

精神衛生研究

第 21 号

昭和 47 年度

Journal of Mental Health

Number 21

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

原 著

地域権力構造と住民生活 ——市川市行徳地区の事例——白井宏明, 石原那雄.....	1
学校恐怖症の研究(2) ——慢性重症例の社会化の発達を阻害する家族力動に関する研究—— ——父親像を軸として——山 崎 道 子.....	29
乳幼児期の精神衛生に関する研究 第一報〈浦安・松戸両地区の乳児健康診査を中心に〉池田由子, 根岸敬矩, 上村靖子.....	49
.....神谷のぶ, 渡辺礼子	
集団精神療法の治療者と患者たち ——ある社会的危機状況における観察——池 田 由 子.....	77
ある青年期症例の縦断的考察 分裂病様反応を呈した一青年の青年前期人格形成過程村 瀬 孝 雄.....	103
「泉の会」：その自主的治療集団としての側面について高 橋 徹.....	125
精神分裂病の家族研究 ——その3 わが国の子どものしつけと従来の「分裂病家族力動論」 について高臣武史, 鈴木浩二, 田頭寿子.....	137
精神分裂病の家族研究 ——その4 ロールシャッハ・テストの好きカード, 嫌いカードに示さ れた両親の特徴——田頭寿子, 鈴木浩二, 渡辺隆祥.....	159
.....鈴木和子, 高臣武史	
精神薄弱児の社会的適応行動に関する研究 ——精神薄弱児・者をもつ親, 精薄施設周辺地域住民および精薄施設 職員の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識について——桜 井 芳 郎.....	183
ダウン症状群に関する臨床統計的, 生化学的ならびに発達心理学的研究飯 田 誠.....	211
精神障害者発見のための集団検診の一試み中川泰彬, 高橋和明.....	249
所員研究業績一覧	269
欧 文 抄 録	277

地域権力構造と住民生活⁽¹⁾

——市川市行徳地区の事例——

白井宏⁽²⁾
石原邦雄⁽³⁾

1. はじめに——問題の限定と対象地域の概況
2. 合併問題と地域の社会的統合
3. 地域の政治問題と地域支配層
4. 地域権力構造と住民生活
5. 結びにかえて

<要 旨>

市川市行徳地区を対象に、地域権力構造と住民生活の関連の分析を通じて、都市化以前の地域社会構造を明らかにしようとした。そして以下の如き調査結果を得た。

- (1) 地理的民勢学的に異なる4つのサブ・エリア（町部、中央部農村地区、北部、東部）のあることが、当地域の社会的統合の弱さの基礎になっていた。この点を、当地域の都市化への転機となった市川市への合併問題を通して分析した。
- (2) 昭和戦前期の町会議事録と議員（地域支配層）の社会的背景の分析から、一部の町部出身下層議員による一定のチェック機能を含みながら、地主支配的地域権力構造が成立していたことを明らかにした。
- (3) こうした権力構造を支えていた住民の生活基盤を「部落」に集点を合わせて分析した結果、部落住民が地域支配層を通して権力構造に関与する態度のパターンとして、「一任」「派閥的参加」「無関心」の3つを抽出し問題を展開した。

1. はじめに——問題の限定と対象地域の概況——

本稿は、当研究所「地域精神衛生研究班」による、千葉県市川市行徳地区を対象にした調査研究の一部である。「都市化地域と精神衛生」という総合テーマのもとで、当面、我々に与え

(1) Community Power Structure and Life Patterns of Inhabitants
—A Case Study of Gyotoku-district in Ichikawa City

(2) SHIRAI, Hiroaki (東京教育大学大学院・社会学)

(3) ISHIHARA, Kunio (社会精神衛生部・社会学)

られた課題は、「都市化」とよばれる事態を行徳地区について具体的にあとづけ(1)る中で、対象地域の社会構造を明らかにすることであった。

「都市化」という概念は極めて多義的に用いられているが、大まかには、「それは都市の成長と結びついた生活様式上の特有の諸特性が発展すること、さらに交通通信手段によって都市の諸影響を受けた人びと——どこに住む人びとであれ——の生活の仕方が、都市的生活様式へと(2)変っていくことを意味している」ということができよう。つまり、地域住民の生活様式が、都市型生活様式とよばれる内容に変化していくことをさしているのである。このような「都市化」の考え方は、一方の極に都市＝産業社会を、他方の極に農村＝民俗社会を理念化として位置づけて、「地域社会がしだいに民俗社会の性格を失ない、このようなアーバニズムの性格を強めて(3)くる過程として把握される」ものといえよう。

このような事態は、近年の日本で広くみられるところであるが、個々の地域社会をとりあげてみれば、その様態はきわめて多様である。つまり、いつごろから、どのような形で「都市化」が始まり進行したかという点では、様々なヴァリエーションがあると考えられる。また、「民俗社会」的な生活様式の内容においても、様々なヴァリエーションがあったのであり、更に、単に「民俗社会」というとらえ方で旧来の日本の村落社会をとらえることは、必ずしも適切とはいえない、という点にも留意しなければならない。

そこで我々は、当面の課題に即して、最も明確に地域社会の住民生活が変化を開始したと考えられる時点をえらんで、その前と後の住民の生活様式の変化を明らかにするという方法をとった。そして本稿では、そのうち、住民生活が大きく変化する以前の生活様式を地域社会の権力構造との関連において明らかにすることを第1の目的としている。

本研究の調査対象地区となった市川市行徳地区は、明治22年の町村制施行により成立した、千葉県東葛飾郡行徳町がその歴史的な前身であった。この地域は、江戸川下流の東京湾に面したデルタ地帯に位置し、隣接した南行徳町（現市川市）、浦安町とほぼ同様な地理的条件にあったが、社会構造上はこれら2町とは若干異なっていた。すなわち、前2町が半農半漁を中心としているのに対して、行徳町は、江戸川水運の中継点で、それに続く成田街道の宿場町として発展した本行徳を近世から連続した町部として含み、東部、北部に船橋市や市川市と隣接した比較的広い純農村部を含んでいる点などに違いがみられる。

明治の町村制によって成立した行徳町は、大正のはじめころには、本行徳1丁目、同2丁目、同3丁目、同4丁目、伊勢宿、関ヶ島、塩焼町、下新宿、上妙典、下妙典、河原、大和田、稲荷木、大洲、高谷、原木、二俣、田尻という18部落（行政上は「区」）より成っていた。

(1) 共同研究の成果は、既に、斉藤和子・佐竹洋人「精神障害者に対する地域住民の態度——市川市行徳・南行徳地区の場合」、『精神衛生研究』第20号（1971）、p.193-227、および精研・東京女子大『地域精神衛生活動の基礎としての地域診断』（タイプ刷）1973、などの形で発表されている。

(2) L.Wirth "Urbanism as a Way of Life" Amer.Jour. of Sociology, vol.44 (1938),

(3) 倉沢進「都市化」、『講座社会学』13巻、東大出版会、(1972)、p.64.

行徳地区の住民生活の変化を示す指標として、人口及び世帯、就業構造をとりあげみると、その変化は〔表1〕〔表2〕のごとくである。

〔表1〕人口および世帯数の変動

年 数	人 口	世 帯	平均世帯員数
明治17年	7,785(94)	1,561(91)	4.99
〃 36 〃	8,474(102)	1,524(89)	5.56
大正 4 〃	7,336(88)	1,372(80)	5.35
〃 9 〃	7,339(88)	1,360(79)	5.40
〃 14 〃	7,782(94)	1,651(96)	4.71
昭和 5 〃	8,078(97)	1,718(100)	4.70
〃 10 〃	8,309(100)	1,721(100)	4.83
〃 15 〃	9,185(111)	1,912(111)	4.80
〃 20 〃	10,402(125)	2,155(125)	4.83
〃 25 〃	11,686(141)	2,317(135)	5.04
〃 30 〃	12,980(165)	2,579(150)	5.03
〃 35 〃	16,072(193)	3,589(209)	4.48
〃 40 〃	26,954(324)	6,862(399)	3.93
〃 45 〃	44,367(534)	12,991(755)	3.42

(註1) ()内は、昭和10年を100とした指数。

(註2) 大正9年以降は国勢調査結果、M17年は東葛飾郡誌、M36、T4は千葉県統計書による。

〔表2〕就業構造の推移

年 数	第1次産業		第2次産業		第3次産業		合 計	
	実 数	%	実 数	%	実 数	%	実 数	%
大正9年	2,058	59.5	546	15.7	861	24.8	3,465	100.0
昭和5年	2,365	56.9	668	16.1	1,124	27.0	4,157	100.0
25	2,616	53.1	1,146	23.3	1,162	23.6	4,924	100.0
35	1,825	32.1	2,054	36.1	1,805	31.8	5,684	100.0
40	1,809	13.8	6,096	46.7	5,153	39.4	13,069	100.0
45	1,378	6.5	9,075	42.8	10,738	50.7	21,191	100.0

(註) 各年、国勢調査結果による。

〔表1〕でみると、昭和10年から同30年までの20年間に、人口では1.6倍、世帯数では1.5倍、平均世帯人員では4.80~5.03の間を上下して、比較的变化が少ないのにくらべて、昭和30年以降の変化が急速である点が見出される。つまり、昭和35年にはほぼ昭和10年の2倍になった人口、

地域権力構造と住民生活

世帯数が、昭和40年には人口で2.8倍、世帯数で4倍となり、さらに昭和45年には、人口で5.3倍、世帯数で7.5倍となっている。また、昭和30年までは、人口と世帯数の増加はほぼ併行するか、人口の方がやや大きかったのに比べ、以後は、世帯数の増加の速度が人口のそれを上まわり、したがって平均世帯人員も、昭和40年以後は3人台に減少している。次に〔表2〕でみると、昭和25年まで半数以上を占めていた第1次産業従事者（その大部分は農民である）が、昭和35年には3割に減少し、以後急速に減少し、昭和45年には8%台におちこんでいる。これに対して、第2次・第3次産業従事者の増加が著しいが、昭和25年までは第3次産業従事者が第2次産業従事者より多かったのに比べ、昭和35年、同40年ではこの関係が逆転し、さらに昭和45年には再度逆転し、しかも第3次産業従事者が全体の半数以上になっていることがわかる。

これらのことは、昭和30年前後を境にして行徳地区の社会構造に大きな変化がもたらされたことを予想させる。それに関連する事件としては次のようなものをあげることができる。即ち昭和30年には市川市との合併が行なわれ、以後急速に行徳町地先の東京湾の海面埋立てが行なわれ、埋立地への工場進出が始まったのである。昭和35年には京葉道路が北部、東部を横断するかたちで開通し（両地区にインター・チェンジも置かれた）、さらに、昭和44年には地下鉄東西線が開通し、西船橋から原木中山、行徳を至て日本橋へ至る足が確保される。このような事情に照らしてみると、昭和30年以後の人口・世帯数の増加は、主に外部からの労働者世帯の流入によっており、それらの人口は、一方では進出した工場の労働者であり、他方では、東京、市川、船橋などに通勤する労働者であろうと思われる（この点に関しては、鎌田とし子「工業化の進展と生活構造の変化」⁽⁴⁾にくわしい）。このことは、行徳地区が昭和30年前後を境にして、急速にベッドタウン化していったことを示している。それ以前の行徳地区は以下に述べるように、決してベッドタウンではなかった。

そこで我々は、行徳地区の住民生活の変化が急速に始まった時点として昭和30年前後をとりたい。このことは、旧行徳町が市川市に合併する時点と一致する。次には、この昭和30年前後の行徳地区の社会構造が基本的に形成されはじめた時期が問題になる。つまり我々の当面の課題からいって、明治22年の旧行徳町成立の時点から扱うのは生産的ではないから、本稿で扱う時期の起点を確定することである。

旧行徳町の、明治22年の成立当初より町制を施行していたが、それは先にものべたように、江戸川水運の中継点であり、成田街道の宿場町としての本行徳駅をもっていたからである。この本行徳駅は、成田街道を往来する人馬のみではなく、近在の農村部で近世以前から行なわれた塩田経営による塩の積出し港として、米その他の商品の中継地として繁栄してきた。したがって、この地域の消長は、交通機関の変遷と製塩の盛衰とによって左右されていたと考えられる。

明治23年に総武鉄道K Kが創立され、東京と千葉を結ぶ鉄道線路が順次敷設されていき、明治27年2月には市川～本所（現錦糸町）間が開通した。この区間は当初、瑞江～行徳～船橋と

(4) 前掲、精研・東京女子大「地域精神衛生活動の基礎としての地域診断」所収。

いうコースが予定されていたが、行徳町が反対した結果現在のように北に迂回したコースになったという。鉄道通過の反対理由は、煤煙と騒音だともいい、あるいは水運及び宿場関係業者の鉄道への反感であったともいわれている。ともかくその結果は、鉄道におされて江戸川の水運は衰え、成田街道の往来も少なくなり、行徳はその後の発展からとり残されることになったのである。明治40年には、地元の商人地主の出資により、東葛人車軌道KKが設立され、行徳町河原～鎌ヶ谷大仏間の成田街道沿いに人力車が走ったというが、大正6年の大津波を契機に廃止された。また、この大津波は、行徳の産業の大きな部分を占めてきた塩田に潰滅的打撃を与え、明治38年の塩専売法公布以来衰退のきざしをみせていた行徳塩業を廃止させることになった。さらに、大正8年に竣工した江戸川放水路は、行徳町を河原部落で2分し、橋が1本しか架けられなかったこともあって、行徳町中央部は陸の孤島となってしまった。この放水路で分断された河原部落は、家屋50数戸が移転し、耕地150町歩がつぶれたともいわれ、河原部落の農民は、橋を渡って田畑に行くという状態になった。こうして、大正末年ころの行徳町は、かつての水運の中継点であった本行徳および伊勢宿、関ヶ島が、商人、地主、小工場主、その他の雑業層が多く住む町部として残り（この地域は明治初期から既に非農家が7割をしめていたといわれる）、その他の江戸川本流と放水路とにかこまれたデルタ内に、塩焼町、下新宿、上妙典、下妙典からなる行徳中央部農村地域、そして放水路の北部に河原（一部はデルタ内）、大和田、稲荷木、大洲の4部落、さらに東部に田尻、高谷、原木、二俣の4部落からなる農村部を包含する地域社会となっていた。農村部では居住戸の大部分が農家であったといわれている。

農村部では、学区関係や水利関係などで各々独自の統合をもつ3つの部分に分かれていたようである。つまりデルタ内の中央部農村地域では、放水路によって北部、東部から切断されており、東部では学区関係では独自の信篤学区を構成し、地理的条件から、船橋市との関係を深めていた。北部は、真間川水系の水利関係により市川市との関係が深く、放水路によって行徳町部と遮断された結果、戦後には行徳小学校の分校が稲荷木に立てられていた。また市川市の発展にともない、戦後まもなく市川市周辺のベットタウン化の傾向が始まっている。

このような旧行徳町内部のいわばサブ・エリアともいべき4つの地域は、その後、その独自性を強めることはあっても、何らかの要因が働いて、行徳町部との統合の方向にむかうというようなことはなかったのである。戦時体制の強化によって、行徳町部の商業が統制されるようになると、この傾向はますます強められ、戦後の農地改革は、町部の商人、地主の支配力を弱めることになり、この傾向は一層強化された。

以上のべたことから、我々は、本稿で扱う時期の起点を大正末～昭和初年におく。すなわち、本稿では、大正末・昭和初年から、昭和30年にいたる旧行徳町の地域社会を対象とするものである。

次に問題となるのは、この時期の地域社会を分析する視角である。上述の地域の概観からも明らかになるとおり、旧行徳町が一定の構造をもった地域社会として統合されているのは、この地域が行政町の枠の中にとり込まれている点に示されている。住民の生活連関がもっとも濃

密なかさなり合いを示す地域は、日本の村落社会研究の成果が示すように、部落であった。行政町村は、この部落を行政的に統合することによって成立したが、その統合は、町議会、部落協議会などの政治機構、あるいは農会、産業組合、消防団、青年団、婦人会などの官製団体をその枠内に作ることによって強められた。そしてそれらは、町会議員が部落代表であったり、官製団体の支部が部落毎に設けられたりしていることからわかるとうり、部落を単位として、その連合体として成立していたのである。このことは、住民の日常生活が基本的には、部落内における家連合によって営なまれているという事実にもとづく、部落のもつ社会統合の強さの反映であった。

したがって我々は、まず、地域の政策決定にたずさわる機構のメンバーを、地域支配層としてとり出し、その出身地域・階層を分析し、彼らを選出し、支持している基盤の分析にむかう。そして、その支持基盤はほぼ部落を中心にした、村落構造に示されるであろう。

2. 合併問題と地域の社会的統合

昭和30年3月31日付をもって、旧行徳町は市川市に合併した。この合併はしかし、合併それぞれ、および合併相手が市川市であるという点、その両面とも必ずしも旧行徳町の内部が一致してその必要を認めた結果ではなかったのである。

合併の公的な経緯は『千葉県町村合併史(下)』(県地方課、昭和32年)に詳しいが、いまその概略をみると以下の如くである。昭和27年6月23日の市川市議会で旧行徳町との合併問題がとりあげられ、6月27日に合併調査委員会が設けられた。それに呼応して、旧行徳町でも9月26日に合併調査委員会が設けられ、合同委員会を開いて検討した結果、昭和28年2月に合併が両者の利益にかなうという結論に達したという。この経過からも知られるとおり、この合併問題は、まず市川市の方から提起されたものであった。市川市は戦後急速に東京都のベッドタウン化し、財政の強化とそれによる地域の「発展」は工場誘置による方向を計画していた。そのために、県・市双方で東京湾の埋立が計画されたが、そのための地理的条件をもつ、旧行徳町、旧南行徳町(昭和31年、市川市に合併)および浦安町との合併を望んでいたのである。地元の有力者の言によれば、「市川は海が欲しかった」のである。これに対して旧行徳町の合併への態度は、必ずしも積極的なものとはいえなかった。その原因は、第1に、行徳町が昭和初年以來一貫して財政黒字団体であったことがあげられる。([表3],[表4]参照)もちろん、黒字であるとはいえ、決してその財政力が強固であったとはいえないし、交通機関の変遷によって「発展」からとり残されていた旧行徳町も、合併によって「発展」の契機をつかむことを考えていないわけではなかった。しかし、旧行徳町内部には4つのサブ・エリアを含み、その各々が合併に対しても独自の利害関係をもっていたのである。このような事情を背景に、当時の行徳町長は「合併には必ずしも反対しないが、しかし早急に結論を急ぐべきではない」との慎重な態度をとったという。

その後市川市との合併問題は、昭和28年4月の行徳町長の任期満了にともなう交代、同年6

〔表3〕 昭和27年度 決算額 調 歳入の部 (単位：円)

人口段階	町村名	町	税	平衡交付金	使用料及び手数料	国庫支出金	県支出金	繰越金	町債	その他	計
15,679 (人)	浦安町	13,167,474	22%	13,511,000	628,810	18,720,403	2,208,653	0	4,630,000	7,247,232	60,113,572
6,403	南行徳町	6,829,473	34%	5,116,000	78,785	3,362,057	1,724,026	784,120	610,000	1,338,918	19,843,379
11,686	行徳町	19,831,804	51%	196,000	168,460	862,687	519,201	15,618,863	0	1,685,014	38,882,029
	計	39,828,751	34%	18,823,000	876,055	22,945,147	4,451,880	16,402,983	5,240,000	10,271,764	118,838,980

〔表4〕 昭和27年度 決算額 調 歳出の部 (単位：円)

町村名	議会費	役場費	警察消防費	土木費	教育費	社会及び労働施設費	保険衛生費	産業経済費	公債費	その他	計
浦安町	1,099,116 2%	9,297,426 16%	4,327,630 7%	21,067,869 35%	11,183,035 19%	3,545,160 6%	2,543,784 4%	846,900 1%	1,560,835 3%	4,303,415 7%	59,775,170 100%
南行徳町	413,255 2%	5,856,708 31%	611,861 3%	4,753,806 25%	1,838,075 10%	2,964,992 15%	591,181 3%	874,095 5%	353,214 2%	719,883 4%	18,977,080 100%
行徳町	1,021,499 3%	6,506,974 19%	2,135,743 6%	4,554,880 13%	17,478,471 50%	294,961 1%	478,511 1%	1,463,491 4%	0	863,062 3%	34,797,592 100%
計	2,533,880 2%	21,661,108 19%	7,075,234 6%	30,376,555 27%	30,499,581 27%	6,805,113 6%	3,613,476 3%	3,184,486 3%	1,914,049 2%	5,886,360 5%	113,549,842 100%

(注) 千葉県「町村合併計画案(県立中央図書館蔵)」による。〔表3〕も同じ。

地域権力構造と住民生活

月12日の県当局からの葛南3町（旧行徳町、旧南行徳町、浦安町）合併試案の提示によって、あらたな局面をむかえる。すなわち、8月21日浦安町において葛南3町合併協議会がひらかれ、昭和29年2月21日南行徳町において再び協議会が開かれ、その席で再び県当局から3町合併試案が提示されたのである。この協議会は議員全員が参加しているが、千葉県当局による「町村合併計画案」（県立中央図書館蔵）によると、行徳町は「合併の必要性確認」という態度をとり、合併の障害として、「1. 行徳町の財政状態よく、他の二町は劣ること、2. 行徳町と他の二町の経済的構造が異なり、感情的に融和していない、3. 行徳町の一部（大洲）から、行徳町議会に市川市合併の請願が提出されている」という3点をあげている。いずれも行徳町にかかわる問題である。行徳町長は「三町合併には原則として賛成であるが、目標は一つではない」という極めて含みのある態度を表明していた。ここでもまた、黒字団体を理由にした慎重論および地域的利害の不一致による消極的態度があらわれている。

〔表5〕地域別人口、世帯数の推移

	町 部		中央部 農村地区		北 部		東 部		合 計	
	人口	指数($\frac{\text{S}_{1000}}{1000}$)	人口	指数	人口	指数	人口	指数	人口	指数
昭和10年	3,553	110	1,413	100	1,199	100	2,145	100	8,308	100
15	3,975	112	1,519	108	1,488	124	2,193	102	9,175	111
20	4,412	124	1,658	117	1,608	134	2,627	122	10,405	125
35	5,071	143	1,917	136	6,399	534	2,695	125	16,064	198
45	6,628	187	2,226	158	23,957	1998	10,125	472	44,367	534

	町 部		中央部農村地区		北 部		東 部		合 計	
	世帯数 (%)	平均人員	世帯数 (%)	平均人員	世帯数 (%)	平均人員	世帯数 (%)	平均人員	世帯数 (%)	平均人員
昭和10年	779 (45.5)	4.6	290 (16.9)	4.9	242 (14.1)	5.0	401 (23.4)	5.4	1,721 (100.0)	4.8
15	834 (46.3)	4.8	299 (16.6)	5.1	264 (14.6)	5.6	406 (22.5)	5.4	1,803 (100.0)	4.8
20	948 (44.1)	4.7	333 (15.5)	5.0	356 (16.5)	4.5	428 (19.9)	6.1	2,152 (100.0)	4.8
35	1,072 (29.9)	4.7	391 (10.9)	4.9	1,607 (44.8)	4.0	519 (14.5)	5.2	2,772 (100.0)	4.5
45	1,706 (13.1)	3.9	517 (4.0)	4.3	7,995 (61.5)	3.0	2,696 (20.8)	3.8	6,607 (100.0)	3.4

(註1) 各年国調結果による。

(註2) 資料の制約上「中央部農村地区」に入るべき塩焼町が「町部」に算入されている。

この地域的利害の不一致は、3町合併案が具体的に検討されはじめるや一挙に表面化した。まず、市川市に隣接する地帯（行徳北部）の工場が「市川市行徳町合併促進工場連盟」を組織して、町議会に対して合併促進を請願し、大洲地区居住の町民500余名も町議会に対して合併促進の請願を行ない、さらに大和田地区の町民360余名からも同様の要望があった。この大洲部落を中心とした北部4部落の動きは、行徳町からの分町をかけても市川市との合併をはかろうという動きにまで発展した。すなわち昭和30年2月20日付の『分町趣意書』によると、

1. 市川市一本松～行徳町大洲間の道路、農道、用排水路の整備。
2. 大洲地区学童（その大半が市川市内の小学校に通っている）の保全、稲荷木分校の独立化。
3. 本八幡～行徳間の県道の舗装・改修。

という3つの緊急要求をかかげて、大洲、大和田、稲荷木、河原の北部4部落の分町に賛成する旨が述べられている。

この北部4部落は、大正8年の江戸川放水路完成によって、行徳町本部と分断されて以来、独自性を強めてきた地区であるが、〔表5〕にみられる如く、人口増加は他の3地区にくらべて最高である。とくに、昭和20年から35年までの間に4倍の増加率を示し、世帯数でも昭和35年には、旧行徳町域内の約半数を占めるにいたり、平均世帯人員でも3人台になっている。これらのことは、この地域が、行徳地区の他の3地域にくらべて、いちやくベッドタウン化したことを示しており、それは、市川市の発展にともなって生じた現象と考えられる。この地域は元来は農業地帯であったが、放水路による分断後、市川市の発展にともない、工場進出と労働者の流入がみられたことを示していよう。合併後の数値ではあるが、〔表6〕における農林漁業従事者率の低さは、このことを傍証している。また、とくに大洲地区は、旧行徳町成立時は独立の部落とはなっておらず、大正に入ってから、付近の農家からの分家および市川市などに通う労働者の流入、工場進出等によって人口が増え独立したものである。このことは〔表7〕によっても推定されよう。つまり、町税戸数割のうち、資産割賦課戸数が大洲地区では50世帯中5世帯にすぎず、所得標準においても41世帯が250円未満の最下層に属している。資産割は主に農地、宅地の広狭に応じて見立てられる（地元では「景気高割」とよんでいる）ものであり、これが賦課されていないのは、農家にとっては小作を意味するものと考えられる。

また、先の『分町趣意書』に述べられた3項目の要求は、旧行徳町の財政が黒字であるにもかかわらず、その財政力・政治力では早急な解決を期待しえないものとされている事柄である。つまり町財政が黒字でありえたのは、土木費の支出が昭和27年で13%と、他の浦安、南行徳町にくらべて低い率しか占めていないことから判断されるところり、住民の要求する土木工事を制限するということにその原因があったといえる（前出〔表4〕参照）。実際のところ旧行徳町の土木工事は、昭和27年2月から昭和29年11月までの間に行なわれた、県・国への陳情をみると、堤防、道路、用排水路、上水道、橋などについて、16回あるが、それらに特徴的なのは、県や国の工事に付帯して町財政から支出して工事を行なう、という方法をとっていることである。

〔表6〕15才以上就業者の職業分布 (昭和40年国調による)

	専門・管理 事務的職業		販売・保守 サービスの職業		運 輸 労務的職業		農・林 水産業従事	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
町 部	894	24.1	756	20.4	1,654	44.6	386	10.4
中央部農村地区	203	18.2	161	14.4	413	37.0	338	30.3
北 部	1,906	30.5	1,148	18.4	2,930	46.9	260	4.3
東 部	327	17.2	194	10.2	563	29.6	818	43.3
合 計	3,330	25.7	2,259	17.4	5,560	42.8	1,802	13.9

〔表7〕昭和9年度町税戸数割賦課額による階層別世帯数
所得標準額による階層区分

	I階層		II階層		III階層		IV階層		V階層		小 計		世帯 総数	(註1)所得標準額区分
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%		
町 部	33	5.6	22	3.7	42	7.1	108	18.3	338	57.4	543	92.2	589	I : 1000円以上
中央・農村地区	22	4.8	6	1.3	36	7.8	172	37.3	202	43.8	438	95.0	461	II : 750~1000円
北 部	5	2.0	13	5.3	23	9.4	47	19.3	136	55.7	224	91.8	244	III : 500~750円
東 部	18	4.5	14	3.5	35	8.7	115	28.5	199	49.3	381	94.3	404	IV : 250~500円
合 計	80	4.7	56	3.3	145	8.5	447	26.5	878	51.7	1,606	94.6	1,698	V : 250円未満

資産割賦課額による階層区分

	I		II		III		IV		V		小 計		世帯 総数	(註2)資産割賦課額区分
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%		
町 部	17	2.9	19	3.2	66	11.2	111	18.8	311	52.8	524	89.0	589	I : 10円以上
中央・農村地区	7	1.5	10	2.2	65	14.1	158	34.3	198	43.0	438	95.0	461	II : 5~10円未満
北 部	2	0.8	6	2.5	34	13.9	64	26.2	115	47.1	221	90.6	244	III : 1~5円
東 部	11	2.7	17	4.2	64	15.8	133	32.9	157	38.7	382	94.6	404	IV : 0~1円
合 計	37	2.2	52	3.1	229	13.5	466	27.4	797	46.9	1,581	93.1	1,689	V : 賦課ナシ

(註3) 合計欄には「教員」が別に含まれているため4地区の合計となっていない。

黒字団体といえども、このような方法以外にはなかったのである。

以上のように、北部地域はその地理的關係からも、市川市との關係を深め、独自の社会統合をもつにいたり、また、町財政の貧困から地域の要求が充分にみたされなことを根拠として市川市との合併を望んだのであった。

このような分町による合併という動きは、市川市が合併の目標とした「海が欲しい」という点からみれば、北部4部落がほとんど地先海面をもっていないところから、必ずしも有利ではなかった。しかし、これが行徳町に対して、市川市との合併を促進させる圧力になったことは確かである。昭和30年3月に入ると、「合併促進委員会」が旧行徳町の団体役員などを中心にした有力者38名と、町議会議員によって構成されたが、この中には合併に反対する者も賛成する者も含まれていた。続いて町当局は、合併についての世論調査を行ない、3月11日その結果を発表したが

市川市との合併に賛成	-----	1,181
" " 反対	-----	622
その他	-----	155
計	-----	1,958

という内容のものであった。これに対して「調査の方法に不正がある」との非難が合併反対派から起こり、また「町会議員は、市川市との合併の暁には30万円ずつもらうことになっている」などの噂も飛び、ついに行徳本部の地域を中心に、「合併反対期成同盟」が結成されるなど、合併問題は深刻な様相を帯びた。そうした中で、3月19日「反対同盟」の提案により住民投票が行なわれ、その結果は次のようであった。

市川市との合併に賛成	-----	2,347
" " 反対	-----	2,289
(投票総数4,773, 有効4,636, 無効137)		

この結果、対立の激化から町長辞任という事態を生じたが、結局、3月25日の行徳町議会および市川市議会で合併案を決議し、3月31日付で合併が実施されたのである。

ここで問題となるのは、3月19日の住民投票の結果が、賛成・反対の差がわずか58票しかないにもかかわらず、3月25日の町議会では、圧倒的多数をもって合併案が可決されたことである。このことは、地域権力構造の中枢をしめる町議会議員と、その支持基盤との間の関係を明らかにする手掛りになると考えられる。この点を、合併問題に関して独自の動きを示した、行徳東部の運動経過を通して分析してみたい。

東部4部落は典型的な農村地域であり、大正6年の大津波までは塩田経営も盛んであった。前掲の〔表6〕でも明らかとなうり、昭和40年でも農林漁業従事者（その大半は農業）の比率は、43.0%を占めている。この地域の人口が増加するのは〔表5〕にみられるように、昭和35年から昭和45年にかけてであり、平均世帯人員も、昭和45年に3人台になっている。このことは、昭和44年の東西線開通による人口流入と、埋立ての進行による工場進出が、その背景になっていると考えられる。したがってこの地域は、北部地域と異なり、昭和30年の合併時までは純農村部としての推移してきたことが知られる。

この地域は合併問題では、合併自体を積極的に望む理由はなかった。しかし、市川市と合併するならば、むしろ船橋市の方が有利だとする考え方が多かった。その理由は、具体的にはほぼ以下の4点にまとめられる。

1. 地域的に船橋の方が近く、市川市と合併しても、市政となった恩恵が充分に得られない心配がある。
2. 財政規模の面からも、船橋の方が大きく、有利である。
3. 埋立てを見越した場合、船橋市の方が地先海面が広く、漁業権に対する補償額でも有利になる。
4. 野菜の出荷市場は船橋であり、東部4部落を含む信篤小学校区には、船橋市の小栗原地

〔表8〕 経営耕地規模別農家数

	総数	1反未満 (例外規定)	1~3反未満	3~5反	5~10反	10~15反	15~20反	20~30反
昭和25年	919 100%	—	146 15.9	193 21.0	483 52.5	89 9.7	7 0.8	1 0.1
29年	907 100%	17 1.9	119 13.1	193 21.3	471 51.9	103 11.4	3 0.3	1 0.1
35年	888 100%	8 0.9	129 14.5	206 23.2	442 49.9	96 10.8	7 0.7	—
45年	731 100%	3 0.4	175 23.9	194 26.6	307 42.0	46 6.3	6 0.8	—

(註) 千葉県統計書及び農林業センサス集計による。

〔表9〕 専業別農家数

	専業	1種兼業	2種兼業
昭和25年	498 54.2%	273 29.7%	148 16.1%
35年	207 23.2%	296 33.3%	385 43.4%
45年	59 8.1%	186 24.9%	490 67.0%

(註) 千葉県統計書及び農林業センサス集計による。

区もはいつている、などの点で関係が深い。

船橋との合併に賛成したのは、原木で約75%（市川に賛成34，船橋に賛成94，どちらでもよい21，わからない4，計153戸——昭和30年冬の部落アンケート結果）、高谷では50%，二俣では100%であったといわれている。（田尻については不明）。

東部地域が合併問題で具体的な動きをはじめたのは、昭和30年に入ってからのことである。まず「船橋合併促進期成同盟」が結成され、行徳町議会へ「分町をかけても」船橋との合併を実現すべく請願を行なった。この「期成同盟」は高谷の宇田川清を会長にし、高谷の林幸香、原木の松永利助を副会長とし、高谷、原木、二俣の3部落から委員が出た。この「期成同盟」には田尻は加わらなかった。また、本行徳を中心にして運動していた「合併反対期成同盟」とは連絡をもたなかったという。以下は資料の制約上、原木を中心にして述べることになるが、実際、この3部落の船橋への合併を目指す運動は、原木を中心に展開されたようである。この運動の中心人物と目されているのは、原木では、区長代理、区長、農家組合長などを含み、部落の公的機関のメンバー（区長、区長代理、評議員）がこれに加わっているのである。

この運動の目的は、3部落が分離して船橋市と合併しようというものであり、船橋側からも説明会などの形で働きかけがあったようである。そして、3部落の分離受け入れ決議なども、

船橋市議会で行なわれたという。

3月25日の行徳町議会、市川市議会における合併案議決の日には、「行徳町議会に陳情書持参。5・6分の差ニテ間に合はず合併可決。直ちに市川市役所及船橋市役所訪問、市長、議長と会見、打ち合わせ。同日、別組が船橋市訪問」(原木区『昭和三十年区費支出之部』)とあわただしい動きをみせた。以後、昭和30年12月にいたるまでの約10ヶ月間、「期成同盟」の委員は、市川市、船橋市、千葉県当局へ陳情、請願をくりかえし、また、船橋市の市長、助役、市議会議長とは、運動の進め方などについて協議を行ない、3部落委員の打ち合わせ等、活発な運動を展開した。その月別の行動を『区費支出之部』に記されたもので集計すると〔表10〕の通りである。

〔表10〕「期成同盟」活動回数

	船橋市	市川市	県庁	行徳町	「同盟」	計
昭和30年3月	6	3	2	1	1	13
4月	1	2	1	—	1	5
5月	2	1	—	—	—	3
6月	2	2	—	—	—	4
7月	—	3	—	—	—	3
8月	1	2	1	—	1	5
9月	2	—	—	—	—	2
10月	—	—	—	—	1	1
11月	—	—	—	—	—	0
12月	—	—	1	—	—	1
計	14	13	5	1	4	37

(註) 原木区『昭和三十年区費支出之部』による

この運動は、7～8月ことがひとつの転機となったとみられる。すなわち、合併決定後は、市川市議会に分町の請願書を出し、同時に、市税不払いの運動(原木・高谷の $\frac{1}{2}$ くらいの家が参加したという)も始めた。他方船橋市に対しては、市川市への働きかけを求めた。しかし、市川市側は請願書をなかなか市議会に上程しようとせず、船橋側のうごきも積極的ではなかった。前記『区費支出之部』には、7月2日の頃に、市川市会議長と会合の後、「帰路、宮崎峰三郎氏より委員慰労の意味にて贈られし弍阡円とを合せて、委員慰労とする」と記され、7月9日に開かれた「市川特別調査委員会」では「同盟」から委員代表が出席して、善処を要望したが、市川市側からは、現状にとどまるよう説得されただけであった。以後、委員間の「意見調整」の会合が2回開かれるようになる。「期成同盟」副会長の松永利助によれば「頑張っていた者も一人減り、二人減りという状態」になっていったのであろう。こうして「熱がさめて」運動は下火になり、運動の中心的リーダーであった松永利助も、有料道路(京葉道路)用地の地主補償問題の方に熱心になり始めたのである。昭和32年に、浮谷市川市長に出向いてもら

1. バスを原木方面にまわすこと
2. 農道拡張
3. 上水道敷設

の3条件を要望して、問題着の「手打ち式」をやって、「期成同盟」も解散した。この際の役員への慰労を、会長と副会長の負担で行なったという。

この運動で注目されるのは、第1に、放水路以西のデルタ内にあった、市川市との合併に反対する運動とは連絡をもたなかった点である。ひとつには、「反対運動」とは目標を異にしていたことであろうが、その目標設定自体、地域利害にもとづいたものといえよう。行徳地区全体でみれば、デルタ内の行徳中央部に、市川との合併の賛成派（市川派）と、独立維持派（反対派）があり、これは必ずしも部落毎のまとまりはもたなかったようである。北部はほぼ一致して市川派であり、東部は田尻を除いて、船橋派が多かった。このような合併問題に対する地域内の対立は、この地域の社会的統合が必ずしも充分ではなかった点に、その原因のひとつが求められよう。社会的統合は、政治、経済、文化など、住民生活の全領域で達成されるものであるが、これら3地域は、地理的条件に規定されて、文化的にも（たとえば学区）各々独自の地域であったし、経済的にも、たとえば行徳町部を中心にした経済圏のようなものは、少なくとも、昭和初年以來形成されてはいないし、それはまた、のちに詳しくみるように、経済生活の全面をおおうような関係の深さも持ってはいなかった。政治的な面では、政治的リーダーの基盤が、地元への利益還元にある以上、当然地域の利害の対立が表面化せざるを得なかったのである。この点は、第2の、町会議員の多くが市川派に属していたことに関連する。とくに原木において明らかにあらわれているが、合併問題の起った当初、原木から出ていた2名の町会議員は、市川派であり、これに対して、原木の区長、区長代理、農家組合長は船橋派のリーダーとして活動しているのである。この間の事情を解明するのは今後の課題に残さざるをえないが、少なくとも次のことはいえる。第1に、町会議員は、地元部落の推薦を受けているが、その得票は必ずしも部落に限らないものとなっていることがある。第2に、とくに農地改革以後の地域支配層は、経済生活の全面にわたって、住民を保護し、そのことによって支配層たりえているのではない。第3に、地域支配層の基盤は、行政の枠内で地元利益還元するパイプ役たることにあるのである。この第3の点では、船橋派のリーダーが「期成同盟」役員慰労費用を市川市から出させようとしたり、(結果的にはできなかった)、合併問題の「熱がさめたら」有料道路にかかる地主の補償の交渉役の方に「のりかえた」とか、合併問題着の「手打ち式」で地元の要求をまとめて出したりしていることなどからも判断できるであろう。そして第4に、第3のようにいえるとしたら、町会議員の動きはどのように理解すべきであろうか。このような町会議員の動きを可能にする条件が、その基盤たる住民生活を枠づける社会構造内にあるのではないだろうか。この点が以下の問題となる。

3. 地域の政治問題と地域支配層

ここでは主に、昭和初期～昭和20年前後の時期をとり扱う。

まず、この時期の町財政を分析してみることから始めたい。〔表11〕,〔表12〕参照)

歳入では、町税が各年次とも40%以上を占め、昭和9年度では58%にのぼっている。戦前の町税は、国・県税への付加税と戸数割とが含まれていたが、戸数割は戦時体制に入る以前には、20%前後を占めており、これは国・県から種々の名目で交付される支出金とほぼ同額であった。明治町村制の理念であった「不要公課町村」は、当然のことながらすでにくずれ去っていた。即ち、財産収入、使用・手数料、雑収入を合計しても6～10%程度である。

歳出では、教育費が50～60%を占め、それについて役場・会議費が17～18%を占めている。教育費は、義務教育としての小学校経費であるから、国政委任事業と考えられるべきものであり、役場・会議費は、戦前の地方制度が「国家の踏台」をつくることであり、住民支配機構であったことを考えれば、これまた国政より委任されたものと考えられるものである。これらに圧迫されて、本来住民の福祉にまわされるべき厚生費などは、微々たるものでしかない。また、勸業費や地方改良費、土木費なども極めて少ないが、このことは結局、部落を基盤にした住民の連帯に、経済活動のほとんどがまかせられてしまっていることを示している。

結局行徳町の財政も、他の地方団体と同じく、歳入の面での国・県からの支出にくらべて、国政委任の事業の費用が全く不釣り合いに大きいことが特徴である。即ち、明治22年町村制以来の地方団体の基本的性格は、そのままであったといえる。

、町会では、教育費や役場費等についてはほとんど問題にならず、わずかな補助費(9年度1.1%、14年度2.5%、19年度5.1%)をめぐって、激しい対立がひきおこされたのである。町会費から補助金をうけた団体は、昭和9年度は、青年団、処女会、農会、在郷軍人分会、自治会であったが、昭和11年度には、この外に、国防婦人会、方面委員助成会、国防協会、道路愛護会が加わり、昭和16年度には、銃後奉公会、軍友会、保育事業聖徳太子園がさらに加わる。さらに昭和19年度には、青年団が青少年団と翼讚壮年団に改組され、農会は農業会になり、外に、大政翼讚会支部、国保組合、行徳校後援会、信篤校後援会などが追加された。これらの多くは政府が指導した官製団体であるが、戦時体制が強化されるにしたがい、有名無実のものが増えていった。つまりそれらは、国策遂行の負担を実質的に町におしつけたものであったといえるであろう。

これらのうち、住民生活にとってもっとも関係の深いのは、農会(農業会)、自治会、および道路愛護会であった。いずれも、行政の補助機関であるが、実体としては部落を構成単位とした組織であり、わずかな補助金で住民の負担をじいるものであった。しかし、これらは住民生活に直接的な関係をもつものだけに、住民は否応なくその負担を負っていたのである。

これらのうち、町会で議論の対象となり、議員間に対立をひきおこしたのは、農会に対する補助であった。

〔表11〕 町財政・歳入の推移

単位：円

	昭和9年度	(%)	昭和14年度	(%)	昭和19年度	(%)
町 税 (うち戸数割)	32,677 (10,730)	58.1 (19.1)	32,903 (16,355)	42.1 (20.9)	69,877 (7,543)	47.0 (5.1)
財 産 収 入	1,442	2.5	1,118	1.4	2,053	1.4
使用・手数料 (うち授業料)	833 (571)	1.4 (1.0)	1,107 (704)	1.4 (0.9)	621 (-)	0.4 (-)
国庫支出金	12,290	21.9	17,537	22.4	13,874	9.3
県 支 出 金	1,181	2.1	1,062	1.4	1,348	0.9
寄 付 金	1,009	1.8	1,592	2.0	12,566	8.4
繰 入 金	2,000	3.5	7,300	9.3	25,110	16.9
繰 越 金	2,467	4.3	13,069	16.7	16,670	11.2
雑 収 入 (うち猟区収入)	2,505 (1,475)	4.4 (2.6)	2,550 (1,365)	3.3 (1.7)	6,739 (1,835)	4.5 (1.2)
合 計	56,171	100.0	78,179	100.0	148,773	100.0

〔表12〕 町財政・歳出の推移

単位：円

	昭和9年度	(%)	昭和14年度	(%)	昭和19年度	(%)
神 社 費	54	0.1	88	0.1	140	0.1
会 議 費	194	0.4	272	0.4	386	0.3
役 場 費	9,978	18.8	12,736	17.2	26,160	20.5
土 木 費	821	1.5	2,668	3.6	286	0.2
教 育 費	31,681	59.9	39,191	53.1	17,067	13.4
衛 生 費	3,136	5.9	123	0.2	96	0.1
勸 業 費	14	0.03	-	-	276	0.2
統 計 費	420	0.8	507	0.7	889	0.7
厚 生 費	436	0.8	624	0.8	381	0.3
警 備 費	961	1.8	2,709	3.7	10,028	8.0
財 産 費	3,196	6.0	1,606	2.2	24,007	19.0
負 担 金	1,019	2.0	9,900	13.4	15,492	12.2
地方改良費	130	0.2	81	0.1	1,361	1.1
補 助 費	580	1.1	1,825	2.5	6,450	5.1
諸 費	377	0.7	292	0.4	797	0.6
戦時特別費	-	-	1,184	1.6	22,957	18.1
合 計	53,004	100.0	73,877	100.0	126,780	100.0

昭和11年2月29日の第2回町会は、昭和11年度予算案が提出されたが、その中で、公益団体補助費のうち、農会補助金額を150円から100円に減額されたいとの要求が、鈴木弥太郎議員(田尻：Ⅳ-Ⅲ⁽⁸⁾)から出され、石井亮蔵議員(二俣：Ⅰ-Ⅰ)から賛成が表明され、決定された。まずこれが手始めである。

ついで同年12月4日第11回町会では、冒頭に議長(町長)より、町会終了後「協議会」を開くから残られたき旨の要望があったのに対して、古川豊松議員(本行2丁目：Ⅴ-Ⅴ)より、協議会開催の場合は事前に通告されたき旨発言があった。これに対して赤井端巖議員(本行1丁目：Ⅳ-Ⅴ)よりその意図について質問があり、古川議員に対する懲罰動議が提出される。その理由は、何度も勝手に町会を中座し、議場をさわがせたというのである。実は、2月29日の第2回町会でも、9月30日の第9回町会でも、古川議員は「農会の用事のため」中途退場している。議長は、古川議員の陳謝によって懲罰動議を撤回させようとしたが、住田一江議員(本行3：Ⅴ-Ⅴ)の提案により、この動議が採決され、結局、赤井議員の提案による古川議員の町会への出席停止(3日間)という懲罰案が可決されてしまった。さらに続いて、住田議員より、農会書記の不信任動議が提出され、秋元周蔵議員(塩焼町：Ⅰ-Ⅲ)は農会は町会の関与するところにあらず、との発言をし退場しようとして、議長にひきとめられるという一幕があった。この農会書記不信任動議に関して、中村宗七議員(高谷：Ⅱ-Ⅱ)より、農会の悪いところを明らかにせよとの発言があり、一旦休憩に入った。再開後赤井議員から、農会書記不信任を内容とする町会の意見を農会に伝達せよとの提案があった。賛成12名でこれを可決。昭和12年2月17日の第2回町会でも、鶴ヶ谷(本行1：Ⅲ-Ⅴ)、清水(下妙典：Ⅰ-Ⅳ)両議員が、農会補助の増額を要求したのに対し、赤井議員は削除を要求して紛糾し、休憩に入った。再開後、再び赤井議員から削除要求が出され、清水議員から削除反対の発言があり採決し、11対4で原案通り可決された。しかしその後赤井議員より、農会補助は害鳥駆除費として指定すべきとの提案が出され、可決された。

以上のような農会補助とそれをめぐるとの対立には、農会書記の不信任問題がからんでいたことがうかがわれるが、その背景はどのようなものであったろうか。昭和11年12月4日の、第11回町会に提案された、農会への町会よりの意見案(赤井提案)によれば、「行徳町農会ハ一私人書記ノ為、町内ノ平和ヲ欠クノ処置アルヲ以テ、本町会ハ之ヲ信任セズ」という内容であった。

『町会議録』は肝心なところで休憩に入ってしまう、農会の「町内の平和ヲ欠ク」処置の詳細を知り得ないのは残念であるが、ききとりによると、これには肥料の分配問題がからんでいる。人糞肥料は東京方面から、当時市川市にあった東海運輸が運び、これを農会が仲介斡旋し、部落毎の農家組合を通して町内農家に分配するというルートをとっていた。それをめぐって、部

(8) 以下、議員については、カッコ内に、出身部落、昭和12年時点の階層を示した。階層区分は前出〔表7〕と同じであり、二つの数字のうち前者は所得による区分、後者は資産割賦課額による階層区分を示す。この鈴木議員の場合は所得250～500円、資産割賦課額1～5円の階層であることを示している。

〔表13〕 議員の出身地域別階層別分布

地 域	階層	昭8～11	昭11～12	昭12～16	昭17～22	計
町 部	I	2	2	3	3	10
	II	—	—	1	—	1
	III	2	—	2	1	5
	IV	2	2	—	3	7
	V	1	3	—	—	4
	小計	7	7	6	7	27
中央部 農村地区	I	3	2	3	4	12
	II	—	—	—	—	—
	III	—	—	1	1	2
	IV	1	1	—	—	2
	V	—	—	—	—	—
	小計	4	3	4 ⁺¹	5	16 ⁺¹
北 部	I	—	—	1	2	3
	II	—	1	1	—	2
	III	2	2	—	—	4
	IV	1	1	—	—	2
	V	—	—	—	—	—
	小計	3	4	2	2	11
東 部	I	1	1	3	2	7
	II	2	2	2	—	6
	III	—	—	—	—	—
	IV	1	—	—	1	2
	V	—	—	—	—	—
	小計	4	3 ⁺¹	5	3 ⁺¹	15 ⁺²

(註) 階層区分は戸数割の所得標準による。

I : 1000円以上

II : 750～1000円

III : 500～750円

IV : 250～500円

V : 0～250円

昭8～昭11の議員については昭和9年の賦課標準で、以下12年、14年、16年の標準によって区分した。

落毎にかなり激しい争奪が行なわれたようで、各農家組合は米を少しずつ出しあって農会に贈り、少しでも分配の量を増やしてもらおうとしたといわれている。このような状態では「町内ノ平和ヲ欠ク」のは必然的と思われるが、ここで注目したいのは、この農会不信から、農会への補助廃止ないし減額を主張する議員と、これに反対する議員があったことである。〔表13〕にこの時期の議員の出身部落別階層別構成を示しておく。農会批判の急先峰たる感のある赤井議員は、本行徳1丁目出身で階層的には所得でも資産でも下層であった。ただ彼は東京府職員を長くやり、弁護士であり、かつ僧侶でもあるというインテリであった。これに同調した住田議員は本行徳3丁目出身で下層である。古川議員は本行徳2丁目以下層（おそらくは農会関係者）、秋元周蔵氏は塩焼町、上層で、その態度からみて、農会の役員であろう。上層議員（多くは地主と思われる）は、余り発言せず、農会補助に関しては、減額までは認めているが、削除には反対している。このような議員の態度は、農会に対して利害関係を有している者と、そうでない者との間の対照をきわ立たせている。つまり農村部出身の議員の多くは地主ないし自作であり、それぞれに各出身部落をその選出地盤としてもっていたであろう。そうであれば、農会の処置に不服なことがあっても、町会からの補助削除という強硬手段には訴えられないのである。しかし、一書記に関する「意見」では一致できている。実は昭和11年12月4日第11回町会では、この書記不信任の前に、行徳町農会の実情を上級の県農会に知らせようという提案があって、そのあと休憩に入っているのである。休憩後、前記の「意見」提出となるのである。この休憩の間にどのような調整が行なわれたか知ることはできないが、農村部出身の上層議員は、町農会の混乱を上役機関に知られることによって問題が大きくなるのをおそれたものと考えられる。そのために町会内部で問題をおさめる方向がとられたものと考えられるのである。ここに、農会が地主的利害を貫徹する機構となっているという問題を見出すのは、あながち無理ではないと思われるが、この点については次にのべる。

農会問題が次に大きく町会の対立点となったのは、昭和19年になってからであった。昭和12年～昭和16年までは、赤井が議員となっておらず、逆に農会々長の阿部直吉が登場し、また昭和19年の農会問題の中心人物にもなる秋本金一は、この時まで東京警視庁に勤めていたことも、比較的平穏であった原因でもあったろう。昭和19年の農会問題は、議事録によってもかなり詳しく知ることができる。

昭和19年2月19日第2回町会。この時も、農会に対する補助金問題から端を発し、赤井端巖がまず農会の廓清を促すよう議長（町長）に要求する。議長は「結局は諸君と協議せねばならぬこと故、責任負いかねる」との曖昧な態度であった。続いて彼は農会補助の削除を要求し、その理由として農会の「不正」の事実を陳述した。その内容は以下の如くである。

「農会ハ農民ノ福利増進ヲ計ルベキ公益団体デアルノニ拘ラズ、農会ガ人糞肥料一石ニ対シ十銭ノ値上ゲヲナシ、五千数百円ノ利益ヲ得タル由ニ聞クガ如何……。昨年ハ首席書記ガ市川警察署ニ於テ譴責セラレタル由、而モ農会ハ一石ニ付一銭宛手数料以外ニ十銭ヲ取り農民ニ対シ莫大ナル損害ヲ掛ケル。……自分、帳簿等ノ閲覽ヲ出シタガ、会長ガ居ラヌカラト云ッテ拒

絶セラレタリ。十一月三十一日ヲ以テ農会ハ解散シタノデアルカラ、其決算報告ヲスル様ニ何
回申シタルモ出サズ……」

この演説には相当の迫力が感じられるが、結局、小川寅松（田尻：Ⅳ－Ⅳ）、鶴ヶ谷初太郎
（本行徳：Ⅲ－Ⅴ）らの提案により、害虫駆除、食糧増産奨励、農具代などの名目で、「農民
一般ニ有益ニ用フル」ことをあきらかにして、補助することに決定した。しかし、農会問題
は「農業会ニ関スル動機」が出されて、別な面から問題にされることとなる。つまり、農会
は昭和18年11月28日に解散して、12月22日農業会の設立創会が開かれた。そして12月28日役員選
挙が行なわれ、会長には65対6という大差で秋本金一が選ばれたが、県当局の内定した方針に
より阿部直吉が農業会長になった。この農会の解散から農業会の設立にいたる過程で、赤井の
発言によれば、農会の決算報告も出さず、五反歩以上の耕作者には5合、八反以上には1升の
酒をふるまい、農業会の設立総会では秋本の発言を封じたという。また当の秋本金一は完納（供
出米）祝いに6000人分の料理を農会が用意したとかいう話をきき、区長（塩焼町）として、部
落の人には出席せぬよういった、という発言があり、さらに農業会に対する補助は、前に増
額するよう町長に要望したが、今は「心境ノ変化ヲ来タシテ居ル」という。かような農(業)会
問題をめぐる事実経過そのものは、現在のところ確かめようがないが、しかし、町会における
これらのやりとりから、地域支配層の性格がある程度うかがいあがってくるだろう。

まず、町長はこの地方きっての大地主であり、50町歩の耕地の外に宅地もあちらこちらに多
くもっていたといわれている。町長の父の代に財をなしたといわれているが、この町長の町政
に対する態度は、実際のところ昭和21年の議会では「町長職を名誉職、あるいは余技と考えて
いる」として非難されているし、町財政に貸出したり、小学校に寄付を行なったりしている。
したがって町政には必ずしも積極的とはいえず、昭和21年第3回町会では「実際には助役にう
ごかされていただけだ」という評価もあらわれるのである。さきの農(業)会問題でも積極的な
態度を示すことなく、ある評者によれば、「農会々長(医者、地主)にひきずられていた」とい
われている。

このような名望家的な人物が、3期12年（昭和8年～20年）の長きにわたって町長でありえ
たのは、おそらく彼の直接的な利害関係が、単一の部落内に固定しておらず、彼自身の交際範
囲も、郡・県段階の有力者とのそれが多かったことに由来しているだろう。ここで、高谷、下
妙典などから選出された農村部落出身の地主層議員について考えてみると、彼らは部落内に
直接的利害関係を持ち、選出母体も部落であったことから、農会問題などでは、地域利害の代
表者としての立場から、他部落出身の同階層議員と対立しなければならないことになる。しか
し、それをせずに町長の態度に追随することによって、農会を維持し、町会と農会という地域
の権力構造の中枢機関を掌握することが可能だったのである。そのためには、単一の部落内に
直接的な利害関係をもたず、積極的な町政への態度を示さず、しかも大地主であるという人物
は、丁度好都合であったと考えられるのである。

このような地主的町政は、戦時体制が強化されるにしたがい、国家権力による直接的な官僚

統制が強化されるが、そのような枠の中で地主的町政をささえたのが、助役田中 稔であった。彼は大正9年から昭和21年という長きにわたって助役をつとめたが、出身階層はやはり地主に属していた。実際、昭和21年の「兵舎払い下げ」の際、木材、ガラス等を兵舎のあった地主に渡してしまい、赤井から非難されている。

このような地主的地域権力構造の中であって、赤井端巖をはじめとする下層出身議員は、特殊な位置を占める。赤井自身は先にもふれたように、都市インテリであり、小作や都市雑業層の利害を直接代表するものではなかったが、「法律通りやる男」という評価があることでもわかるように、農会問題の外にも、町税戸数割の不公平や、戦後すぐに行なわれた町長選挙の不明朗さ、あるいは「兵舎払い下げ」問題等で、町理事者を追及している。これは彼が、地域利害や階層の利害から相対的に独立した立場にあったことが原因となっていると考えられる。しかしこれが結果的には、地主的地域権力構造からみちびき出される町政の地主利益偏重を批判することによって、下層（小作・雑業層）の利害を代弁する形となっていた。

下層出身議員は〔表13〕にみられるとうり、行徳町部から多く出ており、赤井に同調する形で町政を批判した鶴ヶ谷初太郎、住田一江などにその典型がみられる。赤井の選出基盤は、彼が妙長寺住職であったところから、その壇家であったといわれているが、鶴ヶ谷初太郎は桶職人であり、選出基盤は町全域にわたっていたという。

以上の分析ではほぼ明らかにされたとうり、昭和戦前期の地域権力構造は、権力機構の中樞を地主層がにぎり、国家行政の枠内ではあるが、地主の利害が貫かれるような構造をもっていた。これに対して都市下層出身の議員が、それを一定程度チェックする機能を果たす、という構造になっていた。我々は以上の分析の中に、議員のパーソナリティを含めてはいなかったし、また、中層——自作・自小作層出身の議員についての分析をしていない。さらに、選出基盤の分析もきわめて不完全である。

とくに最後の点は、各階層の議員を選出し、それを支持している住民生活の構造が分析されなければならない。

4. 地域権力構造と住民生活

この節では地域支配層を支えた基盤としての住民生活の様態を具体的に述べるのが主要な目的となる。住民生活の基盤は部落にあると考えられるから、以下項を分けて行徳町部の例として本行徳一丁目、中央部農村地区の例として塩焼町、東部農村部の例として原木を主にとりあげることとする。

一. 本行徳一丁目

3節で述べた如く、赤井端巖や鶴ヶ谷初太郎が必ずしも部落の枠にとらわれることなく選出されていたことから本行徳町部の部落の社会統合はそれ程強固なものではなかった。その原因のひとつは、明治初年から塩焼町も含めた本行徳が一個の大字部落であり、現在の各部落はその内部の小字部落であったからだと考えられる。もちろん、当面問題になる昭和初年以降は大

字部落本行徳の統合は鎮守の祭典にのみ残され、行政上の「区」として設定された各（小字）部落の方の統合がより強くなっていた。

本行徳町部の居住戸の多くは単純賃労働に主に依存する部市雑業層であり、このことは〔表7〕のV階層の比率が他地区と比べて高いことに表われている。彼らの中には若干の小作をなすものもあったが、多くは東京方面へ土方稼ぎに出ていた。次いで商人・職人が多く、商人の中には地主でもある者もあった。他に地主でもある開業医や旧行徳町最大の50町歩地主もあった。地主の多くが寄生地主としての商人地主であったために、小作地は一部落内に完結せず、したがって小作人との関係も小作人の生活の全面にわたるものではなかった。地主－小作関係では、彼らは部落内に利害関係をほとんどもたなかった。

一丁目部落には近隣組織として「組（オクミアイ）」があったが、これは7～8軒の「地の人」（庭と井戸＝家屋敷所有者）で構成されたもので冠婚葬祭等の互助機能を持っていた。その「オヤカタ」には「人の集まれる家」がなるといわれ、その交際は親密であったという。しかし、「地の人」の説明から判明する通り、「組」構成メンバーは地主・商人・職人の一部であり、雑業層の大半は「組」から疎外されていた。

区長・区長代理には、合併までは地主をかねた商人や医師の数人がまわりもちで就いていた。これらの中から町会議員になる者もあったが、部落を基盤とするというよりも商人地主としてのサークルを基盤にしていたと考えられる。たとえば、塩焼町にある法善寺の壇家は本行徳に70軒程ありその多くは商人地主であるという。総代は町長（50町歩地主）であった。また「イセ」のつく屋号の商店仲間は親しくつき合うと言われ、彼らの家関係は必ずしも部落を基盤にしていない。このように商人・地主層も部落に深い生活上の利害関係をもたず、雑業層・職人層もそうだとすると、部落は有力者のサークルの様相すら帯びてくるが、行政はそのような結合を利用して部落をその下請機関としたとである。

農地改革によって地主制が崩れ、合併以後新しい来住者も増えるにしたがって、自治会は17班にまで増加したが、自治会長は行政連絡のために忙しく、遂に最近では選挙によってこれを選ぶような事態になっている。かつての区長のような明確なプレステージは、既がないのである。

二. 塩焼町

戦前の町会には塩焼町から必ず議員が送りこまれているが、これらの議員は区長を経て町議に出るのがひとつのコースになっていた。というのも、塩焼町では部落から1名は必ず町議を出すことにしていて部落推薦を行なったからだという。この部落推薦は有効であったという。昭和15年頃の当選者得票は120～140票くらいであったという。ではこの部落推薦の有効性は何によって支えられていたのだろうか。

部落役職としては、戦前、区長・区長代理各1名と10名の組長があった。したがって部落内の各戸は15～16戸ずつ10個の組に組織されていた。これは行政伝達ルートであり冠婚葬祭の互助組織であり、農家組合も兼ね農道補修・溝浚えなどには1戸1名宛出役した。但し非農家は

加わらない。これは班と名称をかえた現在でも変わらない。

戦前の組長は世襲であり、地主でかつて塩田を経営していたような家が定まっていた。何時頃から始められたのか不明だが、本家の格は必ずしも重視されない。区長にはこの組長になる程の家の者がなることが多かったという。同族団の生活互助機能はすでに見られないから部落内の生活組織としては組が最も重要であった。

地主—小作関係はかつて行なわれた塩田経営と重なる部分が多い。すなわち、塩田労働力としては小僧（3年々期）4、中僧（年雇）2、成人男子2、女中1、臨時日雇2～3人必要だったが、小僧や中僧は小作の家から入れ、臨時日雇は小作の手間稼ぎが多く晴れた日に塩田で働くのである。こうした関係は、塩田が廃止された後も地主の支配力を持続せしめたと考えられる。

これらの地主—小作関係と共同労働組織としての組の存在は、住民の大半の生活連関を部落内に集中させることになり、部落による町議推薦を有効にしたと考えられる。

しかし塩焼町にも町外にヨリ大きな利害関係をもつ有力な商人地主も居り、区長・組長を中心とした地主層の結束は必ずしも強固とはいえなかった。たとえば昭和17年に秋本金一が部落推薦を受けて町議に立候補した時に、区長は別な人を推していたといわれる。

ところで、この秋本金一は世襲組長の家の長男に生まれ、父は塩田経営もした地主であったというから、町議としては町長の態度に追随した自作地主層出身議員と同様な型になりそうだが、彼の町会での活動は、部落利害の主張と分ちがたく結びつきながら、しかし、重要な問題では赤井端巖とほぼ同一歩調をとっている。彼は兵役終了後、町役場の収入役代理、続いて昭和2年から同16年までの間東京警視庁に勤務していたというが、彼のこの経歴が、単に部落的利害の次元にこだわらない視野とパーソナリティを培う要因になったと思われる。そしてこの点が昭和24年から4年間旧行徳町長を勤めさせた要因のひとつとなったであろう。

三. 原木

原木部落出身の町議は、明治・大正期には15～20町前後の部落内最大の地主であった。しかし、昭和8年～22年の間に出た3人の町議の場合は、「所得階層」では上層ないし最上層に属するが、「資産階層」では中・下層に属している。ひとはかつての塩田地主であったが小作を2.5町経営、他のひとは工場主、もうひとは僧侶である。これらの議員は町会では調停役あるいは進行係的役割を演じていた。このような議員が選出される基盤は何であったろうか。

塩田が順調だった頃までは、部落運営は「ダンナ」と呼ばれた地主および塩田経営者（多くは双方兼ねている）たちの会合で行なわれていたという。この制度は大正9年当時区長であった原本作次郎（原木最大の25町歩地主、塩田は経営していない）によって行なわれた『原木区規約』の制定によって崩れた。それは全文11条と付規定から成るが、要点は、①部落役員を選挙（1戸1票）で選び任期を2年としたこと。②評議員を設け、旧来からのダンナ9名を終身評議員とし、他に5名を選挙で選ぶこと。③総会をひらき普段は評議会で区政を運営すること。の3点である。これは大正9年12月30日、提案者も含め64名の出席による「規約集会」なるも

ので可決された。以後この『規約』によって原木の部落運営は行なわれている。

原木作次郎がこれを提案した狙いは明らかではないが、一説によると自作層を自分に引きつけて福田治右エ門（当時原木第2位の15町歩地主）の勢力を削ろうとしたといわれる。原木作次郎の狙いは何であれ、これによって自作・自小作層の部落運営に対する発言力が強まったことは明らかである。

このような政治情勢に加えて、生活組織としての聚落的家連合の形態を見なければならない。原木の人々が最も大切と考える家関係は「キンジョ」と「ムラシンセキ」である。キンジョはふつう「向三軒両隣」の5軒をさすというが必ずしもこの通りではなく、10軒ものキンジョを持つ家もあり、「末代抜けない」関係だという。ムラシンセキは部落内の本・分家および姻戚をさすが、姻戚でも数代前の縁組によるものでもこの中に入っている。これらは祝儀不祝儀から日常的互助に至るまで深い交際を行う。これらはある一軒の家からみて関係が定まる視野的構造を持ち、原木全体がこのような家連合のネット・ワークを構成しているのである。班や農家組合などは行政的に作られたもので機械的に地域割をしてあるという。

かような生活組織の形態であれば当然、派閥的グループが結成され易く、しかも部落運営の面には自作およびそれ以下の発言力が増大しているのであるから、政治的な問題に関しては派閥的グループ成立の傾向は一層拍車をかけられるであろう。したがって、そのような基盤から選出される議員は、交渉まとめ役的な技術をもった者がうまく派閥を組んだ場合に出てくることになる。この特徴はまた、より上級の政治行政ルートとのパイプ役たることにも役立つわけで、農地改革以降の地域支配層にとっては重要な資質になるのである。

戦後すぐに供出問題に不満をいだいた青年たち（復員した20代から30代の者が主体）18名によって結成された「新栄会」というグループから、昭和30年の合併問題のリーダーが出ている。続いて合併後にもう一世代若い層によって「農事研究会」が組織されて、親睦互助・農作物研究・社会研究などの活動が行なわれだしたという。

このような動きは、戦後の農地改革によっていっそうやり易くなったことにも原因があるろうが、基本的には、先に述べた文脈の中で理解が可能だと考える。

5. 結びにかえて

4節において分析した地域権力構造にかかわる住民生活の様態は、3部落各々異なったパターンを示した。我々は先に、行徳地区が4つのサブ＝エリアに分けられることを示したが、これらは地理的およびデモグラフィックな要素の共通性を基盤に、共通の地域利害を有する（あるいは持ちうる）単位ではあるが、住民の生活連関は伝統的に部落を単位としていたので、このサブ＝エリアが政治的統合の単位となる基盤は強くなかった。従って部落レベルに降りればひとつのサブ＝エリア内でも、地域権力構造への住民の関与は、各部落内における住民生活の様態の差にみあって異なったパターンが見出されると考えられる。これを前提とした上で、3部落にみられた住民の地域権力構造への関与のパターンをまとめてみると次のようになるろう。

本行徳一丁目の場合は、住民の生活連関の拡がりや部落の枠を越えているために、部落機構を通して地域権力構造に接近するという関与のあり方に対しては「無関心」という態度が示されていた。もちろん支配層たる自営業地主層と職人・雑業層とでは「無関心」の内容は異なる。前者は部落機構を経ないでも地域権力構造の中枢に入ることができる実力をそなえていた。他方、後者（職人・雑業層）は、部落機構に結集しそれを通して自からの階層的利害代表を送るという形をとる程に部落内での生活連関が強くなかったし、さりとて、部落を越えて階層的共通利害を主張するだけの政治理念やそれを担えるリーダーを生み出すに至っていなかったのである。

農地改革による地主の経済的基盤が削除された結果、支配層は自営業層（商人中心）に単純化されたが、一丁目では、自営業層にとって、部落はやはりサロンのなものであり続けた。したがって、部落機構を握ることは、部落での一定のプレステイジのシンボルとはなり得ても、地域権力構造に接近する上でさほど重要な意味を持ち得なかった。

しかし、一丁目のこの例で行徳町部の全体を代表させるのは危険であろう。一丁目以外の町部では農民層も相対的に多かったから、地主的支配の根拠を失った自営業層にとっては、部落機構をにぎることが、地域権力構造に接近する上で、一定の重要性を増したと考えられるからである。しかし、同時にそれを阻害する条件も存在する。そのひとつは、部落機構を行政の下請機関化しようとする国家政策の推進により、地主のような時間的余裕を持たない部落役職者は増加一途の行政下請業務をこなすのに手一杯となり、独自の政治的支配力を発揮する余地が大幅に減ったことであり、第2には、自営業者としては雑業層との生活連関を強めて彼らを部落単位に結集させることができないことである。こうした中で、階層的利害の調整困難が生じたり、階層的利害を地域的利害にすりかえることも難しくなる。

こうして自営業支配層にとっては、地域権力構造に接近する上で、部落機構の相対的比重は高いものとなりつつも、やはり部落の枠を越えた種々の派閥によって地域支配層たりえている。という。そして、それを支える住民の側の態度としては「利益期待」をあげることが出来るであろう。

他方、下層・雑業層にとっては、部落機構を通して地域権力構造に接近するという点では、「無関心」という態度が続くであろう。部落を越えたところに地域権力構造に接近するルートが見出されない限り、「無関心」と「無力」が結びついたままで推移することになるであろう。

塩焼町の場合は、住民の生活連関が地主的支配のもとで部落の枠内にあったため、部落機構を通じた地域権力構造への住民の関与は支配層への「一任」という形であらわれた。

農地改革により地主の直接的支配はなくなったが、住民の多数を古めるようになった自作層にとっては「組」という共同労働組織が以前にも増して重要なものとなるため、住民の生生活連関は部落内部にとどまり続けた。したがって「部落推薦」によって「部落」の代表が地域権力構造に送りこまれるという形式も、一定の有効性を持ち続ける。それにかわって、自作層が地域権力構造に接近しようとするれば、世襲組長制やその中での協議による区長選出といった部

落機構の慣行的諸制度の改革が余儀なくされるであろう。そうした中で住民の地域権力構造への関与は、以前の関与とは異なったものになってくるだろう。自からの利害を代表（代弁）してくれているか、地元への利益還流が十分なされているか等をチェックし監視する態度が強まるであろう。そうした中で地元代表として推薦される者には、家格などの伝統的出身背景を一方で必要としながらも、それ以上に、地域利害を先取りしうる見識と実行力が資質として要求されるであろう。秋本金一はそうした状況の中で能力を發揮した人物であったといえよう。

原木の場合は、派閥形成という形で部落機構や、それを通しての地域権力構造へ、「参加」するというパターンが示された。派閥形成は部落内の生活組織の形態に規定されていたから、住民の生活連関の主要な部分が部落内にある限りで、「参加」というパターンがあらわれるものと言いうる。

農地改革は地主の支配力を殆んど無にしたから、ほぼ対等な自作農の間では、この傾向は一層助長されるであろう。実際のところ、すでに述べたように、「新栄会」や「農事研究会」という具体例があり、このグループを結びつけているのは世代的な仲間意識と対抗意識であるといえよう。ただ問題となるのは、グループ内の誰かが部落機構なり地域権力構造の一端を握っても、グループに共通の政治的理念がないと、グループ自体が派閥的に分壊してしまうことであろう。

以上の分析を通して、我々は、昭和戦前期における住民生活パターンの中から、地域権力構造への関与のタイプとして、「無関心」「一任」「派閥的参加」の3つを見出した。これらは、都市化以前の行徳地域のあり方を特徴づけていると考えられる。しかしこの点をもう一步明確にするためには、農地改革を経て、これらのパターンがどのように変形していったかを跡づけておく必要がある。原木についてはほぼその見通しを持ちえたと考えるが、他の2部落についてはなお資料の不足を補っていく必要がある。

しかし、ここで一定の仮說的整理を行なうことは可能である。

①「一任」型と「派閥的参加」型は、いずれも「利益期待」型に移行する。

支配層の権力基盤には派閥と部落機構があったが、派閥には、①a部落内派閥と、①b部落を越えたものがある。①aについて、これを部落の側からみれば、住民の生活連関が主要には部落内にあることを前提として、①c原木部落のように派閥を生じ易い社会構造（生活組織の形態が視野的構造を持つ）と、①d塩焼町のように、そうでないもの（生活組織の形態が団体的構造をもつ）ものがあるということである。

①cの場合、戦前は地主的支配を背景に持ちながら、地主間の対立が派閥結成に結びつき、自作中層までが派閥の中に含まれえた。この中から権力構造内に送り込まれる者が地主のエージェントとして出るが、これへの住民の関与は、派閥に入りうる期待を含めた利益期待であった（「派閥的参加」型）。戦後は、地主的支配の背景が消滅し、派閥の規模も広がり、派閥参加を含めたエージェントに対する積極的利益期待は一層強まったのである。

①dの場合は、部落機構が権力の基盤である。住民の対応は、部落機構による生活組織の統合

によって、これを握る地主層への一任という態度をとって現われる。地主間の対立は部落機構の内部で処理されたのである。戦後は、生活連関の範囲とそれを支える生活組織の形態が変わらない限り、部落機構が権力基盤となる点は変わらない。が、これを握る支配層に対する住民の態度は、地主的支配は既にないのであるから、新しい支配層には、地元への何らかの利益還流をもたらすことを期待するようになる。ただ、生活組織の形態が団体的構造をもつため固定的であり、家格を重視する類の生活規範が比較的根強いので、住民の利益期待は消極的であろう。

他方、㊦(町部)の場合、住民の生活連関が部落を越えた拡がりを持ち、地主層による派閥が権力基盤となっていた。派閥メンバーの地主的支配に対して、住民は、彼らに対する一任という態度で対応していたのである。しかし、地主的支配の消滅した戦後は、新しい支配層(自営業者上層)の派閥メンバーにとっては、支配のために部落機構を握ることの重要性が増大する。一方これに対応する住民の態度は利益期待の型に移行する。しかし、生活連関が部落内では稀薄なのだから、その利益期待は必ずしも積極的なものになるとはいえないであろう。

「利益期待」型は「エージェント支配」に対応する関与タイプであるが、それが戦後段階で優勢になるのは、それを支える内的外的要因(たとえば地主的支配の消滅、新旧自作層の発言力の増大、行政組織の官僚制化の進行、戦後保守政治の長期安定など)があるからである。しかし、この「利益期待」型は決して新しいタイプではない。それは伝統的社会結合の様態から生み出されたものに外ならないのである。つまり、戦後段階でも住民の生活連関は家連合の形態をもって展開されていたからである。したがって、昭和30年以降への展望としては、就業構造の変化と新しい人口の流入によって住民の生活連関がどのような変化をみせるか、またそれにとともなって、社会結合の様態は伝統的な家連合の形態をとり続けるか否かが、問題となるであろう。

②「無関心」型について。

町部の下層にみられたこの型は戦後も持続していたが、都市化に伴う変化を捉える際には、これと共に新しい大量の来住者の動向を含めて考えなければならない。彼らには、㊧部落的生活連関を新しい形で形成する可能性もあるが、㊨むしろ部落的結合によるのとは違った関与のタイプを形成する可能性も強い。ひとつの予想としては、民主的リーダーを支えるような態度の形成があるかも知れない。それらの可能性を考える場合、旧来からの町部下層が、来住者に対して、「地付き」という意識をどの程度強めるか(あるいは弱めるか)がひとつの問題となるであろう。㊩もうひとつの可能性は、「無関心」がそのまま持続する場合であるが、しかし、たとえ「無関心」を持続するにしても、下層および来住者の動向こそが、都市化の中での地域社会のあり方を規定していく大きな要因のひとつとなることは間違いないであろう。

(1973・3・15)

〔付記〕本文中にとりあげた人物については、研究論文という性質上、すべて敬称を略させて頂いたことをお断わりする。

なお、調査にご協力下さった行徳地区の多くの方々にお礼申し上げます。

学校恐怖症の研究(2)

——慢性重症例の社会化の発達を阻害する家族力動に関する研究——

——父親像を軸として——

児童精神衛生部 山崎道子

要 約

本研究は、精神衛生研究20号にひきつづき、同じ慢性重症例20例を対象にして、なぜ、このように極端に慢性化したのか、また同一家族内で2人以上の発生をみたかに関心が向けられた。筆者は、学校恐怖症の成因や予後に関し、家族力動の重要性を強調してきた。本研究では、(1)慢性重症例の父親たちに顕著に認められた非社会的なパーソナリティが、彼等の職業生活や社会適応にどのように影響しているかをみた。(2)次に(1)の問題と父親としての役割や、夫としての役割と関連させながら、父親の障害が家族内力動に影響し、浸透する様相を父親像を軸にして、1人の登校拒否児が発生している家族、I群と、2人以上の発生をみている家族、II群とを別々にあきらかにし、比較考察した。その結果、I群の父親像は弱々しく、父親としての権威の欠如が顕著であり、II群の父親像は、「変り者」で代表され、対人関係の障害がめだち、社会的孤立がめだっていた。両群の父親とも男性のモデルとしては欠陥が多い。とくにII群では、両親間の相補機能が低く、子どもは、父親からも、母親からも支持が得られず、不安を招きやすく、こゝに登校拒否児が2人以上発生する基盤があると思われる。きょうだいの登校拒否児は、学令年令をすぎると、家族外社会生活を何とかやっているものが多いが、主たる登校拒否児は、その家族の独特の病理のうずから出られずに、家族障害の重荷を背負い家族外社会生活のないまゝにすごしていた。

I. は し が き

精神衛生研究20号では、学校恐怖症児の慢性重症例20例の現在にいたる経過と現在の状況について、I群（同一家族内で登校拒否児が1人だけ発生している群）と、II群（2人以上発生している群）に分けて記述した。

彼等の登校拒否期間は、I群では、10年に及ぶものが3例で、もっとも短いものでも4年で、拒否期間の平均は、6年4ヶ月であり、II群では、もっとも長いものが9年で短いものが1年であり、拒否期間の平均は、4年5ヶ月であった。

昭和46年現在、拒否児の年令は、I群では、18才が4例、16才が3例、19才が2例、17才が1例、15才が1例であり、II群では、主たる拒否児の年令を示すと、16才が2例、17才が2例、18才が1例、19才が1例、12才が1例、13才が1例、15才が1例であった。

彼等は、全例が思春期年令に達していたが、大半のケースは、なお家庭にひきこもり、家族外社会生活のないまゝに、その日ぐらしをつづけている状態であった。

彼等には、なぜこのように問題が長期化し、慢性化したのか、また、同一家族内に、2人以

上の登校拒否児が発生したのに関心がもたれた。

筆者は、学校恐怖症の発生の基盤として、家族内力動の重要性を強調してきた。精神衛生研究14号では、学校恐怖症児について、登校拒否にいたる機制から、A)分離不安群、B)中核群、C)父親との同一視失敗群の三群に分けて家族診断スキームを用い、それぞれの群の家族の障害をあきらかにし、比較検討した。その結果は、父親との同一視失敗群において、家族としての障害度をもっとも高く、この群の子どもたちが登校拒否の慢性化に向う傾向のつよいこと、対応がみられた。

子どもにとっては、父子関係の障害がもっとも顕著であり、父親との同一視の失敗が認められた。父親の性格特徴は、受身、男性らしさの不足、心氣的傾向がめだち、三群の中で障害がもっともめだつた。半数の家族は、父親の欠損家庭であり、父親があつてもなお、父親の役割の不在や欠陥が家族としての障害の決定的要因になっていることがあきらかにされた。

精神衛生研究17号では、危機状況において、家族がどのように問題に対処するかにより、その後の経過の重大な岐路になることに注目した。中学入学後初発したケースについて、比較的急性の経過をとるものA群と、慢性の経過をたどるものB群について、危機状況に対処する家族内力動について比較した。

その結果は、A群では、1.父親がイニシアティブをとり行動する、2.両親の協調、相互支持が急速にたかまる、3.父親、母親の子どもへの支持が増大する、4.親子間のコミュニケーションの回復がみられた。

B群では、1.父親は傍観的・非協調的であり、2.母親と子どもの密着、または反発が強まり、3.家族葛藤の顕在化、4.父親、母親の役割の非機能化、4.登校拒否の合理化がすゝむ。

これらの結果は、危機状況に対処する家族の力動の様相が、登校拒否の予後を判定する上で重要な手がかりになることを示したが、とくに、父親の対処の仕方は影響が大きかった。

本研究の対象である父親たちとの接触は、多くは、インテーク面接においてか、あるいは、子どもの治療上や、とり扱いの上で、危機的状況においてであり、父親の役割や介入をもっとも必要とする時であった。これらの状況において、父親のわれわれや、家族の前で示す行動や態度から、彼のパーソナリティのある部分に触れたり、また、家族内の彼の位置や家族とのかわりの仕方を見ることが可能であった。そして、それらはまた、彼の問題解決に対するとり組方や、対社会関係のあり方を示していた。

その中でもっともきわだっていた問題は、父親の非社会的なパーソナリティの面であり、それらは父親の行動や生活を支配し、特徴づけていた。

本研究では、(1)父親たちの非社会的なパーソナリティが、彼等の職業生活や社会適応に、どのようにあらわれているかをあきらかにしようとした。(2)次に、(1)の問題と、父親としての役割や夫としての役割と関連させながら、父親の障害が、家族内力動に影響し、浸透する様相を父親像を軸にしてあきらかにしようとした。

1人の登校拒否児が発生している家族、I群と、2人以上の発生をみている家族、II群とを

別々にあきらかにし、比較考察する。

II. 従来の研究

学校恐怖症の研究の中で、父親像を中心にとりあげたものは、あまり多くないが、父親について記述しているものは多い。

こゝでは、父親像を中心にとりあげた研究と、学校恐怖症の慢性群の研究の中で、父親についての記述の中から主にとりあげた。

田中⁽⁹⁾、岡本、十亀は、入院治療をおこなった学校恐怖症児の家族について、家族力動の立場から父親像を中心に述べた。父親が無力、受身的で、家庭内では、頼りになる父親や夫ではなく、対社会的に孤立化の傾向のあることを示した。母親からすれば、かゝる父親の男性として、父親としての同一性の稀薄さが、手応えのなさ、無力さ、頼りなさとして感じられ、それらは母親の不安感、無力感をよびおこし、妻として、母親としての同一性を支える力をもたず、家族全体として社会的孤立化の傾向にもつながるものと考えた。

十亀は⁽⁷⁾、入院治療した学校恐怖症児に接触し、同胞中1人が発症するような場合には、とくに幼児期から家庭集団の中で孤立的異質的存在としての特徴を示しており、家庭内の多角的人間関係から浮き上りをみせていると観察した。父子関係について、父親の権威性や、患児との接触は少く、患児は成長後も父親に頼ろうとしないし、また父親の方からも助けを出す自信に欠けていることを指摘した。

十亀は⁽⁸⁾、入院治療をおこなった性格障害群とも云うべき学校恐怖症児を対象にし、その性格と生育史を研究した。父親について、とくに分裂病質的傾向をよくみることや、父系家族との結びつきがよいことを指摘し、父系家族の家族構成と家庭の力動的背景にも注意すべき特異点の多いことをのべた。

高木は⁽¹⁰⁾、典型例5例を示し、その父親と母親にそれぞれ、ロールシャッハテストを実施した結果、父親たちからは、強迫的性格、あるいは、強迫的不安が確認されたとし、母親たちからは、情緒的に不安定で不安に満ち、強い刺戟には自己統制を失う程の未熟な反応をするパーソナリティのタイプであると見出した。高木は、この研究の結論として、学校恐怖症の成立機転に、家庭における父親の社会心理学的役割の欠如を中心的に考えることの正当性を強調している。

牧田⁽¹²⁾、小此木、鈴木は、慢性で重症の登校拒否状況にある思春期男子6例の精神療法をおこなない、その父親像をめぐって、経過良好な3例と、不良な3例を比較し、経過不良な3例には次の特徴を見いだした。父親は、家庭内で〈悪い父親〉として意識されており、登校拒否は、父への反抗や威嚇、あるいは消極的な抗議の意味をもつにいたっていた。

父母たちは、いづれも、性格異常または、神経症といふ得るような病的な人物が多いことをのべている。

牧田、小此木、鈴木は、思春期に発病し、慢性の経過をたどり入院治療した21例の登校拒否

児の父親のパーソナリティとして、消極的な家庭不在型・情緒交流の欠乏型・暴君型を、母親のパーソナリティとして、従属型・過保護・心気型を見出した。

梅垣は⁽⁵⁾、登校拒否の中核群について、前駆的な登校拒否経験の有無により、A群とB群に分類した。「溺愛的放任養育」が、中核群登校拒否児の典型的な母親の養育態度であるとした。一方、父親の場合、82%が、「養育回避」を示し、中核群A群には、「家族内外萎縮型」が多いと指摘した。また、「家庭内外萎縮型の養育回避」、「母親代行的」、「養育放棄」などで示される父としての諸態度は、患児の男性同一化の対象欠如であるとともに、「経過良否」とも関連する特徴点であるとした。

伊藤⁽⁴⁾、若林、梅垣らは、6例の登校拒否児の両親の結びつきの動機づけ、その移りゆきをとらえ、おのおのの行動目標、役割などの調整、受容の様相と子どもへの影響を、両親の人生態度、価値志向と関連させながら検討し次の結果を得た。両親間の生活目標や人生態度の相違は、調整されないままにあり、また家族目標についても、両親間での共有的、相補的傾向に乏しい。さらに、複合家族では、いっそう複雑困難さが助長されることを示した。

斉藤⁽⁶⁾らは、情緒障害児短期治療施設に収容された7例の登校拒否児の父親について、全員が「父親らしさ」に欠け、性格的な偏倚のあることをしめした。母親は、父親ほどではないが問題のあることをのべたが、父親は家庭内で周辺的存在であり、母親の存在比重が大きくなっており、本来の母親の立場に定着できる前に、役割の拡張を余儀なくされて、結局、患児は、母親とも安定した感情交流をもてないことを指摘した。

山本は⁽⁴⁾、学校恐怖症の中核群の父親は、分裂気質の圏内に入るものが多く、父性的包容力とたくましさに乏しく、父子関係は冷たく、しかも母子関係からも十分な情緒的结合が得られず、結局、患児は、両親からの十分な愛情が得られないとのべている。

Coolidge⁽¹⁾は、学校恐怖症児を神経症群と、性格障害群に分類した。後者には、幼児期から存在する根深い性格障害があり、その性格構造全体が問題で、症状も急性に始まらず、明確な動機も少く、自律性を要求される時期にいたると苦痛となり、自己不全感がつよまるとした。母親に劣らず、父親の性格障害も甚だしく、父親は「父親らしい」態度をもちあわせていないことなどをのべている。

Davidson⁽²⁾は、父親について、受身的で無力であり、明白な神経症症状を示すものや、身体的に不健康な者が多く、母親は、父親を軽蔑し、家族内に尊敬しうる男性像をもたないことの特徴をあげている。

Eisenberg⁽³⁾は、両親の生育史の特長にも触れ、両親間の愛情関係が不十分で、母親がその子を一面では恋人の如くとり扱う反面、父親は仕事に熱中していて、母親への精神的支持が少ないとしている。

III. 研究資料および方法

本研究資料は、精神衛生研究20号に掲載された研究の資料と同一である。全例とも、学校

恐怖症と診断された登校拒否児とその家族20ケースであり、子どもは、すべて思春期年齢に達しており、2、3を除いては、いづれも数年以上に及ぶ拒否期間をもつ慢性重症例である。同一家族内で登校拒否児が1人だけ発生している家族が11例であり、2人以上発生している家族が9例であった。前者をI群、後者をII群とした。〔表1、2を参照〕

登校拒否児や家族に対する筆者の関与の仕方や程度は様々であり、その接触の時期にしても登校拒否の状態の様々の段階にあった。

家族との接触は、母親が主要な人であり、父親との面接は、多くは、父親の何らかの役割を必要とする時とか、学校から決断をせまられているような緊迫した状況においてであった。II群の父親は、かゝる状況においても、面接に応じないので、家庭訪問によって面接せざるを得なかった。

IV. 研究結果：父親像

I群の特徴

1. パーソナリティの特徴

11例中2例(No.1, 10)の父親を除き、9例の父親は、概しておとなしく、受身で、気力に乏しい、非社会的な人柄であった。男性としては、「男らしさ」やたくましさに欠けていた。

世間的にも温和で、口数の少いお人好しとみられているものが多い。No.3, 8のように仕事の失敗から立ちなおれずに、気の毒な境遇にある場合には、非難されるよりは、同情をもってみられていた。

学校教師からも同じような受けとられ方をしており、「変り者」とか「偏屈者」といったとられ方をしているものはほとんどみられなかった。

2. 職業人としての父親像をめぐって

No.1, 10を除いた9例は、めだたない、地味な存在であった。専門教育を受けているのは、5例(No.1, 10, 4, 5, 6)であり、そのうち3例は技術系で、2例は薬剤士(1例は自家営業、他の1例は地方公務員)で、1例が建築技師(地方公務員)であった。

他の2例は、1例が公団の役員で、1例が会計事務(中小企業)をしていた。高小卒、旧制中学卒、新制高校卒の6例の職業をみると、事務員1例(中小企業)、店員2例(個人経営菓子店1例、デパート1例)、熟練労働1例(中小企業)、運転手1例(銀行)であった。

I群の父親には、転職がなく、ほとんど全例が1ヶ所の職場に長年とまっていた。このことは、彼等が真面目で、職場でも人に嫌われたりすることが少い反面、消極的で変化を求めたがらないことのあらわれともみることができるかもしれない。No.3の場合は、旧制の高校卒業後、大学卒の兄と共同で企業をはじめたが失敗し、その後菓子屋の店員になったが、そこから立ちあがれずに、20年間店員の生活をつづけていた。母親は、父親失敗直後から勤めに出るよ

註 頁数の制限により、事例掲載は不可能であったので、精神衛生研究20号にのせた事例を参考にされたい。

表1 研究資料一覽 I 群

NO.	氏名	性別	同胞 順位	養生 学年	拒否 期間	登校拒否の型	精研相談室来談		中学卒業か 除籍か	高校その他 進学の有無	その他	現在		状況	
							年(昭和)	学年				年齢	在籍学年	拒否の有無	生活の仕方
1	SS	男	1/1	小1	4年	完全拒否	35	幼稚園 年長	卒業	進学	小学5年時に 3年にもどる	19	高3	無し	中学時マラソン県代表、中学高校順 に進学めざす。
2	SY	男	1/1	小3	10年	完全・散発	38	小3	卒業	進学	1ヶ月で退学	18	高1 (定時制)	完全拒否	登校への葛藤、両親に乱暴、家に閉 じこもる。
3	OT	男	3/3	小1	10年	散発→完全	41	中1 (留年1回)	卒業	無し	施設内学級で 中学卒業	19	無し		中卒後就職、1週間でやめ、家に閉じ こもる。
4	TT	男	1/2	小1	8年	散発→完全	42	中1 (留年1回)	卒業	進学		18	高2	無し	随内学級で運動選手、社会性がつき 高校も順調。
5	KH	男	2/2	小6	5年	散発→完全→散発	42	中2	卒業	中卒3年後		18	高1 (定時制)	散発拒否	中卒後3年間無為、現在は時々休む が登校、アルバイトもする。
6	YH	男	1/1	中1	3年	散発→完全	42	中3	除籍	各種学校		17	専攻科		中学除籍になり、各種学校に登校
7	YT	男	2/2	小3	7年	完全拒否	42	小5	除籍	無し		15	無し		中学の入学式以後完全拒否、家に閉 じこもる。
8	NT	男	3/3	小3	10年	散発→完全	42	中1 (留年2回)	除籍	無し	夜間中学在籍	18	中2	完全拒否	夜間中2年に在籍のまゝ拒否
9	TK	男	2/3	幼稚園	5年	散発→完全	41	小2 (留年3回)	(中学在)			16	中2	無し	中学になり、成績も抜群、自信を得る
10	IK	女	2/2	中1	4年	完全拒否	40	中1	私立中学退学	進学	検定により中 卒資格得る	16	高1 (通信高校)		高校通信教育を受けてから希望をも ちやうやう気が出た。
11	SJ	女	1/1	小1	4年	散発→完全	40	小3 (留年1回)	(中学在)			16	中3	無し	成績も普通以上、順調、高校進学を めざしている。

表2. 研究資料一覽 II群

NO.	氏名	性別	同胞 順位	発症 学年	拒否 期間	登校拒否の型	精研相談室来談		中学卒業か 除籍か	高校その他 進学の有無	その他		現在	状況
							年 (昭和)	学 年			年 今	在籍学年		
12	YK	男	1/4	中1	3年	散発→完全拒否	39	中1	除籍	進学→退学	1週間で退学	21	家業の鳥屋をしているが、身体の不調も訴えなくなる。	
	◎YT	男	2/4	小6	4年	散発→完全拒否	39	小6	除籍	進学→退学		19	家に閉じこもり、家人とも近づかない、精神科入院中。	
	YS	男	4/4	中1	2年	完全拒否→散発			卒業	進学→退学		16	中学をやっと卒業、高校進学したがすぐに欠陥多くなり、退学、アルバイトをしてしたが、現在は正規の従業員として勤務	
13	AT	男	1/2	中2	6ヶ月	完全拒否	39	中2	卒業	進学		21	工学を専攻、順調	
	◎AK	男	2/2	小5	5年	散発→完全拒否	39	小6	除籍			18	家に閉じこもり外に出ないが、軍に興味があり、免許も取得。	
	◎NY	女	1/3	小6	3年	完全拒否	42	中1	卒業	進学→退学	院内学級で中学 年高校は1日も いかず退学	17	家に閉じこもり好きなことをしている。近くには出る。	
14	NH	女	2/3	中1	6ヶ月	散発			(中学在)			14	登校を嫌がるが何とかいっており、高校へ進む予定。	
	IY	女	1/3	高3	1年	完全拒否	42	高3	卒業	進学→退学		22	寺に養女にいき、家事をひきうけてやっている。	
	◎IT	女	3/3	小4	1年	散発→完全	45	小5	(小学在)		院内学級に登校しているが、友人間に問題あり、	12		
16	EI	女	5/6	中1	1年	散発	45	中1	(中学在)			14	胃腸の不調を訴え休みがち、家人とあまり口をきかない。	
	◎EM	女	6/6	小4	3年	散発→完全拒否	43	小4	(中学在)		小学校6年以降完全拒否、登校刺戟に 乱暴拒絶、家人とは外出する。	13		
	UC	男	1/4	小4	2年	散発	36	小6	卒業	進学	大学卒業	23	中学入学後問題解消、公務員	
17	UI	男	2/4	小2	2年	散発			卒業	進学	高校卒業	21	高校に入り問題解消、家業の木工を手伝う。	
	US	男	3/4	小3	1ヶ月	散発			卒業	進学	高校卒業	19	高校に入り問題解消、大学進学をめざす。	
	◎UT	女	4/4	小1	9年	散発→完全拒否	43	中1	卒業(私立)	進学→退学	1ヶ月登校後 拒否	16	高校退学後、本人の希望で普通学校に入ったが1日も行かず退学、家に閉じこもり、休日以外は外に出ない。	
18	TH	男	2/3	中1	3年	完全拒否			除籍	高校通信教育 をうける	高校通信教育	19	家に閉じこもり、他人には一切会わない、高校通信教育はよくしている。	
	◎TA	女	3/3	小4	5年	散発→完全拒否	44	中1(留年)	除籍			16	家に閉じこもるが、母とは外に出る	
	NA	女	1/2	中2	2年	散発			卒業	進学	高校2年	17	高校進学後は問題解消	
19	◎NT	男	2/2	小5	3年	散発→完全拒否	44	小6	(中学在)			15	中学入学後1ヶ月後から完全拒否、家業から分離させたいが父親の協力が得られない。	
	BM	女	2/4	小4	5年	散発			卒業	進学→退学		22	高校退学後、エレベーターガールをしている。	
20	◎BH	男	3/4	小3	7年	散発→完全拒否	38	小3	卒業			17	中学卒業後、証券会社の黒板ふきを している。	

表3. 研究資料

No	氏名	年令(才)		新病発		拒否回数の同位順位	拒否回数の同位順位	その他	父親の職業	母親の職業	家庭内における父親の位置	父親の身心的問題
		父	母	拒否回	拒否発							
1	SS	56	42	6	1/1			父親は差毛に住み、かえらない	自家営業(酒店)	(内職)	父親不在型	
2	SY	50	48	9	1/1				事務員(中小企業)		母子の結合からしめだされている父親	
3	OT	55	46	14	3/3	4			店員	会社員	生活力のない父親・母親が生活の主体	事業の失敗からたたらす
4	TT	41	42	14	1/2	8		父親婚養子 祖父(病氣)	会社員	雑貨店を営む	父母寄り添い型	
5	KH	50	47	14	2/2	8			公務員(薬剤士)		父母不一致型	
6	YH	40	38	14	1/1				公務員(建築士)	教師	母子の結合からしめだされている父親	高血圧症で治療中
7	YT	56	44	11	2/2	8		父親婚養子 祖父(病氣)	工員	工員	母子の結合からしめだされている父親	
8	NT	60	53	13	3/3	6			ガラス吹き細工	セールス	生活力のない父親・母親が生活の主体	吃音
9	TK	44	36	10	2/3	2		祖父	運転手(銀行)	(内職)	父母寄り添い型	
10	IK	48	38	13	2/2	4		父は仕事の関係で年間の殆どは海外	公園役員		(父親不在型)	
11	SJ	36	36	10	1/1				会社員(デパート)		父母寄り添い型	
12	YT	43	38	12	2/4	2		父親婚養子 祖母	職多、小島屋を手伝う	小島屋をしている	父親の役割回避→放棄、孤立	転職が多く→家業の手伝い
13	AK	42	39	12	2/2	3			会社員		父親の役割回避型、孤立	
14	NY	59	45	13	1/3	2			家庭内小企業(塗料)	家庭内小企業を父として	母親代行的	疲労しやすく、事があるとなぐさむ
15	IT	50	50	11	3/3	5			失業(無断欠勤)	家政婦	父親の役割回避→放棄、孤立	無断欠勤→職場放棄→失業 飲酒、精神安定剤常用
16	EM	50	45	10	6/6	1			会社員		父親の役割回避、孤立	職場の不満→飲酒
17	UT	49	46	13	4/4	3		祖父	建築業	菓子販売店	父親の役割回避、孤立	気がむかないと仕事をしない
18	TA	43	39	13	3/3	3			家庭内製図書き	菓子販売店	父親の役割回避、孤立	対人接触が極端にきらい
19	NT	44	40	12	2/2	2		父親(海上勤務) 祖母(病氣)	公務員(医師)		父親の役割回避・父親不在型	
20	BH	49	39	9	3/4	6		父親婚養子	菓子販売店	菓子販売店	父親と主たる登校拒否児がしめだされている	疲労感がつよよくよくねる

※くつついているきょうだいの登校拒否

うになり、経済的に主役をとりつづけて来た。No.8の父親は、ガラスの火吹き細工をしていたが、彼の仕事は、その地域でも最低の収入の仕事であり、現代の生産機構の中では落悟者と云えらる仕事の内容を熟知していた中学の教師はみていた。本児が赤んぼの時から、母親がセールスをしたり、保険の外交をして、生計の主たる担い手であった。No.7の母親は、娘時代から現在まで中断することなく、近所の工場で働いていた。No.11の母親は、本児が出生後もひきつづき勤務していたが、小学校入学時に止めた、しかし、その後、本児が中学2年になり、再び勤務をはじめた。No.6の母親は、本児の出生前からひきつづき現在まで教師としてつとめていた。No.9、2の母親は内職をしていた。No.4の母親は家業の雑貨商を手伝っていた。

3. 家族内における父親の位置をめぐって

(1) 父母寄り添い型

No.9、11の2例が代表的なものであった。

両例の父親とも、社会性に乏しく、真面目で地味な人柄であった。母親は、父親と似た傾向をもち、地味で内向的な性格であった。母親と父親は、依存しあっており、お互いに寄り添っているのがめだっていた。

父親は、事があった時に、決断を下したり、頼りになる存在ではなく、2例とも、事がある毎に、母方の実家に相談を求めていた。しばしば家庭訪問していた教師たちは、両例の親子関係をそれぞれきょうだいのようにだと評していた。母方の実家との結びつきがつよく、度々往来がある以外には、隣近所との交際もほとんどなかった。

No.4の場合は、父親が養子で両親はいとこ同士で、母が1才年上であったが、家庭は祖父母によって、すべてとりしきられていた。本児の問題についても、祖母に「放っておけ」と云われると、父親の責任を感じながらも、見ぬふりをしてすごして来た父親は述べていたが、家庭訪問による家庭における両親の行動や、来談時の両親の様子を観察すると、両親間の関係は、父母寄り添い型に入れることができよう。

3例の父親とも、面接に協力的であり、両親そろって来談することもめだっていた。

(2) 生活力のない父親・母親が生活全般にわたり主役

No.3、8の二例が該当したが、No.3の父親は事業に失敗後、20年間たち上れず、No.8の父親は生活力がなく、いづれも母親が経済の支柱になって生活を支えてきた。

経済面ばかりでなく、対社会関係においても、母親が中心になって対処し、父親は蔭の存在であった。2例とも、本児らが乳幼児期からすでに母親が家庭外で働き、子どもを放置していたことをみとめていた。登校拒否がはじまったのは、両者とも小学校低学年からであったが、

註 「父母寄り添い型」の、No.9、11、4、の三事例は、精神衛生研究20号に掲載した。三事例とも関係諸機関の協力的介入により、慢性化した登校拒否の状態から好転し、以後登校している。

