

精神衛生資料

第 11 号

昭和 38 年

国立精神衛生研究所

精神衛生資料

第 11 号

昭和 38 年

Annual Report on Mental Health

Number 11

1963

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

まえがき

精神衛生資料の性格従って編集方針について、精研発足当時には、精神衛生資料第1号に、精神衛生対策の第一歩は、精神衛生に関する各種の問題について実情を正確に把握することであり、必要な調査並びに資料の蒐集は実にその根底をなすものであると述べられている。その後この編集方針は忘れられたわけではないが、その時の編集委員の考えによっていろいろな試みが行われ、資料の性格についても問題になって来ていた。

われわれ編集委員は、資料の性格について、「精神衛生研究」が当所の研究報告集であるのに対して、研究調査の統計数字をあげるだけでなく、その結果を広く各方面の方々に理解して載くための広報活動的な性格のものにしたいと考え、執筆に際して執筆要領を配布し、それぞれの執筆者が関心の深い問題を提起し、資料をあげ、対策について述べるという順序で書き、外国語はなるべく避け、素人の新聞記者などにも理解出来るような文章で書き、特に精神衛生運動及び対策との関連について強調して戴くようお願いした。

われわれ限られた研究員の数から来る課題数の制限や、執筆期限の問題などのため、精神衛生の問題を広くとりあげることは出来なかったが、執筆された方々がどの方面の問題に興味を持ち、その対策についてどのような考えを持っておられるかということについても、相互の理解を深めることが出来たように思っている。

1963年

編集委員 菅野重道
田村健二
桜井芳郎
今田芳枝

精神衛生資料 第11号 目次

まえがき

精神障害者のリハビリテーション……………	加藤 正明……………	3
精神薄弱の発生要因と予防対策……………	菅野 重道……………	13
日本における精神薄弱の脳波研究に関する文献目録……………	湯原 昭, 中川 四郎……………	23
核酸と遺伝と記憶の問題をめぐって — 神経化学最近の話題 — ……	神成 節子……………	27
日本における成人精神薄弱者福祉問題の展望と今後の課題……………	桜井 芳郎, 高乗 公子……………	33
問題児と特殊児童及び児童の事故の状況……………	玉井 収介……………	67
睡眠薬乱用少年の実態……………	加藤 正明, 今田 芳枝……………	75
日本における中毒・嗜癖問題の最近の展望……………	高橋 宏……………	81
産業界の“人づくり”新動向 — 能力開発訓練の精神衛生 — ……	横山 定雄……………	93
交通事故は何故起る……………	伊藤 祐壹……………	105
老人の精神衛生 — 後期壮年層調査にみられた精神衛生問題 — ……	加藤 正明……………	123
アメリカにおける家族研究の一動向……………	田村 健二……………	129
アメリカにおける精神障害と精神衛生対策の動向 — 精神障害と精神衛生に関する合同委員会のレポートから — ……	山崎 道子……………	131
アメリカにおけるサイキアトリックソーシャルワーカーの教育, 養成の動向……………	山崎 道子……………	143
英国における精神病対策15年計画……………	柏木 昭……………	153
精神衛生相談室活動の現状と問題……………	加藤 正明, 桜井 芳郎, 中村 治子, 高乗 公子……………	157
東京出張相談の現況……………	齊藤 和子……………	171

精神障害者のリハビリテーション

加藤 正明*

1. 精神障害者のリハビリテーションの発展

身体障害者とともに、「精神障害者のリハビリテーション」という言葉が、最近とみに注目を浴びるようになった。昨年（2017年）の第59回日本精神神経学総会でも、「社会復帰」がシンポジウムとしてとりあげられ、本年（2018年）の医学会総会でも、内科その他領域のリハビリテーションの集會が持たれた。また、本年度からは東京療養所に物理療法及び作業療法の働き手の養成コースがつくられすでにその教育が始められている。

ひるがえって考えてみると、精神障害者のリハビリテーションの歴史は古く、モアによればP.ピサニが18世紀末にシシリー島で、患者の院外外出や試験帰宅を試みたのが始まりだといわれる。その後シモンの病院開放や、M.ジョーンズの「治療社会」などによって代表される病院管理方式の発展にともない、地域社会と精神病院の関連が問題視されるようになった。これらの動きがあいまって精神障害者のリハビリテーションを発展させる機運をもたらしたといえよう。その近代的な意味で支えとなっているのは、第2次大戦にさいしてイギリスが労働力不足に悩み、戦後大幅に心身障害者雇用法を拡大し、あらゆる企業が労働人口の3%以上を心身障害者をもってあてるように義務づけられ、これに従わぬ場合は税金を増やすという思い切った処置に出たことである。イギリス及び北欧の社会福祉国が誕生し、産業社会復帰施設、国立訓練センター、復職工場などが相ついでつくられ、各種の中間施設が、精神病院と企業とをつなぐ社会復帰施設としての役割を担うことになった。これらの欧州の動きはアメリカにもおよび、ホックやイワルトのような精神医学会の幹部がWHOのフェロウとして欧州に赴き、こういうリハビリテーションの諸活動をアメリカに導入することになった。その動きは1955年から1960年にいたるアメリカ国会所属の精神衛生合同委員会の調査研究報告10種が、あい次いで発表され、ことにイワルトを中心とするAction for Mental Health(精神衛生への働きかけ)が発刊されて、それが本年2月のケネディ宣言の基礎となった。(精神病及び精神薄弱に関するアメリカ大統領のメッセージ、1963年2月5日)日本では最近、身体障害児の問題が池田首相への作家の手紙を契機に問題になっているが、精神障害者のリハビリテーションのための施策はほとんどなかったといってよい。

2. 精神障害者のリハビリテーションの具体的方法

* 国立精神衛生研究所 精神衛生部

精神病や精神薄弱に対する治療の困難なことが、その社会復帰における最大の障害であった。精神病院での作業療法は早くから行われていたが、それが新たに注目されなおしたのは、最近の薬物療法の進歩によって、精神病の治療が急速に躍進したからである。1930年代からはじまった各種の精神科治療、インシュリン衝撃療法、電気衝撃療法、前頭葉白質切裁術などにいれ代って、精神安定剤、脳賦活剤、抗けいれん剤などの新しい発展が、ここ十年近くつづけられている。ことに電気衝撃療法がほとんど用いられなくなってから、精神病院内の空気は一変し、職員と患者の対人関係はいちじるしく好転した。

また、精神病院における開放方式は、シモン以後とくにイギリスで発展し、ことにメイパリー病院のマクミラン院長が100パーセントの開放方式をとったことが大きな反響を呼び、イギリスのみならずアメリカにも影響を与えた。日本でも佐賀県の国立肥前療養所で伊藤正雄院長が開放方式の先鞭をつけた。

さらにまた、ロンドンのベルモント病院で、マックスウエル・ジョーンズ院長が、はじめ傷療軍人の精神病院として出発し、いわゆる「治療的社会」としての病院の方式をつくりあげ、患者の自治委員会を運営したが、同様にボストンではシュワルツ及びスタントンによって、患者委員会による運営が試みられ、さらにエール大学ではコーディルとレードリックによる病院内の人間関係の分析が行われるなどの新しい方向の研究がおこなわれた。

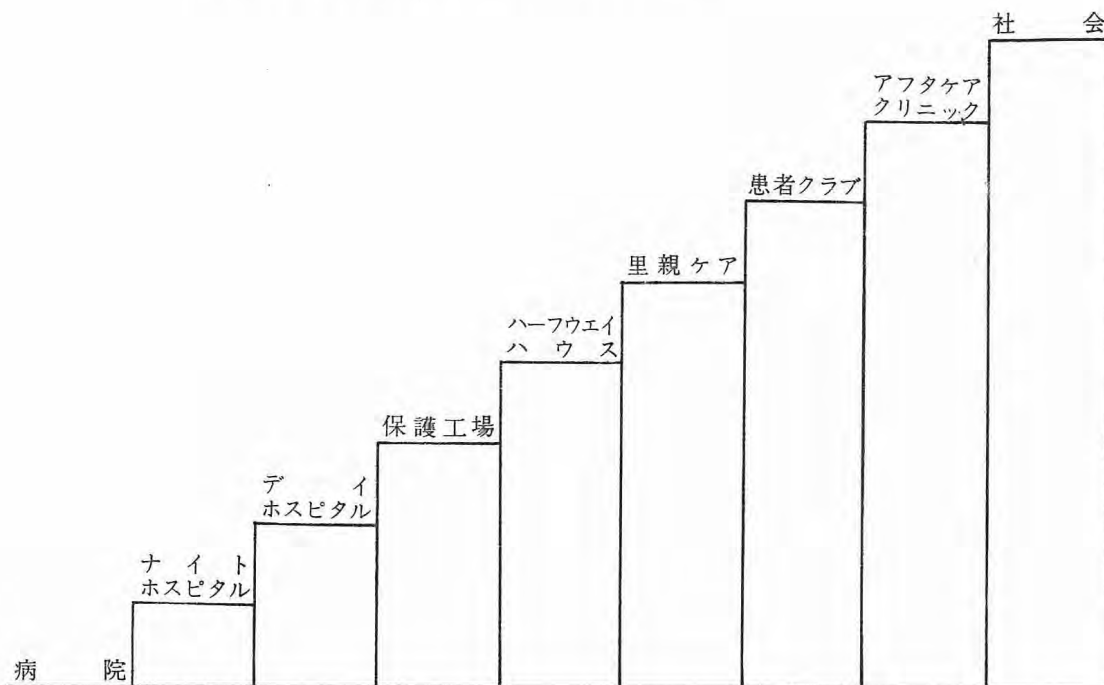
これらの発展は、「地域社会の精神病院」という動きに連がり、病院と地域社会が分離することなく、緊密なつながりをもって地域社会の精神健康管理にまで発展しようとしている。そのあり方は各国の医療制度によって異なるが、在宅精神障害者の健康管理方式が、種々の角度からとりあげられている。

精神障害者のリハビリテーションとはなにかの定義によるが、一般には医療の一部であり、狭義の医学的治療とともに行われ、予防的、矯正的手段を含む治療であるとみなされている。そこでグリーンブラットに従ってこれを段階づけると、次のようになる。

- 1) 精神病院内のリハビリテーション
- 2) ナイト・ホスピタル。
- 3) デイ・ホスピタル
- 4) 保護工場
- 5) ハーフ・ウェイ・ハウス
- 6) 里親ケア
- 7) 治療的患者クラブ
- 8) アフタケア・クリニック
- 9) 地域社会における資源の活用

以下、この順序にやや詳しく述べてみよう。

病院から社会への復帰段階（グリーンフラット）



3. 精神病院内でのリハビリテーション

精神病院内のリハビリテーションのはんいが問題になるが、日本ではもっぱらこの種の活動が多い。第59回日本精神神経学会における小林八郎の報告によれば、作業療法と試験外泊が最も多く、仮退院、職業補導がこれに次いでいる。また、国立武蔵療養所及び三重県立高茶屋病院での「社会復帰学校」は慢性患者に対する教育活動を行っており、前者は3年間に15名の長期入院した慢性分裂病患者の教育を行い、8名を社会復帰させている。さらに、院外との関連において、復帰の準備と訓練を行うものとして、臨時的院外就労、試験雇傭があり、院外作業という形で、地域の工場や農家に職員を付添わせて患者を働きに出す方法が最もひろく行われている。この点、ボストン精神衛生センター長のJ.イワルトがこれをリハビリテーションの第一歩であるとしていることに一致する。それは社会訓練として院内の作業療法より一歩進んではいるが、それが十分に推進させられるためには、後述のナイト・ホスピタル活動がこれに伴って行われなければならない。また、現在の医療制度のワクでは、多くの制約があり、ことに精神衛生法による措置患者については、ますます多くの制約がある

また、リハビリテーション活動を広義に解釈すれば、病院内での集団精神療法、患者自治会の運営、病棟患者会の運営なども、社会復帰のための準備条件である。集団精神療法は、はじめは神経症や非行少年などに対して行われ、モレノの心理劇やスラブソンの活動集団と分析集団の方法など

が代表的なものであるが、次第に精神分裂病などに対しても行われるようになった。患者自治会(委員会)は日本でも松沢病院などが古い歴史をもっているが、前述のようにイギリスではM.ジョーンズ、アメリカではスタントンなどによって、民主的運営が試みられ、それに影響されて各地で行われている。たとえば、シカゴでは患者委員会や病棟会議で、退院希望の患者の適否を討議し、その結果を医師に想談して決める試みがあり、委員会が認めて医師が不可としたものは1~2例に過ぎなかったという。また、マクリーン病院では、入院後のオリエンテーションに職員のみでなく、患者委員会が参与している。日本でも、レクリエーション計画はもとより、病棟新聞発行、クラブの運営、その他がこの委員会で行われているところもある。一般に、委員を病院側の任命制から患者相互の選挙制に移し、任期を決め、なかにはリコール制をおいて、委員のボス化を防いでいるところもある。

また松沢病院の加藤伸勝は、松沢病院に平均8,9年在院した慢性分裂病者42例について、通勤、住込という見習期間と、夜間病院、職業補導によって、15名の患者を正式就職させているが、これらの患者は病院という保護環境の中では比較的安定していても、外部環境では些細な刺戟で病的状態が再然したり、その反面大きな刺戟に平然としていたことから、たえず周囲の者との連絡をつづける必要のあることを強調している。群馬大学の江熊要一も、そのためには定期的訪問指導、定期的集合、集団精神療法、休息入院、家族や職場の環境調査の必要性を主張している。小林の統計によっても、社会復帰者に対するカウンセリング、家庭訪問が多くみられる。

4. ナイト・ホスピタル (夜間病院)

精神障害者が昼間は働き、勤めから帰ったあと、夜間に治療を受けられるようにする方法であり、カナダのモントリオール総合病院精神科でE.モルが1953年にはじめたものと、イギリスでピエラが1952年にはじめたものがある。夜間病院で外来診療を行うとともに、ベットも持ち入院させているところも多い。主として集団精神療法を行うが、薬物療法や個人精神療法も行われる。その対象はさまざまであるが、外来のかたちで入院させぬものは神経症が多く、入院させるものにはアルコール中毒や青少年非行、精神分裂病その他がある。一般精神病院から独立したかたちのものと、その一部に附属させたり、一病棟をこれに当てたりするものがある。日本ではまだ独立したものはなく、退院患者を夜間来院させたり、在院患者を昼間試験的に働かせて、夜間に治療するものが多い。しかし、院外作業に出て夜は病院でねるというだけではナイト・ホスピタルとはいえない。長坂は精神分裂病患者の社会生活を維持、向上させるためのアフタケアとして、夜間の集団精神療法と薬物療法を併行させ、社会生活の維持に成功したという。問題は夜間の2~3時間を治療的にいかに有効に用いるかという点にある。

5. デイ・ホスピタル (昼間病院)

世界で最初にデイ・ホスピタルができたのは、1927年にハリコフで、精神病院に入院させる必要はないが、職場復帰のできぬものを、昼間作業させたことにはじまり、1932年にはモスクワ第1精神病院でも、この試みがなされた。それから14年後、現在の意味でのデイ・ホスピタルが、モンリオールのキヤメロン及びロンドンのピエラによって、ほとんど同時の1946年にはじめられた。前者はマギル大学、後者はマールボロ・デイ・ホスピタルとして現在まで継続している。キヤメロンによれば、デイ・ホスピタルの利点は、1) 治療中の患者の家庭との接触 2) 病院への依存関係からの脱却 3) 外界への再適応という困難がないこと 4) 費用の節約(大体入院の3分の1) 5) 外来治療のワクを拡げたことにあるとする。

この方式は欧米で重視され、1958年にワシントンで「デイ・ホスピタル」会議が開かれ、ここでモルはデイ・ホスピタルを5型に分けている。すなわち1) 総合病院に併置(モンリオール総合病院) 2) 総合病院に独立して附属 3) 外来クリニックの一部(ブルックリン) 4) 精神病院に附属(モーズレー、メニング・クリニック) 5) 完全に独立したもの(マールボロ)の5型である。また、フロイデンバーグは、第3型をデイ・センターと呼び、第4型をデイ・ユニット、第5型をデイ・ホスピタルといている。

設置条件は地理的に交通の便利な場所に設け、受理面接室、診察室、集団及び個人精神療法室、作業及びレク・療法室、事務室、更衣室その他を必要とし、職員は医師を責任者として、作業療法士、レク、セラピスト、グループワーカー、臨床心理技術者、ケース・ワーカー、看護婦、書記、雑役など5~8名の責任者と、非常勤若干名を必要とする。多くが土・日を除く曜日の朝9時ごろから夕方5時ごろまでが多く、大体一日に30人前後の患者を扱うものが多い。トロントの3ヶ所での経験では、全く独立せず、外来クリニックと精神病院に併設されているほうがやり易いという。対象としてJ.トービンは、1) 暴行や自殺などの行為のないこと 2) 自から通院を納得すること 3) 精神療法を受け入れる条件をもつこと 4) 毎日の日課に参加できること 5) この条件に合えば老人でも陳旧分裂病でも有効なことを挙げ、通院期間は平均4~5週とするものから3ヶ月とするものなどの巾がある。また、入院のばあいと同様に、患者委員会による民主的運営を行うものが多く、ピエラはこれを“Guided democracy”と呼んでいる。ピエラは独立したデイ・ホスピタルはあらゆる治療の機能を持つべきであり、マールボロデイ・ホスピタルのように6病床を入院にあて、ふつう600床の精神病院に相当する人口(5万人から10万人)を扱うことができたとしている。またかれによればイギリスではすでに約70ヶ所のデイ・ホスピタルがこの10年間につくられたという。

M.シュワルツは現在のデイ・ホスピタルが2つの方向に発展しており、1つは治療を主としたもので、身体療法や個人及び集団精神療法に重点をおき、大体半日制のものが多く、他はリハビリテーションを主としたもので、学校やワークショップに近く、職業準備的、レクリエーション的な社会活動に重点をおき、週5日を全日制で行うものが多いとする。

このデイ・ホスピタルの有用性は神経症患者のみでなく、慢性分裂病患者に対しても、社会復帰のための潜在能力を刺戟したことが、カーマイクルのブルックリンでの経験から主張されている。ビエラは将来、デイ・ホスピタルが精神病院におき代るであろうとしている。それほど楽観的にはなれないとしても、日本でのこの利用をリースがすすめたのは、10年近く前のことであった。今までに僅かの病院が「昼間病棟」を試み、退院患者を入院患者の作業やレクリエーションに加えたり、外来患者を週1回1日とどめてレクリエーションを行ったりしている程度で、系統的なものはまだ発足していない。これには経済的、人的な問題や、病院までの距離も関連がある。なお、精神薄弱については、すでに「通園センター」がかなり前から発足しているが、精神病患者については、なお実験的段階にあるとあってよい。

6. 保護工場

保護工場は1840年ごろに、盲、結核、心臓病などの患者のためにつくられた。それは社会生活を営む心身障害者のために、医学的監督のもとに、その能力に応じて働く機会を得るための作業場である。シュワルツの調査によれば、アメリカに約600のワークショップがあるが、精神障害者だけを扱っているところは1ヶ所もなく、一般に精神障害者に対して余り歓迎していないとのことである。なかでも有名なのはニューヨークのアルトロ作業場で衣服製造工場であり、医師、看護婦、ソーシャルワーカー、職業コンサルタント、心理学専攻者などのチームを有している。日本では精神薄弱者に対してコンクリート・ブロックの作業場をつくっているところがあるが、精神病患者ではまだ、集团的就職の段階にすぎず、それもきわめてすくない。ただ、ある大工場では保護班をつくり、ここには結核回復者や肢体不自由者とともに、精神病患者や神経症患者をまじえ、約50名の班をつくっているが、これもここから各所に補助員として出勤させているにすぎない。

なお、保護工場でなく、職業補導に重点をおくものについてはのちに述べる。

7. ハーフウェイ・ハウス

患者を社会生活に送り帰すまえに、患者の打撃をすくなくし、独立した行動をするようにさせるためにつくられた一時的な居住施設である。これに3種あり、第1は最少限の監督を要する寛解患者で、就職しているか就職可能性のあるものを少数に限って入れる「都会型の協同住宅」であり、第2は第1型より大きく、畠や牧場があつて、農業を主とするもの、第3型は患者の家と病院の中間形態で、しかも治療を主とする収容施設である。しかし、それが社会と分離してしまつたり、慢性の「小精神病院」にならぬよとの警告もある。まだ問題をもつてはいるが、筆者が見たものは7~8人づつ一家屋にすみ、男女は別にし、主として所内作業、所外作業、レクリエーションなどをやり、滞在も短期であった。

8. 里親ケア Family-home Care, Foster Family-Care

最も古典的なものはベルギーのゲール・コロニーや京都の岩倉にあった形態である。入院している必要はないが家庭には帰せぬものを、よい家庭環境において治療する試みである。病院の定員過剰を少なくするのみでなく、患者をひきとらない家族も彼らをひき取らなければならないと考えさせるのに有効である。それはデイ・ホスピタルと結びついたとき、最も有効であり、例えばメニングー病院は38の家族をもち組織的にこの活動をしている。また、ソーシャル・ワーカーがたえず里親家族と接触して、その不安を軽減させ、患者の受けいれがうまくゆくように支えていかなければならない。

9. 患者クラブ Ex-patient Club, Therapeutic patient Club

退院患者のクラブを組織して、定期的会合を持ち、治療効果を挙げようとするものであるが、これにもいろいろある。まず第1に、イギリスのランウエル病院で1938年にはじめられた社交クラブの型で、レクリエーションを中心とし、退院患者だけを集めるものもあれば、患者家族や知人をも含めるものもある。モーズレイ病院のロドニー・クラブも前者の型で古いものである。一般に患者の委員によって自治的に運営され、医師やソーシャル・ワーカーは余り前景に出ないようにしている。日本では柏木と池田が数年前から東京でこれを組織している。

第2型は退院患者だけでなく入院患者も加わるもので、さらにその家族や知人も加え、クリスマス会などをやる試みである。一般に人数は前者より多く、退院患者が入院患者の回復に援助する点に重点がおかれる。第3型は前2者より小さく、治療を主とするグループである。これは集団精神療法のグループであったり、自発的な回復者の会合だったりする。

アメリカでこの患者クラブが活発になったのは、1950年以後のことで、1960年には全会員が延4,000名に達したといわれる。1958年の調査では20州に250のグループがあり、そのうちの14グループはカルフォルニアに集っている。一般に会員は安定せず、専門家が参加しないとことに不安定であるという。最も有名なのは、ニューヨークのファウンテン・ハウスで、1948年にロックランド州立病院の退院患者によって組織された。1958年には7人の専任の専門家と非常勤の精神科医がおり、それに70人のボランティアが所属している。夜の会合はひるま働いている退院患者、ひるの会合はまだ働いていないもののために開かれており、さらに近隣者を交えた会合が6グループある。ピエラはデイ・ホスピタルをはじめの前に、まずこの患者クラブを組織したことが有効であったとしている。

10. アフタ・ケア・クリニック

多くのアフタ・ケア・クリニックは病院活動の延長として行われた。はじめは病院外来であったも

のが、独立して病院職員によって行われたり、全く独立した職員をもって密接な関係をもったりして発展している。なかには既設の一般病院に移動クリニックのかたちで行われるものも多い。また傷病軍人病院の診療所として退院患者のアフタケアを行っていたものが、一般市民のアフタケアをもひき受けるようになることもある、精神病院は一般にへんぴな場所につくられることが多いので、交通に便利な場所に外来を設け、それがアフタケア・クリニックになることも多い。しかし、アフタケア・クリニックは、たんなる外来診療にとどまらず、積極的に訪問まで行うところもある。また、ニューヨークのブルックリンにあるもののように、デイ・ホスピタルと併設のところもある。イギリスではいわゆる地域社会担当の精神病院があって、その担当地域の退院患者をもよりの総合病院に通院させ、精神病院の担当医が移動クリニックで一貫して診療する方式がとられている。それはさらに家庭医にまで組織化されている。

日本では精神科外来で多くの患者を扱っており、昭和35年度実態調査の推定では、年間255,000人と推定されている。ことに都会に存在する大学病院、官公私立病院では外来患者の増加が著しい。退院患者の大部分は再来患者として扱っているが、へんぴな病院では都会に外来を設ける傾向があり、これが組織的なアフタケア・クリニックとして発展し得る。また一部では精神衛生相談所職員が保健所に移動クリニックをもって巡回しているところもあるが、いろいろの障害が多い。イギリスが保健所に移動クリニックをもって巡回しているところもあるが、十分な職員をもつ精神病院が、これに参加できればよいが、いろいろの障害が多い。イギリスの精神病院が2,000人の患者に医師12名で、50%の時間をこの移動クリニックに費していることは、病院組織の問題や職員構成などにも関係がある。

また、日本では保健所が地域社会の健康管理に当っており、精神健康管理ないしは精神障害者管理における保健婦の役割りが重要視されている。従来は母子衛生と結核管理に忙殺されて、その余裕はなかったが、精神健康管理ないしは精神障害者管理は、保健所の新しい課題となりつつある。しかし、精神病院の医師の巡回による移動クリニックとの緊密な連けいが必要であると思われる。

11. 社会福祉施設によるリハビリテーション

地域社会における福祉施設の利用も、きわめて重要であり、欧米ではたとえばアメリカの州立職業訓練所や、社会復帰センターやイギリスの国立訓練センターや職業補導部などがある。しかしアメリカでもイワルトのいうように、施設職員が身体障害者には慣れていても、精神障害者には熟練しておらず、そのための技術指導を必要とするといわれている、アメリカの社会復帰センターは、職業的評価や職業カウンセリング、職業訓練、保護的雇傭、積極的な配置、心理的カウンセリング、ソーシャル・ワークなどが組合わされている。しかし1958年度の調査では、78ヶ所の著明な施設のうち、精神障害者の社会復帰に対して十分な計画的をもっていたのは23ヶ所（27%）にすぎなかったという。

日本ではこの種の社会福祉施設として、緊急救護施設が各地に設けられているが、それが「主として一応症状が固定し、狭義の医学的治療の継続を必要としないもので、引取先がないなど、居宅においては保護を行うことができないか、または保護の目的を達しがたいものを、収容する救護施設と規定され、真の意味の社会復帰センターではない。むしろ、慢性患者のたまり場に過ぎず、根本的に性格を変えるべきであるとの主張がつよい。西尾らは昭和36年6月1日現在で、東京都のある緊急救護施設を調査し、41%が精神分裂症で、てんかん15%、酒精中毒13%、精薄11%であり、退寮理由のうち35%が無断退寮、再入院が23%、正当退寮21%、就職21%であったという。また、職員や経費の点できわめて不十分であり、これを全く改める必要があるとしている。

12. む す び

現在の精神障害者対策として、精神病床を増加させることが重視されているが、社会復帰のための対策がほとんどなされていないのが、一大盲点となっている。現在、日本における精神科病床は、大略1万人に対し12床であり、これはアメリカの43床やイギリスの33床にくらべて低いことは事実である。しかし、薬物療法とリハビリテーション活動の活発化によって、アメリカの5分の3の州では在院精神障害者は減少しつつあり、ことにイギリス（イングランド及びウェールズ）では、今後10年間に人口1万対33床から19床に減らす計画であるという。

現在の精神障害者対策として重要なことは、精神科病床を慢然と増やすことではなく、現在の830の精神病院のリハビリテーション活動を活発化するための措置を構ずるとともに、前記のさまざまなかたちのリハビリテーション施設を精神病院以外に設けて、十分にその機能を果し得る条件を具えるよう計うことである。もし精神科病床の増加の必要ありとすれば、一地方に集中することを避け、できれば10万都市に市（郡）立の精神病院（150～200床）を設置し、真に地域社会の精神病院として、その地域の精神障害者の治療並にアフタケアの中核となり得る態勢を整えることにある。さらにまた、リハビリテーション活動の促進に関連して、精神科職員（精神科医師、精神科看護婦（人）、作業療法士、レクセラピスト、グループワーカー、ケースワーカー）などの養成、精神衛生相談所の強化、一般社会や患者家族の精神障害者に対する態度の変容などのための対策などが構ぜられなければならない。

文 献

1. 江熊要一：精神神経誌，64，411，1962
2. 加藤伸勝：精神科のリハビリテーション，総合医学20巻 3号 1963
3. 加藤正明：精神衛生のあり方，大阪精神衛生参考資料（7） 1960
4. 柏木昭：第9回精神衛生全国大会記録，1961

5. 小林八郎：病院精神医学第3集，1960
6. 竹村堅次：精神医学1，1959
7. 横井晋：病院精神医学第3集，1960
8. シンボザウム“社会復帰”：精神神経誌64巻 9号，1962
9. 病院精神医学第6集 1963
10. WHO精神衛生専門委員会第3次報告，松沢病院医局資料，これからの精神病院シリーズ3 1959

精神薄弱の発生要因と予防対策

菅野重道*

1 遺伝的障害

精神薄弱は知能障害を中心症状とする、遺伝的発生的発達のな人格障害であり、原因論的にはこれらの種々な要因が複雑に混合している。また世界保健機構の1954年に出された **Technical Report Series, No.75**には**Mental Deficiency**と**Mental Retardation**とを区別しており、後者は原因が環境的な要因にあって、教育的及び社会的な**Performance**が知的能力として期待されるよりも著しく低い場合を指し、病的な原因が働いた結果、精神的能力それ自身が減弱する条件を記述する必要がある場合に、**Mental Defect**及び**Mental Defective**という言葉を使うように提案している。

精神薄弱という人格の発生的発達の障害が現れる生理的及び病理的要因について、学派、研究方法また研究の進歩にともなって、遺伝素因、出産時の障害、乳児期及び早期幼児期の脳疾患さらに胎生期の発生学的障害などが指摘強調されてきた。何れにしても、知能障害と大脳の障害との間に密接な関連のあることは、医学における臨床的及び実験的研究が強調して来たところであって、精神薄弱の予防対策はまず第一に大脳の健全な生長発達に目をむけなければならない。

遺伝素因の重要性については、古くは家系研究またそれに引続く双生児研究の強調して来たところであって、わが国においても戦前から東大精神科を始めとして多くの業務があり、優生学的な観点から地域調査も幾つか行われて来た。ことに双生児研究は戦後においても、遺伝素因の役割を検討する重要な資料を呈供しており、アメリカにおいても**Genetic Psychiatry**として活発な研究が進められている。¹⁾精神分裂病、てんかんなどに較べても、知能の発達障害を中心とする精神薄弱において、遺伝素因がより大きな影響力を持っていることは确实と思われ、優生学的な観点からの対策も重視される必要がある。しかしこれらの遺伝素因に対する優生学的な対策は、ある種の限られた精神薄弱に対する効果以外には、多くのいわゆる内因性あるいは家族性精神薄弱に対しては、その効果を期待することは極めて困難である。限られた世代の中で優生学的な措置によって、これらの精神薄弱者を減少させることは極めて困難であり、また精神薄弱者の挙子率が低く自然淘汰社会淘汰が一方で行われている反面、少くとも外見上全く正常と思われる人から精神薄弱者が生れている。またわが国のように近親婚率が4%以上といった極めて高い国においても、欧米のようなわが国の1/5以下と考えられる低い近親婚率の国においても、特に精神薄弱者の発生率、出現率の差がそ

* 国立精神衛生研究所 精神薄弱部

れほど大きいとは推定されてはいない。集団遺伝学的な研究理論に基づいて、この点についての説明も試みられているが、なお仮説の域を出ない。

数の多いいわゆる内因性或いは家族性の精神薄弱についての優生学的対策の効果については以上のようになお今後の研究にまたなければならない問題が残されているが、いわゆる特殊型精神薄弱の幾つかのもの、その中でも比較的数の多いものについては、優生学的な対策が極めて重要であると思われる。

例えば優生遺伝によると考えられている**結節性硬化症**、劣性遺伝によると考えられる**小頭症**などは、比較的数も多く優生学的な立場からの対策も重要である。

また**蒙古症**も比較的数の多い特殊型であるが、染色体異常が発見され、従来の母体の卵巣機能不全、栄養障害、患児の脳下垂体その他の総合的な内分泌障害などの問題のほか、減数分裂から受胎時における障害の結果として、正常の場合46個の染色体が47個となり、それが蒙古症の発生に決定的な要因となるのではないかと考えられている。しかも47個の染色体を持つ蒙古症患者がもし結婚すれば、減数分裂の過程で、23個と24個の卵或いは精子が現れ、この中24個のものが受胎すれば、胎児は当然蒙古症となる宿命をになうこととなり、このような胎児の生ずる確率は $\frac{1}{2}$ であり、すなわち子供の半数が蒙古症となる可能性が考えられるわけで、このような問題に対する対策は当然優生学的な立場から処理される必要が起って来る。また性腺の発生障害を中心症状とする疾患として知られていた**クラインフェルター症候群**及び**ターナー症候群**と蒙古症との関係が重視されており、蒙古症との合併或いは家系調査や双生児における緊密な関係が指摘され検討を進められている^{1),2)}

遺伝学的な問題と深い関連のあるものとして、Rh式血液型の不適合から起る**新生児赤芽球症**ないし**核黄疸**の問題がある。^{3),4)}すなわち血液型の不適合の結果から生ずる溶血によって脳細胞が破壊され、高度の場合には流死産となり、生存している場合にはしばしば緊急措置として交換輸血によって救うという問題が起る。遺伝学的には血液型の遺伝の問題であって、Rh式血液型は優生遺伝をするといわれている。すなわち父親がRh陽性であると胎児は必ずRh陽性になる。もし母親がRh陰性であると胎児は母体にとって異物となり、胎児の血液型の抗原が胎盤を通じて母体の血液の中に入り、これに対抗する抗体が作られる。この抗体が胎児の血液の中に入って抗原抗体反応が起って胎児に溶血が起り、胎児は死亡したり重症の出血症状を起すこととなる。第一子の時には抗体が母体に十分に生産されず、第二子以後になって溶血が高度に現れるということも多い。幸い日本人は白人に比してRh陰性の人は極めて少ない。すなわち白人の15%に対して日本人は0.6~1%といわれており、従って赤芽球症の頻度もかなり少ない。しかし対策上の問題としては、Rh陰性の女性を明確にし婚前指導と危険に対する準備を行い。溶血現象に対して交換輸血その他の救急対策を万全にすることによって多くの場合不幸を未然に防ぐことが可能であろう。勿論このような対策に対しては、人道人權上の配慮を忘れてはならない。A B O式血液型においても同様な不適合の起る可能性が問題になっているが、なお今後の研究にまたなければならない。

近來発見された遺伝的な特殊型の精神発弱としてフェニールケトン尿症がある。^{1), 2), 5)} 数はむしろ極めて少ないものと推定されているが、他の物質代謝障害による精神薄弱と共に、あるいはごく幼少期に死亡してしまっていることも考えられるのであって、その発生率出現率については今後の研究調査にまたなければならないが、100万人に4人、精薄者の0.5%存在しているとも云われ、われわれの精薄施設に在園中のもの300数十名のものについての調査では、アミノ酸異常の推定されたもの数名、フェニールケトン尿症と確定したもの1名であった。必須アミノ酸フェニールアラニンの酵素化学的な物質代謝障害の結果として、尿中に焦性ブドウ酸が現れ、これは第二塩化鉄溶液による呈色反応によって定性的な発見は容易である。この遺伝生化学的な障害の結果として大脳の発達が阻害され知能障害が現れる。遺伝的には単純劣性遺伝の形式に従うと云われている。しかしこの場合にも知能障害そのものが遺伝に直接関連しているとは推定されておらず、この物質代謝障害が二次的に大脳の発達障害をひき起すと推定されているのであって、出来る限り早期に発見し、フェニールアラニンを除いた特殊ミルクを使用することによって、知能障害を防止出来るという臨床実験が経験されており、アメリカにおいてはフェニールアラニンを除いたカゼインの加水分解物に、さらにフェニールアラニン以外の必須アミノ酸、鉍質及びコリンを含んだ特殊ミルクが製品化され市販されている。わが国でもどうやら製品化される見通しがついたと聞いている。

フェニールケトン尿症の問題は、たとえその数は精神薄弱の中で少ないものであっても、遺伝的な疾患に対して、対症療法的とは云えその知能障害の発生に対して予防的な措置を構じる可能性を示したものとして、遺伝的宿命という悲観的な見地を修正する機会を作ったものとして、その原因及び治療についての研究は極めて重大な意義を持っており、人道的な立場からもたとえその数は少なくとも早期の発見に努力する態勢を作るべきである。先に述べたように定性的な発見は、第二塩化鉄溶液を定着させた試験紙によって極めて容易に行い得るのであって、臨床経験によっても、早期に治療を開始するほど知能障害の進展を阻止することが出来、10才以後になってすでに知能障害が進展した後では、その治療効果も疑わしいとも云われている。

フェニールケトン尿症の発見は、更に種々のアミノ酸代謝障害と知能障害との関係、ガラクトーゼ血症などの糖代謝障害などの酵素化学的な研究が進められており、ガーゴイリズム、家族性黒内障白痴などの脂質代謝障害など、何れも劣性遺伝型式をとるものと推定され、優生遺伝型式をとると推定されているスタージ・ウェーバー病、マルファン病など、特殊型の中には優生学的な対策と関連する問題が多い。

2 胎生期の障害

従来胎生期の障害として広く知られている梅毒の問題は、公衆衛生対策と抗生物質による治療の進歩に伴って戦後減少した。しかし抗療性梅毒の問題や梅毒症状の変化などの問題がある。われわれの施設に収容中の精薄児約300数十名についてのワ氏反応の調査結果においても陽性者は僅か数名

に過ぎなかった。また昔の教科書に記載されているような定型的な梅毒症状を示すものも減少したように思われる。

戦后産科学の面から報告された**風疹**や**トキソプラズマ**などのウィールスや原虫の妊娠早期にある母体の感染による胎児の損傷も、胎盤を通じての感染障害であって、梅毒の問題と同じ系利に属するものである。^{1),2)}しかし数多くの精神薄弱の中これらの障害によるものがどのくらいあるかということに関しては、いまだ全く明らかでない。それはその感染経路の確認が困難であり、血清学的な診断方法がいまだ確立されていないことによる。³⁾例えばトキソプラズマの皮内反応も、ただ陽性であるということだけでは、知能障害や精神薄弱との関連を問題にすることは不可能であり、知能障害を持たない正常者や他の疾患や問題で入院入園している者にしても、かなりの陽性者がおり、またトキソプラズマに感染し皮内反応陽性を示す者が、地域的に大きな差を示していると云われている。従って陰性であるということだけでは勿論、対照被検者と有意の差があるかどうかという対照群の設定方法すら極めて困難であるというのが現状である。従来報告も感染経路が確認あるいは推定され、脳脊髄液中にトキソプラズマ原虫を確認したか、あるいは剖見によって原虫を確認したといった症例報告が問題になっているのであって、血清学的な診断技術の改善進歩とともに、まず基礎的な疫学的な研究が進められなくてはならない。そしてこれらの基礎的実験的な研究と臨床的な研究を併せ進め、さらに予防的な立場から対策が構じられることが必要である。

精神安定剤その他の薬物を妊婦が服用することによって胎児に損傷が起るという可能性の問題も、**サリドマイド**（フタリールグルタミン酸キミド）によるアザラシっ子Phocomeliaの問題以来大きな世論を喚起した。古くはアルコール飲用によって胎児に障害が及ばないかという系列の問題につながっているものであるが、この恐ろしい悲しむべき事件によって、妊婦の薬物の乱用をいましめ、産科医に慎重な診療態度を促し、薬物の検定制度の改善を要求するといった効果をもたらした。サリドマイドによるアザラシっ子は、肢体及び内臓の先天畸形を主な症状とし、知能障害はそれほど著しくないと云われている。しかしそれだけに本人は勿論家族の者に違った意味での大きな悩みを生じさせている。

これら薬物の問題として、避妊薬や月経調節のためのホルモン剤の問題があり、またビタミン欠乏症だけでなくある種のビタミン過剰症と胎児の損傷との問題が起っており、糖尿病や結核などの慢性疾患に対して、疾患そのものよりも、ホルモン剤、結核治療薬の胎児損傷に対する可能性が問題になっている。これらの問題はいまだ未解決の問題が多く、今後の研究にまたなければならないが、動物実験の段階においては、母体に対するX線照射、化学剤の注入など物理化学的な方法によって胎児に極めて広範な先天畸形の発生を実験的に出現させており、従来安易に遺伝性のものと考えられていた先天畸形の問題も、胎生期の種々な障害によるものが証明される可能性を多く残している。

精神薄弱においても、ことに重い知能障害を持つものにおいては、しばしば身体的な畸形を合併

しているものの多いことは広く知られており、大脳の発生学的障害という問題に関して、従来以上に胎生期の障害の有無について検討を進める必要がある。

厚生省児童局が昭和34年7月に行った、就学猶予または免除となった6才児の精神薄弱児についての実態調査報告書を見ると、第1表のように妊娠中の母体の状況において、最も多いのが妊娠中毒症で、それに次いで栄養障害となっている。⁷⁾これら**妊娠中毒症**及び**栄養障害**は互に深い関連にあるわけであるが、母体の内分泌障害、栄養障害が胎児の成長と深く関連していることを推定させる。勿論症状や障害の程度によって絶対的の条件とは考えられないが、精神薄弱の発生に対して、妊産婦の健康管理の重要性をうかがわせる資料となっている。

第1表 妊娠中の母体の状況別精薄児延数とその分布

	総数	梅毒	妊娠中毒症	結核	熱性伝染病	放射線照射	異常出血	栄養障害	腹部打撲	不詳
延数	396	17	150	15	10	8	39	97	57	3
百分率	100.0	4.3	37.9	3.8	2.5	2.0	9.8	24.5	14.4	0.8

$$\frac{396}{1,950} = 0.20 \quad \text{厚生省：精薄児実態調査}$$

3 出産時の障害

先にもあげた厚生省児童局が昭和34年7月に行った就学猶予又は免除になった6才児の精神薄弱児の実態調査についてみると、第2表のように38%に出産時の障害あるいは問題があり、その中では**早産**、**仮死**が多く認められ、**鉗子分娩**、**頭部外傷**のほか、その他として**未熟児**、**過熟児**、**複胎**、**圧出**、**骨盤位**などの位置異常、**廻旋異常**及び**分娩時間の延長**などがあげられている。

第2表 出産時の状況

	総数	鉗子分娩	仮死	頭部外傷	早産	その他
延数	746	50	199	13	219	265
百分率	100.0	6.7	26.7	1.7	29.4	35.5

$$\frac{746}{1,550} = 0.38 \quad \text{厚生省：精薄児実態調査}$$

昭和28年文部省によって行われた学童についての精薄児の調査を見ると第3表のように、出産時の異常の有無について、知能優秀なものから正常、境界線、魯鈍、痴愚白痴へと異常のある比率が高くなっており、痴愚白痴級では3.6%に異常が認められている。

またわれわれの国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所し精神薄弱と診断された534名についての調査結果では、**出産障害**のあるものが122名すなわち約23%で、**仮死**及びいわゆる**難産**が多く、**精神薄弱**と診断された以外のいわゆる**問題児**では、**出産障害**のあるものが11%で、この両者の間に

第3表 出産時の異常

出 産	異常なし	異常あり	無 記	計
知能優秀 正 常	100%	0%	0%	100%
境界綜 魚 鈍	98.2	0.4	1.4	100
痴愚・白痴	97.3	0.8	1.9	100
	96.0	1.7	2.3	100
	87.7	3.6	8.7	100

文部省：精薄児の実態

1%の危険率で有意の差を認めている。なおこの問題児の出産障害には難産、早産、仮死、鉗子などが認められている。^{9) 10)}

これらの資料にはかなり大きな差があるが、ことに文部省の学童の調査では、在学中の学令期にあるものを対象としており、軽い知能障害を持っているものが大きな比率を占めており、被検者の差によって出産時障害の比率が少なくなっているように思われる。一般に臨床的な外来、入院あるいは施設入所中のものでは、比較的知能障害の重いものが資料となり、その2割から4割ぐらいに出産時の障害を認めている調査資料が多いようである。またこれらの資料は多くの場合、その母親の供述やせいぜい母子手帳の記載を参考にして調査集計したものであって、実際の出産時の状況、障害の特徴や程度について詳細に検討し得た資料は極めて乏しい。難産とか鉗子分娩といっても、その程度や状況ことに胎児の脳に加わった障害についてくわしく検討し実証した資料は殆んどないと云っていい。また産科医から小児科医、精神科医あるいは心理学者などによって、年齢によって精神薄弱児は、ただ横断的に検査されているだけであって、その間の緊密な連絡の下に長い年月にわたって縦断的に追跡された資料は、わが国には全くない、知能障害や身体的な発達障害にしても、出生時や新生児期、乳児期など発見診断されるものは、極めて重い障害を持っているか、形態学的に特殊な畸形を伴っているものに限られるであろう。

われわれは、産科医、小児科医、精神科医、心理学者などの協力の下に、一般の児童を含めて各側面からの発達診断について研究を行う必要性を強調して来た。これによって日本における児童の発達の様相を明らかにし、その生理的及び病理的な発達の偏奇を知り、ひいては精神薄弱児の早期の発見が可能となり、また出産時の障害と精神的身体的な発達障害との関連も明となるであろう。

4 出産後の障害

精神薄弱の発生に対して、出産後の障害としては、乳幼児期の脳疾患あるいは脳損傷が従来から問題にされて来ている。

先にあげた昭和27年に厚生省児童局が行った6才児についての調査資料の結果を見ると、第4表のように、発病を年齢別に見ると、1才未満の者が5割以上を占めており、脳性小児麻痺が最も多く、熱性伝染病、栄養障害、脳炎又は脳膜炎、消化不良性中毒症、てんかん、中耳炎、頭部外傷の順になっている。⁷⁾この中脳性小児麻痺については、乳児や早期の幼児期においては、最初知能障害

に気づかれなかったり、あるいは分らなかったり、歩行の遅れとか運動機能の障害だけが前景に出ているために、実際にはあとになって精神薄弱ということになったり、精神薄弱に脳性小児麻痺を合併している者であって始めにはただ脳性小児麻痺とだけ診断されていることも多いことは、われわれよく経験するところで、その点から脳性小児麻痺が精神薄弱の原因として最も多いと即断することは危険である。

脳炎又は脳膜炎及びてんかんは直接大脳そのものの疾患であるが、その他のものは、何れも間接的に大脳に障害が及ぶ可能性が問題になるのであって、年齢の若いもの、障害の程度の重いものほど、大脳の病理的な発達障害をひき起す危険性が高い。

第4表 傷病別精薄児数とその分布

	総数	脳炎又は脳膜炎	脳性小児麻痺	熱性伝染病	頭部外傷	消化不良性中毒	栄養障害	てんかん	中耳炎
実数	1,284	141	488	245	33	104	160	68	45
百分率	100.0	11.0	38.0	19.1	2.6	12.5	8.1	5.3	3.5

厚生省：精薄児実態調査

対策としては、これらの疾患を治療し出来れば予防するという公衆衛生、小児保健上の問題に帰するわけであるが、反面結核性髄膜炎の後遺症としての知能障害のように、昔であれば死亡してしまっていたものが救われ、医療や育児方法の進歩によって新たに精神薄弱が作られて行く可能性もある。

先にあげたわれわれの相談室の集計でも、知能の発達に何らかの影響を与えた可能性のある既往の疾患を有するものは男子229名(72%)、女子168名(77%)、計397名で全体の74%を占め、けいれん発作や重い肺炎、百日咳などの熱性疾患を早期の幼小時に罹患したものが多く、また2種類以上の重い疾病に罹患しているものも多い。精神薄弱児と問題児との間には、疾病の罹患者数、罹患疾病の種類について1%の危険率、脳性疾患罹患者数については5%の危険率で有意差が認められている。⁹⁾

また全般的な乳幼児期の発育の良否について、先にあげた文部省の調査資料をみると、第5表のように知能優秀のものから、痴愚白痴のものにむかって、発育の早いものが減少し、反対に遅いものは増加している。⁸⁾

第5表 乳幼児期の発育

	早 い	普 通	遅 い	無 記	計
知能優秀	9.2%	81.6%	9.2%	0%	100%
正 常	6.5	87.0	5.1	1.4	100
境 界 線	2.1	77.7	18.4	1.8	100
魚 鈍	3.0	72.2	22.6	2.2	100
痴 愚 白 痴	0	37.1	61.6	3.3	100

文部省：精薄児の実態

以上に述べてきたように精神薄弱の発生要因と予防対策は、まず生物学的身体的な側面の障害とそれに対する対策が第一義的な問題である。しかしことに乳児期や早期の幼児期においてすでに聴力障害を持っていたり、言語障害などの心理的ないし文化的社会的な刺戟を感受し周囲の人達と交通する能力に障害を持っていたり、聴力障害やその他の心理的環境上に問題があるなどといった場合、知的能力の発達にとっていろいろな程度の障害が及ぶ可能性も考えられる。

従来のドイツ医学の伝統に立った考え方では、このような文化的社会的要因に関してはあまり問題にされず、主として遺伝学的な観点からのみ考察されて来た。しかしアメリカにおいては、**文化性**、**家族性精神薄弱**とか心因性ないし情緒障害性精神薄弱などという言葉で、文化的社会的な側面から子供の知的能力の発達の障害が問題にされている。¹⁾

さらに**精神分裂病**などを乳幼児期に経過する結果として、知的能力の発達が阻害される可能性についても問題にされている。またパーソナリティ全体との関連において、知的能力の発達及びその特徴について、未開民族の研究や比較民族学的な観点から文化人類学的研究方法をとり入れることの必要性も主張されている。知的能力の障害の程度その特徴の判定に対して、社会や生活の場の側からの期待が大きな条件となる必要があることは当然のことであって、その子供の年齢、学年、家庭や生活の場、成人においては特に生活している地域社会、職業の特徴など、環境側からの知的能力に対する期待、必要性に基いて精神薄弱者か否かという判定が行われその指導、治療対策が構じられなくてはならない。

われわれはまず知能の発達に対する病理的な要因に対して原因診断及び予防対策の方法を確立することが大切であり、それとともに生理的な知能の発達の要因、条件を明かにし、その発達を改善促進する方法を研究することが必要である。すなわち精神薄弱を早期に発見しその対策を構じるということではなくて、知能の発達障害をひき起す各種要因・条件を明かにし、それぞれの要因、条件を早期に発見し、その対策を構じることが目的なのでなければならない。

文 献

- 1) Franz J.Kallmann : Expanding goals of genetics in Psychiatry, 1961
- 2) Gerald Caplan : Prevention of mental Disorders in Children, 1961
- 3) P,レビン著, 横山, 田中, 上竹, 市川共訳: Rh因子と免疫血液学のとびき 昭32
- 4) 大倉興司: 病氣と遺伝 昭37
- 5) マッケルウエイ著, 台, 黒川共訳: 中枢神経系の生化学 昭32
- 6) 小宮義孝, 小林昭夫: 日本におけるトキソプラスマ症 日本医事新報 第1, 966号 昭36. 12. 30
- 7) 厚生省児童局: 精神薄弱児実態調査結果報告書 昭34
- 8) 精神薄弱児実態調査委員会: 精神薄弱児の実態 昭31

- 9) 菅野重道, 桜井芳郎, 湯原昭, 飯田誠, 山内洋子: 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所し, 精神薄弱と診断された児童の実態とその予後について 精神衛生研究 第10号 昭37
- 10) 鈴木正勝, 菅野重道, 津野清男, 中島唯夫, 室岡一: シンポジウム一分娩様式の児の發育に及ぼす影響について 臨床婦人科産科 第15卷 第12号 昭36
- 11) American Association Mental Deficiency刊, 菅修, 三浦隆訳: 精神遲滞の分類とその用語 昭36

日本における精神薄弱の脳波研究に かんする文献目録

湯原 昭* 中川 四郎**

わが国における精神薄弱の脳波学的研究を概観するため、今まで発表された研究について調査し、一応つぎのような文献目録を作製した。調査の不備から重要な研究が漏れていることもあると思われるのでその点御許しを得たい。また年齢と脳波発達の研究は多数みられるが、ここにあげたのはその中で特に精神薄弱を扱っているものに限り、また精神薄弱児の行動や薬物の影響に関する研究も多いが、ここには脳波との関係について特に述べている2~3のものに限った。また、非行児や問題児、脳性小児麻痺、てんかん児などの脳波に関する研究も枚挙に暇がないが、精神薄弱児を特に取りあげているのも以外は省かせていただいた。

- 1) 秋元波留夫 平井富雄 伊沢秀而：精神薄弱の脳波 脳波入門 南山堂 1962. 10.
- 2) 有馬正高，福山幸夫，長畑正道，岡田良甫，鈴木昌樹，丸山博：小児の遺伝性脳変性疾患の脳波，1 家族性黒内障性白痴。脳と神経，12（4），1960
- 3) 有馬正高，福山幸夫，長畑正道，岡田良甫，鈴木昌樹，丸山博：小児の遺伝性脳変性疾患の脳波，2 汎発性脳硬化症及びGargoylism. 脳と神経12（5）1960
- 4) 朝倉哲彦：精神薄弱児の脳波からみた脳波と年齢の問題，第9回脳波学会，1960.
- 5) 朝倉哲彦：精神薄弱児の脳波（第1報）西日本精神神経学会，1961.
- 6) 朝倉哲彦：精神薄弱児の脳波，臨床脳波，3（2），1961.
- 7) 朝倉哲彦：脳波と年齢，脳波心電図筋電図，南山堂，1962.
- 8) 浅野樽一，小谷健治郎，山田享，浅野樽次，貴島千代彦：Sturge-Weber 氏病の1異型症例について。脳と神経。12（11），1957.
- 9) 東雄司，宇野修司，浪川清：Phenylketonuria の脳波，第11回脳波学会，1962.
- 10) 江原親也：帯域周波数分析による精神薄弱児脳波の研究，東邦医誌，8（2），1961.
- 11) 藤沢清，小保内虎夫：脳波法による問題児・特殊児の診断，教育相談の紀要，第2集。
- 12) 福島裕：所謂異常児の脳波，その再検討，精神神経学雑誌，63（12），1961.
- 13) 原田敏雄：精神薄弱児に関する病態生理学的研究，新潟医誌，68（10），1954.
- 14) 平野千里：精神薄弱における臨床脳波的研究，名古屋医学，82（7），1960.

※ 国立精神衛生研究所 児童精神衛生部
** " 精神身体病理部

- 15) 堀浩, 長手和久: 狭頭症の脳波, 臨床脳波, 2 (4), 1960.
- 16) 池田数好, 稲永和豊: 精神薄弱児, 性格異常児の脳波, 福岡中央児相紀要, No 2. 1946.
- 17) 稲永和豊: 精神神経疾患の脳波の研究 (第2報), 精神薄弱及び家族性黒内障白痴の研究, 九州神経精神医誌, 2, 1951.
- 18) 伊沢秀而, 三木安正: 精神薄弱児の行動類型と脳波パターンの関連に関する研究, 第20回日本心理学会, 1956.
- 19) 伊沢秀而, 平井富雄, 上出弘之, 岩佐達子: 精神発育の脳波的標示について (第1報) —精神薄弱児の脳波, 第7回脳波学会, 1958.
- 20) 伊沢秀而, 平井富雄, 上出弘之: 精神発育の脳波的標示について (第2報) —精神薄弱児脳波の年令的推移, 第8回脳波学会, 1959.
- 21) 伊沢秀而, 平井富雄, 上出弘之, 馬淵正子, 栗栖暎子: 精神発達の脳波的標示について (第3報), 第9回脳波学会, 1960.
- 22) 石原務: 脳波条件反射における制止—白痴児の脳波延滞条件反射における制止のあらわれ方について, 第22回日本心理学会, 1958.
- 23) 石橋泰子: 中学生脳波の研究, 第3編 精薄中学生の脳波, 日本小児科学会誌, 61 (12), 1957.
- 24) 石橋泰子: 精神薄弱児の脳波, 小児科診療, 24 (3), 1961.
- 25) 伊藤秀三郎, 菊地重治, 齊藤義夫: 重症精神薄弱者の脳波の分析的研究, 第9回脳波学会, 1960
- 26) 梶谷喬: 精神薄弱の脳波学的研究
第1編 精神薄弱児の脳波に関する研究
第2編 各種向精神薬物の精薄児脳波に及ぼす影響
精神経誌 65. (3), 1963.
- 27) 上出弘之, 平井富雄, 伊沢秀而: 精神薄弱児の脳波, 小児科臨床, 13 (10), 1960.
- 28) 上出弘之: 精神薄弱の病因類型と脳波, 児童精神医学とその近接領域, 2 (3), 1961.
- 29) 上村忠雄, 沢政一, 相田誠一: 病態生理学的立場から見た異常児の諸問題, 異常児—医学的研究, 診断と治療社, 1958.
- 30) 辛島尚士: 精神薄弱児の脳波, 第8回脳波学会, 1959.
- 31) 辛島尚士: 精神薄弱児脳波の自己相関曲線及びスクトル密度について, 長崎医誌, 35 (6), 1960.
- 32) 笠松章, 伊沢秀而: 知能及び精神薄弱と脳波, 精神医学最近の進歩, 第II集, 医歯薬出版, 1960.
- 33) 菊地重治: 重症精神薄弱者の脳波の分析的研究, 歯科学報, 59 (12), 1959.
- 34) 胡内就一, 岡田巖, 長崎照史: 結節性脳硬化症の脳波, 臨床脳波, 2 (2), 1960.
- 35) 熊代永, 松田清, 庄盛敏廉, 石原務: 精神薄弱児のMegimide及びCardiazol の賦活脳波GSRについて, 精神医学, 1 (12), 1959.
- 36) 丸木清美, 馬淵正子, 栗栖英子, 平井富雄, 上出弘之, 伊沢秀而: Mongolismの脳波とその発

達, 第 8 回脳波学会, 1959.

