


# 精神保健研究

第13号(通巻46号) 平成12年(2000年)



## 特集 今後の精神保健研究

### 第1部：精神保健福祉の現状と課題

精神障害者社会復帰施設の動向  
精神障害者の移送について  
6月30日調査から見た精神科医療

### 第2部：これからの精神保健

児童・思春期のこころの健康の30年  
—21世紀に向けての課題—  
産業メンタルヘルス研究の現状と課題  
地域保健における精神保健のニーズ

### 第3部：今後の精神保健研究

—社会の求めるもの—



## 目 次

### 巻頭言

吉川武彦

### 特集 「今後の精神保健研究」

社会のなかの精神保健研究—特集にあたって—

竹島 正 ..... 3

### 第1部：精神保健福祉の現状と課題

6月30日調査から見た精神科医療

竹島 正 ..... 5

精神障害者の移送について

益子 茂 ..... 13

精神障害者の社会復帰施設の動向

寺田一郎 ..... 21

### 第2部：これからの精神保健

児童・思春期のこころの健康の30年—21世紀に向けての課題—

上林靖子 ..... 29

産業メンタルヘルス研究の現状と課題

川上憲人 ..... 37

地域における精神保健のニーズ

犬塚君雄 ..... 43

### 第3部：誌上座談会

今後の精神保健研究—社会の求めるもの—

三觜文雄 月崎時央 吉川武彦 (司会) 竹島 正 ..... 47

### 原著論文

精神科外来初診患者における境界性人格障害の特徴

堀口寿広, 佐々木時雄 ..... 59

沖縄県の中学生における夏休み中の睡眠習慣

—生涯健康の観点からの検討—

田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志, 増田 敦, 嘉手刈初子, 山本由華吏

駒田陽子, 上江洲榮子, 白川修一郎 ..... 65

### 資料論文

在日日系ブラジル人の現状と精神保健の課題

宮坂リンカーン ..... 73

### 資 料

精神病患者監護法, 精神衛生法

竹島 正 ..... 79

投稿規定 ..... 89

編集後記 ..... 90





## わが国のメンタルヘルス事情と 課題解決のための提案

吉川 武彦

動機不明の犯罪や中高年自殺の急増、災害を被った後のストレスや職場のストレスなどわが国のメンタルヘルス事情は深刻化しています。これらは精神障害者の処遇に関わる問題を遙かに越えていると言えますし、新たなメンタルヘルス問題の解決が喫緊の課題になっている証左でもあります。ちなみにこれらの課題とは次のようなものになりましょう。

- ①中高年のみならず各年齢層の自殺増加問題
- ②触法精神障害者の新たな処遇問題
- ③災害被害者等のPTSDとこころのケア問題
- ④急増する児童虐待や引きこもり問題
- ⑤薬物依存の広域化と低年齢化問題
- ⑥児童・思春期の子の短絡的行動問題
- ⑦カルトと脱マインドコントロール問題
- ⑧睡眠障害・ストレスと精神健康の保持・増進問題
- ⑨勤労者の職域メンタルヘルス問題

課題解決のためには政府の取り組みが重要ですが、政府がこれらの問題に適切に応じるには確実な資料の収集を行うほか学問的な検討が十分に行われる必要があります。事柄が多様であるだけに、問題の解明と問題への対処には多様な学問が投入されなければなりませんし、これらは厚生行政だけで取り組める問題ではないはずで、たしかに、2001（平成13）年に誕生する厚生労働省によって勤労者のメンタルヘルスの推進が図られるばかりでなく、精神障害者にかかる精神保健福祉が発展することが期待されます。しかしながら、メンタルヘルスは文部省や法務省の行政とも関係が深い領域でもあり、また自治省や警察庁の行政とも深い関係があります。このような多様なメンタルヘルス関連問題を厚生・労働行政だけで考えようとするのは時代のニーズに合わないとも言え、政府を挙げてこれらの問題に対処することが必要でしょう。喫緊の課題に

短期的に対応するためにも長期的に対応するためにも、政府は国民に対して何がなし得るかを早急に検討して政策を立案すべきときではないかと考え、2つの提案をします。

その1は、課題解決に向けて省庁を越えた大型の研究費を用意することです。先に挙げたメンタルヘルスにかかる問題は疾病研究ではとうていカバーできません。「21世紀はこころの時代」というテーマを掲げ、大型の研究費を用意してメンタルヘルスにかかる研究を大いに広げるとともに深める必要があると考えます。この研究は「脳」研究とは異なった視点で考える必要があります。なぜなら、原因究明を目指す「脳」研究の知見が出そろわなくてもメンタルヘルスにかかる現実的な対応を模索しなければならないからです。

その2は、「国立精神健康センター（仮称）」を設立することです。国際協力と世界各国における精神保健福祉情報の収集及び分析や各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターの指導機関としての役割を負うほか、複雑困難な精神状況の原因究明と援助方法の解明や精神健康の保持及び増進に関する情報の収集・分析と必要とされる施策の研究を行うセンターとなる必要があります。もちろん精神障害者等の処遇に関する精神保健及び精神障害者福祉に関する研究や勤労者のメンタルヘルスにかかる研究もこのセンターで行う必要があるでしょう。

私たちは、国立精神・神経センターの完全統合一元化に向かって進んでいますが、その視点はその視点として、私たちの国のメンタルヘルスをどのように進めたいかという視点を持ちたいものだと思います。私たちの研究所は、1952（昭和27）年に設立され50周年を迎えようとしています。創設以来、bio-psycho-socialな視点から事象の原因究明に走り過ぎず問題解決の糸口をできるだけ早く見つけるという現実的な対処について研究を進めてきました。その意味では、課題解決のための長期的な対応が求められるいま、ここに提案した「国立精神健康センター」の核になることもやぶさかではないことを国民のみなさまにお伝えしたいと思います。



## 特集「今後の精神保健研究」



【特集 今後の精神保健研究】

## 今後の精神保健研究

—特集にあたって—

竹島 正

今回の特集は精神保健計画部が担当した。精神保健計画部は「地域精神保健に係る資料の収集、解析及び地域精神保健計画の推進のための調査研究」を行うため昭和61年に設置された。この翌年には、精神衛生法の精神保健法への改正があり、精神障害者施策を中心とした精神保健は、入院中心の医療から地域精神保健の方向に大きく動き始めた。

この後、障害者基本法を契機に、精神保健法は精神保健福祉法に改正され、地域精神保健も地域精神保健福祉と呼ばれるようになった。今や、精神分裂病を中心とした精神障害者施策については、社会復帰対策として必要なメニューはほぼ出そろった感がある。今後の課題は、精神科医療、社会復帰施策から就労まで総合的なシステムとしての展開を図ることである。

さて昭和62年の精神保健法改正に話を戻す。この改正では、「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保」「精神障害者の社会復帰の促進」と並んで、「国民の精神保健の保持増進」が主旨とされた。しかしながら、それから10年以上を経た平成11年度版「我が国の精神保健福祉」を見ても、アルコール関連問題対策、思春期精神保健対策、薬物乱用防止対策のいずれを見ても具体的な施策の提示は少ないのである。またライフサイクルで見ても、勤労者の心の健康づくりについての記載は乏しい。施策の貧困を言っているのではない。研究者として、こころの健康について、政策研究にもっと取り組むことが必要と言いたいのである。

今回の特集のテーマは「今後の精神保健研究」とした。

第1部では「精神保健福祉の現状と課題」として、益子茂、寺田一郎両氏の協力を得て、精神保健福祉施策における現実的課題を取り上げた。

第2部では「これからの精神保健」として、上林靖子、川上憲人、犬塚君雄の3氏の協力を得て、21世紀の重要な課題である児童・思春期、勤労者、そして地域づくりとこころの健康について取り上げた。

そして第3部は、厚生省精神保健福祉課課長 三笥文雄、ジャーナリスト 月崎時央、精神保健研究所所長 吉川武彦の3氏による誌上座談会「今後の精神保健研究—社会の求めるもの—」をおさめた。

最後になりますがこの特集にご協力いただいた皆様に厚くお礼申しあげます。

---

Mental Health Study for the Future

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部  
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

Tadashi Takeshima : Department of Mental Health  
Administration,

National Institute of Mental Health, NCNP, Kohnodai  
1-7-3, Ichikawa, Chiba 272-0827





## 【特集 今後の精神保健研究】

## 6月30日調査から見た精神科医療

竹島 正

## I はじめに

社会経済の構造改革が進むなか、精神保健福祉も医療とケアのニーズの変化に応じた改革が求められている。今回の精神保健福祉法の改正においても、①精神障害者の人権に配慮した医療の確保、②緊急に入院が必要となる精神障害者の移送、③保護義務の軽減、④精神障害者の保健福祉の充実という重要な内容が含まれ<sup>1)</sup>、医療法の改正においても、精神病床に機能区分を設けることの必要性が検討されている。

このように精神保健福祉は大きな転換期にあり、サーベイランス機能の強化は重要な課題である。

本論文では、統計資料をもとに精神保健福祉の現況と課題について検討した。

## II 研究方法

厚生省精神保健福祉課は、毎年6月30日付で精神医療、デイケア施設、社会復帰施設等の調査を行い、その概要を「我が国の精神保健福祉」に公表している。この調査は全国の精神科病院1,666カ所を網羅したものであり、我が国の精神保健福祉の概況を知る貴重な資料である。

本論文は、平成10年の調査結果をまとめた、平成10年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」の分担研究「精神保健福祉情報の整備に関する研究」をもとに、精神

科医療について概要をまとめたものである<sup>2)</sup>。検討に当たっては、次の把握に重点を置いた。

- ① 精神科医療基本データの年次変化
- ② 医療供給体制と入退院状況等の検討
- ③ 患者残留率の検討

## III 研究結果

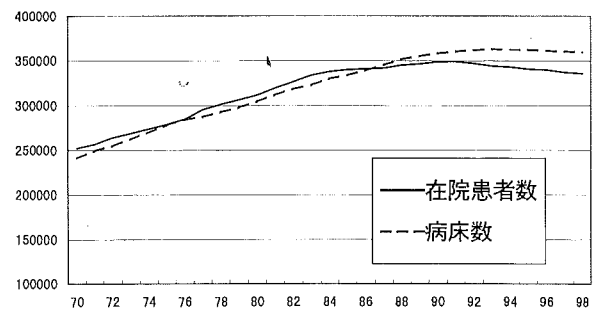
## 1 精神科医療基本データの年次変化

「我が国の精神保健福祉」昭和46年版以降の統計資料から、継続してデータの得られる項目について年次変化を観察した<sup>3)</sup>。

## 1) 病床数と在院患者数

昭和60年まで在院患者数が病床数よりも多かったが、昭和62年からは病床数が在院患者数を上回るようになった。さらに平成5年以降は、病床数、在院患者数とも緩やかな減少傾向にあるが、在院患者数の減少の方が大きいため、徐々に空床が拡大しつつある（図1）。

図1 病床数と在院患者数



## 2) 入退院患者数と平均在院日数

新入院/退院患者数は昭和55年の216,119/210,428人から、平成9年の289,428/292,262人まで、年間で約4千人ずつ増加し、一方で平均在院日数はゆるやかに減少し、昭和55年の534.8日が平成9年には432.7日となっている。

## 3) 疾患別・入院形態別在院患者数

疾患別の在院患者構成比率では、器質性精神障害の増加傾向を除くと変化は乏しい。平成10年からはI C

Psychiatric Hospital in Japan — from an Annual Survey in 1998 —

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部  
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

Tadashi Takeshima : Department of Mental Health Administration,

National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

D-10分類が採用され「精神分裂病」211,264人(62.9%)、「症状性を含む器質性精神障害」47,505人(14.1%)、「気分障害」19,857人(5.9%)、「精神作用物質による精神及び行動の障害」19,634人(5.8%)等となっている。

入院形態別の在院患者比率では、昭和63年に現在の入院形態となってから、任意入院が増加し、医療保護入院と措置入院が減少してきたが、その変化は鈍化しつつある。平成10年の入院形態別の在院患者比率は、任意入院69.6%、医療保護入院約27.5%、措置入院1.3%、その他1.6%である(図2)。

4) 在院患者の高齢化

在院患者に占める65歳以上の比率は増加しており、平成10年においては全入院患者に占める65歳以上の比率は30.9%となっている。また在院患者の61.3%以上を占める精神分裂病についても20.2%が65歳以上となっている(図3)。

平成10年調査においては、これまで「20歳以上65歳未満」と一括されていた在院患者の年齢区分が40歳で区分された。全在院患者と精神分裂病について見ると、「20歳以上40歳未満」がそれぞれ12.9%と14.6%、「40歳以上65歳未満」がそれぞれ55.4%と64.6%で、在院患者全体の86.3%は40歳以上であった。精神病院内の高齢化が進行している。

図2 入院形態別の在院患者比率

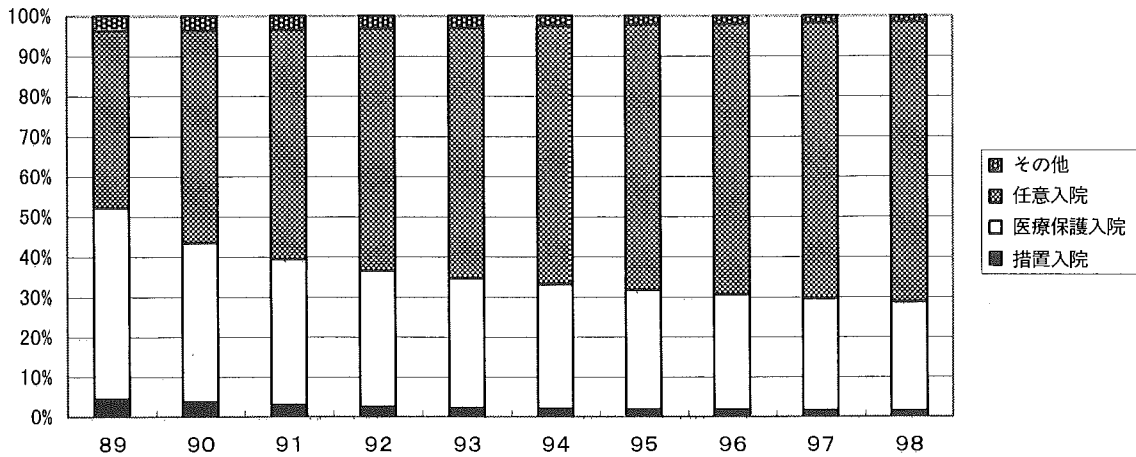
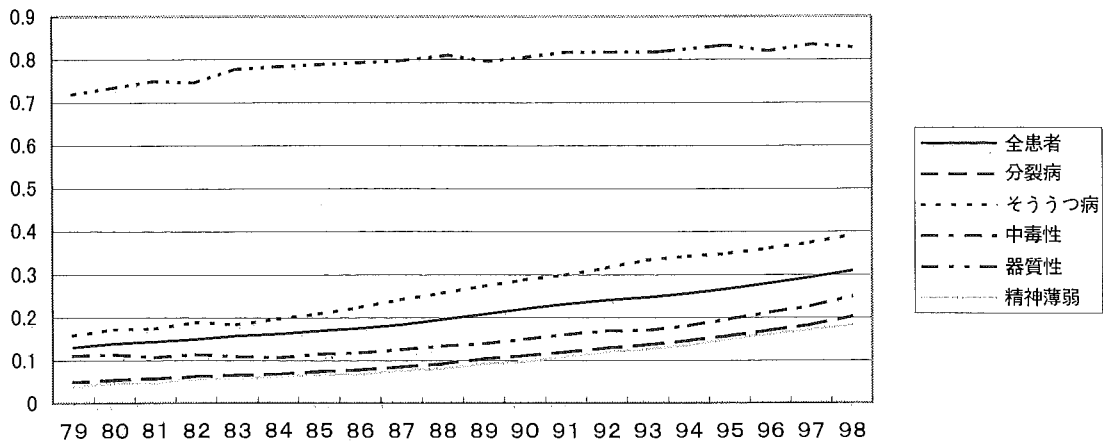


図3 疾患別65歳以上の患者比率



2 医療供給体制と入院状況等の検討

常勤職員1人当たりの受け持ち在院患者数について、病院設置主体別にまとめた(表1)。PSWと看護補助者を除くと、職員配置は大学や国公立病院が民間病院よりも多かった。

ここでは公的、民間の別に関わりなく、医療供給体制の違いがアウトプットとしての医療活動にどのように表れているか検討した。医療供給体制と医療機能の効果の検討は、今後の精神科医療のあり方を考えるうえできわめて重要な問題である。もちろん医学的に十

表1 職員1人当たりの在院患者数

	医師	指定医	作業療法士	PSW	臨床心理技術者	正看護婦・士	准看護婦・士	看護補助者
大学病院	3.1	6.5	98.4	144.1	84.1	2.4	19.2	27.8
国・都道府県	24.4	33.2	84.0	108.4	134.5	2.9	11.4	36.9
公的	28.9	46.9	108.2	80.5	141.8	3.9	9.3	22.6
法人・個人	45.8	73.2	164.0	108.3	289.6	8.5	6.6	10.4
合計	37.0	60.2	151.4	107.3	255.0	7.1	6.9	11.2

単：人

図4 医師と看護職員の配置状況と社会復帰率（全病院）

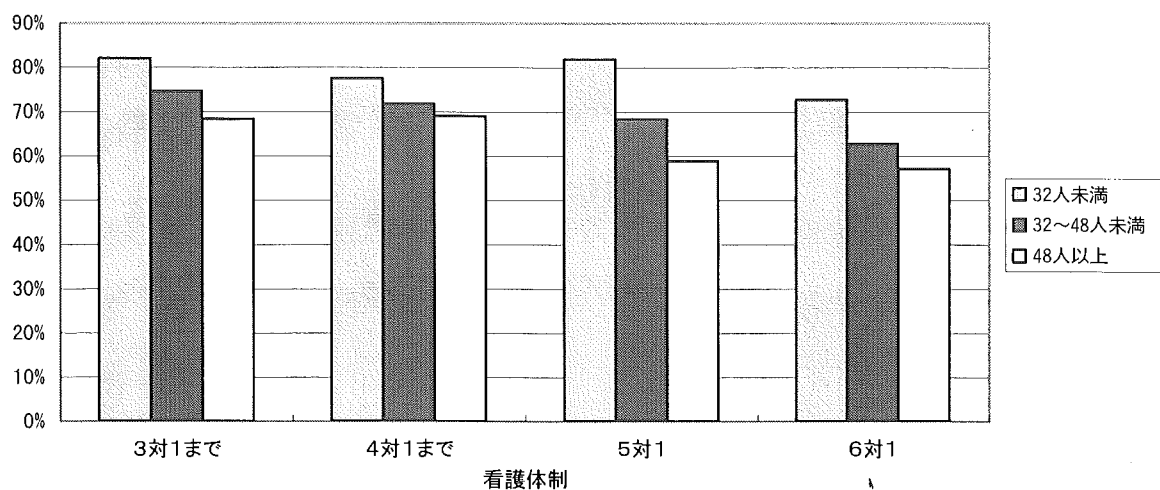
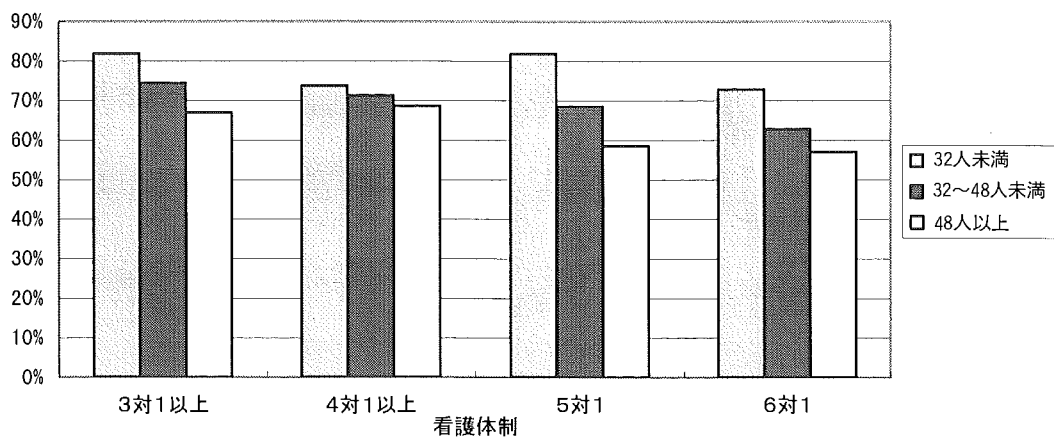


図5 医師と看護職員の配置状況と社会復帰率（民間病院）



分な根拠のある検討を行うには、患者の属性や医療機関の機能等、諸条件のコントロールが必要であるが、そのような体制と資料が整うまでは既存の資料から情報を得る努力を行うことが必要である。

全病院と民間病院（法人+個人）について、医師1名当たり受け持ち患者数と看護体制で区分し、平成9年6月中に入院した患者が1年間にどれくらい家庭復帰あるいは社会復帰施設等に退院したか（仮に社会復帰率と呼ぶ）を検討した。この結果、医師1名当たりの患者数が少なく、看護体制が高い方が、社会復帰率が高く、「医師1人当たり患者数32人未満、3対1看護以上」と「医師1人当たり患者数48人以上、6対1看護」では、1年以内の社会復帰率に、全病院、民間病院とも約25%の差があった。この結果は、社会復帰率を高める医療供給体制の方向を示唆するものと考えられた（図4、5）。

### 3. 患者残留率等の分析

平均在院日数については、国際的によく用いられている計算方式と、日本の計算方式は異なっている。本

論文の精神科医療基本データの年次変化で紹介した平均在院日数は、日本の計算式によるものであって、国際的によく用いられているのは、退院患者の平均在院日数、あるいは50%の患者が退院する日数（中央値方式）である<sup>4,5,6)</sup>。平成10年調査では、平成9年6月中に入院した患者数について、平成10年5月までの1年間、1ヶ月単位で退院状況（家庭復帰、社会復帰施設等への退院、転院、死亡）の調査を行っている。この結果から退院後1年までの患者残留曲線を描き、さらに患者残留率の違いと、開設者、地域ブロック、デイケア実施の有無について検討した。

#### 1) 開設者と患者残留率

入院後1年の患者残留率は全病院平均で17.4%であった。入院後3ヶ月まで残留率の減少が最も大きく、入院後3ヶ月で約半数が退院している。中央値方式を取ると、平均在院日数は約90日である。

開設者別では、医療スタッフの配置の多い、大学、国公立病院では残留率が10%未満であり、法人・個人病院では20%前後であった（図6）。ところで国・都道府県立にも、国立療養所のような単科精神病院からい

図6 開設者と患者残留率

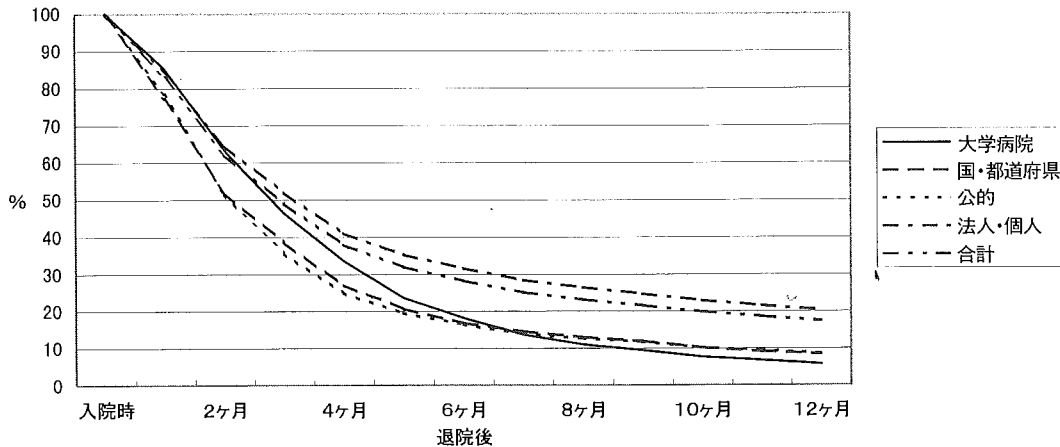
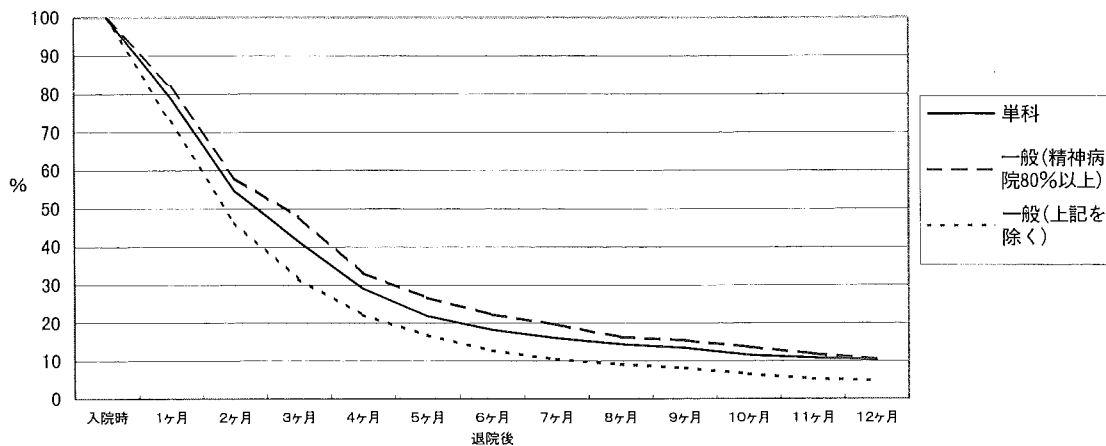


図7 国・都道府県病院の残留率



いわゆる「総合病院の精神科」まで多様な病院が含まれる。このため、国・都道府県立を「単科精神病院」「一般（精神病床80%以上）」「一般（精神病床80%未満）」の3つに区分して患者残留率を求めたところ、「単科精神病院」と「一般（精神病床80%以上）」の残留率はそれぞれ、10.3%、10.4%であり、「一般（精神病床80%未満）」の残留率4.8%と差が生じた（図7）。

2) 地域ブロック別の患者残留率

全国を北海道・東北から九州・沖縄まで9つのブロックに分け、ブロック別の患者残留率を検討したところ、地域別の残留率の差は小さかった（図8）。各ブロック間の人口万対在院患者数は、全国平均の1.8~0.7倍、新入院患者数は1.5~0.7倍であった（表2）。地域ブロック別で、人口万対病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率では比較的差が小さかったことは、精神医療の機能

区分を検討するに当たって、若干の地域性を加味すれば、精神科急性期治療に必要な病床の整備目標数推定の可能性を示唆するものと考えられた。

3) デイケア実施の有無と患者残留率

施設名から推定したデイケア実施病院は531(31.9%)で、その内訳は大学病院12(14.3%)、国・都道府県立55(43.0%)、公的27(20.9%)、法人・個人437(33.0%)であった。全病院と法人・個人病院について、デイケア実施の有無と患者残留率をグラフにすると、全病院、法人・個人ともデイケア実施病院が未実施の病院よりも患者残留率が低く、デイケア実施が在院期間の短縮に寄与する可能性が示唆された（図9）。

4) 退院状況

平成9年6月に入院した患者の、月別退院率（家庭復帰、社会復帰施設等）を示したが、家庭復帰は2ヶ月にピークがあった。このことから現状の急性期・亜

図8 地域ブロック別の患者残留率

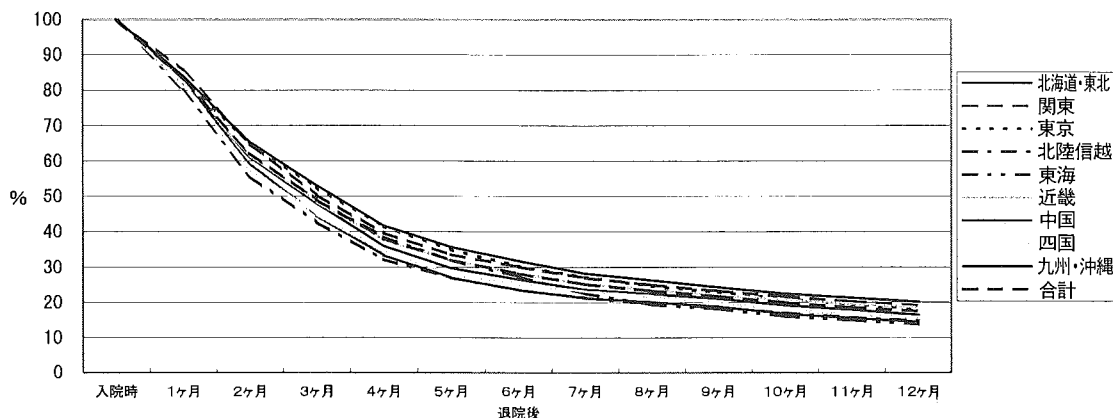
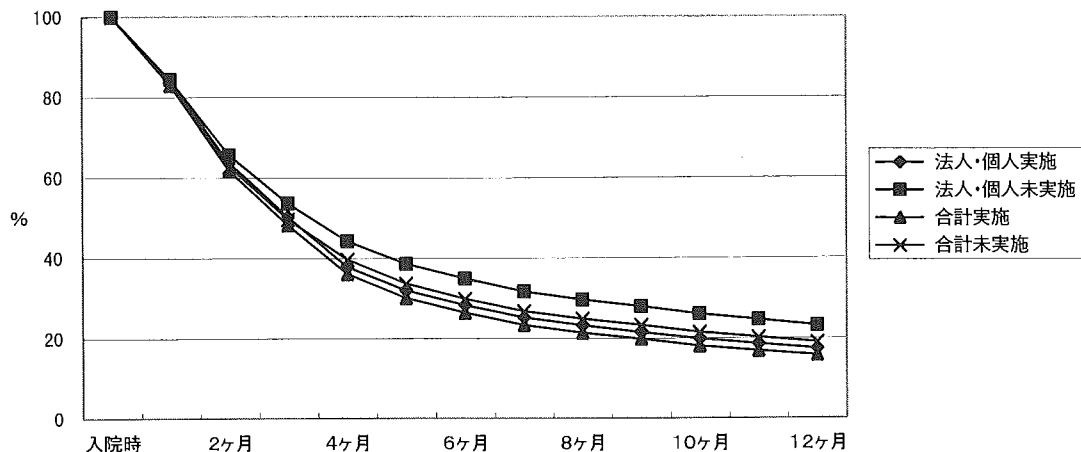


表2 地域ブロック別の在院・入院状況

	人口 千人 (8, 10, 1)	在院患者数	平成9年6月1ヶ月間 の入院患者数	人口万対在院 患者数	人口万対入院 患者数
北海道・東北	15,527	49,896	3,923	32.1	2.5
関東	28,628	56,099	4,185	19.6	1.5
東京	11,772	24,061	2,933	20.4	2.5
北陸信越	7,812	21,775	1,774	27.9	2.3
東海	14,547	29,485	2,056	20.3	1.4
近畿	20,627	44,428	3,436	21.5	1.7
中国	7,775	24,866	2,017	32.0	2.6
四国	4,183	16,426	1,003	39.3	2.4
沖縄・九州	14,698	68,811	4,208	46.8	2.9
合計	125,569	335,847	25,535	26.7	2.0



図9 ディケア実施の有無と患者残留率



急性期の治療期間は3～4ヶ月程度と考えられ、デイケアの実施、社会復帰施設の充実、地域ケアシステムの整備等も含めて、体制の環境が整えば、さらに在院期間の短縮が進むと考えられた。転院は都道府県立病院から1ヶ月以内が最も多い。また新入院患者の死亡退院は入院後1ヶ月以内が最も多く138人であり、1年間で平成9年6月に入院した患者25,535人のうち758人(3.0%)が死亡している。このなかには高齢者も多数含まれていると思われるが、合併症対策等、精神医療充実の方策を検討するためにも、入院患者の死亡の分析が必要と思われた。

#### IV 考察

精神病院在院患者数は減少に転じており、そのなかで精神病院在院患者の高齢化が着実に進行している。平成10年において、すでに在院患者の86.3%が40歳以上、30.9%が65歳以上であって、しかも在院患者の高齢化はさらに進行すると思われる。そして高齢化の背景には、退院困難な長期在院患者の高齢化、若年患者の入院期間の短縮等があった。

医療供給体制(常勤医師1人当たりの受け持ち患者数と看護体制)と社会復帰率の検討からは、入院患者の社会復帰率を高めるため精神科医師の配置を増やすことの必要性が示唆された。しかし医師数と看護婦数が国公立病院より少なくても高い社会復帰率を実現している民間病院が多数存在することも事実であり、精神科医師の配置を増やすことは、患者の処遇に責任を有する医師が、病棟勤務する時間を増やすことがポイントと考えられた。このため医療機能を高めることのできる院内システムについても検討が必要であろう。

患者残留曲線からは、入院後3ヶ月時点の患者残留率の違いが1年時点の残留率にほぼ反映されることがわかった。このことは3ヶ月時点の患者残留率を低下させる医療を進めることが入院後1年の患者残留率を減少させ、ひいては長期在院の減少に結びつくことを示唆している。また精神科デイケアの実施も、早期退院の実現により患者残留率を低下させると考えられた。

また我が国の中央値方式による平均在院日数は90日程度と推定された。新入院患者の1年後の残留率17.4%は、諸外国のNew Long Stayの残留率より高いという印象が持たれるかも知れないが、今回算出した1年後の残留率が痴呆性疾患等を含めた数値であることに留意する必要がある、諸外国との数値間の直接比較は困難と考えられた。地域ブロック別の新入院患者の状況等から、地域別に必要な急性期治療病床数は地域ブロックの特性を加味することで推定が可能と思われた。

いずれにしても国民に必要な精神医療を提供するためには、精神科医療の機能区分と長期入院患者の療養のあり方に関する検討をさらに推進する必要があると思われる<sup>7,8)</sup>。

6月30日調査は我が国の精神保健福祉に関するきわめて重要な資料である。そして、この資料の価値をさらに高めるためには、地域精神保健の方向を捉えた調査項目に向けてさらに組み立てを検討するとともに、調査への協力を得ている都道府県、精神科医療機関等への情報のフィードバックを進める必要がある、これは精神保健福祉課と精神保健研究所の共同作業で実現したところである<sup>9)</sup>。

精神保健福祉施策のサーベイランス機能として6月30日調査を捉えたとき、次のことが課題と考えられる。

①精神保健福祉法施行の全体状況を捉えるよう、調査

- 項目を検討すること。
- ②地域精神医療の方向に沿って、新入院、外来患者の状況に関する調査項目を設けること。
- ③調査結果が、都道府県・政令指定都市の施策推進等に活用できるよう情報のフィードバックを行うこと。

#### 文 献

- 1) 精神保健福祉研究会監修：新しい精神保健福祉法。中央法規，東京，1999。
- 2) 竹島正：精神保健福祉情報の整備に関する研究。平成10年度厚生科学研究費補助金（保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」（主任研究者 笠原嘉），51-66，1999。
- 3) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉，厚健出版，東京，昭和46年版～平成11年度版。
- 4) 仙波恒雄：精神保健指標の国際比較に関する研究。平成6年度厚生科学研究費補助金（精神保健医療研究事業）「心の健康づくりと精神保健医療対策の評価に関する研究」（主任研究者 大塚俊男），123-139，1995。
- 5) 仙波恒雄：精神保健指標の国際比較に関する研究 II。平成7年度厚生科学研究費補助金（精神保健医療研究事業）「精神保健医療対策の評価に関する研究」（主任研究者 大塚俊男），33-43，1996。
- 6) 土佐病院：土佐病院60年史，高知，1993。
- 7) 長期入院患者の療養のあり方に関する検討会（座長 保崎秀夫）：長期入院患者の療養のあり方に関する検討部会中間とりまとめ，1998。
- 8) 精神病床等の在り方に関する検討部会（座長 野崎貞彦）：精神病床等の在り方に関する検討部会報告書，1999。
- 9) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課，国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成10年6月30日調査の概要—，1999。



## 【特集 今後の精神保健研究】

## 精神障害者の移送について

益子 茂

## I. はじめに

近年のわが国の「入院中心の治療体制から地域中心のケア体制へ」という精神障害者施策の進展に伴い、地域に暮らす精神障害者の数は増加してきている。さらに、平成7年に施行された精神保健福祉法において、精神障害者の自立と社会参加の促進への援助が法の目的に位置付けられた。疾病と障害を併せ持つ精神障害者が、地域において自立と社会参加の実現を図るためには、先ずその病状が安定していることが基本となることはいうまでもない。ゆえに、医療は精神障害者の地域での生活を支える最も基本的かつ重要なサービスの一つであり、適時・適切にそのサービスを受ける権利が保障されるよう、体制を整備することが求められている。一方、精神障害の初発・未治療または再発・増悪等で、自傷他害には至らないが早急に受診・治療が必要であるにもかかわらず、その精神障害によって判断能力が低下しているためにその必要性が理解できず、受診しつづける者の医療へのアクセスについては、依然として困難を伴う現状が存在している。措置要件を満たさない者の医療機関への移送の権限等についてはこれまで法制度上の規定がなく、漠然と保護者の本人に治療を受けさせる義務の延長線上として認識されてきたきらいがある。そのため公的機関は介入に慎重となり、孤立した家族はやむなく人権上問題のあるようなやや無理をした方法を選ばざるをえない事態

