

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.33/1986

国立精神・神経センター
精神保健研究所

*National Institute of Mental Health
NCNP, Japan*

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No. 33/1986

国立精神・神経センター
精神保健研究所

*National Institute of Mental Health
NCNP, Japan*

目 次

研 究

中学生の精神衛生に関する研究	1
上林靖子・河野洋二郎・池田由子・西川祐一	
問題行動と社会的背景の関連について	17
—者少年における学校嫌い、非行などを手がかりとして—	
牟田隆郎	
精神障害に関する統計	29
—昭和58年度—	
大塚俊男	
わが国の在宅の痴呆性老人の実態	45
—有病率を中心として—	
大塚俊男・清水 博	
疫学調査用自己記入式精神障害調査票	53
—Community Psychopathology Questionnaire (CPQ) の開発について	
北村俊則・宗像恒次・千葉浩彦・仲尾唯治 藤原茂樹・生田憲正・菅原健介	
社会適応尺度 (SAS)	67
仲尾唯治・北村俊則	
老人デイ・ケアの運営に関する研究	121
齋藤和子・丹野きみ子・越智浩二郎・小草優子 小林恭子・和泉幸子・堀田香織・大塚俊男 北村俊則・丸山 晋	
中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景	129
宗像恒次・椎谷淳二	
Japan's Mental Health Care Delivery System in the Eighties A Statistical Survey	155
Tsunetsugu MUNAKATA	
染色体異常児の聴覚誘発反応	195
加我牧子・前田香織・二瓶健次・茂木富美子	
家族などの支持システムを包括した初期医療のあり方に関する研究 (その1)	205
土居健郎・丸山 晋・高橋 徹・吉松和哉 広瀬徹也・小倉 清・鈴木純一・中野幹三 大平 健・佐藤真一	
家族などの支持システムを包括した初期医療のあり方に関する研究 (その2)	233
丸山 晋・高橋 徹・滝沢武久・土居健郎	
底辺の不登校児たち	245
—崩壊家庭の不登校児の事例研究—	
横田正雄	
熟年者の精神保健の上に及ぼす就労の影響	255
和田修一	
各部の研究活動	267
所員研究業績 (昭和61年1月1日～61年12月31日)	273

中学生の精神衛生に関する研究

第5報：中学生の飲酒と喫煙

上林靖子・河野洋二郎

児童・思春期精神保健部

池田由子

聖徳学園短期大学

西川祐一

西川病院

A Study on Mental Health of Junior High School Students.

Report 5 : Alcohol Drinking & Smoking.

Summary

In Japan, junior-high school students are not permitted to smoke and to drink by laws and school regulations. It is said, however, that students tend to smoke and to drink as the symbol of the rebellion against the authorities, in spite of the strict penalty.

A mental health survey of approximately 6,600 junior-high school students was conducted by the Division of Child Mental Health in 1983, in order to examine the incidence of drinking and smoking as well as the relations of these habits to socio-psychological factors.

The following results were obtained :

1) 70.6% of the students have ever experienced of alcohol drinking, although most of them take alcoholic beverage only on the special occasions such as New Years Day or at the time of festivals. Only 2.3% of the students took alcohol more than once a week (frequent drinkers).

2) 22.1% of the students have ever tried to smoke cigarettes. They took it, because of curiosity. The daily smokers are only 0.8% of the whole subjects (the frequent smokers).

3) It should be noted that the influences of the family environment was conspicuous. The family members of both drinking and smoking groups smoke or drink more frequently than families of non-smoking and non-drinking groups.

4) Both drinking and smoking groups tended to reluctant to go to school. They also could not identify themselves with their parents. They have different-sexed friends more often than other groups. However, the smoking students were more aloof and inactive than the drinking students. The former had nothing to be enthusiastic about and insisted that they did need neither friends nor advisers.

5) Both frequent drinking and frequent smoking groups manifested various psychiatric symptoms such as anxiety, inadequacy and inter-personal strains in higher degree than other

groups (non-drinking, non-smoking groups).

I. はじめに

わが国では、未成年者の飲酒・喫煙は法律で禁じられている。これらの行動は、学校集団の中では、問題行動としてかなり厳格に規制され、違反者にはさまざまな処分がなされている。一方実際にはかなり多くの未成年者が、この規則に違反しているものと推定される。そののみか家庭や仲間などの中では、これらは黙認・許容される傾向すらみうけられている。成人には承認されている飲酒や喫煙が単に未成年であるということのみで認められないと言うことが、こうした許容的な態度を取らせる一因ともなっているといえよう。

更に今日、飲酒や喫煙はハイティーンのみならず、ローティーンの間にも浸透してきており、注目されている。しかし、わが国の中学生の飲酒や喫煙についてはその実態すら明かでなく、ましてこれらがどのような意味を持っているかについては、未解明である。

従来、飲酒・喫煙についてはその身体的な有害性が強調され、青少年がそれを使用することを自制するよう求めてきた。それらは主として、早期からの使用が、健康に蓄積的で有害な影響をもたらすと言うものである。それに関する精神衛生の問題については、殆どと言っていいくらい触れられてこなかった。

われわれは、青少年の飲酒と喫煙の問題に接近するにあたって、まずその実態と、精神健康上の問題を明らかにすることが必要であると考え、中学生を対象に調査を行った。

II. 方 法

この調査は、中学生の精神健康とその意識に関する調査の一環として行われたものである。対象は、東京都・千葉県・埼玉県の公立の中学校9校の生徒、6,600人余りである。我々の作成した調査用紙：青少年健康調査(1)⁶⁾を用い、各学校において実施した。この調査は、自記式・

無記名である。調査時期は昭和58年7月から9月である。

III. 結 果

1. 飲 酒

1) 飲酒経験(表1)

“あなたはお酒を飲んだことがありますか?”という質問に対し、次の4つの選択肢が用意されている。1. 週1回以上飲むことがある。2. 時々、飲むことがある。3. 正月やお盆などの時に飲んだ事がある。4. のんだことはない。対象中学生の70.6%は飲酒の経験があった。

表1は学年・性別の飲酒経験を示している。飲酒経験がないものは、1年生33.6% 2年生28.7% 3年生23.4%であった。高学年ほど飲酒経験のないものの割合が減じており、統計学的に有意な差が認められた。

飲酒経験者についてみると、正月盆などの“特別なとき”の飲酒経験者は1年から3年まで45.5%から48.5%と差が認められないのに対し、“時々”というものが1年生18.3% 2年生20.8% 3年生27.1%と著しい増加が認められる($P < 0.001$)。また“週1回以上”の飲酒者の割合は、1年生1.2% 2年生1.9% 3年生3.9%と3年生での増加が際だっている。

飲酒経験は性別により著しい相違があり、その差は統計学的に有意である。女子の約1/3は飲酒経験がないのに対し、男子では、1/4である。“特別なとき”に飲むと言うものは性別による差異がなく、週1回以上或は、時々飲酒者が男子には多い($P < 0.001$)。

2) 家族の飲酒と飲酒経験・飲酒願望(表2)

“あなたの家庭の中に、お酒を飲む人がいますか。”という質問に“いる”と回答したものは、81.7%であった。“週1回以上”飲酒しているものの家庭の91.4%。“時々”では、88.5%。“特別な時”80.6%。“ない”76.5%に飲酒者がいた。頻回に飲酒しているものほどその家庭に飲酒するものがある割合が高く、その差は統計的に有

意である ($P < 0.001$).

“あなたは大人になったらお酒を飲みたいと思いますか。”という設問に“のみたい”と回答したものは、43.5%，“飲みたいくない”が、55.3%であった。飲酒経験の“ない”ものでは81.0%が“飲みたいくない”と回答し，“飲みたい”と回答したものは18.0%であった。“週1回以上”飲酒しているものでは、それぞれ10.6%、88.7%である。飲酒願望を有するものの割合は、飲酒経験が多いほど高く、その差は有意であるといえる。

3) 飲酒経験と熱中するもの・登校拒否願望 (表3)

生活の充実感の指標として、熱中するものと、登校拒否願望を取り上げた。“あなたには、熱中するものがありますか？”という問に対し、中学生の67.4%が“ある”と回答していた。飲酒経験別にこの回答をみると表3に示したとおりであった。“週1回以上”という頻回飲酒群は、74.2%が有ると回答しているのに対し、飲酒経験の“ない”群では、62.8%であり、両群間の差は有意であるといえる ($P < 0.001$).

一方、登校拒否をしたことがあるかについては、“いつも”思うという生徒は、中学生の4.5%であり、“時々”というものが、34.9%、合計39.4%の生徒が登校拒否願望を抱いている。“週1回以上”飲酒をしている群では、“いつも”24.8% “時々”37.6%、計62.4%が登校拒否願望を持っていた。しかし、飲酒経験の“ない”群は、それぞれ、2.4% 28.8%であり、飲酒経験により有意な差が認められる ($P < 0.001$).

4) 飲酒経験と対人関係 (表4)

親友と異性の友達：“あなたには親友といえる友達がいますか？”という質問には、85.4%の生徒が“いる”と回答していた。親友がいるかどうかは飲酒経験により統計学的に有意な差があるとは言えなかった。

一方、異性の友達については、“週1回以上”の飲酒群は、32.5%が持っていると言ったのに対し、“時々”は、12.8% “特別なとき”8.1%

“ない”5.4%であった。飲酒頻度が高いほど異性の友達を持っているというものが多いといえる ($P < 0.001$).

相談相手：“あなたは……相談相手がいますか？”という質問に対し、80.5%が“いる”と答えていた。“週1回以上”飲酒している群は、“いる”と回答したものが73.5%，“いないが欲しくない”と回答したものが17.9%、飲酒経験の“ない”群では、それぞれ80.8%、7.0%であり、その差は統計学的に有意であるといえる ($P < 0.001$).

父親・母親への拒否：“父親(母親)がいなくなればいいと思うことがありますか？”という質問で拒否感情を調べた。父親に対し“いつも”と回答したものは全体では3.4%，“時々”29.1%であった。週1回以上”飲酒している群では、“いつも”が15.2%，“時々”30.5%である。飲酒を“時々”している群では、それぞれ5.3%、35.6%であった。これに対し、“特別の時”に飲酒するという群では、2.1%、28.8%、飲酒経験のない群では、3.3%、24.5%である。飲酒経験のあるものの方が、父親への拒否感を抱いているものが多くその差は統計学的に有意である ($P < 0.001$)。母親に対する拒否感情は父親に対するほど強くはないが、やはり飲酒経験のあるものの方がいないものに比して有している者が多く、有意な差が認められた ($P < 0.001$).

5) 飲酒経験と精神健康 (表5・表11)

精神健康については、不安徴候、不適応徴候、対人不安の3項について検討した。

不安徴候：不安徴候を現す11項目のうち5項目は、飲酒経験により有意な差があるとはいえなかった。差が認められた6項目は、いずれも、“週1回以上”飲酒している群が他の3群より高い有症率をしめしていた。他の3群間には差があるとはいえなかった。

これら11項目の得点を合計して算出した不安得点は、“週1回以上”の群が7.44と最も高く、飲酒経験の“ない”群や“時々”のみの飲酒群との間に有意な差が認められた。

不適応徴候：6項目のうち“自分に自信がない”は、4群間に差があるとはいえない。その他の項目はいずれも、“特別な時”に飲酒したことがある群と、飲酒経験の“ない”群が、その他の2群より低い有症率を示していた。“週1回以上”飲酒している群の有症率が最も高く、“時々”飲酒している群は中間的な値であった。

不安得点と同様に算出した不適応得点は、飲酒経験が“ない”群が最も低く、他群との差は有意であった。

対人不安：対人不安に関する5項目のうち、飲酒経験により有意な差がみられたのは、“自分の視線が他人に不快感を与えると感じる”，他人の視線が気になる”，“他人が自分のことを馬鹿にしたり，悪く思っているように感じる”の3項目である。いずれも“週1回以上”飲酒しているものが，“時々”群と、飲酒経験の“ない”群よりも高い有症率であった。

対人不安得点は，“週1回以上”と“時々”飲酒しているの両群で高く，その他の2群との差は有意であった。

2. 喫煙

1) 喫煙経験 (表6)

この調査では，“あなたはタバコをすったことがありますか”という問に，次の4つの選択肢が用意されている。1. 毎日のようにすっている 2. 時々すうことがある 3. 面白半分にすったことがある 4. すったことはない

表6に示したように，中学1年生の83.5% 2年生79.5% 3年生70.3%が喫煙の経験がないと回答していた。喫煙経験者の大半（喫煙経験者中86.6%）は，面白半分に喫煙した者であって，“毎日”0.8% “時々”2.1%である。喫煙経験者の増加は，1年から2年にかけてより2年から3年にかけて著しく，主として“面白半分に”すうものの増加によっているが，“毎日”あるいは“時々”すうものも増え，3年生では2.0%が毎日すっていると回答した。

性別にみると，男子では，27.2%女子では，17.1%が喫煙を経験しており，その差は有意で

あった ($P < 0.001$)。喫煙のどの頻度をみてもこれは共通の傾向である。

2) 家族の喫煙と喫煙経験・喫煙願望 (表7)

家族に喫煙するものがあるのは，69.3%である。“毎日”あるいは“時々”喫煙しているものでは，家庭内に喫煙者がいるものがそれぞれ81.8%，83.7%であり，“面白半分に”76.8%，“ない”66.9%に比べ高い比率を示し，その差は有意である ($P < 0.001$)。

あなたは大人になったらタバコをすいたいと思いますか”という問に，“すいたい”と答えたものは，12.7%である。“毎日”喫煙しているものは80.0%が喫煙したいと回答したのに対し，“時々”53.9%，“面白半分に”24.9%，“ない”7.8%であり，頻繁に喫煙しているものほど，喫煙願望を持っているものが多く，その差は統計学的に有意である。

3) 喫煙経験と熱中するもの・登校拒否願望 (表8)

“毎日”喫煙していると答えたものの41.8%，“時々”41.1%が熱中するものがないと答えており，“面白半分に”30.8%，“ない”29.2%の両群に比べ高率でその差は有意である。

登校拒否をしたいと思うことがあるかについても，喫煙経験により明らかな差が認められた。すなわち“毎日”喫煙しているものは，46.3%が“いつも”登校拒否をしたいと思うと回答した。これに続き24.1%が“時々”思うと回答していた。“時々”喫煙しているという群では，“いつも”思うもの23.0% “時々”思うもの43.2%であり，“面白半分に”すったことのあるものではそれぞれ7.5% 46.5%，喫煙経験が“ない”群では，2.8% 32.0%である。喫煙経験の多いものほど，“いつも”登校拒否をしたいと思っているものが多く，したいとは思わないものが少ないといえる。

4) 喫煙経験と対人関係 (表9)

親友と異性の友達：喫煙経験によって親友がいるかどうかの違いが認められた。すなわち“毎日”喫煙している群は，親友を持っていると答

えたものが74.5%であり、“時々”88.6%、“面白半分”83.8%、“ない”85.8%であった。“毎日”の喫煙者はその他の群に比べ少なく、統計学的に有意な差がみられる ($P < 0.001$)。この“毎日”の喫煙群は、同時に、“親友がいないが欲しくない”と回答したものが16.4%と高く、“いないので欲しい”を上回っているのが特徴である。

異性の友達については、“毎日”喫煙しているものは、60.0%がいると回答しており、“時々”27.0%、“面白半分”13.6%、“ない”6.8%に比べて著しく高く、その差は有意である ($P < 0.001$)。

相談相手：“毎日”喫煙している群では、相談相手が“いる”ものは、67.3%であり、“時々”77.3%“面白半分”78.1%“ない”81.2%にくらべ少ないといえる。“毎日”群はいないにも関わらず“欲しくない”とするものが29.1%と高率で、“いないので欲しい”はわずかに1.8%にすぎない。

父親・母親への拒否：父親がいなくなればいいと“いつも”思っているものは“毎日”喫煙しているもので32.7%“時々”12.8%“面白半分”5.2%“ない”2.4%であり、喫煙頻度の高いものほど拒否感情を持つものが多いといえる ($P < 0.001$)。母親に対しても同様の傾向がみられる。

5) 喫煙経験と精神健康 (表10・表11)

不安徴候：不安徴候を示す11項目中7項目に喫煙経験によりその有症率に有意な差が認められた。いずれも“毎日”喫煙しているものが、最も高い有症率であり、“時々”群“面白半分”“ない”と続いていた。不安得点は、“毎日”の喫煙群は、“面白半分”“ない”より高くその差は有意であるが、“時々”との間には、有意な差があるとはいえない。同時に、“面白半分”の群は、“ない”群より高得点でその差は有意である。

不適応徴候：6項目すべてに喫煙経験により有意な差が認められた。いずれについても“毎

日”喫煙しているものが最も高い有症率であった。不適応得点は、喫煙経験のない群が最も低い得点であり、他の3群との差は有意である。しかしその他の3群間には有意な差があるとはいえない。

対人不安：全ての項目について、喫煙の度合により有意な差が認められた。やはり、非喫煙群に比べ、“毎日”あるいは“時々”の喫煙者は高い有症率である。対人不安得点については、“毎日”喫煙しているものは、非喫煙群より高得点であるが、“時々”群との間には有意な差が認められなかった。

3. 飲酒経験と喫煙経験 (表12)

飲酒経験と喫煙経験の関連を見ると表11に示したように、“毎日”喫煙しているものでは、47.3%が、“週1回以上”飲酒し、34.5%が“時々”飲酒していた。“時々”喫煙するというものうち、14.2%が“週1回以上”63.1%が“時々”飲酒しており、“面白半分”では、それぞれ4.2%、37.6%喫煙経験の“ない”群では、1.0%、16.7%である。喫煙経験があるものは、飲酒経験もある者が多くその差は有意である ($P < 0.001$)。喫煙が習慣化したりあるいは頻回であるものは、飲酒も頻回である。喫煙経験がある者のうち飲酒経験がないものはわずか10.1%である。

IV. 考 察

1. 中学生の飲酒と喫煙の実態

なぜ中学生の飲酒や喫煙が問題にされるのであろうか。

飲酒については、第一に近年わが国では、マスメディアによる各種アルコール飲料の宣伝と、自動販売機の普及により、誰もがいつでもこれを手にいれ易い状況が作り出されている。当然アルコールは青少年にも身近なものとなっており、次代のアルコール症者が増加するのではないかと危惧されている⁷⁾。第2に、若年アルコール症者が注目される中で、彼らが比較的の低年齢で始飲し、短期間のうちに習慣的飲酒に至って

いること、しかもその予後は不良で、アルコールからの離脱が困難な例が多いことが明らかにされている。³⁾⁴⁾第3に、青少年の飲酒は、非行・各種薬物乱用・性行動などの問題行動を伴いや⁸⁾⁹⁾ずい。つまり、これらの問題行動をあらわすものに飲酒者が多く、その前段階として飲酒行動がとらえられる。

一方、青少年の喫煙問題は、従来非行問題として位置づけられ、専ら処罰の対象とされてきており、アルコールに対しての比較的寛容な姿勢とは好対称をなしている。しかし近年になって、喫煙の健康への影響がとりあげられるようになってきたところである。その背景には次のような事実があげられる。¹⁾第1に、1950年ごろより肺癌・慢性気管支炎・虚血心疾患・心筋梗塞などの罹病率あるいはそれによる死亡率が喫煙者において高いことが次々と報告されてきた。第2には、これらの疾患の増悪因子として喫煙が重要な意味を持つことが指摘されること、第3には、タバコの影響は喫煙する当事者のみならず、その周辺でタバコの煙に晒される人にまで影響すること、すなわち受動喫煙(強制喫煙)についての知見が明らかにされたことである。これらを受けて、1980年には、WHOは、第32回世界保健デーのスローガンに“喫煙か健康かえらぶのはあなた”をかかげた。わが国においても“タバコのすいすぎに注意しましょう”という節煙のよびかけから禁煙運動、あるいは“嫌煙権”の主張と共に、分煙(喫煙場所のしてい禁煙区域の確保)、さらには、青少年を対象に防煙対策が健康教育の一環として取り上げられるようになった。

²⁾逸見は思春期の薬物乱用を論じて、15才以下で最初に使用されるものとしてタバコをあげ、有機溶剤がそれに並ぶとしている。同時にアルコール飲料は、どの年齢でも使われ、first tryとして最も普通の薬物であると記述している。

中学生の飲酒・喫煙の実態

青少年の飲酒については余暇開発センター¹⁶⁾(15歳から19歳までの男子では、週1~3回以上飲

酒するものが18%)谷らの報告¹⁴⁾¹⁵⁾(高校生の飲酒経験率は男子90%・女子85%、中学生男子94%女子82%)がなされているが、何れも未成年者に飲酒が広くゆきわたっていることを示している。¹⁰⁾喫煙については、余暇開発センター¹⁶⁾の報告によると、毎日喫煙率が、15歳から19歳男子28.9%、女子8.8%である。喫煙経験者については、最近では、小川らによると愛知県の中学校で、男子37.3%女子12.7%との報告がある。近年喫煙経験率は一般に7・5・3(高校生7割、中学生5割、小学生3割)といわれるほど増加しており、しかも低年齢の喫煙経験者の増加が注目されている。

われわれの調査では、中学生の飲酒経験率は、約7割、喫煙経験率は約2割であった。またこの喫煙経験者の約9割が飲酒経験者でもある。

中学生の飲酒経験者はこのように高率であるが、その大部分が、“特別のとき”の飲酒者であった。これは、正月や祭り、あるいは冠婚葬祭など近親者の集まりでの振舞い酒を意味し、わが国の文化が飲酒に対し許容的であることの反映であるといえる。

われわれの調査結果によると、喫煙経験者の割合がこれまでの報告に比べて幾分低い、これが果して、タバコの健康障害についての認識の高まりの中で低下している現れであるといえるのか、学校という場での調査のため回答に抑制が働いているためであるのであろうか。今後検討を要する課題である。

2. 飲酒群・喫煙群の特徴

はたして飲酒経験者と喫煙経験者はどのような特徴を持ち、また両者にはどんな相違が見られるであろうか。

“週1回以上”および“時々”飲酒するものを飲酒者、“毎日”および“時々”喫煙するものを喫煙者としてその特徴を整理してみると次のように要約することが出来る。

飲酒・喫煙とも家族の飲酒・喫煙からすくなくからぬ影響を受けている。この点については既に多くの調査で指摘されてきたところである。¹¹⁾¹²⁾¹³⁾

これは、こどもに飲酒・喫煙する機会を提供するばかりでなく、家族や子供も飲酒・喫煙に対し肯定的な態度をとりやすいために考えられる。

生活の充実感と関連があるとみなされる“熱中するもの”は、飲酒者と喫煙者で明らかな相違がみられた。飲酒者は非飲酒者より、熱中するものをもっているのに対し、喫煙者は非喫煙者よりも持っていないかった。これは飲酒がいわば社会化された行動であるのに対し、喫煙が個別的な行動であることの反映であろうと考えられる。喫煙者の方が現実生活に興味の対象を見いだせず、生活の充実感を欠いているといえよう。この他にいくつかの調査は、学業成績や課外活動への参加度が喫煙者に低いとを指摘している^{5) 13)}。この調査にみられた学校生活に対して、両群とも安定感と充実感を欠き、登校拒否感情を有しているものが多いという所見もその一面を捕えているものといえるであろう。喫煙者の方が飲酒者よりもこの傾向が顕著である。

対人関係については、飲酒者は非飲酒者に比べ、喫煙者は非喫煙者に比べ、父親・母親に対する拒否感情を有し、相談相手はいないというものが多くしかも欲しくないと考えている。つまり大人をあてにしない彼らの姿が浮かび上がっている。親友がいるか否かには飲酒者と非飲酒者には差異がないが、喫煙者では、非喫煙者よりも親友がいなくても関わらず欲しくないと多い。飲酒者・喫煙者とも異性の友達をもっている者が多い。飲酒者に比べ喫煙者の方が、大人ばかりでなく仲間さえあてにしないということが出来よう。両者とも異性の友達を持つことで幾らかの満足を得ようとしているのであろうか。このことは、単に、この群が対人関係全般に不安定で孤立しているというだけでなく、青年前期にある彼らが、大人の価値を敢えて否定しながら独立をはかろうとしている姿として発達的にとらえることも可能であろう。この視点からみると、喫煙群・飲酒群は早熟なのであり、飲酒・喫煙はかれらの大人社会への参加の背伸びした行動ということが出来

る。

不安徴候・不適応徴候・対人不安徴候はいずれも飲酒者・喫煙者が、非飲酒者・非喫煙者よりも高い有症率を示していた。また喫煙者は、飲酒者に比べ全般に高い有症率であった。このように、様々な情緒的問題を抱えた彼らにとっては、飲酒や喫煙が一種の安定剤の役割を果たしているという側面も否定できないであろう。

3. 飲酒と喫煙の関連について

青少年の飲酒と喫煙は、これまで多くの場合別個にとりあげられてきた。しかし、両者は別の現象ではない。喫煙者の9割が飲酒者であることは、タバコをすうものはアルコールを飲むことを意味している。言い替えば、飲酒者と飲酒+喫煙者がいるのである。両者は、共通の特長を示しているが概して後者の方が各々の傾向が顕著であり、飲酒者、ついで非飲酒・非喫煙者の順であった。

中学生の飲酒・喫煙はこの様に、生活環境内の飲酒・喫煙者の存在や、生活の充実、対人関係、精神健康と密接な関連が認められることを考えると、単に現象としての行動を問題にするだけでは解決できないであろう。これを促進する社会状況への対応を始め、かれらの日常生活の充実をはかること、思春期の心性についての理解と援助など多面的に精神衛生学的立場から取り組むことが必要である。

V. まとめ

首都圏の公立中学校生徒6,611人を対象に飲酒・喫煙の実態とその生活の充実、対人関係、精神健康について調査を行い次のような結果を得た。

(1) 中学生の70.6%が飲酒経験があり、2.3%が週1回以上飲酒している。喫煙経験があるものは、22.1%毎日喫煙しているものは、0.8%であった。喫煙経験のあるものの89.9%は飲酒経験があった。

(2) 飲酒経験があるものは、家庭内には飲酒者がいるものが多く、同時に飲酒願望を持つも

のが多い。喫煙についても同様の関係がみられた。

(3) 高頻度の飲酒経験者ほど熱中するものがあるというものが多いが、喫煙経験のあるものは、非喫煙者に比べ熱中するものが“ない”というものが多かった。学校生活に対しては、飲酒経験者・喫煙経験者とも充足感に乏しく登校拒否をしたいと思うことがあるものの割合が高い。

(4) 飲酒経験の有無により親友がいるかどうかには認められないが、飲酒経験のあるものの方が、異性の友達がいるものが多い。喫煙経験者は、非経験者より友達がおらず、しかも欲しくないというもの、異性の友達がいるというものが多い。父母への拒否感情をもつもの、相談相手は欲しくないというものについては、飲酒経験者・喫煙経験者とも、非経験者よりも高率であった。

(5) 飲酒経験者・喫煙経験者は、不安徴候・不適応徴候・対人不安徴候の何れも高い有症率を示していた。

(6) 喫煙経験者は大部分が飲酒経験者でもあり、(3)(4)(5)の特徴は喫煙経験者が飲酒経験者よりも顕著である。

参考文献

- 1) 浅野牧茂：未成年喫煙の健康問題。学校保健研究，27：476—484，1985。
- 2) 逸見武光：思春期の薬物乱用。社会精神医学，2：568—574，1979。
- 3) 樋口進，山田耕一，村岡英雄，重盛憲司，斉藤学，河野裕明：若年アルコール症者に関する研究。アルコール研究と薬物依存，18：422—436，1983。
- 4) 樋口進，山田耕一，村岡英雄，河野裕明：若年アルコール症者の予後に関する研究。精神神経誌，88：181—205，1986。
- 5) 池上直己，斉藤学，山田耕一，荒久保昭子，河野裕明：青少年の飲酒，喫煙行動とその社会心理的背景。アルコール研究と薬物依存，18：104—116，1983。
- 6) 池田由子，上林靖子，河野洋二郎，今田芳枝，西川祐一：中学生の精神衛生に関する研究第4報：生活の充実・対人関係・精神健康。精神衛生研究31：1—15，1984
- 7) 鈴木康夫，寺田友博，鈴木芳江，大原健士郎：青少年と飲酒。社会精神医学，4：23—27，1981。
- 8) Jessor, R. and Jessor S. L.: Adolescent development and the onset of drinking. A longitudinal study. J. Stud. Alcohol., 36:27—51,1975.
- 9) NHK世論調査部編：中学生・高校生の意識。日本放送出版協会，東京，1984。
- 10) J. フォード(逸見武光監修 大森正英訳)：アルコール症 隠された薬物問題。東京大学出版会，東京，1980。
- 11) 野津有司：青少年の喫煙に関する調査研究(第2報) 高校生の喫煙行動に関連する諸要因の検討。学校保健研究，27：190—200，1985。
- 12) 小川浩，富永祐民：中学生の喫煙—喫煙状況と関連要因。日本公衛誌，32：305—314，1985。
- 13) 白水美智子，柴田彰：中学生の喫煙と諸因子との関連(第2報) 喫煙による健康障害に関する知識並びに生活環境との関連。日衛誌，30：651—658，1985。
- 14) 谷直介，葉賀弘，加藤伸勝：飲酒に関する意識調査，第1報—中学生。アルコール研究，10：35—40，1975。
- 15) 谷直介，福居顕二，堀居高久，葉賀弘，加藤伸勝：飲酒に関する意識調査，第4報—高校生。アルコール研究，13：135—142，1978。
- 16) 余暇開発センター 社会病理研究班：現代社会における飲酒行動に関する研究。余暇開発センター，東京，1977。

表1 飲酒経験

	1年		2年		3年		男子		女子		計	
	週1回以上	26	1.2%	43	1.9%	82	3.9%***	107	3.2%	44	1.4%	151
時々	409	18.1%	460	20.6%	563	27.0%	845	25.1%	587	18.3%	1,432	21.7%
特別なとき	1,051	46.6%	1,075	48.1%	945	45.3%	1,554	46.1%	1,517	47.2%	3,071	46.6%
ない	753	33.4%	638	28.6%	486	23.3%	836	24.8%	1,041	32.4%	1,877	28.5%
無答	17	0.8%	18	0.8%	9	0.4%	30	0.9%	24	0.7%	54	0.8%
計	2,256		2,234		2,085		3,372		3,213		6,585	

X²検定*** P<0.001

表2 飲酒経験と家庭内の飲酒者・飲酒願望

	週1回以上		時々		特別なとき		ない		計	
	家庭内飲酒者									
いる	138	91.4%	1,268	88.5%	2,477	80.6%	1,436	76.5%	5,355	81.3%***
いない	13	8.6%	160	11.2%	582	18.9%	434	23.1%	1,198	18.2%
無答	0	0.0%	4	0.3%	13	0.4%	7	0.4%	33	0.5%
飲酒願望										
飲みたい	134	88.7%	1,053	73.8%	1,323	43.1%	337	18.0%	2,865	43.5%***
飲みたくない	16	10.6%	357	25.0%	1,720	56.0%	1,521	81.0%	3,637	55.3%
無答	1	0.7%	17	1.2%	28	0.9%	19	1.0%	78	1.2%

X²検定*** P<0.001

表3 飲酒経験と熱中するもの・登校拒否願望

	週1回以上		時々		特別なとき		ない		計	
	熱中するもの									
あ	112	74.2%	968	67.6%	2,141	69.7%	1,178	62.8%	4,436	67.4%***
ない	35	23.2%	430	30.0%	850	27.7%	642	34.2%	1,973	30.0%
無答	4	2.6%	34	2.4%	81	2.6%	57	3.0%	177	2.7%
登校拒否願望										
いつも思う	37	24.8%	125	8.8%	87	2.8%	45	2.4%	294	4.5%***
時々	56	37.6%	598	42.1%	1,076	35.2%	536	28.8%	2,266	34.9%
思わない	56	37.6%	698	49.1%	1,892	61.9%	1,279	68.8%	3,925	60.5%

X²検定*** P<0.001

表4 飲酒経験と対人関係

		週1回以上		時々		特別なとき		ない		計	
親友	いる	132	87.4%	1208	84.4%	2631	85.7%	1602	85.4%	5573	85.4% ^{NS}
	いないのでほしい	9	6.0%	141	9.9%	308	10.0%	185	9.9%	643	9.9%
	いないほしくない	9	6.0%	59	4.1%	91	3.0%	65	3.5%	224	3.4%
	無答	1	0.7%	23	1.6%	40	1.3%	23	1.2%	87	1.3%
異性の友達	いる	49	32.5%	183	12.8%	249	8.1%	101	5.4%	582	8.9%***
	いない	100	66.2%	1,238	86.5%	2,793	90.9%	1,762	93.9%	5,893	90.3%
	無答	2	1.3%	9	0.6%	29	0.9%	14	0.7%	54	0.8%
相談相手	いる	111	73.5%	1,132	79.1%	2,496	81.3%	1,517	80.8%	5,256	80.5%
	いないのでほしい	13	8.6%	127	8.9%	321	10.5%	208	11.1%	669	10.2%
	いないほしくない	27	17.9%	157	11.0%	226	7.4%	132	7.0%	542	8.3%
	無答	0	0.0%	16	1.1%	29	0.9%	20	1.1%	65	1.0%
父親拒否	いつも	23	15.2%	76	5.3%	65	2.1%	61	3.3%	225	3.4%***
	時々	46	30.5%	510	35.6%	885	28.8%	459	24.5%	1,900	29.1%
	思わない	81	53.6%	826	57.7%	2,063	67.2%	1,319	70.3%	4,289	65.7%
	無答	1	0.7%	20	1.4%	59	1.9%	37	2.0%	117	1.8%
母親拒否	いつも	20	13.2%	37	2.6%	30	1.0%	28	1.5%	115	1.8%***
	時々	48	31.8%	426	29.7%	740	24.1%	349	18.6%	1,563	23.9%
	思わない	82	54.3%	953	66.6%	2,278	74.2%	1,488	79.3%	4,801	73.5%
	無答	1	0.7%	16	1.1%	24	0.8%	12	0.6%	53	0.8%

X²検定 *** P < 0.001
NS not significant

表5 飲酒経験と精神健康

	週一回	時々	特別な時	ない	計
不安徴候					
4. 時々、息苦しくなって死ぬのではないかと不安になる.	16 (10.7)	81 (5.7)	104 (3.4)	61 (3.3)	262 (4.0) ***
10. すぐに、緊張する.	41 (27.2)	363 (25.6)	799 (26.3)	514 (27.6)	1,717 (26.5) NS
11. 自分で神経質だと思う.	43 (28.5)	340 (23.8)	717 (23.5)	422 (23.8)	1,542 (23.8) NS
13. こわがりで、すぐ恐怖心をいだく.	28 (18.7)	218 (15.4)	489 (16.0)	344 (18.4)	1,079 (16.6) NS
14. ちょっとした汚れでも気になって、洗わないときがすまない.	43 (28.5)	251 (17.7)	436 (14.3)	285 (15.3)	1,015 (15.6) ***
15. 眠りが浅く、よく夢をみる.	45 (30.0)	318 (22.3)	546 (17.9)	306 (16.5)	1,215 (18.7) ***
18. いつも気持ちがおちつかずピクピクしている.	10 (6.7)	44 (3.1)	63 (2.1)	54 (2.9)	171 (2.6) **
20. 指や体がふるえる	19 (12.7)	73 (5.1)	93 (3.0)	61 (3.3)	246 (3.8) ***
22. 胸がドキドキしやすい.	27 (17.9)	212 (14.9)	407 (13.3)	265 (14.2)	911 (14.0) NS
23. くよくよしやすい.	17 (11.3)	161 (11.3)	355 (11.6)	219 (11.8)	752 (11.6) NS
24. 夜、なかなか寝つけない.	45 (29.8)	231 (16.2)	368 (12.0)	209 (11.2)	853 (13.1) ***
不適応徴候					
1. 注意が集中できない.	34 (23.8)	234 (16.6)	351 (11.7)	206 (11.2)	825 (12.9) ***
3. 何をする気にもなれない.	48 (31.8)	292 (20.6)	342 (11.2)	211 (11.3)	893 (13.8) ***
5. 劣等感をもちやすい.	31 (20.7)	229 (16.4)	394 (13.2)	231 (12.8)	885 (14.0) **
8. 自分の顔とか体つきに満足していない.	61 (40.7)	458 (32.3)	873 (28.7)	510 (27.5)	1,902 (29.4) ***
19. 自分に自信がない.	33 (21.9)	253 (17.8)	474 (15.6)	300 (16.1)	1,060 (16.4) NS
30. 自分の性格に満足していない.	39 (25.8)	366 (25.7)	631 (20.7)	394 (21.1)	1,430 (22.0) ***
対人不安					
2. 自分から変なおいがでて、他人に不快感を与えると感じる.	12 (8.0)	67 (4.7)	132 (4.4)	89 (4.8)	300 (4.7) NS
12. 自分の視線が他人に不快感を与えていると感じる.	24 (16.1)	139 (9.8)	210 (6.9)	149 (8.0)	522 (8.1) ***
16. 他人の目(視線)が気になる.	54 (35.8)	325 (22.8)	599 (19.6)	387 (20.8)	1,365 (21.0) ***
17. 他人が自分のことをばかにしたり悪く思っているように感じる.	33 (21.9)	271 (19.0)	457 (15.0)	296 (15.9)	1,057 (16.3) **
21. 自分の言葉使いが適切か、気になる.	24 (15.9)	250 (17.6)	482 (15.8)	279 (15.0)	1,035 (16.0) NS

X²検定 * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

表6 喫煙経験

	1年		2年		3年		男子		女子		計	
毎日	1	0.0%	12	0.5%	42	2.0%***	39	1.2%	16	0.5%	55	0.8%***
時々	41	1.8%	38	1.7%	62	3.0%	97	2.9%	44	1.4%	141	2.1%
面白半分に	346	15.3%	410	18.3%	510	24.4%	779	23.0%	487	15.1%	1,266	19.2%
ない	1,884	83.5%	1,777	79.2%	1,466	70.2%	2,455	72.6%	2,672	82.8%	5,127	77.6%
無答	6	0.3%	8	0.3%	6	0.4%	13	0.4%	7	0.2%	20	0.3%
計	2,278		2,243		2,088		3,383		3,226		6,609	

X²検定*** P<0.001

表7 喫煙経験と家庭内の喫煙者・喫煙願望

	毎日		時々		面白半分に		ない		計	
家庭内喫煙者										
いる	45	81.8%	118	83.7%	972	76.8%	3,430	66.9%	4,565	69.3%***
いない	10	18.2%	21	14.9%	289	22.8%	1,674	32.6%	1,994	30.3%
無答	0	0.0%	2	1.4%	5	0.4%	24	0.5%	31	0.5%
喫煙願望										
すいたい	44	80.0%	76	53.9%	315	24.9%	398	7.8%	833	12.6%
すいたくない	11	20.0%	63	44.7%	940	74.2%	4,711	91.9%	5,725	86.9%
無答	0	0.0%	2	1.4%	11	0.9%	19	0.4%	32	0.5%

X²検定*** P<0.001

表8 喫煙経験と熱中するもの・登校拒否願望

	毎日		時々		面白半分に		ない		計	
熱中するもの										
あ	29	52.7%	81	57.4%	841	66.4%	3,495	68.2%	4,446	67.5%**
ない	23	41.8%	58	41.1%	390	30.8%	1,497	29.2%	1,968	29.9%
無答	3	5.5%	2	1.4%	35	2.8%	136	2.7%	176	2.7%
登校拒否願望										
いつも思う	25	46.3%	32	23.0%	94	7.5%	144	2.8%	295	4.5%***
時々	13	24.1%	60	43.2%	585	46.5%	1,628	32.0%	2,286	34.9%
思わない	16	29.6%	47	33.8%	580	46.1%	3,319	65.2%	3,962	60.6%

X²検定 ** P<0.01

*** P<0.001

表9 喫煙経験と対人関係

		毎日		時々		面白半分に		ない		計	
親友	いる	41	74.5%	124	88.6%	1,060	83.8%	4,399	85.8%	5,624	85.4%***
	いないのでほしい	2	3.6%	4	2.9%	135	10.7%	505	9.9%	646	9.8%
	いないほしくない	9	16.4%	8	5.7%	51	4.0%	159	3.1%	227	3.4%
	無答	3	5.5%	4	2.9%	19	1.5%	62	1.2%	88	1.3%
異性の友達	いる	33	60.0%	38	27.0%	172	13.6%	349	6.8%	592	9.0%***
	いない	22	40.0%	101	71.6%	1,083	85.6%	4,734	92.4%	5,940	90.2%
	無答	0	0.0%	2	1.4%	10	0.8%	42	0.8%	54	0.8%
相談相手	いる	37	67.3%	109	77.3%	989	78.1%	4,165	81.2%	5,300	80.4%***
	いないのでほしい	1	1.8%	11	7.8%	140	11.1%	522	10.2%	674	10.2%
	いないほしくない	16	29.1%	20	14.2%	123	9.7%	389	7.6%	548	8.3%
	無答	1	1.8%	1	0.7%	14	1.1%	52	1.0%	68	1.0%
父親拒否	いつも	18	32.7%	18	12.8%	66	5.2%	121	2.4%	223	3.4%***
	時々	17	30.9%	48	34.0%	505	39.9%	1,351	26.4%	1,921	29.2%
	思わない	17	30.9%	70	49.6%	663	52.4%	3,574	69.7%	4,324	65.6%
	無答	3	5.5%	5	3.5%	32	2.5%	81	1.6%	121	1.8%
母親拒否	いつも	14	25.5%	10	7.1%	29	2.3%	63	1.2%	116	1.8%***
	時々	14	25.5%	44	31.2%	412	32.5%	1,110	21.6%	1,580	24.0%
	思わない	26	47.3%	84	59.6%	812	64.1%	3,920	76.4%	4,842	73.5%
	無答	1	1.8%	3	2.1%	13	1.0%	35	0.7%	52	0.8%

X²検定*** P<0.001

表10 喫煙経験と精神健康

	毎 日	時 々	面白半分	な い	計
不安徴候					
4. 時々息苦しくなって死ぬのではないかと不安になる。	10 (18.2)	11 (8.0)	59 (4.7)	185 (3.6)	265 (4.0) ***
10. すぐに、緊張する。	14 (25.5)	32 (23.0)	325 (26.1)	1,359 (26.7)	1,730 (26.5) NS
11. 自分で神経質だと思う。	20 (36.4)	31 (22.0)	310 (24.7)	1,195 (23.5)	1,156 (17.7) NS
13. こわがりで、すぐ恐怖心をいだく。	10 (18.5)	20 (14.5)	185 (14.7)	876 (17.2)	1,091 (16.7) NS
14. ちょっとした汚れでも気になって、洗わないときがすまない。	16 (29.6)	43 (30.5)	190 (15.2)	774 (15.2)	1,023 (15.6) ***
15. 眠りが浅く、よく夢をみる。	18 (32.7)	40 (28.8)	275 (21.9)	839 (17.5)	1,226 (18.8) ***
18. いつも気持ちがおちつかずビクビクしている。	8 (14.5)	7 (5.0)	43 (3.4)	115 (2.2)	173 (2.6) ***
20. 指や体がふるえる。	11 (20.4)	9 (6.5)	69 (5.5)	160 (3.1)	249 (3.8) ***
22. 胸がドキドキしやすい。	11 (20.0)	24 (17.3)	178 (14.2)	706 (13.8)	919 (14.0) NS
23. くよくよしやすい。	12 (21.8)	16 (11.4)	117 (9.3)	611 (12.0)	756 (11.6) **
24. 夜、なかなかねつけない。	18 (32.7)	31 (22.1)	198 (15.8)	615 (12.1)	862 (13.2) ***
不適応徴候					
1. 注意が集中できない。	16 (30.2)	30 (21.4)	213 (17.3)	571 (11.4)	830 (12.9) ***
3. 何をやる気にもなれない。	19 (35.2)	47 (33.6)	221 (17.6)	610 (12.6)	897 (13.7) ***
5. 劣等感をもちやすい。	16 (30.8)	34 (24.8)	197 (16.1)	647 (13.0)	894 (14.0) ***
8. 自分の顔とか体つきに満足していない。	25 (45.5)	49 (35.3)	414 (33.1)	1,431 (28.1)	1,919 (29.4) ***
19. 自分に自信がない。	20 (36.4)	27 (19.3)	224 (17.9)	801 (15.8)	1,072 (16.4) ***
30. 自分の性格に満足していない。	20 (36.4)	34 (24.5)	295 (23.5)	1,092 (21.4)	1,441 (22.0) **
対人不安					
2. 自分から変なおいがでて、他人に不快感を与えると感じる。	10 (18.2)	11 (8.0)	55 (4.4)	227 (4.5)	303 (4.7) ***
12. 自分の視線が他人に不快感を与えていると感じる。	14 (25.5)	23 (16.7)	108 (8.6)	379 (7.5)	524 (8.0) ***
16. 他人の目(視線)が気になる。	24 (43.6)	39 (28.1)	310 (24.7)	1,005 (19.7)	1,378 (21.1) ***
17. 他人が自分のことをばかにしたり悪く思っているように感じる。	14 (25.5)	43 (30.7)	219 (17.4)	789 (15.5)	1,065 (16.3) ***
21. 自分の言葉使いが適切か、気になる。	13 (23.6)	29 (20.9)	235 (18.7)	765 (15.0)	1,042 (16.0) **

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

表11 S R T 得点

	不安得点		不適応得点		対人不安得点	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
飲酒経験						
週1回以上	7.44	4.37	5.52	2.91	3.58	2.37
時々	6.82	3.77	5.40	2.51	3.37	2.12
特別なとき	6.60	3.62	4.95	2.49	3.15	2.10
ない	6.54	3.80	4.71	2.56	3.07	2.17
喫煙経験						
毎日	8.29	5.55	5.91	3.55	4.11	2.95
時々	7.04	3.70	5.55	2.65	3.67	2.52
面白半分に	6.94	3.68	5.38	2.50	3.40	2.08
ない	9.55	3.70	4.87	2.52	3.11	2.12

表12 飲酒経験と喫煙経験

喫煙経験	毎日	時々	面白半分に	ない	計
飲酒経験					
週1回以上	26 47.3%	20 14.2%	53 4.2%	51 1.0%	150 2.3%***
時々	19 34.5%	89 63.1%	469 37.6%	845 16.7%	1,422 21.8%
特別なとき	7 12.7%	21 14.9%	594 47.6%	2,443 48.2%	3,065 47.1%
ない	3 5.5%	11 7.8%	133 10.6%	1,730 34.1%	1,877 28.8%
計	55	141	1,249	5,069	6,514

X²検定 *** P < 0.001

問題行動と社会的背景の関連について

—青少年における学校嫌い、非行などを手がかりとして—

牟田 隆 郎
成人精神保健部

THE RELATIONSHIPS BETWEEN PROBLEM BEHAVIORS AND THEIR SOCIAL BACKGROUNDS—considering school refusal and delinquency among the youth as a clue

Takao Muta
Division of Adult Mental Health

Summary

At first, the author discussed that problems occur in the passage of time and in relationships. The author noticed the social backgrounds of a problem rather than the subject who causes it and remarked the defect attached to the formation of "unity." In addition, the author suggested "dissimilation" should occur behind the occurrence of assimilation.

Secondly, the author noticed the problems such as "school refusal" and "juvenile delinquency" and surveyed their change after the World War II by making use of statistical data. Also, the author tried to explain the variance of school refusal and juvenile delinquency referring to their social backgrounds. As for the formation of the second and the third wave of juvenile delinquency, the author suggested the idea of "a burden to the population of each generation" which would be a new viewpoint to clarify the problems around the youth.

Key words: *problem behavior, school refusal, juvenile delinquency*

要 旨

まず初めに、「問題が起きる」ということが、時間性（歴史性）・関係性のなかで成立することを確認した。そして、問題を起こす側よりも、問題を生じさせる側にむしろ注目し、特に、「まとまり」を成すことに付随するマイナス面について触れた。その際に、同質性確立の裏側にはたらく「異化作用」に注目した。

次いで、「学校嫌い」や「少年非行」という問題に着目し、統計資料をもとに、戦後のそれらの変遷をまず調べた。そして更に、時代背景なり社会背景に照らして、学校嫌いや非行の増減の解明を試みた。その場合、従来あまり明解に説明されていなかった、非行の第二と第三の波の形成について、「世代人口負荷」という捉え方を提案し、青少年をとりまく事態の理解に、新しい視点を付け加えた。

はじめに

かつて飛行機に乗った時、空からの地上の光景の珍しさにびっくりしたことがあった。たまにしか飛行機を利用しないせいもあるだろうが、普段とはまた異なる視点から眺めたその有様が、ひどく新鮮だった記憶がある。いつも同じ観点から見てみると気付かない事柄が、視座を変えてみることで新たな姿を現わすということだろう。

青年に関わる相談を日常受けていて、ひとりびとりの生き方・在り方の独自さにうーんと唸る一方、それでもどこか似通った悩みが出現してくるといふ、その背景的なものへのこだわりが、いつも心のどこかに、未消化なかたちで残っていた。ただしこの場合は、自ら意図的に視点を設定しなければ、なかなか対象はその正体を明らかにしてはくれない。飛行機に乗せてもらうかわりに、自分から事態を俯瞰する位置に身を置かねばならないわけである。正体の全貌を捉えることは無理にしても、少しでも青年の問題発現に関する視野を広げてみたいものだ。

それには、何か「問題」が生じている場合に、問題を起こしている側のみならず、問題を生じさせている側についても目を向け、両者を含めた全体的な様相を解き明かす視点を、まず設けなくてはならないだろう。そして、「問題」が生起している現情にのみ関心を奪われるのではなく、いわば歴史的観点をも取り入れ、今ここにまで至った由来を、あぶり出して吟味することも必要であろう。

限られた知識、限られた資料に比し、対象は複雑かつ広範な構造をもっているわけだが、少しでも透明度が増せばそれでよしとしよう。

なお着目する材料として、「学校嫌い」や「非行」、あるいは「いじめ」などを採用することとする。

問題行動の発現

初めに、「問題が起きる」とはいったいどのよ

うなことなのかと、素朴な疑問を抱いたところで、そのあたりを考察の出発点としよう。問題といってもいろいろな種類のものがあるわけで、はなしが多少一般的・抽象的になるのはやむをえない。

まず問題が起きたあたりの事情を、できるだけ体験的な言葉で表現してみよう。体験的な言葉であるから、比較的個人に根差した表現になっている。

〔状態・状況の変異〕

それまでの状態や状況が変わったと認知する時、何かの問題が起きていることがある。「おかしい」、「変だ」、「何か違う」、「不思議だ」などのかたちで、何らかの変異が気付かれる。

〔動機・原因がある〕

然るべき動機や原因があつて、それがそのまま問題の発現に連なる。その際の体験は、明確な理由以外にも種々の言葉で表現することが可能である。

「やむにやまれず」、「困り果てて」、「せっぱつまつて」、「抜き差しならず」、「どうにもならず」、「行き詰まって」、「壁にぶつかつて」、「苦しくて」、「うっかり」、「つい」、「思わず知らず」、「魔がさして」、「面白くて」、「やりたくて」、「何となく」などなどである。なかにはたとえば、「うっかり」とか「何となく」のように、動機・原因がすぐそれと分かりにくい場合もある。

〔問題が起きた結果・それへの対応〕

「弱った」、「困った」、「苦しい」、「やりきれない」、「情ない」、「不安だ」、「こわい」、「恐ろしい」、「悲しい」、「何とかならないか」、「何とかしてくれ」、「もうだめだ」、「どうにでもなれ」、「あきらめよう」といったような状況に陥る。

以上のような体験的な言葉に綴られた事態の、その背後にある過程を、もう少し統合的に捉えられないだろうか。

まず第一に気がつくことは、そこに「変化」が生じているということであろう。第二には、そこに何らかの「無理」が伴っていた、とい

うことではないだろうか。そして、その苦況を脱出するために、更なる「変化」が求められている、ということになろう。あるいは最終的に「あきらめ」、解決を「放棄する」に至るといふ、つまり現状の「固定化」に到達することもありえよう。

まとめると、「問題が起きる」とは、「事態の流れ・諸事の関係に変化が生じること」と、ひとまず言い換えることができるだろう。ただし、変化がすべて問題に発展するわけではないのであるから、「変化が生じること」は、必要条件ということになる。そして「変化が生じること」には、そこに「無理」が伴っていたという条件も加味されねばならないだろう。どこからどこまでが無理であったり無理でなかったりの吟味は、今ここではしない。

さて問題が問題として結晶するには、無理に裏打ちされた変化が生じたことに加えて、そこに別の過程が働かねばならない。実は、真の問題は何かという点については、そこに相対的な要素が必ず含まれてくるわけで、問題の位相というものが、それを取り上げる観点なり立場なりによって変わりうるのである。

たとえば「非行行動」に接し、ある人はその行動をとった本人を主として「問題」にするであろうし、別の人は本人の両親や家族、あるいは社会のほうを「問題」視するかもしれない。なおこれらの問題の相対性については別のところで述べた⁽⁵⁾ので、これ以上ここでは詳しく説明しない。

とにかく、問題を問題として浮かび上がらせる観点や立場、あるいは価値観や体制が、そこに起きている変化に対して判断を下すという過程が存在し、その過程を俟って初めて、「問題」が生まれ出るのである。

ここまで考えてくると、「問題が起きる」ということが、「時間性（歴史性）・関係性のなかで成立する」ことが、はっきりしてくる。従って繰り返しになるが、問題（行動）を把握するには、問題を起こしている側はもちろんだが、同

時に問題を生じさせている側や、歴史的な問題の推移に対しても、目を向けることが要求される。

もしかしたら、ある問題（行動）というのは、社会事象・社会体制全体が抱えているいわばテーマなり特徴なりの、ある側面を取り出して名指ししているのかもしれない。人は「問題」を、特定の個人や集団、あるいは同じ類の人たちなどの限定された対象に被せることで、何かを際立たせようとしているのかもしれない。

もう少し今度は、「問題」を生じさせている側について考察してみよう。

まとまりを成すことの功罪

「まとまる」、「統合する」、「安定する」、「完成する」などは、私たちの生活のなかで、ほぼ肯定的な意味で使われている概念ではないだろうか。「皆がまとまる」、「人格が統合される」、「物価が安定する」、「作品が完成する」など例をあげるまでもなく、良いこと、素晴らしいこと、望ましいこと、時には当り前のこととして私たちは受けとめていると言ってよいだろう。

けれども本当にプラスの側面のみそこに見い出されるのだろうか。この点について、少し掘り下げてみよう。

事物の形、意味、関係、過程などは、それぞれ、あるものを実現したり選び取ったり成立したりすることにより、実は、残りの可能性を捨てているとも言える。「形成されなかった形」、「表わされなかった意味」、「作られなかった関係」、「辿られなかった過程」というものが、暗闇に沈んでいる。何事かを際立たせたり、境界を設けたり、けじめをつけたりすることは、恐らく生き物が生存していく上での、安定を得るための大事な戦略の一つなのであろう。とすれば、それらは「差し当って」という条件付きの戦略と言える。

先に述べた「まとまる」他の事柄も、やはり「差し当って」という一種の妥協付きの状態の実現なのではないだろうか。そして、「まとまる」

ことを成し遂げる過程で、何事かを落としたり排除したり犠牲にしたりしているのかもしれない。そこで得られる安定は、暫定的な安定なのであり、更に安定を維持するために、更に何かを捨て続けることもありえよう。

ところが一定の「まとまり」の維持にも限界があることもあろう。そこに「無理」が生じてくるわけであり、そのまま無理を重ね続けつつ何とかまとまりを保とうとするか、あるいは場合によっては、まとまることを放棄するかという段階になるだろう。そして最悪の場合にはまとまりは破壊されて無くなるとか、時には、別のまとまりに「変化」ということも起きてくる。

この間の事情と、前に述べた「問題が起きる」ことは、ほぼ同じことを指している。ただ「問題」として成立するのは、「まとまり」に「変化」が生じている場合の、ほんの一部である。ここらで、「まとまること」が、どう「問題」の出現の基盤ともなっているのか、そこらあたりの事情に目を向けてみよう。

「まとまり」をもつものは無数あるが、私たちが関心をもっているのは人間の問題行動であるわけだから、社会に生きる人間たちに、ひとまず話題の材料を求めよう。

まず一個の人間そのものが「まとまり」を成している。ただその「まとまり」、特に「自分」という心身の実体性は、生まれながらにして形成されているわけではなく、「他者」の存在を俟って初めてその存立の根拠を与えられる。自他の分離という過程を経ることによって、自分という「まとまり」は成立するのである。自分は他でもないこの自分なのであるが、その反面、他の誰にもなれないのである。いわば他者を捨て去ることであり、そこに人間の根源的痛みがあると云えないだろうか。

とにかく自分であるというまとまり方において既に、他者との間柄の問題の根は存在する。ましてや、ある生き方をとることにより、一つには他者の生き方との相剋の問題、もう一つに

は、その人自身ある生き方を選びとっているということ自体に伴う、その人自身の内部的相剋の問題が起きうる。

次に、ある人と別の人が対を作るとする。二人で一つの「まとまり」を成すわけだが、裏を返せば、二人以外のまわりの人たちを排除することにもなりかねない。というかその傾向は多分にあると言えるだろう。一組の恋人どうしとか夫婦であるとか、あるいは思春期・青年期に大きな意味をもつ相棒とのペア形成などはその例であろう。時には特定のライバル関係にも、同様の要素が含まれている。

この二人一組の関係は、結びつきがかなり強いだけに、ひとたびその関係にひびがはいると、双方の受ける打撃はかなり大きいものとなりがちである。たとえて言えば、それは自分の半分を失なうようなものだからである。

二人組の次には、家族をはじめ近い人たちで作る小集団を取り上げねばならないだろう。概して、まとまりを成す人間の数が多くなればなるほど、集団が大きくなればなるほど、明瞭なかたちであれ暗黙のものであれ、そのまとまりを維持するための規範が増えるものと思われる。それだけ「まとまり」を達成したそれを維持することが、むずかしくなってくるわけである。もちろん、規範の数の多寡だけが「まとまり」に向けて働く力に関わるわけではなく、それぞれの規範のもつ拘束力の大小も、大きな意味合いをもっている。

いずれにせよ家族という集団の場合は、各人が長期間にわたって所属し、また世代も上下にわたることが多いなど、「まとまり」を保ち続けることには、なかなか困難が伴うものと思われる。従ってそこに生じる問題は、解決が困難な根が深いものになりやすいと言えるだろう。

なお、家系であるとか親戚集団、あるいは隣組などの地縁・血縁集団についても、やはり家族に類した「まとまり」からくる「問題」の発生があるものと思われる。

さて家族に次いで、大小のコミュニティで

あるとか社会とかが対象となる。やはり同じように、種々の規範がまとまりを成すために存在し、人々をフォーマルにもインフォーマルにも管理している。時には規範を破るものに対して、明確に罰を用意していることもある。しかしなかには、「仲間はずれ」的な半ば秘められた制裁が行なわれることもある。

ここで、「まとまり」を成す過程で生じやすい「異化作用」について触れねばなるまい。「まとまる」ということは、規範に皆が従っているという意味での「同質性」が保たれていることでもあるが、そのため、異質なものというのはなかなかそこに存在することを許されない。異質なものは、それぞれ一個人の内部にも有りうるし、二人組にも家族にも、更には大きな集団や社会全体にも有りうるものである。

しかしその異質なものがあることにより、「まとまり」が脅かされるならば、それは否定され排除されねばならない。さまざまな異質なものを総称して「悪」と名付けるならば、「悪」は自らのうちにあつてはならないのである。逆に「悪」を特定し、それを排撃できれば、「まとまり」は一応保たれ、時には「まとまり」が促進される。異化作用とは、この間のメカニズムをいう。そして異化作用の結果の一つとしても「問題」が創出されることは、言うまでもないことであろう。

身近な「いじめ」や「仲間はずれ」、更には「差別」や「偏見」を抱くこと、果ては国家間の角逐に至るまで、この異化作用はあちらこちらで機能している。厄介なことには、この異化作用は、一人一人の意識にのぼりにくいところをもっている。「知らず知らず」そうなってしまうっていたり、半ば「常識」として通用してしまっていたりするのである。

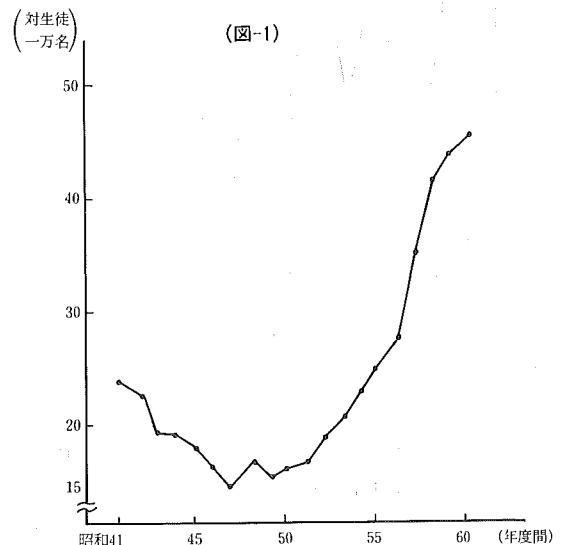
中学校の学校嫌い出現の推移

前節までで、問題を起す側の事情や「まとまる」ことの功罪、そこから派生してくるかもしれない問題等について、若干の考察を試みた。

ここからは、「問題」として中学校の「学校嫌い」と「少年非行」を取り上げ、統計が為されている戦後の流れがどうなっているかについて調べ、問題の背後の歴史的な流れにも関心を向けよう。

まず中学校における「学校嫌い」についてだが、これは、文部省が集計・発表している学校基本調査報告書の初等中等教育編のなかの、理由別長期欠席者調査（年間累積50日以上欠席している生徒を対象）にこの項目が入っている。

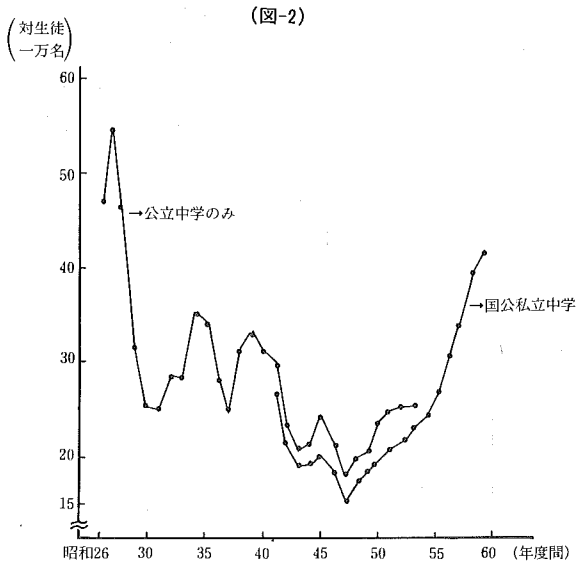
（図-1）は、各年度ごとの「学校嫌い」の生徒数をその年の生徒総数で割った値を、「学校嫌いの出現率」とし、対生徒数1万における数値を算出して昭和41年度以降の推移をみたものである（学校嫌いの全国統計は昭和41年度のもものが最初である）。



（図-1）「中学生の学校嫌い出現率の推移」
（文部省、学校基本調査報告書より）

20年足らずの傾向なので、昭和47年度を一応底とした右上がりのU字型を示していることとか、一番出現率の高い昭和60年度が、一番低い47年度の約3倍の値になっていること程度しか分からない。それでも出現率が3倍にもなる（実数でいくと、昭和47年度の7,066名に対し、昭和60年度は27,926名と約4倍である）というのは、

これはたいへんなことだと思いが、それにしても、もう少し古い時期の傾向はどうなっていたのであろうか。幸い全国統計は無いものの、東京都の公立中学校における学校嫌いの資料が、古川・菱山によって発表されている⁽⁹⁾。(図-2)は、彼等の示した数値を対生徒数1万に直し、またそれに筆者が、国公立私立中学(東京都)の学校嫌いの数値を算出して合成したものである。



(図-2)「東京都の学校嫌い出現率の推移」
(古川・菱山、文部省)

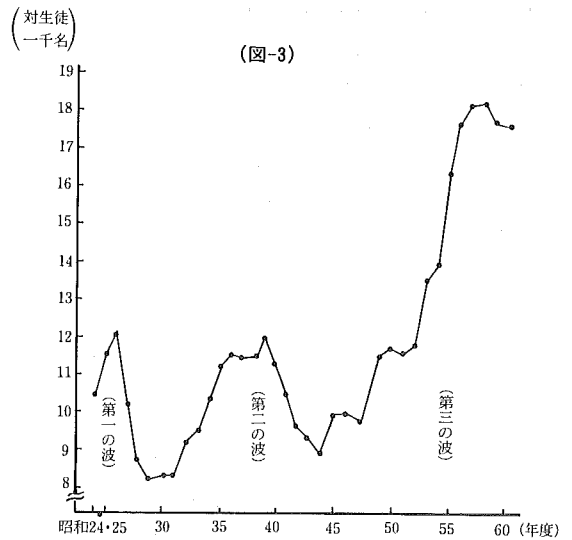
これを見ると、戦後のとまではいかないが、昭和26年度以降の東京都の中学校の学校嫌い出現の推移が分かる。東京都のみの資料であるから、全国についてがどうであったかは知る由もないが、昭和41年度以降の両者の推移がほぼ同じパターンを示していることから、恐らく全国に関しても、似たようなパターンを示していると思ってもよいのではないだろうか。

再び(図-2)に戻ると、昭和27年度に高いピークがあり、その後いったん出現率は下降を示すが、昭和32年度から上昇に転じ、昭和34年度に第2のピーク、昭和39年度に第3のピークを形成し、昭和45年度に小丘を成したあと、昭和47年度で底を打つ。以後は一方向的に上昇して昭和60年度に至っている。

次に、戦後の少年非行(主要刑法犯)はどのような経過を辿っているのだろうか。警察庁の統計を参考にしてみよう。

少年非行出現の推移

(図-3)は青少年白書(昭和61年版)の資料をもとに、主要刑法犯(交通関係の過失犯を除いたもの)少年の人口比(14歳から19歳の人口1000人あたりの数値)の推移を描き出したものである。



(図-3)「主要刑法犯少年の人口比の推移」
(警察庁)

まず昭和26年に第一のピークが形作られている。昭和29年から昭和31年にかけて戦後で最も低い出現を示し、昭和32年から上昇し始め、昭和36年から昭和40年にかけて第二のピークを成す。そのあと下降し、昭和44年に底に達し、以後多少のデコボコはあるが増勢著しく、昭和58年に頂点を成したあと、昭和59年、昭和60年とほぼ横ばい状態を見せている。この最後の山は、「戦後の少年非行の第三の波」と呼ばれている。

学校嫌い・非行の変遷と時代背景

戦後の、「中学生の学校嫌い」と「少年非行」の推移をみたわけだが、両者の増減パターンが

割合似ていることに気付くだろう。

「問題」の出方が異なる「学校嫌い」と「非行」だが、似たようなパターンで、変化してきていることから、時代・社会の在り方の何かが青少年の多くを圧迫し、そのうちの幾らかの割合の者たちが「問題」を表現している、と理解してはどうであろうか。

それにしても、両者の出現のパターンに山や谷があるのは何故だろうか。諸外国ではたとえば非行でみてみると、その増減は概ね増加の一方を辿っているそうであるが、日本社会の場合は、事態はもう少し複雑なのかもしれない。

ここで非行の三つの波に関する従来の解釈を参考としつつ、時代・社会の変遷という歴史性と「問題」とが、どのように関わり合っているのか、戦後の流れを追ってみよう。

【第一期】

周知のように、昭和20年8月15日をもって戦争は終結した。学校嫌いはもちろんのこと、非行の統計も揃っていないわけだが、社会は大混乱を極めており、物資の欠乏もそうだが、社会を律する枠組が不揃いのため、大人たちはもとより青少年の生活の不安定さはかなりのものであったろう。世の中全体の混乱と青少年の「問題」とは、実にストレートに結びついていたものと思われる。

この終戦直後の時期というのは、むしろ「まとまる」こと自体が困難であったわけで、「まとまる」以前の問題が噴出した例外的な時期と見なすことができる。問題の根は比較的理解しやすいし、要は失なわれたもの、破壊されたもの、欠けているものを補って、「まとまり」をつけていけば、問題解決に連なるわけである。

実際、世の中の秩序が回復し、経済活動が高まる（昭和25年に朝鮮戦争が勃発し、後その特需で潤う）につれ、学校嫌いも非行も、徐々に減少していく。

【第二期】

ところが減少が継続することはなく、残念ながら学校嫌いも非行も、昭和32年頃から反転し、

増勢を示すこととなる。学校嫌いでは昭和34年と39年の2つのピーク、非行のほうは昭和39年をピークというように、僅かばかりのずれはあるが、ともに昭和30年代後半から40年代の始まりにかけて高原状態を呈している。

少年非行で言えば「第二の波」に対する解釈は、「第一の波」の場合より若干むずかしいようである。諸家の「第二の波」発生に関する考えは、福島のまとめているところによれば、次の如くであるようだ⁽²⁾。長い引用になるが以下に示す。

- (1) 学歴社会化・管理社会化という新しい社会秩序が固まってく中で、進学率の上昇・受験競争の激化が起こったため、そうした流れからドロップアウトしたり、高校で学校不適応をおこす少年たちがふえた。一方、中卒・高卒などで就職した少年たちが、社会や体制に反抗的な心情を抱くようになった。
- (2) 都市化・工業社会化に伴って、地方から都市に集団就職などで流入して来る少年たちが増加し、新しい生活環境に適応できず、文化ショックをおこす少年たちが数多く生まれた。
- (3) 経済優先・物質尊重の社会風潮の中で、人間的なものや精神的なものが軽視され、人心がしだいに荒廃してきた。
- (4) 学園紛争やロック文化などに見られるように、大人の作っている価値観や体制に若者たちが反抗し対抗する動きが活発になった。

更に、「第一の波」は「生きるための非行」であり、「第二の波」は「価値観の葛藤や文化葛藤による非行」であるとも紹介している。

確かに、高度経済成長、高学歴化、高管理社会化、都市化などの趨勢というのは、人々を画一的・等質的な生活形態へと駆り立てたきらいがある。これには、テレビを初めとするマス・メディアの膨張的な拡大浸透も大きな役割を果たしている。

総じて、社会全体が画一的な「まとまり」を

みせたその裏側に種々の「問題」が出現していると言えるであろう。「価値観の葛藤や文化葛藤」とは、同じような「生き方」を強いるものに、反撥したり敗れ去ったりして生じるものなのである。

さてそれでも、昭和40年代の半ばから後半にかけて、学校嫌いも非行も出現率は下降する。いったい何が起きたのであろうか。昭和48年秋に第一次石油ショックがあり、高度経済成長にブレーキがかかったとはいえ、日本は世界の中で「経済大国」の地位を保持している。高学歴化はなおも進行し続けていると言えるし、高管理社会化も進展しつつあるように見える。情報や中枢機能の中央への集中も、やはり進みつつあるようだ。これだけを見れば、出現率は上昇し続けていてもよかった筈である。

昭和44年の、東大安田講堂封鎖解除に象徴される、警察力の介入と学生運動の衰退、教育における管理強化のために、青少年は一時期、「まとまり」の枠の中でおとなしくしていたのであろうか。どうもこの点が今一つはっきりしない。「非行の第二の波」に関する諸家の考えも、この点についてはどうも歯切れが悪い。

筆者は本来ならここで、「世代人口負荷論」を提案して、第二と第三の波やその間の落ち込みの形成について一つの仮説を提示したいのだが、大事な「第三の波」の検討がまだ残っているので、その点については、次節で取り上げることにする。

【第三期】

さて、昭和40年代の後半から50年代にかけて、「学校嫌い」も「非行」も、その出現の上昇は著しい。先に述べた昭和30年代の高度経済成長期の延長上に、やはり40年代・50年代はあると言ってよいだろう。ただし、幾つかの局面において、事態は尖鋭化してきていると思える。

非行に例をとれば、低年齢化、一般化、非社会的特質、遊び型、と呼ばれているような特徴、学校嫌いに関して言えば、「学校の病理」といったものの膿の噴出に示されている局面である。

「学校の病理」については、管理・規制を強化して「まとまり」や「成果」を高めようとする、いわば旧来型の「管理社会」化に由来する問題派生が主流のように思われる。しかしその学校に通っている青少年たちに、更に深いところで影響を及ぼしているのは、旧来型のいわばハードな管理のみではないと思われる。

「新人類」という呼称がはやっているが、今の社会に生きる青少年たち（実は大人たちも含まれる）を見舞っている新しい波は、確かに存在しそうだ。それは先に述べた、非行の低年齢化、一般化、非社会化、遊び型といった特徴や、やはり現代社会の特質として挙げられている、管理社会化、競争（能力）社会化、情報社会化、無境界化、ストレス社会化などなどといった諸現象を覆っているものであろう。

それは恐らく、新しいタイプのソフトな人間管理を導出しつつあるわけで、それをここで「情報管理社会化」という言葉でひっくくしてみたい。

これは、情報の氾濫に身を晒し、さりとて情報を無視したり拒絶することもできず、結果的に何らかのかたちで、情報に依存せざるをえない状況に人々が陥っていることを指す。特に若年の人たちにあつては、初めから情報の多種多量の流れに巻き込まれているわけで、彼らの認知地図なり世界の構成は、直接経験に根ざしたものよりも、遙かに「むら」なものになると察せられる。直接経験に基づく世界構成が同心円状に形作られるとすれば、彼らの場合は、まだらであつたり、ある部分領域がやけに密であつたり、反対にスポツと抜け落ちていたところがあつたり、どこか現実から遊離していたりするのであろう。

また情報に強く依存することから、物事を「感覚的」に捉える傾向が高まることとか、他者との「ややこしい」関係をあまり結びたがらないこととか、同質性がなお一層押し進められることの裏側として、他者との微細な差異に強くこだわったりとかの現象が開花する。

他方、従来からある社会的な種々の枠組みが、あちこちでほころびをみせる。概して静態的な枠は効力が弱まり、動態的・流動的なソフトな、従って捉えどころがあまり無いような「枠」が人々を支配・管理するようになっていく。そしてそれ故、ますます情報依存へと傾斜するというように循環する。

このような時代の潮流にもまれている青少年にとって、身を守り生き延びる術というのは、情報は収集しつつも、敢て余計なことには手を出さず、身辺的な世界に安んじているということになってくる。この「身辺的自己中心性」とでも呼べる特性は、非行の非社会化とか遊び型と言われる傾向を支えているし、また、葛藤場面から身を引く学校嫌いの現出の素地となっている。

青少年を、いや人と人とを結びつなげる絆が、直接の触れ合いよりも、同じ類いの情報を媒介とする間接的なものへと変異しつつある印象が、どうしてもぬぐいきれない。

ましてや、学歴獲得競争なりおとなたちの業績獲得競争の厳しさは、個人的憩いの生活の世界を貫き通し、それは旧来型の管理の締めつけとともに、やはり人々をして孤独でバラバラな関係の在り方の方へと追いやるようとしているのではないだろうか。社会的枠組みの不確定性の増大と相俟って、人々の拠るべきものの拡散と薄まりのなか、私たちはいったい何を支えとして生きていこうとするのであろうか。

世代人口の影響力

先頃新聞等で、団塊の世代の課長ポスト不足が取り上げられていた。同世代の人間がたくさんいるということが、意外に深刻な問題に結びついたりする。役職の問題以前に、既に学校への入進学の時点で、(同じ道を選択する)人の数が多ければ競争も激しいというのは自明のことであろう。

このことをもう少し拡張して考えてみよう。我が国の学校制度は、一定の年齢に達した者は

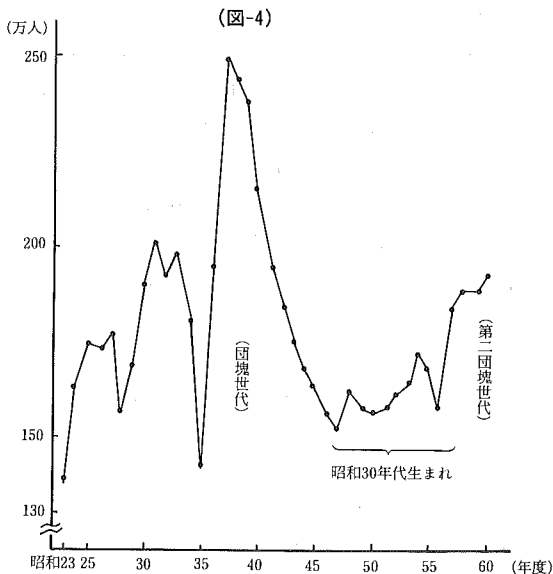
全員就学することになっている。そして、学校教育の中味が比較的等質のものになっていることも、常識であろう。学校制度を例にあげたが、学校制度に限らず、日本に生まれた子どもたちにとって、「幸せ」や「成功」への道は、自ずと限られたものになっている趣きがある。

同じスタートラインに立たされ、ヨーイドンの徒競争を強いられているようなものであり、ストレスは高いと言えるだろう。まして、一緒に走る人間が多いとなれば、圧迫感は一層強まることであろう。同世代の人間が多いということは、自分が脱落する危険性も高いことを意味する。

更に、マクロなレベルではなく、学校や学級単位で考えても、人数が多過ぎることは、概してマイナスにはたらくようだ⁽⁶⁾。

このような同世代の人間の数が多いことからくる負因を、「世代人口負荷」と名づけよう。この負荷は、さまざまな社会の側面に現われていると思われるが、ここで、学校嫌いや非行の波の上下と照らし合わせてみよう。

そのために、戦後の出生人口の推移を調べてみることにする。資料を各年代における出生数に求めてもよいのだが、比較しやすいように、各年における「中学三年生」の総数の変化を追っていってみよう。これを(図-4)に示す。



(図-4) 「世代人口の推移(中学三年生総数)」
(文部省、学校基本調査報告書より)

これを見て分かるように、まず前半に3つのピークがあり、そこからずっと下って谷を作り、最後に再び上昇している。昭和35年ごろの深い落ち込みは昭和20年生まれのもので、終戦前後の出生減であり、その後は急上昇して高い山を築いている。周知のようにこの出生増により、「団塊の世代」が形成されている。

その後出生数は減り続け、昭和30年代生まれがだいたい底を形成する。昭和30年代終り頃から出生数が増え始め、(図-5)を見ると分かるように、昭和48年生まれをピークとし、以後下り坂を辿りつつある。

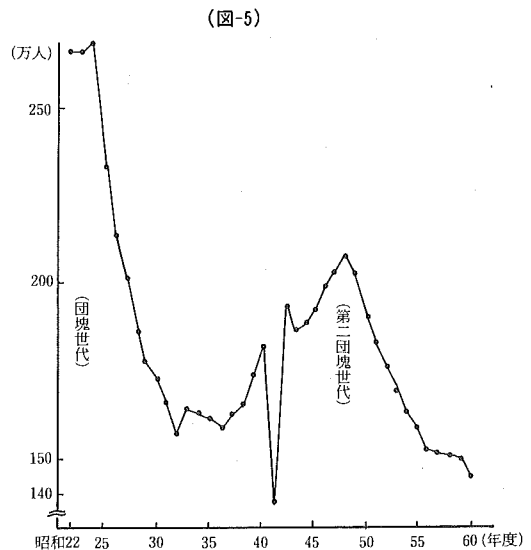
この昭和48年をピークとする出生増が、「第二の団塊の世代」とも呼ばれる、主として団塊の世代が設けた子どもたちの集団である。

さてこの(図-4)と、先の(図-2)や(図-3)とを比べてみよう。やはり波のパターンが似ていることに気づくであろう。

世代人口の多寡と、青少年の呈する問題行動の出現が直接に結びつくとは思えないが、しかし無視しえない要因であることは確かであろう。この出生人口の増減を、先の第二と第三の波やその間の谷の形成の説明に加味すると、事態は

より見えやすくなるのではないだろうか。

更に、この世代人口負荷論から、学校嫌いとい非行の昭和60年代の推移を、ある程度予測することもできる。(図-5)は、出生人口の推移を表わしたものであるが、昭和48年をピークとする第二の団塊の世代の出現以降、出生は低下を示している。このことと、現代社会の抱えるさまざまな問題が、そう簡単に解消しそうなことを考え合わせると、青少年の問題行動の出現は、昭和60年代前半に幾らか下降を示すかもしれないが、後半には、ほぼ横這いになるのではないだろうか。



(図-5) 「出生人口の推移」
(厚生省、人口動態統計より)

おわりに

問題行動を起こした本人が、その動機についてどう認識しようが、そのまわりの人たちがどうその問題発現に具体的に関わってしようが、マクロな観点から事の成り行きを俯瞰すると、社会的・歴史的な奔流の渦として、問題が表面化しているように見える。

そのような渦は、やはり社会の中においてリセプターをもっている人たち、すなわち、感受性に富んでいたりと、弱い立場・不安定な立場に

置かれている人たちにおいて現われやすいのであろう。それと同時に、各局面で同質性が強まるなか、異質なものないそう映るものに対する非寛容が行き交り、低い温度で問題を析出させてしまっている感がある。

各人は情報という接着剤でくっつけられているが、その絆は移ろいやすく、さりとて、拠るべき確固とした枠も見当たらない。不確定、不透明さが世を覆い、仕方なく「差し当って」の但し書きつきで何事かに勤しむということになる。

このような情勢下、われわれにとって大事なことは、欲ばることではなく、むしろ「断念」し「捨てる」ことではあるまいか。何も欲しないというのではなく、ひとたび「こだわり」を捨て去ったのち、改めてそこに「こだわる」ものを見い出すのである。浮き立ってしまっている足を、もう一度しっかり地面に立たせるのである。

それでも大人たちはまだいいのかもしれない。今まさに自己形成途上にある青少年たちの余裕の無さに目をやれば、事態はそう安閑としてられないと思うが、どうであろう。

参考文献

- (1)安香 宏 現代の非行の特質とその動向, 非行問題, 191, 6-18, 1985.
- (2)福島 章 非行心理学入門, 中央公論社, 1985.
- (3)古川 八郎・菱山 洋子 学校ぎらいの統計的研究(1)-東京都における出現率の推移と社会的要因の考察-, 児童精神医学とその近接領域, 21, 34-43, 1980.
- (4)森 武夫・郷古 英男 日本型・少年非行-青年の危機と成長-, 創元社, 1982.
- (5)牟田 隆郎 青年期の人達を対象とした集団の分析-「問題」, 「集団」, 「社会状況」の関係について-, 精神衛生研究, 31, 17-24, 1984.
- (6)牟田 隆郎 中学校における学校嫌いの出現について, 第28回日本教育心理学会総会, 984-985, 1986.

(7)菅野 盾樹 いじめ=〈学校〉の人間学, 新曜社, 1986.

(8)山本 和郎・牟田 隆郎 中学生の「学校嫌い」発生の学校環境要因に関する分析の試み-教育基本調査の長欠児統計をもとに-, 青年期の精神健康増進に関する研究, 昭和54年健康づくり等調査研究, 1980.