- 37) 三井駿一: 蒙古症の脳波, 臨床脳波, 2 (4), 1960.
- 38) 森和夫: 乳幼児水頭症の脳波, 第10回脳波学会, 1961.
- 39) 中根晃, 石島徳太郎: フェニルケトン尿症の臨床脳波学的研究, 精神医学, 3 (3), 1961.
- 40) 西本順次郎, 林重政: 精神薄弱児の脳波について, 広島医学, 13 (1), 1960.
- 41) 西本順次郎: 脳化学からみた脳波の発達, 中脩三教授還暦記念論文集, 1960.
- 42) 西本順次郎, 西村利次: Glutamin acid 系薬物投与の精神薄弱児脳波に及ぼす影響, 広島医学 14 (11, 12) 1961.
- 43) 西本順次郎: 精神薄弱児脳波の研究と見解について, 第11回脳波学会, 1962.
- 44) 大田原俊輔, 梶谷喬, 三宅進: 精神薄弱児の脳波に及ぼす各種薬剤の影響について (第1報), 第9回脳波学会, 1960.
- 45) 大谷正敏, 小沢禧一, 安藤守昭, 中野啓次郎: 精神薄弱受刑者の臨床脳波的研究, 矯正医学 8 (2), 1959.
- 46) 斉藤義夫他: 外見上非律動的な深睡眠及び精薄の脳波の律動性について, 歯科学報, 60, 1960
- 47) 斉藤義夫他: 精薄の安静時脳波に対するカフェインの影響について, 歯科学報, 60, 1960.
- 48) 斉藤義夫: 脳のはたらきから見た精薄児の心理的特質, 東京学芸大教育研究所年報, 8.
- 49) 斉藤義夫: 精神薄弱者の脳波の分析的研究 (第1報), 東京学芸大学研究報告, 第12集, 1961.
- 50) 斉藤美夫: 精神薄弱者の脳波の分析的研究 (第2報), 東京学芸大学研究報告, 第13集, 1962.
- 51) 坂口茂: 脳性小児麻痺の脳波, 附精神薄弱, 特発性てんかんの脳波, 日本小児科誌, 61, 1954.
- 52) 佐野圭司, 稲葉美佐子: 後頭部速波の年令的考察, 第10回脳波学会, 1961.
- 53) 佐野時治郎, 江渡四郎, 安ヶ平忠也, 江口敬志, 山本昌夫, 見沢修己: 精神薄弱児に対するグルタミン酸ソーダ髄液腔内注入療法について, 東北医誌, 59, 1959.
- 54) 佐野時治郎, 盛田庄八, 高階憲司, 山本昌夫, 見沢修己: てんかん及び精薄児に対する脳水解物 (セレモン) 長期療法について, 小児科診療, 23 (2), 1960.
- 55) 佐藤時治郎, 佐藤愛, 黒田正大, 田中健, 熊谷秀夫, 山田旭, 寺田仁, 酒井敏子, 精神薄弱児の精神病理についての動態的考察 (脳水解物による特殊学級児童の治療過程を通じて), 児童精神医学, 1 (2), 1960.
- 56) 下田又季雄: 広義異常児の医学的研究—脳波の立場から—, 異常児, 診断と治療社, 1958.
- 57) 下田又季雄: 精神薄弱児の血球及び脳波所見, 保護と教育, 1959.
- 58) 田村陽一, 富田俊郎: スタージ・ウエーバー病の1例, 脳と神経, 11 (5), 1959.
- 59) 築城士郎他: 精神薄弱児の両親の脳波について, 長崎医学雑誌, 35 (2), 1960.
- 60) 和田豊治: 精神病の脳波, 臨床内小児科, 14 (12), 1959.
- 61) 山口清士他: 精神薄弱児の脳波, 脳神経領域, 6, 1953.

- 62) 山村道雄, 乾憲男, 提盛令, 平野千里, 中野啓次郎: 精神薄弱者の臨床脳波的研究, 第9回脳波学会, 1960.
- 63) 山村道雄, 安斉精一, 平野千里, 山崎一枝, 見浦康文, 駒沢輝雄, 酒井裕夫: 精神薄弱児に対するアミノ酪酸の効果 (第1報), 脳と神経, 11 (5), 1959.
- 64) 山岡淳, 藤沢清: 心理学及びその境界領域としての脳波研究の現況—本邦の研究を主にして— 心理学研究, 31 (2), 1961.

核酸と遺伝と記憶の問題をめぐって

—神経化学最近の話題—

神 成 節 子 *

1 緒 論

1961年Waelschは“神経化学と精神医学”と云う論文講演中次のように予言している。“我々生化学者とPsychodynamicsを専門としている心理学者や精神医学者は別々の目的で研究を行っているのではなくて同じ問題をたゞ違った角度から研究しているのであると云うことが精神医学の研究における基礎科学の発展を通じてはっきり理解される時が必ず来るであろう。脳の生化学の研究も又Psychodynamicsの研究もお互に連絡をもたないで閉された個室で進められるならばみのり多きものとはならないであろう。”この言葉は我々にとって一つの大切な指針であると思う。

さて脳の生化学の研究は初頭には脳に含有される物質の種類の設定とその量の測定に重点がおかれ、次いで脳のエネルギー獲得という意味での糖質代謝に、更に最近では神経伝達物質、窒素化合物、脂質等の代謝にその対象が拡大されつつある。したがって精神医学領域における生化学的研究の対象も同様の推移をたどりつつあるようである。

一方最近の生化学の発達は細胞下のレベル即ち分子レベルで多くの生命現象を再現しうようになり、1956～7年はじめて、Chicago大学において分子生物学シンポジウムが開催され、1956年Journal of molecular Biology (分子生物雑誌)が発刊されるに到り、分子生物学という言葉が広く使われるに至った。Journal of molecular Biologyの内容を見ると遺伝伝達、ウイルス、核酸、タンパク質の構造に関するものが多く、したがって分子生物学の主流は核酸が主役を演ずる分子遺伝学とタンパク質構造に関する研究といえる。これらの研究はただちに医学にも導入され、遺伝性の鎌状赤血球症患者のヘモグロビンの分子構造が正常者のそれとではアミノ酸が一つおきかわっているという事実の発見に端を発し、種々の異常ヘモグロビンの分子構造が明らかにされた結果、分子病という概念を生ずるにいたった。精神医学の領域でも、分子物理学者L. Paulingはしばしば精神分裂病が分子病である可能性を指摘している。また精神薄弱のうち蒙古症には染色体異常が認められており、染色体は核酸より形成されていることからして、核酸との関連が予想され、またフェニル焦性ブドウ酸尿症をふくめた酵素欠損症の多くが遺伝性であり、酵素が核酸の働きにより合成されることからして、核酸との何らかの関連がある可能性がある。このように考えると、精神医学

* 国立精神衛生研究所 精神薄弱部

における分子生物学的研究は可成り重大なものと考えられ、ここに核酸の占める役割も重要であることが予想されるのである。そこで以下核酸について概説を試みたいと思う。

2. 核 酸 と は

細胞の中心をなす核には核酸とよばれる化学成分が多量に含まれている。一般にこの核酸には二種類あり一つはデオキシリボ核酸 (DNA) 他はリボ核酸 (RNA) と呼ばれている。RNAは核にもあるが細胞質にも多く含まれている。これに対しDNAは殆んど核の中だけに存在し、しかも染色体の上の遺伝子が局在していそうな個所に多く分布している。このうち現在話題の中心となっているのは、遺伝子の本態と云われているDNAである。DNAは或種のヌクレイン塩基と五炭糖、リン酸塩がラセン状に結合した巨大分子であると云われている。わが国では戦后江上を中心に活発な研究が行われ、医学領域においても基礎生化学者の間で、活発な研究が続けられている。

3 遺伝とのつながり

G.W.Beadleが“1遺伝子, 1酵素説”を唱えて18年になる。突然変異と云うものは生長と生存に必要な栄養の要求性に変化を起し、しかもその変化は特定の化学反応が失われたためにおこるのであるということを実証した研究であるが、この発見を契機として遺伝学と生化学とは手を結び近代科学に発展したと云われている。彼らは1959年この業績によりノーベル賞を贈られている。

よくひきあいに出されるフェニール焦性ブドウ酸尿症やガラクトース尿症とかの遺伝性精神薄弱では生化学的異常がはっきり示されている。例えばこの二つの疾患を例にとれば、フェニールアラニンとか、ガラクトースとかを代謝する特殊な酵素が欠如しているためである。しかしなぜ生化学的異常により精神の障害が起って来るのかその関係は不明である。恐らく遺伝子によって作られるべき酵素が出来なかったために有毒物質が生じそれが神経系統に異常をもたらすのではな かも云われている。

その他蒙古症を含むダウン症候群では明らかに染色体異常を認め、又脳の代謝速度の低下及び、体液の或種の蛋白質の異常も見出されている。考えてみれば1951年“進化と結びつけて考えられる事の割合少ない分野は生理学と生化学だけである”とDobzhanskyは遺伝学の著書で述べているが、その後約10年遺伝の問題は生化学の分野で目ざましい進歩をとげ、分子のレベルまで発展するに至ったのである

次に遺伝の特性について少し述べてみよう。

① 自己複製による増殖能力

遺伝子とはそれを取りまく細胞質の中から素材を得て自分と全く同じ化学構造を持った物質を複製してゆく能力がある。染色体の細胞化学的研究と細胞遺伝学との協同提携より生まれた色々な成果、

とりわけ細菌においてDNAにより細菌の形質が転換すると云う事実の発見、遺伝子の変化を人為的に起すのに必要な処理はDNAの変化をおこさせる処理であること、細菌ウイルスの増殖と遺伝をになう本体はDNAであるという事をそれぞれ異った分野の研究から、いずれも遺伝子の化学的本体はDNAである事が実証された。生物の特長である分裂及び増殖の過程も、本質的には遺伝情報をになう遺伝子（DNA分子）の複製化がいかなるメカニズムにより、いかなる形式で行われ、いかに分配されるかと云う問題にしばられて来ると考えられる。DNAが自己複製化する際重要なことは均一な単調な構造と組成をもった物質が生合成されるのではなく素材分子である個々のヌクレイン塩基糖、リン酸などの低分子から親DNA分子のヌクレイン塩基の配列順序を正確に保存したDNA分子がいかにして組立てられるかという事である。

② 変異する能力

DNAの複製化の過程においておこる誤まりを突然変異と呼ばれている。そしてこの変化は続いて起こる遺伝子の複製過程を通じて子孫に伝えられる。この現象は生物進化の原動力となっている。現在考えられている変異とは、遺伝子（DNA）を構成している塩基の配列が変化するために起るのではないかという予測である。

③ 遺伝情報を貯蔵しそれを細胞に伝える能力

人間から人間が生まれ、犬から猫が生れないのは受精卵の中の核の中にある遺伝物質そのものが将来どの様な個体になりうるかという情報が貯蔵されている事実を意味している。

つまり遺伝子は暗号文字で書かれた秘密情報と考えると、それは人間と猿とを区別する特長だけでなくあらゆる遺伝的な個体差を表現出来るものでなければならぬ。受精により個体の発生が始まるとその暗号文字が解読され指令に応じて各々違った特長のある人間が作られるのである

生体の基本物質である蛋白質はそれぞれ特異的な化学構造をもっている。しかし蛋白質を構成するアミノ酸は約20種類に限られており、これが複雑な多様な配列順序で結合する事により色々な蛋白質の特異性が定まるのである。核酸のもつ遺伝情報は、直接には蛋白質の複雑な構造を特異的に決定するという形で表現される。

DNAの中に含まれるヌクレイン塩基、チミン(T)、シトシン(C)、アデニン(A)、グアニン(G)はお互に結合して側鎖を作っているが、この4種の塩基の組合はせが遺伝子としての情報を表わしていると考えられている。この4種の塩基の組合わせが、(64種類の組合わせになる)いかにして複雑なアミノ酸の配列順序を決定するのであろうか。“核酸のもつ遺伝情報の解読”の問題をめぐりタバコモザイクウイルス、大腸菌、大腸菌に感染する細菌ウイルスの変異株等を用いて実験が行われ様々な問題が提起されている。

3 分子遺伝学の将来の問題として記憶とのつながり

1960年スウェーデンのイエーデボリ大学の組織学者Hydénが“記憶は核酸に貯えられる”という大

胆な仮説を発表し神経化学界の核酸の研究に一つ的话题をなげかけた。これは脳内で平衡器管と小脳の機能を関連させて運動の調節を行うDeiters核という場所の大型の細胞のうち1個を約100倍の双眼顕微鏡下で取り出す事に成功し、それをスペクトルやX線吸収を使うマイクロMethodにより微細に分析したからである。この実験は、生理的刺戟によって核酸の変動を観察したものでウサギのせた台を上下に動かし、その後の神経細胞のRNA、及び酵素活性の増加をみている。

更に1962年、彼は協同研究者E.Egyháziとシロネズミを用いた実験で、学習及び刺戟の学習が行われた時にのみ核酸分子の構造変化の生ずることを確めた。即ちシロネズミに試行錯誤の方法で4日間餌をとる事を学習させその後に脳をとり出し細胞の中のRNA量の変化を測定した。以上の結果ネズミは学習によって細胞核内のDNAから情報をとるとRNA（メッセンジャーRNAと呼ばれる）が変化する事を認め学習により作られた記憶はDNAのレベルにおいて行われていると考えた。なお参考のため彼Hydénがヒトの神経細胞におけるRNA量の経年変化を交通事故等で突然生命を失った人達460名の神経細胞の分析値より求めているが、それによると40才頃迄RNA量は増加を来しそれ以後は低下しているが、その意味について生後うけた知覚たとえば知識の量の総和に比例するものと説明している。一方1954年Gomiratは神経活動と核酸との関連をモルモットを廻転しているベルトの上を走らせた実験で、神経細胞の活動が高まるにつれ蛋白質の合成が盛んになり、反対に神経細胞の活動が破壊されたり、あるいは、はげしく消耗させると蛋白質の合成は減少する。これに応じてRNAも変化する。というのであるがこれらは上述の遺伝情報機構と同じようなメカニズムが神経細胞において行われているのではないかと考えるのである。

しかしこの仮説についても色々の反論もあり、ある人達は脳の様な複雑な蔵器で行われている複雑な記憶のメカニズムをこの様な遺伝情報と結び付けて考えるのはナンセンスであるといっている。ともかく最も複雑といわれているヒトの脳にそれを作っている神経細胞の解折によりやっと分子のレベルでとかれる手がかりを得られたという所であろうか。

こゝで再び人間の問題にもどらう。

ヒトでは大脳皮質が記憶の貯蔵庫となっている。例えば痴呆患者で記憶に高度な障害があった場合、脳の中の皮質の神経細胞がなくなったり、順序が乱れたり、或は染色して観察してみると普通の細胞と形の違ったものもある事が解っている。また脳の細胞数が知能とは必ずしも平行するとは限らないが精神薄弱等では細胞数が或一定数より少ないのではないかともいわれている。この神経細胞数が記憶の量を左右している事の理由として台は、例をフェニル焦性ブドウ酸尿症の患者に求めている。限ち、低フェニルアラニン食を生後間もなく与えると精神薄弱にならないですむが、ある時期をすぎてしまうと効果がなくなるという事である。この事実の意味するものとして考えられるものは、生後まもなく細胞を造っている蛋白質の構造が相当主要な役割をもっていると考えている。一つは細胞そのものに欠陥があるという考え方と、もう一つは新生児から乳幼児までは色々脳の構造が未完成であるが4才ぐらいになるとこれらのネットワークが完成してしまう。所がフェニル焦

性ブドウ酸尿症では脱髄と呼ばれている現象がみられるが、これはネットワークがうまく出来上らなかつたために起こるもので、このため脳の機能が満足に発達しないと考へている。いずれにせよ遺伝学に連なる記憶の問題は非常に複雑な要素を含み今後は脳から単一の神経細胞を分離し、それに電気生理的、酵素化学的、物理化学的、な実験によりそれを解折し、分る模型を精密化すると共に、脳の働きから人間の心という問題が直接とかれてゆく事と考へられる。最後に吉川の分子遺伝学の将来と題した論文の中より“いずれは分子のレベルで人間の思考、喜悅、悲歎、等の感情すらときあかされる日が来るであろう。併この様なすばらしい研究の進歩に対して色々と疑惑と不安が起きないわけにはゆかない。例えば1962年8月かの有名なマリリンモンローが謎の死をとげたが、彼女の死因、悩みの原因につき色々な人が憶測したり、想像したりして、ひところジャーナリズムをにぎわしたものであるが、それでこそ彼女の死も神秘のベールに包まれ、今なお多くの人達の心の中に余韻を残しているが、もしその原因を分子のレベルでとらえ、科学的な言葉で伝えられたならば多くの人達は科学とはなんと味気ないものであろうかと嫌悪の情を抱くに違いない。人類が時の流れに抗する事の出来ない運命にある事を知っておかねばならない。そしてやがては我々の感情が録音テープのように、あるいは楽譜の様に分子のレベルでときあかされる時代が来るかもしれない。進化とはこういうものである”と。

文 献

1. 駒井卓・高橋隆平訳：遺伝学と種の起源、1953年
2. 長野敬訳：進化と分子的基礎、1960年
3. 江上不二男：核酸、核蛋白質、上・下巻 昭28年
4. 松永英：人類遺伝学(5)、遺伝 59頁、4月、1962年
5. 高木純：DNAとRNA、遺伝、14頁、5月、1963年
6. 福留秀雄：脳のモデル、自然、72頁 4月、1962年
7. Holger Hydén：神経系の衛生細胞、自然、22頁、3月、1962年
8. 神経化学懇話会編：神経化学、2月、1963年
9. 岩波書店発行：科学、特集分子遺伝学、4月、1963年
10. 共立出版社編：蛋白質、核酸、酵素、臨時増刊 特集脳の生化学、1962年
11. Jona Allerband et al：The lactim al proteins in Dowińs syndrome(Mongolism),J.of pediatrics,62 , 235. 1963
12. Nelson T.L.：Serum protein and lipoprotein fractions in mongolism,A.M. A.J. Dis,child.102, 369, 1961
13. 大木幸介：分子レベルよりみた神経および脳、化学の領域 430頁、昭38年
14. ホナー：(陶山義高訳)、遺伝(現代生化学入門)、岩波書店、1962年

日本に於ける成人精神薄弱者 福祉問題の展望と今後の課題

桜井芳郎* 高乗公子**

1. 成人精神薄弱者の援護対策

我が国に於いて精神薄弱者に対する福祉行政が始まったのはごく最近のことであり、とくに成人精神薄弱者に関しては長い間まったく顧みられない状態にあった。

従来も昭和4年に制定された救護法、また昭和21年に制定された生活保護法によって生活困窮な精神薄弱者は援護の対象とされては来たが、これらはいずれも生活困窮に対する援護対策にすぎなかった。しかるに昭和22年に児童福祉法が制定され、精神薄弱児童に関しては福祉の措置がとられるようになり、国としての児童に関する精神薄弱者対策が始まった。その後昭和24年に身体障害者福祉法、昭和25年に精神衛生法が制定され、次第に成人精神薄弱者の援護対策樹立への気運が高まって来たが、昭和27年7月には精神薄弱者をもった親達が団結し問題解決を世に訴えようとして立ち上がり「手をつなぐ親の会」(現在の全日本精神薄弱者育成会)を結成し、以後精神薄弱者対策の強い推進力の一つとなっている。あくる年の昭和28年11月には中央青少年問題協議会が「我が国においては未だ多くの精神薄弱児が社会に於いても家庭に於いても放置されている実情にあるので適切な対策を樹立促進し、国民の理解と協力のもとにその福祉を積極的に保障する必要がある」として精神薄弱児対策基本要綱をきめ内閣総理大臣に意見具申をした。この基本要綱の中には成人精神薄弱者に関する施策を講ずることにもふれ、また精神薄弱者に対する総合的立法を考慮する必要のあることなどがうたわれており、この基本要綱に基き諸施策が逐次具体化されるに至り、昭和29年に精神衛生実態調査、昭和31年に在院精神障害者実態調査が行われ、昭和31年以降緊急救護施設が新設され、精神病院入院患者で症状が固定し医療の対象とならなくなった者が収容保護されることになり、これまで精神病院に入院されていた医療の対象にならない、生活保護法の適用をうける精神薄弱者はこの施設に収容されることになった。また昭和32年には重度、二重障害精神薄弱児の国立収容施設の設置がきまり、同施設においては入所した児童が社会生活に順応することが出来るようになるまで収容出来るように定められ、精薄関係者多年の念願であった在園中の年齢制限(精神薄弱児施設においては年齢が満18才をこえると退園させなければならない。)が撤廃された。ついで昭和33年には手をつなぐ親の会は児童成人の総合施設を三重県名張市に建設し成人精神薄弱者に対する施策の必要性を自ら実践することによって示し、精神薄弱者福祉法の制定を政府と国会に要望し

* 国立精神衛生研究所 精神薄弱部
** 精神衛生部(精神衛生相談室)

た。翌年の昭和34年には成人精神薄弱者の為の援護施設2ヶ所分の設置費補助が政府予算に認められ、また自民党政調会に精薄対策専門委員会が作られ、ここに精神薄弱者福祉法制定の気運が一段と高まったが、同年12月に**中央青少年問題協議会**は内閣総理大臣に**再意見具申**を行ない精神薄弱児対策を一層強力に推進する為に当面緊急を要する諸問題について明らかにし、その中に成人精神薄弱者の福祉対策が全く顧みられてない現状を速やかに整備充実強化する必要のあることを述べている。かくて**第34通常国会**に於いて手をつなぐ親の会をはじめ関係者の待望していた**精神薄弱者福祉法**が成立し、児童に遅れること13年にして始めて国による成人精神薄弱者の援護措置がとられるようになった。精神薄弱者福祉法の制定に至るまでの過程には手をつなぐ親の会をはじめとして関係諸機関、団体の熱意と努力には涙ぐましいものがあった。

精神薄弱者福祉法は昭和35年4月に施行され、都道府県には**精神薄弱者更生相談所**が設置され、福祉事務所には**精神薄弱者福祉司**が配置されて成人精神薄弱者（18才以上の精神薄弱者）の社会更生ならびに保護に関する援護行政の第一歩を踏み出した。また精神薄弱者福祉法の制定と共に精神薄弱の研究機関として**国立精神衛生研究所**に**精神薄弱部**が設けられ精神薄弱の発生原因、診断、予防、治療ならびに処遇に関する研究がはじめられその成果が行政に役立つものとして多くの期待をうけている。

かようにして精神薄弱者福祉法の制定より満3年を経過し、現在では成人精神薄弱者の社会更生ならびに保護を行なう上に必要な医学、心理学及び社会学的判定などの判定業務と、これに附随する指導、精神薄弱者に関する問題について家庭その他からの相談に応ずる相談業務などを行なう**精神薄弱者更生相談所**の数は全国で**46ヶ所**、職員としては精神科医、臨床心理担当者、精神医学ソーシャルワーカー等の専門職員が配属されている。また福祉事務所において精神薄弱者の福祉に関し福祉事務所職員に対し専門的技術指導、助言を行ない、また自らも専門的技術を必要とする困難なケースの処理を行なうところの**ソーシャルケースワーカー**である**精神薄弱者福祉司**の数は全国で**465名**にのぼっている。なお**精神薄弱者名簿新規登載数**は昭和36年度**92,952名**（18才以上42,666名）、37年度**51,023名**（18才以上19,861名）におよび、福祉事務所における**精神薄弱者相談件数**は昭和36年度**26,437件**、37年度**40,118件**に達している。

また成人精神薄弱者に対する援護措置としては現在、**施設入所**、**職親委託**ならびに**在宅指導**の三つが福祉法に明記されている。成人精神薄弱者の援護施設としては公立、法人を合せて**収容施設**が現在**25ヶ所**に設置されており、通所施設は未だ設置されていない。援護施設では成人精神薄弱者の社会更生と必要な保護を図るため、生活訓練、職業訓練を行ない、社会適応性を附与することを目的としている。**職親**は全国で**153名**が登録されており現在**423名**の成人精神薄弱者が委託され、生活指導、技能習得訓練をうけている。職親制度は精神薄弱者の自立更生を図るため一定期間、職親のもとで生活訓練、技能習得訓練を行ない就職に必要な素地と雇用の促進、職場における定着性を高めることを目的としている。**在宅指導**は**精神薄弱者福祉司**又は**社会福祉主事**が**精神薄弱者**ならびに

家族を在宅のまま指導し、家族間の緊張関係の調整、家族外の対人関係の調整、健康管理、教育、職業、家政遂行、経済的自立などに関する社会的機能上の問題についての援助、精神薄弱者の社会更生、保護に関する指導助言等を行ない、精神薄弱者ならびに家族の社会適応を図ると共に適応が可能であるような環境的条件を作り出すことを主たる仕事としている。

精神薄弱者福祉司設置の状況

	専任	兼任
全国福祉事務所数		
郡部	382	192
市部	645	164
県庁・相談所	28	
計	465	

援護施設の設置状況

経営主体	施設数	定員
公立	19	1,330
法人 (委託施設)	6	207
計	25	1,532

職親制度の実施状況

実施している府県 (市のみを含む)	28
登録職親数	183
委託精薄者数	423

(精神薄弱者問題白書 1963年版より)

2. 成人精神薄弱者の社会適応状況

成人精神薄弱者に対する国による援護対策が着々と進められるに伴ない彼等の社会適応状況の実態を明らかにし、その結果を援護行政に反映し望ましい施策の実現をはかろうとする動きが活発になってきた。何故ならば、従来我が国においては成人精神薄弱者の社会生活の様子や社会適応の状況に関する資料に乏しく彼等の実態を把握し認識した上で対策を樹立することが極めて困難なことによる。

アメリカにおいては早くから各種の調査が行なわれ、精神薄弱者の社会生活についての資料についても数多く報告されているが Ringel, Christine A; A Report on the adjustment to Industry of Boys Who attended Special Classes in Cleveland and A study of one hundred girls who formerly attended special classes 1928. Smith, John Allan, Areas of Occupational Opportunity for the Mentally Handicapped, Unpublished study, Los Angeles, Harbor Junior College. Coakley, Frances, study of Feeble-minded Wards Employed in War Industries, American Journal of Mental Deficiency 1945. Rynbrandt, Dorothy Mae, A Study of the Socio-Economic Adjustment of people who have Attended the Auxiliary and Ungraded Classes of the Grand Rapids public schools, Unpublished Thesis, Wayne University Michigan 1947. などの資料によると「学校で学んだ手先の仕事の能力と工場での成功の間には関係がみられない。身体的健康、耐久力、単純な仕事、限られた身のまわりの仕事だけが要求される職業領域は容易に手に入れられ、またこれらの限界内で可能な職業分野で精薄が不適応であるという条件は見出せない。仕事についての成功を一義的に決定するものは知能水準ではなく彼がたどってきた人間的傾向、性格である。精薄が訓練されて得た特殊な熟練によって仕事をみつけることはまれであり、学校は特殊な機械で訓練するよりも生徒たちが関心をもつあらゆる種類の活動によって一般的な訓練を与える方がより効果的である」^{註1}など注目すべき結果が明らかにされている。

我が国における成人精神薄弱者の社会適応の状況に関する資料としては、近喰勝世：精神薄弱の一統計、殊にその予後歴について、精神神経学雑誌昭和17年、村松常雄、勝野井輝美：精神薄弱の社会的予後、精神神経学雑誌昭和18年、西谷三四郎、杉田裕、横山雅臣：特殊児童の社会的予後について、心理学研究、昭和29年、糸賀一雄、田中昌人：精神薄弱者の社会的適応、教育心理学研究、昭和29年、辻村泰男、杉田裕、山口薫：精神薄弱児の卒業後の予後について、精神薄弱児研究、昭和34年、菅野重道、桜井芳郎、湯原昭、飯田誠、山内洋子：国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所し精神薄弱と診断された児童の実態とその予後についての観察：精神衛生研究、昭和37年、菅野重道、桜井芳郎、山内洋子：精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報—最近10年間における全国精薄施設退園者の社会的予後調査—、精神衛生研究、昭和38年、などがみられ、いずれも精神薄弱者福祉行政を推進する上に貴重な資料を提供しているが我が国における成人精神薄弱者の社会生活の状況と経緯をみるには充分とはいえない。かゝる意味において昭和36年10月に厚生省社会局によって実施された精神薄弱者実態調査^{注2}はその規模、内容ともに我が国における初めての企画であり精神薄弱者福祉援護施策の基礎資料としての価値をもつものであるといえよう。この調査は精神薄弱者の推計数と精神薄弱の程度別数を把握するとともに家庭の状況、心身の状況、日常生活の状況、就労状況、家庭への影響、必要な処置などについて明らかにしている。

この調査は昭和36年10月1日現在満15才以上の男女を昭和36年度厚生行政基礎調査地区から $\frac{1}{100}$ を無作為抽出し60,690名について調べたもので、日本に於ける15才6ヶ月以上の男女人口65,490,000名の約 $\frac{1}{1000}$ にあたる者について調べたものである。調査はまず基礎調査として精神科医、精神薄弱者福祉司（ソーシャルワーカー）が調査対象地区内の全世帯を訪問し15才6ヶ月以上の者について精神薄弱者であるかどうかを診断し、精神薄弱者と診断された者については本人ならびに家族に精神科医、心理判定員、精神薄弱者福祉司からなる調査班が面接し調査を行なった。その結果第1表の如く総数316名、軽度155名、中度111名、重度50名の精神薄弱者が発見された。これを全国推計すると総数34万3千名、軽度16万8千名、中度12万名、重度5万5千名となり、その出現率は人口比総数0.53%、軽度0.26%、中度0.18%、重度0.08%となる。精神薄弱者の推計数は従来概ね人口比

第1表 精神薄弱の程度別社会適応状況

(実人員)

適応状況	精薄の程度			軽 度			中 度			重 度			計		
	男	女	別	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
継続して働いている	56	35	91	23	11	34	1	1	2	80	47	127			
	自	家	(24)	(18)	(42)	(11)	(8)	(19)	(1)	(1)	(2)	(36)	(27)	(63)	
	他	家	(32)	(17)	(49)	(12)	(3)	(15)	(0)	(0)	(0)	(44)	(20)	(64)	
時々働いている	7	16	23	17	8	25	3	1	4	27	25	52			
	自	家	(1)	(6)	(7)	(10)	(3)	(13)	(1)	(1)	(2)	(12)	(10)	(22)	
	他	家	(6)	(10)	(16)	(7)	(5)	(12)	(2)	(0)	(2)	(15)	(15)	(30)	
家事手伝い	2	19	21	12	17	29	2	5	7	16	41	57			
何もしていない	12	8	20	11	12	23	16	21	37	39	41	80			
計	77	78	155	63	48	111	22	28	50	162	154	316			

3%前後といわれているが小中学生調査と異なり義務教育終了後の年齢層の場合には軽度のものである程度社会生活力を有する者については、不適応行動を起さない限りにおいては、その発見は極めて困難であり、**福島県内郷市の成人精神薄弱者実態調査の結果**をみても民生委員などの発見によって問題にされる成人精神薄弱者の殆んどが知能障害の重い者で、軽度の者はあまり問題視されず、問題にされる場合には、知能障害よりもむしろ行動、性格面で問題のある場合が多い。しかも**東京都精神障害者調査報告書**^{註3}（昭和36年）にも述べられているごとく専門家による戸別訪問で発見できるのは児童成人を含めて大体人口比0.6~1%程度であることなどを考えあわせるとあながちその発見率が低いとはいえない。ちなみに**東京都精神障害者実態調査（児童、成人を含む）**では人口比0.63%（うち19才以下が全体の79%を占めている）、**埼玉県精神薄弱者実態調査**^{註4}（15才以上）では人口比0.25%、**福島県内郷市精神薄弱者実態調査（成人）**^{註5}では人口比0.15%である。なお今回の調査では精神薄弱者の程度別比率は軽度49%、中度35%、重度16%で、これは**英国における精神薄弱者実態調査（Report of the Mental Deficiency Committee, being a Joint Committee of the Board of Education and Board of Control. London, 1929）**^{註6}結果の程度別比率、軽度78%、中度18%、重度4%とくらべると、**軽度の精神薄弱者の発見率がかなり低いのではないかと思われる。**

彼等の性別、年齢は第2表のごとく性別は男子51%、女子49%で年齢は15才から80才に及んでいるが15才~19才、53名、20才~24才、51名、25才~29才、42名、30才~34才、39名、35才~39才、23名と**15才以上25才未満**がもっとも多く、年齢がすゝむにつれて減少している。

彼等の**社会適応状況**は全体の56%が働いており、継続して働いている者は全体の40%、時々働いている者は全体の16%となっている。

継続して働いている者は軽度の者に多いが中度の者や小数ながら重度の者にもみられ、時々働いている者は中度及び軽度の者に多くみられる。彼等の年齢は継続して働いている者は15才~35才が多く、時々働いている者では25才~49才が多い。従事している**仕事の内容と稼働収入**は第3表のごとく日本の産業構造を反映して**農耕作業が41%を占めている**が男子ではこれについて土工夫、工具、販売サービス（行商、配達）、雑役夫など、女子では家事女中、土工夫、漁業（真珠養殖貝掃除）、女工具、廃品回収などかなりの範囲にひろがっている。

彼等の**稼働収入**は第3表の如く**5,000円以下が多く**、農耕従事者の半数以上は収入を得ていないがその半面1万円以上の収入をえている者も農耕従事者、土工夫、石切出夫などにみられる。精神薄弱者の**職種、収入**については**最近10年間の全国精薄施設退園者の社会的予後調査**^{註7}の結果をみても**魯鈍級**で男子は工具一塗装工、ブロック工、スレート工、ダンボール工、鋳物工、染物工、板金工など、店員一クリーニング店、すし屋、肉屋、そば屋、食料品店、米屋、電気屋、自転車店など、農家作男、人夫、土工、女子では女中、女工、女店員一飲食店など、**痴愚級**では男子は養鶏作業員、工具一額縁製造工、ビニールかごあみ、木工など、店員一豆腐屋、パン屋、クリーニング店など、

第2表 性別、年齢別社会適応状況 (上段男子,下段女子) (実人員)

年 令	継続して働いている者				時々働いている者				家事手伝い				何もしていない				合 計			
	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計
15~19	7 11	3 2		10 13	2 0	1 0		3 0	1 2	2 2	0 2	3 6	2 0	2 3	7 4	11 7	12 13	8 7	7 6	27 26
20~24	10 2	3 1		13 3	1 0	2 2		3 2	0 2	3 4		3 6	3 1	0 6	5 6	8 13	14 5	8 13	5 6	27 24
25~29	9 3	4 0	0 1	13 4	2 1	3 0	2 0	7 1	0 5	2 3	1 0	3 8	0 2	1 0	1 2	2 4	11 11	10 3	4 3	25 17
30~34	10 3	2 1		12 4	0 4	3 0		3 4	0 3	2 1	0 2	2 5	1 0	3 1	2 3	6 3	11 10	10 3	2 3	23 16
35~39	3 4	2 1		5 5	0 3	2 2		2 5			0 1	0 0	0 1	0 1	0 3	0 5	3 8	4 4	0 4	7 16
40~44	3 2	2 1		5 3	0 4	1 3	1 0	2 7	1 1	1 2	0 1	2 4	1 1	3 0	1 1	4 2	4 8	7 6	2 2	13 16
45~49	6 2	2 3		8 5	1 2	2 1		3 3	0 2	1 4		1 6	1 1		0 1	1 2	8 7	5 8	0 1	13 16
50~54	1 4	2 2	1 0	4 6	0 1		0 1	0 2	0 1	1 0		1 1	1 2		0 1	1 3	2 8	3 2	1 2	6 12
55~59	2 4	2 0		4 4		1 0		1 0		0 1		0 0	2 1	1 1	0 1	3 2	4 4	4 2	0 0	8 7
60~64	3 0			3 0		1 0		1 0	0 2		1 0	1 2	2 0			2 0	5 2	1 0	1 0	7 2
65~69	1 0	1 0		2 0	0 1			0 1	0 1			0 1					1 2	1 0		2 2
70~74					1 0	1 0		2 0									1 0	1 0		2 0
75~79																				
80~84													1 0		1 0		1 0			1 0
不 明	1 0			1 0													1			1 0
合 計	56 35	23 11	1 1	80 47	7 16	17 8	3 1	27 25	2 19	12 17	2 5	16 41	12 8	11 12	16 21	39 41	77 78	63 48	22 28	162 154

第3表 仕事の内容と稼働収入との関係 () 内は時々働く者の数(上段男子,下段女子)(実人員)

仕事の内容	稼働収入														計
	無 し	一、 〇〇〇〇 円以下	一、 〇〇〇〇 円以上	二、 〇〇〇〇 円	三、 〇〇〇〇 円	四、 〇〇〇〇 円	五、 〇〇〇〇 円	六、 〇〇〇〇 円	七、 〇〇〇〇 円	八、 〇〇〇〇 円	九、 〇〇〇〇 円	一〇、 〇〇〇〇 円	不 明		
農業従事者	農 耕 従 事 者	24(6) 18(5)	2(1) 5(3)	2 1(1)	4(2) 1(1)	1(1) 1	2(1) 0	2 1	1 0	0 1		1 0	6 0	1(1) 0	46(12) 28(10)
	農 業 製 産 業			1(1) 0	1 0										2(1) 0
林業従事者	薪 炭 採 取		1(1) 0					1 0	1 0						3(1) 0
	運 材 夫									1 0					1 0
	運 搬 夫	1(1) 0						0 1		1 0					1(1) 2
漁業従事者	漁 業 従 事 者											1 1			1 1
	こ ん ぶ 採 取 人			0 1											0 1
	真 珠 養 殖 貝 掃 除 人					0 1(1)		0 2(2)			0 1(1)				0 4(4)
	養 鱒 業 手 伝 い					1(1) 0									1(1) 0

採鉱採石 従事者	川砂採取人						1 0										1 0
	採炭夫												1 0				1 0
	石切出人夫												2 0				2 0
販売 サービス 従事者	家事女中	0 4(1)		0 2(1)	0 3(1)	0 1	0 3								0 1	0 14(3)	
	炊事手伝い							0 1(1)							0 1(1)	0 2(2)	
	売子										0 1					0 1	
	配達夫	1(1) 0		0 1	1 0		1 0									3(1) 1	
	行商人			0 1(1)	2(1) 0			1 0								3(1) 1(1)	
	旅館コック見習						1 0									1 0	
製造 従事者	金加器 関係	金属施盤工										1 0				1 0	
		機械組立工見習					1(1) 0									1(1) 0	
		工員							1(1) 0	1 0						2(1) 0	
	紡績 製品 関係	織機準備工									1 0					1 0	
		婦人服仕立職			1 0											1 0	
		染物工			1(1) 0											1(1) 0	
	その他	下駄みがき工						1 0								1 0	
		製菓工							0 1							0 1	
		陶器製造工				1 0										1 0	
		帽子編工					0 2		0 1							0 3	
		船大工											1 0			1 0	
食品製造工											1 0			1 0			
その他	土工夫			1(1) 0	1(1) 1(1)	1 0	1 0		1 0	2(1) 0	1 2	2 1	5 0			15(3) 4(1)	
	雑役夫				2 0		0 1	3 0		1(1) 0			1 0			7(1) 1	
	倉庫番											1 0			1 0		
	テレビアンテナ組立職			1(1) 0											1(1) 0		
	大工手伝				0 1(1)										0 1(1)		
	廃品回収					0 2(1)	0 1(1)								0 3(2)		
	浴場掃除人								1 0						1 0		
	衛生掃除人												1 0		1 0		
	市営葬儀夫												1 0		1 0		
	荷造り		1(1) 0												1(1) 0		
	人造真珠玉通し		0 1												0 1		
	荷札の針金通し		0 1												0 1		
	内職				0 1(1)										0 1(1)		
	不明	0 1									1 0			1 0	2 1		
計	26(8) 23(6)	7(3) 7(3)	7(4) 6(3)	12(4) 7(5)	5(4) 7(5)	6(1) 5(1)	8(1) 7(3)	6 0	4(2) 2	2 4(1)	5 1	21 1	1(1) 2(1)	107(27) 72(25)			

農家作男、女子は女中、女工、店員、白痴級では男女とも農家作男、互製造工、土工、日雇人夫、洗濯婦などと広範囲にわたって就労しており、その収入も職種によりかなりの差はあるが、魯鈍級では男子6～7,000円～20,000円位、女子では4～5,000円～10,000円位、痴愚級では男女とも3～4,000円～8,000円位、白痴級では最高3,000円程度、とかなりの実収を得ている。彼等の中には次のようにかなり社会的に活躍している者もみられる。

T. A. 23才の男子、I Q66、月収15,000円でメッキ工場の係長をしている。

O. S. 20才の男子、I Q55、コケシ工場の塗装主任をしている。

O. M. 22才の男子、I Q73、現在陸上自衛隊員として活躍している。

A. F. 27才の女子、魯鈍、保育所保母として15,000円の収入を得ている。

ちなみに最近10年間の全国精薄施設退園者の現状は就職、男子26%、1,200名、女子18%、425名、施設入所中、男子17%、780名、女子16%、388名、現状不明、男子20%、920名、女子19%、450名、その他家でぶらぶら、男子479名、女子285名、学校通学、男子263名、女子162名、死亡、男子287名、女子131名、病院入院中、男子252名、女子140名、家事手伝い、男子114名、女子231名、家業手伝い、男子282名、女子56名、自宅療養、男子51名、女子24名、その他、男子38名、女子54名となっており、知能程度が特殊教育卒業者に比べ、かなり低い者が多いにもかかわらず施設退園者の比較的多くの者が社会に適応しかなりの実収をあげている。また東北地方の小都市である福島県内郷市の調査でも魯鈍2名、痴愚12名、白痴8名、不詳1名の23名の成人精神薄弱者のうち12名が就労しており

第4表 仕事の能力と仕事に対する態度 ()内は時々働く者の数 (上段男子,下段女子) (実人員)

精薄程度 仕事 に対する態度	軽 度				中 度				重 度				計			
	1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計
喜んでする 普 通 いやいやする わからない	4 1	1 3	1 0	6 4	2 0	1 1	2(2) 0	5(2) 1					6 1	2 4	3(2) 0	11(2) 5
	8 8(3)	8 6	0 2	16 16(3)		9(2) 5(1)	3(3) 2(1)	12(5) 7(2)			1 1	1 1	8 8(3)	17(2) 11(1)	4(3) 5(1)	29(5) 24(5)
		3(1) 0	0 3(2)	3(1) 3(2)		1(1) 1	4(2) 0	5(3) 1			1(1) 1(1)	1(1) 1(1)		4(2) 1	5(3) 4(3)	9(5) 5(3)
		0 1(1)		0 1(1)			0 1(1)	0 1(1)						0 1(1)	0 1(1)	0 2(2)
喜んでする 普 通 いやいやする わからない	6 3(1)	4 3		10 6(1)									6 3(1)	4 3		10 6(1)
	14 3(1)	9(4) 13(5)	2 2	25(4) 18(6)		6 4(3)	2(1) 3(1)	8(1) 7(4)			1(1) 0	1(1) 0	14 3(1)	15(4) 17(8)	5(2) 5(1)	34(6) 25(10)
		3(2) 1(1)	1(1) 1(1)	2(2) 2(2)		3(2) 0	4(3) 0	7(5) 0			1(1) 0	1(1) 0		7(5) 1(1)	4(3) 1(1)	11(8) 2(2)
		0 1(1)		0 1(1)			1(1) 1(1)	1(1) 1(1)						0 1(1)	1(1) 1(1)	1(1) 2(2)
不 明						1 0	1 1								1 0	1 0
喜んでする 普 通 いやいやする わからない	10 4(1)	5 6	1 0	16 10(1)	2 0	1 1	2(2) 0	5(2) 1					12 4(1)	6 7	3(2) 0	21(2) 11(1)
	22 11(4)	17(4) 19(5)	2 4	41(4) 34(9)		15(2) 9(4)	5(4) 5(2)	20(6) 14(6)			2(1) 1	2(1) 1	22 11(4)	32(6) 28(9)	9(5) 10(2)	63(11) 49(15)
		6(3) 1(1)	0 4(3)	6(3) 5(4)		4(3) 1	8(5) 0	12(8) 1			1(1) 1(1)	2(2) 1(1)		11(7) 2(1)	9(6) 5(4)	20(13) 7(5)
		0 2(2)		0 2(2)			1(1) 1(1)	1(1) 1(1)			1(1) 0			0 2(2)	1(1) 1(1)	1(1) 3(3)
不 明						1 0	1 0							1 0	1 0	

畑仕事、雑役、失対人夫、工具、内職などで収入はどうか食べていかれる程度又は1日100円から2～300円位を得ており、**知能障害が比較的著しいのにもかかわらず仕事に従事しておりその作業状況も必ずしも知能障害の程度と平行していない。**

次に**仕事に対する態度と能力**についてみると第4表のごとく**仕事に対する態度**は全体の63%の者が普通であるが知能障害の程度が重い者ほど喜んで仕事に従事している者の数が減少し、いやいや従事している者の数が増加している。しかしこれらの評価が使用している側の理解度や態度、条件を考慮しない、感じにのみよる評価であるのでやゝ問題は**あるが彼等の仕事に対する態度は多くの者が良好である**ということはいえよう。彼等の**仕事に対する能力は49%が半人前の仕事しかできないが1人前の仕事をしている者も29%存在しており**、彼等の多くは知能障害が軽度の者で、その職種は第5表に明らかなごとく農耕、土工夫に多い。なお半人前以下の仕事しかできない者は22%いるが知能障害の程度の重いものほど多い。しかし、この結果も使用条件、使用者の態度などを考慮していない点に多少の問題はある。彼等の**仕事の能力と収入との関係は第6表の如く能力の高い者ほど収入の多い傾向にはあるが他の条件もあって一概にはいえない。又仕事の能力と年令との関係**

第5表 仕事の内容と仕事の能力との関係

()内は時々働く者の数(上段男子,下段女子)(実人員)

	精進程度 仕事の能力 仕事の内容	軽 度				中 度				重 度				計			
		1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計	1人前	半人前	半人前以下	計
農業従事者	農 耕 従 事 者	14 5	8(2) 9(3)	0 4(1)	22(2) 18(4)	2 1	11(2) 5(2)	8(6) 3(3)	21(8) 9(5)			3(2) 1(1)	3(2) 1(1)	16 6	19(4) 14(5)	11(8) 8(5)	46(12) 28(10)
	農 業 製 菓 業		2(1) 0		2(1) 0										2(1) 0		2(1) 0
林業従事者	薪 炭 採 取		2 0		2 0			1(1) 0	1(1) 0						2 0	1(1) 0	3(1) 0
	運 材 夫	1 0			1 0									1 0			1 0
	運 搬 夫	0 1			0 1		1(1) 1		1(1) 1					0 1	1(1) 1		1(1) 2
漁業従事者	漁 業 従 事 者	0 1	1 0		1 1									0 1	1 0		1 1
	こ ん ぶ 採 取 人		0 1		0 1									0 1			0 1
	真 珠 養 殖 貝 掃 除 人	0 4(4)			0 4(4)									0 4(4)			0 4(4)
	養 鱈 業 手 伝 い		1(1) 0		1(1) 0										1(1) 0		1(1) 0
採鉱採石 従事者	川 砂 採 取 人					1 0			1 0					1 0			1 0
	採 炭 夫	1 0			1 0									1 0			1 0
	石 切 出 人 夫	2 0			2 0									2 0			2 0
販 売 サ ー ビ ス 従 事 者	家 事 女 中	0 2(1)	0 3	0 1	0 6(1)		0 5(2)	0 3	0 8(2)					0 2(1)	0 8(2)	0 4	0 14(3)
	炊 事 手 伝 い		0 1(1)		0 1(1)			0 1(1)	0 1(1)						0 1(1)	0 1(1)	0 2(2)
	売 子	0 1			0 1									0 1			0 1
	配 達 夫		1 1		1 1		1 0	1(1) 0	2(1) 0						2 1	1(1) 0	3(1) 1
	行 商 人	1 0	1 0	0 1(1)	2 1(1)		1(1) 0		1(1) 0					1 0	2(1) 0	0 1(1)	3(1) 1(1)
	旅 館 コ ッ ク 見 習		1 0		1 0										1 0		1 0

製造関係	金属工具製造関係	金属施盤工	10		10							10			10		
		機械組立工見習		1(1) 0		1(1) 0							1(1) 0			1(1) 0	
		工員		10		10			1(1) 0	1(1) 0			10	1(1) 0		2(1) 0	
	紡績製品	織機準備工		10		10							10			10	
		婦人服仕立職			10	10								10		10	
		染物工							1(1) 0	1(1) 0			1(1) 0			1(1) 0	
	従事者の	その他	下駄みがき工						10	10			10			10	
			製菓工		01		01						01			01	
			陶器製造工			10	10							10		10	
		その他	帽子編工		02	01	03						02	01		03	
船大工			10			10						10			10		
食品製造工			10			10						10			10		
その他	その他	土工夫	81	4(2) 3(1)	12(2) 4(1)	20	1(1) 0	3(1) 0				81	6(2) 3(1)	1(1) 0	15(3) 4(1)		
		雑役夫		41	20	61				1(1) 0	1(1) 0		5(1) 1	20	7(1) 1		
		倉庫番					10		10				10		10		
	その他	テレビアンテナ組立職						1(1) 0	1(1) 0					1(1) 0	1(1) 0		
		大工手伝い		01(1)		01(1)							01(1)		01(1)		
		廃品回収		03(2)		03(2)							03(2)		03(2)		
		浴場掃除人					10	10					10		10		
		市営葬儀人	10			10						10			10		
		荷造り					1(1) 0	1(1) 0					1(1) 0		1(1) 0		
		人造真珠玉通し		01		01							01		01		
		荷札の針金通し								01	01			01(1)	01(1)		
		内職			01(1)	01(1)								01(1)	01(1)		
		不明		01		01	10	10	20				11	10	21		
計	32 15(5)	28(7) 28(8)	3 8(3)	63(7) 51(16)	3 1	20(5) 11(4)	17(12) 7(4)	40(17) 19(8)			1(1) 0	3(2) 2(1)	4(3) 2(1)	35 16(5)	49(13) 39(12)	23(14) 17(8)	107(27) 72(25)

も第7表の如く一概にはいえないが1人前の仕事をしている者は15才～39才が多い。仕事についている者に対し普通人以上の特別の監督が必要であるかどうかについては監督を要する者は就労者の18%で他は特別の監督を要しないとなっている。特別の監督を要する者は第8表のごとく知能障害の程度の重い者、作業能力の低い者ほど多くなっている。仕事についている者に対する監督の状況と仕事に対する態度、能力とを関係づけて考えてみると多くの就労者が普通人と同様にあつかわれていても既に述べたような仕事に対する態度と能力を示している現状を考えれば特別の配慮を加えれば現在以上の効果をあげうことは想像に難くない。埼玉県精神薄弱者実態調査の結果でもその就労状況は継続して働いている者が34%、時々働いている者が28%、何もしていない者が38%で重

(継続して働いている者)

第6表 仕事の能力と収入との関係

(実人員)

精薄程度 仕事の能力 収入額	軽 度				中 度				重 度				計			
	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計
無し	8	10	2	20	1	10	3	14			1	1	9	20	6	35
1,000円以下	1	1	1	3		1		1			1	1	1	2	2	5
1,000円以上	1	3	1	5		1		1					1	4	1	6
2,000円 "	1	5	1	7		1	2	3					1	6	3	10
3,000円 "	1	4	2	7									1	4	2	7
4,000円 "	1	3		4	1	3	1	5					2	6	1	9
5,000円 "	3	6	1	10	1			1					4	6	1	11
6,000円 "	1	3		4		1	1	2					1	4	1	6
7,000円 "	1			1		3		3					1	3		4
8,000円 "	4	1		5									4	1		5
9,000円 "	4	1		5		1		1					4	2		6
10,000円 "	16	3		19	1	1	1	3					17	4	1	22
不明		1		1										1		1
計	42	41	8	91	4	22	8	34	0	0	2	2	46	63	18	127

(時々働いている者)

(実人員)

精薄程度 仕事の能力 収入額	軽 度				中 度				重 度				計			
	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計
無し		2		2		4	6	10			2	2		6	8	14
1,000円以下						1	5	6						1	5	6
1,000円以上		3	1	4		2	1	3						5	2	7
2,000円 "	1	3	2	6		1	1	2			1	1	1	4	4	9
3,000円 "	1	3		4		1		1					1	4		5
4,000円 "		2		2										2		2
5,000円 "	2	1		3			1	1					2	1	1	4
6,000円 "																
7,000円 "		1		1						1		1		2		2
8,000円 "	1			1									1			1
9,000円 "																
10,000円 "																
不明							2	2							2	2
計	5	15	3	23	0	9	16	25	0	1	3	4	5	25	22	52

度の者でも4%が継続して働いており、又時々働いている者は12%存在しており、しかも継続就労している重度の者のうち21%が他家で働いている点が注目され、特別な配慮がなされればかなり知能障害の程度の重い者でも作業に従事することができることを物語っていよう。

家事の手伝いをしている者は全体の18%、何もしていない者は全体の25%存在している。

家事の手伝いをしている者及び何もしていない者について働いていない理由をみると第9表のごとく知能障害の軽度の者では家事の手伝いをさせる必要がある為が30%で多く、中度、重度の者になると知能障害が重いために35%、71%と増えている。知能障害の重い者については社会更生が仲々困難な面もあろうが、家族の者が知能障害が重から駄目だとあきらめ切って適切な処置をとろうとしないていることにも影響していよう。

次に彼等の心身の状況は第10表のごとく、言語障害(言語遅滞、構言障害、どもり、あ、など)23%、運動障害(運動マヒ、けいれん発作、病的運動など)16%、精神神経疾患(分裂病、てんかん、脳性マヒなど)16%、形態異常(小頭症、斜視、脳性マヒ、その他)15%、性格異常(放浪癖、不

第7表 仕事の能力と年齢との関係

(上段男子, 下段女子) (実人員)

精薄程度 仕事の能力 年齢	軽 度			中 度			重 度			計					
	1人前	半人前	半人前 以下	1人前	半人前	半人前 以下	1人前	半人前	半人前 以下	1人前	半人前	半人前 以下	計		
5~19	1 5	7 4	1 2		2 1	2 1				1 5	9 5	3 3	13 13		
20~24	6 1	5 1			3 3	2 0				6 1	8 4	2 0	16 5		
25~29	7 0	3 4	1 0	1 0	3 0	3 0		1 0	1 1	8 0	7 4	5 1	20 5		
30~34	9 3	1 3	0 1	0 1	2 0	3 0				9 4	3 3	3 1	15 8		
35~39	2 3	1 4		1 0	1 1	2 2				3 3	2 5	2 2	7 10		
40~44	1 2	2 4			3 2	0 2			1 0	1 2	5 6	1 1	7 10		
45~49	1 1	6 3	0 1	1 0	2 3	1 1				2 0	8 6	1 2	11 8		
50~54	1 1		0 4		2 1	0 1			1 1	1 1	2 1	1 6	4 8		
55~59	2 0	0 4			1 0	2 0				2 0	1 4	2 0	5 4		
60~64	2 0	1 0				1 0				2 0	1 0	1 0	4 0		
65~69		0 1	1 0		1 0						1 1	1 0	2 1		
70~74		1 0				1 0					1 0	1 0	2 0		
75~79															
80~84															
不明			1 0									1 0	1 0		
計	32 15	28 28	3 8	3 1	20 11	17 7				1 0	3 2	35 16	49 39	23 17	107 72

第8表 仕事の能力と監督の状況

() 内は時々働く者の数 (上段男子, 下段女子) (実人員)

精薄程度 仕事の能力 監督の状況	軽 度				中 度				重 度				計			
	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計	1人前	半人前	半人前 以下	計
監督必要			0 1	0 1		2(1) 3(1)	4(3) 1(1)	6(4) 4(2)			2(1) 0	2(1) 0		2(1) 3(1)	6(4) 2(1)	8(5) 5(2)
"不要" 家	12 9(3)	12(1) 10(1)	1 4(2)	25(1) 23(6)	1 1	9(2) 4	5(4) 2(1)	15(6) 7(1)			0 2(1)	0 2(1)	13 10(3)	21(4) 14(1)	6(4) 8(4)	40(7) 32(8)
"必要" 他	0 1	5(3) 3(1)		5(3) 4(1)		2(1) 0	6(5) 2(1)	8(6) 2(1)					0 1	7(4) 3(1)	6(5) 2(1)	13(9) 6(2)
"不要" 家	20 5(2)	11(3) 15(6)	2 3(1)	33(3) 23(9)	2 0	7(1) 4(3)	2 2(1)	11(1) 6(4)		1(1) 0	1(1) 0	2(1) 0	22 5(2)	19(5) 19(9)	5(1) 5(2)	46(6) 29(13)
"必要" 他	0 1	5(3) 3(1)	0 1	5(3) 5(1)		4(2) 3(1)	10(8) 3(2)	14(10) 6(3)			2(1) 0	2(1) 0	0 1	9(5) 6(2)	12(9) 4(2)	21(14) 11(4)
計	32 14(5)	23(4) 25(7)	3 7(3)	58(4) 46(15)	3 1	16(3) 8(3)	7(4) 4(2)	26(7) 13(5)		1(1) 0	1(1) 2(1)	2(2) 2(1)	35 15(5)	40(8) 33(10)	11(5) 13(6)	86(13) 61(21)

潔行為, てんかん性格, 暴行癖, 易怒傾向など) 12%, 視覚障害 (弱視, 盲など) 10%, 聴覚障害 (難聴, ろう, など) 8% となっており知能障害の重い者ほど心身の障害, 異常が多い。これを社会適応状況別にみると継続して働いているものは言語障害, 形態異常が目立つが, 時々働いている者では性格異常, 言語障害が目立ち, 家事手伝いでは言語障害が目立ち, 何もしていない者では言語障害, 運動障害, 精神神経疾患, 形態異常, 性格異常, 視覚障害, 聴覚障害などがかなり存在して

第9表 働いていない理由

(上段男子, 下段女子) (実人員)

働いていない理由	適応状況				家事手伝い				何もしていない				合計			
	精薄程度				軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計
働く意志がない	0	0		0	1	3		4	2	2	5	9	2	3	6	11
働くことができない 知能障害の為	1	6	0	7	2	4	2	8		3	10	13	1	9	10	20
働くことができない 身体障害の為	0	1	0	1	2	3	1	6	6	2	0	8	6	3	0	9
働くことができない 性格上の問題の為		0		0		1		1		1		1		1		1
働くことができない 働く口がない為	0	2		2	1	1		2		0		0	0	2		2
働くことができない 働かせたくない為	2	0	0	0	2	1	1	4		2		2	0	2	0	2
働くことができない 家事の手伝いをさせる必要上	0	2	1	3	10	3	1	14	0		0	0	0	2	1	3
働くことができない その他	1	1	1	3	1	0	0	1	3	1	1	5	4	2	2	8
不		0		0		1		1	1			1	1	0		1
計	2	12	2	16	19	17	5	41	12	11	16	39	14	23	18	55

第10表 心身の状況

(頻数)

適応状況 精薄程度 心身の状況	継続して働いている者				時々働いている者				家事手伝い				何もしていない				計			
	軽	中	重	計	軽	中	重	計	軽	中	重	計	軽	中	重	計	軽	中	重	計
視覚障害	3	4	1	8	2	1		3	3	3	2	8	5	2	7	15	13	10	10	33
言語障害	9	10		19		6		6	2	8	4	14	4	5	25	34	15	29	29	73
形態異常	9	4	1	14	2			2	2	4		6	4	8	12	24	17	16	13	46
性格異常	3	3		6	5	3		8	3	2		5	5	6	9	20	16	14	9	39
聴覚異常	3	3		6		4		4	1	2		5	1	4	9	5	13	6	24	
精神神経疾患	3	5	1	9	2	2	1	5	3	5		8	6	5	16	27	14	17	18	49
運動障害	5		1	6	1	1	1	3	5	4		9	7	4	22	33	18	9	24	51
不	1			1													1			1

総計 162名 154名 (軽度 77.78. 中度 63.48. 重度 22.28.)