がおこりうる。最近、主として首都圏等の都市部において、いわゆる警備会社等の民間業者が家族との契約のもとに、受療を拒んでいる精神障害者またはその疑いのある者の病院までの移送を請け負う実態のあることが、平成9年7月19日付朝日新聞で報道された。われわれが平成9年度に都市部の保健所を中心に行ったアンケート調査<sup>1)</sup>においても、約3分の1の保健所でそうした業者による移送の事実を把握していた。多くの場合、医師等の専門家の立会いによる判断や説得なしに行われており、人権上の問題をはらんでいるが、既存の制度や事業の機能しにくい部分で需要が発生していると思われる。社会全体の高齢化、都市化、核家族化がますます進展する中で、早急に適切な支援策を講じることが求められている。そこで、治療の必要性が理解できない精神障害者の人権にも十分配慮した医療へのアクセス確保のあり方について、現行制度のより実効ある運用や関係機関との連携・協力の一層の推進による方策の可能性を探る一方、移送に関する新たな制度導入の必要性と、その際のシステムのあり方等について検討することを目的として以下の調査を行った。

## II. 調査対象と方法

「精神障害者への受診援助のあり方に関するアンケート調査」を平成11年2月に実施した。対象は日本精神科救急学会評議員のうち無作為に2分の1抽出した51人、日本精神神経科診療所協会役員27人、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（当時）理事34人、東京都、千葉県、神奈川県、大阪府、神戸市の管内人口20万以上の保健所に特別区を加えた92保健所の精神保健担当職員、全国精神保健福祉センター長会会員55人、各自治体の精神医療審査会法律委員のうち最も経験の長いもの59人、公衆衛生審議会精神保健福祉部会委員24人の計342人（一部重複あり）である。その結果193件の回答を得た。回収率は56.4%であった。アンケートの内容は、回答者の属性、精神保健福祉法第23条運

Transportation of the involuntary psychiatric patients to treatment facilities

東京都多摩総合精神保健福祉センター

〒206-0036 東京都多摩市中沢2-1-3

Shigeru masuko : Tokyo Metropolitan Tama

Comprehensive Mental Health Center, Nakazawa 2-1-

3, Tama, Tokyo 206-0036

用の現状と問題点及び治療の必要性が理解できない精神障害者の診察・移送に関する仕組みを設ける必要性、事例検討、措置入院には該当しないが、治療の必要性が理解できない精神障害者で本人が拒否する場合でも診察・移送を必要とする事例の存否とその具体的なイメージ、そうした事例の診察・移送システムのあり方、診察後の移送を制度化する際備えるべき要件・事項、移送中必要が生じた際の処置や拘束の可否等である。

### III. 調査結果

#### 1) 回答者の属性

性別では男性78.2% (151人)、女性21.2% (41人)、無回答0.5% (1人)であった。年齢構成では50代が最も多く、次に40代、60歳以上の順となっており、豊富な実務経験が回答に反映されている可能性が考えられた(図1)。

職種では医師が半数弱と最も多かったが、法律家を含め関係する各職種が比較的バランス良く配分されていた(図2)。

所属では関係機関の母集団のバランスから考えて、精神保健福祉センターが多く、民間病院の割合が少ないと思われた(図3)。

#### 2) 精神保健福祉法第23条の現状と問題点

現行制度の実効ある運用による解決の可能性を探る意味で、特に23条いわゆる一般申請の現状と問題点について尋ねた。

最近の23条申請並びに運用件数の減少をどう認識しているかについては、事例自体の減少によるもので特に問題はないと答えた人よりも、件数の減少はあっても地域内には多くの課題が存在していると答えた人の方が圧倒的に多く、件数の減少は何らかの運用上の困難や問題点に由来している可能性が強く示唆された(図4)。

平成11年1月14日付公衆衛生審議会意見書「今後の精神保健福祉施策について」における、治療の必要性が理解できない精神障害者の診察・移送に関する仕組みを設けることについて、法改正しなくとも23条の運用等で十分対処できるとの回答が16.1%なのに対し、法改正を含む何らかの新たな対応を検討する必要があるとの回答が77.2%に達していた。この結果から新たな制度整備の必要性に関し概ねのコンセンサスが得られたとよいと思われた(図5)。

23条運用上の問題点について(複数回答)は、アン

ケートのいずれの選択肢も50%前後チェックされており、この条項が運用上いかに多くの問題点をはらんでいるかが浮き彫りにされた結果であった(図6)。また、その他と答えたものの自由記載の内容では、この条項の存在が住民に知られていない、診察実施に際して本人の所在や警察の協力などの調整が困難、申請をあげても本庁担当部署が動いてくれないなどがあげられていた。

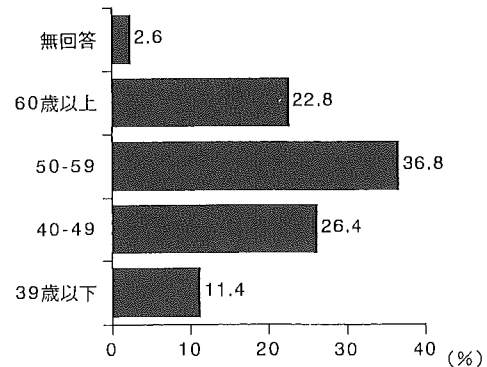


図1 回答者の10歳階級別分布

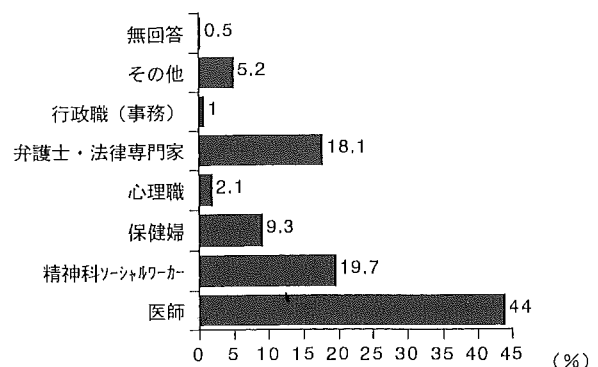


図2 回答者の職種

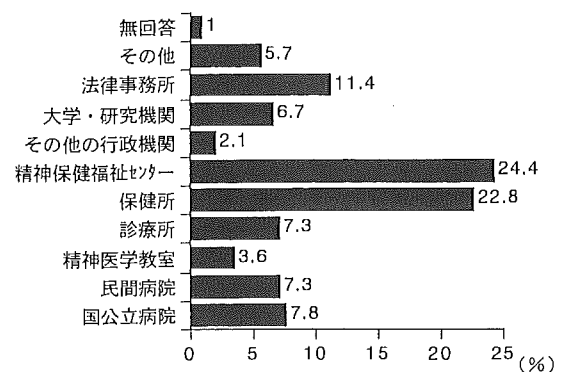


図3 回答者の主な所属先

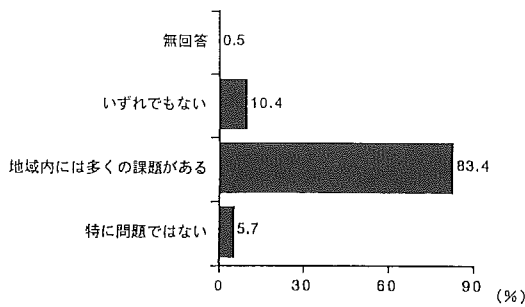


図4 法23条の運用が少なくなっていることについて

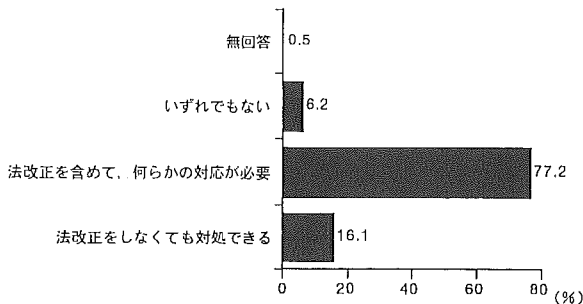


図5 平成11年1月14日  
公衆衛生審議会意見書について

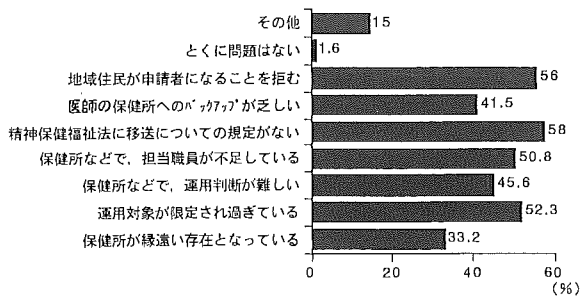


図6 現行の法23条の運用上の問題点（複数回答）

3) 事例検討

次に、保健所等で対応に苦慮する典型的な6つの事例を提示し、それぞれについて緊急性の判断、現状で予測される関係機関の対応とその問題点等について尋ねた。

〔事例A〕45歳男性。離婚後アパート単身生活。しばらく前までは働いていた模様で生活保護受給なし。精神科受診歴不明。この1週間夜中に自室壁を叩く、大声をあげるなどの異常行動あり。訪問した家主に対し周囲への被害妄想的言辞述べて怒鳴る。

〔事例B〕35歳女性。離婚後小3の子供とアパートに2人暮らし。生活保護受給中。精神分裂病の診断で入院歴あるも治療中断。最近被害的傾向強く子供も登校させず自宅閉居。学校関係者の訪問にも応じない。遠方の姉が保護者。

〔事例C〕40歳男性。年老いた両親との3人暮らし。

母親は体が不自由。2年前精神病院を退院後半年で治療中断。昼夜逆転の生活。最近、被害念慮、不機嫌、親への暴言、威嚇等がひどくなって来たため、父親が保健所に相談に来た。

〔事例D〕50歳女性。未婚。父死亡後10年間父の会社の幹部用社宅に母親と2人暮らし。精神障害を発病して20年以上経過しているらしいが詳細は不明。母にも精神障害がある模様で、家の中はゴミの山で悪臭のため近所から苦情多いが、訪問者を全く受け付けない。

〔事例E〕50歳男性。単身アパート生活。生活保護受給中。組員だった頃に傷害で逮捕歴あり。その後精神分裂病、覚醒剤精神病、人格障害など種々の診断で措置入院歴あるも受療期間は極めて短い。福祉事務所で頻繁に粗暴な言動あり。最近、被害妄想様の言辭出現し易怒的傾向がエスカレートしており、近隣に不安が広がっている。

〔事例F〕45歳男性。単身アパート生活。生活保護受給中。身寄りなし。覚醒剤中毒、精神分裂病等の診断で措置入院を含め6回の入院歴あり。そのうち2回は傷害事件で不起訴後の措置入院。今回も退院後1か月で医療中断。福祉の依頼で保健所から訪問したが戸をあけず。以前も同様の経過で隣人に傷害を負わせている。

以上の6事例について、緊急性の高さの判断では、高い方からE、F、A、B、C、Dの順であり、過去の触法行為や性別、子供への影響などが関係すると考えられた。

保健所等の予測される対応としては、早急に訪問と状況把握を行うが全例とも70%をこえていた。

予測される今後の成り行きについて（複数回答）は、E、Fで24条通報となるが、B、C、Dで受診しない状態が続くが最も多く、Aではその両者がほぼ同率であった。また、B、Cで関係者の力による強引な形での受診及び家族の依頼で民間業者による移送となるとの回答が、A、D、E、Fでは23条による措置診察となるとの回答が比較的多かった。それらが最終的に適切な選択と考えるか否かについては、EとFを除いて不適切が適切を上回り、適切が僅かに上回ったE、Fについても、予測として最も多かった24条通報の対象に直ちになるとは考えにくく、いずれの事例も現行制度下では適切な対応が困難であることが示唆された。またDについては、先ず保健所等による関係作りや援助を優先させるべき事例との判断と思われた。

移送に当たり求めたい協力では、A、C、E、Fで



警察官の待機・移送協力が必要との回答が多く、特にEとFでは90%前後に及んでいた。

#### 4) 診察・移送の対象となる事例のイメージ

措置入院には該当しなくとも治療の必要性が理解できない精神障害者で、本人が拒否する場合でも診察・移送を必要とする事例について、そうした事例は存在し実務上の大きな課題であると答えたものが9割以上を占め、存在しないあるいは存在しても実務上の課題ではないとしたものは極めて僅かであった。圧倒的多数の回答者がそうした事例の存在を認識し、問題意識を強く持っていることがわかった(図7)。

上記でそうした事例は存在し、大きな課題であると答えた回答者のみにその具体的イメージについて聞いたところ(複数回答)、事件に巻き込まれたり財産を失うなどの重大な社会的損失発生のおそれがある、精神身体機能(睡眠、栄養、清潔保持)の相当な低下がある、環境へ適応のまずさから地域での人間関係の破綻などの損失が生じているというそれぞれの状況について、精神病状態による場合と人格障害による場合とでは明らかにポイントに差があり、人格障害の場合の診察・移送の適応については慎重な意見が大勢を占めると考えられた(図8)。

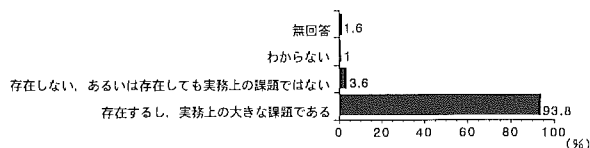


図7 措置入院には該当しないとしても、「治療の必要性が判断できない精神障害者」で「本人が拒否する場合でも診察・移送を必要とする事例」は存在すると思いますか

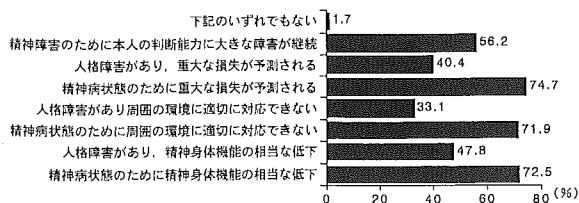


図8 「本人が拒否する場合でも診察・移送を必要とする事例」はどれが該当しますか(複数回答)

#### 5) 治療の必要性が理解できない精神障害者の診察・移送システムのあり方

A, B, Cの3通りの方法を例示して意見を求めた(自由記載)。以下にその要約を示す。

[方法A] 要請に応じて病院指定医が往診し、診察の上必要があれば病院車でその勤務する病院に移送す

る。

- ・処遇の客観性・妥当性が担保されず人権侵害や特定の病院の「患者集め」につながる危険があり適切でない。(多数)
- ・関係者の一方的な要請に利用されないよう厳密な病状把握と、事後の報告義務や精神医療審査会による実地審査等の制度化が必要である。
- ・治療の必要性を判断した医師が実際に治療に関わるので治療面では最もスムーズなやり方である。
- ・通常の診療行為としての往診の中の一部に移送・入院を要する事例があった場合にそれを行える体制として当然の方法である。
- ・その病院に入院歴や通院歴があり患者の情報が豊富にある場合には、治療の継続性からも合理的な方法である。
- ・特定の病院や医師に大きな負担がかかる。又、医療者側の安全確保の問題もある。
- ・保健所その他公的機関の職員の同席などにより密室性を排除することが必要である。

[方法B] 指定医が診察し、移送の必要性を判定の上その指定医の所属しない病院に移送する。移送は都道府県・政令指定都市(消防機関、警察を含む)で行う。

- ・人権擁護の観点から妥当な方法であり、制度化の際はこの方法をベースに考えるべきである。(多数)
- ・移送先と指定医の所属が異なるのは賛成だが、空床の状況や移送距離と緊急性の兼ね合いなどの問題がある。
- ・治療の責任の所在が曖昧となり、ケアの一貫性が保たれるかどうか疑問である。
- ・常に指定医をプールしておくシステムが必要となり、指定医の確保の困難が予想される。
- ・移送先を特に限定する必要はないのではないか。
- ・診察し移送を判断した指定医と移送先の指定医の判断がくい違う場合など、システム作りに困難がある。
- ・保健所嘱託医の活用を考えるべきである。
- ・運用に当たっては主治医と十分な連携を取る必要がある。
- ・この方法の場合も保健所職員等の同席が必要である。
- ・移送方法で行政が主体となるのは賛成。その際保健所だけの力では無理であり場合によっては警察の協力が不可欠である。
- ・指定医が移送の必要性ありと判断したのなら移送は移送先の病院車でよいのではないか。

〔方法C〕保健所の担当職員（精神保健福祉士等）が訪問・評価を行い移送の決定を行う。移送は都道府県・政令指定都市（消防機関、警察を含む）、あるいは指定された業者が行う。

- ・指定医の診察（医学的判断）は必要条件であり、この方法は不適切である。（多数）
- ・精神保健福祉士に移送の判断の責任を負わせるのは時期尚早であり、今後十分なトレーニングを行い社会的信頼を得ることが先決である。
- ・移送後直ちに指定医の診察が行われ入院の要否が判断されるなら、最も現実的な方法として許容範囲か。
- ・社会復帰や地域生活支援を行う立場から保健所担当者に移送の決定をさせるのは酷である。
- ・保健所担当者は訪問・評価まで行い、嘱託医の判断を参考に所長の責任で決定するなど組織としての意思決定の体制の確立が必である。
- ・民間業者による移送は人権への配慮やプライバシー保護の観点から全く不適切な方法である。（多数）
- ・指定の基準を厳しくし、守秘義務を課すなら経験のある業者に移送業務を委託することも考慮してよいが、その費用は誰が負担するのか。

以上をまとめると指定医の診察は必須要件であり、人権擁護の観点からその指定医は移送先病院に所属しないものに限るべきであるが、反面診察医と治療医の所属まで異なるとなれば治療の一貫性やその責任の所在について懸念もある。また移送の主体については警察、消防を含む行政であることが望ましい。

6) 診察後の移送の制度化に当り必要な構成要件(複数回答)

ポイントの高い順から、精神保健指定医による移送前の診察、移送を受けた本人からの苦情申し立て制度、診察・移送の必要性を判断した根拠を本人の請求があった時に開示すること、家族や本人の状況を身近に知る者からの診察・移送の要請、保健所の精神保健福祉相談員等による診察・移送の必要性についての調査となっており、移送決定前に弁護士から人権への配慮に関し助言を得る制度や精神科医（指定医に限らない）による移送前の診察はポイントが低かった(図9)。以上より構成される流れは、家族等の要請に基づいて保健所が調査を行い、必要と判断されれば指定医が診察し、その判断に基づいて移送する。同時に移送後の本人からの苦情申し立てや移送根拠の開示等の人権擁護のための制度整備も極めて重要な要件である。

7) 移送中の注射等の処置や拘束について

(複数回答)

傷害防止等のため指定医が必要と判断した場合の注射等の処置や身体拘束についてはやむを得ないという

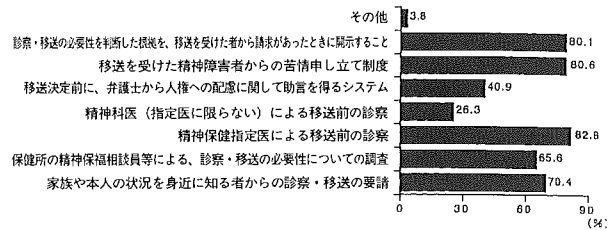


図9 診察のあと移送の決定をする場合に必要と考える事項(複数回答)

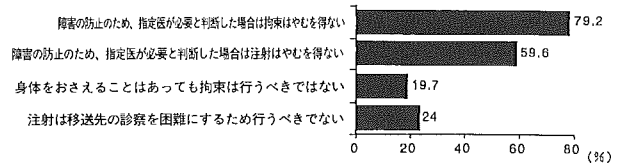


図10 移送中に興奮が激しくなった場右などに、抗精神病薬を注射すること、または拘束を行うことについて(複数回答)

肯定的な意見が多かった(図10)。

8) アンケート調査結果のまとめ

- ①精神保健福祉法第23条にはその運用に多くの問題がある。
- ②措置症状はなくとも診察・移送の必要な対象は存在し、診察・移送の制度整備は必要である。
- ③移送の必要性の判断には指定医の診察が必須の要件である。
- ④移送を受ける側の人権擁護を担保するシステムを同時に整備することが不可欠である。
- ⑤診察の要否決定には受診勧奨を含め保健所による事前調査が必要である。
- ⑥対象は精神病状態のものを中心とし、人格障害への適応は慎重に考える必要がある。
- ⑦移送の主体は警察、消防を含む行政であるべきで、事例によっては警察の協力は不可欠である。
- ⑧安全に移送するための必要最小限の処置や拘束は指定医の判断があれば可能としてよいと考えられた。
- ⑨診察する指定医の所属と移送先病院の異同については一長一短で両論あったが、異なるべきであるという意見がやや優勢であった。

#### IV. 考 察

今のところ自傷他害のおそれは明らかでないが、早急に受診・治療を必要とする状態にあるにもかかわらず、精神障害のために本人自身はその必要性を理解できず、周囲が説得等の努力を尽くしても受診を拒否するような事例の医療へのアクセス確保について、現行制度の利用を前提に考えてみると、先ず精神保健福祉法23条の一般人による申請制度があげられる。この条項は法文上「精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。」となっており、申請に当て対象の自傷他害のおそれの有無は問われていない。しかし、措置入院の要件は当然申請・通報の種別に関わりなく精神障害に基づく自傷他害のおそれの存在であることから、行政による調査の過程で必然的に診察の対象が措置要件の明白な者に絞られてしまう傾向がある。加えて近年の個人のプライバシー尊重などの人権意識の高まりの中で、運用の難しさが増しており、全国的にみても年々申請件数自体が減少してきている。これらの現象は特に都市部において顕著にあらわれている。23条の運用の現状と問題点については最近いくつかの報告がなされている<sup>1),2)</sup>が、今回の調査でも運用上の多くの問題点が指摘された。あくまで措置入院を前提とした制度であり、当研究で対象としているような事例についての適用にはそもそも無理があるように思われる。

次に警察官による保護と移送についてであるが、その法的根拠となる警察官職務執行法第3条には、「精神錯乱のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者で、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由のある者を発見したときは、とりあえず警察署、病院、精神病患者収容施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない」とされており、対象は措置要件を有する者とほぼ重なっている。また一方、上記以外にも現実場面では家族等からの相談・依頼に応じて、警察の責務を果たす上で必要と判断されれば、保護・移送は事実行為として行われている。しかし、この場合はその要否の判断の基準が明確化されておらず、本人の拒否が強い場合など警察としても苦慮しながらの行為であり、専門家の関与などの何らかの連携・協力の体制整備を行うことが求められる。

なお消防機関の救急は、精神疾患による救急事例について決して搬送の対象外とはしていないが、本人が明確に拒否する場合は搬送することはできないこととされている。

次に医療機関からのアプローチについてみると、かつて一般的に行われていた精神病院からの往診による入院は、「患者集め」との批判や深刻な事故の発生などから最近殆ど行われなくなっている。しかし、家族や保健所等の関係機関からは、医師の往診をもっとふやしてほしいという希望が出されている。特に通院中や中断早期の者に対しての当該医療機関による働きかけの有効性は期待される場所であり、必ずしも入院を前提としない往診行為自体は、もっと推進されてよいと思われる。また、保護者や扶養義務者からの診察依頼や入院同意が得られる状況であれば、医療機関からの指定医の往診による入院(III, 調査結果5)の[方法A]にほぼ相当)は法的には問題はないが、それを推進する方向で検討する際には、保健所職員の立会いや入院後速やかに精神医療審査会の実地審査を行うことを義務づけるなど、営利目的による濫用や人権侵害を防ぐチェックシステムの整備を条件にすべきであることが今回の調査からも示された。そうすることで、こうした活動に熱意のある善意の医療機関が正当な評価を得ることができる。

今回の調査では、現行の法制度の活用では限界があり、新たな制度の整備が必要との意見が多かったが、その際の制度の骨格として最も明確だったのは、指定医の実地の診察に基づく移送の必要性の判断が不可欠の要件であるということであった。本調査では、入院そのものの判断は移送先の指定医が行うと仮定して質問したが、移送自体は極めて限られた時間内に完了する行為であっても、場合によっては行動制限を伴う強制的な処遇である限り単なる医師や精神保健福祉士では不十分で、そこにも指定医の判断と指示を要するとの考えは、人権の確保に重点をおく近年の精神医療の流れに沿うものである。さらに、その指定医は、公的な身分を帯び移送先医療機関に所属しない者であるべきであるという意見が、法律家やPSW(当時)のみならず医師の間でも多く聞かれたことは、移送の制度化に際して、判断の公正性の担保等人権確保への配慮が極めて重要なポイントであるとの認識が、関係者の間に広く一致して持たれていることを強く示唆している。

その指定医の判断についても、属人的あるいは恣意

的になることのないよう、適応の考え方や判断基準を措置入院のそれに準じた形で通知等により明確化される必要があると考える。今回の調査からは移送の対象として、精神病状態であり、かつ精神障害のため判断能力に大きな障害があり、かつ自己の健康や安全の保持といった生活維持のための基本的な活動に支障が生じている状態の者といった一応のイメージが示された。

保健所と協同して積極的に訪問・受診援助活動を行っている精神保健福祉センターからの報告によれば、入院させる時は、センター医師が1回45分から1時間の訪問を2回以上行い、本人の話を聞いた上で処遇方針について十分説明し、搬送にも同行することで後で本人からの苦情を受けることはなかったという<sup>2)</sup>。単に判定業務という行政的対応のみに終始した場合と熟練した治療的面接としての性格が加味されていた場合とでは、その後の本人の医療への信頼のみならず予後にも影響することが考えられ、専門家の果たす役割の重大さについて示唆的である。

保健所による事前調査もまた診察・移送の制度化に必要な要件として多くの関係者があげている。保健所は家族や関係者からの相談に応じて情報収集の上必要と判断されれば、本人への訪問面接による受診勧奨や医療機関等の関係機関との連絡調整を行う。これは、日常行われている精神保健相談及び指導業務そのものである。それでもなかなか受診に結びつかず、事態が切迫してくるような場合、移送のための指定医の診察を求めるかどうか判断することになる。また、公的機関として人権の確保についての役割も期待されることである。地域保健法の施行による再編・統合や市町村への精神保健福祉業務の一部移管の流れの中において、医療中断者等への受診勧奨や危機介入的援助は、保健所に残される直接的対人サービスとして、今後さらに優先順位の高い業務と位置付けられる必要があり、移送制度における役割もその一環ととらえられる。さらに保健所としては移送・入院が終結点ではなく、逆にその事例との関わりにおいては出発点であるという視点を持って継続的な援助計画を策定すべきである。

精神保健福祉センターもまた、専門的技術支援機関という立場からの役割が当然期待されることである。前述した堀田らの報告<sup>2)</sup>に詳しく述べられている活動は、センターが最も積極的に関わった場合の一つのモデルと考えられる。

移送は、本人の状態の窮迫化という時間的な制約の中で、地域精神保健施策や資源の活用の努力を尽くし

た上での最終的な選択肢であるべきであり、安易な適用等により強制的処遇の側面のみが突出することは最も好ましくない事態である。従って、移送の制度化はあくまで地域精神保健施策の充実と並行して検討されなければならない。医療機関の訪問看護や往診活動の推進と、それに連携する公的な危機介入訪問チームをそう多くない人口割りの地域毎に設置するなどにより、移送が必要となるような状態に至る前に介入し支援する体制を作ることこそが、今後のわが国の地域精神保健施策における最も重要な課題である。そうした基盤整備があつて初めて、24時間体制の救急医療へのアクセスとしての移送制度の活用も可能となって来よう。

## V. お わ り に

平成11年6月に改正された精神保健福祉法第34条として移送制度が新設され、平成12年4月1日から実施されることとなった。その内容は当調査結果と一部重なるところもあるが、都道府県の責任や指定医の判定の及ぶ範囲等については、一層踏み込んだ印象を受ける。そこでは、警察との連携・協力のあり方にやや不明確な部分が残るなど不安材料もある。さらに施行に当たっては、適正な運用のための保健所用マニュアルや指定医の判断基準の作成が是非必要である。また本人、家族はもとより一般住民に対してもこの条項の正しい理解を得る努力も必要であろう。

受け入れ側の医療施設の整備、ソフト、ハード両面にわたる療養環境の向上もまた急ぐべき課題である。本人にとっては意に沿わない形で生活環境から切り離されて入院となる移送制度においてはことに、入院施設の治療水準や療養環境が厳しく問われるのは当然であり、それがクリアされなければこの制度は成り立たないと言っても言い過ぎではないであろう。関係各方面のより一層の努力が期待されることである。

移送制度が、判断能力の低下した状態に陥った精神障害者に適切な医療を受ける権利を保障するためのものとして、適正かつ有効に運用されることを切に願うものである。

なおこの調査研究は、平成10年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業分担研究「精神障害者の受診の促進に関する研究」〔分担研究者：益子茂、研究協力者：池原毅和(東京アドヴォカシー法律事務所)、石井昌生(神戸市東灘区保健部)、計見一雄(千葉県精神科医療センター)、斎藤章二(斎藤病院)、佐伯仁志

(東京大学法学部)、澤温(さわ病院)、竹島正(国立精神・神経センター精神保健研究所)、中川博幾(福井県精神保健福祉センター)、中島節夫(北里大学東病院精神保健科)、三浦勇夫(三浦診療所)、杉澤あつ子(国立精神・神経センター精神保健研究所)、中康(東京都立精神保健福祉センター)においてなされた。

#### 文 献

- 1) 江畑敬介：精神保健福祉福祉法第23条の運用の実態とその問題点。精神医学 41：529-535, 1999.
- 2) 堀田直樹, 須賀一郎, 春日武彦他：精神保健福祉センターにおける訪問活動 第1報：精神科医療への結びつけ—訪問と搬送手伝い。精神医学 41:197-203, 1999.
- 3) 堀田直樹, 須賀一郎, 春日武彦他：精神保健福祉センターにおける訪問活動 第2報：精神保健福祉法23条に基づく診察申請の症例検討。精神医学 41：315-321, 1999.
- 4) 益子茂, 計見一雄, 中島節夫他：精神障害者の受診の促進に関する研究。厚生科学研究費補助金精神保健医療研究事業・精神障害者の人権擁護に関する研究(主任研究者 西園昌久)平成9年度研究報告書, 251-261, 1998.

【特集 今後の精神保健研究】

## 精神障害者社会復帰施設の動向

寺田 一郎

抄録：精神障害者施策は、精神保健法の施行以来、急速な変化を遂げてきた。今般の法改正では、さらに地域生活支援と市町村の役割重視の方向を明確にした。一方で、精神障害者の家族は高齢化が進み、長期入院者は減少していない。地域生活支援の拠点として重要性を増している社会復帰施設の現状を分析し、今後の展開の方向を示す。

**Key word**：社会復帰施設、障害者プラン、設置主体、援助、効果

### I はじめに

我が国の精神障害者社会復帰施設においては、公設施設や一部民間施設の活動が先駆的に展開されていた萌芽期がある。これらの活動、特に民間施設は公設施設とは異なり、公的な資金援助を受けることなくそれぞれが独自の理念の下に生成発展した経緯がある。また、医療機関と福祉関係者との認識の違いも大きかった。

そのような状況は1988(昭和63)年の精神保健法の施行によって大きく様変わりをした。その後数回の法改正を経て、入院医療を中心とする精神障害者施策から地域生活支援に重点をおいた施策へと転換が図られている。関係者の認識も変わりつつある。

本稿では、社会復帰施設の変遷を法改正の視点から捕らえ、社会構造の変化に合わせた福祉構造の改革を視野に入れながら、今後の社会復帰施設の方向性を考察しようとするものである。

### II 社会復帰施設の現状

#### 1. 社会復帰施設の法定化

##### (1)精神保健法の施行

萌芽期の、特に民間施設は、精神保健法の施行によって、国及び都道府県の補助金が受けられるようになって、国及び都道府県の補助金が受けられるようになって、社会福祉法人化が可能となるなど、大きな変化が見られた。

公設施設は、改正法の施行とともに「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」によって一元化されることとなった。国の補助金に関しては、公設施設はデイケア施設併設型、社会生活適応施設型として事務費と事業費が交付されている。

このように民間施設と公設施設では、精神保健法の施行の影響には、かなり質的な相違がある。しかし、公私の別はともかくとして、法改正によって社会復帰施設が民間団体を中心として整備が促進されたことは、確かである。社会福祉事業法第2条に社会福祉事業として位置付けられたことによって、法人税の非課税措置、寄付金の非課税などの他に都市計画法での優遇措置なども利用できるようになった。

##### (2)施設機能の多様化

精神保健法の成立によって、精神障害者社会復帰施設が法律上明文化され、ひとつの施設体系が作られた。この体系は、生活訓練施設(前述、3類型)、授産施設及び福祉ホームりで成り立っているが、その後少しずつ修正も図られた。この修正は局長通知(設置運営要

A trend of facilities for mentally handicapped person  
ワーナーホーム  
〒299-3211 千葉県山武郡大網白里町細草3215  
Ichiro Terada : WANA HOME Institution of  
Rehabilitation for the Mentally Handicapped Person,  
Hosokusa 3215, Ooamishirasatomachi, Sanbu, Chiba  
299-3211



綱)と法改正によって行われたが、これがメニューの多様化であった。修正の過程は次のとおりである。

- ①入所授産施設の追加、精神障害者社会復帰促進事業の追加(1991年度)  
社会復帰施設で精神障害者社会復帰相談事業として「社会復帰施設相談窓口」を設置できることとなった。相談窓口を社会復帰施設に開設するいきさつについて、局長通知(平成3年9月24日、健医発第153号)では、保健所の土曜閉庁に伴う事業とされているが、実質的には夜間対応も求められていた。この考え方は、現在の地域生活支援センターにも踏襲されている。
- ②地域生活援助事業(グループホーム)の追加(1992年度)
- ③援護寮にショートステイ施設を併設(1994年度)
- ④通所機能付き援護寮の追加、福祉工場の追加(1994年度)
- ⑤法改正による社会復帰施設体系の整理(1995年度)  
生活訓練施設(援護寮)、福祉ホーム、授産施設(入所、通所)、福祉工場の4類型に整理された。
- ⑥地域生活支援事業の実施(1996年度)  
通所機能付き援護寮及び相談窓口を地域生活支援事業に吸収した。
- ⑦地域生活支援センターの追加、居宅生活支援事業

の追加(1999年度法改正)

## 2. 社会復帰施設の整備状況

### (1)障害者プランとの関係(表1)

社会復帰施設の整備は、精神保健法が施行された1988年から本格的に始まるが、その後の進捗状況を厚生省予算で見る。

生活訓練施設は、障害者プランの数値目標に対して、58.7%の達成率である。1988年の5カ所は、公設のデイケア併設型援護寮であるが、その後は、民間の一般型を中心として整備が進んでいる。最近3カ年間の年平均伸び率は21%であり、このペースで増加すると、2002(平成14)年には目標の300カ所を上回ることになる。実質的な伸び率を15%とすると、最終的に260~270カ所、達成率87~90%であり、この辺が妥当であろう。

福祉ホームで、制度化初期に設置数が多いが、共同住居を社会復帰施設の制度に乗せたことが理由である。その後は、社会復帰施設の中でも伸び率が低く推移してきた結果、達成率36%という状況となった。最近3カ年間の平均伸び率は7%であり、このまま推移すれば達成率は40~45%となる。しかし、1999年度からモデル事業が開始されたいわゆる福祉ホームB型は、設置希望が多いと聞いているので、運営実績が示されると大きな転換を遂げる可能性もある。

表1 施設整備進捗状況

	1988	1989	1993	1997	1998	1999	目標値
生活訓練施設	5	11	49	132	155	176	300
		120%	7%	33%	17%	14%	
福祉ホーム	31	37	67	102	102	109	300
		19%	5%	16%	0%	7%	
通所授産施設	12	17	54	116	121	143	300
		42%	10%	25%	4%	18%	
入所授産施設			2	24	26	26	100
				71%	8%	0%	
福祉工場				9	9	12	59
					0%	33%	
グループホーム			100	540	576	662	920
				26%	7%	15%	
地域生活支援センター				94	115	145	650
				109%	22%	26%	

