

国立精神衛生研究所編

精神衛生資料

第 15 号

昭和 43 年

精神衛生問題研究会

精神衛生資料

第 15 号

昭和 43 年

Annual Report on Mental Health

Number 15

1968

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

精神衛生資料 第15号 目 次

沖縄における精神衛生実態調査（1966年）の結果について……………	中 川 四 郎…………	1
沖 繩 の 精 神 衛 生……………	鈴 木 淳・上与那原 朝常…………	29
フランスにおける精神障害者総合対策の地域組織化について……………	高 橋 宏 斎 藤 和 子…………	45
精神薄弱問題における諸発展の国際的概観……………	ハーヴェイ・A・スティヴンス リック・ヒーバー…………	57
あ と が き……………		96



沖縄における精神衛生実態調査(1966年)の結果について

中 川 四 郎*

I. 調査実施までの概要

太平洋戦争最後の決戦場として日米両軍が死闘を交わし民間人十数万人を含む二十数万人の死者をだし、文字どおり一草一木を止めぬまでの焦土と化した沖縄は、戦後アメリカの統治下にあつて本土と隔絶され、久しい間その実情は本土の人びとに知らされていなかったのである。

戦争終了直後の沖縄の医療は多数の戦傷患者と各種の伝染病の流行に対する処置対策に追われ、精神障害者の収容治療が米軍の指導の下に行なわれるようになったのは1949年(昭和24年)のことであるが、戦前ただ一つの精神病床もなかった沖縄ではこれは画期的なことといえよう。

その後琉球政府立精神病院の設立や沖縄精神衛生協会経営の精和病院の建設、その他民間医師の精神病院の開設もあり、本土より精神科専門医の個人的訪問あるいは日本政府による派遣などが相次いで行なわれ、沖縄の精神衛生事情が次第に明らかになったが、特に1964年(昭39)の岡庭の報告、1965年の平安らの報告と鈴木の詳細な報告は文献的にも重要なものである。

日本政府が結核、癩などとともに精神障害者に対する医療援助のための医師を派遣することとなり、また精神衛生対策のための援助費を支出するに伴ない、長期的展望を持った精神衛生対策の樹立が必要となり、そのためには沖縄における精神障害者の実態を把握することが要請されるに至った。

1966年(昭41)琉球政府厚生局は本土政府の援助の下に精神衛生実態調査の実施を決定し、厚生省公衆衛生局精神衛生課と密接な連絡をとり、調査計画並びに調査実施のための準備が進められた。

調査実施に至る経過の詳細は琉球政府の報告書に記されているが、調査は1963年(昭38)厚生省が実施した全国精神衛生実態調査とほとんど同様の方法で行なったもので、これはこの両者を比較対照するためにとられたものである。すなわち沖縄全島の世帯を調査対象とし、琉球政府が1965年10月1日に施行した臨時国勢調査区から選ばれた地区を、農漁業地区、商業地区、住宅地区、離島地区、宮古・八重山地区の5地区に層別し、各地区からの層別無作為抽出による20地区内の全世帯員を調査客体とした。この調査の対象とした精神障害者は1963年度の厚生省調査と全く同様の基準での「精神病」「精神薄弱」および「精神病質、神経症」である。調査は基礎調査と専門調査とに分けられ、基礎調査は調査地区を管轄する保健所長の指揮をうけて、保健所の精神衛生担当吏員、公衆衛生看護婦(保健婦)、区長などの基礎調査員が行ない、予め疑わしい者を抽出し、専門調査は専門調査員(精神科医師)が、これら基礎調査員の協力

* 国立精神衛生研究所児童精神衛生部長

を得て全世帯を戸別に訪問し、できる限り全世帯員に面接診断し、医療施設などに入院中の者はそこに出向いて調査するか、書面で必要な事項を照会し回答を求めたものである。

基礎調査は1966年11月1日から10日までの間に、専門調査は同年11月10日から20日までの間に行なわれた。

専門調査医師団として本土より次の10名の者が派遣された。

団長 中川 四郎（国立精神衛生研究所部長）
石原 幸夫（神奈川県精神衛生センター所長）
太田 広三郎（茨城県精神衛生センター所長）
岡田 靖雄（東京大学医学部精神医学教室）
加藤 伸勝（都立松沢病院医長）
佐藤 耆三（銚子市立病院神経科医長）
鈴木 淳（厚生省病院管理研究所）
立津 政順（熊本大学医学部教授）
松村 清年（富山県精神衛生センター所長）
目黒 克己（国立精神衛生研究所員）

これに琉球政府側の専門調査医師として次の4名が参加した。

上与那原 朝常（琉球精神病院長）
新垣 元武（同上副院長）
平安 常敏（沖縄精和病院院長）
玉城 正明（同上医員）

実際の専門調査は11月10日から開始され、11月16日をもって終了したが、調査の補充点検などのため中川、目黒の両名が11月30日まで残留し、離島地区（座間味島）を除く他の19地区を巡回して資料の補充整理に当たった。

II. 調査地区の概要

層別無作為抽出によって選出された20地区の調査時の世帯数は1,154世帯で、世帯員は5,127人であったが、これは統計学的に地区数においても世帯人員数においても十分な標本数とはいええず標本誤差が問題となるが、限られた予算の枠内ではやむを得ない事情であり、推計値の計算と調査結果の解析に当ってはこのことが十分に考慮されている。

以下に各調査地区の性格を調査担当者の印象を含めて概説しておく。

1) 第1地区（那覇市樋川）

この地区是那覇市の繁華街からやや東にはいった商業地区であり、衣類、食料、雑貨などの小商店が軒を接し、その間に飲食店、娯楽場（パチンコ店、小劇場など）が散在し、裏通りは小家屋が密集し狭隘な道路で迷路状をなし、不潔な家屋もある。対象は86世帯256人で、通勤あ

るいは住みこみの店員もかなりいる。私立の精神病院に入院中（第3回）の分裂病1名、小さな商店の店さきの一隅に横臥している女子の欠陥分裂病1名がおり、この女子患者は時々外出徘徊して今までに2回相手不明の妊娠をしている。病院は経済的理由で退院、措置の申請をしているが、なかなか入院できない。その他未治療のてんかん1名があり、これらは基礎調査で把握されていたが、パチンコ店で働らいている男子寛解分裂病者が新たに発見された。

2) 第2地区（那覇市真嘉比）

那覇市の東北の市街地に隣接した低い丘の間にある静かな住宅または兼業農家地区。生活程度は中程度という。多少の庭を持った小住宅が多く、ブロック建築もかなりみられる。調査対象は47世帯 228人。農業、倉庫管理などの仕事で不完全ながら適応している分裂病の男子3名あり。その近くの小学校特殊学級在籍中の精神薄弱児が数名基礎調査ででていたが、1名を除いていずれも軽愚級の軽度のものであった。地区内には通勤者が多く、数回訪問したが全世帯員の面接は困難であった。

3) 第3地区（那覇市高良）

那覇空港の南側で小高い丘に囲まれた小さな盆地様の土地。経済的には中位のもが多く、若干の商店を除いてはサラリーマンが多い。特に米軍の基地の従業員が大部分を占めており、ついで公務員を含む事務職員が多い。一般に夫婦共かせぎである。

一般に商店は経済的にも豊かで、自家用車をもっているものもいた。対象52世帯中、わずか6世帯だけが戦前からの居住者で、他は戦後移住してきた外来者である。

地域内の人間関係もかなり都会的になり、お互いに隣人のことをよく知らなかったり、近所づきあいをしなないこともある。共かせぎのサラリーマンが多いために面接ができないものも多く、夜間まで調査をおこなわねばならなかった。住民の調査に対する態度はきわめて協力的であった。調査世帯は52世帯 243人。

通院治療中の精神分裂病が2名、治療中のてんかん（精神薄弱と合併）2名、女子成人精神薄弱で家庭を持っているものが1名見いだされ、戦争中夫と子を失って発症した中年寡婦の神経症で戦後もひきつづき症状を持っているものが1名あった。

4) 第4地区（那覇市保栄茂）

沖縄本島南部の農村である。経済的には中位である。戦争の被害は戦場になったためにきわめて大きく、直接あるいは間接に戦争による死亡者が多い。従って、未亡人世帯が多い。那覇市中心部に比較的に近いために、農業をやりながら、勤め人もやっている、いわゆる兼業農家も若干みられた。調査対象は53世帯であるが基礎調査による発見はなく、地区担当の公衆衛生看護婦も自信をもって「この地区には精神障害者はいない」といつていたほど健康な人が多い。しかし、老人のなかに脳器質性精神障害者が3名発見された。

調査に対する住民の態度は、協力的であった。この地区は政治意識も高く合理的な考え方を
する若い人びとが部落の中核となっているようである。

5) 第5地区(糸満町糸満)

この調査地区は本島南部の旧糸満町の一部で海沿いの街道を中にした両側の地帯であり、漁
業、商業者が多く、貧困家庭も多く、被保護世帯乃至ボーダーライン層がかなりある。子供が
多い。調査対象は75世帯 350人で14人の障害者が発見された。

情報カードにあがらなかった2名の障害者は、1名は脳器質性の精神障害、1名は神経症で
あった。この地区は精神障害者に対して許容度が高く、道路工事などの失業対策工事に参加さ
せて生活させている。また門中意識(一族意識)が高く、最近まで近親婚が多かった。ユタが
多くその影響が精神障害者にもあるようである。

6) 第6地区(具志頭村港川)

本島南東部の海岸に面した漁港で具志頭村内では最大の部落である。漁業組合の魚市場があ
る。住民は半農半漁を営むものが多いが、調査地区では漁業が多い。

冬季は漁業不振のため青壮年は多く那覇市の港湾作業に従事している。生活は中以下である。
対象世帯は70世帯 319名で11名の障害者が発見された。脳器質性精神障害と神経症の各1名が
基礎調査のほか発見された。現在監置されている者はないが、少し以前にはあったという。
加持祈禱を行うことも多いようである。区長によるとこの調査地区は精神障害者が比較的多い
ところが該当したという。

7) 第7地区(座間味村座間味)

那覇港より海路3時間余の慶良間列島に属する東支那海上の離島(座間味島)である。本島
の人口は、1,714人で、うち座間味部落550人で調査対象は55世帯 223名であった。この島は、
戦争中米軍の上陸に際して、最初に玉砕したところで、住民の犠牲者もきわめて大きく、358名
の住民が軍命令で自殺した。したがって、戦前から住んでいた世帯はなく、戦後の南方引揚者
を中心に村づくりをおこなっている。経済的には中の下以下である。調査地区は、村役場の近辺
で、血縁関係が多く、血族結婚が多い。医介補診療所があり、事実上は公衆衛生看護婦と医介
補により、医療がおこなわれている。本調査基準での地区内の精神障害者は9名であったが、
隣接地区に33名の障害者がおり(約520名中)調査のかたわらこの診療を依頼され多忙を極め
た。調査地区内の9名中6名は精神分裂病で、そのうち1名は肺結核を合併しており即時入院
を要するものであった。他に2名の要入院治療者がいた(全患者中では要入院は8名)。

8) 第8地区(コザ市胡屋)

沖縄本島中央部の基地の町コザ市の中心からやや東に入った5年位前にできた住宅地区であ
る。小さな庭を持った小住宅が多く、軍関係の仕事に従事している勤務者が大部分で、移動が

はげしい。生活は中位。対象は67世帯 256人で、昼間不在者が多いため数度の訪問を行なった。該当障害者は3名であったが、その他に軽度の神経症、軽愚級の精神薄弱が数名見いだされた。

9) 第9地区(嘉手納村嘉手納)

本島中央部西海岸の米軍飛行場に接した住宅地区で一部商業に従事。幹線道路沿いの地区で、47世帯 205名が対象であったが、精神病院入院中の分裂病者が2名、脳性麻痺を伴う精神薄弱1名の他に頭痛不眠を訴える神経症様の症状を示すもののがかなりあり、爆音と関係があると思われる障害が目立っている。小児で短気、疝がつよいもの、夜驚が多いようである。本地区は飛行場の爆音に対する住民の訴えが多く、以前から役所でもその対策に苦心しているところがある。

10) 第10地区(美里村比屋根)

本島中部の落ち着いた、比較的豊かな農村の住宅地区。大部分が兼業農家で、勤務は大工と軍作業が大半である。閉鎖的ではなく他部落との通婚も少くない。対象は52世帯 214名で、基礎調査で8名の疑わしい者がカードに記載されていたが、調査の結果、全て基準の範囲外の軽度の者であった。

11) 第11地区(読谷村瀬名波)

本島中部の西海岸に近い農村地区で住民は古くから土着の者が大部分であるが部落内の婚姻はないという。農業を主としているが土地を米軍関係者に貸して地代収入があるため経済的には恵まれ、多くの家がテレビを備え中流以上の水準である。住民は純朴で訪問調査に対しては仕事を休み家で待機している状態であった。対象は53世帯 299名であったが、15名の該当者が見いだされた。基礎調査で発見されなかった分裂病が1名あり精神薄弱も見いだされた。精神薄弱はさらに小児、学童を詳細に調べる必要があると思われる。高血圧、動脈硬化性精神障害が意外に少く、頭部外傷がこのような農村にも2名みられたが、いずれも精神症状は軽く該当者としては取りあげなかった。てんかんで治療を受けていない者があった。

12) 第12地区(具志川村前原)

沖縄本島中部の東海岸に近い農村の部落で大部分は農業。生活程度は中位。対象は62世帯359名で、13名の該当者が発見された。精神分裂病の1名は入院を要すると判定される者で、精神薄弱の3名中2名は脳性麻痺を伴っていた。脳器質性精神病が3名、神経症が4名あったことは注目を要する。

13) 第13地区(石川市石川7区)

本島中部東海岸に面した小都市で戦争直後、米軍がここに島内の一般住民を収容したため、急に人口が増加し市政をしいたが、その後再び次第に各地に分散帰住しているため、漸次人口

が減少しつつある。調査地区は主として住宅地で少数の兼業農家が混在し、生活程度は中以下である。勤務者は軍作業関係が多い。対象は46世帯 205名で、勤め人が多いため面接は夜間、早朝まで行なわれた。該当障害者は8名であった。基礎調査に記載されなかった2名を発見した。その他に過去に症状のあった者、軽症のものが数名あった。

14) 第14地区（石川市石川5区）

第13地区に近い住宅地で、兼業農家が少数あり、生活程度は7区より多少上位というが大差はない。対象は51世帯 244名であり、当地区も勤労者多く面接に努力を要した。該当者は5名見いだされたが、その他1名の既往に症状のあった者がいた。そのなかに脳器質性精神障害2名、アルコール中毒1名が見いだされた。

15) 第15地区（名護町名護東江）

名護町は本島北部の都会で交通産業の中心地である。調査地区は住宅街で、商店は1～2軒しかなかった。各世帯に独身の学生或は間借人が多かった。住宅街の半分は公務員住宅であり、ほとんどの妻帯者が共稼ぎであった。したがって、基礎調査員の知人や同じ職場の人々が調査対象となっているために、情報源としては、かなり有利な反面、かえってさまたげとなることもあったようである。この地区での問題は、間借り生活をしている学生達の移動がはげしいために、基礎調査と専門調査との間のわずかな期間においても人口の移動が見られることである。また帰省、旅行等で居住はしているが、留守の家が多く、調査はやや困難であった。対象は79世帯 216名あるが、情報カードにあがった1名の分裂病者以外には、該当者は発見されなかった。

16) 第16地区（名護町名護東江）

本調査地区は、第15地区近くの商店街である。経済的には中程度のものが多い。ほとんどが商店である。精神障害者は、基礎調査でほとんど把握されていた。調査に対しては協力的であった。この地区は、人口の移動もそれほど激しくない。同業組合あるいは商店連合会といったようなものを通じて、かなりの近隣付き合いがあるように思う。家族のなかに公務員あるいは会社員になり家計を助けている者も少ない。対象は44世帯 122名で、3名の障害者が発見された。

17) 第17地区（本部町浦崎）

沖縄本島の北部本部半島の西部に位置した純農村地帯で砂糖キビの栽培を主としている。農家が2～3軒づつ、広範囲に広がっており、経済的には、中または中の下位である。大部分の家では、農閑期に近所のパイン工場に勤めている。また兼業農家も多い。対象は48世帯 208名で調査に対してきわめて協力的であった。この付近は戦争の被害も少く比較的古い家族形態が

保たれ、例えばある世帯の如きは、夫婦に子供10人といったような、典型的な農村の家族構成をもっていた。障害者は7名で基礎調査ですべて把握されていた。

18) 第18地区(平良市下里)

宮古島の最大の都市である平良市の南の郊外に位する閑静な住宅地区であり、ブロック建築の建物も2~3見られ、生活は中程度である。兼業農家もある。対象は55世帯 213名で、4名の該当者が発見されている。調査地区以外にも多くの精神障害者がおり、今回の調査団医師の来島を機会に受診希望者が多く、宮古八重山地区を通じて31名の診療を行なった。そのうち私宅監置中の障害者が2名あった。

19) 第19地区(平良市城辺下里添)

宮古島の平良市の中心部より数キロメートルの農村地帯で、家屋は1~2戸が一集団となり、お互いに百メートル前後の間隔で散在している散居地区である。主として砂糖キビを栽培している。昭和41年9月の台風の被害を受けてまだ復興が充分でない。経済的には中の下位であろう。面接率はあまりよくなかった。基礎調査員である区長は地域内の事情を非常に良く把握していた。対象は64世帯 348名で3名の該当者が見いだされた。

第18、第19地区の特徴は、精神科医も精神病床もなく(宮古病院に50床新設されたがまだ開設されていない)精神医療の面では、皆無に等しく調査地区内にはなかったが近くに私設の監置所が散見された。調査の途中で徘徊中の精神障害者に会った。このような障害者が少ないという話である。

20) 第20地区(石垣市新川)

石垣島、石垣市の西部に位置したスラム街を含み、バラック様の小屋、市の応急住宅など貧弱な建物が密集している。住民は宮古島あるいは九州方面より移住したものが多く、本来の石垣住民はほとんどいない。基礎調査員の区長、公衆衛生看護婦も本地区内の詳細な把握は充分でないと述べていた。しかし当該地区内に保健所職員の家族が居住していたために、情報を得る援助にもなっていた。対象は68世帯 347名であったが12名の障害者が発見され、精神薄弱とアルコール嗜癖者の多いのが目立ち、調査該当基準に達しない軽度精薄者と思われるものが多くみられた。今回の調査では、行動上の異常が顕著なものは基礎調査で十分に把握されていたが、おとなしい精神障害者は見落されていた。

本島も宮古島と同様に精神科医は1名もおらず、精神病床もなく、専門的医療は全く行なわれていない。私宅監置も調査地区外にかなりみられる。

III. 調査結果の集計と解析

調査票は各地区担当の保健所での点検を経て、さらに琉球政府厚生局公衆衛生部子防課で整理され、その集計は琉球政府から本土の厚生統計協会に依頼された。それによって 108表に及

ぶ結果表が作製されたが、これを解析するための作業が精神衛生問題研究会（国立精神衛生研究所内）に依頼された。同会はそのための解析委員会を設置し次の10名が委員となり解析を行った。

岩 城 栄 一（厚生省精神衛生課長）
岡 田 敬 藏（都立松沢病院副院長）
岡 田 靖 雄（東京大学医学部精神科）
岡 庭 武（国立武蔵療養所医長）
加 藤 正 明（国立精神衛生研究所部長）
重 松 逸 造（国立公衆衛生院疫学部長）
鈴 木 淳（厚生省病院管理研究所）
立 津 政 順（熊本大学医学部教授）
中 川 四 郎（国立精神衛生研究所部長）
前 田 正 久（厚生省統計調査部統計調査官）

解析の結果は主として1963年（昭38）に本土において厚生省が行なった精神衛生実態調査の結果と比較検討され、琉球政府によって報告書として発表されるが、以下これを転載して報告してみたい。（転載を許可された琉球政府厚生局に謝意を表する）

IV. 調査結果からみた沖縄の精神障害者の実態

この調査は1966年（昭和41年）11月現在行なわれたもので、調査客体は世帯数で 1,154、世帯人員で 5,127人である。

この調査客体に対して、調査の結果、現在症状のある精神障害者と判定されたものは、132人で、過去に症状はあったが現在はないと判定されたもの9人であった。

1. 沖縄における精神障害者の状況

ここでは、沖縄の精神障害者（有症状）数、精神障害有病率を概観し、1963年（昭和38年）の日本政府厚生省が行なった本土調査の結果と比較し、さらに診断別、性別、年齢別について述べる。

1) 精神障害者数、人口千対有病率

この調査によって把握された精神障害者の数から推計される精神障害の有病率は、人口千対25.7であって、これを全沖縄の人口数（1965年10月1日の臨時国勢調査による確定人口）934,176人を用いて比推計を行なうと、24,060人（標準誤差率12.6%）の精神障害者がいることとなる。

1963年の本土調査では、精神障害の有病率は人口千対12.9であったから、沖縄の精神障害有病率は本土の約2倍にあたる。

2) 精神障害の診断別有病状況

この調査において使用された診断別の定義分類については前述したとおりで、1963年の本土調査のものと同じである。

まず、精神障害のうちわけを百分率でみると、第1表のように、精神病が60%、精神薄弱(痴愚・白痴級のもの)18%、その他の精神障害22%である。精神病のなかでは、精神分裂病、脳器質性精神障害、てんかん、躁うつ病の順にその割合が少なくなっているが、このなかで特に精神分裂病の割合がいちじるしく多い。

第1表 診断別精神障害者数人口千対有病率・百分率

	総 数	精 神 病						精 神 薄 弱	そ の 他				
		総 数	精 分 裂 病	躁 う つ 病	て ん か ん	脳 器 質 性 精 神 障 害	そ の 他 の 精 神 病		総 数	中 毒 性 精 神 障 害	精 神 病 質	神 経 症	そ の 他
人口千対 有病率	25.7	15.4	8.2	0.4	2.9	3.1	0.8	4.7	5.7	1.4	0.6	2.5	1.2
百分率	100.0	59.8	31.8	1.5	11.4	12.1	3.0	18.2	22.0	5.3	2.3	9.8	4.5

本 土 調 査 (1 9 6 3 年)

人口千対 有病率	12.9	5.9	2.3	0.2	1.0	2.2	0.2	4.2	2.8	0.7	0.5	1.1	0.5
百分率	100.0	46.1	17.8	1.6	8.1	16.7	1.9	32.3	21.6	5.5	4.2	8.4	3.5

これを1963年の本土調査と比較すると、全精神障害者の中で精神病がほぼ半ばを占め、精神病のなかでは精神分裂病が最も多いことは同様の傾向にあるが沖縄における精神分裂病の占める割合は本土に比べて極めて高い。

次に精神病全体の人口千対有病率でみると、沖縄は15.4で、本土の5.9に比べていちじるしく高率である。全沖縄の精神病者の推計数は約14,400人(誤差率12.9%)である。この精神病における高い有病率は、主に精神分裂病のそれが8.2という高率にあることによる。本土調査では精神分裂病の有病率は2.3であり、その他の本土の各地における過去の諸調査に比べても高い数値を示している。また精神分裂病以外の精神病でも、本土に比べていずれも高い有病率を示している。

次に精神薄弱は、1963年の本土調査と同じく、白痴、痴愚と診断される比較的重度のもののみを対象としたが、この程度の精神薄弱の有病率は人口千対4.7で、推計値は約4,400人(誤差率23.3%)である。これは本土調査の有病率4.2とほぼ同じである。

「その他の精神障害」の有病率は人口千対5.7で、このなかには、中毒性精神障害、精神病質、神経症、その他が含まれるが、いずれも本土の有病率に比べてやや高い値がでている。し

かしこれらの精神障害は調査方法によって把握される数に動揺が大きいと思われるので数字を示すに止める。

3) 精神障害の性別有病状況

精神障害者を性別で見ると、第2表に示すように、男56%、女44%の割合で男に多い。性別に有病率をみると、男は千人あたり29.3、女は22.3で、やはり男に高い。この傾向は本土調査でも同様で、人口千対男14.1、女11.8となっている。

精神病、精神薄弱、その他の精神障害にわけてみると、有病率は精神病、精神薄弱において男に高い。本土調査では、精神病の有病率が男に高いのは同様であるが、精神薄弱では逆に女に多くなっており、その他の精神障害では男女の間はかなり差があり、男に高率である。

精神分裂病についてみても、その割合、有病率ともに男が高いことがうかがわれる。

第2表 診断別精神障害者数
性別百分率・人口千対有病率

	百分率	有病率			
		総数	精神病	精神薄弱	その他の精神障害
男	56.1	29.3	17.8	5.5	5.9
女	43.9	22.3	13.1	3.8	5.4
本 土 調 査					
男	53.6	14.1	6.6	3.9	3.6
女	46.4	11.8	5.3	4.5	2.0

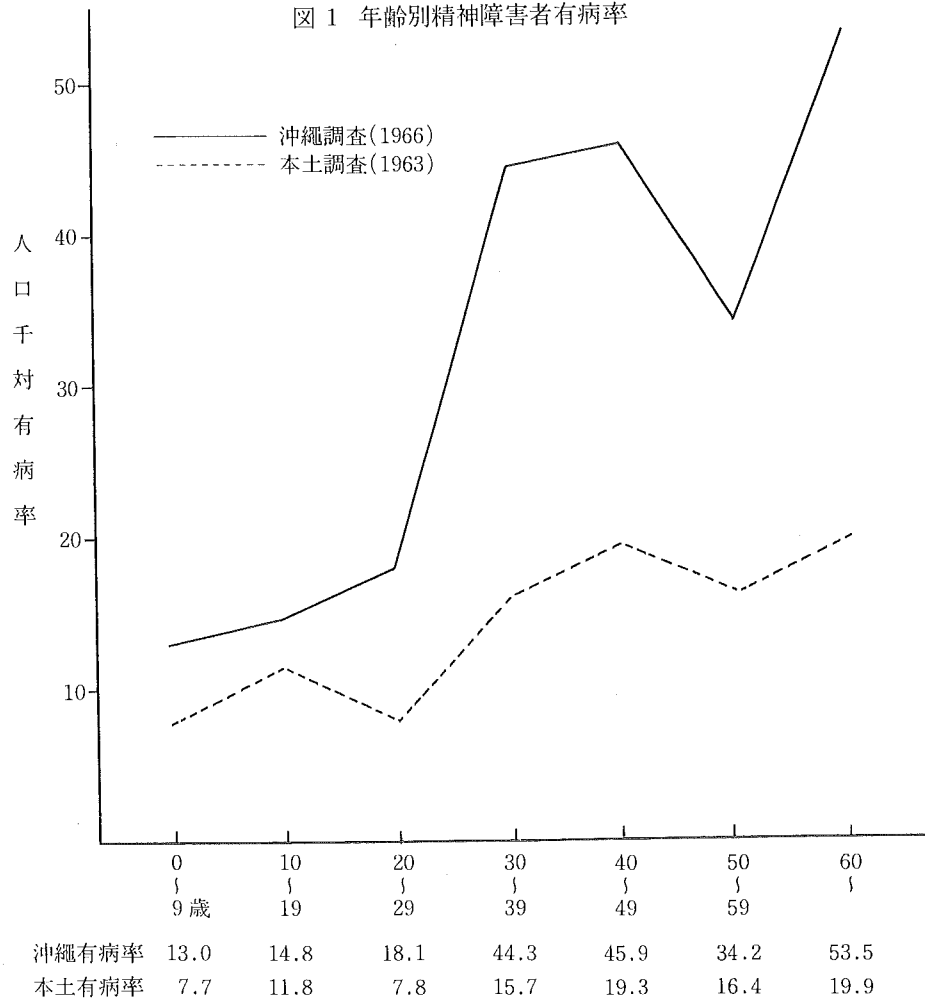
4) 精神障害の年齢別有病状況

年齢別に精神障害者全体の有病率をみると、第3表のように年齢が高くなるほど有病率が高くなる傾向がある。ことに60歳以上の老人では最も高い有病率を示している。これを10歳ごとの段階にわけて、1963年の本土調査の有病率と比較してみると図1のようになる。これをみると、各年齢区分とも有病率は沖縄の方が高く、年齢の増加に伴って有病率が上昇する傾向は両者とも同様であるが、沖縄の方が上昇の度合いが急であり、ことに30歳から39歳のものに顕著である。また60歳以上の有病率の上昇は沖縄の方が本土より急激である。この高年齢層における高い有病率はおもに脳器質性精神障害によるものであって、本土の場合も同じである。また30歳から49歳の山はおもに精神分裂病によるもので、これも本土と同様である。ただ本土にみられる20歳から29歳の谷が沖縄ではみられないが、この谷はこの年齢階級の精神薄弱者の

第3表 年齢別性別精神障害者数
人口千対有病率

	総数	～19歳	20～39	40～59	60～
総数	25.7	13.9	31.7	38.0	53.5
男	29.3	15.5	43.8	48.4	45.5
女	22.3	12.3	19.3	30.1	58.4

図1 年齢別精神障害者有病率



有病率が非常に低いことによるものであった。成人の精神薄弱者は一般に発見しにくいものであるが、沖縄調査においてはこれが比較的把握されたともいえるが、なお多少発見もれが考えられる。

次に年齢別に男女を比較すると、各年齢階級とも有病率は男の方が高いが、60歳以上では女が高くなっている。本土調査では、各年齢ともおおむね男が女より高いことは同様であるが、60歳以上でも男の方が高い。

また年齢別に診断構成を百分率でみると、19歳までの若年層では精神薄弱の割合が多く56%を占め、20～39歳の青壮年層では精神分裂病などの精神病の割合が多く70%を占める。60歳以上の高年齢層では、精神病が68%の割合であるが、そのうちの6割以上は脳器質性精神障害である。この傾向は本土とだいたい同じである。なお、その他の精神障害の中で、中毒性精神障害は40～59歳の年齢に多くみられた。

2. 精神障害者の社会的経済的背景

精神障害者の問題は、社会的経済的条件と密接な関係にあり、社会的経済的背景を分析することは重要である。

1) 地域による差違

この調査の調査客体は商業地区、住宅地区、農漁業地区、離島地区、宮古、八重山地区の5地区の層別無作為抽出によるものであるが、各地区の精神障害者の有病率を比較してみると、第4表のようになる。商業、住宅、農漁業の3地区のなかでは、農漁業地区が、31.1で最も高く、商業地区22.5、住宅地区20.1の順で低くなっている。これを本土と比較してみると、本土調査では地区分類がやや異なるが、農漁業地区16.8、商工地区11.5、その他の地区（主として勤労者の住宅）11.0であって、各地区とも沖縄の方が高いが、これは沖縄全体の有病率の高さをそのまま反映したものであって、地域的な有病率の分布は本土のそれと似たような型で分布しているといえよう。離島地区における有病率は基礎となった統計数が少ないので問題はあなが著しく高くでている。しかし離島に精神障害者の有病率が高いであろうと推定されることは本土の離島で過去に大学等が行なった調査研究や沖縄の平安座島における平安の調査などからも考えられるところである。