精神障害に関する統計

— 昭和 58 年 度 —

大塚 俊 男

老人精神保健部

National Statistics of Mental Disorders in 1983

Toshio Otsuka

I. はじめに

受療している精神障害の全国推計患者総数および入院、外来別の患者数については、厚生省大臣官房統計情報部より毎年発表されているので、その概要を知ることができる。それは第9回修正国際疾病分類（ICD）にもとづく3桁基本分類のうち、精神障害に関しては老年期および初老期の器質性精神病、アルコール精神病、精神分裂病、躁うつ病、その他の精神病、神経症、アルコール依存、その他の非精神病性精神障害、精神薄弱の9傷病名についての入院、外来別の患者数が記載されているほか、性別・年齢段階別の受療患者については、「精神分裂病」と「その他」の2項目についてだけ記載があり、精神障害に関して3桁基本分類のすべての傷病名（精神障害290～319）および4桁細分類の各傷病名別の性別、年齢段階別、入院外来別の患者数は記載されていない。

今回、昭和58年度の「患者調査」の統計の基礎資料でもある4桁細分類の資料を厚生省大臣官房統計情報部の好意により入手できたので、国際疾病分類番号290～319の精神障害の4桁細分類の各傷病名について入院外来別、性別、年齢段階別に資料を整理し、受療患者数、受療率をまとめたので報告する。

II. 本資料を利用するにあたっての留意点

1) 厚生省統計情報部の統計の調査客体は、通常病院1/10、一般診療所1/100の抽出比で無作為に抽出された施設および調査日（7月の第3水曜日）に当該施設を利用した患者である。そして、その患者に抽出比を補正して割り出した乗数を剰じた数値を推定患者数としている。

（乗数が小数点以下の数字を含むため剰じた数値は、小数点以下1桁で四捨五入してある）

表1 昭和58年度施設別の乗数

病 院	10,164
一 般 診 療 所	109,537

2) 本統計資料の年齢段階別は、とくに老年期の精神障害の受療患者数を明らかにすることを考慮に入れて、0～19歳、20～44歳、45～64歳、65歳以上、不詳の五段階に区分した。

今回の集計は、入院および外来別、性別に区分したが、この場合の入院患者数は病院の入院患者数であり、外来患者数は病院の外来患者数および一般診療所のすべての患者数を含んでいる。（一般診療所は病院に比べて患者数は少なく、また大半が外来患者であるため集計の際に一般

診療所の患者はすべて外来患者とした)

3) 外来患者数に本統計調査が一日調査であるため、調査日に受療しなかった在宅患者は含まれないため、必ずしもすべての外来患者数を示していない。

4) 受療率は、推計人口をもとに算出したもので(推計患者数を推計人口数で割り、10万を剰じた数値)、人口10万対の比である。

5) 推計人口は、国勢調査1%抽出結果によるもので、昭和59年度は119,483,000人である。

III. 傷病名別の統計資料の概説

1) 精神障害(290~319)の各傷病名別の入院・外来患者数

精神障害の各傷病名別の入院・外来患者数の統計資料は、表2に示す如くである。

精神障害の患者数は入院・外来患者を合計して385,549人^{注1)}(男子212,083人、女子173,466人)で、性別比は男子：女子=1：0.82と男子の患者の割合がやや多く、受療率は322.6である。

① 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)

この項目は、7項目に細分類されている。患者数は、26,532人(男子8,792人、女子17,740人)、性別比は男子：女子=1：2.02で女子の患者の割合が約2倍多い。

「老年痴呆」(単純型、抑うつ型および妄想型、急性錯乱を伴うもの)の患者数は、18,823人(男子5,519人、女子13,304人)で、性別比では男子：女子=1：2.41で、女子の患者の割合は男子の約2倍強である。年齢段階別では65歳以上がもっとも多い。

「初老期痴呆」の患者は691人(男子366人、女子325人)で、性別比では男子：女子=1：0.89で、男子の患者の割合がやや多い。年齢段階別では45~64歳がもっとも多い。

「動脈硬化性痴呆」の患者は6,978人(男子2,887人、女子4,091人)で、性別比では男子：

女子=1：1.42で、女子の患者の割合が多い。

「動脈硬化性痴呆」と「老年痴呆」の比は1：2.70の割合で、老年痴呆の患者が多い。

② アルコール精神病

この項目は、8項目に細分類されている。患者数は2,376人(男子2,255人、女子121人)で、性別比では男子：女子=1：0.05で圧倒的に男子の割合が多い。年齢段階では45~64歳がもっとも多く、受療率は2.0である。

③ 薬物精神病

この項目は5項目に細分類されている。患者数は71人(男子61人、女子10人)で、患者数は非常に少なく、受療率は0.1である。

④ 一過性器質精神病状態

この項目は4項目に細分類されている。患者数は272人(男子20人、女子252人)で少ない。受療率は0.2である。

⑤ その他の器質精神病状態

この項目は4項目に細分類されている。患者数は1,138人(男子742人、女子396人)で、性別比では男子：女子=1：0.53で、男子の患者の割合は女子の約2倍であり、受療率は1.0である。

⑥ 精神分裂病

この項目は10項目に細分類されている。患者数は217,523人(男子126,554人、女子90,969人)で、性別比では男子：女子=1：0.72で男子の患者の割合がやや多く、受療率は182.1である。年齢段階では20~44歳がもっとも多く、全体の52.9%を占めている。この項目の中では「詳細不明」に属する患者が大部分を占め(95.8%)、病型分類されている患者は非常に少なく、病型分類は統計上意味をもたない。

⑦ 躁うつ病

この項目は9項目に分類されている。患者数は23,857人(男子10,394人、女子13,463人)で、性別比では男子：女子=1：1.30で女子の患者の割合がやや多い。受療率は20.0である。この項目では「躁うつ病、抑うつ型」(54.3%)がもっとも多く、ついで「その他および詳細不明の躁うつ病」(33.9%)、「躁うつ病、躁病型」(11.3

注1：厚生省統計部の「患者調査」では、患者数は385,900人となっているが、これは各傷病の抽出された患者数の合計に乗数を剰じ四捨五入したものである。今回の集計では、各傷病名、性別年齢段階別に分けた抽出患者数にそれぞれ乗数を剰じ、四捨五入したものを合計したため数値に多少の差異がみられる。

%)などの順である。

⑧ 妄想状態

この項目は6項目に細分類されている。患者数は1,493人(男子610人、女子883人)で、性別比は男子：女子=1：1.45で男子の患者の割合が女子の約1.5倍である。受療率は1.2である。年齢段階では45～64歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」(57.2%)がもっとも多く、ついで「パラフレニー」(21.1%)、「妄想症(パラノイア)」(10.9%)などの順である。

⑨ その他の非器質性精神病

この項目は7項目に細分類されている。患者数は9,900人(男子4,074人、女子5,826人)で性別比では男子：女子=1：1.43で、女子の患者の割合が多い。受療率は8.3である。年齢段階では20～44歳がもっとも多く(47.7%)、ついで45～64歳(36.2%)の順である。この項目の中では「詳細不明」(85.6%)がもっとも多く、ついで「その他および詳細不明の反応性精神病」(11.3%)の順で、その他の項目は非常に少ない。

⑩ 特に小児期におこる精神病

この項目は4項目に細分類されている。患者数は590人(男子499人、女子91人)で、性別比では、男子：女子=1：0.18で、男子の患者の割合が多く、受療率は0.5である。年齢段階では、もちろん0～19歳(93.2%)が殆んどを占めている。

⑪ 神経症

この項目は10項目に細分類されている。患者数は45,385人(男子19,064人、女子26,321人)で、性別比では男子：女子=1：1.38で女子の患者の割合が多く、受療率は38.0である。年齢段階では20～44歳がもっとも多い(44.4%)。この項目の中では「詳細不明」(62.9%)がもっとも多く、ついで「神経症性抑うつ」(16.3%)、「不安状態(不安神経症)」(7.9%)、「神経衰弱」(4.9%)、「その他の神経症的障害」(3.1%)、「心気症」(2.3%)「ヒステリー」(1.1%)、「強迫神経症」、「恐怖状態(恐怖症)」、「離人症候群」

の順である。

⑫ 人格異常

この種目は10項目に細分類されている。患者数は1,493人(男子1,188人、女子305人)で、性別比では男子：女子=1：0.26で男子の割合が圧倒的に多く、受療率は1.2である。年齢段階では45～64歳がもっとも多い(46.3%)。この項目の中では「詳細不明」に属するものが大部分(94.0%)を占めている。

⑬ 性的偏倚と性的障害

この項目は10項目に細分類されている。患者数は290人(男子181人、女子109人)と少なく、性別比では男子：女子=1：0.60であり、受療率は0.2である。

⑭ アルコール依存(症候群)

この項目は303.a, 303.b, 303.cの三項目に細分類されている。患者数は24,479人(男子22,937人、女子1,542人)で、性別比では男子：女子=1：0.07で、圧倒的に男子の患者の割合が多い。受療率は20.5である。年齢段階では45～64歳がもっとも多い(61.0%)。この項目の中では「その他および詳細不明」(51.6%)がもっとも多く、ついで「慢性アルコール症」(45.0%)、「アルコール嗜癖」(3.5%)の順である。

⑮ 薬物依存

この項目は10項目に細分類されている。患者数は1,076人(男子904人、女子172人)で、性別比では、男子：女子=1：0.19で、圧倒的に男子の患者の割合が多く、受療率は0.9である。年齢段階では、20～44歳がもっとも多い(61.3%)。この項目の中では「その他」(47.2%)がもっとも多く、ついで「詳細不明」(25.5%)の順である。

⑯ 依存のない薬物乱用

この項目は10項目に細分類されている。患者数は143人(男子92人、女子51人)で、性別比では男子：女子=1：0.55であり、男子の患者の割合は女子の約2倍である。受療率は0.9である。

⑰ 精神的諸要因による身体的病態

この項目は10項目に細分類されている。患者

数は7,173人(男子2,162人、女子5,011人)で、性別比では男子：女子=2.32で、女子の患者の割合が男子の2倍強である。受療率は6.0である。年齢段階では45～64歳がもっとも多い(38.8%)。この項目の中では「心血管」(46.9%)がもっとも多く、ついで「胃腸」(19.7%)、「泌尿生殖器」(12.3%)、「呼吸器」(11.6%)などの順である。

⑩ 他に分類されない特殊症状または症候群

この項目は10項目に細分類されている。患者数は4,703人(男子1,568人、女子3,135人)で、性別比では男子：女子=1：2.00で、女子の患者の割合は男子の2倍である。受療率は3.9である。年齢段階では45～64歳がもっとも多く(40.0%)、ついで20～44歳(27.4%)の順である。この項目の中では「特殊な睡眠障害」(51.9%)が大部分を占め、ついで「神経症」(19.8%)、「神経性無食欲症」(8.4%)などの順である。

⑪ 急性ストレス反応

この項目は6項目に細分類されている。患者数は10人(男子10人、女子0人)で、非常に少ない。

⑫ 不適応反応

この項目は7項目に細分類されている。患者数は91人(男子41人、女子50人)で、患者数は少なく、受療率は0.1である。

⑬ 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害

この項目は5項目に細分類されている。患者数は50人(男子40人、女子10人)で少ない。

⑭ 他に分類されない抑うつ状態

この項目の患者数は10人(男子0人、女子10人)で、非常に少ない。

⑮ 他に分類されない行為障害

この項目は6項目に細分類されている。患者数

数は81人(男子51人、女子30人)で、性別比では男子：女子=1：0.59で、男子の患者の割合が多い。受療率は0.1である。

⑯ 児童期と青年期に特殊な感情障害

この項目は6項目に細分類されている。患者数は376人(男子204人、女子172人)で、性別比では男子：女子=1：0.84で、男子の患者の割合がやや多い。受療率は0.3である。年齢段階はもちろん0～19歳(81.1%)が殆んどである。

⑰ 児童期の過動症候群

この項目は5項目に細分類されている。患者数は51人(男子41人、女子10人)で、少ない。

⑱ 特殊な発達遅延

この項目は8項目に細分類されている。患者数は385人(男子253人、女子132人)で、性別比では、男子：女子=1：0.52で、男子の患者の割合は女子の約2倍である。受療率は0.3である。年齢段階では0～19歳で占められている。

⑲ 他に分類される疾患に伴う精神的要因

患者は統計上、一例もない。

⑳ 精神薄弱(精神遅滞(317～319))

この項目は、「軽度精神薄弱」「中等度以上の精神薄弱」「詳細不明の精神薄弱」に分類され、「中等度以上の精神薄弱」は更に3項目に細分類されている。患者数は16,001人(男子9,346人、女子6,655人)で、性別比では男子：女子=1：0.71で、男子の患者の割合がやや多い。年齢段階では20～44歳(51.0%)がもっとも多く、ついで45～64歳(29.7%)の順である。精神薄弱全体の受療率は13.4である。この項目の中では「詳細不明」(89.5%)がもっとも多く、ついで「中等度以上の精神薄弱」(10.5%)の順である。

表 2

精神障害 290 ～ 319														
		男						女						
	全国推計患者数	受療率	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
精神病 290 ～ 299														

器質精神病状態 290 ~ 294															
290 老年期および初老期の 器質(性)精神病(状態)	26,532	22.2		0	20	1,149	7,623	0	8,792	0	0	1,157	16,583	0	17,740
290-0 老年痴呆, 単純型	9,625 1,739 11,364		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	122 10 132	2,714 509 3,223	0 0 0	2,836 519 3,355	0 0 0	0 0 0	163 30 193	6,626 1,190 7,816	0 0 0	6,789 1,220 8,009
290-1 初老期痴呆	610 81 691		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	326 30 356	0 0 0	0 0 0	336 30 366	0 0 0	0 0 0	274 51 325	0 0 0	0 0 0	274 51 325
290-2 老年痴呆, 抑うつ型 および妄想型	6,912 537 7,449		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	173 0 173	1,829 152 1,981	0 0 0	2,002 152 2,154	0 0 0	0 0 0	223 10 233	4,687 375 5,062	0 0 0	4,910 385 5,295
290-3 急性錯乱状態を伴う老 年痴呆	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
290-4 動脈硬化性痴呆	6,515 463 6,978		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	468 102 478	2,297 102 2,399	0 0 0	2,775 112 2,887	0 0 0	0 0 0	365 31 396	3,375 320 3,695	0 0 0	3,740 351 4,091
290-8 その他	20 10 30		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 10 10
290-9 詳細不明	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
291 アルコール精神病	2,376	2.0		0	578	1,444	233	0	2,255	0	10	91	20	0	121
291-0 振戦せん妄	152 10 162		入院 外来 計	0 0 0	30 10 40	92 0 92	20 0 20	0 0 0	142 10 152	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
291-1 アルコール性コルサコフ 精神病	41 0 41		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	31 0 31	10 0 10	0 0 0	41 0 41	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-2 その他のアルコール性痴 呆	173 10 183		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	102 10 112	41 0 41	0 0 0	153 10 163	0 0 0	0 0 0	10 0 10	10 0 10	0 0 0	20 0 20
291-3 その他のアルコール幻覚 症	518 10 528		入院 外来 計	0 0 0	132 10 142	295 0 295	20 0 20	0 0 0	447 10 457	0 0 0	10 0 10	51 0 51	10 0 10	0 0 0	71 0 71
291-4 精神病的アルコール特異 体質反応	80 0 80		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	30 0 30	30 0 30	0 0 0	80 0 80	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-5 アルコール性痴妬妄想	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-9 詳細不明	1,311 51 1,362		入院 外来 計	0 0 0	315 31 346	864 20 884	112 0 112	0 0 0	1,291 51 1,342	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	20 0 20
292 薬物精神病	71	0.1		0	61	0	0	0	61	0	0	10	0	0	10
292-8 その他	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10

292-9 詳細不明	61 0 61		入院 外来 計	0 0 0	61 0 61	0 0 0	0 0 0	0 0 0	61 0 61	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
293 一過性器質精神病状態	272	0.2		0	0	0	20	0	20	0	252	0	0	0	252
293-0 急性錯乱状態	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 10	
293-8 その他	91 151 242		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 91	91 151 242	0 0 0	0 0 0	0 0 242	
293-9 詳細不明	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
294 その他の器質精神病状態(慢性)	1,138	1.0		0	122	498	122	0	742	0	71	193	132	0	396
294-0 コルサコフ精神病または症候群(非アルコール性)	295 20 315		入院 外来 計	0 0 0	0 0 193	173 20 41	41 0 41	0 0 0	214 20 234	0 0 0	0 0 51	51 0 30	30 0 30	0 0 81	
294-9 詳細不明	803 20 823		入院 外来 計	0 0 0	122 0 122	295 10 305	81 0 81	0 0 0	498 10 508	0 0 0	61 10 71	142 0 142	102 0 102	0 0 0	305 10 315
その他の精神病 295 ~ 299															
295 精神分裂病	217,523	182.1		1,480	71,233	49,309	4,491	41	126,554	732	43,773	38,394	8,050	20	90,969
295-1 破瓜型	7,064 725 7,789		入院 外来 計	81 120 201	2,613 231 2,844	1,484 81 1,565	91 20 111	0	4,269 452 4,721	0 10 10	1,575 202 1,777	1,118 51 1,169	102 10 112	0	2,795 273 3,068
295-2 緊張型	81 10 91		入院 外来 計	10 0 10	31 0 31	10 10 20	0 0 0	0	51 10 61	0 0 0	10 0 10	20 0 20	0 0 0	0	30 0 30
295-3 妄想型	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 10	10 0 10	0	20 0 20
295-7 分裂・情動型	61 110 171		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 110 110	0 0 0	0	10 110 120	0 0 0	10 0 10	31 0 31	10 0 10	0	51 0 51
295-8 その他	783 300 1,083		入院 外来 計	0 0 0	61 10 71	244 0 244	41 0 41	0	346 10 356	0 0 0	61 51 112	204 239 443	172 0 172	0	437 290 727
295-9 詳細不明	193,817 14,552 208,369		入院 外来 計	1,017 252 1,269	63,057 5,220 68,277	45,555 1,815 47,370	4,187 152 4,339	41	113,857 7,439 121,296	579 143 722	37,261 4,593 41,854	34,619 2,112 36,731	7,481 265 7,746	20	79,960 7,113 87,073
296 躁うつ病	23,857	20.0		111	3,971	4,910	1,402	0	10,394	153	3,552	6,056	3,702	0	13,463
296-0 躁うつ病, 躁病型	2,338 356 2,694		入院 外来 計	21 20 41	426 101 527	620 93 713	326 20 346	0	1,393 234 1,627	20 0 20	346 51 397	315 71 386	264 0 264	0	945 122 1,067
296-1 躁うつ病, 抑うつ型	5,011 7,933 12,944		入院 外来 計	20 10 30	650 964 1,614	1,190 1,261 2,451	305 293 598	0	2,165 2,528 4,693	0 31 31	539 939 1,478	1,382 2,753 4,135	925 1,682 2,607	0	2,846 5,405 8,251
296-2 躁うつ病循環型, 現在躁状態	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0	0 0 0

296-5 躁うつ病循環型、現状が特に明示されていないもの	20 0		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	10 0 10	0 0 0	20 0 20	
296-6 その他および詳細不明の躁うつ病	6,729 1,350 8,079		入院 外来 計	20 20 40	1,535 295 1,830	1,362 374 1,736	417 41 458	0 0 0	3,334 730 4,064	92 10 102	1,413 264 1,677	1,250 275 1,525	640 71 711	0 0 0	3,395 620 4,015
269-9 詳細不明	0 110 110		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 110 110	0 0 0	0 110 110
297 妄想状態	1,493	1.2		20	193	326	71	0	610	40	294	336	213	0	883
297-1 妄想症〈パラノイア〉	152 10 162		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	40 0 40	41 0 41	0 0 0	91 0 91	0 0 0	10 0 20	31 0 31	20 0 20	0 0 0	61 10 71
297-2 パラプレニー	274 41 315		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	102 21 123	0 0 0	0 0 0	102 21 123	0 0 0	30 0 30	81 10 91	61 10 71	0 0 0	172 20 192
297-3 感応精神病	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10
297-8 その他	122 30 152		入院 外来 計	10 0 10	41 10 51	20 0 20	0 0 0	0 0 0	71 10 81	10 0 10	20 20 40	21 0 21	0 0 0	0 0 0	51 20 71
297-9 詳細不明	661 193 854		入院 外来 計	10 0 10	122 10 132	133 10 143	20 10 30	0 10 0	285 30 315	20 10 30	122 82 204	142 51 193	92 20 112	0 0 0	376 163 539
298 その他の非器質性精神病	9,900	8.3		102	2,225	1,483	264	0	4,074	122	2,499	2,105	1,100	0	5,826
298-0 抑うつ型	132 102 234		入院 外来 計	0 0 0	31 21 52	30 10 40	10 10 20	0 0 0	71 41 112	0 0 0	10 20 30	41 31 72	10 10 20	0 0 0	61 61 122
298-1 興奮型	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	30 0 30
298-2 反応性錯乱	41 0 41		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	21 0 21	0 0 0	0 0 0	0 0 0	21 0 21
298-8 その他および詳細不明の反応性精神病	966 152 1,118		入院 外来 計	10 0 10	102 10 112	71 10 81	51 0 51	0 0 0	234 20 254	0 0 0	142 41 183	387 71 458	203 20 223	0 0 0	732 132 864
298-9 詳細不明の精神病	6,901 1,576 8,477		入院 外来 計	92 0 92	1,717 334 2,051	1,250 102 1,352	163 30 193	0 0 0	3,222 466 3,688	71 41 112	1,870 385 2,255	1,281 284 1,565	457 400 857	0 0 0	3,679 1,110 4,789
299 特に小児期における精神病	590	0.5		459	40	0	0	0	499	91	0	0	0	0	91
299-0 幼児自閉症	285 295 580		入院 外来 計	225 234 459	30 0 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	255 234 489	30 61 91	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	30 61 91
299-9 詳細不明	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
神経症、人格異常およびその他の非精神病性精神障害													300~316		
300 神経症	45,385	38.0		1,125	10,071	6,324	1,544	0	19,064	1,093	10,062	9,952	5,214	0	26,321

300-0 不安状態(不安神経症)	468 3,138 3,606		入院 外来 計	0 20 20	51 334 385	91 422 503	31 130 161	0 0 0	163 906 1,069	10 30 40	61 364 425	163 1,349 1,512	71 489 560	0 0 0	305 2,232 2,537
300-1 ヒステリー	356 152 508		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	61 30 91	10 0 10	0 0 0	91 30 121	20 41 61	102 41 143	82 30 112	61 10 71	0 0 0	265 122 387
300-2 恐怖状態<恐怖症>	41 61 102		入院 外来 計	0 0 0	21 20 41	10 0 10	0 0 0	0 0 0	31 20 51	0 0 0	0 21 21	10 10 20	0 10 10	0 0 0	10 41 51
300-3 強迫神経症	386 112 498		入院 外来 計	61 51 112	132 20 152	41 0 41	0 0 0	0 0 0	234 71 305	20 10 30	72 10 82	30 10 40	30 11 41	0 0 0	152 41 193
300-4 神経症性抑うつ	2,836 4,579 7,415		入院 外来 計	41 130 171	579 819 1,398	549 978 1,527	183 122 305	0 0 0	1,352 2,049 3,401	40 0 40	417 879 1,296	549 1,104 1,653	478 547 1,025	0 0 0	1,484 2,530 4,014
300-5 神経衰弱	1,362 878 2,240		入院 外来 計	51 31 82	722 203 925	152 51 203	0 0 0	0 0 0	925 285 1,210	0 20 20	335 362 697	82 201 283	20 10 30	0 0 0	437 593 1,030
300-6 離人症候群	20 0 20		入院 外来 計	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0
300-7 心気症	325 697 1,022		入院 外来 計	0 10 10	30 91 121	61 72 133	0 30 30	0 0 0	91 203 294	0 10 10	21 61 82	81 212 293	132 211 343	0 0 0	234 494 728
300-8 その他の神経症的障害	762 649 1,411		入院 外来 計	41 31 72	264 172 436	71 92 163	20 120 140	0 0 0	396 415 811	10 30 40	214 113 327	71 30 101	71 61 132	0 0 0	366 234 600
300-9 詳細不明	12,126 16,437 28,563		入院 外来 計	244 404 648	3,649 2,934 6,583	1,250 2,403 3,653	264 634 898	0 0 0	5,407 6,375 11,782	417 435 852	3,537 3,452 6,989	1,870 4,068 5,938	895 2,107 3,002	0 0 0	6,719 10,062 16,781
301 人格異常	1,493	1.2		10	457	639	82	0	1,188	30	183	52	40	0	305
301-1 情動性人格異常	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0
301-2 分裂病質性人格異常	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0
301-3 爆発性人格異常	0 20 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 20 20
301-6 無力性人格異常	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	10 0 10	0 0 0	0 0 0	30 0 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0
301-8 その他の人格異常	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10
301-9 詳細不明	1,362 41 1,403		入院 外来 計	10 0 10	427 10 437	589 10 599	82 0 82	0 0 0	1,108 20 1,128	20 0 20	173 10 183	41 11 52	20 0 20	0 0 0	254 21 275
302 性的偏倚と性的障害	290	0.2		0	30	141	10	0	181	0	0	109	0	0	109
302-7 冷感症と性的不能症 <インポテンズ>	0 290 290		入院 外来 計	0 0 0	0 30 30	0 141 141	0 10 10	0 0 0	0 181 181	0 0 0	0 0 0	0 109 109	0 0 0	0 0 0	0 109 109

303 アルコール依存 (症候群)	24,479	20.5		10	6,199	14,155	2,553	20	22,937	0	497	783	262	0	1,542
303-a 慢性アルコール症	10,499 506 11,005		入院 外来 計	10 0 10	2,419 181 2,600	6,006 284 6,290	1,322 41 1,363	20 0 20	9,777 506 10,283	0 0 0	254 0 254	377 0 377	91 0 91	0 0 0	722 0 722
303-b アルコール嗜癖	681 173 854		入院 外来 計	0 0 0	102 20 122	396 133 529	153 10 163	0 0 0	651 163 814	0 0 0	10 0 10	10 0 20	10 0 10	0 0 0	30 10 40
303-c その他および詳細不明	11,882 738 12,620		入院 外来 計	0 0 0	3,324 153 3,477	6,942 394 7,336	976 51 1,027	0 0 0	11,242 598 11,840	0 0 0	213 20 233	376 10 386	51 110 161	0 0 0	640 140 780
304 薬物依存	1,076	0.9		183	559	121	41	0	904	20	101	51	0	0	172
304-1 バルビタール酸型	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	10 0 10	0 0 0	0 0 0	30 0 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
304-4 アンフェタミン 型およびその他の精神刺 激薬	254 10 264		入院 外来 計	10 0 10	132 0 132	41 0 41	0 0 0	0 0 0	183 0 183	10 0 10	61 0 71	0 0 0	0 0 0	0 0 0	71 10 81
304-6 その他	457 51 508		入院 外来 計	132 21 153	285 10 295	20 20 40	0 0 0	0 0 0	437 51 488	10 0 10	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20
304-9 詳細不明	213 61 274		入院 外来 計	20 0 20	102 10 112	20 10 30	10 31 41	0 0 0	152 51 203	0 0 0	30 0 30	31 0 41	0 0 0	0 0 0	61 10 71
305 依存のない薬物乱用	143	0.1		10	31	41	10	0	92	31	10	0	10	0	51
305-0 アルコール	102 41 143		入院 外来 計	10 0 10	21 10 31	41 0 41	10 0 10	0 0 0	82 10 92	10 21 31	10 0 10	0 0 0	0 10 10	0 0 0	20 31 51
306 精神的諸要因によ る身体的病態	7,173	6.0		401	487	954	320	0	2,162	350	1,549	1,831	1,281	0	5,011
306-1 呼吸器	183 646 829		入院 外来 計	20 10 30	11 72 83	10 130 140	0 20 20	0 0 0	41 232 273	0 20 20	81 132 213	51 252 303	10 10 20	0 0 0	142 414 556
306-2 心血管	183 3,182 3,365		入院 外来 計	0 120 120	20 262 282	21 433 454	10 30 40	0 0 0	51 845 896	0 20 20	10 751 761	81 926 1,007	41 640 681	0 0 0	132 2,337 2,469
306-3 皮膚	0 20 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 20 20	0 0 0	0 20 20
306-4 胃腸	81 1,332 1,413		入院 外来 計	0 139 139	20 41 61	0 270 270	10 110 120	0 0 0	30 560 590	0 130 130	21 212 233	20 170 290	10 160 170	0 0 0	51 772 823
306-5 泌尿生殖器	20 860 880		入院 外来 計	0 41 41	0 0 0	10 30 40	0 140 140	0 0 0	10 211 221	0 119 119	0 270 270	0 30 40	0 230 230	0 0 0	10 649 659
306-7 特殊感覚器	0 10 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
306-8 その他	0 41 41		入院 外来 計	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 11 11	0 10 10	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 31 31
306-9 詳細不明	152 463 615		入院 外来 計	51 10 61	10 51 61	20 30 50	0 0 0	0 0 0	81 91 172	0 10 40	30 51 62	11 171 191	20 140 150	0 0 0	71 372 443

307 他に分類されない特殊症状または症候群	4,703	3.9		311	524	461	272	0	1,568	385	766	1,420	564	0	3,135
307-0 どもり	0 30 30		入院 外来 計	0 0 0	0 10 10	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 20 20	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
307-1 神経性無食欲症	244 151 395		入院 外来 計	0 0 0	10 10 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 10 20	103 10 113	71 11 82	30 120 150	30 0 30	0 0 0	234 141 375
307-2 チック	50 232 282		入院 外来 計	10 41 51	10 10 20	0 20 20	0 0 0	0 0 0	20 71 91	10 10 20	10 10 20	0 121 121	10 20 30	0 0 0	30 161 191
307-3 常同性交渉運動	0 110 110		入院 外来 計	0 110 110	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 110 110	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
307-4 特殊な睡眠障害	183 2,259 2,442		入院 外来 計	0 30 30	21 102 123	30 320 350	10 212 222	0 0 0	61 664 725	0 141 141	30 381 411	41 712 753	51 361 412	0 0 0	122 1,595 1,717
307-5 その他および詳細不明の摂食障害	183 51 234		入院 外来 計	10 0 10	21 10 31	0 0 0	10 0 10	0 0 0	41 10 51	51 20 71	81 21 102	10 0 10	0 0 0	0 0 0	142 41 183
307-8 神経痛 < Psychalgia >	51 880 931		入院 外来 計	0 110 110	10 191 201	10 71 81	0 20 20	0 0 0	20 392 412	10 20 30	0 121 121	21 255 276	0 92 92	0 0 0	31 488 519
307-9 その他および詳細不明	30 249 279		入院 外来 計	0 0 0	10 109 119	0 0 0	10 10 20	0 0 0	20 119 139	0 0 0	10 20 30	0 110 110	0 0 0	0 0 0	10 130 140
308 急性ストレス反応	10	0.0		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
308-3 その他	0 10 10		入院 外来 計	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
309 不適応反応 < adjustment reaction >	91	0.1		0	31	10	0	0	41	0	10	10	30	0	50
309-8 その他	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 10	10 0 10	10 0 10	10 0 10	0 0 0	30 0 30
309-9 詳細不明	51 10 61		入院 外来 計	0 0 0	31 0 31	0 10 10	0 0 0	0 10 41	31 0 41	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	20 0 20
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	50	0.0		10	10	10	10	0	40	0	0	0	10	0	10
310-0 前頭葉症候群	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10
310-9 詳細不明	30 10 40		入院 外来 計	10 0 10	10 0 10	10 0 10	0 10 10	0 0 40	30 10 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
311 他に分類されない抑うつ状態	10	0.0		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
311 他に分類されない抑うつ状態	0 10 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
312 他に分類されない行為障害	81	0.1		51	0	0	0	0	51	0	20	10	0	0	30

312-0 グループ化されない行為 障害	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	
312-9 詳細不明	51 20 71		入院 外来 計	31 20 51	0 0 0	0 0 0	0 0 0	31 20 51	0 0 0	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20	
313 児童期と青年期に 特殊な感情障害	376	0.3		184	20	0	0	0	204	121	51	0	0	0	172
313-0 不安と恐怖を伴うもの	91 163 254		入院 外来 計	41 102 143	0 0 0	0 0 0	0 0 0	41 102 143	40 61 101	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	50 61 111	
313-2 敏感、内気およ び社会的引きこもりを伴 うもの	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 20	20 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	
313-9 詳細不明	41 51 92		入院 外来 計	10 31 41	0 10 10	0 0 0	0 0 0	10 41 51	10 10 20	21 0 21	0 0 0	0 0 0	0 0 0	31 10 41	
314 児童期の過動症候 群	51	0.0		41	0	0	0	0	41	10	0	0	0	0	10
314-9 詳細不明	0 51 51		入院 外来 計	0 41 41	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 41 41	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	
315 特殊な発達遅延	385	0.3		253	0	0	0	0	253	132	0	0	0	0	132
315-3 発達性の発語あるいは言 語障害	20 315 335		入院 外来 計	20 213 233	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 213 233	0 102 102	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 102 102	
315-4 特殊な運動障害	30 20 50		入院 外来 計	10 10 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 10 20	20 10 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 10 30	
精神薄弱 <精神遅滞> 317~319															
317~319 精神薄弱<精神遅滞>	16,001	13.4		1,309	5,019	2,491	507	20	9,346	784	3,140	2,264	457	10	6,655
317 軽度精神薄弱	10	0.0		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
317 軽度精神薄弱	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
318 中等度以上の精神薄弱	1,677	1.4		427	671	41	0	0	1,139	244	294	0	0	0	538
318-1 重度精神薄弱	864 0 864		入院 外来 計	274 0 274	265 0 265	0 0 0	0 0 0	539 0 539	173 0 173	152 0 152	0 0 0	0 0 0	0 0 0	325 0 325	
318-2 最重度精神薄弱	813 0 813		入院 外来 計	153 0 153	406 0 406	41 0 41	0 0 0	600 0 600	71 0 71	142 0 142	0 0 0	0 0 0	0 0 0	213 0 213	
319 詳細不明の精神薄弱	14,314	12.0		882	4,338	2,450	507	20	8,197	540	2,846	2,264	457	10	6,117
319 詳細不明の精神薄弱	12,471 1,843 14,314		入院 外来 計	426 456 882	3,832 506 4,338	2,358 92 2,450	397 110 507	20 0 20	7,033 1,164 8,197	285 255 540	2,633 213 2,846	2,063 201 2,264	447 10 457	10 6 10	5,438 679 6,117
290~319 精神障害	312,949 72,600 385,549	322.6	入院 外来 計	3,222 2,848 6,070	88,223 13,668 101,891	74,003 10,463 84,466	16,395 3,180 19,575	81 0 81	181,924 30,159 212,083	2,202 1,892 4,094	52,475 14,375 66,850	48,422 16,402 64,824	27,896 9,772 37,668	30 0 30	131,025 42,441 173,466

2) 精神障害 (290~319) の中で占める各傷病名の割合

精神障害の中で占める各傷病 (国際分類にもとづく3桁基本分類) の患者数の割合を眺めてみると、表3、表4、表5の如くである。

入院患者数は312,949人 (男子181,924人、女子131,025人) で、性別比では男子:女子=1:0.72で、男子の患者の割合がやや多い。入院患者のうち「精神分裂病」が201,826人で、全入院患者のうちもっとも多い割合を占め (64.5%)、ついで「老年期および初老期の器質 (性) 精神病 (状態)」(7.6%)、「アルコール依存 (症候群)」(7.4%)、「神経症」(6.0%)、「精神薄弱」(4.0%) などの順である。性別でみると、男子では「精神分裂病」の患者がもっとも多く、男子入院患者の65.1%を占め、ついで「アルコール依存 (症候群)」(11.9%)「神経症」(4.8%) などの順である。女子でも「精神分裂病」がもっとも多く63.6%を占め、ついで「老年期および初老期の器質 (性) 精神病 (状態)」(12.0%)、「神経症」(7.6%) などの順である。

外来患者は、一日調査 (one day survey) であるため、調査日にたまたま受療しなかった患者は統計に含まれないため、すべての外来患者数を示しているとはいえない。そのため表4の如く外来患者数は少なく、72,600人 (男子30,159人、女子42,441人) で、性別比では男子:女子=1:1.41で、女子の患者の割合がやや多い。外来患者のうち「神経症」が26,703人でもっとも多い割合を占め (36.8%)、ついで「精神分裂病」(21.7%)、「躁うつ病」(13.4%) などの順である。性別でみると、男子は「神経症」がもっとも多い割合を占め (34.3%)、ついで「精神分裂病」(26.6%)、「躁うつ病」(11.6%) などの順である。女子も「神経症」(38.5%) がもっとも多く、ついで「精神分裂病」(18.1%)「躁うつ病」(14.7%) と、男子と同じ順位である。

(稿を終るにあたって、統計資料を御提供いただいた厚生省大臣官房統計情報部ならびに集計に御協力いただいた関敦子氏に深謝致します。)

表3 入院 傷病(小分類)・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	計 患者数	男		女	
		全国推計患者数	男子入院患者総数 の中で占める割合	全国推計患者数	女子入院患者総数 の中で占める割合
290—319 精神障害	312,949	181,924	100	131,025	100
290 老年期および初老期の器 質(性)精神病(状態)	23,702	7,979	4.4	15,723	12.0
291 アルコール精神病	2,295	2,174	1.2	121	0.1
292 薬物精神病	71	61	0.0	10	0.0
293 一過性器質精神病状態	121	20	0.0	101	0.1
294 その他の器質精神病状態 (慢性)	1,098	712	0.4	386	0.3
295 精神分裂病	201,826	118,533	65.1	83,293	63.6
296 躁うつ病	14,108	6,902	3.8	7,206	5.5
297 妄想状態	1,219	549	0.3	670	0.5
298 その他の非器質性精主病	8,070	3,547	2.0	4,523	3.5
299 特に小児期におこる精神病	295	265	0.2	30	0.0
300 神経症	18,682	8,710	4.8	9,972	7.6
301 人格異常	1,432	1,168	0.6	264	0.2
302 性的偏倚と性的障害	0	0	0.0	0	0.0
303 アルコール依存(症候群)	23,062	21,670	11.9	1,392	1.1
304 薬物依存	954	802	0.4	152	0.1
305 依存のない薬物乱用	102	82	0.1	20	0.0
306 精神的諸要因による身体 的病態	619	213	0.1	406	0.3
307 他に分類されない特殊症状 または症候群	741	172	0.1	569	0.4
308 急性ストレス反応	0	0	0.0	0	0.0
309 不適応反応	81	31	0.0	50	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非 精神病性精神障害	40	30	0.0	10	0.0
311 他に分類されない抑うつ状 態	0	0	0.0	0	0.0
312 他に分類されない行為障害	61	31	0.0	30	0.0
313 児童期と青年期に特殊な 感情障害	162	61	0.0	101	0.1
314 児童期の過動症候群	0	0	0.0	0	0.0
315 特殊な発達遅延	50	30	0.0	20	0.0
317 軽度精神薄弱	10	10	0.0	0	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	1,677	1,139	0.6	538	0.4
319 詳細不明の精神薄弱	12,471	7,033	3.9	5,438	4.2

表4 外来 傷病 (小分類)・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	計 患者数	男		女	
		全国推計患者数	男子外来患者総数 の中で占める割合	全国推計患者数	女子外来患者総数 の中で占める割合
290-319 精神障害	72,600	30,159	100	42,441	100
290 老年期および初老期の器 質(性)精神病(状態)	2,830	813	2.7	2,017	4.8
291 アルコール精神病	81	81	0.3	0	0.0
292 薬物精神病	0	0	0.0	0	0.0
293 一過性器質精神病状態	151	0	0.0	151	0.4
294 その他の器質精神病状態 (慢性)	40	30	0.1	10	0.0
295 精神分裂病	15,697	8,021	26.6	7,676	18.1
296 躁うつ病	9,749	3,492	11.6	6,257	14.8
297 妄想状態	274	61	0.2	213	0.5
298 その他の非器質性精神病	1,830	527	1.8	1,303	3.1
299 特に小児期におこる精神病	295	234	0.8	61	0.2
300 神経症	26,703	10,354	34.3	16,349	38.5
301 人格異常	61	20	0.1	41	0.1
302 性的偏倚と性的障害	290	181	0.6	109	0.3
303 アルコール依存(症候群)	1,417	1,267	4.2	150	0.4
304 薬物依存	122	102	0.3	20	0.1
305 依存のない薬物乱用	41	10	0.0	31	0.1
306 精神的諸要因による身体 的病態	6,554	1,949	6.5	4,605	10.9
307 他に分類されない特殊症状 または症候群	3,962	1,396	4.6	2,566	6.1
308 急性ストレス反応	10	10	0.0	0	0.0
309 不適応反応	10	10	0.0	0	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非 精神病性精神障害	10	10	0.0	0	0.0
311 他に分類されない抑うつ状 態	10	0	0.0	10	0.0
312 他に分類されない行為障害	20	20	0.1	0	0.0
313 児童期と青年期に特殊な 感情障害	214	143	0.5	71	0.2
314 児童期の過動症候群	51	41	0.1	10	0.0
315 特殊な発達遅延	335	223	0.8	112	0.3
317 軽度精神薄弱	0	0	0.0	0	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	0	0	0.0	0	0.0
319 詳細不明の精神薄弱	1,843	1,164	3.9	679	1.6

表5 傷病(小分類)・入院外来別推計患者数および各傷病患者の割合

	入 院		外 来		計	
	患 者 数	入院患者総数の中で占める割合	患 者 数	外来患者総数の中で占める割合	患 者 数	患者総数の中で占める割合
290-319 精神障害	312,949	100	72,600	100	385,549	100
290 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)	23,702	7.6	2,830	3.9	26,532	6.9
291 アルコール精神病	2,295	0.7	81	0.1	2,376	0.6
292 薬物精神病	71	0.0	0	0.0	71	0.0
293 一過性器質精神病状態	121	0.0	151	0.2	272	0.1
294 その他の器質精神病状態(慢性)	1,098	0.4	40	0.1	1,138	0.3
295 精神分裂病	201,826	64.5	15,697	21.7	217,523	56.4
296 躁うつ病	14,108	4.5	9,749	13.4	23,857	6.2
297 妄想状態	1,219	0.4	274	0.4	1,493	0.4
298 その他の非器質性精神病	8,070	2.6	1,830	2.5	9,900	2.6
299 特に小児期におこる精神病	295	0.1	295	0.4	590	0.2
300 神経症	18,682	6.0	26,703	36.8	45,385	11.8
301 人格異常	1,432	0.5	61	0.1	1,493	0.4
302 性的偏倚と性的障害	0	0.0	290	0.4	290	0.1
303 アルコール依存(症候群)	23,062	7.4	1,417	2.0	24,479	6.4
304 薬物依存	954	0.3	122	0.2	1,076	0.3
305 依存のない薬物乱用	102	0.0	41	0.1	143	0.0
306 精神的諸要因による身体的病態	619	0.2	6,554	9.0	7,173	1.9
307 他に分類されない特殊症状または症候群	741	0.2	3,962	5.5	4,703	1.2
308 急性ストレス反応	0	0.0	10	0.0	10	0.0
309 不適応反応	81	0.0	10	0.0	91	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	40	0.0	10	0.0	50	0.0
311 他に分類されない抑うつ状態	0	0.0	10	0.0	10	0.0
312 他に分類されない行為障害	61	0.0	20	0.0	81	0.0
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	162	0.1	214	0.3	376	0.1
314 児童期の過動症候群	0	0.0	51	0.1	51	0.0
315 特殊な発達遅延	50	0.0	335	0.5	385	0.1
317 軽度精神薄弱	10	0.0	0	0.0	10	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	1,677	0.6	0	0.0	1,677	0.4
319 詳細不明の精神薄弱	12,471	4.0	1,843	2.6	14,314	3.7

わが国の在宅の痴呆性老人の実態

——有病率を中心として——

大塚 俊男

国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部

清水 博

厚生省保健医療局精神保健課

I はじめに

高齢化社会を迎えたわが国では、痴呆性老人が著しく増加してきている。

老年期の痴呆は治療が困難で、慢性経過をとるばかりでなく様々な随伴精神症状、身体症状や問題行動を伴うことが多く、それら老人を在宅でケアしてゆくことがなかなか難しい。また、それら老人を抱える家族の負担は大きく、ねたきり老人の問題とともに今や大きな社会問題となっている。そのため国や地方自治体は何らかの社会的対策を強く求められている状況にある。このような状況を踏まえて、1973年に東京都¹⁾は全国の自治体に先きがけて、これら老人の実態を知るために「老人の生活実態及び健康に関する調査」を行い、在宅の痴呆性老人の実態を明かにし、その中で65歳以上の在宅の痴呆性老人の有病率は4.5% (男4.3%, 女4.6%) であると報告した。更に7年後の1980年に再度、同様の調査を行った。

この東京都の調査が契機となり、その後各地方自治体で調査が次々と行われ、全国37都道府県及び10政令市で調査が実施された。このような痴呆性老人に関する広域調査は、どこの国にもみられないもので、疫学的見地からも貴重な調査資料である。

ここでは現在迄に報告されている痴呆性老人の実態調査報告結果のうち、調査方法を検討し、調査方法が類似し、かつ信頼できると思われた北海道²⁾、東京都³⁾⁴⁾⁵⁾、神奈川県⁶⁾(横浜市、川崎

市を除く)、横浜市⁷⁾(西区、保土ヶ谷区、旭区)、川崎市⁸⁾、新潟県⁹⁾(新発田市、六日町、新穂村)、富山県¹⁰⁾、山梨県¹¹⁾、岐阜県¹²⁾(土岐市、柳津町、高鷲村)、大阪府¹³⁾(大阪市を除く)、愛知県¹⁴⁾(名古屋市を除く)、福岡市¹⁵⁾、佐賀県¹⁶⁾の13自治体(都道府県、政令市)のうち、福岡市を除いた12自治体の結果をとり挙げ、わが国の老年期の痴呆の実態——有病率を中心として——を眺めてみる。

II 実態調査の方法

これらの実態調査に際しての調査方法、用語の概念、および痴呆の鑑別診断基準、痴呆の程度の判定基準などの概要について述べる。

調査は基礎調査(第一次調査)と専門調査(第二次調査)の二回の調査から構成され、基礎調査は対象人口全員或いは対象人口からある人数を無作為抽出し、それらの人に対して一定の基礎調査票を用い本人や家族と面接による聴取り調査或は郵送、留置方法による調査方法で調査を行っている。

専門調査は、基礎調査で痴呆の疑いのもたれたものについて精神科医および保健婦、職員等のチームにより訪問面接調査を行っている。

この際の基礎調査票及び専門調査票は、1980年に東京都が実施した第二回目の「老人の生活実態及び健康に関する調査」に使用した調査票、それにほぼ準ずる調査票、或はそれを参考として修正、作成したものをを用いている。

注1) 福岡市は病院や老人ホームに入院、入所中の痴呆性老人を含めての調査結果である。

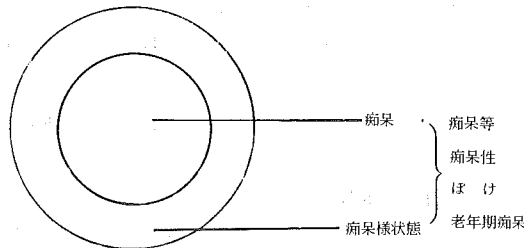
III 用語の説明

1. 痴呆の定義

調査に際しての痴呆の定義に関しては、各地方自治体で多少の表現の相違はあるが、ほぼ次のような説明をしている。すなわち、東京都の用語説明で示されたものは知的能力の全般的で粗大な衰えが認められ、その原因疾患として何らかの脳器質性病変が推定し得た場合に、従来の精神医学的定義に従って『痴呆』という用語を用い、衰えが認められたにもかかわらず脳器質性病変の存在を明確に推定し得なかった場合には、それを「痴呆様状態」と呼び、そして両者の総称として「痴呆等」と呼んでいる。そして、他の自治体によっては、「痴呆等」と同様の意味で「痴呆性」「ぼけ」「老年期痴呆」という用語を用いている(図1)。東京都の第二回目の調査に専門家として参加した柄澤¹⁷⁾によると、老

人の調査の際、精神医学でいう「いったん獲得された知能が、脳の器質性病変のために持続的に低下した状態で、非可逆的なもの」という痴呆の定義に該当しない場合が少なくないし、また訪問調査などでは知能低下があることはわかっているけれども、病因の推定などはできないことがしばしばある。従ってこれまでの定義を守ろうとするなら、それに該当しない、或は該当するかもしれないかわからない粗大な知能低下状態を何と呼ぶかという問題が起こってくるが、それについての見解の一致は今はまだないという。そこで従来の狭い痴呆の概念との混同を避ける意味で、「ある程度以上の知能低下状態をその原因の如何によらず、ぼけ (senility) と呼ぶと、暫定的に定義した」と述べている。そこで以下に述べる「痴呆性老人」という用語は、各地方自治体の調査結果報告に従い、いずれも前述の広義の意味として使用する。

図1 痴呆性(痴呆および痴呆様状態)とは



2. 原因による分類と臨床診断の基準

殆どどの自治体で、東京都の調査の際に用いた分類と診断基準或はほぼそれに準ずる分類と診断基準を用いているが、原因疾患の種類とその範囲を示し、診断基準を特に示さず調査医師

の診断にまかせた自治体もある。ここでは、殆どどの自治体で用いた東京都で示した原因による分類と臨床診断の基準を示す。

1) 老年痴呆

脳の原因性萎縮性*疾患、次の条件を合わせ持つことを臨床診断の根拠とした。

- ① 脳血管障害の病歴あるいはそれを思わせる臨床症状がない。
- ② 神経学的な巣症状*がない。
- ③ 日常生活動作 (ADL) の著しい低下がない。
- ④ 知的能力の衰退が進行性あるいは程度が高い。

※原発性萎縮……不明の原因による病的な神経細胞の脱落の結果、萎縮を生じること。

※巣症状………脳の一部が破壊されたため生じる症状

2) 脳血管性痴呆

脳血管障害の結果生じた痴呆。脳卒中発作との関連が明瞭な場合、あるいは脳血管障害によると思われる神経学的な巣症状を有する場合はこれに属する。

3) 鑑別困難な痴呆

何らかの脳疾患が原因と考えられたが、面接時の臨床症状やそれまでの臨床経過からは原因疾患の推定が困難であった痴呆

- ① 単純性——単なる全般的な知的能力衰退が主症状
- ② 神経症的——知的能力衰退の他に不安、心氣的、強迫的など神経症様症状を伴ったもの
- ③ 精神病的——知的能力衰退の他に幻覚、妄想、興奮などの精神病的症状を伴ったもの
- 4) その他

知的能力衰退があることは認められたが、臨床症状や臨床経過からは脳疾患の存在を推定することが困難であったもの及び脳外要因（例えば身体的衰弱に伴う）による知的能力衰退及び廃用性の知的能力衰退*がこれに含まれる。

※廃用性の知的能力衰退……長期間、頭を使わないでいたために生じる軽度の知的能力衰退

地方自治体によっては、「老年痴呆」「脳血管

性痴呆」「混合型の疑い」「その他」としたところや「老年痴呆」「多発梗塞性痴呆（脳血管性痴呆）」「一次性変性痴呆（老年痴呆を除く）」「アルコール性痴呆」「頭部外傷性脳症」「正常圧水頭症」「その他の痴呆」としたところもある。

老年痴呆と脳血管性痴呆の鑑別にあたって Hachinski による Ischemic score や松下による天秤法を参考として用いたところもある。

3. 知的能力衰退の程度の判定基準

殆んど自治体が東京都の調査の際に用いた判定基準或はほぼそれに準じた基準を用い、知的能力衰退を「軽度」「中等度」「高度」「非常に高度」の四段階に分類しているが、「高度」と「非常に高度」を一緒にして「高度」としているところもある。

知的能力衰退の程度の他に精神状態、日常生活動作の難易度、介護における困難度などに基づいて総合的に痴呆の程度を判定した自治体もある。また長谷川式簡易知的機能診査スケールを参考にしていくところもみられた。ここでは東京都で用いた判定基準を示す（原則として悪い症状を重視して判定する）。

1) 知的能力衰退なし

- ① 活潑な精神活動（知的活動）のあることが認め得た場合
- ② 日常生活における通常の会話が可能
- ③ 知的能力衰退の徴候、たとえば失見当、粗大な記憶障害、関心の低下、不潔などは認められていない。
- ④ 手助けを必要とする程の知的衰退がない。

2) 軽度

- ① 日常会話や理解は大体可能だが、内容に乏しく、あるいは不完全
- ② 生活指導、ときに介助を必要とする程度の知的衰退

3) 中等度

- ① なれない環境での一時的失見当
- ② 簡単な日常会話がどうやら可能
- ③ しばしば介助が職要、全体の管理、投与の管理が必要のことが多い。

4) 高度

- ① たとえば施設内での失見当、さつき食事したことすら忘れる
- ② 簡単な日常会話すら困難
- ③ 常時手助けが必要
- 5) 非常に高度
- ① 自分の名前すら忘れる
- ② 寸前のことすら忘れる
- ③ 自分の部屋がわからない
- ④ 身近な家族のこともわからない

IV 調査結果

1. 在宅の痴呆性老人の有病率^{注2)}

1) 性別、年齢段階別の有病率

65歳以上の在宅の痴呆性老人の有病率は、表1の如く11地域（但し佐賀県を除く^{注3)}）の調査結果をみると、最低は山梨県の3.1%、最高は愛知県（名古屋市を除く）の5.8%であり、3~4%を示す自治体が大半を占めている。

表1 在宅痴呆性老人（65歳以上）の有病率および年齢段階別の有病率

	サンプル数	有病率 (%)			年齢段階別有病率 (%)				
		男	女	合計	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~
北海道	9274	2.8	3.9	3.4	0.9	1.5	4.5	8.8	16.5
東京都	4502	3.9	5.1	4.6	1.2	3.1	4.7	13.1	23.4
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	1507	4.7	4.9	4.8	1.8	3.8	5.0	10.8	20.8
横浜市 (3地区)	2287	4.9	4.8	4.8	0.8	2.7	6.8	13.8	28.6
川崎市	6107	4.1	5.2	4.7	1.3	3.8	6.4	11.9	18.7
新潟県 (3市町村)	2511	2.5	4.2	3.5	0.7	1.5	4.3	9.0	13.2
富山県	1416	2.8	6.0	4.7	1.3	1.4	5.3	17.3	17.7
山梨県	2452	3.4	2.8	3.1	0.5	1.5	3.2	6.9	15.1
岐阜県 (3市町村)	1649	3.1	3.8	3.5	1.4	2.1	3.6	7.4	18.1
大阪府 (大阪市除く)	1844	4.8	4.0	4.3	0.6	3.1	4.3	16.2	
愛知県 (名古屋市除く)	3106	5.3	6.3	5.8	2.5	4.7	7.9	14.6	21.6

これを男女別にみると、男の最低は新潟県の2.5%、最高は愛知県（名古屋市を除く）の5.3%であり、女の最低は山梨県の2.8%、最高は愛知県（名古屋市を除く）の6.3%であり、山梨県、横浜市および大阪府（大阪市を除く）を除いた8自治体で、女の有病率は男の有病率を上まわっている。

年齢段階別の有病率では、年齢段階の上昇に伴って有病率はどの地方自治体でも高くなっている。殆どどの自治体で75歳以上になると男女合計の有病率を上まわり、85歳以上になると最低では新潟県（3市町村）の13.2%、最高では横浜市（3地区）の28.3%と高い有病率を示している。

ている。

以上の如く、わが国の在宅の痴呆性老人の有病率は、65歳以上の老人のほぼ3~6%の範囲にあることが明らかとなった。さらに現時点での調査結果をもとに、これら地方自治体の有病率の平均値を求めてみると、表2の如くである。これは年齢段階別の在宅の痴呆性老人の有病率の明らかとなっている12自治体を対象にして算定方法は調査時点の年齢段階別の人口に、それぞれ年齢段階別有病率を乗じ、年齢段階別の推計痴呆性老人数を算出し、それを合計し、12自治体の対象人口の中の痴呆性老人の割合を求めたものである。

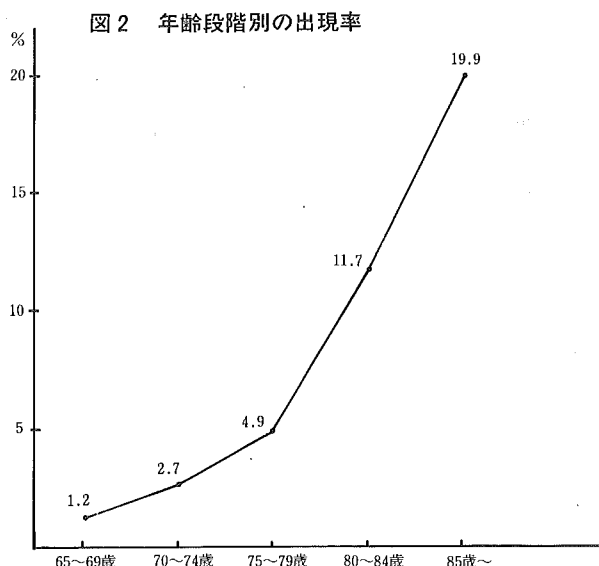
注2) ある時点あるいはある期間内において、当該老人人口のなかに存在する痴呆性老人の率 (Prevalence) である。

注3) 佐賀県は60歳以上の痴呆性老人の調査結果である。

表2 12自治体(都道府県, 政令市)の在宅痴呆性老人の有病率と推計痴呆性老人人口

	総人口(痴呆性老人有病率%)						推計痴呆性老人人口					
	総数	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~	総数	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~
北海道	515,900 (3.4%)	186,200 (0.9)	149,100 (1.5)	96,500 (4.5)	55,000 (8.8)	29,100 (16.5)	17,541	1,676	2,237	4,343	4,840	4,802
東京都	871,163 (4.6%)	337,482 (1.2)	247,296 (3.1)	164,515 (4.7)	84,110 (13.1)	37,760 (23.4)	40,074	4,050	7,666	7,733	11,018	8,836
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	224,492 (4.8%)	85,791 (1.8)	64,426 (3.8)	40,201 (5.0)	22,926 (10.8)	11,148 (20.8)	10,776	1,545	2,449	2,010	2,476	2,319
横浜市 (3地区)	32,434 (4.8%)	12,751 (0.8)	9,326 (2.7)	5,643 (6.8)	3,205 (13.8)	1,509 (28.6)	1,557	102	252	384	443	432
川崎市	69,349 (4.7%)	26,814 (1.3)	20,620 (3.8)	12,265 (6.4)	6,543 (11.9)	3,107 (18.7)	3,260	349	784	785	779	581
新潟県 (3市町村)	296,200 (3.5%)	102,813 (0.7)	89,110 (1.5)	57,772 (4.3)	31,694 (9.0)	14,811 (14.8)	10,367	729	1,337	2,485	2,853	2,192
富山県	143,364 (4.7%)	47,783 (1.3)	42,657 (1.4)	28,945 (5.3)	16,125 (17.3)	7,854 (17.7)	6,739	622	598	1,534	2,790	1,391
山梨県	103,815 (3.1%)	34,809 (0.5)	29,438 (1.5)	20,876 (3.2)	11,726 (6.9)	6,966 (15.1)	3,218	174	442	668	809	1,052
岐阜県 (3市町村)	7,936 (3.1%)	2,821 (1.4)	2,395 (2.1)	1,484 (3.6)	828 (7.4)	408 (18.1)	278	39	50	53	61	74
大阪府 (大阪市除く)	400,000 (4.3%)	147,000 (0.6)	121,000 (3.1)	74,000 (4.3)	58,000 (16.7)		17,200	882	3,751	3,182	(9,396)	
愛知県 (名古屋市除く)	325,352 (5.8%)	120,568 (2.5)	95,394 (4.7)	60,050 (7.9)	33,680 (14.6)	15,660 (21.6)	18,870	3,014	4,484	4,744	4,917	3,383
佐賀県	—	35,463 (1.7)	30,760 (1.8)	22,118 (2.2)	13,310 (12.0)	7,461 (25.7)	—	603	554	487	1,598	1,918
合計	2,990,005	1,140,295	901,522	584,369	279,147	135,784	129,880	13,776	24,604	28,408	32,584	26,980
有病率の平均値	4.3%	1.2	2.7	4.9	11.7	19.9						

それによると、現時点でのわが国の65歳以上 75歳~79歳で4.9%、80歳~84歳で11.7%、85歳以上で19.9%であると推測される(図2)。
 4.3%、65歳~69歳で1.2%、70歳~74歳で2.7%、



この年齢段階別の有病率をもとに厚生省人口問題研究所発表の昭和61年8月暫定推計による および昭和65年の年齢段階別人口より全国の在宅痴呆性老人数を推計すると、表3の如くであり、昭和60年の在宅痴呆性老人数は58.9万人、

注2) ある時点あるいはある期間内において、当該老人人口のなかに存在する痴呆性老人の率(Prevalence)である。
 注3) 佐賀県は60歳以上の痴呆性老人の調査結果である。

昭和65年の在宅痴呆性老人数は73.9万人ということになる。

表3 推計在宅痴呆性老人数

(老人人口) 在宅痴呆性老人数						
	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~	合計
昭和60年	(4,188,000) 50,256	(3,544,000) 95,688	(2,442,000) 119,658	(1,451,000) 169,767	(774,000) 154,026	(12,399,000) 589,395
昭和65年	(5,084,000) 61,008	(3,795,000) 102,465	(2,970,000) 145,530	(1,786,000) 208,962	(1,112,000) 221,288	(14,747,000) 739,253

2. 痴呆の程度の割合

痴呆の程度の割合は、「軽度」「中等度」「高度」「非常に高度」の4段階に分類し集計した(但し佐賀県を除く)。「高度」と「非常に高度」を一緒にして3段階に分類している自治体もある。その結果をまとめてみると、表4の如くである。「軽度」のもの最低は山梨県の26.0%、最高は愛知県(名古屋市を除く)の62.4%であり、「中等度」の最低は岐阜県の21.4%、最高は大阪府(大阪市を除く)の31.7%であり、「高度以上」と「非常に高度」を一緒に「高度」としてまとめてみると、最低は愛知県(名古屋市を除く)の12.2%、最高は新潟県(3市町村)の46.0%である。

3. 原因による分類

原因による分類では(但し佐賀県および新潟県を除く)、「老年痴呆」「脳血管性痴呆」「鑑別困難な痴呆(混合型痴呆或は混合型の疑い或はアルコール性痴呆)」「その他」の4つに分類集計した。

その結果をみると表5の如く、男では「脳血管性痴呆」が最も多い割合を占め、次いで「老年痴呆」「鑑別困難な痴呆」「その他」の順である。これらの平均を求めてみると、図3の如く「脳血管性痴呆」が54.6%で最も多く、次いで「老年痴呆」21.8%、「鑑別困難な痴呆」14.0%、「その他」9.7%の順である。

表4 痴呆の程度の割合

	サンプル数	痴呆の程度 (%)			
		軽度	中等度	高度	非常に高度
北海道	9,274	37.0	29.0	18.1	9.4
東京都	4,502	41.9	24.7	26.3	7.1
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	1,507	50.0	22.9	21.4	5.7
横浜市 (3地区)	2,284	—	—	—	—
川崎市	1,607	46.4	29.8	23.8	—
新潟県 (3市町村)	2,511	32.2	21.8	23.0	23.0
富山県	1,416	48.3	23.3	20.0	8.3
山梨県	2,452	26.0	28.0	24.0	12.0
岐阜県 (3市町村)	1,649	50.0	21.4	31.4	7.1
大阪府 (大阪市除く)	1,844	44.9	31.7	23.4	—
愛知県 (名古屋市除く)	3,106	62.4	25.4	8.8	3.4

表5 原因による分類(男) 人(%)

	総数	老年痴呆	脳血管性痴呆	鑑別困難な痴呆	その他
北海道	95(100)	23(24.2)	55(57.9)	混合型痴呆 12(12.6)	5(5.3)
東京都	77(100)	4(5.2)	42(54.5)	15(19.5)	16(20.8)
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	29(100)	4(13.8)	17(58.6)	8(27.6)	—
横浜市 (3地区)	46(100)	7(15.2)	16(34.8)	12(26.1)	11(23.9)
川崎市	26(100)	3(11.5)	19(73.1)	4(15.4)	—
新潟県 (3市町村)	—	—	—	—	—
富山県	15(100)	7(46.7)	8(53.3)	0(—)	0(—)
山梨県	35(100)	14(40.0)	15(42.8)	5(14.3)	1(2.9)
岐阜県 (3市町村)	20(100)	2(10.0)	15(75.0)	2(10.0)	1(5.0)
大阪府 (大阪市除く)	39(100)	12(30.8)	22(56.4)	混合型の疑い 5(12.8)	—
愛知県 (名古屋市除く)	81(100)	25(30.9)	44(54.3)	アルコール痴呆 2(2.5)	10(6.0)
合計	463(100)	101(21.8)	253(54.6)	65(14.0)	45(9.7)

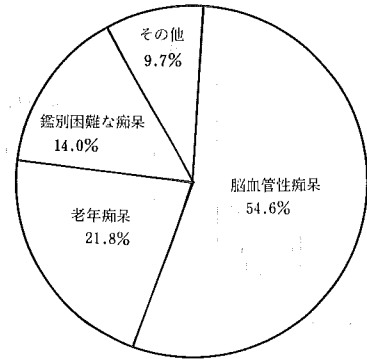
これに対して女では表6の如く、東京都、横浜市(3地区)、大阪府(大阪市を除く)を除く7自治体では、「老年痴呆」が最も多い割合を占め、次いで「脳血管性痴呆」「鑑別困難な痴呆」「その他」の順である。これらの平均を求めて

表6 原因による分類(女) 人(%)

	総数	老年痴呆	脳血管性痴呆	鑑別困難な痴呆	その他
北海道	170(100)	70(41.2)	65(38.2)	混合型痴呆 16(9.4)	19(11.2)
東京都	121(100)	21(17.4)	30(24.8)	36(29.7)	34(28.1)
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	41(100)	13(31.7)	12(29.3)	16(37.0)	—
横浜市 (3地区)	55(100)	15(27.3)	19(34.5)	6(10.9)	15(27.3)
川崎市	41(100)	18(43.9)	12(29.3)	11(26.8)	—
新潟県 (3市町村)	—	—	—	—	—
富山県	45(100)	27(60.0)	14(31.1)	3(6.7)	1(2.2)
山梨県	40(100)	22(55.0)	13(32.5)	3(7.5)	2(5.0)
岐阜県 (3市町村)	36(100)	13(36.1)	11(30.6)	9(25.0)	3(8.3)
大阪府 (大阪市除く)	56(100)	23(41.1)	28(50.0)	混合型の疑い 3(5.4)	2(3.6)
愛知県 (名古屋市除く)	100(100)	51(51.0)	43(43.0)	—	6(6.0)
合計	705(100)	273(38.7)	247(35.0)	103(14.6)	82(11.6)

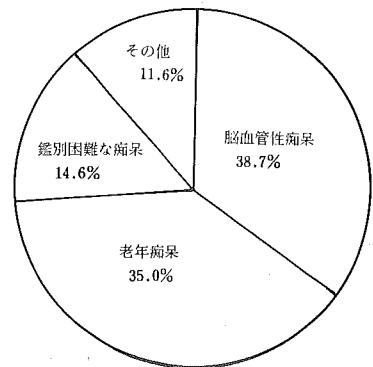
男女合計では、「老年痴呆」と「脳血管性痴呆」

図3 原因による分類(10自治体の平均一男)



みると、図4の如く「老年痴呆」が38.7%で最も多い割合で、次いで「脳血管性痴呆」35.0%、「鑑別困難な痴呆」14.6%、「その他」11.6%の順となる。

図4 原因による分類(10自治体の平均一女)



の割合をみると表6の如く、富山県と山梨県を

除く他の自治体では、「脳血管性痴呆」の割合が多く、全体の平均では「老年痴呆」と「脳血管性痴呆」の割合は1:1.4であり、わが国では「老年痴呆」に比べてやや「脳血管性痴呆」が多いことがわかる。

表7 老年痴呆と脳血管性痴呆の割合

	老年痴呆 : 脳血管性痴呆
北海道	1 : 1.3
東京都	1 : 2.9
神奈川県 (横浜・川崎市除く)	1 : 1.7
横浜市 (3地区)	1 : 1.6
川崎市	1 : 1.5
新潟県 (3市町村)	1 : 1.8
富山県	1 : 0.6
山梨県	1 : 0.8
岐阜県 (3市町村)	1 : 1.7
大阪府 (大阪市除く)	1 : 1.4
愛知県 (名古屋市除く)	1 : 1.1
全体	1 : 1.4

V. おわりに

今回ここでまとめた痴呆性老人に関する実態調査は、①広域調査であること、②大地域は基礎調査で調査対象者は無作為抽出であること、③東京都に準じた調査票を使用していること、④一定の痴呆判定基準を設定していること、⑤専門調査は精神科医の面接調査であること、などの調査方法によるものであり、いずれも方法は類似しているが、厳密に言えば全く同一調査方法による調査ではない。

今後痴呆性老人に関するより信頼度の高い調査結果を得るためには、痴呆の疑いのあるものをスクリーニングすることができる信頼性の高いスクリーニング法(基礎調査票)と統一した痴

呆の判定基準の確立を早急に行い、一定した調査方法によって調査を行うことが強く望まれる。

(稿を終るにあたって、資料を御提供いただいた各都道府県、政令市の関係者の方々に深謝致します。)

参考文献

- 1) 東京都福祉局：老人の生活実態及び健康に関する調査報告書、1975
- 2) 北海道高齢者問題研究協会：高齢者の生活と健康に関する実態調査報告書(二次調査)、1986
- 3) 東京都福祉局：老人の生活実態及び健康に関する実態調査報告書、1980
- 4) 柄澤昭秀：老人のほけの実情と課題—東京都の実態を中心に—、病院41:808~813, 1982
- 5) 柄澤昭秀：東京都における在宅ほけ老人の現状、季刊養育院721:1~14, 1981
- 6) 神奈川県：神奈川県老人健康実態調査報告書(専門調査)、1983
- 7) 横浜市民生局：痴呆等老人対策と新しい在宅福祉の方向、1983
- 8) 川崎市：川崎市老人健康実態調査報告書(専門調査)、1985
- 9) 新潟県精神衛生センター：老年期精神健康度調査の実施結果、1986
- 10) 富山県厚生部公衆衛生課：痴呆性老人実態調査報告書、1985
- 11) 山梨県厚生部：老人の健康に関する実態調査報告書、1984
- 12) 岐阜県：老人の健康と生活に関する実態調査報告書、1984
- 13) 大阪府：老人健康実態調査報告書、1984
- 14) 愛知県、名古屋市：高齢者健康実態調査報告書、1985
- 15) 福岡市民生局：福岡市老人健康実態調査報告書、1984
- 16) 佐賀県保健環境部：佐賀県高齢者心身健康調査、1985
- 17) 柄澤昭秀：老年期痴呆の疫学、精神科M00K8:99~112, 1984

疫学調査用自己記入式精神障害調査票

— Community Psychopathology Questionnaire (CPQ) の開発について

北村俊則¹⁾・宗像恒次²⁾
千葉浩彦³⁾・仲尾唯治⁴⁾
藤原茂樹⁵⁾・生田憲正⁵⁾
菅原健介⁶⁾

- 1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部
- 2) 同 社会精神保健部
- 3) 同 研究生 早稲田大学文学部研究科心理学専攻
- 4) 同 客員研究員 山梨学院大学
- 5) 慶応義塾大学医学部 精神神経科
- 6) 東京都立大学人文学部心理学研究科

I はじめに

近年「精神障害」という名称が包括する範囲が著しく拡大してきている。これは抗精神病薬に代表される各種の有効な薬物の発見、入院治療から地域治療への変化、精神疾患を持つ者に対する一般住民の偏見の改善などの要因によるものと思われる。その結果、地域や職場・学校における非器質性・非精神病性の精神障害の発見・治療・予防に対する関心が高まりつつある。さらにこれらの精神障害の病因についても生物学的・心理社会的究明が進展している。

ところで、非器質性・非精神病性精神障害は医療機関への受診率が低く、研究対象を選択するに際し医療機関の患者のみを扱っては標準的な対象であるとはいいがたい。したがって一般人口中における症例を何らかの方法で抽出する必要がある。そのため自己記入式の調査票が使用されているが、そのなかで最も頻用されかつ妥当性の検討もなされているものは Goldberg による General Health Questionnaire (GHQ) である。

GHQ は非器質性・非精神病性精神障害を全体

として同定するには有用であるが、診断上の亜型についてはほとんど情報が得られないという短所がある。非器質性・非精神病性精神障害のなかには、感情障害、不安障害などさまざまな疾患が含まれ、それぞれに下位分類が認められている。そして各下位分類は生物学的にも心理・社会的にも独立した概念であることが示めされている以上、自己記入式の調査票から診断下位分類が導き出せることが望まれる。そのため、我々は疫学調査用自己記入式精神障害調査票 Community Psychopathology Questionnaire (CPQ) を作成することを試みた。

II 調査票の包括範囲

今回のような調査票を作るにあたっては、1) 非器質性・非精神病性精神障害としてどこまでを含めるか、2) 診断下位分類の方法はどのように行なうのか、3) 診断決定のフローチャートをどのようにするのか、が重要となる。

本調査票が予備的なものであることを考慮して、我々は感情障害と不安障害のみを調査の対象とすることとした。他にも人格障害、物質常用障害、身体表現性障害、性心理障害などもこ

こに含めるべきであるが、調査票の項目数が過度に増加すると被検者の協力が得にくいことと、感情障害と不安障害が非器質性・非精神病性精神障害の主要部分を形成し、かつ他の非器質性・非精神病性精神障害に感情障害や不安障害が合併あるいは続発することが少なくないことから、今回は両者にのみ絞ることとした。

次に、感情障害と不安障害の下位分類については、各種の分類方法を検討したうえで、研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC) のそれを用いることとした。

したがって診断のフローチャート RDC のそれに従って作成した。

また感情障害の重症度を求めることも本調査票の目的のひとつとした。

III 調査票の作成

CPQ の設問の内容を決定するにあたって、以下の調査票や診断基準の内容を参考とし、項目数も適切な範囲にとどめるように努力した。

感情病および精神分裂病用面接基準
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

DSM-IIIのための構造化臨床面接
Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)

DSM-III

RDC の各診断概念の各項目について、ひとつもしくは複数の設問を作成した。診断の流れのなかで項目の層構造が存在しているが、層構造の上位の項目が存在しないことが確認された場合はそれ以下の下位項目については飛んで（スキップして）次に進めるように編集した。

診断のフローチャートについては、各項目に該当する設問がひとつでも「あり」と判断されればその項目を満たすものとして判断した。

感情障害の重症度については Carroll のうつ病評価尺度 (CRS) を援用した。

CPQ は最終的に114の設問より構成され、誘導される RDC 診断は以下の通りである。

定型うつ病 確診／疑診
内因性定型うつ病 確診／疑診
準定型うつ病 確診／疑診
断続型うつ病
恐慌発作症 確診／疑診
全般型不安症
強迫症
広場強怖
社会恐怖
単純恐怖

本調査票の妥当性については現在検討中である。

謝 辞

本調査票を作成するにあたり、SCID の日本語版を御恵与下さった滋賀医科大学花田耕一先生、CRS の日本語版の使用を御許可下さった川崎市立川崎病院島悟先生に深謝いたします。

本研究は交通医学研究財団による委託研究費の援助を受けた。

C P Q

あなたの最近の気分や体調はいかがですか。以下の項目について「1 はい」「2 いいえ」のどちらかの番号に○をつけてください。

- | | は | い |
|---|---|---|
| | い | え |
| 1 憂うつだったり落ちこんだりした状態が、最近毎日のように続いていますか。 | 1 | 2 |
| 2 ふだんは楽しんでいた物事（家族、友人、仕事、セックス、趣味）に対する興味がなにか一つでも減りましたか。 | 1 | 2 |
| 3 家族、友人、仕事、セックス、趣味などほとんどすべての物事に興味がなくなりましたか。 | 1 | 2 |
| もし1～3のうちひとつでも「はい」なら次へ
もし1～3のすべてが「いいえ」なら71へ | | |
| 4 普段に比べて食欲が減りましたか。 | 1 | 2 |
| 5 普段に比べて食欲が増えましたか。 | 1 | 2 |
| 6 普段に比べて体重が減りましたか。 | 1 | 2 |
| 7 普段に比べて体重が増えましたか。 | 1 | 2 |
| 8 寝つきが悪いですか。 | 1 | 2 |
| 9 頻繁に目が覚めますか。 | 1 | 2 |
| 10 熟睡できませんか。 | 1 | 2 |
| 11 普段の起床時間より2時間以上も前に目が覚めてそのあと寝つけないですか。 | 1 | 2 |
| 12 眠り過ぎてしまいますか。 | 1 | 2 |
| 13 普段に比べて疲れやすいですか。 | 1 | 2 |
| 14 そわそわしたり、落ち着かなかったり、じっとすわっていられずじっと来たり歩き回ったりすることがありますか。 | 1 | 2 |
| 15 普段よりもすべてが鈍くなって、話したり動いたりするのがゆっくりになっていますか。 | 1 | 2 |
| 16 自分自身が嫌になったりしますか。 | 1 | 2 |
| 17 何かのことが自分のせいであると自分を責めたりしますか。 | 1 | 2 |
| 18 何かに関して自分に罪があると感じますか。 | 1 | 2 |
| 19 考えたり集中したりしにくいですか。 | 1 | 2 |
| 20 考えがごちゃごちゃになったり、考えるのがのろくなったりしていますか。 | 1 | 2 |
| 21 日常的な物事を決めるのがむずかしくなっていますか。 | 1 | 2 |
| 22 死ぬことや自分を傷つけることを考えたりしますか。 | 1 | 2 |
| 23 あなたの憂うつという感じは、誰か親しい人が亡くなったときに受けるような感じとは性質が違ったものですか。 | 1 | 2 |
| 24 気分をよくできるようなこと、例えば友達と話すとか、いい知らせをきくとかでも気分が良くならないですか。 | 1 | 2 |
| 25 気分が悪いのは朝方（午前中）ですか。 | 1 | 2 |

26	いつも通りに元気だと思いますか。	1	2
27	性欲が全然無くなりましたか。	1	2
28	自分のからだの調子が、特別気にかかりますか。	1	2
29	イライラして落ちつかないですか。	1	2
30	決められた仕事は、やり続けることができますか。	1	2
31	新聞は、苦勞せず集中して読めますか。	1	2
32	寝つくのに30分以上かかりますか。	1	2
33	そわそわして落ちつかないですか。	1	2
34	まだ寝足りないのにとても早く目が覚めますか。	1	2
35	私にとっては、死ぬことが一番良いのだと誤ってしまいますか。	1	2
36	目まいがし、気が速くなりそうですか。	1	2
37	昔の行いが悪かったから、今その罰を受けているのだと思いますか。	1	2
38	以前と性欲は、変っていませんか。	1	2
39	惨めな気持ちがして、よく泣きたい気持ちになりますか。	1	2
40	生きていないほうがよいと思いますか。	1	2
41	胃の調子が悪いですか。	1	2
42	自分をつまらない人間だと感じ、恥ずかしく思いますか。	1	2
43	動きが鈍くなったので、入浴や着換えの時など誰かに手伝ってもらわなければならないですか。	1	2
44	始終わけもなく、とても恐ろしい気持ちになりますか。	1	2
45	昔のことをつい思い出して、くよくよ考えてしまいますか。	1	2
46	「何をやってもつまらない」などとは思わずに楽しく満ち足りた気持ちになりますか。	1	2
47	自分に今必要なことは、よく休んで前のようにすっかり元気になることだと思いますか。	1	2
48	頭の働きは、いつも同じですか。	1	2
49	人生はこれから先も生きていく価値があると思いますか。	1	2
50	声の調子が沈んで活気がないですか。	1	2
51	怒りっぽくて神経がピリピリしていますか。	1	2
52	気分はよいですか。	1	2
53	動悸がすることがありますか。	1	2
54	自分は、この先もう見込みがないと思いますか。	1	2
55	御飯はおいしいですか。	1	2
56	恐ろしくて変になりそうですか。	1	2
57	からだが目になってしまってボロボロだと感じますか。	1	2
58	気候が不順で、病気になってしまったと感じますか。	1	2
59	人にすぐ判ってしまうほど手が震えますか。	1	2
60	人に会いに出かけるのが苦ではないですか。	1	2
61	自分は、人から落ち着いているように見えますか。	1	2
62	他の人と同程度には人間として価値があると思いますか。	1	2
63	何か重いからだの病気でこうなったのだと思いますか。	1	2

- | | | | |
|----|--|---|-----------|
| 64 | 何も手につかないですか。 | 1 | 2 |
| 65 | 自分の将来は真暗だと思いませんか。 | 1 | 2 |
| 66 | からだの具合がかなり気になりますか。 | 1 | 2 |
| 67 | 少し食べるのにも骨が折れますか。 | 1 | 2 |
| 68 | 随分体重が減りましたか。 | 1 | 2 |
| 69 | 調子が悪い状態はどの位続いていますか。 | | |
| | | 1 | 1週間未満 |
| | | 2 | 1週間～2週間未満 |
| | | 3 | 2週間～2年未満 |
| | | 4 | 2年以上 |
| 70 | 抑うつ的な気分、あるいはふだん楽しんでいたことに興味がもてないという状態に悩まされている日の方がそうでない日よりも多いですか。
→1～3のすべてが「いいえ」ならここから | 1 | 2 |
| 71 | 不安とか神経質になっていますか。 | 1 | 2 |
| 72 | よくそわそわしたり、びくびくしたりしますか。 | 1 | 2 |
| 73 | 緊張しすぎていたり、リラックスできないでいたりしますか。 | 1 | 2 |
| 74 | 寝つけないですか。 | 1 | 2 |
| 75 | ひどく汗をかくことがよくありますか。 | 1 | 2 |
| 76 | よく顔がほてるのを感じたりあるいは、真青になったりしますか。 | 1 | 2 |
| 77 | よくめまいや頭のくらくらする覚えを覚えますか。 | 1 | 2 |
| 78 | よく心臓がドキドキしたり速く打ったりしますか。 | 1 | 2 |
| 79 | よく呼吸が整えるのがむずかしいように感じたり、咽喉に何かが詰まっているように感じたりしますか。 | 1 | 2 |
| 80 | よく身体が震えたり、がたがたしたりするのを感じますか。 | 1 | 2 |
| | | | 2 |
| 81 | よく筋肉が張ったり、うずいたり、痛んだりしますか。 | 1 | 2 |
| 82 | よく眼がピクピクしますか。 | 1 | 2 |
| 83 | いつも先の事を心配しますか。 | 1 | 2 |
| 84 | じっと座っていられなくなりますか。 | 1 | 2 |
| 85 | 71～84のような状態はどの位続いていますか。 | | |
| | | 1 | どの症状もない |
| | | 2 | 2週間未満 |
| | | 3 | 2週間～1か月未満 |
| | | 4 | 1か月～6か月未満 |
| | | 5 | 6か月以上 |
| 86 | たいていの人なら恐ろしくも不快にもならないような状況で、発作のように急におそろしい感じがしたりひどく不快な気持ちになったことが今までにありますか。
もし「はい」なら次へ
もし「いいえ」なら102へ
ではその発作の間の症状についてお聞きします。 | 1 | 2 |

- 87 息が切れましたか。 1 2
- 88 心臓が速くなったり、どきどきしたりしますか。 1 2
- 89 胸に痛みか圧迫感を感じましたか。 1 2
- 90 窒息するか息が詰まるように感じましたか。 1 2
- 91 めまいがするとか、頭がくらくらするとかしましたか。 1 2
- 92 ふらふらして倒れそうな感じがしましたか。 1 2
- 93 まわりのものが非現実的にみえるとか、周囲のものから切り離されよ感じがするとか、自分の身体の一部から切り離された感じがするとかしましたか。 1 2
- 94 身体のどこかがピリピリするとか、感じが鈍くなるとかしましたか。 1 2
- 95 汗をかきましたか。 1 2
- 96 気が遠くなるような感じがしましたか。 1 2
- 97 身ぶるいがするとか、震えるとかしましたか。 1 2
- 98 死ぬのではないかと思いましたか。 1 2
- 99 気が狂うとか抑えがきかなくなるのではないかと思いましたか。 1 2
- 100 このような発作が3週間のうちに3回以上起こったことがありますか。 1 2
- 101 このような発作が6週間のうちに6回以上起こったことがありますか。 1 2
- 次に人がよく怖がったり、いやがったりする状況や場所や物があるかをお尋ねします。
- 86が「いいえ」ならここから
- 102 一人で外出するのは怖いですか。 1 2
- 103 人混みの中に出ることは怖いですか。 1 2
- 104 トンネルや橋やバスや電車のような公共の場に行くのが恐いですか。 1 2
- 105 他人の前で食事したり、喋ったり、字を書いたりすることなどが恐いとか、落ち着かないと感じることがありますか。 1 2
- 106 動物は怖いですか。 1 2
- 107 高い所は怖いですか。 1 2
- 108 狭い所は怖いですか。 1 2
- 109 こういった怖いことやいやなことを避けるためにわざわざ努力していますか。 1 2
- 110 いういった怖いことやいやなことをあえてするのはひどく大変ですか。 1 2
- 111 いういった怖いことやいやなことを恐れることでひどく迷惑をこうむっていますか。 1 2
- 112 何かの考えがくり返し頭に浮かんできて、考えまいとしても離れないので困るようなことがありますか。 1 2
- 113 何度も何度もくり返しやらなければ気がすまず、それに抵抗しようとしてもできないということが何かありますか。(例えばくり返し手を洗うとか、何かのことを正しくしたかどうか何度も確かめることなど。) 1 2
- 114 112や113のために、家族か友達の誰かが特別のことをしなければならぬということがありますか。 1 2

採点表

RECODE I 「はい 1」 → 0 「いいえ 2」 → 2			RECODE II 選択肢No.そのまま	RECODE III 「はい 1」 → 1 「いいえ 2」 → 0																	
26	30	31	69	1	2	3	4	5	6	7	8										
38	46	48	85	9	10	11	12	13	14	15	16										
49	52	55		17	18	19	20	21	22	23	24										
60	61	62		25	27	28	29	32	33	34	35										
				36	37	39	40	41	42	43	44										
				45	47	50	51	53	54	56	57										
				58	59	63	64	65	66	67	68										
				70	71	72	73	74	75	76	77										
				78	79	80	81	82	83	84	86										
				87	88	89	90	91	92	93	94										
				95	96	97	98	99	100	101	102										
				103	104	105	106	107	108	109	110										
				111	112	113	114														

診断表

出力変教名 (疾病名)	基準(束)	必要項目数	該当項目 No.		
MDD+ (定型うつ病 確診)	I	1	1, 3		
	II	a	1	4, 5, 6, 7, 41, 55, 67, 68	a~hのうち 少くとも5つを 満たすこと。
		b	1	8, 9, 10, 11, 12, 32, 34	
		c	1	13, 26	
		d	1	14, 15, 43	
		e	1	2, 3, 27, 38, 46	
		f	1	16, 17, 18, 37	
		g	1	19, 20, 21, 31, 64	
		h	1	22, 35, 40	
III	1	No.69の回答が 3 or 4 (つまり69≥3)			

MDD? (定型うつ病 疑診)	I		1	1, 3	a~hのうち 少くとも4つを 満たすこと。
	II	a	1	4, 5, 6, 7, 41, 55, 67, 68	
		b	1	8, 9, 10, 11, 12, 32, 34	
		c	1	13, 26	
		d	1	14, 15, 43	
		e	1	2, 3, 27, 38, 46	
		f	1	16, 17, 18, 37	
		g	1	19, 20, 21, 31, 64	
		h	1	22, 35, 40	
III		1	No.69の回答が2 or 3 or 4 (つまり69≥2)		
IV		MDD+を満たさない			
EDD+ (内因性定型 うつ病確診)	I		MDD+ or MDD? を満たす		
	II	a	1	23	a~dのうち 少くとも1つを 満たすこと
		b	1	24	
EDD+ (内因性定型 うつ病確診)	II	c	1	25	a~dのうち 少くとも1つを 満たすこと
		d	1	3	
	III	a	1	23	a~jのうち 少くとも6つを 満たすこと
		b	1	24	
		c	1	25	
		d	1	3	
		e	1	16, 17, 18, 37	
		f	1	9, 10, 11, 34	
		g	1	14, 15, 43	
		h	1	4, 41, 55, 67	
		i	1	6, 68	
j	1	2, 3, 27, 38, 46			

EDD? (内因性定型 うつ病疑診)	I			MDD+ or MDD? を満たす		
	II	a	1	23	a~dのうち 少くとも1つを 満たすこと	
		b	1	24		
		c	1	25		
		d	1	3		
	III	a	1	23	a~jのうち 少くとも4つを 満たすこと	
		b	1	24		
		c	1	25		
		d	1	3		
		e	1	16, 17, 18, 37		
		f	1	9, 10, 11, 34		
		g	1	14, 15, 43		
	EDD? (内因性定型 うつ病疑診)	III	h	1	4, 41, 55, 67	a~jのうち 少くとも4つを 満たすこと
			i	1	6, 68	
j			1	2, 3, 27, 38, 46		
IV				EDD+を満たさない		
NDD+ (準定型 うつ病確診)	I		1	1		
	II	a	1	4, 5, 6, 7, 41, 55, 67, 68	a~oのうち 少くとも2つを 満たすこと	
		b	1	8, 9, 10, 11, 12, 32, 34		
		c	1	13, 26		
		d	1	14, 15, 43		
		e	1	2, 3, 27, 38, 46		
		f	1	16, 17, 18, 37		
		g	1	19, 20, 21, 31, 64		
		h	1	22, 35, 40		
		i	1	39		

		j	1	49, 54, 65	
		k	1	45	
		l	1	42, 62	
		m	1	29, 51	
		n	1	7, 47, 74, 108, 112	
		o	1	28, 57, 58, 63, 66	
	III		1	No.69の回答が 3 or 4 (つまり $69 \geq 3$)	
	IV		1	70	
	V			MDD+, MDD? を満たさない	
NDD? (準定型 うつ病疑診)	II		I	1	1
			a	1	4, 5, 6, 7, 41, 55, 67, 68
			b	1	8, 9, 10, 11, 12, 32, 34
			c	1	13, 26
			d	1	14, 15, 43
			e	1	2, 3, 27, 38, 46
			f	1	16, 17, 18, 37
			g	1	19, 20, 21, 31, 64
			h	1	22, 35, 40
			i	1	39
			j	1	49, 54, 65
			k	1	45
			l	1	42, 62
			m	1	29, 51
			n	1	7, 47, 74, 108, 112
o	1	28, 57, 58, 63, 66			
	III		1	No.69の回答が 2 (つまり $69 = 2$)	

IDD (断続型 うつ病)	IV	1	70		
	V		MDD+, MDD? を満たさない		
	I	1	1		
	II	a	1	4, 5, 6, 7, 41, 55, 67, 68	a~oのうち 少くとも2つを 満たすこと
		b	1	8, 9, 10, 11, 12, 32, 34	
		c	1	13, 26	
		d	1	14, 15, 43	
		e	1	2, 3, 27, 38, 46	
		f	1	16, 17, 18, 37	
		g	1	19, 20, 21, 31, 64	
		h	1	22, 35, 40	
		i	1	39	
		j	1	39, 54, 65	
		k	1	45	
		l	1	42, 62	
m	1	29, 51			
n	1	7, 47, 74, 108, 112			
o	1	28, 57, 58, 63, 66			
III	1	No.69の回答が4 (つまり69=4)			
IV	1	70			
うつ病重症度			2, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 21, 26, 27, 28		
			29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40		
			41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52		
			53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63		
			64, 65, 66, 67, 68		
PAD+	I	1	86		