注 1. 上段：厚生省による運営費予算箇所数  
2. 下段：対前年比施設数伸び率

表2 都道府県の設置数と1カ所当たりの人口

都道府県	生活訓練施設		授産・福祉工場		福祉ホーム		生活支援センター		合計 施設数
	施設数	人口	施設数	人口	施設数	人口	施設数	人口	
北海道	4	98	10	39	1	394	3	131	18
青森	6	25	4	37	2	74	10	15	22
岩手	3	47	4	36	1	142	4	36	12
宮城	0	—	2	68	0	—	0	—	2
秋田	6	20	0	—	3	40	2	61	11
山形	2	63	1	126	0	—	0	—	3
福島	2	107	2	107	2	107	1	213	7
茨城	4	74	2	148	1	296	1	296	8
栃木	7	28	3	66	8	25	4	50	22
群馬	3	67	1	200	2	100	3	67	9
埼玉	9	75	5	135	2	338	10	68	26
千葉	4	124	3	165	2	247	5	99	14
東京	7	168	17	69	7	168	12	98	43
神奈川	4	93	1	374	2	187	2	187	9
新潟	9	28	13	19	5	50	6	41	33
富山	2	56	7	16	0	—	4	28	13
石川	3	39	2	59	2	59	3	39	10
福井	0	—	3	28	0	—	0	—	3
山梨	2	44	2	44	0	—	2	44	6
長野	5	44	6	37	3	73	1	219	15
岐阜	3	70	0	—	1	210	2	105	6
静岡	2	187	5	75	2	187	2	187	11
愛知	4	118	2	236	1	472	3	157	10
三重	4	46	3	61	2	92	2	92	11
滋賀	1	129	2	64	1	129	1	129	5
京都	1	117	1	117	0	—	0	—	2
大阪	8	77	4	155	4	155	4	155	20
兵庫	3	133	1	398	5	80	2	199	11
奈良	1	143	1	143	0	—	0	—	2
和歌山	2	54	3	36	0	—	3	36	8
鳥取	2	31	1	62	0	—	2	31	5
島根	2	39	3	26	3	26	5	15	13
岡山	3	65	4	49	6	33	3	65	16
広島	4	44	7	25	3	59	2	89	16
山口	6	26	4	39	4	39	3	52	17
徳島	4	21	0	—	0	—	2	42	6
香川	4	26	2	51	1	103	4	26	11
愛媛	3	50	0	—	1	151	1	151	5
高知	1	82	1	82	0	—	1	82	3
福岡	8	33	6	44	1	263	1	263	16
佐賀	1	88	2	44	1	88	0	—	4
長崎	4	39	4	39	3	52	2	77	13
熊本	2	93	6	31	2	93	2	93	12
大分	4	31	2	62	3	41	2	62	11
宮崎	2	59	2	59	2	59	2	59	8
鹿児島	2	90	5	36	7	26	7	26	21
沖縄	6	21	7	18	3	42	2	64	18
札幌市	0	—	1	176	1	176	0	—	2
仙台市	1	97	3	32	0	—	1	97	5
川崎市	1	120	0	—	0	—	0	—	1
横浜市	2	165	2	165	0	—	0	—	4
名古屋市	2	108	1	215	0	—	1	215	4
京都市	0	—	2	73	1	146	2	73	5
大阪市	0	—	0	—	0	—	1	260	1
神戸市	0	—	1	142	0	—	1	142	2
北九州市	0	—	1	102	4	26	0	—	5
福岡市	1	129	0	—	0	—	0	—	1
合計	176	71	177	71	105	120	139	90	597

注記 1. 施設数は、平成11年10月1日現在（厚生省調べ）。

2. 人口は、平成8年10月を基準として、数字は施設1カ所当たりの人口（単位：万人）である。

3. 授産施設（入所、通所）と福祉工場は、保護的就労の場として一括した。

通所授産施設の達成率は48%である。3カ年間の平均伸び率は、17%であり、このままのペースでは最終的には230カ所前後、達成率76%前後となる。通所授産施設の置かれている状況で特筆すべきことは、小規模作業所の法内施設化であろう。社会福祉事業法の改正によって、法人化の要件が緩和されるとかなりの増加が見込めるのではないだろうか。作業所の法内施設化については、早急な検討が必要である。

グループホームは、平成4年から運営されたが、当初から設置希望が多かった。1999年には、662カ所72%の達成率で、施設種別では最高である。このまま推移すると、2002年には1,000カ所前後は見込めるであろう。グループホームが今後の地域生活支援で重要な位置を占めるようになることを示しているが、援助内容のあり方や職員配置については再考の余地がある。

地域生活支援センターは、1996（平成8）年に事業化されたところから、まだ目標数に対する達成率は22%と低いが、伸び率は3年目22%、4年目26%、5年目34%（2000年度要求額）と増加傾向は加速されている。地域福祉の拠点として今般の法改正では社会復帰施設として位置づけられ、施設付置から独立した社会復帰施設とされたことから、関係者や当事者の関心も高まっているので、障害者プラン最終年（2002年）での目標達成は困難にしても、見通しは明るい。数値目標よりは、運営方法や事業内容についての検討が、重要課題であることを指摘しておきたい。

## (2)社会復帰施設の分布と利用定員

表2は、都道府県別の社会復帰施設の設置数であり、1施設当たりの人口を比較してみた。詳細は表によることとしたいが、都道府県別の進捗状況は、人口との比較をすることによって保健福祉圏域との関連も見え、よく整備が進んでいる県とほとんど進んでいない県との格差が顕著であった。また、全ての施設種別において言えることであるが、政令市の取り組みが極めて遅れていることも確認できた。人口密集地での社会復帰施設の展開には、制度の再検討も視野に入れて、条件を整える必要があるのではなかろうか。

### (3)設置主体

表3は、社会復帰施設を施設種別毎に、設置主体を分類したものである。

生活訓練施設は、医療法人が64.2%、社会福祉法人が26.1%であった。公設施設（地方公共団体）の新設は、進んでいない。

通所授産施設では、他の種別に比べて特に社会福祉法人の割合が大きい。公設施設も比較的多く取り組みを見せている。入所授産施設については、社会福祉法人と医療法人によって整備が進んでいて、今のところ他団体からの参入は、ほとんどない。

福祉ホームは、医療機関による整備が71.4%と極めて高率であり、通所授産施設と好対照である。長期入院者に対する援助の一環として、医療機関が積極的に取り組んでいることは、福祉ホームの制度化から今日に至るまで、変わらない。福祉ホームB型の追加でさらにこの傾向は強まることが予想される。

表3 社会復帰施設の設置主体

	社会福祉法人	医療法人	社団・財団	地方公共団体	組 合	合 計
生活訓練施設	46 (26.1%)	113 (64.2%)	5 (2.8%)	11 (6.3%)	1 (0.6%)	176 (100%)
通所授産施設	103 (70.1%)	21 (14.3%)	6 (4.1%)	17 (11.5%)	0	147 (100%)
入所授産施設	8 (38.1%)	12 (57.1%)	1 (4.8%)	0	0	21 (100%)
福祉ホーム	28 (26.7%)	75 (71.4%)	1 (0.95%)	1 (0.95%)	0	105 (100%)
福祉工場	6 (66.7%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	0	1 (11.1%)	9 (100%)
生活支援センター	60 (43.2%)	55 (39.6%)	7 (5.0%)	16 (11.5%)	1 (0.7%)	139 (100%)
合 計	251 (42.1%)	277 (46.4%)	21 (3.5%)	45 (7.5%)	3 (0.5%)	597 (100%)

- 注 1. 施設数は、1999（平成11）年4月1日現在（厚生省）  
 2. 設置主体のうち、医療法人には病院を営んでいる民法法人（社団及び財団）が含まれる。  
 3. 地方自治体には、民間団体への委託を含む。

福祉工場は、基本的には社会福祉法人を中心としての展開が見えているが、一般企業としての性格も兼ね備えているところから、運営にあたっては企業経営の感覚も要求されるので、さらに多様な団体の参入が望まれる。

地域生活支援センターは、他の種別と比較すると、設置主体が多様である。やはり社会福祉法人を中心とした展開ではあるが、地方公共団体が社会福祉法人等に委託している例もあった。地域に密着した活動であること、ニーズに対して柔軟かつ即応の対応が要求されることを考慮すれば、運営面においてもできる限りの工夫がなされるべきである。また、他障害分野においても、地域生活支援が制度化されているので、他障害との関連や地域との連携を視野に入れておく必要がある。

地域生活支援センターは、これまで制度上社会復帰施設に付置されていた。主に生活訓練施設や通所授産施設の施設の一部共用しながらの活動であったが、最近では、市町村の事業として独立設置する例がかなり見られるようになってきた。特に都市部では、専用の建物で、という発想から離れて整備を進めることが必要であろう。

### 3. 社会復帰施設における援助内容

社会復帰施設（生活訓練施設及び授産施設）における援助内容と利用者の年代構成について、検討する。資料は、全国精神障害者社会復帰施設協会が行った平成3年と平成11年の調査結果によった。調査対象は40施設、754名である。

#### (1)利用者の年代構成（表4）

生活訓練施設では、50歳代（29%）をピークとして以下40歳代（27.5%）、30歳代（25.1%）の順であり、30歳から50歳代の利用者で81.6%を占める。前回調査では、ピークは40歳代（32.7%）であり、利用者の年代構成におけるピークが移動していた。

授産施設は、40歳代（30.3%）、30歳代（29.1%）をピークにして、50歳代（18.4%）と20歳代（18.1%）が次のピークを形成している。

社会復帰施設の年代構成は、前回調査と比較して、8年間で確実に高齢化の傾向を示していた。高齢化は、次に触れる援助内容とも密接に関連して、今後の社会復帰施設のあり方を考え、職員配置等の運営を検討する際に、極めて重要な要素である。

#### (2)行われている援助（表4）

生活訓練施設における援助は、基本的にどの項目もかなり高率で行われているのが特徴である。総合的には、「不安や心配事について相談にのる」（96.1%）が最も多く行われていた。調査項目の1から7までが、設置運営要綱に示されている援助であるが、8から13についても半数以上の利用者が援助を受けていた。援助内容を年代毎の変化で見ると、4「お金の使い方」、11「体調を悪くしたときの介助」、12「公共機関についての利用」では、加齢とともに実施率が高くなっている。一方で、7「就労援助」や9「自炊指導」は、若年層で高率であった。

前回調査との比較では、心理面や自炊については変化が少なかったが、受診や服薬指導では、総合で50%から77%へ、金銭に関する指導では33%から62.7%へ、日常生活に関しては66%から74%へそれぞれ増加した。この結果は、生活訓練施設利用者が広範な援助を必要としていることを示している。

授産施設では、6「作業訓練」が中心であることは当然のことながら、2「対人関係の指導」（75.4%）や8「不安や心配事について相談にのる」（85.4%）ことも多く実施されている。また、各項目とも20歳代と50歳代において、援助の実施率が高まることも注目される。

#### (3)利用者の帰結

A生活訓練施設では、開所後10年で57名の退所者を出した。退所した人の95%が入所直前まで入院していた。退所者のうち57.9%は単身で生活を始め、21.1%は家族との同居であった。再入院は17.5%であった。

B生活訓練施設では、病院からの入所が66%であった。退所後は、単身生活者が32.6%、家庭復帰が35.7%で合計68.3%の社会復帰率である。再入院は20%であった。

この2施設では、いずれも高率の社会復帰率であるが、退所後のケアにも力をいれており、戸別訪問や夕食会等を開いて、退所後の地域生活を支えている。今後、利用者の帰結については、社会復帰施設の効果測定という観点からも本格的な調査を実施する必要がある。

## III 社会復帰施設の今後

### 1. 地域生活支援の拠点として

社会復帰施設に関する制度上の変遷は、前述したと

表4-1 年代別援助実施率【生活訓練施設】

援助項目		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10代	2	50.0	100	50.0	100	50.0	50.0	100	50.0	50.0	50.0	100	50.0	50.0
20代	40	77.5	85.0	80.0	52.5	77.5	65.0	82.5	100	82.5	65.0	62.5	47.5	45.0
30代	84	80.0	72.6	78.6	66.7	65.5	48.4	70.2	95.2	71.4	61.9	61.9	48.8	45.2
40代	92	71.7	79.3	78.3	64.1	68.5	56.5	71.7	98.9	76.1	51.1	71.7	47.8	51.1
50代	97	72.2	71.1	73.2	60.8	73.2	67.0	63.9	93.8	68.0	55.7	72.2	56.7	57.7
60代	17	64.7	88.2	76.5	70.6	76.5	64.7	64.7	88.2	52.9	41.2	70.6	64.7	47.1
70代	3	66.7	66.7	100	33.3	66.7	33.3	33.3	100	66.7	0	100	66.7	100
総数	335人	74.0	76.4	77.0	62.7	70.4	58.8	69.6	96.1	71.9	55.8	68.7	51.6	51.0

表4-2 年代別援助実施率【授産施設】

援助項目		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10代	2	0	100	0	0	100	100	50.0	100	0	0	0	0	0
20代	76	34.2	81.6	52.6	31.6	59.2	93.4	63.2	88.2	35.5	43.4	50.0	42.1	32.9
30代	122	20.5	73.8	57.4	23.0	43.4	87.7	54.9	83.6	24.6	35.2	41.8	32.8	18.9
40代	127	37.0	77.2	64.6	40.2	58.3	89.8	40.9	85.8	32.3	26.0	45.7	39.4	43.3
50代	77	49.4	71.4	77.9	40.3	58.4	92.2	50.6	89.6	42.9	26.0	57.1	50.6	41.6
60代	14	28.6	57.1	57.1	28.6	35.7	92.9	21.4	57.1	7.1	21.4	35.7	21.4	28.6
70代	1	0	100	0	0	0	100	0	100	0	0	100	0	0
総数	419人	33.4	75.4	62.1	32.9	53.5	90.5	50.1	85.4	31.5	31.5	47.0	39.1	33.2

## 注記

- 1) 行われている援助の項目毎の数字は、各年代における援助の実施率を示す（複数回答）。
- 2) 設問の援助項目は、次のとおりである。
  - 1 掃除や洗濯などの日常生活技術習得のための助言・指導をする
  - 2 対人関係について指導する
  - 3 精神科の通院や服薬について指導・助言する
  - 4 お金の使い方を指導する
  - 5 余暇の活用について指導する
  - 6 作業訓練について助言・指導する
  - 7 就労について助言・指導する
  - 8 不安や心配事について相談にのる
  - 9 自炊を指導・援助する
  - 10 給食をおこなっている
  - 11 体調を悪くしたとき介助する
  - 12 公共機関の利用について指導・援助する
  - 13 個人衛生（洗面、整髪、ひげそり、入浴）について指導する

おりであるが、今回の改正は、精神障害者居宅介護等事業、精神障害者短期入所事業を法定化し、地域生活支援センターを社会復帰施設とした。長期入院の傾向に変化がなく、家族が高齢化し、単身生活の精神障害者が増加していることに対する受け皿として地域生活支援はますます重要性を帯びてきたと言える。

法第49条によれば、平成14年からは、市町村長が精神障害者に対する相談・助言を行うことになり、これを地域生活支援センターに委託できることになった。市町村と社会復帰施設との連携がますます重要になってきたことになる。

また、今回の改正では、精神障害者居宅生活支援事業として次の3事業を新たに規定した(第50条3)。

- ①精神障害者居宅介護等事業
- ②精神障害者短期入所事業
- ③精神障害者地域生活援助事業

これらの事業のうち短期入所事業は、社会復帰施設が直接的に拘わる事業であるが、居宅介護等事業は市町村での取り組みとなっているので、社会復帰施設との連携が鍵となるし、地域間格差が生じやすいところでもある。地域生活援助事業(グループホーム)利用者と居宅介護等事業(ホームヘルパーの派遣)との調整も必要であるし、地域生活支援センターがケアマネジメントを実施すれば、ケア計画の中にヘルパー派遣が組み入れられることも、多くなりそうな状況である。

ここでは市町村との連携と居宅生活支援事業に触れたが、その活動の拠点は地域生活支援センターとなる。その際の、中心的機能はケアマネジメントである。援助チームを形成し諸サービスの調整を行い、非公式の援助体制まで作るという発想は、ケアマネジメントの機能そのものであるからである。

## 2. 運営の質

社会復帰施設の運営は、設置運営要綱や社会福祉事業法に従っていれば、取りあえずは及第点が付けられてきたが、運営の質については、施設長若しくは法人責任者の資質に依存していた側面もある。しかし、これからは事業内容とともに運営についても、客観的な基準に従って評価される時代を迎える。その実例が次の2点である。

### (1)設置運営基準の法定化

第50条の2の3で、厚生大臣は、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営について、基準を定めなければならない、とした。今まで局長通知で運営されてきた

が、罰則規定のある省令によることになり、広範囲かつ明確な達成水準が示された。

### (2)サービス評価基準の作成

障害者・児のサービス評価基準が検討委員会での議論を終了した。今までともすれば独自の判断で行われていた福祉サービスが、一定の基準によって評価されることになった。利用者にとってサービスの質が担保されることは、質の高いサービスを受ける権利の保障にもつながるし、援助する側にとっても到達目標が示されることによって、労働の動機付けともなる。

## IV ま と め

社会復帰施設は、長期入院患者の退院を促進するための受け皿として機能してきた。そして法改正により環境は、さらに流動的となった。今、そこから地域生活支援の拠点として、積極的な役割を期待されている。一方で、地域の援助機能が低下し、公的な支援を組織的に提供していくケアマネジメントを必要としている。さらに隣人関係を基盤とする非公式の援助にあっても、専門機関の意図的な介入を必要とする社会となっている。

このような社会状況のなかで、福祉サービスの提供機関として機能すると同時に、地域社会の組織作り、調整役としての機能も果たそうとしているのが社会復帰施設である。障害者プランで示された数値目標の達成も大切であるが、施設の種別を問わず、地域社会というフィールドで活動を展開する姿勢が社会復帰施設に求められている。





## 【特集 今後の精神保健研究】

## 児童・思春期のこころの健康の30年

—21世紀に向けての課題—

上林 靖子

## はじめに

我が国の20世紀後半は、社会的に大きな変化を経験した。戦禍からの復興、工業化、高度経済成長とつづき、社会全体が活気にあふれた時代があった。それから一転バブル崩壊を機に、経済状況が急変し、社会の経済機構が改変を迫られ、職場を離れざるを得ない人が失業者となり、街にあふれるようになった。さらに近年では、大学や高校を卒業する若者にも就職難が大きな問題となっている。

それに加え私たちは、高齢化少子化というこれまでに経験したことのない社会変動を控えている。同時に今世紀の科学技術は、インターネットに象徴される情報化という大きな変動をもたらしている。世界の国々の垣根を越えて飛び交う情報が日常生活にどのように浸透していくのであろうか。

このような状況を背景にして、私たちは21世紀には、新たないくつもの試練を経験するであろう。これらの変動は、私たちの心身の健康にどんな影響を与えるのであろうか。とりわけ子ども達にとってどんな問題が生じるのであろうか。心身ともに未熟で保護が必要な子どもたち、就中何らかの不利な条件を重ね持っている子どもたちが、いつの時代にももこれらの結果、深刻で有害な影響をうけやすい。

この稿では、この30年の児童思春期の精神保健・医療の経験をふりかえり、21世紀を担う子どもたちのメンタルヘルスの課題について若干の検討を加えるつもりである。激変が予想される新しい時代に、これらの経験を整理し伝えることは私たちの世代のひとつの責務であると考えている。

## I. 児童思春期精神保健・医療の創生期

児童精神医学の種子は、第2次大戦以前、精神遅滞を中心に先駆的な研究者によって蒔かれていた。しかし、医療・保健という臨床的な活動として本格的に収穫が可能になったのは、もはや戦後ではないといわれるようになった1960代であった。

国立国府台病院（現国立精神・神経センター国府台病院）は旧陸軍の精神病院から国立病院として厚生省に移管された。新たに発足した国府台病院は、S23年村松常雄院長のもとに、「児童精神衛生相談」の独立の窓口を開設した。同院長は、国府台病院を日本の精神衛生センターとする構想をもっており、その中に児童精神科が明確に位置づけられていた。これが今日の国府台病院児童精神科の誕生であった。昭和25年には、当時各病棟に分散していた児童患者を1つの病棟に集めて、児童精神科病棟が出発した。

院長の「日本の精神衛生センター」構想のもとに、昭和27年精神保健研究所の前身国立精神衛生研究がこの地に設立され、児童精神衛生部が発足している。そのとき高木四郎初代部長はじめ国府台病院の児童精神衛生相談の主だったスタッフは研究所へと移行した。現在の国府台キャンパスはこのように児童精神科医療及び児童精神保健の一つの源流としての歴史を持っている。

国府台病院の児童病棟創設当初の入院患者は大部分が精神薄弱で、他は少数の分裂病児であった。記録によると、公営企業法の実施、看護基準みなおしなどのなかで、1959年児童精神科病棟は不採算部門として、

An essay on child and Adolescent Mental Health in past 30 year

国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

Yasuko Kanbayashi : Department of Child Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kohnodai1-7-3, Ichikawa, Chiba 272-0827

一時解散された。おそらく入院患者は他院あるいは施設へ移管されたものと思われる。しかし、児童精神科外来の診療は続けられ、児童患者の増加と登校拒否をはじめとする重症神経症の子どもの入院需要が増大し、約1年の空白の後に、成人女子病棟との混合病棟として復活した。この一時解散を機に国府台病院の児童精神科病棟は神経症圏の子どもたちを主たる入院治療対象をするという1つの転換を遂げたのであった。

1965年、入院児童の教育を担うために、地元の公立小学校・中学校の情緒障害学級として病院内学級が併設された。これをもって今日の児童精神科の基本体制が整えられた。

## II. 児童精神医療と保健の30年

### 2-1. 1970年代の児童精神科と精神保健

筆者の児童精神科臨床は、国立国府台病院で出発した。国府台病院は独立した児童精神科の外来・入院施設を持っている唯一の国立病院であった。当時児童精神科病棟を持っている医療機関は都道府県・市立の精神病院を中心に全国で10数カ所を数えるにすぎなかった。入院対象となっていたのは重い異常行動を持つ自閉症で、国府台病院の神経症圏の患者を中心とする入院治療は、異色の存在であった。この期間に児童精神科の整備がすすめられ、新しい開放病棟(1972)、外来棟(1976)が続いて完成した。この時期は児童精神科に光が当てられた時でもあった。

#### ①緊迫感のなかの登校拒否

1960年代後半から、登校拒否児の入院治療がマスコミでも繰り返し紹介されたこともあって、児童精神科は「学校に行かれない」ことを主訴とする患者が全国から集まっていた。

我が国の登校拒否の研究は、すでに1960年の高木らの長期欠席者の調査から始まっていた。その病態や、成因について臨床的な検討が活発に行われ、米国の学校恐怖症理論、つまり分離不安説では、捉えきれない病態の子どもたちに関心が集まっていた。例えば授業中みんなの前で失敗をさらけ出したなどの体験がきっかけの一つとなっている例である。ささいな傷つき体験をきっかけに、登校しようとする、頭痛、吐き気、腹痛など身体症状を訴え、登校できない状態に陥るのが、始まりであった。この頃の登校拒否は自己像が脅やかされる学校場面への恐怖症状の現れであった。小学校5-6年生から中学生に多発していた登校拒否は、

自己像脅威理論で理解された。アメリカの学校恐怖症の分離不安説で理解できるのは低学年の児童の症例であった。

病院を受診する登校拒否児は、一般に真面目で、過敏なところがあり、成績がよい、家庭的には恵まれている子ども達であった。彼らは高い学力と有名校への進学という親の期待と価値観に圧倒され、あるいはそのまま取り込んで、子どもは高い自我理想を形成していた。それが脅かされる事態に直面し、自由になれないことが、心理的葛藤となっていた。その枠から解放され、現実的な自己像を再構築することが治療的課題であった。

登校拒否は子どもにも親にも強い不安をもたらしていた。学歴信仰と言う言葉が物語るように、高い学歴が子どもの未来にとって必須のアイテムであると信じられていた。それだけに登校拒否という事態は、家族と本人にとって重大な危機であった。

家庭内暴力の出現：登校拒否と並んで子どもから親への暴力が思春期青年期の深刻な社会問題となった。それは、てんかんや脳器質性疾患、精神分裂病、精神遅滞などの基礎疾患がない、非行や神経症症状、登校拒否に関連するのでもない、家庭内暴力のみを示すものであった。学校ではなんら問題がないといわれるばかりか優等生で、家庭では親への暴力を繰り返しているという特徴を持っていた。しばしば登校拒否に伴い、長期化している例もあった。

家庭内暴力の問題は、患者本人が受診しないのが通常で、両親だけが相談にこられるだけに、私たちににとっては、対応に困難を覚える経験であった。引きこもっている子どもには保健所の精神保健相談を通じ訪問を依頼して、状態像の手がかりや対応の見とおしをもつのに助けられた経験も少なくなかった。

たとえ患者が受診することがあっても、かれらは実に礼儀正しく冷静な態度をみせた。我々の臨床常識では、問題の片鱗も伺えないことが少なくなく、しかも暴力あるいはそれに関連した問題を話題にすることは非常に困難であった。家庭内暴力の本質的問題は、家庭内と治療場面・学校場面など外界の間に〈分離〉があることであった。暴力を振るう息子を殺害する事件、金属バット事件など問題の凄まじさは、親たちを恐怖に陥れるものであった。

#### ②自閉症論の転換：親子関係障害説から認知障害説へ

自閉症はカナーの記述(1943)に端を発し、典型例・

非典型例をめぐって多様な類型が論議されていた。これは親子関係の形成の失敗、即ち乳児期早期の母子関係が原因として考えられていた。したがってもっぱら治療は、対人関係を確立するための遊戯治療と家族カウンセリングであった。

カナーの自閉症の長期追跡は、成人になってもこれらの症状を持ち続けているという結果を明らかにした。1968年にラターの認知障害説が発表されているが、我が国でこの仮説が紹介されたのは、1972年高木隆郎による自閉症の言語発達障害説についてであった。我が国でこれが一般に受け入れられるようになるにはなお長い年月が必要であった。

その後、自閉症の治療は人間関係を積極的に形成し、コミュニケーション能力を育てる療育に移っていった。これは乳幼児健診にひきつづく発達障害児のための療育システムの確立を促した。医療は診断や、障害の評価、自閉症児にしばしばみられる行動異常への治療を担うことになった。1979年の養護学校の義務化はこの過程をいっそう促進する結果となった。それまで、就学猶予・免除されていた障害児が義務教育を保障されることになったからである。

## 2-2 1980年代の児童精神臨床と保健

①多様化する登校拒否：登校拒否は児童思春期の精神保健に関わる最大の問題でありつづけた。1980年代には登校拒否を示す子どもの状態像にはいくつかの変化が現れていた。それまで典型とされていた優等生の息切型とは異なったタイプの登校拒否児が病院を受診するようになった。その一つは教室での存在感は乏しくいつの間にか消えてしまったと担任から評されるタイプ。かれらはそれまで萎縮したまま、消極的な姿勢をとってどうにか学校生活を続けていた。それが限界に達して不登校となったものである。齋藤はこれを受動型と記述している。境界知能であったり、経済的に恵まれていなかったり、両親の不和・離婚などを経験し保護的な大人がいないなどの不利な条件で生活している子どもなどが含まれていた。親に連れられ、外来や相談室には現れるが、自分の気持ちや感情の表出が乏しい。「何も困っていない」とぼそっというだけで、つかみ所がない。問題解決への手がかりも見いだしにくい。治療は病棟や院内学級など保護的な環境のもとで、仲間に出会い、再出発の時の掴むのを援助することであった。

もう一つのタイプは衝動統制が未熟なために、仲間

関係から浮き上がり、学校生活で批判されたり、排除されるにいたり、登校できなくなってしまっているタイプである。彼らは多動で集中力が乏しい、いつも自分が中心で、注目されようとする、その結果仲間関係から遊離して孤立し、疎外感を味わい、学校に止まる意欲を失ってしまっていた。しばしばいじめの被害者となっていることもあった。

これらの子どもは、それまでは学校から離脱しないでいた子どもたちである。知的に境界域で学習が困難でも、それが子ども自身の存在の一部でしかなかった。仲間関係や、教科外の活動を通じて、なんらかの自己実現を達成する機会を持っていた。またいじめや疎外をあげることがあっても、支えになる友達や教師をどこかに見つけることができた。家庭の不和を背負った子どもにとっては、友人や教師との交流がある学校は癒しの場として機能する可能性も高かった。しかし現実には1980年代は登校拒否が多様化しながら急速に増加した。

高学歴社会への移行：文部省の長欠調査の欠席理由に学校嫌いが加えられたのは1966年（昭和41年）からである。これはその後登校拒否の実態を示す統計資料として広く利用されている。中学生の長欠率は、調査が始まった当初の10年間はずりかな減少と増減のない状態が続いていた。しかし1976年の長欠率0.17のあと上昇が一貫して続いている。10年後の1986年には0.49、と3倍に、さらに10年後の1996年には1.37にまで達している。（表参照）。

このように登校拒否が多様化しつつ増加し始めたのは、高校進学率が95%にせまった時に符合している（1965年74%、1975年94%）。このことは、中学校を卒業する時点では、子どもたちは高校進学以外の選択肢を失ったことを意味する。しかも具体的な選択は、偏差値という序列で割り当てられるものでしかなかった。こうして子どもたちは偏差値と化した尺度で知らない間に測られ評価される存在となっていた。中学は入学試験をいかにうまく乗り切れるかによって評価された。1980年代には、教師が、うちのクラスでは一人の不合格者も生まなかったと誇らしく語ったものだった。高校進学対策があたかも中学の最重要使命であるかのようであった。

熾烈な受験競争のなかでは、受動型の登校拒否が増加する。ただ押し黙って中学生生活を続けるのには長く、空虚でありすぎる。学校で何を期待したらいいのかと、治療者の方が消極的になってしまうケースも少なくな

表 児童思春期の問題行動の件数

年		不登校 <sup>1)</sup>		家庭内	対教師暴力(中学生) <sup>4)</sup>			自殺少年 <sup>5)</sup>	いじめ <sup>1)</sup>	
		小学校	中学校	暴力3)	件数	補導人員	被害者数	(14歳以下)	小学校	中学校
		%	%			人	人	人	件	件
1966	S 41	0.05	0.22							
1967	S 42	0.04	0.21					48		
1968	S 43	0.04	0.19					51		
1969	S 44	0.04	0.19					56		
1970	S 45	0.04	0.18					55		
1971	S 46	0.03	0.16					61		
1972	S 47	0.03	0.15		—	—	—	86		
1973	S 48	0.03	0.16		58	—	149	95		
1974	S 49	0.03	0.15		91	—	176	68		
1975	S 50	0.03	0.16		119	149	240	89		
1976	S 51	0.03	0.17		139	204	330	84		
1977	S 52	0.03	0.20		193	221	342	92		
1978	S 53	0.03	0.21		174	226	296	89		
1979	S 54	0.03	0.24	—	211	304	473	93		
1980	S 55	0.03	0.27	1,025	372	503	763	55		
1981	S 56	0.03	0.30	1,194	738	905	1,542	87		
1982	S 57	0.03	0.36	1,099	825	1,123	1,790	76		
1983	S 58	0.03	0.42	1,397	914	1,266	1,943	92		
1984	S 59	0.03	0.45	1,131	732	904	1,349	67		
1985	S 60	0.04	0.47	1,107	658	905	1,117	85	96,457	52,891
1986	S 61	0.04	0.49	856	622	1,033	910	126	26,306	23,690
1987	S 62	0.05	0.54	798	475	706	690	69	15,727	16,796
1988	S 63	0.06	0.61	860	539	856	769	79	12,122	15,452
1989	H1	0.07	0.71	839	566	907	807	63	11,350	15,215
1990	H2	0.09	0.75	779	461	719	614	47	9,035	13,121
1991	H3	0.11	0.84	848	368	581	509	36	7,718	11,922
1992	H4	0.12	0.94	757	301	471	417	84	7,300	13,632
1993	H5	0.13	1.01	715	259	362	338	50	6,390	12,817
1994	H6	0.14	1.10	654	295	432	447	76	25,295	26,828
1995	H7	0.15	1.18	688	251	319	310	66	26,614	29,069
1996	H8	0.19	1.37	744	291	369	376	64	21,733	25,862
1997	H9	0.21	1.59	827	361	513	482	53	16,294	23,234
1998	H10	0.27	1.96		434	554	570	94	12,858	20,801

1) 文部省：「学校基本調査報告書」

2) ~ 4) 青少年白書による：資料警察庁調べ

5) 人口動態統計

かった。

過剰適応型の登校拒否も高学歴化のうねりのなかで増加した。彼らは、押し当てられる尺度の測度に翻弄され、客観的に自己を検討する余地がないまま、疲弊していた。

それに加え、次の項で述べる校内暴力やいじめが子どもたちを学校から遠ざける要因となっていた。

②校内暴力といじめ：1980年代には、学校内で頻発する校内暴力、いじめ、体罰などが注目を集めた。

青少年白書によると校内暴力は「一般に学校生活に起因する児童生徒の暴力行為を指す。」と規定され、これに「対教師暴力・生徒間暴力・学校の施設設備等の器物損壊の3形態がある」とされている。これらのうち対教師暴力で警察が取り扱った件数、補導人員、被害者数を表に示した。

一方、1980年代にはいじめを契機とする不登校がみられるようになった。いじめによる自殺する子どもの悲劇は大人たちをして、それなら登校拒否をしてくれた方がよほどまだ。いじめで命を削る学校に子どもをやらなくてもいいのではという主張もきかれた。

### 2-3 1990年代：登校拒否についての認識の変化

1990年代は登校拒否がなお増加の勢いを保ち続けた。その一方、登校拒否についての社会的な認識に変化が見え始めた。フリースクールや親の会の活動が活発になり、学校外にこれらの子どもを支える場を形成する活動が浸透し始めた。登校拒否をしているという子どもたちが、生き生きと活動している様子がマスコミにもたびたび登場する。「明るい登校拒否」という言葉が生まれたのもこのころであった。彼らは学校へ行かないことで生じていた従来の心気的な訴えや、登校を督促する無理解から解放された子どもたちである。

文部省は、1990年増え続ける登校拒否についての基本認識を表明した。それは以下の4点である。①登校拒否はどの子にも起こりうるものである。②学業不振、いじめ、教師に対する不信感を持つことなど、学校生活上の問題に起因する登校拒否がかなりあり、関係者の努力で改善できる。③家庭訪問や適応指導教室の利用が効果的なこともある。④対応には子どもの自立を促すという視点を持つこと。これらは、登校拒否の発現や対応において学校が重要な役割を担っていることを明確にしている点で大きな意義があった。

### 適応指導教室とスクールカウンセラーの導入

この10年には、登校拒否対策が次々と打ち出された。第1は適応指導教室の設置である(1991)。市町村の教育委員会が学校以外あるいは学校の空きスペースを利用し登校拒否の子どもたちに新たな居場所を提供し始めた。その数は、平成10年度には804を数え、約2500人の児童生徒がここで指導を受けた。第2は登校拒否やいじめ問題に対応するために、スクールカウンセラーとして学校に臨床心理士が導入された(1995)。学校に教育以外の領域の専門家を起用したと言う点でこれは画期的な出来事であった。現在全国で文部省が派遣したスクールカウンセラーの数は、2000校に達している。臨床心理学の専門家を導入する動きは、全国の自治体でもにわかに強まり、自治体独自の事業としてスクールカウンセラーを配置する措置が次々とられている。

これらの施策にもかかわらず、登校拒否は増加の勢いを弱める気配すら見られない。このことは、現在の学校が多くの子供達にとって知的好奇心を満たし、仲間と出会う魅力的な場となっていないことを意味している。それは学校というシステムに起因するのであろうかあるいは、子どもの発達のプロセスが変わろうとしているのであろうか。

同時にこの10年間は児童精神医療・保健に関わる新たな問題が噴出し始めている。その一つは摂食障害の増加である。第2は多動性障害が、神経の生物学的障害として認識されはじめ、治療への手がかりがうまれはじめたことである。第3には児童虐待が社会的に注目を集め、その被害者である子どもを守り、こころの傷を癒す積極的な介入が求められるようになったことである。

## III. 21世紀への課題

### 高齢／少子化社会における子育て

少子化が言われるようになって久しい。合計特殊出生率は女性一人あたりの出生数を表すが、1.43(1997)と低下を続けている。少子化は、子どもに対する親の期待を大きく、多面的にする。一人一人の子どもの行動に大人の目が常に向けられており、子どもは監視下におかれる。子どもがこれらに答えることができないとなると親は失望し、時にそれが子どもへの関心を失わせしめ、拒否し、こころを傷つける言動に走りがち

である。

少子化の中の子どもは、自然発生的な仲間関係を経験しにくい。公園デビューが話題になったように、子ども同士の初めての出会いは、親同士の出会いのもとで試される。超早期教育をうたう塾が子どもたちを飲み込む。幼児期という積極性をはぐくむ時期をこうして大人達が支配している。どんな子供時代を私たちは子どもにプレゼントできるであろうか。