2) 社会階層による差違

i) 世帯業態別による差 世帯を世帯業態の種類別に、農家世帯（耕地面積6反以上の

第4表 地区別精神障害者数人口千対有病率

	総 数	商業地区	住宅地区	農漁業地区	離島地区	宮古・ 八重山地区
総 数	25.7	22.5	20.1	31.1	40.4	21.0

専業または兼業世帯)、事業経営者常用勤労者世帯、日雇労働者世帯、その他の世帯にわけて、各世帯業態別の精神障害者の有病率をみると、第5表に示すように、日雇労働者世帯が52.6、その他の世帯が56.7と高い値を示している。これに対して農家世帯および事業経営者常用勤労者世帯では、それぞれ、14.2および13.9と低い。これは精神病のみについてみても同様の傾向である。

第5表 世帯業態別精神障害者人口千対有病率

	総数	農家世帯 (専業および 兼業世帯)	事業経営者 常用勤労者 世帯	日雇労働者 世帯	その他の 世帯
沖繩	25.7	14.2	13.9	52.6	56.7
本土	12.9	15.3	9.7	30.4	22.5
精神病 (再掲)					
沖繩	15.4	6.5	7.7	30.7	39.0
本土	5.9	6.5	4.8	9.7	14.4

1963年の本土調査(農家世帯は耕地面積3反以上、北海道では5反以上のもの)では、千対有病率は、農家世帯では15.3、事業経営者・常用勤労者世帯では9.7、日雇労働者世帯では30.4、その他の世帯では22.5となっている。各世帯業態別の間での有病率の分布の傾向は、沖繩と本土において近似しているが、全精神障害者の有病率は沖繩では本土の約2倍であるにもかかわらず、農家世帯においては有病率に沖繩と本土の間にあまり差がないことからみれば、沖繩の農家世帯の有病率は本土に比べて相対的に低いといえる。

ii) 世帯種別、世帯類型別との関係 精神障害者の所属する世帯を世帯種別に分けてみると、被保護世帯6%、医療保険加入世帯24%、その他の世帯70%の割合である。世帯類型別では、高齢者世帯6%、母子世帯2%、その他の世帯92%の割合になっている。

iii) 世帯人員別による差 世帯人員別による精神障害者の人口千対有病率をみると、第6表および第7表に示すように、世帯人員が少ないほど有病率が高くなる傾向がある。ことに1人世帯は68.8、2人世帯は66.2と著しく高率である。この傾向は精神病についてみても同様である。本土と比較してみると、本土ではこのような傾向はあまり顕著ではないが、2人世帯に最も有病率が高い。1人世帯ということは精神障害者が独立で生活しているということになるが、このような患者が多い理由はさらに検討する必要がある。調査例をみると、住込みの使用人や近くに親族、知人などがいて世話を受けながら比較的単純な労働に従事している者などが多い。沖繩では精神障害者が単独で生活できるような社会

第6表 世帯人員別精神障害者数人口千対有病率

	総数	1人	2	3	4	5	6	7	8～
沖繩	25.7	68.8	66.2	37.3	26.1	22.4	23.3	13.3	17.8
本土	12.9	15.2	18.4	10.2	11.3	11.3	13.6	13.1	15.9

第7表 世帯人員別診断別精神障害者数
人口千対有病率

	総数	1～2人	3～5	6～
総数	25.7	67.2	27.3	18.1
精神病 (再掲)	15.4	40.7	17.0	10.4

的條件が本土よりも大きいのではないかと推察される。また世帯員7人以上の多人数世帯では、本土に比べて相対的に有病率が低くなっている。

3) 支出階層別による差

世帯業態の種類別などの有病率の差からみて、精神障害と経済的條件との密接な關係が推測される。この点をさらに明らかにするために、世帯員1人あたりの支出金額別に精神障害者の有病率をみると、第8表に示すように、有病率は1人あたりの支出金額9ドル以下のものは30.3、10～19ドルのものは25.9、20～29ドルのものは21.9、30ドル以上のものは15.9となっており、低支出階層ほど有病率が高くなっている。この傾向は精神病についてみても同様で、高支出階層になると有病率が減少する傾向は一層顕著である。貨幣換算が困難なので厳密な対比はできないが、本土調査でも同様の傾向が認められている。

第8表 1人当り支出階層別精神障害者数
人口千対有病率

	総数	～9ドル	10～19	20～29	30～
総数	25.7	30.3	25.9	21.9	15.9
精神病 (再掲)	15.4	19.1	15.9	14.1	4.0

第9表 1人当たり畳数別精神障害者数
人口千対有病率・百分率

		総 数	～ 1.4畳	1.5～2.9	3.0～4.9	5.0 ～
有 病 率	総 数	25.7	31.7	19.1	26.8	42.4
	精神病 (再掲)	15.4	19.4	11.5	15.5	25.4
総数百分率		100.0	23.6	32.6	28.8	15.2

4) 精神障害者と居住条件

居住条件としては居室数、畳数などがあるが、居住密度という点から世帯員1人あたりの畳数別に世帯をわけてみると、第9表に示すように、1人あたり畳数が1.5畳にみたない世帯に属する精神障害者が24%あり、3畳にみたないものを数えると56%におよぶ。これを人口千対有病率でみると、1.5畳にみたない世帯では31.7と高いが、1.5～2.9畳の世帯では19.1と低く、それより1人あたりの畳数が増すに従って精神障害者の有病率が高くなっている。この傾向は精神病のみについてみても同様である。この1人あたりの畳数が少ない世帯と、反対に1人あたりの畳数が多い世帯の両極端で有病率が高いという傾向は、本土の調査においても同様であった。

5) 精神障害者の学歴

精神障害者全体として、小学校中退も含めて不就学の者は34%である。一般人口中の不就学者の割合が不明であるが、本土調査での16%にくらべてかなり多い。14歳以下の児童についてみると、不就学は68%とかなり高く、多くは精神薄弱である。精神薄弱だけでみれば58%が不就学である。

6) 精神障害者の配偶関係

15歳以上の精神障害者について配偶の有無をみると、未婚者は34%、配偶者があって同居している者は35%、別居および離婚は15%、死別は17%であった。

7) 精神障害者の家族集積性

同一家族内に幾人もの精神障害者が認められる場合があるが、この調査対象となった世帯のうち、過去に症状のあった者まで含めて精神障害者のいる世帯は131世帯で、そのうち122世帯(93%)は1人だけ精神障害者がいる世帯であるが、2人の精神障害者がいる家族は8世帯あり、そのうち1世帯は2人家族の2人ともが精神障害者であった。最も多いのは4人家族中3人が精神障害者であるものが1世帯あった。(第10表)

8) 家庭生活程度の評価

家庭の生活程度は、「楽」、「まあまあ程度」、「窮屈」の3段階にわけて、病気になるまえと調査時現在とについて家族がどう感じているかを、基礎調査員が調査したものである。

第10表 世帯人員別精神障害者数別世帯数

精神障害者数	世帯数	世帯人員							
		1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人以上
総数	1,154	189	151	143	115	152	136	118	150
0人	1,024	176	131	126	106	135	119	105	127
1人	122	14	19	17	7	16	15	13	21
2人	8	—	1	—	2	1	2	—	2
3人	1	—	—	—	1	—	—	—	—
4人	—	—	—	—	—	—	—	—	—

発病前については、精神障害全体でも精神病でも約半数が「まあまあ程度」と感じており、30%程度が「窮屈」、15%強が「楽」と感じていた。現在については、「窮屈」が40%以上にふえている。とくに精神病では「窮屈」>「まあまあ程度」>「楽」という順になっている。とうぜんのことであるが、精神障害が発生することによって、家庭の経済的生活程度がおちることが、調査結果のうえでもみられる。

貧困と精神障害との関係は単純ではない。前述の第8表は、1人あたり支出がすくない階層ほど精神障害者が多いことをしめしている。その原因としては、貧困が精神障害の発生、顕在化、悪化を促進する面と、精神障害によって貧困化がおこる面とがあり、実際には両面がからみあっていると思われる。ともかくも、ここにあげた調査結果は、精神障害者のいる世帯の貧困化という事実をしめしている。そしてこのことは、精神障害への対策として、医療面だけにとどまらない社会保障面のひろい施策が必要であることを物語っている。

3. 精神障害者の社会的生活状況と医療および指導による改善の見込み

以上の社会的経済的背景のなかで、沖縄の精神障害者がどのような生活状態にあり、またどの程度の生活能力をもっているか、それは医療や指導を加えることによってどの程度改善される見込みがあるか、などの点について調査の結果を述べる。

1) 精神障害者の家庭での主な働き手

精神障害者の家庭での主な働き手は第11表のとおりで、発病前については精神病だけについてみると、親（主として父）が多く、本人、配偶者、その他（同胞、子どもなど）と順に少なくなっている。現在では、親の占める比重がへり第2位となり、同胞などのその他が第1位で、本人、配偶者の順にすくなっている。発病前と現在の時間的間隔を考えると、親の比重がへり、同胞・子どもを中心とするその他の比重が増加しているのはとうぜんである。ここではむしろ、病気になる前と現在とをくらべて、本人が主な働き手である率が29%および22%とあまり減少していないことが注目される。

第11表 家庭での主な働き手別診断別精神障害者数百分率

		総 数	本 人	配偶者	親	その他
総 数	現 在	100.0	21.2	18.9	30.3	29.5
精神病 (再掲)	発病前	100.0	29.1	17.7	32.9	20.3
	現 在	100.0	21.5	17.7	27.8	32.9
本 土 調 査						
総 数	現 在	100.0	15.1	14.8	35.5	34.6
精神病 (再掲)	発病前	100.0	26.7	14.9	39.3	19.1
	現 在	100.0	13.0	16.4	29.4	41.2

本土の調査では、精神病についてみると、本人が主な働き手である率は、発病前は27%であったのが、調査時現在では13%と半分に減少している。これに対し親の比重が減少して同胞・子どもなどのその他に比重が増していることは沖縄と同様であるが、その程度がいちじるしい。

精神障害者全体について現在の主な働き手をみると、本人が働き手である率は21%であるが、本土の場合には15%にすぎない。

以上の結果から、沖縄では精神障害者が家庭での主な働き手となっている場合が、本土よりも多いように思われる。

この点に関連して、以下に述べる「精神障害者に対して周囲の者が注意を要する程度」および「精神障害者の生活能力」の調査の結果にふれると、沖縄では、周囲から注意を要する者、および身のまわりについて介助を要する者が多い。しかし就労状況を主として社会人としての能力をみると、「他人の管理のもとに簡単な仕事ならなんとかしている」者と「普通に仕事している」者とをあわせて、本土では60%であるのにたいし沖縄では55%と、さしておおきな差はない。主な働き手としての本人の比重が精神障害の発生によってあまり低下しない点とこのことをかんがえあわせると、沖縄では、精神障害になっても働きやすい状況があるという可能性と、精神障害になっても働かざるをえない事情があるという可能性と、二つ考えられる。いずれが真実にちかいかは、この調査からはなんともいえない。以下これらについて調査の結果を述べる。

2) 周囲から注意を要する程度

要注意の程度と、次の生活能力とから、精神障害者の障害の程度がおおまかにどの程度のものか判断できる。

注意を要する程度は、暴行、反抗、易怒、喧嘩、煽動、弄火、盗癖、自殺企図、不眠、自傷、猜疑的曲解、意地悪、破衣、不潔、拒食、その他、周囲の者が特に注意を要する症状の有無、

頻度、軽重に応じてわけている。「たえず注意がいる」とは、上記症状がたえずおこるので周囲の者が常に注意していなくてはならない程度のものをいい、「ときどき注意がいる」は、上記症状が時々おこるので注意が必要である程度をいい、「ほとんどいらない」は上記症状がほとんどないものをいう。

その結果は第12表のとおりで、精神障害者全体では、「たえず注意がいる」のは24%、「ときどき注意がいる」のは63%、「ほとんど注意がいらない」のは13%で、ほとんど全部のものがなんらかの注意を要する。とくに精神病患者では注意を要する程度がいくらかたかい。本土調査結果では、精神障害者全体および精神病者のそれぞれで、「たえず注意がいる」のは14%、20%、「ときどき注意がいる」のは56%、59%、「ほとんど注意がいらない」ものは30%、21%であったことと比較すると、沖縄の精神障害者の症状は全体として本土のそれよりかなり重いことがわかる。このことはなによりも、いままで医療をうける機会がきわめて不十分であったことによるものであろう。

第12表 周囲の者が注意を要する程度別
精神障害者数百分率

(在宅者だけ)				
	総 数	たえず 注意がいる	ときどき 注意がいる	ほとんど いらない
沖 縄	100.0	23.6	63.0	13.4
本 土	100.0	14.2	55.5	30.3
精 神 病 (再 掲)				
沖 縄	100.0	29.7	60.8	9.5
本 土	100.0	19.9	59.3	20.8

3) 精神障害者の生活能力

ここでは精神障害者が日常生活能力を現在どの程度にもっているか、また十分な医療または指導がくわえられた際、どの程度に達しられるかを、身のまわりの処理能力・家庭における役割分担の能力・就労状況の3点からみた。

- i) 身のまわりの処理能力 まず、身のまわりのことを精神障害者がどの程度にしているか、つまり、食事・入浴・洗面・着衣・排便などの基本的日常生活機能について、1・「他人の介助がいる」——つねに周囲からの介助が必要なもの、2・「なんとか自分でしている」——いちおう自分でしているが、身辺のことに無精・無関心で、不潔にだらしなくなりやすいもの、3・「完全にしている」——自発的に身のまわりを始末している

もの、の3段階をわけた。その結果は第13表のとおりで、精神障害者全体では、他人の介助がいる者28%、なんとか自分でしている者47%、完全にしている者24%である。

この結果は本土調査にくらべて、身のまわりについて介助を要する者が沖縄ではいちじるしく多いことを示している。本土では、精神障害者全体の現在では、他人の介助がいる者15%、なんとか自分でできる者41%、完全にしている者44%であった。つまり、ここでも、沖縄の精神障害者の症状は全体としては本土のそれよりかなり重いことがわかる。

十分な医療または指導をくわえたさいの見込みは、精神障害者全体では、他人の介助がいる者が14%と現在より半減し、完全にできる者が39%とほぼ倍増する。なんとか自分でできる者の割合にはおおきな変化はない。精神病患者だけについても同様な傾向がみられる。

本土調査で精神障害者全体について、十分な医療または指導を加えたさいの見込みは、他人の介助がいる者11%、なんとか自分でできるもの34%、完全にできる者55%である。沖縄と本土とを比較すると、現在からの改善率は沖縄のほうがよい。しかし改善されたさいの状態を全体としてみると沖縄の精神障害者のほうが身のまわりについて介助を要する程度がやはり高い。このことは、沖縄では十分な医療をくわえられずにきた精神障害者が多いので医療効果はおおきく期待できるが、同時に、十分な医療をくわえられずにきた結果かなりの障害をもって固定してきた精神障害者も多い、ということを示しているものであろう。

第13表 身のまわりの処理能力介助要否別
精神障害者数百分率

(在宅者だけ)

	現 在				医療または指導による見込み			
	総 数	他 人 の 介 助 が い る	な ん と か 自 分 で し て い る	完 全 に し て い る	総 数	他 人 の 介 助 が い る	な ん と か 自 分 で で き る	完 全 に で き る
総 数	100.0	28.3	47.2	24.4	100.0	14.2	46.5	39.4
精神病 (再掲)	100.0	29.7	48.6	21.6	100.0	16.2	43.2	40.5

ii) 家庭の人としての能力 精神障害者が家庭内でどの程度の役割分担の能力をもっているかをみた。1・「全然役にたたない」とは、身のまわりをのぞく家庭内の諸行動、対人関係において全然役にたたず、家庭内で迷惑をかけるもの、2・「手助けになっている」は、家庭の人として1人前ではないが、1の程度ではなく、いくらかプラスになっているもの、3・「一人前」は、普通家庭の人とあまりかわらない程度をいう。

その結果は第14表のとおりで、精神障害者全体では、全然役にたたない者37%、手助けになる者45%、一人前の者18%で、精神病患者だけについてもほぼ同様である。十分な医療または保護をくわえることにより、精神障害者全体では、全然役にたたない者は14%と激

第14表 家庭における役割分担能力別
精神障害者数百分率

(在宅者だけ)

	現 在				医療または指導による見込み			
	総 数	全然役に たたない	手助けに な る	一 人 前	総 数	全然役に たたない	手助けに な る	一 人 前
総 数	100.0	37.0	44.9	18.1	100.0	14.2	52.0	33.9
精神病 (再掲)	100.0	40.5	43.2	16.2	100.0	18.9	45.9	35.1

減し、一人前の者は34%とほぼ倍増するが、手助けになる者は52%とすこしふえる。全体としては家庭の人としての能力についても、医療または指導による効果がかなり期待できる。

本土調査結果では、精神障害者全体について現在と医療または指導をくわえたときの見込みををみると、全然役にたたない者がそれぞれ30%、16%、手助けになる者が43%、45%、一人前の者が27%、40%である。ここでも、現在の状態は沖縄のほうが全体としては本土よりわるく、改善率は沖縄のほうがよい。改善された結果の見込みは、全体としては本土より沖縄のほうがすこしわるい。

iii) 社会人としての就労能力 精神障害者の就業能力を中心に調べた。1・「働いていない」とは、社会的にみて仕事といえるほどのものをまったくしていない者、2・「なんとかしている」は社会的に自主的に一人前の仕事はできないが、他人が監督なり支持なりしてやるのでなんとか仕事をしている者」、3・「普通に仕事をしている」は、社会的に一人前とみとめられる仕事をしているものである。

その結果は第15表のとおりで、精神障害者全体では、働いていない者45%、なんとかしている者36%、普通に仕事をしている者19%である。十分な医療または指導をくわえたさいの見込みは、働けない者は19%と半数以下にへり、普通に仕事ができる者が35%と倍ちかくにふえる。精神病患者だけについてみると、現在の状態は全体としては精神障害者全体よりはややわるく、医療または指導による見込みも全体としては、いくらか悪い。

本土調査では、精神障害者全体では現在の社会人としての就労能力は、働いていない者40%、なんとかしている者34%、普通に仕事をしている者26%で、医療または指導をくわえたさいの見込みは、それぞれ21%、40%、39%である。つまり、本土にくらべると沖縄では、就労能力は現在では全体として本土よりやや低いが、改善率は本土よりよく、改善された結果は本土とほぼ同様の程度に達する。しかし、家庭の人としての能力でもみられることであるが、全然だめな者は本土よりへるが、一人前に普通にやれる者は本土より少しすくないままである。本土に比較して沖縄では、状態好転の頭打ち現象がみられる、と

第15表 社会における就労能力別精神障害者数百分率

	現 在				医療または指導による見込み			
	総 数	働いて いない	なんとか している	普通に 仕事を している	総 数	働けない	なんとか できる	普通に 仕事が できる
総 数	100.0	44.9	36.2	18.9	100.0	18.9	46.5	34.6
精神病 (再掲)	100.0	50.0	35.1	14.9	100.0	25.7	40.5	33.8

いえよう。この頭打ち現象は、十分な治療をうけずにきたため、障害が固定した精神障害者がかなりいることを示すものであろう。

つぎに生活能力の全体的構造をみると、身のまわりの処理能力、家庭の人としての役割分担能力、社会人としての就労能力で、あとのものほど障害がつよい。それは、身のまわりのことは社会人としての、あるいは家庭の人としての能力に比べれば、より要素的な機能であることから説明される。その全体的構造は、十分な医療または指導をくわえたさいにもかわらない。また、医療または指導によって、精神障害者の生活能力がかなり大幅に改善されることが期待されるのである。精神障害者全体と精神病患者だけを比較すると生活能力の現在における障害は、精神病患者だけのほうが大きい。そして十分な医療または指導がくわえられたときの精神病患者の生活能力の改善では、完全・一人前・普通の程度になる者が精神障害者全体と同率かそれ以上に達すると同時に、高度障害のままのこの群が精神障害者全体よりは高率である。このことは精神障害のなかでも精神病への対策が特に真剣に精力的にとりくまれなくてはならないことを示すものである。

次に生活能力全体の障害を本土と沖縄とで比較すると、沖縄の精神障害者のほうが障害の程度はおもい。特に身のまわりの処理能力で本土と沖縄との差がいちじるしく、家庭の人としての役割分担能力、社会人としての就労能力と、順に差はせばまっていく。ここには、沖縄の精神障害者は全体としては本土のそれよりその障害の程度がおもいという事情とともに、沖縄では精神障害になっても働きやすいか、あるいは働かなければならないという事情とがあるのであろう。十分な医療または指導がくわえられたさいの見込みでは、全体としての生活能力は沖縄では本土よりややおとる。特に、重度障害の群は比較的へるのに対し、完全に・一人前に・普通にやれる群が沖縄では本土よりすくないことになる。つまり、全体的にも沖縄では本土に比して症状改善の頭打ちがみられる。

4. 沖縄における精神障害者の医療と指導の問題

精神障害者に対する医療および指導の技術は第2次大戦後いちじるしく進歩し、精神病院のあり方や精神障害者の処遇に対しても大きな変革が起ってきた。この進歩した医療や指導が、

現在の沖縄はもとより、本土においても、精神障害者に充分加えられているとはいえない。ことに沖縄においては多くの患者が在宅のまま放置または監置されてきたが、これは専門医師および精神病床の絶対数の不足と、医療保障制度の不備によるところが大きい。精神障害の問題は社会的経済的問題と強く結びついていることは、前述の調査結果でも明らかであり、たんに狭義の医療だけでは解決されない点が多い。しかし、この調査においてみいだされた精神障害者に、現在の進歩した医療や指導の手が十分に及んだと仮定した場合、その人たちの状態はどの程度にまで改善される見込みがあるかを、専門調査員である精神科医師が判定した結果について、前章の精神障害者の生活能力のところで示した。それによると、沖縄における精神障害者の身の廻りの処理能力、家庭における役割分担能力、社会における就労能力のいずれも、本土の精神障害者より障害の程度が重いものが多いが、医療および指導を加えることによって改善される見通しは、本土の精神障害者よりも大きいという結果がでていますが、またその改善の程度は不完全な者の見込みが多く、これは不十分な治療や、治療を受けずに放置されていたために症状が固定しているものが多いことを推定させている。

ここでは、沖縄における精神障害者の医療と指導の現状をこの調査結果から概観し、また現在の精神障害者はどんな処置を必要としているかについて述べる。

1) 精神障害者の受療状況

本調査の時点で、沖縄の精神障害者が、どれだけ医療と指導をうけていたかをみると、第16表のように精神病院に入院または精神科に通院しているものが9%、精神科医以外の医師に治療をうけているものが15%、保健所その他の特別な指導をうけているものが5%で、71%は医療も特別な指導も受けず放置されている。これを精神病だけについてみると、73%がなんの医療も指導もうけていない。精神分裂病についていえば、入院中および精神科医で通院治療をうけている者はそれぞれ12%で、76%の者は何の医療も指導もうけていない。また精神薄弱は75%がなんの指導もうけていない。すなわち、精神障害者の7割以上が放置されている。しかし本土調査でも、1954年(昭和29年)の調査では、91%が医療も指導もうけていなかったのが、1963年(昭和38年)の調査では、65%に減少してきたのである。

第16表 現在の処遇別診断別
精神障害者数百分率

	総 数	医療または指導 をうけている	医療も指導も うけていない
総 数	100.0	28.8	71.2
精 神 病 (再掲)	100.0	26.6	73.4
精 神 薄 弱 (再掲)	100.0	25.0	75.0

第17表 過去の処遇別診断別精神障害者数百分率

	総数	入通院	その他の指導	いずれでもない
総数	100.0	25.0	25.0	50.0
精神病(再掲)	100.0	34.1	16.5	49.4

また過去において、医療や指導をうけたことがあるかについて調査したが、第17表のように精神障害者全体では25%が入院または通院したことがあり、他の25%がその他の指導をうけたことがある。過去においてなんの治療も指導もうけたことのないものは半数であった。これを精神病だけについてみると過去の入通院は34%、その他の指導が17%、そのいずれもなかったものは49%である。本土調査では、過去に全く医療も指導もうけなかったものは31%にすぎない。

なお、現在の処遇について付言すれば、沖縄には過去においてかなりの数の精神障害者が保護拘束（私宅監置）されてきており、1964年の岡庭の調査では、全島に58名の患者が発見されている。これらの患者は次第に政府の努力によって精神病院に収容されているが、病床数の不足から本調査時現在なお主として宮古・八重山地区および離島に34名の監置されている精神障害者が把握されている。しかし今回の調査地区内には監置患者は1名も発見されていない。

2) 精神障害者が医療または指導をうけていない理由

前述のように、沖縄の精神障害者の70%以上が医療も指導もうけていないことがはっきりしたが、その理由としては、医師や病床数の不足、容易に治療や指導がうけられるような精神科医療施設の不備などがまず考えられる。しかし、患者や家族の側からみて、医療や指導をうけていなかった理由を、個人票別票の項目にもとずいて基礎調査員が患者家族について調査した。項目は、(1) 楽観的すぎる、(2) あきらめている、(3) 方針がたたない、(4) 医者をおそれている、(5) 病院または施設が不安、(6) 世間態が悪い、(7) 経済が許さない、(8) 本人が動かない、(9) 福祉事務所、役場、保健所、相談所、病院、民生委員などがあまり相談にのってくれない、(10) 素人療法、神、仏、加持祈禱などで治療中、の10項目で、家族と面接して調査員が主な理由と思われる項目にチェックした。これを第18表のように整理して本土調査と比較すると、沖縄では、楽観的すぎる(27%)、経済が許さない(21%)、あきらめている(18%)が多い。これに対して本土では、方針がたたない(20%)、楽観的すぎる(20%)、あきらめている(20%)が多い。「あきらめている」は両者とも近い数であるが、沖縄の方がより楽観的であり、あまり気にしていない傾向がみられ、従って「方針がたたない」というのがより少ない。「経済が許さない」が沖縄の方が多いのは、医療費が高いことや医療保障の普及のおくれなどによるものであろうが、これは前に述べた社会階層と精神障害者の有病率の分布の問題とも関連し、貧困階層に有病率が高い事実を考えると、精神障害者対策は医療面からだけでなく、同時に福祉の面からの施策が重要である。さらに家族の側の精神障害に対する正しい認識がな

第18表 医師の治療、指導などを受けない理由別 精神障害者数・百分率

	総 数	楽 観 的 す ぎ る	あ き ら め て い る	方 針 が た た な い	経 済 が 許 さ な い	本 人 が 動 か な い	そ の 他
沖 縄	100.0	27.3	17.5	15.5	20.6	11.9	7.2
本 土	100.0	19.7	19.5	20.1	11.2	10.1	19.4

いことも、医療や指導を受けない理由と考えられるから、これに対する啓蒙活動が重要であるが、それには患者および家族の期待にこたえることのできる精神科医療体系の確立が先決問題であろう。

3) 精神障害者に対して必要とする処置

以上述べたところによって、沖縄の精神障害者が現在どのような処置を受けているかが、かなり明らかになったが、つぎに現在の状態に対して、沖縄の精神障害者はどのような処置をすることが望ましいかを、専門調査員である精神科医師が判定した結果について述べる。これはつまり、沖縄全体の約24,000人の精神障害者に対して、どのような処置が必要かということである。その結果は第19表に示すように、精神病院その他の施設に収容治療を要する者は17%で、これを全沖縄に推計すると、約3,800人となるが、誤差率を考慮すると、2,500人から5,000人のあいだにあると推計される。したがってこれを最少に見積っても、2,500人は施設に収容を要する精神障害者があるであろう。これを精神病のみについてみると、施設に収容を要する者は20%で、約2,700人(2,000～3,500人)となる。

また在宅のまま精神神経科医師の外来治療または指導を必要とするものは、全精神障害者の46%で約10,500人(8,000～13,000)ある。精神病のみでは51%で約6,900人(5,000～9,000人)である。次に在宅のままその他の指導を要する者が38%で約8,700人(6,000～10,000人)あり、精神病のみでは28%、約3,800人(2,500～5,000人)あると推計される。

以上、この調査の結果、施設に収容を要すると判定されたものが、最も少くみても2,500人あることが明らかになったが、この調査に従事した専門調査員である精神科医師は、現代の精神医学の進歩にもとづく精神障害者の地域での治療指導の理念に従って、なるべく施設に収容することを避け、病状その他から止むをえないと思われる者に限って判定するように予め協議したから、この数字は必要最小限のものである。それ故これは、他方では在宅精神障害者の治療および指導の体制が十分に整備されることを前提としているものである。なおこれらの精神障害者の医療保険加入の有無について必要な処置別にみると、病院その他の施設に収容を要すると判定された者はすべて医療保険未加入者であり、精神神経科医の外来治療または指導を要すると判定されたものの88%が医療保険に加入していない。沖縄の医療保険制度はその緒にいたばかりであるが、このことは沖縄の精神衛生対策を進めるに当って重大な問題であろう。

第19表 必要な処置別精神障害者数, 全沖縄推計値, 百分率

(現在入院中の者を除く)

	全沖縄推計値	誤差範囲	百分率
総数	23,140人	21,000~27,000人	100.0
施設に収容を要するもの	3,826	2,500~5,000	16.5
精神神経科医の外来治療・指導などを要するもの	10,568	8,000~13,000	45.7
その他の指導を要するもの	8,746	6,000~10,000	37.8
精神病 (再掲)			
総数	13,483	12,000~16,000	100.0
施設に収容を要するもの	2,733	2,000~3,500	20.2
精神神経科医の外来治療・指導などを要するもの	6,924	5,000~9,000	51.4
その他の指導を要するもの	3,826	2,500~5,000	28.4

この問題と関連して、世帯員1人当りの支出金額別に精神障害者の必要な処置区分をみると、第20表に示すように、施設に収容を要する者は比較的 low 支出階層に片寄っているが、低支出階層に多いのは収容を要する者のほかに、その他の指導を要する者である。またその他の指導を要する者は上位の階層の者にも多い。これに対して精神神経科医の外来治療や指導を要する者

第20表 必要な処置別, 1人当たり支出階級別精神障害者数・百分率

	総数	~9千	10~19	20~
総数	100.0	35.4	48.0	16.5
施設に収容を要す	100.0	38.1	52.4	9.5
精神神経科医の 治療・指導を要す	100.0	29.3	55.2	15.5
その他の指導を要す	100.0	41.7	37.5	20.8

は中間階層に多い。すなわち必要な処置別にみると支出階層別にかなり異なる型を示している。低支出階層に要施設収容者が多いことは、経済的理由によって放置または不十分な治療を受けていたため症状が重いものが多いためと思われ、中間階層に要外来治療が多いのは、在宅のまま通院可能な条件が多いと判定されたことによるものであろう。

次に、現在精神病院に入院中の者を除いて、施設に収容を要すると判定された者のなかで、医師の外来治療または、その他の指導を受けていた者は1人もいなかった。全て放置されている者である。また精神神経科医の外来治療や指導を要すると判定された者のなかで、現在すでに治療を受けている者は12%にすぎない。しかしこのほかに精神科以外の医師の治療を受けている者が21%ある。その他の指導を要すると判定された者のなかで、精神科以外の医師や保健所、精神薄弱施設などの指導を受けている者は25%である。