註 (2)「生活力のない父親・母親が生活全般にわたり主役」の型に入った2例では、子どもはいづれも小学校低学年から登校拒否がはじまり、高学年になって完全拒否となり、No.3は収容施設で中学を卒業し、No.8は、学令満期で中学除籍になった。その後は2例とも家に閉じこもっている。

生活の方が優先し、子どものことはあとまわしになったと母たちは、述懐した。

精神的にも、母親が家族の支えになっていたが、母親はそのような無力な父親に対して攻撃したり、否定的感情を示すことはほとんどみられなかった。母親からは、父親に比べて、生活の張りが感じられた。二例の父親ともかなり老いが感じられ、No.3は55才、No.8は60才であり、子どもの父親というよりは、祖父という感じであり、子どもに対しては庇護的態度がめだっていた。

面接状況に父親があらわれる場合には、母親といっしょであり、母親の方が面接をリードし、父親はそれにしがっていた。

(3) 母親と子どもの結合からしめだされている父親

No.2, 6, 7の父親は、「生活力のない父親と母親が主役」としている組み合わせに比べると、経済的には、3例とも父親が主要な役割をとっていた。だが、母親たちは、精神的には、むすこたちに多くを求めていた。二例は、1人子であり、他の1例は、母親が再婚後の1人子であり、3例ともむすこは1人であった。母親が再婚後の1人っ子であるNo.7は、幼い頃から年寄りの父親を嫌い、寄りつかず、母親にばかり甘えていたという。16才になっても、母親は彼を「ぼうや」とよび、幼い子のように扱い、また、彼が母親を大事にしてくれて、肩をたいてくれたり、風呂をわかしてくれるとよろこんでいた。

本児は中学の入学式の翌日から1日も登校せず、中学除籍になったが、その後もなお家に完全に閉じこもり、登校拒否について高度の合理化を試みていた。家庭訪問による面接中の態度は、体をくねらせ、口に手をあててその仕草は女性的であった。

No.6の父親は、無口な、おとなしい人柄で人とのつきあいもあまりないという。

母親は、結婚前からずっと小学校の教師を継続していた。非常に神経質で、不潔恐怖がありシーツやふとんのカバーを毎日洗濯しないと気がすまないといい、自己中心的で社会性にも欠けた人格であった。母親は、自分自身や子ども、夫に対し、近隣の人たちとは違うのだというエリート意識を強くもちつづけてきた。1人っ子の子どもに対し、近隣の鼻たれっ子とは遊んでいけないことを宣言し、区域外の小学校に入れた。入学以来、母親は子どものクラスにおける不満をいともすなおに受け入れて、担任教師にとり除くように頼みにいくのが仕事であった。中学も越境入学したが、「同級生がうるさくて汚い」という子どもの不満をまともに受け入れる母親だった。母が勤務していて、子どもにさびしい思いをさせてはいけないと思い、教職以外の仕事や学校内の交際は一切放棄してもらって、子どもに盡くして来たのに、子どもにわかってもらえないとはげしく泣きじゃくる場面もあった。

本児は、友達が1人も出来ずいつも孤独であったが、登校拒否発症後は、父子関係も悪化し、

註 (3)「母親と子どもの結合からしめだされている父親」の型に入る3例中、2例(No.2, 7)は、小学校低学年から発症し、高学年で完全拒否になった。No.6は中学になり初発した。No.7, 6は中学を除籍になり、No.2は、教師の援助で中学を卒業した。No.7, 2は現在もなお家に閉じこもっており、No.6は、その後各種学校にすゝんだ。

父親は子どもに関与しないで欲しいと母親からい、渡された。

子どもは、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要求したりした。母親は、子どもに対し、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、ひとりっ子でかわいそうと思ったり、その都度、母親の子ども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、母親の価値観をおしつけることがめだち、本児の価値観や物の考え方は、母親と完全に類似していた。さらに、本児は母親と同じように、神経質で不潔恐怖をもっていた。

(4) 父母不一致型

No.5は、本児と8才ちがいの姉の2人きょうだいで、両親間は、結婚の当初よりあまりしっくりいっていなかったらしく、両親ともお互いに、相手に対する愛情や期待よりも、子どもたちにかけて来た。男の子である本児にはとくにそうであった。母子が対立すると、きまって父親は、子どもの味方になり、母親を否定する態度をとってきたという。小学校6年から散発的に登校拒否がみられるようになったが、母親は不安でたまらず、子どもに対する態度は、一貫性を欠き、感情的に怒ったり、些細なことで賞讃したり、極端になった。子どもは母親にひどく反発的になった。父親は、その状況で、「子どもが自覚するまでは、仕方がない」といった傍観的態度をとりつづけたが、子どもはそのような父親を、「理解のある父親」ととり、他方、母親に対しては、いっそう反抗的になった。

本児は、面接状況において調子が乗ると、かなり流暢に話すのだが、その態度には深刻味がなく、軽薄さが感じられた。登校拒否していても外出したりするのは平気で、本研究の対象児の中では、かなり違った面がみられたことを記しておく。

中学をやっと卒業させてもらい、その後は家でぶらぶらしていたが、姉の結婚により、義兄からの積極的影響をうけるようになり、除々に好転に向かっているという。家族内力動もまた、姉の結婚により積極的变化がみられた。

(5) 父親不在型

No.1の父親は、酒類販売店などかなり手広く商売をしていたが、先妻の死亡により、再婚し、本児が出生した。本児の母親は、店に立つのが嫌いで、店に関与しなくなった。その頃から、父親は商売好きな妾といっしょに住むようになり、本児の小学校に入る頃には家に帰らなくなり、母と子2人だけの生活になった。

I群の考察

I群でもっとも問題になるのは、父親が男児に対する健全な同一視の対象になり得ない事である。無気力、役割回避型、母子の結合からしめだされている父親、父親不在型など、その問題の様相は、いろいろであるが、いづれも、父親としての役割に問題がみられる。子どもに映ずる父親の姿は、父親としての権威に乏しく、弱々しい父親像である。子どもとつよく結びついた母親は、父親よりも子どもの方を大切にし、父親のことを軽視したり、おろそかにしてい

る。子どもにも父親に対する態度には同様なものがみられた。子どもは、父親の価値観や物のみ方の影響よりも、母親のそれらの影響をもっとうけて成長するものが多い。これらの父親は、息子が、母親の第一の関心であることに恨みの感情を示すこともなく受け入れており、そして息子が、母親の欲求を充たすような受動的な役割を身につけることも妨げようとしな

い。以上述べたような家族内力動の中で、これらの子どもたちは、自己愛的傾向や万能感を形成し、それらが家族外社会の適応に障害になってきたことは否めないが、これらの形成に寄与した要因として、子どもたちの家族内における特殊な位置もまた見逃せない。(表3参照)

(1) 父親が高年齢になってから出生したものが5例であった。

父親が40才以上になってから出生したものが11例中5例をしめていた。その中で、No.8は、両親とも40才を越えてからの出生であり、他の4例はすべて母親が30代に入ってからの子どもであった。

(2) 父親が再婚後に生まれた子どもが3例であった。

父親が高年齢になって出生した5例中、3例は、父親が再婚であり、これらの子どもたちは、それぞれ再婚後のたゞ1人の子どもであり、2例の初婚の母親にとっては、最初の子どもであった。

(3) 1人子が4例であった。

(4) 同胞順位は、末子が5例、1人子が4例で、中間子と長子が1例づつであった。

(5) 登校拒否児とすぐ上か、又は下のきょうだいの年齢差は、8才差が3例、6才差が1例、4才差が2例、2才差が1例であった。

8才の年齢差がある場合には、きょうだいというよりも、それぞれが1人っ子のように育てて来た両親たちはみている。

(6) 父親が婚養子にきたものが2例であった。

以上のような、これらの登校拒否児の家族構造上における位置は、一面では、「一人っ子」「末子」だから、「たゞ一人の男の子」だからと庇護的、乃至溺愛的になる傾向があった。もう一面では、父母の葛藤や、母親の不安にまきこまれたり、家族内のストレスをうけやすい位置にあった。

父親は、おとなしく、氣力に乏しい人たちだったが、本児らは、父親が高年齢になってから出生しており、父親の性格傾向のハンディも一段と加わり、子どもに対する統制機能は、ほとんどおこなわれず、母親に委ねられているものが多かった。

これらの家族の中には、生活のかなり苦しい時代をおくったものもあったが、本児たちの小学校高学年の頃までには、兄や姉たちは、中学や高校をおえて、すでに働き出しており、家族の生活もずっと楽になっていた。本児らは、兄や姉たちのように、「早く1人前になって家計を助けなければならない」といった責任感を感じずともなく、さしせまった状況におかれることもなかったようである。

兄や姉たちは、本児らとは、年が離れていることもあり、彼等は、庇護的態度でのぞむもの

が多く、いづれの家族からも、きょうだい間の抗争などは、ほとんどきいたことがなかった。

II群の特徴

1. パーソナリティの特徴

9例の父親は、全例が対人関係に障害があることが共通に観察された。

家族からは、大部分の父親は、「変り者」とみられており、妻や子どもたちから相手にされなくなっていたり、孤立させられていた。

学校教師からは、5例(No.12, 13, 15, 16, 19)の父親は、それぞれ、極端な非常識で「変り者」とみられていた。

これらの父親を治療の過程に参加させることは、全くといってよい位不可能なことであった。中でも治療者を困らせたのは、子どもの慢性の経過の中で、父親との面接が避けられない状況が何度か到来したが、母親の代行的役割をとっていた2例(No.14, 20)をのぞき、面接を頑強に拒絶しつづける父親たちであった。

対人接触においてみられた父親たちの特徴は、緊張感が非常につよく防衛的であった。

No.14にみられるように、表面的には、極めて受身で相手に堅苦しさを与える程低姿勢で、何事につけ同意的だが、内心は、そのことに全くといってよい程かゝわっていないことが度々であった。また、多くみられた特徴は、極力おさえているのだが、いらいらした、おちつきのない態度であった。攻撃性や否定的感情が強いが、それをうまく出せないで、執拗にからんだり、理屈ばかりしたりした。これらの行動の背後には、劣等感がつよく、容易に自己防衛にまわる、傷つきやすい、神経質な、自己愛のつよい人柄が共通に観察された。

次に、顕著にみられた傾向は、世間並みの常識やルールに従わない父親が多いことであった。すでに述べたが、学校教師や治療者との面接に応ずるのは例外で、大部分の父親は、頑強に拒否するのだが、その背後には、自己の問題をみられることのおそれが想像される程であった。治療者が、父親との面接をのぞんでいることを妻が伝えと、No.16は「おれのことを恥ずかしめる気か」と子どもの前でどなったり、大声をはりあげ、子どもに向かって「お前が登校しさえすれば、すべてがかたづくのだから登校してくれ」とピアノを買い与えたりした。

No.19は、中学校側が父親に来校するように何度要請してもらちがあかないので、父親が在宅するという日曜日に約束通り教師が家庭訪問したが、父親は外出していて帰って来なかったという。

No.13の弟の登校拒否に対し、小学校、中学校の担任教師が、それぞれ親身になって働きかけてくれた。朝、登校時に、教師が、子どもの家に立ち寄って、ふとんの中から離れまいとする子どもを何とか出そうと真剣に働きかけるのだが、父親は、障子の蔭で、「こんなに嫌がるのに無理でないか」とつぶやいており、遂に1度も教師の前に現られなかったという。

精神的緊張が、神経症的症状や社会的不適応としてあらわれている父親が多い。

No.14は、非常に疲労感がつよく、何か事があるとすぐにねこんでしまうので、親戚中にも知

れ渡っている程だという。No.20も疲労感がつよく、昼間からよくねているという。

No.15は、若い頃より、勤務の態度が気まぐれで、無断欠勤も多く、会社を何度か止めさせられた。アルコールや精神安定剤を常用していた。No.16は、きょうだいでつくった同族会社に勤めていたが、対人接触に問題があり、常に欲求不満の状態におかれているようで、昼間から飲酒していることが多いという。

No.12は、勤務しても長つゞきせず転職が多い。No.18は、専門教育をうけた後、公企業に数年勤めたが、対人関係が嫌で止めて、以来現在まで20年間家で製図がきをしていた。外出は、めったにしないという。

これらの父系家族の遺伝負因については、家族が隠している場合もあり、真実の程はあきらかでない。わかったところでは、No.15の兄がうつ病で精神科に入院したことがあること、No.13の姉が生まれつき知能が低かったということであった。

2. 職業人としての父親像をめぐって

専門教育をうけたものは3例であり、そのうち2例は技術系（医師、機械技師）で1例は経済の出身であった。

自家営業か家庭内、あるいは同族会社で働いているものが9例中6例であり、身内以外の職場で働いているものが2例のみであった。1例は失職中であった。

6例中4例は、自家営業か、家庭内の仕事につくまでは、公的企業や会社に勤務し、No.15は、失職するまで民間の企業に勤務していた。彼等は、対人接触や、対社会関係の困難が主要な理由で、職場を離れて、家庭内で可能な仕事に転じたのであり、そこには坐折や逃避の意味合いや家族への依存性がうかがわれた。No.20は、妻がすでに開いていた菓子屋を手伝うようになり、No.12は、妻と息子がはじめた小鳥屋を手伝うようになった。

No.18は、妻が菓子屋をやっており、主たる経済源であった。No.14は、夫婦が主となり、パートの主婦を2・3人傭い、家庭内小企業をはじめた。

いづれも、母親が、一家の生計を維持するために主役をなしており、父親が従役をとっているものがめだっていた。

その他の例では、No.17は大工で徒弟2人を使い祖父といっしょに仕事をしていたが、母親の話では、父親も祖父も職人気質で「変り者」で気が向かないと仕事をしないという。母親は菓子屋をやっていた。

No.16は、きょうだい会社に勤め、従業員もほとんど身内の者ばかりというが、「変り者」とみられており、不満が多いという。

2例だけが、身内以外の職場に勤務していたが、No.19は公務員（医師）であり、年間の2/3は海上勤務をしており、No.13は旧制中学卒業後同じ会社に30年勤務していた。父親が失業中の1例は、母親が家政婦をしたり、パートの勤務に出て生計を助けていた。

3. 家族内における父親の位置をめぐって

父親は夫として、父親としてどのような位置にあり、どのように受けとられているかみてみ

よう。

I群では、五つの型に分けて、各々の特徴を記述したが、II群をこれらの型に入れるのは、かなり無理であるが、強いて入れれば、(2)、(4)、(5)に入るであろう。

II群の著明な特徴は、大部分の例が、父親が家族から孤立させられていたり、家族から孤立していることであった。一方、母親も、子どもたちにとって頼れる存在でなく、父親、母親、子どもたちが、それぞれ相手から欲求を満たされることなく、不満をつよくもち、家族として不統合の状態であった。

大部分の母親から受けた印象は、一つは、話の内容や意味がそのまま、母親に伝わらないというもどかしさであり、もう一つは、これらの母親たちの考えが狭く、客観的判断がしばしば困難なことであった。これらの母親たちが、本来このような傾向をもっていたのか、それとも父親と結婚後に生じたのかは判然としないが、おそらく結婚により強化されたものと思われる。

母親の中には、身心の不調を表現したものが3例あり、それらは、月経困難症、緊張時の下痢、疲労感・めまいであり、1例は、ヒステリー状態になったことがあること、他の1例は、登校拒否児が2ヶ月時に、生活の悩みで、ノイローゼ状態になったことがあるという。

さて、父親にもどり、夫として、父親としてのあり方や、妻や子どもたちからの受けとられ方をみてみよう。

夫として妻に対し、精神的支持を与えていたものは1例もなかった。妻は、夫を「変り者」とみており、夫に対して期待や希望は喪失しており、あきらめや軽視が支配していた。対社会的問題にしても、家庭内の問題にしても母親が何とかしなければならないのであり、母親にとっては負担が重すぎて、無力感を少なからずもっていた。

父親としての役割をすべて放棄した状態のものもあったが、精神的役割を完全に放棄していたもの、あるいは回避していたものが大部分であった。

子どもたちから、父親としての権威を認められているものはなく、軽蔑、無視されているものが多かった。

No.16の父親は、子どもたちから軽蔑されていて、接触を嫌がられており、上の子どもたちは、進学・就職についても、父親の意見を一切求めないで勝手にきめてしまうので、父親の方も不満はつるのだが、男の子たちには何も云えずに、下の女の子たちにばかりやつあたりした。末子である本児は、父親をひどく嫌って反発し、悪態をついたり、父親に向かって物を投げたりするのは日常茶飯事であった。母親の話では、父親と本児が一番似ていて、自分勝手に内弁慶で、外ではかりてきた猫のようにおとなしいととっていた。本児は自分の家族について、「みんながばらばらで、きょうだい仲も悪く、みんな勝手なことをしている」とのべていた。本児とすぐ上の姉の関係は、比較的によい方だったが、本児の登校拒否がはげしくなった頃、中学生だったすぐ上の姉も胃痛を訴えたり、部屋に閉じこもりがちになり、登校拒否が多くなった。

No.17は、祖父母と同居していたが、家族内の権威はなお祖父母にあり、父親は、家族の問題

については責任回避的であった。父親は長男で、きょうだいみんな近所に所帯をもっていた。母からみても、父親は、「変り者」ではあるが、父親の身内から、「継子」扱いされていると同情もしていた。母親は五人きょうだいの末子で、一人娘であったので依頼心が強く独りでは何もできない性格だという。性格的には、かなりヒステリックで、人の好き嫌いが激しく、とくに相手が自分に注意を向けてくれることに、敏感であった。

兄たちの登校拒否の理由にも、母親の教師に対する「好き嫌い」が少なからず影響を与えていた。とくに末子である本児への影響は大きかったようだ。

母親は、祖父母や父親の身内のものに、つらくあたられるとうけとっていたが、父を頼りにすることは完全にあきらめていた。母親がリューマチで体が不自由になった頃に、本児の登校拒否も一段とひどくなった。ただ一人の女の孫である本児は、祖母から母親の悪口をたえずきかされていた。祖父母の態度で衝撃をうけて母親はヒステリー様の反応をおこしたこともあった。本児は、母親を何とか助けなければならないと考えて、母親の防波堤の役割をとりつづけていた。母親は、本児を頼りきっており、親子というよりは、「姉妹」のようでもあり、子どもの方が姉の役割をとっている感じもあった。本児は妙に大人っぽいところと、子どもっぽいところが同居していた。

No.14の父親は、幼児期に実母を失い、継母に育てられ、継母が死ぬまで同居したが気苦勞の多い生活だったという。最初の妻は病死し、その後再婚して父親の最初の子である本児が生まれた。父親は、本児に対して非常に気を使い、母親以上に庇護的役割をとりつづけて来た。

(II群では例外であった)

父親は、対人関係で緊張のつよい人であり、表面的には決して相手に反発せず、「御説ごもつとも」という態度をとり、相手に同意を示すのだが、内心は決して同意しているのではなく、問題にかかわらずに回避しているのだった。

母親は、年齢以上にふけこみ、対人的緊張がつよく、父親と同様に堅苦しさを与えた。母親自身、「私ども夫婦は、神経質で陰険な方だから」と述べているが、この両親が作りだす家庭の雰囲気は、不自由な、堅苦しいものであろうと想像された。

父親は、何か事があると、必ずねこんでしまうのだが、子どもたちには、その理由が何も告げられず、本児は、とくに不安になり、父親がねこむと、目に見えて不機嫌になるのだった。祖母(父親の継母)が死亡した時も、父親は1ヶ月位ねこんでしまった。本児の転校(小学校6年2学期)と、祖母の死亡(6年3学期)は前後し、その頃より、登校拒否は散発的に始った。

父親がねこんでしまうと、家庭内でおこなわれている企業は、母親に託されるのだが、母親の疲労や精神的負担が目立つようになり、それがまた、本児の不安をうみ、不機嫌になり、口をきかなくなる。それがまた、父親や母親の不安の種となり、妹たちにも、不安が生じるのだった。

本児の登校拒否の長期の経過の中で、本児の意志決定をせまられるような危機的状況が何度か到来したが、そのような状況では、定まって、本児が誰とも口をきかなくなり、それが父親

の不安、動揺となり、父親がねこみ、さらに母親がねこみといった順序で、不安は伝播し、家族内の不安や緊張は増大した。本児との面接状況で印象づけられたことは、本児が父親と同じコミュニケーションのパターンを使うことであった。本児は、それに同意していなくても、時には、逆なことを思っている、相手に対しては、うなづいたり、言葉で同意したりするのだった。

中学の担任教師も、本児のこの問題について気づいていた。学校やクラスの規則やきめごとを本児が守らないので、呼んで注意すると、その場あたりの理由をつくらうので、以後改めるように約束するのだが、その後も同じことが平気でくりかえされていたという。

父親も子どももお互いに相手のことを心配しているのだが、相手の気持を知ることができないうで、不安はさらに増大していった。本児が何を考えているかわからないことは、母親も同様であり、たえず家族員間に不安・緊張が伝播し、家族員の誰もが、そのうずの中にまきこまれていた。

II群の考察

II群でもっとも問題なのは、父親のパーソナリティの歪みや対人関係の障害が与える影響である。父親たちは、彼等の神経症的症状や、社会的不適応により職業的役割から坐折、後退し、家庭内の仕事や母親の仕事を手伝う状態に退却しており、対社会的に孤立しているものが多い。

父親は、家族の不安、緊張、不統合の核になっており、「変り者」とみられ、家族内でも孤立の位置にあるものが多い。

母親のほとんどは、父親に対し夫としての役割も父親としての役割も期待できずに、あきらめや蔑視が支配していた。子どもたちは、概して父親を軽べつし、父親を頼りにするものはほとんどなかった。しかしながら、こゝで興味ぶかいのは、主たる登校拒否児が、父親の性格に一番似ていることであった。これらの子どもたちは、頭はよいのだが、自分勝手に、労働をいとい、掃除や当番などを避けたり、面倒なことや、忍耐を要することをきらうなど、同級生の中では、かなり変わった子どもとみられていた。

No.14の場合、父親と学校恐怖症児の娘には、類似したコミュニケーションのパターンがみられた。彼等は、常に明らかなものを擬装したり、無視したりすることが身につけており、状況をうまくいいのがれたり、あるいは、何らの共鳴も真の意味も持っていない感情を伝えることに慣れていた。

母親は、子どもたちから、未熟で頼りにならないとみられているものが多い。

親としての両親間の相補機能は低く、子どもは、父親からも、母親からも安定感や支持が得られず、不安を招く。このような家族状況では、家族員間に不安が伝播、循環し、家族全体が問題のうずの中にまきこまれてしまう。登校拒否児が1人でとゞまらず、2人以上発生する主要な原因もこゝにあると考えられる。

同胞は、ばらばらで、対立もみられ、お互いに手をさしのべるようなことはあまりみられなかった。きょうだいの登校拒否児は、表3に示すように全例が主たる登校拒否児のすぐ下か、

又は、すぐ上の位置（大部分は、すぐ上）にあり、お互いに影響をうけやすい位置にあった。彼等の半数は、主たる登校拒否児に比べると、比較的軽度であり、登校拒否の型も散発的にとどまり、改善をみた。完全拒否にいたった半数の中には、中学の段階で除籍になったもの2例や、高校を中退したもの3例などがめだつたが、その後、彼等は、ごく小数のものを除いて、何とか家族外社会生活をつづけていた。

最後まで問題となって残るのは、主たる登校拒否児たちであり、彼等は、いづれも、その家族病理の観点からうきばりにされる。いわば、彼等は、家族病理のうずの真中に投げだされ、家族の障害をまともにうけており、そこから出られないといった印象をうける。No.17の母親と登校拒否児の結びつきや、No.20の父親と登校拒否児の結びつきは、その家族の中に、その母親や、その父親をとどまらせるための避けられない手段であり、その独特な異常な結びつきにより、かろうじて、その母親や父親は、家族内にとどまり得るのであり、まさに主たる登校拒否児は家族の平衡化の機能を背負わされているのであり、家族障害の *scape-goat* なのである。親戚縁者との関係は、葛藤や対立がみられ、とくに父親の身内との葛藤がめだっていた。

V. 結 語 と 考 察

本研究は、精神衛生研究20号にひきつづき、同じ慢性重症例20例を対象にして、なぜ、このように極端に慢性化したのか、また同一家族内で2人以上の登校拒否児の発生をみだかに関心を向けて、父親像を軸として、家族内力動の影響をI群（同一家族内で1人の登校拒否児の発生……11例）とII群（2人以上の発生……9例）に分けてあきらかにし、比較考察した。その要約は表4にまとめた。

1. 父親のパーソナリティ特性、2. 職業人としての父親像をめぐって、3. 家族内における父親の位置をめぐって、の観点から父親像をあきらかにしたが、両群の父親が、子どもにとって深刻な影響を与えていたのは、男性のモデルとしての欠陥である。Lidzの表現をかりれば、「子どもにとって父親は、外界の代表であり、しかも外界の中で、外界に圧倒されずにやっていける人である。また、父親は男らしい仕方で、母親に接する方法を示し、職業的役割においても、夫婦の役割においても見出そうとしている息子にとっては、受容的な父親の隠れた支持も現実的な支持と同様に重要である……」のだが、これらの父親たちは、これらの役割のいづれをも子どもたちに与えることはできず、逆に、外界に圧倒されて、外界から逃れたひ弱な父親の姿であり、仕事の失敗から立ち上れないでいる父親であったり、無断欠勤して家で酒を飲んでいる父親であったり、母親が商売の中心で、父親は家の中で炊事、家事をしていたり、何かあると、すぐにねこんでしまったりする父親の姿であり、そこからは男性として外界から圧倒されずに、生きている父親の姿は、どこにもみられない。

II群の父親は、さらに父親のパーソナリティの歪みや障害が、家族全体に極端に妨害的には

註 リッツ、フレック、コーネリソン、精神分裂病と家族、高臣武史、鈴木浩二、佐竹洋人監訳、第5章 父親 96頁（米沢照夫訳）

表4 I群とII群の家族内力動の比較

—父親像を軸として—

I 群	II 群
<p>1. 父親は弱々しい。 対人関係では受身、おとなしい。勤務は真面目で、長年勤続者が多い。</p> <p>2. 男の子の同一視の対象としては問題が多い。〔11例中9例は男児〕 父親の権威の欠如、統制機能の欠如。</p> <p>3. 父親が家族全体の不安、緊張、停滞の核になっている。</p> <p>4. 父親と母親の組合せ 母親が父親の機能を部分的にかなり補足しているものから、父親不在まで広がっているが、家族としての統合は保持されているものが多い。 母子結合がつよく、父親がしめだされている型では、母親の価値観やもの、考え方にとり入れがめだつ、これらの子どもたちには、自己愛的自我像や万能感の形成がめだつ。</p> <p>5. 同胞間は仲がよく、とくに登校拒否児は、末子で、しかもすぐ上と年が離れているものが多く、庇護的な扱い方をうけているものが多い。</p> <p>6. 母親の実家との結合がつよく、対社会的には、閉鎖的で、近隣づき合いも少く静かな家庭が多い。</p>	<p>1. 父親像は、「変り者」「偏屈」で代表される。対人関係に障害がめだち、対社会的に孤立、神経症的症状、社会的不適応状態めだつ。経済的にも母親が主役を担うものが多い。</p> <p>2. 男女児ともに、父親の性格の障害や歪みの影響をうけている。 特異な価値観の形成、コミュニケーションの型、非社会的な傾向。</p> <p>3. 父親が家族の不安、緊張、不統合の核になっており、家族員に不安が伝播循環し、家族全体が問題のうずの中にまきこまれてしまう。(登校拒否児も2人以上)</p> <p>4. 父親と母親の組合せ 養育機能には、両親間の相補機能が低く、子どもの不安を招く。父親は、子どもから「おろかな父親」とみられ母親は、未熟で頼りにならないとみられているものが多い。 母親は、父親に対しては、あきらめや蔑視が多く、希望や期待は喪失している。 主たる登校拒否児が家族内葛藤に深刻にまきこまれていた。その子どもを父親に一番似ていると母親はみるものが多い。</p> <p>5. 同胞は、ばらばらで、お互いに手をさしのべることがない。 けんかもはげしく問題が多い。</p> <p>6. 親戚とは対立、争いがあり、とくに父親の身内との葛藤がめだつ。</p>

たらいっており、男女児ともに深刻な影響をうけていた。

父親と母親の役割の相補性は、I群では、母親が父親の機能を部分的に補っているものから、父親不在まで広がっているが、家族としての統合は保持されているものが多い。「母子の結合がつよく、父親がしめだされている型」では、母親の価値観やもの、み方にとり入れが、とくにめだつが、I群では、概して母親からのとり入れや影響がめだっていた。

II群では、両親間の役割の相補性が低く、母親は父親に対しては、あきらめや蔑視が支配し、父親に対しての希望や期待が喪失しており、家族としての不統合がめだっていた。父親は、子どもたちから「愚かな父親」としてみられ、母親は「頼りにならない、未熟な母親」としてみられており、子どもたちは家族内に頼りになる存在をもちあわせず不安をひきおこしていた。こゝに登校拒否児が2人以上発生する基盤があると思われる。

きょうだいの登校拒否児の中には、中学の段階で除籍になったり、高校を中退したものなど、主たる登校拒否児に比べて決して軽症と云えないものもあったが、小数のものをのぞいてその後何とか家族外社会生活をつづけていた。

一方主たる登校拒否児は、その家族独特の家族病理のうずから出られずに、その家族障害の重荷を背負いつづけていた。

文 献

1. Coolidge, J. C., Hahn, P. B. and Peck, A. L.: School Phobia: Neurotic Crisis on Way of Life, *Am. J. Orthopsychiat.*, 27: 296-306, 1957
2. Davidson, S.: School Phobia: as A Manifestation of A Family Disturbance: Its Structure and Management, *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 122: 270-287, 1960
3. Eisenberg, L.: School Phobia: A Study in the Communication of Anxiety, *Am. J. Psychiat.*, 114: 712-719, 1958
4. 伊藤克彦, 若林慎一郎, 梅垣弘, 金子寿子, 伊藤忍: 家族関係をめぐって——家族形成過程——登校拒否児の両親の態度を中心に, *精身医*, 9巻3号, 1969
5. 梅垣弘: 登校拒否の臨床的研究——登校再開に関する経過良否を中心に——(学校恐怖症に関する研究(2)) *名古屋医学*, 93巻1号, 1970
6. 斎藤久美子, 角本典子, 山本昭二郎, 二橋茂樹, 坂武彦: 学校恐怖症の取容治療——状態像および治療的变化に関する要因の検討, *児童精神医学とその近接領域*, 6巻3号, 1965
7. 十亀史郎: 学校恐怖症の研究(I)——その生育史と症状発生の機制, *児童精神医学とその近接領域*, 6巻2号, 1965
8. 十亀史郎: 学校恐怖症の研究(II)——症状発生の機制および入院治療について, *児童精神医学とその近接領域*, 6巻3号, 1965
9. 田中雅文, 岡本聰美, 十亀史郎: 学校恐怖症の研究——その父親像を中心に, *児童精神医学とその近接領域*, 7巻2号, 1966
10. 高木隆郎: 学校恐怖症の家族研究, *精神神経誌*, 69: 1048, 1967
11. 玉井収介, 山崎道子, 今田芳枝, 米沢照夫: 相談室来談ケースの追跡調査1報 *精神衛生研究*18号, 1970
12. 牧田清志, 小此木啓吾, 鈴木寿治: 思春期児童における登校拒否の精神力学的背景——その父親像をめぐって, *精神分析研究*10巻3号
13. 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*. 8巻4号, 1967
14. 山本由子: いわゆる学校恐怖症の成因について, *精神神経誌*, 66: 558—583, 1964
15. 玉井収介, 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
16. 山崎道子, 玉井収介, 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
17. 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
18. 山崎道子: 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, *精神衛生研究*17号, 1969
19. 山崎道子: 学校恐怖症児に対する早期の働きかけの意義と方法, *精神衛生研究*18号, 1970
20. 山崎道子, 井元美智子: 学校恐怖症児に対する個別介入と集団処遇統合の試み, *精神衛生研究*19号, 1971
21. 山崎道子: 学校恐怖症の研究——慢性重症例の経過と現在の状況, *精神衛生研究*20号, 1972

乳幼児期の精神衛生に関する研究

第一報 〈浦安・松戸両地区の乳児健康診査を中心に〉

児童精神衛生部 池田由子 神谷のぶ
 根岸敬矩 渡辺礼子
 上林靖子
 要約

われわれは、厚生省の「心身障害児の早期発見に関する研究」研究班の一員として、同研究班が作成した乳児健康診査用質問紙と乳児健康診査票を用いて、乳児健康診査に参加した。

対象は、東葛飾郡浦安町の一般乳児341名と千葉県松戸市の未熟児161名で、健康診査の期間は昭和47年4月から48年1月までのものである。松戸地区では、浦安地区に較べて、胎生期、分娩時、新生児期の異常や、各部の身体所見が当然のことながら確かに多くみられた。乳幼児の情緒・認知面にポイントをおいたアンケートからみた発達には在胎期間が関係し、粗大運動にポイントをおいた直接観察法による結果では未熟児群と成熟児群の間にあきらかな差が認められた。尚乳児健診の意義については、変貌する地域社会の母子関係を中心にした乳児の精神衛生という見地から現在検討中である。

1. はじめに

産声をあげて、長い人生の第一歩を踏み出した乳幼児は、成熟に向って弛みなく歩み続けている。乳幼児は、本来、発達に向う成長力を秘めた可塑的存在であり、多くのものがそれぞれのペースに従って歩み続けるのであるが、なかには、生れつきの重荷を背負って歩まねばならないもの、周囲の圧力のためその歩みが遅れがちのものもある。

乳幼児の保健指導は、これらの乳幼児のすべてが、平等に安全な歩み続けられるように、その発達を保障することにある。そのためには、大多数がそうなのであるが、とにもかくにも歩み続けているものには、もっとよりよい歩み方を指導し、障害のあるものには治療の手をさしのべねばならない。現在、保健所や児童相談所あるいは市町村の関係機関などを中心に行なわれている乳幼児の健康診査は、このような意味で重要な任務を担っている。

われわれは、乳幼児の健康診査を通して、乳幼児の発達を臨床的に追跡していく過程で、心身障害児の早期発見につとめ、それに従って然るべく治療のあり方を模索して行きたいと思っている。

現行の乳児健康診査は、主として身体的発達面に、又幼児健康診査（一般に3才児健康診査として行なわれている）は、精神的発達面にポイントをおいて実施されている。これらの乳幼児健康診査には、その実施をめぐる多くの問題があり、それぞれの健康診査の意味を根本的に考えなおさねばならない時期にきている。

第1に、健康診査をすすめるにあたり、より効果的・能率的な方法の再検討が必要とされている。すなわち、健康診査の際のスクリーニングの仕方や健康診査票の内容の再検討ということである。

第2に、その後の事後指導のあり方の再検討が急務となっている。一応、健康診査はなされたが、その後の事後指導は殆どなされていないというのが現状である。特に、公衆衛生的立場から、母子の保健指導をどのようにすすめていくべきかの問題は重要なことであろう。

われわれは、今回このような乳幼児の健康診査の現状を踏えた上で、東葛飾郡浦安町と千葉県

乳幼児期の精神衛生研究

松戸市の両地区の乳児健康診査に参加した。すなわち、浦安地区では、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月と発達の追跡し、松戸地区では、未熟児について同じように発達の追跡をした。尚健康診査の際に用いた質問紙と健康診査票などは、厚生省の「心身障害児の早期発見に関する研究」研究班のものによった。

2. 研究の方法

(1) アンケートと診査票の作成

昭和46年、厚生省「心身障害児の早期発見に関する研究」研究班が発足し、多方面にわたる研究が続けられている。そのうちのひとつのテーマとして、“乳幼児健康診査に際し、心身障害児を早期に発見するためのチェックリストの作成”がかかげられ、そのための研究班が結成された。この研究班は、小児科学、児童精神医学、発達心理学の各専門家が加わっている。同研究班は初年度の研究成果として、3～4ヵ月児を対象とした質問紙および健康診査票の一試案を発表した。

この質問紙は、“お子さんの健康状態を知るためのアンケート”(資料1)で、家族についてのいくつかの情報はじめ、妊娠中、分娩時の異常、新生児期の問題、さらに発達の状態・身体的問題などが網羅されている。このアンケートは、健康診査にさきだって、養育者からの情報を得、上述の如く心身障害児の発見のスクリーニングの一助とすることを目的としたものである。

一方、乳児健康診査票(資料2)は、保健婦や医師その他が、問診、診察の場で使用するものである。アンケートによって得られた情報が、ここでさらに確認され、つけ加えられるようになっている。診察の段階では、その順序にしたがって各部の異常所見をチェックしやすいよう配列され、特に先天異常についての注目を促すよう工夫されている。さらに、乳幼児の発達の把握のために、実際に健康診査の場に行ないうる簡単な発達検査の項をもうけている。

(2) フィールドの選定

児童精神衛生部では、地域精神衛生の考え方のもとに、これまでもいくつかの研究がすすめられてきた。これらの活動を通じて形成されてきた保健所との緊密な連絡のもとに、地域の特殊性や、母子衛生活動の状況を考慮して、われわれの研究のフィールドの選択にとりかかった。

こんにちの児童問題を考えるにあたっては、その背景にある地域開発を無視することはできない。しかも、これは単に大都市周辺だけの問題ではなく、全国的なひろがりをもっていると言えよう。この10数年間にあらわれた地域の変貌は著しく、子どもにとって最も身近な社会である家族構造のうえにも大きな変動がみられる。これらの社会現象のなかでの子どもの発達と精神衛生の問題をとらえられることがこのフィールドの選定の一つの条件となった。

さらに、健康診査後の指導・精密検査あるいは、追跡などが可能なことも一つの条件であった。縦断的研究には保健所・研究所の他に、病院あるいは、児童相談所や教育機関との連携・協同が必須であるといえよう。

これらの条件のなかから、千葉県松戸市と同じく東葛飾郡浦安町を、フィールドとして、選んだ。

松戸市は、江戸川をはさみ東京に接する人口約28万の都市であり、比較的新しく開発された典型的なベッドタウンである。一般乳児の健康管理は市当局に委嘱され、松戸保健所では、未熟児（出生時体重 2,500 g 以下）を対象とした乳児健診を行なっている（昭和48年1月現在）。これまでの臨床経験では、知能・情緒面の問題をもつものなかにかなりの低出生体重児が含まれている。その点からも、低出生体重児の健康診査を通じて追跡的な精神衛生に関する研究をすすめることは、意義のあることであろうと考えられる。

浦安町は、江戸川の河口に位置する人口2万4千余りの町である。東京湾に面し、長い間漁業の町としてその姿を維持してきたところである。東京湾の埋立て事業が進むなかでも、交通機関にめぐまれず、陸の孤島と呼ばれてさえた。しかし、昭和44年、地下鉄東西線の開通は、この町を名実ともに東京に隣接させ、急速に人口が増加しつつある。浦安町の乳児相談は、30年来の歴史をもち、高い受診率を誇り、町民の信頼を得てきた。このような実績をもつ町の乳児相談ではあるけれども、地域の上述のような急激な変貌の影響を受けずにはいられないであろう。都市化の過程における児童の問題の一例をこの町にみることはできないのだろうか。

(3) 対 象

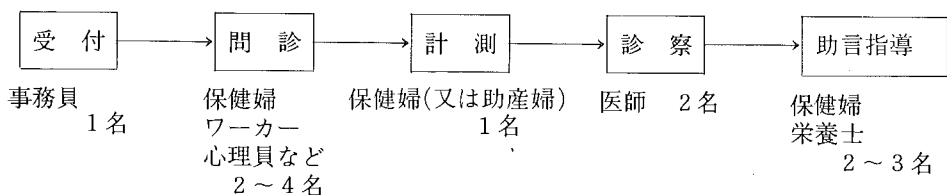
健康診査の対象は、フィールドの選定でも触れたとおり、松戸では未熟児(2,500 g 以下の低出生体重児)、浦安では、出生時体重にかかわらず全部の乳児である。両地域とも3～4ヵ月を出発点に集団健康診査にはいる。この健康診査は、出生月別に健康診査月に満3ヵ月になる乳児を対象としているため、実際には、満3ヵ月未満のものも含まれることになっている。

両地区とも、3～4ヵ月以後満1才までに6ヵ月、9ヵ月、12ヵ月と3回の健康診査が設定されている。われわれは、これを通じて精神衛生的見地から乳児の発達を追跡していく予定であるが特に、乳児の神経生理学的発達を考慮して、このうちの9ヵ月を神経学的問題のチェックポイントの時期と考えている。6ヵ月、12ヵ月は、松戸では従前どおりの様式によって健康診査がなされ、浦安では、前述の研究班で作成された質問紙を用い、保健婦が主体となって健康相談がなされている。

(4) 健康診査の方法

健康診査は、保健所・町の従来の方法を尊重し、その各部門で協力するという形をとって実施した。健康診査のシステムそれ自体は、両地区ともほぼ同じであるが、健診の流れとスタッフの配置に関しては、若干の相違がみられた。その概略を表1に示した。

表1 健診の流れとスタッフ



㉑通知：健康診査の通知は、人口動態に基いてつくられた台帳をもとに、該当家庭に個別的になされている。この際に前述の“お子さんの健康状態についてのアンケート”を同封し、記入のうえ当日会場に持参するよう依頼した。

㉒受付：健康診査の受付は、当該機関の事務員によりなされ、健康診査票のとりそろえ、順番の整理にあたっている。

㉓問診：保健婦が中心となり、われわれのグループからは、ワーカーあるいは心理員が参加して問診にあたった。ここでは、アンケートの記入事項を、母子手帳や同伴者の供述と照合しながら確認し、健康診査票に記載するとともに、保健所および町独自の健診票への記入も合せ行なった。同時に、栄養摂取や睡眠・機嫌・便性などの一般状態を聴取し、アンケートの記入を参考に、相談事項の整理にあたっている。

㉔身体計測：体重、身長、胸囲、頭囲などの計測を行なった。保健婦（松戸の場合）または助産婦（浦安町の場合）が計測にあたった。

㉕診察：上述の健康診査票に従って、医師により、全身にわたる一般診察がなされる。

㉖助言指導：指導については両地区の間で、スタッフの関係上若干のちがいがあつた。松戸では、診察の段階までに特に問題がなく、異常なしと考えられるものについては、特別の指導がなされず、栄養・養育上の問題のあるもの、指導を希望するものについてのみ、保健婦がそれに当つた。そのため、診察の現場では、できる限り、同伴者の疑問や相談をうけとめ指導を補うよう努力した。一方、浦安では、3～4ヵ月健康診査には、栄養と家族計画を重点にした指導を全員におこなっている。これに当るのは保健婦と栄養士で、町の管轄保健所である市川保健所からそのためのスタッフが派遣されている。

身体的な疾病については、受診を要すると認められた場合、医療機関への受診をすすめるにとどまった。発達上の問題については、必要に応じ、翌月あるいは2～3ヵ月後、呼び出し、精密検診をすることとした。

㉗ 健康診査会場および日時：

健康診査は、松戸の場合は保健所のクリニックで、浦安の場合は、町の公民館の一集会室でなされた。その日時は、毎月一定の日時とし、松戸では第3水曜日の午前中、浦安では、第3金曜の午後とした。

以下、ここに報告するのは、昭和47年4月より昭和48年1月までの10ヵ月間の松戸での健康診査と、昭和48年7月より昭和48年1月までの7ヵ月間の浦安での健康診査との結果である。

3. 結果および考察

(1) 受診児

該当期間に受診した乳児は、松戸では161名、浦安では314名である。両地区それぞれの受診率および受診児の性別、週令別内訳は表2・3・4に示したとおりである。

表2 受診児数

	該当者	受診者(%)
松戸	309	161(52.1)
浦安	402	314(78.1)

表3 性別受診児数

	男	女	計
松戸	80	81	161
浦安	184	130	314

表4 年齢別受診児数

	11	12	13	14	15	16	17~	計
松戸	6	27	37	35	36	18	2	161
浦安	21	67	63	72	57	19	8	314

両地区では受診率についてかなりのひらきがあった。これには、対象の相違、地域的に医療機関の分布にもちがいがあること、乳児健康診査の歴史のちがいなどが関与していると考えられる。又特に未熟児の場合、新生児期から比較的濃厚なケアを受けており、したがって医療機関との結びつきが強く、個別的な健康診断をすでにうけていることが多い。

受診児の性別内訳では、松戸では男女差がないのに対し、浦安では、男児が女児よりかなり多いことが注目をひいた。この点は、今後検討に値する問題であろう。

週齢別分布についてみると、3~4ヵ月に該当しない17週以上が、両地区とも僅かながら認められる。これは、該当月の健康診査に何らかの理由で受診できなかったものが、翌月の健康診査に受診しているためである。

この健康診査を受診しなかった乳児について、浦安では、保健婦が電話連絡あるいは訪問により、その理由を調査している。この期間の未受診児のうち、追跡しえた29例について、その内わけは表5のとおりである。他の医療機関で健康診査をうけたもの、あるいは子どもの疾病のため受診中であるものが約70%を占めている。これらの例は医療機関との接触があるから、何らかのチェックをうけていると考えられるが、不明あるいは未調査に終わっているものについてどのようにアプローチすべきかが、今後にのこされた問題であろう。

表5 未受診の理由

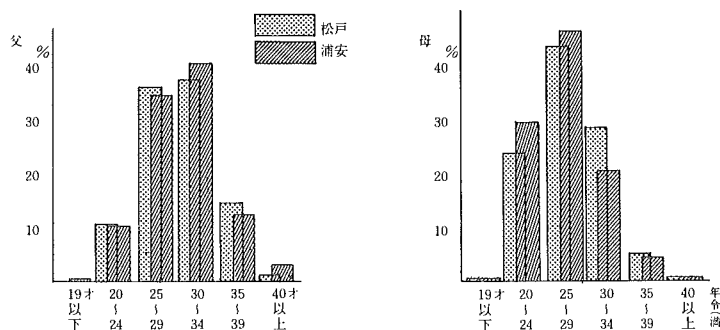
他機関にて健診済み	11
児の疾病のため	10
転出	2
通知洩れ	1
その他	1
不明	4

(2) 乳児の養育環境

乳児の養育に影響を与えている環境として、ここでは、父母の年齢・学歴・母の就労・家族構成・出生順位について集計した。

①両親の年齢：両地域とも、父は30代の前半を中心に、20代後半と30代後半に集中し、母は、20代後半をピークにその前後に分布している。(図1) 父と母の年齢分布にはほぼ1クラスのずれがみられる。20才未満の若年の父は浦安で1例、母は松戸に1例、浦安に2例みられた。これに対し、40才以上の高齢の父は松戸に3例、浦安に9例、同じく母はそれぞれ、1例、2例であった。

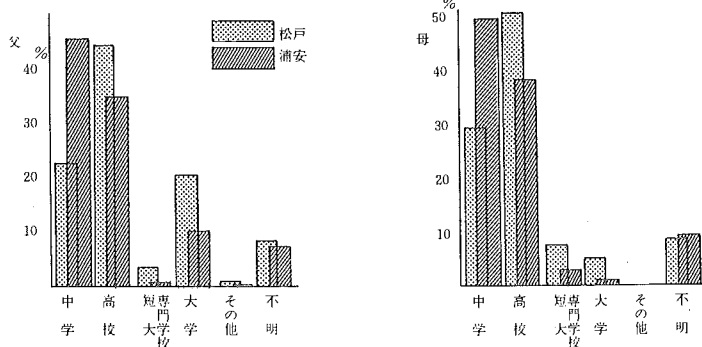
図1 父および母の年齢



②両親の学歴：中学までの義務教育しかうけていない親が松戸では父23.3%，母29.2%，浦安では父45.5%，母48.7%であり、かなりの割合を占めている（図2）。高等教育が普及し、都市における高等学校進学率は82%，大学への進学率は21.4%に達するといわれている。これが平均的なものか否かについては現在子どもを産み育てようとしているこの調査にあらわれた父母の平均年齢は、松戸では父30.3才、母28.3才、浦安では父30.6才、母25.0才であることから、10～15年前の進学率と比較する必要がある。しかし、両親の学歴に比して、著しく高い教育が社会的にも要請されていることは、子どもの養育にあたる親の姿勢としても大きな意味があると思われる。この点についても1つの今後の課題であろう。

なお、両地区の間での学歴の分布には0.1%のレベルで有意差があるといえる。このことは、地域の1つの特性をあらわすものと考えられる。

図2 父母の学歴



③母親の就労：就労している母親は、松戸で8.7%、浦安で6.1%であり地域差はみられなかった(表6)。母親の仕事としては、松戸では、公務員・会社員などで外に出ているもの8人(57.1%)、販売サービス業などの自家営業・農業に従事する者6人(42.9%)であり、一方浦安では、自家営業に従事しているもの10人(52.4%)公務員・会社員など外に出ているもの9人(47.5%)であった。家業に従事しているものはいずれの場合も、育児と仕事の両方を手がけており、外へ働きにでている場合の保育者は、祖父母であることが多い。公的な乳児の保育所は両地区ともないため、私設の保育所に委託している例があったがそれはわずかであった。むしろ、身近に祖父母でもないかぎり乳児をかかえての就労は不能なのが現状と言えよう。

表6 母親の就労状況

	なし (%)	あり (%)
松 戸	145 (91.3)	14 (8.7)
浦 安	295 (93.9)	19 (6.1)

④家族構成：父母と同胞だけといういわゆる核家族が、松戸では81.4%、浦安では77.1%を占め、両地域間には、5%のレベルでも、有意な差があるとはいえなかった(表7)。この数値は、昭和45年の国勢調査による全国での核家族の割合63.4%を大きく上まわっており、両地区とも都市型の家族構成をとっているといえる。しかし、浦安の場合には、祖父母あるいは親の同胞の家族が、同地区に在住するという形で、地縁関係があり、都市—核家族—孤立化という図式ををはめきれないものを残しているようである。

表7 家族構成

	核家族 (%)	非核家族 (%)	不明
松 戸	131 (81.4)	28 (17.2)	2
浦 安	242 (77.1)	66 (21.0)	6

⑤出生順位：子どもの出生順位では、第1子が両地区とも、50%以上あり、第2子までを合計するとほぼ80%に達する。(表8)これは、現代の少産傾向を如実に反映するものであろう。

表8 出生順位

	第1子 (%)	第2子 (%)	第3子 (%)	第4子 以上(%)
松 戸	85 (52.8)	49 (30.4)	17 (10.6)	10 (6.2)
浦 安	160 (51.0)	116 (36.9)	30 (9.6)	8 (2.5)

乳児をとりまくこれらの事実を、保育という点からながめてみると、半数以上の乳児は全く育児体験をもたない母親によって育てられていることになる。しかも、都市の孤立した核家族にとっては、育児に関する知識は、旧来の如く、世代をとおして伝達され難く、むしろ、発達したマスメディアに頼らざるをえなくなっている。こうして流入してくる多様な育児知識にお

し流されているといえよう。その上、進学率の上昇にその一端をうかがうことのできるように、子どもへの期待は、著しく高まっており、それが親子関係を歪めていることが、これまでも指摘されている。乳児の何でもない手足の動き、周生期に経過したさまざまな問題などから、わが子が、ちえおくれになるのではないかと、どこか異常なのではないかと不安をいだいている母親に、幾度となく遭遇した。

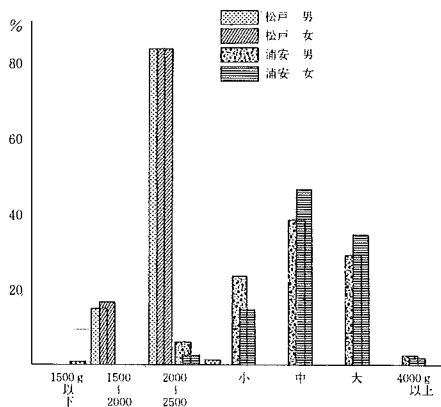
(2) 乳児の実態

①出生時体重：受診児の出生時体重を、昭和45年の乳幼児身体発育調査の値と比較した。同年の出生時体重の平均は、男児3.2kg、女児3.1kgであり、 $\pm\frac{1}{2}\sigma$ （標準偏差）をとり、それぞれ上限、下限とし、この間にあるものを“中” 上限より大きいものを“大”，下限より小さいものを“小”とした。小の中では、2,500g以下のいわゆる未熟児は500gごとのクラスに分け、その分布をみた。また大の中では、平均値 $+\frac{1}{2}\sigma$ 以上4,000g以下と4,000gより大きいものを区別した。一般に、4,000g以上が巨大児として扱われている。

出生時体重の分布は図3に示されている。松戸の低出生体重児群では、83.8%が2,001~2,500gであり、さらにこのうちの約80%が、2,251g以上であった。未熟児男児の55%は、在胎期間に比し、出生時体重の少ない *small for date baby* (SFD) であり、在胎期間相当のもの *appropriate for date baby* (AFD) は45%、女児では SFDが60.5% AFDが39.5%であった。因に未熟児のこの体重分布を、未受診の未熟児と比較したが、差はなかった。

浦安の乳児では、男女とも“中”にピークがみられ、それぞれ38.5%、46.2%であった。また、2,500g以下の未熟児は15名(5.0%)、4,000g以上の巨大児は7名(2.2%)であった。巨大児の1例は出生時体重5250gにも及び、母は糖尿病患者であった。

図3 出生時体重



②分娩場所：表9にみられるように、松戸の未熟児では全部が施設分娩であった。一方浦安では、自宅分娩が4例(1.3%)あり、その他助産所を利用したものが、39例と12.4%を占めていた。これは、地域的な差と考えられよう。しかし、全体としては、約90%は出生時に医師の手を経ており、この点からも、新生児期に先天異常の多くは、チェックされうるようになって

いるといえる。

表9 分娩場所

	病院	産院	医院	助産所	母センター	自宅	計
松戸 (%)	89 (55.3)	21 (13.0)	51 (31.7)	0	0	0	161
浦安 (%)	172 (54.8)	19 (6.1)	75 (23.9)	39 (12.4)	5 (1.6)	4 (1.3)	314
計	261 (54.9)	40 (8.4)	126 (26.5)	39 (8.2)	5 (1.1)	4 (0.8)	475

◎胎生期・分娩時・新生児期の異常：この期間に、全く異常が認められなかったものは、松戸の未熟児では、男女合わせて39名(24.2%)であるのに対し、浦安では163名(52.0%)であり、その差は有意であるといえる(表10)。

表10 胎生期～新生児期の異常

	松戸		浦安	
	男(%)	女(%)	男(%)	女(%)
なし	26 (32.5)	13 (16.1)	93 (50.5)	70 (53.8)
あり	54 (67.5)	68 (83.9)	91 (49.5)	60 (46.2)
計	80	81	184	130

妊娠中・分娩時・新生児期を個別的にみても、いずれにおいても松戸の未熟児群に何らかの異常を記録されているものが多いと言える。各々のおもな異常は表11・12・13に示した通りであり、内容の上では、各群にそれほど著明なちがいは認められない。

表11 妊娠中の異常

	松戸		浦安	
	男(%)	女(%)	男(%)	女(%)
なし	47 (58.8)	42 (51.9)	132 (71.7)	95 (73.1)
あり	33 (41.3)	39 (48.1)	52 (28.3)	35 (26.9)
計	80	81	184	130

	0%	50%	100%
松戸男児	妊娠中毒症	出血又は流産の恐れ	強いつわり 貧血 その他
松戸女児	妊娠中毒症	出血又は流産の恐れ	腹部X線照射 強いつわり その他
浦安男児	妊娠中毒症	出血又は流産の恐れ	貧血 強いつわり その他
浦安女児	妊娠中毒症	出血又は流産の恐れ	貧血 強いつわり その他

表12 分娩時の異常

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	42 (52.5)	33 (40.7)	134 (72.8)	98 (75.4)
あ り	38 (47.5)	48 (59.3)	50 (27.2)	32 (24.6)
計	80	81	184	130

	0% 50% 100%					
松戸男児	前早期破水	帝王切開	吸引分娩	陣痛微弱	その他	
松戸女児	前早期破水		骨盤位	帝王切開	吸引分娩	その他
浦安男児	吸引分娩	帝王切開	陣痛微弱	分娩遷延	前早期破水	その他
浦安女児	前早期破水	帝王切開	吸引分娩	陣痛微弱	その他	

表13 新生児期の異常

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	63 (78.7)	56 (69.1)	161 (87.5)	119 (91.5)
あ り	17 (21.3)	25 (30.9)	23 (12.5)	11 (8.5)
計	80	81	184	130

	0% 50% 100%				
松戸男児	チアノーゼ	仮死	強い黄疸	哺乳力微弱	その他
松戸女児	仮死	強い黄疸	チアノーゼ	哺乳力微弱	その他
浦安男児	強い黄疸	チアノーゼ	仮死	陰の水腫	その他
浦安女児	強い黄疸	仮死			その他

④既往疾患：新生児期以後、健康診査日までの間の罹病状況について、アンケートから得られた結果を表14に示した。浦安の女児において罹病したことの多いものは、大きな病気がみられない。疾病としては、感冒がその大部分を占めており、消化不良・湿疹がこれに次いでいる。入院を要した重篤な肺炎などはなく、いずれも軽症であるとはいえ、3ヵ月にして、すでにこれだけの感染症にさらされている事実は、注目に値する。

表14 既往疾患

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	50 (62.5)	53 (65.4)	110 (59.8)	110 (84.6)
あ り	30 (37.5)	28 (34.6)	68 (37.0)	20 (15.4)
計	80	81	184	130

無記入 6

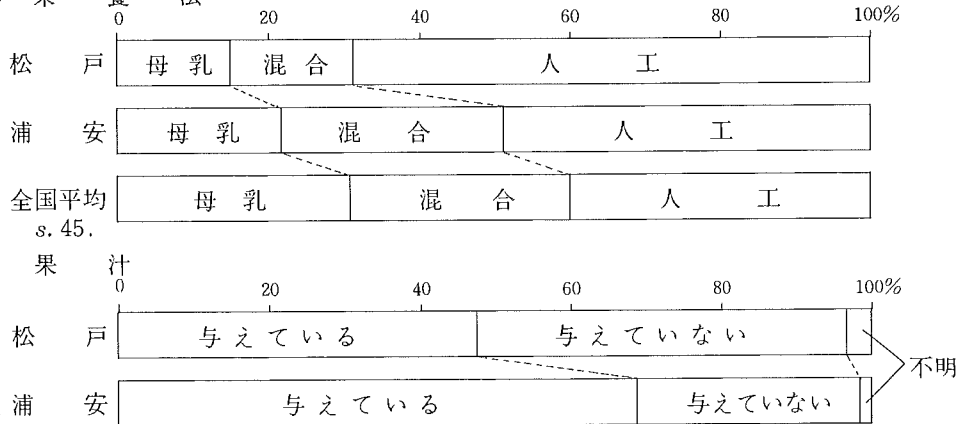
主なる既往疾患

	0%	50%	100%
松戸男児	感 冒	湿 疹	そ の 他
松戸女児	感 冒	消 化 不 良	そ の 他
浦安男児	感 冒	消 化 不 良	湿 疹 そ の 他
浦安女児	感 冒	ひきつけ	そ の 他

◎栄養法：健康診査の時点での栄養法については、両地域とも、人工栄養児の占める割合が高い(図4)。いずれも、昭和45年の全国値より高いばかりでなく、松戸の未熟児では68.3%と浦安の49.0%と比べても0.1%レベルで有意な差がある。母乳だけというのは、それぞれ14.9%、23.6%であった。未熟児であるため、保育器に収容されたり、長く病院にとどまることが多いうえに、哺乳力が微弱なため、母乳栄養が簡単に捨てられてしまっているのではないであろうか。一考を要する問題であろう。

乳汁以外に果汁を与えているというものは、浦安の方が多く、68%に対し、松戸では、47.5%にすぎなかった。この差は、0.1%レベルで有意であるといえる。“未熟児だから”とか“小さく生まれたのだから、果汁を与えるなら、それだけ多くミルクをのませて栄養をとらせたい”と考えている母親が、かなりあった。

図4 栄養法



①体重およびカウプ指数：健康診査時の体重およびカウプ指数の分布は図5、6に示した。昭和45年厚生省値3~4ヶ月児の平均値と標準偏差を基準に、出生時体重と同様の区分により大中小の3グループに分けその分布をみた。実線は、体重の分布が正規分布としたときの分布を示す。カウプ指数は、体重(g)/身長(cm)²×10であらわされ、一般に乳児の栄養状態を評価する指標として用いられている。

受診児の体重分布は、図5を一見すれば明らかとなり、小の方にかたよっている。未熟児を対象としている松戸については、当然であるとして、浦安でもその傾向は同じである。しかし、カウプ指数でみれば(図6)、15~19という正常範囲に80~90%が属している。これは、

受診児が、2ヶ月プラス2週ないし、3ヶ月プラス3週の年齢分布をしているのに、3~4ヶ月児の平均と比較していることによっているものと思われる。

図5 健診時体重

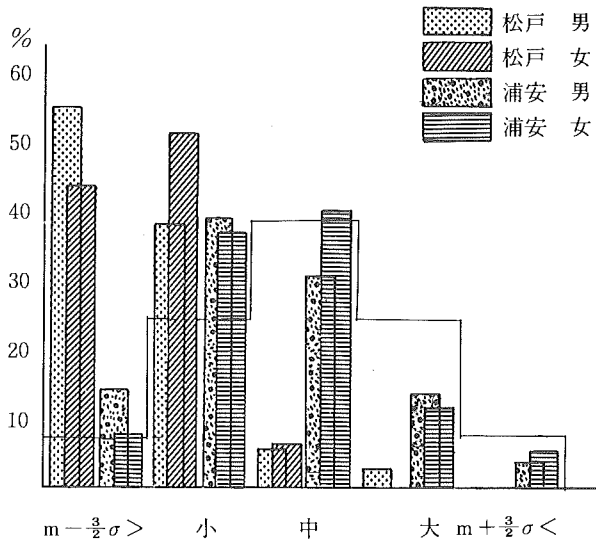
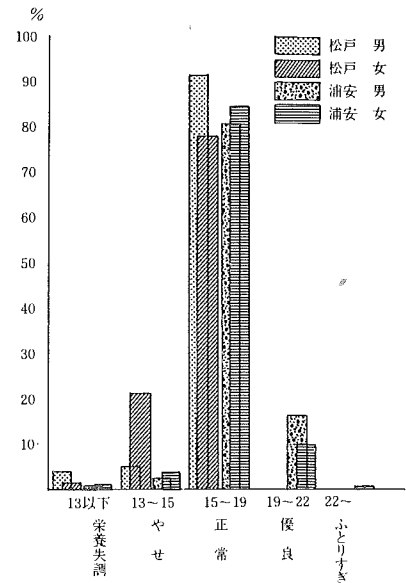


図6 カウプ指数



⑧身体所見：何ら身体の異常所見が認められなかったものは、表15に示されている。浦安では松戸よりも、何ら異常所見が記載されなかったものが多く、0.1%のレベルで有意差があるといえた。女兒は男児にくらべ、異常所見のなかったものが多かった。

表15 身体異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	18 (22.5)	31 (38.3)	87 (47.3)	78 (60.0)
あ り	62 (77.5)	50 (61.7)	97 (52.7)	52 (40.0)
計	80	81	184	130

(i) 頭部に何らかの異常所見を記入されたものは、松戸・浦安とも20~35%であり、脂漏が最も多い。松戸の未熟児では、大泉門過大が2位を占めている。その他には斜頸および頭蓋変形が両地域を通じ3~5%であった(表16)。

表16 頭部異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	54 (67.5)	54 (66.7)	137 (74.5)	104 (80.0)
あ り	26 (32.5)	27 (33.3)	47 (25.5)	26 (20.0)
計	80 (100.0)	81 (100.0)	184 (100.0)	

主なる頭部異常所見 (百分比)

	0%		50%			100%		
松戸男児	脂 漏	大泉門過大	斜頸の疑い	頭蓋	そ の 他			
松戸女児	脂 漏		大泉門過大		斜頸の疑い	頭蓋変形	そ の 他	
浦安男児	脂 漏		斜頸の疑い	頭蓋変形	眼 脂	そ の 他		
浦安女児	脂 漏		斜頸の疑い	頭蓋変形	そ の 他			

(ii) 軀幹の所見では、松戸の未熟児で、陰囊水腫・単径ヘルニア・臍ヘルニアがしばしば認められたため、浦安よりも高率に異常が記録されている。これに対し、浦安では、喘鳴が最も多く、男女合計11例、ついで臍ヘルニアが4例であった(表17)。

表17 軀幹異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	52 (65.0)	72 (88.9)	166 (90.2)	122 (93.8)
あ り	28 (35.0)	9 (11.1)	18 (9.8)	8 (6.2)
	80	81	184	130

主なる軀幹異常所見 (百分比)

	0%		50%			100%	
松戸男児	陰のう水腫		臍ヘルニア	そけいヘルニア	喘 鳴	停留睾丸	そ の 他
松戸女児	臍ヘルニア			心音異常		そ の 他	
浦安男児	喘 鳴		そけいヘルニア	臍ヘルニア	肝脾触知	そ の 他	
浦安女児	喘 鳴		臍ヘルニア			そ の 他	

(iii) 四肢の所見では、股関節開排制限が両地区とも最も多く、特に松戸では、男16.3%女22.3%と高率であった。これらについては、整形外科受診を勧めた。その他にはO脚・手掌紋猿線などが認められた(表18)。

表18 四肢の異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	59 (73.8)	60 (74.1)	158 (85.9)	121 (93.1)
あ り	21 (27.2)	21 (25.9)	26 (14.1)	9 (6.9)
計	80	81	184	130

主なる四肢の異常所見 (百分比)

	0%		50%		100%	
松戸男児	股関節開排制限			手掌紋猿線	O脚	
松戸女児	股関節開排制限				O脚	その他
浦安男児	手掌紋猿線		股関節開排制限		O脚	その他
浦安女児	股関節開排制限		O脚		その他	

(iv) 皮膚所見としては、高度の湿疹・おむつかぶれ、血管腫などが主なものであった（表19）。

表19 皮膚の異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	63 (78.8)	66 (81.5)	148 (80.4)	111 (85.4)
あ り	17 (21.3)	15 (18.5)	36 (19.6)	19 (14.6)
計	80	81	184	130

主なる皮膚の異常所見 (百分比)

	0%	50%	100%
松戸男児	高度の湿疹	血管腫	おむつかぶれ、その他
松戸女児	高度の湿疹	血管腫	その他
浦安男児	高度の湿疹	血管腫	汗疹、おむつかぶれ、その他
浦安女児	高度の湿疹	血管腫	その他

(v) 神経系としては、けいれんの既往をもつものが、松戸で1例、浦安で2例あり、筋緊張の低下、または亢進が認められたものは、各々6例、7例であった。しかし、明確な神経学的徴候の認められたものはなかった（表20）。

表20 神経系の異常所見

	松 戸		浦 安	
	男 (%)	女 (%)	男 (%)	女 (%)
な し	70 (87.5)	73 (90.1)	181 (98.4)	123 (94.6)
疑 い	9 (11.3)	8 (9.9)	3 (1.6)	7 (5.4)
あ り	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	
計	80	81	184	130

主なる神経系の異常所見 (百分比)

	0%	50%	100%
松戸男児	筋緊張低下	その他 (筋緊張亢進, 運動発達遅滞)	
松戸女児	筋緊張亢進	その他 (筋緊張低下, けいれん, 反応に乏しい, 過敏)	
浦安男児	筋緊張亢進	その他	
浦安女児	筋緊張低下	けいれん	

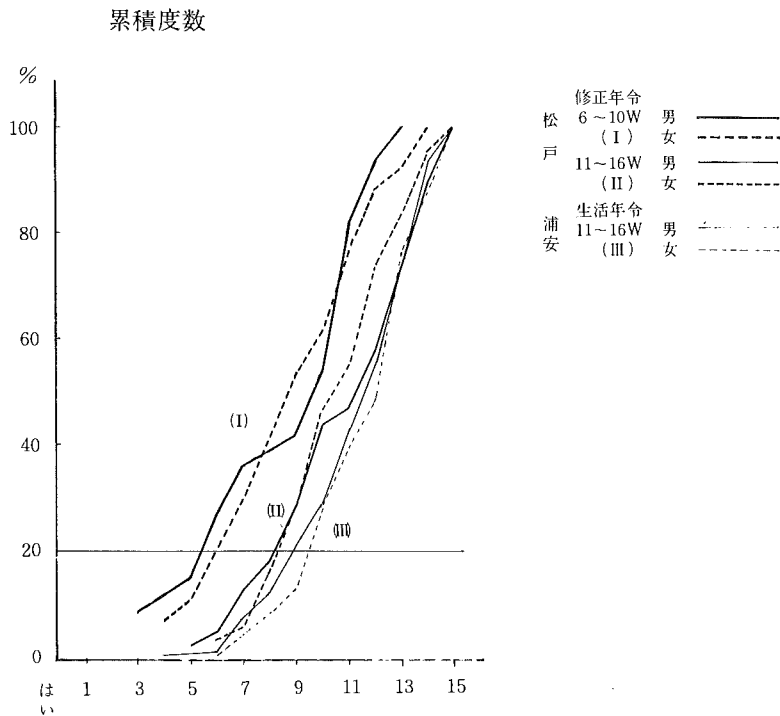
これらの所見は、いずれも、微症状として放置されやすいものである。母親の多くは、これらを訴えて直接受診にふみきるにはいたっていないが、全く無関心でもいられず、放置しながら、「このままでいいのか」「治るのだろうか」などの疑問や不安を抱いている。健康診査のなかで、これらに答えていくことが、要請される。

⑨発達：発達に関しては、アンケートにて、15項目の質問と、健康診査時の、直接観察によって評価した。この月齢の乳児の発達を論じるには、単に生活年齢だけではなく、早産期間を

考慮した修正年令を加味する必要がある。われわれは、未熟児について、修正年令に基き、6週から10週の群と、11~16週の群の2つに分け、浦安の成熟、満期産児で11~16週の年令の群との比較をおこなった。

アンケートCの1から15までの項目について、“はい”と答えた数の累積度数をグラフにしたのが図7である。松戸の修正年令6~10週の群(I)は、11~16週の群(II)および浦安の11~16週の群(III)より、その分布が左に偏している。残りの二群には、差は明らかでない。性別による差も明らかではない。従って、アンケートからみた発達は、修正年令を考えた年令差が認められるのに対し、単に出生児体重だけの差はあまりないと言える。

図7 アンケートC発達項目(1~15)



各項目別に同じ三群を検討したところ(表21)、松戸では、修正年令6~10週の群、11~16週の群ともに、(II)項目の指やこぶしへの注目に、性差が認められた。その他には性差のある項目はなかった。松戸の修正年令11~16週の群と浦安の年令11~16週の二群の間では、母親に特別うれしそうな様子を見せる(7)項が、5%レベルで、有意な差があると言えたほかは、差がない。これに対し、松戸の6~10週の群と、同じく11~16週の群との間に差が認められたのは、1・5・6・11・12の各項目であった。

表21 アンケートC

女

項目	松戸 修正年齢 6~10週	松戸 修正年齢 11~16週	浦安 修正年齢 11~16週	浦安 修正年齢 11~16週
1. 乳を飲むときにミルクビンや乳房にさわっていますか。	10 (38.5)	31 (63.3)	73 (71.6)	73 (71.6)
2. あやしかけたとき笑いますか。	12 (46.2)	15 (30.6)	18 (17.6)	18 (17.6)
3. 手やいろいろなものを口にもっていつてしゃぶることがありますか。	2 (7.7)	0 (0)	4 (3.9)	4 (3.9)
4. 乳を飲むときにお母さんの顔をじっとみつめながら飲んでいますか。	2 (7.7)	3 (6.2)	7 (6.9)	7 (6.9)
5. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	22 (84.6)	46 (93.9)	100 (98.0)	100 (98.0)
6. お母さんには特別うれしそうなお顔をみせますか。	3 (11.5)	2 (4.1)	0 (0)	0 (0)
7. 例えは泣いているとき声をかけると静かになるなど音に気づいている様子が見られますか。	1 (3.8)	1 (2.1)	1 (1.0)	1 (1.0)
8. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	0 (0)	1 (1.0)	1 (1.0)
9. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	19 (73.1)	45 (91.8)	95 (93.1)	95 (93.1)
10. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	7 (26.9)	3 (6.2)	5 (5.0)	5 (5.0)
11. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	1 (2.1)	0 (0)	0 (0)
12. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	0 (0)	2 (2.0)	2 (2.0)
13. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	21 (80.8)	42 (85.6)	91 (89.2)	91 (89.2)
14. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	4 (15.4)	3 (6.2)	4 (3.9)	4 (3.9)
15. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.8)	3 (6.2)	5 (4.9)	5 (4.9)
16. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	1 (2.1)	2 (2.0)	2 (2.0)
17. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	19 (73.1)	43 (87.8)	92 (90.2)	92 (90.2)
18. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	5 (19.3)	4 (8.2)	7 (7.0)	7 (7.0)
19. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.8)	2 (4.1)	2 (2.0)	2 (2.0)
20. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.8)	0 (0)	1 (1.0)	1 (1.0)
21. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	20 (76.9)	42 (85.6)	93 (91.2)	93 (91.2)
22. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	4 (15.4)	4 (8.2)	1 (1.0)	1 (1.0)
23. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (7.7)	3 (6.2)	4 (3.9)	4 (3.9)
24. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	0 (0)	4 (3.9)	4 (3.9)
25. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	15 (57.7)	29 (59.2)	76 (74.5)	76 (74.5)
26. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	3 (11.5)	6 (12.3)	5 (4.9)	5 (4.9)
27. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	6 (23.1)	11 (22.4)	19 (18.6)	19 (18.6)
28. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (7.7)	3 (6.2)	2 (2.0)	2 (2.0)
29. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	23 (88.5)	45 (91.8)	95 (93.1)	95 (93.1)
30. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	4 (8.2)	0 (0)	0 (0)
31. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (7.7)	0 (0)	4 (3.9)	4 (3.9)
32. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.8)	0 (0)	3 (2.9)	3 (2.9)
33. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	10 (38.5)	26 (53.1)	66 (64.7)	66 (64.7)
34. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	13 (50.0)	17 (34.7)	30 (29.4)	30 (29.4)
35. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.8)	5 (10.2)	4 (3.9)	4 (3.9)
36. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (7.7)	1 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)

() 内 %

男

項目	松戸 修正年齢 6~10週	松戸 修正年齢 11~16週	浦安 修正年齢 11~16週	浦安 修正年齢 11~16週
1. 乳を飲むときにミルクビンや乳房にさわっていますか。	16 (48.5)	26 (68.4)	87 (62.1)	87 (62.1)
2. あやしかけたとき笑いますか。	13 (39.4)	8 (21.1)	41 (29.3)	41 (29.3)
3. 手やいろいろなものを口にもっていつてしゃぶることがありますか。	4 (12.1)	2 (5.3)	7 (5.0)	7 (5.0)
4. 乳を飲むときにお母さんの顔をじっとみつめながら飲んでいますか。	0 (0)	2 (5.3)	5 (3.6)	5 (3.6)
5. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	29 (87.9)	38 (100.0)	139 (99.3)	139 (99.3)
6. お母さんには特別うれしそうなお顔をみせますか。	4 (12.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
7. 例えは泣いているとき声をかけると静かになるなど音に気づいている様子が見られますか。	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.7)
8. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
9. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	24 (72.7)	37 (97.4)	132 (94.3)	132 (94.3)
10. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	7 (21.2)	0 (0)	6 (4.3)	6 (4.3)
11. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	1 (2.6)	1 (0.7)	1 (0.7)
12. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.7)
13. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	26 (78.8)	32 (84.2)	116 (82.9)	116 (82.9)
14. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (6.1)	3 (7.9)	12 (8.6)	12 (8.6)
15. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	4 (12.1)	3 (7.9)	10 (7.1)	10 (7.1)
16. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	0 (0)	2 (1.4)	2 (1.4)
17. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	17 (51.5)	34 (89.5)	128 (91.4)	128 (91.4)
18. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	16 (48.5)	2 (5.3)	7 (5.0)	7 (5.0)
19. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	2 (5.3)	2 (1.4)	2 (1.4)
20. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	0 (0)	3 (2.1)	3 (2.1)
21. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	19 (57.6)	28 (73.7)	114 (81.4)	114 (81.4)
22. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	9 (27.3)	2 (5.3)	3 (2.1)	3 (2.1)
23. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	3 (9.1)	7 (18.4)	21 (15.0)	21 (15.0)
24. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	2 (6.1)	1 (2.6)	2 (1.4)	2 (1.4)
25. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	14 (42.4)	23 (60.5)	98 (70.0)	98 (70.0)
26. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	12 (36.4)	4 (10.5)	6 (4.3)	6 (4.3)
27. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	6 (18.2)	10 (26.3)	33 (23.6)	33 (23.6)
28. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	1 (2.6)	3 (2.1)	3 (2.1)
29. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	28 (84.9)	34 (89.5)	133 (95.0)	133 (95.0)
30. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	4 (12.1)	0 (0)	4 (2.9)	4 (2.9)
31. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	2 (5.3)	2 (1.4)	2 (1.4)
32. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	2 (5.3)	1 (0.7)	1 (0.7)
33. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	15 (45.5)	27 (71.1)	92 (65.7)	92 (65.7)
34. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	17 (51.5)	9 (23.7)	40 (28.6)	40 (28.6)
35. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	1 (3.0)	1 (2.6)	7 (5.0)	7 (5.0)
36. ひとりで行きかえ声や目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。	0 (0)	1 (2.6)	1 (0.7)	1 (0.7)

表21 (つづき)

男

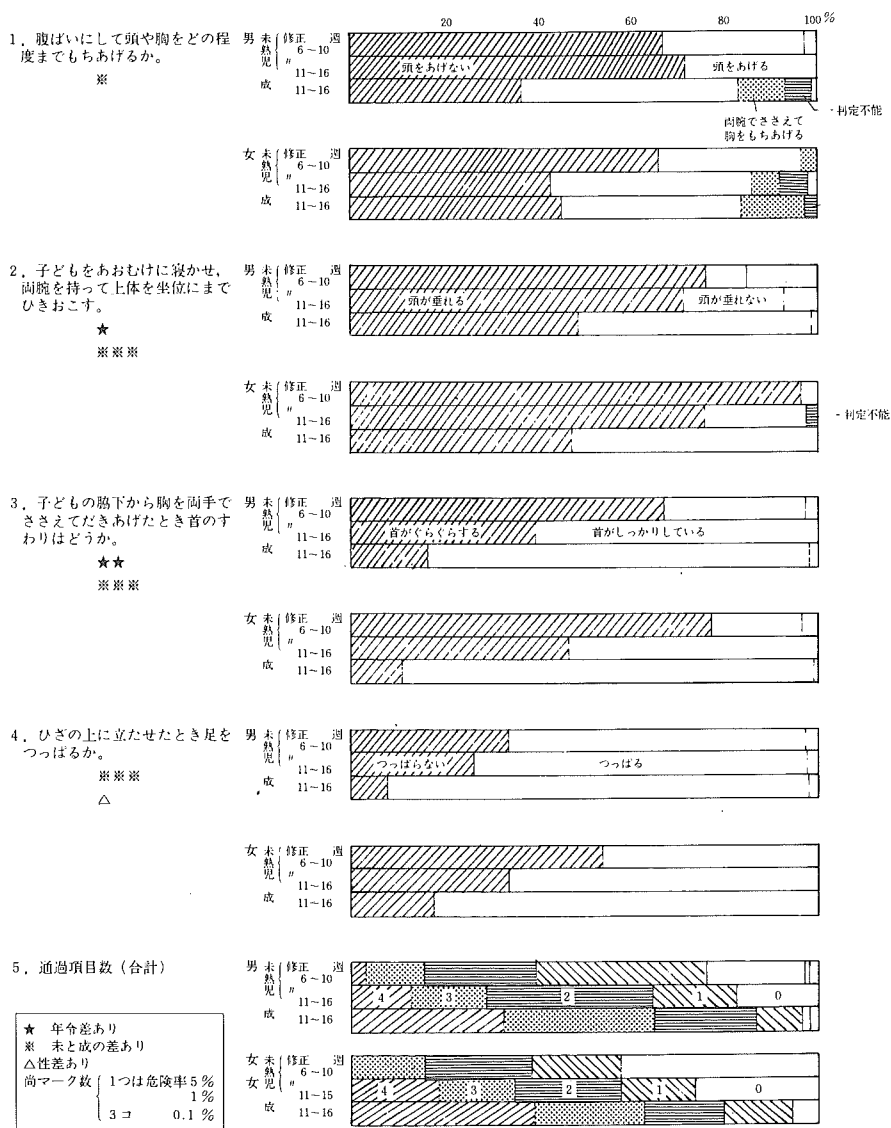
項目	松戸	修正年令 6~10週	松戸 11~16週	修正年令 11~16週	浦安	11~16週
9' (「いいえ」と答えた方は次の間に答えてください。)声はたでないが、ひとりではほえむということがありますか。	は	17 (51.5)	10 (26.3)	41 (29.3)	い	え
	い	0 (0)	10 (0)	0 (0)	い	え
	わからない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	わからない	無記入
	無記入	1 (3.0)	1 (2.6)	7 (5.0)		
10. あお向きにねているとき、赤ちゃんのみえない方からお母さんが声をかけると、声のする方に顔を向けますか。	は	22 (66.6)	29 (76.3)	107 (76.4)	は	え
	い	9 (27.3)	7 (18.4)	15 (10.7)	い	え
	わからない	1 (3.0)	2 (5.3)	15 (10.7)	わからない	無記入
	無記入	1 (3.0)	0 (0)	3 (2.1)		
11. あお向きにねているとき、自分の指やこぶしをかきながり長い間じっとみていることがありますか。	は	4 (12.1)	18 (47.4)	70 (50.0)	は	え
	い	23 (69.7)	11 (28.9)	41 (29.3)	い	え
	わからない	6 (18.2)	9 (23.7)	23 (16.4)	わからない	無記入
	無記入	0 (0)	0 (0)	6 (4.3)		
11' (「いいえ」と答えた方は次の間に答えて下さい。)あお向きにねているとき、自分の指やこぶしをちらっとみることがありますか。	は	6 (18.2)	12 (31.6)	24 (17.1)	は	え
	い	10 (30.3)	2 (5.3)	14 (10.0)	い	え
	わからない	11 (33.3)	4 (10.5)	11 (7.9)	わからない	無記入
	無記入	2 (6.1)	2 (5.3)	21 (15.0)		
12. 乳を飲んでいるときに、人がきてオモチャをみせたりあやしたりすると、乳をすうのをやめてそちらの方をみるということがありますか。	は	10 (30.3)	22 (57.9)	90 (62.3)	は	え
	い	20 (60.6)	10 (26.3)	30 (21.4)	い	え
	わからない	3 (9.1)	4 (10.5)	18 (12.9)	わからない	無記入
	無記入	0 (0)	2 (5.3)	2 (1.4)		
13. あお向きにねているとき、自分の両手の指をからませたり、にぎりあわせてたり、それをじっとみつめてあそんでいることがありますか。	は	10 (30.3)	13 (34.2)	64 (45.7)	は	え
	い	20 (60.6)	20 (52.6)	57 (40.7)	い	え
	わからない	3 (9.1)	4 (10.5)	17 (12.1)	わからない	無記入
	無記入	0 (0)	1 (2.6)	2 (1.4)		
14. あお向きにねているとき、赤ちゃんのみえない方で物音がすると、物音のした方に顔をむけますか。	は	20 (60.6)	23 (60.5)	105 (75.0)	は	え
	い	9 (27.3)	8 (21.1)	15 (10.7)	い	え
	わからない	3 (9.1)	7 (18.4)	18 (12.9)	わからない	無記入
	無記入	1 (3.0)	0 (0)	2 (1.4)		
15. ミルクをおげる支度をはじめると、もたらうことを期待して、活発に動いたり、声を出したり、口をあけたりしますか。	は	19 (57.2)	20 (52.6)	80 (57.1)	は	え
	い	11 (33.3)	10 (26.3)	39 (27.9)	い	え
	わからない	3 (9.1)	6 (15.8)	14 (10.0)	わからない	無記入
	無記入	0 (0)	2 (5.3)	7 (4.7)		

女

松戸	修正年令 6~10週	松戸 11~16週	修正年令 11~16週	浦安	11~16週
11	(42.3)	21	(42.9)	30	(29.4)
3	(11.5)	0	(0)	0	(0)
0	(0)	0	(0)	0	(0)
2	(7.7)	2	(4.1)	6	(4.9)
14	(53.8)	35	(71.4)	79	(77.5)
9	(34.6)	7	(14.3)	9	(8.8)
3	(11.5)	6	(12.2)	11	(10.8)
0	(0)	1	(2.0)	3	(2.9)
2	(7.7)	17	(34.7)	44	(43.9)
16	(61.5)	20	(40.8)	35	(34.3)
1	(3.8)	10	(20.4)	21	(20.6)
7	(26.9)	2	(4.1)	2	(2.0)
5	(19.2)	9	(18.4)	25	(24.5)
5	(19.2)	7	(14.3)	5	(4.9)
7	(26.9)	7	(14.3)	7	(6.9)
7	(26.9)	9	(18.4)	21	(20.6)
14	(53.8)	26	(53.1)	64	(62.7)
11	(42.3)	14	(28.7)	21	(20.6)
0	(0)	8	(16.3)	15	(14.7)
1	(3.8)	1	(2.0)	2	(2.0)
3	(11.5)	13	(26.5)	43	(42.2)
18	(69.2)	28	(57.1)	38	(37.3)
3	(11.5)	8	(16.3)	17	(16.7)
2	(7.7)	0	(0)	4	(3.9)
15	(57.7)	37	(75.5)	75	(73.5)
7	(26.9)	4	(8.2)	11	(10.8)
4	(15.4)	6	(12.2)	13	(12.7)
0	(0)	2	(4.1)	3	(2.9)
17	(65.4)	28	(57.1)	54	(52.9)
9	(34.6)	13	(26.5)	31	(30.4)
0	(0)	8	(16.3)	14	(13.7)
0	(0)	0	(0)	3	(2.9)

一方、直接観察による発達検査項目では、様相は若干異っている（図8）。松戸の6～10週の群と同じく11～16週の群では、首のすわりについて1%のレベルで有意な差があるといえる。更にひきおこし反応では5%のレベルで有意な差があると言えた。これに対し、松戸の11～16週の群と、浦安の11～16週の群とでは、首のすわり、ひきおこし、足のつっぱりについては0.1%のレベルで有意な差があると言えた。これに加え、腹臥位での頭部挙上についても、同じく5%のレベルで有意差が認められた。すなわち、この項目に関する限り、年齢差によるよりも、未熟児と成熟児の差異の方が著明であるといえよう。

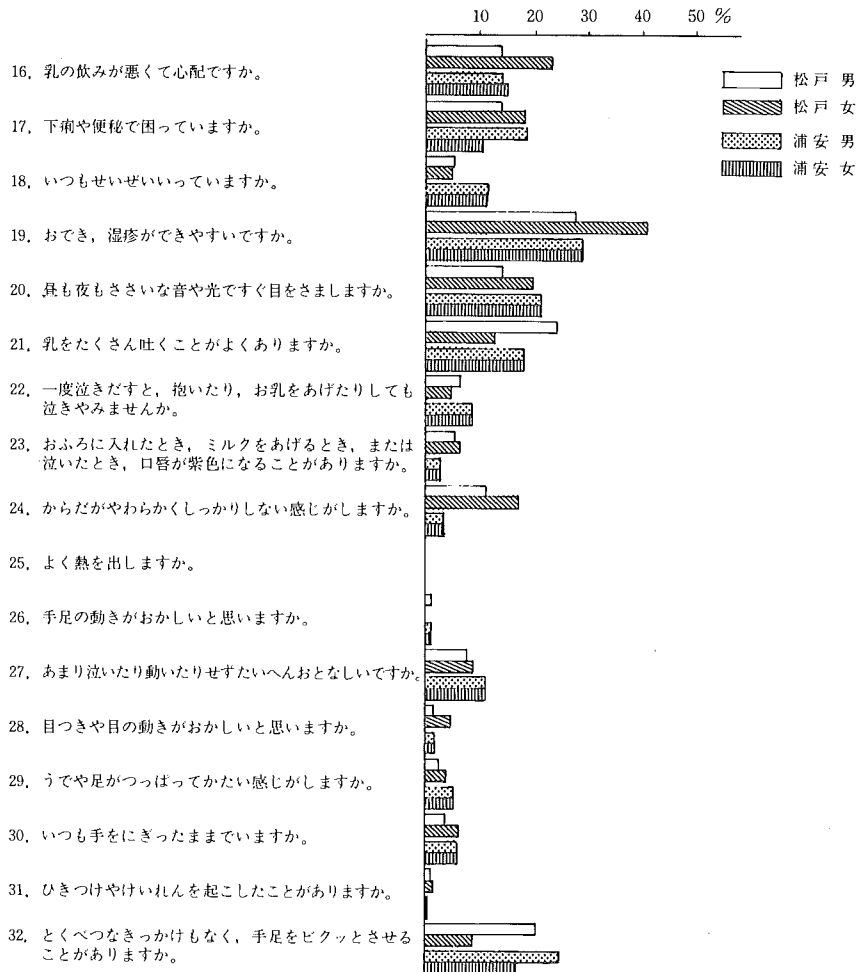
図8 発 達 （直接法）



これらの結果は、アンケートで問われている発達と、直接に観察されている発達との質的な差異として理解できる。アンケートで問われているのは、情緒・認知的な問題であるのに対し、直接法では粗大運動が試されている。前者には、年齢による要因が強く作用しているのに対し、後者には、出生時体重の要因が大きいといえる。

① アンケート・自由記述からみた子どもの問題：身体上の問題についての質問では、17項目すべてに“いいえ”（心配がないの意）とこたえたものは、松戸男15人（18.8%）、女18人（22.2%）、浦安男42人（23.2%）、女34人（26.2%）であった。また5項目以上に“はい”とこたえたものは、松戸で3人（男1、女2）浦安で、4人（男3、女1）だけであった。約75～80%の親は、子どもの身体面について、何らかの不安・疑問をいただいている。図9にみられるように、皮膚の問題・哺乳量・吐乳・便性などについてが多いが、これは月齢からみても、妥当なところであろう。

図9 アンケートC 身体上の問題ありと答えたもの



これらに次いで、手足をピクッとさせる、音や光にすぐ眼をさます、からだがりっかりしな
いなどが、あげられる。これらの点については、神経学的な異常のみられるより、むしろ発達
的な問題と思われるものが多かった。このように、ここに現われている問題の多くは、特別な
処置を要する疾患というより、むしろ、適切な説明や助言をすることにより、自ら解消されう
るか、あるいは、日常の養育の中で十分に処理していけることが多いものであった。

最後にアンケートの末尾にある相談したいことを書いて下さいという欄に記入されたことを
項目別に整理したものが、表22である。松戸では85件、浦安では117件の記入が得られた。そ
の内容は、アンケートC16~32の頃と重なる身体的なものが多く、松戸では57.6%、浦安では
71.8%を占め、次いで栄養や身体発達についてが多かった。この他には、外出・歩行器・赤ち
ゃん体そう等の養護上の問題・予防接種の問題なども若干みられた。

表22 自由記載のうちわけ

問題	松 戸	浦 安
身体上の問題	49 (57.6)	84 (71.8)
眼について	5 (5.9)	5 (4.3)
耳について	3 (3.5)	1 (0.9)
皮膚について	6 (7.1)	27 (23.1)
消化器系について	3 (3.5)	3 (2.6)
便性について	3 (3.5)	20 (17.1)
呼吸器系について	8 (9.4)	14 (11.9)
四肢・頸について	5 (5.9)	9 (7.7)
頭の形態について	5 (5.9)	3 (2.6)
神経系について	1 (1.2)	2 (1.7)
ヘルニア(臍・そけい)・	9 (10.6)	0
そ の 他	1 (1.2)	0
栄養について	20 (23.5)	19 (16.2)
養護について	7 (8.2)	4 (3.4)
予防接種について	0	2 (1.7)
身体発達について	9 (10.6)	8 (6.8)
	85	117

今日、乳児健康診査の目的については、多くの論議がなされ、心身障害の早期発見が強調され、
そのための整備がすすめられている。たしかに最近の医学の進歩は、その可能性を高めてきた。
同時に、われわれの健康診査の対象としているような、社会変化の影響の著しい地域では、医
療機関が一応整備しており、施設分娩が98%以上を占め、乳児は新生児期より医療関係者の手
を経ていることになる。しかし、一般の医療機関では、疾病の治療におわれ、時間のかかる乳
児健康相談にまでは応じきれないのが現状である。したがって、乳児健康診査を地域を中心と
した母子精神衛生という見地から検討する必要がある。とくに、この調査にみられたような、

身体疾患をもたない乳児の母親の健診への期待を考慮しなければならない。われわれは、これらの乳児を前述の諸機関との提携のもとに、追跡調査することにより、この乳児健康診査の意味を確認してゆきたい。

4. ま と め

- ① われわれは、乳幼児期の精神衛生研究の一環として、浦安町、松戸市両地区の乳児健康診査に参加した。
- ② 乳児健康診査に際して、厚生省の「心身障害児の早期発見に関する研究」研究班が作成した乳児健康診査用質問紙と乳児健康診査票を用いた。
- ③ 対象児は、浦安町の一般乳児341名、松戸市の未熟児161名で、期間は昭和47年4月から48年1月までのものである。
- ④ 乳児の養育環境に関しては、両地区とも父の年齢は30代の前半を中心に20代後半と30代後半に、一方、母の年齢は20代後半を中心にその前後に分布している。そして両親の学歴は、浦安地区では中学校卒が多く、松戸地区では高等学校卒が多い。
- ⑤ 又家族構成をみると、核家族が圧倒的に多く、松戸地区では81.4%、浦安地区では77.1%であった。このことは、乳児の出生順位で、両地区とも第1子が50%以上あり第2子を合わせて80%以上にも達することと関連して、子どもへの期待が高まり、親の養育上の不安に一層拍車をかけていると思われる。
- ⑥ 乳児の実態に関しては、胎生期・分娩時・新生児期の異常が全く認められなかったものは、松戸地区の未熟児では39名(24.2%)で、浦安地区の一般児では163名(52.0%)であった。
- ⑦ 栄養法に関しては、両地区とも人工栄養児の占める割合が高く、松戸地区の未熟児では、68.3%、浦安地区では49.0%であった。一方母乳だけというのは、松戸地区で14.9%、浦安地区で23.6%であった。
- ⑧ 身体所見に関しては、何ら異常所見の認められなかったものが、浦安地区で39.6%で松戸地区では30.4%であった。
- ⑨ 発達に関しては、アンケートによると修正年齢による差が認められた。これに対して直接法では、未熟児と成熟児との発達の差が認められた。
- ⑩ アンケートと自由記述からみた子どもの問題に関しては、何ら問題点をあげなかったものが、松戸地区では20.5%、浦安地区では24.2%にすぎなかった。このことは⑥や⑧とも関連して健康相談がいかに必要であるかということを示唆している。

おわりに、健診の実施にあたり、ご協力いただきました松戸保健所・浦安町役場・市川保健所の各位に対し、感謝いたします。

資 料 I

お子さんの健康状態を知るための
アンケート

No.