#### 教育の再生

登校拒否を生み出し続けているのは現存の学校である。中学生の場合、学校生活に起因するものは38% (1998) をしめている。このような現状は、学校そのものがこれらの子どもたちにとって、真の教育的機能を果たせなくなっていることを意味している。登校はしている登校拒否予備軍の存在はよく知られているところである。

現在の学校が、子どもたちの教育的なニーズに応えているかが問われよう。中学生の授業の理解度の調査によると、よくわかる・だいたいわかると回答した生徒は45%にすぎない(刈谷)。この数字は幾多のカリキュラムを改変しても、20年間変化がなかったという。半数以上がわかりにくいと感じる授業が中学校では続いていることになる。我が国の教育カリキュラムが一本で、一斉授業が基本というシステムが問われている。病んでいるのはむしろ教育だという論議も生まれている。

週休2日制の施行が迫っている現在、教育内容が問い直されようとしている。同時に、個々の子どものニーズを取り入れた教育形態が求められている。

#### 児童期から青年期までをカバーする相談・治療体制

登校拒否は、単なる学校不適応に止まる問題ではない。斎藤らは中学卒業後10年めの社会適応について調査した。その結果、社会的活動に全く参加していないか、ほとんど参加できなかった不適応群は27%であった。それまでに精神医学的な診断が変更される例は30%もあり、精神分裂病や感情障害も含まれていた。

このように、登校拒否はその後社会的不適応や精神障害が高率にみられることを考えると、学齢期のみではなく、思春期・青年期にわたる援助ができる体制を必要としている。現在の登校拒否児が相談・指導・治療を受けている主な場は、教育相談機関・適応指導教室・児童相談所などである。その多くは義務教育年齢をすぎると相談・治療対象ではなくなる。そのために、これらの子どものアフターケアがほとんどなされて

いない。文部省の通知にふれられているように自立への視点からの取り組みをするためにも、10代後半から20代にかけての青年の不適応に対する医療・相談・指導体制を確立することが必要である。

#### ひきこもりからの出発への支援

「登校刺激を与えない」は、登校拒否への基本的な対応のキーワードとなって広まっている。これは、登校を至上とし、強制的な登校、登校の督促などを効果的とする主張に対する警告的な意味を持っていた。それは子どもと家族を登校拒否の深刻な混乱から開放するには役だったといえる。初期の混乱を越えて、登校拒否をしている子どものこのころの問題、置かれている状況をとらえていくために、必要なステップであった。

しかし登校拒否の経過の中で、子どもがどんな援助を必要としているかにはもっと敏感でなければならない。この原則に止まり続けるあまり、学校からも、仲間からも孤立してしまい、ひきこもり続けている事例が少なくない。自称もと登校拒否を名乗るある青年は、登校しなくていいと言われることで、自分の中にある行きたくても行けないという気持ちが否定されるようで苦しかった。いま、定時制高校で学んで学校を身近に感じほんとうに安心できる自分にびっくりしているという。

また長いひきこもりのあとの再出発には、想像以上の困難が待ち受けている。せつせと履歴書を書き続けるある青年は、「この世では僕は必要とされていないのではないか」と落胆していた。はじめの一步を踏み出すには、現実的な支えを必要としている。

この30年児童精神科医療・保健システムは発達障害児に関しては格段に充実した。しかしこと児童思春期精神科医療・保健相談については、30年前にくらべて、整備が進んでいないままである。医療としては、現行の保険制度では、常に赤字部門の汚名に脅かされている。児童精神科医、ケースワーカー、臨床心理士、カウンセラーなどの、専門家が育っていない。研修をしたところで、それを生かせる仕事の場が得られない等々問題は山積している。児童思春期の問題は、母子保健から、教育、医療、福祉がかかわる問題であるだけに、総合的な視野からの対策を必要としている。

#### おわりに

20世紀の最後に居合わせて振り返ってみると、児童思春期の問題は複雑化し、混沌としているように見え

る。現在物質的には恵まれているがどこか何か足りなく感じるのはなぜであろうか。私たちが追い求めていた豊かさ幸せとは何であったのだろうか。これは経済至上主義競争原理に導かれた半世紀のひとつの終着点である。21世紀はあらたな価値が生まれるのであろうか。少子高齢化の時代は弱者を慈しみ、共に生きることを喜びとする時代になって欲しい。これは次の時代を背負う人々への期待でもある。

#### 参考文献

- 刈谷剛彦：すべての子どもにつけたい学力とは何か。  
児童心理 No.729 113-119、2000。
- 上林靖子：児童生徒の問題行動の推移と位置づけ。教育と医学 36(4) 11-18 1988。
- 齋藤万比古：児童思春期部門。39-41国立精神神経センター国府台病院年報12号、1999。
- 齋藤万比古、笠原麻里他：児童思春期における非社会的な行動・情緒障害としての登校拒否の病態及び治療に関する研究。乳幼児期から思春期の行動・情緒及び心理的発達障害の病態と治療に関する研究。平成10年度報告書 127-139、1999。
- 高木隆郎／ローナウイング：児童精神医学への挑戦—自閉症を考える。岩崎学術出版社、1988、東京。
- 文部省初等中等教育局中学校課：生徒指導上の諸問題の現状と文部省の施策について 平成12年1月





【特集 今後の精神保健研究】

## 産業メンタルヘルス研究の現状と課題

川上 憲人

## I. 産業メンタルヘルスの現状と労働衛生行政

長引く不況と国際競争にともなう企業のリストラの進展、労働の高密度化・急速な情報化などを背景として、労働者のストレスやメンタルヘルス問題が増加している。1998年には前年度に比べて労働者の自殺率は30-40%増加した(1998年警察庁自殺統計)。大企業の多くでは長期疾病休業の理由のうち、うつ病が最多を占めるようになり、メンタルヘルスが企業の生産性や安全にも大きな影響を与えていることが認識されるようになってきた。さらに、いわゆる「過労死」問題として、その業務上認定や企業の安全配慮義務違反に対する賠償請求の行政及び民事訴訟が増加しつつあり、社会的関心も高い。

行政として産業メンタルヘルス対策に関する指針が初めて公表されたのは、1988年の労働安全衛生法の改正にともなう「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(トータル・ヘルス・プロモーション・プラン、THP)である。THPではメンタルヘルスクエアの実施として、心理相談員(後に心理相談担当者)による1) ストレスに対する気づきの援助、2) リラクゼーションの指導、3) 良好な職場の雰囲気づくり(相談しやすい環境など)の実施が盛り込まれた。1992年

の労働安全衛生法改正では、事業者に対する快適職場環境形成の努力義務化が盛り込まれた。これに基づいて、「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」が公表された。この中では、労働者が疲労やストレスを感じる事が少ない快適な職場環境を形成していくことが、求められた。しかしながら、こうした対策のみでは今日の産業メンタルヘルスの課題に十分対応できなかった。

第9次労働災害防止計画(1998年3月)では、基本方針の一つとして「最近における業務上の心身の負担の増大等に対応した労働衛生対策の推進」が示され、労働者の健康確保対策の1つとして、ストレスマネジメント対策が示された。1995-99年度の労働省委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」において、事業所におけるストレス対策の方針および技術の確立を目標として大規模な共同研究が実施されている。労働省は1999年度には「労働者のメンタルヘルス対策に関する委員会」を設置し、事業所におけるメンタルヘルス対策の方向性について討議を重ねている。

このような社会的ニーズの高まりと労働衛生行政の新しい展開の中で、産業メンタルヘルスに関する研究にはますます大きな期待が寄せられている。企業におけるメンタルヘルス対策は、ストレスの軽減やストレス対処の向上によって心身の健康障害を予防しようとする「ストレス対策」、精神的問題を持った労働者への相談や助言、対処を行う「メンタルヘルス相談」、さらに精神的問題を持った労働者が職場に復帰することを支援する「職場復帰」に大きく区分される。これらは、それぞれ「第1次予防(疾病予防)」「第2次予防(早期発見)」および「第3次予防(リハビリテーション)」に対応している。ここでは、この3つの活動ごとに産業メンタルヘルス研究の到達点と今後の課題について整理する。

Research in occupational mental health : current status and future direction

岐阜大学医学部公衆衛生学教室

〒500-8705 岐阜県岐阜市司町40

Norito Kawakami : Department of Public Health, Gifu University School of Medicine, Tsukasamachi 40, Gifu, Gifu 500-8705

## II. 産業ストレス研究の現状と課題

産業（職業性）ストレスとは、仕事の内容、職場組織、職場環境の心理的または社会的な特徴によって労働者に生じる身体的・精神的な反応のことであり、特に健康に影響を与える可能性があるものをいう。1997年の労働者健康調査では、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがある労働者の割合は約63%であり<sup>15)</sup>、全国6500万人の労働者の半数以上がすでに産業ストレスに暴露していると考えられる(図1)。この割合は年々急速に増加している。国際労働機関(ILO)の報告書は、職業性のストレスを職場における今世紀最も重要な健康障害因子のひとつであると指摘してその対策を呼びかけている<sup>9)</sup>。

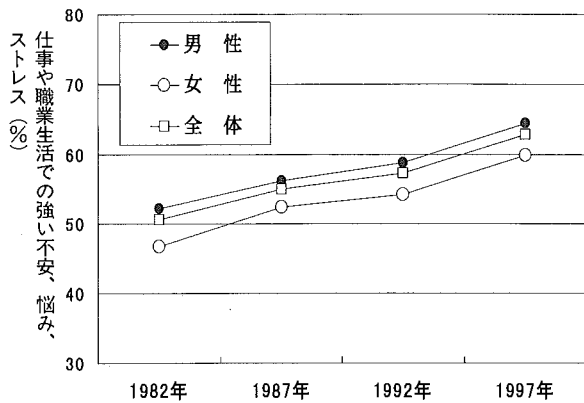


図1 仕事や職業生活での強い不安、悩み、ストレスがあると回答した労働者の割合 (%) の年次推移 (労働省労働者の健康状況調査、文献15)

### 1. 産業ストレスの評価法の開発

職業性のストレスの測定法には、信頼性の高さ、調査の容易さ、個人レベルでのストレスが評価できるという点から、質問票による方法がよく利用されている。しかし従来の研究では、その場限りの、信頼性・妥当性の検討が不十分な、相互に比較可能でない職業性ストレスの調査票によって実施されることが多かった。1990年前半には、Job Content Questionnaire (JCQ)、NIOSH 職業性ストレス調査票、MONICA Extended Karasek尺度など国際的に標準化された職業性ストレスの調査票の日本語版が開発され、調査研究や実践活動に使用され、わが国の産業ストレス研究の水準を国際水準に向上させるために大きく寄与した<sup>9)</sup>。

### 2. 産業ストレスの健康影響の評価

職業性ストレスの健康影響はまだ研究途上であるが、身体疾患および精神疾患の発症に大きな影響を与えていることがわかっている(表1)<sup>7-9)</sup>。産業ストレスによって増加している医療費は全国で年間約2兆円、疾病休業による労働コストの損失は年間約6千億円に達すると推定される。

仕事の要求度-コントロールモデル<sup>7)</sup>では、仕事の要求度(仕事の負荷、責任など)が高く、かつ仕事上のコントロール(労働者の裁量権や自由度)が低い労働者に心身の不調や健康問題が現れやすいと考える。仕事の要求度と仕事のコントロールに、職場の支援を加えた要求度-コントロール-社会的支援モデル<sup>7)</sup>では、この3要因がいずれもストレスフルな「三重苦」の労働者に最も健康問題が生じやすいと考える。これまでの研究で、これらの仕事上のストレスが虚血性心疾患をはじめとした健康障害と関連することが実証された。近年では、努力-報酬不均衡モデル<sup>10)</sup>とよばれる、仕事上の報酬(心理的な報酬、地位、給与など)にくらべて要求される仕事上の努力が過大である場合にストレス反応が生じやすいと考える新しい理論モデルが提唱された。こうした理論モデルの発展や検証が国際的に進められている。

表1 産業ストレスの健康影響(文献7-9)

区分	疾患など	職業性ストレスによって受ける影響
循環器疾患	虚血性心疾患	1.3~4倍(職場の支援の低さが加わると2~7倍)
	血圧	平均で仕事上の収縮期血圧が7mmHg、拡張期血圧が4mmHg増加する。
	その他	中性脂肪、血清総コレステロール、HbA1cが増加する。血液凝固が亢進する。
精神疾患	精神科受診率	1.4~2.3倍
	うつ病	5倍(職増の人間関係)、14倍(仕事の不適性感)
筋骨格系疾患	主に腰痛(上肢、頸部痛も)	仕事の要求度および低い仕事のコントロールが影響する(1.2倍)
事故	仕事上の事故	1.8倍(仕事上のストレスフルな出来事)、2.5~2.7倍(職場の支援の低さ)
	交通事故	1.5倍
その他	医師受診率	1.5~2倍(医療費の6~12%相当)
	疾病休業	1.4~2倍(賃金換算で労働者1名あたり年間0.6~1.2万円)
	その他	免疫機能の低下、胃腸疾患や自殺率が増加するなどの報告もあり。

### 3. 産業ストレスの対策に関する研究

産業ストレスの予防対策は大きく分けると、職場環境や組織に対するアプローチと個人向けのアプローチがある。ILOは世界各国の19の職場のストレス対策をレ

ビューし、職場環境の対策がより効果的であると結論している<sup>3)</sup>。わが国でも、ある電子部品の製造組み立て職場で職場上司と産業保健スタッフの協力のもとに職場のストレス要因の対策が実施された。この職場では、特別な対策をしなかった他の職場にくらべて従業員の訴えが減少し、2年目には疾病休業日数も少なくなり、対策の効果が確認された<sup>11)</sup>。また、1年間にわたって全管理職がメンタルヘルスに関する教育・研修を受けた事業所では、特に教育を実施しなかった事業所にくらべて従業員の抑うつ症状の平均値が減少した<sup>11)</sup>。

個人向けのアプローチでは、リラクゼーション法の教育・研修や瞑想法などの講習会がストレスの軽減に効果的であったとの報告がある。しかし多くの研究は対照群をおかない研究であり、自然経過や平均への回帰などのバイアスはいりやすい。自己記入式のストレス調査の結果を労働者に書面で返却した場合の効果評価を無作為化比較試験で行ったところ、効果がないことが判明したという報告もある<sup>5)</sup>。

## II. 精神障害の早期発見

わが国の企業内の精神科クリニックの報告によれば、精神障害で治療または追跡管理を受けている者の割合は全従業員の0.5~0.7%と報告されている<sup>4)</sup>。DSM-III-Rによって勤労者を調査した結果によれば、過去6か月間に大うつ病に罹患した者の割合は4%、いずれかの精神障害に罹患した者は10%以上にのぼる<sup>10)</sup>。精神障害を早期に発見し、必要なら専門機関に受診させる、いわゆる第2次予防の充実は、産業メンタルヘルスの上で重要と考えられている。

自己評価式抑うつ尺度などの簡便な質問紙を用いて、うつ病をスクリーニングしようとする試みが職場でなされてきた<sup>13)</sup>。これらの尺度の鋭敏度および特異度は一般に80~90%であり、これは身体疾患のスクリーニング検査とほぼ同等の効率である。しかしながら鋭敏度99%、特異度95%というきわめて優れた検査であっても、うつ病患者10名(1%)を含む千人の集団に適用されれば、スクリーニング陽性者60名中50名(83%)は健常者が占める。面接以外に2次スクリーニングのための簡便な方法がないため、質問票によるうつ病の早期発見にはかなりの労力が必要である。一方で、問題のない労働者に対して「うつ病の疑い」といった好ましくないラベルを貼ることになる。米国の予防医療実践ガイドライン<sup>14)</sup>はうつ病の早期発見を目的として一般

集団にスクリーニングを行なうのは現時点では勧められないとしている。代わりに、上司、従業員自身あるいは家族に対するうつ病に関する教育・啓発を通じて、うつ病の早期受診を推進しようとする活動が推奨されている<sup>5)</sup>。

## IV. 職場復帰と再発予防

企業における精神障害者の職場復帰後の適応状態は、一般には精神分裂病で6割、うつ病で7~8割、神経症で9割がほぼもとの適応水準にまで回復していると報告されている<sup>4),6),12),14)</sup>。これらの報告におけるうつ病者の自殺率は約2%であった<sup>6),12)</sup>。しかし感情障害(ICD9)を最大20年にわたって経過観察した報告では5名(6%)が自殺死亡していたという報告もある<sup>14)</sup>。

精神障害によって休業中の者の職場復帰にあたっては、入社時には復職判定を行い、再発予防のためにどのような配慮が職場でなされるべきかを十分に検討しておくことが重要である<sup>6),14)</sup>。本人の回復状態によっては、半日勤務などの軽減勤務や「試し出勤」と呼ばれる職場復帰訓練のための出勤などを実施して効果をあげている企業もある<sup>4)</sup>。うつ病の職場復帰後4年目までは累積再発率が直線的に増加するが(図2)、職場での産業保健スタッフの再発予防および職場適応向上のための支援によって再発率は低下する<sup>12)</sup>。しかしながら、精神障害者の職場復帰に対するこうした支援技術の効果評価は十分に行われているとはいえない。今後、より優れた精神障害者の職場復帰後の支援技術の開発とその効果評価が求められている。

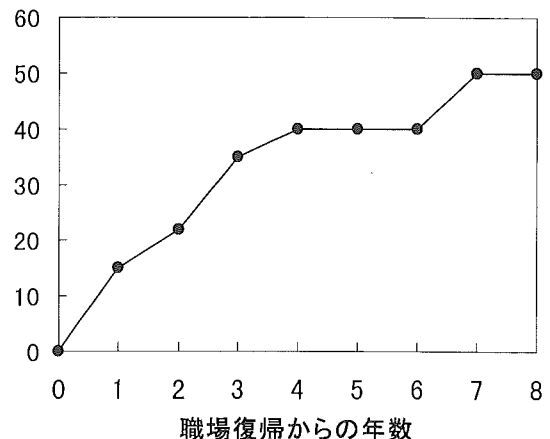


図2 DSM-IIIうつ病60名における職場復帰後の年数と累積再発率(文献12)

## V. 産業メンタルヘルス研究の課題

今後わが国の企業は急激な変革期を迎える。現在すでに進行しているリストラ、アウトソーシングをはじめとして、終身雇用や年功序列制度などの従来の企業文化が大きく崩れようとしている。加速する情報通信技術の進歩も労働の態様をさらに大きく変化させようとしている。女性労働者、高齢労働者の増加も予想される。労働者のメンタルヘルス上の問題は今後さらに増大し、かつ多様化すると予想される。

わが国の産業メンタルヘルスでは、精神障害者の職場復帰、ついで早期発見にこれまで力点がおかれてきた。しかしながら近年では産業ストレスへの対策に関心が高まっている。産業ストレス対策は産業メンタルヘルスの柱の1つであるが、同時に身体疾患の予防対策でもあること、個人だけでなく職場環境へのアプローチが必要になる点で、従来の産業メンタルヘルスとは異なっている。効果的な産業ストレスの対策のためには、今後は精神医学、心理学、人間工学、産業・組織心理学、経営学などによる学際的な研究活動の展開が望まれる。

産業ストレスの研究では、すでに明らかになりつつある産業ストレスの循環器疾患への影響に加えて、がんや免疫機能に対する影響の評価、産業ストレスの脳内メカニズムの生理心理学的解明、末梢ストレス経路の分子レベルでの解明が期待される。また、社会変動にともなう産業ストレスの動向を国、地方および事業所レベルでモニタリングするための測定の開発が必要である。特に客観的な産業ストレスの評価法の開発が緊急の課題である。蓄積された産業ストレスの研究成果を現場で生かすために、産業現場における介入研究や実践的な対策事例研究を推進する必要がある。特に中小規模事業所でも実施が可能な低コストで簡便な対策手法の開発が望まれている。

また、産業メンタルヘルスを科学的な根拠を持った活動として実施することも今後は重要となる。このために産業ストレスおよびその健康影響の対策、精神障害や精神的問題の早期発見および精神障害者の職場復帰の支援のための技術の開発とその効果評価が今後精力的に行われる必要がある。これは必ずしも高い精度の研究のみが必要という意味ではない。症例研究や小規模の実践的な現場での対策事例もまた有用な情報を与えてくれる。

産業メンタルヘルスの問題は一国内にとどまるものではない<sup>17)</sup>。欧米諸国はいうまでもなく、アジア諸国でも産業ストレスは大きな問題として認識されつつある。国際的な経済交流が盛んになるにつれ、それぞれの国・文化における産業ストレスの理解と配慮は企業活動にとってもますます重要になる。日本、欧米、アジア諸国を含めた産業メンタルヘルスの理解と対策に関する国際的な研究協力が推進されることが期待される。

## 文 献

1. 米国予防医療研究班：予防医療実践ガイドライン。米国予防医療研究班報告（福井次矢，箕輪良行監訳），pp.279-283。医学書院，東京，1991
2. Hurrell JJ, McLaney MA : Exposure to job stress - A new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health* 14 (suppl. 1) : 27-28, 1988.
3. ILO : Preventing stress at work. ILO *Conditions of Work Digest* 11(2), 1992.
4. 藤井久和：職場と精神障害。現代労働衛生ハンドブック，pp.1285-1287。労働科学研究所，川崎，1988.
5. 原谷隆史，川上憲人，福井城次，ほか：職場におけるメンタルヘルス教育の方法に関する研究。産業医学ジャーナル，12(4)，30-34，1989.
6. 春原千秋：職場におけるうつ病の実態とその対策。職場の精神健康管理の実際（小沼十寸穂編），pp.151-161。労働科学研究所，川崎，1981.
7. Karasek R, Theorell T : *Healthy work*. Basic Books, New York, 1990.
8. Kawakami N, Haratani T : Epidemiology of job stress and health in Japan : Review of current evidence and future direction. *Ind Health* 37: 174-186, 1999.
9. 川上憲人，原谷隆史：職業性ストレスの健康影響。産業医学ジャーナル 22(5) : 51-55, 1999.
10. Kawakami N, Iwata N, Tanigawa T, et al: Prevalence of mood and anxiety disorders in a working population in Japan. *J Occup Environ Med* 38 : 899-905, 1996.
11. 川上憲人，河島美枝子，榎本 武，他：職場におけるストレス対策—介入研究による効果評価。産業医学ジャーナル 19(6) : 49-53, 1997.
12. 川上憲人，小泉 明，榎村博康：職場におけるう

- つ病者の経過と予後. 産業医学 29:375-383,1987.
13. 川上憲人, 小泉 明: 企業におけるメンタルヘルスのアセスメント. メンタルヘルスハンドブック (上里一郎, 飯田 眞, 内山喜久雄監修), pp.505-515. 同朋社, 京都, 1989.
  14. 中村 豊: 職場の精神障害者に対する精神保健活動. 第2部精神障害者の経過の追跡と転帰. 産業医学 32:336-365, 1992.
  15. 労働大臣官房政策調査部統計調査第二課編: 平成9年労働者健康状況調査報告. 労働大臣官房政策調査部統計調査第二課, 1998
  16. Siegrist J: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1:27-41, 1996.
  17. 東京医科大学国際シンポジウム: 日米欧脱工業化地域における職業性ストレスと健康に関する東京宣言. 東京医科大学雑誌 56: 760-768, 1998.



## 【特集 今後の精神保健研究】

## 地域保健における精神保健のニーズ

犬塚 君雄

## I はじめに

地域保健法の全面施行、精神保健福祉法の改正により、地域精神保健活動における市町村の役割は次第に重要なものとなってきている。そういった中、豊田市は平成10年4月中核市に移行し、市保健所を設置した。市町村としての新たな役割が求められる中で、保健所設置市として県から業務の委譲を受け、それら業務の円滑な実施に努めている。本市における取り組みを中心に、地域保健における精神保健のニーズについて述べるとともに、中核市における課題についてもふれることとする。

## II 豊田市の概況

豊田市は愛知県の内陸部ほぼ中央に位置し、なだらかな丘陵地に自動車産業を中心として戦後急速に発展してきた都市である。市域は相次ぐ町村合併により約290平方キロと広く、県下で名古屋市に次いで2番目の広さである。市の中心部から南部にかけては都市化が進み、工場と住宅が隣接して密集している地域も見られるが、北部から東部にかけては自然も多く残されており、全体的にはのどかさの感じられる都市である。人口は349,202人（平成11年10月1日現在）で、65歳以上の高齢者の割合は未だ9.5%、出生率（人口千対）も12.5と若く活気にあふれている。都市化の進展により核家族化、隣人関係の希薄化が進んでいることのほか、多くの労働力を必要とするため全国各地から人口の流入があること、高度に自動化、ライン化された作業環

境によりストレスも多く対人関係で孤立しがちな労働者が見られることなどが、地域で精神保健活動を進めていく上で必要な一つの視点と考えている。

市内の精神障害者の把握数は平成11年3月末時点で1,953人であり、疾病別では精神分裂病が796人と最も多く40.8%を占めている。次いで躁うつ病291人、てんかん132人、神経症102人、アルコール依存症68人となっている。

精神科医療機関としては市内に精神病院が4施設、精神病床は合計で942床確保されているほか、精神科外来を標榜する病院が2施設、診療所が3施設あり、精神科医療に関しては比較的恵まれた状況にあるといえる。

また、社会復帰関連施策では、精神科デイケアが5施設で、訪問看護が3施設で、グループホームが2施設で、福祉ホーム、通所授産施設がそれぞれ1施設で実施されている。平成10年10月には地域生活支援センターが1カ所開設されたが、援護寮、福祉工場、小規模保護作業所は未だ設置されていない。

## III 豊田市の取り組み

先にも述べたが、豊田市は平成10年4月中核市に移行し、市保健所を設置した。精神保健業務は、愛知県豊田保健所から事務委譲を受け、市保健所保健予防課の結核・精神・難病担当として愛知県からの派遣保健婦4名を含む7名で業務を開始した。初年度は保健所業務を広く経験させるため、保健予防課の保健婦全員を地区担当として全ての業務を地区ごとに分担させたが、11年4月からは業務分担制を導入するとともに、結核担当を分離し、保健婦5名（内、派遣保健婦2名）の障害保健担当とした。さらに10月、市役所の東庁舎に保健と福祉の機能集積と一体的なサービスの提供を図るため、保健所を市役所に移転し、保健予防課の保健婦を福祉関係各課に分散配置した。精神・難病担当は障害福祉課に配置となり、身体障害者、知的障害者とともに精神障害者に対応することとなった。精神保健福祉

---

Needs of mental health in community health care

豊田市保健所

〒471-8501 愛知県豊田市西町3-60

Kimio Inuzuka : Toyota City Health Center,

Nishimachi 3-60, Toyota, Aichi 471-8501



相談員の資格を持つ保健婦が4名いるが、専任の精神保健福祉士は確保できていない。

精神保健福祉手帳の交付状況は11年3月末現在、1級47人、2級248人、3級72人の合計367人となっている。精神障害者の自立と社会参加を促進するために交付するものであり、手帳の意義を周知するとともに、手帳の意義がさらに高まるよう各種の支援策を充実していく必要がある。

精神保健福祉相談については、嘱託の精神科医および保健婦による相談を行っている。医師への相談では、「入院させたい」、「精神症状にどう対応したらよいか」、「薬の副作用について」、「とじこもり」など精神科医療に直結するものが多くあり、助言や病院への受診勧奨を行うなどの支援をしている。また、地域の民生委員、近隣住民から持ち込まれた種々のケースにも対応しており、特に複雑困難な問題を有するケースについては専門家のほか関係者にも加わっていただく精神保健事例研究会を開催し、関係者間の意見調整や解決方策についての検討を実施している。平成10年度は実人員で683人の相談があった。

精神障害者社会復帰相談指導事業として「しらとり教室」を実施している。生活指導や運動実技のほか自由課題を取り入れ、グループの中で対人関係を改善し、家庭や社会へ適応できるよう働きかけているが、就業につながったケースは見られなかった。参加者の固定化、内容のマンネリ化などの問題点を指摘できるが、地域で精神障害者が社会との接触を広げる機会の選択肢のひとつとして、継続していく必要があると考えている。平成10年度は32回開催し、延べ269人の参加があった。

精神保健福祉に関する普及啓発事業としては、「精神障害者家族教室」、「アルコール家族教室」、在宅で痴呆性老人を介護している家族を対象とした「お年寄りの介護者教室」などを実施している。また、地域や職域からの依頼に応じて「こころの健康づくり」を実施したり、イベントで「メンタルヘルスチェック」等を行っているが、全般的に低調であり、まだまだ地域には様々な偏見があるように思われる。

精神障害者地域家族会については、平成5年に豊田加茂地域家族会が設立されており、精神障害者を抱える家族間の交流や精神疾患に対する理解を深める勉強会、小規模保護作業所設立などの課題を持って自主的に活動している。保健所としては関係機関と連携・調整を図りながら、作業所の早期設立など家族会活動がさら

に活発になるよう側面から支援している。

#### IV 障害者計画における精神障害者の位置づけ

豊田市では平成9年3月、障害者基本法(平成5年改正)において策定の努力義務が課せられた市町村障害者計画として、「ライフサポートプラン—障害者の自立を目指して—」を策定した。この計画では、身体障害、知的障害と精神障害を同列で扱うことを前提に、障害者が障害のない人と同じように、ひとりの人間として自己実現を図れるよう、障害を軽減するとともにその障害のあることが社会的なハンディキャップとならないように障害者自身も社会の側も努力することが重要であるという認識に立っている。この基本的な認識のもと、障害のあるなしに関係なく、だれもが普通の人間としてあたりまえに暮らすことをめざす「ノーマライゼーション」の理念と、全人間的復権と訳される「リハビリテーション」、自己決定権と選択権を最大限に尊重する「自立生活」の3つを基本理念に据え、福祉分野のみならず、保健、教育、就労、文化、レクリエーション、まちづくりなどの多分野にわたる、いわば「障害者を計画の中心に据えたまちづくり計画」として推進を図ることとしている。基本目標としては社会の包容力の向上をめざす「自立生活を支援するサポートシステムづくり」と、障害者の能力の向上をめざす「主体性の確立と地域生活に必要な自立生活技術の獲得」を掲げている。さらに施策の重点課題として、○障害の予防・軽減と健康の保持・増進、○日常生活の支援と居住の場の確保、○社会活動の場と機会の確保・充実、○保健福祉相談、情報提供の充実、○市民全員で支える社会づくり等8項目について具体的に記載されている。県下でも1、2を争うほどの迅速な対応の中で、精神障害者対策が障害者計画にきちんと位置づけられていることは、豊田市が21世紀に向けたまちづくりの目標の一つとして「安心して生涯を過ごせる福祉のまち」を掲げ、ノーマライゼーションと全人的な福祉社会の形成を基本理念とする「豊田市心身障害者福祉長期計画」(昭和58年策定)を推進してきた成果の表れと考えている。中核市に移行する1年前であり、筆者はこの計画づくりに全く関わってはいないが、未だ計画ができていない市町村には是非参考にさせていただきたいと思う。

## V 中核市における精神保健福祉対策の問題点

中核市制度は平成5年の地方自治法の改正により地方分権の推進方策の一つとして誕生した新しい制度であり、保健所の設置が義務づけられている。旧来の保健所法に基づく保健所政令市からも、人口、面積等の要件を満たし中核市に移行した市も多くあり、現在全国で25市を数えるにいたっている。中核市など保健所政令市のメリットは言うまでもなく、市町村の業務とされる保健事業と都道府県の業務とされる保健事業が一元的に提供できることとあわせて福祉サービスも一体的に提供できることである。障害者施策に包含して福祉サービスの充実重点を置き、市町村の役割を重視する近年の法改正の方向から見ても、精神保健福祉業務を実施する自治体として保健所政令市は最も適しているといえる。

しかしながら、新たな中核市における問題や保健所政令市全体にわたる問題も指摘しておきたい。一つは、保健所政令市からの移行ではない全く新たに中核市となり保健所を設置した自治体における問題である。当市のように都道府県の保健所業務を引き継ぐ形で業務を開始した場合、保健婦もほとんどの者が精神保健福祉業務に従事するのは初めてであり、専門的知識を有する職員の確保が困難なことである。県からの派遣保健婦を中心に業務を組み立てつつ、精神保健福祉相談員資格取得講習会に計画的に参加させてはいるものの、精神保健福祉士の採用もままならず、概ね5年の移行期間うちに自立できるようすることはかなり至難である。移行期間終了後も都道府県と人事交流を行うなどその資質の向上に向けての努力が必須である。

二つには、保健所政令市全体に関係することであるが、精神科医療に関する指導監督権限が都道府県知事から市長に委譲されていないことである。平成5年の精神保健法の改正で大都市特例が認められ、平成8年4月から政令指定都市においては精神科医療に関する事務が自らの責任において実施できるようになったが、保健所政令市にはそれらの権限は全くなく、自ら保健所を設置しながらも、一般の市町村と同様である。実際に警察官通報等があれば、最寄りの県保健所（当市の場合は愛知県足助保健所西加茂支所）に連絡することまでが保健所政令市の役割である。実務的には過去に接触があり把握されていればその状況等も併せて連絡するなど、県型保健所とあまり変わらないにしても、

予防から治療、リハビリテーションにいたるまで一貫して責任を持って対応できる体制にすべきであると考えている。医療法に基づく医療監視は保健所政令市でも実施しており精神病院についても実施しているが、入院患者の処遇が適正であるか否かを見る実地指導は都道府県の業務とされており、病院ではしばしば混乱が見られている。都道府県知事の権限を全て保健所政令市長までとはいわないが、精神障害者に対する保健・医療・福祉が一貫した体制でできるようにすべきと考えており、こういった観点から権限移譲についてさらに国レベルで検討されることを期待している。

## VI 今後の取り組み

これからの地域保健における精神保健医療福祉の取り組みについては、一次・二次・三次予防の観点から述べてみたい。

一次予防については、ライフステージに応じたこころの健康づくりを考えている。妊娠・出産・育児の時期には、マタニティブルーや育児不安、児童虐待等の課題があり、関係機関と連携を図りながら母親教室などの機会をとらえ健康教育を実施するとともに、個人の実状にあつたきめ細かな健康相談を行う。学童期・思春期・青年期においては、いじめや不登校、思春期特有の性の問題等への対応、精神障害に関する正しい知識の普及が必要なことから、特に学校保健と連携して授業に取り入れるなど計画的に実施する。成人期・壮年期ではストレス社会を生き抜くための職域におけるこころの健康づくりに取り組むほか、アルコール依存症を予防するため適正飲酒について広く啓発活動を行う。また、精神障害に対する偏見を無くし、積極的に精神障害者福祉に協力していただけるよう精神保健福祉ボランティアの養成を行う。高齢期には老人性痴呆を予防するための教室を開催するとともに、在宅で高齢となった精神障害者に対して適切なホームヘルプサービスが提供できるよう、ヘルパーに対する精神保健福祉に関する教育を実施する。

二次予防としては、早期発見・早期治療に結びつけるため、精神科医や精神保健福祉士、保健婦によるこころの相談を充実させる。また、処遇困難な事例に対しては検討を重ねて関係者の理解を深めるとともに、地域での相談者となる民生委員等と定期的に情報交換を行う。厚生省患者調査から人口比で推定される当市の患者数は、現在の把握数の約3倍であることから、「ひ

きこもり」等の対策についても具体的に検討していく。

三次予防では、入院の短縮化が進む中、地域での受け皿づくりはさらに重要となっているため、社会復帰施設の整備充実为重点的に取り組む必要がある。援護寮、福祉ホーム、福祉工場、グループホームなどの法定施設もさることながら、特に小規模保護作業所の整備を進める必要がある。家族会が設立の準備を進めているが、障害者の身近なところに必要であり、市域の面積を考えれば市内で数か所は必要と思われる。家族会以外が設立母体になることも考慮しつつ、計画的にその整備を検討していくこととする。また、家族会だけでなく、アルコール依存症の患者会（断酒会）など他の患者グループに対しても、最新の医学情報や保健福祉情報を提供するとともに、社会復帰に向けて支援していく。

## VII おわりに

地域保健体制の枠組みが大きく変化していく中で、精神保健福祉に関し行政が講ずべき施策、体制づくり等について述べた。住民に最も身近な自治体である市町村が、精神障害者のニーズを的確に把握し、受け皿づくりを計画的に進める時期に来ていると思う。地域で精神障害者が普通に暮らせることを究極の目標にして、各種施策に積極的に取り組んでいきたいと考えている。