(数字は左が男子, 右が女子)

精薄の程度 心身の状況	軽		中		重		計		
	軽	度	中	度	重	度	計	計	
視覚障害	盲 0.1.	弱視 4.8.	盲 1.0.	弱視 5.4.	盲 0.1.	弱視 4.5.	盲 1.2.	弱視 13.17.	14.19.
言語障害	あ 1.0.	どもり 6.1.	あ 2.2.	どもり 6.2.	あ 1.7.	どもり 2.1.	あ 4.9.	どもり 14.4.	43.30.
形態異常	言語遅滞, 構音障害, その他 4.3.	言語遅滞, 構音障害, その他 11.6.	言語遅滞, 構音障害, その他 10.8.	言語遅滞, 構音障害, その他 25.17.	言語遅滞, 構音障害, その他 10.8.	言語遅滞, 構音障害, その他 25.17.	言語遅滞, 構音障害, その他 43.30.	言語遅滞, 構音障害, その他 25.17.	43.30.
	左眼失明 1.0. 眼球震振 0.1. 0脚(先) 0.1. 小頭症 0.3. 斜視 0.1. 侏儒(先) 1.0. 左下腿切断 1.0. 小児マヒ(先) 0.1. 脊柱彎曲(先) 1.0. 左右第5指異常(先) 1.0. 右上下肢マヒ(後) 1.0. 右示指切断(後) 0.1. リウマチス(後) 0.1. 無記入(先) 2.0.	歯列不整 1.0. 頭皮溝 1.0. 低顔(先) 1.0. 左眼失明 0.1. 脳性マヒ 0.1. 左腕関節部アザ及多毛 1.0. 耳殻変形(先) 0.2. 小児型左尖足(先) 1.0. 左右第5指異常(先) 0.1. 水頭症(先) 1.0. 小児マヒ(後) 1.0. 軽度小頭及変形(先) 1.0. 右手小指骨増殖(後) 0.1. 発育障害(後) 0.1.	斜視 0.2. 小頭症 1.0. 胸廓奇型 0.1. 脳性マヒ 0.2. 脳性マヒ(先) 0.1. 疾性マヒ(後) 1.0. 斜視, 眼球震振 1.0. 脳膜炎後遺症(後) 0.1. クレチン病(先) 1.0. モンゴリズム(先) 0.1. 錐体外路障害 1.0.	左眼失明 1.1. 頭皮溝 1.0. 低顔(先) 1.0. 小頭症 1.3. 斜視 0.3. 侏儒 1.0. 胸廓奇型 0.1. 歯列不整 1.0. 眼球震振 0.1. 水頭症 1.0. 0脚 0.1. 脳性マヒ 0.4. モンゴリズム(先) 0.1. 左下腿切断 1.0. 耳殻変形(先) 0.2. 無記入(先) 2.0. ヲ(後) 0.1. 脊柱彎曲(先) 1.0. 小児型左尖足(先) 1.0. 軽度小頭及変形(先) 1.0. 右手小指骨増殖(後) 0.1. 左右第5指異常(先) 1.1. 発育障害(後) 0.1. 脳膜炎後遺症(後) 0.1. 右上下肢マヒ(後) 1.0. 右示指切断(後) 0.1. 錐体外路障害 1.0. 左腕関節部アザ及多毛 1.0. リウマチス(後) 0.1. 疾性マヒ(後) 1.0. 小児マヒ(後) 1.1. 斜視, 眼球震振 1.0. クレチン病(先) 1.0.	14.19.	43.30.	21.25.		

性格異常	鈍重 1.0. 暴行癖 1.0. やや軽躁 0.1. 嘘言癖 1.0. 放浪癖 1.0. 反抗性 1.0. やや閉鎖的攻撃的 0.1. 爆発性気質無力性 0.1. てんかん性格 1.0. 盗,ろう火癖 0.1. 反社会的行為 0.1. 無記入 3.2.	易怒傾向 1.1. 粗野易怒 0.1. 情動不安 0.1. 放浪癖 3.0. 刺激性 1.0. 不潔行為 1.0. 盗癖 1.0. てんかん性格 1.0. 極度に内気 0.1. 性的非行,刺激性,徘徊 0.1. 分裂的傾向 1.0.	不潔行為 1.1. 放浪 1.0. 分裂気質 0.1. 暴行癖 1.0. 非社会的自閉 0.1. 痴呆による偏向 0.1. 暴行癖不潔行為 0.1. 無記入 0.1.	鈍重 1.0. 暴行癖 2.0. やや軽躁 0.1. 嘘言癖 1.0. 盗癖 1.0. 分裂気質 1.1. 放浪癖 5.0. 易怒傾向 1.1. 粗野易怒 0.1. 刺激性 1.0. 不潔行為 2.1. 情動不安 0.1. 反抗性 1.0. 無記入 3.3. やや閉鎖的,攻撃的 0.1. 爆発性気質無力性 0.1. 性的非行,刺激性,徘徊 0.1. てんかん性格 2.0. 反社会的行為 0.1. 極度に内気 0.1. 盗,ろう火癖 0.1. 非社会的自閉 0.1. 痴呆による偏向 0.1. 暴行癖,不潔行為 0.1.	21.18.
聴覚障害	ろう 1.0. 難聴 0.4.	ろう 2.0. 難聴 2.9.	ろう 1.1. 難聴 2.2.	ろう 4.1. 難聴 4.15	8.16.
精神神経疾患	てんかん 2.2. 分裂病 5.0. 小舞踏病 0.1. 慢性アル中 1.0. 老人性精神障害 0.1. 関節リウマチ 1.0. 脳炎後遺症 1.0.	てんかん 2.3. 分裂病 3.2. 脳性マヒ 1.1. 慢性アル中 1.0. 脳膜炎後遺症 2.0. 脳器質性疾患 0.2.	てんかん 1.3. 脳性マヒ 3.2. 分裂病 2.3. 小頭症 0.1. 頭部外傷後遺症 0.1. 脳膜炎後遺症 0.1. クレチン病 1.0.	てんかん 5.8. 脳性マヒ 4.3. 分裂病 10.5. 小頭症 0.1. 小舞踏病 0.1. 脳器質性疾患 0.2. 慢性アル中 2.0. 頭部外傷後遺症 0.1. 老人性精神障害 0.1. クレチン病 1.0. 関節リウマチ 1.0. 脳炎後遺症 1.0. 脳膜炎後遺症 2.1.	26.23.
運動障害	運動マヒ 5.2. 病的運動 0.2. けいれん発作 2.2. その他 3.2.	運動マヒ 1.3. けいれん発作 1.1. その他 1.2.	運動マヒ 2.7. 病的運動 5.1. けいれん発作 2.4. その他 1.2.	運動マヒ 8.12. 病的運動 5.3. けいれん発作 5.7. その他 5.6.	23.28.
不明	1				1

継続して働いている 80名 47名 (軽度 56.35. 中度 23.11. 重度 1.1.) (数字は左が男子,右が女子)

精薄の程度 心身の状況	軽 度	中 度	重 度	計	
視覚障害	弱視 1.2.	弱視 3.1.	弱視 0.1.	弱視 4.4.	4.4.
言語障害	あ 1.0. どもり 5.1. 言語遅滞,構音障害,その他 2.0.	あ 1.0. どもり 2.0. 言語遅滞,構音障害,その他 5.2.		あ 2.0. どもり 7.1. 言語遅滞,構音障害,その他 7.2.	16.3.
形態異常	左眼失明 1.0. 侏儒(先) 1.0. 小頭症 0.1. 斜視 0.1. 左右第5指異常(先) 1.0. 左下腿切断 1.0. 脊柱彎曲(先) 1.0. 右上下肢マヒ(後) 1.0. 右示指切断(後) 0.1.	歯列不整 1.0. 頭皮溝 1.0. 左腕関節部アザ,多毛 1.0. 耳殻変形(先) 0.1.	脳性マヒ(先) 0.1.	左眼失明 1.0. 侏儒(先) 1.0. 小頭症 0.1. 歯列不整 1.0. 斜視 0.1. 頭皮溝 1.0. 耳殻変形(先) 0.1. 左下腿切断 1.0. 右上下肢マヒ(後) 1.0. 脊柱彎曲(先) 1.0. 右示指切断(後) 0.1. 脳性マヒ(先) 0.1. 左右第5指異常(先) 1.0. 左腕関節部アザ,多毛 1.0.	9.5.
性格異常	鈍重 1.0. 暴行癖 1.0. 無記入 1.0.	易怒傾向 1.0. 粗野易怒 0.1. 情動不安 0.1.		鈍重 1.0. 暴行癖 1.0. 易怒傾向 1.0. 粗野易怒 0.1. 情動不安 0.1. 無記入 1.0.	4.2.
聴覚障害	ろう 1.0. 難聴 0.2.	ろう 1.0. 難聴 0.2.		ろう 2.0. 難聴 0.4.	2.4.
精神神経疾患	てんかん 1.0. 接枝分裂病 1.0. 慢性アル中 1.0.	てんかん 1.1. 接枝分裂病 1.0. 分裂欠陥状態 0.1. 慢性アル中 1.0.	てんかん 0.1.	てんかん 2.2. 分裂病 2.1. 慢性アル中 2.0.	6.3.
運動障害	運動マヒ 2.0. けいれん発作 1.0. その他 2.0.		けいれん発作 0.1.	運動マヒ 2.0. けいれん発作 1.1. その他 2.0.	5.1.
不明	1.0.			1.0.	1.0.

時々働いている 27名 25名 (軽度 7.16. 中度 17.8. 重度 3.1.) (数字は左が男子,右が女子)

精薄の程度 心身の状況	軽 度	中 度	重 度	計	
視覚障害	弱視 1.1.	弱視 1.0.		弱視 2.1.	2.1.
言語障害		あ 1.0. どもり 2.1. 言語遅滞,構音障害,その他 2.0.		あ 1.0. どもり 2.1. 言語遅滞,構音障害,その他 2.0.	5.1.

形態異常	やや小頭 0.1. 眼球震振 0.1.			やや小頭 0.1. 眼球震振 0.1.	0.2.
性格異常	やや軽躁 0.1. 嘘言癖 1.0. やや閉鎖的, 攻撃的 0.1. 爆発性気質, 無力性 0.1. てんかん性格 1.0.	放浪癖 2.0. 刺激性 1.0.		やや軽躁 0.1. 嘘言癖 1.0. 放浪癖 2.0. 刺激性 1.0. やや閉鎖的, 攻撃的 0.1. 爆発性気質, 無力性 0.1. てんかん性格 1.0.	5.3.
聴覚異常		ろう 1.0. 難聴 1.2.		ろう 1.0. 難聴 1.2.	2.2.
精神神経疾患	老人性精神障害 0.1. てんかん 1.0.	てんかん 0.2.	てんかん 1.0.	老人性精神障害 0.1. てんかん 2.2.	2.3.
運動障害	けいれん発作 1.0.	その他 0.1.	けいれん発作 1.0.	けいれん発作 2.0. その他 0.1.	2.1.

家事の手伝いをしている 16名 41名 (軽度 2.19. 中度 12.17. 重度 2.5.)

(数字は左が男子, 右が女子)

精薄の程度 心身の状況	軽 度	中 度	重 度	計	
視覚障害	弱視 0.3.	弱視 1.2.	盲 0.1. 弱視 0.1.	盲 0.1. 弱視 1.6.	1.7.
言語障害	言語遅滞, 構音障害, その他 0.2.	あ 0.1. どもり 1.0. 言語遅滞, 構音障害, その他 3.3.	あ 0.1. どもり 0.1. 言語遅滞, 構音障害, その他 1.1.	あ 0.2. どもり 1.1. 言語遅滞, 構音障害, その他 4.6.	5.9.
形態異常	小頭症(先) 0.1. リウマチス(後) 0.1.	小児型左尖足(先) 1.0. 左右第5指異常(先) 0.1. 水頭症(先) 1.0. 無記入(後) 0.1.		小頭症(先) 0.1. リウマチス(後) 0.1. 左右第5指異常(先) 0.1. 小児型左尖足(先) 1.0. 小頭症(先) 1.0. 無記入(後) 0.1.	2.4.
性格異常	盗, ろう火癖 0.1. 反社会的行為 0.1. 無記入 0.1.	興奮しやすい 0.1. 不潔行為 1.0.		盗, ろう火癖 0.1. 反社会的行為 0.1. 興奮しやすい 0.1. 不潔行為 1.0. 無記入 0.1.	1.4.
聴覚障害	難聴 0.1.	難聴 0.2.	ろう 0.1. 難聴 1.0.	ろう 0.1. 難聴 1.3.	1.4.
精神神経疾患	てんかん 0.2. 小舞踏病 0.1.	精神分裂病 0.1. 脳性マヒ 1.1. 脳膜炎, 後遺症 2.0.		てんかん 0.2. 小舞踏病 0.1. 分裂病 0.1. 脳性マヒ 1.1. 脳膜炎, 後遺症 2.0.	3.5.
運動障害	病的運動 0.2. けいれん発作 0.2. その他 0.1.	運動マヒ 1.2. その他 1.0.		運動マヒ 1.2. 病的運動 0.2. けいれん発作 0.2. その他 1.1.	2.7.

何もしていない 39名 41名 (軽度 12.8. 中度 11.12. 重度 16.21.)

(数字は左が男子, 右が女子)

精薄の程度 心身の状況	軽 度	中 度	重 度	計	
視覚障害	盲 0.1. 弱視 2.2.	盲 1.0. 弱視 0.1.	弱視 4.3.	盲 1.1. 弱視 6.6.	7.7.
言語障害	どもり 1.0. 言語遅滞, 構音障害, その他 2.1.	あ 0.1. どもり 1.1. 言語遅滞, 構音障害, その他 1.1.	あ 1.6. どもり 2.0. 言語遅滞, 構音障害, その他 9.7.	あ 1.7. どもり 4.1. 言語障害, 構音障害, その他 12.9.	17.17.
形態異常	小児マヒ(先) 0.1. O脚(先) 0.1. 無記入(先) 2.0.	左眼失明 0.1. 低聾(先) 1.0. 小児マヒ(後) 1.0. 軽度小頭及変形(先) 1.0. 脳性マヒ(先) 0.1. 右手小指骨増殖(後) 0.1. 発育障害(後) 0.1. 耳殻変形(先) 0.1.	斜視 0.2. 胸廓奇型 0.1. 斜視, 眼球震振 1.0. 脳膜炎後遺症(後) 0.1. 疾性マヒ(後) 1.0. 脳性マヒ 0.2. クレチン病(先) 1.0. モンゴリズム(先) 0.1. 小頭症 1.0. 錐体外路障害 1.0.	小児マヒ 1.1. 斜視 0.2. O脚 0.1. 左眼失明 0.1. 胸廓奇型 0.1. 低聾(先) 1.0. 脳性マヒ 0.3. 無記入 2.0. 小頭症 1.0. 耳殻変形(先) 0.1. 疾性マヒ(後) 1.0. 軽度小頭及変形(先) 1.0 斜視, 眼球震振 1.0. 脳膜炎後遺症(後) 0.1. クレチン病(先) 1.0. 右手小指骨増殖(後) 0.1. モンゴリズム(先) 0.1. 発育障害(後) 0.1. 錐体外路障害 1.0.	10.14.
性格異常	放浪癖 1.0. 反抗性 1.0. 無記入 2.1.	放浪癖 1.0. 盗癖 1.0. てんかん性格 1.0. 極度に内気 0.1. 分裂的傾向 1.0. 性的非行, 刺激性, 徘徊 0.1.	不潔行為 1.1. 放浪 1.0. 暴行癖 1.0. 分裂気質 0.1. 非社会的自閉 0.1. 痴呆による偏向 0.1. 暴行癖, 不潔行為 0.1. 無記入 0.1.	放浪癖 3.0. 反抗性 1.0. 分裂気質 1.1. 盗癖 1.0. 不潔行為 1.1. 暴行癖 1.0. てんかん性格 1.0. 極度に内気 0.1. 性的非行, 刺激性, 徘徊 0.1. 暴行癖, 不潔行為 0.1. 非社会的自閉 0.1. 痴呆による偏向 0.1.	11.9.
聴覚障害	難聴 0.1.	難聴 1.3.	ろう 1.0. 難聴 1.2.	ろう 1.0. 難聴 2.6.	3.6.

精神神経疾患	関節リウマチ 1.0. 精神分裂病 4.0. 脳炎後遺症 1.0	てんかん 1.0. 接枝分裂病 2.0. 脳器質性疾患 0.2.	脳性マヒ 3.2. 分裂病 2.3. 頭部外傷後遺症 0.1. 脳膜炎後遺症 0.1. てんかん 0.2. 小頭症 0.1. クレチン病 1.0.	分裂病 8.3. てんかん 1.2. 脳性マヒ 3.2. 小頭症 0.1. 関節リウマチ 1.0. 脳炎後遺症 1.0 脳器質性疾患 0.2. 頭部外傷後遺症 0.1. 脳膜炎後遺症 0.1. クレチン病 1.0.	15.12.
運動障害	運動マヒ 3.2. その他 1.1.	運動マヒ 0.1. けいれん発作 1.1. その他 0.1.	運動マヒ 2.7. 病的運動 5.1. けいれん発作 1.3. その他 1.2.	運動マヒ 5.10. 病的運動 5.1. けいれん発作 2.4. その他 2.4.	14.19

いる。就労、家事手伝い、何もしていない順に心身の状況の障害、異常が増加している。

日常生活での介助の程度をみると第11表のごとく食事、排便、洗面、着脱衣などの身の廻りの始末が1人でできない者は軽度3%、中度6%、重度60%となっており全体の13%が日常生活の介助を必要としている。

第11表 日常生活での介助の程度

(実人員)

日常生活の自立状況	軽 度			中 度			重 度			総 計		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
身のまわりの仕事が1人でできる	75	75	150	58	46	104	12	8	20	145	129	274
身のまわりの仕事が1人でできない	77	3	5	5	2	7	10	20	30	17	25	42
総 計	77	78	155	63	48	111	22	28	50	162	154	316

第12表 配 偶 関 係

(上段男子, 下段女子) (実人員)

配偶関係 年令段階	軽 度					中 度					重 度					計			
	未 婚	有 配	(同 居)	(別 居)	死 別	離 別	未 婚	有 配	(同 居)	(別 居)	死 別	離 別	未 婚	有 配	(同 居)		(別 居)	死 別	離 別
15~19	12 12	0 1	(0) (1)				8 7						7 6						27 26
20~24	14 4	0 1	(0) (1)				8 13						5 6						27 24
25~29	8 7	3 4	(3) (4)				10 3						4 3						5 17
30~34	2 2	7 5	(7) (4)	(0) (1)	0 1	2 2	13 3						2 3						23 16
35~39	1 1	2 5	(2) (5)			0 2	3 2	1 3	(1) (3)				0 4						7 16
40~44	2 1	2 5	(2) (5)		0 1	0 1	6 3	0 2	(0) (2)	1 0	0 1		1 1	0 1	(0) (1)		1 0		13 16
45~49	4 2	3 4	(3) (4)		1 1		2 5	2 2	(2) (2)			1 1	0 1						13 16
50~54	1 3	1 0	(1) (0)		0 4	0 1	1 0	1 0	(1) (0)	0 1	1 1								6 12
55~59	1 0	2 1	(2) (1)		0 2	1 1	3 2	1 0	(1) (0)				0 2				1 0		8 7
60~64	1 0	1 1	(1) (0)		2 1	1 1						1 0	0 1						7 2
65~69		1 1	(1) (1)		0 1	1 0							1 0						2 2
70~74					1 0		1 0	(1) (0)											2 0
75~79	1																		
80~84	0 0											1 0							1 0
不 明	1 0																		1 0
計	47 32	22 27	(22) (26)	(0) (1)	3 10	5 9	52 37	6 7	(6) (7)	1 1	1 3	20 27	0 1	(0) (1)			1 0	1 0	119 96
総 計			77 78				63 48					22 28							162 154

精神薄弱者の配偶の状況は第12表の如く有配者は男子18%、女子22%で軽度の32%、中度の12%、重度の2%がそれぞれ結婚している。彼等の年令は25才~49才が多く、軽度では25才~49才、中度

では35才～49才が多い。社会適応状況別にみると継続して働いている者では28%，時々働いている者では33%，家事手伝い7%で男子は継続して働いている者に多く，女子では継続，時々働いている者に多い。彼等の年齢は継続して働いている者では25才～49才，時々働いている者では30才～49才となっている。最近10年間における全国精薄施設退園者の社会的予後調査の結果でも魯鈍級の20才～29才の女子のかなりの数が結婚し主婦として家事に専念しており，また就職している者の中にも結婚している女子や近く結婚を予定している者が比較的にみられる。しかし，その半面，真面目に働いていた男子が女の為にせつかくためた貯金まではたいて貰いでしまったり，せつかく就職して安定しかけた女子が男に連れだされたり，だまされたりして失敗するといったケースもかなりみられ，また精神薄弱者の離婚が既婚の精神薄弱者のうち全国実態調査で20%，埼玉県実態調査で19.9%と一般人の離別1.5%（昭和35年国勢調査）をはるかに上廻っており，一般の人々の精神薄弱者に対する配慮と思いやりが必要であることを物語っている。

精神薄弱者の実子の数をみると第13表の如く既婚の精神薄弱者の75%に子供があり，その1人当

第13表 実 子 数
(上段男子, 下段女子) (実人員)

実子の数 年齢階級	軽 度									中 度									重 度									計													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	計
15~19	0		0								0											0		0																	0
	1		1(1)																			1		1(1)																1	
20~24	0																																								
	1																					1																			
25~29	0	2	1																			0	2	1																3	
	1	3	0																			1	3	0																3	
30~34	6	1	1	1	0																	6	1	1	1	0														3	
	0	4	2	1	1																	0	4	2	1	1														8	
35~39	0	1	0	0	1						1	0	0	0								1	1	0	0	1														2	
	2	0	2	2	1						0	1	1	1							2	1	3	2	2														8		
40~44	2	1	0	0	0						0	0	0	1	0						1	2	0	0	1	0													3		
	1	1	0	2	2						1	1	0	1	0						2	2	2	2	2	1													9		
45~49	1	1	2	0	0						1	1	1	1							2	1	3	0	1	1													5		
	1	2	0	1	1						1	0	1	1							2	2	0	1	2														6		
50~54	0	0	1	0	0						1	0	0	0							1	1	1	0	1														3		
	1	2(1)	1	1	1						0	1	1								1	3(1)	1	2	1														5		
55~59	1	1	1	0								0	1								1	1	2	1	2														3		
	1	1	0	2							1	1	0								1	1	0	2	1														1		
60~64	2			0	1	0															3	1			0	1	0												2		
	0			1	0	1					1	0									0	0			1	0	1												2		
65~69	1			0	0																1				0	0													1		
	0			1	1																0				1	1													2		
70~74	1														1						1																		1		
	0														0						0																		0		
75~79																																									
80~84															1																								1		
															0																								0		
計	11	8	6	2	1	1	0				4	0	1	2	2	1	0	1	0		1																		27		
	8	12(1)	8(1)	9	8	1	1	0	1	2	3	1	1	2	0	1	0	1	0	1	1		1																49		
結婚して いる者の数			3	0								1	1									2																			
			4	8	(2)							1	1									3																			

() 内は未婚で子供のいる女子

りの実子の平均は2人であるが，なかにはかなり多い者もみられ，実子9人という者もみられる。彼等の年齢と実子数との関係は35才～49才に多く，その分布は15才～80才以上にひろがっている。この調査では実子の知能，心身の状況及び現状などが調べられてないのが残念であり，彼等の状況は不明である。

家人が精神薄弱者にどの程度の行動の自由を認めているかをみると第14表のごとく全体の92%が

第14表 処 偶 の 状 況 (実人員)

	軽 度			中 度			重 度			総 数		
	男	子	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
行 動 自 由	74	77	151	61	45	106	16	17	33	151	139	290
監視なし	(73)	(75)	(148)	(51)	(38)	(89)	(7)	(11)	(18)	(131)	(124)	(255)
監視つき	(1)	(2)	(3)	(10)	(7)	(17)	(9)	(6)	(15)	(20)	(15)	(35)
行 動 自 由	3	—	3	2	3	5	6	11	17	11	14	25
屋敷内	(2)	—	(2)	(2)	(3)	(5)	(4)	(7)	(11)	(8)	(10)	(18)
一室内	(1)	—	(1)	—	—	—	(2)	(4)	(6)	(3)	(4)	(7)
緊縛	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不 明	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
総 数	77	78	155	63	48	111	22	28	50	152	154	316

行動の自由を認めているが、これを知能障害の程度別にみると知能障害の重い者ほど行動制限をうけている数が増加し、重度の者では全く行動が自由なものは36%にすぎず、後は家人の監視つき、屋敷内、又は一室内に行動制限されている。

精神薄弱者がいる為の家庭への影響についてみると第15表の如く知能障害の程度が重くなるにしたがって困っている数が増加し、軽度のもの37%、中度のもの59%、重度のもの90%となっている。

第15表 家 庭 へ の 影 響

(上段男子, 下段女子) (実人員)

社会適応状況	継続して働いている者				時々働いている者				家事手伝い				何もしていない				合 計				
	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	
困っていない	43	14		57	3	3		6	2	4	1	7	2	2	1	5	50	23	2	75	
家庭への影響	26	9		35	8	3		11	10	8	2	20	4	3	1	8	48	23	3	74	
困っている	13	9	1	23	4	14	3	21	0	8	1	9	10	9	15	34	27	40	20	87	
精神程度	9	2	1	12	8	5	1	14	9	9	3	21	4	9	20	33	30	25	25	80	
内	経済上, 精神上	0	1		1	1	2	1	4		1	0	1	2	2	5	9	3	6	6	15
	監護上	1	0		1	0	1	0	1		1	2	3	2	3	10	15	3	5	12	20
	経済上, 精神上	3	0		3	0	4	1	5	0	3	0	3	1	4	2	7	4	11	3	18
	経済上	1	1		2	3	0	1	4	5	2	1	8	1	2	4	7	10	5	6	21
	精神上	2	1		3	4	1		5	2	1		3	0			2	0	8	3	15
訳	精神上	4	5	0	9	1	4		5	0	3	1	4	4	2	4	10	9	14	5	28
	監護上	5	0	1	6	1	2		3	2	4	0	6	0	2	4	6	8	8	5	21
	精神上, 監護上			1	1		1		1							1	1		1	2	3
	精神上, 監護上	1		0	1	1	1	2		0		0	1	1	1	3	5	2	2	4	8
合計(総数)	56	23	1	80	7	17	3	27	2	12	2	16	12	11	16	39	77	63	22	162	
精神程度	35	11	1	47	16	8	1	25	19	17	5	41	8	12	21	41	78	48	28	154	

またこれを社会適応状況別にみると困っている数は継続して働いている者では27%、時々働いている者では67%、家事手伝いでは53%、何もしていない者では83%となっており、その理由は経済上困っている39%、精神上困っている44%、監護上困っている17%で、何もしていない者では、経済上も精神上も監護上も困っている数が他に比べて多い。

なお精神薄弱者のいる世帯のうちで生活保護を受けている世帯は第16表のごとく12%に及び我が国に於ける保護受給率1.7% (昭和36年厚生省統計)を大きく上廻っている。埼玉県精神薄弱者実態調査の結果でも生活程度上の世帯が8%、中が51%、下が30%、保護世帯が11%とかなり経済的に貧しい家庭が多い。

家族の精神薄弱者に対する施設入所の希望については第17表の如く全体の23%が施設入所を希望

第16表 生活保護をうけている世帯 (実人員)

被保護世帯 か否かの別	軽 度			中 度			重 度			総 数		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
然	11	12	23	9	4	13	1	2	3	21	18	39
否	66	66	132	54	44	98	21	26	47	141	136	277
総 数	77	78	155	63	48	111	22	28	50	162	154	316

第17表 精薄援護施設又は精薄児施設への入所についての家族の希望

(上段男子,下段女子) (実人員)

社会適応状況 精薄程度 入所希望状況	継続して働いている者				時々働いている者				家事手伝い				何もしていない				合 計			
	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計	軽度	中度	重度	計
無 し	55(12) 34(8)	20(7) 10(2)	1(1) 0	76(20) 44(10)	5(2) 16(8)	12(9) 5(2)	1(1) 1(1)	18(12) 22(11)	2 13(3)	4(2) 12(5)	2(1) 3(2)	8(3) 28(10)	6(6) 4(1)	4(2) 5(3)	6(6) 10(10)	16(14) 19(14)	68(20) 67(20)	40(20) 32(12)	10(9) 14(13)	118(49) 113(45)
有 り	1(1) 1(1)	3(2) 1	0 1(1)	4(3) 3(2)	2(2) 0	5(5) 3(3)	2(2) 0	9(9) 3(3)	0 6(6)	8(6) 5(4)	0 2(1)	8(6) 13(11)	5(4) 3(2)	7(7) 7(6)	10(9) 11(10)	22(20) 21(18)	8(7) 10(9)	23(20) 16(13)	12(11) 14(12)	43(38) 40(34)
不 明													1 1(1)			1 1(1)	1 1			1 1(1)
収容施設	有料でも	2 1		2 1	3 1		3 1	0 2	1 0		1 0	1 2	4 2	2 3	2 3	7 7	1 4	10 4	2 3	13 11
	無料なら	1 0	1 0	0 1	2 1	2 0	2 0	6 2	0 4	7 5	0 2	7 11	3 1	3 5	7 6	13 12	6 5	13 12	9 9	28 26
通所通園	有料でも													0 1	0 1				0 1	0 1
	無料なら	0 1		0 1									1 0	1 1	2 1	1 1		1 1	1 1	2 2
合 計	56 35	23 11	1 1	80 47	7 16	17 8	3 1	27 25	2 19	12 17	2 5	16 41	12 8	11 12	16 21	39 41	77 78	63 48	22 28	162 154

()内は家庭への影響で困っているもの

している。彼等を社会適応状況別にみると継続して働いている者では6%、時々働いている者では23%、家事手伝いでは37%、何もしていない者では54%と家事手伝い、何もしていない者にその希望が多い。知能障害の程度別にこれを見ると軽度12%、中度35%、重度52%と知能障害の程度の重い者ほど希望が多くなっている。埼玉県精神薄弱者実態調査の結果では施設入所希望は全体の26%で、特に中度の21才~30才の者に多く、一般に知能障害の重い、年齢の若い層に入所希望が多い。

なお家族の精神薄弱者について施設入所を希望する数が全国実態調査23%、埼玉県実態調査26%と予想された数より少なく家庭で困っている者の43%しか希望していないことは、成人精神薄弱者援護施設についての理解と認識が一般に浸とうしていない為と思われる。

精神薄弱者に対する必要な処置については第18表の如くであるが、これらはいずれも調査員が合議のうえ判定を行なったものである。

第18表 必 要 な 処 置 (実人員)

必要な処置別	軽 度			中 度			重 度			総 数		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
医療的処置	7	2	9	6	6	11	5	4	9	18	11	29
施設入所	5	6	11	18	18	29	8	10	18	31	27	58
在宅指導	23	24	47	24	24	46	8	12	20	55	58	113
な し	42	46	88	15	15	25	1	2	3	58	58	116
総 数	77	78	155	63	43	111	22	28	50	162	154	316

これによると在宅指導が36%でもっとも多く、施設入所を必要とするもの18%、精神神経科の医療処置を必要とする者が9%、特別な処置の必要なしが37%となっており、精神薄弱者福祉司などのソーシャルワーカーを中心とする活躍に期待する所が大きい。またこれらの処置を必要とする者

の数が何もしていない者に多いが就労している者の中にもかなり存在していることは就労し一応適応しているかにみえる者についても福祉援護の対象から全くはづしてしまうことには問題があることを物語っていよう。

以上全国精神薄弱者実態調査の結果を中心に成人精神薄弱者の社会適応の現状を明らかにして来たが、次に**成人精神薄弱者の社会適応上におこるさまざまな問題について**考えてみよう。

まず精神薄弱者のいる家族の人間関係についてみることにしよう。家庭は人間にとってもっとも基本的な単位集団であり、必要欠くべからざる存在である。しかるに、**精神薄弱者の存在が家族員間に影響を及ぼし緊張を高めている場合**がしばしばみられる。

A郡Y町に住む農業を営む8人家族の世帯主の妹(32才)が重度精薄者で日頃、粗暴な行為が多く、特にメンスになると目に余る淫らな行為や言葉を使い子供達に悪影響を与えているので世帯主の妻(29才)は子供達への影響を考え本人を強く叱ると主人の母親との関係が悪化し嫁の立場からの苦労が絶えず最近ではノイローゼ気味になってしまい嫁姑関係が険悪になってしまっている。

B市N町に住む会社員の世帯主夫婦と子供達あわせて6人家族の三男(16才)が中度精薄者であり、長女(25才)に最近縁談が起きたが精薄者が家族にいることから話が進展しないまゝになっているので長女と父母との関係が悪化し、特に精薄者を生んだ母親に対し憎しみに近い感情をもち、母子関係が険悪になっている。

このように**精神薄弱者の存在をめぐっての親子、嫁姑関係の悪化は両親、同胞その他の関係にも**みられることであるが、かような**家族員間の緊張関係が精神薄弱者の情緒安定、適応を阻害している例**がしばしばみられる。

精神薄弱者と両親、同胞、配偶者などの家族との関係がまづくなったために精神薄弱者の情緒安定、適応を阻害し、不安、葛藤を生ぜしめている例もかなりみられる。

K郡I町に住む23才の女子で中度精薄者、昭和36年に鳶職人と結婚したが1ヶ月にして夫に逃げられ、その後父母から再婚をせまられたが、本人にその意志がなく拒否し続けたがその為父母との折合いが悪くなり、いたたまれなくなり家出してしまった。

M郡H町に住む24才の男子の軽度精薄者は、本人の兄はほそぼそと行商をして年老いた両親を扶養しているが、本人がぶらぶらしているのをみると腹が立って叱りとばすので兄が帰宅すると家を逃げだし帰ってこない。

また両親などの過干渉、過庇護、放任、ぎゃくたいなどが原因で家族と精神薄弱者との関係がうまく行かない例もかなり存在している。

N市C町に住む18才の男子で中度精薄者、家族は母親、姉と三人暮らしであるが、本人は家庭ではまったく放置され、三度の食事も満足にもらえず、食物を盗む癖がつき、かげひなたや嘘言が多い。

A市T区に住む20才の男子で 中度精薄者、母子家庭であり、母親は本人の支えになるよりむしろ本人によりかゝって本人をあてにしており、その為かえて自立更生が阻害されている。次に**職場、近隣関係**について考えてみよう。

T市S区に住む21才の女子で軽度精薄者は、くさり工場へ就職し、初めのうちは喜び、また手先の仕事なのでむずかしいこともなかったが、男の同僚からからかわれるようになってから厭がり4ヶ月でやめてしまった。

I市M町に住む23才の男子で中度精薄者、そば製造所へ就職し仕事はよくやったが、ある日主人に注意されたのをうらみ店の製品を地面へたゞつけたという理由で解雇された。本人にいわせると注意されたことをよく守ろうと思ひ仕事をしたが、まだよごれている所へ同僚が製品をおこしたので手ではらいのけようとしたということである。

精神薄弱者の就労にあたって何よりも大切なことは**使用者、同僚の理解と支持**である。いかに能力はあっても受け入れ側に精神薄弱者に対する配慮が欠けていては彼等の社会適応はむずかしいであろう。

また地域社会の人々の**精神薄弱者福祉に関する地域活動**も彼等の社会適応をはかる上に極めて有用である。その為には**精神薄弱者に対する意識—その好意的態度と拒否的感情の抑圧について—調査^{註8}結果**に述べられている様に一般人が精神薄弱者に好意的理解的態度をもちながらも、その底には拒否的感情が存在し、それが時として表面に顕在化する現実は一瞬も早く改善したいものである。

精神薄弱者が**社会生活を送っていく上**にどのような問題をかかえているかについて**精神薄弱者の実態と課題—特に職業に関して—^{註9}の報告**にも述べられているようにいくつかの類型に分類して考察してみよう。まず第1に**本人の力で経済的に自立し結婚して家族を養っていくことができる群**—彼等は知的に普通人に近い為、家族も本人も精神薄弱者であることを極力隠しており、彼等に対しては世間の人々の理解と愛情が必要である。第2に**家族の支えがあれば自立していける群**（職業の面では成功しているが1人で独立して生活はできない）—彼等の場合、就職は出来、現在も将来も職場で働いていけそうな人達であるが知的に低く、与えられた仕事はやるが1人で判断して自活することは難しい。彼等に対する支えの役目を現在は家庭が果しているが将来もそれが期待できる人やそれが家族にとって大きな精神的負担となり、家庭に暗い影を投げかけている人（家族構成員の変化—例えば兄弟の結婚などにより、家庭からはじきだされたり邪魔者あつかいされる可能性がある）などがあり、家庭にその支えが期待できない場合にはそれにかわる存在が必要であろう。第3に**自立の見通しがたたない群**—能力が低く作業の面でも現在の職場に長く勤めていることができるかどうか危ぶまれる者にはコロニーか庇護授産場が必要となろう。第4に**施設に入所させる必要のある群**—本人の能力や性格からみて施設で指導した後社会復帰させることが必要な者、彼等には**援護施設**が必要となろう。かように**精神薄弱者が社会生活を送っていく上には彼等の能力とその置かれた環境に応じた配慮や対策の必要性が痛感される。**

3. 今後の課題

成人精神薄弱者の援護対策と彼等の社会適応状況を明らかにして来たが、国による援護施策が講じられるようになってから未だ日は浅く彼等の社会適応状況の実態もようやく明らかにされようとしている**現在にあっては成人精神薄弱者の福祉問題は多くの課題をかゝっている。**

まず**一般人の成人精神薄弱者問題に関する関心と理解の程度が未だ極めて低い。**しかもこのことは大都会より中小都市へ、また農山漁村へといくにしたがい低下している。しかしその半面、**福島県内郷市の実態調査結果**にみられるように大都会でみられるような拒否的な感情や家族間のはげしい緊張、葛藤は地方ではあまりみられず、住民の関心と理解は薄い**が住民の態度は一般に保護的好意的であり、家庭の中で保護され受け入れられている者が多い。**しかし都市の住民のように精神薄弱者の問題を社会保障制度によって解決しようとしたり親達が互いに共通の問題として話し合ったりソーシャルアクションを起すと**いったことはほとんど現われておらず、親の死後の問題に不安を感じながらも公的な問題にせず家族の中の問題として解決しようとしている。**かような都会と田舎の住民の態度、考え方の相違を充分に考慮に入れた上で、**地域の特殊性に合った教育啓蒙活動を行なうことが必要である。**精神薄弱者に対する**理解の低さは一般人のみではなく精薄関係職員の間にもすらみられる。**全国精薄施設職員の態度意見調査^{註10}ならびに**全国精薄施設退園者の社会的予後調査結果**などにも明らかなごとく、彼等は精神薄弱者に対する期待、社会的予後の見通し、指導効果などについてあまり期待をかけておらず、現実の社会生活における彼等の実態よりもかなり低い予測や評価をしている者が多く、**未だに伝統的な隔離、保護の思想が強く、社会の一員として生活するための適応性の開発増進の考え方が薄い。**

成人精神薄弱者の援護施策についてもかなり問題が存在している。全国実態調査の結果、発見された成人精神薄弱者の推計数は34万余名に達し、このうち34%が在宅指導、18%が施設入所、9%が精神神経科の医療処置を必要としているにもかかわらず、施設の数**は公私立あわせて全国に25ヶ所、定員1,500名**たらずで、しかも重度障害者を収容しうるところはほとんどなく、職親制度も未だその緒についたばかりで、成人精神薄弱者の福祉業務を担当する専門職員である精神薄弱者福祉司の数も**全国で500名**たらずで、しかも兼務者が多く専任職員は100名程度という現状であり**国としての福祉援護対策としては、はなはだ心細いかぎりである。**また精神薄弱者には身体障害者に対してなされている国及び地方公共団体からの各種の恩典すら与えられていない。更に成人精神薄弱者の相談、判定、指導にあたる職員の多くが専門の知識、経験に乏しい人達である。国としては、成人精神薄弱者の援護施策を拡充し、施設設備等を整備増強するとともに**その職員には専門的学識経験者をそろえる一方、専門家の養成、研修に力を注がなければならない。**専門職員の研修に関連して東京都、埼玉、千葉、神奈川、群馬、茨城、栃木、山梨、福島などの関東近県の精薄関係職員—精神薄弱者更生相談所の精神科医、臨床心理担当者、精神薄弱者福祉司ならびに各県成人精神薄弱者福

社業務担当者をメンバーとする精薄相談技術研究会が昭和37年3月に国立精神衛生研究所精神薄弱部の菅野部長、桜井技官、東京都精神薄弱者更生相談所の三国所長等の提唱により発足し、国立精神衛生研究所精神薄弱部が世話役となり、成人精神薄弱者の判定、相談、治療ならびに処遇に関する研究会を各県もちまわりで開催しており、関西でも大阪府精神薄弱者更生相談所が中心となって同様な動きをみせており、これ等の活動が今後の成人精神薄弱者援護対策遂行上に貢献する所大なるものがあるとして注目されている。

第1回精薄相談技術研究会 昭和37年3月1日 ところ 東京都精薄者更生相談所

1. 各県の精薄者援護対策の現況分析

第2回精薄相談技術研究会 昭和37年5月17日 ところ 国立精神衛生研究所

1. 精薄者の診断に関する諸問題（精研）

第3回精薄相談技術研究会 昭和37年7月26日 ところ 神奈川県社会福祉会館

1. 精薄者の診断規準に関する問題

2. 精薄者の診断簿等の諸様式について

3. 精薄者の居宅指導について

第4回精薄相談技術研究会 昭和37年9月27日 ところ 埼玉県庁

1. 福島県内郷市精薄者実態調査報告（精研）

2. 更生相談所における判定業務の実際——判定書に診断内容をどの程度記述するか——

3. 事例研究

イ. 両親と精薄者の調整を要すると思われるケース（埼玉）

ロ. 家庭内の調整で生活参加できたケース（埼玉）

第5回精薄相談技術研究会 昭和37年11月12・13日 ところ 群馬県伊香保町 観山荘

1. 在宅精薄者の問題点とその指導（精研）

2. 事例研究

イ. 精薄者多発世帯に対する指導（群馬）

ロ. 浮浪癖をもつ精薄者の指導（群馬）

ハ. 家庭不和により放置された精薄者の指導（群馬）

ニ. 親族の無理解な精薄者の指導（群馬）

第6回精薄相談技術研究会 昭和38年1月24・25日 ところ 栃木県塩原町 憩の家

1. 精薄者福祉措置に伴う判定上の諸問題について

イ. 妹の縁談の為に施設委託を希望するケース（東京）

ロ. 母親死後の心配から施設入所を希望するケース（神奈川）

ハ. 職親の忍耐と愛情で導くケース（千葉）

ニ. 精薄者の自立更生指導について（茨城）

ホ. 行商のさまたげになるので施設入所を希望するケース (栃木)

へ. 精薄者更生阻害の要因について (群馬)

第7回精薄相談技術研究会 昭和38年5月9日 ところ 東京都精薄者更生相談所

1. 医学, 心理学及び社会学診断における面接技術について (精研)
2. 精薄者更生相談所における判定業務の当面する諸問題について

第8回精薄相談技術研究会 昭和38年8月21・22日 ところ 茨城県麻生町 白帆荘

1. 医学, 心理学, 社会学診断及び総合判定の内容とその方法 (精薄判定規準研究班)
2. 事例研究

精神薄弱者の診断についても従来の診断は簡単な精神医学的診断と知能検査を中心とする心理診断, それに簡単な生育, 生活歴, 家庭状況が付記されている程度で治療, 処遇に役立つ予後診断がなされていない。精神薄弱者の診断は精神医学, 心理学及び社会学の総合的な見地から行なわれるべきであり, 従来の**医学, 心理学診断を拡充すると共に成人精神薄弱者の場合には**彼等の属する社会環境と彼等との相互作用や両者間の葛藤の状況, 本人の社会生活力発揮の状況を明らかにする**社会学診断**—本人の社会生活力, 社会生活歴, 家庭環境, 家族関係, 近隣社会関係—を特に重視し, 総合的な立場から適応性の開発, 増進にむかって方向づけがなされなければならない。その意味において昭和37年度の厚生科学研究費による**精神薄弱判定基準の研究** (主任研究者, 菅修(秩父学園), 研究協力者, 医学班, 菅野重道(国立精研) 高橋彰彦(秩父学園), 心理班, 三木安正(東大), 伊藤隆二(大阪学大), 玉井収介(国立精研), 飯田精一(日社大), 社会班, 桜井芳郎(国立精研), 飯島鮫洲(神奈川更相), 新井正次(埼玉民生部), 橋本孝子(家裁調研), 行政班, 百井一郎(厚生省), 丹羽勇(厚生省))は精神薄弱者更生相談所などで行なう成人精神薄弱者の判定業務の指針として行政上に役立てることを目的としており, この研究は精神薄弱者を医学, 心理学, 社会学の立場から総合的に判定しようとする所にその特色があり, 今後の成人精神薄弱者の診断ならびに処遇に寄与するところが大きい。

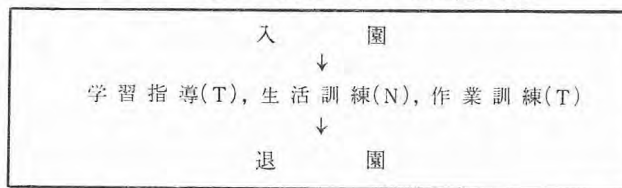
精神薄弱者の援護措置として現在, 施設入所, 職親委託, 在宅指導が行なわれているがこれらについて問題点を明らかにしてみよう。

精神薄弱者の援護施設では生活への意欲をもち日常生活における習慣形成を行ない社会適応能力を高めるために情操, 教養, スポーツ, 娯楽などを通して個別, 集団により生活指導を行ない, 又精神薄弱者の性格, 能力に応じた作業を与えて仕事に対する興味と自信をもたせ, 作業を通じて共同生活のきまり, 各自の役割などを体験させることによって社会性の向上をはかり退所後の社会的自立をめざして職業教育を行っている。**全国精薄施設における処遇に関する調査結果**^{註11}によると在園者は20才~24才の若い年令層が多く知能障害の程度は**中度の者が多い**。彼等の**56%**は**身辺の自立が出来る**があとは何らかの生活上の介助を必要としている。心身の状況では**在園者の10%**前後が**言語障害, 精神々経疾患, 運動障害, 性格異常を伴っている**。又彼等の**最近3ヶ年間の入退園状況**

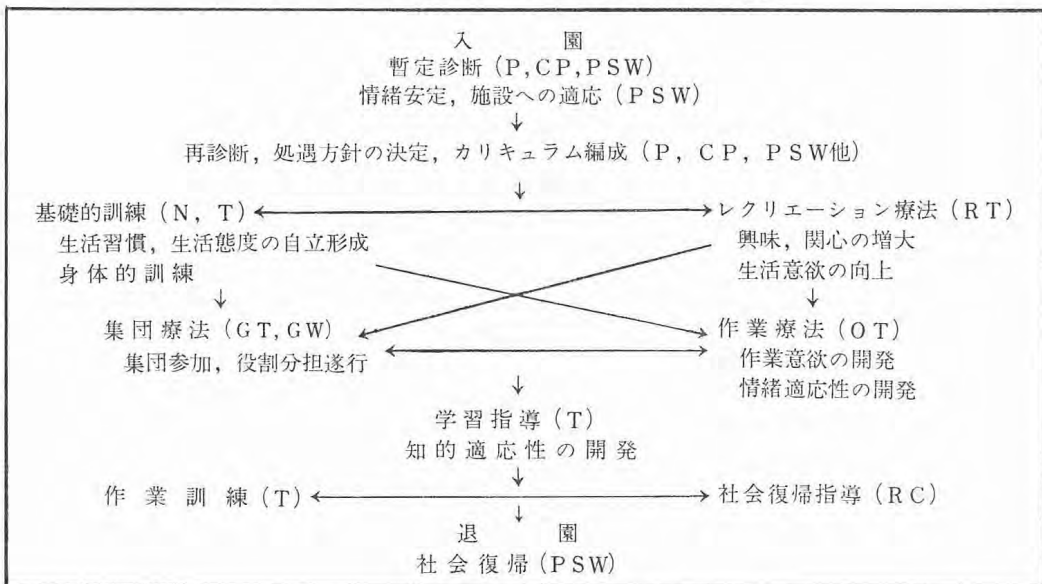
は施設の設定が極く最近のものが多い関係から入園者数が退園者数を大巾に上廻っており、年度が新しくなるにしたがってその数が増加している。退園者の数は現在いまだわずかではあるが、漸次増加の傾向にあり、退園理由では就労が毎年大体20%程度を占めているが病院入院、家庭引取りが増加していることは注目される。職員については生活指導員、職業指導員、嘱託医、看護婦、栄養士などが配属されており、職業指導員は高校卒が多く、生活指導員は大学卒（短大を含む）がかなり多いが、いずれも経験年数は3年未満で20才代の若い年齢層が多い。心身の障害の重い、しかも日常生活の介助を必要としている者の多い在園者を指導し訓練し社会更生をはかるには高度の知識と技術を有する専門職員の配置が必要であるにもかかわらず、現状は経験の少ない若い職員が多く、しかもその職種は限られている。

精神薄弱者の社会適応性の開発増進をはかる為には全国精薄施設退園者の社会的予後調査報告にも述べられているように第1図のごとき現在の施設における処遇では全く不十分であり、第2図のごとき処遇の内容と過程が望ましく、その為には専門職員の配置が考えられなければならない。精

第1図 現在の施設における処遇状況



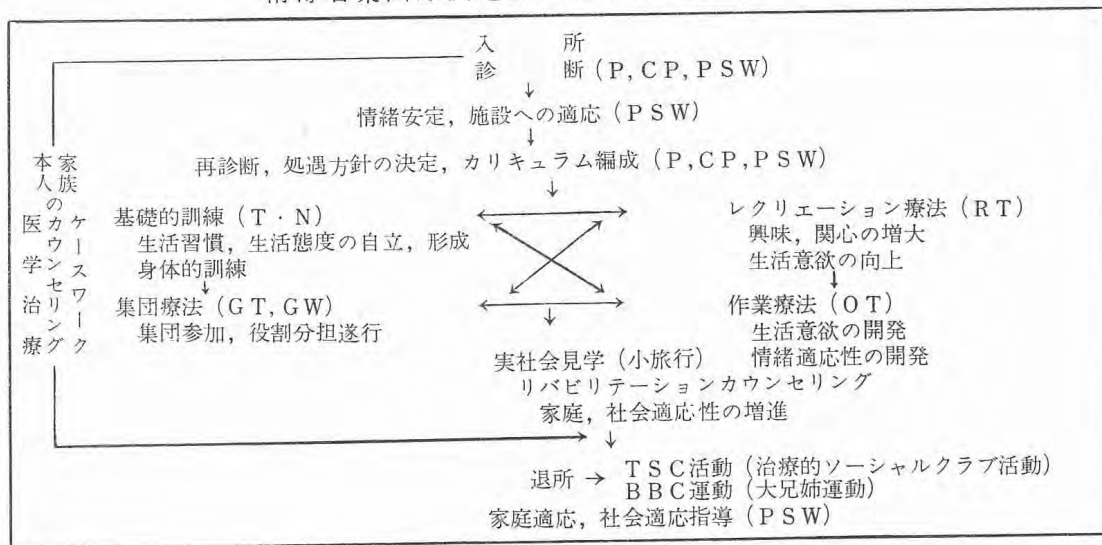
第2図 精薄施設における望ましい処遇



薄施設における望ましい処遇の内容と過程について第1図の現在の施設における処遇の状況とあわせ考えると精神薄弱者が入園してから施設に適應するあいだに、その情緒的安定、適應をはかるためのソーシャルケースワーカーによる個別的な治療的処置、ならびに退園して社会へ復帰していく

過程におけるソーシャルケースワーカーの役割とその活動が現状においては担当の専門職員もおらず殆んど組織的に行なわれていない。次にレク療法士，作業療法士，グループワーカー等によるレクリエーション療法，集団療法，作業療法の過程が組織されておらず，専門的な治療者の養成，訓練も行なわれていない。これらの活動は精神療法的な理論と実践が要求されるので精神科医，臨床心理学者なども，この治療過程に参加し，その方向づけを行なう必要があり，この治療過程が挿入されることによって始めてその後の学習指導，作業訓練も効果的に行なわれるようになるであろう。なお作業訓練，職業指導と併行してリハビリテーションカウンセリングも精神薄弱者の社会復帰をはかる上に是非とも必要なものの一つである。かように精薄施設における指導のうち最も大切であるが現在欠けている治療的処遇に関する実験的研究として国立精神衛生研究所に精神薄弱者集団療法施設（通所）が昭和38年11月に開設され，精神薄弱者が家庭，社会生活へ進むための準備として治療的な見地から作業及びレクリエーション活動を行なうことになり，その治療指導方針として医学的及び精神療法的な立場から情緒的安定と改善をはかり，作業及び集団活動を通じて家庭生活，社会生活に必要な生活態度と知識を身につけ社会適応性を増進し社会生活の基礎を作ることを目的としている。治療指導内容は午前，絵画，造形，工作，手芸，裁縫，など各種作業を通じての治療集団活動，午後，各種のレクリエーション活動を行ない，その他料理，掃除，洗濯，各種社会施設の見学などを行なう。

精薄者集団療法施設における処遇方法



治療指導期間は当分の間，毎週月，木曜日の2日間（午前10時～午後3時）とし，3ヶ月間をもって一応終了するが，状況によっては延長も可能である。入所対象者は満15才以上（義務教育終了）の精神薄弱者男女で定員は15名である。

かゝる実験的研究の成果は今後の成人援護施設における望ましい指導内容と方法の確立に寄与するところが大きいとして注目されている。

精神薄弱者の**職親委託**については精神弱弱者1人当たり委託費として職親に1ヶ月1,000円(国500円, 府県500円)が支払われ、現在全国で400名にのぼる成人精神薄弱者が職親のもとで生活指導, 技能習得訓練をうけている。しかし**職親の委託期間が1ケ年であるところから, ともすると職業訓練にのみ重点がおかれ生活指導が充分でない点が認められる**。職親制度は単に職業技術訓練を行なうだけのものではなく, 精神薄弱者の親がわりとして家庭生活, 社会生活を送る上に必要な生活態度と知識を身につけ社会適応性を増進し社会的自立をはからせることを目的としており, また社会的自立は技能を習得しただけではできるものではなく, 成人精神薄弱者の情緒安定, 環境適応, 望ましい対人関係の樹立, 日常生活態度習慣の形成が技術訓練と併行又は先行すべきものでこれらのことをなおざりにして技術訓練にのみ力を注ぐのであっては目的を達することができない。

職親活動の一つとして東京近郊三鷹市の農家を中心とする20数名の人々は社会事業大学を出た, もと福祉事務所職員を中心としてグループをつくり定期的に会合をもち, お互いのもつ問題をだしあい精神薄弱者の指導について研究をしあっている。委託された精薄者のことで問題がおきるとリーダーのもとえ連絡しその指導助言をあおぎ, 又お互いに勉強しあって問題解決をはかっている。このグループには主として八幡学園, 東京養育院千葉分院を退園した精神薄弱者が入植しているが, グループのメンバーが彼等の能力と性格および現在の状態にあった取扱いをしているので, 知能障害がかなり著しい者が多いにもかかわらず生活適応し喜こんで作業に従事しており, このグループの活動は今後の職親活動に大きな示唆を与えている。

