が両地区では異なり、その地区における社会的、文化的な影響が反映されているのかもしれない。

(3) 双生児の学業成績の比較はふつう一卵性双生児を各教科の対差や知能指数の対差で見るという形をとる。わが国の研究として沢田らが東大附属中学に入学した双生児について逐年的变化を追ひ、I.Q.も教科の成績も次第に対差が大きくなったという結果を出している。

また、岩下は東大附属中学に入学を志願した双生児の小学校3年～6年の成績、及び中学に入学した生徒の中学での成績を卵性により比較した。一卵性と二卵性との対差は、一卵性では二卵性より低く、異性(男女)双生児と二卵性の比較では、二卵性の方が対差が低かった。一卵性同志の対差は普通児との1/4であった。この結果から岩下は成績はかなり遺伝に規定されるとした。また一卵性女児の対差は一卵性男児より低かった。彼はそこで日本の女子は男子より遺伝に規定されやすく、環境の影響をうける程度が少いと推論している。

われわれの場合は双生児の成績全体の比較であるが、両地区において80%以上が同じrankに入っていることは興味深い。ここには一卵性双生児も二卵性、異性双生児も入っているわけである。ことに同性同志でみると女児では2人が同じrankに入る例が男児より多い。また同性双生児と異性双生児に分けると同性の方が異性より同じrankに評価されることが多い。たとえば、杉並区で男男36組中30組、女女36組中34組、異性13組中9組が同じrankである。勿論成績全体の評価として同じ程度であっても、教科の得意、不得意は異なるであろうし、知能テストをすれば、一卵性と二卵性との差はより明らかになるかもしれない。

次に胎生時にその位置が悪く、出生後仮死になることが多く、出生時体重もより少いといわ



れる第2子を第1子と比較してみると、前述のように両者の間には両地区において学業成績に殆ど差異がなかった。これは幼児期の双生児の観察で感じていたことであったが、それが確かめられた。いづれにせよ、双生児のそれぞれの学業成績がほぼ同じ程度であることが多いという結果には、遺伝的条件や出生時条件以外の家庭的、社会的影響が十分考えられるし、双生児の養育に対して多くの母親のもつ不安を減少させるのに役立つと思う。

(4) 問題をもつ双生児については英国のShieldsの研究がある。彼はロンドン市内の中学校生徒中の62組の双生児124名のうち、よく適応している22名を除き102名に神経症的傾向もしくは行動上の支障を認めているが、ここには選択的因子が働いているように思われる。

われわれは取扱いに困難な問題の例としてのいろいろの項目を記しそれに準じて調査用紙に担任教師の記入を求めたが、記入者の尺度がいろいろなので、この点将来よりくわしい調査が必要であろう。低学年に比較的多いことから、学令期までつづいている一般的な心身の発育のおくれと関係あるようにもみえるが、これらの児童は学業成績は必ずしも不良ではない。

異性双生児のうち問題ありとされたのはすべて男児である。このことはわれわれがさきに二卵性双生児の問題として発表した双生児相談室の経験とも一致する。すなわち、異性にあっては男児の方が女児より家族から期待がかけられたり女児と比較されることにより、重圧感を感じることも多く、心身の発育からいってもわれわれの一般児童相談の統計によると、男児の方が年少時にはさまざまな神経質性習癖、言語障害、問題行動、身体疾患などを呈することが多いからである。

柏市と杉並区で問題の性質が異なり、杉並区により神経症的、内向的問題が多いことは、やはり社会文化的影響を考えるべきなのかもしれないし、知能の高い双生児が多いこととも関係があるのかもしれない。Shieldsの異環境双生児の研究でも、外向性・内向性は遺伝に規定されることが多く、神経症的傾向は環境の影響をより強くうけることが見出されている。このような意味で問題の性質を今後さらに探究してみたい。

(5) 双生児に対する取扱いの一つとして、双生児を学校で同クラスで取扱うか、別クラスで取扱うかという問題がある。われわれは経験的に別クラスの方が好ましいと考えていたので、柏市の双生児が80%以上別クラスにいるのに対して、杉並区で44%しか別クラスでないことを意外に感じたのである。同クラスにすることは学校側がある教育方針をもっているか、あるいは教育的実験の意味があるのか、父兄側の希望によるのかよくわからなかった。

双生児の学級編成に関する実験は東大附属中学で行われたことがある。先づ川城らは一卵性双生児12組を2分し、3年間学級を変えず性格の対差をみると、外向的学級にいる双生児は他方より多くの項目で外向的になり、内向的な学級にいるものは逆の方向になった。つまり、学級の雰囲気影響をうけていた。

次に一卵性双生児18組を同じ級に入れるグループと別の級に入れるグループに分離して、2年間観察後の中間報告を出しているが、別の級に入れた双生児同志が性格がある面ではより変

容したという。

また3日間の観察であるが、附属中学生徒の合宿のとき加わった双生児9組をいろいろのグループに入れて観察すると、双生児対偶者は同一グループにいと行動が同一化し、異ったグループに入っているとそれぞれがグループの雰囲気と同調するという水野らの報告もある。

われわれも将来この点を検討をしてみたいと思う。われわれが十数年前、双生児研究をはじめた当時は、医学的問題としては双生児の罹病率や死亡率が高く、社会的には双生児に対する偏見が強かった。双生児の家族は一般に大家族で、保育者は母及び父方祖母あるいは他の家族が分担し、双生児には9割以上が一方を兄姉、他方を弟妹の順位をつけていた。しかし、1967年度から開始した第2次双生児調査においては、いろいろの面で前回の調査との差異が見出された。先づ双生児の罹病率や死亡率がへり、発育がよくなった。社会的偏見ははるかに減少した。大部分の家族が核家族になり、保育者は母だけとなった。意識的には大多数の家族が「兄弟の順位をつけず同等に扱う」と答えている。

外国の文献には双生児の問題として相互の過度の依存、分離不安、二人きりでのみ過すための言語のおくれ、自我発達の障害や性同一性の混乱などが記されていることが多いが、われわれの第一次調査ではこのような問題は目立たず、むしろ兄弟の位置、序列をめぐる問題、母と祖母という家庭内で権力のちがう保育者の関係、異性双生児では男児と女児の役割期待の問題、社会的偏見の問題など双生児それ自身の緊張を伴う複雑な対人関係というよりも、むしろ双生児の周辺にかかわる問題が多かったのである。2人の中の愛着、依存、競争、嫉妬などは、多数の保育者や兄弟が存在して2人の中にたえず介入することにより、稀薄化されていたともいえる。

しかし、前述のように現在は核家族が多くなり、保育者が母1人となれば、2人の中に生ずる感情的な関係は、陽性の方向にせよ、陰性の方向にせよ、強い緊張を生じるようなものになることが予想される。このような意味からいえば双生児の問題は従来の日本の特徴を失って西欧のそれに近づきつつあるともいえよう。

児童精神衛生の立場からいえば、われわれは、このような問題を予防するために、2人のそれぞれの個性を生かし、社会的に独立させ、それぞれの体験を広くし、競争や比較の場面を少くする意味で双生児は幼稚園やごく低学年はともかくとして、別クラスで取扱う方が好ましいのではないかと考えている。

## 6. ま と め

以上われわれは1967年度に行った千葉県柏市及び東京都杉並区の学童双生児調査の結果について述べた。主なる結果は次のとおりである。(1)柏市では10校に合計17組、杉並区では28校に88組の双生児が在学しており、柏市は学童525人につき1組、杉並区は232人につき1組の頻度になった。(2)双生児の学業成績は柏市より杉並区の方がよく、両地区において男女の差があった。(3)両地区で約80%の双生児は学業成績が同じ程度に評価されていた。第1児と第2児は

学業成績の程度に差は少い。(4)問題をもつ双生児は柏市で5組、杉並区で双方問題をもつもの20組、一方のみ問題をもつもの9人あるが、問題の性質は両地区で多少異っていた。(5)柏市では双生児は別クラスに在級することが多いが、杉並区では同クラスにいるものが相当いる。

われわれは今後さらに各年齢段階の児童を対象とする各地区の調査を行い。また個人面接やテストも加えて、わが国における双生児の実態を把握したいと考えている。

(終りにのぞみこの調査に御協力下さった柏市及び杉並区教育委員会、校長会の諸先生と学級担任の先生方に厚くお礼を申し述べたい。とくにいろいろ御援助をいただいた柏市第一小学校渡辺直幹氏、杉並区教育委員会藤本一郎氏、東京都教育研究所小泉英二氏、渡辺静子氏に感謝の意をあらわしたい。)

### 参 考 文 献

- (1). 池田由子, 村手保子, 成田年重, 中川幸: 双生児に対する態度について, 第8回児童精神医学会抄録, 児童精神医学とその近接領域, 9巻1号, 1968.
- (2). 池田由子, 村手保子, 成田年重, 中川幸: 二卵性双生児の問題, 第8回児童精神医学会抄録, 児童精神医学とその近接領域, 9巻1号, 1968.
- (3). 井上英二, 松永英, 高木正孝: 日本におけるふたごの出産頻度の調査, 双生児の研究, 第2集, 日本学術振興会, 1956.
- (4). 岩下富蔵: 双生児における学業成績の対差について, 双生児の研究, 第2集, 日本学術振興会, 1956.
- (5). 岡田敬蔵: 乳幼児期の双生児の性格発達に関する研究, 双生児の研究, 第3集, 日本学術振興会, 1962.
- (6). 柏市市政要覧, 1968年度版, 柏市役所.
- (7). 上出弘之: ふたごの出産および心身発育の統計的観察, 双生児の研究第3集, 日本学術振興会, 1962.
- (8). 川城一郎: 級風の性格に及ぼす影響, 双生児の研究, 第3集, 日本学術振興会, 1962.
- (9). 沢田慶輔: 双生児の知的発育の研究, 双生児の研究, 第3集, 日本学術振興会, 1962.
- (10). 杉並区勢要覧, 昭和42年度版, 東京都杉並区役所.
- (11). 水野忠文, 田中鎮雄: 野尻合宿のひるね場面におけるふたごの行動, 双生児の研究, 第3集, 日本学術振興会, 1962.
- (12). Burlingham D., Twins, Imago Publishing Company, London, 1952.
- (13). Shields, J., Monozygotic Twins, Oxford Univ. Press, London 1962.
- (14). Shields, J., Personality differences & neurotic traits in normal Twin school children, Eug. Rev., 45: 213-245.

# 中学生登校拒否児に対する働きかけをめぐって——とくに危機状況に対処する家族力動の観点から——

児童精神衛生部 山崎道子

## I. ま え が き

登校拒否を主症状とするいわゆる学校恐怖症児、あるいは登校拒否児のとり扱いについては、その原因論的理解とともに、発達の段階によって適切なアプローチが考慮されなければならないことは、今更言及するまでもないことであろう。

これまでの思春期学校恐怖症の研究では、その対象の基準として思春期に登校拒否が発症したものを選択する傾向がみられた。したがって、小学校高学年から、中学生と高校生をひとまとめにしてとり扱っている傾向があったように思われる。筆者がこゝで中学生のみを分けてとりあげようとした意図は、自我発達の見地から考えると、中学生と高校生をとってみてもかなりの相違がみられることである。学校恐怖症児のとり扱いの過程において、対象が中学生であろうと高校生であろうと家族のはたす役割は重大であるが、治療者との接触が進展してくると、中学生と高校生では親のはたす役割の程度が多分に相違してくる。筆者の経験では、中学生の場合は全例において治療終結まで親のはたす役割は重い比重をしめていたが、高校生の場合には、治療者との人間関係が成立すると、治療過程ではたす親の役割は、徐々に減じてくるものもかなりみられた。また、子どもにとって学校の意味を考えると、中学は義務教育であるし、高校は義務教育を越えた教育である。この事実は、とり扱いの過程において多少とも影響を与えていることは否めない。次に小学校の高学年と中学生では、身心の発達が異なることはいうまでもないが、仮りに小学校高学年から登校拒否が始った場合でも中学生になったということで、親の登校拒否に対するうけとめ方が深刻になる場合もみられた。

以上のような理由から今回は中学生のみを対象とした。

## II. 研究対象の特徴

本報告の対象となった事例は、21例（男18例、女3例）の中学生登校拒否児とその家族であり、次のような特徴をもつものである。

1. 発症年齢とその経過

第 1 表

| 登校拒否開始   | 群 別                |              |
|----------|--------------------|--------------|
| 中学で始まる   | I群 12<br>(男11, 女1) | A 比較的急性の経過 7 |
|          |                    | B 慢性の経過 5    |
| 小学校からつづく | II群 9<br>(男7, 女2)  | A 高学年から 5    |
|          |                    | B 低学年から 4    |

表1のように、登校拒否開始の時期により、第I群—中学になって初発したものと、第II群—小学校からつづいているものに分けた。さらに登校可否の経過により、第I群を2つに分け、Aは比較的急性の経過をたどるものであり、Bは第II群に共通した要素がみられ慢性の経過をたどるものである。第II群は、さらにA（小学校高学年に始まるもの）とB（小学校低学年に始まるもの）に分けた。

2. 登校拒否の型

2表は、群別による登校拒否の型をしめしたものである。

第 2 表

| 群別 | 来談までの拒否期間         | 拒否動機             | 働きかけの結果      | 越境入学 |
|----|-------------------|------------------|--------------|------|
| I  | A<br>3ヵ月以内<br>5/7 | 学校場面<br>4/7      | 全例登校<br>7/7  | 3/7  |
|    | B<br>1年以上         | 病気 2/5<br>学校 2/5 | 一時登校<br>中断多い | 3/5  |
| II | A<br>7/10         | 不明 2/5<br>家庭 2/5 | 登校不能<br>4/5  | 0    |
|    | B<br>3年以上<br>4/4  | 不明 2/4<br>家庭 1/4 | 施設・病院<br>3/4 | 0    |

まず、I群Aの特徴は、登校拒否が始まってから3ヵ月以内に来談しているものが大半であり、拒否の動機が学校場面にあるものが多く、働きかけの結果は全例が登校可能になっている。I群BとII群Aでは、1年以上経過してから相談にくるものが多く、拒否動機もI群Aのように明確でなく、強いていえば病気、学校、家庭があげられる。働きかけの結果は、I群Bでは学期のはじめに登校開始するものもあるが大部分は定着していない。II群Bになると、3年以上経過してから来談しており、拒否動機も不明が多く、働きかけの結果は大部分が施設や病院に入った。

### 3. 子どものパーソナリティの傾向

第 3 表

|    |   | パーソナリティの傾向                | 知能       | 学業成績          |
|----|---|---------------------------|----------|---------------|
| I  | A | 内気, 神経質, 完全癡<br>「個性的」をのぞむ | 優秀       | 上             |
|    | B | 無気力, 依存的, 見えっぱり           | 普通       | 中→下<br>(現実否認) |
| II | A | 無気力, 依存的, 見えっぱり           | 優秀<br>普通 | 上→中<br>中→下    |
|    | B | 無気力, 依存的, 見えっぱり           | 普通       |               |

### 4. 家族背景および同胞順位

各群別の家族の社会、経済的背景をみると、その大部分は中下から中の上に入り、I群A・B、II群Aの間には差がないが、II群Bにおいて、やゝ低い例がみられた。

家族構成からみると、父母いづれかの欠損は、I群Aに、父欠損家庭が1例あるのみである。その他、II群Bに継母子関係が1例あるだけで、他はすべて両親がそろっていた。

同胞順位は第4表の如くである。

第 4 表

| 群別 \ 順位 |   | 長子 | 末子 | 一人子 | 中間児 | 合計 |
|---------|---|----|----|-----|-----|----|
| I       | A | 4  | 1  | 1   | 1   | 7  |
|         | B | 0  | 4  | 1   | 0   | 5  |
| II      | A | 1  | 2  | 2   | 0   | 5  |
|         | B | 0  | 4  | 0   | 0   | 4  |
| 計       |   | 5  | 11 | 4   | 1   | 21 |

I群Aでは、長子が半数以上をしめているが、I群B以下では末子や一人子が多くなっている。

### III. 研究目的と方法

筆者は、近年、クライアントのいわゆる危機状況を重視し問題解決にあたってきた。ここでいう危機状況<sup>(6)</sup>の概念は、精神衛生研究16号(1967)で紹介したが、こゝでは次の点だけのおこよう。