(恐慌発作症 確診)	II		1	101		
	III	a	1	87	a~jのうち 少くとも3つを 満たすこと	
		b	1	88		
		c	1	89		
		d	1	90		
		e	1	91, 92, 93		
		f	1	94		
		g	1	95		
		h	1	96		
		i	1	97		
		j	1	98, 99		
IV		1	14, 29, 33, 44, 51, 56, 61, 71, 72, 73			
V		MDD+, MDD?を満たさない				
PAD? (恐慌発作症 疑診)	I		1	86		
	II		1	100, 101		
	III	a	1	87	a~jのうち 少くとも2つを 満たすこと	
		b	1	88		
		c	1	89		
		d	1	90		
		e	1	91, 92, 93		
		f	1	94		
		g	1	95		
h		1	96			
PAD? (恐慌発作症 疑診)	III	i	1	97	a~jのうち 少くとも2つを 満たすこと	
		j	1	98, 99		
	IV		1	14, 29, 33, 44, 51, 56, 61, 71, 72, 73		

	V		MDD+, MDD?を満たさない
	VI		PAD+を満たさない
GAD (全般型 不安症)	I	1	14, 29, 33, 44, 51, 56, 61, 71, 72, 73
	II	1	8, 14, 29, 32, 33, 44, 51, 53, 56, 59, 61, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84
	III	1	No.85の回答が3 or 4 or 5 (つまり $85 \geq 3$)
	IV		MDD+, MDD?, NDD+, NDD?, PAD+, PAD?, IDDのすべてを満たさない
OCD (強迫症)	I	1	112, 113
	II	1	114
	III		MDD+, MDD?を満たさない
AGP (広場恐怖)	I	1	102, 103, 104
	II	1	109, 110, 111
	III		MDD+, MDD?を満たさない
SCP (社会恐怖)	I	1	105
	II	1	109, 110, 111
	III		MDD+, MDD?を満たさない
SMP (単純恐怖)	I	1	106, 107, 108
	II	1	109, 110, 111
	III		MDD+, MDD?を満たさない

社会適応尺度 (SAS)

仲尾唯治¹⁾・北村俊則²⁾

- 1) 国立精神神経センター 社会精神保健部 客員研究員 山梨学院大学
- 2) 同 老人精神保健部

精神障害の評価にあたっては、狭義の精神病理学的側面（症状）を観察するのみでなく、それぞれの被検者がその置かれた社会環境のなかでいかに機能しているかを測定することが望ましい。そしてこの社会機能の測定はいくつかの社会場面（家族、夫婦、友人、職場、趣味など）ごとになすべきである。社会適応尺度 Social Adjustment Scale (SAS) はこういった社会機能の測定を目的としたものである。

SAS はいくつかの異なる版から構成されている。Yale 大学の Weissman らが中心となったうつ病研究において、まず SAS 標準版が作られた。これは研究者が被検者に直接面接するよう編集された、面接ガイドを伴った尺度である。次に Weissman らは SAS に対応する自己記入式調査票を集めたが、これが SAS-SR である。そして SAS を改訂し、精神分裂病の被験者にも使用できるようにしたものが SAS-II である。

社会適応に関する調査票や面接手引きは日本においても十分な数がなく、今回我々には上記の SAS-SR と SAS-II の訳出を、原著者の許可を得たうえで行なった。

生活スタイル質問票

(SAS-SR)

お名前 _____ お年 _____

この質問票ではこの2週間ぐらいの間のあなたの生活のスタイルについて、おたずねいたします。各質問について最も当てはまる答を丸でかこんで下さい。

1 ご職業は何ですか。

1. 無職 → 項目21へ飛び、項目21以降にご回答下さい
2. 主婦 → 項目9へ飛び、項目9から項目14にご回答下さい
3. 全日制の学生 → 項目15へ飛び、項目15から項目20にご回答下さい
4. 就業中 → 項目2から項目7にご回答下さい
お仕事をお持ちの方はその内容を具体的に記入して下さい

仕事の内容 _____

— 項目2～項目7は現在就職している方のみお答え下さい —

2 ここ2週間の間、何日ぐらい仕事を休みましたか。

- 1 1日も休まなかった
 - 2 1日休んだ
 - 3 半々ぐらいの割で、休んだ
 - 4 半分以上は休んだが、少なくとも1日は仕事をした
 - 5 1日も働かなかった
 - 9 ここ2週間の間、ずっと休暇中であった
- 1～4を選んだ人は次の項目3へ
 5, 9を選んだ人は項目20へ飛んで下さい

3 ここ2週間の間、うまく仕事をすることができましたか。

- 1 たいへんよくできた
- 2 よくできたが、ちょっとした問題がいくつかあった
- 3 手助けが必要なほどであり、半々ぐらいの割で仕事もうまくいかなかった
- 4 ほとんどの間、仕事もうまくいかなかった
- 5 ずっと仕事もうまくいかなかった

- 4 ここ2週間の間、自分がやった仕事について何か恥ずかしかったことがありましたか。
- 1 全くなかった
 - 2 1度か2度少しあった
 - 3 半々ぐらいの割で、あった
 - 4 ほとんどの間、あった
 - 5 ずっと、あった
- 5 ここ2週間の間、仕事のうえで他の人と何か衝突したことはありましたか。
- 1 衝突は何もなく、とてもうまくやっていた
 - 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突をした
 - 3 2度以上衝突した
 - 4 何度も衝突した
 - 5 ずっと衝突していた
- 6 ここ2週間の間、仕事をしている最中、困惑したり、悩んだり、不快に感じたりしたことがありましたか。
- 1 全くなかった
 - 2 1度か2度あった
 - 3 半々ぐらいの割で、あった
 - 4 ほとんどの間、あった
 - 5 ずっと、あった
- 7 ここ2週間の間、仕事をおもしろいと感じましたか。
- 1 ほとんどいつも、おもしろいと感じた
 - 2 1度か2度おもしろいと思わなかった
 - 3 半々ぐらいの割で、おもしろいと思わなかった
 - 4 ほとんどの間、おもしろいと思わなかった
 - 5 いつも、おもしろいと思わなかった

— 項目7まで記入した方は項目20へ飛んで下さい —

— 項目8～項目13は主婦の方のみお答え下さい —

8 ここ2週間の間、何らかの家事に携わったのは何日位でしたか。

- | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|
| 1 毎日した | } | 1～4を選んだ人は
次の項目9へ |
| 2 ほぼ毎日した | | |
| 3 半々ぐらいの割で、した | | |
| 4 大体において、しなかった | | |
| 5 全くしなかった | } | 5, 9を選んだ人は
項目20へ飛んで
下さい |
| 9 非該当；ここ2週間の間はずっと家庭から離れていた | | |

9 ここ2週間の間、家事労働はよくできましたか。家事には、料理、清掃、洗濯、食料品店への買い物、用足しも含めて考えて下さい。

- 1 たいへんよくできた
- 2 よくできたが、ちょっとした問題があった
- 3 手助けが必要なほどであり、半々ぐらいの割でうまくいかなかった
- 4 ほとんどの間、うまくいかなかった
- 5 ずっと、うまくいかなかった

10 ここ2週間の間、自分がやった家事について何か恥ずかしかったことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 ずっと、あった

11 ここ2週間の間、あなたはセールスマンや店員や近所の人と衝突したことがありましたか。

- 1 衝突は何もなく、とてもうまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突をした
- 3 2度以上衝突した
- 4 何度も衝突した
- 5 ずっと衝突していた

12 ここ2週間の間、家事を行なっている際に困惑したことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 ずっと、あった

13 ここ2週間の間、家事をおもしろいと感じましたか。

- 1 ほとんどいつも、おもしろいと感じた
- 2 1度か2度おもしろいと思わなかった
- 3 半々ぐらいの割で、おもしろいと思わなかった
- 4 ほとんどの間、おもしろいと思わなかった
- 5 いつも、おもしろいと思わなかった

— 項目13まで記入した方は項目21へ飛んで下さい —

— 項目14～項目19は学生の方のみお答え下さい。 —

14 ここ2週間の間、何日ぐらい学校を休みましたか（いずれも講義のある日についてお答え下さい）。

- 1 1日も休まなかった
- 2 2日か3日休んだ
- 3 半々ぐらいの割で休んだ
- 4 半分以上休んだが、少なくとも1日は行った
- 5 全く学校には行かなかった
- 9 ここ2週間の間は、ずっと休暇中であった

1～4を選んだ人は
次の項目15へ

5, 9を選んだ人は
項目20へ飛んで
下さい

15 ここ2週間の間、学校の授業についていくことができましたか。

- 1 たいへんよくできた
- 2 よくできたが、ちょっとした問題があった
- 3 手助けが必要なほどであり、半々ぐらいの割でついていけなかった
- 4 ほとんどの間、ついていけなかった
- 5 ずっと、ついていけなかった

16 ここ2週間の間、受けた授業について何か恥ずかしかったことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 ずっと、あった

17 ここ2週間の間、学校でだれかと衝突したことはありましたか。

- 1 衝突は何もなく、とてもうまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突をした
- 3 2度以上衝突した
- 4 何度も衝突した
- 5 ずっと衝突していた

18 ここ2週間の間、学校で困惑したことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 ずっと、あった

19 ここ2週間の間、学校の授業をおもしろいと感じましたか。

- 1 ほとんどいつも、おもしろいと感じた
- 2 1度か2度おもしろいと思わなかった
- 3 半々ぐらいの割で、おもしろいと思わなかった
- 4 ほとんどの間、おもしろいと思わなかった
- 5 いつも、おもしろいと思わなかった

— 項目19まで記入した方は続けて項目21以降にご回答下さい —

20 ここ2週間の間、何人の友達に会ったり電話で話をしたりしましたか。

- 1 9人以上
- 2 5人～8人
- 3 2人～4人
- 4 1人
- 5 そういった友達はいなかった

1～4を選んだ人は次ぎの項目21以降にご回答下さい
 5を選んだ人は項目25へ飛んで下さい

21 ここ2週間の間、少なくとも1人以上の友達に自分の気持ちや、抱えている問題について話すことができましたか。

- 1 いつも自分自身のホンネを話すことができた
- 2 大体において、自分の気持ちを話すことができた
- 3 半々ぐらいの割で、自分の気持ちを話すことができた
- 4 大体において、自分の気持ちを話すことはできなかった
- 5 全く自分の気持ちを話せなかった

22 ここ2週間の間、つきあいで他人と外へ出かけたことが何回ありましたか。たとえば、一緒に友達の家を尋ねたり、映画を観に行ったり、スポーツや宗教上の集まり、レストランに行ったり、友達を招いたりといったことをしましたか。

- 1 4回以上
- 2 3回
- 3 2回
- 4 1回
- 5 1回もなかった

23 ここ2週間の間、友達と明らかに衝突をしたことがありましたか。

- 1 衝突は何もなく、うまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突をした
- 3 2度以上衝突した
- 4 何度も衝突した
- 5 ずっと衝突していた

24 ここ2週間の間、友達から気持ちを傷つけられたと感じたことがありましたか。それはどの程度のひどさでしたか。

- 1 そういうことはなかったか、あっても影響なかった
- 2 乗り越えるのに2～3時間かかった
- 3 乗り越えるのに2～3日かかった
- 4 乗り越えるのに1週間かかった
- 5 回復するのに数か月かかりそうだ

- 25 ここ2週間の間、趣味や余暇活動にどれくらい時間を使いましたか。たとえば、映画、クラブ活動、スポーツ、読書などにどれくらい使いましたか。
- 1 ほとんど毎日、余暇時間の多くを趣味に使った
 - 2 何日かは、余暇時間の一部を趣味に使った
 - 3 余暇時間の少しは趣味に使った
 - 4 大体において、余暇時間を全く趣味に使わなかったが、テレビを見ていた
 - 5 全く余暇時間を趣味に使わず、テレビも見なかった
- 26 ここ2週間の間、人と一緒にいると恥ずかしかったり窮屈に感じたりしましたか。
- 1 いつも快適だと感じていた
 - 2 時々窮屈に感じたが、しばらくするとリラックスできた
 - 3 半々ぐらいの割で、窮屈に感じていた
 - 4 大体において、窮屈に感じていた
 - 5 いつも、窮屈に感じていた
 - 8 非該当；人と一緒にいた時間はなかった
- 27 ここ2週間の間、孤独だと感じたり、もっと友達がいればいいと思ったりしたことがありましたか。
- 1 そんなことはなかった
 - 2 たまに、そう感じていた
 - 3 半々ぐらいの割で、そう感じていた
 - 4 大体において、そう感じていた
 - 5 いつもそう感じ、もっと友達がいればいいと思っていた
- 28 ここ2週間の間、自分の余暇時間を退屈だと感じたことがありましたか。
- 1 そんなことは全くなかった
 - 2 大体において、そんなことはなかった
 - 3 半々ぐらいの割で、そう感じていた
 - 4 ほとんどの間、そう感じていた
 - 5 ずっと、そう感じていた
- 29 過去に家族や親戚を気落ちさせた、あるいは不当に取り扱ったことがあると、この2週間に思ったことがありましたか。
- 1 全くなかった
 - 2 大体において、なかった
 - 3 半々ぐらいの割で、あった
 - 4 ほとんどの間、あった
 - 5 いつも、あった

30 逆に以前家族や親戚に気落ちさせられた、あるいは不当に取り扱われたことがあると、この2週間の間に思ったことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 大体において、なかった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 大体において、あった
- 5 気落ちさせられて、とても辛かった

31 ここ2週間の間、ご自分とご家族にとって、十分な生活費がありましたか。

- 1 充分あった
- 2 大体においてあったが、ちょっとした問題もあった
- 3 半々ぐらいの割でそうではなかったが、お金を借りるほどではなかった
- 4 大体においてそうではなく、他人からお金を借りなければならなかった
- 5 経済的な大問題があった

— 次のページではあなたの結婚生活のことについてお尋ねします —

32 あなたの結婚歴を教えてください。

- | | | |
|----------|--------|----------------------|
| 1 既婚 | —————→ | 項目33から項目44にご回答下さい |
| 2 別居中・離婚 | —————→ | 項目42に飛び項目42以降にご回答下さい |
| 3 独身 | —————→ | 項目45に飛び項目45以降にご回答下さい |

33 ここ2週間の間、ご主人（奥様）（それに準ずる人）と明らかに衝突をしたことがありましたか。

- 1 衝突は何もなく、うまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突もした
- 3 2度以上衝突した
- 4 何度も衝突があった
- 5 ずっと衝突していた

34 ここ2週間の間、あなたはご主人（奥様）（それに準ずる人）に自分の気持ちや抱えている問題について話すことができましたか。

- 1 いつも自由にできた
- 2 大体において、できた
- 3 半々ぐらいの割で、できた
- 4 大体において、できなかった
- 5 全くできなかった

35 ここ2週間の間、家庭で気ままにふるまえましたか。

- 1 そうではなかった
- 2 大体において、そうではなかった
- 3 半々ぐらいの割で、そうだった
- 4 大体において、そうだった
- 5 いつも、そうだった

36 ここ2週間の間、ご主人（奥様）（それに準ずる人）の言うままになっていましたか。

- 1 ほとんど、そうではなかった
- 2 たまに、そうだった
- 3 半々ぐらいの割で、そうだった
- 4 ほとんどの間、そうだった
- 5 いつも、そうだった

37 ここ2週間の間、どの程度、ご主人（奥様）（あるいは、それに準ずる人）に依存していると感じましたか。

- 1 自立していた
- 2 大体において、自立していた
- 3 多少、依存していた
- 4 大体において、依存していた
- 5 何ごとについても、ご主人（奥様）（それに準ずる人）に依存していた

38 ここ2週間の間、ご主人（奥様）（それに準ずる人）にどのような感情をもっていましたか。

- 1 いつも愛情をもっていた
- 2 大体において愛情をもっていた
- 3 半々ぐらいの割で、愛情を感じたり感じなかつたりしていた
- 4 大体において愛情を感じることはなかった
- 5 いつも愛情を感じなかった

39 ご主人（奥様）（それに準ずる人）と何回ぐらい性交渉をもちましたか。

- 1 週に3度以上
- 2 週に1度か2度
- 3 半月に1度
- 4 半月に1度以下だが、少なくとも先月は1度以上あった
- 5 1月以上、全くなかった

4 0 ここ2週間の間、性交中に例えば痛みを感じるような問題がありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 いつも、あった
- 9 非該当；ここ2週間の間、性交渉はなかった

4 1 ここ2週間の間、性交渉に満足していましたか。

- 1 いつも満足していた
- 2 大体において満足していた
- 3 半々ぐらいの割で満足したり、しなかつたりしていた
- 4 大体において満足できなかった
- 5 全く満足できなかった
- 9 非該当；性交渉はなかった

4 2 ここ2週間の間、ご主人（奥様）（それに準ずる人）やあるいはお子さんのことについて、必要もないのに心配になることがありましたか。現在別居中の方もお答え下さい。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割であった
- 4 ほとんどの間、そうだった
- 5 いつも、そうだった

4 3 過去にご主人（奥様）（それに準ずる人）やあるいはお子さんを気落ちさせたことがあると、この2週間に思ったことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 大体において、なかった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 いつもあった

4 4 逆に以前ご主人（奥様）（それに準ずる人）やあるいはお子さんに気落ちさせられたと思ったことがこの2週間にありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 大体において、なかった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 大体において、あった
- 5 気落ちさせられて、辛かった

— ご主人（奥様）（それに準ずる人）と別に住んでいる（別居中の）方は続いて項目45へ進み、項目45以降にご回答下さい。ご主人（奥様）（それに準ずる人）と一緒に住んでいる方は項目47へ飛んで下さい。また独身の方は項目45以降にお答え下さい。—

45 ここ2週間の間、何回デートをしましたか。

- 1 4回以上
- 2 3回
- 3 2回
- 4 1回
- 5 1回もなかった

46 ここ2週間の間、デートをすることに関心がありましたか。もしデートをしていなかった場合、デートをしたいと思いますか。

- 1 いつも関心があった
- 2 ほとんどの間、関心があった
- 3 半々ぐらいの割で、関心があった
- 4 ほとんどの間、関心がなかった
- 5 全く関心がなかった

47 お子さん（継子や養子を含む）をお持ちですか。

- 1 子供がいる —————→次の項目48へ
- 2 子供はいない —————→項目53へ飛んで下さい

48 まだ独身のお子さんであなたがこの2週間一緒に住んでいる方がいますか。

- 1 いる —————→次の項目49へ
- 2 いない —————→項目53へ飛んで下さい

— 49～52は未だ結婚していないお子さん（継子や養子を含む）をお持ちで、かつこの2週間は一緒に住んでいる方のみお答え下さい—

49 ここ2週間の間、お子さんがやっていること（学校のこと、遊び、趣味）について関心がありましたか。

- 1 いつも関心をもって、自分からも興味を示したり参加したりした
- 2 大体において関心をもって関与した
- 3 半々ぐらいの割で関心があったり、なかったりした
- 4 大体において関心がなかった
- 5 いつも全く関心がなかった

50 ここ2週間の間、お子さんに話しかけたり、お子さんの話を聞いてあげたりできましたか。3歳以上のお子さんについて、お答え下さい。

- 1 いつもできた
- 2 大体において、できた
- 3 半々ぐらいの割で、できた
- 4 大体において、できなかった
- 5 全くできなかった
- 9 非該当；3才以上の子どもはいない

51 ここ2週間の間、お子さんとの関係はいかがでしたか。

- 1 衝突は何もなく、とてもうまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突をした
- 3 2度以上衝突した
- 4 何度も衝突した
- 5 ずっと衝突していた

52 ここ2週間の間、お子さんに、どのような感情をもっていましたか。

- 1 いつも愛情をもっていた
- 2 ほとんどいつも、愛情をもっていた
- 3 半々ぐらいの割で、愛情を感じることはなかった
- 4 ほとんどの間、愛情を感じることはなかった
- 5 全く愛情を感じることはなかった

— 53～58はこの2週間の間に親、兄弟、奥様（ご主人）側のご親戚、すでに独立したお子さんを含めたすべての親族のうちだれかと接触したことのある人のみお答え下さい。 —

53 ここ2週間の間、親族（家族や親戚）と明らかに衝突をしたことがありましたか。

- 1 いつもうまくやっていた
- 2 大体においてうまくやっていたが、ちょっとした衝突も何度かあった
- 3 少なくとも1人と2度以上の衝突をした
- 4 何度も衝突した
- 5 ずっと衝突していた

5 4 ここ2週間の間、少なくとも1人の親族（家族や親戚）に、自分の気持ちや抱えている問題について話すことができましたか。

- 1 いつもできた
- 2 大体において、できた
- 3 半々ぐらいの割で、できた
- 4 大体において、できなかった
- 5 全くできなかった

5 5 ここ2週間の間、親族（家族や親戚）との接触を避けたことがありましたか。

- 1 定期的に接触していた
- 2 少なくとも1回はこちらから接触した
- 3 向うから接触してくるのを待っていた
- 4 避けていたが、向うから接触してきた
- 5 親族の誰とも接触しなかった

5 6 ここ2週間の間、親族（家族や親戚）の手伝い、助言、金銭的援助に頼ったり、心の支えを当てにしましたか。

- 1 全くその必要はなかった
- 2 大体において、その必要はなかった
- 3 半々ぐらいの割で、その必要があった
- 4 ほとんどの間、当てにしていた
- 5 ずっと当てにしていた

5 7 ここ2週間の間、親族（家族や親戚）が望んでいることに反対（親族を怒らせるほどの）をしたと思ったことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 いつも、あった

5 8 ここ2週間の間、何か親族（家族や親戚）に生じた事について必要もないのに心配したことがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 1度か2度あった
- 3 半々ぐらいの割で、あった
- 4 ほとんどの間、あった
- 5 ずっと、あった



社会適応尺度 - II

著

H. M. Weissman, Ph. D.

N. Schooler, Ph. D.

G. Hogarty, Ph. D.

訳

仲尾 唯治

北村 俊則



解説

この調査用紙の各質問項目を、被験者に応じて読みなさい。その場合、()印で括弧している言葉は、被験者に合うように換えなさい。例えば、(日付の日)は“1月1日”、(その人)は“あなたの夫”、“あなたのいとこ”、“彼女”といった具合に当てはまるようにしなさい。基本質問は必ずしなさい。{誰かに仕事のことで非難されたことがありますか。}といった{ }の中の文は、基本質問で十分な情報が得られない場合のみ必要となる。「もっと詳しく話してくれませんか」、「例えばどんな事ですか」、「何か他にありますか」といった答えを促すような質問をしてもかまわない。その他、より多くの情報を引き出すために質問を繰り返すようなことをしてもよい。これらのよく用いられる質問以外の質問はできるだけ控えなさい。各項目の選択肢のコード番号のみ記録用紙に記入しなさい。選択肢を読んで聞かせてもよい。その場合は、“9”(非該当)以外の番号の中から、極端な内容を表す数の小さい番号と大きい番号の選択肢(といったように、少なくとも2つ)を最初に読みなさい。

導入

被験者に面接の目的を説明する。

この説明には2つの目的がある。

1. 被験者に、調査員として受け入れてもらうため
2. 質問の対象となる2か月の期間がいつかを限定してもらうため

「(わたしたち)はあなたがここ2か月間、どのように過ごしていたかをお聞きしたいと思っています。」「つまり(日付の日)から今までのことです。」

「これから、あなたの仕事、家庭生活、余暇などについていくつか質問をさせていただきます。」「(場合によっては)正しいと思う答を選んで下さい。」「すべての質問について、ここ2か月間のことを答えて下さい。」

「休暇などで、家庭を離れたりといったような生活の変化がありましたか。」

「もし質問の意味が分からないときは、そう言って下さい。始める前に何かご質問はありますか。」

「あなたは結婚していますか。」

「はい」の場合：「(配偶者)とご一緒に住んでいますか。」「その人以外に誰かとご一緒に住んでいますか。」

「いいえ」の場合：「誰かと一緒に住んでいますか。」「ほかに誰かいますか。」

部門Ⅰ — 仕事

被験者全員に：「年齢はいくつですか。」「最終学校を卒業してどれくらいたちますか。」「まだ在学中ですか。」

女性に：「普段家庭外でフルタイムまたはパートタイムの仕事をしていますか。」
「はい」の場合：「普段の仕事は何ですか。」「（日付の日）以来ずっと仕事をしていますか。」

男性に：「普段の仕事は何ですか。」「（日付の日）以来ずっと仕事をしていますか。」

1. 仕事上の役割

この尺度の目的のために、次に該当するもの以外は“労働者”として分類する。

- 1) 全日制の学校に行っている場合は“学生”とする。
- 2) 家事責任を負っている既婚者、離婚者、別居者の女性の場合は“主婦”とする。

仕事上の役割の分類項目については、現在その役割を遂行していなくてもかまわない。

- 1 = 労働者 - 次項目へ
- 2 = 主婦 - 5ページの“主婦”の項目へ
- 3 = 学生 - 6ページの“学生”の項目へ

A. 労働者

被験者が労働者と分類されても、ここ2か月間労働に従事していなかった場合は、2.（休職期間）および3.（役割遂行（労働者））には“5”、4.（成就感）には“9”と記入して7ページの5.（摩擦）へ。

持っている仕事がフルタイムではない場合：「それはなぜですか。」

2. 休職期間

「ここ2か月間に仕事を休んだことがありましたか。」「何日間休みましたか。」
「それは休暇でしたか。」

次のものは休職に含まれる：身体的疾患、精神的疾患、一時解雇（レイ・オフ）のための休職期間、失業期間。

ただし傷病休暇以外の有給休暇はここに含めない。

- 1 = 1週間の半分以下
- 2 = 1週間以内
- 3 = 1週間以上2週間未満（25%）
- 4 = 2週間以上4週間未満（50%未満）
- 5 = 4週間以上（50%以上）
- 9 = 非該当

3. 役割遂行（労働者）

「ここ2か月間あなたは仕事をうまくこなしましたか。」「何か仕事をする上で問題がありましたか。」「{あなたの仕事について何か言われましたか。}」
もし仕事をする上で障害がなければ：「仕事が簡単すぎると思いますか。」

被験者の気持を見るのではなく、具体的な障害のみを評価する。

パートタイム労働（主婦や学生は除く）場合は、“1”と“2”は適用しない。

- 1 = 障害はなかった
- 2 = 少し障害はあったが十分できた
- 3 = どちらかといえば障害があったり、パートで働いていたり、不完全雇用だったが、十分できた
- 4 = かなり障害があったり、不完全雇用だったりしたし、仕事もよくできなかった
- 5 = ひどい障害があったか、あるいは全く働いていなかった
- 9 = 非該当（主婦あるいは学生である）

労働者は7ページの4.（成就感）へ。

B. 主婦

「あなたは日頃、家事をどのようにやっていますか。」「ここ2か月間、家事をする上で深刻な問題のあった日がありましたか。」「それはどのような一日だったか話して頂けないでしょうか。」

各項目の評価をして、2か月間のその平均適応状況を出す。

食事：「ここ2か月間、あなたは食事の支度を全部しましたか。」

「{食事の支度の事で何か問題がありましたか。普段どんな料理を作りますか。インスタント食品や冷凍食品を多く使いましたか。普段と比べてどうでしたか。食事の支度ができないために家族で外食をしましたか。それは何回くらいでしたか。}」

掃除：「掃除はきちんとしていましたか。」「{片付けしないで放ったままにしておきましたか。}」

洗濯：「(日付の日)から洗濯はきちんとしていましたか。」「{着替えを切らしたことがありましたか。}」

買物：「ここ2か月間で大体何回くらい日用品(食品や雑貨)の買物に行きましたか。」「普段と比べて多いとか、少ないとかといった変化がありましたか。」
「{余分な出費がありましたか。}」

用事：「その他の買物や用事、たとえば、服を買ったり、薬局へ行ったり、請求書の支払いをする上で、何か問題がありましたか。」

2. 休職期間(主婦)

- 1 = ほとんどの時間を家事の切り盛りに使っていた
- 2 = 通常ほとんどの家事を切り盛りしていた
- 3 = ある程度家事を切り盛りしていたが、他のことはしなかった
- 4 = 通常ほとんどの家事はしなかった
- 5 = ほとんどいつも家事をしなかった
- 9 = 非該当

3. 役割遂行(主婦)

被験者の気持を見るのではなく、具体的な障害のみを評価する。

- 1 = 障害はなかった
- 2 = 障害はあったが十分できた
- 3 = どちらかといえば障害があったり、援助を必要とした（あるいは実際に援助を受けた）
- 4 = かなり障害があったり、相当の援助を必要とした（あるいは実際に相当の援助を受けた）
- 5 = ひどい障害があったり、援助が役に立たなかった
- 9 = 非該当

主婦は7ページの4。（成就感）へ。

C. 学生

2. 休職期間（学生）

「あなたは週に何時間授業を受けていますか。」「ここ2か月間に欠席したことがありますか。」「{どれくらいでしたか。欠席した理由は何ですか。}」

- 1 = 1週間の半分以下
- 2 = 1週間以内
- 3 = 1週間以上2週間未満（25%未満）
- 4 = 2週間以上4週間未満（50%未満）
- 5 = 4週間以上（50%以上）
- 9 = 非該当

3. 役割遂行（学生）

「学校の勉強はどのようにやっていましたか。」「{授業についていけましたか。}」
「試験を受けましたか。」「{結果はどうでしたか。}」

- 1 = 障害はなかった
- 2 = 少し障害はあったが、十分できた
- 3 = どちらかといえば障害があった
- 4 = かなり障害があった

5 = ひどい障害があったり、全くできなかった

9 = 非該当

全被験者

4. 成就感

「あなたは（被験者の仕事）がうまくできたと思いますか。」

「{ここ2か月間、（その仕事）がうまくいかなかったのではないかと思ったことがありましたか。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

1 = ほとんどいつも成就感を感じたり、物事がうまくできたと感じていた

2 = 通常、成就感を感じたり、物事がうまくできたと感じていた

3 = 時々、成就感を感じたり、物事がうまくできたと感じていた

4 = めったに成就感を感じたり、物事がうまくできたと感じたことはなかった

5 = ほとんど成就感を感じたり、物事がうまくできたと感じたことはなかった

9 = 非該当（勤めていなかった）

5. 摩擦

「ここ2か月間、あなたと（職場の人）との関係はどうでしたか。」

「（その人たち）はあなたをイライラさせたり、怒らせたりしたことがありましたか。」「はい」の場合：「あなたは自分の感情を抑えましたか。」「（その人）はあなたが気を悪くしているということを知っていましたか。」「よく衝突がありましたか。」「{明らかな感情の行き違いがありましたか。どれくらいありましたか。どの程度の衝突でしたか。}」

「会えば衝突するとわかっているために、誰かを避けたことがありましたか。」

行動にもとづいて評価する（衝突やイライラの表出、引きこもりを含む）。

次の点を考慮しなさい：

労働者には — 上司、同僚、顧客

主婦には — セールスマン、アフターサービス業者、隣人（仲の良い友人や家族を除く）

く)

学生には — 教師、職員、他の学生

昼間通所施設利用の失業者には — 他の患者、医療スタッフ

1 = 摩擦がなく、円滑な関係であった

2 = ちょっとした摩擦はあったが、避けられないわけではなかった

3 = 少しの摩擦があったり、接触を少しひかえたりしていた

4 = どちらかといえば摩擦があり、なるべく接触をしないようにしていた

5 = かなりの摩擦があったり、自分から接触を避けたり、逆に相手から接触を避けられたりした

9 = 非該当

6. 苦痛

評価するのに必要な場合のみ、次の質問を加える。

「 {ここ2か月間、仕事をしている間に何らかの理由で困惑したり心配になった事がありましたか。困惑しすぎて仕事を中断しなければならない事がありましたか。} 」

被験者の気持にもとづいて評価する。

頻度と強度の双方における基本的な評価をする。憂うつな気分、嘆き、緊張、あるいは落ち着かずイライラすること、動悸がはげしくなったりすること、心配になったり、疲労などの苦痛を含めなさい。

1 = 全く苦痛がなかった

2 = 少し苦痛だった

3 = どちらかといえば、苦痛だった

4 = かなり苦痛だった

5 = とても苦痛だった

9 = 非該当

仕事に対する情熱

「ご自分の（仕事）のどのようなところが好きですか。嫌いなところがありますか。」

「何が一番好きですか。何が一番嫌いですか。」

「あなたは、ここ2か月間に、ご自分の（仕事）をおもしろいと思いましたが。」

「〔仕事をやり終えたときに満足感がありましたか。〕」

7. 好み

- 1 = 仕事の多くの部分が好きである
- 2 = いやなところが少しはあるが、ほとんどが好きである
- 3 = 好きな部分も、嫌いな部分も同じぐらいある
- 4 = 嫌いなところもあるが、全くイヤではない
- 5 = 仕事のほとんどが嫌いである
- 9 = 非該当

8. 興味

- 1 = 大変おもしろいと思った
- 2 = 少しおもしろいと思った
- 3 = どちらともいえない
- 4 = あまりおもしろいとは思わなかった
- 5 = 全くおもしろいと思わなかった
- 9 = 非該当

9. 収入源

「ここ2か月間のあなたの主な収入源は何でしたか。」

- 1 = 患者自身による稼得
- 2 = 配偶者の稼得
- 3 = 年金、ローン、貯金の利子、あるいは配当金や失業保険
- 4 = 配偶者以外の稼得
- 5 = 公的扶助、あるいは福祉によるもの

10. 経済状態

「ここ2か月間、あなたは生活費に十分な所得がありましたか。例えば、家賃や食費、借金返済のための支出をした後に、貯蓄のためのお金が残りますか。」

「いいえ」の場合：「あなたはお金を借りることや他の方法によってお金を得る事ができますか。」「{あなたは貯金を使う必要がありましたか。医者や住診のような大事なことを我慢して、先に延ばさなければならないようなことがありましたか。集金人と何らかの問題をおこしたことがありましたか。あなたは福祉を受けていますか。}」

- 1 = 不測の事態に対する固定資産や貯えがあり、現金や手持ちの金がかなりある
- 2 = 不測の事態に対する固定資産や貯えがあり、現金や手持ちの金が少しはある
- 3 = 不測の事態に対する固定資産や貯えしかない
- 4 = 不測の事態に対して十分ではないが、いくらかの固定資産や貯えがある
- 5 = 不測の事態に対する固定資産や貯えはほとんどない

部門Ⅱ — 世帯

A. 主要な世帯員

「次にあなたの家に一緒に住んでいる方についてお尋ねします。」

次の場合は配偶者として扱い、その者について尋ねる。①同棲者②別居しているが、まだ定期的な接触をもっていたり、恒常的な関係にある配偶者。もし、世帯の中に世帯員が一人のみの場合は、その人について尋ねなさい。もし、夫婦関係にある世帯員がいなく、かつ世帯の中に2人以上の成人がいる場合、被験者と最も大切な関係にある、つまり一番近い距離にある世帯員が誰であるかを確認しなさい。大変幼少の子どもあるいはペットは主要な世帯員からは除く。

必要ならば：「{あなたが家にいるとき、普通誰といますか。誰があなたと最も長く時間を過ごしますか。}」

11. 主要な世帯員

- 1 = 配偶者や同棲者
- 2 = 父親
- 3 = 母親
- 4 = 兄弟姉妹
- 5 = 義理の兄弟姉妹
- 6 = 他の親族
- 7 = 成人の子
- 8 = 親族以外の人
- 9 = 非該当（主要な世帯員はいない）

12. 摩擦

「ここ2か月間、（主要な世帯員）とは一緒に暮していますか。」「（その人）があなたをイライラさせたり、怒らせたりするようなことがありましたか。」

「はい」の場合：「あなたは自分の感情を抑えましたか。」「（その人）は、あなたが気を悪くしているということを知っていましたか。」「よく衝突がありましたか。」

「{明らかな感情の行き違いがありましたか。どれくらいありましたか。どの程度の

衝突でしたか。}」

「会えば衝突するとわかっているために誰かを避けたことがありましたか。」

行動にもとづいて評価する（衝突やイライラの表出、引きこもりを含む）。

1 = 摩擦がなく、円滑な関係であった

2 = ちょっとした摩擦はあったが、避けられないわけではなかった

3 = 少しの摩擦があったり、接触を少しひかえたりしていた

4 = どちらかといえば摩擦があり、なるべく接触をしないようにしていた

5 = かなりの摩擦があったり、自分から接触を避けたり、相手から接触を避けられたりした

9 = 非該当（主要な世帯員はいない）

13. 適応

「あなたと（主要な世帯員）の間に行き違いがあったときは、どちらがいつも折れますか。どちらが、自分の意見を通しますか。{例をあげて頂けませんか。}

自分が同意できないときにでも、（その人）の言い分を理解することができますか。どういふことを（その人）は喜びますか。あなたが（その人）とうまくやっていくのに何か役立つことがありますか。{例をあげて頂けませんか。}

1 = 他人の要望、要求に気がついたり、それを理解することができる

2 = 他人の要望、要求に気がつくが、少しの理解しかできない

3 = 他人の要望、要求に少しは気がつくが、少しの理解しかできない

4 = 他人の要望、要求に少しは気がつくが、理解することはできない

5 = 他人の要望、要求には気づかず、理解することはできない

9 = 非該当（主要な世帯員はいない）

14. コミュニケーション

「ここ2か月間、（主要な世帯員）と気安く話すことができましたか。」「どんなタイプのことを話し合いましたか。」「ご自身の感情や問題について、最近話し合ったのはいつですか。」「{何について話し合いましたか。例をあげて下さいますか。話しにくいと感じたことがありましたか。いつもと比べてどうですか。言うべきだと思

いながら、言えなかったことがありますか。}」

- 1 = ほとんどいつも、適切なときに自分の気持ちや問題について話し合うことができた
- 2 = 通常、適切なときに自分の気持ちや問題について話し合うことができた
- 3 = 時々、適切なときに自分の気持ちや問題について話し合うことができた
- 4 = 適切なときにも、通常は自分の気持ちや問題について話し合うことができなかった
- 5 = 適切なときにも、ほとんど自分の気持ちや問題について話し合うことができなかった
- 9 = 非該当（主要な世帯員はいない）

15. 自立

「ここ2か月間に（日付の日）以来（主要な世帯員）があなたに手助けやアドバイスを求めましたか。」「{それはどんなことでしたか。}」「あなたは逆に（その人）に手助けやアドバイスを求めましたか。」「{それはどんなことでしたか。}」

どんな援助を受けたか尋ねなさい。

女性の場合 — 運転、買い物、金銭、育児、家事、ちょっとした修繕

男性の場合 — 金銭、車の運転、家の営繕

「ここ2か月間、物事がうまくいかなかったり、困惑していたときにどれくらい（その人）を頼りにしましたか。」

被験者の気持をではなく、具体的な行動にもとづいて評価する。

- 1 = 自立している — 援助は受けていない
- 2 = 自立しているが、ある程度の援助を受けている
- 3 = 依存していて、多くの援助を受けている
- 4 = 依存していて、ある程度の援助を受けている
- 5 = 依存しているが、援助は受けていない
- 9 = 非該当（主要な世帯員はいない）

16. 感情表現 (愛情)

「ここ2か月間、(主要な世帯員)に対してどういう感情を持っていましたか。」

「(親しく感じましたか。それとも(その人)が嫌いでしたか。(その人)とうまくやっていたときでも、(その人)を心配しましたか。)」

具体的な摩擦を評価するのではなく、被験者の気持ちにもとづいて評価する。

1 = その間、ほとんど好きだった

2 = 好きだったり、嫌いだったりしたことが同じくらいあった

3 = どちらともいえない

4 = 嫌いだったときが多かった

5 = ほとんど嫌いだった

9 = 非該当 (主要な世帯員はいない)

B. 性的適応 (夫婦間)

主要な世帯員はいるが、夫婦関係にない場合は16ページの“親”へ。質問は興味、問題、頻度の順となっている。

17. 避妊

「ここ2か月間、あなたと(当てはまる人)は、セックスでなにか避妊手段をとりましたか。」

避妊した場合：「何を使いましたか。」

1 = 輸卵管結紮、精管切除術、IUD

2 = 経口避妊薬

3 = ペッサリー、コンドーム、避妊用発泡性錠剤薬、避妊用ゼリー

4 = 排卵日計算法、他の信頼性の低い方法や被験者が考える避妊方法

5 = 使わなかった

6 = 閉経年齢以上、外科的な不妊手術、子宮切除

9 = 非該当 (主要な世帯員が夫婦関係にないか、主要な世帯員はいない)

「ここ2か月間、あなたはセックスに興味がありましたか。」

「はい」の場合：「満足していましたか。」「何か問題がありましたか。」「{どの程度の問題か話して頂けませんか。}」「ここ2か月間、何回くらいセックスをしましたか。」「{今までの回数と比べてどうでしたか。体調や気分が悪いとき、回数に変化はありませんでしたか。}」

「いいえ」の場合：「問題は何だと思えますか。」「{始めるときにあなたがその気になれないとか、(あてはまる人)がその気になれないというような問題がありましたか。}ここ2か月間にセックスの回数に変化がありましたか。」

18. 興味

被験者の気持ちにもとづいて評価する。

期間中、全くセックスをしなかった被験者の場合は、興味の度合いで記録する。

- 1 = 楽しみにしていたり、積極的な興味があったりした
- 2 = 割と楽しみにしていたり、割と興味があったりした
- 3 = たまに楽しみにしていたり、たまに興味があったりした
- 4 = 楽しみにしていないことがしばしばあったり、興味がないことが常だった
- 5 = 楽しみにしていなかったり、興味がなかった
- 9 = 非該当(主要な世帯員が夫婦関係にないか、主要な世帯員はいない)

19. 問題

- 1 = ほとんど、問題がなかった
- 2 = 時々、問題があったり困難な経験をした
- 3 = 割と、問題があったり困難な経験をした
- 4 = 通常、問題があったり困難な経験をした
- 5 = ほとんどいつも問題があったり、困難な経験をした
- 9 = 非該当(主要な世帯員が夫婦関係にないか、主要な世帯員はいない)

20. 頻度

- 1 = 平均週1回以上
- 2 = 平均週1回

- 3 = 平均月約 2 回
 4 = 平均月 1 回以下
 5 = 全くなし
 9 = 非該当 (主要な世帯員が夫婦関係にないか主要な世帯員はいない)

C. 親

「あなたにはお子さんがいますか。」「養子ですか。」「名前と年齢を教えてください。」
 「現在そのお子さんと同居していますか。」

この質問は被験者に同居または別居している子供 (18才以下) がいて、扶養している場合に該当する。親の行動を評価するために個別に子供の名前を出して聞いて、子供達への親の対応を平均化する。特定の子供が主要な世帯員の項ですでに評価された場合はその子供はここでは評価の対象とはしない。

該当する子供がいない場合は、18ページの“世帯員についての関心”へ

21. ふれあい

「ここ 2 か月間にお子さんにどんなことをしましたか。」「名前をあげて話して頂けませんか。」

就学前の子供について — 子供の遊び、就学前の学習、身なりや身の廻りの世話について尋ねなさい。

就学後の子供について — 学校の成績、興味、友人、学習について尋ねなさい。

表現された関心や情緒的なふれあいのみでなく、最小限の世話以上の、より高度な子どもの世話について、どれだけ、親に知識があったり行動しているか評価する。

- 1 = 子供の生活への積極的なふれあいや関与をした
 2 = 子供の生活へのある程度積極的なふれあいや関与をした
 3 = 積極的な関与はほとんどしなかったが、子供についての理性的な知識や関心をもっていた
 4 = 関与はしなかったが、知識や関心は少しあった

5 = 関与もしなかったし、知識や関心もほとんどない

9 = 非該当（子供はいない）

22. 摩擦

「ここ2か月間、（あてはまる名前の子供）とうまくやっていたか。」「{お子さんに困らされるようなことがありましたか。お子さんとうまくやっていくのは大変ですか。辛棒できないことがありましたか。それはどんなことでしたか。}」

摩擦の回数、量および子供に課した制裁の頻度と強度、冷たい対応や子供から距離をおくこと、子供との間の緊張を含む。

1 = 円滑で近い関係だった

2 = 少し摩擦があったり距離があったりした

3 = どちらかといえば摩擦があったり距離があったりした

4 = かなり摩擦があったり距離があったりした

5 = 通常、摩擦があったり、子供が全面的に親を避けていた

9 = 非該当（子供はいない）

23. コミュニケーション

「ここ2か月間、（あてはまる子供）と気楽に話すことができましたか。」「お子さんに何か重要なことや異常がおこったとき、どうしましたか。」「（子供）は問題が生じたとき、あなたの所に来ますか。」「{（日付の日）以降の例をあげてください。}」

子供達について個別的に尋ね、それらを平均化して評価する。評価の際、子供の年齢相応のコミュニケーションを考慮する。言語的および非言語的コミュニケーションを含む。

言語的コミュニケーション — 気持ちや問題などの話し合い。日常生活の詳細は除く。

非言語的コミュニケーション — 子供の気嫌や要求に対して気がついているかどうか。

1 = ほとんどいつも、子供の要求や気嫌を確認したり、それに反応したり、気楽に話

- したりすることができた
- 2 = 通常、子供の要求や気嫌を確認したり、それに反応したり、気楽に話したりすることができた
- 3 = 時々、子供の要求や気嫌を確認したり、それに反応したり、気楽に話したりすることができた
- 4 = めったに、子供の要求や気嫌を確認したり、それに反応したり、気楽に話したりすることができなかった
- 5 = ほとんどいつも子供の要求や気嫌を確認したり、それに反応したり、気楽に話したりすることができなかった
- 9 = 非該当 (子供はいない)

24. 感情表現

「時々子供に腹を立て、子供に対する感情が変わる親御さんは多いものです。」「あなたがお子さんについて話されたことを考慮して、ここ2か月間にあなたのお子さんに対する感情はどうだったか教えて頂けませんか。」「{時々、お子さんと一緒に住んでいなければよかったとか、子供がいなければよかったかと思いましたか。}」

もし世帯に子供が同居していない場合：「{お子さんと関わる必要がない方がよいと思ったことがありますか。}」

被験者の気持ちにもとづいて評価する。

- 1 = その間はほとんどずっと子供が好きだった
- 2 = 大体その間は子供が好きだった
- 3 = 好きだったり嫌いだったりと同じくらいか、両義的だった
- 4 = 大体その間は子供が嫌いだった
- 5 = その間はほとんどずっと子供が嫌いだった
- 9 = 非該当 (子供はいない)

D. 世帯員についての関心

世帯員すべてに対して次の3項目を評価する。配偶者や扶養している子供が世帯外に住んでいる場合はそれらも含める。強度であれ、頻度であれ、一番大きいものがあれば“5”と評価する。たとえば「いつもわずかに心配をしていた」と「時々ひどく心配していた」は同様に“5”と評価する。

25. 心配事

「ここ2か月間、あなたは（世帯員）に起こったことを心配しましたか。」「{ひどく心配させられるようなことがありましたか。それはどんなことでしたか。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

- 1 = ほとんど心配したことはなかった
- 2 = 時々（わずかに）心配していた
- 3 = 割と（どちらかといえば）心配していた
- 4 = 通常（かなり）心配していた
- 5 = ほとんどいつも（ひどく）心配していた
- 9 = 非該当（世帯員はいない）

26. 自責感

「ここ2か月間、あなたは（世帯員）をがっかりさせるようなことをしましたか。」「{それはどんなことでしたか。そのことについて悪いことをしたと思いましたが。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

- 1 = ほとんど悪いことをしたと思わなかった
- 2 = 時々（わずかに）悪いことをしたと思った
- 3 = 割と（どちらかといえば）悪いことをしたと思った
- 4 = 通常（かなり）悪いことをしたと思った
- 5 = ほとんどいつも（ひどく）悪いことをしたと思った
- 9 = 非該当（世帯員はいない）

27. 不当な待遇

「ここ2か月間、あなたは（世帯員）にがっかりするようなことをされましたか。」
「（（世帯員）はあなたを不当に取り扱いましたか。それはどんなことでしたか。苦痛に感じましたか。）」

- 1 = ほとんどがっかりさせられたり、不当に取り扱われたりしたことはなかった
- 2 = 時々（わずかに）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 3 = 割と（どちらかといえば）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 4 = 通常（かなり）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 5 = ほとんどいつも（ひどく）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 9 = 非該当（世帯員はいない）

部門Ⅲ — 親族

「今まであなたの（家族）について質問をしてきました。」「ところで、同居はしていないけれど近く（同一地域）に住んでいる親族がいますか。」「また、遠く（同一地域以外）に住んでいる他の親族と接触をもちますか。」

以下の各項目については、被検者と同居していないものの同一地域に住んでいる者および同一地域以外にいるが被検者と接触している者のそれぞれについて尋ねなさい。

「次の方とはどうですか」：「ご両親とは」

「ご兄弟とは」

「姻戚とは」

「成人したお子さんとは」

「その他の親族の方とは」

「ここ2か月間、あなたは（被検者があげた親族）に会ったり、連絡を受けたりしましたか。」

「あなたは（親族）と連絡を取ろうとしましたか。」「（親族）があなたに連絡をとるのを期待して待ちましたか。」

「{通常親族が集まる場合、誰が手はずを整えますか。あなたは誰かと会うことを避けましたか。}」

28. 摩擦

「あなたと（親族）との関係はどうでしたか。」「（その人）はあなたをイライラさせたり、怒らせたりしたことがありますか。」

「はい」の場合：「あなたは自分の感情を抑えましたか。」「（その人）は、あなたが気を悪くしたことを知っていましたか。」「あなたは、（その人）をイライラさせたり、怒らせたりしたことがありますか。」「よく衝突がありましたか。」「{明らかな感情の行き違いがありましたか。どれくらいありましたか。どの程度の衝突でしたか。}」「会えば衝突すると分かっているために、誰かを避けたことがありましたか。」

「ところで（その次にあげた親族）はどうですか。」

被験者があげたそれぞれの親族について尋ねなさい。

被験者の行動を評価しなさい（衝突やイライラの表出、引きこもりを含む）。

- 1 = 摩擦がなく円滑な関係だった
- 2 = ちょっとした摩擦はあったが、避けられないわけではなかった
- 3 = 少し摩擦があったり、接触を少しひかえたりしていた
- 4 = どちらかといえば摩擦があったり、なるべく接触をしないようにしていた
- 5 = かなりの摩擦があったり、自分から接触を避けたり、逆に相手から接触を避けられたりした
- 6 = 非該当（評価対象となる親族はいない）

29. 自立

「あなたの親族はあなたに援助や助言を求めますか。」「{それはどんなことですか。子守り、大工仕事などはどうですか。情緒的な支援はどうですか。}」「あなたは逆に、その人たちに援助や助言を求めたことはありますか。」「{それはどんなことですか。子守り、移動手段、職探し、経済的な援助などはどうですか。}」

- 1 = 自立している — 援助は受けていない
- 2 = 自立しているが、ある程度の援助を受けている
- 3 = 依存していて、多くの援助を受けている
- 4 = 依存していて、ある程度の援助を受けている
- 5 = 依存しているが、援助は受けていない
- 9 = 非該当（評価対象となる親族はいない）

関 心

次の3項目（心配事、自責感、不当な待遇）は強度と頻度を含めて評価する。強度であれ、頻度であれ、一番大きいものがあれば“5”と評価する。たとえば「いつもわずかに心配をしていた」と、「時々ひどく心配していた」は、同様に“5”と評価する。

30. 心配事

「ここ2か月間、(親族)に起こったことについて心配しましたか。」

「{大変心配させられるようなことがありましたか。それはどんなことでしたか。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

- 1 = ほとんど心配したことはなかった
- 2 = 時々(わずかに)心配していた
- 3 = 割と(どちらかといえば)心配していた
- 4 = 通常(かなり)心配していた
- 5 = ほとんどいつも(ひどく)心配していた
- 9 = 非該当(評価対象となる親族はいない)

31. 自責感

「ここ2か月間、(親族)をがっかりさせるようなことをしましたか。」

「{それは、どんなことでしたか。そのことについて悪いことをしたと思いましたが。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

- 1 = 悪いことをしたとほとんど思わなかった
- 2 = 悪いことをしたと時々(わずかに)思った
- 3 = 悪いことをしたと割と(どちらかといえば)思った
- 4 = 悪いことをしたと通常(かなり)思った
- 5 = 悪いことをしたとほとんどいつも(ひどく)思った
- 9 = 非該当(評価対象となる親族はいない)

32. 不当な待遇

「ここ2か月間、あなたががっかりするようなことを(親族)にされましたか。」

「{彼らは、あなたを不当に取り扱いましたか。それはどんなことでしたか。苦痛に感じましたか。}」

被験者の気持ちにもとづいて評価する。

- 1 = ほとんどがっかりさせられたり、不当に取り扱われたりしたことはなかった
- 2 = 時々（わずかに）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 3 = 割と（どちらかといえば）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 4 = 通常（かなり）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 5 = ほとんどいつも（ひどく）がっかりさせられたり、不当に取り扱われたりした
- 9 = 非該当（評価対象となる親族はいない）

部門Ⅳ 社交／余暇

A. 活動

33. 余暇活動

「あなたは自由な時間にどんなことをしていますか。」「{何か趣味があったり、スポーツ、政治活動、庭仕事、料理、テレビ番組、雑誌のコラムなどのような特別な楽しみがありますか。それらについて話して頂けませんか。}」「ここ2か月間、余暇活動として何をしましたか。」

- 1 = 強い特別な興味を持って活動した — 週1回以上参加した
- 2 = かなり興味を持って活動した — 頻繁ではないが定期的に参加した
- 3 = ある程度特別な興味はあったが、活動は不定期であった
- 4 = 興味はあまりなく、テレビ番組を見たり、雑誌を読んだり、ひいきのチームを応援したり、漫画を読んだりといったことを好んだ
- 5 = どんな特別な興味もなかったり活動もしなかった — たとえば、だらだらとテレビを見たりした

B. 社会的接触

「あなたの友達や家族と何か社交的なことをする機会がありましたか。」
「{映画を観に行くとか、レストランへ行くとか、教会やサークルの集会のような、あなたが知っている人を見掛けるような場所へ行くことがありましたか。誰かに家まで送ってきてもらったことがありますか。}」「ここ2か月間、(被験者があげた活動)を何回しましたか。誰と一緒にでしたか。」
「あなたは人と行動するとき自分の方から誘いますか。それとも誘われる方ですか。」「あなたは積極的に話す方ですか。それとも聞き役にまわる方ですか。」

友達の招待や訪問、映画、スポーツ大会、レストラン、バー、友人との買い物、カードゲーム、パーティー、サークルの集会等の他人との外出を含む。教会への礼拝は、被験者が教会の会員になっている場合のみ含める。

34. 頻度

- 1 = 平均週 1 回以上
- 2 = 平均週 1 回
- 3 = 平均月約 2 回
- 4 = 平均月 1 回以下
- 5 = ここ 2 か月間に 1 回だけか、全くない

35. 活動の程度

- 1 = 他人に対して積極的な参加をしたり、積極的に接触をした
- 2 = 他人に対して時々参加をしたり、時々自分から接触をした
- 3 = 他人から働きかけられた接触によく応じた
- 4 = 他人から働きかけられた接触に時々応じた
- 5 = 全く受身だった — 集団の中でも相互の働きかけはなかった

評価するのに必要な場合のみ次の質問を加える。：「{あなたにあったこと(やったことや/やらなかったこと)についてあなたがおっしゃったことを考えながら、外出したときや人に会ったときに何か問題があったかどうか答えて下さい。あなたを連れて行ってくれる人がいるかどうかや、お金の問題がないかどうか、一緒に出かける人がいるかどうか、また、仕事がそんなに大変でないかどうかといったようなことをもっと詳しく話して頂けませんか。}」

被験者の気持にもとづいて評価する。

経済的・環境的・社会的要因(たとえば貧困、移動手段の欠如、友人や家族の欠如、仕事に関連した理由)を含む。

36. 妨害

- 1 = 社会的接触に対するおびたしい外的かつ現実的な妨害が実際にあった
- 2 = 社会的接触に対する相当の外的かつ現実的な妨害が実際にあった
- 3 = 社会的接触に対するある程度の外的かつ現実的な妨害が実際にあった
- 4 = 社会的接触に対する外的かつ現実的な妨害がほとんどなかった
- 5 = 社会的接触に対する外的かつ現実的な妨害は全くなかった

37. 社会的安心感

「他人と一緒にいて楽しいですか。」

接触がなければ：「あなたが他人と一緒にいなければならないとしたら、そのことを楽しめますか。」「〔時々不安になったり、不愉快になったりしますか。他人と一緒にいるとき、一番楽しいことは何ですか。一番イヤなことは何ですか。他人と一緒にいるときに不安になって逃げだしたくなったりしましたか。〕」

他人との接触の有無にかかわらず、評価する。

- 1 = 接触をもっていたが、不安になることはなかった
- 2 = 接触をもっていたが、時々不安になった
- 3 = 接触をもっていたが、不安になった／実際に接触はもたなかったが、それは不愉快を感じると予期したからではなかった
- 4 = 接触をもたなかったが、ある程度の不愉快を感じると予期していた
- 5 = 接触をもたなかったが、かなりの不愉快を感じると予期していた

C. 对人的接触

「あなたの家族や、あなたの余暇時間について話してきましたが、ここであなたの友達について話して頂けますか。」「それは、あなたの家族（恋愛感情をもっている人達、ボーイフレンド、ガールフレンド）ではなくて、あなたが興味をもっていたり、気になる友達についてです。」

被験者が“友達”の定義を求めたら：「あなたが友達と思う人を答えて下さい。」

「ここ2か月間、あなたは友達と会ったり、電話や手紙でのやりとりがありましたか。」「それは誰ですか。」

38. 頻度

- 1 = 平均週1回以上
- 2 = 平均週1回
- 3 = 平均月約2回
- 4 = 平均月1回以下
- 5 = ここ2か月に1回もしくは皆無

39. コミュニケーション

「ここ2か月間、(友達)と気楽に話せましたか。」「どんな事を話しましたか。」
 {あなたの気持ちや悩んでいる問題について話せましたか。話しにくいと思ったことが何かありましたか。いつもと比べて、それはどうでしたか。話したいと思ったにもかかわらず、話さなかったことはありましたか。}

- 1 = 少なくとも1人以上と、ほとんどいつも気楽に話した
- 2 = 少なくとも1人以上と通常気楽に話した
- 3 = そういうときもあったり、そうでないときもあった
- 4 = いつも気楽には話せなかった
- 5 = 気楽に話せることは、ほとんど全くなかった
- 9 = 非該当 (対人的接触はない)

40. 摩擦

「ここ2か月間、あなたと(友達)の間柄はどうでしたか。」「(その人達)のことでイライラしたり、怒ったりしたことがありましたか。」

「はい」の場合：「自分の気持ちを抑えましたか。」「他人はあなたが気を悪くしていることを知っていましたか。」「(その人達)をイライラさせたり、怒らせたりしたことがありましたか。」「あなたはたいそう怒りましたか。」「{明らかな感情の行き違いがありましたか。}」「どれくらいありましたか。どの程度の衝突でしたか。}」「会えば衝突するとわかっているために誰かを避けたことがありましたか。」

被験者の行動にもとづいて評価する(衝突やイライラの表出、引きこもりを含む)。

[接触がなければ"5"と評価する]

- 1 = 摩擦がなく、円滑な関係だった
- 2 = ちょっとした摩擦はあったが避けられないわけではなかった
- 3 = 少し摩擦があったり、接触を少しひかえたりしていた
- 4 = どちらかといえば摩擦があり、なるべく接触をしないようにしていた

5 = かなりの摩擦があったり、自分から接触を避けたり、逆に相手から接触を避けられたりした

41. 感受性

「ここ2か月間、あなたは友達から気持ちを傷つけられたことがありましたか。」

「{何があったか話して頂けませんか。}」

「はい」の場合：「その事を乗り越えることができましたか。」

被験者全員に：「乗り越えられなかったことが過去にありましたか。」

1 = 気持ちを傷つけられたことはない

2 = 一度か二度あるが、すぐに乗り越えた

3 = 一度か二度あり、乗り越えることは難しかった

4 = 頻繁に気持ちを傷つけられたので、乗り越えられるかどうかわからない

5 = ここ2か月間、気持ちを傷つけられっぱなしだった

D. 恋愛関係

配偶者のいる人は33ページの“個人的福祉状態”へ

独身者、離婚者、やもめ暮らしの人および別居者には、“性的適応(夫婦間)”(14ページ)は尋ねていない。

相互作用

ここ2か月あなたの(ボーイフレンド/ガールフレンド/交際相手)や会った人に対して恋愛感情を持ったことがありますか。

「はい」の場合：「どれくらい、その人に会いましたか。」「{他に会った人がいましたか。どれくらい会いましたか。}」「一緒にいて楽しく過ごせましたか。何か問題はありませんでしたか。」「{問題は乗り越えられましたか。どの程度の問題か言って頂けますか。}」

「いいえ」の場合：「誰かと会いたいと思いましたが。誰かと会う際に、何か問題はありましたか。」「{問題は乗り越えられましたか。}」

42. 接触回数

- 1 = 平均週 1 回以上
- 2 = 平均週 1 回
- 3 = 平均月約 2 回
- 4 = 平均月 1 回以下
- 5 = ここ 2 か月 1 回も会わなかったか、1 回しか会っていない
- 9 = 非該当 (夫婦関係にある者がいる)

43. 興味

接触がなければ興味の度合いで記録する。

- 1 = 接触はほとんどいつも楽しかった、あるいは、積極的な興味があった
- 2 = 接触は通常楽しかった、あるいは、通常興味を持っていた
- 3 = まあまあ接触を楽しんでいた、あるいは、接触に対してまあまあ興味があった
- 4 = 接触は通常楽しくなかった、あるいは、普段接触には興味がなかった
- 5 = 接触はほとんどいつも楽しくなかった、あるいは、接触に対して全く興味がなかった
- 9 = 非該当 (夫婦関係にある者がいる)

44. 問題

- 1 = 会ったり接触を保ったりする上で、ほとんど全く問題はなかった
- 2 = 時折問題があった
- 3 = 大体問題があった
- 4 = 普段問題があった
- 5 = ほとんどいつも問題があった
- 9 = 接触はなかった

E. 性的適応 (夫婦関係以外)

「ここ 2 か月間セックスすることに興味がありましたか。」

すべての被験者に：「ここ2か月間、セックスをしましたか。」

「はい」の場合：「何回ぐらいでしたか。」「{今までの回数とくらべてどうでしたか。体調や気分が悪いとき回数は減りましたか。}」「満足できましたか。」

「何か問題がありましたか。」「{どの程度の問題であったか話して頂けませんか。}」

「ここ2か月間、あなたは避妊手段をとりましたか。」

「いいえ」の場合：「何か問題がありましたか。ここ2か月間セックスの回数に変化がありましたか。」

45. 興味

被験者の感情にもとづいて評価する。

この間に全くセックスをしなかった被験者の場合は興味の度合いで記録する。

- 1 = 楽しみにしていたり、積極的な興味があったりした
- 2 = 割と楽しみにしていたり、割と興味があったりした
- 3 = たまに楽しみにしていたり、たまに興味があったりした
- 4 = 楽しみにしていない事がしばしばあったり、興味がないことが常だった
- 5 = 楽しみにしていなかったり、興味がなかった
- 9 = 非該当（性的適応は夫婦関係の項で評価されている）

46. 問題

- 1 = ほとんど問題がなかった
- 2 = 時々問題があったり困難な経験をした
- 3 = 割と問題があったり困難な経験をした
- 4 = 通常問題があったり困難な経験をした
- 5 = ほとんどいつも問題があったり困難な経験をした
- 9 = 非該当（性的適応は夫婦関係の項で評価されている）

47. 頻度

- 1 = 平均週1回以上
- 2 = 平均週1回

- 3 = 平均月約 2 回
- 4 = 平均月 1 回以下
- 5 = 全くなし
- 9 = 非該当 (性的適応は夫婦関係の項で評価されている)

48. 避妊

- 1 = 輸卵管結紮、精管切除術、IUD
- 2 = 経口避妊薬
- 3 = ペッサリー、コンドーム、避妊用発泡性錠剤薬、避妊用ゼリー
- 4 = 排卵日計算法、他の信頼性の低い方法や被験者が考える避妊法
- 5 = 使わなかった
- 6 = 閉経年令以上、外科的な不妊手術、子宮切除
- 9 = 非該当 (性的適応は夫婦関係の項で評価されている)

部門V — 個人的福祉状態

49. 健康状態

「(日付の日)以来あなたの身体的な健康はどうでしたか。」「あなたは自分自身の健康に気を付けていますか。」「(たとえば規則正しく食べたり、充分睡眠をとったり運動をしたり、健康診断、歯科検診など)」

「(いつもの身体の状態)に何か問題はありましたか。」

- 1 = 最もよい健康状態を維持しようと試みていた
- 2 = 健康に対してある程度の関心はもっていたが、その通りに実行はできていなかった
- 3 = それほど軽視はしていなかったが、健康に対してあまり積極的な関心はもっていなかった
- 4 = 健康に対して注意を払わなかったことによる症状がいくつかあった
- 5 = 健康に対して注意を払わなかったことによる症状が多くあった

50. 外見や身なり

外見や身なりについての関心に対する基本的な評価をする。

評価に必要であれば：「あなたの服を選ぶのを手伝ってくれる人がいますか。」

「(清潔な服を着られるよう気を配ってくれる人がいますか。朝、服を整えてくれる人が(誰か)いますか。)」

- 1 = 特によく身なりが整っている
- 2 = かなり、こざっぱりとしていて清潔で似合っている
- 3 = まあまあの身なりではあるが、それは他人が整えたからである
- 4 = 構わないでいたり、風変わりな格好をしている。あるいは似合わない格好をしている
- 5 = だらしなかったり、きたなかったり、ひどく構わない様子である

51. 孤独感

「ここ2か月間孤独だと感じたことがありましたか。」「(家族や友人によって孤立させられたり、あるいは無視されたと感じたことがありましたか。友達の誰かや、家族の誰かに対してもっと近しくなりたいと思ったときがありましたか。まわりに人がいるときでさえ、このことを感じますか。)」

被験者の気持ちにもとづいて評価する。

- 1 = 孤独を感じたことはなかった
- 2 = 時折少し孤独を感じた
- 3 = 頻繁に少し孤独を感じた
- 4 = 時折、あるいは頻繁に、たいへん孤独であると感じた
- 5 = (他人がいるときにでさえも) 全く孤独であると感じた

52. 自己評価

「全般的にみてここ2か月間、あなたはどれくらい人生に満足し、幸福だと感じましたか。」

被験者の気持ちにもとづいて評価する。

- 1 = かなり幸せで、満足していた
- 2 = ある程度幸せで、満足していた
- 3 = あまり関心がなかったり、うんざりしたが、これらのことを表現したり、言語化することはできなかった
- 4 = ある程度不幸であり、ある程度不満であった
- 5 = かなり不幸であり、かなり不満であった

「ご協力ありがとうございました。」

「何か話しておきたいことはありますか。」

「何かご質問はありますか。」

総合評価

面接のあと、すぐに総括項目を評価する。被験者が答えたすべての有効な情報と同様、当該者項目に特に関連がないと思われる情報も用いる。全体的な印象をすばやく評価する。面接中の被験者の具体的な行動に関する特記事項以外のこと——非言語的暗示、疑わしい答え、条件反射的な受け答等——も含める。判断をする際、被験者の地域特性を考慮しなさい。また被験者の調査時点以前の適応状況について知っていたとしても、その状況と比較したり、あるいは、当該被験者の前に面接した患者と比較せず、この時点での個別当該者の情報のみについて評価しなさい。

すべての総括に対する評定

- 1 = 卓越した適応状態
- 2 = たいへん良好な適応状態
- 3 = 良好な適応状態
- 4 = まあまあの適応状態
- 5 = やや乏しい適応状態
- 6 = 非常に乏しい適応状態
- 7 = ひどい不適応状態
- 9 = 非該当

部門Ⅰ — 仕事

教育、訓練、経験をふまえて、仕事のすすみ具合が一貫しているか、あるいは効率的であるかということを評定する。

部門Ⅱ — 世帯

相互的な支持、愛情、関与の点から世帯の統合度を評定する。

部門Ⅲ — 親族

相互的な支持、愛情、関与の点から親族の関係度を評定する。

部門Ⅳ — 社交／余暇

活動の度合と頻度および、個人的相互関係の意味を考慮する。

一般的適応状態

(仕事上の、親としての、配偶関係上の、およびその他の)すべての役割遂行、家庭の内外における相互の個人的関係状況および個人的な満足状況を評定する。

SAS II 評価の指針

仕事役割

男 — 労働者、失業中、退職者はその他”9”と評価する。

女 — 独身者、別居者、離婚者は家庭外に仕事を持っている場合に労働者と評価する。主要な役割が「母-主婦」の場合には“1”と評価する。

働かずに、ナーシングホームや保護施設に住んでいる独身者は仕事上の役割を“9”と評価して、“無職”と記入する。(仕事上の役割は“9”、休職期間は“9”とする)

婚姻上の役割

ゆるぎない関係は、少なくとも6ヶ月同居している場合とする。関係が始まったばかりであったり、2ヶ月程度の同居であるならば、婚姻関係にあるとはみなさない。

評価できないときやマニュアルに定義されているときは“9”を使う。

ゆるぎない関係にあれば同性愛者同士も婚姻関係にあると評価する — 同性愛者も形式上特別な扱いはしない。

社会適応尺度 - II 面接用 記入用紙

部門Ⅰ - 仕事

- 1. 仕事上の役割
- 2. 休職期間
- 3. 役割遂行
- 4. 成就感
- 5. 摩擦
- 6. 苦痛
- 7. 好み
- 8. 興味
- 9. 収入源
- 10. 経済状態

部門Ⅱ - 世帯

- A. 主要な世帯員
- 11. 主要な世帯員
- 12. 摩擦
- 13. 適応
- 14. コミュニケ
- 15. 自立
- 16. 感情表現 (愛情)
- B. 性的適応 (夫婦間)
- 17. 避妊
- 18. 興味

- 19. 問題
- 20. 頻度
- C. 親
- 21. ふれあい
- 22. 摩擦
- 23. コミュニケ
- 24. 感情表現
- D. 世帯員についての関心
- 25. 心配事
- 26. 自責感
- 27. 不当な待遇

部門Ⅲ - 親族

- 28. 摩擦
- 29. 自立
- 30. 心配事
- 31. 自責感
- 32. 不当な待遇

C. 对人的接触

- 38. 頻度
- 39. コミュニケ
- 40. 摩擦
- 41. 感受性
- D. 恋愛関係

47. 頻度

48. 避妊

部門Ⅴ - 個人的福祉状態

- 49. 健康状態
- 50. 外見や身なり
- 51. 孤独感
- 52. 自己評価

部門Ⅳ - 社交 / 余暇

- A. 活動
- 33. 余暇活動
- B. 社会的接触
- 34. 頻度
- 35. 活動の程度
- 36. 妨害
- 37. 社会的安心感

相互作用

- 42. 接触した回数
- 43. 興味
- 44. 問題
- E. 性的適応 (夫婦関係以外)
- 45. 興味
- 46. 問題

総合評価

部門Ⅰ - 仕事

部門Ⅱ - 世帯

部門Ⅲ - 親族

部門Ⅳ - 社交 / 余暇

一般的適応状態

被検者氏名 _____

面接場所 _____

評定者氏名 _____

面接年月日 _____

(同席法) 面接者 観察者

老人デイ・ケアの運営に関する研究

齋藤和子¹⁾・丹野きみ子²⁾
越智浩二郎³⁾・小草優子⁴⁾
小林恭子⁵⁾・和泉幸子⁶⁾
堀田香織⁷⁾・大塚俊男⁸⁾
北村俊則⁹⁾・丸山晋¹⁰⁾

- 1), 8), 9) 老人精神保健部
2), 10) 社会復帰・相談部
3) 成人精神保健部
4) 老人精神保健部研究生
5), 6), 7) 研究協力者

Research on Activities of Day Care Center for the Elderly People

Summary

In Japan, Day Care Centers for the aged were authorized by the Law for the Health of the Aged which was enacted in 1983. It was accepted that costs should be paid by all Health Insurance Plans.

Our Day Care Center at the National Institute of Mental Health was created in October 1984 as a model day care center with the aim of developing effective programs. The total number of participants in the program through the end of 1986 was 44. All participants were 60 years old and over.

The categories of the subjects were persons with any of the following problems: 1. mental disorders arising in the senium including dementia senile onset; 2. mental disorders in remission; 3. social or family adjustment difficulties.

The Center is open twice a week from 10 a. m. to 3 p. m..

As the results of the activities of the Center, we made the following three discoveries;

1. Two thirds of the participants were suffered from senile dementia. Because the major aim of the Law for the Health of the Aged was to provide facilities for persons with senile dementia, this figure is lower than we anticipated.

2. The majority of the remaining one third of the participants suffered from depressive symptoms. The program is beneficial for these depressive participants.

3. These depressive participants actively sought out the program. Because of our original focus on senile dementia, we had anticipated that most participants would be referred by the bureaux concerned with the health and welfare of the community, by clinical doctors with whom they were in treatment, or by their families. But many depressive participants turned out to be self referrals. These participants had been aware of their own mental and physical deterioration caused by age

and feared that they would deteriorate more unless they would do something actively. They wished to learn the methods of avoiding more deterioration. Their participation rates are very high and the program is very effective for them.

はじめに

精神障害者を対象としたデイ・ケアは昭和40年代に都道府県の精神衛生センター等で実施されはじめたが、ようやく昭和49年に健康保険の診療報酬に「精神科デイ・ケア科」が新設され、外来通院医療の一形態として位置づけられるようになった。

この「精神科デイ・ケア」が老人を排除するものではないが、その後在宅の痴呆老人対策が介護にあたる家族への援助も含めて重要な課題となるに及んで、昭和58年老人保健法が制定され、その中で痴呆等老年期精神障害をもつ老人を対象とした「老人デイ・ケア」料が診療報酬に認められることとなった。また両デイ・ケアともに、設置標準にある従事者のうち看護婦士は、当研究所の研修を終了した者を有資格者として当てることになっている。

当初開設は精神科を標榜する医療機関のみに認められたが、59年の改正により神経科もしくは神経内科を標榜する医療機関にも認められるようになった。開設可能な医療機関が増えたわけであり、毎年研修終了者も多数送り出しているが開設数はまだわづかで、昭和60年7月現在で全国で10ヶ所にすぎない。

在宅の精神障害老人対策としては同じく58年に保健所において、老人やその家族及び一般住民等に対する老年痴呆疾患等に関する相談指導つまり「老人精神衛生相談」が実施されることとなった。そしてこのような相談事業は単に老人の医療や介護にとどまらず、その処遇、経済問題、ときには家族指導にもわたるところから、地域の保健・医療機関及び社会福祉関係機関による連絡協議会を開催するよう指示している。

ところで在宅の障害老人対策は福祉領域の方が先行しており、すでに昭和54年から「デイ・

サービス」が実施されている。東京都においては国より早く51年に「ケア・センター」が開設されており、58年にはデイ・サービスと別に「デイ・ホーム」も都単独事業として実施されることになった。しかしこれらは虚弱老人あるいはいわゆるねたきり老人を対象としたものであり、主たる事業内容も身体的機能回復訓練、入浴サービス、食事サービス等であり、痴呆等の精神障害をもつ老人は敬遠されがちである。国はようやく痴呆のある老人も積極的に受け入れるよう指導をはじめたところである。

このような状況のもとで我々は老人デイ・ケアの運営及び活動のあり方、及び効果等を研究目的として昭和59年10月に活動を開始した。昭和61年12月末現在で44名が通所した。以下に具体的活動内容及び対象者につき分析し、検討を加える。

I 活動内容

(1) 対象者

対象者は原則として60歳以上の者で、イ痴呆等老年期精神障害の者、ロ従前からの精神障害者で寛解状態の者、ハその他精神衛生上の問題のため家庭内適応困難な者とする。いづれも障害の程度は外来通院可能の程度とし、各自において通所可能な者である。

通所にあたっては、主治医からの診断書を提出させている。その際デイ・ケアの実施要領を参考として主治医に示し、特に体操・散歩等にあたって注意すべき事項を記入してもらうよう指示している。

(2) 開設日時

開設日は週2日、月曜日と水曜日である。時間は午前10時から午後3時までである。

(3) プログラム

具体的なプログラムは表1の通りである。

表1. プログラム

時 間	内 容
午 前	
10:00—10:30	お茶, 話し合い
10:30—11:30	体操, 散歩, ゲートボール, 卓球
11:30—12:00	音楽, 寸劇, ゲーム, 健康講話
12:00—13:00	昼食
午 後	
13:00—14:30	
1, 3 月曜日	リハビリ舞蹈, 謡曲
2, 4 月曜日	和紙細工
1, 3 水曜日	染色
2 水曜日	パンフラワー
4 水曜日	健康講和
14:30—15:00	お茶, 話し合い
他に作文, 俳句, 新聞, 読書, 習字, 絵画, 囲碁, 将棋	

プログラム構成の大きな目安は一日の開始と終了に30分づつお茶と話し合いの時間を設けたこと、及び午前中は体を動かす事柄を、午後は手芸や講話など文化・趣味的な事柄を行うということである。

体操は反動を使うものやテンポの速いものは避け、ゆっくり筋肉を伸ばすようなストレッチ体操といわれるものを行う。また天候さえよければできるだけ散歩に出るようにしている。一般に老人は外出することが少なくなる。まして障害があるようになるとそれが身体的なものでなくても外出は困難となり、家族がついて散歩することも大方の例でほとんどなされていない。散歩は単に身体的機能低下防止のためだけでなく、外界の刺激を受ける機会でもあるので努めて出るようにしている。

手芸など文化・趣味的プログラムでは市社会福祉協議会からボランティアの指導者を派遣してもらっている。

ここでボランティアの役割は単に技術を教えることではない。老人にとっては共に作業をして一つの物をつくっていく喜びと同時に、指導者と親しい和やかな人間的交流をもつことが意味のあることなのである。したがってボランテ

ィアには一定の時間内に、上手に完成させることに走らぬよう、のろく稚拙でも老人のペースに合せ、老人とよく話をしてくれるよう指導している。

また必要に応じて適宜個人面接、家族指導を行っている。

II 結 果

昭和59年10月から61年12月まで2年余りの間に通所した者の総数は44名であった。その詳細は以下の通りである。

表2. 対象者性別・年齢

歳	男	女	計
55 ~ 59	1	1	2
60 ~ 64	4	1	5
65 ~ 69	2	3	5
70 ~ 74	6	8	14
75 ~ 79	3	7	10
80 ~ 84	2	3	5
85 ~ 89	1	2	3
計	19	25	44
平均年齢	71.3	73.9	72.7

(1) 性別, 年齢構成

性別及び年齢構成は表2の通りであった。男子19名、女子25名で、男子43%、女子57%となり女子の方が多いが、ほぼ65歳以上人口における男女比を反映した値となっている。

(2) 居住地

通所者の居住地別は表3の通りである。市川市内が22名で全体の50%を占める。その他東葛地区が10名で東葛地区は75%となる。東京都区部から6名、遠く神奈川県茅ヶ崎市から1名が通所した。研究所の所在する市川市内から半数、周辺地区を含めると75%を占めるということは、このような施設は本来地域にあるべきことを示唆するものといえよう。

表3. 居住地

	男	女	計
市川市	5	17	22
松戸市	2	1	3
柏市	1	0	1
船橋市	1	3	4
習志野市	2	0	2
千葉市	3	0	3
他千葉県	1	1	2
都区部	3	3	6
茅ヶ崎市	1	0	1

(3) 来所経路

何によってデイ・ケアの存在を知ったか、あるいはどこから紹介されたかなどの来所経路は表4の通りである。最も多かったものは一般新聞の報道を見てというもので13名、約30%である。以下知人の紹介5名、市川市広報4名、NHKテレビの紹介番組を見て、老人をかかえる家族の会から、地域社会福祉協議会、民生委員各2名、保健所、市役所、市中銀行に貼り出した手製のポスターを見て及び直接研究所へ相談に来たものが各1名であった。

デイ・ケア開始にあたって、地元医師会をはじめ市内の病院等医療機関へは開始の知らせとともに適当な対象者の紹介も依頼したのであるが、医療機関からの紹介が1例もないということは意外であった。

表4. 経路

	男	女	計
新聞	9	14	13
知人紹介	2	3	5
広報	0	4	4
テレビ	1	1	2
家族会	1	1	2
社協	2	0	2
民生委員	2	0	2
保健所	1	0	1
市役所	1	0	1
ポスター	0	1	1
直接	0	1	1

(4) 世帯構造

通所者の世帯構造別は表5の通りである。単独世帯は5で11%、夫婦のみの世帯5、11%夫

婦と未婚の子のみの世帯6、14%、三世帯世帯23、52%、四世帯世帯2、その他3で4世帯の合せたその他は5、11%となる。

昭和60年の厚生行政基礎調査では65歳以上の者のいる世帯の構成割合は単独世帯12.0%、夫婦のみの世帯19.1%、夫婦と未婚の子のみの世帯108、三世帯世帯45.9%、その他の世帯12.2%であるから、この対象者では夫婦のみの世帯が少なく夫婦と未婚の子のみの世帯及び三世帯世帯が多いことになる。

性別による差も注目される。単独世帯からは全て女子であり夫婦のみの世帯からは全て男子である。

子や孫との同居者が多くなったことは送迎の問題及び通所にあたっての介助者の問題と関連するものと思われる。新聞やテレビで事業が紹介された後は電話による照会が多くあったが、遠方のためとともに通所の介助者が得られないために通所不可能な者がかなりあった。この中には単独世帯や夫婦のみの世帯の者も当然含まれていた。結局は単独で通所できる者、介助者のある者あるいは送迎する者のある者が通所するということになりこのような結果になったものと思われる。

表5. 世帯構造

	単独	夫婦のみ	夫婦と未婚の子	三世帯	四世帯	その他
男	0	5	3	9	0	*2
女	5	0	3	11	2	**1
計	5	5	6	23	2	3

* 弟父子と；夫婦と養母，** 妹と二人

(5) 通所方法

通所方法別は表6の通りである。電車、バス等を利用する者が合せて25名、57%と最も多く次いで自家用車7、タクシー4、徒歩7、車椅子1となっている。

通所方法は次の通所介助者とともに後の転帰における中断か継続通所かに影響を与えている。

表6. 通所方法

	電車バス	バス	自家用車	タクシー	徒歩	車椅子
男	11	1	3	2	2	0
女	10	3	4	2	5	1
計	21	4	7	4	7	1

(6) 通所介助者

通所に際しての介助者の別は表7の通りである。1人で通所者は13名、配偶者16名、娘・嫁・息子・孫等13名、その他2名である。男女で差があり女子では配偶者は少なく1人だが40%、娘・嫁等が48%、男子では配偶者が多く約70%となっている。

表7. 通所介助者

	1人で	配偶者	娘・息子 嫁・孫	その他
男	3	13	1	*2
女	10	3	12	0
計	13	16	13	2

*家政婦；妹

(7) 診断別

通所者の診断別は表8の通りである。老年期痴呆が28名、パーキンソン病3名で合せて老年期痴呆性疾患は31名、70.5%となる。次いで老人性うつ病2を含む抑うつ状態7、神経症2、問題なし2、アルコール性痴呆1、その他1となっている。これらは合せて13名、29.5%となる。つまり老年期痴呆性疾患7割、抑うつを主とするそれ以外が3割ということになる。

表8. 診断例

診 断 名	男	女	計
老年期痴呆	13	15	28
パーキンソン病	1	2	3
アルコール性痴呆	1	0	1
抑うつ状態	3	1	7
神経症	1	1	2
その他	0	1	1
問題なし	0	2	2

これら13例の概要を一覧にすると表9のようになる。この中では対象者自らが申し込んで来ている者が7名とほぼ半数あり、また中断者はわづか1名にすぎず注目される。

表9. 痴呆以外の事例

		性別	年齢	世帯構造	申込	診 断	医 療	転 帰
1.	T. H	男	63	その他	姉	アルコール性痴呆	精神科	入院
2.	S. T	男	65	夫婦と子	自ら	リューマチ、抑うつ	内科	継続
3.	S. Y	男	57	夫婦	妻	抑うつ状態	精神科	継続
4.	K. H	男	71	三世代	息子	不安神経症	精神科	中断
5.	T. H	男	75	夫婦と子	自ら	操うつ状態	神経科	入院後死亡
6.	T. H	女	75	三世代	自ら	気管支ぜん息、抑うつ	内科	継続
7.	Y. T	女	79	単独	自ら	狭心症、抑うつ	内科	継続
8.	M. K	女	72	三世代	嫁	抑うつ神経症	精神科	有料特養
9.	A. K	女	71	夫婦と子	夫	老人性うつ病	精神科	精神科外来
10.	I. Y	女	59	単独	自ら	老人性うつ病	精神科	社会復帰
11.	K. T	女	61	その他	妹	脳動脈硬化症	精神科	継続
12.	H. A	女	70	単独	自ら	問題なし	各科	継続
13.	N. Y	女	88	四世代	自ら	問題なし	なし	帰郷

(8)

通所者全員のこれまでの転帰は表10の通りである。老人科入院5名、精神科入院2名、有料特別養護を含む老人ホーム入所6名、精神科通院、自治体実施のデイ・サービス通所、就業による社会復帰、死亡が各々1名、中断14名であ

り、現在継続通所中は13名である。

死亡は入院後死亡1、中断後死亡1を合すると3名となる。

表10. 転 帰

	男	女	計
老人科入院	*3	2	5
精神科入院	2	0	2
老人ホーム入所	1	5	6
精神科通院	0	1	1
地域老人デイケア	1	0	1
社会復帰	0	1	1
死 亡	0	1	1
中 断	*8	6	14
通 所 中	4	9	13

*後各々1人死亡

中断者14名は全体の32%にあたる。中断の理由は主として本人の意欲の減退によるもの8名、介助車の意欲もしくは都合によるもの5、帰郷したもの1となっている。本人の意欲の減退によるものの中には介助者の家政婦が代ったために意欲を失い、中断後家の中だけの生活となり半年後に死亡したものや不安神経症のため外出を不安がり中断となったものも含まれている。介助者の意欲の減退の中には、電車の中での対象者の無頓着な言動を介助者が恥づかしがり中断した者などがある。

III 効 果

通所した老人および家族への効果あるいは役割はどのようなことであろうか。全体的には第1に老人の生活に目標ができたということである。次は何日に行くのだということ自体が目標となる。慢然と日を過すのではなく内容のある時間の周期をもつことになる。次に他の人と話ができ、一緒に何かすることができるようになる。場所が自分にはあるということは心に安らぎを与えることになる。お茶の時間や折に触れての職員やボランティアとおしゃべりが楽しいということはそれをよく表わしている。このことは一昔前であれば茶の間や台所で、あるいは庭先や道端、近所の家でやっていた家族の団らん、四方山話、井戸端会議的なものがはたしていた役割をデイ・ケアに求めていると見てよいであろう。第3は人間関係が豊かになるということである。職員、プログラム指導者、介護のため

のボランティアはもとより仲間の老人やその家族達との交流は連帯感をもたせ、孤独感や厭世気分を軽減させる。その結果共感性、協調性も強まり、物事への興味や関心も復活する。第4は通所すること及びプログラムに参加することで自信喪失感、敗北感が修正され、自信を取り戻すようになる。特にうつ状態の者では自己を客観的に見つめるようになり、自分の人生もそれなりに価値があったのだと評価するようになる。そうなることと老化に対しても冷静に対応できるようになり真の生きがいを認識するようになる。また家族など周囲の状況も見えてきて状況それ自体は変わらなくても老人の認識に変化が起り精神の自立に近づくことができる。第5は家族の理解を深めることができることである。生き生きとした表情を見、明るい張りのある歌声を聞き、もはやあきらめていた残存能力を発見し、深くも考えなかった言動に何らかの意味や動機のあることがわかってくと老人の存在はにわかに身近かなものとなり、労わりやさしさも生れ障害への理解も深まる。

IV 考 察

活動を開始して丸2年が経過し、以上のような状況であるが当初予測したことと異なることも生じてきた。これらも含めて以下に問題点を考察する。

(1) 対象者の把握

研究所は医療機関ではないためにいわば手持の対象者というものがない。そこで公募することになる。その際、このような活動は本来地域にあることが望ましいということと通所できる範囲は研究所の周辺に限られるであろうという予想から市川市の関連部局、保健所、市医師会、市民生委員協議会等に対象者の紹介依頼を行ったが結果はすでにのべた通りはかばかしくなかった。そのうち一般日刊紙が、次いで市の広報が取り上げ、一挙に電話による照会、見学が殺倒した。それも東京はもとより他県からも寄せられた。そして新聞だけでほぼ30%、広報、テ

レビ、ポスターを合せると45%となりマス・メディアの威力を知らされる結果となった。

と同時に何故医療機関からの紹介が少ないのか、まづ老年期痴呆では医者にかかっている者が、かかっている市川市外であればデイ・ケアの存在は知らないであろう。また内科系の近医が主治医のことが多いが一般的にどれだけデイ・ケアに関する知識が普及しているか、また精神科も含めてであるが自分の患者との関連でどれだけ身近かなものと認識しているか疑問である。

またデイ・ケアをいわゆるほけの保育所であるというような認識をもっていると痴呆以外の事例のようなものは紹介しないであろう。

いづれにしても、その効果も含めてデイ・ケアに関する情報の一層懇切な広報活動が実施主体側としても常に必要であると認識された。

(2) 対象者

現実には通所者の3分の1は痴呆以外の者である。老人性うつ病、神経症、慢性の身体疾患に伴う抑うつ状態、また病的とは言えない記憶力の減退を自覚し進行をくい止めるべく指導を受けたいという者である。これらは自ら受診しなければ精神科の対象とはならない。そして放置しておけば意欲の減退のまま活動性は低下し、人間関係は疎遠となり精神機態低下に拍車がかかるであろう。

今日とかく痴呆老人対策が前景に出てくるが、このような種類の障害老人対策も重要な課題であると思われる。

(3) プログラム

プログラムの中で老人に好まれるのは歌とお茶を飲みながらの雑談である。趣味的プログラムでは老人達の希望をいれたいと思い意見を求めるのであるが、ほとんど出てこない。大方の意向として出てくることはむしろあまりあれこれ時間割を組まなくてよいということである。ここへ来てゆっくりお茶をのみ、皆と話をすることで楽しいのだというのである。

V 結 論

以上のことから結論として以下の3つに要約できる。

1. 老人デイ・ケアの必要性は抑うつ状態の者など痴呆以外の障害の者にも高いこと。

2. 抑うつ状態の者や軽度の精神機能低下の者では自ら申し込んでくる者のあること。これらの者は放置すれば状態が悪化することも予想され、予防のための活動としてデイ・ケアの効果が期待されること。

3. 老人デイ・ケアは徒歩で通える範囲であることが中断者防止のためにも望ましいこと。また送迎の実施が望まれ、その効率のためにも居住地域内にあることが肝要である。

4. その場合、地域医療機関への啓蒙、対象者の個々の主治医との連絡協力体制の組織化が必要である。

参考資料

1. 老人福祉法
2. 精神衛生法
3. 精神科デイ・ケアのすすめ；岡上和雄他，牧野出版 昭和59年

中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景

宗像恒次
社会精神保健部
椎谷淳二
精神保健研修室

Burnout of Junior High School Teachers
and their Psycho-Social Environment

Tsunetsugu MUNAKATA, Ph. D.
and Junji SHIYA, M. A.