V. 実態調査結果に対する感想

以上の調査結果の報告に対して専門調査員として参加した者のひとりとして若干の感想を述べると、まず精神障害者の有病率が本土の約2倍に及ぶという点であるが、この数値に関しては種々の角度からの考察が考えられる。一般に従来の本土における調査においても、辺地、離島などの人口移動の比較的少い地域においては精神障害者の有病率は比較的高く、例えば東京大学の三宅島調査（1940年）では人口千対66.9、長野県小諸（1941年）では26.1、野村らの神奈川県村岡村（1940年）では25.2、九州大学の鹿児島県甬島（1942年）では21.8、東邦大学の埼玉県倉尾（1956年）では22.5、茨城県浮島（1958年）では21.6などの数値がでている。これらの調査での精神障害者の範囲には多少の相違があるが、一般に調査者が専門家となり地域が狭められるほど有病率が高くなることも当然の結果として認められている。沖縄における平安らの平安座島の調査（1965年）においても（これは今回のような時点有病率ではなく、期間有病率であるが）60.5という高い数値が得られている。これらの点から考えると、沖縄全体が離島的な性格を持ち、しかも基礎調査に当たった公衆衛生看護婦（多く駐在制をとっている）や区長の地区把握の良好さ、専門調査員の面接や診断の精度などの条件が比較的高い有病率をもたらしたものともいえよう。しかしまた一方においては、沖縄における精神医療の未発達によって放置されている精神障害者が多いという点とも関係があるとも考えられる。

いずれにしても今回の調査はその報告書に示されているように、精神障害と経済的貧困との結びつきが極めて明瞭に示されており、専門医師や精神病床の不足もさることながら、医療保障の不備が重要な問題として改めて痛感される。しかも調査の結果はこれら多数の精神障害者に対して必要な処置を行なうことができれば、相当数の患者の社会復帰が期待されることをも示しており、これに対する早急の施策が望まれるものである。

本調査は種々の事情から精度の高い結果を得られるような十分な標本数を確保することができず、この調査で判明した沖縄の精神障害者の実態は概略的なもので、ことに離島や先島地区

(宮古・八重山)における実態はなお不明の点が多いが、概括的な様相は把握されており、沖縄のような多数の島に分かれている地域での精神衛生の管理体制の確立を検討する資料としては充分役立ち得るものと考えられる。

戦前の沖縄は精神医療の上からは全く不毛の土地であったが、現在では本土のそれに比べてなお著しい格差があるとはいえ、急速に対策が進められていることは関係者の努力の現われとして十分に評価されてしかるべきものと思う。

しかし戦後二十数年に及ぶアメリカの統治は、沖縄経済の跛行を招き社会保障の点では極めて遅れた状態にあることは否定できない。前述のように精神障害が経済的貧困と深く結びついているものである以上、その対策には医療の充実とともに社会福祉的観点からの対策が特に重要である。

かつて呉秀三は日本の精神障害者が医療の恩恵を蒙ることがはなはだ乏しく、この病を得た上にわが国に生れたという二重の不幸を負っていると歎いたが、実に沖縄の精神障害者は沖縄に生まれたという三重の不幸を背負っているものと称しても過言ではないであろう。われわれは一日も早く沖縄が本土に復帰し日本国民として等しく医療保護を受けられる日の来ることを心から願うものである。

終りに、この実態調査を企画し準備され、それを遂行された沖縄の関係各位の御努力に心から敬意と感謝を捧げるものである。

文 献

- 1) 平安常敏, 屋良澄夫, 仲宗根泰昭: 沖縄の精神衛生, 精神医学, 7; 734, 1965
- 2) 平安常敏, 立津政順, 東家暁, 高木元昭, 原田正純, 三村孝一: 島の住民における精神医学的問題, 第63回日本精神神経学会総会, 1966
- 3) 厚生省公衆衛生局: わが国における精神障害の現状, 1965
- 4) 岡庭武: 沖縄の精神衛生, 病院精神医学, 9, 1964
- 5) 岡庭武: 沖縄の私宅監置, 精神医学 7; 536, 1965
- 6) 中川四郎: 沖縄精神衛生実態調査専門調査医師団出張報告書, 1967
- 7) 鈴木淳: 沖縄の精神障害者対策, 1965
- 8) 鈴木淳: 沖縄の医療事情, 病院, 25;62, 1966
- 9) 鈴木淳: 沖縄の精神衛生事情, 精神医学, 7; 740, 1965
- 10) 中川四郎他: 精神障害者の発見活動における公衆衛生関係者の認識と態度——沖縄における疫学的調査の経験から——, 精神医学, 11; 147, 1969
- 11) 琉球政府厚生局: 1966年精神衛生実態調査報告書, 1969

沖繩の精神衛生

鈴木 淳*

上与那原 朝常**

沖繩の精神衛生事情についてはいままでに数多くの名著が刊行されている。それにもかかわらず本文をしたためたのは、1966年に施行された精神障害者実態調査の背景をより明らかにするという目的であって、琉球政府厚生局の調査結果の報告を読む場合の参考となれば幸である。

1. ま え が き

鹿児島から台湾の間の東支那海に、弓状の孤線をなして点在する島々が琉球列島である。この列島のうち、東径128°以西、北緯27°以南の大小140あまりの島々が米国の統治下にあり、‘沖繩’とよばれている。沖繩の最北端から最南端までは、東京から岡山までの距離以上で、その総面積は2,388.2km²、大阪府とほぼ同じである。年較差11度、年間平均気温は22度前後という亜熱帯気候はデイゴ、ガジュマル、ソテツなどの樹木を繁茂させるが、珊瑚礁からなる土壤は農産物に対する地力が弱く、経営規模50アール未満が全農家の72%も占め、生産性が低い。数種の熱帯換金作物が栽培可能であっても、熱帯に比べると低温のためコスト高となる。マグロ、カツオの延縄、一本釣沿岸漁業があるが、漁船や装備の貧弱さのため、一人当りの生産高は限られている。したがって第1次主要産業の育成や民力の豊饒さは期待しにくい。このことは伝染病対策にも影響し、たとえば昭和6年8月の調査によると、首邑那覇市14,303世帯の18.3%にあたる2,623世帯に蚊帳がなく、鄙村にいたっては全戸数の%以上に蚊を防ぐすべがなかった。

昔から、沖繩には進取の気風がつよく、中国や南洋との交易がなされ、明治5年沖繩県と改められてからも、ハワイ、南米移民が最大関心事のひとつとなり、昭和13年までにその数は7万3千に達していた。

2. 戦 前 の 医 療

a. 衛 生 状 況

昭和元年、沖繩には100床の公立1、私立7、計8病院があり、病院数を人口10万対でみると、全国平均は3.0、沖繩は1.4であった。これら病院の病床合計は452床あり、人口10万対では

* 国立下総療養所、厚生省病院管理研究所

** 琉球精神病院長

全国平均は107.0床、沖縄は81.5床であった。沖縄の病院施設数は全国の $\frac{1}{2}$ 以下、病院病床数では全国の8割であった。その後の16年間に私立病院が17施設増加したが、全国平均との格差は、第2次大戦直前にいたっても依然として是正されず、昭和16年の人口10万対病院施設数は全国9.05、沖縄8.3、おなじく病院病床数は全国149.1床、沖縄106.3床であった。施設数はかなり全国平均に近づいたけれども、病床数では逆に全国との差がひらき、最大規模の公立病院ですら136床、病院と称する私立施設の平均病床は19床で、今日での有床診療所のみであった。(第1表)

第1表 病院病床数の比較

	昭和元年(1926)		昭和16年(1941)	
	全国	沖縄	全国	沖縄
公立	7,805	100	13,121	136
私立	56,356	352	94,912	475
計	64,161	452	108,033	611
人口10万対	107.0	81.5	149.1	106.3

昭和13年の人口1万対の医師数では、沖縄は全国第47位の最下位であり、戦前沖縄在住の医師実数が最多となった昭和16年でさえも、人口1万対で医師数は全国平均7.3人であるのに、沖縄は2.94人であった。同年の歯科医数は全国平均の6割、薬剤師は1割にみたなく、看護婦数は4%であり、産婆だけが全国平均なみであった。(第2表)

第2表 昭和16年の人口1万人につき
医療従事者数

職 種 区域	医 師	歯 科 医 師	薬 劑 師	産 婆	看 護 婦
全国平均	7.30	2.91	4.36	3.97	20.29
沖 繩	2.97	1.88	0.38	3.82	0.88

これらの少数の医療職員は都会に集中し、昭和13年では、医師1人あたりの人口は首邑那覇では1,234人、宜野湾1,369人、宮古15,864人で、沖縄2市4町50村のうち、18ヶ村は医師不在であった。このため、衛生行政当局者は“住民は法定の種痘を受け得ざることは勿論、病苦に泣き、医に渴しつつも、医療の恵沢に浴すること能はず、拱手徒らに死を俟つの惨状にして、人道上看過しえざる状態である”と述べている。¹⁾

亜熱帯気候、上下水道の不備、医療職員の不足は伝染病の蔓延となる。腸チフスの発生率は人口1万対6.36で全国第1位、フィラリヤの浸淫度も第1位であるし、昭和6年の Dengue 熱の流行は15万余の罹患者を数えた。癲病者は昭和5年902名、同10年1000名で全国最高位を占め、届出された性病患者数は第5位、寄生虫保有者数も高位であった。昭和元年の結核死亡は人口1万対で全国18.7、沖縄23.1、昭和10年で全国19.1、沖縄23.4であった。

これらの数は把握された数のみの比較であって、潜在患者または未届数は相当数に達していたことが想像される。

b. 精神病者

明治33年制定の“精神病者監護法”は沖縄にも当然適用され、その数は県庁を通じて内務省に報告せられていた。届出は処遇別、つまり“監置者”数と、“非監置者”数とにわかれていた。監置者とは、主として他人への迷惑行為を防ぐために、親、同胞、血縁者、または市長村長によって座敷牢または母屋と離れた牢に閉じ込められ、行動の自由を束縛されている者である。監置を強制した主体者別にみると、市長村長による精神病者の隔離・監置数は、昭和元年でも、昭和15年でも、1名のみで、他は血縁者によって監置されていた。非監置者とは、行動の束縛はないが、何等かの危険の可能性ありと周囲や官辺筋によって判断された精神病者である。

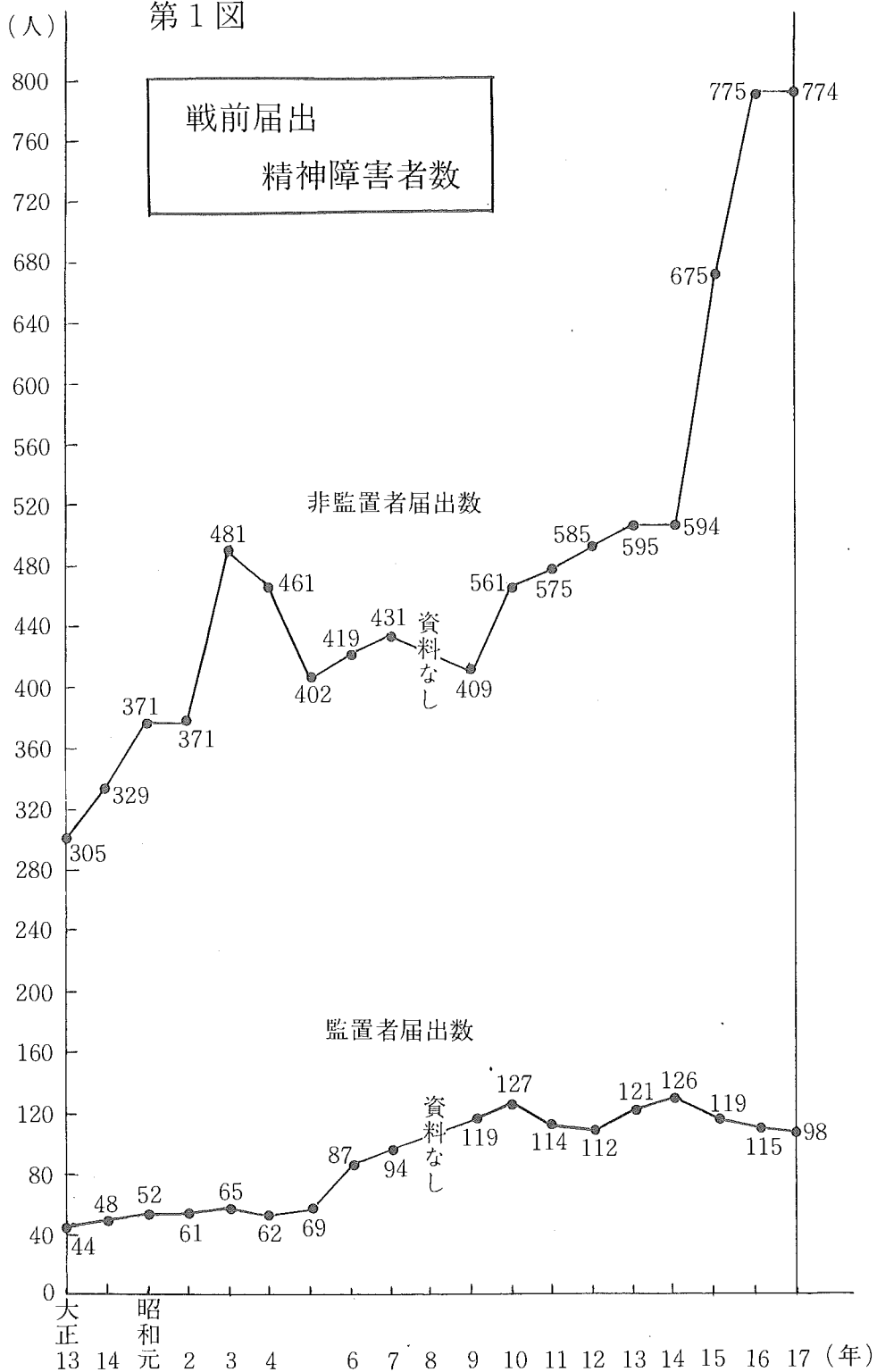
両者の届出数は大正年間より毎年増加し、昭和元年には監置者数52名、非監置者数358名、計410名が数えられ、毎年ほぼ30名の届出数が増加し、昭和13年には、前者が595名、後者が121名、計716名にのぼり、昭和16年には非監置者775名と監置者115名、計890名の届出数が報告されている。これ以後の報告は今次大戦のために数値にいくつかの複雑な因子が混入したり、また、情報蒐集が不可能であった。²⁾(第1図)

人口10万対で全国平均と比較すると、昭和元年沖縄は73.9で全国99.8より低かったが、昭和15年では全国124.5に対して沖縄は131.2で、逆転していることが注目される。届出にいたる情報蒐集の諸段階には医学的素養のうすい人々が関与しており、届出の趣旨も治安を主眼としていたから、警察行政の浸透度と関係者の判断の如何で、潜在者の顕化度が強まったものと推定される。このことを如実にあらわすのは、各市町村毎の人口1000対の届出比率である。地域構造がほぼ同等であると判断される町村の間に大差がみられ、はなはだしいのは1名も届出されない村もある。(第3表)

しかし、他方、情報蒐集者の差異よりも近似を強調し、市町村別の精神病者の人口比をかなり素直に認めようとする論説もある。事実、この論評を信じて糸満町での精神障害者実態調査に着手した日本軍医があるというが、その詳細は審かではない。

いずれにせよ、昭和16年890名の精神病者が届出られ、これ以外にも身体的症状を前景にもつ精神疾患、穏和な精神障害が相当数未届のまま潜在したことが推定される。だが、これらの患者数に対して、県立精神病院も、代用病院もなく、精神病床は1床もなかった。隣県鹿兒島では、昭和3年35床、昭和8年150床、昭和17年242床と精神病床がふえ、精神病院が3施設あったことは注目すべき格差である。

第1図



第3表 精神病者調 昭和13年4月現在（沖縄県衛生課調査）

種別 市町村名	人 口	精神病 者 数	人口千人 に対し				
那 覇 市	65,208	131	2.08	中頭郡中 城 村	17,820	34	1.91
首 里 市	19,305	28	1.45	北 谷 村	15,580	23	1.48
島尾郡糸 満 町	7,522	33	4.39	読谷山村	16,405	9	0.55
村 小 禄 丁	10,850	8	0.74	越 来 村	8,481	10	1.17
豊見城村	9,704	17	1.76	美 里 村	16,653	11	0.66
真知志村	15,966	33	2.07	具志川村	17,064	15	0.88
大 里 村	13,607	26	1.92	勝 連 村	8,165	9	1.10
南風原村	9,114	4	0.43	与那域村	11,317	5	0.44
佐 敷 村	6,735	5	0.74	国頭郡名 護 町	13,914	26	1.88
知 念 村	5,131	3	0.54	恩 納 村	6,012	12	2.00
王 城 村	7,861	8	1.01	金 武 村	8,143	12	1.47
高 嶺 村	3,901	9	2.30	羽 地 村	11,251	16	1.43
兼 城 村	5,400	3	0.51	国 頭 村	10,460	10	0.95
東風平村	8,752	8	0.91	大宜味村	8,023	6	0.75
具志頭村	6,644	2	0.30	久 志 村	4,463	3	0.67
真 壁 村	4,472	5	1.17	栗 村	3,250	1	0.30
喜屋武村	2,271	3	1.32	本 部 村	21,963	30	1.36
摩文仁村	2,393	5	2.08	今帰仁村	12,689	21	1.65
渡嘉敷村	1,536	—	—	伊 江 村	6,725	5	0.74
座間味村	1,819	—	—	宮古郡平 良 町	26,132	9	0.34
粟 国 村	2,774	4	1.44	下 地 村	11,165	3	0.27
渡名喜村	1,159	5	3.31	城 辺 村	15,658	5	0.32
仲 里 村	7,832	11	1.40	伊良部村	9,009	2	0.22
具志川村	6,056	2	0.33	多良間村	3,757	1	0.26
伊平屋村	6,501	3	0.46	八重山郡石垣町	14,824	11	0.74
中頭郡西 原 村	10,427	14	1.34	大 浜 村	5,907	2	0.34
浦 添 村	2,369	15	1.32	竹 富 村	8,749	2	0.22
宜野湾村	13,346	9	0.68	与那国村	4,609	1	0.22
				總 計	592,494	688	1.16

戦前の沖縄県の一般衛生状態は全国最下位を上下し、病院数もすくなく、その上に小規模で、医療担当者も寡数で 890名以上の精神病患者は親戚縁者の手中にあって、医療とは無縁であった。

3. 戦後の進歩

昭和20年6月の戦争終了後より数年間、沖縄には戦傷者が満ち、伝染病が流行していた。昭和21年医療統制がしかれ、生存医師は8の診療所、3つの病院の勤務を強制された。³⁾ 昭和23年の沖縄本島での年間傷病者数は外科系39,383人、内科系409,820人で、内科系はマラリヤ、下痢、トラコーマが主であり、八重山では住民4万人あまりのほとんどがマラリヤに罹患し、その延患者数は16万を数え、22%の死亡率をしめした。昭和25年疾病量は半減し、疾病構造も平時の様相を呈し始めた。この頃より沖縄の精神医療の幕がひらく。

a. 宜野座精神病室

米国軍政担当者は米国本土のRegionalisationの構想を沖縄に適用し、医療機関の系列化を企図とし、Central Hospitalの機能を宜野座病院に付与するために、精神病室を設けた。これは既存の民家風の建物をベニヤ板で仕切り、6畳に3人ずつ収容し、便器持込みの定員20床の粗末な病室であった。設立されてみると、需要は無限に近く、超過収容を余儀なくされたが、米国製のインシュリンを治療に用い、年間14~5名の退院患者を数えていた。この時の主任医師が精神科専攻の島常雄氏(現島医院長)と、現琉球精神病院長の上与那原である。

収容施設がいかにも粗末であり、一般疾患に較べていかに病床規模が少くとも、さらに医療設備がいかにも貧しくても、戦前の状況に思いを馳せるとき、宜野座の精神病室は沖縄の精神医療史上画期的な出来事であった。

b. 政府立精神病院

1946年頃より一般病院から慢性特殊疾患の分離が叫ばれ、1948年沖縄本島の地理上の中央部たる金武村浜田に100床の結核療養所が設立され、その翌年3月、同じ療養所構内に米軍兵舎を改造した平家建ての定員50床の精神病棟が建設され、看護婦4人、無資格監護人4人、計8人が配属され、医療スタッフは宜野座から移動した。やがて入院希望者の殺倒、病棟設備の不備があつて、規模の拡大が必須となった。

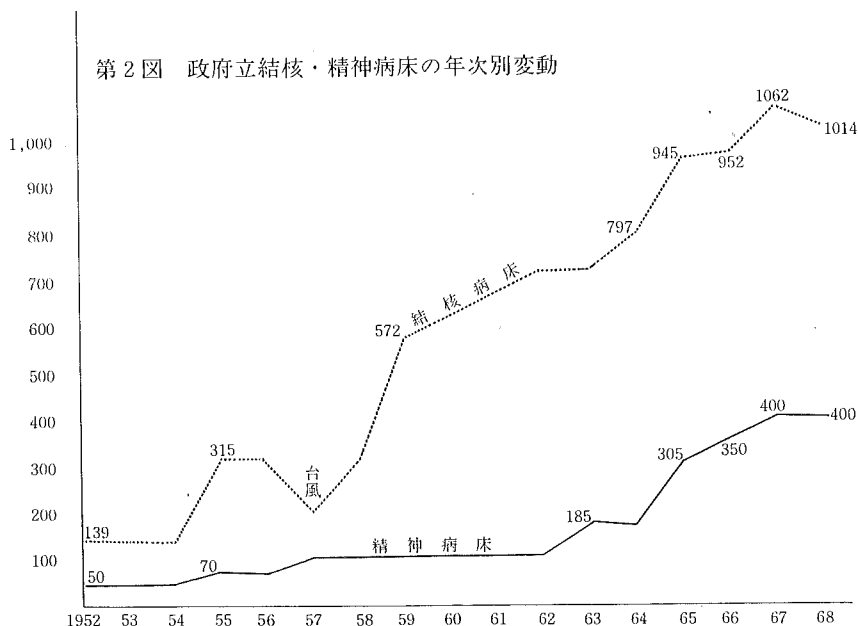
1954年6月、結核療養所の隣接地に、琉球政府立琉球精神病院が移転新築された。新病床の定床は70床、H型のブロックプランで、中央に管理室と診療室群、両翼に男女別の病棟があり、翼の一端には25床のナイチンゲール病室2室、他端に保護室10室が男女ごとに対照的に並列していた。まへの兵舎改造病室に比較すると建物は堅牢であるが、採光不十分、通風悪く、窓格子は頑丈で、レクや作業療法室はなく、陰うつな建物である。1957年増床されて105床となり、1963年40床1棟、1965年と1967年に増改築され、現在350床となり、レク・作業室、運動場、集会ホールと近代精神病院の形が一応整えられつつある。

しかし、結核療養所同居時代より独立施設に変貌した10年間の基礎づくりの期間に、病院管

理の最高責任者が9名も交替し、そのうち精神科経歴医師は1名であったので、診療の基礎が定まらず、管理の方針が不定であり、全体的構想が欠如していた。この影響は建築上にもあらわれ、ひいては運営的にも、機能的にも問題を今日まで残している。

琉球精神病院は1952年の50床から1967年の350床まで急速な発展をとげたが、同じ頃出発した結核病床に比較すると、その懸隔の大きさに驚かされる(第2図)⁴⁾⁵⁾ 1952年から67年までをみると、結核は毎年61床ずつ増床された結果となり、ついに1000床に達したのに、公立精神病床すなわち琉球精神病院の年間増加病床数は年平均20床であり、後述する財団立をかりに公的とみなして政府立に加算しても、年間36床と計算され、結核の $\frac{1}{2}$ である。

だが、巨視的にみれば、戦前ですら900名以上と推定された精神病患者に始めて医療の手をさしのべた宜野座の精神病室、その後の琉球精神病院の誕生は沖縄の精神障害者にとって一大福音であり、その病院の活動は精神衛生発展の大きな礎石となった。



c. 精神病床数の現況

政府立精神病院の活動、1951年医療関係法の成立、医療統制の解除と自由開業の認可。これら一連の動きは私立、法人立の精神科診療施設の開設をうながした。

琉球精神病院島初代院長は1953年に那覇近郊豊見城村に定床15名の有床精神科診療所をひらき、1958年には松沢病院での研修後の田頭政佐氏が那覇市内に20名定員の医院を、同年6月には第8代琉球精神病院長田崎邦男氏が那覇市内に10床の医院を、1959年には平良賀計氏が定員100名の天久石医院を開設した。これらの医院は発足当初有床診療所なみの小規模軽装備の施設であったが、開設以前の予想に反して、診療希望者がおし寄せ、要入院患者が多く、各医院ともに病床規模をまし、あるところでは同一敷地に病棟を増築し、ある者は他に敷地を求めて

病棟を新築し、幾何級数的に大規模化してきた。

1958年12月本土の南方同胞援護会と郵政省の年賀葉書寄付金配分をもとにして、沖縄精神障害者援護協会（3年後に財団法人沖縄精神衛生協会と改称）が設立し、61年4月に那覇市隣接の南風原村に定員100床の精和病院が建てられ、政府立精神病院副院長平安常敏氏が初代院長に就任した。

これらの医療機関のうち、“病院”として認められるのは財団立の精和病院のみである。法的に最優先される布令第34号（1951年1月19日発）によって、病院の資格要件として①30床以上②3名以上の医師③24時間サービス④救急診療⑤公認看護婦の勤務⑥オープン制の採用が定められていたので、1項目でも欠如すると病院を呼称できず、医院の枠内にとどまっていた。この状態は本実態調査時まで続いていたが、その後本土とはほぼ同じ内容をもつ医療法が公布され、布令は廃止された。

したがって、入退院の届出の義務も各施設は負わず、行政当局は公的扶助患者の動静によって病院活動を推察するのみであったので、在院患者数の経年的推移とその内容は審かにできなかった。しかし、増改築の届出はなされているので、その数を集計すると、1968年2月末には沖縄の精神病床全数は1299床に達している。医療施設ごとに見ると、政府立琉球精神病院350床、精和病院240床、田頭医院120床、天久台医院220床、田崎医院140床、島医院53床、平安医院126床、これに一般病院たる政府立宮古病院併設精神病床50床がくわわる。これらを経営主体別にみると、政府立30.8%、篤志立18.4%、個人立50.7%である。

宜野座病院の20床併設以来、ここ20年間に沖縄の精神病床は1,300床にまで増加した。しかし、沖縄の人口万対精神病床普及率は13.7であるのに、昭和43年末の全国平均は22.3である。最低県の静岡でも13.9で、類似県としてしばしば比較される鳥根県は23.9、鳥取24.1、香川25.8、高知35.8である。急速な増床とて、本土とくらべると格差が大きい。

施設の分布をみると、政府立病床をのぞき、そのいずれもが首邑那覇地区に集中し、政府所在地点を中心とした半径5kmの円環内に蟠集しており、住民の交通圏からみると、本島北部の名護と八重山群島が空白地帯となっている。

4. 精神衛生法

日本本土では昭和25年（1950年）5月に廃止された明治33年の精神病者監護法と大正8年の精神病院法が沖縄では1960年まで効力をもっていた。軍直接統治が変化し、琉球政府厚生局設置法が定められたのは1952年1月であり、その直後は環境衛生、検疫、伝染病、麻薬などの立法に忙殺され、医療職員関係法の立案に多忙であったからである。

精神衛生法は、結核予防法におくれること5ヶ年、1960年8月22日立法第102号として公布され、同年12月30日規則第163号で施行規則が定められた。

a. 法体制

沖縄の精神衛生法は本土の同法とほぼ酷似した内容をもっている。法文上、本土法の国と都道府県を琉球政府に、厚生大臣と知事を行政主席におきかえたただけであると言っても過言ではない。

しかし、本土より10年おくれて公布されたためか、本土の精神衛生法よりかなり前進した構想がみられる。それは精神障害者の概念規定であり、医療制限の欠如であり、医療保護まで含めた医療費用の政府支弁である。

①精神障害者の概念規定：本土法では精神病患者（中毒性精神病患者をふくむ）、精神薄弱および精神病質者を精神障害者というが、沖縄では“脳髄に中毒性その他の障害を伴う精神病的障害者、精神病的障害者、精神病質者、知的欠陥その他の知能障害者および疾病による行動障害”をさし、本土の精神障害者の概念よりもひろく規定している。

②治療制限の欠如：本土では治療上必要ないくつかの社会接触は公認されず、退院後の通院医療費負担は半ヶ年にかざられているが、沖縄では退院後の通院公費負担も条文上は無制約である。財政の裏づけがあり、効率的運用をすれば、無限の可能性がひそんでいると考えられる。

③医療費用：本土の精神衛生法では措置による入院以後の医療費を都道府県で支弁し、その $\frac{1}{2}$ を国が負担するが、沖縄では“入院に要する費用は政府の負担”となっており、法理論的には、入院に至るまでの経費、たとえば患者輸送費さえもふくまれうると解釈される。さらに沖縄の同法第45条では“保護義務者が精神障害者の医療および保護のために要する費用は政府が負担する”とうたっている。もちろん受益者一部負担の附帯項目がついているが、本条項によって、精神障害者の発見、通院加療、社会復帰までの一貫性の経済的裏づけが可能であると解釈され、もし充分なる財源があてられるならば、先進国の精神医療体系にいささかも遜色のない条文である。

沖縄の精神衛生法は上にのべたように本土の同法より秀れた3点をもっているが、同時に沖縄の地域性を特長づけている条項がある。それは保護拘束であり、措置患者入院拒否権であり、さらに入院医療費査定制度の欠如である。

④保護拘束：本土の精神衛生法改正によって本項は削除されたが、沖縄では第39条で“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、行政主席の許可を得て、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することができる”ことになっており、その期間は“2ヶ月”と定められているが、更新可能が実態である。

⑤措置入院の拒否権：本土では国・県立病院長または指定病院長は措置患者で満床以外は措置新入院患者を拒絶できない条項があるが、沖縄ではこの条文がない。したがって、理論上は、政府立でも指定病院でも、好ましくない患者を拒否しうる。これを補うために、琉球政府厚生局長と指定病院長との間に契約書がとりかわされている。

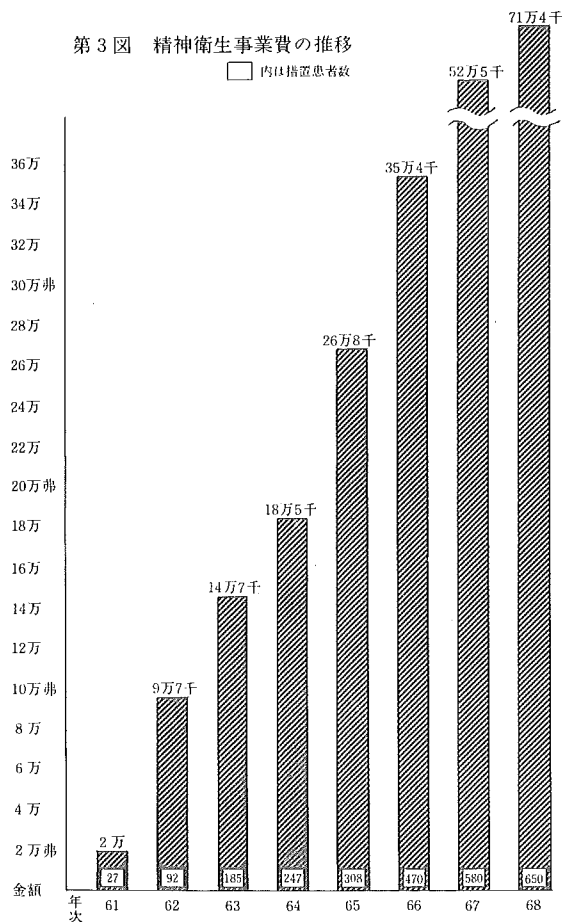
⑥医療費査定制度の欠如：入院および通院の医療費請求について、本土では社会保険診療報酬支払基金に依託しているが、沖縄では健康保険の発足後間もないので、1953年告示第4号(本土乙表の準用)に準拠して支払っている。ところが、請求された医療費や提供された入院サー