ある状況や問題が急激に発生した場合には、クライアントは、しばしばこれまでそのような

状況に遭遇したこともなく、不安、浪浪し、文字通り危機状況に直面しており、この状況で援助をもとめる場合には真底から求めていることが多い。だが、多年に渡り問題が続いている場合でも、自発的に相談におとずれた場合はとくにそうだが、学校や他の公的機関から強いられてきた場合であっても、これまでのあり方をつづけることへの不安や、何らかの新しい展開をせまられていることを多少なりとも感じているものである。こゝでは筆者は、かゝる状況をふくめて危機状況とみなしている。しかしながら後者の場合には、とくに、例えば、ある子どもの問題のように、その問題の存在が差程、その家族の価値志向や同一性をおびやかすような威力のないものである場合には、いつかその子どもの問題が存在することが当然のようにさえなってしまうものである。この状況では、親が学校から相談室に向かうように云われたその時点では多少の不安感が存在するにしても、あまりにも容易に不安感が消失し、もとの状態にもどってしまうものが多い。しかしながら、この状況での働きかけいかんが、クライアントをして、従来とちがった方向に向わしめる重大な岐路になる場合もみられる。筆者は、この状況への働きかけを強調し、第9回児童精神医学会総会において、「長期学校恐怖症児に対する働きかけの方策」と題し発表した。その研究の対象の子どもたちは、3年以上にわたり登校拒否の状態をつづけ、それらの家族は、子どもの登校拒否の状態が当然のことのようになってしまっていた<sup>註1)</sup>五事例を対象とし、登校（虚弱児学園の入所もふくむ）するまでの働きかけの方策の主要点をあきらかにした。中でも家族としてその問題に対処する動機づけをたかめることが強調された。

また、その問題が比較的急性であらうと慢性であろうと子どもが低学年の場合には、専門機関に連れてくることも比較的容易であるが、高学年以上、ことに中学生や高校生になると、子どもは専門機関の介入を拒否する場合が多い。

そこで必然的に家族との接触からはじめることになる。

かゝる学校恐怖症児のとり扱いの経験は、危機状況において、家族がどのように問題に対処するか、その仕方によって、その後の経過の重大な岐路になることをみだした。すでに、Hurwitz, Kaplan, Kaiser は非行少年の処遇の経過を決定する因子として、警察からよびだされた時点<sup>(2)</sup>を危機状況とみなし、危機状況における親の問題対処機制のいかんが、少年の再非行にいたるかどうかに関係があることをあきらかにしている。

---

註1) 働きかけの方策の主要点は次のようであった。

1. マンネリ化した問題対処の悪循環をたち、新しい問題解決への介入。
2. 時間にせまられている状況。
3. 迅速な診断評価（登校拒否の経過、家族診断、学校との関係の診断）。
4. 焦点をきめ、方向づけられた働きかけ。
5. 現実状況に直面させることへの準備。
6. 関係協働者のチームワーク。
7. 登校後は教師へのコンサルテーションに主力。

本報告において、危機状況における家族力動の様相、とくに危機状況に対処する力動と登校可否の経過との関連をあきらかにしようとした。

#### IV. 危機状況に対処する家族力動

こゝでは、とくに第I群、すなわち中学生になって初発したもの、中で、比較的急性の経過をたどるものAと慢性の経過をたどるものBを比較し、危機状況において、それぞれの家族がどのように対処するかその力動を比較検討した。その理由は、I群Aと、I群B以下の間には顕著な差があるからである。

まずI群AとI群Bの典型的な家族をとりあげて危機状況に対処する家族力動の様相をしめしてみよう。

##### I群A：O家族

家族構成：父親52才，母親46才，本児14才，姉23才の4人家族である。父親は会社の支店長の地位にあり，極めて多忙である。姉は家事にいそしんでいる。

##### 登校拒否の経過：

父親がはじめて相談にきたのは，本児の中学2年の3学期になってからだった。本児の登校拒否のきっかけになったのは，彼が中学2年の2学期になって学級委員になったが，クラスへの統制がとれなくなり，教師もノイローゼ気味で，クラス全体の責任をすべて本児に帰する結果になった。彼は朝も起床せず，強いて家族がおこそうとすると乱暴するようになった。教師や同級生が訪ねてきても会うことを拒否し，自室に閉じこもり鍵をかけたたりしていた。時には，プロパンガスを袋につめて口にあてたりもした。

父親は，本児のことが心配で，会社の仕事も手につかないといったようすだった。その時点では，本児を相談室に連れてくることは困難な状態だったので彼の家の近くの専門医に紹介した。ところが，それから3カ月半経過した頃，両親が再び相談にきた。彼は，すでに3年に進級していたが，依然として登校拒否をつづけていた。家族は，新学年から本児が登校することを期待していたので，なおも頑強に登校拒否をつづける状態に再び危機状況に遭遇していた。先に，父親を専門医に紹介したと同じ頃，本児の学校からカウンセラーが週に一度ずつ家庭訪問してくれることになった。本児は明らかになってきたが，その面接を回避しがちなので，何とか彼を相談室に連れてくるから面接してほしいと希望がのべられた。それから半月後に，本児は連れて来られたが，直ちに精神科医との面接がおこなわれ，その後，筆者にまかされることになった。

本児は色白で，静かで全体的に生気の乏しい体格のよい中学生で，態度はかなり防衛的で積極的な表現は全くみられず，質問に言葉少く応答するだけだった。

母親は，頭のよいしっかりした人で，本児のためには，どんな苦勞もいとわないという意欲が充分に感じられた。それから以後，両親の強い希望により約4カ月の間，週に一度，合計16回の面接を本児と母親に，そして時には父親をまじえておこなった。その間，両親は，本児を



相談室に連れてくることに極めて真剣であった。

筆者が本児に対しおこなった働きかけの方法は、主として支持療法であり、治療者との同一視により、恐怖や不安をのりこえていく力や強さをかくとくすることにあった。

家族に対しては、本児が登校を回避するために、いろいろの神経症的症状を呈するだろうが、それらにまきこまれたり、ひきずりまわされないように、家族の行動や態度は、一貫して本児の登校を勇気づけ、はげますものであるように指導した。

担任教師に対しては、登校拒否前の本児の学校内における適応状態などを聴取したが、教師の彼に対する態度は冷たく、登校拒否の原因のすべてを彼の性格の弱さと家庭の指導力の不足に帰していた。そして彼が元のクラスにもどるのは、他の子どもに対するひげ目もあるだろうから転校をすすめたいという態度がめだっていた。

#### 本児の変容過程

##### 1. 第2の危機状況へたちむかうための準備期

本児は2回目の面接のために、家を出ようとしていた時に、手足のしびれ、胸部の圧迫感がつよくなり、結局来なかった。しかし以後、治療関係は徐々に成長し、たゞ一度の面接拒否もなく、その間子どもの自我力は育っていった。新学期までの働きかけは、第2の危機状況を切りぬけるための準備であったといつてよいであろう。その内容の主なものは次のようである。

##### (1)本児と治療者のコミュニケーション——「登校拒否機制的理解」

登校拒否の意味について、本児自身が、嫌な現実からの回避であることを明確にし、また、胸部の圧迫感や手足頭部のしびれは、逃避の機制によるものであることをあきらかにした。

##### (2)学習意欲の回復

本児には、転校する意志も、原級にとどまる意志もなく、来春高校に入りたい希望がやや明�きりしてきたので、当面の目標として夏休前に一週間でも登校させるべく働きかけた。夏休が近づくとつれ、登校できなかったことに対する合理化がみられるようになった。しかしながら、結局夏休前は一度も登校できずに終った。夏休中は、生活態度はいっそう好転し規律正しい生活がつづけられた。学習意欲も増大し猛烈に勉強するようになり家人を驚かせる程になった。

##### 2. 第2の危機状況の克服

本児は新学期の最初の日には欠席し、その翌日、登校への葛藤状態においこまれたが、案の定、手足のしびれ、呼吸があらくなったりして母を不安がらせた。筆者は、本児と母親にこの状況をのりこえるようにはげました。次週は1週間つづけて登校したが、本児自身、登校してしまえば何も考えるひまもないし、登校した日は気が軽く充実感もあるとのべていた。担任教師から9月半ばに寄せられた報告では、彼は態度もしっかりし、すゝんで意見を発表するようになったことがしめされた。このようにして本児は、9月から学校にもどったが、なお1カ月間は、登校に対しかなりの抵抗がみられ、両親のはげましや、ことに父親の介入があつて、おしだされるようにして登校した日もあつた。しかし、その後は順調に登校し学力をとりもど

した。そして翌春彼は公立高校に入学し、完全に立ち直った。現在では、抜群の成績をとっている。

### 危機状況に対処する家族力動

#### 1. 初期面接にみられた危機状況に対処する家族力動

〇家族は、家族としての同一性が高く、父親の危機感は、家族としての危機感を代表していた。このケースのとり扱いの全過程において、本児の登校拒否状況を家族としての危機状況としてうけとめており、父親がイニシアティブをとり動き、他の家族員のすべてが足並をそろえて協力していた。父親との単独面接でも、両親の合同面接でも、父親の不安感は極めてつよく治療者に対しすがりたいたいという態度が顕著だった。母親の方が、父親よりは、むしろ冷静な態度ではあったが、本児の登校拒否を極めて深刻にうけとっていた。両親の治療者に対する態度は、信頼感がつよくみられ、終始、治療者の意見や指導を効果的に利用した。

#### 家族員間のコミュニケーションの回復

##### (1) 両親間の急速な接近

両親間のいたわりがあきらかにみとめられた。父親は、母親が以前に病身だったので、この気苦労によって、また病気にでもなったらと母親のことも心配になる。何とか早く安心させてやりたいと気をつけていた。他方、母親は、父親が会社の仕事に多忙なのに、子どものことでひどく悩んだり、心配しているのが気の毒でならないと同情していた。このような両親間の支持、はげまし、協調が急速に成長していった。

この両親間の関係は、以前から相互に不満がなかったわけではなく、母親との単独面接で、あきらかにされた父親は、わがままで、自己中心的で、しかも神経質でくよくよする面もあり、妻としてかなり苦労してきたとのべた。そして、そんな父親の性格をこの子どもも持ちあわせているといていた。

##### (2) 父子関係の接近

本児の生活態度の改善に、まず父親がのりだした。母親が朝、彼をおこしにいても決しておきなかったが、父親がおこしにいくと、しぶしぶでもおきるようになった。それ以来、父親の出勤前に本児をおこし、家族全員で朝食をとるようになった。父が会社から帰宅すると、彼は待ちかまえていて、父親とショウギをたのしむようになった。父親と思想の話をしたいから、父親の居間にねてもよいかと、本児自身が父親にもとめるようになった。二人で日曜日には散歩にいたり、親しさをましていった。

##### (3) 家族全体の雰囲気回復

姉は明かるい性格で、本児からも好かれ信頼されていた。本児の明かるさをとりもどすために姉がはじめた土曜日の夜のマージャンは、家族全員のたのしみになったという。また、姉は、彼のショウギの相手になったり、彼と一番心やすい間柄であり、本児に対し率直に表現し、彼もまた気やすくうけいれるようになった。

母はたえず、本児のために細い気をくばっていた。母親は、父親と本児の性格を同一視してい

た傾向を認め、父親の若い頃には、父親の性格のために苦労させられたが、本児の登校拒否により、この子どもで苦労するかと思うとつらかったもののべ、本児に対するアムビバレントな感情を認めた。

## 2. 第2の危機状況に対処する家族力動

すでにみてきたように、家族として第2の危機状況に対処する準備は、かなり充分にできていたと云えるであろう。筆者は、家族に新学期からの登校について、本児は登校直前に強い抵抗をしめすことが考えられるので、予め発生するような症状、手足や頭部のしびれ感、胸部圧迫のような症状や腹痛を訴えたり、けがのような突発的な事故をおこすことが考えられるから、それらにまきこまれたり、影響されないように、そして登校させるべく努めるように話しあっておいた。

案の定、本児自身がどうしても登校しなければならないと考えていた日に、息づかいがあらくなったり、手足のしびれが前よりもひどくなったりした。母親は直ちに筆者に電話をよこしたが、筆者は、症状にかゝらないように、そして登校させるよう努めるようにきっぱりと話した。その後、父親は、本児が登校するまでは出勤しないことにし、毎朝登校を回避させないように毅然とした態度を示していた。ある時には、本児が逃げようとするのを追っかけ、すわりこむとひっぱりあげ、その拍子に父親は腰を痛めて外科医の世話になる場面もあった。このようにして、父親は、本児の登校を回避しようとする方向に対して、決して回避させないで学校におしだすべく努めた。

父親の態度の変化は顕著で、父親のきびしきや強さが本児にはっきり表現されるようになった。この父親の態度の変化は、本児にとっても驚異だったようだ。彼は小さい時から父親に叱責されたことが全くなかったから。筆者も、最初の父親からうけたあの不安にみちた、何とかすがりたいといった態度とは全く相違したしっかりした態度に目を見はった。

父親は、その後の面接で、筆者が本児の登校を回避させぬように自信をもって、父親にとるべき態度を示してくれたので、ちゅうちょせずにおすすめすることができたことが、本児を登校可能にしたのだとのべた。

### I群B：K家族

家族構成：父親48才、母親48才、本児14才、兄22才の4人家族である。父親は会社の事務員をし、兄は高校卒業後会社に勤務している。姉24才は近所に嫁いでおり、一女があるが、実家とは、しげく往来している。

#### 登校拒否の経過：

父親が最初に面接に来たのは、本児の中学2年の3学期であり、間もなく3年になろうとしていた頃であった。本児は1年の夏休の終頃に盲腸をし、その後理由は不明だが、欠席が多くなった。2年になって欠席はさらにはげしくなり、年間のほとんどの日数を欠席した。学業は割合にできる方で、手先も器用だし、運動もよくできた。彼女は、昼頃までねており、午後になると編物をしたり、時には勉強もしていた。担任教師が、午前中家庭訪問しても彼女は面接

を拒否するが、午後になると教師の前に出て応待していた。

#### 初期面接にみられた危機状況に対処する家族力動

本児が叱責されるのがかわいそうだという理由で、父親には登校拒否の事実をひたがくしにし母親一人で心配していたが、結局1年近くの間、家に閉じこもっているのを容認する形になっていた。

中学2年も終わろうとしていた頃に、父親が学年の主任教師からよびだされて、父親は、はじめて本児が登校していなかったという事実を知り、こゝで家族としての新しい状況に遭遇したと云えるであろう。

#### 最初の父親との面接にあらわれた反応

担任教師が、父親を同伴したが、父親の不安はかなりつよく、学校から父がよびだされるまで本児の登校拒否を知らなかったことは、父親として失格と思っていると答え、何としても登校させるように努力したいと表現した。父親に、本児が病院などにくるのを嫌がっているが、どのようにしてつれてきたらよいかと問われたので、筆者が相談室に来て父親が感じたことをありのままによく話してほしい、決してだましたりしないように強調しておいた。

#### 本児との最初の出会い

約束の時間に、本児は、両親、姉、姪にとともに来所したが、研究所の入口で、「精研」の名前をみて、入口の前に立ちふさがり、大声をあげて幼い子どものように手足をばたばたさせて泣きだした。筆者が近づいていくとはねとばされそうな剣幕であったので、しばらく様子を見て、静かになった頃に父親が相談室に導入した。筆者と本児と2人だけで話したが、本児は何事もなかったような表情をし、筆者の気楽な間に答えていた。そして、また来ないかという誘いにかなり積極的に応じるようにみえた。

次いで、両親に会って、本児にどのように話して相談室に連れてきたのかたずねると、両親は精研にいくというと、彼女に来ることを拒否されるのでないかと思って、公園にいくといっ、彼女のかわいがっている姉の子どもも連れてきたのだとあきらかにした。それ以後、新学期をむかえるまでに7回面接がおこなわれた。その間に、学校側からは、3学期の期末テストを受けなければ進級できないと云いわたされていた。両親は何とかして、彼女を進級させたがっていた。両親も兄も女の子が落第したら傷ものになるという考え方がつよく、学校側の申し出にひどくあわてていた。

父親が出勤前に本児をおこすようになった。彼女は、その時すなおにおきて登校の支度をするが、父が出かけてしまうと、再び床の中にもぐってしまった。母親は、こゝでまた、父親にこの状態をひたがくしにして、子どもをかばってしまっていた。

本児が期末テストを受けずに完全に欠席してしまい、教師の先の申し渡しによると、進級はのぞめないことになったが、その状況において、母親は、学校側の申し渡しが非常に不服でたまらない様子をありありと示し、また、筆者が学校側に進級させるように進言してくれたらよいのにとしようすを如実に示した。

学校側では、結局、本児を仮進級にしたが、その際の母親と子どもの反応はともに、また極端で、ことに母親は非常なよろこびようであり、担任教師と筆者に過度の感謝の表現をした。母親と本児はまた、近所に住む同級生の親友をつれてきて、母親は筆者に向かって、「Oさんに、この子の力になってくれるようにたのんでください」とものべた。

新学年が始って、本児は登校しはじめたが、20日間すぎた頃、親友Oとの些細ないきちがいがきっかけで、再び登校拒否をつづけるようになり、本児は完全にもとの状態にもどった。