Summary

This paper attempts to examine the burnout syndrome and neurotic & depressive symptoms of teachers (N=204) in a junior high school of a Tokyo suburban city. It also explores the etiological relations between stressors, personal coping resources, and their mental health conditions. The main results of our survey are the following: First, the incidence rate of high burnout in the teachers is significantly more than is found in nationwide samples of medical doctors & nurses in large-size hospitals. Second, we find no significant difference in the estimated incidence rate of the neurosis & depression between the teachers and the general population of Tokyo or the nurses. The estimated rate of neurosis & depression of the teachers is higher than the incidence rate of the medical doctors. Third, the teacher groups with high burnout state are mainly divided into the following groups: (1) the teacher group with heavy responsibilities, such as guidance counselors charged with students' entrance to senior high school and classroom teachers with more than two delinquent and/or school refusal cases. (2) the group of inexperienced teachers with light responsibility such as an adviser of a non-sport club or a non-chief in students' health & security. In the latter group, we find the high incidence rate of neurosis & depression in related to not being in charge of a classroom or not wanting to be. Fourth, the junior high school teachers with high burnout state experience many daily hassles, a social environment leading to reduced work morale, a weakened emotional support network and much experienced helplessness. Fifth, the background that has a significant influence on the teachers' daily hassles and low work morale are such factors as: worse interrelationships with pupils, their parents, superiors & colleagues, nervous behavior patterns, and negative problem-solving skills.

Key words: *Teacher, Burnout, Neurosis, Stressful Life Events, Daily Hassles, Coping Behavior, Emotional Support Network, Nervous Behavior Pattern*

抄 録

本稿の目的は、中学校教師の燃えつき状態及び神経症・抑うつ症状を測定し、他の専門職の場合と比較するとともに、それらに関連する心理社会的背景を数量的に検討することにある。重要な結果として、次の五つの事柄が明らかになった。

まず第一に、本調査対象として、東京近郊市部の中学校の教師 (N=204) の協力を得て、燃えつき状態を測定した結果、全国の大規模病院の医師 (N=334) や看護師 (N=164) に比べて、高い燃えつき状態の割合が有意に多いものであった。第二に、神経症群の割合については、看護師と比べると差はないものの、医師に比べると、有意に多いものである。第三に、高い燃えつき状態にある層は、大きく二つに分かれる。ひとつは、進学指導主任、非行傾向児 (長欠を含む) を二人以上もつ担任などといった、責任の重い教師層であり、もう一つは、二年未満と教室経験が浅く、健康安全指導 (非主任) の担当、文化系クラブに関わっているなど、責任負担のあまりない役割を担当している教師層である。後者の中でも、クラスを担当していないとか、或るいは希望していないと答える者には、神経症群の高い割合が推定できた。第四に、燃えつき状態に陥っている中学教師は、多くの日常の苛立事をかかえ、仕事の志気を低下させるような社会環境や行動特性がみられ、加えて情緒的に支援してくれる人が少なく、無力体験を多く持っている。第五に、日常の苛立事や仕事の志気の低下の背景には、生徒やその親、上司や同僚教師との人間関係の悪化がみられ、またいらいらしやすい神経質な行動特性がみられ、加えて問題解決的な行動様式に消極的である傾向がみられる。

1. 本調査研究の目的と方法

1) 目的

本稿の目的は、中学校教師の燃えつき状態を

中心とした精神健康状態について、領域は異なるが同じ専門職 (準専門職も含める) である医師、看護師の場合と比較するとともに、その精神健康状態に関連するさまざまな心理社会的背景の影響について数量的に推定し、分析することにある。

昭和60年度文部省分限処分調査によれば、躁うつ病、神経症などの精神疾患で休職した教師は、病気による休職者全体 (3,468人) の3割近くを占めており、これまでの最高比率となっている。病気による休職者全体の数は最近減少してきているが、精神疾患による休職者はその中で昭和57年23%、59年26%、60年28%と次第に増加してきている。このような教師の精神疾患の増加に関連して注目されるのが、燃えつき現象である。1970年代半ば、米国では、教師、医師、看護師、ソーシャル・ワーカーなどの対人サービスを担う専門職の燃えつき現象が盛んに問題にされ始めた。Freudenberger を嚆矢として、Maslosh, Pines, Aronson, Richelson などが、「仕事上の諸条件から生じる身体的、情緒的消耗状態」を「燃えつき」という言葉で記述し、研究し始めた。彼らによれば、燃えつきとは、自らの理想を求めて悩みながら努力してきたが、その結果は不満足感、疲労感、失敗感だけをもつに至った状態といえる。このような状態になると、強い自己嫌悪や無力感に落ち入り、人への思いやりを喪失し、仕事への意欲を失ってしまう。そのため、生徒や患者などへのかかわりは気持の交流を失い、機械的で表面的なものとなり、生徒の学習意欲や患者の闘病意欲を阻害し、さまざまなミスや事故をも伴いやすくなる。また、従事者自身、身体的不健康になったり、精神疾患、アルコール・薬物依存、離婚、自殺、非行などの主要な背景になるといわれる。

もちろん、燃えつきるほどの意欲もない人は、このような状態には陥らないので、燃えつき状態になる人は、元来精神的問題をもちやすい人というよりも、むしろ理想に燃えた教師や医

師などである。それだけに、燃えつき現象の予防策を講じることは緊要なことであり、その背景を解明する社会的意義は大きいと考える。

2) 方法と対象

昭和59年度文部省科学研究「治療者及び看護者の精神衛生に関する研究」で用いた調査票を土台に、現職中学校教諭への面接による情報収集等を経て、新たに「教員の精神健康管理に関する調査」と題する調査票を作成した。

調査対象は、千葉県市川市内の市立中学校(養護中学校1校を含む)16校のうち、地域特性、創設年、規模を考慮して抽出した8校に勤務している教員(校長、教頭、養護教諭を含む)の全員309名を対象とした。市川市は東京都に隣接する面積56.4km²、総人口40万8000余名の大都市近郊市街地であるが、市内でも地域によって開発の歴史や産業構造に著しい差異がある。大きく分ければ、市北部は古くからの住宅地及び農村地域、市中央部は街道や鉄道に沿った商業地域と住宅街、市南部は新しく開発の進んだ商工業地域と新興住宅街として特徴づけられる。従って、市立中学校についても、それぞれの学校の地域特性、創設年、生徒数に大きな差がみられ、抽出にあたっては、それらが偏らないように特に配慮をした。

調査は、市川市教育委員会を通じて対象8校の了解を得た後、昭和60年12月～61年1月にかけて、調査票を配布し、回答者本人が郵便で直接返送する方法による無記名自記式調査で実施した。得られたサンプル数は204名、有効回収率66.0%であった。

3) 調査対象者の一般属性と社会的背景における特徴

① 性別、満年齢、最終学歴

性別に関しては、表1のとおり、男性(52.9%)が女性(45.6%)を上まわっているが、千葉県内の中学校教員全体と比較しても($P < 0.01$)、全国の中学校教員全体と比較しても($P <$

0.0001)、男性が少なく女性が多い傾向が有意にみられる。満年齢については、20～29歳(43.6%)、30～39歳(38.2%)と、40歳未満の若い教員層が8割以上を占めている。20～29歳の比率では、千葉県($P < 0.02$)や全国($P < 0.0001$)と比較して有意に高く、30～39歳の比率でも、千葉県との差はないものの全国と比較して有意($P < 0.0001$)に高い。最終学歴別では、大学(旧制師範等を含む)卒が92.2%を占めており、千葉県との間に有意な差はないが、全国と比較すると有意($P < 0.0001$)に大学卒の比率が高く、短大卒の比率が低いのが特徴である。

これら性別、満年齢、最終学歴についての特徴は、調査地が近年急速に人口が増加し学校数も増え続けている大都市圏の新興市街地域であることを反映している。ちなみに、千葉県船橋地区(市川市を含む隣接5市)における中学校生徒数は過去10年間のうちに、ほぼ2倍に増加している。首都圏内にある千葉県自体が全国と比較して上記の諸特徴を色濃く表わしている中で、調査対象地の市川市では、それらの諸特徴がさらに強く現われているといえよう。従って、以下本研究で得られた結果は、全国の中学校教員全体の平均像ではなく、都市部における中学校教員に限定してとらえておく必要がある。

② 配偶関係、夫婦共働き、家庭での育児

調査対象が若い層に多いことも反映して、既婚者(53.4%)に比べて未婚者の割合が44.1%と比較的多くなっている。夫婦共働きをしている者は、全体の42.6%あり、既婚者の80.0%は夫婦共働きをしている。また、家庭に学齢前の乳幼児が1人いる者は全体の12.7%(既婚者の23.8%)、2人以上いる者は全体の13.2%(既婚者の24.7%)いる。

③ 教員経験年数、職位、学級担任

教員としての通算経験年数は、5年以下の者の割合が38.2%と多くなっている。経験20年未満の者の割合(86.3%)をみると、千葉県とは有意な差はないが、全国と比較すると有意($P < 0.0001$)に多い。これは調査対象が全国

の比率と比べて年齢が若い層に偏っているためと考えられる。職位に関しては、教諭が88.7%ともっとも多く、学校長、教頭、養護教諭が各2.9%で、千葉県や全国の比率と比べて大きな差はみられない。なお、職位のその他とは、講師や助教諭等をさす。学級担任に関しては、特殊学級の担任が千葉県や全国と比べて有意 ($P < 0.02$) に多いほかは差はみられない。

4) 尺度の構成と信頼性

本研究に用いられた各尺度の主な内容は、以下のとおりである。

〈ストレス性の高い生活出来事尺度〉

過去3ヶ月間に、「借金をかかえた、配置転換があった、親しい人の死亡、離婚した、勤務内容の変化、家族が大病や大ケガをした、引越した」など、ストレス性の高い生活出来事があったかどうかを問う32項目について、対象者が「はい」と答え、その出来事を「つらかった」と感じた場合をそれぞれ1点として加算して尺度化した。

〈日常苛立事尺度〉

「自分の将来について、生徒とのかかわり、乗り越えなければならない課題、家庭でも仕事でも責任が重いこと、学校の同僚とうまくいかないこと、多すぎる仕事の量」などの日常のイライラする事柄 (Daily Hassles) を問う18項目について、対象者が「大いにそうである」と答えた場合をそれぞれ1点として、加算して尺度化した。

〈仕事の志気の低下尺度〉

「現在の仕事にやりがいを感じていますか」「最近、仕事のことを考えると何となくわずらわしい気分にとらわれるようなことがありますか」、「自分の行った教育・指導の効果について疑問もしくは無力感をもったようなことがありますか」など、仕事や職場でのやりがいのなさ、不満足感、負担感、惰性など仕事の志気の低下についての問い10項目に「大いにそうである、まあそうである」と答えた場合を1点とし、加

算して尺度化した。

〈生徒に対する否定的なイメージ尺度〉

「あなたの指導に生徒が従わない」、「思うように生徒があなたについてきてくれない」など、日頃教えている生徒たちについて否定的なイメージをもつかという6項目の問いについて、「大いにある、まあある」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。これは、教師と生徒との人間関係を測定しようとしたものである。

〈日頃の仕事へのまわりからの支持尺度〉

「あなたの日頃の仕事は、生徒の親から支持されていると思いますか」、「あなたの日頃の仕事は同僚教諭から支持されていると思いますか」など、対象者が職場や地域の関係者から日頃の仕事が支持されていると思うかを問う6項目に「支持されている」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

〈情緒的支援者保有尺度〉

「会うと心が落ちつき安心できる人」、「お互いの考えや将来のことなどを話しあうことのできる人」、「あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人」など、情緒的に支援してくれる人が、対象者のまわりにいるかどうかを問う10項目について、「いる」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。

〈仕事上での不快な人間関係尺度〉

職場や地域でのまわりの人々 (生徒、同僚、地域の人など) との関係でいらだつことや不快な思いをしたことがあるかどうかを問う5項目について、「大いにある」と答えた場合をそれぞれ1点とし、加算して尺度化した。

〈タイプA行動特性尺度〉

「自分の話したいことをいそいで話そうとしたり、話したくなると一気にしゃべらずにはおれない方ですか」、「あなたは一度に2つのことをやろうとする方ですか」、「自分なら速くできる仕事を、他の人がのろのろやっているのを見るとイラだつ方ですか」など、狭心症や心筋梗塞をつくることで有名なタイプA行動特性をもつかどうかを問う7項目について「いつもそう

である、だいたいそうである」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。FriedmanやRosenmanによってつくられ、邦訳されたものを用いた。

〈無力体験尺度〉

「これまであなたが直面した問題はそれなりに解決できたと思うことはめったにない」、「これまで、不愉快な出来事があったとき、それに対して何の対応もできなかったという経験がある」という、これまでの無力体験の有無を問う2項目について、それぞれ「めったにない」とか「よくある」と答えた場合を1点とし、加算して尺度化した。

〈神経質型行動特性尺度〉

「自分の所有する金や物は、ささいなことでも気になる」、「他の人にもモラルを守ってほしいと期待する方である」、「その日の予定がくるうとイラだつ」など、神経質、潔癖性などに関する問い7項目について、「いつもそうである」と答えた場合を1点として、加算して尺度化したものである。CammmerのUptight Scaleを邦訳し、部分的に利用したものである。

〈燃えつき状態尺度〉

仕事上の諸条件から生じる身体的、情緒的、精神的消耗状態を意味する燃えつき(burnout)を測定するため、世界5ヶ国以上で用いられてきているA. M. Pinesのthe Burn Out Measureの邦訳で、また、日本人に適するよう修正された20項目尺度を用いた。「疲労困憊、神経がすりへった感じ、ぬげがらになった感じ、絶望感、憂うつ、相手にされない感じ、精魂つきる、うんざりする、生活が荒れる、人間に対してあいそがつかせて無性に腹がたつ、自分は駄目な人間」などの項目に、「しばしばある、たいていある、いつもある」と答えた場合を1点とし、「ときどきある、まれにある、ごくまれにある、まったくない」を0点として加算して尺度化した。5点以上を高い燃えつき状態とし、2～4点を中、1点以下を低い燃えつき状態とした。

〈精神健康度尺度〉

英国のGoldbergによって開発されたGeneral Health Questionnaireを中川泰彬らが邦訳し、その妥当性や信頼性が検討されている。この尺度は精神健康度の有効な測定尺度であり、より健康な状態から、不安、睡眠障害、心気的傾向、抑うつ傾向や自律神経系の反映する項目など、広汎な特性を表す内容からなっている。とりわけ、この尺度によって神経症(不安神経症、恐怖症、強迫神経症、心気症、ヒステリー、抑うつ神経症、人格障害など)と抑うつ症の症状がよく測定できる。ところで、何点以上を神経症、抑うつ症圏にするかについては議論のあるところではあるが、ここでは7/8をカットオフポイントとしている。外来患者(N=30)を対象にした宗像恒次らの調査では、神経症圏についてのこの尺度によるカットオフポイントと精神科医の診断とのパーセント一致率は83.8%で、Kappaは0.62であり、また、抑うつ症の場合、パーセント一致率は86.2%でKappaは0.72である。

これらの尺度の主成分分析及び信頼性係数の結果は表6に要約されている。

2. 分析と考察

1) 高い燃えつき状態および神経症群と、地域、属性、職務上の背景との関連

① 発生頻度

高い燃えつき状態にあると思われる群の比率は、表2にあるように、サンプルの中学校教員全体の41.2%(N=204)になる。この比率は、精神科医を除く大きな病院の医師(全国)の16.0%、看護婦(士)(全国)の31.7%に比べても有意(一般医師 $P < 0.0001$, 看護婦(士) $P < 0.05$)に高い割合であり、中学校教員の燃えつき問題の大きさを示している。

また、神経症・抑うつ症圏にあると推定される神経症群の比率は、中学校教員全体の32.8%(N=204)になる。こちらは、都市一般人口の28.8%、看護婦(士)の36.6%と比べると差はないが、医師の16.0%と比べると有意($P <$

0.0001)に高い。

② 地域

調査対象の8校を、地域特性に応じて、市の北部、中央部、南部の3群に分けてみると、表3のとおり、高い燃えつき状態の発生頻度は、有意ではないが南部(46.2%)に高く、中央部(33.3%)に低い傾向がある。一方、神経症群については、有意ではないが、逆に南部(30.8%)より中央部(35.1%)がやや高い傾向がある。

③ 創立年

対象8校を、昭和20年代創立、昭和30・40年代創立、昭和50・60年代創立の3群に分けてみると、高い燃えつき状態の発生頻度は、新設の昭和50・60年代創立群(50.0%)が昭和30・40年代創立群(37.3%)と比べて、有意ではないがやや高くなっている。一方、神経症群については、逆に、昭和50・60年代創立群(25.0%)が昭和30・40年代創立群(35.1%)に比べてやや低いが、これも有意ではない。

④ 全校生徒数

対象8校を全校生徒数の規模に応じて、800名以下、801~1200名、1201~1600名、1601名以上の4群に分けてみたが、高い燃えつき状態、神経症群ともに、有意な差は認められなかった。

学校のもつ属性別の結果(②, ③, ④)をまとめれば、新興の住宅街と商工業地域として特徴づけられる市南部に、生徒数800名以下の新設校が集中しており、これらの学校では、いずれも有意差はないものの、一般に高い燃えつき状態が多く、逆に、神経症群は少ないという傾向がみられる。

⑤ 性別

次に、教員自身の属性や職務上の背景との関連についてみていこう。初めに性別であるが、高い燃えつき状態は、女性(48.4%)が男性(36.1%)に比べて有意($P < 0.05$)に多い。また、神経症群についても、女性(44.1%)の方が男性(23.1%)に比べて有意($P < 0.005$)に多い。これらの結果は、さまざまな調査から女性の方

が一般に高い発生頻度を示す傾向があるとはいえ、中学校教員の場合は、特に女性教師に精神的問題がより大きいことをうかがわせる。

⑥ 年齢階級

20~29歳の45.0%、30~39歳の43.6%に高い燃えつき状態がみられる。これらを40歳以上の者と比較すると、20~29歳では有意($P < 0.05$)に多く、30~39歳でも7%水準でみると有意に多い。若い教師層に高い燃えつき状態が頻発することは、教員経験年数とも関連することが予想される。なお、神経症群については、50~59歳(10.0%)が少ないほかは、年齢階級別の差は認められない。

⑦ 最終学歴

大学卒業以上の学歴者に比べて、短大卒やその他の学校卒業者に、高い燃えつき状態や神経症群が多発する傾向がうかがわれるが、いずれも有意な差はみられない。

⑧ 配偶関係

未婚者は既婚者に比べて、高い燃えつき状態や神経症群が多発する傾向がうかがわれるが、いずれも有意ではない。

⑨ 夫婦共働き

既婚者のうち、夫婦共働きをしている者と共働きをしていない者とを比較したが、高い燃えつき状態、神経症群のいずれについてもその発生頻度に有意な差はみられなかった。

⑩ 家庭での育児

家庭に学齢前の乳幼児が2人以上いる場合の48.1%に高い燃えつき状態がみられ、1人だけいる(38.5%)、いない(39.9%)場合よりも、有意ではないが多発する傾向がみられる。家庭に2人以上の乳幼児がいる場合には、育児と仕事との両立に少なからぬ負担がかかっているであろうことは否定できない。なお、神経症群については、これら3者の間に発生頻度の差はみられない。

⑪ 通算教員経験年数

教師になって間もない経験2年未満の人は、60.0%が高い燃えつき状態にあり、46.7%が神

経症・抑うつ症圏内にある。これらはいずれも、経験2年以上の各層と比べてもっとも高い頻度を示しており、経験20年以上の層と比較して有意(高い燃えつき状態 $P < 0.005$, 神経症群 $P < 0.015$)に高率である。経験が乏しいにもかかわらず初めから1人前であることを期待されて教育現場に立たねばならない新任教師の苦勞のほどをうかがわせる結果である。

ところで、経験年数別にみた高い燃えつき状態および神経症群にある人の割合を、医師、看護婦(士)等と比較したのが、図1、図2である。図1からわかるように、経験の浅い人に高い燃えつき状態の人の割合が多いのは、他の専門職と同様であるが、教師の場合は、経験年数20年未満までは高い燃えつき状態にある人の割合が高率で持続することと、経験30年以上で再び高い燃えつき状態にある人の割合が増加することが特徴といえよう。教師は仕事に疑問を持っても看護婦などと比べると、自分の意志で簡単に辞めたり職場を変えたりすることが困難であること、また、看護婦などに比べるとチームで仕事をするというよりは1人で問題に対処する場面が多いことを考えると、問題が解決しないまま孤軍奮闘を続けて燃えつき状態に陥り、それが悪循環をもたらしているのではないかと想定される。経験30年以上の場合は、管理職を含めて学校内の責任ある立場にあることが多いわりには権限が十分に与えられていない場合が多く、それだけに逃がられられないストレスにさらされていると考えられる。

⑫ 職 位

高い燃えつき状態は、学校長、教頭、養護教諭に比べて、普通教諭により高率に現れる傾向があるが、有意ではない。神経症群については、一般の普通教諭および養護教諭が、管理職(学校長、教頭)と比べて有意($P < 0.05$)に高い比率を示している。

⑬ 学級担任

特殊学級の担任の60.0%が高い燃えつき状態に、同じく40.0%が神経症群にある。サンプル

数が少ないため、いずれも普通学級の担任と比較して有意な差はないものの、特殊学級の担任の負担の重さをうかがわせる。一方、学級担任をしていない者の43.5%が神経症群であり、学級担任をしている者と比較して有意($P < 0.05$)に多いのが注目される。

⑭ 非行傾向(長欠を含む)児の有無

担任している学級に2人以上の非行傾向(長欠を含む)のある生徒がいる場合は、46.3%に高い燃えつき状態がみられ、いない(36.1%)または1人いる(36.6%)場合と比べて、有意ではないが高率を示す傾向がある。神経症群については、逆に、非行傾向児がいない場合の方に多いが、有意な差ではない。

⑮ 学級担任希望

来年度、普通学級の担任を希望する人よりも、夜間学級や特殊学級の担任を希望する人や学級担任を希望しない人の方に、高い燃えつき状態が多くみられるが、有意ではない。また、学級担任になることを希望しない人の50.0%は神経症群であり、なんらかの学級担任を希望する人と比較して有意($P < 0.01$)に高率を示している。

⑯ 校務分掌

種々の校務分掌の主任、非主任について調査したうち、高い燃えつき状態は、進路指導主任(66.7%)、健康安全指導非主任(54.2%)、生徒・生活指導主任(50.0%)に高率で現れている。神経症群については差はみられない。

⑰ 課外活動

課外のクラブ活動のうち、文化系クラブにかかわっている人は、体育系クラブにかかわっている人に比べて、高い燃えつき状態、神経症群のいずれにおいても、有意($P < 0.05$)に高い割合を示している。

⑱ 校外研修

学校外での会合や研修活動には教員全体の過半数(54.4%)が1ヶ月平均1~3回出席しているが、この層の45.9%に高い燃えつき状態がみられ、平均0回や平均4回以上の層の場合と

比べて有意 ($P < 0.05$) に高率である。一方、1ヶ月平均0回の人(教員全体の32.8%)の場合は、その38.8%が神経症群であり、有意ではないが、校外研修に参加している人よりも多い傾向がみられる。

2) 高い燃えつき状態と神経症群の多発する層

これまでの検討をふまえて、高い燃えつき状態が多発しやすい教師層の属性や職務上の背景として、出現頻度が45.0%以上の項目を列挙すると以下のとおりである。すなわち、女性、年齢20~29歳の者、短大及びその他の学校卒業者、未婚者、夫婦共働きをしていない既婚者、家庭に学齢前乳幼児が2人以上いる者、経験年数2年未満の者、特殊学級の担任、担任学級に非行傾向(長欠を含む)のある生徒が2人以上いる者、特殊学級や夜間学級の担任を希望する者、学級担任を希望しない者、進路指導主任、生徒・生活指導主任、健康安全指導(非主任)、文化系クラブにかかわっている者、校外研修月平均1~3回の者、である。これらのうちの特徴的なものいくつかについて示したのが表4である。「教員経験年数2年未満」の者が教員全体の水準と比べても有意 ($P < 0.05$) に多く高い燃えつき状態を出現させている。なお表4にあげたすべての項目が、看護婦、医師における高い燃えつき状態の出現頻度と比較して有意に高率を示している。

ところで、これら高い燃えつき状態が多発しやすい層は、その属性や職務上の背景から、大きく分けて次のような3種類のものがあると考えられる。

① 進路指導主任、生徒・生活指導主任、非行傾向(長欠を含む)のある生徒を2人以上もつ学級担任、特殊学級の担任などのような、学校内で生徒の教育や指導に重い責任や負担を負っている教師層。

② 教員経験年数2年未満、年齢20~29歳、健康安全指導(非主任)、文化系クラブにかかわっている教師などのような、経験がまだ浅く、

学校内では責任や負担のあまりない役割を担当している教師層。

③ 女性、家庭に乳幼児が2人以上いる教師などのように、学校の仕事と家事や育児との両立に負担をもつ教師層。

次に、神経症群が多発しやすい教師層について、出現頻度が37.0%以上の項目を列挙すると以下のとおりである。すなわち、女性、年齢20~29歳、年齢40~49歳、短大及びその他の学校卒業者、未婚者、経験年数2年未満、職位が「その他」の者、特殊学級の担任、学級担任をしていない者、学級担任を希望しない者、文化系クラブにかかわっている者、クラブ活動にかかわっていない者、1ヶ月間の校外研修活動なしの者である。これらのうち特徴的なものいくつかについて示したのが表5である。特に「女性」、「クラスを担任していない者」、「担任を希望しない者」は、教員全体の水準と比べても神経症群が有意 ($P < 0.05$) に多い。なお表5にあげた項目のうち、「1ヶ月間の校外研修活動なし」以外のすべての項目が、一般住民人口の神経症群出現頻度と比較して有意に高い値を示している。これら神経症群を多発させやすい層は、主として、経験が浅く、責任や負担のあまりない役割しか希望しない、あるいは任せられない教師層であるといえよう。

3) 燃えつき状態を生む背景、防ぐ背景

① 燃えつきを生む主要な背景

表7の相関マトリックスにみるように、教師の燃えつき状態に統計学的に有意に関連する要因は多い。このような、関連するさまざまな要因を説明変数としてとりあげ、燃えつき状態という被説明変数に対して重回帰分析をおこなった。その結果、表8にみるように燃えつき状態に対して影響力をもつと推定される4つの変数からなる回帰モデルを得た。

それらの変数の一つは、教師のかかえる日常苛立事の量である。本調査において、教師の日常苛立事として実際多くみられるものは、「仕事

の量が多すぎる(15.2%)、「生徒とのかかわりの難しさ」(13.2%)、「自分の将来のこと」(12.3%)、「自分や家族の健康のこと」(12.3%)、「出費がかさむこと」(11.8%)、「乗り越えなければならない課題」(10.3%)などであった。これらは、調査対象の教師が「大いにイライラする」と答えたもので、大きな不安や緊張の源になっているものである。「まあイライラする」と回答したものも含めると、対象となった教師の50%前後が、これらのことでイライラしていることになる。このように苛立つことの多い教師ほど、燃えつき状態に陥りやすいことを意味する、燃えつき状態に対する日常苛立事の量の強い影響力($\beta=0.4451$, $P<0.001$)がみられた。

次に、仕事の志気の低下も、燃えつき状態をつくりだす有力な影響力($\beta=0.2881$, $P<0.001$)が見い出された。仕事の志気の低下は、具体的には「最近、自分の行なった教育・指導の効果について疑問もしくは無力感をもつ」(68.8%)、「最近、生徒や親のことを考えるとうんざりした気持ちになる」(57.8%)、「最近、自分の仕事が惰性にながされたり、マンネリ化している」(63.7%)、「最近、仕事のことを考えるとなんとなくわずらわしい気分にとらわれる」(55.9%)などがみられた。このような気持ちをより多くもつことが燃えつき状態につながるわけである。

さまざまな日常苛立事を持ち、仕事の志気を低下させる中で生じる不愉快な出来事や問題に出くわし、何の手も打てず、解決ができないことがつづくと、いよいよ燃えつき状態にいたる。「やっても手応えがない。まるで、ザルに水を入れているようです。少しでも変化が見えれば元気がでるのですが…」というある進路相談主任の教師の言葉にみられるように、無力体験は燃えつき状態の主要な症状のひとつである抑うつ気分を高める。実際、表8にみられるように、無力体験は燃えつき状態を生む有意な影響力($\beta=0.1997$, $P<0.001$)が見い出される。無力体験とは、具体的には、「これまで直面した問

題を解決できたと思うことはめったにない」という体験の有無で測定されるが、そうした体験をもつ教師は10%いる。また、「不愉快な出来事に何の対応も出来なかった」という教師は6%いる。このような教師が燃えつき状態に陥りやすいのである。

ところで、このような無力体験は、まわりとの人間関係が悪く、まわりから支持されず情緒的に支援されない環境下にある人ほど多い関連がみられる(図3)。

② 日常苛立事を生む背景

次に、燃えつき状態を生み出す最も強い影響力のある日常苛立事が生じる背景について検討してみよう。重回帰分析の結果、影響力の強い要因は三つある。表9のように、ストレス性の高い生活出来事をより多くもつこと($\beta=0.2820$, $P<0.001$)であり、仕事上の不快な人間関係($\beta=0.3460$, $P<0.001$)であり、神経質型行動特性をもっていること($\beta=0.2528$, $P<0.001$)である。

まず、ストレス性の高い生活出来事であるが、これらを多くもつことがさまざまな病気を誘発させるストレス源として、一般に注目されているものである。本調査では、「外来治療しなければならない病気をもつ」(30.4%)、「大きな借金をかかえる」(10.3%)、「生徒あるいはその家族とのイザコザ」(9.3%)、「かけがえのない人の死亡」(8.8%)、「家族の大病・大けが」(8.8%)などが、比較的多いものであった。

ところで、ストレス性の高い生活出来事は、客観的で、急性的なストレス源といえる。こうした急性ストレス源が、主観的で慢性的なストレス源としての日常苛立事を生むことになる。たとえば、恐らくは、自分や家族が病気をもつと、そのことで不安になるし、借金をすると、出費がかさむことでイライラする。生徒やその家族とトラブルが生じると、生徒とのかかわりの難しさや直面する問題に悩み、イライラする。また、仕事上の不快な人間関係があると、日常苛立事がつものという具合になる。

「最近、校長、教頭、同僚教諭、生徒、その親、地域の人たちと不快な思いをしたことがありますか」という問いで質問すると、生徒との間で不快な思いをしたことが「大いにある」という人が20.9%、同僚教諭とでは、18.6%である。教師をとりまくさまざまな人間関係は、不安や不満を生む日常のイライラの源となっている。

また、教師をとりまくこのような環境要因に加えて、「自分の所有する金や物はささいなことでもいつも気になる方である」(13.7%)、「その日の予定がくるうといつもイライラする方である」(9.3%)、「おくれることがないよう、いつもきちんと予定を組む方」(32.8%)、「他の人もモラル(道徳)を守ってほしいといつも期待する方である」(50.3%)、「自分の置いておいたところにもどしてくれないといつもイライラだつ方である」(15.2%)、「自分の思いどおりにならないといつも気がすまない方である」(10.3%)、「いつも注意深く家計を立て、余分にお金をもたず、計画通り実行する方である」(10.3%)といった、神経質型と呼びうる行動特性をもつ人はイライラしやすい傾向があるためか、日常苛立事の量が多くなる影響がみられる(表9)。確かに、「こうでないといられない」と几帳面であったり、潔癖性であるなど何かを強迫的に守ろうとする枠をもっているとイライラしやすいものである。

以上のように、燃えつきを生むのに重大な影響力をもつ日常苛立事というストレス源は、ストレス性の高い生活出来事があったり、まわりの人たちとの人間関係が悪い環境におかれ、しかも、神経質な自己をもっていることによって生じやすいと推定される。

③ 仕事の志気の低下をもたらす背景、防ぐ行動

仕事の志気は、教師の仕事の相手である生徒と、仲間や上司との人間関係に大きく左右される。生徒との人間関係の状態を、教師にとっての生徒に対するイメージによって測定してみる。たとえば、生徒に対するイメージとして、「生徒

に自主性がない」(63.7%)、「指導に対して反応がない」(47.5%)、「指導に従わない」(44.6%)、「何を考えているのかわからない」(38.3%)などをもっている場合が多い。このように、生徒に対して否定的なイメージをもっている教師は、仕事の志気を低下している場合が多い($r = 0.5106$, $P < 0.001$)が、表10の回帰モデルをみる限り、こうした否定的イメージをもつことが教師の仕事の志気の低下につながる最も大きな影響力($\beta = 0.3978$, $P < 0.001$)をもっている。

また、生徒との関係を含め、生徒の親、地域の人と、上司(校長、教頭)や同僚の教師に対して、最近イライラや不快な感情をもつか否かという質問で、人間関係の状態を測定してみた。「大いに不快な思いをした」関係としては、生徒との関係(20.6%)に加え、同僚教諭(18.6%)や、生徒の親との関係(13.7%)に高い比率が見られる。約2割の教師に、生徒やその親とだけではなく、同僚との人間関係のかなり悪化した状態が予想される。表10にみるように、こうした悪化したまわりとの人間関係は、仕事の志気の低下をもたらす重大な影響力($\beta = 0.3033$, $P < 0.001$)をもっている。

他方、このような仕事の志気の低下を防ぐ主要な要因のひとつは、生徒、親、地域住民、上司(校長、教頭)や同僚の教諭からの日頃の仕事に対する支援である。一般に、自らの仕事や活動が認められ、支持されていると認知できる環境にいることは、本人の仕事の意欲に大きな影響力をもたらす。実際、表10にみるように、まわりから支持されていると認知している教師は、仕事の志気の低下に対してそれを防ぐことを意味するマイナスの有意な影響力($\beta = -0.1805$, $P < 0.01$)がみられる。仕事の志気の低下を防ぐには、まず上司や仲間の教師がお互いの仕事を支持しあうことであり、また支持しあえるような仕事をし、結果的に生徒や上司や仲間から支持されていると認知できる環境をつくることである。しかし、本調査をみる限り、日頃の自分の仕事が生徒、親、上司や同僚の教

論から支持されているとはっきり認知している教師は約3割ほどであった。大半は支持されているともいえないともいえないと思っている。

次に、仕事の志気の低下につながる困難、苛立ち、悩みに遭遇しても、「じっと耐えたり、責任を転嫁したり、アルコールでうさ晴らしをしたり、精神安定剤などを用いたり、友人と馬鹿騒ぎをしたり」などの逃避的な対処に終始しないで、「問題の原因をみきわめ解決にむけて行動する」、「問題解決のため関係者と話し合う」、「信頼できる人に相談する」、「趣味、スポーツなどにより気分転換をはかる」など、積極的に対処すると、局面はかわってくる。実際、表10の重回帰モデルをみると、それらの積極的な対処行動が仕事の志気の低下に対してそれを防ぐことを意味するマイナスの影響力 ($\beta = -0.1330$, $P < 0.05$) がみられる。

以上のように、燃えつき状態を生みだす仕事の志気の低下を防ぐためには、普段からまわりと良い人間関係を保ち、また、まわりから自分の仕事が支持され認められていると感じられる対人環境下にいることが大切である。加えて、たとえ志気の低下につながる困難に出会っても逃げることなく、問題解決の方向に向けて対処する行動様式が必要である。

④ 燃えつきを防ぐ情緒的支援ネットワーク

本調査対象の教師に、「会うと心が落ちつき安心できる人」がいるかどうかについて問うたところ、86.3%の人がいると答えた。また、その他の情緒的支援者の保有については「常日頃、あなたの気持ちを敏感に察してくれる人」(72.1%)、「あなたの仕事を日頃評価し、認めてくれる人」(77.0%)、「あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人」(70.6%)、「あなたが成長し、成功することを我がことのように喜んでくれる人」(70.1%)、「個人的な気持ちや秘密を打ち開けることのできる人」(75.0%)、「お互いの考えや将来のことを話しあうことのできる人」(82.4%)、「甘えられる人」(59.3%)、「あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人」(83.3

%)、「気持ちの通じあう人」(87.7%)となっている。これらの情緒的な支援者のネットワークをもつことは、一般に不安や緊張の軽減にきわめて有効である。

実際、情緒的支援ネットワークは表8の重回帰分析の結果をみると、燃えつき状態に対し、それを軽減する影響力をもつことを意味するマイナスの係数 ($\beta = -0.1332$, $P < 0.01$) がみられた。情緒的支援ネットワークをもっていることは、燃えつき状態を軽減させる重要な手だてのひとつとなると思われる。

4) 神経症・抑うつ症状を生みだす背景

表7の相関係数のマトリックスにみるように、神経症・抑うつ症状に統計的に有意に関連する要因は多い。そこで、それらの症状を被説明変数として、さまざまな要因を説明変数として、重回帰分析をおこなった。その結果、表11にみるように、神経症・抑うつ症状に対して有意な影響力をもつと推定される5つの変数が見いだされた。それらのうちの3つは燃えつき状態の場合と同じ、日常苛立事と仕事の志気の低下と無力体験である。次に、これらに加えて、タイプA行動特性が神経症・抑うつ症状を生む有意な影響力 ($\beta = 0.1555$, $P < 0.05$) を示した。虚血性心疾患を生むことで有名なタイプA行動特性をもつ人は、すなわち“急ぎ病、多い病、競争病”と呼びうる強迫的な行動をとりやすいため、たえず不安や焦りや緊張をもちやすい。

本調査対象の教師のタイプA行動特性について測定してみた。たとえば、「自分の話したいことを急いで話そうとしたり、話したくなると一気にしゃべらずにはおれない」については22.5%が該当し、その他の特徴については、「人と話すとき、いそがさずにはおれない方である」(13.7%)、「一度に2つのことをやろうとする方である」(27.5%)、「自分なら速くできる仕事を他の人がのろのろやっているのを見るとイラだつ方である」(27.5%)という結果がみられる。が、一般の都市住民(杉並区、北区)に比べて顕著

な差はない。

以上のように、日常苛立事、仕事の志気の低下、無力体験、タイプA行動特性が神経症・抑うつ症状を生みだしていく。一方、困難、不安、焦り、悩みなどのストレス状態にあっても、気分転換したり人に相談したりしながら問題解決のために積極的に対処していく行動を普段とっている場合、神経症・抑うつ症状をむしろ軽減させることを意味するマイナスの影響力($\beta = -0.2158$, $P < 0.001$)がみられる。因みに、これと同様のことは、医師や看護婦を対象とする調査の重回帰分析の結果から既に確認できている。イライラや不安などがあっても、タバコ、アルコール、気ばらし食い、薬、馬鹿騒ぎなど逃避することのみに終ることなく、積極的に問題解決につながる行動をしていくことが大事といえよう。

3. 結 言

① 本調査対象の中学校教師の高い燃えつき状態は、その比率において、全国の医師や看護者に比べて、有意に高いものであった。

② 高い燃えつき状態は、他の専門職と同様教員経験年数2年未満に多い。推定された神経症群も比較的高い。このような経験の浅い層は、「自分達の仕事がまわりから支持されてない」と認知せざるをえない環境下にあり、また、困難や悩みに対し、逃避的行動をとる人が多く、無力体験も熟練層に比べ多くみられる(図5)。

③ 高い燃えつき状態の比率が高い(45%以上)教師は大きく三つの層にわかれる。ひとつは、進路指導主任、非行傾向(長欠を含む)児を2人以上もつ担任、特殊学級の担当といった、学校での責任の重い教師層と、教員経験年数2年未満、健康安全指導(非主任)、文化系クラブにかかわっている教師にみられるような、経験が浅く、責任や負担のあまりない役割を担っている教師層と、女性、二人以上の乳幼児のいる者といった、仕事と家事・育児との両立の負担がある教師層である。

④ 神経症群と推定される教師の層は、主として経験が浅く、責任や負担のあまりない役割しか希望しない、あるいはまかせられない教師層である。

⑤ 中学校教師は、多くの日常の苛立事がかえり、仕事の志気を低下するような環境や行動があり、そのような状況下で、情緒的に支援してくれる人も少なく、無力体験をつよめる中で、燃えつき状態に陥っている。日常苛立事や仕事の志気の低下は、生徒やその親、上司や同僚教師との悪化した人間関係を強く反映し、また、イライラしやすい神経質な行動特性があったり、また、不安や焦りがあって逃避的で問題解決的な行動様式に消極的なことが主な背景となっている。

付. 燃えつき予防策の提案

本調査結果から、また筆者の教育現場での不十分な観察の結果から、すぐ燃えつき予防策を提案することは危険であろう。

しかし、燃えつきの原因を確証するまで、予防策が出ないようでは、実用性の乏しい研究といわねばならない。以下の提案は、本調査研究の実証的な手続きから導きだされたものばかりでなく、筆者の思いつきがある。このことを承知されたうえで読んでいただきたい。

① 我が国の場合、教師は、医師や大企業の場合とは異なって体験学習やオンザジョブトレーニングによる新卒研修体制が確立されていない。そして、医師などとは違って、新卒教師もすぐ一人前の職業人として活動することが期待されている。こうした過剰な期待は燃えつき状態を生みやすい。このような事態を避けるために、新卒者研修体制の確立が緊要である。また、その研修内容としては、生徒や同僚との円滑な対人関係の訓練のために、自己理解を中心とした体験学習を含む研修が不可欠である。また、基礎教育課程での教育内容の改善も必要である。大学の教員養成課程では人間関係の訓練のための体験学習が一般に欠如している。自己理解や

他者理解は講義を中心とした教育では困難である。

② 職場では、お互いの教育活動を支持し、期待しあえる環境をつくる必要がある。こうした環境開発に教育委員会、校長、教頭のリーダーシップは不可欠であり、また、PTA はそれを見守り、協力する姿勢が大事である。

③ 神経症や抑うつ症に陥りやすい教師には専門的心理相談者が必要である。

④ 神経質型行動特性、タイプA行動特性の持ち主は、自らの強迫的なこだわりやとらわれに気づく必要がある。自己理解を中心とする研修は、これに対しても効果的である。

⑤ 困難、悩み、不安などがあっても、責任転嫁、アルコール・薬物依存、うさ晴らし、気ばらし食いなど逃避的な行動に走ることはほどほどにする。むしろ、気分転換と問題解決に向けた積極的な行動様式を重視する。

⑥ 気持が通じ、自分を認め、支持してくれる情緒的支援ネットワークを、職場や家庭はもちろん、それ以外にも確保する。

⑦ 日本では、欧米の場合と比べ、進学や就職の責任を教師に期待しすぎで、おまかせの面がある。責任感の強い教師はその責任を果たすことに必死になり、ストレスがたつ。文化が異なるので欧米水準とはいかないまでも、もっと、生徒本人や親が自らの進学や就職に責任をもつことが必要であり、教師はそうした態度を支持する必要がある。

本研究は昭和60年度文部省科学研究費（研究課題番号59570251）に基いて行われたものである。本調査実施にあたって、市川市教育委員会、各学校の学校長を初め、教職員の皆様のご協力をえました。この場をかりてそのご好意に心より感謝申し上げます。

参考文献

1) Cammer, L. : Freedom from Compulsion, Simon & Shuster, 1976.

- 2) Kramer, M : Reality Shock, Mosby, 1974.
- 3) Goldberg, D. P. : The detection of psychiatric illness by questionnaire, Maudsley Monograph V 1, 21, 1972.
- 4) 土居, 宗像, 高橋, 丸山, 吉松, 稲岡, 川野 : 治療者及び看護者の精神衛生に関する研究, 文部省科学研究実績報告書 (NO.59570251), 1985.
- 5) 中川泰彬編著 : 質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用, 国立精神衛生研究所, 1982.
- 6) Farber, B. A. : Stress and Burnout in the Human Service Professions, Pergamon, 1983.
- 7) Friedman, M. and Rosenman, R. H. : Type A behavior and your heart, Fawcett Crest, 1974.
- 8) Freudenberger, H. J. and Richelson, G. : The high cost of high achievement, New York, Anchor Press, 1980.
- 9) Freudenberger, H. J. : Staff burnout, Journal of Social Issues, 30 : 159~165, 1974.
- 10) Holmes, T. H. and Rahe, R. H. : The social readjustment rating scale, J. Psychosom. Res. 11 : 213, 1967.
- 11) Bakal, D. A. : Psychology and Medicine, Springer Publishing Co. , New York, 1979.
- 12) Paykel, E. S. , Prusoff, B. A. C. and Uhlenhuth, E. H. : Scaling of life events, Arch. Gen. Psychiat. 25 : 340-347, 1971.
- 13) Pines, A. and Aronson, E. : Burnout: From tedium to personal growth, New York, Free Press, 1981.
- 14) Pines, A. M. : The Burnout Measure, Paper presented at the National Conference on Burnout in the Human Services, Philadelphia, Nov. , 1981.
- 15) 宗像恒次 : 精神医療の社会学, 弘文堂, 東京, 1984.
- 16) 宗像恒次他 : 精神健康尺度の妥当性に関する研究, 健康科学振興財団研究報告書, 1985.
- 17) 宗像恒次 : 保健行動学にみるこれからの医療,

東京医学92(3):247~252, 1985

- 18) 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 諏訪茂樹: 都市住民のストレスと精神健康度, 精神衛生研究32: 47~65, 1986.
- 19) Lazarus, R. S. and Cohen, J. B.: Environmental stress. In Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research (Attman, I. and Wohlwill, J. F. (eds.) V 1, 2, Plenum, New York, 1977.

表1 調査対象者の一般属性と社会的背景の特徴

		全調査対象者 N=204	千葉県 中学校教員	全 国 中 学 校 教 員
性別	男	52.9%	61.2%	67.4%
	女	45.6	38.8	32.6
満年齢	20~29歳	43.6%	36.5%	27.3%
	30~39	38.2	38.6	25.7
	40~49	7.4	13.8	23.0
	50~59	9.8	10.6	23.6
	60歳以上	0.0	0.5	0.5
最終学歴	短期大学	4.9%	8.0%	21.4%
	大学(旧制師範等を含む)	92.2	} 89.2	74.5
	大学院	0.5		1.1
	その他	1.5		2.8
配偶関係	未婚	44.1%	—	—
	既婚	53.4	—	—
	死別	0.5	—	—
	離別	1.0	—	—
夫婦共働き	夫婦共働きをしている	42.6%	—	—
	〃 していない	10.8	—	—
	非該当	46.6	—	—
家庭での育児	学齢前の乳幼児はいない	67.6%	—	—
	〃 が1人いる	12.7	—	—
	〃 が2人以上いる	13.2	—	—
教員経験年数	2年未満	14.7%	(4年以下) 33.7%	} 22.8%
	2~5年	23.5	(5~9年)	
	6~9	21.1	23.6	15.7
	10~19	27.0	25.0	20.2
	20~29	4.4	10.0	24.6
	30年以上	8.8	7.7	16.1
職位	学校長	2.9%	3.0%	3.7%
	教頭	2.9	3.6	4.1
	教諭	88.7	88.9	88.3
	養護教諭	2.9	3.0	3.3
	その他	1.5	1.5	0.6
学級担任	1学年の担任	19.1%	19.0%	18.3%
	2学年 〃	17.6	19.0	17.7
	3学年 〃	17.2	18.7	18.0
	特殊学級 〃	4.9	1.6	2.6
	学級担任はしていない	41.2	41.7	43.1

(注)○千葉県数値は、昭和61年度学校教育実態調査報告書(千葉県教育委員会)より抜粋。

但し、「教員経験年数」のみ昭和60年度同報告書より抜粋。

○全国数値は、昭和58年度学校教員統計調査報告書(文部省)より抜粋。

○表中、無回答・不明は除いてある。

表2 職種別にみる燃えつき状態および精神健康状態

(%)

	燃えつき状態			精神健康状態		
	低	中	高	良	可	神経症群
一般人口 (N=353)	—	—	—	37.4	34.0	28.6
中学校教員 (N=204)	26.0	32.8	41.2	33.8	33.3	32.8
看護婦(士) (N=164)	35.4	32.9	31.7	28.0	35.4	36.6
医師 (N=211)	56.8	27.2	16.0	48.8	35.2	16.0

注) 医師とは、精神科を除く各科の医師をいう。

表3 地域、属性、職務上の背景別にみた、高い燃えつき状態と神経症群の比率

(%)

		高い燃えつき状態	神経症群			高い燃えつき状態	神経症群	
教員全体 (N=204)		41.2	32.8	教 2年未満		60.0	46.7	
地域	市北部	42.5	31.9	員 2~5年		35.4	35.4	
	市中央部	33.3	35.1	経 6~9		44.2	32.6	
	市南部	46.2	30.8	験 10~19		41.8	29.1	
				年 20~29		22.2	33.3	
創立年	昭和20年代創立	42.3	31.8	数 30年以上		27.8	11.1	
	昭和30・40 //	37.3	35.1	職 位	学 校 長	16.7	0.0	
	昭和50・60 //	50.0	25.0		教 頭	33.3	16.7	
			教 諭		42.5	33.1		
			養護教諭		33.3	33.3		
全校生徒数	800名以下	48.5	27.3	そ の 他		33.3	66.7	
	801~1,200名	28.6	42.9	学 級 担 任	1 学 年 の 担 任	43.6	25.6	
	1,201~1,600名	41.2	30.7		2 学 年 //	41.6	27.8	
	1,601名以上	42.9	35.7		3 学 年 //	31.5	31.4	
			特 殊 学 級 //		60.0	40.0		
性別	男	36.1	23.1	学 級 担 任 は し て い な い	44.9	43.5		
	女	48.4	44.1	非 含 行 傾 向 (ある生徒を徒)	担 任 学 級 に は い な い	36.1	36.1	
	年齢階級	20~29歳	45.0		37.1	// 1 人 いる	36.6	20.0
		30~39	43.6		32.1	// 2 人 以 上 いる	46.3	29.6
		40~49	26.7		40.0	学 級 担 任 は し て い な い	44.9	43.5
50~59		30.0	10.0					
最終学歴	短期大学	50.0	40.0	学 級 担 任 希 望	普 通 学 級 の 担 任 を 希 望 す る	40.3	29.5	
	大学 (旧制師範等を含む)	40.9	31.9		特 殊 学 級 の	45.5	27.3	
	大学院	0.0	0.0		(養護学校を含む) //	50.0	25.0	
	その他	66.7	66.7		夜 間 学 級 //	45.3	50.0	
配偶関係	未 婚	45.6	37.8	学 級 担 任 は 希 望 し な い	27.3	9.1		
	既婚有配偶	39.4	28.4	校 務 分 掌 (抜 粋)	教 務 (主 任)	42.9	28.6	
	離・死別	0.0	33.3		生 徒 ・ 生 活 指 導 (主 任)	50.0	33.3	
			特 別 活 動 (主 任)		16.7	33.3		
夫婦共働き	夫婦共働きをしている	37.9	31.0	進 路 指 導 (主 任)	66.7	33.3		
	// していない	45.4	18.2	健 康 安 全 指 導 (非 主 任)	54.2	25.0		
	非該当	43.1	37.9	学 年 主 任	42.8	28.6		
家庭での育児	学齢前の乳幼児はいない	39.9	33.3	課 外 活 動	文 化 系 ク ラ ブ に か か わ っ て いる	56.0	44.0	
	// 1 人 いる	38.5	30.8		体 育 系 ク ラ ブ //	35.9	25.6	
	// 2 人 以 上 いる	48.1	33.3		か か わ っ て い な い	42.7	37.8	
校外研修	1ヶ月平均0回	34.3	38.8					
	// 1~3回	45.9	28.8					
	// 4回以上	23.5	29.4					

表4 教師の燃えつき状態のハイリスク層

	高い燃えつき 状態の比率 (実数)	教員全体(市川市) との比較41.2% (N=204)	看護婦全体(全国) との比較31.7% (N=64)	医師全体(全国) との比較16.0% (N=213)
・女性	48.4(N=87)		**	**
・二人以上の乳幼児のいる者	48.1(N=27)		*	**
・教員経験年数2年未満	60.0(N=30)	*	**	**
・特殊学級の担任	60.0(N=10)		*	**
・非行傾向(長欠を含む)児を2人以上もつ担任	46.3(N=54)		*	**
・進路指導主任	66.7(N=6)		*	**
・健康安全指導(非主任)	54.2(N=24)		*	**
・文化系クラブにかかわっている者	56.0(N=25)		**	**
	(%) (人)			

* P<0.05

** P<0.01

表5 教師の推定された神経症群のハイリスク層

	神経症群の比率 (実数)	教員全体(市川市) との比較 32.8%(N=204)	一般人口(北区, 杉 並区)との比較 28.6%(N=353)
・女性	44.1(N=87)	*	**
・教員経験年数2年未満	46.7(N=30)		*
・クラスを担任していない者	43.5(N=69)	*	**
・担任を希望しない者	50.0(N=42)	*	**
・文化系クラブにかかわっている者	44.0(N=25)		*
・1ヶ月間の校外研修活動なし	38.8(N=22)		
	(%) (人)		

* P<0.05

** P<0.01

表7 中学校教員の燃えつき状態とそれをめぐる心理社会的環境と行動に関する相関係数マトリックス

	(X 1)	(X 2)	(X 3)	(X 4)	(X 5)	(X 6)	(X 7)	(X 8)	(X 9)	(X 10)	(X 11)	(X 12)	(Y 1)	(Y 2)
生活出来事 (X 1)		0.3952*	0.1617	-0.0198	0.2279**	-0.0083	0.1537	0.1362	0.0885	0.2049*	0.0156	0.0699	0.3290**	0.3326***
日常可立事 (X 2)			0.1793*	-0.1241	0.4620**	-0.1028	0.2402**	0.3620**	0.2176**	0.3450**	-0.2213**	0.1821*	0.4038**	0.6016***
生徒に対する香定的なイメージ (X 3)				-0.2107*	0.2330**	-0.1774*	-0.0174	0.0823	0.1936*	0.5106**	-0.0308	-0.0048	0.1429	0.2927**
まわりからの日頃の仕事への支持 (X 4)					-0.1455	0.1904*	0.0386	0.0952	-0.2356**	-0.3284**	0.1510	-0.0166	-0.2635**	-0.2707**
仕事上での不十分な関係 (X 5)						-0.1387	0.2205**	0.2046*	0.2370**	0.4351**	-0.0971	0.1288	0.3425**	0.3848**
情緒的支援者保有 (X 6)							0.0555	0.0491	-0.2367**	-0.2676**	0.2821**	0.1076	-0.2339**	-0.3033***
タイプA行動特性 (X 7)								0.3451***	-0.0055	0.0919	-0.0181	0.2980**	0.2282**	0.1725*
神経質型行動特性 (X 8)									-0.0600	0.1010	-0.2336**	0.1676*	0.1065	0.1720*
無力体験 (X 9)										0.2997**	-0.1468	0.0308	0.3061**	0.4144**
仕事の志気の低下 (X 10)											-0.2019*	-0.0622	0.3881**	0.5372***
積極的対処行動 (X 11)												0.0250	0.3317***	-0.2336***
逃避的対処行動 (X 12)													0.1797*	0.1676*
神経症・抑うつ症状 (Y 1)														0.5599**
燃えつき状態 (Y 2)														

* P < 0.01 ** P < 0.001

表6 各尺度における主成分分析及信頼性分析

	第1因子固有値	寄与率 (回転後の因子数)	信頼性係数 α
ストレス性の高い生活出来事	2.6839	11.7% (11)	0.5680
日常苛立事	5.6596	57.9% (5)	0.8500
生徒に対する否定的なイメージ	2.4839	41.4% (1)	0.6972
まわりからの日頃の仕事への支持	3.1080	51.8% (1)	0.8128
仕事上での不快な人間関係	2.1718	43.4% (1)	0.6642
情緒的支援者保有	4.7603	47.6% (1)	0.8728
タイプA行動特性	2.3331	33.3% (1)	0.6468
神経質型行動特性	2.1940	47.3% (2)	0.6161
無力体験	1.4078	70.4% (1)	0.5682
仕事の志気の低下	3.5942	58.8% (3)	0.7951
積極的対処行動	2.1864	36.4% (1)	0.6210
逃避的対処行動	1.8846	43.8% (2)	0.4607
神経症・抑うつ症状	9.7553	58.7% (6)	0.9236
燃えつき状態	6.8881	61.7% (5)	0.8858

*バリマックス法による回転

表8 中学校教員の燃えつき状態についての回帰モデル

	r	β
無力体験	0.4144***	0.1997***
仕事の志気の低下	0.5372***	0.2881***
日常苛立事	0.6016***	0.4451***
情緒的支援者保有	-0.3013***	-0.1332**
寄与率		0.5457
重相関係数		0.7387
F比		59.76***

** P < 0.01

*** P < 0.001

表9 中学校教員の日常苛立事についての回帰モデル

	r	β
仕事上での不快な人間関係	0.4620***	0.3460***
神経質型行動特性	0.3620***	0.2528***
ストレス性の高い生活出来事	0.3952***	0.2820***
寄与率		0.3628
重相関係数		0.6023
F比		37.96***

** P < 0.01 *** P < 0.001

表10 中学校教員の仕事の志気の低下についての回帰モデル

	r	β
まわりからの日頃の仕事への支持	-0.3284***	-0.1805**
生徒に対する否定的なイメージ	0.5106***	0.3978***
積極的対処行動	-0.2019***	-0.1330*
仕事上での不快な人間関係	0.4351***	0.3033*
寄与率		0.4212
重相関係数		0.6490
F比		36.20***

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

表11 中学校教員の神経症・抑うつ症状についての回帰モデル

	r	β
無力体験	0.3061***	0.1672**
積極的対処行動	-0.3317***	-0.2158***
仕事の志気の低下	0.3881***	0.2075***
日常苛立事	0.4038***	0.2017**
タイプA行動特性	0.2282***	0.1555*
寄与率		0.3239
重相関係数		0.5691
F比		18.97***

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

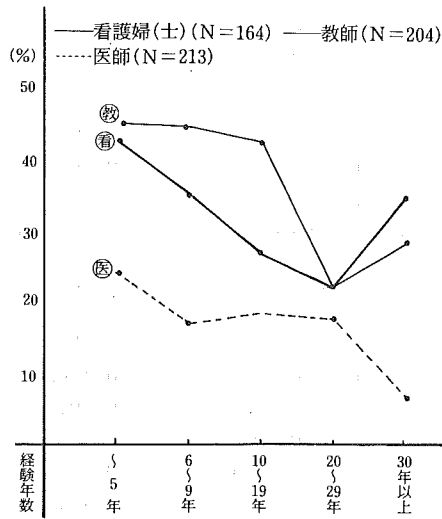


図1 経験年数別に見た高い燃えつき状態にある人の割合

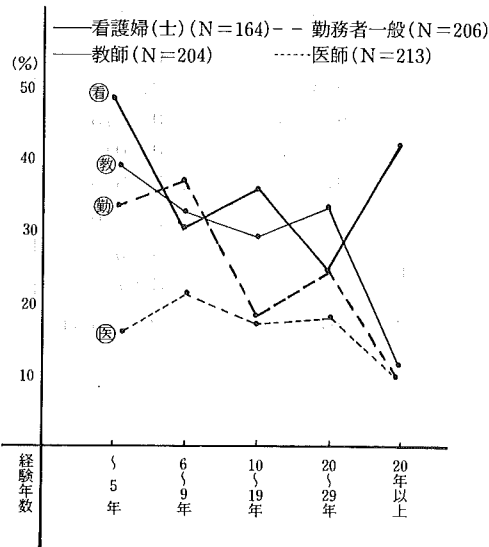
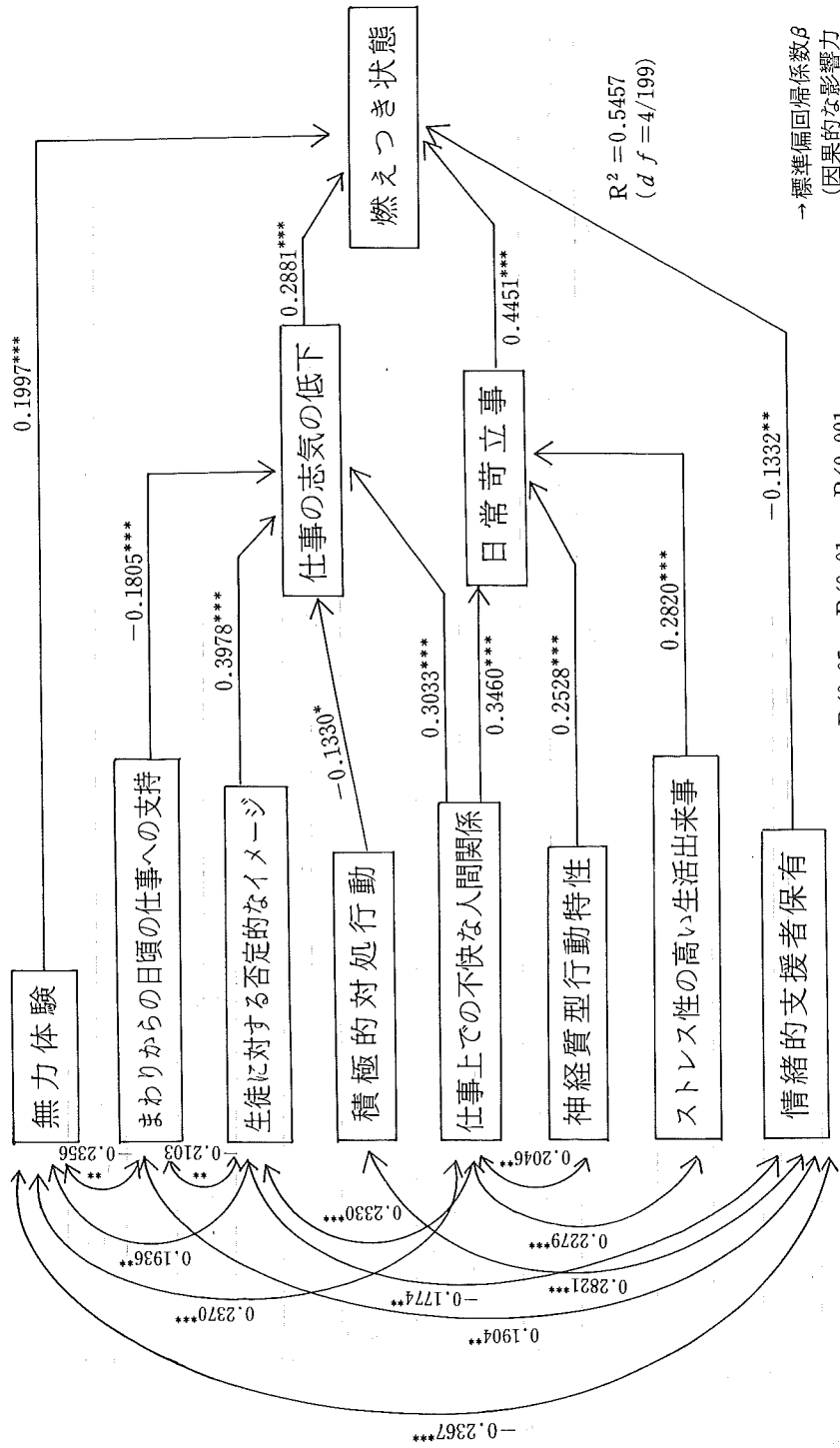


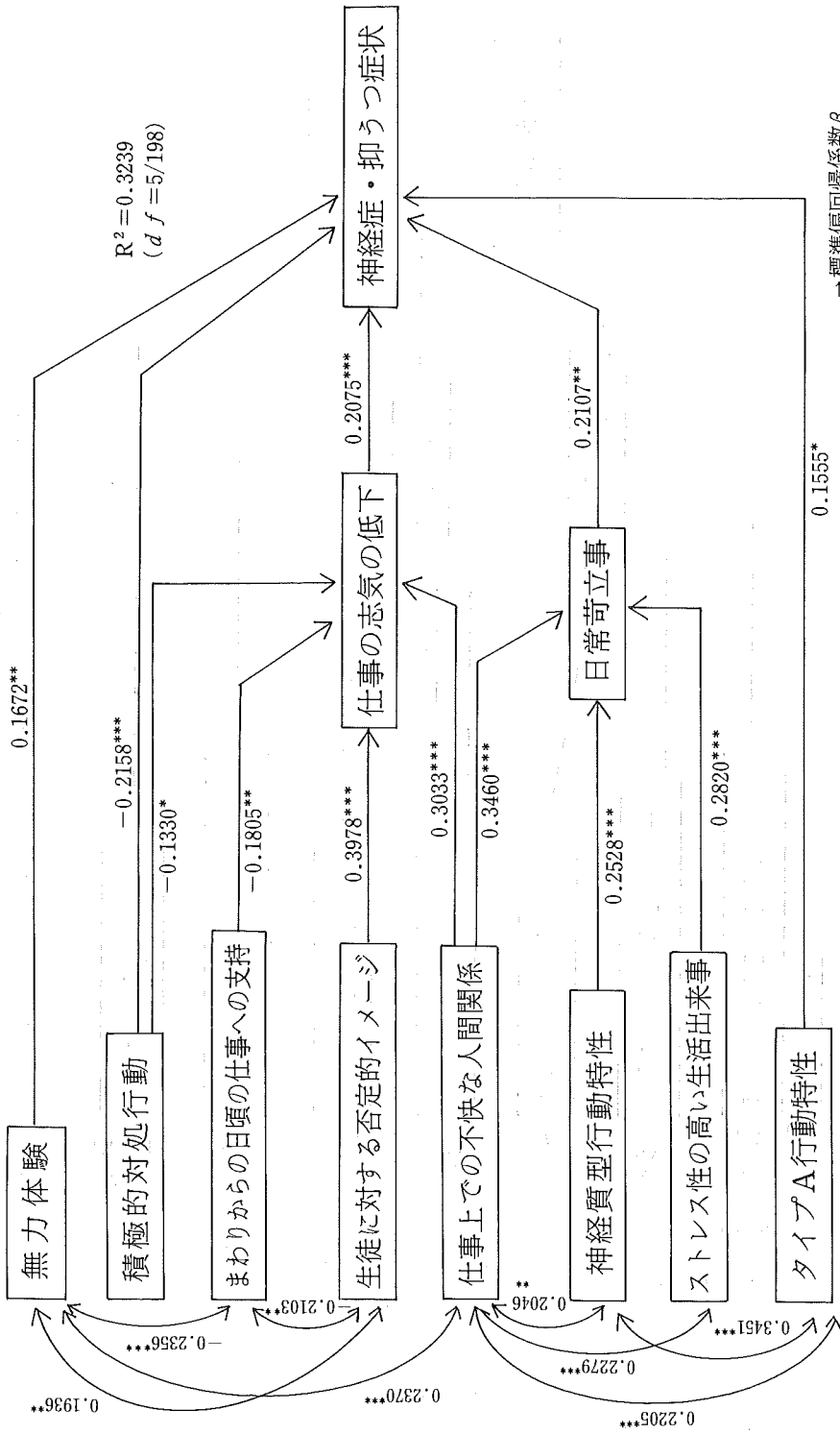
図2 経験年数別に見た神経症群にある人の割合

図3 中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景



(註) 偏回帰係数βはパス係数ともいわれ、被説明変数に対する説明変数の因果関係を推定するパス分析の際にも用いられる。本稿ではパス分析をおこなわれなかったが、重回帰分析の結果をまとめる意味からパスダイアグラムを掲載することにする。

図4 中学校教師の神経症・抑うつ症状の心理社会的背景



→ 標準偏回帰係数β
(因果的な影響力を推定できる)
↔ 相関係数
(相互の関連性)

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

(註) 偏回帰係数βはパス係数ともいわれ、被説明変数に対する説明変数の因果関係を推定するパス分析の際にも用いられる。本稿ではパス分析をおこなわれなかったが、重回帰分析の結果をまとめる意味からパスダイアグラムを掲載することにしている。

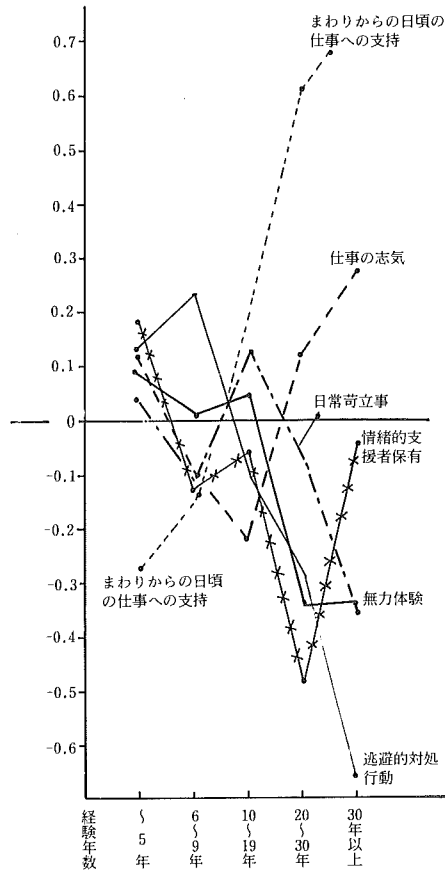


図5 経験年数別にみた中学教員の心理社会的環境と行動

Japan's Mental Health Care Delivery System in the Eighties

A Statistical Survey

Tsunetsugu MUNAKATA, Ph. D.

1. Introduction

A mental health care delivery system, unlike treatment systems based on sorcery, does not regard certain types of human behavioral deviance as a result of possession by an evil spirit. It regards them instead as symptoms of mental disorder. Thus a mental health care delivery system responds to society's expectation for preventive psychiatric care and involves interactions between those who are engaged in the delivery of mental health care and those who receive this care in accordance with their respective roles. In this sense, a mental health care delivery system is a form of social system that seeks psychiatric authority. However, since psychiatry differs considerably from one country to next, it is necessary to examine the historical and cultural features of each society under study.

Ever since Japan embarked on its program of modernization, it has been particularly sensitive to Western influence. Consequently, the tendency has been to comprehend and evaluate Japan's mental health delivery system in terms of standards established in the West. However, Japan's mental health delivery system has traditionally possessed features unique to Asia, particularly East Asia. Therefore it must be understood by taking into consideration these cultural and historical features of Japanese society.

On the other hand, mental health delivery systems in Western societies, with cultural and historical features different from those associated with the Japanese system, provide important reference for any program aimed at improving the latter. This is because the former place emphasis on those aspects which tend to be taken lightly in East Asia and in Japan. Since detailed discussions of this point are found in other papers,^{1) 2) 3)} we will present below a statistical survey of the mental health delivery system in contemporary Japan informed by those discussions.

2. The present state of supply and demand of mental health care

(1) The number of outpatients and inpatients by diagnosis and year

The phenomenon of rapid and large-scale industrialization and urbanization of Japanese society has brought about material prosperity, but it has also significantly changed the life style of the Japanese people, thereby bringing about many life events as stressors. Moreover, in addition to the aging of the population of the population structure, the said phenomenon has accelerated the weakening of local communities and families with their traditional network of human relations. This has sharply increased the incidence of neurotic disorders and affective psychoses, as well as that of senile psychotic conditions. The number of people seeking mental health care has thus increased. Below we will examine the types of care received by patients with mental disorder by diagnosis and year.

As shown in Figure. 1, the rate of patients with mental disorder receiving care has risen substantially along with the rate of chronic disorders such as hypertension and cerebral vascular diseases. With regard to outpatients, the incidence of affective psychoses, neurotic disorders, schizophrenic psychoses, and senile psychotic conditions has increased significantly (Table 1). Next with regard to inpatients, while the number of affective psychoses, neurotic disorders, and senile psychotic conditions has risen considerably, the percentage of patients affected by schizophrenic psychoses, at 68 percent, still constitutes a large proportion of the total number of inpatients (Table 2). These figures reflect the trend in the number of patients with mental disorder receiving treatment in medical clinics, general hospitals, and psychiatric hospitals taken as a whole. Next we will limit the discussion to those patients receiving treatment in psychiatric hospitals.

In Japan, unlike in Europe and the United States, the number of inpatients in psychiatric hospitals continues to increase. However, an increase in the number of discharges as well as that of initial admissions¹ can also be observed (Figures 2, 3).

Under these circumstances, the number of outpatients, particularly those afflicted by schizophrenic psychoses and neurotic psychoses, has also increased sharply (Figure 2). However, the ratio of outpatients, at 0.05 in 1960, still hovered around 0.09 in 1984, indicating that outpatients continue to account for only a small proportion of the total number of mental patients. Moreover, while the occupancy rate remains around 100 percent, the number of initial admissions exceeding that of discharges (Figure 4) is matched by the increase in the number of inpatients, thus also increasing the average length of hospital stay (Figure 5).

Such an increase in the number of inpatients is particularly pronounced among the aged (Figure 6). Unlike the situation in the United States, since these patients have not been transferred to nursing homes, many of them still remain in hospitals, thus causing a serious problem of aging among patients in psychiatric hospitals. By contrast, the number of young patients (age 22-44) has declined considerably. On the other hand, since the number of older patients (age 45 and over)(Figures 6, 7) and those with senile psychotic conditions will inevitably increase, psychiatric hospitals are now faced with the difficult task of finding ways to deal with this increase.

(2) Admission based on family consent

In Japan mentally-handicapped patients admitted voluntarily account for less than 10 percent of the total number of patients with mental disorder, while involuntary admissions, which are designed to prevent patients from injuring themselves or others, account for 10 percent (34,000 patients, 1985). In addition, around 80 percent of admissions (270,000 patients, 1985) in Japan are based on the consent of their family, which means that hospitalization is partially forced on the patients. Such an overwhelming proportion of admissions based on family consent is closely related to the fact that the traditional social norm in Japan, like that common to most Asian societies, regards the care and protection of the mentally handicapped as the responsibility of their parents. Owing to the importance attached to the responsibility of the family, the Ministry of Health and Welfare at one time (1957) issued a notification advising hospitals to obtain the consent of the family for precaution's sake, even if the patient himself agrees to being admitted.

Thus, even when patients are admitted voluntarily, in many cases their admissions are officially recorded as based on the consent of their family. The number of forced admissions based on family consent is therefore unusually large by Western standards.

To compare and analyze the different systems of hospitalization found in various countries, it is necessary to understand fully and take into account the core value of each society. Since a system of hospital admission is a type of social system, it is in principle designed to preserve the core value of the society concerned, or functions in a way that ensures its realization.

The core value of Asian societies is different from the Western value indicated in International Human Rights Agreement B, that is, the securing of individual's freedom, safety, and independence. Rather it is based on the notion of securing the mutual dependence of family and community members. Thus, under both written law and common law, in hospitalizing patients efforts are made to respect the mutual dependence of their family and relatives.

Japan is unique in that it has a written law under which a system of admission is provided based on the consent of those responsible for the protection of the patient (in most cases, family and relatives), that is, a system of admission that embodies the core value of Asian societies. However, while they do not have a written law governing their system of admission, an involuntary system of admission based on family consent constitutes the most common form of hospitalization system found in such Asian countries as China, South Korea, Qatar, Iran, Iraq, Kuwait, and Jordan. Since it is a custom in Asian societies for families or relatives to provide support and medical treatment for their sick, handicapped, or old members, families in these societies generally try to keep their mentally-handicapped members under their care.

Hospital admissions based on family consent take place against these socio-cultural backgrounds. However, since this form of admission in Japan amounts to a kind of forced hospitalization, it is difficult for patients to be discharged, even if they wish, unless they obtain the consent of the psychiatrist in charge and of their family.

In such cases neither the will nor the desire of the patient are seldom taken into account. Not knowing when he will be discharged, unable to appeal against the way he is being treated, and in the absence of a proper tribunal, if his relationship with his family or with his doctor deteriorates, the relationship concerned will tend to lose its care character and become merely a relationship of dominance based on violence.

To maintain an amiable care relationship with the patient, while the initial admission may have been forced, it is well advised to shift to a voluntary admission which attaches importance to the will and feeling of the patient. The mental health law presently in force is scheduled to be revised this year to make such a shift legal.

(3) **Involuntary admission**

A study conducted by this writer and others demonstrates that admissions based on family consent were hitherto suited for Japanese society. Generally speaking, even today the family provides an important support network for Japanese patients in particular and Asian patients in general. The system of admission based on family consent, unlike involuntary admissions and publicly-support admissions, does not constitute a structural cause for increasing the length of

hospital stay.⁴⁾ Under the system of admission based on family consent, rather than prolonging the length of hospital stay, the possibility of the patient returning to his family and achieving social rehabilitation will be enhanced if an amiable relationship can be maintained between the patient and his family.

Meanwhile, involuntary and publically-supported admissions often involve cases where there are no family or relatives to protect the patient or, even if there were, the relationship between them are not particularly amiable. Since the patient is compelled to live in a psychiatric hospital as if it were his own home, unless there is a system of appeal or a tribunal, he is destined to remain in the hospital for a long time. Cases of such admission must be kept at a minimum.

Involuntary admissions used to be measures adopted to hospitalize patients affected by mental disorders to prevent them from injuring themselves (Article 29, Mental Health Act). As such they were promoted essentially to provide protection that could only be offered in hospitals. However, since 1960, in response to the need to facilitate the admission of needy patients a situation arose in which facile application of Article 29 of the Mental Health Act became the rule of the day, thereby sharply increasing the number of involuntary admissions from 1960 to 1970. The number of involuntary admissions peaked at 30 percent of the total number of admissions at the close of 1970.

However, since the original intent of the law was to permit involuntary admissions only when all other steps were closed, an increase in their number was never considered desirable. Thus after 1970, despite large regional differences, the total number of involuntary admissions began to decline (Figure 8) as a result of, among other things, a decline in the number of involuntary admissions and an increase in the number of admissions stemming from greater public assistance to needy patients. Indeed, in Tokyo the ratio of involuntary admissions to total admissions as of 1985 had already dropped to 0.9 percent, the lowest in Japan.

(4) The number of psychiatric hospitals and beds

The number of psychiatric hospitals and beds, as indicated in Figure 9, has increased continuously since 1965. The number of psychiatric hospitals centered on private hospitals also increased (Table 11) from 1980 to 1984, and in terms of scale of hospitals, those with 100-290 beds and those with 500-699 beds have increased. The tendency of large hospitals to increase is a cause for alarm (Figure 10, Table 10).

The situation is completely reversed in Western countries. If importance is to be attached to the social life of mental patients, the tendency in Japan is certainly not a desirable one. But how should the background against which such a tendency has arisen be understood?

Historically the formation of psychiatric hospitals in Japan differed from that of their counterparts in the West, which were formed as vast concentration camps where the poor and needy, criminals, etc. were confined. By contrast, psychiatric hospitals in Japan consisted of sickbeds that medical practitioners made available to support those families which were taking care of their members afflicted with mental disorder. Psychiatric hospitals were considered to be an extension of the family, and in order to preserve their family-like atmosphere, most of them used to be of small scale, with no more than 200 beds. Even now psychiatric hospitals in Japan

have an average of 250 beds. Large-scale hospitals with 2,000 to 3,000 beds, typically found in the West, have never made their appearance in Japan.

However, as a result of postwar industrialization and urbanization and the concomitant appearance of nuclear and small families, family and kinship networks became less important, as did the custom of protecting the aged and the mentally handicapped. Consequently, the family came to rely heavily on psychiatric hospitals to provide the necessary protection for its sick members.

For example, as indicated in Figure 11, the number of beds for psychiatric patients per 10,000 people is significantly high in western Japan. A study by this writer⁶⁾ reveals that this is because there are important differences between eastern Japan and western Japan. The differences appear in such factors as the number of family members, the sense of duty to support the aged and the weak, and financial power, as well as in the ability of local communities to provide social and economic protection to those with mental disorder. In eastern Japan, since the number of family members tends to be larger and the sense of duty to support the mentally ill stronger, a greater proportion of mental patients are under the care of their family. Moreover, the number of beds for psychiatric patients has increased not only against this background on the demand side but from the supply side as well. As the Japanese economy achieved its high growth in the sixties and the first half of the seventies, the tendency of private hospitals to give top priority to business considerations also helped to increase the number of beds for psychiatric patients.

According to a study conducted by this writer,⁶⁾ like the supply of beds in general hospitals, from around 1965 the supply of beds for psychiatric patients began to trigger an increase in the demand for those beds. This was the result of measures to stimulate demand for medical treatment adopted since 1960 as the Japanese economy maintained its high growth, including the introduction of a system of medical services for the whole nation (1961), an increase in the rate of government subsidy for involuntary admissions from 50 percent to 80 percent (1961). In addition, the increase in the demand for beds in psychiatric hospitals resulted from changes that have taken place in the socio-economic structure of Japan's medical care delivery system accompanying, among other things, the introduction of government subsidy (1960) for private medical institutions through the Medical Care Facilities Finance Corporation, and the improved lending condition of city banks. To illustrate, the correlation coefficient between the increase in the number of beds for patients in psychiatric hospitals attending the loans made by the Medical Care Facilities Finance Corporation (1965-1978) and the increase in the number of beds in all psychiatric hospitals was significant ($p < 0.001$) at the astonishing level of 0.801.

(5) Manpower at psychiatric hospitals

The number of physicians, nurses, and other personnel at psychiatric hospitals as a whole has tended to increase (Figure 12). A glance at the changes from 1965 to 1984 reveals that the number of physicians (full-time and part-time) increased from 3,983 to 8,782 (from 3.1 to 3.6 per 100 beds). But this increase is mainly due to the increase in part-time physicians (1.3 to 2.1).

The number of registered nurses (both men and women) increased from 11,837 to 21,847 (but declined from 9.1 to 8.9 per 100 beds). Meanwhile, the number of licensed practical nurse (both

men and women) jumped from 5,689 to 22,711 (from 4.3 to 9.3 per 100 beds). Indeed this amounts to a four-fold increase. The number of auxiliary nurses rose from 8,716 to 14,474 (but declined from 6.7 to 5.9 per 100 beds). The increase in the number of nurses centered mainly on the increase in the number of licensed practical nurses (both men and women). However, in terms of the ratio of nurses to bed, the number of registered nurses actually declined.

The number of medical social workers rose from 235 to 888, but in terms of number per 100 beds, it increased only slightly (0.2 to 0.4). Meanwhile, the number of occupational therapists increased from 13 to 223, but in terms of number per 100 beds, the increase was only from 0.0 to 0.1.

Thus, in terms of the ratio of medical staff to bed, the number of physicians increased somewhat centering on part-time physicians, while that of nurses rose swelled centering on licensed nurses (both men and women). But the number of medical social workers and that of occupational therapists increased only slightly.

Simple comparisons should be avoided, but the number of personnel in psychiatric hospitals seems to be considerably smaller than that in general hospitals, where the number of physicians per 100 beds was 13.2, that of registered nurses (both men and women) 20.3, and that of licensed nurses 14.2. Even from the point of view of actual needs, it cannot be denied that psychiatric hospitals are suffering from a lack of personnel.

The number of medical social workers is only 0.2 per 100 beds for both psychiatric and general hospitals. The situation will not improve until, among other things, their legal status is clearly defined and the standard for applying health insurance plans for those working as a medical social worker is improved. Moreover, the number of occupational therapists (whose status is legally defined) per 100 beds, at 0.1, is also the same for both psychiatric and general hospitals. This shortage of manpower stems from, among other things, an insufficient number of schools for training occupational therapist, though recently improved somewhat, and a lack of support under the existing health insurance plans for those working as an occupational therapist.

(6) Economic aspects of Japan's mental health care delivery system

Since Japan's health care delivery system in general centered on private medical institutes, the same can be said of its mental health care delivery system. Private psychiatric institutes account for only 8 percent of all psychiatric health institutes in the United States, as opposed to over 80 percent in Japan. Moreover, since even national and public hospitals are run under a self-supporting program, the mental health care delivery system as a whole reacts acutely to the economic balance of mental health institutes. By contrast, since the demand for mental health care is socialized as a result of the introduction of the national health insurance program, it is nearly completely controlled by the national health insurance system.

