

精神衛生資料

第 17 号

昭和 45 年

国立精神衛生研究所

精神衛生資料

第 17 号

昭和 45 年

Annual Report on Mental Health

Number 17

1970

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

精神障害における多元診断と分類……………	加 藤 正 明	1
— 6年間のWHO診断会議を通じて —		
わが国における精神病院の現状と問題点(1)……………	吉 川 武 彦	23
— 昭和44年精神病院実態調査の検討 —		
ソ 連 の 精 神 医 療……………	高 臣 武 史	57
フェニールケトン尿症のスクリーニングの現状……………	成 瀬 浩	83

精神障害における多元診断と分類

— 6年間のWHO診断会議を通じて —

精神衛生部 加藤 正明

まえがき

精神障害の診断は、その多くが症候群による症候論的診断であり、それに加えて病因の明らかな疾患の病因論的診断が並列しているのが現状である。19世紀末に提案されたクレペリンの早発痴呆と躁うつ病を中心とする疾患単位の考えも、その後プロイラーの精神分裂病概念によって拡大された。フロイドやジャネの神経症論に対しても、各国から多くの異論がでてきている。同じ国のなかでも、精神医学の診断には立場の相異が反映しており、その統一は困難であるかのように考えられてきた。まして国際的な精神医学的診断の差については、当然、さまざまな学問的立場のちがいや、文化的社会的要因による差があると考えられている。

かつてクレペリンにはじまる「比較精神医学」は、主としてラターやコロのような例外的な症候群をとらえて、精神疾患のpathoplasticなちがいを文化的社会的観点から議論してきたが最も一般にみられる精神分裂病、うつ病、神経症などの精神障害の診断の差を正面から取り上げることはすくなかったといえる。しかし、この10数年の間に、精神障害に関する疫学的研究がクローズアップされるとともに、精神障害の診断、分類、統計について、世界的な規模で検討しようとする気運が生じてきた。

世界保健機構WHOは1964年に初めて精神医学的疫学の研究グループを集めて討議し、世界各国の精神科医が同一事例についてどのような異った診断をするかということを明かにし、事例発見並びに疾病の重さの判断についての標準化された規準をつくることが提案された。この勧告によってWHOは「精神障害の疫学及び社会精神医学研究」について10年の研究計画を樹てた。それは次の4つの計画である。

A 計画—1965年に修正された第8回国際疾病分類 The 8th. Revision of International Classification of Disease (8th. I. C. D と略)の第5章「精神障害」のうち、次の「疾患単位」についての診断基準会議を12名の中核グループと世界各国の地方グループとの間で毎年行う。

- 第1回 (1965) ロンドンで精神分裂病。
- 第2回 (1966) オスローで反応精神病。
- 第3回 (1967) パリで児童精神障害。
- 第4回 (1968) モスコで老年精神障害。
- 第5回 (1969) ワシントンで精神薄弱。
- 第6回 (1970) バーゼルで神経症。

第7回 (1971) 東京で人格障害と薬物依存。

その方法として記載事例 written-case exercise とビデオ・テープ事例の記載を比較検討する。中核グループの専門委員は途中で変更があったが、現在、J. Ewalt (米), M. Kato (日), P. Kielholz (瑞), M. Kramer (米), O. ødegard (ノルウェイ), H. Rotondo (ペルー), M. Rutter (英), R. Sadoun (仏), Z. H. Serebrjakova (露), H. Shepherd (英), A. V. Sneznevskij (露), H. Strotzka (オーストリア) の12名(アルファベット順)であり、この討議にもとづいて1972年に第9回ICD修正が行われることになっている。

B計画—精神障害の比較研究を8ヵ国で行なおうとするもので、1966年に発足し精神分裂病125例について2ヵ年間の追跡研究がコロンビア、デンマーク、インド、ナイジェリア、台湾、ソ連、英国、アメリカで行われている。

C計画—AとBが進行してから、異なる人口についての疫学研究を行う。これは現在、英米間、英仏間などで入院患者について進められている。

D計画—精神医学的疫学と社会精神医学の国際的訓練計画(未発足)

筆者はこのうちのA計画に6年間参加してきたので、これを中心に精神障害の多元診断と分類、とくにその精神医学的疫学への適用についての討議を綜括してみたい。

1 精神分裂病について

第1回会議では中核グループとイギリスの精神科医との間の診断の差が予想されたが、両者が最も大きくわかれた事例はビデオで展示された「ガスの臭いがする」といううつ状態を示す男性であった。イギリスの精神科医8人中6人までがこれをうつ病と診断し、中核群ではイギリスの代表だけがうつ病としたのに対して、他はすべて精神分裂病のはんにいれた。同ジャングロサクソン系でも、イギリスの病院統計にうつ病が多く、アメリカの統計に分裂病が多いことは、以前から注目されていたが、この点について相互の病院を互いに診断しなおして、両者が近づいたというCooperらの研究がある。〔Gurland, B. J.; Fleiss, J. L., Cooper, J. E., Kendell, R. E. and Simon, R.; Crossnational study of diagnosis of the mental disorders; some comparisons of diagnostic criteria from the first investigation. *Am. J. Psychiatr.* 125(Supp. to No. 10): 30-39(1969)〕

病院統計にうつ病の診断が多いという問題は北欧でも同様であり、第2回会議でもこの点が討議された。うつ病と分裂病との鑑別診断は日本ではほとんど問題にされていないが、日本の精神病院がここ10年に3.3倍の病床数になったのにかかわらず、依然として7割近くが精神分裂病と診断されていることに対して、英、北欧の精神科医は疑問を抱いている。しかし第1回会議でもいわゆる「中核分裂病」についての診断は一致度がきわめて高く、各症状のチェックでは異っていても、診断では一致することが多かった。このことは、われわれがかつて井村教授を中心に症状のチェックを行ったときにも同様であった。ICD会議でもしばしば口にのぼったのは、クレペリン分裂病とブロイラー分裂病の問題であり、後者の第1級症状にしても分裂

病概念をひろげ過ぎたのではないかという批判がつよく、ことにソ連の Sneznevskij 教授らは分裂病概念をせばめることを強調し、Ewalt 教授もアメリカでも schizophrenic state というあいまいな言葉は1968年発行の Diagnostic and Statistical Manual 第2版 (DSM-II) から除外されたという説明を、あとの会議でだした。それにしても現代のソ連精神医学はクレペリン概念に近く、アメリカがプロイラー的であるという意見がでた。もし分裂病概念をできるだけ狭くとるとしても、当然問題になるのはフランスの *délires chroniques* の概念や、WHO の ICD にも残されている *paraphrenia* の概念が問題にならざるを得なかった。なお、フランスの国立衛生・医学研究所で標準化した「精神障害分類」(1968)では、この *délires chroniques* を次のようにわけ、*Schizophrenies Chroniques* と区別している。

03 *Délires chroniques*

03.0 *Délires chroniques paranoiaques*

(*Délire paranoiaque. Délire interprétatif. Paranoia sensitive*)

03.1 *Délires chroniques passionnels et de revendication*

03.2 *Psychose hallucinatoire chronique*

03.3 *Paraphrénie fantastique. Paraphrénie confabulante. Délire d'imagination*

(ne pas classer ici la paraphrénie systématique qui doit être classée en .2)

03.4 *Délire chronique lié à la sénescence*

(*Delire de Prejudice etc*)

03.9 *Délire chronique, Forme non classable en .0 à .4*

この第1回会議のデータ分析は、Shepherd, Brooke, Cooper, Lin がまとめている。(M. Shepherd, E. M. Brooke, J. E. Cooper and T. Lin; An Experimental Approach to Psychiatric Diagnosis-An International Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum 201, Munksgaard Copenhagen 1968)

この報告のなかで興味深い点を挙げてみると次の諸点である。

1) イギリスの精神科医の診断にとくに目立った特徴はなかったが、ただ産褥期精神病と精神分裂病にわかれた1例と、アンフェタミンに原因を求めるか精神分裂病かにわかれた1例では、いずれもイギリスの精神科医がこれからの器質的原因に重点を置く傾向がつよく見られた。

2) 多くの診断は現疾患の病歴と現在の精神症状で決められており、それらが明快な事例ほど確定診断をつけるものが多くなっている。

3) 術語の概念を正確にしておく必要があり、それは例えば *paraphrenia* とか *involutional* の意味などである。

4) 関連または原因となる要因と症状とのいずれに重点を置くかが問題になる事例があり、多元診断の必要性が強調された。

5) 予後経過によって大きく診断が変わる場合と不変のものがある。

6) 典型的な精神障害の症候を示す事例では、80%の診断の一致があり、これはFletcherの emphysemaについて行った診断一致度に近似している。ビデオテープで示された例も同様で、診断一致度の問題は精神医学だけに限られない。精神科医のあいだに診断の一致が低いとか、客観的テストで確定される疾患よりも一致度が低いという考えは問題である。

7) 3の点について、英・米・北欧諸国での30例の精神分裂病について行った比較研究のみならず、循環器障害で行った研究でも多元診断が必要であるとされたが、それは症状、人格、知能水準、病因または関連要因などであった。(このことはのちの児童精神障害と精神薄弱の診断会議のさいに明確化された。)

その他の分裂病診断会議での問題については、筆者の「精神分裂病の診断基準への試み、精神衛生研究第14号、1966」と前述のShepherdらの報告を参照されたい。

2 反応精神病 reactive psychosis について

第2回精神障害診断分類統計会議は1966年10月17～21日にノルウェーのオスローで開かれた。この会議では12名の中核グループとデンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデンからの12名が集り、いわゆる reactive psychosis について討議した。中核グループは予定者のうち、B. Pasamanick が Ewalt に変わり、H. Strömngren が Kielholz に、Brooke が Rutter に変わっている。北欧からの参加は、Villars Lunn, G. Strup, Asser Stenbäck, O. Alanen, T. Helgason, L. Eitinger, P. Anchersen, J. Bremer, H. Thomstad, J. Ødegaard, Torsten S. son Frey, E. Essen-Møller であった。

reactive psychosis の概念については多くの異論があり、reactive とは何であるかが問題にされ、reactive であっても psychotic でないものほどこへいれるかなどの議論もでた。

デンマークの Strömngren の講演はこの意味で概念整理に役立つものであった。かれは Psychogene Psychose という概念がもともとヨーロッパ大陸のものであり、アングロサクソン系では受け入れられなかったことから述べた。ことに Faergeman の「Psychogenic Psychosis (1963)」は、Wimmer の「Psychogenic Psychosis (1916)」を継承する著作であり、Faergeman は1945年にかつて Psychogenic Psychosis と診断されたものの長期予後調査を行ったが、その後精神分析的訓練を受け、前掲書を書いた。それは大陸派とアングロサクソン派の両者をつなげるものであったという。デンマークの精神病院統計ではふつう20～30%の患者が Psychogenic Psychosis と診断されているが、Strömngren の統計では歴年この診断名は減っているという。その多くが英米では神経症か situational disturbance (ICD307) にいわれている。K. Schneider も Abnorme Seelische Reaction という言葉を用いたが、psychogenic psychosis の定義としては心的外傷となる心因があり、精神病の発足とこの外傷との間の時間的関連が明かであることが挙げられる。それは neurotic development とは異なるもので、多くは数週または数ヵ月で完全治癒する。Strömngren の Aarhus Hospital では10年間の入院患者の15～20%がこの診断であり、女性に多かった。15才から55才までの人口の約1%がこれを

おこしうるとみなされる。psychogenic psychosisにおける personalityの特徴が平時では問題になるが、戦時などの例外状態では、personalityに問題のない人にも起った。家族内の精神障害者の数は一般人口より多いが、特定の疾患ではなく、分裂病も躁うつ病もあった。

臨床型として1) emotional reactionは、psychogenic reactionの65%を占め、depressiveなものが最も多いが provoked melancholia や provoked mania との区別が問題になる。Belzの情動麻痺 Emotionslähmung もこれにはいる。2) 意識障害を伴うものは約15%であり、3) 妄想反応型が20%で、これには易層性関係妄想、好訴妄想、拘禁精神病、感応精神病(folie à deuxを含む)などが挙げられる。性格的には syntonic または extrovert のものが emotional type を、hysteric なものが意識障害型を、schizoid が妄想型をおこしやすい。この3型のうち、妄想型はこのカテゴリーから除くべきだという意見もある。

reactiveの意味を psychogenic および constitutional なものとし、他の精神病が“provoke”されたものは除くとしても、なおその意味は必ずしも明確ではなく、さらに psychosis という段階でないものはどうするかの疑問も多く出された。アメリカの DSM II では、298の other psychoses のうち、298.0の psychotic depressive reaction (WHOの原案は reactive depressive psychosis)のみを認め、他は [] でくるんでいる。イギリスのグロッサリでは WHO原案のままを認め、.0 Reactive depressive psychosis, .1 Reactive excitation, .2 Reactive confusion, .3 Acute paranoid reaction にわけている。アメリカの DSM II も述べているように、抑うつ神経症にもうつ病にもはいらぬ psychotic depressive reaction の存在が問題になろう。

この第2回セミナーで施行された6例の written-case exercises はいずれも depressive reaction, paranoid reaction, bouffée délirant, などが問題になる事例であり、ビデオ・テレビで試みられた事例も paranoid type, 易感関係妄想などが中心でその妄想が一次性か二次性か、vital depression かいなかなどが討議された。

3 児童期の精神障害

第3回セミナーは「児童期の精神障害 Psychiatric Disorders in Childhood」として、1967年10月パリで開かれた。この会議の詳細は Rutter らによって発表され、筆者も報告している。

(M. Rutter, S. Lebovici, L. Eisenberg, A. V. Sneznevskij, R. Sadoun, E. Brooke and T. Lin: A Tri-axial Classification of Mental Disorders in Childhood. J. Child Psychol. Psychiat., Vol. 10, 1969, pp. 415061. Pergamon Press. および加藤正明「児童期精神障害の分類について—第3回 WHO 国際疾病分類会議」精神衛生研究第16号, 1968)

このセミナーの準備委員会が1966年9月にパリで開かれ、Buckle (前WHOヨーロッパ支局精神衛生担当官) の主宰で10人の委員が討議し、7つの論文、12例の written-case exercises, 5例のビデオTVの事例の内容が決められた。また、児童期精神障害の分類に新提案も準備された。大体の主点は4才から12才までの児童に置かれ、¹⁾ normal variation, ²⁾ reactive

disorder,³⁾ specific developmental disorder,⁴⁾ neurotic disorder,⁵⁾ personality disorder,⁶⁾ psychotic disorder,⁷⁾ somatic disorder of presumably psychogenic origin,⁸⁾ disorder directly due to demonstrable acute or chronic organic brain conditions,⁹⁾ mental retardation,¹⁰⁾ antisocial disorder not classifiable else-where の10のカテゴリーが討議された。この結果についても筆者は別の発表で報告した。(加藤正明:WH O第8回国際疾病分類について 精神医学 11巻10号 1969 P 809-827)

会議参加者は前記の中核グループにフランスから S. Lebovici (パリ13地区児童精神衛生センター長) が加わり, アメリカから L. Eisenberg がコンサルタントとして招かれ, フランスの児童精神医 P. Bourdier, M. David, D. J. Duche, C. Koupernik, R. Mises のほか A. G. Cazzulo (伊), N. Dierkens-Dopchie (ベルギー), R. Henry (スイス), L. N. J. Kamp (オランダ), J. dos Santos (ポルトガル), J. Soria (スペイン) が, 地方グループとして参加した。

討議の主題はまず, 成人精神障害の分類との関係についてで始まり, 児童に特有なものとして例えば infantile psychosis や developmental disorder などを挙げ, 成人のばあいと基本的に同じものには同一の術語を用いて年令でわけ, 同じ術語が年令によって異なる意味を持たぬようにするべきであるという勧告が出された。

前述の11のカテゴリーのうちで, とくに問題になった点は次のごとくであった。

reactive disorder というカテゴリーであるが, reactive という言葉が成人の reactive psychoses との関係で混乱をおこすのでやめるべきだという主張がつよく, 一過性の可逆的な児童の反応を adaptation reaction と呼び, normal variation と developmental disorder の中間に置くことに改められた。

normal variation のカテゴリーは必要だが, 乳幼児では adaptation reaction との区別はむずかしい。

neurosis と personality disorder は3才以下では診断できない。また, neurosis を分類することは今後の問題として残す。

conduct disorder は personality disorder がいないときに用いられ, 必ずしも非行を伴うことは必要ではないが, その行為が社会文化的関係において異常であるというばあいに用いる。それには頻度, 程度, 行動の型, 他の症候との関係などが関連する。

developmental disorder についてその必要性は認められたが, その細分類については異論があった。一般に男の子に多く身体発育との関連において生ずる遅滞, 歪曲である。言語, 学習, 行為, 大小便などがこれに関連するが, チックをいれることには議論があった。とにかくこれらが単一症候として認められたときのみとし, 神経症その他の症状があるばあいはこれにいれないこととした。またある年令に多い睡眠や食事の障害もこれにいれず, 爪がみや指しゃぶりのようないわゆる habit disorder のみが単独にあるときは, 精神医学的異常とはしないで, 他の障害と併有すればそのカテゴリーにいれることとした。

hyperkinetic syndromeがよくみられ、男児に多いことなど一般に承認されたが、その原因はさまざまに一応developmental disorderのはんちゅうにいれることにした。

psychosisのうち、2～3才で発病するinfantile autismには異論がなかったが、4才ごろまで正常に発育し、言語、行動、情緒、対人関係の障害をおこし分裂病とはいえないものについて、regressive, destructive, dissociativeなどの言葉が不相当とされ、“disintegrative psychosis”という名称が採用された。明白な分裂病は成人の分類でよく、躁うつ病も同様だが、児童のばあい神経症とするか精神病とするかで意見が2つに割れた事例もあった。

多元診断の必要性が事例検討のうへ提出され、臨床症状群、知能水準、原因または関連要因の3軸がすくなくとも必要とされ、次表の三軸分類案が提出された。

この三軸分類によって完全に正常な児童は00：0：00と記録され、神経症児で正常知能を有し、著しい過保護の親に関連するばあいは、40：0：12と記録される。

developmental disorderにかぎり第1と第3軸にあり、もし他の精神症状が2つ以上あればそれを第1軸として第3軸にdevelopmental disorderを加える。

表1 児童期精神障害の三軸分類

First axis-Clinical psychiatric syndrome

- 0.0 Normal variation
- 1.0 Adaptation reaction
- 2. Specific developmental disorder
 - 2.1 Hyperkinetic disorder
 - 2.2 Speech and language disorder
 - 2.3 Other specific learning disorder
 - 2.4 Abnormal clumsiness (“developmental dyspraxia”)
 - 2.5 Enuresis (as isolated disorder)
 - 2.6 Encopresis (as isolated disorder)
 - 2.7 Tics
 - 2.8 Stuttering
- 3.0 Conduct disorder
- 4. Neurotic disorder
- 5.0 Psychosis
 - 5.1 Infantile
 - 5.2 Disintegrative
 - 5.3 Schizophrenia
 - 5.4 Other
- 6. Personality disorder
- 7.0 “Psychosomatic disorder”

8. Other clinical syndrome
 - 8.1 Acute confusional state
 - 8.2 Dementia
 - 8.3 Gilles de la Tourettes syndrome
 - 8.4 Anorexia nervosa
 - 8.5 Any other clinical syndrome (but not including any of the listed syndromes)

Second axis-Intellectual

0. Normal or above normal
1. Mild subnormality
2. Moderate subnormality
3. Severe subnormality

Third axis-Associated or etiological factors

- 0.0 No known associated or etiological factor
- 0.1 Infective and parasitic disease (excluding disease of the C. N. S.)
- 0.2 Neoplasm (excluding neoplasm of the C. N. S.)
- 0.3 Allergic, endocrine, metabolic and nutritional disease
(excluding those of the C. N. S.)
- 0.4 Diseases of the blood and blood forming organs
- 0.5 Disease or disorder of the central nervous system
- 0.6 Disease of the special sense organs or of the nerves and peripheral ganglia
- 0.7 Diseases of a local system
- 0.8 Congenital malformations (excluding those of the C. N. S.)
- 0.9 Developmental disorder
- 1.0 Any other somatic disorder
- 1.1 Any major environmental factor of a social or material nature
- 1.2 Any major environmental factor of an emotional or attitudinal nature

なお第3軸の11と12は環境条件のみが主要因であるときに限られる。また数個の要因が全部重要なら、第3軸にかぎり複数にしてもよいが、第1、第2軸は1つにかぎる。

また、前記12例の記載事例検討にさいして15名の日本の児童精神科医に実施して頂いたがその結果は、前記の筆者の報告にあるので参照されたい。

この第3回セミナーは前年に準備委員会をもち、十分な検討の上に行われ、多元診断の提案も具体的であった点で、最も画期的なセミナーであった。

4 老年期の精神障害

老年期精神障害に関するセミナーは、1968年9月30日から10月7日まで、モスクーで開かれ

た。中核グループにソヴェト連邦の E. J. Sternberg が加わり、ソヴェト・ロシアから E. S. Averbuch, V. M. Banskikov, Ju. E. Róchalskj, N. F. Shachmatov, M. G. Scirina, I. A. Mizrukhin の 6 名と、L. Angyal (ハンガリー), J. Prokupek (チェコスロバキヤ), Sachotschieva (ブルガリア) の 3 名が地域グループとして参加した。

ソ連から提出された記載事例は 9 例、フィルム供覧が 4 例であった。事例検討は以上の中核グループの 9 名 (3 名欠席) と、ソ連の 6 名に 3 名の observer が加わり 9 名、および東欧の 3 名で行われた。

まずソ連ではこのセミナーに先立って同じ事例を 28 名の精神科医が検討し、その結果から次の新しい分類を提案した。

表 2 老年期精神障害の分類 (ソ連案)

- A Mental disturbance, occurring prevalently or only in old (presenile and senile age)
 - I Psychoses, not related to gross organic processes, (the so-called 'functional' presumably independent aging psychoses)
 - 1. Affective, including involuntional and so-called 'late' or senile melancholia
 - 2. Delutional and hallucinatory-delutional forms
 - a Paranoial forms
 - b Involuntional paranoies ('paranoies of scale')
 - c Hallucinatory-paraphrenic (confabulatory) forms
 - II Mental disturbances in cerebral organic lesions
 - 1. Mental disturbances in vascular diseases
 - a Syndromes of initial stages of vascular processes [pseudo-neurotic and 'pseudo-neurasthenic' states, personality (psychopathlike) changes and the so-called 'lowering of personality level'—the organic psychosyndrome]
 - b Syndromes of vascular dementia
 - α lacunar (dysmetric) forms
 - β pseudo paralytical forms
 - γ mixed vascular-atrophic, 'senile-like' forms
 - δ amnestic forms (Korsakoff syndrome)
 - ϕ forms with a prevalence of focal disturbances (Alzheimer-like, etc.)
 - c Vascular psychoses
 - α acute (transitory, 'symptomatic')
 - (i) simple forms with an exogenous forms of reaction
 - (ii) compler forms, proceeding with 'transitonal syndroms'
 - β protracted (endform) vascular psychoses

- (i) chronic, without a tendency towards progression
 - * chronic depressions
 - ** chronic hallucinosis
 - *** protracted paranoial states
- (ii) progressive (with a tendency to complexity)
 - * complex affective-delusional psychoses
 - ** protracted hallucinosis, complex hallucinatory-paraphrenic psychoses

2. Mental disturbances in atrophic processes

- a Alzheimers disease (presenile dementia)
- b Senile-atrophic processes (senile dementia)
 - α simple senile dementia
 - β presbyophrenic variety
 - γ senile dementia with complications (senile confusional states)
 - δ senile dementia with psychotic disturbances
 - (i) with affective syndromes ('senile melancholia', 'senile manic states')
 - (ii) with delusional disturbances
- c senile psychoses not otherwise specified with endoform states and outcome in dementia (endogenous-organic mixed psychoses)
- d other psychoses, including systemic atrophic-degenerative processes, with a prevalent manifestation in old age.
 - Pick's disease, Huntington's chorea
 - Parkinson's disease, other rare forms

B Mental disorder, occuring in different age periods. Late manifestation of such disorders. Disorders with onset in young age and continuing till senescence.