母親は結局、本児が極めてわがま、で、無気力で、責任感に乏しいことが、登校拒否の最大の原因であると認めながら、本児の生活態度や安易なもの、考え方を容認し、彼女に同調していた。換言すると、この家族は、学校からの申し渡しにより、たしかに一時的に衝撃はうけているもの、真に子どもの問題、また親子の問題として深刻に悩み、真の危機状況としてうけとめたかどうかは疑わしい。また、専門家の意見を効果的にとり入れて考え、やり方を工夫し、子どもの問題の改善にあたることをせずに、3年に進級することにのみ意を用い、進級さえしてしまえば万事終わったような安易な考え方や態度がつよくみられた。面接にくることも学校からの申し渡しがあるからにほかならないという態度がつよくうけとれた。この危機状況を契機にして家族としての積極的な変化もまたみられなかった。

担任教師は、本児を登校させるべく熱心に働きかけた。しかし、結局、本児と母親の要求にまきこまれて、教師としての一貫した態度をとることは、あきらかに困難であった。

#### I群B：A家族

家族構成：父親42才、母親38才、本児15才の3人家族である。父親は公務員、母親は学校の教師であり、本児が生まれる前からつづけている。

#### 登校拒否の経過

母親が、相談にきたのは、本児が中学3年に進級して1カ月すぎた頃であった。本児は、中学1年の2学期に病気で学校を休んでから欠席しがちになり、2年の時は、クラスの生徒がうるさくてなまいきだから嫌だといって学年の半分以上欠席した。3年に進級してからも同じような理由にならぬような理由をつけて欠席しつづけていた。最近では、母親が登校するように強くいうと、本児は自室に閉じこもり鍵をかけたり、ガスの栓をひねって母親をおどしていた。以前は、父親の前では母親に乱暴することもなかったが、父親が彼をなぐったことから、父親にひどく反抗的になった。

#### 初期面接にみられた危機状況に対処する家族内力動

母親は、自分が学校教師であるのに、子どもの登校拒否で相談にくるのは耐えられなかったとのべており、以前にも何度か、中学の教師から相談をすゝめられたが応せず、今回は、母親自身がどうしようもなくなって子どもにかくれて相談にきたとのべた。母親は切羽せまった心境を、「あの子を殺して自分も死にたくなかった」とか、「自分が勤めていても、あの子には何ひとつ不自由をかけることもなかったし、たゞすべてをつくしてきたのに、こんな思いをさせられるなんてたまらない」と泣きじゃくった。また、両親が大学を出て、教えている身なのに、こん

なことになるなんてとはげしく泣きながら、今度は本児の担任教師に攻撃をむけて、中学1年時の教師は、何かと本児の面倒をみてくれたが、2年時の教師はあまり面倒をみてくれなかった。本児の席を、彼がたゞ一人友達になれる温和な子どもの隣の席に変えてほしいと母がたのみにいったが、教師は変えてくれなかった。本児はそれ以来学校へいかないとい、だした。母親が本児に転校するかと問うと、彼はうなづくので転校することにきめたが、学校長からそんな理由で転校する必要はないと云われ、また撤回した。

この例でもわかるように、母親は極めて安易に、子どもの云い分や要求をうけとり、それらをかなえてもらうように教師に依頼し、決して子どもの根本の問題を考えようとしなかったようだ。だから、こうしてくれば登校する、いつから登校すると本児にまことしやかに云われると、すぐさまその要求をみとめてやり、かならず破られる約束をまともうけとり、破られると母は、きまってひどく興奮し感情的になって、本児にいやがらせを試みるが、また本児から登校すると云われるといとも簡単に信用し彼のいう通りになっていた。子どもは、母親のこうした反応を十分に心得ていて行動しているようにうけとれた。

母子間にはかゝる心的機制がたえず働いていた。

母親は、本児をどうしても連れてくることはできないというので、筆者が家庭訪問をおこなった。

母親は、本児に筆者の家庭訪問を知らせていなかったもので、母親は2階にいる本児に気づかれないようにそっとあがってほしいというので、云われるまゝに上っていくと、母は本児のねている部屋に筆者を案内した。本児は、案の定、何でだまって連れてきたと怒り、母親に乱暴したりわめいたりした。母親は本児を制しようとしていたが、内心はおどおどしているのがうけとれた。本児の体格は172cm、70kgの大きな体である。本児の方から来週筆者がまた家庭訪問してくれば会うということをし、だし、筆者は、再び訪問する日時をしっかりと約束した。だが、その約束した翌日、本児の方から、修学旅行が終れば登校するから筆者に会う必要はないといだし、母親もまたそれに同調し、次の面接の約束は電話により取消された。最初の家庭訪問中に印象的だったのは、真昼間なのに家中のカーテンが全部おろされていたことだった。本児が登校せずに家におることを近所に知られまいとする母親の大変な心づかいからであった。また、極めて不自然だと思ったのは、父親が奥の居間で高血圧のために静養していたのだが、筆者の家庭訪問中、われわれの前にあらわれなかった、そればかりでなく、父親が居間でやすんでいたことも、母が帰途筆者を駅までおくらせてくれた時にはじめて語られたのであった。彼女の言によると、父親と子どもの関係が悪化しているので、父親に本児のことには関与しないで欲しいとたのんであるので、父親には会ってもらえないとのべた。

本児は、母親にひどくあまえ、母親といっしょの部屋にねたがったり、母親の外出をきらって学校の勤務も止めてほしいといっているとのべた。母親は、本児に対しひどく両立的で、母親の期待にそわない「いやな子ども」、「にくらしい子ども」になったり、また、ひとり子でかわいそうと思ったり、その都度、母親の本児に対する反応や態度は変化し、一貫性に欠けて

いた。母親の子どもに対する考え方は、自己中心的で、狭量であり、母親の価値感をおしつけるところがめだち、本児の価値感や物の考え方は、母親と完全に類似していた。

以上あきらかにしたように、結局、このケースは、母子間の特有な相互作用により、治療者や学校教師のすべての試みや助言は破棄され、母親の一方的な欲求である子どもの登校にのみ心がうばわれ、子どもが登校できない状態には全く注目しようとせず、何度面接しても、真の問題にせまろうとする発展的な展開はみられなかった。筆者は、このケースの通所による治療は困難と考えたので、入院をすすめたが、母親は病院をみてきて、本児を入院させるのはふびんでしのびないと結局入院させなかった。

## V. まとめと考察

第I群A, Bの危機状況に対処する家族力動の典型を比較し、まとめたものが第5表である。

第5表 第I群A, Bの危機状況に対処する家族力動

|   | 最初の来談時の危機感                      | 危機状況に対処する家族   | 働きかけに対する反応   |
|---|---------------------------------|---|--|
| A | 父親 +++<br>母親 +++<br>(子ども) (+++) | 父親がイニシアティブをとり動く<br>↓<br>両親の協調, 相互支持<br>↓<br>父親, 母親の子どもへの支持の増大<br>↓<br>親子間のコミュニケーションの回復    | 両親の自主的態度の増大<br>↓<br>子どもの自我力の強化<br>↓<br>教師の積極的な変化<br>↓<br>第2の危機ものりこえる   |
| B | 父親 +<br>母親 ++<br>(子ども) (++)     | 父親は傍観的, 非協調的<br>↓<br>母子の密着または反発の強化<br>↓<br>家族葛藤の顕在化<br>↓<br>父親, 母親の非機能化<br>↓<br>登校拒否の合理化へ | 親は外聞を意識し, 両立的<br>↓<br>受身的, 消極的<br>↓<br>第2の危機をのりこえられず<br>↓<br>子どもは来所拒否に発展<br>↓<br>親も子どもに同調しがち<br>↓<br>親子とも教師, 治療者を回避<br>↓<br>慢性化へ |

I群Aでは、子どもにも家族にも危機感がつよく存在した。子どもは全例男子で、長子が多く、親にとって思春期の子どもとのとり扱いは不慣れであり、これまで子どもは勉強もよくできたし、学校では問題になることがなかったので、突然の登校拒否は両親にとって予想できないことであった。しかも、子どもは自室に閉じこもり、学校のことに触れられると、暴力をふるうその時点で来談しているので、まさに両親は危機状況にあり、不安、狼狽、混乱を示し、治療者に対し、大部分は極めて依存적であった。しかしながら、働きかけの経過を通じ、治療者に対する信頼がめだち、助言、指導の受け入れが顕著に認められ、I群Bに比較すると、子どもの要求にまきこまれたり、周囲の人たちのいろいろの意見や示唆によりまどわされることは

少なかった。そして働きかけの経過を通じ、両親の自主的態度の増大が認められた。

登校拒否発生までは、子どもと父親の関係が稀薄で、父親の役割が不十分なものがめだった。危機状況での父親のリーダーシップの回復は著しく、父親が状況を打開すべく積極的にのりだした。父親の欠損家庭である一例は、母親が積極的に状況を打開すべくあたった。また、他の群と異なることは、一時は、家族内の平衡に動揺が生じ、バランスが失われても、両親の協調性や相互の支持が高まり、親としての役割や機能の回復がめだっていた。家族内の雰囲気や相互作用の変化に子どもも次第にひきいれられ、親子間のコミュニケーションも積極的な変化をしめた。

一方、子どもの治療上の変化であるが、強い不安状態を経過すると、治療者の支持的な働きかけに反応するようになり、しだいに治療者との同一視が可能になった。しかし、いざ登校の段階になると、再び登校への強い抵抗があらわれたが、子どもに揺り動かされなくなった親の態度の変化、子どもへの治療者の支持により、この危機状況をのりこえた。また、登校後、予想以上の実力を回復したことも自信をつけることに役だっていた。

次に、I群のBでは、親の考え方や態度の自己中心性や狭量さがめだち、それらの特徴は、子どもの社会性の発達を著しく妨げていた。子どもの激しい暴力や、夜と昼とりちがえた生活に親はほどこすすべがなくなって相談にくるが、それでもなお世間体を考えたり、来談に対し両立的なものが多い。来談した親、多くは母親であるが、この危機状況において何とか対処しようとあせっていた。しかし、そのあせりは真に子どものことを思ってのものであるよりは、親の立場をまもるものからでてるように思われた。他方、父親は傍観的だったり、母親のやり方にけちをつけて、両親の歩調は合わず家族葛藤が顕在化する傾向がみられた。その結果は、両親の不調和や争いが、子どもの登校拒否の合理化に利用されることにもなった。これらの子どもの同胞順位は、すべて末子と一人子であるが、母親と子どもの結合がうまく、すでに事例でしめたように登校拒否の事実を父親に一年以上もかくしていたり、父親と子どもの関係がよくないからの理由のもとに、父親をしめだしていた例もあるように、いずれにせよ、登校拒否をきっかけに深刻化する家族葛藤から、子どもは二次的利得を得て登校拒否は慢性化に向う傾向があった。

そこでは、父親や母親の機能は、いっそう非機能化の方向をたどり、子どもは家庭内でますます暴君となり、身近かな大人を自分の思うように動かし、つらい現実から回避するように向かった。子どもは、半数以上が、親の一方的な希望にしたがって、越境して区域外の中学に入学していたが、このことは、子どもの学校内の適応をいっそう困難にした。

親の治療に対する態度は、受身的、消極的であり、子どもの要求や状態により、容易に揺り動かされ、来談も不安定になりがちであった。一方、子どもは、肝腎の学校の問題に話が及ぶようになると、来なくなったり、夏休中は学校のこともすすんで話題にしているのに、いざ新学期をむかえ登校の段階になると、再び回避の機制が強くあらわれて、家族とも口をきかなくなったり、床から離れなくなったり、元の状態にもどってしまうが、親も子どもの状態を暗黙



のうちに容認してしまう傾向がみられた。こゝで、子どもは再び教師や治療者を避けるようになるが、こゝでI群Aとの顕著な差は、親も子どもに同調しがちで、来談は、さらに消極的受身的になった。そして、子どもの登校拒否は、いっそう慢性化へと向った。

## VI. 結 語

以上、登校拒否中学生に対する危機状況への働きかけをめぐって、家族が危機状況に対処する力動に焦点をむけ、中学入学後初発した群について、比較的急性の経過をとるものAと慢性の経過をたどるものBについて比較考察したが、あきらかに相違がみられた。すなわち、I群Aでは、危機状況において、家族としての力が可動化され、とくに両親の機能の回復が、子どもを現実に直面させる大きな動因になった。他方、I群Bでは、危機状況において、これまで潜在していた家族としての障害が顕在化し、両親の機能は、いっそう非機能化へとむかう傾向がみられた。

以上の観点から、危機状況に対処する家族の力動の様相は、登校拒否児の予後を判定する上に重要な手がかりになるとと思われる。また、危機状況において、家族の非機能化が顕在化するケースについては、通所による働きかけでは困難が多く、家族から分離して、子どもと家族にそれぞれ治療的アプローチを行うことが必要になってくる。

## 参 考 文 献

- 1) Coolidge, J., Willer, M.L., Tessiman, E., and Waldfoegel, S. : School Phobia in Adolescence : A Manifestation of Severe Character Disturbance. *Am. J. Orthopsychiat.*, 30 ; 599-607, 1960
- 2) Hurwitz, J. I., Kaplan, D. M. and Kaiser, E. : Designing An Instrument to Assess Parental Coping Mechanisms. *Social Casework Vol. XLIII*, 10, December 1962  
松本武子, 木村嘉男, 山崎道子, 小島蓉子共訳, ヤングハズバンド編, 家庭福祉, 15, 小島蓉子訳, 親の問題処理メカニズムを評価するための測定基準の設計
- 3) Leventhal, T., Weinberger, G., Stander, R. J. and Stearns, R. P. : Therapeutic Strategies with School Phobics. *Am. J. Orthopsychiat.*, 37 ; 64-70, 1967
- 4) 牧田清志, 小此木啓吾, 鈴木寿治 : 思春期登校拒否児の臨床的研究—とくに慢性重症例について, 児童精神医学とその近接領域, 1967. vol.8 No.4
- 5) 玉井牧介, 湯原 昭, 山崎道子, 今田芳枝, 小沢牧子 : いわゆる学校恐怖症に関する研究, 精神衛生研究 13号, 1965年3月
- 6) 山崎道子 : ソーシャルケースワークと Crisis Theory. 精神衛生研究 16号, 1968年3月
- 7) 山崎道子, 玉井牧介, 湯原 昭, 今田芳枝 : 学校恐怖症の家族研究, 精神衛生研究 14号, 1966年3月
- 8) 山崎道子 : 学校恐怖症児に対する教師の態度, 精神衛生研究 15号, 1967年3月
- 9) 山崎道子, 神谷のぶ, 矢木雅子 : 長期学校恐怖症児に対する働きかけの方策 : Crisis Theoryの導入, 第8回日本児童精神医学会総会抄録1967 (本報告の要旨は, 第9回児童精神医学会総会において発表した。なお, 本稿の終りにのぞみ, 御助言をおたえくださった児童精神衛生部長中川四郎先生, ならびに, 学校恐怖症児の診断や治療に御協力くださった玉井牧介先生, 湯原昭先生, 米沢照夫先生に謝意を表します)

# 精神薄弱者の結婚問題に関する研究\*

— 心理, 社会的立場からの接近 —

精神薄弱部

桜井芳郎

## 1. 緒言

精神薄弱者の社会適応をめぐる重要な問題の一つに精神薄弱者の結婚に関する問題がある。しかるにこの問題は従来遺伝優生学者を中心に民族の逆淘汰現象が強く叫ばれ、またこの問題について述べている文献もHallas<sup>(1)</sup>にみられるごとく概念的、抽象的にふれている程度で、その実態を心理的、社会的観点から分析し考察したものは極めて少ない。

我々は我が国における精神薄弱者の結婚の実態と精薄関係教育、福祉、医療職員の態度意識を心理、社会的立場から明らかにしようと試みた。

## 2. 精神薄弱者の結婚の実態

精神薄弱者の結婚に関する全国的規模における行政資料としては昭和36年全国精神薄弱者実態調査<sup>(2)</sup>(厚生省社会局)と昭和38年全国精神衛生実態調査<sup>(3)</sup>(厚生省公衆衛生局)があげられる。両調査の結果を考察してみよう。

表1 精神薄弱者の配偶関係

(全国調査：%)

| 配偶関係 | 種別 | 昭和38年精神衛生実態調査 |    |    | 昭和36年精神薄弱者実態調査 |    |    |
|------|----|---------------|----|----|----------------|----|----|
|      | 性別 | 男             | 女  | 計  | 男              | 女  | 計  |
| 結婚率  |    | 6             | 17 | 13 | 18             | 22 | 20 |
| 離婚率  |    | 33            | 26 | 28 | 23             | 20 | 20 |

知能別結婚率

(%)

| 調査種別           | 知能 | 軽度          | 中等度         | 重度       | 計           |
|----------------|----|-------------|-------------|----------|-------------|
| 昭和38年精神衛生実態調査  |    | —           | 13<br>6・17  |          | 13<br>6・17  |
| 昭和36年精神薄弱者実態調査 |    | 32<br>29・35 | 12<br>10・15 | 2<br>0・4 | 20<br>18・22 |

上段は合計、下段の左は男、右は女

\* Study on Problems of marriage in the mentally Retarded—  
psychological and sociological approach—  
Yoshiro SAKURAI Division of Mental Deficiency Research.