ここでおたずねするのは、お子さんの健康状態を知るために必要な事からです。診察の前にみせていただきますので、記入してきて下さい。□の中には×をつけ]内は自由に書きこんでください。

お子さんの氏名	<small>ふりがな</small>	記入年月日 昭和 年 月 日				男 女
		生年月日 昭和 年 月 日				
住 所	記入者の氏名			おと の 続 柄 お 子 さ ん		
年 令	職 業	学 歴	健康状態			
父				そ の 他 の 同 居 人 家 族		
母						

A お子さんのことについて

1. お子さんの生まれた場所はどこですか。

病院名

病院
 産院
 診療所(個人開業医)
 母子健康センター
 助産所(助産婦)
 自宅
 その他

未熟児などの場合 転院名

2. お子さんの生まれた前後のことをおたずねします。

何番目のお子さんですか。 第 子

生まれた時の体重は g ふたごだった

生まれたのは予定日 (月 日) とくらべて

2週間以上早すぎた
 2週間以内のちがいだった
 2週間以上おそすぎた

生まれてまもなくに異常や病気に気づかれましたか。

ない あり

ありと答えた方は次のどれでしたか

生まれてすぐには泣かなかった。(仮死)
 生まれたとき体が紫色になっていた。(チアノーゼ)
 保育器に入った。 日間位。
 ひきつけがあった。
 黄疸がつよかった。 日間位。
 退院がおくれた。 退院は生後 日目。
 ミルクの飲みが悪かった。
 くわしいことはわからないが異常があったらしい。
 その他

3. 栄養方法は、 母乳 人工 混合
4. 今までに病気をしましたか。
 しない した (病名は)
5. 現在治療中の病気がありますか。
 ない あり (病名は)

B ご両親のことについて

1. 妊娠中お母さんに病気や異常がありましたか。
 ない あり (ありと答えた方はその様子を下に書いて下さい。くわしいことは診察の前に伺います。)
2. お産には異常がありましたか。
 ない あり (ありと答えた方はその様子を下に書いて下さい。くわしいことは診察の前に伺います。)
3. 何番目のお産のお子さんですか。
 度目
4. 以前に流産や死産をしたことがありますか。
 ない あり (流産 回 死産 回)
5. 両親は血族結婚ですか。
 ちがう いとこ その他

C 現在お子さんに次のようなことがありますか。それぞれの項目をよんでお子さんにあてはまれば「はい」を、あてはまらなければ「いいえ」を○でかこんで下さい。どちらともきめられなければ「わからない」を○でかこんで下さい。

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------|
| 1. 乳を飲むときにミルクビンや乳房 <small>ちゅうぶ</small> にさわっていますか。 | はい いいえ わからない |
| 2. あやしかけたとき笑いますか。 | はい いいえ わからない |
| 3. 手やいろいろなものを口にもって行ってしゃぶることがありますか。 | はい いいえ わからない |
| 4. 乳を飲むときにお母さんの顔をじっとみつめながら飲んでいきますか。 | はい いいえ わからない |
| 5. ひとりできりかえし声をたててあそんでいることがありますか。 | はい いいえ わからない |
| 6. 赤ちゃんの目をひくようなものをみせると、生き生きとした表情をみせますか。 | はい いいえ わからない |
| 7. お母さんには特別うれしそうな様子をみせますか。 | はい いいえ わからない |
| 8. 例えば泣いているとき声をかけると静かになるなど音に気づいている様子がみられますか。 | はい いいえ わからない |
| 9. ひとりで声をたてて笑うことがありますか。 | はい いいえ わからない |
| 9' 「いいえ」と答えた方は次の間に答えてください。
声はたてないが、ひとりでほほえむということがありますか。 | はい いいえ わからない |
| 10. あお向きにねているとき、赤ちゃんのみえない方からお母さんが声をかけると、声のする方に顔を向けますか。 | はい いいえ わからない |

乳幼児期の精神衛生研究

11. あお向きにねているとき、自分の指やこぶしをかなり長い間じっとみていることがありますか。	はい	いいえ	わからない
11' 「いいえ」と答えた方は次の間に答えて下さい。 あお向きにねているとき、自分の指やこぶしをちらっとみることがありますか。	はい	いいえ	わからない
12. 乳を飲んでいるときに、人がきてオモチャをみせたりあやしたりすると、乳をすうのをやめてそちらの方をみることがありますか。	はい	いいえ	わからない
13. あお向きにねているとき、自分の両手の指をからませたり、にぎりあわせたり、それをじっとみつめてあそんでいることがありますか。	はい	いいえ	わからない
14. あお向きにねているとき、赤ちゃんのみえない方で物音がすると、物音のした方に顔をむけますか。	はい	いいえ	わからない
15. ミルクをあげる支度をはじめると、もらうことを期待して、活発に動いたり、声を出したり、口をあげたりしますか。	はい	いいえ	わからない
16. 乳の飲みが悪くて心配ですか。	はい	いいえ	わからない
17. 下痢や便秘で困っていますか。	はい	いいえ	わからない
18. いつもぜいぜいしていますか。	はい	いいえ	わからない
19. おでき、湿疹ができてやすいですか。	はい	いいえ	わからない
20. 昼も夜もささいな音や光ですぐ目をさましますか。	はい	いいえ	わからない
21. 乳をたくさん吐くことがよくありますか。	はい	いいえ	わからない
22. 一度泣きだすと、抱いたり、お乳をあげたりしても泣きやみませんか。	はい	いいえ	わからない
23. おふろに入れたとき、ミルクをあげるとき、または泣いたとき、口唇が紫色になることがありますか。	はい	いいえ	わからない
24. からだがやわらかくしっかりしない感じがしますか。	はい	いいえ	わからない
25. よく熱を出しますか。	はい	いいえ	わからない
26. 手足の動きがおかしいと思いますか。	はい	いいえ	わからない
27. あまり泣いたり動いたりせずつたいへんおとなしいですか。	はい	いいえ	わからない
28. 目つきや目の動きがおかしいと思いますか。	はい	いいえ	わからない
29. うでや足がつっぱってかたい感じがしますか。	はい	いいえ	わからない
30. いつも手をにぎったままです。	はい	いいえ	わからない
31. ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	わからない
32. とくべつなきっかけもなく、手足をビクッとさせることがありますか。	はい	いいえ	わからない

そのほかに心配なことや相談したいことがあれば下に書いてください。

資料 II

乳児健康診査票 (3~4ヵ月児)

№

検査日 昭和 年 月 日

乳児氏名		男	女	昭和	年	月	日生
住 所				父			(歳)
				母			(歳)
	出生時	体重	g	身長	cm	<input type="checkbox"/>	低体重出生
		胸囲	cm	頭囲	cm		
	在胎期間	<input type="checkbox"/>	正常 (±2週)	<input type="checkbox"/>	早産 (週早い)		
		<input type="checkbox"/>	予定日超過 (週おくれ)				
	分娩回数	<input type="checkbox"/>	回	<input type="checkbox"/>	自然流産	<input type="checkbox"/>	人工流産
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	死産
	兄弟	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり (兄	人	姉
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			人)
	血族結婚	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり (関係	<input type="checkbox"/>	いとこ
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他)
	家族内の先天異常	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	不明
							(ありの場合誰が どのような疾病か)
妊 娠 中	異常	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	不明
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	妊娠中毒症 (後期)		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	強いつわり (入院を必要とした程度)		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	糖尿病 (治療を必要とした程度)		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	腹部X線照射	<input type="checkbox"/>	梅毒
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	妊娠初期の薬物服用		(薬品名又は服用の理由)
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	妊娠初期の熱性疾患 (診断名)		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他 ()		
分 娩 時	異常	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	不明
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	分娩遷延 (24時間以上)	<input type="checkbox"/>	前早期破水
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	前置胎盤	<input type="checkbox"/>	早期剝離
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	骨盤位		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	鉗子	<input type="checkbox"/>	吸引
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	帝王切開		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	陣痛誘発	<input type="checkbox"/>	鎮痛剤
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	全身麻酔		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他 ()		
新 生 児 期	異常	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	不明
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	分娩時仮死 (度 アプガー 点)		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	重症黄疸	<input type="checkbox"/>	交換輸血
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	けいれん		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他 ()		
発 育 ()内は 3~4ヵ月児 の平均値±σ 上段は男 下段は女	体重	kg	(6.9±0.8)	身長	cm	(63.0±2.6)	
			(6.4±0.8)			(61.3±2.4)	
	頭囲	cm	(41.4±1.6)	胸囲	cm	(42.9±2.4)	
			(40.2±1.4)			(41.6±2.2)	
	栄養状況	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	皮ふ緊満不良	<input type="checkbox"/>	血色不良
				<input type="checkbox"/>	ぶよぶよ肥り		
	発育状況 (アンケート)	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	おくれ疑い	<input type="checkbox"/>	おくれ

<p>頭 部</p>	<p>異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 大泉門膨隆 <input type="checkbox"/> 大泉門過大 <input type="checkbox"/> 頭蓋変型</p> <p><input type="checkbox"/> 頭蓋癆 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 毛髪の色素欠乏</p> <p><input type="checkbox"/> 脂漏 <input type="checkbox"/> 特異な顔貌 <input type="checkbox"/> ダウン様</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 眼球突出 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 斜視</p> <p><input type="checkbox"/> 耳介形態異常 <input type="checkbox"/> 兔唇 <input type="checkbox"/> 口蓋裂</p> <p><input type="checkbox"/> 巨舌 <input type="checkbox"/> 小顎 <input type="checkbox"/> 斜頸</p> <p><input type="checkbox"/> 視力障害疑 <input type="checkbox"/> 聴力障害疑</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>
<p>体 幹</p> <p>【胸部】</p> <p>【腹部】</p>	<p>異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 脊柱異常 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸廊非対称 <input type="checkbox"/> 鳩胸 <input type="checkbox"/> 漏斗胸</p> <p><input type="checkbox"/> 心音不純 <input type="checkbox"/> 心雑音 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他の呼吸音異常 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 肝腫 (_____) <input type="checkbox"/> 脾腫 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の腫瘤 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 腹壁緊張低下 <input type="checkbox"/> 著しい腹部膨満</p> <p><input type="checkbox"/> 臍ヘルニア <input type="checkbox"/> そけいヘルニア</p> <p><input type="checkbox"/> 停留睾丸</p> <p><input type="checkbox"/> 外性器変形 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>
<p>四 肢</p>	<p>異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 指異常 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 趾異常 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢長さの左右差 <input type="checkbox"/> 手掌紋猿線</p> <p><input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> O脚 <input type="checkbox"/> X脚</p> <p><input type="checkbox"/> 肢の変形</p> <p><input type="checkbox"/> 内反足 <input type="checkbox"/> 外反足 <input type="checkbox"/> 尖足</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 股関節開排制限</p>
<p>皮 膚</p>	<p>異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 白斑 <input type="checkbox"/> 色素斑 (部位 _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 血管腫 (部位 _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 高度の湿疹 <input type="checkbox"/> 高度の角化</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>

<p>神 経 系</p>	<p>異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑</p> <p><input type="checkbox"/> 運動発達遅滞 <input type="checkbox"/> 筋緊張亢進</p> <p><input type="checkbox"/> 筋緊張低下 <input type="checkbox"/> けいれん</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>																																																																				
<p>発 達 (直接法)</p>	<p>腹ばいにして頭や胸をどの程度までもちあげるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 頭をあげない</p> <p><input type="checkbox"/> 頭をあげる</p> <p><input type="checkbox"/> 両腕でささえ、胸をもちあげる</p> <p><input type="checkbox"/> 判定不能</p> <p>子どもをおむけに寝かせ、両腕を持って上体を座位にまでひきおこす。</p> <p><input type="checkbox"/> 頭が垂れる</p> <p><input type="checkbox"/> 頭が垂れない</p> <p><input type="checkbox"/> 判定不能</p> <p>子どもの脇下から胸を両手でささえ、あげたとき首のすわりはどうか。</p> <p><input type="checkbox"/> 首がしっかりしている</p> <p><input type="checkbox"/> 首がぐらぐらする</p> <p>ひざの上に立たせたとき足をつっぱるか。</p> <p><input type="checkbox"/> つっぱる</p> <p><input type="checkbox"/> つっぱらない</p>																																																																				
<p>C</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 60%;">はい いいえ わからない</td> <td style="width: 5%;">16</td> <td style="width: 60%;">はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>17</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>18</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>19</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>20</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>21</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>22</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>23</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>24</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>25</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>26</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>27</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>28</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>29</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>30</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>31</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>はい いいえ わからない</td> <td>32</td> <td>はい いいえ わからない</td> </tr> </table>	1	はい いいえ わからない	16	はい いいえ わからない	2	はい いいえ わからない	17	はい いいえ わからない	3	はい いいえ わからない	18	はい いいえ わからない	4	はい いいえ わからない	19	はい いいえ わからない	5	はい いいえ わからない	20	はい いいえ わからない	6	はい いいえ わからない	21	はい いいえ わからない	7	はい いいえ わからない	22	はい いいえ わからない	8	はい いいえ わからない	23	はい いいえ わからない	9	はい いいえ わからない	24	はい いいえ わからない	9	はい いいえ わからない	25	はい いいえ わからない	10	はい いいえ わからない	26	はい いいえ わからない	11	はい いいえ わからない	27	はい いいえ わからない	11	はい いいえ わからない	28	はい いいえ わからない	12	はい いいえ わからない	29	はい いいえ わからない	13	はい いいえ わからない	30	はい いいえ わからない	14	はい いいえ わからない	31	はい いいえ わからない	15	はい いいえ わからない	32	はい いいえ わからない
1	はい いいえ わからない	16	はい いいえ わからない																																																																		
2	はい いいえ わからない	17	はい いいえ わからない																																																																		
3	はい いいえ わからない	18	はい いいえ わからない																																																																		
4	はい いいえ わからない	19	はい いいえ わからない																																																																		
5	はい いいえ わからない	20	はい いいえ わからない																																																																		
6	はい いいえ わからない	21	はい いいえ わからない																																																																		
7	はい いいえ わからない	22	はい いいえ わからない																																																																		
8	はい いいえ わからない	23	はい いいえ わからない																																																																		
9	はい いいえ わからない	24	はい いいえ わからない																																																																		
9	はい いいえ わからない	25	はい いいえ わからない																																																																		
10	はい いいえ わからない	26	はい いいえ わからない																																																																		
11	はい いいえ わからない	27	はい いいえ わからない																																																																		
11	はい いいえ わからない	28	はい いいえ わからない																																																																		
12	はい いいえ わからない	29	はい いいえ わからない																																																																		
13	はい いいえ わからない	30	はい いいえ わからない																																																																		
14	はい いいえ わからない	31	はい いいえ わからない																																																																		
15	はい いいえ わからない	32	はい いいえ わからない																																																																		

集団精神療法の治療者と患者たち

——ある社会的危機状況における観察——

児童精神衛生部 池田由子

要約

1963年11月22日、米国大統領 J.F.Kennedy が暗殺されたとき、著者はたまたまワシントンにおり、3人の治療者による集団精神療法を観察していた。このような社会的危機状況に際して、個々のメンバーは不安や衝撃にどのように反応するか、治療者と患者はどのようにかわりあうか、治療集団の機能を維持するために、どのような機制を示すかを、実際の治療セッションの記録と、治療者と観察者の討論によって考察しようとした。

1. まえがき

精神分析の立場に立つ集団精神療法の治療者は、「集団精神療法の集団には家族像との類似があり、そのことが魅力の一つになる」という。この考えには反対する人もいるが、いずれにしても治療の小集団は、社会の一般の集団とは異なる特徴をもっている。仮に治療集団を家族にたとえれば、援助を求めて「同じ舟に乗りこんだ」メンバーは、子供であり、互いに兄弟的な関係をもつかもしれないし、集団の責任者であり、社会の現実的な代表者でもある治療者は、メンバーから父親あるいは母親の像として—しばしば転移現象なるゆがみをもって—受けいれられているともいえよう。

現実の家族においても、全員が衝撃を受け、そのため家長が統制力を失うような場合がある。そのような場合、家長の不安が全員を恐慌状態に陥れることもあるだろうし、個々のメンバーが孤立し、分離することによって安定を計ることもあるだろう。

あるいは、メンバーの誰かが家長に代って家族を統合し、集団を凝集する機能を果そうとするかもしれない。メンバーのおおのの自我が脆く、欠陥があるとしても、集団全体として把えれば、集団自我というべきか、その弱さを補充し、援助し、強化しようような働きがあると考えられる。

私は1962年から1964年にかけて米国に滞在したが、その間にケネディ大統領の暗殺という事件がおきた。この事件は、いわゆるキューバ危機や、その後のいくつかの暗殺などの事件とはくらべものにならない程の大きな衝撃や不安を社会にひきおこした。暗殺の直後に行われた三つの治療集団を観察する機会があったので、すでに10年近くの年月を経て、私自身の考え方も当時より客観的になったと思われる現在、治療の実際の記録を基礎として、治療者と患者のかかわりといったものを考えてみたい。

2. 三つの集団の治療者たち

この3人の治療者はいずれも集団精神療法に20年以上の経験をもち、この領域の指導的位置にあった。治療者Aは教授であり、研究者、かつ合理的な科学者の立場をとることにつとめている。

彼は精神分析批判で名高く、また、ヴェトナム和平、人種問題など社会改革の運動にも深い関係をもっていた。Aは余りにも権威者になってしまったため、観察者を稀にもつことがあっても、批判的発言をきくことがないので、自分の方法について卒直な意見をききたいという理由で、観察者を受け入れた。治療者Bは、助教授であるが、精神分析医として開業もしており、伝統的精神分析の枠組の中で、この治療を行おうとしていた。治療者Cも、助教授で同時に訓練分析医 training analyst でもあるが、彼はネオ・フロイド派の訓練を受けた。BとCは、個人開業のクリニックで観察者をもったことはなかったが、研究を援助するという好意で観察者を受け入れてくれた。

私は1962年夏から2年間、これらの治療者が新しくはじめた集団治療の実際を観察し、全セッションの記録をとり、セッション直後に治療者と討論し、また約1ヶ月に一度の割合で、自分の印象、感想、疑問などを報告の形で提出した。これらの交換の中から、自分自身の考えている集団精神療法のすがたが次第に明らかになってきたし、同時に、この話しあいにより治療者たちにも何らかの寄与が出来たのではないかと考えている。

3. ケネディの暗殺をめぐる

米国35代の大統領ケネディが暗殺されたのは、1963年11月22日、金曜日のことである。テキサス州ダラスで、狙撃されたのは、正午をやや過ぎた12時30分であった。12時39分そのニュースは全世界に打電され、1時33分に死亡が宣告された。98分後副大統領ジョンソンが大統領に就任した。同日夕方遺骸はワシントンに到着した。23日には家族彌撒が行われ、翌24日には夜を徹して、25万の市民が国会に安置された遺骸に告別した。25日、月曜日には国葬が行われ、全世界から集った貴紳の哀悼のうちに、アーリントンの国立墓地に埋葬された。24日午前には数千万のテレビ視聴者の前で、暗殺犯L. H. オズワルドが、ジャック・ルビイに射殺されるという事件があった。

暗殺当日は爽快な秋晴れで、私はCatholic大学の図書室にいた。いつもは物音ひとつ立てないような修道僧の学生があわただしく走りこみ、ケネディが狙撃されたというニュースを伝えた。学内は騒然とし、多くの修道僧、尼僧を含む学生は、構内の教会National Cathedralにいそぎ、彼の無事を祈った。窓からながめると、白い巨大な教会に、黒い衣をひるがえした多くの僧が続々と吸いこまれてゆく光景は、白昼夢としかいえない凶々しい印象を与えた。間もなく全市内の寺院の鐘が響き渡り、天変地異の感を人びとに与えた。事実、軍隊は非常態勢に入ったのである。帰巢本能のように人びとは、家路に、あるいは教会にいそいだ。飛び乗ったバスの中では、黒人の女たちがすすり泣いていた。衝撃のために混乱し、事実がどうしても信じられぬという状態が、やがて怒り、恐怖、恥辱感に変わって行った。翌23日は薄曇りで氷雨も降りはじめ、喪失感や悲哀が人びとの心にひろがった。1961年の就任以来、平和部隊、人種差別反対行進などを通じて、ワシントン市民のケネディへの親近感は強かったから、その痛みは長く続いた。

しかし、この数日間に多くの人びとが、連続性sense of continuity を強く求めたのも事実で、「米国はそれでもなお進んでゆく」という信念を確認しようとした。22日の午後から夕方にかけての学術的な会合には、そのまま続行されたものが多く、当夜私の出席した社交的な会

合で、人びとはアイルランド式通夜と称してことさらに騒ぎまわり、翌日の治療活動もこのセッションに見る如く、継続されたものが多かったのである。

4. 治療の経過

集団 A。

日 時：1963年11月23日、午前9時

場 所：大学病院外来地下、集団治療室

治療者：男性、精神科医、A。

観察者：2名、男性及び女性精神科医

患 者：I 夫妻、R 夫妻、S 夫妻、T 夫妻

(何れも夫婦の1方または双方に神経症、中毒、心身症などの問題があり、2組は子供の情緒障害も伴っている)。

(3組の夫婦は定刻前に到着。何れも訝えない顔色。不安そうにささやく者もいる)。

治療者：おはよう。(メンバー小声で挨拶)。

治療者：今日は半分位しか来ないでしょう。

I ♀：あまり重大なことが起きたので、何も考えられない。(訴えるようにいう)。

治療者：その通りだ。しかし、我々は始めましょう。

我々は努力しなくては。(一同長い沈黙)。

治療者：我々は皆考えていることがある。同じような気持ちを分かちあいたがっているが。とにかく始めましょう。

I ♂：どこから始めてよいかわからない。

治療者：私から始めましょう。先週私に対する不満が出ましたね。I 夫人が私に対する苦情を述べ、私が夫側についているといった。あなたもそうですか？(S ♀に)。

S ♀：いいえ、とんでもない。(あわてて打ち消す)。

R ♀：私はドクターが夫側だと言いました。

I ♂：私の妻も同じことを言いました。

I ♀：いいえ、違います。(再び長い沈黙)。

治療者：メンバーがお互いに理解しあわないと、問題が身近かなものにならないが…。

I ♀：夫にどんなに言訳したらよいのかが、いつも圧力になる。私が飲んだり浪費するわけではないのに。

治療者：彼自身は弁解するのですか？

I ♀：私は理解しなくてはと努力しているが、彼は私が理解しないといつも非難する。(長い沈黙。T 夫妻入室。治療者、困ったように)。

治療者：今日は始めるのが難しくて…。I 夫人が私が夫の味方だといったが、残りの人は必ずしもそれに賛成しないという話をしていたところです。

集団精神療法

T♀：先生が一方の側ということはありません。

治療者：何かゆきちがいがあるようですね。

S♀：われわれは先週そんなことを討論しない。神に誓ってもよいが、それは違います。

S♂：私ははっきり記憶していないのですが。

治療者：先週I夫人は、私が夫の側につくといいました。(暫らく沈黙が続く)。

R♀：ドクターが夫側と思っているのか？

S♀：私が何か発言したのは覚えているが。私は何となく恨んでいるのです。ここの雰囲気全体を…。

治療者：それは大事なことだ。(励ますようにいう。短い沈黙)。

治療者：私がI夫人を好まないというように感じていることが、表面に出ましたね。

S♂：妻はあなたが中立でなく、私の側という。

R♀：私は反対の印象。ドクターは女性に親切で理解しようとする。(中略)。

I♂：(妻に)自分の言ったことを否認しているうち、忘れたのだろう。

I♀：私はあなたの言ったことを記憶していない。

I♂：あの日、ドクターの所に行った時…。

I♀：私は「あなたをととても助けられない。ドクターの所に行きなさい。ドクターは理解し、助けてくれる」と言っただけ。私がそう言っただけなのに、冷たいといわせたいの。

治療者：誤解は折々生ずるものだ。理解することは、難しい。皆が非難するという圧力を、あなたは感じているのですか？(I♀に)。

I♀：すべての人びとではない。私の母や友人達は違います。夫は外に行き飲んでトラブルを起し、私をからかう。その癖、私の圧力の下にあるという。(ふくれた顔付でいう)。

治療者：恐らく何か問題がある。I夫人の言い方は結婚を完全に破壊するような言い方だ。あなたが不満なのは、飲酒やお金のことですか？

I♀：金を持って来ても、何時も不十分です。

治療者：飲まなければ、もっと持って帰るといいますか？

I♀：前にそうさせようとしたことがある。しかし、一度だって自分でコントロールしたり、やめたことがない。だんだんひどくなるばかりだ。

治療者：一度だって…。

I♀：続けてやるのです。三度も四度も。

治療者：無力でどうしようもなく、繰返すのだろうか？

I♀：私は飲めないし、飲みたくもないけど。

R♀：何か彼を飲ませるのでは…？

I♀：彼は生れつきの酔っぱらいよ。(吐き棄てるように)。

治療者：何か彼を飲ませ続けるのでしょうか？

I♂：それが唯一の楽しみだ。外で飲むのが楽しみ。何故その楽しみをやめなければならない

のか？

治療者：家では？

I♂：（叫ぶように）、いや、私が一目散に家に帰り、ジーンとしていればよいのか？ 誰とも交際せずに。

I♀：私ならバーに寄るより、家にいる方がよい。

R♀：友人はあるのですか？

I♂：持っていない。バーに行けば、何人かと知りあいになって話したり出来る。

R♀：あなたは、バーではあなた自身気持ちよく感じるのか？ あるグループでは、疎外感を感じてしまうのか？

T♀：妻がいない方が楽しめるのですか？

I♂：私は十分楽しめますよ。

I♀：あなたはずい／＼私が一晩か二晩外出しようとする目という。私は一歩も外に出られやしない。

R♀：何故？

I♂：妻はいつも犠牲になっているというんだよ。

R♀：子供のお守りを頼んで、外出するならいいではないですか？

I♂：彼女は外出するのが嫌いなんだよ。

治療者：先づ第一にあなたはどう感じるのか？ 彼女はあなたがどう感じているか、知っていないと思う。

I♂：彼女は何時も、自分が話したことを忘れてしまう。

I♀：私が一晩外出したら、あなたは次の三日間続けて外出したではないの？

T♀：悪循環、彼が外出するとき、あなたは黙っていて、あなたが外出するとき、彼は黙ってればよいのでしょうか。

I♀：私は何時でも黙ってますよ。一週たった40弗で、何から何までするんですからね。

R♀：あなたは出来るのでしょうか？

I♀：どうにか、やってゆけるけど。

I♂：母親の名のもとに、女は何時も欲張って金をむしり取るのさ。

I♀：あなたがむしり取り、そのうち私を殺すでしょうよ。

R♀：子供は悪循環の中に、巻きこまれているの？

I♀：（反発的に）まるで我々が今日の報告者みたいね。

治療者：私はI夫人の感情を十分理解出来たと思う。何か聞こうとすると、彼女はすぐ防衛的になって、十分表現しない。混乱してしまう。私にわかるように話してほしい。

（I夫妻の争い続く）。

（中略）。

T♂：要するに彼女は、あなたに反対するのだね？

集団精神療法

I ♀：彼が私に反対するのだ。（治療者を除いて一同笑う）。

私は一度も彼を脅やかしたことはない。

T ♀：あなたの言い分を、彼は信じないんでしょう。他人はあなたを信じているのでしょうか。

I ♂：他人だって信じやしないよ。

I ♀：他人の男性なら信じますよ。

R ♀：他人の男性とは？

I ♂：どこかの有象無象。その他大勢のとき。

I ♀：私は別に独身の男を意味しないわ。

I ♂：有難う。（治療者を除いて一同笑う）。

治療者：あなたの言うことは、よくわからない。何故、あなたの感情が夫を脅やかすのか。

I ♂：こわがらせようとする。

治療者：少しははっきりした。しかし、そのようなやり方は効果がないでしょう。

（中略。RやTがI夫妻に質問し、I夫妻の議論は平行線を辿る）。

I ♀：何て哀れなの。彼がある生き方を固執するなら、私は行かせてもらいます。

T ♀：妻は自由がない。妻は1日18時間働き、夫はたった8時間の義務だけ。

T ♂：夫だって、24時間の義務だ。

T ♀：彼は家に帰って一言か二言、夕飯の時一言、朝飯の時一言。彼は金を持ち特別の存在。

私も収入があれば大きな顔をしているわ。

I ♀：私の財布には一文のお金もない。私がお金を持てば何処かへと行くと、怖れているんだ。
（叫ぶ）。

R ♀：あなたは御主人と一緒に、何処かへ行くことがありますか？

治療者：彼はあなたが去ることを怖れている。

I ♂：それは理由にならない。

治療者：それは十分理由になる。

I ♂：お金は銀行にあるじゃないか？

I ♀：それはいろいろな支拂いの金でしょう？

I ♂：小銭がある。

治療者：あなたがお金を渡さなかったのですね？

I ♂：私が小切手を持ってきても、満足しないんだ。

I ♀：そんな／彼はそんなことを言うが、私は小切手帳さえ見たことはない。

R ♀：彼は野菜や肉の代金を拂うのですか？

I ♀：彼が拂っているわ。

治療者：共同の小切手なのか？

I ♀：ええ。しかし、私は一度も使わない。いくらあるかさえ知らないのだから…。

T ♂：銀行は何処か？

I ♀：彼は50弗銀行にあると言うが、それはずっと前のことで、今は40弗位しかないのではないか。

治療者：あなたが銀行に電話してみればいい。

R ♀：銀行は電話では教えませんよ。

T ♂：支店はないのか？

治療者：あなたは何を訴えたいのですか？

I ♀：彼は狡猾だ。すべてについて。ポケットにいくらお金があるかさえ、隠している。

I ♂：とんでもない！

R ♂：彼女はこんがらかっているんだ。

I ♀：私は一度だってお金のこと、知らされやしない。

治療者：でも家計はバランスが取れているんでしょう？

I ♀：とれませんよ。

R ♀：勘定書は？

I ♂：皆拂っていますよ。

R ♀：彼女は経済的に自由がない。彼女が自分で何かしたいとき、全然ゆとりがないということだわ。

I ♂：妻は支拂いを任されている。

T ♀：彼女がもし数ドルでも自由な金を持てれば、完全に依存しているわけでない。しかし、彼女の発言権は全然ない。

I ♂：5 弗位。勿論彼女は自由になるさ。

I ♀：(遮って)、あなたは知っているのではないか、子供のものを買ったり、いろいろ……。

治療者：悪循環ですね。

(I 夫妻、子供の引取りについて争い、T 夫妻、私語)。

I ♂：私は若いから、別の人生を歩きたい。金銭は問題でない。

I ♀：坐って…、坐り続けて…、晝も夜も。家の始末。子供の世話。それがすべてだ。私は断然別居します。

(中略)。

治療者：われわれは時間を長くかけたが、外国同志のように一向話しあいが見つからない。金銭のこと、外出のこと、いろいろな話題が次々に出てきたが…。

I ♀：私はお金がない。今も10弗位しかない。(訴える)。

治療者：私は医者なので…。(困った顔付。I 夫妻口論を続ける)。

治療者：どうも二人とも、ますます悪化したようですね。

(T 夫妻、夫の母のことで争った話題を出す)。

T ♂：苛々してまった。妻は冷たい家族を持ち、自分の他には愛する人間を持たないのだ。

R ♀：あなたは個人的に攻撃したのか？

T ♂：私は一度も直接攻撃したことはない。彼女は一人娘で、子供っぽく、未熟な人柄だ。

集団精神療法

T♀：未熟だっていうなら、あなただってそうでしょう。

R♂：具体的に何があったのですか？

T♀：暫らく前に、私たちは旅行しようと計画して、お金を貯めていた。それが目標額に近くなった時に、姑がお金を借りにきた。家の修理ということで、夫は貸すといったが、私は反対した。それは初めての旅行で、友人と約束してあったから。しかし、姑はそれ以来ずっと恨んでいる。

T♂：ただ貸さないだけでなく、お前は私の家族を侮辱したじゃないか？

T♀：あなたは話をすり変えてしまう。それから同じ頃、8人のパーティでお酒を飲み、ホテルに行き、私が運転した。皆が酔っていい気持だったのに、あなただけが不機嫌になって、皮肉や厭味を言って、私を侮辱したじゃないの？

T♂：お前が運転しながら、あまりだらしがなかったからだ。あんなにお金を無駄使いして。

T♀：お母さんに貸さなかったことを、恨んでいるんでしょう。

治療者：それは同じ週か？

T♀：同じ週です。

R♀：何時のこと？

T♀：2年前。（メンバーがクスクス笑う）。

R♀：何だか、おかしい話だわ。

（T夫妻がそれぞれの原家族について、議論する）。

治療者：お互いに家族を侮辱したのか？

T♀：家族のことはともかくとしても…。

T♂：彼女は支拂いをきちんとせず、私を苛々させた。

治療者：彼の反応を考えたのか？

T♀：彼は激怒した。私は時には、家の装飾にムードとか、変化を望んだだけ。それで支拂いが溜っただけだ。勿論すみませんと謝ったが。彼は何時だって、私がどんなに感ずるか気づかない。私に沢山の欠点があるのはわかっている。しかし、私が話しあいたいと思っても、彼はすぐ議論と取ってしまう。

治療者：家族が冷たいといっても、何か少し変化出来ないのか？ たとえば、家族を取扱う時の態度を、ちょっと変えてみるとか…。

T♂：私はまあ幸福に結婚している夫婦に入るよ。

R♂：おかしいじゃないか。一人だけでは、幸福なカップルとはいえないだろう。

T♂：不幸な結婚をした夫婦は、別れてしまうんだろうが、私は別れない。私は長い間独身だった。満足しないけれど、どうにかしようと思って、このグループに来ているのだ。

（中略。R♀は結婚をピアノの稽古にたとえ、練習の必要性を説明する）。

T♂：ケネディが暗殺されたとき、私は不安になり苛々した。しかし、彼女はわかってくれない。私は一人で生活しているようなものだ。彼女は何か私の好みの夕食をつくってはくれたが、

馬鹿らしい…。見せかけの平和だ。

S 母：でも彼女は努力したんでしょう？

R 母：夫に食べさせるためでなければ、あの日食事などつくらなかったでしょうよ。

治療者：それ（暗殺）は、あなたを苛々させたのか？

T 母：ええ、私は泣くべきだった。しかし、しなかった。

治療者：何？ 怒り？

T 母：私に対しての怒り。

R 母：すべての人にショックだった。

I 母：汚れた山積みの皿。私は何時もそこにいる。（うめくようにいう）。

T 母：私の妻は悪い家政婦だ。私はいつも憂鬱だ。

R 母：私は皿洗いが嫌い。私は台所で働きたくない。

T 母：暗殺を聞いて私も動揺した。6時に帰ったら隣の人 came。その人は何時も食事の時来る。私とは5分も話す暇もないのに、隣の人とは話す時間がある。私はもっと料理しなければならなかった。鍋も数少いの。

T 母：あなたはいつも十分な量の料理をしない。

（中略。T夫妻が子供のことで争い、T母が子供に暴行し、T母が怒って妻を打ったことが語題に出る）。

T 母：はっきり言いなさいよ。あなたは子供を助けない。無関心。子供が嫌い。追い出そうとした。

治療者：子供にもその不満を話したのか？

T 母：子供たちは眠っていた。私たちはいつもどう生活してゆくかが問題になる。いくら話しても、われわれは一度も、新しいやり方をためたことはない。

R 母：とにかく、我々は皆人間だから。（なだめるように）。

T 母：他の子供には影響がある。子供の顔が猿のように醜くなってしまふ。

R 母：雑誌で見たけど、イギリスでは、生徒が40人で、完全な自由主義の学校があるそうですね。

治療者：サマーヒル・スクールのことですね。

R 母：完全な自由、全く制限がないとか。

治療者：統合された自由な雰囲気。ふつうの家族にはそれがない。今いろいろな話題が出ているが、必ずしも一つの問題に固執しなくてもいいでしょう。離れているようでも、互いに関係があるかもしれないから…。

（中略。T母がタイプライターを買い練習を始め、すぐにやめたことを夫が非難し、相互に攻撃する。S夫妻の娘が情緒障害といわれたことも出る）。

T 母：私は殻の中に閉じこもっている。どうしてあなたに私の気持がわかりますか？ 私は劣等感がある。私は冷淡な家族の生れですよ。しかし、私だって生きています。妻の気持位知ってくれたっていいじゃないですか。私はいつもパズルを前にしたよう。小さい切れはしを

集団精神療法

かき集め、無益な努力をしている。

T♂：私がかからなくても、彼女はそう取らないんだ。

治療者：あなた方二人とも、そうではないんですか？ どちらが正しいか、どちらが上かと、こだわっている。(中略)

治療者：この回はケネディ氏の死去にもかかわらず、本当に活発なセッションでした。皆さんに希望がないようにはみえません。いろいろな議論が出るのは、どうにかしたいという努力のあらわれでしょう。

R♂：互いに憎みあうのに忙しく、何も学ぶことが出来ない。

R♀：強制されなければ、憎しみもへって、わかりあえるかもしれませんが…。

I♀：いい事なんて結局出てきませんよ。(絶望的に)。

治療者：少くとも、はっきり理解しあうことが第一。いろいろ決定的な結論を出すのは、その先。(打切るようにいう)。

I♀：私は土曜日3時まで働くので、時間を変えられませんか？

治療者：他の人にきかなければ。とにかく時間なので…。時間がきたから終りにしましょう。

(治療者足早に退室。患者たちは出口に歩きながら会話を続けている)。

治療者と観察者の討論から

治療の行われたのは暗殺の翌日であったし、これらの夫婦は折々欠席していたので、治療者は少数の出席を予期していた。しかし、全員が出席した。彼らは明らかに不安そうなおびえた態度を示し、治療者に訴えたい様子であった。

しかし、治療者は前日の暗殺事件に觸れさせなかった。メンバーの一人は、通常の話しあい始めることの困難さを訴えた。治療者自分の憂いに満ちた重苦しい表情は、彼が決して平静でないことを推測させたが、彼の口調はそれについて語ることを好まない様子であった。治療者は前回の具体的な話題の一つ、「治療者は夫の味方だ」という妻の一人の苦情を取り上げた。

大統領の暗殺に直面して、父親像を失ったメンバーたちは、父親像としての治療者に受け入れられ、統合されることを望んでいたので、このような主題を好まないように見えた。治療者に問われた何人かは否定したが、之を契機として現実の夫婦関係の問題について会話が進んだ。何回かの沈黙はあったが、このような夫婦療法の常として、きわめて現実的、具体的な葛藤が次々と早いピッチで提出された。しかし、何れもきわめて浅いレベルで、やや強迫的な義務感を伴っていた。治療者も小切手など具体的な問題に介入しているが、問題の背後にある感情には解れない表層的なものであった。

何人かのメンバーは、怒り、恨み、相互非難を表現した。集団全体の感情的基調は、やり場のないくすぶった怒りであった。会合の終りに、治療者は「大きな事件の後なのに、活発なセッションであった」とメンバーを褒めていたが、メンバーは反応せず、その言葉は空しく響いた。確かに切れ目なく、具体的な事実が次々と述べられ会話は進んだが、背後にある感情に深

く立入ることは出来なかった。夫婦それぞれが相互に非難しあい、相手に責任を負わせるという習慣的な傾向もあるが、それよりも各メンバーのゆとりのなさ、何か話さなくてはという義務感に帰因するのではないかと思われた。治療者自ら「(たとえ、大統領が暗殺されても)、アメリカは生き続け進まなければならぬ」という悲壮な切迫感に束縛され、患者に休まず働くことを強要したのかもしれない。会話の間の予期せぬユーモアに全員に笑いが起きても、治療者が1度も笑みを浮べなかったのは、彼の内心の苦悩を示していたのかもしれない。

集団 B

日 時：1963年11月23日、午前11時

場 所：精神分析医オフィス

治療者：男性、精神科医、B。

観察者：女性、精神科医

患 者：L. 男性、不安神経症 (入院経験あり)

F. 男性、性的倒錯と神経症的性格

S. 男性、強迫神経症

O. 女性、境界例分裂病 (入院経験あり)

Z. 女性、抑うつ反応

W. 女性、強迫神経症

C. 女性、抑うつ反応

(R. 男性、てんかん患者は欠席)

アルファベットは何れも姓をあらわす。

(定刻になると、全員待ちかねたように入室する)。

L：ケネディの死は、私の安定感を壊してしまった。

O, C：ジョンソンが彼の仕事をひきつぐでしょう。

S：心臓がとまりそうだった。

O：誰かが跡をつぐのは、わかっていることだわ。

S：ケネディの偉大さは、死んでも消えはしない。来年の選挙では、ジョンソンが出るだろう。

私は共和党の大統領が出るのではないかと、怖れている。

L：私も同感だ。ジョンソンがなるだろう。

S：ゴールドウォーターがいいんじゃないかね。あんたは心理学的に反応しているのか？

(やゆ的に)。

L：いいや。(防衛的なひきつったような笑い)。

F：ゴールドウォーターなんて、しらみ野郎だ。

L：私はこれ以上何も話したくない。話すのが難しい。何を話してよいかわからない。

O：大統領が死んだから？(無邪気に問う)。

S：大きな損失だ。尊敬の対象が消えた。(演劇的に)。

(短い沈黙。Sが自分の店に客がナイフを買いに来たこと、自分は拳銃を持っていること、銀行にガードマンが目立つたことなど、喋り続ける。Fが口笛を吹き、からかうように手を叩く)。

C：(Oに) どう感じたのか？何か特別に感じたか？

O：興奮した。しかし、その事で別に障害はなかった。特に。(あっさり言う)。

C：(詰問調で)、あなたは米国の市民になっているの？

O：いいえ、(驚いたように答える)。

W：私はいろいろ感じた。でも、あなたは関係ないのね。

O：私はここで皆さんと関係を持っているわ。

L：もし、仮りにあなたの父親が殺されたら…。

O：いい事ではないか？ 勿論ショックだが…。

C：アメリカ人でなければ、このような場面に巻きこまれずにすむのだろうか？(観察者を一瞥して言う)。

O：同じように感じるわ。恐らく大統領の子供達もショックでしょう。彼の妻よりも。妻はそんなに感じないに決まっている。(Cが驚き、聞き返す)。

O：妻というものは、そんなに感じないものでしょう？

治療者：Zはどう感じたのか？

Z：Oはケネディ夫人が感じないというが、私には了解出来ない。(Wもこれに賛同する)。

O：再婚するでしょう。多分ね。彼女には自分の道を切り開く才能がある。

W：両親がいなければ、子供は誰に頼るの？

O：両親がいなくとも、子供は成長するわ。

Z：小さい子は父親を覚えているだろうか？

O：上の女の子は大統領を覚えているし、父親の影響が残ると思うわ。

Z：小さい子が父親の記憶もなく、母親が再婚するなんて……。想像もつかないわ。

C：ケネディ夫人は、ショック状態だろうか？

L：覚悟を決めたように、感情を表に出さない。

C：しかし、彼女は泣く必要があるわ。

W：この事件で、彼女は訓練されるでしょう。

C：Fの葬式への反応を思い出したわ。近所の知人が死んだ時、両親が泣き叫んだといったわね。そしてFは冗談を言って慰めようとしたって。ところが両親はかえって怒ったって。

S：感情的爆発？

F：そうだろう。狂人みたいにさ。

W：夫の父が死んだとき、夫はふるえながら泣いていた。彼は感情を出すまいとした。母の為に。しかし、私はすぐ泣いてしまう。映画を見ても。この間さんざん泣いてしまった。

O：8才頃映画を見て泣いた。その後、同じ映画を見て、また悲しくなって泣いた。

Z：どんな映画？

O：私は覚えていない。よくわからない。多分イギリスのもの。でも大統領が死んだ時、私は何も感じなかった。

L：感じないっていうのは、彼が嫌いなことだね。

O：別に嫌いというわけではない。

S：わが国の恥だ。恥ずかしい。この自由な民主主義の国で、こんな事が。南米ならともかく。

L：1930年代の様だ。

O：あなたは、ケネディが唯一の大統領だと思っているの？（驚いたように言う）。

L：いや、理屈から言えば、誰でも大統領になれる。しかし、人気や能力という点から言えば。

S：若さと精神力があった。

F：そうだ。

C：夫人もよい組合せだった。ジョンソンはケネディの持っている資質を欠いている。彼はありきたりの政治家に過ぎない。

治療者：喪失感について話すのは、人間にとって難しいことだ。ある人は話すことが難しいと告白し、ジョンソンについて話した。ある人は恥辱感について、ある人は死について話した。ここにいる人すべて将来何が起るか不安を持った。それは深い意味を持った、また基本的な事柄だ。

S：何故、私の発言を取上げるのですか？ 私は別にケネディの追随者ではない。私は先生に質問したいだけだ。

L：信じられないね。

S：待ってくれ。此処に来る前に、ドクターは、この事件につき、どう感じたのですか？

(治療者発言せず)。

L：彼は今職業的な立場にいる。先生はここに感情的に巻き込まれない立場にいるんだ。

C：もし、あなたの夫が死んでも何も感じない？ (Oに)

O：私は知らない。私はわからない。(急に取乱す)。

S：私は先生からまだ答を貰っていない。(強い口調で)。

L：何故、我々は皆そんなに興奮しているのか？

O：私達が皆がそんなに興奮しているとは思えない。

S：私は涙と怒りと…。私の質問に答えて下さい。(治療者に)。

治療者：私に何を聞きたいのか？

S：之は個人療法ではないけれど、私はドクターがどう考えているのか、ぜひ知りたい。

L：皮肉な…。(怒った口調)。

S：私は先週から退屈しているんだ。実際。

C：あなたは怒っているなら、出てゆけばいいわ。(Sに)。

S：私は胃が悪くなり、内科医に行った。彼はB先生の治療について尋ね、「何か話してくれるか」と聞いた。何も言わないと言うと笑っていた。先生は何時も石のよう無言で質問に答え

集団精神療法

ない。まるで何かしら、口をきくことを憎んでいるようだ。

C：何故あなたはそういう言い方をするのか？ あなたは症状もよくなり、いろいろのものを得たと感じているのに、それ以上他人から期待するのか？ 先生は勿論強く感じたにきまっている。

S：あなたは患者を励ます事を、怖れているのか？

治療者：あなたは励ましでなく、他のものを求めているのではないか？

S：偉大な先生から、励ましてもらいたいだけだ。

治療者：あなたは医師も人間であることを、証明したいといたしましたね。

S：私はそんな事を言った記憶がない。

治療者：あなたは何時かこう言った。自分は父を愛し尊敬する。息子は父に従い、はむかうべきでない。父は息子に愛情と励ましを与えるべきだと。

S：勿論、そうあるべきでしょう。

治療者：あなたは今父の像が壊れたことに…。

S：いいや、違う。(遮って続けさせない)。

C：あなたは怖れているんだわ。

Z：あなたは秩序が乱れたことに、ショックを受けた。

S：Rは来ないのですか？(治療者に尋ね、治療者うなづく)。

F：何時も喧嘩するRに、いてほしいのか？

S：馬鹿な…。

O：あなたはRを軽蔑するが、本当は頼っているのでしょうか？

L：我々は皆感情的に巻きこまれている。それは通行人の死と違う。交通事故とも違う。

S：友人が妻を失い私は弔問したが、生命は贈り物と感じた。金でも命は買えない。神の賜物だ。何故神に祈るのだろうか？ こんな事があるのに。理由がわからない。

L：あなたの言う事はおかしい。馬鹿らしいではないか。(短い沈黙)。

C：何も彼も混乱しているわ。

F：私は神に恨みの気持を持っている。しかし、ローズベルトが死んだ時も、彼の考えは続いたじゃないか。

L：私も同じ反応、神は為す事に値する。

Z：神は力を持つ。

S：何故？ 我々が何をしたというのか？

L：罪を犯したからだ。

Z：私は罪など犯していない。

O：よい事をし、しかも地獄へ行く。

F：我々の罪は怖いものではないか？ 我々は罪を受けるに値する。

S：神学的なことなら、よその場所で話してほしい。

治療者：Fは何か言おうとしているのでないか？

F：母は涙，涙，涙。私は冗談を言ったり，世話をした。

S：どう反応したのか？

F：微笑んで…。

L：あなたは感情がないのか？ 笑っていたのか？

F：いいや，笑わない。

S：私は質問したい。宗教がこことは別世界のものなら，何故，大統領の死を此処に持ち出すのか？

W：大統領の死は私を神経質にした。私は考えたくない。将来どうなってゆくのか？ 我々はそのうちに死ぬだろう。不完全のままで。大統領の死は私を混乱させた。眼がまわるような衝撃だった。どうしたらよいかわからない。私達も彼のもとで，何か，何か出来るような気がしたが，彼は死んでしまった。もうだめ。何故そう信じていたのか…。

Z：あなたはそんなふうと考えていたのか？

W：ええ，精神的に完全なものが，去ってしまった様な気がする。私は自分の小さい問題を此処に出すのが今日は恥しい。しかし，私はそれに囚われている。それが私だ。

Z：というと？

W：何かが私の考えを停止させている。私は死にかけているように感じる。私は精神病院に入れられそうに感じる。私の未来が壊れるように感じる。

C：夫の死のことを考えたのですか？ ジャッキー自身のように感じたのか？

W：そうだと思う。生命というもの，未来というもの，いろいろ考えた。夫のことを特に考えたわけではないが，人生とか，命について一般的に…。

L：あなたはもっと自分個人のことを，個人的に考えるのを避けたのでしょうか。

O：死という考えが離れない……。 (軽い調子で言う)。

W：私は死の錯覚，死の幻覚を感じた。

L：私の反応は烈しい怒りだ。悲しみではない。狂信的な右翼を思った。右翼が憎み，彼を殺したのだ。

W：私には出来ない。ある状況で烈しい怒りを持ったにしても，それを直接あらわして，殺したり出来ない。

O：私は特別の状況なら…，きっと出来るわ。

W：あなたは大統領を殺せるの？

O：いや，そんな意味で言ったのではないけど。

L：私は出来るかもしれない。

W：私は出来ない。殺すことは。(涙があふれてくる)。

S：それは。(解釋しようと言いかける)。

W：いや，いいの。私はショックを受けただけ。一体何が世界に起っているのか，混乱しただけ。解釋などいらないわ。

集団精神療法

C：世界にはどんなことでも、起りうるんじゃない？

O：何故、そんなこと言うの？ そんな状況を仮定するの？

治療者：あなたの気持の中に、何が浮んだのか？

O：えっ？

Z：罪悪感。誰かが告白したように。

治療者：多くのメンバーが関係している。誰かは怒りを持ち、誰かは死に直面して罪悪感を持った。

W：しかし、私は彼の死を望まなかった。

O：誰でも死を望むわ。何時か、何処かで。あなたは気づかないの。あなたの近くにいる愛する人が死ぬことを考えないの？

W：勿論、私は家族に怒りを持つが、しかし、それだけだ。

治療者：（何か言いかけたOにたずねる）。

O：彼女は当然気づくべきだ。彼女はそれを表現するのをおさえる必要はない。その考えが意識に上った時、それは自動的に変化する。

治療者：あなたは何を言いたいのか？

O：いや、正直に言って、私は誰かを殺そうと思っているわけではない。私が大統領を殺すんですって？

治療者：それは大切な問題だ。あなたとの関係で…。

O：いいえ、とんでもない。（手を振りまわす。Wは泣き続ける）。

L：自分の真実の気持ちに気づくのは、時間がかかるものだ。

治療者：知識とか、経験もこういう時には助けにならない。我々は幼児のように心細く感じている。

W：何故？

治療者：何故、怒りや憎しみを持つのか？ 何かがWに起っているのではないか？

L：感情を表現出来ず閉鎖されていることか？ ケネディに関係しているのではないか？ ケネディは彼女にとって神だった。神が死に、彼女は怒っている。

W：私は怒っていない。

治療者：悲劇が起った時、初めて真実がわかる。その前には詳しいことはわからない。前の週の話題の人種の問題もそうだ。Sの提出した……。

S：何が？

治療者：神が打ち砕くということだ。

（中略。Sが自分の母の態度についての不満を出し、それぞれが父母への怒りや罪悪感について語る。Oは母の病気は自分の罪だと語る）。

C：私は退屈した。ここではすべて大切な事を避けている。

L：憎しみ。あなた自身に向けられた憎しみ。それは一度他人に向けられたが、今はあなたに

向けられている。

W：そうだ。私はきっと私自身を怒っているのだ。私は自分自身をそんなに怒っているなら、自分を殺すかもしれないが、それは出来ない。

L：ケネディの死があなたの怒りを呼びおこした。

W：私は誰も非難出来ない。私の中にも同じような衝動がある。人を殺し傷つけるような…。

S：それは誰にでもある衝動の延長さ。(軽く言う)。

L：あなたは、その言葉で、問題を避けている。(Sに)。

(中略)。

W：私は「成人」になりたい。

C：あなたは二人の子持ちで、妻でしょう。

W：それは「成人」を意味しない。

O：成熟するということ？

S：そうだ。大きな秩序に従うことだ。

F：私は何故だか知らないが、怒りで一杯だ。

W：私はLの言うことが、実感としてわからなかったが。今は心臓が烈しくうっている。
(泣く)。

L：今ならそれを受けいられる？

W：私はあなたのように才能がない。私は世界は欲しくない。私は小さい平和だけを…。
(泣く)。

L：私は才能なんか無い。他人の感情さえ理解出来ないんだ。

W：私はどこかに出てゆくことを、望んでいる。

O：何から出てゆくのか？

W：それはわからない。

O：私は別の希望を持っている。遠くに立去ってしまうこと…。

W：私は家族に愛情がある。出てゆきたくはない。でも私は外に出て、私自身人間になりたい。私は自分を閉ざし殻の中に入っている。誰も、私以外は、私を留めようとし無いのに…。

(Sが10年前家を出ようとしたが、留まったことを話し、両親や妻との板ばさみの犠牲者であることを訴える。他のメンバーがSの発言の矛盾をつく。治療者が、Sが自分だけ罪のない聖人のように、メンバーに思わせたことに觸れ、Sが女性のどの部分に反発するかたずねる)。

C：Sはいつも誰かを非難するのだ。

O：あなたの治療は他の人より複雑だ。誰かを非難しても片付きはしない。

C：私は夫を何時も非難した。自分は何時も完全と思っていた。しかし、今ではよくわかったし、むしろ、自分を非難するようになった。

S：妻は私が娘に関心がないと非難する。私は娘が宿題をしようが、しまいが、一向かまわない。治療者：娘がするか、しないか、実際のところ、あなたは関心がある。かまわないといいなが

ら、態度ではかまっている。

S：（演劇的に）。私はこれ以上耐えられない。荷造りして去るよりしかたがない。私は犠牲者だ。

F：祖父母はあなたの娘を世話するのか？（S、否定）。

F：祖母は孫に電話をかけてくるのか？

S：電話する。

W：何故、祖父母が孫に電話しなければならないのか？

S：私は自分の祖母に毎日電話をかけた。

F：あなたの時代と違っている。

S：妻は子供の思うようにつくり上げ、独占している。

F：子供を現具にするのか？

W：私は自分の子供に、特別に祖父母に電話させないが、子供は電話したがっている。

S：子供というのは、電話が好きなものだ。

W：それは異なる話だ。あなたは私に話をさせないのね。

S：それは……。いや、そんなつもりでは。

治療者：我々は残念だが、もう終りにしなくてはならない。

S：私は家に帰って働かなければ……。また忙しい生活が始まる。晝食をとり、働き、家族を養い、ああ、際限のない……。〈限度なく続けようとする〉。

治療者：時間がきました。終りにしましょう。

治療者と観察者の討論から

3人の治療者の中で事件の衝撃を強く感じながらも、それをもつとも外面に出さなかったのはBであった。セッションは沈黙もなく進行したが、全体の流れはやや屈折していた。集団全部を通して感じられる気分は、怒り、喪失感、悲哀、恥辱、抑うつなどであった。そしてOはその場にふさわしくない陽気さを示した。分裂病境界例のOは、新入りのメンバーであるが、欧州の小国に生れ米人と結婚、出産後症状を呈した。Oは8才の時父に棄てられており、このセッションでは喪失感から自分を保護するため、常にない軽佻さを示したと思われる。Oは他のメンバーと一線を画し、喪失感を否定しながらも、ケネディの子供と強く同一化した。Oの無邪気な、浮々した調子は、他のメンバーを驚かせた。危機に際し家族的な結合感を求めているメンバー、特にCはOが外国人であるという理由で、（おそらくは感情を出さずにメモを取っている観察者も含めて）理解しようとした。Zは抑うつの余り発言せず、Cもいつもの多弁に似あわず、感情をおさえようと努力していた。大学院生のLは、感情的に不安定であったが、治療者の職業的立場を理解しようとしている。Fは両親の悲しみを冗談で慰めようとするなど未成熟なところがあるが、この回でも落着かない立場を示した。強迫神経症のSは喪失感、秩序の崩壊への不安をおさえ、怒りや恥辱感を表面に出した。不安なSはいつも中立的な立場

を保つ治療者に対し、一人の人間としての反応を求めた。同じく強迫神経症のWは怒りで反応した。彼女は自分の立場の崩れてゆくような破滅への怖れを感じ、また自己の内部にもある攻撃的衝動に脅やかされた。SやWが先づ怒りをあらわしたのは、それが悲哀や喪失感より、はるかに取り扱いやすかったからであろう。

欠席したRはイタリア系の貧しい白人で、陽の当る場所にいるエリートに羨望と嫉妬を抱き、特に黒人の権利を擁護しようとするケネディに烈しいアムビバレントな感情を持っていた。

彼はどうしても来所出来ぬと電話してきたが、彼がいれば多くのメンバーが同じように感じているこの領域をもっと探ることが出来たであろう。治療者はメンバーに悲しみ、嘆きを表現させ、それを分けあわせようとした。「喪」の感情について集団を統合させようとし、集団も統合されることを望んだ。しかし、治療者はこの意図を十分成功させることは出来なかった。

中立的な、距離をおいた治療者の位置を離れて、人間らしい真実の感情を示そうとしたが、果しえなかった。これはメンバーの多くが、Bの職業的立場を余りにもよく理解し、(あるいは、そのように訓練されて)、それ以上を求めなかったことにもよるし、B自身も衝撃のために枠組から出ようとしても自由に動けず、自分を感情的爆発から守ろうとするために、より detached になるという結果になったのかもしれない。

集団C

日 時：1963年11月26日、午後0時30分

場 所：精神分析医オフィス

治療者：男性、精神科医C

観察者：女性、精神科医

患 者：M. 女性、抑うつ反応

G. 女性、神経症

T. 男性、神経症

J. 男性、神経症

V. 男性、同性愛的傾向をもつ性格異常

(E, 女性、分裂病と、H, 男性、薬物中毒欠席)。

アルファベットは何れも名前をあらわす。

(定刻になると患者はいそぎ足で入室。治療者の顔を見つめ、その反応を待つ)。

G：あの出来事は、私を打ちのめした。誰も彼も道で寄りそってひそひそ話をしていた。我々人間が一人ぼっちでないことは救いだ。

M：ショックがあまり大きすぎたので、私は誰とも話すことが出来なかった。

治療者：私は自分自身と彼(ケネディ)の間に在る、何かを感じていたが…。

M：そうだ。私は彼を嫉妬していた。いつも。

治療者：私は今自分の気持を誰かと分かちあいたいと思っている。強く、本当に強くだ。

集団精神療法

G：私も強く感じているが、気持を分ちあえない。互いに信じあえる友人同志のみが、悲しみを共感出来るのだが、私はそんな人を持っていない。

治療者：トニー、あなたはどうか？

T：ケネディは私にとって尊敬できる唯一の人だった。悲しい。とても悲しい。何という野蛮さか。悪夢のようだ。

治療者：エディスは余りに動揺して来られないと電話してきた。私は自分の嘆きを整理したが…。ケネディがいなくて戦争が起きるような気にさえ、なっている。

T：さあ。ケネディがいなくても誰かがやりますよ。それが国の政治というものだ。でも、こんな急な変化では、誰もケネディの残した隙間を埋められない。

M：私はこの嘆きに「けり」をつけることが出来ない。いや、私は何時までも嘆いていたいのだ。

J：それはあなたの個人的なこと？ 確かにケネディの死は我々にとって、いや、私にとって意味がある。私は悲しい。私の生活に何が起るか予測するのが難しい。その思いが私を緊張させる。此処にいる誰かは政治的な意味で、彼に批判があるかもしれない。しかし彼がどんなに偉大であったか。(絶句)。私は奇妙な感じを持つ。彼はアイゼンハワーやトルーマンより偉大な存在だ。トルーマンが殺されたとしても、ショックが違うだろう。

M：ローズベルトが死んだ時も、悲しみは大きかった。私はケネディが大統領になった時、リーダーシップを感じた。ジョンソンもそう思うが…。

J：本当か？

M：リーダーだろう。しかし、ジョンソンは本当のリーダーでない。

G：人びとはジョンソンを信じている。

J：ジョンソンは既成のリーダーだ。しかしケネディは未来の(絶句)。未来のリーダーだ。

(中略)

G：私はおびえている。

J：何を？

G：全体の状況が…。私の神経症はどうなるのか？ 狂った世界。極端なこの変化。世界の秩序や法則はなくなってしまった。

T：私もニュースを聞いた時、驚いた。信じられない。個人としての恐怖。すべてがバラバラ。政治がどうなるかも想像出来ない。偉大な(皮肉に)ジョンソンも、そのギャップを埋められない。

治療者：何を怖れているのか？ トニー。

T：私にもわからない。

M：事件の場所が私を当惑させる。あのテキサス。暑くて憎しみに満ちて、極右。沢山のお金が集められ、計画され、陰謀が企たまれ…。

J：私は反対だ。ケネディが死んでも、ビジネスはすぐ落ち着き、すべては何時もの通りだ。

M：悲劇だが何も起らないという人もある。

G：私は世界の事なんか考慮しない。ケネディが一体何を成就したのか？ 何が彼を駆りたてたのか？ それは私たちには無関係だ。私は彼が進んでゆくのを憎みながら見ていた。刻々と、いやな時間だった。憎みながら羨やんでいた。

J：之は治療の時間だ。お通夜でない。世界の平和なんて夢の様だ。クルシチョフも泣いたという。ケネディは真正の人間だった。

G：私は彼の様な人間にめぐりあえると思えない。

T：繰返しても始まらない。

G：私は爆発しそうだった。金曜の夜、テレビの解説者は、もうケネディが存在しないことを前提として、解説をつづけていた。

J：感情は浪費だ。無駄なものだ。

T：とにかく、あのテキサスが根源だ。

J：何故？ テキサスだって個人の生活もある。目的もある。他の場所と変らない。

G：子供たち（ケネディの）がかawaiiそう。狂人の仕業だ。怖い。私には治療が必要だ。ごめんなさい。私は取り乱してしまった。

J：あの就任式。スタンド一杯の人。愛国者だった。彼は国に命を献げた。偉大なデモクラシーの象徴。兵士だってケネディと同じやり方で、国に命を献げ、埋葬されるが…。

G：エディスは今日どうしたのか？

治療者：彼女は今日は来られない。仕事の為。彼女は気分が沈むといていた。ヘンリーは連絡がないからわからない。

G：私はヘンリーが来ると思わない。彼は何時だって忙しい。治療を浪費と考え、治療者を恨んでいる。我々も恨んでいる。金と時間の浪費と思っている。憂鬱になって自分の中に閉じこもっているらしい。(以下、医師で薬物中毒の患者Hについて、治療者及び各メンバーが話す。特に彼が逃避的なことについて話される。(中略)。

M：彼は何も得ていないのだろうか？

治療者：さあ、それは疑問だ。私は金や時間より人生の浪費だと思う。

G：彼はヨーロッパに行っても、浪費していた。

治療者：しかし、彼はいい人間だ。いい奴だ。(熱心にかばうようにいう)。

G：あなたは心の中で、私たちに依存している。(泣き出してしまう。他のメンバーも、Hの中に自分たちの悲惨さを見たり、女性に対する敵対的な態度—彼は治療者をも女性と見ている—について話す)。

V：彼に一度電話してみようか？

J：治療は浪費かもしれない。Hにとっては。でも浪費とは何だろうか？ ケネディの夢は無益だったのか？ 世界は浪費ではない。ケネディはすばらしい大統領だった。無益ではない。彼の一生は。

V：ヘンリーは私に、治療は浪費といった。自分の一生は、時間と感情の無駄使いだといった。

T：私が考えているのは、ケネディは我々のこの苦しみの上に立っているということだ。我々はケネディの上に、我々の何かを見ようとした。ケネディにより凝集しようとした。ケネディの死すら我々を凝集した。バラバラになった家族が一つにまとまろうとした。(中略)。母と姉が別々に電話してきた。昨夜私が気分が悪く休んでいる時に。電話は嬉しかった。

G：ケネディの死んだことで？

T：姉は感謝祭に呼んでくれ、母は此処にたずねてくる。

治療者：あなたは人間的な感情があるね。

T：私は電話をしなかった自分を恥じている。

M：私は心臓が破れるかと思った。私はあの日ドクターに電話した後、夫の事務所にかけた。3本とも話し中だった。最後に秘書に頼んで、夫の電話を待ったが、とうとうかけてくれなかった。夫は6時に帰宅した。母が来て「夫が電話してきたか」尋ねた。夫は「自分を探しまわったそうで感謝している」と皮肉な調子で言い、更に「お前は個人的に、大統領を知っているのかい」とも言った。私が泣いたので、それ以上言わなかった。私達は親密でない。12年の結婚生活は、私を小さく、小さく、萎縮させてしまった。

G：私にはわからないわ。何故、心臓が破れるような思いを夫に打明けないのか？

M：私はそうすべきだった。(中略)。

J：彼はむしろ、あなたの方から慰めてほしかったのではないかと。ところがあなたの方も、慰めが必要だった。互いに慰めあうことが必要なのに、互いに要求するばかりで、離れてしまったのでないか？

M：2人は何時も、別々にくいちがって別れてしまう。

J：何も得られないことに、腹をたてて…。

M：私にそんな皮肉を言わなくともいいのに…。

J：私の感想だが、彼は世界を信じ、いや、この世の可能性を信じようとしている。

M：ゲイ。私はあなたの悲しげな表情を尊敬する。あなたは正直だ。我々は皆悲しいのだから。

G：誰も何もいわなかった。最初に。

M：言葉以上に感情が通ずることもある。

G：言葉は必要でない。

V：ケネディの死は損失だが、それはどこまでも個人的な損失だ。私にはそれ以上とは思えない。しかし、こういうと私は冷たいと言って、皆から非難されてしまった。王様が死んだ時、人民は何をすべきなのか？ 王が死んでも国は生き残る。私もとても混乱した。喪失感もある。しかし、次の人が来てよい仕事をするのかもしれない。私はこの二つの事を分離しようとした。形式的な問題と感情的な問題とに。

J：私はあなたの気持がよくわかるが。

V：ケネディだって、最後の大統領じゃないだろう。

J：我々は夢を持った。アイゼンハワーが去ったとき、我々大多数はケネディと同一化し、彼の

施政に参加した。

治療者：あなたが政治家でなくとも？

V：私は政治の世界はわからない。

G：政治家でなくとも、いろいろ感じたでしょう？

V：私だけが何も感じなかったとは思わない。大多数の人は同じように感じた筈だ。

J：私はケネディが、父親の像と思わない。成功した長兄の像だ。あるいは成功した従兄のイメージと言ってもよい。選挙の宣伝で実際に接したが…。

M：でも彼は、あなたよりずっと高い所にいたでしょう？

J：彼は何時も成功していた。過去に於てずっと。確かに物凄く成功した一人だ。外国政策でも、内政でも特別に成功した一人だ。

M：彼はゴールデンボーイだ。彼は私の投影。私の代表。成功と幸福のしるしだった。ビンセント、あなたは？

V：しかし、どれだけの事を彼がしたのか？ 彼だって特別に多くの事をしたわけでない。私はむしろ彼の次に来る人に期待をかけている。

G：まあ、そんな！私にはそう感じられない。

V：そりや、私だって喪失感はあるが…。

M：あなたは政治に興味がないとしても、ケネディの家族に対する感情はないかしら？

V：私だって沢山の感情はあるさ。しかし、感情は生きるための一つの部分に過ぎないよ。

治療者：あなたは此处でどうしようというのか？ あなたは今日とても孤独に見える。私はそれが心配になるが…。

V：そうだ。孤独だ。しかし、何時だって孤独さ。

G：でも：とりわけ今日はそう見えるわ。

治療者：あなたは自分の家族と一緒に住んでいるのか？

V：（自嘲的に）家族と一緒にいて、いつも感情を分け合ったり、沢山の会話をするさ。

G：あなたは動揺しなかったの？

V：そりや、個人として彼の妻や子供のことを考えればね。しかし、結局ケネディは私の家族じゃないからね。

J：あなたは何か混乱しているようだ。何時もとは違ったやり方で、行動しているように見える。

V：私は母が死んだ時、もっと悲しんだが、後で回復した。母の死を予想したときの方がもっと悲しかった。

J：母の死と似た感情だったのか？

V：私は勿論何か感じた。怒りとか、悲しみとか。

T：メリー。あなたの夫もきっと悲しみや怒りで一杯だったのだ。ショックだった。あなたの夫の仕事は大統領と近いから、この非常事態にいろいろする事があり、苛々していたのだ。そ

集団精神療法

れは理解出来るじゃないか。私は悲しい。私がもしケネディを直接知っていたら耐えられない。
(泣く)。

M：(すすり泣く)。あの時、私は…。

(G、立って行こうとする)。

治療者：あなたは行かなくてはならないのか？

G：(驚いて) 私は行かなくとも…。(治療者の涙を見る)。

治療者：私は悲しい。私は皆に済まなく感じる。

G：私は、私こそあなたに済まない。私は…。

(治療者、涙をティッシュペーパーで拭く)。

G：私はあなたを見ると、どうしてよいかわからない。

治療者：あなたは行かねばならないのでしょうか？(M泣き出す)。

治療者：メリー。何か？

M：私はあなたを慰めたい。金曜の午後、私は誰かに話したかった。私はケネディを知っていた。働いて、働いて、働き続けたケネディ。私は彼の死を知って先ず涙が出た。あなたは心の中の喪失感に悩んでいる。私はあなたを慰めたい。(泣く)。

G：(治療者に) あなたは自分の感情を、グループに話したいのですか？

治療者：私はテキサスで生れた。私はテキサスを去ったとき、心の中にポカリと穴があいたようだった。メリーが私に電話して、ケネディの死を知った時、私はショックを受けた。私の生れたテキサスがケネディを殺した。何だかすべてが無益なような気がする。同じ時代に戦った彼の中に、何かを賭けていたのだが…。

T：彼は憎悪的だった。右からも左からも憎まれていた。人びとは羨やみ、憧れ、また憎んだ。憎しみは病気だ。皆の病気だ。

G：そうだ。あのジョン・バーチ協会のように。

M：ジョン・バーチ協会は正常な人たちの集りだ。

J：しかし、暴力、破壊主義だ。

M：暴力はまた暴力をひき起す。その期待が私をおびえさせるのだ。

T：憤怒といったらよいのだろうか。私はテキサスに怒りを感じる。殊に詳しいニュースをきいた後は。それは典型的な西部の若者のやり方だ。

J：典型的だって？

T：ケネディはアメリカ人の人生の目的であり、一つの規準だった。アメリカそのものの性質といったらよいかもしれない。私は憎しみに混乱している。大統領も死に、オズワルドも死んだ。リーダーがいなくて進歩があるだろうか？

G：少年の町の子供達のやり方だ。

M：暴力は自然の性質だ。西部劇やテレビを見ても暴力は我々の性質だ。子供達は暴力に浸っている。之はこの国の規範のひとつだ。

T: アメリカの社会はケネディなしには、悲観的にならざるを得ない。私は私の治療をドクターCに托している。しかし、ドクターの治療は、ケネディがいなくても出来るのですか?

G: 治療とケネディですって?

治療者: 私はあなたたちにもっと話したいが、今週は金曜日にも会うことにしよう。

J: 今度の金曜のことですか?

治療者: 私はあなた達に時間を知らせよう。(グループに)。私はもう立ち直った。大丈夫だ。さあ。この次の金曜にまた会いましょう。(笑って励ますように言う)。

治療者と観察者の討論から

セッション直後に、治療者と観察者は討論することが出来なかった。この時間に、治療者はどうしてもケネディの墓に詣でたいと主張したからである。前日に埋葬されたアーリントンの墓所には、まだ通路や道標も整っておらず、土の上に置かれた紅や白の花の色が余りにも眩しく感じられた。その数日後に行なった討論の結果をまとめてみると、次のようになる。

この治療者は型にはまった精神分析者であるよりも、現実の社会に生きる人間であることを強調していた。彼はこのセッションを決して悔やんではいなかったが、治療者と患者の役割の転換や、相互の補足性については十分認めていた。

セッションは先づ全員が集団所属感を求めて結合したいという、凝集的な動きから始まった。

他のグループに比較すると、メンバーからもっとも自由に、悲しみ、嘆き、衝撃が表現された。殆どのメンバーがこの事件を契機に、未来への不安、狂気の世界へのおびえ、戦いや死への恐怖を感じていた。しかし、治療者はメンバーが十分それらを表現する前に、自ら悲しみや不安を表現してしまった。この事実はおそらく治療者自分のケネディへの強い同一化や、自分の生れ故郷で愛着の強いテキサスの野蛮さが、彼を打ちのめし混乱させていたためと思われる。

午前中に他の病院でのコンサルテーションで、きわめて平静にふるまっていた治療者が、ここで強い依存を示したのは、この集団が彼にとって親しい、結びつきの強いものであった為と思われる。彼は集団に頼り、集団を統合すると同時に、集団に統合されたい、欠席のメンバーや中座するメンバーも離したくないと感じた。ワシントンに住む知識階級の患者たちにとっては、ケネディは positive にも、negative にも、特別の存在であったようである。喪失感に悩む集団は凝集しようとした。権威である治療者が示した依存、嘆き、無力感、メンバーの何人かに治療者を慰め、支持しようとする動きを起させた。

メンバーたちは、彼らの現在の困難の原因の一つである「無力な親を保護し、世話しようとする救世主的な子供」の役を再びとった。ただ、メンバーの一人Vだけが、「ケネディは自分の家族でない」という理由で、この喪失感を切り捨て、集団と自分の間に距離を保とうとした。

5. おわりに

紙数も書きたので、これ以上治療者と患者のかかわりや、集団力動について論ずることは出来なくなった。3人の治療者の比較については、別に発表してあるので、それを参照していただきたい^④。恐らく、このセッションの実際の記録が、何にもまして、社会に生きる人間である治療者と患者たちの関係を物語っているのではないかと思われる。最後に一言、3人の治療者のその後の行き方についてしるしておきたい。「米国の精神療法の基礎には、科学と民主主義がある」と、その著書にしるし、「集団精神療法と家族との類似」を嫌った治療者Aは、当時から反戦運動に休日の時間と精力のすべてを注いでいたが、この後間もなく集団精神療法の治療者であることをやめた。国家や社会全体の改革を目指し、遙かな将来へ思いをはせていた彼にとっては、精神科医としてごく少数の患者の治療に当たることの限界を感じたのかもしれない。彼は現在社会改革の理論家として、第一線にある。また、治療者Cは、集団精神療法や精神分析の指導者としての仕事は続けながらも、社会精神医学者として、地域精神衛生の方向に進んで行った。治療者Bは、伝統的な精神分析協会に属し、集団精神療法の臨床と指導を、当時と同じように続けている。誠実で献身的であった3人の治療者に、心から感謝のおもいを捧げつつ、この小文のペンをおく。

④ 池田由子、集団精神療法の理論と実際、改訂第二版、1973年、医学書院

ある青年期症例の縦断的考察

精神分裂病様反応を呈した一青年の青年前期人格形成過程⁽¹⁾精神衛生部 村瀬孝雄⁽²⁾

要 旨

青年前期にあたる14才時に精神分裂病様の反応を呈した一中学生の事例を、発病に先立つこと2年半以前から継年的に集められた心理学的検査結果と面接所見にもとづき、人格形成と病態顕現の解明を目指して分析した。

活用された心理学的検査は、矢田部ギルフォード質問紙性格検査（およびこれの一変形であるKPIテスト）、樹木および人物画、文章完成法、内田クレペリン作業検査、ロールシャッハ法である。この他に「私の家庭」という題の作文その他を参考に用いた。

結果：1. 思考外向化 中学の2学年まではクヨクヨと自分や他人のことを気にして考えこみがちな傾向が強かったが3学年になってこれが一変し、気にしない考えないということが目立ってきた。この現象について、孤立からの脱却と不安防衛の二つの観点からこの変化を意味づける試みを行った。また両親の「対処様式」の影響についても考察を加えた。2. 孤立と交流のアンビバレンツに苦しめられながらも頑張り主義と身体をつかうことによって自我解体を防ごうとしたが、遂に破綻し、人格は萎縮と固定化の方向をたどり始めた。3. 青年期人格形成の観点からみるとこの事例は青年前期の課題をやりとげることと殆ど失敗したといえる。とくに親からの借りものでない自分自身の価値体系の樹立、友人との交流を介しての新しい精神世界の獲得や外部社会や物質世界への立体的な関心、性的同一性の確立などは殆ど開発されずにいる。内的人格資源の成長がとまったまゝ、で年令がすすむにつれ次々と新しく生じてくるストレス状況に対処していかねばならない。事例の前途はかなり悲観的である。

考 察 の 狙 い

青年期の危機的特質の論議は、E. エリクソンのアイデンティティの危機という概念の提唱をきっかけとしてこのところ改めて活発になってきている。しかし反面、青年期の危機性を反論する見解や実証データも提出され、青年期危機の一般性あるいはその規定条件については必ずしも実証に裏付けられた合意は得られていない。（村瀬1972a, 1972b, 1973）

臨床場面で遭遇する青年患者の多くは青年期危機を経験しているにしても、個々人によって危機の様相は様々であり、その規定条件、それを乗り越えあるいは挫折していく過程もまた多様であり、この複雑な性質を一口に青年期危機と名づけるだけでは余り意味がない。人格と状況と危機的体験の三者の関係を把握するためにわれわれはまず、個々の事象の経過を時間を追ってじっくりと観察し、言葉でその特質を再構成する試みを積み重ねていく必要がある。

ここで考察しようとする一症例は、破局状態に到る2年以上前から定期的に臨床心理学的諸

(1) A Developmental and Psychopathological Study on an Early Adolescent Case Who Manifested Schizophrenia-like Reaction

(2) Takao Murase

検索を多面的に行ってきたいて、破局に至る過程を回顧的資料によらずに、不十分なながらもそのときどきに直接得られた資料にもとづいて再構成しようという点で一つの利点をもっている。とり立てて劇的なエピソードや著しく個性的な特徴もない、比較的ありふれた症例があるが、それだけにかえて考察の普遍性が保証されているともいえよう。この症例の考察を通して、青年期危機の問題点について自由に考えてみたい。また各種の心理学的諸検索の所見を人格理解にどのように活用しようかということも筆者としては興味をもった点である。このため、できる限り粗資料をそのまゝ掲載して、読者自身による検討ができるように心懸けた。

研究方法と手続き

われわれは精神衛生的スクリーニングの研究をかねて、ある公立中学校の特定学年生徒全員に対し各種の人格検査を在学中の3学年にわたって毎年実施し、更にこの第一次スクリーニングで病的と判断されたもの及び対照群としての相対的健康群については、ロールシャッハ・テストと面接による個別の検索を行った。(方法の概要については村瀬1972aを参照されたい) Y君(男子)は一学年時の第一次スクリーニングで明らかに病的と判定された生徒の一人であり、その後3年間にわたり、個別研究の対象になった生徒である。

1. Y君の人格と中学3年間の心理学的変遷の概要

第1学年時所見：教師の目からみたY君は何となく煮え切らない、内気で影の薄い存在という程度で、成績も知能相応であるし、真面目に努力しているところも伺われたので、とりたてて問題視されることはなかった。友達つき合いも少く、また自分の意思表示ができないことは担任教師も気づいていたが、他の迷惑にならないし、内心何を思っているのかまるで分らないので、精神の病理性を問題にする教師はいなかった。

ところが各種の心理学的検査は何れも一致して、本人の精神病理が外見にあらわれているよりもはるかに重篤であることを示していた。

質問紙法性格検査、描画法、文章完成法を集団で実施して得た所見からは、烈しい劣等感、自己不確実感、不安に苦しんでおり、度々衝動統制に失敗して空想に逃避していることが判明した。また樹木画、人物画からは彼の自己像の根源的な不安定さと奇妙さが示唆された。(附資料参照のこと)

ロールシャッハ・テストを個別に実施した際のテストの印象では、身体つきは比較的小柄だが細いとか虚弱という感じはない。人と接したり、調べられたりするのはいどく苦手らしく相当に緊張してコチコチになっており、テストとまともに視線を合わせない点が特徴的であった。テストには協力的で熱心にカードを見るが、その見方が「テストと共にいて課題をやっているというよりは、テストカードを何となく虫でも観察しているような態度で見えており、表情にも乏しく場にそぐわない」とテストは感想を記している。

いかにも大人しく口数の少い、やや幼稚で真面目だがゆうずうに乏しい性格との印象を与える生徒であった。現在の希望や悩みをきいてみてもすべてに極めて消極的控え目である。

(<10万円貰ったら?> 預金する。 <三つの願い?> 平等と健康で長生き。 <悩み?> とくにない。)

ロールシャッハ法の所見は描画の所見と一致し、彼の内面病理の重篤性とりわけ、その奇妙さや現実検討力の乏しさは殆ど精神病水準を疑わせる程であった(附資料参照のこと)

これらの結果は、彼の行動面での内気さや孤立の根が相当に病的なものであることを明らかに示していたが、この時点では問題が顕在化せず、本人も自分の悩みを他者に打ちあけて相談したいという態度がみられなかったので治療的働きかけは全く行われなかった。

なお家庭状況は、ある中企業会社の部長として働く父親と母親、および本人より1才と3才年下の2人の弟の5人家族、父母共に旧制中学校卒業でアパート住まい。社会経済的には中程度であろうか、月に300円位の小遣いの由。(昭和44年当時)

本人の学業成績は学年平均で、国語と保健体育の3を除き残りはすべて2である。知能は東大A S式集団知能検査の偏差値43でやや低い方に属する。(IQで85前後に当たる)

第2学年：1学年の担任は元気で生徒の面倒を親身にみる男性教師であったが、2年になってやや大人しい女性教師が担任となった。この先生の観察所見は1学年時のそれと基本的には一致している。ムツリして誰にも話しかけず、協調もしない。友人がいなくて淋しい旨教師にはもたすが自分からは働きかけない。全体に反応が緩慢である。

心理検査の所見 大体において前年と変りないが、どちらかというやや不信攻撃的な傾向がよりはっきりと表明されるようになった。人格的成長は殆ど認められない。

個別検査のテストは前年と同一人物であったが、テスト状況での本人が前年よりもややおちつきを欠き、視線が落ちつかず、身体も何となくしょっちゅうモジモジ動かしている点に着目している。

なお「私の家族」という題で書いて貰った作文は短く時間切れで兄弟のことには触れかけて中断しているが、それなりにまとまっている。母親が病弱なこと、母の仕事に同情しながら反面、一寸皮肉な目で批判も加えたりしている。

学業成績は1学年と殆ど不変、保健体育が3から2に下ったのは、中耳炎と足の怪我などのため31日欠席したことの影響が大きいと推察される。(この怪我の心理学的意味については後述する)

3学年：質問紙法所見に見出される思考の外向化、思考障害の徴候の出現、精神症状が行動面で顕現したことなどが目立った変化である。

矢田部ギルフォード(Y-G)性格検査上で、前年度は思考はかなり内向的で、考えこんだり、こだわったりする方であったのが、この年の結果では著しく外向的となり、およそ考えたり、迷ったりは殆どしないと答えている。5段階評定値で2から5へと大きく変化したのである。

この他質問紙では情緒不安定傾向の減少もかなり目立っている。(附1)

この表面上は一見改善したかに見える変化が実はむしろその反対であることは後にくわしく分析するであろう。

投影法による所見は本質的には過去2年間に見出されたことと同じであるが、人格が萎縮化し、やや注察念慮的傾向が出現してきたこと、表面では社会的要請に応えねばならないと懸命に努力しているが内面の不気味な不安はこの努力を裏切る形で作用しこの両者のくい違いが激化してきたらしいことなどが見出された。

7月に行われた面接では、うつむき勝ちでため息をもらし、全体にかなり抑うつ的であった。質問に応ずる時の「ハイハイ」という答え方に独得の声の調子がある。いかにも上辺だけうけ入れているが、本心では全く相手をうけつけていない強情さと不信感の感じられる答え方である。こちらが少しでも批判的な感想を話すと、「そんなことはありませんよ」とか「やればできますよ」と怒ったように反論する。その言い方は断定的で知的情緒的にこちらが介入する余地を認めまいとしているかのようであった。

行動異常 以上の心理テストは5月～7月の間に行われたものであり、その所見に示された病態の深刻さはわれわれをして、今後の彼への治療的接近の必要性を感じさせるに十分であったが、遂に秋になると病態が一挙に行動的に表面化してきた。

「一人だけで学校の便所に閉じこもり、時には昼食もそこでとったりする」「他の生徒と共に食事をするを極度にいやがる」「教師と話をするときは異常に緊張して発汗する」「常に皆と反対の行動をとりがち」「『先生の住所教えてよ、何か送ってやるからよ』といった社会的常識を欠いた変に積極的な言動を示したりもした」「養護教諭には偏頭痛や腹痛を間々訴えては休憩室で休んでいた」「光が強すぎるといって学校では常に眼帯をかけて過すようになる。それも同じものを何日も取替えずひどく汚れても全く意に介しない」

この他、教師から見て話すことがピンボケでかなりおかしいとの見方がはっきりしてきて、筆者に相談があった。本人や母親には治療的援助を求める気持ちは全く認められなかったが、本人を放置できる状態ではなかったので、本人、父母を説得して治療を受けさせることをやると納得させた。

本人は自分の身心の苦痛から解放されたいとは望んでいるが、社会的基準に照らして自分のやっていることの異常性について思いめぐらすゆとりは殆どない。自分の気持ちを分ってくれない第三者から、学校を休めといわれても承服できないと感じているようであった。自分では学校を休む程悪いとは思わないし、学校を休む癖については大変だから、学校へは行かなきゃいけないと述べている。受診に来て治療をうける気持ちは全くなく、休学無用の診断書が欲しい、自分のことは自分で治していきたい、という。

面接中も殆どこちらと視線を合わせず、常同的に身体をゆさぶり、緊張のあまり発汗しているようであった。被害念慮、注察念慮傾向を尋ねると、そんなことはないとか「別に」といつて否認するが信ぴょう性は疑問であった。しかし現実には悪口を言われてきた過去の経験から、他人に何をいわれても気につけないとの態度が身についており、この鈍感さが最低の社会適応

を可能にしている大きな要因になっていることもたしかである。

外来で本人を診察した二人の精神科医の診断は「精神分裂病（とくに破瓜型）初期の可能性大なるも、現時点では確定的にはいえない。自閉傾向も多分に状況反応的なところがあり、典型的分裂病とは言い難い」というものであった。

医師からも服薬治療をすすめられたが、父親の努力にも拘らず、二三週で中断したまま入試、卒業を迎えた。受験勉強に集中することが著しく困難であったためもあり、第一志望校に落ちるなど本人にとって辛い状況が続いたと思われるが、学校を休むことは殆どなかった。

2. 人格変化と危機

概要に示したように、Y君は社会的不適応が顕現するに先立ち、少くとも2年以上前から潜在的には著しい病態を蔵していた。この潜在していた病態が、青年期固有の人格的変容の過程および学年の進展につれて生ずる社会的条件の変遷の両者とのように相互作用を起しつつ、尖鋭化し顕現していったか？ Y君から得られた資料はごく限られていて、この疑問に対して十分に答えることはもちろんできないが、青年期人格形成過程の正常と異常を考察する一つのきっかけとしては活用できよう。

a. 思考の外向化

3学年1学期に行われた質問紙法性格検査でY君は2学年時と比べて、思考が内向から外向へと全く逆転しているとの結果を得たことは既に述べた。この場合、思考的外向とはむつかしいことを考えたり、クヨクヨ考えこんだり、あることを深く考えたりといったことをせず、その場の成行きにまかせて暮すような生活態度を指している。これは、反省するとか、つきつめる、こだわる、悩むといった従来青年心理の特徴とされてきたところとは全く反対の傾向である。

もっとも彼の場合、Y-G検査にあらわれたこの結果は文章完成法への反応と必ずしも一致していない。文章完成法では「自分の欲望や気持ちを考える」と述べており、彼の思考外向化がそれ程徹底したものでないことにもわれわれは留意する必要がある。しかし、Y-G検査上でのこの変化が決して自己を偽ってのものでなく、彼のうちに実際生じた何らかの変化の反映であるらしいことは、面接で確かめることができた。

「2年の秋頃から急にしゃべり出して性格が変わったように思う」「中学2年から性格が明るく積極的になった、突然に」「自分はずっと無口、消極的で友達ができなかったが、2年生になった頃から、いつの間にか治ってきた」

中学生にとって、2学年の夏が一つの大きな転回点となり易いことは教師の常識であるが、多分Y君にとってもこの時期を境にしてある人格上の変化が生じたとみてよい。但し面接で表明された変化は思考面での変化というよりは、社会的に外向化したということであり検査結果と彼自身が口で述べていることとの間には若干のギャップがある。

思考外向化と関連が深いと思われる行動上の変化は他にもあらわれている。それは2学年に

なってスポーツに彼が力を入れ出したことである。くよくよ考えていないで身体を動かして皆と一緒に活動する、という方向に変化が生じたともいうべきか。この変化が彼にとってどのような意味をもたらしたかは定かでないが、少なくともこの新しい経験が彼にとって、自然に無理なくエンジョイできるものでなかったらしいことは、スポーツでの怪我があまりに頻回であったことから容易に想像できる。2学年3学期から3学年1学期に至る僅か半年の間に彼は、ある程度の治療を要する怪我を実に5回も繰り返しているのである。いずれも運動中や友人とふざけていたの怪我である。

考察：思春期ということばが示すように、青年期には一般に内省傾向が強まり自分について考えたり、自分の内面をみつめるようになることはよく知られている。またアンナ・フロイドが指摘したように、この時期に特に目立つ防衛として知性化の活発な使用ということも多くの青年の特徴である。われわれが問題としているY君の場合、こういった青年期の一般的特徴とは反対の傾向が生じていることをどう考えるべきであろうか。

一つの考え方は、Y君の変化を仮に精神分裂病の「生物学的プロセス」として生じたものと判断した場合、その変化は人格形成や心理的適応の精神力動とは無縁であるというものである。(もっともここで無縁というのは、精神力動的要因が変化の原因になっていないという意味であって、分裂病の人格変化が青年の人格形成におよぼす影響ということはそれ自体一つの独立した大きなテーマである。)だがY君を狭義の典型的精神分裂病と断定できる根拠は現時点ではかなり薄弱であり、「プロセス」という立場をとるにしてもそれは全く「仮定」の域を出ない。少なくともこの場合「プロセス」論のような心理学的意味が あいまいな仮説のみに依存して論議を進めることは筆者のとるところではない。論議上何よりも障害となるのは、われわれが問題にしている「心理学的事実」と「プロセス論」のよって立つ生物学的次元との関係が何ら組織的に解明されていないように思われる点である。それ故、心理学的次元内に視点を限定して、どこまで「了解的解明」が可能であるかを試みる価値は十分にあると思う。既にArieti (1955) その他多数の研究者が主として自我心理学の立場からこの種の接近を行って成果をあげているし、Laing (1959) や木村 (1970) らの実存精神医学的接近も貴重な示唆に富むものである。

ところで性格類型としての内向外向という考え方は周知のように、元来Jungが提唱したものである。近年におけるEysenckの研究は行動主義的・操作主義的立場からJungの所説と著しく符節する結果をもたらした。

しかしわれわれが論じているY君の思考外向化はこうした向性理論でいう外向化とはやや趣きを異にしている。Jungらのいう向性とは人格の根源的な層における反応型の相違を指しているのに対して、矢田部・ギルフォード性格検査では、もっと表面行動的乃至は表面意識的な次元での反応型を検索している。向性が思考と社会性という異った心理機能面に応じて、必ずしも相関することなくあらわれるという結果が得られたのも、このような接近法の違いによる

ところが大きい。だから思考という言葉を共通に用いても、Jung のいう外向思考型(河合 1967) と Y-G 検査でいう外向思考的とは人格をとらえる姿勢が全く異っている。

Y君の場合2学年までは、内省的で自分にいつもこだわりがちであったのが、3学年になって、自分の気もちにかかわらなくなり、考えることをやめてしまったことが、思考の外向化をいうことの具体的内実である。不安定、過敏で抑うつ的な傾向は依然としてかなり強く、社会的にも消極孤立的でありながら、そうした自分を悩むことが少なくなったのである。これは Jung やあるいは Rorschach (1921) がいう意味で根底的に外向化、外拡化したというのとは非常に異っている。彼のロールシャッハ・テスト所見が示すように、彼の人格は本来決して内面に深くたずさわるような夢想的なタイプでもなければ、外界順応型でもなく、むしろ萎縮した共貧型に分類されるタイプである。Y-G 検査上での彼の思考的内向傾向も、この文脈において理解するならば、自分を考えつめ、自分自身の内面をみつめることが、天性になってしまったといったような性質のものではなく、もっと受身な非主体的なものであるといえる。森田神経質のように、かなりの自我の強さに恵まれている場合の思考内向と Y君のそれとは同一次元では論じられないことは明かである。知性化の能力も乏しく、自分を直視する強さももちあわせない彼にとって、強烈で不気味な不安に脅される自己にかかわることがどんなに辛く心の疲れることであったかは想像に難くない。自分の病態についてかなり強く何かを感じてはいても、自分を客観視することは彼には非常に困難であった。運動で怪我ばかり重ねていたにも拘らず、将来野球か相撲の選手になりたい、と真顔でいい張る彼だったのである。思考の外向化は、自己という耐えられない現実を回避して一種の無関心、無感動におもむいていった彼の反映であると考えられるのである。もっともこの過程の中で彼が、一時的にはある種の救いを得たらしいことは、彼の言葉からうかがえる。だから彼が全く一直線に単純に無感動へと動いていったとみるのは早計である。また彼の自己疎外が何ら積極的な意味をもたなかったともいい切れない。青年前期には人格の内面化と萎縮傾向とが交互にあらわれ易い傾向があることは Ames (1971) の同一被験者の縦断研究で見出されている。挫折的経験が多かったとはいえ、スポーツをやったり、友人と多少は話を交わすようになった彼の変化をすべて、不安からの逃避とのみ否定的に意味づけるのは当を得ていない。ただ彼においては、思考の外向化が、現実無視や状況との柔軟なかわり方の欠如をともなっているために、外向傾向のもつ自己保存的傾向のみが固定化し、一般青年のように、現実との積極的なかわりに触発されてその経験を内面化してゆくという弾力的循環的な発展の可能性が極度に制限されている点が問題であると思われる。

なお彼の思考外向化を促進した重要な条件として両親の態度を無視するわけにはいかない。本人や両親との面接および文章完成法と作文の資料にもとづいて考えるに、Y君の家庭には一人一人がどんな気もちで何を考えているかを察したり認識しようとする雰囲気には著しく乏しい。極言すれば、とも角真面目に懸命に頑張ることが大事とする生活哲学だけで辛うじて家庭統合が保たれているとさえいえる程なのである。とくに母親は生来は以前のY君と同様に非

青年期症例の縦断的考察

常にクヨクヨと考えこみ勝ちな性格だった由だが、近年は、物事を深刻には思いつめず、その日その日に流されて生きているといった生活態度に変わってしまったようである。Y君の状態についてこちらが尋ねたり、問題にしようとしても、努めて何でもない、大したことはない、事の本質を極力見まいとする態度が強かった。

b. 病態の悪化と顕現

青年期は個人がその発達途上で解決し得なかった根本的葛藤に直面して解決をせまられる殆ど最後の機会である。これに成功すれば飛躍的な発展が期待できるし、失敗すれば生涯にわたって解決の葛藤に苦しめられるか最悪の場合はこの時期において人格の統合が破綻を呈し、殆ど取返し不能な痛手をうけることになる。どちらの方向に進みうるかはかなり僥倖に左右されるとはいえ、基本的には病理の程度や質と自我の強さに規定される。病理が重くても、自我が強くと、自己の病理をむしろ創造的に活用しながら反面では病理によって致命的痛手を受けない配慮を意識的無意識的にはらうことができる例は、科学者、芸術家乃至はこれに準ずる人々のうちに屢々みることができる。(中井、飯田 1972, 馬場 1966)

しかしわれわれの症例Y君にこれほどの個性的な生き方を期待できないことはいうまでもない。だが多くの分裂病者が既にももの心つく頃から分裂病的経験をもったことを報告しているのに比べれば、Y君の病態はそれ程重篤とはいえない。また家庭状況も分裂病家族の諸研究が示す典型例のような病的特徴を備えているとは必ずしもいい難い。知的、情緒的、社会的に相当のハンディキャップをおっているとはいえ、Y君にはY君なりの自己の病態へのかかわり方を通して生き抜いてゆく可能性はまだ残されているかも知れない。

以下において、彼の病態とそれへの彼のかかわり方の推移を、概要で述べたことより一歩進め、具体的な根拠を示しながら考察してみたい。

第1学年時

描画法 ①樹木画：木の根本がブツンと切れたように描かれていて、大地から生えているというより、切りとった木をそこにおいたような、著しく不安定かつどこか奇妙な印象を与える画である。②人物画(図1)：人間らしい丸味が全くない短形がたの身体、腕の描き方も肩よりかなり下の方からヒヨロリと腕が出ている。そして何よりも顔に目鼻口が描いてないのに加えて、顔の右半分は輪廓線も描いてない。これらの特徴は彼の身体像にかなり重篤の障害があることを疑わせるに十分である。とくに、不自然で奇妙な点および大地に立つ足や他者に働きかけてゆく手、自己表現を行う顔などの無力さを象徴していると推察される諸特徴は精神分裂病的病理の^(注)反映である可能性が高い。

(注 このことは必ずしも疾患としての精神分裂病という診断とは直結しない。Laing(前掲)のいう分裂病質病理をも念頭においてこの表現を用いた。)

文章完成法 総じていえば描画程の異常は見出されなかったが、全体の水準や調子を比べて、一つだけ「私の気分は——なかがいいときにある」という反応は了解困難で文法的にも不適切

な表現である点、やはり彼の病態の反映とみなして差しつかえないと思われた。

ロールシャッハ法 もっとも特徴的と思われた所見のみを列挙する。

1. 現実検討力の重要な指標とされる形態水準が年齢や知能と比べてもかなり低いのみならず、異常な反応内容と結びついた著しく形態水準の低い反応がある。(カードⅦ, 下半身が真二つにされたみたいなどこかの生物 W F - A)

2. 20の総反応のうち、人間運動反応が皆無であり、人間反応は内容的に極めて異常な人間部分反応一つのみである。

3. 反応内容には病的なものが多く、ありふれた反応は極めて少い。平凡反応に形式的には分類される反応でも、その内容のニュアンスはむしろ極めて異常なものがある。(カードⅠ, 人間に羽をひきちぎられ、何かにぶつかって落ちて死にかけている蝶)これを除くと平凡反応は僅か2つとなる。

総じて、衰え、落下、ちぎられたり食われたりしている、懸命の逃避ともがき、などを示す内容が多く、とりわけ病的に異常なのは、カードⅧの下部横の出っぱり部位について「上半身の腕のところか何かが溶けてゆく感じ」と述べた反応であった。

描画で示唆された身体像の異常が、ここでは、鮮明な感覚を伴った病的な体験そのものと思える程はっきりと示されている。しかもこの障害が現在まさに進行しつつあるという内的な感じを、われわれは「溶けてゆく」という表現から生々生々しく感じとることができる。この反応が彼の示した唯一の人間反応であったことも重要な意味をもっている。

R. D. Laing (1959. 邦訳 1971. p.55) は精神分裂病の経験する不安の形態を三つあげ、その一つ「呑みこみ」に関してこう述べている。『呑みこまれるおそろしさの圧迫のもとにあつて、アイデンティティを維持するためにつかわれる主な策略は孤立である』Y君の孤立の本質はこのレインの言葉通りのものであるに違いない。中学時代2年余にわたり、彼が辛うじて破局を免れ得たのは、一方で孤立化により、他者から呑みこまれることから自分を守りながら、他方では完全な孤立化にまでは至ることなく、必死に「はいあがろうと(ロ・テストカードⅩ)」努力していたためではなかろうか。そしてこれを支えていた外的条件として家庭の保護的環境があつたと考えられるのである。「母と一しょにいと——むかしのことをときどき話す」(1学年)、「父母といっしょにいと——おちつく」(2学年)

2学年 基本的には1学年時と殆ど変らない。但しロ・テスト反応の内容のニュアンスはむしろ1学年時よりも異常でない。これには2学年になって、1学年時の学校への適応困難がやや和らいだかも知れないことやどぎつい表現はやや控えようとする大人の配慮が出てきたのかも知れないことなどの理由が考えられる。

文章完成法には反応が記入していない項目が非常に多い。これにはテスト状況とくに教師の教示に積極性が不足していたことの影響が少なからずあつたと考えられるが、それだけではなく、彼が自分を適切にとらえられず、表現に至ってはなおのこと困難を感じていたために記入できなかったということも十分に推察される。

作文は200字足らずで中断しているが、書かれた内容だけについてみれば、比較的良好とまわっており、長男として母親の入院期間中、一家を支えて努力した苦労やその経験によって自信をつけ、ものの見方も深まったことなどがよくわかる。家庭が彼を支える唯一の条件であることを彼なりに感じとっていること、またその条件を守る努力が成功したことの意味は大きい。

なお質問紙法性格検査と文章完成法の両者に共通してみられる変化は、1学年時に比べて多少、攻撃性、敵意、不信感が増大している点である。とくに女性イメージにからんでこの気持ちをはっきりと表明されていることは彼の将来の人格形成を考える上で見逃せない事実である。彼は後年の面接で女性には関心ないと述べているが、この年には人物画に女性像を描いており、たとえ一時期であっても女性への積極的関心が胎動していたことは今後の彼を考える上で考慮に入れておくべきであろう。

3学年 描画法 2学年時には奇妙ながらも比較的伸びやかに見えた樹木画が、3学年のは、貧弱でトゲトゲした感じに大きく変わった。

文章完成法 父母像を除いては、自己像、他者像ともに全く否定的である。自分を含めて、人間は下らない、つまらないという気持ちが強い。努力家の父、頑張り屋の母を見習いたいと思っているが、自分は家人の頑張れという期待にはとてもこたえられないと述べているのは、頑張り主義に支えられた彼の自己統合の破綻を自ら予感していることを示している。自分の神経は複雑で、これからの一生が不安だと書いている点も彼の根元的な脅えと自信欠如の反映と解される。

ロールシャッハ法 Y君の3学年時のテスト結果は驚く程1学年時のものに類似しており、まる2年以上を経て彼が殆ど人格的に成長していないことがわかる。しかしこの点の詳細は後に譲ることにして、病態に専ら焦点を合わせて結果を見てゆくと、微妙な形ではあるが重大な変化が2年間の間に生じていることが判明した。

この変化を一言にしていえば、動から静、流動から固定、現実から非現実といった方向に向って彼が変化を遂げているということである。1学年時の諸反応の中で下線を引いた部分に示されているごとく、彼の表現の中には、「死にかけている」「今にも……しそう」「溶けてゆく」「壊れかけた」といった、破局に向って進んでゆく自己を体感的に強烈に感じている彼が如実に示されている。「ちぎられた」「真二つにされた生物」といった反応もこれと大体軌を一にしているとみなしてよい。

これに対して3学年時の反応は、最後のカードへのいくつかの反応を除いては、もっと静的な内容ニュアンスを示しており、強烈に存在を脅かされている経験の生々しい反映がみられない。そして生物の属性に関し1学年時には明示されなかった生存している時代に屢々言及しているのが目立つ。古代、未来、恐竜など。このことは知的な用語の習得とも多少は関係あるであろうが、根本的には、1学年時にはもっと漠然として未分化であった「現実離脱の傾向」が、この時期になって、より分化し、はっきりとした傾向をとり出してきたことを示唆している。

これらの変化に対応して生じたと考えられるもう一つの変化は、9枚目までのカードへの反応のうち、「見る」「のぞく」「焦っている目付」など、見ることへの関心を示すものが第3学年になって明かに増大していることである。このことは、一面では彼が他人から「見られること」に脅えているためであろうが、同時に、彼自身が1学年時のように自己崩壊の脅えにただまきこまれていないで、脅えながらこわごわ外界をのぞきみるといった姿勢をもち始めたことをも意味しているのではなからうか？ 見ることを恐れながらも、全く現実を無視はできない彼のアンビバレントな在り方は、10月になって眼帯を常にかけて登校していた彼の行動と深く関係していると考えられる。因に面接者の顔を何故見ないのかという問いに対して「人を見るのがこわいから」と答えたことも、このロールシャッハ反応の意味を考える参考になろう。

なお彼の固定化を象徴的に示唆する重要な反応として、3学年時の第Xカードの最後の反応内容は極めて興味深い。ここで彼は、「古代のモグラを石のワナにかけようとしている」と述べているが、このモグラのような古代動物こそ、まさしくこの時のY君が自分自身を象徴的にたくした存在であると解釈したい。(因に彼の風貌、他者と共にいるときの姿勢、要するに現実の彼の生き方そのものが、筆者から見てもモグラというイメージにピッタリであることを付記しておく)

幸いなことに彼は3学年のこの時点ではまだ石のわなにかかってしまったわけではない。まだ彼には逃げよう逃げようとはいあがっていく力が少しは残されていたとみて良い。

作文 文法的に意味がとりにくい表現が後半に目立ち、連想にもやや唐突なところがうかがわれる。思考障害があらわれてきているのであろう。ロ・テストでも反応量増加と質の低下が目立ったが、作文も同様であり、これは本人の統合力の低下によるものと考えてよい。面接でも前半の話はまとまっているが、次第に話の脈絡があいまいになり何かとりつかれたように一方的に話しまくるところが見られた。(附5)

面接 質問に応じて色々答えたなかで、病態の悪化を反映していると思われたのは、夢で「ドクロにとっつかまった恐しさ」の話であった。お化けは信じていないと自発的に言いながら、面接者に「お化け見ますか？」と唐突に尋ねたりするあたり、何か不気味な不安に日頃脅かされていることを思わせるものがあった。

目下の逆境に対しては、努力と執念でやりぬくつもりであること、身体を思いきりつかって生きていきたい旨を語っていた。友人との交流については、自然な関心はないらしかったが「必要だからつき合っていく」といった態度が印象的であった。

卒業直前の面接では秋から冬にかけての自分の異常行動について、「毎日すごく焦立っていて屋上や便所などに一人でいるとき辛うじて少し心が休まった、高校に入ってから再びああはなりたくない」と答えている。ふとんに入ったときだけが自分を取戻せる時間とも述べている。

行動 心理テストの実施時期は5月～7月であり、異常な病的行動がはっきりとあらわれ始めたのは10月過ぎであった。この時期は生徒達が受験を強く意識し出す頃にあたる。本人は勉強しなければと思いつつも殆ど勉強が手につかず、被害念慮、注察念慮に苦しみ極度の緊張状態に追い込まれていったことは既に述べた通りである。

中学3年間の病態変遷をあとづけてみると、元来他者との交流や結びつきを極度に欠いていたY君が1学年当初、新しい中学生活になじめずに強烈な不安に脅され、その後頑張りや孤立によってしばらくは小康を得ていたが、3年になる頃からの外向化の努力も空しく次第に人格の固定化が進み、新しく生じてきた外的状況の変動とくに受験のストレスに対応し切れずに行動的に破綻していったとみることができる。この間、自他への徹底した不信をもちながらこの世で生き抜くための彼の拠所は情緒的には家庭であり、意志的には頑張りであったが、そのいずれもが彼を支えるには大きな矛盾をもっていたと考えられる。家庭は母親の不安と彼への理解の不足、弟達の成長などのため、外での彼の自立生活を可能にする程十分な安らぎを決して彼には与えなかったようである。また頑張り主義も人格の根底的安定と生の目標を欠いていては徒らに緊張と空廻りを自らに強いる結果に陥っていったと思われる。

c. 失敗した青年期

P. Blos (1962, 邦訳 p.308~309) は青年期の過程がとりうるいくつかの特有の経過を図式的に分類している。典型的な青年期とは破瓜期の成長と変化してゆく社会的役割との両者を調和させながら前進的に人格を修正してゆくことに他ならない。しかしこの通りの経過をたどらずに様々の異った経過をとる青年が少くないことはいふをまたない。典型からもっとも外れた極端な経過の型を Blos は abortive な青年期と名づけている。「不成功の」「発育不全の」

「流産した」青年期という意味である。具体的には、現実との接触の喪失および適切に経験を弁別し学んでいく働きの破綻ブレーク・ダウンをきたして精神病に身をゆだねることを指している。Y君がたどった経過は Blos のこのタイプに入るものであろう。そこで、Y君の場合、青年期に習得することが普通でかつ望ましいとされている人格成長過程を彼が身につけることに失敗した跡をたどって考察を加えたい。

前章で触れたごとくY君のロールシャッハ・テスト所見は彼が中学の1学年当初から3学年の夏までの間に殆ど人格的成熟を達成していないことを示していた。人間社会や物質的外界への関心の増加と分化あるいは自立しつつ他者と新しい関係を育ててゆく能力の発展などを示唆するサインが全く彼のテスト所見にはあらわれていない。人格構造的に彼は全く児童期そのままの幼稚で未分化なところをもったまま、身体だけは青年期に入りつつある。