ビスの妥当性について監査する機関も制度も設けられていない。いな、それよりも、政府の金繰りや関係部局相互間の連絡不十分のため、支払いが延期されることさえあった。1967年10月より措置患者を対象とした精神科診療費審査委員会が設けられ、本項の欠点は消失した。

b. 実施状況

沖縄の精神衛生法はいくつかの地域の特殊性をもちながらも、本土の同法よりも前進した条項をもっている。しかし、法施行後の月日が浅く、財政基盤が弱く、マンパワーの開発もすくないので、施行面の事務も遅れ勝ちである。

①精神衛生事業費：精神衛生法公布以来、精神衛生事業費は1961年度約2万弗、63年度14万7千弗、66年度35万5千弗弱と毎年すばらしい伸長ぶりをしめし、7ヶ年間で17倍以上である。1964年度を100とすると、66年度は192と、ほぼ倍額に達している。琉球政府厚生局全予算のなかに占める精神衛生事業費の比率も、1964年の2.8%から、65年3.6%、66年4.0%と逐年増加している。措置患者数も、61年の27名から、66年の470名と17倍強である。⁶⁾ (第3図)



②保護拘束：精神衛生事業費は措置入院患者の医療費が大部分であるが、奇妙なことには1964年までは公立監置室設置補助費が毎年2千弗くみいれられ、各市町村はその補助費を獲得すべく懸命であった。精神衛生法が公布されても、当初は精神衛生費は少額で、措置患者数もごくごく限られた少人数であったから、各市町村はぞくぞくと発生する精神障害者の反社会的行動に悩み、公立監置室を切望したのである。

精神衛生法公布以前にも、精神病者監護法により、精神病者の情報は保健所でとらえられていた。⁷⁾ 1957年鹿大佐藤教授の調査によると、本島に893名、宮古76名、八重山30名、計999名の精神障害者が登録せられ、そのうち監置者209名、入院患者76名で、監置室の多くは床面積1坪未満、しかも長年月の監禁者を多数診療したという。

1960年の精神衛生法公布後、保護義務者によって、保健所経由し、政府に届出された保護拘束数は、本島南部23人、中部32人、北部38人、宮古4人、八重山6人の計103人であった。その後、いく人かは何らかの方策で入院し、ある者は死亡し、1964年2月現在政府担当係の文書調査によると、保護拘束者数は男30、女11と計41名が知られていたが、同年春の琉球精神病院の新垣(亮)博士(現久留米大講師)と日本政府派遣専門医岡庭博士(国立武蔵療養所)の2人が各地区を巡回診断にまわったところ、58名の保護拘束者を診ている。⁸⁾ そのうち、41名は申請はしたが放置されているもので、17名は巡回時始めて明らかになった監禁者である。この時の惨状は筆舌につくし難いものがあり、佐藤教授の例におとらず、無治療のまま40年近くも土牢に近いところに監禁されている例が報告されている。⁹⁾

この巡回相談や診断に洩れている例も後日あきらかになってきた。1965年以降の精神衛生協会の巡回診療、村医からの情報、精神衛生思想に啓蒙された人々の知らせから、監禁例が見出され、政府立精神病院所在村でも3例、本島と至近距離にある伊江島では8例、宮古・八重山ではそれぞれ5～6例知られている。

1965年頃までは保健所担当職員の間にも精神衛生の知識が乏しく、市町村吏員のほとんどは無関心であり、たとえ精神衛生法の知識があっても、申請手続きが調査・鑑定、さらに措置に直結しないので、申請そのものを断念している。1965年末には申請し、調査の段階まで経たが、措置の枠がなく、鑑定を延期していたところ、亢奮はなはだしく家人が未届で私宅監置し、やがて患者は監置室内で死亡したが、死亡後に鑑定通知が届いたという例もある。政府当局は予算額を増額し、現在の枠での優先順位をつけて私宅監置の消失に努めているが、既知の多数例、あらたな発生の前に苦慮している。

③反社会的行為：保護拘束されない患者は街を徘徊する。1965年頃ほどの町村を訪ねても必ず1～2名の浮浪精神障害者を認めたものである。ときには妄想、幻聴で通行中の未知の人を傷つけ、妻子を刺傷することもある。ある母親は精神障害者の息子の前途を憂えて火達磨自殺をとげたこともある。航空機密航、長男絞首、実子拘束、幼児殺傷など、月に1～2件新聞に精神障害者の記事がのる。

警察局の調査では、¹⁰⁾ 1960年の傷害殺人事件総数4,070件の2.01%の82件が精神障害者によっ

てなされ、1961年には 3,915件のうち72件が、62年には 4,848件の1.67%にあたる81件が、63年には98件が、64年には 5,670総件数の1.57%たる89件が精神障害者であると断じている。精神障害者であるという認定は精神医学に無縁な人々によってなされ、あきらかに精神異常と断じうる例数のみである。もし精神科医が関与したら、さらに比率がたかまるものと推定される。

④申請・通報・報告：精神障害者またはその疑いのある者について、一般住民は申請でき、警察官は通報し、検察官と矯正施設長は報告することになっている。これらの数は第4表に示すように年毎にふえて、1960年の年間45件が61年では6～7倍となり、63年には 400件台に達し、66年には 576件に達している。66年までの合計は 2,488件におよぶ。

これら激増する申請に対して4名（うち1名休職、1名組合専従）の本庁職員しかいないので、つぎの段階の調査でゆきづまってしまう。申請者個々に実情をしらべるのはまづ困難であり、たとえ調査したとしても申請患者はほぼ同じ程度の激しい症状があり、もしそれに甲乙の順序をつけなくても、家庭環境や予測される事態はほぼ同じであるので、困惑の極に達する。予算患者数が無制限であれば機械的処理ですむけれども、限られた枠の中で社会不安を惹起させない手段を見出さなければならない。その上、精神科医が少ないために、鑑定医を依頼することも一苦勞である。

一旦鑑定に通ればほとんどすべての患者は措置該当となる。第4表の措置数は鑑定数と解してよい。各患者はそれほどひとしく反社会的行動があり、自傷他害のおそれのある状態である。したがって、申請数と措置数（鑑定数）が問題となる。申請・通報・報告全数に対する鑑定数の比率をみると、1961年は21.5%、63年35.9%、64年36.9%、65年33.2%であり、50%には遙かにおよばない。このような状態では、精神衛生法の効果は地域住民に密着していないとも言う。

第4表 申請・通報・報告数と措置数

種別 年次	申請 数	通報 数	報告 数	計	措 置 数
1960	41	4	0	45	
1961	269	52	9	330	71
1962	276	80	17	373	91
1963	268	112	21	401	144
1964	240	79	14	333	123
1965	367	81	27	475	158
1966	506	54	16	576	120
1967	660	84	11	655	126
1968	696	109	18	696	478

⑤生保患者：精神衛生法の措置をうけられなければ生活保護法の医療扶助に頼ることになる。沖縄の同法受給規準は1964年27弗28⁵/₁₀₀で本土より低く、受給世帯対人口比は本土の1.9倍である。同年3月受給世帯数は8,888で、精神病院入院中の者は35人であり、同一世帯で精神病患者を含む世帯は484であった。

精神障害者が発生したために、生活に困窮した例が多数みられるのである。しかし、上述の数字がしめすように、生活保護法に頼って精神科の医療をうけることはまことに狭き門である。

⑥地域扶助：監禁例の惨めさに住民が気づき、患者家族の苦しみに同情し、精神衛生法や生活保護法を頼るまでの相当期間を地域社会が相互に扶助しあう制度がうまれている。1963年秋、人口13,118人の勝連村会議は緊急問題のひとつに精神障害者対策をとりあげ、全部落をあげて、過去の偏見をすて去って、精神障害者のリストをつくった。その結果、1963年12月49人、翌年58人の精神障害者を数え、村議会は通院治療のための交通費として1人3弗総額20弗以内、入院費として1人1ヶ月60弗4人分240弗の支出を決めた。総額としては僅少であるが、住民に直接つながる村為政者が苦しい村財政のなかから精神障害者の当面の治療費支出を決めたのは特筆に価することであり、沖縄の精神衛生の現状を象徴化している事実とおもわれる。

C. 病院医療

住民の大多数は公的扶助に救いを求める前に自力にて那覇の専門施設を訪づれ、できれば通院治療、いたしかたなければ入院をと望むが、長期にわたる時は外来診療も入院継続も断念し、自己防衛手段をとり、患者の恣意に任せるか、監置するかのいずれかを選ぶ。

①外来：精神科施設はどの病院でも外来患者数が多い。有床診療所から発展したためかと想像されるが、そればかりでなく、実際は医療費支払いなどの理由で、医学的要入院患者が外来診療をのぞむからである。病院活動報告が義務づけられていないので、私立医院の外来数は正確には把握されていないが、1日平均30～100人と推定できる。

政府立精神病院は外来も入院も一切診療費を徴収しないので、那覇の各施設を遍歴した患者や貧困階層の障害者がそれこそ文字通り蝟集し、ついには薬品費の予算を超過する。だが、追加予算が難渋するので、外来診療日を隔日（月水金）にし、新患を1日10人内に制限している。けれども新患は再来数増加となる。中途脱落患者数よりも、継続来院者が遙かに上廻り、外来日には沖縄本島の各地から家族同伴で来院するので、待合室も診療室も溢れ、戦場のような騒乱となる。本土の外来には比較的穏和ないわゆる *petit psychose* があつまるが、沖縄は反社会的行為が連続したままの外来通院なので、警察官同伴の手錠をはめた患者や、四肢を緊縛された亢奮患者が来診する。外来日1日当りの平均外来患者は100名にも達する。この結果、自動的に通院1回あたりの調剤日数が延長され、¹¹⁾¹²⁾ 1964年夏では平均3週間あまり、最近では4週間にも達する。¹³⁾

②入院：1957年佐藤教授第1回訪沖時には85の精神病床に対し75名の在院者があったが、1964年には802床に1,000名以上の在院者が推定された。政府立をのぞき、各施設とも超過入院し、150%は珍らしくなく、なかには210%にも及んでいた。前述したように私立は“医院”で

あり、病院サービスと患者報告は義務づけられていなかったからである。精神衛生法による入退院届出は義務であるはずであるが、励行されていなかった。しかし、本土とおなじ医療法が公布されはじめていたので、近々変化がおこると予想される。

入院患者のほとんどは精神分裂病である。1968年12月までの措置患者1415名の病類別（琉球政府厚生局予防課集計）では、分裂病81%，てんかん性精神病4.3%，神経症3.2%，酒精中毒2.1%，精神薄弱1.3%で、残りの疾患はすべて1%以下である。65年11月の精和病院では281名の入院患者のうち、分裂病81.5%，てんかん6.0%，脳動脈硬化症3.8%，躁うつ病2.1%が主な疾患であって、琉球精神病院では分裂病78.0%，退行期精神病6.9%，躁うつ病4.0%，酒精中毒2.3%が主要疾患である。この傾向は私立でも大同小異であるという。

診療費一切無料の政府立をのぞき、他の施設では入院期間が比較的短く、病床回転率が本土よりも早い。精和病院開設当初から1964年2月までの退院者416名の平均在院期間は男子4.5ヶ月、女子3.9ヶ月であるが、経済的困難の理由で退院を余儀なくさせられる例が21%に達している。しかし病状上継続入院が不可欠な例もあり、精和病院は弁済見込のない医療債務を年間1万4千弗も負っている。このことは病院経営上に問題を残す。私立でも自費患者の1～2割は定められた医療費を支払わないという。

③医師数：第5表でしめしたように入院定床150名に対して医師1人という割合であり、最多数の琉球精神病院であっても派遣医師をのぞくと、院長、医務課長、医員の3名の構成とな

第5表 施設状況

1968年12月末現在

		病床数	入院患者数	措置	生保	報告医師数	備考
政府立	琉球	350	322	308	14	6	派遣医師2名をふくむ
"	宮古	50	52	34	17	1	
財団立	精和	240	258	150	46	5	派遣医師1名をふくむ
私立	田頭	120	172	107	50	3	非専門医とパートをふくむことあり。
"	田崎	140	232	131	42	3	
"	天久台	220	230	137	42	3	
"	島	53	30	20	0	1	
"	平安	126	119	67	46	2	
計		1,299	1,415	954	257	24	派遣医師3名をふくむ

り、同じく5名をかかえる精和病院でも実情は政府立と同様である。医師1人あたりの入院患者数が多く、その上に殺倒する外来患者があり、医師の労働量は必然的に大きくなる。しかし、医師の身体的精神的諸条件には限界があり、どうしてもより容易な道をえらび易い。

5. お わ り に

沖縄は2重の意味で特殊な状態にある。戦前900名以上の患者が推定されていたにも関わらず1人の精神科医もなく1床の精神病床もなかった。戦後の出発は輝やかなしい夢を秘めていたが、何故かその発展は遅々とし、地域住民は私宅監置を余儀なくさせられていた。

結核患者の本土療養が開始されてから、やっと精神障害者の救済が日程にのぼり、措置入院費の増額、精神病床の増床、精神衛生担当者の任命、申請事務の正常化、浮浪者の保護、入院優先度の検討、診療費審査会の設置などがなされ、活発な活動を始めようとしている。

このような動きとともに昔日の暗い影は失われつつあるが、それでも本土平均の $\frac{1}{2}$ の病床と90万余の人口に10指前後の精神科医では、本土との格差を急速に埋めることはむづかしい。沖縄の産業形態と規模から精神科医療に投ぜられる資源には限度があり、これらを考慮すると、格差是正の時期は遠のくような気もする。しかし、医療を求める精神障害者の姿は巷に溢れている。

沖縄の精神衛生関係者のたゆまない情熱とあたらしい概念の樹立こそが解決の曙光であろうが、亜熱帯の太陽はあまりにも強烈すぎる。この実態調査を契機として、江湖の恵沢を望蜀している。

文 献

- 1) 沖縄県衛生課：沖縄県衛生状態概要，昭和13年（琉球政府医事課所蔵）。
- 2) 金城清松，長田紀秀：沖縄県衛生統計年報，昭和38年，球陽堂，沖縄。
- 3) 沖縄群島厚生部：衛生統計，1950。（琉球政府厚生局所蔵）
- 4) 琉球政府厚生局公衆衛生課：衛生統計年報，1962．1963。
- 5) 琉球政府厚生局：厚生白書，社会福祉事業十周年記念号，1963。
- 6) 琉球政府厚生局予防課：精神衛生概況，1966。
- 7) 佐藤幹正：琉球地方における精神病患者処遇状況の変遷とその回顧，九州神経精神医学，第13巻第3～4号，430，昭和42年。
- 8) 岡庭武：沖縄の精神衛生，病院精神医学，第9集，125，1964。
- 9) 岡庭武：沖縄の私宅監置，精神医学7—6，48，1965。
- 10) 琉球政府警察局：琉球警察統計書，1964。

- 11) 鈴木淳：沖縄の精神衛生事情，精神医学 7—8， 740， 1965.
- 12) 鈴木淳：沖縄の医療事情，病院25巻 5号， 62， 昭和41年.
- 13) 新垣元武：沖縄の精神衛生事情について，九州神経精神医学， 第13巻第 3～4号， 436， 昭和42年.
- 14) 平安常敏：沖縄における精神衛生の現状と問題点，精神医学， 7—8， 734， 1965.
- 15) 寺島正吾， 松尾精介， 三ヶ尻健一：国頭村奥間における精神障害者に対する態度調査報告，精神衛生第54， 第55号， 沖縄精神衛生協会， 1966.

なお文中に引用しなかったが参考にした文献はつぎのとおりである。

琉球政府発行の琉球要覧， 第 6 回琉球統計年鑑（1963）， 1960年国勢調査人口篇（1964）， 衛生統計年報（1962）， 病院年報（1964）， 厚生白書（1963）， 琉球のあゆみ（各号）， 沖縄タイムズ刊行の各年度の沖縄年鑑.

総理府保管の第 2 次沖縄調査団報告書（昭和37年）， 昭和39年の百井報告書， その他各専門医作製の報告書.

政府立各病院および精和病院概況書と沖縄精神衛生協会発行の精神衛生各号.

齊藤茂太：沖縄の精神衛生，精神医学， 4， 593， 1962.

直江敏郎：沖縄医療界の現状と 2～3 の問題，日本医事新報， No2115.

フランスにおける精神障害者総合対策の 地域組織化について

高橋 宏*
斎藤 和子**

精神障害者の救済・医療を、精神医学を専攻した専門医が主として精神病院の中だけで行うのではなく、他の機関・施設や精神医学と密接な関連をもつ領域の専門家と共に協力して、一貫した総合的な活動を行おうとするのは、近年、殊に今次大戦後に各国に見られる著しい動きである。フランスもこのような考えから精神科医療の組織の再編成を意図し実行しつつある国の一つである。

しかしその実状はまだ我国には十分知られているとはいえないので、われわれが実際に見聞したことと各種の資料からこの国の事情を概略紹介してみたい。

1. 改革の大方針

フランスの新しい精神科医療組織は、1960年3月15日の公衆保健人口省の通達によって正式に発足した。この通達は新しい医療の基本原理を述べている点で重要である。すなわち、

「今後精神病者の入院治療は、治療初期の1段階であるに止まり、その後は予防とアフターケア機関で継続されてゆくべきものである。……そのしくみは、まず根本的には県をいくつかの地理的区域に分け、その中に同じ形式の社会医学班が、男女すべての患者のために、早期発見から、可能な場合の非入院治療、入院治療、そして最後のアフターケアの指導まで、その診療の一貫性を確保する。」

こうして全国的な精神科医療の組織化が開始されて既に8年になるのであって、批判もないではないが、検討、修正を加えつつほぼ完成に達しているはずである。

フランスがこうした大規模で根本的な変革を決定して直ちに実行に移ったことは、単に思いつきや他国の状況に影響された衝動的なものではなかった。従来の公立精神病院の機構の欠陥を修正しながらも、精神医学診療の基本条件を保持するという姿勢をとっているのである。つまり、精神科の診療は基礎的には1人の医師と1人の患者との人間関係にあるわけで、精神科の領域で集団的な診療を行なおうとするときには、個々の精神療法的関係と、活動を効果的にする公衆衛生の機構との間には矛盾が存在することになる。

フランスの精神科診療の再組織計画は、この矛盾した要求を考慮に入れて、現存する機構を、

* 国立精神衛生研究所精神身体病理部長

** 同上 優生部

独創的なものに変貌充実させる立場に立った。1960年3月15日の通達がその答案であったわけで、その中に5つの注目すべき問題を含んでいる。

- i) 予防とアフターケアのための機関。
- ii) 精神病院の変革。
- iii) 全国の地区別診療。
- iv) 一定の診療班（社会医学班）の設置。
- v) 病気の発見からアフターケアまでの一貫した診療組織。

次にこれらの各々について、概略的に説明をしてみたい。

2. 精神衛生診療所（ディスパンスール）

精神障害者の発見と初期診療、さらにアフターケアを行う機関であって、「精神衛生ディスパンスール」と称されるものである。

精神衛生ディスパンスールは各県の公衆衛生部の業務として組織されており、県の保健部長の権限下にある。このディスパンスールの組織が正式に発足したのは、1955年5月20日の法令が公布されてからである。この法令では、ディスパンスールの経費は国がその平均8割を負担することを決めている。

精神衛生ディスパンスールは、精神障害者のために精神病院の外で行なう無償診療所であるが、この種の機能をもつ施設は、かなり古くからあった。フランスの精神衛生運動の始祖といわれるエドゥアル・ツールーズが、1918年ごろパリに外来診療専門のアンリ・ルーセル病院を開設し、その中に精神予防センターを設けたのである。やがて、ツールーズ提唱の趣旨にもとづいて、このディスパンスール網がセーヌ県全域にひろがり、患者の居住地での受診療が便利になったのである。

1937年にはボードアンがセーヌ・エ・マルヌ県にも6ヶ所の「都市ディスパンスール」を設立した。これらの実績を基にして、ロジェらは精神病予防計画を公共救済高等会議に提出した。これは1937年10月13日の通達で具体化される。すなわち「各県はその最も枢要の地に、精神衛生ディスパンスールを設けること」になったのである。

これはさらに1941年に、オイエルとアズマンによって、セーヌ県での地区診療開始へと発展することになったのである。

以上のような経過をたどって1955年に新発足した精神衛生ディスパンスールは、したがって既設の施設と方法が基礎となっているわけであるが、その目的とするところは、a)精神障害の早期発見とその経過追跡。これは精神病院への入院期間を短縮し、時には入院期間を全くなくすことを可能とするためである。b)精神病院を退院した患者のアフターケア。c)不規則になり易い治療の安定化（特にアルコール患者に対して）。（b）、cも結局は入院治療の短縮化を目指しているのである。）

ディスパンスールで診療活動をするのは、社会医学班とよばれる診療グループであるが、その構成や方法などは後で述べる。

3. 精神病院の充実と改革

精神障害者医療の新体系のポイントの1つは、精神病院のもつ意義の変化ということである。

フランスの精神病院の歴史は古く、16世紀に民間の慈善事業や宗教的組織の中で設立されたのが最初であったが、17世紀になって公権力の介入が始まり、施療院の中に精神病者のための場所を設けたり、専門の施設を設立したりした。また私立の施設も発展した。このような状況がしばらく続いて、精神病者救済の基本法、有名な1838年6月30日の法律が公布された当時には1つの国立病院（シャラントンの精神病院）と数ヶ所の自治精神病院と一般病院内の精神病棟はあったが、その他に公立の精神病院はなかった。

1838年の法律は各県に1つの精神病院を設置することを義務づけたのである。1961年現在で88県と海外にある領土とを含めて104の精神病院があるが、そのうち61がこの法律による県立病院であり、21の私立精神病院がいわゆる「公立精神病院の機能をもつ私立精神病院」として県と契約を結んでいる。これら公立精神病院はこの法律では癲狂院あるいは癲狂収容施設といった名称であったのが、1936年になって精神病院と正式に改称されたとはいえ、「社会に危険な患者を隔離し監視するための施設」という意識が残されていたことは否定できなかった。

1960年3月15日の通達は、精神病院に対するこのような意識を断ち切ることを明らかにした。そして精神病院は向精神薬などによる近代的治療にふさわしい機能をもつように改善されるとともに、シヴァドンのいうように、精神病院は「精神障害者とその適応障害の始った瞬間から、社会への復帰に向う径路の間に通過する一つの段階ではあっても、入院が不可欠なのではない」と考えられるようになったのである。

精神病院に入院するということは、それがより適当であると判定されたときにとられる手段である。そして入院が必要でないと考えられたときは、あるいは退院の後には、病院外の施設で治療が続けられるのである。

このような精神病院を一貫した総合的精神科医療体系の中に改変しようと決定した動機には、もうひとつ異った側面があった。精神病院は歴史的に2つの役割をかかえていた。精神障害者の救済・予防・社会再適応といった社会福祉的役割と、もう1つはいうまでもなく精神疾患の治療である。伝統的精神病院ではこの両者の役割が分離されずにある。このため、職員の仕事は幅狭し、医療の質は低下し、人間的な保護救済がなによりも大切な慢性病患者に対して、非人間的な扱いをするという結果をもたらしていた。この点からも精神科医療施設の機能分化が必要であった。

またフランスの精神病院の歴史的な性格として、設立されている位置はその地方の社会的経済的中心から地理的に隔離されざるを得なかった。このことはさらに精神病院の勤務者の社会的孤立という結果となり、自らが扱っている患者のように勤務者もまた社会から隔離されてい

たのであった。これがかれらの技術の質の低下をまねいていたといえる。

これが精神病院の扉を開いて、患者のみならず、勤務者にも社会生活との接触を回復したいという強い動機の1つになった。同時に精神病院から分離された精神障害者の救済施設の再組織に当っては、地理的配置に関しては完全な修正をほどこされねばならないと考えられたのである。

1952年に開始された最初の精神科医療整備5ヵ年計画は精神病院整備に重点をおかれ、病院外活動にはあまり関心を持たれなかった。しかし前項で述べたディスパンスールの新発足によって、病院外活動と精神病院の機能分化と一貫した総合的医療の中での役割を明確にし、あわせてアルコール中毒者対策の新しい方針を打ち出したのであった。

1955年5月20日の法令では次のように述べられている。

「精神障害者の増加と、精神病院の過密が著しいため、精神疾患の発生予防、早期発見、初期治療を最大限に進展させることが課題である。精神病院を退院した患者の指導は精神衛生診療所で行われるべきである。」

「アルコール中毒対策は新局面に入らねばならない。アルコール中毒者は治療し治癒することは可能であるが、そのためには早期発見を可能にし、解毒治療の後でも在宅継続治療の間でも、社会医学的指導を確保することが必要である。」

こうして新しい意識のもとに、既設精神病院の機能の充実化、必要な地区の新規開設が進行し、公衆保健省の発表によると、精神病院の整備予算は1964年には1958年の11倍になるという状況であった。

4. 地区別診療制度と社会医学班

1952年に、G.ドームゾンは、パリ市を中心としたセーヌ県で、入院治療のみによっている伝統的な精神障害者医療のあり方を批判して、セーヌ県を徴兵地区別に分割して診療単位とすることを提案した。そして翌1953年デュシェヌと共に、公衆衛生局の委員会にこの地区別診療制度の大原則を提議した。この提議の中に含まれたのが、地区毎に診療を担当する社会医学班の構想である。

セーヌ県を徴兵の地区分に従って、地理的人口統計学的に区分し、その中に1つづつ一定の組織をもつ診療班を置くというのである。しかし600万の人口をもつセーヌ県全体に、このような新しい機構を作ることは困難であって、この装備の実現まで何年も経過した。しかし、この原則に関心をもつ地方がこれを一足先に実行するということもあった。例えばフランス東南のサヴォア県であった。

しかし1957年にはセーヌ県でも地区診療組織が始まった。これは正式の制度化に先立つ実験的な組織であって、これを委託されたのは、ポームルであった。これが有名なパリ第13区のパイロット地区である。（後述）

パリ第13区の実験的地区診療が進められるに平行して、こうした組織に関する議論が各方面

で盛んに行われてきた。1958年セーヴルでの学会、1959年のフランス語圏国精神神経学会、1959年の公衆保健者の精神障害者対策委員会でも、この地区別精神衛生活動の機能的協同の問題は中心的議題であった。殊に後者では、ボナフェ、ドームゾン、エー、フーケ、ロジェ、ミニヨ、シヴァドンその他の著名な専門家が連名で、この制度の推進を主張した。こうして大勢は地区別精神衛生の協同的活動に向って進展を見た。この結果が1960年3月15日の通達となって実を結んだのである。

地区別の診療を組織化するに当って当然考慮しなければならないのは、その地区の大きさがどれくらいが適当かということと、診療を担当するものの構成をどうするかの問題である。前者については世界保健機構の意見として出されたものでは、人口6万7千人まで1つの診療単位ということであったが、フランスでは1診療班が精神衛生活動を受持つには人口5万人が適当であるという考えに落ちついた。

地区担当診療班として組織されるのは、社会医学班とよばれ、主任の精神科医1、ソーシャル・ワーカー1、看護婦1、心理学専門家1、医学的秘書1、オテス（ホステス）とよばれるもの1、精神療法家1を主な構成員とする。心理学専門家、精神療法家はパートタイマー、他の地区との兼任であることもある。この他に職業補導員、言語矯正家が加わることもある。また事情によっては主任医師の他に若手医師がアシスタントに加わっていることもある。

5. 精神科診療の機能的協同

フランスの精神科医療の再組織は、1人の医師と1人の患者の人間関係を維持する精神医学の立場と、精神障害者の集団の救済活動を効果的に行う公衆衛生の立場との、相互に矛盾した要求をどのように解決するかにあった。その解答が1960年3月15日の公衆保健省の通達となったのであることは先に述べた通りである。そして通達に盛られた重要なポイントを、それぞれそこに到る事情を説明してきた。

しかしこの通達で最も重要な点は、これらの診療機能をいかに協同的に働かせるかにあるのである。フランスでは精神病院内の仕事と病院外の治療とを密接な関連をもって行なうという考えはかなり古い時代の先覚によって持たれていたという。

19世紀の中頃、パルシャップは当時のドイツ精神医学に見られた、精神障害を相対立する概念で分類する考え方（急性・慢性、可治的・不治的、小精神的・狂的といった区別法）に激しく反対していて、患者の処遇のためには大きく3つの分類(*idiots, imbeciles, épileptiques*)をしたにとどまった。現在の地区別精神衛生活動も、根本的に同じ考え方に従っている。

その根拠は、ドイツ学派流の区別は人間にとって不名誉なものであるばかりでなく、臨床的観察の結果には次第に対応しなくなっていくことである。つまり同一の患者でも、その病気の経過に応じて、治療法には常に変化が要求されるということ。逆に、非常に症状の構造や経過の異った精神障害でも、同じ様式の救済方法が要望されることがあるという体験によるのである。

一貫した協同精神科医療機能の理念では、病院外における治療の諸機関は、相互に他の機関、殊に精神病院と分離すべきではない。施設を異にすれば医師もちがうという様式ではなく、医療機能の協同活動とは、これらの異った種類の機関、施設での治療の任に、同一の社会医学班が当るということでなければならないのである。一定地区内で精神衛生活動に従事する社会医学班という考え方は、精神障害の発生予防、治療、社会再適応に期待される要求に応える、合理的組織の基礎であり中心である。

精神障害者に対する治療と救済の両方の活動は長年精神病院だけで行われてきているが、精神疾患に対する治療法の進歩と、社会の要求に伴って、精神障害の治療や救済の方法は、多様に分化してきて、もはや従来のような形の精神病院では、こうした多様な目的に応じた機能を果たすことは困難となった。

こうした状況に即応した変革は、2つの観点から進められなければならない。1つは、精神病院がその活動範囲を拡大して、病院外の業務もできるようにする。もう一つは同一の診療班が精神医学的診療の問題を全体として担当し、精神病院はその仕事を遂行するための他の多くの手段の中の1つを行う場所であると考えることである。

精神科医療の総合的組織、機能的一貫性はこうして得られることになる。主任精神科医の下に構成された社会医学班が、一定地区内の精神医学的諸問題に直接当り、精神障害者の診療の最初から最後まで、早期発見から社会再適応後のアフターケアまでを一貫して、患者の居場所がどの施設に変わっても、常に責任がもてるようにした。

この方法によって得られる利益は、

(1) 患者が最初は高い水準の治療をうけていても、経過が長びくにつれて、低い水準の治療に転落するという危険が防げる。

(2) 各施設がそれぞれ専門化された機能に専心できる。

ということである。

しかし一方では、このような多様な、しかも非常に重要な仕事を、ただ1人の精神科医の責任で確実に行えるかという疑問に対しては、各施設、機関がそれぞれ常勤の医師を協力者としておくことによって解決されると考えている。