知能別離婚率

(%)

| 調査種別           | 知能 | 軽度          | 中等度         | 重度         | 計           |
|----------------|----|-------------|-------------|------------|-------------|
| 昭和38年精神衛生実態調査  | —  |             | 28<br>33・26 |            | 28<br>33・26 |
| 昭和36年精神薄弱者実態調査 |    | 18<br>17・20 | 18<br>9・27  | 33<br>50・0 | 20<br>23・20 |

a. 結婚及び離婚率

昭和36年全国精神薄弱者実態調査で把握された結婚率は20%、離婚率は20%、昭和38年全国精神衛生実態調査によって明らかにされた結婚率は13%、離婚率は28%である。

これを知能別にみると結婚している者は知能障害の程度が軽度の者に多く、離婚した者は知能障害の重い者に多い。

したがって両調査のひらきは昭和36年の調査が知能障害の軽度の者が対象者の48.6%を占めるのに対し、昭和38年の調査はその対象が知能障害が中等度及び重度の者であるところからきているものと考えられる。

精神薄弱者の結婚及び離婚率を一般の場合と比較してみると次の通り精神薄弱者は結婚しているものが著しく少なく、離婚した者が極めて多いことがわかる。

表2 一般との比較

(%)

|     | 一般   |      | 精神薄弱者 |    |
|-----|------|------|-------|----|
|     | 男    | 女    | 男     | 女  |
| 結婚率 | 60.8 | 56.8 | 18    | 22 |
| 離婚率 | 0.9  | 2.1  | 23    | 20 |

注：一般の場合の資料は昭和35年国勢調査、15才以上の者の結婚及び離婚率による。  
精神薄弱者は昭和36年の実態調査の資料による。

また精神病患者と比較してみると精神薄弱者は結婚している者が少ないかわりに離婚も少ない。

表3 精神病患者との比較

(%)

|     | 精神病患者 | 精神薄弱者 |
|-----|-------|-------|
| 結婚率 | 45.1  | 13.8  |
| 離婚率 | 12.5  | 5.7   |

注：昭和38年実態調査、18才以上の者の資料による。

b. 年令

結婚している者の年令は昭和36年全国精神薄弱者実態調査の結果では25才～49才が多い。

これを知能障害の程度別にみると知能障害が軽度の者は中等度及び重度の者に比べ若い年齢層が多く、知能障害の重い者よりも結婚の機会に恵まれていることがうかがわれる。

一方、昭和38年全国精神衛生実態調査の結果では25才～44才の間に多くみられる。

表4 昭和36年全国精神薄弱者実態調査 — 精神薄弱者の配偶関係 — (実数)

| 知能<br>配<br>偶<br>関<br>係<br>年<br>令 | 軽      |             |          | 中        |        |        | 重      |             |          | 計        |        |        |        |             |          |          |        |        |     |
|----------------------------------|--------|-------------|----------|----------|--------|--------|--------|-------------|----------|----------|--------|--------|--------|-------------|----------|----------|--------|--------|-----|
|                                  | 未<br>婚 | 有<br>配<br>偶 | (同<br>居) | (別<br>居) | 死<br>別 | 離<br>別 | 未<br>婚 | 有<br>配<br>偶 | (同<br>居) | (別<br>居) | 死<br>別 | 離<br>別 | 未<br>婚 | 有<br>配<br>偶 | (同<br>居) | (別<br>居) | 死<br>別 | 離<br>別 | 計   |
| 15~19                            | 12     | 0           | (0)      |          |        |        | 7      |             |          |          |        |        | 27     | 0           | (0)      |          |        |        | 27  |
|                                  | 12     | 1           | (1)      |          |        |        | 6      |             |          |          |        |        | 25     | 1           | (1)      |          |        |        | 26  |
| 20~24                            | 14     | 0           | (0)      |          |        |        | 5      |             |          |          |        |        | 27     | 0           | (0)      |          |        |        | 27  |
|                                  | 4      | 1           | (1)      |          |        |        | 6      |             |          |          |        |        | 23     | 1           | (1)      |          |        |        | 24  |
| 25~29                            | 8      | 3           | (3)      |          |        |        | 4      |             |          |          |        |        | 22     | 3           | (3)      |          |        |        | 5   |
|                                  | 7      | 4           | (4)      |          |        |        | 3      |             |          |          |        |        | 13     | 4           | (4)      |          |        |        | 17  |
| 30~34                            | 2      | 7           | (7)      | (0)      | 0      | 2      | 2      |             |          |          |        |        | 14     | 7           | (7)      | (0)      | 0      | 2      | 23  |
|                                  | 2      | 5           | (4)      | (1)      | 1      | 2      | 3      |             |          |          |        |        | 8      | 5           | (4)      | (1)      | 1      | 2      | 16  |
| 35~39                            | 1      | 2           | (2)      |          | 0      | 3      | 1      | 1           |          |          |        |        | 4      | 3           | (3)      |          |        |        | 7   |
|                                  | 1      | 5           | (5)      |          | 2      | 1      | 3      | (3)         |          |          |        |        | 6      | 8           | (8)      |          |        |        | 16  |
| 40~44                            | 2      | 2           | (2)      |          | 0      | 0      | 6      | 0           | (0)      | 1        | 0      | 1      | 9      | 2           | (2)      |          |        |        | 13  |
|                                  | 1      | 5           | (5)      |          | 1      | 1      | 3      | 2           | (2)      | 0        | 1      | 0      | 5      | 8           | (8)      |          |        |        | 16  |
| 45~49                            | 4      | 3           | (3)      |          | 1      |        | 2      | 2           | (2)      |          |        |        | 6      | 5           | (5)      |          |        |        | 13  |
|                                  | 2      | 4           | (4)      |          | 1      |        | 5      | 2           | (2)      |          |        |        | 8      | 6           | (6)      |          |        |        | 16  |
| 50~54                            | 1      | 1           | (1)      |          | 0      | 0      | 1      | 1           | (1)      | 0        | 1      |        | 2      | 2           | (2)      |          |        |        | 6   |
|                                  | 3      | 0           | (0)      |          | 4      | 1      | 0      | 0           | (0)      | 1        | 1      |        | 5      | 0           | (0)      |          |        |        | 12  |
| 55~59                            | 1      | 2           | (2)      |          | 0      | 1      | 3      | 1           | (1)      |          |        |        | 4      | 3           | (3)      |          |        |        | 8   |
|                                  | 0      | 1           | (1)      |          | 2      | 1      | 2      | 0           | (0)      |          |        |        | 3      | 1           | (1)      |          |        |        | 7   |
| 60~64                            | 1      | 1           | (1)      |          | 2      | 1      |        |             |          | 1        | 0      |        | 2      | 1           | (1)      |          |        |        | 7   |
|                                  | 0      | 1           | (0)      |          | 1      | 1      |        |             |          | 0        | 1      |        | 0      | 0           | (0)      |          |        |        | 2   |
| 65~69                            |        | 1           | (1)      |          |        | 0      | 1      |             |          |          |        |        | 1      | 1           | (1)      |          |        |        | 2   |
|                                  |        | 1           | (1)      |          |        | 1      | 0      |             |          |          |        |        | 0      | 1           | (1)      |          |        |        | 2   |
| 70~74                            |        |             |          |          | 1      |        |        |             |          |          |        |        | 1      | 0           | (0)      |          |        |        | 1   |
|                                  |        |             |          |          |        | 0      |        |             |          |          |        |        | 0      | 0           | (0)      |          |        |        | 0   |
| 75~79                            |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |     |
| 80~84                            |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        | 1      |        |             |          |          |        |        | 1   |
|                                  |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          | 0      |        |        |             |          |          |        |        | 0   |
| 不明                               | 1      |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 1      |             |          |          |        |        | 1   |
|                                  | 0      |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 0      |             |          |          |        |        | 0   |
| 計                                | 47     | 22          | (22)     | (0)      | 13     | 5      | 52     | 6           | (6)      | 1        | 4      | 20     | 0      | 0           | (0)      |          |        |        | 119 |
|                                  | 32     | 27          | (26)     | (1)      | 10     | 9      | 37     | 7           | (7)      | 1        | 3      | 27     | 1      | 1           | (1)      |          |        |        | 96  |
| 総計                               |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 22  |
|                                  |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 28  |
|                                  |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 162 |
|                                  |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        |        |             |          |          |        |        | 154 |

上段……男・下段……女

表5 昭和38年全国精神衛生実態調査

—精神薄弱者の配偶関係—

(実数)

| 知能<br>配偶関係<br>年 令 | 中 等 度 及 び 重 度 |         |              |              |        |        |          |
|-------------------|---------------|---------|--------------|--------------|--------|--------|----------|
|                   | 未<br>婚        | 有<br>配  | (同<br>居)     | (別<br>居)     | 死<br>別 | 離<br>別 | 計        |
| 15～19             | 10<br>9       |         |              |              |        |        | 10<br>9  |
| 20～24             | 6<br>6        |         |              |              |        |        | 6<br>6   |
| 25～29             | 4<br>6        | 0<br>1  | ( 0)<br>( 1) |              |        |        | 4<br>7   |
| 30～34             | 3<br>6        | 0<br>3  | ( 0)<br>( 3) |              |        |        | 3<br>9   |
| 35～39             | 1<br>8        | 0<br>1  | ( 0)<br>( 1) |              |        | 0<br>1 | 1<br>10  |
| 40～44             | 2<br>6        | 2<br>5  | ( 2)<br>( 4) | ( 0)<br>( 1) |        | 0<br>2 | 4<br>13  |
| 45～49             | 2<br>5        |         |              |              |        | 0<br>1 | 2<br>6   |
| 50～54             | 1<br>2        | 0<br>1  | ( 0)<br>( 1) |              |        |        | 1<br>3   |
| 55～59             | 1<br>1        |         |              |              |        |        | 1<br>1   |
| 60～64             | 0<br>2        |         |              |              |        | 1<br>0 | 1<br>2   |
| 65～69             | 1<br>0        |         |              |              |        |        | 1<br>0   |
| 70以上              | 1<br>0        |         |              |              |        |        | 1<br>0   |
| 計                 | 32<br>51      | 2<br>11 | ( 2)<br>(10) | ( 0)<br>( 1) |        | 1<br>4 | 35<br>66 |

上段……男・下段……女

c. 就 労 状 況

昭和36年全国精神薄弱者実態調査の結果では男は継続就労が多く、女は継続及び断続就労の者が多い。全体的にみると継続就労28%、断続就労33%、家事手伝い7%となっている。

d. 子 供 の 数

子供の有無については昭和36年全国精神薄弱者実態調査の結果では既婚者の75%が現在子供を有している。子供の数は男では1.7人、女では2.3人であり、知能程度別にみると軽度1.9人、中等度2.7人、重度1.3人で我が国の出生率3.2人(昭和35年国勢調査)にくらべていずれも少ない。また既婚者で子供のいない者は男39%、女19%で男に多いが、その理由が生殖能力によるものか、または人為的なものは明らかでない。

表6 昭和36年全国精神薄弱者実態調査  
— 子供の数 —

(実数)

| 知能<br>子供の数<br>年齢 | 軽 度   |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 中 等 度 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 重 度 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 計 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|------------------|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|                  | 0     | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8  | 9  |    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|                  | 15~19 | 0  | 0 |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | 0 | 0 |   |   |  |  |  |  |  |
| 20~24            | 0     | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 0  | 1 |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 25~29            | 0     | 2  | 1 |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 0  | 2 | 1 |   |   |  |  |  |  |  |
| 30~34            | 6     | 1  | 1 | 1 | 0 |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 6  | 1 | 1 | 1 | 0 |  |  |  |  |  |
| 35~39            | 0     | 1  | 0 | 0 | 1 |   |   |   |   |   | 1     | 0 | 0 |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  | 0 | 0 |   |   |  |  |  |  |  |
| 40~44            | 2     | 0  | 2 | 2 | 1 |   |   |   |   |   | 0     | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 2  | 0 | 2 | 2 | 1 |  |  |  |  |  |
| 45~49            | 1     | 1  | 2 | 0 | 0 |   |   |   |   |   | 1     | 1 | 0 | 1 |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  | 1 | 2 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 50~54            | 0     | 0  | 1 | 0 | 0 |   |   |   |   |   | 1     | 0 | 0 |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  | 0 | 0 |   |   |  |  |  |  |  |
| 55~59            | 1     | 1  | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   | 0     | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  | 1 | 1 | 1 |   |  |  |  |  |  |
| 60~64            | 2     |    |   |   | 0 | 1 | 0 |   |   |   | 1     | 0 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 3  | 1 | 0 | 1 | 0 |  |  |  |  |  |
| 65~69            | 1     | 0  |   |   | 0 | 0 |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  | 0 |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 70~74            | 1     |    |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 1  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 75~79            | 0     |    |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 0  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 80~84            |       |    |   |   |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 計                | 11    | 8  | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 |   |   |   | 1     | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 |   |   | 1   | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |   |   |   |   |   |   |   |   | 16 | 8  | 8  | 3 | 4 | 2 | 0 |  |  |  |  |  |
| 総計               | 8     | 12 | 8 | 9 | 8 | 1 | 1 |   |   |   | 0     | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |   | 1   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 43 | 60 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |

表7 知能程度別子供の数

|       | 男    | 女    | 計    |
|-------|------|------|------|
| 軽 度   | 1.4人 | 2.2人 | 1.9人 |
| 中 等 度 | 2.6人 | 2.7人 | 2.7人 |
| 重 度   | 2人   | 0    | 1.3人 |
| 計     | 1.7人 | 2.3人 | 2.1人 |

次に精薄施設退園者の結婚の実態を調べてみよう。

施設退園者の結婚に関する全国的規模における調査資料としては昭和37年に我々のおこなった最近10年間における全国施設退園者の社会的予後調査<sup>(4)</sup>ならびに昭和37年調査時の結婚ならびに結婚予定者に対する追跡調査、また昭和40年に日本精神薄弱者愛護協会が実施した調査<sup>(5)</sup>などがあげられる。

表8 精薄施設退園者の結婚に関する調査

(実数)

| 種別<br>性別 | 昭和37年全国精薄施設退園者予後調査<br>国立精研 |       |    | 昭和40年愛護協会調査 | 昭和42年施設退園者の結婚に関する<br>調査<br>国立精研 |      |           |      |
|----------|----------------------------|-------|----|-------------|---------------------------------|------|-----------|------|
|          | 結婚している者                    | 結婚予定者 | 計  | 結婚している者     | 昭37・結婚していた者                     |      | 昭37・結婚予定者 |      |
|          |                            |       |    |             | 回答数                             | 現状把握 | 回答数       | 現状把握 |
| 男        | 14                         | 2     | 16 | 62          | 8                               | 6    | 2         | 2    |
| 女        | 50                         | 8     | 58 | 107         | 25                              | 16   | 3         | 2    |
| 計        | 64                         | 10    | 74 | 169         | 33                              | 22   | 5         | 4    |

①、最近10年間の全国精薄施設退園者予後調査（昭和37年）

昭和37年の我々の調査では結婚している者は64名、結婚予定者は10名が把握された。彼らの実態は次の通りである。

a. 地域分布

表9 地域分布

(実数)

| 性別    | 地域 | 北海道 | 東北 | 関東 | 東海・北陸 | 近畿 | 中国 | 四国 | 九州 | 計  |
|-------|----|-----|----|----|-------|----|----|----|----|----|
| 男     |    | 1   | 0  | 0  | 3     | 5  | 3  | 0  | 4  | 16 |
| 女     |    | 5   | 1  | 3  | 4     | 15 | 22 | 0  | 8  | 58 |
| 計     |    | 6   | 1  | 3  | 7     | 20 | 25 | 0  | 12 | 74 |
| 出身施設数 |    | 2   | 1  | 2  | 4     | 3  | 5  | 0  | 3  | 20 |

地域的分布は近畿、中国、九州に多く、関東以北は少ない。このことは精神薄弱者の結婚が自然的社会的環境の影響をうけていることを物語っているものと考えられる。

b. 年 令

表10 年 令

(実数)

| 年令                              |   | 18才～ | 20才～ | 25才～ | 30才～ | 35才～ | 不 明 | 計  |
|---------------------------------|---|------|------|------|------|------|-----|----|
| 結<br>婚<br>し<br>て<br>い<br>る<br>者 | 男 | 1    | 9    | 4    |      |      |     | 14 |
|                                 | 女 | 1    | 28   | 20   | 1    |      |     | 50 |
|                                 | 計 | 2    | 37   | 24   | 1    |      |     | 64 |
| 結<br>婚<br>予<br>定<br>者           | 男 |      |      | 2    |      |      |     | 2  |
|                                 | 女 |      | 7    |      |      |      | 1   | 8  |
|                                 | 計 |      | 7    | 2    |      |      | 1   | 10 |