## 【特集 今後の精神保健研究】

## 誌上座談会

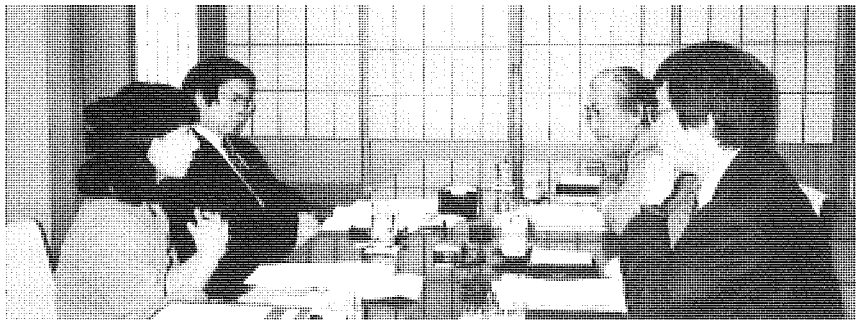
## 「今後の精神保健研究—社会の求めるもの」

三觜 文雄 (厚生省精神保健福祉課長)

月崎 時央 (ジャーナリスト)

吉川 武彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所長)

竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所・司会)



司会 今日の座談会のテーマは、「今後の精神保健研究—社会の求めるもの—」とさせていただきます。いままで精神保健というと、精神障害者のことであり、医療や福祉のことでした。しかし求められる精神保健の範囲が広がりつつあります。それに対してどう応えていけるかという、まだまだ心許ない気がします。しかしいつまでも心許ないと言っていてはいけないわけで、ともかく対応が必要です。そういうことで、今日はこのテーマにいたしました。

今日の進め方としては、月崎さんからはジャーナリストとしての活動の中で、地域に暮らす人たちに心の健康の問題がどのように映っているのか話していただきます。そこで出されたいくつかの論点をもとに座談会を進めていきたいと思います。

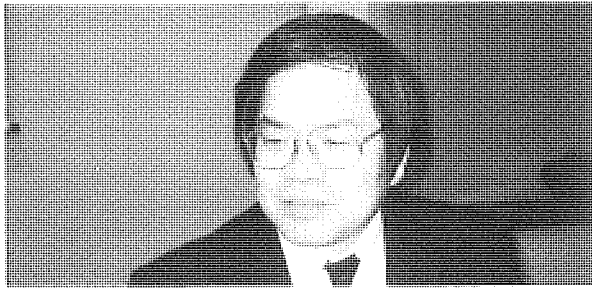
心をめぐる状況

月崎 6年前に私の家族がうつ病になりました。それ以前からジャーナリストとして働いていましたが、家族のことをきっかけにして精神保健福祉のことを調べてみたいと思い、ここ数年間どっぷりとこれにはまっているという状況です。また、6歳と8歳の娘がおりまして、子どもを育てる母親として、心の問題、また、兄弟が病気になったので、精神病というものと子どもの育て方はどういう影響があるのだろうかなど、自分自身の子育てを進めていくうえでも非常にいろいろな

不安がありますね。さらに、地下鉄サリン事件が起こったり、阪神大震災が起こったり、最近では新潟の監禁事件や京都の殺人事件が起こったりと、おそらく心の問題と関係あるだろうと思われる事件が日々起こっています。また、子どもを幼稚園に通わせる母親としても、子どもの心を育てることが非常に難しい時代だと考えています。

私は精神保健福祉の取材を続けてきていて、少し精神保健福祉寄りの人間になっていると思いますが、一般の人たちの不安とか、一般の人たちの抱えている心の問題と、政策としての精神保健福祉が提供してくれるものが、すれ違っていると感じています。たまたま、私のように家族の病気という視点から精神保健福祉に入っていく、今の世の中の心の問題を見てみると、比較的に見える部分もあります。しかし、一般市民は、犯罪が起こった、あの人は精神分裂病だったらしいとか、引きこもりをしていたらしいとか、かなり不確かな情報にふりまわされてしまう。「こういう世の中じゃ嫌だ」と思いながら、その解決方法のひとつが政策としての精神保健福祉にあるというメッセージが伝わらない。同じような問題を抱えている人が、それを個人の問題だと勝手に思い込んで、助けを求めるところにいかないまま抱え込んでしまっています。

今日もアエラの中吊り広告を見ていたら、「引きこもり100万人」という数字が出ていました。その100万人



三觜 文雄氏

の中で何人が精神保健福祉というものを知っていて、自分の問題をある程度解決できるものだと気がついているのでしょうか。私が98年に「正しい精神科のかかり方」という本を出したことで、マスコミ等から「番組を作りたい」「雑誌を作りたいが、専門家を紹介してほしい」「クリニックの選び方を教えてほしい」などいろいろな要請がずっと続いています。そういう方たちに会っても、精神保健という言葉がなかなか入っていかずに、そこをとっかかりに展開していくところまで行っていないという感じがします。その間をつないでいくための何かが必要ではないかと思っています。

司会 「100万人引きこもり」というお話がありましたが、そういう方たちはどういう思いで暮らしているのでしょうか。

月崎 まず、病気であるのか、サボっているのか、今そういう時期なのか、決定を先延ばしにしたまま、とりあえず毎日を暮らしている、毎日がクリアできることで精一杯、という人たちもかなりいると思います。それから、具体的に暴力とか、自分がかかなり危機的な状況におかれている人は、何らかの助けを求めると思いますが、そのどちらを含めても、確信的に「こうすれば解決する」というところには達してなくて、闇の中で苦しんでいるという感じがしています。

### 心の研究視点

吉川 月崎さんが言われたことは、私がずっと考えてきたことです。精神障害の問題から始まったけれども、実際に社会の中で問題になっていることは精神障害者の処遇だけの問題ではなくて、ごくごく当たり前の人たちの精神健康をどういうふうにするのか、人々の精神健康をどういうふうにより高いものにしていくのか、それが私自身の究極のテーマです。具体的にいえば、子どもの育児の段階でどうすればいいのかということ、

それから、老人でどうしたらいいのか、自分の人生をどういうふうにするのか、ということです。そして、労働者のメンタルヘルスの問題も非常に重要な問題です。地域の中での子育てを中心に考えると、親子関係、特に、母親の問題をどういうふうに受けとめるのかということもあります。子どもの問題では学校教育の問題と当然関わっていかねばなりません。私自身はこういう問題を、理念上分けて関わってきました。ただ、だからといって、何か急が変わることではないと思います。おっしゃるように、精神障害者が地域社会の中に安定的に住める状況、すなわち、ごく当たり前の生活ができるようになる地域こそが、誰もが落ち着いて暮らせる世の中だと思います。とすると、例えば研究的に見ても、精神障害者を別に扱って特別研究する、処遇研究としても特別に扱うことではなくて、地域社会全体で精神保健をいかに保つのかということを考えていかなければならないということです。地域社会というと、一般的には多数の人が対象になるかもしれませんが、でも、そこに住んでいる個々人は一人一人です。ですから、自分自身のメンタルヘルスを維持できるような状況を、どうやって作っていけばいいのかということだと思います。

私どもの研究所がどういう研究を志してきたのかというと、総体としてはいま私が申し上げたことですが、残念ながら、私が申し上げた切り口の一つ一つはなかなか研究の対象にはならないわけです。私たちの研究所のこれまでの研究の歴史もお伝えしなければならないと思います。とりあえず、私たちの研究所は、ゴールはそこを目指していると考えていいです。その上で、例えば、政策をどういうふうに作り上げていけばいいのか、考えるのは行政側ですが、私どももその基礎になるような資料を提供します。そういう意味では、精神障害者の問題であれ、精神保健の問題であれ、どちらに対しても行政が何かを進められるとき、基礎にあるデータをできるだけ提供していこうと思っています。それが一応目前の問題です。目前の問題以外では、それぞれ研究領域があり、その研究領域ができるだけ問題を深化して、その上で一般化できるものを探し出していくのです。そして、地域社会に役に立つものにしていこうというねらいは持っています。しかし、なかなか全部は実現できませんが。

### ニーズに応える政策を

司会 月崎さんから、政策と地域の人のニーズが結び

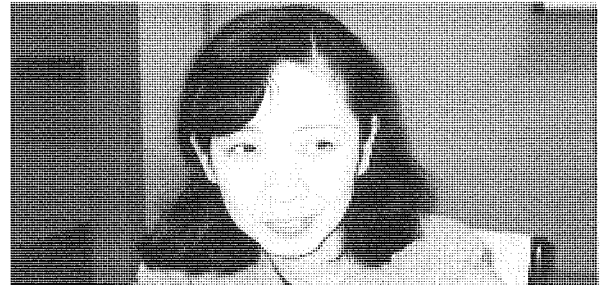
ついていないということができました。

**三觜** いま提案されたのは、わが国の精神障害あるいはメンタルヘルスをめぐる状況の中で、いろいろな社会現象が起こっていて、国民のそれぞれは何がなんだかわからない。こういう現象について、テレビでは知ったかぶりの人がいろいろしゃべっているが、次につながるものがなかなかないですね。月崎さんが言ったことは、多くの人間にとってのテーマについて、もっと国なりしかるべきところなりが継続的にきちんと研究を積み重ねて、そういう現象の解決策的なものを国民にわかりやすい形で示してほしいという要望ではないかと受けとめます。

日本の大学を含めて、個別的にはいろいろな研究がなされていますが、医学のみならず社会学とかいろいろな学際分野の研究が必要なんですね。その辺は日本の場合、研究体制が組みづらいということが、複雑化している社会現象を的確に科学的に捉えてやっていくという面で国民から見たら確かに物足りないという印象を持っているという感じがします。どうしたらいいのかという答えはないけれど、そういうところに弱さを感じているのは事実です。

**司会** 私が研究所で感じることは、厚生省の技官の方も事務官の方も、政策に活かすための情報を収集しようという意欲は高いと思います。そこに、いかに情報がいい形で届いてつながっていくのか、そこを私たちの課題としなければいけない。研究という話題に絞り込むと、話が狭くなってしまいます。どんなところで、どういうふうに伝えたらいいか、月崎さんのお考えを聞かせてください。

**月崎** 例えば、事件が起こったとして、私たちマスコミの人間は「これは精神的問題に違いない」と当然感じますね。そうすると、マスコミに登場してくれやすい、マスコミにできるだけわかりやすいコメントを語って下さる専門家が、例えば、「境界型人格障害でしょう」とか「精神分裂病をここ数年で発症した可能性はある」などと解説してくれると、一般の人たちに「自分たちとは全然違う範疇の病気の人たちだから、通常ではこんな事は起こり得ない、自分たちの日常からは切り離れたことだ」という安心感がある意味で与えてくれることになる。そういう専門家、精神科医も実は、もしかしたら、もっと長いシナリオを話しているのか



月崎 時央氏

もしれない。テレビではよくあることですが、前段の長い精神保健福祉云々という件はすべてカットして、病名であったり、事件が病気ゆえのもので「心配ありません、これは一般の社会を揺るがす問題ではなくて、特殊な問題です」とできるだけわかりやすい話に、情報を操作してしまうという問題点があります。それはマスコミの中にも、私たちの中にもあって、それにうまく乗ってしまって、コメントがカットされたり、世間の望むコメントだけいただける先生方を常に用意して、グルグル回しながら話をしてもらっている。その先生方が悪いといっているのではなくて、私たちの方もテレビや雑誌などの情報を都合よく切り取ってしまうことは上手なので、もしかすると、そういう先生方もその辺を気付いていない可能性もある。

そういうことが繰り返されていく中で、精神保健福祉という大きな流れと私たちの生活が実はつながっていて、私たちの心のありようと今起こっている問題とが地続きの問題であるということ、むしろ隠蔽している形で、情報が一般の人に届けられている、そこが問題だと思っています。その時に、これを一般社会のテーマではなく精神医療という枠にはめ込もうという意識がマスコミの中にあるような気がします。精神保健福祉という大きな広がりの中の一部として語ってもらおうということ、ストーンと落としてしまっている。逆に、政策の問題としてどうか、精神保健福祉課にもっとマスコミが取材に行かないのはどうしてか、と思ったりします。精神科医個人に行くのではなくて、もし、現代の日本人のメンタルヘルスという大きな問題であれば、厚生省に聞きに行けばいいと思います。

**三觜** まず、精神保健研究所に来ていただければいいと思います(笑)。こういう問題は、総合的に精神保健研究所が、いろいろな学者がいる中で、インテグレートされる形で研究がなされているのかどうかということがあります。いろいろな領域の人が集まって、社会現象にきちんと対応できるような総合的な研究がある

のかどうかです。なぜ厚生省に来ないのかというと、世間は厚生省の問題として考えていないんですね。そうではなくて、なぜこのような問題が起こったのか、親子関係や成育過程やいろいろなプロセスがありますね。その辺がいろいろ論じられているけれども、そこで終わってしまっている。次の段階に行かないということ、国民も忘れてしまう。そして、また繰り返す。本来ならば、去年のハイジャック事件も含めて、関連する底辺というのは、かなり共通項があるはずで、これは厚生省の課長レベルを超えています。これはむしろ、内閣総理大臣のもとにプロジェクトを組んで、この問題について国を挙げて問題に取り組むという大きな問題だと思います。そういうことを言う人はほとんどいないという状況の中で、私としては、精神保健研究所とか大学や学会等の実力のある方々が、何か行動を起こしてもらおうということから始めていかないと政府は動かないと思います。しかし、まだまだそこまで至っていないと思います。いかに国民の全体の問題として取り組めるものに作り上げていくか、発信していかなければなりません。

### マクロな研究動向

吉川 私はうちの研究所がどういうことをやらなければいけないのか、ずいぶん考えてきたつもりです。昭和27年にできた研究所ですが、その時代にいったい何を目指していたのかということを考えてみる必要があると思います。いつもそこへ戻って考えるようにしています。目指していたものは、精神障害者の問題ではないのです。国民の精神保健というものをどういうふうに見るか、例えば、人間の心と体の関係をどういうふうに見るか、心そのものをどう見ていくのかといったことだったと思います。例えば、人の心に関わることを切る切り口として心理学はもとより社会学や社会福祉学がどう寄与するかを考えようとしてできました。というわけで、精神保健研究所は、人間のメンタルヘルスに関したものはすべてがテーマでした。それがときには、精神障害者の問題に寄っていったこともあります。精神障害者の問題が、目前の問題として非常に重視される時代が続いたからだだと思います。特に、その中でも社会復帰部ができて、精神障害者のリハビリテーションを積極的にやっていかなければいけないという時代が来ました。もともと児童部もありましたし、さまざまな切り口は持っていましたが、精神障害にやや焦点を当てすぎたと思います。こうしたことが、今、

私どもの研究所の問題かもしれません。

しかし、この何年間かで、うちの研究所はかなり方向転換をしてきました。精神保健研究所の概況の4ページ(図)を見てください。研究テーマを羅列するのではなくて、相互の関係はどうなっているのかということを一枚の絵に表しました。先ほど、メンタルヘルスは何も医学だけの問題ではないと課長が言われた通りで、医者が研究所に半分くらいいますが、いろいろな学問が相互に関係しながら一つのテーマをやったり、複数のテーマ、複数の事態に対応しようとしていることがわかっていただけだと思います。こういう形で私たちは動いているし、また、動き出していることは間違いないと思います。ただ、私たちの研究はアウトプットしにくい研究であることはご理解いただきたいと思います。研究は、ほとんどのものが狭い領域のところに問題を落とし込んでいきます。マクロで、例えば、社会現象を大きく理解するというような研究は、アウトプットする可能性がほとんどありません。ですから、私たちがこういう研究をしていて、できるだけアウトプットしやすい形で用意していても、現実的には一般の方になかなかそれをつかんでいただくチャンスがないといえます。そこが悩みです。

司会 マクロというと、具体的にはどういうものですか。

吉川 具体的には、課長も月崎さんもいわれましたように、現在起こっているような非行や犯罪などは、根っこは同じはずだと考えています。その根っこは同じはずだということを、発表する機会がないわけです。根っこは同じはずだと証明することは、極めて難しいことだからです。ですから、当然発表するチャンスはないわけです。けれど、感覚的には、私たちは根っこは同じだと捉えています。しかし、それをどうやって証明するかが問題なのです。何かと比較をするなど、研究の手法に乗せようとする、膨大な年月と膨大な人間が必要です。そうすると、あくまでもそれは一つの例え話のような形で、「こういうことも考えられます」という言い方しかできません。例えば、「自殺者が年間3万1,700人にもなった、前年の2万4,000人がこれだけ増えた、いったいなぜですか」とマスコミは聞いてきます。それをもし私がある答えをしたとしても、それはスペキュレーションに過ぎないといわれるでしょう。それは今日的にいう学問ではないわけです。学問

でないものまでを発信できる研究所には私ではなくてはいけないと思っただけでも、それが研究所の方向にはならないのです。私個人にすれば、それがジレンマです。しかし、そういうジレンマを個人的に言うだけでなく、一応整理したものを、どういうところで伝えることができるのか考えてしまいます。

私は学術書ではない一般書をたくさん書いています。くだらないと思わないで本気になって書いていますが、このような出版物にするしかないのです。学問的評価を一切得ようとも思っていないし、得ていません。でも、それが社会を切る切り口だと思っただけから書いています。これから研究所は何をしていかなければいけないのか、例えば、睡眠障害を一つの窓口にして考えてみます。一般の人たちが眠れないということと精神障害者が眠れないということといった何が違うのかとか、うつ病の人が眠れないということと精神分裂病の人が眠れないということと何が違うのかを考えています。生理的な違いがどこにあるのか、心理的にはどのような背景が違うのかも考えたいものです。治療一つをとっても、どんな治療法を考えたらいいのでしょうか。それはまさに、一般の人にとっても自分自身の眠れないということに対する答えだろうし、そのときにどういう処置をしたらいいのかという答えも作らなければいけないのです。なおかつ、精神障害を背負った人たちにとっても、どういう治療法として睡眠障害を治療しなければいけないのか、そういうことにもなります。これだけ睡眠障害が多くなってくると、そういう切り口で考える必要があるでしょう。睡眠障害のちょっと先にあるのは、新幹線の運転手の眠気やあるいは時差の問題です。地球を横に飛ばせば時差が起きます。時差をどう解消すればいいのかという研究もとても大事ですし、交代制勤務と睡眠パターンの研究も待たれています。なかなか難しいですが、社会学や心理学だけではスペキュレーションだといわれてしまう恐れがあります。そうだとすると、生理学的な手法を使って、できるだけ根っこのところを明らかにしながら、一般の人たちの悩みと精神障害者の悩みとを、どこかでつなげていかなければいけないと考えています。

#### 学際的な取り組みを

月崎 そのような区分けになっていることを、いま初めて知りました。例えば、経済学でも法律学でも、現実と研究とのスピードがもう合わなくなっている

感じがしています。いま私は民法を勉強していますが、100年前に規定された民法の婚姻というものを考えてみましょう。現実には、夫以外の体外受精がOKになったりしているのです。一方の民法では、愛し合っている同士が同じ家に住まなければ婚姻と呼べないということが相変わらず残っている。私たちがよっているルールと現実の変化が乖離しがちで、アツと思う間に現実が違うところへ飛んでいくようなこともあります。それを修正するまでに何年もかかったり、倫理的な討論が必要だったり、精神保健福祉以外のことでもあるという感じがします。

精神医学にしてもこういう枠組みの中で考えていくと、学問的に結論がでるのに何年もかかる。また、学問的に出た結論でなければ、学者としてはアウトプットしづらいという問題を考えたときに、私は学問のことはよくわからないですが、リアルタイムで他の研究とリンクしていかないといけないのではないかと思う。例えば、いま先生がおっしゃった睡眠障害と時差というテーマを研究するときに、精神保健福祉の睡眠障害を研究している方たちが、パイロットの養成を研究している人たちと一緒に仕事をしなければいけないと思います。睡眠障害には多くのカテゴリーがあり、はしからはしまで研究するのはとても大変だということで止まってしまうとできないと思う。今までの研究の枠組みが、その枠組みの中だけでは収まらなくなっているという気がします。もっと違う軸で、いろいろなところへ精神保健福祉も旅行業界の人にも出向いていき、そこに航空学を研究している人も来るという感じで、あることについての具体的な目的を持ったチームが、一つの研究テーマだけではなく、みんな集まって共通の利益を追求するような形態、異業種の参入のような形でやっていかないと今のスピードについていけないのではないかと思います。

吉川 それはいくらかもやっています。いま、宇宙のことでは、私どもの研究者がやっています。現場で必要とされる研究には次々と参加しています。例えば、厚生省の方もいろいろな問題が起ってくると、その都度うちの研究所に意見を求めてきたり資料の提出を求めてこられます。例えば、オウムの問題や東海村の原発事故の問題などが起こると、彼らに対してどういうサービスが必要とされるのかを聞いてこられますから、我々が積み上げてきたノウハウを吐き出します。表に出なくても、そういうことはやっています。でも、や



っていることがどう評価されているのかなのですが、根っこみたいなものをきちんと伝えるときに、私たちはそれがスペキュレーションであることがわかっているので、どこかでヘジテイトするわけです。学者としてそんなことを言っているのか、といつも考えていると言っているでしょう。そこをもっと自由に、自分たちがやってきたことを一般へ還元する勇気を持たなければいけないのではないだろうかとも思います。それは私個人の意見で、必ずしも学者全体に共通するものではありません。私たちの研究所とて同じです。ですから、皆さんのお耳に達しないと思います。

**月崎** 今おっしゃっていただいたお話ですが、例えば、オウムをいろいろ考えるプロジェクトがあって、その中には精神保健福祉の積み上げてきたノウハウも入ってきて、社会学者のノウハウも入っているというようになればよい。私たちはオウムを喉に刺さった骨のように思っていて苦しい思いを毎日していると思います。それを解決するか、それに対応して、専門家の人たちが結集していろいろなことを考えているというアナウンスが私たちのもとに届くことによって、ずいぶん不安が違うと思います。阪神大震災の場合は、ボランティアが結集したということが聞こえてきて、それをきっかけに「こんなプロジェクトが生まれたよ」とか「こういう新しい動きが出てきたよ」と、いくらか前向きに捉えることができました。そういうふうに「やっていますよ」ということを、知りたいと思います。たぶん、研究者はシャイなんだと思いますが。

**三觜** 今の所長の話も含めて、問題は、オウム事件や阪神大震災、和歌山のカレー事件の後などのPTSD、そういう人たちに対する治療的アプローチは、一定水準の精神科的素養のある方なら対応可能な問題です。それよりもむしろ、いま起こっている社会現象がなぜ発生するのかという元の方に研究が突き詰めていかないと、対処療法でモグラ叩きで終わってしまう。それじゃ医者を増やせばいい話になるだけで、そうではなくて、共通項を含めて根っこにアプローチしていくことが研究者の役割だと思う。例えば、今問題となっている事件の親子関係にしても、片親なら全員そうなるかということ、そうはならないわけです。そこが難しいところで、例えば、身体疾患などは、ある程度こういう生活をしているとほとんどこうなるだろうという予測可能なところが多いのですが、精神疾患の場合は、

科学的方法論が難しく、どう突き詰めていくかということがなかなか難しいところがあると思います。そういう息詰まった状況を解決するためには、一人の研究者がバラバラにやっていると能率が上がらない感じがしています。

自殺者が3万人を越えた。アメリカでも3万人くらいらしいですが、交通事故が1万人ですから、3万人といえば非常に大きな社会現象です。日本の自殺学の大家は誰かといっても、自殺について全体を説明できる研究者はたぶんいないと思います。自殺にもいろいろな自殺があります。精神障害者の自殺から、職場の問題での自殺、思春期の自殺、これらをトータルに捉えて、さあどうするかというものが無い。今はまだ社会現象として社会的責任という議論が起こっていませんが、少なくとも職場の自殺はかなり社会的責任がありますね。その中で5割以上はベースにうつ病があるとか、他の病気がベースにあるということになると思います。うつ病など精神疾患がベースにあって自殺したということよりも、未来に失望して死んだということの方が遺族の気持ちが救われるらしいですね。残された遺族が納得するためには、職を失って経済的に行き詰まって死んだということの方が納得しやすい。職場のメンタルヘルスが本質に迫っていないのは、そういったところまで突っ込んで行けないということがあると思います。うつ病がベースにあることを強調すると、職場環境があまり関係がなくなってしまう。そういうことを含めて職場環境があるのだが、日本の職場の場合「今日ちょっと疲れている、今日は気分が優れないから休む」ということができないシステムになっています。だから、そういうことを隠して頑張る。そして、ある日突然自殺する。「そんな予感全然なかった」と周りの人は言うわけですね。私は、ある程度、自殺するような人はわかると思いますが、「わからなかった」という責任逃れ、「自分とは関係がない」というふうになる。

今度の新潟の事件なども、今は隣近所の人たちは何もしゃべらない。ちょっと離れた人がしゃべる。要するに、共犯みたいな関係になっている。10年近く何も知らなかったということは、我々の常識からいけば信じられないわけでしょう。「知らなかった」ということによって、自分を救っているんですよ。普通の人間の感覚を持っていれば何か変だと感じるが、昔は変だと感じるコミュニティがあったのだけれども、そこを今は見て見ぬ振りをする。そういう社会の変化も含

めて問題を抽出していかないと、こういう事件の元の解決につながっていかないと。そこは、今の日本の社会では、触れられないような状況にあると思います。

### ビー玉人間論

吉川 私の個人的な考えでお話をすると、いま課長が言われたことは、私が「ビー玉人間」と名付けているものです。ビー玉人間を育ててきた私たちの社会の問題であるということになります。一つ一つのビー玉はきれいかもしれないが、ビー玉を容れものに入れば積み上げることが出来ますが、もし、その容れものを崩せば全部バラバラになります。人間も同じです。人間と人間が本当に手をつなげない社会を作ってきてしまっています。一つ一つはツルツルできれいな人間だけれども、残念だが支え合えない人間を育ててしまったのです。これが「ビー玉人間論」です。では、なぜそうなってしまったのか。なぜ、こういう社会になってしまったのか。私はキーワード4つで説明してきています。そのうちの一つは、とにかく何でもスピードが重要だという社会を作ってきたこと、そして、生産性を高めなければいけないという社会を作ってきたこと、管理を厳しくしなければいけないという社会を作ってきたこと、そして、画一的に、規格をきちんと決めて生産をしなければいけないという物生産のスタイルが、そのまま人を育てるスタイルに変わってしまったことです。だから、「早くしなさい」と、子どもたちによく言うし、「頑張れ」「しっかりしろ」と言うし、そして、「みんなと同じにしなさい」と言うのです。そういうキーワードで、私たちは子どもを育ててきてしまったといえます。迷惑をかけない子どもを育てるということは、結局、他人との関係をできるだけ少なくして、自分で解決すればよいという子育てだったわけです。その結果が、ビー玉人間を育てたのです。今度は、そういうふうにした人たちが30いくつになって子育てをしています。その結果が、なおさら



吉川 武彦氏

それを拡大して子どもたちを育てるから、こういう問題が起こってくるのです。その辺のところまではスペキュレーションといわれるかもしれないが、かなり見えてきているところです。それをどういう形で学問に昇華させるのかということでしょうが、学問に昇華させる必要はないというのが私の考えです。研究所の所長をやっているとそうも言えないところもありますから、やはり、何とか学問として認められるような筋道を立てたいと思っていますが。

司会 インテグレートが一つのキーワードだと思います。インテグレートされた一つの結論を出さなければいけないと思うと窮屈になってしましますが、とりあえず、いくつかの考え方を並べて提出するとか、そういう形でも次の将来のために進んでいける。例えば、社会学の立場から、あるいは研究所の立場からこういうふうに見える、精神医学の立場からはこう見えるとか、地域保健から見ればこうだとか、いろいろなものを集合して、いくつかの見方をまとめて提供していく。

吉川 課長が指摘した自殺の問題もそうだと思います。わたしは、自殺の問題を30年も40年も追いかけてきたから、それなりの意見は持っていますが、自殺を真つ正面から取り組んできたわけではありません。私がどうこうではなくて、そういうことに取り組むことは、日本の社会の中でほとんどないからです。高橋祥友さんや、かつては加藤正明先生もそうでしたが、自殺に関心を持った人たちは何人もいましたが、自殺学みたいなものにまとまって、学問としての中心になるということにはなかったのです。だけど、自殺に関心を持っている人は、例えば、10人くらいいると言われれば確かに挙げる事ができます。それぞれが宗教と自殺を見ようとしたり、老人の自殺を見ようとしたり、さまざまな方向はとっていますが、自殺を考える研究者がいないわけではありません。けれども、課長が言われるものには答えられないのです。ここが難しいところです。個々の研究者はいろいろ関心を持ってやってきたけれども、この人に話を聞けばいい、この人を中心にしてこの問題をまとめようという人は確かに育っていないからです。

司会 例えば、自殺学会みたいなものがあったとしても、それに相当しないのですか。

吉川 しないで。

月崎 例えば、自殺の権威の先生方10名が、ある場所に揃ってお話をするということはありませんか。

吉川 可能性としてはあります。私は先日まで日本精神衛生学会の理事長を務めていましたが、この度、この学会に自殺研究グループを立ち上げ、そのまとめ役になりました。仮に10人くらい集まって、フリーターキングで自殺問題を語り合い、それぞれの研究者が「自分はこう思う」ということを出し合うことによって、根っこがもう少し明らかになるという研究方法もあります。それがさつき課長が言われたことにつながると思います。

### プロモーターの役割

三觜 今トピックスになっているような、国民全体が関わりのあることに、タイムリーにその分野の日本の学者を全部集めて、精研がプロモーターになれる機能があればいいし、政府がやればいいのだけれども、まず、研究所的なところがプロモーターとしてそういう問題に対応する。それをマスコミに載せるだけでも、新聞に載せるだけでも、かなり影響・効果はあるはず。日本はそういうものが少ないですね。そういうファンドを作って、流動的なプロモーターがいてパッと集まる。そういうことをやっていくと、今の日本の現状を変えていく一つの動きにはなると思います。それは、精神医学者だけではない分野も含めてやればいいと思います。それは1回だけでは済まないと思うから、数回重ねてやるとか、そういう仕掛けが何かできるといいと思います。所長が念じている広い意味でのメンタルヘルスは、そういうものだと思います。もちろん、そこには個別の学問がベースにあって、個別の学問を持った人たちが集まってインテグレートしていくことが必要になってくると思います。政策的に取り入れることができるものについてはやろうと思っていますが、なかなか仕掛けづらい(笑)

司会 前に、ある方からニーズ調査だけでは政策は出てこないというお話を伺ったことがあります。やはり、社会全体を読み込む作業が必要だと。そういう意味では、先ほど言われたそれぞれの分野の専門家が出てきて、並列的にものを言っても、今一步のものしか出てこないということかもしれません。そのところで、

タイムリーに政策を浮かび上がらせるプロモーター的な役割がある。大学も、精神保健研究所も研究をやっている。民間にもいろいろな研究所がありますが、精神保健研究所としては、今後何を狙っているのかということ、吉川所長からお伺いしたいと思います。

吉川 大きく分けると2つあると思います。一つは、どんなことがあっても地域の事情を、あるいは、ある問題の背景を探るには、どうしても調査をきちんとしなればいけないわけで、この調査研究は絶対手放せないものだと思います。それを研究所の職員が直接やるということではありません。研究計画をきちんと立てて、その研究計画に沿って調査を実行するという事です。その時には、調査会社を使っても構わないと思います。実際、人が少ないのですから。せめてお金で解決できるものはお金で解決するという割り切りも必要でしょう。しかし、きちんとした研究計画に基づいて調査計画を立てて、調査を実施し、そして、解析をするというのが基本だと思います。それが社会現象を捉える基本だと思います。

もう一つは、実証的なデータなしでも、例えば、今回もそうですが、出来事として起こっているものからケーススタディーと同じ考え方で、そこから集約していくというやり方です。ですから、先ほど課長が言われたように、何年間で起こってきている出来事を何人かで担当しながら、徹底的にケーススタディーとして分析を試みるのです。そして、月崎さんのお話のように、そこを横につなげることができるようになるには機会を作るのです。これがうちの研究所の基本となる研究方向だと思います。この両方の方法に慣れていかなければいけないし、それを狙っていかなければいけないと思います。

問題は、そこから得られてきたことを、どういう形でアウトプットしていくかということです。私自身は調査専門ではなく、先ほど言った言い方ですと事例中心で研究を進めてきましたから、事例から共通点を探



竹島 正氏

っていこうとすることをしてきました。もっともっとそれが研究所の中で大きくなっていくことが必要だろうと考えます。だけでも、問題はアウトプットをどうするかということだと思います。そのアウトプットのためには、一つは、仮に、膝をつき合わせながら、研究所がこういうことを考えているというときには、役所として実現性のあるものを掴んでもらえたらいいとも思っています。メンタルヘルスというものを本当に実現するためには、いったいどうしたらいいのかということを考えてきた私には、研究所が置かれている状況などをまったく無視しては考えられないでしょうが、どういう実現の仕方があるのかということについて、お役所の方からヒントをいただくと有り難いと思います。研究者としてはそこから先はいくらでも考えます。そして、それをどうアウトプットするかということは考えたいと思います。研究環境を良くするということは、少なくとも国立の研究所であれば、国がどういう政策や考え方で研究所を運営しようとしているのか、もう少し一緒に考えていただければ有り難いと思います。ただ、精神保健全体の問題から考えると、もっとも民間の資金を導入しながら、大きな研究所を作ることも考えてもいいのかもしれない。そういうことを言うと、たくさんの人から叱られるかもしれませんが、しかし、これからの問題として非常に重要です。今、国が考えておられるような国立精神・神経センターの統合という、そういうところでもくまれてしまうような問題ではないと思っています。

### ネットワーク化が必要

**三觜** 昔からの課題なんです。地方の精神保健福祉センターと国の精神保健研究所とのネットワーク化は昔から言われてきましたが、具体的に個々の研究者がそれぞれの地方の研究センターと結びついて、何かテーマを持ってやっているかということ、ほとんどやっていないといっていると思います。少ない予算と少ないマンパワーで、確かにアメリカなどと比べると国の研究所は微々たる予算とマンパワーでやっています。そこをむしろ、各都道府県に置かれているセンターとのタイアップで何かテーマを追っていくということも期待しています。

**吉川** 精神保健福祉センターと私たちの研究所と当時の精神衛生課の三者が、行政的にはどうするか、研究的にはどうするかということと一緒に考えてきた時代

があります。それが中断してしまっているという問題もあって、特に最近、確かに関係が希薄になっています。あの頃は、私たちがいただいた研究費は精神保健福祉センターに流しながら、共同研究をずいぶん進めていました。今はこれが確かに少なくなってきました。これからもこの方式を再生しなければいけないと思います。

**三觜** 特に、組織替えから変わったのかな。前は直轄だったのが、10年ほど前から国立精神・神経センターに研究所そのものが移管されたことも影響して、そういうことになったと思います。もちろん、昔はそういうことを目論んでいましたね。

**吉川** それは間違いないと思います。ただ、それでも私たちの研究所が、もっと精神保健福祉センターに働きかけてもよかったということはあります。

**三觜** 人のつながりですからね。

**吉川** そうです。三觜課長の二、三代前の小林課長の時もやはりそれがあって、そして何とかつなげるということを考えていた時代がありました。うちも今の国立精神・神経センターになってからですが、それでも、そういう努力は続けようとはしましたが、残念ながらちよっと途切れてしまいました。

**三觜** ちなみに、いま1センター当たり10数名で、事務員除くと10名で全国で500人はいるわけだから、精神保健という問題を国立精神保健研究所がインテグレートしていけば、相当大きなパワーになるはずですが、だから、30人の研究者がそれぞれ分野別に別れてでも、全国を組織してやっていくということは今後考えていく必要があると思います。金は国だけではなくて、研究所もいろいろなところからとってこられるわけだし、厚生科学研究費も昔から比べると相当伸びていますから。そういうわかりやすい研究プロジェクトを組むと、たぶん厚生省の研究費もつけやすいと思います。そうすると、月崎さんが言っているような国民の関心のあるところのプロジェクトも組めるのではないかと思います。すべて国の研究所だけで、しかも、少ないマンパワーで何もかもやるということは難しいですね。

**月崎** 例えば、新潟で起きた事件なら、新潟の精神保

健福祉センターが引きこもりというテーマで、国と一緒にになってやれますか。

三觜 京都と新潟と精研が入ってやれば、大学でできないような活動もでき、もっと成果が得られる可能性が高いと思います。

月崎 それと実際の裁判と並行していくくらいのタイムリーな感じでその研究や実態調査が出てくれば、つまりマスコミとしても、一つの事件があり、一つの研究発表があり、それが呼応するという形になれば大きく取り扱います。そうすれば、読んだ人たちの中に、「こういう事が起こって、こういう対策やこういう研究が行われている」というところで、精神保健福祉全体に対する広がりのある理解が得られると思います。

#### 情報公開へ向けて

司会 月崎さんは各都道府県の精神保健福祉センターの広報関係の窓口に対してFAXでアンケートをしました。そういうことがつながっていくために、いろいろところが一肌脱がなくてはいけない。何か気がついたことがありましたらどうぞ。

月崎 精神保健福祉センターは、一言で言って非常に感じが悪かったです。その感じの悪さというのは、外部の人間に対しての感じの悪さで、つまり、非常に外部と内部という考え方があって、「外部のあなたの知りたいことは、トップダウン方式だったらお答えできるけれども、ボトムアップ方式ではお答えできない」と。