なお職親制度については, 委託期間中における労働災害, 疾病などの処置, 費用などについて, また労働基準法との関係など残された問題が多い。

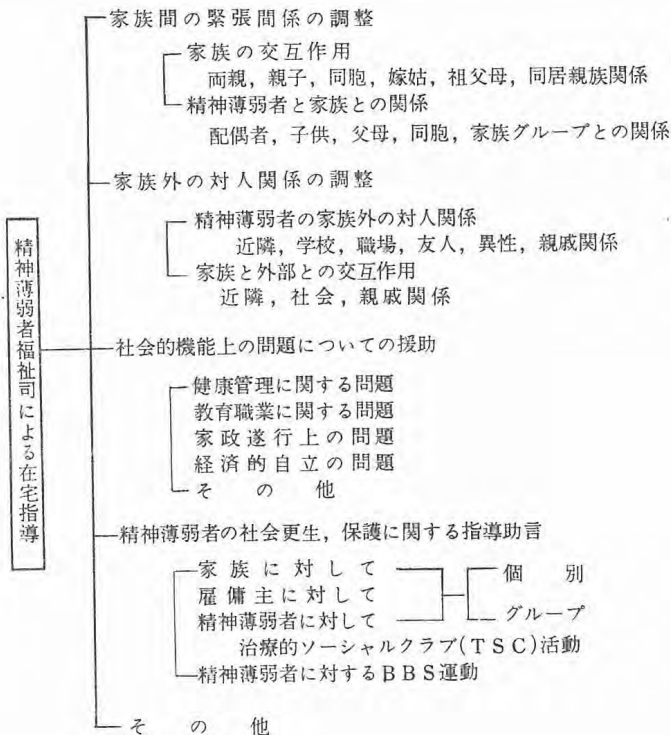
成人精神薄弱者に対する**在宅指導**は主として精神薄弱者福祉司によって行なわれており, **全国実態調査結果**に明らかなごとく, **精神薄弱者に対する処置のうちでも最も期待されているものである**。しかるに実際には多くの場合, 単なる措置事務と解され生活保護, 医療扶助の適用, 更生相談所への判定のあっせん, 職親委託などの事務処理に追われ, 精神薄弱者福祉司本来の任務である**ソーシャルケースワークの方法と技術をもって精神薄弱者ならびに家族の社会適応を援助する社会的治療に関する専門的技術的指導がおろそかにされている**。精神薄弱者に対する在宅指導は**精神薄弱者福祉司による在宅指導の方法と技術**^{#12}に述べられているようにソーシャルケースワークの立場から, 精神医学, 臨床心理学との協同関係によって精神薄弱者の社会適応をはかっていく援助過程であり, 専門的技術的指導である。ソーシャルケースワークの目的は問題をもつ人間が自らの力で社会生活に自らを適応させていくことの出来るパーソナリティの持ち主になれるように援助するとともに適応が可能であるような環境的条件を作り出すことによってその人間の社会適応の状態を実現していくことにある。ソーシャルケースワークにおいては問題をもつ人間の問題に対する認識と問題解決への意欲ならびに問題解決についての援助のニーズが重要視される。

ゆえに不適応状態におちいつている精神薄弱者ならびに家族でも, 彼等のもつ問題について, なん

らの認識をもたず、問題解決への意欲も無く、問題解決の為の援助も求めているような場合には直ちにソーシャルケースワークの過程にのせることは困難であり、こういう人に対してはまず教育啓蒙活動を通じての働きかけが行なわれなければならない。またソーシャルケースワークにおいては問題をもつ人間の自らなる問題解決への意欲と努力が重要視されるところから援助ということもその人間に代って何かをしてやることでもなければ与えてやることでも、また一方的に指示し、ある方向へ引張っていくことでもない。ケースワーカーは問題をもつ人間がその問題解決の為に何をなすべきか、他人の援助によって何をなし得るかを理解し認識する手助けをし、その人間をしてソーシャルケースワーク過程に積極的に参加させケースワーカーに依存することなくケースワーカーとの協力関係によって問題解決を図っていくその方向づけを行なうとともにケースワーカーは問題をもつ人間を取巻いている環境的条件をととのえる仕事を忘れてはならない。

精神薄弱者に対する在宅指導の内容は第3図のように 1. 家族間の緊張関係の調整 2. 家族外の対人関係の調整 3. 社会的機能上の問題についての援助 4. 精神薄弱者の社会的更生、保護に関する指導助言 5. その他に分けられるが、これらの指導内容はいずれもソーシャルケース

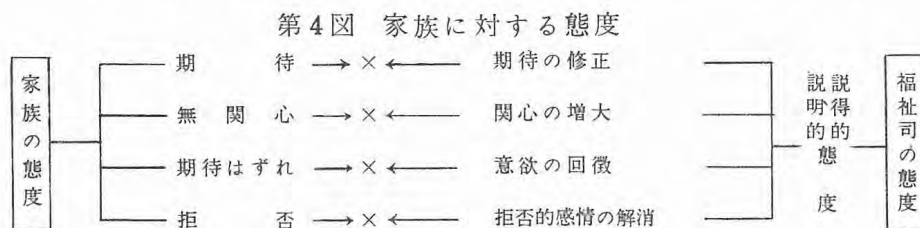
第3図 在宅指導の内容



ワーク技術にのっとったものでなければならないのは当然のことであるが既に述べたように精神医学、臨床心理学との協同による治療、処置が望ましく、またグループワーカーその他の人的物的な各種の社会資源を活用して指導を行なうことが必要であり効果がある。在宅指導の内容を簡単に説明する

と 1. 家族間の緊張関係の調整では (イ)家族員の交互作用と (ロ)精神薄弱者と家族との関係の中にみられる緊張関係の調整が考えられる。前者については精神薄弱者を取りまく家族間に、例えば両親、嫁姑、同胞、親子などの間にみられる緊張関係が精神薄弱者の情緒安定、適応を阻害している場合がしばしば認められ、これらの緊張関係を調整することによって精神薄弱者の情緒安定、適応をはかることができる場合が多い。後者のように精神薄弱者と親、子、同胞、配偶者その他家族内グループとの緊張関係が精神薄弱者の情緒安定、適応を阻害し、不安、葛藤を生ぜしめていることは多言を要しないであろう。2. 家族外の対人関係の調整では (イ)精神薄弱者と近隣、学校、職場、異性、友人、親戚との対人関係の調整と (ロ)精神薄弱者をかかえている家族と近隣、社会、親戚との対人関係の調整が考えられる。3. 社会的機能上の問題についての援助では精神薄弱者の健康管理に関する問題、教育、職業に関する問題、家政遂行上の問題、経済的自立の問題などが考えられる。4. 精神薄弱者の社会更生、保護に関する指導助言では、家族、雇傭主、地域の住民、精神薄弱者本人などに対してグループ又は個別に精神薄弱者の社会更生、保護に関する指導助言活動が行なわれなければならない。この中でも特に精神薄弱者に対する治療的ソーシャルクラブ活動 (T. S. C) や精神薄弱者に対する B. B. S 運動などは精神薄弱者の情緒安定、適応をはかる上に大きな期待がかけられる。前者は定期的に精神薄弱者が集まりゲーム、ダンス、音楽などのレクリエーションや会食、談らんの時間をもつことにより、情緒安定をはかり生活への意欲を高め、興味、趣味を手がかりとして手芸、工作などを通じて作業意欲を開発しグループワークにより集団参加、役割の分担遂行を行なうことにより家庭適応、社会適応をはかろうとするものである。又後者は教育とか指導とかということではなく、精神薄弱者と同じ年代の若者達が精神薄弱者と心から友達になりゲーム、旅行などの各種レクリエーション活動を通じて精神薄弱者の情緒安定、適応をはかろうとするものである。

精神薄弱者に対する在宅指導を行なう場合に最も重要な面接態度と技術について考えてみよう。現在、多くの精神薄弱者福祉司の行なっている面接態度は第4図、第5図のごとき性急に説得的、

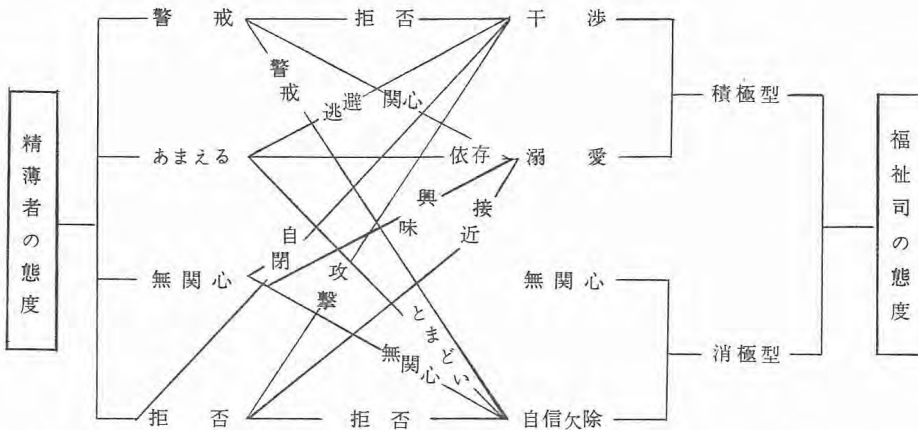


説明的態度で精神薄弱者ならびにその家族に接し、ケースワーカーの考えや意図を理解させようと努めている。しかしケースワーカーが説得的説明的態度で接しようとする程、精神薄弱者ならびに家族のケースワーカーに対する依存ないしは反感の度を強めるのみで問題をもつ人間の自らの問題解決への意欲と努力を減じる結果をもたらす場合が極めて多い。

精神薄弱者ならびにその家族に対する面接態度、技術、及び取扱い方は第6図のごときものが望

ましい。

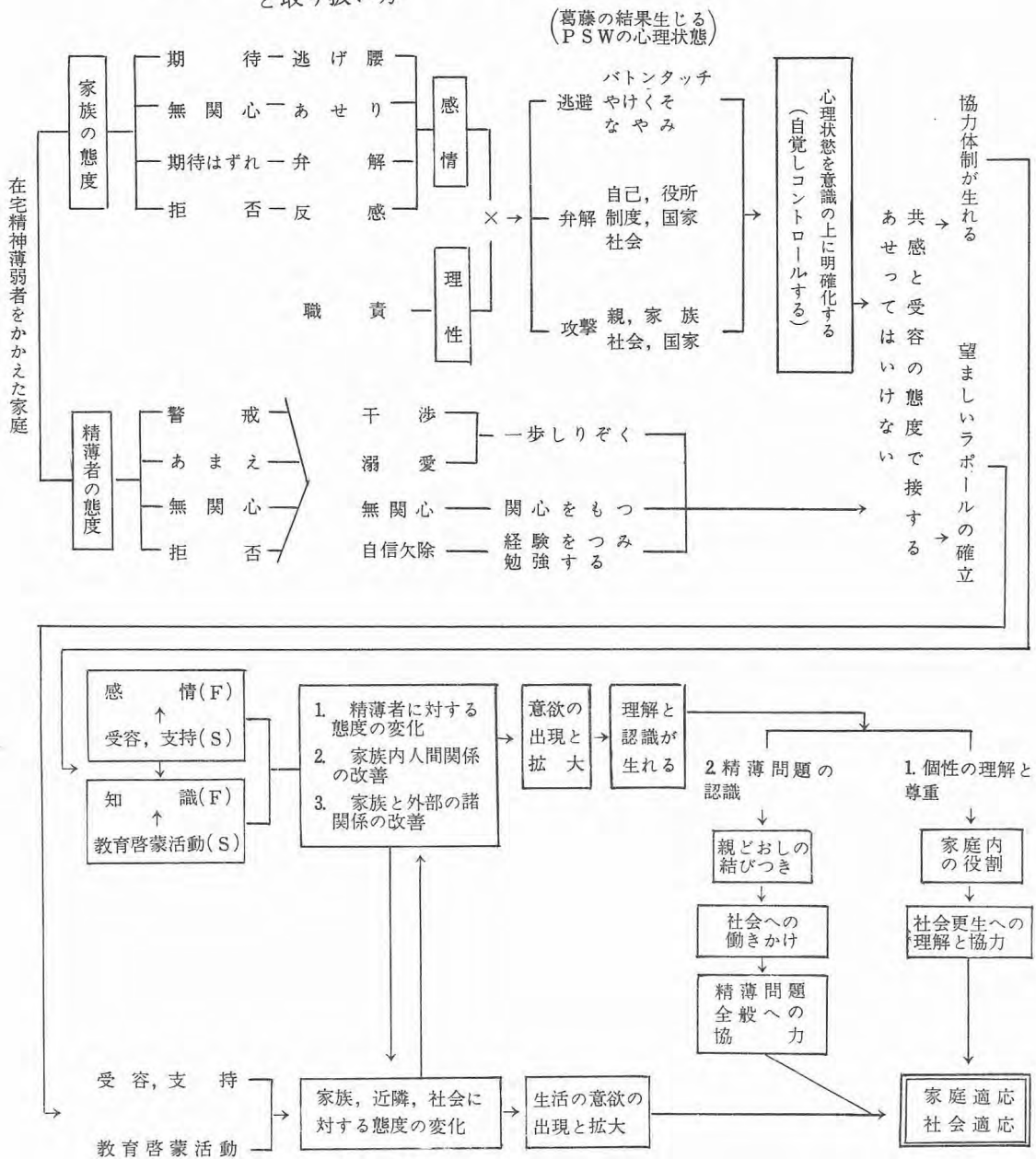
第5図 精薄者に対する態度



精神薄弱者福祉司は精神薄弱者ならびにその家族に性急に説得的説明的態度で接するのではなく、相手側の態度に対する感情の初発反応と理性の葛藤の結果生じる心理状態を意識の上に明確化し自分の気持を自覚しコントロールすることがまず第1に大切である。自分の心理状態を明確化しコントロールした上で相手に対し共感と受容の態度で接しあくまでもあせってはならない。こうすることにより精神薄弱者との間には望ましいラポールの確立ができ家族とは協力体制が生れる。その上で相手の感情に対し受容し支持すると共に教育啓蒙活動を通じて相手の知識を高める。その結果、精神薄弱者には家族、近隣、社会に対する態度変化が生じ、家族には精神薄弱者に対する態度変化、家庭内人間関係の改善、家族と外部の諸関係の改善が期待できる。このような精神薄弱者の態度行動の変化、ならびに家族の精神薄弱者に対する態度行動の変化は相互に作用しあい精神薄弱者には生活に対する意欲の出現と拡大が生まれ、家族には精神薄弱者の取り扱いについての意欲の出現と拡大が実現する。かくて家族の精神薄弱者に対する理解と認識が生れ、精神薄弱者の個性の理解と尊重ならびに精薄問題についての認識が生れる。この結果家族に精神薄弱者に対する家庭内での役割分担と遂行についての必要性が理解され、又親どおしによる結びつきが生れる。かくして家族に精神薄弱者の社会更生に対する理解と協力が生まれ、一方親どおしの結びつきから自分達の子ども一精神薄弱者一の対策について社会への働きかけを行なうようになり、これが更には自分達の子供だけではなく精薄問題全般への協力にまで発展する。こゝにきて始めて精神薄弱者の家庭適応、社会適応が実現するのである。かような過程をふまずしてケースワーカーの考えや意図を説得や説明によって認識させ、その意図する方向へひっぱっていきこうとする性急な遣り方では精神薄弱者の家庭適応、社会適応をはかることは極めて困難である。

最後に精神薄弱者援護対策の制度、組織の問題をとりあげてみよう。精神薄弱者の援護施設、機関としては保健所、精神衛生相談所、病院などの医療、公衆衛生関係諸機関や児童相談所、精神薄弱者更生相談所、福祉事務所、精神薄弱児収容施設、通園施設、成人援護施設、救護施設、職親な

第6図 精神薄弱者ならびにその家族に対する面接技術、態度と取り扱い方



どの福祉関係、また教育関係では特殊学級、養護学校や、矯正司法関係では医療少年院、教護院などがあり、それぞれの行政的立場から各種の機関、施設が運営され、その間の協力、連絡が十分に行なわれてなく、また一貫した方向づけもなされてなく職員の養成、研修についてもばらばらに行なわれている。精神薄弱者の社会適応をはかるには各種の施設、諸機関が有機的なつながりを持ち、おのおのの役割を分担し、任務を遂行してこそ効果が挙げられるのである。その為には、これら諸機関の連絡を密にし効果的な精神薄弱者の処遇がはかられるように各地に精神薄弱者福祉協議会が設けられ、各種機関がその役割と任務を円滑に遂行できるようにコントロールしマネジメントす

ることが必要であろう。そして将来は各種制度諸機関の統合と一元化がぜひとも必要であり、その為にはいたずらに各種施設を分化，設置することを考えずに，施設の中で機能的に分化し，それが統合された形で発展することが望ましく，かゝる意味から現在，存在する各種機関の機能の統合と一貫した方向づけを確立することが急務である。

文 献

- 註1 精神薄弱児研究 28, 31号 全日本特殊教育研究連盟 昭和36年
- 註2 精神薄弱者実態調査結果報告書(昭和36年)厚生省社会局 昭和37年
- 註3 精神障害者調査報告書(昭和36年)東京都企画室 昭和37年
- 註4 埼玉県精神薄弱者実態調査報告書(昭和36年)埼玉県民生部 昭和37年
- 註5 福島県内郷市成人精神薄弱者実態調査報告 菅野重道, 桜井芳郎, 飯田誠, 湯原昭, 玉井収介, 精神衛生研究 11号 昭和38年
- 註6 精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報—最近10年間に於ける全国精薄施設退園者の社会的予後調査—菅野重道, 桜井芳郎, 山内洋子 精神衛生研究 11号 昭和38年
- 註7 精神薄弱者に対する意識—その好意的態度と拒否的感情の抑圧について—調査 飯田精一, 寺尾恵 第10回日本社会福祉学会大会報告 昭和37年
- 註8 精神薄弱者の実態と課題—特に職業に関して—立教大学社会福祉研究会 ひざし 3号 昭和37年
- 註9 精薄施設における処遇に関する研究第1報—全国精薄施設職員に対する態度意見調査—菅野重道, 桜井芳郎, 飯田精一 第10回日本社会福祉学会大会報告 昭和37年
- 註10 精薄施設における処遇に関する研究第2報 桜井芳郎 第11回日本社会福祉学会大会報告 昭和38年
- 註11 精神薄弱者福祉司による在宅指導の方法と技術 桜井芳郎 茨城県民生部社会福祉課・栃木県衛生民生部厚生課 昭和38年
- 註12 精神衛生資料 第2号 昭和29年
- 精神薄弱者福祉法 厚生省社会局更生課編 昭和35年
- 精神薄弱者問題白書 1961年版 1963年版 日本文化科学社
- 精神薄弱判定基準の研究 昭和37年度厚生科学研究報告書
- 我が国における精神薄弱者対策の現状と問題 菅野重道, 桜井芳郎, 飯田誠, 湯原昭 日米合同精神医学会議精神薄弱分科会報告 昭和38年
- 精神衛生実態調査報告(昭和29年) 厚生省公衆衛生局 昭和34年
- 在院精神障害者実態調査報告(昭和31年) 厚生省公衆衛生局 昭和35年
- 精神薄弱の研究史 その1 精神医学 菅野重道, 湯原昭, 飯田誠, 桜井芳郎, 山内洋子 精神衛生資料 10号 昭和37年
- 精神薄弱の一統計, 殊にその予後歴について 近喰勝世 精神神経学雑誌 昭和17年
- 精神薄弱の社会的予後 村松常雄, 勝野井輝美 精神々経学雑誌 昭和18年
- 特殊児童の社会的予後について 西谷三四郎, 杉田裕, 横山雅臣 心理学研究 昭和29年

精神薄弱者の社会適応 糸賀一雄, 田中昌人 教育心理学研究 昭和29年

精神薄弱児の卒業後の予後について 辻村泰男, 杉田裕, 山口薫 精神薄弱児研究 昭和34年

国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所し精神薄弱と診断された児童の実態とその予後についての観察 菅野重道, 桜井芳郎, 湯原昭, 飯田誠, 山内洋子 精神衛生研究 10号 昭和37年

精神薄弱者のソーシャルケースワーク方法論 桜井芳郎 国立精神衛生研究所第5回社会福祉学科研修講義録 昭和38年

社会福祉行政業務報告 厚生省統計調査部

、三つ折、二つ折、三つ折、上品中国、第一番茶、高級茶、特選茶、特選茶

、高級茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶

、高級茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶

、高級茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶

、高級茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶

、高級茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶、特選茶

問題児と特殊児童及び児童の事故の状況

玉井 収 介*

I 問 題 児

問題児という用語は必ずしも明確に定義されているとはかぎらないが、大体次のように使われているのが通例である。すなわち、盲、ろう、肢体不自由あるいは精神薄弱など本人の心身に欠陥、障害のあるこどもは除かれることが多い。それらの子どもは、もし、強いてまとめて呼ぶときは特殊児童とよばれている。問題児とはそういう欠陥がなくて、行動上、性格上に問題をもつものをさしているのが普通である。したがってこの中には、いわゆる一次性行動異常とよばれているものや、各種の習癖をもつもの、あるいは非行などがふくまれることになる。児童の神経症もこの中にふくめてよいかもしれないが、児童に神経症という用語を用いることの可否について、1, 2, の文献を参考されたい。すなわち、夜尿とか、非行とか吃音とか具体的な行動、徴候をもとにする呼び方の上位の概念として使われているのが問題児という用語である。このほかBehaviour disordersとかEmotional disturbed Child とかいう用語もたがいに相似た内容をさすものとして用いられている。

1) 少年非行

この中に比較的その実態がとらえられているものは少年非行である。これについては、犯罪白書などに大体の傾向はのべられている。

少年非行という場合は犯罪少年、触法少年、ぐ犯少年の三つがふくまれる。前の二者はともに、刑法に触れる行為のあった少年であってそれぞれ年齢14才以上20才未満、と14才未満という区別がある。ぐ犯という場合は犯罪のおそれありというのであるから範囲がひろくなっている。そしてその限界は警察官の判断によってもちがってくるので比較的確実にとらえられるのは犯罪及び触法の場合である。

少年犯罪の傾向は、昭和20年の終戦のときから年々増加の傾向を示し26年ごろをピークとして一旦減少の方向に向った。この点は成人の犯罪と全く同様なうごきである。しかし成人犯罪はその後現在まで、横ばい、あるいは漸減の傾向をみせているのに対して、少年犯罪は、30年から二度目の増加期に入り、37年には26年のピークをこえさらに減少の気配がない。その結果、全犯罪数に対する少年犯罪の占める割合は年々上昇し37年には28.6%に達した。(犯罪白書、法務総合研、38年)

* 国立精神衛生研究所 児童精神衛生部

同書にさらに、触法、特別法犯（主に道交法）ぐ犯を加えた総数が、37年で、1,748,571人に達したと述べている。これは8才以上19才までの少年の人口1,000人当たり71.1人という数字になる。もちろん1人で回を重ねたものもありうるが、これが検挙、補導の件数であることとおもえば発生件数、あるいは警察の手にかからないものをふくめればおどろくべき数字であるといわなければなるまい。

さらにその犯罪の内容に立ちいると白書は、低年齢化、在学者による犯罪の増加、中流層家庭の少年による犯罪の増加、集団化、行為の悪質化、累犯少年の増加、大都市への集中化などを特色として指摘する。すなわち、比較的金に困らない高校にも進学できる階層からより多く発生し、しかも悪質化し、集団化しているというのであるから事態は非常に深刻であるといわねばならない。

すなわち、戦後の二度目の増加の現象は、戦争直後の社会的混乱や経済的困窮に起因するものとはかなり質的に異ったものがあると考えらるべきであろう。その原因については現象があまりに複雑多岐にわたるため徹底した研究はないといいつつ、白書は、いくつかの因子を指摘している。それは、人間関係の希薄化、身体的成熟の加速現象と精神的発達の不一致、消費生活の豊富化とそれに伴う欲求の増大、マスコミの影響などである。

わずかに明るいきざしといえれば37年度において、少年犯罪の実数は依然増加したが、人口1,000人当りの比率では、14.0人から13.9人とわずかながら前年より少なくなったことである。これは、人口増加の割には犯罪が増えなかったことを示すわけである。高校生急増対策などの言葉でもわかるように、現在、この年齢層がもっとも人口が多いのであって、これが過ぎていった場合、少年犯罪も減少するかもしれないという可能性はかんがえられるが、37年度のこのわずかな徴候からそれを予想することは困難であろう。

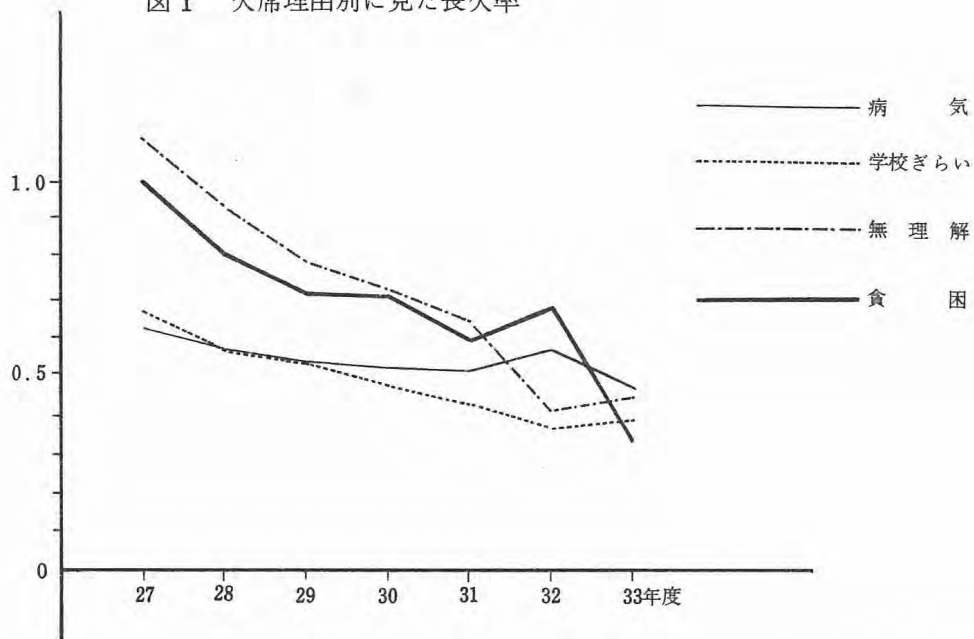
2) 長欠、登校拒否

長期欠席をつづける児童については毎年文部省から統計が発表されてきた。それによると昭和27年当時、中学生において人口1,000人中37.5人、小学校において人口1,000人に対して14.3人であったものが、年々減少して昭和33年においては、中学生で人口1,000人中18.0人、小学校で1,000人中7.0人、実数においてそれぞれ89,915人、93,281人となっている。この場合の定義は、継続または連続して年間50日以上欠席したものをさすことになっている。

そしてこのように減少したので、この年以後は、長欠児の統計が単独にまとめられることはなくなった。その後も減少をつづけていることと考えられる。

しかし、その減少の主な理由は、図1で示されるように、家庭の貧困や両親の無理解によるものの減少がいちじるしいことによるのである。たしかに、このような理由により長欠の止むなきに至っている児童が減少することはのぞましいことであるといえよう。しかし、手ばなしで樂觀できる状態ではない。六三制教育制度の日かげの子ともいふべきいわゆる夜間中学という存在が、昭和37年においてなお数千人の児童をかかえているのである。本人の病気による長欠がなかなか減少しないのは止むを得ないともいえるであろう。

図1 欠席理由別に見た長欠率



一方本人の学校ぎらいという理由による長欠が、減少の仕方がゆるやかであり、とくに32年から33で数年の間に20をこえる報告が発表されているのである。このことは、実際にもこのような子ども年にかけて増加している事実はたやすく看過されるべきではないであろう。統計書は、この大部分を非行少年あるいはその前段階にあるものと考えているようである。たしかに、別項でも指摘したように非行少年が30年以降ふたたびいちじるしい増加を示しているのは事実であるから、それらの中で学校を休みつづけているものもまた増加しているであろうことは容易に想像されることである。

しかし、一方では、いわゆる学校恐怖症、あるいは登校拒否児などの名前でよばれている一群の子どもたち、すなわち疾病、異常とか、無理解、食困といった登校を防げるような条件が、本人にも家庭にも存在していにもかかわらず、登校しない子が増えているのではないかと考えられる資料もある。それは、この種の子どもに関する研究が34、5年ごろから急に増加していることである。わたしたちが「学校恐怖症の研究」をまとめたのは34年であったが、その後非常に増えて37年まで増加しているのではないかとと思われる手がかりにはなるが、まだそれを実証するような調査はない。一般には、非行少年の場合と逆に、過保護的な家庭から生じていることがみとめられている。

3) 言語障害児

つぎに多少とも調査の資料のあるのは言語障害をもつ子どもである。言語障害といっても、いろいろな種類があるが、大熊は、吃り、発音の異常、声の異常、言語発達のおくれ、口蓋破裂によるもの、聴覚障害によるもの、脳性マヒによるものなどに分類している。すなわち、この中には、問題児といわれるものと特殊児童の中に入れるべきものの両方があるわけである。

徳島県下の4小学校での調査は表のように出現率7%となっており、大熊が千葉県下で行った調

徳島県内4小学校のコトバの
不自由な子どもの数

—昭, 32年—

学 年	児 童 数	ことばの 不自由な子	内 訳				%
			発音の 異常	声の 異常	どもり	話そうと しない	
1年	118	13	10	0	1	1	
2年	130	11	5	2	3	1	
3年	147	14	9	2	2	1	
4年	135	9	5	1	1	2	
5年	88	4	4	0	0	0	
6年	114	1	0	1	0	0	
計	732	52	33	6	7	5	7

査では2.1ないし5.1%となっている。アメリカの言語聴学会の報告では5%となっている。このうちもっとも数が多いのは発音の異常であり、吃りの出現率は1%前後である。

したがっていろいろな言語障害全部をふくめて5%前後、すなわち1,000人中50人前後というのがほぼ信用できる数字であるとされているが、これで計算すると現在全国で約100万人という大変な数に達するのである。

これ以外の問題児、すなわち、夜尿とか偏食とかの習癖をもつもの、神経症、かるい非行などに至っては、全く大規模な調査は行なわれていないのが現状であるといつてよい。それらの問題になるとその範囲をきめる基準すら明確ではないのである。

II 特殊児童

一方いわゆる特殊児童の方は、もう少し実態が明らかにされている。この用語も明確に定義されたものではないが、一応特殊教育の対象になっている児童をさすことにしよう。そうすると精神薄弱、盲、ろう、肢体不自由児、病虚弱児などがこれに入る。

この方は文部省が出している資料にしたがって簡単に紹介しておこう。

1) 精神薄弱

まずもっとも多いものはいうまでもなく精神薄弱である。その出現率として通常用いられているのは昭和28年度に行なわれた調査(3)によるものである。それは、徳島、群馬、大阪の三府県をえらんで、それぞれ小、中学校20校ずつ抽出し、その学校の児童生徒のうち、鈴木ビネーテストによりIQ90以下のものについて、精神科医が精密診断を行なつたものであるが、その結果は表のとおりである。

境界線児は別として、魯鈍以下の合計が低い方の小学校で4.53%、すなわち、人口1,000人中45人あまりとなるのである。もっともこれは、学令児であるから就学を免除されたものはすでに除かれているわけである。この比率をそのまま学令児童の総数にあてはめると実数は、35年度で83万あま

学令精神薄弱児出現率

小中別	府 県		徳 島	群 馬	大 阪	全 国
	種 度		%	%	%	%
小 学 校	白	痴	0.02	0.0	0.05	0.03
	痴	愚	1.0	0.5	0.2	0.6
	魯	鈍	6.1	2.2	4.1	3.9
	鏡	界 線	14.7	4.7	8.8	8.9
中 学 校	白	痴	0	0	0	0
	痴	愚	1.4	0.2	0.2	0.5
	魯	鈍	6.0	6.5	7.7	6.7
	境	界 線	14.6	8.5	1.6	11.4

りというおどろくべき数になるのである。

2) 肢体不自由, 虐待, 病弱

精神薄弱児くらべると, 肢体不自由児, 盲児, ろう児らは非常に数が少なくなる。

肢体不自由児については, やはり昭和29年に文部省が行った調査を基準にすると, 小学校在学及び不就学児童について0.67%, すなわち, 1,000人中6.7人ぐらいとされている。もし中学在学学生にもこれがあてはまると假定すると学童総数の中では13万人ぐらいと推定される。しかしその35%ぐらいは普通学級での教育が可能であるとされられており, 特殊教育が必要なものの数はその半ばよりやや多いぐらいとされている。その内訳では, マヒ性疾患(せき髄性小児マヒ, 脳性小児マヒ, その他)がもっとも多く40%近くをしめているとされている。

これに対して, 虚弱児及び病弱児については確実な調査資料がない。文部省でも各種の資料から推定しているのであるが, それによると, 虚弱児は0.84%すなわち1,000人中8.4人, 病弱児は0.5%ぐらい, すなわち1,000人中5人ぐらい, と推定している。したがってその実数はそれぞれ15万, 9万ぐらいと考えられている。

すなわち, 肢体不自由児病弱, 虚弱あわせて, 身体面に問題面もつ児童の数は, 1,000人中約20.1人ということになるわけである。

3) 盲, ろう

これにくらべると盲(弱視)ろう(難聴)児の出現率ははるかに低い。すなわち数が少ない。その上, 特殊教育も歴史的にいってもっとも古くから発達してきたので, その就学率も高く, 現在義務制がしかれているほどである。

文部省は, 昭和30年にそれぞれ実態調査を行った。これは, 大阪, 高知, 長野, 宮城, 徳島, 鳥取の6県府について, 小学校及び盲, ろう校小学部, またその年度で就学を猶予または免除されたものについての調査である。

これによると盲児の出現率は0.03%, 弱視児は0.04%, 合計0.07%すなわち1,000人中0.7人, となる。これは全学童数にしてみると1万3千人ぐらいという計算になるわけである。

ろう児は, これよりやや多く, ろう児0.05%, 難聴児0.08%, 合計0.13%すなわち1,000人中1.3

人となる。実数にして全国で2万4千人ぐらいということになるわけである。

このほか言語障害児も考えられるがこれは問題児の方でのべた。

以上のべてきた特殊児童の合計は、1,000人中、精神薄弱45人、肢体不自由と病虚弱あわせて20.1人、盲及びろうが2人ということになり合計では、1,000人中約67人、実数にして125万ぐらいと算定されるのである。

以上のようにして、ある程度の統計資料の存在するものだけ簡単にひろいあつめてみただけでも問題児、特殊児童の数は、児童の人口1,000人について150人以上に達しているのである。

この中には、夜尿とか吃音とかいろいろな習癖をもつ児童や、神経症の子どもや、学業不振、あるいは学校や家庭で問題にされている範囲の非行などの数は入っていない。もしそれらが正確に調査されたとしたらその数は1,000人の中で200人というようなおどろくべき数に達するであろう。

このことは、問題をもつ子どもの数が予想外に多いことを示しているとともに、何かの点で問題をもつ子どもそれなりに社会生活に適応しているものが多いということであるかもしれない。

しかし、いずれにしても、これらの児童を扱う相談機関や、収容、保護の機関が絶対的に不足していることは否めない事実であろう。

III 子どもの事故

最後に子どもの事故について一言しておきたい。最近数年間、子どもの死亡の原因の第一にあるものはずっと事故死である。年齢によって若干の相違があるが、事故死が全体の死亡の中でためる割合は、30%前後を占めている。全般に年齢の低いほど高く、男の子の方が女の子より多い。とくに10~14才では男子の方が3倍に達する。昭和36年には、事故による子どもの死亡は、9,600人にも達した。

事故の種類からみると、溺死がもっとも多く42.7%、自動車事故がこれにつき22.3%を占める。とくに自動車事故が近年いちじるしく増加しつつあることは、交通戦争といわれる時代の反映として当然の傾向であるかもしれないが、憂慮すべき事態であるといわれなければならない。

年齢別主要事故死亡率

年 令	溺 死	自動車事故	その他の 交通事故
1	58.7	8.9	4.3
2	41.9	17.0	3.9
3	24.5	18.9	2.9
4	19.2	18.7	3.5
1 ~ 4	36.2	15.8	3.7
5 ~ 9	13.4	8.6	2.5
10 ~ 14	5.7	3.3	1.5

(35年、人口10万村)

子どもの事故は、年齢と関係がある。すなわち1才未満では機械的な窒息が多いが、2才では溺

死がだんぜん多く、3才、4才となると、溺死とともに自動車事故が重要になってくる。(表)

事故死ははた季節にも関係があるようで2月にもっとも少なく、7月にもっとも多い。とくに5才以上の子どもの事故は7、8月に集中している。

また、1日のうちのどの時間におきることが多いかという点、幼児では11時から12時、および午後4時から6時、つまり母親が食事の支度に追われている時間が多い。学童でも同様であったが、このほか登校、下校の時間も多くなっているという。

文 献

1. 児童の神経症シンポジウム 堀要, 黒丸正四郎, 菅野重道, 児童精神医学と近接領域 Vol. 3. No. 1. 1962
2. 少児の神経症をめぐる問題 I~II 岩波文門, 上出弘之, 平井信義, 玉井収介ほか 少児科, Vol. 2. No. 2~3. 1961
3. 精神薄弱児の実態, 三木安正編, 東大出版会 1956

睡眠薬乱用少年の実態

加藤 正明* 今田 芳枝**

警視庁防犯部少年課では昭和38年4月1日に「睡眠薬乱用少年の実態と補導対策」という報告書をまとめた。それによると、いわゆる「睡眠薬遊び」の風潮は昭和35年5、6月ごろからはじまり、36年4月この遊びのグループが補導され、さらに睡眠剤を服用して強盗傷害を犯した3人組少年が補導されて、次第に問題視されるようになったという。

昭和36年4月から昭和37年5月までの1年間に、警視庁の補導数は全国の58%に達し、(第1表)

第1表 睡眠薬服用した少年の全国補導数 昭36年4月～昭37年5月

地方別, 主な県別			補 導 人 員		比 率						
北海道			3 6		2. 2%						
東 北	福 島	2 5	6 1	3. 7	近 畿	京 都	3 4	1 4 3	8. 6		
	そ の 他	3 6				大 阪	7 3				
関 東	警 視 庁		9 6 6		5 8. 0		中 国	岡 山	5 4	8 8	5. 3
	神 奈 川	群 馬	7 8	2 2 7	1 3. 6	そ の 他		3 4			
		埼 玉	2 5			四 国	1 6		0. 9		
		静 岡	2 5				九 州	福 岡		2 2	5 2
		そ の 他	7 4			宮 崎		2 0			
	中 部	愛 知	5 9	7 6	4. 6	そ の 他	1 0	合 計	1, 6 6 5		1 0 0. 0%
そ の 他		1 7									

昭和37年度の月平均は昭和36年度の2.7倍となっている。(第2表)

第2表 月別による補導数

月 別 に よ る	合 計	昭 36年 4～12月	昭 37年 1～12月
補 導 数	1, 9 4 2	4 1 4	1, 5 2 8
月 平 均	9 2	4 6	1 2 5

これを地区別にみると、台東区が圧倒的に多く、渋谷区、新宿区の順となっている。(第3表) 年齢構成をみると第4表の如く、15才が22.5%で最も多く、男女別では男子72%、女子28%であるが、15才以下では女子が37.6%で全体に比して高くなっている。

つぎに職業別にみると第5表のように過半数は学生である。そのうち中学生、高校生が殆んどで96.5%を占めているが、このほかに3人の小学生が睡眠薬遊びをおこなっていた。

有職少年の401人について職種別にわけてみると工具、194人、店員81人が目立ちボーイ、パーテ

* 国立精神衛生研究所 精神衛生部
** " 児童精神衛生部

第3表 地区別による比率

地区別	人 員		昭36年	昭37年	地区別	人 員		昭36年	昭37年
		%	4~12月	1~12月				4~12月	1~12月
台東区	286	14.7	25.8	11.7	荒川区	47	2.4	0.7	2.9
渋谷区	163	8.3	4.8	9.3	文京区	45	2.3	1.4	2.6
新宿区	149	7.6	7.2	7.8	足立区	44	2.2	1.4	2.5
中央区	143	7.3	2.6	8.6	北区	42	2.1	3.1	1.9
豊島区	101	5.2	5.5	5.1	練馬区	40	2.0	0.4	2.5
千代田区	89	4.5	2.4	5.2	中野区	31	1.5	—	2.0
大田区	88	4.5	5.3	4.3	杉並区	30	1.5	0.4	1.8
世田谷区	81	4.1	1.6	4.9	板橋区	25	1.2	1.4	1.2
墨田区	74	3.8	9.9	2.2	江戸川区	21	1.0	1.6	0.9
港区	74	3.8	4.1	3.7	三多摩地区	124	6.3	2.1	7.5
江品区	66	3.3	1.9	3.8	島部	1	0.05	—	0.06
川口区	66	3.3	7.9	2.2					
目黒区	58	2.9	1.6	3.3	合 計	1,942	100.0	100.0	100.0
葛飾区	54	2.7	5.8	2.0					

第4表 年令別による比率

年令別	人 員				昭36年4~12月		昭37年1~12月	
	男	女	計	%	男	女	男	女
11才以下	2	—	2	0.2	—	—	2	—
12才	4	2	6	0.3	—	2	4	—
13才	30	34	64	3.3	7	12	23	22
14才	183	121	304	15.6	30	31	153	90
15才	311	163	436	22.5	37	38	236	125
16才	255	87	342	17.6	55	28	200	59
17才	277	73	350	18.0	58	21	219	52
18才	241	37	278	14.3	59	10	182	27
19才	133	47	166	8.2	20	6	113	21
合 計	1,398	544	1,942		266	148	1,132	396
比 率	72.0	28.0		100.0	64.5	35.5	74.1	25.9

第5表 職業別による比率

職 業 別	人 員		昭36年4~12月		昭37年1~12月	
	数	比 率	数	比 率	数	比 率
学 生	3	0.3	—	—	3	0.3
中 学 生	622	56.1	122	54.5	500	56.5
高 校 生	448	40.4	94	41.9	354	40.1
大 学 生	15	1.4	4	1.8	11	1.2
其 他 の 学 生	21	1.8	4	1.8	17	1.9
小 計	1,109	(100%)	224	(100%)	885	(100%)
学 生 ・ 生 徒	1,109	57.1	224	54.1	885	58.0
有 職	401	20.6	84	20.3	317	20.8
無 職	432	22.3	106	25.6	326	21.2
合 計	1,942	100%	414	100%	1,528	100%

ン、女給、34人で飲食営業に従事しているものは第3位の順となる。

睡眠薬をどこから手に入れたかについてみたのが第6表である。最も多いものは薬局か直接自分で買ったのが34.8%で全体の半で、グループで買って分配したもの27.4%、友人から貰ったもの30.3%である。睡眠薬遊びは単独で薬を購入して単独服用するものは少なく殆んどが複数の交友関係のなかで購入服用している。

第6表 薬品の入手経路

入手経路	人 員		昭36年4~12月		昭37年1~12月	
	数	比 率	数	比 率	数	比 率
直接自分で買う	698	34.8	173	37.2	525	34.0
友達と買って分配した	549	27.4	117	25.2	432	28.0
友達から貰った	609	30.3	124	26.7	485	31.4
他人に買ってもらう	114	5.6	44	9.4	70	4.5
その他	38	1.9	7	1.5	31	2.1
合 計	2,008	100%	465	100%	1,543	100%

第7表は睡眠薬遊びにどんな薬品を使われていたかについてであり、全体の83.25%はハイミナールを使用していることを示している。

第7表 使用した薬品名 (比率)

薬 品 別	昭36年	昭37年	薬 品 別	昭36年	昭37年
ハイミナール	76.5%	85.1%	新グレナイト	0.2	0.06
プロパリン	7.9	4.1	ハマミエ	—	0.1
ドリデン	7.5	2.6	プロミナール	0.2	—
バラミン	5.9	0.9	グーグー	—	0.06
ネネ	—	1.0	ラボナ	—	0.06
ハイム	—	0.9	バントバルビタール	—	0.06
ドルミノン	0.2	0.5	ニプロール	—	0.06
イソミン	0.6	0.3	サノドルミン	—	0.06
ドロラン	0.2	0.3	ハイナミン	—	0.06
ノッカス	—	0.3	チクロパン	—	0.06
イソミタール	0.2	0.3	ブルドン	—	0.06
アドルム	0.2	0.1	リスロン	—	0.06
ネネシン	—	0.2	不 明	—	1.9
アトラキシン	—	0.2	合 計	100%	100%

つぎに非行内容について第8表をみると、睡眠薬の服用時または服用後に不純異性交遊、喫煙などの不良行為をおこない補導されたものが47.2%で最も多く、恐かつ、強姦、暴行傷害などの犯罪をおこなったものが396人で、20.4%をかぞえている。

このほか関連する非行のないものは18.6%である。これは補導時において、上記の虞犯、犯罪行為に該当する理由が認められなかったが、全く非行との関連性がないとはいえない。第4位の警職法第3条の規定による保護は13.8%で、睡眠薬の服用により重症におちいるような精神症状または異常な挙動などのため保護されたものである。

以上の実態から睡眠薬を乱用する少年が増加しはじめた。最近では非行をもたなかった一般少年にも、この遊びに対し好奇心をあおり、次第に中学生、小学生と年少者にもこの風潮に及び全国的にまん延してきた。

関係各位面ではこれらの少年の非行防止をおこなうと共に、青少年の精神健康的な育成をはかるための関心はたかまりつつある。

警視庁においても睡眠薬乱用防止に関する対策として次のようにあげている。

第8表 補導時における非行内容

非行内容	人 員		昭36年4～12月		昭37年1～12月	
	数	比 率 %	数	比 率 %	数	比 率 %
関連する非行がない	361	18.6	15	3.6	346	22.6
犯 罪	396	20.4	84	20.3	312	20.5
強 盗	22	5.6	3	3.6	19	6.1
強 姦	47	11.9	7	8.3	40	12.8
放 火	1	0.2	—	—	1	0.3
恐 嚇	111	28.0	29	34.5	82	26.3
脅 迫	5	1.3	2	2.4	3	0.9
暴 行	36	9.1	15	17.9	21	6.7
傷 害	32	8.1	7	8.3	25	8.1
わ い せ	1	0.2	—	—	1	0.3
そ の 他	141	35.6	21	25.0	120	38.5
不 良 行 為	917	47.2	262	63.3	655	42.8
家 出	81	8.8	29	11.1	52	7.9
不 良 交 友	134	14.6	18	6.9	116	17.7
不 良 団 加 盟	8	0.9	8	3.1	—	—
不 純 異 性 交 遊	249	27.2	61	23.3	188	28.7
喫 煙	175	19.1	6	2.2	169	25.8
飲 酒	25	2.7	25	9.5	—	—
乱 暴	26	2.8	17	6.5	9	1.4
怠 学	48	5.2	2	0.8	46	7.1
婦女のいたずら	1	0.1	1	0.4	—	—
金 品 持 出	1	0.1	1	0.4	—	—
盛 場 徘 回	59	6.4	22	8.4	37	5.7
そ の 他	110	12.0	72	27.4	38	5.7
警職法第3条の規定による保護	268	13.8	53	12.8	215	14.1
合 計	1,942	100 %	414	100 %	1,528	100 %

(1) 睡眠薬の販売上の問題として

未成年者に対し、睡眠薬の販売を全面的に禁止する法的措置をとる。

(2) 補導・取締上の問題として

1. 街頭補導において、喫茶店、公園、その他非行少年の溜り場を重点的に早期発見および適正な補導をおこなう。非行グループに対してはグループの解体補導をおこなう。

2. 睡眠薬販売者に対して、未成年者と思われる少年については販売禁止をおこない悪質業者に対する取締りの強化をおこなう。

3. 一般家庭、学校、職場に対し、睡眠薬遊びによる薬物の身体的障害および、非行、事故による反社会的な実態を正確に認識させ睡眠薬乱用する少年の非行を防止するための一般への関心をたかめるように指導をおこなう。などの一般社会の関心と協力を求めることを掲げている。

このほか児童問題研究機関、非行、矯正関係機関、医療関係機関、大学の研究室などでも睡眠薬遊びの実態を把握し、予防対策的な研究がおこなわれ、薬理的に動物実験などからも睡眠薬による障害を認めており、これらの研究が逐次報告されている。

なお上記の実態からみると警視庁関係の事例は非行をとまなう傾向が強いが、児童相談機関その他では触法にならない不良交友における睡眠薬遊びが多く、比較的健全な家庭をもち経済的にも豊かである完全家庭の女子中学生が目立つ傾向にある。その他医療機関にいる睡眠薬による問題少年

の事例では、孤独な習癖による習慣性の乱用の事例がみられる。

かって終戦直後青少年の間に覚醒アミン、ヒロポンの中毒が拡がったことがあった。それは取締り法規の強化とともにほとんど影をひそめたが、今回問題となっている睡眠剤とは、その効果も著しく異なり、いわば飲酒酩酊に共通する要素を持っている。抑制解決や現実逃避的な要素がつよく働いており、一方では非行につながるとともに、他方では広義の嗜癖に関連している。その中間に純粹の「睡眠薬遊び」があるように思われる。非行が主なものはたまたま睡眠剤を用いる程度のもので、すぐにやめてしまうものもあり、嗜癖といっても長期服用者はすくない。「遊び」に属するものはむしろ若い層（ロー・ティーン附近）の女子に多く、それから非行に移行するものもある。都会の女子に発生した前非行であり、逃避的、たん溺的な現象であるけれども、これが家庭生活、学校教育、マス・コミなどのあり方と関連をもつことが十分に考えられ、はなはだ重要な問題であると思われるのである。

日本における中毒・嗜癖問題の 最近の展望

高橋 宏*

この数年のあいだ、薬物、毒物が人間の健康な生活に弊害をもたらした事実は、かなりわれわれの記憶に残っている。

まず工場廃液の汚染による有機鉛中毒といわれた、いわゆる「水俣病」問題、自動車のいちじるしい増加にともなって、エンジン排気ガスによる空気汚染と、交通警察官の障害。サリドマイド系催眠剤が原因であるといわれた、いわゆる「あざらし状奇型児」事件、などがある。

これらは天災でなく人為的な災害といえるであろう。しかしもちろん直接的な作為によるものでなく、間接的なものである。そして医学的、公衆衛生上の問題であるとしても、むしろ主として環境衛生の問題ともいえる。これらの災害は、毒物あるとは知らないで使用されるか、毒性のあることが知られていても、不慮にその毒物に身をさらすことによって生じたもので、このような毒物を切り離すことが問題解決の根本である。

精神医学ないし精神衛生の分野で中毒が問題になるのは2つの場合がある。1つは不慮の中毒事故そのものよりも体内に入った毒物や薬物が、なんらかの精神障害を偶発していると思える場合であり、もう1つは、毒物薬物が偶然の事故としてではなく、みずから故意に用いつづけられており、その結果当の本人あるいは社会に障害をもたらしている場合である。

水俣病などは一部分前者にも属する問題を含んでいるが、概してこの種の中毒による精神障害(中毒性精神病)の発生例はすくない。われわれにとって関心の深いのはむしろ後者である。そこでここでは主としてこれについて述べてゆくことにしよう。

この領域に属するもので、この2、3年に社会の注目をひいた問題は酒・麻薬・睡眠剤を対象としたものである。

酒の問題でここ2、3年に新聞などジャーナリズムでとりあげられた話題^(註)では、まず「酔っぱらい防止法案」であろう。これは昭和36年5月19日に成立し、同年7月1日から施行された、正式には「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」というものである。この法律の骨子とするところは、酩酊者が公共の場所で公衆に迷惑な言動をしていると認められたら、警察官が保護できる。その言動の程度によっては処罰できる。保護した酩酊者がアルコール中毒者か、その疑いあるときは保健所に通報し、医師の診察をうけるようにすすめるというものである。

* 国立精神衛生研究所 精神身体病理部
(註) 以下に引用した新聞は主に朝日新聞東京版である。

この法律ができるまで、日本は「酔っぱらい天国」といわれて、酩酊した上の言動は大目にみられる傾向があった。そしてその反面に、酩酊している者やアルコール中毒者をめぐる悲劇もすくなくなかった。

たとえば昭和33年に東京の下町に起った、幼い2人姉妹の父親殺しという事件があった。この父親は仕事もせず日夜泥酔しては妻に乱暴をはたらきつづけていたため、この妻は父子を捨てて家に戻らなかった。この少女たちにとって、この父親はまったく用のない存在に思われたのであった。また酔っぱらい運転でのひきにげや衝突事故。道路や駅のプラットホームで酔いつぶれていても誰れにも保護されず、寒さの中を凍え死ぬものも稀ではなかった。

こうした社会の醜態や家庭の悲劇をなくそうという動きが、次第に活発になってきて、婦人団体、宗教団体などがアルコール中毒患者の治療、よっぱらいの妻子の保護施策を訴え始めていた。このような状勢のなかで警視庁は東京都内に2カ所の泥酔者保護所を開設して酩酊者の一時収容をはじめた（昭和35年3月11日）。

この泥酔者保護所開設後6カ月で、1,898名が収容されるという繁昌ぶりであった。なかにはみずから収容を志願するものや、常連が現われる傾きもあったが、とにかく公共の場所から泥酔者を減らそうという世論を高め、またそれに答えるに役立った。

「酔っぱらい防止法」の成立したのはこのような状勢の中であり、これにともなって、酩酊者に対する関係者の取り扱い態度が是正される動きが活発となった。

昭和36年5月30日の名古屋地裁が、11月27日には横浜地検が、それぞれ、泥酔している友人を置き去りにして死なせたものは遺棄致死罪に当たるという見解を示した。

昭和37年に入ると、交通事情の悪化に伴って、酔っぱらい運転に対する世論はきびしさを加えてきたが、酔って人をひき逃げした運転者に殺人罪を適用するという態度がとられるようになった。

また東京に設けられた泥酔者保護所が、なかなかの「好成績をあげ」たため、全国8大都市にも設置するという事になった。

麻薬関係についていえば、厚生省は昭和36年度予算に麻薬対策費を4,000万円を計上し、麻薬中毒患者専門病院の設立や中央麻薬対策推進協議会の発足を計画した。一方では麻薬密売者の取締りも強化されることになった。

この結果昭和37年になって、麻薬の供給を絶たれた中毒患者たちが、横浜、神戸などの街頭で、禁断症状に苦しむ姿が見られるということになった。こうした禁断症状を呈している麻薬中毒患者に対して、厚生省は「精神衛生法を適用して精神病院に入院させるよう」、麻薬密集地区の都府県衛生部と麻薬取締官事務所に通達した。また神奈川県衛生部はこれら患者の治療と更生のための臨時相談を街頭で行い、病院への入院措置をした。

横浜や神戸のような麻薬密売の中心地や、大都市では、中毒患者は一般市民よりも、社会の裏街道を渡り歩いている人たち、あるいは芸能人などが目立っている。例えば暴力団関係者や売春婦と

その「ヒモ」とか、ジャズ作曲家とそのジャズ楽団グループの人たちなどである。しかし地方では、中毒患者の多くが通常の職業をもった社会人であり、使用される麻薬も、いわゆる「バイ人」による密買ではなく、医師によって不正に使用されたものである場合が多いという。かれらは中毒への動機を「鎮静剤として使ってから」というのが72%も占めたという。

厚生省は昭和37年中の「麻薬事犯と麻薬中毒者の現況」のなかで、生アヘンの密輸事件が増え、また国内での密売も大都会よりも、その周辺地区にひろがっているという。中毒者も増加して、昭和37年には2,176人（女性639人）で、その75%は2,30才台だが未成年者は4.6%で、年少者の中毒患者はふえつつあることを指摘している。

睡眠薬関係では、サリドマイド系の睡眠剤の副作用によるといわれた奇型児出産の問題があるが、これについてはここではとりあげない。この他にはいわゆる「睡眠薬遊び」が、ここ2、3年の問題の中心であろう。

「睡眠薬遊び」が新聞紙上に見られるようになったのは、昭和36年4月である。少年少女が喫茶店や盛り場で睡眠薬をのんでフラフラになることが頻発している事実が、警察によってはじめてつかまえられたのは、昭和35年の5月ごろであるという。最初は東京・浅草で中学生が自殺未遂をしたと騒がれた事件である。これは実は友だちと睡眠薬をあそび半分にしたのであった。

ところが類似の事件が、この年の終りごろから、東京、大阪などに現われはじめ、昭和36年に入ってますます拡がり、全国にわたる傾向になった。中学生・高校生が大部分で男女ともに見られ、多くの場合グループで喫茶店や映画館の中、公園、友だちの家などでのんでいるが多いのである。これはもちろん眠るためにのむのではなく、「ファーッとしたりよぼらったような気分になる」ため、薬の量をふやして、たくさんのむのを自慢するのである。その結果、酔った気分で抑制がとれて、木刀で通行人をなぐったり、興奮して仲間どうしでケンカをしたり、薬代ほしさにおどしをやっていたものもいた。

このような事態に、警視庁は東京都衛生局を通じて 薬局の自粛を求め、厚生省にも睡眠剤販売の制限措置などを要請した。これに対して、厚生省は従来自由に薬局で買えた睡眠薬のあるものを「要指示医薬品」に指定する方針を決めた。また薬局の団体の中にも、未成年には睡眠薬を売らないことを申し合わせるという動きが現われた。

処方箋がなくとも買う目的をたしかめることもせずに、未成年者に睡眠薬を売っていた薬局が、かなりあることも知られた。しかし睡眠薬遊びに最も使われていた睡眠剤（ハイミナル）は、販売制限のない薬であることがわかり、厚生省はこれらの薬を劇薬に指示することにした。