年令は20才前半の若い年令層が多く、精神薄弱者の結婚の可能性に希望がうかがえる。

c. 知 能 程 度

表11 知 能

(実数)

| IQ                              |   | 30～ | 40～ | 50～ | 60～ | 70～ | 80～ | 90以上 | 不 明 | 計  |
|---------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|
| 結<br>婚<br>し<br>て<br>い<br>る<br>者 | 男 |     | 2   | 5   | 5   | 1   |     | 1    |     | 14 |
|                                 | 女 | 2   | 3   | 14  | 14  | 9   | 3   |      | 5   | 50 |
|                                 | 計 | 2   | 5   | 19  | 19  | 10  | 3   | 1    | 5   | 64 |
| 結<br>婚<br>予<br>定<br>者           | 男 |     |     | 1   |     |     |     |      | 1   | 2  |
|                                 | 女 |     | 1   | 3   | 2   | 2   |     |      |     | 8  |
|                                 | 計 |     | 1   | 4   | 2   | 2   |     |      | 1   | 10 |

知能程度はIQ50及び60代が目立っているがその分散がIQ30から90以上にまで広がっていることが注目される。

d. 性 別

性別は女子が多く、全体の78%を占めている。

e. 在 園 期 間

在園期間は「5年～9年」と比較的期間の長い者が多いが、在園期間と知能との間には特別な関連は認められない。



f. 在園中の状況

在園中の状況は行動態度が良好な者23%、普通21%、多少問題がみられる者31%、問題行動のある者25%で在園中の状況と結婚との間には特に関連がみられない。しかし結婚予定者の場合には問題行動のある者が皆無な点が結婚している者と著しい対照をみせている。在園中の性格行動の特徴は女に性的関心の著しい者がかかりみられることが注目される。その他、女では盗み、粗野、わがまま、素直、勝気、世話ずきなど、男では盗み、粗野、強情などや婦女暴行などもみられる。

表12 在園期間と知能との関係

(実数)

| IQ |       | 30 ~ | 40 ~ | 50 ~ | 60 ~ | 70 ~ | 80 ~ | 90以上 | 不明 | 計  |
|----|-------|------|------|------|------|------|------|------|----|----|
| 男  | 3年未満  |      | 1    | 2    | 1    |      |      |      |    | 4  |
|    | 3 ~ 5 |      | 1    | 1    | 1    |      |      |      |    | 3  |
|    | 6 ~ 9 |      |      | 2    | 3    | 1    |      | 1    |    | 7  |
|    | 計     |      | 2    | 5    | 5    | 1    |      | 1    |    | 14 |
| 女  | 3年未満  | 1    | 1    | 3    | 2    | 2    | 2    |      |    | 11 |
|    | 3 ~ 5 |      | 2    | 3    | 7    | 3    |      |      | 1  | 16 |
|    | 6 ~ 9 | 1    |      | 8    | 5    | 4    | 1    |      | 4  | 23 |
|    | 計     | 2    | 3    | 14   | 14   | 9    | 3    |      | 5  | 50 |

表13 在園中の状況

| IQ<br>性別 | 在園中の状況  |      |                    |                    |                    |                   |      |                                    |
|----------|---------|------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------|------------------------------------|
|          | 30 ~    | 40 ~ | 50 ~               | 60 ~               | 70 ~               | 80 ~              | 90以上 | 不明                                 |
| 男        |         | 盗み   | 盗み・まじめ<br>婦女暴行     | 見栄坊・まじめ<br>強情・お人好し | 粗野                 |                   | 無断外出 |                                    |
| 女        | 盗み・作業熱心 | 性的関心 | 性的関心・世話ずき<br>粗野・勤勉 | 性的関心・勝気<br>盗み・わがまま | 粗野・勝気<br>わがまま・世話ずき | 性的関心・明るい<br>おとなしい |      | 性的関心・世話ずき<br>無断外出・おとなしい<br>い・うそ・盗み |

在園期間・知能・在園中の状況（同上）  
（英 数）

| 性        | IQ    | 30 ~       | 40 ~          | 50 ~         | 60 ~         | 70 ~        | 80 ~         | 90 以上     | 不 明         | 計                |
|----------|-------|------------|---------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|-------------|------------------|
| 結婚している者  | 3 年未満 |            | ×             | △□           | ○            |             |              |           |             | ○□△×<br>11111    |
|          | 3 ~ 5 |            | □             | ○            | △            |             |              |           |             | ○□△<br>111       |
|          | 6 ~ 9 |            |               | ○×           | ○△×          | △           |              | ×         |             | ○△×<br>223       |
|          | 計     |            | ×<br>11       | ○□△×<br>2111 | ○△×<br>221   | △<br>1      |              | ×<br>1    |             | ○□△×<br>4244     |
|          | 3 年未満 | ×          | △             | ○△×          | □×           | ○△          | ○□           |           |             | ○□△×<br>3233     |
| 結婚していない者 | 3 ~ 5 |            | ○×            | ○□×          | □□△△         | □□△         |              |           | △           | ○□△×<br>2545     |
|          | 6 ~ 9 | ○          |               | ○□△×         | □□△△         | ○□□△        | △            |           | ○△××        | ○□△×<br>6494     |
|          | 計     | ○×<br>11   | ○△×<br>111    | ○□△×<br>4244 | □□△×<br>554  | ○□□△<br>333 | ○□△<br>111   |           | ○△××        | ○□△×<br>1111612  |
|          | 総 計   | ○□△×<br>11 | ○□△×<br>11112 | ○□△×<br>6355 | ○□△×<br>2575 | ○□△×<br>334 | ○□△×<br>1111 | ○□△×<br>1 | ○□△×<br>122 | ○□△×<br>15132016 |
|          | 3 ~ 5 |            |               | △            |              |             |              |           |             | △<br>1           |
| 結婚予定者    | 6 ~ 9 |            |               |              |              |             |              |           | ○           | ○<br>1           |
|          | 計     |            |               | △<br>1       |              |             |              |           | ○           | ○<br>1           |
|          | 3 年未満 |            |               | ○            |              |             |              |           |             | ○<br>2           |
|          | 3 ~ 5 |            |               | ○△           | ○△           | □△          |              |           |             | ○□△<br>213       |
|          | 6 ~ 9 |            | ○             | ○△           | ○△           | □△          |              |           |             | ○□△<br>413       |
| 総 計      |       | ○□△×<br>11 | ○□△×<br>22    | ○□△×<br>11   | ○□△×<br>11   | ○□△×<br>11  | ○□△×<br>1    | ○□△×<br>1 | ○□△×<br>1   | ○□△×<br>523      |

評価：◎+2・○+1・□0・△-1・×-2

## 8. 退 園 理 由

退園理由は男は就職の為が多く、女では家庭引取りが多い。しかし女はその後就職している者がかなりみられる。

表14 退 園 理 由

(実数)

| 性別 \ IQ | 30 ~                  | 40 ~                 | 50 ~                 | 60 ~                          | 70 ~                  | 80 ~                 | 90以上        | 不 明                          | 計                      |
|---------|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------|------------------------------|------------------------|
| 男       |                       | 就 病<br>職 気<br>1 1 入院 | 就 家<br>職 庭<br>3 2 引取 | 就 家<br>職 庭<br>3 2 引取          | 措<br>置<br>変<br>更<br>1 |                      | 就<br>職<br>1 |                              | 就 家<br>職 庭<br>8 4 引取   |
| 女       | 家<br>庭<br>引<br>取<br>2 | 就<br>職<br>3          | 就 家<br>職 庭<br>6 8 引取 | 就 委<br>職 託<br>4 1 8 変<br>更 引取 | 就 家<br>職 庭<br>5 4 引取  | 就 家<br>職 庭<br>1 2 引取 |             | 結 家<br>婚 の 庭<br>為 引<br>1 4 取 | 就 家<br>職 庭<br>19 28 引取 |

また知能程度と就職との間には特別な関係が認められず、IQ が就職に決定的な影響を与える要因とは考えられない。

## ii, 昭和40年愛護協会調査

昭和40年に実施した日本精神薄弱者愛護協会の調査結果をながめてみよう。

表15 昭和40年日本精神薄弱者愛護協会調査

| 年齢：  | 20才 ~ 38才   |      |      |      |      |      |   |    |    |    |    |    |     |
|------|---|------|------|------|------|------|---|----|----|----|----|----|-----|
| IQ：  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>40 ~</th> <th>50 ~</th> <th>60 ~</th> <th>70 ~</th> <th>80 ~</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>31</td> <td>26</td> <td>22</td> <td>11</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> | 40 ~ | 50 ~ | 60 ~ | 70 ~ | 80 ~ | 計 | 10 | 31 | 26 | 22 | 11 | 100 |
| 40 ~ | 50 ~  | 60 ~ | 70 ~ | 80 ~ | 計    |      |   |    |    |    |    |    |     |
| 10   | 31  | 26   | 22   | 11   | 100  |      |   |    |    |    |    |    |     |
| 挙子：  | 169名中25名 (子供の数)   |      |      |      |      |      |   |    |    |    |    |    |     |
|      | 精 薄 児 なし  |      |      |      |      |      |   |    |    |    |    |    |     |
|      | 優 秀 児 1名  |      |      |      |      |      |   |    |    |    |    |    |     |

## 結 婚 の 経 路

(%)

|   | 相手を好き<br>きになって | 相手に好<br>かれて | 相 思<br>相 愛 | 就職先の<br>人から | 施設関係<br>者から | 家<br>か | 庭<br>ら | 親<br>か | 類<br>ら | 知<br>か | 人<br>ら | 不 明 |
|---|----------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|
| 男 | 9              | 3           | 4          | 14          | 3           | 3      | 3      | 3      | 1      | 6      |        |     |
| 女 | 4              | 7           | 10         | 14          | 3           | 1      | 1      | 4      | 10     |        |        |     |
| 計 | 13             | 10          | 14         | 28          | 6           | 4      | 4      | 5      | 16     |        |        |     |

## 結 婚 相 手

| IQ |     | 相手の知能 | 正 常 | 軽 度 | 中 等 度 | 重 度 | 計  |
|----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|----|
| 男  | 40～ |       | 2   |     |       |     | 2  |
|    | 50～ |       | 4   | 4   |       |     | 8  |
|    | 60～ |       | 1   | 2   | 1     |     | 4  |
|    | 70～ |       | 3   | 2   |       |     | 5  |
|    | 80～ |       | 4   |     |       |     | 4  |
|    | 計   |       | 14  | 8   | 1     |     | 23 |
| 女  | 40～ |       | 2   | 1   |       |     | 3  |
|    | 50～ |       | 8   | 2   | 1     |     | 11 |
|    | 60～ |       | 12  | 1   | 1     |     | 14 |
|    | 70～ |       | 6   | 4   |       |     | 10 |
|    | 80～ |       | 2   |     |       |     | 2  |
|    | 計   |       | 30  | 8   | 2     |     | 40 |

### a. 年 令

20才～38才の比較的に若い年齢層の者たちである。

### b. 性 別

女が多い。

### c. 知 能 程 度

IQ 50及び60代の比較的知能障害の軽度の者が多い。

### d. 拳 子

全部で25名の子供が生まれているが、精神薄弱児はみられず、優秀児が1名いることが報告されているのが注目される。

### e. 結 婚 の 経 路

就職先の人紹介が多く、就職が結婚への有力な手がかりになっていることが注目される。また男では「相手を好きになって」という者が多いのに対し、女では「相思相愛」「相手に好かれて」というのが目立ち、微妙な女性心理の一端がうかがわれる。

### f. 結 婚 相 手

男の60%、女の75%が普通人と結婚しており、女の方が普通人と結婚している率が高いことが注目される。また普通人と結婚している者の知能がIQ40から80に広く分散していることも興味を感じさせる。

### g. 現 在 状 況

過半数の者が安定した生活をしている。

### iii、精薄施設退園者の結婚に関する追跡調査（昭和42年）

我々がおこなった昭和37年調査についての追跡調査ではいろいろな精神薄弱者の結婚の生態が明らかになった。いくつかの類型にわけ、その代表的なものをあげてみよう。

#### 症 例

症例1及び2は普通人と結婚した女の精神薄弱者の場合であるが、いずれも家事、育児に専念しており、成功している症例である。

##### 症例1. 成功例

H. N 29才 女 IQ 76 施設歴7年

在園中は他児の世話をよくして仲間の人望をあつめていた。可愛らしい女の子。施設退園後、家事見習などをして見込まれて21才の時に結婚した。現在、夫は42才、正常者で8才と6才の2児の母親として生活している。

##### 症例2. 成功例

K. I 27才 女 IQ 54 施設歴6年

在園中は勝気、強情であったが年少児の世話をよくしていた。

家庭引取後、就職をしたがそこを飛び出して飲食店に住込み、窃盗罪で女子少年院に収容されたこともある。その後、裁縫工として月収1万5千円を得て働いていたが、鉄工所の組立工と結婚した。現在、夫は36才、正常者で月収5～6万、3才の子供がおり、本人は現在家事育児に専念している。

精神薄弱者が結婚もしくは就職する場合に、とかくそれまでは本人の処遇に無関心であった家族や親族の者が強い関心を示し、干渉的な態度にでてくるものがしばしばみられるが症例3は本人を良く理解して取扱っていた母親の死後、実姉が干渉的な態度にでて結婚生活を破綻させてしまっている。この症例は精神薄弱者の結婚生活には温かく見守り、助言を与えてくれる理解者が必要なこと、また無理解な近親者の存在が彼らの結婚生活に大きな影響を及ぼしていることを物語っている。

##### 症例3. 本人の理解者死亡→周囲の無理解

H. A 31才 男 IQ 52 施設歴4年

在園中は相当の不平家であった。年少児と遊ぶ。

家庭引取後、昭和35年土工から鉄工所組立工として日給420円を得て働いていたが、昭和38年に結婚した。妻は正常者で子供も1人できた。(現在4才)本人の母親が生存中は家庭円満であったが、母親死亡後、姉が相手方に因縁をつけ離婚させてしまった。その後子供をかかえ浮浪者の生活をしてしたが、叔母がみかねて子供をあずかり最近職がみつかり働くようになった。

症例4は派手で見栄坊でオシャレな性格が金銭上の問題を引起すとともに結婚生活をも破滅に追いやっている症例である。

**症例4. 本人の生活態度に問題**

D. T 29才 男 IQ 70 施設歴9年

在園中は仲々のオシャレで自信家、長身美男の貴公子型、強情、派手、見栄坊で扱いにくい子であった。昭和31年、商店へ就職、その後ミシンのセールスマンを経て(内職がみつきり鹹)ステンレス工場で働き、結婚したが金銭上の問題で職場をにげだした。現在までに二度結婚して二度とも金使いが荒いために失敗した。相手の女性は正常者であった。

症例5は喫煙をきっかけに浪費、夫婦間のいさかいなどを生じ、それがもとで結婚生活を破綻させ、遂には社会生活からの落伍という結果にまで発展した症例である。精神薄弱者に対する生活態度の望ましい方向づけと環境の影響を考えさせる症例である。

**症例5. 環境の影響～本人の生活態度**

T. S 31才 女 IQ 36 施設歴6年

在園中は作業熱心であったが満年齢で退園し優生手術後、結婚しバタ屋の妻となり仲良く生活していた。ところが煙草を吸いはじめてから金使いが荒くなり、家の中でも争いが絶えず、夫が本人を学園へ連れてきて、よくいきかせてほしいとのことであったので、一週間程学園に置き、夫に引渡したが、放浪性がでてきて、遂に離婚となった。その後、売春行為を重ねて、現在、救護施設入所中である。

症例6は施設内という保護された環境での適応をしめす症例である。この症例は我々に環境のはたす役割の重要性を考えさせてくれる。

**症例6. 保護された環境のもとでの適応**

M. N 32才 女 IQ 75 施設歴1年

在園中は粗野な言動が多かったが、同園の職員と結婚し、現在10才・6才の2児の母親になっている。夫は45才、正常者である。施設内に居住しているので母親として子女の育児の能力に欠ける点はある程度カバーされている。しかし一般社会へでた場合にはいろいろな問題が生じるおそれがある。

症例7は配偶者の生活態度や意欲に問題がある場合には結婚生活が不幸な結果におちいることを示している症例である。

### 症例7. 配偶者に問題

Y. S 27才 女 IQ 60 施設歴 8年

在園中は多弁、異性に強い関心をもっていた。

就職のために退園し毛織工場で月収 8 千円を得ていたが結婚して家庭に入った。しかし亭主が大酒のみで本人のかせぐ僅かな日銭も酒代にまきあげられ、子供は栄養失調となり困りぬいている。