However, the standard for awarding remunerations for medical examinations and treatment under the existing national health insurance system dictates against psychiatric hospitals' making as much profit as general hospitals do. This is because the former do not administer medicine and give shots as frequently as the latter do. Consequently, in order to remain financially afloat, psychiatric hospitals tend to secure as many patients as possible and to keep personnel expen-

diture as low as possible by reducing the number of staff members and even hiring uncertified auxiliary nurses and licensed practical nurses rather than registered nurses, who are more expensive to hire. A similar tendency is of course observed in general hospitals, but these hospitals can also increase their profit rates by using more medicine and injections made from raw materials with high productivity, administering more tests, providing x-ray treatment more frequently, and putting patients in rooms not covered by the national health insurance plan. Since the existing standard for awarding remunerations is formulated with general hospitals as its model, it fails to provide psychiatric hospitals with sufficient support to enable them to perform their mental health functions.

At any rate, under this kind of medico-economic system, it is no wonder that psychiatric hospitals are motivated to stress the supply side of the balance between supply and demand of beds; to increase their occupancy rate; to reduce the ratio of number of beds to number of personnel; to increase the proportion of nurses who can be hired at lower cost; and to avoid employing occupational therapists and medical social workers, who hardly has any economic basis for receiving remunerations.

It has been some time since an appeal was first made for a change in Japan's mental health care delivery system to a system ideally centered on primary care and social rehabilitation care. However, under the present standard for awarding remunerations for medical examinations and treatment based on the existing health insurance system, there is a lack of economic motivation to realistically effect such a change. Unless there is an economic motivation to revamp Japan's mental health care delivery system in the direction of promoting primary care and social rehabilitation care, such an ideal will never be realized in a delivery system centered on private hospitals. Stated more bluntly, given the current standard for awarding remunerations for medical examinations and treatment, if measures are adopted to promote social rehabilitation care, to reduce the number of beds in psychiatric hospitals, and to lower their occupancy rate, private hospitals will immediately fall into financial difficulty and be forced to lower the wage scale of their personnel. If the occupancy rate were lowered to, say, 90 percent from the current 102 percent, hospitals will have difficulty paying their personnel even ordinary wages. Moreover, even if, stressing primary care, psychiatric clinics adopts a policy of not admitting mental patients or decides to switch to a delivery system under which patients are admitted only temporarily, they will only be able to operate successfully as a clinic solely treating psychiatric patients if it examines an average of 50 patients per day. This far exceeds the maximum number of patients that one psychiatrist can examine in a day.

Recently improvements have been made in the standard for awarding remunerations for medical examinations and treatment, including raising the fee for day care services at psychiatric wards, psychotherapy, and group therapy, as well as establishing a new fee for visiting nurse services and guidance. However, even if the number of unnecessary hospital beds is reduced, much more drastic steps will have to be taken to revise the existing standard for awarding remunerations for medical examinations and treatment and thereby enable psychiatric hospitals to remain financially afloat.

3. Community mental health services at community health centers and mental health centers

In Japan, there are community health centers and mental health centers as institutes professionally supporting the mentally ill through primary care and social rehabilitation care. As of 1980 there are 852 public health centers, or one center per 140,000 people. Up to now activities at these centers mainly dealt food control, environmental health, tuberculosis prevention, and maternity and child health. But because of the decline in tuberculosis patients, the fall in birthrate, and the transfer of maternity and child health services to municipal offices, mental health services have come to play an increasingly important role year by year replacing those related to tuberculosis control and maternity and child health in community health centers.

In 1985 there were 7,141 public health nurses working at community health centers (about 8 per center). At each center there were at least one and at most two or three full-time mental health specialists, with experience either as a social worker or as a trained public health nurse, and one part-time psychiatrist. These staff members provided local residents with home guidance, advised those who visit the community health center, educated the community on the importance of health, and engaged in social welfare work.

Mental health specialists and psychiatrists in 1985 provided home guidance to 104,000 people (122 per center), an increase of 1.1 folds over the level recorded in 1975. This amounts to an increase of 1.5 folds in man-days of guidance. Moreover, 275,000 man-days (323 per center) of home guidance were provided by public health nurses, an increase of 1.2 folds (Figure 11). 110,000 people (129 per center) were given advice on mental health and counselling, an increase of 1.6 folds over the previous 12 years. This is equivalent to a three-fold increase in man-days of them. As an educational activity concerning mental health, a total of 25,000 lectures and workshops (29 per center) were held (Figure 13). A total of 46,000 cases (54 cases per center) of medical social work were undertaken as a form of public aid for the mentally handicapped, an increase of 1.4 folds over the past 12 years (Figure 13).

As a result of the 1965 revision of the Mental Health Law, primary care has been strengthened over the past ten years, thus facilitating the mentally handicapped's rehabilitation chances. Counselling and group activities (normally held twice a month with an average of 28.6 participants per center) have also been undertaken. In addition, self-help groups and family associations have been promoted.

Next, mental health care activities undertaken at mental health centers, which inherited those formerly undertaken at mental health clinic, commenced with the 1965 revision of the Mental Health Law. There are at present mental health centers in 43 locations nationwide; in five prefectures, they have yet to be established. On average there are 10.8 staff members at each center (a maximum of 22 and a minimum of four). The size of the staff is determined by the size of the budget of each prefecture or metropolitan. As of 1984, among the activities undertaken at mental health centers are technical guidance and assistance for various organizations concerned (245.5 times per center); education and training (44.8 times per center); public relations and

dissemination of knowledge (47.1 times per center) ; research and survey (2.4 subjects per center) ; promotion of family associations, alcoholic anonymous, and other cooperating organizations ; and day care and mental health counselling.

Day care is provided at mental health centers in 30 locations. At each center an average of 2.9 days of day care is provided weekly for 37.1 participants, or 1930.6 man-days of day care. On average each center provided mental health counselling for 596.7 cases, or 2,790 man-day cases. As for activities related to prevention of damages caused by alcoholism, each center on average provides counselling for 53 cases, or 147 man-day cases.

4. Social rehabilitation resources

As of 1986 there are 12 publicly-operated social rehabilitation facilities nationwide that specialize in providing day care or night care. There are also psychiatric facilities in 79 locations that have been certified under Japan's health insurance system to provide psychiatric day care. (Of approximately 1,500 psychiatric facilities, those in over 200 locations are uncertified.) In addition, there is one psychiatric health facility where the mentally handicapped may stay for a long time receiving care and training to help them adapt to normal social life.

Moreover, 76.6 percent of prefectures and metropolitans operate a system of so-called foster parent workshops (*shokuoya*). Under this system, training for social adaptation is provided in a home-like atmosphere by a fixed number of businesses which are subsidized in return for cooperating in the hiring of handicapped people who have difficulty gaining employment under usual employment contracts.

According to a 1984 survey conducted by the Mental Health Division of the Ministry of Health and Welfare, there are small-size sheltered workshops for the mentally handicapped in 147 places, to which 2,196 people commute, or an average of 12 per facility. They work six hours a day, five to six days a week. About 86 percent of the work involves a limited number of manual piecework. About 80 percent of the facilities have full-time staff members, who receive an average wage of only ¥107,000 yen (US\$700) per month. As of November 1986, 22 percent of those who have been commuting to these workshops have achieved social rehabilitation, while 65 percent are still working in them. Moreover, about 65 percent of the workshops are receiving subsidy from local public entities. However, since the amount they receive is inadequate, it is vital that self-governing bodies and the government increase their assistance.

Furthermore, according to the said Welfare Ministry survey, there are group homes for the mentally handicapped in 95 places, (capable of accommodating 916). At present there are 602, or 6.3 per home, living in these facilities. 58.0 percent of these homes are managed by psychiatric institutions, 11.5 percent by family associations for the mentally handicapped, and 4.2 percent by local public entities. 24.2 percent of these homes are located within the premises of a psychiatric hospital, 42.1 percent within 1km of a psychiatric hospital, and 33.7 percent elsewhere. 59.1 percent of the tenants are wage earners and have an average monthly income of ¥72,000 (US\$470), ¥49,600 (US\$324) of which is used to pay for living expenses. Full-time staff members are

stationed at 26.3 percent of all the group homes, as opposed to 47.4 percent in the case of part-time staff members. Although 18.9 percent of the group homes receive financial assistance from local public entities, a much more solid financial backing will be required to increase these facilities.

Thus, in Japan there is still a shortage of resources for the rehabilitation of the mentally handicapped, and the financial basis for achieving this is still weak. Plans are currently being made to financially assist the building of hostels and group homes for those patients who have no home to return to, or have neither family nor relatives who will take care of them. There are also plans to provide assistance for building small-size sheltered workshops, hostels, and group homes. We sincerely hope that the government and the local self-governing bodies will substantially increase their budgets in the days to come so that these social rehabilitation resources may be expanded. Since the traditional family and kinship relationships as well as community networks are becoming increasingly weaker today, our most urgent task is to expand these social resources.

5. Conclusions

The existence of a large number of homeless mentally-handicapped people is a serious social problem in the United States, Italy, etc. Various studies in the United States have found that nearly 50 percent of all the homeless (250,000-500,000) are mentally ill. Consequently, some people even argue that to solve the problem of the homeless the mentally handicapped should be reinstitutionalized.

Meanwhile, Japan is one of the few countries in the world that is said to be free of real slum districts, like those often found in other countries. The only time such districts existed was during the brief period of confusion after the end of World War II. Simultaneously, it can be said that in Japan there are hardly any vagrants or homeless mentally-handicapped people. Since they often have difficulty adapting to society, the mentally ill are more likely to be found in the home or in psychiatric hospitals. Roughly speaking, the young and middle-aged mentally ill tend to be found adapting to life in their home, while those 45 years and older are more likely to be found adapting to life in psychiatric hospitals.

However, the quality of life of the mentally handicapped in Japan is far from satisfactory. Particularly, since prolonged hospitalization has such a disastrous effect on their capacity for living, the tendency of mental patients in Japan to remain hospitalized for a long time is a grave problem. We must therefore create a social environment where even the mentally handicapped can retain their hope of living and their self-respect.

Note:

1. Initial admissions here refer to cases where a psychiatric hospital admits a particular patient for the first time, although the patient may have been admitted elsewhere before. They therefore differ from cases where a patient is admitted to a psychiatric hospital for the first time ever. The latter are referred to as first admissions.

References

- 1) Munakata, T. : Japanese Attitude toward Mental Illness and Mental Health Care, in Lebra, T. S. and Lebra, W. P. (eds.) : *Japanese Culture and Behavior*, The University of Hawaii Press, 1986, pp. 369-378.
- 2) Munakata, T. : Socio-Cultural Factors of Japanese Attitudes toward Mental Illness and Mental Health Care Delivery System, in D. Y. Wu and K. Sonoda (eds.) : *Proceedings for the Workshop on Modernization of East-Asian Medicine*, Honolulu, Jan. 7-19, 1985, The East-West Center & Korean UNESCO.
- 3) Munakata, T. : The Socio-Cultural Significance of Diagnostic Label, "Neurasthenia" in Japan's Mental Health Care System, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 1987. (forthcoming)
- 4) Munakata, T. : Sociocultural Background of the Mental Health System in Japan, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10 (4), 1986, pp. 351-365.
- 5) Munakata, T. : *Seishin Iryō no Shakaigaku* (Sociology of Mental Health Care), Tokyo : Koubundo, 1984.
- 6) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *Patient Survey* (Japanese Edition) , 1974-84.
- 7) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *Survey of Medical Care Facilities / Hospital Report* (Japanese Edition) , 1960-84.
- 8) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *Health Administration Report* (Japanese Edition) , 1963-85.
- 9) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *National Medical Care Expenditure* (Japanese Edition) , 1962-84.
- 10) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *Community Health Center Report* (Japanese Edition) , 1975-85.
- 11) Statistics & Information Department, Ministry of Health & Welfare : *Social Welfare Administration Report* (Japanese Edition) , 1975-85.
- 12) Division of Mental Health , Ministry of Health & Welfare : *Survey of Group Home & Hostel for the Mentally Disabled* (Japanese Edition) , 1984.
- 13) Division of Mental Health , Ministry of Health & Welfare : *Survey of Small-Size Seltered Workshop for the Mentally Disabled* (Japanese Edition) , 1984.

〔邦訳〕

80年代の統計にみる日本の精神保健医療

宗像恒次

社会精神保健部

(本稿は、WHO 本部精神保健部への報告書として作成されたものを邦訳したものです。)

1. はじめに

精神保健医療とは、人間のある種の逸脱行動を、呪術治療体系にみられるように精霊が憑いたものとして捉えるというより、精神症状としてとらえる。そして、その症状に対処するための精神医学的な予防や治療が社会的に期待され、その期待に添って人々が保健医療従事者と対象というそれぞれの役割に準拠しながら相互作用する社会体系である。その意味で、これは精神医学に治療的権威を求めた社会体系の一つといえる。しかし、精神医学といっても、国々によってかなりその様相が異なるので、それを形づくってきたその国の社会文化性をふまえて検討する必要がある。

日本社会は近代化路線をとって以来、欧米の動向には影響をうけやすい体質をもってきたため、一般に西欧的な基準を理念として日本の精神保健医療体系を理解しようとし、また批評しがちである。しかし、日本の精神医療体系は、伝統的にはアジア的、とりわけ東アジア的な性質をもっており、こうした文化性や日本社会の歴史性をふまえて理解しなければならない。

しかしながら、文化性や歴史性がアジアとは異質な欧米社会の精神保健医療は、日本では軽視されがちな側面に価値を置くところがあるため、日本の精神保健医療を改善するのに参考になるところが少なくない。これに関する詳細な検討は他稿^{1), 2), 3)}にゆずり、ここではその視点を前提にして、統計でみることのできる1980年代の日本の精神保健医療の姿を概観しようと思う。

2. 精神医療の需要と供給の現状

(1) 外来、入院患者数の推移

日本社会の急速で大規模な産業化、都市化現象は、物質的豊かさをもたらしたが、大きな生活変化を伴い、ストレス源の多発をもたらし、また、伝統的なネットワークである地域や家族の脆弱化をすすめ、加えて人口構造を高齢化させてきている。こうした結果、神経症、躁うつ病等は激増し、老齡期精神病も増大し、精神医療を求める人々が増えてきている。このような実態を精神障害に関する受療形態の統計的な推移で捉えてみよう。

図1にみるように、精神障害全体の受療率は高血圧や脳血管疾患などの慢性疾患とともに大きく増大してきている。外来患者についてみると、精神分裂病、躁うつ病、神経症、老齡期精神病の増大が顕著である(表1)。次に入院患者についてみると、躁うつ病、神経症や老齡期精神病の増大が目立つが、入院患者全体に占める割合はやはり精神分裂病が大きく68%を占める(表2)。これらは、診療所、一般病院及び精神病院全体の精神障害患者数の推移であるが、次に精神病院の患者に限ってみたい。

我が国では、欧米の傾向とは異なって、依然として精神病院における在院患者数の持続的な増加がみられる。しかし、一方では退院患者および新入院患者の増加もみられる。(図2, 3) このような中で、外来患者も急速に増加してきている(図2)が、在院外来比は1960年の0.05、1984年においても依然として0.09程度であり、患者全体の中に占める外来患者はわずかであり、

在院患者を中心とする受療構造に変化がない。また、病床利用率100%強の変化のない中で、新入院患者数が退院患者数を上まわっており(図4)、その上まっている分、在院患者数が増加し、平均在院日数が延長することになる(図5)。

とりわけ、このような在院患者数の増加は高齢層に多くみられ(図6)、米国などの場合とは異なって、高齢層がナーシングホームに移動されていないので、高齢化した患者が多く残留し、精神病院の患者の高齢化問題が生じてきている。他方、精神分裂病を中心として若壮年層の在院患者(20~44歳)はその絶対数が大きく減少してきている(図6, 7)。他方、今後老年性精神障害者も加え、老年患者の大幅増加は必至なので、精神病院はこれらの高齢患者に対して、どのように対処していくかが、残る大きな課題となっている。

(2)家族同意による入院

日本では、精神障害者の自由入院による入院患者が全入院患者の10%以下であり、また、自傷他害の恐れがある患者の危険防止のためにおこなわれる措置入院と称せられる強制入院の割合が10%(患者数3万4千人, 1985年)である。これ以外に、日本では家族の同意による(本人にとってはある種の強制)入院が約80%を占め、27万人(1985年)の患者がいると推定される。このような圧倒的に多い家族の同意による入院形態の存在は、精神障害者の世話や保護の責任が親にあるとする、日本の社会規範が強く働いている。そして、それはアジア社会に共通にみられる社会規範である。かつて(1957年)厚生省は本人の意志による自由入院である場合でさえも、念のために家族の同意をとっておくようにという通知を出したため、実際は自由入院である場合でも、形の上で家族同意入院になっていることが少なくない。こうしたことがあって、家族の同意による強制入院は西欧的な標準からすると異常に多い。

ところで、こうした入院制度を異なる国の間で比較検討するとき、それぞれの社会の中核と

なる価値(core value)を前提に据えて理解する必要がある。入院制度も社会制度のひとつなので、各社会の中核となる価値を守る建て前でつくられたり、またそのような価値を実現するように機能しているからである。

アジア社会の中核となる価値は、国際人権規約Bに典型的に示されているような個人の自由や安全や独立性(independence)の保障といった西欧的価値とは異なる。むしろ、親族や地域の人々の相互依存性(mutual-dependence)の保障にある。したがって、成文法上、あるいは慣習法上、患者の入退院に際して家族や親族等の相互依存性を尊重しようとしてきた。

日本は、保護義務者(大半は家族・親族)の同意による入院制度、つまり、アジア社会の中核的価値を具現化する入院制度を成文法として整備している、世界的にユニークな国である。しかし、成文法はないが、中国や韓国、カタール、イラン、イラク、クウェート、ヨルダンなどアジア諸国では、家族の同意に基づく強制入院がむしろ入院形態の大半を占める。アジア社会の社会慣習では、家族や親族が病人、障害者、老人の療養および扶養義務をもっており、精神障害者もまた同様に入院させることも含め療養義務が家族に期待されている。

家族の同意による入院は、このような社会文化性が背景にある。しかし、この入院形態は本人にとってはある種の強制入院であるから、本人に退院希望があっても、精神科医や家族の同意がないと退院は困難となる。

こうした場合、どうしても患者個人の意志や希望は軽視され過ぎることになる。いつ退院できるかわからず、処遇に不服申し立て(appeal)ができず、第三者機関からの監視機構(tribunal)もないようでは、もし患者と家族との関係及び患者と主治医との関係が悪化した場合、この関係は治療関係というよりも、単なる暴力的な支配関係になりがちである。

患者とのよい治療関係を守るには、最初は強制入院で入院したとしても、患者の意志や気持

を重視した自由入院に切り換える方がよい。このような形を実現するために、今年には精神衛生法の改正が予定されている。

(3)措置入院

筆者らの研究では、家族同意入院はこれまでは日本社会に適合的な入院形態であったともいえるところがある。一般に家族は、現在でも日本人のみならず他の国々の人々も含め患者の生活にとって貴重な支援ネットワークであることは間違いない。しかもこれまでは家族同意入院制度は、措置入院や公的扶助の入院に比べると、在院日数の長期化をもたらす構造的な原因にはなっていない⁴⁾。家族同意入院の場合、患者と家族との関係を良いものに保つことができれば、長期入院というよりむしろ、家庭への復帰や社会復帰がスムーズに進行する。

一方、措置入院や公的扶助による入院患者には、患者を保護すべき家族や親族がいなかったり、あるいはいたとしても関係がよくない場合が多い。このような場合、どうしても精神病院を家と思って暮らさなければならないので、患者の不服申し立て (appeal) 制度や審査機関 (tribunal) などがないと、長期入院は必至である。こうした入院は最少限にとどめる必要がある。

措置入院は、精神障害ゆえに自傷他害の恐れがある患者の危険防止のために入院させる措置 (精神衛生法第29条) であり、本来入院保護するためにすすめられてきた施策であった。ところが、1960年以来、貧困な患者の入院を支えるため、本来の趣旨を逸脱し、同法第29条の安易な適用を生み、1960年から1970年 (全在院患者の30%) のピークまで急速に増加していった。

しかし、法の趣旨からいっても、措置入院は最終的な手段であって、その増加は好ましくはなく、その後、新規の措置入院件数の減少、医療扶助による入院の増加などによって、措置入院患者数は減少し始めており、都道府県別格差は大きいのが、全体的に減少してきている (図8)。1985年現在、すでに東京都では措置率0.9%になっている。

(4)精神病院数及び病床数

精神病院数、病床数は、図9に見るように、1965年からずっと増大し続けている。1980年～84年にも、精神病院は私的病院を中心に増加しており (表11)、病床規模についても、100～290床及び500～699床レベルの施設が増えている。病床規模の拡大傾向は、気にかかるところである (図10、表10)。

これは、欧米諸国の趨勢とはまったく逆の動きをとっている。患者の社会生活を重視するのなら、この傾向は決してよいものではないが、こうした傾向を生む背景をどのように理解したらよいのであろうか。

日本の精神病院の成立は、欧米のように貧困者、軽犯罪者などを含めた巨大な収容所として成立した精神病院とは異なり、その多くは精神障害者を世話してきている家族を支えるために開業医が病床を用意してきたという歴史をもつ。したがって、精神病院におけるケアは、家族ケアの延長上にあり、家族的な雰囲気を保つために、従来200床以内の小規模な私的病院が主たる形態であった。現在でも、全国の平均規模は250床である。欧米に定型的にみられた2,000～3,000床の大規模な病院は、日本では歴史的に発生したことがない。

ところが、戦後の産業化、都市化に伴い、核家族化、小家族化などによって、家族・親族のネットワークが脆弱化し、老人や精神障害者などへの保護力の低下が生じた。その結果家族は、精神病院への保護力に強く依存するようになったと考えられる。

たとえば、図11のように、西日本を中心として人口一万対精神病床数が多いことがわかるが、筆者の研究⁵⁾によれば、それは東日本と西日本における家族の人員数や財力や扶養意識など、地域の社会経済的な保護力の違いを反映している。東日本は家族人員数がより多く、精神患者への扶養・保護意識が強いため、家族にかかえられていることが多い。

また、このような需要側の背景のみならず、

供給側からも精神病床の増大をもたらした。日本経済の高度成長にもなって、公的経営体の貧しさの中で私的経営体の経営優先主義的な側面がそれを助長したものと考えられる。

筆者の研究⁹⁾によれば、一般病床の場合と同様、1960年頃から精神病床の供給量が需要量をプルするようになった。その原因としては次のことが考えられる。すなわち、我が国の1960年以降の経済の急速な高度成長過程の中で、国民皆保険制度(1961年)、措置患者の国庫補助率を5割から8割へ引き上げ(1961年)、国保患者の措置患者への切り換えなどによる医療需要の喚起政策とともに、医療金融公庫制度などを中心とした私的医療機関への補助開始(1960年)、市中銀行融資状況の改善などによる医療供給の促進に伴った医療体系の社会経済上の構造的変化を反映したものと考えられる。たとえば、医療金融公庫の貸付による精神病院病床増加数(1965~78年)と全国の精神病院病床増加数との相関係数は0.801と驚くべき値で有意($P < 0.001$)である。

(5)精神病院マンパワー数の推移

精神病院(単科)における医師数、看護者数などの職員数は、全体の数では増加傾向にある(図12)。1965年から1984年の変化をみると、医師数(常勤および非常勤)は3983人から8782人(病床100対で3.1人から3.6人)となっている。しかし、それは主として非常勤医師の増加(1.3人から2.1人)によるものである。

看護婦(士)数は、1万1837人から2万1847人(病床100対9.1人から8.9人)であるが、准看護婦(士)数は、5689人から2万2711人(病床100対4.3人から9.3人)にもなっている。准看護婦(士)は実に4倍増加している。看護補助者は8716人から1万4474人(病床100対6.7人から5.9人)となっている。看護者については、准看護婦(士)が中心になって増加している。病床対でみると、看護婦(士)数の方はむしろ減少している。

医療社会事業従事者数は、236人から888人(病

床100対0.2人から0.4人)に増えたが、病床対でみると増加はわずかである。

作業療法士数は、1966年の13人から223人とかなり増加しているが、病床100対では0.0人からわずかに0.1人に増加しているにすぎない。

以上のように、病床対でみると、医師は非常勤者中心に多少増加し、看護者は准看護婦(士)を中心に増え、医療社会事業従事者や作業療法士はわずかに増加しているにすぎない。

単純に比較はできないが、一般病院(1984年)の病床100対医師数が13.2人、看護婦(士)数20.3人、准看護婦(士)数14.2人に比べて、精神病院の職員数はかなり少ない現況にあり、またニード面からみて、精神病院の職員不足は否定できない。

医療社会事業従事者数は一般病院でも100床対0.2人と精神病院と変わらず、身分法の整備、健康保険上の基準などの改善が伴わないと増員が望めないと思われる。また、身分法の定められている作業療法士であるが、一般病院も100床対0.1人と、精神病院と変わらないが、このマンパワー不足は、最近では変わってきているがこれまでの養成体制が十分でなかったことや健康保険上の裏づけの弱さなどが原因している。

(6)精神医療の供給構造の経済的側面

我が国の医療供給体系は一般に私的医療機関を中心としたもので、精神医療の供給体系についても同様のことがいえる。米国での精神医療機関全体に占める私的医療機関の割合は8%であるが、我が国では80%以上であることをみても明らかであろう。また、国立病院も独立採算制をとっているため、精神医療の供給体系全体が医療機関の経済的バランスに敏感に影響を受けるものといえる。他方、医療需要は国民皆保険制度によって社会化されているので、保険制度によってほとんどコントロールされる。

ところで、現行の健康保険制度の診療報酬基準においては、精神病院は一般病院に比べ、投薬、注射という医療行為が相対的に少なく、それが大きな収入源にはならないので、経済的な

バランスのとおり方として、入院患者を多く確保し、職員数をできるだけ少なくし、しかも看護師は無資格補助者や准看護婦といった人件費の低い者の割合を多くする傾向がある。もちろん、一般病院の場合も同様の傾向があるが、一般病院はそれ以外に、原材料生産性の高い投薬、注射、検査、X線や室料差額病床の割合を高めることによって、収益率を高めることができる。現在の診療報酬基準は一般病院を標準モデルとして構成されていて、精神病院に必要な医療行為を裏づけるものが不足していると思われる。

いずれにせよ、このような医療経済制度からみると、精神病院は自ずと精神病床の需給バランスにおける供給主導性、病床利用率の増大、病床対職員数割合の縮小、原価の低い看護師の割合の増大、(報酬の経済的裏づけのほとんどない)作業療法士、医療社会事業従事者の不採用を生み出す経済学的な誘因をもっている。

我が国でも、精神医療供給体系は、理念的にはプライマリーケアや社会復帰ケアを中心とした体系に変化させる必要がさげばれて久しい。しかし、現在の健康保険の診療報酬基準では、それを現実的に進める経済学的な誘因が欠けている。今後、プライマリーケアや社会復帰ケアを進めることができるように、構造的に改善させる経済学的誘因がなければ、私的病院中心的な供給体系においてはこのような理念は実体がない。言い換えれば、現在の診療報酬基準では、社会復帰を促進し、精神病床の減少、病床利用率の低下を促せば、私的病院は、たちまち職員の給与額の低下や経営困難に陥ることになる。たとえば、病床利用率を現在の102%から90%に低下させると、職員のボーナスを含めて給与を世間並みの相場で支給することが困難となってくる。また、プライマリーケアを重視して入院させない、あるいは一時入院で済ませる供給体制に切り換えようとしても、内科患者を含めない精神科のみの診療所体制の経営が成り立つためには、毎日平均50人以上の患者を診なければ不可能といわれる。これは、一人の精神科医が

診察できる上限をはるかに越えている。

最近では、精神科デイケア、精神療法、集団療法の料金が改善されたり、訪問看護・指導料の新設など、診療報酬基準の改善がなされているが、不必要な病床を減少させても、経営的に成り立つ診療報酬基準の構造的な改善がさらに急がれるところである。

3. 保健所及び精神衛生センターにおける地域精神保健活動

我が国には精神障害の予防や社会復帰を専門的に支える機関として保健所や精神衛生センターなどがある。1986年現在、852か所の保健所があり、人口14万人に19か所の割合で存在する。保健所は、これまで食品管理、環境衛生、結核予防、母子保健を中心に活動をおこなってきたが、結核患者の減少、出産率の低下や母子保健業務の市町村への移行に伴って、結核予防、母子保健に代わって、精神保健活動の比重が年々高まってきている。

保健所には、1985年において保健婦が7141名(1ヶ所平均8名)いて、ソーシャルワーカー出身あるいは訓練された保健婦出身の専任精神衛生相談員が、保健所に少ないところで1名、多いところで3名いて、非常勤の精神科医が1人いる。彼らは、住民に対して訪問指導、来所相談、衛生教育、社会事業をおこなっている。

精神衛生相談員や精神科医らの訪問指導は、1985年実人員で10万4千名(1ヶ所平均122名)を対象とし、1975年から1985年の間に1.1倍増加し、延人員で1.5倍の増加をしている。また、保健婦による家庭訪問指導は1.2倍増加し、延人員で27万5千名(1ヶ所平均323名)を対象としている(図13)。精神衛生相談については、1985年に実人員で11万名(1ヶ所平均129名)を対象とし、この12年間に1.6倍増加し、延人員では3倍に増加している。精神衛生に関する教育活動としては、講演やワークショップなどを1985年で2万5千回(1ヶ所平均29回)開催している(図12)。精神障害者のための公的扶助としての医療社会事業活動は4万6千件(1ヶ所平均54件)

を取り扱い、この12年間に1.4倍の増加がみられる(図13)。

これらの活動は、1965年の精神衛生法の改正によって、精神障害者の社会適応を高めるため、最近10年間にプライマリーケアや社会復帰ケアが強化されてきており、相談活動やグループ活動(1ヶ所平均28.6人参加者で通常月2回開催)がなされてきて、また、セルフヘルプ集団や家族会も育てられてきている。

次に、精神衛生センターにおける精神保健活動は、かつての精神衛生相談所を受継ぎ、1965年の精神衛生法の改正とともに始まり、現在では全国に43ヶ所あるが、5県には未だ設置されていない。各センターには平均10.8名の職員(多いところで22名、少ないところで4名)がいて、その規模は都道府県の財政に依存するところが大きい。1984年現在、その業務は関係諸機関に対する技術指導・援助(1ヶ所平均245.5回)、教育研修(1ヶ所平均44.8回)、知識の広報・普及(1ヶ所平均47.1回)、調査研究(1ヶ所平均2.4課題)、家族会、断酒会等の協力組織の育成、デイケア、精神衛生相談などを行っている。

デイケアとしては30ヶ所の精神衛生センターにおいておこなわれており、1ヶ所当り平均2.9日/週、参加者実数37.1人、延数1930.6人に達する。精神衛生相談は、センター1ヶ所平均実件数596.7件、延数2790件となっている。酒害予防事業としては、相談で一ヶ所平均実件数53件、延数147件となっている。

4. 社会復帰資源

1986年現在、デイケアやナイトケアを専門におこなう社会的リハビリテーション施設の公的施設が、全国で12ヶ所あり、医療施設で、健康保険制度による精神科デイケアの承認をうけた施設は、79ヶ所(無承認のものは200ヶ所を超える)がある。他に、長期間の宿泊提供をおこなう、精神衛生社会生活適応施設が1ヶ所ある。

また、通常の雇用契約による就職の困難な精神障害者を対象として、一定の事業所に協力奨

励金を出すことによる社会適応訓練をおこなう職親制度が76.6%の都道府県で実施されている。

全国の精神障害者のための小規模保護作業所は、1984年の厚生省精神保健課調査によれば、147ヶ所あり、実人員2196名が通所している。一施設当り平均12名が通所し、週5～6日、1日6時間の作業をしている。作業内容は、約86%が手内職であり、その内容の種類が限られている。約80%の施設には常勤職員がいるが、月平均10万7千円と低い報酬となっている。実績については、1983年での通所者が11月の時点で22%社会復帰し、56%が現在継続している。また、約65%の作業所が地方公共団体等からの補助を受けているが、その額は不十分であり、国及び自治体の補助強化が緊要である。

また、精神障害者のための共同住居は、1984年の厚生省精神保健課調査によれば、現在95ヶ所(定員916人)あり、入居人員は602人であり、一施設あたり平均6.3人である。設置主体は、医療機関58.0%、家族会11.5%、地方公共団体4.2%となっている。その立地条件は24.2%が精神病院の敷地に内设され、42.1%が精神病院から1km以内にあり、33.7%はその他である。入居者の59.1%は収入を得ており、入居者は1ヶ月当り7万2000円の収入であるが、家賃、食費などを含む生活費として平均4万9600円を負担している。常勤職員は全施設の26.3%に、非常勤は47.4%に配置されている。18.9%の共同住居には地方公共団体から財政援助があるが、このような施設を増加させるにはあまりにも財政的な裏づけが乏しい。

以上のように、我が国では、精神障害者の社会復帰のための資源がまだまだ乏しく、財政的基盤が弱い。今日、家族や親族あるいは地域のネットワークが脆弱化する中で、帰るべきよき家庭や療養上の世話のできる家族や親族のない入院患者のために、ホステルや共同住居の整備の財政補助や小規模保護作業所などの財政補助が計画されている。今後、こうした社会復帰資源の拡充のための国や自治体の大幅な予算増大

が切実に望まれるところである。

5. おわりに

米国やイタリアなどでは、家のない浮浪化した精神障害者の存在 (the homeless) は、大きな社会問題である。米国では、さまざまな調査結果からみて、浮浪者全体 (25万~50万人) のおよそ50%以上が精神障害者である。そのため、浮浪者問題を解決するには、精神障害者の再収容化 (reinstitutionalization) であるという人さえ出てきている。

他方、日本では、諸外国によくみられるいわゆるスラム地域は、戦後の一時的混乱期を除いて、基本的にはないといわれるまれな国である。と同様に、浮浪者や浮浪化した精神障害者はほとんどいないといってよい。精神障害者は社会適応が困難であることが多いので、むしろ家庭あるいは精神病院にいる。大ざっぱに言って、若年、中年の精神障害者は家庭内適応している傾向があり、壮年、老年層、(45才以上)は精神病院内適応していることが多い。

しかし、このような精神障害者の生活の質 (Quality of life) は、決して良い状態とはいえない。とりわけ、精神病院の長期入院はその彼らの生活能力に対して破壊的な副作用をもつため、現在の日本の長期入院の問題は深刻である。たとえ、精神障害をもつても、生きる希望と自尊心を保ちうる社会環境を開発しなければならない。

参考文献

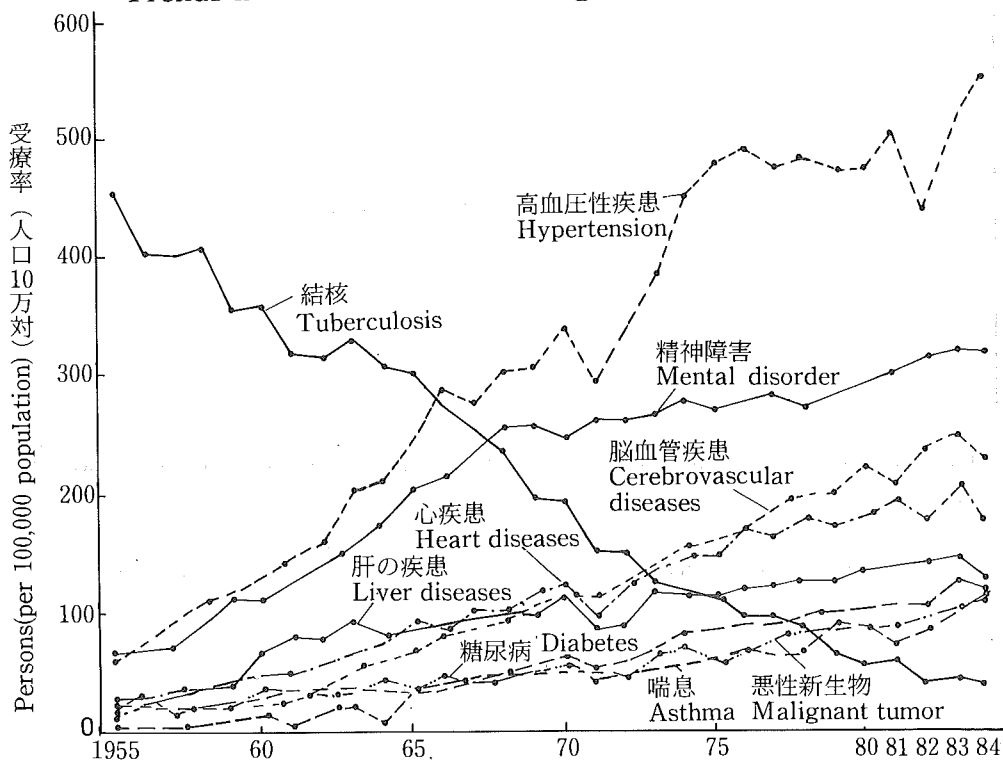
- 1) Munakata, T. : Japanese Attitude toward Mental Illness and Mental Health Care, in Lebra, T. S. and Lebra, W. P. (eds.) : *Japanese Culture and Behavior*, The University of Hawaii Press, 1986, pp. 369-378.
- 2) Munakata, T. : Socio-Cultural Factors of Japanese Attitude toward Mental Illness and Mental Health Care Delivery System, in D. Y. Wu and K. Sonoda (eds.) : *Proceedings for the*

Workshop on Modernization of East-Asian Medicine, Honolulu, Jan. 7-19, 1985, The East-West Center & Korean UNESCO

- 3) Munakata, T. : The Socio-Cultural Significance of Diagnostic Label, "Neurasthenia" in Japan's Mental Health Care System, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 1987. (近刊)
- 4) Munakata, T. : Sociocultural Background of the Mental Health System in Japan, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10(4), 1986, pp. 351-365.
- 5) 宗像恒次 : 「精神医療の社会学」弘文堂 1984.
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「患者調査」(粗データも含む) 1974~84.
- 7) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「医療施設調査・病院報告」1960~84.
- 8) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「衛生行政業務報告」1963~85.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「国民医療費」1962~84.
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「保健所運営報告」1975~85.
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部 : 「社会福祉行政業務報告」1975~85.
- 12) 厚生省精神保健課 : 「精神障害者共同住居調査」1984.
- 13) 厚生省精神保健課 : 「精神障害者小規模作業所調査」1984.

Figure 1 主要傷病別受療率の年次推移

Trends in the rates for receiving medical care for main illness



注：調査月は、30～58年は各7月、59年は10月である。

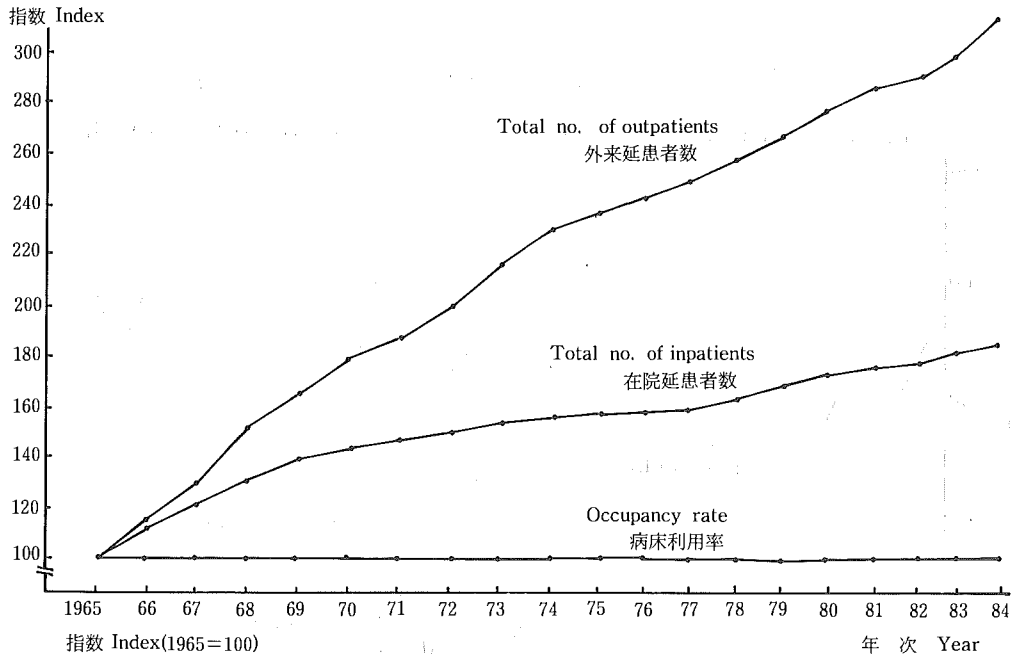


図 2 精神病院における外来延患者数および在院延患者数の指数推移
 Figure 2 Index of total number of outpatients and inpatients in psychiatric hospitals

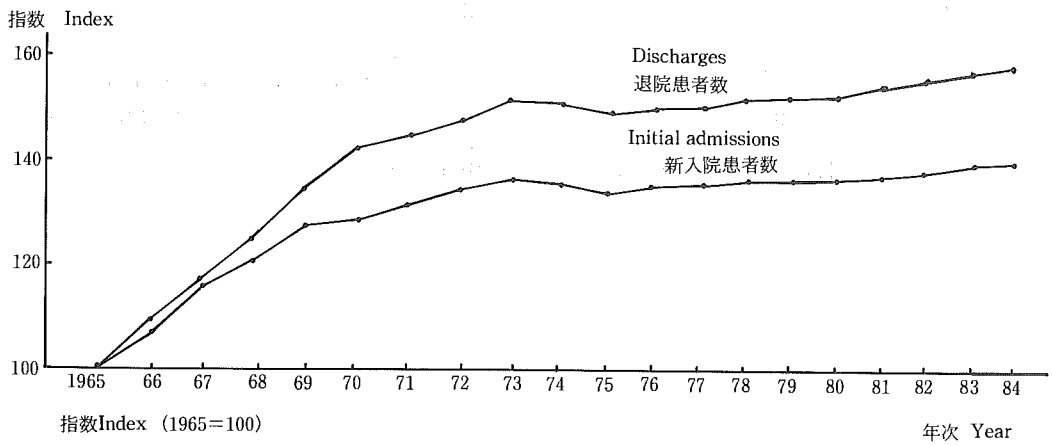


図 3 精神病院における新入院患者数および退院患者数の指数推移
 Figure 3 Index of number of Initial admissions and discharges in psychiatric hospitals

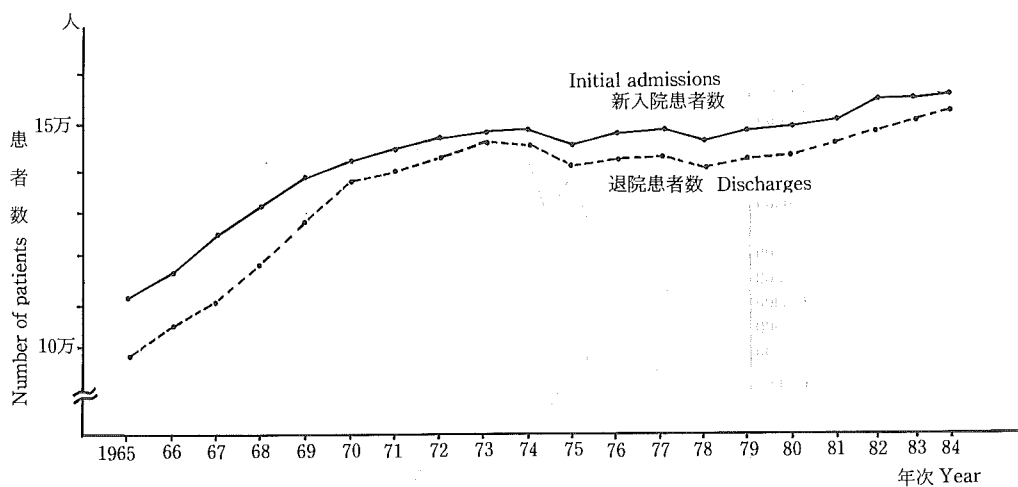


図 4 精神病院における新入院患者数および退院患者数の推移
Figure 4 Number of Initial admissions discharges and in psychiatric hospitals

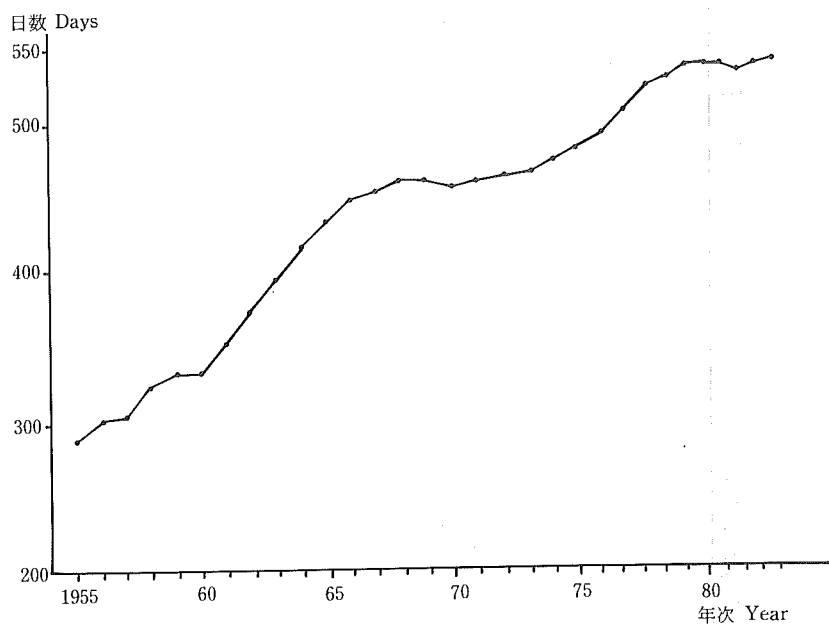


図 5 精神病床における平均在院日数推移
Figure 5 Length of hospital stay in psychiatric hospitals and psychiatric department of general hospitals

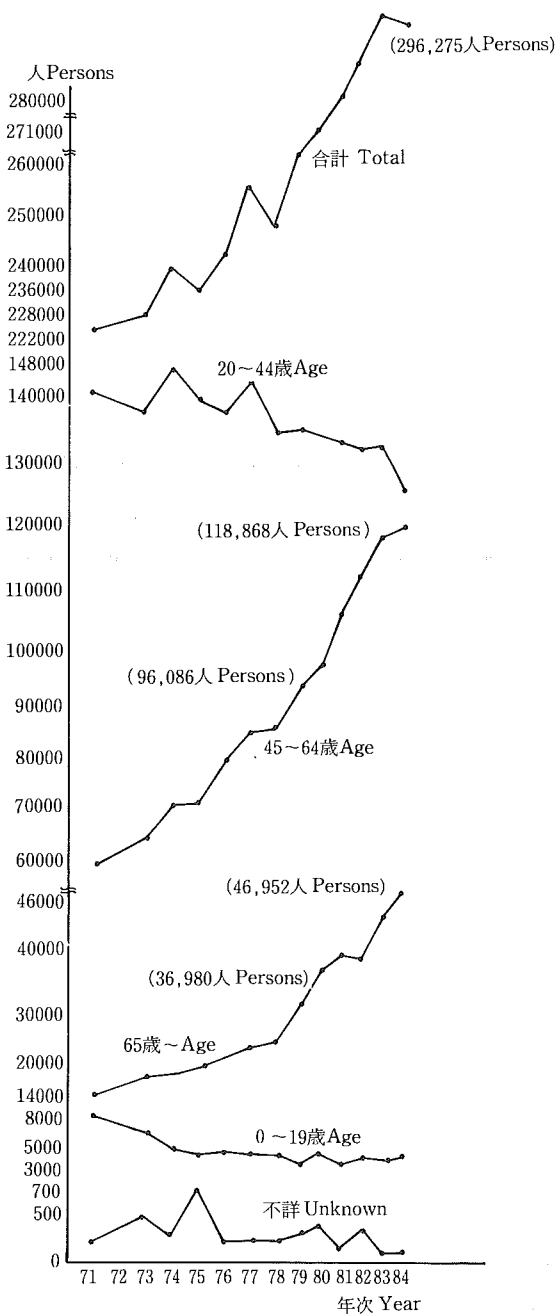


図6 精神病院における在院患者数の年次推移
 Figure 6 Number of inpatients in psychiatric hospitals by year

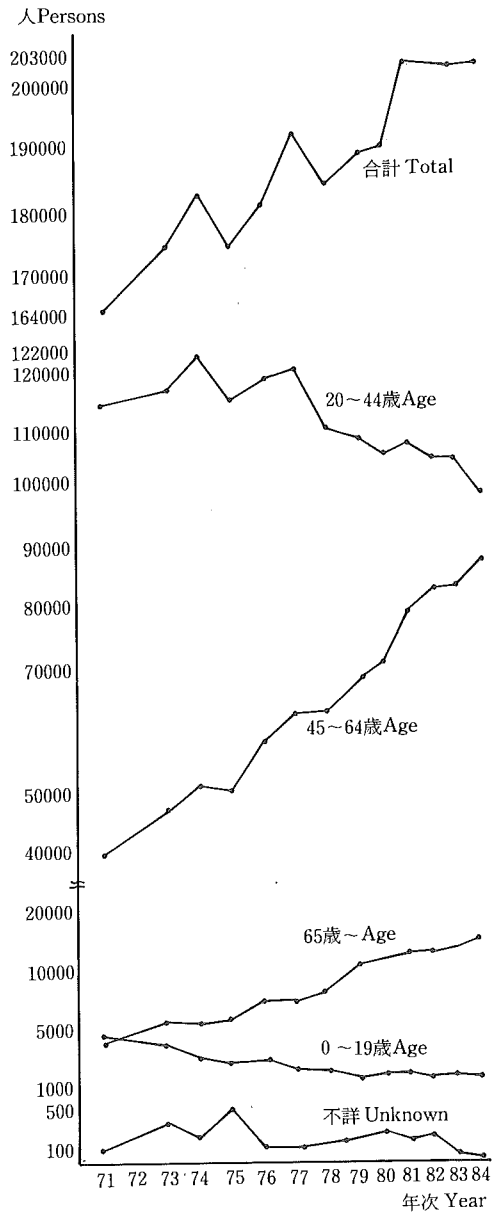
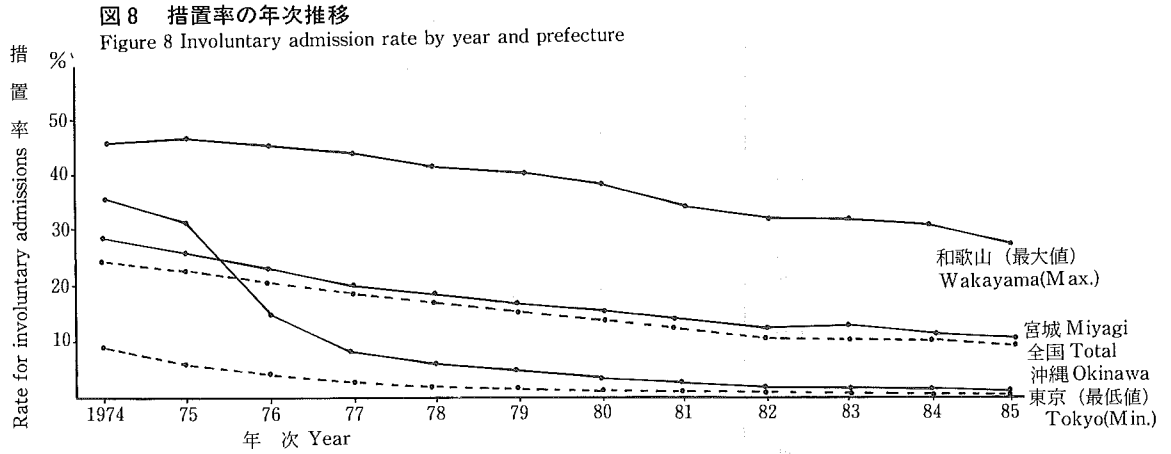


図7 精神分裂病入院患者数の(年次)推移
 Figure 7 Number of inpatients with schizophrenic psychoses by year



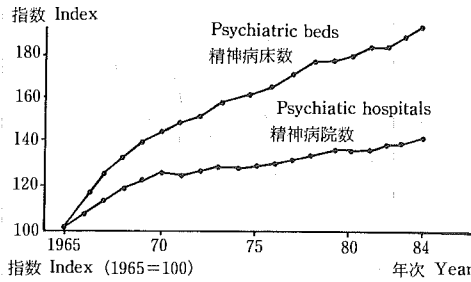


図9 精神病院数および精神病床数の指数推移
Figure 9 Index of number of psychiatric hospitals and beds

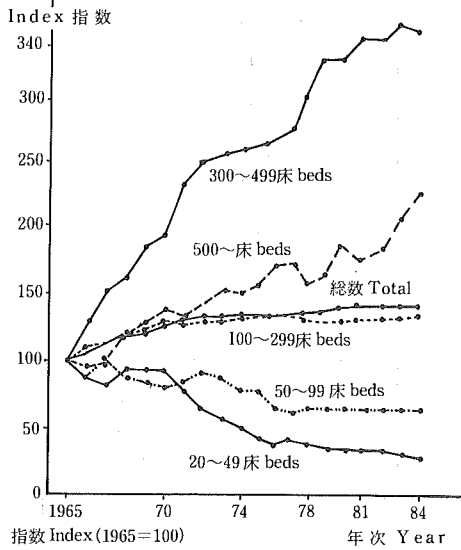


図10 規模別にみた精神病院数の指数推移
Figure 10 Index of number of beds in psychiatric hospitals by scale of hospital

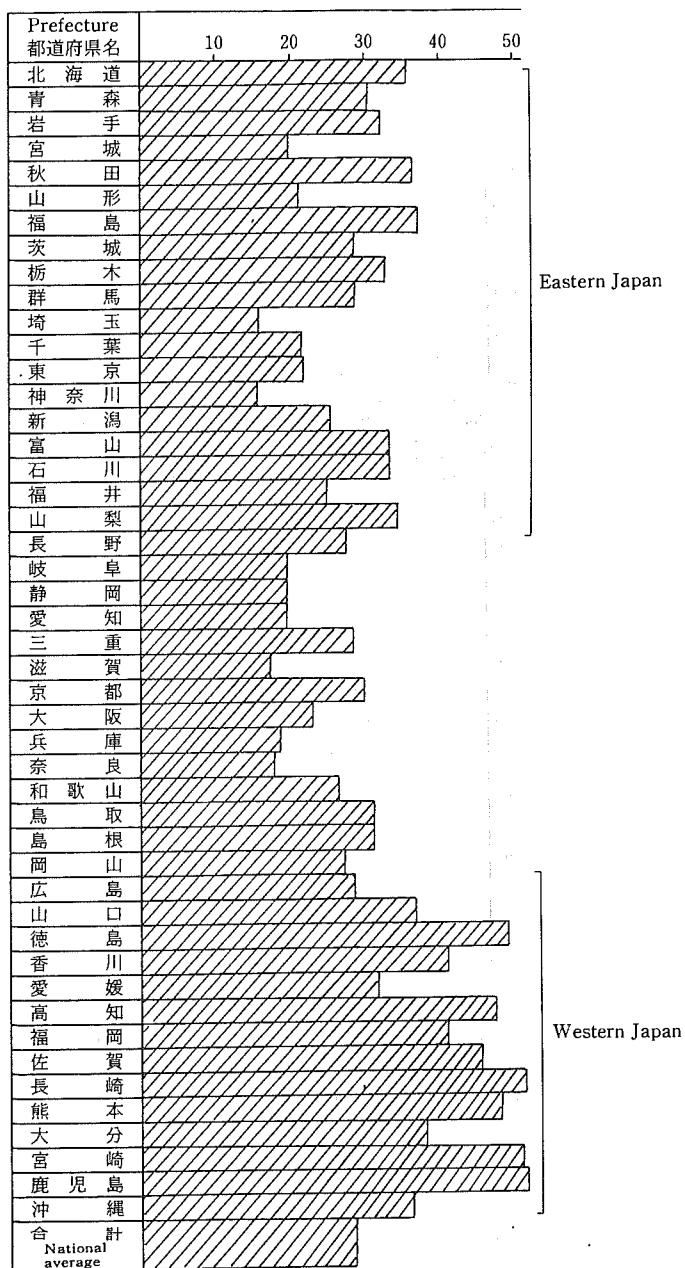


図11 人口1万対精神病床数(都道府県別)(1984年)

Figure 11 Number of beds per 10,000 population by prefecture (1984)

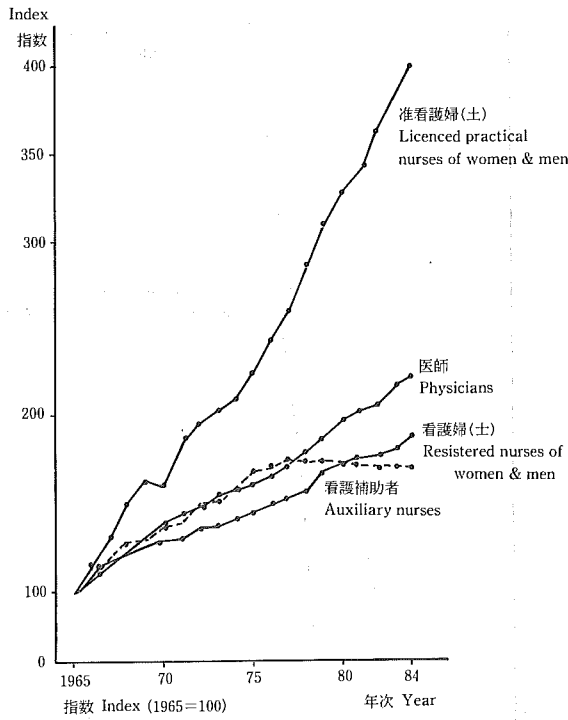
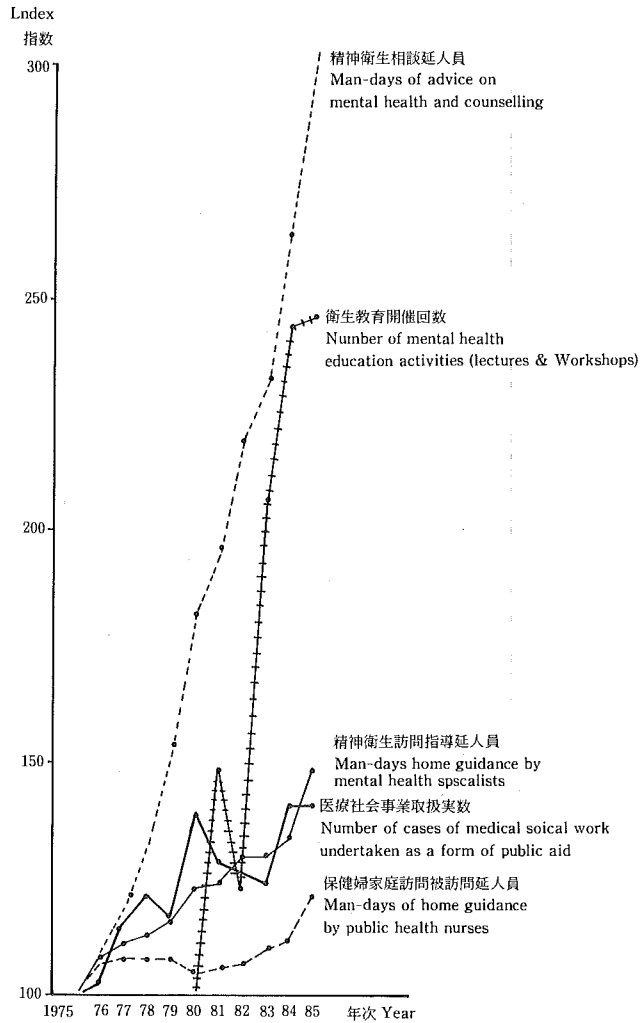


図12 精神病院における医師および看護者数の指数推移
 Figure 12 Index of number of physicians and nurses in psychiatric hospitals



指数Index (1975=100) ただし衛生教育開催回数は1980=100とする
 1980=100 in case of mental health education activities

図13 保健所の精神衛生業務の推移

Figure 13 Mental health activities in community health center by year

表1 外来患者数 Number of outpatient by diagnosis and year

診断グループ (ICD-9)	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
器質性精神病 (290, 293, 294) Organic psychotic conditions (%) ^{注1)}	456 (0.90)	781 (1.46)	670 (1.17)	490 (1.04)	597 (1.20)	1,942 (4.02)	2,033 (3.84)	695 (2.07)	976 (2.88)	3,021 (4.16)	1,598 (3.29)
アルコール精神病 (291, 303) Alcohol psychoses (%)	1,627 (3.22)	1,117 (2.09)	988 (1.72)	1,133 (2.41)	1,268 (2.56)	1,447 (3.00)	2,061 (3.90)	920 (2.75)	915 (2.70)	1,498 (2.06)	1,400 (2.89)
薬物精神病 (292, 304, 305) Drug psychoses (%) ^{注2)}	70 (0.14)	90 (0.17)	175 (0.30)	100 (0.21)	50 (0.10)	151 (0.31)	50 (0.09)	225 (0.67)	72 (0.21)	163 (0.22)	123 (0.25)
抑うつ精神病 (296, 300.4, 311) Depressive psychoses (%) ^{注3)}	6,621 (13.08)	6,620 (12.39)	7,658 (13.35)	7,048 (14.97)	5,458 (11.01)	6,967 (14.43)	8,855 (16.75)	7,125 (21.26)	6,122 (18.05)	14,338 (19.75)	10,226 (21.08)
精神分裂病 (295) Schizophrenic psychoses (%)	10,393 (20.54)	9,530 (17.84)	10,710 (18.66)	9,877 (20.97)	10,167 (20.51)	10,729 (22.22)	10,804 (20.43)	10,171 (30.35)	9,543 (28.13)	15,697 (21.62)	16,602 (34.23)
その他の精神病 (297, 298) Other psychoses (%)	477 (0.94)	405 (0.76)	402 (0.70)	425 (0.90)	250 (0.50)	1,240 (2.57)	1,427 (2.70)	1,268 (3.78)	1,325 (3.91)	2,104 (2.90)	2,043 (4.21)
神経症 (300但し300.4を除く) Neurotic disorders (%)	14,806 (29.26)	18,452 (34.54)	20,175 (35.16)	13,878 (29.47)	14,656 (29.57)	14,747 (30.54)	16,780 (31.73)	8,505 (25.38)	8,896 (26.23)	22,124 (30.47)	11,361 (23.42)
人格障害 (301, 302) Personality disorders (%)	135 (0.27)	140 (0.26)	185 (0.32)	90 (0.19)	100 (0.20)	100 (0.21)	120 (0.23)	112 (0.33)	41 (0.12)	351 (0.48)	117 (0.24)
子供および一般の発達障害 および不適応 注4)	93 (0.18)	181 (0.34)	260 (0.45)	90 (0.16)	375 (0.76)	140 (0.29)	380 (0.72)	286 (0.85)	288 (0.85)	620 (0.85)	452 (0.93)
Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence (313) Hyperkinetic syndrome in childhood (314) Specific delays in development (315) Acute reaction to stress (308) Adjustment reaction (309)											
精神薄弱 (317, 318, 319) Mental retardation (%)	1,292 (2.55)	977 (1.83)	639 (1.11)	1,877 (3.99)	3,720 (7.51)	1,058 (2.19)	737 (1.39)	675 (2.01)	1,387 (4.09)	1,843 (2.54)	1,614 (3.33)
その他 (306, 307, 310, 312, 316) All other (%) ^{注5)}	13,943 (27.55)	14,578 (27.29)	14,910 (25.98)	10,497 (22.29)	12,420 (25.06)	9,743 (20.17)	9,341 (17.67)	3,465 (10.34)	4,191 (12.36)	10,546 (14.53)	2,835 (5.84)
合計 total (%)	50,605 (100.00)	53,415 (100.00)	57,381 (100.00)	47,094 (100.00)	49,564 (100.00)	48,294 (100.00)	52,877 (100.00)	33,508 (100.00)	33,920 (100.00)	72,600 (100.00)	48,503 (100.00)

この分類はWHOの指示に基づくものである。(出所 患者調査粗データからの再集計)

注) ICD番号は1978年以前(ICD-8)と1979年以降(ICD-9)とでは多少異なっており、分類が困難なものがある。

注1) 1978年以前の数値は、294を除く。

注2) // 292と305を除く。

注3) // 311を除く。

注4) // 312をも加えている。

注5) // 306と316のみの合計である。

表2 入院患者数 Number of inpatient by diagnosis and year

診断グループ (ICD-9)	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
器質性精神病 (290, 293, 294) ^{注1)} Organic psychotic conditions (%)	7,934 (3.12)	8,844 (3.57)	9,182 (3.59)	10,359 (3.84)	10,141 (3.85)	17,898 (6.45)	21,679 (7.57)	21,977 (7.42)	20,800 (6.89)	24,921 (7.96)	25,744 (8.31)
アルコール精神病 (291, 303) Alcohol psychoses (%)	15,066 (5.93)	17,855 (7.20)	16,272 (6.37)	16,537 (6.13)	14,982 (5.68)	19,947 (7.19)	18,042 (6.30)	18,686 (6.31)	20,205 (6.69)	25,357 (8.10)	19,169 (6.19)
薬物精神病 (292, 304, 305) ^{注2)} Drug psychoses (%)	723 (0.28)	753 (0.30)	782 (0.31)	791 (0.29)	654 (0.25)	832 (0.23)	1,895 (0.66)	1,452 (0.49)	1,633 (0.54)	1,127 (0.36)	1,490 (0.48)
抑うつ精神病 (296, 300.4, 311) ^{注3)} Depressive psychoses (%)	14,197 (5.59)	12,902 (5.20)	13,220 (5.17)	14,187 (5.26)	14,303 (5.42)	12,166 (4.38)	14,405 (5.03)	15,036 (5.08)	15,983 (5.29)	16,944 (5.41)	17,105 (5.52)
精神分裂病 (295) Schizophrenic psychoses (%)	183,235 (72.17)	175,047 (70.62)	181,496 (71.01)	192,714 (72.42)	184,511 (69.98)	189,119 (68.14)	190,384 (66.50)	202,723 (68.47)	202,256 (67.00)	201,826 (64.50)	202,710 (65.42)
その他の精神病 (297, 298) Other psychoses (%)	1,434 (0.56)	1,377 (0.56)	1,423 (0.56)	1,213 (0.45)	1,603 (0.61)	6,703 (2.42)	7,666 (2.68)	7,851 (2.65)	8,741 (2.90)	9,289 (2.97)	9,305 (3.00)
神経症 (300但し300.4を除く) Neurotic disorders (%)	10,992 (4.33)	11,330 (4.57)	12,794 (5.01)	12,104 (4.49)	13,533 (5.13)	12,708 (4.58)	14,594 (5.10)	11,459 (3.87)	13,960 (4.62)	15,846 (5.06)	16,783 (5.42)
人格障害 (301, 302) Personality disorders (%)	2,030 (0.80)	1,581 (0.64)	1,443 (0.56)	2,003 (0.74)	1,694 (0.64)	2,071 (0.75)	1,376 (0.48)	1,063 (0.36)	1,921 (0.64)	1,432 (0.46)	1,841 (0.59)
子供および一般の発達障害および不適応 ^{注4)} Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence (313) Hyperkinetic syndrome in childhood (314) Specific delays in development (315) Acute reaction to stress (308) Adjustment reaction (309)	92 (0.04)	100 (0.04)	71 (0.03)	283 (0.10)	160 (0.06)	250 (0.09)	400 (0.14)	286 (0.10)	308 (0.10)	293 (0.09)	695 (0.22)
精神薄弱 (317, 318, 319) Mental retardation (%)	13,405 (5.28)	12,127 (4.89)	12,876 (5.04)	12,605 (4.67)	15,910 (6.03)	14,319 (5.16)	14,583 (5.09)	14,444 (4.88)	14,607 (4.83)	14,158 (4.52)	13,589 (4.39)
その他 (306, 307, 310, 312, 316) ^{注5)} All other (%)	750 (0.30)	1,053 (0.42)	1,065 (0.42)	888 (0.33)	1,114 (0.42)	1,483 (0.53)	980 (0.34)	1,032 (0.35)	1,386 (0.46)	1,461 (0.47)	1,213 (0.39)
合計 Total (%)	253,897 (100.00)	247,885 (100.00)	255,607 (100.00)	269,840 (100.00)	263,660 (100.00)	277,526 (100.00)	286,274 (100.00)	296,089 (100.00)	301,882 (100.00)	312,949 (100.00)	309,864 (100.00)

この分類はWHOの指示に基づくものである。(出所 患者調査粗データからの再集計)

注) ICD番号は1978年以前(ICD-8)と1979年以降(ICD-9)とでは多少異なっており、分類が困難なものがある。

注1) 1978年以前の数値は、294を除く。

注2) // 292と305を除く。

注3) // 311を除く。

注4) // 312をも加えている。

注5) // 306と316のみの合計である。

表3 精神分裂病患者数の入院・外来、性、年齢、年次別推移
Number of schizophrenic psychoses by in/outpatient, age, sex and year

年 齢 Age range		年 次 Year		男 Male											
				1973	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
0 ~ 19	入院	2,557	1,988	1,571	1,841	1,366	1,341	1,046	1,216	1,124	842	1,108	930		
	外来	238	186	152	213	263	757	197	130	184	103	372	210		
	合計	2,795	2,174	1,723	2,054	1,629	2,098	1,243	1,346	1,308	945	1,480	1,140		
20 ~ 44	入院	71,021	75,125	71,911	68,577	72,612	66,419	66,557	65,368	67,404	66,439	65,772	61,876		
	外来	3,931	3,766	4,089	4,152	4,045	3,676	4,317	4,026	4,984	4,849	5,461	6,314		
	合計	74,952	78,891	76,000	72,729	76,657	70,095	70,874	69,394	72,388	71,288	71,233	68,190		
45 ~ 64	入院	22,844	25,083	25,102	30,348	32,534	32,513	36,185	38,798	43,873	45,741	47,293	49,047		
	外来	689	826	864	742	881	1,239	1,232	1,286	1,479	1,299	2,016	2,610		
	合計	23,533	25,909	25,966	31,090	33,415	33,752	40,502	40,084	45,352	47,018	49,309	51,657		
65 ~	入院	2,406	2,422	2,538	2,909	3,007	3,491	4,143	4,475	4,876	4,766	4,319	5,475		
	外来	88	10	50	135	20	40	60	40	221	148	172	165		
	合計	2,494	2,432	2,588	3,044	3,027	3,531	4,203	4,515	5,097	4,914	4,491	5,640		
不詳 Unknown	入院	151	83	252	41	71	91	151	120	61	103	41	12		
	外来	14	0	0	0	0	20	20	20	0	0	0	8		
	合計	165	83	252	41	71	111	171	140	61	103	41	20		
合 計 Total	入院	98,979	104,701	101,374	103,716	109,590	103,855	108,082	109,977	117,338	117,891	118,533	117,340		
	外来	4,960	4,788	5,155	5,242	5,209	5,732	5,826	5,502	686	6,399	8,021	9,307		
	合計	103,939	109,489	106,529	108,958	114,799	109,587	113,908	115,479	124,206	124,290	126,554	126,647		
年 齢 Age range		年 次 Year		女 Female											
				1973	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
0 ~ 19	入院	1,768	1,392	1,269	1,281	932	958	653	817	787	719	579	663		
	外来	117	72	181	152	142	498	70	140	82	62	153	147		
	合計	1,885	1,464	1,450	1,433	1,074	1,456	723	957	869	781	732	810		
20 ~ 44	入院	45,524	46,817	42,851	43,232	46,893	43,664	41,907	40,502	42,380	38,931	38,927	36,977		
	外来	3,910	4,192	3,035	3,856	3,250	2,706	3,408	4,111	4,111	3,715	4,846	5,250		
	合計	49,434	51,009	45,886	47,088	50,143	46,370	45,030	43,910	46,491	42,646	43,773	42,227		
45 ~ 64	入院	24,716	26,679	25,625	28,395	30,581	30,928	32,091	32,459	35,184	37,031	35,992	38,755		
	外来	1,272	1,310	1,078	1,379	1,195	1,179	1,393	1,565	2,125	1,916	2,402	3,040		
	合計	25,988	27,989	26,703	29,774	31,776	32,107	33,484	34,024	37,309	38,947	38,394	41,795		
65 ~	入院	3,708	3,523	3,747	4,791	4,708	5,035	6,336	6,509	6,951	7,303	7,775	8,973		
	外来	115	31	81	81	81	61	287	189	123	275	275	323		
	合計	3,823	3,554	3,828	4,872	4,789	5,096	6,623	6,698	7,193	7,426	8,050	9,296		
不詳 Unknown	入院	171	123	181	81	50	71	50	120	72	113	20	0		
	外来	7	0	0	0	0	0	30	0	0	10	0	3		
	合計	178	123	181	81	50	71	80	120	72	123	20	3		
合 計 Total	入院	75,887	78,534	73,673	77,780	83,164	80,656	81,037	80,407	85,384	84,364	83,293	85,368		
	外来	5,421	5,605	4,375	5,468	4,668	4,444	4,903	5,302	6,570	5,816	7,676	8,763		
	合計	81,308	84,139	78,048	83,248	87,832	85,100	85,940	85,709	91,954	90,969	90,969	94,131		
年 齢 Age range		年 次 Year		合 計 Total											
				1973	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
0 ~ 19	入院	4,325	3,380	2,840	3,122	2,298	2,299	1,699	2,033	1,911	1,561	1,687	1,593		
	外来	355	258	333	365	405	1,255	267	270	266	165	525	357		
	合計	4,680	3,638	3,173	3,487	2,703	3,554	1,966	2,303	2,177	1,726	2,212	1,950		
20 ~ 44	入院	116,545	121,942	114,762	111,809	119,505	110,083	108,464	105,870	109,784	105,370	104,699	98,853		
	外来	7,841	7,958	7,124	8,008	7,295	6,382	7,440	7,434	9,095	8,564	10,307	11,564		
	合計	124,386	129,900	121,886	119,817	126,800	116,465	115,904	113,304	118,879	113,934	115,006	110,417		
45 ~ 64	入院	47,560	51,762	50,727	58,743	63,115	63,441	68,276	71,257	79,067	82,772	83,285	87,802		
	外来	1,961	2,136	1,942	2,121	2,076	2,418	5,710	2,851	3,604	3,215	4,418	5,650		
	合計	49,521	53,898	52,669	60,864	65,191	65,859	73,986	74,108	82,661	85,987	87,703	93,452		
65 ~	入院	6,114	5,945	6,285	7,700	7,715	8,526	10,479	10,984	11,827	12,306	12,094	14,448		
	外来	203	41	131	216	101	101	347	229	473	271	447	488		
	合計	6,317	5,986	6,416	7,916	7,816	8,627	10,826	11,213	12,290	12,577	12,541	12,936		
不詳 Unknown	入院	322	206	433	122	121	162	201	240	133	226	61	12		
	外来	21	0	0	0	0	20	50	20	0	0	0	11		
	合計	343	206	433	122	121	182	251	260	133	226	61	23		
合 計 Total	入院	174,866	183,235	175,047	181,496	192,754	184,511	189,119	190,384	202,722	202,255	201,826	202,708		
	外来	10,381	10,393	9,530	10,710	9,877	10,176	10,378	10,804	13,438	12,215	15,697	18,070		
	合計	185,247	193,628	184,577	192,206	202,631	194,687	199,497	201,188	206,160	214,470	217,523	220,778		

(出所 患者調査データからの再集計)

表4 精神病院の各種患者の年次推移
Number of initial admissions, inpatients and discharges by year

年次 Year	新入院患者数 Initial admissions		在院患者延数 Total no. of inpatients		退院患者数 Discharges	
	精神病床 All beds for psychiatric patients	精神病院 Beds in psy- chiatric hospitals	精神病床 All beds for psychiatric patients	精神病院 Beds in psy- chiatric hospitals	精神病床 All beds for psychiatric patients	精神病院 Beds in psy- chiatric hospitals
1965	157,887	111,208	64,649,279	49,898,334	140,200	97,446
66	169,300	117,154	72,181,732	55,464,054	152,977	105,522
67	182,737	125,110	78,535,880	59,949,053	164,300	111,852
68	191,677	131,827	84,385,304	64,188,250	174,956	119,951
69	201,351	138,861	89,710,666	67,915,234	189,315	129,367
70	204,388	142,425	92,171,173	70,417,558	200,372	138,752
71	208,073	145,572	94,509,901	72,228,564	201,629	140,329
72	213,499	148,422	97,019,774	73,774,983	207,740	143,947
73	216,657	149,957	99,662,471	75,865,948	213,108	147,244
74	214,584	148,930	100,636,150	76,178,801	211,144	146,494
75	213,590	146,715	102,400,526	77,145,783	207,108	141,949
76	216,552	149,094	104,926,827	78,899,863	209,331	143,083
77	216,382	150,451	107,300,109	80,960,198	208,796	144,244
78	213,558	147,552	109,588,820	82,879,169	207,322	142,119
79	215,855	149,184	111,773,573	84,466,949	209,282	143,667
80	216,199	149,318	114,065,607	86,083,813	210,428	144,636
81	222,075	151,863	116,365,595	87,530,796	213,114	146,005
82	228,816	154,005	119,113,779	88,979,102	220,875	148,935
83	229,871	154,234	121,556,075	90,862,961	223,670	150,570
84	231,387	154,864	123,596,105	92,450,870	227,320	152,587

(出所 病院報告)

表5 在院外来比の年次推移
Ratio of outpatients to in-patients by year

年次 Year	精神病院(単科) Psychiatric hospitals
1960	0.05
61	0.05
62	0.05
63	0.06
64	0.06
65	0.06
66	0.06
67	0.06
68	0.07
69	0.07
70	0.07
71	0.07
72	0.07
73	0.08
74	0.08
75	0.09
76	0.09
77	0.09
78	0.09
79	0.09
80	0.09
81	0.09
82	0.09
83	0.09
84	0.09

(出所 病院報告)

表6 外来患者延数の年次推移
Total number of outpatient by year

年次 Year	精神病院(単科) Psychiatric hospitals	
	延 数 Total number	1日当り 平均数 Average number of outpatients per day
1960	1,394,063	3,809
61	1,620,024	4,438
62	1,886,629	5,169
63	2,226,245	6,099
64	2,511,678	6,863
65	2,761,060	7,565
66	3,137,937	8,597
67	3,569,614	9,780
68	4,205,410	11,490
69	4,557,607	12,487
70	4,978,197	13,639
71	5,163,963	14,148
72	5,487,899	15,035
73	5,962,065	16,290
74	6,360,986	17,427
75	6,576,485	18,018
76	6,868,064	18,817
77	6,977,898	19,118
78	7,282,893	24,521
79	7,454,529	24,684
80	7,647,224	25,748
81	7,877,166	26,612
82	8,300,157	27,947
83	8,531,429	28,725
84	8,672,249	29,102

(出所 病院報告)

表7 措置入院・仮退院患者数の年次推移

Number of involuntary admissions and temporary discharges by year

年次 Year	措置患者 Involuntary admissions	仮退院患者 (再掲) Temporary discharges
1963	53,925	—
64	58,662	—
65	65,372	—
66	67,933	4,714
67	72,241	4,817
68	74,865	5,974
69	76,363	6,533
70	76,532	7,180
71	76,492	8,119
72	75,203	9,099
73	71,762	9,049
74	66,967	8,533
75	63,887	9,094
76	59,781	8,820
77	56,285	8,443
78	52,497	8,453
79	49,162	8,111
80	45,766	7,281
81	42,732	6,854
82	38,700	5,974
83	36,091	5,657
84	32,563	4,854
85	28,353	4,251

(出所 衛生行政業務報告)

表8 精神病院数・病床数の年次推移 (12月末調査)
Number of mental hospital and beds by year

年次 Year	精神病院数 Psychiatric hospitals	精神病床数 All beds for psychiatric patients		
		総数 Total	精神病院 Beds in psychiatric hospitals	一般病院 Beds in general hospitals
1960	506	95,067	73,839	21,228
61	543	106,265	81,960	24,305
62	583	120,300	92,317	27,983
63	629	136,387	105,046	31,341
64	676	153,639	117,758	35,881
65	725	172,950	130,119	42,831
66	769	191,597	142,938	48,659
67	818	210,627	157,654	52,973
68	853	226,063	169,516	56,547
69	874	238,190	177,567	60,623
70	896	247,265	185,162	62,103
71	900	253,462	188,395	65,067
72	916	259,422	193,044	66,378
73	925	268,669	199,335	69,334
74	928	273,710	202,259	71,451
75	929	278,123	204,537	73,586
76	934	284,146	209,768	74,378
77	946	290,121	215,060	75,061
78	960	295,500	218,022	76,528
79	966	300,818	223,066	77,752
80	977	308,554	227,223	81,331
81	988	314,065	230,753	83,312
82	997	318,186	232,793	85,393
83	1,004	324,004	238,475	85,529
84	1,015	329,806	243,286	86,520

(出所 医療施設調査)

表9 人口1万対病床数の年次推移

Number of beds per 10,000
populations by year

年次 Year	精神病床 Beds for psychiat- ric patients	一般病床 Beds for general patients
1960	10.2	32.4
61	11.3	34.7
62	12.6	37.2
63	14.2	40.1
64	15.8	42.7
65	17.6	45.0
66	19.3	48.3
67	21.0	50.9
68	22.3	53.7
69	23.2	55.8
70	23.8	58.0
71	24.1	59.8
72	24.4	60.7
73	24.7	62.0
74	24.9	63.5
75	24.9	64.5
76	25.1	65.9
77	25.4	67.8
78	25.6	70.0
79	25.9	72.7
80	26.4	76.5
81	26.6	79.9
82	26.9	82.8
83	27.3	85.6
84	27.5	87.3

(出所 医療施設調査)

表10 病床の規模別単科精神病院数の年次推移

Number of psychiatric hospitals by scale of hospitals and year

病床数 Bed 年次 Year	総数 Total	20～ 29床	30～ 39床	40～ 49	50～ 99	100～ 149	150～ 199	200～ 299	300～ 399	400～ 499	500～ 699	700～ 899	900床 ～
1960	485	22	23	25	130	116	70	57	14	16		12	
61	520	19	22	24	143	123	76	67	16	15		15	
62	561	13	14	19	156	142	87	81	18	15		16	
63	616	13	8	18	152	164	104	99	25	16		17	
64	649	11	8	11	128	192	104	123	33	19		20	
65	705	10	6	10	83	267	110	138	41	18	16	5	1
66	746	7	10	6	73	272	131	153	47	26	13	7	1
67	796	6	8	7	83	265	137	179	62	27	14	7	1
68	831	7	8	9	72	267	152	195	62	33	18	7	1
69	858	7	9	8	69	259	156	214	74	34	21	6	1
70	891	7	10	7	66	255	173	230	78	35	22	7	1
71	902	5	6	9	67	243	183	230	92	39	18	9	1
72	904	5	6	5	74	229	182	231	105	36	21	9	1
73	927	6	5	4	71	226	186	248	111	37	23	9	1
74	930	5	5	3	65	214	197	260	111	37	25	7	1
75	926	4	5	2	65	206	198	259	115	37	27	7	1
76	934		10		56		671		157			40	
77	946		11		51		680		163			41	
78	960		10		57		673		184			36	
79	966	3	4	2	56	188	198	283	146	49	32	4	1
80	977	3	4	2	56	188	199	289	146	49	32	8	1
81	988		9		55		681		204			39	
82	997		9		56		687		205			40	
83	1,004	3	3	2	56	176	207	300	157	55	35	9	1
84	1,015	2	3	2	56	173	206	317	154	53	39	9	1

(出所 医療施設調査)

表11 精神病院数および一般病院精神科部門数(経営主体別)
Number of psychiatric hospitals and psychiatric departments of general hospitals by type of management

年次 Year	国 National	都道府県 Prefectural & metropolitan	市 町 村 Municipal	その他の公的 Semipublic	私 的 Private & others	計 Total
1965	50 (3)	60 (31)	60 (8)	29 (1)	869 (662)	1,068
66	54 (3)	63 (33)	69 (8)	33 (1)	925 (701)	1,144
67	59 (3)	59 (33)	74 (9)	42 (1)	992 (750)	1,226
68	59 (3)	61 (32)	75 (9)	45 (1)	1,037 (786)	1,277
69	62 (3)	61 (31)	78 (9)	47 (2)	1,084 (813)	1,331
70	63 (3)	64 (33)	81 (9)	48 (2)	1,109 (844)	1,364
71	64 (3)	63 (34)	80 (9)	48 (2)	1,134 (854)	1,389
72	66 (3)	64 (35)	80 (10)	51 (1)	1,142 (855)	1,403
73	69 (5)	67 (35)	80 (11)	50 (1)	1,168 (875)	1,434
74	70 (4)	66 (35)	82 (11)	51 (1)	1,181 (879)	1,450
75	70 (5)	66 (36)	83 (10)	50 (—)	1,185 (875)	1,154
76	70 (3)	66 (37)	84 (10)	51 (—)	1,192 (882)	1,463
77	74 (3)	67 (37)	82 (10)	51 (—)	1,202 (896)	1,476
78	77 (3)	67 (37)	83 (11)	50 (2)	1,212 (907)	1,489
79	77 (3)	69 (38)	83 (11)	58 (2)	1,216 (909)	1,503
80	79 (3)	68 (38)	84 (11)	58 (2)	1,232 (920)	1,521
81	82 (3)	70 (38)	84 (11)	57 (3)	1,253 (929)	1,546
82	84 (3)	70 (38)	84 (11)	57 (3)	1,275 (939)	1,570
83	87 (3)	71 (39)	84 (11)	58 (3)	1,285 (949)	1,585
84	89 (3)	73 (38)	83 (11)	58 (3)	1,294 (959)	1,597

(出所 病院報告)

表12 精神および一般病院精神科部門における病床数(経営主体別)
Number of beds in psychiatric hospitals and psychiatric departments of general hospitals by type of management

年次 Year	国 National	都道府県 Prefectural & metropolitan	市 町 村 Municipal	その他の公的 Semipublic	私 的 Private & others	計 Total
1965	4,185	13,836	5,749	2,982	136,267	164,027
66	5,615	14,617	6,648	4,424	150,940	181,759
67	6,307	15,150	7,142	5,042	168,785	201,808
68	6,420	15,267	7,215	5,158	183,200	217,144
69	7,188	15,618	7,437	5,268	196,923	232,324
70	7,428	16,029	7,827	5,762	205,470	242,022
71	7,596	16,139	7,841	5,478	213,424	250,478
72	7,809	16,156	7,791	5,764	218,929	256,449
73	8,225	16,331	7,791	5,809	227,748	265,904
74	8,589	16,486	8,016	5,949	232,680	271,720
75	8,606	16,727	8,141	5,975	236,019	275,468
76	8,634	16,837	8,140	5,964	241,591	281,166
77	8,863	16,892	7,906	5,883	247,761	287,305
78	8,972	16,973	8,082	5,796	252,897	292,720
79	9,040	17,135	8,048	6,211	257,216	297,650
80	8,984	17,220	8,045	6,272	263,948	304,469
81	9,140	17,248	8,177	6,178	271,158	311,901
82	9,180	17,082	8,248	6,189	277,487	318,186
83	9,267	17,108	8,131	6,217	283,281	324,004
84	9,256	16,961	8,044	6,247	289,298	329,806

(出所 病院報告)

表13 精神病院（単科）の医師・看護婦・MSW・OT数と100床当りの人員数年次推移
Real number and number per 100 beds of physicians, nurses, MSW and OT in all psychiatric hospitals

年次 Year	医師 Physicians						看護婦 Registered nurses of women	看護師 Registered nurses of men	准看護婦 Licensed practical nurses of women	准看護師 Licensed practical nurses of men	看護業務 補助者 Auxiliary nurses	医療社会事 業従事者数 Medical Social Worker	作業療法士 Occupational therapist							
	総数 Total	常勤 full time	非常勤 part time																	
1965	3,983	3.1	2,228	1.7	1,755	1.3	11,044	8.5	793	0.6	4,465	3.4	1,224	0.9	8,716	6.7	236	0.2	—	—
66	4,330	3.0	2,310	1.6	2,020	1.4	12,211	8.5	971	0.7	5,281	3.7	1,340	0.9	9,399	6.6	252	0.2	13	0.0
67	4,601	2.9	2,423	1.5	2,178	1.4	12,869	8.2	779	0.5	5,957	3.8	1,400	0.9	9,997	6.3	296	0.2	26	0.0
68	4,923	2.9	2,484	1.5	2,439	1.4	13,459	7.9	653	0.4	6,841	4.0	1,551	0.9	10,862	6.4	301	0.2	59	0.0
69	5,231	2.9	2,647	1.5	2,584	1.5	13,802	7.8	710	0.4	7,353	4.1	1,813	1.0	11,060	6.2	379	0.2	89	0.1
70	5,499	3.0	2,736	1.5	2,763	1.5	14,161	7.6	680	0.4	7,050	4.3	1,926	1.0	11,661	6.3	420	0.2	111	0.1
71	5,729	3.0	2,864	1.5	3,055	1.6	14,384	7.6	741	0.4	8,252	4.4	2,113	1.1	11,952	6.3	447	0.2	117	0.1
72	5,907	3.0	2,857	1.5	3,050	1.6	15,001	7.7	723	0.4	8,760	4.5	2,333	1.2	12,819	6.6	485	0.2	122	0.1
73	6,155	3.1	2,951	1.5	3,204	1.6	15,143	7.6	749	0.4	8,892	4.5	2,501	1.3	12,896	6.5	508	0.3	101	0.1
74	6,267	3.1	2,933	1.5	3,334	1.6	15,553	7.7	779	0.4	9,210	4.6	2,693	1.3	13,480	6.7	530	0.3	96	0.0
75	6,392	3.1	2,909	1.4	3,483	1.7	16,097	7.9	892	0.4	9,804	4.8	2,944	1.4	14,230	7.0	552	0.3	103	0.1
76	6,606	3.1	2,978	1.4	3,628	1.7	16,489	7.9	940	0.5	10,637	5.1	3,140	1.5	14,486	6.9	636	0.3	104	0.0
77	6,845	3.2	3,026	1.4	3,819	1.8	16,903	7.9	1,044	0.5	11,260	5.2	3,503	1.6	14,757	6.9	682	0.3	113	0.1
78	7,111	3.3	3,106	1.4	4,005	1.8	17,351	7.9	1,137	0.5	12,183	5.6	3,966	1.8	14,717	6.7	725	0.3	133	0.1
79	7,373	3.3	3,175	1.4	4,198	1.9	18,030	8.1	1,208	0.5	13,091	5.9	4,375	2.0	14,698	6.6	797	0.4	129	0.1
80	7,767	3.4	3,316	1.5	4,451	2.0	18,495	8.1	1,351	0.6	13,735	6.0	4,754	2.1	14,615	6.4	775	0.3	141	0.1
81	7,955	3.4	3,356	1.5	4,599	2.0	18,459	8.0	1,625	0.7	14,347	6.2	5,082	2.2	14,602	6.3	836	0.4	145	0.1
82	8,211	3.5	3,446	1.5	4,765	2.0	18,683	8.0	1,793	0.8	15,158	6.5	5,354	2.3	14,576	6.2	820	0.3	169	0.1
83	8,575	3.6	3,593	1.5	4,982	2.1	19,170	8.0	2,033	0.8	15,912	6.6	5,683	2.4	14,639	6.1	864	0.4	187	0.1
84	8,782	3.6	3,718	1.5	5,064	2.1	19,533	8.0	2,314	0.9	16,689	6.8	6,022	2.5	14,474	5.9	888	0.4	223	0.1

(出所 病院報告)

表14 年間病床利用率と平均在院日数の年次推移

Occupancy rate and length of hospital stay by year

年次 Year	病床利用率 Occupancy rate	平均在院日数 Length of hospital stay
1960	106.2	333
61	107.0	351
62	108.9	374
63	109.7	393
64	110.3	415
65	108.0	434
66	108.8	448
67	106.6	453
68	106.2	460
69	105.8	459
70	104.3	455
71	103.4	461
72	103.6	461
73	102.7	464
74	101.4	473
75	101.8	487
76	102.0	493
77	102.3	505
78	102.6	521
79	102.9	526
80	102.4	535
81	102.2	535
82	102.6	530
83	102.8	536
84	102.4	539

(出所 病院報告)

表15 国民医療費の年度推移 (単位: 億円)

National medical by fiscal year (Unit: 100 millions)

年度 Fiscal year	総額 All national medical expenditure	精神病院費 Medical expenditure for psychiatric patients	総額に対する比 (%) Ratio to all medical expenditure (%)
1962	6,132	356	5.8
63	7,541	470	6.2
64	9,389	621	6.6
65	11,224	740	6.6
66	13,002	862	6.6
67	15,116	944	6.2
68	18,016	1,211	6.7
69	20,780	1,357	6.5
70	24,962	1,674	6.7
71	27,250	1,863	6.8
72	33,994	2,466	7.3
73	39,496	2,633	6.7
74	53,786	4,057	7.5
75	64,779	4,775	7.4
76	76,684	5,505	7.2
77	85,686		6.8
78	100,042	6,682	6.7
79	109,510	7,156	6.5
80	119,805	7,531	6.3
81	128,709	8,005	6.2
82	138,659	8,710	6.3
83	145,438	8,989	6.2
84	150,932	9,622	6.4

(出所 国民医療費)

表16 保健所における精神衛生業務
Mental health activities in community health center by year

	精神衛生訪問指導 ¹⁾ Home guidance by mental health specialists		精神衛生相談 ²⁾ Advice on mental health and counselling		医療扶助人員(精神病) ³⁾ Number of persons receiving medical aid	
	実人員 Persons	延人員 Man-days	実人員 Persons	延人員 Man-days	入院 Inpatient	入院外 Outpatient
1975	94,696	170,436	70,100	137,390	1,343,532	231,298
76	96,463	184,378	70,651	148,487	1,361,114	255,359
77	93,138	188,511	75,030	162,207	1,393,953	282,599
78	93,974	193,359	76,899	181,189	1,418,121	311,496
79	95,726	198,546	81,117	207,084	1,412,326	331,718
80	99,551	209,457	87,082	249,258	1,399,139	351,425
81	97,562	211,061	92,713	267,911	1,389,944	381,817
82	100,926	220,735	96,526	300,404	1,387,313	419,272
83	97,430	221,177	93,845	319,072	1,387,444	449,559
84	96,487	228,671	100,780	363,984	1,367,508	477,555
85	103,961	254,182	110,759	414,930	—	—

(出所¹⁾²⁾ 保健所運営報告)(出所³⁾ 社会福祉行政業務報告)

	医療社会事業取扱実数 ¹⁾ (精神障害) Number of cases of medical social work undertaken as a form of public aid	衛生教育開催回数 ¹⁾ (精神) Number of mental health education activities (lectures and workshops)	保健婦家庭訪問被訪問延人員 ⁴⁾ (精神障害) Man-days of home guidance by public health nurses
1975	32,715	—	224,915
76	34,119	—	241,555
77	37,464	—	243,755
78	39,755	—	242,160
79	38,366	—	242,405
80	45,522	8,884	235,648
81	42,080	13,210	239,025
82	41,310	16,063	240,400
83	40,579	18,110	247,647
84	46,072	21,662	251,896
85	45,987	24,813	275,269

(出所¹⁾²⁾ 保健所運営報告)(出所⁴⁾ 保健所運営報告)

染色体異常児の聴覚誘発反応

加我 牧子¹⁾・前田 香織²⁾

二瓶 健次³⁾・茂木富美子⁴⁾

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部診断研究室
- 2) 国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科
- 3) 国立小児病院神経科
- 4) 東京大学医学部附属病院分院小児科

AUDITORY EVOKED POTENTIALS IN CHROMOSOMAL ABERRATION

Summary

Auditory evoked responses (auditory brainstem, middle latency and long latency responses) were examined in patients with chromosomal aberration. Subjects were 33 patients with chromosomal aberration of various sites. : 14 patients with Down syndrome, 4 patients with 13q-syndrome, 2 patients with abnormalities of chromosome 1, one each patient with 4p-syndrome, 4q-syndrome, 7q-syndrome, partial trisomy of chromosome 7, 8p⁺ syndrome, 9p⁺ syndrome, 14p⁺ syndrome, 15p⁺ syndrome, partial trisomy of chromosome 15, 18p⁻ syndrome, 18 trisomy, Turner syndrome and extra chromosome of unknown etiology. Forty five auditory brainstem responses, 21 middle latency responses and 19 long latency responses of 33 patients were recorded.