ところで睡眠剤の販売制限が強化され、入手が困難になったことと、睡眠剤そのものにききたことから、塗料をとかす「シンナー」が新しい遊びの対象になるという現象が起った。「シンナー」の揮発性のガスをかくことで意識の一時的障害を起すというのである（昭和38年春頃）。

以上に過去2年ばかりの間、社会現象面に現われた中毒・嗜癖を、新聞の記事から拾ってみた。

これらの現象は、新聞などで報道される精神医学ないしは精神衛生の記事のなかでは、量的にも多く、その提起している問題にも、見過ごしにできないものであると思える。

つぎに目を転じて、精神医学および精神衛生の専門家の活動面から、中毒・嗜癖問題の現況を概観しよう。

社会現象面に見られるように、専門領域でも、飲酒嗜癖・アルコール中毒など、酒と関連のある問題が最も関心をひいているようである。これは昭和25年以来抗酒剤が使われるようになって、アルコール中毒患者の治療手段が増加し、患者との接触が容易になったことによると思われる。

抗酒剤が用いられるようになる前には、精神科医がアルコール中毒者と接触するのは、主に精神病院の中でであった。そして収容されているのは、妄想・幻覚痴呆などを伴う慢性の精神障害者か、酩酊時に衝動的反社会行為や犯罪を行ったものが多かった。(第1表)

第1表 飲酒による入院患者の病型分類

	1926～1935 松 沢 病 院	1954～1958 東邦医大他4病院
慢性アルコール中毒	4 (7.7)	42 (44.7)
病的酩酊	13 (25.0)	9 (9.6)
渴酒症	—	4 (4.2)
振顫譫妄	12 (23.0)	29 (30.8)
アルコール幻覚症	4 (7.7)	4 (4.2)
譫妄と幻覚症との移行	6 (11.5)	—
アルコール嫉妬妄想症	1 (1.9)	—
アルコール・コルサコフ病	1 (1.9)	—
アルコール性仮性進行麻痺	3 (6.3)	—
アルコールてんかん	3 (6.3)	—
他の精神病との合併	5 (9.6)	4 (4.2)
その 他	—	2 (2.1)

したがって精神科医の主な関心は、アルコールの長期間摂取によって生じた脳の器質障害や肝機能障害などが、患者の精神症状とどのような関係があるかということ、あるいは、犯罪者などについては、酩酊と異常行為をいかに結びつけるか、酩酊時の行為と健忘責任能力は如何というようなことであった。

問題をこのように処理している限り、治療ということはあまり考えられなかった。患者は医学的検査と隔離のために入院しているに過ぎなかった。おなじアルコール中毒の一族に考えられているものの、精神障害が著しくなく、犯罪者でもない(註) 常習的飲酒が主な問題になっている人たちは、入院しても特別の検査や隔離の必要のないままに放置され、頃を見計らって退院させられるのだが、退院の日が再入院の日になるという事態の起ることも稀ではなかった。こうして、アルコール中毒患者は、精神病院の主となる運命をもっていたともいえる。

抗酒剤の出現(註)は、精神科医にアルコール中毒患者を治療する意識に再び目覚めさせたといえるだろう。かれらは、抗酒剤の使用によって精神病院の外でも継続的に接触する機会がもてるよう

(註) 後に述べる飲酒嗜癖者に入れられる人々

(註) 1948年デンマークの、E.ヤコブセンらが、ゴム加工の際の加硫促進剤ジスルフィラムの抗酒作用を発見し、臨床的に応用した。

になった。そして抗酒剤服用が続けられる限り、患者は問題になるような酩酊を防ぐことができ、治療者は患者の生地に触れることができる。

こうして、アルコール中毒者に対して治療的に接触することが無益のことではなくなるとともに、この治療的接触や治療成果を通じて、アルコール中毒者の人からや社会的背景にも関心がもたれるようになった。

すなわち最初に現われた抗酒剤（アンタピユース・ノックピン）がきっかけとなって、類似の作用をもつ物質がいくつか発見され、その効果がためされた。これらはいずれもアルコールの体内での代謝を抑制して、人工的にわる酔いの状態を作り出すものである。抗酒剤をあらかじめ服用しているものは、酩酊感はなく身体的苦痛が激しいから、盃を重ねることに堪えられなくなるのである。

しかし治療が成功するためには、抗酒剤の服用をつづけさせることが必要である。大量飲酒の予防薬である抗酒剤を拒否して酒を求めるものには、根底に偏った人からや、精神葛藤が解決されないうまゝに残っているのではないかと考えられる。それでこれらのゆがみや異常を正しく処置することが、アルコール中毒患者に、その状態を改善する意識をもたせ、抗酒剤を継続服用させ、ひいては飲酒にともなう障害をなくすために必要なこととなるのである。

どうしたらアルコール中毒との治療的接触がうまくいくか、治療成功の条件は何か。こうしてアルコール中毒者の心理療法が研究的に行われるようになった。心理療法が個人的に行なわれる場合には、その方法と効果は神経症やある種の精神病についてなされるものと変りはないが、集団的心理療法の場合には集会で患者が互いに話し合う話題は当面の飲酒の問題にとどまって、もっと深い個人の内面の問題をひれきする状況に導き難いようである。しかし個人的にせよ集団的にせよ、アルコール中毒者に対する心理療法は、日本においてはまだ実験の域をでていないといえる。しかしこれはもっと開拓されるべき領域である。

集団心理療法に類似の目的と方法をもっているものに禁酒会がある。形式や団体の思想的基盤にかなりの差はあるが、いずれもアルコール中毒者個人の内面的洞察を求めることはないので、話題や目標はともすると飲酒を止めるという当面の問題だけに止まり勝ちである。しかし精神医学的診療の場で行われる集団心理療法の未開の間隙をぬって、これらの禁酒団体の集会のもつ意味には無視できないものがあると思える。

昭和35年4月に久留米市で開かれた第57回日本精神神経学会総会では、「アルコール中毒」がシンポジウムのテーマに選ばれて、6人の指名演者が報告、討論を行ない。また一般演説も行われた。精神医学の分野で、このようにアルコール中毒を中心課題として学会が進められたのは初めてのことである。これは精神科医がアルコール中毒に関心をもってきたことのあらわれである。またそれとともに、この学会を契機としてさらにこの方面の研究意欲が高まったともいえる。この学会でとりあげられたアルコール中毒の問題はかなり幅がひろく、飲酒嗜癖者の人格研究や治療経験も含まれており、かつてのように研究者の関心が酩酊状態やアルコール中毒性精神病ばかりに止っていない

いことが示されていた。

アルコール中毒患者との接触が深まるにつれて、酩酊時の行動ばかりでなく、その患者がなぜそのような状態に陥ったかを知りたくなるのは自然のことである。こうしてアルコール中毒者の治療が行われ易くなるにつれて、患者の性格、生育条件、家庭的、社会的環境条件を調べ、これらとその飲酒の問題との関係を理解しようとすることに関心がもたれた。

アルコール中毒患者の異常行動は、長い間の飲酒によって作られた脳の損傷にもとづくものばかりでなく、患者の精神的障害や性格的環境的悪条件のために、現実の社会に十分適応できずにおり、その反応型の1つとして異常な飲酒行為を示すとも考えられる。

飲酒時の異常酩酊状態や幻覚妄想状態、身体症状などを問題されるものは、アルコール中毒者とよばれるべきである。しかし身体的精神的基盤があって、その代償として、あるいはそれからの逃避のためなどで著しい弊害があるにも拘らず酩酊状態を強く要求しているものは、このような態度が問題になる。このような患者は飲酒嗜癖者とよばれる。飯酒嗜癖者も長い間の大量の常習飲酒によっては、アルコールによる器質的障害が加わりアルコール中毒となり得るわけである。

飲酒嗜癖者の性格には、情動不安定、未成熟、依存的、緊張耐性の低いことなどが多くの研究者によって指摘されている。しかし列挙されている性格特徴は、それ自体病的というほど強いものではなく、また研究者によっては、挙げられている所見にかなりの差がかかる。そして飲酒嗜癖者たちは、飲酒時の行動を除いては、社会生活上の障害は比較的軽いか、陰散されている場合が多い。つまり飲酒時に問題は顕現するが、普通には一見正常の生活の範囲内にある。

精神医学的検査や心理検査の結果によると、飲酒嗜癖者は精神病者や犯罪者とはかなり異なるものである。飲酒嗜癖者は精神病者のように人格が崩れておらず、また犯罪者のような反社会的行為の発動力をもっていない。飲酒嗜癖者の本質的なものは、対人関係における過敏な情動、傷つきやすい自我、しかしそのような弱さを自ら認めたがらず、そのくせ困難な状況に他力によって切り抜けようとする態度などであろうと思われる。

こういう人たちは社会生活の中で、ことに対人関係において此細なことに刺戟されて不安や緊張を生み出す。しかもこれをみずからの力でなく、他力にすがって、手っとり早くよくなるようと酔いに身をゆだねる。

正しい処置がとられず飲酒をつづけるなら、禍根はますます深まり、ますます逃避を求めるようになる。

以上は飲酒嗜癖者についてであるが、他の薬物中毒については、臨床上の対象にされることが、アルコールの場合ほど多くない。

薬物中毒といえば戦後の何年かの大きな問題となっていた「ヒロポン中毒」を思い出す。ヒロポン中毒つまり一般に言えば「覚醒剤中毒」である。現在では、社会の中から覚醒剤中毒は一掃されたように思える。また精神病院でも、新しい覚醒剤中毒患者を見ることはまずない。しかし精神病

院や刑務所によっては古い覚醒剤中毒者をまだ多数収容しているところがある。

覚醒剤の常習監用者が妄想幻覚状態を現わすことが注目され、精神分裂病との類似が問題になっていた。覚醒剤注射時に発現した幻覚妄想状態は、注射中止後平均7,8年経った現在なお見られ、生活態度にも自閉的孤立的であるという報告もあり、なお治療や精神病理学上の問題を残している。

麻薬と睡眠剤の中毒は現在もなお問題がつづいている。しかしこれらの中毒の問題では、アルコールの場合ほど患者の「人間」がとりあげられていない。これは麻薬の場合には、その薬理学的作用の激しいために、中毒症状そのものをいかに処置するかが、まだ大きな仕事になっており、また一方で麻薬取締法違反者としての措置ということもあり、治療の関係がつくりにくいということにもよるであろう。

睡眠剤の方はあまり犯罪に関係がないといえる。しかし系統の異った製品がしばしば新しく現われたり、また自殺の目的で多量に用いられることもあったりして、やはりその薬理作用や急性中毒の症状や治療に関心を持たれることが多いようである。

しかしいずれにしても、犯罪や自殺に関係するのではなく、嗜癖という形で使用されている場合には、麻薬や睡眠剤を対象とするものにも、中毒の急性症状だけでなく、薬品を要求する根本的な態度が理解されねばならない。このような異常に強い酒や薬物への嗜好は、患者がそれぞれの対象物と特殊な親和性をもっているのではない。同時に他の薬物に対しても嗜癖を示したり、あるいは次々に対象を変える患者もすくなくない。例えば、麻薬や睡眠剤の嗜癖とアルコール嗜癖との合併や移行が多い。これは異った対象の根底に、共通の成因があるということがわかるであろう。

嗜癖の対象としてアルコールを選ぶか、あるいは眠剤、麻薬をとるか、または薬物ではない他のタバコとかコーヒーとかの嗜好品に結びつくかというのは、体質とか環境などの条件なども加って決るのであろう。そして一定の対象物を長く使用したため、それに対する嗜癖の状態が生れるという直接の関係はないと思われる。

もちろん摂取された嗜癖の対象物による直接の影響、薬理学的効果はそれぞれ差はある。麻薬の中枢神経や植物性機能に対する作用は強烈であり、その効果の頂点にあつては、中毒患者は現実のすべてを忘れて、ただ愉楽の花園に遊ぶ境地を味わい、それを持続しようとするのであるが、それだけに禁断症状も極めて激しいものがある。酒には麻薬ほどの愉悦感はない。しかしその中程度の意識の溷独状態では、思慮に乏しい行動を起し易い。事故や犯罪を伴うのである。また飲酒をつづけても禁断症状は軽く、またすくない代りに、いわゆる二日酔いという現象がある。またアルコールの影響下では作業能力も低下する。

これらの薬物のちがいによる、急性中毒症状のちがいのために、薬物嗜癖の問題の本質を見失ってはならない。

嗜癖者の処遇

ガス中毒とか一般の薬品中毒の際には、緊急の処置はまず患者を中毒の原因になっているガスや

薬品からなるべく早く遠ざけることである。そして解毒と急性中毒症状のための治療も必要に応じておこなう。こうして一般状態が回復すれば、患者の処置は大たい終ることになる。

しかしわれわれがここで問題にしている、アルコール・麻薬・眠剤などの中毒では、急性中毒の処置が必要になるのは、アルコール・薬物などを極めて大量に使用した場合か、急性中毒の酩酊状態で反社会的行動を伴っている場合などである。

長い間の嗜癖をもつ患者では、急性中毒がそれ自体身体的危険をもたらすことはない。しかしこのような中毒状態をくりかえしつくることは、慢性の身体障害を生ずることはいうまでもないことである。また急性中毒をくりかえすことによって、患者自身や社会の蒙る不利益は、なるべく少くすべきである。この意味から、患者を社会から隔離し、急性中毒の原因になっている酒・薬物を遠ざけて、急性症状の治療をすることは必要なことである。しかしこれが必要ではあっても十分でないのは、一般の薬物中毒の違いである。

われわれの問題にしている嗜癖患者では、治療は急性中毒症状のおさまったところから始まるというべきである。嗜癖患者の中毒症状を治療することは最終目的ではない。嗜癖者が急性中毒症状が治った後、再び酒や麻薬眠剤を用いないとは保証できない。嗜癖の状態が変わらない限り、単に急性中毒症状を治療するだけでは、次の新しい中毒を予防することは困難である。

また酒や薬物から患者を切り離すことだけでも十分ではない。ある1つの対象物を禁じられても、嗜癖が残っている限り、まだ別の対象に移っていただけである。このような例の少ないことは、前に研究を紹介した。

ところが、現在各関係機関が嗜癖者に対してとっている手段は、まず急性中毒者の保護収容と、中毒の対象物になっている薬物などの販売統制である。飲酒に関していえば酩酊者の一時保護、酩酊時に乱暴や犯罪をおかしたものの措置などが問題になる。麻薬中毒についても、まずとりあげられる問題は患者を麻薬取締法違反者として摘発すること、麻薬密売の取締法違反などである。睡眠剤では殊に未成年者に対する販売制限と、「睡眠薬遊び」の少年たちの非行少年の範ちゅうでの処理である。

先に述べた「酔っぱらい防止法」「麻薬取締り法」睡眠薬を劇薬扱いにした措置などは、急性中毒患者の発生予防とその処置を第一次的の目的としているのである。患者の治療をすすめると同時に中毒源を絶つことも、中毒患者の発生を防止する方策の1つにはちがいない。

急性中毒状態の治療機関そのものについては、一般医療機関ことに精神科の専門診療機関のもつ役割は大きい。しかし全精神障害者に比較すれば、中毒・嗜癖患者の入院数はきわめて少数であった。アルコールの患者でも1～3%に過ぎず、まして、他の薬物中毒患者は0に近いのであった。これは入院治療を必要とする程の重い中毒症状（主として身体的の）をもった患者が比較的すくないことと、中毒・嗜癖に対する理解の不足から、患者の処置がよい成績をもたらさず、その結果として、診療担当者が中毒・嗜癖者の入院に消極的であったことにも関連していると思われる。

このような状況の中で、覚醒剤中毒者の処置が大きな社会問題となっていた昭和28年に、千葉県船橋市中毒患者の治療を主な目的として、総武病院が開設されたのは有意義のことであった。現在では覚醒剤中毒者は殆ど新たに発生しないので、同病院の中毒患者はアルコールと麻薬のそれが主となっている。

第2表 アルコールによる入院患者の全入院患者に対する比率

調査対象	患者比率(%)	年次
鹿 児 島 保 養 院	0.23	1933—1955
全国精神病院(管)年末在院患者	1.16	1935
年間入院患者	1.93	
年間退院患者	2.13	
松 沢 病 院	0.3	1943—1945
全国国立都道府県指定病院	0.7	1953
広 島 医 大	2.3	1949—1953
札 幌 医 大	3.78	1955
東邦医大及び東京周辺4病院 (野口英彦)	3.2	1954—1958
全 国 精 神 病 院 (厚生省)		
7月15日現在在院患者	1.6	1956
7月15日現在退院患者	4.0	
全 国 精 神 病 院 (野口晋二)		
6月10日現在在院患者	2.6	1959
米 国 全 精 神 病 院	4.2	1945
米 国 州 立 病 院	4.4	1947
米 国 私 立 病 院	3.6	1947
フ ラ ン ス (Jellinek)	17.6	1949
イ タ リ ー (Jellinek)	12.0	1949
ス エ ー デ ン (Jellinek)	8.6	1949
ア メ リ カ	5.1	1950
フ ィ ン ラ ン ド	2.5	1949
ノ ル ウ ェ ー	1.3	

第3表 復光会総武病院年度別入院患者数 (昭和28年8月1日～昭和37年5月31日)

年度	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
覚 醒 剤 中 毒	77 (43.0)	366 (53.0)	92 (19.4)	22 (7.9)	3 (1.2)	5 (1.3)	5 (1.4)	6 (1.5)	1 (0.2)	1 (0.5)
ア ル コ ー ル 中 毒	6 (3.4)	22 (3.5)	33 (6.9)	32 (11.5)	55 (2.3)	68 (19.9)	105 (21.9)	104 (27.0)	104 (23.3)	69 (34.3)
麻 薬 中 毒	4 (2.2)	9 (1.4)	4 (0.8)	7 (2.5)	12 (5.0)	31 (9.0)	35 (7.9)	48 (12.5)	63 (14.1)	32 (15.9)
睡 眠 剤 中 毒	6 (3.4)	2 (0.3)	11 (2.3)	11 (3.9)	10 (4.2)	4 (1.1)	15 (4.1)	18 (4.6)	17 (3.8)	8 (3.9)
小 計	93 (51.9)	369 (58.5)	140 (29.6)	72 (25.8)	80 (33.5)	108 (31.0)	160 (44.0)	176 (45.6)	185 (41.2)	110 (54.7)
精 神 分 裂 病	51 (28.5)	176 (27.7)	188 (39.6)	124 (44.4)	99 (41.4)	125 (36.5)	133 (36.9)	123 (31.9)	159 (35.6)	67 (33.3)
躁 う つ 病	7 (3.8)	22 (3.5)	39 (8.2)	16 (5.7)	2 (0.8)	24 (7.0)	18 (0.5)	24 (6.2)	23 (5.1)	7 (3.4)
そ の 他 の 精 神 障 害	27 (15.8)	64 (10.3)	107 (30.6)	67 (24.1)	58 (24.3)	85 (25.5)	49 (18.6)	62 (16.3)	79 (18.1)	17 (8.6)
合 計	179 (100)	631 (100)	474 (100)	279 (100)	239 (100)	342 (100)	360 (100)	385 (100)	446 (100)	201 (100)

総武病院 創立10周年記念論文集(昭和37年)による

また国立公立の中毒者専門療養所の設立が各方面から長く望まれていた。先述の「酒に酔って公

衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」が施行されて、まずアルコール中毒のための国立診療施設が作られることになった（昭和38年）。神奈川県久里浜の国立久里浜療養所のアルコール中毒センターである。民間団体、宗教団体がアルコール中毒者のための施設を作る動きもある。東京都八丈島に開設された断酒寮もその1つである。

以上に主としてアルコール・睡眠剤・麻薬に対する嗜癖と中毒を、精神衛生ないし精神医学の領域から概観した。これらの問題点を整理して、今後のあり方を考えてみよう。

1. まず関心の対象が、アルコールや薬物にそしてそれらによる急性中毒にかたより過ぎているということである。

一般社会でも、専門領域でも、酩酊状態での異常行動が問題とされ、またこれらのものによる身体障害、精神障害に重きをおかれる傾きがある。これは個人の健康や社会生活におよぼす弊害や、家族および社会全般に与える障害が、これら中毒者の急性症状によるものが最も直接的であり、目につき易いということに無関係ではないであろう。まず前面に表われた問題を処理するという態度として理解できることである。

しかし忘れてならないのは、これらの薬物などによる中毒は、先にも述べたように、偶発的なものではなく、中毒者自身がみずから求めて使用しているのである。ここで中毒者個人のもっている身体的、精神的条件が理解されなければならない。特に嗜癖という精神状態の理解が重要である。

このように中毒症状そのものを排除し、治療しようとする活動と共に、さらにそれ以前の嗜癖の状態を研究し治療しようという態度は、わが国でも次第に強まってきている。けれどもまだこの分野では著しい成果はすくなく、専門研究家以外には、十分に滲透していない現状である。

2. 中毒嗜癖問題を対象別に考えていること。つまりアルコール中毒、麻薬中毒、眠剤嗜癖というように、薬物を異にする中毒、嗜癖をそれぞれ別箇なものとして、精神医学的にも社会的にも取り扱っているということである。急性中毒症状を身体医学的に考える場合には、もちろん中毒の原因によって、その治療方法は異なる。しかし精神医学の立場から、この問題を考えて、対象物を異常に強く要求する人間の状態と理解するならば、中毒嗜癖患者のもつ問題は、薬物のちがいがらくる急性中毒症状や慢性障害よりも、むしろかれらが共通にもっている嗜癖という精神状態を強くとり上げざるを得ない。薬物のちがいはここでは副次的な問題を作りあげているに過ぎないのである。

すべての嗜癖患者がそうであるとはいえないにしても、多くの患者に、先にふれた青木の「多元性嗜癖」の状態が見られることによっても、これはうなづけることである。

以上2つの問題点から導き出せる考えは、まず第1に、医学的にも社会的にも、中毒嗜癖問題の処置として、対象としているアルコールや薬物の使用を禁止すること、急性症状の治療をすることだけでは何ら根本的な解決をもたらさないということである。

各国が試みた禁酒法の失敗の歴史を出すまでもなく、麻薬や覚醒剤中毒者に対する取締りがきびしくなれば、患者は地下にもぐって正常の診療機関で処置することが難かしくなり、睡眠剤の販売

を制限すれば、「睡眠薬あそび」の少年はむしろもっと危険な薬品に刺戟を見出してゆくという事実がある。

われわれが中毒嗜癖者に対する態度は、かれらを犯罪者・非行者・虞犯者として抑制する前に、嗜癖という状態の本質を把握して、このような状態に陥っている犠牲者として、その処置を考えるべきである。

以上のような観点に立てば、現在行われている麻薬患者の取締り、泥酔者の保護留置、睡眠遊び少年の扱い、さらにアルコール中毒、麻薬中毒の専門病院なども、現在の段階としては止むを得ないとはいえ、まだ多くの不十分な点をもっている。

将来はできれば、これら嗜癖をもつ患者の問題は一元化して考えるべきであろう。そして精神医学的方向づけをもって、治療的に処理すべきである。嗜癖物を同じくするものを集めて、取扱うことは、行政や身体的治療には能率的で利点もあるが、患者たちが社会からの疎外感や、誤った同類意識をもつということと、患者も社会も、さらに専門家たちさえもが、嗜癖物の問題やその直接的影響にのみ気をとられて、患者の内面的障害を正しく処置することを困難にする恐れがある。

嗜癖者の治療的取容についていえば、対象物の如何を問わず、嗜癖状態にあるものの治療や、精神医学的方向づけをもって行ない、他の精神障害者と区別せず、さらにいえば神経症者に準じた治療態度をもって扱うのが望ましいと考えられる。

こうして初めて患者自身にも治療する側にも嗜癖者の本質がつかめるであろうし、患者のもつ生産力を早急に社会に戻すことになり、社会と患者の相互不信感による悪循環の解消にも役立つと思えるのである。

産業界の“人づくり”新動向

——能力開発訓練の精神衛生——

横山 定雄*

1. 知識教育から人間教育への発展

プラグマティズムの立場からいって、真に有用な人づくりについて近頃もっとも真剣なのは、「企業界」〈産業経済界〉なのではないかと思われる。技術者や若年労働者の労働市場が、いわゆる売手市場になったこともその1つの原因ではあるが、それ以上に、技術革新・販売革命・貿易自由化・大衆社会化などを基調とする「経営革新」のきびしい嵐が、企業界に真に有用な「人間」が要求されるようになったのだと思われる。

したがって、このばあい求められている人間は、単に労働力として企業組織の歯車になってくれる「量」としての労働者・技術者もさることながら、それ以上に、経営の中へ積極的に参加し全人的に有効な能力と効用を発揮してくれる「質」をもった、生きた人間味をもった人間が求められているようである。このことは、いいかえれば、深みのない断片的な知識や学問をもった、技術や協調を小手先で使いこなすような、一見器用な人間ではなくて、自主性・独創性と共に広い視野ととらわれのない柔軟性（フレキシビリティ）をもった、組織の中で有効適切に創造力が発揮できるような、一本筋の通ったいきみ（生身）の人間でなければならない、ということになる。

このようなところから、最近の企業教育訓練の内容的方法的な新動向としては、今までの「技術者養成教育」と共に、単なる知識授与方式から「創造的な全人教育方式」へと、大きな展開をみるようになってきた。そしてこの「全人教育」の中味には、いつのまにか、精神衛生の専門領域の重要基本財産ともいうべき、人間人格の深層や人間相互のふれあいにみられるダイナミックス理論（Psycho-dynamics, group-dynamics, psycho-sociodynamics etc）とその実際体験を導入し活用しつつ、着々とすばらしい効果をあげつゝあることを、認めなければならない。

ところで、企業界におけるこのような人間期待の真剣な動きに対して、人間が真に正しく生かされ人間の福祉に直結するような活用がなされるかどうかは、精神衛生専門領域にあるわれわれの責任でもある。このような意味からも、企業界を中心とする新しい人づくりの動向を、大洗いしてみたいと思う。

2. 定型訓練からの解決

* 国立精神衛生研究所 社会精神衛生部

最近まで、企業界における幹部教育訓練として風靡してきたもの——技術者養成教育は別にして——は、TWI (Training Within Industry), MTP (Management Training Programm) を中心とする「監督者教育」のいわゆる「定型訓練方式」であった。(これらを修正改善したものとして、JST (人事院Supervisor Training) などもある。)戦後アメリカから導入された有効な監督者教育訓練方式として、大企業はもとより中小企業の多くが、社内教育として大巾に採用したものである。現在でも「日本産業訓練協会」などを中心に、インストラクター養成その他のセミナーが、全国各地で広く開催され、インストラクターの資格をもつ者の数は大量に上るといわれている。

だがこの定型訓練方式は、部下の扱い方・事件の処理の仕方など監督者としてのさまざまなあり方《リーダーシップ》の知識と技術を、インストラクターから受講者へ一方的に教え込む(受講者を教育的枠にはめこむ)、という教育方法的特色をもっていることから、受講者(職場や組織の監督者たち)が職場へ戻ってから実際効果の少ないことが指摘され、定型方式のゆきづまりが数年前から主張されるようになってきた。

このような状況から、自由性・自主性・独創性を訓練できるような、知識教育方式でない体験教育方式ともいふべきものが、定型訓練方式と平行または加味して採用されるようになってきた。

たとえば小さな調査資料であるが、東洋経済新報社のアンケート調査(36年)では、回答48社の幹部養成のための社内教育方式は、下表の通りになっている。(東洋経済新報「日本経済の解明」昭36年並びに、産業能率短大編「マネジメントガイド」昭38年6月号 P.68 小林幸一郎の論稿より)

社内教育の方式	社 数 (48社)
T W I	3 3
M T P	3 0
視 覚 教 育	2 4
ケースメソッド	2 2
ブレインストーミング	1 1
ビジネスゲーム	7

つまり、定型訓練の占める比重が高いと共に、ブレインストーミングやビジネスゲームなどの「ワークショップ」方式(体験や実践による自主学習)の採用をみることができる。

なお、このところ注目をあけている方式の1つに、ハーバート大学の経営大学院から輸入された「ケースメソッド」があり(前掲表参照)、この変形ともいふべきマサチューセッツ工科大学(ピゴーズP. Pigors)のインシデントプロセスIncident Processというリーショブトレーニング方式がある。

この2つ(ケースメソッド、インシデントプロセス)は、講習参加者が自主的に自由に研究に参加し、自己の体験と結びつけて学習できる点は、かつての定型訓練より大きく前進した方式であることは確かである。だが提出されるケース(資料)そのものが「与えられたもの」「責任のないひとごと」ととらまることが多く、講習参加者としてはケースの構造・性格・経過・問題点などを、ケ

ースそのものの外部にあって分析し考察し答案を作ることになりやすく、自己を完全にその中へ投入し包含しての研究作業活動とはなりにくい。つまり、「今、ここでの、いのちの通った自分の問題」となりにくい。^(*)このことは、ケースの分析や参加の態度が、知的ないし意識的レベルにおいてなされる、ということであり、人間のもっている一見非合理的なダイナミクス構造を、知的に論理的に理解してしまうおそれがある。これでは、人間を頭では理解できても、実際場面において適切な行動を頭で理解した通りにタイミングよく無理なくやることは困難となるおそれがある。

とにかく現実行動場面において適切に行動できない限り、どのような知識や技術や理由をもっていても、それは無能者に等しいことを理解するならば、真剣勝負に役立つ剣法体得と同じように、企業が要求しているものは並大抵のものでないことが、理解できる。だがこのひたすらに求められているものが、最近になって幾つかの訓練方式として形成され導入され、それを体験し実験した企業から、すばらしい効果のあるものとして歓迎され期待されるようになってきた。それについては大体次のものをあげることができる。

- (1) 役割演技法 (ロールプレイング Role-Playing)
- (2) 積極的傾聴法 (Active Listening)
- (3) 集団中心リーダーシップ訓練 (Group-Centered Leadership Training), 機能主義経営管理法
- (4) センシティブィティ・トレーニング (Sensitivity Training)
- (5) 独創力 (性) 開発法, ブレインストーミング法 (Creative Thinking, Brain-Strming)
- (6) 催眠法と自己啓発法

これらは互に関連し共通性をもっているが、以下これについて、簡単にその特長と現況を考察らすることにしよう。

(注) なお、これらの人づくりの新動向の理論的科学的基盤は、一般的にいついわゆる「行動科学 Behavioral Science」である、ともいわれていることを附説しておく。

3. 役割演技法 (ロールプレイング)

産業訓練としてのロールプレイングは、現在のところ、リーダーシップ訓練としてよりも、外交内勤のセールス場面の面接訓練や接遇訓練として、かなり以前から広く用いられているようである。

ロールプレイングの起源は、1923年いらいのモレノ (J.L. Moreno) のサイコドラマ (psychodrama 心理劇) にあるといわれ、このばあいは訓練法というよりも心理療法として発達したものであった。杉溪一玄氏の「職場のカウンセリング^(*)」ではドイツの心理学者シモナイト (M. Simoneit) が1933年いらいドイツ陸軍将校選抜のための評価方法として、ロールプレイングに類似するものが用いら

※ 日本産業訓練協会「産業訓練」37年11月号所載「感受性訓練の重要性と必要性」(横山外, 座談会) のP. 12を参照

※及び※ 杉溪一玄「職場のカウンセリング」(誠信書房, 1963年) P. 161-162, P. 170-172参照

れ、第二次大戦中イギリスやアメリカでも、軍隊において選抜のための評価手段に用いられたという。

ロールプレイングを訓練として用いる目標としては、(1) 方法(職業技術訓練)中心、(2) 問題解決中心、(3) 自己洞察中心、の3つが考えられている。^(**)接過訓練・面接訓練として用いられているのは、主に(1)のばあいであり、(2)のばあいは先にふれたケースメソッドやインシデントプロセスよりも、問題の当事者(個人よりも複数人ないし集団)に適合した有効な方法(解法策)が生れる可能性がある。

ところで企業内教育訓練の主目的は被訓練者(講習参加者)が企業内で与えられ期待されている役割や行動を、その実際場面においてやれるようになることであるとすれば、それは単に職業技術を身につけるとか、問題解決をその場限りでやるとか以上のことになる。そこで産業訓練としては(3)の「自己洞察中心」が重視されてくる。なお(1)→(2)→(3)の順に被訓練者の内面の心理にメスが入られることになり、(3)のばあいは被訓練者の抵抗が大きくなり、(3)の訓練がやりにくくなる面もあるが、それだけに有効に実施できれば、行動や態度やセンスの変化や成長が期待できるものとなり、監督者や管理者を対象とするリーダーシップ訓練や人間関係訓練としては、効果的なものとなってくる。

産業訓練として(3)の自己洞察中心のやり方は、実は「心理劇」的性格をもつものであり、この方法や体験によって、自己・相手・対人関係などをめぐる現実あるがまゝの姿を、あるがまゝに(何かにとらわれないで)受容し理解し行動できる(reality facing)ようになることが、今や企業が真剣に求めている人間像であり、それに応える「人間能力開発の技法」となっていることを知るべきであろう。もっともこのような(訓練の)目標や効果は、ロールプレイングや心理劇だけがもっているものではなく、後に述べるカウンセリング応用の方法やセンシティブィティ訓練などにおいても、同じような要素・性格・特長をもっていることを忘れてはならない。

企業の監督者のリーダーシップ訓練のために、ロールプレイングを計画的継続的に導入実施した最もよい例は、富士写真フィルムの足柄工場である。^(**)

この工場では(3)の目標に焦点を合わせ——ここでは「個人中心のロールプレイング」と呼んでいる——、まず教育課長があるセミナーで受講した後、34年2月から2ヶ年間に工場内監督者訓練への導入のための準備期間として、各種の空気づくり(ニーズ開発)を始めた。36年2月から杉溪氏を講師として本格的にロールプレイングを導入し、3時間×4回の導入訓練を行った。この結果、係長たちの多くが、自分たちの部下指導の現状に不安をもつと同時に、一層の向上を求めて教育課をけしかけるようになった。そこで36年4月にロールプレイング研究会を発足させ、メンバーの自主的運営で進め、ケースメソッドと併用し、その後今日まで毎月1回ないし2ヶ月に3回位(毎回

※ 富士フィルム教育課長平岩一夫「役演技法ロールプレイング」による係長層のリーダーシップ訓練(工場管理38年6月号 P.57~62)

3時間)の研究会を自発的に積極的に開催しており、大変な評判となっている。

なお36年11月から毎週土曜午後4時間10回(計40時間)の特別コースも設置され、10名の継続的参加者により熱心に行われ、37年12月から38年2月まで第2回特別コースも開かれたという。

これに対する効果は予期通りのものが現れているが、筆者が直接聞いたところでも、今まで受けた訓練や講習の中では最も教えられるところ多く有効であるという声が多い。詳細については「工場管理」38年6月号を参照されたい。

4. 積極的傾聴法

積極的傾聴法Active Listeningはクライアントセンタード(来談者中心)(カウンセリングの創始者として有名なロジャース(C.R.Rogers)が同系統のラーソン(R.E.Rarson)と共に、職場の監督者や管理者に対する人間関係訓練方法として、特に対人関係コミュニケーションの能率化・有効化を目標として編みだした(1955年)ものである。*)

ここにいうActive Listeningとは、いうまでもないことであるが、来談者中心のカウンセリング場面において、カウンセラーがクライアント(来談者)の自己洞察(人格の再構成)による心理的治療(問題解決)をめざしてカウンセリングを進めている段階において現れるカウンセラーの態度から抽出したものである。心理治療の場面だけでなく、職場における各種の面接・指導・助言・指示・叱責・評価などの場面においても、積極的(全人的)傾聴の態度と方法を実践できるならば、従業員や部下との間の深い人格的コミュニケーションによって、職場や組織や従業員たちが期待し要求する目的を有効に達成でき、また従業員の人格的行動的成長——能力開発——を生み出すことができる——それは専門カウンセリングにおける効果や現象と同じように——という意味である。

このことは、職場の監督者や管理者が——一般従業員のばあいでも——来談者中心のカウンセリングがもつ原理や技法を体得しそれを実践するならば、有能で効果的な監督者・管理者——そして一般従業員——としてその役割や職務を遂行することができる、ということである。もっとも、そのためには相当な訓練や学習をしたり、自己洞察体験が必要であることはいうまでもない。特に意識的前意識的な防衛機制に妨げられ、自己概念(self-concept)と体験している現実(experiencing reality)とのズレを、あるがまゝに受けとめる(reality facing)ことの重要性と困難性を、体験的に理解することから、批判・評価を超えた共感と理解の人格的信頼関係が、いかに有効なコミュニケーションを促すものであるか、そこでは人間は互に自由となり成熟し機能的人間——fully functioning personとかbecoming a personとかの表現を用いる——になるか、を体得することが含まれている。

ところで、積極的傾聴法を単独に産業訓練技法として採用している企業や団体は、現在のところ

* C.R.Rogers and R.E.Rarson, Active Listening— Coaching and Employee Development, 1955 及び, C.R.Rogers and F.j.Roethlisberger, Barriers and Gateways to Communication—Harvard Business Review 1952 7—8月号等参照

非常に数少ないと思われる。実際問題としては、先に述べたロールプレイングやセールスでの応酬(接過) 話法をはじめ、後述する集団中心のリーダーシップ訓練やセンシティブィティ訓練においても、その他、面接訓練や人間理解訓練の中で、この積極的傾聴法が包含され活用されていたり、それらの訓練過程の中で意識的にこの積極的傾聴法を学習したり実験したりすることが多い。

それにしても、最近、監督者定型訓練ゆきづまり打開の1つとして、監督者訓練をグループカウンセリング的なワークショップ形式で実施する企業がふえている。これは横浜銀行が昭和35年に開始したのが初まりで、36年にロジアースの来日による日本産業訓練協会と茨城キリスト教短大との共同での、産業界に対する「カウンセリングセミナー」に促進され、その後、東京電力、東海銀行、日本火薬・新三菱重工業・武田薬品(食品部)、広森産業(中小企業)などの企業が実施するようになった。このばあい、積極的傾聴法が常に訓練やセミナーの中心的役割を果たしてきており、東京電力などでは「人間理解訓練」と呼ばれるようになってきていることは、注目すべきところであろう。

5. 集団中心リーダーシップ訓練 (機能主義経営管理法)

最近の企業界では企業組織のマネジメントとそれに伴うリーダーシップのあり方が、熱心に論議され探求されている。このばあいの中心課題は、組織のリーダー(経営者・管理者・監督者の各層を含む)のもとで行われる意思決定(descision-making)とその遂行の能率化・有効化・適切化ということである。組織のリーダーはそのおかれている位置や立場によって、与えられている責任や権限の範囲や内容に差があるから、リーダーの現実行動に差があるのは当然である。

だが、組織に関与し作業をするものは人間たちであり、その人間たち(リーダーを含む)を有効適切に動かすかどうか(この人間たちがうまく動いてくれるかどうか)によって、リーダーの良否が評価され採点される。このことは、リーダーが現実に行動し発揮する(日常の)リーダーシップいかにかゝる、ということに集約され、リーダーシップが実際に有効に発揮できるような訓練が要求されるゆえんとなる。

このばあい、現代企業組織では、それに参与する従業員部下が、組織の目標や課題の達成に役立つように積極的に参加し、機能的に有効に職責を遂行するような、そのようなリーダーシップが(組織やリーダーに)要求される。このことはウエスタンエレクトリック会社のホーソン実験において、レスリスバーガーたちが発見したformal-informal organizationとformal-informal leaderとの関係や組織における従業員の無意識的感情や参加意欲のダイナミックな動きなどから、さらにロジアース派のグループカウンセリングの過程でみられるクライアントたちの自己成長やグループ活動の成長を思い合せるとき、グループ中心カウンセリング技法(原理)を、そのまゝマネジメントやリーダーシップに応用できることが洞察される。

※ Thomas Gordon, Group-centered Leadership 1955 参照のこと

このような思考と洞察の過程から1955年にロジヤース派のゴードン (Tho Gordon) やリチャード (James Richard) は、「産業組織におけるグループ中心的なリーダーシップ」のあり方を生み出し、特にリチャードはそのリーダーシップを実験的に実施し、その有効性を事実でもって示した。今日ではロジヤース派の人たちによって、企業の経営者・管理者に対するコンサルテーションを通じて、グループ中心（従業員集団中心）リーダーシップの普及につとめているという。

ところで、この技法の訓練は、訓練の方法と過程が集団中心方式で実施され、その訓練に参加した体験を通じて、洞察学習によって体得されるものである。したがって、先に述べた、カウンセリングや積極傾聴法による「人間理解」「行動改善」の監督者訓練も、実際はこの「集団中心リーダーシップ」によって実施されている。それ故、この集団中心リーダーシップ訓練は、既に幾つかの企業と団体によって（意識化されないままに）導入し実施している、ということになる。だが、この技法と原理とを、マネジメントの新しい訓練方式として実施されるのは、わが国としてはこれからの方向というべきであろう。

筆者は、この集団中心リーダーシップを、経営者・管理者に対する新しいマネジメント訓練方式として再編成し、これを「機能主義経営管理法」(Yokoyama-Rogers式)として提唱した。^(*)もっともこの方式は今後の研究と修正を必要とするものであるが、経営者、管理者の新しい人づくり方法として、有効なものであると考えている。

6. センシティブィティトレーニング (Sensitivity Training)

近頃、産業界において、新しいマネジメント・リーダーシップの訓練方法として、大きな注目をあけているのが、このセンシティブィティトレーニングである。

1946年の夏、マサチューセッツ工科大学のグループダイナミクス研究所とアメリカユダヤ教会相互問題委員会は、有名なレヴィ (K.Lewin) の指導のもとに、リピット (R.Lippit) その他13名の社会科学・教育学などの学者や専門家の協力をえて、社会教育訓練者を対象にワークショップが開催され、そこで新しい教育訓練方法が発見された。つまり、グループが自由な会合を重ねていくうちに、グループの成長過程を通じて、自分をみつめ他人を理解する人間関係や社会行動のセンシティブィティや、適切有効なリーダーシップのあり方などを、体験的に学んでいく魅惑的な現象に、トレーナーたちは陶醉した。

このワークショップは多大の反響を呼び、1947年夏にメイン州ベセルでアメリカ教育協会とマサチューセッツ工科大学の協力で、同じトレーナーたちによって、3週間の「集団発達に関する研修会」(National Training Laboratory in Group Development) 第1回が開かれた。それ以来、毎夏ベセルで開かれるようになり、やがてミシガン大学とアメリカ教育協会との推進によって急速

※ ① 横山「機能主義経営管理法」No.1～No.12。(産業能率短大「マネジメントガイド」39年1月号～12月号)
② 横山「中小企業経営者の悩み」(日本能率協会「マネジメント」38年2月号)
③ 横山「職場のトラブル解決法と予防法」No.1～No.12(池田書店「総務課実務」38年6月号～39年5月号)

に発達し、1954年には「アメリカ訓練実験室」(National Training Laboratories; N.T.Lと略す)と改称されるようになった。

かくして、この新しい体験的訓練方法は、教育・宗教・医療・看護・社会福祉などの領域に採用されていったが、1956年にはニューヨーク州ハイマン市で、産業界の経営者・労務管理者・教育訓練担当者を対象とした研修会が開かれている。最近ではベセルのNTLの研修会に参加したものは5,000名を越え、300人以上の産業人がハイアン市及びニューヨーク近郊の研修会に参加しているという。

この訓練は今日では、アメリカ全土の34の大学関係で研究推進されており、さらにヨーロッパ、南米、アフリカ、日本の各国に広がって世界的運動となり、各種の企業や団体の幹部養成や社内問題改善のために、NTLと協力関係を結んでいるところもある。

特にアメリカ産業界へ働きかけた有力なものとして、1948年からカルフォルニア大学の産業関係研究所のタンネンバウム (R.Tannenbaum) らによる20数回のワークショップをあげておく必要がある。この経験と業績はヨーロッパにももちこまれているが、本年(1963年)夏には、この研究グループの1人であるマサリック (K.Massarik) が、産業能率短大の扱きにより来日し、わが国の訓練指導者(立教大学・産能短大・国立精研等)と共に、産業人だけを対象とするものでは、初めての研修会を開いている。

これより先、わが国では、1958年に日本キリスト教協議会がアメリカとカナダから指導者を招いて研修会が開かれていらい、立教大学キリスト教教育研究所を中心に、キリスト教関係の教会・学校・施設・キリスト教青年会(男女)の人びとを対象とする研修会が、すでに6回開かれ、最近の研修会にはキリスト教関係外から産業人が参加するようになってきた。また、九州大学と集団力学研究会の共催による研修会も開かれている。そして産業人のみを対象とする研修会が、前述のように産能短大の主催で開かれ、わが国産業界からも多大の反響を呼ぶようになった。

なお、企業内訓練としての実績では、エッソ石油会社 (Esso Standard Oil Co.Ltd) など幾多の例が生れているが、わが国の企業としては東京ガス、ヘンミ計算機などで試験的に実施されている程度で、組織的継続的のものは、今後の問題といわれている。^(*)

さて、センシティブィティトレーニングのねらいは、組織・集団・対人関係などのコミュニケーションや行動場面において、リーダー・メンバー・フォロワーなどが、要求(期待)し、要求(期待)されている行動や考え方を、満足感と安心感をもって効果的機能的に遂行し表現できるよう——それができるだけ自然に無理なくやれるよう——な人間になること、さらに、そこにある組織・集団・対人関係・機能・活動などが、できるだけ能率的・機能的なものとなることにある、といわれる。そして、組織・集団・対人関係・機能・活動の担い手はそこに参加し関与する人間にあること

* 以上の記述は主に下記文献による

坂口順治「人間関係訓練の動向」(日本産業訓練協会編「センシティブィティ・トレーニング解説編昭和38年」)

嘉味田朝功「センシティブィティトレーニング」(産業能率短大編「マネジメントガイド」昭和38年3月号)

からいえば、このようなねらいを達成できるような人間を育成し訓練する、ということが焦点となる。

このような人間形成（人的能力開発）の目的を達成するためには、先に述べたように、いわゆる知識教育や知的意識的レベルでの訓練教育方法では、それは非常にむづかしい。このためにはとにかく、被訓練者や受講者の内面的人格構造に強い影響を与え、日常の現実行動や対人関係の仕方が変化する——人格と行動のパターンの再構成となる——ような、教育訓練方法でなければならない。つまりこれは、訓練参加者が訓練生活の全人的体験から、人格と行動のパターンの再構成ができるような自己洞察や自己発見を体得できるような訓練方法でなければならない、ということになる。

このような考え方から、この研修会は、1週間ないし3週間の完全な宿泊共同生活を設定し、そこで自主的に展開される自由な小集団会合の繰返しの中で、またそこでおきる種々のコミュニケーション場面や集団力学の作用する場において、①意識的及び無意識両面の自己をみつめ理解し、②その時の相手やメンバーの心や行動を理解し、③自己と相手（及びメンバー全体）との間の複雑な心のダイナミックス関係——心と心の交流や相互作用——を理解し、④そこから、今ここで（here and nowのprinciple）の自分としての最大限に自由で柔軟な——能率的で機能的な——行動や態度の表現のあり方（自分としてできるやり方）を、自然発生的に洞察し体得する、という過程を体験的に学びとらせる、という教育訓練方法がみみ出されている。*

このうち、①～③を Social Sensitivity、④を Action Flexibility と呼び、この両者を合せて Sensitivity とみなされている。***このことは、人間は生活や対人関係や行動の場面において、社会の中の文化（価値体系行動様式）に拘束され——そのため人間は精神的生活的に一応の安定と満足をかちえているのではあるが——、そのため人間は自己の内面にある生のもの創造的なもの（人間らしさ）を抑圧し衰失しつつあることと、この状況からの自発的な無理のない脱出が、人間社会（組織・集団・対人関係などの活動や営み）を成長（機能化・能率化・創造化）させるゆえんであることを、自らの体験を通じてひしひしと身近かに感得させようということである。

まさにこのような「人間らしさ」の発見や回復こそが、今日の企業や社会が切実に求めている「人的能力開発」の方向・目標なのではないであろうか。この意味において、このセンシティブィティトレーニングは、これからの企業や産業経済界にとっては、みのがすことのできない訓練方法であるといえるであろう。

*及び** この訓練方法とその目的・意味については、筆者の実験的研究によるものほか主に下記の文献に則っている。

R. Tauehnaum, I.R. Weschler and F. Massarik, Leadership and Organization— A Behavioral Scioral Science Approach. 1961

産業能率短大訳出「Sensitivity Training参加者の契——経営者訓練の新しい焦点」1963年（前記文献の一部訳出）

嘉味田朝功「他人が見ることく自己を見る——センシティブィティ・トレーニング」マネジメントガイド 1963年6月号

小林幸一郎「センシティブィティ・トレーニングの特色」マネジメントガイド 1963年6月号

横山定雄外数名「感受性訓練の重要性と必要性」（座談討論会）、日本産業訓練協会編 産業訓練 1962年12月号

菅祝四郎「日本で行われたセンシティブィティ・トレーニングを語る」マネジメントガイド 1963年10月号

横山定雄外数名「センシティブィティ・トレーニングを語る」マネジメントガイド 1963年10月号

フレッドマサリック「企業における人間関係——行動科学の応用」マネジメントガイド 1963年10月号

産業能率短大訳「リーダーシップ・パターンのえらび方」1963年——前記 Leadership and Organizationの一部訳出

同上訳「リーダーシップ・準拠性」1963年——前記文献の一部訳出

同上訳「集団機能の理解」1963年——L. Bradford and others, Understanding How Groups Work, Adult Education Association of the U.S.A

7. 独創力（性）開発法

ブレインストーミングといえば、“あゝあれか”といわれるほど、わが国の産業界企業界でも有名で、いたるところでこの技法が活用されるようになった。したがってその技法の研究や研修も盛に行われている。この技法は独創的なアイデアを生み出す技法としては有効であり、この体験や実験を重ねることが独創力開発につながるとしても、ブレインストーミングそのものが人間の独創力を育成する技法であるとは、断定できない。ブレインストーミングを独創力開発育成に、どのように活用するかという問題がある。

わが国で、独創力（または独創性）開発の研究の創始者は故上野陽一氏であり、(著書「独創力開発と技法」)、産業能率短大において昭和31年12月に「第1回独創性開発講座」が開かれ、各企業から多数の幹部が出席したという。上野氏の独創性研究はその長男である一郎氏に受けつがれ、その訳著「独創力を伸ばせ」ダイヤモンド社（33年）——オスボーンのApplied Imagination（改訂版）——となり、産業能率短大の「独創性開発講座」(CTC)はその後も「CTC（独創力訓練コース）リーダー養成講座」として活発に続けられ、産業界に対する貢献は大きい。

他方、東大の吃音研究会員の一部の人たちによって（前記講座に出席した人もあった）、33年1月に「CTG」(Creative Thinking Group)が結成され、オスボーンや上野陽一氏の著者を研究し、前記「独創力を伸ばせ」の翻訳出版から、第1回独創性開発講座（東大にて33年12月）を開催するに至った。このグループは東大その他の大学学生たちの自主的研究グループであるが、35年2月には「日本独創性協会 (Creative Thinking Association)」に発展し、独創的思考やブレインストーミングやアイデア創出など、独創力開発の普及と研究につくした功績は大きい。(寒河江・藤沢・野村編「ブレインストーミング入門」の出版や講座・夏季セミナー・定例研究会・独創性テストなど。)

独創性といわれるものには、originalityとcreativityの2面があり、それらの行動的表現のためにはロジアースもいうように、「心理的安全と自由を保障する条件」が必要となる。つまり、行動場面において「外部的価値評価のない、信頼・受容・共感の人格的關係やその雰囲気」の感得が、どうしても有効な条件となる。このことは、人間が社会生活や対人関係場面の中で、価値評価の拘束や刺戟や習性にとらわれずに、できるだけ自由に自主的に柔軟性をもって（防衛機制にとらわれずに）、自己自身が経験している現実と直面し (Reality Facing)、その現実経験の中にある諸条件を最大限に無理なく生かせるように開発することが、独創性開発ということになる。

したがって独創性開発のもつ原理は、カウンセリング、心理療法、グループセンターリーダーシップ・センシティブティトレーニングなどのもつものと、共通のものがあるということになる。

なお、筆者は、ブレインストーミングやクリエイティヴシンキングといわれているものにもどつ独創性開発技法については、専門外であり、現在手許に必要な文献が揃っていないまゝに原稿を仕

上げる必要上から、この項はこれ位の記述に止める。

8. 催眠法と自己啓発法

最近のわが国の企業経営の領域で、異常な程に関心を呼んで一種の流行に近いものに、催眠法がある。日産生命の専務藤本正雄氏が、外務員の活動やその自己啓発に導入していらいのことといえよう。

催眠法を医学的治療としてでなく、人間理解にもとづく経営管理監督の技法として普及させたのは、産業能率短大であったが、38年からは東京の「産業心理センター」が、経営者・セールスマン・教育担当者のための催眠術講習で活躍を開始した。

産業心理センターの山口彰氏の考えによると、“催眠は人間のもつ無意識あるいは潜在意識のレベルに接近する方法であるが、それによって人間の行動をコントロールする1つの型である”という(催眠とマネジメント—マネジメントガイド63年4月号)。つまり“催眠法は暗示の技法であり、人間のもつ理性がいかによめきやすいか、を知ることが、1つの前提になる”という。

催眠の立場からリーダーシップを考えると、「親近感を中心にして誘導する方法」と「権威感を中心として誘導する方法」との2型があり、この2つのどちらか1つで誘導するというのではなく、2つをうまく使いわけ切り替えるか、が重要な鍵である、という。

次に、この催眠法を、自己暗示を効果的に活用したものを、「自己催眠法」という。自己催眠法の訓練によって、自己を運動支配の段階(自己暗示によって手足が動かさなくなる等)から、感覚支配の段階(すみわたった精神状態になる等)にまで進めることができる。この段階において自己を啓発するための自己暗示を与えると、効果的な行動や作業ができるようになる。たとえば、危機場面に動じない、感情のコントロール、決断力を高めるなどができ、喫煙や飲酒のコントロールもできるという。(自己催眠法による自己啓発—マネジメントガイド1962年10月号を参照した)

催眠法や自己催眠法は、企業や経営においていろいろと導入され、効果をあげている実例が多いようであるが、催眠法は熟練した専門家によって実施されるのでないと危険をとまなうことも考えられるだけに、慎重を要するものである。

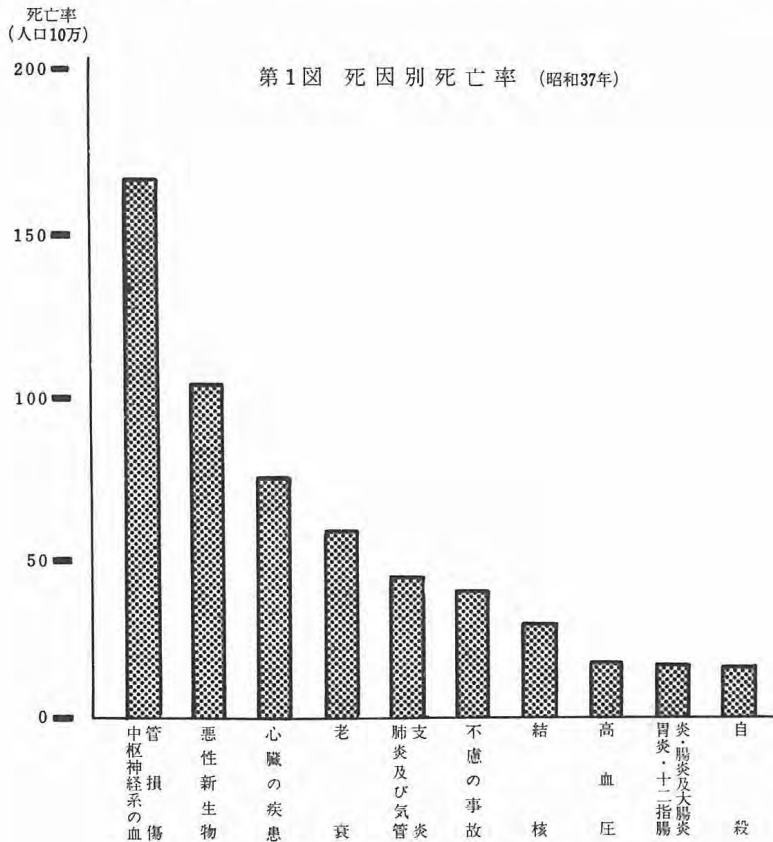
交通事故はなぜ起る

伊藤 祐 臺*

1. まえがき

終戦後18年たち、私達はあのいまわしい戦争のことを忘れて、平和な毎日を送っております。東西の冷い戦争もや、和らいだ感のある今日、この私達の平和な日々を脅かすもの、突然に襲ってくる死があるとするならば、それは交通事故による死でありましょう。それは、つい今迄全く健康であった私達の生命を突如として奪い、悲惨な姿を残すものですから、その変りはてた姿に、遺族の諦め切れぬ悲しみは、他の疾患による死と比ぶべくもありません。

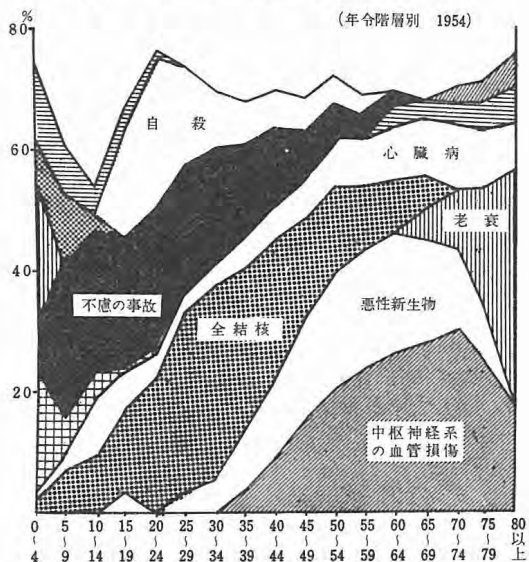
昭和37年度厚生指標⁽⁵⁾によりますと、不慮の事故による死亡は国民全体からみますと死亡率の第6位をしめております。(第1図)しかし年令別にみますと(第2図)若年者ことに5才~24才の