精神薄弱者は周囲の人々の心ない取扱いによって悪の道にふみ込んだり、社会から転落して抜けだすことのできない泥沼にはまり込んでしまうことがしばしばみられる。症例 8 は周囲の人々の温かい思いやりと配慮に欠けていた為にぬかるみにはまり込んでしまっている症例である。

### 症例8. 環境の影響（社会生活からの転落）

T. E 26才 女 IQ 55 施設歴 6年

在園中は人の顔をうかがう子供だった。

就職後、盗みをして少年刑務所に入所し、出所後、売春婦として売られ婦人寮に保護されていたが、現在男と同棲している。救いだすことのできないふかみにはまってしまった感じのする生活を送っている。

以上、いくつかの症例を通じてみた場合に精神薄弱者の結婚生活は周囲の人々の理解と協力、環境的条件、配偶者、本人の生活態度と能力の四者の相互関係のうえになりたっていることが明らかであり、それらの調和がとれている場合に成功しているということができよう。

## 要 約

精神薄弱者の結婚の実態を要約すると次の通りである。

1. 精神薄弱者の結婚は一般人にくらべ著しく少なく、結婚している者は多くが正常者と結婚しており、子供の数も少ない。しかも子供に精神薄弱の出現が概してみられない。したがって従来いわれてきた逆淘汰現象は我々の資料からは認められない。
2. 精神薄弱者の結婚生活を阻害する多くの心理、社会的要因が認められ、周囲の人々の理解と協力ならびに精神薄弱者に対する治療教育的接近の必要性が感じられる。

## 必 要 な 対 策

精神薄弱者の結婚の実態から次の諸点が心理、社会的な立場からみて必要な対策と考えられる。

1. 結婚生活のガイダンス（結婚ならびに優生相談を含む）の必要性
2. 地域住民の理解と協力を高める

— コミュニティケア、教育啓蒙活動などを通して —

### 3. 配偶者の協力

#### 4. 生活態度、意欲を望ましい方向へ導くための活動

—治療的ソーシャルクラブ活動、青年学級、若妻学級、夫婦学級などの開設—

### 3. 精薄関係教育、福祉、医療職員の精神薄弱者の結婚問題についての態度意識

精薄関係専門職員の結婚問題に関する態度意識についての全国的規模における調査としては昭和40年に日本精神薄弱者愛護協会のおこなった調査<sup>5)</sup>ならびに昭和42年に我々がおこなった精薄関係専門職員の態度意識調査があげられる。

#### I. 昭和40年愛護協会調査

愛護協会の調査は「精神薄弱者同志の結婚」について事例を提示してその意見を求める形式の調査であるが、施設長は「反対」が多く、指導員は「分らない」が56%、保母は「賛成」が73%を占め職種による差異が著しい。なお精神薄弱者同志の結婚を「優生手術を条件にした場合」には施設長では「賛成」が過半数を占めるのに対し、指導員及び保母では「賛成」がいずれも減少している。かように精神薄弱者の結婚については施設長と指導員及び保母との間に態度意識のずれが感じられる。その理由としては世代の相違ならびに職業上の立場（管理者と臨床家のちがい）が考えられよう。

表16

(実数)

| 職種  | 精神薄弱者同志の結婚 |    |       | 優生手術を条件にした場合 |    |       |
|-----|------------|----|-------|--------------|----|-------|
|     | 賛成         | 反対 | わからない | 賛成           | 反対 | わからない |
| 施設長 | 4          | 5  | 2     | 6            | 2  | 3     |
| 指導員 | 7          | 1  | 10    | 5            | 4  | 9     |
| 保母  | 8          | 0  | 3     | 5            | 0  | 6     |
| その他 | 3          | 4  | 3     | 5            | 2  | 3     |
| 計   | 22         | 10 | 18    | 21           | 8  | 21    |

また「精神薄弱者の結婚が難かしい条件」については施設長の73%が社会防衛的立場ないしは精神薄弱者の能力的欠陥を指摘するのに対し、指導員及び保母の多くが「対策の貧困」をあげている。

#### II. 精薄関係専門職員の結婚問題に関する態度調査（昭和42年）

我々のおこなった調査は次の通りである。

##### a. 調査対象

調査対象は成人及び児童施設の職員 315名、特殊教育関係として養護学校及び特殊学級担任 107名、精神薄弱者更生相談所心理判定員50名、医療関係者として日本精神薄弱研究協会会員の医学関係者50名の合計 522名を有意抽出し質問紙による郵送調査を実施した。回答者は 304名、回答率は58%である。



表17 調査対象

( )%

|     | 施設職員        |            |             | 特殊教育       |            |            | 心理<br>判定員  | 医学<br>関係   | 計           |
|-----|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
|     | 成人施設        | 児童施設       | 計           | 養護学校       | 特殊学級       | 計          |            |            |             |
| 調査数 | 204         | 111        | 315         | 37         | 70         | 107        | 50         | 5          | 522         |
| 未回答 | 89          | 36         | 125         | 14         | 39         | 53         | 21         | 19         | 222         |
| 回答数 | 115<br>(56) | 75<br>(68) | 190<br>(63) | 23<br>(62) | 31<br>(44) | 54<br>(50) | 29<br>(58) | 31<br>(62) | 304<br>(58) |

調査回答者の内訳は次の通りである。

施設関係では職種は指導員が69%を占め、ついで施設長が多く、性別は男が67%、年齢は20才～30才代の比較的若い年齢層が多く、経験年数は男78%、女56%が3年以上の経験を有している。

特殊教育関係では職種は教諭が78%、性別は男が80%を占め、年齢は30才～50才の比較的高年齢層がほとんどであり、経験年数は男女とも80%以上が3年以上の経験をもっている。

心理判定員は男が89%を占め、年齢は30才代が60%、経験年数は男70%、女44%が3年以上の経験を持ち、3年未満の者は20才代の若い年齢層に多い。

医学関係者の職種は大学の教授、助教授、講師、助手などの教育関係が39%、病院、研究所の院長、部長などの管理者が29%、技官・教官などが29%、性別は男が84%を占め、年齢は40才代が42%で多く、経験年数は全員が3年以上の経験をもっている。

#### b. 調査の結果と考察

まず、精神薄弱者の結婚に関して自由記入方法による回答の内容を解析してみよう。

成人施設職員の態度は「優生学上の問題」や「本人の意志、能力」を問題にする者が多く、ついで「社会の理解や協力」をあげる者が目立っている。なお施設長の過半数近くが「挙子」の問題をとりあげ、反対の意見を述べている。

表18 成人施設職員の態度

(実数)

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 1. 挙子には賛成できない、優生手術をすべきである  | 27 |
| 2. 本人の意志や能力から判断すべきである      | 17 |
| 3. 社会の理解や協力が必要             | 15 |
| 4. 人道上、基本的人権として結婚を否定すべきでない | 12 |
| 5. 結婚生活の指導や助言が必要           | 9  |
| 6. 精神薄弱者は結婚させるべきでない        | 7  |
| 7. 精神薄弱者の結婚は困難であろう         | 6  |

表19 成人施設施設長の態度

(実数)

|                   |   |
|-------------------|---|
| 1. 挙子には反対である      | 7 |
| 2. 結婚を否定すべきでない    | 3 |
| 3. 本人の意志や能力が問題である | 2 |
| 4. 教育, 指導が必要      | 1 |
| 5. 社会の理解が必要       | 1 |
| 6. 結婚には反対である      | 1 |

児童施設職員の態度は「本人の意志や能力」「優生手術の必要」を述べている者が多く、「受け入れ環境」を問題にしている者が殆んどみられないのが注目される。なお施設長は「精神薄弱者の結婚は慎重に考えるべきだ」という消極的な意見が多く、また「挙子」に反対の者も多い。

表20 児童施設職員の態度

(実数)

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 1. 本人の意志や能力から判断すべきである | 16 |
| 2. 挙子は賛成できない, 優生手術が必要 | 11 |
| 3. 結婚生活の指導, 助言が必要     | 8  |
| 4. 慎重に考慮すべきである        | 8  |
| 5. できれば結婚はさげさせたい      | 5  |
| 6. できることなら結婚させてやりたい   | 4  |

表21 児童施設施設長の態度

(実数)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. 慎重に考慮すべきである          | 7 |
| 2. 挙子はさげるべきである, 優生手術が必要 | 5 |
| 3. できれば結婚させたい           | 4 |

かように成人施設と児童施設関係者の態度には相違がみられるが、これは成人施設では精神薄弱者の結婚問題が現実的具体的な問題であるのに対し、児童施設では当面の問題でないため一般的抽象的な意見が多いためと思われる。

特殊教育関係者の態度は養護学校教員では「本人の能力」を問題にする者が多く、ついで「結婚は否定すべきでない」という意見が目立っているのに対し、特殊学級担任の態度は「結婚は否定すべきでない」という意見が多く、ついで「本人の意志, 能力」を問題にしている者が目立っており両者の間に若干の相違がうかがわれる。

表22 養護学校教員の態度

(実数)

|                   |   |
|-------------------|---|
| 1. 本人の能力が問題       | 8 |
| 2. 結婚は否定すべきでない    | 6 |
| 3. 一概にはいえない       | 4 |
| 4. 好きな相手と同棲させればよい | 1 |
| 5. 指導助言が必要        | 1 |
| 6. 挙子はさけるべきである    | 1 |
| 7. 結婚はしないほうがよい    | 1 |
| 8. 優生手術が必要        | 1 |

表23 特殊学級担任の態度

(実数)

|                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 結婚は否定すべきでない    | 10 |
| 2. 本人の意志や能力が問題である | 6  |
| 3. 一概にはいえない       | 3  |
| 4. 社会の理解と協力が必要である | 3  |
| 5. 指導助言が必要        | 3  |
| 6. 挙子は慎重に考えるべきである | 2  |
| 7. 結婚はさけたほうがよい    | 1  |
| 8. 結婚は慎重に考えるべきである | 1  |
| 9. 難しい問題である       | 1  |

この両者の相違は同じ特殊教育の領域であっても対象とする精神薄弱者の能力、行動などが異なることからきているものと考えられる。

また特殊教育関係者は施設関係者に多くみられる結婚や挙子の否定が極めて少ないのが特徴的である。

心理判定員の態度は「本人の意志や能力」を問題にする者が多く、ついで「指導、助言の必要」「社会の理解と協力の必要」をあげる者が目立っている。

表24 心理判定員の態度

(実数)

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 1. 本人の意志や能力から判断すべきである | 10 |
| 2. 指導、助言が必要である        | 5  |
| 3. 社会の理解と協力が必要である     | 3  |
| 4. 一概にはいえない           | 3  |
| 5. 結婚を否定すべきでない        | 3  |
| 6. 答えるのが難しい           | 1  |
| 7. 挙子は反対である           | 1  |
| 8. 優生手術が必要である         | 1  |

医学関係者は多種多様な意見が多く、また「個々の症例によって具体的に考えるべきである」という考えが強い。

表25 医学関係者の態度

(実数)

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. 個々の症例により具体的に考えるべきである              | 7 |
| 2. 社会の理解と協力が必要である                    | 6 |
| 3. 本人の意志や能力から判断すべきである                | 4 |
| 4. 慎重に考慮すべきである                       | 4 |
| 5. 原則として結婚は否定すべきでない                  | 2 |
| 6. 挙子はひかえさせるべきである                    | 2 |
| 7. 結婚と挙子の問題は切りはなして考える必要がある           | 1 |
| 8. 精神薄弱者にも結婚の希望をもたせるべきである            | 1 |
| 9. 結婚生活の指導、助言が必要である                  | 1 |
| 10. 生物学的な立場だけでなく社会人としての立場からも考えるべきである | 1 |
| 11. 身体的情緒的に発育不全の為に問題行動にはしりやすい        | 1 |
| 12. 軽度の女子非行少年の多くが結婚によって社会復帰している      | 1 |
| 13. 優生手術が必要である                       | 1 |

次に選択肢法にもとづく回答の内容を考察してみよう。

表26 精神薄弱者の社会生活参加は

(実数)

|           | 施設 | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|-----------|----|------|-------|----|-----|
| 可能である     | 52 | 15   | 5     | 8  | 80  |
| あまり期待できない | 26 | 1    | 3     | 2  | 32  |
| 困難である     | 15 | 0    | 2     | 2  | 19  |
| 知能程度による   | 94 | 37   | 18    | 18 | 167 |
| その他       | 2  | 1    | 0     | 1  | 4   |
| 無答        | 1  | 0    | 1     | 0  | 2   |

“精神薄弱者の社会生活参加”については「知能程度による」という者が過半数を占め、特殊教育関係者に多い。なお成人施設の施設長は53%が「可能である」と答えるのに対し、児童施設の施設長では16%にすぎず、しかも「知能程度による」という意見が72%を占めている。これは成人精神薄弱者を実際に扱っている者と児童の状態から推測する者との意見の相違と考えられ、成人精神薄弱者の実態を児童の様子から安易に予測することの難しさを物語るものといえよう。

“精神薄弱者が社会生活をおくる上にもっとも必要なもの”については「受け入れ環境の整備」をあげる者が施設関係者に多く、特殊教育関係者は「指導訓練」をあげる者が37%と目立っており、医学関係者では「本人の能力」をあげる者がかなりみられるなど、この問題は職業による意見の相違が目立っている。なお施設関係では成人、児童を通じて施設長の過半数が「指導訓練」をあげるのに対し、職員は「受け入れ環境の整備」を問題にする者が60%以上を占めており、両者の態度にずれがみられるのが注目される。

表27 精神薄弱者が社会生活をおくる上にもっとも必要なもの (実数)

|           | 施設  | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|-----------|-----|------|-------|----|-----|
| 本人の能力     | 24  | 10   | 4     | 8  | 46  |
| 家族の態度     | 7   | 5    | 1     | 0  | 13  |
| 受け入れ環境の整備 | 108 | 17   | 14    | 12 | 151 |
| 指導訓練      | 50  | 20   | 8     | 7  | 85  |
| その他       | 0   | 2    | 1     | 3  | 6   |
| 無答        | 1   | 0    | 1     | 1  | 3   |

“成人精神薄弱者の処遇上もっとも重要なもの”については「対人態度」をあげる者が44%と比較的に多い。しかしこの問題を職業別にみると施設関係では「対人態度」及び「反及び非社会的行為」、特殊教育関係では「対人態度」及び「職業技術」、心理判定員では「対人態度」及び「身辺の処理」医学関係では「対人態度」及び「職業技術」をあげる者が多い。このことは職業の特徴や対象とする精神薄弱者の相違などからきているものと推測される。即ち、施設では日頃、精神薄弱者の問題行動に頭をいため、特殊教育関係者は職業技術の学習に心を砕き、心理判定員は更生相談所へ訪れる精神薄弱者の適応行動がかなり低く、しかも家庭で養育に困難を感じている者が多いところから身辺の処理の問題に関心をしめし、医学関係者はこれら三者とは異なり、一定の傾向をもつ精神薄弱者集団を対象としていないところから一般論としてかような意見が生じるものと考えられる。なお施設長は児童関係では「性」「身辺の処理」「反及び非社会的行為」などの日常生活上の問題行動を指摘する者が38%と比較的に目立っているのに対し、成人関係では13%と低く、両者の間にひらきがみられる。

表28 成人精神薄弱者の処遇上もっとも重要な問題 (実数)

|          | 施設 | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|----------|----|------|-------|----|-----|
| 職業技術     | 17 | 12   | 5     | 9  | 43  |
| 性問題      | 11 | 3    | 1     | 1  | 16  |
| 身分処理     | 31 | 5    | 6     | 1  | 43  |
| 反、非社会的行為 | 45 | 7    | 0     | 3  | 55  |
| 対人態度     | 85 | 22   | 15    | 14 | 133 |
| その他      | 3  | 2    | 1     | 2  | 8   |
| 無答       | 1  | 3    | 1     | 1  | 6   |

“精神薄弱者の結婚に関する態度”については「本人に結婚したいという意志があれば相談にのってあげたい」という消極的な考えが73%をしめている。この傾向はいずれの職業においても共通してみられるが、施設関係者と心理判定員では他の職業にくらべ「結婚は困難である」とする意見が比較的目立ち、特に施設関係者では数は少ないが「結婚すべきではない」と否定的な態度をとる者がみられる。

表29 精神薄弱者の結婚に関する態度

(実数)

|                               | 施設  | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|-------------------------------|-----|------|-------|----|-----|
| 適当な伴侶をみつ<br>けてあげたい            | 22  | 10   | 3     | 2  | 37  |
| 本人に結婚の意志<br>があれば相談にの<br>ってあげる | 136 | 39   | 22    | 25 | 222 |
| 結婚は難しい                        | 24  | 4    | 3     | 2  | 33  |
| 結婚すべきでない                      | 6   | 1    | 0     | 0  | 7   |
| そ の 他                         | 2   | 0    | 0     | 1  | 3   |
| 無 答                           | 0   | 0    | 1     | 1  | 2   |