この活動形態が公的医療機関にだけ適用されるものであり、また診療の大きな部分を公立病院で行っているフランスであるから可能となるのかもしれない。私立の医療機関や開業医はこの組織から除外され、私的な精神医療活動を認められている。したがって逆にいえば、患者の側からは、地区診療組織に関係なく、好みの医師の診療を私的に受ける自由が残されてもいるのである。

6. パリ第13区の診療組織

前に述べたように、地区別の精神科診療組織の構造が、ド・メゾンらによって1952年公けにされたが、人口の多いセーヌ県では、直ちに具体化することが困難であった。

1957年、精神衛生及びアルコール中毒対策協会の主導によって、パリ市第13区（人口約17万）に精神衛生の為の地域総合診療組織を実現することになった。この活動の母体となったのは、1942年来セーヌ県で行われてきた児童の精神衛生相談、1953年から行われていた成人精神障害者に対する精神衛生相談のための施設、スタッフとその経験である。

活動は児童の神経精神医学、成人精神衛生およびアルコール中毒者診療の3つに分れている。児童の部門と成人、アルコール部門とは施設・職員とも別個に行われている。

パリ13区の活動の実績は1960年の精神科医療改革大方針の通達の基礎ともなったものであり、1962年以来毎年その活動の内容進展の様様を詳しい報告書にして公表していて、非常に重要なものであり、われわれにとって参考になる問題が多い。しかしここではその概略の紹介にとどめ、詳細は別の機会にゆずる。

(1) 児童の神経精神医学

小児精神科医のルボヴィチが主宰している。第13区を3地区に分け、1地区に1あるいは2診療班をもって、相談・診療に当たっている。

児童の精神衛生センターは、成人部門とはやや離れた公衆衛生センターの近代的高層ビルディングの中にあり、「アルフレッド・ビネー・センター」の名称でよばれている。ルボヴィチはこのセンターの中で主に活動しているチームを組織している。

児童の社会医学班には、児童精神医学専門のエード（補助婦）の他に、言語矯正士、書字矯正士（左利きの子のため）も加わっている。特殊な活動としては次のようなものがある。

児童デイ・ホスピタル

ロスチャイルド財団によって寄附されたもので、センターからやや離れた位置に建っている。常勤の職員は、医師3人、養護教員1、心理看護婦1、言語矯正士1、心理専門家1、事務員1、家政婦1。

非常勤者は、医長1（ルボヴィチ）、精神分析を専攻した精神科医1、精神療法家3、精神運動再教育家2。

年間約40人の男女の児童が治療をうけている。

木曜クラブ

学校が休みの木曜日その他休日に開いており、1965～1966年の1年には、9歳から16歳までの65人が参加し、復活祭のキャンプや、学校の勉強の学習、学習後の文化活動などを行っている。

精神療法的里親

厳密に選ばれた家庭（名のりを挙げたうち3分の2は拒否された）に子供を委託し、センターで精神療法、再教育を行なう。

(2) 成人の精神衛生

ボーメルが主宰している。児童の場合と同じように、全区を3つの地区に分け、それぞれに2つの社会医学班が配置されている。各班には精神科医（地区医という）とソーシャル・ワー

カー1, それに訪問看護婦1, 心理専門家1も加わっている。

成人精神障害者のための活動は数種あり, それぞれ異った場所で行っている。

作業の指導

職業再適応に際しての困難を処理する。

緊急治療サービス

緊急状態でしかも地区の病院に入院できないときの処理法。

自宅入院

正式入院の前に, 診療班によって自宅で行なう充実した治療。

という独自の活動を開発している他, 地区専門の精神病院(パリのリヨン駅から電車で約30分の郊外にある)での入院患者の治療を行なう。入院患者数男約180, 女約240。

デイ・ホスピタル

患者は分裂病, 神経症, アルコール中毒者が主で, 1966年には計68人が入っている。個人的治療, 集団的精神療法, 作業療法などが行われる。

再訓練作業場

職業の中断した患者に対する再訓練を目的とするが, 正式な職場補導ではなく, 治療的に行なうもので, 1週35時間作業を行なう。

高令者のデイケアセンター

社会復帰を目的としたもの, クラブ的活動。

精神衛生活動として行っているものには,

ポブラ・クラブ (ポブラは地名)

患者の社会性を目覚ますため, 職業生活の価値を評価させ, 正常生活への復帰を促進させる。

成人夜間講座

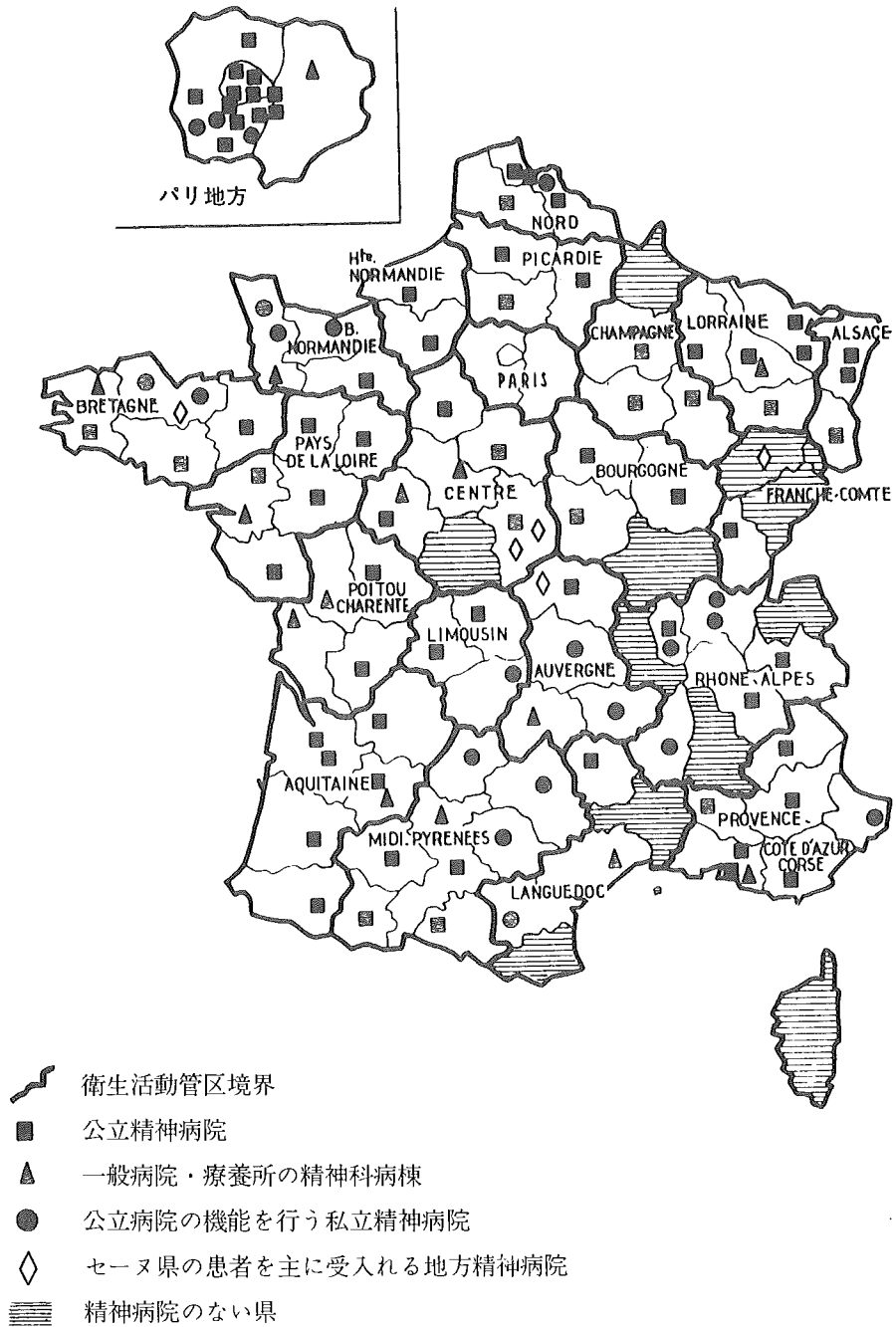
職業教育が中心で, 青少年向きものは児童センター(アルフレド・ビネー・センター)で行われている。

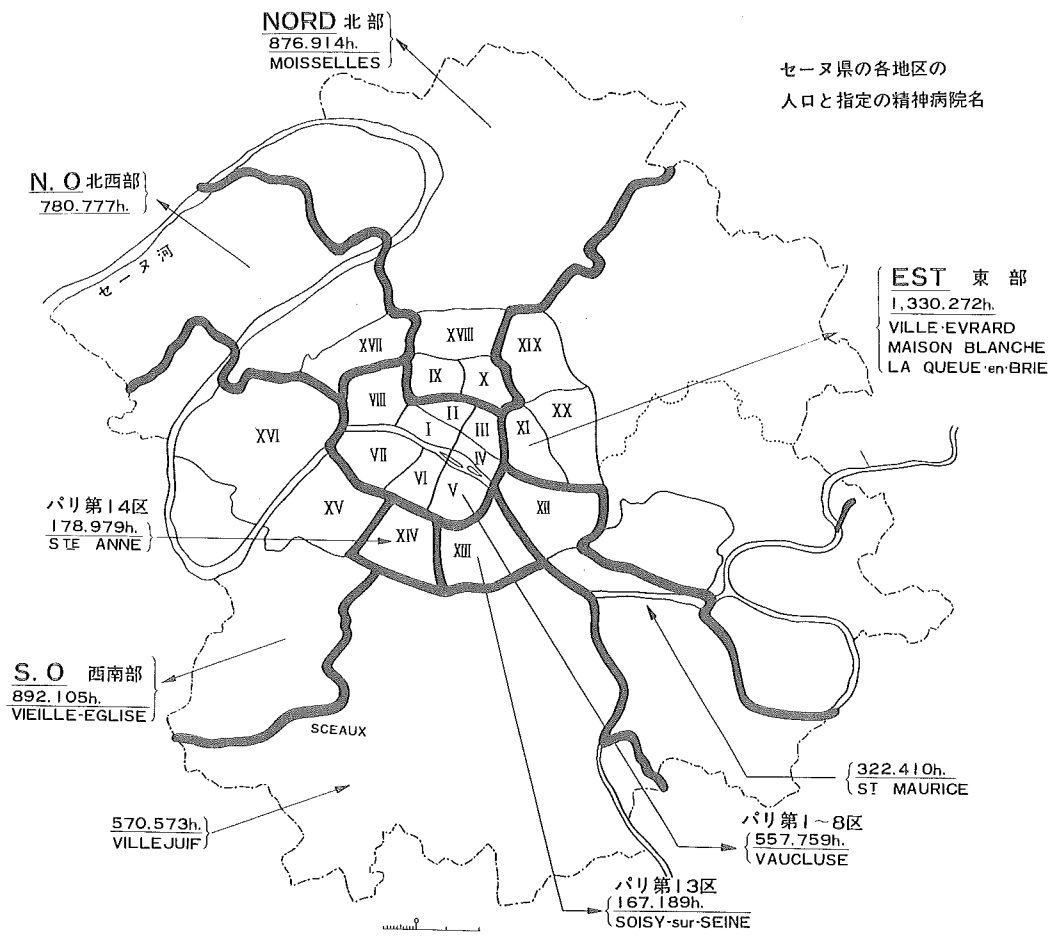
両親映画クラブ

映画の後に話し合いを行っており, 好評であるという。

こうして第13区の精神衛生活動は, 常に新しい活動の可能性を探求し, 効果を追究して, フランスの地区別精神科医療の組織の完成のためのパイロットの役を果たしているのである。

精神医学的施設の地方別分布 (1965年現在)





セーヌ県における
病院外診療組織の
区分と診療班の配置



凡例

- ① 1 コ班
- ② 2 コ班
- ③ 3 コ班
- ④ 4 コ班
- 精神病院

パリ第13区の生産人口 (25歳から65歳まで)

(1962)

男 48,610

女 38,380

計 87,000

(総人口 168,000)

精神衛生センター開設以来1965年3月31日までに作られた患者記録

2,405

そのうち6診療班で継続中の患者数

1,065

J. Cournot. 1965による

精神薄弱問題における諸発展の国際的概観¹⁾

ハーヴェイ・A・ステevens²⁾

リック・ヒーバー³⁾

ま え が き

本稿は世界の多数の国々における精神薄弱者対策のさまざまな側面について記述したものである。また、いくつかの国をえらび出して、そのサービスや対策の現状を述べ、それらの国における進展の障害となっているものの若干についても指摘を行なっている。情報はこの分野において指導的立場にあると知られている人々との個人的通信によって、また、その国ごとのサービスの詳細に関する包括的な質問紙に回答を求めることによって得られた。筆者らは、共通の問題の解決を助け合うために、国際的な協力が重要であることを強調したい。

ジョン・F・ケネディ大統領は1961年の教書において、精神薄弱に関する国家的な委員会の任命を発表し、国民に「この問題に対して総合的に、足並みをそろえて立ち向かおうではないか」と呼びかけた。このとき以来、合衆国においては一般的、科学的、また専門的な関心が高まり、精神薄弱に関するあらゆる種類のサービスの進展がみられたが、これはこの国の歴史上空前のことであった。この間、産業社会への歩みを進めている多くの国々においても、精神薄弱問題が国の発展を阻むものとして認識されるようになった。すでに高度に産業化した他の国々も、精神薄弱問題への関心という点で、わが国と同様の進展を示してきているのである。

「精神薄弱」(MENTAL RETARDATION)誌の本記事は、他の諸国におけるサービスと対策の現状を概観し、進展の障害となっているものについて論議することになっている。被調査国の「現状」報告は、筆者らの知る、精神薄弱研究の分野で国際的にも国内的にも専門家と認められている人々との通信の交換によって得られた。協力くださった方々の一覧表は本稿の末尾に添えてある。

被調査国の範囲は、各大陸全域にわたり、高度に産業化した国から農業的な後進国にまでおよんでいる。こうした非公式な通信交換によって得られた情報は、公的な政府機関によって提供される諸統計から抽出したものよりもずっと生き生きと率直なものであるように感ぜられた。各調査協力者には、その国における主要かつ重要な発展と、進展を阻んでいる障害とについて概観した論文の提出を求めた。その上さらに、各協力者には細部にわたる質問を含んだ広汎な質問紙への回答を求めた。それらの質問は次のような諸領域において、どのように独特なものがあるか、そして主要な問題点は何であるかをあきらかにしうるように作られていた。すなわち、(1)精神薄弱の概念と出現率、(2)収容施設および病院、(3)教育サービス、(4)社会復帰および

雇用サービス, (5)医学的診断と治療, (6)予防, (7)職員, (8)研究, (9)父母の会その他の非官製諸組織, 以上である。

回答者たちは、以上の諸領域のいくつかにおいて、現在まだ実現していないけれども国際的なレベルにおけるある程度の調整と協力が必要であると指摘している。たとえば、用語の基本的な問題である「精神薄弱」という表示にしてからが、多くのことなった文脈において用いられている。しかも、われわれが合衆国において一般的に、これが精神薄弱であるというとき、それはある全体的な状態をさす特殊な用語法なのであるが、そうしたことが度外視されると各国において精神薄弱の状態をきめる上でその基準が実際上奇妙なものとなってしまうこともある。多くの国々においては、合衆国における場合よりももっと用いられる用語の不統一がはなはだしいようである。精神薄弱を記述するためのカテゴリーや、それらのカテゴリーの表示が国ごとにちがひ、統一性に欠けていることも同様である。用語と概念について相当程度の統一性を確立することは、われわれ世界中の同学が、効果的なコミュニケーションをするために、まことに重要なことである。

精神薄弱をきめるための基準に大きな差異のあることを考えるならば、精神薄弱の出現率の査定に大変な幅が生じることはおどろくにあたらない。しかしながら、全国的な調査に基づいて出現率を査定し提示しうる国はほとんどないようであり、精神薄弱の数ある原因のうちの一つのわづかなものについて、その発生率に関する信頼性のあるデータを提供はできても、それ以上のことができる国となると皆無である。精神薄弱には多くの遺伝的負因がかかっているし、出現率が社会的、経済的な変数と函数関係にあつて変動することも知られているので、国際的な疫学調査が大きな価値をもつことは疑いをいれないところであろう。

現在、発展途上にある多くの国々においては、実際のところ精神薄弱者に対して国家的な対策がとられないでいる。しかしながら、それらの国々の若干は大規模な計画への努力は示している。そうした国々にあつては、おそらく直面している最重要問題として、誰も口をそろえ訓練された人材の不足をいいたてる。そうした国の多くは現在、北米や西欧の施設に人を送つて訓練を受けさせている。合衆国における経験を代表的なものとしてよいならば、訓練を求め海外諸国の人々は、自分たちの要求と関心に適合した訓練先についての情報を得るのが極度にむづかしいということを知るであろう。現在新しい施策を計画している国々のために有用なモデルとして役立つようなすぐれた諸対策、外国の人材を訓練するためのすぐれた諸施設等の、国際的な目録が充実されることは大きな価値があると思われるのである。

以上は回答者たちの報告と質問紙への回答から触発された、国際的な努力が望まれるもろもろの問題や論点の 2, 3 の例を示したにすぎない。挙がってきたもろもろの問題や論点は、The International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency, Inc. や The International League of Societies for the Mentally Handicapped, Inc. によって、そしてまた世界保健機構(WHO) やユネスコ(UNESCO) などの公的国際機構によって検討されるべきである。

回答者たちが提供してくれた、それぞれの国の対策への論評は、紙面の制約上、本号に掲載できない。これらは本「MENTAL RETARDATION」誌の次号以下に掲載されるであろう。

国によって問題の範囲がことなり、施策にもちがいがあることを読者にご理解いただくために、質問紙と個別報告に協力してくれた人々から若干をえらんで、その回答をそのまま以下の各節において提示することにする。(協力者の一覧は本稿の末尾にある。以下の記述において国名の次の番号は協力者一覧表の番号に対応させてある。)

概念と出現率

精神薄弱の概念は、ある社会において何が重要とされているかを反映しているものであり、精神的に遅滞しているであろうと考えられる人々に対し、その概念によって限界を設定し、かくて当該状態についての出現率が定まるわけである。今日多くの国においては軽度薄弱というものが存在することが認められており、その結果、出現率の数字はかって考えられていたよりも高く出る傾向がある。大部分の国においては、全国調査がおこなわれていないために、精神薄弱の出現率の推定がさまたげられている。計画の基礎として使用するに足る比較的妥当な統計的指標を持っているのは、ごくわずかの高度に発展した国のみである。

アルゼンチン (4) アルゼンチンにおいて、一般的に承認されている概念はクレベリンのものである。すなわち、知能の限界は、生物学的な原因が中枢神経系に病的に作用することによってひきおこされるとするものである。社会経済的要因や文化的要因は、薄弱の発生因としてはほとんど考慮されていない。用いられているテストは、Terman - Merrill, Goodenough, Bender-Gestalt, Raven Matrices, WISCである。Terman-Merrill法によって知能指数0—25のものは“idiots”あるいは“custodials”と分類され、25—50のものは“imbeciles”あるいは“trainables”とされ、50—70のものは“mentally weak”あるいは“teachables”と分類される。“mentally weak”という用語はしばしば、あらゆる程度の薄弱をひっくるめていう用語として用いられている。出現率との関連で興味のあるのは、学齢人口のうち学校へ行くものはその85.61パーセントにすぎず、しかも毎年そのうちの23.7パーセントは脱落し、13.94パーセントは原級に留まる、ということである。これは出現率5から6パーセントという数字を裏づけているようであり、おそらくはもっと高いのではないかと思われる。

オーストラリア (23, 26) 一般的にみてオーストラリアにおいてはHeber(9)の分類スキームが用いられており、精神薄弱の診断は発達史と社会的適応性と知能テストの成績をもとにして行なわれる。テストはWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), 1960 Stanford - Binet, Minnesota Pre - school Scale, Williams - Binet for the Blind, Hiskey Nebraska Test of Learning for the Deaf その他さまざまな言語的あるいは非言語的評定法が用いられている。分類のためにテストの評定点をどこで切るかはさまざまであるが、概して、知能指数55—79は“mildly handicapped”あるいは“slow learners”とみなされ、知能指数30—50は“moderately handicapped”, “trainable”あるいは“intellectually limited”とされ、知能指数30以下は“severely retarded”と称されている。出現率の推定は、それが行なわれた

州によって、また推定を行なった機関によってもことなる。Nealeは、人口の0.5パーセントが中程度および重度薄弱であり、人口の1.5パーセントが軽度薄弱であると推定して、オーストラリアの人口1,150万のうち薄弱者は23万であろうといっている。Pittらはもう少し低く推定して、全人口中5万から7万5千であろうという。彼らはもっと正確な研究が行なわれるべきであると主張している。

ベルギー (27) ベルギーにおいては薄弱の公式の定義がまだ確立していないことはあきらかである。Portrayは、出現率の研究は見当らないといっている。この国では、総人口の正規分布曲線から3パーセントを抽出し、それが精神薄弱者に相当するとの推定値が用いられている。

ブラジル (25) ブラジルで用いられている精神薄弱の概念は、部分的には教育の成績にもとづき、また部分的には知能テストの結果にもとづいている。精薄児とは、その能力を開発するために、特別な配慮と訓練を必要とするもの、とされている。もっともひろく用いられているテストは、Binet-Terman, Terman-Merril, Goodenough, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) である。知能指数80以下のものは薄弱の領域に属するものと考えられ、このことから、総人口の3から5パーセントが薄弱と推定されている。

英国 (30) 1959年制定の精神衛生法(The Mental Health Act)は“mental deficiency”という用語に代えて“mental subnormality”という用語を採用した。この法律においては、「精神薄弱」(“subnormality”)とは、知能の薄弱を含む精神発達の停止または不完全な状態で重度精神薄弱には達せず、患者の医学的治療または特別なケアまたは訓練を必要とするか、またはそれが可能なもの、を意味している。同じく本法において「重度精神薄弱」(“severe subnormality”)とは、知能の薄弱を含む精神発達の停止または不完全な状態で、患者が独立生活をいとなく、または苛酷な搾取に対し自らを守ることができず、あるいは独立、自衛できる年齢になってもそれができない性質あるいは程度、を意味している。もっとも多く用いられているテストは、WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), Terman-Merril, Raven Matrices, Porteus, Kent Oral, Merrill-Palmer, Dreyer-Collinsである。“mental subnormality”の上限は公的には定められていないが、臨床家は通常、知能指数70をそれとしている。知能指数50以下の者の推定出現率は特別市(County borough)の人口1,000あたり3.54人である。

フィンランド (5,13) フィンランドにおいては、知能に欠陥があるために特殊な教育、処遇、指導などを要するものを、精神薄弱であるとみなしている。Kaariainenが指摘するように、これは社会的な定義であるが、知能テストの結果によって補足されることになっている。用いられるテストは、Terman-Merril-Lehtovaara, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), Cattell, Buhler-Hetzer, Finnish KTK である。知能テストにもとづく次の分類が用いられている。“idiot”, 知能指数0—20, “imbecile”, 知能指数20—50, “debile”, 知能指数50—70。

発生率は人口の0.66パーセントと推定されている。フィンランドの公的計画においては、知

能指数50以下のものは人口 1,000人あたり 1.5人との数字が用いられている。

フランス (15) フランスにおいては、精神薄弱を定義するのに知能テストの結果が用いられている。(知能テストはフランスにおいて、アルフレッド・ビネにより開発された。) 今日、フランスにおいてもっともひろく用いられているテストはWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), Binet, Zazzo Scales である。精神薄弱の上限は通常、知能指数65から75の間である。推定出現率は総人口の5パーセントである。

アイルランド (19) アイルランドにおける精神薄弱の概念は、社会的適応性と知能テストの得点とを組合わせてある。精神薄弱者は「精神の発達が停止または不完全のため、知能に欠陥があり、一時的あるいは永続的に環境に対し、適切な適応ができないもの」とされている。この定義はアイルランドにおいては最近採用された。一般には知能指数70が精神薄弱の上限とされている。しかし、これは要因の一つにすぎず、他の適応行動などの要因との関連が考慮にいられている。もっとも普通に用いられている知能テストは、WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), WAIS, Stanford-Binet, Cattell, Goodenough, Vineland, Wechsler-Binet である。

出現率は次のように推定されている。すなわち、知能指数25以下の精神薄弱者の出現率は人口 1,000人あたり 0.5人。知能指数25—50のものは人口 1,000人あたり 0.9人、知能指数50—70のものは人口 1,000人あたり 3.2人と推定されている。

イスラエル (6) イスラエルにおいては、知能の評定結果と社会的適応性が、精神薄弱分類の基礎となる基準である。もっともひろく用いられているテストは、WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) と Terman-Merrill である。知能指数75は教育を目的とする観点からの精神薄弱の上限と考えられている。

出現率は総人口の2から3パーセントと推定されている。

日本 (14) 日本においては、社会的、医学的、心理学的な分類において知能テストが重要視されている。知能指数を測定するために、日本版WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) と WAIS がもっともふつうに用いられている。

出現率は小児においては3パーセント、総人口においては 0.4から0.75パーセントの間と推定されている。

メキシコ (12) メキシコにおいては、精神薄弱の標準的な概念あるいは定義というものが無い。精神薄弱を診断するために、もっとも一般的に用いられるテストは Binet と Raven Matrices である。

出現率は総人口の1.22パーセントと推定されている。

オランダ (10) オランダにおいては、精神薄弱の概念は目下、明確化され定義される途上にある。もっともひろく用いられているテストは、Terman-Merrill, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), Snyders-Ooman, Raven Matrices, Stutsman-Vineland である。精神薄弱の上限は、一般に知能指数80と考えられている。

出現率は総人口の 1.8から 2.5パーセント、新生児の 3パーセントと推定されている。それらのうち、72パーセントは“debile”（教育可能）（知能指数50—80）、21パーセントは“imbecile”（訓練可能）（知能指数35—50）、7パーセントは“idiot”（知能指数35以下）とされている。最近、“debility”（教育可能なもの）は精神薄弱の概念に含めるべきかどうかの問題として提起されている。

ニュージーランド (2) ニュージーランドにおいては、精神薄弱の診断のためには、知能の機能障害と社会適応の障害の両方が証明されることを要する。Stanford-BinetとWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)が、もっともふつうに用いられるテストである。知能指数によって精神薄弱の上限を定めることは特に行なわれていない。一般に知能指数50以下の小児は通常自立はできないもの、知能指数65—70以上のものは概して自立できるものとみなされている。小規模なものにすぎないが疫学的調査が行なわれたことがある。

総人口における出現率は、1,000人あたり知能指数50以下のものが 3.5人、知能指数50—70のものが20—25人と推定されている。

スペイン (2) スペインにおいては、精神薄弱を定義する共通の基準はない。出現率はさまざまな数字が出ているが、Moya はそれらは信頼できぬと報告している。精神薄弱の出現率を確認するための調査を行なうことは、精神薄弱を確定する統一基準がまだないところから疑問視される。その上、精神薄弱児をかかえているという事実が明らかになるのをいやがり、極度に困惑してしまう家族も若干はある。また国家から余分に金銭の交付を受けようとの目的で、精神的欠陥を誇大にいう家族もある。

収容施設および病院

ある国における収容施設および病院についての統計資料は、しばしば、ほとんどまったく入手不能であった。もちろん小さな、しかし高度に発展した国における方が、大きくて後進的な国におけるよりも、包括的な統計は得やすい。それでも多数の国々における精神薄弱者のための収容施設および病院の両方あるいは一方の現状について、最低限の情報は得られた。

それらのサービスの量と質は、予想以上に幅ひろくことになっている。ある国々においては、収容施設はほとんど無にひとしい。しかるに、他の国々においては、質と規模において卓越した施設をもっている。大部分の国は、その中間にある。協力者たちは異口同音に、適切な収容ケアを行なう上での主要な問題点は、財政的援助の欠如および専門従事者の不足からきていると述べている。

アルゼンチン (4) 収容ケアに関する情報は得られなかった。その種の情報は最近検討されたばかりであり、近い将来に得られるであろうとのことである。

オーストラリア (23, 26) オーストラリアはかなり独立性の高い6つの州からなる連邦である。それゆえ、この国全体について語ることは困難であるがNew South Wales州を代表的な州として扱うことができる。New South Wales州においては、総人口 425万人中、4,325人

が収容施設に入っている。施設の規模は20人から1,200人までの幅があるが、それらの86パーセントが公立であり、公的に運営されている。施設入所は通常非公式的、自発的に行なわれる。収容児の両親に費用が請求されることはない。ただし、短期診療センターは例外で、ここでは、第1週に相当額を要するが、第2週以後は問題にならぬぐらいの額に減額される。

待機期間は、緊急ケースの場合でも6ヶ月ぐらいかかり、あまり緊急でないケースの場合は1年あるいはそれ以上である。現在のところ入所希望の25—50パーセントぐらひはみたされていると推定される。多くの施設のサービスの質は水準以下と思われる。その一因は、施設というものがいまだに、生活施設あるいは社会復帰施設というよりは、病院であるとしかみなされない傾向があるからである。収容施設あるいは集団生活ホームの拡充に関する法的基準はない。この点はPittおよびNealeによって問題とされているところである。さらにPittは、収容ケアを提供するにあたって、収容施設に関する広汎な情報が欠けていることと、そうした施設の財政状態が適切さを欠くことをも問題とみなしている。この財政問題は、職員の慢性的不足を生み出し永続化させる傾向がある。

ベルギー (27) ベルギーは前々から精神薄弱者に対してサービスを提供することに関心をはらってきた。Geel市は、重症者のための中央施設があることと、住民が軽度の精神薄弱者および精神病患者を家族員として自分の家庭に迎え入れることで、世界的に知られている。このことは実に、16世紀以来、行なわれてきているのである！ 今日ベルギーには、精神薄弱者のために67の施設がある。これらは小規模な施設で、収容量は300床をこえるものはほとんどない。これらの大部分はカトリック系の組織によって運営されている。これらは職員の給料に若干の補助をうけるほか、建築費の60パーセントの支弁をうけている。これらの施設の多くは、本来軽度精神薄弱児のための寄宿制学校とみとめられている。国家は生徒12名あたり1名の教師の給料を支出している。

成人精神薄弱者は、収容施設入所の可能性の点では、精神薄弱児ほどに恵まれていない。成人のための施設は3つあるのみである。これらは最近建設されたが、規模は小さく約60人しか処遇できない。成人精神薄弱者は、もはやホームにはおいておけないが、収容はしなければならないという場合、しばしば精神病院へ入れられることになる。

ブラジル (25) ブラジルにおいては、施設に入っている精神薄弱者の数についての資料は得られない。政府以外の機関によって運営されている施設は、ほんのいくつかある程度である。それらの施設は概して小規模で最大のものでも200床、平均は50床である。重篤な精神薄弱者は通常、公立の精神病院に入れられる。これらはブラジルにおける全入院者の75パーセントにのぼる。施設の総数はまことに少なく、ブラジルの精神薄弱者のニードに不十分にしか応じられない。これは資金の不足、訓練された従事者の不足、この問題についての一般人の知識と変容が全般的に不足していることなどによる。公立施設への入所に費用がかからないことは注目されてしかるべきである。ブラジルの社会保障制度は、収容ケアの場合、1人あたり「最低賃金」相当額の2倍を支給する。デイケアの場合は1倍半であり、半日の院外あるいはデイケア