Controls were 72 infants, 30 children aged 1 to 5 years and 10 adults who were normal both in neurologically and audiological. Normal ABRs were recorded in only 7 patients. Others were abnormal in some points. One patient with 13q-syndrome with retinoblastoma had sensory hearing loss and the cause was unknown.

Abnormal wave forms, no response to sound stimuli of high sound pressure level, prolonged latencies of waves I and/or V, prolonged interpeak latencies of wave I-III, III-V, and I-V were obtained in patients with chromosomal aberration. Both types of peripheral and central disorders were found in ABR. Seven patients showed the normalization or improvement of the responses. They were patients with Down syndrome, 15 trisomy, partial trisomy of chromosome 7, 9p⁺ syndrome and abnormalities of chromosome 1. When ABR improved, there was a tendency to normalize the wave form, to shorten the latencies and to lower the threshold to the sound stimuli. Otological abnormalities were not found in any of the patients when ABRs were examined. Eighteen out of 21 middle latency and 7 out of 19 long latency responses were elicited as almost normal record.

Abnormalities of auditory evoked responses were frequently found in patients with chromosomal aberration regardless of the abnormal sites of the chromosome.

Key words

聴性脳幹反応 中間潜時反応 頭頂部緩反応 ダウン症候群 染色体異常

〈はじめに〉

近年聴性脳幹反応 (Auditory brainstem response: ABR) が広く神経学, 小児神経学の分野で応用されるようになった¹⁾⁻³⁰⁾. 染色体異常ではダウン症候群については数も多く同一疾患グループとして評価しやすいためいくつかの研究がすでに発表されており, 脳幹伝導時間の短縮, 末梢性難聴の頻度の高いこと, 波形分離の悪いことなどが報告されている³¹⁾⁻³³⁾. ABR の臨床応用は約15年の歴史があるが脳幹伝導時間の短縮が指摘されているのは今のところダウン症候群のみである³¹⁾. 一方, 染色体のバンディングの技術の進歩に伴い種々の染色体異常が細かい点まで分析されるようになってきた. しかしダウン症候群以外の染色体異常については数が少ないこと, 均一の疾患集団ではないためもあって ABR についてのまとまった研究は報告されていない. しかし染色体異常児の中には経過中に ABR の正常化を示す者があることが示されており³⁴⁾, 一般の精神運動発達遅滞児とは異なった反応特性がありうる. そこで, 今回私たちは染色体異常児の聴性脳幹反応を含む聴覚誘発反応を記録しその特性を明らかにしたいと考えた.

〈対 象〉

染色体異常を有する乳幼児33名にのべ46回の ABR 記録を行った. 内訳はダウン症候群12名, 13q-症候群4名を除くとその他の疾患は各1名である. 表1に対象児の一覧表を誘発反応の記録と共に示した(表1). 対象は聴覚学的, 神経学的に正常と考えられる1歳までの乳児72名, 5歳までの幼児30名と成人10名の計112名である³⁵⁾.

〈方 法〉

原則として誘発睡眠下, 高音圧クリック刺激

による聴覚誘発反応の記録を行った.

聴覚誘発反応の記録と評価: Trichlofos 0.07-0.1 g/kgによる誘発睡眠下, シールドルームで検査を行なった. 音刺激は日本光電 SSS-3100より発生された3 KHz又は4 KHzのクリックを用いイヤホン (TDH 39) に導いた. 出力は正常成人の平均自覚域値を0 dBnHLとした. 電極は前額部毛髪はえぎわを陽極, 検査側乳突部を陰極とした. 入力は生態現象増幅器及び加算器(日本光電 MEB-3102)に導いた. 聴性脳幹反応は low cut 100 Hz, high cut 3 KHz以上とした. 加算回数は1,000ないし2,000回, 分析時間は10 msecとし, オシロスコープ上にディスプレイしたものを X-Y レコーダーに描記した. ABR の反応域値はV波を指標として85 dBnHL刺激におけるV波とI波の潜時を測定し, かつこの頂点潜時の差を脳幹伝導時間とした.

各波潜時, 域値とも同年齢の健康児と比べて±2 S.D. 以内にあるものを正常とした. ABRは明瞭なI, III, V波が認められないもの, 各波及び各波頂点間潜時IPLが2.0 SD以上の延長を示したものを異常とした.

潜時の延長に関してはI波が延長してそれに相応して全体に潜時が遅延している場合は末梢型の異常とし, I波潜時は正常範囲であるがV波が延長してI-V波間頂点潜時が延長している場合は中枢性障害とした. 両方の要素が見られる場合混合型とした. 更にI-III波間潜時が延長している場合は下部脳幹障害型としIII-V波間潜時が延長している場合は上部脳幹障害型とした. また90 dBnHLで反応が無い場合は多くは末梢性難聴とされるが, 中枢性の場合もあるので無反応と記載した. 域値については対照児の正常聴力レベルよりV波の出現が, 30 dB以内の上昇の場合は正常, 60 dBまでの上昇の際には中等度の域値上昇, 90 dB以上の場合は高度上昇とした.

中間潜時反応 MLR は 2 KHz クリニック刺激を毎秒 2 回与え, low cut 5 Hz, high cut 1 KHz, 加算回数は 256 回, 分析時間 100 msec で記録し Pa, Na, Pb が認められるものを正常とした。

SVR は 2 KHz クリックを毎秒 1 回与え, low cut 1.5 Hz, high cut 0.1 KHz とし, 加算回数は 64 回, 分析時間 500 msec で記録し, P₁, N₁, P₂, N₂ が認められるものを正常とした。

MLR, SVR については今回は潜時の検討は行わず, 波の出現の有無のみについて検討した。継時記録を行ったものは最終観察点の記録を検討した。

〈結 果〉

結果については表 1 に示した。ABR の検査時点で耳科学的異常を認めたものはなかった。各年齢の正常児と比べて波型, 各波潜時, 各波間潜時のいずれもが正常であったのは 7 名で残りの 26 名は何等かの異常を示した。網膜芽細胞腫を合併した 13 q - 症候群の一例は (症例 8) 軽度の精神発達遅滞があり, 高度感音性難聴が認められ, 先天性難聴と考えられ原因は不明であった。高度の波形異常として I 波, V 波のみが認められらもの (症例 3, 25), III 波, V 波が認められたもの (症例 5) などがあった。この他 I 波, III 波, V 波各波潜時及び I - III, III - V, I - V 各波間頂点潜時の延長が認められた。

継時的記録を行い得たのは 8 名でこのうち 7 名が ABR の記録が正常化ないしは改善を示した (症例 1, 2, 3, 4, 5, 19, 30)。このうち 1 例の ABR を図に示す (症例 30) (図 1)。改善を示した 7 名のうち 4 名 (症例 1, 2, 3, 5) は既に報告した症例である³⁴⁾。

MLR は 21 名に行い 18 名で反応が記録された。SVR は 19 名に行い 7 名で反応が記録されたが 12 名では再現性のある反応が記録できなかった。

〈考 察〉

ABR は聴覚伝導路の機能検査であり, 蝸牛神

経から入力された聴覚情報が蝸牛神経核, 上オリープ, 内側毛帯を経て中脳下丘に至る経路の解剖学的生理学病理学的状態を反映する。ABR の変化と病理学的変化が必ずしも常に平行しているわけではない³⁶⁾が, 延髄と橋の結合部に位置する蝸牛神経核から中脳にかけての連続的な機能状態を知ることができる。

ABR の神経学的応用に関しては既に確立した感があるが染色体異常児の ABR については個々の症例報告中の記載を除くとダウン症候群以外にはまとまった報告は無いといってよい。これはダウン症候群以外の疾患は数も少なく, 染色体の異常部位が異なれば別の疾患であって, 同一の疾患概念の中では考えにくいからであろう。しかし染色体異常児の中には経過中に聴性脳幹反応の正常化を示す者があり³⁴⁾一般の精神運動発達遅滞児とは異なった反応性を持つ可能性がある。

染色体異常児は外耳の奇形の頻度については記載はあっても聴覚系の機能の異常や病理学については報告が少ない。13 トリソミーについては Menkes の教科書³⁷⁾に難聴の存在が記載されており, Smith の教科書³⁸⁾ではコルチ器の欠損が 2 名で証明されているとしている。また Smith の教科書ではこれ以外にはわずかに 18 トリソミーで音に対する反応の減少があるという記載と, 18 q - 症候群で精神発達遅滞と同時に種々の視覚聴覚の障害があるとして, 聴覚の異常について触れているのみである。これは染色体異常児は多くは重度の精神運動発達遅滞を伴っており生命予後も悪い者が大部分で自覚的聴力検査は殆んど不可能であり ABR の出現以前には他覚的検査も非常に困難であったことが原因と考えられる。

細膜芽細胞腫を合併した 13 q - 症候群の症例では頭蓋放射線照射や化学療法により聴覚系への影響をきたし二次的に ABR が変化する可能性がある。一例高度感音性難聴が認められたが 19 例の細膜芽細胞腫の臨床的観察にのべ 30 回の ABR を含めた検査を行ったところ ABR の

異常率はきわめて高かったが難聴を認めたのはこの一例のみであった³⁹⁾。治療前に記録した症例9で中枢潜時の遅延が認められていたことを考えると、もともと ABR の異常が有りうるわけで原因を確定することは難しい。ダウン症候群の ABR については各波潜時の短縮や、波形分離の悪いこと、難聴の存在が多いことが報告されている。ダウン症候群の難聴については感音性難聴と共に伝音性難聴の役割が大きいことが早い時期から報告されていた⁴⁰⁾。

筆者は既にダウン症候群を含む染色体異常児の中には継時的に記録していると ABR が改善してくるものがあることを報告した。これらの児は末梢聴器の異常が一貫して確認できないため神経系の成熟に原因をもとめるのがよいと考察した。しかし神経系の成熟で何が遅れているのかについては明らかでない。ABR の変化からみると、1) 今まで見えなかった波の出現、2) 延長していた潜時の短縮、3) 域値の低下、という形で現われる。潜時の短縮は i) I 波の短縮の場合と、ii) いわゆる中枢潜時の短縮のふたつの場合がある。I 波のみが短縮した場合や無反応だったのが正常に反応するようになった場合は常識的には中耳炎の改善など末梢聴器の変化を考えることになるが、これが証明されない場合が問題として残っている。実験的に髄鞘化を抑制したラットで聴性脳幹反応の脳幹伝導時間を含めた潜時が遅れることが報告されており⁴¹⁾ ヒトの症例でも中枢潜時の短縮を示す場合や、見えなかった波が出現してきた場合、髄鞘化の進展などによる、神経伝導速度の促進する状態を考えやすい。しかしこれらの児の髄鞘化が実際に遅れているのかどうかについては調べられていない。通常聴覚系の髄鞘化については蝸牛神経までは生下時既に完成しており尾側から頭側方向に進行して大脳聴覚中枢までの髄鞘化はほぼ2歳までに完成するという。前述の Smith の教科書では18トリソミーについて中枢神経系の異常として10%以下の症例にミエリンが乏しいと記載されているがその他の染色体異常につ

いては言及しておらず個々の染色体異常で髄鞘化の進み具合についての研究はこれからの課題の一つであろう。

今回検討した症例のうち継時的に記録が観察できたのは8名でありこのうちの4例は既に ABR が正常化したとして報告した例である。残りの4名のうち9 P + 症候群の1例とダウン症候群の2名の計3名がやはり観察期間中に ABR が正常化または改善した。継時的な ABR の観察で正常化する例がかなり多いと推察されるのでこれは本来正常なものなのかそれともかつて異常だった者が経過と共に正常になった時点を観察しているのかは不明である。

MLR の Pa の起源は第一次聴皮質と考えられているが未解決である⁴²⁾⁻⁴⁶⁾。Na の発生部位については音刺激と対側の内側膝状体が推定されている⁴⁷⁾。MLR の反応の安定性は潜時の短い反応ほど刺激間隔の短縮や睡眠の影響を受けにくく特に Na は恒常性が高い⁴⁸⁾。

SVR の N1 P2 N2 P3 の成分は、潜時や振幅が覚醒レベル、刺激への注意集中の有無、睡眠深度など意識状態によって大きく変化する。睡眠状態では P2 N2 又は N2 P3 の振幅が優位となり反応の恒常性が低下することが知られている⁴⁹⁾。起源については論争があるが大脳皮質聴覚領の二次反応、遅い成分は非特殊射系による反応と考えられている。

今回は MLR と SVR については反応の潜時に問題にせず反応の有無のみを検討した。これは睡眠状態での記録であること、睡眠深度のモニターなしに記録を行なったこと、ABR ほどは確実な再現性を持つては反応の記録ができなかったことが主な理由である。従って反応が無いこと即異常とはいえないが大脳のおよそのレベル別に機能の評価ができると考えて検討した。

今回の症例は原疾患はまちまちであるがいずれも ABR で示される脳幹の異常率が著しく高く年齢相当の正常と考えられたのはわずか7名であった。また経過中に ABR の改善を示す者が多い可能性が示された。

またおよそ皮質聴覚領レベルまでを代表すると考えられる中間潜時反応の反応はよく記録されるがさらに上位の脳由来と考えられる頭頂部緩反応の出現率は低く聴覚誘発反応からは染色体異常児において大脳皮質の後半な病理学的変化の存在が示唆された。

参考文献

- 1) Jewett D L, Romano M N & Williston J S : Human auditory evoked potentials ; Possible brain stem components detected on the scalp. *Science* 167 : 1517—1518, 1970
- 2) Star A & Achor J L : Auditory brain stem responses in neurological disease. *Arch. Neurol.* 32 : 761—768, 1975
- 3) Hecox K E, Cone B & Blaw M E : Brain stem auditory evoked response in the diagnosis of pediatric neurologic diseases. *Neurology (Ny)* 31 : 832—840, 1981
- 4) Star A : Auditory brain—stem response in brain death. *Brain*, 99 : 543—554, 1976
- 5) Stockard J J, Stockard J E & Scharbough F W : Detection and localization of occult lesions with brainstem auditory responses. *Mayo Clin Proc.*, 52 : 761—769, 1977
- 6) Stockard M M & Rossiter V S : Clinical and pathologic correlates of brain stem auditory response abnormalities. *Neurology* 27 : 316—325, 1977
- 7) Robinson K & Rudge P : Abnormalities of the auditory evoked potentials in patients with multiple sclerosis. *Brain* 100 : 19—40, 1977
- 8) Selters W A & Brackmann D E : Acoustic tumor detection with brain—stem electric response audiometry. *Arch. Otolaryngol* 103 : 181—187, 1977
- 9) Gilroy J & Lynn G E : Computed tomography and auditory—evoked potentials. Use in the diagnosis of olivopontocerebellar degeneration. *Arch. Neurol.* 35 : 143—147, 1978
- 10) Stockard J J, Scharbough F W & Tinker A J : Effects of hypothermia on the human brainstem auditory response. *Annals Neurol.* 3 : 368—370, 1978
- 11) Ocks R, Markand O & DeMyer W E : Brainstem auditory evoked responses in leukodystrophies. *Neurology* 29 : 1089—1093, 1979
- 12) Schulman—Galambos C & Galambos R : Brain stem evoked response audiometry in newborn hearing screening. *Arch Otolaryngol* 105 : 86—90, 1979
- 13) Kilney P, Connelly C and Robertson C : Auditory brainstem responses in perinatal asphyxia. *Pediatr Otorhinolaryngology*, 2 : 147—159, 1980
- 14) Kaga K, Tokoro Y & Ushijima H : The progress of adrenoleukodystrophy as revealed by auditory brainstem evoked responses and brainstem histology. *Arch Otorhinolaryngol.* 228 : 17—27, 1980
- 15) Chiappa K H, Harrison J L, Brooks E B & Young R R : Brainstem auditory evoked responses in 200 patients with multiple sclerosis. *Ann Neurol* 7 : 135—143, 1980
- 16) Hecox K E & Cone B : Prognostic importance of brainstem auditory evoked responses after asphyxia. *Neurology* 31 : 1429—33, 1981
- 17) Hecox K and Cone B : Prognostic importance of auditory evoked responses after asphyxia. *Neurology* 31 : 1429—1433, 1981
- 18) Rossini P M, Kula R W, House W J & Cracco R Q : Alteration of brainstem auditory evoked responses following cardio—respiratory arrest and resuscitation. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 54 : 232—234, 1982.
- 19) Wennberg R P, Ahlfors C E, Bickers R, McMurtry C A & Shetter J L : Abnormal auditory brainstem response in a newborn infant with hyperbilirubinemia : Improvement with exchange transfusion. *J Pediatr.* 100(4) : 624—626, 1982.

- 20) 加我牧子：精神発達遅滞児の発達と聴性行動反応および聴性脳幹反応の関係について 日本小児科学会雑誌86(1)：98-104, 1982
- 21) Stein L, Ozdmar O, Kraus N & Paton J : Follow-up of infants screened by auditory brainstem response in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr* 103 : 447-453, 1983.
- 22) Fawcett C-L, Dubowitz L M S, Levene M I & Dubowitz V : Auditory brainstem response in neurologically abnormal infants. *Neuropediatrics* 14 : 88-92, 1983
- 23) Stockard J E, Stockard J J & Coen R W : Auditory brain stem response variability in infants. *Ear and Hearing* 4(1) : 11-23, 1983
- 24) Cox L C : The current status of auditory brainstem response testing in neonatal populations. *Pediatr Research* 18(1) : 780-783, 1984.
- 25) Kaga M, Kawasaki M, Mizuno Y, Ohuchi M, Nagashima K & Mohri N : Cerebello brainstem orthochromatic leukodystrophy with floppiness and bulbar paralysis. *Clin Neuropathol.* 3 (4) : 178-184, 1984
- 26) 加我牧子, 大内美南, 田中美郷：難聴を疑われる乳児の聴性行動反応と聴性脳幹反応—3—6か月児を対象に—*小児科*25(4) : 449-453, 1984
- 27) Hoford-Dunn H : Auditory brainstem response audiometry. Application in central disorders. *Otolaryngologic Clin North America* 18(2) : 257-284, 1985
- 28) Saintonege J, Lavoie A, Lachapelle and Cote R : Brain maturity in regard to the auditory brainstem response in small-for-date neonates. *Brain & Dev.* 8 : 1-5, 1985
- 29) 加我牧子, 杉浦正俊, 田中美郷：難聴を疑われる乳幼児の聴性行動反応と聴性脳幹反応—3—6か月児と7—23か月児の比較 日本小児科学会雑誌90(7) : 1552-1557, 1986
- 30) Kaga K, Yokochi K, Kitazumi E, Kodama K & Marsh R : Absence of later auditory brainstem response components, congenital horizontal nystagmus and hypotonia in male infants. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 95(2) : 203-206, 1986
- 31) Squires N, Aine C, Buchwald J et al. Auditory brain stem response abnormalities in severely and profoundly retarded adults. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.* 50 : 172-185, 1980
- 32) Folson R C, Widen J E & Wilson W R : Auditory brain-stem responses in infants with Down's syndrome *Arch Otolaryngol.* 109 : 607-610, 1983
- 33) Kaga K & Marsh R R : Auditory brainstem response in young children with Down's syndrome. *International J Pediatr Otolaryngol.* 11 : 29-38, 1986
- 34) Kaga, M, Ohuchi, M, Kaga, K and Tanaka Y. : Normalization of the poor auditory brainstem response in infants and children. *Brain & Development* 6 : 458-466, 1984
- 35) Kaga K & Tanaka, Y. : Auditory brainstem response and behavioral audiometry : developmental correlates. *Arch. Otolaryngol.* 106 : 564-566, 1980
- 36) Kaga M, Azuma C, Imamura T, Murakami T & Kaga K : Auditory brainstem response (ABR) in infantile Gaucher's disease. *Neuropediatrics* 13 : 207-210, 1982
- 37) Menkes J H : *Textbook of child neurology,* 3rd Ed. Philadelphia, Lea and Febiger, 1985
- 38) Smith, D. W. : Recognizable patterns of human malformation. Genetic, embryologic and clinical aspects. 3rd Ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1982
- 39) Ikeda K, Kaga M & Motegi T : Auditory brainstem response in retinoblastoma *J Child Neurol* 1(3) : 264-265, 1986
- 40) Brooks D N, Wooley H and Kanjilal G C : Hearing loss and middle ear disorders in patients with Down's syndrome (Mon-

- golism). J Ment Defic Res 16 : 21-29, 1972
- 41) Shah S N, Bhargava V K, Johnson R C & Mckean C M : Latency changes in brainstem auditory evoked potentials associated with impaired brain myelination. Experimental Neurol 58 : 111-118, 1978
- 42) Buchwald J S, Hinman C, Norman R J, Huang CM & Brown KA. : Middle-and long-latency auditory evoked responses recorded from the vertex of normal and chronically lesioned cats. Brain Res. 205 : 91-109, 1981
- 43) Kraus N & Ozdamar O : Auditory middle latency response (MLRs) in patients with cortical lesions. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 54 : 275-287, 1982
- 44) Hinman C & Buchwald J S : Depth evoked potentials and single unit correlates of vertex middle latency auditory evoked responses. Brain Res. 264 : 57-67, 1983
- 45) Kaga K, Hink R F, Shinoda Y & Suzuki J : Evidence for a primary cortical origin of middle latency auditory evoked potential in the cats. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 50 : 254-266, 1983
- 46) Ozdamar O & Kraus N : Auditory middle-latency responses in humans. Audiology 22 : 34-49, 1983
- 47) Picton T W, Hillyard S A et al : Human auditory evoked potentials. I : Evaluation of components. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 36 : 179-190, 1974.
- 48) 鈴木 篤郎 : 聴性中間反応 (MLR) およびその関連反応 (40-Hz ERP と PAR)
鈴木 篤郎監修 聴性脳幹反応 <その基礎と臨床> : 369-380 メジカルビュー社, 東京 1985
- 49) 船坂宗太郎 : 頭頂部緩反応 slow vertex response, SVR.
鈴木篤郎監修 聴性脳幹反応 <その基礎と臨床> メジカルビュー社 東京 1985

図表の説明

表 1 症例の概略と ABR の評価

図 1 Down 症候群の一例の ABR の変化

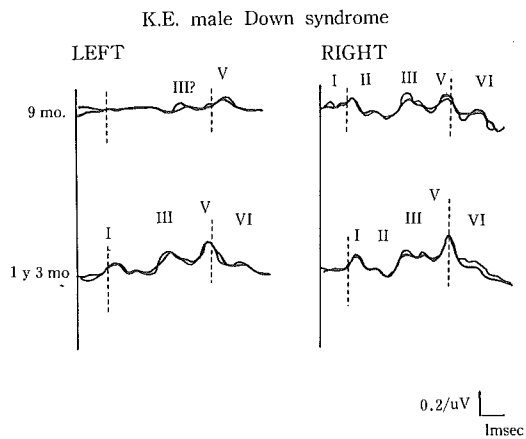
9 か月時には左は V 波と不明瞭な III 波が認められ, 右はほぼ正常に近い波形を示すが潜時が遅延している。

1 歳 3 か月時には左は I II III V VI 波が認められるが, I 波が遅延している。右はほぼ正常で I 波から VI 波まで認められるが I 波は遅延している。

縦の破線は同じ月例の正常対照児の I 波と V 波の潜時の平均値を示している。

表 1

症例性	年齢	原疾患	主な合併症	聴性脳幹反応評価	中間潜時反応	頭頂部緩反応
1 女	7M 1Y 1M 1Y 3M	46, XX, t(1;4) (q32; q31)		右無反応 左末梢障害型 右無反応 左末梢障害型 右無反応 左末梢障害型(軽度) ほぼ正常な波形	-	-
2 男	1Y 5M 1Y 11M 2Y 4M	15 partial trisomy		右末梢障害型 左混合障害型 波形の異常(I V波のみ)両側中等度 域値上昇 右末梢障害型 左上部脳幹+末梢障害型 両側中等度域値上昇 右末梢障害型 左末梢障害型 域値正常	+	-
3 男	4M 1Y 8M	7 partial trisomy		波形の異常(I V波のみ) 中枢障害型 中枢障害型		
4 男	3M 10M 2Y 5M	9 p +		波形の異常(右V波のみ 左III V波のみ)(潜時遅延) 両側高度域 値上昇 右混合障害型 左末梢障害型 両側中等度域値上昇 右末梢+下部脳幹障害型 左末梢障害型 両側中等度域値上昇	+	-
5 男	1Y 4M 1Y 7M 2Y 0M 4Y 6M	21 trisomy		波形の異常(右V波のみ) 波形の異常(右III V波のみ) 波形の異常(右III V波のみ) 右末梢障害型		
6 男	3Y 10M	13q-網膜芽細胞腫		正常	+	-
7 女	4Y 4M 4Y 5M	13q-網膜芽細胞腫		正常波形 各波潜時短縮 正常波形 各波潜時短縮	+	
8 男	6Y	13q-網膜芽細胞腫		両側無反応 高度域値上昇	+	-
9 女	2M	13q-網膜芽細胞腫		両側上部脳幹障害型 域値正常	+	-
10 女	1Y	4p-		正常		
11 男	3Y	21 trisomy		右末梢障害型 域値正常 左無反応	+	-
12 女	1Y 2M	21 trisomy		右無反応 左正常	+	-
13 男	6M	21 trisomy		両側無反応 高度域値上昇	+	+
14 男	6Y	21 trisomy		右末梢障害型 下部脳幹伝導時間短縮 左正常 両側域値軽度上昇	+	+
15 男	5M	21 trisomy		正常 両側域値軽度上昇	+	-
16 男	1Y	21 trisomy		正常		
17 女	3Y	21 trisomy		正常		
18 男	8M	21 trisomy		正常 中枢伝導時間短縮		
19 女	8M 1Y 2M	21 trisomy		波形の異常(右V波のみ) 左末梢障害型 右末梢障害型 中枢伝導時間短縮 左末梢障害型		
20 男	6Y	18p-		両側潜時延長 下部脳幹障害型	+	+
21 女	3M	4q-		両側下部脳幹障害型 域値正常	+	+
22 女	10M	7q-		両側I, III波延長	+	+
23 男	2Y 3M	47, XY, + mar		両側下部脳幹障害型	+	-
24 女	1Y 7M	46, XX, 1q+		両側末梢障害型		+
25 女	10M	45, XO 脳梁欠損		波形の異常(I V波のみ) 中枢障害型		
26 男	25D	18 trisomy		両側無反応 高度域値上昇		
27 女	1Y 9M	8p+		正常	+	
28 女	3Y	15p+右後鼻孔閉鎖		右末梢障害型 左側正常		
29 女	8Y	21 trisomy		正常		
30 男	10M 1Y	21 trisomy 点頭癲癇		右末梢障害型 左波形の異常(III? V波のみ) 両側末梢障害型 波形正常化	+	+
31 男	6Y	21 trisomy		無反応	-	-
32 男	1Y	21 trisomy		無反応	-	-
33 女	8Y	14p+		正常	+	



家族などの支持システムを包括した 初期医療のあり方に関する研究 (その1)

——疾病別にみた家族機能と予後との関連において——

土居 健 郎 (国立精神神経センター精神保健研究所・元所長)

丸山 晋 (同・社会復帰相談部)

高橋 徹 (同・成人精神保健部)

吉松 和 哉 (都立精神医学総合研究所)

広瀬 徹 也 (帝京大学医学部精神科)

小倉 清 (関東中央病院)

鈴木 純 一 (海上療養所)

中野 幹 三 (聖路加国際病院神経科)

大平 健 (同上)

佐藤 真 一 (早稲田大学)

Study on Support System as a Primary Mental Health Care (I)

——Correlation between the prognosis and the family support

(According to the type of disease) ——

Takeo Doi

(NCNP NIMH Former Director)

Susumu Maruyama

(NCNP NIMH Division of Psychorehabilitation)

Toru Takahashi

(NCNP NIMH Division of Adult Mental Health)

Kazuya Yoshimatsu

(Psychiatric Research Institute of Tokyo, Division of Social-Psychiatry)

Tetsuya Hirose

(Teikyo University School of Medicine, Department of Psychiatry)

Kiyoshi Ogura

(Kanto-Chuo-Hospital, Division of Neuropsychiatry)

Jun-ichi Suzuki

(Kaijoryo Mental Hospital)

Mikizo Nakano

(St. Luke International Hospital, Division of Neuropsychiatry)

Ken Oh-hira

(St. Luke International Hospital, Division of Neuropsychiatry)

Shin-ichi Sato

(Waseda University)

Summary

We analysed 162 psychiatric out-patients. The sample was taken randomly from 9 mental hospitals and clinics in Tokyo.

We observed keen relationship between the patients' prognosis and their family support. In case of schizophrenics and manic-depressive patients, this tendency was remarkable. On the other hand, the prognosis of other diseases like neurosis was rather independent from family support.

Key words : *Family support, Prognosis*

はじめに

近年精神医療において、外来医療のしめる割合は、日増しに大きくなってきている。これは薬物療法の進歩もさることながら、医師をはじめとする医療従事者および家族の認識が、徐々に変化してきていることも、あずかって力あるものとおもわれる。しかし実証的なデータは未だ十分とはいえない。こうした実状にかんがみ、本研究は外来診療における家族のサポート機能の実態をとらえ、あわせてその役割を検討することを目指した。

I 方 法

別掲のアンケート用紙に、患者・家族・担当医が記入したものを回収し分析した。対象は、つぎに掲げた医療施設に通院し、治療を完了した患者および家族である。

聖路加国際病院・海上療養所・関東中央病院・国立国府台病院・都立墨東病院・町田市立市民病院・帝京大学付属病院・東京医科歯科大学付属病院・東京慈恵会医科大学付属病院

II 結 果

回収できたアンケートは162例であった。各設問に対する回答は、別掲の図表にまとめてある。以下に図表のリストを掲げる。

図表リスト：

- 1) 性別
- 2) 年齢
- 3) 初診時の状態 (患者のとらえた)
- 4) 初診時の患者の状態 (家族のとらえた)
- 5) 状態像 (医師のとらえた)
- 6) 診断
- 7) 親しい家族
- 8) 面倒をみている家族メンバー
- 9) 初診時に比べた今の状態
- 10) 受診動機 (患者のみた)
- 11) 家族の見方 (患者のみた)
- 12) 家族の態度変化 (患者のみた)
- 13) 状態変化と家族の態度変化との関係
- 14) 治療の効果 (患者のみた)
- 15) 受診動機 (家族のみた)
- 16) 受診までの期間
- 17) 初診時に比べた今の状態 (家族のみた)
- 18) 患者を家族がどうみていたか
- 19) 患者への態度変化・家族の関与・治療者の関与
- 20) 患者への態度変化・家族の関与・治療者の関与の有無とパターンによる観察
- 21) 治療の種類(ファースト・チョイスのみ) —(1)
- 22) 治療の種類(ファースト・チョイスのみ) —(2)
- 23) 転帰
- 24) 働きかけ (治療者の)

- 25) 働きかけの効果
- 26) 家族のサポート体制
- 27) 疾病と予後
- 28) 疾病とサポート体制
- 29) 予後とサポート体制における領域の指定
- 30) 疾病別にみた予後とサポート体制
 - (1) 精神分裂病
- 31) 同 —(2) 躁うつ病
- 32) 同 —(3) 神経症
- 33) 同 —(4) その他
- 34) 同 —(5) 全体
- 35) 同 — まとめ

以上の結果において、特に注目すべきところは、図表の29～35の部分である。図表29で指定したA～Dの領域の各疾患における出現頻度(例数)は、以下のとおりであった。つまり、精神分裂病では、A(32) — D(7) — C(6) — B(1)であり、躁うつ病では、A(27) — D(4) — C(1) — B(1)であったのに対して、神経症では、A(15) — C(11) — D(3) — B(2)であり、またその他の疾患では、A(21) — C(8) — D(7) — B(2)であったということである。ちなみに、全体では、A(105) — C(26) — D(21) — B(6)であった。それぞれの連関係数(ψ)を求めると、精神分裂病0.604、躁うつ病0.774、神経症0.131、その他の疾患0.437、全体として0.473となった。有意差検定の結果は、神経症を除きすべて0.1～5%の割合で有意であった。

III 考 察

本調査の対象は、前記9施設におけるランダム・サンプリングであったが、外来患者の一般的な像を示していたとおもわれる。本研究の主要なねらいは、患者をとりまく家族のサポート体制の良否と予後との関連をみることにあった。それについては、上での観察のように、全体的にみて、サポート体制が良い方が一般に予後がよい傾向がある。また疾患別では、精神分裂病

や躁うつ病はサポート体制の良否が、直接的な影響を持つとおもわれるが、神経症やその他の疾患では、サポート体制が良いにこしたことはないが、あまり影響がない、ともいえる。

以上から、外来で患者をケアしてゆく場合、家族の協力の重要性が改めて確認されたことになろう。

今後の課題として、さらに例数をつみあげることや、症例をとうしてのより細かな観察が期待される。

(本研究は厚生科学特別研究費によるものである)

参考文献

1. 竹村堅次他：家族の治療的役割，笠原嘉，島菌安雄編，精神科治療学Ⅲ，中山書店，1977
2. 島菌安雄，保崎秀夫編：精神分裂病の治療と予後，金原出版，1984
3. 高臣武史：分裂病者と家族，岩崎学術出版社，1985

サポート・システム調査票
(患者用)

- 1) 氏名
- 2) 性別, 年齢
 ① 男
 ② 女
 ____ 歳
- 3) もっとも親しい家族は
 (①夫, ②妻, ③祖父, ④祖母, ⑤父, ⑥母, ⑦兄, ⑧弟, ⑨姉, ⑩妹, ⑪子供など)
- 4) 最初の診察を受けた時はどんな状態でしたか。
- 5) 受診するようになった動機は,
- 6) 初診の時と比べ今の状態は,
 (① 改善, ② 悪化, ③ 不変など)
- 7) 最初家族はあなたをどうみていたでしょうか。
- 7) - (1)
 ① 病気だとみなしていた ② いなかった
- 7) - (2)
 ① 治療に, 協力的だった ② 非協力的だった ③ どちらともいえなかった
- 8) 受診後家族の態度に変化がみられましたか。
- 8) - (1)
 ① みられた ② みられなかった
- 8) - (2)
 みられたとして, どのようなものでしたか。
- 9) あなたの状態の変化と家族の態度とはいくらか関係があるとおもいますか。
- 9) - (1)
 ① つながりがある ② ない ③ どちらともいえない
- 9) - (2)
 もしつながりがあるとして, どのような事が想像されますか。
- 10) 治療の効果がありましたか。
- 10) - (1)
 ① あった ② なかった ③ どちらともいえなかった
- 10) - (2)
 あったとすれば, どのような点ですか。

サポート・システム調査票
(家族用)

- 1) (患者に対して) あなたは,
(①夫, ②妻, ③祖父, ④祖母, ⑤父, ⑥母, ⑦兄, ⑧弟, ⑨姉, ⑩妹, ⑪子供など)
- 2) 性別, 年齢
① 男
② 女
____ 歳
- 3) 家族の中でもっとも患者さんの面倒をみている人の間柄は,
(①夫, ②妻, ③祖父, ④祖母, ⑤父, ⑥母, ⑦兄, ⑧弟, ⑨姉, ⑩妹, ⑪子供など)
- 4) 初診時の患者さんの状態はどんなふうでしたか.
- 5) 患者さんを受診させた動機は,
実際に受診させるまでにどのくらい時間を要しましたか.
(① 何日, ② 何週, ③ 何か月, ④ 何年)
- 6) 初診時に比べ今の状態は,
- 7) 初診時家族は患者さんをどうみておりましたか.
 { 7) -(1)
 ① 病気とみなしていた ② いなかった
 { 7) -(2)
 ① 治療に協力した ② 協力しなかった
- 8) 受診後患者さんへの態度に変化がみられましたか.
 { 8) -(1)
 ① みられた ② みられなかった
 { 8) -(2)
 みられたとしたら, どのように
- 9) 患者さんの治療に家族も関与したと思いますか.
 { 9) -(1)
 ① 思う ② 思わない
 { 9) -(2)
 思うとすればどんな点ですか.
- 10) 治療者の説明が家族に役に立った点がありますか.

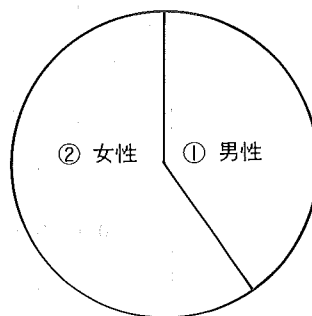
あるとすればどういう点ですか。

主治医のコメント：

- 1) 診断は
- 2) 治療は
- 3) 転帰は
- 4) 患者の病気について家族に説明するなどはたらきかけをしましたか。
① した ② しなかった
- 5) どのようなはたらきかけをしましたか。
- 6) はたらきかけをしてどのような効果がありましたか。
- 7) その他、本ケースについて気づいたこと。

1 性 別

① 男 性	65 (40.12%)
② 女 性	97 (59.88%)
計	162 (100.00%)

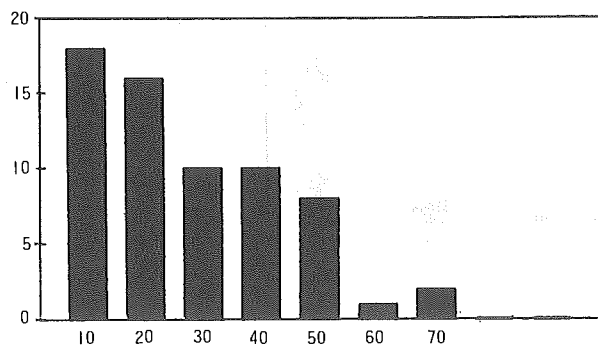


DATA (1) = 40.12
DATA (2) = 59.88

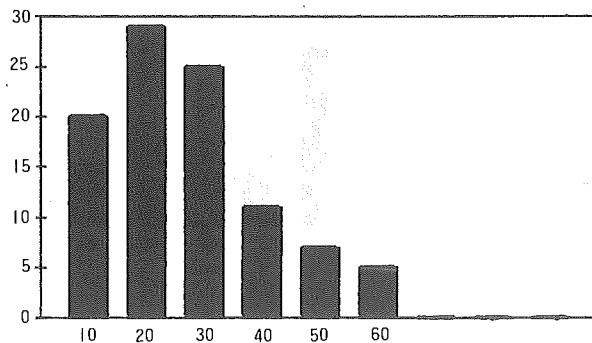
2 年 齢

	(1) 男 性	(2) 女 性
10	18 (27.69)	20 (20.62)
20	16 (24.62)	29 (29.90)
30	10 (15.38)	25 (25.77)
40	10 (15.38)	11 (11.34)
50	8 (12.31)	7 (7.22)
60	1 (1.54)	5 (5.15)
70	2 (3.08)	0
80	0	0
90	0	0
計	65 (100.00)	97 (100.00)

(1) 男性

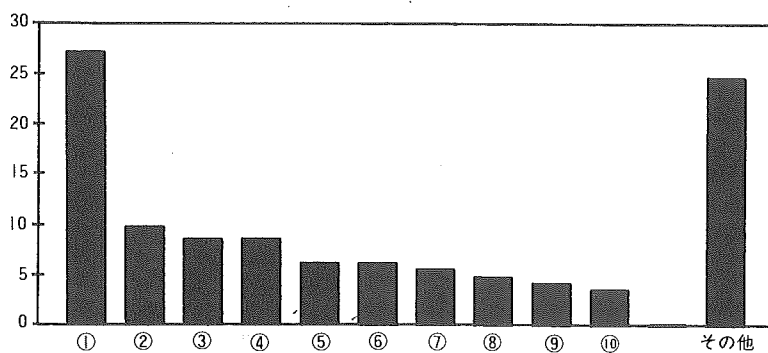


(2) 女性



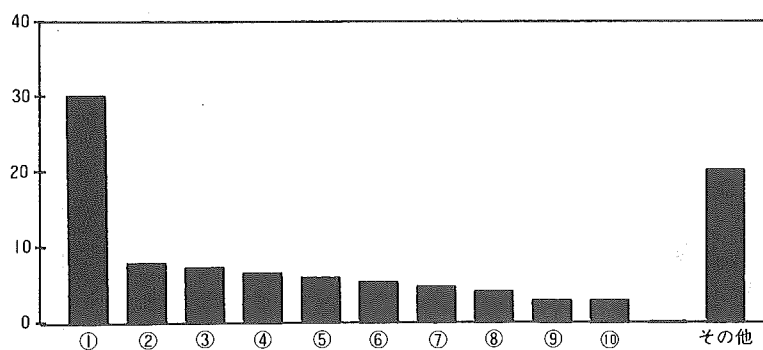
3 初診時の状態 (患者の申告による)

① 抑うつ	44 (27.17)	⑬ 家出, 徘徊	3 (1.85)
② 登校, 出勤拒否	16 (9.88)	⑭ 不穏	3 (1.85)
③ 不安	14 (8.64)	⑮ 多弁	2 (1.23)
④ 心気	14 (8.64)	⑯ けいれん	2 (1.23)
⑤ 幻聴	10 (6.18)	⑰ 離人	1 (0.62)
⑥ 妄想	10 (6.18)	⑱ 話の乱れ	1 (0.62)
⑦ 興奮	9 (5.56)	⑲ 自殺企図	1 (0.62)
⑧ 摂食異常	8 (4.93)	⑳ 反抗	1 (0.62)
⑨ 幻覚 + 妄想	7 (4.32)	㉑ 痴呆	0 (0.00)
⑩ 強迫, 恐怖	6 (3.70)	㉒ N K	2 (1.23)
⑪ 酩酊	3 (1.85)	㉓ N A	2 (1.23)
⑫ 奇妙な行動	3 (1.85)	計	162 (100.00)



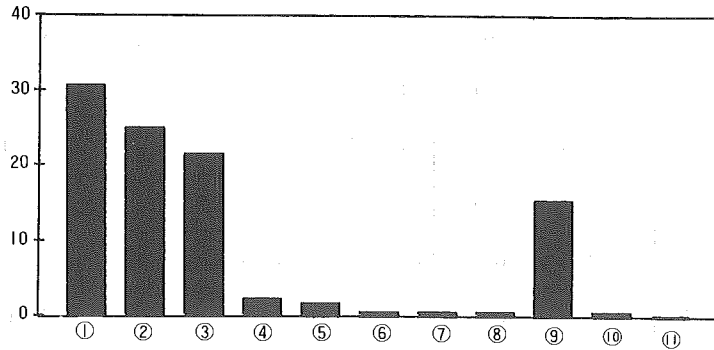
4 初診時の患者の状態（家族の申告による）

① 抑うつ	49 (30.24)	⑬ 酩酊	4 (2.47)
② 登校, 出勤拒否	13 (8.02)	⑭ 痴呆	4 (2.47)
③ 興奮	12 (7.41)	⑮ 幻覚 + 妄想	4 (2.47)
④ 妄想	11 (6.79)	⑯ 家出, 徘徊	3 (1.85)
⑤ 心気	10 (6.17)	⑰ 不穩	3 (1.85)
⑥ 不安	9 (5.56)	⑱ けいれん	2 (1.23)
⑦ 幻聴	8 (4.94)	⑲ 多弁	1 (0.62)
⑧ 摂食異常	7 (4.32)	⑳ 離人	0 (0.00)
⑨ 強迫, 恐怖	5 (3.09)	㉑ 奇妙な行動	0 (0.00)
⑩ 自殺企図	5 (3.09)	㉒ N K	2 (1.23)
⑪ 反抗	5 (3.09)	㉓ N A	1 (0.62)
⑫ 話の乱れ	4 (2.47)	計	162 (100.00)



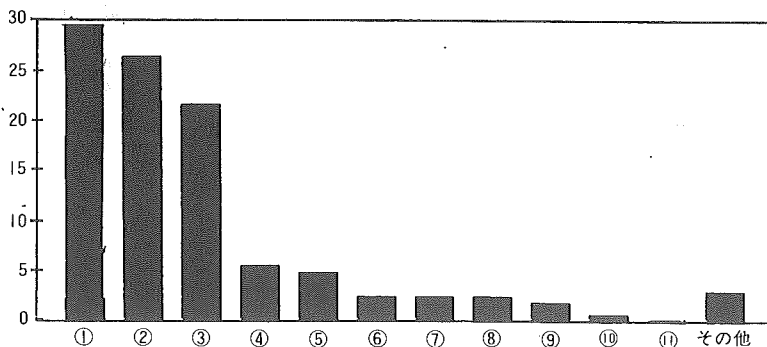
5 状態像

① 抑うつ状態	50 (30.86)	⑦ 痴呆状態	1 (0.62)
② 幻覚妄想状態	41 (25.31)	⑧ せん妄状態	1 (0.62)
③ 神経症様状態	35 (21.60)	⑨ その他	25 (15.43)
④ 躁状態	4 (2.47)	⑩ N K	1 (0.62)
⑤ 錯乱状態	3 (1.85)	⑪ N A	0 (0.00)
⑥ 癒れん症状群	1 (0.62)	計	162 (100.00)



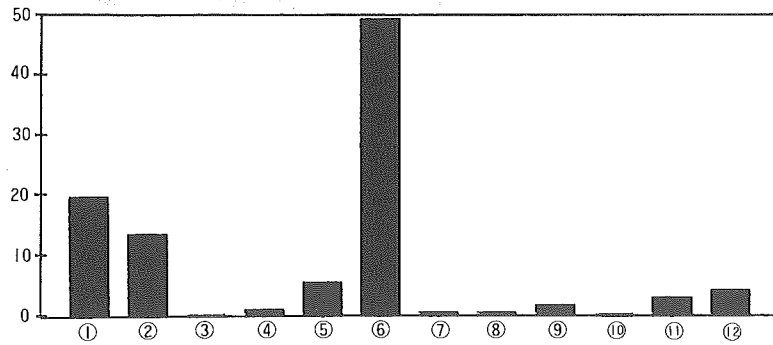
6 診断

① 精神分裂病	46 (28.39)	⑨ 妄想状態	3 (1.85)
② (躁)うつ病	43 (26.54)	⑩ 人格異常	1 (0.62)
③ 神経症	35 (21.60)	⑪ 薬物依存	1 (0.62)
④ その他の精神病(ボーダーラインケース・非定型精神病)など	9 (5.55)	⑫ その他(スチューデントアパシーなど)	2 (1.24)
⑤ 心身症(含アノレクシアネルボーザ)	8 (4.94)	⑬ N K	2 (1.24)
⑥ 老年期痴呆	4 (2.47)	⑭ N A	0 (0.00)
⑦ アルコール症	4 (2.47)	計	162 (100.00)
⑧ 児童期行動異常(異常習癖など)	4 (2.47)		



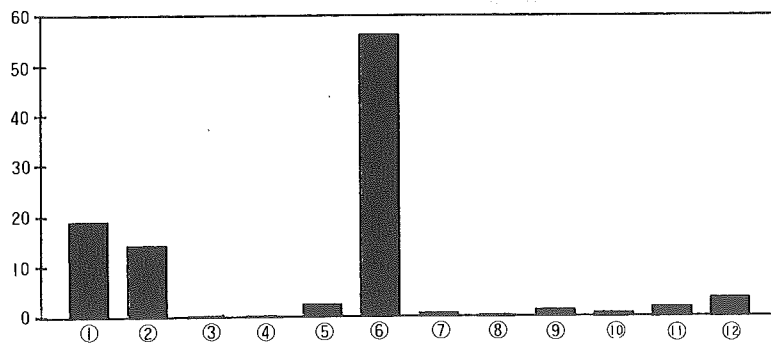
7 親しい家族

①	夫	32 (19.75)	⑧	弟	1 (0.62)
②	妻	22 (13.58)	⑨	姉	3 (1.85)
③	祖父	0 (0.00)	⑩	妹	0 (0.00)
④	祖母	2 (1.23)	⑪	子供	5 (3.09)
⑤	父	9 (5.56)	⑫	その他(嫁 etc)	7 (4.32)
⑥	母	80 (49.38)		計	162 (100.00)
⑦	兄	1 (0.62)			



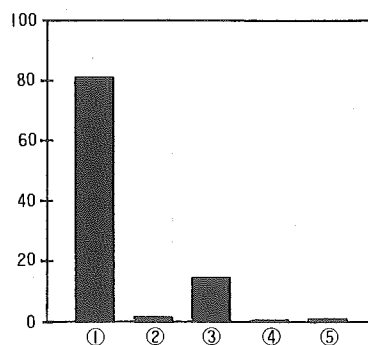
8 面倒をみている人

①	夫	31 (19.14)	⑧	弟	0 (0.00)
②	妻	23 (14.20)	⑨	姉	2 (1.23)
③	祖父	0 (0.00)	⑩	妹	1 (0.62)
④	祖母	0 (0.00)	⑪	子供	3 (1.85)
⑤	父	4 (2.47)	⑫	その他	6 (3.75)
⑥	母	91 (56.17)		計	162 (100.00)
⑦	兄	1 (0.62)			



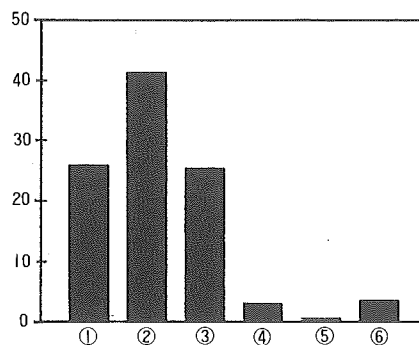
9 今の状態

①	改善	132 (81.48)
②	悪化	3 (1.85)
③	不変	24 (14.82)
④	N K	1 (0.62)
⑤	N A	2 (1.23)
	計	162 (100.00)



10 受診動機

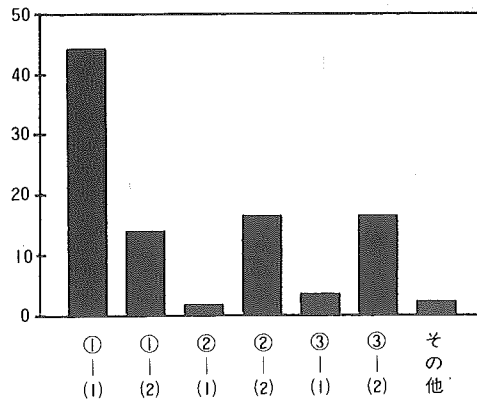
①	自分から	42 (25.92)
②	家族の勧め	67 (41.36)
③	家族以外の勧め	41 (25.31)
④	その他	5 (3.09)
⑤	N K	1 (0.62)
⑥	N A	6 (3.70)
	計	162 (100.00)



11 家族の見方

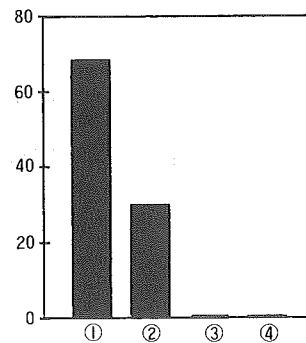
	(1)病気とみなした	(2)病気とみなさなかった	(3)N K	(4)N A
①協 力	72 (44.44)	23 (14.20)	1 (0.62)	0 (0.00)
②非協力	3 (1.85)	27 (16.67)	0 (0.00)	0 (0.00)
③N K	6 (3.70)	27 (16.67)	0 (0.00)	0 (0.00)
④N A	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.85)

計 162 (100.00)



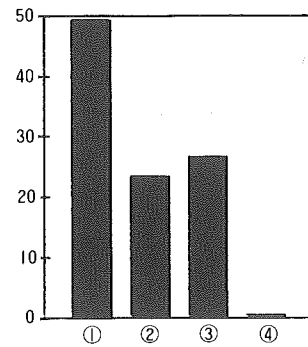
12 家族の態度変化

① 態度変化有り	111 (68.52)
② 態度変化なし	49 (30.24)
③ N K	1 (0.62)
④ N A	1 (0.62)
計	162 (100.00)



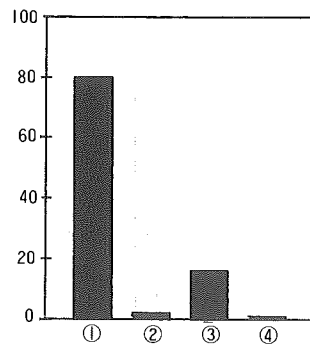
13 状態変化と家族の態度変化との関係

① 関係あり	80 (49.38)
② 関係なし	38 (23.46)
③ N K	43 (26.54)
④ N A	1 (0.62)
計	162 (100.00)



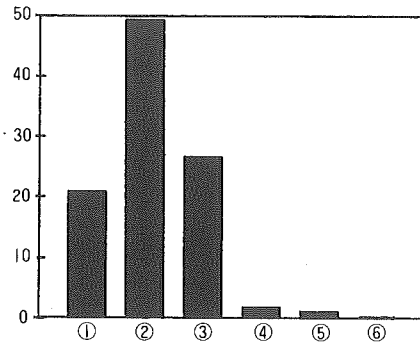
14 治療の効果 (本人のみた)

① 効果あり	130 (80.25)
② 効果なし	4 (2.47)
③ N K	26 (16.05)
④ N A	2 (1.23)
計	162 (100.00)



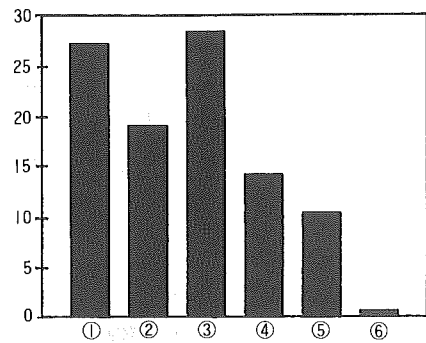
15 受診動機

① 自分から	34 (20.99)
② 家族の勧め	80 (49.38)
③ 家族以外の勧め	43 (26.54)
④ その他	3 (1.85)
⑤ N K	2 (1.24)
⑥ N A	0 (0.00)
計	162 (100.00)



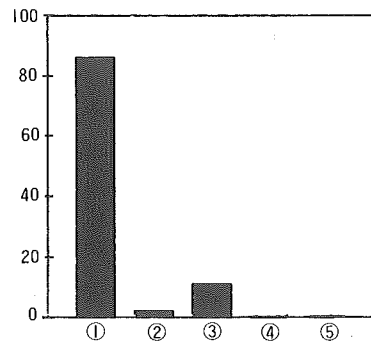
16 受診までの期間

①	何	日	44 (27.16)
②	何	週	31 (19.14)
③	何	か	46 (28.40)
④	何	年	23 (14.20)
⑤	N K		17 (10.48)
⑥	N A		1 (0.62)
計			162 (100.00)



17 初診時に比べ今の状態

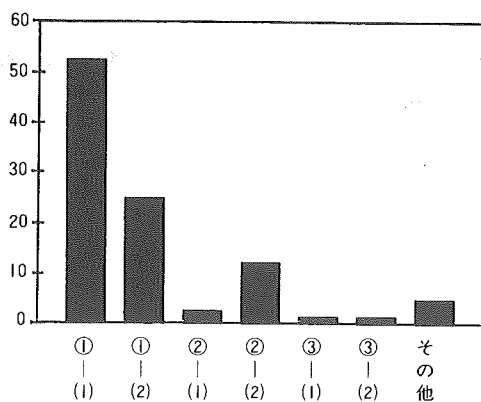
①	改	善	140 (86.42)
②	悪	化	4 (2.47)
③	不	変	18 (11.11)
④	N K		0 (0.00)
⑤	N A		0 (0.00)
計			162 (100.00)



18 患者を家族がどうみていたか

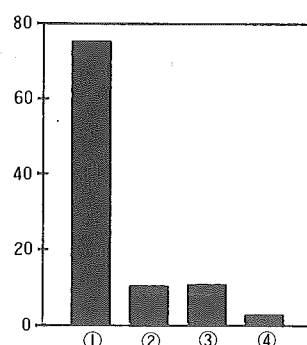
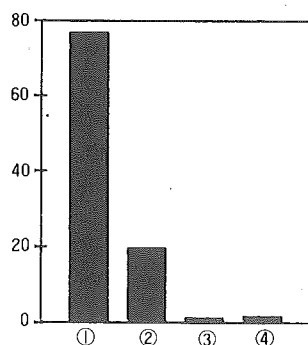
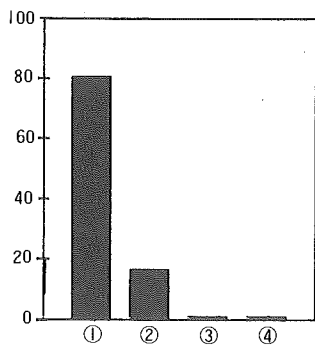
	(1)病気とみなしていた	(2)病気とみなしていなかった	(3)N K	(4)N A
①協力	85 (52.48)	40 (24.70)	2 (1.23)	0 (0.00)
②非協力	4 (2.47)	21 (12.96)	2 (1.23)	0 (0.00)
③N K	2 (1.23)	2 (1.23)	0 (0.00)	0 (0.00)
④N A	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (2.47)

計 162 (100.00)



19 患者への態度変化, 家族の関与, 治療者の関与の有無

(1) 患者の態度変化		(2) 家族の関与		(3) 治療者の関与 (効果)	
① 有	131 (80.86)	① 有	125 (77.16)	① 有	122 (75.31)
② 無	27 (16.66)	② 無	32 (19.75)	② 無	17 (10.49)
③ NK	2 (1.24)	③ NK	2 (1.24)	③ NK	18 (11.11)
④ NA	2 (1.24)	④ NA	3 (1.85)	④ NA	5 (3.09)
計	162 (100.00)	計	162 (100.00)	計	162 (100.00)



20. 患者への態度変化，家族の関与，治療者の関与の有無とパターンによる観察

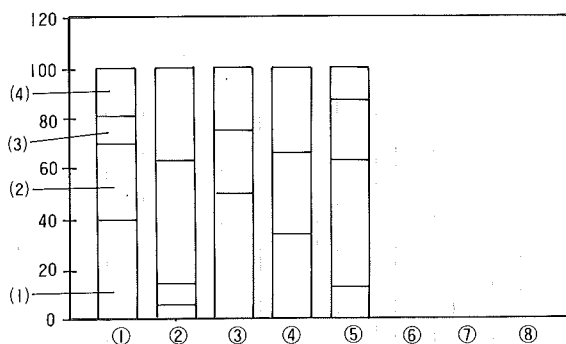
患者の態度変化	家族の関与	治療者の関与	
有	有	有	98 (60.48)
		無	3 (1.85)
		N K	9 (5.56)
		N A	0 (0.00)
	無	有	10 (6.16)
		無	4 (2.47)
		N K	3 (1.85)
		N A	1 (0.62)
	N K	有	0 (0.00)
		無	0 (0.00)
		N K	1 (0.62)
		N A	0 (0.00)
	N A	有	0 (0.00)
		無	0 (0.00)
		N K	0 (0.00)
		N A	0 (0.00)
無	有	有	7 (4.32)
		無	2 (1.24)
		N K	2 (1.24)
		N A	0 (0.00)
	無	有	5 (3.09)
		無	7 (4.32)
		N K	2 (1.24)
		N A	0 (0.00)
	N K	有	0 (0.00)
		無	0 (0.00)
		N K	1 (0.62)
		N A	0 (0.00)
	N A	有	0 (0.00)
		無	0 (0.00)
		N K	0 (0.00)
		N A	0 (0.00)
その他の組み合わせ			7 (4.32)
計			162 (100.00)

21 治療の種類（ファースト・チョイスのみ）－（1）

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
①薬物療法	42(91.30)	32(74.42)	12(34.29)	20(52.63)	106(65.43)
②個人精神療法	2(4.36)	4(9.30)	20(57.14)	15(39.48)	41(25.31)
③集団精神療法 （含家族療法）	0	2(4.65)	1(2.86)	1(2.63)	4(2.47)
④生活指導	1(2.17)	1(2.33)	0	1(2.63)	3(1.85)
⑤環境調整	1(2.17)	4(9.30)	2(5.71)	1(2.63)	8(4.94)
⑥その他	0	0	0	0	0
⑦ N K	0	0	0	0	0
⑧ N A	0	0	0	0	0
計	46(100.00)	43(100.00)	35(100.00)	38(100.00)	162(100.00)

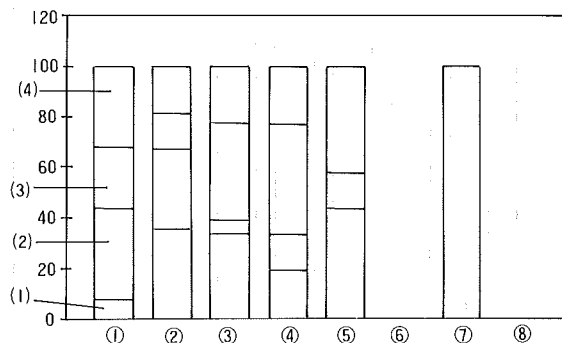
22 治療の種類（ファースト・チョイスのみ）—(2)

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
①薬物療法	42(39.62)	32(30.19)	12(11.32)	20(18.86)	106(100.00)
②個人精神療法	2(4.88)	4(9.76)	20(48.78)	15(36.59)	41(100.00)
③集団精神療法	0	2(50.00)	1(25.00)	1(25.00)	4(100.00)
④生活指導	1(33.33)	1(33.33)	0	1(33.33)	3(100.00)
⑤環境調整	1(12.50)	4(50.00)	2(25.00)	1(12.50)	8(100.00)
⑥その他	0	0	0	0	0
⑦NK	0	0	0	0	0
⑧NA	0	0	0	0	0
計	46	43	35	38	162



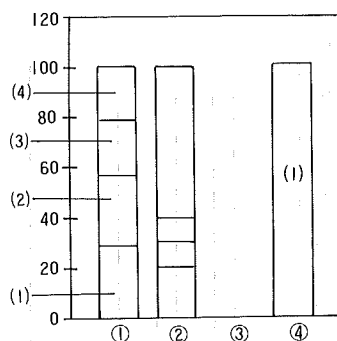
23 転 帰

疾 患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神 経 症	(4)そ の 他	(5)全 体
①完 全 治 癒	2(7.14)	10(35.71)	12(25.00)	9(32.14)	33(100.00)
②完 全 寛 解	30(35.29)	27(31.76)	7(14.12)	16(18.82)	80(100.00)
③不 完 全 寛 解	6(33.33)	1(5.56)	7(38.89)	4(22.22)	18(100.00)
④未 治	5(25.00)	4(20.00)	5(25.00)	6(30.00)	20(100.00)
⑤悪 化	3(42.85)	1(14.29)	0	3(42.85)	7(100.00)
⑥そ の 他	0	0	0	0	0
⑦ N K	0	0	4(100.00)	0	4(100.00)
⑧ N A	0	0	0	0	0
計	46	43	35	38	162



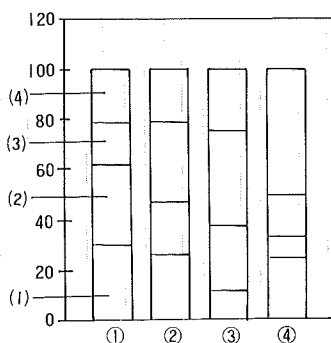
24 働きかけ

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
①働きかけをした	43(28.48)	42(27.81)	34(22.52)	32(21.20)	151(100.00)
②働きかけをしなかった	2(20.00)	1(10.00)	1(10.00)	6(60.00)	10(100.00)
③ N K	0	0	0	0	0
④ N A	1(100.00)	0	0	0	1(100.00)
計	46	43	35	38	162



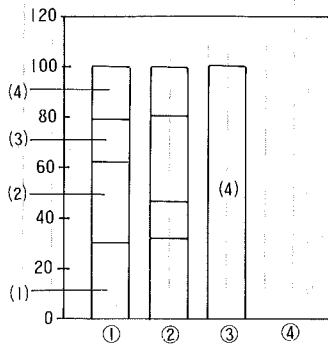
25 働きかけの効果

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
①効果あり	32(30.77)	32(30.77)	18(17.31)	22(21.15)	104(100.00)
②効果なし	10(26.32)	8(21.05)	12(31.58)	8(21.05)	38(100.00)
③ N K	1(12.50)	2(25.00)	3(37.50)	2(25.00)	8(100.00)
④ N A	3(25.00)	1(8.33)	2(16.67)	6(50.00)	12(100.00)
計	46	43	35	38	162



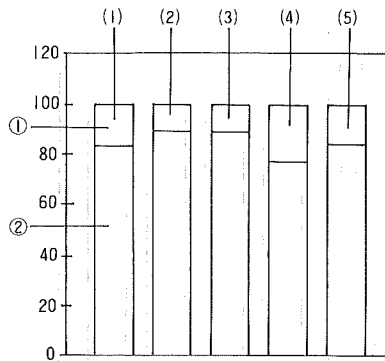
26 サポート体制

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
① 良	33(30.56)	35(32.41)	17(15.74)	23(21.29)	108(100.00)
② 不良	13(31.71)	8(14.63)	14(34.15)	15(19.51)	50(100.00)
③ N K	0	0	4(100.00)	0	4(100.00)
④ N A	0	0	0	0	0
計	46	43	35	38	162



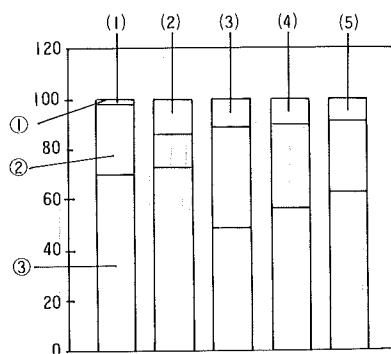
27 疾病と予後

疾患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神経症	(4)その他	(5)全体
①予後良好	38(82.61)	38(88.37)	31(88.57)	29(76.31)	136(83.95)
②予後不良	8(17.39)	5(11.63)	4(11.43)	9(23.69)	26(16.05)
計	46(100.00)	43(100.00)	35(100.00)	38(100.00)	162(100.00)



28 疾病とサポート体制

疾 患	(1)精神分裂症	(2)躁うつ病	(3)神 経 症	(4)そ の 他	(5)全 体
①サポート体制良好	32(69.57)	31(72.10)	17(48.57)	21(55.26)	101(62.34)
②サポート体制不良	13(28.26)	6(13.95)	14(40.00)	13(34.21)	46(28.40)
③そ の 他	1(2.17)	6(13.95)	4(11.43)	4(10.53)	15(9.26)
計	46(100.00)	43(100.00)	35(100.00)	38(100.00)	162(100.00)



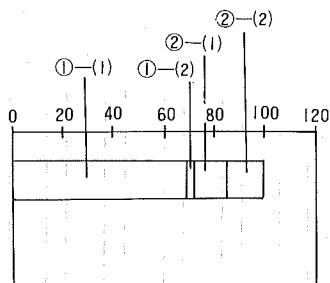
29 「予後とサポート体制」における領域の指定

サポ-ト体制 \ 疾 患	(1)予後良好	(2)予後不良	(3)そ の 他	(4)全 体
①サポート体制良好	A	B		
②サポート体制不良	C	D		
③そ の 他				
計				

30 疾病別にみた予後とサポート体制-①<精神分裂病>

サポート体制 \ 疾患	(1) 予後良好	(2) 予後不良	(3) その他	(4) 全体
①サポート体制良好	32 (69.57)	1 (2.17)	0 (0.00)	33
②サポート体制不良	6 (13.04)	7 (15.22)	0 (0.00)	13
③その他	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0
計	38	8	0	46 (100.00)

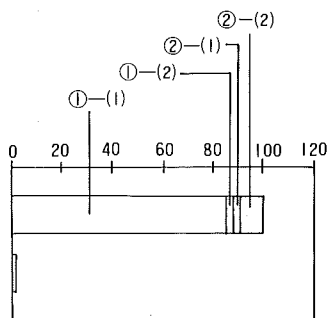
($\chi^2=16.763, \psi=0.604, P=0.001$)



31 疾病別にみた予後とサポート体制-②<躁うつ病>

サポート体制 \ 疾患	(1) 予後良好	(2) 予後不良	(3) その他	(4) 全体
①サポート体制良好	37 (86.05)	1 (2.32)	0 (0.00)	38
②サポート体制不良	1 (2.33)	4 (9.30)	0 (0.00)	5
③その他	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0
計	38	5	0	43 (100.00)

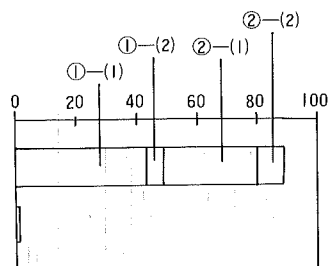
($\chi^2=25.739, \psi=0.774, P=0.01$)



32 疾病別にみた予後とサポート体制-③<神経症>

サポート体制 \ 疾患	(1) 予後良好	(2) 予後不良	(3) その他	(4) 全体
①サポート体制良好	15 (42.85)	2 (5.71)	1 (2.86)	18
②サポート体制不良	11 (31.43)	3 (8.57)	1 (2.86)	15
③その他	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	2
計	27	6	2	35 (100.00)

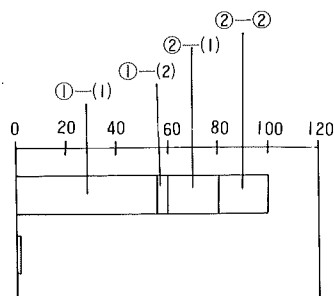
($\chi^2=0.530$, $\psi=0.131$, $p=n.s.$)



33 疾病別にみた予後とサポート体制-④<その他>

サポート体制 \ 疾患	(1) 予後良好	(2) 予後不良	(3) その他	(4) 全体
①サポート体制良好	21 (55.26)	2 (5.27)	0 (0.00)	23
②サポート体制不良	8 (21.05)	7 (18.42)	0 (0.00)	15
③その他	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0
計	29	9	0	38 (100.00)

($\chi^2=7.242$, $\psi=0.437$, $p=0.05$)



34 予後とサポート体制—(5) <全体>

サポート体制 疾患	(1) 予後良好	(2) 予後不良	(3) その他	(4) 全体
①サポート体制良好	105 (64.81)	6 (3.70)	1 (0.62)	112
②サポート体制不良	26 (16.05)	21 (12.96)	1 (0.62)	48
③その他	1 (0.62)	1 (0.62)	0 (0.00)	2
計	132	28	2	162 (100.00)

($\chi^2=30.224$, $\psi=0.473$, $P=0.001$)

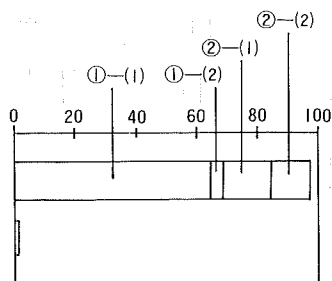
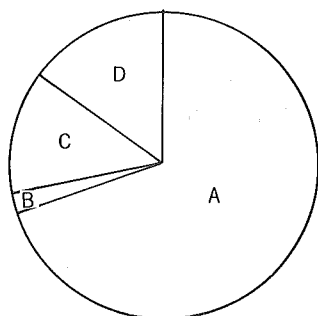


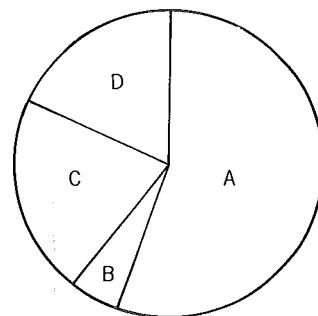
表30～表34の円グラフ

1) 精神分裂病



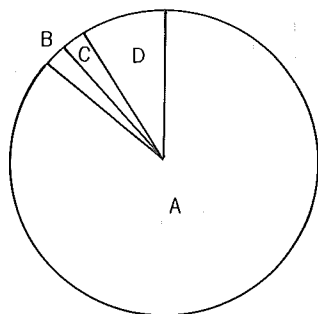
DATA (A)=69.57
DATA (B)=2.17
DATA (C)=13.04
DATA (D)=15.22

4) その他



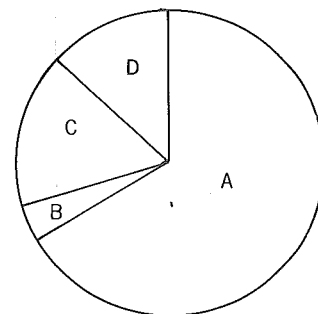
DATA (A)=55.26
DATA (B)=5.27
DATA (C)=21.05
DATA (D)=18.42

2) 躁うつ病



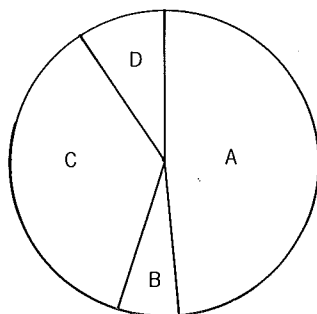
DATA (A)=86.05
DATA (B)=2.32
DATA (C)=2.33
DATA (D)=9.30

5) 全体



DATA (A)=64.81
DATA (B)=3.7
DATA (C)=16.05
DATA (D)=12.96

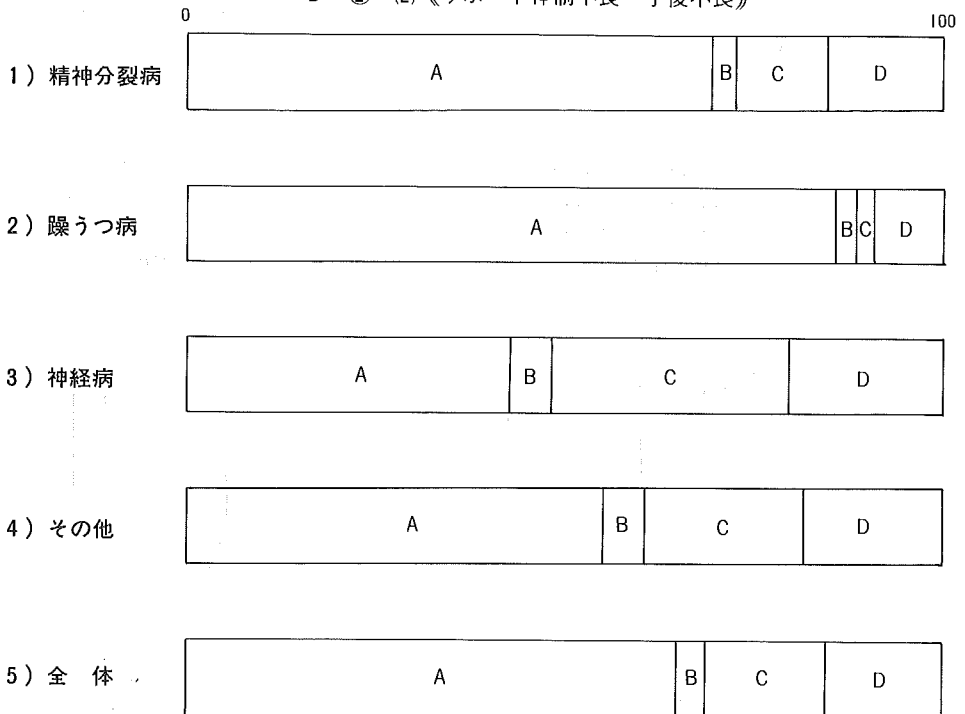
3) 神経病



DATA (A)=42.85
DATA (B)=5.71
DATA (C)=31.43
DATA (D)=8.57

34 疾病別にみた予後とサポート体制—まとめ

- A—①—(1) 《サポート体制良好—予後良好》
- B—①—(2) 《サポート体制良好—予後不良》
- C—②—(1) 《サポート体制不良—予後良好》
- D—②—(2) 《サポート体制不良—予後不良》



家族などの支持システムを包括した 初期医療のあり方に関する研究 (その2)

——医療施設と家族会メンバーおよび患者とのかかわりにおいて——

丸山 晋 (国立精神神経センター精神保健研究所・社会復帰相談部)

高橋 徹 (同・成人精神保健部)

滝沢 武久 (全家連)

土居 健郎 (国立精神神経センター精神保健研究所・元所長)

Study on Support System as a Primary Mental Health Care (II)

—— Interrelationship among prognosis,
family support, and medical care ——

Susumu Maruyama

(NCNP NIMH Division of Psychorehabilitation)

Toru Takahashi

(NCNP NIMH Division of Adult Mental Health)

Takehisa Takizawa

(Japanese Federation of the Family with Mentally Ill)

Takeo Doi

(NCNP NIMH Former Director)

Summary

Using questionnaires, we analysed 131 cases of chronic schizophrenic patients and their family.

Among the more than half patients (57.67%), we found their prognosis has keen relationship with the therapeutic communication between the family and the medical staff.