I The group of endogenous psychoses (Schizophrenia and manic-depressive psychosis)

- 1. Aging varieties with an onset in young age and continuation till senescence
- 2. Late manifestations of endogenous psychoses late schizophrenia et al

II Epilepsy in old age

III Symptomatic psychoses of old age ('Confusional state')

(infectious, intoxicative, somatogenic, traumatic, mental disturbances in brain tumor; etc.)

IV Development of oligophrenia in old age

V Psychopathy and psychoreactive disturbances in old age

1. Aging dynamics of psychopathy, including states with psychotic (delusional) disturbances
2. reactive, psychogenic and situationally conditioned mental disorders(aging dynamics of diseases with an onset in young age; disturbances first occurring in old age.)

このソ連案とWHOのICDとの両方を用いて各事例について行われたが、ICDのほうが一致度が高かった。その主な理由はソ連案に用いられた概念や術語にソ連以外の参加者が不慣れであったことによるとされ、一般に中核グループと東欧グループは多元診断を行う傾向があり、ソ連グループが疾患単位として診断決定をするのと対蹠的であった。結論的にはソ連の老年期精神障害の分類は研究のためにはきわめて有用であるが、専門医以外の一般医によって用いられ、分類されるには適切でないということになった。

また、児童期精神障害と同様、次の点が原則であるとされた。

1. 老年期精神障害のなかには老年期にのみ特有の状態をいれること。
2. 老年期でも若年期でも基本的に同じ精神状態には同じ言葉を用いること。
3. 年令の異なる障害で同じ言葉がちがった意味を持たぬようにすること。

また、老年期精神障害の診断分類にあたっては、児童期同様、多元診断が行われるべきであることが主張された。〔それは例えば、パーソナリティ、欠陥(痴呆)の程度、症候および原因などである。〕

老年期精神障害のおのおのについて、とくに問題になったのは次の諸点である。

1. 初老期うつ病についてソ連以外の中核グループやヨーロッパ組は、これを独立した疾患とみなすことを好まなかったが、ソ連の参加者はこれが独自の臨床像を示し、独自の発展と経過をもつもので、他の老年期の情動障害と発生的に異なるものとみなし、初老期うつ病の晩発型もあることを指摘した。

2. 晩発性内因精神病

とくに晩発性の精神分裂病について、ソ連精神科医は高年の老人にも起り得ると考えており、この点はソ連以外の精神科医と意見を異にしていた。ことに80才の患者を初発精神分裂病があるというソ連側の主張と、これを老人精神病とするソ連以外の精神科医との意見にわかれた事例があった。

3. 老年期の器質精神病

ソ連精神科医は血管系障害によるものと萎縮性の過程によるものとの区別が大切であるとし、両者の混合や移行型が増えてはいるが血管性痴呆や、血管性精神病(vascular psychoses)の急性、慢性型を主張した。これに対してソ連以外の精神科医は、「血管系障害に関連する精神障害」といった広義のカテゴリーを用いるほうが、実際に即し、比較に堪えうると考えた。

4. 初老期痴呆

ピック氏病とアルツハイマー氏病の区別をソ連側は厳密にすることを主張し、ソ連以外は一緒にすることが実際的だとした。

5. 老年期の神経症と精神病質

ソ連以外の精神科医が神経症と精神病質を人格発展の逸脱とし疾病過程とはみないのに対し、ソ連精神科医は精神病質の発展は、精神病へ移行する可能性があるとした。

6. 生理的老化と病的老化

生理的老化について、これを明かにするため特定人口の広汎な疫学的研究を必要とすることが全員に承認された。しかし、生理的老化と病的老化とのちがいは質的相異であるとするソ連および一部の他の精神科医の意見と両者な程度の差であるとする意見とが対立した。

以上の議論から将来多元診断のやり方が検討され、グロッサリをつくらねばならぬという結論になったが、とりあえず、現在のICDが290に老年期および初老期精神病のみを置いているのでは不十分なので、次の補充を必要とするということになった。(表3)

また、このうちとくに老年期の躁うつ状態、慢性の妄想および幻覚・妄想性精神病および、急性の妄想および幻覚・妄想症候群については、さらにくわしく検討されて、次の分類を行うことが提案された。(表4)

表3 老年期精神障害に関するICDへの補正

290 老年期および初老期痴呆

- 0 老年期痴呆 単一型
- 1 " " プレスビオフレニー型
- 2 " " 複合型(錯乱状態を伴う)
- 3 " " うつ状態を伴う
- 4 " " 妄想型
- 5 初老期痴呆 アルツハイマー病
- 6 " " その他

292 その他の脳疾患に関連する精神病

- 0 人格低下または痴呆の著しい脳動脈硬化によるもの
- 1 急性(一過程または外因性)精神病の著しい脳動脈硬化によるもの
- 2 遷延性(複合または内因性)精神病を伴う脳動脈硬化によるもの
- 3 他の脳血管障害によるもの
- 4 てんかんによるもの
- 5 頭蓋内腫瘍によるもの
- 6 中枢神経系の変性疾患によるもの(ピック病, ハンチントン舞踏病, パーキンソン病など)
- 7 脳外傷によるもの
- 8 その他脳疾患

295 精神分裂病

9の「その他」の代りに、「特殊な年齢におこるもの」(児童分裂病および晩発分裂病)

296 躁うつ病

0 初老期および老年期うつ病 (以前は初老期うつ病のみであった)

4 「晩発性躁うつ病」を加える

297 妄想状態 Paranoid states

0 のParanoiaはそのまま

1の「初老期パラフレニア」の代りに晩発性妄想精神病Late paranoid psychosis, 妄想型

2にLate paranoid psychosis, 妄想—パラフレニー (作話的) タイプ

3に晩発性幻覚症Late hallucinoses (幻覚, 幻想, 幻触, 混合)

表4 老年期精神障害における精神病理学的症候群

1. 躁うつ症候群

1.1 内因型うつ病症候群

一般のうつ病症候群と変らないが、運動性減退はすくなく、内的不安を訴え、うつ感情も表面的で内容に乏しく、自責感も著しくない。その反面、不決断、不確実感、能力低下、精神的变化の感じはきわめて目立っている。

1.2 不安および不安興奮型うつ状態

非衰、うつ気分、不安、不幸の予期、不安の反復語唱などがつよい。これは躁うつ病、初老期うつ病、器質的脳疾患にみられる。

1.3 心気型および不安・心気型うつ状態

多数の根拠のない身体的病訴と健康への不安がつよく、ときに虚無的空想的な色彩を帯びる。内因性うつ病、脳血管障害に多い。

1.4 妄想型うつ状態, melancholia paraphrenia

誇大妄想や否定妄想、虚無妄想 (Cotard's Syndrome) などのような妄想発展がある。初老期うつ病、躁うつ病の晩発型、精神分裂病、脳器質精神病 (脳動脈硬化, 萎縮過程)

1.5 妄想的色彩を有するうつ状態

猜疑、警戒、関係念慮、被害念慮があり、ときに認知障害、言語性錯聴幻聴、理由のない罪の確認などがあり、種々の疾病からおこるが、70才以上に多い。

1.6 不満で陰うつなうつ状態 (老化を伴う) grumbling, gloomy depression

刺戟的、不満、自己中心的な訴え、周囲の人に敵対し、沈滞した気分がつよく、70才以上に多い。晩発性うつ病や老人性脳萎縮にみられる。

1.7 脳器質的うつ状態 (tearful, apathetic-adyamic depressions)

感情失禁、自己れんびん、広い心気的なこだわり、うつ感情の浅いことなどが特徴である。

1.8 反応性うつ状態

生活変化，隠退，経済困難，近親者の死亡，孤独など。

1.9 躁症候群

一般の躁病と異なり，比較的単調でのろく感情不安定であり，刺戟性，不満，生産性不十分，作話的空想がみられる。従って非定型の躁症候群というほうが適切なことがある。

1.9.1 非生産性躁状態 unproductive mania

1.9.2 不満性躁状態 grumbling mania

一般の躁状態にもみられるが，老年期には多い。

1.9.3 仮性麻痺性躁状態 mania with pseudoparalytic traits

老人におこると，性的妄想のかたちをとる。

1.9.4 老化傾向を伴う躁状態 mania with senile traits

1.9.5 錯乱性躁状態 mania, confused

1.9.6 慢性軽躁状態 states, chronic hypomanic

2. 慢性の妄想性および幻覚妄想精神病

2.1 Paranoic 症状群

2.2 幻覚妄想症状群

2.3 外的影響妄想を伴う心的自動症 Syndrome of 'psychic automatisms' with delusion of external influence

2.4 パラフレニー的，空想的妄想

2.4.1 系統的パラフレニー

2.4.2 幻覚的パラフレニー

2.4.3 空想作話的パラフレニー

3. 急性妄想性および幻覚妄想症状群

3.1 急性妄想反応

3.2 抑うつ妄想症状群

3.3 抑うつパラフレニー（空想妄想）depressive paraphrenia with fantastic delusion of vivid imagery

3.4 急性パラフレニー症状群

5. 精神薄弱

精神薄弱の分類診断についての会議は，1969年10月29日から11月4日までの間，ワシントンで開かれた。中核グループには，ロスアンジェルスにG. Tarjanが加わっただけで他は不変であった。ローカルグループにはアメリカから，P. R. Dodge, L. Eisenberg, J. B. Richmond およびJ. Wortis，カナダのD. Lazure，ガテマラのA. Aguilera，ブラジルのS. Krynski，チリのH. Montenegro，アルゼンチンのC. E. Sluzki およびメキシコのD. Urdapilletaが加

わり、その他アメリカ国立児童健康人間発達研究所長の M. J. Begab と Felix de la Cruz, WHO の統計局長の W. P. D. Logan のほか 6 人の臨時参加者があった。

この会議でも 11 例の事例がきえもって配布され、3 例のビデオテレビ供覧が行われた。(このうち 1 例は一卵性双生児の例であった)

(a) 知能水準は 6 段階(正常をいれて)で行われ、80-90% の参加者が一致した段階で答えた。例外は 6 週間の乳児で染色体異常を有するものであった。また、とくに Wortis が提案した文化の相違や社会的文化的剝奪による精神遅滞が存在することについても、全員の意見が一致した。

(b) 精神薄弱の原因

第 8 回 ICD の 4 ケタ分類法は、フェニールケトン尿症や染色体異常のように原因の明かな場合はよいが、原因が不明確で多元的なときは、いくつかに重複し、さらに精神障害以外のものと重複する。併発の場合の問題よりも、原因を不確かなままに決めることへの反論がつかった。

(c) 精神薄弱に伴う行動異常

記載事例でもビデオ・テレビの事例でも、病名が一致しながら行動異常があるために、異ったコーディングになった。この点を克服するには児童の行動異常の記載をどうするかの問題と、精神薄弱を伴う精神障害のばあい、何ケタまでつけるかが問題であり、これは前述のパリでの児童期精神障害の分類につながる問題である。

(d) 精神発達上の障害

言語発達遅滞で精神薄弱のなかにいられないものがあり、ビデオ・テレビの事例でもそれが示された。これに対し、分類不能、行動異常などさまざまなコーディングが行われたが、このカテゴリーは必要である。

以上の諸点を検討していったが、1967 年のパリ会議で行われた児童期精神障害の問題と共通の問題があり、多軸的 multiaxial な(または多元的 multi-category) スキームが必要であるとされた。とりあえず、前回同様に知的水準原因または関連要因、臨床症状群の三軸を必要とし、それは ICD 全体がどのようになるかと関連してくる。さらにこの多元診断はすべての精神障害に共通する問題となっている。

(e) 知能テストについて

知能テストには文化的、社会的な差違が考慮されねばならないが、この点に関し、1969 年にアジス・アベバで開かれた OAU の会議で次のように結論している。「心理テストが文化的社会的条件を無視して誤用されている。その結果誤った指導が行われる危険があり、国連関係機関(ユネスコ、WHO、ユニセフなど)の援助によって各国および OAU はその文化社会に相応した心理テストをつくる必要がある。

また、WHO の精神薄弱に関する専門委員会(WHO Technical Report Series No. 392, 1968. The Organization of Services for the Mentally Retarded)でも、I. Q. 68 から 85

をいれると精神薄弱の概念を余りに拡大することになり、人口の16%が精神薄弱に含まれるとして反対しており、I. Q. 70以下に限るべきだとしている。かっこの委員会では、I. Q. は一つの指標に過ぎず、社会的能力や適応能力についての臨床的考察が必要だとしている。

この結論にもとずき、第5回セミナーではICDの「borderline mental retardation」を「normal deviation in intelligence」とし、これにborderlineを含めることとした。同時に知能の4段階についてI. Q. が絶対的な評価ではないので、これをICDに記載することをやめるように提案するとともに、マニュアルに標準偏差値とともにI. Q. をくわえることとした。315の「unspecified mental retardation」については、新生児のように臨床的にもテストでは測定できないものに限ることとした。

(f) 精神薄弱の器質的原因について

多元診断によるコーディングとともに、Vの精神障害以外の部分にある疾患を記入する必要がある、そのためのグロッサリがつくれねばならない。また、てんかん兼発のような multiple coding の必要も多い。

(g) 社会心理的原因について

この要因の分析は重要であり、この点 WHO は特別の研究班をつくる必要があると考えている。また、いかなる精神薄弱も多かれ少なかれ、社会心理的要因が関連するので、この次元をつくる必要もある。

(h) 遺伝要因

行動遺伝学 behavioral genetics の進歩にもかかわらず、現段階では遺伝的影響と環境的影響を峻別する方法は確立されていないというのが、セミナーの結論であった。

(i) 関連する精神医学的状态について

精神薄弱の診断分類にとって、関連する精神状態のコーディングが重要であることがある。このさい、成人ではICD中の適切なカラゴリーを用い、児童ではパリ会議の提案を用いるのが適切であるとされた。

(j) 児童期精神障害の分類

パリ・セミナーで提案された児童期精神障害の臨床症状による分類（第1軸）について再検討されたが、そのうち「neurotic disorders」、「personality disorders」及び「psychophysiological reaction」は成人のICDの各項にいれ、児童精神病は番号を増やすことで現在のICDに含め、ただ「normal deviation」、「conduct disorder」及び「manifestation of mental subnormality only」は新しいコーディングを必要とする。「adaptation reaction」は307の「transient situational disturbance」を定義しなおすことによってそこにいれ、「specific developmental disorder」は306の「special symptoms not elsewhere classified」を整理してここにいれることが提案された。

(k) 神経病的診断について

精神薄弱に伴う神経病の分類はまだ不十分であり、たとえばてんかんやある種の脳疾患で分

類困難なものがある。この点については別途に神経病学の研究班をつくり検討することが主張された。

(1) その他

精神薄弱のみならず全体のグロッサリーをWHOが準備すること、地域的にはICDについて診断分類の比較研究を行うこと、コーディングに対する専門家の訓練を行うことなどが提案された。

一般に第5回セミナーの精神薄弱の診断では、事例診断での一致度はかなり高いが、とくに器質的脳疾患との関連と、社会環境的影響の問題が最も論議の中心になった。また、多元診断の必要性和グロッサリーの必要性が確実になり、現実問題になったといえる。

6. 神経症及び心身症

神経症および心身症の診断分類のセミナーは1970年12月2日から8日まで、バーゼルで開かれた。バーゼル大学のKielholz教授が司会者、加藤が副司会者になった。会議に先立ち9例の事例がまえて検討され、当日は7例のビデオ・テレビによる事例が提供された。この会議で討議された主な問題点は次のごとくであった。

(a) 分類の方法論的問題

神経症の症候論と原因論の軸が系統的でなく、相互に入りまじっていること、従って参加者は病因論に関連のない事例の症候についての討議では一致した。また、ヒステリーの転換症状とヒステリー聾という診断では一致しながら、コード・ナンバーでは異っていた。フィルムやビデオテープの事例でも同様で、症状のレベルでは、例えば「緊張した表情」などの症状の評価では差がすくなく、診断の差のほうが大きかった。それがコーディングになるとさらに差が大きくなった。

ICDについては、1) との疾患がどのコードに属するかをグロッサリーで明記し、ICDをアルファベット順に並べ、コードの重複、例えばヒステリー性失歩が300.1にも305.1にもコードできるといったことのないようにすること。2) ICDとは独立に、多元診断が発展し、実際にテストされること。3) とくに医師および医学生にICDを紹介するため、グロッサリーを含む診断基準について、訓練を行うことが提案された。

(b) 神経症と精神病の差は症状の重さによってではなく、質的な差があるとされた。また、症状の重さに関連したのは人格障害との関係であり、神経症が重ければ、それに、人格障害のほうが重ければそちらにコードされた。

(c) 診断の確実度(確定、暫定)は、施設の設備と医師の経験や態度によって左右された。非精神科医は一般に症状のレベルにとどまり、精神科医は精神病理学的診断および人格診断のレベルにまで到達する。

(d) 多元診断は医療のために大切である。ICDは診断用語ではなく、統計分類のためのものである。それは非精神科医にも用いられ、外来でも使用されるものであり、従って臨床的な

もので論理的原則や階層的原則によるものではない。

(2) 多元(軸)という言葉には次の3つの意味がある。第1は臨床像に関する多元的診断分析, 第2は多元的符号化(coding), 第3は多元的作表(tabulation)である。

(3) このうち多元診断についてはなお議論の余地があり, 試験的な試みがなされねばならない。多元診断を行うとなると, 病的でない行動も記録できるようにせねばならないが, それはことにパーソナリティのコーディングの軸を用いるときに必要になる。

(4) 複合(兼発)診断 multiple diagnoses を用いるときは, 診断の順序を決めねばならない。それは「生命の危険の程度」, 「疾病の急性の程度」および「根底にある疾病の程度」によって重みがおかれる。

(5) 事例検討に当って入院時症状に重きがおかれること, また会議のテーマが神経症と心身症なのでそのはんいの診断しかつけれないと思った参加者もあったことに留意せねばならない。

(6) フィルム供覧の第2例で, ドイツ語圏(西ドイツ, スイス, オーストリア)のグループ全員が depressive neurosis (300.4) したのに対して, 中核グループは4つの異なるコード・ナンバーを選んだ。前者の一致は, 「この例が教材のために準備された事例だったこと」, 「このグループの多くはかつて共同研究班にぞくしていたこと」および「このグループはすべてクレペリン学派にぞくすること」から説明された。

(7) 抑うつ状態

Kielholz を中心とするスイスの精神科医がとくに抑うつ状態についての仮説を提供した(HoleとPöldingerの論文)。かれらは症候群と病因の両者を考える必要があるとし, 原因的に抑うつ状態を「身体因性」「内因性」および「心因性」にわけた。

内因うつ病でも periodic なうつ病と cyclic なうつ病とは, 異なる疾病単位であるとみなし, 初老期うつ病は periodic なうつ病の晩発したものと考ええる。これを整理すると,

(a) 心因性うつ病 Psychogene Depression

1) 反応性うつ病 Reaktive Depression

直接体験反応であり, 時間的, 内容的に誘発した事故に関連し, 強さも持続も正常の非衰反応 Trauerreaktion とは区別される。ICD では「その他の精神病 (298)」か「神経症」に分れる。

2) 抑うつ性発展 Depressive Entwicklung

単純で異常な精神的逸脱 Abnorme Psychische Fehlentwicklung であり, 患者が認識し意識している長期間の精神的負担から生じる。これには Erschöpfungsdepression や Entwurzelungsdepression がある。ICD では「抑うつ神経症 (300.4)」「反応性うつ病 (298.0)」「躁うつ病 (296)」のいずれにもはいるが充分ではない。

3) 神経症的うつ病 Neurotische Depression

これは ICD の「抑うつ神経症 (300.4)」にはいる。

(b) 内因性うつ病 Endogene Depression

- 1) 初老期うつ病 Involutionen-depression (前述)
- 2) 単期および周期性うつ病 (296.2) Monophasische und Periodische Depression
- 3) 循環性うつ病 Cyclische bipolar verlaufende Depression (296.3)
- 4) 混合精神病 Schizoaffective Psychose (295.7)
- 5) 分裂性うつ病 Schizophrene Depression
 - 4) とは異なり分裂病の経過にうつ期のはいるもので、295.7にはいれない。

(c) 身体因性うつ病 Somatogene Depression

- 1) 器質性うつ病 Organische Depression

脳障害によるもので、ICDでは「老年期および初老期痴呆 (290)」、「頭蓋内感染に関連する精神病 (292)」および「その他の脳障害に関連する精神病 (293)」がはいる。

- 2) 症候性うつ病 Symptomatische Depression

ICDでは「その他の身体的障害に関連する精神病 (294)」および一部の「アルコール精神病 (291)」がはいる。

以上の Hole, Pölzingerの考えのうちで、最も議論の中心になったのは、Depressive Entwicklungであり、これと depressive personalityとの区別が問題になった。前者が可逆的だという余り納得の充分できない規準が出された。これから心因性うつ病の診断が人格診断で補えるかどうかというむずかしい問題に議論が及んだ。

Häfnerから2軸診断が出されたが、それは次のような大まかな分類であった。

Häfnerによるうつ病の分類

A Depressive syndromes

- (i) psychotic
- (ii) non-psychotic

B Etiology (predisposition)

- 0 Reaction without hereditary disposition
- 1 Neurosis without a depressive personality
- 2 Depressive personality
- 3 Other disturbance of personality
- 4 Endogenous (including manic depressive illness)
- 5 Schizophrenic
- 6 Organic
- 7 Chronic brain syndrome
- 8 Acute brain syndrome
- 9 Others

次にまず、人格異常と病因が問題になった。

このテーマは次回セミナーの議題であるがこのセミナーでも問題になった。とくに、すべての診断に人格診断がつけ加えられるべきかという問題が出された。またもう1つは、神経症と人格異常との区別であった。イギリスのグロッサリでは「患者がその神経症や精神病と直接関係する人格異常を示すときは、現実に存在する明かな神経症または精神病の診断をつける」となっている。例えば今度のセミナーの第6例で、17人の精神科医が強迫神経症とつけたが、anankastという人格診断をつけたのはそのうちの4人に過ぎなかった。イギリスのグロッサリでは人格障害は早期にあらわれ、一生を通じて持続し、患者自身および社会環境にとって有害なものとなっている。だが、人格障害は必ず早期に現れるとするのは厳しすぎる。なかにはストレスに満ちた状況では、晩年になって人格障害が現れることがあり、それは精神的外傷によるものだったり、長期継続するものだったりする。その場合は307のtransient situational disturbancesにはいる。もしこの人格障害が器質的脳障害によるものならば当然、309のnon-psychotic organic brain syndromesにはいることになる。