“精神薄弱者の挙子”については制限的ないしは消極的な考えをもつ者が多い。なお施設関係では職員が「本人の能力」を問題にするのに対し、施設長の45%が「子供をつくるべきではない」という意見を持ち、両者の間に相違が感じられる。年令的にみると概して若い年令層ほど「本人の能力」を問題にするのに対し、中高年令層では「挙子」に反対の者が多くみられる。

表30 精神薄弱者の挙子について

(実数)

|                    | 施設 | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|--------------------|----|------|-------|----|-----|
| 子供をつくるべきでない        | 64 | 5    | 2     | 5  | 76  |
| 優生学上の問題がなければ反対しない  | 43 | 22   | 6     | 10 | 81  |
| 親になる精神薄弱者の能力が問題である | 69 | 24   | 20    | 13 | 126 |
| 挙子を制限すべきでない        | 12 | 2    | 0     | 2  | 16  |
| そ の 他              | 0  | 1    | 0     | 1  | 2   |
| 無 答                | 2  | 0    | 1     | 0  | 3   |

“精神薄弱者の結婚相手はどんな人物が適当か”については「男、女によって一概にはいえない」という意見が52%を占めており、「結婚相手は本人同志にまかせる」という考えは7%にすぎない。なお施設関係では成人施設の施設長の46%が「本人をリードしていける相手が必要である」という意見であるのに対して児童施設の施設長は「男、女によって一概にはいえない」と答える者が61%を占めている。

表31 結婚相手はどんな人物が適当か

(実数)

|           | 施設 | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|-----------|----|------|-------|----|-----|
| 本人同志にまかせる | 14 | 2    | 1     | 5  | 22  |
| 同程度の者     | 16 | 5    | 4     | 2  | 27  |
| リードする人    | 65 | 19   | 5     | 3  | 92  |
| 一概にいえぬ    | 93 | 27   | 18    | 21 | 159 |
| その他       | 1  | 1    | 0     | 0  | 2   |
| 無答        | 1  | 0    | 1     | 0  | 2   |

“精神薄弱者の結婚の条件”については、結婚生活を維持するための「指導助言の必要性」をあげる者が多い。これは施設関係ならびに心理判定員に多くみられ、これに対し特殊教育、医学関係者では「困難にまげずに協力して生活していく意志がなければならぬ」という意見がかなりみられる。なお特殊教育関係者では養護学校の男教員の56%が「本人の意志」をあげるのに対し、特殊学級の男担任は60%が「指導助言の必要性」をあげているが、これは対象とする精神薄弱者の相違からと考えられる。

表32 精神薄弱者の結婚の条件

(実数)

|       | 施設  | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|-------|-----|------|-------|----|-----|
| 経済力   | 25  | 6    | 2     | 5  | 38  |
| 指導・助言 | 127 | 26   | 23    | 17 | 193 |
| 本人の意志 | 30  | 19   | 3     | 7  | 59  |
| その他   | 3   | 2    | 0     | 1  | 6   |
| 無答    | 5   | 1    | 1     | 1  | 8   |

“精神薄弱者の結婚の場合に男女いずれが結婚しやすいか”については医学関係者の80%が「女」をあげるのに対し、その他の職業では「性別に関係ない」という意見がかなりみられる。施設関係では児童施設職員の65%が「女」をあげるのに対し、成人施設では「性別に関係ない」と答える者が50%を占めている。

特殊教育関係では養護学校男教員の36%が「女」をあげるのに対し、女教員全員が「性別に関係ない」と答えている。また特殊学級の男担任の38%が「女」をあげるのに対し、女担任の67%が「男」をあげている。心理判定員や医学関係者では年令が若い者に「性別に関係ない」という意見が多い。かようにこの問題は対象とする精神薄弱者のちがいや職業による相違のほか回答者の性別や年令、また感情などの影響もうかがわれる。

表33 男女いずれが結婚しやすいか

(実数)

|         | 施設 | 特殊教育 | 心理判定員 | 医師 | 計   |
|---------|----|------|-------|----|-----|
| 女       | 81 | 18   | 12    | 25 | 136 |
| 男       | 22 | 11   | 2     | 1  | 36  |
| 性別に関係ない | 85 | 24   | 13    | 5  | 127 |
| その他     | 0  | 0    | 0     | 0  | 0   |
| 無答      | 2  | 1    | 2     | 0  | 5   |

結婚する精神薄弱者に送る“親の立場からの「はなむけ」の言葉”については多くの者が「仲よく力を合わせて家庭を築きあげ、困った時にはいつでも相談にくるように」と回答している。したがって精神薄弱者に対する特別な“はなむけの言葉”というよりは結婚する若い人たちに送る一般的共通的な言葉といえよう。

#### c. 要約及び結語

精神薄弱者の結婚問題に関する専門職員の態度意識の実態について次のことがいえよう。

1. 精神薄弱者の結婚については専門職員の職業、性別、年齢などの相違、取扱っている対象者の特徴などが態度意識に強く反映している。———専門家としての専門性ならびに人間 Human beingとしての性格特徴からその態度意識に相違がみられるのは当然であるとしても、その基底には根本的普遍的な理念の確立が必要ではなかろうか。

2. 精神薄弱者の社会生活参加について知能の重要性を強調するきらいがみられる。———しかし精神薄弱者の社会適応には知能は絶対的な条件ではなく、むしろ社会生活力の十分な発揮と人間関係のもち方が重要な役割をはたしており、しかもこれらは生活経験の内容と密接な関係をもっていると考えられる。したがって具体的な生活経験を通しての適応行動の増進、集団及び作業療法などによる情緒の改善と安定をはかる治療的処遇や家族、地域社会に対する治療教育的接近などが必要であり、それらによって数多くの精神薄弱者の社会生活参加が可能になろう。

3. 精神薄弱者の結婚に関して制限的ないしは消極的な考えをもつ者が多くみられるが、現実には精神薄弱者の結婚や子供の出生がおこなわれている。かかる現実には積極的具体的に対処すべき専門家としての態度の確立が急務であると考えられる。

以上のことを結論づけると精神関係専門職員の態度には精神薄弱者の結婚問題について生物学的立場に偏することなく、心理、社会的立場に基づいた態度意識の確立をはかる必要性が痛感される。

#### 4. 結 言

精神薄弱者の結婚の実態と関係専門職員の態度意識の考察を通してうかがえることは結局のところ精神薄弱なるが為の特別な結婚の形態や方法は考えられないということであり、存在し



ているのは精神薄弱というハンディキャップをもった人間の結婚の問題である。我々は彼らを人格をもつ社会的存在としてとらえ、その結婚問題を考えるのでなければならない。

かような観点から心理、社会的立場として次の諸点を問題提起して結びにかえたい。

1. 社会防衛的立場をとるべきか、精神薄弱者の人権尊重の立場をとるべきか。——精神薄弱者の結婚及び挙子について何らかの規制や禁止の必要性をどう考えるか。

2. 社会の進歩を優先させるべきか、精神薄弱者の人間としての立場を守るべきか。——精神薄弱者の結婚を社会に及ぼす悪影響といった観点から禁止したり、または養育不相当といった理由で子供を精神薄弱者から引きはなすことの可否についてどう考えるか。

3. 精神薄弱者が人間としての生活を享受できるようにする為に関連諸科学はいかなる貢献をしてきたか。またいかなる貢献をしようとしているのであろうか。

一終りにのぞみご協力ご援助を頂いた関係各位、貴重なご助言を頂いた菅野重道部長、また資料の整理などにご協力頂いたもと精神薄弱部 金親公子技官(旧姓高乗)に厚く御礼を申しあげ  
る。—

附記：本稿は第2回日本精神薄弱研究協会総会でのシンポジウムの原稿に筆を加えたものであり、その一部は第16回日本社会福祉学会大会、第6回日本特殊教育学会大会において発表した。

## 文 献

1. C. H. Hallas : The Care and Training of the mentally Subnormal, 1967, P. 159.
2. 昭和36年全国精神薄弱者実態調査報告, 厚生省社会局, 昭和36年。
3. わが国における精神障害の現状, 厚生省公衆衛生局, 昭和40年。
4. 菅野重道, 桜井芳郎, 山内洋子: 精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報—最近10年間にわたる全国精薄施設退園者の社会的予後調査—, 精神衛生研究第12号, 昭和39年
5. 日本精神薄弱者愛護協会: 精薄施設の退園者の結婚に関する調査, 愛護, 第12巻4号, 昭和40年。
6. 桜井芳郎: 精神薄弱者の結婚問題に関する研究第1報—精神薄弱者の結婚の実態—, 第16回日本社会福祉学会大会論文集, 昭和43年。
7. 桜井芳郎, 高乗公子: 精神薄弱者の結婚問題に関する研究第2報—精薄関係専門職員の態度意識—, 第6回日本特殊教育学会大会研究報告抄録, 昭和43年。

## 所 員 研 究 業 績

- 集団精神療法の理論と実際  
池田由子  
(B5版, 299頁, 医学書院, 1968年)
- 乳児院収容児の長期予後調査的研究  
池田由子  
(第65回日本精神神経学会総会, 長崎, 1968年, 日本精神神経学雑誌抄録, 70巻, 2号, 1968年)
- 欠陥分裂病の研究, 第1報, 精神療法的接近の試み  
池田由子, 後藤由紀子, 中沢浩一郎, 桜井厚子, 江口文子, 宇賀勇夫  
(第65回日本精神神経学会総会, 長崎, 1968年, 日本精神神経学雑誌抄録, 70巻, 2号, 1968年)
- 集団精神療法の研究  
—夢の解釈から見た協同治療者の問題について—  
池田由子  
(精神衛生研究, 第16号, 1968年)
- 双生児の人格発達の研究  
—双生児のロールシャッハ反応について—  
池田由子, 田頭寿子  
(精神衛生研究, 第16号, 1968年)
- 集団精神療法  
池田由子  
(精神身体医学, 8巻2号, 1968年, 医学書院)
- 作業療法と理学療法のための医学的心理学—その1, 適応理論  
池田由子  
(理学療法と作業療法, 2巻1号, 1968年, 医学書院)
- 作業療法と理学療法のための医学的心理学—その2, 異常の見わけ方  
池田由子  
(理学療法と作業療法, 2巻2号, 1968年, 医学書院)
- 作業療法と理学療法のための医学的心理学—その3, 治療者・患者関係  
池田由子  
(理学療法と作業療法, 2巻3号, 1968年, 医学書院)
- 作業療法と理学療法のための医学的心理学—その4, 集団療法  
池田由子  
(理学療法と作業療法, 2巻4号, 1968年, 医学書院)
- 作業療法と理学療法のための医学的心理学—その5, 遊戯療法  
池田由子  
小児自閉症の治療について  
池田由子  
(教育と医学, 16巻6号, 慶応通信, 1968年)
- 幼児の自閉症  
池田由子  
(精神衛生, 110~111号, 日本精神衛生会, 1968年)
- T・M・リング編: 職場の精神衛生と人間関係  
笠松章, 坪上宏訳編  
(誠信書房, 1968年)
- 精神医学ソーシャル・ワーク  
柏木昭, 小松源助  
(異常心理学講座〈心理療法〉みすず書房)
- 地域指導者の精神衛生についての意識  
—第2報—  
柏木昭, 坪上宏, 佐竹洋人, 今田芳枝, 高乗公子, 小川武子  
(精神医学ソーシャル・ワーク, 1968年, 第3巻第1号)
- An Epidemiological Analysis on the Fluctuation of Drug Dependence in Japan  
Masaaki, Kato  
(International Journal of Addiction 1969)
- Self-destruction in Japan  
Masaaki Kato  
(Transcultural Psychiatry, 1969)
- Changing Pattern of Expressing Aggression in Japan  
Masaaki Kato  
(American Journal of Psychology, 1969, in press)
- 重度精神薄弱児の処遇に関する研究  
—在宅重度精神薄弱児に対する心理, 社会的接近—

桜井芳郎, 高乗公子  
(精神衛生研究, 第16号, 1968年3月)  
乳幼児社会生活力診断検査(生後~6才児)

桜井芳郎  
(岩崎学術出版社, 1968年4月)  
精神薄弱者の診断, 処遇に関する精神医学ソーシャル・ワーカーの役割り(第2報)  
—成人精神薄弱者の診断, 処遇—  
桜井芳郎, 高乗公子, 小瀬村和子  
(精神医学ソーシャル・ワーク第3巻, 1号,  
1968年4月)

幼児の言語発達に関する研究(第3報)  
—言語遅滞, 障害幼児の追跡調査—  
桜井芳郎  
(第21回日本保育学会大会論文集, 1968年5月,  
保育学年報, 1968年)

精神薄弱者の結婚問題に関する研究(第1報)  
—結婚の実態についての心理社会的接近—  
桜井芳郎  
(第16回日本社会福祉学会大会論文集, 1968年9月)

成人精神薄弱者の社会的生活力に関する研究(第3報)  
—在宅保護と施設収容による比較—  
桜井芳郎  
(第35回日本応用心理学会大会発表論文抄録,  
1968年10月)

精神薄弱者の結婚問題に関する研究(第2報) —精薄専門職員の態度意識—  
桜井芳郎, 高乗公子  
(第6回日本特殊教育学会大会研究報告抄録,  
1968年10月)

鞭打ち症について  
高臣 武史  
1. 精神神経科の立場から見た認定  
(災害医学, 第11巻, 第4号)  
2. 精神神経科の立場から見た鞭打ち症  
(日本交通科学協議会, むち打ち傷害部会編,  
近刊)

適応と不適応  
—不適応者の臨床心理—

高 臣 武 史  
(精神分裂症と適応, リクルート, 1968年11月号)  
発達心理学

玉 井 収 介  
(東山書房) 1968年  
臨床心理学の現状と活動  
玉井収介, 片口安史, 小嶋謙四郎, 編著  
(臨床心理学講座4巻) 誠信書房, 1968年  
乳幼児と社会的文化的環境  
玉 井 収 介  
(乳幼児精神衛生, 小林堤樹編)

日本小児医事出版社, 1968年  
情緒障害児と問題行動  
玉 井 収 介  
(現代教育研究)日本標準テスト研究会, 1968年  
精神薄弱の脳波  
中 川 四 郎  
(神経研究の進歩, 12巻1号, 36~44頁, 1968年  
4月)

自閉症と精神薄弱  
中 川 四 郎  
(精神薄弱児研究, 123号, 18~24頁, 1968年12月)

登校拒否の入院療法  
渡辺位, 中川四郎, 村瀬孝雄, 森下弘, 増戸伯子  
(第65回日本精神神経学会, 1968年)  
脳波の集団検診に関する研究(第1報)  
—主としてその技術的方法論について—  
中川泰彬, 中川四郎, 高橋信介

(第65回日本精神神経学会総会, 1968年3月)  
実験的脳発達障害の研究  
成瀬浩, 永山素男, 小松せつ, 宮本侃治  
(第65回日本精神神経学会総会発表, 1968年3月  
長崎)

脳発達障害の神経化学的研究  
成瀬浩, 永山素男, 小松せつ, 佐々木正美, 宮本侃治  
(神経化学, 7, Suppl. 166 P, 1968年)

(第11回日本神経化学会総会発表, 1968年10月,  
京都)

ダウン症候群の生化学的研究について  
成 瀬 浩  
(ダウン症候群に関するゼミナールにて発表,

1968年, 7月, 東京)  
記憶をめぐって  
—生化学的側面—  
成瀬 浩  
(第11回日本神経化学会総会, シンポジウム,  
1968年10月, 京都)  
脳呼吸系調節について  
—蛋白質, 核酸, 酵素—  
成瀬 浩  
(特集, 脳の生化学, 1969年2月)  
精神障害者の就職における援助と,  
その問題点  
—国立精研デイ・ケア・センターの報告—  
松永宏子, 片山ますゑ  
(第4回精神科作業療法協会総会にて発表, 1968年  
6月)  
ケースワーク  
山崎道子  
(乳幼児精神衛生, 小林提樹編)  
1968年5月, 日本小児医事出版社  
ヤングハズバンド著, 家庭福祉  
松本武子, 山崎道子, 木村嘉男, 小島蓉子訳  
(1968年, 7月)  
ケースワークにおける crisis 状況へ  
の働きかけ—情緒障害児の処遇とそのフォ  
ローアップ調査をめぐって—  
山崎道子  
(第16回日本社会福祉学会発表論文集, 1968年9月)  
登校拒否中学生に対する危機状況へ  
の働きかけをめぐって  
—特に家族の非機能的側面から—  
山崎道子  
(第9回日本児童精神医学会総会抄録集, 1968年  
11月)  
ソーシャル・ケースワークとCrisis Theory  
山崎道子  
(精神衛生研究, 16号, 1968年3月)  
Laboratory Training  
横山定雄  
(1968年2月; 日本経営管理教育協会)  
Laboratory Training, Sensitivity (Human  
Relations) Training などと呼ばれる小集団実験室