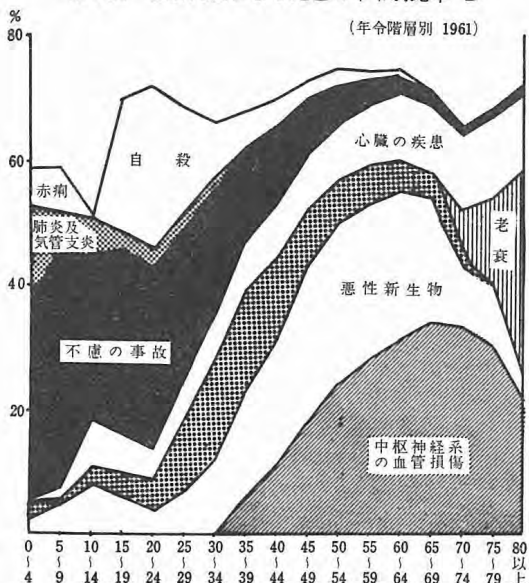
(厚生指標 昭和38年2月号による)

* 国立精神衛生研究所 身体病理部

第2図 主要死因による死亡の年齢別比率 A

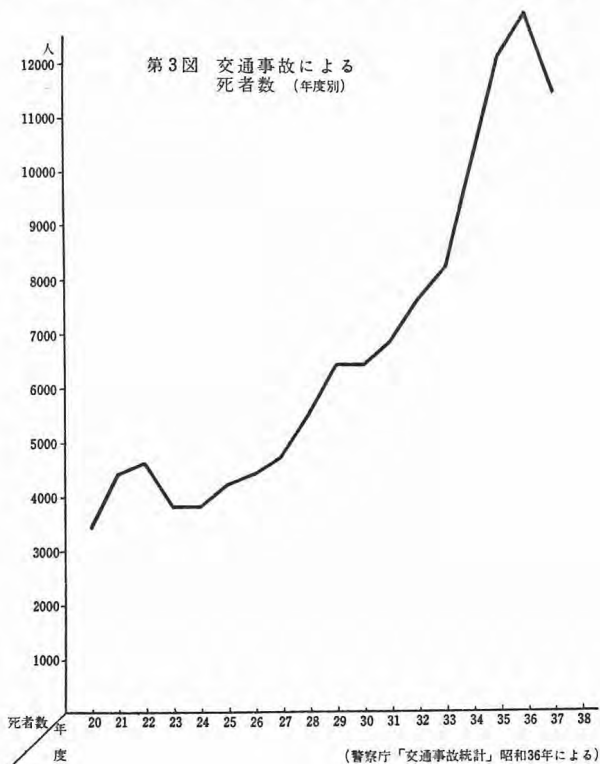


第2図 主要死因による死亡の年齢別比率 B



間では不慮の事故による死亡が圧倒的に第1位を占めております。勿論この中には交通事故以外の死も含んでいますが、大部分が交通事故によるものです。したがって、この年代の最も注意しなければならないのは交通事故なのです。

さて、毎日のように新聞紙上を賑わせている交通事故で年にどの位の人が死亡しているのでしょうか。昭和36年度警察庁交通事故統計によって、グラフを作ってみますと、(第3図)終戦当時はわ



ずか3,000人台だったのが、その後昭和25年頃から急激に増加し昭和34年についに10,000人を突破、36年には12,865人の死亡者を出し、昨年の37年はやゝ下って11,445人となっております。参考までに世界各国における傾向を示してみますと（第1表）日本ほどに増加の一途にある国は見当たらない

第1表 各国における交通事故による死者

	1954	1955	1956	1957	1958	1959
カナダ	2,869	3,042	3,559	3,694	3,517	3,687
アメリカ	35,586	38,426	39,628	38,702	36,981	35,320
デンマーク	666	669	646	649	658	—
フランス	7,536	8,058	8,140	8,085	8,080	8,494
西ドイツ	10,476	11,688	12,211	11,894	11,318	—
イタリー	6,895	8,042	7,937	8,116	8,260	—
イギリス	5,280	5,667	5,730	—	5,439	6,026
日本	1,87	4,623	5,486	6,209	6,735	8,218
セイロン	262	234	222	260	258	—

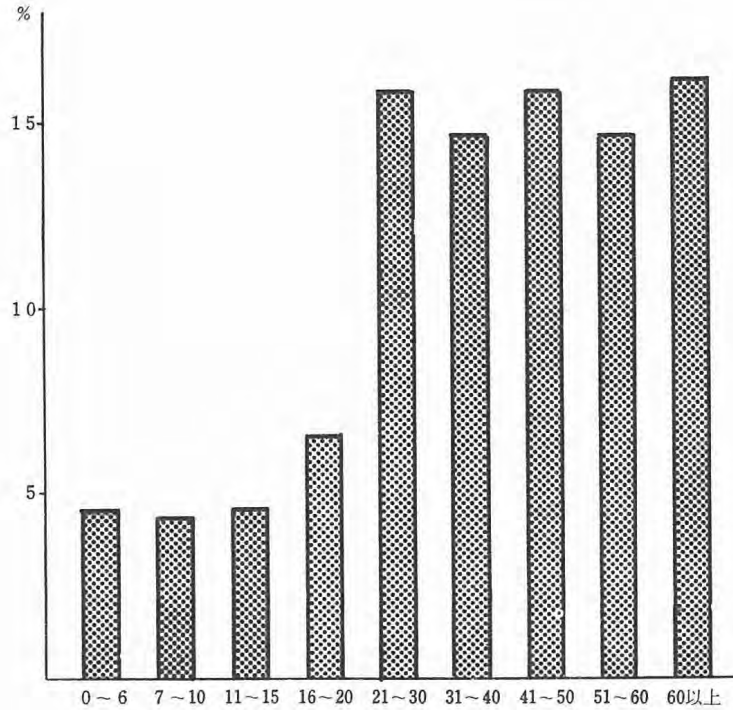
(昭36 交通事故統計による)

ようです。昭和37年交通事故白書によると、東京都内の事故総数及死者数は前年度より各々35%及17.8%と大巾に減少したので、大勢は減少の方向を辿ったと楽観しております。しかし今年度に入り、再び上昇の傾向がみられ、6月19日朝日新聞夕刊は「交通戦争激化の一途を辿る」と報じ、この日までに5,015名死亡、昨年同期より200人以上もふえていると伝えております。更に10月10日読売新聞は「交通事故死者9千人こす」と報道、警察庁の調べでは昨年よりも三週間早く9千人台を越しており、この状態が続くと1昨年の戦後最高の記録を上回るのではないかとみられるに至りました。やがて11月に入るやそのことがますます確実であることがわかってまいりました。毎年1万2千人以上の人達、しかも働きざかりの若い人達が死に、30万人以上の人達が傷いていくということは恐るべきことであります。

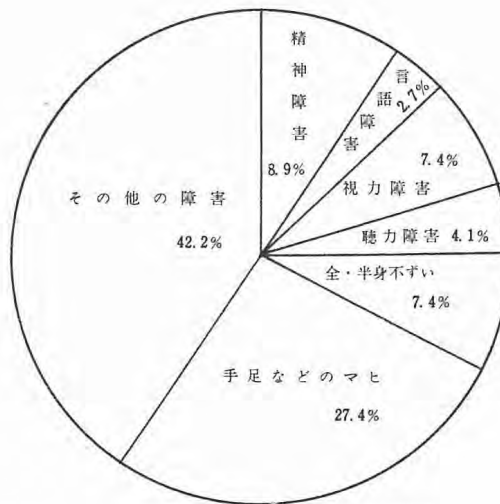
終戦以来今日まで一体どの位の人達が新しく始まった交通戦争のために死亡し負傷したでしょうか。大体計算しますと死者12万7千名、負傷者215万8千名となります。これは第二次世界大戦で日本陸海軍戦死者46万7千名、戦病及戦傷460万と比べるとその $\frac{1}{4}$ にしか当りませんが、いつ果てるかもしれない、しかもますます激しさを加える戦であってみれば、近い将来に必ずや上の数字を追い抜くでありましょう。既にアメリカでは1951年に自動車出現以来の自動車事故による死亡者が通算100万人を数え、アイゼンハウア大統領は「アメリカの独立以来のすべての戦争で死亡した人の総数より更に多くの人を、自動車は殺した」といっております⁽²⁸⁾

それではこれらの事故で死亡した人の遺族や負傷した本人は、その後どんな道を歩んでいるでしょうか。厚生省の指標⁽⁵⁾によりその実態をみると、事故によって現在困っている人が全国で42万人、補償問題のためにかって困った人が52万人、今困っている人が24万人居ります。この調査によると事故被害者の年令別状況は20~50才の働きざかりが全体の61.2%をしめております（第4図）。又死亡者の75.7%が頭部外傷、2.6%が脊髄損傷を受けております。生き残った負傷者は毎年30万人以上ありますが、その内の42.7%の人がなんらかの後遺症に苦んでおります（第5図）。これを見ますと死亡のみならず負傷もいかに恐ろしいかがわかります。私達は交通事故の恐ろしさを新たに知らさ

第4図 被害死傷者の年齢別状況



第5図 後遺症の種別と比較



(厚生省の指標 昭37.6)

れるとともに、今こゝで何とかしなければ、という気持ちにされるのであります。

前置はこれ位にして、事故原因の資料をも少し詳しくみていくことにしましょう。

2. どういう事故が多いか

昭和37年交通事故白書によると事故の責任が自動車側の過失にあると認められるものが83.4%歩

行者側にある場合が3.2%で、ほとんどの事故が自動車側に責任があります。一方死亡者の89.3%は歩行者及自転車に乗っていた者であり、自動車に乗っていた人はわずか15.8%で、これを欧米と比較すると、欧米では死亡者の70~80%が自動車に乗っている人になっており、⁽⁵⁾日本における特殊事情が考えさせられます。運転者の交通法規の無視、歩行者の交通道徳の低さと共に歩道の不備があげられるでしょう。

どんな車が一番事故を起しているかとい、ますと、絶対件数の多いものは、①四輪貨物自家用、②四輪乗用自家用、③四輪貨物営業用、④タクシーの順になっていますが、事故件数を種属別に分け、その種属台数で除した事故率からみますと、①タクシー、②四輪貨物営業用、③三輪貨物営業用、④バスの順になっております。第一位のタクシーは平均事故率の約3.4倍に当っており、これは1日の走行距離が長いことにもよるでしょうが、神風タクシーといわれるように利欲から出た無理な運転にも多分よっているでしょう。注目すべきは、いわゆる砂利トラあるいはダンプカーと呼ばれる土砂運送トラックでして（四輪貨物営業用の中の一つ）これのみをとり出してみると平均事故率の5.2倍と最高の事故率を誇り、いかに無謀な運転がなされているかがわかります。

37年度東京都内における事故を違反別に分けて⁽³⁾十位迄をとり出すと下の表のようになります。

(1) 安全運転不履行	14.5%	死者	122人
(2) 徐行不履行	11.7		65
(3) 車間距離無視	10.7		2
(4) わき見運転	5.3		82
(5) 右折不注意	5.0		15
(6) 追越違反	4.4		40
(7) 酒気運転	4.1		51
(8) 一時停止不履行	4.0		11
(9) 左折不注意	4.0		16
(10) 後退不注意	3.6		44

10位までには入らないが最高速度超過による事故は全体の事故の1.5%ですが、その死者は85名を数え、死者率（死者／事故件数）は各原因中最高でありいかに危険であるかがわかります。

以上の事故を、不注意によるものと交通違反によるものに分けてみますと前者が191件後者が400件に及び、その他偶発によるものが16件で、いかに交通規則を守ることが大切かがわかります。

一方歩行者の違反による事故の主なるものをあげると

(1) 車の直前直後の横断	24.2%	死者	8人
(2) 車道に飛び出す	21.2		6
(3) 信号無視	8.2		1
(4) 幼児のひとり歩き	7.9		2
(5) 横断歩道外横断	6.9		0
(6) 酒気歩行	6.4		7

この他件数は少ないが死者の多いのは踏切不注意の56人で死者率は65.1%で最高です。

対象を幼児学童のみにしぼってみますと上にあげた違反のほかに、路上遊戯が大きな割合をしめ

ています。(1)

3. 事故原因の分析

どうしてこのような恐ろしい交通事故が起るのでしょうか。運の悪い偶然にぶつかることの代名詞として「交通事故」という言葉が用いられますが、単に偶然だけでなくいろいろな悪い条件が重なり合って、最後に人的な要因によって惹き起されるものと思われます。それにはいろいろな原因があると思います。決して単純な一つの因子のみによって起るものではないでしょう。私は考えられるいろいろな原因をあげ、純粋に個人的な原因を内的因子（内因）。それ以外の原因を外的因子（外因）として次のように分類いたしました。

A. 外因

1) 物理的条件

1. 自動車台数
2. 人口
3. 道路
4. 天候
5. 時刻（交通量）

2) 社会的条件

1. 交通道德
2. 政治
3. 職場
4. 家庭

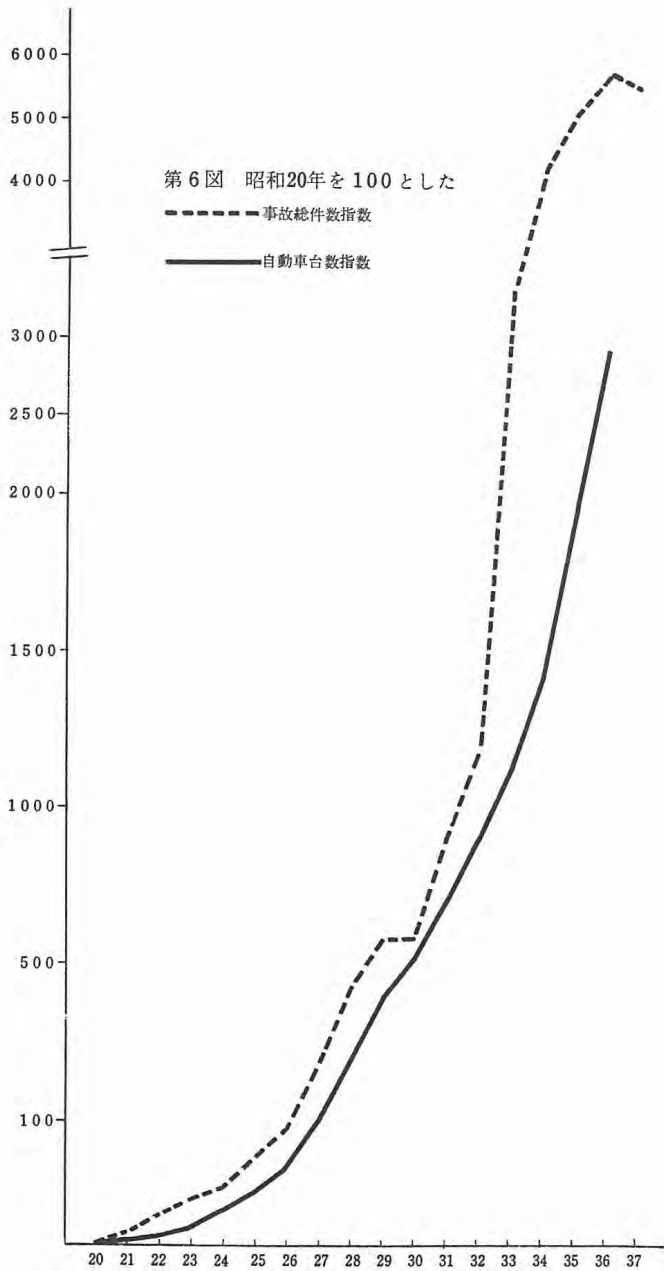
B. 内因

1. 年齢と熟練度
2. 身体的条件
3. 生理的条件
4. 精神的条件
5. 心理的条件

上の諸因子が事故とどのような関係にあるかを図示すると、



外因は強く内因に影響を及ぼすが普通外因だけでは事故は起らないのであって、事故を誘発する背景です。しかし時にはそれが決定的役割を演ずることもあります。例えば、予期出来ない道路の



そうともいえませんが、第2表は日本とアメリカの主要都市における事故を比較したのですが、御存知のように日本は21人に1台、アメリカでは2.6人に1台の割合で自動車を所有し、アメリカの方が終対的に数が多いのかかわらず、人口10万人当りの死者数はほとんど変わりありません。むしろ名古屋、福岡が目立って多くなっております。今後日本でもどんどん自動車が生産され欧米の水準に達するならば、今より更に何倍かの車が路上に氾濫することになるわけで、その車の増加率と平行しないまでも、事故がある程度それに伴って増加していくであろうことが予想されます。

第2表 日米大都市の交通事故死者数比較

都 市	事 故	昭 和 35 年 死 者 数	人 口 10 万 人 当 り 死 者 数	自 動 車 1 万 台 当 り 死 者 数
東 京		9 6 3	1 1 . 9	1 7 . 3
大 阪		4 6 7	8 . 4	1 9 . 8
名 古 屋		3 1 9	2 0 . 0	4 8 . 6
福 岡		1 6 4	2 5 . 3	5 6 . 5
ニ ュ ー ヨ ー ク		5 9 1	7 . 6	4 . 1
ロ ス ア ン ジ ェ ル ス		3 8 9	1 5 . 7	3 . 0
シ カ ゴ		2 7 0	7 . 6	2 . 7
デ ト ロ イ ト		2 0 2	1 2 . 1	3 . 2
フ ィ ラ デ ル ヒ ア		1 7 1	8 . 5	3 . 3
バ ル チ モ ア		1 1 4	1 2 . 1	3 . 5

(昭和36年交通事故統計による)

2. 人 口

人口密度が多くなればなるほど車が人間にぶつかる度合も多くなるように考えられますが実際はどうでしょうか。世界各国での事故による死者を人口10万当りになおし人口密度と合せて比較してみると第3表のようになり、人口密度とはほとんど関係ないように思われます。事故の多くが人口

第3表 自動車事故死亡率(人口10万対)と人口密度についての国際比較

(1961)

	日 本	ア メ リ カ	イ ギ リ ス (ウェールズ地方)	西 ド イ ツ	フ ラ ン ス	イ タ リ ア	カ ナ ダ
事 故 死 亡 率	1 5 . 7	2 1 . 3	1 4 . 4	2 5 . 6	1 8 . 3	1 7 . 0	2 0 . 7
人 口 密 度	2 5 1	1 9	3 0 1	2 1 3	8 2	1 6 3	2

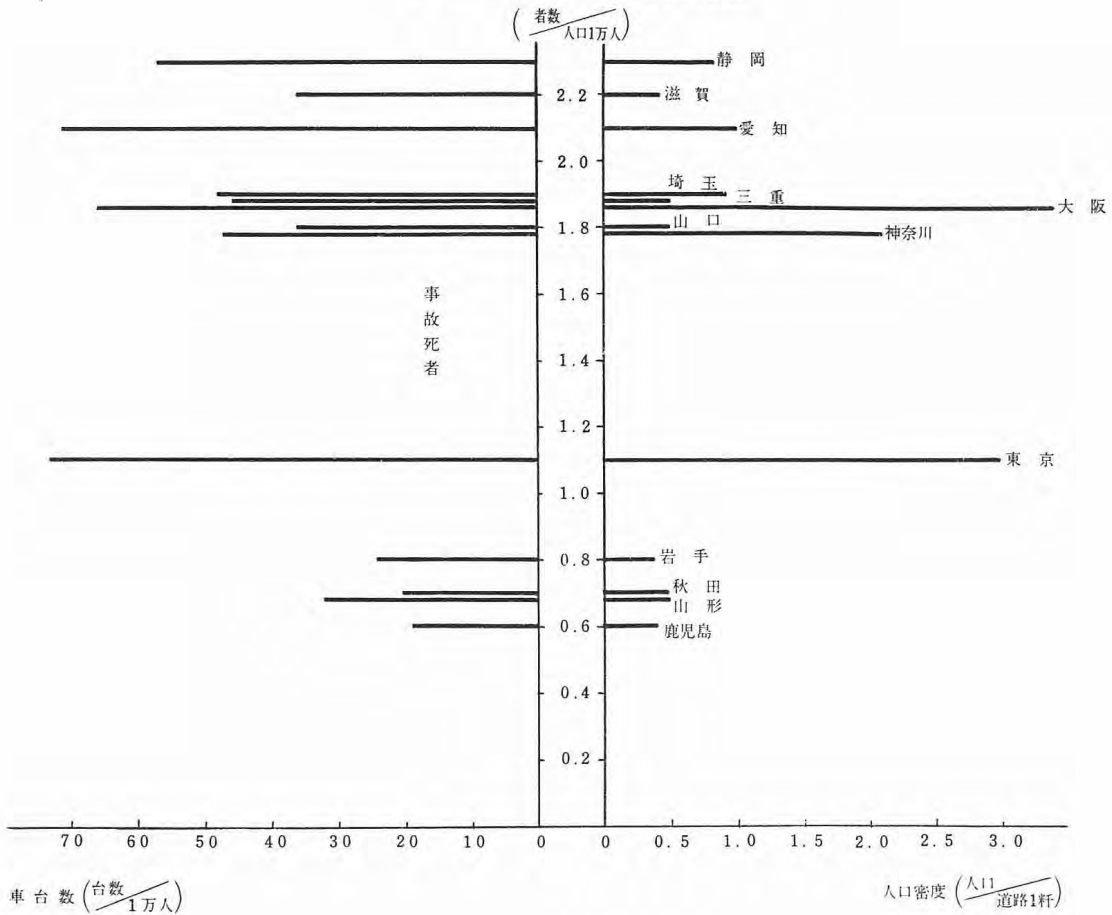
の集中している都市の路上で起ることを考え合せると、国土面積からの人口密度ではなしに道路上における人口密度に関係しているのかもしれませんが。

そこで日本における各県ごとに事故死者を縦軸、人口密度(道路上における)横軸の右側にとって図示しますと(第7図)、人口密度の多い大阪、東京、神奈川は人口密度の低い鹿児島、岩手、山形等と比べると死者数は高くなっていますが、しかし滋賀、三重、山口等は人口密度が低いにもかかわらず死者数は高くなっていますので一概には言えないようです。第7図から言えますことは、事故死者の多い県はそれの著しく少ない県よりも、横軸左側にとった車台数あるいは人口密度いづれが多い傾向にあるということでしょう。このように単に車台数あるいは人口だけではなく高速道路の発達具合、その国の交通道徳、国民性、等いろいろな他の因子をも考えねばならないようです。

3. 道 路

二台の自動車が速度を落さずにすれ違うには5.5米以上の道巾を要するそうですが、この規格に合

第7図 人口と車と交通事故の関係



う国道，都道府県道は少なく，4.5米以上と水準を下げても24.8%しかありません。舗装済の道路は8.4%，一級国道のみにしても31%が舗装されているにすぎません。これに比し英国，西独，イタリアが100%，米国60%，フランス75%であります。(28)

全面積に対する道路面積の比を道路率と言いますが，欧米各都市と我国の都市との道路率を比較しますと，雲泥の差があります。(第4表) いかにも日本の道路が悪い凸凹道のみならず面積の少な

第4表 道 路 率

ニューヨーク	35%	東京	9.8%
ワシントン	43	大阪	9.7
ボストン	25	名古屋	9.9
ロンドン	23	京都	2.4
パリ	24	神戸	2.8
ベルリン	26		
ウィーン	25		

(昭和36年交通事故統計による)

で欧米に劣っているかがわかります。更に事故を地理的に眺めると多い地域と少ない地域がありますが，その場合交通量と共に道路の不良が原因している場合があります。昭和37年東京都内の事故が発生した場所の道路状況を調べてみますと全事故の16.5%に何らかの道路欠陥が見出され，その主

なものを上げると

すべりやすい	5.4%	死者	41人
見とおし不良	5.2		31
道路工事中	2.8		21
でこぼこ	2.1		26

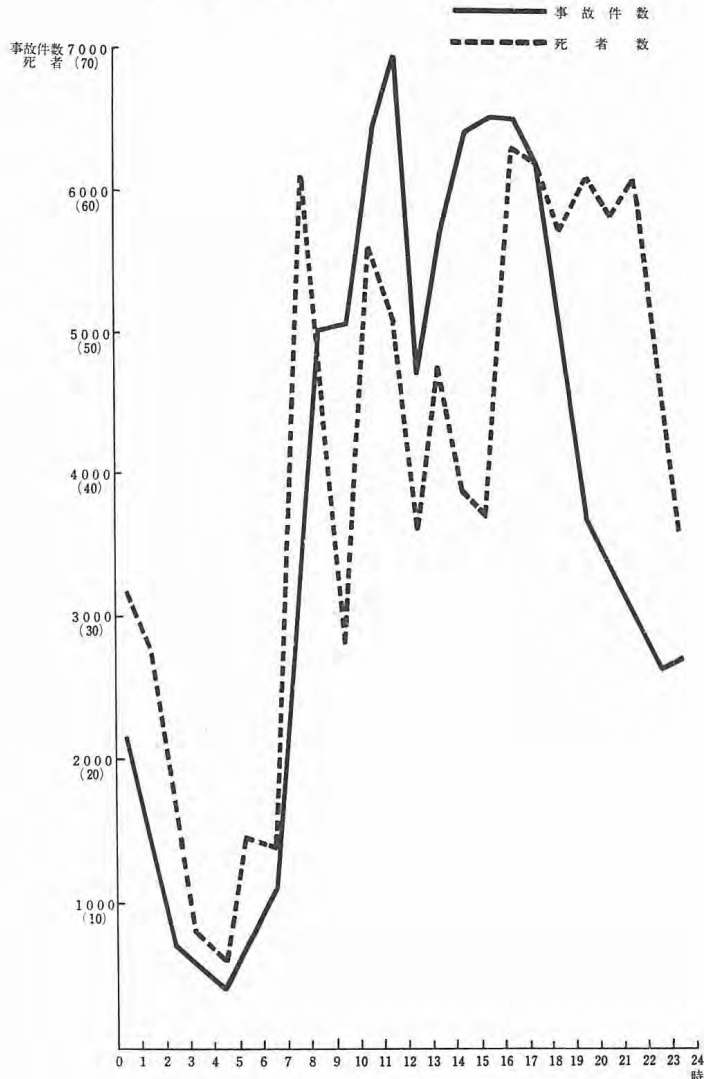
となっております。(3)事故に対する道路のしめる役割はかなり重要であるといえるでしょう。

4. 天 候

雪が降った寒い朝、あちこちでスリップによる自動車と追突事故を見かけますが、雨天と晴天では前者の方が事故の発生率が19%多くなっています。(15)これは見透しの不良、窓ガラスの曇り、車のスリップ、歩行者側の傘による視野の縮小等が原因になっていると考えられています。

5. 時刻 (交通量)

第8図 時間別発生状況



(昭37. 交通白書より)

一年を通してみますと、事故多発の季節は春（3、4月）、夏（7、8月）、冬（12月）の3ヶ所にピークがありますが、春は精神的不安定な状態、夏は暑さによる疲労、12月は暮のいそがしさによる社会的要因が関係していると思われます。1週間をみますと都内では日曜が事故が少なく、以後だんだん増加し土曜日に最高に達しますが、全国的にみると事故件数は上と同じ傾向ですが、死者は日曜月曜がやゝ多くなっています。

一日を眺めると、午前11～12時に第1のピークがあり、午後15～16時に第2のピークがあります。（第8図）事故の最も少ないのは4～5時ですが、これは交通量及び運転者の疲労曲線に關係しているように思われます。

2) 社会的条件

1. 交通道德

前にも述べたように事故による死亡者を欧米と比較すると日本では歩行者及自転者に乗っていた者が89.3%をしめるのに対し、欧米では20～30%です。このことから日本における法規を守らない人命軽視の無謀な運転と歩行者の交通道德の低さがうかがわれます。又交通白書にも見るように事故の大半が運転者の交通違反によって起っていること考えれば交通道德を守ることがいかに大切かがわかります。

2. 政治

交通行政に対する政治の意義は二つあると思われまゝ。一つは個人ではどうすることも出来ない外因の物理的要素を軽減し、事故が起らない方向にもって行くこと、も一つは個人が交通道德を守り、いのちを大切にするという気運を盛り立てていくこと、これは一朝一夕に出来るものではなく、教育の力で長くかかってなしとげられる“人づくり”です。

現在の交通行政をみますと、全く複雑でして一貫した方針が打ち出せないようになっています。道路建設は建設省、自動車製造は通産省、車の運行は運輸省、免許証交付及秩序維持は警察庁と各々分担されてますが、通産省は自動車化政策を推進し大量の自動車を生産し、経済の高度成長に伴う自動車輸送量の増大政策で定期トラック、大型バスが細い道を疾走することを運輸省が認可する。一方建設省の道路整備がこれに追いつかないという現状です。各省が縄張り争いをし、自分だけよい子になろうとします。このアンバランスで生ずる不都合を警察庁が摘発、指導で調整しているわけですが、38年8月19日の読売新聞によりますと警察庁は「我々はなすべきことは皆しつくした。にもかかわらずこのように事故の多いのは交通道德の低下と自動車台数の急増、自動車の動きの活発化にある」といっており、もはやどうにもならなくなってきた交通戦争に手をこまねいています。筋の通った交通政策が今のうちに打たるべきです。

3. 職場

これと次の家庭とは内因の3、4と密接な関係があります。この微妙な変化はすぐに生理的、心理的影響となって表われます。運転者の職場が歩合制で、それが給料の多くの割合をしめる場合、

水上げを多くしなければ生活が出来ず、神風タクシー、トンボ返りの無理な運転をせねばならなくなります。そして稼働日数を一日でも多くしようとするため疲労が重なってまいります。又勤務制の違いで疲労の具合も異なります。タクシーには8時間制と16時間制の二つがありますが、大塚⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾の調査によると、交通事故は普通交通量と比例関係にあるが16時間制タクシーの事故の時刻別分布をみると夜の20時頃から増加し始め交通量の少なくなった22時～23時にピークを示し、作業時間の経過と共に事故も増加していることがわかっております。8時間制が理想なわけですが、会社側にとって人員が16時間制より多く必要なこと、又運転手の方も翌日1日休める魅力があるので現在でも16時間制が多くとられています。

4. 家 庭

運転者が十分な睡眠がとれ、その日の疲労を翌日まで持ち越さないようにするには、ゆっくりした、静かな家が必要であり、精神的にも十分くつろげる家庭環境でなければなりません。家庭をもった運転者は独身者よりも事故を起さないそうですが、これは家族をかかえた責任感の相違もありましょうが、独身者の殺伐とした生活に比べて、家庭があるということが精神的な安らぎの場を与えているのでしょう。家庭環境の良し悪しは運転者の心理に大きく影響していると思われれます。

B. 内 因

1. 年令と熟練度

年令を重ね経験を積むに従って事故率が低下することがわかっています。第5表を見ると優良運

第5表 優良、事故各運転者の年令分布(%)

年令	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60	計
優良運転者	—	12.8	11.7	16.0	23.4	25.5	10.6	—	—	100
事故運転者	31.5	25.0	9.2	7.9	10.5	9.2	3.9	1.5	1.3	100

(1959年警視庁交通部調べ)

転者は40～49才に多いのに対し、事故運転者は20～29才に多くなっています。第6表は昭和37年度交通白書による事故運転者の年令層ですが、20～24才が $\frac{1}{3}$ 以上を占めており年令の進むに従って少くなります。ただ注意すべきは各年令別母集団がわかっていないのでこれらの表はある程度割引きして見なければいけません。

第6表 事故運転者の年令層

	20才未満	20～24	25～29	30才台	40才台	50才以上	計
実 数	9,546	25,443	17,925	14,103	4,656	1,915	73,588
分 布	12.9	34.6	24.4	19.2	6.3	2.6	100.6

(1962年 交通白書)

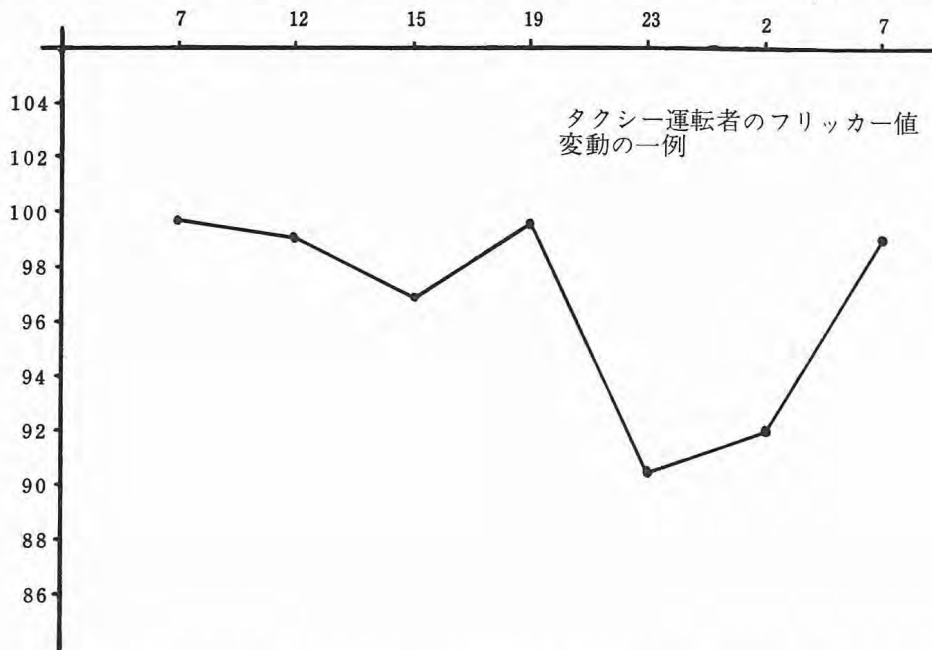
2. 身体的条件

運転者の場合身体検査により事故を起すような身体的条件はある程度取除かれますが、歩行者が運動機能、視力、聴力等に障害のある場合には事故を誘発する原因となります。第4図で60才以上が最も多くの死者を数えています但其の理由として老人の運動能力のなぶさ、視力聴力の衰えが原

因にあげられます。

3. 生理的条件

この主なものは疲労と睡眠です。前にものべたように1日の事故頻度曲線は疲労曲線に類似しており、疲れが出やすい午前11~12時午後15~16時にそのピークがあります。大塚⁽¹²⁾によるタクシー運転者に行ったフリッカーテストによると下図のごとく朝の就業時を100とすると19時以降急激な低



下がみられますが、16時間制の運転手は丁度この頃から急に事故が多くなっております。

疲労と睡眠不足による居眠り運転で起す事故はその被害の大きなことで新聞を賑わせますが、最高速度超過に次いで対件数死者率が高く危険であります。

特殊なものとしてアルコールによる影響があります。いわゆる酔っぱらい運転ですがこれは、交通量の少ない深夜、市の中央からや、遠ざかった所で発生しやすく土、日曜に多く起ります。高速運転をやっているため一般事故よりも5.5倍高い死亡率で対件数死者率は第3位です。我国では6%アメリカでは23%と我国の方が少なくなっていますが調査の不徹底のせいもあると思われます。

4. 精神的条件

運転者は精神的に健全でなければならないと思いますが、実際はどうでしょうか。内田⁽⁷⁾によると全国における78ヶ所の精神病院に入院中の患者12,311名について調査したところ約2.5%, 305人が自動車運転免許の所有者でした。それを病型別に分類しますと、精神分裂病が一番多く213名(69%)を占め次いで進行麻痺、躁うつ病、神経症の順になっております。発病前に免許をとったものが多いのですが26.8%は発病後あるいは発病中に免許を取得しております。交通法規には精神障害者には免許を与えないと明記してあるのですが、実際にはただ単に身体的条件のみに重きをおき精神障害者を除く具体的対策を考慮せずに、従来免許を与えていたことによるもので今後大きな問題

であります。

精神障害者がいかに危険であるかは内田⁽⁷⁾によると60例の精神障害者のなかで過去一年間に1回以上事故を起したものの割合は66%もの高率を示しており、なかでも精神病質、アルコール中毒、ナルコレプシー、てんかん、などは最も危険であり事故多発の傾向がひそんでいたと報告されています。最も数の上では多い精神分裂病患者は急性期において、幻覚や妄想に支配されて衝動的な事故を起しやすい傾向があります。佐野、永富⁽⁸⁾の調査では、交通事故又は違反により行政処分を受けた257名中、脳波に問題のあったもの14名習慣性飲酒5、分裂症3、発育不全2、性格偏向8となっており、更にブルドン抹消検査を行ったところ成績上の部50名中40名は違反は犯しているが事故は起していないことがわかりました。以上のことから精神障害者が精神的に健康な者より事故を起しやすいということがいえませんが、例外として、てんかんの服薬中の者、分裂病の欠陥状態で完全に社会に適応している者はかえって事故を起さないのではないかと考えられます。

5. 心理的条件

常識的に考えて、落ち着きのある、慎重で、冷静に判断できる人は、落ち着きのない、おっちょこちょいの激しやすい人よりも事故を起さずに運転していくでしょう。しかし、心に何か悩み事があったり、気にかかることがあったりしているといかに慎重、冷静な人もつい注意が四方に行きとどかずに事故を起してしまうかもしれません。したがって、こゝでは二つのことを考えねばなりません。即ち、事故を起しやすい人（事故頻発者）の性格とはどんな性格だろうかということと、どういう心理状態の時に事故が起りやすいのだろうかということです。

まず性格についてはTillmann⁽²⁹⁾は一時的な満足のみで行動し、衝動的で他人に対する思慮がなく、権威に対する不尊敬な態度の人格をあげ、Harold Wisely⁽³⁰⁾は衝動的で闘争的な傾向、決断や選別を満足に行えない特性をもち生活態度も不安定で社会的にも不調整なものが多いことをあげています。Mc Farland⁽³¹⁾は退行性、被虐待的空想、権威あるものに不快の念を抱く傾向、願望充足的空想や自己理解の欠如、社会的環境に不満を感じやすく愛情や認識に欠けたものが多いとのべています。

C.A.Drakeは知覚能力と運動能力との相対関係において、後者の優れた者に事故者が多いとしていますが大塚⁽¹⁹⁾の研究もこれに一致しております。豊原は上の仮説に基き狙準反応検査を行ったところ焦躁反応の度数の多いもの、ヌエルゴグラフ実験で無理やりに頑張る以上力を出して作業する者に事故多発者が多いことを見出してしております。清宮⁽²⁵⁾は社交性、積極性、行動性、堅い自我、独断性のような性格特性をあげ、F.Tankerは機敏な行動人、衝動的で権威に対して憤慨する人、T.N.Jenkinsは物思いにふける、心身の調子を気にする空想家、気が散りやすい、無駄口が多い、向うみず、細かい規則を無視、無思慮な言をはく、利己的、等々の特徴をあげています。

小野⁽²⁴⁾は知能と性格との関係について、知能が低すぎても又高すぎても事故をおこし易い傾向があり、知能が低く事故多発型の性格は循環性、神経質であり、一方知能が高く事故多発型の性格は

循環性、神経質、自閉性および無力性の傾向があるとのべています。

内田⁽⁷⁾は短気で怒りぼく、情緒が不安定で我儘、自己中心的、軽卒、せっかち、おだてにのり易く見栄っ張り、しかも事故に対する反省心の欠如、等をあげております。又事故多発者の人格形成にはTillmannやHarold Wiselyなどの主張と同じく、幼少年期における家庭環境、とくに欠損家庭、父母関係、親子報係の不調和や破たんなどをあげています。

その他、貝沼⁽¹⁹⁾はCAS検査で事故多発者はL因子(嫉妬し、疑い深い、パラノイド傾向)に問題があるとし、TAT検査及面接による資料から神経症、自閉性及自己中心性の特徴を示すものがあり、それらの中には家庭にも不満があると考えられるものがみられたとのべています。

一方どういう心理状態の時に事故が起るかという問題については、1939年Damber⁽³²⁾によって、事故の多くの原因は心的葛藤や抑圧された感情のあらわれによる情緒不安定性に意義があることが明らかにされました。我国におけるこの点に関する文献は少ないようですが、貝沼⁽¹⁹⁾によると事故者群では仕事及対人関係における悩みごと、家庭及職場で気にさわることがある場合が無事故者群に比べてやゝ多いとのべられています。

交通白書によれば、事故者1,606名中事故発生当時、生理的、心理的に悪い状態にあったという者が749名(46%)ありますが、その主なものは、注意集中ができない、あせる、腹立ち、こらえ、家庭内に心配事、考えごとをしていた、仕事に気がすゝまず憂うつ、等であり、心理学的及精神医学的治療を要する者が57%もあります。私が経験した例でも心の中に或る心配な事をもっていて、いつもとは異った心理状態にあった時に事故を起しておりました。

心配事にもいろいろあると思います。家族の病気のこと、借金のこと、職場の人間関係、妻との間柄等々、これらがいかに事故と関係しているかについては今後研究していかねばならないことです。

4. 交通事故をいかにして防ぐべきか

前にあげた各原因と事故との関係を示した図を見てください。事故を起しやすくする傾向は外因にも内因にもあるわけですが、それらの和がある一定限度を起えた時に事故を起す準備状態が出来上り、何かを契機にして直ちに事故が発生いたします。事故を起すのに都合のよい傾向を(+)の傾向、事故を防ごうとする傾向を(-)の傾向としますと、現状では外因のうちの多くが(+)の傾向を持っております。例えば、自動車台数の急激な増加、都市への人口集中、道路の悪さ狭さ、交通道德の低下、交通行政の一貫性のなさ、高い歩合制、住宅の不足、等々です、内因は(+)と(-)の両方の傾向をもっており、運転者は事故を防ごうと注意をあたりに配り、交通規則を守って(-)の傾向を増大させようと努力します。しかし、運転の未熟、視力の悪さ、疲労、不眠、精神障害、運転に不適當な性格、情緒的不安定な心理状態は(+)の傾向となります。

外因、内因の(+)の傾向がある一定の限度(これを危険閾と呼ぶことにします)を越えた時に事故

が起るわけですが、この閾値は絶対的にはある定った値のはずですが、相対的には常に変動しています。例えば、見透しの悪い場所、交通量の多い道は閾値が低く、車や人通りの少ない広い舗装道路は閾値が高くなります。又、事故は自分一人で起すこともあります。相手がいるのが普通でして、内因の(+)傾向の高い者同志がめぐり合った時にはより低い閾値で事故が起るであります。

日本と欧米諸国を比較する時、外因に大きな差があります。ですから日本は、より低い危険閾値にあるといえます。

以上のことから、事故を防ぐには、外因の(+)傾向を出来るだけ減少させ、運転者や歩行者に対する負担を軽くしてやり、一方内因の(+)傾向を除いて(-)傾向を増大させるようにして、危険閾を高くして越えさせないようにすることが対策の全てであるといえます。

それには、まず第1に外因の最も大きな要因である自動車台数の増加を抑え計画的なものにする。そして道路をもっと整備し、歩道もつけて歩行者を守る。“人づくり”により、交通道徳を守り、人命を尊重するような国民に仕上げる。運転者の生活を守るように歩合制を低くし、固定給を高くする。そして疲労が蓄積しないような労働条件にし、住宅の不足を解消してやる。等のことが必要で、それには一貫した交通行政を遂行する強力な政治の力が必要でしょう。

一方内因の(+)傾向を除くためには、免許試験で技術面を事故を十分起さないだけの高度なものにし、身体検査のみならず、精神医学的面接を行う必要があります。Schwarz,F.⁽³³⁾は〈医学的(身体)理由で不合格になるものは全体の約4%にすぎない。特別に精神医学的鑑定をうける場合には、その25%が不合格になる。精神医学的鑑定は身体障害の判定よりもずっと重要である〉とのべております。その他、脳波検査、心理検査をはじめ各種の適性検査を行う必要があります。

内因の(-)傾向の増大をはかるためには、職場における厚生施設を充実させると共に、人間関係のいろいろな悩みを解決させるために精神衛生相談室を職場内にもうける。そこでは家庭内の問題も気楽に相談できるような雰囲気にし、ノイローゼは早期に治療すると同時に、皆が情緒的に常に安定した状態にあるように努力する。

以上のような手段をとっても法規を守らず事故を起す者も出てくるでしょう。そのために、これを監視するために交通取締りが必要です。これは強化すれば外因の(+)傾向を減らし、内因の(-)傾向を増加させるので効果がありますが、限度があり、根本的解決は上の諸原因に対する対策によるほかありません。

国民各自が事の重大さを悟り、今こそ、この恐ろしい敵、交通戦争に対して、力を結集すべき時であると考えます。

文 献

1. 警察庁「幼児学童の交通事故」昭和37年
2. 警視庁交通部「交通事故白書」昭和36年
3. 警視庁交通部「交通事故白書」昭和37年
4. 警察庁「交通事故統計」昭和36年
5. 厚生統計協会「厚生指標」昭和38年2, 6月

§ 精神医学

6. 高臣武史「交通災害といわゆる外傷性神経症」昭和37年 日本精神衛生連盟学会
7. 内田享「事故頻発者の問題点」メディカルカルチャ Vol. 4 / no. 4
8. 佐野・永富「自動車運転者の精神医学的研究」昭和38年 精神神経学会総会
9. 永富公太郎「自動車運転士の精神医学的研究」昭和37年 三共測器発行
10. 内田・戸島・長谷川「自動車運転事故の精神医学的研究」精神医学 2 卷

§ 労働科学

11. 大塚博保「タクシー運転者の勤務制と交通事故」労働の科学 Vol 15. No. 9
12. 大塚博保「タクシー運転者の労働条件と交通事故」労働科学 Vol 15. No. 9
13. 斉藤一「長距離トラック運転手の労働と問題点」労働の科学 Vol 15. No. 9
14. 鶴田正一「運転手の適性の問題」労働の科学 No1 15. No. 9
15. 山田豊「交通事故原因の判定について」労働の科学 Vol 15. No. 9
16. 橋本・浅野・引間・斉藤「自動車運転手の労働条件と生理負担」労働の科学 Vol.15. No. 9
17. 宇留野藤雄「運転機能に及ぼすアルコールの影響」科学警察研究所報告交通編 4 卷 1号
18. 大塚博保「自覚症状調査を中心としたタクシー運転手の疲労研究」昭和33年 教育学科研究年報

§ 心理学

19. 貝沼良行「自動車運転者の性格の特徴と運転中の不快感との関係について」科学警察研究報告交通編 4 卷 1号
20. 大塚博保「知覚的能力と運転能力のバランスからみた事故惹起運転者と無事故運転者に関する一研究」同上
21. 宇留野藤雄「交通事故の心理的背景について」同上
22. 大塚博保「タクシー運転者の交通事故について」科学警察研究報告 1 卷 1号
23. 貝沼良行「事故運転者の臨床心理学的考察」同上
24. 小野章夫「知能および性格についての事故多発運転者群と事故寡少運転者群との比較研究」同上
25. 清宮栄一・他「事故多発者の予診検査法に関する研究」中央鉄道教習所・能率管理研究所
26. 丸山・北村・他「自動車運転者のための新検査法」日本心理学会第24回大会論文抄録集
27. 広島家庭裁判所「交通違反少年及び交通人身事故少年の研究」昭和37年

§ 法律

28. 「各国における交通事件裁判手続法」法務研究 第48集 5号

29. Tillmann, W and Hobbs, G. : Accident prone Automobile Driver. Study of Psychiatric and Social Background, Am.J. Psychiat. 106, 321—31 (Nov.) (1949)
30. Harold, W. : Industrial Accident Prevention (Heinerich, H.W. 著) (1958)
31. Mc Farland, R. : Psychological and Psychiatric Aspects of Highway Safety J. Am. Med. Assn., January 26 (1957)
32. Dambar, H. et al : Psychic Component of Disease Process in Cardiac, Diabetic, and Fracture Patient, Am. J. Psychiat. 93 649—79 (Nov.) (1936)
33. Schwarz, F. : 「スイスにおける自動車運転者の医学的鑑定」犯罪学雑誌 第26卷 第5, 6号
34. H. Thomae : Arbeits unfall und seelische Belastung (1963)

老人の精神衛生

—後期壮年層調査にみられた精神衛生問題—

加藤 正 明 *

1. 老年層の増加と精神衛生

戦後次第に老人の死亡率が低下して、日本人の平均寿命は欧米人なみに延び、日本人の平均寿命は男子67才、女子70才となった。これは治療医学や公衆衛生の進歩によるものであり、喜ぶべき現象であるといわなければならない。しかしその反面、老後の精神的物理的生活の安定が大きな課題となっており、とくに戦後の家族生活の変化とともに、老人が家庭からしめ出されるという欧米なみの現象がおりつつある。日本人口が高年齢化し、若年層が減少するという現象は、老人のみならず青少年にとっても重要な問題である。従って老人の精神衛生は青少年の精神衛生と切り離すことはできない。

厚生省は昭和35年4月15日に、厚生行政基礎調査の附帯調査として、「高令者調査」を行い、これに加えて内閣総理大臣官房審議室により、昭和35年12月に行われた「老人福祉に関する世論調査」をも実施した。この両者をあわせ、厚生大臣官房統計調査部から、「高令者調査報告」として、昭和36年7月に発表された。この概要については、「精神衛生資料」第10号に紹介した。

厚生省はさきに、昭和36年4月15日に同じ厚生行政基礎調査の附帯調査として、50才ないし64才の男子を対象として「後期壮年層調査」を実施し、その結果が昭和38年2月に報告書としてまとめられた。今回はこの資料について述べ、これに関連する精神衛生の諸問題に言及したいと思う。

2. 後期壮年層調査

この調査の目的は、50才から64才までの男子について、かれらの就業の状況と老後の生活の見通しなどについて調査し、高年者の社会保障施策に必要な資料を得ようとした。この年齢層の前期は社会で最も活動的な時期であるとともに、自己の能力の限界や将来の見通しも大体見当がついた時期であり、55才定年制を施行している職場では、次の転身を考慮せざるを得ぬものが大部分であり、老後生活の不安をまえにした時期でもある。これに対し、この時期の後半は一部の例外を除けば人生の整理の時期であり、いずれは依存的な生活をやむなくされる段階に至るところである。こういう経過は個人差があり、心身の老化とそのおかれた環境のいかんによって、大きな差があるとはいえ、大きな流れとしては人生のたそがれに至る時期であるといえよう。

* 国立精神衛生研究所 精神衛生部

この調査の対象になった前期壮年男子は、昭和36年度の厚生行政基礎調査地区のうちから、市部では4分の1、郡部では8分の1の世帯を無作為に抽出し、それによって得た850地区内にある世帯の50以上65才未満の男子、10,158人について行っている。

この数を全国推計数にひき延ばすと総数536万7千人となり、これは昭和35年10月1日に実施した国勢調査のさいの529万8千人にくらべて、6万9千人の増加である。

まずこれらの男子老人が配偶者を有しているか否かは、家庭の人間関係にとって有意義な問題点であり、精神衛生上も大切なことであるが、調査の結果は案外妻を有するものが多く、50～54才では94.2%、60～64才でも86.9%が有配者であった。これは健康状態にも関連があり、「あり」としたものでは51.9%が「丈夫だ」と答え、「普通」としたものは37.9%、「弱い」としたものでは9.8%、「床につききり」としたものは1.2%であった。なお健康状態についてみると、病弱者は55才階級で、「床につききり」は60才階級で段階的に増加している。しかし、医療保険未加入者は3.8%にすぎず、ことに62.5%が国民健康保険に加入し、28.1%が健保・船保・共済保険の本人である。ことに、「妻なし」としたものの13%が病弱、3.1%が「床につききり」であったことは、家族制度の変化に伴って問題となる点であろう。

単位% 第1表 年齢階級別、妻の有無別にみた健康状態

健康状態	総数				妻あり				妻なし			
	総数	50～54才	55～59才	60～64才	総数	50～54才	55～59才	60～64才	総数	50～54才	55～59才	60～64才
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
丈夫	51.0	56.4	50.2	44.4	51.9	57.2	50.8	45.0	42.4	44.3	42.9	40.8
普通	38.2	36.0	38.3	41.4	37.9	35.5	38.1	41.6	41.4	44.0	40.8	40.4
弱い	9.4	6.7	10.5	11.8	9.0	6.5	10.2	11.4	13.0	9.6	13.9	14.6
床につききり	1.4	0.9	1.0	2.3	1.2	0.9	0.9	2.1	3.1	2.1	2.4	4.3

次に就業状況を見ると、就業率は全体では90.2%できわめて高いが、年齢階級にとって段階的に減少し、ことに55才以階級で急減し、転職及び離職が倍以上に増加している。これはもちろん定年制と関連があり、常用勤労者のみについてみると就業者の減少が著しく、ことにそれは500人以上を雇備する企業において著明である。この点は昭和21年以降就業者の比率をみると、常用勤労者ではこの低下が55才階級を境にして著しく、とくに500以上の企業では3分の1に減じている。このうち、とくに著しいのは、管理的職業、専門的技術的職業、事務従事者である。こういう長期就業のうち離職するものについてみると、常用勤労者では定年制によるものが45%、傷病が10.8%、老令が6.2%その他38.4%となっており、年令的にみると、定年退職は55才に集中し、傷病による退職はどの年齢階級でも約4分の1、老令を理由とする退職は60才階級で急増して3分の1を占めている。

65才以後の生活見通し「65才以後、生活できる」と答えたものが85%もあるが、そのうち最も多いのが「子の扶養に頼る」としたものの44%で、事業や勤労収入によるもの25%、公的年金はずっとすくなく9%にすぎなかった。「生活できそうもない」とした3.7%を全国推計すると19万7千人で

第2表 年令階級別にみた就業状況

	総 数	50~54才	55~59	60~64
	推 計 数 (単位1000)			
総 数	5,367	2,085	1,832	1,450
働 いて いる	4,842	2,003	1,642	1,197
最長期就業を続けている	4,351	1,875	1,418	1,058
転 職 して いる	491	128	224	1139
働 いて ない	525	82	190	253
離 職 して いる	419	62	156	201
戦 後 働 いて ない	106	20	34	52
	百 分 率 (単位%)			
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0
働 いて いる	90.2	96.1	89.6	82.5
最長期就業を続けている	81.1	90.0	77.4	72.9
転 職 して いる	9.1	6.1	12.2	9.6
働 いて ない	9.8	4.0	10.4	17.5
離 職 して いる	7.8	3.0	8.5	13.9
戦 後 働 いて ない	2.0	1.0	1.9	3.6

第3表 年令階級別、就業状況別にみた最長期就業

単位 % 続けている人の全就業者に対する割合

	総 数	50才~54	55~59	60~64
総 数	82.7	90.8	78.9	75.7
事業経営者	93.0	94.9	98.5	90.2
常用勤労者	70.5	87.3	59.5	51.7
299人以下	75.3	86.5	72.6	59.5
30人~99	74.7	88.0	67.6	59.5
100~499	70.9	84.7	61.7	58.9
500人以上	64.7	88.7	42.1	30.5
その他の就業者	80.7	88.8	80.9	71.4

第4表 企業規模別と離職年令別にみた定年により離職した最長期就業離職常用勤労者の割合

	総 数	50才未満	50~54	55~59	60~64
総 数	44.5	1.1	16.0	75.4	39.8
29人以下	18.6	1.2	10.3	37.5	18.2
30~99	32.4	—	5.6	57.0	44.0
100~499	45.1	—	9.8	80.6	46.2
500人以上	65.1	2.1	29.1	93.7	59.3
規 定 に よ る	34.6	0.4	7.1	62.2	23.5
29人以下	11.1	—	3.7	23.4	15.2
30~99	22.1	—	3.7	39.5	28.0
100~499	38.3	—	2.4	71.8	30.8
500人以上	52.7	1.1	13.6	80.9	25.9
慣 行 に よ る	10.0	0.7	9.0	13.2	16.3
29人以下	7.7	1.2	6.5	14.1	3.0
30~99	10.2	—	1.9	17.5	16.0
100~499	6.8	—	7.3	8.7	15.4
500人以上	12.4	1.1	15.5	12.9	33.3

あり、このうちの60才階級の7万7千人の大部分が被保護階層に転落するであろうとされている。これらの点を全般的にみると、生活の見通しは大都市におけるほうがきびしく、「子の扶養に頼る」としたものは33%に過ぎないが、その他の市では49%、町村では40%に達している。すなわち、大

都市ほど老後を子どもに頼ることが困難になっており、自己の収入に頼るため、見通しがきびしいということになる。

第5表 年齢階級別にみた65才以後の生活見
通し状況
単位%

	総 数	50才～54	55～59	60～64
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0
生活できる	84.8	84.6	84.5	85.6
事業および勤労収入	24.6	26.5	23.9	22.8
公 的 年 金	9.2	12.5	8.3	5.4
財 産 収 入	3.4	3.1	3.6	3.7
子 の 扶 養	43.7	38.5	44.7	50.0
そ の 他	3.8	3.9	3.9	3.7
生活できそうにない	3.7	3.0	3.2	5.3
わからない・答なし	11.5	12.5	12.3	9.0

3. む す び

以上、後期壮年層調査について、こまかい数字を挙げて説明したが、全般的にみて日本人の老後の不安は欧米人のそれに近づきつつあり、戦後の家族制度の変化に伴って子どもの扶養に頼ることは期待できなくなってきたり、これらの点は大都市において著しい。しかも、欧米の社会福祉国にみられるような老人福祉はきわめて徴々たるものであり、それに加えて大企業に働くものほど、厳重な定年制のワクに締られている。「お父ちゃんはいつ養老院へいくの」と小学生の子どもに聞かれて、愕然とした父親があったという話も、大分旧聞に属するが、「定年制」という新聞小説も大分読者が多かったとのことである。