また薬物依存は304にいれるが、一時的な乱用は依存とは区別され、人格障害(301)や前記の307にいれる。また、この人格障害が病気ではないとなるとICDのY. 13, アメリカ精神医学会の分類の316 (Social maladjustment without manifest psychiatric disorder)にいれることになる。この点は次回の東京会議で論ぜられることになる。

そのほか、ヒステリーと器官神経症の定義が問題となった。Strotzkaはその報告で転換conversionの概念を広義に解釈したが、WHOとしては転換の言葉は使わないことにした。また心身症の概念を拡大する考えがあるが、ここでは狭義とする。ビデオの事例で心因の関連する喘息の例が出されたが、23人の参加者のうち8人が神経症とし、11人が心身症psychophysiological disordersとした。また、心因性不能症の事例では2人が神経症とし、14人が性的逸脱sexual deviationsとした。また、ヒステリーの事例で20人の精神科医のうち、12人が神経症、6人が心身症とわかれたことも興味深かった。ことに、根底にある障害によって分類するか、医療を受けた理由にするかの問題が、神経症と人格障害、神経症と性的倒錯などの場合に問題となることが明かとなった。この点についても次回の会議に委ねられた。

バーゼルの神経症の診断基準会議では司会者のKielholzの興味がうつ病の診断にあったこともあって、かなりの時間がうつ病との関連において問題となった。

7. む す び

以上第6回まで6年間の精神障害の診断分類に関する討議の概要について述べてきた。根本の問題は多元診断の軸を何にするべきかということと、この軸の分類についてである。また、併存する2つの疾患の場合のウエイトづけもこれに関連してくる。このICDの目的はもともと、世界各国の精神疾患を含む全疾患の統計分類にあったのだが、このように具体的な事例から検討していくと、疾病概念そのもの、健康概念そのもの問題であることが明かになってきた。

今回は1971年12月8日から14日まで、東京で「人格障害と薬物依存 personality disorder

and drug dependence」について行われ、地方グループとして約10ヵ国のアジアの精神科医が参加し、12名の中核グループとともに討議する。11例の事例検討と2例のビデオ・テレビが準備されており、この最終回で多元診断の方法論の一応の結末をつけることが予測されている。1972年には第9回修でICDがつくられるが、これに関して日本の精神科医や精神衛生関係者の積極的な意見が求められている。また、今回のアジア参加者とともに、相互の事例研究によって診断上の差や治療上の差遷を明かにすることも、きわめて有意義な試みであろうと思われる。

わが国における精神病院の現状と問題点 (I)

— 昭和44年精神病院実態調査の検討 —

吉川 武彦

目 次

I はじめに	
II 調査の概要	
1. 調査の目的と内容について	3. 作業療法・レクリエーション療法等の状況（施設、治療内容、担当職員の職種・人員等について）
2. 調査の客体と調査・集計の方法	4. 新（再）入院患者調査および退院患者調査より——特に地域医療と社会復帰の観点から
3. 調査事項とことばの定義	5. アルコール中毒に関して
III 調査の結果とその検討	
1. 調査結果の概要	IV おわりに
2. 施設調査からみた精神病院の実態	

I はじめに

厚生省公衆衛生局に精神衛生課が設置されたのは昭和31年4月であるが、これ以前より始められたわが国の精神衛生関係の実態調査は、本報告の基礎資料である昭和44年精神病院実態調査、および、本年度実施された昭和45年精神病院実態調査（未集計：昭和46年1月末現在）を含めてすでに8回にわたり実施されている。

すなわち、	昭和29年	精神衛生実態調査（全国調査）
	昭和31年	在院精神障害者実態調査（退院患者および在院患者）
	昭和35年	在宅精神障害者実態調査（初診患者）
	昭和36年	精神障害者動態調査（初回入院患者）
	昭和38年	精神衛生実態調査（全国調査）
	昭和41年	在院精神障害者実態調査（措置患者）
	昭和44年	精神病院実態調査（入退院患者調査および社会復帰施設調査）
	昭和45年	精神病院実態調査（外来患者および児童患者）

である。なお昭和46年度中には、作業療法の施設および実施状況に関する精神病院の実態調査が厚生省により行なわれる予定であり、この調査を含めれば、昭和29年より9回の調査が全国的規模で行なわれていることになる。

これらの調査のうち、昭和38年に実施された精神衛生実態調査の結果は「わが国における精神障害の現状」と題して厚生省公衆衛生局（精神衛生課）により纏められ、政府刊行物として刊行されたことは衆知するところである。しかし、これをもってしてもわが国における精神障

害の現状把握および精神衛生に関する統計的把握が充分になったとはいえない。在宅精神障害者の問題は、地域の閉鎖性、問題の深刻さや偏見などのほか、人権に関わる問題が複雑にからみ合っている関係もあって、統計的な深い掘り下げは極めて困難である。一方、精神科の医療施設面でも、一応極めて表面的には月報・年報等の形式で厚生省統計調査部より出されている全国の医療機関の定期的報告によることが出来るが、施設の細部にわたるものや治療内容等のきめ細かな調査はなかなか調査しがたいといえる。

そもそも調査につきまとう宿命的な問題として調査をintensiveに行なうか、extensiveに行なうかの問題があるが、この種の行政的見地からの調査は多くはintensiveに行ないきれず、extensiveに行なわざるを得ない。そのために今回行なわれた精神病院実態調査も、結局のところこの種の制約をまぬがれ得ず、extensiveな調査に終わっている。また、わが国の精神病院の8割が民間の法人立、個人立のものであることから推察されるように、この調査が行政サイドによる調査であるためにかえって超えがたい大きな問題があることも確かである。

こうした様々な問題があるにせよ、本報告を「わが国における精神病院の現状と問題点 (I)」としたのは、昭和45年に行なわれ、さらに昭和46年に行なわれる予定の精神病院の実態調査の検討を引き続き行なうことを予定したことにもよるものである。

II 調査の概要

1. 調査の目的と内容について

昭和29年精神衛生実態調査、および、昭和38年精神衛生実態調査はわが国における精神障害の現状を明らかにし、精神医学における疫学的研究に寄与すると共に精神衛生行政に寄与するものが大きかった。精神衛生の問題は精神健康の保持とその向上を目指すものであり、このためにも精神障害者の医療の問題は疾病治療の観点からのみならず、あらゆる側面からの援助を必要としている。なかでも、精神病院の問題は、単に狭義の治療的観点からのみならず、生活空間として、あるいは、精神障害者の社会復帰をめぐる働きかけの場として如何にあるべきかということであり、多面・多様化しつつある精神科医療が、現実の精神科医療施設でどのように具体化され実施されているかが問題であるといえる。

本調査は一応この目的により作られており、わが国の精神科医療施設（単科精神病院および一般病院併設精神科病室等）の経営主体別等の分類・構成にはじまり、精神病床の開放状況、院内作業療法の施設・レクリエーション療法の施設の現況、院内作業療法・院外作業療法（外勤療法）、およびレクリエーション療法の実施状況等について調査を行ない、また、新（再）入院患者、および退院患者の状態を調査し、特に退院患者の社会復帰状況・アフターケアをめぐる状況を調査したものである。また、特にアルコール中毒に焦点を合せ、精神病院において入院治療されているアルコール中毒の患者の実態調査を行なったものである。

これらの調査内容は昭和45年精神病院実態調査（外来患者、および児童患者）、および、昭和46年実施予定の精神病院実態調査（作業療法）とは無関係に行なわれたものではなく、昭和44

年調査で行なわれた入退院患者の実態は昭和45年調査の外来調査につながり、昭和44年調査の作業療法・レクリエーション療法の調査が昭和46年調査により精密化された形で行なわれ、動的にこれを把えようとしていることへつながるものといえる。いずれにしてもこれらの一連の調査は“精神障害者の社会復帰をいかに推進するか”，を目的とするものであり、病院「収容」の目的からでなく、また、単なる機械的な意味での精神病院の開放化だけでなく、地域医療の概念の中で精神障害者の社会復帰をいかにすべきかを考えるための調査であるといえる。しかし、すでに述べたように、これだけの目的をもちながらも調査そのものがもつ限界性と、本調査が行政サイドで行なわれたものであるという限界性とは共にこの調査の目的を制限し、その結果に得られた資料は相当に制約されたものとなるであろうことは否定出来ない。また、こうした調査資料がこうした調査の目的以外に使われることは厳しく制限するべきであり、特に精神障害者の治療を圧迫するような方向に資料が使われることのないよう十分に注意を払うべきである。

しかし、それでもなおこの調査が全国の精神科医療施設の悉皆調査である意味は大きいものといえよう、すなわち、全国の1300有余の施設における施設整備の面のみならず、入院・退院をふくむ精神科医療施設全般の静態面と動態面の調査が行なわれた意味はさらに大きいものといえる。この意味からも、本調査のもつ限界は限界として認識した上で検討を進めたい。

2 調査の客体と調査・集計の方法

本調査は全国調査と過密地区調査から成っているが、過密地区調査の行なわれた神奈川県下の全精神病院、および一般病院併設精神科病室に在院中の患者に関する調査の結果はなお資料が公開されておらず、したがって本報告にはこれらは含まれていない。

全国調査は、全国の精神科医療全施設（精神病院、および一般病院併設精神科病室等）に関して行なわれたもので、昭和44年6月末現在の1,331施設に対して行なわれたものである。但し、調査の実施段階で、調査実施時期に、当該施設が開院早々であり精神病院として全く機能していないもの、あるいは精神病床を廃止しすでに調査時期には精神科医療施設とは認めがたいものなどを除いたため、調査対象となった施設は1,325施設であった。

1) 調査の客体

(1) 施設調査 施設数：全国の精神科医療全施設——1,325施設（悉皆調査）

調査期日：昭和44年10月1日（但し、作業療法・レクリエーション療法の受療患者数は昭和44年10月1日から10月7日までの1週間に同療法を受けた実患者数をとった）

(2) 入退院患者調査 これらの施設に昭和44年10月1日から昭和44年10月31日までの1ヶ月間に新（再）入院、あるいは退院した精神障害者の調査を行なった。

2) 調査・集計方法

アンケート方式による全国一斉調査である。なお、調査票は「施設票」、「新（再）入院患者個人票」、および、「退院患者個人票」の3部（神奈川県下では過密地区調査を行なった関

係で「在院患者個人票」がこれに加わり、4部となっている)である。これらの調査票は各医療施設において記入された上、昭和44年11月15日までに各都道府県に集められ、ここで一旦整理され、昭和44年末までに厚生省に集められた、厚生省ではこれらを点検整理し、厚生省統計調査部の協力を得て集計を行なった。

3. 調査事項とことばの定義

調査事項の詳細ははぶくが、すでに調査の目的と内容についての項で一部述べたように、本調査の施設票では調査対象となっている当該医療施設の経営主体はどこか(国公立か法人・個人立か等)、施設の種別ではどうか(単科精神病院か一般病院併設精神科か等)、精神衛生法による指定病院であるかどうか、などに始まり当該医療施設の調査月間の入退院患者数、調査当日の在院患者数等のface-sheetの部分と、病棟・病床の開放状況、院内作業療法施設・レクリエーション療法施設・社会復帰施設(デイケア・保護工場等)の施設の状況や、院内作業療法・院外作業療法・レクリエーション療法の実施状況、および、これらの治療を行なう担当職員の職種や人員等に関する調査を行なった。入院患者個人票、および退院患者個人票では、診断名に始まり、入院回数、発病以来の期間、入院前の治療状況、入院中の治療内容、入院費の支払区分等につき調査を行ない、特に退院患者個人票では退院先、社会復帰状況、退院後の通院治療等につき調査を行なった。

調査の実施に当たり、「調査必携」が作成されたが、この中に本調査において使用されていることばの定義が行なわれている。この種の調査の資料を読みとる際に、こうしたことばの定義は極めて重要なものである。

以下はその抜粋である。

1) 病棟・病床の開放状況

開放病棟とは1日8時間以上出入口が施錠されていない病棟をいう、としている。

閉鎖病棟とは1日24時間出入口が施錠されているものをいう、としている。

半開放病棟とは開放されている時間が1日8時間以下の病棟で、開放病棟・閉鎖病棟のいずれにも入らないものをいう、としている。

2) 院内作業療法施設・レクリエーション療法施設・社会復帰施設

作業療法病棟(病室)とは患者の寝るいわゆる病室の一部、またはデイルーム等の病棟(病室)の一部を作業療法の場として使用しているものをいう、としている。

作業場とは病棟・病室から独立した作業施設をいう、としている。

(レクリエーション療法施設に関しては上記の作業をレクリエーションと読みかえたものとなっている。)

社会復帰施設とはナイトホスピタルをのぞいたいわゆる中間施設(デイホスピタル、保護工場、ハーフウェイハウス等)をさす、としている。

(なお、作業療法・レクリエーション療法の定義は日本精神神経学会の精神科治療指針によるとしている。)

3) 院外作業療法

院外作業療法とは病院から病院外の事業所に通って作業療法を行なっているもので、いわゆる外勤療法をさすものとする、としている。

4) 担当職員について

院内作業療法、院外作業療法、レクリエーション療法を主たる業務としている職員をいい、その判断は管理者による、としており、兼任（上記3療法）している場合は、どれかひとつを主たる業務と定めて記入するものとした。なお、「作業療法士」は国家試験合格の有資格者とし、「作業療法助手・作業指導員」は無資格であるが主として作業療法に従事している者をさすとした。また「心理技術者」とは学校教育法に基づく大学において心理学を修めたもの、およびそれ以外のものでも5年以上の実務経験を有するものをいう、とした。またさらに、「ソーシャルワーカー」とは大学において社会福祉学を修めたもの、およびそれ以外のものでも5年以上の実務経験を有するものをいう、としている。

5) 診断名・診断区分

本調査で用いられた診断名および診断区分は昭和38年実態調査において用いられたものと同様である。

6) 社会復帰の状況

「就職」の項のうち「本人・家族」とは本人・家族が就職先を探してきたものをいうものとし、無職のうちの就職可能とは6ヶ月以内に就職の可能性があるものをいう、とした。

III 調査結果とその検討

1. 調査結果の概要

1) 全国の精神科医療施設は 1,325施設・在院患者総数は 248,826名

昭和44年6月末現在の全国の精神科医療施設（単科精神病院、一般病院併設精神科等）の数は1331施設であったが、本調査を行なった時期に当該施設が開院早々であり精神病院として全く機能していなかったもの、あるいは精神病床を廃止しすでにこの時期には精神科医療施設としては認めがたかったものなどが6施設あり、これらを除いた1325施設が調査の対象となった。なお在院患者数は調査日（昭和44年10月1日）現在のものである。

2) 1ヶ月間の新（再）入院患者数は16,016名

調査期間1ヶ月間（昭和44年10月1日より10月31日まで）に同上の1325施設に新（再）入院した精神障害者の数は16,016名である。なお、本報告の資料は、この得られた全資料を診断別・無作為・1/2抽出を行なって得た 8,019名についてのものである。

3) 1ヶ月間の退院患者数は15,764名

全期間に同上の施設を退院した精神障害者の数は15,764名である。なお、本報告の資料は、新（再）入院患者の場合と同様に、得られた全資料を診断別・無作為・1/2抽出を行なって得た 7,924名についてのものである。

2. 施設調査からみた精神病院の実態

1) 精神病院の80.9%，精神病床の84.5%は法人立・個人立（第1表）

わが国の精神病院を経営主体別にみると国公立のものが253施設で全施設1325施設の19.1%，法人立・個人立のものは1,072施設で80.9%である。これを精神病床で見ると，国公立のものは36,459床で全精神病床数234,891床の15.5%，法人立・個人立のものは198,432床で84.5%である。ここでいう国公立とは，国立，都道府県立，市町村立およびこれらを除く公的医療機関を総合したものであり，法人立のものには前述の公的医療機関は含まれていない。なお調査日（昭和44年10月1日）現在の在院患者総数は248,826名，このうち国公立病院に在院するものは32,658名（13.1%），法人・個人立病院に在院するものは216,168名（86.9%）であった。

こうしてみると，わが国の精神病院・精神病床の80%～85%が民間のものであり，国公立病院の専有率はかなり低い。さらに問題なのは国公立精神病床36,459床に32,658名の在院患者をみるのみである（89.5%）のに対し，法人立・個人立精神病床198,432床に216,168名の在院患者をかかえており（108.9%）両者には有為な差があることである。これは国公立病院の在院患者数が単に定床以下で，民間の病院が定床を超えて精神障害者を在院させている，といった現象面のみで問題とすべきでなく，国公立の精神病床が極めて少ないこと，国の精神衛生関係予算のうち措置入院費補助が350億（昭和45年度）であるのに反し，精神病院整備補助金がわずかに2億3千万程度であることなどと無関係のものでないことは明らかである。

第1表 経営主体別にみた施設数と在院患者数

	総 数	国 公 立	法人個人立
施設数	1,325	253	1,072
百分比(%)	100.0	19.1	80.9
在院患者数	248,826	32,658	216,168
百分比(%)	100.0	13.1	86.9

第2表 施設の種別からみた施設数と精神病床数

	総 数	単 科 精神病院	精神病床を併設するもの		医育機関 附属病院
			精神病床80%以上	精神病床79%以下	
施設数	1,325	939	63	280	43
百分比	100%	70.9%	4.8%	21.1%	3.3%
病床数	234,891	189,457	12,853	29,377	3,204
百分比	100%	80.7%	5.5%	12.5%	1.3%

2) 単科精神病院は939施設（第2表）

精神科医療施設を単科精神病院，一般病院併設精神科（精神病床が総病床数の80%以上をしめるもの，79%以下のもの，に2分した），および医育機関附属病院精神科に分類した。この結

果、わが国の精神科医療施設(1,325施設)のうち939施設(70.9%)が単科の精神病院であり、精神病院としての色彩が薄いと考えられる一般病院併設精神科で精神病床が総病床数の79%以下の病院は280施設(21.1%)である。これらを病床数でみると、単科精神病院に所属する精神病床は80.7%であり、精神病床79%以下の併設病院のものは12.5%である。

すなわち、わが国の精神病床はその大部分が単科精神病院に所属しており、多くの単科の精神病院が都会地より離れて存在する現況では極めて問題が大きい。閉鎖的治療から開放的治療へ、精神病院内医療から地域医療へと精神科医療が変貌しつつある今日、地域に偏在化する精神病院は、この変化に逆行するものとさえいえる。精神障害者の社会復帰をめぐる精神病院の役割と役割性は、こうした単科精神病院と総合病院等の一般病院の併設精神科とでは当然のことながら異なったものとなるであろうが、仮にこのような分極化が極端に起ると、地域に偏在化する単科精神病院は後方病院化する危険すらあるといえよう。

3) わが国の精神病院の平均的規模(第3表)

病床階級を5段階に分けると第3表にあるように、1施設当たり、100床～199床の精神病床を有する施設が589施設(44.5%)あり、約半数をしめていることが判る。50床未満のものは92施設(6.9%)、300床以上のものは168施設(12.7%)であった。なおこの表からも判るように、

第3表 施設の種別・経営主体別・病床階級別による施設の数

病床階級	総数	単科精神病院				その他の精神病院			
		指定		非指定		指定		非指定	
		国公立	法人個人立	国公立	法人個人立	国公立	法人個人立	国公立	法人個人立
総数	1,325	46	715	10	168	138	111	59	78
20～49	92	0	0	1	24	0	0	31	36
50～99	203	3	28	1	40	70	18	16	27
100～199	589	11	367	0	79	52	60	11	9
200～299	273	12	203	2	18	12	22	1	3
300以上	168	20	117	6	7	4	11	0	3

第4表 新(再)入院患者数・退院患者数・在院患者数・入退院比率

	在院患者数(A)	新(再)入院患者数(B)	$\frac{B}{A} \times 100$	退院患者数(C)	$\frac{C}{A} \times 100$	入退院率 $C/B \times 100$
総数	248,826	16,016	6.4	15,764	6.3	98.4
国公立	32,658	2,596	8.0	2,581	7.9	99.4
法人個人立	216,168	13,420	6.2	13,183	6.1	98.2

わが国における平均的精神病院は1施設当たり精神病床を100床～199床を有する単科精神病院で、精神衛生法による指定を受けた法人立・個人立の精神病院である。

4) 月間 1,000名の入院に対して 984名の退院 (第4表)

入退院率 (月間の退院患者数/月間の入院患者数) からみたわが国の精神病院の状況は、いわゆる病床の回転という観点とも相まって極めて興味ある問題である。第4表に示したとおり、総数では月間 1,000名の入院に対して 984名の退院をみるが、国公立ではこの差がぐんとせばまり 1,000名の入院に対して 994名の退院をみ、法人立・個人立では 1,000名の入院に対して 982名の退院をみるのみであり大きな差がある。すなわち、国公立では入院と退院のバランスがほぼとれているが、法人立・個人立のものでは入院患者が徐々に残留していく傾向がうかがわれる。

なお、入院率 (月間の新 (再) 入院患者数/在院患者数) は総数で 6.4%、国公立で 8.0%、法人立・個人立で 6.2%でありこの間にも大きな差がある。同様に退院率 (月間の退院患者数/在院患者数) は総数で 6.3%、国公立で 7.9%、法人立・個人立で 6.1%でやはり大きな差がある。国公立の場合は単純にいう (実体ではないが) 1年間に在院患者の顔ぶれがほぼ全員変り得るが (100名中96名まで)、法人立・個人立の場合ではぐんとこの程度が低く (100名中74名程度)、在院患者の顔ぶれも固定化していくであろうことがうかがわれる。

5) Open door systemについて——全精神病床の20.8%が開放化 (第5表)

精神科医療施設と一般科医療施設との大きな相違点は、その入院病棟 (病床) の扉が施錠さ

第5表 病床の開放状況

		総 数	開放病床	閉鎖病床	本開放病床
総 数 (%)		234,891 (100.0)	48,924 (20.8)	163,151 (69.5)	22,816 (9.7)
国 公 立	小 計 (%)	36,459 (100.0)	10,506 (28.8)	23,100 (63.4)	112 (7.8)
	単科精神病院 (%)	17,894 (100.0)	5,426 (30.3)	10,616 (59.3)	1,852 (10.4)
	精神病床80%以上の併設病院 (%)	928 (100.0)	301 (32.4)	627 (67.6)	0 (—)
	精神病床79%以下の併設病院 (%)	15,567 (100.0)	3,985 (25.6)	10,693 (68.7)	889 (5.7)
	医育機関附属病院	2,070 (100.0)	794 (38.4)	1,164 (56.2)	112 (5.4)
法 人 個 人 立	小 計	198,432 (100.0)	38,418 (19.4)	140,051 (70.6)	19,963 (10.0)
	単科精神病院	171,563 (100.0)	33,400 (19.5)	121,084 (70.6)	17,079 (9.9)
	精神病床80%以上の併設病院 (%)	11,925 (100.0)	2,051 (17.2)	8,852 (74.2)	1,022 (8.6)
	精神病床79%以下の併設病院 (%)	13,810 (100.0)	2,599 (18.8)	9,621 (69.7)	1,590 (11.5)
医育機関附属病院	1,134 (100.0)	368 (32.4)	494 (43.6)	272 (24.0)	