方式の人間関係訓練について, その基礎理論, 訓練  
方式, 学習訓練課題, 効果等について体系的理論的  
に要約記述したものの。

#### 精神衛生における能力開発の研究

横山定雄

(1968年3月, 国立精研, 精神衛生, 第16号)

精神衛生の焦点的課題は人間の能力開発成長にあ  
るとの立場から, その研究一例として新しい人間関  
係訓練の内容と効果を素材とし, 精神衛生における  
この課題の重要性を論述したものの。

#### 共感の場づくりの可能性

横山定雄

(1968年5月, 日本リクルートセンター,  
リクルート, 5月号)

#### ライン・カウンセリングの実施方式 と問題点

横山定雄

(1968年7月, 日本産業訓練協会, 産業訓練,  
7月号)

職場組織のラインの中での非専門家によるカウ  
ンセリング制度活動について, その種類, 実施法, 問  
題点などを論述したものの。

#### 新しい人間関係訓練の要点

横山定雄

(1968年9月, 日本経営出版会, マネジメント・  
ジャーナル, 9月号)

#### Industrialization and Mental Health in Japan

横山定雄

(1968年9月, The First International Conference  
on Social Science and Medicine at Aberdeen  
Univ. in Scotland)

日本の産業精神衛生の発達過程と研究状況および  
その特性と問題点を論述したものの, 第1回「社会科  
学と医学」国際会議へ持参, 提示したものである。

#### ラボラトリー・トレーニングと行動 科学(1)

横山定雄

(1968年10月, 日本経営管理教育協会, 行動と情報の  
科学, 第1号)

ラボラトリー・トレーニングと行動科学との関連  
性についての究明論文の第1回目(連載予定)である。



# ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH AMONG THE COMMUNITY LEADERS

— A Survey in Haramachi-shi, Fukushima Prefecture —

TAKESHI TAKATOMI, M.D., AKIRA KASHIWAGI,  
HIROSHI TSUBOKAMI, HIROTO SATAKE  
and TAKEKO OGAWA

The aim of the study is to make an inference on their preparedness in crises or for necessity for mental health problems among the leaders in a particular community. It also aims at determining how we could make an approach to the leaders in relation to comprehensive community mental health programs.

It was attempted to obtain the relevant information by using group interviews where the participants, members of the population under consideration, were requested to exchange views. Two 2-hour-sessions were held for this purpose for each of six professionally regulated groups, i.e., social welfare commissioners, public health nurses, school teachers, policemen, general practitioners and businessmen. Discussion material as stimulant was introduced through slides showing and a case material. For the first session were used 3 slides, two of which were picked up from TAT, a Japanese edition, and one from the mental health attitude cards. The case material was composed based on an actual case of a multi-problem family in which the mother was diagnosed as epilepsy.

Analysis of contents was made by application of a mental health attitude scale, specially prepared and developed for the examination. SCT was also administered in the end of the sessions to each participant to supplement determinants of group differences and characteristics.

Some findings as to the characteristics of each group are as follows.

(1) Social welfare commissioners : Eagerness and pride were particularly eminent about this group not because of its competence but rather status. Intellectual understanding about the nature of mental health was assessed superficial.

(2) Public health nurses : Cautiousness and vigorousness as professional attributes were evident. They were more concerned with physical aspects of health or illhealth. Evidence showed that they tended to get involved in and show sympathy with people in trouble.

(3) School teachers : With this group, objectivity and manipulative attitude were remarkably strong in dealing with the client.

(4) Policemen : Reflecting the stand point of police administration, controlling and corrective assertion seemed obvious.

(5) General practitioners : This group tended on the basis of experiences to grasp the

meaning of the matter as a whole. They would emphasize healthy aspects of family functioning.

(6) Businessmen : Perhaps because they were quite content with status quo, balanced remarks were stated in terms of philosophy of life. They lacked, however, sympathy with the sick or youth.

Conclusion : This study dealt with many obvious facts, but some of the conclusions need recapitulation.

(1) It seems possible to make an inference that group interview survey has its advantages around collection of data about opinions and attitudes of members of the population quite realistically.

(2) The public health center acted in the position of much help to us in carrying out this study programs. It would be the central bridgehead for mental health activities in a particular community.

(3) Differentiated approach is necessary among professional groups when the mental health specialists ask them to act as leaders to promote mental health conditions of the community at all.

ON THE SOCIAL ADJUSTMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS  
TREATED IN THE DAY-CARE CENTER

KATSUMI MEGURO, M.D., HIROKO MATSUNAGA,  
MASUE KATAYAMA, AKIRA KASHIWAGI and  
MASAAKI KATO, M.D.

1. The patients treated in the day-care center were classified into two different groups; i.e., the recurrent patients who showed recurrent symptoms in these 4 to 5 years since their onset of illness and the chronic patients who have been stationary sick in these 10 years.
2. Among them the authors observed two patients who might be called as those who were suffering from "day-hospitalism".
3. By the extent of their social adjustments, the patients were classified into five steps as the following; 19 cases were in the first step ( adjustment in hospital ), 23 cases in the second step ( adjustment in family and the community ), 22 cases in the third step ( adjustment in family, community and working place ), 4 cases in the forth step ( adjustment in community and working place without family ) and one case in the fifth step ( adjustment in community and working place constructing new family ).
4. As regards the factors connected with their adjustment in jobs, their previous jobs before the onset of illness, the attitudes of the employers and the employees in their working places and, in particular, the role-conflicts of the patients seemed to be very important to decide their social adjustments. Besides, the authors observed some differences between the male and the female patients in their reasons of changing their employments.



ON THE INVESTIGATION OF TWIN CHILDREN IN PRIMARY SCHOOLS  
IN KASHIWA CITY AND SUGINAMI WARD, TOKYO  
YOSHIKO IKEDA, M.D., TOMOKO CHUKO and KOU NAKAGAWA

Summary

The purpose of ordinary twin research is to compare monozygotic twins with dizygotic ones from many angles in order to evaluate the influence of "nature and nurture". However, viewed from the standpoint of child mental health, knowledge of ecology of twins is absolutely necessary, namely, percentage of twins among children, their mental and physical growth and treatment they received in society. The investigation of twins of a certain age in a certain area is very difficult, because we can contact them only when they are registered at birth and when they are under compulsory education.

In cooperation with the educational boards in Kashiwa City and in Suginami Ward of Tokyo City, questionnaires were sent out in total to 38 primary schools in both areas. Kashiwa City, in the north-west of Chiba prefecture is one of the typical bed town cities for Metropolitan Tokyo and is noted for rapid urbanization and recent increasing of its population ( 124604 in 1967 ). But a part of the city is still agricultural area in which 2607 families work as farmers. The annual income per person is lower than the national average. Because of wide difference in socio-cultural conditions, the ratio of those receiving higher education varies, from 55.3% to 91.5%, depending on the districts.

In Kashiwa City, seventeen pairs of twins were found among 8918 children in 10 primary schools, ♂♂ 5 pairs, ♀♀ 9 pairs and ♂♀ 3 pairs. It meant that there was one pair of twins per 525 children in primary schools. Classifying their school achievements into 3 categories ( good, average and bad ), 23 children(68%) belonged to the average group, 11 children (32%) to the bad and no one was put in the good group.

Both twins of 14 pairs out of 17 were classified into the same categories. Apparent difference between boys and girls was observed, that is, boys made more progress when they grew older while girls revealed the opposite tendency. There was no difference between the first-born and the second-born regarding grades of school achievements. Five pairs were considered to have behavioral problems which were closely related to extraversion and mental retardation.

Fourteen pairs (82%) were placed in the different classes and only three pairs in the same classes. It seemed that schools preferred to separate twins as much as possible.

Suginami Ward, located in west Tokyo is a high-class residential area in Tokyo City. Although it had developed early, the population slowly decreased in recent years, because of unbelievable rise of the price of the land ( 523007 in 1967 ). The average annual income per person is the highest in Tokyo, of course, higher than the national average. The educational standard is also very high.

Eighty eight pairs of twins were found among 20493 children in 28 primary schools, ( ♂♂ 38 pairs, ♀♀ 36 pairs and ♂♀14 pairs ). There was one pair of twins per 232 children, apparently more frequent than in Kashiwa City. As regards to school achievements, 29 children (17%) belonged to the good group, 107 (63%) to the average, 34 (20%) to the bad group. Intra-pair resemblance regarding grades of school achievements was observed in 73 pairs (83%). Unlike in Kashiwa City, both boys and girls did better when they grew older. In general, girls were classified into the good group more frequently than boys and they showed more resemblance than boys. No remarkable difference was seen between the first-born and the second-born. Twenty pairs of twins had behavior difficulties, 9 with neurotic tendency and introversion, 6 with extraversion and 5 with mental and physical retardation. In addition, 9 children, mostly boys of heterosexual twins showed some problems, although their counter-parts were problem-free.

Unexpectedly, only 39 pairs (44%) were placed in the different classes. Some behavioral problems were seemingly related to "being twins" and "being in the same classes". These observed findings in most cases appeared to reflect differences in socio-cultural situations in Kashiwa City and Suginami Ward.

# ON TREATMENT OF SCHOOL REFUSAL OF JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS

— From the View Points of Family Coping Mechanisms in Crisis Situation —

MICHIKO YAMAZAKI

It is very clear that we should consider the children's developmental stages and their etiological causalities in their treatment.

In this paper I present 21 junior high school students who continued school refusal. Twelve children were in school refusal after they entered in junior high schools and nine children were in school refusal since their primary schools. I called the former "I" group and the latter "II" group. I group was divided into A and B, that is, prognosis of these cases of A was good and possible to go to school after treatment; on the other hand, prognosis of these cases of B was not good and became chronic. The characteristics of B was very similar with II group in various phases. Therefore, in this paper I compare I group A and I group B.

The rationale of this study is based upon crisis theory. When the person faces with the acute hazardous events he would be confused with anxiety and pain and he might be motivated to seek professional help. But in the case of events are even chronic, when he comes to the clinic for help by himself or other's persuasion and press, he might feel his accustomed ways are not effective and he should try a novel way. There is a chance for change. That is; there is a turning point. But in the chronic situation it might be easier to lose motivation for change than in acute situation. I consider those situations involving chronic situation as crisis situation.

The purpose of this study is to compare A and B in I group, especially coping mechanisms as a whole family in crisis situation.

The main findings were as follows: In A, the children and their families were in crisis peak. The children were all boys and most of them were the eldest of their siblings. The parents were extremely confused by the school refusal because the children were good at school achievement and they had few adjustment problems at school. However, on the time the parents visited the clinic, the children locked themselves up in their rooms. When they were touched about school problems, they behaved violently. The parents were really in crisis peak. They were confused and anxious and dependent on the therapist. However, they became to trust therapist increasingly and accepted her guidance and suggestion and they increased their spontaneous attitude through crisis intervention. The recovery of the fathers' leadership was remarkable. They took the initiative for problem-solving. Moreover, it is very clear that the parents' role was recovered and their cooperation and support were increased conspicuously. The atmosphere of the whole family and the communication among the parents and the children became better. Concerning the children, when they passed through anxiety state, they changed positively by supportive therapy and identified with the therapist. But when the new semester

was coming, they resisted for attending school. However, the parents were not involved in their children's resistance, but rather encouraged to go to school. The children were supported psychologically by the therapist. They have tided over the crisis situation.

On the other hand, concerning B, the attitude and ideas of the parents were self-centered and narrow-minded and those characteristics disturbed the development of social maturity of the children. The parents, especially the mothers were confused by the children's violence and irregular daily life stile and they came to the clinic for help by themselves or by other's persuade and press. But they were still very self-conscious and ambivalent for seeking help. Some doubts were found whether they thought of children's problems genuinely. Some fathers assumed an indifferent attitude toward the children and their problems and they blamed for the mothers' attempts. There was few agreements between parents and developed family conflict. The children often used parents' conflict as their reason for rationalization of school refusal. Those children were either the youngest of their siblings or the only child. The relationships between some of the mothers and their children were very tight, and they shut out the fathers. The functions as the father or the mother were paralyzed and the children became tyrants and controlled their parents and avoided to go to school. The parents' attitudes towards treatment were passive, inconsistent and irregular. The children's attitudes towards treatment were also passive. As far as the therapist did not make mention about school problems with the children, they became to come to the clinic, particularly during the summer vacation some children might even talk about school problems without strong resistance. But when they faced with the new semester, they became very resistive again and rejected to go to school. They also rejected to talk with parents and locked themselves up in their rooms. On the one hand, the parents seemed to accept the children's avoidance very easily and to give up any attempt to change the situation. The children became to refuse to come to the clinic and were towards more chronic.

From the above results, it seems to me that coping mechanisms of the family, especially parental coping mechanisms in crisis situation would be an important clue to predict prognosis of those children. The cases which manifest family disfunction or disturbance would be more difficult for treatment in out-patient clinic.

# STUDY ON PROBLEMS OF MARRIAGE IN THE MENTALLY RETARDED

— Psychological and Sociological Approach —

YOSHIRO SAKURAI

(Division of Mental Deficiency Research)

We have studied from a psychological and sociological standpoints the actual conditions of problems of marriage in the mentally retarded in Japan. We also studied the attitude taken by the technical staff in charge of the mentally retarded. Marriage by the mentally retarded is relatively rare when compared to that by the average person. Of the mentally retarded that get married, the majority marry normal people and subsequently the marriage is productive of a relatively very few children. The incidence of mental retardation among these children is rare. Consequently, genetical counterselection which has been pointed out hitherto is not noted from our data.

However, many psychological and sociological factors hampering the married life of the mentally retarded are present. The necessity of understanding, cooperation, and therapeutic educational techniques by those around the mentally retarded keenly felt.

The difference in occupation, sex, age and individual characteristics of the subjects is strongly reflected in the attitude of the technical staff in charge of the mentally retarded. Due to the technical staff's speciality, it is natural that an altered attitude be shown towards the married mentally retarded. Consequently, there is great need for establishment by the staff of a fundamental and universal attitude. The staff should not have a onesided or biased attitude towards the marriage of the mentally retarded but should have a well established basis from which to approach the psychological and sociological problems of these people.

Through these investigations we came to the conclusion that we should not think or approach the mentally retarded's psychological and sociological marriage problems as being due to the mental retardation per se, but should consider it as a problem of marriage for those with independent personalities.

## 編 集 後 記

年に1回の刊行のために、また、論文の範囲があまりに広いために読まれないなどという意見もあるが、それなりに、「精神衛生研究」も17号をかぞえることになった。やはり、掲載された論文は、そのときそのときの精研の歩みを反映していたといえるのであろう。(玉井記)

第17号編集委員 玉井 収 介 成 瀬 浩  
柏 木 昭 佐 竹 洋 人

### 精 神 衛 生 研 究

— 第 17 号 —

|       |  |
|-------|--|
| 発 行 人 | 井 村 恒 郎  |
| 発 行 所 | 精 神 衛 生 問 題 研 究 会<br>千葉県市川市国府台1の7の3<br>電話 市川(0473)230141 |
| 印 刷 所 | 株 式 会 社 弘 文 社<br>千葉県市川市市川南2-7-2<br>電話 市川(0473)23157・4007 |

JOURNAL  
of  
MENTAL HEALTH

Number 17

March 1969

Contents

|   |     |
|---|-----|
| Attitudes toward Mental Health among the Community Leaders<br>— A Survey in Haramachi-shi, Fukushima Prefecture—<br>..... <i>T. Takatomi, M.D., A. Kashiwagi, H. Tsubokami, H. Satake, T. Ogawa</i> ..... | 1   |
| On the Social Adjustment of Psychiatric Patients treated in the Day-care Center<br>..... <i>K. Meguro, M.D., H. Matsunaga, M. Katayama, A. Kashiwagi, M. Kato</i> .....                                   | 33  |
| On the investigation of twin children in primary schools in Kashiwa City and Suginami-<br>Ward, Tokyo<br>..... <i>Y. Ikeda, T. Chuko, K. Nakagawa</i> .....   | 61  |
| On Treatment of School Refusal of Junior High School Students<br>— From the View Points of Family Coping Mechanisms in Crisis Situation—<br>..... <i>M. Yamazaki</i> .....                                | 73  |
| Study on Problems of marriage in the mentally Retarded<br>— Psychological and Sociological Approach—<br>..... <i>Y. Sakurai</i> .....   | 87  |
| List of Research Works .....  | 111 |
| English Abstracts .....   | 115 |