・サービスの場合は1倍である。

英国 (18, 30) 英国の精神薄弱者(mentally subnormal)用の病院は、誰もが予期するよ
うに、きわめて大規模である。1963年現在、精神薄弱者用病院の入院者は58,000を数え、個々
の病院の規模は20床から 2,200床までの幅がある。平均規模は約 600床である。これらの病院
におけるケアが国民保険制度(the National Health Service)により無償となって以来、収容
施設の95パーセントまでが保健省(the Ministry of Health)によって運営されている。措置
入院(judicial commitment)も可能であるが、法を通さない任意入院が原則となっている。現
在、人口 1,000あたり病床数は 1.3である。大部分の病院は入院待機者をかかえている。しか
し、その多さについてはわからない。

他の諸国と同様、英国もサービスの提供に関して多くの問題にぶつかっている。多くの病院
は古く、大きく、しかもしばしばサービスすべきコミュニティから孤立している。その上、一
般に財政と人員の点で不足している。Mc Coull の指摘によれば、看護婦の訓練は良好かつ適
切に行なわれている(精神薄弱者処遇の訓練を受けた看護婦はその旨の資格が与えられる)が、
教師の訓練方策はいちじるしく不適切であるという。ソーシャル・ワーカーはきわめて少なく、
収容施設に勤務する心理学者も多くはない。この種の病院で働く人々といえば、通常は若い心
理学者であって、彼らは別な種類の病院や診療所で「収入の多い仕事」にありつくべく、経験
(主としてテストの)を積もうとしているだけなのである。

フィンランド (1,13,31) フィンランドにおいては、約 2,700人が精神薄弱者用の施設に入
っている。これらの施設の収容能力は16床から 700床までの幅がある。それらのうち、21パー
セントは国立であり、17パーセントは地方自治体の運営にかかり、62パーセントが民間組織に
よって運営されている。コミュニティに維持された施設の病床数は増加しつつある。知能指数
が50以下の場合、収容施設への入所は医師の勧奨と両親の同意を要する。現在、入所希望が叶
えられるのは40パーセントにすぎず、待機期間は3年から4年にもおよぶことがある。国家は
経費の55パーセントを負担し、残額は通常地方自治体が負担する。両親は経費の一部を負担す
ることもあるが、その負担によって家族の生活水準が低下するようなことがあってはならない
というのが原則である。

Bredenberg は、適切なサービスを提供する上での最大の障害は通例の財政問題などではな
く、薄弱者のいろいろなニードに対する一般人の偏見と知識の欠如であるという。この点に
ついてKaariainenはさらに、サービスが「保全処置的」であって、ディケア・サービスも適切
さを欠いている、という。Auttiは、生活組織化および社会復帰施策を目指した新しい施設が建
設される傾向があるといっている。8カ所の新しい中心的施設が建設中である。さらに2カ所
が計画中であり、その上4カ所についても目下考慮中である。それらのうち3カ所は宗教団体
によって運営される予定であり、2カ所は周辺のコミュニティの合同事業として、1カ所はヘル
シンキ市によって運営されるはずである。Weckroth の指摘によれば、政府は建設費の66パー
セント、経常費の55パーセントを負担するという。

フランス (15) フランスの公立施設は収容能力において 200床から 500床の幅があり、私立施設は 5床から 200床もの幅がある。施設の約70パーセントは私立である。主要な問題のひとつは、もっと施設が必要とされているかについての情報を得ることにある。入所待機期間は1年から2年におよぶ。精神科医、看護婦、教育担当者は常時不足している。経費の両親負担分は通常最少限であり、国家は運営経費の大部分を支弁する。

西ドイツ (7) 西ドイツにおいては、239の施設があり、その規模は20床から 1,000床までの幅があるが、中位数は約 100床である。大部分の精神科施設においては、全対象ケースの約20パーセントが薄弱ケースと分類されるものである。精神薄弱者用施設全体のうち80パーセントが私立である。西ドイツにおける一般的な問題は、収容施設において適切なケアを提供するため、かつそこに勤務する訓練された従事者を得るための十分な財政を獲得することにある。

アイルランド (19) アイルランドにおいては、3,700人の精神薄弱者が薄弱者用施設に入っている。2,600人以上が種々の病院に入っており、また 1,000人の成人薄弱者が、成人慢性病者用の長期ケア施設に入っている。薄弱者用の施設の規模は、100床から 500床までの幅があり、平均は 180床である。これらの施設の約半分は政府設立のものであり、残りは宗教団体の運営にかかる私立施設であるが、他のヴォランティア組織によるものも少しは含まれている。精神薄弱者を薄弱者用の施設に収容するについて特別の法的規定はない。薄弱者が精神病院に収容されるときは、精神病患者のために定められた手続きに則って収容される。それには任意によるものと法的手続きによるものがある。

中程度および重度薄弱者のためにはさらに 600から 700床の余分の病床があれば足りるであろう。現在、待機期間は1年から5年におよぶ。その大きな理由は、子供用に建てた施設であっても、その子供たちが成人してもなお処遇を継続しないわけにはゆかないからである。この重荷を救済するための新しい施設はまだ建てられていない。適切な収容ケアを提供する上での最大かつ唯一の障壁は、財政である。また一般的に、訓練された職員も不足している。アイルランドにおいては、低所得階層に対してのサービスは無償である。それ以外のものは支払能力に応じて負担する。

イスラエル (6) イスラエルにおいては、薄弱者に対するサービスは近々数年のうちにおどろくべく増進した。今や約 3,000人が収容施設に入っており、施設の規模は15床から 250床までの幅がある。平均規模はほぼ60から70床である。そのうち50パーセントは公的補助を受けている。収容は国内各地に配置されている判定センターを通じて行なわれる。現在のところ、収容ケアを要するもののうち、50から60パーセントはみたされしていると推定される。待機期間は6ヵ月から1年であるが、緊急ケースは即時に配慮される。イスラエルも例によって財政問題と職員問題をかかえている。さらに、現任者訓練を実施しうる資格をもった人材をみつけることも課題となっている。両親はその支払能力に応じて収容児の費用を負担することが要請されている。

日本 (14) 日本においては、約22,000人の精神薄弱者が施設に入っている。これらの施設は

規模において30床から 300床の幅があり、平均は約80床である。大部分（80パーセント）は国立である。精神薄弱者と診断された場合は、児童相談所長は当該児童に対し責任を負うこととなり、その児童を施設へ送致することも可能である。しかしながら病床数は不足しており、とりわけ重度薄弱者用が不足している。入所が実現するまでに2年あるいはそれ以上かかることもある。総じて、日本において入所希望が叶えられるのは約30パーセントにすぎない。

日本においても例によって、精神薄弱者用の施設の建設および運営の費用は不足している。それは国および県の予算が少ないからである。また、専門的従事者、とりわけ看護婦と教師が不足している。施設に対しては国の補助があるが、両親はその支払能力に応じ、最大限月50ドル（18,000円）までを負担する。両親の多くはケアの経費の負担を免れている。

メキシコ (12) メキシコにおいては、精神薄弱者用の特別な公共施設はない。各種の施設や病院の病床を占めている薄弱者の数についての統計は得られていない。その数はおよそ 2,000と推定されるが、その大部分は精神病院または私立の収容施設に入っている。私立収容施設の規模は30床から 100床までの幅があり、メキシコの被収容薄弱者の80パーセントまでをまかなっている。メキシコは、学校教育や計画、また薄弱をひきおこす社会・文化的要因の緩和といった面での大きな課題に直面している。

オランダ (1) オランダにおいては、約17,500人の精神薄弱者が薄弱者用の施設に入っており、このほかに 5,500人が精神病院に入院している。薄弱者用の施設の規模は20床から 1,400床までの幅があり、平均は約 250床である。わずかな数の公立収容ホームを除けば、すべての施設は私立である。強制収容はきわめてまれである。私立施設への入所に関する法的規定はほとんどない。これがために、すべての国が直面している財政問題、職員問題にかえて加えて、大きな問題のひとつは、ニードを評定しうるに足る疫学的データが得られないことである。Bloomestijn は、入所待機者は約 4,000人であろうと推定している。私立施設は、一部分は国の補助を受けている。地方自治体は、施設入所によって各家庭が負担した経費のうち、どの程度を償還すべきかを査定する。

ニュージーランド (2) ニュージーランドにおいては、約 2,500人が精神薄弱者用の施設に入所している。施設の約90パーセントは公立で、規模の幅は 350床から 800床におよぶ。私立施設の規模の幅は 8床から45床までである。入所はほとんどすべて非公式に行なわれ、両親あるいは後見人の同意を要するのみである。この後見人は入所第1年次に限り、両親と同様子供の移動についての権利を有する。両親死亡の場合、国が後見の任にあたる。入所待機期間は、18ヵ月から 2年におよぶ。現在の建設計画は、推定ニードの大きさからみれば、まだ適切でない。親の会は、国からの援助なしに、コミュニティに支えられた施設を建ててきた。例のごとき財政面・職員面の問題のほかに、ケアの連続性を確保してゆく上での公立施設とコミュニティのサービスとの統合がうまくいっていないと感じられている。国は施設入所に要する費用の全額を負担する。

教育サービス

どの国においても、薄弱と定めるのに知能の上限をもってしているが、そうした薄弱状態の影響を緩和あるいは極小化するために、教育というものがとりわけ重要な役割を負わされている。多くの国は、軽度の薄弱を教育問題全体の中にも含めるようになってきているが、そうでない国もある。軽度薄弱者にサービスを提供しようとしている国々の場合、そのサービスの内容は主として教育にある。今では中程度および重度の薄弱者にも教育サービスを施している国が多い。こうしたサービスはその国の教育担当当局の手で提供されることもあるが、保健担当当局に管理されていることの方がよりしばしばである。これは、薄弱の重度なものの処遇や治療は基本的に医学上の問題であり、したがって保健当局の責任であるという信念にもとづいている。しかし果たしてそれが正当であるかどうかは今やいくつかの国、たとえば英国などで論議されつつある。

重要なことは、世界中の大部分の国々において、教育なり訓練なりが薄弱者処遇上のかんどころと考えられており、何らかのかたちでそういうサービスの提供がこころみられているという事実である。多くの国は、精神薄弱者に対して教育の機会を与えることに相当の公的な支持と財政的援助を投入してきた。そうしたサービスの提供を、政府の全面的あるいは部分的な財政援助のもとに、国内の私的な部門に一任してきた国もある。この問題を無視している国はそう多くはない。そうした国は、目下転換期にあつてその方にエネルギーの大部分を投入しなければならないような国々である。この問題を扱おうとしていながら、薄弱児教育のための諸資源の釣り合いなどに目を向けない発展途上の国々が多いことはおどろくべきものである。しかし世界中の大部分の国々における教育への関心の高まりと、教育というものが究極的にはその国の多くの社会経済的問題の解決に大きな役割を演じうるであろうとの信念のあらわれがみられるのである。

アルゼンチン (4) アルゼンチンにおいては、薄弱者は特殊学校に入れられる。しかし、入れられている薄弱者の数についての公的な統計は得られない。全国には125の学校があり、そのうちの19は私立である。私立のうちの5つはカトリック教団によって維持され、残りは全国幼児保護協会(The National Council of Infant Protection)か、あるいは昔ながらに富豪によって維持されている。これらの学校は国内のもっとも人口稠密なところに集中している。しかし、そうしたところにおいてもまだ、入学希望には応じ切れないように感じられている。実際にサービスをうけているのは、それを要求するものの7パーセントであろうと推定されている。一般的にいて、特殊学校教育の必要性を決定するのは知能テストの成績である。この必要性の調査は、普通学校、保健関係当局、精神衛生クリニック、あるいは家族自体によって行なわれてよいことになっている。特殊学校入学の公的基準は知能指数50—70であるが、実際には知能指数が90に近い児童も多数入っている。

他の諸国と同様、アルゼンチンにも、薄弱者に対して適切な教育サービスを提供する上での諸問題がある。'もっともさしせまった問題は、この問題に関する一般人の理解が概して欠けて

いることである、と考えられている。その他、教育学と医学といった、学問門の激しい対立とか、財政の不適切さとか、ある地域においては人口密度がきわめて低いために、サービスを求められてもそれに応ずるのが極度に困難であるとか、身体訓練施設や訓練された職員が乏しいとかの問題もある。また、学校が生活教育よりも学科教育の方に集中する傾向もある。一般人および普通教育当局が、薄弱者を正規の教育体系にくり込むことをきらうといったこともある。

オーストラリア (23) オーストラリアの薄弱者教育は、州の教育部、社会事業部、保健福祉部によって、また、父母その他民間の組織によって遂行されている。父母の協会は、州が、中程度および重度薄弱者に訓練を施すことを新たに責務として引き受けるにあたって、背後からの推進力となった。軽度薄弱の範囲に属する子供のほぼ5パーセントが、特殊学級に入ることを望んでいる。入学は、身体的発育と知的発達に関する事例史にもとづいた評価、学校での進みぐあい、州保健担当官による検査、および親の希望によって決定される。オーストラリアにおけるサービス提供上の主要な問題は、州立の施設と連邦立の施設との間に協力が欠けていることや、州内の保健、教育、福祉、社会事業各部局間に協力が欠けていることからおこっている。精神薄弱の分野で働いている職員層と、研究や、薄弱者用の施設の拡大に力を揮いうる管理者層との間のコミュニケーションも欠如しているように思われる。

、「奥地」(オーストラリアの広大な農業地帯)においては、精神薄弱者はサービスが受けられる場所にまで出向いてゆくことがきわめて困難である。財政問題がからむことに加えて、人を薄弱の分野にいかにかきつけるかという問題もある。精神薄弱者の教師には、ほとんど昇進や出世の機会がない。出世を求める人々は普通教育の方へもどることを余儀なくされる。こうした困難に直面しているにもかかわらず、厳格な社会階級区分はないし、未開発の資源はあり、オーストラリア文化に特有の、改革への可能性が開けていることもあり、地域組織化も急速に進んでいることから、適当な従事者を補充する機会はあるのである。オーストラリアのいろいろな州におけるサービスに対して、他の高度に発展した国においてすでに達成されているのと同程度のサービスをするためにつけ加える必要のあるものといえ、実は比較的わずかなものしかないのである。

ベルギー (27) ベルギーのDecrolyは40年以上も前に、精神薄弱者教育のためにいちじるしい貢献をなした。Decrolyが先鞭をつけたにもかかわらず、今日精神薄弱児のための昼間学校は比較的わずかである。1960年には、ベルギーにおいて特殊学級がおかれているのは22市にすぎなかった。学齢にあたる薄弱児の大部分は寄宿学校において教育されている。

学齢にある子供全体の50パーセント以上がカトリック系学制による学校に入っている。これらの私立学校には、国の定める基準に合致すれば、国は財政的援助を提供する。

国はまた、各特殊学級の運営に対して付加的財政援助を提供する。私立学校は国から補助を受けると、授業料を徴収することができない。特殊教育は無償である。特殊学級への送り迎えは、国と地方の教育当局の負担である。国は教室の建設に対しては財政的援助を与えない。

今日、約 3,000人のあらゆるタイプ(盲、聾、精神薄弱等々)の障害児が特殊学級にかよっ

ている。これは全学齢人口の約3パーセントに相当する。そこには米国でいうところの“slow learners”も含まれている。精神薄弱者用以外の特殊教育学級は普通学校の中におかれている。教育可能な精神薄弱者およびいわゆる“slow learners”は、訓練可能な子供たちの場合と同じく、分離された学校に通学する。

現在要求されている昼間学校の数、現在のニーズに応えるには不十分である。しかしながらここ数年の間に、父母の組織の努力によっていちじるしい改善がみられた。1964年以後、あらたに12の特殊教育学校が国およびいくつかの宗教団体によって建設された。

職業教育は主として寄宿学校において行なわれている。コミュニティが運営する職業学校に入っている青年精神薄弱者は3,800人にすぎない。この分野の発展は急速である。1957年には職業学校は18しかなかったが、1967年には88となっている。学齢以前の精神薄弱者のための学校はほとんどない。

他の諸国と同様、よく訓練された教師はきわめて不足している。教育可能者学級の教師の方が、訓練可能児の教師よりも、資格としてはよいと思われている。精神薄弱者への教育は、現在のところまが義務制とはなっていない。

ブラジル (25) ブラジルにおいて精神薄弱者のためにどの程度の教育サービスが行なわれているか、評価するのはむずかしい。この問題の範囲を示す統計的なデータはないし、精神薄弱者のニーズが実際にはどの程度満たされているかもわかっていないのである。公立学校管掌当局はブラジルの薄弱者のために若干の学級を設けている。しかし、大部分は父母の協会(APAE)によって運営されている。これらの学級への入学は、「臨床的」スクリーニング過程と、教育当局の推せんとによってきまる。この国も例によって財政的援助の欠如と、学校その他関連サービスに従事する有資格職員の不足という問題に直面している。

英国 (18, 30) 英国においては、知能指数50—70の子供はEducationally Subnormal(ESN教育可能な精神薄弱者)のための学校に入れられる。情緒的発達、家族環境、教育の進捗状況といった知能以外の諸側面も、これらの学校への入学の前に考慮される。子供の知能指数が50以下の場合には、地方保健当局の手で重度薄弱者訓練学級へ入れられる。1963年には、180人あたり1人の子供がESN特殊学級に入れられた。ESN学校への入学の資格のない精神薄弱児が推定20,000人存在する。しかしながら、McCoullの指摘によれば、これらの学校は病院のサービスよりも程度が低い。これらの学校の「教師」なるものの多くは、精神薄弱者に教育を行なうに足るだけの訓練にいちじるしく欠けている。

このようにサービスがそろってはいても、より多くのサービスが要求されている。その上、特殊学級にかかっている負担を軽減してやるために、普通学校における治療的教育はもっと多くならなければならない。(現在、重度薄弱者学級〔「訓練可能者学級」〕を保健省から文部省の手に移そうとの努力がなされている。)

フィンランド (5) フィンランドにおける薄弱児教育のおもな方法は、特殊学校を通じてするものである。人口のまばらな地域においては、薄弱者は普通学級に入れられるが、学習課程

を全部はうけなくてもよいことになっている。1966—67年には、全学齢人口(7—16歳) 600,000のうち、知能指数が55から75あるいは80までの児童 4,212人が、いわゆる「養護学校」(“help-schools”)に入っていた。これは希望するものの約15—20パーセントをみたしているにすぎない。知能指数55以下の薄弱者は義務教育を受けることを免除される。この層のものは施設や多くのデイケア・ホームで訓練を受けることができる。ほんのわずかの地域で、「巡回教師」が雇われている場合を除いて、農業地帯においてはこれらの子供たちに何らなすところがない。精神薄弱者教育の大部分は政府によって行なわれ、無償である。しかしながら、例によって、十分な職員と施設を提供するに足だけの財政がないところに問題がある。地方の学校当局はしばしば精神薄弱への関心に欠けている。フィンランドの広大な地域は人口まばらであり、それがサービスの提供を極度に困難ならしめている。

フランス (15) フランスにおいては、子供を特殊学級に入れるのは、主として知能指数(70以下)および医療委員会の推奨にもとづいている。現在フランスにおける要望の約70パーセントがみたされていると推定されている。第一の問題は、教師を訓練するための財政を獲得することにある。

西ドイツ (7) 西ドイツにおいては、子供を特殊学級に入れるについて各州それぞれの法律がある。各州はまた、教師の訓練をも行なっている。人口10,000以上の都市はすべて、軽度薄弱者のための特殊学校をもっている。訓練可能な者(知能指数55あるいは60以下の者)のための特殊学校をもっている市もいくつかある。大都市においては、感覚障害児のための学校もある。青年薄弱者のための職業学校もある。精神薄弱者用の大きな施設においては、幼稚園、保育園、訓練学級、教育学級、職業訓練などがそろっている。地方公立学校の薄弱者対策に対しては、連邦政府からいくぶんの補助が与えられる。西ドイツも例によって財政と訓練された職員の不足という問題をかかえている。

アイルランド (19) アイルランドの全学齢人口は約50万である。1966年末において、16歳以下の軽度および中程度薄弱児が 2,416人、特殊学校に入っていた。これらの児童は、軽度薄弱者用の15の特殊学校と、中程度薄弱者用の18の特殊学校に入れられている。国は、建物の建設、学校の運営と維持、教師への俸給に対して補助を行なっている。国はまた、施設に入っていない児童の送り迎えに対しても補助を行なっている。Erie 諮問委員会(The Erie Commission of Inquiry, 1965)は、人口の1パーセントが精神薄弱のための特殊学校教育を要求しているであろうと推定した。現在では、1975年までに要求されるであろうサービスの半分までが今日すでに獲得可能であると推定されている。近い将来に適切なサービス提供に対する障害となるのは、財源の欠如、訓練された教師の不足、診断・評価サービスの欠如といった問題であろう。

イスラエル (6) イスラエルにおける特殊教育の発展は、近年まことにいちじるしい。1955年から1965年までの間に、普通学級への入学者数は2倍になった(1965年に 470,000人)にすぎないのに、特殊学級の方は3倍になった。現在、軽度薄弱者用の学級が特殊学校の中に 415あり、普通学校の中には 360あり、さらに私立ホームの中に16ある。これらの学級は14,000人

以上の軽度薄弱児を扱っている。訓練可能者用の学級は、特殊学校の中に55、普通学校の中に6、さらに私立ホームの中に13あって、900人以上の訓練可能児を扱っている。これらの学級に入れる基準は、知能テストの得点が低いことと、実際に適応行動上の障害が明らかに存することの両方を含んでいる。

特殊教育のいま以上の拡大は、財政の欠如と資格ある教師の不足のために、先へのばさされている。教育に関する研究は、発展が遅々としている。さらにイスラエルは、多くの人々が移住してきた国で、しかもそれらの人々はしばしば薄弱の出現率の高い地域から来ているという問題をもっている。その結果、イスラエルのある地方においては薄弱の発生率が高い。将来、教師、心理学者、ソーシャル・ワーカー、言語療法家その他の従事者の訓練にもっと専心しなければならぬであろう。身体訓練施設の建設にも、もっと注意が払われなければならない。啓蒙的な教材も必要である。

日本 (14) 日本の法律によれば、6歳から16歳までの子供はすべて学校へ行かねばならない。精神薄弱児も正常児と同じ法的規制をうける。教育可能な子供（知能指数50-70のもの）は特殊学校か特殊学級に入れられる。特殊学級の方がずっと数は多い。知能指数50以下の子供（教育可能でないもの）は就学を免除され、児童相談所の勧奨によってデイケア・センターか施設に入れられる。

地方教育当局は、教育可能者の学級へ入れるについて子供たちを選別する義務を負う。現在、義務教育制度の適用をうける子供の総数 9,400,000人のうち、約 100,000人の子供が特殊学級に入っている。現在のところ、ニードの約70パーセントがみたまされたと推定される。日本が早晚直面しなければならない問題は、訓練された教師の不足、特殊学級教室の増設、一般人および薄弱児の両親の多くが理解を深めることなどである。

メキシコ (12) メキシコにおいては、特殊教育はメキシコ・シティとその他2、3の大都市にしか存在せず、それも軽度薄弱者に対するもののみである。しかも、用いられている教育技術には、新しい情報や手に入れられるかぎりの知識をとり入れる必要がある。サービスをうけている子供の数や、サービスへのニードの程度についての統計はない。ともかくも存在する特殊学級への入学基準は、ただ普通学級での学習に問題があるということのみである。メキシコにおける薄弱者へのサービス提供上の主な問題は、一般人にも政府側にもこの問題についての知識と情報が全般的に欠けているところに存する。その結果、特殊教育対策に対する財政的援助も限られている。

オランダ (19) 精神薄弱者への教育は、6歳あるいは7歳から、14歳にいたるまで義務制である。特殊学級は通常「小学校」(“primary schools”)の中におかれている。ある場合には、重度薄弱者が14歳をすぎてもなお、学校にとどまっていることがある。就学以前の学級が奨励されており、2、3はすでに作られている。教育可能あるいは訓練可能な子供たちはしばしば、「特設学校」(“separate schools”)に入る。あるコミュニティにおいては、青年期および後期青年期の薄弱者への職業・職能訓練のために特別の対策が行なわれている。特殊学級施策と職

業準備対策との間のサービスの協同がもっとなされる必要があることは明らかである。

子供を特殊学級へ入れるについての選別は通常、精神医学の訓練を受けた医師および学校長によって行なわれる。選別「チーム」のメンバーとして心理学者とソーシャル・ワーカーを含めることがますます要求されるようになってきている。入学選別についての公的基準はまだ確立されていない。現在のところ、精神薄弱者のためのカリキュラムは、普通教育のカリキュラムを手直ししたものである。しかしながら、この分野の指導者たちは、薄弱者の特別なニードに見合うようなカリキュラムを発展させるようにと強く主張している。また、特殊学級教師への訓練を修正して、子供の成長と発達を強調し、かつ精神薄弱に関する理論の学習を強調するようにとの勧告も行なわれている。職業・職能教育施策を、「初等教育」施策の延長として確立するという計画も進行中である。

現在の経済情勢のもとでは、個々の精神薄弱者を競争的な雇用の場におくことは困難である。保護工場にもますます重圧がかかってきている。経済情勢のゆえに、保護工場は下請け契約をとってることが困難である。現在、精神薄弱者に適した仕事は極度に欠如している。民間組織体は地方自治体当局の援助を得て、いろいろの対策をたてている。

社会問題および公衆衛生省 (The Ministry of Social Affairs and Public Health) は、通常の雇用サービスを通じては職を見つけえない精神薄弱者も含む障害者のための訓練および雇用対策を実施している。彼らは、地方自治体内や、保護工場、園芸事業場などで特別な仕事をわりふってもらっている。「職業につきながらの訓練」(“on-the-job-training”)を行なう努力がなされている。選ばれたものは、正規の勤務時間内に特別な訓練をうけ、障害者なりに社会的技能を増すようにされている。他の多くの国々と同様、教育サービスと、精神薄弱者にサービスを提供する他の機関や組織との間の調整の問題がひとつの大きな問題である。

スペイン (22) つい最近、文部省 (The Ministry of Education) は、薄弱者に対する直接的特殊教育施策を所管するようになった。これは以前には保健省 (The Ministry of Health) の所管であったものである。1966年には、スペインにおいては、1,172の特殊学校があったが、うち441は1965—66年の間に創立されたものである。薄弱児は2種類の奨学金を受けることができる。ひとつは軽度薄弱者のためのもので、いまひとつは中程度薄弱者のためのものである。しばしば1人の子供が両方の奨学金の適用を受けている例が見出される。資格のある教師約14,000人が必要であると推定されている。訓練を受けていない教師が前々から多くの地位を占めてしまっているので、訓練を受けた教師が職を得られないといったことも、ままおこりがちである。その上、給料は低いし、特殊教育の魅力はそう大きくないのである。

社会復帰および雇用サービス

精神薄弱者に対する社会復帰サービスは、世界中のどこでも、基本的に次の2つの方向に向けられている。すなわち、(1) 独立して働く力のある薄弱者に対しては、競争的な雇用の機会を与えてやる。(2) そうした独立性をもちえない者に対しては、保護的なあるいは広汎な雇用

の場を提供してやる。大ていの国は以上の目標の一方あるいは両方をめざして何らかの施策をとろうとしている。

薄弱者に対して連続性のあるサービスを提供しようとしてきた大部分の国においては、諸サービスの進展順位はまったく同様であった。最初は薄弱の医学的、制度的な側面が強調される。次に、上記の領域が進歩すると、国は通常、コミュニティに基盤をおく精神薄弱者教育サービスの提供を行なおうとする。

教育施策は通常、学齢層を対象にするのが最初である。それよりも年少の子供たちへの教育施策はずっと後になってあらわれる。それに次いで提供されるサービスは社会復帰サービスである。保護のもとでの雇用は社会復帰サービスの次にあらわれる。あらゆる国がこの発展図式に従うわけではないが、しかしここには注目するに価する規則性がみられる。

興味をひかれるのは本調査協力者の大部分が、父母の団体が施設サービスや教育サービスに関して力があつたように、社会復帰や雇用拡大施策においても力をもっていると信じていることである。活動的な父母の団体なくしては、大抵の国でサービスはかぎられたものになってしまうのであろう。

アルゼンチン (4) アルゼンチンにおいては、国家的に組織された社会復帰対策はない。社会復帰サービスでわずかに存在しているのは民間部門においてのみであり、サービスを受けている成人の数はまことに少ない。提供されるサービスは、薄弱者やその家族やそのコミュニティのニードに、部分的にしか応じられない。一般的な失業の増大は、社会復帰サービスの発展に大きな問題を投げかけ、薄弱者を労働の場にとりこむことを拒むような情勢を生み出すのにひと役買っている。これは一面において政府に、薄弱者の労働能力を活用する機会を助長するような方策をとることへの支持が欠けていることを示すものである。

オーストラリア (23, 26) オーストラリアの大部分の州には、軽度薄弱者のための技術学校および職業指導員がおかれている。しかし、中程度および重度薄弱者は終身工場において保護される。その上、連邦政府は薄弱者や身体障害者などの集団に社会復帰サービスを実施してきている。Pittの指摘によれば、オーストラリアには全部で152の社会復帰センターがあり、総計6,254人に対してサービスを行なっている。これはオーストラリアの規模からすれば1州分としても十分ではない。目下、ニードがどの程度みたされているかを見きわめるべく調査が行なわれているところである。ある州においては、他州よりも広汎なサービスが行なわれている。その幅は、Pittによれば、New South Wales州の63センター、サービスを受ける者2,200人から、Canberra州の1センター、104人までの差がある。こうしたサービスを拡大する上での大きな問題は財政である。しかしまた、薄弱者の心理的・教育的ニードを理解し、かつ企業の要求する作業能力についても理解をもつ、資格のある職員を見つけることも課題である。

ベルギー (27) ベルギーにおける最初の保護工場は、1960年にブリュッセル市において、親たちの手で組織された。今日、薄弱者のための工場は15、その上、若干の薄弱者をも含む障害者のための工場もいくつかある。工場の多くは地方的な父母の組織によって維持されている。

1963年に、工場はすべて労働省(The Ministry of Labor)の監督下におかれることになった。国は現在それらに財政的援助を与えている。すなわち、建設費の60パーセントに加えて職員と被訓練者の双方の俸給への補助である。工場を労働省のもとへおいたことは、諸センターの労働を一般労働界へ統合するという点で非常によいことであった。しかしながら、生産ということが強調されるので、重度薄弱者はこうした方式からの評価に苦しんでいる。

これまでのところ、重度薄弱者へのサービスは保健省の管轄下におかれなければならないわけではなかった。しかし、保健省の下におかれることは今後とも正しいとされることが望まれる。ベルギーにはまた、成人薄弱者を対象とし、昼間に職業をもつ彼らに生活の場を与えるような宿泊所がある。この考え方は今や世界中の多くの国によって採用されている。

ブラジル (25) ブラジルにおいては、連邦政府は若干の職業面での社会復帰施策を維持している。すなわち、職業センター、教師訓練施設、保護工場、雇用機関等に財政的援助を与えているのである。そうしたセンターは、Guanabara, San Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Pará 各州に存在する。ペスタロッチ協会(地方的な父母の団体)やその他のヴォランティア機関は、地方における社会復帰活動の増進に寄与してきたが、資金の欠如、訓練された職員の不足、体育施設の不適切さによって妨げられている。