れているか、いないかに象徴されるともいえる。わが国においても昭和30年頃より精神病院の開放化が強く叫ばれ始めた。これは当時の精神科治療にフェノチアジン系薬物をはじめとする向精神薬による薬物療法が導入され、これまでの精神病院の様相が大きく変わったこととも無関係でない。

しかし、第5表に示されるように、現在の精神病院の開放状況は総数で20.8%の開放率しか示しておらず、国公立では28.8%である

が、法人立・個人立ではわずかに19.4%の開放率を示すにすぎない。さらに細かく検討すると、国公立の開放率でも問題は多々あるといわざるを得ない。すなわち、精神病床80%以上の併設病院が単科の精神病院と類似した開放率を示すのはいいとしても、精神病床79%以下の併設病院の開放率が低いのは大きな問題を含んでいる。病院の立地条件等は各々の病院差があるにしても、多くの国公立の病院でそれも精神病床が79%以下といういわゆる総合病院の立地条件は決して悪いとはいえない。こうした立地条件にある国公立の第一線診療機関が精神病床をもつときに、仮りにも閉鎖的であることは許されるべきではないと考える。このことは国公立であるからとか、民間の病院であるからといった差別はない性質のものではあるが、半開放病床を開放化へのプロセスと考えたときに、精神病床が79%以下のいわゆる総合病院のうち、国公立のものより法人立・個人立のものの方が全体からみて開放化傾向が大であることから考えてもここで指摘しておく意味はあるものと思われる。

精神病床開放化の波が各精神科医療施設に押し寄せ一段落したと思われた昭和37年、38年頃の調査で、全国の子神病床の開放率はほぼ20%~30%と推定されていた。今回の調査でも全くこの数値に一致する結果が出たが、この7~8年の間精神病床開放化の動きは一体どうなつてしまったのであろうか。急速な開放化に伴つて起つた様々な問題が管理者を消極的にさせたのであろうか、あるいは管理者を消極的にさせる別な働きかけがあつたのであろうか、精神科医療に従事する医師・看護者らの慢性的不足がこれらを逆に促進させてしまつてゐるのであろうか。あるいはこうした外的な諸条件によるものでなく、精神障害者に関わる個々人の内的なものが開放化を押しとどめてゐるのであろうか。あるいはこうしたヒューマニスティックな流れの中ではどうしようもないものが精神疾患・精神障害自体の中にあるのであろうか。ともかく、地域医療・地域精神医療が叫ばれながらも今なおこうした精神病院の実体が現実にみられること自体に精神科医療の問題性がひそんでゐるといえよう。

3. 作業療法・レクリエーション療法等の状況（施設、治療内容、担当職員の職種・人員等について）

すでに述べたように、厚生省では昭和46年度中には精神病院の実態調査の一環として精神科作業療法の実態調査を行なうことを予定している。本報告の資料である昭和44年実態調査の作業療法・レクリエーション療法関係は、極めてstaticな調査であり、現在の精神病院の一断面を示しているとはいへその全貌を明らかにしてゐるとはいいがたい。

本調査では日本精神神経学会が定義している作業療法の定義にしたがつたが、このうちの狭義の作業療法を院内で行なうものを院内作業、院外で行なうものを院外作業としている。しかしこうした作業療法（狭義の）にも問題は多く、本調査の一項としてあげた「病院関連業務、および院内美化作業」などは一步誤まると病院職員の肩がわり——使役の問題となり、作業療法の本来の目的からはずれてしまう危険を有している。また、請負制による期限付きの手内職作業においても、期限の切迫と共に多くの場合は看護職員総出でこれにとりかかり、生産高中心の、あるいは期限優先の製品中心に陥り、治療の対象であるはずの精神障害者は全く脇へ押

しやられてしまう結果になりかねない。こうした危険性は院外作業においてはより高いともいえる。すなわち院外作業受託機関（多くは工場等の企業）の要請で患者数が操作されたり、受療中の患者の勤務時間が延長されたりする危険があるといえる。作業療法の本来の治療的な観点が確りしていないと、こうした陥穴に落ちやすい。このようなこともあり、在院患者には一切作業療法（狭義の）を行なわない、とする病院管理者も見受けられる。

1) 全施設の95.2%が院内作業を実施中・在院患者の48.8%が受療中（第6表～第10表）

何等かの形で院内作業療法を実施している施設は全国1,325施設のうち1,261施設で95.2%に及んでいる。また、昭和44年10月1日より10月7日までの1週間（多くの精神病院の日程は1週間単位で繰り返されており、これをめやすに1週間をとった）に院内作業療法を受けた患者の実数は121,445名で、在院患者総数248,826名の48.8%に当る。この比率は国公立と法人立・個人立との間に8%程度の開きがある。また院内作業療法のための施設を有している病院は

第6表 院内作業療法・院外作業療法・レクリエーション療法の実施状況

	院内作業療法			院外作業療法			レクリエーション療法		
	総数	有	無	総数	有	無	総数	有	無
総数(%)	1,325 (100.0)	1,261 (95.2)	64 (4.8)	1,325 (100.0)	690 (52.1)	635 (47.9)	1,325 (100.0)	1,249 (94.3)	76 (5.7)
国公立(%)	253 (100.0)	221 (87.4)	32 (12.6)	253 (100.0)	137 (54.2)	116 (45.8)	253 (100.0)	233 (92.1)	20 (7.9)
法人立・個人立(%)	1,072 (100.0)	1,040 (97.0)	32 (3.0)	1,072 (100.0)	553 (51.6)	519 (48.4)	1,072 (100.0)	1,016 (94.8)	56 (5.2)

第7表 院内作業療法・レクリエーション療法・社会復帰各施設の状況

	院内作業療法施設			レクリエーション療法施設			社会復帰療法施設		
	総数	有	無	総数	有	無	総数	有	無
総数(%)	1,325 (100.0)	1,255 (94.7)	70 (5.3)	1,325 (100.0)	1,279 (96.5)	46 (3.5)	1,325 (100.0)	58 (4.4)	1,267 (95.6)
国公立(%)	253 (100.0)	221 (87.4)	32 (12.6)	253 (100.0)	235 (92.9)	18 (7.1)	253 (100.0)	12 (4.7)	241 (95.3)
法人立・個人立(%)	1,072 (100.0)	1,034 (96.4)	38 (3.6)	1,072 (100.0)	1,044 (97.4)	28 (2.6)	1,072 (100.0)	46 (4.3)	1,026 (95.7)

1,325施設のうち1,255施設(94.7%)である。しかしこの内容は院内作業療法用の病棟、または病室を有するもので代表されることから判るように、院内作業療法のための特別な施設をもつものではない。また、内容はともかくとして、全国の約3分の1の施設に農場・園芸場があることは大変興味深いことである。

第8表 院内作業療法患者数

	総数 (A)	指 定	非 指 定	在院患者数(B) 昭44. 10. 1	$\frac{A}{B} \times 100(\%)$
総 数	121,445	106,246	15,199	248,826	48.8
国 公 立	18,223	15,504	2,719	32,658	55.5
法人・個人立	103,222	90,742	12,480	216,168	47.8

第9表 院内作業療法施設の状況

	作業療法 (病棟・室)	農場園芸場	作 業 場	畜産施設	印 刷 場	そ の 他
施 設 数	995	852	509	282	32	67
(施設数1325 に対する) 百分率(%)	75.1	64.3	38.4	21.3	2.4	5.1

第10表 院内作業療法種目の状況

	病院関連業務・ 院内美化作業	手工業	園 芸	裁縫編物 刺しゅう	農 耕	畜産動物飼育	印 刷	その他
施 設 数	968	877	732	711	686	327	93	115
(施設数1325 に対する) 百分率(%)	73.1	66.2	55.2	53.7	51.8	24.6	7.0	8.7

第11表 院外作業療法患者数

	総数 (A)	指 定	非 指 定	在院患者数(B) (昭44. 10. 1)	$\frac{A}{B} \times 100(\%)$
総 数	13,367	11,463	1,904	248,826	5.4
国 公 立	2,356	1,834	522	32,658	7.2
法人・個人立	11,011	9,629	1,382	216,168	5.1

院内作業療法の実施種目は第10表の通りであるが、問題の多い病院内関連業務・院内美化作業が最も広く行なわれている。次いで手工業であるが、これに関しても問題が多いことはすでに指摘した。現在の精神病院がこのような種目によって院内作業療法が押し進められている現実は現実として、問題はこれらの作業種目を如何に有機的に関連づけ院内作業の治療を体系化していくか、であり、この体系化の過程でさらに種目の選択や挿入が考慮され、同時に院外

作業、レクリエーション療法とも連がり、社会復帰療法としての位置づけと体系化がなされなくてはならない。

2) 院外作業療法は全施設の52.1%で実施・在院患者の 5.4%が受療中 (第6表,第11表)

院外作業療法を実施している施設は全国 1,325施設のうち 690施設で52.1%である。経営主体別に有意な差はみられない。昭和44年10月1日より10月7日までの1週間に院外作業療法を受けた患者の実数は13,367名で、在院患者総数 248,826名の 5.4%に当る。これを経営主体別にみても極くわずかに国公立の在院患者の方が院外作業を受ける率が高い(国公立: 7.2%; 法人立・個人立 5.1%)が有意な差があるとはいえない。

総じて院外作業を試みている施設は国公立、法人立・個人立を問わず約半数の施設に及んでいるが、実際に院外作業療法を受けている患者数は極めて少ないものといえよう。院外作業療法患者を数多くかかえている病院が“いわゆる良い病院”ということとは出来ないが、例えば、200床程度の病院では10名足らずの院外作業療法患者を有しているにすぎないこととなり、一連の作業療法を充実して行なおうとしている病院の実態からは、この全国平均は極めて低いものとうけとられるであろう。しかし、当然のことながら問題にすべきことはこの「数」ではなく、療法の「質」の問題であり、同時に深く見通した治療観に支えられた治療者の治療態度や治療体系そのものに関わる問題である。

3) 全施設の94.3%がレク療法を実施中・在院患者の54.7%が受療中 (第6表,第7表,第12表~第14表)

レクリエーション療法を実施している施設は全国の 1,325施設のうち 1,249施設で94.3%で、院内作業療法を実施している施設数(1,261施設:95.2%)とほぼ同様であった。また、昭和44年10月1日より10月7日までの1週間にレクリエーション療法を受けた患者の実数は 136,073名

第12表 レクリエーション療法患者数

	総 数 (A)	指 定	非 指 定	在院患者数(B) (昭44.10.1)	$\frac{A}{B} \times 100 (\%)$
総 数	136,073	119,730	16,343	248,826	54.7
国 公 立	19,759	16,429	3,330	32,658	60.5
法人・個人立	116,314	103,301	13,013	216,168	53.8

第13表 レクリエーション療法施設の状況

	運 動 場	レクリエーション療法 (病棟・病室)	レクリエーション療法場	体 育 館	そ の 他
施 設 数	1,069	935	279	76	65
(施設数1325 に対する) 百分率(%)	80.7	70.6	21.2	5.7	4.9

第14表 レクリエーション療法種目の状況

	ス ポ ー ツ	不定期活動	音 楽	ゲ ー ム	絵 画	そ の 他
施 設 数	1,022	889	807	771	519	356
(施設数1325 に対する) 百分率(%)	77.2	67.1	60.9	58.2	39.2	26.9

で、在院患者総数 248,826名の54.7%に当る。なお、国公立と法人立・個人立との間には、院内作業療法のときと同様に7, 8%程度の開きがある。

レクリエーション療法を行なうためには必ずしも特定の場所が用意される必要はないともいえ、レクリエーション療法実施関係者の創意と工夫により様々な場をレクリエーション療法の場と心得るが、運動場や体育館等の施設をもつことにより、よりその内容を多様化し得ることからもやはり各種の施設が整備されることは望ましい。全国 1,325施設のうち何等かのレクリエーション施設を有する施設は 1,279施設(96.5%)である。レクリエーション施設の内容は運動場が最も多く 1,069施設が有しており、普及率は80.7%である。これに次いで多いのはレクリエーション療法病棟または病室で 935 施設がこれを有している(70.6%)。なお体育館などは極めて少なく、わずかに76施設にみられるにすぎずその普及率は 5.7%と低い。施設面では国公立と法人立・個人立との間に有意な差はない。

レクリエーション療法の実施種目は第14表の通りであるが、各病院に最も共通して行なわれているのがスポーツで、これに次いで不定期活動、すなわち運動会、ハイキング、盆踊り、クリスマス会等の活動である。音楽観賞・楽器演奏等の音楽関係も多くの施設にとり入れられており、レクリエーション療法の実施種目は全般に多彩である。しかしレクリエーション療法のもつ娯楽的側面と狭義の治療的側面を考慮するならば、院内作業療法関係のところですでに述べたように、実施種目が多彩になることと同時にその内容が重要視されなければならない。さらにレクリエーション療法も単独の治療法としてあるのではなく、院内作業療法や院外作業療法とも深い関連をもち、広い意味での社会復帰療法の一環として位置づけられ、実施される必要がある。

4) 社会復帰施設の状況(第7表)

本調査では、社会復帰施設をナイトホスピタルを除いたいわゆるデイホスピタル、保護工場、ホステル、ハーフウェイハウス等の社会復帰のための中間的な施設を指すものとしている。調査では施設の内容を問うていないこともあり単にその有無ということしか結果は出ていない。全国 1,325施設のうち58施設(4.4%)にこうした社会復帰施設があることが判明したが極めて少ないといわざるを得ない。なお本調査は病院を対象としたものであるから、国立精神衛生研究所や各県の精神衛生センター等において試みられつつあるデイセンター等は含まれていない。

5) 作業療法・レクリエーション療法の担当職員(第15表)

現行の医師法・医療法・病院法等の医療関連法規により医療に直接携わる職種は限定されている。しかし精神科医療は日に日に多様化し、専門化しつつあるといえる。したがってこの精神科医療を支える職種も次第に細分化し、特殊化しつつあるといえる。作業療法やレクリエーション療法が治療法として定着し、精神科医療施設に多くとり入れられつつある現在、以前のような医師・看護婦等による片手間的な作業療法やレクリエーション療法は許されなくなっている。こうした流れの中で極めて徐々ではあるが作業療法士が精神科領域の中に入りつつあり、多様化しつつある精神科医療の一翼を担いつつある。一方では心理技術者やソーシャルワーカーらが同様に精神科領域に次第に入りつつあり、これらの多くが未分化・未発達な精神科作業療法やレクリエーション療法に手を染めはじめているといえる。

しかし、現在の精神科医療施設における作業療法やレクリエーション療法はまさに過渡期にあるといえ、その担当職員の職種も様々であり担当業務も一定していない。これは作業療法やレクリエーション療法が療法という名前を持っているにもかかわらず医療費の給付の対象となっていないことから、単に理念だけで、あるいは理論だけでこれらの治療法を推進しようとしてもなかなか現状では発展させることは難しいといえる。

いずれにしても、本報告は現行の作業療法やレクリエーション療法が实际的に誰が担当しているかを明らかにしたものであり、さらにこれらの治療法を受けている患者の数と担当の職員の数との比率がどうなっているかをみようとしたものである。

(1) 担当職員は1施設当たり平均7名(第15表)

作業療法やレクリエーション療法を担当する職員は全国の1,325施設に9,189名(実数)いる。すなわち1施設当たり平均7名の担当職員がいることになるがその職種別内訳をみると決して充分なものとはいえない。すなわち、9,189名の大半は作業療法助手および作業療法指導員であり、看護婦である。専門的技術者としての作業療法士、心理技術者やケースワーカーなどは極めて少なく、多様化しつつあるこれらの療法を支えているのは、いまだにこれらの作業療法助手らや看護婦らである事実は明白である。

また、これらの担当職員の担当部門別をみると、院内作業療法を担当する職員が全体の約半数をしめ、レクリエーション療法を担当する職員とで全体の約85%をしめている。院外作業を担当する職員はわずかに1,365名で1施設に1名程度いるだけである。なおこれらの職員には常勤の者のみならず非常勤のものも含まれている。

(2) 受療患者数と職員数

第8表に示された通り、院内作業療法を受けた患者は総数で121,455名である。これに対し担当した職員は4,262名で、職員1名当たり28.5名の患者を受持っているといえる。この場合の担当職員は職種も経験年数も全く考慮されていない。

同時に第11表に示された通り、院外作業療法を受けた患者は総数で13,367名で、担当した職員は1,365名である。すなわち職員1名当たり9.7名の患者を受持っているといえる。院内作業療法では国公立と法人立・個人立との間に有意な差はないが、院外作業療法では職員1名当たり

第15表 担当職員数の職種とその人

		総 数	国 公 立	法人立・個人立
総 数	総 数	9,189	1,273	7,916
	作 業 療 法 士	161	46	115
	作業療法助手・指導員	3,601	377	3,224
	看 護 婦 人	2,507	360	2,147
	心 理 技 術 者	383	73	310
	ソーシャル・ワーカー	554	83	471
	非常勤作業指導員 そ の 他	515 1,468	65 269	450 1,199
院 内 作 業 療 法	総 数	4,262	617	3,645
	作 業 療 法 士	101	35	66
	作業療法助手・指導員	1,966	227	1,739
	看 護 婦 人	1,058	157	901
	心 理 技 術 者	178	27	171
	ソーシャル・ワーカー	194	26	168
	非常勤作業指導員 そ の 他	136 609	22 123	114 486
院 外 作 業 療 法	総 数	1,365	153	1,212
	作 業 療 法 士	23	4	19
	作業療法助手・指導員	443	42	401
	看 護 婦 人	336	42	294
	心 理 技 術 者	38	8	30
	ソーシャル・ワーカー	210	41	169
	非常勤作業指導員 そ の 他	75 240	2 14	73 226
レ ク リ エ ー シ ョ ン 療 法	総 数	3,562	503	3,059
	作 業 療 法 士	37	7	30
	作業療法助手・指導員	1,192	108	1,084
	看 護 婦 人	1,113	161	952
	心 理 技 術 者	147	38	109
	ソーシャル・ワーカー	150	16	134
	非常勤作業指導員 そ の 他	304 619	41 132	263 487

国公立では15.4名、法人立・個人立では 9.1名の患者を受け持っており差が大きい。

レクリエーション療法では第12表のように同療法を受けた患者は総数で 136,073名で、担当した職員は 3,562名である。したがって職員1名当りの受持患者は38.2名である。

現在この種の調査研究があまり行なわれておらず、他に資料を求めることが出来ないが、いづれにしてもこの数値は非常勤職員を含めたものであり、きめ細かな作業療法やレクリエーション療法を行なうのに十分な職員数とは考えられない。

4. 新(再)入院患者調査および退院患者調査より——特に地域医療と社会復帰の観点から

昭和44年精神病院実態調査は施設調査と患者個人調査を大きな二本の柱とした。このうち患者個人調査は新(再)入院患者調査と退院患者調査とから成っている。これは今回の調査の一つの目的である患者の入退院の動態を捕える目的で構成されたもので、当該精神科医療施設に昭和44年10月1日から10月31日までに新(再)入院した全患者の調査と、同施設から同期間に退院した全患者の調査を行なったものである。本報告の資料は、このようにして患者個人票として記入・作成されたものを集計の段階で診断名別・無作為・抽出を行なったものである。

すでに述べたように、昭和44年10月1日現在の全国の精神科医療施設は1,325施設で、これらの施設に在院する精神障害者は248,826名であった。また、昭和44年10月1日から10月31日までの1ヶ月間にこれらの施設に新(再)入院した患者は16,016名、同期間に同施設から退院した患者は15,764名であった。なお、資料作成の段階で抽出された患者は、新(再)入院患者では8,019名、退院患者では7,924名であった。

診断名(診断区分)は昭和38年精神衛生実態調査(厚生省)の実施の際に用いられた診断名(診断区分)を用いている。診断名(診断区分)に関しては問題の多いところであるが、調査の目的上過去の調査との比較の問題もありあまり大きな変動がないことが望ましい。しかし、今回の調査では中毒性精神障害の中項目として、アルコール、シンナー、睡眠薬、覚醒剤、麻薬等が採用されており、近年とみに問題化しつつあるアルコール中毒とシンナー中毒の問題をとりあげやすくしている。なお、アルコール中毒に関しては章をあらためて述べる。

第16表 診断別の患者数

	総数	精神分裂病	そううつ病	てんかん	脳器質性精神障害	その他の精神病	中毒性精神障害				精神薄弱	精神病質	神経症	その他不詳	
							総数	アルコール	シンナー	その他					
新(再)入院患者	総数	8,019	3,607	729	268	670	424	1,433	1,306	33	94	160	98	541	89
	百分比	100.0	45.0	9.1	3.3	8.4	5.3	17.9	16.3	0.4	1.2	2.0	1.2	6.7	1.1
	男	4,895	2,017	366	159	381	170	1,350	1,263	27	60	99	77	224	52
	女	3,124	1,590	363	109	289	254	83	43	6	34	61	21	317	37
退院患者	総数	7,924	3,490	726	261	658	457	1,397	1,264	35	98	134	122	585	94
	百分比	100.0	44.0	9.2	3.3	8.3	5.8	17.6	16.0	0.4	1.2	1.7	1.5	7.4	1.2
	男	4,753	1,858	376	157	399	194	1,304	1,216	32	56	79	91	243	52
	女	3,171	1,632	350	104	259	263	93	48	3	42	55	31	342	42

第17表 診断別の入退院比率

	総数	精神分裂病	そううつ病	てんかん	脳器質性精神障害	その他の精神病	中毒性精神障害				精神薄弱	精神病質	神経症	その他不詳
							総数	アルコール	シンナー	その他				
新再入院(A)	8,019	3,607	729	268	670	424	1,433	1,306	33	94	160	98	541	89
退院(B)	7,924	3,490	726	261	658	457	1,397	1,264	35	98	134	122	585	94
入退院率(B/A)	98.8	98.8	99.6	97.4	98.3	107.6	97.5	96.9	106.1	104.2	83.8	124.5	108.1	105.6
	△	△	—	△△△	△△		△△	△△△			△△△△			

註1: △: 約1名を表わす (最下欄は100名の入院のうち何名が退院で必ずに残るかを凡そ表わしたもの) 註2: 入退院率 = $\frac{B}{A} \times 100$
 △: 全5名を表わす

(1) 新(再)入院患者の45.0%は精神分裂病・退院患者では44.0% (第16表, 第17表)