司会 何を質問しましたか。

月崎 スタッフが何人いるか、相談窓口の電話番号とかです。県民にPRしたいことというのが一番大きな枠でとってあり、それは300字くらいで好きに書いて下さいとお願いしました。「特にありません」というのが多くて残念でした。ちゃんと答えてくれたのは東京、大阪などの大都市圏です。やはり、マスコミに載る怖さとメリットの両方を知っている都会型の情報操作に慣れている人は、小学館から出す本のアンケートと聞いてかなり真剣に答えてくれた。県民にPRといえば、通常パンフレットを作るには何十万円もかかりますが、それを出版社が勝手に何万部も刷るので、ちゃんと答えようと思うわけです。逆に、そういうことに

慣れていない府県の人たちは、「誰だかわからないような人が、ちゃんとしたルートもたどらずにいきなり企画書を送りつけて、何でそういうものに答えなければいけないのですか」というリアクションが結構ありました。でも、マスコミに対する警戒心があることは何の仕事でもそうです。一般企業の広報室ですと、例えば、「テレビでお宅のCMを見ましたが、詳しく聞きたいんです」と新聞社や出版社の名前を出すと、「少しお待ち下さい、お電話かけ直します」と、絶対に失敗のない返答や資料が返ってくるわけです。担当者には情報発信によって自社のメリットを得ようという使命のもとづく貪欲さがあるんです。その辺で、精神保健福祉センターは、一番先に電話に出た人が「それはお答えしてはダメだと所長がいますが」という感じなんです。つまり、情報を外に出すことについて、メリットも知らないけれども怖さも知らない。

司会 そういう対応をしてしまうことが、マイナスにもなっているという注意が必要ではないかと。

吉川 課長、いま話を聞かれてどうですか。これが精神保健福祉センターの実状でしょうか。

月崎 もちろん、私は無名の記者ですから。でも、小学館はメジャーです(笑)。

吉川 そのレベルの情報を流すことをしないということとは考えられません。

月崎 7割くらいがそういう感じですよ。2年前です。

司会 どういう形で行ったのですか。特に、組織を通してですか、ぶっつけですか。

月崎 竹島先生から組織を通したほうがいいと言われていましたが、あえてそうしないで、相談窓口で直接電話をして、事情を説明して、取材を申し込みました。申し訳ないけれども、東京に住んでいるので企画書とアンケート用紙を送りますと。回答用紙は1枚だけです。アルバイトの電話番号の方で止まっている可能性もあるでしょう。

三觜 今話を聞いて困ることは、今度14年から精神保健福祉センターに、精神障害者の人権確保のための

精神医療審査会の事務局がそこへ行きます。そういう対応をされては困る。県庁よりももっと懇切丁寧に対応できる場所としてセンターを選んでいるのに、そういうのでは非常に困りますね。

司会 たぶん、障害者の人とか相談関係者に対してはすごくやさしいと思います。しかし今まで接したことのない一歩外の人たちに対してどういうふうに対応するか。

三觜 私はそういうことは嫌いだ。弱者には親切にして、そういうのはあるのかなあ（笑）。

司会 アウトプットを考えた場合、そういうことにもう少し感度を高めていくことが必要ということでしょうか。

月崎 逆に、突っかかってきた人がいます。「あなた、いったい誰ですか、失礼じゃないですか、FAXで」と。そういう人に対しては、きちんと説明すると態度がコロッと変わったりします。そうではなくて、最初からシャットアウト、無関心、あるいは胡散臭いと思ったら、それに関わることをやめたいと拒否されると、どうやってもそれ以上進んでいかない。むしろ、ケンカした県も何県かありますが、そこは逆に関係がつながって、センターの作っている本などを送ってくれたり、今もつながっています。電話で地方と東京が交信する難しさ、マスコミもすべての情報が東京から地方へという流れができてしまっているの、必ずしも、精神保健福祉の問題だけではありません。地方の取材の難しさがそこにはあります。

司会 インテグレートは一つの目標です。国の研究所としては、自分たちのところだけで研究するのではなくて、いろいろな情報全体を集めて一つの姿にしていくという役割がすごく大きい。その中に、吉川所長が言われたスペキュレーションということがあるかもしれない。重要な提案がその中に含まれているような情報を収集していく。何が求められているのかという情報が少ないと、自分たちが集めたものだけで作って、「これは自分たちでできました。」ということになる。でも、社会とは少しずれている。こういったずれを点検し続けることが重要だと思います。

終わりに近づいてきましたが、とりあえずの一歩と

いうことで、「社会、今後の精神保健研究、社会の求めるもの」の着眼点を三人の方から、「まず、ここに一歩を置いてみたらどうだろうか」という形でご提案をしていただきたいと思います。

### 今後の方向性

三觜 研究所の組織を見ていると、本来的には自分の課題を一生ここでやっていくというような人も外に広がっていく形で、厚生省立の目的を持った研究所は対社会、オールジャパンをにらんだ形でそれぞれの専門分野についての研究テーマ、研究計画を考えてもらわないと困るということがあります。

たぶん、この研究所でやっているテーマは、日本の医学部でやっている研究ではほとんど取り組めない課題ばかりです。全国に80大学あるけれども、国の研究所でやっているテーマは大学とはダブらないと考えていいと思います。また、大学がやっていることを期待していませんし、社会化されたテーマをもっとやっていかなければいけない。それだけに、国の研究所に閉じこもることなく、国際的な話については国際レベルの連携も必要ですし、オールジャパンで考えてもらいたい。これは昔から言っていますが、21世紀に向けて、個々人の研究者についてはそういう姿勢を求めていきたいと思います。月崎さんが言ったように、社会問題になっているようなことについても、自分の研究との兼ね合いの中で常にチェックをしていく姿勢を模索してもらいたいと考えます。

月崎 さっきからアウトプットの問題について考えていますが、確かに研究者として、研究論文としての品位とか、学問としての確実性の部分と、一般の人たちの俗っぽい興味に訴える部分が、非常にずれているところがあります。なかなか課題を私たちは読みにくい世の中になっています。でも、一方で、テレビのノンフィクション番組で非常に真面目な高質のものが出ています。この間も、ニュース23で、「北海道浦河町の精神障害者の作業所“べてるの家”と地域を紹介する」というテーマで1時間半の生放送がありました。精神障害者が自己紹介するのにテレビで「私は精神分裂病の〇〇です」という言い方でしゃべる世の中に、一方ではなっているのです。地道な研究結果から出てくることの中で抽出され、一般社会に還元できる情報とか、私たちが利用できる情報を何らかの形でどんどん社会の中に戻してほしいと思います。

マスコミ等に対しても、うまいつき合い方を模索して、研究者の側が主体的にマスコミに対してわかりやすいまとまった情報を提供してほしいです。専門家と世間との信頼関係づくりをしてほしい。ここに聞けば包括的な確実な情報が得られ、それはできるだけ偏りがなくて、いろいろな学問が積み重なった奥の深い有意義なもので、ここに行けばこれがもらえるという場がほしい。インターネットが出てきているので、私たちメディアの人間も情報の確実性、信頼関係のようなものを築いていくことが、次のステップだと思います。

**三觜** 付け加えますが、アウトプットの話になっていきますが、各研究者が自分が今やっている研究によって、日本の精神保健の現状をどう変えることができるのか即答できるくらい、自分の研究の意味を他者に説明できるのかどうか、常に問いかけてほしい。

**吉川** おっしゃる意味は非常によくわかります。私どもの研究所内の壁が外れて、それぞれが自由に、お互いに研究交流できるようになったことは、私が過去から見てそう言ったと言っているだけで、外部から見たらまだまだ蝸壺的なところがあると思います。個々の研究者は一生懸命に研究しているつもりでも、その研究が社会へ還元できていないということは、おそらく、こうした蝸壺的なところがまだあるからだと思います。多少弁解させていただくと、研究者も人です。それぞれ自分自身の目標があって研究者として集まっていますから、それを全部脇に置いて、この研究の目的に従ってみんな集まれと言うのはなかなか難しいです。ですから、それぞれが自分の研究を片一方で持ちながら、もう一方の手を伸ばして、そして共同研究をするということになるでしょう。そこで社会現象になっている問題も解消していかざるを得ません。あるいは、解消や解決とまでいかななくてもそれにある程度の回答ができるようにしていくことはできましょう。それが、研究所のあり方だと思っています。

現状でも、確かに少しずつそれに近づいています。オウムの問題や東海村の原発事故の問題、あるいはキルギスやペルーの日本人質事件の時もそうでした。オウムの相談の受け皿づくりや海外派遣をしなければいけないときに、どこがどのように受け皿になるかというグループ化も始まりました。私たちの研究所の中にいくつかこうしたグループを作りながら、部を越えて手をつないでいくということを考えています。こう

いうことをこれからも進めていきたいと思っています。でも、月崎さんや課長から言われたことに、すぐお答えできるようになるかどうかはちょっとわかりませんが、とりあえず、私たちはそう考えていきたいと思っています。

それにしても、実際には、研究費がないとなかなか動きません。私たちの研究所の経常研究費だけでは動きません。それ以外の研究費を私たちはとってこなければいけないわけです。例えば、文部省の研究費とか科学技術庁の研究費であるとか、厚生省の研究費であるとか、こういうものを自分たちでアプライして、大型の研究費をとってくる力を持たないといけないと思います。その点では課長たちをお願いをしなければいけないところだと思っています。いま、私たちの研究所の中でも大型の研究費をとるように考えています。学問的なものをベースにしながらも、それをちょっと越えて伝えなければ、現代の問題に迫ることはできない壁が研究者にとっては非常に大きな壁です。その壁を越えるために研究会のようなものを次々と作っているわけです。そこで意見交換をしながら壁を越えてみることをやろうとしています。

もう一つは、研究所を越えて、よその研究者とどのような研究交流をするのかということ。これは、現在、各部においても、外の研究者との協力関係なしには研究活動ができませんので、研究はほとんどが外とつながっています。ただ、その時には、組織図で考えるように、その下にぶら下がる形ですから、横へつながらというようなものには今のところはなっていません。先ほど自殺の話が出ましたが、先に申しましたように日本精神衛生学会の中に、今年は新しく自殺の研究グループを作り、私が主宰者になりました。精神保健福祉ということに関心のある人を糾合して、自殺の問題について学会レベルできちんと答えを出していこうと思っています。それらをうちの研究所がそのまま引き継いで下されば、うちの研究所として社会への貢献ができるのではないかと考えています。いろいろなことを言っていただき、大変有り難く思います。私どももこれからも努力をしたいと思っています。

**司会** それでは、これで座談会を終わりにさせていただきます。どうもありがとうございました。

【原著論文】

## Borderline personality disorder features in new psychiatric outpatients

Toshihiro Horiguchi<sup>1)2)</sup>, Tokio Sasaki<sup>2)</sup>

**Abstract :** The authors examined the relationships between chief complaints and two self-report inventories of Self-rating Depression Scale (SDS) and Japanese version of Borderline Syndrome Index (BSI) by 31 new outpatients. The purposes of this study were; (a) to find specific chief complaint(s) of borderline personality disorder (BPD) at their first visit, (b) to find complaints particular to each subtype of BPD. There were no specific complaints in BPD as a whole. However, each provided subtype of BPD, depressive patients had psychological complaints, and those with identity disturbance had physical ones. Scores of two inventories correlated each other. BSI may be useful for not only discriminating BPD from other disorders, but also deciding the subtypes of BPD. Use of two inventories at the first visit was warranted.

精神保健研究 46 : 59—64, 2000

**Key words :** *borderline personality disorder, borderline syndrome index, prevalence rate, self-rating depression scale*

## I. Introduction

Persons with Borderline Personality Disorder (BPD) have pervasive pattern of unstable affect, self-image, and interpersonal relationships<sup>1)</sup>. Since their impulsive behaviours by BPD frequently result in unexpected accidents, specialists in mental health feel difficulty in planning therapies for them. Many questionnaires to diagnose BPD have been developed. Among them, Borderline Syndrome Index (BSI) constructed by Conte et al.<sup>2)</sup> has high reliability, validity and specificity in detecting per-

sons with BPD.

DSM-IV<sup>1)</sup> estimates 2% prevalence rate of BPD among general population and 10% among psychiatric new outpatients, which indicates their visits the hospital occur in high possibilities. For what reason a person who suspects having BPD wants help from specialists? All of them may not share the same complaints described by DSM-IV. On the other hand, though many of the studies using BSI to date enrolled subjects who had already been diagnosed as having BPD, few studies assessed the features of BPD before the first diagnosis. The features of BPD in the persons in general who visit psychiatrists for the first time are still unclear. For effective intervention and care, appropriate assessment and diagnosis in the earliest period of their therapy should be of great significance. Clinicians know that information available at the first interview is sometimes too limited to receive the rating such as in structured interviews because all of the new patients are not willing to tell many detailed things. Thus the first purpose of this study

精神科外来初診患者における境界性人格障害の特徴

<sup>1)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部  
(〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3)

堀口寿広 : Department of Developmental Disorders,  
National Institute of Mental Health, NCNP,  
Kohnodai 1-7-3, Ichikawa Chiba 272-0827

<sup>2)</sup> 関東労災病院神経科

堀口寿広, 佐々木時雄 : Department of Psychiatry,  
Kanto Rosai Hospital



is to find chief complaint(s) at first visit particular to persons with features of BPD quantified by self-report BSI with less burden to them.

The concept of borderline was first established in circumscribing schizophrenia. Hoch and Polatin<sup>9)</sup> named a type of schizophrenia which did not deteriorate in their clinical course as "pseudoneurotic forms". Now BPD per se is one clinical entity, on the other hand, heterogeneity of BPD has been discussed. From this viewpoint, BSI scores divided BPD into two subtypes<sup>13)</sup>: depressed mood dominant and 'fragile self' i.e. identity disturbance dominant type. The second purpose of this study is to find characteristics of complaints specific to each subtype of BPD.

## II. Subjects and Methods

The authors reviewed the case records of 31 outpatients who visited the psychiatrist of the general hospital located in a certain suburban city near Tokyo. They made a reservation to come for their first visit and, before medical examination by a psychiatrist (TS), had an initial interview with a psychologist (TH) for clues on what motivated them to come, anamnesis, and present conditions. After the interview, the psychologist routinely asked the patients to fill SDS (Self-rating Depression Scale by Zung<sup>17)</sup>) and BSI and they accepted to do it as one step of their visit. We did not request to fill out these questionnaires to some cases (e.g. elderly persons who represented definite symptoms of dementia or preschool children).

Their chief complaints at their first visit were divided into two groups: psychological distress (e.g. depressed mood, feelings of persecution), and physical symptoms (e.g. headache, or apparent existence of any physical illness).

BSI has 52 yes-no items based on symptoms specific to BPD. (Table1) Internal reliability ( $r=0.92^{2)}$ ;  $\alpha=0.97^{4)}$ , retest reliability ( $r=0.57^{7)}$ , and agreement with BPD concept of DSM-III<sup>6)</sup> and DSM-III-R<sup>11)</sup> were confirmed.

Given that the number of 'yes' responses represents score of the subjects, for 52 items 20<sup>5)</sup> or 25<sup>2)</sup> score was used as cut-off. The cut-off score of 25 had sensitivity of 0.50 and specificity of 1.00<sup>11)</sup>. Japanese version of BSI reduced two items from the original, but it had specificity in detecting persons with BPD of DSM-III-R<sup>12)</sup>. BSI contains items concerning the psychotic symptoms of dissociative or paranoid ideation, which coincides with the concept of BPD in DSM-IV<sup>10)</sup>. In our study a score of 25 or more on BSI represented a suspicion of having BPD<sup>10),12)</sup>.

Further, BPD group was classified into subgroups according to scores. Fifty BSI items are divided into two clusters which contain 6 factors<sup>13)</sup>. Significant difference of scores between two clusters decided the subtype of BPD.

We used Mann-Whitney's U tests for continuous variables, and chi-square table analyses for categorical variables. We computed them with the statistical software program StatView (Ver. 4.54).

## III. Results

Of thirty-one outpatients who completed both (Japanese version) BSI and SDS, nineteen were female and 12 were male. Their mean age (SD) was 36.32 ( $\pm 11.39$ ), and their ages ranged from 18 to 65.

Twenty persons lived inside of the city, 7 in a neighbouring city, and 3 in Tokyo Metropolitans.

Eighteen had referral from other specialists. Of them, 7 were from other hospitals or clinics, and 7 were from other doctors of the hospital. Two were introduced by their company because the second author (TS) is a certified industrial mental health psychiatrist.

Twenty-one were under the 'psychological' group, 8 under 'physical' group. Two patients had changed doctors (e.g. searching for a nearer hospital).

Patients scored on SDS in mean (SD) 53.16 (9.73) and on BSI in 21.36(13.80) as displayed in

Table 1 : number endorsement of BSI items by individuals in each group

Item	Patients (n=31)	Control (n=10)
1. I never feel as if I belong.	11	0
2. I am afraid of going crazy.	19	4
3. I want to hurt myself.	16	1
4. I am afraid to form a close personal relationship.	12	0
5. People who seem great at first often turn out to disappoint me.	14	1
6. People disappoint me.	16	0
7. I feel as if I can't cope with life.	15	0
8. It seems a long time since I felt happy.	16	0
9. I feel empty inside.	17	1
10. I feel my life is out of control.	20	0
11. I feel lonesome most of time.	17	1
12. I turned out to be a different kind of person than I wanted to be.	17	0
13. I am afraid of anything new.	9	0
14. I have trouble remembering things.	16	2
15. It's hard for me to make decisions.	20	1
16. I feel there is a wall around me.	20	0
17. I get puzzled as to who I am.	13	0
18. I am afraid of the future.	23	4
19. Sometimes I feel I'm falling apart.	13	0
20. I worry that I will faint in public.	7	0
21. I never accomplish as much as I could.	10	0
22. I feel as if I were watching myself play a role.	12	0
23. My family would be better off without me.	13	0
24. I am beginning to think that I'm losing out everywhere.	17	0
25. I can't tell what I will do next.	18	0
26. When I get into a relationship, I feel trapped.	17	0
27. No one loves me.	6	0
28. I can't tell the difference between what has really happened and what I have imagined.	5	0
29. People treat me like " a thing."	5	0
30. Sometimes strange thoughts come into my head, and I can't get rid of them.	16	0
31. I feel life is hopeless.	6	0
32. I have no respect for myself.	18	2
33. I seem to live in a fog.	13	0
34. I am a failure.	8	0
35. It scares me to take responsibility for anyone.	17	2
36. I do not feel needed.	12	0
37. I don't have any real friends.	8	0
38. I feel that I can't run my own life.	10	0
39. I feel uneasy in crowds, such as when I'm shopping or at a movie.	11	0
40. I have trouble making friends.	18	1
41. It's too late to try to be somebody.	12	0
42. I feel as if other people can read me like an open book.	8	1
43. I feel as if something is about to happen.	11	0
44. I am bothered by murderous ideas.	14	0
45. I don't feel sure of my masculinity (femininity).	10	1
46. I have trouble keeping friends.	9	0
47. I hate myself.	13	0
48. I feel afraid in open spaces or on the streets.	9	0
49. I sometimes keep talking to convince myself that I exist.	14	1
50. Sometimes I am not myself.	11	1

Figure 1.

Category on SDS was depression for 9 (29.03%) patients, neurosis for 18 (58.06%), and normal for 4 (12.90%), respectively, and on BSI 12 (38.71%) were diagnosed as BPD-suspect group (i.e. score  $\geq 25$ ). The scores of the two inventories by all participants highly correlated (Pearson's  $r=0.63$ ,  $p<0.0001$ ).

On SDS, many in the psychological group had a score in the range of theoretical neurosis ( $n=13$ ) or depression ( $n=8$ ), and the physical group had

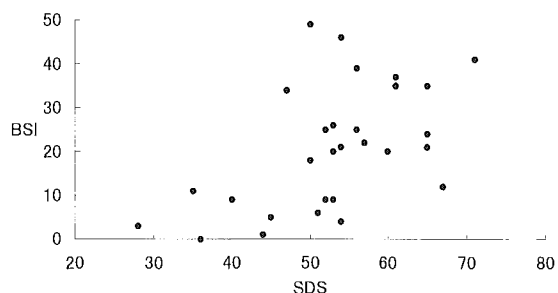


Figure 1 : Distribution in score of SDS and BSI of 31 outpatients

neurosis ( $n=4$ ) or normal ( $n=3$ ) ( $\chi^2(df=2)=9.24$ ,  $p=0.010$ ). Thus the psychological group ( $56.62 \pm 7.42$ ) had higher score on SDS than the physical group ( $46.00 \pm 10.30$ ) ( $U=28.50$ ,  $p=0.007$ ).

BSI scores did not differ by complaints. Although BPD group as a whole did not have specific complaints, according to two subgroups of BPD all persons of depressed type ( $n=7$ ) had psychological complaints and two of three in fragile type had physical ones ( $\chi^2(df=2)=6.52$ ,  $p=0.038$ ).

#### IV. Discussion

Results of our study presented what and how BPD features exist in outpatients who newly visited a psychiatrist.

They showed a higher prevalence of persons suspect of having BPD among new psychiatric outpatients than DSM-IV illustrated. For example, one other self-report inventory concluded 52% of nonclinical university students as having BPD features, but structured interview for DSM-III-R diagnosed only 13% of them<sup>16)</sup> as BPD. In our

study, BSI may have assessed borderline personality organisation (BPO) proposed by Kernberg, which is more broader concept of borderline conditions (Warren, F: personal communication, 7 January, 1999). Such cases suggested that specialists in mental health have to pay much attention to the latent possibility of BPD among them. The suspicion of presence of BPD demands cautious observation during the clinical course of the person. Prevalence rate of depression categorised by SDS in this study was also higher than 12% in general medical practice<sup>18)</sup>. Because the patients in this study were cared for by the same psychiatrist, we need further study which assesses the patients who visit other psychiatrists of the hospital or those in other hospitals.

BSI is a reliable tool, on the other hand, some researches reported that scores of BSI ascended in not exclusively BPD cases. For example, D'Angelo<sup>3)</sup> found the scores of BSI correlated with other inventory for depression (e.g. Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory). Marlowe et al.<sup>14)</sup> reported that BSI scores were affected by present status of the patient. Remington et al.<sup>15)</sup> suggested that BSI scores are associated with chronicity of the illness. Thus BSI represents not only whether the patient has BPD, but also possibly what general psychological conditions especially mood he is in. The score of BSI may indicate severity of the psychological distress as borderline features seen in outpatients.

BSI had high specificity as a screening tool<sup>11)</sup>, and scores of BSI converged with ratings of diagnostic interview for borderlines (DIB) ( $r=0.88$ )<sup>3)</sup>. Our normal scores preliminarily obtained by 10 student nurses ( $20.50 \pm 0.53$  years old) were for  $34.13 (\pm 4.97)$  for SDS and  $3.90 (\pm 3.48)$  for BSI, respectively. Nonclinical persons would hardly score over the threshold on BSI. Nevertheless some researches have reported adverse findings that BSI detected not exclusively BPD. Our study showed high correlation between BSI and SDS, both of which are self-rating

questionnaires. This may mean depressed mood affected the score of BSI as reported before. Because literature maintained that BPD was more like mood disorders than schizophrenic disorders<sup>8)</sup>, high correlation between the two inventories was not so surprising. Further study with a large number of subjects would clarify the relation between each item of two inventories.

New outpatients sought help of specialists of mental health for diverse reasons. While BSI seemed to have fewer special relationships with their complaints or diagnosis, SDS had some features in common. When we divided their chief complaints in two types, their complaints had the relationships with their clinical diagnoses and SDS scores administered at their first visit. Patients who claimed their mental distresses (psychological group) had higher score on SDS than those with physical ones (physical group), and the psychological group likely to have diagnosis of mood disorder.

Since SDS is an inventory for depression, patients with depressive features naturally had a higher score. SDS was also effective detecting masked depression which makes patients come to physicians of other department<sup>18)</sup>. In these cases, physical complaints sometimes were endorsed by mental distress. In other cases, physical disorders caused secondary psychological problems. General medical condition might affect mental disorders. Therefore, SDS were useful not exclusively in apparent depressive cases.

Raw scores of BSI did not have any features particular to complaints. Though researches so far were likely to deal with BSI as a quantitative variable, BSI also has qualitative information whether one is suspect of having BPD or not. Differences in symptomatology between persons who scored 30 and 40 are not simple, because each item of BSI represents any of the features of BPD. In our study persons who scored threshold or more (i.e.  $\geq 25$ ) on BSI were divided into two subtypes of BPD according to items of BSI they fit.

Analysis with subtypes of BPD indicated each

type seemed to have specific complaint. While depressive dominant type manifested depressive features, fragile self type could not have a stable sense of self caused them to attribute distress not to more tangible physical discomfort but to their own mental problem. For more efficacious intervention specialists need to comprehend each characteristic subtype of BPD. High prevalence rate of BPD including its suspect conditions among the new outpatients requires use of BSI on all patients.

Re-test of BSI, previously tried<sup>5)7)</sup>, is essential, but it was imperative to ensure persons with BPD to respond to the same questionnaire again (Warren, F : personal communication, 7 November, 1997). Opportunities for re-administration of psychological tests should be sensitive to the conditions of each patient. Previous study<sup>6)</sup> found correlation between duration of inpatient treatment and BSI score. More participants including inpatients and other assessments which tap the relief of mental disorders in persons should be employed in the future studies.

This study with relatively small number of participants had limitations as mentioned above, but it also had many implications. The first visit to mental health services would be important, and, assessment then gives specialists beneficial information on the patient which is used in planning the therapy. Depressive or BPD features are not special issues in daily outpatient settings. Clinicians should administer a sensitive inventory relatively targeted for a specific feature on various persons as a screening. Use of the two inventories at the first visit which gives us indication for therapy is recommended.

#### Reference

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Author, Washington, DC, 1994.
- 2) Conte, H, Plutchik, R, Karasu, T et al. : A self-report borderline scale : discriminative validity and preliminary norms. J Nerv Ment Dis 168 : 428-435, 1980.
- 3) D'Angelo, E J : Convergent and discriminant

- validity of the borderline syndrome index. *Psychological Reports* 69 : 631-635, 1991
- 4) Dolan, B M, Evans, C, Norton, K : The separation-individuation inventory : association with borderline phenomena. *J Nerv Ment Dis* 180 : 529-533, 1992.
  - 5) Dolan, B M, Warren, F, Norton, K : Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry* 171 : 274-279, 1997.
  - 6) Edell, W : The borderline syndrome index : clinical validity and utility. *J Nerv Ment Dis* 172 : 254-263, 1984.
  - 7) Fine, M A, Sansone, R : Three-year test-retest reliability of the Borderline Syndrome Index among women with eating disorders. *Psychological Reports* 67 : 1089-1090, 1990.
  - 8) Gunderson, J G, Elliott, G R : The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 142 : 277, 1985.
  - 9) Hoch, P. & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. In : Stone, M H (ed.) (1986). *Essential papers on borderline disorders*, (pp.119-147). New York University Press.
  - 10) Horiguchi, T, Sasaki, T : Rorschach study of borderline personality disorder : construction of borderline personality disorder index. *Journal of Mental Health* 44 : 69-74, 1998 (in Japanese).
  - 11) Lewis, S J, Harder, D W : A comparison of four measures to diagnose DSM-III-R borderline personality disorder in outpatients. *J Nerv Ment Dis* 179 : 329-337, 1991.
  - 12) Machizawa, S : Application of the borderline scale to Japanese : establishing the diagnostic validity of borderline personality disorder. *Japanese Journal of Psychiatric Treatment* 4 : 889-899, 1989 (in Japanese).
  - 13) Machizawa, S, Sato, H : An attempt to find subtypes of borderline personality disorder : by means of psychometric analysis of borderline scale. *Clinical Psychiatry* 33 : 1201-1209, 1991 (in Japanese).
  - 14) Marlowe, M J, O'Neill-Byrne, K, Lowe-Ponsford, F, Watson, J P : The borderline syndrome index: a validation study using the personality assessment schedule. *Br J Psychiatry* 168 : 72-75, 1996.
  - 15) Remington, G J, Book, H : Discriminative validity of the borderline syndrome index. *Journal of Personality Disorders* 7 : 312-319, 1993
  - 16) Trull, T J : Borderline personality disorder features in nonclinical young adults : 1. Identification and validation. *Psychological Assessment* 7 : 33-41, 1995.
  - 17) Zung, W W K : A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12 : 63-70, 1965.
  - 18) Zung, W W K, King, R E : Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. *J Clin Psychiatry* 44 : 365-368, 1983.

## 【原著論文】

## 沖縄県の中学生における夏休み中の睡眠習慣

## ～生涯健康の観点からの検討～

田中秀樹<sup>1</sup>, 平良一彦<sup>2</sup>, 荒川雅志<sup>2</sup>,  
 増田 敦<sup>2</sup>, 嘉手刈初子<sup>2</sup>, 山本由華吏<sup>1</sup>,  
 駒田陽子<sup>1</sup>, 上江洲榮子<sup>2</sup>, 白川修一郎<sup>1</sup>

抄録：本研究では、沖縄県の都市部近郊の公立中学校2校の生徒527名を対象に夏期休暇中の睡眠習慣と睡眠健康について検討した。睡眠習慣が不規則である者、睡眠時間帯が後退している者で睡眠健康が悪化していた。また、2年生で睡眠習慣の不規則化が、3年生で睡眠時間帯の後退や食習慣の不規則化が激増すること、睡眠健康悪化が朝食欠食や気分悪化に関与していることが示された。本研究より、中学生において、夜型の都市型生活スタイルの習慣化が始まることが示唆された。

精神保健研究 46: 65-71, 2000

**Key words :** *junior high school students, eating habits, sleep habits, sleep health*

## I. はじめに

中高年以降増加する不眠などの睡眠障害は、その原因の多くが睡眠生活習慣に起因すると近年考えられている<sup>12,13,16</sup>。また、睡眠生活習慣の確立は思春期が重要な時期であると推定されている。一方、概日リズム睡眠障害は、その発症が思春期・青年期にきわめて多いことが明らかにされつつある<sup>9,11,14,19</sup>。また、15才から19才までを対象にした5年間の追跡調査<sup>15</sup>においても、睡眠習慣の不規則性や睡眠時間帯の遅延は学年の進行

に伴って単調に増加することが報告されている。同様に、深刻で重要な問題として、中学生の生活の夜型化や睡眠時間の短縮が近年報告されている<sup>7,8</sup>。しかし、本邦でのこれまでの睡眠調査においては、学期中の睡眠習慣の学年差、性差に焦点を当てた実態調査が多く、休暇中の睡眠習慣と睡眠健康（睡眠に関する健康度）について検討した研究はほとんどない。本研究では、始業時刻の制約がなく、起床時刻や睡眠時間への影響が少ないと考えられる休暇中における中学生の睡眠習慣と睡眠健康について検討した。特に、睡眠時間帯の後退、睡眠時間の短縮化、睡眠習慣の不規則化に着目し、これらが睡眠健康に及ぼす影響について、生涯健康の観点を交えて検討することを目的とした。

Sleep Habits of Junior High School Students of Okinawa prefecture in summer vacation～The examination from the viewpoint of Life Long Health～

<sup>1</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部 (〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3)

Hideki Tanaka, Yukari Yamamoto, Yoko Komada, Shuichiro Sirakawa : Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP, Kohnodai 1-7-3, Ichikawa, Chiba 272-0827

<sup>2</sup> 琉球大学教育学部生涯健康基礎学コース

Kazuhiko Taira, Masashi Arakawa, Hatuko Kadegaru, Eiko Uezu : Department of Life Long Health Promotion College of Education, Ryuky University

## II. 対象および方法

調査対象：沖縄県都市部近郊の公立中学校2校の生徒554名（A校425名；B校129名）を対象に8月下旬（夏休み中の登校日）に調査を行った。対象者は地元の公立中学校に通学し、通常の家生活を送っている者で、問題となる疾患に罹患している者（ガン、腎機能疾患により透析中の者、重篤な心臓病、精神科疾患、手術を必要とされる前立腺肥大、激しい痛み、かゆみを有する疾患を治療中の者）は除外し、527名（男性265名、

女性262名；1年生179名、2年生172名、3年生176名)を対象に分析を行った。対象校Aは、沖縄県南部の都市部(那覇市)近郊に位置し、地域の生徒が通っている沖縄県における平均的な規模の中学校であった。また、対象校Bは、沖縄県北部の都市部(名護市)近郊に位置し、地域の生徒が通っている、やや小規模の中学校であった。夏休み中の後半の登校日に、各校ともに各教室毎に教師が記入マニュアルに基づき記入要領を十分に説明したうえで調査票を配布し、2学期の初日に配布場所にて封筒に入った自記式質問紙を回収した。調査票は、睡眠健康調査アンケート<sup>12)</sup>を一部修正したもの<sup>16)</sup>を用いた。生活習慣および睡眠の健康に関する質問項目(77項目)で構成された調査票である。「あまり特別な場合は考えずに、ここ一ヶ月のふつうの生活についてお答えください」と質問紙の冒頭に注意書きを付した。睡眠にかかわる生活習慣(以下、睡眠習慣)に関しては、平日・休日の就床時刻、起床時刻、睡眠時間等を含む小児から高齢者まで共用の質問項目で構成されている。その他の生活習慣および睡眠健康に関しては、健康状態や健康意識度を把握するために、治療中の病気の有無、散歩、運動、食事などについての項目の質問項目を含め、構成した。

データ分析：睡眠習慣の項目については、平日および休日の睡眠時間・就床時刻・起床時刻について、平均値、標準偏差を求めた。睡眠健康に関しては、白川ら<sup>12)</sup>、田中ら<sup>16)</sup>に準拠し、以下の5因子について検討した。

- 1) 第1因子；睡眠維持障害関連  
(1)中途覚醒、(2)熟眠感、(3)夜間頻尿  
(4)早朝覚醒
- 2) 第2因子；睡眠随伴症状関連  
(5)寝ぼけ、(6)金縛り、(7)恐怖性入眠時幻覚、(8)むずむず脚・四肢運動異常
- 3) 第3因子；睡眠時無呼吸関連  
(10)いびき、(11)睡眠時無呼吸
- 4) 第4因子；起床困難関連因子  
(12)起床困難、(13)床離れ
- 5) 第5因子；入眠障害関連因子  
(9)睡眠薬、(14)入眠潜時

睡眠健康に関する各因子の得点については各関連質問項目の得点の平均値を算出した。さらに、その各因子得点の合計得点を睡眠健康危険度得点とし、総合的な睡眠健康の良否について検討した。また、睡眠習慣の規則性を検討するために、就床時刻、起床時刻、睡

眠時間の不規則性について得点化した。4肢選択法で、1を非常に規則的、4を非常に不規則的として得点化した。さらに、就床時刻、起床時刻、睡眠時間の各不規則性得点を合計して、睡眠習慣の不規則性得点を算出した。

統計的検定：数量化可能な項目あるいは因子に関しては、t検定、分散分析を用いて検定した。分散分析の下位検定にはTukey法を用い、有意水準は5%とした。その他の項目に関してはクロス集計により出現頻度を算出し、 $\chi^2$ 検定を行った。

### III. 結 果

#### 1. 夏休み中における就床時刻、起床時刻、睡眠時間

両中学校間には、就床時刻、起床時刻、睡眠時間について有意な差が認められず、以後、のデータ処理は両校を一括して処理した。

図1は、就床時刻と起床時刻、睡眠時間と起床時刻、睡眠時間と就床時刻の散布図を示したものである。就床時刻と起床時刻(図1上段)をみると、就床時刻が遅くなるほど、起床時刻が遅くなる傾向があることがわかる。両者には、有意な正の相関(0.54;  $p < 0.01$ )がみられ、睡眠時間の影響を除いた偏相関も0.75で有意に高い相関を示した。また、睡眠時間と起床時刻(図1中段)の間にも有意な正の相関(0.50;  $p < 0.01$ )がみられ、就床時刻の影響を除いた偏相関も0.73で有意に高い相関を示した。一方、睡眠時間と就床時刻(図1下段)は、有意な負の相関(-0.19;  $p < 0.01$ )がみられた。起床時刻の影響を除いた偏相関は-0.63と有意に高い負の相関を示し、就床時刻が遅いほど睡眠時間が短いことが判明した。また、就床時刻の分布、起床時刻の分布をみると、24時以降になっても起きている生徒や午前9時を過ぎても寝ている生徒が多数存在した。また、Hartmann et al(1971)<sup>9)</sup>によれば、6時間以下の睡眠取得者を短時間睡眠者と分類しているが、睡眠6時間以下の生徒が37名(7%)も存在していた。そこで、就床時刻の分布の下位25%(24時以降就床)、起床時刻の分布の下位25%(9時以降起床)、睡眠時間の下位25%(7.5時間未満)、また、6時間以下の短時間睡眠者の割合を占める生徒の割合を学年毎に比較した。就床時刻の後退(1年12.8%、2年19.8%、3年38.6%)、起床時刻の後退(1年12.8%、2年11.6%、3年35.8%)については、3年次で急激な増加がみられた(いずれ