日本の人口樹は次第に底面の狭い三角形に変わりつつあり、欧米なみの老人人口率になる日も、それほど遠い将来ではない。老人が家庭でも地域社会でも尊敬され、有用視されていた東洋の考え方も次第に変化して、欧米なみに老人は次第に軽視され無用視される風潮が、大都會ではおこってきている。もちろん有能な老人、社会的地位の定安した老人では別だが、一般の勤労者では老人が次第に家庭内で重荷に感ぜられてきており、安定した地位をおびやかされつつある。

また社会福祉国であるデンマークやスエーデンで老人の自殺が多いことは、社会福祉のみでは老人の精神衛生が解決できないことを示すものだとされている。もちろん、老人福祉のおくれた国ではまずこの点を強化することが先決問題であり、経済的保障なしに精神衛生を提唱することは、まったく現状無視の精神主義を押しつけることになろう。しかし、経済的保障に加うるに、老人をして自分が意義ある生活をしているという「役割意識」を持たせることを忘れてはならないであろう。そのためには、家族、職場、地域社会の側から、老人に対するなんらかの「役割期待」がなければならない。

養老施設や老人ホームの増設もよいが、それはたんに社会から隔離し保護するというのではなく、老人クラブや勉強会などにみられるような諸活動を展開し、老人が生活意欲をたかめ、自信を回復

するような役割を見出すようにもりあげていく必要がある。欧米でもこの種の活動は必ずしも十分とはいえず、大都市の公園のベンチで一日を過す老人が多いが、老人人口の増加にともなって、めいめいの心身の能力に応じた役割が与えられることが、老人精神衛生の重要課題であるといえよう。

アメリカにおける家族研究の一動向

田村 健二*

アメリカにおける家族研究の種類と数は、あい変わらずおびただしいものがある。しかし、最近その中に主として方法論の上で、一つの反省というか、曲り角があらわれてきたように思う。次に、その若干をあげてみたい。

1. チームワークへの支持

家族研究で、聯邦政府の機関から支持を受けているものの比率は極めて少ない。現在の支持の多くは、研究者が各々属している大学乃至その他の機関から受けているものである。したがってこの支持の個性と貧弱さが、各家族研究を個個ばらばらに行わせる結果になっており、大きな協力とか、各専門領域間の共同的研究の展開を基盤的に困難にしている。

2. サンプルの数及び内容

研究におけるサンプルの条件づけという点では、大きな進歩がみられるが、なんといってもサンプルの数及び内容そのものが貧弱である。現在研究対象としているサンプルは、大学のある地域の中上層とか、限られた小地域の農業経営者とかが、非常に多い。もっと全国的に各階層を通じて、十分なサンプルを集める必要があり、かつそのデータを処理するよりよき技術を用い、研究に全国的な一貫した焦点と組織化が要請されている。

3. 研究方法の協力

個々の研究の方法技術については、従来さまざまな開発、進歩がなされている。最近その一つ一つの方法技術をいついかなる状況のもとで使うべきか、その各妥当性はどうかなどについて、各分析的な吟味と総合的な体系化がもくろまれている。例えば、Murray A. Strous, Family Measurement Abstracts, Minnesota Family Study Center, University of Minnesota, 1961. (unpublished)などは価値高いものである。なお今後は、研究計画及び統計の専門家との密接な協力を通して、仮説を証明する統計的方法を一層つかいこなす必要があると、自覚されてきている。

具体的にいえば、家族研究者の多くは、あい変わらず過去のことを思い出させるような質問紙法や面接法によっているが、それらでは仮説を証明するのに不十分かつ困難なことが痛感されてきてい

* 国立精神衛生研究所 社会精神衛生部

る。被調査者や被面接者自身、問題の一部になっているのだし、その主観的な要求や防衛、価値観や道徳心、階層への同一視化など、家族関係をより深く客観的に把握するには、どうしても大きな限界がある。

直接の観察や生活時間調査などは、そのこと自体非常な時間と労力と困難をとまなうものだが、質問紙や面接による数多くの応答をチェックするのに、一つの役立つ方法だと考えられている。

なお特に、ケース・スタディ（事例研究）にウエイトをかけている研究は、家族関係の力動性への深い洞察という点では、たしかに価値高いものがあるけれども、それらが示唆する仮説を証明するとなると、やはりそれだけでは不十分かつ困難なのである。これらに対する一つの示唆は、Clark Vincent, *Unmarried Mothers*, The Free Press of Glencoe, Inc., New York, 1961. の研究にあると思う。

ともかく、研究方法及びサンプルの選びかたに全国的な標準的なものがいまだないことが、研究結果の一般化を困難にしているようである。

こういった動向は、日本の現状からみれば、ぜいたくのような感じもする。わが国では はるかに少い支持のもとに、研究者が身ぜにをきって散発的な研究を個々に行っているのが大部分である。アメリカのいくつもの大学にあるような家族研究センターなど、わが国にはまだないし、各専門領域間の協力もほとんど行われていないと断言していい。サンプルについても、研究方法についても、一部を除けば厳密な分析や総合にたえられる段階ではない。従来のもに加えて新しい試みがなされたとしても、それはほんとうに試験的な散発におわって、仮説にまでも到達しないことが多いように思う。

国民大部分の重要な生活場面である家族について、もっと潤沢な支持と協力のもとに、各個研究と共同研究が継続的にデータを蓄積し仮説の樹立とその証明の方向に早くすすむようになることを望みたい。

アメリカにおける精神障害と 精神衛生対策の動向

—精神障害と精神衛生に関する
合同委員会のレポートから—

山崎道子*

今日、精神衛生が世界の先進国において、さかんに問題にされてきているが、いわばその発祥の国であるアメリカにおいては、一般的にいて、精神衛生のもっともすすんだ国といってもよいであろう。と同時に、またこの国ほど市民の中で、そして軍隊の中で、精神衛生の分野の実際の活動を必要とし、国民の要請にむすびついて発展してきた国もすくないであろう。19Cの後半より、急激な産業化、都市化の傾向、大恐慌、二つの世界大戦、大戦後の社会不安などは、精神衛生の必要を増大し、必然的にその発展へとみちびいた。さらに精神医学や社会科学の進歩は、精神衛生の発達にいちじるしい影響をあたえてきた。

現在、精神衛生の専門家の種類と数において、アメリカほど多くのものをもっている国はすくないであろう。

アメリカの社会では能率と適応が、もっとも高く評価される。小さい時から独立や個性が大切な価値として養育され、成就や成功がもっとも重大な人生の目的と教えこまれる。実力のあるものがのびてゆく社会である。競争ははげしく、神経症や社会的な不適応者が多くでるのは当然であろう。地域社会には、保健婦、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどがおるし、総合病院にもそのような専門家がおるので、精神衛生の予防に対する啓蒙は他の国に比して、かなりゆきとどいていると云ってもよいであろう。精神衛生クリニック、外来治療センターなどの数も諸外国に比して多く、精神科医、心理学の専門家、ソーシャルワーカーの多くのものが、狭義の精神障害者以外のものに従事している現状である。精神病あるいは心理学的障害にかかっているものをあわせると、アメリカ全州に、17,000,000と推定される。アメリカの全人口は180,000,000であるからほぼ10人に1人はこの種類の問題をもっていると考えられる。

1960年に、アメリカの精神衛生クリニックの数は合計1,294に及んでいた。そのうち訳は、280州立精神病院、250が他の州立の施設によりおこなわれており、300は州の援助をうけているボランティア施設により、400は私的に営まれており、64は退役軍人局によっておこなわれていた。750は児童と成人の両方を扱っており、400は児童だけ、144は成人だけを扱っていた。これらの精神衛生

* 国立精神衛生研究所 児童精神衛生部

クリニックは、大都市に集中しており、地方の市民は、恩恵をこうむることがすくないという悩がある。精神衛生クリニックのほかに、地域社会において、市民が同じ目的で利用するのは、ソーシャルワーカーが主催する家族機関である。精神衛生クリニックや家族機関の利用度は、非常に多く、何処でもウェイティングリストは満載で、半年から2年位待たねばならないようである。先日、デトロイト市にある精神衛生クリニックに働くサイキアトリックソーシャルワーカーに会ったが、彼女は、ウェイティングリストの悩みを訴えたあと、彼女たちの工夫を公開してくれた。彼女のクリニックでは通常半年から2年治療に入るまで待たせねばならない。そのためにウェイティングリストにある患者を待たせている間、月に1度呼びソーシャルワーカーが15分位面接し、患者の状態を知り、またクリニックとの接触をつづけるということだった。そしてその際、砂糖だけでできている丸薬をあたるそうであるが、それが以外な効を奏することがあるそうだ。おしよせてくる申し込み者に対し、クリニックは色々と工夫をこらしている。

次に、公立精神病院、殊に州立精神病院における悩みは大きく、近年、薬物療法の発達と、人間的な精神医学の立場などとあいまって、精神障害者のリハビリテーションやアフタケアなどの関心は増大しているが、公立精神病院に於ける予算は低くまた職員は不足しており、その質からいっても大きな問題をもっている。

1960年12月に、精神障害と精神衛生に関する合同委員会は、1956年から5年間にわたっておこなわれた研究の最後のレポートを報告し、「精神衛生に対する行為」と題する一冊の本にまとめて世に問うた。

精神障害と精神衛生に関する合同委員会のメンバーは、1955年の精神衛生研究法により合衆国における精神障害を克服するために、その資源を調査し、必要を分析し、そして国の精神衛生プログラムに対し、助言するように議会から要請された。そのために、国立精神衛生研究所は、全米にわたる36の組織体から、精神障害と精神衛生に関する合同委員会のメンバーを選んだのである。

この最後の報告に、その研究によって得られた発見と、助言を抄録している。この資料は、現代のアメリカの精神障害者及び、精神衛生の対策上の問題点を示唆していると思われるので、こゝにまとめて掲載する

合同委員会の研究の結果にもとずいた助言をあげる前に、何故精神障害者の治療やケアがおくれているのか、考えてみよう。そのために現在のアメリカの公立精神病院の現状、精神衛生ことに狭義の精神病に対する研究、精神病に対する公衆の関心などをすこし紹介しよう。

合衆国のすべての病院のベッド数の半分は精神病患者によってしめられている。およそ700,000の患者が常時入院している。何等かの心理的障害あるいは精神疾患にかゝっているものは、17,000,000といわれている。精神障害のためにアメリカ政府が一年間に使っている金高は、直接、間接的費用をあわせると3億\$, 予算は年々増加していく傾向にある。

精神病院に入院している患者の80%は、州立病院に入院している。したがって、州立精神病院が、

アメリカの精神障害者の治療とケアにおいてしめる位置は重大である。しかし、いまもって州立精神病院が、他の公立一般病院、また公立の他の精神病院に比較しても、如何に差別的にとりあつかわれているかはっきりしている。患者一日の費用と患者に対する雇用人の割合を病院の主催別によってみてみよう。

病 院 の 種 類	患者1人あたり1日の費用 (治療費もふくむ)	患者に対する雇用人の割合
州立・郡立・市立一般病院	27.65 ^s	2.1
連 邦 立 一 般 病 院	25.42	1.5
法 人 精 神 病 院	17.33	1.1
ボランタリ精神病院	16.72	1.2
退役軍人精神病院(聯邦立)	12.01	0.91
州立・郡市・市立精神病院	4.44	0.32

アメリカの公立精神病院の数と種類

州 立 精 神 病 院	270
退 役 軍 人 精 神 病 院	41
一般病院の精神科病棟	310

(1960年度、アメリカ病院協会月刊雑誌より)

州立精神病院は巨大な病院であり、通常2,000人以上の患者を収容している。専門職員の数は非常に不足しており、職員の半数以上は看護助手であり、 $\frac{1}{4}$ は、事務職員である。ことに医師の数は少く、専任職員の僅か2%であり、精神科医は、医師の数の半分以下である。従って、精神科医の数は、専任職員の1%以下である。心理学の専門家やソーシャルワーカーについても、十分な資格をもっていないものが州立精神病院において働いており、それぞれの分野の不足を補っている。

1960年に、アメリカ精神医学協会の会員は、およそ10,000であった。第2次大戦前、4,000にみたなかったが、大戦中に、軍人の選抜のために資格のある精神科医の要請は、急激に増大し、退役軍人局と、国立精神衛生研究所のプログラムによって、聯邦政府が、より多くの医師に、精神医学の訓練の機会をあたえた。現在、精神科医の質においても数においても、めざましい向上をしているが、精神科医の必要は、さらに増大している。何故なら現在、精神科医の大部分は開業に従事しており、主として神経症者や軽度の精神病患者を扱っている。他方、ほんの僅かの精神科医が、重症の精神病患者を扱っているにすぎないのであるから。

コミュニティにおいて精神障害者を扱っている専門グループの中でもっとも大きいのはソーシャルワーカーである。現在ソーシャルワーカーとして働いているものは、80,000に及んでいるが、全米ソーシャルワーカー協会員は(大学院2年の卒業生で修士の学位をもっている)22,500である。そのうちサイキアトリックソーシャルワーカーは、3,200である。また、最近、心理学の専門家や保健婦が、地域社会の精神衛生活動に従事している。心理学の専門家や精神科専門看護婦、作業療法士などが、精神病院において貢献している。

国立精神衛生研究所は、国立癌研、国立心臓研、国立歯科研、国立微生物学研、などよりおくれ、1949年に設立された。しかし、現在その予算額は癌研について2位になっている。国として、狭義の精神障害に対する研究への必要性をつよくみとめている。

精神病に対する公衆の関心は、他の病気に比して乏しい。これは、公衆が、精神病は、自分たちとは無関係という気持、有史以来、精神病者は悪魔がついているとか、迷信と偏見が今日までゆきわたっていることによる。精神障害者及び精神衛生一般に対する公衆の支持は他の主要な病気に比較すると乏しく、精神衛生団体があつめた寄附金は、他の主要疾病のための団体からあつめた寄附金に比較してあきらかである。

精神衛生団体のあつめた寄附金	5,500,000 ^{\$}
癌	31,000,000
心臓病	24,000,000

精神衛生プログラムのために、現在用いられている費用は、大部分公的な源泉からのものである。

合同委員会によって助言された問題点

I 新しい知識の追求

- 1) 基礎研究の強調。
- 2) 長期研究課題の強調。
- 3) 危険や冒険をおかして資金の投資がなされるべきである。
- 4) 国立精神衛生研究所は、若い科学者が、精神衛生の研究を職業として選択し、準備し、そして生涯の仕事としてつゞけるように努力しなければならない。聯邦政府は、精神衛生の研究者に対し、給料の向上と待遇の改善をはかるべきである。
- 5) 聯邦政府は、精神衛生研究センター、あるいは、研究施設の設立を支持すべきである。これらのセンター、あるいは施設は、教育施設や訓練センターと協同して営まれてもよいし、独立に設立されてもよい。
- 6) 全体の国の精神衛生研究費の予算の何%かは、科学的な設備が欠如しており、あるいは充分に発達していない州、あるいは地域にあたえるべきである。
- 7) 聯邦政府の研究費の配分において、その理念として、研究者の関心、研究問題、研究分野などにおいて多様性が認められるべきである。

II 現在の知識や経験をより充分に利用すること

人的資源、その訓練、その利用

1. 方針

精神病の原因について、より特殊な、そして、あきらかな科学的な根拠が欠如している現状では、精神医学と隣接領域の専門家は、広い、自由な哲理を採用すべきであり、そして実行すべきである。病院、クリニック、あるいは、他の専門のサービスのわく組の中で、誰が治療をすることができるのかなどの問題について、寛大な自由な哲学を採用し、実行すべきである。殊に、職業、家族生活、日常の活動などに従事する能力を失っている精神障害者や、重症のパーソナリティ障害者あるいは、性格異常者に対して、すべての精神衛生の専門家は、次のことを認知しなければならない。

1) ある種の医学的、精神医学的、そして神経学的な検査や治療は、精神科医、神経科医あるいは、これらの方法に、特に訓練をうけた医師によって遂行されなければならない。あるいは、これらの専門家の直接的な指導のもとにおいておこなわれなければならない。

2) 精神分析や同系の深く探究する「ふかい心理療法」は、特別の訓練、経験、そして技術的な資格をもつ専門家によってのみおこなわれるべきであり、患者を傷つけることのないようにまもられなければならない。つまり、精神分析、あるいは、深い心理療法の訓練をうけた医師、または、医学教育はうけていないが、心理療法に対する資質をもち、訓練を受け、技術において十分な資格のある心理学の専門家、あるいは、他の専門家によっておこなわれるべきである。

3) 資質、健全な訓練、実際の経験、そして実証しうる技術をもっている医師以外の精神衛生ワーカーは、一般的に短期心理療法をおこなうべきである。つまり、客観的、許客的な、患者の問題に傾聴する非指示的な技術によって扱うこと、問題を患者が、個人的に洞察する仕方、そして社会的に有用な仕方、解決するように援助するのである。精神医学的治療のある要素と、クライアントカウンセリングを一緒にしたような治療は、「問題を告げるための相手、耳を傾けるもの、愛情」あきらかに、色々の施設、グループ、そして個人による多様な場面においておこなわれうる。しかし、すべての場合において、承認されている精神衛生機関の賛助を得ておこなわれなければならない。

2. 新しい人をつつること、及び訓練

すべての精神衛生の分野の専門家をつつるために、積極的にのりだすべきである。殊に若い人たちが、一生の仕事として精神衛生の専門を選択するよう刺戟することが必要である。訓練プログラムを拡充発展すること、そのプログラムは、専門的な訓練だけでなく、短期のコースや準専門家に対する現任訓練や訓練の完全に終了していないワーカーのためのプログラムなども強調すべきである。

3. イメージをつつること

人間科学の貢献に大統領の賞をおくられるようにすゝめるべきである。毎年、若い科学者や、科学の教師あるいは、精神衛生に貢献のあった教授に対して、大統領から多額の賞金がおくられるようにすゝめるべきである。

4. ボランテイア

大学の学生や、多くの他のボランティアによっておこなわれている精神病院の患者との仕事は、奨励されるべきであり、そして拡張されるようはかるべきである。

5. 教育の支持

精神衛生の指導者たちは、医学教育や科学教育と同様に、一般教育の分野において、建設的な法制的支持に積極的に、活発に参加しなければならない。聯邦政府は、学徒の奨学金や貸附金のプログラムを支持すべきであると同様に、その子供の教育に対して必要のあるときには、経済的な責任を助成すべきである。

III 精神的に問題をもっているものに対するサービス

情緒的に障害をもっているもの、いはゞ、耐えることのできない心理的な緊張下にあるものは、地域社会の中で、カウンセリングをうけるのがよい、それは、二次的な予防として知られているより重い精神障害の発展を防ぐことに役だつかも知れない。十分に訓練を受けた精神科医、臨床心理学の専門家、サイキアトリックソーシャルワーカーがあたるのがよいが、そのような専門家が得られない場合は、心理学的なオリエンテーションと精神衛生の訓練をもったものによってなされてもよい、その場合、専門家のコンサルテーションをうけることができる条件が必要である。

1. 精神衛生カウンセラー

精神衛生の理論や実際の訓練を十分にうけていないが、牧師、家庭医、教師、試験観察官、保健婦、州法務官、裁判官、公衆福祉ワーカー、少年少女スカウト団長などは、専門家が得られない場合、精神的問題をもっているものを援助している。このような人たちは、短期間の訓練コースや、仕事の上でのコンサルテーションにより、精神衛生カウンセラーとして、附加的な技術を十分に身につけられる。

2. 精神衛生コンサルタント

精神衛生の専門家は、精神衛生カウンセラーに対し、系統的なコンサルテーションに役だつべきである。これらのコンサルタントの基本的な機能は、仕事を通じて訓練をすること、準専門家の活動に対して一般的な専門のスーパービジョン、そして精神障害者や情趣的障害者と働く人にとって必須とみられている志気の昂揚と再保証などが包含されている。

3. 小児科医

児童の専門医は、情緒障害児を扱うのに、かなりの潜在能力をもっている。けれども、多くの場合、精神医学的オリエンテーションに欠如している。国立精神衛生研究所は、小児科医の大学院の訓練の部分として、精神医学の大学院のコースをとることを希望している小児科医には、給費をあたえるべきである。その狙いは、小児科医が、精神科医に転向することではなく、コミュニティの精神障害者のために、資源を増加することである。

4. 収容学校

情緒障害児童の再教育のセンターを発展させる目的で、パイロットスタディがおこなわれるべきである。保護監禁の目的のための職員とはちがったタイプの職員が用いられるべきである。それらの学校は、精神衛生のコンサルタントとともに、はたらく注意ぶかく選択された教師によって操作されるだろう。

IV 急性精神障害者の即時的ケア

急性精神障害者に対し、地域社会の中で、たゞちに専門的な注意があたえられねばならない。つまり、主要な精神障害者に対し、現在、存在するサイキアトリックケアは、拡張され、専門家が役だちうるようにされねばならない。

急性精神障害者に対する集中的治療

全米精神衛生プログラムは、主要精神障害 (Major mental illness) が、精神衛生運動の中核の問題であり、完了していない仕事であることを認知しなければならない。そして重症な長びいた精神障害者が、先ず精神衛生専門家の関心をうけるべきである。地域社会の精神衛生クリニック、総合病院を経て、精神病院に入院している急性の患者に対しては、多面的な、そして積極的な治療がなされるべきである。種々の活動への参加もこゝろみるべきである。種々の治療施設を通じて、患者の動きを容易にするために、強制措置法の改正に対し関聯した必要がある。

1. 地域社会における精神衛生クリニック

児童および成人を扱っている地域社会精神衛生クリニックには次のようなものがある。総合病院、あるいは、精神病院の外来診療所として営まれているもの、精神障害者を治療し、とり扱う地区システムとして、あるいは州の役割として、また、独立の機関として営まれているものなどがある。これらのクリニックは、精神障害者の慢性化や再入院を予防するための機能をはたしている。全米精神衛生プログラムは、人口5万ごとに利用しうる十分な職員を揃えた精神衛生クリニックを設立すべきである。開業に従事している精神科医が、地域社会精神衛生クリニックサービスに、治療者として、コンサルタントとして、彼等の時間とエネルギーをあたえるように方向づけるよう努力がなされなければならない。

児童に対して

適切な医学的、社会的治療に加え、集中した心理療法をあたえる精神衛生クリニックが育成されなければならない、そして現在あるクリニックは拡充されるべきである。精神科医の中で、児童精神科医は、もっとも不足しており、現在の州の援助プログラムは、この領域の必要をあたえるために不十分である。

成人に対して

成人を扱っている精神衛生クリニックの主要な機能は次のようである。1) 急性精神障害者に対し、精神衛生チーム (通常、精神科医、ソーシャルワーカー、心理学の専門家) による治療をあたえ

る。2) 退院後、完全になおりきっておらず、ひきつゞきケアを必要とするもの、及び再入院の予防のために。3) 精神衛生クリニックは、精神衛生カウンセラーを指導している精神衛生コンサルタントの本部になるべきである。公衆に対する精神衛生教育のセンターとしての機能は、附滞的なものであり、なるべくなら、他の機関にゆだねるべきである。

2. 総合病院の精神科

コミュニティの総合病院は、短期入院のために精神障害者をうけいれるべきである。そのために、精神科を設け、精神科のベッドを準備すべきである。100あるいはより以上のベッド数をもっている総合病院は、その準備をすべきである。そして、そのような設備をもつ病院は、その地区における精神障害者のためのサービスの全体的体系の中の統合的な部分として考えられなければならない。

主要精神障害者に対する決定的なケアができるならば、できるだけ長く総合病院の精神科でなされるのがよい、その後、長期療養のために集中的な精神医学治療センターとして組織されている専門化された精神病院で治療するのがよいと、国立精神衛生研究所の意見は一致している。

3. 集中的精神医学的治療センター

1,000あるいは、1,000ベッド以下の、しかも地域サービスとして好ましい位置にある小規模の州立病院をできるだけはやく、急性の段階にある患者、あるいは長びいてはいるが、予後が良好と思われる患者に対し集中的な治療センターとして転換すべきである。今後の州立精神病院の建設は、これらの小さい規模の集中的治療センターにむけるべきである。

集中的治療センターとして、もっとも重要な必要条件是、すくなくとも扱われる患者と同数の充分に訓練を受けた資格のある職員をもつことである。それらの精神病院の院長は、身体的な治療と同様、治療の心理学的、社会学的な側面を充分に知っており、利用することに準備のある有能な精神科医でなければならない。そして病院の管理に卓越していることがのぞましい。

4. 慢性精神障害者のケア

今後は、1,000以上のベッドをもつ州立精神病院は建設してはならない。すでに、1,000あるいは、1,000以上の患者を収容している現在の精神病院には、今後、新しい患者をふやしてはいけない。そしてそれらの州立精神病院は、序々に、前進的に、長期療養のためのセンターに、そして精神障害を包含する慢性障害のケアのためのセンターに転換すべきである。この転換は今後10年を目標にしている。

慢性障害者のケアに役だつ特別の技術、社会化の技術、再習得、グループ生活、そしてリハビリテーションの方向が拡大されるべきであり、より多くの患者に対してあたえるべきである。

慢性障害のケアのセンターの長は、医師でも、医師以外のものでもよい。訪問職員として、あるいは常勤職員としての医師、精神科医をもっている。重症な慢性精神障害者に対して必要とされる設備は、慢性身体障害者のケアのために必要な設備と一致している。そのために地域社会は、慢性身体障害者と慢性精神障害者を同じセンターで扱うことが実際的とみている。

5. アフタケア、中間ケア、リハビリテーションサービス

精神障害者に対する現代の治療の目的は、患者が正常な仕方で、コミュニティの中で生活できるように可能にすることである。そのために次のことが強調されている。

1) 患者が施設化による影響をできるだけうけないように予防すること, 2) 入院を必要とする際も, できるだけ早く家庭にもどすよう, そしてコミュニティの生活にもどすようにすること, 3) 家庭やコミュニティにもどったのち, できるだけ長く, コミュニティの中で, 生活できるようにすること。

以上の目的のために, アフタケアやリハビリテーションサービスは, 精神障害者に対するすべてのサービスの中で必須の部分である。リハビリテーションを成就するための種々の方法は, すべての形のサービスの中で統合されねばならない。それらの中には, 昼間病院 (デイホスピタル), 夜間病院 (ナイトホスピタル), アフタケアクリニック, 保健婦サービス, 里家庭ケア, 回復期にある患者を収容するナースイングホーム, リハビリテーションセンター, ワークサービス, 前患者グループなどがある。

急性精神障害者と慢性精神障害者の両方の治療で, デイホスピタル, ナイトホスピタルなどに対するデモンストレーションプログラムや, 精神病院の自由な, 融通性にとんだ利用の仕方が奨励される。さらに施設のプログラムやプロジェクト基金などによって一層発展されるように助言する。

V 精神障害に関する公衆の知識

1) 精神病を生理学的な原因と同様に, 心理学的な原因をもつ障害, 器質的な原因と同様情緒的な原因をもつ障害, 個人的な原因結果と同様に, 社会的な原因と結果をもっている障害のように精神病を認知することについての一般的な困難にうちかつこと,

2) 主要精神病が, 何故公衆の同情をひかないのか明確にすること, そして, 精神病を拒否することについての多くの社会的側面にうちかつこと,

3) 精神障害が, 色々の形であらわれることをあきらかにし, 「熱狂的にしゃべりまくる躁病の患者」だけが精神病でないことをはっきりさせること,

4) 効果的な治療の途中にたちふさがっている敗北主義にうちかつこと, “total insanity”(全体にきちがいである) “hopelessness”(希望のないこと) “incurability”(なおらないこと) などの誤った考えは, 攻撃されるべきであり, 回復の予想, あるいは, 治療やリハビリテーションの現代の概念によって, よくなってゆくことなどが強調されるべきである。

公衆の精神科医についてのイメージの正しい認知を会員に探究するよう, そして理解し伝達するように, 特別の努力をすることを助言する。今や, 公衆は, 精神障害の重大性について認知している。そして, 精神科医が, それらに一次的な責任をもっていると知っている。今後, 精神科医とチームのメンバーは, 公衆と, この責任を分担する仕方を求めるべきであり, 従来の欠点, 不適切な

点などは、防衛的になることなく、卒直にみとめ、あらためるべきである。先ず、公衆の信頼をうることであり、公衆を信頼することである。

VI 費 用

公的な精神障害者のためのサービスの費用は、今後5年間に、2倍にしなければならない。そして10年間に3倍にしなければならない。この莫大な予算によってのみ、事実名前だけの病院である州立精神病院を病院にしうるし、また地域社会の中で、外来患者プログラム、アフタケアプログラムなどが充分に展開されるのである。州が精神障害者のケアを適切におこない得なかったということは自明である。税の構造における革命的な変化がない限り州は、現在の基準のケアにおいづくために必要な資金をだすことは不可能である。そのために、州と地方の精神障害者のためのサービスの費用の分担は、聯邦政府によって支持されるべきである。議会と国立精神衛生研究所は、政府の関係行政局の援助をかりて、退役軍人精神病院によっておこなわれている例に刺戟される州や地方政府をはげまし、聯邦政府の助成金のプログラムを発展すべきである。

理 念

1. 第一の理念は、聯邦政府と州や地方政府が、精神障害者に対するサービスのための費用を分担すべきである。

2. 第二の理念は、合計の聯邦政府の分担は、何年かにわたって、累進的に配列された段階で到達されるべきである。その分担は、毎年、前年に使用した州の資金にもとづいて決定される。

3. 第三の理念は、下附金は、国立精神衛生研究所によって任命されている専門委員会によって公式化されている功績と刺戟の基準にしたがって授与されるべきである。次のものを包含する。

1) 精神病院入院において、保護監禁の必要と同様、専門的な治療をあたえるための州の法律の必要な改正、治療の必要と施設収容の必要の区別のために、また入院させずに治療をするために、州の法律の必要な改正をもらすこと

2) 好ましい方法で自発的に入院するために、また患者を精神病院あるいは、他の治療施設に強制的に入れるための処置としての裁判所の行為をとるために、さらに、患者を施設に入れたりだしたりすることを容易にするために、州の法律における必要な改正をもたらすこと

3) 治療や入院を必要とする誰でも、州の中で、法的な居住権をもっている人間として、同じ基礎でうけいれること

4) 患者の福祉や安全に対する行政的な責任と、専門的ケアに対する責任を区別するために、患者に対し医学的な責任を支配している州の法律を改正すること

5) 一次的に集中的治療センターとして設立される州の精神障害者のための病院あるいは施設と、慢性身体障害者や精神障害者（老人も包含する）のための人間愛的な進歩的ケアをあたえる施設とでは、管理的な構造や専門職員が必要条件などの適切な差を確立すること

6) 精神障害者に対する州のサービスに対して、全般の責任を負う十分に定義づけられた力と権威をもつ州の精神衛生機関を確立すること

7) 入院患者、外来患者、前患者に強調をおく統合されたコミュニティサービスの部分として、例えば、精神衛生センターとして開放病院をおこなう努力をすること

8) 精神衛生専門ワーカー及び準専門家、アテンダント、特志家などに対する訓練は、えられた州立精神病院やコミュニティ精神衛生プログラムの中で確立すること

州は訓練のために州の精神障害者サービス基金の2½%を用いるように課せられるべきである。

9) 設備、充分に計画された研究のための機会、研究者や専門職員の資質や経験などにてらして、適切な科学研究のプログラムを、えられた州立精神病院とコミュニティ精神衛生プログラムの中でおこなうこと。

10) 地方の精神衛生のための予算に匹敵する聯邦政府の資金をうけとる手段として、州の公衆衛生サービスに、郡、町、そして市の税金の参加を奨励すること

11) 1,000ベッド以上の精神病院の建設のために金を使わない、そして現在、1,000人あるいは1,000人以上の患者を収容している精神病院は、新しい患者を1人でも加えてはいけないということに一致している。

以上、精神障害と精神衛生に関する合同委員会の最後のレポートの助言は、精神衛生サービスについて、公的の支持の全体の問題を包含することをこゝろみている、そして財政的に可能な適切なケアの最低の基準をつくることをこゝろみしており、アメリカ史における最初のものであるといわれている。

精神障害者の治療とケア、専門家の教育と訓練、さらに、精神衛生に関する研究などの領域に関係している。何れも重大であるが、なかでも何が優先するかということについて合同委員会は次のようにいっている。「我々は、現実を選択をもたない。たゞなすべきことは、教育者として、科学者として、そして人道主義者として、可能なかぎり急速にすべてのこれらの領域が進歩するように努力がなされなければならない。医学、専門サービス、教育そして研究において、彼等の関心が患者に関係しあつまるときに発展するのである。

文 献

Joint Commission on Mental illness and Health : Action for mental Health. Final Report of the joint Commission on mental illness and Health, 1961 Science Editions, Inc., New York.

Albee, G. W., : Mental Health Manpower Trends. 1959, Basic Books.

American Medical Association : Annual Report of Council on Medical Education and Hospitals J.A.M.A., 1959

- American Psychiatric Association : Standards for Hospitals and Clinics. 1958.
- Bahn, Anita K., and Norman, V.B. First National Report on Patients of Mental Clinics. 1959. Pub, Heath Rep.
- Bockoven, g.s : Moral Treatment in American Psychiatry 1956, J.Nrev & Ment. Dis.
- Brill, H., and Patton, R.E: Analysis of 1955—1956 Population fall in New York State Mental Hospitals in first year of large-scale use of tranquilizing drugs, 1957, Am.J.Psychiat.
- Brill, H., and Patton, R.U: Analysis of Population Reduction in New York State Mental Hospitals during the first four years of large-scale Therapy with Psychotropic Drugs 1959, Am.J. Psychiat.
- Fein, R. : Economics of mental illness 1958, Basic Books.
- Goffman E : Asylums, 1961 Doubleday & Company, Inc.
- Gurin, G., Veroff, J. : Americans View their mental Health, 1960, Basic Books.
- Jahoda, Marie : Current Concepts of Positive mental Health, 1958, Basic Books.
- Robinson, R., De Marche, D.F. & Magle, M.K. : Community Resources in mental health, 1960, Basic Books.
- 山崎道子：アメリカにおけるサイキアトリックソーシャルワークの最近の動向, 1963年12月 ソシアルワーカーNo. 6 掲載予定ソシアルワーカー協会
- 山崎道子：アメリカ社会事業の過去と現在 日本医療社会事業協会会報 No.15.

アメリカにおけるサイキアトリック ソーシャルワーカーの教育、養成の動向

山崎道子*

私は、1961年から63年まで、2年間、ソーシャルワークの勉強のために、アメリカに留学の機会をもった。1961年6月から62年5月まで、スミスカレッジ社会事業学校で勉強し、さらに、1962年6月から63年6月までカリフォルニア大学（バークレイ）の社会福祉学校大学院で学び、ソーシャルワークの大学院の過程を終了し帰国した。現在、我が国においても、医学の主催する施設ではたらいっているソーシャルワーカーの教育養成の問題、さらに資格の問題がようやく真剣に考えられてきているので、アメリカにおけるソーシャルワーカーの教育、養成の問題についてのべることは、いさゝかなりとも参考になると思う。

1905年に、マサチューセツ総合病院の精神神経科クリニックに、はじめてサイキアトリックソーシャルワーカーがおかれてから60年を経過しようとしている。その間に、サイキアトリックソーシャルワークは、産業化、都市化、二つの世界大戦、大恐慌、戦後の社会不安などのはげしい社会情勢の変動の中で、アメリカ市民や軍隊の要請にこたえながら、また、精神医学や精神分析学、さらに近年は、社会学、文化人類学、社会精神医学などのつよい影響をうけながら発展をつづけてきた。サイキアトリックソーシャルワークがきづいてきたその理念と技術は、ソーシャルワーク全体の発展とその、むべき方向にたいし、大きな貢献と影響をあたえたことはみのがすことができない。

ソーシャルワークの専門化のきざしがあらわれてから、半世紀の間、ソーシャルワーカーはその専門職業の確立のために、知識をつみ、理論をきづき、また同時に、その技術の練磨に力をつくしてきた。

1955年に全米ソーシャルワーカー協会（NASW）が組織され、それまで、サイキアトリックソーシャルワーカー協会、メディカルソーシャルワーカー協会、学校ソーシャルワーカー協会など各分野の協会にそれぞれ属していたソーシャルワーカーが、一つの協会に統合され、それぞれの専門分野は、その分科会として位置づけられた。これは、アメリカのソーシャルワーク史上において画期的なできごとであり、一大発展とみなされている。現在、全米ソーシャルワーカー協会を中心に、専門職業として、ソーシャルワークをより確固にするために健全な歩みをはじめている。ソーシャルワークの特質を明確にするために、特別の委員会が設けられ、ソーシャルワークの実際をより包括的、概念的わく組

* 国立精神衛生研究所 児童精神衛生部

によって分析し、とらえようとするこゝろみがなされている。全米ソーシャルワーカー協会のはたす役割は大きい。

サイキアトリックソーシャルワーカーの教育訓練の問題は、他の分野のソーシャルワーカーと同様に、いつの時代でも、その時代の社会情勢の要請と、ソーシャルワークが依存してきた諸科学との強い影響をうけて発展してきた。

現在までの発展の歩みをふりかえってみることは、われわれの参考になると思われるので、まず、教育養成の問題に焦点をあわせ、史的な発展をのべてみよう。

1. サイキアトリックソーシャルワーカーの教育養成の史的発展

サイキアトリックソーシャルワーカーのための最初の訓練プログラムが、1918年に、スミスカレッジにおかれた。第一次大戦により、戦争神経症や炸裂弾のショックをうけた軍人が多くでたために、その治療に、精神医学的に訓練をうけたソーシャルワーカーの必要が、にわかに増大したためである。以来、スミスカレッジは、サイキアトリックソーシャルワーカーの教育訓練に、多大の貢献をなし、指導的な位置にある有能なソーシャルワーカーを多く世におくっている。赤十字社は、サイキアトリックソーシャルワーカーの養成のために、奨学金をあたえた。1920年までに、ニューヨーク社会事業学校（現在、コロンビア大学に属する）とシカゴ社会事業学校（現在、シカゴ大学に属する）の少年研究所にサイキアトリックソーシャルワークの特別の訓練コースがもうけられた。

丁度、その頃、W.Healey博士の少年非行の仕事に刺戟され、児童指導クリニックの設立の機運は急速にたかまり、サイキアトリックソーシャルワークの新しい分野が開けた。そして、それは、病院におけるサイキアトリックソーシャルワークよりも、もっとはやいテンポで発展した。この時代には、精神分析学が、社会学、社会心理学、経済学などにかわって、もっぱらソーシャルワークに影響をあたえるようになった。そして、主狙が、社会的経済的問題から、個人の適応の問題にうつっていった。この時代の養成訓練プログラムは、その性質において、理論的なものよりも、技術的なものに重点がおかれていた。

1926年に、サイキアトリックソーシャルワーカーは、病院ソーシャルワーカー協会から独立し、サイキアトリックソーシャルワーカー協会を組織した。協会は、設立の当初から、実際の準備としての教育に一次的な関心をしめしてきた。1929年までに、病院やクリニックで実際の臨床的な経験をもつたものが、社会事業学校の教師として、またコンサルタントとして採用されるようになっていた。

この時代には、それぞれの分野のソーシャルワークの専門化の傾向が著明にあらわれ、ソーシャルケースワークの定義は、共通のケースワークgeneric case workの立場からよりも、それぞれの施設でおこなわれる分化されたケースワークの見地からおこなわれるようになった。ソーシャルワーカーとよばれずに、家族福祉ケースワーカー、児童ケースワーカー、サイキアトリックケースワーカー、病院サービスワーカーなどとよばれていた。1929年のミルホードカンファレンスにおいて、上記の

傾向の反省がつよくあらわれ、共通のケースワークgeneric case workの概念が主要なテーマであった。それぞれの分化されたケースワークの強調よりも、すべてのケースワークに包含される共通のケースワークを吟味する必要が熱心に討論された。当時、ソーシャルワーカーの方法は、自らケースワークに集中されており、グループワークやコミュニティオーガニゼーションは、ほとんど強調されていなかった。

1930年頃までに、ソーシャルワーカーの養成訓練は、たんに技術を修得させることでなく、ソーシャルワーク教育をあたえなければならないという考え方があらわれてきた。J. Tuftは、すべてのソーシャルワーカーは、生物学的、心理学的、社会科学的な背景、そして、さらに社会哲学などの広い基礎をあたえなければならないと考えていた。そして、それらの広い知識が、実際の仕事と結びつけられるべきであると主張した。1930年以後、ソーシャルワーカーの教育は、大学院のレベルに急速に方向づけられていった。

1930年に、サイキアトリックソーシャルワーカー協会員は、364、学校ソーシャルワーカー協会員は275、医療社会事業協会員は1,700、そしてソーシャルワーカー協会員は5,030であった。1930年の国勢調査によると協会に属していないワーカーがなお多数おることが判明している。

1933年以後、ソーシャルワーカー協会員資格は、教育によって定められるようになった。

1930年代の大恐慌は、ソーシャルワークに大きな影響をあたえた。1935年に、社会保障法が成立、社会保険のプログラムは、拡大強化され、また公共福祉のプログラムは、国家の責任において多くなされるようになった。

大恐慌の間中に、資金の不足のために、多くのクリニックは閉じられ、サイキアトリックソーシャルワーカーは、家族機関にうつっていった。家族機関ではたらいっていたワーカーは、公共福祉機関にうつるようになった。小規模な予算をもつ私的な機関は、物質的な援助はおこなうことができず、次第に面接の技術に卓越するようになった。精神分析の影響は、まさに時期を一つにしていた。ケースワークの方法や理念に大きな変化をあたえた。例えば、トリートメントをうけるためのクライアントの自己決定とか、クライアントのトリートメントに反応する速度にワーカーはあわせる、自分自身を変化させようとする人を援助する、精神力動の強調などは、この時代の産物である。

1933年に、サイキアトリックソーシャルワーカー協会は、専門教育に関し強調をおくことをはじめた。1934年には、「サイキアトリックソーシャルワークのために示唆されるカリキュラム」が出版された。以後、サイキアトリックソーシャルワークの専門教育に対する強調が増大していった。1939年には次の陳述がみいだされる。「すべての分野のソーシャルワーカーの訓練に、精神衛生の知識が基本的に必要であるということが一般的にみとめられるようになった。精神衛生と社会精神医学のコースは、サイキアトリックソーシャルワーク以外のソーシャルワークの分野において増大して課せられている。

第一次大戦が、サイキアトリックソーシャルワークの発展の動因になったように、世界第二次大戦もまた、サイキアトリックソーシャルワークの実際の拡充発展に対し大きな影響をあたえた。サイキ

アトリックソーシャルワークの要請が軍隊の中で一番高まっていった。個人治療やふかい長期の治療にこたえることができず、グループ治療や短期の治療が心理療法の訓練をうけたサイキアトリックソーシャルワーカーによって集中的におこなわれるようになった。

1946年の精神衛生法の通過は、サイキアトリックソーシャルワークの拡充、発展に対し、もう一つの刺戟になった。その当時、国全体の病院やクリニックに必要なサービスをあたえるためには、およそ15,000のサイキアトリックソーシャルワーカーが必要であると推定された。国立精神衛生研究所は、サイキアトリックソーシャルワーカーの教育、訓練のために奨学金や基金をあたえた。そのために、サイキアトリックソーシャルワーカーの教育、訓練を提供する学校が急激に増加した。

1949年に、サイキアトリックソーシャルワーク教育に関する研究会議が、サイキアトリックソーシャルワーカー協会の主催によって、ダートマウスカレッジにおいておこなわれた。教育者、実習のスーパーバイザー、関係領域の専門家が一同に会し、サイキアトリックソーシャルワークの専門教育のために必要とされる内容や方法を輪廓づける機会をもった。

1951年に、サイキアトリックソーシャルワーカー協会は、「サイキアトリックソーシャルワーカーの専門教育における要点についての陳述」と題し、クラスと実習の内容に対する助言を出版した。その後、ひきつゞき、社会事業教育の認可の基準とカリキュラムの指針にてらして、この陳述に対し、改正がなされている。

サイキアトリックソーシャルワークプログラムの認可の過程は、最初、サイキアトリックソーシャルワーカー協会によってなされていたが、1951年に、社会事業の学校協会にうつされた。1952年7月に、さらに社会事業の学校協会を後継した社会事業教育聯盟の責任にうつされた。

1955年に、サイキアトリックソーシャルワークのプログラムをもつすべての学校の教職員のための研究会が開かれた。この研究会は、サイキアトリックソーシャルワーカー協会と、国立精神衛生研究所によって主催され、サイキアトリックソーシャルワークの実際に対して、教授法を吟味し、適切な特別の強調を吟味する機会をあたえた。

1957年に、国立精神衛生研究所と全米ソーシャルワーカー協会のサイキアトリックソーシャルワーク分科会によって主催された研究会において、サイキアトリックソーシャルワークの教授法における事例の使用に関しておこなわれた。

かって、サイキアトリックソーシャルワーク専攻の学生に一次的にあたえられていた内容が、現在、大部分、すべてのソーシャルワーク専攻の学生のためのカリキュラムに包含されている。サイキアトリックソーシャルワークの実際の領域に、もっと徹底した準備をあたえることを希望している学校は、精神医学的施設におけるケースワーク、グループワーク、などに関し特別の強調をおいている。例えば、サイキアトリックチームにおける協働関係、患者と家族についての精神医学的診断の意味、精神障害者のケアと治療のための社会資源などに関して。

1946年から、58年の間に、サイキアトリックソーシャルワークプログラムの認可された学校で、サ

イキアトリックソーシャルワークを専攻した学生は、7,121であった。その12年間に、精神衛生法によるサイキアトリックソーシャルワーカーの教育訓練プログラムによって、国立精神衛生研究所から奨学金を得たものは、2,929に及び、その金額は、\$5,602,493に達している。まだ同じ年間に、教授基金として、\$6,222,762が社会事業学校にあたえられている。

1959年の会計年度において、49の社会事業学校は、\$1,323,907を同じプログラムによってあたえられた。さらに、\$1,465,546に達する728の奨学資金が支持されていた。加えて、基金は、学校教育聯盟、全米ソーシャルワーカー協会、サイキアトリックソーシャルワーク分科会、グループワーク分科会、学校社会事業分科会、特別のプロジェクトのための研究分科会などにたいしてあたえられた。

退役軍人局は、制限された数の学生に実習のために給興している。1947年以来、約1,500の学生がうけとっているが、その大部分は、サイキアトリックソーシャルワークの訓練をうけた学生であった。退役軍人局が管理している施設は、サイキアトリックソーシャルワークの訓練をうけとっている学生の実習のために毎年200の実習場を提供している。

以上、サイキアトリックソーシャルワーカーの教育、養成の問題に焦点をあわせ、半世紀の間の発展をふりかえったが、サイキアトリックソーシャルワークは、50年の間に、産業化、都市化、二つの世界大戦、大恐慌などに関係して長足の進歩をなしている。それらの社会情勢に関係して、絶えず強い要請をうけ、その教育訓練の内容は、それにこたえつゝ前進してきた。サイキアトリックソーシャルワーカーの教育と訓練が、他の分野のソーシャルワークの教育と訓練に及ぼした影響は大であり、すくなくならず指導的な立場をとってきたといってもよいであろう。

2. サイキアトリックソーシャルワーカーの教育、養成の最近の動向

現代のアメリカ社会事業は専門職業としていちじるしい進歩をとげている。ソーシャルワーカーは、医師、エンジニア、教師など、専門家とよばれる人たちのように、アメリカ社会にはなくてはならない専門家になっている。サイキアトリックソーシャルワーカーは、精神病院、精神衛生クリニック、児童指導クリニック、リハビリテーションやアフタケア施設などにおいて活躍しており、また、精神衛生の分野における研究に貢献するところが大きい。地域社会における保健、福祉プログラムのコンサルタントとして寄興している。

それでは、サイキアトリックソーシャルワーカーの教育訓練についてのべよう。

既にのべたように、1950年頃より、次第に、それまでサイキアトリックソーシャルワーク専攻の学生に一次的にあたえられていたカリキュラムの内容が、すべての分野のソーシャルワークの学生にあたえられるようになった。

1955年に、全米ソーシャルワーカー協会に統合されて以来、すべての分野のソーシャルワークの共通の基盤であるソーシャルワーク、そのものの特質の追究にむけられるようになった。

1960年以後、専門プログラムの認可は廃止された。したがって、現在、サイキアトリックソシア

ルワーカーのための特別のカリキュラムは廃止され、たゞ、大学院の二年目の実習に、精神医学の主催する施設にわりあてられている。他の分野のソーシャルワーカーも同様、二年目に選択される実習の機関によっている。したがって現在のアメリカにおける社会事業の専門教育は、大学院のレベルであり、マスターの学位にみちびく共通のソーシャルワークgeneric social workに重点がおかれている二年のプログラムである。現在、ソーシャルワークの分野として、児童福祉、矯正福祉、コミュニティオーガニゼーション、家族福祉、グループワーク、メディカルソーシャルワーク、サイキアトリックソーシャルワーク、生活保護関係のソーシャルワーク、学校ソーシャルワークなど、九つの分野があるが、カリキュラムの内容は、これらのすべての分野のソーシャルワークに対して基礎的と考えられる内容を包含している。そのために、一般に、社会事業教育聯盟に参加をみとめられている大学院のカリキュラムは大差がない。カリキュラムは、四つの主要な問題の領域からなりたっている。

(1) 人間の成長と行動に関する知識

(2) 社会福祉政策、構造、プログラム、それらを管理している組織体などに関する知識

(3) ソシャルワーク方法

ケースワーク、グループワーク、コミュニティオーガニゼーション、アドミニストレーション、ソーシャルワークリサーチ

(4) 実 習

実習は社会事業教育において必須のものであり、学校から任命をうけたスーパーバイザー、通常は、学生が割りあてられた施設の職員がスーパーバイザーになるが、相当数の多様なケースが割りあてられ、そのケースの取り扱いを通して徹底的に訓練される。通常、大学院の一年目は週に二日、二年目は、週に三日施設での実習が課せられ、施設のソーシャルワーカーと同様に仕事をおこなう。

大学院の二年間の教育が、ソーシャルワーク教育の中核であるので、実際に私が経験したクラスワークや実習についてのべてみよう。

1961年の6月から62年5月まで、スミスカレッジ社会事業学校に学んだ。こゝは、サイキアトリックソーシャルワークの訓練コースがはじめて設けられた大学であり、現在も、その教育と訓練において名声が高い。ボストンから車で四時間かゝる地にあり、そのために、他の学校とちがって、クラスは、夏期学校の3ヶ月間だけで、すべての学生が寮に寄宿し、集中的におこなわれる。他の9ヶ月は、実習におくられるのである。

夏期学校の3ヶ月間に、他の学校の一年分の授業がなされるのである。したがって毎日ぎっしりつまったスケジュールで、またケースワークの宿題も多く、学生は、実に多忙に勉強しなければならない。夜も、しばしば集会があり、実際に活躍しているソーシャルワーカーや、精神科医の講演に出席することが課せられていた。

一年目にとったクラスワークの内容は、次の通りである。

社会事業史(2単位)、公共福祉(2単位)、ソーシャルワークと法律(2単位)、ケースワーク I (2

単位)、ケースワークⅡ(2単位)、ソーシャルワークと経済(2単位)、精神病理学(3単位)、人間の発達と成長(2単位)、医学知識(2単位)などである。

一年目の教科の内容は、概して総論的なものが多く、アメリカ社会事業の輪廓を把握するには、とても有益であった。ケースワークのクラスは、もっぱら事例を通して、学生の討論によって決められた。

夏期学校が終了し、1961年9月から、62年5月まで、退役軍人の精神病院において実習した。その病院は、1926年に聯邦政府によってたてられ、精神病、強度の神経症、アルコール中毒、性格異常、及び神経系の疾患などをもっている退役軍人がおよそ2,400人収容されている。この病院は、精神病や神経病の研究のセンターであり、また精神衛生の専門家の訓練センターになっている。ソーシャルワーカーは、20数人おり、すべて大学院の卒業生であり、マスターの学位をもつ資格のあるソーシャルワーカーであった。こゝで、9ヶ月間に、精神分裂病、アルコール中毒、神経症などの患者20人に接触し、患者に対し、直接ケースワークをおこない、また家族にたいしてはたらいだ。精神科医、臨床心理学の専門家、職業相談者、作業療法士などとのチームワークが、なされた。毎週一度、あるいは、二度、およそ一時間、スーパーバイザーとの話しあいがおこなわれ、その都度、面接の前に、患者のケースワークについての記録がスーパーバイザーにわたされ、討議がなされた。その訓練は、徹底しており、病院のソーシャルワーカーと同様な責任をもたされている。学生の実習についての評価は、学生の態度や仕事の内容、質などについて、するどく評価される。

1962年6月から、1963年6月まで、カルホルニヤ大学(バークレイ)社会福祉部大学院で学び、大学院の過程の二年目を終了した。カルホルニヤ大学は、スミスカレッジが、精神分析学や自我心理学が強調されていたのに比べて、社会学や文化人類学の色が強かった。この大学では、一年目の学生は週に2日、2年目の学生は、週に3日実習におくられる。一年間が二期制になっており、次のコースを履修した。

精神医学、精神分析Ⅰ(2単位)、ソーシャルワークリサーチ(2単位)、リサーチプロジェクト(4単位)、ケースワークⅢ(2単位)、精神分析Ⅱ(2単位)、ケースワークⅣ(2単位)、社会学と精神衛生(3単位)、実習(10単位)である。

二年目のクラスワークは、より専門化されておる。例えば、ケースワークでは、一学期中、「家族診断と家族治療」の問題が理論と実際的な見地からとりあげられ討議された。

実習は、サンフランシスコにある家族機関にわりあてられ、こゝでも、10に近いケースがわりあてられ、スーパーバイザーの指導のもとにすゝめられた。

クラスワークと実習に合格したものが、マスターの学位を得るために、二年間学んだ包括的な範囲からの試験をうける。(Comprehensive EXamination)その試験に合格して、はじめてマスターの学位を授興されるのである。

二年の大学院の教育を終了し、マスターの学位を得たものは、資格のあるソーシャルワーカーとし

て、採用されるわけである。二年間の教育訓練は、相当にきびしく、かなり徹底している。実習のスーパーバイザーに、ソーシャルワーカーとしての資質にかけており、不適格と評価された場合は、他の職業への転向を示唆される。

最近のソーシャルワーク教育の進歩として、大学の社会福祉学部と大学院の間の継続性を強調していることである。ソーシャルワークの専門教育は学部の三年目において出発し、大学院の二年目は、一年間実習にあてるべきであるという意見もある。以上のべてきたことでも、いかに実習を重視しているか明瞭である。

1959年に、学校教育聯盟に参加していた学校は、合衆国では、大学院56、大学の学部108、カナダでは大学院7になっている。社会事業教育については、学校教育聯盟と全米ソーシャルワーカー協会と協力し、大学の社会福祉学部や大学院の教育の性質や内容を吟味し、その向上にたえずつとめている。

現在、アメリカでは、二年のマスターのプログラムをこえたより高度の教育を拡充強化する方向にあり、国立精神衛生研究所では、相当額の奨学金をあたえている。ソーシャルワークの博士過程をもつ大学が合衆国に13、カナダに1ある。1948年から58年までに、739の学生が博士プログラム、あるいは、アドバンスドプログラムに登録された。国立精神衛生研究所は、大学院の三年目のプログラムを履修している231の学生と、博士過程を履修している50の学生に給費をあたえた。

このような高度の教育に対する拡充、強化の傾向は、教師の質の向上、ソーシャルワークリサーチの進歩向上のために必然的に方向づけられている。精神衛生の領域では、リサーチ、教授、コンサルタントなどの機能の向上のために、国立精神衛生研究所は、高い教育を望むものにたいして奨学金をあたえている。

マサチューセツ総合病院の精神科は、経験のあるソーシャルワーカーに、地域社会精神衛生に関して、1年の訓練の機会をあたえている。そのために、国立精神衛生研究所は、\$6,000の奨学金をあたえている。

1959年10月に、全米ソーシャルワーカー協会員は、26,500であった。会員の資格は、社会事業教育聯盟によって認可された社会事業大学院の卒業生である。

サイキアトリックソーシャルワーク分科会の会員は、1959年5月、3,200であり、全米ソーシャルワーカー協会におけるもっとも大きな分科会であり、全米と、それぞれの地区におかれている研究委員会を通じて活動がおこなわれている。この会員となる資格条件としては、次のものが課せられている。社会事業教育聯盟の認可学校の卒業生であり、大学院の訓練の二年目に、精神医学の主催する施設で実習を完全にしたもの、あるいは、卒業後、精神医学の主催する施設に採用されているものなどである。

私が、カリフォルニアに住んでいた関係上、カルフォルニア州のソーシャルワーカーの免許制についてのべよう。

カリフォルニア州においては、ソーシャルワーカーの免許制度が、1964年7月以降実施されようとしている。ソーシャルワークの大学院の二年の過程を了え、マスターの学位を得たのち、州の試験に合格し、“registered social worker”と呼称される。学部の卒業生で学位をもっているものが州の試験をうけたのち、“Social worker associate”とよばれる。1964年7月以降は、免許のないソーシャルワーカーは、ソーシャルワーカーとしてみとめられないわけである。免許制の目的は、カリフォルニア州の人々の福祉をまもるために制度化されたのである。これは、最近問題になりつゝあるソーシャルワーカーの開業の問題などとも関係があると思われる。

ソーシャルワーカーの仕事の性質が、公衆の福祉に直接むすびついている以上、その教育訓練、さらに資格の問題は、きわめて慎重に重大に考えられなければならない。

アメリカ社会事業の体系化は、すでにおこなわれているが、しかし、その専門職業としての特質をそなえたのは近年であり、すべての分野のソーシャルワーカー、リサーチにたづさわるものも、教育にたづさわるものも、実際家も協力して、さらに専門化の方向に積極的に努力している。

文 献

N.E.Cohen: Social work in the American Tradition The Dryden Press, Publishers, New York, 1958

R.H.Kurtz, Editor: Social Work Year Book, 1960 New York, National Association of Social Workers

Madeleine Lay: Historic Roots and Current Trends. J. of Psychiatric Social work, September, 1955

M. P. Gabell: Salient Characteristics of AAPSW members in 1954. J. of Psychiatric Social work September. 1955

山崎道子: アメリカ社会事業の過去と現在 No. 15 会報 日本医療社会事業協会

山崎道子: アメリカにおけるサイキアトリックソーシャルワークの最近の動向 ソシアルワーカー, No. 6 に掲載予定 ソシアルワーカー協会

山崎道子: 精神障害者のケースワーク 厚生, 第18巻, 第11号

英国における精神病対策15年計画

柏 木 昭*

1962年1月、英国保健省は議会に「イングランドおよびウェールスに対する病院計画」を提出した。(註1)この病院計画の基本的前提は次の通りである。

- (1) 1975年における精神病床をその時点における人口1,000人に対して推定1.8床におさえること。即ちこの限界を目安に病床の実数を減らすこと。
- (2) 地域によって格差をつけず、その規程を全国的に統一すること。
- (3) 精神科対策をできるだけ、一般医療対策に近接させ、精神病院と総合病院の均衡をはかること。
- (4) 上記の対策計画上、現在その発達途上にある地域社会における対策が充実されることは、今後の重要な課題であることはいうまでもない。

1. 病院計画の中の精神病対策(註2)

イングランドおよびウェールスの病院計画の主要な問題点は、精神病床数に関する限り、全国的規模において、約40%の減少が1960年から1975年までの間に見込まれていることである。実数からいうと、1960年における病床数は約152,000であるが、1975年には92,000に減らすことが計画されている。これは、1960年における人口1,000人に対する精神病床数3.3床から1975年の推定人口1,000人に対する病床数1.8床にその規模が縮小されるということになる。たゞし総合病院における精神病床数は実質的に145%に増加することが計画されている。以上第1表を参照。

第1表 イングランドおよびウェールスに対する病院計画における精神病床の1960年と1975年の比較

	1960年	1975年	増加または減少
精神病院	146,981	80,002	-66,979
総合病院	4,918	12,045	+7,127
合計	151,899	92,047	-59,852

次にこの計画の重要な問題点として、その対策において地域の格差をとりのぞくことについては第2表を参照のこと。第2表でわかるように1960年においては地域による差異が大きい(人口千人に対し2.3から7.2床)1975年における地域間の病床率格差は、ほとんど無視することができる。

* 国立精神衛生研究所 社会精神衛生部

(註1) A Hospital Plan for England wales, HMSO, January 1962.