本報告の資料の対象となった新(再)入院患者8,019名のうち精神分裂病は3,607名で45.0%であり, 退院患者7,924名のうち精神分裂病は3,490名で44.0%であった。すなわち, 新(再)入院および退院を通じて最も高いのは精神分裂病である。これに次ぐのが新(再)入院では中毒性精神障害で1,433名(17.9%)であるが, 退院の場合も同様で1,397名(17.6%)である。中毒性精神障害のうちアルコール中毒が最も多いのは入院・退院に共通している。この他の中毒性精神障害は極めて少なく, 睡眠薬中毒が新(再)入院で66名, 退院で66名, シンナー中毒が入院で33名, 退院で35名を数えるのみである。中毒性精神障害に次ぐものは新(再)入院の場合も退院の場合もそううつ病であり, これに次ぐものは脳器質性精神障害である。第17表に示したように, 診断名別の入退院率をみると総数において若干の残留がみられるが, 特に残留しやすいのは精神薄弱, アルコール中毒, てんかんで, このうち精神薄弱は病院残留傾向が極めて高いといえる。脳器質性精神障害もこの残留傾向が高い方であろう。精神分裂病も総数に類似して若干の病院残留傾向を示しているが, これは実際の入院数が多いだけに個々の精神科医療施設にとれば重大な問題である。また, 精神薄弱, てんかん, 脳器質性精神障害がかかえる問題はさらに深刻である。なおアルコール中毒患者の病院残留の問題性は, 精神分裂病の問題性や, 精神薄弱, てんかん, 脳器質性精神障害が病院内に残留していくことの問題性とは質的な意味でも異なり, さらに深刻な問題性を有しているといえよう。実数が僅かであり断言することは危険であるが, 精神病質の入退院率が他のものと大きく異るといえる。

なお, 神経症のものは新(再)入院で541名(6.7%), 退院で585名(7.4%)であった。神経症では病院残留傾向は示されなかった。

(2) 男は女より退院しにくい——特に精神分裂病ではこの傾向が強い(第16表)

新(再)入院患者の男女比は全体で約4.9:3.1であるが退院患者の男女比は約4.8:3.2とやや両者が接近している。また見方を変えてみると, 新(再)入院した患者のうち男は次に病院に残留し, 女の方はほどよく回転しているともいえる。これはあくまでも今回の調査に限っていえることであり, また統計的な観点に立っていえることであるが, 見方としてはこう見られないこともない。特に精神分裂病の場合はこの傾向が強く, 新(再)入院患者の男女比は約10.1:8.0から退院患者の男女比約9.3:8.2へと変化している。すなわち, 退院患者の男女比はぐんと接近しており, 退院患者の実数の上からも, 精神分裂病の男は退院しにくく, 女の方が退院しやすいといえる。実数は少ないが今回の調査の限りでは脳器質性精神障害ではこの関係が逆である。

こうした傾向が1ヶ月間の調査でなく, もっと長期の調査で指摘されるならば, またそれなりにこの意味づけも考慮しなくてはならないであろう。仮にこの傾向が正しいものとすれば, 精神障害者の社会復帰を広い立場で考える場合に, 一つの大きな示唆を与えてくれるものとなる。

なお性差では, 新(再)入院患者および退院患者に共通して, 中毒性精神障害と精神病質,

および神経症が特徴的である。中毒性精神障害と精神病質では断然男が多く、中毒性精神障害はいうに及ばず、精神病質でも男は女の3倍あるいは3倍以上であり、神経症では新(再)入院、退院共に男女比は約2:3である。

(3) 15才未満の新(再)入院患者は117名(1.5%),65才以上は560名(7.0%)(第18表)

基礎集計の段階で5才間隔をとった関係から年令階級を18才未満として一括することが出来ていないのは極めて残念である。調査期間における15才未満の新(再)入院患者は117名で全体の1.5%程度であるが、同期の退院患者は77名で1.0%をしめるにすぎず、実数においても、比率においても低い。児童患者の問題は年々深刻になってきており、自閉症児の問題をはじめとして各方面から指摘の多いところである。昭和45年の精神病院調査ではこれらのことを背景として児童患者に関する調査を行なっている。したがって昭和45年の実態調査の結果の公表を待って再びこの問題をとりあげたい。なお、15才未満のものではてんかんが最も多かった。

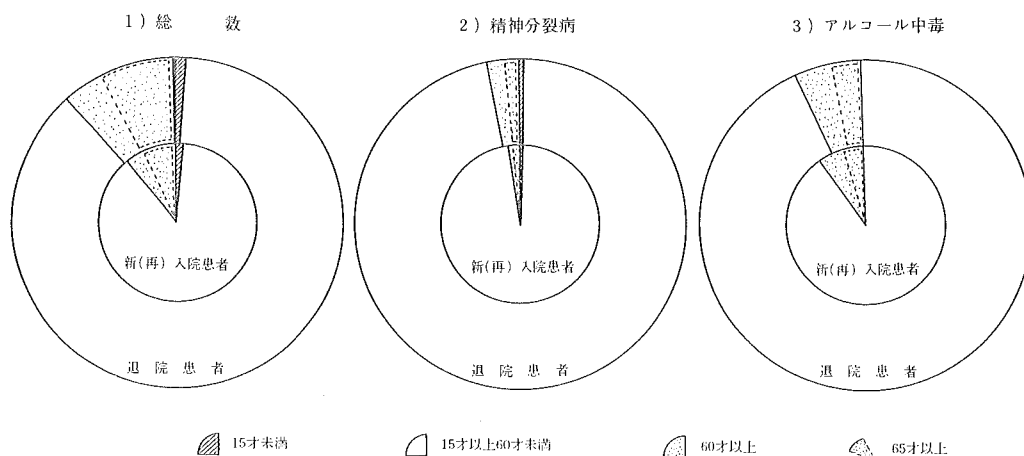
一方、老人対策も単に精神障害の問題に止らず極めて今日的な問題となっている。今回の調査では、新(再)入院患者で65才以上のものは560名(7.0%)であったが、これを60才以上とすると862名(10.7%)となる。退院患者では65才以上のものが606名(7.5%)で、60才以上とすると910名(11.5%)となる。65才以上のものでは脳器質性精神障害が最も多く新(再)入院にみられる(65才以上の新(再)入院患者560名のうち344名で61.4%をしめている)。

第18表 年令別患者数

		新(再)入院患者					退院患者数				
		総数	精神分裂病	アルコール中毒	シンナー中毒	その他	総数	精神分裂病	アルコール中毒	シンナー中毒	その他
総数		8,019 (100.0)	3,607 (100.0)	1,306 (100.0)	33 (100.0)	3,073 (100.0)	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	35 (100.0)	3,135 (100.0)
15才未満	計	117 (1.5)	27 (0.7)	0 (—)	6 (18.2)	84 (2.7)	77 (1.0)	13 (0.4)	0 (—)	3 (8.6)	61 (1.9)
	男	67	10	0	3	54	46	10	0	2	34
	女	50	17	0	3	30	31	3	0	1	27
15才～60才未満	計	7,037 (87.8)	3,509 (97.3)	1,187 (90.9)	27 (81.8)	2,314 (75.3)	6,935 (87.5)	3,377 (96.7)	1,179 (93.3)	32 (91.4)	2,347 (75.0)
	男	4,348	1,972	1,149	24	1,203	4,201	1,807	1,135	30	1,229
	女	2,689	1,537	38	3	1,111	2,734	1,570	44	2	1,118
60才以上	計	862 (10.7)	71 (2.0)	119 (9.1)	0 (—)	672 (21.9)	910 (11.5)	100 (2.9)	85 (6.7)	0 (—)	725 (23.1)
	男	479	35	114	0	330	506	41	81	0	384
	女	383	36	5	0	342	404	59	4	0	341
不詳		3 (0.0)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	3 (0.1)	2 (0.0)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	2 (0.0)
(再掲) 65才以上	計	560 (7.0)	37 (1.0)	48 (3.7)	0 (—)	475 (15.5)	606 (7.6)	47 (1.3)	37 (2.9)	0 (—)	522 (16.7)
	男	295	18	46	0	231	334	25	35	0	274
	女	265	19	2	0	244	272	2	2	0	248

但し 1) 65才以上の新(再)入院患者 560名のうち脳器質性精神障害者は 344名(男 178名, 女 166名)で61.5%
 2) “ 退院患者 606名 “ “ 351名(男 198名, 女 153名)で57.9%

第1図 年齢別患者分布



15才未満 15才以上60才未満 60才以上 (65才以上)

(4) 初回入院患者は新(再)入院患者の42.9%、退院患者の46.5% (第19表)

新(再)入院患者 8,019名のうち、過去に精神科医療施設に入院したことのないもの、すなわち初回入院患者は 3,442名で全体の42.9%であり、退院患者 7,924名のうち今回の入院が初めてであったものは 3,687名で46.5%であった。本調査は入院回数別入院患者の追跡的な調査ではないが、新(再)入院患者の中に初回入院患者のしめる割合と、退院患者の中に初回入院患者がしめる割合が異なることは興味ある事実である。初回入院患者にみられる新(再)入院患者と退院患者との差異とは逆な関係にあるのが入院を3回以上繰り返した新(再)入院患者と退院患者との関係にみられる。すなわち、新(再)入院患者では全体の19.5%が入院を3回以上繰り返したものであり、これが退院患者では18.0%である。これらの関係を極く単純にみると、初回の入院のものは一応退院しやすく、頻回入院のものは退院しにくい、ということが出来ようが、前述したように、本調査が決して入院回数別入院患者の追跡調査ではないので、こう単純にはいいきれない。

むしろ、精神障害が再発しやすく、再入院するものが多いとされながらも、新(再)入院患者の約43%が全くの初回入院でしめられている事実の方が驚きである。現在の精神科医療の態勢が総じて入院中心にあり、こうした精神科医療の方向性によってこのような数値が出されているといえよう。精神科医療施設への入院を中心とした医療体系、すなわち精神障害者の隔離収容的な医療体系から地域精神医療へ、すなわち患者を地域の中で治療し社会復帰を実現していく方向性をもった医療体系への変換が試みられつつある現在、われわれが指向すべき方向は再発・再入院を防止する方向に進むべきか、初回入院を減少させる方向に進むべきかが問題と

なるといえる。この際、初回入院を減少させるということは第一次予防としての発生予防の問題だけでなく、発生した——発病した精神障害者を入院させないで治療するということが考慮されなければならない、ということも意味している。

第19表 入院回数別患者数

	新 (再) 入 院 患 者				退 院 患 者			
	総 数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)	総 数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)
総 数	8,019 (100.0)	3,607 (100.0)	1,306 (100.0)	3,106 (100.0)	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
0 回	3,442 (42.9)	1,108 (30.7)	543 (41.6)	1,791 (57.7)	3,687 (46.5)	1,226 (35.1)	592 (46.8)	1,869 (58.9)
1 回	1,845 (23.0)	958 (26.6)	288 (22.0)	599 (19.3)	1,683 (21.2)	852 (24.4)	226 (17.9)	605 (19.1)
2 回	1,028 (12.8)	597 (16.5)	167 (12.8)	264 (8.5)	981 (12.4)	571 (16.4)	140 (11.1)	270 (8.5)
3 回以上	1,561 (19.5)	895 (24.8)	268 (20.5)	399 (12.8)	1,422 (18.0)	802 (23.0)	256 (20.2)	364 (11.5)
不 詳	142 (1.8)	49 (1.4)	40 (3.1)	53 (1.7)	151 (1.9)	39 (1.1)	50 (4.0)	62 (2.0)

(5) 初回入院は発病より1年未満が64.1%，3年以上は19.9% (第20表)

新(再)入院患者で初回入院のものは発病より1年未満のものが約 $\frac{2}{3}$ ，発病以来3年以上を経過したものは約 $\frac{1}{3}$ である。これを見る限りでは、精神障害のもつ諸々の特徴からはいわゆる早期発見・早期治療の成果が現われつつあるものといえる。しかし、これはあくまでも入院し

第20表 初回入院患者について (発病以来の年数)

	新 入 院 患 者				退 院 患 者			
	総 数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)	総 数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)
総 数	3,442 (100.0)	1,108 (100.0)	543 (100.0)	1,791 (100.0)	3,687 (100.0)	1,226 (100.0)	592 (100.0)	1,869 (100.0)
1 年 未 満	2,205 (64.1)	732 (66.1)	286 (52.7)	1,187 (66.3)	2,077 (56.3)	712 (58.1)	118 (19.9)	1,247 (66.7)
1 年～3 年 未 満	440 (12.8)	152 (13.7)	66 (12.2)	222 (12.4)	527 (14.3)	226 (18.4)	68 (11.5)	233 (12.5)
3 年～6 年 未 満	297 (8.6)	99 (8.9)	71 (13.1)	127 (7.1)	290 (7.9)	124 (10.1)	52 (8.8)	114 (6.1)
6 年 以 上	380 (11.3)	108 (9.7)	98 (18.0)	183 (10.2)	666 (18.1)	144 (11.8)	328 (55.4)	194 (10.4)
不 詳	111 (3.2)	17 (1.5)	22 (4.0)	72 (4.0)	127 (3.4)	20 (1.6)	26 (4.4)	81 (4.3)

た、入院を要した患者についてだけいえることであり、在宅精神障害者については本調査では全くいえない。退院患者の調査からこれを見ると、発病から今回の入院までの期間のばらつきは新(再)入院患者のものと大きな変化はない。退院患者調査の方は、今回の入院期間がかけ合されていないので(あるいは治療内容等も含めて)充分の資料となり得るものとはいえない

が、発病以来3年以上を経過したものがしめる割合が新（再）入院患者のものより大きいことが特徴的といえらる。さらに疾病別では、精神分裂病とアルコール中毒とではこの傾向が強いといえる。アルコール中毒の入院患者で発病以来3年以上を経過したものは64.2%と高く、これは疾病の問題と考えるよりも現在の精神病院の問題と切り離せない問題と考えられる。

(6) 再入院までの期間も1年未満のものが最も多い（第21表）

本調査の対象となった再入院患者では、再入院までの期間が1年未満のものが最も多く55%前後である。さらにこれを3年未満までとすると約83%がこの期間に再発・再入院したものである。退院した全患者の再発率、あるいは再入院率が不明であり、このfactorが欠けているので一元的にはいえないものの、少なくとも再入院を要した患者からみると、退院後3年以上を経過したものが再入院してくる機会は極めて少ないものといえる。なお疾病別ではアルコール中毒に、再発・再入院までの期間が1年未満であるものが、精神分裂病のそれよりも高く、また、3年未満のもので約90%である。

第21表 入院歴1回以上の患者について（前回の退院から今回の入院までの期間）

	再 入 院 患 者				退 院 患 者			
	総 数(%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒(%)	その他(%)	総 数(%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒(%)	その他(%)
総 数	4,435 (100.0)	2,450 (100.0)	723 (100.0)	1,262 (100.0)	4,086 (100.0)	2,225 (100.0)	622 (100.0)	1,239 (100.0)
1年未満	2,580 (58.2)	1,335 (54.5)	491 (67.9)	754 (59.8)	2,209 (54.1)	1,088 (48.9)	422 (67.8)	689 (56.4)
1年～3年未満	1,110 (25.0)	660 (27.0)	153 (21.2)	297 (23.5)	1,132 (27.7)	685 (30.8)	135 (21.7)	312 (25.2)
3年～6年未満	404 (9.1)	258 (10.5)	53 (7.3)	93 (7.4)	424 (10.4)	274 (12.3)	36 (5.8)	114 (9.2)
6年以上	283 (6.4)	162 (6.6)	20 (2.8)	101 (8.0)	263 (6.4)	147 (6.6)	18 (2.9)	98 (7.9)
不 詳	58 (1.3)	35 (1.4)	6 (0.8)	17 (1.3)	58 (1.4)	31 (1.4)	11 (1.8)	16 (1.3)

(7) 入院前の通院治療の有無（第22表）

今回の入院（新（再）入院患者調査では調査月間の入院，退院患者調査では最後の入院）以前に通院治療を受けていたかどうかは、初回入院であるものと再入院のものではそれぞれ意味が異なるところであるが、集計の段階でこれが行なわれていないのは残念である。しかし、いずれにしても入院群から通院治療の有無別を追っていく方向と、通院治療群から要入院への陥みを追っていく方向から押えていく必要がある。

本調査では今回入院前の通院治療の有無として調査され、通院有とするものが約40%であった。通院治療を受けていなかったとするものは約60%でかなり高い。初回入院のものにしろ再入院のものにしろ、入院治療が必要となるまでに通院治療を受けないということは重大な問題をはらんでいる。一義的にいえば初回入院のものでは早期発見，早期治療が果されておらず、再入院のものでは医療の継続が充分でないといえるわけで、共に狭義の医学的問題に止まらず、

広く社会的な・社会福祉的な立場からの問題解明がなされる必要がある。精神障害者が社会的に差別される方向にある現在、たとえそれが予防医学的、あるいは治療医学的見地からにせよ、「患者管理」として患者が一方的に登録されることは望ましいこととはいえない。

なお、疾病別では、アルコール中毒に「無」とするものが極めて大きく、特徴的である。これは、旧来の精神医学的治療ではアルコール中毒に対する治療が外来の段階で行ない得ないということもあって、こうした結果が出たものとする。しかし、問題をここに止めずに、前述したように通院治療が受けられない問題も社会的・社会福祉的な観点から解明する必要があるものと思われる。

第22表 今回入院前の通院治療の有無

	新(再)入院患者				退院患者			
	総数(%)	精神分裂病(%)	アルコール中毒(%)	その他(%)	総数(%)	精神分裂病(%)	アルコール中毒(%)	その他(%)
総数	8,019 (100.0)	3,607 (100.0)	1,306 (100.0)	3,106 (100.0)	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
有	3,144 (39.2)	1,679 (46.5)	229 (17.5)	1,236 (39.8)	3,224 (40.7)	1,652 (47.3)	263 (20.8)	1,309 (41.3)
無	4,814 (60.0)	1,911 (53.0)	1,068 (81.8)	1,835 (59.1)	4,636 (58.5)	1,822 (47.3)	986 (78.0)	1,828 (57.7)
不詳	61 (0.8)	17 (0.5)	9 (0.7)	35 (1.1)	64 (0.8)	16 (0.5)	15 (1.2)	33 (1.0)

(8) 退院患者の在院期間は精神分裂病で1年未満のものは70.1% (第23表)

現在入院中の患者の平均在院期間は459日(昭和44年)で年々のびている(昭和35年:平均在院期間333日,昭和38年:393日,昭和40年:434日)。しかし、退院の出来た患者の場合は在院期間が1年未満のものが約80%であり、3年以上のものは6.4%にすぎない。これを診断別にみると精神分裂病では在院期間が1年未満のものが70.1%,3年以上で10.4%であった。

第23表 退院患者の今回在院期間

	総数(%)	精神分裂病(%)	アルコール中毒(%)	その他(%)
総数	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
1年未満	6,309 (79.6)	2,447 (70.1)	1,125 (89.0)	2,737 (86.4)
1年~3年未満	1,095 (13.8)	677 (19.4)	117 (9.2)	301 (9.5)
3年~6年未満	325 (4.1)	238 (6.8)	16 (1.3)	71 (2.2)
6年以上	179 (2.3)	126 (3.6)	1 (0.1)	52 (1.6)
不詳	16 (0.2)	2 (0.1)	5 (0.4)	9 (0.3)

なお、アルコール中毒では在院期間が1年未満のものは89.0%,3年以上のものは1.4%で、精神分裂病に比すれば全体に早いといえる。

こうしてみると、平均在院期間の延長が問題となる一方、退院可能な患者はこれらの長期在院患者の上に乗った“うわずみ”として短期回転させられているのが現状のようである。ここで解決すべき問題は、こうした“沈澱”

した層に対する治療的接近がより強力に推進されるべきであり、単調な病院医療からの脱脚を

精神病院自体も考慮する必要がある。さらに精神病院外治療との連携・連帯をはかり、デイケアなどを含めた新しい治療的な接近がなされるべきである。

(9) 退院の理由では病状の軽快によらぬものが約30% (第24表)

退院の理由はだむね病状の軽快により医師が退院の必要を認めている (68.1%) が、こうした病状の軽快 (を退院の理由の主たるもの) によらないものが約30%あることは看過することは出来ない。特に診断別でアルコール中毒にこの傾向が強いことは、アルコール中毒の入・退院が単にいわゆる病状のみによるものだけでなく、様々なpsycho-socialなfactorを含んでいることが容易に推察出来る。なお病状の軽快を理由にしないものとしては家族の希望・無断離院等によるものが含まれている。また、男女に差は認めなかった。

第24表 退院の理由について

		総数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)
総数	総数	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
	軽快	5,395 (68.1)	2,539 (72.8)	849 (67.2)	2,007 (63.2)
	経済的理由・その他	2,529 (31.9)	951 (27.2)	415 (32.8)	1,163 (36.8)
男	総数	4,753 (100.0)	1,858 (100.0)	1,216 (100.0)	1,679 (100.0)
	軽快	3,229 (67.9)	1,360 (73.2)	819 (67.4)	1,050 (62.5)
	経済的理由・その他	1,524 (32.1)	498 (26.8)	397 (32.6)	629 (37.5)
女	総数	3,171 (100.0)	1,632 (100.0)	48 (100.0)	1,491 (100.0)
	軽快	2,166 (68.3)	1,179 (72.2)	30 (62.5)	957 (64.2)
	経済的理由・その他	1,005 (31.7)	453 (27.8)	18 (37.5)	534 (35.8)

(10) 退院患者の約80%が肉親の許へ (第25表)

病状が軽快しても退院先がないために退院させられない、といったことは日常臨床の中ではしばしば経験するところである。今回の調査は患者の社会復帰状況はともかくとして、(幸いにも) 退院させることが出来た患者の統計であり、上に述べたような問題には融れていない。本調査の結果からは親子・配偶者・兄弟姉妹等の肉親の許へ帰り得たものは総数 7,924名のうち 6,441名で81.3%であり、大多数のものが肉親の許へ帰っているといえる。これを診断別に見ると、精神分裂病ではよりこの傾向が強く、アルコール中毒を超えている。問題なのは単身下宿者や事業所の寮に入る場合であるが、本調査では総数のうち 281名で 3.5%をしめている。これはパーセンテージこそ低く、この他の救護施設への入所のものを含めても 4.9%と低いが、問題なのはこうした単身のもの、あるいは肉親で引きとりてがないものなどに対してわれわれはどう対応するかということである。なお男女の差はあまりない。

第25表 退院先について

	総 数(%)	精 神 分 裂 病(%)	ア ル コ ール 中 毒(%)	そ の 他(%)
総 数	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
親 子 ・ 配 偶 者 兄 弟 姉 妹	6,441 (81.3)	2,990 (85.7)	982 (77.7)	2,469 (77.9)
友 人 ・ 知 人	111 (1.4)	42 (1.2)	34 (2.7)	35 (1.1)
単 身 下 宿 ・ 事 業 所 の 寮	281 (3.5)	117 (3.4)	87 (6.9)	77 (2.4)
救 護 更 生 施 設	109 (1.4)	22 (0.6)	40 (3.1)	47 (1.5)
そ の 他	982 (12.4)	319 (9.1)	121 (9.6)	542 (17.1)

(II) 退院患者の就職率は約30% (現職への復帰は21.3%)(第26表)

退院患者の社会復帰状況は第26表の如くである。退院時に就職が決定しているもの、あるいは内定しているものは退院患者の30.9%である。この他無職のものであっても、6ヶ月以内に就職可能なものがあり、これらを合すると41.5%までが就職ないしは就職可能な状況にあるといえる。精神分裂病ではこれがやや低く、39.1%であり、アルコール中毒ではぐんと高く70.3%である。なお、現職復帰が可能なのは退院患者の21.3%である。これも精神分裂病ではやや低く(16.8%)、アルコール中毒ではやや高い(38.1%)、就職をもってして社会復帰の代表とすることは出来ないが大きなめやすとなることはまちがいない。しかし、精神障害者の社会復帰はこうした単なる現象としての就職で終るものでなく、精神障害を経過した人が社会で如何に処遇されているか、如何なる処遇を受けやすいかを基礎としながら、家族構造と家庭の問題、地域構造と地域性の問題などを足がかりに社会復帰の問題は深められなければならないであろう。精神障害者が低格化した人として社会に放り出されるのではなく、端的にいうならば安