普通中学3年にもなれば、親への依存心や親から取入れた価値体系からはかなり解放され、自分なりの見方や要求にもとづいて、友人との交際や知的技術的な関心の現実化へと移っていくものであるが、Y君にはこうしたところが殆どない。3年生になっても両親と共にいるときだけは安心しておちつけるが、同性の友人や学校生活全体に対してははっきりと不信と不安の念をもってそこからは身をひいている。真面目に努力という両親から取入れた価値に対しても、何の葛藤も疑いもなく、むしろ不安の増加と共にますますそれを強化し、そこにとりすがれる傾向がみられた。父親の短所を尋ねられても答えられない彼である。

性的アイデンティティ 1学年時と3学年時の文章完成法への彼の反応を手がかりに、彼が

自分の性や異性をどう見ているか、感じているかを探索してみよう。1学年時の「男というもの——あまり信用されない」、同じ項目への3学年時の「——くだらん人間だ」のどちらの反応も男であることに對し著しく否定的な彼を示している。もっとも父親に対しては一貫して極めて肯定的であるが、これは父の真面目で頭が良く努力家のところを尊敬してのことであり、自分と同じく男である父親を感じてのことではないようである。両親だけが彼のもっている人間像とは別格の次元に祭りあげられている点に彼の人格形成の大きな問題があるともいえる。前に触れたように、後は男に生れて身体を思いきりつかえる点でよかったと述べているが、このことは男は下らないと感じつつも、身体をつかうという動物的道具的次元での極めて限定された存在理由に唯一の救いを彼が見出していると解釈できよう。女性像についても、女は凶々しく、おせっかいで、くだらん、残酷な人間である。とみていながら、母親だけは「頑張り屋で気がいい」と全面的に肯定している。男女イメージとも、3年になると否定の仕方がどぎつくなるが、基本的な方向は不変であり、全く成長のあととはみられない。

もっとも女性に対して関心が全くないわけではなく、2学年時の人物画に女性像を描いたことは前にも述べた。男性徒が女性像を描くことは極めて珍しいことから推察するに、やはりこの時期に、彼なりの関心が女性に対して向けられたのであろう。しかし彼の女性蔑視と女性恐怖が女性への関心と統合されることは将来においても極めて困難であろう。

将来への展望 日本の中学生は将来に対してあまり具体的な展望や希望をもたないものが多いが、しかし漠然とではあっても、何となく将来を想像したり、将来に期待をかけたり、未分化ながらもある程度開かれた見方をもつのが普通である。しかし、「これからの一生が不安」と感じている彼にとっては、将来に対して現実的な水準でかかわることは著しく困難であり、空想と現実との区別さえ往々にして分化されていないところが見受けられた。スポーツ選手として身を立てたい、と冗談でなくいう彼は、自分の運動能力とは関係なしに発言している。また彼にとって父親は人生を生きる姿勢をとり入れる対象ではあっても、将来のイメージをふくらますための素材（モデル）にはなっていないように思える。僅かに救いとなるのは、高校を卒業したら身体をつかって色々な仕事を体験し、そのなかから自分の一生の仕事を見つけていきたいと中学卒業時には語っていることである。遅ればせながらこの時点で漸く現実的に自分の将来にかかわる姿勢ができてきたことは彼の人格形成を考える上で積極的に評価できる殆ど唯一の点かもしれない。

以上を要約すれば、Y君は青年前期の課題とされていることを殆どマスターしていないし、多分前青年期の課題とされている、性的な関心と罪悪感の社会化（秘密な遊びや会話、収集への熱中、徒党仲間との交友等々）も極めて自閉的な特異な形でしか行われなかったのではないかと推察される。小学校時代も全く孤立していたという彼の言葉からも、このことは容易にうかがえる。

青年期とは彼にとって、身体的な衝動の昂まり、身体的性特徴の発現、新たな社会的役割期待の出現等が関連性少く、殆どバラバラにしかも受身的に経験され、これに対する適切で満足

青年期症例の縦断的考察

のゆく対処の仕方を欠くままに、それらの経験にふり廻され、友人との疎隔感異和感はますます増大し、失意と焦りと不安が極まった時期として感じられているに違いない。そこには殆ど何らの展開も、飛躍も、進歩もなく与えられた状況に対して形の上だけでも最低限適応してゆくための努力と忍耐を重ねていくのみの毎日しか存在していない。

様々の精神障害患者の青年期を考えてみると、何らかの能力に恵まれたものは人格全体の成長を犠牲にしてでも、自らに与えられた一つの能力にすがってこの時期の不安に対処しようとする傾向が見られる。Y君のようにそうした能力に恵まれていないものにとっては、両親から直伝の「頑張り主義」と自分にぞくする機能のうちでもっとも障害やひけ目の少い「身体」という取得を活かす他に仕方なかったのではなからうか。これが彼の支えとして積極的な意味をもつ間は辛うじて現実生活を続けることができたのだろうが、それのみで、青年期の多くの課題を学習し、克服するにはあまりにも無力な武器でしかなかった。

現在高校1年を終えようとしている彼は相変わらずひどい不安に脅え、学校での生活も著しく緊張した喜びのない日々ではあるが、休み勝ちながら通学だけは辛うじて続けている。しかし彼がこうした生活から何を学んでいるかは極めて疑問である。適応のための資源の発展なしに、変化してゆく状況を生き抜かねばならない彼の前途はいぜんとして極めてきびしいと予測せざるを得ない。

附記 本研究の臨床面接と考察に関し地域精神衛生研究班長の高臣武史博士より与えられた援助に感謝いたします。

〔附1〕

矢田部ギルフォード性格検査・結果の比較

	第 2 学 年		第 3 学 年		
	粗点 (パーセントイル)		粗点 (パーセントイル)		
抑 う つ 性	14	(80)	8	(40)	著減
気 分 変 化	14	(82)	11	(60)	
劣 等 感	10	(58)	8	(40)	
神 経 質	11	(68)	6	(30)	著減
[情緒不安定]		(288)		(170)	著減
主 観 性	14	(90)	11	(70)	
非 協 調 性	13	(78)	7	(28)	著減
攻 撃 性	17	(92)	13	(60)	
[社会的不適応]		(260)		(158)	著減
活 動 性	7	(15)	5	(7)	
の ん き	14	(70)	12	(50)	
◎思考的外向	17	(95)	7	(28)	著減
支 配 性	5	(15)	3	(7)	
社 会 的 外 向	8	(25)	8	(25)	

〔附2〕

文章完成法

第 1 学 年

第 3 学 年

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 犬と比べると、ネコは-----あまりかわいくない | 1. あまり、かわいげがない |
| 2. 子どもの頃----- × | 2. よく悪いことをした |
| 3. 父について思いつくことは---まじめで頭がいい | 3. 努力家である |
| 4. 父のように-----えらくなりたい | 4. (努力の人間) になりたい |
| 5. 人は大てい-----うそをつく | 5. さいごのけっかをみずに、さい初の方をみて、は、けなす |
| 6. 男というものは-----あまりしんようされない | 6. くだらん人間だ |
| 7. ひとは私のことを-----いつもいいことをけちつける | 7. へんなふうにみる |
| 8. 子どもというのは、大てい---- × | 8. 甘えたり物などに無(夢)中になつたり物に不しぎにおもったりする |
| 9. 大人になったら-----自由がほしい | 9. 大仕事をしたい (でっかいことをしたい) |
| 10. 母について思いつくことは---きがいい | 10. 大変なことをがんばったりする (寒いのに冬など水[炊]事、おれんちは、すぐちらかすので整理が大変で、めんどくさいことを毎日毎日何度もせいをしたりその他もかたす) |
| 11. 母のように-----まじめになりたい | 11. がんばる人間になりたい |
| 12. 友達同士-----仲がいい | 12. ふざけたりするが助け合いや友情は美しいものだ |
| 13. 女というものは-----おせっかい | 13. くだらん、ざんこくな人間である |
| 14. 人に比べて私は-----差がある | 14. つまらん人げんだ (しかし希望はすてるな) |
| 15. 試験のとき-----すぐけっかのことをかんがえる | 15. 休み時間---おもいきりあそびたい |
| 16. 私の気分は大てい-----なかがいいときにある | 16. 散らつく (よくかわる) |
| 17. 私が知りたいのは-----世界中の知識 | 17. 世界の ^し ん(神)秘 (不しぎなもの、れいこんなど) |
| 18. 大人は----- × | 18. 大きい(ようちだが、あたりまえのことだ) |
| 19. 晩ご飯のとき-----いつもごはんまえよけいなかんしょくをたべる | 19. なんととっても運動を、よくする、おれははらが、へって、なんととってもうまい、(今んとこはけがをするのでまずい、まずいといってもごかい) |

- | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 20. 父と一しょにいと-----おつかい、いこうとか生活
的なのことをいう | 20. おちつくし心配がない |
| 21. 思いきり-----そらをとんでみたい | 21. さげんだり、やりたいことを
一ぱつでかくいきたい |
| 22. 学校で私は-----あまりめだたない | 22. ふざける、つまらん人間だ
(自分で、自分のことをせめ
てもしょうがないが?) |
| 23. 私の仲間-----おこりっぽく、ふざけやで
気がいい | 23. 阿保[呆]らしい(よくふざけて
はふざけている、ふざけるにも、
げんどがある) |
| 24. 気がむしゃくしゃする-----まわりのものをこわしたく
なる | 24. × |
| 25. ひとりになると-----こころぼそくなる | 25. 心ぼそい(小学校のころは1
人でいつもいた) |
| 26. 家の人は私のことを-----おにいさんらしくしろ | 26. がんばりのきたい[期待]をか
けているが今の状たいではだ
めだ |
| 27. 母と一しょにいと-----むかしのことをときどき話す | 27. たのしい |
| 28. 何よりも大事なことは-----自分の健こう | 28. しょうらい |
| 29. 私は自分の欲望や気もちを---もちたい | 29. 考える |
| 30. とても気にかかるのは-----テストの点やしかられたり
すること | 30. 高校が落ること |
| 31. 私のからだ-----はじょうぶ | 31. 大きい |
| 32. 一人前になる-----には、しっかり勉強をする | 32. ことはむじかしい(原文のまま) |
| 33. 性について-----たんき | 33. はだかになる……と寒い |
| 34. むづかしいなあと感じたとき---やるきがなくなる | 34. 心がまよう |
| 35. できることなら-----なんでもやる | 35. 高校へ |
| 36. 不安なのは-----悪いこととしていつ叱られる、
とか | 36. これからのいっしょう |
| 37. 働くことは-----まだはやい | 37. いいことだ |
| 38. 私の神経----- × | 38. ふくざつ |
| 39. 一番こころよいところ-----しんせつ | 39. わからない |
| 40. 私の希望-----これからの一生がうまくい
けるように | 40. 大きいことをやりたい |

[附 3]

图 1



421109

第 1 学 年

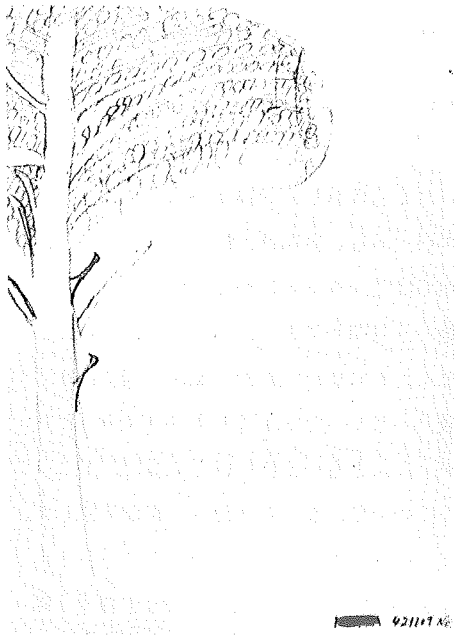
图 2 - a



421109

第 2 学 年

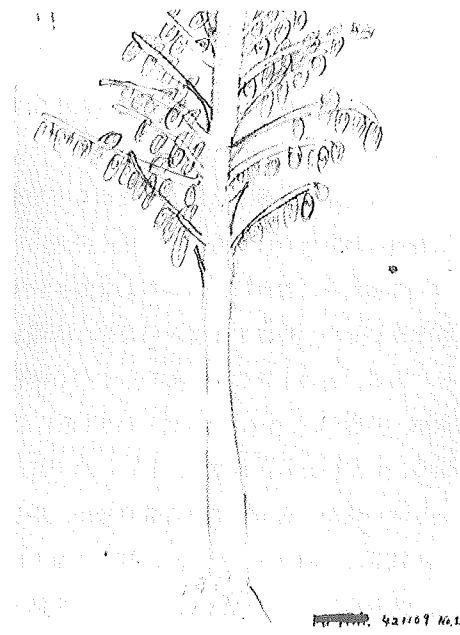
图 2 - b



421109 No.1

第 2 学 年

图 2 - c

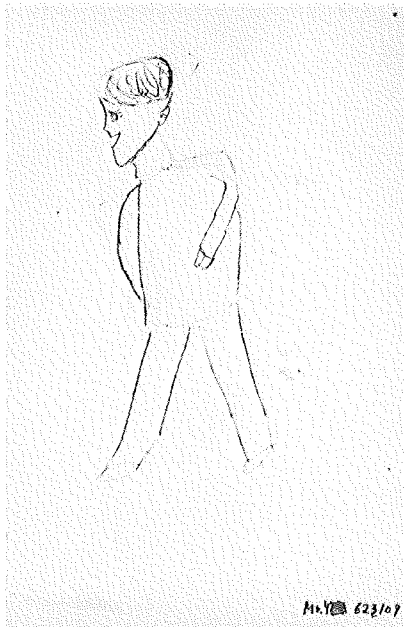


421109 No.1

第 2 学 年

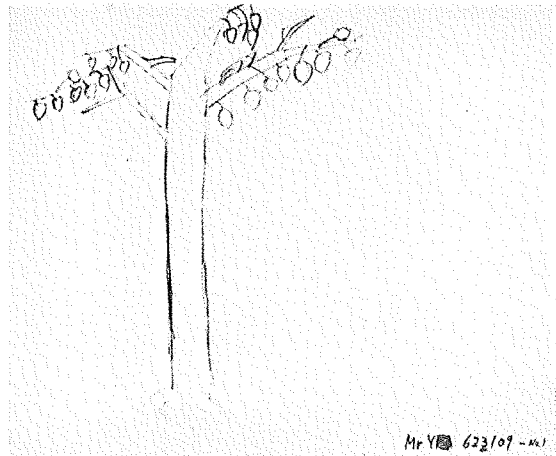
〔附4〕

図3-a



第3学年

図3-b



第3学年

〔附5〕

私の家庭

中学校第三学年

おれんちの家族は、小学生五年生と中学生二年がいるんだ、（そして、おれと、父、母である。）

まず性格から一番下は、わがままな方で少しせたくで負おしみな面が多く、しつこい。二番目はおれたちにくらべて、いく分か、へんな所がある。説明は、はぶく。いよいよ、ぼくの番だが、おれは、おっちょこちょいで、あわてぼで、まあとにかく、いろいろ考えたらきりが無い。母は去年胃かいよで、入院した、約一ヶ月間のことで、ある。今は、母まかせである、あのときのチームワークの心要性が、なんとも必要だった、家から帰えれば、水事、整理(兄)せんたく(父)ねま(弟)など、又夜のみまい(2人)なにしろ1人が、ぼや、ぼや、していたら、きりが、ない。口では、軽いが、なんともいえないほど大変だ。又こういうけい験が、あつてこそ自分自身が、進歩していくのでは、ないかと思う。母が入院して、いる期間は、間食が、ないし、日ごろ金とは、使うということであると思いつたことさえある。入院中は、よい勉強に、なった、生活の安定性が必要差は、なんといつても金の使う限度に、よる、その必要は、なんでもないとおもつても長くたつ内に百が千に千が万にと、つづくのである、これはあたり前だと思つても、ひごろの習慣でなれてくる習慣とは、恐い物だ。

〔附6〕

I 学年時 (昭・44・11)

- I 7秒～2分18秒
 ①△ チョウ 何かにつかって落ちた。人間が羽をちぎった結果、死にかけてる
 W F± AP

- II 10秒～1分26秒
 ①△ インクこぼしたのに後から赤インクが落っこった
 W Cdes Art
 ②△ 島と湖
 W, S F干 Map

- III 11秒～
 ①△ 何かの虫が手をちぎられた
 W F干 A
 ②▽ 何か生物 おこっているみたい、今にも動きそう
 W FM干 A

- IV 28秒～2分13秒
 ①△ どこかの星の生物
 W FM干 (A)
 ②△ どこかの星の木
 W F干 P1

- V 4秒～1分58秒
 ①△ コウモリ
 W FM± A P
 ②▽ チョウ
 W F± A P'
 ③△ 鬼が今にも雲から落っこちそう
 W F干m (H)

- VI 35秒～1分56秒
 ①< 恐竜
 W F干 (A)
 add. V (今にも舞いあがろうとしている生物)

3 学年時 (昭・46・7)

- I 25秒～1分10秒
 ①△ 飛ぶもの、古代みたい、(強いて似ているものをいえば?) 変な蛾みたい
 W F干 (A) P

- II 20秒～2分
 ①< 島(四国)
 W F± Map
 ②> 恐竜みたいな動物が〔2匹〕くっついた感じ
 W F± (A) (P)
 ③△ 子ども・生きもの(上部D)
 D F干 (A)

- III 3秒～1分5秒
 ①▽ 未来の動物 得体が知れない
 W F- (A)
 ②▽ 何となく生きもの、下向いて寝てる
 D FM干 A
 ③△ ならみついている生物 (上部D)
 D FM干 A

- IV 8秒～1分10秒
 ①△ SF的な生きもの
 W F干 (A)
 ②▽ 木が生きてるよう
 D F干 P1
 ③> ゴジラの頭
 d F± (Ad)

- V 3秒～38秒
 ①△ コウモリ
 W F± A P
 ②▽ コウモリ
 W F± A P'

- VI 3秒～55秒
 ①< 恐竜
 W F干 (A)
 ②△ 何かがこっちみてる
 d FM干 (Ad)

青年期症例の縦断的考察

1 学年時 (昭・44・11)

VII 4 秒～2 分20 秒

- ① \wedge 下半身が真二つにされたどこかの生物
W F- A
- ② $>$ 何かの生物
D F \mp A
- ③ \wedge 何かのちょう
D F \pm A

VIII 42 秒～2 分9 秒

- ① $>$ 何かの生物 地球上でいえばヒョウ類
D F \pm A P
- ② \vee 上半身の腕のところが溶けてゆく感じ
dr Fm - Hd

IX 30 秒～3 分58 秒

- ① \vee 生きもの (虫) がくっつき合っている
D FM \mp A
- ② \vee 壊れかけた城のような建物に 2 匹の生物が
向ってゆく
dr, S FM \mp FK A, Arch
- ③ \vee 生物の顔
D F \pm Ad

X 11 秒～7 分34 秒

- ① \vee 生き物が他の逃げようともがいている
生き物を把えて食べていこうとしてる
D FM \mp A
- ② \vee はいあがろうとしている生き物
D FM \mp A
- ③ \vee この生物がこの生物を邪魔している
D FM \mp A
- ④ \vee 2 匹の生物が他の生物がやられるか成功す
るかをのぞいてみている
D FM \mp A
- ⑤ \vee 食われている生物
D FM \mp A
- ⑥ \vee 鳥みたいな生物
D FM \mp A

R 23, W : D : Dd + S = 12 : 9 : 2,
F% 52, Fdom.% 96, F+%=42,
Fdom+% : 23, M : \sum C = 0 : 1, FM 10,
Hd 1, P 2.

3 学年時 (昭・46・7)

VII 5 秒～45 秒

- ① $>$ ライオン (上部%)
D F \pm A
- ② \wedge チョウみたいなもの
D F \pm A

VIII 4 秒～50 秒

- ① $>$ 山猫
D F \pm A P
- ② \vee 未来の生き物, 山猫がのぼってくるので焦っ
ている目付, 目以外は不明確
D FM - Ad

IX 8 秒～55 秒

- ① \vee 下向きの生き物
D FM \mp A
- ② \vee 動物が向うの塔をのぞいている
D FM \mp A

X 5 秒～4 分50 秒

- ① \vee 鳥 前に出てくるよう
D FM \mp A
- ② \vee 他の動物の動きをみている動物 2 匹
D FM \mp A
- ③ \vee 変な動物が 2 匹あがっていく
D FM \mp A
- ④ \vee 変な動物がとびついている \rightarrow 上の方をつかま
えている
D FM \mp A
- ⑤ $>$ 2 匹が他の 1 匹をつかまえようとし, その 1
匹は逃げよう逃げようとはいあがっている
D FM \mp A
- ⑥ \vee 古代のもぐらのような動物を石のような硬い
ものでワナにかけようとしている
D FM \mp (A)

R 26, W : D = 7 : 19, F% 54, Fdom.% 100,
F+%= 57, Fdom+% 31, M : \sum C = 0 : 0,
FM 10, H 0, P 3, (P) 1,

文 献

- (1) Arieti, S., 1957, Interpretation of Schizophrenia, Basic Books, 邦訳 1958
精神分裂病の心理 牧書店
- (2) Ames, L. B., Métraux, R. W., Walker, R. N. 1971 (Rev. Ed.) Adolescent Rorschach Responses, Brunner/Mazel, New York.
- (3) 馬場礼子 1966 ある種の社会適応者に観察される Sub-clinical な精神医学的病態について 臨床心理 5, 79~84.
- (4) Blos, P. 1962 On Adolescence, Free Press, New York. 邦訳 1971 青年期の精神医学, 誠信書房
- (5) 飯田 真, 中井久夫 1972, 天才の精神病理 中央公論社 Jung, C. G. 1923.
- (6) 河合隼雄 1967. ユング心理学入門 培風館
- (7) 木村 敏 1970. 自覚の精神病理 紀伊国屋書店
- (8) Laing, R. D., 1959. The divided self. Tavistock Pub. 邦訳 1971, ひき裂かれた自己 みすず書房
- (9) 村瀬孝雄 1972 a 千葉県市川市の二公立中学校における縦断的健康調査から 精神医学第14巻, 1127~1141,
村瀬孝雄 1972 b 展望 青年期的人格形成の理論的問題——アメリカ青年心理学の一動向 教育心理学研究 20, 250~256.
村瀬孝雄 1973. 神経症と正常——臨床心理学の見地から 下坂幸三, 小此木啓吾, 高橋徹 編 神経症の境界領域 所収 医学書院 (出版予定)
- (10) Rorschach, H. 1921 Psychodiagnostik, Hans Huber, 邦訳 1964 精神診断学 牧書店
- (11) 高橋哲郎 1966 分裂病症状を呈する思春期精神障害の研究 精神誌 68, 1176~1196

「泉の会」:その自主的治療集団としての 側面について⁽¹⁾

精神衛生部 高橋 徹⁽²⁾

要 旨

「泉の会」は、東京都内にある「小心」と「吃音癖」の矯正教育を行っている或る学院の出身者たちによって、1970年4月に全く自発的に結成された一種の社交クラブであり、それは自主的なサークルとして今なお活動をつづけている。筆者は、このサークルの集団活動を、治療集団として見直す試みを行っているが、この論文は、これまでにこのサークルの経てきた変遷を概概し、とくに危機の状況について私見を述べ、また従来の集団心理療法の視点から考察してみた。ルポルタージュである。

治療集団は、成員の自由と平等および自発性の発揮に支えられることによって成員個人個人の問題解決を促すように組織されるはずのものであるが、「泉の会」は、専門的治療者の演出によって組織されるものでない点に特色があり、その意味で、一種の「自主的」治療集団である。

ま え お き

「泉」というのは、私たちの理想郷のことである。あくまでも会員一人一人は泥まみれになって、「自己形成」のために努力し、「暖かいふれあいのない社会」とたたかわねばならない。また、私たちが歩んできた暗く遠い道を、今日もたくさんその後輩が同じように歩んでいることも決して忘れてはならない。

「泉の会」が今後いかに大きな存在をもち得ようになるかは、まさに会員一人一人の肩にかかっている。力強い自主サークルとして一步を踏み出すためにも、私たち一人一人が、「やるんだ」、「やらなければならないのだ」という認識と、絶対にきり離すことのできない団結の手を高々と上げて、一步一步着実に進んで行かねばならない。

もう「泉の会」の歴史は流れはじめたのだ。好むと好まざるとにかかわらず、時は流れゆく。「泉の会」の歴史が、そのまま私たちの活動であり、私たちの「生きた証」となるのである。

「どろんこ」昭45・9

これは、「精神衛生研究」第20号に発表した論文：「泉の会」の対人恐怖症者たち——対人恐怖症者の社会性について——の姉妹篇として書いたものである。

まえの論文は、その副題の示すように、対人恐怖症者に特有な人間接触様式について考察したもので、「泉の会」集団そのものについては副次的にしかとりあげていなかった。

(1) IZUMI club: A therapeutic "autogestion" group

(2) Dr. TOORU TAKAHASHI

「泉の会」：自主的治療集団

今回は、「泉の会」に関するいくつかの記録（会報、機関誌、それに筆者の調査記録など）をもとにして、「泉の会」の集団活動について概要を報告し、会が遭遇した二、三の危機について私見を述べ、また、自主的治療集団としてこの会を見直してみた。

「泉の会」梗概

「泉の会」のことは、まえの論文でもひととおり紹介したが、もう一度その梗概を記しておく。

「泉の会は、二人の、対人恐怖に悩む青年の出会いから生まれた会で、会員たちが一緒にレクリエーション活動を行い、話合いをし、また機関誌を発行する、などの集団活動をとしてお互い同志が働きかけ合いながら、会員各自が自己実現を目ざして、自主的に運営している一種の社交クラブである。

はじめ、この二人の発案者のよびかけに応じて集った人たちと、合計10名で、1970年4月に発足した。実は、会員の大部分が、この二人の青年もそこで知り合いになった、東京にある或る私立の小心と吃音癖の矯正教育を行っている学院（各種学校）の出身者たちなのである。会員の募集も主として学院で生徒を対象に行われており、したがって大多数の会員が、「小心」か「吃音癖」か、あるいはその両者の特徴を合せもつ者たちなのである。現在（1973年3月）約70名が会員として登録されているが、その約 $\frac{2}{3}$ は「小心」の特徴を示し、とくに対人関係のもちかたに困難を覚えて悩み、また、赤面恐怖や正視恐怖などの対人恐怖の諸症状を現わす者も多い。しかしかれらの多くは、学院での矯正教育をとおして「小心」な症状が自分にだけ現われるものではないことをよくわきまえられるようになり、また、苦痛の程度も以前に比べて軽くなっていると述べている。残りの約 $\frac{1}{3}$ は、軽重さまざまな「吃音癖」をもち、そのために多少とも社会不適応に悩んでいる。

いずれにせよかれらは一種の患者意識をもっていて、その共通の背景が、冒頭の引用における「暖かいふれあいのない社会」とか、「暗く遠い道」という表現を選ばせているもののように思われる。

会員の年齢は、19～33歳（平均23歳）で、青年期後半の人びとが殆どである。一、二の例外を除き、独身である。また、高卒後、上京して就労している会員が、過半数を占める。男性：女性 \div 2：1。

会員のなかから選挙によって会長その他の執行部役員（総務、会計、書記、機関誌編輯など）が選出されている。こうした役員は半年ごとに改選されることになっている。月に1度例会がひらかれ、会長が議長を兼ねて司会をし、話合いによって会の活動が決められて行く。慣行となっている会の活動の主なものとして、こうした例会、月刊あるいは隔月刊の機関誌の発行、月1度のレクリエーション大会（ハイキングやボウリング大会、スケート大会、など）、それに定期的に（といっても会の活動のいろいろな時期によって、週3～4回るときもあれば、月1～2回るときもある）ひらかれる話合いの会合、などをあげることができる。また特別な行

事としては、一、二周年記念パーティー、クリスマス・パーティー（これらは、会員募集もかねて学院の講堂をかりて行われる）、会員の送別会、などがある。なお、会の活動に費される費用はすべて会員の月会費によってまかなわれている。

話合いの会合に出てくる人たちのうちで20名前後の常連の人たちができあがっている（図2）この会合への、常連でない人たちの参加は非常に気まぐれで、入会后、数回の参加のあとで会活動から遠ざかってしまっている人たちの数は、登録された会員数の約半数にのぼる。

「泉の会」の集団的雰囲気は、発会后今日にいたるまでに大きな変化をみせている。次に述べる。

「泉の会」の変遷

「泉の会」の略史は、まえの論文で報告しておいた。ここでその部分を再録し、さらに、まえの報告にあるものの後に起った「泉の会」の動きについて、つけ加えておく。「泉の会」の変遷を、集団活動、会員の集まりかたや集まりの内容、をとおしてたどってみると、次の8つの時期にまとめられる。

1) 1970年3月-7月：「泉の会」の結成前後。

学院で知り合った二人の青年が、自分たちの手でサークルをつくることを学院出身の顔見知りの人たちに呼びかけ、10名の対人恐怖症の人たちが、3月中、週1-3回の頻度で、茶店や学院の空教室で会合をもち、会則を練ったり活動方針をたてたりしている。この会合には、毎回数名が出席している。「泉の会」は4月26日に発足したが、しかし集団活動としてみるとすでに3月初旬には会が結成されていたものとみることができる。

4月26日に学院の空教室を借りて発会式が行なわれている。発会式以後、発会まえに比べて会員たちの集まりは急減し、月1度の例会、月1度のレクリエーション活動（日帰り旅行とボウリング）に、数名の会員が参加するだけになる。例会は、学院の空教室で行なわれている。連絡事務の宛て先は、会長宅（会長は、発案者のひとり）となっている。重要なことは、もうひとりの発案者が、発会前後に転職をし、それを契機に姿をみせなくなったことである。

2) 1970年8月-10月：吃音者の入会から第1回総会までの時期。

8月末に二人の吃音者が入会してきたのを契機に、また週単位の会合がもたれるようになる。この時期に新たに行われるようになった活動は、ガリ版印刷による会内外の広報活動であり、9月30日には、「泉の会」の主旨を記したパンフレット「どろんこ」が印刷され（250部）、また、機関誌「泉」の創刊号が発行されている（45部）。

10月に、会則によって総会が開かれ、役員改選が行われる。会長は、吃音者の代表と交代する。この時期においても、集会や広報活動の準備を行う場所は一定せず、例会、総会、および印刷作業などは、学院の空教室を借りて行われている。

3) 1970年11月-1971年3月：「仮」本部における活動。

10月から対人恐怖症の会員の代表と交代して選出された吃音者の会長は、自分の下宿を「仮」

「泉の会」：自主的治療集団

本部として会員に解放し、週3日夕刻7時から10時過ぎまで、この「仮」本部で定期的に集会がもたれるようになる。この集会には、少ないときで3名、多いときは約30名（平均約15名）が参加して、話し合い（自由討論）が行われている。印刷、事務連絡、なども「仮」本部が中心になって行われるようになる。また、学院の人たちを対象にした「泉の会」の紹介と入会勧誘が、週1度会員たちの手で組織的に行われるようになり、それにともなって会員数が急増する。

4) 1971年4月－6月：「仮」本部閉鎖から本部設置までの時期。

3月末に、会長が一時帰省することになり、それにともなってこれまで「仮」本部にあてられていた下宿が使えなくなり、週3日の集会が中止され、また、会長の辞任にともなって、役員改選が行われ、会長には対人恐怖症の会員が選ばれる。4月に「泉の会」の一周年記念パーティが、学院の講堂を借りて行われる（出席者、40名）。大学入学、就職、転職、などにともなって、会員に異動がみられる。

週の集会が中止されたことにともなって、会員が集会をもつ機会が減り、会の活動としては、月例のレクリエーション活動、例会、機関誌の発行、くらいに限られるようになる。例会や機関誌の印刷は、再び、学院の空教室で行われるようになる。

この時期に新たに現われた重要な動きは、これまでは余り目立たなかった下位集団形成が明確になってきたことである。数人のグループ（これに対して「泉の会」全体は、しばしばサークルと呼ばれている）が、不定期に集るようになる。このグループと私的な交際とは実質的に区別することはできないように見える。

5) 1971年1月－10月：本部での活動の前半期。

1月中旬に会員の有志が貸間を見つけ、そこに「泉の会」の本部が設置されて、再び週単位の定期的な集会がもたれるようになる。毎週2日夕刻7時半から10時過ぎまで、この本部で集会がひらかれる。また、連絡事務、印刷なども、本部で行われるようになる。

本部での集会と「仮」本部で行われていたまへの集会とを比べると、本部での集会に参加する人数は、や、少ないこと（3～20名、平均10名前後）、顔ぶれが一層固定してしまったこと、4)期にみられたグループ形成が集会の場にもいろいろなかたちでもちこまれている点などに相違が認められる。

実は、会員たちのあいだで、サークルを解散すべきだ、という声もきかれるようになった。

6) 1971年11月－1972年4月：本部での活動の後半期。

常連の会員の出入りが、この時期にとくにみられる。会を離れて行った人びとは、その理由として、就職、転職、帰郷、結婚、などをあげる。

7) 1972年5月－11月

常連の会員たちが、ふたたびサークルの解散について話し合いをはじめ。本部を維持する費用がとうとう底をつき、6月30日に本部を放棄する。

また、サブ・サークルの活動が活発になり、サークル（全体）の活動、たとえば、例会や機

関誌の発行、などが、殆どひらかれなくなって行く。

8) 1972年12月——：再建の時期。

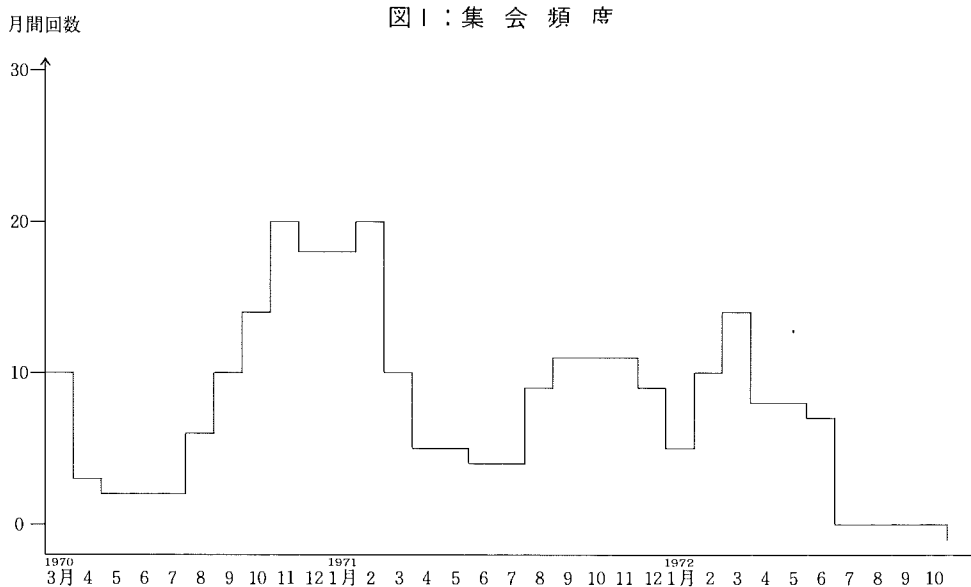
12月から、例会その他の集会在、学院の講堂をかりて再開され、会員募集の活動も再開される。しかし反面、昨年入会した会員が就職や転職の理由で、会から離れる傾向が目立つ。現在役員改選が行われ、今後のサークル活動についての摸索が、はじまっている。

危 機

「泉の会」は、その短い歴史においてすでに数回以上の存亡にかかわる集団的雰囲気の著しい変化として会員が体験した場面を経てきている。まえの章の叙述にも、そのいくつかは不十分ながら示されている。

こゝではそれらのうちで、比較的把握しやすかったものを三つ選んで報告しておきたい。

危機、その一：——これは、1)の時期に、「泉の会」の結成の直後に、起りは始める。そのひとつの現われは、集会の頻度の激減(図1)にも示されている。



後になって、会の発案者のひとりS氏は、この危機の前後の様子を次のように述べている。

………3月のはじめ頃、(もうひとりの発案者M氏と)お互いに自分らの知っている学院の顔見知り呼びかけた。そしたら、A君B君Cさんがまず僕らの主張に賛同してくれて、会をつくろう、ということになって、またそれぞれの知り合に呼びかけて、というようにして結局10人になったんです。

その頃、勤め終わってから7時ころ(学院の近くの)茶店になん人かで集って、会則を考えたり、サークルの活動計画をたてたり、随分張切ってやったですね。夜の11頃まで。みんな仕事があるから毎晩というわけにはいかなかったけど、週に3日は集ってましたね。

A君ともうひとりだれだったか忘れたけれども、その男が法律を少し勉強してて、会則の起草をしたり……ともかくみんな張切ってましたね。

「泉の会」：自主的治療集団

発会式は学院の講堂かりてやった。会員が10人で、それとまだ入会してない人なんかも参加して十数人くらいだったかな。

(ところが)壁にぶつかっちゃった。それからすぐに。Mさんが、どうしてもおじさんのやっている店に手伝いに行かなければならなくなって、結局サークルづくりは僕にまかされた。それでも例会とハイキングと、5、6、7月になんとかやったけれども、みんなだんだん熱がなくなっちゃって…。(S氏との面接記録、昭46・10・8)

また、今の記録に登場しているA君は、次のように述べる。

……あんとき(3月頃)は丁度春休みで、Mさんからサークルつくるからやろうって声かけられて、それから毎週2日か3日は茶店にみんなで集って、駄べった。楽しかったですね。とても。Sは、(サークルづくりを)やり過ぎるくらいよくやった。(しかし)だれもついて行かない。Sからは例会でなんか喋ってくれ、なんてよく電話でいわれたり。会が一旦できちゃったら、つまらなくなった。気の抜けたビールみたいで、はじめ、会ができるまえは、みんなであれもやろう、これもしようってプランたててたんですけど、精々、例会とレクリエーションくらいしかできなかった。……

(A君との面接記録、昭46・10・16)

「泉の会」がこうしてむかえた結成直後の低迷は、8月になって、吃音者の会員が入ってから、やっとおさまる。そのひとつの現われは、集会の頻度が増大しはじめたこと(図1)にも示されている。

また、「どろんこ」(冒頭にその一部を引用してある)の叙述のやゝ熱っぽい表現から、会の集団的雰囲気がおぼろ気ながらも察せられる。

この危機の教訓的な点は、集団活動の創造性や自発性は、それらを発揮させる目的でつくられた活動のデザインにそって集団活動が行われるそのことによって、むしろ失われて行く、ということをついでいる点である。端的にいえば、自発性を目ざそうとするそのことによって、むしろ自発性が失われてしまう、というパラドックスである。(「泉の会」の活動のシナリオの忠実な読みが、実は読み違いだったわけである。)

危機、その二：——この危機は、5)の時期にみられたものである。この危機は、まえの危機に比べると、より複雑な、そしてより広汎な背景を考慮しなければ把握し得ない。

3)の時期は、「泉の会」の黄金時代と呼ばれていて、仮本部にかようために定期券を買っていた会員もいたくらいである。「仮」本部の閉鎖にともなって、4)の時期には、数人づつのグループが形成され、一種の「なれ合い」が目立つようになり、その反面、サークル(全体)としてのまとまりは、ますます曖昧になってしまったことは、すでに述べた。

5)の時期には、本部が設立されて、サークルとしてのまとまりが再び明確化してきたかのようにみえたが、実は、いくつかのグループ(下位集団)とサークルの二重構造という会員の所属意識を混乱させる事態が生じていた。この二重構造に対しては、対人恐怖傾向の著しい会員はとくに敏感で、集会に参加していても「なれ合える相手(同じグループの相手)」がだれもその場にいらないとおし黙って孤立してしまう。また、私的な関係が含意的に集会の場にもちこまれる。だれかがスケープ・ゴートに仕立てられ、サークルを乱す張本人にされる。「黒い霧追放」という落書きが本部の黒板に書かれたり、集会のない日にグループの仲間が飲んで、

スケープ・ゴートになっている人びとの悪行を確認し合ったりすることが続き、「もう、会は解散だ」という声が高まってくる。

この時期の危機を、会員の私的な問題に触れずに描き出すことは、極めて困難である。

9月26日の例会——その議題は、会を解散すべきか否か——の記録を検討して抽象化した図式は、次のようなものである。

自分たちは、会を解散すべきか、そして、なれ合いの仲間だけになるか、あるいは、会を存続させるべきか、の二者択一をせまられていることを、ひしひしと感じている。そして、そのどちらも選べないでいる。

なれ合いでしかないとしたら自分が余りにも惨めだし、もうだめなような、サークルの水準での心のふれ合いの白じらしさが、ますます、なれ合いへの傾斜を強める。しかし今、会の解散か存続か決断しなければならない。それを引きのばしに引のばしてきて、こゝにいたったのだから。

会は、解散すべきである、そうしよう。

ということは、自分たちはそう決断する前提として、実はもうひとつ深いところ(メタ水準)で、やはり会員であることを認めていることではないのか。なぜならば、会員でない者が会の解散を選択することにこれほど強く悩むこと、今ほどギリギリの立場の感じを味わうことができるはずがない。

自分たちは今の状況ではじめて自分たちが深いところ(メタ水準)で会員であることを確認し合うことができる。メタ水準での、「自分たちは会員である」という確認が、なれ合いのもうひとつの側面(積極的な好ましい面)への発見につながり、実さいに、会は存続することになる。

スケープ・ゴートのひとりにされていたX氏は、後日次のように話してくれた。

……Yも(私的な或る出来ごとのこともあって)自分と同じ被害に会った。Yはサークルにうちこんでいたし、それがボイコットされたのだから、会は本当に冷いところだと思ったこともあった。FやGは私に反感をもっていた。しかし今は憎めない。昨日も二人で来ていろいろと説教していったが、本当に軽蔑するならあしてわざわざ説教までしに来ないはずだ。Gは育ちがいいし、Fは本当にいい奴だ。

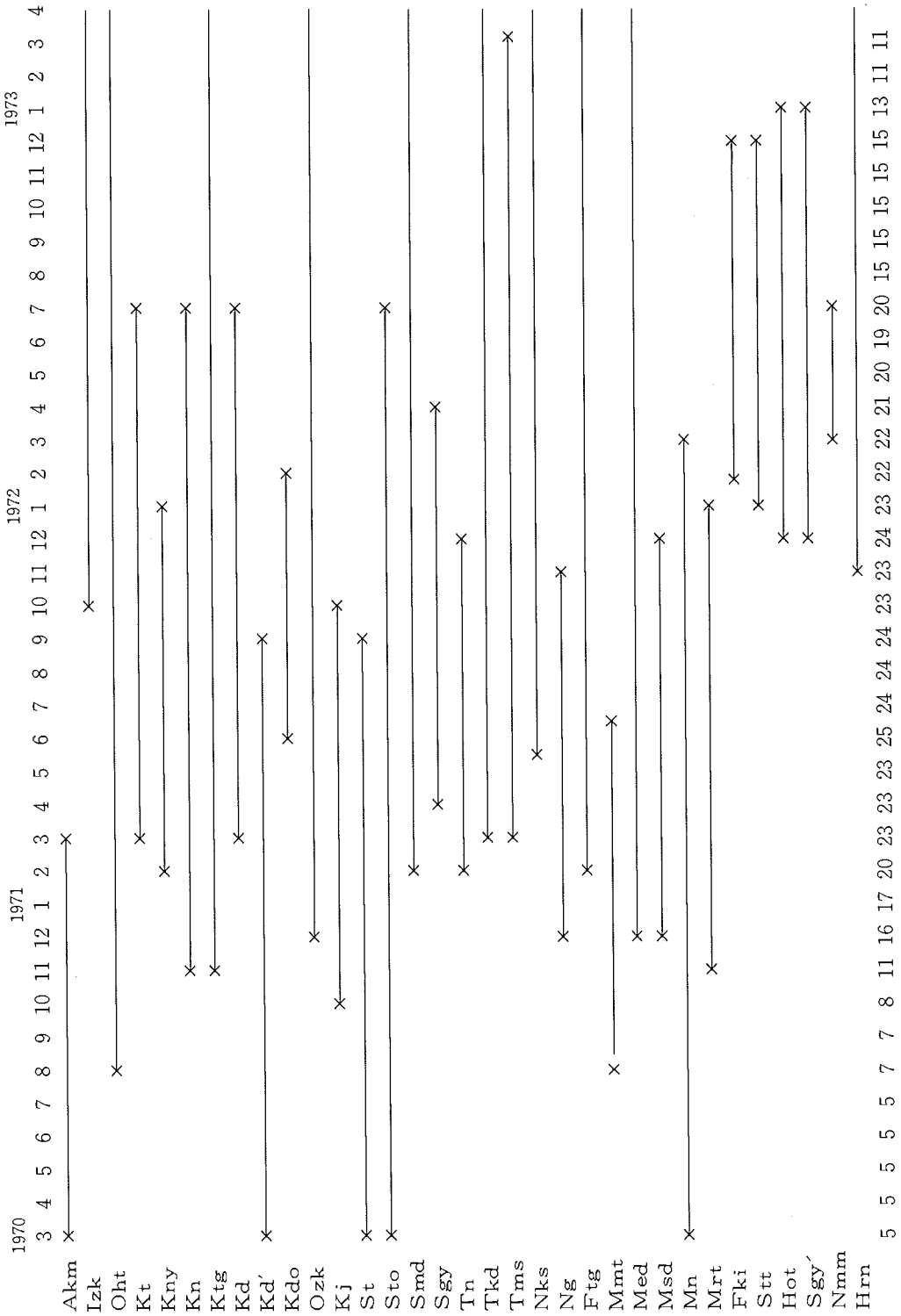
(X氏との面接記録。昭46・10・22)

この危機は、治療的二重拘束の範例とみることができる。

危機、その三：——これは、7)の時期に現われた危機である。

6)の時期に、同僚たちがなんらかの会を離れて行ったこと(図2)に触発されて、会のありかたが再び問われはじめる。会の活動が型にはまったものとなってしまうことが、改めて会員の自覚を促がしはじめる。

図2 常連の会員



「私に現在可能なことは、若いのに現在の偽りの幸福に自己を浸し、真実を無視し、その幸福を必死で守ろうとして防衛態勢を取っている人々に真実を伝えることである。

人生のみじめさや、魂の弱さから眼をそらすような臆病な理想主義を、私は嫌う。

偽ってまでも幸福を、どんなに無理をしてでも幸福をわが会員に与えようとは、私は約束しなかった。私は会員に真実を約束した。幸福を犠牲にしても、永遠の魂をきざみつける雄々しい真実を与えよう。その息吹きは荒いが清らかである。われわれの貧血した心をそれに浸そう。それから人生の真の幸福を互いに追求していこうではないか。」
 (「いずみ」46・11)

と書いた会員(当時会長であった)も、会から離れて行った。^{※(1)}

会の外の生活空間に生起していることがらの重みを、会員たちが思い知るようになる。

会は、どうなるのか。結局は外の生活空間に吸収されていって、せいぜいそのごく片隅に、都会の喫茶店のように残るとすれば残るのか、それとも、外側に向って拡がり、ついには全生活空間を満す理想郷となって行く可能性の方に(再び)賭けるべきか。^{※(2)}

会員たちは、生活空間^{※(3)}のなかでの会の位置の曖昧さに気づき、「自己実現」や「社会性を身につける」活動を、どのように進めて行ったらよいか、という難問に直面する。

次の情景は、6月9日の記録の一部で、あまり出来はよくないが、難問に直面した会員たちの苦渋をスケッチしたものである。

……7時50分に本部に行くと、すでにF、T、D、H、J(いずれも男性会員)が来ている。8時半になって、K(男)が来る。

TとDが話すのを、Fがそばでいちいち茶化す。話題は、会をこのまゝ存続させるべきか、それとももう解散すべきか。

T—みんながやる気なくしているときに、二、三人でなにかはじめたところでダメだから、会の活動をつづけるならもう少し盛り上がりを待つか、あるいはもっと会員を増やしてからじゃないと…。

F(タバコをふかしながら)—もうこんなこと(サークル活動の意)してたってダメだから、解散することに(自然と)なるんだろう。どうせ。オレは、副会長とか、そういう役は嫌だ。会があればまたときどき出さしてもらうけど。バイト先でも結構うまく(つき合いを)やってるし…。

(9時に、O(男性)が来る。Oは、脱会すると宣言していた。転職したので、そうしょっ中会にはもう出られなくなった、という。)

T(Oに向って)—もう一度考え直してやってみる気ない(だろうか)。

O—もう、やめたものと思ってくれ。

D(しばらく沈黙していたが、顔をあげて)—まだ、やる。

T—僕は、心理研究会だけでいい。サークルなんて大それたこと、今考えなくたっていい。サブ・サークルの活動のなかからみんながなにかをつかんでいくことが、今は大事だ。

D(温和なかれにしては珍らしく、マッチ箱をだれにも坐っていない方の壁になげつけながら)—Sさん(女性の会員で、サークルの中心人物のひとりだった)を引きとめることができなかったのは、残念だ。

※(1) 幸福の共有など所詮「あのブルジョワ的な人生に埋没しているあいつには、できっこない」と、或る会員は批判している。

※(2) 或る会員は、後日、コンミュン運動にひかれて行くことになる。

※(3) たびたび使うこのことばは、或る会員の話によく出てくるのである。

「泉の会」：自主的治療集団

F—それは、個人の意志を尊重するんだから、仕方ないだろう。

(Fのことは無視される。HもIも、Oも、Dに共感)

O (しばらくしてから) —女性目当にしてサークルをやっていたこと、それはやっぱり結局は失敗だったし、むなしいことだった。

K—また女が来れば、ワッとみんな集まるよ。

(Kのことは無視される)

H, I. は終始沈黙しつづける。

…… (略)

その後、例会はもたれなくなり、機関誌の発行は中止になり、本部は解散した。しかし、サブ・サークル活動が次第に活発になって行く。

この危機をそれとして把握するためには、まえにあげた二つの場合とは違った視角をとる必要があった。まえの二つが、いずれも、会の社会的現実の背景に現われた危機のかたちであったのに対して、今度の場合には、会の外部の(或る会員のことは再びかきかるとして)生活空間を含めた会員の生活全体の現実を背景に現われた危機であった。

(危機に直面して、会員はその苦渋に満ちた雰囲気の中で、それとは場違いな感じを与えるほどの軽さで、さりと、会のシナリオを読み換えてしまう。)

集団心理療法の視点から

「泉の会」の活動を集団心理療法の視点から見直してみても気づいた点をいくつかあげておきたい。

1) 治療的社交クラブとの違い：—「泉の会」の集団活動が、並みの集団心理療法の範ちゅうにはおさまりきれないものであることは、梗概を一読するだけでも十分納得できるものと思われる。集団心理療法のさまざまな型を想い浮かべてみても、「泉の会」の活動をそれにあてはめることのできる型はなかなかうかんでこない。ただ、いわゆる治療的社交クラブ型の集団とはよく似た点を多く備えている。治療的社交クラブでは、「泉の会」のように、役員を選挙で選び、会費をあつめ、社会活動の立案や実施は、一さい自主的に集団成員によって行われている。しかしながら、治療的社交クラブ型の集団にとって欠くことのできない職業的治療者は、「泉の会」のスタッフ名簿には載っていない。いわば、影の演出者に当る者が、「泉の会」には存在しない。

2) 患者役割と治療者役割の非分化：—集団心理療法のさまざまな型の殆どのは、たとえ、中立的な立場あるいは「影の演出者」という但し書きがつけられるにせよ、治療者役割をとる者が集団のなかに存在して、しかもかれ(ら)は決して患者役割をとらないことが前提になっている。また、そのことが、集団内に生起する諸問題を経験科学の枠内で意図的に処理する方法である、という集団心理療法の定義を満す必要条件になっている。しかし、「泉の会」には、そのような治療者は存在しない。

会員たちの役どころは、(このことと関連させて見直してみれば)はっきり患者役割のみを

とるものということができない。どうやら患者の役をやるらしいことは、かれらが症状を、(たとえば)社会的スティグマとして意識しているらしいこと(それは、冒頭に引用しておいた、「どろんこ」の叙述からもかすかではあるが察せられる)から、たしからしい。次の記事は、この点を一層鋭くついている。

………会の話合いに集合している人々は、顔見知りか90%を占めている。だから、自己紹介など不要ですぐに本題に入ることができて、まことに結構な会である。しかし、なにを討論すればよいのか、はいつも疑問のままであり、いつもながら雑談に終わってしまうのはなぜか。雑談になる原因は二つある。一つは雑談を話す能力しかないこと。二つは、教養はあるが雑談の方が全員に発言が与えられる、ということであろう。この二つ目の方に僕は躓きを覚える。それは、雑談に終ることの方が自己自身にとって安心感が得られるだろう、という点なのである。

全員かどうかは判断できないが、この会は「症状ぬき」という気持でありながら事実ほうらはらに最大限この症状ごときものに集中しているのではないだろうか。

(「いずみ」昭46・11)

しかしながら、患者意識がこんな工合に、秘められているかのようにでありながら、実は歴然と、会員たちの言動に現われてくるように、治療者意識の方も会員たちの言動ににじみ出ているのである。それは、どぎつい治療者の arrogant な側面をまともに示す言動——それをこゝでうまく書けないのは残念であるが——であったり、次の記事のようなかたちであったりする。或る会員は、次のように語りかけずにはいられない。

………勿論われわれ各自、自分の悩みから目をそらせてはならない。しかし、われわれの場合は、あまりにも悩みや苦しみをだけ見つめすぎているのではないでしょうか。

もう皆さんおわかりでしょうが、われわれの悩みというのは多分に自分の性格と関係がある。そうだとすれば、悩みをなくそうと思えば、性格を改造しなければならない、ということになる。性格を改造する——それは、ちょっとやそっとのことではでき得るものではありませんね。一生かかる大仕事だといっても過言ではない、と思うのです。性格改造には、長い時間と不拔の忍耐が必要です。われわれが、悩みに対してどう対処するか、ということは、また、人生に対してどう対処するか、ということにもつながります。あせらず、手をとり合って、共に人生を歩もうではありませんか。

(「いずみ」昭46・2)

会員たちは、患者役割と治療者役割の二役をひとりで演じている。それは、「泉の会」の活動のさまざまな情景、安逸な「なれ合い」から厳しい自己批判にうらうちされた「総括」場面にいたるまでに、一貫して演じられている、とみることができるようと思われる。

しかしながら、会員たちの一人二役を演出する(いわば、メタ水準の)治療者が存在しないのである。

3) 集団活動の方針と実施は、自作自演であること：——自主的、ということと言い換えたにすぎないが、ふつうの集団心理療法が、専門家のデザインにそって集団活動を実施し、集団の相互作用も専門家の観点から統制され、またそのことによって、集団成員のひとりひとりにとっての望ましい治療的効果もたらされることを保証しているのに対して、「泉の会」は、その発端から全く専門家の手をわずらわすことなくいわば会員がシナリオを書いてそれを演じており、集団心理療法の眼目である、成員ひとりひとりにとって望ましい治療効果もたらさ

「泉の会」：自主的治療集団

れるかどうか、という見通しは、全くといっていいほどない。この点で「泉の会」は、治療集団としての資格をすでに欠いているかのように見える。

それにもかかわらず、集団心理療法の視点から見直そうという、集団療法家たちからみれば、少しばかり思い上がった試みを筆者が行なおうとしているのは、治療集団にとって重要な要素であるとされている、(i)集団成員の自由と平等とが、成員たちの絶えざる努力によって守られて行くこと、(ii)成員の自発性が率直に発揮されること、の二点が、「泉の会」の集団活動にはかなり明確に認められていること、また、この二点が、治療集団がデザインされてそのとおりに組織化されはじめると、しばしば失われてしまいそうになる、というパラドクサルな要素^{※(1)}であることを強調しておきたいと考えたからである。この後者は、「危機」の章で触れた。要約すれば、かれらはシナリオをしばしば読み違えたり読み換えたりするが、その読み違えが、かれらの自発性の率直な表出を促し、シナリオのさらに深い意味をかれらに悟らせている。

「泉の会」が果して治療集団の資格をもち得るかどうかは、会員ひとりひとりの今後を検討してみなければ解らない。それは、どのような自主的治療集団（仮称）についてもいえることではないだろう。

（附記：——筆者は、かれらの自分たちの生活の発見^{※(2)}を願っているので、ときとして、かれらがシナリオの作者を探している登場人物のように見えることがある。）

※(1) 自由は不自由を選びとれない不自由に支えられ、平等は絶えず不平等への顧慮に支えられ、自発性は、それを目ざそうとするそのことによって失われる、というパラドックスである。

※(2) 神経質者の「生活の発見」による治癒は、森田療法を受けた人びとに認められる。しかし、生活の発見ということばは、こゝではもっとひろく解しておきたい。たとえば、わが国で多くのファンをもつ或る有名な歌手の次のことばにも、その実感がこめられている、という工合に。

“Each audience is my God.” —— Minam I. Spring.

精神分裂病の家族研究⁽¹⁾

— その3 わが国の子どものしつけと従来の
「分裂病家族力動論」について

優 生 部 高 臣 武 史⁽²⁾
精神衛生部 鈴 木 浩 二⁽³⁾
" " 田 頭 寿 子⁽⁴⁾

要 旨

私たちは分裂病者の言動の「異常性」はかならずしも Jaspers のように「了解不能 (unverstehbar)」ではなく、Laing のように社会的にみてかなり「可知的(intelligible)」であると考えている。彼らの体験や言動は両親の態度や家族内人間関係、さらには私たちとのかかわり方にいろいろ影響されている。私たちは彼らの家族が如何に彼らを傷つけているか、そして彼らが如何に家族に動揺を与えているかを観察し、私たちが彼らにどのようなかかわり方をすべきかを目標に研究してきた。

従来の欧米の家族力動論は精神分析学を基盤にして、人格形成や社会化の過程を考え、分裂病者の両親が患者の幼少時から如何に患者の精神発達を妨げたか、そしてその状況が現在もおつづいているかについて論じているものが多い。エディプス・コンプレックス、共生関係と両親の情緒的離婚 (Bowen)、二重拘束説 (Bateson)、両親の葛藤 (Lidz)、家族の偽相互性 (Wynne)、家族の情緒的単一性 (Bowen) などみなそうである。そして治療も親からの分離、独立を目標にしている。

これらの家族力動論と欧米の家族関係や人間観、そして子どものしつけ方とは無関係ではない。ところが日本と欧米諸国では夫婦のあり方や子どものしつけ方は多くの点でちがいがあつた。その点を無視して欧米の家族力動論をそのまま日本の家族にあてはめてよいであろうか。日本と欧米の家族関係やしつけ方を比較しながら、この点を考察したのが本論文である。

ま え が き

従来の精神分裂病の家族研究には患者の幼少時からの家族内人間関係や両親のパーソナリティに注目しているものが多い。その根底には次のような前提がある。

1. 患者の家族ことに両親には患者を傷つけたり混乱させたりする言動がある。
2. その言動は現在ばかりでなく、患者の幼いころから持続的であつたもので、それが患者のパーソナリティ形成とか社会化に重大な影響を与えている。

このような前提は分裂病ばかりでなく、神経症や情緒障害児、非行少年の研究でも広く考えられているように思われる。

(1) A STUDY OF THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS :

III. CHILD DISCIPLINE IN OUR COUNTRY AND "FAMILY DYNAMICS OF SCHIZOPHRENICS"

(2) TAKESHI TAKATOMI, Division of Eugenics, (3) KOJI SUZUKI, Division of Mental Health,

(4) HISAKO DENDO, Division of Mental Health

この前提に立つばあい、子どもの養育方法や家族の構造、機能、役割などについて一般的なイメージがあり、それに対して対象となっている患者の家族ではどのような点にちがいがあるかということが問題にされる。アメリカの学者の家族理論はアメリカ人の子どもに対する期待像やそのしつけ方、夫婦関係などの基本的なあり方をもとにして展開されている。ところが前論文でふれたように日本の家族と欧米の家族では家族の構造も機能も子どもの養育方法もずい分ちがっている。もしそれが子どものパーソナリティ形成に大きな影響を与えているとすれば、私たちは日本の患者の家族力動を考えるばあいに、アメリカの理論をうのみにしてよいであろうか。これが前論文で提起した疑問の一つであり、私たちは家族ロールシャッハをつかってその点を検討した。

今回は前論文で提起した疑問に関連した日本における子どものしつけ方の一般的特徴とされているものを整理し、その上で改めて従来の家族理論を見なおしてみたい。

(1) わが国の家族と子どもの養育の特徴

日本人の生活形態は戦後大きくかわってきた。たとえば工業化にともなって都市への人口集中、俸給生活者の増加、核家族の増加、家庭電気消費財の増加、情報網の急増等、いろいろな変化がみられる。しかしこれらは欧米諸国でも共通の現象であろう。こうした変化にもかかわらず、日常のつきあいや人と人とのやりとりの仕方など、対人関係のあり方や家族内関係などは、基本的にはそれぞれの社会ではあまりかわっていないように思われる。核家族化という形や構成メンバーが同じであっても、その中の親子のかかわり方や行動の仕方は日本と欧米諸国とはちがっている。これは大企業や官庁の形態が日本と西欧社会でよく似ているが、その中の対人関係や会議の進め方などはそれぞれ著しくちがっているのと同様である⁽²⁾。

⁽²⁾ 中根は日本の社会構造の最大の特徴はタテ社会であることであり、日本の社会に根強くひそんでいる対人関係や集団についての認識のあり方は伝統的な、そして日本の社会に浸透している、普遍的な「イエ」の概念に明確に代表されているという。「近代化にともなって、特に新憲法でイエがなくなったと信じられているが、生活共同体として、ことに農家では経営体として、明確な社会集団として存続している」。

このような特徴が家族内の対人関係でどのようにあらわれているか、社会学者や文化人類学者の研究を中心に考え、それと分裂病者の家族とを比較してみたい。

(i) 夫婦のあり方——夫唱婦隨の夫婦一体が理想

欧米の家族は夫婦が中心であるとよくいわれる。夫は生活の糧を得るために働き (instrumental role)、妻は家事をうけもち、家庭の和を守る (affective role) ばかりでなく、知人を家に招いてパーティをするばあい妻のホステスの役割は夫の社会的活動に重要な意味をもっているという。客として招かれたばあいも同様である。これは家族内での役割の分担であって、

妻が夫に服従するのではなく、対等であり、愛情をきづなにして、互いに補いあい、たすけあっている。妻は夫のパートナーとしての役割をもち、それに生き甲斐を感じている。これが欧米の夫婦のたてまえであろう。

日本の夫婦はこれとちがっている。戦後憲法が改正され、男女の権利の平等が法律にうたわれ、核家族もふえている。しかし妻は「嫁に行き」、夫は「嫁をもらう」のである。Parsons等のいう instrumental role と affective role は日本でも同じようにいえることではあるが、妻は夫のパートナーとしてではなく、客を家に招くことが最上のもてなしであり、夫婦そろって社交場に出るのが一般の欧米とちがって、日本では妻は表面にでない、贈物などいろいろ気をつかうとしても妻はあくまでも「脇役」として「内助の功」、「縁の下の支え」を要求され、世間的には夫の「主人」としての役割はつづいている。また核家族が増加したといっても、長男夫婦が夫の両親と同居している家族は今でも多いし、妻は夫や姑に服従するようにしつけられ、そのように「振舞う」のが良い妻、良い嫁とみられてきた。「夫唱婦随」による「夫婦一体」が日本の家庭の望ましい姿とされてきた。このような道徳的理想は日本的なものといえよう。

なお従来の日本の家族というと観念的には家長が絶対的な権威をもった形を連想しがちであるが、かならずしもそうではない。⁽³⁾川島は日本の家族制度を2つに大別している。

その一つは武士的・儒教的な家族制度である。これは主として貴族、大地主、大商人、士族の層にみられた。そこでは父あるいは夫である家長の「権威」と、家族、子、妻の「恭順」が基本的原理として存在していた。このばあいの恭順は「みずからの内面的な命令に媒介された自主的服従」ではなく「人の精神を外から規定する権威への服従」であった。内心のいかんは二の次となるところの、外形的行為における服従であった。権力者の命令は絶対的であって、親や夫に「口ごたえ」したり、「理くつ」をいうことは、親や夫の尊厳をおかす罪とみなされた。このような権威は、人間の精神や行動の自主性とはまさに反対のものであった。親に孝、夫に貞という規範は、親子関係や夫婦関係の法則であり、下級者の上級者に対する義務であった。この形で家族が維持されるために必要なのは、宗教的な戒律ではなく、道徳的規範であった。

第2の家族制度は庶民の家族生活であった。庶民の家族ではすべての家族員がそれぞれの能力に応じて、生産的労働を分担しており、武士や地主や貴族など全家族の生活が家長の財産や地位に依存しているのとはちがっていた。「そこでは儒教的家族にみられたような家長の権威は存在しなかった。各人はその労働能力に応じて各人が固有の生産的労働を分担し、それに対応して家族の中で固有の地位をもっていた。したがって戸主権とともに、父権、夫権、主婦権等が分化し、独立したものとして成立していった」。つまり儒教的な上下関係のかわりに、横の協同関係があった。そこには絶対的な権威はみとめられず、くつろいだ人情的な関係がみられた。

「しかしその基盤には外在的な権威として伝統とか慣習とかがあった。それは『ご先祖様』

が権威として存在した。このような規範は個人の自主的独立的な判断によって自分自身の規範に転化することはできず、直接『外から』人びとを拘束していた。

この2型が日本の家族の原型といわれている。それは外見上はきわめてちがっているが、次の点は共通している。すなわち人間の合理的判断を許さぬ盲目的な「権威への服従」か「慣習や習俗への服従」であり、「内からの自律」によって媒介されない、「外からの規定」によって支配されていたことである。人びとは独立した個人として自分を意識し、行動しなかった。

現在の日本の大部分の家族はこの2型そのままではない。法律的に家長権はなくなったし、かつての武士社会のような絶対的な権威をもっている家長は現実には殆んどいない。また都市への人口移動や核家族化やテレビ等の情報の発達により、また戦後の価値観の変動により、古くからの慣習は次第にくづれてきている。しかし家族の基本的なあり方がどこまで変わったかといえば、現時点ではまだ大きく変わったとは思えない。明治以後の教育では武士的家族にみられた忠と孝の思想が広く国民に強制された。それは明治政府の富国强兵策としての必要からされたものであったが、国民の側にもそれを受け入れる素地があった。すなわち日本の社会構造の「氏族的性格」⁽⁴⁾あるいは同統（同族）意識が明治以後の教育を強い抵抗なしに受け入れさせたといえよう。戦後教育のあり方がかわってきているが、日本人の中に深く根をおろしてきた素地は外面的な生活様式の変化で急にかえられるものではないであろう。それを端的にしめしているのが子どもの養育のしかたである。

(ii) 性善説と子どもの自由

⁽⁵⁾Benedictは日本とアメリカの生活曲線が正反対であることに驚いている。すなわち「アメリカの子は生れ落ちたその瞬間から、その小さな願望がこの世における最高至上のものでないことを思いしらされる。われわれは一定の時間をきめて授乳し、一定の時間にねかしつける。やや後になると母親は指をくわえたり、その他の身体の部分に触れたりすることを禁止するために、嬰兒の手を叩く。母親が外出する時には嬰兒は留っていないなければならない。

アメリカではきめられたとおりにしなければ幼児は罰せられる。子どもは元来「わがまま」なものであり、「きびしくしつけなければならない」と考えられている。したがって子どもは一定のルールに従ってしつけられ、それに反すると厳しく叱られるが、そのルールをおかさなければ罰せられない。こうして彼らは生活のパターンを身につけていく。

青年になると殆んど親の掣肘をうけなくなり、結婚し、夫婦本位の生活を続ける。

ところが老人になり、人の保護をうけるようになると、再び日常生活にいろいろな制約を受け、生活の場のしきたりに従うように要求される。

これに対して「日本では赤ん坊と老人とに最大の自由とわがままが許される。幼児期をすぎると徐々に拘束がまし、結婚前後の時期には自由は最低線に達する」。

老人の問題はさておき、乳幼児のばあいを考えると、日本ではBenedictの指摘したとおりであろう。この頃は授乳時間を一定にしたり、「おんぶ」をしないでねかせている母親もいるが、それは一般的ではない。日本では「7つ前は神様」とか「7つ前は神のうち」といういい

つたえがある。彼らは「清らか」であり、「正しい存在」である。祭のとき祭神を導く稚子の風習は子どもが神の代弁者であることを示している。

子どもを清浄視する根底には、乳幼児の死亡率が高かったことや、後にのべるように、子どもが生れることにより母親の地位が安定したり、子はかすがいとなって夫婦のきづなをつよめることが関連しているかもしれないが、元来日本には子どもは生れながらに善であるという思想があることが大きな理由といえよう。これはアメリカの「子どもはわがままである」という考え方とは全くちがっている。子どもは善であるとすれば、子どもはほっておいても正しいことをするということにつながる。わがまは許され、寛大なとりあつかいをうける。「人手をかけるとかよわい子になる」「自然にまかせた方がよい」。これが基本的な考えであった。日本の庶民と生活は苦しく、母親は忙しくて、子どもの面倒をみる時間がないために、心ならずも放任していたことも事実であるが、その底に性善説があったこともたしかである。近年母親が子どもの教育につよい関心を持ち、過保護になったといわれている。その過保護は裏がえせば過干渉ということであり、「教育ママ」が子どもをスポイルしているといえよう。

また都会では離乳は比較的早くなり、6～7ヶ月で離乳をはじめ、満1才で完了することが多くなったし、母親自身の希望ではじめから人工栄養の子どもも少くない。しかし農村では未だ1年半から2年の所が少くないというし、弟妹が生れるまで授乳している人も稀ではない。Benedict がいうような、「赤ん坊はときをえらばず乳をのむ。そして乳をおもちゃにする。それは赤ん坊の喜びであり、楽しみである」。これは計画的な離乳ではなく、自然に「乳ばなれ」するのを待つことである。

また日本では子どもが寝るときに添乳をしたり、誰かが添寝する習慣も根強くのこっている。都市ではこれは減っていく傾向があるが、欧米とはちがって、かなり根強くのこっている。

なお祖父母（多くは父方の祖父母）が同居している大家族では、子どもは母ばかりでなく、あるいはそれ以上に祖父母に可愛がられる。「嫁は憎いが、孫は目に入れても痛くない」。そして忙がしい母のかわりに祖父母の手によって育てられる子どもも多い。時には養育方針のくいちがいから姑と嫁の争いもないわけではないが、子どもが両者の間にあって、緊張をときほごす役割を果すことも多い。ときには家族の中心的存在になることもあり、母と祖母のとりあいの対象にされる。いづれにしても子どもは甘やかされる。母に叱られれば祖母の懐に甘え、あるいはその逆の行動をとる。このばあいアメリカのような暮しのなかでの厳しいルールはなく、自分の思うとおりのわがまを通すことになる。

(iii) 学童期以後のしつけ——「人並み」への教育

上にのべたように日本の幼児はかなり自由に、あるいは放任されて育つが、学令期に達すると急に親の態度はかわってくる。つまりこの頃から積極的なしつけがはじまる。このばあい都市と農村では形の上ではいろいろちがいがある。伝統的な典型的なパターンは農村におけるしつけであろう。

農村においては7才以後、男子はのらに親の弁当をもっていったり、農耕の仕方を教えられ、

女子は台所の手伝いをさせられる。民間に伝えられている「7つ泣き、鼻取り」は、7才になると泣く泣く牛馬の鼻をとるということで、かなりきびしいしつけがはじまったことを示すものといえよう。

このばあいのしつけは子どもの将来のための準備という意味もあるが、それよりも現実の労働力としての意図が強かった。それは「習うよりも慣れろ」という直接的、即物的教育であり、生活手段の形式的な型をしこむことであった。いかえれば、それは子どもの自発性を発達させ、主体性を確立するというよりも、その属する社会集団の生活の型を体得させ、そのなかでの現実的な労働のしかたを身につけさせることであった。

これはペンダサンが⁽⁶⁾「日本人とユダヤ人」でのべているように、千数百年にわたる「キャンペーン型稲作」に関係があらう。四季90日の移りかわりのなかで、1年をサイクルとしている農民は、季節によりスケジュールがきめられている。「3月に苗代をつくり、梅雨期に田植えをし、台風のこない間に秋の快晴の日にとり入れをしなければならぬ。それは待ったなしの緻密な計画とともに手ぎわよくやらねばならぬ」。「1日怠れば1月の凶」である。

つまり季節のサイクルに規制されている農夫には、創意にもとづく試行錯誤は許されない。「隣り百姓」すなわち「隣りが田植えをはじめれば自分も田植えをする。隣りが肥料をやれば自分もやる」のが安全な道であった。「ノロマは無能、やる気がないのは罪悪で、なせばなるの哲学を生んだのである」とペンダサンは指摘する。このような考え方を基本にして、子どものしつけも、共同体のなかでのぞましくないような行為を消去し、「むれとともにある」分相応の、人から笑われない、平凡だが、真面目で誠実で勤勉な人になるように行われたのである。それは一言でいえば「人並み」になることである。そして個性をのぼすことは共同体の人たちにとってはむしろ迷惑なことであった。

勿論このような「人並み」へのしつけは、日本の封建社会における士農工商の階級制度が深い関係をもっているし、為政者ののぞむ姿でもあった。しかしそれを甘受する受けとめ方が日本人にあったことも事実であらう。

このような農村でのしつけと、今日の都会の家庭、ことにサラリーマンの家庭のしつけは全く分ちがっている。母親は農家の母親よりも時間的に余裕があるし、子どもと接する時間もながい。また教育熱心である。その教育は子どもの将来を考えたもので、必ずしも農村のような現実的な現在の労働力を期待しているわけではない。しかしそのしつけや教育の基本的な姿勢、あるいは子どもに与える影響をみると、そこに大きな共通点を見ることができる。

日本には欧米諸国にくらべて「赤ちゃん専用語 (baby talk)」が特別に多いとい⁽⁷⁾う。しかもそれは子どもがつくるのではなく、おとなによって与えられたことばであり、おとなによってつくられていく世界である。なぜ日本に赤ちゃん用語が多いかは別として、母親を中心とする養育者と子どもがいわば家庭内に限られた陰語ともいえる赤ちゃん用語による世界を比較的長期間つづけることは、子どもの社会化にいろいろ影響を与えるのではなからうか。

ことに日本の家庭では子どもが中心的存在になり、母親は子どもの成長に生き甲斐を感じ、

「子室」として接する。そこには母と子の相互依存的な強いつながりができている。そのばあい赤ちゃん用語による2人の世界は、子どもが他からの影響をうけることを妨げ、母親の影響だけを特にうけるのに都合のよい状況をつくりだすことになっているといえよう。子どもの周囲への関心や向上心は、子ども自身のなかからというよりも、母により与えられ、影響をうけることが多い。

このような子どもと母親のかかわり方は子どもが成長してからもかわらない。学歴重視、学閥偏重がつよい日本では、子どもを有名大学へ入学させようとする教育熱心な母親が沢山いる。立身出世は母親の強い願望であり、そのために子どもに多くの要求をおしつける。学校での勉強に干渉するだけでなく、塾へ通わせたり、家庭教師をつけたりする。それは試験にパスするための「知識」のつめこみである。これは男子ばかりでなく、女子にもあてはまる。女子はこの他にピアノ、バレエその他芸事や、習字、絵画の塾に通わせられる。こうして小学生でも放課後に外で遊ぶ時間のない子どもも少なくない。このばあい、こうした勉強が子どもの興味や欲望からでなく、母親から強制されているばあいが多いのが大きな問題なのである。

こうして農村で「人並み」になることが期待されたのに対して、都会では人よりも少しでもぬきんでるように望まれているように見える。しかし都会でのこうした教育熱心も隣近所の子どもが習っているからうちの子もやらせるといふ親の気持が加わっていることが多い。そこには農村とは意味がちがっているかもしれないが、「人並み」のことをさせたいという親の願望と強制があるといえよう。

こうして日本では都会と農村とをとわず子どもが小学校に入るところから教育はきびしくなり、しかもそれが子ども自身の中から生れた自発的なものではなく、親によりおしつけられたばあいが多いたるところに、共通した問題がある。

(イ) 自律ではなく自制へのしつけ——「……らしさ」「名に対するほこり」

今までのべたように幼いときには甘やかされ、7才以後は「人並み」が強調され、創造性よりも「世間のものわらい」になる行動の禁止が拘束力となっている。それは「場」による行動の規制であり、個人としての内からの規制の確立ではない。それは外の状況に左右されるので、子どもの行動が同じであっても、時と場合によって周囲の評価はちがってくる。家族だけのときには許される行為も他人の前では禁止されることもある。「規則は個々に独立し、それぞれの場合に応じて定められる」。子どもはそれに拘束され、自己を抑制しなければならない。「外部の世間に対する義理」を果さなければならない。

その一つが「名に対するほこり」である。子どもは「世間から笑われないために」自重に自重をかさねなければならないし、学校の勉強も自分の教養を深めるといふよりも、級友にまけないための席次争いに重点がおかれる。

第2は社会における相対的な位置、上下関係による言動の区別である。昔の軍隊では階級が一つでも下ならば、上官には絶対に服従しなければならなかった。それは中学生にもみられた。今日ではこれほどきびしい区別は少なくなったが、学校の運動部などでは今でも上級生と下級生

の区別はつよい。また会社で上役に対する礼儀作法はやかましい。

これらはすべて「ふさわしい位置」に対する強制である。そして日本人の生活のなかにひろく行きわたっている。

一人称、二人称の代名詞が日本には多いがこうしたことは他の国にはないことであるという⁽⁸⁾。「僕、おれ、おのれ、わし、おいら、てまえ、自分、わたし、わたくし、あたし、うち……」という一人称代名詞、「あなた、お前、君、おてまえ、貴様、貴殿……」など二人称代名詞があり、それらは相手によりかわり、自分と相手との関係によって決定される。そしてこうした人称代名詞のつかい方にもない、動詞、助動詞、助詞などもかわってくる。「……いたしましょうか」「やってみましょうか」「やってみてあげようか」「やってみようか」等々。日本語の特徴の一つは敬語の発達である。これらは「自分自身の内部でなく、外部における人と人、自分と相手との間」が重視されていることを端的に示しているといえよう。

「仕事の面でも対人関係の面でも、秩序を重んじ、几帳面で義務感と責任感がつよく、特に他人に対して非常に気をつかう⁽⁸⁾」のが日本人の特徴だといわれてきた。世間的配慮がつよく、「義理と人情」が重視される。そして世代別、性別、年齢別に制約がきびしく行われる。それは子どもの頃から家庭のなかでしつけられるのである。

(ロ) 性、年齢、同胞順位、世代の制約

まず性別について考えると、7才以後の子どもはまず男女の区別がしつけられる。農家では仕事の上でも区別されるが、礼儀作法ことにことばづかいについて女子はよりきびしくしつけられる。男子は他人に迷惑をかける行為は非難されるが、言動の粗暴さについては大目にみられることが多い。これにくらべて女子は女らしいことばをしこまれるし、粗暴な行為は「男みたい」といって制限され、成長するにしたがい他人の感情をそこなわないような用心深さ(愛きょう)を身につけること、そして人前では自己を主張することをおさえる(謙讓)ことをしつけられることが多い。

理由の如何をとわず、外面にあらわれた行為により評価され、粗暴で腕白な子どもよりもおとなしくてひかえ目な方が「良い子」とされるが、これは女子の方に目立つ。

年齢別あるいは同胞順位による区別もきびしい。近年この傾向は漸次少くなっているが、まだのこっている。兄や姉は弟妹に対して「兄らしく、姉らしく」ふるまうようにしつけられる。兄弟喧嘩をして、その原因が弟妹にあっても兄や姉が叱られることが多い。また弟妹のわがままや勝手さを親が認めればあいでも弟妹を叱るよりも、先づ兄や姉が弟妹にさからわないように教えられ、「負けるが勝ち」の論理が兄や姉に要求される。その反面、弟妹は成長するに従って兄や姉に頭を下げるようにしつけられる。ことに長男に対しては特別な位置が与えられ、他の同胞は彼には一目おくことが要求された。これは家の継承がなくなった都会では近年急に少なくなったように思われるが、男女の差はまだのこっており、姉であっても弟に遠慮したり、男子が優遇される傾向がある。これは名を継ぐのは男子であり、女子は他家に嫁にいくという考え方と関連があるであろう。

このような兄弟姉妹の区別は欧米社会にくらべて日本に強いことは大きな特徴といえよう。これは欧米語に兄姉、弟妹という表現がないことにもあらわれているといえるかもしれない。

明治以後の教育は「君に忠、親に孝、夫に貞」が大きな柱であった。これは日本の中央集権を確立し、近代国家として統一するための国家主義のための上からの強要であったが、国民の側にもそれを美德として受け入れる素地があったといえる。

子どもは親、ことに父親に対して従順であるようにしつけられる。男子は女子にくらべて幼いときは母に駄々をこねたり、乱暴しても容認されやすいが、父は強いもの、従うものと教えられる。父親は子どもの主張をきいたり、対等の立場で論理的に議論したりすることは少く、父親の権威によって、あるいは「世の中というものは」といういい方で子どもの意見をおさえることが多かった。そして「君、君たらずとも、臣、臣たれ」と同様に、親に対する孝行が子どもにも要求され、「家貧しくして孝子いづ」が孝子の鑑として表彰された。

このような倫理観や道徳は近年薄れてきているが、なお根深くのこっているように思われる。

こうして性、年齢、世代による対人関係のあり方のちがいが家庭内でしつけられるが、社会にでるとそれがさらに強化される。「3尺下って師の影をふまず」ということは今は字義通りに行われてはいないが、会社などで上役に対する礼儀は今でもやかましい。

このような礼儀作法は一言でいえば、人とのかかわりのなかでの、それぞれの人がおかれた位置にふさわしいふるまいである。それは「……らしさ」である。「男らしく」、「女らしく」、「兄らしく」、「姉らしく」、「夫らしく」、「妻らしく、そしてことに嫁らしく」ふるまうことであり、外に出れば「先生らしく」、「我が社員らしく」、「部下らしく」……ふるまうことである。それが世の中をいきっていくこつなのである。

これは個人の独自性を発展させたり欲望をみたとするよりも、人と人との間、対人関係の円滑さを重要視することである。そのためには「自制」することが要求される。そしてその自製の基準は「世間」である。「みんながそうするから」という社会的強制である。それは相対的な道徳であり、絶対的な「徳」ではない。このばあい論理が無視され、不合理であっても容認されることがある。「泣く子と地頭には勝てない」。

(v) 人との比較

人と人との間を重視し、「……らしく」しつけるということは、あらかじめ約束されたルールにもとづくというよりも、場に規定されることが多いということでもある。

日本で目立つのは人との比較によるしつけである。田中は7才以後のしつけで叱責、説諭⁽⁹⁾(ことわざなどをつかってすることが多い)について多いのが人との比較であり、これは特に農村に多いという。

「あの子はあなたより小さいのにちゃんとできるのよ」、「〇〇ちゃんは泣いたりしませんよ」などの比較は日常よくつかわれる。このばあい特徴的なのはその比較のなかに「からかい」とか「嘲笑」のニュアンスがふくまれていることである。「〇〇ちゃんは女の子なのにできるのよ、あなたは男でしょ」、「〇〇ちゃんが笑っているよ」、「こんなことをする子はいらない」。

〇〇ちゃんをうちの子にするから、あなたはどこかへ連れていってもらいませう」など。

このような嘲笑的な他の子どもとの比較による差別は子どもにつよいしゅう恥心と恐怖心をおこさせる。子どもは泣きわめいたり、癩癩を爆発させることもある。これは母親のお芝居であるが、その狂言の効果があつたと感ずると、母親は態度をやわらげ、子どもにやさしくし、「今後はおりこうにする」ことを誓わせる。これはベネディクトが恥の文化として日本の特徴的なしつけの一つの型としているが、このことは場における相対的な基準によるしつけともいえよう。

(二) 父と母の役割の分業と母の愛情

「アメリカでは夫婦が家庭内外のことで互いに相談しあうことが多い。しかし日本では或る事柄について夫婦の役割がきまわっていて、相互に干渉せず、どちらか一人の一存によりきめられることが少なくない⁽¹⁰⁾」といわれている。

かつて日本では家長権が強調されてきたが、庶民の家庭ではその他に夫権、主婦権などがある。そして子どものしつけについても父と母の分業が行われてきた。

日本では育児は母あるいは祖母の仕事とされてきた。そのしつけの根底には社会に共通する是非の判断がある。それは父と子の間の「きまり」として存在するが、現実にしつけを担当するのは母親であり、それが有効にはたらくのは母と子の愛情のきづなによる。きまりを守らないときに「お父さんにいっつけますよ」とおどかすことはあるが、同時にきまりからくる緊張や不満をなぐさめによって解放し、はげまし、「きまり」をまもり、身につけるようにするのが母親の役割である。子どもは母親との接触のなかで、母親のいっつけに従順な、何でもよくいっつけをまもる「良い子」がつくられていく。それはアメリカなどで両親がそろって、ルールにしたがってしつけるのとちがって、母親の考えや願望などにより、あるいはその時々気分によってしつけられる。

母親は熱心に育児に専念するが、その根底には日本の家庭内での母親の立場やそれに対する感情と無縁ではなさそうである。

日本では妻は嫁入りしてから姑や夫の同胞の中で孤独にたえていることが少なくなかった。夫は家庭のなかで明瞭な、あるいは露骨な形で愛情の表現をしない。姑や他の家族の前ではかえって妻との愛情の表出をおさえてしまう。夫婦中心でなく、家中心のなかで妻は一家の労働力として、そして跡とりである子どもを生む存在として期待された。妻にとって母となることは妻の座を安定させることになる。それと同時に子どもだけは自分の思いのままになる対象であり、なぐさめと希望を与えてくれる宝であった。戦後は夫婦の軸も強化されたが、母子の日本的なつながりは維持され、温存されてきた。子どもが生れると夫婦は名前呼びあうことは少なくなり、「お父さん」、「お母さん」と呼ぶことが多い。これは端的かつ無意識に日本のタテ社会の特徴を示すものといえよう。

母親は深い愛情をわが子によせる。彼女は子どもを別個の存在とは考えず、自分自身の分身として自分を子どもの上に投影する。子どもはいくつになっても自分の子どもであり、成人し

でも子どものときのように身のまわりの世話をやこうとする。それはアメリカの家庭が夫婦中心で、子どもはいづれは独立していく、周辺的な存在であるという考え方や気持とはちがっている。

日本では子どもにも母親に対する絶対的な依存があるといわれる。子どもは成人しても母親からいろいろ世話をしてもらい、嫁にいても実家から物心両面の援助をうけ、しかもそれを自然に感じている。このばあい前にものべたように男子と女子で区別がかなりはっきりしていることも日本の特徴であろう。

以上日本における子どものしつけの特徴について、従来社会学や文化人類学の人たちがのべていることを概観した。

そこで強調されていることは次の点である。(1)幼い子どもは甘やかされ、厳しいルールに拘束されない。(2)しかし学令期以後は次第にしつけが厳しくなる。(3)それは子どもの自律性、主体性を確立するというよりも、「世間のものわらい」にならぬ「人並み」の方向に行動を規制するものである。(4)その基準は外の状況に左右される。「自分自身の内部」ではなく、「人と人、自分と相手との間」が重視される。(5)それは敬語が複雑なことに示されるように、性、年齢、同胞順位、世代、地位などによる制約となり、それぞれの位置にふさわしい「……らしさ」が要求される。(6)これらのしつけの中心の役割を演ずるのは母親であり、母と子の間には情緒的なつよむすびつきがあり、それは子どもが成人しても残っている。(7)これは欧米の夫婦中心の家族構造とちがう日本の「タテ社会」のなかの家族構造と深い関係がある

(2) 従来の分裂病者の家族研究の理論をわが国で適用するばあいの問題点

今までアメリカを中心として分裂病者の家族について多くの研究がされてきたが、それは次のように2大別できよう。

1. 両親の子どもに対する態度の類型化
2. 家族内コミュニケーションについての理論的考察

1. 両親の態度の類型化の問題点

Fromm-Reichmann⁽¹¹⁾が冷淡で拒否的な母親を schizophrenogenic mother としてあげているのをはじめとして、多くの人分裂病者の父親あるいは母親の特徴的な態度をあげている。たとえば Ellison と Hamilton⁽¹²⁾は母親の過保護の態度と父親の攻撃性を、Johnson⁽¹³⁾は両親が暴力をふるうことを、Reichard と Tillman⁽¹⁴⁾は母親の拒否的態度と父親の支配的態度を、Teitze,⁽¹⁵⁾ Gerard と Siegel⁽¹⁶⁾や Kasanin⁽¹⁷⁾は支配的な母親と消極的な父親についてのべている。そして Jackson⁽¹⁸⁾は分裂病者の父親を、1)敗北した父親 (defeated father), 2)専制君主的な父親 (autocratic father), 3)混乱した父親 (chaotic father) の3型に、母親を、1)ピューリタンのな母親 (puritanical mother), 2)たよりない母親 (helpless mother), 3)マキヤベリアンな母親

(machievellian mother) の3型にわけている。

このような両親の態度あるいはパーソナリティの類型化がどれだけ意味をもっているかについて疑問をもっている人も少なくない。その第1の理由は上にあげた型の父親あるいは母親はかならずしも分裂病者の親に限られてはいない。神経症者や非行少年や、さらには何も問題がおこっていない一般の人たちの家族にもみられる。もし病因論的に考えているとすれば、これはたとえ必要条件であったとしても十分条件ではない。さらにこのような型の人分裂病者の親に多いとしても、必要条件といいきることも難かしい。これと関連するが、第2の理由として Lidz⁽¹⁹⁾ は父親も母親も家庭環境の一部にすぎないし、そのパーソナリティの特徴に分裂病の原因を求め、それを特異なものとして強調することはかえって道を誤らせることになるという、類型化に反対している。彼が重視したのは両親のパーソナリティよりも家庭内での彼らの役割であった。

このような理由の他に、日本で考えるばあいに注意しなければならないこととして、諸家により分裂病者の両親に、特徴的な態度としてあげられている表現の内包する意味の問題がある。

たとえば Jackson らは「専制的な父親とその夫に忍従する母親」を分裂病者の親の特徴的なタイプの一つにしている。夫婦は対等であると考えている欧米では夫に忍従する妻の態度は目立って奇妙にみえるのかもしれないが、上の表現を字義通りに解釈すれば、日本ではこのような家族は少なくない。戦後法律的には男女の平等がうたわれ、「イエ」制度は否定されたとはいえ、「夫唱婦随」が妻の美德とされ、夫につかえ、姑に服従することを要求されている「嫁」も少なくない。

自分の感情の表出をおさえて忍従している妻は子どもの養育だけに生き甲斐を見出し、子どものために自己を犠牲にするのではなく、子どものための行為そのもののなかに自分自身の喜びと誇りを感じている。そして子どもが成人してもその子の世話をやき、息子が結婚すると嫁に息子を奪れたように感ずる。それが嫁-姑の争いの一因となる。そのばあい息子が妻に同調せずに母親の味方をするのがよくあるし、周囲がそれを当然のこのようにみる場合も少なくない。このような場面を欧米の人がみたら奇妙に感ずるかもしれない。そして Bowen のいう「共生関係」や Lidz のいう「世代の境界をこえて感情的にむすびついている母子」を考えるかもしれない。しかし彼らは分裂病の母子ではなく、どこにでもいる親子なのである。

また Ellison と Hamilton は母親の過保護と父親の攻撃性をあげているし、Bowen⁽²⁰⁾ の共生関係の理論は有名である。Bowen は母親が子どもの成熟と独立をねがうのが当然であるという前提に立ち、「分裂病者の母親は自分が未熟であり依存的であるために、子どもの独立をねがいながら、他方ではいつまでも子どもが今のままでいてほしいという矛盾した要求をもっている。これが子どものパーソナリティの正常な発達を妨げる。子どもの自主性、独立性はそこなわれる。子どもは母親に反撥しながら、独立しようとすればつよい不安に陥り、母親から離れることができない」。これが母子の共生関係であり、分離不安である。

このような現象は分裂病者ばかりでなく、他の情緒障害児でもよく指摘されている。

子どもが幼いときから独立した個人としてしつけられ、成人すれば自己の責任において親とは別の独立した生活を要求され、親もそれを当然のことと考えている欧米では Bowen の指摘しているような共生関係は異常として目立つであろう。欧米の文化では子どもが親から分離、独立し、個性を確立する方向にむかう意志こそ人間の創造的な力とみなし、教育もその観点からされている。そして子どもの基本的不安を共生的結合への欲求と分離・独立への欲求の葛藤という考え方でとらえたのが分離不安といえよう。これは精神分析的な精神療法の基本的な方向づけでもある。

私も人間の成熟を分離・独立の方向への変化としてとらえ、自主性の確立と考えることは妥当であると考え。しかし「共生関係」とか「母と子の依存的関係」というのを字義通りにうけとり、「過保護」を日常使われているような意味でつかうとすれば、日本の社会ではそのような母と子の関係は分裂病者の家族でなくても多くみられる。たとえば母1人子1人の母子では母は子どもの成長にすべての夢を託すとともに子どもに依存する気持がつよい。子どももいつまでも情緒的に母と結びついている。そして結婚後も母親の希望や経済的理由や社会的な慣習だけでなく、子どもの方も母と同居したいとねがっているばあいも少くない（こうして嫁姑の葛藤がおこることもある）。また近年大学の入学試験に母親がついていってあれこれ注意し、子ども（青年である）もそういう母親を頼りにしていることが少くない。そしてこのような母子関係がいろいろ論議されている。こうした現象は欧米では珍らしいかもしれないが、日本では分裂病者の親子でなくても数多くみられるのである。

これは(1)でのべたように、日本人のしつけの基本的態度が自主・独立よりも人並みになることであり、家族内での母親の位置と役割が、そして母親の子どもに対する願望が欧米とちがっているからであろう。

なお Teitze や Kasanin が強調した「支配的な母親と消極的な父親」も表面的な現象をみれば、「父の権威なき現代」にはよくみられるし、これからますますふえるであろう。

このように今まで多くの研究者が挙げた両親の類型化はいろいろな意味で問題がある。勿論それらの研究をこまかく読めば、後にのべるように、いろいろの点で教えられるところも多い。しかし上にのべたように抽象化し、一般化して類型化すると、Lidz がいったように本質を見誤りかねないし、レッテルをはり分類することが、有害無益なきめつけになる危険もある。ことに文化の異なる日本でそれを字義通りに、そして表面的にうけとることは問題であろう。すなわち上にのべたように日本の親の態度にはアメリカの分裂病者の親の特徴的な態度とされたものと一見似た点が多い。それはあるいは日本人の特徴的な人格を形づくるかもしれない。しかしそれだからといって日本に特に分裂病者が多いわけではない。

2. 家族内コミュニケーションについての分裂病理論の問題点

分裂病患者の家族力動については多くの理論がある。それには(イ)患者との直接の関係に焦点をあわせたもの。たとえば上にのべた Bowen の母子の共生関係や Bateson の⁽²¹⁾「二重拘束説」

など。(ロ)両親の關係に焦点をあわせたもの。たとえば Lidz の「夫婦間の歪みと分裂 (marital skew and marital schizm)」や Bowen の「情緒的離婚」など。(イ)家族全体に焦点をあわせたもの。たとえば Wynne らの⁽²²⁾「偽相互性 (pseudomutuality)」や Bowen の「家族の情緒的単一性 (family emotional oneness)」などが有名である。以下これらの理論について考えてみたい。

なお前論文でものべたが、これらの学説の基礎にある精神分析におけるエディプス・コンプレックスについてもう一度ふれておこう。精神分析のパーソナリティ形成の理論としてエディプス・コンプレックスは広く認められている。男子は母親をめぐって父親と、女子は父親をめぐって母親とライバルの感情をもつ。この葛藤は幼児のときに発展的に解消され、男子は父親を自分の理想像に、母親を異性像として成長し、女子は母親を理想像として成長する。これがふつうの人間の経過であるが、この葛藤が解消されずに生きつづけると神経症になる。つまりエディプス・コンプレックスは世代間の葛藤である。

Lidz は精神分裂病者では神経症者のように世代間の葛藤としてのエディプス・コンプレックスはおきず、むしろ世代間の境界がなくなり、両親と同一化できない点を強調している。彼は患者の両親の不和と歪んだ夫婦關係を重要視し、父親は娘に、母親は息子に、妻あるいは夫の代償を求め、子どもと深いつながりを持ち、その結果親子の世代間の境界をこえ、子どもがもつべき世代間の葛藤、それにもとづく両親への同一化を妨げてしまうのだという。

このようなパーソナリティ形成論は Lidz ばかりでなく、多くの家族研究者が指摘していることであり、精神分析の常識といえよう。このばあい欧米の家族の親子關係とこのような学説は關係があると思われる。すなわち今までにもくりかえしのべたように、欧米の家族は夫婦中心である。子どもは個人として尊重されるとともに、夫婦としての両親のなかに入りこむことは許されない。父親と母親は子どもに対して親としての愛情はそそぐが、そのために夫婦としての2人の關係がそこなわれることのないように配慮し、子どもとの間に境界線を明確にし、子どもに介入させない。男子が母に、女子が父に愛情をいだき、父あるいは母にライバル意識をもっても、男子は父に勝って母を独占することはできないし、女子は父を母からとりあげることはできない。親と子の境界がこえられないことを体験した子どもは、父あるいは母との競争をやめ、父あるいは母を自分の理想像として、あるいは異性像として成長するようになる。

ところが日本では両親は子どもの前で夫婦の愛情の自由な表現は抑えている。そして子ども中心の家庭がつくられ、子どもの世話のために母親が手をはなせず、夫婦だけの時間が犠牲にされることも稀ではない。そのばあい夫も妻の行動を了解している。女子が父親のペットとして可愛がられ、父に甘え、父を独り占めするとしても、母親は娘に嫉妬することもなく、むしろ親子として当然のほほえましいこととみている。子どもは父や母をライバルとして感ずることもないし、むしろ家の中での王様である。競争相手は親ではなくて同胞である。

こうして日本では性愛を中核にした古典的なエディクス・コンプレックスは表面的には目立つことは少なかった。子どもの反抗期は権威的な家族制度や社会的慣習の強制に対する反撥で

あって、父や母をめぐる愛欲と権力の斗争とは考えられない。前論文で紹介したように日本では古沢⁽²³⁾がいう母親に対する絶対的な依存を前提とした「阿闍世コンプレックス」が問題かもしれない。

子どもは母への依存のなかで比較的長期間育てられることは日本では自然であり、欧米のように早くから親から分離・独立し、自立する方向へ進まされるのはかなりちがっている。私たちはエディプス・コンプレックスを根底にした人格形成論に対して、再検討する必要があるのではなからうか。

Wynneらは分裂病者の家族に「偽相互性」の力動が働いていることを強調し、Bowenは家族の「情緒的単一性」についてのべている。自分と他者とのくいちがいははっきり理解した上で相補的且つ流動的に家族の平衡をたもっていくのではなく、現在の平衡を維持するためにだけ家族成員がそれぞれ固定した役割と期待が課せられているのが「偽相互性」といえよう。家族成員は家族の平衡を維持するために、そして自分に課せられた役割と期待を果すために、変化することは許されない。それは自分の独立、自我の分化を犠牲にすることである。Wynneはこのような固定した役割構造からの脱出の試みが分裂病の発病であると説明している。Bowenの情緒的単一性もおなじような家族成員の状態に注目しているといえよう。

このばあいも個人の独立、分化が本来のあるべき姿として前提になっている。それが障害されると、外界の認知や弁別の能力は歪められ、自分自身についての認知も困難となり、深刻な精神障害をひきおこすと考えられている。

ところが日本では家庭内で子どもの自主性を確立するよりも、自分を抑制し、自己主張しないようにしつけられることが多かった。父親は家庭内で息子の主張をきいたり、自分の考えをはっきりのべて、論理的な議論をすることは少い。子どもが自己主張をつよくしようとすると、父親は権威的にそれをおさえたりする。それは家族内の緊張をたかめたり荒だてたりしないために有効な一喝とされてきた。そして場を荒だてないで、暗々裡に了解しあうことも多い。これはWynneらが分裂病者の家族で、個々の成員が意見のくいちがいがおこることを過度に危険視して、「明確化しないで承認しあうこと」を強調している偽相互性理論に一見似ているように見える。そして欧米の合理的な契約尊重の思想からみれば、日本人の曖昧でインフォーマルな了解のしかたは奇妙にみえるかもしれない。しかし日本人同志ではそれ程深刻な誤解もおこらないし、単に集団(家族)の平衡維持のために自己主張をひかえているのではない。そのなかで個人をいかにしているし、他の人も暗々裡にその人の意図を了解しているのである。またこのような家庭から分裂病が特に多発しているわけでもない。会田⁽²⁴⁾は日本人には独自の「察し」と「思いやり」というコミュニケーションのあり方があること、論理的な言葉は必要ではなくむしろ邪魔だという気持があることを強調している。

Bowenの情緒的離婚やLidzの夫婦の葛藤も表現通りにとれば、それは分裂病患者の両親に限ったことではない。たしかに分裂病者の両親には何故離婚しないのか、今までしなかったのか不思議に思えるほど相互につよい不信感を長い間持ちつづけている人が多い。しかし日本で

は近年離婚が増えているとしても、夫に強い不信感を持ちながら、世間体や子どものことや経済的理由などから、長い間離婚せず、子どもの成長を生き甲斐として忍従している妻も少なくない。なかには一日でも夫より長生きして、自由な余生を楽しみたいと、それだけを念じている人さえある。しかもその子どもは分裂病にならないし、夫婦の間ではげしい喧嘩をすることもなく、冷たい戦争も子どもの前ではおおいかくしている夫婦も少ないのである。これは対等な立場を原則とし、社会的にも批判されることも少なく、離婚後の生活の補償や再婚の機会も多いアメリカと事情の異なる日本ではやむをえない「情緒的離婚」の状態である。

このように欧米の文化的状況のなかでは当然と考えられていることが、日本では奇異に感じられたり、その逆のことも多い。もし上にのべたようなアメリカの分裂病理論が正しいとすれば、日本の社会にはアメリカよりも分裂病者が多くてもよさそうである。しかし両国の統計をみるとあまり差がない。いいかえれば少くとも上にあげた理論のうち、「二重拘束説」を一応別として、それ以外は額面通り、あるいは字義通りには分裂病の発生原因として全面的に承認することはできないといえるのではなからうか。勿論私は今までのべた日本の文化の特徴、しつけの特徴と分裂病の心因との関連性を求めようとしているのでもない。私たちの意図していることは次の点である。

(3) 分裂病者の体験や行動の意味と両親の態度

従来分裂病者の「異常な」言動は病的なものであり、「了解不能な分裂病的」なものときめていた傾向がある。しかし家族について研究している人たちには、彼らの言動は両親その他の家族さらに医師もふくめて周囲の人たちの言動に対する反応であり、理解できるものであると考える人が多くなってきた。