英国 (18, 30) 英国においては、労働界に入りえないか、またはまだ入る態勢になっていない精神薄弱者にとって、次のような施設が利用可能である。(1) 成人訓練センターが、労働の習慣と社会的行動とを教えるために、地方保健当局によって設けられている。1966年には、20,000人分が利用可能であった。1971年までには、成人薄弱者にとって、1人あたり0.54人分が利用可能となるであろうと推定されている。(2) 保護工場は地方保健当局と労働省の合同管轄下にあり、精神障害者と精神薄弱者の両方のために作られている。1966年には1,677ヵ所が利用可能であった。(3) 社会復帰用産業施設は労働省によって運営され、商取引と職業に関する集中的な課程を用意している。(4) 20人あるいはそれ以上の従業員をもつ会社は、その労働力のうちの3パーセントを、障害者として登録された者の中からとらなければならない。この方式によって、精神薄弱者も産業に参加できるわけである。

McCoull はさらにつけ加えて、病院の中にもいくつかの訓練施策があつて、これらは急速に、重度および最重度の薄弱者にとっての救いの場となりつつあり、そこでの施策は地方保健当局によって運営されている、とのべている。英国における社会復帰へのニードは、この種の施策によってだんだんと充足されつつあるが、薄弱者向きの仕事を見つける上でのきわめて大きな問題は、とりわけ、不熟練労働をほとんど要求しない領域に存するのである。

フィンランド (5, 31) フィンランドにおける保護工場は、地方社会福祉当局あるいは私立機関によって運営されている。国はその経費の55パーセントを償還する。ある場合には、精神薄弱者を障害者用の訓練コースに入れることも許されている。ニードの充足率は、5から10パーセントにすぎないであろうと推定されている。工場に入りうる者は、デイ・ホームにいる16歳になった者がそれに相当する。Weckrothの指摘によれば、大ていの工場は・採用した応募

者たちをとどめておくだけで、それ以上何らなすところがない。幸いこの点には変化がきざし
ており、訓練にもっと力点がおかれるようになってきている。農業、林業、園芸、工芸などの領域
における訓練を提供しようとしている施設もある。若干のものは、産業から下請け契約をとろ
うとしている。不幸なことに、フィンランドには失業がきわめて多く、そのことが障害者の就
職を非常に困難ならしめている。大部分の諸外国と同様、資格ある職員を獲得する問題もある。

フランス (15) フランスにおいては、青年薄弱者のニードは、社会復帰施策を遂行する権限
を与えられた政府機関が3つあるにもかかわらず、充足されていない。一般人、および特に産
業の側の理解が欠けている。資格ある教師やその他社会復帰の専門職員の補充もきわめて乏し
い。

西ドイツ (7) 西ドイツにおいては、大きな施設はすべて、保護工場と職業訓練学校とをも
っている。その上、感覚的・身体的欠陥をもった薄弱児のための職業学校もある。これらの設
備はしばしば法的な施策と関連づけられている。民間機関によって運営されているものも若
干ある。これらの学校で訓練をうけた青年は企業体に就職をあっせんされる。多くのコミュニ
ティは薄弱者のための保護工場を設立する方向をとりはじめている。西ドイツ連邦政府は工場
や学校に対し、いくぶんの財政援助を提供しているが、こうした施策を遂行するためには例に
よって、訓練された従事者を獲得することに問題がある。

アイルランド (19) 精神薄弱者のための寄宿センターが職業訓練を実施している。しかし、
これらのサービスは現在あるニードに応えるには不適切であり、雇用機会の拡大とか、就職あ
っせん担当官、職業安定担当官とか、宿泊施設とか、あとあとまでの指導をもっと適切にする
とかのかたちでの広汎な改善が必要とされている。

イスラエル (6) 1966年には、イスラエルには20の工場があった。うち一つは厚生省 (The
Ministry of Welfare) の運営にかかるもので、11が地方行政当局、8つがAKIMすなわちイ
スラエルの全国的な父母の協会に運営されているものであった。これらの工場は、部分的に労
働省 (The Ministry of Labor) の援助をうけていて、該当者は18ヵ月分までの援助をうける
ことができる。ニードがみたまされているのは10—15パーセントにすぎない。このサービスはも
っと拡大される必要がある。そのためには、雇用サービスの面でもっと薄弱者に関心を深めて
もらわなければならないし、職業相談サービスももっと提供されなければならない。労働省は
関心をさらに深める必要があるし、また、職業あっせんセンターも設立されなければならない。

日本 (12) 日本においても保護工場は作られている。しかしながら、現在運営されているの
はほんのわずかにすぎない。なお、父母の協会が行なっている職業指導制度があつて、だんだ
んと工場の数も増しつつある。デイケア・センター、保護工場、宿泊施設といった社会復帰施
設が不足しているために、推定では、日本におけるニードの約20パーセントぐらしかみたま
されていない。サービス増進の上での大きな問題は、薄弱者問題に対する一般人の理解が不足し
ていることである。さしあつての主要目標は、作業訓練計画の活用ということである。

メキシコ (12) メキシコにおいては、薄弱者に対する社会復帰あるいは雇用サービスといっ

たものはない。これは、薄弱者の問題についての関心や知識が、一般人にも、この問題を所管するはずの政府機関にも、総体的に欠如していることに帰せられる。父母の協会はこの問題にだんだんと注意を向けるようになっていく。

オランダ (3,10) オランダには多くの工場があり、しかも、Bloomestijn が指摘しているように、労働者への需要は供給をはるかにうわまわっている。これは幸いなことではあるが、こうした状況はめったにあるものではない。保護工場、あるいは市場向け野菜栽培のような「戸外」作業計画のもとで雇用されている薄弱者は、あわせて約 9,000人ある。数字は得られないのであるが、ニードは相当程度満たされていると思われる。ある工場は主として中程度薄弱者訓練用であり、ほかに能力的に勉学と作業との中間に位置するような debiles (軽度薄弱者) を入れる余地のある工場もある。Bloomestijn の指摘によれば、これらの工場の多くは、その方針の一部として「生活者」教育課程を提供している。また、すべての工場は通常の企業にみられるのと同じような一般的「特別」給与制度を被用者のためにとっている。多くの工場は地方自治体の経営である。自治体の監督のもとで私立団体が運営しているものも少しはある。

雇用サービスは国の雇用サービスのひとつの特殊部門として行なわれている。これらのサービスを拡大してゆく上での大きな問題は、薄弱者の両親の多くに、自分たちの薄弱児を家においておきたがる傾向があることである。また、保護的な雇用をうけている成人薄弱者のための宿泊施設が欠如していること。さらに、身体障害者が薄弱者と同じ工場に入れられるのをいやがること、そのため分離した施設を必要とすることなども大きな問題である。

ニュージーランド (2) ニュージーランドにおいては、軽度薄弱の青少年は学校生活のうちの週 1 日か 2 日を企業ふうに変更された状態のもとですごす。これらの子供が学校を出たのちも作業教育が継続されるようにと、アフタケアおよびフォローアップの機関が設立されつつある。中程度および重度薄弱者は保護工場に入れられるが、これらの工場の大部分はニュージーランドの父母の協会である IHCS によって設立されたものである。適切なサービスを提供する上での主要な問題は、職員のことと関係している。施策のほとんどすべては、訓練されていない職員によるサービスの提供ということにならざるをえなかった。こうした施策を遂行するためには、資格ある職員の供給に向かって努力がなされなければならないということが認識されている。

スペイン (22) スペインには、薄弱者のための作業センターが若干ある。これらは運営はされてはいるけれども、限られた訓練施策しか提供していない。政府が、少なくとも軽度薄弱者、できればその他の精神病者あるいは身体障害者のような障害者のための特殊工場や実業学校を拡充するように、との声があがってきている。

医学的診断と治療

医学的ケアが最も必要であると認められている精神薄弱者は、最重度と重度の精神薄弱者である。このグループは通常 1 つあるいはそれ以上の感覚あるいは運動の欠陥を示し、通常広汎

な看護的ケアを必要とし、彼らの生存期間は短くなりがちである。ひとつのグループとして、彼らは比較的容易に見出される。それゆえ、このグループのために有効で比較的広汎な医学的、看護的サービスを行なうことは、世界中のほとんどの施設において珍しくはない。

多くの国において、公立の寄宿施設は、一般医、精神科医、小児科医および神経科医のような、医学的職員によって管理運営されている。近年非医学的職員もまた、これらの施設の管理運営を引受けるために任命されるようになった。多くの国で、地域計画のための一般的保健サービスは稀にしか行なわれていない。

大学といろいろな連繋を持っている施設は幸運である。大学の学部が、施設の職員に対してコンサルタントとしての能力においてサービスを行なうこともできよう。大学はまた、その学生の地域活動の実習のために、施設の中のいろいろなサービスを用いることができよう。そして施設の患者は、研究対象として、学部や学生によって、利用されるであろう。

多くの国では医学的サービスは、公衆衛生担当当局によって、また他の国では個人開業医によって、提供されている。多くの施策において、これらのサービスは、施設、病院あるいは団体のフルタイムの被使用者である人々によって、提供されている。一般にすべての精神薄弱に対するサービスがそうであるが、国が精神薄弱者に対して提供する医学的および診断的サービスは、当該国の性格、文化的複雑性および経済的制約を反映する傾向がある。精神薄弱者に対するサービスが、どれほどしばしば多くの学問を総合あるいは相互に関係づけた準拠枠に基いて、与えられていることか、いろいろな報告で知ることができて、まことに心強い思いがする。

アルゼンチン (4) 一般にアルゼンチンの診断と治療は、病院の精神科と神経科のサービスの援護の下に行なわれる。精薄者のための特別のサービスというものはない。もっと多くの医学的職員が精薄の知識を持ち、心理学者、教育学者およびその他の社会学者と、専門学科を交錯させるような方法で仕事をするように訓練される必要がある。

オーストラリア (23, 26) すべての州において、その公衆衛生部と児童の教育も行なう病院の中で、診断と治療のサービスが行なわれる。いくつかの州は、精薄者のための診断クリニックと、それと連絡した適当な専門家のチームのいる寄宿制の相談所(residential quarters)を持っている。乳児保健クリニックと学校保健訪問指導員とがまた、精薄児の診断過程で援助する。施設に収容された児童が、不適切な医学的ケアを受ける傾向があるが、この傾向は多くの場所で、非常に迅速に克服されつつあると、Pittは述べている。

ベルギー (27) ベルギーの多くの診断的設備は、児童のあらゆるタイプの精神医学的障害を対象とするものである。それらは心理学的評価の方向に向けられており、原因の診断とか早期の事例発見へはあまり方向づけがなされていない。精薄児の診断に専念している唯一のクリニックがある。それはブリュッセル大学の小児科にある。さらに軽度薄弱児を発見し、評価するための、学校につながりをもつ93のセンターがある。

ブラジル (25) ブラジルにはいくつかの医学的および診断的サービスがあるが、すべて私立のものである。もっと多くの小児科医、神経科医およびその他の医学的職員が、精薄の医学的

側面を、もっと多く知るようになれば、さらに適切にその必要性を満たすことが出来よう。ブラジルは、心理学的、原因論的研究のための実験を発展させる必要があり、その研究を行なう資格を持った職員を必要としている。

英国 (18, 30) 目下のところ、英国には、精薄者のための診断とケアのサービスの責任を持っている、3つのサービスがある。すなわち(1)一般医学的サービス (2)地域保健当局のサービス および(3)病院のサービスである。ある地域では、職員の欠如と地域保健当局との意見の相違のために、病院サービスが、多くのことを遂行出来ないでいる。将来は職員の増加が主な問題となるにちがいない。最も必要な職員の種類は、精薄の小児科医と専門医、病院の下級医学的職員、精神科看護婦、入院させられている欠陥児のための訓練された教員、および病院と地域当局の仕事のための精神医学ソーシャル・ワーカーである。

フィンランド (5, 13, 31) 母親と児童の保健ケアのための一般的保健サービスは、よく組織化されている。ここで精薄児とその親は、限定されたサービスを得ることが出来る。最近、欠陥児のためのクリニックが、施設の中に設立され、精薄の事例の評価のための児童相談クリニックであるように設計されている。それはまた、家庭でのケアを支援するように、コンサルテーションの訓練のサービスを提供している。いくつかの所では、歯科サービスが、家庭でのケアの下に用意されており、他の所では、言語治療のための設備もあって、これらのサービスを広げる試みがなされつつある。各地域には診断クリニックのある精神病院があり、Bredenberg によって述べられているクリニックは、移動診断チームを持つようになるであろうと、Weckroth は指摘している。フィンランドの精薄者の95パーセントが、何ら特別の医学的ケアを受けておらず、現在のフィンランドで、最も発展させる必要性の高いサービスは、広汎な基礎に立った外来的ケアであると Kaariainen は述べている。

フランス (14) フランスでは、精薄児と精薄者の診断と治療は、公衆病院の特殊の部門、指導相談サービス機関および精神科の病院で行なわれている。適当な診断と治療のサービスを提供するために、病院の専門化したサービスが拡大されるべきである。

アイルランド (19) アイルランドの診断と治療のサービスは、精神的欠陥に特別の経験のある精神科医、ソーシャルワーカー、心理学者、精神的欠陥のケアに特別の訓練を受けた看護婦、理学療法士、言語治療士によって提供される。しかしながら一般的に、これらの専門家は不足しており、もっとアイルランドの職員の必要性に合うような訓練計画が必要である。

イスラエル (6) イスラエル社会福祉省は、テルアビブ、イェルサレムおよびハイファの3つの評価センターを設立した。これらのセンターは毎年 650の事例を検査している。各患者は身体検査を受け、その結果は社会福祉省精薄者を所管する部局に送られる。IQ 0-65の人が管轄対象とされる。ソーシャルワーカーと心理学者の職員が、登録委員会を作っており、可能なかぎり、勧告を行なっている。また精薄者と関係のあるセンターがほかにもある。すなわち研究センター、一般の医学校のサービスおよびフェニールケトン尿症の発見とケアのセンターである。研究と早期発見のためのセンターが設置されるべきであり、中央の追跡的サービスが加

えられるべきである。総合学問的ケアとサービスがそれを必要とするすべての人に利用されるようになるべきである。

日本 (14) 日本には 133の児童相談所、46の成人精薄者のための精薄者更生相談所がある。各相談所は、診断と治療のために、精神科医と小児科医（通常パートタイム）をおいている。また55の精神衛生相談所、820の保健所、341の母子衛生センターがあり、そこでは精薄の患者のために、心理学者、福祉職員および精神科医が、臨床チームを組んで働いている。精薄者のサービスをもっと適当なものとするため、小児科医、心理学者、精神科医の数を増加し、パートタイムの職員をフルタイムにすることが必要である。

メキシコ (12) メキシコの精薄者に対するサービスの明るい領域の一つは、診断と医学的ケアのサービスである。一般医に加えて、診断と治療サービスのための2つの医学的組織がある。これらの施策は、よく構成されており、どの社会経済的水準のニーズにも適合するようにできている。さらにそれらは、政治的党派の利害とも結びついている。しかしこれらのサービスは、普遍化されることが必要であると感じられている。専門職員はそのサービスを拡大するために、親の会によって積極的に援助されてある。

オランダ (10) オランダには、精薄の観察と診断のための多くのクリニックがある。医学的ケアと治療を含めて、長期に亘るケアと治療のための収容ホームがある。中年を過ぎた人達は、精神病院へ行く。また政府の費用による社会精神医学的サービスと青少年のための精神医学的サービス機関がある。ごく小さな子供の発達における異常の早期発見のための、総合学問的地域センターの必要性が現在感じられている。これらのセンターは現在、政府および親の組織によって考慮されているところである。

ニュージーランド (2) ニュージーランドには、診断と治療のための何等の設備もない。それはいくつかの児童健康クリニックにおいて、小児科医、心理学者、ソーシャルワーカーおよびその他の者によって行なわれている。医学的および病院のサービスは、その全般にわたって利用されている。もっと適当なサービスを提供するために、すべての妥当な専門学科に立つもっと多くの専門家が、ここに参加して努力しなければならない。また人口の集中の中心、特に2つの医学校の小児科に、評価センターを設立する必要がある。

スペイン (22) スペインには事例発見の組織はない。診断と治療のセンターがあり、そこへ援助を求める児童が行くが、数が少なく、必要性を満足させていない。小児科医は一般に、精薄を彼らの領域とは感じておらず、精薄を発見してもそれを無視する傾向がある。全国に2つの小さな神経学の機関があるだけである。最重度の精薄児は、国の精神病院に収容される。理学的療法の利用が進められているが、その必要な精薄者も稀にしか受けていない。とり扱いの状態は、精薄者が同時に盲人でもある時には、盲人の団体からケアと治療が受けられるので、まだましであるといった状態である。

予 防

精薄の予防のための広汎な計画が、何故始められなかったかということを理解するのは容易

である。広汎な予防計画の経済的側面だけでも、多くの国々の現在の財源を超えている。しかし多くの国が、予防計画を始めだしている。

例えばフェニールケトン尿症の検出は現在、非常に普及した予防計画である。恐らくその病状が、発見が容易であり、予防が比較的高価でないためであろう。フェニールケトン尿症は比較的数字が少ないけれども、予防計画の存在は、予防可能な精薄の形があるという事実を浮き立たせるという点で、どの国にとっても重要である。将来の研究には、予防的処置に対応する、他の医学的および社会的原因を明確にすることが期待できる。

注目すべきは、一国内の精薄の最も重要な原因が、可能な包括的予防施策の中において述べられることは多くないということである。環境的および情緒的剝奪をひき起す要因は注意するに値する。栄養障害をとり除く計画は、高い優先性を与えられなければならない。児童の病気の減少は、すべての保健当局の絶えざる注意を必要としている。

アルゼンチン (4) アルゼンチンでは、精薄の予防に対して、何らの処置もとられていない。出産前のケアの改善計画が必要であり、小児科医と産科医は、精薄の原因論に関する訓練をもっと受けるべきであり、予防についての知識を備えているべきである。精薄児のための小児ケアセンターの連絡網があらねばならず、栄養や児童期の精薄の他の出産前の原因に対して、もっと注意が払われるべきである。アルゼンチンの精薄のもっとも重要な原因は、その国の北西部、北東部および南部に存在している、高度な貧困である。

オーストラリア (23, 26) オーストラリアの現在の予防計画は、先天的代謝障害のスクリーニングテストを含んでいる (例えばフェニールケトン尿症)。危険な薬物や人間の発達過程についての地域的教育、またテレビジョンやラジオを使って、出産時と出産後の母親と子どものケアの必要性について、コミュニティに警告を発することなどが行なわれている。さらに医学校は、出産前のケアおよびそれが精神薄弱と関係を有することについての教育を行なわなければならない。鉛中毒、先天梅毒、過ビリルビン尿症、出産外傷などのような、精薄の原因となる病的状態は、この領域での医学的治療と予防がすぐれているために、極めて低いということをも Pitt は付け加えている。これらの計画の州の間の差異は、予防に関して、コミュニケーションが非常に良い状態にあり、恐らくそれが今後も続くであろうということから、それほど心配すべきものがあるようには思われない。

ベルギー (27) ベルギーの新産児の約75パーセントが、フェニールケトン尿症の発見テストを受けようになりつつある。この検査は、強制的に行なわれるようになりつつある。遺伝に関する相談がまた、ブリュッセルとルーヴェンの大学で活用されている。

ブラジル (25) サンパウロ州では、フェニールケトン尿症の尿検査が、すべての新産児に強制的に行なわれつつあり、ミナス・ゲライスでは、ベスタロッチ協会が、フェニールケトン尿症の検査を行なっている。ブラジルにおいては、トキソプラズマ症と栄養障害に結びついた精薄の発生率が比較的高い。ブラジルの精薄の予防に関して行なわれ得る、また行なうべきであるいくつかの処置がある。すなわち、全国的フェニールケトン尿症の検査と、精薄の原因とな

り得る、麻疹やその他の病気に対する免疫処置を強制的に行なうことである。最大の注意は、ブラジルの精神薄弱の主な原因の1つである、栄養の剝奪に払われねばならない。

英国 (18, 30) 好ましからぬ影響が作用している地域では、ほとんどの地方保健当局が、“危険状態にある”という表示を行なっている。すべての新生児にはまた、フェニールケトン尿症の検査が行なわれている。遺伝に関する相談もまた、親にとって利用できるようになっている。Mc Coull はいう、精薄の原因が知られるようになった場合のみ、予防における何らかの進歩が生じた。それ故精薄の原因を発見する仕事をもっと行なわれねばならないと。とられ得るまたとられるべき一連の予防的処置の問題にかたて加えて、精薄に関しては、出産のコントロールとか、治療的流産および断種の適用とかにおいて、道徳的および倫理的性質の問題が数多く生ずるということを、Tizardは感じている。

フィンランド (5, 13) フィンランドでは、フェニールケトン尿症の発見の仕事がわずかながら行なわれている。妊産婦と小児のための公衆保健サービスがひとつの予防施策であって、出産前の援助と早期発見のサービスを提供している。その精薄が、遺伝性の起因によるものであると思われる時には、何らかの断種が行われるが、その数は多くはない。遺伝に関する相談という方法においては、もっと多くのことが、遺伝性の異常を持つ危険性のある人達のために提供され得るし、提供されるべきである。予防の仕事を行なう相当数の臨床チームを発展させるべきであると Kaariainen は付け加えている。

フランス (15) フランスではRh因子のための組織的検査が行なわれている。フェニールケトン尿症の検査が、全国的に使われるために計画されている。仮死を予防すべく、助産婦と産科医を力づけるために、活動は制度化され得るし、制度化されねばならない。

西ドイツ (7) 西ドイツのいくつかの州は、フェニールケトン尿症の検査を確立することを試みた。そして妊婦の出産前と出産後の検査のために連邦の法律が提出された。断種は稀であり、医学的理由と何人かの医師との協議の後にはじめて行なわれる。

アイルランド (19) アイルランドでは、フェニールケトン尿症のために、特殊の食餌療法と血液水準を適正に維持しようとする観点から、すべての新生児の広汎なスクリーニングが行なわれている。また保健当局は、精薄の事例の追跡活動のために、“危険状態にある”児童の登録を続けている。フェニールケトン尿症と無脳症の発生率は比較的高い。劣悪環境にもとづく精薄は、下層階級の中からとり除かれ得るし、とり除かれるべきである。

イスラエル (6) フェニールケトン尿症の発見とケアのためのセンターが、アメリカ公衆衛生事業団(U.S. Public Health Service)の資金で、1963年に設立された。そして現在、全面的にイスラエル保健省によって運営されている。現在精薄の生起に対して関係のある最も重要な要因には、未開発国からイスラエルに移民してきた文化的に未開発な集団に結びついているものと、イスラエル自体にある社会経済的要因に結びついているものがある。次のような特別の処置が、この国でとられ得るであろう。すなわち研究設備の発展と、医学的職員訓練のための計画の発展とである。この職員は、出産前と出産後および新生児のケアのために必要な

サービスを提供するであろう。

日本 (14) 日本では早い年齢で精薄を発見する2つの機会がある。すなわち保健所がすべての3歳児を検査することと、市町村教育委員会がすべての就職前の6歳児を検査することである。代謝障害と染色体異常のスクリーニングは、まだ広汎に行なわれてはいないが、産科と小児科の病院の外来は、精薄の発見を増加させている。児童相談所と保健所が、もっと早く精薄を確認しようとする計画が、目下考慮されている。知能検査は通常学校関係の職員によって行なわれている。日本における最も重要な精薄の原因は、田舎で近親婚の比率が高いこと、田舎での公衆衛生的処置が乏しいこと、医学的ケアが不適切なことなどである。日本はますます近親婚の禁止の方向に向かい得るし、そうするべきであり(近親婚率はアメリカの10倍である)、小頭症やフェニールケトン尿症のような、遺伝性精薄の宿主の確認にもっと時間をかけるべきである。

メキシコ (12) メキシコには、精薄の子防のための何らの計画もない。いろいろな子防計画の組織化を奨励すべく、関係者すべてによって相当の仕事がなされなければならない。このことは、親のグループ、専門家のグループおよび政府の保健と福祉当局の共同しての努力を必要としている。環境の劣悪さと栄養障害が、精薄者の大きな割合となってあらわれている。

オランダ (10) 全国的なフェニールケトンの検査が、施設において始められた。ある地区では、すべての新産児が検査されている。現在必要とされていることは、人類発生論的研究と、その研究に基いた普通教育、さらには出産前と出産時の研究および広報計画などである。

スペイン (22) スペインには、何らの事例発見の組織もない。そして診断のセンターの数も少ない。精薄の組織だった検出は、不可能である。前に述べたように、小児科医は精薄を確認する時にそれを無視する傾向があり、精薄は他の専門家のグループの責任であると感じている。この状況は、医学教育施策に対して、その責任に注意を向けることを要求している。

研究

誰しも予期するように、高度の教育設備が全体的に最大級に発展しており、かつ最大級の国民総生産を有する国々が、最大量の研究を行なっている。しかし、自由に使うにはかなり制限のある研究資金しか持っていない2,3の国の方が、いくつかのもっと大きい富裕な国々よりも、研究に対してもっと多くを適切に投資して来たように思われる。恐らく本調査協力者からの回答にみられる、明らかな最大の問題は、国際的な科学的コミュニケーションが不適切であったことである。国際的な官製あるいは民間の諸機関は、新しい知識の獲得を容易にするだけでなく、これらの発見を全世界的に普及かつ結合し、新しい改善されたサービスの中へとり入れることに、もっと大きな役割を果たさなければならない。研究による発見を活用することは、精薄の原因を除去し、精薄者個人に対するその悪影響を少なくすることに、重要な力となり得る。

アルゼンチン (4) アルゼンチンにおいては、国際的な重要性のある研究は行なわれていな

い。この領域での研究のための資金は欠如している。そして、研究それ自体が、精薄者に対する奉仕よりも重要性が少ないと考えられているという事実によって、さらに進歩が阻まれている。

オーストラリア (23) オーストラリアにおいては、精薄の領域における、応用的および基礎的研究に対する、政府筋の評価は不適切である。また研究を行なうための資金と訓練された職員がいない。精薄の疫学的側面における、いくつかの注目すべき研究が行なわれた。教育的研究は増加している。

ベルギー (27) ベルギーの4つの大学のすべてにおいて、精薄についてのいくつかの研究が行なわれている。ルーヴァン大学には、ガラクトセミアとガーゴリズムの問題に対する研究がある。ブリュッセルとアントワープおよびリègeの大学では、細胞遺伝学の問題の研究が行なわれ、またルーヴァン大学では、精薄の心理学的側面の研究が行なわれている。専門学科総合的な、精薄研究協会が最近、精薄の研究に従事するベルギーの科学者の間の接触を強化する目的で組織されたが、コミュニケーションの障壁を打破し、この領域の研究を推進するために、大いに活動をなすべきである。

ブラジル (25) 非常に限定された研究が、精薄の行動的側面について行なわれている。Pereira 博士 (リオ・デ・ジャネイロ) は、Gunzburg の Progress Assessment Chart についての研究を行なっている。研究は有資格の職員や経済的な支持がないために制限されている。高等教育のため僅かの施設が、高等教育の問題に関心を持っている。

英国 (30) 英国には国際的意義のある多くの研究がある。それらの研究は、近年多くの本として、また英国の専門雑誌として、出版されている。この国で研究を行なったり、始めたりすることに対する大きな障害は、例によって例の如きものである。すなわち資金のないこと、研究を行なうにふさわしい才能のある職員のいないことである。

フィンランド (5, 31) フィンランドでは、精薄の領域における研究のめざましい発展があった。最も活発な研究領域は、Sven Donnerによって指導された医学的研究であった。心理学および教育的領域における研究は、医学的研究ほど活発ではなかった。他のところと同様に、大きな困難は、資金のないことであった。フェニールケトン尿症の研究が積極的に行なわれたことと、フェニールケトン尿症に加えて、代謝障害のための検査がやがては当然のこととして普通に行なわれるものとなるであろうと Weckroth は指摘している。

アイルランド (19) 精薄における生化学的要因、特に新陳代謝の先天性の障害について行なわれた研究がある。だがしかし、研究職員のいないことと、現在いる職員を活用することのまずさとがある。たとえば多くの科学者が、もっと熟練していない人によっても行われ得るような仕事で働いている。現在ある資源が完全に利用されていないし、大学は全般的に職員が足りない。

イスラエル (6) イスラエルでは、次のような領域で研究が進められている。すなわち蒙古症の細胞遺伝学および生化学的研究、精薄の甲状腺機能、家族における学校成績の研究、核

黄疸や出産前および出産後の感染によるような児童の精薄の予防と治療、生化学的障害のスクリーニング、慢性アンモニア中毒、生化学的スクリーニング計画、蒙古症の医学的社会的側面、精薄児の発達段階、特殊教育の問題、精薄の教育的側面、精薄者の作業場での作業の成功と就業の機会、いろいろなケア・サービスの予算問題。将来はもっと沢山の資金、設備および研究者が必要である。

日本 (14) 日本精薄研究協会が1966年に設立された。そして研究の組織化が現在実現しようとしている。不幸にも、中央政府、大学および研究所からの経費が不足している。しかし、それにもかかわらず、共同化が進展しており、形成されたグループは積極的である。生物学的および行動学的領域でのいくつかの研究が、報告されている。

メキシコ (12) メキシコ原子エネルギー委員会が、その研究計画とは別に、蒙古症の病因的側面に対して、顕著な仕事を行ないつつある。経済的要因が、他の研究の行なわれるのを妨げている。

オランダ (10) アムステルダムの収容ケアと地域ケアのすべての必要性にわけいった、国際的価値のある研究が、Godefoy 教授と専門総合的チームによって進められている。

ライデン大学の別のチームは、精薄児のレジャータイムの活動へのニードについて、また実際に彼らのあいた時間に、何か起っているかについて、研究を行なっている。また、デイケアの職員の訓練のために有用な“機能的モデル”が開発されつつある。

ニュージーランド (2) 精薄はまだ、ニュージーランドの専門家の団体によっても政府によっても、支持を受ける領域にはなっていない。すべての領域にわたって、訓練された研究者が非常に不足している。

職 員

精薄のあらゆる面における、企画、組織化および施策遂行責任を持つ人々は、世界中を通じてもっと訓練された職員の必要性を一致して認めている。職員というものの必要性がその国で最も緊急である場合、その訓練に対してまず優先権が与えられなければならないということは明らかである。ひとつの概念がすべての他のものから抜き出ている。すなわち精薄は諸専門学科の相互関連的な責任問題である——すなわち、すべての専門学科からの専門家が、相互関連の方法で仕事をするように訓練されることが必要である。すべての精薄の問題は、ひとつだけの原理で解決され得る、あるいは管理され得るという考えは、今では世界中のすべての国々によって、實際上時代遅れであると見られている。

アルゼンチン (4) アルゼンチンには、心理学、ソーシャルワーカーあるいは病院の職員のための、何らの訓練計画もない。医学の職員に対しては、精神医学上の最小の情報は与えられている。教員は1つの私立の機関と2つの公立の機関で訓練を受けるが、これらの3年コースは、僅かに2、3年間しか行なわれなかった。精薄は普通の教員教育計画では、触れられないことがない。教育の修士コースあるいは博士コースには、精薄の専攻というものはない。現在の