Key words: *Family Support Prognosis*

はじめに

本研究の目標は、精神障害者の外来治療の拡充に対する基礎資料を得ることにある。そのねらいに沿って、先の研究においては精神科一般外来患者について、家族のサポート体制と予後との関係を、重点的に調べた。

今回は、少し視点を変えて家族会レベルにおけるサポート体制と予後との関係を問題としてとりあげた。

I. 対象および方法

全国家族会支部のある、O県とY県の研修会に参加のメンバーに、資料—(1)の如きアンケートを配り、その場で回収したものを分析した。

II. 結果

回収できたアンケートは131例であった。その分析結果は以下の図表に掲げたとおりである。

図表リスト：

- 1) 家族会メンバーと患者の間柄
- 2) 家族会メンバーの性別と年齢
- 3) 初診時の状態像
- 4) 受診動機
- 5) 経過
- 6) 治療箇所
- 7) 担当医の交代
- 8) サポート体制—主治医との関係—治療効果の領域指定と例数
- 9) サポート体制—主治医との関係—治療効果のパターン分類と例数

この分析をとおして分かることは色々あるが、最も注目すべきことは、サポート体制—主治医との関係—治療効果のパターン分類において、(A)—(B)—(C)のパターンおよび(D)—(E)—(F)のパターンの出現率が、それぞれ36.64%、16.03%で、両者を合わせて57.67%となる、ということであった。

1. メンバーと患者の間柄

1	子供	105(80.15)
2	父	9(6.87)
3	兄弟姉妹	9(6.87)
4	母	2(1.53)
5	妻	1(0.76)
6	その他	2(1.53)
7	NA	3(2.29)
	計	131(100.00)

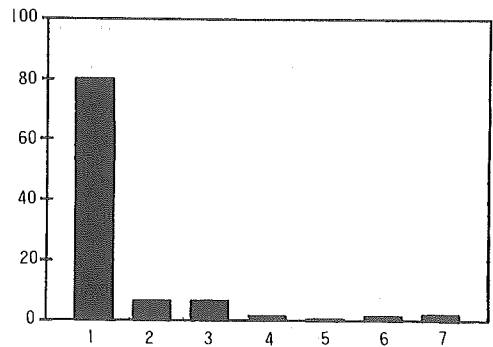
III. 考察

精神障害者の治療的予後における、サポート体制の重要性については、多くの研究者が指摘するところである。しかしその裏付けとなる実証的データとなると、未だ充分とはいいがたい。今回の調査では、家族と治療者との相互のサポート・システムのあり方が、障害者の予後にどのような影響を与えているのかというパラダイムでとらえられ、それが外来機能の拡充にどのように関与するのかを、みようとした。こうしたテーマのデータの収集は困難を伴いやすく、またアンケート方式では自ずと限界があったが、サポート・システムの良否が、予後の良否に深く関わっていることが確認できると思われた。

(本研究は厚生科学特別研究費によるものである)

参考文献

1. 竹村堅次他：家族の治療的役割，笠原嘉，島藺安雄編，精神科治療学Ⅲ，中山書店，1977
2. 島藺安雄・保崎秀夫編：精神分裂病の治療と予後，金原出版，1984.
3. 井村恒郎：分裂病家族の研究，みすず書房，1984



2. 家族会メンバーの性別、年齢

性別

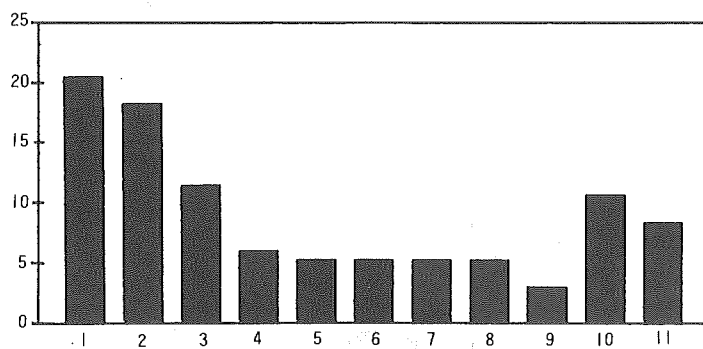
1	男	80 (64.51)
2	女	44 (35.49)
	不明	7

平均年齢

1	男	65.71歳
2	女	63.36歳

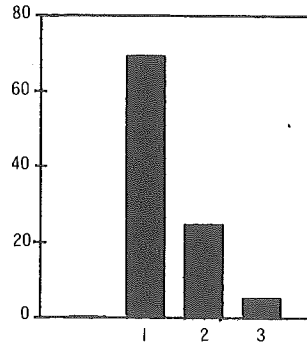
3. 初診時の状態像

1	興奮	27 (20.61)
2	奇異的行動	24 (18.32)
3	妄想	15 (11.45)
4	登校出勤拒否	8 (6.11)
5	抑うつ	7 (5.34)
6	滅裂言語	7 (5.34)
7	自発性欠如, 自閉	7 (5.34)
8	幻聴	7 (5.34)
9	不安	4 (3.05)
10	その他	14 (10.69)
	自殺企図	3
	家出徘徊	3
	心氣的	2
	多弁	2
	けいれん	2
	強迫症状	1
	痴呆	1
11	NA	11 (8.41)
	計	131 (100.00)



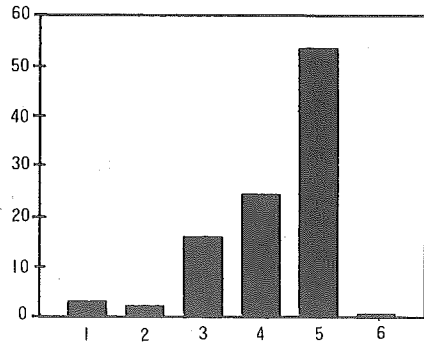
4. 受診動機

1	自分から	0
2	家族のすすめ	91(69.47)
3	家族以外のすすめ	33(25.19)
	勤め先	10
	保健所	7
	近医	7
	学校	4
	知人友人	4
	警察	1
4	NA	7(5.34)
	計	131(100.0)



5. 経過

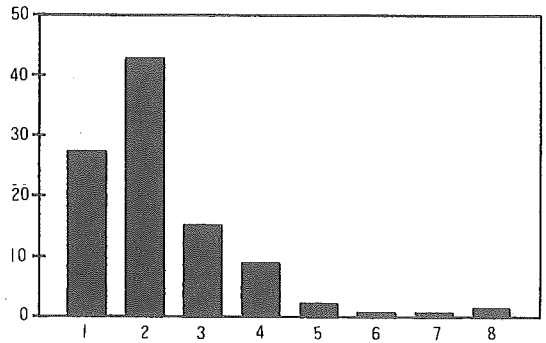
1	0～3年	4(3.05)
2	4～5年	3(2.29)
3	6～10年	21(16.03)
4	11～15年	32(24.43)
5	16～	70(53.43)
6	NA	1(0.77)
	計	131(100.00)



6. 治療箇所

1ヶ所	36(27.48)
2	56(42.75)
3	20(15.27)
4	12(9.16)
5	3(2.29)
6	1(0.76)
7	1(0.76)
8	2(1.53)
計	131(100.00)

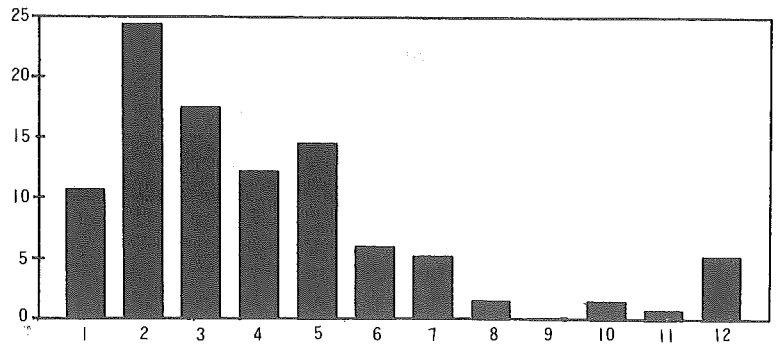
(平均2.30箇所)



7. 担当医の交代

	回数	例数
1	1	14(10.69)
2	2	32(24.43)
3	3	23(17.56)
4	4	16(12.21)
5	5	19(14.50)
6	6	8(6.11)
7	7	7(5.34)
8	8	2(1.53)
9	9	0
10	10	2(1.53)
11	15	1(0.76)
12	NA	7(5.34)
計		131(100.00)

(平均3.65)



8. サポート体制—主治医との関係—治療効果
の領域指定と例数

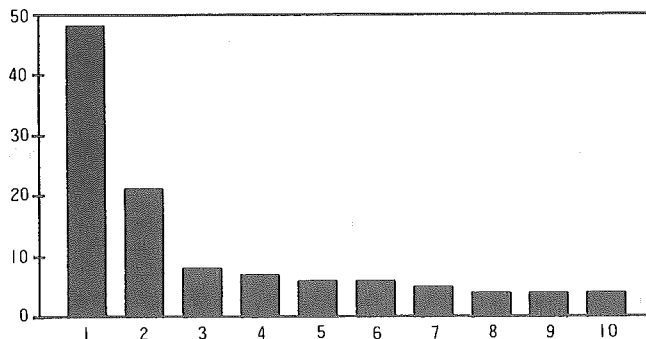
	良好	悪い	どちらとも いえない
サポート 体制	(A) 64	(D) 41	(G) 26
主治医との 関係	(B) 79	(E) 29	(H) 23
治療効果 (予後)	(C) 75	(F) 28	(I) 28

前記パターンの出現頻度 (上位10位まで)

- 1) A—B—C 48 (36.64)
- 2) D—E—F 21 (16.03)
- 3) G—B—C 8 (6.11)
- 4) G—H—C 7 (5.34)
- 5) A—B—I 6 (4.58)
- 6) G—H—I 6 (4.58)
- 7) D—B—C 5 (3.82)
- 8) A—H—C 4 (3.05)
- 9) D—B—F 4 (3.05)
- 10) D—B—I 4 (3.05)

9. サポート体制—主治医との関係—治療効果
のパターン分類と例数

- 1) A—B—C 48
- 2) A—B—F 1
- 3) A—B—I 6
- 4) A—E—C 0
- 5) A—E—F 1
- 6) A—E—I 2
- 7) A—H—C 4
- 8) A—H—F 0
- 9) A—H—I 2
- 10) D—B—C 5
- 11) D—B—F 4
- 12) D—B—I 4
- 13) D—E—C 1
- 14) D—E—F 21
- 15) D—E—I 3
- 16) D—H—C 1
- 17) D—H—F 0
- 18) D—H—I 2
- 19) G—B—C 8
- 20) G—B—F 0
- 21) G—B—I 3
- 22) G—E—C 1
- 23) G—E—F 0
- 24) G—E—I 0
- 25) G—H—C 7
- 26) G—H—F 1
- 27) G—H—I 6



10. 資料—(1)

アンケート

日頃、精神障害者を身内に抱え、その社会復帰に、また家族会活動に努力されておられることとぞんじます。

さて、精神障害者の治療をうける本人も我々家族も、医師、特に主持医の先生の発言や態度に、一喜一憂しがちですが、そうした体験の感想を、みなさんから伺ってみたいとおもいます。匿名で結構ですから率直にお答え下さい。

まず、

- 1 あなたと患者の続柄は（患者本人はあなたにとって……）
①夫 ②妻 ③子供 ④父 ⑤母 ⑥兄弟姉妹
- 2 あなたの性別・年齢 ①男 ②女 （ ）歳
- 3 初めて家庭内で問題を感じたときの患者さん状態はどんなふうでしたか。
- 4 実際に精神科医に受診させた動機は……
- 5 初診時から何年位たちましたか……いくつの病院を利用しましたか……
（約 年） （ ）つの病院
何人位担当医（主治医）がかわりましたか。
（ ）人位
- 6 精神病の診断を告げられたとき、あなたはどう感じましたか……
- 7 あなたが出合った精神科医（主治医）の印象をおきかせください。
先生のどんな言葉や態度が 良かったか 悪かったか
- 8 今までの治療が効果がありましたか。
①あった なかった どちらともいえなかった
②その理由
- 9 あなたはどういう医者をも、よい医者と思えますか。
- 10 どういう病院をも、よい病院と思えますか。

以上

御協力ありがとうございました

11. 資料(2)-①

No	続柄	性	年齢	状態	動機	経過	治療箇所	担当医	告知時の印象	Dr. の印象	治療効果	良いDr.のイメージ	良い病院のイメージ
1	3	1	67	高3の時、奇病になったと言ってきた	保健婦にすめられて	9	5	5	①がとは告げられなかったが、だんだんわかってきた	良 なんとなく信頼できる感じ	(+)落ち込みが少なくなった	落ち着いて話をきいてくれるDr.	鉄棒のないこと、家族会に加入している病院
2	3	1	54	母に乱暴、自分も死にたい	N.A.	13	2	3	大変なことになったと感じた(家庭的に)	N.A.	(+)入退院をくり返し、入院の期間が長期	N.A.	患者の気持ちをくんで治療してくれるところ
3	3	1	65	言動の異様さ(きこえる)あきっぱい	言動があまりにも常識はずれ	13	2	2	そんなバカかと思った	良 患者や家族との対応に気を配る	(±)一進一退	話をまじめにきく、高圧的でない	開放的、強制しない、患者を動かす
4	2	1	69	働く意欲がなくなった	自殺のおそれ	30	2	6	N.A.	良	(+)	気の長い医者	N.A.
5	3	1	80	妄想の出現	放っておけない	26	1	7	目の前が真暗になった	N.A.	(+)	N.K.	N.K.
6	3	2	57	自分の殻に閉じこもってしまった	中学の先生のすすめ	20	3	7	状態の急変にびっくりし、しまったと思った	良 はげましてくれ、細かく指導してくれた	(+)良い先生に恵まれた	家庭の中で良く知ってくださる	精神科が主で、外科、内科、歯科がある所
7	3	1	68	NA	NA	13	2	3	人生の終わりに思った	良	(+)	NK	NA
8	3	2	63	衣服や寝具を汚す、食べものを不安をもって食べない	左のような症状がなかなかとれないので	18	3	4	こわくておそろしいと思ったか何とかしてよくしてやりたい	良 話をよくきいてくれた、状態の変化に即応してくれる	(±)一進一退	患者及び家族の悩みをきいてくれる	患者、家族の意向をきき、前向きに指導してくれる、退院後もつながりをもってくれる
9	3	2	50	乱暴	N.A.	10	4	3	びっくりして、とり乱してしまった	N.A.	(±)	N.A.	N.A.
10	3	2	65	暴力	会社に報告の必要上	9	1	2	ただ神仏の加護を祈った	良 患者側になるつもりで、接してくれた	(+)落ちている	N.A.	開放的でやさしい病院
11	3	1	56	自閉的で周りの言うことをきかない	保健所に相談した	10	3	3	大きな衝撃	良 親身	(±) 寛解まではいってもそれから先期待できない	人間関係を重視してくれるドクター	中間施設をもつ病院
12	3	2	63	不眠、イライラ、夜、薬器をかきまわす	在京保証人より電話本人は退学をいいたす	15	4	4	自分が病気になる程びっくりした	良	(+)	患者の気持ちをわかってくれるDr	営利を目的にしない
13	3	2	51	イライラ、落ちつき、のなき	病院に行けば落ちつくと思っ	10	1	N.A.	早く来てよかったと思った	良 本人の悩みごとをよく理解いただいた	(+)	本人の悩みをよく見つめて下さる方	病院の帰りに来てよかったと思えるような病院
14	4	1	77	N.A.	N.A.	20	3	5	一口に言えない思い	良 一口に言えない	(-)	患者中心の医療をする医師、家族会を作る医師	開放的、スタッフの意をきく、退院後もつながりをもってくれる
15	3	1	74	暴れる母親に水をかけながら追いまわす	対応の処置がわからないので	18	5	5	半信半疑驚いた、大学をやめなさいと言われ	悪 最初きついことばで驚いた	(+)少しは農作業の手伝いができる	病気のことで、患者のことをよくおしえてくれる医師	開放的な病院、個々の患者について考えてくれる病院
16	3	2	59	勤務を黙って休むようになった	行動が不安定になり保健所に相談	14	2	2	生きる気がしなくなった	良 良いDr.に会えてよかった	(+)再発入院後は、決方向かっている	開放的、はじめをつける対応をよくしてくれる	窓のない病院、レクや生活指導をしてくれる
17	3	1	82	身体疲労、虚脱、そううつ状態	左記の症状のため	20	2	6	医学によって全快すると信じていた	悪 医師の扱いは自分にはわからなかった	(-)病状や対応を知らなかった	患者の身上となく親切なDr	親切で設備がよく整った病院
18	3	1	79	暴言、非常識な行動、攻撃的	攻撃が特にはげしかった	35	2	N.A.	1日も早く治療を受けなくては	良	(+)	患者の心を理解してくれる	県立病院
19	4	1	35	不眠	姉が病院に入院していた	20	1	5	心配はしたが比較的平穏	良 大変親切でよかった	(+)効果はあったが全快できなかった		専門病院
20	3	2	60	普段と違った態度(修学旅行先)	修学旅行先の病院に学校が入れた	17	4	5	ショックだった、信じられなかった	良	(+)良い先生に巡り会えた	××病院いる医師	××先生のような病院
21	4	1	59	深夜突然に電話、昔の教師をつれてこいとわめく	保健所の精神衛生相談につれていく	3	2	2	が、せんとして先の手を考えると夜も眠れなかった	良 初診時の印象はおぼえていない	(+)最初は親が入れたと言っていたが、院内作業にもつくようになった	患者と共に信頼を得られる若い医者	社会復帰まで面倒をみてくれる体制を整えた病院
22	3	2	59	わけのわからないことをしゃべりまくった	とにかく専門家にすがろうとして	12	2	3	世の中が真暗になりこの先どうして生きていったらいいのか	良 心を強くもって家族が強く生きて腰か身守るよいに	(-)2年半前に退院その後再発はない	信念をもって治療にあたってくれる人	総合病院の精神科より専門病院の方がよい
23	3	1	66	服毒	事件が生じて	6	1	1	ショック	悪 無口	(+)少し落ちついてきた	患者、家族の身になって考えてくれるDr	開放的な病院
24	3	2	61	警察に迫られていると言った	落ちつきがなく乱暴な行動にでた	15	2	2	まったく思いつけないことばで信じられなかった	良	(+)	できるだけ入院をさける、本人の気持ちをよくくみとってくれる	開放的病院
25	3	2	61	突然様子がおかしくなった	普通の活動ができず不眠、食事もたべなくなった	15	2	2	病気があったらすぐ治るだろうと思っ	N.A.	N.A.	患者の言うことをよく知って下さるDr	開放的病院
26	3	2	65	じっとしてられない、風呂の中で一人言	就職先より注意されて	16	3	3	谷底に落ちた気持、死を考えた	特になし	(±)	本人に苦しみをきく、家族の相談ののってくれる	開放的で人権を守る病院、親切
27	3	1	57	夜と昼がわからなくなった	同左	11	2	3	今でも夢をみているよう	良と悪	(±)	N.A.	国立病院
28	3	2	69	イライラしておこりっぽくなった	夜眠れない	10	2	2	信じられなかった	良と悪	(+)	話をよくきいてくれる先生	開放的
29	3	1	69	うつ状態とそう状態	妻と相談して医大精神科へ	20	3	5	先妻が①で自殺していたので困ったと思った	良	(+)	公立の先生	公立の病院

30	3	2	66	落ちつかず、常識的でない言葉を口にした	就職先、友人からの通知	18	4	5	奈落の底に落ちる感じそのまま	良	(+)あつたりなかったり	親身時間をとって話し夜遅くても来てくれる	精神衛生センタ
31	祖父7	1	76	登校の時間でないのに何もみず出かけていった	左の状態のため	4	2	2	どうしてこんなことになったのか迷うばかり	良	(+)	話し合いができる医師	患者を人として扱ってくれる病院
32	3	2	60	登校拒否	保健婦に相談	17	3	5	大変なことになったというおどろき	良	(+)	話しをよくきいてくれる Dr. はげまし思いやり	家族との連絡のよい病院
33	3	1	NA.	常識はずれ無理、難題、暴力	うつ状態が続き親に暴力	14	1	6	脳天を打ちくだかれたよう	どちらとも思わなかった	(土)	患者の状態をよく尋ねて診察する。家族生活を指導してくれる	ていねいに面談をみてくれる病院
34	3	1	73	夜、ねない	不眠のため	38	2	5	そんなはずはない	良	どちらともいえない	本人の気持ちをふみにじらない先生	Nr や Dr が本人を大切にしてくれる病院
35	3	1	71	軽度のそう状態が多弁(平常は内気)	友人からの連絡と大学の紹介	17	2	1	行先真暗になる	良 親戚の精神科医が親切にしてくれる	(土)寛解状態で作業所に行っているがそれ以上進まない	P と F の話しをよくきき、親切な指導をしてくれる	人権尊重、開放的な生活指導に熱心
36	3	1	67	バカにしている、悪口を言っているという	理由もなくふすまをけっていたので	17	2	5	是非とも治さなくてはと思った	悪 1年半位でさじを投げた	どちらともいえない	N. K.	N. K.
37	3	1	80	不安定	ほとんど強制入院	40	2	10	覚悟をしていたので治してやれると思つた	良	(+)	やさしいと同時に強さを秘めつつ Dr	妹椅子のない病院法改正福祉に熱心な病院
38	3	1	53	わけのわからないこといじめられた友人のことをいう	同左のため	23	1	1	ショックだった	良	(+)	〇〇病院の Dr	公立面会も外泊も自由でベッドまで行ける
39	めい7	1	57	空笑、動作が鈍い無気力	母がすでに発病	18	2	5	別におどろかなかつた	良	(+)あまり長期なので退院できるか不安	わからない	わからない
40	3	1	29	登校拒否、妄想、とじこもり、いじめられる	同左	12	3	3	そんなことはない間違えと思った	悪 事務的である	プラプラとし活力がないどちらともいえない	患者の気持ちになり尊重してくれる Dr	Dr PAT. Nr F が一体となり、PATの言うことをよくきいてくれる
41	3	2	60	自閉 父をけなす食事をとらない	保健所のすすめ	9	1	1	この世が灰色にみえた	良	(+)	家族を理解し接してくれる Dr	N. K.
42	3	1	30	N. A.	N. A.	15	2	3	非常におどろいた	良	(+)	親身になってくれる人	N. A.
43	3	2	70	家をとびだし警察に保護	警察の指示	25	3	5	夢のような信じられなかった	良 心配いりません預けておいて下さいといった	(+)よくなったり悪くなったりくり返し少しづつよくなった	患者の気持ちになってくれる人	わからない
44	3	1	66	うつ状態 OBA	保健所へ相談	15	2	3	最初は元にもどると思つていた	良	(+)	患者がきやすく相談ができる	患者の気持ちよく理解できる Dr がいる病院
45	5	2	76	不眠、イライラ、どろどろと話しをくり返す	同左	22	2	4	大変心配すぐ入院させよう	良	N. A.	N. A.	N. A.
46	3	1	NA	N. A.	N. A.	22	4	7	すぐ治ると思つていた	悪 私立病院ではないやな感じ	どちらともいえない	私立病院の医者はイヤ	患者を大切にする病院
47	3	2	60	家族を眠らせない、風呂に電気をつけけいに入る	夜間大声で呼ぶ	11	3	6	言い表わすことができない先が真暗	良、親切でやさしいことば	(-)だんだん悪化して下さる先生	とにかく親身になって下さる先生	Dr. Nr. 共に患者の気持ちくみ親切に指導してくれる病院
48	3	2	62	N. A.	これ以上家にはおけないと感じた	13	2	1	ことばにならない程ショック	悪 口数少ない	(土)13年もたっている	N. A.	N. A.
49	3	2	57	落ちつかなくイライラ不眠	興奮状態(不眠のため)	12	2	2	N. A.	安心しておまかせできた	(+)	愛情と熱意のある先生	患者も人間として扱ってくれる病院
50	NA	NA	38	何もわからない状態	近医の紹介	18	1	1	大変心配 病院にお願いするしかないと思つた	良 しげらく入院すればよくなると思われた	(+)現在通院中	N. A.	T 病院
51	3	1	77	意味もなくふすまをとんとたたいた	友人からの注意	15	2	5	ぜつたい薬で治ると感じた	良 やさしい	(+)共同作業所に通っている	やさしい先生	先生がかわらない病院
52	3	2	66	毒入りだと言って食事をしなくなった	同左と、近所の人が悪口をいうので	20	2	5	夫と共に病院の床にすわりこんで泣いた	悪 一方的に威圧的	(土)入院退院のくり返し前進がない	患者の立場にたつて理解できる先生	家族会があつて患者と家族を理解してくれる病院
53	3	1	70	人に会いたがらない妄想(盗聴器)	他人に暴行	10	1	3	衝激 落胆悲しみと非運をなげく	どちらともいえない言動はていねいだが納得がいかない	(-)医師の薬が本人の体質にあわぬのではない	薬をできるだけ少なく対話による指導	開放的、早く退院さす病院、気軽な出入りができる
54	3	1	75	ものを投げるガスボンベをかつてきた	ガス自殺	5	2	2	しまった、親の責任だと感じた	良 親切でやさしくよく患者の話をきいてくれた	(土)Dr は治ったというが、あまり動かない	親切やさしい患者と家族の話しをよくきく	J 病院のような申し分のない病院
55	3	1	60	突然学校をやめたいと言いだす、はだか町を歩いた	同左	10	1	1	いくらお金がゆかなくても、どうしてもしなくてやらねばと思った	良 Dr が親切に声をかけてくれた	(+)現在公務員として勤務している	親身になって世話をしてくれる先生	家族を指導してくれる。薬、作業療法などいろいろ治療してくれる病院
56	3	1	58	他人に言われてはじめて気がついた	人に注意されて	10	2	3	不思議、本気だと信じられなかった	良	(-)	信じられる人やさしい人	信じられる Dr がいる病院
57	4	NA	NA	NA	NA	20	1	5	非難にショックを受けた	良	(+)軽快状態	NA	NA
58	3	1	73	人が自分の悪口をいう友人が勉強の邪魔をする	大学で単位をとれなくなった。後使いが荒くなった	14	3	3	閉りに例がなく病気の知識がなかったため本人に申しわけないと自責の念	悪 権威的な臨長患者を非人間的に扱う	(土)依然病識はない	形式ばらず患者を家族にすずんで面談してくれる	退院後のアフターケアに関心をもつ病院
59	6	1	74	ふさぎこみ、空笑、独語	家の物品をもちだし売却衣類を風呂にたく	36	1	4	かわいそう、しかし治療は医師に任せるとしかないと	NA	(土)昔だったので良い治療方法がなかった	くだけた人柄で、人格者	家族がゆつくり相談できる病院、親身になってくれる医者がいる病院

60	3	NA	68	部屋にこもりがち	口ばしすることばかり おかしかったから	20	2	2	本人と一緒に死にたいと思った	悪 患者、家族に 対して事務的に 話す	(-)長くたちすぎた	患者、家族の悩みをよくきいてくれる先生	受けもち患者の少ない所、荷のない
61	3	2	60	急に成績が下がった (高校時代)	夜中に車にとびこみ自殺をはかった	5	2	4	驚き悲し無知そのうち治ると思った	悪 研修中の医師が担当、よく担当がかわった	(-)学問の対象ではなく人格をもった人間としてみてほしい(看護者も)	病人の心がわかる病人と行を共にする訴えをきく	看護婦、看護師の教育が行き届いている Drと毎日話せる
62	3	1	72	夜遅くまで起きていた泣きだす	精神錯乱の状態になったので	10	1	2	青天のへきれきのように動揺した	良 ある程度までは必ずよくなる	(+)薬をのみなが作業所に通っている	薬だけでなく、生活療法にとりくんでくれる、よき相談相手、はげましてくる	病状に応じて患者の自立を助ける、人権を尊重してくれる所
63	3	1	69	部屋に閉じこもりがち	就労先からの連絡行動、動作がおかしい	23	3	3	本当にそうだろうか、入院しなければならぬかと思った	良 波はあったが働くことが持続	(+)入院中から外勤にでももらった	患者のことを本当に考えてくれる病室のある病院、医師看護婦不足していない病院	評判本位でない病院、開放病棟のある病院、医師看護婦不足していない病院
64	3	1	68	幻聴、すぎきこみ、いらいら	不眠、生活がめっちゃめっちゃ	11	4	5	非常なショック	NA	(+)落ちついて普通の生活状態しかし薬あり	患者の状態をよく知り本人や家族に説明したり話をきいてくれる	よく注意開放的に生活させる
65	3	2	70	事実でないことを口走っていた	自殺をはかりかけた	9	1	2	びっくりした	良 「良い薬ができたから必ずよくなります」	(+)分裂をおこさない	やさしいことばをかけて下さる方	Dr Nr がつんつんしない
66	3	2	63	憂うつになり外出しなくなった	NA	10	4	3	気長くんばって必ず元気にしてあげようと思った	良 性格であつて病人ではないと言われた	(+)親、家族などに話したり元氣も言えるようになった	患者、家族に納得いくように指導して下さいる先生	NA
67	3	NA	NA	けいれん	けいれんがひどくなったため	40	3	4	てんかん	良	(+)	良心的	良心的
68	3	1	35	ものをわるステレオのボリュームを大きくしてきく	学校の先生に言われる	15	4	5	精神的に大変ショック	良 よく話をききやすい	(+)レクのようなものが良い	本人の気持ちをよくきいてくれる医師	自由で又厳しい時もある病院
69	4	1	70	落ちつきがなくイライラ	道で通行中の婦人にだきついた	21	2	2	当分信じられなかった	良 「患者に着せず距離をおいて接しなさい」	(+)現在会社勤務中	人間の自由を尊重する医師	開放があり入院期間が短かい病院
70	3	2	70	NA	NA	18	2	4	目の前が真暗になった	NA	(+)	NA	家族や患者をわかつてもらえる病院
71	3	2	65	うつ	今までの生活が一変	26	2	7	びっくりした何とかな学生生活に戻してやりたい	良 話しをよくきいてくれた	(土)	患者、親の話しをよくきいてくれるいろいろな治療をしてくれる	患者を利用しない病院
72	3	1	64	にやにや笑いことばは支離滅裂	行動がおかしいので	12	2	2	大変驚いた	良 気長に話しをきいてくれた	(+)入院退院をくり返しているがほぼつぼつ仕事ができる	最初から1人の担当医	担当医が変わらない病院
73	3	2	57	家に閉じこもる	学校に行かなくなった	10	4	4	どんな病気が理解できなかった	悪 親切にわかるように教えてくれなかった	(土)あまり話しをせず薬のみもらわす	本当に本人のことを思ひ、あきらめない Dr	中間施設がある病院、薬にあまり頼らない病院
74	3	2	70	不眠、妄想無表情不可解な言動	同左	25	7	8	絶望感	悪 両親の死亡名をしつこくきかれた、治療方法についての話しは皆無	(+)	話しをよくきいてくれる	開放病棟がある、白衣の権威を利用しない
75	3	1	66	不眠、乱暴、誇大妄想	同左	24	6	6	思いもよらなかつたそんなバカな	どちらともいえない	(土)昼は院内生活、夜は作業所	患者と家族の話を均等にきいてくれる医師	80%位はオープンな病院
76	3	1	63	学校に行かないだまりこむ	同左	22	1	4	将来を考え絶望的になった	良 親切、自信をもって治療	(+)大変よくなった	本人の将来のことを長期に渡って考えてくれる人	家族との連絡をよくとりアドバイスを受けてくれる病院
77	3	2	76	月に1、2回憂うつになる、ひきつけ	同左の病名でてんかん	40	1	2	NA	NA	(+)	患者や家族の気持ちを真剣に考えてくれる先生	NA
78	3	2	67	人を気にし恐れる	近くの内科医のすすめ	24	2	2	若い時の病気がすくよくなると思った	NA	(+)良い薬ができた	NA	NA
79	3	1	66	一人で閉じこもるものを汚ながる	仕事をせず寝こんでばかりいた	15	3	10	がっかりした、どうしてよいのかわからない	NA	(土)	NA	実作業のある所
80	3	1	72	幻聴があった	同左	23	3	6	全く信じられなかった、他に類似がなかった	良 やさしい任せられる悪 忙しがるやさしさが無い	(+)まだ幻聴や妄想がある	愛情をもって生活全般に意を配る	患者のことを思ってくれる、作業療法などがある、連絡がよい、退院後のことを考えてくれる
81	3	1	37	幻覚	精神病と判断して	15	4	4	失望した	良	(土)	親切な医師	献身的な職員がいる
82	3	1	74	NA	会社から連絡	25	8	不明	早く治さなくては次々と医師を次えた	良 一なるべく面会に来て下さいといってくれた悪 職員同志の仲が悪かった	(土)	家族に説明をしてくれる医師	医師と設備がそろっている病院
83	3	1	73	近くを駆けまわる妄想的な言動	同左	1M	5	6	まさかそんなことは思わなかった	悪 病氣のことはあまり説明してくれなかった	(+)入院退院をくり返した	患者を人間として誠意をもって接してくれる	名医のいる病院、誠意、人間性、研究心のある病院
84	6	1	72	日常の動作が乱れる	精神病と知ったから	20	2	3	困ったことだ	良	(-)落ちついただけ	親切であること	努めて地域の人と接するような病院
85	3	1	50	落ちつきがなく3、4日寝なかった	同左	7	2	2	不調に思った	良 治療方針の説明をしてくれた	(+)	患者とよく話し合う医師	PSWをおき家族会のある病院

86	3	1	76	中卒後まもなく母が精神科の看護婦さんと友だちだったので	17	1	2	これは困った、何年もかかると覚悟を決めた	良 やさしく思いやりのある先生でこの先生ならと感じた	(+)17年目に退院その後4年たつが元気	患者に対して常に見守ってくれるDr	職員が一丸となつて規則正しい生活をしてくれる病院
87	3	1	NA	仕事を頼んでも要領を得なかった	20	3	2	まさかと思っていたので驚いた	中間	(+)	病人、家族の気持になって指導してくれる先生	職業復帰に協力してくれる病院
88	6	2	58	夜寝なくなつた出歩く	35	2	3	遺伝病で不治の病とあきらめた	良 「治る病気でず」	(+)義姉に母親を養って下さる患者の問題を解いて	家族の質問に耳を貸して下さる	スタッフが多い、アフターケアのある病院
89	4	1	68	学校に行かない	16	1	2	本当に驚く、人生のおわりと思つた	良	(+)	保護者の身になって話してくれるDr	患者、保護者の身になってくれる病院
90	3	1	NA	一点をみつめ話しかけに反応しない、拒食、わけのわからない叫び	11	2	4	ノイローゼ程度と考えていたのでハンマーで頭を打つた感じ	悪 説明不足、指導不足	(±)	気軽に面接し、具体的な相談に応じてくれるDr	家族会が活発、院長やワーカーが家族会に理解がある
91	3	1	75	暴力をふるつた	25	2	7	お先真暗一生治らないかもしれないと思つた	悪 本当の病状を言ってもらいたかつた	(-)ESが悪つたのでは	患者の状況と医者の意見を併せるDr	営業本位ではない医者者を雇っている病院
92	6	1	57	学校へ行かなくなった	10	1	2	NA	良	(+)	NA	NA
93	4	1	52	交通事故の後遺症が続いた	30	3	4	精神病ではありませんと言われた	良	(±)	親切な医者	設備の整つた病院
94	3	1	69	狂つたような状態	13	2	7	青天のへききき、自分の人生は駄目だと思つた	中間	(+)閉鎖→解放に移つた	病気を治してくれる医者	病気を治してくれる病院
95	3	1	62	自動車をむやみに乗りまわした	10	2	3	隠れたがつた、判断がつかなくなった	良 良く話しかけてくれた	(+)	患者の気持になつてくれるDr	同左
96	3	1	75	眠れない、悪口がきこえる	15	1	2	親の愛情で必ず治してみせる	良 やさしい態度	(+)薬を必ず飲むようにと教えてくれた	本人の話しをよくきいてくれる	親身になって解放し治療してくれる
97	6	1	68	突然の異変	37	3	15	ただ驚かす	良	(+)狂暴性がなくなった	医療の内容をよく説明してくれるDr	アフターケアをしっかりしてくれる、作業医療に重点をおく、営利本位でないこと
98	3	2	59	入試前に自信をなくす、部屋に閉じこもつた	12	1	1	最初神経症と診断されたこんな難しい病気だと思わなかつた	良	(±)	病状をどしどし言ってくれる	患者、家族、スタッフが三身一体になり何ごともし合える病院
99	3	2	75	学校の顔がつぶれる	29	1	NA	ショック	NA	(-)ESよりも別の治療の方がよかつた	PTAの言うことをよくきいてくれるDr	仕事に意欲をもてるよう指導してくれる病院
100	3	1	41	教科書を燃やした、母親をなぐる	18	2	4	分裂病と言われ驚いた	中間 なかなか長い病気でと言われた	(+)	親切	県立の病院早く社会復帰させてくれる病院
101	3	2	57	電話をきかかしている	12	1	3	一生治らなかつた	良 親身になって相談のつてくれた	(+)落ちついてくれるDr	自立心を育ててくれるDr	社会復帰させてくれる病院
102	3	1	74	目的なしの外出、マッチをいじる	20	1	4	入院以外にないと思つた	良 親切でやさしい	(+)	話しをよくきいてくれるDr	あまり問題のない一流の病院
103	3	2	63	夜間大声をだす、その後無口	10	2	4	ただ呆然となつた	良 感謝している	(+)最初は話し合いができなかったががんばりできるよになつた	患者と一体になって共に考えてくれる励みをきいてくれる人間性	病院のお陰という気持ちで接すればすべてがよい病院
104	3	1	72	勤めからまっすぐ帰宅しなくなつた、友人の所に泊りこむ	18	2	2	NA	良 口数は少ないが親切	(+)解放的でのんびり治療がうけられた	しつかつめらしくないDr	保養所的な病院
105	4	1	65	クラスの人からいろいろいわれいじめられる、手足が金しぼりになつたよう	10	1	1	すでに覚悟していた	良	(+)	現在の担当医の人	現在入院中の病院
106	3	2	75	NA	30	2	2	驚いた困つたことになつた	良 親切でやさしい	NA	親切でやさしい相談相手になつてくれるDr	病院の利益より患者本位に考えてくれる病院
107	3	1	56	ポリオの注射に40の発熱	24	3	5	NA	良 本当のことを知らせてくれた	(+)	家族と対話してくれるDr	NA
108	3	2	56	落ちつきがなく暴れる、学校で問題をおこしている	16	3	8	目の前が真暗になり生きていく希望がなくなる	良	(+)	自立をもたせてくれる、人間として扱ってくださる	Dr や看護婦がかかわらない
109	NA	1	62	通学を嫌がり不安を訴え乱暴	30	3	多数	強烈な不安、言いしれぬショック	良 患者にやさしく家族には丁寧	(+)非常によくつた	過保護にしないで積極的に治療社会復帰の努力をしてくれるDr	開放病棟が多く作業療法をとり入れた病院
110	3	1	70	急に変なことを言つたり無口になつたりした	3	1	1	NA	良	(+)2年半で生活	NA	家庭と密接につながつた病院
111	3	1	77	家族と対話をしない	15	2	2	これ以上悪くならないために	良	(±)離病であるから	ありのままを話してくれる家族にどう接したらよいか	家族会の発展に助力してくれる病院
112	3	1	83	幻覚症状(狂病中に)	30	1	1	簡単なノイローゼ位と考えていた	良 やさしく気長な態度	(±)一進一退	患者、家族をうまく理解してくれるDr	治療に特色のある病院
113	6	1	77	異常な発言態度が変	33	2	3	全治すると思つた	良	(±)	NA	NA

114	3	2	66	学校に行かない	同左	18	4	7	病気の難しさをあまり知らなかったので驚かなかった	悪	(-)	自分の思っていることを書いてくれる、細かく説明してくれる	開放的で作業をさせてくれる病院
115	6	1	47	NA	かかりつけの医者のすすめ	0.5	2	6	先々が心配	良 治療ですぐ相談にのってくれた	(±)長期入院で無変化	家族患者の立場をよく理解してくれる Dr. 研究熱心な Dr	患者の治療に全力をあげ明るくボランティア精神の病院
116	3	1	76	NA	失恋	12	2	2	びっくりした	良	(+)医師の指示に従った	暖かく親切の中にも厳しさがある Dr	施設があり開放的な病院
117	3	1	NA	出産後出歩く、言うことをきかない	子どもの面倒がみれない	25	1	5	大変驚く	良 「必ず全快させるから心配するな」	(+)院外作業で一般事務をやったのがよかった	院外作業をさせる Dr. 威権があり、信念をもって治療してくれる Dr	作業所に寮がある病院
118	5	2	74	眠れない、落ちつかない	同左	16	1	2	困りはてた	良 がんばりなさいと言ってくれた	(-)出たり入ったり	NK	NK
119	6	2	62	眠れない、早退が目立つ	普通と少し違うように思われた	25	4	NA	驚いた、難しい病気だと思った	NA	(±)入院の年月が長すぎる	病人の気持ちになって家族と協力し、治療にあたった Dr.	りっぱな先生のいる病院、食事のよい病院、ナースがやさしい病院
120	3	1	NA	親の言うことをきかない	同左	6	2	1	大きなショック	良	(-)長期入院生活が続く	適切な診断をし深い治療をする Dr. 適切な診断	同左
121	3	2	52	発熱、けいれん	同左	NA	1	1	NA	NA	(+)家の仕事を手伝ってくれる	NA	NA
122	6	1	72	手がつけられない興奮状態	動機先からの連絡	20	1	NA	NA	NA	(+)おとなとなったが自分一人で生活できない	NA	NA
123	3	2	64	やせが目立ち、考え込むようになる	職場より変だと言われた	17	2	2	非常にショックで数日間眠れなかった	悪 遺伝という言葉がてた	(±)薬でおさえているようだ	患者と話し合うことの多い医者	職場のあっせんとか院内作業を積極的に行ってくれる病院
124	NA	NA	NA	ある日突然発病	家でどうにもできなかった	25	1	2	前からそう思っていた	良	(+)入院時だめだと思われたのがを一生懸命みる人	せめて一ヶ月に一回位病人のことを考えてくれる Dr	××病院のような病院
125	3	1	72	自分を傷つける人がいる、幻覚異常な言動	同左	22	2	3	絶望した	悪 学生あがりの未熟者	(-)20年たってもさっぱり改めない	親切で患者の心をつかめる人	社会復帰施設をよく配慮してくれる病院
126	3	1	74	学校に行かなくなった(高1)	内科の先生から紹介され	23	1	1	もう治らないと思った	良	(+)	家族の身になって相談のできる Dr	長期に入院させない病院
127	3	1	60	言動がおかしかった	同左	14	1	3	どうしたらよいかわからなかった	良 家族本人の立場にたって良いアドバイスをくれた	(+)1度は勤務についてが長続きしなかった	本人を納得させやさしい気持ちで接してくれる先生	家族の申し出に対してアドバイス、患者の気持ちになって考えてくれる病院
128	3	NA	NA	NA	ちょっと変だと思った	20	2	3	発病時にそれとわかったのであまり心配しなかった	良 患者の特徴等知り、親切に指導	(+)	NA	公立病院の方がよい、金銭面で正確
129	3	2	69	被害妄想	同左	8	2	2	落ちるとこまで落ちた感じ	良 やさしい	(+)徹底した作業療法	社会復帰を考慮し具体的治療を重視する人	社会復帰にとりくむ病院
130	4	1	82	考えこむ、孤独、空笑	同左	28	1	2	だめだと思った	悪 暗いことば、薬だけに頼っている	(±)	真に患者が求めているものを与えようとする Dr	適性医療をスタッフが一貫団結して取り扱った家族
131	3	NA	72	妄想(犬2)	乱暴を働いた	35	8	3	どん底につき落されたような感じ	悪 何も説明がなかった	(-)妄想がひどくなり性格がかわった、作業所に通っている	医者より施設	病院らしくない病院、広い所、作業所がある

底辺の不登校児たち

—崩壊家庭の不登校児の事例研究—

横田正雄

社会復帰相談部

Children who do not attend at school in the lower
socio-economical class. —A case report—

Masao Yokota

Division of psychiatric rehabilitation

Summary

Many authors have pointed out that the non-attendance-at-school behavior in children has scarcely to do with socio-economical-status of their families. However, some authors reported the cases with non-attendance-at-school behavior of children whose families had belonged to the middle or upper class.

Contrary to these authors, I have observed at three child guidance clinics the cases with non-attendance-at-school behavior strictly related to the factor of lower socio-economical status. All of five cases reported in this paper were severely influenced by low socio-economical situations, but showed no neurotic symptoms such as regressive behaviors. However, they lacked severely the drive to go to school, suggesting a grave chronic pathology. So, the treatment of these cases met with difficulties; unavailability of sufficient drive to the treatment in both children and parents.

Key words ; *non-attendance-at-school, socio-economical status.*

1. はじめに

児童相談所(以下児相と略す)に子供の^(注)不登校を主訴として、持ち込まれる相談はかなり多い。ちなみに東京都の児童相談センターが発行している⁽¹⁾事業概要によれば、都内の児相で昭和60年度に746件の不登校関係の相談を受理している。また前年度にも同様の数値が見られるのである。筆者は都内の3か所の児相に13年間勤務し、児童臨床の仕事に従事してきたが、その間

には数多くの不登校児に出会ってきた。不登校児の中には、再び登校を開始し笑顔を取り戻した者もいれば、長い間治療的かわりをもったにもかかわらず、状態は変わらず孤立の状態が続いた者もいる。また心ならずも筆者との関係が中断してしまった者や途切れてしまった者もいる。いま振りかえてみると思い出深いものがある。

ところで児相で筆者が不登校児を扱ってきた際に感じたことは、不登校児の家庭に社会経済

のレベルの低い崩壊家庭といわれるものがあるということであった。だが、このような家庭から発生する不登校児についての研究報告は、筆者の知るかぎりまれである。最近⁽²⁾牧原らの単親家庭の登校拒否に関する研究が目につくが、不登校児についての研究報告全体からみれば数は限られている。そこでここでは、筆者が実際にかかわりをもった不登校児のなかで、社会経済的レベルの低い崩壊家庭から発生した5例を取り上げ、不登校の背景、状態像、治療指導上の問題について検討を加えていきたいと思う。

(注)一親の都合や、子供の病気、非行が原因以外で、学校に正規に登校しない者に対しては学校恐怖、登校拒否、不登校の名称が用いられてきている。日本では登校拒否の呼称が比較的多く用いられてきているが、ここでは多くの家族病理を背景にした登校しない現象を指す言葉として“不登校”という用語を一貫して使った。

2. 事例研究

〈第1例〉

Y・M, 女, 13歳11か月(受理当時中学2年生)

中2の1学期(7月)から、担任の教師に叱られたこと、級友とトラブルがあったことをきっかけにして不登校。夏休みがあけても登校しないので、学校、福祉事務所のケースワーカー(生活保護家庭のため)の勧めで児相に相談。

(家族)一母親、本児、妹2人の4人家族。

母親(42歳)は都内で5人兄弟の長女として出生。中卒後祖父母が離婚したので祖母と行動を共にし、一緒に都内で住み込みで働いた。

父親と結婚後、父親の暴力や経済的困難に苦しんできた。本児が小学校6年生の時、父親の暴力が以前にも増してひどくなったので子供3人を連れて家を出た。転居先で生活保護を受けて生活しているが、父親に住所を知られるのがこわく、住民票は元の住所においたままになっ

ている。

母親は身体的には健康。福祉事務所のケースワーカーは、3歳の子供は保育園にあづけて母親は働くように指導しているが、母親はいろいろ理由をあげてこれを拒否。就労意欲は乏しい。なお知人の世話で某宗教団体に入っている。

父親は中卒後、鳶職人になったが、元来働くことを余り好まず、酒好きの人間であった。母親と結婚後も余り働くことをせず、酒を飲んで母親、子供に暴力をふるうことが続いた。母親、子供達が父親と離れるまでは、およそ“やすらぎ”といった言葉とは無縁の家庭であった。

(生活歴および経過)一経済的に苦しいなかで生まれ、育ったが、胎生期、出生時は特に問題なし、その後の発達も概ね標準的であった。3歳頃、父親に投げとばされたり、どなられたりしたことが多くあり不安定。幼稚園、保育園は経ないで小学校に入学した。それまでの間、積極的に他の子供と遊ぶことはせず、1人遊びが多かった。小学校3年頃、父親の暴力が急に激しくなり不安定な生活を送るが、学校の成績は平均的なものを維持。小6の終り頃、母親が父親の暴力に耐えかねて家を出たので、これに伴って本児も転校。転校後から登校しなくなるまでの間は、比較的安定した生活を送っている。

—児相には3回程来所している。頭痛等の身体症状はなく、家にいる時は3歳の妹の面倒をみたり、TVを見たりしており、登校しないことに対する葛藤も表面的には少ない。ただし、日曜日を除いて、外出はほとんどしない。児相に来ることは別に抵抗感はないようで、最初からケロッとしており笑顔も見せる。児相としては面接を継続して、治療指導を行なっていく方針でいたが、母親から断りの電話があった。その理由は、宗教団体の人から「子供が学校に行かないのは信仰が足りないからだ。」と言われたので、これから信心・信仰を一生懸命にして直す決心をしたからというもの。

ここで児相とのつながりは切れてしまったが、生活保護のケースワーカーの話によれば、その

後本児は3年に進級してから登校するようになり、中学を卒業、就職したとのことである。ただやさしく声をかけ、本児を誘う職場の男性と次々に性的な関係を持ち、生活は荒れてしまっているが——

〈第2例〉

M・H, 男, 13歳6か月(受理当時中学1年生)

中1の2学期(9月後半)より身体の具合が悪いことを理由にして不登校。休み始めた当初は教師が車で迎えに行き登校させようとしたが、暴れて登校しなかったり、登校させても教室に入るのを拒んだりしていた。最後には教師が迎えに行っても抵抗が激しくなり、登校させることが全く困難になってしまった。その後も事態は好転せず、学校からの勧めもあって児相に相談。

(家族) — 父親, 母親, 本児の3人家族。

父親(52歳)はI県の畳職人の家で7人兄弟の2番目として出生。中卒後、職を転々とし5年程前から建設会社の資材置場に勤めている。日給で雨天の日は仕事は休みのため給料は安い。そのためアパートも借りることができず、母の実家の物置きを改造して住まわせてもらっている。酒好き。家に帰ってくると飲んでばかりいるし、外で飲んで酔いつぶれ警察に保護されることもしばしばである。本児が登校しないことについて、酔って怒ることはあるが、それ以上のことはせず全て母親まかせである。本児は父親をひどく嫌っている。

母親(45歳)は都下の生まれで、6人兄弟の末子。中卒後、工場に2年程勤め、その後は実家の家事手伝い、父親と結婚してからは生活が苦しいので内職をずっと続けてきている。父親のことは既にあきらめており仕様がないうつた状態である。生活疲れのためか年齢より老いて見え、児相にくるのも学校から言われたからとのことで、面倒くさそうな態度であった。本児が登校しないことについても心配はしているが、半分はあきらめぎみである。

(生活歴および経過) — 母親は本児出生前に3回流産・死産を繰り返していたが、本児の胎生期は特に問題はない。満期産、2250gで出生。口蓋破裂があり黄疸も強かったため、生後数日で産院から子供の専門病院に転院し、血液交換を行ない2ヶ月間哺育器で過す。その後も2歳になるまで口蓋裂の手術のため、同じ病院に入退院を繰り返している。

2歳を過ぎてからの発達な概ね標準的で、特定の子供としか遊ばない傾向はあったが、特に問題なく過す。1年保育の幼稚園を経て小学校に入学、小学校時代の成績は中の下。小6の終り頃と中学入学直後に友達からいじめられるとの理由で、それぞれ1週間程度学校を休む。いじめられた理由は本児が「嘘をつく」からといったものであり、担任教師も本児に「ホラ吹き」の傾向があることは認めていた。

——児相には中学を卒業し、就職するまで継続して来所している。卒業するまでの間、断続的に登校することはあったが、規則的な登校はしないで終わっている。親はこの間児相にまかせきりであった。中2の時、父親が脳内出血で倒れ、収入がなくなってしまったので生活保護を受給するようになる。

児相での対応は半年間は個別面接、その後は同じような不登校の子供のグループに入れて指導を続けていった。最初から身体症状を訴えることもなく、表面的には明るく良く話す。登校しないことについても、「勉強が嫌い、嫌なやつがいるから」と言い、あせる気持ちも少なく葛藤も少ない話し振り。外出はほとんどせず、家ではTVを見て過している時間が多い。児相には面白いから来るといった態度で、グループに移行する時も別に気にとめるようなことはなかった。

グループ内では、自分が主導権をとって活動している時は調子が良いが、嫌いなことには参加しようとはせず、他の児童と下位グループをやって抵抗。わがままな傾向が目立った。

中卒後、住み込みで自動車の整備工場に就職

したが、1年で止めてしまっている。

〈第3例〉

T・Y, 男, 13歳(受理当時中学1年生)

小学校6年の時に不登校歴あり, 中学入学後, 5月中旬より不登校。学校の生活指導の教師の勧めで児相に相談。

(家族)一父親, 母親, 姉(24歳), 兄(21歳)の5人家族。

父(48歳)はI県の農家で11人兄弟の7番目として出生。中卒後, 鳥獣店に3年間勤務, 18歳で独立して鳥獣店を自営。ほぼ時を同じくして母親と結婚している。その後店舗は, 2, 3回移しているが, 現在に至るまで小規模な鳥獣店の自営を1人で続けている。余りはやらず収入は低い。なお下肢が不自由で身障手帳2種4級を持っている。気は弱い。

母親とはもう何年間も折り合いが悪く, 対立状態が続き実際上夫婦関係は破綻している。

母親(49歳)もI県の農家の出身で3人姉妹の2番目として出生。地元の高校を卒業後, すぐに父親と結婚。以後現在に至るまで正式な職業についての経験はない。5年程前よりボランティアに従事し, 父親と顔を合わせるのが嫌なこともあって毎日飛び回っているし, 夜は近くのスナックで遅くまで酒を飲み, カラオケを興じていることが多い。父親の食事の用意も折り合いが悪くなってからは全くせず, 姉が代わって行っている。

担任教師が本児のことで訪問したいと連絡しても, 「忙しいから」と断ってしまっている。また, 児相に相談する際も全て父親まかせである。気が強く行動的だが, 家庭はかえりみず自分勝手。

姉はスナックの店員で, 家事も主にこの姉が行っている。兄は中学の特殊学級を卒業し, 会社に勤めている。

(成育歴および経過)一家庭は経済的に苦しかったが, 胎生期, 出生時とも問題なし, その後の発達も普通。幼稚園, 保育園歴なし。小1の夏休みに交通事故にあい, 頭部損傷, 腕と足に

複雑骨折を負い入院し, 2学期の中頃まで休む。学校に復帰する時は嫌がらずに登校。その後小6までは不登校歴はない。小6の時友達に悪口を言われ, 2~3日休む。小学校時代の成績は中~中の下であった。

—父親, 母親は熱心ではなかったが, 本児は中学卒業するまで児相に継続して来所している。この間に登校したのは2~3回で, ほとんど登校しないで終わってしまっている。中2の1学期に両親は別居から離婚になり, 本児は姉, 兄と共に母親と生活するようになる。もっとも本児と父親との関係が完全に切れてしまったわけではなく, 時折父親を訪ねては小使いをもらったりしていた。なお母親は別居後に姉と一緒に借金をしてスナックを開店している。

本児の場合も, 個別指導を2ヶ月続けたあとで, 不登校児のグループに結びつけ対応していた。最初は暗い表情をしており, 質問をしてもポツリポツリ答えるだけで口数も少ない。学校のことを聞くと口をつぐんでしまう状態。父親によれば, 家では漫画本を読んだり, プラモデルを作ったりして過しており, 他人の目を気にするのか, 日曜や夕方以外には外出しないという。身体症状は訴えず, 家でははしゃぐことも多いとのことであった。

来所回数を重ねるごとにプラモデル作りを媒介にして児相にも徐々に馴れてきたが, グループには馴れるまでに時間がかかりかかっている。グループに馴れると他の誰よりも口数が多く, はしゃぐことが多くなっていった。登校しないことについても, 皆の前で冗談ばくいろいろ話し始める。馴れば確かに明るさを見せる児童だが, 規制されることは嫌いで自分が楽しければよいといった態度が目立った。

中卒後, 製造会社に就職, 家から通勤している。気の合った仲間がおり, 一緒に酒を飲みに行ったりしてけっこう楽しそうに働いている。

〈第4例〉

T・S, 男, 13歳6ヶ月(受理当時中学1年生)

幼稚園と小4の頃、不登校歴のある児童で中1の6月頃から、「胃がムカムカする、気持ちが悪い」と訴えて不登校。8月に転居。転校したが、2学期になっても転校先の学校に登校せず、12月に母親が児相に相談。

(家族)—母親、姉(19歳)、本児の3人家族。

ただし姉は大学生で大学の寮に入っており、実質的には母親と本児の2人暮らしである。母親(47歳)は都内の教員の家庭に7人兄弟の4女として出生。大学の保育科卒業後、幼稚園に勤務。その後石油会社に入社、そこで父親と知り合い結婚。本児妊娠中に父親に女性ができ、家に寄りつかなくなったために激しい精神的苦痛を受ける。本児出生後も父親との不和による不安傾向が強く、父親に本児を奪われる被害妄想にとりつかれ不安定な時期を過す。また父親は母と結婚後、祖父、父の兄と共同して青果店を始め、それぞれの家族が同じ敷地内に住んでいたため、父親の親族に気を使いその点での気苦労も多かった。

父親と相手の女性との関係はその後も続き、本児が小4の時、その女性が男児を出産。それを機に母親は子供2人を連れて別居。子供2人の養育費は、父親に仕送りしてもらっているが、生活費が足りないのでパートで働き不足分を補っている。本児が登校しないことについて心配はしているが、疲れ切っている状態である。

父親(47歳)は外地で土建業者の4男(8人兄弟)として出生。終戦後引き揚げ、T県の祖母の実家で育つ。高卒後、石油会社に勤務、母親と知り合い結婚。その後に自分の父親、兄と共同して青果店を営む。現在は女性とその間に生まれた子供(3歳)と一緒に生活している。温和だが優柔不断で無口。本児と顔を合わせてもほとんど口をきかない。

(生育歴および経過)—母親の精神的苦痛が激しいなかで、8ヶ月の早産で生まれる。その後の発育は良好。生後6ヶ月頃、母親の精神的動揺が激しく、片時も本児を手元から離さない時期が続いた。2歳6ヶ月頃に自家中毒にかかる。

4歳より幼稚園に入園したが、母親の側に分離不安があったためほとんど登園せず、小学校入学前に3ヶ月間だけ登園。

小1の5月頃、神経性胃炎(血便、嘔吐)で1週間学校を欠席する。小1～小4までは同じ女性の教師が担任し、比較的落ち着いていた。小4の時、父親と別居、登校渋りがある。この頃まで大家族で住んでおり、父親を除いた父親の親族に溺愛され、過保護に育った。小5～小6は男性教師が担任でのびのびと通学。小学校時代の成績は普通で、特に理科は好きで成績も良かった。

—母親はパートで仕事をしていていたが、かなり長時間の勤務で本児のためにしばしば時間をとることは難しかった。また本児は1人では児相に来所しないため、断続的にしか児相に来所していない。児相とかかわった後も登校は全くせず、中学校は除籍になって終わっている。児相での対応は母、本児とも個別面接。

童顔の肥満児(体重85kg)で身長も平均より高い。この体格を友人に冷やかされたこともあって、本人も気にしている。新しいものに馴れるのに時間がかかるようで、児相にきても最初の頃はポツリポツリと話すだけであった。馴れるに従って自分から「プラモデルを作りたい」とか話すようになる。

家では母親が働きに出かけた後に起き、毎日漫画を読んだり、プラモデルを作ったり、アニメのカセットを聴いたりして過している。外出はするが、漫画本を買いに行く程度である。幼稚なことへの関心が主で、同年齢の子供が関心を示すようなものには興味を持たない。スポーツも苦手嫌い。気持ちのやさしいところはあるが、面倒くさがりで根気に乏しい。自分の好きなプラモデル作りでも、うまく行かないとすぐに投げだしてしまうようなところがある。

以前は身体症状もあったが、児相に来所の時点では身体症状は訴えず、登校しないことに対する葛藤も少なかった。むしろ無気力的な傾向が目立った児童である。

中学除籍後、夜間中学に結びつけたところ、気に入る、現在は夜間中学に通学している。

〈第5例〉

M・T, 男, 14歳9ヶ月(受理当時中学3年生)

中3の1学期、修学旅行の前から不登校。修学旅行には参加したが、その後は全く登校せず、2学期が始まって同じ状態なので、9月下旬に家族が見相に相談。

(家族)－父親、母親、本児、弟(中1)の4人家族。

父親(44歳)は都内で社員の家に2人兄弟の次男として出生。中卒後、社員になったが、職場は転々とする。現在の会社には5年前より勤めている。母親とは結婚の直後から不和状態が続き、父母間で2回離婚し、2回とも復縁している。現在も不和状態は続いており、母親はこの父親のことを「体面ばかり気にしている、責任のがれをする、気に入らないと暴力をふるう」と非難をしている。本児が登校しないことについても、父親は「学校が全て悪い」というだけで、自分から積極的に動くという姿勢に乏しい。

母親(40歳)も都内で生まれ育った。中卒後、店員を中心に何度も職が変わる。デパートへの派遣店員ときに父親と知り合い結婚。父親と2回離婚した際には、2回とも子供2人を父親のところに残している。常にイライラしており、金銭的にルーズで金使いが荒い。またサラ金等から借金も多く、かなり前からパートの勤務を続けているがどのパート先も長続きしない。父親のことを「責任のがれをしている」と非難するが、母親も本児が登校しないことについて「学校そして父親が悪い」と責任のがれのような口振りであった。

何事につけ対立が激しい夫婦である。2回の離婚は本児が5歳の時(10ヶ月で復縁)と小6の時(2年後の復縁)である。

(成育歴および経過)－胎生期、出生時とも特別のことはない。身体的には健康でその後の発

達も平均的であった。5歳の時、父母が最初の離婚をしたので、10ヶ月後に復縁するまで父親が保育園への送迎を行っていた。小学校入学後から現在に至るまで父母の不和は続き、小6～中1の時期は父母再度の離婚により、母親は不在であったが不登校歴はない。成績は概ね普通。

——本児は家に閉じこもったままなので、見相に来所せず、また訪問しても顔を合わせることを拒否している。本児への直接的な対応は困難。親指導を中心に対応しているが難しい状態が続いている。

父親と母親の話によれば、本児は学校に行かなければという気持ちは持っているが、あせり等は少なく、頭痛その他の身体症状を訴えることもないという。一見素直で気がよわそうな児童で、登校しなくなってからはこれといったことはせずに過しているようである。現在も指導を継続中。

3. 考 察

5つの不登校の事例について、主に家庭の状態と不登校の経過を中心にみてきたが、いずれも崩壊家庭ないしはそれに近い家庭という背景をもっている。第1例、3例、4例は離婚または別居の家庭であり、第5例は2回の離婚後復縁している家庭、第2例は両親がそろっているが、父親に酒癖があり夫婦間のつながりが薄い家庭である。また経済的レベルにおいては、2例が生活保護世帯であり、第5例を除いていずれも平均的なものより経済的レベルは低い。このような崩壊家庭で経済的レベルが低いという背景をもつ不登校の事例は、筆者が勤めていた見相においては決して特異な事例ではなく、比較的ポピュラーなものである。反対に現在までに研究報告等で良く取り上げられてきた家族構成、経済レベルには問題がなく、家族や児童の心理力動が主に問題となるような不登校の事例は割合に少ないのである。社会的基盤の異なる他地域の見相との比較検討を行っていないの

で、児相がかかわる不登校児全般については何んとも言えないが、筆者の勤務してきた3児相については同じような傾向にあるので、都市部の児相の特徴ということであるのかも知れない。いずれにせよ取り上げた5例については全て養護性の問題を持っており、それ以外の児相の不登校のケースについても養護性の問題を持ったものが多いことが経験上うかがえるのである。

さて、従来から社会経済的レベルが低い崩壊家庭と児童の問題行動との関連で良く取り上げられてきたものは“非行”である。確かに児童臨床の場で非行少年を取り扱っていると、その背景に崩壊した家庭といったものをもつものが多い。また社会経済的レベルは全体的な中流化傾向の影響を受け、以前ほど目立たなくなっているが全体的には低い傾向にあるようである。そして不登校はこのような社会的背景との関連は薄いとされてきたのである。例えば Eisenberg, L.⁽⁹⁾は神経症的な不登校児と非行的怠学児とをはっきり区別することが、神経症的不登校児を論ずる前提として必須であるとし、両者の様々な違いを述べている。その中で非行的怠学児は通常は地域社会の社会経済的レベルが低い層から発生するとして、神経症的不登校児と対比させている。直接的には不登校児が発生する家庭の社会経済的レベルには言及していないが、文脈よりみれば明らかに社会経済的レベルの高い層から発生することを示唆している。

また Talbot, M.⁽⁴⁾も1955年の研究報告のなかで、24例の事例を報告しているが経済的不安があるのはこの24例中3例だけであるとしている。日本においても佐藤⁽⁶⁾は1964年に研究報告したなかで35例の不登校事例のうち、父親が欠けている欠損家庭は2例だけで、親の社会的、経済的状态は母子家庭の1例を除いて全て中位以上であるとした分析結果を述べている。このようにアメリカにおいても、日本においても社会経済的レベルの低い崩壊家庭の不登校児は不登校児研究の中で余り注目されてこなかったと言える。實際上、大都市圏の不登校児をもつこのよ

うな家庭は、経済的、時間的制約もあって名の知れた病院とかクリニックあるいは大学・研究所付設の相談機関に積極的にかかわりをもたないためかもしれない。取り上げた5例も他の相談機関にはかかわりあっていない。

ところで、不登校という現象と崩壊家庭やそれに伴う経済的レベルの低さといった問題とは関連性がないのであろうか？

池田⁽⁶⁾は最近の論文で婚姻の破綻が児童の精神衛生に及ぼす影響について、事例を通じてかなり詳細に述べている。その中で池田は、婚姻関係の破綻が家庭に経済的困難をひき起こし、その経済的困難が家庭の養育機能にネガティブな様々の影響をもたらすことを指摘している。また離婚前に起こる様々な家庭状況一両親の性格不一致、浮気、家出とかサラ金や夫の失職といった経済的問題一が児童に強いストレスをあたえ、登校拒否、心身症、神経症、非行、学業不振といった問題に結びつくとしている。同様に離婚後も生活環境の急変、親の情緒的不安定といったものが児童の問題に結びつくことを指摘している。

離婚前の家族の病理的側面が児童に強いストレスをあたえ、離婚後の養育状況の変化も非行だけに限らず、児童の様々な問題に結びつくとする池田の見解は充分納得できる。今回取りあげた5つの不登校の事例もこのように見解に添って理解することが可能と思われ、かなり関連性が強い印象を受ける。崩壊家庭と不登校現象との関連は今まであまり注目されてこなかったが、前述のようになんか関連が深いと思われるので今後も注目して行きたい。

さてここで少しこのような社会的背景を有する不登校児について、状態像および治療指導上の問題について検討を加えてみたいと思う。5例とも全て登校していない時には、日曜・休日・夕方以外はほとんど外出せず、家の中でTVを見たり、漫画を読んだり、プラモデルを作ったりでそれぞれ自分の好きなことをして過している。外出しないで他人の目を避け、それなりの

不登校に対する葛藤をもっているが、面接してみるとその葛藤はそれほど強いものではない。また身体症状は第4例を除いてみられず、第4例の児童も児相に相談の時点では身体症状は訴えていない。Johnson, A.⁽⁷⁾が1941年の最初の論文で述べているような急性不安 (acute anxiety) の症状は、第4例の児童に過去にあったようだがほとんどにみられない。結局、状態像からは不登校に対する葛藤が少なく、神経症的症状も少ない児童達とまとめることができるのだが、症状が少ないからといって障害が軽いということにはつながらないように思える。再登校に結びつく例が割合に少なく、むしろ、家族の長い崩壊過程の中で病的なものも深く潜行し、慢性化していると見た方が妥当と思われる。この点では高年齢児に発生する深い障害を受け、慢性化した病理をもつ不登校の一群があるとして、Coolidge J.C.⁽⁸⁾が名付けた性格障害群 (characterological) の状態像とかなり似かよったものであろう。

次に治療・指導上の問題に移って検討を加えてみよう。第1例は新興宗教に解決を求め、児相とのつながりは早期に切れているが、他の4例は何んらかの形で児相とのつながりをもってきている。ただその4例も、親の時間的制約のため断続的にしか来所できなかったり(第4例)、子供は継続的に来所しているが、親は夫婦間の問題もあって余り熱心でなかったり(第2例、3例)、子供は来所せず両親はいがみ合って、子供の問題について意見の一致をみることができなかったりしている(第5例)。結局、5例とも全て親、子供を含めた治療指導体制に余りうまくのっていないが、崩壊家庭の不登校のケースでは時間的制約といった問題や、親が治療に対する動機づけに乏しいといった問題などが複雑にからみ、治療上の問題を難しくしていると言えないだろうか。また児童の状態も状態像のところでも述べたように慢性化した病理性をもっているケースが多い。そのため治療的なものへの動機づけが少なく、カウンセリング等の面接治

療単一の方法では改善に結びつくものが少ない印象を受ける。筆者は勤務した児相と同僚と共に、このような不登校の児童が多いため、全般的な対人関係の改善、集団適応をめざして個別治療も併用して集団での治療指導を試みた。養護性がかかり強い場合には、養護施設での指導に結びつけるような方向で臨んだこともある。もちろん対応はそれぞれのケースによって違ったものになっていくが、いずれにせよ、社会経済的レベルの低い崩壊家庭の不登校児は治療指導上で技法の問題も含めて難しいものを秘めていると言えよう。

4. まとめ

社会経済的レベルの低い崩壊家庭の不登校児5例を紹介し、検討を加えた。

その結果、

- ①従来、関連が少ないと言われてきた社会経済的レベルの低い崩壊家庭と不登校との間に関連が深いこと。
- ②はっきりとした神経症的症状は少ないが、慢性化しており病理性が深いこと。
- ③治療指導上、様々な問題があつて難しい点が多いこと。

を指摘した。

5. おわりに

不登校児のうちで社会経済的レベルが低い層からはどの程度の割合で発生するのか、また家庭的、経済的問題がない層から発生する不登校児との状態の違い等については、現在調査中であるのでいずれまとめて報告したい。

参考文献

- (1) 東京都児童相談所事業概要, 昭和60年度版, 東京都児童相談センター発行。
- (2) 牧原寛之ほか, 単親家庭の登校拒否に関する研究, 児童精神医学とその近接領域 26巻5号, 1985年。
- (3) Eisenberg, L., School phobia—a study in

- the communication of anxiety : American Journal of Psychiatry. 114, 1958.
- (3) Talbot, M., School phobia—workshop, 1955. Panic in school phobia, American Journal of Orthopsychiatry, 27, 1957.
- (5) 佐藤修策, 学校恐怖症の臨床心理学的研究—治療効果を中心に, 児童のケースワーク事例集, 14集, 厚生省児童家庭局編, 1962年.
- (6) 池田由子, 引き裂かれる子どもたち, 精神衛生研究, 32巻 1985年.
- (7) Johnson, A., School phobia : American journal of Orthopsychiatry. 11, 1941.
- (8) Coolidge, J. C., School phobia—workshop, 1955, School phobia—neurotic crisis or way of life. American Journal of Orthopsychiatry, 27, 1957.

熟年者の精神保健の上に及ぼす就労の影響

和田 修一

精神保健計画部

A CAUSAL INTERPRETATION OF THE OCCUPATIONAL STATUS OF THE ELDERLY PEOPLE ON THEIR MENTAL STATUS

Shuichi Wada

Division of Administration Studies, National Institute of Mental Health

Summary

The influence of the occupational status in the people's later life stage on their mental status is approached based on the data of the male who are living in the metropolitan area of Tokyo. A model which is called "social causation" is employed with a special notice to the intervening factor (an experience of the mandatory retirement and the level of individual activities) between the social status and the mental status. Having an occupation produces, in particular among those of 60 of age or older, a high level of mental status; this influence of the occupational status is not changed whether the subject experienced the mandatory retirement or not; and the influence is stronger among those with the lowest level of activity. These show that the mental status level of the elderly people is not lowered by the mandatory retirement per se, but the status with no job caused by it degrades the level. The low level of individual activities, which is one of the causes of the low level of mental status, is substituted by continuing having job.

1. はじめに

本稿の目的は、個々の熟年者が示す mental status の水準がその職業生活とどのように関わっているのかを明らかにすることである。

個人の mental status が社会経済的な位置によっても大きく影響を受けることは、これまでも少なからぬ研究者によって指摘せられてきた。たとえば、社会経済的な階層の比較的低い位置にある人々と比較的の高い位置にある人々とを比較した場合、低階層に位置する人々の mental status は、高い階層の人々と比較してより劣悪な状態を示すという観察結果がいわれている。この事象が生起する原因を説明する論拠としては、たとえば次のような2つの説明図式

が提示されている。

ひとつは「社会的選択」(social selection) という名称で呼ばれる説であり、社会的な競争の結果として、心理的な問題をより多く有する人々が低階層に位置することになるという解釈である。いま一方は「社会的因果」(social causation) と呼ばれる説明図式であり、ここでは低階層に位置する人々が置かれた生活条件が劣悪であるが故に多くのストレス因が発生し、したがってこの階層の人々が心理的苦痛に陥りやすいとする説明である。

周知のごとく、近代社会では、人々の選別に関わる事柄は当該人の家柄だとか出身階層あるいは性別などの生得的な特性 (ascribed status) によって行うのではなく、当該人の獲得した能

力 (achievement) をもって行うという相互了解を基盤にして運営することを原則とする社会である。こういった個人の業績によって個人を評価することは、換言すれば個人の業績達成に関していずれの人々も平等な機会が与えられることを前提とする手続きである。そしてこの平等な機会という要件は必然的に、個人間に競争状況を生み出す要因となる。すなわち、業績主義の社会とはすなわち競争社会でもあるのである。

近代社会の有するこのような特性を背景にして上記2つの説明図式は出来上がっているわけだが、高齢者の mental status にたいしても、それら（あるいは2つのうちのいずれか）があてはまるのであろうか。

近代社会においては業績による個人の選択が原則とはなっているが、生得的特性が影響力を持つ事柄が皆無になったわけではない。今日でも依然としてかなり大きな影響力を与え続けている要因には、性と年齢による社会的地位の規定を指摘することができる。もっとも、多くの先進工業社会においては性別が持つ社会的地位の規定力は徐々に弱体化されつつあり、わが国もまたその例外ではない。先進工業社会においても無視し得ない事象は、年齢のもつ規定力が依然として衰える気配がないということである。

こういった年齢による社会的地位の規定は、競争によるそれと本質的に異なっていることはあらためて指摘するまでもないだろう。つまり、年齢による社会的地位の規定においては、個人の業績いかんではなく暦年齢によって一律にある特定の地位が人々に付与される (ascribe) のである。そして年齢による社会的地位の規定の典型例が (被雇用者だけに適用される) いわゆる「定年退職」という制度である。定年退職は、勤労者の職業経歴を中断せしめるのみならず、その後の就労の機会を奪う可能性が大きいという特性を有するが故に、高齢者の生活適応に関して大きな影響力を有している。

本稿の筆者はこれまでに、いくつかの側面からわが国熟年者にたいして仕事役割の保持が与

える影響の構造を明らかにしてきた³⁾、それら一連の研究のなかで一貫して主張されてきた事柄は、わが国の熟年者の生活適応のための条件のなかに占める仕事役割の位置が極めて大きなことであった。すなわち、老後生活への適応という視点から見ると、老後も就労を継続する(できる)という生活条件はその適応を良好にする上で根本的な影響力を有していると思われるのである。本研究もまたこういった一連の研究動向のなかに位置づけられる性格を有している。すなわち、ここでは老後生活における mental status という視点から熟年者の就労を検討してみたいのである。

その際われわれは、先行研究との関連のなかで、年齢という要因による職業役割の剝奪という事象に着目する。年齢という個人特性によって職業役割を剝奪された社会的地位がひとつの ascribed status であることは明かである。したがって、ここでは先に示した2つの仮説の中で、競争原理を基盤とする「社会的選択」説は適用できず、「社会的因果説」の図式の中で議論を展開することになるだろう。ただし、この説明図式にのっとり議論を展開する際、次の事柄に留意して論を進めたい。それは、社会的地位と mental status との間の (因果) 連関は、直接的なものではなく、間に諸種の資源などの媒介要因が介入する連関だということである⁵⁾。本稿では、こういった媒介要因に特に留意して解析を進めるが、その際の媒介要因としては、「定年退職体験の有無」と「活動性水準」を重視したいと思う⁶⁾。

2. 方 法

1) 変数ならびに測定方法

(1) 個人の mental status

上記の目的からしてわれわれは当然、まず個人の mental status を問題にしなければならぬ。本稿における個人の mental status の測定には、Gurin, Veroff, and Feld (1960) の開発したテストを用いている。このテストは、

1. Trouble sleeping 2. Nervousness
3. Headaches 4. Loss of appetite
5. Upset stomach 6. Difficult getting up
7. Ill health interferences with work
8. Shortness of breath
9. Heart beats hard 10. Drinking
11. Dizziness 12. Nightmares
13. Losing weight 14. Hands tremble
15. Hands sweat 16. Can't get going
17. Pains and ailments
18. Healthy enough to do things
19. Nervous breakdown
20. Health trouble

といった20の事項に関わる項目からなるテストである(くわしくは、前掲論文を参照されたい)。本稿では、上記の20項目の中で20. Health troubleと18. Healthy enough to do thingsの2つを除いた18の項目からなるテストの結果をデータとした。質問項目の詳細については、表1を参照されたい。

それぞれの症状の発症頻度を尋ねる選択肢は、Gurin, Veroff, and Feld (1960) では〈yes-no〉という2者択一方式、〈Nearly all the time-Pretty often-Not very much-Never〉という4段階方式、〈Many times-Sometimes-Hardly ever-Never〉という4段階方式が混在しているが、本稿で使用したテストでは、一貫して「ほとんど毎日ある」「かなりしばしばある」「ごくたまにある」「まったくに」という4段階の選択肢で統一している。

(2) 心理的不安とアパシー

われわれは以降の分析の中で上記のような心身症状の発症と、心理的不安や無気力状態といったより一般的な心理状態との関連を問題にするが、この心理的不安や無気力状態測定に用いた項目は以下のごときものである。

- ① 生きている目標の有無
- ② 意気消沈してしよげること
- ③ 心配になったり悩んだりすること
- ④ わけもなく不安に思うこと
- ⑤ 気ぜわしいこと
- ⑥ 何かの考えや思いにとりつか

れること ⑦何をやってもつまらないと感じること ⑧無力感 ⑨罪の意識 ⑩この世の中はわけがわからないと感じる

(3) 現在の職業役割

以上2つの変数は被説明変数であるが、説明変数としては(「はじめに」の中で指摘したごとく)現在の職業役割の有無を設定した。具体的には、現在就労しているか否かの区別である。

(4) 定年退職経験・活動水準

現在の就労状況とmetnal statusの関連を媒介する要因としては、「定年退職を体験したことがあるか否か」と「活動水準」という2つの変数を設けた。定年退職体験の有無に関しては改めて述べるまでもないだろうが、活動の水準を測定するために設けた項目は、

- ① 自分でするスポーツ
- ② 趣味やけいご
- ③ 宗教活動
- ④ 政治活動
- ⑤ 住民運動
- ⑥ 町内会や自治会の活動
- ⑦ 社会奉仕やボランティア活動
- ⑧ 学習活動

の8者である。それぞれについて「全くしていない」「非常に熱心にした」「かなり熱心にした」「なんとなくした」「仕方なくした」の選択肢でその程度を尋ねた。尺度は、「全くしていない」を0点とし、「非常に…」を4点、「かなり…」を3点、「なんとなく…」を2点、「仕方なく…」を1点として合計し、さらに合計得点におうじて「(活動が)なし」「中程度」「活発」という3つの段階で活動性を示した。

2) データ

本稿で分析の対象としているデータは、筆者が中心となって1985年2～3月にかけて東京都在住の人々を対象に行ったアンケート調査より獲られた結果である。本調査の詳細については、和田(1985)を参照して頂きたいが、調査の基本目的は56～65歳という年齢にある男性対象者の現在の生活構造(心理状態等も含むいくつかの次元よりなる)のあり方を彼らの現在までの生活の歴史のあり方との関連で説明する、ということであった。

本稿では、この調査から獲られたデータのう

ちで、特に60歳以上の対象者に関わるデータを分析対象としている。

3) 解析方法

本稿で用いられている分析方法は、QCLUSTER分析とクロス表による相関分析、の2者である。ここでは、主として社会科学研究用に開発された統計解析の手法を載せた解析パッケージであるSPSSの新版であるSPSSXのなかに含まれているQ(quick)CLUSTERを用いてグループ分けを行った。クラスター分析とは、変数同志あるいは対象者同志の間の関連の大きさに基づいて、変数あるいは対象者を分類する統計解析の一手法であるが、クラスター分析の中でもQクラスター分析は分析に先だって分類結果としてのグループ数を指定し、また特徴を見いだすことができる。

クラスター分析の適用は、変数をクラスター分けする目的で行われる場合と対象者をクラスター分けする目的で適用される場合と2通りあるが、本稿では対象者をいくつかの(実際には、2つの)クラスターに分けることを目的として用いられている。

その際、対象者同士の異同を測定する尺度が必要になるわけだが、本稿の分析では相関係数によるユークリッドの距離を用いている。

相関分析では、媒介要因を制御変数とする3次のクロス分析を行った。

3. 心身症状による対象者のグループ分け

われわれはまず、精神状態測定テストの結果に基づいて対象者をグループ分けすることを試みた。全節で述べたごとく、ここではQクラスター分析を用いて分類したのであるが、われわれは対象者を分類すべきグループを予め3つに固定して分析を行った。3つという数を選んだ理由は、対象を心身症状の発生状態を一種の程度概念として把握した場合に「発症頻度の最も少ないグループ」「発症頻度の最も多いグループ」そしてそれらの「中間的なグループ」というグループに分けることによって、効率的なアプロ

ーチができると考えたからである。

Qクラスター分析の結果、グループA(該当対象者数114名)、グループB(同じく575名)、グループC(同じく70名)の3つのグループに対象者が組分けされた。

1) 3つのグループのプロフィール

われわれが対象者のグループ分けのために使用した18の項目とそれぞれのグループがどのような連関関係を示すかを検討することによって、3つのグループそれぞれのプロフィールを描いてみよう。

表1は、グループ別にそれぞれの項目の頻度分布(発症頻度は、「まったくない」「ごくたまにある」「しばしば(毎日)ある」の3段階で示した)を示したものである。しかし、表1に示されたグループごとの反応様式を質的に検討する前に、われわれはまず表2のグループ別の心身症状の得点分布を用いてグループの違いを量的に検討しよう。

表2は、表1に示された18個の項目のそれぞれを、「まったくない」を0点、「ごくたまにある」を1点、「しばしば(毎日)ある」を2点として重み付け、それぞれの項目の重みを単純に合計して得点としたものの分布である。したがって、この尺度得点は大きければ大きいほど心身症状の発症が顕著であることを示している。さて、表2における平均得点の分布を見ればただちに分かるように、グループBの平均得点が最も小さく(2.85)、Aが5.82であり、Bが5.06であるから、グループBに属する人々に心身症状の発症が最も少なく、逆にAとCの人々において高い、ということである。AとCの間では、ややグループAの平均得点が高いがAとBの間にはほとんど差がみられないことが知られる。

量的な得点からするとAとCの間では違いが見られないが、表1の反応様式からすると一定の差が観察される。表1に示された項目はGurin, Veroff, and Feld(1960)が開発したテストの質問項目を翻訳・修正・選択したものであるが、Gurin, Veroff, and Feld(1960)がオリジナルの

20項目を因子分析した結果として次の4つの因子を抽出している。すなわち、

1. psychological anxiety:
2. physical health:
3. immobilization:
4. physical anxiety: の4者である。

この4つの因子との関連でわれわれの3つのグループの特徴を検討してみると次のような事柄が指摘できるだろう。まず、グループBに関しては総合得点の平均値の大きさが最も小さいこと、ならびにそれぞれの項目にたいする反応において「まったくない」の占める率がいずれの項目でも非常に大きいこと、からこのグループは最も mental status の高いグループであるということができよう。

グループAとCは、総合得点の平均値からすると、グループBよりも劣った mental status を示している人々のグループであることが分かる。しかも、AとCとの間には総合得点の平均値に関してはほとんど差がみられないのである。したがって、総合的な mental status の程度に関しては両者ほとんど同一である。しかしながら、個々の項目との関連に関しては、一定程度の相違を観察することが可能である（こういった違いがあるからこそ、2つの異なったクラスターに分かれたのである）。

以上の結果からして、本稿で扱う対象の中で mental status に関して最も問題となるのはグループAであり、そこで本稿では主としてこのグループと最も健康であると思われるグループBとの間の比較分析を中心に行っていこう。

このグループ分けの議論の最後に、われわれは次の事柄を指摘しておこう。それは、このグループ分けが対象者の年齢構成とは全く関連していない、ということである。心身上の症状の少なからぬ部分が年齢との関わりのなかで生じてくる可能性のあることは否定できない事実である。特に、身体上のいくつかの症状は身体の老化が必然的に生み出すといった性質をさえ備えているのである。しかしながら、本稿で議論

の対象としている調査から獲られたデータによるかぎりでは、ここでいう心身上の諸症状の発症は年齢によってもたらされたものではないようである。

それでは、どのような事項が背景となってこういった症状が生まれてきているのか、次に検討していこう。

2) 3つのグループと心理的不安など

表3は、グループごとに、それぞれの項目にたいして「まったくない・たまにしかない」「ときどきある」「よくある・いつもある」という3段階の占める比率を示した表である。

この評価からまず判明することは、次のことである。すなわち、グループBに属する人々の反応であるが、これに関してはいずれの項目においても「まったくない・たまにしかない」の占める比率が大きいということである。⑩の「この世の中はまったくわけがわからないと感じること」にたいしては69.6%のひとが「まったくない・たまにしかない」に反応しているが、それ以外の項目のいずれにおいても7割以上のひとがこの選択肢を選んでいるのである。したがって、心身症状に関して最も健康であるグループBのひとびとは他の項目で測られた心理状態においても比較的健康的な状態を呈しているということがいえるだろう。

一方AとCのグループはBに比べてこれらの項目が該当する比率が大きいのであるが、特にAのグループに注目する必要があるだろう。というのは、表1に示された集計結果にも表れているごとく、グループAに属する人々が訴えている症状は直接 mental status に関連を持つ症状が多く、しかもこれらの人々の心理的不安や心理的アパシーの程度も高いからである(表2)。

こういった集計結果に基づいて以降の分析では、主として健康グループとしてのBと mental status の問題を含むグループとしてのAとの間の比較に特に注目しよう。

4. 現在の就労状況と mental status

以上3つのグループに所属する人々の社会的背景を抽出することによって、そのようなグループへの分化がなぜ起こるかについて検討していこう。

1) 年齢別の就労状況

まずわれわれは、対象者の就労という事柄とどのような関連にあるかを検討してみよう。「はじめに」のなかでも触れたように、就労という事柄は高齢者の生活適応に極めて大きな影響を及ぼすであろうことがいままでの実証研究のなかで明らかにされてきたし、そのことを確かめるのが本稿の第一の目的でもあるからである。

表4は、対象者をあらかじめ60歳未満のものと60歳以上のものとに分けた上で、対象者が就労しているか（「就労」）あるいは引退しているか（「非就労」）の別に、それぞれのグループの構成比率を示したものである。

まず、それぞれの表の下に記されたカイ自乗の値とその有意水準の大きさからすると、Aの60歳未満の場合にはグループ分けのパターンと就労・非就労の区別とは統計的に有意な関連を示していないが、Bの60歳以上では統計的に有意な関連が見られる。したがって、60歳未満の対象者に関しては就労状況とグループの比率との関連性は参考にとどめざるをえないが、その関連の傾向性を見てみると次のようになっている。

「グループAでは就労者が14.4%であり、非就労者が18.2%であり、若干「非就労者」の割合が大きくなっている。「非就労者」の占める割合がより大きいことはグループCでも同様であるが、その差はグループAの場合よりもより大きなものとなっている（9.1%と18.2%）。そしてグループBでは2者とは逆に、「就労」している対象者の占める比率がより大きく、76.8%と63.6%という比率になっている。

こういった傾向性のパターンは60歳以上の対象者の場合にも共通してしている。ただ、60歳以上の対象者の場合には比率の差がより大きなもの

のとなっているのである。

以上の集計結果から、この調査の対象者の間で、心身症状のあり方に関して3つのグループに分かれる背景のひとつとしては、「就労している」かあるいは「就労していない」という状況の違いが一定程度の作用を及ぼしている（特に、60歳以上の人々の場合）ことが知られるのである。つまり、心身症状のあり方について良好な健康状態にある人々のなかには「就労」しているものが多いのである。

2) 定年体験の有無と就労状況

「はじめに」の中でも述べたごとく、定年退職は被雇用者の大多数一律に、暦年齢に基づいて適用される制度なのである。しかもこの制度は、単にそれまで就労していた職業から個人を離脱せしめるのみならず、それ以降の就労の道を閉ざしてしまうという作用を及ぼしている。したがって、定年退職体験の有無がその後の高齢者の精神保健にたいして一定程度の影響を及ぼすであろうことは考えられることである。

ところが、現実には、表5に示された集計結果が語るように、定年体験の有無に拘らず、現在就労しているもののほうが mental status が高いのである。

表5の数値からすると、〈定年体験なし〉の人々の場合、グループAの中で「就労」が16.2%であり、「非就労」が32.0%と、就労していないものの比率が14%近く大きくなっているが、一方グループBでは前者が78.2%で後者が48.0%と、逆に就労しているものの比率が30%も大きくなっているのである。〈定年体験あり〉の場合も傾向性は全く同じである（ただし、統計的には有意な結果ではないが）。すなわち、グループAで「就労」は10.6%、「非就労」は14.7%であり、グループBでは前者が83.0%であり、後者が69.1%である。

これらの結果を纏めると、過去に定年退職を体験したか否かではなく、むしろ（定年体験の有無に拘らず）現在就労できているか否かが大きな作用を及ぼしているのだということが知

られるのである。

3) 活動水準と就労状況

最後に、活動水準を媒介にして就労・非就労と mental status の間の連関を見ると、特に活動水準の低い対象者において就労の影響が顕著であることが知られる。すなわち、表6の集計結果からすると、〈A活動なし〉の人々においては就労者のなかでグループBに属するものは82.4%であり、非就労者のなかでは45.9%であるから、40%近くの差が見られる。逆にグループAに属するものについては就労者が8.8%で非就労者が20.8%であるから、二倍以上の比率の差が観察されるのである。グループCについては、その差はさらに大きくなっている。

一方、〈B活動あり〉の人々の場合は、カイ自乗検定の結果が有意ではないことから、就労者と非就労者の割合についてはグループ間でそれほど差が見いだせないことが分かる。事実、グループAでは一定程度の比率の差が見られるが、それ以外のグループではほとんど違いはない。

さて、以上の集計結果はどのようなことを指示しているのだろうか。ひとついえるのは、高齢者の就労は、(それがひとつの社会活動であることから) 地域活動や趣味活動といった活動の代替機能を果している、ということである。

高齢者の社会活動の水準いかんは、高齢者の場合加齢とともに役割剥奪が進行することもあって、高齢者を社会に統合する上で特に重要である。わが国の高齢者のばあいにはこの機能は就労という形で担われていることが少なくないのである。

5. まとめと結論

本稿では、後期生活周期段階における就労と mental status の間の連関について、調査データの集計結果を基に検討した。

概して、就労しているものの mental status の方が引退しているものよりもより良好であるという傾向性が見られるが、この就労が個人の

mental status に及ぼす影響力は年齢によって変化する、60歳以上の高齢者の方がその影響を受けやすい。

定年退職という生活変化は、ストレス因となるひとつの生活イベントであるが、定年を体験するか否かは問題ではなく、定年以降にも就労できる条件が整っているか否かが大きな影響を与えている。

就労することが mental status を高い水準で維持する働きを有するのは、ひとつには一般的な活動を高齢者がなしえない場合にそういった活動の代替要因として就労が役に立つためであると思われる。

注

1. たとえば、社会学的な階層論との関連上では、kessler and Cleary (1980) あるいは Featherman (1975) など。
2. Kessler and Cleary (1980) を参照。
3. たとえば、和田修一(1983年a, 1983年b, 1984年, 1985年, 1986年, 編集集中, forthcoming) など。
4. この説明モデルについての詳細については、和田修一(1986)を参照されたい。
5. 高齢者が高い活動水準を維持できるか否かがその生活適応にたいして大きな作用を及ぼすことについては、3.に示した和田の諸論文で論じられた研究の結果を参照されたい。
6. たとえばRosow (1972)を見よ。

文 献

Dohrenwend, Bruce P. and Barbara Snell Dohrenwend, 1969, Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry.