分裂病者の症状について Bleuler⁽²⁵⁾が第二次症状は反応であるといっていたように、或る種の症状については古くから了解できると考えられてきたが、Jaspersの Freud 批判にみられるように、いわゆる第一次症状あるいは中核症状といわれるものは了解不能だという考え方が根強いのこっている。これに対して近年患者の行動や体験をその苦悩のなかで理解しようとする人間学的接近法の立場の人がふえている。また今までの精神科医療に対する反省から患者と対等の人間として接しようとするなかで、新しい体験をしている人たちもいる。

このようななかで家族研究をしている人たちは患者と家族とのかかわり方、ことに両親の態度が患者の言動に与える影響をみてきた。

たとえば Batesonらは「二重拘束」の状況についてのべ、それは分裂病者の家族には必然的に附随してあらわれる状況であり、この二重拘束状況への適応こそ患者の「精神病的」な行動なのだという。つまり持続的に二重拘束の状況におかれた子どもは、母親から発せられたメッセージをどううけとめてよいかわからない。彼と母親とのコミュニケーションは障害される。本来意味体系は母親とのコミュニケーションのなかから体得されるものであるから、そのコミ

コミュニケーションがそこなわれていると、子どもの意味体系の発展は混乱してしまう。これが分裂病者の「思考障害」なのである。このように Bateson は説明している。

Lidz は分裂病者の親が擬装的 (masking) 態度をとることに注目している。或る極めて混乱した状態のなかで動揺しているのに、分裂病者の親はそれを隠したり、そのような状態がおこっていないかのように振舞う。それは他人に対して自分をかくす努力であると同時に、多くのばあい自分自身をも瞞んでいる。それは意識的な否定のばあいもあれば、無意識の拒絶のときもある。いづれにしても親はそこにおこっている状況を受け入れることもできないし、また変えることもできない。彼らはそれを無視する。彼らは自分たちの家庭には何の困難もない、調和のとれた状態であるかのように振舞う。このような家庭で育った子どもは他人を認めたり、あるいは自分自身を受けいれたりすることが難しい状況に直面すると、その不安を打ち消すためにそれを認めないような態度をとる。しかしそれは有効な防衛手段にはならない。彼は混乱してどうしてよいかわからなくなる。そのとき両親その他によりかかろうとしてもその人たちが信頼できなかつたり、彼らが退行することさえ妨害したりすると、彼は自分の要求やその動機を変えてしまう。あるいは他の人たちが認知していることを認めなくなる。彼は因果律の論理を捨て、起っている事件の意味や現実に対する自分の内的なあり方を変えてしまう。未来に向って前進することをやめ、自閉の世界に逃避し、そこに自己を充足する生活を見出すのである。いいかえれば彼は「分裂病になることができたのである」。このような防御は誰にでもできるわけではない。Wynne がいったように、現実の生活で非合理にしつけられた人たちだけに開かれた道といえるかもしれない。これが Lidz の考えである。

イギリスの Laing⁽²⁶⁾ は人間学的見地から分裂病者に接しているが、「分裂病」という病気あるいは病名を否定し、彼らの「異常性」は了解可能であり、可知的なものであるという。一般に通例「分裂病」とよばれる状態の人たちの家族研究は「分裂病的状態」の出現がどのように家族に影響を及ぼすか、あるいは逆に患者の発病や経過に家族がどのような影響を及ぼすかという研究が多かった。診断を受ける患者は通常、家族やわれわれ自身の観点からすると奇妙な体験や奇妙な振舞をしている人間である。しかし患者が病的過程に罹っているということを「事実」とみるのは誤りである。「仮説」とみるならそれは妥当である。しかしそのような「臆測」することも「判決」をすることも不必要なことである。

彼は「反精神医学的」立場から医師が今までとってきた「治療的」態度そのものに疑問をなげかけながら、分裂病者の家族にも批判の目をむけた。そして従来「分裂病」の中核症状とされていた症状のうちには、家族の「高度に欺瞞的な状況」や医師の「分裂病」という診断から生みだされたものがあるという。彼は「すでに分裂病患者としての生涯をはじめている人々の体験や行動は、今まで多くの精神科医が考えてきたよりも、社会的にみてもはるかに可知的である」といい、「狂気とは、そこから再び正気へ帰還してくるはずの、人間にとってすこぶる自然な出来事である。恵まれた状況さえ与えられれば、狂気は正気へ帰還する可能性をもった一つの旅路に他ならない。各種の科学的な治療法がしばしばこの自然な帰還を妨げている」と今

までの「治療」や家族の人たちの態度に疑問を投げかけている。

Bateson や Lidz の立場と Laing のそれとはかなりちがっている。しかし「患者」の家族ごとに両親の言動のなかに患者を傷け、混乱させるものがあると指摘していることは共通している。「二重拘束的」、「擬装的」あるいは「欺瞞的」と表現はちがっているが、彼らが注目している親の態度は同じようなものであろう。

私たちが前論文⁽²⁷⁾で指摘したように家族ロールシャッハ・テストでも同じような親の態度をみている。すなわち分裂病者の両親には「子どもを傷つけているであろうという配慮に欠けた鈍感さ」がある。彼らはテスト状況下で子どもに反応の提示をせまりながら患者が提示すると無視したり、子どもを信用していないのに情緒的にとりこんで自分の不安を解消しようとしたり、夫婦間の不和や葛藤をおさえるために患者を犠牲にしたり、冷たい拒否や追求とからみあった優しげな態度をとったりなど、矛盾した態度を露呈している。

このような態度は日常生活でもよくみられる。23才の大学生は或る夜突然素裸になり、隣の家に押し入ろうとして入院させられた。その後彼は約2ヶ月「被害妄想」をいだき、遠く離れた漁港にいつか働きたいとか、大学をやめて誰も知らない所で勤めたいなどいつかおちついてから当時の体験を次のように語っている。

「あのときのことは覚えています。おかしなことをしたとも思うけど、なつかしい気持の方がつよい。着ているものを全部ぬいだとき、本当に解放され、自由になったと感じました。自分の力でやっついこうと思いました。そのために大人にならなければと思ったのです。父親は仕事の上では立派な人だと思うけれども、話しあうことはできないし、母親はやさしいようで冷たく、頼りにできない。この頃やたらにベタベタしてくるけど、気持わるい。親の援助なしで自力でやっついこうと思いました。大人になるためには儀式がいると思いました。それは女性に接することだと思いました。隣に娘さんがいるのでそこへいこうと思いました。しかし雨戸を叩いているとそこの小父さんが誰だどどなったので逃げました。外にでるとトラックがとまっていました。運転台にのって車を走らせようとしたけれど動きませんでした。トラックで自由な天地にいけると思ったのです。そこに運転手がきて追いだされたので家に帰りました。彼の「異常行動」はまさに自由を求めて束縛から脱出しようとする努力であった。

彼の父親は大会社の部長でエリート社員であったが、家では殆んど家族と口をきかず、書齋にとじこもっていることが多かった。子どもたちと口をきくのは、酒に酔って帰ったとき、一方的にお説教するか、どなったり撲ったりするときだけであった。子どもたちは父をおそれていた。兄は要領よくたちまわり、父を避けることができたが、患者は父につかまり、叱られることが多かった。彼は父をおそれる半面、尊敬もしていて、父と話したいという気持があり、彼の方から父に近づこうとすることもあった。しかし結果はいつも失望に終わっていた。

母は気難かしく、酔うと乱暴する父を嫌っていた。父が海外出張で3年間家をあけた期間が一番楽しかったと述懐している。母は日本画に精を出した。彼女は朝ねざめがわるく、子どもたちが登校する時間に起きることができなかった。子どもたちは小学校時代は朝食抜きであつ

た。中学時代には患者は自分でパンをやいて朝食をすませた。母は機嫌がよいときには子どもの世話をよくしたが、機嫌がわるかったり、画に夢中になると、全く放置し、子どもに近よらせなかった。子どもは母に甘えることができなかった。彼女には女らしいやさしさ、こまやかさ、いたわりの配慮が欠けていた。ただ勉強にはやかましく、いろいろ干渉した。

患者は父にも母にも頼ったり、よりかかることができず、しかも子ども扱いされてつよい束縛と重圧を感じていたが、反撥することはできなかった。彼は中学のときと同級生の女性に恋していたが、彼女は最近彼を避けるようになって、非常なショックをうけた。この頃に彼は異常行動をしめたのである。

彼は周囲がすべて自分を拘束し、干渉し、冷たい目でみていると感じた。頼りにできる人もいなかった。彼は親の束縛から一挙に自分を解放したいと念じた。彼は現実の社会の一切のしきたりや論理をかなぐりすてたとき、自由と無限の可能性を感じたのであった。しかし彼は患者として病院に入れられてしまった。3日後に病院からぬけだし、誰もいない冬の湖のほとりに半日佇んで帰宅した。その翌日母親につれられて私たちの所を訪れ、以後週1回の面接をつづけている。服薬は約2ヶ月で中止し、その間に家族ロールシャッハテストも行った。彼は面接は一回も休まず、時間も遅れたことがなかったが、1ヶ月後面接のはじめの頃の気持を次のように語った。

「ここへ来たころは人体実験され、殺されると思っていました。テストもそうでした。私はそれでいいと思っていたんです」。

彼は折角自由になろうとしたのに入院させられてしまった。彼は生きる意味を失ってしまった。彼は束縛されたまま生きているよりも生体実験されて死ぬ方が自由でよかったですと感じた。それは他人の手により行われるものではあったし、「被害的」ではあるが、自らそこに身をなげだそうとしたのであった。彼は面接のたびに「誰もいない海岸にいきたい」「食堂のボーイになりたい」「幼稚園の先生になりたい」「小学校の先生になりたい」など将来の希望は次々にかわっていった。しかしその根底には早く両親の、そして社会の人たちの束縛から解放されたいという気持と大人の裏表のある生活から自分が（そして子どもたちが）脱却したいという気持が流れている。現在彼はとも角大学を出て中学校の教師になろうとしている。これは親の強い希望である大学卒業と先生になりたいという自分の希望（大学では中学の先生の資格はとれるが、小学校教諭になれない）とを現実的に折衷したものである。

私はこの青年の体験や行動が両親の態度と深い関係があるように思う。両親の態度は意識的に子どもを傷つけようとしているのでもなければ、子どもに冷淡なわけでもない。意識的には子どものことを心配し、できるだけ自由に、そして子どもの意志を尊重しようと心がけている。しかし彼らは意識的な「たてまえ」と無意識の「本音」の間に大きなずれがあるのである。彼らは子どもに限らず対人関係において情緒的にかかわることが苦手であり、動揺し、混乱してしまう。それをおおいかくすために子どもの方から近づくのを拒否し、自分が動揺していない時、あるいは平穏な状況のときには自ら子どもに近づいているのである。その態度が子どもに

は擬制的なもの、擬装的 (Lidz) なもの、欺瞞的 (Laing) なものとうけとられ、子どもにとって二重拘束の状況 (Bateson) になるのである。

子どもが春休みに友人のところでアルバイトしようと思ったとき、その職場が危険だからと母親が反対した。今までの彼ならば母のいいなりになったであろうし、「発病」前後の彼であれば家をとびだしたかもしれない。しかし彼は1晩母親と話しあい、母親の了解をとりつけてアルバイトに行くようになった。母親の態度は基本的にはかわりがなく、彼はつよい反撥を感じたが、それを現実的に処理しようとするようになったのである。

このばあいエディプス・コンプレックスや心因論の仮説を導入しないで「患者」とのかかわりや親との話しあいは可能であるし、「患者」への理解もできると考える。つまり問題は、(1) 父親や母親の態度が「子どもにとって」如何に矛盾したものであったか、その根底にある親の不安がどのようなものなのか、そして子どもはそれにどのように反応したかを明らかにすることであり、(2) その上で私たちがその親子の関係を变えるのにどのようにかかわったらよいかということである。

私たちの家族ロールシャッハ・テストの研究は前半の(1)の解明を目的としている。つまりそれは(2)の発展への足がかりである。

私たちが本論文で従来の諸家の研究に疑問をなげかけたのは、第1にそれらが病因論的な方向づけをもちながら、その類型化やパーソナリティ形成論が十分納得できなかったことと、第2にそれが治療にどれだけ有効か疑わしいからであった。家族の態度がパーソナリティ形成に大きな影響があることを認めるとしても、そして子どもを傷つけ、歪めることがあるとしても、直ちにそれを分裂病の原因とすることは飛躍しすぎており、まだまだ大きな断裂がある。

Bateson も「二重拘束は分裂病の病因を説明する上で必要な条件ではあるが、十分な条件ではない」といい、強迫神経症や非行少年の家族にも二重拘束の状況がみられることをのべているし、Lidz も親の「擬装的」な態度は必ずしも分裂病に特有ではないといっている。

そして私たちが従来の学説のなかから、特に Bateson, Lidz, Laing をえらんでこの項にとりあげたのも、Bateson や Lidz のような心因論への方向づけの意図を除けば、彼らの注目している現象は患者理解とかかわり方に大きな示唆をふくんでおり、私たちの考えていることと共通したものがあると考えたからである。私たちはこの論文で前論文の趣旨を補足、整理するとともに、上にのべたことを今後の研究の出発点としたいと思っている。

文 献

1. 高臣武史, 鈴木浩二, 田頭寿子: 精神分裂病の家族研究, その2. 男子分裂病患者家族と女子分裂病患者家族についての考察——家族ロールシャッハテストによる研究——
精神衛生研究第20号, 1972
2. 中根千枝: タテ社会の人間関係——単一社会の理論, 講談社現代新書, 1967
3. 川島武宣: 日本社会の家族的構成,
日本評論社, 1950
4. 有賀喜左衛門: 日本社会構造に於ける階層制の問題, 民族学研究第14号4号, 日本民族学協会編集, 1950
5. Benedict, R.: The Chrysanthemum and the Sword — Patterns of Japanese Culture (1946)
(長谷川松治訳: 菊と刀, 現代教養文庫, 1951)
6. イザヤ・ベンタサン: 日本人とユダヤ人, 角川文庫, 1971
7. 増田光吉: アメリカの家族・日本の家族,
NHKブックス, 1969
8. 木村 敏: 人と人との間——精神病理学的日本論, 弘文堂, 1972
9. 田中勝規: 農村に於ける伝統的家庭教育の性格——道徳教育との関連における考察——(1)(2), 福岡大学久留米分校紀要第4, 5号, 1954および1955
10. 増田光吉: 前掲
11. Fromm-Reichmann, F.: Notes on the development of treatment of schizophrenics by Psychoanalytic psychotherapy, psychiatry, 11, 263, 1948
12. Ellison, E. A., and Hamilton, D. M.: Hospital treatment of dementia precox. Am. J. psychiat. 106, 454, 1949
13. Johnson, A. M., Griffin, M. E., Watson, J., and Beckett, P. S.: Studies in schizophrenia at Mayo Clinic. psychiatry, 19, 143, 1956
14. Reichard, S., and Tillman, G.: Patterns of parentchild relationships in schizophrenia, psychiatry, 13, 247, 1950
15. Teitze, T.: A studies of the mothers of schizophrenic patients. psychiatry, 12, 55, 1949
16. Gerard, D. L., and Siegel, J.: The family background of schizophrenia. psychiat. Q, 24, 47, 1950
17. Kasanin, J., Knight, E., and Sage, P.: The parent-child relationship in schizophrenia. I. Nerv. Ment. Dis., 79, 249, 1934
18. Jackson, D. D., Block, J., and Patterson, V.: Psychiatrists conceptions of the schizophrenic parent. Am. M. Archives of Neurol. and psychiat. 79, 1958
19. Lidz, T., Fleck, S. and Cornelison, A. R.: Schizophrenia and the Family. International Univ. Press, New York, 1965 (高臣, 鈴木, 佐竹監訳「精神分裂病と家族」誠信書房)
20. Bowen, M.: A family concept of schizophrenia. The Etiology of Schizophrenia. Basic Books, New York, 1960
21. Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., and Weakland, J. H.: Toward a theory of schizophrenia. Behavi. Sci., 1, 251-264, 1956
22. Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., and Hirsch, S. I.: Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. psychiatry, 21, 205, 1958
23. 三浦袋栄編: 精神病法の理論と実際,
医学書院, 22-31, 1964
24. 会田雄次: 日本人の意識構造, 講談社現代新書 293, 1972
25. Bleuler, E.: Dementia Praecox oder Gruppe den Schizophrenie, Leipzig U. Wien, 1921
26. Laing, R. I., and Esterson, A.: Sanity, madness and the Family-Families of Schizophrenics 1964 (笠原 嘉, 辻 和子訳: 狂気と家族, みすず書房, 1972)
27. 鈴木浩二 (1971) 精神分裂病患者の家族研究——家族ロールシャッハ・テストによる研究, 精神衛生研究, 第20号, 1972

精神分裂病の家族研究⁽¹⁾

—その4 ロールシャッハ・テストの好きカード、
嫌いカードに示された両親の特徴—

精神衛生部	田頭寿子 ⁽²⁾	精神衛生部	鈴木和子 ⁽⁵⁾
〃 〃	鈴木浩二 ⁽³⁾	優生部	高臣武史 ⁽⁶⁾
〃 〃	渡辺隆祥 ⁽⁴⁾		

要 旨

私たちは昨年、精神分裂病家族の家族ロールシャッハ・テストから男子分裂病、女子分裂病の男子、女子それぞれの家族について考察した。

今回はロールシャッハ・カードの「好き、嫌い」の選択のなかから、男子分裂病者の両親、女子分裂病者の両親の特徴を検討した。

「好き」「嫌い」カードの選択は、ロールシャッハ・テストの限界吟味段階で行うので、被検者はこの段階では反応を創り出す緊張からは解放されている。また「好き、嫌い」という日常的なことでもあるし、被検者はロールシャッハ反応の時に示す感情表現より、平易に、直載に感情を表わしやすいのを経験した。さらに、選び出したカードへ選択の理由を求めるが、その理由づけが、それぞれの人に特有な示し方がある。選択も理由づけも、一見何気ない作業のようであって、人によっては何でもないことであり、また人によってはかなり困難な作業である。私たちはここに圧縮された「今」の投影のひとつのありさまを知ることが出来るように思い、これを整理し、検討した。

ま え が き

私たちは家族ロールシャッハ・テストをつかって分裂病患者の家族研究を行ない、両親の矛盾した言動とそれへの患者のかかわり方に注目してきた。^{1,2,3)} 両親の態度はかならずしも分裂病患者の親だけに特有なものではないし、彼らの大部分は「分裂病患者」ではない。また彼らは意識的に患者の気持ちを傷つけようとしているわけではない。しかし彼らの言動の根底には強い不安や不確実感や時には人間に対する恐怖や不信感があり、子どもと接触するとき、ことに動揺し混乱した状況下では、その不安や不確実感を打ち消すために、矛盾した不自然な態度をとり、それが患者を混乱させ傷つける結果になっている。この根底にある情緒的特徴を明らかにするために、今回はロールシャッハ・テストの好きカード (liked card)、嫌いカード (disliked card) に

(1) A STUDY OF THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS :

IV. THE CHARACTERISTICS OF THE PARENTS REVEALED IN "LIKED CARDS" AND "DISLIKED CARDS" OF THE RORSCHACH TEST

(2) HISAKO DENDO, Division of Mental Health, (3) KOJI SUZUKI, Division of Mental Health,

(4) TAKAYOSHI WATANABE, Tamura Daini Hospital, (5) KAZUKO SUZUKI, Research Associate of N. I. M. H., (6) TAKESHI TAKATOMI, Division of Engenics

ついて分析することにした。

好きカードと嫌いカードの選択理由を分析しようと考えた1つの動機は前論文でのべたように、女子患者と母親のなかに母と娘の反撥が目立ち、娘が母親を敵視するばかりでなく、母親も強い反撥と冷たい態度を示す人たちがいたが、彼女らがロールシャッハ・テストの同一図版の同一領域を母は好きカードとしてえらび、娘は嫌いカードとしてえらんでいることをしばしば見いだしたからであった。

従来ロールシャッハ・テストの研究で好きカード、嫌いカードの分析を中心にしたものは殆んどなく、単に限界吟味のための補助手段としてつかわれているに過ぎない。これは研究者の関心が、形式分析および反応内容の分析にむけられていたことと、臨床診断(疾病の鑑別や状態像の分類)のためにその多くが用いられていたからであろう。たしかに好きとか嫌いとかいうことは感情の包括的な表現であって分析しにくいし、鑑別診断には直接役立ちそうにない。また好き、嫌いという表現は一般に外界の対象に対する感情表現なので、精神内界の情緒やパーソナリティを投影させるためのロールシャッハ・テストでは関心をひかなかつたのかもしれない。

しかし私たちは被検者に好き、嫌いのカードをえらんでもらっているなかで、彼らがロールシャッハ反応を創り出す作業のときはちがったなまなましい感情を端的に表現したり、カードの選択にいろいろな傾向があることをしばしば経験した。

好き、嫌いのカードをえらびだし、決定する段階では大体次の3つのタイプがみられる。すなわち、カード全体を比較しないでえらんだのではあるまいかと思われるほど速かに決断をくだす、いわば速決タイプ。反対に好き、嫌いのカードはすでにえらびだしているように見えるのに、なかなか決めないで、かなりの時間カードをにらんでいる、いわば熟考タイプ。さらに10枚の全カードをならべ、それをおきかえてみたり、一枚づつとりあげてながめたり、いろいろ動きはあるが、どれをえらんでよいか迷って時間がかかる優柔不断タイプ。

また好きカードを先にえらぶ人と嫌いカードを先にえらぶ人がある。

これらはそれぞれの人のパーソナリティにもよるであろうし、そのときの気分によってもかわってくるであろう。たとえば精神的にこだわるころがあったり、憂うつな気分ときには嫌いカードを先にえらぶことが多いように思われるし、楽天的でこだわりの少い人は好きカードを先にえらぶ傾向がある。

次に理由を説明する段階でも私たちはいろいろ経験した。ことに分裂病者やその家族では対照群とくらべてかなり印象がちがっていた。選択したカードの好き、嫌いの理由をいうためには、被検者は先づ自分がなぜそのような感情をもったのか自分の内面をみなおさなければならぬ。次いで「今」の感情をテスターに理解させるために適切なことばをみつける必要がある。これは一見簡単なようにみえるが、それぞれ人によって表現のしかたがさまざまである。私たちは分裂病者が個人的な体験をなまなましく表現するのをきいて驚ろかされることもあるし、表現が難かしくなかなか彼の気持が理解できないこともある。

このように好き、嫌いのカードをえらぶことは何でもない行為のようにみえるが、その選択と表現のなかに、その人の外界の刺激に対する全人間的なかわり方や内的体験をうかがい知ることができたり、パーソナリティが投影されることを見ることができるのである。ことに私たちは分裂病者の家族でカード選択の理由づけの表現と、反応内容やその反応の分析から今実際に感じているであろうと推測される感情との間に何かそぐわないものを感じたり、彼らの表現が直載でないためにどう考えたらよいか戸迷うことがしばしばあった。

なぜ私たちに彼らの感情が素直に伝わらないのか、そのもどかしさはどこから由来するのか、彼らの表現の底にどのような心理機制が働いているのか。私たちはそれらを知りたいと思って、この研究にとりかかった。

私たちは分裂病者の家族の表現を分析するまえに、まずできるだけ多くの分裂病者と対照群について比較を行った。これは前にものべたように、好きカード、嫌いカードの研究が殆んどないために、分裂病者の一般的な特徴や一般の人たちの傾向をたしかめる必要があったことと、私たちの現在までにあつめることができた家族の資料が少く、それによって家族の特徴を普遍化するのに自信がなかったからである。

I 研究の対象

まず好きカード、嫌いカードについて分裂病者が示す一般的な特徴と、正常者が示す特徴を調べるため、都市近郊及び小都市の4ヶ所の精神病院で行った精神分裂病者のロールシャッハ資料153例、正常者のロールシャッハ資料127例(カロ研究会資料)を検討した。そしてつぎに分裂病者の両親の好きカード、嫌いカードの特徴を調べた。その数は男子分裂病者の家族11例(うち1例は父親がテストできなかった)、女子患者家族8例(うち1例は父親の資料が欠除)、対照家族11例、計30家族である。

II 研究方法ならびに手続き

私たちは、対象者に従来通りの方法でロールシャッハ・テストを施行し、テスト終了後の限界吟味段階であらためて「好き」「嫌い」カードを選択してもらい、その理由を聞いた。つぎにどの図版に、「好き」と「嫌い」が示されやすいかについて検討した。

一般に「好き」カードは、分裂病群も対照群もカードVIII, Xを選びやすい傾向がある。「嫌い」カードは、対照群ではカードVIIIよりIXの方が選ばれやすいのに対して、分裂病群ではカードIXよりVIIIが選ばれやすい。また、対照群はカードVIIを「好き」カードとして選ぶものが多く、「嫌い」カードとして選ぶものは殆んどない。これに対して分裂病群は「嫌い」として選ぶものがかなりある。これらは、刺激図の要素、とりわけ色彩、濃淡、形、空間、などと不安の投影との関係、また情緒的な問題や対人認知の問題など、多様な要因があると思われるが、この点については今後検討したいと思っている。今回はこれには触れず、次に取りあげる「好き」「嫌い」の理由づけにどのような表現が示されたか、についてのみ検討した。

好き、嫌いカードの選択の理由はいろいろな角度から、さまざまなニュアンスをもって語られているので、分類はなかなか難かしかったが、一応次のように分類し、検討した。

理由づけの表現の分類

- I. 自分の感情を外界に投げかけた表現
- II. 外界から刺激をうけて、より自分の内的感情を移入した表現
- III. 課題遂行についての感情の表現

自分の感情を外界に投げかけた表現というのは、ロールシャッハ図版の色や形、あるいは具象的に認知した対象についての好き嫌い、あるいは図版全体に対する印象などを表現したばあいである。それは外にあるものをながめての気持であり、自分からより距離をおいたものへの感情といえよう。

私たちは日常具象的な対象を認めた場合、その対象に対していただいている感情、たとえば兎はかわいい、こうもりは気味がわるいなど、対象に対して自分がいただいている感情を述べることが多い。またそれら対象の動きや姿勢の特徴が印象づけられたとき、それがコミカルであるとか、威圧的などと表現することもある。これらはすべて外在するものについての感情といえる。そこにいろいろの感情移入が行われたとしても、それは外にある対象に対してである。言い換えればそれは自分から距離をおいた対象に対する感情の表現といえる。これを「I. 自分の感情を外界に投げかけた表現」とした。

次にこれに対して、「II. 外界から刺激をうけて、より自分の内的感情を移入した表現」というのは、認知した対象に自分の内的感情を投げ入れ、外にあるものをながめての気持というよりも、自分自身のそのときの感情を表現している場合である。すなわち精神内界に何らかのこだわりや不安があるとき、刺激を対象的な存在として距離をおいて見ることが出来ない。例えば外の対象が自分にせまってくるというような被害的な表現などがある。このように自分の内的感情を移入した表現をIIの項目としてとり上げた。

なお、私たちは通例にしたがってロールシャッハ・テストを行い、テスト終了後出来るだけテスト場面の緊張をほぐすことを考えてこの「好き、嫌い」カードの選択を依頼した。しかしかなりの人たちがテストの延長のように受取っている。それが「III 課題遂行についての感情の表現」であると考えられる。それは「わかったから、すぐ出来たから」好きだったとか、「わからなかったから、できなかったから」嫌だというような場合である。それはテストに対する防衛的あるいは警戒的な態度のあらわれといえよう。これはI、IIのいづれにも入れかねて、別にとりだした。

このように3つに大別した上でIとIIについてはさらに好きカードと嫌いカードのそれぞれを次のように分類した。

(イ) 好きカードの分類

- I— a 刺激図の属性に対する表現：形、いろ、いろと形
- I— b 具象的なものに対する表現：人間、動物、疑人化された動物、自然、花、美術、絵

- I—c 肯定的感情のやさしい、やわらかい表現：かわいい、ひょうきん、ユーモラス、おもしろい、愉快、軽快、あたたかい、やさしい、やわらかい、おだやか、明るい、きれい
 - I—d 刺激図に対しての単なる印象：すっきり、はっきり、あっさり、さっぱり、まとまってる、バランス、何となく
 - II—a 動きに対する快感情の表現：抽象的なうごき（勇気、躍動）、動きのある人間関係、その人特有のもの
 - II—b 人間に対しての表現：女の子、人間らしい、自己像
 - II—c 自己の心情を示す表現：主観的な感情表現（愛がある、気が晴れるなど）
 - II—d その他上記の分類に入らないもの
- (ロ) 嫌いカード分類
- I—a 刺激図の属性に対する表現：形、いろ、形という
 - I—b 具象的なものに対する表現：動物、血、火、骨(解剖)、人間、自然、特異なもの
 - I—c 単なる印象の表現：まとまらない、バラバラ、ごちゃごちゃ、
 - II—a 不快感情の表現：暗い、どぎつい、おもい、いやなかんじ、何となくいや、（好きじゃない）、きたならしい、気味悪い、無気味、グロテスク、おっかない(こわい)、にくらしい(ずぶとい)、血についての生々しい表現（血がたれているなど）、被害感をふくんだ表現（にらんでいるなど）、被害感の生々しい表現（おそいかかってくる、殺されるなど）
 - II—b 不快感情の特異な表現：性格についての否定的な表現、対人関係による否定的な表現、性的に生々しい表現など。

III 研究の結果と考察

1. 精神分裂病者の好きカードと嫌いカードにみられた特徴——患者群と対照群との男女別比較

精神分裂病群と対照群を男女別にわけ、それぞれの好きカードと嫌いカードの理由づけを上記の基準にしたがって分類した。その結果は表1、2の通りである。

すなわち、好きカードについてはI—b（具象的なものに対する表現）は男女とも分裂病群に多く、I—c（肯定的感情のやさしい、やわらかい表現）は男女とも対照群に多い。また嫌いカードでは、I（自己の心情を外界刺激に対して表現しているもの）とII（より自分の内的感情を移入した表現）において、男女とも対照群はIが多く、分裂病群ではIIが多い。これらの傾向は χ^2 検定で有意差がみとめられた。

表 I Liked カードについての選択理由

分類項目		対象群		対 照 群	
		男	女	男	女
I 自分の感情を外界に投げかけた表現		84 (71.18)	42 (67.74)	54 (76.06)	62 (73.81)
a. 刺激図の属性 に対するの 表現	形				
	色	18	10	11	11
	形と色	1		1	1
	(小 計)	19 (16.10)	10 (16.13)	12 (16.90)	12 (14.29)
b. 具象的なもの に対するの 表現	人間	1		2	
	動物	19	9	3	2
	擬人化(小人, 童話的, マンガ)	4	2		
	自然(池, 水, その他)	3	1		
	花(植木を含む)	3	3	3	
	美術(絵)	2		1	2
(小 計)	32* (27.12)	15** (24.19)	9* (12.68)	4** (4.76)	
c. 肯定的感情の やわらかい 表現	かわいらしい		5		
	ひょうきん, ユーモラス			5	
	面白い(愉快, 軽快を含む)	6	5	4	12
	あたたかい	1			2
	やさしい, 柔かい, おだやか	2	3	4	8
	明るい	6		7	8
	きれい	4		2	
	(小 計)	19** (16.10)	13** (20.97)	27** (38.03)	39** (46.43)
d. 刺激図に対す る単なる印象 の表現	すっきりしている, はっきりしている	4		5	3
	あっさりしている, さっぱりしている	1	2	1	4
	まとまってる	4	2		
	バランスがとれてる	2			
	何となく	3			
	(小 計)	14 (11.86)	4 (6.45)	6 (8.45)	7 (8.33)
<p>* X² 検定 P<.05 ** X² 検定 P<.001</p> <p>この表 I, II は本研究に用いられた全対象者が選んだ Liked カードを分類したものである。 1つ以上のカードを選んだものが数人含まれているため、選ばれたカードの総数は対象数とは 一致していない。</p>					

表 I (つづき)

分類項目		対象群		対照群		
		男	女	男	女	
II 外界から刺激をうけて、より自分の内的感情を移入した表現		22 (18.64)	12 (19.36)	7 (9.86)	12 (14.28)	
a. 動きに対する 快感情の表現	抽象的な動き (勇壮でいきいき、躍動など)			3	5	
	動きのある人たちが情緒をともしないもの (スポーツ、洗濯)		1	1		
	動きのある人たちが情緒をともしなうもの (むつまじくしている)	7	5		3	
	自己特有の決意の披れき (敗れた兵士がまだ戦いつづけ)	1				
	(小計)	8 (6.78)	6 (9.68)	4 (5.63)	8 (9.52)	
b. 人間に対して の表現	女みたい、やさしそう (女の子かな)	3		1		
	人間らしい (芸者とか)	1			2	
	自己像 (男性的でない自分)	2				
	(小計)	6 (5.08)		1 (1.41)	2 (2.38)	
c. 自己の心情を 示す表現	主観的な感情表現 (愛があるから)	2	5			
	気が晴れる	1				
	脅かされずにすんだ			1		
	まじり気のない透明な感じ				1	
	淋しいような気がする				1	
	ロマンチック		1	1		
	(小計)	3 (2.54)	6 (9.68)	2 (2.28)	2 (2.38)	
d. その他	炎、ジェット機、もえてる	2				
	夢物語	1				
	こういう世界別のところでみるよう	1				
	娯楽	1				
	(小計)	5 (4.24)				
III 課題遂行について表現しているもの		2 (1.7)	5 (8.07)	7 (9.86)	4 (4.76)	
IV 分類不能		説明なし	5	2	4	
		カードの選択拒否	2	2	1	1
		無答のための判定不能	3	1		1
		(小計)	10 (8.48)	3 (4.84)	3 (4.23)	6 (7.14)
選択されたカード総数		118 (100%)	62 (100%)	71 (100%)	84 (100%)	

表II Disliked カードについての選択理由

分類項目		対象群		対照群	
		男	女	男	女
I 自己の心情を外界刺激に対して表現しているもの		40* (34.19)	21* (33.87)	35* (50)	38* (52.05)
a. 刺激図の属性 に対するの 表現	形	6	1	2	1
	色	4	5	12	13
	形と色	1	1	1	3
	(小計)	11 (9.4)	7 (11.29)	15 (21.43)	17 (23.28)
b. 具象的なもの に対するの 表現	動物	7	3	6	7
	非現実的なもの	3		5	
	血			2	3
	火(火の玉, 炎)		1		4
	骨(解剖)	2			1
	人間<人が奇妙>		2		
	自然		1		1
	特異なもの(性器, その他)	10	1	1	
(小計)	22 (18.8)	8 (12.9)	14 (20)	16 (21.92)	
c. 刺激図に対す る単なる印象 の表現	曖昧	4		1	4
	まとまらない(バラバラ, ごちゃごちゃ)	3	6	5	1
	(小計)	7 (5.98)	6 (9.68)	6 (8.57)	5 (6.85)

表II (つづき)

分類項目		対象群		対照群	
		男	女	男	女
II 刺激を自己内の直感的な心情の方へとり入れて表現しているもの		57** (48.72)	34* (54.84)	12** (17.14)	26* (35.62)
a. 不快感情 の 表現	暗い<陰気>	2	2	3	
	どぎつい(おもい)<トゲトゲしい>	2			1
	いやな感じ<いい感じしない>	3	1		1
	何となくいや(好きじゃない)		10		
	汚らしい	4			1
	気味悪い	8	4	2	4
	無気味				4
	グロテスク	6			4
	おっかない(こわい)	5	1	1	2
	にくらしい(ずぶとい)<嫌い>				2
	血についての生々しい表現	6	2	3	2
	被害感をふくんだ表現	5	3	3	3
	被害感の生々しい表現	8	2		2
	(小計)	49 (41.88)	25 (40.32)	12 (17.14)	26 (35.62)
	b. 不快感情の 特異な表現	性格についての否定的表現		2	
対人関係による否定的表現			3		
性的に生々しい表現			2		
漠然とした性的表現		2			
内臓, くさったものの表現			2		
自己の規範による独特な表現		2			
刺激図から離れたベダンテックな表現		4			
(小計)	8 (6.84)	9 (14.52)			
III 課題遂行についての表現		14 (11.97)	6 (9.68)	18 (25.71)	9 (12.33)
IV 分類不能	説明なし		1		
	カード選択拒否	2		2	
	無答のための判定不能	4		3	
	(小計)	6 (5.13)	1 (1.61)	5 (7.14)	
選択されたカード総数		117 (100%)	62 (100%)	70 (100%)	73 (100%)

好きカードについてみれば対照群は男女とも快感情の表現には、自然な感情を極くあたりまえに、やさしいことばで表わしやすい。これに対して精神分裂病群、ことに女子の分裂病群は、肯定的な感情をそのまま自然に表現することが少ないことを物語っているといえよう。また、直載には出ないこれら分裂病群の肯定的な感情は具象的なもの、特に動物に投影して表現されている面がかなり多い。このことは情緒的なものをそのまま感じたり、ことばに表現するにはこだわりがあり、心情もかたく、外界への柔軟性も乏しいことなどがあり、特別な努力を必要としない動物へ安易に投影しやすいのであろう。

さらに数が少ないので数量的処理はできなかったが、男子分裂病の母親の好きカードへの理由づけに、この肯定的感情のやわらかい表現がなかったことは単なる偶然ではなく、特別な意味があるのではないかと思われた。

I、II全体については両群に有意差はみられなかったが、分裂病群のなかに快感情の表現において、主観的なものや、対人関係に関したもの、さらに個人的な特別な経験などに結びついた表現がかなり目立っている。これらは分裂病群では快感情の時でも、対人的なことにとらわれたり、自分の体験を情緒的にうけとりやすい傾向があることを示していると考えられる。

嫌いカードについてみると対照群男子は半数以上がIすなわち刺激に対して表現しているが、分裂病群男子は、自己の内面にとり入れて表現している方が多い。分裂病群の女子についても同様の傾向がある。これは、分裂病患者の人達の中に刺激図の不快感が自分の中に内在しているこだわりや不安に結びつきやすい傾向を示しているといえよう。なお、この傾向が男子に比して対照群の女子にもみられたのは興味ぶかい。

次に統計的処理はしなかったが、上に述べたこと以外に目立った特徴について述べてみたい。

その第1は、対照群では分裂病群より嫌いの理由づけに「色」をとりあげているのが多いことである。この中には色彩ショックに近い衝激によって嫌いにとりあげているものがあると考えるのが自然であろう。この現象は分裂病群にも相当数あることが考えられる。しかしこれが不快感としての表現となると分裂病群にきわ立って少なくなっている。分裂病群の中に色彩ショックをうけたとき、その不安に直面出来ない人達があることも事実であろう。このことは「血と火」についても同様の傾向があるといえよう。

しかし、「血」については、対象群はI—bとII—a（単なる「血」と「血についての生々しい表現」）に分散した形で示しているのに対して、分裂病群はI—bには全くなく、II—aにかたよっている。このことは分裂病群の色彩ショックのあり方のもうひとつの様相を暗示しているように思う。

第2「不快感の表現（気味悪い、暗い）」などは両群にあるが、「何となくいや（好きじゃない）」など漠然とした言い方で不快感を示したのは女子分裂病群だけである。不快感を明確にとり出しことばにすること自体が彼女たちをおびやかすのではあるまいか。

第3 特異なものとしてとりあげなければおさまらない奇妙な表現のものが、分裂病群に多く、その中でも特に生々しい表現による被害感をふくんだものが多い。

第4 課題遂行についての感情の表現は、両群とも男子が多く、特に対照群の男子が、好きカード、嫌いカードの両方に多い。男子は女子よりテレクささと防衛的な態度が強いのであろう。

なお、統計的に処理していないが分裂病者の両親についてみると、父親にはペダンティックな表現が目立ち、被害感を伴いやすい傾向がうかがえ、母親は肯定的感情をやわらかい雰囲気表現することに不得手なのではあるまいかと考えられた。それはわずかに女子分裂病者の母親にしめされていたにすぎない。

2. 分裂病者の父親と母親の好きカードと嫌いカードにみられた特徴

私たちは家族ロールシャッハ・テストを行ったとき、その前段階で個人テストを行い、その最後に家族成員のイメージを示すカードの選択とともに、好きカードと嫌いカードをえらんでもらった。

すなわち、男子分裂病者の家族11例、女子患者家族8例、対照群家族11例、計30家族である。そのなかには患者とその同胞や、対照群家族では1～2名の子どもの結果もふくまれている。そのうち今回は患者や同胞あるいは対照群の子どもについてはふれず、両親の好きカードと嫌いカードの選択理由について分析し、その表現にふくまれている感情や外界の対象への反応態度について考察した。

(I) 男子患者の両親の特徴

1) 父親の好きカードに示された特徴

男子患者の父親は10名であるがその好きカードに示した表現は次の3群にわけられる。

(i) ペダンティックで奇妙に気どった表現

これは3例の父親にみられた。それを具体的に記載すると次のようになる。

「カードⅥ このまま額に入れて飾っておいてもいやではない、おもしろい」

「カードⅤ 直観的にみるとこうもりとわかるので、好きというか、何だかこのまじいというところ」

「カードⅤ これなど納得がいく」

一般に対照群ではカードⅤとⅥ、ことにカードⅥが好きカードにえらばれることは少ないのに、この3人はそれをえらんでいる。それよりも目立つのは、卒直に好き、面白い、好ましいという気持を表現せず、もってまわったいい方をしていることである。第1例は感じた内容について具体的に示さず、「このまま額に入れて飾っておいても……」という。これは「美術的」とか「絵画的」といいかえることもできるかもしれないが、それよりもペダンティックである。そして「……はいやではない」というのは卒直でなく、もってまわっている。第2例の「直観的……」というのは1の項でのべた「課題遂行が容易だったから」ということであろうが、ずいぶん取っている。「好きというか、何だかこのまじい」というのも、はっきり感情を表現しないで、もってまわり、もったいぶった表現といえよう。第3例の「これなど納得がいく」と

いうのも第2例と同様、「わかったから」ということかもしれないが、卒直ではない。

(ii) 知的に一般化し、実感をあいまいにする表現

これは3例にみられた。(i)の第1例もここにふくまれるが、その他の例は次のとおりである。

「カードⅢ 図案化、漫画化していて、絵になるのではないか」

「カードⅤ 色がすっきりしている。模様にもなる」

「カードⅢ 絵画的」

このうち第1と第2例は同一の人がいったもので、実際には2人で、(i)の第1例と加えて3例である。彼らはじかに好きだという実感を表現しないで、一枚鑑をまとまった表現ともいえるし、知的に一般化したともいえよう。

(iii) まとめることで安定しようとする表現

2例の父親は次のようにいう。

「カードⅦ 恰好がおもしろい。あっさりしている」

「カードⅧ 何かまとま^って^いて、うま^くまとま^って^いる。安^ん定^じ感^があ^る」

この2例はいづれも精神内界の不確実感がつよく、安定をもとめていることが考えられる。第2例はこのほかにもカードⅨで「ギザギザしているから」好きだと反応している。これがどのような気持なのかよく理解できないが、カードⅧの表現とならべてみると、何か不安が内在していて、それを無理におさえようとしているように見える。

「好きカード」にえらんだカードⅧで「色彩がいいのと、熊がよくあらわ^されて^いる」と表現している。これは女子患者の父親によくみられるように思われるが、好きなカードをえらびだしたものの、気持がまとまらず、あれこれと思いつくままに理由をのべていると考えられる。これは不確実感をそのままあらわにしている、決断しえない状態といえよう。それと同時に、熊がよくあらわされているというのは、まとまっていることに対する安堵感であろう。

他の1人はやはりカードⅧで「あまり感じよくないですけど、これが色からして……」という。これもまとまらない不安感を表明しているとともに、矛盾した好き嫌いの感情を整理できないまににいるように見える。一般に矛盾した感情をもつばあい、「この点はこういう理由で嫌いだが、他のこの点はこうだから好きだ」と具体的に明確に区切り、嫌いなところをカットしてのべることはあるが、この人はそれが曖昧なままである。

なお他の1例はカードⅩを好きカードにえらんでいるが、理由をのべていないので分析できない。

以上9例についてのべたが、彼らに共通していることは、カードⅤでこうもりと答えることができたから好ましいとといった人を除いて、すべての人が卒直に自分の気持をのべていないことである。こうもりといった人も「こうもりだから好きだ」というのではなく、「答えられたから」なのであって、それは答えられれば何でもよいわけである。これは彼らが

或る事態に直面すると動揺し、不安定になり、適確に事態を処理するのが困難なことを示しているように思われる。そしてこの不安定感、不確実感をよりはっきり露呈しているのは(Ⅲ)群の人であるが、(ii)群はそれを抽象的に一般化し、(i)群はさらに無理に理くつづけをし、不確実感を処理しているのである。

私たちは前論文⁽²⁾で男子分裂病者の父親には「厳格で権威的であるが、内には強い自己不確実感があり、妻に依存している」人と、「生真面目だが融通性がなく、決断力に乏しい」人をあげた。この2つのタイプは自己不確実感をもっていることは共通しており、それをカバーするために、道徳的にきびしい枠を自分にもそして家族にもはめるか、自己中心的になり、自分の思うとおりにならないと動揺して怒りだすかしていた。今回の好きカードの選択にもこの傾向は明瞭にでていいる。そして(i)群と(ii)群は前者であり、(Ⅲ)群は後者であると考ええる。勿論この両者は本質的に似ており、分られないばあいもあると考えられる。たとえば(Ⅲ)群の第2例はそうであろう。

2) 父親の嫌いカードに示された特徴

今まで好きカードについて父親に自己不確実感があることをみたが、これは嫌いカードではさらに明確になっている。嫌いカードの表現も一応3群にわけられる。

(i) まとまらない不安の表現

これは5例にみられた。

「カードⅦ パラパラになっているから陰気くさくていや」

「カードⅥ 何かこの線が不気味、動物の毛皮をしていながら無気味」

「カードⅠ IとⅣのうちⅠが悪い。やっぱり形ですよね」

「カードⅥ これなどはっきり結びつかないようで……。Ⅶも悪い」

「カードⅠ 気味がわるい。Ⅵもよくない」

どの人も刺激に対して明確なイメージをもつことができず(第2例は場所を指示しているが)、漠然とした不安を表現している。第1例はそのよい例であろう。ところがその不安をまとまらないままにしておくこともたえられず、多くの人が単に気味がわるいとか嫌いというだけにとどまらず、「悪い」とか「よくない」という価値判断が表明される。つまり不安動揺を知的な判断の枠に入れておさえ、自分におしつけているといえるのである。

(ii) ペダンテックな理くつづけの表現

好きカードでもペダンテックな表現がみられたが、嫌いカードでも2例にみられる。

「カードⅣ 美観がない。不愉快なものを連想する」

「カードⅧ 全体の感じがはっきりしないので、概念的に不鮮明なものは仕事柄きらいになってくる。即物的に物を見ることが多いので」

この他(i)の第4例の「これなどはっきり結びつかないようで……」というのも「わからないから」という意味であろうがもってまわった表現である。

第1例は好きカードで「このまま額に入れてかざっておいてもいやではない」といった人で

あり、第2例は「直観的にこうもりとわかるので好きというか、なんだかこのましいところ」といった人である。そして第3例((i)の第4例)は「これなど納得がいく」といった人である。つまり好きカードを表現するばあいでも、嫌いカードの理由をのべるばあいでも、もってまわったペダンティックな表現をしている。ただ好きカードよりも嫌いカードの方が一層きわだっており、かつまとまりがなく、理くつづけも奇妙である。これは嫌いなものに直面した方がより混乱し、不安になり、解決が困難なためであろう。この群の人たちの表現は基本的には(i)群の人たちと同じような情緒的反応を呈しているといえよう。そしてより知的に、しかし効果の少しかたで不安を防禦していると考えられる。

(iii) 被害感を伴った受身的な表現

これは2例にみられた。

「カードⅣ ガシャガシャして、何か骨みたいのがあって、動物裂いて割った」

「カードⅡ おばけで色のむら、ぬるっとしていや、血がはねた」

いづれも単に嫌だという気持だけではなく、それと被害感とがからまった表現をしている。これは(i)群の無気味さの感情がより具体的な対象をもつとともに、他から傷つけられるという受動的な感情がつよくでている。

第1例は好きカードで「あまり感じよくないですけど、これが色からして……」といい、第2例は「恰好がおもしろい。あっさりとしている」といって、いづれも不確実感がつよく、安定をもとめていることを指摘したが、嫌いなカードでは安定感がおびやかされ、被害的色彩をもつようになるのである。

以上男子分裂病者の父親の好きカード、嫌いカードについての表現を分析したが、9例ともかなり問題のあるいいまわしや反応を示している。対照群のなかにも「これは割りあいわかりやすいですね」とか、「形がすっきりしている。こたえやすかった」といって、課題が遂行できたから好きという防禦的な態度をとる人もいるが、男子分裂病者の父親にみられたようなつよい不安感や不確実感を露呈したり、さらに被害的なニュアンスを含んだ理由づけを示している人はいない。特に嫌いカードで私たちが問題にしたような表現をとっている人はいなかった。

さらに上にのべたように患者の父親は好きカードの選択の基準あるいは情緒と嫌いカードのそれとはよく似ている。それは極めて筋がとおっているように見える。しかし別の見方をすれば融通性がなく、こだわりがつよいともいえる。これは対照群の父親と比較するとそのちがいは明らかである。すなわち対照群では上にのべた2人が「何をかいてあるのか見当がつかない」、「魚とこたえたけども何とも形がよくわからない」といって、課題遂行の難易という同じ基準で好きと嫌いを表現しているが、他の9人は全くちがった角度から好き、嫌いをきめている。たとえばカードⅢを「すごくユーモラス。恰好。清水昆のカップの感じで」といって好きカードにえらんだ人が、カードⅠを「何か暗い感じですね。輪郭がきらい」と嫌いカードにえらんでいるし、カードⅦを「何となく可愛らしい。とげとげしくない」といって好きカードとし、

カードVを「非常にグロテスクで味気ない」といって嫌いカードにしている。なお課題遂行について表現した2人のうち1人はかなり内向的消極的な人であり、他は強迫性格の目立つ人であった。

要するに男子分裂病者の父親は融通性に乏しく、困難な事態に直面すると不安に陥って目立って防禦的になったり、被害感情をもつ傾向があるといえよう。

3) 母親の好きカードに示された特徴

11名の母親のなかで次の3名の表現は対照群にもよくみられるものであろう。

(i) 色彩の明るさを表現 2例

「カードX 楽しそうな、鳥がとんで、色彩も明るい色だし」

「カードX 色彩。華やかで明るい」

(ii) 人形 1例

「カードII 両方向かいあって、お人形みたい」

この3例以外では次のような特徴がみられる。

(iii) まとめることで安定しようとする表現

「カードVIII 色あいや、何か模様もまとまりかけている」

「カードVIII 色からまとまっている。模様がまとまっている」

「カードX きちんとまとまってる。花の花弁がまとまってる」

「カードX すぐ形がわかりやすい」

「カードV はっきり形がわかった」

「カードVIII (VIII, IXの2カードをえらびそのうちで) VIIIが簡単でいい」

以上6名は肯定的な感情をそのまま自然に表出しないで、「形」とか「まとまり」という枠のなかにおしこめ、説明している。このうちカードVの「はっきり形がわかった」というのは、課題が遂行できたということかもしれないが、ふつうならもっと感じた気持をそのまま表現する人が多いであろう。

また父親の項でものべたように、どの人も具体的かつ卒直に表現していない。またカードVをのぞいた他の5名はカードVIIIとXのカラー・カードであり、まず色彩に反応したと考えられる。事実対照群では、カードVIII, IX, Xには「色がきれい」とか「明るい」とか、卒直に表現している人が多い。そして「まとまり」という点ではこれらのカードは他のカードよりまとめることは困難なカードである。

患者の母親は先づ色彩がきれいなことに目をとめてカードVIII～Xをえらんだのであろう。ところが他のカードにくらべて具象的ではないし、まとまりがない。そこで不安定になってしまう。もしここで「まとまりはないけど、色がきれいだから好き」といえば素直な実感であろう。しかしそれではおちつかない。それでカードVIII～Xのうち「よりまとまっている」と思われるものをえらび出す。そして「模様」という枠をはめて、はじめて安心する。カードVIIIとIXをえらんで「VIIIが簡単でいい」といったのはその過程を示すものであり、「何か模様もまとま

りかけている」というのは内心の動揺を露呈し、「きちんとまとまっている。花の花弁がまとまっている」というのは、色のきれいなこととまとまらないことの不安とが統合された姿であろう。これが私たちの推論である。

いづれにしても、彼女たちは女らしい受とめ方をしていると思われるのに、それをそのまま表現できず、矛盾した感情のなかで動揺し、それを知的に無理に処理しようとしているといえよう。

(iv) 不安感をおさえ、無理に快感情とする傾向 2例

(iii)の傾向がより明確になったのがこの群の表現である。

「カードVI おもしろい。猫の頭みたい、感じがね。脊椎みたいのが不気味さを感じないでおもしろい」

「カードVIII これみたいじゃないですか。余り動物らしく気にいらぬが、変な動物。色がいいのかしら」

この2例は(iii)よりもっと不快な感情をもったように思われるが、非常に無理をしている。そのために表現も奇妙でペダンテックであり、不可解ですらある。

以上11例中8例の人は素直に「好き」という感情を表現できず、ことに好きと嫌いな感情が入りまじったとき、そのなかで動揺し不安になり、無理に不自然なかたちで処理している。

4) 母親の嫌いカードに示された特徴

(i) 11例のうち、一般にもみられるのは次の5例である。

「カードI 蛾のよう」

「カードII いやだった。血流れているみたいで、パツと散ってるよう」

「カードII これなんかよい感じ持ちません。赤のいろ、いい感じしない」

「カードI 黒いの好きじゃない。陰気な感じがする」

「カードI はじめて見た時黒ですから」

(ii) まとまらない不安の表現 3例

「カードX 色彩があつてまとまりがない」

「カードIX こっちはよく考えなきあ」

「カードIV 何となくきらい」

カードX、カードIXは好きカードの選択で、(iii)「色彩は好きだが、まとまらないことへの不安」を不自然な表現で示した人がいたカードである。そのような不自然な感情表現にくらべれば、まとまらなさに対する不安をより自然に出しているともいえよう。しかし表現があいまいであるし、混乱している。

第3例のような表現は一般にはみられず、1でみたように、私たちの資料でも女子分裂病患者だけにみられている。嫌いカードに対してはその内容にふれることは不安をつよめるので、それをおさえ、あいまいにしてしまうことはありうることであろうと考えていたが、対照群では男女とも「なんとなくいや」といった人は1名もなく、分裂病者でもいなかった。つまり一

般には嫌いなことも理由を明確にして処理してしまうのである。この例はあいまいにしておくことの方がかえって不安をつよめるか、特に不安がつよいのであいまいにするかのどちらかわからない。ここでは一応まとまらない不安の表現としておく。

なお第1例は好きカードでも「はっきり形がわかった(カードV)」という理由をのべ、第2例は「すぐ形がわかりやすい(カードX)」といい、第3例も「色あいや、何か模様もまとまりかけている(カードVIII)」といい、いづれもまとめることへの願望がつよかった。つまり彼女たちは好きカードも嫌いカードも同じ基準、同じ情緒からえらんでいるといえよう。

(iii) 不安へのぎこちない表現 2例

「カードI 何かとげとげしくてごつい」

「カードIII 人が奇妙、人の恰好、顔が奇妙」

2例ともつよい不安があり、その感情を対象化したものへ移入しているが、「嫌だ」という感情が自然に素直に表現されず、ぎこちない、あるいはとげとげしい表現になっている。

第1例は好きカードは「色彩。華やかで明るい(カードX)」とかなり卒直に表現しているが、第2例は「これみたいじゃないですか。あまり動物らしく気に入らないが、変な動物。色がいいのかしら(カードVIII)」と好きカードでもかなり奇妙な表現をしている。

(iv) 被害感を伴った受身的な表現 1例

上の(iii)がさらにどぎつく、他から傷つけられるようにうけとめられると、

「動物殺しておしたみたいでいやです。色がいや(カードIV)」ということになるのであろう。この例は好きカードは「楽しそうな、鳥がとんで、色彩が明るい色だし」と好きという感情を自然に表現している。

つまりこの例と、(iii)の第1例は好きカードには自然に反応しながら、嫌いカードでは不安感が生々しく表現されているのである。

なお、(i)にあげた5例の好きカードに対する表現をみると、第1例、第2例、第4例はいづれも「まとめることで安定しようとする表現」の群の人たち(第6例、第3例、第2例)であった。第3例は「おもしろい。猫の頭みたいな感じがね。……」と不快感を無理に快感情にかえようとしていた人であった。そして第5例だけが好きカードを「両方向いあって、お人形さんみたい」と肯定的な感情を素直にだしていた。

つまり11名の母親のうち、好きカード、嫌いカードの両方について、対照群と同じような表現をした人は1名であり、他は何らかの問題をもっているように思われた。その共通した特徴は男子患者の父親つまり夫と似て、不安に対して理くつっぽい対応のしかたをとり、女らしい柔かさに乏しいことであろう。これは前論文で「いたわり、はげまし、勇気づけの態度に欠けた母親」がいると指摘したことと関係があるように思われる。

(2) 女子患者の両親の特徴

1) 父親の好きカードに示された特徴

女子患者8名のうち、父親の資料がとれたのは7例であった。そのうち1例は「これみんな感じのいいのはないですね」といい、カードを選択するのを拒否した。そのため分析しえたのは6例であった。その6例の特徴は次のようなことである。

(i) 男らしさが少く、弱々しい表現

これは6例全部にみられた特徴であった。

「カードX 花とかそういう自然のものが好き」

「カードII 人形を可愛がっているような……子どもが喜びそう」

「カードIX わからないけど感じわるくない。植木」

「カードIII 漫画の人物、ピンクをあしらって調和がとれている(後述)(上の植木といった人の反応)」

「カードVII 女の子がダンスしているところがいい」

「カードIII ただ絵として」

「カードVIII 色彩について(後述)」

最後の2例「ただ絵として」と「色彩」という表現はあいまいさがあり、一般化しているが、他は具体的であり、はっきりしている。そして男子患者の父親のような硬い、融通性の乏しい、ときにはペダンティックな表現は少く、自然な感情表出がみられる。しかしその内容は受身的な感情を反映しており、女性的な雰囲気をもった表現といえる。

(ii) 気持がまとまらない、焦点もあいまいな表現

なお6例のうち2例は「カードIII 漫画にちがいないが、同一人物がおなじピンク持って向かいあっている。ピンクあしらったものが調和がとれている」、「カードVIII 色がぼけているけど、すっきりして淡い感じがする。色彩があってわかりやすかった」と表現していた。好きカードとしてえらんだものの、情緒的にはやや混乱し、まとまった気持になれないまま説明しているように見える。

2) 父親の嫌いカードに示された特徴

(i) 受身的で逃げ腰な漠然とした不安の表現

好きカードで弱々しい受身的な表現をしめすのが女子患者の父親の特徴であったが、この傾向は嫌いカードでも目立っていた。

「カードX 理解できないですね」

「カードVI いい感じがしない」

「カードI こんな好きじゃない。蝶のおばけみたいなね」

「カードII きもちわるい」

「カードI これはちょっと骨という連想がするので」

これらはすべて逃げ腰な表現といえる。ことに「いい感じがしない」「こんな好きじゃない」という表現は対照例には殆んどなく、分裂病者ことに女子患者に多くみられるものである。対照群の人、ことに男子では何らかの具象的な対象か色についてもっと明確な表現をし、このよ

うなあいまいな表現は少い。男子対照群は不快感情を漠然と表現することが少いことは(1)で明らかにしたとおりである。

また「こんなの好きじゃない……」と表現した人は好きカードで「これみんな感じがいいの
はないですね」といった人であるが、「いい感じがしない」「好きじゃない」という表現は「嫌
い」というのにくらべて、受け身的であり、女性的である。本来積極的な感情表現がしにくく、
外へ対して弱々しい反応のしかたが特徴的である。

(ii) 被害感を伴った受身的な表現

「カードⅦ 動物の毛皮がたれさげであるよう。可哀そうだけど」

「カードⅣ 何かこうもり。そのものもよくない。怪物みたい」

いづれも単に嫌いというのではなく被害感をともなっているし、「毛皮がたれさげられてい
る」というのは受身的であるし、「よくない」というのは男子患者の父親で多くみられた「ま
とまらない不安の表現」でのべたように、漠然とした不快を不快感として表現できず、自分の
価値判断として「よくない」という表現をして不安をおさえていると思われる。

これらの人も好きカードでも「人形を可愛がっている……子どもが喜びそう」とか「わから
ないけど感じわるくない。植木」など弱々しい反応をしている。

なお他の2例はカードはえらんでいるが理由を表現していない。

以上女子患者の父親の好きカード、嫌いカードを検討したが、嫌いカードの表現では男子の
父親に似た傾向(被害感)もあるが、特に目立ち、かつ男子患者の父親とちがっていることは、
男らしさの少ない、弱々しい、受身的で、逃げ腰な表現、いいかえれば女性的な表現が非常に
多いことであった。

これは前論文で女子患者の父親には、「娘にはやさしいが、受動的でたよりない。妻に依存
し、母娘がライバル関係に陥ったとき、妻にひきよせられ、娘の期待にこたええない」人が多
いとのべたが、それを裏書きし、より明確化しているといえよう。

3) 母親の好きカードに示された特徴

(i) 課題遂行についての表現 2例

「カードⅠ はじめに出された時、こうもりといえた」

「カードⅠ こうもりの恰好、他のにくらべれば」

これは(1)にのべたように課題遂行について不安感、緊張感があり、反応をえらびだせてよか
ったということであろう。

(ii) 散漫な、あるいは子どもっぽい表現 2例

「カードⅩ あたたく、可愛らしい。色も好き。モチーフもあたたかい」

「カードⅧ 見たことあるわよ。花でいいな。色のね」

肯定的な感情を表現し、いろいろ形容している。しかしそのニュアンスが少しづつちがって
いて、焦点がぼけており、まとまっていない。

ことに「見たことあるわよ……」というのはふつうにはみられない甘えた表現である。自他

の区別が未分化で、依存的な、子どもっぽい態度ということもできよう。

(iii) 知的に一般化し、実感をあいまいにする表現 2例

「カードII 柔和ね」

「カードVIII 図案化。花の感じがする」

いずれも好きだという実感を卒直に表現していない。ことにカードIIを「柔和」というのは理解しにくい。

(iv) 対人関係を過度に肯定的にみよとする表現 2例

「カードII 仲よくしている。いいな」

「カードIII 話しあってるのいいな」

「カードIII 踊っているというのはいいです」

上の2つは同一の人が2枚えらんでいるので3例になっている。いずれも対人関係についての願望が表現されていると思われるが、これは対照群ではみられない表現である。第3例は「踊っているのが可愛い」というのであれば女性の表現としてふつつかもしれないが「いいです」といっているところに不自然さがあり、ここに入れた。

以上が女子患者の母親の好きカードについての表現であるが、嫌いカードの表現と比較しながら考えてみたい。

4) 母親の嫌いカードに示された特徴

(i) 具象的な対象についての表現 1例

「カードI 全体のこうもりみたいのきらい」

これは一般にもみられやすい傾向である。しかし好きカードではカードVIIIを「図案化 花の感じがする」といった実感を卒直にいわない傾向がみられた。

(ii) 課題遂行についての表現 1例

「カードIV 人間生活に関係ないといえはいいが、あるとなると判断出来かねるから」

この人は好きカードで「こうもりの恰好、他のとくらべれば」といって課題が遂行できたからよかったという表現をしているが、嫌いカードではできなかったから嫌だといっているように思われる。ただその表現がもってまわったペダンテックな理くつづけをしている。これは嫌な刺激に直面したとき、卒直な感情表明をさける傾向があるのであろう。またカードIVであることから、対人関係ことに夫との関係に問題があって、それをいうのをためらっているのかもしれない。

(iii) 不安なときに目立って散漫になる傾向 1例

この傾向は(ii)の例でもみられたことであるが、次の例はその点がよりはっきりしている。

「カードI 大きいこうもり、骨盤みたい、私はとりませんがレントゲン」

嫌な刺激に直面して、認知された対象と過去の個人的な体験がかさなりあってまとまらないままに表現されている。そのため一層散漫になってしまうし、混乱してしまう。

この例は好きカードでも「あたたかく、可愛らしい。色も好き。もう一つもあたたかい」と

いう散漫な表現をしているが、それよりも一層焦点がぼけている。

(iv) 被害感を伴った表現 5例

「カードⅣ はりつけみたいで」

「カードⅤ どこかへ行かれるみたいで」

「カードⅢ あんまりいいと思わない。あんまりやせていて」

「カードⅣ 気持ちがわるい。もうもうと得体のしれない怪獣のようで」

「カードⅡ 何、何、といわれて嫌な感じ。わからないのに、いわれて嫌だった」

第3例の「あんまりやせていて」というのはこの人がやせていて、そのことを自分でいやがっているのです、ここにふくめた。また第5例の「何、何、といわれて……」は本来「わからないので」嫌なカードにえらんだのかもしれない(課題遂行)が、テストに「何、何」といわれたのが嫌だったと表現しているのです、ここにふくめた。

この5例はいづれも「いやな感じ」だけでなく、被害感がかさなっている。

「はりつけみたい」と表現した人は好きカードで「柔和ね」とカードⅡを表現している。

「どこかへ行かれるみたい」といった人は好きカードで「仲よくていいな」と対人関係につよい願望をのべており、嫌いカードではさらに対人関係につよい不安を表現しているといえよう。「あんまりやせていて」といった人は好きカードで「見たことあるわよ」と子どもっぽい表現をしており、自他の区別が未分化で、外界の刺激を客観的に評価できないことを嫌いカードでも示している。「もうもうと得体のしれない怪獣」といった人は好きカードで「踊っているというのはいいです」と対人関係で過度に肯定的な表現をしている。「何、何、といわれて嫌だった」とのべている人は好きカードで「はじめに出されたときこうもりといえた」とのべており、防禦的態度から課題解決が困難なときには、他罰的-被害的になることを明らかにしている。

以上8名の女子患者の母親をみたが、特徴的なことは情緒的に不安定になると思いが目立って散漫になり、統制できなくなる傾向があることと、円滑な対人関係への願望がつよいこと、被害感を伴いやすいことであろう。これは前論文で女子患者の母親のなかには「積極的だが未熟で父に依存している。しかし父は無力で十分母の期待にこたえていない。彼女は情緒のなかにただよふことに不安をもっている。そして父によりかかろうとする娘に強い反撥を示し、はげしいライバル関係が生ずる」人がかなり多いことをのべたが、それと深い関係があるように思われる。

要 約

1. 私たちはロールシャッハ・テストにおける好きカードと嫌いカードの選択理由を検討することによって、精神分裂病者の両親の特徴を明らかにしようとした。
2. 好きカード、嫌いカードに関する研究が殆んどないので、私たちの研究の前段階として、分裂病者153例(男子104例, 女子49例) 正常者127例(男子57例, 女子70例) の比較検討を行った。

その結果は次の通りである。

精神分裂病の家族研究(その4)

a-1 好きカードにおいては、対照群は男女とも快感情を卒直かつ自然に、しかも個人的にいろいろちがったニュアンスを示しながら表現することが多い。これに対して分裂病者ことに女子では肯定的な感情をそのまま自然に表現することが少ない。

a-2 対照群にくらべて、分裂病群では肯定的感情は具象的なもの特に動物に投映して表現することが多い。これは流動的、情緒的な雰囲気を感じとることが難かしく、外界の刺激に対して柔軟性が乏しいことを示しているのであろう。

a-3 分裂病群では快感情の表現において、極めて主観的なものや対人関係に関するもの、あるいは特別な個人的経験にむすびついたことを表現することが多い。

b-1 嫌いカードにおいては、対照群にくらべて分裂病群は外界の刺激に対する否定的な感情を直接投げかけるよりも、自分の内的感情を移入することが多い。これは内在している不安感やこだわりに刺激図の不快感がむすびつきやすい傾向を示すものといえよう。

b-2 対照群では嫌いな理由として色彩をとりあげているものが多いのに、分裂病者では比較的少い。色彩ショックは両者に同じようにみられるのに、それを不快感として表現できないのは、不安に直面できないからであろう。

b-3 分裂病群には個人的体験の表現と思われる特異な表現が多い。ことに生々しい表現による被害感が多い。

3. 分裂病者の両親の特徴

男子分裂病者11家族、女子分裂病者8家族、対照群11家族の両親の好きカード、嫌いカードの検討を行った。その結果は次の通りである。

a-1 男子患者の父親は好きカードで奇妙に気取った、ペダンティックな表現や、知的に一般化して実感をあいまいにしたり、精神内界の不確実感をおさえるため無理に理くつづけする傾向がある。つまり卒直に自分の感情をのべていない人が多い。

a-2 男子患者の父親は嫌いカードで、漠然とした不安感を知的な価値判断によって無理におさえようとしたり、さらにペダンティックで不自然な理くつづけをしている人が多い。そして一部の人に被害感をともなった受身的な表現をしている人がみられた。

a-3 要するに男子分裂病者の父親には融通性に乏しく、困難な事態に直面すると不安に陥って目立って防禦的になったり、被害感をもつ人が多い。これは前論文で、「男子分裂病者の父親には、厳格で権威的であるが内に強い自己不確実感があり、妻に依存している人と、生真面目だが融通性がなく、決断力に乏しい人がある」とのべたことと一致している。

b-1 男子分裂病者の母親は好きカードで肯定的感情を自然に表現する人もあるが、形とかまとまりということにこだわって不安になり、無理な理由づけをしている人が多い。そのなかには元来不快な感情をもったと思われるのに無理な理由づけをして好きカードにえらんだと思われる人もある。

b-2 男子分裂病者の母親は嫌いカードで自然に不快な感情を表現している人がかなりある。しかし不安をまとまらないままにさらけだしてますます不安定になったり、ごごちない理

くつづけをしたり、被害感を伴った表現をする人も多い。

そして好きカードでより自然な表現をした人は嫌いカードで、不自然な表現を示し、反対に嫌いカードで自然な表現をした人は好きカードで不自然な表現を示している人が多く、両方より自然な理由づけを示したのは1名だけであった。

b-3 要するに男子分裂病者の母親には夫と似て、不安に対して理くつづかい対応のしかたをとり、女らしい柔かさに乏しい人が少なくない。これは前論文で「いたわり、はげまし、勇気づけの態度に欠けた母親が男子分裂病者の母親にいる」とのべたことと関係があるように思われる。

c-1 女子分裂病者の父親のすべての人が好きカードで、男らしさの少い、弱々しい表現を示しているのが特徴的であった。そのなかには表現があいまいな人もあるが、多くは具象的ではっきりしており、自然な感情表出がみられた。それは男子患者の父親に硬い、融通性の乏しい、ときにはペダンティックともいえる表現をとる人が多いのと対蹠的であったが、表現内容が受身的な感情を反映しており、女性的な雰囲気をもった表現であることが目立っていた。

c-2 女子分裂病者の父親は嫌いカードでも受け身的な表現が多く、逃げ腰で漠然とした不安を表現したり、受身的に被害感を表現したりする人が多かった。

c-3 要するに女子患者の父親には男らしさの少ない、弱々しい、受身的で逃げ腰な表現をする人が多い。いかえればいわゆる女性的な表現をとる人が多い。これは前論文で「娘にはやさしいが、受動的でたよりない。妻に依存し、母娘がライバル関係に陥ったとき、妻にひきよせられ、娘の期待にこたえない人」が女子患者の父親に多いとのべたことを裏書きしているといえよう。

d-1 女子分裂病者の母親は好きカードに対して、課題遂行についてのべている人が2例あったが、他は子どもっぽい表現、散漫な焦点のぼけた肯定感情の表現、知的に一般化してしまう表現などや、ことに目立ったのは対人関係を過度に肯定的にみようとする表現いかえれば対人関係についての願望が表現されていたことである。

d-2 女子分裂病者の母親は嫌いカードにおいて、不安なときには目立って散漫になる人がいたが、最も多いのは被害感を伴う表現であった。

d-3 要するに女子患者の母親は情緒的に不安定になると思考が目立って散漫になり統制できなくなること、円滑な対人関係をのぞみながら、不安になると被害感をもちやすいことが多い。これは前論文で女子患者の母親のなかには、「積極的だが未熟で父に依存している。しかし父は無力で十分母の期待にこたえていない。彼女は情緒のなかにただよう不安をもっている。そして父によりかかろうとする娘に強い反撥をしめし、はげしいライバル関係が生ずる人が多い」とのべたことと関係があろう。

あ と が き

私たちはロールシャッハ・テストの好きカード、嫌いカードを検討した結果、それは単に外

界の対象に対して好き嫌いの感情が表現されるばかりでなく、精神内界の不安、不満、他者とのかかわり、パーソナリティ特性などいろいろの面が露呈されることを知った。それは精神分裂病患者やその両親で目立っていた。

そしてその結果は家族ロールシャッハ・テストの状況下での両親の態度や日常生活での家族内対人関係について検討した前論文の結論と多くの点で一致していることを知った。これは好きカードと嫌いカードの検討が意味のあることを物語るものといえよう。

私たちは分裂病患者の両親を類型わけしようとしているのではない。現時点で家族成員がそれぞれどのような関係にあるか、お互いをどのように思っているか、好きか嫌いか、その理由は何かなどを明らかにし、それを家族とのかかわりのたすけにしたいと思っている。そのために、好きカード、嫌いカードの選択と同時に家族成員に対するイメージ・カードの選択をしてもらっている。この両者を総合的に検討することにより、上記の目的により近づくことができるであろう。これについては次回に報告したい。

なお私たちは分裂病の病因論を展開しようとしているのでもないし、両親の異常性を特別に強調しようとしているのでもない。たしかに私たちは分裂病患者の両親のパーソナリティ特徴や対人関係の場における弱さをみてきた。しかしこのような特徴はなにも分裂病患者の両親に限ったものではない。神経性拒食症の両親や強迫神経症の両親にも似たような傾向をみているし、対照群の両親（多くは一方の親だけであるが）にもある。私たちは分裂病患者の家族関係を明らかにしようとしているが、これは単に親の側からそれを見ることによってその目的に近づこうとしているのではない。そのような親を子どもがどう受けとっているか、「子どもにとって」親の態度がどう影響し、子どもがそれをどう体験したかを考えようとしているのである。

Lidz や Laing が両親の「擬装的」あるいは「欺瞞的」態度といっているのも、それが子どもにとってそのようにうつるのであり、Bateson の「二重拘束説」も子どもからみてそのような「状況」がつくられるとみるべきであろう。したがって同じ親の子どもであっても、他の同胞にはそのように体験されないかもしれない。またそのように体験されてもその強さや傷つけられかたはちがうかもしれない。一応男子患者と女子患者にわけて私たちが検討を試みているのもこのような理由からである。今後は男子、女子の両方の患者がいる家族や患者の同胞の家族内でのかかわり方についても検討していきたい。

今回の研究に資料を提供して下さったカロ・研究会の方々、鈴木伸治氏、山崎武彦氏、並びに家族の方々、患者の方々に感謝します。

参 考 文 献

1. 鈴木浩二：精神分裂病患者の家族研究
家族ロールシャッハ・テストによる研究
精神衛生研究第20号（1972）
2. 高臣武史他：精神分裂病の家族研究 その2、
男子分裂病患者家族と女子分裂病患者家族につ
いての考察家族ロールシャッハ・テストによる研究
精神衛生研究第20号（1972）
3. 高臣武史他：精神分裂病の家族研究
その3、わが国の子どものしつけと従来の「分裂
病家族力動論」について
精神衛生研究第21号（1973）

精神薄弱児の社会的適応行動に関する研究II⁽¹⁾

——精神薄弱児・者をもつ親、精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識について——

社会精神衛生部 櫻井芳郎⁽²⁾

要 旨

精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件として社会の人々の生活態度と価値意識をとりあげ、精薄施設職員 195 名、施設周辺地域住民 333 名および親 648 名の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識の差異と相互認知のずれを検討した。その結果、三者の態度と意識を迷惑—受容(X軸)と憐憫—理解(Y軸)の直交座標によってとらえてみると施設職員と親は受容・理解(人権の保障)、地域住民は迷惑・憐憫(差別)に位置づけられると同時に地域住民の知識や理解のかなりな改善と親のもつ社会防衛的な考えの残滓が認められる。また、相互認知の問題では多数者集団(地域住民)における自分たちの側の論理による他者認知と少数者集団(親、施設職員)の多数者集団に対する拒否の感情の対峙が認められる。このような状態を改善するには三者の他者および自己認知を修正し、相互理解と協力をたかめ、偏見と差別を生みだす現代社会の構造に眼をむけて人間の叡知がかかげる新しい時代の精神や理念に照して社会の価値体系と生活様式を問題にしていくことが必要であり、そのための武器としてコミュニティ・オルガナイザーの機能と役割、精薄施設における福祉活動の明確化ならびに施設と社会を結ぶソーシャルワーカーの活躍が期待される。

I. はじめに

現代における精神薄弱児・者処遇(ケア)の理念は過去にみられた現実社会からの隔離と保護にかわり、精神薄弱児・者を現実社会に生きる人間として、自己実現をたすけ、人間的成長をうながすことによって人間として生きる権利を保障しようとする方向にある。

そのために精神薄弱児・者の現実社会における人間生活の営みをささえる社会的適応行動の水準が問題になる。社会的適応行動は社会環境が個人に期待する諸要求に応じられる程度によ

(1) STUDIES ON THE ADAPTIVE BEHAVIOR OF THE MENTAL RETARDED II

—Attitude and Consciousness of Parents and Inhabitants around the Institutions for Mental Retarded, and Personnels of Such Institutions on the Problems of Mental Retarded—

(2) Yoshiro Sakurai, Division of Socio-Environmental Research

註1) 本稿で使用した“社会的適応行動、という用語はAAMDの行動分類のなかで測定知能とともにあげられている適応行動と同義語であるが“社会的、という語を冠したのは社会生活とのかかわりを強調したのと一般に用いられている適・不適行動との混同をさけるためである。

って段階づけられるので、社会的適応行動の水準は精神薄弱児・者の認知機能に大きく依存するとともに環境要因が強く作用している。

筆者は社会的適応行動を精神薄弱児・者の人間生活に重大な影響をあたえるものとして重視し、社会的適応行動を支える要因として社会生活力と人間関係を考え、今回は社会生活力に視点をあてて精神薄弱児・者への接近について論述したが(櫻井芳郎(1971):精神薄弱児の適応行動に関する研究—社会生活力を中心とする検討—,精神衛生研究第19号,71-91,参照),今回は精神薄弱児・者の社会的適応行動に重要なかわりをもつものとして精神薄弱児・者をもつ親,精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識をとりあげ、その実態と問題点を明らかにしようとした。

つまり、本稿では精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境要因の分析を教育と福祉の関係をめぐって問題になっている精薄施設での処遇のあり方の検討と関連させておこなおうと考えた。

筆者は精薄施設を在園者である精神薄弱児・者にとって人生のある時期における人間生活を営む場であるとともに教育機関とならんで精神薄弱児・者が現実社会に生きる人間として自己実現や人間的成長がはかれるように社会的な場における人間行動の修正を援助する福祉機関であると考え。しかるに精薄施設での精神薄弱児・者への接近が教育と福祉の関係をめぐってかならずしも明確でなく、福祉施設における処遇のあり方が関係者の間で問題になっているために、その検討が現代における精神薄弱児・者処遇の理念との関係において精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境要因の分析をおこなううえの格好な手がかりを提供するものと考えられたからである。

II. 研究のねらい

註2)

1. 社会的適応行動の意義

現代における人間の生き方については、いろいろな考えや意見がみられるが、人間らしい生きがいを感じられる生活を営み、自己を最大限に発揮し、人間として成長していくという点では共通の認識がえられよう。しかも、現代社会はすべての人間が協力しあい、^{とも}「共に生きる」よろこびを感じられる生活を通してこそ人間の幸せが実現できると考えられている。

これは現代の精神や理念が人権尊重と互譲互惠を基本とする民主主義の精神にもとづき、個人の自由と責任および人間の尊厳を強調しており、それと同時に現実社会に生きる人間として、個人の基本的欲求と社会的期待との調和をはかる欲求処理の方式が人間生活に期待されている

註2) 筆者の論拠については次の文献をあわせて参照されたい。

1. 櫻井芳郎(1971):精神薄弱児の適応行動に関する研究—社会生活力を中心とする検討—,精神衛生研究第19号,71-91
2. 櫻井芳郎(1972):成人精神薄弱者の指導に関する一試論—社会的適応行動をめぐる臨床社会心理学的接近—,特殊教育学研究第10巻第1号,34-46
3. 櫻井芳郎(1973):地域社会の診断と地域活動,橋本正己・三浦文夫編,地域活動の方法,全社協

からである。

人類の歴史を紐といてみると有史以来さまざまな時代をたどってきたが、いつの時代にも人間生活の目標となる時代の精神や理念が存在していた。人間は叡智を働かせて時代の精神や理念をうみだし、その時代の精神や理念にそった人間生活をめざして文化を發展させ、人間的成長を遂げてきた。

このような社会的背景のもとに精神薄弱児・者は古来から——たとえば中世においては神秘主義的思想のもとに迫害をうけ、近世では社会防衛的見地から一般社会より隔離され、18世紀に台頭した人道主義的風潮のもとでは保護的色彩が濃くなり、19世紀にみられる自然科学の發達を中心とする科学精神の風靡は能力別指導をもたらすなど——さまざまな処遇をうけてきた。

これは精神薄弱児・者が現実社会に生きる人間として時代の精神や理念と無縁の存在ではないことをしめすと同時に健常者の間に伍して社会の期待に応じた行動がとれなかったことを物語るものと考えられる。

したがって、精神薄弱児・者処遇（ケア）の基本原理は精神薄弱児・者に対して時代の精神や理念にそった人間生活が営めるように援助すると同時に時代の精神や理念を時の流れと文化の進展に応じて精神薄弱児・者の人間生活の向上が保障される方向に変容させていくことが必要であり、それには現実社会の人々の生活態度や価値意識に対する働きかけが重要な鍵となろう。

精神薄弱児・者と社会の人々に対する働きかけの基底に横たわるのが精神薄弱児・者の行動であり、とくに個人の基本的欲求と社会的期待との調和をはかる欲求処理方式の具体的なあらわれである社会的適応行動の水準である。

精神薄弱児・者は現実社会での具体的な行動のために社会生活で問題にされ、否定的認知をうけて差別と抑圧の対象とされる。しかも否定的認知の根拠は社会的適応行動の水準にある。

社会的適応行動は個人が独立して生活していく“社会的自立性”と個人として、社会人として課せられた文化的要求を満たしていく“文化同調性”の両面からなり、社会が個人に期待する社会的自立性と文化同調性に応じられる程度によって社会的適応行動の水準が段階づけられる。

かように社会的適応行動は現実社会で人間生活を営む前提となる重要な存在である。

したがって、精神薄弱児・者は社会的適応行動の水準が平均より逸脱しているために社会生活で問題にされ否定的認知をうけるのであるから、精神薄弱児・者の社会的受容をはかるには社会的適応行動の低水準をもたらす諸要因が問題にされなければならない。

まず第一にあげられるのが精神薄弱児・者の生活体験である。

人間の社会的行動や人間相互の関係は人間のもつ意識にもとづいている。

人間は過去の生活体験にもとづいて自己のおかれた社会的な“場”の意味を理解し判断してとるべき態度を決定する。しかも、それは自己と他者との期待関係にもとづいており、人間は他者からの自己に対する期待を意識し、その期待に答えようとすると同時に他者に対して自己

への働きかけを期待する。

このように、人間の社会的行動や人間相互の関係は相互期待関係にもとづく社会的な場の認識のもとにおこなわれる。

したがって、生活体験が不適当な場合には意識化にゆがみが生じ、社会的な場の認識は適切を欠き、その人間の態度や行動は妥当性に乏しいものになってしまう。

精神薄弱児・者は身体的、精神的欠陥のために生活体験にゆがみとひずみが生じやすく、種種の社会的、生育的諸条件のなかで基本的欲求の充足方法を身につけ、時代の精神や理念にふさわしい人間として成長していくことが難かしい。その原因としては精神薄弱児・者の知覚の不活発、外界ならびに他者や自己に対する認知のゆがみなどが身体的、精神的欠陥、あるいは親や周囲の人々の態度や意識によって生じるためと考えられ、両者の相乗作用によって生活体験のゆがみとひずみは一層深酷になる。

そのため、精神薄弱児・者に対しては身体的、精神的欠陥と環境との相互作用に注目し、外界の刺激に対する認知の不活発とゆがみを是正し、社会の価値体系や生活様式についての理解をうながすことが必要であり、その具体的接近^{註3)}としては精神薄弱児・者の人間行動を導きだしている大脳機能——とくに認知機能——に働きかけ、外界に対する正しい知覚を刺激し、望ましい認知活動を活発化するために心理治療の原則をふまえながらも条件づけによる学習機能を重視し、5段階に分割された方法——内在する感情の行動化をうながし、情緒的緊張の緩和をはかる(序段階)、環境に興味をもたせて知覚を刺激し、社会生活や人間関係についての意識化をうながす(第I段階)、われわれの生活する社会にはさまざまな行動に対する社会的基準があり、それにもとづいて、われわれの行動は価値判断され、行動に社会的な意味づけがおこなわれ、適・不適の評価がなされるので、われわれは社会的に容認される行動をとることによって安定した生活が送れることに気づかせる(第II段階)、われわれの社会生活や人間関係においては一定の社会的基準の範囲内で個人の自由裁量の余地があり、その枠組のなかで安定感や満足感がえられることに気づかせる(第III段階)、社会生活参加の方法を理解させる通常のリハビリテーション活動(第IV段階)を用いて、かなり操作的なやり方で彼らの情緒的満足感を刺激し、社会的容認がえられる方法で欲求充足がはかれるように援助する行動療法的接近が考えられよう。

このようにして精神薄弱児・者が社会の価値体系や生活様式を身につけ、社会が期待する社会的適応行動の水準で行動できるようになれば生物学的な意味での精神薄弱は変らなくても社

註3) 詳しくは次の文献を参照されたい。

1. 櫻井芳郎(1970): 精神薄弱児の治療教育—社会心理的立場からの接近—(シンポジウム), 日本精神薄弱研究協会会誌第4巻2号, 22-36
2. 櫻井芳郎(1972): 成人精神薄弱者の指導に関する一試論—社会的適応行動をめぐる臨床社会心理学的接近—, 特殊教育学研究第10巻1号, 34-46
3. レランド, H., スミス, D. E. 共著, 櫻井芳郎編訳(1971): 精神薄弱児の行動療法, 岩崎学術出版社

会的にはもはや普通と異なるとか正常から逸脱していると判断され、否定的認知をうけて差別と抑圧の対象とされることはないであろう。

けれども、精神薄弱児・者に対する働きかけだけで社会的適応行動の水準を改善・向上させることは難しい。なぜならば社会的期待からはずれた行動様式は精神薄弱児・者に対する否定的認知をうみだした社会の価値体系や生活様式によって形成されたものだからである。

ここに社会的適応行動の低水準を生じさせている第2の要因として社会の価値体系や生活様式の問題がうかびあがってくる。

ユーバンク (Eubank, E.) にも述べているように社会生活で用いられる有形無形の文化物(財)は、それぞれ用い方がその社会特有の生活様式によって決められており、それはその社会の価値体系にもとづいている。われわれはこれらを総称して文化とよんでいる。

人間は基本的欲求の充足をはかり、人間としての生活を営むために、社会生活や人間関係を必要とし、それを秩序だて維持するために文化をうみだすとともに、その文化に働きかけ、ある場合には文化をつぎの欲求充足のために積極的に利用し、ある時には欲求充足のために既存の文化を否定して社会の変革をはかり、新しい文化を創造する。

つまり、人間は欲求充足の手段として文化をうみだし、その文化のなかで人間としての安定をえると同時にさらに新しい欲求をうみだし、それを充足させるために新しい文化を創りだしていく。

このように人間はそのもてる叡知を働かせて、人間生活を豊かにするために幾多の欲求をうみだして、高度な文化をもつ社会を築きあげ、人間として成長発展を遂げていく。

一方、文化はリントン (Linton, R.) も述べているように教育機能をもつが、人間は文化を通じて価値体系や生活様式を身につけ、人間行動や人間生活の営みを時代や社会にふさわしいものにし、さらに人間として成長して新しい文化をうみだしていることから、文化は人間を社会にふさわしい人間にしたてあげるだけでなく人間的成長をうながす教育作用として働いているといえよう。

したがって社会の価値体系や生活様式は人間生活を営む主体者としての人間、その人間の営む社会、その社会につくりだされた文化の三者の相互関係によって形成されたものであり、それは社会の人々の生活態度や価値意識にささえられたものである。

そのため、社会の人々の生活態度や価値意識の変革に成功すれば、社会の価値体系や生活様式を変容させることが可能となろう。

それには人間・社会・文化の三者の相互関係のしくみを理解することが大切であり、それによって社会の風俗習慣や生活の仕方が理解でき、人々の感情や欲求を正しく把握することができる。その上で人間の叡智に働きかけて時代にふさわしい精神や理念の誕生をたすけ、それにともなう人間生活のあり方と現実社会の矛盾に気づかせ、問題解決のために共通の目的意識をもち、目的達成にむかって、共に生きる仲間意識を育てはぐくむことを通して人々の生活態度や価値意識の変革をうながし、社会の価値体系や生活様式を変容させることができよう。

このようにして社会の人々の精神薄弱児・者に対する態度と意識が変容し、人間の社会的行動や人間相互の関係についての価値基準が変われば社会的期待からはずれた行動様式をうみだす基盤がなくなり、それとともに精神薄弱児・者の人間生活を阻害する社会的価値体系がくずれ、精神薄弱児・者は個人の自由と責任および人間の尊厳が強調され、共に生きるよろこびが感じられる人間生活を保障する時代の精神や理念のもとに時の流れと文化の進展に応じた人間生活を営むことが可能になるであろう。

換言すれば、精神薄弱児・者に時の流れと文化の進展に応じた人間生活を保障するには、かれらの社会的適応行動の水準とそれをうみだし評価している社会の価値体系や生活様式、その背後に存在する時代の精神や理念の三者が問題にされなければならない。そして精神薄弱児・者の人間生活を左右する社会的適応行動の水準を改善・向上するには社会の人々の生活態度や価値意識に働きかけて社会の価値体系や生活様式と時代の精神や理念の変容をうながすことが精神薄弱児・者の認知機能に対する働きかけを中心とする行動療法的の接近とともに極めて重要な意味をもっているといえよう。

かように精神薄弱児・者の人間生活における社会的適応行動の意義は極めて大きく、社会的適応行動におよぼす諸要因の分析は重要な今日的課題であるといえよう。

2. 研究の計画

精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境要因の分析をおこなうために精神薄弱児・者の親、精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識を調べ、三者の態度や意識の差異および精薄施設職員と親、親と地域住民、精薄施設職員と地域住民との間の相互認知のずれを明らかにし、問題点の検討を試みようとした。筆者がとくに相互認知を重視するのは、それによって精神薄弱児・者にかかわる三者がお互いの感情や欲求に気づき、人間相互の理解を高めることによって時の流れと文化の進展に応じた精神薄弱児・者の人間生活を保障するための相互協力が可能になり、精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件の改善が期待できるようになると考えるからである。

精神薄弱児・者問題に関する態度と意識を調べるために、1. 指導効果について 2. 施設の学校化の問題 3. 精神薄弱児・者に対するイメージ 4. 精薄関係職員に対する社会的評価 5. 精神薄弱および精神薄弱児・者に関する知識や理解など5つの視点を設定して31の質問項目からなる選択肢法にもとづく状況判断方式による調査用紙を作製した。質問項目の選定にあたっては表層的、常識的水準での態度と意識にとどまらず、できるだけ内面的心情の把握ができるようにつとめた。また、相互認知の状況を明らかにするために同じ問題について自己認知（自分の考え）と他者認知（他人はどう考えているか）を求め、調査対象者に親、地域住民および専門職員に関する三通りの態度と意識を回答してもらった。なお、精薄施設周辺地域住民に対しては専門職員に関する他者認知（専門職員はどう考えているだろうか）は予備調査の結果、調査がきわめて困難であるとの結論に達したので本調査でははぶくことにした。

調査対象の選定にあたっては、1. 施設の種別と立地条件 2. 施設周辺地域住民の生活環境

と生活形態 3. 親の平均的ニードの把握に留意すると同時に精薄施設の機能に焦点をあてるべく努力した。そのうえで調査対象の具体的な選定を次のようにおこなった。

精神薄弱児・者の親は全日本精神薄弱者育成会(手をつなぐ親の会)創立20周年記念全国大会参加者のなかから無作為抽出法によってえらんだ。

精薄施設周辺地域住民は都内にある5精薄施設の周辺半径500米以内に居住する地域住民について住民台帖をもとにして層化比例抽出法によって世帯単位に抽出した。対象地域の特徴は次の通りである。(1)品川地区—調査対象世帯は3976世帯、地域の概況は背後に住宅地をひかえた商店街がならび、中小規模の工場が近くに点在している。施設は都立の児童通園施設がある。(2)世田谷地区—調査対象世帯は3452世帯、地域の特徴は団地・公営住宅がたちならび、道路はかなり広く、車の往来がひんぱんであり、附近に都立のS養護学校がある。施設は都立の福祉作業所がある。(3)町田地区—調査対象世帯は289世帯、農家集落が散在する田園地帯である。施設は都立の児童通園施設がある。(4)八王子地区—調査対象世帯は390世帯、附近に病院や学校が多い住宅地である。施設は社会福祉法人の児童収容施設がある。(5)日野地区—調査対象世帯は340世帯、対象世帯のすべてが公団団地の居住者であり、施設の周辺は公団団地を除いては人家はほとんどみられないが、近年、附近に大学ができたので施設内の公道を往来する学生の姿がふえてきている。施設は都立の幼児、児童および成人の収容施設があり、施設に隣接して都立のN養護学校がある。

精薄施設職員は前記5地区の施設のほかに都外の1施設(都立)をくわえた6つの収容施設、通園施設および福祉作業所の指導員、保母などの指導専門職員全員を対象とした。施設の特徴は次の通りである。(1)品川地区—施設は昭和33年に設立された都立の児童通園施設で商店街に隣接した住宅地にあり、就学猶予や免除になった訓練可能な精神薄弱児が毎日通園し生活指導や訓練をうけている。園児数は33名、調査対象の職員は8名である。施設の周辺は一般の人家がたちならび、町なかにある施設といった感じであるが、近く他に新築移転の予定である。(2)世田谷地区—施設は昭和42年に公営住宅の一階を利用して設けられた庇護授産所の機能をもつ都立の福祉作業所で15才以上の心身障害を有する青年たちが毎日通所し箱づくりやキャップシュールの製作を中心に作業態度や生産能力の改善向上をめざす指導訓練をうけている。通所生数は42名、調査対象の職員は7名である。(3)町田地区—施設は昭和42年に開園した都立の児童通園施設が高台の崖をきり開いた所にあり、附近には人家が少なく、閑静な環境のなかにある。園児数は28名、調査対象の職員は9名である。(4)八王子地区—施設は昭和31年に設立されたキリスト教精神にもとづく児童収容施設で園児数は149名、調査対象の職員は36名である。なお、この施設は近く他県に移転の予定である。(5)日野地区—施設は20年の歴史をもつ都立の収容施設で幼児、児童および成人の指導訓練をおこなう総合施設である。収容者数は345名(幼児48名、児童180名、成人117名)、調査対象の職員は119名である。なお、施設敷地に隣接して都立のN養護学校が昭和46年に設立され、施設の学令児全員を対象にしている。その他—都外にある都立の児童および成人の収容施設で農家が散在する田園地帯をみおろす丘

精薄施設職員, 住民, 親の意識

陵の一角にあり, 前記の日野地区にある施設とともに都立の二大収容施設をなしている。この施設は農耕を中心に精神薄弱者の更生を目的として昭和16年に開設された施設で収容者数は499名(児童255名, 成人244名), 知能障害の程度は前記施設にくらべて重度の者が多い。調査対象の職員は129名である。なお, この施設に隣接して都立のS養護学校があり, 施設収容の学令児で教育に適する者が通学している。

調査の方法は精神薄弱児・者の親に対しては調査用紙を全国大会々場で配布し, 施設職員と地域住民には郵送し, その回収は親は個別返送, 施設職員は施設ごとの一括返送, 地域住民に対しては個別訪問によっておこなった。

表1 調査対象

1. 精神薄弱児・者をもつ親

地域別	母集団	回答者数	%
東日本(東京を除く)	488名	133名	27%
東京	895	314	35
中日本	414	112	27
西日本	191	55	29
不明	—	34	—
合計	1988名	648名	32.6%

2. 精薄施設周辺地域住民

地区別	母集団	抽出率	抽出数	回答者数	%
品川地区	3,976世帯	$\frac{1}{40}$	100世帯	42世帯	42
世田谷地区	3,452	$\frac{1}{34}$	100	50	50
町田地区	289	$\frac{1}{3}$	100	83	83
八王子地区	390	$\frac{1}{4}$	100	73	73
日野地区	3,040	$\frac{1}{30}$	100	85	85
合計	11,147世帯	$\frac{1}{22}$	500世帯	333世帯	66.6%

3. 精薄施設職員

(%)

施設種別	指導員		保母		その他	
	母集団	回答者数	母集団	回答者数	母集団	回答者数
児童通園, 都立	1名	1名	5名	4名	2名	2名
福祉作業所, 都立	5	5	—	—	2	2
児童通園, 都立	1	1	5	4	3	3
児童収容, 法人	25	2	10	8	1	0
児・者収容, 都立	20	14	87	38	12	7
児・者収容, 都立	36	35	68	52	25	17
合計	88名	58名 (66)	175名	106名 (61)	45名	31名 (69)

その結果、精神薄弱児・者をもつ親 648 名 (回答率32.6%)^{註4)}、精薄施設周辺地域住民 333 名 (回答率66.6%)^{註5)} および精薄施設職員 195 名 (回答率63.3%)^{註6)}、合計 1176 名の回答をえた。

註4) 精神薄弱児・者をもつ親は過半数が東京附近に住み、性別は男42%、女53%、年齢は40才代を中心とする年齢層、世帯主の職業はサラリーマンが56%、年収は、120万円未満が43%を占め、居住地域は住宅街が58%でもっとも多く、子供の知能障害の程度は中等度が46%を占め、年齢は6才～15才45.5%、20才以上31%、介護の程度は軽い者が56%、現在状況は施設入所39%、養護学校・特殊学級在学33%、就職11%、家庭保護7%である。

註5) 精薄施設周辺地域住民は性別が男65%、女33%、年齢は30才代を中心とする年齢層が多く、世帯主の職業はサラリーマンが60%を占め、年収は120万円未満が44%、200万円未満が38%、居住地域は団地・公営住宅38%、住宅街31%農家集落15%などである。

註6) 精薄施設職員は性別が男24%、女75%、年齢は20才代を中心とする年齢層が多く、職種は指導員30%、保母54%、施設種別は収容施設職員が88%を占め、公立施設職員が94%である。

III. 精神薄弱児・者をもつ親、精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員三者の態度と意識の差異

1. 指導効果について

親、地域住民および施設職員の三者とも「指導によって社会生活が営めるようになる」と考えている者が過半数を占め、否定的態度をとる者は少ないところから指導の重要性は認識されているといえよう。しかし、指導効果については「知能障害のためにあがりにくい」と答える者が多く、精神薄弱児・者を特徴づけるものとして知能障害を重視し、それが指導を阻み、健常者とのへだたりをもたらすという知能偏重の考え方にもとづく否定的認知の傾向がうかがわれる。けれども、三者を比較してみると、その出現率は地域住民がもっとも高く(65%)、親(53%)、施設職員(42%)の順に低くなることから専門的知識や理解度との関連が考えられ、また、「知能障害のために指導効果があがりにくい」という考えに否定的態度をとる者もかなりみられ(地域住民26%、親33%、施設職員34%)、知能偏重の意識もしだいに崩れるきざしがうかがわれる。

2. 施設の学校化の問題

通園施設の学校への切り替え、収容施設の寄宿学校化について親と地域住民の態度は前者の場合と後者の場合とでは異なっている。

通園施設の場合には賛否いづれも過半数に達せず、しかも、子供を通園施設へ通わせている親においても賛否両論が並立している。(賛成39%、反対38%、なんともいえない19%、態度不明確および無答4%)これは通園施設の機能と役割に起因するものと考えられる。つまり、通園施設の性格がさまざまにうけとめられているためであり、教育と福祉の関係をめぐって問題になっているその性格のあいまいさがかかる反応を生んでいるといえよう。

収容施設の場合には両者とも賛成が過半数を占め、子供を通園施設へ通わせている親で通園施設の学校化に反対の意見をもっている者でさえ多くの者(60%)が収容施設の寄宿学校化を

望んでいる。

一方, 施設職員は通園, 取容いづれの場合にも賛否両論が並立している。このことは施設の機能と施設職員の役割に関する認識の問題として教育と福祉の関係をめぐる議論のなかで話題をよぶことであろう。

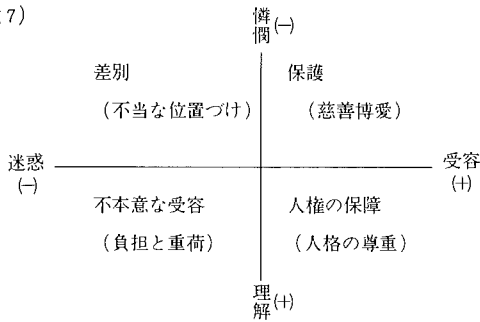
3. 精神薄弱児・者に対するイメージ

精神薄弱児・者に対する態度と意識を, a. 地域住民や普通児が迷惑すると思うか(迷惑-受容), b. 精神薄弱児・者がかわいそうと思うか(憐憫-理解)という二つの座標軸を用いて明らかにしようとした。^{註7)}

a. 地域住民や普通児が迷惑すると思うか

施設職員は多くが精神薄弱児・者に好意的, 理解の態度をしめし, 拒否的, 無理解の態度をとる者はごく少数である。

註7)



迷惑-受容(X軸), 憐憫-理解(Y軸)の二つの座標軸を用いて直交座標をつくと四つの象限-差別, 不本意な受容, 保護および人権の保障が導きだされる。

筆者は精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす重要な環境要因として社会の人々の意識をとりあげ, 迷惑-受容と憐憫-理解の二つの意識の軸を, 前者をX軸, 後者をY軸として直交させて四つの態度の出現を想定した。つまり, 憐憫・迷惑から差別(不当な位置づけ), 迷惑・理解から不本意