も $p < 0.01$ )。また、表1に示すように、就床時刻、起床時刻の学年毎の平均値も、3年次で有意な増加を示した(いずれも $p < 0.01$ )。一方、睡眠時間については、全体平均が8.20時間(表1)で8時間を越えているものの、睡眠時間が7.5時間未満の割合はいずれの学年も約1/4を占め(1年23.5%、2年24.4%、3年24.4%)、学年差がみられなかった。また、6時間以下の短時間睡眠者の割合も学年差がみられず(1年7.3%、2年6.4%、3年7.4%)、いずれの学年においても約1割の生徒が短時間睡眠者であることが判明した。

次に、就床時刻、起床時刻の遅延、睡眠時間の短縮化が、睡眠健康に及ぼす影響について検討した。就床時刻、起床時刻の各々について分布の下位25%である、24時以降に就床する群(就床遅延群)と24時までに就床する群(就床非遅延群)、9時以降に起床する群(起床遅延群)と9時までに起床する群(起床非遅延群)に分け、睡眠健康危険度についての群間比較を行った。また、睡眠時間については、6時間以下の短時間睡眠者群と睡眠時間6時間以上の非短時間睡眠者群に分け群間比較を行った。

表2は、睡眠健康危険度得点および、睡眠健康危険度を構成する各睡眠健康危険度因子得点について比較したものである。就床遅延群は、非遅延群(表2左列)に比べ、睡眠健康危険度得点が有意に高かった。さらに、起床困難関連得点、入眠障害関連得点についても、いずれの得点も就床遅延群が非遅延群に比べ有意に高いことが明らかになった。また、起床時刻については(表2中列)、起床遅延群が非遅延群に比べ、睡眠健康危険度得点が有意に高く、起床困難関連得点、入眠障害関連得点が有意に高いことが判明した。一方、睡眠時間については(表2右列)、短時間睡眠者群が非短時間睡眠群に比べ、睡眠健康危険度得点が有意に高く、睡眠維持障害関連得点、入眠障害関連得点についても有意に高いことが判明した。以上の結果から、就床時刻、起床時刻(睡眠時間帯)の遅延や睡眠時間の短縮化が睡眠健康の悪化と関係していることが判明した。

そこで、次に、就床時刻、起床時刻(睡眠時間帯)の遅延や睡眠時間の短縮化による睡眠健康の悪化が日中の状態に及ぼす影響について検討した。就床時刻については(表3左列)は、起床時の気分が悪い者、朝食を取らない者の割合が就床遅延群で、非遅延群に比べ有意に高いことが判明した。また、睡眠問題愁訴を有する者の割合も就床遅延群で高い傾向がみられた。起床時刻については(表3中列)は、起床時の気分が悪

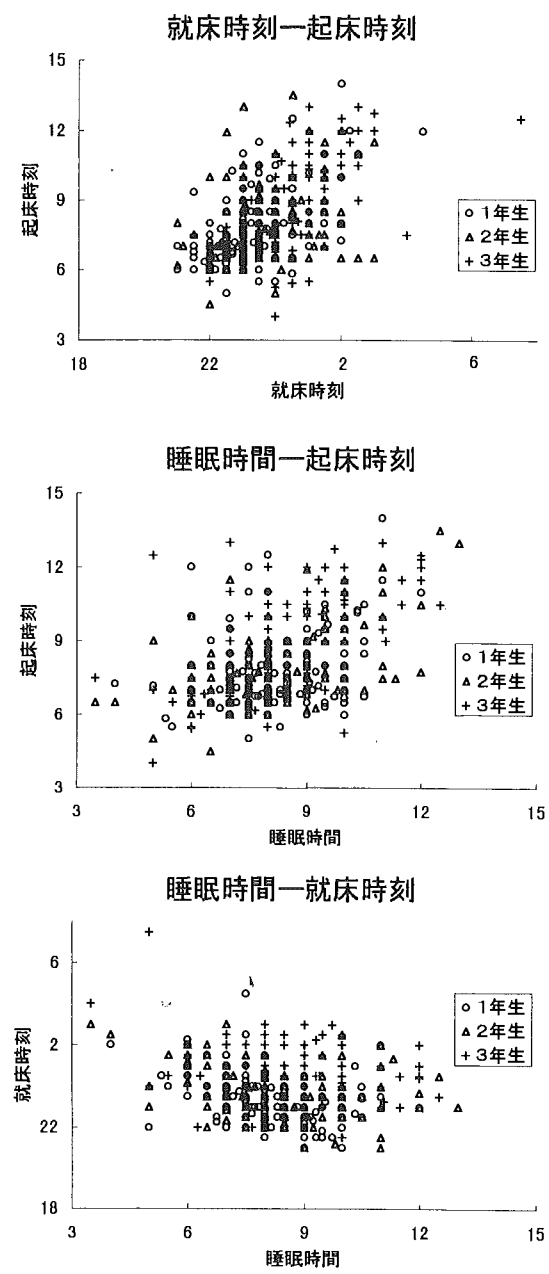


図1 就床時刻、起床時刻、睡眠時間の散布図



い者、朝食を取らない者の割合が起床遅延群で、非遅延群に比べ有意に高いことが判明した。これらの結果は就床時刻、起床時刻（睡眠時間帯）の遅延による睡眠健康悪化が、朝食の欠食や気分悪化に関連していることを示している。また、睡眠時間については、睡眠時間の長さの序列により、下位25%（130名）を睡眠短縮群とし、睡眠時間の平均値、中央値を参考に睡眠時間7時間30分以上、8時間30分以下の生徒の中からランダムに130名を正常群として抽出し、群間比較を行った。表3右列に示すように、睡眠短縮群が、朝食を取らない者の割合や睡眠の不足感を抱く者の割合、睡眠問題愁訴を有する者の割合が有意に高いことが判明した。

## 2. 夏休み中における睡眠習慣の規則性

睡眠習慣の規則性を検討するために、就床時刻、起床時刻、睡眠時間の不規則性についての各不規則性得点を求め、それらを合計して、睡眠習慣の不規則性得点を算出した。睡眠習慣の規則性得点、就床時刻の不規則性得点、睡眠時間の不規則性得点（表4）は2年生

で有意な増加を示し、中学2年次で睡眠習慣の不規則化が顕著になることが明らかになった。一方、食習慣の不規則性についても学年差がみられ、朝食の不規則性は、3年次で顕著になることが明らかになった。

次に、睡眠習慣の不規則化が睡眠健康に及ぼす影響について検討するために、不規則性得点の序列により、睡眠不規則群として上位25%（130名）、規則的群として、下位25%（130名）を抽出し群間比較を行った。表5上段は、睡眠健康危険度得点および、睡眠健康危険度を構成する各睡眠健康危険度因子得点について、不規則群と規則的群で比較したものである。睡眠不規則群は、規則的群に比べ、睡眠健康危険度得点が有意に高いことが判明した。さらに、睡眠維持障害関連得点、起床困難関連得点、入眠障害関連得点についても、いずれの得点も睡眠不規則群が規則的群に比べ有意に高いことが明らかになり、睡眠習慣の不規則性が睡眠健康の悪化に密接に関与していることが判明した。睡眠時間の不規則性による睡眠健康の悪化が日中の状態に及ぼす影響について検討した結果（表5下段）、朝食を取

表1 就床・起床時刻と睡眠時間についての学年比較（n=527）

	就床時刻				起床時刻				睡眠時間			
	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	全体
全体	23.27 (1.09)	23.45 (1.14)	24.20 (1.33)	23.64** (1.25)	7.64 (1.42)	7.74 (1.41)	8.73 (1.85)	8.04** (1.64)	8.11 (1.25)	8.15 (1.44)	8.36 (1.50)	8.20 (1.40)
男子	23.00 (0.93)	23.40 (1.24)	24.33 (1.42)		7.69 (1.30)	7.80 (1.53)	8.94 (1.91)		8.40 (1.18)	8.24 (1.70)	8.49 (1.51)	
女子	23.54 (1.17)	23.49 (1.04)	24.06 (1.22)		7.59 (1.53)	7.68 (1.28)	8.51 (1.76)		7.81 (1.26)	8.06 (1.13)	8.23 (1.49)	

\*\* p<0.01, \* p<0.05

表2 睡眠健康危険度得点および危険度因子得点についての群間比較（就床時刻、起床時刻、睡眠時間）

項目	就床時刻		起床時刻		睡眠時間	
	遅延群	非遅延群	遅延群	非遅延群	短縮群	非短縮群
睡眠健康危険度得点	2.5 (1.4)	2.1* (1.1)	2.7 (1.5)	2.1* (1.1)	2.8 (1.7)	2.1* (1.1)
睡眠維持障害関連得点	0.7 (0.6)	0.6 (0.4)	0.6 (0.5)	0.6 (0.5)	0.9 (0.7)	0.6* (0.4)
睡眠随伴症状関連得点	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	0.3 (0.5)	0.3 (0.4)	0.4 (0.4)	0.3 (0.4)
睡眠時無呼吸関連得点	0.1 (0.3)	0.2 (0.4)	0.1 (0.4)	0.2 (0.3)	0.1 (0.3)	0.2 (0.3)
起床困難関連得点	0.7 (0.6)	0.6* (0.4)	0.8 (0.6)	0.5* (0.4)	0.6 (0.5)	0.6 (0.5)
入眠困難関連得点	0.7 (0.6)	0.5* (0.5)	0.8 (0.6)	0.5* (0.5)	0.8 (0.7)	0.5* (0.5)

\*\* p<0.01

表3 起床時の気分、朝食欠食、眠気についての群間比較（就床時刻、起床時刻、睡眠時間）

項目	就床時刻		起床時刻		睡眠時間	
	遅延群	非遅延群	遅延群	非遅延群	短縮群	正常群
起床時の気分悪化	37.1	20.5 * *	35.2	21.7 * *	26.9	23.4
朝食不規則	51.2	19.7 * *	57.5	19.5 * *	30.8	16.2 * *
排便不規則	33.1	29.3	33.7	29.3	33.1	24.0
昼間の耐え難い眠気	4.8	2.8	3.8	3.1	6.2	3.1
睡眠不足感	60.0	62.1	49.5	64.6 * *	79.2	61.5 * *
睡眠問題愁訴	17.1	10.9+	14.4	11.9	15.3	7.0 *

\* \* p&lt;0.01, \* p&lt;0.05, +p&lt;0.10

表4 睡眠習慣の不規則性、朝食の不規則性についての学年比較

項目	学年			
	1	2	3	
睡眠習慣の不規則性	6.8 (2.0)	7.4 (1.8)	7.2 (1.8)	*
就床時刻の不規則性	2.1 (0.8)	2.3 (0.7)	2.3 (0.7)	*
起床時刻の不規則性	2.4 (0.9)	2.6 (0.9)	2.5 (0.8)	+
睡眠時間の不規則性	2.3 (0.7)	2.5 (0.7)	2.4 (0.7)	*
朝食の不規則性	1.9 (1.0)	1.8 (1.0)	2.2 (1.2)	* *
朝食時刻	7.71 (0.89)	7.64 (0.81)	8.49 (1.31)	* *

\* \* p&lt;0.01, \* p&lt;0.05, +p&lt;0.10

表5 規則性についての睡眠健康、起床時の気分等の群間比較

	睡眠習慣		
	不規則群	規則的群	
睡眠健康危険度得点	2.3 (1.4)	1.9 (1.2)	*
睡眠維持障害関連得点	0.7 (0.6)	0.5 (0.4)	*
睡眠随伴症状関連得点	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	
睡眠時無呼吸関連得点	0.1 (0.2)	0.2 (0.4)	
起床困難関連得点	0.7 (0.6)	0.5 (0.4)	*
入眠困難関連得点	0.6 (0.6)	0.4 (0.5)	*
起床時の気分	32.0%	21.7%	+
朝食不規則	36.9%	17.7%	* *
排便不規則	46.9%	22.3%	* *
昼間の耐え難い眠気	3.8%	2.3%	
睡眠不足感	60.0%	54.6%	
睡眠問題愁訴	16.0%	10.1%	

\* \* p&lt;0.01, \* p&lt;0.05, +p&lt;0.10

らない者、排便が不規則になる者の割合が睡眠不規則群で有意に高いことが判明した。また、起床時の気分が悪化している者の割合も睡眠不規則群で規則的群に比べ、高い傾向が認められた。

#### IV. 考 察

##### 1. 中学生の睡眠習慣と睡眠健康

日本の中学生の睡眠習慣について検討した研究において、生活の夜型化や睡眠時間の短縮が報告されている<sup>7,8)</sup>。本研究で夏休み中の沖縄の中学生の睡眠習慣を調べ、就床時刻、起床時刻の遅延、睡眠時間の短縮化が、睡眠健康に及ぼす影響について検討した結果、就床時刻や起床時刻が遅延している者は、睡眠健康が悪

化しており、起床困難性や入眠障害のリスクが高いことが確認できた。また、睡眠時間が短縮している者は、睡眠健康が悪化していること、特に睡眠維持、入眠障害のリスクが高いことが確認できた。さらに、今回の結果より、就床時刻、起床時刻（睡眠時間帯）の遅延による睡眠健康悪化が、朝食の欠食や気分悪化に関与していること、睡眠時間の短縮化による睡眠健康悪化が、睡眠不足感、朝食の欠食と関連していることが示された。睡眠時間帯の遅延は起床時刻や始業時刻の制約から、睡眠短縮による不眠や欠食等がおこりやすくなるという考えがある。また、一方で、睡眠の質的狀態が良好でないため、起床時の気分や体調が悪く、食事をうけつけないとも考えられている。今回の調査は、起床時刻や始業時刻の制約の弱い休暇中の結果であり、

後者の見解を強く支持するものと考えられる。また、睡眠習慣の不規則化が睡眠健康の悪化や食習慣の不規則化、排便の不規則性と関与していることが今回の結果で示された。一方、学期中に比べ、夏期休暇中で中学生の睡眠健康が悪化していること、就床時刻、起床時刻が遅延していること、睡眠問題愁訴が増加していることが判明している<sup>18)</sup>。これらの知見は、睡眠時間帯の後退、睡眠習慣の不規則化が睡眠健康の悪化に強く関与していることを示しており、日頃から規則正しい睡眠習慣を定着させることの重要性を示している。起床時刻や睡眠時間は始業時刻の制約を受けることから、現実的には、就床時刻に関する適正な指導が重要である考えられる。

## 2. 生涯健康基盤としての中学期の睡眠習慣

概日リズム睡眠障害は、従来、視覚障害者など特異な疾患のある人々にみられると考えられていたが、心身に障害のない健常者においてもみられ、特に、その発症が思春期・青年期にきわめて多いことが明らかにされつつある<sup>9,10,14,19)</sup>。また、15才から19才までを対象にした5年間の追跡調査<sup>15)</sup>においても、睡眠の不規則性や睡眠時間帯遅延は学年の進行に伴って単調に増加することが報告されている。さらに、睡眠・覚醒リズムの不全化傾向は、中学生以降、激増することが報告されている<sup>9)</sup>。一方、睡眠・覚醒は、生体リズムにより調節され、適正な生体リズムの確保には、食行動、光、運動および社会的接触が重要な要因であることが指摘されている<sup>12,13,14)</sup>。中学2年次で睡眠習慣の不規則化、3年次で朝食の不規則化、睡眠時間帯の遅延が顕著になるという今回の調査の結果は、中学生の時期において、すでに睡眠や食事の規則性が乱れており、睡眠障害の発症リスクが中学生の時期ですでに高まっていることを示している。さらに、中学2年次での睡眠習慣の不規則化が、中学3年次での睡眠時間帯の後退や食習慣の不規則性を定着させていると解釈することも可能かもしれない。本研究の結果は、中学生の時期にすでに夜型の都市型生活スタイル<sup>6,10)</sup>が定着していること、中学期での不適切な睡眠習慣や食行動を含む生活習慣の定着が成人期以降での睡眠障害と関与している可能性を示唆している。一方、不眠を主とする睡眠健康の悪化が健康感を損ない、生活ストレスを高めること<sup>5)</sup>や睡眠不足や睡眠障害は、学習、記憶、注意集中、感情コントロール等の高次脳機能を特に顕著に障害すること<sup>1,2,3)</sup>が指摘されている。さらに、睡眠健康の良好な者

は、精神的・身体的健康状態も良好であることも指摘されている<sup>17)</sup>。これらのことは、この時期の睡眠健康の悪化は、思春期の心身の健康、学校教育にかかわる重要な問題であることはもとより、生涯健康の管理上の重要な課題でもあり、この時期に適正な睡眠習慣を指導することの重要性を示している。

以上、本研究より、中学生において、すでに、夜型の都市型生活スタイルが沖縄においても定着していることが示され、この時期での不適切な睡眠習慣や不適切な食行動を含む生活習慣の定着が成人期以降での睡眠障害と関与している可能性が示唆された。また、本研究は、就床時刻に関する適正な指導が中学生の時期に必要なことを示していた。

## 引用文献

- 1) Bonnet MH: Sleep deprivation. In *Principals and practice of sleep medicine*, Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds.), 50-67, WB Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 2) Dinges DF: An overview of sleepiness and accidents. *J Sleep Res* 4: 4-14, 1995.
- 3) Feinberg I: Effects of maturation and aging on slow wave sleep in man. In *Slow Wave Sleep. Physiological. Pathophysiological and Functional Aspects* Wauquire A, Dugovic C, Radulovacki M (eds.), 31-48, Raven Press, New York, 1989.
- 4) Hartmann E, Beakland F, Zwilling G et al: Sleep need: how much sleep and what kind? *American Journal of Psychiatry*, 127: 1001-1008, 1971
- 5) 堀 忠雄: 不眠. 163-193, 同朋舎出版, 京都: 1988
- 6) 堀 忠雄, 白川修一郎, 石原金由他: 睡眠習慣の実態調査と睡眠問題の発達の検討, 平成7~9年度文部省科学研究費補助金基盤研究(A) 課題番号07301013, 1998.
- 7) 石原金由, 江口由佳子, 三宅 進: 小・中学生における睡眠・覚醒習慣の変化. *睡眠と環境* 3: 90-97, 1995
- 8) Ishihara K, Saitoh S, miyasita A et al: Validity of the Japanese version of the Morningness - Eveningness Questionnaire. *Percept Mot Skills* 59: 863-866, 1984
- 9) Manni R, Ratti MT, Marchioni G et al: Poor

- sleep in adolescents : A study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *J. Sleep Res* 6 : 44-99, 1997.
- 10) NHK放送文化研究所：日本人の生活時間・1995, NHK国民生活時間調査. 日本放送出版協会, 1996
- 11) 太田龍朗, 安藤勝久, 早河敏治：不登校とりズム障害. *脳と精神の医学*4 : 93-99, 1993.
- 12) 白川修一郎：高齢者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発 (1).  
厚生省厚生科学研究費長寿科学総合研究平成7年度研究報告, Vol.3. 老年病総論 : 252-258, 1996.
- 13) 白川修一郎, 田中秀樹：睡眠・覚醒障害の生活習慣指導. *精神科治療の理論と技法—薬物療法と生理学的治療—*, 158-167 星和書店, 東京, 1999.
- 14) 高橋清久, 森田伸行, 三島和夫：我が国における睡眠覚醒リズム障害の多施設共同研究第一報：人口統計学研究, *精神医学*35 : 605-614, 1993.
- 15) 田中秀樹, 林 光緒, 堀 忠雄：青年期における睡眠問題の発達の検討～教育現場での臨床的応用をめざして～広島大学総合科学部紀要IV理系編 23 : 141-154, 1997.
- 16) 田中秀樹, 白川修一郎, 鍛冶 恵他：生活・睡眠習慣と睡眠健康の加齢変化, 性差, 地域差についての検討 ; 30歳から85歳を対象として. *老年精神医学雑誌*10 : 327-335, 1999.
- 17) 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子他：高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討～長寿県沖縄の調査結果～ ; *精神保健研究*45 : 63-68, 1999.
- 18) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志他：思春期における心身の健康保全に係わる適正な睡眠確保のための生活習慣についての検討 ; *学校メンタルヘルス*3(印刷中), 2000.
- 19) Thorphy MJ, Korman E, Spielman AJ : Delayed sleep phasesyndrome in adolescents. *J Adolesc Health Care*, 9 : 22-27, 1988.
- habits or sleep phase are delayed got worse. Irregularity of sleep habits increased notably from the second grade. Delay of sleep phase and irregularity of eating habits increased remarkably from the third grade. Sleep health aggravation by delay of sleep phase and irregularity of sleep habits related with the lack of breakfast or aggravation of feeling. These findings suggest that the city life style of evening type establish when they are junior high school students.

謝辞；本研究のデータ収集に関して、協力を賜った琉球大学教育学部の末永亜紀さん、下地美幸さん、渡久地洋樹さんに深く感謝いたします。

Abstract: This research examined the sleep habits and the sleep health during summer vacations for 527 students of two public junior high schools of the city suburbs of the Okinawa prefecture. Sleep health of student who have high irregularity of sleep



【資料論文】

## 在日日系ブラジル人の現状と精神保健の課題

宮坂リンカーン

### I. はじめに

日本とブラジルの関係は1908年6月に笠戸丸が日本からの移民をサントス市に運んだ時に始まり、現在130万人の日系人がブラジルに住み、世界一日系人の多い国と言える。ブラジルでは日系人は政治家、医師、弁護士、技師、教師、ビジネスマンなどあらゆる職業に就いている。一方、日本ではバブル経済の時、労働力が不足し、1990年、入国管理法の改正により日系ブラジル人に就労ビザが与えられるようになった。それ以降、在日日系ブラジル人が増え、現在では22万人に上っている<sup>6)</sup>(図1、表1)。その大部分は二世か三世で、日本語があまり話せない。日系ブラジル人の特徴の一つは生物学的にはほとんどの人が日本人と同じであるが、文化面ではブラジルと日本の両方の文化を持っていることである。もう一つの特徴は、両親か、祖父母がブラジルに渡り、今は、自分が来日しているという2回の移民経験をもっていることである。筆者もその一人である。祖父は富山県出身で父が7才時ブラジルへ渡り、父は農業技師として活躍した(1985-1987年筑波大学の客員教授として招かれ一時来日した)。筆者は医師として17年、牧師として11年、ブラジルで奉仕したが、その大部分は日系社会の中の働きであった。その頃、多くの来日した日系人がうつ病、パニック障害、精神分裂病になって帰国していた。そのため、在日日系ブラジル人の問題を調査し、その健康の改善を願ひ1997年に来日した。

来日後、筆者は自治医科大学精神科教室と共同で大学に近い宇都宮市にて158人の日系ブラジル人をSRQ-20(Self Reporting Questionnaire)<sup>1)</sup>で調査した。その

図1 在日ブラジル人の増加

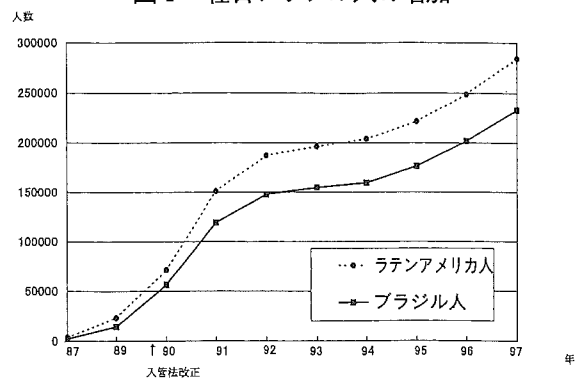


表1 平成10年末都道府県別ブラジル人総計

1	愛知	40,873	25	京都	867
2	静岡	31,329	26	宮城	695
3	長野	14,670	27	香川	674
4	神奈川	13,138	28	山形	618
5	群馬	13,138	29	島根	590
6	三重	12,903	30	北海道	392
7	埼玉	11,532	31	和歌山	312
8	岐阜	11,202	32	山口	304
9	茨城	8,933	33	福岡	283
10	滋賀	8,322	34	愛媛	193
11	栃木	8,094	35	岩手	187
12	千葉	6,929	36	鳥取	176
13	大阪	5,147	37	沖縄	156
14	東京	4,648	38	徳島	144
15	兵庫	4,316	39	青森	143
16	広島	3,968	40	鹿児島	133
17	山梨	3,740	41	大分	98
18	富山	3,278	42	秋田	94
19	福井	2,269	43	熊本	78
20	石川	1,767	44	長崎	60
21	岡山	1,729	45	宮崎	54
22	新潟	1,464	46	高知	34
23	福島	1,449	47	佐賀	34
24	奈良	1,038			
				総合計	222,217

Mental Health of the Japanese Brazilians living in Japan  
 自治医科大学精神医学教室  
 〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1  
 Lincoln Sakiara Miyasaka : Department of Psychiatry,  
 Jichi Medical School, Yakushiji 3311-1, Minami  
 Kawachi-Machi, Kawachi-gun, Tochigi 329-0498.

表2 自治医大精神科外来を受診したブラジル人の病名比率  
(1997-1999年) DSM-IV, N=50

不安障害 (Anxiety disorder) (18人) 36%	パニック障害 (Panic disorder) (12人) 全般性不安障害 (Generalized anxiety disorder) (3人) 強迫性障害 (Obsessive-compulsive disorder) (2人) 社会恐怖 (Social Phobia) (1人)
気分障害 (Mood Disorder) (16人) 32%	大うつ病 (Major depression) (8人) 双極性障害 (Bipolar disorder) (4人) 気分変調症 (Dysthymia) (4人)
精神分裂病および他の精神病性障害 (Schizophrenia and other psychotic disorders) (9人) 18%	分裂病 (Schizophrenia) (7人) 妄想性障害 (Delusional disorder) (2人)
身体表現性障害 (Somatoform disorder) (2人) 4%	身体化障害 (Somatization disorder) (1人) 転換性障害 (Conversion disorder) (1人)
適応障害 (Adjustment disorder) (3人) 6%	
その他 (2人) 4%	てんかん (Epilepsy) (1人) 過敏性腸症候群に影響を与えるうつ (Depression effecting Irritable bowel syndrome) (1人)

結果、17.8%に不安とうつの症状が認められた<sup>5)</sup>。同じ調査をブラジルのパウリス市に在住の日系と比較したところ、ブラジルでは3.2%であった(後日報告予定)。また、同大学で週2回ブラジル人への外来が開かれ、栃木、群馬、埼玉、千葉、茨城、東京、山梨、新潟、長野、静岡、愛知、福井、さまざまな地域から50人のブラジル人が受診している。診断としては表2のようになっている。

当論文では在日日系ブラジル人の現状とその精神保健上の課題について報告する。

## II. 対象と方法

第一に、在日ブラジル人の保健医療に関する相談を行っている機関、あるいは、実際に医療に関わっている機関についての情報を可能な範囲で集めリストを作成した。これ以外にも支援団体が存在していると思われる。また、法律、労災、教育の面で援助している団体もあるが当論文では省略した。

第二に、1997年から1999年に、筆者は、合計約2000人の在日ブラジル人にアンケート調査や聞き取りで明らかになった問題をまとめた。

1) 自治医大病院のほか、A医科大学、東京のHクリニック、横浜のM診療所へ巡回し、医療通訳者、またはカウンセラーとして在日日系ブラジル人の医療に協力

し、約100人と面接し、全員にSRQ-20、社会人口統計的因子、症状、適応、アイデンティティの問題を調査するアンケートを用いて調査した(後日報告予定)。

2) 宇都宮市に在住のブラジル人158人に個別訪問しアンケート調査を実施した。<sup>5)</sup>

3) 一企業のメンタルヘルスクリニックに来所した58人全員に面接あるいは電話相談を行った。

4) 関東と関西にある16の市町村で、医療キャラバン(名古屋のブラジル領事館の元でブラジル人医師、心理士、看護婦が在日ブラジル人の多い地域を巡回し健康について講義し、医療相談を行う)で約200人、工業団地で約200人、ブラジル人教会で約300人、支援団体等で約300人にうつ病、不安、在日ブラジル人の問題について講義し、その内約80人に面接した。

5) 名古屋のブラジル領事館の電話相談で700人に相談を行った。

## III. 結果

### 1. 在日ブラジル人の医療の現状

その代表となる団体を紹介する(表3-1,3-2,4,5)。

#### 1.1 電話相談を行っている団体

##### a. AMDA国際医療情報センター

1991年にAMDA日本支部の会員有志によって東京に設立され、英語、中国語、韓国語、スペイン語、タイ

語、ポルトガル語、フィリピン語、ペルシア語で、外国語で対応可能な医療機関の紹介や、病気、薬、保険、予防接種、日本の医療システムの説明、電話通訳など、多くの医療情報を電話で提供している。年間相談件数は約4千件である。相談員研修も行っており、相談員は約70人。また、大阪にセンター関西が1993年に設立され、英語、スペイン語、中国語、ポルトガル語で対応している。年間相談件数は約1千件。出版事業として11ヵ国語診察補助表、9ヵ国語対応服薬指導の本、16ヵ国語対応歯科診察補助表、両親学級テキスト（5ヵ国語）。

#### b. LAL(Linha de Assistencia aos Latinos)

ラテンアメリカ支援ライン、横浜いのちの電話によって1993年横浜に設立され、電話相談をポルトガル語とスペイン語で行っている。相談員の訓練も行っている。外国語相談員数43名、1998年度相談件数は約1千件。

CAIS(Computer Assisted Information Service)は生活情報Q&A母国のニュースを伝えている。1998年度の総受信数は4,858件。

#### c. Disk-saude デイスケサウデ

名古屋のブラジル領事館で1996年に設立された。月一金曜日の10-18時に相談を受け付け、問題の内容によって、専門別に患者リストをファクスで在日ブラジル人医師、臨床心理士、看護婦に送り、彼等が医療相談を電話で行っている。年間相談件数は約3,700件。ブラジル人の多い町を巡回する医療キャラバン（医療相談、または健康についての講義）も年に3-4回行っている。

#### d. Disk-sab-já デイスケサビジャ

東京のブラジル領事館にて1998年に設立され、ブラジル人医師が医療電話相談、専門家2人、教育学者1人が労働、法律教育関係の相談を行っている。相談件数は1日に約20件。必要に応じて家庭訪問、病院への付き添いを行っている。ブラジル人の多い町を巡回する医療キャラバン（医療相談または、健康についての講義）も年に2-3回行っている。

### 1.2 AIDSの問題に関わっている団体

#### a. Criativos クリアチボス

AIDSについて情報を提供し、新宿保健所とM診療所でHIVの無料テストを行い、予防キャンペーン、講義、

表3-1 電話相談を行っている団体（ポルトガル語）

団体	活動内容	相談援助者	場所、電話	時間
AMD A国際情報センター ※	医療情報提供	通訳相談員	非公開 03-5285-8088 06-6636-2333	月水金 9-17時
ラテンアメリカ支援ラインLAL	医療、生活相談	相談員	横浜 0120-66-2488	水 10-14時 19-21時 土 12-21時
ディスクサウデ（ブラジル領事館） ※	医療相談	ブラジル人医師、臨床心理士、看護婦	名古屋 0120-05-0062	月-金 10-17時30分
ディスクサビジャ（ブラジル領事館）	医療、教育、法律、労働相談	ブラジル人医師、教育、法律、労働専門家	東京 03-3449-9007	月水木金 10-16時

表3-2 AIDSの問題に関わっている団体（ポルトガル語）

クリアチボス Criativos	情報提供、 HIVテスト	ブラジル人医師、臨床心理士	新宿保健所 03-3369-7110 港町診療所 045-453-3673	木 13-16時 第2、4木 (HIVテスト)
AIDS24 horas (24時間)	電話にて情報提供	24時間テープ 情報提供	0120-60-0812	毎日 24時間
Collorfull	電話にて医療情報提供	相談員	名古屋 052-930-2121	月 22-10時 火 21-9時 木金 10-13時



印刷物の配布も行っている。

### 1.3 精神科医療に関係した機関学会など

#### a. 自治医科大学精神科

1997年7月からブラジル人外来開始。2年間で50人受診した。多文化間精神研究会、また、宇都宮で個別訪問調査を週1回行っている。

#### b. イベロアメリカこころの問題研究会

1999年7月にSクリニックでイベロアメリカの人たちのこころの問題について考え、理解し、彼らを支援していく方法を見付けだすために、日本に在住するスペイン語ポルトガル語を話す人たちが集まっている。

#### c. FALA(Fundação Amigos dos Latino-americanos), ラテンアメリカ友好協会

日本語、ポルトガル語、スペイン語の教室、文化的イベント、精神科的カウンセリングを行っている。ホームページを設置し、インターネットで医療情報を提供して、精神的相談に対応することを試みている。

#### d. 外国人のためのメンタルヘルス相談窓口

栃木県精神保健福祉センターと栃木県国際交流協会が1995年開設。月2回、精神科医、臨床心理士、保健婦、ケースワーカーが通訳者を通して英語、フランス語、スペイン語、ポルトガル語、ペルシア語で対応している。(1995年8月—1997年3月人数18名)。

#### e. 都立松沢病院

1992年—1996年に152人の外国人(ブラジル人3人)が入院している<sup>4)</sup>

#### f. 日本多文化間精神医学会

1997年に設立され、在日インドシナ難民、中国帰国者、外国人花嫁、外国人労働者、日本人の海外流出の問題についての研究、啓発(多文化間精神医学ワークショップ)と、マイノリティーへの援助活動を行っている。「文化とこころ」誌を発行<sup>5)</sup>。

### 1.4 Credo System

1992年に安藤光氏によって設立。1995年6カ国語自

表4 在日ブラジル人の精神保健に関わっている機関

団 体	活動内容	相談援助者	場 所	時 間
自治医科大学精神科 ※	診療 個別訪問による調査	精神科4人 ブラジル人医師1人	栃木、南河内 0285-58-7364	火 13-16時 水 9-12時
比賀クリニック ※	診療	精神科1人 ブラジル人医師1人	東京 03-5600-0830	金 14-18時
港町診療所 ※	診療	精神科1人 ブラジル人医師1人	神奈川、横浜 045-453-3673	第4水 15-18時
愛知医科大学精神科 ※	診療	精神科1人 ブラジル人医師1人	愛知、名古屋 052-264-4811 (予約は0120-05-0062)	第3土 9-11時 (受付)
ラテンアメリカ友好 協会(FALA) ※	語学教室、文化的イ ベント、インターネ ットによる医療情報 提供	精神科1人 ブラジル人医師1人 神奈川、川崎 044-541-5994	随時	
外国人のためのメン タルヘルス相談窓口	医療相談	精神科、臨床心理士、 看護婦ケースワカー カー、通訳者	栃木、宇都宮 028-621-0777	月2回
都立松沢病院	診療、入院(通訳者 必要)	精神科	東京 03-3303-7211	毎日

表5 精神保健に関わっている学会、研究会

団 体	活動内容	相談援助者	場 所	時 間
イベロアメリカこ ころの問題研究会 ※	研究会	スペイン、ポルトガ ル語を話す精神科 医、臨床心理士等	柴田クリニック、 東京 03-3371-7230	不定期
日本多文化間精神医 学会 ※	学会、ワークショッ プ	精神科	山形 0236-28-5322	年2回

注：※印は筆者の協力しているもの。

動問診機を開発(20カ所の病院に設置され、多くの外国人の受診に役立っている)、また1997年以降千葉大学付属病院のhospital information systemに接続され内科の日本人患者の外来問診にも試験的に使われている(患者が症状を問診機に入力、医師は電子カルテから診療端末画面に呼び出す)。

#### 1.5 グルボジュスチサ イ フラテルニダージ

在日ラテンアメリカ人の健康保険の問題に取り組んでいる。

#### 1.6 外国人医療センター Medical Information Center Aichi(MICA)

1998年に設立。休日健康相談、情報提供、医療セミナー、外国人医療を考えるフォーラムを行っている。

#### 1.7 ポルトガル語の通訳をおいている病院

遠州病院、聖隷三方原病院、小牧市民病院、加茂病院、岡崎市立病院、藤沢市民病院、大和市立病院、厚木県立病院

### 2. 在日ブラジル人の精神保健上の問題

対象と方法の五つのグループの医療機関等を通じて次の調査成果をまとめることが出来た。

#### 2.1 個人的問題

a. 言葉：日本語が分からず医師とも話せない、通訳者がいつもいない、通訳者を通して十分に言いたいことが伝わらない。名古屋のブラジル領事館では「ブラジル人の多い地域の市役所あるいは市民病院に通訳を雇っていただきたい。領事館はその通訳者のためにブラジル人医師を通して医療知識を提供し、通訳レベルを改善するよう努める」と言っている。

b. 孤独、友人がいない。

c. ホームシック：ブラジルにいる家族が懐かしい。

d. カルチャーショック：日本の習慣に慣れない。

e. アイデンティティの問題：ブラジルでは日本人と呼ばれ、日本ではブラジル人と扱われる。特に若者はいったい自分は何者かと悩む。

f. 精神的問題：うつ、不安、パニック、妄想、自殺の考えなど。

#### 2.2 家族の問題

a. 子供との関係：別れ、長期間の離別によるコミュニケーションの欠落(父親が先に来日し、次に母親、5-10年後に子供を呼び寄せると親子が他人化する)。

b. 夫婦の関係：ストレス、離婚、再婚。これは出稼ぎという状況がもたらした大きな傷である。

#### 2.3 教育の問題

小学校から日本の教育制度に入る子供は適応が早い。ポルトガル語を忘れ、両親とコミュニケーションができなくなる傾向がある。中学、高等学校時に来日する子は日本の学校に適応がとても困難で、いじめの対象になり、不適応、不登校の問題が生じる(5-19才の在日ブラジル人数36,161名の内、通学生は7,500名(20%)に過ぎないといわれている)。麻薬、アルコール、タバコ、犯罪の問題がおきている。

#### 2.4 職業の問題

a. 人間関係：ブラジル人同士での競争、ねたみ、お互いを助けられない、日本人からの差別。

b. 長期間労働：夜勤、昼勤を含み12-14時間働く。

c. 労働災害：耳鳴り、手、指の切断、化学物質による中毒、ヘルニア。

d. 将来性：いつリストラされるかわからない不安、使い捨て人間の感じを抱く。

e. リストラ、ホームレス：特に45歳以上

#### 2.5 制度上の問題

健康保険に加入できず在日日系ブラジル人の60%以上が無保険と言われている。「病気がないから保険は必要ない」と言う人もいるが、地域により国民保険に加入したくても加入できない所も多い。「働いているから社会保険に加入するべきだ」と言われるが、会社では「正社員でないから社会保険の対象にならない」と言われる。医療者として一番望ましいのは早期発見、早期治療、予防だが、無保険と言う状況では病気になるまでできる限り我慢し、状態が重くなった時にしか病院に行かないようになり、病院に行っても保険がないので治療も受けられない。

#### 2.6 帰国の問題

8-10年後にブラジルに帰ると環境(国の経済、政治、町、家族の構成)も自分も変わっている。このため再適応の問題がある(浦島太郎の話のよう)。

## IV. 考 察

以上の研究結果から重要な点をまとめると次のようなことが考えられる。

1. いろいろな協力団体が存在していることはとても良いことであるが、互いの連携を強めネットワー

クを広げる必要がある。24時間対応できる体制ができれば、救急の場合に役立つと思われる。

2. 通訳者のための保健医療、特に精神保健内容のトレーニングが、在住ブラジル人の多い関東と関西に年1-2回行われれば望ましいと思われる。
3. 一般の外国人に精神保健についての知識を提供し、早期発見と治療に役立つようにする必要がある。また協力団体についての情報の提供をする必要がある。
4. 各協力団体、病院を訪問し、医療者側からの視点を聞く必要がある。
5. 在日日系ブラジル人、あるいは在日のほとんどの外国人の健康に深く関わっている健康保険、労働基準法、労働衛生、子供の教育の問題をさらに検討し解決に導く必要がある。

## 文 献

- 1) A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ), Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 1994.
- 2) 阿部裕, 大塚公一郎, 辻恵介他: 在日日系ラテンアメリカ人のメンタルヘルス調査. 順天堂精神医学研究所紀要, 1999.
- 3) 野田文隆: 多文化間精神医学の立場. 多文化間精神医学の潮流: p30-40, 診療新社, 大阪, 1998.
- 4) 大西守: 多文化間精神医学の潮流. 診療新社, 大阪, 1998.
- 5) 大塚公一郎, 宮坂リンコン, 辻恵介他: 在日ブラジル人の精神医学的調査. 日本社会精神医学会雑誌7: 165-172, 1998.
- 6) 在留外国人統計. 平成11年版, 入管協会, 東京
- 7) 多文化間精神医学会: 外国人労働者ところ. 現代のエスプリ335, 至文堂, 東京, 1995
- 8) 辻恵介: 日系ラテンアメリカ出稼ぎ労働者. ころの科学77: 75-78, 1998.