John Wiley, New York

相場均訳『精神障害の社会心理学』1972年, 医学書院

Featherman, David L. 1975,

"Social Structural and Psychological Anteced-

- ents of Self-Estrangement and Powerlessness." American Sociological Review 40(December):701-719
- Gurin,Gerald,Joseph Veroff,and Sheila Feld,1960,
American View Their Mental Health:A National Interview Survey,Basic Books,New York.
- House,James S.,1974,
"Occupational Stress and Coronary Hert Disease:A Review and Theoretical Integration."
Journal of Health & Social Behavior 15(March):12-27
- Jackson,Elton F. and Peter J. Burke,1965,
"Status and Symptoms of Stress:Additive and Interaction Effects."American Sociological Review 30:556-564
- Kessler,R.C.and P.D.Cleary,1980,
"Social Class and Psychological Distress"
American Sociological Review 45:463-478
- Palmore,Erdman,et al.,1979,
"Stress and Adaptation in Later Life."Journal of Gerontology 34(No.6):841-851
- Rosow,Irving,1974,
Socialization to Old Age. U. of California Press. (嵯峨座晴夫監訳『高齢者の社会学』早稲田大学出版部, 1983年)
- 和田修一, 1983年
「職業の変化と生活適応」青井和夫・和田修一編『中高年齢層の職業と生活一定年退職を中心にして』東京大学出版会
- 和田修一, 1983年
「職業上の地位・役割変動と生活満足一年金受給者の生活適応」上掲書
- 和田修一, 1984年,
「年金受給者の就労・非就労とその影響」『社会老年学』No19
- 和田修一, 1985年,
「生きがいと生活満足度」福武直・青井和夫編『高齢社会の構造と課題』(21世紀高齢社会への対応 第1巻), 東京大学出版会
- 和田修一編, 1986年,
『中高年齢者の生活史と生活適応』(文部省科学研究費補助金報告書)
- 和田修一, 1987年 a,
「定年期の精神衛生問題—高齢者の就労・非就労と精神保健—」『社会精神医学』10巻1号
- 和田修一他, 1987年b,
「中高年齢者の就労・引退—その理由と老後生活への影響」『社会老年学』No23
- Wada,Shuichi,forthcoming,
"Late Life in the Changing Iapanese Context."in K.Altergott(ed.) Daily Life in Later Life:A Comaparative Perspective. Sage Publications Inc.,Beverly Hills,California.

表1 グループ別、身心症状の出現頻度
(単位、%)

	まったく ない	ごくたま にある	しばしば (毎日)ある
①胃がむかついたり、痛んだりすること			
グループA	15.8	57.0	27.2
グループB	79.0	17.6	3.5
グループC	60.0	28.6	11.4
②神経質になったり、いらいらしたり、緊張したりするので悩んだこと			
グループA	12.3	57.0	30.7
グループB	75.0	22.4	2.6
グループC	31.4	41.1	27.1
③頭痛に悩まされる			
グループA	44.7	43.9	11.4
グループB	89.4	8.7	1.9
グループC	80.0	14.3	5.7
④食欲がなくなる			
グループA	32.5	51.8	15.8
グループB	91.0	8.3	.7
グループC	82.9	14.3	2.9
⑤寝つけなかったり、眠りが浅いこと			
グループA	10.5	50.9	38.6
グループB	68.7	28.2	3.1
グループC	44.3	34.3	21.4
⑥朝起きるのがつらいこと			
グループA	16.7	35.1	48.2
グループB	77.2	17.4	5.4
グループC	57.1	27.1	15.7
⑧体のあちこちが痛んだり、不快感があったりして困ること			
グループA	7.0	45.6	47.4
グループB	67.3	28.9	3.8
グループC	24.3	40.0	35.7
⑨冷たくべとつくほど、手や足に汗をかいてこまること			
グループA	70.2	18.4	11.4
グループB	94.3	5.6	.2
グループC	80.0	14.3	5.7
⑩健康の状態がおもわしくなくて、仕事を早くきりあげること			
グループA	40.4	45.6	14.0
グループB	86.8	12.5	.7
グループC	45.7	35.7	18.6

	まったく ない	ごくたま にある	しばしば (毎日)ある
⑪興奮したり、はげしく作業をしているわけではないのに、息が切れて困ること			
グループA	71.9	22.8	5.3
グループB	93.7	6.8	—
グループC	10.0	52.9	37.1
⑫神経がまいってしまうと感じること			
グループA	42.1	43.0	14.9
グループB	90.8	8.7	.5
グループC	41.4	41.4	17.1
⑬どうき・息切れがすること			
グループA	51.8	41.2	7.0
グループB	88.7	10.3	1.0
グループC	7.1	44.3	48.6
⑭日常生活をするのに困るほど手がふるえること			
グループA	88.6	8.8	2.6
グループB	98.6	1.2	.2
グループC	81.4	12.9	5.7
⑮お酒を適量以上に飲むこと			
グループA	43.9	24.6	31.6
グループB	69.7	22.1	8.2
グループC	74.3	15.7	10.0
⑯夢にうなされて夜中に目がさめること			
グループA	63.2	33.3	3.5
グループB	92.9	7.1	—
グループC	81.4	17.1	1.4
⑰めまいのすること			
グループA	71.1	26.3	2.6
グループB	92.9	7.0	.2
グループC	52.9	37.1	10.0
⑱何かの心配ごとがあると、体重がへること			
グループA	61.4	31.6	7.0
グループB	93.9	5.9	.2
グループC	65.7	27.1	7.1
⑲理由もなく注意が散漫になること			
グループA	46.5	49.1	4.4
グループB	89.7	9.6	.7
グループC	68.6	24.3	7.1

注1. 頻度項目の「しばしば(毎日)ある」は「かなりしばしばある」と「ほとんど毎日ある」の2者を合併した項目である。

注2. 「⑦やりたいと思うことをするときはいつても、十分に健康だと感じること」は、他の項目と性質が異なるので、クラスター分析から除外している。いずれの項目に関してもカイ自乗検定の結果は、1%未満の危険率で有意である。

表2 グループ別, 身心症状得点分布

グループ	平均得点	標準偏差
A (N=109)	5.82	4.79
B (N=545)	2.85	3.02
C (N= 66)	5.06	4.14
対象者全体	3.50	3.64

注：上記対象者数は、ミッシング・ケースを除外している。
分散分析の結果は、 $F=40.8996$ (自由度は2)、危険率.01%未満で有意である。

表3 グループ別, 心理的不安・無気力状態の出現頻度

(単位, %)

	まったくない・ たまにしかない	ときどきある	よくある・ いつもある	
①生きている目標があまりないと感じる事				
グループ A	68.4	21.1	10.5	$\chi^2=28.228$ $P < 0.0001$
グループ B	82.5	11.8	5.8	
グループ C	58.6	27.1	14.3	
②意気消沈して、しよげかえってしまう事				
グループ A	68.4	23.7	7.9	$\chi^2=34.068$ $P < 0.0001$
グループ B	87.5	10.4	2.1	
グループ C	71.4	21.4	7.1	
③心配になったり悩んだりすること				
グループ A	43.0	36.8	20.2	$\chi^2=39.473$ $P < 0.0001$
グループ B	70.8	21.9	7.3	
グループ C	55.7	28.6	15.7	
④わけもなく何か不安に思うこと				
グループ A	64.0	26.3	9.6	$\chi^2=46.881$ $P < 0.0001$
グループ B	88.8	8.8	2.5	
グループ C	76.8	15.9	7.2	
⑤気ぜわしくて、じっと座ってられないこと				
グループ A	61.6	19.6	18.8	$\chi^2=23.595$ $P < 0.0002$
グループ B	80.2	13.2	6.7	
グループ C	71.0	17.4	11.6	
⑥何かの考えや思いにとりつかれて、気分転換ができないと感じること				
グループ A	62.3	25.4	12.3	$\chi^2=40.170$ $P < 0.0001$
グループ B	85.1	12.3	2.6	
グループ C	72.1	20.6	7.4	
⑦何をやってもつまらないと感じること				
グループ A	76.3	16.7	7.0	$\chi^2=44.495$ $P < 0.0001$
グループ B	92.7	6.3	1.0	
グループ C	74.3	21.4	4.3	
⑧人生で何か欲しいものを得るには、自分が無力だと感じる事				
グループ A	52.2	32.7	15.0	$\chi^2=36.850$ $P < 0.0001$
グループ B	74.3	20.4	5.3	
グループ C	65.7	15.7	18.6	
⑨自分のしたことに罪の意識をもつこと				
グループ A	69.6	24.1	6.3	$\chi^2=18.076$ $P < 0.002$
グループ B	84.4	12.8	2.8	
グループ C	75.5	15.7	8.6	
⑩この世の中はまったくわけがわからないと感じること				
グループ A	54.4	28.9	16.7	$\chi^2=16.416$ $P < 0.003$
グループ B	69.9	21.0	9.1	
グループ C	55.7	25.7	18.6	

注：統計的に有意な関連が見出されない項目は除外。

表4 年齢階層別, 就労状況別, グループの構成比率

A 60歳未満 (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	14.1	76.8	9.1	100.0
非 就 労	18.2	63.6	18.2	100.0

$\chi^2=3.557$ (d.f=2) $P < .169$

B 60歳以上 (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	14.4	79.8	5.8	100.0
非 就 労	19.4	63.4	17.2	100.0

$\chi^2=14.267$ (d.f=2) $P < .0009$

表5 定年体験の有無別, 就労状況別, グループの構成比率

A 定年体験なし (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	16.2	78.2	5.6	100.0
非 就 労	32.0	48.0	20.0	100.0

$\chi^2=12.277$ (df=2) $P < .0023$

B 定年体験あり (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	10.6	83.0	6.4	100.0
非 就 労	14.7	69.1	16.2	100.0

$\chi^2=5.118$ (df=2) $P < .0775$

表6 活動水準でコントロールした場合の、就労状況別、グループの構成比率

A 活動なし (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	8.8	82.4	8.8	100.0
非 就 労	20.8	45.9	33.3	100.0

 $\chi^2=11.502$ (d.f=2) $P < .0033$

B 活動あり (単位, %)

就労状況	グループA	グループB	グループC	計
就 労	8.7	84.6	6.7	100.0
非 就 労	14.3	76.2	9.5	100.0

 $\chi^2=2.918$ (d.f=2) $P < .24$

各部の研究活動

精神保健計画部

精神保健計画部は、昭和61年10月1日に新発足した。この時期に“あらためて部の調査研究の軸”を立てようという認識はあるが、今日までのところ各部員は、これまで実施してきた調査の消化に追われているのが現状である。以下、研究補助費関連の項目をいくつかあげる。

1. 慢性分裂病患者の退院と家族の受け入れ状況に関するインテンシブ調査(厚) 2. 家族会員を対象にした長期入院を生み出す社会的条件の自由回答調査の分析(厚) 3. 精神障害回復者の生活実態に関する自由回答・面接調査の分析(厚) 4. 精神障害者小規模作業所の実情・活動の共同調査(厚) 5. 精神障害関連資源と周辺住民の意識に関する共同調査(他) 6. 精神障害関連資源・地域住民間の事例化状況に関する共同調査(他) 7. 家族会指導者の調査結果の分析及びインテンシブ調査に関する共同研究(厚) 8. 県レベルの精神障害関係のマクロ共同調査(他) 9. 定年退職者・高齢者の生活適応に関する調査研究(他) 10. 分裂病の高齢化状態に関する共同調査(厚) 11. 地域型社会復帰施設の現状・制度関連課題等に関する共同研究(他) 12. 精神障害者の就業状態等に関する共同調査(他)

以上のうち、部員の大嶋は、1から6、統計解析研究室長の和田は、4, 7, 8, 9, 岡上は、8, 10, 11, 12に取り組んだ。4, 12については、社会復帰相談部の丹野も共同研究者である。各項について他機関と共に実施しているものには「共同」と付した。

それぞれの末尾の(厚)は厚生科学研究関係、(他)はその他の公的研究費関係のものである。

(岡上和雄)

薬物依存研究部

世界各国とも薬物乱用・依存問題は大きな社会問題となっており、薬物乱用対策は重要な社会対策のひとつとなっている。それだけに薬物依存の研究は盛んであり、その体制も充実している。

わが国にはこれまで薬物依存の専門の研究施設はなく、長くその設立が望まれていたが、昭和61年10月1日に国立精神・神経センターの発足に伴い、薬物依存研究が創設された。

したがって同研究部としての業績はないので、研究部の活動計画を報告するにとどめる。

活動計画

(1) 薬物依存の研究は基礎医学(精神薬理学、生化学、生理学など)、疫学、臨床精神医学、社会学、心理学などの広い領域におよんでおり、しかもそれぞれに関連性もなくばらばらに行われているのが現状である。当研究部が各領域を結びつけ、研究の協力体制がつけられるよう中核的な役割が果せられたらと期待している。

そのためにも将来は薬物依存学会(当初は研究会)を設立することも仕事のひとつと考えている。

(2) 精神心理学と神経受容体 neuro-receptor に関する協同研究が放射線医学総合研究所と同研究部の間ですでに始まっている。

(3) 2~3の大学の薬理学教室と Benzodiazepine 系薬物の薬理学的特徴(依存との関連において)に関する協同研究の話が現在すすめられている。

(4) 昭和62年中に薬物依存の全国的な実態調査をおこなう予定である。

尚、千葉、山梨、静岡、高知の四県へ医療

機関の協力を得て、年間に発生した薬物依存者の詳細な調査研究を併せておこなう予定である。

- (5) 千葉、山梨、静岡、高知の四県の教育センター、児童相談所、医療機関を訪れた有機溶剤乱用少年の実態調査と長期予後調査に関する研究をおこなう予定である。
- (6) 国立国府台病院精神科との協同研究で「治療効果と血中濃度」に関する研究が計画中である。
- (7) 国立国府台病院、国立下総療養所、千葉県精神科医療センターの協力を得て、薬物依存の臨床研究をおこなう。
- (8) 世界各国の情報・資料・文献を整理するとともに、わが国内での薬物依存の情報センター的なものへと将来は発展させたいと考えている。(福井 進)

児童・思春期精神保健部

児童精神衛生部では、昭和61年3月池田由子部長が定年退職し、上林靖子が後任についた。また10月の精神・神経センター発足に伴い、児童・思春期精神保健部と改称し、精神発達研究室に加えて児童精神保健研究室と思春期精神保健研究室の2室を加え、それぞれ藤井和子と、河野洋二郎がその室長についた。また渡辺登が薬物依存部に移籍され、北道子(医師：小児神経学・精神医学)が後任研究員として着任した。これまでに引続き、医学・心理学・福祉学の臨床チームによる精神衛生相談の臨床活動と、種々の精神保健調査を行った。

精神衛生相談では、思春期の神経症圏の問題を中心に取り組んできた。これらには児童期から問題が潜在していたものが、中学校という状況の大きな変化の中で顕在化したものが少なくない。一方、思春期特有の発達課題の中で発現するもの或は成人の精神障害の早期発症例など、極めて複雑多様な病態を見ることが出来る。状態像・診断・治療・予後など整理検討し、これ

らの治療体系・予防に関する研究を深めたいと考えている。今年度は、いわゆる注意集中障害の残遺例にみられた不登校について検討し、小児精神神経研究会において報告した。

思春期の精神保健の実態と精神障害の発生要因を明らかにする目的で、一般の中学生・高校生を対象に調査を実施した。このうち、中学生の欠席と精神健康に関する問題について第7回社会精神医学会において報告した。また離婚や別居など婚姻の破綻が児童の精神衛生に与える影響について養護施設収容児を対象に調査中である。この問題に関しては、臨床疫学的研究を行い研究論文として発表した。新たに思春期の子供の健康行動に与える精神健康の影響について、New York Mental Health CenterのDr. S.L.Kaplanとの共同研究に着手し、日米の比較調査を開始、現在予備的調査を行っている。

国立病院共同研究“乳幼児の行動科学的研究”(河合洋班長)に参加し、乳幼児の精神衛生学の立場から研究を計画している。

(上林靖子)

成人精神保健部

主要な研究活動は、1. 精神衛生相談事例の研究、2. 青年期における適応障害事例についての精神衛生的援助活動の研究、3. 青年期・成人期における精神障害の精神病理学的研究である。

1については、定例の「事例研究会」において、精神病理学的、臨床心理学的、家族病理学的な検討がつみ重ねられている。今年度は、次の事例がとりあげられた。()内は、事例報告者。i) 登校拒否の一男子例(梅本浩靖)、ii) 対人緊張と気分急変および無気力を訴える成人男性のカウンセリング(滝野 功)、iii) 性格障害、心因反応の色彩の強い、繰り返された、ヒステリー性解離状態を示した女性の事例(林 直樹)、iv) 境界例の一女性事例(町沢静夫)、v) 強迫症状などの神経症的症状を呈し、家庭内暴

力をくり返した男子例(高橋 徹), vi) 強迫神経症の女性例(横田正雄), vii) 無気力, 倦怠感, 不眠を訴える適応障害の女性例(横田正雄), viii) 自己臭症の女性例(沼 初枝), ix) 多形性恐怖症の女性例(高橋 徹), x) 適応障害(抑うつ型)の女性例(横田正雄, 高橋 徹), xi) 前分裂病状態の女性例(沼 初枝).

2については, 今年度も, 常時10名前後の事例についてのグループ活動が継続して行なわれた.

3については, 不安神経症の診断ならびに自然経過に関する研究(高橋 徹), 内因性精神病の診断に関する精神病理学的研究(町沢静夫)が, 他の研究機関と協同して行なわれた.

また, 牟田隆郎が主宰しているロールシャッハテストの研究も継続して行なわれ, 今年度も, 「ロールシャッハ・モノローグ」としてその研究の一部がまとめられた. (高橋 徹)

老人精神保健部

老人精神保健部では, 主として以下の分野の研究を行なっている.

- 『老年期痴呆の疫学的研究』(神経疾患研究委託費)の課題は, 三重県の一地域の65歳以上の男女全員1,000名を調査対象とし, 第一次調査では保健婦による面接で個人情報収集の調査票および当研究部で開発した国立精神研式痴呆スクリーニング・テストを用い, 痴呆の疑いのある老人をスクリーニングし, 第二次調査では精神科医の面接による診断を行ない, 在宅の痴呆性老人の有病率および痴呆の亜型分類の有病率を明らかにした.
- 『老人精神障害者の行動評価に関する研究』の課題では, 老人の行動評価のためのクリッチトン行動評価尺度を精神病院入院中の老人に適用し, 外的基準を用いた妥当性検討ならびに因子分析による検討を加え, 当該尺度が妥当性が高く, かつ実用上も容易

であることを見出した.

- 『老人の感情障害に関する研究』の課題では, 老人の感情障害を調査するための基本的手法を開発する目的で『感情病および精神分裂病様面接基準』(SADS)について文献的検討を加えたうえで, 日本における最初の評定者間信頼度を求め, これが高いことを見出した.
- 『老人のデイ・ケアに関する研究』の課題では, 痴呆等老年期精神障害老人のデイ・ケア活動を昭和59年10月より社会復帰相談庁舎内の老人デイ・ケア施設において実施し, 引き続きそれら老人に対するデイ・ケアのあり方について研究を行なっている.
- 『市町村における痴呆性老人のカウンセリング方策に関する研究』(健康づくり等調査研究事業)の課題では, 市町村の保健事業の中心となる保健婦が在宅の痴呆性老人やその家族に対しての係り方およびカウンセリング方策の指導技術および具体的指針について研究を行なった. また, 昨年に引き続き老人精神保健活動に関して保健所と市町村の関係について調査研究を行なった.
- 『精神障害者の統計に関する研究』の課題では, 第一に各地方自治体での痴呆性老人の実態調査報告書をもとに集計・分析し, わが国の痴呆性老人の有病率を明らかにした, 第二に厚生省統計情報部発表の昭和58年度『患者調査』の基礎資料をもとに, ICDの各傷病名について患者数の集計・分析を行なった.

以上の研究は, 当部の大塚, 斉藤, 北村および社会復帰相談部丸山が中心となり, 他の機関の研究者の協力のもとに行なわれた.(大塚俊男)

社会精神保健部

昭和61年度は精神保健活動の社会文化的研究という課題の下, 1. 精神障害者の精神保健サービスの臨床研究(柏木), 2. 住民の精神健康

問題に対する集団的接近に関する研究(柏木), 3. 思春期精神障害に関する家族研究並びに家族治療に関する臨床的研究(鈴木), 4. ライフストレスの社会的環境と精神健康に関する研究(宗像), 5. 精神保健医療体系の比較社会・文化的研究(宗像)に取り組んだ。

尚, 和田は生活周期段階と生活ストレスに関する研究及び健康測定法及び入退院動態の統計解析の研究を実施したが, 61年10月の改組にともない, 精神保健計画部に移ったので, 詳細は当該部報告に譲ることにする。また同年10月の改組に際して社会復帰相談部より松永が所属換えにより上記1. に関わる研究に従事することになった。

1. については, 当所デイ・ケア・センターにおけるグループ活動における参加干渉を通して, その集団性及びスタッフとしての関わり方について研究した。またソーシャル・クラブ, 共同住居及び地域作業所等の運営にかかわり, 地域におけるサポート・システムの実践的課題に関する研究を行なった。

なお, 1. に関連するが, 松永はデイ・ケアの家族会の運営の援助に当り, 同時に全国精神障害者家族連合会(全家連)による「患者のニーズ調査」に参加した。「日本の精神障害者と家族の生活実態白書」参照。また全家連刊行の「心の病いの相談室——家族からの質問に答える」を共同執筆した。

2. について, この研究においては, 地域住民によるグループ・エンカウンターを実施し, 問題解決の方法を編み出した。

3. においてはチーム・アプローチによる家族治療を行ない, わが国の社会・文化的特性に相応しい家族療法の技法の開発に努め, 「名づけ」と「呼び方」技法, 逆説技法, 「表と裏」造形法を編み出している。これらの成果は日本家族研究・家族療法学会第3回大会, 同学会第1回家族療法セミナー, 米国家族療法学会等において報告した。その他「家」と家族療法(金剛出版), 家族療法研究, 3巻1号, 2号に論文を掲載し

ている。

4. 及び5. について,

社会・文化の構造と変動から精神保健問題の発生過程を解明し, それに対処する今日の保健医療体系の効果と弊害を検討することを目的に, 昭和61年度に次の6つの研究プロジェクトが実施された。

①社会的ハイリスク環境下のストレスとコーピングに関する行動科学的研究(調査対象: 中学教師, 医師, 看護者, システムエンジニア, 痴呆老人介護者, 定年退職者, 思春期学生と家族, 一般住民) ②アジア社会の都市化と病気現象 ③日本人社会の病源と病気予防 ④コンプライエンス及びセルフケアの行動科学研究 ⑤日本の精神保健医療体系の比較社会・文化的分析 ⑥東アジアにおける近代医療体系と伝統医療体系(中国・韓国・米国・日本共同プロジェクト)

こうした研究結果は, 国内外のマスコミ(出版を含む), 大学教育, 卒後教育, 講演会, 学会, 行政協力を通じて, 社会にフィードバックしてきた。(柏木 昭)

精神薄弱部

人間尊重, 共存の思想をふまえた精神薄弱者(児)の“完全参加と平等”の実現をめざして, 医学, 生化学, 生理学, 保健学, 社会学, 心理学, 教育学, 理工学などの関連諸科学の協力による学際研究によって, 精神薄弱者(児)の診断とケアに関する多面的, 総合的な臨床研究を各地の研究協力施設と提携しておこなっている。

診断研究室(室長 加我牧子)

精神薄弱の臨床診断法の開発と判定基準の統一に関する研究をおこなっている。

すなわち, 厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」(主任研究者 櫻井芳郎)の第2年度研究として, 国立武蔵療養所神経センター, 東京都精神医学総合研究所, 雇用職業総合研究所, 横浜市立大学などの協力

を得て、昨年の「幼児自閉症」に続いて「精神薄弱」の定義について最終結論をだしたほか、精神薄弱の周辺領域である幼児自閉症と重症心身障害の判定基準の推移を明らかにし、また、全国の児童相談所、精神薄弱者更生相談所および心身障害者職業センターにおける判定状況の実態を分析して今後の評価判定のあり方を検討するとともに精神薄弱、幼児自閉症、重症心身障害などの判定指標の作成に取り組んだ。さらに最近のアメリカにおける精神薄弱者の職業評価の動向を加味して、精神薄弱者の職業能力評価の指針および実施要領、精神薄弱者の職能判定の指標などの試案を作成した。

また、科学技術庁総合研究「ポジトロンCTを用いる脳機能解析技術の開発——ポジトロントレーサー関連技術の開発——」も東京大学薬学部・工学部の協力を得て着々と進められている。

なお、加我は、難聴を疑われる乳幼児の聴性脳幹反応および聴性行動に関する一連の研究の成果を関係学会で発表した。また、新生児、乳幼児の神経疾患における聴覚誘発反応の臨床研究や乳幼児健診の効果的なスクリーニングのための機器開発研究も続行している。

治療研究室 (室長 原 仁)

精神薄弱者(児)の治療および療育の方法、社会復帰に関する調査研究をおこなっている。

厚生省心身障害研究室「精神薄弱児(者)の治療教育に関する研究」の分担研究「精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究」(分担研究者 小松せつ)として、小松を中心に精神薄弱者の社会的自立を阻害する要因と就労を促進するための条件の解明をおこない、その一部を「精神衛生研究」誌に発表した。

また、櫻井、小松、椎谷らによって、身体障害者雇用促進協会委託研究「精神薄弱者の雇用・訓練に関する研究」や健康・体力づくり事業財団委託研究「精神薄弱児・者の心身の健康増進、体力づくりに関する研究」なども進行中である。

原は、ハイリスク乳児の気質研究、てんかん児の注意持続力の研究などに取り組み、その成果を関係学会に発表した。(櫻井芳郎)

社会復帰相談部

社会復帰相談部は、下記の如き各自の継続的あるいは新規のテーマ追究を行った。また必要に応じ、各スタッフは、共同研究者として、他の研究に参画した。岡上は、精神障害者の実態調査をふまえ、精神科医療のガイド・ラインの作製、精神科リハビリテーションにおける需給システム、家族会活動、精神分裂病患者の高齢化に伴う諸問題について幅広く研究した。丸山は、リサーチ・オブ・リサーチという視点から、社会復帰の問題に対するトータルなシステム・アプローチの方途を探った。他に職場におけるメンタル・ヘルスの中での精神障害者の復帰の可能性を臨床レベルで追求した。松永は、デイ・ケア活動を通じ、共同作業所およびホステルなどの活用条件について研究した。また家族会活動についても研究を深めた。丹野は、デイ・ケア活動における援助技術の開発に従事するかたわら老人デイ・ケアについての臨床的研究を行った。また職親制度についても研究を深めた。

昭和61年10月の機構改革とともに、スタッフは、丸山・横田・丹野の3人になった。

横田は、精神衛生相談一般に従事する一方、児童・思春期のグループ活動および登校拒否の研究を行った。(丸山 晋)

精神生理部

これまでの優生部、身体病理部が再編成され昨年10月精神生理部が新設された。

したがって昨年度の研究成果はこの部の所属する研究成果の報告となる。

1) 騒音の精神機能、身体機能に与える影響の解明に関する研究。

騒音は、人間に種々の影響を与えるが、そ

の影響の中での生理機能、内分泌機能、精神機能の変化について検討した。

2) 精神生理機能の数量化、客観化の研究

精神病患者の脳波は正常者と異なったパターンを示すことがある。それらのパターンの数量的解析を種々の分析法を用いて検討した。

3) 厚生省特別研究「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する研究」

は当研究所の一つのプロジェクトである。多数の研究員の協同研究であるが、当部も参加した。なお研究報告は数編これまでに発表されている。

(中川泰彬)

所員研究業績

《昭和61年1月1日～61年12月31日》

著書

これからの精神医療，谷中輝雄編，（変わる精神医療）

岡上和雄

〈1986年，120～164頁（執筆分担）やどかり出版〉

心の病の相談室

岡上和雄

〈1986年，（編著者代表）ぜんかれん〉

高学歴女性の職業と意識

青井和夫，和田修一他

〈1983年〉

高学歴女性（戦前，戦後を通じて）の職業と生活適応の分析

中高年齢者の生活史と生活適応

和田修一

〈1986年，文部省報告書〉

生活史と生活適応を中心として調査の報告

日本の精神障害者と家族の生活実態白書

岡上和雄，大島巖，石原邦雄，佐藤久夫，荒井元博，滝沢武久

〈1986年，1～170頁全国精神障害者家族会連合会〉

全国精神障害者家族会連合会が昭和60年度に実施した「家族福祉ニーズ調査」「患者・回復者福祉ニーズ調査」「リーダー調査」の調査結果を示し，検討を加えた。

精神疾患の診断と治療—わかりやすい診かたと対応—

大塚俊男

〈1986年，237～248頁，医薬ジャーナル〉

心すこやか読本

大澤維大，田島和典，渡辺登

〈1986年，1～24頁，社会保険出版社〉

心の健康づくりに関する趣旨普及のための小冊子。

治療のダイナミクス

渡辺登

〈1986年，120～240頁，岩波書店〉

日大家族研究班の業績に私の知見を加え，分裂病者が小集団の調整役をになっているとの仮説をたてた。

精神分裂病（青年心理No.60）

町沢静夫

〈1986年，74～76頁，金子書房〉

分裂病の入門的知識を述べたもの。

中年期の心の危機

町沢静夫 編著

〈1986年，101～141頁，有斐閣〉

中年期の親子問題，生き方などを精神医学の立場から考えたもの。

フロイトとイメージ（イメージの人格心理学）

町沢静夫

〈1986年，114～120頁，誠信書房〉

フロイトの心像についての考えをまとめたもの

わかること，そのタイミングと治療長期化をめぐる（心理臨床，ケース研究4）

町沢静夫

〈1986年，169～173頁，誠信書房〉

強迫神経症の心理療法について述べた。

充電という名の自己管理術 (GOOD DAY 9月号)

町沢静夫

<1986年, 19~21頁, アドメディアセンター>
疲労, ストレスについての対応について述べたもの。

コンプレックス群像 (青年心理No.61)

町沢静夫

<1987年, 84~90> 金子書房
コンプレックスについての解説と, 病跡学の立場から
コンプレックスと創造性について論じた。

知のパトグラフィー

町沢静夫, 吉本隆明, 著

<1986年, 海鳴社>
近代文学者を論ずることから現代というものをどう把握
えるか議論したもの。

精神医学ソーシャル・ワーク

柏木昭, 編著

<1986年, 岩崎学術出版>
I部 精神医療における PSW の位置づけ
II部 PSW の活動領域
III部 PSW の方法

コンプライアンスをめぐって(日本保健医療行動科学会編『健康と病気の行動科学』)

宗像恒次

<1986年, 205~210頁, メヂカルフレンド社>

高齢者をかかえる家族の葛藤と心身の健康 (中島紀恵子編『ぼけと看護』)

宗像恒次

<1986年, 39~46頁, 金原出版(株)>

医療の場のコミュニケーションと文化(南裕子編『看護とコミュニケーション』)

宗像恒次

<1986年, 32~37頁, 金原出版(株)>

病気の心理社会因と保健行動 (日本保健医療行動科学会編『健康と病気の行動科学』)

宗像恒次

<1986年, 15~34頁, メヂカルフレンド社>

Socio-Cultural Factors of Japanese Attitudes toward Mental Illness and Mental Health Care Delivery System (D.Y.H.Wu and K.Sonoda(ed.))"Proceedings for the Workshop on Modernization of East-Asian Medicine" Honolulu, Jan.7-19, 1985)

宗像恒次

<1986年, 69~96頁, The East-West Center & Korean UNESCO>

Japanese Attitudes Toward Mental Illness and Mental Health Care (T.S.Lebra&W.P.Lebra(ed.))"Japanese Culture and Behavior" Selected Writings Revised Edition)

宗像恒次

<1986年, 369~378頁, University of Hawaii Press>

精神薄弱児・者福祉臨床の今日的課題

櫻井芳郎 (編著)

<1986年, 精神薄弱部モノグラフ, 昭和61年度No.1>
精神薄弱の定義, 障害および機能判定に関する諸問題
などの精神薄弱児・者福祉臨床の課題に関する6篇の調
査研究論文を収録してある。執筆者: 櫻井芳郎, 小松せ
つ, 河合美子, 長田久雄, 椎谷淳二, 有馬正高, 栗田広,
三宅由子, 館暁夫。

精神薄弱者の雇用・訓練に関する研究III 一資料集録一

櫻井芳郎 (編著)

<1986年, 昭和60年度身体障害者雇用促進協会委託研

究報告書)

精神薄弱者の雇用・訓練に関する4篇の調査研究報告と基礎資料および教材ビデオ「精神薄弱者の職業自立をめざして」(カラー, 20分もの)の解説を収録してある。
共同研究者 小松せつ, 苗村育郎, 椎谷淳二。

精神薄弱児・者の心身の健康増進, 体力づくりに関する研究

仲野好雄, 櫻井芳郎, 小松せつ, 兜真徳, 椎谷淳二, 田島良昭, 中野佳子

〈1986年, 昭和60年度健康・体力づくり事業財団委託研究報告書〉

精神薄弱児・者の心身の健康増進に努力している長崎県・コローニ雲仙と岩手県・緑生園の実践活動の分析を通して, 健康増進, 体力づくりのあり方について論考した。

心身障害の判定指標の開発に関する研究(第2年度研究報告)

櫻井芳郎(編著)

〈1986年, 昭和60年度厚生省心身障害研究報告書〉

心身障害の定義, 心身障害の判定基準および方法の検討, 精神薄弱者の職能判定の基準および方法の検討などに関する第2年度研究をおこない, ほゞ成案を得た。共同執筆者19名。収録論文12篇。

—系統的診療—言語—

小児の診療診断学, 加我枚子, 中山健太郎, 奥山和夫, 藪田敬次郎, 鴨下重彦(編集)

〈1986年, 204~206頁, 医学書院〉

在宅福祉をめぐるネットワーク

椎谷淳二

在宅福祉への指標(仲村優一監修)〈1985年, 130~134頁, 東京都社会福祉協議会〉

在宅福祉領域におけるサービスネットワークの意義と機能, ネットワーク化の方法, コミュニティ・オーガニゼーションとの関連等について解説した。

Mini-Mental State の使用手引き

〈1986年, 新企画出版〉

ソフトな神経兆候 Soft neurological signs

原仁, 福山幸夫

〈1986年, 53~55頁, 診断と治療社〉

Soft neurological signs の判定の実際を解説した。

論 文

分裂病の疫学

岡上和雄

こころの科学 〈10巻8~15頁1986年11月〉

精神障害(者)に対する態度と施策への方向づけ

岡上和雄, 石原邦雄

社会保障研究 〈21巻373~385頁1986年4月〉

地域における自助組織活動について

岡上和雄

熊本県精神衛生センター所報 〈9巻37~63頁1986年12月〉

精神障害者に対する職業関連リハビリテーションサービスの動向

岡上和雄

理学療法と作業療法 〈20巻9号619~624頁1986年9月〉

Community Mental Health Services in Japan

K.OKagami, S.Wada

精神衛生研究 〈32巻1986年3月〉

わが国精神保健制度の分析

アメリカ的になる日本, 高齢化社会はどうなる

和田修一
Cross & Talk <1986年2月>
わが国の高齢化の現状と将来分析

家族の介護能力を示す一指標として、精神障害者に対する家族の協力度を用い、この協力度を高める要因の地域差を検討し、さらに都市部における家族支援のあり方を考察した。

職歴構造と個人生活適応

和田修一
社会老年学 <27号1986年10月>
定年を含む、個人の職歴構造のあり方と老後の生活適応の間の因果連関の分析

私の治療、覚せい剤急性中毒

福井進
臨床精神医学 <15巻7号1154~1156頁1986年7月>
覚せい剤急性中毒は中枢神経の異状興奮による精神症状と交感神経の興奮による身体症状からなっている。急性中毒の治療においては精神症状を鎮静させることが先決であり、治療薬にはハロペリドール、クロールプロコジレなどの抗精神病薬を使うべきである。抗不安薬の単剤使用は精神症状を悪化させることがあり避けるべきである。

社会の階層構造が与える心理的影響

和田修一
理論と方法 <1巻1号1986年10月>
社会構造と心理特性の関連を分析するための一般的方法論

薬物依存—最近の話題（座談会）

福井進, 柳田知司, 小片寛, 洲脇寛
CLINICAL NEUROSCIENCE <4巻7号796~810頁1986年7月>

親子間での社会心理的特性の比較

和田修一
東洋大学社会学部紀要 <23巻1号1986年3月>
中学生の親子間での価値伝達の在り方の議論

- ①日本における薬物乱用の動向
- ②有機溶剤乱用の問題点
- ③覚せい剤乱用の問題点
- ④医療用薬品の依存性と乱用
- ⑤大麻をめぐる課題
- ⑥今後の問題点として Cocain, heroin の動向と基礎と臨床を結んだ研究の必要性

ボランティア活動の理念と現状より見た国際協力のすがた

和田修一
ボランティアセンター年報'85~'86 <1986年3月>
わが国ボランティアの抱える問題の分析

覚せい剤

福井進
からだの科学 <128号28~32頁1986年3月>
覚せい剤は依存性と精神異常発現作用が強いことが特徴であり、それが社会で乱用されると個人の精神機能障害をおこすのみでなく社会全体におよぼす影響は大きい。戦後のヒロポン乱用に次いで、昭和45年以降今日まで覚せい剤も乱用されており大きな社会問題となっている。その社会的背景を臨床について述べた。

高学歴女性の職歴構造にたいする一考察

和田修一
津田塾大学紀要 <19号1987年3月>
高学歴女性の職業経歴に見るわが国女性の職歴が有する問題点の指摘

家族の介護能力に関わる要因の地区間比較

——精神障害者家族を対象にして——

大島巖, 園田恭一
文部省科学研究報告書(園田恭一代表)「大都市における中高年齢層の生活と健康に関する調査研究」<30~39頁1986年3月>

薬物依存の臨床麻薬性鎮痛薬

CLINICAL NEUROSCIENCE <4巻7号750~753頁

1986年7月>

麻薬性鎮痛薬は各種あるが、基本的にはモルヒネ類似の薬理作用をもつものをいう。麻薬性鎮痛薬の乱用は外国では激しいが、今日のわが国ではほとんど見られない。乱用による危険性は禁断症状の強さにあるのではなく、依存形成の速さにある。その使用には充分の配慮が必要である。

覚せい剤乱用と精神機能障害

福井 進

厚生 <37~39頁1986年11月>

覚せい剤を乱用すると容易に覚せい剤精神病の状態になる。症状が改善されてか覚せい剤に対する過敏性は半永久的に残り再燃をおこしやすくする。また長期乱用者や有機溶剤から覚せい剤乱用に移した者の中から長年にわたる幻覚妄想状態が持続する者が多い。

このように覚せい剤による影響は一時的なものでない。

薬物乱用・依存の現状と諸問題

刑政 <97巻11号56~61頁1986年11月>

欧米諸国や東南アジアの国とでは各種の依存性薬物が乱用されており大きな社会問題となっている。

わが国では青少年を中心とした有機溶剤、青壮年を中心とした覚せい剤が主に乱用されている。

その社会的背景と精神医学的問題点について検討した。

職場における精神保健の現状

渡辺登

Chamber (大阪商工会議所月報) <396号2~6頁1986年12月>

わが国の職場の精神保健対策が遅れている原因を明らかにし、そのあり方について言及した。

コンピュータ技術者の精神保健

渡辺登

精神医学 <28巻3号337~344頁1986年3月>

精神不健康を呈したコンピュータ技術者の事例を報告し、コンピュータ関連作業形態の特性から検討を加えた。

The effects of caerulein on nocturnal

sleep

渡辺登, 坂井禎一郎, 多田幸司, 増野純, 諸治隆嗣

Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat. <10巻6号749~755頁1986年12月>

神経ペプチドであるコレチストキニンの類似物質セルレンは上トのREM睡眠を増加させることを発表した。

性転換症と考えられる女子中学生の一症例

渡辺登, 百瀬香保利, 森岡恵

精神医学 <28巻4号427~433頁1986年4月>

女性性転換症としては、わが国ではじめて報告したものである。

VDT 技術者の自覚症状と健康管理

増野純, 渡辺登, 原真由美, 大澤維大

公衆衛生 <50巻6号352~356頁1986年5月>

通産省でVDT作業を行う職員の健康管理に関する調査報告。

コンピュータ技術者の精神保健管理

市村俊明, 永井善, 増野純, 渡辺登

日本医事新報 <3266号47~49頁1986年11月>

心理検査を用いた対策について検討した。本稿は中央労働災害防止協会によって注目され、ILO 附属機関である国際安全衛生情報センター (CIS, 在ジュネーブ) の cis abstracts に掲載の予定である。

中学生の精神衛生に関する研究

—中学生の飲酒と喫煙について

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一

厚生科学研究報告書 班長 大原健士郎 <47~65頁1986年3月>

児童精神科領域における崩壊家庭の臨床疫学的研究

上林靖子

社会精神医学 <9巻3号299~308頁1986年9月>

1975~81年国立国府台病院児童精神科受診児の崩壊

家庭児につきその出現率、発症との関連症状の特徴を検討し、崩壊家庭児の精神衛生について考察した。

Steinberg, A UCLA

PACIFIC/ASIAN AMERICAN MENTAL
HEALTH RESEARCH REVIEW.

Vol.5, No. 3/ 1986

神経症概念の変遷

高橋 徹

看護 <7~12頁1986年11月>

Life events related to inception of anxiety neurosis.

T. Takeuchi, T. Takahashi, H. Kotsuki et al.

Jap. J. Psychiat. Neurol. <40巻 2号137~142頁1986年2月>

自閉症児・情緒障害児と統合保育①

横田正雄

月刊仏教保育カリキュラム鈴木出版<1986年11月号>

自閉症児と情緒障害児について解説し、これらの子供達を健常児集団の中で保育することの利点や問題点について述べた。

外出恐怖

高橋徹

臨床精神医学 <15巻 6号746~766頁1986年6月>

自閉症児・情緒障害児と統合保育②

横田正雄

月刊仏教保育カリキュラム鈴木出版<1986年12月号>

実際の自閉症児の統合保育についてコメントを加えた。

慢性ストレス下における喫煙行動の心理学的研究

高橋徹, 町沢静夫, 北村俊則

喫煙科学研究財団報告書 <昭和60年度696~697頁1986年4月>

痴呆スクリーニング・テストの開発に関する研究

大塚俊男, 丸山普, 北村俊則, 下仲順子, 中里克治他

精神衛生研究 <32号39~48頁1986年3月>

森田の説得療法についての一考察

高橋 徹

精神科治療学 <1巻 2号279~284頁1986年4月>

痴呆老人対策の現状とあり方

大塚俊男

地域保健 <4号 9~12頁1986年4月>

職場の問題を契機に発症した不安神経症の一症例

高橋徹

社会精神医学 <9巻 2号103~108頁1986年6月>

老化の理解一心と身体の測定(精神面から) —

大塚俊男

高齢者教育論集(国立社会教育研修) <1~16頁1986年3月>

私は神経症についてこう考える

高橋 徹

臨床精神医学 <15巻 4号472~473頁1986年4月>

老年期痴呆の社会対策と予防

大塚俊男

こころの科学 <5号73~80頁1986年5月>

THE JAPANESE AMERICAN RELOCATION CENTER EXPERIENCE

Yamamoto, J UCLA

Machizawa, S JAPAN NIMH

痴呆疾患に対する塩酸ジラゼブ(コメリアンコーワ錠)の臨床効果

長谷川恒雄, 保崎秀夫, 勝沼英字, 道下忠義, 大塚俊男他

薬理と治療 <14巻 6号717~731頁1986年6月>

老人の幻覚妄想状態

大塚俊男

治療 <68巻581~583頁1986年>

老年期における痴呆の評価法

中里克治, 下仲順子, 丸山晋, 北村俊則, 大塚俊男
臨床精神医学 <15巻 8号1403~1409頁1986年8月>

痴呆性老人対策

大塚俊男

厚生 の 指標 <33巻11号40~46頁1986年10月>

中高年と危機

大塚俊男

社会精神医学 <9巻 4号347~353頁1986年12月>

保健所における老人精神保健活動の実態

大塚俊男, 丸山晋, 北村俊則

老年精神医学 <13巻 6号764~769頁1986年12月>

保健所および市町村における老人精神保健活動の現況と今後の活動の展開に関する研究

大塚俊男・坂本弘他

60年度健康づくり等調査研究委託費研究報告書

老年期痴呆に影響を及ぼす要因および予後に関する研究

大塚俊男, 北村俊則, 丸山晋

61年度厚生省神経疾患研究委託費研究報告書
<254~258頁1986年3月>

社会的ハイリスク環境下でのストレスとコーピングに関する行動科学的研究

宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 諏訪茂樹

トヨタ財団1985年度研究報告書 <1986年11月>

精神健康度尺度の妥当性に関する研究

宗像恒次, 北村俊則, 仲尾唯治, 生田憲正, 藤原茂樹
健康科学財団1985年研究報告書 <1986年3月>

日本人の健康意識

宗像恒次

ジュリスト増刊総合特集 <44号30~35頁1986年9月>

Sociocultural Background of the Mental Health System in Japan

宗像恒次

Culture, Medicine and Psychiatry <10巻 4号351~365頁1986年12月>

日本人の病気現象を比較する

宗像恒次

医療'86 <2巻 8月号(通巻14号) 74~75頁1986年8月>

日本人の「つきあい」とライフサイクル別にみる心身の健康

宗像恒次

Health Science <2巻 2号30~37頁1986年>

テレビと子どもの精神健康

宗像恒次

教育と医学 <34巻 9号57~64頁1986年9月>

増える医師の自殺

宗像恒次

看護展望 <11巻10号20~21頁1986年9月>

精神健康障害のハイリスクグループにおけるコーピング行動と心理社会的環境に関する研究

宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫

昭和60年度文部省科学研究実績報告書 <1986年3月>

都市住民のストレスと精神健康度

宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 諏訪茂樹

精神衛生研究 <32号49~68頁1986年3月>

医師と看護者のメンタルヘルス度

宗像恒次

看護展望 <11巻10号21～21頁1986年9月>

コンプライアンス—健康指示の受けとめ方

宗像恒次

メディカル・ヒューマニティ <3号57～63頁1986年6月>

<第IV部 文化とストレス対処行動>社会学の立場から

宗像恒次

ストレスと人間科学 <1号159～170頁1986年7月>

世界の入院制度の比較に思う

宗像恒次

医療'86 <2巻10月号(通巻16号)24～26頁1986年10月>

リアリティショック—精神衛生学の視点から

宗像恒次

看護展望 <11巻6号2～7頁1986年5月>

心身障害者職業センターにおける精神薄弱者の判定ならびに職業能力評価に関する実態調査

櫻井芳郎, 小松せつ, 椎谷淳二

昭和60年度厚生省心身障害研究(櫻井班)報告書 <91～107頁1986年3月>

全国の心身障害者職業センターにおける精神薄弱者の判定と職業能力評価の実態を分析して、現行の評価体制の不備と評価判定の基準や方法が確立されていないなどの問題点を明らかにし、精神薄弱者の職業自立をめざす援助活動に対する効果的な助言や勧告がおこなえるように改善していく必要性と、その方法について論述した。

精神薄弱者の職業能力評価の指針および実施要領試案

櫻井芳郎

昭和60年度厚生省心身障害研究(櫻井班)報告書 <265～276頁1986年3月>

精神薄弱者の職業能力評価の理念、方法および評価活動から成る指針と評価の内容や方法に関する実施要領の試案を作成した。

精神薄弱者の成人期を考える

櫻井芳郎

療育の窓(全国心身障害児福祉財団) <第603号9～13頁1986年1月>

精神薄弱者の結婚生活、家庭生活、職業生活および老化の問題などについて論述し、充実した中・高年期を過すためには、小さい時からの家庭での取扱いの重要性、親や各種の専門家、事業主、地域住民などの連帯による早期対応の必要性などを論考するとともに地域における心身障害児・者の療育援助体制の確立が急務であることを強調した。

精神薄弱者の就労問題の課題と展望

櫻井芳郎

群馬受護(群馬県精神薄弱者愛護協会) <第20号4～19頁1986年3月>

“与える福祉”から“分かちあう福祉”への発想の転換、精神薄弱者の就労の意義、職業指導およびリハビリテーション活動の現状と問題点、今後の課題などについて考察し、就労は精神薄弱者に人間としての権利を認める証(あかし)であり、かかる観点から、かれらの社会的自立、職業自立を援助することの必要性を強調した。

精神薄弱者の社会参加の必要条件に関する研究(第2年度研究)

小松せつ, 櫻井芳郎, 苗村育郎, 椎谷淳二他7名

昭和60年度厚生省心身障害研究(小林班)報告書 <187～204頁1986年3月>

精神薄弱者の社会参加を阻害する身体的、精神のおよび環境的要因の解明をおこない、社会参加をはかるための条件整備として、社会参加を支える地域体制づくりと職業リハビリテーションの確立が必要であることを論証した。

児童相談所，精神薄弱者更生相談所における心身障害の判定状況に関する実態調査

櫻井芳郎，小松せつ，河合美子，長田久雄

昭和60年度厚生省心身障害研究（櫻井班）報告書
〈59～90頁1986年3月〉

全国の児童相談所，精神薄弱者更生相談所における心身障害の判定基準と判定方法の実態を調査し，問題点の解明と，その解決方法の検討をおこなった。

精神薄弱の定義

櫻井芳郎

昭和60年度厚生省心身障害研究（櫻井班）報告書
〈111～148頁1986年3月〉

精神薄弱の定義を明確化する必要性とその社会的背景を明らかにするとともに定義の明確化作業の経過と新しい定義について論述した。

難聴を疑われる乳幼児の実態について— 3—6ヶ月児と7—23ヶ月児の比較—

加我牧子，田中美郷

昭和60年度厚生省心身障害研究（主任研究者 高橋孝文）聴覚言語障害児の療育に関する研究 ワークショップ報告書pp.14-18 〈1986年4月〉

難聴のない言語発達の遅れ

加我牧子

小児科 Mook 〈45号143～156頁1986年〉

低酸素無酸素状態後の聴覚誘発反応

加我牧子，杉浦正俊，内藤達男，二瓶健次

日本小児科学会雑誌 〈89巻3号121頁1986年3月〉

小児慢性疾患の管理，精神発達遅滞—管理の問題点と親へのサポート

加我牧子

小児内科 〈18巻10号1505～150頁1986年10月〉

難聴を疑われる乳幼児の聴性脳幹反応と

聴性行動反応— 3—6ヶ月児と7—23ヶ月児の比較—

加我牧子，杉浦正俊，田中美郷

日本小児科学会雑誌 〈90巻7号1552～1557頁1986年7月〉

Auditory brainstem response (ABS) in retinoblastoma Kikuko Ikeda, Makiko Kaga and Tomiko Motegi

J. Child Neurology 〈1巻264～265頁1986年〉

自閉傾向の診断，判定の指標—自閉傾向に関する項目リストの研究—

栗田広，三宅由子，椎谷淳二

昭和60年度厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」第2年度研究報告書 〈187～209頁1986年3月〉

自閉傾向を有する子どもたちを把握する臨床的資料の1つとして，「自閉傾向に関する項目リスト」を作成し，全国の児童相談所，精神薄弱者更生相談所，等で試行検討した結果をまとめたもの。

幼児自閉症および重症心身障害の判定基準とその推移

椎谷淳二

昭和60年度厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」第2年度研究報告書 〈25～55頁1986年3月〉

精神薄弱の判定の際にしばしば遭遇する幼児自閉症と重症心身障害の2疾患について，それぞれの主な判定基準と，その年代を追った推移をまとめたもの。

精神薄弱者援護施設における心身の健康増進，体力づくり対策の現状と問題点

椎谷淳二

精神薄弱者（児）の心身の健康増進，体力づくりに関する研究」報告書 〈9～14頁1986年3月〉

精神薄弱者援護施設におけるリハビリテーション活動に関する実態調査をもとに，精神薄弱者の就労の面から，

健康増進ないし、体力・気力づくりの必要性和、その実施状況について検討した。

精神薄弱者の社会参加に関する臨床的研究 第1報

小松せつ, 櫻井芳郎, 椎谷淳二, 生川善雄他 8名
精神衛生研究 <第32号77~92頁1986年3月>

精神薄弱者の社会参加をはかるには、アフタケアの問題、ケアつきの生活の場の確保、社会生活や職業生活を支えるケア・パーソンの必要性などの条件整備が必要であり、また、職業リハビリテーションの機能も十分に発揮されているとはいえない状況にあることを各地の実情を分析して明らかにし、今後の課題について考察した。

感情病および精神分裂病用面接基準 (SADS) と研究用診断基準 (RDC) の評定者間信頼度

北村俊則, 島悟

精神医学 <28巻1号41~45頁1986年1月>

痴呆入院患者に対する Crichton 行動評価尺度の利用と妥当性の検討

北村俊則, 長瀬輝誼, 竹中奎子他

老年精神医学 <3巻1号101~107頁1986年1月>

Application of Research Diagnostic Criteria and International Classification of Diseases to case vignettes

Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E et al.

Journal of Clinical Psychiatry <47巻2号78~80頁1986年2月>

うつ病およびうつ状態に対する RU39780 (塩酸ビネダリン) の臨床評価

栗原雅道, 伊藤齊, 北村俊則 他

臨床精神医学 <15巻3号419~427頁1986年3月>

感情病における家族負因と幼児期の喪失

体験—英国での体験から—

北村俊則

精神医学 <28巻4号387~393頁1986年4月>

Fluphenazine decanoate による精神分裂病の再発予防—経口抗精神病薬との比較—

北村俊則

臨床精神医学 <15巻4号515~520頁1986年4月>

日本語版 Social Desirability Scale について

北村俊則, 鈴木忠治

臨床精神医学 <9巻2号173~180頁1986年>

精神医学研究における SADS の役割 I 臨床評価の不一致の原因と SADS の成立

McDonald-Scott, P, 北村俊則, 島悟

精神医学 <28巻7号743~749頁1986年7月>

精神医学研究における SADS の役割 II. SADS の信頼性と他の面接基準との比較

精神医学 <28巻7号743~749頁1986年7月>

Wing による慢性精神分裂病の重症度評価について

北村俊則, 島悟, 加藤元一郎 他

精神科治療学 <3号395~401頁1986年>

Dexamethasone suppression test and negative symptoms of schizophrenics.

Shima, S., Kitamura, T., Takahashi, Y. et al.

Keio Journal of Medicine <35巻203~207頁1986年>

DSM—III感情障害患者における家族歴と幼少期の喪失体験の関連

北村俊則

社会精神医学 <9巻4号375~381頁1986年>

精神症状評価尺度の方法論 —薬効判定の基礎—

北村俊則

神経精神薬理 < 8 巻10号647~666頁1986年10月 >

書評—D.イングレヴィ編批判的精神医学

北村俊則

社会精神医学 < 9 巻92~93頁1986年 >

ドライバーの精神医学

北村俊則

からだの科学臨時増刊「交通と人間」<90~93頁1986年 >

“隠れた巨匠” John Weakland

鈴木浩二

家族療法研究 < 3 巻 1 号81~84頁1986年11月 >

有名な家族療法式のプロフィールを紹介, John Weakland について Howard Liddle 博士, 鈴木和子氏と対談, 同氏の私的側面にも言及.

家族療法への招待(3)

鈴木浩二 他

家族療法研究 < 3 巻 1 号67~80頁1986年11月 >

家族療法のための入門講座「家族造形法」の理論と技法を実例を混え, 詳説したもの.

場面減黙児の家族療法—家族療法における父親の出番について (その2)

生島浩・田頭寿子・鈴木浩二

家族療法研究 < 3 巻 1 号42~49頁1986年11月 >

5年以上にわたる母親面接において改善をみなかった場面減黙児が家族療法(10回)で著しい改善した事例報告.

てんかんおよび熱性けいれん児の注意持続力とそれに及ぼす抗けいれん剤の影響

原仁

脳と発達 < 18 巻 5 号387~398頁1986年 9 月 >

けいれん性疾患児に, 新たに開発した注意持続テスト

を適用し, 正常児と比較した, けいれん性疾患児は, 注意持続力が劣り, 今回の対象児では抗けいれん剤の影響は認めなかった.

新生児発達 follow-up の管理システム

山口規容子, 原仁, 山田多佳子, 新井敏彦, 仁志田博司, 坂元正一

小児内科 < 18 巻 2 号253~258頁1986年 2 月 >

東京女子医科大学母子総合医療センター小児保健部門におけるフォローアップシステムを紹介した.

乳幼児の気質

原仁, 望月由美子, 山口規容子

小児内科 < 18 巻 7 号1033~1038頁1986年 7 月 >

最近の気質研究のレビューと, ハイリスク乳児における気質調査の結果を報告した.

学 会

精神障害者をめぐる福祉について

柏木昭

<精神衛生シンポジウム 富山'86, 1986年 6 月 >

1. 与えるサービスから選び取る福祉へ
2. 福祉状況の創出
3. ボランティアの働きについて

Traditional and alternative healing in relation to cosmopolitan medicine

宗像恒次

<International XI World Congress of Sociology, Sociological Association, 1986年 8 月 >

Urbanization and disease phenomenon in Asia: A transcultural study

宗像恒次

<The Japanese Society of Health and Medical Sociology, 1986年 8 月 >

Socio-economic conditions and mental health in Japan

宗像恒次

〈XI World Congress of Sociology, International Sociological Association, 1986年8月〉

日本における伝統的治療法の位置と役割

園田恭一, 宗像恒次, 中山和弘

〈日本健康科学学会, 1986年11月〉

医療従事者・患者関係における心理と文化

宗像恒次

〈日本保健医療行動科学学会, 1986年6月〉

中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景

宗像恒次, 椎谷淳二

〈日本精神衛生学会, 1986年11月〉

日本人社会の不健康現象と病気予防

宗像恒次

〈日本保健医療行動科学学会, 1986年12月〉

つきあいと頑張りの生活と健康

宗像恒次

〈日本健康科学学会, 1986年11月〉

異文化不適応

宗像恒次

〈日本精神衛生学会, 1986年11月〉

生活の変化と健康行動

宗像恒次

〈健康管理研究協議会, 1986年10月〉

精神障害者と家族の生活実態に関する調査研究(1)——精神障害者を抱える家族の扶養能力の限界——

大島 巖, 荒井元傳

〈日本社会福祉学会, 1986年10月〉

精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究——川崎市と東信地区における調査から——

大島巖

〈精神神経学会, 1986年5月〉

精神障害者と家族の生活実態に関する調査研究(2)——精神障害者・家族の生活障害の実態と望ましい制度のあり方——

荒井元傳, 大島巖

〈日本社会福祉学会, 1986年10月〉

VDT 技術者の自覚症状と健康管理

増野純, 原真由美, 大澤維大, 渡辺登

〈日本公衆衛生学会総会, 1986年10月〉

コンピューター技術者の精神保健管理

市村俊明, 永井晋, 増野純, 渡辺登

〈日本公衆衛生学会総会, 1986年10月〉

児童精神科領域における崩壊家庭の臨床疫学的研究

上林靖子

〈日本精神衛生学会 第2回大会, 1986年11月〉

母親の生活価値観・子育て観・養育態度に関する研究(2)——出生順位からみた養育態度を中心として——

藤井和子

〈教育心理学会, 1986年10月〉

母親の生活価値観・子育て観(観念と)具体的な養育態度との関連をみた。核家族化, 少子化の傾向の中で出生順位により, 母親の養育態度にちがいがあのか、あるとしたら母親をとりまく養育状況とどうかかわっているのかを考察した。

中学校における学校嫌いの出現について

牟田隆郎

〈1986年10月〉

学校嫌い(中学生)の発生の推移を統計資料にもとづいて示し、また、その背景要因についても触れた。

分裂病者の情報処理過程と作業療法

町沢静夫

〈第20回作業療法学会, 1986年6月13日〉

分裂病者の認知機能障害の研究を述べ、それに応じた作業療法のあり方を述べた。

高齢者の生活意欲と身体活動

谷口幸一, 大塚俊男, 藤田利治, 篠野脩一

〈老年社会科学会, 1986年6月〉

老年期痴呆をめぐる諸問題——わが国における老年期痴呆の実態——

大塚俊男

〈国立病院療養所総合医学会, 1986年11月〉

一歳半児の心身の発達に関する研究

長田久雄, 櫻井芳郎

〈第39回日本保育学会大会, 1986年6月〉

平均的な中都市であるY市における1歳半児健診受診児1,872名を対象に心身の発達状況の実態を分析するとともに、健診にもちいる質問票の項目の妥当性の検討をおこなった。

一歳半児の発達に関する心理学的研究

長田久雄, 櫻井芳郎, 河合美子

〈第28回日本教育心理学会総会, 1986年10月〉

一歳半児の心身の発達状況と一歳6ヶ月健診時の質問項目について心理学的観点から検討をおこない、心身の発達状況が従前の研究結果と若干の相違がみられ、また、人みしり、有意味語については性差が、排泄のしつけに関しては母親、その他の家族、保育園などの間で差異が認められることを明らかにするとともに質問項目の妥当性について若干の問題提起をおこなった。

Auditory brainstem response (ABR) in

retinoblastoma Kikuko Ikeda, Makiko Kaga and Tomiko Motegi

池田喜久子, 加我牧子, 茂木富美子

〈The fourth International Child Neurology Congress, 1986年3月〉

網膜芽細胞種の患者19名に聴性脳幹反応 ABR を記録した。うち4名は染色体異常を合併していた。ABR の異常は高率に認められ、化学療法、頭蓋放射線治療の有無、染色体異常の有無等とは相関がなかった。1例高度感音性難聴が認められたが原因は不明であった。

Leigh 症候群の聴性脳幹反応

加我牧子, 久米正法, 内藤春子, 二瓶健次

〈第28回日本小児神経学会総会, 1986年6月〉

リ一症候群8例の聴性脳幹反応 ABR を報告した。ABR は病初期から異常が認められ、延髄、脳幹の神経症状を認めた例では異常が著しく、臨床症状が軽かった例では ABR の変化も軽かった。継時記録で反応が消失する傾向を示した。本症候群で ABR は疾患の型の分類、及び重症度評価に補助診断法として有効であった。

難聴を疑われる乳児の実態について

加我牧子, 田中美郷

〈昭和60年度厚生省心身障害研究(高橋班)聴覚言語障害児の療育に関する研究 ワークショップ, 1986年12月〉

難聴を疑われる2才未満の乳幼児196名につき臨床症状、耳科学的検査、発達指数の算定、行動観察、聴力検査、聴性脳幹反応等の検査を行ない追跡してその実態を調べた。6ヶ月未満では難聴を疑われても正常な者が多かったが、7ヶ月以降では難聴も多く、精神発達遅滞児もほぼ同数みられ実際に問題を有していた。

低酸素無酸素状態の聴覚誘発反応

加我牧子, 杉浦正俊, 内藤達男, 二瓶健次

〈第89回日本小児科学会総会, 1986年5月〉

新生児仮死27名、周生期以降高度無酸素症を経験した6名を対象とし、聴覚誘発反応を記録した。低酸素後には異常が高頻度、長期間にわたって見られた。重症仮死

群では軽症児に比し ABR の異常率が高く、SVR を得られないものが多かった。いずれも聴覚誘発反応からは脳幹から大脳皮質に至る広範な病理学的変化の存在が示唆された。

Deletion (13)(q13q14,3)

With retinoblastoma. Further evidence for a distinctive clinical syndrome.

Tomiko Motegi, Kikuko Ikeda, Makiko kaga, Yuki-shige Yanagawa and kensei Minoda

〈The third international symposium on retino blastoma, 1986年5月〉

III ventricular enlargement in chronic schizophrenia

Kanba, S, Shima, S, Kitamura, T et al

〈Annual Meeting, APA, 1986年5月〉

妊娠・出産と母子精神衛生 I. 研究の目的と方法

北村俊則, 島悟, 青木まり, 他

〈日本心理学会第50回大会, 1986年10月〉

同前II・産後精神障害の発生率と背景要因(1)

島悟, 青木まり, 北村俊則, 他

〈同前〉

同前III・産後精神障害の発生率と背景要因(2)

青木まり, 竹内ますみ, 北村俊則, 他

〈同前〉

同前IV・母性意識および子供要因との関連

竹内ますみ, 佐藤達哉, 北村俊則, 他

〈同前〉

同前V・産後6か月における育児の悩みとの関連

佐藤達哉, 北村俊則, 島悟, 他

〈同前〉

診断基準・面接基準・疾病単位

北村俊則

〈北里大学医学部精神科, 1986年5月〉

父親の出番——治療チームの発展とからめて

光元和憲, 田歌寿子, 鈴木浩二, 他

〈日本家族研究・家族療法学会第3回大会, 1986年5月〉

事例研究を通して, 家族療法における父親の積極的参加の意義を論ずる。

I P 欠席のまま続けられた家族療法の経験

鈴木和子, 斎藤重司, 鈴木浩二, 他

〈日本家族研究・家族療法学会第3回大会, 1986年5月〉

永年にわたり自室に閉居し, 無為な生活を続ける26才の青年に対する MRI モデルの家族療法の経験を報告

鈴木浩二

テストによる家族評価

〈日本家族研究・家族療法学会第3回大会, 1986年5月〉

描画法, 家族ロールシャッハ方, 親子関係診断テストを中心に家族評価について討論

家族療法における「名付け」と「呼び方」の効用について

鈴木浩二

〈日本家族研究・家族療法学会第1回家族療法セミナー, 1986年5月, 1986年11月〉

わが国における「名付け」と「呼び方」を分析し, 家族臨床におけるその治療的意味を論じた。

頻回な痙攣を主訴としたヒステリーの1女児例

村山隆志, 森克彦, 今泉千津子, 原仁

〈第13回関東小児てんかん研究会, 1986年2月〉

てんかんと鑑別が困難であった, ヒステリー女児の報告. 抗うつ剤が有効であった.

ハイリスク乳児の気質診断. 健康乳児群とハイリスク乳児群の比較.

原仁, 望月由美子, 山口規容子, 仁志田博司, 福山幸夫

〈第89回日本小児科学会, 1986年5月〉

ハイリスク乳児の気質は健康乳児のそれと比べて, Difficult (育てにくい方) へ傾くことを示した.

新生児 Follow up system における視力障害の早期診断と療育に関する検討

山口規容子, 原仁, 小泉ひろみ, 能勢孝一郎, 新井敏彦, 山田多佳子, 仁志田博司, 坂元正一

〈第89回日本小児科学会, 1986年5月〉

早期発見された視力障害乳児2例の報告と, フォローアップシステムにおける視力障害の発見法の検討をした.

精神運動発育障害の簡単なスクリーニングの試み (第1報)

高原周治, 原仁, 福山幸夫, 山口規容子

〈第28回日本小児神経学会, 1986年6月〉

Vojta法の7診断項目のうち3項目を使用した場合の, スクリーニング効果について報告した.

てんかん児の注意持続力とその抗けいれん剤による影響

原仁, 福山幸夫

〈第28回日本小児神経学会, 1986年6月〉

注意持続力テストの紹介と, てんかん児における注意の変化を, 非服薬群と服薬群とにわけて検討した.

てんかん児の Soft Neurological Signs

原仁, 福山幸夫

〈第55回小児精神神経学研究会, 1986年6月〉

無投薬てんかん児10名とコントロール児10名との Soft Neurological Signs の出現率の比較をした. てんかん児に有意に多く上記サインが出現した.

脳障害と場面緘黙症

原仁, 佐々木正美, 福山幸夫

〈第4回日本小児心身医学研究会, 1986年9月〉

てんかん性異常波とてんかんを伴う場面緘黙児2例を報告した.

high risk infant の気質と母親の神経症傾向, 第二報

望月由美子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司, 福山幸夫

〈第33回日本小児保健学会, 1986年10月〉

ハイリスク乳児の気質のかたよりと母親のコーネルメディカルインデックス調査の比較検討と, 3歳児となったハイリスク乳児の行動異常の出現の有無を調査した.

点状軟骨異形成症 (Conradi-Hünemann 症候群) の1例

柴田恵理子, 今泉友一, 大竹優江, 原仁, 福山幸夫

〈第362回日本小児科学会東京都地方会, 1986年10月〉

比較的古まな点状軟骨異形成症の女児例の報告.

周産期医療における胎内発育障害の検討

三石知左子, 原仁, 福山幸夫, 山口規容子, 仁志田博司, 坂元正一

〈第33回日本小児保健学会, 1986年10月〉

胎内発育遅延児の短期間の予後調査の結果をまとめて報告した.

翻 訳

フィッシュ, ウィークランド, シーゲル著,
「Tactics of Change」

鈴木浩二

〈「変化の技法」鈴木浩二, 他, 1986年12月, 金剛出版〉

クレージーエイブ (D・マックスウイニー著)

町沢静夫 他訳

〈「クレージーエイブ」福島 章, 大平 健, 林 直樹,

1986年4月 産業図書

精神医学の生物学的アプローチよりの紹介

講 演

ふるさとの高齢化対策

和田修一

〈山口県, 1986年4月〉

過疎化, 高齢化する地方の振興対策

薬物依存と内外の諸問題

福井進

〈法務総合研究所, 1986年4月〉

薬物依存の概念の説明と薬物依存の外国の現状と日本の現状を比較することにより, 薬物乱用・依存の発生メカニズムを社会心理学, 精神医学的に話す。

薬物依存の臨床

福井進

山梨県医師会, 1986年11月

薬物中毒から薬物依存へと概念の変化について説明するとともに, 麻薬性鎮痛薬, 抗不安薬, 鎮痛薬, 睡眠薬の依存の特徴を述べる。

現代の児童問題に対する相談機関のあり方

上林靖子

〈家庭相談員中央セミナー厚生省家庭児童局, 1986年11月〉

思春期の問題を中心に各相談機関の連携と医療の役割について報告した。

中学生の登校拒否をめぐって

上林靖子

〈安房地方学校保健大会, 1986年5月〉

離婚と子どもの精神衛生

上林靖子

〈山王教育研究所, 1986年12月〉

思春期の心の問題子供の訴えと調査から

上林靖子

〈江戸川区教育委員会, 1986年12月〉

家庭の役割

藤井和子

〈熊谷児童相談所, 1986年1月〉

熊谷児童相談所管内の里親・児童福祉施設職員・市町村児童担当職員・里子が通学する学校教職員を対象にした里親研修会に於ける講演, 子どもを育てる家庭の役割, 里親里子関係を形成する上での留意点及び地域社会のサポートの重要性を述べた。

児童相談を通して見た家族とその対応について

藤井和子

〈川越児童相談所, 1987年〉

川越児童相談所管内, 家庭児童相談員・市町村児童福祉担当職員研修会に於ける講演, 従来の家族関係編では据えきれなくなって来ている現状と, 今後家族・家庭の強化をしていくための相談員の役割について述べた。

ストレスと職場

高橋徹

〈健康づくり財団, 1986年4月〉

子供の教育のあり方

町沢静夫

〈新潟県青海町教育委員会, 1986年11月27日〉

子供の自由性と創造性の発揮を促すには何が必要なのか精神医学の立場から述べた。

分裂病者と遊び

町沢静夫

〈日本精神衛生普及会, 1986年5月26日〉

分裂病者の運動感覚から人格特性に到るまで遊びのもつ自由さや器用さに欠ける点のある面を指摘。

分裂病者の心理

町沢静夫

〈雇用職業総合研究所, 1986年10月27日〉

分裂病者の対人関係特性を生物学的立場と心理学的立場より述べた。

社会福祉を考える(社会福祉主事認定講習会)

横田正雄

〈東京都福祉局福祉研修課, 1986年11月〉

社会福祉の心理学(社会福祉主事認定講習会)

横田正雄

〈東京都福祉局福祉研修課, 1986年6月〉

福祉現場に必要な心理学的知識について述べた。

面接の技術(福祉事務所職員新任研修)

横田正雄

〈東京都福祉局福祉研修課, 1986年6月〉

面接の原理・技術-内容

児童の心理と保育(仏教保育研究セミナー)

横田正雄

〈仏教保育研究会, 1986年6月〉

電話相談の諸問題

牟田隆郎

〈精神衛生普及会, 1986年6月〉

電話相談(東京いのちの電話)の現況とその特質について述べた。

老人と人権

大塚俊男

〈第33回関東弁護士会連合会定期大会, 1986年9月〉

老人精神障害について——ボケを中心にし

て——

大塚俊男

〈埼玉県精神衛生センター埼玉県衛生部保健予防課昭和60年度「老人の精神衛生」に関する研究会, 1986年1月〉

老人精神障害と社会対策

大塚俊男

〈国立公衆衛生院公衆衛生技術者の教育訓練「昭和60年度専門課程」, 1986年1月〉

老人の痴呆について

大塚俊男

〈千葉県老人保健研究会, 1986年2月〉

老人の心理

大塚俊男

〈社団法人東京都栄養士会在宅栄養士教育事業, 1986年2月〉

老人の精神障害

大塚俊男

〈都立精神衛生センター保健婦・医療社会事業従事者・看護婦(士)関連職種研修, 1986年2月〉

老人ボケの予防とそのかわり方

大塚俊男

〈東京都目黒保健所精神衛生講演会, 1986年2月〉

ボケ老人の理解と介護のために

大塚俊男

〈埼玉県大宮保健所老人精神衛生研修会, 1986年3月〉

老人の理解と高齢者教育

大塚俊男

〈国立社会教育研修所昭和60年度高齢者教育専修講座, 1986年3月〉

ポケについて

大塚俊男

〈東京都新小岩保健所看護教室, 1986年3月〉

と医療の現状——

大塚俊男

〈全国国立療養所院長連盟, 1986年11月〉

ストレスと老年期

大塚俊男

〈健康・体力づくり財団健康づくり指導者(主として保健婦・栄養士)向けの放送講座, 1986年6月〉

日本の食文化——心とからだの健康をめぐって——

大塚俊男

〈山形県山形米まつり, 1986年11月〉

老年期の精神衛生

大塚俊男

〈茨城県精神衛生センター老年期精神衛生研修会, 1986年7月〉

食生活とこころの健康

大塚俊男

〈徳島県米消費拡大推進連絡協議会, 1986年11月〉

老人精神衛生と医療の現状

大塚俊男

〈三重県保健環境部精神衛生相談員資格取得講習会, 1986年7月〉

障害老人問題

大塚俊男

〈日本精神病院協会通信教育上級コース研修会, 1986年12月〉

老人の心理

大塚俊男

〈社団法人東京都栄養士会在宅栄養士教育事業, 1986年9月〉

痴呆性老人対策

大塚俊男

〈和歌山県衛生部昭和61年度近畿ブロック保健婦カウンセリング技術短期研修会および老人保健事業従事者(保健婦)研修会, 1986年12月〉

ライフサイクルからみた心の健康づくり(老年期)

大塚俊男

〈三重県昭和61年度健康づくり県民大会, 1986年9月〉

ストレスとは?

宗像恒次

〈板橋区板橋保健所, 1986年4月23日〉

我が国の老人のケアシステム

大塚俊男

〈千葉県精神科臨床懇話会, 1986年10月〉

心の健康

宗像恒次

〈中野区学校教育部, 1986年7月23日〉

休養と健康

大塚俊男

〈厚生省・宮城県宮城県健康・体力づくり県民のひろば, 1986年10月〉

日本人とカルチャーショックを考える

宗像恒次

〈日本熱帯医学協会, 1986年7月24日〉

痴呆性老人の処遇からみた老人——福祉

中間管理職の精神健康

宗像恒次

〈精神衛生普及会, 1986年2月12日〉

ストレスとは何か

宗像恒次

〈浦和市立中央公民館, 1986年7月17日〉

心身の病理の社会学

宗像恒次

〈岐阜県精神衛生センター, 1986年12月11日〉

日本人のストレスと病気

宗像恒次

〈精神衛生普及会, 1986年21月22日〉

現代のストレスと精神衛生

宗像恒次

〈東京都心理判定員研究協議会, 1986年2月21日〉

社会心理的背景からの健康

宗像恒次

〈(財)ライフプランニングセンター, 1986年5月2日及び11月19日〉

公衆衛生活動と精神保健

宗像恒次

〈神奈川県精神衛生センター, 1986年11月3日〉

Human relationship in the Japanese

宗像恒次

〈The International Nursing Foundation of Japan, 1986年1月〉

海外生活における精神保健

宗像恒次

〈東京大学医科学研究所, 1986年11月〉

Mental Health Policy in Japan

宗像恒次

〈Japan International Corporation of Welfare Services, 1986年8月13日〉

Urbanization and Health in South-East Asia and Japan

〈Madurai Kamaraj University, India, 1986年8月〉

Psycho-Social Background of the Kanpo Remedy User

宗像恒次

〈Korean UNESCO, 1986年6月6日〉

精神薄弱者の判定について

櫻井芳郎

〈関東甲信越地区精神薄弱者更生相談所職員研究協議会, 1986年10月〉

精神薄弱者福祉の理念, 判定の意義, 障害判定および職能判定のあり方, 今後の課題などについて講述した。

面接技術について

櫻井芳郎

〈昭和61年度福祉事務所精神薄弱者福祉担当職員研修会, 1986年10月〉

精神薄弱者福祉臨床の業務に従事する職員に必要な面接技術について講述した。

地域における心身障害児(者)療育援助のネットワークの確立をめざして(主論)

櫻井芳郎

〈全国心身障害児福祉財団

昭和61年度栃木県療育援助促進セミナー, 1986年8月

昭和61年度長野県療育援助促進セミナー, 1986年10月

昭和61年度愛媛県療育援助促進セミナー, 1986年11月〉

人間尊重, 共存の思想を具体化する道として重視されている地域ケア体制を確立するには, 地域住民の共感と支持を得て早期対応のシステム化とコンサルテーション・サービスのネットワークの形成に努めることの必要性和関係者のはたすべき役割について基調講演をおこなった。

面接技術の原理と実際

櫻井芳郎

〈昭和61年度生活保護および福祉五法現業員中央研修

会（福島県），1986年11月）

福祉臨床家の業務に必要な面接技術の原理と実際について講述した。

精神薄弱児・者処遇の今日的課題（特別講演）

櫻井芳郎

〈昭和61年度民間社会福祉施設職員合宿研修会（社会福祉調査会），1986年10月〉

“共に生きる”人間生活の実現をめざす新しい精神薄弱者（児）福祉を推進していくうえの諸問題を基本問題と臨床問題に分けて論述した。

老人と家族・地域社会

椎谷淳二

〈相模原市社会福祉協議会，1986年10月，11月〉

高齢化社会の中で直面する老人の生活上の諸問題と，それらを支えるシステムとしての家族と地域社会のあり方について論じた。

在宅福祉の意義

椎谷淳二

〈立川市社会福祉協議会，1986年6月〉

在宅福祉の基本的視点と，その意義について説明した。

DSM-IIIをめぐって

北村俊則

〈総合病院精神科の会，1986年9月〉

精神薄弱者の職業自立をめざして

櫻井芳郎（企画・指導）

〈⑥その他 教材ビデオの作成昭和60年度身体障害者雇用促進協会委託研究，製作(株)ハウスカンパニー，1986年3月〉

精神薄弱者の職業自立を援助することの意義および職業自立をめざす活動について理解を深め，雇用の促進と職業指導訓練の充実・強化に役立てる目的をもって，精神薄弱者の雇用・訓練にかかわる事業主，労働，教育，福祉関係者および障害児父母団体を対象とする教材ビデオを作成した。カラー，20分もの。

家族療法—事例を通して

鈴木浩二

〈東京都精神医学総合研究所，1986年3月〉

家族療法について

鈴木浩二

〈神奈川県リハビリテーション心理学研究協議会，1986年11月〉

ミラノ学派アプローチ

鈴木浩二

〈京都国際社会福祉センター，1986年6月〉

家族療法の実際

鈴木浩二

〈神奈川県児童相談所職員研修会，1986年9月〉

本人が来所しないままでの家族療法

鈴木浩二

〈東京都公立教育相談所連盟，1986年8月〉

問題生徒への対応をあらためて考える——システムズ・アプローチ・セラピーの立場から——

鈴木浩二

〈神奈川県私立中学高等学校長協会，1986年6月〉

学習障害児の診断と治療教育について

原仁

〈浦和市立教育研究所，1986年2月〉

学習障害児の診断と治療に関して医学的立場を解説した。

てんかん児の神経心理学的検討

原仁

〈府中療育センター，1986年9月〉

てんかん児の神経心理学的研究の現況の紹介と，注意カテスト，ソフトサイン等に関する研究結果の解説。

精神薄弱について

原仁

〈練馬区障害児保育研修会, 1986年9月〉

障害児保育の担当者に、精神薄弱の概念、医学的診断、治療法について解説した。

ぜんそくの正しい知識と家庭療養上の留意点

原仁

〈新宿区公害保健福祉事業, 1986年9月〉

ぜんそく児の保護者に、ぜんそく児に対する対応法を解説した。

老人デイ・ケア

齋藤和子

〈NHK; 今日の医学, 1961年4月20日〉

老人デイ・ケアを必要とする精神衛生的根拠, 社会的背景, 法的根拠, デイ・ケア活動と運営の実際, 効果等を論じた。

痴呆老人のケースワーク

齋藤和子

〈東京都; 精神衛生相談員資格取得講習会, 1961年9月12日〉

我国における老人の社会的状況, 老人の健康状況, 老人の心の特徴, 老人への援助と家族援助, 老人福祉における在宅障害者対策, 精神衛生における老人対策及び老人のケースワークを論じた。

老人のデイ・ケア

齋藤和子

〈山口県; 地域精神衛生活動研修会, 1961年9月18日〉

老人デイ・ケアを必要とする精神衛生的根拠及び社会的背景, 法的根拠, デイ・ケアの運営と活動の実際, 及びその効果等を論じた。

老人の心と介護

齋藤和子

〈埼玉県; 痴呆性老人処遇技術研修事業研修〉

老人の心の特徴, 介護の実際等について論じた。

老年期痴呆に対する看護

齋藤和子

〈日本看護協会千葉県支部; 地区研修会, 1961年11月13日〉

老年期痴呆の特徴, 在宅痴呆老人対策, 看護の実際等を論じた。

あ　と　が　き

本年は年度の途中で旧国立精神衛生研究所他1研究所，2病院を含む国立精神・神経センターが誕生し，研究所の名称も同センター精神保健研究所となった。しかしこの「精神衛生研究」誌は名称を変更せずに刊行することとなった。精神衛生研究所の歴史をつくられ，本誌の充実に寄与された先輩諸兄姉に対し，また日頃本誌を利用されてる一般読者の方々の便利のためにもこれでよかったと思っている。

内容は児童から老人まで，また臨床研究から疫学，統計的研究までと多彩にわたり，研究所の役割と責任をあらわすものとなった。各方面において広く利用されることを期待する。

また本年度担当編集委員であった柏木昭氏が本年3月で停年退職員となった。ここにその御指導に対し感謝するとともに，今後先生のご健勝であられるよう祈るものである。

編　集　委　員

柏　木　　昭

越　智　浩二郎

齋　藤　和　子

和　田　修　一

精神衛生研究 No.33 1986

昭和62年3月31日 印刷・発行

編集責任者

柏木 昭 齋藤 和子

越智浩二郎 和田 修一

発行者

国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

(非売品)

印刷：株式会社弘文社