な受容(負担と重荷), 憐憫・受容から保護(慈善博愛), 受容・理解から人権の保障(人格の尊重)が生じ, 精神薄弱児・者の社会的適応行動の水準に大きな影響をあたえているものと考えている。しかも, 四つの象限はX軸(迷惑-受容)からみてY軸(憐憫-理解)との直交点(原点)から右側が正, 左側が負となる。すなわち, 差別, 不本意な受容は負, 保護, 人権の保障は正の象限として精神薄弱児・者の社会的適応行動に作用する。したがって社会の人々の態度を負の象限から正の象限へ移行させることが必要であり, それにはX軸上の意識の変化(迷惑から受容へ)が優先的にとりあげられなければならない。そのうえでY軸上の意識の変化(憐憫から理解へ)をはかることによって社会の人々の態度は正の象限である保護から, さらに望ましい態度である人権の保障へと変容していくことであろう。このようにして精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件が改善されれば, 社会的適応行動の水準の修正は容易になるであろう。

註8)9)11) 座標軸上の位置づけは次の方式によってきめた。

$$\text{標点の決定} \quad \text{得点} = \frac{\text{配点合計}}{\text{項目数}}$$

配点基準

<u>P</u>	<u>P</u>	P	N	<u>NC</u>	<u>NC</u>	<u>N</u>	<u>N</u>
2	1			0		-1	-2

標点決定基準

得点1以上+, 1以下-

※表3参照のこと

しかし、成人精神薄弱者との一緒に生活や性格行動に異常があったり、身体疾患を合併している精神薄弱児・者の施設の設置については好意的態度が多少低くなり、拒否の態度も平均16.5%と他の問題よりも高くなっている。けれども全般的にみて施設職員^{註8)}の精神薄弱児・者に対する意識は迷惑(-) - 受容(+)^{註8)}座標軸の受容がわに位置づけられよう。(得点1.8=+)

一方、地域住民は精神薄弱児の施設や養護学校を町のなかへ設置することには好意的、理解的態度をしめすが普通学校のなかに特殊学級をつくることには抵抗を感じている。また一般に成人精神薄弱者に対しては拒否の態度が強い。すなわち、成人精神薄弱者の地域生活や一緒に職場での就労、あるいは成人施設の町なかへの設置については施設職員や親にくらべて好意的、理解的態度がかなり低く、成人精神薄弱者との一緒に生活には強い拒否反応をしめしている。なお、重症の者の施設や性格行動に異常があったり、身体疾患を合併している精神薄弱児・者の施設の設置にも強い拒否反応をしめしている。つまり、地域住民の精神薄弱児・者に対する意識は重症でなく合併症もない精神薄弱児の施設や学校ができるだけ普通児とかかわりのない状態で町なかに設置されるかぎりにおいては受け入れるが、成人精神薄弱者や重症あるいは性格行動に異常があったり、身体疾患を合併している精神薄弱児・者は受け入れ難い状態にあるといえよう。かようなことから地域住民の意識は迷惑(-) - 受容(+)^{註9)}の座標軸の迷惑がわに位置するといえるであろう。(得点0.3=-)

親は成人精神薄弱者の地域生活や一緒に職場での就労、精神薄弱児の施設、学校および特殊学級の設置などについては施設職員と同じく好意的態度をしめすが、成人精神薄弱者との一緒に生活や成人精神薄弱者の施設の設置には地域住民に対する気がねがみられ、重症の者や性格行動に異常があったり、身体疾患を合併している精神薄弱児・者の施設についてはさらに強い遠慮^{註10)}がうかがわれる。しかし、全般的にみて親の精神薄弱児・者に対する意識は迷惑(-) - 受容(+)^{註11)}の座標軸の受容がわに位置しているといえよう。(得点1.2=+)

施設職員、地域住民および親の三者の意識を比較してみると、全般的には迷惑 - 受容の座標軸の迷惑がわには地域住民、受容がわに施設職員と親が位置づけられ、しかも、施設職員と親とでは施設職員のほうがより受容的であるといえる。しかし、個別的に検討してみると、精神薄弱児の施設や学校の設置については三者とも好意的、受容的であるが、その他の問題では施設職員と親とが類似の反応をしめし、いずれも好意的、受容的であるのに対して地域住民は好意度、受容度が低く、また、重症および重複障害の者に対しては三者間に差異が認められ、施設職員、親、地域住民の順に好意度、受容度が低くなり、社会防衛的な意識がうかがえるなど、現代における精神薄弱児・者に対する社会的態度の特徴をみいだすことができよう。

b. 精神薄弱児・者がかわいそうと思うか

施設職員と親は精神薄弱児・者の施設や学校を町なかに設置したり、特殊学級を普通学校に

註10) 気がねとか遠慮という表現を使ったが、それは親自身の意識のなかに他者に対する配慮だけでなく、ひけめを感じるという社会防衛的観点にたつ意識の残滓がその基底にあることを強調する意味で用いた。

設けることの精神薄弱児・者におよぼす影響についてはいずれも理性的水準（理解）でうけとめている。ただ、普通学校に特殊学級を設けることについては両者とも他の問題にくらべていくぶん情緒的反応をしめす者が多い。

一方、地域住民は全般的にみて情緒的反応（憐憫）をしめす者が目立ち、とくに普通学校に特殊学級を設けることについてはかなり強い情緒的反応がみられる。

施設職員、親、地域住民三者を比較してみると施設職員と親は類似の反応をしめし、地域住民との間に全項目にわたって差異が認められる。これを憐憫(-)－理解(+)の座標軸のうえに位置づけると施設職員と親（いずれも得点2=+）は理解がわに、地域住民（得点0=-）は憐憫がわに標点^{註12)}が定まることになろう。

以上、迷惑－受容と憐憫－理解の二つの座標軸を用いて直交座標をつくると施設職員と親は受容・理解、地域住民は迷惑・憐憫の意識が強く、前者は正の象限である人権の保障（人格の尊重）、後者は負の象限である差別（不当な位置づけ）の態度に位置づけられよう。したがって何よりもまず地域住民の意識の変革が必要であるといえよう。しかし、このような一般的な傾向のなかにも三者それぞれの特徴がみられる。まず、地域住民は精神薄弱児・者を自分たちとは異質な存在としてうけとめ、一般社会からの隔離を望み、それが精神薄弱児・者の為にもよいと考えているが（迷惑・憐憫＝差別）、重症や重複障害でない精神薄弱児の施設や学校については一般社会への受け入れに反対していない（憐憫・受容＝保護）。一方、施設職員は精神薄弱児・者の社会生活について一般に理解的、好意的であるが（受容・理解＝人権の保障）、一部には成人精神薄弱者との一緒に生活や重複障害の精神薄弱児・者の施設を町なか^{註12)}に設けることについて抵抗が感じられる。また、親は精神薄弱児・者に対して、一方では施設職員と同様に理解的、好意的であるが（受容・理解＝人権の保障）、他方では地域住民にみられる社会防衛的観点にたつ意識の残滓（迷惑・理解＝本意な受容）がうかがわれ、両面価値的態度がみられる。つまり、精神薄弱児の施設や学校、特殊学級の設置、あるいは成人精神薄弱者の地域生活や一緒にの職場での就労については理解的、好意的態度をしめすが、重症の者や重複障害の精神薄弱児・者の施設に対する一般社会からの隔離主義的な考え、成人精神薄弱者との一緒に生活や成人施設の町なかへの設置に対する一部の抵抗などはそのあらわれといえよう。これら三者の動向は地域住民、施設職員、親それぞれが現代社会に生きる人間として相互関係にあることを物語っている。すなわち、三者とも社会生活を営む人間として現代社会の文化の影響をうけ、一方で文化物^{註12)}や生活様式を共有する半面で生活環境や生活意識の急激な変化にとまなう価値体系の変動による価値観の多様化、そこから生じる“人間の生き方、についての考えのずれが精薄施設周辺地域住民、精薄施設職員、精神薄弱児・者をもつ親という社会的機能と役割に応じて具体化し、地域住民と施設職員との間の精神薄弱児・者に対する態度と意識の差異の発生とその隔差の是正化現象、親に対する地域住民と施設職員の態度と意識の特徴をうみだ

註12) 註7) 8) 9) 11)を参照のこと。

しているといえよう。したがって精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件を改善するには社会の人々の意識を迷惑から受容へ、ついで憐憫から理解へ変化させることが何よりも大切であるが、それには現代社会の構造にねざして人々の生活態度と価値意識を支えている“人間の生き方、についてのいろいろな考えが精神薄弱児・者問題をめぐり各自の社会的な立場にもとづいて具体化し影響しあっている三者の相互関係をふまえた接近が考えられなければならない。

4. 精薄関係職員についての社会的評価

自分の子供が精神薄弱児・者の教育や指導の仕事につくことに積極的に賛成する者は精神薄弱児・者をもつ親(77.9%)や施設職員(70%)に伍して地域住民(52%)もかなり多く、否定的態度(7%)をとる者はすくない。したがって、精薄関係の仕事に対する社会の人々の関心は高まってきているといえよう。

しかしながら、精神薄弱児・者の教育や指導に従事している職員が社会の人から尊敬されていると考えている者は親では50%以上にのぼっているが、地域住民はそれを下廻り、態度未決定が目立っている。一方、施設職員は態度決定をためらう者(教師55%、指導職員52%)がかなりの数にのぼり、尊敬されていると考えている者(教師8%、指導職員7%)は極めて少ない。このような施設職員の態度は精薄関係の仕事に対する社会の人びとの精神的支持の乏しさを感じているためと考えられ注目される。また、地域住民にみられる態度未決定は施設職員の場合と異なり精薄関係の仕事についての理解や認識との関連が推測される。なお、親の態度は障害児・者をもつ親として教育や指導にあたる職員の労苦が実感としてうけとめられるとともに共通の目的をもつ仲間意識がそうあってほしい、そうあるべきだという願望と期待を生じさせた結果と考えられる。

5. 精神薄弱、精神薄弱児・者に対する知識や理解

地域住民は精薄施設の役目や精神薄弱と精神々経疾患との差異、社会生活参加のための指導や訓練の重要性および人間的接触の必要性に関する知識や理解は高く、施設職員や親との間に差異は認められない。しかし、遺伝負因の問題や精神薄弱児・者と性格行動異常との関係、特殊教育の目的などについては施設職員や親にくらべて知識や理解の程度は低い。その他、三者の特徴をながめてみると精神薄弱の治療法の開発については悲観的あるいはなんともいえないという意見が多く、結婚問題についても同様である。また、精神薄弱児・者だけの町(コロニー)の設置には施設職員は反対が多く(52%)、地域住民は賛成が目立ち(46%)、親は賛成が60%を占めており、地域住民と親の意識に精神薄弱児・者に対する隔離・保護的傾向がうかがわれる。このような傾向は「精神薄弱児(者)は普通の人間とはちがうのだから保護することが何よりも大切だと思うか」という問に対する三者の回答状況(肯定—施設職員19%、地域住民40%、親45%)によっても裏づけることができよう。

かように精神薄弱や精神薄弱児・者に対する知識や理解は施設職員がもっとも高く、地域住民の知識や理解は改善・向上されてきてはいるが、施設職員や親にくらべるとかなり低い面も

みられ、また隔離・保護主義的な考えが根強く残っており、それは地域住民よりも知識や理解の程度が高いはずの親たちにさえ、その残滓をみいだすことができる。したがって、われわれは地域住民や親の表面にあらわれた知識や理解に目を奪われ、その底にかくされた意識のもつ問題性を見逃してはならない。そして、その意識が現代社会の構造にねざしたものであり、それをふまえた接近でなければ問題性の解明や改善が期待できないことは前述の通りであり、もはや多言を要しないであろう。

Ⅳ. 精神薄弱児・者をもつ親、精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員三者の相互認知のずれの問題

1. 施設職員と親

精薄施設職員と精神薄弱児・者をもつ親の間には全般的にみて相互認知のずれはほとんどみいだせない。

つまり、施設職員の親に対する他者認知と親の自己認知との間のずれは通園施設の学校化の問題と特殊学級設置が精神薄弱児にあたる影響についての二間にのみ認められる。

通園施設の学校化について施設職員は親の反対がもっと少ないと考え、特殊学級設置については親が情緒的反応(憐憫)をしめすと感じている。一方、親の施設職員に対する他者認知と施設職員の自己認知との間のずれは指導効果の問題、収容施設の寄宿学校化、重複障害児・者施設の設置、特殊教育の教師や施設の指導職員についての社会的評価、コロニーの設置など6間に認められる。親は施設職員が指導効果についてはもっと肯定的であり、精薄関係職員の社会的評価に関する自己評価ももつと高いと感じており、また、精神薄弱児・者だけの町(コロニー)の設置や重複障害児・者施設の遠隔地への設置に賛成していると考えている。

このように施設職員と親はそれぞれ多少のずれはあるが、全般的にみて相互認知のくいちがいはあまりないといえよう。その理由としては共通の目的意識が比較的にもちやすい立場にあり、また子供を媒介として両者の相互接触や意志交換がかなりおこなわれているためと考えられる。

しかしながら、平均して各問とも施設職員の30%前後および親の30%~40%が他者認知を困難としている点を考えると両者の相互認知が精神薄弱児・者の社会的適応行動を中心とする人間行動の修正に重要なかわりをもつという観点からみて問題であるといわざるをえない。

2. 親と地域住民

精神薄弱児・者をもつ親と精薄施設周辺地域住民との間の相互認知にはかなりのずれが認められ、とくに親の地域住民に対する他者認知にその傾向が著しい。

親は地域住民を自分たちと異なり、拒否的、無理解の態度や意識をもつと判断し、地域住民の自己認知にくらべて極めて低く評価している。それに対して地域住民は親を自分たちと同じ次元に基盤をおく態度や意識をもちながらも精神薄弱児・者をもつ親として情緒的な反応をしめすと考えている。

地域住民の親に対する他者認知と親の自己認知との間のずれは6問みられ、親は通園施設の学校化にもっと肯定的であると考え、また精神薄弱児・者に対するイメージは成人精神薄弱者との一緒に生活や重症の者の施設についてはもっと拒否的であると感じ、精神薄弱児・者施設を町なかへ設置したり、普通学校へ特殊学級を設けたりすると精神薄弱児・者がかawaiiそうだと思っていると考えている。つまり、地域住民は親の気持として子供を学校へあげたいと望んでいる半面、精神薄弱児・者の施設を町なかに設置したり、普通学校に特殊学級を設けるとそこへ収容されたり、通園や通学する精神薄弱児・者が不憫だとして情緒的反応をしめすと考えており、また、成人精神薄弱者との一緒に生活や重症児・者施設の町なかへの設置には否定的であると感じている。要するに地域住民は親が自分たちと同じように迷惑・憐憫の意識をもちながらも障害児・者をもつ親として精神薄弱児・者を自分たち以上に不憫な子供と思っていると考えている。なお、指導効果や精薄関係職員についての評価、精神薄弱、精神薄弱児・者に対する知識や理解に関しては相互認知のずれが認められず、かかる面については情報化社会におけるマスコミの影響によって精神薄弱児・者に関する科学的、合理的なかなりの情報量が地域住民の間に滲透しつつあるためと考えられる。

一方、親の地域住民に対する他者認知と地域住民の自己認知との間には多くの問題(17問)にずれが認められる。親は地域住民が精神薄弱児・者の社会生活参加の可能性を低く評価し、通園施設の学校化に否定的であり、子供が精薄関係の仕事を希望しても賛成せず、精神薄弱の成因として遺伝負因を重視し、精神薄弱と性格行動異常とのつながりを考え、施設や特殊教育は精神薄弱児・者を隔離し保護するためにあると思ひ、精神薄弱と精神々経疾患とを混同していると考えており、また、成人精神薄弱者の地域生活、精神薄弱児・者施設や養護学校の町なかへの設置、普通学校に特殊学級を設けたり、あるいは成人精神薄弱者と一緒に職場での就労などに拒否的の反応をしめす一方、精神薄弱児・者施設や養護学校を町なかへ設けると、そこへ収容されたり、通園や通学する精神薄弱児・者がかawaiiそうだと思ふなど迷惑・憐憫の意識が強く、精神薄弱児・者を自分たちとは異質な存在として社会防衛的観点から隔離し保護するという差別的扱いを強く望んでいると考え、地域住民の自己認知にくらべ著しく低く評価している。このような親の地域住民に対する否定的認知は親の生活体験のなかにその形成の基盤をみいだすことができるであろう。障害児をかかえての日々の生活のなかで感じてきた世間の冷たさが親をして社会の人びとに対する見方や考え方を形成させたといえよう。

そして、社会の人びとの生活態度や価値意識はとりもなおさず社会の価値体系や生活様式の反映であり、それを支えている現代社会の“人間の生き方”がいまだに障害児・者を異質な存在として排除し、憐憫の情をもって隔離・保護的生活を許そうという差別的人間観にもとづくことが多い点からして親が地域住民を拒否的、無理解的態度と意識をもつ存在として認知したとしても無理からぬことであろう。しかし、ここに二つの問題が感じられる。一つは親自身の態度や意識についての問題である。地域住民の場合には親を自分たちと同じ次元の態度や意識をもつと判断し、親の自己認知との間にさほどずれが認められないのに対して親は地域住民の態

度や意識を自分たちほど好意的, 理解的な態度や意識をもっていないと考えて自分たちより低く評価し, 地域住民の自己認知との間に著しいずれを生じさせている。しかも親自身の態度や意識のなかに既述のごとく (III参照) 地域住民にみられる隔離・保護主義的考えの片鱗をみいだすことができる。かような点に留意して親を地域社会の構成員であり, その生活態度や価値意識は社会の価値体系や生活様式にもとづくものとする論拠からなめると親自身の態度や意識は理性的水準においては変容しつつあってもその基底にある情緒的水準では地域住民と類似のものが存続しており, その自己の姿を地域住民の態度や意識のうえに投映して, それに反撥していると考えられ, 3. 精神薄弱児・者に対するイメージの所で述べた親の両面価値的態度もこのような理性的水準と情緒的水準との葛藤の結果とみることができよう。このように親は子供を媒介として専門職員との接触を通じて理性的水準での変容が進む半面で地域住民としてその社会の価値体系や生活様式のなかで生活している所から親は情緒的水準においてはその社会の文化を共有する一般の地域住民とさほど異質なものにはなりえないであろう。そして, 他方では一般の地域住民に違和感をいだき, 地域のなかで孤立的感情をもち, 防衛的態度をとる。しかも一般の地域住民のうえにみだす自己の姿に反撥すると同時にその虚像をあたかも地域住民の実像であるかのごとくに考え, はげしく攻撃しているといえよう。したがって親の地域住民に対する否定的認知は地域住民の態度や意識に対する評価であると同時に自己の態度と意識に対する合理化の表現とみることができよう。

第二の問題としては現代社会の価値体系や生活様式に関することがらである。現代社会はさきに述べたように生活環境と生活意識の急激な変化とマスコミの発達とが相まって価値観の多様化現象を生じている。したがって現代は価値体系の変動期といわれ, 他方では時代を彩る精神や理念として人権尊重と互譲互惠を基本とする民主主義の精神が強調されている。つまり, 旧来の社会防衛的観点にたつ隔離・保護主義的思考にかわって障害児・者に時代の流れと文化の進展に応じた人間生活を保障し, 自己実現と人間的成長を援助して“共に生きる。喜びが感じられる人間生活を実現しようとする考えが脚光をあびて登場してきた。それにともなって社会の人びとの生活態度や価値意識をささえる“人間の生き方。についての考えに多様化が生じ, そのため相互認知の必要性がおきてきたのである。何故ならば人間の社会的行動や人間相互の関係は他者からの自己に対する期待を意識し, その期待に答えようとすると同時に他者に対して自己への働きかけを期待する相互期待関係にもとづく社会的な場の認識のもとにおこなわれるからである。したがって相互認知を通じて相互理解を深めることなしには社会的な場についての共通の認識はうまれず“共に生きる。よろこびが感じられる人間生活は画餅に帰してしまうであろう。このように現代社会における価値観の多様化と情報量の氾濫は他者認知の困難と無関心あるいは格一的, 表層的な認知を生じさせる危険性が存する半面その底流には時代の精神や理念にふさわしい人間の生き方を志向する息吹きが力強く感じられる。隔離・保護主義的傾向の強い地域住民にさえみられる精神薄弱児・者に対するイメージや知識, 理解の程度に止められた好意的, 理解的傾向の出現などはそのあらわれであり, 時の流れにともない現代社会

の構造が人間観の転換と生活態度や価値意識の変容をもたらしつつあることが感じられる。したがって、このような現代社会の動向に眼をそむけて観念的、表層的な見方に終始していたのでは精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境的条件の改善は期待できないであろう。

なお、親と地域住民の場合にも相互認知を困難とする者がいずれも30%台みられることは施設職員と親の相互認知のところで述べたのと同じ理由から問題を感じざるをえない。

3. 施設職員と地域住民

施設職員の地域住民に対する他者認知と地域住民の自己認知との間のずれは31問のうち29問に認められ、いずれも地域住民の態度と意識を拒否的、無理解的なものと考えている。このような施設職員の態度は地域住民を自分たちと同じ次元で理解しようとせず、反対の極としてみているといえよう。しかも、それは観念的、類推的な否定的認知であって実態にもとづく科学的、合理的な認知とはいえない。このような現象がおきる理由としては施設職員と地域住民とが接触する機会に乏しく、また、その機会を積極的に求める必要性が施設職員のがわにあまり感じられなかったためと地域住民を拒否的、無理解的存在とみる固定的観念によるものと考えられる。従来の施設は周辺地域と隔絶した存在であり、両者の接触はほとんどなかった。しかるに現代は精神薄弱児・者を現実社会に生きる人間として自己実現や人間的成長を援助し、
 “共に生きがい、が感じられる人間生活を保障しようとする考えが叫ばれるようになってきた。そのために精神薄弱児・者の現実社会における社会的適応行動が新たな角度から取りあげられ、一方では地域住民の精神薄弱児・者に対する関心がマスコミの影響によって高まってきている。このように精神薄弱施設と地域社会とは相互に影響しあう関係になってきており、両者の望ましい相互関係が精神薄弱児・者の社会的適応行動の水準の向上や改善に重要な役割を担うものとして重視されるようになってきた。したがって施設職員と地域住民が相互認知を通して相互理解を深め、精神薄弱児・者が時の流れと文化の進展に応じた人間生活が営めるように援助していく相互協力関係にまで高めていくことが何よりも必要である。そして、それは必然的に施設における処遇の内容や方法の再検討をせまられることにもなる。

このように、これからの精神薄弱施設における処遇を考えると施設職員と地域住民との相互認知は極めて重要であり、両者が相互に知りあう機会がほとんどない現状は早急^{註12)}に改善されなければならない。

註12) 1. 地域住民の施設職員に対する他者認知は予備調査の結果、地域住民が施設職員の考えを知る機会がほとんどないために調査しても無答がかなりの数にのぼり、調査する意味がないと判断されたので本調査はとりやめた。

2. 施設職員に関しては既に述べた通りであるが、その他、施設職員の30%前後が地域住民に対する他者認知を困難としている

表 2 状況判断方式による態度と意識の実態

質問項目 および反応別		対象群		自己認知			他者認知					
				PM	PC	PI	PI-PM		PC-PM		PI-PC	
							PI→PM	PM→PI	PC→PM	PM→PC	PI→PC	PC→PI
1. 指導効果について												
知能障害が重くても行動上にも問題があっても精神薄弱児(者)は指導すればかなり社会生活ができるようになると思うか	は	い	404 (62)	177 (53)	110 (56)	60 (31)	296 (46)	145 (43)	73 (11)	7 (3)	-	
	い	い	え	49 (8)	46 (14)	27 (14)	22 (11)	40 (6)	33 (10)	211 (32.9)	72 (37)	-
	なんともいえない		131 (20)	82 (25)	46 (24)	62 (32)	81 (12.9)	46 (14)	144 (22)	56 (29)	-	
	回答不明確		4 (1)	-	-	-	0.1 (0.1)	-	0.1 (0.1)	-	-	
	無	答	60 (9)	28 (8)	12 (6)	51 (26)	230 (35)	109 (33)	219 (34)	60 (31)	-	
精神薄弱児は知能が障害されているから指導効果があまりにないと思うか	は	い	342 (53)	218 (65)	82 (42)	83 (42.5)	175 (27)	146 (44)	356 (55)	112 (58)	-	
	い	い	え	212 (33)	87 (26)	66 (34)	40 (20.5)	191 (29.9)	79 (24)	26 (4)	5 (3)	-
	なんともいえない		48 (7)	16 (5)	32 (16)	19 (10)	53 (8)	11 (3)	51 (8)	19 (10)	-	
	回答不明確		0.1 (0.1)	-	-	-	0.1 (0.1)	-	2 (0.3)	-	-	
	無	答	45 (6.9)	12 (4)	15 (8)	53 (27)	228 (35)	97 (29)	213 (32.7)	59 (30)	-	
2. 施設の学校化の問題												
通園施設はすべて学校に切りかえたほうがいいと思うか(この場合には重い精神薄弱児も対象とする)	は	い	214 (33)	132 (39)	65 (33)	65 (33)	148 (23)	102 (31)	95 (14.5)	27 (14)	-	
	い	い	え	246 (37.9)	83 (25)	75 (38)	40 (21)	171 (26)	65 (19)	153 (23.5)	42 (21.5)	-
	なんともいえない		121 (19)	89 (27)	42 (22)	36 (18)	85 (13)	53 (16)	156 (24)	65 (33)	-	
	回答不明確		0.1 (0.1)	-	-	1 (1)	-	-	-	0.5 (0.5)	-	
	無	答	66 (10)	29 (9)	13 (7)	53 (27)	244 (38)	113 (34)	244 (38)	60 (31)	-	
収容施設は寄宿学校(義務教育にかぎらず青年あるいは大人も対象にする)にしたほうがいいと思うか	は	い	365 (56)	218 (65)	56 (29)	58 (30)	229 (35)	163 (49)	183 (28)	37 (19)	-	
	い	い	え	87 (13)	24 (7)	61 (31)	27 (14)	58 (9)	16 (5)	47 (7)	20 (10)	-
	なんともいえない		133 (21)	66 (20)	51 (26)	48 (24)	102 (16)	44 (13)	174 (27)	73 (38)	-	
	回答不明確		-	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	
	無	答	63 (10)	25 (8)	26 (13)	62 (32)	259 (40)	110 (33)	244 (38)	65 (33)	-	
3 精神薄弱児・者に対するイメージ												
a. 地域住民・普通児が迷惑すると思うか												
精神薄弱者(大人)を町のなかで生活させるのは地域住民の迷惑になると思うか	は	い	52 (8)	81 (24)	13 (7)	28 (14)	33 (5)	60 (18)	294 (45.4)	91 (47)	-	
	い	い	え	432 (67)	128 (39)	132 (68)	75 (38.5)	302 (47)	98 (29)	58 (9)	14 (7)	-
	なんともいえない		104 (16)	87 (26)	40 (20)	34 (17.5)	80 (12)	59 (18)	93 (14.5)	31 (16)	-	
	回答不明確		4 (0.5)	-	-	-	-	-	0.1 (0.1)	-	-	
	無	答	56 (8.5)	37 (11)	10 (5)	58 (30)	233 (36)	116 (35)	202 (31)	59 (30)	-	
精神薄弱児(子ども)の施設を町なかにつくると近所の人迷惑すると思うか	は	い	52 (8)	29 (9)	19 (10)	18 (9)	37 (6)	73 (7)	286 (44)	89 (45.5)	-	
	い	い	え	462 (71)	233 (70)	131 (67)	82 (42)	280 (43)	172 (52)	72 (11)	21 (11)	-
	なんともいえない		80 (12.5)	51 (15)	33 (17)	43 (22)	88 (13.5)	34 (10)	86 (13)	31 (16)	-	
	回答不明確		2 (0.5)	-	1 (0.5)	-	-	-	-	0.5 (0.5)	-	
	無	答	52 (8)	20 (6)	11 (5.5)	52 (27)	243 (37.5)	104 (31)	204 (32)	53 (27)	-	
精神薄弱者(大人)の施設を町なかにつくると近所の人迷惑すると思うか	は	い	91 (14)	82 (25)	17 (9)	18 (9)	56 (9)	59 (18)	297 (46)	90 (46)	-	
	い	い	え	362 (56)	128 (38)	121 (62)	71 (36.5)	236 (36)	97 (29)	40 (6)	14 (7)	-
	なんともいえない		122 (18.9)	105 (32)	41 (21)	50 (26)	105 (16)	73 (22)	85 (13)	37 (19)	-	
	回答不明確		0.1 (0.1)	-	-	0.5 (0.5)	-	-	-	-	-	
	無	答	72 (11)	18 (5)	16 (8)	55 (28)	251 (39)	104 (31)	226 (35)	54 (28)	-	
精神薄弱者(大人)と一緒にくらすのはあまり気分がよくないと思うか	は	い	115 (18)	180 (54)	29 (15)	38 (19.5)	100 (15.5)	91 (27)	360 (55.9)	114 (58)	-	
	い	い	え	345 (53)	41 (12)	108 (55)	62 (32)	191 (29.5)	61 (18)	13 (2)	10 (5)	-
	なんともいえない		115 (18)	95 (29)	42 (22)	36 (18.5)	99 (15)	76 (23)	47 (7)	11 (6)	-	
	回答不明確		-	-	-	-	-	-	0.1 (0.1)	-	-	
	無	答	73 (11)	17 (5)	16 (8)	59 (30)	258 (40)	105 (32)	227 (35)	60 (31)	-	

質問項目 および反応別		自己認知・他者認知別		自己認知			他者認知					
		対象群		PM	PC	PI	PI-PM		PC-PM		PI-PC	
		は	い				PI→PM	PM→PI	PC→PM	PM→PC	PI→PC	PC→PI
精神薄弱児(子ども)の養護学校を町なかにつくると近所の人たちの迷惑になると思うか	は	い	35 (5)	26 (8)	6 (3)	9 (5)	23 (4)	21 (6)	202 (31)	56 (29)	—	
	い	い	え	504 (78)	227 (68)	159 (82)	110 (56)	314 (48)	161 (48)	104 (16)	40 (20)	—
	なんともいえない		49 (7.9)	60 (18)	16 (8)	23 (12)	59 (9)	39 (12)	103 (16)	41 (21)	—	
	回答不明確		1 (0.1)	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無		答	59 (9)	20 (6)	14 (7)	53 (27)	252 (39)	112 (34)	239 (37)	58 (30)	—
精神薄弱者(大人)と一緒に職場で仕事をするのはあまり気がすすまないと思うか	は	い	77 (12)	88 (26.5)	9 (4.5)	21 (11)	43 (7)	61 (18)	289 (44.5)	76 (39)	—	
	い	い	え	403 (62)	164 (49)	144 (74)	74 (38)	249 (38)	118 (36)	49 (7.5)	21 (11)	—
	なんともいえない		102 (16)	63 (19)	21 (11)	46 (23)	105 (16)	43 (13)	96 (15)	38 (19)	—	
	回答不明確		—	—	1 (0.5)	—	—	—	—	—	—	
	無		答	66 (10)	18 (5.5)	20 (10)	54 (28)	251 (39)	111 (33)	214 (33)	60 (31)	—
精神薄弱児の特殊学級を普通学校のなかにつくると普通児が迷惑すると思うか	は	い	59 (9)	50 (15)	13 (7)	13 (7)	25 (4)	46 (14)	224 (35)	72 (37)	—	
	い	い	え	458 (71)	156 (47)	139 (71)	87 (45)	312 (48)	112 (34)	110 (17)	33 (17)	—
	なんともいえない		64 (10)	108 (32)	23 (12)	40 (20)	62 (16)	71 (21)	84 (13)	30 (15)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無		答	67 (10)	19 (6)	20 (10)	55 (28)	249 (38)	104 (31)	230 (35)	60 (31)	—
重症の精神薄弱児(者)の施設はできれば地域住民の迷惑にならないように町からはなれた所につくべきだと思うか	は	い	206 (32)	129 (39)	24 (12)	37 (19)	122 (19)	96 (29)	325 (50)	95 (49)	—	
	い	い	え	304 (47)	85 (26)	124 (64)	61 (31)	195 (30)	64 (19)	32 (5)	11 (5)	—
	なんともいえない		84 (13)	98 (29)	33 (17)	42 (22)	91 (14)	67 (20)	72 (11)	29 (15)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無		答	54 (8)	21 (6)	14 (7)	55 (28)	240 (37)	106 (32)	219 (34)	60 (31)	—
性格や行動に異常があつたり、精神が病んでいたり、弱体化している者(者)は地域に迷惑をあたうか	は	い	307 (47)	172 (52)	36 (18)	50 (26)	189 (29)	124 (37)	351 (54)	109 (56)	—	
	い	い	え	175 (27)	54 (16)	90 (46)	41 (21)	118 (18)	40 (12)	25 (4)	6 (3)	—
	なんともいえない		113 (18)	84 (25)	49 (25)	49 (25)	101 (16)	61 (18)	55 (8.5)	22 (11)	—	
	回答不明確		—	—	3 (2)	—	—	—	—	—	—	
	無		答	53 (8)	23 (7)	17 (9)	55 (28)	240 (37)	108 (33)	217 (33.5)	58 (30)	—
b. 精神薄弱児・者がかわいそうと思うか												
精神薄弱児(子ども)の施設を町なかにつくるとそこへ収容されたり、通園したりする精神薄弱児たちがかわいそうだと思うか	は	い	114 (18)	114 (34)	13 (7)	33 (17)	53 (8)	103 (31)	176 (27)	56 (29)	—	
	い	い	え	439 (68)	146 (44)	147 (75)	74 (38)	280 (43)	77 (23)	120 (19)	33 (17)	—
	なんともいえない		48 (7)	52 (16)	18 (9)	31 (16)	60 (9)	46 (14)	113 (17)	45 (23)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無		答	47 (7)	21 (6)	17 (9)	57 (29)	255 (40)	107 (32)	239 (37)	61 (31)	—
精神薄弱者(大人)の施設を町なかにつくるとそこへ収容されたり、通ってくる精神薄弱者たちがかわいそうだと思うか	は	い	128 (20)	114 (34)	10 (5)	31 (16)	52 (9)	103 (31)	190 (29)	62 (32)	—	
	い	い	え	399 (61)	132 (40)	151 (77)	76 (39)	263 (41)	77 (23)	94 (14.9)	27 (14)	—
	なんともいえない		65 (10)	67 (20)	19 (10)	35 (18)	73 (11)	47 (14)	122 (19)	47 (24)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	1 (0.1)	—	—	
	無		答	56 (9)	20 (6)	15 (8)	53 (27)	260 (40)	106 (32)	241 (37)	59 (30)	—
精神薄弱児(子ども)の養護学校を町なかにつくるとそこへ通学する精神薄弱児たちがかわいそうだと思うか	は	い	83 (13)	102 (31)	9 (5)	28 (14)	33 (5)	93 (28)	159 (24.5)	57 (29)	—	
	い	い	え	460 (71)	156 (47)	149 (76)	84 (43)	297 (46)	97 (29)	122 (19)	41 (21)	—
	なんともいえない		43 (7)	54 (16)	21 (11)	29 (15)	61 (9)	36 (11)	124 (19)	39 (20)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無		答	62 (9)	21 (6)	16 (8)	54 (28)	257 (40)	107 (32)	243 (37.5)	58 (30)	—

精薄施設職員、住民、親の意識

質問項目 および反応別		自己認知・他者認知別		自己認知			他者認知					
		対象群		PM	PC	PI	PI-PM		PC-PM		PI-PC	
		は	い				PI→PM	PM→PI	PC→PM	PM→PC	PI→PC	PC→PI
特殊学級を普通学校のなかにつくるとそこへ通学する精神薄弱児がかわいそうだと思うか	は	い	155 (24)	138 (41)	25 (13)	55 (28)	44 (7)	116 (35)	196 (30)	60 (31)	—	
	い	い	え	390 (60)	105 (32)	116 (60)	50 (26)	296 (45.5)	62 (19)	98 (15)	32 (16)	—
	なんともいえない		61 (9.5)	67 (20)	36 (18)	33 (17)	64 (10)	48 (14)	123 (19)	39 (20)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	42 (6.5)	23 (7)	18 (9)	57 (29)	244 (37.5)	107 (32)	231 (36)	64 (33)	—	
4. 精薄関係職員についての社会的評価												
もしあなたのお子さんが将来、精神薄弱児(者)の教育や指導の仕事につきたいと思ったら積極的に賛成するか	は	い	503 (77.9)	175 (52)	138 (70)	90 (46)	219 (34)	148 (44)	61 (9.9)	26 (13)	—	
	い	い	え	18 (3)	22 (7)	10 (5)	12 (6)	31 (5)	25 (8)	216 (33)	45 (23)	—
	なんともいえない		88 (13)	116 (35)	34 (17)	39 (20)	153 (23)	56 (17)	151 (23)	66 (34)	—	
	回答不明確		1 (0.1)	—	—	—	—	—	1 (0.1)	—	—	
	無	答	38 (6)	20 (6)	13 (7)	54 (28)	245 (38)	104 (31)	219 (34)	58 (30)	—	
精神薄弱児の教育をおこなう教師は社会の人から尊敬されているか	は	い	358 (55)	157 (47)	16 (8)	45 (23)	199 (31)	127 (38)	149 (23)	31 (16)	—	
	い	い	え	98 (15)	40 (12)	57 (29)	26 (13)	73 (11)	24 (7)	112 (17)	36 (19)	—
	なんともいえない		137 (21)	118 (35.5)	106 (55)	68 (35)	128 (20)	80 (24)	156 (24)	67 (34)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	55 (9)	18 (5.5)	16 (8)	56 (29)	248 (38)	102 (31)	231 (36)	61 (31)	—	
精神薄弱児(者)施設で指導にあたっている職員は社会の人から尊敬されているか	は	い	337 (52)	126 (38)	13 (7)	49 (25)	182 (28)	113 (34)	158 (24)	28 (14)	—	
	い	い	え	92 (14)	44 (13)	63 (32)	23 (12)	64 (10)	26 (8)	85 (13)	32 (16.5)	—
	なんともいえない		152 (23.9)	137 (41)	102 (52)	67 (34)	142 (22)	88 (26)	166 (25.9)	73 (37.5)	—	
	回答不明確		1 (0.1)	—	—	1 (1)	1 (0.1)	—	1 (0.1)	2 (1)	—	
	無	答	66 (10)	26 (8)	17 (9)	55 (28)	259 (39.9)	106 (32)	238 (37)	60 (31)	—	
5. 精神薄弱、精神薄弱児・者に対する知識や理解												
近い将来、精神薄弱を治療して正常にする方法が開発されると思うか	は	い	95 (15)	65 (20)	15 (8)	18 (9)	93 (14.5)	58 (17)	43 (7)	11 (6)	—	
	い	い	え	298 (46)	95 (28)	104 (53)	74 (38)	150 (23)	66 (20)	199 (31)	68 (35)	—
	なんともいえない		215 (33)	152 (46)	60 (31)	47 (24)	158 (24.5)	96 (29)	169 (26)	55 (28)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	40 (6)	21 (6)	16 (8)	56 (29)	247 (38)	113 (34)	237 (36)	61 (31)	—	
精神薄弱児(者)だけの町(コロニー)をつくることに賛成か	は	い	388 (60)	153 (46)	50 (26)	94 (48)	261 (40)	121 (36)	304 (47)	106 (54)	—	
	い	い	え	125 (19)	98 (29)	101 (52)	23 (12)	83 (13)	55 (17)	30 (5)	7 (4)	—
	なんともいえない		97 (15)	67 (20)	32 (16)	28 (14)	68 (10.5)	49 (15)	86 (13)	26 (13)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	38 (6)	15 (5)	12 (6)	50 (26)	236 (36.5)	108 (32)	228 (35)	56 (29)	—	
精神薄弱になるのは血統(ちすじ)があるからだと思うか	は	い	23 (4)	69 (21)	9 (4.5)	12 (6)	24 (4)	49 (15)	213 (33)	79 (41)	—	
	い	い	え	507 (78)	129 (39)	130 (67)	94 (48)	290 (45)	92 (28)	77 (12)	18 (9)	—
	なんともいえない		76 (11.7)	112 (33)	45 (23)	34 (18)	92 (14)	88 (26)	126 (19)	41 (21)	—	
	回答不明確		2 (0.3)	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	40 (6)	23 (7)	11 (5.5)	55 (28)	242 (37)	104 (31)	232 (36)	57 (29)	—	
精神薄弱者(大人)は興奮したり、あべれたりする者が多いと思うか	は	い	55 (8)	73 (22)	23 (12)	26 (13)	26 (4)	46 (14)	241 (37)	96 (49)	—	
	い	い	え	412 (64)	122 (37)	110 (56)	73 (37)	282 (43.5)	105 (32)	56 (9)	16 (8)	—
	なんともいえない		127 (20)	120 (36)	48 (25)	42 (22)	94 (14.5)	84 (25)	122 (19)	28 (15)	—	
	回答不明確		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	無	答	54 (8)	18 (5)	14 (7)	54 (28)	246 (38)	98 (29)	229 (35)	55 (28)	—	

質問項目 および反応別	対象群	自己認知			他者認知					
		PM	PC	PI	PI-PM		PC-PM		PI-PC	
					PI→PM	PM→PI	PC→PM	PM→PC	PI→PC	PC→PI
精薄施設の主な 役目は精神薄弱 児(者)を社会 から隔離して保 護するためにあ ると思うか	はい	109 (17)	57 (17)	14 (7)	38 (19)	47 (7)	52 (16)	257 (40)	92 (47)	—
	いいえ	445 (68.9)	217 (65)	155 (80)	81 (42)	314 (48)	145 (43)	84 (13)	22 (11.3)	—
	なんともいえない	38 (6)	41 (12)	10 (5)	22 (11)	36 (6)	27 (8)	74 (11)	22 (11.3)	—
	回答不明確	1 (0.1)	—	2 (1)	—	—	—	—	—	—
	無答	55 (8)	18 (6)	14 (7)	54 (28)	251 (39)	109 (33)	233 (36)	59 (30.3)	—
特殊教育は精神 薄弱児を普通児 から隔離して保 護するためにあ ると思うか	はい	117 (18)	100 (30)	17 (9)	32 (16)	61 (9.5)	69 (21)	213 (33)	76 (39)	—
	いいえ	450 (70)	170 (51)	155 (79)	87 (45)	248 (38)	120 (36)	102 (16)	26 (13.3)	—
	なんともいえない	21 (3)	40 (12)	6 (3)	18 (9)	87 (13.5)	32 (9)	90 (14)	26 (13.3)	—
	回答不明確	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無答	60 (9)	23 (7)	17 (9)	58 (30)	252 (39)	112 (34)	243 (37)	67 (34.3)	—
多くの精神薄弱 者(大人)は結 婚できると思 うか	はい	80 (12)	47 (14)	24 (12)	16 (8)	55 (8)	40 (12)	29 (4)	4 (2)	—
	いいえ	300 (46)	110 (33)	77 (39.5)	70 (36)	146 (23)	91 (27.3)	283 (44)	101 (52)	—
	なんともいえない	219 (34)	142 (43)	77 (39.5)	50 (26)	193 (30)	91 (27.3)	101 (15.9)	27 (14)	—
	回答不明確	—	—	—	—	—	—	1 (0.1)	2 (1)	—
	無答	49 (8)	34 (10)	17 (9)	59 (30)	254 (39)	111 (33.3)	234 (36)	61 (31)	—
精神薄弱は精神 病やノイローゼ とあまりちがわ ないと思うか	はい	29 (4)	34 (10)	7 (4)	18 (9)	14 (2)	28 (8)	203 (31)	80 (41)	—
	いいえ	530 (82)	225 (68)	172 (88)	105 (54)	356 (55)	153 (46)	120 (19)	33 (17)	—
	なんともいえない	33 (5)	54 (16)	2 (1)	17 (9)	28 (4)	43 (13)	93 (14)	22 (11)	—
	回答不明確	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無答	56 (9)	20 (6)	14 (7)	55 (28)	250 (39)	109 (33)	232 (36)	60 (31)	—
精神薄弱児(者) は社会で生活で きるように指導 や訓練すること が何よりも大切 だと思うか	はい	560 (86)	287 (86)	133 (68)	107 (55)	377 (58)	206 (62)	252 (39)	54 (27)	—
	いいえ	12 (2)	11 (3)	16 (8)	8 (4)	10 (1.5)	9 (3)	40 (6)	19 (10)	—
	なんともいえない	27 (4)	17 (5)	29 (15)	21 (11)	24 (4)	12 (3)	121 (19)	60 (31)	—
	回答不明確	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無答	49 (8)	18 (6)	17 (9)	59 (30)	237 (36.5)	106 (32)	235 (36)	62 (32)	—
精神薄弱児(者) は普通の人間と はちがうのだから 保護することが 何よりも大切 だと思うか	はい	290 (45)	134 (40)	36 (19)	60 (31)	158 (24)	106 (32)	267 (41)	83 (42)	—
	いいえ	226 (35)	105 (32)	119 (61)	45 (23)	178 (27.5)	65 (20)	37 (6)	15 (8)	—
	なんともいえない	81 (12)	71 (21)	24 (12)	37 (19)	63 (10)	54 (16)	106 (16)	35 (18)	—
	回答不明確	1 (0.1)	—	—	—	—	—	—	—	—
	無答	50 (7.9)	23 (7)	16 (8)	53 (27)	249 (38.5)	108 (32)	238 (37)	62 (32)	—
精神薄弱児(者) は暖かい心で接 するのが何より も大切だと思う か	はい	599 (93)	277 (83)	145 (74)	124 (63)	387 (60)	209 (63)	302 (47)	91 (46.5)	—
	いいえ	8 (1)	9 (3)	17 (9)	2 (1)	9 (1)	4 (1)	19 (3)	4 (2)	—
	なんともいえない	7 (1)	29 (9)	14 (7)	11 (6)	19 (3)	15 (4)	105 (16)	37 (19)	—
	回答不明確	—	—	—	—	—	—	—	1 (0.5)	—
	無答	34 (5)	17 (5)	19 (10)	58 (30)	233 (36)	106 (32)	222 (34)	62 (32)	—

精薄施設職員、住民、親の意識

表3 状況判断方式による態度と意識の差異および相互認知の状況

項目	自己認知					他者認知				
	PM	PC	PI	三者間の差	二者間の差	PI-PM		PC-PM		PI-PC
						PI→PM	PM→PI	PC→PM	PM→PC	PI→PC
1. 指導効果について										
社会生活参加が可能か	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>						-	-
指導効果あがりにくい	<u>N</u>	<u>N</u>	N	※※			+			-
2. 施設の学校化の問題										
通園施設の学校化	N	P	N		※※	+		+	-	-
収容施設の寄宿学校化	<u>P</u>	<u>P</u>	NC		※※		+			-
3. 精神薄弱児・者に対するイメージ										
a. 地域住民・普通児が迷惑すると思うか										
町なかでの生活は迷惑か	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
施設（子供）をつくと迷惑するか	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>						-	-
施設（大人）をつくと迷惑するか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
一緒にくらすのは気分がよくないか	<u>P</u>	<u>N</u>	<u>P</u>		※※			-		
養護学校をつくと迷惑するか	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>						-	-
一緒に職場での就労はいやか	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>		※※				-	-
特殊学級をつくと迷惑するか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
重症児・者施設は町から離れた所につくるべきか	P	N	<u>P</u>	※※				-		-
性格行動異常、身体疾患の施設は町から離れた所に	<u>N</u>	<u>N</u>	<u>P</u>	※※			-			
b. 精神薄弱児・者がかわいそうと思うか										
施設（子供）をつくとかわいそうか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
施設（大人）をつくとかわいそうか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
養護学校をつくとかわいそうか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
特殊学級をつくとかわいそうか	<u>P</u>	N	<u>P</u>		※※	-		-		-
4. 精薄関係職員についての社会的評価										
子供が精薄関係の就職を希望した場合賛成か	<u>P</u>	P	<u>P</u>	※※					-	-
教員は尊敬されているか	<u>P</u>	P	<u>NC</u>	※※			+			-
施設職員は尊敬されているか	<u>P</u>	NC	<u>NC</u>	※※			+			-
5. 精神薄弱、精神薄弱児・者に対する知識や理解										
近い将来に治療法が開発されるか	N	NC	<u>N</u>	※※						-
コロニーをつくることに賛成か	<u>P</u>	P	<u>N</u>	※※			+			-
血統があるからと思うか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
興奮したり、あばれたりする者が多いか	<u>P</u>	P	<u>P</u>		※※				-	-
施設の役目は保護にあるか	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>						-	-
特殊教育は保護が目的か	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>		※※				-	-
多くの者は結婚できるか	N	NC	NC							-
精神病やノイローゼとちがわないか	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>						-	-
社会生活参加の指導が大切か	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>							-
保護が大切か	P	P	<u>N</u>		※※					-
暖かい心で接するのが大切か	<u>P</u>	<u>P</u>	<u>P</u>							-

- PM……………精神薄弱児・者の親
 PC……………精薄施設周辺地域住民
 PI……………精薄施設職員
 PI-PM……………精薄施設職員と精神薄弱児・者の親との間の相互認知
 PI→PM……………精薄施設職員の精神薄弱児・者の親に対する他者認知と精神薄弱児・者の親の自己認知との間のずれ (C, R, 検定 $P < .01$)
 PM→PI……………精神薄弱児・者の親の精薄施設職員に対する他者認知と精薄施設職員の自己認知との間のずれ (C, R, 検定 $P < .01$)
 PC-PM……………精薄施設周辺地域住民と精神薄弱児・者の親との間の相互認知
 PC→PM……………精薄施設周辺地域住民の精神薄弱児・者の親に対する他者認知と精神薄弱児・者の親の自己認知との間のずれ (C, R, 検定 $P < .01$)
 PM→PC……………精神薄弱児・者の親の精薄施設周辺地域住民に対する他者認知と精薄施設周辺地域住民の自己認知との間のずれ (C, R, 検定 $P < .01$)
 PI-PC……………精薄施設職員と精薄施設周辺地域住民との間の相互認知
 PI→PC……………精薄施設職員の精薄施設周辺地域住民に対する他者認知と精薄施設周辺地域住民の自己認知との間のずれ (C, R, 検定 $P < .01$)
 P, +……………肯定的, 好意的, 理解的態度
 N, -……………否定的, 拒否的, 無理解的態度
 NC……………態度未決定, 不明
 = ………………出現率60%以上の場合
 - ………………出現率40%以上で第2位との差が20%以上ある場合
 ※※ ……………… χ^2 検定 $P < .01$

V. 討論とまとめ

精神薄弱児・者の自己実現や人間的成長を援助し、現実社会において“共に生きる、よろこびが感じられる人間生活を保障しようとする立場から精神薄弱児・者の処遇(ケア)を考える場合にとりあげなければならない問題が三つある。それは精神薄弱児・者の社会的適応行動の水準、それを生じさせている社会の価値体系や生活様式、その背後にある時代の精神や理念である。

精神薄弱児・者が現実社会で問題にされ、否定的認知をうけて差別と抑圧の対象とされるのは個人の基本的欲求と社会的期待との調和をはかる欲求処理方式の具体的なあらわれである社会的適応行動の水準が平均より逸脱しているためである。そして、それを生じさせているのが社会の価値体系や生活様式であり、それは人間生活を営む主体者である人間とその人間の営む社会およびその社会につくりだされた文化の三者の相互関係によって形成されたものであり、そこからうみだされた社会の人々の生活態度と価値意識にささえられている。しかし、その一方で人間は叡智を働かせて時代の精神や理念をうみだし、それにふさわしい人間生活をめざしてより高度な文化をもつ社会を築きあげ、人間として成長発展を遂げていく。

したがって、われわれは社会の人々の生活態度や価値意識に働きかけて、時代の精神や理念を時の流れや文化の進展に応じて精神薄弱児・者の人間生活の向上が保障される方向に変容させていくとともに社会の価値体系や生活様式を精神薄弱児・者が“共に生きる、よろこびが感じられる人間生活を営めるように変えていくことが必要である。

このように精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境要因として社会の人々の生活態度と価値意識が精神薄弱児・者の人間生活を考えるうえに極めて重要な鍵といえよう。

かような観点から本稿では精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす社会の人々の生活態度と価値意識の解明を精神薄弱児・者にかかわりをもつ精薄施設職員と精薄施設周辺地域住民、それに精神薄弱児・者をもつ親をくわえた三者の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識を通じて試みた。

精神薄弱児・者をもつ親、精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員三者の相互関係

施設職員と地域住民および親三者の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識には三者様の特徴がみられる。そして、それは“人間の生き方、についての考えの多様化現象をもたらしている現代社会の構造にもとづくものであり、現代社会に生きる人間としてそれぞれのはたすべき社会的機能と役割にしたがって相互に影響しあい、多面的な反応をしめしている三者の生活態度と価値意識のあらわれとしてうけとめることができよう。

そうした三者の態度と意識にみられる諸特徴からみて、精神薄弱児・者の社会的適応行動に重要な影響をあたえていると思われる二つの問題をとりあげて論じてみよう。

それは精神薄弱児・者の処遇（ケア）を考える場合の筆者の立場から精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件として重視される地域社会における偏見と差別の問題および精薄施設の機能と施設職員の役割についての問題であり、両者は相互に関連する問題である。

地域社会における偏見と差別の問題

現代における精神薄弱児・者処遇（ケア）の理念は現実社会のなかで自己実現と人間的成長を援助し、“共に生きる、よろこびが感じられる人間生活の営みを保障しようとする方向にあるとはいえ、いまだ旧来の現実社会からの隔離と保護に基盤をおく考え方が根強く残っている。

したがって、そのような社会防衛的観点にたつ考えが支配的な地域ほど精神薄弱児・者は人権尊重と互譲互惠を基本とする民主主義の精神が強調される時代の精神や理念とはかけはなれた偏見と差別の渦巻くなかで虐げられた生活を余儀なくされている。そして、それは地域社会の価値体系や生活様式にもとづくものであり、地域住民の生活態度や価値意識にみられる共通の認識としてそれは決して偏見や差別ではなく、社会生活を営むうえに必要な社会的基準によって評価された当然の帰結としてうけとめられている。

つまり、地域社会における精神薄弱児・者に対する偏見と差別は時代や社会を超越した客観的な存在ではなく、人間の営む社会に創りだされた文化によって人間的成長をうながされた人

間がもてる叡智を働かせてうみだした時代の精神や理念に照して地域社会の価値体系や生活様式にもとづく地域住民の生活態度や価値意識が評価されて偏見と差別の内容が具体的に決定し、それは地域社会の価値体系や生活様式をささえている地域社会の構造によってさまざまである。したがって、人間は時代の精神や理念に照して自己および他者の生活態度や価値意識のもつ問題点に気づいたとき、それをうみだしている地域社会の価値体系や生活様式に疑念をいだき、それを支えている地域社会の構造に目をむけるようになり、社会を営む主体者である人間として時代の精神や理念にそった人間生活を実現するには何をなすべきかを考えるようになる。このようにして偏見と差別に対する挑戦が地域社会において具体的な問題としてとりあげられるわけであり、それに重要な役割をはたすものとして知識や情報の急速な伝達をおこなう報道文化の発達をあげることができよう。

ここで偏見と差別の関係についてふれておこう。偏見と差別についてはK. レヴィン, G. W. オルポート, R. K. マートンなどの研究があるが、ここで特にとりあげたのは偏見と差別の関係が意識と行為の関係であり、現実社会においては両者の間にならずしも直接的な一致関係をみいだすことが難かしいからである。何故なら人間の社会的行動や人間相互の関係は相互期待関係にもとづく社会的な場の認識のもとにおこなわれるところから自己の欲求充足のために目的達成の手段として意識と行為との脈絡を意識的、無意識的に断つことがしばしばみられるからである。

その為、われわれは偏見や差別の事実をせんさくする努力よりも人々の生活態度や価値意識を時の流れと文化の進展に応じた新しい時代の精神や理念に照してそのもつ問題点を明らかにし、それをうみだした地域社会の価値体系や生活様式を支えている地域社会の構造に目をむけることが必要であり、そうすることによって地域住民や親、施設職員の感情や欲求を理解することができ、現実的な問題解決に役立つことができよう。

現代社会においては精神薄弱児・者をもつ親は少数者集団として多数者集団である地域住民と対峙しており、施設職員は親のがわに位置づけられると筆者は考える。^{註13)}

このような仮設にもとづいて親と施設職員の態度と意識をみると両者は相互認知のずれが少なく、ともに地域住民を拒否的、無理解的存在として地域住民の自己認知にくらべ著しく低く認知していることも少数者集団としての仲間意識と多数者集団に対する排他的、拒否的態度のあらわれとして理解できるであろう。一方、地域住民は多数者集団として自分たちの側の論理で親をながめている。(しかし、多数者集団がわには少数者集団に対する著しい嫌悪や憎悪がみられない。これは現代文化の影響と考えられる。)また、施設職員、地域住民および親三者ともかなりの数が他者認知の困難を訴えている。

註13) 親と施設職員とは厳密には同質的存在ではなく、指導者と被指導者という関係がみられるが多数者集団に対しては共通の意識と態度がうかがわれる。なお、精神薄弱関係職員についての社会的評価に関する親と施設職員の反応にも少数者集団としての意識と態度のあらわれをみいだすことができる。

このように現代社会は一方で新しい時代の精神や理念の誕生にともない人間観の転換と社会の人々の生活態度と価値意識の変容をもたらしつつある半面、価値観の多様化と情報量の氾濫が人間相互の認知や理解を複雑にしている。

そうした変動しつつある現代社会の動向のなかで精神薄弱児・者の社会的適応行動の低水準と現実社会からの疎外（隔離・保護）が依然として続く現状と両者の態度と意識の実態からして多数者集団（地域住民）と少数者集団（とくに精神薄弱児・者をもつ親）双方の主体的責任が問われるべきであろう。多数者集団にみられる自己の態度や意識に基盤をおく他者認知、少数者集団にみられる自意識と多数者集団に対する排他的傾向^{註14)}にかかる状態は精神薄弱児・者の社会的適応行動に影響をおよぼす環境条件として憂慮すべきことといえよう。そして、この状態を改善する鍵は両集団の自己および他者認知の修正にあり、それに用いる武器としては多数者集団と少数者集団の壁を撤廃し相互の理解と協力をめざして地域社会における問題の発見をたすけ、問題解決の意欲と努力をたかめ、それを組織化するとともに人々の態度と意識の変容をうながすコミュニティ・オルガナイザーの機能と役割が有効であることを今回は付言するにとどめておこう。^{註15)}

精薄施設の機能と施設職員の役割

最近の精神薄弱児・者の教育と福祉両分野の動向をながめてみると、あいかわらず福祉活動の機能と役割の不明確さが目立つ。そのため、精薄施設の機能と施設職員の役割についても新しい時代の精神や理念にもとづく意義が不明瞭で依然として社会防衛的観点にたつ隔離・保護主義的発想から脱皮することができず、その延長線上を停迷しているといえよう。したがって施設職員の通園・収容施設の学校化の問題についての態度と意識も賛否両論が並立し、また精薄関係職員についての社会的評価に関しても社会の人々の精神的支持の乏しさを感じている者が多いなどの点から一般社会の人々に対してのみならず、同じ領域で働く特殊教育職員に対しても少数者集団としておいこまれていく傾向がうかがわれる。

このような傾向は教育活動とならんで専門の領域と機能をもつ福祉活動にとってその存在基盤をゆるがす重大事といえよう。

精神薄弱児・者に対する福祉活動は補綴の活動と（環境）調整・（社会）治療の活動によって社会的適応行動の水準をたかめ、現実社会で生活できるようにするとともに社会の人々の態度や意識に働きかけて精神薄弱児・者の社会的期待からはずれた行動様式をうみだしている社会の価値体系や生活様式の変容をはかり、時の流れや文化の進展に応じた人間生活が営めるようにしていくことにある。

補綴の活動は人間の行動や人間生活の営みを望ましい状態に維持し向上させるために必要な

註14) 自分たちは精神薄弱児・者のよき理解者であり、地域住民は拒否的、無理解の態度をとる存在であるとする今回の調査結果にあらわれた傾向と強固な同志的結合をもつ集団的連帯（手をつなぐ親の会）、その反面、社会的自立（結婚、就職など）がえられると仲間から急速に離脱し無関係をよそおう特性をさす。

註15) 1. 社会的適応行動のところと註2を参照のこと。

要因が欠けている場合におこなわれ、主として保母、指導員、ケースワーカーなどがその活動に関与する。

調整・治療の活動は精神薄弱児・者の自己実現を可能にし、人間的成長をめざしておこなわれる活動であり、人間関係の調整・改善、生活意欲の向上、情緒的改善と安定および環境改善に重点がおかれる。これらの活動をおこなう福祉職員としては精神医学ソーシャルワーカー、臨床心理技術者などがあげられる。

これらの福祉活動は精神薄弱児・者が新しい文化や環境に自己を再適応、再調整することができるようにするための援助活動であり、人間の基本的欲求の処理方法を社会生活や人間相互の関係のなかで理解され、承認されるようにしていくことによって人間としての安定をえさせ、「共に生きる」よろこびが感じられる人間生活の営みを可能にすることを目的としており、その目的達成のために医療や教育との密接な連携や一体化を必要としている。

精薄施設はこのような福祉活動を具体化する場であり、それは隔離的、閉鎖的な施設内処遇（ケア）では望みえず、施設が地域の施設として地域住民によって理解され、精神薄弱児・者が地域社会にうけいられる地域ケアの体制を整えることによって、はじめて現実社会において「共に生きる、よろこびが感じられる人間生活が可能となり、福祉活動の目的が達せられるのである。

したがって施設職員が地域社会から目をそらし、地域住民を拒否的、無理解的存在としてみずから殻にとじこもり少数者集団への帰属意識によって安定をえようとしている限り精神薄弱児・者の社会的適応行動の低水準と現実社会からの疎外は続くであろう。そして施設職員自身もそこに埋没してしまうであろう。かかる事態を解決する方策としては施設職員の自己確知と地域社会との媒体としてソーシャルワーカーの役割を精薄施設に導入することが必要であろう。

終りにのぞみ、この研究にご援助、ご協力いただいた関係各位に心から謝意を表する次第である。

とくに高橋彰彦（東京都立東村山福祉園長）、皆川正治（全日本精神薄弱者育成会事務局長）両先生には数々のご配慮を頂いたことを銘記しておきたい。

この研究は昭和46年度東京都民生局委託研究「精薄施設周辺地域住民の意識と施設に対するニーズについて」の一部として補助金をうけている。

なお本稿の一部は第36回日本心理学会大会および第10回日本特殊教育学会大会において発表した。

文 献

- (1) Lewin, K. (1948) : Resolving Social Conflicts, Harper & Brothers
- (2) Lewin, K. (1951) : Field Theory in Social Science, Harper & Brothers
- (3) Merton, R. K. (1957) : Social Theory and Social Structure, Free Press
- (4) Allport, G. W. (1958) : The Nature of Prejudice, Doubleday & Company
- (5) 忍 博次 (1972) : 心身障害児をめぐる偏見と差別 (伊藤隆二編, 心身障害児教育講座第4巻心身障害児教育と社会) 福村出版
- (6) 今野敏彦 (1972) : 偏見の文化, 新泉社
- (7) 菅野重道 : 精薄施設周辺地域住民の意識と施設に対するニーズについて, 昭和46年度東京都民生局委託研究報告書
- (8) 櫻井芳郎 (1972) : 心身障害児の教育と福祉の統合 (伊藤隆二編, 心身障害児教育講座第5巻心身障害児教育と福祉) 福村出版
- (9) 櫻井芳郎他 (1970) : 精神薄弱児童・成人の診断処遇にかかわる精神医学ソーシャルワーカーの役割に関する研究, 精神衛生研究第18号
- (10) 櫻井芳郎 (1972) : 精神薄弱児の社会的適応行動に関する研究Ⅳ—精神薄弱児・者をもつ親, 施設周辺地域住民および施設職員の精神薄弱問題に関する態度・意識について(1)—, 第36回日本心理学会大会発表論文集
- (11) 櫻井芳郎 (1972) : 精神薄弱児の社会的行動に関する研究Ⅴ—精神薄弱児・者問題に関する地域住民および施設職員の相互認知のずれの問題—, 第10回日本特殊教育学会大会発表論文集
- (12) 櫻井芳郎 (1972) : 成人精神薄弱者の指導に関する一試論—社会的適応行動をめぐる臨床社会心理学的接近—, 特殊教育学研究第10巻1号
- (13) 櫻井芳郎 (1973) : 地域社会の診断と地域活動—地域精神衛生活動を中心に— (橋本正己・三浦文夫編, 地域活動の方法) 全社協

ダウン症状群に関する臨床統計的、生化学的ならびに発達心理学的研究⁽¹⁾

精神薄弱部 飯田 誠⁽²⁾

要 約

1965年より1969年に至る間に生後1ヶ月から16才までのダウン症状群について、親に対する質問調査と患児に対する身体、臨床生化学検査を行ない、外国の報告およびわが国の標準値と比較考察を行なった。結果中特に注目されるのは、初産がダウン症状群の場合の母年令は27才が最多であり、一般初産年令と3才の遅れがあること、流産歴を持つ母が41.9%あった。受胎月に変動がみられた。胎動が弱いものが多かった。ダウン病状群妊娠中に切迫流産を経過したものが33.5%あった。新生児黄疸の強かったものが26.8%あった。哺乳量の少ないものが78.7%、身体異常を合併したものが男子27.2%、女子37.3%あった。食餌は菜食より肉食を好み、硬い物を好まない傾向がみられた。歩行開始は1才6ヶ月から1才11ヶ月であった。きき手は未分化なものが多く右ききは41.7%であった。死亡の主な原因は肺炎、心疾患で76%を占め、白血病は12%、結核による死亡はなかった。死亡時年令は2才以前が76%を占めた。言語遅滞の原因は口腔の構造よりも心理機制が問題である。知能は痴愚が中核をなした。身体発育は年令が進むに従って正常児との差が大きくなった。髄液GOT活性値が他の原因による精薄より有意に高かった。血清GPTは正常範囲内であった。

緒 言

ダウン症状群は1866年に英国のLangdon Down⁽⁵⁶⁾によってMongolian Idiocyとして記載されて以来、精神薄弱の特殊型として数多くの研究がなされてきた。しかし、1959年にLejeune⁽⁵⁸⁾らによって染色体異常によるものであることが発見されて以来、ますます注目を集めるようになった。

本症状群は精神薄弱の特殊型としては発生率が高く、外見からの発見が容易であるので、諸外国と同様にわが国においてもダウン症状群に対する関心がとみに高まっている。

しかし、いまだ部分的な調査研究が散見されるのみであり、また、調査対象の例数も多くない。さらに、わが国の現状では広汎な調査は残念ながらほとんど不可能に近いと考えられる。著者は1965年より1969年に至る間にダウン症状群について種々の調査を行ない、その結果をわが国の標準幼児およびダウン症状群に関する外国の諸調査の結果と比較検討した。その結果は

(1) A Clinical atatistical, Biochemical and Developmental psychological Research on Children with Down's Syndrome.

(2) M. Iida M. D. Division of Mental Deficiency Research.

ダウン症状群

わが国のダウン症状群の諸問題に関する一端をうかがいうるものと考え、こゝに報告するものである。

調査の種類、それらの対象および方法

調査および検査の種類は以下のとおりである。

- I. ダウン症状群患児の親に対する質問調査
- II. 親の面接によるダウン症状群患児の精神発達についての質問調査
- III. ダウン症状群患児の身体発育調査
- IV. ダウン症状群患児の髄液ならびに血液における臨床生化学的検査

第Iの調査は全国的組織であるダウン症状群患児の親の会である財団法人小鳩会に所属する親に対して行なった。この調査は質問紙により全小鳩会会員に対して全数調査を試み、1967年より1969年の間に逐次調査を施行し、その結果を集計したものである。

これらの会員の居住地域は、鳥取県、滋賀県を除く都道府県に分布しており、総計1,211名であり、親の職業は農業、商業、工具、事務員、医師、教員などさまざまである。彼等の居住地域は大中都市およびその周辺に集中しており、家族の経済的地位は中以上である。質問紙の回収率は938例で発送数の77.5%であった。しかしながら、調査項目によって記載の不明確なもの、記載もれや間違いを除外して、質問に対して明確な記述をしたもののみを一応正確な記録とみなして採用した。各質問項目で正確な回答とみなした件数は、もっともよく回答した出産日の938件、すなわち全回収数の100%から、もっとも悪かった流産の既往歴の329件、34.0%の間に分布しており、平均58.1%であり、患児の年齢は生後1ヶ月から16才までに分布していた。

第IIの調査は1965年より1969年の間に国立精神衛生研究所において小鳩会会員の希望者に対して行なった。検査数は男子116名、女子91名で、患児の年齢は生後4ヶ月より8才までであり、各年齢の検査数は表19の右端に記されたとおりである。

第IIIの調査は1965年より1969年の間に国立国府台病院小児科外来で行なったもので、対象数は男子202名、女子145名で、年齢は生後1ヶ月より11才までである。この中には小鳩会会員の持つ患児の他に非会員ならびに施設入所中の患児も含まれている。

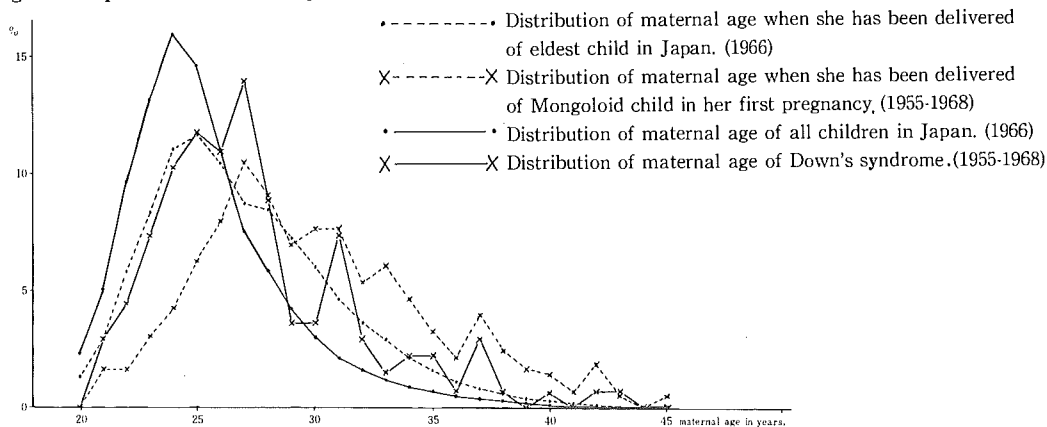
第IVの調査は1967年に行なったものである。対象は資料の採取ならびに後の看護の関係で、施設収容児に限ったが、ダウン症状群は国立秩父学園、都立梅ヶ丘病院、毛呂病院、八幡学園の収容児であり、対照群として、八幡学園収容児の中で採取可能なものを用いた。これらはすべて小鳩会非会員の患児であった。患児の年齢は7才より18才までであり、検査数は、ダウン症状群19名、原因不明の精神薄弱25名、脳炎後遺症による精神薄弱6名である。

Table 1. Maternal age distribution of Down's syndrome with conception number. (1955-1968)

Maternal age	I			II			III			IV			V			over VI			Total					
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total			
under 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	3	1	4	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7	7	3	10
22	3	3	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7	7	3	10
23	5	5	10	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7	13	13	7	20
24	12	2	14	0	1	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	3	18	18	3	21
25	8	8	16	6	1	7	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	10	27	27	10	37
26	11	4	15	6	5	11	3	2	5	3	0	3	0	0	0	0	0	0	23	11	34	34	11	45
27	11	8	19	6	4	10	9	2	11	2	1	3	2	0	2	0	0	0	30	15	45	45	15	60
28	4	8	12	5	5	10	5	6	11	5	0	5	0	0	0	1	0	1	20	19	39	39	19	58
29	2	3	5	7	4	11	6	4	10	0	4	4	0	0	0	0	0	0	15	15	30	30	15	45
30	3	2	5	6	3	9	7	4	11	3	2	5	3	0	3	0	0	0	22	11	33	33	11	44
31	4	6	10	3	1	4	3	6	9	5	0	5	2	0	2	2	1	3	19	14	33	33	14	47
32	3	1	4	2	0	2	6	4	10	0	2	2	1	3	4	1	0	1	13	10	23	23	10	33
33	2	0	2	6	2	8	4	1	5	4	4	8	1	2	3	0	0	0	17	9	26	26	9	35
34	2	1	3	1	2	3	4	2	6	2	0	2	2	1	3	3	0	3	14	6	20	20	6	26
35	3	0	3	5	1	6	1	1	2	0	1	1	2	0	2	0	0	0	11	3	14	14	3	17
36	0	1	1	3	1	4	0	1	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	5	4	9	9	4	13
37	1	3	4	1	1	2	0	2	2	1	1	2	0	2	2	5	0	5	8	9	17	17	9	26
38	1	0	1	1	0	1	2	0	2	0	2	2	1	1	2	2	0	2	7	3	10	10	3	13
39	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	2	0	2	2	1	0	1	2	5	7	7	5	12
40	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	1	1	2	4	2	6	6	2	8
41	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0	3
42	0	1	1	1	0	1	3	0	3	0	1	1	1	0	1	1	0	1	6	2	8	8	2	10
43	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2	2	1	3
44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
over 45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2	2	0	2
Total (%)	79 (29.5)	58 (35.2)	137 (31.6)	62 (23.1)	34 (20.6)	96 (22.2)	62 (23.1)	38 (23.0)	100 (23.1)	31 (11.6)	22 (13.3)	53 (12.2)	17 (6.3)	11 (6.7)	28 (6.5)	17 (6.3)	2 (1.2)	19 (4.4)	268 (100.0)	165 (100.0)	433 (100.0)			

I-VI : conception number. () : %

Fig. 1. Comparison of maternal age of Down's syndrome and of all children in Japan.



第1章 ダウン症状群患児の親に対する質問調査の結果

I. ダウン症状群を出産した母体の有する問題、および、ダウン症状群患児の受胎、出産に関する問題

a. ダウン症状群患児出産時の母の年令

本調査では有効回答数433件のダウン症状群患児出産時の母年令分布は Table 1. Fig. 1. のように、27才にピークを持つ一峰型を示している。また、妊娠回数と母年令の多い方における発生率が激減している。また、男児と女児の比が、ほぼ6対4で男児が多くなっている。

長子がダウン症状群であるものは、男子124例、46.3%、女子81例、49.1%で、全体としては205例、47.3%を占めている。しかし、その中には本児出産以前に自然流産、人工流産の既往歴があるものも含まれており、はなはだしいものでは4回の自然流産後の長子がダウン症状群であった例も発見された。そこで、これらを除外した初回妊娠による第1子のみをとると、男子79例、29.5%、女子58例、35.2%で、全体としては137例、31.6%となり、やはり高率を示している。

初回妊娠がダウン症状群であった母年令と全国⁽⁵²⁾の第1子出産時母年令と出産数のピークとの関係を見ると、ダウン症状群では母年令が27才のところに出産数のピークがあり、全国第1子では24才のところにピークがある。この2群の間には2%水準で有意差が認められた。

b. ダウン症状群児を生んだ母体の流産の既往歴

ダウン症状群児を出産した母体には、他に流産の既往歴のあるものが多いといわれている。⁽³³⁾⁽⁵⁷⁾ この件についての本調査は、回答数329件中流産の既往歴を有するものは138件、41.9%であった。これは自然流産のみであり、人工流産は除外されている。

c. ダウン症状群における早遅産および月別受胎数の変動

ダウン症状群の出生に月別変動があるかどうかを調査してみると Table 3. に示されるように早産、遅産が多いことがわかった。出産月の変動には複雑な要素が加わっており、解釈が困難であるので、著者は月別受胎数の変動についての調査を試みた。受胎月は出産予定日より280日を逆算することにより定めた。一方、厚生省人口動態調査⁽⁵²⁾による全国月別出産数より9ヶ月(約275日)逆算することによって全国の月別受胎数を推定し、対照とした。その結果は Table 4. のように、全国の月別受胎数は4月が最高であり、9月が最低になっているが、その他の月は8.3%の線の近くにあり、ほぼ平均的分布をなしている。また、男女差も認められない。それに比してダウン症状群では受胎に月別および男女の変動が多く、1月は全国受胎率に対して、男子は5%の信頼水準で少なく、女子は1%水準で多く、男女間では5%水準で女子が多い。2月は全国受胎率に対して男子は2.5%水準で多く、女子は有意差なく、男女間では有意はなかった。6月は全国受胎率に対して男子は有意差は認められないが、女子は1%水準で少なく、男女間の有意差は認められなかった。8月は全国受胎率に対して男子は2%水準

Table 2. History of abortion on mother of Down's syndrome.
(not included artificial abortion)

number	before	after	before and after	Total
once	82 (24.9)	18 (5.5)	0	100
twice	20 (6.1)	2 (0.6)	7 (2.1)	29
three times	3 (0.9)	1 (0.3)	2 (0.6)	6
four times	2 (0.6)	0	1 (0.3)	3
over five times	0	0	0	0
lack				191 (58.1)
Total				329

before : Abortions before the birth of Down's syndrome.

after : Abortions after the birth of Down's syndrome.

beforeand after : Abortions beforeand after the birth of Down's syndrome.

lack : no experience of Abotion. () : %

Table 3. Change of the delivery date in Down's syndrome.

() : %

days	sex	premature delivery	postmature delivery	mature delivery
within 7 days	♂	85 (14.9)	52 (9.1)	95 (16.6)
	♀	65 (17.7)	37 (10.1)	79 (21.5)
	Total	150 (16.0)	89 (9.5)	174 (18.6)
within 14 days	♂	116 (20.3)	21 (3.7)	
	♀	69 (18.8)	22 (6.0)	
	Total	185 (19.7)	43 (45.8)	
within 21 days	♂	106 (18.6)	8 (1.4)	
	♀	45 (12.3)	6 (1.6)	
	Total	151 (16.1)	14 (1.5)	
over 22 days	♂	83 (14.5)	5 (0.9)	
	♀	41 (11.2)	3 (0.8)	
	Total	124 (13.2)	8 (0.9)	
Total	♂	390 (68.3)	86 (15.1)	571 (100.0)
	♀	220 (59.9)	68 (18.5)	367 (100.0)
		610	154	938

Table 4. Number of the conception for Down's syndrome and all children in each month. (1955-1968)

() : %

month	male		female	
	all children	Down's syndrome	all children	Down's syndrome
1	668,156 (8.0)	33 (5.7)	633,360 (8.0)	35 (9.4)
2	649,171 (7.8)	60 (10.3)	616,644 (7.8)	32 (8.6)
3	697,869 (8.4)	51 (8.8)	644,571 (8.2)	29 (7.8)
4	839,069 (10.0)	58 (10.0)	801,908 (10.2)	40 (10.8)
5	723,382 (8.7)	54 (9.3)	686,706 (8.7)	26 (7.0)
6	743,196 (8.9)	45 (7.7)	705,665 (9.0)	24 (6.5)
7	722,931 (8.7)	46 (7.9)	683,642 (8.7)	28 (7.5)
8	656,234 (7.9)	61 (10.5)	619,094 (7.9)	28 (7.5)
9	621,207 (7.4)	40 (6.9)	573,515 (7.3)	32 (8.6)
10	673,990 (8.1)	38 (6.5)	632,793 (8.0)	30 (8.1)
11	683,874 (8.2)	54 (9.3)	646,018 (8.2)	37 (10.0)
12	672,639 (8.1)	42 (7.2)	635,568 (8.1)	31 (8.3)
Total	8,351,718	582	7,879,484	372

ダウン症状群

で多く、女子は有意差を認めず、男女間にも有意差を認めなかった。10月は全国受胎率に対して男子は1%水準で少なかったが、女子は有意差を認めず、男女間にも有意差はなかった。その他の月は全国の男女受胎率および男女間に有意の差は認めなかった。

II. ダウン症状群胎生期、出生時、乳児期の諸種の問題

a. ダウン症状群患児妊娠中の母親のつわりの程度

ダウン症状群患児妊娠中のつわりの程度については Table 5. のように、ダウン症状群男子を妊娠しているときでは重かったものは259例中58例、22.4%で、女子では164例中47例、28.7%であり、全体では重かったもの105例、24.8%であった。

b. ダウン症状群患児の胎動の強さ

ダウン症状群患児と他の正常同胞との妊娠中の胎動の強さの比較を母親の印象に基いて調査した。その結果は Table 6. にみられるように他の正常同胞よりも弱かったと答えたものが半数近くもみられた。

c. ダウン症状群患児妊娠中における切迫流産または子宮出血の有無について

ダウン症状群患児妊娠中に切迫流産または子宮出血を経験したものは Table 7. に示されるように、男子197例中68例、34.5%、女子116例中37例、31.9%、全体では313例中105例、33.5%を占めていた。なお、男女差は認められなかった。

d. ダウン症状群出生時体重

ダウン症状群は在胎日数の変動が大きいので、出生時体重を早産産の日数によって分類し、Table 8. に示した。本表による満期産の男子95例の平均体重は2,888 g、女子79例の平均体重は2,912 g であった。

e. ダウン症状群患児における新生児黄疸の程度

ダウン症状群患児に新生児黄疸の強いものが多いという印象を受けたので調査を行なった。結果は Table 9. に示されるように強かったと答えたものは男子345例中102例、29.6%、女子208例中46例、22.1%、全例553例中では148例、26.8%であった。なお、男女差は認めなかった。

f. ダウン症状群乳児の哺乳量

ダウン症状群は乳児期に哺乳量の少ないものが多いといわれている。そこで著者は彼等の乳児期における哺乳量の調査を行なった。

その結果は Table 10. に示されるように、やや少なかったものは男子62例、18.2%、女子39例、19.1%、少なかったものは男子199例、58.4%、女子129例、63.2%で、少ないものが全体の78.7%を占めていた。なお、男女差は認められなかった。

III. ダウン症状群患児にみられた身体的異常

ダウン症状群にはしばしば種々の身体異常を伴うことが知られているが、著者の調査によれば Table 11. に示したものが認められた。なお、これらは医療機関において診断されたものに限った。この中で心異常が1%の危険率で男子より女子に異常が多いことが認められたが、他の異常は例数も少なく、男女差も認められなかった。

Table 5. Degree of hyperemesis gravidarum during the pregnancy of Down's syndrome.

degree	male	female
severe	58 (22.4)	47 (28.7)
common	128 (49.4)	76 (46.3)
slight	40 (15.4)	21 (12.8)
lack	33 (12.7)	20 (12.2)
Total	259	164

() : %

Table 7. History of the threatened abortion with Down's syndrome.

lacked		occurred		Total	
male	female	male	female	male	female
129	79	68	37	197	116
(65.5)	(68.1)	(34.5)	(31.9)		
				Total	313

() : %

Table 9. Degree of icterus neonatorum on Down's syndrome.

degree	male	female
sevre	102 (29.6)	46 (22.1)
common	180 (52.2)	124 (59.6)
lack	47 (13.6)	29 (13.9)
indis-tinct	16 (4.6)	9 (4.3)
Total	345	208
Total	553	

() : %

Table 6. Degree of foetus movement with Down's syndrome.

degree	male	female
good	153 (50.5)	113 (62.1)
faint	150 (49.5)	69 (37.9)
Total	303	182

good : Foetus movement of Down's syndrome was good or equal as compared with of other normal brothers.

faint : Foetus movement of Down's syndrome was faint as compared with of other normal brothers.

() : %

Table 8. Relationship to the weight at birth and delivery date of Down's syndrome.

sex	male			female		
	premature delivery	postmature delivery	mature delivery	premature delivery	postmature delivery	mature delivery
days						
within 7 days	2,903	2,998	2,888	2,896	2,959	2,912
within 14 days	2,885	3,069		2,711	2,813	
within 21 days	2,809	2,580		2,696	2,828	
over 22 days	2,538	3,547		2,407	3,025	

Unit is gram.

Table 10. Volume of sucking on baby with Down's syndrome.

volume	male	female
much	30 (8.8)	14 (6.9)
common	50 (14.7)	22 (10.8)
somewhat little	62 (18.2)	39 (19.1)
little	199 (58.4)	129 (63.2)
Total	341	204
Total	545	

() : %

ダウン症候群

Table 11. Congenital Malformations in Down's syndrome. (): %

Malformations	♂	♀
septum cardis defect	23 (6.6)	30 (13.8)
other cardiac malformations	4 (1.2)	6 (2.8)
strabismus	40 (11.5)	28 (12.9)
umbilical hernia	17 (4.9)	11 (5.1)
inguinal hernia	0 (0)	0 (0)
syndactyly	4 (1.2)	4 (1.8)
polydactylism	1 (0.3)	1 (0.5)
cataracts	1 (0.3)	0 (0)
imperforate anus	2 (0.6)	2 (0.9)
pigeon breast	7 (2.0)	4 (2.1)
cheilognathopalatoschisis	2 (0.7)	0 (0)
hepatic hypertrophy	2 (0.7)	0 (0)
clubfoot	1 (0.3)	0 (0)
L. C. C.	1 (0.3)	1 (0.5)
wryneck	1 (0.3)	2 (1.0)
epilepsy	1 (0.3)	3 (1.4)
cryptorchidism	16 (4.6)	
other Malformations	4 (1.3)	4 (2.1)
no Malformations	220 (63.4)	121 (62.7)
Total	347	217

Table 12. The taste of foods of Down's syndrome children (especially disliking diats)

age	nothing		boiled rice		fish		meat		raw vegetable		boild vegetable		fruits		milk		egg		sweets		side dish		hard foods		Total		
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
before 1 year				1 (25.0)						1 (25.0)						1 (25.0)									1 (25.0)		4
1	9 (34.6)	3 (33.3)	1 (3.9)		1 (11.1)	2 (7.7)	2 (22.2)	2 (7.7)	2 (22.2)	1 (3.9)			1 (11.1)	1 (3.9)											10 (38.5)		26 9
2	8 (25.8)	4 (16.7)	1 (3.2)	1 (4.2)	1 (3.2)	4 (16.7)	1 (4.2)	1 (4.2)	4 (16.7)	4 (16.7)	1 (3.2)		1 (3.2)	2 (8.3)	2 (6.5)	1 (4.2)	3 (9.7)	2 (6.3)			1 (3.2)			8 (26.0)	5 (20.8)	31 24	
3	16 (22.5)	7 (20.6)	2 (2.8)		5 (7.0)	3 (8.8)	7 (9.9)	6 (17.6)	12 (16.9)	6 (8.5)	2 (5.9)	4 (5.6)	2 (5.9)	4 (5.6)	3 (4.2)	1 (2.9)	2 (3.0)	2 (2.9)		1 (2.9)	1 (1.4)	5 (14.7)		13 (48.3)		71 34	
4	9 (17.6)	11 (18.0)	1 (2.0)	2 (3.3)	3 (5.9)	3 (4.9)	3 (5.9)	5 (8.2)	11 (21.6)	15 (24.6)	5 (9.8)	9 (14.8)	3 (5.9)	5 (8.2)	3 (9.8)	5 (14.9)	3 (9.9)	2 (3.3)						9 (17.6)	6 (9.8)	51 61	
5	9 (16.4)	8 (13.8)	1 (1.8)	3 (5.2)	3 (5.2)	3 (5.2)	4 (7.3)	7 (12.1)	15 (27.3)	14 (24.1)	8 (14.5)	10 (17.2)	1 (1.8)	6 (10.3)	1 (1.8)	2 (3.4)	3 (5.5)	1 (1.7)						10 (18.2)	4 (6.9)	55 58	
6	6 (8.2)	4 (9.3)	3 (4.1)	1 (2.3)	3 (4.1)	3 (4.7)	2 (5.5)	4 (9.3)	22 (30.1)	12 (27.9)	7 (15.9)	17 (30.1)	6 (14.0)	6 (14.0)	2 (4.7)	3 (7.1)	1 (2.3)	1 (1.4)	5 (11.6)					8 (14.0)	6 (14.0)	73 43	
7	12 (17.6)	7 (23.3)	2 (2.9)	3 (3.3)	1 (5.9)	4 (10.0)	3 (11.8)	8 (10.0)	17 (25.0)	5 (16.7)	7 (19.3)	3 (9.0)	4 (5.9)	2 (6.7)	3 (4.4)	2 (6.7)	3 (4.4)	2 (6.7)						8 (11.8)	2 (6.7)	68 30	
8	2 (5.6)	3 (12.0)	1 (2.8)	1 (4.0)	1 (2.8)	1 (4.0)	1 (13.9)		12 (33.3)	9 (26.0)	4 (11.1)	7 (26.0)	7 (19.4)		1 (4.0)	1 (2.8)								3 (8.3)	3 (12.0)	3 6 25	
9	8 (27.6)	6 (46.2)					1 (3.4)		8 (27.6)	2 (15.4)	2 (17.2)	2 (15.4)	2 (6.9)		2 (6.9)	2 (15.4)	2 (6.9)							1 (3.4)	1 (7.7)	2 9 13	
10	6 (27.3)	1 (9.1)		1 (9.1)	1 (4.5)	1 (9.1)	3 (13.6)		6 (27.3)	4 (36.4)	4 (18.2)	3 (13.6)	1 (4.5)				1 (9.1)							1 (4.5)		2 2 11	
11		1 (50.0)							3 (30.0)	3 (30.0)		2 (20.0)		1 (10.0)										1 (10.0)	1 (50.0)	10 2	
12	2 (16.7)	2 (28.6)							3 (25.0)	2 (28.6)	3 (25.0)	2 (28.6)	3 (25.0)	1 (14.3)			1 (8.3)										12 7
13	2 (33.3)	1 (100.0)							2 (33.3)															2 (33.3)			6 1
14	2 (40.0)	1 (16.7)		1 (16.7)					1 (16.7)	1 (16.7)							1 (16.7)							3 (60.0)	1 (16.7)		5 6
15	3 (100.0)	1 (25.0)							1 (25.0)	1 (25.0)														1 (25.0)			3 4
16 and above	4 (40.0)	3 (42.9)							2 (20.0)	2 (28.6)	2 (14.3)	1 (10.0)	1 (14.3)											1 (10.0)			10 7
Total	98 (19.3)	63 (18.6)	12 (2.4)	12 (3.5)	21 (4.1)	21 (6.2)	38 (7.5)	28 (8.3)	119 (23.4)	80 (23.6)	66 (13.0)	47 (13.9)	35 (6.9)	22 (6.5)	21 (4.1)	14 (4.1)	18 (3.5)	15 (4.4)	1 (0.3)	2 (0.4)	5 (1.5)	78 (15.4)	31 (9.1)	508 (100.0)	339 (100.0)		

side dish : He does not eat the side dish. (): %

Table 13. Walking age in children with Down's syndrome.

The year of birth	before 1:0		1:0~1:5		1:6~1:11		2:0~2:5		2:6~2:11		3:0~3:5		after 3:6		Total	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Total	0 (0)	1 (0.6)	17 (6.3)	12 (7.2)	95 (34.9)	58 (34.7)	74 (27.2)	47 (28.1)	44 (16.2)	18 (10.8)	20 (7.4)	14 (8.4)	22 (8.1)	17 (10.2)	272	167

(): %

IV. ダウン症状群患児における偏食の傾向

ダウン症状群では極端な偏食を訴える親にしばしば遭遇する。そこで著者は親の訴えに比較的多くみられる Table 12. に示す項目について調査を行なった。その結果は野菜類を好まないものが多く、特に生野菜を好まない傾向が強く男子119例、23.4%、女子80例、23.6%にみられた。また、極端なものでは白飯しか食べないものや、玉子御飯や麺類しか食べないもの、その種類に関係なく副食として別にした食物は食べず、細かくきざんで米飯にまぜないと食べないものもみられた。

V. ダウン症状群患児における歩行開始年齢

ダウン症状群の歩行開始年齢は一般に遅れていることが知られている。⁽⁵⁹⁾⁽⁷⁷⁾本調査では Table 13. のように1年6ヶ月から1年11ヶ月の間に歩き始めたものが最も多く、男子は、272例中95例、34.9%、女子は167例中58例、34.7%であった。なお、1才以前に歩行を始めたものは女子に1例認められたが、男子には認められなかった。

VI. ダウン症状群患児におけるきき手の分布

著者はダウン症状群患児のきき手に未分化なものが多いことに注目し、調査を行なった。その結果は Table 14. に示されるように、左ききは男子324例中33例、10.2%、女子213例中14例、6.6%で、全体としては47例、8.8%であり、右ききは男子135例、41.7%、女子89例、41.8%で、全体としても224例、41.7%であり、左右未分化なものが多かった。

VII. ダウン症状群患児の主な死亡原因

1964年より1969年の間に小鳩会会員の持つ患児で死亡した25名の死亡原因を分類したのが Table 15. である。なお、参考までに1970年の全国乳幼児死亡者の中から対応する疾患について記載した。⁽⁶²⁾

これによるとダウン症状群患児の死亡原因は肺炎、心疾患が大多数を占めている。ここに急性心衰弱と添書したのは、何らの前駆心疾患なく、急激な心衰弱を起し、原因不明のまま死亡したものであり、ここに挙げた6名が全部このような経過をとったものである。

ダウン症状群は白血病の罹患率が高いと云われている。⁽⁵³⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁹⁰⁾本調査では3名の急性白血病をみた。死亡時年齢はすべて2才であった。虫垂炎による死亡は腹膜炎の併発によって死亡したものである。

VIII. 生存しているダウン症状群患児における重篤なる既往歴

現在のダウン症状群の中で危篤に陥ったことのある重症疾患の既往歴を有するものは Table 17. に示す通り、回答数546件中198件、36.3%、男子337件中129件、38.3%、女子209件中69件、33.0%におよび、その中で肺炎が約3%を占めていた。なお、男女差は認められなかった。

IX. ダウン症状群患児の言語能力

言語発達の評価については親の主観の影響が大きい。著者はより正確に把握するために患児の現時点における言語能力について調査し、Table 18. のように分類した。

ダウン症状群

Table 14. Prevalence rate of righted hand in child with Down's syndrome. (): %

age of years	ℓ		ℓ ≥ r		ℓ ≤ r		ℓ = r		r		Total	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
above 8	11 (17.2)	4 (12.1)	6 (9.4)	5 (15.2)	12 (18.8)	3 (9.1)	3 (4.7)	2 (6.1)	32 (50.0)	19 (57.6)	64	33
7 ~ 4	13 (9.8)	7 (8.2)	11 (8.3)	4 (4.7)	34 (25.8)	21 (24.7)	9 (6.8)	9 (10.6)	65 (49.2)	44 (51.8)	132	85
3 ~ 0	9 (7.0)	3 (3.2)	16 (12.5)	14 (14.7)	40 (31.3)	35 (36.8)	25 (19.5)	17 (17.9)	38 (29.7)	26 (27.4)	128	95
Total	33 (10.2)	14 (6.6)	33 (10.2)	23 (10.7)	86 (26.5)	59 (27.7)	37 (11.4)	28 (13.1)	135 (41.7)	89 (41.8)	324	213

ℓ : left handed. ℓ ≥ r : left hand is dominant.
 ℓ ≤ r : right hand is dominant. ℓ = r : left hand equals right.
 r : right handed.

Table 15. Causes of Death in Down's syndrome compared with the infant in Japan. (): %

causes of death	all infants *			Down's syndrome		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Pneumonia	1,640 (10.9)	1,258 (11.3)	2,898 (11.1)	6 (54.5)	7 (50.0)	13 (52.0)
Heart disease (acute Heart prostration)	119 (0.8)	105 (0.9)	224 (0.9)	4 (36.4)	2 (14.3)	6 (24.0)
Leukaemia	24 (0.2)	22 (0.2)	46 (0.2)	1 (9.1)	2 (14.3)	3 (12.0)
Appendicitis	0	0	0	0	1 (7.1)	1 (4.0)
Measles	159 (1.1)	152 (1.4)	311 (1.2)	0	1 (7.1)	1 (4.0)
Accidents	534 (3.6)	444 (4.0)	978 (3.7)	0	1 (7.1)	1 (4.0)
Tuberculosis	21 (0.1)	11 (0.1)	32 (0.1)	0	0	0
Total	15,024	11,139	26,217	11	14	25

* all infants under 1 year, who had dead in Japan 1966.

Table 16 Age at Death of Down's syndrome. (): %

Age	♂	♀	Total
0 : 1 - 0 : 11	2 (18.2)	4 (28.6)	6 (24.0)
1 : 0 - 1 : 11	4 (36.4)	3 (21.4)	7 (28.0)
2 : 0 - 2 : 11	1 (9.1)	5 (35.7)	6 (24.0)
3 : 0 - 3 : 11	2 (18.2)	0 (0)	2 (8.0)
4 : 0 - 4 : 11	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5 : 0 - 5 : 11	1 (9.1)	0 (0)	1 (4.0)
6 : 0 - 6 : 11	0 (0)	0 (0)	0 (0)
7 : 0 - 7 : 11	1 (9.1)	1 (7.1)	2 (8.0)
12 : 0 - 12 : 11	0 (0)	1 (7.1)	1 (4.0)
Total	11	14	25

Table 17. The serious diseases in history of living child with Down's syndrome. (): %

no experience		Pneumonia		high tempera- ture		icterus neonatorum		dyspepsia		other causes		Total	
♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
208 (61.7)	140 (67.0)	86 (25.5)	42 (20.1)	4 (1.2)	6 (2.9)	3 (0.9)	6 (2.9)	6 (1.8)	0 (0)	30 (8.9)	15 (7.2)	337	209
Total												546	

Table 18. Development of the speech according to age of Down's syndrome.

age	no word		one word speech														two words speech		three words speech		speech with adverb etc.		Total							
	♂	♀	1-5 words		6-10 words		within 20 words		within 30 words		within 40 words		within 50 words		over 50 words		several words		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀				
			♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀												
before 1 year	1 (100)	1 (50)		1 (50)																					1	2				
1	11 (73.3)	5 (71.4)	2 (13.3)	1 (14.3)	1 (6.7)	1 (14.3)	1 (6.7)																			15	7			
2	4 (23.5)	3 (21.4)	10 (58.8)	8 (57.1)	1 (5.9)	1 (7.1)	1 (5.9)	1 (7.1)									1 (5.9)										17	14		
3	7 (17.1)	3 (13.0)	17 (41.5)	9 (39.1)	8 (19.5)	5 (21.7)	5 (2.4)	1 (4.3)	1 (2.4)			1 (2.4)					6 (14.6)	1 (4.3)						2 (8.7)	2 (8.7)		41	23		
4	3 (8.6)	1 (2.8)	9 (25.7)	8 (22.2)	7 (20.0)	3 (8.3)	2 (5.7)	2 (22.2)	1 (2.9)			1 (2.8)	2 (5.7)	1 (2.8)			3 (8.6)	5 (13.9)	5 (14.3)	9 (25.0)	2 (5.7)	5 (13.9)	1 (2.9)	1 (2.8)		35	36			
5	6 (17.1)			1 (3.3)	6 (17.1)	5 (16.7)	5 (14.3)	2 (6.7)		1 (3.3)							5 (14.3)	1 (3.3)	10 (28.6)	6 (20.0)	2 (5.7)	9 (30.0)	1 (2.9)	4 (13.3)		35	30			
6	2 (4.9)		4 (9.8)	1 (3.8)	3 (7.3)	1 (3.8)	2 (4.9)	2 (7.7)	1 (2.4)						1 (2.4)		2 (4.9)	1 (3.8)	14 (34.1)	4 (15.4)	6 (18.8)	10 (31.3)	6 (18.8)	7 (43.8)		41	26			
7	1 (2.8)	1 (6.3)	5 (13.9)		3 (8.3)	3 (18.8)	1 (2.8)										1 (2.8)	1 (2.8)	6 (16.7)	3 (18.8)	4 (22.2)	4 (25.0)	10 (27.8)	5 (31.3)		36	16			
8	1 (6.3)		1 (6.3)		1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)									1 (6.3)	1 (6.3)		3 (18.8)	3 (18.8)	5 (31.3)	3 (18.8)	3 (18.8)	7 (43.8)		16	16		
9	1 (5.3)		1 (5.3)		1 (5.3)		1 (5.3)		1 (5.3)								1 (5.3)	1 (11.1)	5 (26.3)	1 (11.1)	3 (15.8)	1 (11.1)	5 (26.3)	6 (66.7)		19	9			
10		1 (16.7)				1 (16.7)											1 (7.7)		2 (15.4)		3 (33.3)	2 (53.8)	7 (33.3)	2 (33.3)		13	6			
11																	1 (25.0)					1 (50.0)	3 (75.0)	1 (50.0)		4	2			
12																					2 (33.0)	1 (25.0)	4 (67.0)	3 (75.0)		6	4			
13	1 (25.0)		1 (25.0)																				2 (50.0)	1 (100.0)		4	1			
14					1 (25.0)												1 (25.0)		1 (25.0)	1 (25.0)			1 (25.0)	3 (75.0)		4	4			
15		1 (50.0)																				1 (50.0)	2 (100.0)			2	2			
16 and above	1 (12.5)				1 (12.5)	1 (25.0)											1 (12.5)						2 (25.0)	3 (37.5)	2 (50.0)		8	4		
Total	39 (13.1)	16 (7.9)	50 (16.8)	29 (14.4)	33 (11.1)	22 (10.9)	15 (5.0)	9 (4.5)	4 (1.3)	1 (0.5)	1 (0.3)	1	2 (0.7)	2 (1.0)	3 (1.0)	1 (0.5)	23 (7.7)	9 (4.5)	45 (15.2)	30 (14.9)	34 (11.4)	40 (19.8)	48 (16.2)	42 (20.8)		297	202			
	♂ 131 (44.1)														♀ 74 (36.6)															

Several words : they can speak many words.

() : % on every year.