第26表 退院患者の社会復帰状況

	総 数(%)	精 神 分 裂 病(%)	ア ル コ ール 中 毒(%)	そ の 他(%)
総 数	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
就 職	総 数	2,451 (30.9)	963 (27.6)	680 (53.8)
	現 職 復 帰	1,685 (21.3)	588 (16.8)	481 (38.1)
	そ の 他	766	375	199
無 職	総 数	2,334 (29.5)	1,062 (30.4)	410 (32.4)
	就 職 可 能	839	403	209
	そ の 他	1,495	659	201
就 学	296 (3.7)	146 (4.2)	1 (0.1)	149 (4.7)
家 事	1,855 (23.4)	985 (28.2)	74 (5.9)	796 (25.1)
不 詳	988 (12.5)	334 (9.6)	99 (7.8)	555 (17.5)
(再揚) 就職 + 就職可能	3,290 (41.5)	1,366 (39.1)	889 (70.3)	1,035 (32.6)

易な職業選択による就職をもって社会復帰とするのではなく、その患者にとっての社会復帰の意味性を患者と共に探し、その意味性の上に求めた社会復帰の結果が生れるのでなければならないと考える。さらに、こうした患者自身の意味性の上に求められた社会復帰を、家族や地域がどのようにうけとめていくかが問題なのであり、ここにこそ家族研究の意味や地域研究の意味が求められるものといえよう。ともあれ患者が入院し退院していくことは事実であり、状況としてこの社会復帰の道は千差万別であることも事実である。

(12) その他の資料から

退院患者が入院中に受けた治療については第27表の通りである。ほぼ全患者について薬物療法が行なわれている。作業療法は55.4%に行なわれているが、第8表および第11表にあるように在院患者に対しては作業療法が院内作業の場合で55.5%、院外作業で5.4%行なわれていることと一致している。総じて退院患者の中で作業療法を受けたものが在院患者のものよりやや少ないのは、入院中に作業療法を受けることなく退院するものもあることの裏付けになろう。

第27表 入院中の治療について

	薬物療法	作業療法	レクリエーション療法	精神療法	電予療法	インシュリンショック療法	持続睡眠療法	進行麻痺の特殊療法	その他	不詳
患者数	7,794	4,386	3,850	2,978	591	51	23	45	683	79
(退院患者 7,924 に対する) 百分率(%)	98.4	55.4	48.6	37.6	7.6	0.6	0.3	0.6	0.6	1.0

また、退院患者を入院中の保護義務者別でみると、親子・配偶者・兄弟姉妹が保護者であるものが93.0%で圧倒的に多く、男女にもあまり差がない。診断名別でも大きな差はない(第26表)、しかし、これは入院中の保護義務者別の問題であるが、退院した時に誰と一緒に生活するのがかややはり患者にとっては大切なことであり、同時にこうした肉親以外の人が保護義務者であるようなものに内在する問題性にこそ入院中から手を入れていかなければならない。

第28表 退院患者の入院中の保護義務者

	総数(%)	男 (%)	女 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	その他 (%)
総数	7,924 (100.0)	4,753 (100.0)	3,171 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
親子・配偶者・兄弟姉妹	7,367 (93.0)	4,366 (92.9)	3,001 (94.6)	3,342 (95.8)	1,074 (85.0)	2,951 (93.1)
その他	557 (7.0)	387 (7.1)	170 (5.4)	148 (4.2)	190 (15.0)	219 (6.9)

退院後に通院治療を行なう場合に、入院した病院の外来に通院するものが65.9%とかなり高い。特に精神分裂病ではこの値がさらに高く、75.2%が当該病院への通院を行なっていることが判る。これは当該病院の地域性とも無関係のものでないが、精神分裂病の場合は多くのものは入院した病院の外来に通うものといえよう（第29表）。

第29表 退院後の通院治療について

	総 数(%)	精 神 分 裂 病(%)	ア ル コ ー ル 中 毒(%)	そ の 他(%)
総 数	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
当 該 病 院 通 院	5,218 (65.9)	2,624 (75.2)	605 (47.8)	1,989 (62.7)
他 の 医 療 機 関 へ 通 院	558 (7.0)	202 (5.8)	106 (8.4)	250 (7.9)
そ の 他	1,924 (24.3)	617 (17.7)	536 (42.4)	771 (24.3)
不 詳	224 (2.8)	47 (1.3)	17 (1.4)	160 (5.1)

新（再）入院患者および退院患者の入院費用支払区分は第30表の通りである。入院時のものと退院時のものとは総数においても精神分裂病においても大きな差がないが、アルコール中毒は生活保護法によるものが最も多く特徴的である。大づかみにいえば、入院時のものも退院時のものも含めて、精神衛生法および生活保護法による公費負担のものが3割、国民健康保険によるものが3割、その他の社会保険各法他が残りの4割をしめている。全額自費のものは1%程度である。

第30表 入院費用支払区分

	新（再）入 院 患 者				退 院 患 者			
	総 数(%)	精 神 分 裂 病 (%)	ア ル コ ー ル 中 毒(%)	そ の 他(%)	総 数(%)	精 神 分 裂 病 (%)	ア ル コ ー ル 中 毒(%)	そ の 他(%)
総 数	8,019 (100.0)	3,607 (100.0)	1,306 (100.0)	3,106 (100.0)	7,924 (100.0)	3,490 (100.0)	1,264 (100.0)	3,170 (100.0)
精 神 衛 生 法	919 (11.4)	565 (15.6)	136 (10.4)	218 (7.0)	1,087 (13.7)	669 (19.2)	152 (12.0)	266 (8.4)
生 活 保 護 法	1,352 (16.9)	484 (13.4)	396 (30.3)	472 (15.2)	1,344 (17.0)	473 (13.5)	374 (29.6)	497 (15.7)
国 民 健 康 保 険 法	2,619 (32.7)	1,158 (32.1)	357 (27.3)	1,104 (35.6)	2,436 (30.7)	1,052 (30.1)	301 (23.8)	1,083 (34.2)
そ の 他 の 社 会 保 険 各 法	2,946 (36.7)	1,349 (37.4)	375 (28.7)	1,222 (39.3)	2,903 (36.6)	1,255 (36.0)	409 (32.4)	1,239 (39.1)
全 額 自 費	87 (1.1)	37 (0.1)	19 (1.5)	31 (1.0)	59 (0.8)	25 (0.7)	6 (0.5)	28 (0.9)
そ の 他	96 (1.2)	14 (0.4)	23 (1.8)	59 (1.9)	95 (1.2)	16 (0.5)	22 (1.7)	54 (1.7)

5. アルコール中毒に関して

昭和44年精神病院実態調査は特にアルコール中毒に焦点を合せたものではないが、近年ますますアルコール中毒の問題が深刻化し、精神病院にもその問題が波及してきたといえる。一方、こうしたアルコール中毒に関する実態調査は極めて少ない。そこで本調査においてアルコール中毒に関係した項目を抜きだして集計・解析を行なった。本調査ではアルコール中毒は中毒性精神障害のなかに含めて調査されている。判定規準は「調査必携」の中に記載されているが、「……精神病質、精神薄弱等の中毒者もこの区分に入れる。慢性中毒による精神病状態のみならず、本人ならびに周囲にとって問題となっているような嗜癖の状態、あるいは病的酩酊、酒乱の癖のあるようなものもこれに入れる」としている。また発病の時期の判定は、「……慢性中毒については最初に慣習的となった時期とする。アルコール性精神病（震顫譫妄・酒客幻覚症・コルサコフ病）については現在の入院動機となった発病期をとる」としている。

目黒（厚生省公衆衛生局精神衛生課）は、昭和45年5月からWHOフェローとして英国・ソ連等を訪問しアルコール中毒対策等の比較研究を行なったが、これによると英国では人口千当り（15才以上）1～3%の比率でアルコール中毒患者がおり、また精神病院に在院する全患者の3.5%がアルコール中毒患者であると報告している。さらに各国に共通するアルコール中毒対策として、1)習慣是正の問題、2)急性期治療施設、3)アルコール嗜癖の治療施設、4)外来治療施設、5)断酒のための地域活動、6)再発反覆者の強制的矯正施設、等の推進・拡充が行なわれつつあると報告している。わが国では、なお実態が明らかにされる必要がある。

1) 在院アルコール中毒患者は14,908名、在院精神障害者の6.0%、1施設11.3名(第31表)

昭和44年10月1日現在のアルコール中毒で在院する患者総数は14,908名である。調査日に在院する精神障害者総数は248,826名であるのでアルコール中毒患者は在院精神障害者の6.0%をしめている。

施設の規模を問わないとすると1施設当り11.3名のアルコール中毒の患者を在院させている。単科精神病院は1施設当り12.7名、精神病床80%以上の併設病院は19.2名、精神病床79%以下の併設病院は6.3名、医育機関附属病院は1名未満(0.8名)を在院させている。すなわち、精神病床80%以上の併設病院が最も多くのアルコール中毒患者を在院させている。一方医育機関附属病院はほとんど在院させていないといえる。こうしたばらつきの大きさは他の疾患にみられるよりもさらにアルコール中毒の場合に大きい。経営主体別にみると、国公立の医療施設は1施設当り4.0名、法人立・個人立では1施設当り13.0名のアルコール中毒患者をかかえており、この差が大きい。公立病院の本来の使命から考えてもこの差の大きさは問題である。

精神衛生法による指定・非指定別では1施設当りのアルコール中毒患者数には有意な差がない。但し、指定病院で精神病床80床以上の併設病院では1施設当り20.8名と極めて高い値を示していることは注目に値する。このうち、法人立・個人立の施設が入院させている患者数は1施設当り21.2名と最高の値を示している。すなわち、1施設当り最も多くの患者をかかえているのは、精神病床80%以上の法人立・個人立の指定病院で、1施設に21.2名のアルコール中

毒患者を入院させているといえる。これに対し、非指定の国公立医育機関が最も少ない(0.0名)

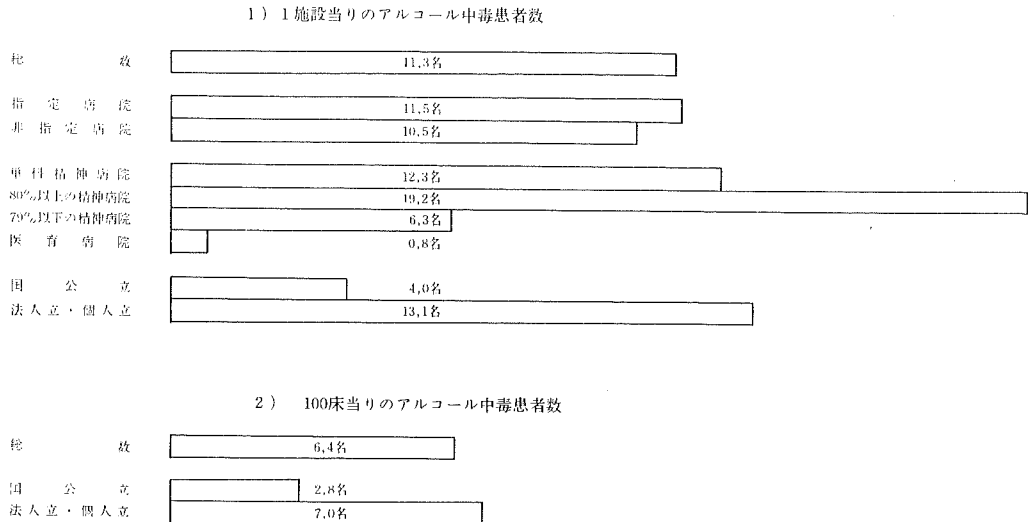
一方、100床当りのアルコール中毒在院患者数は総数では 6.4名であるが、こちらもそのばらつきが大きく、精神病床80%以上の併設病院がかかえる 9.4名から、医育機関附属病院の 0.1名まで差が大きい、100床当り最も多くのアルコール中毒患者を入院させているのはやはり法人立・個人立の精神病床80%以上の併設病院で10.0名である。

第31表 アルコール中毒患者について

		患 者 数			指定(患者数)		非指定(患者数)	
		総 数(a)	1施設当り (a/A)	100床当り (a/B)	小 計(a)	1施設当り (a/A)	小 計(a)	1施設当り (a/A)
総 数	計	14,908	11.3	6.4	11,596	11.5	3,312	10.5
	単科精神病院	11,892	12.3	6.3	9,622	12.6	2,270	12.8
	精神病床80%以上の併設病院	1,209	19.2	9.4	1,079	20.8	130	11.8
	精神病床79%以下の併設病院	1,772	6.3	6.0	874	4.8	898	9.4
	医育機関附属病院	35	0.8	0.1	21	1.6	14	0.5
国 公 立	小 計	1,017	4.0	2.8	409	2.2	608	8.8
	単科精神病院	340	6.1	1.9	261	5.7	79	7.9
	精神病床80%以上の併設病院	20	6.7	2.2	17	8.5	3	3.0
	精神病床79%以下の併設病院	637	3.9	4.1	118	0.9	519	14.4
	医育機関附属病院	20	0.6	1.0	13	1.3	7	0.0
法 人 ・ 個 人 立	小 計	13,891	13.0	7.0	11,187	13.5	2,704	11.0
	単科精神病院	11,552	13.1	6.7	9,361	13.1	2,191	13.0
	精神病床80%以上の併設病院	1,189	19.8	10.0	1,062	21.2	127	12.7
	精神病床79%以下の併設病院	1,135	9.6	8.2	756	13.0	379	6.3
	医育機関附属病院	15	1.4	1.3	8	2.7	7	0.9

		施 設 数			病床総数(B)	在院患者総数(C)
		総 数(A)	指 定(A)	非 指 定(A)		
総 数	計	1,325	1,010	315	234,891	248,826
	単科精神病院	939	761	178	189,457	204,513
	精神病床80%以上の併設病院	63	52	11	12,853	13,598
	精神病床79%以下の併設病院	280	184	96	29,377	28,339
	医育機関附属病院	43	13	30	3,204	2,376
国 公 立	小 計	253	184	69	36,459	32,658
	単科精神病院	56	46	10	17,894	16,871
	精神病床80%以上の併設病院	3	2	1	928	697
	精神病床79%以下の併設病院	162	126	36	15,567	13,772
	医育機関附属病院	32	10	22	2,070	1,318
法 人 ・ 個 人 立	小 計	1,072	826	246	198,432	216,168
	単科精神病院	883	715	168	171,563	187,642
	精神病床80%以上の併設病院	60	50	10	11,925	12,901
	精神病床79%以下の併設病院	118	58	60	13,810	14,567
	医育機関附属病院	11	3	8	1,134	1,058

第2図 アルコール中毒患者について



2) 国公立に在院するものはわずかに 6.8%，他の93.2%は法人立・個人立病院に在院するアルコール中毒患者14,908名のうち13,891名(93.2%)は法人立・個人立の民間病院に在院しており，国公立の医療施設に在院するものはわずかに 1,017名にすぎず，6.8%と1割にも満たない。このことは前述したように国公立の病院がその公共性から考えても問題の多いアルコール中毒患者をしめ出している（としかいえないのであるが）ことは大きな問題である。後に述べるように，入院費用支払区分で生活保護法によるものが他の疾患よりも多いが，これからも推察出来るように決して生活条件も充分でない患者である場合が多い。現在の精神病院がかかえている諸々の矛盾・問題性がこのことに集約されているとさえいえる。

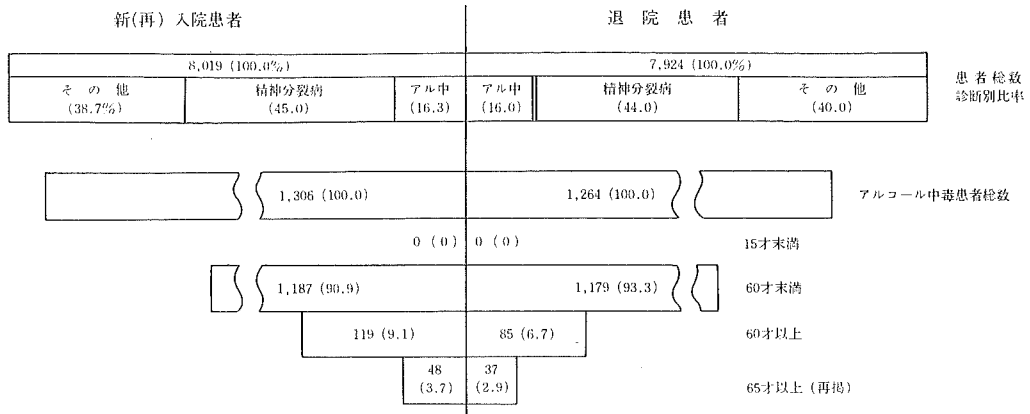
なお，精神衛生法による指定医療機関に在院するものは11,596名で77.8%である。このうち国公立の医療施設に在院するものはわずかに 409名で，指定病院に在院するアルコール中毒患者の 3.5%に当るにすぎない。

3) 新(再)入院患者の16.3%がアルコール中毒患者(第3図)

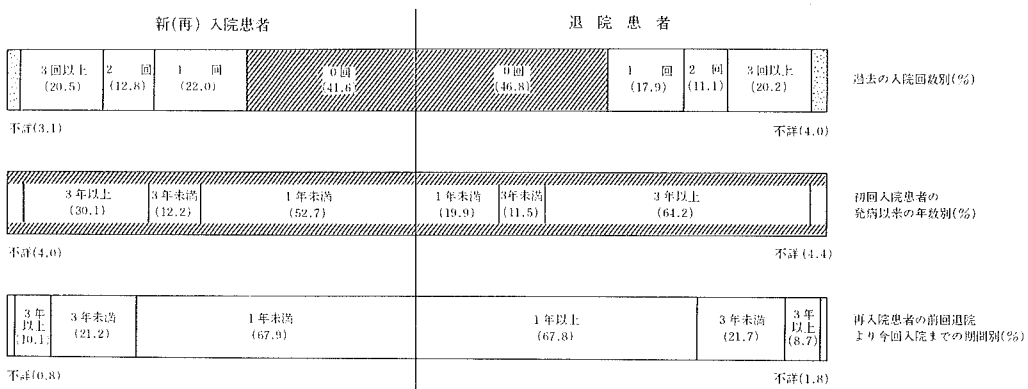
新(再)入院患者 8,019名のうち 1,306名(16.3%)がアルコール中毒患者である(病名別抽出)，男女比では圧倒的に男が多く(96.7%)，女は極めて少ない(3.3%)，他の疾患に比して合併症(慢性疾患)が多く，39.1%が合併症を有する。但しその慢性身体疾患の内容は明らかにされていない(結核は極めて少なく 3.2%にすぎない)

4) 新(再)入院で65才以上は 3.7%(1,306名中48名)，60才以上は 9.1%(119名)(第3図) 年齢別でみると65才以上のアルコール中毒患者は上記の通りであり，60才以上のもも同様であるが，この年齢では脳器質性精神障害で入院するものが最も多く，診断別ではアルコール中毒はそううつ病に次いで第3位となる。一方，退院患者調査によれば65才以上ではアルコー

第3図 アルコール中毒患者の年齢別構成



第4図 アルコール中毒患者の入院歴などについて



アルコール中毒退院患者総数 1,264名のうち37名(2.9%)、60才以上では85名(6.7%)である。これらは実数、比率共に新(再)入院の場合よりも低く、高令アルコール中毒患者は退院しにくいといえよう。なお退院患者総数 7,924名のうちアルコール中毒患者は 1,264名で、16.0%であり、新(再)入院の場合に近似している(男女の比率は男96.2%、女 3.8%)。

5) 初回入院は41.6% (新(再)入院患者調査), ~46.8% (退院患者調査)(第4図)

他の疾患、特に精神分裂病に比して初回入院のものが多くの特徴である。新(再)入院患者調査よりも退院患者調査の方にその比率が高いのは、やはり初回入院のものの方が退院しやすいといえるかもしれない。なお新(再)入院患者は、初回入院で発病以来の期間が1年未満のものは52.7%であり、発病以来3年以上を経過し今回初めて入院したものは31.1%である。なおこのうちで発病以来6年以上を経過したものが初回入院の約20%をしめていることは大きな問題である。さらに退院患者では初回入院で発病以来の期間が1年未満のものは19.9%、発病以来3年以上を経過したものが64.2%と新(再)入院をぐんと上廻り、さらにこのうちでも発病以来6年以上を経過したものが全体の55.4%もあり、新(再)入院患者調査と退院患者調

査とで大きな差異を生じた。こうして生じた差異の意味づけは容易ではないが、再発・再入院を繰り返すものがかくもいち早く病院から押し出されていくことは明らかである。

6) 再入院のアルコール中毒患者の約70%は前回退院後1年未満での再入院(第4図)

精神分裂病等に比べれば、前回退院してから今回の入院までの期間が総体的に早くなっている。すなわち、各々診断別にみるとこの期間が1年未満のものはアルコール中毒では約70%であり、精神分裂病の約50%より高く、3年未満のものはアルコール中毒では約90%、精神分裂病では約80%である。

また、退院患者の在院期間をみると、アルコール中毒では在院期間1年未満のものが約90%で、退院可能なアルコール中毒患者(退院可能といういい方は正確でないが、ここではごく一般的に用いるものとして)は極めて短期間の在院で退院していくことが判る。在院患者の調査ではないので、平均在院期間との対比は出来ないが、精神分裂病等に比すれば、大むね在院期間は短い方であるといえよう。

今回入院前に通院治療を受けていたかどうか、という点では、アルコール中毒の疾病上の特徴もあり、あまり受療していないといえる。すなわち、通院治療を受けていなかったとするものが約80%である。

7) 退院アルコール中毒患者の退院理由、退院先、社会復帰の状況、通院予定(第5図)

アルコール中毒患者の退院理由は、精神分裂病等に比して病状軽快によるものが僅かながらも少ないといえる。すなわち、経済的理由、または家人の希望等による退院が幾分多いといえるわけである。

退院先は、親子、配偶者および兄弟姉妹の肉親の許へ退院するものが77.7%で絶対的に多いが、これとても精神分裂病に比すれば少ないといえ、単身下宿や事業所の寮、および救護施設等へ入るものが多いといえよう。