訓練方法は、アルゼンチンで現在必要とされる職員の10パーセントしか提供していない。訓練された職員の発展に対する最大の障害は、大学水準での職員のいないこと、必要性に応ずる方法のための適当な企画のないこと、およびこの領域における職員の報酬のないことである。

オーストラリア (26) 精薄がオーストラリアで、興味ある研究対象と考えられるようになったのは、ごく近年のことである。比較的若い積極的な人たちが、この領域に入りつつある。看護学の計画は制限されており、医師、看護婦および心理学者に与えられる講義の数は増加したが、財政的支持が適切でないために、計画は制限を受けている。

ベルギー (27) ベルギーでは、精神薄弱児を教える教員は、2年周期で夕方と土曜日に現任訓練を受けている。教育専攻科を設置しようという企図があり、それは2年コースの研究課程となるであろう。医師と心理学者は、十分な訓練を受けていない。例えば小児科医のためには、精薄のただひとつのコースしかない。それはブリュッセル大学でのみ行なわれている。

ブラジル (25) ブラジルでは、精薄の訓練は、公立と私立の団体の両方で行なわれている。精薄児の教員は、教育研究所によって維持されている、1年から3年の学習期間において訓練を受けている。公立および宗教立の2、3の大学が、その教育学部と心理学部の中に、精薄のコースを持っている。いろいろなペスタロッツ協会が、専門学科総合的のチームとさまざまな職員の訓練のために、精薄の短期コースと大学の水準のセミナーを提供している。これらの協会はまた、言語治療士や、軽度精弱と中度および重度精薄の教員のために、長いコース（1年から2年）を提供している。リクリエーションの職員がまた、ペスタロッツ協会によって、1ヶ月のコースを提供されている。また多くの親のグループが、訓練コースを提供している。恐らくブラジルの必要性に応じてケアを行なうに足るだけの職員を訓練する上での最大の問題は、新人教員を訓練するための、十分に訓練された職員を見出すことにある。

英国 (18, 30) 英国には数えきれぬほど多くの専門家訓練施策があるのではあるが、精薄の医師の訓練がほとんど存在していないということを McCoull は指摘している。精薄の専門家たるべき医師に要求される資格は、精神医学の訓練で足りるとされているからである。精薄の専門家として登録されるための看護婦の訓練は、きわめて適切なものであるが、ごく限られた数の看護婦だけが、この施策に参加出来る。訓練を受けた職員がふえれば、すべての領域で歓迎されるであろう。

フィンランド (5) フィンランドには、アメリカの有資格の臨床看護婦に相当する、制度的に認められた看護婦のための、1年コースがある。施設の教員は通常、1年間の補足的訓練を受けた施設看護婦である。特殊学校の教員は、2年間の経験のある、小学校教員から選ばれる。彼らは普通の小学校の教員の訓練の上に、補足的な1年間の研修を受ける。ソーシャルワーカーは、タムペレ大学で訓練されている。これらのすべての計画は、もっと進んだものになるべきである。将来の必要性は、言語、矯正体育および理学療法と作業療法のような、専門化した治療の領域に集中するであろう。しかしながら、これらの必要性に合うコースを持った学校は十分にはないであろう。また施設で働く職員の雇用問題がある。施設が人口の中心から離れ

ているからである。

フランス (15) フランスで職員を獲得するための最大の障害は、財政的な障害である。

西ドイツ (7) 現在西ドイツでは、何ら特別な訓練を受けたことのない人から、高度の訓練を受けた医学の専門家に至るまで、誰でも施設の管理を行なうことが出来るし、事実管理を行なっている。比較的大きな施設は、専門総合的な職員を持っているが、比較的小きな施設は、完全に補助的な、専門家というよりさらに低い職員を持っていることがしばしばである。施設の看護婦に、心理学、教育学また医学に関する訓練を行なおうという努力がなされているが、財政の不足と訓練を行なう人の不足といった、いつもの困難が方々に存在している。

アイルランド (19) アイルランドには、看護婦のための、特別の訓練コースが用意されている。それによって精神欠陥者の看護婦として登録される資格が与えられる。また軽度と中度の精薄児の教員のための特別な訓練コースがある。そして心理学者の免許証を与える、異常児 (exceptional children) 研究コースがある。一般的に、どのレベルにおいても訓練された職員がいない。それは財政の不足と、他の専門学科の専門的訓練の必要性によって変化させられることへの抵抗があるからである。

イスラエル (6) 多くの無資格の職員が、この領域でうけいられるという事態を、特殊教育サービスの迅速な成長が引き起したので、夜間と夏期の現任訓練コースが、大学の密接な協力のもとに、いろいろな教育センターの中に設立された。幼稚園および小学校レベルの訓練のための教員養成大学の中に、特殊教育専攻研究コースを設置することを代替物とすることによって、これらの現任研修計画の必要性に応えようという試みが、現在推進されつつある。またエルサレムのヘブライ大学は、特殊教育の専攻科目を持っている。すべての領域で、適当な訓練を受けた職員がおらず、この領域で現在働いている沢山の職員は、補足的訓練を与えられなければならない。そして現在存在しているセンターはしばしば、精薄の領域の重要なことを認識していない。医学の領域と高等教育の機関で、特にそうである。

日本 (14) 日本の特殊教育の教員は、約50の教育大学と総合大学で半年から1年間訓練を受ける。施設の指導員はまた、半年から1年間、国立秩父学園で訓練されている。医師、臨床心理学者および精神医学ソーシャルワーカーは、2週間から2ヶ月の研修コースを持っているに過ぎない。これらすべてのコースの期間と内容は、全く不十分であって、訓練を受ける人の数も、非常に少ない。この理由は、中央政府と地方自治体の精薄サービスの予算が少ないことにある。この領域へもっと多くの人をひきつけるための最大の障害は、俸給の低いことである。

メキシコ (12) 精薄の領域の職員のための訓練は、一般的にメキシコでは行なわれていない。それは現在の経済状態のためである。

オランダ (10) オランダの特殊学校の教員は、精神医学、心理学、矯正学、児童の発達および社会問題について、半年から1年の現任訓練を受ける。これらは夕方のコースで、それを終え試験に通ると、学生は資格を与えられ昇給する。ソーシャルワーカーは、普通のソーシャルワークの資格を得るためのコースを終えた後に、16ヶ月の補足的現任コースに入る。すなわち

3ヵ月の理論的勉強と、9ヵ月から12ヵ月の実習が、試験を伴うスーパービジョンのもとで行なわれる。

また家族と共に、あるいはホステルで生活している精薄者のケアにあたる人たちのために、社会教育的サービスの訓練がある。保護工場の管理者や監督者は、雇用の場所での現任訓練を受ける。少数の人だけが、特別の訓練を受ける。教育はほとんど不足していないが、心理学者と精神科医が十分にはいない。ソーシャルワーカーの数は、必要な数の約60パーセントを満たしているに過ぎない。オランダでは、女性の職員を維持することに、最大の問題がある。すなわち女性は結婚すると仕事をやめてしまう。オランダの既婚女性の4パーセントだけが雇用されているに過ぎない。

ニュージーランド (2) ニュージーランドには、精薄の看護の訓練のために、いくつかの良い病院のコースがある。精薄児の教員には、現任訓練コースがあるに過ぎない。精薄の領域を目的とする、医学、心理学、あるいはソーシャルワークの専門化した計画はない。すべてのこれらの領域に、訓練を受けた職員が不足している。他の領域での人的資源の要求や、精薄に対するある種の専門的職員の態度とかがからみあって、有資格の職員を雇用することを困難にしている。

スペイン (2) 今後数年間に、20万人の精薄児のために必要とされる14,000人の教員に対し現任訓練を与えることによって、今ある計画が行なわれようとしている。医師、心理学者、ソーシャルワーカーおよび看護婦に訓練を与えることに、もっと注意がむけられることが必要である。この領域にもっと多くの職員をひきつけることに対する主な障害となっているのは、他の領域と比較して、一般的に俸給が低いことである。

父母の会その他の非官製諸組織

精薄者対策をもっている国ではどこでも、きまって父母の会その他のヴォランタリーな団体が推奨されている。精薄者対策がほとんどない国においては、全国的な父母の団体は活動していないか、存在もしていない。父母の団体の強ささと、政府の側の薄弱者対策への関心の程度との間には相関があるように思われる。実際、ほとんどすべての調査協力者が指摘しているのは、父母の団体が圧力団体として動いていることであり、そうした圧力がなければ国は薄弱者に対してほとんど対策をたてようとしまいということである。まことに奇妙なことであるが、地方的な団体はずっと早くから存在していたのに、全国的な父母の団体の大部分が活発になったのはせいぜいこの10年かそこらなのである。そのひとつである父母の会運動は、世界各地の多数の個所で時を同じくして始まった。「国際精神薄弱者協会連盟」(The International League of Societies for the Mentally Handicapped)——全国的な父母の会の国際的連合体——は、研究計画を促進し、精神薄弱に関する法律的側面を改善し、新しくかつ改良された教育および社会復帰サービスの発達を奨励している。

アルゼンチン (4) アルゼンチンにおいては、全国的な父母の組織は比較的最近始まったば

かりである。地方的な父母の団体はもう20年も前から存在している。また、カトリック系の組織も別個に存在し、特殊学校や工場をこしらえていた。1966年、アルゼンチン精神障害者関係団体連合会(The Argentine Federation of Entities for Attention to Mental Disease)が設立され、上記諸団体の活動の調整をはかり、この分野で働く従事者を獲得することとなった。これは、精神薄弱の分野における大ていのヴォランティアな組織と同様、非営利的な組織である。これの設立以来、あれこれの諸団体がPR活動を行なうようになった。しかし、この分野の地位はいまだ、アルゼンチンにおいて聳その他の諸障害が占めているレベルほどには達していないのである。

オーストラリア (23, 26) 父母の団体は州ごとにちがった名称をもっており、全国的な組織はない。New South Wales 州においては精薄児協会(The Subnormal Children's Association)が、中程度および重度の薄弱児のためのデイケア・センターや特殊学校や保護工場の設立に大きな力を及ぼした。Pittは、他の州においても父母の団体は活動してきたが、New South Wales 州の団体ほど熱心ではないと付言している。これら諸組織は連邦政府に対してもまた圧力となる。Pittらは、最近になってようやく、精神病と精神薄弱の区別が公的に認められたが、これは主としてオーストラリアにおける父母の団体の努力に負うものであるといっている。

ベルギー (27) 全国的な協会は1959年に結成され、ベルギーにおける精神薄弱者の利益のために全面的な運動を開始した。これは急速に発展し、今や会員 4,000人を擁し、19の地方支部に分かれている。ここでは、フランダース系とフランス系、カトリック系と非カトリック系の諸集団がみごとに統合されている。これが成功したことは、ベルギーにおいては大したことなのである！ つい最近、ベルギー女王はこの協会に直々の援助を与えることになった。協会は施設獲得のための強力な圧力団体として動いてきた。最初は特殊昼間学校、保護工場、リクリエーション施設、成人薄弱者の宿泊施設などから始まった。今では広報活動も行ない、また薄弱児の両親に、薄弱児のケアや養育上の援助や助言を与えるなどの仕事もしている。

ブラジル (25) 「ブラジル・ペスタロッチ協会」(The Sociadade Pestalozzi do Brasil)は1954年に創立され、その後、他の多くの諸団体がブラジル国内各地の地域社会において組織された。1954年には、最初のAssociacao de Pais e Amigos dos Exceptionales (APAE, the Association of Parents and Friends of the Exceptional 非正常者の親と友の協会)がリオ・デ・ジャネイロに設立された。今日ブラジルにはこの種の協会が80ある。1960年にはAPAEの全国的な連合会が創立され、その後3回の全国集会を開いた。しかし不幸なことに、公的機関、半公的機関、民間諸協会の間には協力関係よりもむしろ抗争が存在し、そのために協会が法的な力を獲得する上での有効性が減殺されてきたことは疑いのないところである。実際、ある団体の提案が、そのアイデアが他の協会で生み出されたというだけの理由で、頭からはねつけられることはしばしばである。

英国 (30) 英国においては、父母の会は主として、教育と両親への助言を提供する領域およ

び中央政府と協力して精神薄弱者に対する対策とサービスの全面にわたっての改善を行なう領域において、活発な役割を演じてきたし、今後も演じ続けるであろう。これらの団体のサービス活動は、大部分はコミュニティ・サービスが拡大されたものである。

数年前、精神薄弱児のための全国協会(The National Society for Mentally Handicapped Children)は、「精神薄弱研究所」(“Institute for Research into Mental Retardation”)を設立した。この機関は全面的に父母団体によって維持されており、研究計画の促進助長を第一の関心事としている。ここは基礎的あるいは応用的研究を行なおうとはしていない。後日、研究プロジェクトに金をかけることもできるようになるだろうが、現在のところは図書館の機能を果たすことと、調査の実施を事としている。

フィンランド (5, 13) フィンランドの父母団体は学校教育一般および家庭における教育施策を発展させることに専念してきた。両者の関連はきわめて有意義なものであり、過去10年の間に、精神薄弱者のための全国的な協会との協同のもとに大きな進展がみられた。Kaariainen の示すところによれば、フィンランドの施設計画は大部分民間団体によって始められたが、それらの団体のほとんどすべては宗教団体であるという。今日でも、古い施設はそうであるが、新しい施設となると地方自治体やその他の民間団体によって設立され、運営されているものがある。

フランス (15) 薄弱児のための父母の組織は、そうした児童へのサービスを発展させる上できわめて活動的である。

西ドイツ (7) Die Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind (Help for the Retarded Child 精神薄弱児援助) 組織は約10年前から存在している。アメリカにおける精薄児のための協会に似たかたちでこれらの団体は組織され、幼稚園、特殊学級、保護工場等々を運営している。これらの団体はまた、季刊雑誌を発行したり、セミナーやワークショップを開いたり、広報を目的とする図書やパンフレットを発行したりしている。

アイルランド (19) NAMHI (National Association for the Mentally Handicapped in Ireland 全アイルランド精神薄弱協会)は、地方的な父母の団体や収容施設を運営しているヴォランティア組織から成っている。NAMHI は地方の諸協会を援助・指導し、それらの活動の調整をはかっている。また、情報を収集して広報したり、セミナーを開いたり、薄弱者用の施設が発達するのに好都合な情勢を作り出そうとしている。この組織の影響力は政治の分野において認められる。

イスラエル (6) イスラエルの父母の協会(AKIM)は1957年に全国的な協会となり、それ以来広報および薄弱者のための法律制定を求める活動において大きな力をもつようになった。その上さらに、AKIMは今や保護工場を7つ、デイケア・センターを1つ、幼稚園を1つ、相談センターを8つ、薄弱児のための午後だけのクラブを4つ、もっている。AKIMはイスラエル全土に30の支部をもっている。

日本 (14) 日本における父母の協会は約15年前に創立され、それ以来、中央政府や県当局に

対して圧力をかけている。この会は学校や、施設や、その他の福祉機関にヴォランティアのサービスを提供もしている。また、広報活動も行なっており、この分野ではテレビ、ラジオ、新聞等のマス・メディアを通じて大いに活動してきている。

メキシコ (12) メキシコにおいては、父母の団体の役割はいまだはっきりとは定まっていない。これは精神薄弱者に対する政府の関心の欠如と、それに伴う薄弱者へのサービスの欠如との反映なのである。

オランダ (10) オランダには3つの宗派別の父母協会があり、全体で約15,000人の会員を擁している。これらは会員の子弟に対し、よりよい教育および職業訓練施設が用意されるよう、そしてより多くの社会保障が与えられるようにと促進活動を行なっている。日曜ホーム、成人薄弱者用の集団生活ホーム、宿泊施設、薄弱児の両親たちの情報交換のための話し合い、といった面でめざましい成功をおさめた。独特の政治機構のもとで、これらの団体は国家の補助を受けている。

ニュージーランド (2) IHCSNZ (Intellectually Handicapped Children's Society of New Zealand ニュージーランド精神薄弱児協会)は、精神薄弱問題についての一般の意識を喚起し、専門家の関心を高める上で大きな関心を果してきた。IHCは、学校とは別な、精神薄弱者用のコミュニティ施設のほとんどすべてを提供している。この協会はコミュニティの責任に相当するものを背負っているわけである。かなりの成果をあげてはいるものの、そのサービスは質においてさまざまである。もっとも大きな弱点は、資金の常時の不足もさることながら、訓練された職員の不足、ヴォランタリー職員への頼りすぎ、きびしい自己評価の欠如などである。訓練された職員の不足はとりわけ保護工場においてみられる。ここでは職業訓練をうける個々人を査定し、計画的に処遇するという現在の方針に賛意は与えられているものの、実は組織はでたらめであり、作業はくり返しが多すぎる。作業はしばしば手仕事に類するものだけであり、精神薄弱の被訓練者の潜在的能力を伸長・発揮せしめるものではない。職員の向上は、海外から専門家を招き、そのプログラムに従い、現任者訓練をすることによってささやかながら開始されたところである。

スペイン (22) 近年、父母の協会は、ラジオ、新聞、テレビ等を活用して、広報と教育を強調している。父母の協会やその他のヴォランタリーな協会は、いろんなタイプの精神薄弱センターを設立している。すなわち、寄宿学校、特殊学校、保護工場等々。しかしながら不幸なことに、これらの団体の努力は部分的にしか成功していない。理由は、ブラジルにおけると同様、団体間の争いが多いからである。

特異な諸問題

われわれは本調査協力者たちに、その所属国において比較的特異なものと思われる問題について意見をのべてくれるようにと依頼しておいた。読者は、ある協力者によって特異なものとして認定された問題の多くが、他の何人かの協力者によっても言及されているものであることに気

づかれるであろう。しかしながら、それぞれの国には比較的特異な問題局面があるものであり、またそれらの独特の問題をとりあつかう特異なやり方があるものなのである。

オーストラリア (23) オーストラリアにおいては、ことなつた州における、サービスの発展が不均等であるということがとりわけ特異であり、また、他の州の解決のし方を、それが自分の地方の実情に対して活用できるかどうか十分に考慮もせずに真似る傾向も同様に特異である。教育課程は通信教育学校を通じて、精神薄弱児の両親に対してと、薄弱児自身に対しても開かれている。特殊課程もまた、ラジオを用いての「放送学校」を通じて受講可能である。その上専門家がチームを組んで「奥地」を巡回する。また、専門家による言語療法、身体療法、神経学等の処置を受けさせるために、子供たちを無料で「奥地」から首都圏へ運んでくることも行なわれている。

ベルギー (27) ベルギーにおける家族手当制度は特異なものである。薄弱児をかかえたベルギーの家族には家族手当が増額される。子供が施設に入ったときは、手当の3分の2が施設の手にわたり、残りを家族が受取る。この手当は25歳まで支給される。その後は手当は大きく減額される。また、家族の収入が低いときは、少額の手当が国から支給される。成人が施設に収容されたときは、国は全経費を負担する。その場合は、家族は補給金を全く受けない。ベルギーの父母協会は、目下、ホステルに生活する成人薄弱者に対しても国が全額を負担するようにと働きかけている。

ブラジル (25) 在 Minas Gerais のペスタロッチ協会は、薄弱者の諸要求に合致するような、さまざまなサービスを提供しようとしている点でまことに特異である。そこには2つの農村教師訓練学校、健康乳児クリニック、薄弱者向き特殊学校、薄弱者のための家政学課程、美術・工芸コース、その他の関連教育活動などがある。また、精神薄弱の原因としてのトキソプラズマ症と栄養障害の発生が他国と比較して高く、切実な注意を要する、というふうにも考えられている。

英国 (8, 18) 非公的入院制度は比較的特異である。施設に入っている全薄弱者中の4パーセント不足は入所させられたものであり、しかもそれらの多くはほかに行くところがないという理由だけで入所させられたものである。Gunzburg の示唆するところによれば、英国近年のもっとも顕著な発展といえば、専門従事者たちが今では、薄弱者に対しては教科的訓練や職業的訓練などよりも、社会的訓練の方をもっとも強調しなければならないと認識している事実であるという。英国においては、医療ケアや処遇の強調から転じて、教育訓練を強調する傾向が強くなっている。薄弱者に対する教育と訓練の施策を遂行すべき当局を、保健省 (Ministry of Health) から文部省 (Ministry of Education) あるいは労働省 (Ministry of Labor) に移そうという努力がなされつつある。

フィンランド (5) 家族手当制度は特異なものと考えられる。フィンランド人家族の子供はすべて、政府から手当を受ける。薄弱児は正規の手当以上の手当を受ける。その上、16歳以上の精神薄弱者で労働不能と認定された者はすべて年金を受ける。精神薄弱者はまた、医師、検

査、病院、投薬の費用の一部払い戻しをうけることはもちろん、長期の医療処置を無料でうけられる。また、中程度薄弱者のために毎夏1ヵ月間、開かれる特異な「国民」高等学校がある。これの長期的な効果のほどはまだ評価されていない。というのは、それが開かれ出したのはつい近時のことだからである。

西ドイツ (7) 西ドイツにおいては、連邦政府の法的規定があつて、障害をもつ者も可能なかぎり独立して生活できるようになっている。そうした援助を受けるためには、受ける当事者は自分の最大限の能力をまず発揮してかからねばならない。この法律は特に精神薄弱者をも包含しており、特殊教育、職業訓練、就職援助などを提供している。

アイルランド (19) アイルランドにおいては、新生児の80パーセント以上が自発的にフェニールケトン尿症のスクリーニングを受ける。アイルランドはまた、他の諸国と比較して明らかに重度精神薄弱の発生率が高い。こうした発生率の高さの理由は目下調査中である。

イスラエル (6) イスラエルにはよく発達した特殊学校間の連絡組織網ができていて、これは発展途上にある国としてはまことに特異である。

メキシコ (12) Jaime のいうには、「メキシコにおける主要な問題が、他の発展途上の国々におけるそれとまったく同様であることを知って興味深く思う」

オランダ (10) オランダには、特殊学級には適合しえないが入院も必要としない人々に対して特異なデイケア・プログラムがある。それらの人々には組織的・方式的に、日常生活に必要な高度の社会的成熟性と自分のことは自分でする能力とを獲得するよう教えこまれる。また、コミュニティの中に、保護工場で働く薄弱者のための特別な宿泊施設もある。それらは養育ホームではなくてむしろ、集団生活ホームである。

ニュージーランド (2) ニュージーランドには、孤立した地域に住む5歳から20歳までの、知能指数20-50の子供のために「家庭訓練コース」(“Home Training Course”)がある。このコースはラジオの定期番組と家庭訓練教師の定期的訪問とから成っている。

要 約

読者は以上例示したような、本調査協力者の回答文や質問紙への回答から、この問題の性質や、他の諸国で進行中の発展にどれほどの幅があるかを知っていただきたい。要約するならば、われわれが全資料を概観して明らかにいえることは、計画の基礎となるべきはずの、精神薄弱の出現率とか前提諸条件とかについて適切な統計的データをもっている国は、あつたとしてもほんのわずかだということである。用語および精神薄弱のさまざまなカテゴリーを定義する基準について、諸国間に統一が欠けていることはおそろしいほどである。一般的にいって、研究活動はその国の富裕さと技術的進歩の状態に対応しているが、しかし相当に産業化した国でありながら、精神薄弱への関心がおどろくほど薄いといった例もままあるように思われる。研究は、世界のあちこちにいる科学者たちの間での、迅速なコミュニケーションのための適切な手段を欠いているために、なおのこと妨げられている。

発展しつつある諸国家も、それらのうちのある国々は現在広汎な計画をたてているのだが、訓練された従事者の極度に深刻な不足と、訓練のために頼りとすべき資源の全面的な不足とに悩まされている。これらすべては、国際的な公的および非公的組織が、現在以上にもっと大きな役割を演じてしかるべき領域である。国際精神薄弱研究協会、国際精神薄弱協会連盟 (The International League of Societies for the Mentally Handicapped)、国連教育・科学・文化機構 (UNESCO)、世界保健機構 (WHO) といった公的、非公的諸組織が、精神薄弱の分野における国際的な努力がより大きくなるように便宜をはかり、かつその先導をつとめるべき責任を、もっともって負ってくれることが切望されるのである。

われわれは本調査協力者の方々が貴重な時間をさいて本稿のために情報を提供して下さったことに感謝の意を表明するものである。とりわけ在 Madison のウィスコンシン大学の Richard Dever 氏が、質問紙の作成と諸国からの回答の整理にご協力下さったことに感謝申し上げる。

本稿に表明された協力者の意見は、彼らの専門家としての判断にもとづくものであり、かならずしも彼らの所属国政府や所属機関の見解ではないことにご注意いただき、はっきりご理解下さるようお願いしておく。

協力者一覧

- (1) Autti, Eeli. Supervisor of the Care of the Mentally Deficient, Ministry of Social Affairs, Finland.
- (2) Beasley, Donald. 1 Bedlington Street, Whangarei, New Zealand.
- (3) Blommestijn, Pieter J. Head, Specialized Social Work of the Direction of Social Work of the Ministry for Cultural Affairs, Recreation and Social Work, Binnenhof 7, The Hague, The Netherlands.
- (4) Braslavsky, Berta P. de. Professor, Mariano Acosta 171, Buenos Aires, Argentina.
- (5) Bredenberg, Th. Silmakkeen. 1 as 3, Takahuhti, Finland.
- (6) Genigar, Yizchak. Chairman, Department for Sheltered Workshops and Social Work, AKIM, 6, Hadar Street, P.O.B. 6247, Haifa, Israel.
- (7) Günther, Wolfgang. Verdenerstrasse 57, 213 Rotenburg, West Germany.
- (8) Gunzburg, Dr. H. C. Consultant Psychologist, Monyhull Hospital, Monyhull Hall Road, Birmingham 30, England.
- (9) Heber, R. (ed.) A manual on terminology and classification in mental retardation. Mono. Suppl. *Amer. J. Ment. Defic.* 64, No. 2, 1958.
- (10) Heering, Anton H. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 's Gravenhage, Zeestraat 73, The Netherlands.
- (11) Hulek, Mr. Aleksander. Ministry of Health and Social Welfare,

Mrodowa 1 II p. Warsaw, Poland.

- (12) Jaime, Dr. Sergio. Asociacion de Proteccion a Los Ninos con Trastornos Mentales, A.C., Guadalajara, Mexico.
- (13) Kääriäinen, Dr. Risto. Clinical Psychologist, fil. mag., Vaalijala, Neonopelto, Finland.
- (14) Kanno, Shigemichi, M.D. Chief of Mental Deficiency, Research Division, National Institute of Mental Health, Konodai, Ichikawa, Chiba Prefecture, Japan. (菅野重道, 医博. 国立精神衛生研究所精神薄弱部長. 千葉県市川市国府台, 日本)
- (15) Kohler, Docteur Claude. 11, Place Carnot, Lyon, France.
- (16) Lorenzo, Eloisa de. Mental Retardation Section, Instituto Interamericano del Nino, Av. 8 de Octubre 2882, Montevideo, Uruguay.
- (17) Masovic, Dr. Sulijman. General Secretary, Federation of Societies for the Mentally Retarded, Mihanovicevo 34, Zagreb, Yugoslavia.
- (18) McCoull, George, M.D. Tyne View, Prudhoe-on-Tyne, Newcastle. Northumberland, England.
- (19) McKenna, Dr. John. Hospitaller Order of St. John of God, Child Guidance Clinic, 59 Orwell Road, Rathgar, Dublin 6, Ireland.
- (20) Michaelis, Eva. Israel Association for the Rehabilitation of the Mentally Handicapped, International Relations Department, 21 Redak Street, Jerusalem, Israel.
- (21) Miranda, Carlos, A., Ph.D. Director, Instituto Psicologico de Puerto Rico, Ave. Munoz Rivera 573, Suite 4-A, Hato Rey, Puerto Rico 00918.
- (22) Moya, Dr. Gonzalo. Gran Hospital de la Beneficencia, General del Estado, Diego de Leon 62, Madrid, Spain.
- (23) Neale, Dr. Marie. Senior Lecturer in Education, University of Sydney. Sydney, Australia.
- (24) O'Connor, Dr. Neil. Social Psychiatry Research Unit, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, Denmark Hill, London, S.E. 5, England.
- (25) Pereira, Oliva. Sociedade Pestalozzi do Brasil, Rua Gustavo Sampaio 29 (Leme), Rio de Janeiro, Gb, Brasil.
- (26) Pitt, Dr. David. Children's Cottages Training Centre, Princess Street, Kew, Victoria, Australia, and Council Members Australian Group for the Scientific Study of Mental Deficiency, Alan Jennings,

John Coverton, Daphne Cooper, Guy Hamilton, Thelma McConnel and John Van Pelt.

- (27) Portray, Dr. Renee. Secretary-General, International League of Societies for the Mentally Handicapped, 12, rue Forestiere, Brussels, Belgium.
- (28) Posternak, Mme Yvonne. Avenue Krieg 22, Geneva, Switzerland.
- (29) Rayner, Sture, M.D. Vipeholms Sjukhus, Lund, Sweden.
- (30) Tizard, Dr. Jack. University of London, Institute of Education, Department of Child Development, 57 Gordon Square, London, W.C. 1, England.
- (31) Weckroth, Lasse. KarKulla, Centralanstalt, Abo, Kirjala, Finland.

(菅野重道⁴⁾・佐竹洋人⁵⁾ 共訳)

Reprinted by permission from MENTAL RETARDATION
1968, April, Vol. 6, No. 2, Pages 4 to 23,
a publication of the American Association on
Mental Deficiency.

注

- 1) "An International Review of Developments in Mental Retardation"
- 2) Harvey A. Stevens, B.S. 現在、ウィスコンシン中央コロニー兼訓練学校(The Central Wisconsin Colony and Training School)校長。米国精神薄弱学会(The American Association on Mental Deficiency) 前会長。国際精神薄弱研究協会(The International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency) 初代会長。Wisconsin大学(在Madison)行動障害学部(The Department of Behavioral Disabilities)の講師を兼ねる。
- 3) Rick Heber, Ph.D. Wisconsin大学(在Madison) 精神薄弱研究訓練センター所長。米国のみならず西欧諸国の多くの大学および政府機関の顧問。また大統領直属精神薄弱委員会の研究主宰者であった。Harvey A. Stevens との共著で教科書「精神薄弱研究概観」(Mental Retardation: A Review of Research)を刊行。
- 4) 国立精神衛生研究所 精神薄弱部長
- 5) 同 上 社会精神衛生部

あ と が き

大学教育や学会の制度、沖縄返還、安保条約などの問題をめぐって、騒然とした状態が続いている。また厚生省としても、精神衛生審議会、精神薄弱者福祉審議会などを始めとして、精神衛生対策、心身障害対策について、また総合精神衛生センターや心身障害者コロニーの設立、建設について、審議検討が進められている。

今回は沖縄とフランスの精神障害の状況と対策について解説していただき、またアメリカ精神薄弱学会が行なった、各国の精神薄弱の研究と対策についてのアンケート調査の問題点を中心にした総括的報告について、同学会の了承を得て翻訳紹介した。何れも今後の精神衛生対策、精神薄弱対策に参考となることの多い資料と考えている。

編集委員 菅野重道
田頭寿子
今田芳枝
佐竹洋人

精神衛生資料

—第 15 号—

発行人 井村恒郎
発行所 精神衛生問題研究会
千葉県市川市国府台1の7の3
電話 市川(0473)23141
印刷所 株式会社弘文社
千葉県市川市市川南2-7-2
電話 市川(0473)23157・4007

(非売品)