この表によれば、1才以前に発語したものが女兒に1名みられたが、一方、10才を過ぎても発語のないものもあった。言語のないものに男女差は認められなかったが、3語会話以上の会話能力のあるものは1%水準の差で女子の方が多かった。

発語年齢は親の主観の影響が強いうえ、年と共に親の記憶が不正確になる傾向も強いので採用しなかった。

第2章 親の面接によるダウン症状群患児の精神発達に関する調査

ダウン症状群患児は会話能力が低く、さらに、幼児では本人に対する知能検査が困難であるので、親に対する質問による精神発達検査を行なった。⁽⁴²⁾⁽⁹⁶⁾

Table 19. は各年令の検査数および年令と精神発達年令、精神発達指数、下位分類として運動能力、探索・操作能力、社会能力、生活習慣能力、理解・言語能力の結果を示すものである。ここで最高可能能力月令とは、最高何ヶ月の精神発達に相当する能力を持っているかということであり、最低不能能力月令とは、何ヶ月の精神発達に相当することが未だできないで残っているかということである。

これを図示すると、精神発達指数では Fig. 2. のようになる。

これを精神発達年令で図示すると Fig. 3. のように、斜線の正常標準発達年令に比して、ダウン症状群の発達年令は拋物線を画いており、生活年令の進むにつれて精神発達年令の増加率が低下している。

さらに下位検査の結果を図示すると、運動能力 Fig. 5. 探索操作能力 Fig. 6. , 社会能力 Fig. 7. , 食事・排泄・生活習慣能力 Fig. 8. , 理解・言語能力 Fig. 9. のようになる。

下位分類の能力で最も順調な発達を示しているのは運動と食事・排泄・生活習慣の能力である。ダウン症状群は社交性が高いと云われているが、社会生活能力は意外に低いことがわかった。また、理解・言語能力が極めて低いことが判明した。

最高可能能力と最低不能能力の開きについては、最も開きの大きいものは食事・排泄・生活習慣であり、探索・操作、理解・言語能力では比較的开きが少なかった。

Table 19. Change of the result of Development Test (questionnaire) according to age of Down's syndrome.

C. A.	sex	Mt. A.			D. Q.			movement			search operation			social			habits of life			understanding,			number of the case
		average	lowest	highest	average	lowest	highest	average	highest ability	lowest impossibility	average	highest ability	lowest impossibility	average	highest ability	lowest impossibility	average	highest ability	lowest impossibility	average	highest ability	lowest impossibility	
0:4	♂	0:3.2	0:5	0:2	55.4	93.0	40.0	3.2	6.4	2.6	3.6	3.5	3.4	3.2	4.6	3.0	3.6	5.0	4.2	1.0	1.0	9.0	5
0:7	♀	0:3.3	0:5	0:2	63.2	94.0	49.0	3.3	4.3	3.3	3.8	4.5	3.3	3.3	3.5	4.0	3.0	3.8	3.3	1.0	1.0	9.0	4
0:8	♂	0:5	0:7	0:3	55.6	77.0	40.0	5.3	7.3	4.3	5.5	6.6	5.0	4.9	7.6	4.4	4.8	6.1	4.1	2.0	3.3	8.1	8
0:11	♀	0:2.5	0:2	0:3	34.0	37.0	31.0	2.0	2.5	2.5	3.0	4.5	2.0	3.5	5.0	3.5	3.5	5.0	3.0	0	0	0	2
1:0	♂	0:8.3	0:11	0:5	53.4	67.0	42.0	8.1	9.3	7.4	6.4	7.1	5.9	6.4	8.4	5.7	7.3	7.6	6.3	3.4	5.0	8.3	8
1:3	♀	0:7.3	0:11	0:4	56.7	84.0	34.0	7.7	9.5	7.0	6.7	9.3	6.0	8.3	9.8	7.3	6.8	9.3	6.0	8.0	8.5	9.8	6
1:4	♂	0:9.6	0:11	0:4	55.4	67.0	21.0	9.6	10.3	8.6	9.7	12.6	8.3	10.1	12.1	8.6	7.4	11.0	6.6	7.7	8.7	9.7	11
1:7	♀	0:9.8	0:11	0:8	57.3	67.0	51.0	9.3	9.8	8.5	9.5	10.5	9.5	12.0	12.8	9.3	7.5	11.8	7.3	10.3	11.8	10.3	4
1:8	♂	1:0.5	1:2	0:7	49.6	64.0	35.0	10.9	11.6	10.7	11.1	14.2	9.2	10.7	13.0	9.4	9.8	13.5	7.8	9.2	9.7	10.0	9
1:11	♀	1:2.6	1:3.5	0:10	58.8	67.0	48.0	13.5	17.8	13.3	13.8	16.5	10.8	14.0	17.3	14.3	11.5	13.8	10.3	11.8	15.3	11.5	4
2:0	♂	1:2.3	1:6	0:10	53.5	67.0	40.0	14.8	16.4	14.6	16.9	20.2	13.8	15.8	18.7	14.1	14.9	20.4	11.9	13.1	15.5	13.1	13
2:5	♀	1:2.5	1:7.5	0:10	56.0	70.0	41.0	14.7	17.6	14.0	17.0	20.2	14.0	16.3	20.2	12.6	15.1	18.7	12.6	13.6	18.0	13.3	11
2:6	♂	1:3.4	1:6.5	1:0	48.4	60.0	34.0	16.0	17.6	15.9	18.7	21.7	16.0	16.7	21.7	13.6	17.7	23.7	14.3	14.0	16.9	13.4	9
2:11	♀	1:8.9	2:1.5	1:7	62.0	77.0	50.0	17.3	19.5	18.0	21.8	24.8	19.5	23.3	27.0	21.8	23.3	33.0	18.8	19.5	20.3	19.5	4
3:0	♂	1:9.8	3:0.5	0:10	53.7	91.0	29.0	19.9	26.8	18.9	21.8	25.6	20.1	20.3	26.5	12.8	24.1	31.8	19.3	17.1	20.6	16.8	12
3:5	♀	1:10.9	2:2.5	1:8	63.6	84.0	50.0	24.6	29.4	23.4	23.4	27.6	24.0	21.6	29.4	20.4	27.0	34.8	20.4	21.0	22.8	19.8	5
3:6	♂	1:9.3	2:6	1:4	48.2	65.0	36.0	22.6	28.6	21.0	22.8	28.2	21.9	21.5	27.9	18.9	23.8	32.1	19.0	18.7	21.0	17.2	13
3:11	♀	2:1.5	2:5.5	1:10	58.8	69.0	47.0	24.5	31.5	21.0	25.5	31.5	22.5	23.5	31.0	18.0	32.0	36.0	23.0	20.5	23.5	20.5	6
4:0	♂	2:1.1	2:10	1:7	49.0	67.0	39.0	26.1	32.1	25.2	27.6	34.2	25.8	24.3	31.2	19.2	27.0	32.7	24.0	19.5	22.2	18.3	10
4:5	♀	2:2.8	3:0.5	1:8	53.5	72.0	40.0	27.5	33.8	22.0	26.0	33.0	25.5	25.0	33.0	22.0	29.0	38.0	24.5	21.0	26.5	20.0	6
4:6	♂	2:5.3	3:4	1:4.5	51.6	69.0	30.0	32.3	42.9	27.2	30.2	34.3	26.1	26.3	33.8	23.4	33.8	46.9	25.3	22.5	31.1	19.9	16
4:11	♀	2:7.6	4:1	1:9	55.6	90.0	36.0	31.7	38.6	24.9	32.1	36.0	29.8	28.9	35.6	24.6	36.0	46.7	25.3	22.7	32.1	19.3	14
5:0	♂	2:7.2	3:1.5	1:9	49.9	59.0	34.0	31.7	36.0	28.3	31.7	34.3	29.6	27.9	33.9	24.0	33.0	38.6	26.1	21.9	27.4	21.0	7
5:5	♀	2:5	2:10.5	1:11.5	45.5	54.0	37.0	27.0	33.0	28.5	33.0	33.0	36.0	27.0	33.0	22.5	30.0	36.0	27.0	21.0	24.0	19.5	2
5:6	♂	2:6.4	3:10	1:3.5	44.6	64.0	22.0	37.2	46.8	31.8	30.0	33.0	28.8	26.4	32.4	24.0	34.8	44.4	25.4	23.4	28.8	21.0	5
5:11	♀	3:2.8	3:9	2:3.5	57.2	73.0	40.0	36.7	44.0	30.7	35.7	40.0	34.3	35.0	40.7	31.0	46.0	58.0	36.7	29.0	40.0	25.7	9
6:0	♂	2:0.8	3:0	1:1.5	33.5	49.0	18.0	25.5	27.0	24.0	25.5	27.0	24.0	21.0	24.0	22.5	25.5	36.0	22.5	18.0	24.0	15.0	2
6:5	♀	2:11.4	4:3	1:3.5	47.5	69.0	21.0	39.0	44.0	33.5	35.0	43.5	31.5	28.0	36.5	25.5	40.0	44.0	35.0	28.0	30.0	24.5	6
6:6	♂	2:6.5			38.0			36.0	48.0	24.0	36.0	36.0	30.0	21.0	30.0	21.0	36.0	42.0	36.0	21.0	24.0	18.0	1
6:11	♀	2:11			44.0			36.0	54.0	36.0	30.0	30.0	30.0	30.0	36.0	24.0	36.0	54.0	36.0	21.0	36.0	18.0	1
7:0	♂	2:6.7	3:0.5	2:0	36.3	43.0	29.0	32.0	36.0	28.0	30.0	32.0	30.0	27.0	28.0	25.0	32.0	36.0	29.0	22.0	28.0	21.0	3
7:5	♀	2:4.3	3:5	1:3.5	33.5	48.0	19.0	36.0	51.0	36.0	28.5	31.5	27.0	24.0	31.5	22.5	33.0	43.5	22.5	18.0	27.0	19.5	2
7:6	♂	2:9.7	3:8	1:8	37.0	49.0	22.0	46.0	52.0	48.0	31.0	33.0	27.0	25.0	32.0	21.0	51.0	66.0	25.0	21.0	31.0	18.0	3
7:11	♀	3:11.5	6:0	1:11	52.5	79.0	26.0	48.0	54.0	48.0	42.0	57.0	30.0	49.5	57.0	25.5	57.0	60.0	51.0	48.0	60.0	43.5	2
8:0	♂	2:9.3	3:0	2:6.5	35.0	38.0	32.0	42.0	48.0	45.0	33.0	36.0	33.0	33.0	36.0	30.0	33.0	45.0	25.5	25.5	33.0	18.0	2
8:6	♀	3:5	3:6	3:4	37.5	40.0	35.0	51.0	57.0	54.0	36.0	57.0	36.0	36.0	36.0	39.0	51.0	66.0	36.0	30.0	42.0	21.0	2

highest ability : highest age in months of ability.

lowest impossibility : lowest age in months remained ability.

ダウン症状群

Fig. 2. D. Q. distribution of 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.

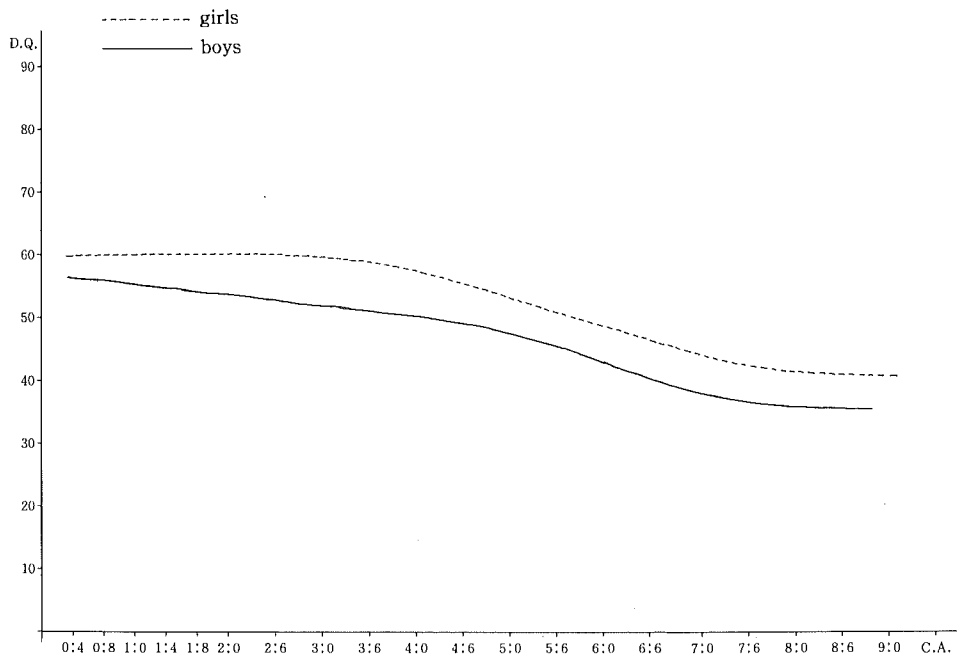


Fig. 3. Mt. A. distribution of 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.

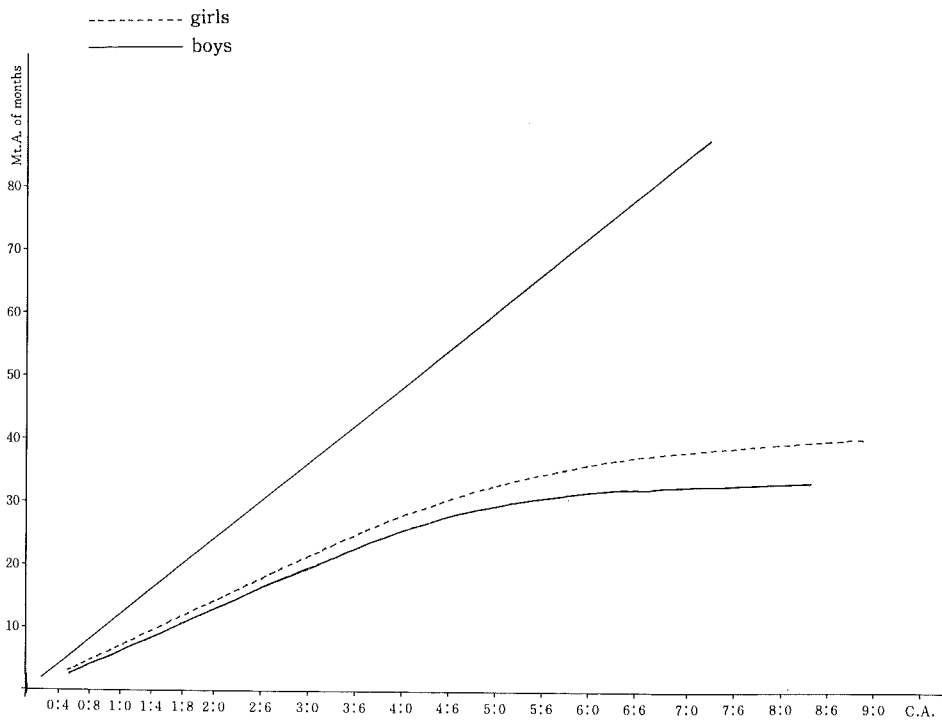


Fig. 4. Relationship between chronological age and maturity age.
 (the rate of progress in the mental age is proportional to the log. of the chronological age.)

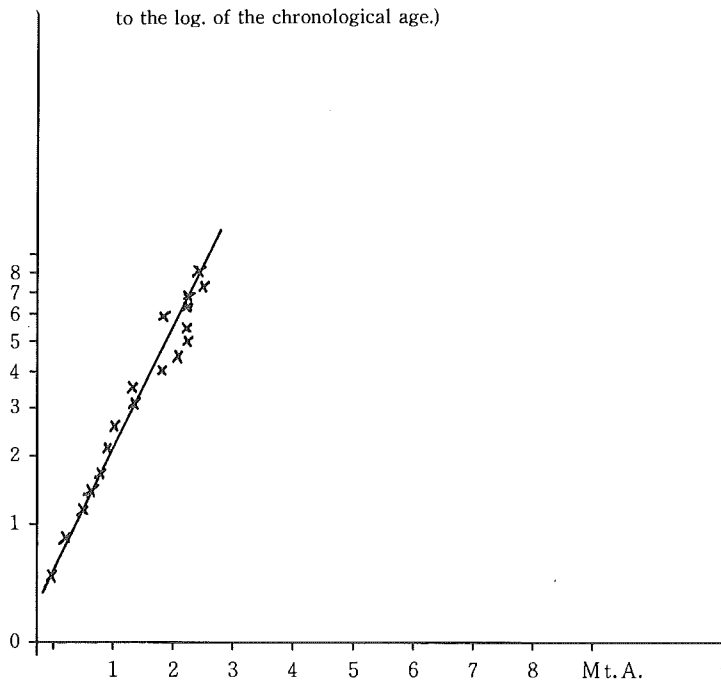
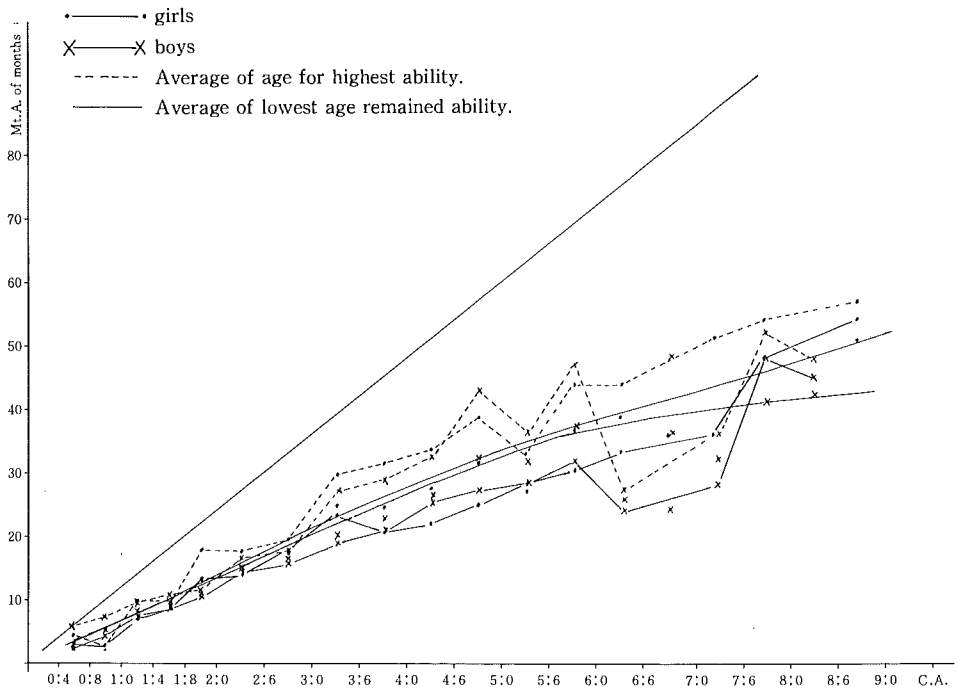


Fig. 5. Ability of movement in 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.



ダウン症状群

Fig. 6. Ability of search and operation in 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.

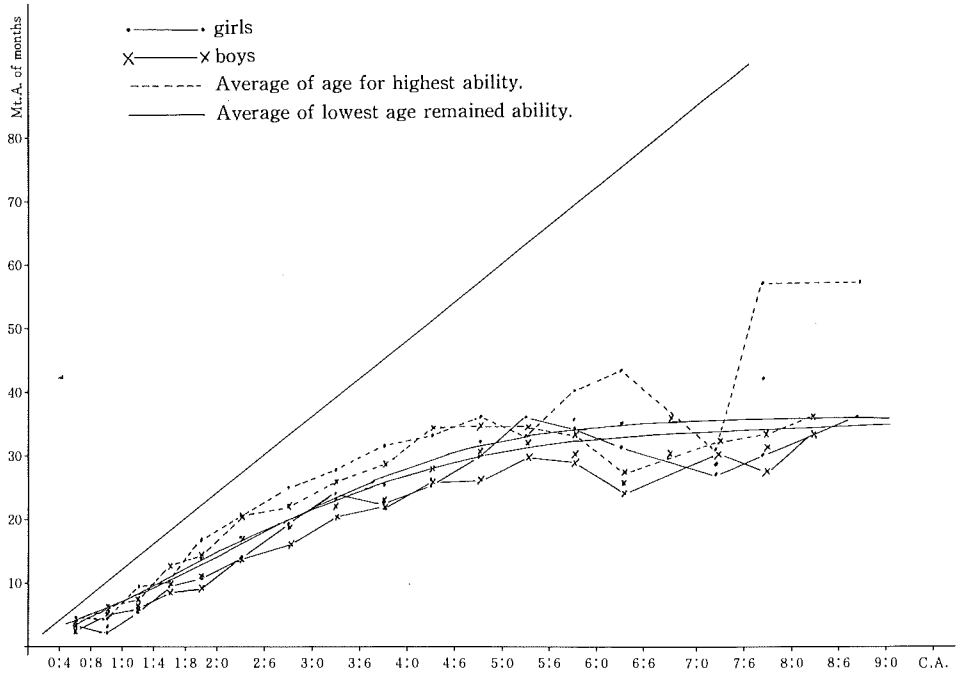


Fig. 7. Social ability in 91 girls 116 boys with Down's syndrome.

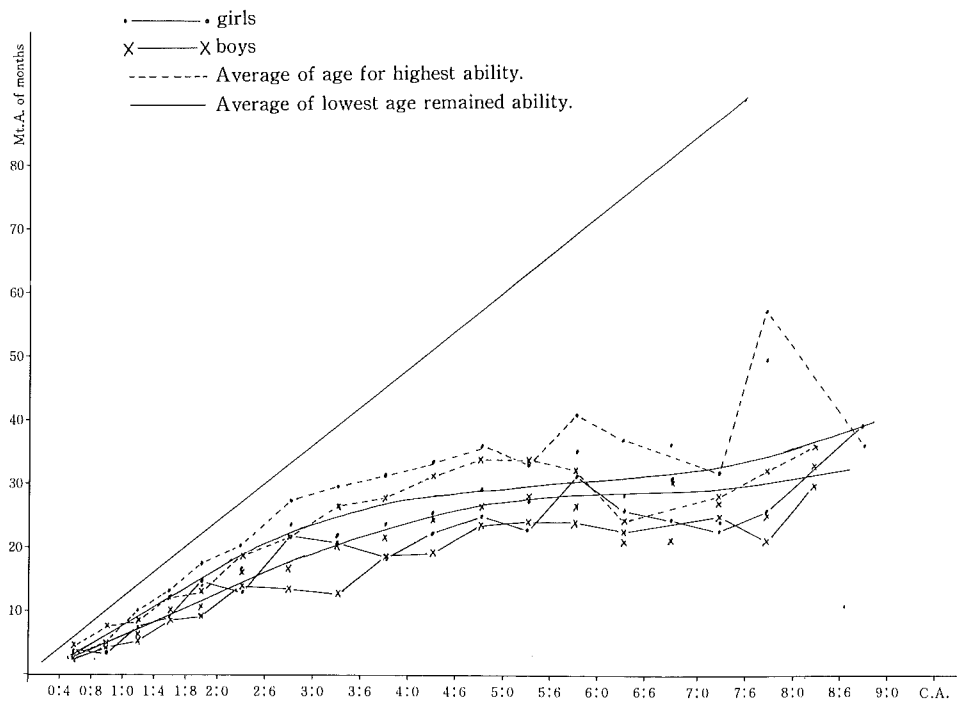


Fig. 8. Ability to eat, discharge and the habits of life in 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.

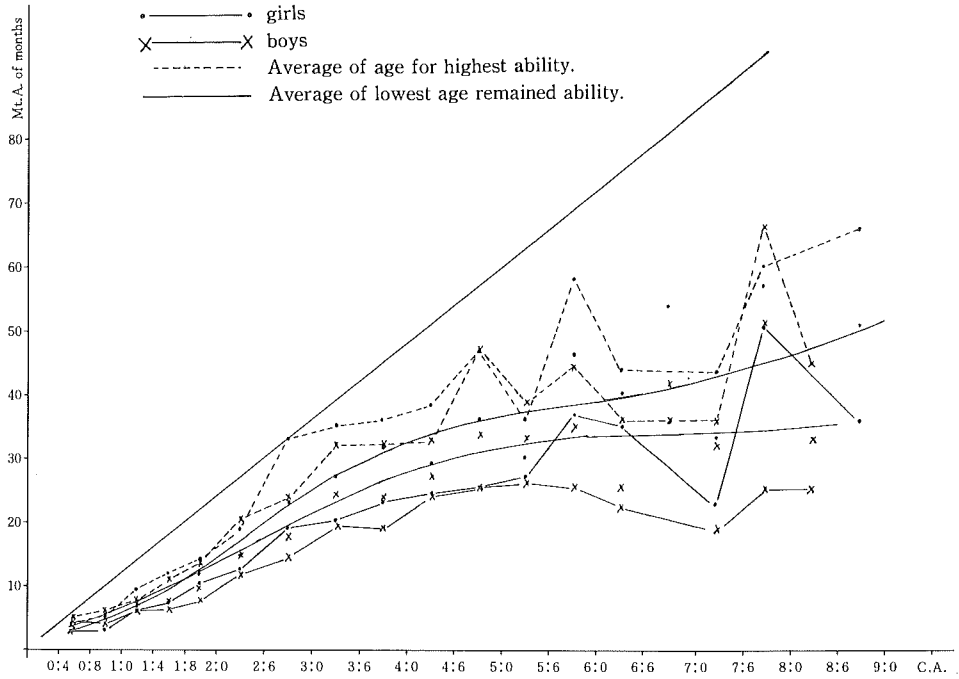


Fig. 9. Ability for understanding and speech in 91 girls and 116 boys with Down's syndrome.

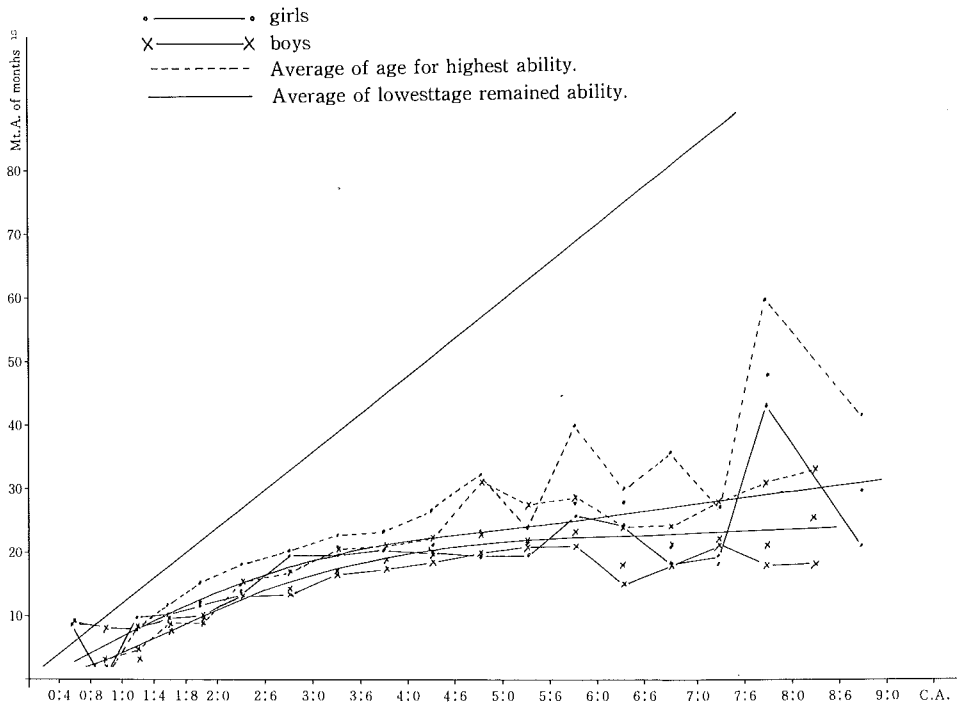


Fig. 10. Development of the weight in Down's syndrome and Normal children.

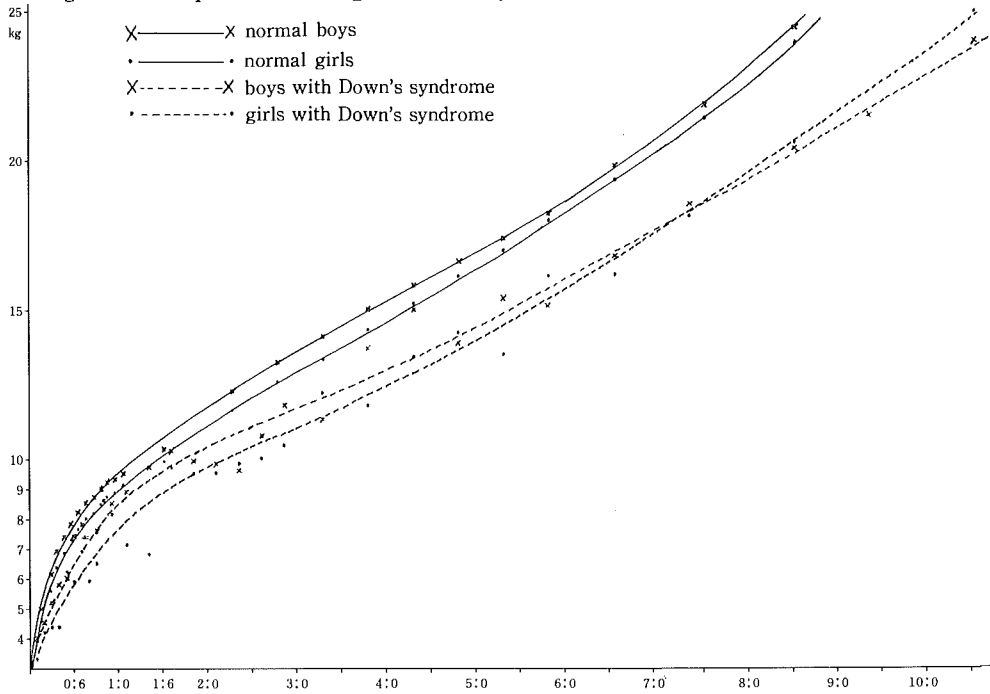


Fig. 11. Development of the height in Down's syndrome and Normal children.

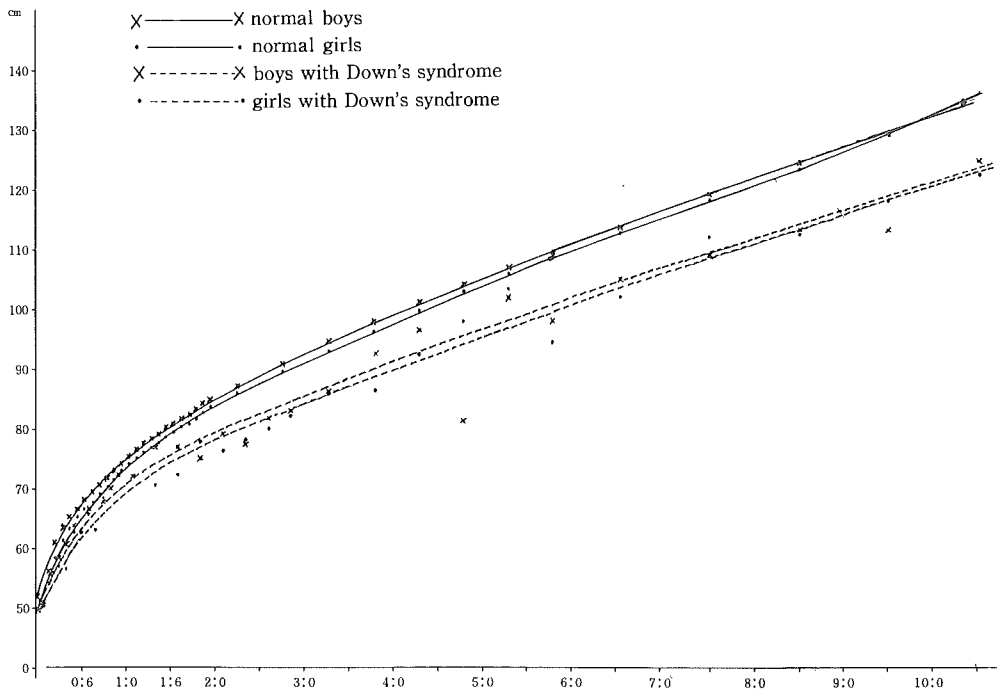
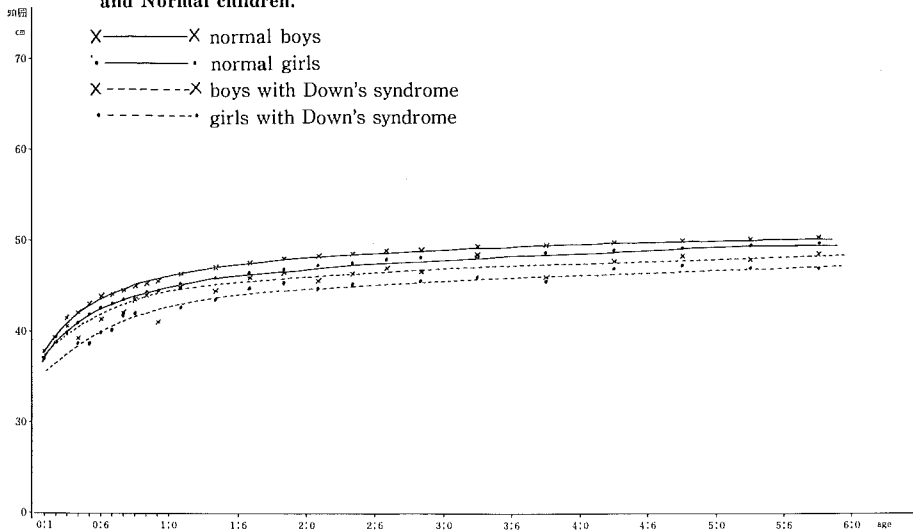


Fig. 12. Development of the circumference of head in Down's syndrome and Normal children.



第3章 ダウン症状群患児の身体発育についての調査結果

ダウン症状群の身体発育は正常児より悪いことが知られている。本調査でも Fig. 10.~12. に示されるようにわが国の平均体位（1960年厚生省調査）と比較して身長，体重，頭囲共に発育の遅滞が認められた。

第4章 ダウン症状群患児の髄液ならびに血液における生化学的検査の結果

ダウン症状群に対する生化学的研究は染色体異常という特殊性から興味を持たれ，種々の結果が報告されている。

トランスアミナーゼはアミノ酸代謝と糖代謝に密接な関係のある重要な酵素である。しかるに，ダウン症状群に関するトランスアミナーゼの研究は未だ報告されていない。

著者はダウン症状群を含む精神薄弱児ならびに正常成人の血液及び髄液中のトランスアミナーゼ活性値を Glutamic Oxalacetic Transaminase（以下 GOT と略す）と Glutamic Pyruvic Transaminase（以下 GPT と略す）について測定し，興味ある結果を得たので報告する。

a 測定材料および測定法

測定に用いた髄液および血清を採取した症例の年齢は Table 20. の通りで，すべて施設入所中のものである。髄液の採取は通常の腰椎穿刺法により，血清は肘静脈より採取した血液より分離した。

検査の対象となった精神薄弱の原因別分類を示すと，Table 21. の通りである。

知能程度による分類を示すと Table 22. のようであり，痴愚31例中にはダウン症状群19例全例が含まれている。

なお，参考までに器質的な中枢神経系疾患を認めず，また，血清 GOT, GPT 活性に影響を及ぼす疾患を認めない成人10名についても測定した。その診断名および測定値は Table 23. に示される通りである。

ダウン症状群

Table 20. Classification on the degree of the age of Mental Retardation

Age	Number
7	4
8	2
9	4
10	4
11	5
12	6
13	10
14	2
15	6
16	0
17	1
18	6

Table 21. Number of Causes of Mental Retardation

	Number
Mental Retardation due to Unknown Causes	25
Down's Syndrome	19
Mental Retardation due to Encephalitis	6

Table 22. Classification on the degree of the Intelligence

	Number
Debility	9
Imbecility	31
Idiocy	10

Table 23. Diagnosis and CSF-GOT, -GPT Activity in 10 Normal Adults

No.	Diagnosis	Sex	age	CSF-GOT Act. *	CSF-GPT Act. *
1	Appendicitis	F	19	29.0	14.0
2	neurosis	M	25	31.2	1.0
3	Psychopath	F	31	35.0	3.0
4	neurosis	F	36	36.0	20.0
5	Psychopath	F	21	37.0	15.0
6	Psychopath	F	40	39.0	12.0
7	Psychopath	F	40	39.0	14.5
8	neurosis	M	35	39.0	6.0
9	Psychopath	F	22	40.0	12.0
10	Psychopath	F	22	43.0	18.0
	Mean			36.8	11.6
	S D			±4.02	±5.86

CSF-GOT, GPT Activity in Normal Children

1		M	10	31.2	1.0
2		M	12	13.6	0.0

* Reitman-Frankel Unit in 1 ml of CSF.

GOTおよびGPT活性値の測定はReitman-Frankel法⁽⁷⁹⁾によったが、採取直後やむをえないときは -20°C に貯え、3日以内に測定した。ただし、用いた髄液は1mlで、試薬は原法通りとした。

活性値は髄液1ml中のReitman-Frankel単位⁽⁷⁹⁾をもってその活性度を示し、血清では0.2ml中の活性値で示した。

b 測定結果

1) 成人の髄液 GOT および GPT 活性値

成人10名の髄液ではTable 23. のように、GOT活性値は29単位より43単位の間分布し、平均36.8単位である。また、著者の測定方法では髄液にもGPT活性の存在を認め、その活性値は1単位から20単位の間分布し、平均11.6単位であった。

なお、正常小児からの髄液採取が不可能なため、2例しか測定のを得なかった。

2) 精神薄弱児の体液 GOT および GPT 活性値

(i) 髄液 GOT 活性値

原因別にみた髄液GOT活性値はTable 24. に示されるように、ダウン症状群は1例のみ30単位とや、低値を示したが、39単位が1例、他は43単位から87単位の間分布し、平均57.6単位と高く、原因不明の精神薄弱では20単位から70単位の間広く分布し、平均44.6単位であり、脳炎後遺症では34単位より58単位の間分布し、平均43.6単位であった。

これをノンパラメトリック法⁽⁴³⁾により中央値の有意差検定を行なうと、ダウン症状群は原因不明ならびに脳炎後遺症による精神薄弱との間に5%水準の有意差をもって髄液GOT活性値が高いことが認められた。なお、原因不明精神薄弱と脳炎後遺症による精神薄弱の間には有意差は認められなかった。

次に、知能程度と髄液GOT活性値との関係をみたのがFig. 15. である。すなわち、知能程度を軽愚(I.Q.75-65)、痴愚(I.Q.65-35)白痴(I.Q.35以下)に分類し、三者間の活性値の分布を検討したが、有意差は認められなかった。

(ii) 髄液 GPT 活性値

原因別にみた髄液GPT活性値はTable 24. に示される通りである。すなわち、ダウン症状群では11単位より19.5単位の間分布し、平均18.9単位であり、原因不明精神薄弱では6.0単位より21単位の間分布し、平均15.8単位であり、脳炎後遺症による精神薄弱では11単位より18単位に分布し、平均14.8単位であった。

なお、三者の間には推計学的有意差は認められなかった。

次に、知能程度と髄液GPT活性値との関係をみたが、GOT活性値と同様に有意差は認められなかった。

(iii) 血清 GOT 活性値

血清GOT活性値は0.2ml当りのReitman-Frankel単位をもって表した。

原因別にみた血清GOT活性値をTable 25. に示した。

ダウン症状群

Table 24. Activity of Cerebrospinal Fluid GOT, GPT in Mental Retardation.

No.	Mental Retardation due to unknown cases		Down's Syndrome		Mental Retardation due to Encephalitis	
	GOT Act. *	GPT Act. *	GOT Act. *	GPT Act. *	GOT Act. *	GPT Act. *
1	20.0	6.0	31.0	11.0	34.0	11.0
2	21.0	17.5	39.0	14.0	36.0	16.0
3	22.5	6.0	43.0	19.0	38.5	12.0
4	25.0	15.0	45.0	17.0	45.5	16.0
5	29.0	12.0	46.0	15.0	50.0	16.0
6	29.0	14.0	51.0	16.0	58.0	18.0
7	31.0	12.0	53.5	16.0		
8	33.2	1.0	55.0	20.0		
9	35.6	0.2	56.0	17.0		
10	41.0	26.0	58.0	18.0		
11	42.6	2.2	60.0	27.0		
12	44.0	18.0	61.0	33.0		
13	45.0	16.0	63.0	23.0		
14	46.5	24.0	66.0	20.0		
15	46.8	17.4	68.0	15.0		
16	51.6	8.8	70.0	23.0		
17	55.0	18.0	70.0	21.0		
18	57.0	28.0	71.0	15.0		
19	58.0	26.0	87.0	19.5		
20	58.4	18.8				
21	61.0	33.0				
22	63.0	12.0				
23	63.0	23.0				
24	66.0	20.0				
25	70.0	21.0				
Mean	44.6	15.8	57.6	18.9	43.6	14.8
S D	± 15.19	± 8.51	± 12.78	± 5.01	± 8.78	± 2.67

* Reitman-Frankel Unit in 1ml of CSF

Fig. 13. Distribution of Cerebrospinal Fluid GOT Activity in Mental Retardation Reitman-Frankel Unit in 1 ml of CSF.

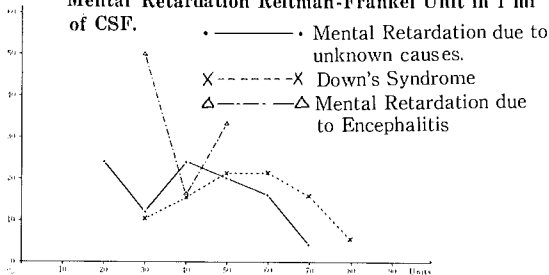


Fig. 14. Distribution of Cerebrospinal Fluid GPT Activity in Mental Retardation Reitman-Frankel Unit in 1 ml of CSF.

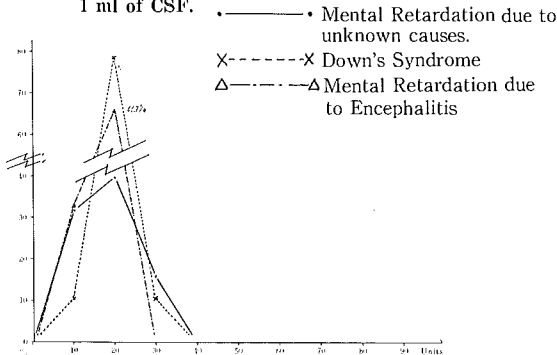


Fig. 15. Distribution of Cerebrospinal Fluid GOT Activity in Mental Retardation Reitman-Frankel Unit in 1 ml of CSF.

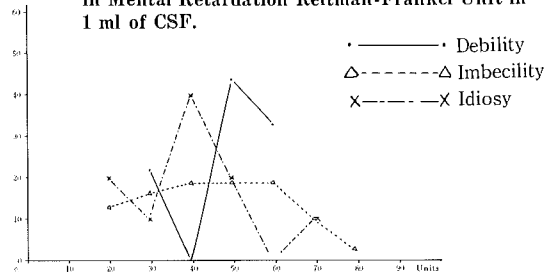


Fig. 16. Distribution of Cerebrospinal Fluid GPT Activity in Mental Retardation Reitman-Frankel Unit in 1 ml of CSF.

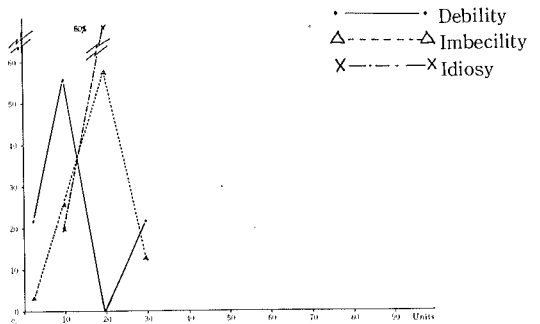


Table 25. Distribution of Serum GOT and GPT Activity in Mental Retardation

No.	Mental Retardation due to unknown causes		Down's Syndrome		Mental Retardation due to Encephalitis	
	GOT Act. *	GPT Act. *	GOT Act. *	GPT Act. *	GOT Act. *	GPT Act. *
1	11.5	2.5	17.0	11.0	11.0	2.5
2	12.0	0.0	19.0	18.0	21.0	27.0
3	12.0	1.0	20.0	7.0	21.0	18.0
4	13.0	0.0	20.0	9.0	25.0	15.0
5	13.0	0.0	21.0	8.0	28.0	21.0
6	13.0	2.5	21.0	20.0	31.0	26.0
7	15.0	3.0	21.5	14.0		
8	15.0	9.0	22.0	23.0		
9	16.0	0.0	24.0	24.0		
10	18.0	10.0	25.0	11.5		
11	19.0	13.0	27.6	15.0		
12	21.0	18.0	28.0	22.0		
13	23.0	21.0	29.0	18.0		
14	24.0	9.0	30.0	17.0		
15	25.0	24.0	32.0	23.0		
16	28.0	11.0	36.0	18.0		
17	31.0	11.0	39.0	32.0		
18	31.0	12.0	39.0	12.0		
19	32.0	14.0	40.0	16.0		
20	34.0	13.0				
21	35.0	14.0				
22	44.0	38.0				
23	45.0	25.0				
24	47.0	32.0				
25	57.0	15.0				
Mean	25.4	11.9	26.9	16.7	22.8	18.3
S D	±12.47	±10.04	±7.18	±6.38	±6.51	±5.13

* Reitman-Frankel Unit in 0.2 ml of Serum

Table 26. Contrast between CSF and Serum Transaminase Activity in Mental Retardation.

	GOT Activity				GPT Activity			
	Down's Syndrome		M. R. unknown cases		Down's Syndrome		M. R. unknown cases	
	CSF	Serum	CSF	Serum	CSF	Serum	CSF	Serum
1	31.0	21.5	20.0	24.0	11.0	14.0	0.2	2.5
2	39.0	28.0	21.0	19.0	14.0	15.0	1.0	9.0
3	43.0	21.0	22.5	34.0	15.0	11.0	2.2	14.0
4	45.0	36.0	25.0	15.0	15.0	32.0	6.0	0.0
5	46.0	24.0	29.0	57.0	15.0	18.0	6.0	0.0
6	51.0	27.6	29.0	25.0	16.0	9.0	8.8	2.5
7	53.0	20.0	31.0	23.0	16.0	23.0	12.0	24.0
8	55.0	19.0	33.2	35.0	17.0	18.0	12.0	21.0
9	56.0	29.0	35.6	32.0	17.0	7.0	12.0	12.0
10	58.0	40.0	41.0	12.0	18.0	22.0	14.0	32.0
11	60.0	22.0	42.6	16.0	19.0	20.0	15.0	13.0
12	61.0	39.0	44.0	44.0	19.5	17.0	16.0	15.0
13	63.0	17.0	45.0	13.0	20.0	8.0	17.4	10.0
14	66.0	21.0	46.5	21.0	20.0	18.0	17.5	13.0
15	68.0	39.0	46.8	18.0	21.0	12.0	18.0	38.0
16	70.0	20.0	51.6	17.0	23.0	11.0	18.0	0.0
17	70.0	32.0	55.0	20.0	23.0	18.0	18.8	11.0
18	71.0	25.0	57.0	31.0	27.0	23.0	20.0	0.0
19	87.0	30.0	58.0	13.0	33.0	16.0	21.0	1.0
20			58.4	31.0			23.0	11.0
21			61.0	11.5			24.0	18.0
22			63.0	28.0			26.0	25.0
23			63.0	15.0			26.0	9.0
24			66.0	13.0			28.0	3.0
25			70.0	12.0			33.0	14.0

ダウン症状群

この結果はいずれも正常値の範囲内であり、推計学的にも三原因間に有意差は認められなかった。

Table 26. は髄液と血清中のGOT 活性値の高低に平行関係がないことを示したものである。

(iv) 血清GPT 活性値

血清GPT 活性値についても0.2ml当りのReitman-Frankel 単位をもって表した。

原因別にみた血清GPT 活性値は Table 25. に示される通りである。各原因間における活性値に推計学的有意差は認められなかった。また、Table 26. に示されるように髄液と血清中のGPT 活性値の高低に平行関係は認められない。

考 按

ダウン症状群発生に関する唯一の完全な調査として、Collman & Stoller によるオーストラリアのヴィクトリア州における調査がある。彼等の調査によれば、1942年から1957年の間におけるヴィクトリア州の全出産数780,168名中ダウン症状群は1,134名であり、これは0.145%または出産688に対してダウン症状群1の割合であるという。

発生率の人種差についてはThompson等⁽⁴²⁾は黒人では10,000の出生に1または2であるといひ、一方、Parker⁽⁷³⁾は白人の発生率に近いと報告しており、なお明らかではない。わが国においては発生率の正確な調査は未だ行なわれていない。また、本調査の対象は発生率の参考にはなり得ない。

ダウン症状群出産時母年令について、Collman & Stoller⁽²⁰⁾は出産実数では27才と37才のところにピークがあり、発生率は母体年令の増加に伴って上昇することを示している。本調査ではピークは27才のみである。この結果はわが国におけるダウン症状群出生の特殊性を示すものではなく、むしろ、わが国における計画出産による高年出産の減少の影響によるものと考えられる。

本調査ではダウン症状群患児が長子であるものが半数近くを占めている。その原因についての推測は困難であるが、初回妊娠による第1子のみをとると母体年令のピークが全国第1子の場合のそれより3年高い方にずれていることは、初産が比較的遅れたものの第1子がダウン症状群である危険性のあることが推測される。

ダウン症状群の発生には、母体に問題がある場合が考えられるが、Gérard Lefèvre⁽³⁰⁾は甲状腺機能に9%の異常を認め、Clark, de Sanctis, Benda⁽⁵⁷⁾は甲状腺機能亢進または低下がダウン症状群出産の母親では一般の母親に比べて2倍の頻度を示したと報告している。また、Geyer⁽³¹⁾によればダウン症状群出産母体のほとんど全例に卵巣不全がみられたという。わが国では未だこの方面の検索は進んでいない。また、これらの異常はダウン症状群発生時に問題になるものであり、本調査時期はそれを可成り過ぎているため、検査の意味が少ないので取り扱わなかった。しかし、このような内分泌系または生殖腺の機能異常を一時的ではなく長期に持っている母体は、それに基く流産が起り易いであろうと考えられる。

Beildeman⁽⁵⁷⁾によると19%、Gérard Lefèvre⁽³⁰⁾によれば27.7%に、Lécuyer⁽⁵⁷⁾は25%にダウン症状群を出産した母体では流産歴が認められるが、標準人口では7ないし10%であると述べている。本調査ではダウン症状群出産母体の流産率は41.9%とはるかに高率を示した。一方、全国の死産率は1966年の厚生省人口動態調査⁽⁵²⁾によれば5.8%になり、欧米のものとは大差はないものと考えられる。本調査において流産率が高い理由は不明であるが、対象が都市に集中していることが考慮されるべきであろう。また、人工流産歴については、わが国の事情を考慮して取り扱わなかった。

ダウン症状群の出生には早、遅産が多い。早産についてはLécuyer⁽⁵⁷⁾は23%、Parker⁽⁷³⁾は31%に対して正常児は12%であると報告している。遅産に関する報告は未だみられない。

König⁽⁵¹⁾はダウン症状群の出生に月別変動があると述べているが、本調査ではTable 3.のようにより早、遅産の甚だしいものがみられた。それ故、出生月にはあまり重要性がないものと考え、ダウン症状群の発生との関係については、むしろ受胎月に意味があるものと考え、調査を行なった。

それによると、全国では4月が最高であり、9月が最低になっており、その他は大きな変動はなく、男女間の差もほとんどない。それに比してダウン症状群では月別変動が大きく、男女差もみられた。このようにダウン症状群の男女の受胎率の変動の間に差がみられることは、ダウン症状群の男女の発生条件に何らかの違いがあることを推測させる。

本調査によると、男女比がほぼ6対4で男子が多くなっている。この点について考察すると、1963年の精神衛生実態調査によれば、精神薄弱の出現率は人口1,000に対して、9才以下では男子5.5、女子4.8、10才から19才まででは男子8.1、女子5.8で、男子がやや多くなっている。一方、1963年のわが国における全出生では男子が多く、出生性比は105.7である。また、死亡者について、Stollerはダウン症状群では幼児期に女子の死亡が男子の2倍近いと報告している。わが国のダウン症状群死亡者の男女比は不明であるが、この辺の事情が本調査の結果として現れたものではないかと考えられる。

ダウン症状群患児妊娠中の経過については不明な点が多いが、染色体異常に基く胎児の異常が何らかの形で感知されるのではないかと考えられる。しかし、このような調査は妊娠中に種々の検査が行なわれる必要があり、事後の調査で知ることは不可能である。そこで著者は母親が比較的良好に記憶していると考えられる、つわり、胎動、切迫流産歴について調査を行なった。

つわりは全妊婦の40~60%に起るとい⁽⁹³⁾うが、軽重の評価が主観によるところが大きいことと、一般妊婦のつわりの程度の分布が不明であるので、評価の資料とはなし難いが、重かったと答えたものが24.8%を示した。一般における妊娠悪阻の発生は400に1とも、2,000に1とも云⁽⁹³⁾われている。

胎動の程度については、同胞との比較調査を行なった。その結果、他の同胞と比べて弱かったと答えたものが半数近くもあつたことは注目に値する。

ダウン症状群妊娠中に切迫流産または子宮出血を経過したものについては、Benda⁽⁵⁾はダウン

ダウン症状群

症状群妊娠中の母体では14~23%であるのに対し、正常妊婦では4%であるといい、Lécuyer⁽⁶⁷⁾は $\frac{1}{6}$ に切迫流産が確認されたと述べている。本調査では33.5%と高率を示している。この面におけるわが国の統計がないので、解釈は困難であるが、対象が都市に集中していることが問題になる。いずれにしてもダウン症状群胎児が流産し易い条件下にあることが推測される。

一般に新生児期の障害は以後の発育に大きな影響を残すので無視できない問題である。

ダウン症状群の出生時体重は Øster⁽⁷⁰⁾によれば、平均男子2,888g、女子2,743gである。本調査でもほぼ同様の結果を得た。しかし、満期産では極度に体重の少ないものはみられなかった。この結果によれば、ダウン症状群の胎内発育は正常児の場合より劣るとはいえ、極度に悪いということとはできない。

ダウン症状群では新生児黄疸の強いものが多いという印象を受けたので、その程度について調査を行なった。その結果は、強かったものが26.8%であり、核黄疸と診断されたものや、数ヶ月も続いたものもみられた。これについては外国にも資料がないので比較できないが、足立ら⁽²⁾によれば、総ビリルビン値15mg/dl以上のものは1,155例中6.8%であるという。原因については免疫作用、肝、脾または造血機能等種々考えられるので解釈は保留したい。

乳児期のダウン症状群児の哺乳量が少ないことは母親を最も悩ませることの一つである。

本調査では哺乳量が少なかったものが実に78.7%にも達している。しかも、甚しいものでは鼻腔栄養に頼ったものや、飢餓状態に陥ったものさえもあった。この状態は乳児を慢性低栄養状態に陥し入れ、その発育を遅滞させる一因となっていると考えられるが、脳の発育に対しても何らかの影響を与えることが推測される。

ダウン症状群はしばしば諸種の身体異常を伴っている。

心臓の異常については Garrod⁽²⁸⁾が指摘して以来多くの報告があるが、その発生率は Penrose⁽⁷⁶⁾によれば12%ないし44%、平均19%である。本調査では男子は7.8%と低率であったが、女子は16.6%でほぼ Penros の平均値に等しかった。

臍ヘルニアは Øster⁽⁷⁰⁾によれば11%に出現しているが、本調査では男子4.9%、女子5.1%と低率であった。

鳩胸についての報告はないが、この異常はダウン症状群の特徴である骨発育不全と関係が深いものと考えられる。

停留睪丸について Benda⁽⁵⁾は出生時のダウン症状群の50%に、Øster⁽⁷⁰⁾は0才から9才までの27%に、15才以上に14%みられたと報告している。本調査では0才より6才までの4.6%と低率であった。

Sutherland⁽⁸¹⁾はダウン症状群にみられる異常の一つとして鎖肛を挙げているが、数の記載はない。著者は4例の鎖肛を発見した。

Cullen⁽²¹⁾によれば、白内障は主として30才以上のダウン症状群に発生するとのことであるが、ダウン症状群の老化が早期に始まることを示唆するものと云えよう。本調査で1例しか見当らなかったのは、対象の年齢が低いためであろう。

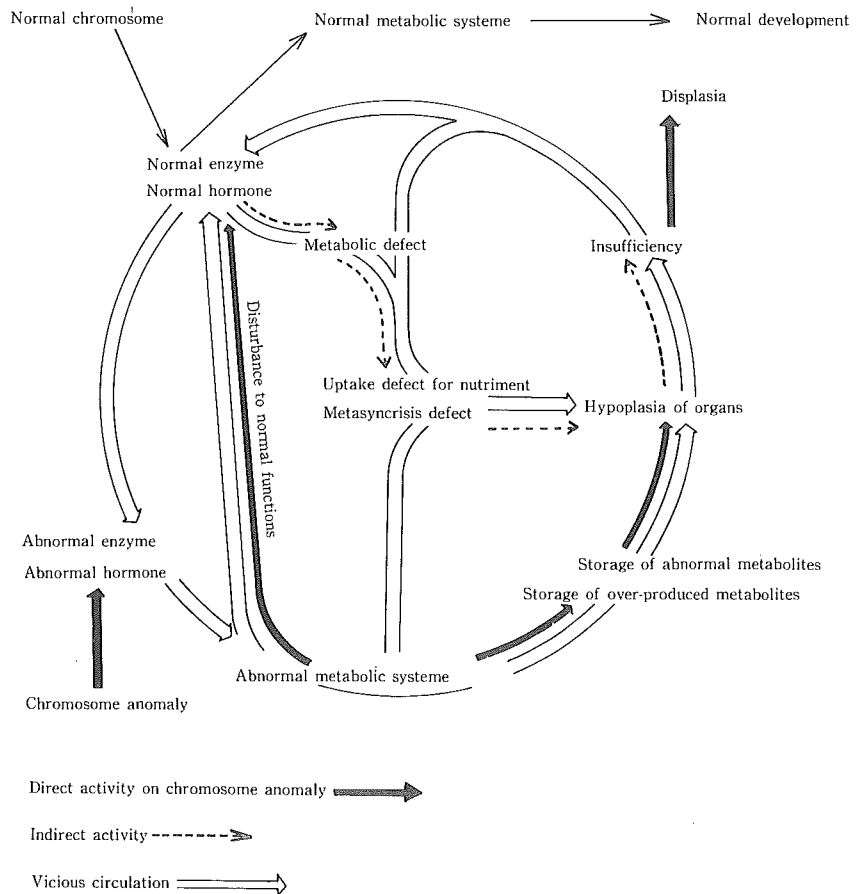
眼球振盪について Eissler & Longenecker⁽²⁵⁾ は15%に発見されるとしているが、Lowe⁽⁶⁰⁾ はダウン症状群の場合は疑眼球振盪として、斜視、眼瞼開角の傾斜または周囲に対する強い関心の欠如等による現象が含まれていると述べているので、本調査では取りあげなかった。しかし、極度の眼球振盪様状態を示すものでは親がそれに気付いているものもある。

斜視は Lowe⁽⁶⁰⁾ によれば67例中22例に固定した斜視を認めており、これは一般における出現率の20倍にあたるという。一方、Benda⁽⁵⁾ はダウン症状群の斜視は少なくともその3%が自然治癒すると述べている。本調査では男子11.5%、女子12.9%であった。

指趾癒合は Gérard Lefèvre⁽³⁰⁾ によれば5%、Øster⁽⁷⁰⁾ は9%発見されるというが、本調査では男子4例、1.2%、女子4例、1.8%と低率であった。

以上の身体異常のうちで、心中隔欠損、臍ヘルニア、停留睾丸、斜視は発育不全の徴候として解釈できるものであり、これらの症状は患児が成長するに伴って自然治癒したものもみられた。

Fig. 17 VICIOUS CIRCLE WITH METABOLIC ANOMALY



ダウン症状群

ダウン症状群の身体発育は新生児期より平均体位を下廻るものが多いが、さらに年齢が進むに従ってその差が開いてくる。Øster⁽⁷⁰⁾によれば1才のダウン症状群の体重は男子7,110g、女子8,200gであり、頭囲は男子38.67cm、女子39.00cmである。また、成人の身長は男子155.5cm、女子144.7cmであり、Penrose⁽⁷⁷⁾によれば男子151cm、女子141cmである。本調査でもFig. 10.~12.のように年齢が進むに従って頭囲、体重、身長が共に一般児の発育に比べて遅滞が著明になっていくことを示している。

この現象についてFig. 17. に示すような因果関係が考えられる。すなわち、染色体異常の直接作用による障害については理解に難くないが、さらにこの異常が本来正常である可き機能に悪影響を及ぼし、これを障害するために種々の二次障害が起されることになる。しかし、母体内にある間は、栄養は胎盤を通じて最も受け入れ易い状態で運搬され、老廃物も正常機能を有する母体によって処理されるため、胎児の発育は比較的良好に保たれるであろう。これに反して、出生後は栄養の消化吸収、老廃物の処理等すべて自己の機能で行なわねばなくなるが、前述のような種々の障害があるため、これらが円滑に処理され難いであろう。これがさらに二次、三次の障害を引き起す悪循環を起すものと考えられる。このような悪条件が重なることによってダウン症状群の発育が遅れ、出生当初は正常児との差が比較的少ないが、年齢が進むにつれて差が大きくなるものと考えられる。

幼児の極端な偏食は身体ならびに知能の発育に影響を与える可能性がある。ダウン症状群幼児の偏食には肉より野菜を好まない傾向が認められた。生野菜を好まないものが特に多いことは、硬い物を好まないのと同じ傾向としても解釈できるが、生野菜独特の味や香りも問題になる。硬い物を好まない傾向は、彼等の筋緊張の低下により顎の力が弱いことが考えられるが、彼等の一部に舌と上顎ですりつぶす特殊な咀嚼法を行なうものがあり、これらのものは硬い食物を舌で口外へ押し出す傾向がみられた。また、極度の偏食のものには味覚や嗅覚が極度に鋭敏であり、そのために嗜好が制限されていると考えられるものもあった。

歩行開始年齢は身体発育のみならず知能発育と密接な関係にある。Levinson, Friedman & Stamps⁽⁵⁹⁾はほとんどのダウン症状群は2才以後に歩行を練習すると述べている。また、Erbs and Smith⁽⁷⁷⁾によれば平均歩行開始年齢は26.8ヶ月であり、Kucera⁽⁵⁷⁾によれば25ヶ月である。本調査では18ヶ月乃至23ヶ月であるから大きな差はないようである。

彼等の歩行遅滞は、一つには知能発達遅滞の影響があるが、ダウン症状群の骨格筋の緊張低下の影響も見逃せない。例えば、歩行練習において、腰、膝のぐらつきがひどいことが目立ち、患児が長時間立つことをきらう傾向が強いことでもわかる。

きき手は大脳半球優位と大脳発達の問題として興味を持たれる。わが国における小中学生の左ききの出現率は7%と云われている。⁽⁹⁴⁾ Table 14. のように、ダウン症状群では完全な左ききは一般における頻度と変りないが、左右未分化のものが多く、完全な右ききは半数に満たないことが判明した。このことは大脳発達過程において半球優位が明確にならない状態が続いていることを推測させる。

ダウン症状群の死亡原因についての調査では肺炎、心疾患が上位を占めている。この結果は Øster 等⁽¹¹⁾と同じ傾向を示している。彼等は感染に対する抵抗力が弱い⁽¹¹⁾ため肺炎に罹り易いことになる。心疾患においては、原因不明の急性心衰弱で死亡したものが多かったことは特記すべき問題であろう。それ故、ダウン症状群の心機能に関して、さらに検討する必要を感じないのである。

ダウン症状群は白血病の罹患率が高いことは、Krivit 等⁽⁵¹⁾や Stewart 等⁽⁹⁰⁾が指摘して以来注目されることとなり、2～3才に多いという。本調査では3名の急性白血病死亡者があったが、わが国の幼児白血病死亡率が不明であるので比較が不可能である。死亡時年齢は3名とも2才台であった。

本調査では結核による死亡者を認めなかったが、Øster 等も同様の傾向を認めており、或はダウン症状群が結核に対して特殊な抵抗性を有しているのではないかと考えられるが、資料の不足のため結論はひかえない。

死亡時年齢は Table 16. のように低年齢層が多かった。この結果は3才をを過ぎると死亡率が減少することを示唆している。

最近の医学の発達⁽¹¹⁾は重症疾患の治癒率を高めていることは疑う余地がない。従って、重症疾患に罹ったもので死をまぬがれた例があるであろうと考えられる。そこで著者は現存のダウン症状群で危篤状態に陥った既往歴を有するものを調べた。それによると現存中のものの36.3%が危篤の既往歴を持っており、その中の2/3は肺炎であった。これらの中には同一人が5回も危篤に陥ったものもあり、他にも2、3回の既往歴を有するものが多数含まれているが、今回は数回の既往歴を持つものもすべて1名として取り扱った。この中には往時の医学では救い得なかったものも含まれていると考えられる。

以上の結果から、①ダウン症状群の死亡率の低下が推測される。②ダウン症状群は短命であるという通念を改める必要がある。③彼等の発生頻度は変化しないにしても、生存数の増加が推測される。

従って、ダウン症状群に対する治療、教育、発生予防等の社会的対策およびその研究が今後の重要な課題となるであろう。

ダウン症状群の知能について一般に痴愚が中核をなすと考えられているが、本調査でも痴愚が中核群になっている。Koch et al⁽⁵⁰⁾はダウン症状群の知能は年齢の増加に伴ってD. Q.が低下するが、Mt. A. は増加すると述べている。Øster もまた年齢の増加に伴ってD. Q. ならびに、I. Q. が低下すると報告している。Zeaman & House⁽⁹⁰⁾は精神年齢の進行率は生活年齢の対数に比例し、知能指数は低年齢期は下向し、成人になるに従って徐々に安定化すると述べている。これを図でみると Fig. 2. のように男女とも3才頃までの指数低下は緩徐であるが、8才頃までの低下は急速になり、以後再び緩徐になっている。これを精神発達年齢で示した Fig. 3. でみると、3才頃までの上昇は比較的大きいが、以後の上昇は小さくなっており、これが指数低下の原因となっている。また、この結果は Koch 等の指摘と一致している。

ダウン症状群

このように精神発達が年齢によって多少の変化を示す理由として、小児の精神発達過程をみると、3才以前と以後では内容が可成り違っており、3才以前の発達は主に個人行動の変化であるが、3才以後では社会的行為の発達へと重点が移ってゆくことを注目する必要がある。この結果は、彼等の個人的行為の発達はある程度順調に発達するが、社会的行為の発達が遅れることを示唆しており、これが成人のダウン症状群が社会に受け入れ難くなっている大きな原因といえよう。

このことは下位検査の中にも現れている。すなわち、個人的行為の要素の多い運動や生活習慣能力は比較的良い発達を示しているが、社会生活能力や理解、言語能力は低い所に停滞している。一般にダウン症状群は社交性が高いといわれているが、幼児期には社交性とも関係の深い社会性能力は低いことがわかった。このことは、あいきょうがよいとか、おせっかいが必ずしも社会性能力と密接な関係にあるとは云えないことを示している。彼等の社会性が低い原因として、幼児期に家庭保護のもとにあるものが多く、対人関係、特に子ども同志の接触の場が与えられないものが多いこと、病弱のため過保護傾向にあることなどを考慮する必要がある。

下位検査において最高可能能力と最低不能能力との開きが大きいほど、その能力の均衡が崩れていることになる。標準的発達を示すものでは最低不能能力曲線が最高可能能力曲線の上に来るべきである。例えば、生活年齢5才0ヶ月の幼児では最高可能能力年齢は5才0ヶ月であり、それ以下の能力は全部発達していることになるから、最低不能能力年齢は5才1ヶ月になる。しかし、ダウン症状群では最高可能能力年齢が最低不能能力年齢の上に来ている。このことは彼等の発達の均衡がとれていないことを示している。最高可能能力と最低不能能力の開きの最も大きいものは生活習慣能力であった。これは訓練による影響を受け易いためであり、少しでも正常に近づけたいという親の欲求による重点的訓練が一部の能力を比較的高くさせる一方、あまり重視されなかった能力は未発達のまま放置されているためであると考えられる。

最高可能能力と最低不能能力の開きの最も少なかったものは、探索・操作、理解・言語の能力であったが、これらの能力は最も遅滞しているものであった。これらは個人の基本的な能力と最も関係が深いと考えられるものであり、環境や訓練の影響を比較的受けにくいことを示したものと云える。

この検査は親の希望によるものであるため、親が知能発達を問題視した要因についても考慮する必要があるが、この点についての調査は行なわなかった。

ダウン症状群の言語発達が極めて遅いことは親の強い訴えの一つである。言語能力は知能発達と関係が深いが、彼等の言語遅滞は他の精薄児の場合に比べて著明であり、また特徴的である。Øster⁽⁷⁰⁾はほとんどのダウン症状群は3才から5才の間に話し始め、女兒の方が男児よりいくらか早いと述べている。Levinson, Friedman & Stamps⁽⁵⁹⁾はダウン症状群のあるものは12ヶ月で言葉を用いるが、他のものは6才まで遅滞する、しかし、大部分のものはほぼ2才で言葉を用いると述べている。始語の時期の判断は親の主観が強く影響する。それ故、著者は彼等の現在の会話能力を調査した。それによると1才では70%以上が言葉を全く用いないが、2

才では80%近くのものゝ1語会話を始めており、女兒に1名2語会話を行なうものがみられた。これは Øster や Levinson 等の説とほぼ一致している。

会話の発達過程の順序においては特殊な傾向はみられなかった。ダウン症状群の言語遅滞の原因について一般に云われていることは、彼等の口腔の構造の異常である。すなわち、高口蓋、厚く長い舌等である⁽⁵⁷⁾。しかし、これらの異常は発音不明瞭の原因にはなるが、会話能力の障害としては基本的なものとは考え難い。他の能力が比較的高いにもかかわらず会話能力の低いものでは、こちらの話し掛けをほとんど把握しており、しかも、可成り正確な指話を行なう能力を持っている。彼等は発声はするが最も簡単な言語すら話さない。しかし、よく観察していると言語に対して強い意識を持っていることがわかる。また、著者は覚醒時には会話をほとんどしないにもかかわらず、寝言を云うものを数例発見した。また、交通事故により意識濁濁を起していた期間は会話能力が高くなり、意識が清明にもどったら会話能力は再び低下した例を経験した。これらの現象を総合してみると、ダウン症状群の著明な言語遅滞には知能遅滞および構音機構の異常以外に何らかの心理的機制が働いているものと考えられる。

ダウン症状群に対する生化学的研究は染色体異常という特殊性から興味を持たれ、多くの結果が報告されている。その中には研究者によって意見の異なるものもあるが、大方の意見の一致しているものでは Table 27. に示すようなものがある。

著者はトランスアミナーゼがアミノ酸代謝と糖代謝に重要な関連があるにもかかわらずその検索がほとんど行なわれていないことに着目し、ダウン症状群を含めた精神薄弱児の髄液および血清中の GOT および GPT の活性値を測定した。参考として測定した成人はたまたま採取の機会を得た一応正常とみなしてよいものである。

その結果は正常成人は、Reitman-Frankel 法⁽⁷⁹⁾で髄液 1 ml 当り 31 単位より 43 単位の間分布した。これは Fleisher 等⁽²⁷⁾、Decker 等⁽²²⁾、Green 等⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾、Brodell 等⁽¹⁶⁾の値とほぼ一致する。しかし、玄蕃等は Reitman-Frankel 法は Wroblewski-Karman 法⁽⁹⁷⁾より低値を示すと述べているので、著者の正常成人の測定値はやゝ高いと云えよう。

その原因は著者が一般のように血清と同量の 0.5 ml または 0.2 ml を用いず、1 ml を用いたためと思われる。著者が髄液 1 ml を用いた理由は、髄液の活性値が血清に比べて極めて低値であるために、活性測定値が不確実になることを恐れたためである。

正常小児については 2 例しか測定の機会を得なかったが、活性値は 31.2 単位と 13.6 単位であった。Abbassy 等⁽¹⁾は正常小児において髄液 GOT 活性を認めることはできないといい、Spolter 等⁽⁸⁶⁾は年齢に平行して活性値が上昇すると報告している。

髄液 GPT 活性についてはいまだその報告をみない。著者は Reitman-Frankel 法によりその存在を認めた。活性値は正常成人では 1 ml 当り 1 単位より 20 単位の間分布し、平均 1.4 単位であった。正常小児では 0 単位と 1.0 単位であった。

精神薄弱児における髄液 GOT 活性は、原因不明の精神薄弱では正常範囲から高値まで広い分布を示し、ダウン症状群では 2 例を除いて正常範囲を越え、脳炎後遺症では 6 例中 3 例が正常

ダウン症状群

Table 27. Abnormal Biochemical Findings in Down's syndrome.

1) serum component		3) endocrine systeme	
total serum proteins ⁽²⁴⁾⁽⁸⁷⁾	lower normal range	hypophysis ⁽⁶⁾⁽⁵⁷⁾	hypofunction
lipoproteins	significantly increased	thyroid gland ⁽⁵⁾⁽²⁶⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁵⁷⁾	middle range between normal and hypofunction
albumin ⁽⁸⁷⁾	decreased	germ gland ⁽⁵⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁸⁰⁾	hypoplasia
gamma globulin ⁽⁷⁸⁾	increased	adrenal cortex ⁽⁵⁷⁾⁽⁷²⁾⁽⁸¹⁾	insufficiency
fibrinogen ⁽⁵⁷⁾	markedly increased	liber ⁽³⁶⁾	hypofunction
hemoglobin ⁽⁵⁷⁾	decreased	4) enzymes	
gultation ⁽⁵⁷⁾	decreased	leucocyte alkaline phosphatase ⁽³⁸⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁷⁴⁾	50 % increased
blood-sugar ⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽⁸⁵⁾	lower normal range	serum pseudocholinesterase ⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁸⁾	decreased
uric acid ⁽⁸⁵⁾	higher normal range	galactose-1-phosphateuridyl-transferase ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾	
creatin ⁽⁸⁰⁾	"	in leucocyte	increased
creatinin ⁽⁸⁰⁾	"	in red cell	normal
V. A. ⁽³⁾⁽⁸⁵⁾	decreased	erythrocyte galactokinase ⁽²³⁾⁽⁵⁴⁾	slightly increased
cholesterol ⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽¹²⁾⁽⁸⁷⁾	slightly increased	erythrocyte phosphohexo-Kinase ⁽⁴⁾	increased
calcium ⁽⁵⁾⁽¹¹⁾⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁸⁾	decreased		
2) blood figure			
slight anaemia ⁽⁵⁷⁾	founded in 2/3 of cases		
leukocytosis ⁽⁵⁾	founded in 72 %		
eosinophilia ⁽⁵⁷⁾	founded in 28 %		
polymorphonucleare ⁽⁵⁷⁾			
neutrocyte	shift to the left		
FEULGEN reaction ⁽⁵⁷⁾	slightly positive		
anisocytosis ⁽⁵⁷⁾	founded in 10 %		

範囲を越えた値を示した。

著者の全般的な精神薄弱に対する測定値は、症例の年齢が若年であることと、Abbassy の幼児に活性が認められないという報告や Spolter の年齢に平行して活性値が上昇するという報告を考慮すると、3群とも髄液 GOT 活性値が正常値より高いものが多いと考えられる。特にダウン症状群では推計学的に他の2群より高いことが認められるので、ダウン症状群の髄液 GOT 活性値は一般に正常値より高いと考えてもまず誤りはないと思われる。

髄液 GOT は Katzman 等⁽⁴⁷⁾によれば、血液・髄液関門によって血液中の GOT の影響を受けないことが認められており、髄液 GOT 活性の増大は、Green 等、Katzman 等、Abbassy 等の報告を総合すると、脳血管障害、脳組織破壊性疾患の一部にみられる。これらの事実よりダウン症状群における髄液 GOT 活性値の上昇の原因を考えると次の2つが挙げられる。

1) 脳細胞内 GOT の髄液中への流出が増加していること。

2) 血液・髄液関門透過性亢進による血液 GOT の髄液への移入の増加

1)の原因として考えられることは、脳細胞の破壊と細胞膜透過性の亢進とであるが、ダウン症状群においては脳細胞の破壊が起っている証據はない。2)は関門作用の役割を演ずる膜の透過性の変化によるものであって、主として血管系の障害や髄膜の炎症の際に出現するといふが、ダウン症状群にこれらの所見を認めた報告はない。従ってダウン症状群における髄液 GOT 活性値上昇の機転については今後検討を要する問題である。

原因不明精神薄弱では髄液 GOT 活性値は正常値より高値までの広い分布を示したが、これは多種類の不明な原因による精神薄弱の集団であることを考慮すれば当然のことであろう。しかし、その分散をみると明らかに2峰性を示し、正常値に山のある群と比較的高値に山のある2群に分類されることは、精神薄弱の原因を追究する上での足がかりを与えるものとして注目される。脳炎後遺症による精神薄弱では一般に高値を示し、その分散は2峰性を示したが、後遺症の軽重、罹患部位との関係などについての追究が必要であり、今後さらに症例を増して検討する必要がある。

髄液 GPT 活性値についても、GOT 活性値の分布と同様の傾向がみられたが、値が低いため、3群の間に有意差は認められなかった。

知能程度による分類と髄液 GOT および GPT 活性値との間に関連性を認めることができなかったことは、各群に様々な原因によるものが含まれているためであろう。

以上に述べた事実は脳の GOT、GPT 活性が知能程度との間に相関性がなく、むしろ、精神薄弱の原因との間に関係があることを示すものと考えられる。

血清 GOT および GPT 活性値はいずれも正常値を示した。この所見はダウン症状群その他の精神薄弱の髄液 GOT および GPT 活性値上昇の原因が血清中のこれらが血液・髄液関門の正常の閾値を越えるまでに上昇したことによるものではなく、脳細胞の変化あるいは関門閾値の低下のいずれかによることを示すものと考えられる。

ま と め

1965年より1969年に至る間に生後1ヶ月より16才までのダウン症状群について、親に対する質問調査と患児に対する身体的、臨床生化学的検査を行なった。

親に対する質問調査による結果では：

- 1) 出産時母年齢は27才を最高にした1峰型を示した。
- 2) 第1子がダウン症状群の場合の出産時母年齢は27才のところにピークがあり、全国の第1子出産時母年齢は24才のところにあり、3年のずれを示した。
- 3) 母体の流産の既往歴は41.9%であった。
- 4) ダウン症状群は一般児に比べて月別受胎数の変動が大きく、男女間にも差がみられた。

ダウン症状群

- 5) 妊娠中におけるつわりの程度は、重かったものが24.8%あった。
 - 6) 胎動は他の正常同胞に比べて弱かったものが約半数を占めた。
 - 7) ダウン症状群妊娠中における切迫流産または子宮出血の既往歴は33.5%であった。
 - 8) 出生時体重は男子平均2,888 g, 女子平均2,912 g で一般出生時体重よりやや少かった。
 - 9) 新生児黄疸の強かったものが26.8%あった。
 - 10) 哺乳量の少ないものが78.7%以上であった。
 - 11) 身体異常の合併したものは男子で27.2%, 女子で37.3%認められた。
 - 12) 食餌の嗜好傾向は、菜食より肉食を好む傾向がみられ、硬いものを好まない傾向もみられた。
 - 13) 歩行開始年齢は平均1才6ヶ月から1才11ヶ月であった。
 - 14) ダウン症状群のきき手には未分化なものが多く、完全な右ききは41.7%であった。
 - 15) 死亡例25例の主な死亡原因は肺炎, 心疾患であり76%を占め, 白血病は12%, 結核による死亡例はなかった。
 - 16) 死亡時年齢は2才以前が76%を占めた。
 - 17) 危篤状態に陥った既往歴を有するものは36.3%におよび, 原因は肺炎が23.4%で約3%を占めた。
 - 18) 言語の発達は2才過ぎからのものが多いが, 遅滞の原因としては口腔の解剖学的構造も問題にはなるが, 心理的機制の方がさらに重要であると考えられる。
 - 19) 知能は痴愚が中核をなし, 低年齢では高い方へ, 高年齢では低い方へ精神発達指数の分布が偏っている。
 - 20) 知能の下位分類の中で訓練の影響を受け易いものは比較的発達が良いが, 基本的能力の影響の大きいものは発達が良くなかった。
 - 21) 彼等は社交性が高いと言われているが, 幼児では社会性能力は低いことがわかった。
- ダウン症状群患児に行なった諸検査の結果については:

- 22) 身体発育は身長, 体重, 頭囲共に出生時は正常児との差が少ないが, 年齢が進むに従って差が大きくなることを示した。
- 23) 髄液 GOT 活性値は他の精神薄弱と比べて有意に増量していることを認めた。
- 24) 髄液中に GPT が存在することを認めたが, 精神薄弱の原因別分類において有意差は認められなかった。
- 25) 血清 GOT, GPT 活性値は正常範囲内であった。

終りに臨み御校閲, 御指導を給った日本医科大学精神医学教室廣瀬貞雄教授ならびに葉田裕助教授に深甚なる謝意を表します。また, 終始御激励下さいました国立精神衛生研究所村松常雄前所長に感謝いたします。なお, 本研究に御便宜, 御協力を給った国立秩父学園, 都立梅ヶ丘病院, 毛呂病院, 八幡学園, 国立国府台病院小児科栗田威彦医長ならびに小鳩会会員の方々に厚く御礼申し上げます。

なお, 種々の事情で本稿の発表が遅れたことを附記する。

文 献

1. Abbassy, A. S. and Aboulwafa, M. H. : Evaluation of transaminase activity in the cerebrospinal fluid in paralytic polimyemyelitis. *J. of Pediat.*, 59 ; 60, 1961
2. 足立昇他 : 新生児黄疸. 日本産科婦人科学会雑誌, 18 ; 7, 1966
3. Auld, R. M., Pommer, A. M., Houck, J. C. & Burke, F. G. : Vitamin A absorption in mongoloid children. *Amer. J. ment. Defic.*, 63 ; 1010, 1959
4. Baikie, A. G., Loder, P. B., deGruchy, G. C. & Pitt, D. B. : Phospho-hexokinase activity of erythrocytes in mongolism : another possible marker for chromosome 21. *Lancet*, 1 ; 412, 1965
5. Benda, C. E. : *The child with mongolism.* New York : Grune & Stratton, 1960
6. Benda, C. E. & Bixby, E. M. : Function of the thyroid and the pituitary in mongolism. *Amer. J. Dis. Child.*, 58 ; 1240, 1939
7. Benda, C. E. & Mann, G. V. : The serum cholesterol and lipoprotein levels in mongolism. *J. Pediat.*, 46 ; 49, 1955
8. Benda, C. E. & Strassmann, G. S. : The thymus in mongolism. *J. ment. Defic. Res.*, 9 ; 109, 1965
9. Berg, J. M., Crome, L. & France, N. E. : Congenital cardiac malformations in mongolism. *Brit. Heart J.*, 22 ; 331, 1965
10. Bixby, E. M. : Biochemical studies in mongolism. *Amer. J. ment. Defic.*, 44 ; 59, 1939
11. Bixby, E. M. : Further biochemical studies in mongolism. *Amer. J. ment. Defic.*, 45 ; 201, 1940
12. Bixby, E. M. : Biochemical studies in mongolism. *Amer. J. ment. Defic.*, 46 ; 183, 1941
13. Bixby, E. M. & Benda, C. E. : Glucose tolerance and insulin tolerance in mongolism. *Amer. J. ment. Defic.*, 47 ; 158, 1942
14. Brandt, N. : Genes on the mongol chromosome ? *Lancet*, 2 ; 837, 1962
15. Brandt, N., Froland, A., Mikkelsen, M., Nielsen, A. & Tolstrup, N. : Galactosaemia locus and Down's syndrome chromosome. *Lancet*, 2 ; 700, 1963
16. Brodell, H. L., Randt, C. T., Morledge, J. H., and Goldblatt, D. : Cerebrospinal Fluid Transaminase Activity in Acute and Chronic Neurologic Diseases. *J. Lab. & Clin. Med.*, 53 ; 906, 1959
17. Brousseau, K. & Brainerd, H. G. : *Mongolism : a study of the physical and mental characteristics of mongolian imbeciles.* London : Bailliere, Tindall & Cox, 1928
18. Careddu, P., Tenconi, L. T. & Sachetti, G. : Transmethylation in mongols. *Lancet*, 1 ; 828, 1963
19. Cohen, P. P. and Hekhuis, G. L. : Rate of transamination in normal tissues. *J. Biol. Chem.*, 140 ; 711, 1941
20. Collmann, R. D. & Stoller, A. : A survey of mongoloid births in Victoria, Australia, 1942-57. *Amer. J. publ. Hlth.*, 52 ; 813, 1962a
21. Cullen, J. F. : Blindness in mongolism (Down's syndrome). *Brit. J. Ophthal.*, 43 ; 331, 1963
22. Decker, B. J., Cardello, L. and Wroblewski, F. : The Clinical Significance of Cerebrospinal Fluid Transaminase (unpublished observations)
23. Donnell, G. N., Ng, W. G., Bergren, W. R., Melnyk, J. & Koch, R. : Enhancement of erythrocyte-galactokinase activity in Langdon-Down trisomy. *Lancet*, 1 ; 553, 1965
24. Donner, M. : An investigation into immunological reactions and antibody production in mongolism. *Ann. Med. exp. Fenn.*, 32 ; Supp. 9, 1954
25. Eissler, R. & Longenecker, L. P. : The common eye findings in mongolism. *Amer. J. Ophthal.*, 54 ; 398, 1962
26. Fisher, D. A., Oddie, T. & Wait, J. C. : Thyroid function tests. *Amer. J. Dis. Child.*, 107 ; 282, 1964
27. Fleisher, C. A., Wakin, K. G. and Goldstein, N. P. : Glutamic-Oxalacetic Transaminase and Lactic Dehydrogenase in Serum and Cerebrospinal Fluid of Patients with Neurologic Disorders. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 32 ; 8, 1957

ダウン症状群

28. Garrod, A. E. : On the association of cardiac malformations with other congenital defects. *St. Barth. Hos. Rep.*, 30 ; 53, 1894
29. 女番昭夫, 林 康之, 中谷 誠, 小田喜君代, 近藤弘司, 森田信行, 木村英和 : 健康人血清正常値の検討 (第3報) ——血清トランスアミナーゼ (SGO-T, SGP-T) 活性値——. *医学のあゆみ*, 44 ; 616, 1963
30. Gérard Lefebvre, M., Mollet, F., Lefebvre, R. et Bernard, F. : Enquête sur le mongolisme dans le Nord de la France. Essai d'étude étiopathogénique. *Arch. franc. Pediat.*, Paris, 10 ; 8, 834-839, 1953
31. Geyer, H. : Zur Aetiologie der Mongoloiden Idiotie. *Z. ges. neurol. Psychiat.*, Berlin, 5 ; 735, 1941
32. Green, J. B., Oldewurtel, H. A., O'Doherty, D. S., Forster, F. M. and Sanchez-Longo, L. P. : Cerebrospinal fluid glutamic oxalacetic transaminase activity in neurologic disease. *Neurology*, 7 ; 313, 1957
33. Green, J. B., Oldewurtel, H. A., O' Doherty, D. S. and Francis, M. : Cerebrospinal Fluid Transaminase Concentrations in Clinical Cerebral Infarctions, *New England J. Med.*, 256 ; 220, 1957
34. Green, J. B., Oldewurtel, H. A., O' Doherty, D. S. and Forster, F. M. : Cerebrospinal fluid transaminase and lactic dehydrogenase activities in neurologic disease. *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 80 ; 148, 1958
35. Greig, D. M. : Skulls of mongolian imbeciles. *Edinb. med. J.*, 34 ; 253 and 321, 1927
36. Griffiths, A. W., Rundle, A. T. and Stewart, A. : Liver Function and Hepatitis in Mongolism. *Amer. J. ment. Def.*, 70 ; 805, 1965
37. Heber, R. : A Manual On Terminology And Classification In Mental Retardation, AAMD, 1961
38. Hook, E. B. & Engel, R. R. : Leucocyte life-span, leucocyte alkaline phosphatase and the 21st chromosome. *Lancet*, 1 ; 112, 1964
39. Horvath, L. (Budapest) : Die Therapie der Downschen Krankheit. Proceedings of the Second International Congress on Mental Retardation, Wien, 1961
40. Hsia, D. Y. -Y., Inouye, T. & Sowth, A. : Studies on galactose oxidation on Down's syndrome. *New Engl. J. Med.*, 270 ; 1085, 1964
41. Hug, E. : Das Geschlechtsverhältnis beim Mongolismus. *Ann. Paediat.*, 177 ; 31, 1951
42. 飯田 誠, 岩下セツ子 : Down's Syndrome に対する乳幼児精神発達検査の結果並びに方法論上の考察. 日本児童精神医学会, 第7回総会, 京都, 1966
43. 岩原信九郎 : 教育と心理のための推計学. 日本文化科学社, 1957
44. Jenkins, R. L. : Etiology of mongolism. *Amer. J. Dis. Child.*, 45 ; 506, 1933
45. Jeremy, H. R. : Cataracts in a mongolian idiot. *Brit. J. Child. Dis.*, 18 ; 34, 1921
46. Jérôme, H. : Anomalies du métabolisme du tryptophane dans la maladie mongolienne. *Bull. Mem. Soc. méd. Hôp. Paris*, 113 ; 168, 1962
47. Katzman, R., Fishman, R. A. and Goldensohn, E. S. : Glutamic-Oxalacetic Transaminase Activity in Spinal Fluid. *Neurology*, 7 ; 853, 1957
48. Kearns, J. E. & Hutson, W. F. : Use of radioactive iodine studies in congenital thyroid aplasia ; differentiation between mongoloid and cretinoid child at birth. *Quart. Bull. Northw. Univ. med. Sch.*, 25 ; 270, 1951
49. Kiosoglou, K. A., Garrison, M., Walker, A. & Wolman, I. J. : The leukocyte, differential and polymorphonuclear lobe counts in mongols and in "organic" mental retardation. *J. ment. Defic. Res.*, 7 ; 69, 1963
50. Koch, R., Share, J., Webb, A. & Graliker, B. V. : The predictability of Gesell developmental scales in mongolism. *J. Pediat.*, 62 ; 93, 1963
51. Konig, K., : *Der Mongolismus*. Hippokrates-Verlag Stuttgart, 1959
52. 厚生省大臣官房統計調査部 : 人口動態統計, 1964~1966
53. Krivit, W. & Good, R. A. : The simultaneous occurrence of mongolism and leukemia. Report of a nation wide suevey. *Amer. J. Dis. Child.*, 94 ; 289, 1956

54. Krone, W., Wolf, U., Goedde, H. W. & Baitsch, H. : Enhancement of erythrocyte-galactokinase activity in Langdon-Down trisomy. *Lancet*, 2 : 590, 1964
55. LaDue, J. S., Wroblewski, F. and Karmen, A. : Serum glutamic oxalacetic transaminase activity in human acute transmural myocardial infarction. *Science*, 120 ; 497, 1955
56. Langdon Down, J. : Observations on an ethnic classification of idiots. *Clin. Lectures and Reports, London Hospital*, 3 ; 259, 1866
57. Lecuyer, R. : 木村高偉訳 : タウン症状群——その医学的・心理学的・社会学的解説——桜楓社, 1967
58. Lejeune, J., Gautier, M. & Turpin, R. : Etudes des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. *C. R. Acad. Sci.*, 248 ; 1721, 1959b
59. Levinson, A., Friedman, A. & Stamps, F. : Variability of mongolism. *Pediatrics*, 16 ; 43, 1955
60. Lowe, R. F. : The eyes in mongolism. *Brit. J. Ophthalm.*, 33 ; 131, 1949
61. Lundin, L. G. & Gustavson, K. -H. : Urinary BAIB excretion in Down's syndrome (mongolism). *Acta genet.*, Basel 12 ; 156, 1962
62. Malpas, P. : The incidence of human malformations. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, 44 ; 434, 1937
63. Malzberg, B. : Some statistical aspects of mongolism. *Amer. J. ment. Defic.*, 54 ; 266, 1950.
64. McCoy, E. E. & Chung, S. I. : The excretion of tryptophan metabolites following deoxy-pyridoxine administration in mongoloid and non-mongoloid patients. *J. Pediat.*, 64 ; 227, 1964
65. Mellman, W. J., Oski, F. A., Tedesco, T. A., Maciera-Coelho, A. & Harris, H. : Leucocyte enzymes in Down's Syndrome. *Lancet*, 2 ; 674, 1964
66. Nelson, T. : Serum protein and lipoprotein fractions in mongolism. *Amer. J. Dis. Child.*, 102 ; 115, 1961
67. Nowell, P. C. & Hungerford, D. A. : A minute chromosome in human chronic granulocytic leukemia. *Science*, 132 ; 1961, 1960
68. O' Brien, D. & Groshek, A. : The abnormality of tryptophan metabolism in children with mongolism. *Arch. Dis. Childh.*, 37 ; 17, 1962
69. Ormond, A. W. : Notes on the ophthalmic condition of forty-two mongolian imbeciles. *Trans. ophthal. Soc. U. K.*, 32 ; 69, 1912
70. Øster, J. : *Mongolism*. Copenhagen : Danish Science Press Ltd. 1953
71. Øster, J., Mikkelsen, M. & Nielsen, A. : The mortality and causes of death in patients with Down's syndrome (mongolism). *Int. Copenhagen Cong. Sci. Study Ment. Retard.*, 1 ; 231, 1964
72. O' Sullivan, J. B., Reddy, W. J. & Farrell, M. J. : Adrenal Function in mongolism. *Amer. J. Dis. Child.*, 101 ; 37, 1961
73. Parker, G. F. : The incidence of mongoloid imbecility in the newborn infant. *J. Pediat.*, 36 ; 493, 1950
74. Pegg, P. J. : Leucocyte life-span ; leucocyte alkaline phosph-atase and the 21st chromosome. *Lancet*, 1 ; 557, 1964
75. Penrose, L. S. : A clinical and genetic study of 1,280 cases of mental defect. *Spec. Rep. Ser. med. Res. Coun. No. 229*. London : H. M. S. O. 1938b.
76. Penrose, L. S., Ellis, J. R. & Delhanty, J. D. A. : Chromosomal translocations in mongolism and in normal relatives. *Lancet*, 2 ; 409, 1960
77. Penrose, L. S. and Smith, G. F. : *Down's Anomaly*. London J. & A. Churchill Ltd. 1966
78. Pritham, G. H., Appleton, M. D. & Flack, E. R. : *Biochemical studies in mongolism. I. The influence of environment on the concentrations and mobilities of plasma proteins*. *Amer. J. ment. Defic.*, 67 ; 517, 1963
79. Reitman, S. and Frankel, S. : A colorimetric method for the determination of serum glutamic oxalacetic and glutamic pyruvic transaminases. *Am. J. Clin. Path.*, 28 ; 56, 1957
80. Rundle, A. T., Dutton, G. & Gibson, J. : *Endocrinological aspects of mental deficiency. I. Testicular function in mongolism*. *J. ment. Defic. Res.*, 3 ; 108, 1959
81. Sandrucci, M. G. & Piccotti, M. L. : La funzionalita cortico-surrenalica nel mongolismo. *Minerva pediat.*, 9 ; 1368, 1958

ダウン症状群

82. Shuttleworth, G. E. : Mongolian imbecility. Brit. med. J., 2 ; 661, 1909
83. Skeller, E. & Øster, J. : Eye symptoms in mongolism. Acta ophthal., 29 ; 149, 1951
84. Smith, T. T. : A peculiarity in the shape of the hand in idiots of the mongol type. Pediatrics, 2 ; 315, 1896
85. Sobel, A. E., Strazzulla, M., Sherman, B. S., Elkan, B., Morgenstern, S. W., Marius, N. & Meisel, A. : Vitamin A absorption and other blood composition studies in mongolism. Amer. J. ment. Defic., 62 ; 642, 1958
86. Spolter, H. and Thompson, H. G. : Factors affecting lactic dehydrogenase and glutamic oxalacetic transaminase activities in cerebrospinal fluid. Neurology, 12 ; 53, 1962
87. Stern, J. & Lewis, W. H. P. : The serum cholesterol level in children with mongolism and other mentally retarded children. J. ment. Defic. Res., 1 ; 96, 1957b.
88. Stern, J. & Lewis, W. H. p. : Calcium, phosphate and phosphatase in mongolism. J. ment. Sci., 104 ; 880, 1958
89. Stern, J. & Lewis, W. H. P. : The serum lipoproteins of mentally retarded children. J. ment. Sci., 105 ; 1012, 1959
90. Stewart, A. M., Webb, J. & Hewitt, D. : A survey of childhood malignancies. Brit. med. J., 1 ; 1495, 1958
91. Sutherland, G. A. : Mongolian imbecility in infants. Practitioner, 63 ; 632, 1899
92. Thompson, W. H. : A study of the frequency of mongolianism in negro children in the United States. Proc. Amer. Ass. ment. Def., 44 ; 91, 1939
93. 武沢鎮磨 : 妊娠悪阻, 産婦人科の世界, 19 ; 1, 1967
94. 時実利彦 : 脳のすべて, 毎日新聞社, 1962
95. Tredgold, A. F. : Mental deficiency (amentia). London : Baillière, Tindall & Gox, 1908
96. 津守 真, 稲毛教子 : 乳幼児精神発達診断法, 大日本図書, 1961
97. Wroblewski, F. : The Clinical Significance of Transaminase Activity of Serum. Amer. J. Med., 27 ; 911, 1959
98. Wright, S. W. & Fink, K. : The excretion of beta-aminoisobutyric acid in normal, mongoloid and non-mongoloid defective children. Amer. J. ment. Defic., 61 ; 530, 1957
99. Zeaman, D. & House, B. J. : Mongoloid M. A. is proportional to log C. A., Child Development, 33 ; 481, 1962

精神障害者発見のための集団検診の一試み

中 川 泰 彬
高 橋 和 明

はじめに

臨床精神医学において、精神障害者の早期発見は治療上大切なことであるが、精神衛生活動においても一つの重要な目標に考えられる。

精神障害者が病院、診療所を訪れる時の多くは、家族、職場などで他人が障害者の精神異常に気づき、障害者に診断、治療を勧告する場合、障害者本人が何らかの精神異常に気づく場合などであるが、この時点では一般に顕著な精神症状が出現していることが多い。

極めてわずかな精神異常が見られたときに受診させることが精神障害者の早期発見となるが、現実的にはこれを阻止していると考えられる不十分な精神衛生知識、障害者の病識の欠除、障害者への社会的偏見、精神科医療体制の不備などの要因がある。

精神障害者の早期発見にはこれら阻止要因を除去し、改善することも必要であるが、積極的な早期発見の活動もまた大切であろう。

著者らは脳波検査を精神衛生領域へ応用することを目的に、集団検診のための脳波処理装置（以下集団検診用脳波計という）を開発し、その臨床脳波学的検討、検査自体のための技術的検討を行ないその結果を報告した。（第1報、精神々経学雑誌72巻2号、昭和45年2月、第2報、精神々経学雑誌75巻9号、昭和48年9月）

今回は集団検診用脳波計による検査を主体に、その他の精神医学的検査を併用して、精神障害者の早期発見を目的に一つの集団検診の試みを行なったので、その結果を報告する。

方法論

精神障害者の集団検診の実施には、多人数の集団を対象に集団検診を行ない、問題例を選別、精査して、精神障害者を発見する集団検診の実際的方法論の問題と、発見された精神障害者に、適切な精神医学的処置を実行する精神衛生管理の問題がある。しかしこの研究の主たる目的が集団検診を通じての精神障害者の発見にあるので、集団検診の実際技術の方法論を中心に述べる。

一般にこの技術的方法論は極めて多様であり、原則的な確立した方式があるわけではない。それはこれらの方法論が集団検診の目的、対象疾患、集団検診の検査技術、集団のもつ社会的特性などの諸条件に沿った方法論があるからである。集団検診を実施するには、これらの実際的方法論について考え、最も適切な方法を選択する必要がある。

集団検診の対象疾患についていえば、精神疾患には、原因、病態、経過などが比較的解明さ

れているものから未知のものまでがあり、千差万別なので精神疾患全般を対象とすることはできない。さしあたり精神疾患のなかで比較的解明されている疾患、たとえば器質的原因による疾患などを選択することが大切であろう。しかし内因性疾患、たとえば分裂症、躁うつ病は、原因、病態などが器質性の疾患に比して不明な点が多いが、精神衛生上無視できない対象である。したがってこの試みでは器質的原因による精神疾患、てんかん、脳腫瘍、薬物中毒、脳梅毒などと、内因性精神疾患である分裂症、躁うつ病を暫定的な集団検診の対象疾患とした。

集団検診の手段として、集団検診用脳波計による脳波検査を主体に、簡単なペーパーテストとしてU.P.I.（最近、大学の学生の精神衛生活動に用いているM.M.P.I.の改訂抄録版である。University Personality Inventory）、職場の勤務状況、対人関係、行動をとらえている人事管理に関する資料、診療所の記録などを参考にし、短時間の精神医学的面接を行なった。それは器質的な原因による疾患を発見するのに、脳波検査、診療所記録、短時間面接が適しており、内因性精神疾患にはU.P.I.、人事管理に関する資料、短時間面接が適していると考えられるからである。

内因性精神疾患の診断には、種々のペーパーテストが応用されているが、一般にテストは質問項目が多く、記載方法が複雑で、テストの解釈も容易ではない。U.P.I.を採用したのは精神疾患の診断に価値が認められているM.M.P.I.の抄録版であること、質問項目が比較的少ないため簡単であり、集団検診に適しているという理由からである。

以上の検査、面接の結果を精神科医が総合的に考慮、判断し、問題例には精神科診察、従来どおりの脳波検査を受けさせ、精神医学的治療の要否を決めた。

集団についていえば、いかなる職業に従事している集団であるか、あるいはどんな目的をもった集団であるか、またその集団を構成する個々の人々が何を考えているか、集団検診に対していかなる期待、感情をもっているかなどの要因が集団検診の進め方を規定するといえる。これについては各々の集団のところで述べる。

以上のことを考慮しつつ、これまでの精神衛生の実践活動を参考にして、実際技術の方法論を決めるのがよいといえよう。しかしこの研究は、はじめての試みであるために、試案的な要素があることは否定できない。ここで採用した方法論については考察でもふれるが、今後試行錯誤をくり返しながらか、将来最善の方法論が選定されるものと考えられる。

対 象

3つの集団を対象に集団検診を行なった。そのうち2つの集団が今回の研究の対象である。
〈交通刑務所〉

今回の研究の対象となった人はほぼ全員の384名である。

刑罰的立場からではなく、教育的立場から法務省が昭和39年、千葉県に設立した交通刑務所で、交通事件の実刑者のみを収容している。収容能力は600名であるが、実際は450名から550名である。敷地は50,000坪、十数棟の建物があり、生産作業を目的とした味噌、醤油生産工

場、自動車用部品生産工場、洗濯工場、農場など、再訓練のための自動車運転学校、職業教育訓練学校がある。

ここの受刑者は交通犯罪を犯して、関東地方の一般刑務所に服役中の者の中から成績、態度が良好で比較的刑期の短い人（3ヶ月～2年）が選ばれここに移される。

受刑者はこの刑務所に来ると、約10日間の独房生活を送り、その後各種工場へ配置される。刑期終了間近になると刑務所外の一般工場などに作業に行くこともある。受刑者の職業は多種にわたっており、自動車運転手、会社員、工員が多い。