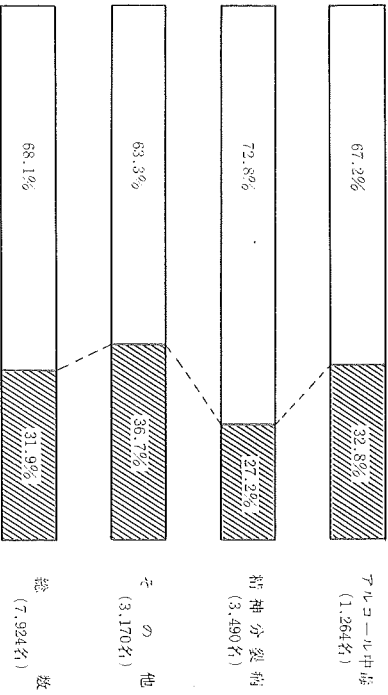
社会復帰の状況では就職出来たものが退院アルコール中毒患者の53.8%で他の疾患に比べると極めて高いといえるが、このうちでも現職復帰が出来たものがやはり全体の38.1%で極めて高い率をしめている。また、就職出来たものと就職可能であるものとを合せてみると全体の、70.3%となり、これまた高い。精神分裂病では「就職+就職可能」ですら退院精神分裂病患者の39.1%をしめるにすぎない。こうしてみると、明らかにアルコール中毒は他の精神障害に比べて社会復帰の率が高いが、しかし、より実態を明らかにするためにはこれをもう少し動的に調べてみる必要があるように思われる。すなわち、初回入院患者の社会復帰率と再入院、再々入院患者の社会復帰率の差、入院期間、あるいは発病以来の期間と社会復帰率の関係、あるいは就職はしたものの退院直後に就職したところへの定着率といったことなどである。

こうしたことが、社会変動といったものや地域構造の変化といったものとのように結びつき、現代の歪みとして出てきているアルコール中毒の問題の解明に幾分がでも寄与出来るものが生れるのではないかと考えている。

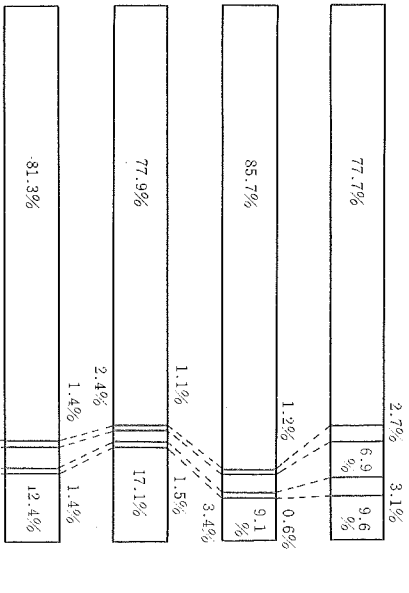
退院したアルコール中毒患者の47.8%は入院した当該医療施設に通院し、8.4%は他の医療施

第 5 図

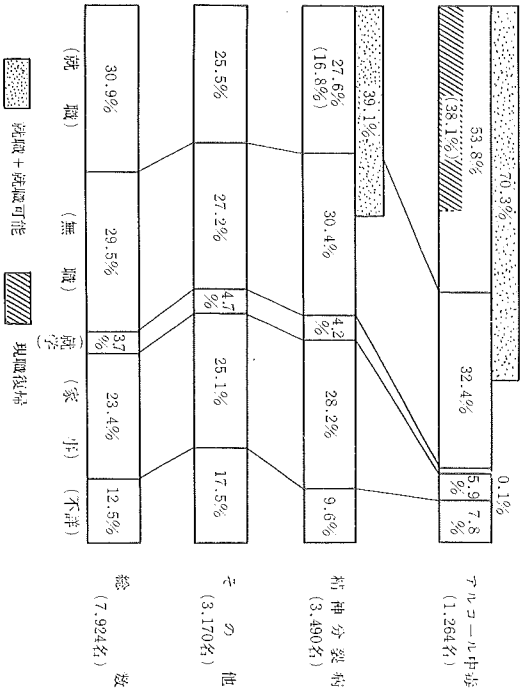
1) 退院理由



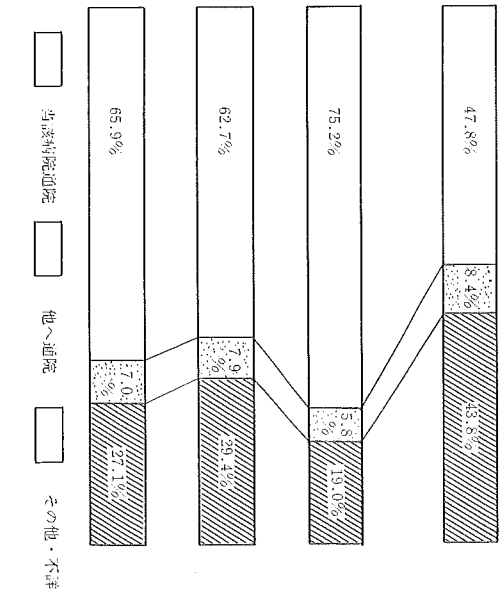
2) 退院先



3) 退院後の社会復帰状況



4) 退院後の通院治療について



設へ通院する予定となっている。すなわち、退院アルコール中毒患者の56.2%が医療施設への通院が予定されているが、他の43.8%は通院の予定がないといえる。このうち、一部のものは断酒道場等の施設、または会などへ参加し、何等かの形で医療とのつながりを残してはいるものの、他の多くはこうしたつながりすら断たれてしまうようである。

8) その他の資料から

退院アルコール中毒患者のうち生活保護法により入院していたものは約30%で他の疾患に比べると高い(精神分裂病:13.5%)。アルコール中毒患者の年齢層からも、また入院中の保護義務者が配偶者である場合がアルコール中毒患者では絶対的に多いことなどからも判るように、多くのアルコール中毒患者は本来一家の生計を支えるべき人であり、結局こうした疾病のために一家は経済的な破綻を来して生活保護法の対象家庭に陥んでいく場合が多いといえる。

こうしてみると、アルコール中毒患者の社会復帰状況が一見すると大変よいようにみえるが、入院時の入院費用支払区分からみても社会保険各法によるものが少ないことから推察されるように、結局のところ確りした職場に帰り得ないままいわゆる社会復帰状態を続けているにすぎないようである。さらに、入院中の保護義務者が市町村長であった身寄りのない単身のアルコール中毒患者は退院アルコール中毒患者の12.3%もしめており、他の疾患の中でも高いといえることなどから考えても、アルコール中毒患者の社会復帰は単なる社会復帰率の問題ですまされる問題でないことは明らかであり、経済条件のみならずその患者の退院先をふくめた社会復帰の内容が問題であり、これを明らかにしない限りアルコール中毒患者の実態は明らかにされたとはいいがたい。さらに、ひとことつけ加えるならば、断酒会的発想の中からこぼれ落ちてしまうアルコール中毒患者、いかえると断酒会的発想では救えないアルコール中毒患者に対して、彼等が示す一時的な衝動性を反社会的行為と決めつけ、彼等を一般社会から切り離すことにより社会防衛を行なおうとする動きがあるが、これには問題が多いといわざるを得ない。

IV お わ り に

すでに幾度か述べたように、昭和44年に行なわれた精神病院実態調査もこれが単独で意味をもつものでなく、はじめに記した通り昭和29年以降の諸調査の基礎の上に考慮されなければならないものといえる。さらに、世界的なすう勢として精神病院内治療から地域医療へと精神科の医療が変貌しつつある現在、こうした動きと全く無関係にわが国の精神病院が存在し続けるとは考えられない。すでに鈴木(病院管理研究所)が千葉県下の精神科医療施設の協力を得て調査を行なった、現在の精神病院のもつ医療圏がどうなっているか、といった実態調査の方向にも示されるように、現実に精神病院がその地域性を全く無視して医療圏を設定出来ない時期が来つつあるともいえよう。

本報告の基礎資料となった昭和44年精神病院実態調査では、こうした地域医療の観点からは調査が行なわれていない。したがって本調査を資料とする限りでは地域医療の問題に迫ることはほとんど不可能である。しかし、本調査における社会復帰関係の資料を組み合わせながら考え

られることは、結局のところ現行の精神科医療施設が地域性をもたぬまま、医療を行なっていることが示されているということである。例えば院内作業と院外作業の問題にしても、院外作業は低賃金労働力を地域に提供することになる、という観点からそれを否定する動きもあるが、ともかくも院外作業そのものの必要性は多くの療養スタッフに認められている。しかし、それにもかかわらずその実態は極めて寂しい限りであり、入院中の精神障害者の院外行動（院外作業のみならず）を制限しようとする動きが精神病院の内にすらあるようにも感じられる。もしもこれが精神科医療施設の体質としてもっている閉鎖性ならばこれは大問題であり、皇室関係者や政府要人が国内を旅行する際に関係機関から出される入院中の精神障害者の院外行動制限に関する指示を出しやすくしているものが精神病院の体質の中にあることとなる。そして、精神病院のもつ閉鎖性の上に院内作業療法が発達し、施設面が拡充整備されていくのであったなら、これはゆゆしい問題である。

最初にも述べたようにこうした調査の結果に得られた資料は精神障害者を圧迫し、社会から排除するような方向に使われてはならない。退院した精神障害者の社会復帰状況を述べた際にも付言したが、一方では就職のめどもつかぬまま退院させざるを得ない問題があるにせよ（当然のことながら社会復帰とは就職することではないが）、一人一人の患者にとっての社会復帰の意味を共に探りながら治療を終結しうるような精神医療の場を求めていくためにこそこうした資料が使われなければならないといえる。また、病状の軽快以外の理由で退院した精神障害者がどれ位いるかという問題も重要であるが、このことの真の意味は病状が軽快しないままに退院させることの出来るものがどれ位いるか、でないことは明らかであり、こうした状態のまま退院せざるを得なかった患者の問題と、退院させざるを得なかった精神病院の問題とを深く考えていくところから、問題の深い掘り下げがはじまるのであり、このための資料としてこれらの調査が生かされなければならないと考える。

調査を行なうことはむずかしい。調査に協力することはさらにむずかしい。本報告の資料となった調査票も約3万5,000枚にのぼっている。こうした調査票を一枚一枚みていくと、しみじみと調査に協力することは大変なことだと思うのである。

ソ連の精神医療

優生部 高 臣 武 史

私は1966年と1970年にソ連の精神医療体系を見聞する機会を得た。ただいづれも短期間であり、訪問地も限られていた。したがって、ここに述べることにはいろいろ誤りがあるかもしれない。ただソ連における医療体系はわが国の医療のあり方を考える上で、いろいろ参考になると考えられるし、今まであまり報告されていないので、あえて筆をとることにした。

1 ソ連の公衆衛生組織

社会主義国であるソ連の医療の最大の特徴はそのサービス網といえよう。連邦の厚生省(The U S S R Ministry of Health)と各州の保健省(Republican Ministries of Public Health)の監督指導のもとに、各地域(Krai, Oblast, Rayon, City)に公衆衛生サービス網がしかれている。それらの特徴の第1は医療と予防が同じ組織の中で行われていること、第2は予防活動に重点がおかれていること、第3は医療はすべて無料であることであろう。

日本とちがって、開業医は一人もいない。医療は収益をあげる企業体ではない。外国人もふくめてすべての人民の医療が保障されていることは、社会主義の国として当然であろうが、ソ連の医療関係者の大きな自慢でもある。それと同時に、ソ連で強調されているのは予防活動の重視である。レーニンの独立宣言以来、人民の開放はソ連の最大の目標であろうが、疾病の予防もこの目標にむかって革命以来努力がつづけられてきた。そして革命前には43%の新生児が5才以前に死亡したのが、現在の死亡率は3.6%であるという。そして平均寿命も32才から70才にのびている(男66才, 女74才)。

予防対策には二つの側面がある。その一つは健康な人民の健康を保持することである。そのためには単に医療ばかりでなく、国の社会体制全体が問題になる。完全雇用、職業選択の自由、労働条件や生活条件の絶えざる改善、実質収入の増加、文化施設の拡充、医療サービスの改善等がからみあって、有効な活動が展開される。ソ連では1940年にくらべて1970年には10倍以上の国費をこのような社会-文化的活動や科学の振興に投じているという。それは国家予算の $\frac{1}{6}$ を占めている(1967)。

予防対策の第2の側面は具体的な疾病の専門的な予防についての活動である。これは発病の予防、早期発見、社会復帰までの医療活動を含むものである。この治療と予防のための組織網(the network of therapeutic-preventive establishments)として病院、サナトリア、保養所等があるが、ソ連で特に重要視し、しかも最も特徴的なのが地域住民に対する病院外の医療対策である。その活動の中心が各種のディスペンサリー(dispensary)である。ソ連には精神病、結核、性病等特殊な疾患のディスペンサリーがあるが、そのような分化は今後ますます多

くなり、外来患者のクリニックであるポリクリニックの主な仕事は、将来は健康な人たちの医療サービスになるだろうと考えられている。したがってこれからの医師は単にすぐれた専門医であるだけでなく、公衆衛生行政の知識をもった社会の衛生担当者であり組織者 (a social hygienist and organizer) でなければならないということが強調されている。

こうして、ソ連では妊娠中から出産、乳幼児期から老人までの医療サービスが行われているが、特に予防活動で重点がおかれているのは児童対策である。保育所、幼稚園、学校の子供たちは常時医師の指導下であり、学校前の子のための夏の家、子供のサナトリア、ピオニールキャンプ、学童のツーリストキャンプなどの衛生活動が行われている。近年はさらに老人対策 (60才以上) も重要視されている。

このような予防-治療活動をするためには多くの医療従事者が必要なことは当然であろう。ソ連では1913年には医師は2万8千人に過ぎなかった。それで厚生省では医師その他の従事者の教育に力をそそぎ、ソ連医学アカデミーを中核として90の医学校と薬学校で毎年2万5千人の医師がつくられ、さらに13研究所と14施設で毎年5万人以上の医師がさらにトレーニングを受けている。こうして医師の数は1940年には15万5千、1968年には61万7800人に達するようになった。

ただ興味深いのはソ連では女医が多いことである。1913年には女医は全体の10%に過ぎなかったのに、1940年には62%、1968年には74%を占めている。これは精神科の医師にもあてはまることである。精神科医は現在1万人いるが、その70%は女性である。ことに各地のディスペンサリーは殆んど女医によって占められている。これは日本の保健所でもみられる傾向で興味深かったが、何故女医が多いかを尋ねると、公式的な答えは、ソ連では革命後女性に対しても男子と同じ道が開かれたからというのであった。しかし50%を超えて70%もいるのは何故かと追究したところ、医師と教師は女性向きの職業であり、男は重工業の技術者に進むものが多いからであるという。したがって外科医は男が多いという。また女医が多いのに、教授は何故男が多いのかという質問には、女性は家庭に関心があるからという返事であった。

なお医師ばかりでなく、他の医療従事者の養成にも力を入れている。そして1913年には4万6千人だったのが、1940年には47万2千、1968年には194万4千人に達している。病院のベット数も1913年には20万8千床 (5300施設) だったのが、1940年には79万1千床 (13,800施設)、1968年には248万7千床 (26,400施設) にふえ、人口1万に対して104.1床になっている。

また勤務は1日7時間、週5日制であるという。4年前の訪問時には1日6時間、週6日だったのが、近年かえられたらしい。

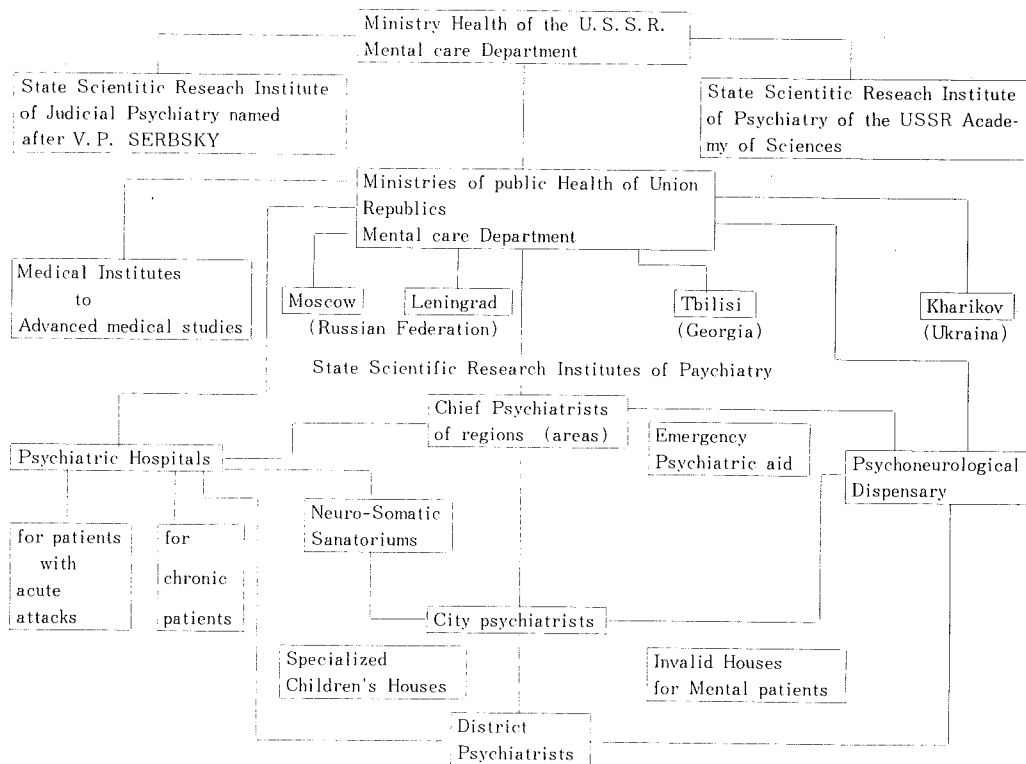
以上がソ連の医療体制全般の傾向であるが、精神医療も大体この枠の中にあるといえる。

2 ソ連の精神医療体系、ことに精神神経科ディスペンサリー (psychoneurological dispensary)

上述のようにソ連の公衆衛生サービスの重点は予防にある。これは精神医学にもあてはまる。

ただいわゆる内因性の精神病の原因は十分わかっていないので、それを予防することはできない。したがってそれは早期に発見し、適切な治療を行い、社会復帰を促進することを努めなければならない。これがソ連の精神医療の第1の基本的態度である。そのために精神病院、精神神経科ディスペンサリー、それに附属する昼間病院、労働治療場、一般病院内の精神病棟、慢性患者や精神薄弱児のためのホーム、神経症児童のためのサナトリア学校、精神薄弱児のため

表 1



の特殊学校など医療、社会保障、教育の各機関の各施設が地域住民のために組織的に体系づけられている。ことに精神神経科ディスペンサリーはソ連の最も自慢にしている在宅患者のための施設であり、精神医療体系の中心的な機関である（表1）。

ディスペンサリーは各ライオン（Rayon）におかれ、その地域の他の医療機関すなわち他の外来診療機関であるポリクリニック、病院、工場や学校や幼稚園の医療センター、母子相談センターなどと密接な関係を持っている（表1）。

ライオンの人口は40万前後であるが、それはさらに人口4万人程度のウチャストク（uchastok）という地区にわけられる。そしてそれぞれのウチャストクに1人の精神科医と看護婦が配置され、住民の精神病の予防、早期発見、治療にあたっている。したがってウチャストクの医師は500—600人の患者を観察指導することになる。つまりライオンは約10のウチャストクから成りたっているのです、それぞれの精神神経科ディスペンサリーには最低10人の精神科

医がいることになる。ディスペンサリーにはこの10人のウチャストック精神科医の他に児童のための治療者やアルコール中毒、インポテンツなど特別な領域の専門家や疫学専門の医師もいる。そして学校や工場と連絡を密にして子供の神経症や精神病質の予防や早期発見、サナトリアや林間学校へ送って治療すべき子供の選択や、労働者を適切に医療施設へ送ったり、適当な職業をえらんだり、神経症やアルコール中毒その他の精神病を予防するために労働条件や環境を改善するための努力をしている。

ディスペンサリーでは精神病や神経症の早期発見や在宅患者の治療を行っている。その治療は薬物療法が中心になってきているのは他の国と同じであるが、その他に電気睡眠や超短波その他の物理療法、持続浴や粘土浴、シャワーなどの水治療法、集団睡眠療法などが行われている。これらの治療は身体的な条件をととのえること以外に、かなり暗示的な効果が多いであろう。これらの治療と平行して、ディスペンサリーあるいは附属の昼間病院あるいは精神病院で熱心に行われているのが労働療法（work therapy）である。

ソ連の精神医療の根本が、患者の社会的再適応を目的とし、生産に従事し、それが人民のために意義深いことを自覚させることが精神療法の基礎であるとすれば、労働療法が精神医療の中で重要視されるのも当然であろう。患者は職員の指導を受けながら、いろいろな作業に従事する。その作業は極めて単純なものから複雑なものまでいろいろわかれており、また地域によりそれぞれ特徴のある作業が行われている。そしてその生産物はすべて住民の役に立つものである。つまり人民のための労働である。工場は大規模のものもあり、数十人の小さなものもあるが、設備はよい所が多い。患者にはかなり障害ののこっている、あるいは欠陥のある人たちも多く、極く単純な作業をつづけている人も多し、かなり重度の精神薄弱者もいるが、その工程はそれらの人に適わしいように工夫されている。いわばmulti-branched sheltered workshopsである。たとえばレニングラード地区のディスペンサリーでは、ボール箱や小包をつくらしたり、裁縫、メタルのうちぬき、プラスチック製品づくり、玩具や造花づくり、皮製品や靴づくり、電気製品、ラジオなどの組立などがあり、農村地域では、農作物入れのかごづくりや農業を主体にしているが、ヴィニャでは農業の他に15種のworkshopがある。

これらの労働療法により得られた収入はすべて医療機関のためにつかわれ、また患者には作業意欲を促すために、そのノルマに応じて賃金が支払われている。

労働療法が終った患者に新しい仕事をみつけることもディスペンサリーの一つの義務である。そして患者の生活環境の改善、家族関係や職業の調整、法的な権利や経済条件の保護などもディスペンサリーの義務である。

こうしてソ連のディスペンサリーは治療と予防の中心として地域精神医療の活動の拠点となっているが、その最大の特徴は患者の登録管理（registration）にあるといえよう。地域内で発見された精神障害者はすべてディスペンサリーのカードに登録される。これは治療上必要であるばかりでなく、治療がおわったあとも継続的に観察をつづけるために欠くことはできない。もし患者が他のライオンに移住すれば、今までの地域のディスペンサリーから新しい地域のそ

れにカードが送られ、引続いて観察される。こうしてソ連では長い間登録がつづけられ、現在では住民の1乃至4%が精神神経科ディスペンサリーに登録されている。これは1966年の訪ソ時には地域差があって、多い所は2%、少い所は0.2%が登録されているときかされたが、4年間にそれが急激にふえていることになる。その第1の理由は地域内のネットワーク（ディスペンサリーを中心としてポリクリニック、学校、幼稚園、工場、徴兵委員会等と連契している）が密になったこと、第2に児童精神医学の発展とともに、児童の神経症や言語障害が目され、殆ど全てのディスペンサリーに言語治療家がおかれるようになり、それらの患者の登録が多くなったこと、第3に精神薄弱者が従来殆ど省りみられなかったのが、近年登録されるようになったことなどらしい。たとえば、Vinnitskaya Oblastでは4.2%を登録しているが、その内訳は登録を疾病別にみると別表2の如くである。これをみると、われわれが推定している精神分

表2

精神分裂病	11.2%
癲 癇	10.3%
精神薄弱	18.0%
神 経 症	14.9%
脳動脈硬化症	3.2%
その他（躁うつ病、 退行期精神病心凶反応、精神病質等）	32.4%
計	32,000例