【資料】

## 精神病患者監護法（1900）

## 精神衛生法（1950）

西暦2000年（平成12年）は、精神病患者監護法施行100年、精神衛生法施行50年にあたります。これらの法律は、いずれも我が国の精神保健福祉の歴史において重要な意味を持ってきたものです。精神病患者監護法は我が国が独立国としての法制面の整備を図るなかで生まれたものであり、また精神衛生法は戦後の新憲法のもとで生まれ、現在の精神保健福祉法の原型をなすものです。現在から見れば不足していることも多いかもしれませんが、それぞれの時代の努力で生まれたものに違いはありません。これらの資料が手の届きやすい形で保存され、より正確に読まれることも必要と考え、原文を横書きに改めたかたちで収録させていただきました。

なお出典については、精神病患者監護法（1900年）は内閣官報局編法令全書明治33年版、精神衛生法（1950年）は昭和22年12月22日官報第6283号によりました。

（竹島 正）

## 精神病患者監護法 (1900)

朕帝國議會ノ協贊ヲ經タル精神病患者監護法ヲ裁可シ茲ニ之ヲ公布セシム

### 御名御璽

明治三十三年三月九日 内閣總理大臣侯爵山縣有朋  
内務大臣侯爵西郷從道  
法律第三十八號 (官報 三月十日)

#### 精神病患者監護法

- 第一條 精神病患者ハ其ノ後見人配偶者四親等内ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ監護スルノ義務ヲ負フ  
但シ民法第九百八條ニ依リ後見人タルコトヲ得サル者ハ此ノ限ニ在ラス  
監護義務者數人アル場合ニ於テ其ノ義務ヲ履行スヘキ者ノ順位ハ左ノ如シ  
但シ監護義務者相互ノ同意ヲ以テ順位ヲ變更スルコトヲ得
- 第一 後見人  
第二 配偶者  
第三 親權ヲ行フ父又ハ母  
第四 戸主  
第五 前各號ニ掲ケタル者ニ非サル四親等内ノ親族中ヨリ親族會ノ選任シタル者
- 第二條 監護義務者ニ非サレハ精神病患者ヲ監置スルコトヲ得ス
- 第三條 精神病患者ヲ監置セムトスルトキハ行政廳ノ許可ヲ受クヘシ但シ急迫ノ事情アルトキハ假リニ之ヲ監置スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ二十四時間内ニ行政廳ニ届出ヘシ  
前項假監置ノ期間ハ七日ヲ超ユルコトヲ得ス  
行政廳ノ許可ヲ受ケテ監置シタル精神病患者ノ監置ヲ廢止シタル後三箇年内ニ更ニ之ヲ監置セムトスルトキ又ハ民法第九百二十二條ニ依リ禁治産者ヲ監置セムトスルトキハ行政廳ニ届出ヘシ
- 第四條 精神病患者ノ監置ノ方法又ハ場所ヲ變更シタルトキハ二十四時間内ニ行政廳ニ届出ヘシ
- 第五條 監置シタル精神病患者治癒シ死亡シ若ハ行方不明ト爲リタルトキ又ハ其ノ監置ヲ廢止シタルトキハ七日内ニ行政廳ニ届出ヘシ
- 第六條 精神病患者ヲ監置スルノ必要アルモ監護義務者ナキ場合又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由アルトキハ精神病患者ノ住所地、住所地ナ

キトキ又ハ不明ナルトキハ其ノ所在地市區町村長ハ勅令ノ定ムル所ニ從ヒ之ヲ監護スヘシ

第七條 行政廳ハ精神病患者ノ監護ニ關シ必要ト認ムルトキハ監置ノ許可ヲ取消シ監置ノ廢止ヲ命シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ノ變更ヲ命スルコトヲ得  
監置ノ許可ヲ取消サレ又ハ其ノ廢止ヲ命セラレタル者監置ヲ廢止セサルトキハ行政廳ハ直接ニ監置ヲ廢止スルコトヲ得

第八條 精神病患者監置ノ必要アルトキ又ハ監置不適當ト認ムルトキハ行政廳ハ第一條第二項ノ順位ニ拘ラス監護義務者ヲ指定シ之カ監置ヲ命スルコトヲ得但シ急迫ノ事情アルトキハ行政廳ハ假リニ其ノ精神病患者ヲ監置スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ第三條第二項ノ規定ヲ準用ス

市區町村長ニ於テ監護スル精神病患者ノ監護義務者ヲ發見シ又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行シ得ルニ至リタルトキ亦前項ニ同シ

本條ニ依リ精神病患者ノ監置ヲ命セラレタル監護義務者其ノ命ヲ履行セサルトキハ第六條ノ例ニ依リ市區町村長ニ於テ之ヲ監護スヘシ

本條ニ依リ監護義務者ノ監置シタル精神病患者ニ關シテハ行政廳ノ許可ヲ受クルニ非サレハ其ノ監置ヲ廢止シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ヲ變更スルコトヲ得ス

第九條 私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室ハ行政廳ノ許可ヲ受クルニ非サレハ之ヲ使用スルコトヲ得ス

私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室ノ構造設備及管理方法ニ關スル規定ハ命令ヲ以テ之ヲ定ム

第十條 監護ニ要シタル費用ハ被監護者ノ負擔トシ被監護者ヨリ辨償ヲ得サルトキハ其ノ扶養義務者ノ負擔トス

市區町村長ニ於テ監護スル場合ニ於テ之カ爲要スル費用ノ支辨方法及其ノ追徴方法ハ行旅病人及び行旅死亡人取扱法ノ規定ヲ準用ス

第十一條 行政廳ハ必要ト認ムルトキハ其ノ指定シタル醫師ヲシテ精神病患者ノ檢診ヲ爲サシメ又ハ官吏若ハ醫師ヲシテ精神病患者ニ關シ必要ナル尋問ヲ爲サシメ又ハ精神病患者在ル家宅病院其ノ他ノ場所ニ臨檢セシムルコトヲ得

第十二條 本法又ハ本法ニ基ツキテ發スル命令ノ執行ニ關シ行政廳ノ違法處分ニ由リ權利ヲ傷害セラレタリトスル者ハ行政裁判所ニ出訴スルコトヲ得

第十三條 本法又ハ本法ニ基ツキテ發スル命令ノ執行

ニ關スル行政廳ノ處分ニ不服アル者ハ訴願ヲ提起スルコトヲ得

第十四條 官吏公吏又ハ行政廳ノ命ヲ受ケテ公務ヲ行フ醫師本法ノ執行ニ關シ不正ノ所爲ヲ爲シタル者ハ三年以下ノ重禁錮ニ處シ百圓以下ノ罰金ヲ附加ス

第十五條 官吏公吏又ハ行政廳ノ命ヲ受ケテ公務ヲ行フ醫師本法ノ執行ニ關シ賄賂ヲ收受シ又ハ之ヲ聽許シタル者ハ刑法第二百八十六條ノ例ニ照ラシテ處斷ス

第十六條 左ニ掲クル者ハ一年以下ノ重禁錮ニ處シ百圓以下ノ罰金ヲ附加ス

一 詐僞ノ所爲ヲ以テ行政廳ノ許可ヲ受ケ若ハ虚僞ノ届出ヲ爲シ精神病者ヲ監置シ又ハ拘束ノ程度ヲ加重シタル者

二 醫師精神病者ノ診斷書ニ虚僞ノ事實ヲ記載シ又ハ自ラ診斷セスシテ診斷書ヲ授與シタル者  
前項第一號ノ場合ニ於テハ監置又ハ拘束ノ日數十日ヲ過タル毎ニ一等ヲ加フ

第十七條 左ニ掲クル者ハ二月以下ノ重禁錮ニ處シ二十圓以下ノ罰金ヲ附加シ又ハ百圓以下ノ罰金ニ處ス但シ監置又ハ拘束ノ日數十日ヲ過クル毎ニ一等ヲ加フ

一 許可ヲ受ケス又ハ届出ヲ爲サス若ハ命ヲ受ケスシテ精神病者トシテ人ヲ監置シタル者

二 禁治産ノ宣告又ハ監置ノ許可ヲ取消サレ又ハ監置ノ廢止ヲ命セラレ若ハ假監置ノ期間ヲ經過シタル後監置ヲ廢止セサル者

三 許可ヲ受ケ又ハ届出ヲ爲シ若ハ命ヲ受ケタル程度ヲ超エテ精神病者ヲ拘束シタル者

第十八條 左ニ掲クル者ハ一月以下ノ重禁錮ニ處シ十圓以下ノ罰金ヲ附加シ又ハ五十圓以下ノ罰金ニ處ス

一 精神病者ノ監置ニ關シ虚僞ノ事實ヲ記載シタル願届其ノ他ノ書類ヲ行政廳ニ提出シタル者

二 監護義務ヲ履行スヘキ順位ニ在ラサル者ニシテ許可ヲ受ケス又ハ命ニ依ルニ非スシテ監置ヲ廢止シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ヲ變更シタル者

三 官吏又ハ行政廳ノ指定シタル醫師ノ臨檢若ハ檢診ヲ拒ミ又ハ其ノ尋問ニ對シ答辯ヲ爲サス若ハ虚僞ノ答辯ヲ爲シタル者

第十九條 左ニ掲クル者ハ百圓以下ノ罰金ニ處ス

一 監置ノ方法若ハ場所ノ變更ヲ命セラレ其ノ命ヲ履行セサル者

二 監護義務者精神病者ノ監置ヲ命セラレ其ノ命ヲ履行セサル者

三 第八條第四項及第九條第一項ニ違背シタル者

第二十條 第四條及第五條ニ違背シタル者ハ十圓以下ノ罰金ニ處ス

#### 附 則

第二十一條 本法ハ明治三十三年七月一日ヨリ之ヲ施行ス

本法施行前ヨリ精神病者ヲ監置シタル者ニシテ仍之ヲ繼續セムトスルトキハ本法施行ノ日ヨリ二箇月内ニ第三條ノ許可ヲ受ケ又ハ届出ヲ爲スヘシ

第三條ノ許可ヲ受ケス又ハ届出ヲ爲サスシテ前項ノ期間ヲ經過シタル後監置ヲ廢止セサル者ハ第十七條ノ例ニ照シテ處斷ス

本法中市區町村長ニ屬スル職務ハ市制區制町村制ヲ施行セサル地ニ在リテハ市區町村長ニ準スヘキ者之ヲ行フ

第二十二條 外國人タル精神病者ノ監護ニ關シ別段ノ規定ヲ要スルモノハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム

第二十三條 人事訴訟手續法第五十條又ハ第六十條ニ依リ裁判所ニ於テ精神病者ノ監護ニ付必要ナル處分ヲ命シタル場合ニ關シテハ本法ノ規定ヲ適用セス

## 精神衛生法（1950）

精神衛生法をここに公布する。

### 御名御璽

昭和二十五年五月一日

内閣総理大臣 吉田 茂

### 法律第二百二十三号

#### 精神衛生法

#### 目次

- 第一章 総則（第一條—第三條）
  - 第一條 （この法律の目的）
  - 第二條 （国及び地方公共団体の義務）
  - 第三條 （定義）
- 第二章 施設（第四條—第十二條）
  - 第四條 （都道府県立精神病院）
  - 第五條 （指定病院）
  - 第六條 （国の補助）
  - 第七條 （精神衛生相談所）
  - 第八條 （国の補助）
  - 第九條 （許可）
  - 第十條 （名称の独占）
  - 第十一條 （両罰規定）
  - 第十二條 （省令への委任）
- 第三章 精神衛生審議会（第十三條—第十七條）
  - 第十三條 （設置）
  - 第十四條 （委員の数、任期及び任命）
  - 第十五條—第十六條 （権限）
  - 第十七條 （省令への委任）
- 第四章 精神衛生鑑定医（第十八條—第十九條）
  - 第十八條 （精神衛生鑑定医）
  - 第十九條 （実質弁償及び報酬）
- 第五章 医療及び保護（第二十條—第五十條）
  - 第二十條—第二十二條 （保護義務者）
  - 第二十三條 （診察及び保護の申請）
  - 第二十四條 （警察官の通報等）
  - 第二十五條 （検察官の通報）
  - 第二十六條 （矯正保護施設の長の通報）
  - 第二十七條 （精神衛生鑑定医の診察）
  - 第二十八條 （診察の通知）
  - 第二十九條 （知事による入院措置）
  - 第三十條 （費用の負担及び補助）

- 第三十一條 （費用の徴収）
- 第三十二條 （訴願）
- 第三十三條 （保護義務者の同意による入院）
- 第三十四條 （仮入院）
- 第三十五條 （家庭裁判所の許可）
- 第三十六條 （届出）
- 第三十七條 （知事の審査）
- 第三十八條 （行動の制限）
- 第三十九條 （無断退去者に対する措置）
- 第四十條 （退院及び仮退院）
- 第四十一條 （保護義務者の引取義務等）
- 第四十二條 （訪問指導）
- 第四十三條 （保護拘束）
- 第四十四條 （保護拘束の期間）
- 第四十五條 （指導）
- 第四十六條 （保護拘束の変更及び廃止）
- 第四十七條 （行方不明者に対する措置）
- 第四十八條 （施設以外の収容禁止）
- 第四十九條 （医療及び保護の費用）
- 第五十條 （刑又は保護処分の執行との関係）

#### 附則

#### 第一章 総則

（この法律の目的）

**第一條** この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによつて、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。

（国及び地方公共団体の義務）

**第二條** 国及び地方公共団体は、医療施設、教育施設その他福祉施設を充実することによつて精神障害者が社会生活に適応することができるように努力するとともに、精神衛生に関する知識の普及を図る等精神障害者の発生を予防する施策を講じなければならない。

（定義）

**第三條** この法律で「精神障害者」とは、精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者をいう。

#### 第二章 施設

（都道府県立精神病院）

**第四條** 都道府県は、精神病院を設置しなければならない。但し、第五條の規定による指定病院がある場合においては、厚生大臣の承認を得て、その設置を

延期することができる。

2 都道府県が精神病院を設置し、又はその施設を増築し若しくは改築しようとするときは、省令の定めるところにより、設備、構造その他設置計画の概要について厚生大臣の承認を受けなければならない。

3 この法律施行の際、現に存する都道府県の設置している精神病院については、前項の規定による承認があつたものとみなす。

(指定病院)

**第五條** 都道府県知事は、国及び都道府県以外の者が設置した精神病院又は精神病院以外の病院に設けられている精神病室の全部又は一部を、その設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神病院に代る施設(以下「指定病院」という。)として指定することができる。

2 都道府県知事は、前項の指定をしようとするときは、あらかじめ、省令の定めるところにより、厚生大臣の承認を受けなければならない。

3 この法律施行の際、現に精神病院法(大正八年法律第二十五号)第七條の規定により代用されている公私立精神病院については、前二項の規定による指定があつたものとみなす。

(国の補助)

**第六條** 国は、都道府県が設置する精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営(第三十條の規定による場合を除く。)に要する経費に対して、政令の定めるところにより、その二分の一を補助する。

(精神衛生相談所)

**第七條** 都道府県又は保健所法(昭和二十二年法律第一百一号)第一條の規定に基く政令で定める市(以下「指定市」という。)は、厚生大臣の承認を受けて精神衛生相談所を設置することができる。

2 精神衛生相談所は、精神衛生に関する相談及び指導を行い、又、精神衛生に関する知識の普及を図る施設とする。

(国の補助)

**第八條** 国は、都道府県又は指定市が前條の施設を設置したときは、その設置及び運営に要する経費に対して、政令の定めるところにより、その二分の一を補助する。

(許可)

**第九條** 国、都道府県及び指定市以外の者は、精神衛生相談所を設置しようとするときは、厚生大臣の許

可を受けなければならない。

2 前項の規定に違反した者は、二万円以下の過料に処する。

(名称の独占)

**第十條** この法律による精神衛生相談所でなければ、その名称のうちに「精神衛生相談所」という文字又はこれに類似する文字を用いてはならない。

2 前項の規定に違反した者は、五千円以下の過料に処する。

(両罰規定)

**第十一條** 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者がその法人又は人の業務に関して前二條の違反行為をしたときは、その行為者を罰する外、その法人又は人に対し各本條の過料を科する。

(省令への委任)

**第十二條** この法律で定めるものの外、精神衛生相談所に関して必要な事項は、省令で定める。

### 第三章 精神衛生審議会

(設置)

**第十三條** 精神衛生に関する事項を調査審議させるため、厚生省の附属機関として精神衛生審議会を置く。  
(委員の数、任期及び任命)

**第十四條** 精神衛生審議会の委員は十五人とし、その任期は三年とする。

2 委員は、精神衛生に関し学識経験ある者及び関係行政機関の公務員のうちから、厚生大臣が任命する。  
(権限)

**第十五條** 精神衛生審議会は、厚生大臣の諮問に答える外、精神障害に関する原因の除去、精神障害者の診察及び治療の方法の改善、精神障害者発生の予防措置その他精神衛生に関する事項に関して関係大臣に意見を具申する。

**第十六條** 精神衛生審議会は、関係行政機関に対し所属職員の出席、説明及び資料の提出を求めることができる。

(省令への委任)

**第十七條** 精神衛生審議会の運営に関し必要な事項は、省令で定める。

### 第四章 精神衛生鑑定医

(精神衛生鑑定医)

**第十八條** 厚生大臣は、精神障害の診断又は治療に関し少くとも三年以上の経験がある医師のうちから、その同意を得て精神衛生鑑定医を指定する。



- 2 精神衛生鑑定医は、都道府県知事の監督のもとに、この法律の施行に関し精神障害の有無並びに精神障害者につきその治療及び保護を行う上において入院を必要とするかどうかの判定を行う。
- 3 精神衛生鑑定医は、前項の職務の執行に関しては法令により公務に従事する職員とみなす。

(実費弁償及び報酬)

**第十九條** 都道府県知事は、精神衛生鑑定医に対し精神障害に関する診察をさせたときは、条例の定めるところにより、その診察に要した実費を弁償し、且つ、相当額の報酬を支給する。

### 第五章 医療及び保護

(保護義務者)

**第二十條** 精神障害者については、その後見人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護義務者となる。但し、左の各号の一に該当する者は保護義務者とならない。

- 一 行方の知れない者
- 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
- 三 家庭裁判所で免せられた法定代理人又は保佐人
- 四 破産者
- 五 禁治産者及び準禁治産者
- 六 未成年者

2 保護義務者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、左の通りとする。但し、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立によりその順位を変更することができる。

- 一 後見人
- 二 配偶者
- 三 親権を行う者
- 四 前二号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

3 前項但書の規定による順位の変更及び同項第四号の規定による選任は家事審判法(昭和二十二年法律第五十二号)の適用については、同法第九條第一項甲類に掲げる事項とみなす。

**第二十一條** 前條第二項各号の保護義務者がいないとき又はこれらの保護義務者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護義務者となる。

**第二十二條** 保護義務者は、精神障害者に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督し、且つ、精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

2 保護義務者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。

3 保護義務者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従わなければならない。

(診察及び保護の申請)

**第二十三條** 精神障害者又はその疑のある者を知つた者は、誰でも、その者について精神衛生鑑定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者がいるときはその者の住所及び氏名

3 虚偽の事実を具して第一項の申請をした者は、六月以下の懲役又は二万円以下の罰金に処する。

(警察官の通報等)

**第二十四條** 警察官又は警察吏員は、警察官等職務執行法(昭和二十三年法律第三十六号)第三條の規定により精神障害者又はその疑のある者を保護した場合においては、直ちに、もよりの保健所長に通報しなければならない。

2 保健所長は、前項の通報を受けたときは、直ちに、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。

(検察官の通報)

**第二十五條** 検察官は、被疑者又は被告人について精神障害があると認めるときは、当該事件について不起訴処分をし又は裁判(懲役、禁こ又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡をしない裁判を除く。)が確定した後、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

(矯正保護施設の長の通報)

**第二十六條** 矯正保護施設(拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院及び少年保護鑑別所をいう。以下同じ。)の長は、精神障害者又はその疑のある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の居住地(居住地がない場合は当該

矯正保護施設の所在地)の都道府県知事に通報しなければならない。

一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日

二 症状の概要

三 釈放、退院又は退所の年月日

四 引取人の住所及び氏名

(精神衛生鑑定医の診察)

**第二十七條** 都道府県知事は、前四條の規定により申請又は通報のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定により診察をさせる場合には、当該吏員を立ち合わせなければならない。

3 精神衛生鑑定医及び前項の当該吏員は、前二項の職務を行うに当つて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

4 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、精神衛生鑑定医及び当該吏員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを呈示しなければならない。

5 第一項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者又は第三項の規定による立入を拒み若しくは妨げた者は、一万円以下の罰金に処する。

(診察の通知)

**第二十八條** 都道府県知事は、前條第一項の規定により診察をさせるに当つて現に本人の保護の任に当つている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

2 後見人、親権を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当つている者は、前條第一項の診察に立ち会うことができる。

(知事による入院措置)

**第二十九條** 都道府県知事は、第二十七條の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、本人及び関係者の同意がなくても、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院(精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。以下同じ。)又は指定病院に入院させることができる。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、二人以上の精神衛生鑑定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、且つ、医療及び保

護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

3 国又は都道府県の設置した精神病院及び指定病院の長は、病床(病院の一部について第五條の指定を受けている指定病院にあつてはその指定にかかる病床)にすでに第一項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合の外は、前項の精神障害者を収容しなければならない。

4 この法律施行の際、現に精神病院法第二條の規定によつて入院中の者は、第一項の規定によつて入院したものと同みなす。

**第三十條** 前條の規定により都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、政令の定めるところにより、都道府県の負担とする。

2 国は、前項の規定により都道府県が支出する経費に対し、政令の定めるところにより、その二分の一を補助する。

(費用の徴収)

**第三十一條** 都道府県知事は、第二十九條の規定により入院させた精神障害者又はその扶養義務者が入院に要する費用を負担することができることを認めるときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

(訴願)

**第三十二條** 第二十九條又は前條の規定により都道府県知事のした処分に不服がある者は、訴願法(明治二十三年法律第五号)の定めるところにより、その処分を受けた日から六十日以内に厚生大臣に対し訴願をすることができる。

(保護義務者の同意による入院)

**第三十三條** 精神病院の長は、診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

(仮入院)

**第三十四條** 精神病院の長は、診察の結果精神障害者の疑があつてその診断に相当の時日を要すると認める者を、その後見人、配偶者、親権を行う者その他の扶養義務者の同意がある場合には、本人の同意がなくても、三週間を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができる。

(家庭裁判所の許可)

**第三十五条** 前二條の同意者が後見人である場合において前二條の同意をするには、民法（明治二十九年法律第八十九号）第八百五十八條第二項の規定の適用を除外するものではない。

(届出)

**第三十六条** 精神病院の長は、第三十三條又は第三十四條の規定による措置をとつたときは、十日以内に左の事項を入院について同意を得た者の同意書を添え、もよりの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

- 一 本人の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 診察の年月日
- 三 病名及び症状の概要
- 四 同意者の住所、氏名及び続柄
- 五 入院又は仮入院の年月日

2 前項の規定に違反した者は、五千円以下の過料に処する。

(知事の審査)

**第三十七条** 都道府県知事は、前條の届出があつた場合において調査の上必要があると認めるときは、第三十三條又は第三十四條の規定により入院又は仮入院をした者について二人以上の精神衛生鑑定医に診察をさせ各精神衛生鑑定医の診察の結果が入院を継続する必要があることに一致しない場合には、当該精神病院の長に対し、その者を退院させることを命ずることができる。

2 前項の命令に違反した者は、三年以下の懲役又は五万円以下の罰金に処する。

(行動の制限)

**第三十八条** 精神病院の長は、入院中又は仮入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

(無断退去者に対する措置)

**第三十九条** 精神病院の長は、入院中又は仮入院中の者で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になつたときは、所轄の警察署長に左の事項を通知してその探索を求めることができる。

- 一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 退去の年月日及び時刻
- 三 症状の概要
- 四 退去者を発見するために参考となるべき人相、

服装その他の事項

五 入院年月日

六 保護義務者又はこれに準ずる者の住所及び氏名（退院及び仮退院）

**第四十条** 第二十九條の規定により精神障害者を収容した精神病院の長は、その精神障害者の症状に照し入院を継続する必要がなくなつたと認めるときは、都道府県知事の許可を得て退院させることができる。

2 前項の病院長は、入院中の精神障害者の症状に照しその者を一時退院させて経過を見るのが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、六箇月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。

(保護義務者の引取義務等)

**第四十一条** 保護義務者は、前項の規定により退院又は仮退院する者を引き取り、且つ、仮退院した者の保護に当つては当該精神病院の長の指示に従わなければならない。

(訪問指導)

**第四十二条** 都道府県知事は、第二十七條の規定による診察の結果精神障害者であると診断させた者で第二十九條の規定による入院をさせられなかつたもの、及び第四十条の規定による退院者でなお精神障害が続いているものについては、必要に応じ、当該吏員又は都道府県知事が指定した医師をしてその者を訪問し精神衛生に関する適当な指導をさせなければならない。

(保護拘束)

**第四十三条** 自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者で入院を要するものがある場合において、直ちにその者を精神病院に収容することができないやむを得ない事情があるときは、精神障害者の保護義務者は、都道府県知事の許可を得て、精神病院に入院させるまでの間、精神病院以外の場所で保護拘束をすることができる。

2 前項の許可を得ようとする者は、左の事項を記載した申請書に医師の診断書を添え、もよりの保健所長を経て都道府県知事に申請しなければならない。

- 一 本人の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 保護拘束をした者の住所、氏名及び続柄
- 三 保護拘束の理由
- 四 保護拘束開始の年月日及び時刻
- 五 保護拘束の場所
- 六 保護拘束の方法

3 都道府県知事は、前項の申請があつたときは、すみやかに、精神衛生鑑定医に診察をさせた上許可するかどうかを決定し、その結果を申請者に通知しなければならない。

4 前項の規定により許可をするには、二人以上の精神衛生鑑定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

(保護拘束の期間)

**第四十四條** 保護拘束の期間は、保護拘束を始めた日から起算して二箇月を超えることができない。

2 都道府県知事は、前項の期間内に、当該精神障害者で引き続き保護拘束の必要があるものについて国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に収容する措置をとらなければならない。

(指導)

**第四十五條** 都道府県知事は、保護拘束を行う者に対して当該吏員又は都道府県知事が指定した医師をして保護拘束の場所、施設、方法その他必要な事項について適当な指導をさせなければならない。

2 正当な理由がなく前項の指導に従わなかつた者は、二万円以下の罰金に処する。

(保護拘束の変更及び廃止)

**第四十六條** 保護拘束を行う者が保護拘束の場所又は方法を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事の許可を受けなければならない。

2 保護拘束を行う者が保護拘束を廃止したときは、三日以内に廃止の年月日及び時刻をもよりの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

3 第一項の規定に違反した者は五万円以下の罰金に処し、第二項の規定に違反した者は五千円以下の過料に処する。

(行方不明者に対する措置)

**第四十七條** 保護拘束を受けている者が行方不明になつたときは、保護拘束を行つている者は、すみやかに、その旨をもよりの保健所長を経て都道府県知事に届け出てその探索を求めなければならない。

2 前項の届書には左の事項を記載しなければならない。

- 一 本人の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要

三 保護拘束を行つている者の住所及び氏名

四 本人を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項

五 行方不明になつた年月日及び時刻  
(施設以外の収容禁止)

**第四十八條** 第四十三條の規定による保護拘束を行う場合の外は、精神病院又は他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に精神障害者を収容してはならない。

2 この法律施行の際、現に精神病者監護法(明治三十三年法律第三十八号)第九條の規定により私宅監置をしている者については、精神病院に入院させることができないやむを得ない事情があるときに限り、この法律施行後一年間従前の例によることができる。  
(医療及び保護の費用)

**第四十九條** 保護義務者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

2 第二十一條の規定によつて市町村長が保護義務者となる場合において、その医療及び保護に要する費用について当該精神障害者又はその扶養義務者が負担することができないときは、その保護を行つた市町村(特別区を含む。)を管轄する都道府県がその費用を負担する。

(刑又は保護処分との関係)

**第五十條** この章の規定は、刑又は保護処分の執行のため精神障害者又はその疑のある者を矯正保護施設に収容することを妨げるものではない。

2 第二十六條及び第二十七條の規定を除く外、この章の規定は矯正保護施設に収容中の者には適用しない。

附 則

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 精神病者監護法(明治三十三年法律第三十八号)及び精神病院法(大正八年法律第二十五号)は廃止する。但し、この法律施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

3 厚生省設置法(昭和二十四年法律第一百五十一号)の一部を次のように改正する。

第五條中第二十七号を次のように改める。

二十七 都道府県が精神病院を設置し、増築し、改築し、若しくはその設置を延期しようとする場合又は都道府県知事が精神衛生法(昭和二十五年法律第二百二十三号)の指定病院を指定しよ

うとする場合にこれを承認すること。

二十七の二 都道府県又は保健所法（昭和二十二年法律第百一号）第一條の規定に基く政令で定める市（以下「指定市」という。）が精神衛生相談所を設置しようとする場合にこれを承認すること。

二十七の三 国、都道府県及び指定市以外の者が精神衛生相談所を設置しようとする場合にこれを許可すること。

二十七の四 精神衛生法に基き、精神衛生鑑定医を指定すること。

第九條第一項第九号中「精神病」を「精神障害」に改める。

第二十九條第一項の表中中央優生保護審査会の項の次に「精神衛生審議会—厚生大臣の諮問に応じて精神衛生に関する事項を調査審議すること。」を加える。

4 民法（明治二十九年法律第八十九号）の一部を次のように改正する。

第八百五十八條第二項中「、又は私宅に監置す」を削る。

5 家事審判法（昭和二十二年法律第百五十二号）の一部を次のように改正する。

第九條第一項甲類第十九号中「、監置」を削る。

内閣総理大臣 吉田 茂

法務総裁 殖田 俊吉

大蔵大臣臨時代理

国務大臣 殖田 俊吉

厚生大臣 林 護治

## 投稿規定

1. 本誌は国立精神・保健センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
  2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および筆頭著者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内の Key words（Index Medicus の subject headings を参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言など）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に100語以内の英文 Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）などの順に綴じて（ただし論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能です）、正1副2計3通を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。  
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。  
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1ページと計算する）、原著論文と同様に英文 Abstract、和文抄録および英文 Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。  
◇資料については、英文 Abstract、和文抄録および Key words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。  
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文 Abstract、和文抄録および英文 Key words はつけません。
  3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、ページのレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい。）論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
  4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
  5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
    - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
    - B. 雑誌名は Index Medicus の表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
    - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
    - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号、の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteris from DSM-III-R  
American Psychiatric Association, Wasngington, DC, 1987. （高橋三郎，花田耕一，藤縄昭訳：DSM-III-R，精神障害の分類と診断の手引改訂3版，医学書院，東京，1988.）
  - 2) 藤縄昭：精神療法とエロス，弘文堂，東京，1987.
  - 3) Otsuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al : A new screening test for dementia, jpn J Psychiatr Neurol 42 : 223-229, 1988.
  - 4) 高橋徹，藍沢鎮雄，武内龍雄他：不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり，精神衛生研究 31 : 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
  7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
  8. 論文投稿先：〒272-0827千葉県市川市国府台1-7-3 国立精神・神経センター精神保健研究所内「精神保健研究」編集委員会  
(1999. 3. 31改訂)

# 精神保健研究

## 編集委員

吉川武彦 竹島 正 伊藤順一郎 金 吉晴

白川修一郎 菅原ますみ 中田洋二郎

## 編集後記

西暦2000年という記念すべき年に精神保健研究の編集を担当できたことに感謝しております。本誌編集は石川俊男先生（現国府台病院部長）の後任を務めさせていただいたのですが、前号から残された宿題をひとつだけ進めることができました。それは、「本誌の装丁も含めた改革が必要な時期に来ている」という前号の編集後記のことばに、表紙デザインの変更でお答えできたことです。本誌の装丁は10年くらいで変更されているとのことですが、新しい表紙デザインが大切にされ年月を経ることを祈っております。

編集者にとってきわめてあわただしい年であったとはいえ、特集の原稿を期日どおりにいただいた数人の先生に長くお待ちせするという迷惑をかけてしまいました。誠に申し訳なく思っております。

なお本誌編集にあたっては、白川修一郎先生、中田洋二郎先生をはじめ紀要委員会メンバーの大きな協力がありました。また図書室の高橋道子さん、運営部係長 澤栗茂さんをはじめ運営部の皆様、精神保健計画部秘書 中下静子さんにもたいへんお世話になりました。

この場を借りて厚くお礼申し上げます。

(竹島 正記)

精神保健研究

第46号

(2000年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——吉川武彦  
発行者——国立精神・神経センター  
精神保健研究所

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 047(372)0141

FAX 047(371)2900

<http://www.ncnp-k.go.jp/>