この刑務所の受刑者の特徴は一般刑務所に比して従順で、礼儀正しい人達であるということができる。それは交通犯罪は一般犯罪にくらべ比較的悪質な者が少ないこと、この刑務所に移る前の一般刑務所での服役態度が良好であること、交通犯罪者の中で教育的立場から刑期を送るのに適した人が選ばれて移されること、刑期が短いことなどの理由によるものと思われる。

しかしこの受刑者集団は一般集団と異なった社会的特性をもっているといえる。この集団の社会的特性について調査したわけではないが、刑務所の管理者との話合いから、受刑者の意識の基本は出来るだけ平穏に刑期を終えることを望み、従順ではあるが周囲の事象に無関心になろうと心を閉じていることだという。

医療施設として診療所があり、内科医が常勤している。精神衛生、カウンセリングの面では心理学専攻の職員が2名おり、受刑者の適切な処遇、相談などを行なっている。今回の集団検診には心理学専攻職員が中心となり、処遇部職員、看守職員、診療所医師などが協力体制を作ってくれた。

刑務所側の集団検診に対する要望は、受刑者はこの刑務所に移される前に身体的、精神的諸検査を受け異常のない正常健康人であることが確認されているが、多くの人が交通事故と何らかの関係があり、また頭部外傷の既往をもつ人が多いこともあって、精神衛生管理上この刑務所独自の脳波を中心とした検診を希望していた。したがってこの希望に著者らが協力するという形で集団検診を実施した。

集団検診を通じ精神医学的問題例が発見された場合は、診療所の内科医、精神科嘱託医が中心となり更に精査の上、刑務所が主体性をもって精神医学的処置を行うことを協議の上決めた。
〈電気機器メーカー〉

大手の電気機器メーカーで、従業員は5,000名、川崎工場は主要工場で約3,000名の従業員がいる。主としてテレビ、レコード、ラジオ、ステレオなどの電気音響機器を作っている。川崎工場ではベルトコンベアシステムを採用しているので、3,000名の年齢構成の特徴は20歳前後の女子が大多数を占めていることである。作業内容が単純であるため若い20歳台の人々にはこの単純性に不満をもつ人が多いという。

今回の研究の対象となった人はこの中の157名である。この集団検診のため診療所の医師が、集団検診の目的、必要性を工場長および部長などの管理者に認識させ、各職場の3,000名に対して希望者を募った。その結果750名（約25%）の希望者があった。しかし工場業務に支障を

精神障害者の集団検診の一試み

きたさない範囲で行なってほしいという工場側の希望があり、このためには順調に集団検診を行ない、数日以内に終了する必要がある。750名全員を対象とすることは無理であると考えたので157名に縮小した。15～20歳、39名、21～25歳、49名、26～30歳、28名、31～35歳、14名、36～40歳、8名、41～45歳、10名、46歳以上9名で、15歳より30歳までが大多数で、男性82名、女性75名である。157名の集団検診を受けた人々の中には問題があって希望した人々もいるものと想像される。

企業体の集団検診に対する希望は、従業員に精神衛生の知識を普及してほしいとのことであった。この工場には診療所があり、内科専攻の産業医が中心となって活動している。（看護婦3名、事務職員5名、カウンセラー1名が診療所勤務）この診療所の主要業務は1日約30～50名の外来患者の診療であるが、予防衛生、精神衛生にも関心をもち活動している。

集団検診の実施

集団検診の一般的方法論についてはすでに述べた。ここでは実際の立場から、集団検診を実施するにあたっての対象となる集団の特性を考慮しながら進める実際的、具体的実施方法について述べる。

〈交通刑務所〉

この対象者は384名である。この集団の脳波の集団検診を行なう場合、集団検診の説明、U.P.I.の記載、集団検診用脳波計による検診、従来の脳波検査、脳波検査に対するアンケートの記載を行なうのに、1人1時間あるいは2時間必要とするので、1日約50～100名を対象とするのが能率的であると考えられる。したがって全員の集団検診に5日間予定し、1日約70名、1時間毎に約10名を検診するプランを刑務所の心理学専攻の担当者と相談しながら作製した。

集団検診には約400㎡の大きな部屋と80㎡の小さな部屋とを用いた。大きな部屋には集団検診用脳波計1台、脳波計3台、テーブルなどと、精神科医1名、脳波技術者8～9名、助手2～3名を配置した。小さな部屋には精神科医1～2名、助手2～3名を配置した。

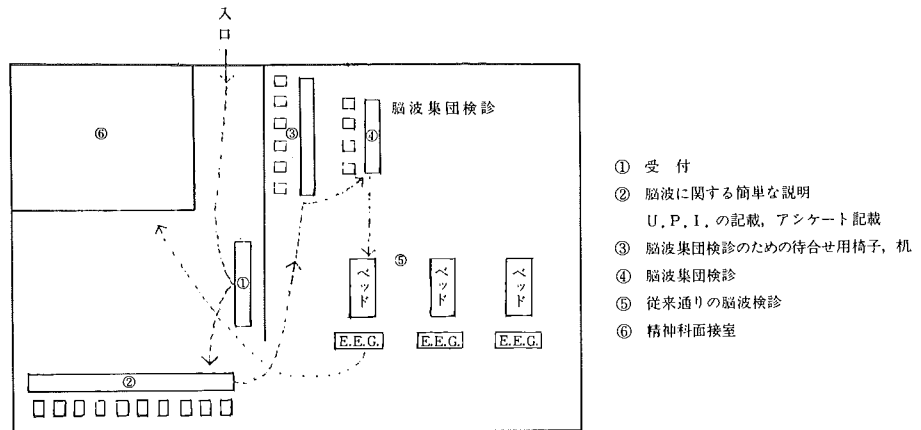
約10名の受刑者を最初に小さな部屋に入れ、第1ステップとして集団検診、脳波検査の概要を説明した。この約2～3分間の説明内容の骨子は、脳波検査、その他のテストの結果が個人あるいは全体の精神衛生のために有効に用いられるものであること、脳波検査には危険がないこと、検査の順序などである。第2ステップとしてU.P.I.を記載させた。人によって異なるが5～10分必要とし、その記載態度は個人によってまちまちであった。第3ステップとしてこれまでの身体、精神疾患の既往、性格、現在の自覚症、訴えなどを中心に、精神科医が面接して聴取した。第4ステップとして集団検診用脳波計で脳波検査を能率的に行なった。集団検診用脳波計でN（異常を含む正常以外）の人には、第5ステップとして従来通りの脳波検査（8誘導、安静時単極誘導5分、双極誘導3分、深呼吸3分、深呼吸後2分）を行なった。

刑務所の指導課から、精神衛生管理上の個々の人々の問題点を資料として前もって提出して貰っているので、この資料、集団検診用脳波計のデータ、医師による短時間面接のデータを基

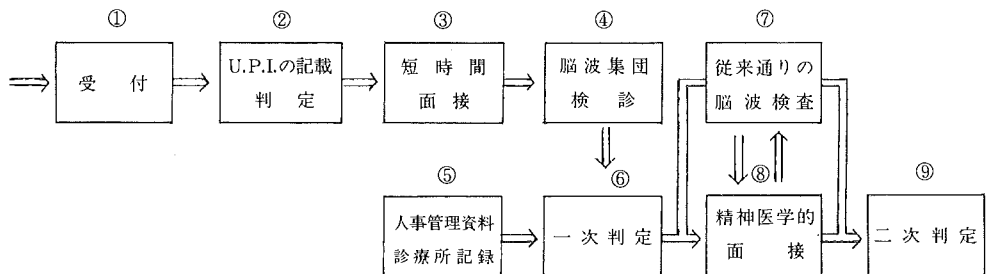
に精神医学的面接の必要のある者は、その後約5～10分の面接を行ない、問題点を明らかにした。これらの一連の検査の後、再び感想をアンケートに記載して貰った。

(第1図、第2図参照)

第1図



第2図



この脳波集団検診の実施には、二・三の点について特に注意する必要がある。第1の点は準備と事前調査である。集団検診を行なう場合、その対象人員とその対象となる集団の特性を考えて、著者を含む3人が1週間前に交通刑務所を訪れ、プランの具体的な打ち合わせを行なった。その場合集団検診を行なう相手方の希望と集団検診を行なう側との目的を双方で十分に理解しあった。この相互理解を充分行なうことが集団検診を成功させる基本となる。実行するための物理的条件についての打ち合わせもまた大切である。この打ち合わせを充分に行なわないと集団検診が円滑に実行されないことになるであろう。第二の点は検診者が検診に際して、一致、協力しあわなければならないということである。集団検診は15～20名の協力者のチームワークで実施する以上、集団検診の目的、集団検診実行上の各人の役割、位置づけを各協力者が十分に理解する必要がある。実施の前日、協力者全員で約1時間の話し合いを行なった。第三の点は円滑、迅速な連絡システムを作っておかなければならないという点である。実施にあたっては予期しない問題が起る。その場合のチーム・リーダーへの連絡、集団検診を受ける側の責任者への連絡、相談が円滑且つ迅速に行なわれる必要がある。

精神障害者の集団検診の一試み

〈電気機器メーカー〉

対象者は157名である。この集団の脳波集団検診を行なうのに2日間を予定した。157名の検査に要する日数及び時間については、診療所の医師と著者らが相談して決定したが、ほぼ1時間10名の割合になるように配分した。

約70㎡のレントゲン室と診療所の一部を集団検診のための部屋として用意した。集団検診用脳波計1台、脳波計2台を前々日に運搬した。この集団検診には著者ら精神科医3名、脳波技術者7名、助手3名が担当し、診療所側から診療所長（内科）、看護婦2名、事務職員2名が協力した。

受付にて、職場、名前を確認し、U.P.I. の記載、集団検診用脳波計による検査を、一部の人のについては短時間の精神医学的面接、従来どおりの脳波検査を行なった。検査終了時に感想アンケートを渡し、2、3日後に回収した。

個人の健康状態については診療所の記録から、極めて少数の人々の職場の人間関係などについては人事課の資料から、診療所の医師の判断によって作製したものを検査当日に提出してもらった。

集団検診システムの基本は交通刑務所で行なったと同様である。なお実施面において、脳波検査後に電極着装に用いた電極糊の清掃に1人の看護婦がその役を担当した。女性被検者においては、特に美容上配慮しなければならないことであり、病院におけるとは異なった集団検診上の注意すべき問題であった。

集団検診における諸検査の判定基準

1) 精神衛生、健康状態、人事管理に関する資料について

集団検診を行なう前に得られる個々の人々の資料である。これらの資料は、工場では人事管理課、工場診療所の職員が、交通刑務所では主として処遇部の職員がそれぞれ作製したものである。したがって人事管理担当者は人事管理的立場から、内科医は内科的立場から、処遇部の職員は管理的立場から作製した資料であるので、集団検診のためには精神医学的立場から資料を見なおし、再検討する必要がある。

人事管理資料からは主として個々の人々の性格特性、異常行動を知る意味で役立つ。これらの記載を精神科医が読み、それを参考にして精神医学の対象となる異常あるいはその疑いのあるものについては面接時により多くの時間をかけた。

診療所記録からは既往歴と現在の身体状態の情報が得られる。内科疾患で特に脳、精神疾患に関係があるものについてはより詳しい面接、検査を行なった。たとえば、梅毒の既往があり現在ワッセルマン陽性の人には、面接で脳梅毒を念頭におき、脳波検査では集団検診用脳波計による検査のみならず、従来通りの検査を行なった。

2) U.P.I. について

U.P.I. は60の精神的、身体的状態その他に関しての質問から成り立っている。したがって

被検者が正しく記載するならば、個々の人々のそれらの詳しい内容を知ることができる。

記載内容から精神、身体状態その他を総合的に判断したが、精神障害を疑わせる記載がある場合はそれに留意し詳細な面接を行なった。

今回の集団検診では脳波検査に一つの支点をおいているので、脳波異常を示唆する、すなわち頭痛、怒りっぽい、目まい立ちくらみ、気を失ったりひきついたりするの4項目に注目し、このうち2項目以上記載のある場合は集団検診用脳波計、従来通りの脳波検査の双方を行なった。

3) 短時間面接について

検査場の物理的理由から主として資料およびU.P.I. に記載されたことの確認に中心をおいた。具体的には健康状態、身体的、精神的な面について、1~2分間面接した。

4) 集団検診用脳波計による検診

この脳波計は、基礎律動を分析し、基礎律動の4つの情報を数量化、客観化し表示するので、それらが正常カテゴリーに入るか、異常カテゴリーに入るかを判断基準から区分できる。その結果から判別関数法を用いて計算し、 N (正常) か \bar{N} (異常を含む正常以外) の二つに診断した。[※] \bar{N} 全員に従来通りの脳波検査を受けさせ脳波診断を確定した。

5) 従来通りの脳波検査、精神医学的面接

脳波検査の判定は臨床における脳波診断と全く同様であり、また精神医学的面接も一般精神科臨床で行なっている面接である。正常あるいは異常の判定は臨床における診断と全く同様である。

結 果

<交通刑務所>

1) 精神衛生、健康状態、人事管理に関する資料について

交通事件(原因、内容など)に関しての資料の中に交通事故による外傷、特に頭部外傷の詳しい記載があり参考となった。

384名中頭部外傷の既往があり現在頭痛など何らかの自覚症をもっている人が6名あった。

6名中外傷時数分以上~30分程度の意識障害のあった人が3名、瞬時~1分以内が3名であった。

精神疾患たとえばてんかんを疑わせる人、性格的問題、異常行動をもった人はいなかった。これは受刑者がこの刑務所に送られてくるまで、多くの検査(心理検査、医学的検査)をうけ、さらに問題行動、性格異常者など問題のない人がこの刑務所へ送られて来るようになっているためと思われる。

2) U.P.I. について

U.P.I. の得点は各項を1点として計算してみた。その個人得点は異なっているがほぼ5点

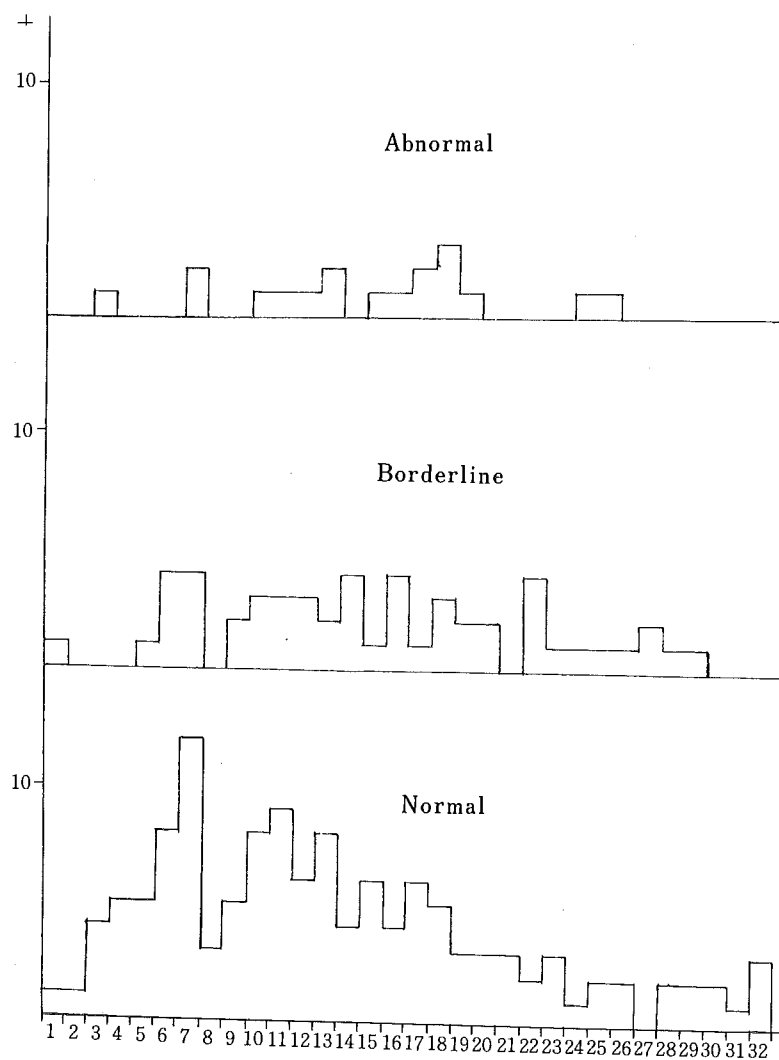
※ この詳細は論文(27)を参照

精神障害者の集団検診の一試み

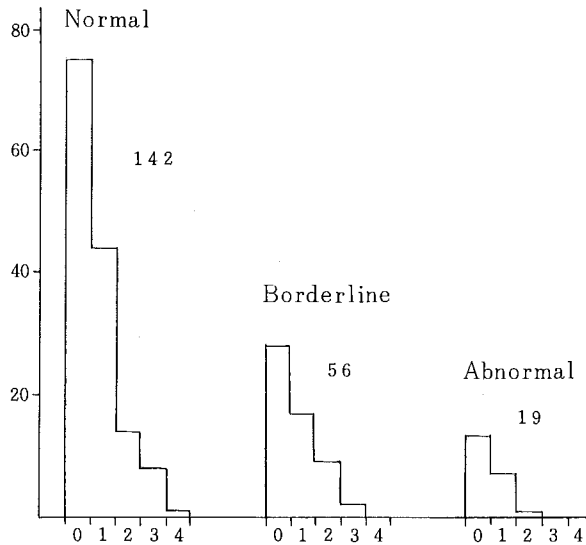
より30点までの間が多く、平均は15.1点である。

384名中の230名について脳波診断とこの点数との関係を表わしたのが第3図である。またU.P.I.の項目の中で「かん、頭部外傷後遺症などと関係の深いと考えられる『頭痛、『怒りっぽい、『目まい立ちくらみ、『気を失ったりひきつけたりする』の4項目について、1項目1点とし脳波診断との関係を表したのが第4図である。0点が多く、徐々に得点の多い人が少なくなっている。これらの図から脳波診断とU.P.I.得点、4項目得点とが無関係であることがよみとれる。

第3図



第4図



3) 短時間面接について

現在の健康状態、身体的な自覚症についての調査では384名中頭重、頭痛12名、目まい14名、貧血様発作2名、背、肩こり3名、耳鳴り2名であった。

既往歴では384名中頭部外傷（むちうち症12名を含む）は92名（19.0%）で、そのうち外傷後意識消失が1時間以上持続したものが19名、数分以上1時間以内が10名、瞬時～数秒が9名、意識障害の詳細について不明が42名あった。頭部外傷の80名中の35名、およびむちうち症の全員12名、計47名が交通事故によるもので、これらは全体の約13%であった。その他結核4名、腎炎2名、胃、十二指腸潰瘍2名、高血圧、低血圧各々2名、幼時のけいれん、ひきつけ2名、中耳炎2名、肺炎、肝障害、心臓弁膜症、ジフテリア、農薬中毒が各々1名であった。

性格面では短気と答えた人が50名、几帳面14名、物事を気にする（神経質）14名、躁うつ気味1名であった。脳波検査という目的もあって、その方面から性格についての質問が多かったために短気、几帳面の答えが多かったのであろうと想像される。問題行動、異常体験をもつ人は1名もみられなかった。

4) 集団検診用脳波計による検診

集団検診用脳波計による集団検診を行ないこれまで報告した基準に基づき、正常および異常を含む正常以外として、それぞれN、 \bar{N} として判別した。

集団検診用脳波計で検査を行なった対象は384名で、Nは280名、 \bar{N} は104名で、 $\bar{N}/(N+\bar{N})=27.1\%$ [※]であった。 \bar{N} の全員（104名）およびNの125名、計229名については従来通りの脳波検査を受けさせた。

※ スクリーニング率である

精神障害者の集団検診の一試み

5) 脳波検査について

集団検診用脳波計で \bar{N} の全員 104 名および N の 280 名中 125 名、計 229 名には従来通りの脳波検査を施行した。

検査結果は 229 名中、正常脳波 154 名、境界領域 56 名、異常脳波 19 名（軽度異常 16 名、中等度異常 3 名）であった。

N 280 名中、集団検診用脳波計による検査のみで、従来通りの脳波検査を施行しなかった 155 名は全員がほとんど正常脳波と仮定してみると、交通刑務所の集団は全員 384 名で、正常 309 名（80.5%）、境界領域 56 名（14.6%）、異常脳波 19 名（4.9%）となる。

6) 精神医学的面接

第 1 次判定で、必要ありとして精神医学的面接を行なった者は約 50 名である。その中で要治療、要休養は 1 名もいなかった。要経過観察あるいは要指導は 9 名であった。この 9 名の大部分は頭部外傷後遺症の疑いであった。この 9 名については、その理由、問題点、指導方針などを詳細に記載し、今後刑務所での経過観察をつづけるように伝えた。

〈電気機器メーカー〉

1) 精神衛生、健康状態、人事管理に関する資料について

診療所の記録、人事課の資料を参考にした。

梅毒 1 名、結核 2 名、交通事故による頭部外傷の既往 2 名、頭痛 1 名、目まい発作 1 名、失神発作 1 名が診療所資料から得られた。対人関係不円滑で、怒りっぽい人 2 名、性格に問題があり職場で *troublemaker* といわれている人 1 名、シンナー嗜癖者 2 名が人事課の資料から得られた。著明な異常行動、精神疾患を疑わせるものはなかった。

2) U.P.I. について

各項目を 1 点とすると多くは 5～30 点で、平均は 16.2 点であった。脳波診断とその得点の間には相関はみられなかった。また頭部外傷、てんかんと深い関係にあると考えられる 4 項目と脳波診断との間にもまた相関はみられなかった。しかし本人の自覚症、既往歴とに問題がある例の一部には脳波異常、境界領域の脳波がみられ、多少の関係があると考えられた。

3) 短時間面接について

157 名中頭部外傷の既往をもつ者 5 名であった。身体的自覚症として、頭痛 23 名、不眠 9 名、目まい 4 名、耳鳴り 4 名であった。精神状態、性格などについての調査では、神経質のために種々の悩みをもつ者 13 名、心気的な訴えをもつ者 8 名、落ち着かずイライラしている者 4 名、気分の変調、うつめ気分を訴える者 3 名、対人、赤面恐怖 2 名、強迫的な症状を訴える者 1 名が見出された。しかし精神疾患の既往のある人（たとえば精神病院入院）はいなかった。

4) 脳波の集団検診について

集団検診用脳波計で検査した 157 名のうち N は 130 名、 \bar{N} は 27 名で、スクリーニング率 $\bar{N} / (N + \bar{N}) = 17\%$ であった。

5) 脳波検査について

157名中の74名について従来どおりの脳波検査を行なった。

集団検診用脳波計で \bar{N} の判定を受けた人の全員、 N の判定を受けた人130名中の47名を対象とした。従来の脳波検査の結果、74名中正常脳波48名、境界領域21名、異常脳波5名であった。集団検診脳波計で N と判定された130名の中で従来の脳波検査をしなかった83名の脳波が正常であると仮定すれば、集団全体からの境界領域、異常脳波の比率は各々13.4%、3.2%である。

6) 精神医学的面接

精神医学的面接を行なった者は21名である。その結果、要指導6名で、てんかんの疑い2名、頭部外傷後遺症1名、シンナー嗜癖者2名、性格の偏りと考えられるもの1名であった。しかし直ちに治療を要する例はなかった。

脳波診断, U.P.I., 自覚症, 既往歴などの相互関係

異常脳波を示す例には脳波異常のみならず、それを疑わせる自覚症、既往歴などが、また正常脳波を示す例にはそれに相当するU.P.I. 記載や性格特性がみられるのが一般的である。脳波診断, U.P.I., 自覚症, 既往歴の結果が各々独立しているわけではなく相互に関係をもっている。この相互関係を集団を対象に検討した。

この相互関係を調べるために脳波診断, U.P.I. 得点, U.P.I. の4項目得点, 精神的訴え, 身体的自覚症の合計5つについて各々次のような基準をもうけた。

脳波診断は正常脳波, 境界領域, 異常脳波の3段階に区分し各々, 1, 2, 3点とした。U.P.I. の得点はその得点をそのままの値とした。U.P.I. のなかで脳波所見と関係の深い4項目の得点は記載してある項目数だけを得点(0~4点)とした。

短時間面接, 診療所資料, 人事管理資料などから自覚症, 既往歴を総合的に考慮し, 精神側面, 身体側面の二面に分けて評価した。精神面として, 神経質, うつ気分, こだわり, 短気, 心気症的気分変調, 不安感, などの精神的な何らかの訴えがある場合を1点, ない場合を0点とした。身体面として, 頭痛, 目まい, 高血圧, 交通事故による後遺症などの訴えがあれば1点, なければ0点とした。

このような基準で交通刑務所の229名, 電気機器メーカーの74名を対象に相互相関を求めてみたのが第1表である。

この表をみると, 電気機器メーカーでは脳波診断と精神的訴え, 脳波診断と身体的訴え, U.P.I. と精神的訴え, U.P.I. 4項目と身体的訴えとの間に相関がみられる。これは各々の検査, 調査が精神障害, あるいは症状の発見, 確認に意味をもっており, この組合せがこの場合適切であったことを示唆しているといえよう。

しかし一方, 交通刑務所では相関を全く見出すことはできない。この両者の明確な差については考察でふれる。

第1表 相 関 係 数

<交通刑務所>

	脳波診断	U.P.I.の点	U.P.I.の4項目	精神的訴え	身体的訴え
脳波診断	1.00	0.01	-0.11	0.01	-0.04
U.P.I.の点		1.00	0.53	-0.02	-0.05
U.P.I.の4項目			1.00	0.17	0.13
精神的訴え				1.00	0.08
身体的訴え					1.00

<電気機器メーカー>

	脳波診断	U.P.I.の点	U.P.I.の4項目	精神的訴え	身体的訴え
脳波診断	1.00	-0.01	0.05	0.27	0.19
U.P.I.の点		1.00	0.57	0.28	0.10
U.P.I.の4項目			1.00	0.09	0.34
精神的訴え				1.00	0.02
身体的訴え					1.00

具 体 例

これまで集団の立場から集団検診を扱ってきたが、集団検診を受ける個人としての立場から二、三の具体例をとりあげてみた。

第1例 24才 女（電気機器メーカー）

電気機器メーカーに勤務して約5年になる。仕事はテレビ部品の配線、調整。数年前より、時々、立ちくらみがある。最近仕事をしていると、目まいに似た感じが急に起り倒れそうになることに気づいたという。このことを多少気にして、脳波検査があるというので気楽に受けてみる気持になった。立ちくらみのことを詳しく聞いてみると、数年前から月に1、2回の割合でとくに仕事をしている時に起るような気がする。とくに寝不足だと起りやすいように感ずる。普通は数秒、ぼーっとして倒れそうになる。しかし気を失なって倒れたことはない。ひかえめ、

几帳面な性格である。U.P.I. の得点, 17点, U.P.I. 4項目, 2点, 集団検診用脳波計の結果は \bar{N} であったので, 従来通りの脳波検査を受けさせた。不規則な α 波に少量の θ 波の混入する基礎律動に, 4~5%, 150~250 μv , 徐波バーストが出現する異常脳波であった。結論として立ちくらはみは軽度のでんかん性発作の結果であると考えられた。しかし発作は軽く, その頻度も少なく, また現在危険な作業に従事しているわけでもないのので, 本人にでんかんの疑いであると話し, 強いショックを与えるよりはその後の経過により適切な処置を考えた方がよいと思えた。本人には月に1回の割合で診療所を訪れ, 立ちくらしについて報告すること, 規則的な日常生活を送り, 過労, 不眠にならないよう気をつけることを指示した。

診療所の医師にはこれらの詳細を伝え, しばらく経過を観察し, 立ちくらしが将来頻回起るならば抗けいれん剤の投与を考えるべきであろうとアドバイスした。

第2例 18才 女 (電気機器メーカー)

シンナーを吸引しているところを警察に保護されたことがある。会社の女子寮ではわがまま勝手で, 同僚から嫌われているという。職場での勤務態度にも気ままな面がある。診療所の医師はシンナー問題について何か良い指導ができないかと考え, 事前に著者らに相談があった。そこで職場の長からこの人に集団検診を受けるようにすすめてもらうことにした。集団検診を受けようという動機について聞いてみると, 上司から集団検診を受けるようにすすめられたのでここへ来たが, 特に脳波に強い関心があるわけでもなく, また検査に対して恐怖や拒否的感情を持っているわけでもなく, 受けなさいと言われたから, 素直に来たという。U.P.I. の得点, 21点, 心氣的傾向, 投げやりな無責任な態度がうかがえる記載内容で, 集団検診用脳波計ではNであった。詳しい面接では中学を卒業し, しばらく田舎の工場に勤めていたが何んとなく上京してみたくなり, この工場へ就職した。ここへ来てみると友達がなく, 孤独で淋しい日がつづいた。仕事を終えて寮に帰ってもつまらないので, スナックへ行くことで気をまぎらわしていた。そのスナックへは多少, 不良じみた感じの男の子が出入りしていた。彼等とはなんとなく親しみを感じ交際した。それは何か共通した暖かい人間の心があるように思えたからであった。そのような生活を送っているうちにシンナーをおぼえるようになってしまった。この会社が特に好きということでもないが, と言って別の会社へ移っても同じだと思うので仕方がなく毎日を無意味に送っているという。

性格的には未熟さが目立ち, 思慮深さが欠けている。感情的で短絡反応を起しやすい。

診療所の医師, カウンセラーと相談の上, 月1~2回カウンセラーを訪れ, 指導を受けるように指示した。不本意な表情を見せたが指示通り, カウンセリングを受けることを承諾した。

第3例 29才 男 (交通刑務所)

約2年前, トラックの運転をしていた時正面衝突, 前頭部打撲, 4日間意識不明, 現在時々頭痛がある。短時間面接では頭痛が頻回あり, 充分治りきっていないのではないかと不安であるという。U.P.I. の得点, 22点, 主として心氣的な訴えが中心で, その他不眠, 体がだるい,

精神障害者の集団検診の一試み

やる気がしないなど訴えは豊かである。性格は外向的、U.P.I. の4項目の得点、2点である。

集団検診用脳波検査ではN、しかしかなり重い頭部外傷の既往があるので従来通りの脳波検査を施行した。検査結果は規則的な α 波パターンで正常脳波であった。本人に直接脳波は全く正常だという最終判定を話すと安心出来ますと言っていた。

第4例 28才 男 (交通刑務所)

人事管理資料、その他の資料からはとくに問題はない。短時間面接で特記すべき所見はないが、疑い深い用心が見られる。どちらかというとなんか神経質、内気である。頭部外傷、その他の既往もないという。

U.P.I. の得点、14点。身体の調子がよい、気分は明るい、他人から好かれるといった項目をチェックし、記載に問題があると思われる。集団検診用脳波計で \bar{N} となったので、従来の脳波検査を施行した。不規則な α 波に中等量 θ 波の混入する基礎律動に、頭頂部優位の θ 波バーストの出現する異常脳波を示した。そこで詳しい面接を行なった。しかし、臨床的にてんかかんを疑わせる明確な所見は見出しえなかったが、その疑いは消えなかった。これまでの既往、事故歴の再検討と今後の経過観察を心理担当職員におねがいをした。

これまで、4例の具体例について述べてきたが、例によって集団検診の結果の精神衛生管理への応用はその状況に応じて適切に判断すべきであるといえる。そしてその判断には医学的立場からだけでなく集団のもつ社会的、心理的背景からの配慮もまた必要であろう。

アンケート調査結果

集団検診の後、脳波検査を中心に全員にアンケート調査を行なってみた。アンケートの内容は次の表の如くである。(第2表参照)

その結果は以下の通りである。

〈交通刑務所〉

- | | |
|---------------------|-------|
| (1) 不安あり | 34.3% |
| (2) 緊張あり | 58.6% |
| (3) 眠けあり | 18.2% |
| (4) 疲労あり | 10.2% |
| (5) 思ったより検査の時間が長かった | 42.5% |
| (6) 脳波に興味あり | 72.5% |

この調査結果からは不安感、緊張感、時間が思ったより長かった、脳波に興味ありの答が多かった。感想希望欄では、脳波検査を受けてよかった 6.2%、検査結果を知りたい 5.4%、ついで予備知識を与えてほしい、何のために使うのか、よい気持はしなかった(検査)、今後も検査をやってほしいの順であった。

〈電気機器メーカー〉

アンケート調査用紙の内容は交通刑務所のそれとほぼ同様である。

- (1) 不安あり 31.4%
 (2) 緊張あり 47.2%
 (3) 眠けあり 31.4%
 (4) 疲労あり 25.5%
 (5) 思ったより検査の時間が長かった 73.6%
 (6) 脳波に関心がある 76.4%
 (7) 脳波を健康管理に取り入れる希望あり 73.6%

感想希望欄で脳波についての多少の知識がほしいが60.4%あり、注目すべきことであつた。

第2表

脳波集団検診 受診者調査

簡単な調査項目です。今後の参考資料に致しますのでご協力下さい。

番号		年齢	
	調 査 項 目		○をつける
1	不 安 前半	あり	なし
	〃 後半	あり	なし
2	緊 張 前半	あり	なし
	〃 後半	あり	なし
3	ねむけ 前半	あり	なし
	〃 後半	あり	なし
4	疲 勞	あり	なし
5	思ったより時間が長かった	はい	いいえ
6	脳波に興味(関心)	あり	なし
7	脳波の知識(多少でも)	あり	なし
8	健康管理に脳波検査をとり 入れる希望	あり	なし
9	今回の脳波集団検診を通じての感想, 希望 (どんなことでもよいから書いて下さい)		

考 察

精神衛生活動における集団検診の位置

精神衛生という語は広く用いられているがその概念は研究者、専門家によって多少の違いがあり、必ずしも完全に一致しているわけではない。この違いは人間は精神的、身体的、社会的存在で、精神衛生もこの三次元を軸として考えられているが、社会的存在としての人間のあり方の違いが研究者、専門家間にみられるからである。しかし、精神衛生は、精神的な健康の増進、精神的な不健康状態の改善にその目的をもっていることに異論はない。そして精神障害は精神の不健康状態の代表的なものであり、精神衛生の一つの重要な課題である。

そして最近では精神障害の問題は臨床領域だけではなく、精神衛生活動でも具体的な極めて重要な問題となってきている。病院などの臨床医療施設のほかに、臨床施設外での精神衛生活動は精神衛生相談所、精神衛生センターなどでは主として精神疾患の早期発見、予防、コンサルテーション、指導などが行なわれている。またデイケアセンター、ナイトホスピタルなど精神障害者の社会復帰のために諸設備が設立され活動が^{8,9,17,20)}つづけられている。これらの精神衛生活動を概括的にみると主として臨床における精神科の外来の方式、あるいはその改良した形で応用され、精神医学を背景とした技術、方策がとられているということができよう。

精神障害を対象とする集団検診を行なう場合に臨床精神医学を基本的学問的背景として集団検診の技術、実際活動も考慮されなければならないのは当然であるが、これについての二、三の問題点についてふれよう。

第一の問題点は集団検診の目的に関してである。精神障害者の早期発見が集団検診の目的であると述べてきたが、医学一般の集団検診の一つの大きな目的である予防という点については^{6,18,19,34)}考察する必要がある。結核、日本脳炎など集団検診に於てはその背景となっている学問的体系、すなわち病因、感染様式、免疫などが比較的明確であるために集団検診を通じての予防は可能である。しかし精神障害の中の大部分には、たとえば内因性精神病に於けるが如く、原因、疫学、¹⁵⁾環境要因の研究は進められつつあるが、未だ不明確な点は多く学問的体系化は不十分である。したがって高血圧、癌などと同じように積極的に予防することは不可能で、早期発見、早期治療が主体にならざるをえないであろう。

第二は集団検診の対象である。精神障害には極めて数多くの疾患が含まれている。その中で最も頻度の多い疾患を集団検診の対象とすることは一つの妥当な考え方であろう。精神障害者の^{1,2,10,13,14,21,22,35)}最近の統計、研究をみると、調査方法、調査対象によって違いがあるが精神分裂症、躁うつ病、てんかん、神経症、器質性精神病（頭部外傷、老人性精神病など）、慢性アルコール中毒が多いことが明らかにされている。したがって集団検診ではこれらの疾患の早期発見を重点的に疾患の学問的特徴を総合的に考えた実際活動が必要であろう。

第三は集団検診によって発見された精神障害者をどのように医療レベルにのせ、精神衛生管理するかといった点である。^{8,9,14,17,20,26,30)}この研究では集団検診を通じて精神障害者が発見された場合を想

定し、それに対して十分な医療、指導管理が可能な集団を前もって選んだことは前述した。しかし、すべての集団にこの能力があるとは限らず、たとえば地域住民を対象とした集団検診を行なう場合には、精神障害者が発見された場合を予想し、その医療を含めた精神衛生管理の問題を事前に充分検討した上で集団検診が実施されなければならない。

精神衛生集団検診における医学的・心理学的技術の応用

集団検診には臨床精神医学の中の秀れた技術が応用されなければならない。

集団検診の目的を精神障害者の早期発見におくと、その技術には精神医学的面接、神経学的診察、一般的理学的検査、脳波検査、髄液検査、頭部X線検査、心理検査などが考えられる。そして各々にはそれぞれの目的に沿った種々の検査法がある。心理検査を一つの例にとれば、性格検査としてはロールシャッハテスト、T.A.T., M.M.P.I. などがあり、知能検査では更に多種類の検査がある。そしてそれらは臨床における検査であっても多数の集団を対象とした検査でないために、これら検査法の中からどのような検査をとりあげるべきか、あるいはどの検査を中心をおいたらよいかという問題である。これは精神疾患の中でいかなる疾患に主たる目標をおいたらよいかによっても異なるであろう。精神分裂症、躁うつ病、てんかん、器質性精神障害、神経症、慢性アルコール中毒の早期発見を目的とするならば、てんかん、器質性精神障害には脳波検査、髄液検査、神経学的検査、精神医学的面接などが、精神分裂症、躁うつ病、神経症にはロールシャッハテスト、T.A.T., M.M.P.I., 精神医学的面接などが有効な検査法として応用できるであろう。

本研究では心理テストとしてU.P.I.を用いた。この理由はM.M.P.I.が臨床で、精神分裂症、躁うつ病、神経症、その他の疾患の発見に有効であるからである。しかし精神障害者の発見に応用した研究報告^{3,36)}では、確定的な精神障害の診断ができるのは全体の約10%前後にすぎず、大多数は見落されている。C.M.I. (Cornell Medical Index), クレペリン検査、心情検査なども精神障害者の発見には有効であるが、その発見率は極めて低い。

この実際活動を通じていえることは、U.P.I.の心理学的解釈の結果から精神異常を診断することは困難である。むしろU.P.I.の記載そのものを生の情報として受け取り、判断の素材とした方がよいように思われる。それはU.P.I.の記載は人事管理資料などから得られる情報、個々の人々からの面接を通じての精神的、身体的状態の情報とよく一致しているからである。したがってU.P.I.は比較的簡単な検査であるが、その結果の解釈を行なうわけではないので、情報収集を目的としたより簡易な集団検診用のテストが将来考案されてよいのではないかとと思われる。

多くの報告^{7,33)}にみられるように、てんかんの80~95%は異常脳波を示し、また大多数の脳器質性疾患も異常脳波を示している。したがってこれらの精神障害の発見には発見率の高い検査という長所をもっているが、脳波検査によって内因性の精神障害は発見されるわけではなく、すべてをカバーすることができないのが一つの短所ということができよう。

集団検診ではその対象とする疾患によって、選択すべき技術である検査法も制約される。検査の側からみても、それによって発見できる精神疾患は制約される。また各検査には各々異なった精神障害を発見（診断）する発見感度があり、これらを考慮して諸検査の適切な組合せを決定することが大切である。本研究では試案的な立場から検査法の組合わせ、その運用を考えたが、これらは今後さらに検討すべき問題であろう。

これらの諸検査の本質は、精神疾患発見（診断）の補助的な役割であり、またそれぞれの検査法には限界がある。精神障害の診断は精神医学的診察によらなければならないことは当然である。

集団検診の対象となる集団の特性

集団検診を施行する場合、その集団の社会的特性を考慮するのは当然なことである。ここでは二、三の具体的問題点について考察してみよう。

第一の問題点^{11,24,28)}は、集団検診を受ける集団がこれをどのように受止め、理解しているかということである。

この報告では刑務所と電気機器メーカーとを対象としているがいくつかの点で明確な違いがみられる。その一つは短時間面接、U.P.I.の記載の態度である。前者では出来るかぎり自分の心を閉ざし自分個人に不利になるようなこと、あるいはその可能性のあることは一切話さなうと言った態度がみられたが、後者では質問に比較的素直に答える態度がうかがえた。また、前述の脳波診断、U.P.I., U.P.I.の4項目、精神的訴え、精神的訴えの相関のところを示したように、刑務所ではU.P.I.の記載と短時間面接との間に全く相関がみられないのに電気機器メーカーでは比較的高い相関がみられる。この両者の態度の違いについて種々の推測が可能である。その一つに刑務所の受刑者は、刑務所ではすべてのことが上からの命令のもとに動き、すべてのことが管理されているという特殊事情下であり、管理する側が主体となって管理される側の集団検診が行なわれたためによるものと思われる。一方電気機器メーカーにおいては集団検診を行なう前に希望者を募り、その希望者を対象としたこと、集団検診を会社で行なうが、その主体は診療所であったということではないかと思われる。

集団検診が精神障害者の早期発見、治療など正しい精神衛生活動を目的としても、その集団の誰れが企画し、実行するかという社会的条件によって、その活動の効率も左右されるほど大きな影響をもち、場合によっては逆効果すらみられるのではないかと想像される。

これまでの集団検診の実際を通じて集団の社会的特性と集団検診を行なう側の態度は、想像以上に大きな意味を持っているという印象をうけた。

第二は臨床脳波学的な問題で正常集団における脳波異常者の頻度である。刑務所においては境界領域14.6%、異常4.9%であり、電気機器メーカーでは各々13.4%、3.2%であった。これまでの報告^{4,5,23,29)}によると、正常集団（会社などに正常に勤務し、社会的に正常と考えられている集団）では約2～4%の異常、5～10%の境界領域である。電気機器メーカー集団の脳波異常、

境界領域の頻度はこれまでに報告された正常集団とほぼ同様である。刑務所集団では正常集団に比し多少頻度が高いと思われる。刑務所の集団が正常に近いことは前述したが、交通事件と深い関係があり、特に頭部外傷の既往が多いためにこのような結果となったのではないかと想像される。

ま と め

精神障害者の早期発見を目的に、集団検診の一つの試みを行なった。

交通刑務所、電気機器メーカーの二つの集団を対象とし、集団検診の技術として第1報、第2報で報告してきた脳波検査の技術を中心に、心理検査(U.P.I.)、個々の人々の資料(人事管理資料、診療所記録)、短時間面接を用いてスクリーニングを行ない、問題例には従来どおりの脳波検査、精神医学的面接を行なった。その結果二つの集団では要治療の人はいなかったが、要指導の人が見出された。脳波検査からいえば、ほぼ正常集団に近い結果を得ることができた。

この集団検診の実施から、多くの具体的問題点を指摘することができた。最後にこれらの問題点、すなわち集団検診の目的、集団検診の技術、対象となる集団の社会的特性などについて考察した。

本研究には新技術開発公団の援助を受けた。

この研究のために終始御協力いただいた生理研究室 宇土静香、後藤若葉の皆様は厚く御礼申し上げます。

集団検診には、市原交通刑務所 佐藤所長、水野課長、コロンビア電気診療所 鈴木所長、その他多くの皆様に御協力いただき感謝いたします。

文 献

1. 秋元波留夫ほか：八丈島における精神障害の疫学的、遺伝学および社会精神医学的研究，精神経誌，66；951，1964
2. 新井尚賢ほか：茨城県浮島における精神医学一斉調査について，民族衛生，25；200，1959
3. Dahlstrom, G. Welsh, S. and Dahlstrom, L.: An M.M.P.I. Hand book, University of Minesota Press. 1972
4. 藤谷 豊ほか：正常人脳波の臨床的研究，第6報，正常男子思春期以後の脳波発達，交通医学，22；86，1968
5. 藤谷 豊：正常健康者群の脳波，臨床脳波，11；368，1969
6. 古屋芳雄監修：公衆衛生学，日本臨床社，1951
7. Gibbs, F. A. and Gibbs, E. L.,: Atlas of Electroencephalography, Vol. 1, Methodology and Controls. Addison-Wesley Publishing Company, Inc., Reading, Mass. 1951
8. 蜂矢英彦：病院から大企業への要望（精神科リハビリテーション），医歯薬出版，1971
9. 春原千秋：職域における精神障害の問題（社会精神医学），医学書院，1970
10. 春木繁一：鳥根県隠岐郡万村における精神障害の精神医学的、疫学的ならびに社会精神医学的調査の結果，精神経誌，74；301，1972
11. 本多勝一：殺される側の論理，朝日新聞社，1971
12. 井村恒郎ほか編：精神医学臨床検査法，医歯薬出版，1964
13. 石井 翼ほか：立命館大学精神衛生相談室資料，精神医学，10；667，1968
14. 石川 清：大学精神衛生，精神衛生10；765，1968
15. 加藤正明：精神疾患の疫学，精神医学，4；891，1962
16. 加藤正明：精神衛生（精神医学全書）金原出版，1965
17. 加藤正明ほか：企業体における精神障害管理，精神医学，11；660，1969
18. 川畑浩編：公衆衛生学，医学書院，1952
19. 近藤宏二，戸田正三監修：結核予防，公衆衛生学，1952
20. 小西輝夫：企業と精神科医の問題，精神医学，11；12，1969
21. 原生省：昭和31年在院精神障害者実態調査報告
22. 原生省：昭和35年在宅精神障害者実態調査報告
23. 越野好文：正常成人脳波の再検討，精神経誌，72；1051，1970
24. McLean, A. and Taylor, G.: Mental Health in Industry. McGraw-Hill Book Company, Inc., 1958
25. 村松常雄：精神衛生，南山堂，1965
26. 中川泰彬：脳波の集団検診の災害予防，科学朝日，39；121，1969
27. 中川泰彬，中川四郎：脳波の集団検診に関する研究（第1報），精神経誌，72；170，1970
28. 中根千枝：縦社会の人間関係，講談社，1970
29. O' Conner, P.: Analysis of 500 routine EEGs of R. A. F. air crew cadets. Electroenceph. clin. Neurophysiol., 17；341，1964
30. 小此木啓吾ほか：職場における不適応階層，精神医学，11；677，1969
31. 小此木啓吾ほか：心身医学における Cornell Medical Index の研究(その1)，精神身体医学，Vol. 5, No. 3.
32. 小此木啓吾ほか：心身医学における Cornell Medical Index の研究(その2)，精神身体医学，Vol. 9. No. 1.
33. 大熊禪雄：臨床脳波学，医学書院，1963
34. 齊藤潔編：公衆衛生学，金原出版，1957
35. 佐藤三三ほか：地区内精神障害者の把握に関する臨床統計的研究，精神医学，11；959，1968
36. 沢田慶輔ほか：人格の測定と診断，誠信書房，1956

所 員 研 究 業 績

精神科治療学—精神科医療の役割分担

高 臣 武 史

(1972年9月, 金原出版)

精神科医療の目的, 今日の精神病院の問題や矛盾を前提として病院職員の役割分担とチームワーク(院長, 医師, 看護者, 臨床心理学者, PSW等)について考えた。

家庭と学校—精神衛生の立場から—

高 臣 武 史

(1972年11月, いばらぎ精神衛生, 茨城県精神衛生協議会, 38号)

1. 過密化と精神衛生活動
2. しつけと教育
3. 都市化と教育について

主として小学校の先生を対象とし, 先生のあり方について精神科医からの意見をのべた。

外傷性頭頸部症候群の診断と治療

—精神神経科の立場から—

高 臣 武 史

(1972年12月, 金原出版)

外傷性頭頸部症候群の身体的側面, 治療遷延例のパーソナリティ, 心理—社会的条件, 等について, 精神神経科の立場から問題点を指摘した。

精神薄弱者に対する社会適応性促進活動 動に関する研究—幼児グループ—

飯 田 誠

(1972年3月, 精神衛生研究, 20号)

精神薄弱者の社会適応性を促進させるためには幼児期よりの治療教育並びに親に対する指導が必要であるが, その方法や一般に今迄習慣化した方法の問題点などについて検討を加えた。

感染性疾患に伴う精神薄弱, 梅毒

飯 田 誠

(1972年4月, 精神薄弱医学, 医学書院)

梅毒による精神薄弱について, 著者の施設収容中の精薄児に対する調査結果, 及び他の報告(特に母の梅毒の胎児への感染の問題), 梅毒性症状と精神薄弱との因果関係等について考察を加えた。

感染性疾患に伴う精神薄弱, 結核

飯 田 誠

(1972年4月, 精神薄弱医学, 医学書院)

結核性髄膜炎による精神薄弱について, 発病時年齢, 罹患期間等と精神薄弱の軽重との関係, 後遺症としての脳波異常, 性格傾向, 知能構造の傾向等について, 著者の調査結果に他の研究報告を紹介しながら考察を加えた。

心理学的検査

飯 田 誠

(1972年4月, 精神薄弱医学, 医学書院)

精神薄弱の心理学的検査に適用される検査法の種類, その特徴, 精神薄弱に適用した場合の問題点等について紹介した。

ダウン症候群における耳垢の遺伝学的研究

飯 田 誠

(1972年7月, 第12回日本先天異常学会)

ダウン症候群は染色体異常により正常人とは異った遺伝表現の特徴が多くみられる。耳垢には乾性と湿性の遺伝形式があり, 蒙古系(日本人を含む)は乾性が大多数を占めている。しかるに, 遺伝的には湿性が絶対優性だと云われているので, ダウン症候群においてその変化の有無を検討した, 結果は, 一般日本人との間に差は認められなかった。

青年期的人格形成の理論的問題

—アメリカ青年心理学の一動向—

村 瀬 孝 雄

(1972年10月, 教育心理学研究, 日本教育心理学会, 第20巻第4号)

青年期人格形成の理論に関し, 近年独自の展開をみせている自我心理学の観点よりの研究とわが国にみられない研究方法としての長期縦断研究の両種の業績を展望した。

職場, 学校での精神衛生管理

村 瀬 孝 雄

(1972年12月, 最新医学, 最新医学社(大阪),

第27巻第12号)

職場と学校における広義の精神不健康者の出現頻度, タイプおよび彼らに対して企業体や学校がとつ

ている対策の内容と評価、今後の問題点などを考察した。

千葉県市川市の2つの公立中学校における縦断的健康調査から

村瀬孝雄

(1972年12月, 精神医学, 医学書院, 第14巻第12号)

2つの公立中学校の特定学年生徒全員を対象とし、精神衛生、社会精神医学の観点から3年間にわたり縦断調査を行い、彼らの精神的健康の実態とその規定条件および発達に伴う人格変容について知見を得た。男子25%女子20%前後に精神的不健康者が見出され、その内容は学年推移に伴ってあまり変化しないこと、精神衛生的働きかけの貧困、幼稚無気力を特徴とする男子の一群などが論議された。

A Comparative Study of Patienthood in Japanese and American Mental Hospitals, In Libra, W, P. (Ed.) Transcultural Research in Mental Health.

山本和郎

(1972年)

日本の精神病院と米国の精神病院の入院患者のとらえている patient role issues について比較検討し、日本の精神病院入院患者の特色を論じている。

精神障害者に対する地域住民の態度 一市川市行徳、南行徳区の場合一

齋藤和子

(1972年3月, 精神衛生研究, 国立精神衛生研究所, 第20号)

研究所の地域精神衛生研究班では、昭和43年秋から千葉県市川市のうち、行徳・南行徳地区でいろいろの調査研究やサービス活動を行ってきた。その基礎作業として一般住民の精神障害者に対する態度・意識を把握するために本調査研究を行った。訪問による面接調査で、「どのような人間のことを精神衛生上問題のある人とみなしているか」など4つの設問から成っている。結果は住民の精神障害者に対する許容性という面から評定し、住民の地つき・来住の別(居住年数)、居住地区の都市化の程度などにより分析した。

家族会

柏木昭

(1972年5月, 教育と医学, 教育と医学の会, 慶応通信, 20巻5号)

家族会や親の会(精神障害者, 精神薄弱児者, 脳性麻痺児)の形成発展の歴史を調べ、それぞれの持つ当面の問題に焦点を合わせ、その上で、これら家族会のあり方の批判と今後の方向を示唆した。

精神障害者をめぐる福祉と医療

柏木昭

(1972年9月, 社会福祉学, 日本社会福祉学会, 13号)

精神医療の現状を社会復帰活動特に院外作業を中心に考察し、問題点を検討した。

集団精神療法の機制

池田由子

(1972年2月, 教育と医学, 教育と医学の会, 慶応通信, 20巻2号)

集団精神療法の機序について、身体障害者の集団討論記録を基礎にして、精神分析及び集団力動学派の立場から考察した。

ホスピタリズム

池田由子

(1972年5月, 教育と医学, 教育と医学の会, 慶応通信, 20巻5号)

昭和25年にホスピタリズム研究を始めてから20年以上経過したので、ホスピタリズムとは一体何かその本質を顧み、当時の資料と、予後調査の結果を基礎に、ホスピタリズム症状をひきおこすさまざまな要因を考察してみた。

心身障害者社会復帰施設における集団精神療法の試み

池田由子

(1972年6月, 精神衛生研究, 国立精神衛生研究所, 20号)

心身障害者更生施設入所者に対して集団精神療法を行い、その治療経過と問題点を考察した。対象は生れつきの障害者である脳性まひの青年の集団、中途障害の脊損者を中心とする集団、及び脳血管障害の中、高年者の集団である。それぞれの集団において治療機制上特徴が認められた。また、障害者同志が互いに差別し、小集団をつくり孤立しあう傾向も観察された。

心身障害児の早期発見に関する研究

池田由子

(1972年7月, 心身障害児の早期発見に関する研究報告書, 厚生省「心身障害児の早期発見に関する研究」研究班, 第2号)

児童の人格発達を阻害する諸要因に関する研究

その1 三才児健診に関する研究

その2 野田市及び市川市における問題行動を示す双生児の研究

地域精神衛生の見地から, 保健所, 児童相談所, 教育保育機関との密接な連絡のもとに, それぞれの地域の特徴を生かして, 3才児健診と事後指導を行い, また, 発達過程に問題を示した39組の双生児の分析を行い, 発達を阻害する諸要因を考察した。

最新精神科治療, 第II部III章, 集団精神療法

池田由子

(1972年9月, 医学書院刊, 新福尚武編)

集団精神療法の定義, 患者の選択, 治療者, 個人精神療法との比較などを神経症患者の実際のセッションの記録を参照しつつ述べた。

異常行動児の発生機序に関する臨床的研究

池田由子

(1972年, 厚生省心身障害異常行動児研究班報告書, 厚生省「異常行動児の発生機序に関する臨床的研究班」, 第1号)

各種精神障害に基づく「異常行動」に関する総合的研究を行うため, 現在各施設に入院ないし通院している障害児の示す異常行動の実態を明らかにし, その発生機序と臨床的に追求しようとする。当所においては, 出生以来予後を追跡した一卵性及び二卵性双生児で, 重症精神障害を示す一致及び不一致計14組の資料からこの発生機序, 治療経過, 今後の予測, 治療上の問題点を考察した。

学校恐怖症の研究—慢性重症例の経過と現在の状況—

山崎道子

(1972年3月, 精神衛生研究, 20号)

長期化した慢性学校恐怖症児の登校拒否発生から現在までの経過について, I群(家族内に一人の拒否児, 平均拒否期間6年4ヶ月)とII群(同一家族

内に2人以上の拒否児, 平均拒否期間4年5ヶ月)に分けて, 1.性別, 同胞順位, 拒否型, 発生学年, 来所学年, 拒否期間 2.現在までの経過と現在の状況 (1)入院, 入園, 入所に関する状況 (2)学校に関する状況 (3)生活に関する状況についてあきらかにし, 考察を加えた。

五才児の社会成熟度について—地域集団特性の比較を中心に—

山崎道子

(1972年5月, 日本保育学会25回大会発表論文集, 日本保育学会)

「児童の精神発達および人格形成に及ぼす社会的, 家族的要因に関する研究」の一環として, 5才児の社会成熟について, 地域差や集団特性の差をあきらかにするために, 流山市立の4箇所の保育所, 同市立幼稚園1ヶ所, 松戸市にある短大附属幼稚園, 東京下町の密集地域にある保育所と幼稚園の機能を併せおこなっているD私立幼稚園計7ヶ所の5才児を対象に, 田研式社会成熟度テストを母親に実施してもらい, 比較研究した。

薬物依存と乱用の現状

加藤正明

(1972年2月, 日本医師会雑誌, 日本医師会, 第67巻第4号)

- (1) 薬物依存と乱用の概念
- (2) 薬物乱用依存・現状把握の問題点
- (3) 入院外来統計からみた薬物依存
- (4) 矯正補導例における薬物乱用
- (5) 地域内潜在例の調査

人間—人間系の問題

加藤正明

(1972年10月, バイオラク, 講談社, 第4巻10号)

- (1) 人間関係の障害
- (2) 健康障害の意味
- (3) 家族における人間—人間系と健康障害
- (4) 都会化, 産業化に伴う人間—人間系の破綻
- (5) 職域, 地域における人間—人間系の破綻

薬物依存とは

加藤 正 明

(1973年2月, 薬局, 日本薬学会, 南山堂, 第24巻
第2号)

- (1) 世界保健機構の定義
- (2) 薬物の依存性について
- (3) 個人の心理特性および環境要因
- (4) 薬物依存と薬物乱用

精神分裂病の家族研究 その3 わが国の子どものしつけと従来の 「分裂病家族力動論」について

高臣武史 鈴木浩二
田頭寿子 その他

(1973年4月, 精神衛生研究, 21号)

従来の欧米の分裂病の家族論を家族構造, 家族内
対人関係や文化の異なる日本にそのまま適用してよい
かどうかを, 日本の子どものしつけについての社会
学的研究をもとにして考察した。

家族精神療法

鈴木 浩 二

(1973年, 現代精神医学体系第5)

精神分裂病の家族研究と家族精神療法の歴史的発
展過程を概説し, 家族精神療法の基礎理論および技
術論について論及した。

精神分裂病の家族研究 その4

ロールシャッハ・テストの好きカード 嫌いカードの特徴

田頭寿子 高臣武史
鈴木浩二 その他

(精神衛生研究, 21号)

ロールシャッハ・カードについての好きカード嫌
いカードを選び出し, その理由づけをきくが, この
時の理由づけが, 分裂病患者, 正常者でニュアンスの
ちがいがあがる。分裂病患者の両親ではどのようである
かを分析し, 彼らの不安のしめし方防衛的態度が,
分裂病患者にどのようになるのかなどについて検討
した。

エクリ (I)

高橋 徹

(1972年, 宮本忠雄, 高橋徹, 竹内迪也, 佐々木孝
次, 弘文堂)

Jacques Lacan: Ecrits の翻訳。フランスの
精神分析家 Lacan の論文集で, Lacan がこれまで
発表したものを殆ど集録してある。われわれの訳出
したのは, その約3/4で, 以後続刊予定。

ユーゴスラヴィアの社会精神病医学, 管見

高橋 徹

(1973年4月, 「異常心理学講座」の月報パンフレ
ット, みすず書房)

パンフレットに発表したものであるが, ユーゴス
ラヴィアの精神衛生活動を「簡潔」に紹介したも
のとしては今のところ類がないので, その点ここ
にとりあげておいた方がよいと考え, 敢えて記し
た。

A social club spontaneously formed by ex-patients who have suffered from anthro- pophobia.

高橋 徹

(1972年6月, 精神医学におけるリハビリテーショ
ンについての国際シンポジウム, ユーゴスラヴィア
精神神経学会主催)

1年半まえから観察をつけていた対人恐怖者を
中心とした(元)患者たちが自発的に結成し運営し
ている社交クラブについて, 集団治療の観点からま
とめて報告したもの。

(原著は, Int. J. social psychiat. に投稿し
た)。

COUNSELOR—CLIENT

RELATIONSHIP IN “NAIKAN”

村瀬 孝 雄

(1972年, 第20回国際心理学会議)

一種の心理療法である「内観」におけるカウンセ

ラー（指導者、先生）と内観者（患者）との関係をアメリカの外来診療所で行われている心理療法の研究（STRUPP 他）で用いられたのと同様の質問項目を用いて調査し、両者の異同を考察した。

精神薄弱医学

菅野重道

（1972年4月，菅修，医学書院）

「診断」と「知能偏位としての精神薄弱」の二つの項目を担当した。前者に関しては、診断過程と鑑別診断について解説し、後者に関しては、知能の分布と出現率について解説し、何れも生物学的、心理学的、社会学的側面を含めた総合的な立場から検討することの重要性を強調した。

児童臨床心理学講座，第9巻，精神障害児

菅野重道

（1972年11月，菅野重道編，岩崎学術出版）

精神障害児の概念と分類〔中川四郎（東京学芸大学）〕，神経症児〔米沢照夫（国立国府台病院）〕，精神身体症〔米沢照夫，上村靖子（国立国府台病院）〕，精神病児〔中川四郎〕，性格障害児〔菅野重道〕の各項目について，分担解説し，菅野が編集した，精神病理学的，臨床心理学的立場から解説されている。

現代青年の人間の成長阻害におよぼす社会的心理的要因に関する一考察— —保母および保母養成校学生を中心とする社会的価値意識に関する追跡研究—

櫻井芳郎

（1972年3月，精神衛生研究，国立精神衛生研究所，第20号，77-96）

保母および保母養成校学生を中心とする現代女子青年の社会的価値意識を昭和44・45年にわたって追跡調査し，その特徴として現代社会に生きる人間としての人間形成の目標のあいまいさが，もたらすとまどいとあがきを明らかにし，時代にふさわしい青年期教育のあり方を示唆するとともに保母の役割を福祉の専門機能として位置づけ，養成制度について学生の人間の成長を重視する立場から批判と検討をくわえた。

精神薄弱者の社会的問題—福祉対策—

櫻井芳郎

（1972年4月，精神薄弱医学，菅修監修，623-633
医学書院）

精神薄弱者の福祉対策を「個人と社会環境との関係において生じる人間関係の緊張やそれに関連して生じる社会生活上の諸問題の解決を援助して自己実現や人間の成長をうながす活動」と規定して，その沿革と現状の問題点を論述した。

精薄施設周辺地域住民および精薄施設職員 の精神薄弱問題に関する態度意識調査

櫻井芳郎

（1972年4月，昭和46年度東京都民生局委託研究「精薄施設周辺の地域住民の意識と施設に対するニードについて」報告書3-15）

施設周辺住民と施設職員の精神薄弱問題に関する自己認知と他者認知を調べ両者の相互接触の欠除がもたらす影響を論じ，施設における処遇内容の再検討を示唆した。

精神薄弱児・者のためのソーシャル ワーカーソーシャルワークの基礎的 諸問題—

櫻井芳郎

（1972年4・5月，手をつなぐ親たち，全日本精神薄弱者育成会，第194号，33-36，第195号，31-34）

精神薄弱児・者に対するソーシャルワークを教育や医療とならんで独自の専門的機能と領域をもつ福祉活動の技術体系と規定して，その体系化を試み，精神薄弱児・者の自己実現や人間の成長をはかり，生きるよろこびが感じられる人間生活の営みを援助することを目的とする立場から人間の行動様式と社会生活，教育と福祉および医療の相互関係，福祉活動の機能と役割などソーシャルワークの基礎的諸問題について論述した。

成人精神薄弱者の指導に関する一試論 —社会的適応行動をめぐる臨床社会 心理学的接近—

櫻井芳郎

（1972年6月，特殊教育学研究，日本特殊教育学会，第10巻1号，34-46）

精神薄弱児・者への接近の試論として社会的適応行動をめぐる臨床社会心理学的接近について論述した。すなわち，精神薄弱者の社会的適応行動の現実

生活における意義と構成要因の分析ならびに社会的適応行動の水準とそれを評価している社会的価値体系、その背後に存在する時代の精神や理念の三者の関係を改善し、自己実現や人間の成長をはかるための精神薄弱者の認知機能と家族や地域住民の態度や意識に対する働きかけについて述べた。

精神薄弱児の社会的適応行動に関する研究Ⅳ—精神薄弱児・者をもつ親、施設周辺地域住民および精薄施設職員の精神薄弱問題に関する態度と意識(Ⅰ)—

櫻井芳郎

(1972年8月、第36回日本心理学会大会発表論文集、420—421)

親、施設周辺住民および施設職員三者の態度と意識を明らかにし、三者の関係を自己の側の論理にもとづく他者認知(多数者集団—住民)と多数者集団に対する拒否的感情(少数者集団—親、職員)の対立としてとらえて問題点を分析した。

精神薄弱児の社会的適応行動に関する研究Ⅴ—精神薄弱児・者問題に関する地域住民および施設職員の相互認知のずれの問題—

櫻井芳郎

(1972年9月、第10回日本特殊教育学会大会発表論文集、156—157)

精薄施設職員と周辺地域住民の態度と意識を明らかにし、周辺住民が精神薄弱児・者にしめす拒否的感情と憐憫の情および施設職員の地域住民に対する他者認知の大きなずれの基底にある偏見のメカニズムを現代社会の構造の分析を通して解明する必要性を論じた。

現代青年の社会的価値意識に関する考察—保母・保専学生の生活態度・価値意識に関する追跡研究(3)—

櫻井芳郎

(1972年10月、第14回日本教育心理学会総会発表論文集、114—115)

保母および保専学生を中心とする女子青年2539名の昭和44年～46年の3年間にわたる基本的な生活態度志向の実態を分析して社会的価値体系の混乱と変動が社会的価値意識におよぼす影響を明らかにした。

保母および保専学生の社会的価値意識に関する追跡研究

一言語刺激による情緒反応(2)—

櫻井芳郎

(1972年10月、第39回日本応用心理学会大会発表論文集、103—104)

保母および保母養成校学生2153名の言語刺激による情緒反応について昭和44年～46年の3年間の変化を調べ、集団的思考の増大と個性喪失の傾向を明らかにした。

心身障害児の教育と福祉の統合

櫻井芳郎

(1972年11月、心身障害児教育と福祉(心身障害児教育講座第5巻)224—258、伊藤隆二編集、福村出版)

心身障害児の教育と福祉のねらいを「現実社会に生きる人間として自己実現や人間の成長を援助し、社会の人々と「共に生きる。よろこびが感じられる人間生活の営みを可能にする」ことにありと規定して心身障害児と人間の行動様式など心身障害児の人間生活の問題を臨床社会心理学的観点から解明し、福祉活動の専門的機能と領域に焦点をあてながら教育と福祉の統合が両者の目的達成のために不可欠であることを論じた。

精神に影響をあたえる中毒

高橋宏

(1972年7月、からだの科学、日本評論社、46号、63—67頁)

難病・奇病といわれた疾患の原因は各種の毒物による中毒であるという事実の多いことに注目し、毒物中毒の際の精神症状を、意識障害を中核として発展するという考え方、ボンフェッフエルの外因反応型、レジの夢幻症(オニリスム)に従って考察を試みた。

精神作業に対する飲酒の影響

高橋宏

(1972年10月、第7回日本アルコール医学会総会講演要旨集、日本アルコール医学会、40—41頁)

大学生計35名を被験者としてアルコール(ウィスキー—100ml)の影響下における精神作業実験を行ない、精神作業阻害の状態と、生理学的変化特に心拍数変化との関係について分析した。特に飲酒後の心

拍数水準の上昇の大きいものほど、精神作業（特に乱数発生テスト）の劣化が著しかった。

アルコール中毒の精神身体医学と支援

高橋 宏

（1972年11月，地域保健，地域保健研究会，第3巻
第10号，22～32頁）

アルコール中毒者の問題の発生する過程を精神身体医学的に考察し治療の成否の問題に言及した。

アルコール中毒，精神衛生の立場から

高橋 宏

（1972年11月，日本都市医学会，第5回学会パネル
ディスカッション）

近年アルコール中毒が増加しているといわれる背景に注目し，飲酒者の示す問題，医療関係者が持つ「アルコール中毒」概念（昭和45年度アルコール中毒診断調査研究の結果による）にふれて，アルコール中毒問題に対する各分野からの総合的な研究接近の必要を訴えた。

事例研究「合併症をもつアル中の場合」

高橋 宏

（1972年12月，地域保健，地域保健研究会，第3巻
第12号，66～74頁）

アルコール中毒の治療，救援に「失敗した」と報告された1事例についてその問題点を考察した。

COMMUNITY POWER STRUCTURE AND LIFE PATTERNS OF INHABITANTS

A Case Study of Gyotoku-district in Ichikawa-city

HIROAKI SHIRAI, Tokyo Kyoiku Univ.

KUNIO ISHIHARA, Division of Socio-environmental Research

The aim of the article is to make clear the social structure of Gyotoku-district in Ichikawa-city through the analysis of the relation between the community power structure and life patterns of inhabitants. Especially it is concerned with the period before the community was urbanized. Research findings are as follows.

1. This district has not been socially well integrated, because there are four sub-areas in Gyotoku which vary from the geographic and demographic viewpoint. The weakness of social integration was analyzed through one of the community issues in Gyotoku, which made an epoch in urbanization of the district, annexation to Ichikawa-city.

2. Through the analysis of the minutes of the town-council, and of socio-economic backgrounds of town councilors, it was found that the community power was characterized by superintendence of land owners, though a few councilors, representing lower class in town area, carried out certain functions to check arbitrary management by governing land owners.

3. *Buraku* (classical neighborhood association in the country) is noteworthy as a foundation on which everyday life of inhabitants is formed, and then as one upon which the community power structure is based. People in the community mostly participate in the power structure through the organization of *buraku* and through the governing class who are representatives of it. Three types of attitudes of inhabitants toward the community power were picked out. They are "entrusting", "participation through factionalism", and "ignorance".

4. The attitude of "entrusting" is found in *buraku* wherein most of organizations and groups of inhabitants have cooperative characteristics which link with strong superintendence of land owners. "Participation through factionalism" connects with such a structure of *buraku* that is characterized not by cooperative structure of organizations but by diffuse and perspective ones. It is inferred that both of these two types of attitudes might have changed and converged to "benefit requiring attitude" which would relate to "agent type of leadership". On the other hand the attitude of "ignorance", which was found especially in lower class in the town area of Gyotoku, might have been possible to form a new attitude which bears on democratic leadership out of boundaries of *buraku*.

A STUDY OF SCHOOL PHOBIA (2)

Family Dynamics That Obstructs Socialization of Chronic Cases: With Main Reference to the Personalities of the Fathers

MICHIKO YAMAZAKI, Division of Child Mental Health

In No. 22 of Journal of Mental Health, the present states related to school and social contacts outside family and family living; and the courses from the occurrence of school refusal up to the present were described of 20 chronic school phobic children whose school refusal periods ranged from 1 to 10 years, at a mean interval of 4.5 years following their initial clinic contacts. Their ages were from twelve to twenty-two.

In 11 cases, each family had a school refusal child and in other 9 cases, each family had two or more than two school refusal children. I called the former "the first group" and the latter "the second group".

I have emphasized the importance of family dynamics as a background of genesis of school phobia. In No. 14 and 17 of Journal of Mental Health, family dynamics of school phobia was described. In both of them, the importance of father's roles was recognized.

The contacts with the fathers who were the objects of this study were done in intake interviews or crisis situations for the school phobic children. Behaviors and attitudes of fathers in these situations showed their parts of personalities or their ways to relate with their families, or to cope with their problems or their positions in their families.

Most remarkable characteristics among them were asocial phases of fathers' personalities which gave harm to their behaviors and their lives.

Main purposes of this study were two: that is, 1) exploring how fathers' asocial personalities affected to their occupational roles or social adjustment. 2) Having connection with problems of 1) and roles as the fathers or husbands, exploring how disturbance of fathers' personalities affected family dynamics and enlarged to the whole family with main reference to the personalities of the fathers. From the above points of view, I clarified the first group and second group, differently and compared two groups.

First, the following results were gotten from the first group. The personalities of fathers were weak and passive. They lacked authority as fathers and relinquished function of discipline to their children. In their homes, they did not try to get involved in important problems. But, most of them were earnest as salaried men and they were employed for long years at a same place. 9 among 11 school refusal children in the first group were male children. Fathers had many problems as objects of identification for them. They were also source of anxiety, tension, stagnation in the whole family. Some mothers complemented

function of fathers partially. The school refusal children of the type in which "the strong tie between mother and child excluded father" were affected by mothers' value orientation and ideas than those of the fathers'. These children were particularly remarkable in building narcissistic self-image and omnipotence. In most cases of the first group, sibling relationship was good and above all, as the most of the school refusal children were the youngest ones and there were wide age differences between the youngest ones and the elder ones, they were treated with protective ways by their elder brothers or elder sisters. In most families, integration as a family was kept. These families had strong tie with the mothers' original families, and they had rarely contacts with neighbourhood.

Next, the following results were gotten from the second group. The personalities of fathers were regarded as "eccentrics" or "the bigoted". Their neurotic symptoms or social maladjustment were manifest. They were disturbed markedly in interpersonal relationship and they were isolated socially. Most of the mothers could not but take main roles, even economically, instead of fathers. In rearing roles, complementary roles between fathers and mothers were extremely insufficient. The fathers were regarded as "foolish fathers" and mothers were regarded as "immature and unreliable mothers" by their children. The children were affected by disturbance or distortion of fathers' personalities. Value orientations or communication patterns of some of them were very like fathers'. The fathers were source of anxiety, tension, disintegration in the families. Anxiety and tension of the fathers circulated among family members. Most of the mothers showed resignation and contempt to the fathers, and lost wishes and expectance from the fathers. Primary school refusal children were extremely involved in family conflict. Sibling relationship was disintegrated. Brothers and sisters were selfish and gave rarely help each other. These families were conspicuous opposition or quarrel with their relatives, especially fathers'.

Sibling orders of secondary school refusal children were right on the upper or under primary school refusal children. A half of them were relatively mild and returned to schools. The rest of them were pretty severe and could not return to schools, but after the most of them had work outside or inside families. On the other hand, the primary school refusal children kept school refusal insistently and kept themselves indoors. Each problem of them was symbolized from the points of view of family pathology. That is, they were thrown out in the vortex of family pathology and they were extremely affected by family disturbance and they could hardly get out there. They became scape-goat of family disturbance and they were carried on function of family equilibrium.

A STUDY ON MENTAL HEALTH IN BABYHOOD AND INFANCY

Report 1. A Study on Health Examination for Three-Month-Old Babies in Matsudo City and in Urayasu-Town

Division of Child Mental Health
YOSHIKO IKEDA, M.D.
YUKINORI NEGISHI, M.D.
YASUKO KANBAYASHI, M.D.
REIKO WATANABE
NOBU KAMIYA

A research team, consisting of child psychiatrists, pediatricians, neurologists, psychologists and public health workers, was formed in 1971, in order to standardize the measures for health examinations for babies and infants in public health centers in Japan. As the first step, the team made the health questionnaire and the medical examination card for three-month-old babies. By using these questionnaires and cards, we examined three-month-old babies in Matsudo city (population: 280,000) and in Urayasu town (population: 24,000).

We selected these two areas, because we had had close relations with medical, educational and welfare facilities there and because these areas showed some interesting characteristics from the sociological point of view, namely the rapid increase of population, changes in family structure and value system and so forth. Especially in Urayasu town, urbanization was taking place so rapidly, after the subway was opened in 1960.

In cooperation with public health centers in two districts, our study was conducted from April, in 1972 through January, in 1973. The health questionnaire was sent to mothers beforehand and they filled with it at home. In the public health centers, each mother was interviewed individually and each baby was given medical examination and observed carefully.

The following results were obtained through our investigation. The subjects of this study totaled 161 of premature babies in Matsudo city and 341 of both normal and premature babies in Urayasu town.

Concerning the family structure, the nuclear family was predominant, 81.4% in Matsudo City and 77.1% in Urayasu town. More than 50% of babies examined were the first-born children for their parents. Therefore, their inexperienced mothers tended to feel anxious as to feeding and other daily care. According to the public health survey, fewer babies had been breast-fed in recent years, especially in cities in Japan. Likewise, the percentage of the bottle-fed was conspicuously high in these areas, (68.3% in Matsudo city

and 49.0% in Urayasu town). Only 14.9% of babies in the former and 23.6% in the latter were purely the breast-fed.

Needless to say, premature babies tended to reveal more problems in prenatal, perinatal and neonatal periods. Through analysing the contents of the health questionnaires filled with by these mothers and interviewing directly with them, we have come to realize that 79.5% of mothers in Matsudo city and 75.8% in Urayasu town considered that their babies would have some problems, either physically or mentally. In actuality, however, most of them reached the normal level of development, without any pathological findings.

One of the purposes of the health examination in public health centers would be to find the physically and mentally handicapped babies, as early as possible. But, at the same time, health consultation and guidance were absolutely necessary for mothers of normal children to alleviate their anxiety and give them self-confidence, from the view point of mental health.

At the present time, we are planning to follow up these babies regularly and systematically and to evaluate the meaning and the validity of the health examination conducted at the age of three months.

GROUP PSYCHOTHERAPISTS AND THEIR PATIENTS
AN OBSERVATION OF GROUP THERAPEUTIC SESSIONS
AT A TIME OF SOCIAL CRISIS

YOSHIKO IKEDA, M.D., Division of Child Mental Health

John F. Kennedy, the 35th President of the United States of America was assassinated on November 22nd, 1963, in Dallas, Texas. Immediately the news spread over the world and surprised and shocked everyone. It was a beautiful fine day in Washington D.C., just before Thanksgiving. Sudden peal of the church bells ringing out the sad news of the President's passing away brought gloom over the whole city. Confusion, disbelief, fear, anger, feeling of shame gripped the hearts of people who felt stunned and helpless. The following day turned out to be cloudy with a slight drizzle. Grief, sorrow were predominant feelings among people who went into mourning for their lost leader. At the same time, they tried to ascertain in themselves a belief that their country would have the courage to go on in the face of this great misfortune and win through.

The author who was in Washington D.C. happened to attend three groups conducted by three different therapists at this time of disaster which struck the whole nation. She would like to recount her impressions of therapists and patients at the sessions where they were trying to mutually help each other to overcome their grief. For this purpose, the author, coming from a different cultural background, wishes to present their actual therapeutic sessions and records taken and to analyse in her own way, the reaction of each therapist and patient and the reaction of the group as a whole, at the time of social crisis.

Group A. (Group with married couples)

The group was conducted by a therapist who was interested in learning theory and deeply involved social and political movements. Since the session was held on the very day following the assassination, therapist A did not expect to have full members. However all attended. Apparently they appeared very anxious and trembled. But A did not allow them to touch on this subject either explicitly or implicitly. One member complained of difficulty in beginning any conversation. Though A's depressed face revealed how deeply he had been affected by the tragedy, he seemed to inhibit the group to talk about it. A picked up one of the topics a week before, that was about a wife who said that A always favored husbands and this she resented. To the members who were assembled there, the therapist was the image of the authority and the father. So, they had hard time to follow A's topic.

Very practical and every-day problems between couples were discussed. As seen in usual marital therapy, realistic conversation in angry tones went on at a high pitch. But the

conversation remained at a superficial level and each member tried to continue discussion, driven by compulsive and dutiful feelings. Several times, A was involved in arguments about money and trifles between couples. But his comments were also superficial. All couples criticized, accused each other and resented their spouses' attitudes. The basic emotional tone of the whole group was silent-burning anger which had no outlet. At the end of the session, A encouraged the members by saying that they had done wonderful job, even after the traumatic event. However, his comment went into thin air.

The characteristics of this session was probably explained by the fact that all members harbored the self-pity and self-accusation that they should be speaking of such topics as the marital problems, when more graver issues were at hand. It seemed that A hid his sense of loss and grief and tried to encourage the group to work harder, probably to emphasize that his nation should go on and overcome the death of the symbol of the nation.

Group B. (Group with neurotic patients)

This group was conducted by therapist B who belonged to the traditional psychoanalytic school. As usual he tried to listen during the session. In the beginning members expressed shock, anger and feeling of shame because these feelings were easier to deal with than sense of loss. A female borderline-schizophrenic patient, who came from a small European country showed the very unnatural reaction at hearing the news of Kennedy's death, which surprised around her. This unnatural attitude which was childish and jolly, difficult to understand probably resulted from the fact that she had been abandoned by her father at the age of eight. And she identified herself with Kennedy's children. But the other members were shocked and attributed it to the fact that she was not an American citizen and came from another part of the world.

Some members were depressed and mute. Two phobic members expressed anger and were threatened by their own destructive impulses. The therapist himself having received a great shock could not work fully as usual to influence his group. He tried to make them express their feelings through sharing their common sorrow and integrating them with not very successful results, since the therapist was confused, he could only keep his distance as though frozen unable to reach the hearts of his patients.

Group C. (Group with neurotic patients)

The group was conducted by therapist C who had wanted to be a human being in society rather than the typical psychoanalyst. After this session, the observer could not have her usual discussion with therapist C, because C insisted on visiting Kennedy's grave. Kennedy's grave in the National Cemetery in Arlington had not been completed, without the passway and the guidepost. It was covered with red and white flowers which appeared

too dazzling in the late autumn sun. Several days later the therapist and the observer had their regular discussion about this session. C was satisfied with the results of the session, but he recognized that there were role reversals between therapist and patient and mutual complementary functions. In the beginning, each member expressed his wish to ascertain feeling of belongingness to the group and to be united by the therapist. There was very cohesive movement. Compared to the other two groups, they could freely express shock, sense of loss and feeling of sorrow. All felt fear of war, death and the mad world. However, the therapist, because he identified himself so strongly with the late president and because he felt that his loving home town Texas had appeared so brutally to have destroyed Kennedy, confessed his grief and anxiety, before members had time to express fully their feelings. Since members, mostly intellectuals in Washington area had had special feelings with Kennedy both positively and negatively, they tried to support the therapist. Sense of loss shown by therapist was shared by the group. Several members in childhood used to take the role of the protector toward their helpless parents. They again took over similar roles when the authority figure (therapist) appeared powerless. Therapist C had worked calmly as usual, in another public hospital in the morning of the same day. Why was there this great difference in his attitudes? Probably he was dependent on this particular group in his own clinic. He wanted to unite the group including absent ones and those leaving and to be united with the group. Exceptionally one member, with personality disorder tried to cut off his emotion and kept some distance between the group and him, by rationalizing that Kennedy was not his family, after all.

From her observation, it seemed that both the patients and the therapists needed each other and depended on each other to help them override the critical time.

IZUMI CLUB; A THERAPEUTIC "AUTOGESTION" GROUP

Dr. TOORU TAKAHASHI

In a previous paper (1), the author has sketched out a social club named Izumi, spontaneously formed by ex-patients who had suffered from anthropophobia.

Izumi club may serve as a model of those social clubs we may call "autogestion" patient club—organized exclusively by patients themselves with the intention of creating a utopia.

Unlike those therapeutic communities which are well organized by, or so to speak, "well designed for", the experts of group psychotechnique, this club might be considered as a mere gathering of ex-patients.

In reality, however, it seems to afford the members a profitable situation where they could realize a restoration of healthy sociability.

This paper, then, deals with a certain therapeutic construction clearly revealed in the very situation of crises the club met.

The assumption that the group interaction becomes "therapeutic" when it affords the members the creative spontaneity, the open freedom, and the competitive equality, seems to be widely accepted.

But, against expectation of naive group-therapists, the group interaction does not always go well, because neither of these three factors is free from paradoxal sequence. For example, the spontaneity will be lost as soon as the group member begins to make effort to be spontaneous.

Moreover, it is inevitable when the therapist takes the more active role, the more salient the negative aspect of such a paradox becomes; "negative" because the "therapeutic" itself becomes paradoxal.

Through participant observations on the group interaction of Izumi club members, the author has concluded that in such an "autogestion" group the negative "therapeutic" paradox turns on a paradox in a different level (a meta level), i.e. the "negative" turns to be multiplied. Several crises the club met demonstrate such a modulation of paradox.

(1) presented in the *Seishin Eisei Kenkyu*, (1972) vol. 20.

A STUDY OF THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS:

III. CHILD DISCIPLINE IN OUR COUNTRY AND "FAMILY DYNAMICS OF SCHIZOPHRENICS"

TAKESHI TAKATOMI, Division of Eugenics

KOJI SUZUKI, Division of Mental Health

HISAKO DENDO, Division of Mental Health

Concerning the abnormality of schizophrenic patients' behavior we agree on Laing's concept that, from the social viewpoint, it is intelligible, and not on Jaspers' concept that it is "unverstehbar". The patients' experiences and behavior are variously influenced by their parents' attitude, by human relations within the family, and also by the relationship with us. We have observed how their family members are hurting them and how they are disturbing their family. Thus our study has been concentrated on how we should get involved with them.

Western Family Dynamics has been based on psycho-analytic theory. It has studied the process of personality formation and socialization discussing how a patient's parents hindered his mental development while young, and how this same situation has been carried on up until now. Oedipus Complex, symbiotic tie and emotional divorce of the parents (Bowen), Double-bind theory (Bateson), conflict and struggle between the parents (Lidz), Pseudo-mutuality of the family (Wynne), emotional oneness of the family (Bowen) are all in the same category. And therapy has been given aiming at separation and independence from parents.

In Western society a child receives discipline as an independent individual even when he is little. When he has grown up he is asked to lead an independent life different from his parents. In Western culture the child's will to establish his personality by getting separated from and becoming independent of the parents is considered the creative power of man. Educational theories are all based on this concept. Thus the child's fundamental anxiety is attributed to the conflict between the desire to live with and be united to the parents and the desire to become separated and independent. This is "separation anxiety". We, too, think it appropriate to explain maturity of man as the move toward separation and independence.

However, between Japan and Western countries we notice many differences in human relations within the family and in the way of disciplining a child. In Japan a child grows up in indulgence. For the sake of the child the parents often give up their private time as man and wife. They suppress the free expression of their marital love. When a boy occupies his

mother's care all to himself, or when a girl demands all her father's love, it is regarded as a natural phenomenon of parent-child relationship—a very heart-warming phenomenon. It never happens that the child regards the parent of his own sex as a rival. He is “the king” of the family. He finds his rival not in his parents but in his brothers and sisters. This parent-child relationship is quite heterogeneous as compared to that of Western countries, where the family is centered around husband-wife relationship and the child can not be allowed to get into it. So classical Oedipus complex developed out of sexuality has seldom been noticed, at least on the surface. It is natural to explain the child's rebellious period not as a conflict between love for father or mother and authority, but as rebelling against the authoritative family system and the enforcing power of social customs.

Though patriarchal authority has been destroyed judicially in Japan, however, the idealistic image of a family is still “husband leads, wife follows”, where it is natural for the wife to obey the husband and his parents. Many a wife still lives in obedience and submission. The child is what secures her position in the family. Bringing up the child is her only pleasure, and his growth is her only significance in life. She endows her deep personal affection on him, denying to regard him as an independent individual, and projecting herself on him; he is a part of her self. The child, at the same time, depends absolutely on his mother. He doesn't think it strange to depend on her even when he has grown up. Therefore, it is not reasonable to adopt the theory of “symbiotic tie” or “separation anxiety” here.

When the child becomes old enough to go to school, having been brought up indulgently in his infancy, he begins to be trained strictly to acquire the pattern of mass community life. Here we find a great difference from the training in Western countries. What takes a very important role in the training here is the relative position in the community, hierarchy rank, sex, age, taboos and restrictions between different generations. The complicated system of honorific expressions and the variety of personal pronouns both in first and second persons in our language are very convincing evidence of this. Thus he is forced to acquire the standard pattern of life rather than developing spontaneity or establishing individuality. What is important for him is not codes for his own inner self or religious law, but codes for relationship between people, between himself and others, or moral codes. It is a discipline aiming to develop not self-reliance but self-control. It is, therefore, necessary to reexamine if the separation and independence is the same as the Western pattern for the person who has undergone such discipline. Among those raised within this discipline of self-restriction so that they may not assert their rights in order to maintain the balance in the family, we often observe the tendency of “trying to arrive at an agreement without clarifying the problems”. This must be called “Pseudo-mutuality”.

Because we have various aspects peculiar to Japan, such as this Japanese family

relationship, we are unable to accept Western Family Dynamics as is. Yet we find little difference concerning the frequency of schizophrenic patients. Therefore, when we study the causes of schizophrenia, and if we are to find it in the family, we should look for factors found in both the Western and Japanese families. At present we do not intend to go into the etiological factors, but we think it necessary to take into consideration the parents' attitude toward the child as one of the factors that hurt the patient now. Thus through our daily experience, we come to regard Bateson's "Double-bind Theory", Lidz's "Masking Attitude of the Parents" and Laing's "Deceptive Attitude" as adoptable theories.

A STUDY OF THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS:

IV. THE CHARACTERISTICS OF THE PARENTS REVEALED IN “LIKED CARDS” AND “DISLIKED CARDS” OF THE RORSCHACH TEST

HISAKO DENDO, Division of Mental Health

KOJI SUZUKI, Division of Mental Health

TAKAYOSHI WATANABE, Tamura Daini Hospital

KAZUKO SUZUKI, Research Associate of N.I.M.H.

TAKESHI TAKATOMI, Division of Eugenics

1. We have tried to clarify the characteristics of the parents of schizophrenic patients by studying why they choose “liked cards” or “disliked cards” of the Rorschach Test.
2. As we have almost no literature concerning “liked cards” and “disliked cards”, we had a comparative study with 153 schizophrenic patients (male 104, female 49) and a normal group of 127 persons (male 57, female 70). The following is the result.
 - a-1 When choosing “liked cards”, both male and female of the normal group expressed their pleasant feeling directly and naturally showing various personal nuances. On the other hand, few schizophrenic patients expressed their affirmative feeling naturally, as it was. This was especially remarkable with female patients.
 - a-2 Comparing the normal group, schizophrenics more often projected their affirmative feelings on concrete things, especially on animals. This signifies their difficulty of sensing fluid emotional atmosphere and their lack of flexibility toward outside stimuli.
 - a-3 Schizophrenics often express their pleasant feelings in very personal things or human relationships or very personal experiences.
 - b-1 When choosing “disliked cards” schizophrenics more often transferred their inner feelings rather than directly projecting the negative feelings on the outside stimuli. This shows their tendency of connecting unpleasant feelings that the picture stimuli (ink-blot) caused with their inner uneasy feelings and anxieties.
 - b-2 Many in the normal group attributed their dislike to the colors, while comparatively less schizophrenics did so. While color shock was observed in both groups, the schizophrenic group could not express it as unpleasant feeling. This may be because they cannot face their anxiety.
 - b-3 The schizophrenics often used peculiar expressions which were considered to be the projection of their own personal experiences. In particular, many showed the feeling of persecution in very vivid expression.

3. The characteristics of the parents.

The parents of 11 schizophrenic male patients, 8 schizophrenic female patients and 11 persons from the normal group took part in choosing "liked cards" and "disliked cards". The result is as follows.

a-1 When choosing "liked cards", the parents of the male patients showed the following tendencies. They often used strangely pedantic, affected expressions. They often blurred their feelings by intellectually generalizing them. They tried to rationalize themselves in order to suppress their uncertainty in the mental world. Many of them did not tell frankly how they felt.

a-2 When choosing "disliked cards" the fathers of the male patients were observed to suppress their uncertain anxiety by giving intellectual evaluation or trying to rationalize it in a pedantic distorted manner. Some of them used passive expressions colored by a feeling of persecution.

a-3 To summarize the fathers of the male patients lack of flexibility. When they meet with a difficult situation, they become uneasy and remarkably defensive; some of them even suffer a feeling of persecution. This supports the statement given in the previous paper: "Among the fathers of the male schizophrenic patients some are very strict and authoritative, but have strong self-uncertainty within and depend on their wife; others are very serious but lacking flexibility and determination."

b-1 Some of the mothers of the male patients expressed affirmative feelings naturally, but most of them became uneasy worrying about forms or unity; thus they gave far-stretched reasons. Some of them seemed to have chosen as "liked cards" those that originally may have given them unpleasant feelings, and they gave distorted reasons.

b-2 Many of the mothers of the male patients expressed unpleasant feelings naturally to "disliked cards". But many of them became more uneasy by exposing their sporadic anxiety. They rationalized themselves unnaturally and their expression revealed a feeling of persecution.

Many of them who responded naturally in choosing "liked cards", showed unnatural responses in choosing "disliked cards" and vice versa. Only one of them gave natural responses in either case.

b-3 In short, like their husbands the mothers of the male patients gave pedantic responses to anxiety. They were lacking in "feminine" flexibility. This seems to be related to the statement given in the previous paper: "Many mothers of the male patients are lacking in thoughtfulness and consideration to encourage their children."

c-1 When choosing "liked cards" the characteristic feature of the fathers of the female patients was they used weak, sissy expressions. Some of them used vague expressions; but most of them used concrete and clear expressions, showing their feeling naturally. This is

contrary to the fact that many of the male patients' fathers used hard inflexible and sometimes even pedantic expressions. The most remarkable aspect about the expressions used by the female patients' fathers was that the content revealed passive feelings and feminine atmosphere.

c-2 When choosing "disliked cards", the fathers of the female patients used passive expressions. They sometimes expressed vague anxiety in evasive attitudes or passive feelings of persecution.

c-3 Many of the fathers of the female patients used expressions revealing weak, sissy, passive and evasive aspects. In other words they used expressions characteristic of women. This supports the statement given in the previous paper: "They are kind to their daughters, but are passive and helpless. Many of the fathers depend on their wives and when the wife and daughter are in rivalry, they are forced to take their wife's side, thus disappointing the daughter."

d-1 When choosing "liked cards" two of the mothers of the female patients talked about "achievement of the given goal", but the others used childish expressions, sporadic and affirmative expressions with its focus blurred, or expressions intellectually generalized. The most remarkable phenomenon was that some expressions revealed their attitude of trying to regard human relations super-affirmatively. In other words here expressed was their desire concerning human relationship.

d-2 When choosing "disliked cards" some of the mothers became conspicuously vagrant when they were uneasy. Most of the expressions revealed feelings of persecution.

d-3 The mothers of the female patients often showed the following characteristics. When they were emotionally instable, their thinking faculty became remarkably disintegrated and uncontrollable. When asking for smooth human relationships, once they became uneasy, they often expressed feelings of persecution. This seems to concur with the statement given in the previous paper: "They are active but immature and completely dependent on their husband. Their husbands, on the other hand, are helpless and unable to satisfy them. They have anxiety somewhere in their emotion. They reject their daughters who depend on their husbands. Therefore, severe rivalry is often seen between mother and daughter."

STUDIES OF THE ADAPTIVE BEHAVIOR OF THE MENTAL RETARDED II

—Attitude and Consciousness of Parents and Inhabitants around the Institutions for Mental Retarded, and Personnels of Such Institutions on the Problems of Mental Retarded—

YOSHIRO SAKURAI, Division of Socio-Environmental Research

The idea of the care for the mental retarded is changing from isolation and protection from the community in the past to helping the self-realization of mental retarded as inhabitants living in the community, protecting human life by promotion of human growth. The human life of mental retarded depends on level of adaptive behavior. Since adaptive behavior is graded according to the response as individuals to various social demands coming from environment, the level of adaptive behavior largely depends upon the function of recognition of the individuals, as well as the environmental factors.

We surveyed attitude and consciousness of parents, inhabitants around the institutions and personnels of the institutions, as we think these are closely related to the adaptive behavior of the mental retarded.

We have done the survey of the attitude and consciousness on the problem of mental retarded to 648 parents, 333 inhabitants around the institutions and 195 personnels.

The results were as follows;

1. Knowledge and understanding of the inhabitants around the institutions is considerably improved, while a negative feeling is manifest in a concrete problems directly related to inhabitant themselves, they think the mental retarded as the object of pity, love and philanthropy.
2. Personnels of the instituitons and parents have intensively acceptable and understanding attitude, and the attitudes of both groups are each other similar. Both groups consider that attitude of the inhabitants in community are negative and not so much understanding. It seems that there is a remarkable gap between the evaluation of the both groups to inhabitants and self-recognition of the inhabitants themselves.
3. As to the reaction of the personnels to the problems of "social evaluation on the personnels of the instutitions for mental retarded", the problems arising from relationship between education and welfare give influence to the attitude of personnels.

These results would indicate the urgent mutual-understanding among the 3 groups and the clarification of role and function of the personnels of the institutions, and of the mode of existence of the institutions in community.

A CLINICAL STATISTICAL, BIOCHEMICAL AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGICAL RESEARCH ON CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME

MAKOTO IIDA, M.D.

Division of Mental Retardation Research

There is no comprehensive research in regard to Down's syndrome in Japan. The author attempted research detailed as possible as on Down's syndrome and has done clinical statistical, biochemical and developmental psychological research.

I. The relationship to the outbreak of Down's syndrome and the conditions of the mothers.

Collman & Stroller showed that the age of mothers which have children with Down's syndrome had shown the curve with two peaks at age of 27 and of 37, the author's investigation indicates only one peak at age of 27. It seems that the birth control influences on this result. Table 1. Fig. 1.

The mothers had the history of spontaneous abortion in 40.1% of the total and this result shows there was some physical trouble on them already before pregnant. Table 2.

It seems that there are some relationships between the month of year of conception and mothers physical condition. Table 4. Fig.2.

II. Several problems during pregnancy, at birth and infancy of Down's syndrome child.

It cannot be looked over that the abnormality of chromosome influences on different somatic disturbances, however it is rather important problem that these disturbances result secondly in various disturbances on the development of child with Down's syndrome. Table 5 — 10. Fig. 31.

III. The physical abnormalities of the child with Down's syndrome.

As shown on table 11, the author's study showed that there were various physical abnormalities among the children with Down's syndrome.

IV. The taste of foods of Down's syndrome child is in tendency of liking meats and disliking vegetables. Table 12.

V. It is more common that Down's syndrome child begins to walk from 1 year and a half to 1 year and 11 months, furthermore 8.7% of them started to walk more than 3 years and 6 months. Table 13.

VI. Prevalence rate of right handedness in child with Down's syndrome.

There are more seen undeveloped usage of hand, the rate of really right handedness is only 41.8%, on the other side really left handedness is 8.8%, there is no difference between them and normal child in Japan. The problem of right handedness is concerned to the

development of cerebral hemisphere and this result is interested. Table 14.

VII. The causes of mortality of the child with Down's syndrome.

The causes of mortality of child with Down's syndrome are shown in table 15. It should be noted that the 6 patients died by acute cardiac diseases and they had no previous history of cardiac diseases.

VIII. The serious diseases in history of living child with Down's syndrome.

It has been found that 36.3% of living children with Down's syndrome had serious previous diseases. Some of them could not be cured by classical medical treatments. It results in that the average age of child with Down's syndrome would become much higher and their prevalence rate would become higher in total population. Table 17.

IX. Speech development of child with Down's syndrome.

The speech development of child with Down's syndrome is shown on table 18. Their retardation of speech development is thought due to disturbances of anatomical articulation structure in general, however the author thinks emotional inhibition is one of the more important factors.

X. Mental development of child with Down's syndrome.

The intelligence of child with Down's syndrome centered in imbecility, and is higher in lower aged and is lower in more aged child.

Some changeable subcategories by training in their ability are higher than the other abilities, it seems that this result has any relationship to the imitation ability of child with Down's syndrome. Table 19 – 20. Fig. 3 – 17.

XI. Table 21 and fig. 18 – 20 show the physical development of child with Down's syndrome in this country.

XII. Biochemical abnormality in the child with Down's syndrome.

Cerebro-spinal fluid GOT activity in Down's syndrome is markedly higher as compared with the other mental deficient children. This result seems to be by any changes of brain cells of the child with Down's syndrome or the change of blood-liquor barrier. Table 22 – 28. Fig. 21 – 29.

(Author's abstract)

編集後記

この紀要も21号を迎え、いよいよ青年後期にさしかかったといえるだろう。そのためでもあるまいが、本号が公刊されるまでには多少の有余曲折があり、早春に原稿をいただきながら時ははや晩秋ということになってしまった。御寄稿いただいた方々に、ここを借りてお詫び申し上げねばならない。また、われわれの力不足で紀要の形式も結局は旧態以前たるものにとどまってしまったことは些か心残りである。もうそろそろ本誌の形態にも研究所20有余年の歴史と時の流れに即した基本的改訂が必要かどうかを検討する時期にきているのではなかろうか。新しい編集子に難題を置土産にするようで心苦しいが、所員の意向を質した上で御一考いただければ幸いである。

1973. 10. 13

第21号編集委員 村瀬孝雄
桜井芳郎
斉藤和子

精神衛生研究

—第21号—

編集責任者	村瀬孝雄 桜井芳郎 斉藤和子
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台1丁目7番3号 電話 市川 (0473) ㊟0141
印刷所	株式会社 弘文社 千葉県市川市市川南2-7-2 電話 市川 (0473) ㊟5977 (代表)

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 21 March 1973

Contents

Community Power Structure and Life Patterns of Inhabitants —A Case Study of Gyotoku-district in Ichikawa-city— <i>H. Shirai, K. Ishihara</i>	1
A Study of School Phobia (2) —Family Dynamics with Main Reference to the Personalities of the Fathers— <i>M. Yamazaki</i>	29
A Study on Mental Health in Babyhood and Infancy —Report 1. A Study on Health Examination for Three-Month-Old Babies in Matsudo City and in Urayasu-Town— <i>Y. Ikeda, Y. Negishi, Y. Kanbayashi, R. Watanabe, N. Kamiya</i>	49
An Observation of Group Therapeutic Sessions at a Time of Social Crisis <i>Y. Ikeda</i>	77
Izumi Club ; A Therapeutic “Autogestion” Group <i>T. Takahashi</i>	125
A Study of the Families of Schizophrenic Patients : III. Child Discipline in our Country and “Family dynamics of Schizophrenics” <i>T. Takatomi, K. Suzuki, H. Dendo</i>	137
A Study of the Families of Schizophrenic Patients : IV. the Characteristics of the Parents Revealed in “Liked Cards” and “Disliked Cards” of the Rorschach Test <i>H. Dendo, K. Suzuki, T. Takatomi, et al</i>	159
Studies of the Adaptive Behavior of the Mental Retarded II <i>Y. Sakurai</i>	183
A Clinical Statistical, Biochemical and Developmental Psychological Research on Children with Down’s Syndrome <i>M. Iida</i>	211
List of Research Works	269
English Abstracts	277