(註2) Psychiatric Services in 1975, PEP, Feb. 1963.

各地域における病床数減少率 (%) は18% から60% におよんでいる。(第3表) 中間値は39% となっている。

第2表 地域および病院の型態別に見た精神病床率の1960年および1975年の比較

(人口1,000人に対する精神病床数)

地 域	1960			1975		
	全病院	精神病院	総合病院	全病院	精神病院	総合病院
ニューカッスル	2.7	2.6	0.1	1.9	1.5	0.4
リーズ	3.7	3.6	0.1	1.8	1.7	0.1
シェフィールド	2.3	2.3	—	1.7	1.6	0.2
イースト・アングリアン首都圏	3.4	3.4	—	1.7	1.6	0.2
北西	2.8	2.7	0.1	1.8	1.5	0.3
北東	2.6	2.6	—	1.7	1.3	0.4
南東	3.1	3.0	0.1	1.9	1.6	0.3
南西	7.2	7.2	—	2.6	2.5	0.1
ウェセックス	4.1	4.1	—	1.8	1.8	0.1
オックスフォード	2.9	2.9	—	1.8	1.7	0.1
サウス・ウエスタン	3.5	3.5	—	1.8	1.7	0.2
パーミングハム	2.9	2.8	0.1	1.8	1.6	0.2
マンチェスター	2.7	2.3	0.4	1.9	1.5	0.4
リヴァプール	3.7	3.3	0.4	1.9	1.5	0.4
ウェールズ	3.3	3.3	—	1.7	1.5	0.2
合計	3.3	3.2	0.1	1.9	1.65	0.25

第3表 地域別に見た精神病床の配置, 1960年および計画に見られる1975年の比較

合 計	1960		1975		1960年から1975年に至る病床減少率 (%)
	総病床数	総合病院における割合 (%)	総病床数	総合病院における割合 (%)	
ニューカッスル	8,035	3.5	5,878	18.2	26
リーズ	11,451	2.0	5,836	6.8	49
シェフィールド	10,216	1.0	8,404	10.2	18
イースト・アングリアン首都圏	4,911	—	2,758	9.4	44
北西	11,477	2.3	8,066	16.3	30
北東	8,652	1.4	6,164	23.8	29
南東	10,155	4.5	6,430	16.3	37
南西	22,921	0.5	9,097	3.8	60
ウェセックス	6,885	1.1	3,490	3.2	49
オックスフォード	4,119	0.2	3,090	5.2	25
サウス・ウエスタン	10,650	1.3	5,798	8.6	46
パーミングハム	13,802	4.4	9,293	13.7	33
マンチェスター	11,820	13.4	8,634	20.1	27
リヴァプール	8,066	10.3	4,509	23.3	44
ウェールズ	8,739	1.0	4,600	10.2	47
合計	151,899	3.2	92,047	13.1	39

さて次に精神病院の規模であるが、1960年には病床100以上の病院は130であったが、1975年においては、このような病院は110に減る見込みである。病床1,000以上の病院は、1960年において69。これが1975年には26になると見られている。

2. 病院計画の統計的根拠

この精神病対策を統計的に立案したのは、C.G.ToothおよびEileen Brookeであるが、精神障害

者に対する病床の今後の必要数算出に当り、二つの主要な問題があるとしている。即ち一つは、現在入院中の長期入院患者の減少（死亡もしくは退院による）の度合がどのくらいの割合かということと、もう一つは、今後の患者（短期、長期および中期間入院患者）に必要な病床数を算出することであった。

最初の問題について、この二人は1954年末に入院中でありしかも入院年数2年以上の患者の1955年から1959年に至る期間の経験を記録することによって、解明しようとした。

それによると、1954年末に入院中の在院二年以上の患者は112,000名であり、全体の病床の $\frac{3}{5}$ を占めることがわかった。しかしながら、これが1959年の末までに、78,000名に減少した。即ち22,000名以上の長期入院患者が死亡し、約11,000名が退院した。この割合でゆくと、死亡数だけを計算しても25年たてば、これら長期入院患者が居なくなることがわかった。

1955年から1959年に至る間の死亡率と退院率が、そのまま続くとすれば、1954年末に在院中の長期入院患者は16年後にはひとりもいないことを確めたのである。

さて第二の問題のうち、短期（3ヶ月以内）入院患者と、中期（3ヶ月から2年以内）入院患者、に対する必要病床数は、1954年および1956年に精神病院に入院したすべての患者について、異なる期間の後、病院にひきつゞき入院するものの割合を計算し、それに短期治療患者や、1956年から1959年迄の入院の実質的增加などを考慮に入れて補正して見積ったのである。それによると必要病床数は人口1,000人に対して、短期入院患者については0.34床、また中期間入院患者については0.53床であった。これらの推定数の中には、現在在院中の慢性患者と徐々に交代してゆくと見られる長期入院患者の集積については考慮していない。1958年に入院中の在院2年以上の患者（即ち長期入院患者）の動勢を調べると、15年間にこのような長期入院患者に対する必要病床数は人口1,000人に対して0.89まで増加し、その後は不変でゆくことが推定された。

以上の必要病床数の推定は多分に機械的算出に傾き過ぎており、実際に入退院状況や、病院の治療計画の現実に即しない点が、批判されている。また過去の経験から割り出した結果を今後15年間における必要病床数を真に予測することが可能かどうかとも論議の起きているところである。

精神衛生相談室活動の現況と問題

—最近の精神衛生相談業務統計より—

加藤 正 明

桜井 芳 郎, 中 村 治 子, 高 乗 公 子*

昭和27年に国立精神衛生研究所が発足すると同時に附属精神衛生相談室が、1、精神衛生の調査研究に必要な臨床資料を得る、2、精神衛生相談所及び児童相談所などに対するモデルクリニックとして運営の模範を示す。3、精神衛生業務技術者の訓練養成の為の実習の場を提供する等の目的をもって開設され、児童ならびに成人相談を開始し、精神医学、臨床心理学、精神医学ソーシャルワーク三者の臨床チームによる診断ならびに心理療法及びケースワーク治療、助言、紹介などの処置についての実践的研究を通じて我が国における精神衛生相談の運営管理と技術の発展に大きな貢献をして来た。なお相談室開設以来昭和37年度までの11年間に第1表の通り、児童1,694件、成人1,060

第1表 精神衛生相談受付件数

年 度	児 童		成 人	
	男 子	女 子	男 子	女 子
27	188	108	89	33
28	211	86	156	75
29	143	84	112	94
30	96	57	66	38
31	72	23	48	17
32	44	21	34	34
33	65	23	38	22
34	59	20	35	21
35	41	18	17	10
36	106	43	31	17
37	134	52	43	30
計	1,159	535	669	391

(昭和36年度以降は精神薄弱相談を含む)
なお東京相談室関係は含まず。

件、合計2,754件に達する相談件数を処理してきた。この間、相談室の運営ならびに組織は現実に則した、しかも最も望ましい姿をめざして変遷を重ね、また昭和36年4月には精神薄弱相談の開始、昭和37年5月には東京出張相談（神経研究所内）の開始、昭和38年10月には精神病患者に対するディケア・センターの開設、同年11月には精神薄弱者集団療法施設（通所）の開設などもあり、相談室活動は多彩な、しかも内容的にも充実した活動を展開して来た。また相談室の組織、機構ならびに運

* 国立精神衛生研究所 精神衛生部（精神衛生相談室）

営も昭和38年6月には精神衛生相談室運営要領の作成実施、同年9月には国立精神衛生研究所組織細則第7条に定める精神衛生相談室の運営及び管理を円滑ならしめる為の精神衛生相談室運営に関する内規の制定をみ、次第にその形を整えるに至った。

相談室には現在、相談室運営の業務を遂行する室員として加藤正明（室長）、桜井芳郎（併任）、中村治子（併任）、高乗公子（非常勤）及び斉藤和子（併任、東京出張相談担当）の5名（柏木昭、渡英中、10月帰国）が配属され、相談来所者の処理、手紙その他による相談問合せの処理、受付事務、資料統計の整理、東京出張相談関係事務などの業務を分担している。

相談業務は成人相談（毎週金曜日）、児童相談（毎週月曜日）、精神薄弱相談（成人、児童）（毎週水曜日）の三相談に分かれ、精神医学、臨床心理学、精神医学ソーシャルワーク三者よりなる臨床チームが相談を担当し、各相談ごとに診断会議を開いて診断をきめ処置を決定している。また急患の処理、電話、手紙による相談問合せなどの業務を行なう為に相談室に日直を置き所員全員（総務課を除く）が交代で担当している。なお相談室における重要事項を審議するために精神衛生相談室運営委員会が設けられ、委員には加藤正明、菅野重道（精神医学）、玉井収介、片口安史（心理学）、田村健二（社会学）、桜井芳郎、鈴木浩二（精神医学ソーシャルワーク）、松尾正俊（総務課長）、書記として中村治子、高乗公子（相談室）等が室長司会のもとに毎週定期的に会議を開いている。

成人、児童、精神薄弱各相談の診断決定後の処置は従来と同様に心理療法ならびにケースワーク治療、助言、紹介などであるが、特に精神薄弱相談では薬物投与（主として脳水解物セレモン）による効果の測定、主として15才以上の男女に医学的、精神療法的な立場から情緒的安定と改善をはかり、作業及び集団活動を通じて家庭生活、社会生活に必要な生活態度と知識を身につけ社会適応性を増進し社会生活の基礎をはかる為の集団療法施設（通所）への入所治療なども行なっている。児童相談では、子どもへのプレイセラピーと親に対するケースワーク治療を併行する方法が主体であり、この点に特色がある。たいてい、親と子は別々の人が担当し、週一回を原則としている。地域的には通所できる範囲にかぎられるが、その範囲のものでも処理しきれないのが実情である。継続期間はケースによりまちまちであるが、児童関係全体では常時少なくとも20ケースぐらいはつづけられている。児童相談においては、数が多い上に、親と子を別々の人が担当するので、この負担を消化していくために、関連地域の相談機関や学校との連けが必要になってくる。ある時期には児相、保健所と共同して幼児の精神衛生相談を保健所で行ったこともあり、市川、ついで松戸保健所で行っている3才児コンクールには毎年協力し、すでに8年の歴史をもっている。また、江戸川、葛飾、足立、江東など近い都内の各地区や、市川、千葉などの教育相談機関、児相、学校などとは常に密接な関係がたもたれている。

相談室の組織、機構が整備され運営の方法が確立されるにしたがって相談に訪れる来所者の数も急激に増加し、第2表の通り現在の組織、機構による運営が開始された昭和38年7月から12月までの6ヶ月間の新来受付件数203件（児童88件、成人71件、精神薄弱44件）、来所者数（新来、再来）は

1, 149名（児童相談510名, 成人相談358名, 精神薄弱相談281名）に達し, 日直者の処理業務も263件にのぼっており, 今後も増加の一途をたどるものと推定される。なお精神薄弱者集団療法施設の在園者も12名を数え, 希望者があいついでいる。

第2表 精神衛生相談業務統計

()内は家族その他の者との面接

		児童相談		成人相談		精神薄弱相談		計			
		男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子		
新 来 受 付 件 数	昭和38年7月	10	9	5	3	—	4	15	16		
	" 8月	5	4	4	4	2	—	11	8		
	" 9月	13	6	5	4	1	5	19	15		
	" 10月	15	5	15	2	5	7	35	14		
	" 11月	13	2	8	3	2	4	23	9		
	" 12月	4	2	12	6	7	7	23	15		
	計	60	28	49	22	17	27	126	77		
来 所 者 数	面 接 内 容 別	受付面接	35(6)	12(1)	25(2)	18	18(9)	12(7)	78(17)	42(8)	
		インタビュー	21(2)	18(1)	26(2)	13(1)	14(5)	13(5)	61(10)	44(7)	
		ステ	社会診断	9(5)	3	3(1)	1	7(1)	4(3)	19(9)	8(3)
			心理診断	34(5)	22(1)	14(1)	4	10	9	58(6)	35(2)
		デー	医学診断	46(3)	37(4)	11	33(4)	28(8)	28(9)	85(4)	98(14)
			特殊検査	—	—	3	—	—	—	3	—
		トリートメント	治別・養育(個別・集団)	134(30)	121(41)	66	129(4)	63(8)	48(7)	263(38)	298(52)
			助言	11(10)	4(2)	2	1	11(6)	10(5)	24(16)	15(7)
			紹介	—	—	5	1	—	2(2)	5	3(2)
		その他	3(3)	—	2(2)	1(1)	4(3)	—	9(8)	1(1)	
日 直 者 処 理 業 務	急患							101	55		
	電話による問合せ							59	25		
	文書による問合せ							12	10		
	その他							1	—		

(昭和38年7月～12月)

相談来所ケースの状況を概観すると第3表の如く, 性別は男子が60%を占めて多く, 居住地は児童, 成人相談ともに東京が多いが, 精神薄弱相談では地元の千葉県が多い。精神薄弱相談では従来からコミュニティ・ケア(地域社会活動)に力を入れ, 千葉県精神薄弱者更生相談所ならびに地元市川市の福祉事務所, 教育委員会, 手をつなぐ親の会をはじめ精神薄弱関係諸機関, 施設との結びつきが深く, また松戸保健所(松戸市, 柏市, 我孫子市, 沼南村など)の三才児検診, 乳幼児の養育相談などとの, きん密な連けいがとれている関係上, これら諸機関, 施設を経由しての相談依頼も

多い。主訴は児童相談では性格行動上の問題が最も多く、ついで言語上の問題となっており、成人相談では神経症、不眠、などの身体的な問題、性格上の問題などがかなりみられ、精神薄弱相談では知能発達上の問題、性格行動上の問題、てんかんなどの身体的な問題などがみられる。彼等の年

第3表 性別、居住地、主訴

		児童相談			成人相談			精神薄弱相談			計			
		男子	女子	計	男子	女子	計	女子	男子	計	男子	女子	計	
性別		60	28	88	49	22	71	17	27	44	126	77	203	
居住地	東京都	24	13	37	25	14	39	5	8	13	54	35	89	
	千葉県	25	12	37	18	5	23	12	17	29	55	34	89	
	その他	11	3	14	6	3	9	—	2	2	17	8	25	
	計	60	28	88	49	22	71	17	27	44	126	77	203	
主訴	行動性格上の問題	32	12	44	/	/	/	2	3	5	34	15	49	
	知能発達上の問題	3	—	3	/	/	/	5	5	10	8	5	13	
	学業上の問題	8	3	11	/	/	/	1	3	4	9	6	15	
	身体的な問題	6	4	10	/	/	/	2	7	9	8	11	19	
	言語上の問題	10	5	15	/	/	/	1	1	2	11	6	17	
	その他	1	4	5	/	/	/	4	3	7	5	7	12	
	計	60	28	88	/	/	/	15	22	37	75	50	125	
	訴	性格上の問題	/	/	/	10	4	14	—	—	—	10	4	14
		作業能力の問題	/	/	/	2	4	6	—	—	—	2	4	6
		身体的な問題	/	/	/	19	5	24	—	—	—	19	5	24
		性的な問題	/	/	/	1	1	2	—	—	—	1	1	2
		家庭の問題	/	/	/	1	—	1	—	—	—	1	—	1
		学校職場の問題	/	/	/	2	—	2	—	—	—	2	—	2
反社会的な問題		/	/	/	3	2	5	—	—	—	3	2	5	
精神障害の診療保護の問題		/	/	/	3	1	4	—	1	1	3	2	5	
優生上の問題		/	/	/	1	2	3	—	—	—	1	2	3	
その他		/	/	/	7	3	10	2	4	6	9	7	16	
計	/	/	/	49	22	71	2	5	7	51	27	78		

(昭和38年7月～12月)

令は児童、精神薄弱相談では小学校学令児及び就学前期の者が多く、成人相談では20才～30才が多い。主訴と年令との関係をみると乳幼児期では言語に関する問題が多いが乳幼児期から学令期にかけては性格行動上の問題が多くなり、学童期では知能発達上の問題ならびに学業上の問題などが多くみられ、子供の発育発達に伴う親の問題意識の移り変りが伺われ興味深い。

次に相談室活動の今後の問題について考えてみたい。

まず第1に問題になるのが開設当初に考えられた精神衛生相談所及び児童相談所のモデルクリニックとしての相談室活動についてである。昭和35年度精神衛生行政資料によると全国の精神衛生相談所の数は53ヶ所、取扱延件数は新規10,256人(成人7,550人、児童2,706人)継続8,354人に及び、

一方厚生指針 8 巻12号によると昭和36年現在、児童相談所の数は全国で124ヶ所、受付件数は23万件に達している。また昭和35年4月には精神薄弱者福祉法の施行によって全国に精神薄弱者更生相談所が46ヶ所設置され活動を開始し、厚生省統計調査部資料によると精薄者名簿登録数は昭和36年度92,952人、昭和37年度51,023人、福祉事務所に於ける精薄相談件数は40,118件にのぼっている。かかる地域に於ける精神衛生諸活動一適応上の問題、市民の精神健康の増進など一のモデルクリニックとして精神衛生相談室がその機能を充分にはたし得るかどうかが極めて問題である。過去に於いて、はたした数々の貢献一精神科医、臨床心理学者、精神医学ソーシャルワーカーのチームワークによる相談業務のやり方、心理療法ならびにケースワーク治療の方法と技術、面接技術など一は高く評価されるところでも地域社会の精神衛生センターとしての機能、活動、特にコミュニティーケアといった点からは、極めて疑問であり、法的な責任と権限を有し地域に根をおろした公立の相談機関を我々が有しないかぎりにはモデルクリニックとしてはたす役割は不十分なものとならざるを得ない。

第2に相談の方法、内容に関する問題である。過去10数年間、精神科医、臨床心理学者、精神医学ソーシャルワーカーの行なう相談面接の方法、内容に関して充分なる反省と批判がなされず、マンネリズムにおち入っている感がある。相談室が単なる個別的心理療法のみで終始して地域社会との密接な関係をもち有機的な機能を発揮するのに積極的でないとするならば、相談室開設の目的にももとのものと云わざるを得ない。この点、精神薄弱相談においては精神薄弱の診断に医学、心理学的診断と共にソーシャルワーカーによる精神薄弱者の社会生活力、人的環境、物的環境の診断などを行なう社会診断の必要性とその重要性をとり入れ、また処置の中にも医学的精神療法的な立場から情緒安定と改善をはかり、作業療法、レクリエーション療法、グループワークを通じて社会適応性を増進することを目的とした精神薄弱者集団療法活動を開始し、成人相談においても精神分裂病に対するディ・ケア・センターにおけるレク療法を中心に地域社会内治療を促進する方法を樹てていることなどは注目されてよいであろう。しかしこれらの試みも、例えば社会診断を行う為の、訪問指導費の支出、集団療法活動の為の人員費、備品設備など役所の機構、予算の枠に縛られ、充分なる成果をあげることははなはだ難しい。

我々の行なってきた相談活動の方法、内容を反省、検討し今後我々のとるべき方法を明らかにするための努力も忘れてはならない。この点に関しては精神薄弱児については、相談室開設以来9年間に精神薄弱と診断された児童の予後を追跡調査するとともに親の相談に対する意見、感想をアンケートによってとらえ、その結果を明らかにした資料を有している。

第3に相談室運営に必要な専任職員の配置がまったく無いことである。相談室活動に対する一般社会ならびに諸機関からの期待と要望はきわめて高く、相談申込件数も急激に増加の一途をたどり、児童、精神薄弱相談では申込んでから1ヶ月位待たされるケースがかなりあり、又来所者の居住地も東京、千葉などの近県ばかりではなく、大分、福島、富山、岐阜などの遠方よりの者もみられる。

これに対し各相談担当者はいづれも研究，研修業務のかたわら相談業務を担当しており，専任の相談員が皆無のため，やむなく可能なかぎり相談依頼をことわっている現状で期待と要望には充分にこたえられない状態にある。また年間2,500名にのぼる相談来所者を処理する為の相談室専任職員すら1名もいない状態である。昭和36年には，待望の専任室員として受付員が1名配置され業務が円滑に運ばれるようになったが，本人の都合で退職した後は補充されず，現在はわずかに1名の非常勤職員がいるのみである。

以上，精神衛生相談室活動の現況と問題について述べてきたが，今後ますますその重要性をましてくる精神衛生諸活動の推進のため精神衛生相談室がそのもつ問題を克服，解消して拡充強化され，真に我が国における精神衛生行政に大きく貢献できるよう関係者ならびに一般社会の理解と協力を願うものである。

精神衛生相談室運営に関する内規

(目 的)

第1条 この内規は本研究所組織細則第7条に定める精神衛生相談室「以下相談室と云う」の運営及び管理を円滑ならしめるためこれを定める。

(相談室の業務内容)

第2条 相談室においては精神衛生相談に関する技術及び運営等に関することをつかさどる。

(運営委員会)

第3条 相談室における重要事項を審議するため相談室運営委員会「以下委員会という」を置く。
委員会は室長，精神医学，心理学，社会学，ソーシャルワークを専門とする者及び総務課長をもって構成し所長がこれを任命する。

(担 当 者)

第4条 相談室における臨床チームと日直の勤務表は室長がこれを定め所長の承認を受けるものとする。

(相談室の運営)

第5条 相談室の運営については別紙運営要領によるものとする。

(業 務 日 誌)

第6条 相談室における業務は本研究所処務細則第11条に定める日誌にこれを記録し所長の閲覧を受けなければならない。

附 則

1. この内規は，昭和38年9月16日から実施する。
2. この内規の制定により従来 of 相談室運営内規は廃止する。

精神衛生相談室運営要領

I 精神衛生相談室の運営に関する業務を遂行する為に室員を置き、室員は次の業務を分担する。

- 業務分担 受付面接、相談来所者の処理
手紙その他による相談問合せの処理
受付事務
資料整理、統計その他
東京出張相談関係事務

II 精神衛生相談室においては成人相談、児童相談、精神薄弱相談（成人、児童）を受けける。

- (1) 成人相談 毎週金曜 A.M 10.00～12.00
(2) 児童相談 毎週月曜 A.M 10.00～12.00
(3) 精薄相談 毎週水曜 A.M 10.00～12.00
(成人、児童)
(4) 東京出張相談 毎週水曜、木曜、土曜 A.M 10.00～17.00

(イ) 相談チームはGENERAL STUDY終了までの責任をもちGENERAL STUDYの終了したケースについては、相談チームごとに診断会議を開き、その結果を相談室運営委員会へ報告し、運営委員会で以後の処置を決める。

(ロ) STUDYはGENERALのほかにSPECIFIC STUDYとしてE. E. G, 生化学検査, 特種心理検査などを必要に応じて行う

III 運営委員会

- (1) 運営委員会は毎週月曜P.M2.00～3.00に相談室長が招集する。

IV 精神衛生相談室に相談担当の日直者を置く。日直者は所員,(所長, 総務課員を除く。)が交代で行なう。

- (1) 日直は、月、火、水、木、金、土の全日に行なう。
(2) 日直者は、相談室より日誌を各自の勤務場所へ持参し、急患及び電話、手紙による相談問合せなどを処理し、必要事項を日誌に記入し、勤務終了後相談室長へ提出する。
(3) 日直者は急患の場合は、相談申込書に記入させ、それを受付簿へ転記し面接する。面接記録は日誌にはさみ、面接カードはBOXに入れる。なお、急患を再度相談室へ来所させる必要がある場合は、次の面接日はAPPOINTせず、相手の連絡先を聞き、後日連絡するむねを話して帰す。

手紙による問合せについては、手紙を開封し、内容を確認して日誌にはさんでおく。

電話による問合せの場合はAPPOINTの必要あるときは、相手の連絡先を聞いて後日連絡するむねを話す。

V 相談業務遂行上の留意事項

(1) 相談の事務手続き

相談来所者の受付は相談申込書に記入させ、それを受付簿へ転記し、受付面接担当者は来所者と面接し、相談ケースに応じて次回の APPOINT、紹介、委託、助言などの相談ケース選択の業務を行なう。

(2) 新患のAPPOINTについて

本相談室で受理し成人、児童、精薄（成人、児童）の各相談に廻すのを適当と相談室長が認めたケースについては、次回のAPPOINTを行なう。

APPOINTは、相談室長が各相談担当者の担当日に原則として1日2ケースの割合で機械的にくり入れ、担当者にその旨を連絡する。相談担当者は担当日が都合の悪い場合は代理人を置くか、もしくは、代理人が得られない場合には、相談を中止するむねをまえて、相談室員に通知する。

相談室では、APPOINTしたらAPPOINTノートに日時、内容、担当者名、クライアント氏名を記入しAPPOINTカード（所内用）に転記しAPPOINT BOXに入れておき、相談担当者がAPPOINT BOXをみれば、自分の担当のケースの面接日時、内容、クライアント氏名が分かるようにしておく。

(3) 再来ケースのAPPOINTについて

相談担当者は自分の担当のケースをAPPOINTする場合には、相談室員に連絡、APPOINTがだぶらないようにすると、もに担当者はAPPOINT BOXにAPPOINTカード（所内用）を入れておくこと。

(4) 再来ケースの面接について

再来ケースの面接状況を捕そくする必要上、面接担当者はINTAKE, STUDY, TREATMENTを問わず面接ごとに面接カードに記入し、面接終了後面接カードBOXに入れておくこと。面接カードの集計は相談室において行なう。

(5) ケース記録の管理について

INTAKE, STUDY, TREATMENTなどの記録は面接終了ごとに相談室の所定の場所へもどしておくこと。

相談室では継続中、終了を問わずキャビネットにABC順に入れて保管しておく。

面接者はキャビネットから各自ケースレコードを引きだして面接する。

ケースレコードを相談室から借り出す場合は所定の用紙に記入し、相談室員の了解を得てから持ち出すこと。

(6) 部屋の使用について

月、水、金の午前中の診察室、面接室、プレイルームの使用は当日の相談チームの使用を優

先させる。

当日の相談チーム以外の使用を禁止する室は原則として次の通りであるが、相談チームの了解を得ればチーム以外の者の使用も認める。

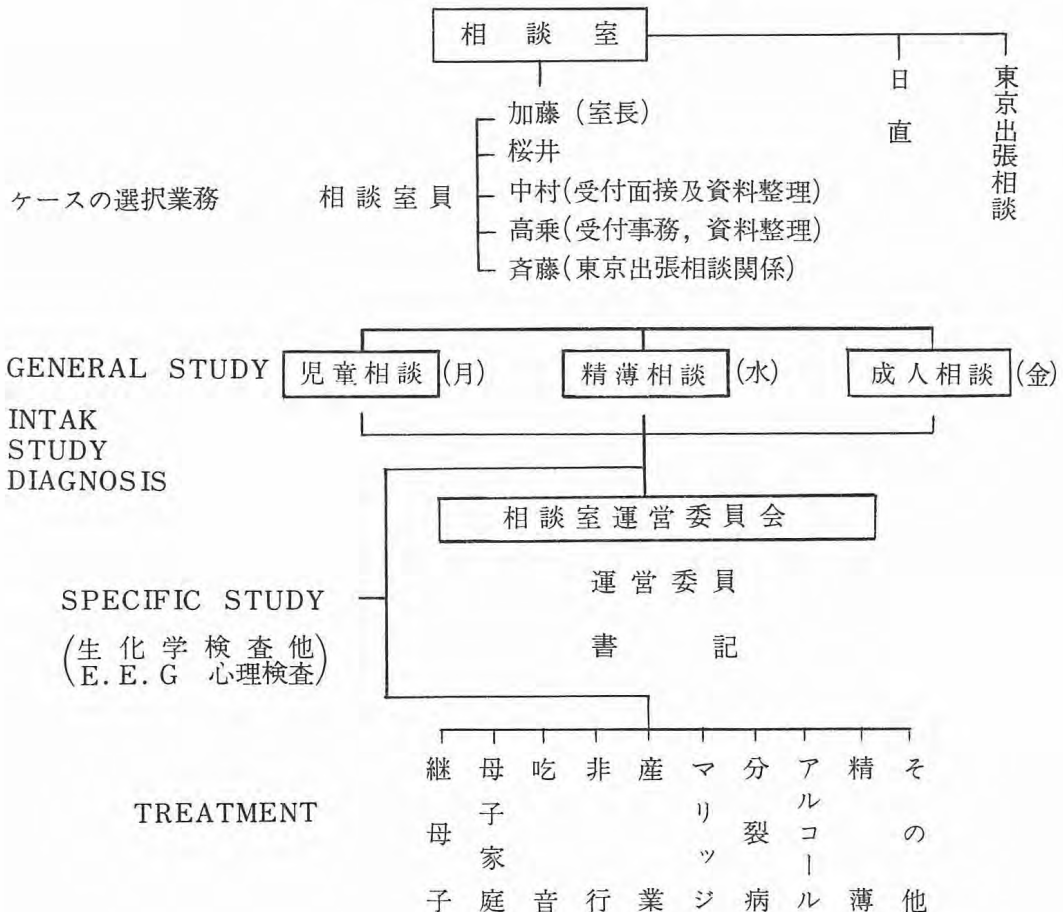
1. 診察室
2. 面接室，第1室，第2室，第4室
3. プレイルーム，第11室，第16室

VI この運営要領にもとづく相談業務の実施は昭和38年6月10日からとする。

記録用紙は次の通りに使用すること。

- | | |
|------|-------------|
| グリーン | 受付(ケース選択業務) |
| 黄色 | インテーク，社会診断 |
| 水色 | 心理診断 |
| 白色 | 医学診断及び治療 |

相談室運営組織図



精神衛生相談業務統計週報

(年 月 日 ~ 年 月 日)

新来受付件数 件
 来所者数(新・再) 件
 日直者処理業務 件

国立精神衛生研究所 精神衛生相談室
 係氏名

新来受付件数の内容別	居住地	児童相談		成人相談		精神薄弱相談						計					
						児童		成人		計							
						男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
相談理由別	東京都																
	千葉県																
	その他																
	計																
	性格行動上の問題																
	知能発達上の問題																
	学業上の問題																
	身体的な問題																
	言語上の問題																
	その他																
	計																
	性格上の問題																
	作業能力の問題																
	身体的な問題																
	性的な問題																
家庭の問題																	
学校職場の問題																	
反社会的な問題																	
精神障害の診察																	
保護の問題																	
優生上の問題																	
その他																	
計																	
面接内容別	受付(ケース選択)																
	インタビュー																
	スタ一般	社会診断															
		心理診断															
		医学診断															
	計																
特殊検査																	
トリートメント	計																
	治療(個別・集団)																
	助言																
	紹介																
日直処理業務	その他																
	計																

日 直 日 誌

日 直 日 誌			
年 月 日	年 月 日	曜 日	室長印
日直者氏名 及び捺印			係員印
記 事			
急 患	電 話	手 紙	そ の 他
氏名 連絡先 内容 処置	氏名 連絡先 内容 処置	氏名 連絡先 内容 処置	
備 考			

児 童 相 談 記 録 カ ー ド

男 女												
	No.	受 付	年 月 日									
氏 名	生年月日		年 月 日(才 月)									
担 当 者	インテーク	スタディ	治 療									
治療開始	年 月 日		終 結	年 月 日								
現 住 所												
保 護 者	続 柄		職 業									
家 族 構 成	摘 要											
精神薄弱	精神	精神神経症及び神経症	癡癲性疾患 (てんかんを含む)	身体疾患又は欠陥に伴う 行動異常	精神病質	教育上の特殊欠陥	習性素	癖格行	一次的行動異常	社会的問題	その他の問題	未 決 定
行動異常を伴う	病	症	患	う	質	陥	素	行	常	問	題	
行動異常を伴わぬ		症	患	う	質	陥	素	行	常	問	題	

男 女												
来所経路	1. 本人 2. 個人紹介 3. 児童相談所 4. 学校 5. 社会福祉施設 6. 医療保健施設 7. 其の他											
相談理由別	1. 性格行動上の問題 2. 智能発達上の問題 4. 学業上の問題 3. 身体的な問題 5. 言語 上の問題 6. 其の他の問題											
テ ス ト	智能検査() SMS CAT(TAT)PFT ロールシャッパ											
脳 波	1 回 2 回 3 回											
処 置	1. 心理療法 (イ)直設 (ロ)間接 (ハ)協働 (ニ)集団 2. 助 言 (イ)本人 (ロ)家族 (ハ)其の他 3. 紹 介 (イ)医療保健施設 (ロ)社会福祉施設 (ハ)特殊教育施設 (ニ)児童相談所 (ホ)其の他 4. 未 処 置											
協働治療の方法	1. 児童の母 2. 児童と父 3. 児童と父母											
転 帰	1. 終 結 (イ)治癒 (ロ)軽快 (ハ)未治 2. 事故中断 3. 継 続 中											
診 断 別												
未 決 定	其の他の問題	社会的問題	一次的行動異常	習性素	癖格行	教育上の特殊欠陥	精神病質	身体疾患又は欠陥に伴う 行動異常	癡癲性疾患 (てんかんを含む)	精神神経症及び神経症	精神	精神薄弱
	問	題	問	素	行	陥	質	常	患	症	病	
	題	題	常	行	行	陥	質	常	患	症	病	

成人相談記録カード

男 女											
No.				受付	年 月 日						
氏 名				生年月日	年 月 日(才月)						
担当者	インテーク			インテーク	スタディ						
治療開始	年 月 日			終 結	年 月 日						
現住所											
保護者				続柄	職業						
家 族 構 成				摘 要							
精神分裂病	躁うつ病	退行期及び老年性精神障害	てんかん	中毒性精神障害	精神病質	精神薄弱	その他の精神障害	精神神経症及び神経症	社会的適応困難	其の他	未決定

男 女												
来所經由	1. 本人 2. 個人紹介 3. 学校 4. 社会福祉施設 5. 医療保健施設 6. その他											
相談理由別	1. 性格上の問題 2. 作業能力の問題 3. 身体的な問題 4. 性的な問題 5. 家庭の問題 6. 学校職場の問題 7. 反社会的問題 8. 精神障害の診療保護の問題 9. 優生上の問題 10. その他											
テ ス ト	智能検査() TAT ロールシャツハ その他											
脳 波	1 回 2 回 3 回											
処 置	1. 心理療法 (イ)直接 (ロ)間接 (ハ)協働 (=)集団 2. 助 言 (イ)本人 (ロ)家族 (ハ)其他 3. 紹 介 (イ)医療保健施設 (ロ)社会福祉施設 (ハ)其他 4. 未 処 置											
転 帰	1. 終 結 (イ)治癒 (ロ)軽快 (ハ)未治 2. 事故中断 3. 継 続 中											
診 断 別	未 決 定	其 の 他	社会的適応困難	精神神経症及び神経症	其の他の精神障害	精神薄弱	精神病質	中毒性精神障害	てんかん	退行期及び老年性精神障害	躁うつ病	精神分裂病

面接カード

No.	面接カード					児,成,薄,
日時	年 月 日 曜日 AM PM 時 分~ 時 分					
担当者名						
クライアント 患者名					男	年令
居住地	東京都,千葉県,その他()					
受付(ケース選択),インテーク,スタディ(一般,特殊 医,心,社)治療,その他()						
診断名(相談理由)						
処 置						
転 帰	終 結,継 続,その他()					
備 考						

アポイントカード

アポイントカード (所内用)	児,成,薄,	担当 指名
日時	年 月 日 曜日 AM PM 時 分	
クライアント 患者名	男	年令
居住地	東京都,千葉県,その他()	
受付(ケース選択),インテーク,スタディ(一般, 特殊,医,心,社),治療,その他()		
内 容;		
備 考;		

昭和 37 年度

相談業務統計

	児 童		成 人		計	
	男	女	男	女		
来 所 件 数	134	52	43	30	259	
受 理 件 数	134	52		30	259	
居 住 地 別	東 京 都	61	20	19	15	215
	千 葉 県	59	25	20	10	114
	神 奈 川 県	2	1	3	1	17
	そ の 他	12	4	1	4	21
	計	134	52	43	30	59
来 所 経 路 別	本 人	30	9	29		89
	個 人 紹 介		14	9	6	61
	児 童 相 談 所	3	3	—	—	6
	学 校	25	6	1	—	32
	医 療 保 健 施 設	20	10	1	1	32
	社 会 福 祉 施 設	1	1	—	1	3
	そ の 他	23	9	3	1	36
計	134	52	43	30	259	
年 令 別	0 ~ 5 才	40	24			64
	5 ~ 11	54	14			68
	12 ~ 14	21	7			28
	15 ~ 17	19	7			126
	計	134	52		1	
相 談 理 由 別	18 ~ 19 才			7	16	8
	20 ~ 29			22	9	38
	30 ~ 39			10	4	19
	40 ~ 49			1	—	5
	50 ~			3	30	3
	計			43		73
	性 格 行 動 上 の 問 題	73	22			95
	知 能 発 達 上 の 問 題	12	9			21
	学 業 上 の 問 題	11	4			15
	身 体 的 問 題	9	4			13
	言 語 上 の 問 題	22	10			
	そ の 他	7	3			10
	計	134	52			186
	性 格 上 の 問 題			17	18	35
	作 業 能 力 の 問 題			2	2	4
身 体 的 問 題			3	—	3	
性 的 問 題			—	1	1	
家 庭 の 問 題			3	3	6	
学 校 職 場 の 問 題			4	3	7	
反 社 会 的 問 題			1	—	1	
精 神 障 害 者 の 診 療 保 護 の 問 題			7	1	8	
優 生 上 の 問 題			—	—	—	
そ の 他			6	2	8	
計			43	30	73	

註 来所者及び受理件数は年度途中で専任室員の退職後、補充されないままに現在に至っているため現存資料についてのみ統計したものであるため実際の件数はこれを大巾に上廻っているものと推定される。

		児 童		成 人		計			
		男	女	男	女				
診 断 別	精神弱	行 動 異 常 を 伴 う	6	2			8		
		伴 わ な い	23	13			36		
	精 神 病	6	2			8			
	精 神 神 經 症, 神 經 症	2	1			3			
	痙 攣 性 疾 患	6	3			9			
	身 体 疾 患 又 は 欠 陥 に 伴 う 行 動 異 常	3	1			4			
	精 神 病 質	1	1			2			
	教 育 上 の 特 殊 欠 陥	2	1			3			
	一 次 的 行 動 異 常	習 癖 異 常	18	7			25		
		性 格 異 常	2	5			21		
		神 經 症 的 異 常	2	—			2		
		素 行 異 常	14	2			16		
	社 会 的 問 題	—	—			—			
	そ の 他 の 問 題	3	1			4			
	未 決 定	32	14			46			
計	134	52			186				
処 置 別	児 童 治 療 協 働 方 法	精 神 分 裂 病			4	4	8		
		躁 鬱 病			1	1	1		
		退 行 期 老 年 性 精 神 障 害			—	—	—		
		て ん かん			2	—	2		
		中 毒 性 精 神 障 害			—	—	—		
		精 神 病 質			1	2	3		
		精 神 薄 弱			1	—	1		
		そ の 他 の 精 神 障 害			—	—	—		
		精 神 神 經 症 神 經 症			9	13	22		
		社 会 的 適 応 困 難			4	3	7		
		そ の 他			3	3	6		
		未 決 定			18	4	22		
		計			43	30	73		
		児 童 協 働 方 法	児 童 治 療 協 働 方 法	直 接 接 触	4	—	7	8	19
				間 接 接 触	—	—	—	1	1
協 働 集 団	12			4	1	1	18		
集 団	—			—	—	—	—		
本 人 助 言	3			2	8	12	25		
家 族 助 言	61			19	7	1	88		
そ の 他 助 言	1			—	—	—	1		
医 療 保 健 施 設 紹 介	20			5	13	5	43		
社 会 福 祉 施 設 紹 介	1			—	1	—	2		
特 殊 教 育 施 設 紹 介	3			1	—	—	4		
児 童 協 働 方 法	児 童 治 療 協 働 方 法	児 童 相 談 所 紹 介	1	2	—	—	3		
		そ の 他 紹 介	1	—	—	—	1		
		薬 物 療 法	4	7	—	—	11		
		未 処 置	23	12	6	2	43		
計	134	52	43	30	259				
児 童 協 働 方 法	児 童 治 療 協 働 方 法	児 童 と 母	12	4			16		
		児 童 と 父	—	—			—		
		児 童 と 父 母	—	—			—		
		計	12	4			16		

精神薄弱相談記録カード

男 女						男 女
児成	No.		受付	年月日		来所経路 1. 本人 2. 個人紹介 3. 相談機関 4. 学校 5. 社会福祉施設 6. 医療保健施設 7. その他
氏名			生年月日	年月日(才月)		相談理由別 1. 性格行動上の問題 2. 知能発達上の問題 3. 学業上の問題 4. 身体的な問題 5. 言語上の問題 6. その他の問題
担当者	インターク	スタデイ		治療		テ ス ト 智能検査 (SMS CAT(TAT)PFT) ロールシヤツハ
治療開始	年月日	終結	年月日		脳 波 1 回 2 回 3 回	処 置 1. 心理療法 (イ)直接 (ロ)間接 (ハ)協働 (=)集団 2. 薬物療法 3. 協同療法 (1+2) 4. 集団療法 5. 助 言 (イ)本人 (ロ)家族 (ハ)その他 6. 紹 介 (イ)医療保健施設 (ロ)社会福祉施設 (ハ)特殊教育施設 (=)相談機関 (ホ)その他 7. 未 処 置
現住所						転 帰 1. 終 結 (イ)治愈 (ロ)軽快 (ハ)未治 2. 事故中断 3. 紺 続 中
保護者			続柄	職業		診 断 別
家族 構成			摘 要			物 的 環 境 人 的 環 境 社 会 生 活 力 合 併 症 性 格 行 動 上 の 問 題 知 能 障 害
知 能 障 害	性 格 行 動 上 の 問 題	合 併 症	社 会 生 活 力	人 的 環 境	物 的 環 境	物 的 環 境 人 的 環 境 社 会 生 活 力 合 併 症 性 格 行 動 上 の 問 題 知 能 障 害

文 献

- 相談室概観：国立精神衛生研究所創立5周年記念誌 昭和32年
- 附属精神衛生相談室の概況：高木四郎 精神衛生研究第5号 昭和32年
- 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室運営の経験：高木四郎 精神衛生研究第6号 昭和33年
- 相談室の歩み：柏木昭 国立精神衛生研究所創立10周年記念誌 昭和37年
- 国立精神衛生研究所精神衛生相談室の現状：柏木昭 精神衛生資料10号 昭和37年
- 精神衛生相談所の現状：加藤正明 精神衛生資料10号 昭和37年
- 児童相談機関の現状：玉井収介 精神衛生資料10号 昭和37年
- 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に来所し精神薄弱と診断された児童の実態とその予後についての観察：菅野重道、
桜井芳郎、湯原昭、飯田誠、山内洋子、精神衛生研究10号 昭和37年
- 精神衛生相談業務統計月報、週報：精神衛生相談室
- 社会福祉行政業務報告：厚生省統計調査部

東京出張相談の現況

齊藤和子*

はじめに

東京出張相談室は、昭和37年5月に開設された。場所は東京都新宿区牛込弁天町 神経研究所附属晴和病院の一階の部屋を借り5月10日木曜日から、「国立精神衛生研究所東京出張相談室」としてその業務が実施され、現在に至っている。

相談室の目的は、相談活動を行うことによって、一般への精神衛生の分野でのサービスを提供し、啓蒙すると同時に、これらの業務および研究のための基礎資料を集めることである。

精神衛生というこの人間的なテーマをかかげている研究所としては、人の住む街の息吹きに直接触れ、且つ精神科病床に近接することは必須である。したがって東京出張相談室は附属病院をもたない研究所として、そのための唯一の相談室であった。

東京に出張所が設けられたのは、ただに相談室の拡張という意味でなく、研究所全体の研究の充実、ひいては我国の精神衛生事業の推進力ともなる故に設けられたのである。

相談内容

相談日は休日を除く毎日、午前9時から午後5時まで行われた。新来ケースは午前中のみ受け付ける。相談の方法は市川の研究所でのと同じである。^{註1}医師、心理学者、ソーシャルワーカー、社会学者がチームを構成し、チームごとに各曜日を担当した。受け付けて、受理面接の済んだケース、スタディ中のもの、治療の経過等は市川で行われるケースカンファレンスに提出された。記録用紙など全て同じものを使用した。

以下統計は、昭和37年5月10日から昭和38年3月31日までに訪づれたケースについてまとめたものである。

新来者は221人、再来は延845人、合せて1,066人である。〔表一〕

第1表 来所者内訳

	児 童				成 人				総 数 100%
	男(%)	女(%)	計	%	男(%)	女(%)	計	%	
新 来	51 (76.0)	16 (24.0)	67	30.2	79 (51.3)	75 (48.7)	154	69.8	221
再来(延)	102	59	161	19.1	262	422	684	80.9	845
計	153	75	228	21.4	341	497	838	78.6	1,066

* 国立精神衛生研究所 精神衛生部(精神衛生相談室)

註1 精神衛生資料10号「国立精神衛生研究所精神衛生相談室の現状」参照

新来の約70%が18才以上の成人であり、児童は30%、— 総数では成人は80%となって、児童よりはるかに多い、男女比は、児童では男が76%となって女より多く、成人ではほぼ同数である。再来回数数の平均をとると、最も多いのが成人の女で5.9回、次が児童の女で3.7回、以下成人の男3.3回、児童の男2回となっている。

来所者の居住地の内訳は〔表—2〕である。東京都が約70%で多く、次が神奈川の7%である。

第2表 新 来 来 所 者 の 居 住 地 別

地 区	成人及児童	地 区	成人及児童	地 区	成人及児童	地 区	成人及児童
東 京 都	152	中 野 区	7	千 代 田 区	3	都 下	15
新 宿 区	20	目 黒 区	7	中 央 区	3	神 奈 川 県	15
杉 並 区	19	江 戸 川 区	5	葛 飾 区	2	千 葉 県	8
世 田 谷 区	11	品 川 区	5	港 区	2	埼 玉 県	8
大 田 区	11	江 東 区	4	足 立 区	1	そ の 他 の 県	7
豊 島 区	9	涉 谷 区	4	台 東 区	1	不 記	31
文 京 区	7	北 区	4	墨 田 区	1		
板 橋 区	7	練 馬 区	3	荒 川 区	1	計	221

都内では全区から来ている。その他の県というのは、茨城県、静岡県、新潟県、福島県、山形県である。

来所経路は〔表—3〕に示す。

第3表 来 所 経 路

	児 童			成 人			総 計
	男	女	計	男	女	計	
本 人	24	8	32	50	52	102	134
個 人 紹 介	6	3	9	13	7	20	29
児 童 相 談 所	2		2	1		1	3
学 校	2	2	4	1		1	5
医 療 保 健 施 設	7	3	10	5	10	15	25
社 会 福 祉 施 設	6		6	2	1	3	9
そ の 他	4		4	7	5	12	16
計	51	16	67	79	75	154	221

本人というのは、だれからも紹介されず、たとえば出張相談室の看板を見て来所した者などである。個人の中には、病院の医師、ケースワーカー、相談所員、各種事業所管理者などがいる。医療保健施設は、部屋を借りている晴和病院などの精神病院や国立病院、大学病院などの総合病院の神経科などが多い。社会福祉施設としては都や区の教育相談所、婦人相談所、各県の精神衛生相談所などである。その他は、精神衛生会や普及会の講演で紹介されたり、新聞で知った者警視庁からの依頼などである。

やはり、個人、医療保健施設、その他など、相談事業を主な事業としていないところからの紹介

が多い。

来所者の年齢は〔表-4〕である。

第4表 来所者 年齢

区 分		男	女	計	%
児 童	0～5	7	1	8	
	6～11	17	5	22	
	12～14	10	3	13	
	15～17	17	5	22	
	不 明		2	2	
計		51	16	67	100
成 人	18～19	6	7	13	
	20～29	33	32	65	
	30～39	23	13	36	
	40～49	3	7	10	
	50～	5	6	11	
	不 明	9	10	19	
	計	79	75	154	100

児童では6～11才と15～17才が夫々 $\frac{1}{3}$ づつを占め、成人では20～29才が約40%、30～40才が23%合せて20～39才が65%を占めている。18～19才では記載のあるものだけで大学生2人、高校生1人、20～29才では、大学生11人、浪人1人がいる。

相談室であるために、はじめて来所するときに問題になっている本人が来ないこともある。ついに最後まで本人は来ないこともある。来所者の種類は〔表-5〕に示す。

第5表 新来者の同伴者の有無

	児 童			成 人			総 計
	男	女	計	男	女	計	
本人が来所	29	11	40	57	57	114	154
後に本人も来所	10	1	11		2	2	13
計	39	12	51	57	59	116	167
本人は来所しない	12	4	16	22	16	38	54
総 計	51	16	67	79	75	154	221

第6表 来所者内訳

本人が来所しないケースの来所者	児 童			成 人		
	男	女	計	男	女	計
父 親	7	1	8	6	1	7
母 親	3	3	6	4	8	12
両 親	1		1	1		1
配 偶 者				3	3	6
子 供				2	2	4
兄 弟				3	1	4
(その他)	1		1	3	1	4
計	12	4	16	22	16	38

最後まで本人が来所しなかったケースの、問題をもって来た人の内訳は〔表-6〕である。児童で父親が多いことが注目される。

相談理由は〔表-7〕に示す。後に本人が来所したケースは本人が来所してのの中に含めてある。以後の表も全てそうである。

第7表 相談理由別

項 目	本人が来所した			本人は来所しない			総計	
	男	女	計	男	女	計		
児 童	性格行動上の問題	21	3	24	6	3	9	33
	知能発達上の問題	2	1	3				3
	学業上の問題	5	2	7	4		4	11
	身体的な問題	4	1	5	1		1	6
	言語上の問題	3		3				3
そ の 他	4	5	9	1	1	2	11	
計	39	12	51	12	4	16	67	
成 人	性格上の問題	6	12	18	5	2	7	25
	作業能力の問題	4	5	9		1	1	10
	身体的な問題	9	13	22	1	1	2	24
	性的な問題	2		2	1	1	2	4
	家庭の問題	3	9	12	3	2	5	17
	学校職場の問題	5	5	10	2		2	12
	反社会的な問題		3	3	1		1	4
	精神障害の診療保護の問題	12	6	18	9	8	17	35
人	優生上の問題	3		3				3
	そ の 他	13	6	19		1	1	20
	計	57	59	116	22	16	38	154

第8表 年令別相談理由

理由	年令					不 記	
	0～5才	6～10才	11～14才	15～17才			
児 童	性格行動上の問題	6	13	4	9	1	
	知能発達上の問題		3				
	学業上の問題		3	3	5		
	身体的な問題		2	2	2		
	言語上の問題	2		1			
	そ の 他		1	3	6	1	
	計	8	22	13	22	2	
成 人	理由	18～19才	20～29才	30～39才	40～49才	50才～	不 記
	性格上の問題	5	13	1		5	1
	作業能力の問題	1	8	1			
	身体的な問題	1	13	8	1	1	
	性的な問題		2	2			1
	家庭の問題		5	4	1	2	5
	学校職場の問題	1	5	2	2		2
	反社会的な問題	1	3				
	精神障害の診療保護の問題	2	12	10	2	2	7
	優生上の問題			1		1	1
	そ の 他	2	4	7	4		2
計	13	65	36	10	11	19	

児童では性格行動上の問題が最も多く約50%、次が学業上の問題である。成人では、身体的な問題が多く、性格上の問題、精神障害の診療保護の問題が次いでいる。女では家庭の問題が多い。これらの相談理由を年齢別にみたものが〔表-8〕である。

これで見ると、児童では性格上の問題が、5才までの理由の70%以上を、6~11才で50%以上となっている。

15~17才では、学業上の問題が他年齢より高率である。

来所者の処置別は〔表-9〕の通りである。

第9表 処 置 別

項 目	本人が来所した								本人は来所しない								総 計
	児 童			成 人			計	児 童			成 人			計			
	男	女	計	男	女	計		男	女	計	男	女	計				
心理療法	直 接	14	2	16	14	25	39	55								55	
	協 力	4	3	7	1	1	2	9								9	
助 言	本 人	2		2	15	9	24	26								26	
	家 族	9	3	12	2	2	4	16	9	4	7	19	15	34	47	63	
	そ の 他		2	2		1	1	3				2		2	2	5	
紹 介	医療保健施設	1		1	10	5	15	16				1		1	1	17	
	社会福祉施設					1		1					1	1	1	2	
	特殊教育施設																
	児童相談所																
未 処 置	そ の 他																
	計	9	2	11	15	15	30	41	3		3				3	44	
計		39	12	51	57	59	116	167	12	4	16	22	16	38	54	221	

心理療法の協力というのは本人と家族などを同時に治療していった場合である。本人が来所したケースで未処置が約25%を占めている。これは提当者の記載がないためにどのような処置をしたかわからないもの、中断したケースなどである。しかし、いづれも第一回の面接で助言は行われてい

第10表 診 断 別

児 童				成 人				
診 断 名	男	女	計	診 断 名	男	女	計	
精神薄弱	行動異常を伴う	1	1	2	精神分裂病	4	4	8
	行動異常を伴わない	1		1	躁うつ病	2	2	4
精神病	2		2	退行期及び老年性精神障害				
精神神経症及神経症	2	1	3	てんかん	2		2	
身体疾患又は欠陥に伴う行動異常				中毒性精神障害	5		5	
教育上の特殊欠陥	3		3	精神薄弱				
一次的行動異常	習癖異常			その他の精神障害		1	1	
	性格異常	7		7	精神神経症及神経症	11	12	23
	神経症的異常				社会的適応困難	1	2	3
	素行異常	1		1	そ の 他	6	8	14
社会的問題	2	1	3	未 決 定	26	30	56	
その他の問題	2	2	4					
未 決 定	18	7	25					
計	39	12	51	計	57	59	116	

ると考えられ、全く何も手をつけなかったというのではなく、時間を定めた心理療法とか、具体的な施設の紹介などはなされなかったというものも入っている。

来所者の診断別は〔表-10〕である。

診断の未決定は、目下継続中のケースであったり、終結ないし中断のまま経過観察中で診断保留のものなどである。

以上のような状況を見て、まづ来所した人が意外に多かったことに気づく。東京相談室は、たしかに全研究所をあげての活動ではあるが現実に出張できる人数には限りがあった。また面接室も不備であるが、需要の多いことは確かである。地域的には東京都内居住者が圧倒的に多く、しかも、全区から来ている。全国的視野といても、いかにも東京的ではあるが、その内容においては、現代の精神衛生を考えると、市川では得られなかった貴重な資料も混っている。相談理由として前表のように単純な表現にしてしまうと目立たないが、たとえば児童では、中学浪人、睡眠薬遊び、など。成人では、大学生の登校拒否、家庭の主婦の不満、勤労者の訴えなど、夫々の中でもさまざまに質のちがう問題がある。今回は、全体的な傾向としての統計であるが、今回はこれらのケースのうちからケース報告としてまとめたいと思う。

今後の東京相談室のあり方はまた話し合いの中からでてくると思われるが、何よりもまづ正規の出張機関としてもらい、それによって業務上、管理上の体制を整えたいと思う。

精神衛生資料

—第 11 号—

編集責任者

菅野重道

発行所

国立精神衛生研究所
千葉県市川市国府台町1の2

印刷所

有限会社弘文社
市川市真間町1丁目716番地

(非売品)