裂病の有病率と殆どおなじである。いいかえれば、精神分裂病の殆んどすべての患者が把握されていることになる。しかもそれは単に有病率がわかるだけでなく、日常の診療活動の中から築きあげられているのであって、一定期間の発病率や発見率も同時に明らかになることになる。これは精神医療サービスの計画をたてるのにもすぐ役立つもので、ソ連の医療の大きな特徴といえよう。

このような登録の可否はわが国では重大問題として大きな論議を呼ぶであろう。しかしソ連では人権問題としては深刻には考えられていないらしい。それよりも登録されなければ医療は勿論うけられないし、登録されることにより年金を与えられ、生活が保障されるわけである。登録もこのような生活の保障や医療の保証で裏うちされていることに大きな意味があるといえよう。ただ登録されている人たちの半数はふつうの仕事をしていて、病人とされているのは半数にすぎない。

以上ディスペンサールの活動についてのべたが、それを要約すれば、別表3の通りである。すなわち、

- 1 患者の登録（各医療機関のネットワークによる早期発見）
- 2 患者の診断と処遇の決定（緊急患者の処置や入院決定もふくむ）
- 3 在宅患者の治療、経過観察（治療中断防止、再発防止に役立つ）

表 3

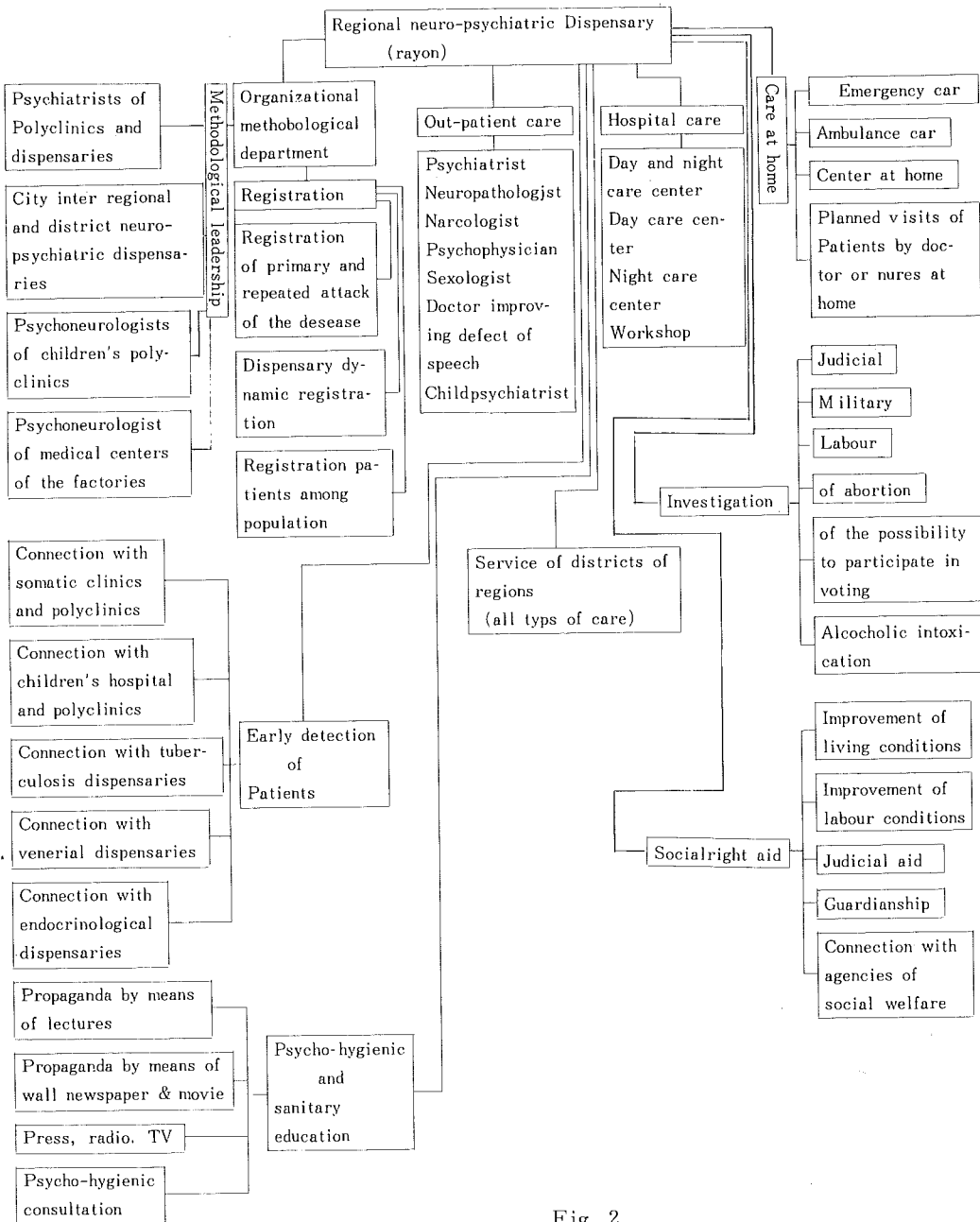


Fig. 2

- 4 他の医療機関の従事者に対する精神医療のコンサルテーション（早期発見に役立つ）
- 5 昼間病院，保護工場による労働療法を中心とした社会復帰活動
- 6 地域内の精神衛生及び予防活動，啓蒙活動
- 7 精神障害者の生活条件，労働条件の改善，保護，福祉の増進

8 疫学調査

なお、夜間病院をディスペンサリーに併設する努力もはらわれているが、今のところまだ一般化されていない。

要するにソ連の精神医療の大きな特徴は在宅患者治療中心ということである。その動機の一つは元来広大な地域に精神病床が少いところに、第二次大戦で精神病院も大きな破壊をうけ、ベット数が極端に少なかったことであった。1966年私が訪れた時には精神病床は人口1万に対して9床であった。多くの人は当時増床の必要性を強調していた。1970年には病床人口1万に対し10~15床に増えている。そしていずれは20~25床にする必要があるという人もいたが、ソ連の医療体系のあり方から増床の必要はないと主張する人さえあって、在宅中心の医療には大きな自信と誇りをもっているように思われた。

そして、登録されている患者のうち、88~90%は在宅し、入院している患者は10~12%に過ぎない。しかも在宅患者のうちの大多数が薬物療法その他の治療とともに労働療法をうけ、直接生産に従事しているわけである。なおソ連には病院の他に、重度の精神薄弱者や脳障害（主として老人であり、分裂病は8%であるという）のために社会復帰、したがって生産に従事することも不可能な人たち、そしてそのために家庭で看護もできない人たちのための施設（invalid home）がある。これは社会保障省に属しているために病院ではないが、100~600床の施設で、その数は精神病床の半に及んでいる。これがどのような施設であるかは私も深い関心をもっていたので、2回のソ連訪問中、施設の見学を希望したが、ついにその機会が得られなかった。ただソ連の精神障害者でこのような生活能力のない人たちは比較的少なく、不具者全体の6%に過ぎないという。いいかえれば、精神障害者の大多数は働いているわけである。私が見学した精神病院や精神薄弱児施設でも相当重度とおもわれる人が、たとえ極めて単純な作業であっても毎日仕事をしていた。

なお精神薄弱児は軽度の場合は特殊補助学校（specialised auxillary school）や補助寄宿学校で教育され、ついで職業学校で専門訓練をうける。痴愚程度の子は昼間病院、病院やディスペンサリーあるいは精薄児ホームで労働訓練を受ける。白痴で縁者が育てるのを望まなかったり、できないばあいにはinvalid homeに収容される。

3 病院における精神医療

上のべたようにソ連の精神医療の特徴は地域医療にある。しかし病院における治療もその医療体系の中で重要な位置をしめていて、そのあり方にも多くの努力がはらわれている。

Prof. V. V. Borinevichによれば、精神病床がどれだけ必要かは、次の因子によりきまるという。すなわち、人口1000人に対する有病率（Prevalence）をA、年間を通じて入院治療を必要とする患者数（%）をR、年平均のベット占有率（回転率）をDとすれば、人口1000人に対する病床必要数 $B = A \times R / D \times 100$ となる。有病率はいろいろな社会的、経済的原因により、精神障害者に対する住民の耐性により変化するし、在院期間は医療条件によりきまる（日本で

はそれ以外に多くの経済的、社会的因子がある)。

ソ連では現在精神病床は人口1000人に対し、1.0~1.5床といわれているが、Borinevchはその必要数は2.5床と計算している(これは日本の現在の病床数である)。ただこの他に、上のべたinvalid homeが1.0床必要とされているので、合計すれば3.5床といえよう。

このように必要病床数が他の欧米諸国にくらべて比較的少いのは、ソ連の院外治療のネットワークがうまくつくられているからであろう。この点英国が地域医療の改善により3.8床を1.8床にしようと計画しているのと同じ傾向にあり、興味深い。

地域医療体系の一環をになう精神病院として、住民に密着し、地域内の患者を収容するということは当然であろう。治療の一貫性を考えて、ディスペンサリーと密接な関係をもつ地域病院が定められている。たとえばモスコウのKaschenko病院は市内の9ライオン入院治療サービスを行っているし、各オブラスト(Oblast)(大体人口25~30万前後)には大体500床以上の病院が2~3ヶ所ある。ただこのように地域毎に地域病院がつくられているとしても、広大なソ連では、それはかなり住所から離れてしまう。そこで、もっと住民に密着した病院をつくる必要がおこってきた。つまり100~300床の小さな病院を数多くつくることが必要ではないかという考え方である。

ところが病院の使命として、より新しい検査、治療をするためには、多くの設備と技術者が必要であり、それを小さな病院で行うことは困難である。そこでソ連で考えられたことは、そのような小さな精神病院を独立してつくるのではなく、ライオンの一般中央病院の中に精神病棟をもつことである。人口6~7万のライオンに一病院があれば、一方においては地域に密着できるし、他方いろいろな検査は総合病院の機能を利用して果すことができるからである。このような病院のあり方はソ連で次第に多くなり、現在精神病床の10.6%が一般病院にあるという。そしてそれは年々増加していくことであろう。

このような精神病棟は大体20~30床であり、神経症、短期間で治療する中毒性あるいは外因性精神病、おとなしい分裂病、ひどい性格変化を伴わない癲癇、診断をきめたり、精査を必要とする精神病等が入院している。

このような病棟をつくることによって、まず在院期間が著しく減少したという。すなわち以前は人口1000人に対して2.3人の患者が精神病院に入院させられ、平均在院日数は140日であったが、このような病棟がつくられてからは、在院日数は85~90日となり、さらにより適切な治療を受けるために精神病院に移されるのは0.7~0.8人になった、つまり $\frac{1}{3}$ は一般病院の精神病棟で治療すればよいことになったのである。このような治療体系はわれわれにとっても非常に参考になることといえよう。

これに関連して、精神病院も今まで必要だった病床数は $\frac{1}{3}$ でよいわけで、従来から管理上問題にされていた巨大な病院はなくてすむようになる。そして設備の充実と治療の円滑さを維持するためにもっとも適当な大きさとして、人口25~30万のオブラストに500~600床の精神病院が考えられたわけである。なおinvalid homeは50万に500床をおくことになるであろう。

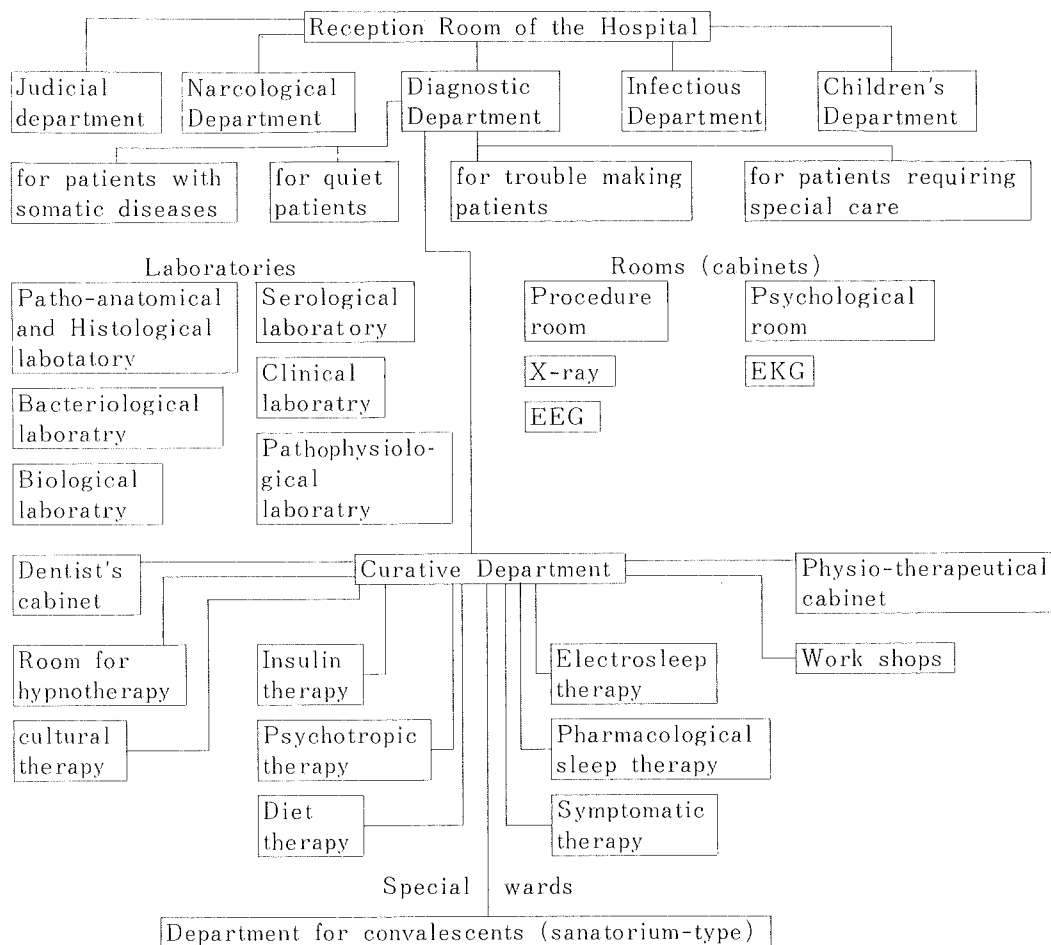
なお、病棟のあり方として、どのような患者をどうわけて収容したらよいかは、どこでも問題になることである。フィンランドやデンマークでは癲癇のための病院をつくっているし、精神薄弱者のためには多くの国で特別な施設をつくっている。また病状によってわけているところもある（たとえばわが国の保護病棟）。しかしソ連では、このような分類は必要ないとされている。たしかに向精神薬の進歩により、興奮患者も一般病棟に収容しておくことができるようになったし、病状の変化によって病棟をかえる必要がなくなってきたことは事実である。むしろ興奮患者をあつめることの方が、相互に影響しあって、悪い結果をもたらすかもしれない。こうしてソ連では上述のような基準で患者を分類収容するのはやめている。ただ、男女別はかなりはっきりしている。それと、アルコール中毒、児童、老人、司法関係の患者は特別の病棟をつくっている。たとえば、Kaschenko 病院は40病棟あるが（1病棟65床）、そのうち2病棟が老人精神病、5病棟が老人病棟、1病棟が軽快した患者のためのサナトリウム形式の病棟、2病棟（うち1つは外来患者用）は司法関係の病棟であり、他の30病棟は新入院病棟が7、再入院患者のためのものが23病棟で、疾患別にしていない。なお、男子病棟は18、女子20、混合1病棟である。

なお、Kaschenko 病院の病床数は2585床で、ソ連で有数の大病院であるが、患者を病名別にわけると次の通りである。精神分裂病49.5%、癲癇3.5%、躁うつ病 2.6%、退行期精神病0.5%、老人精神病 0.2%、脳動脈硬化による精神病 3.8%、進行麻痺と脳梅毒 0.5%、アルコール精神病と慢性アルコール中毒13.8%、脳炎後障害 2.1%、神経症 3%、精神病質 3.5%、精神薄弱 1.4%、外傷による精神病 4.9%、その他 2.8%である。ここで目立つのはアルコール中毒、ついで外傷性精神病が多いこと、梅毒がまだ 0.5%入院していることであろう。

これらの患者の治療は前にものべたように、いろいろの治療が行われているが、薬物療法やインシュリン療法の他に、ソ連で目立つのは、*balneophysiotherapy* と *Work therapy* である。Kaschenko 病院にもいろいろな水浴、低周波、高周波、マッサージ、超音波、オキシゲン、太陽燈、粘土浴等々の施設があるし、1,500人（うち500人が入院患者で、1,000人は他施設や自宅からの外来患者）が働いている作業場（前回1966年訪ソの時にはなかった）などがある。また *cultural therapy*（われわれのいうレクリエーション療法に近いが、より知的な面を重視しているように思われる）も近年重要視して、読書、新聞、雑誌をよんだり、室内での娯楽、テレビ、映画、音楽観賞や演奏、スポーツなどいろいろ行われている。これらの治療を表示すれば、表4の如くである。

このような治療を行う職員は全部で2,429名（患者は2,585名）である。そのうち医師は 200名、看護婦は860名、junior medical personnel 1,000名である。そして病棟（65床）には医長、医師 2、主任看護婦 1、補助看護婦 1、看護婦20、補助職員24、労働療法士 1、教養療法士 2 計51名がおり、作業場では精神科医 4、看護婦12、作業療法士 1、補助医療職員10の人たちが労働療法を行っている。これはKaschenko 病院にかぎらない。Vinnitskaya oblastの精神病院は病床2,000に対して、医師122、看護婦452、junior para-medical personnel 737の人たちが

表 4



治療にあたっている。

なお病院職員は1日6時間勤務，週2日休みがあり，また25%の特別手当がつき，年30日から48日の年次休暇がある。

4 児童に対する精神衛生対策

ソ連の精神衛生対策で最も力を入れている領域の一つは児童問題である。

1934年モスコ市に児童ならびに思春期の人のための精神神経科ディスパンサーが開設され、E. A. Osipova が所長となって以来，児童の精神医療の公衆衛生的サービスが確立されたといわれているが，最近の活動はさらに急激にかわっているようにみえる。たとえば1966年に訪問した折には，言語障害児のための治療はモスコやレニングラードでも大きなディスパンサーでしか行われていなかったと思われたが，1970年には地方のディスパンサーでも，子供の施設でも鏡の前でマンツーマンで，あるいは数人のグループでの言語治療が専門家 (logo-

pedist) により行われていた。

ソ連の児童精神衛生対策は大きくわけて二つの基本原則がある。すなわち、第1は他の精神障害者対策と同様に、地域中心の精神障害児対策であり、第2はいわば広義の対策で、公衆衛生省、教育省、社会保障省の諸機関、諸施設の協力により、それぞれの発達段階にしたがって精神健康を保持、増進し、疾病を予防しようとする活動である。

教育省は特殊学校、精神薄弱や神経症や言語障害などの子供のためのホームやキンダーガーデンをもち、社会保障省には重度精薄児のホームがある。しかしソ連で最も力を入れ、かつ特徴的な活動は在宅障害児の治療対策である。精神神経科ディスペンサリーや児童外来クリニックの児童及び思春期の人たちのためのコンサルテーション室を第一線として、0才～14才の子供2万5千人に対して1人ずつの精神神経科医と言語治療者と看護婦のチームがおかれている。また思春期の青少年(15～18才)2万5千人に1人の医師と1人の看護婦のわりあいで、ディスペンサリーに治療チームがつくられている。

この医療チームが地域の青少年の精神衛生管理をしているわけであるが、患者はすべてコンサルテーション室に登録され、15才になると、思春期担当の精神神経科医の監督のもとにうつされ、さらに18才をこえるとその病歴とともに一般成人の精神神経科医の指導をうけるようになる。

これらのケースは子供のポリクリニックの小児科医、校医、成人ポリクリニックの思春期コンサルテーション室の医師等により精神科医のもとにおくられ、そこで診断、治療、家庭訪問をうけるが、患者をおくった小児科医や校医、教師、言語治療家、保母あるいは両親や職場の指導者のスーパーヴィジョンやコンサルテーションもディスペンサリーの重要な仕事である。このような活動は成人の地域精神医療と全くおなじ形で行われているが、児童で特に目立つのは言語障害児に対する治療である。それらの中には精薄児もいるようにみえたが、それ以外の言語障害児が非常に多く、また熱心に治療しているのが極めて印象的であった。

またソ連の精神医学ことに児童精神医学でborderline case あるいはconditionという表現がしばしばつかわれることも興味深かった。しかしその意味はわれわれが主として分裂病と神経症の境界例という意味でつかっているのとちがって、器質疾患と機能的な疾病との境界という意味のようである。したがって、神経症、いろいろな原因による虚弱児、精神病質と考えられるパーソナリティの病的な発展等がふくまれるわけである。

なお、0才から4才までの中枢神経系の器質的変化のある子供で、小児科医、精神神経科医、地域の公衆衛生部代表からなる特別委員会が必要と認めればあいには、厚生省に属する特殊ホーム、あるいはcreches (day nursery)で教育、治療、リハビリテーションを受ける。そして3～8才の器質的変化があり、軽い知能の欠陥がある子供は公衆衛生サービスの体系の中にある特殊なcrechesであるキンダーガルテンにおくられ、特殊学校へ進む準備の教育、治療が行われる。ここでは薬物療法、物理療法、訓練、マッサージ、言語治療、リズム訓練などが行われる。これらの施設は近年新しくつくられたものも多く、設備もととのっており、治療者の数

表5

Psychoneurological establishments for children
& adolescents in the Soviet Union

n Ministry of Education	Ministry of Public Health		Ministry of Social Security
1. <u>Specialized schools</u> : a) Sanatorium-type school for nervous & weak children 2. <u>Auxiliary school</u> for mentally-retarded children (with or without boarding facilities) 3. Specialized boarding school with a special regime for children & adolescents with behavioural difficulties 4. School for children with speech disorders a) for children with alalia b) for stammering children 5. School for children with residua after poliomyelitis 6. School for children with cerebral palsies 7. Specialized children's homes & kindergartens : 8. Groups & kindergartens for children with speech defects. 9. Homes for mentally-retarded children	1. <u>In-patient psychiatric service</u> <u>In-patient departments</u> a) Childrens departments at general psychiatric hospitals b) psychiatric hospitals for children c) departments for adolescents at general psychiatric hospitals 2. <u>Departments at general hospitals for children</u> a) neurological departments b) psychoneurological department for children up to the age of 3 3. Departments for children with speech disorders at general and psychiatric hospital 4. Psychoneurological sanatoria for children.	<u>Out-patient service</u> 1. Psyconeurological dispensary a) Psychoneurological consultation room for children b) Psychiatric consultation room for adolescents. 2. Psychoneurological room at polyclinic for children 3. Sanatorium-type prophylactorium at children's out-patient clinic 4. Adolescent' groups at work-shop departments of psychoneurological dispensaries. 5. Foster homes for children with organic lesions of the central nervous system 6. Creches for children with organic lesions of the central nervous system 7. Creche-kindergarten for children with organic lesions of the central nervous system	Homes for profoundly mentally-retarded children

も多く、子供たちの着ているものもきれいで、大人の労働者が質素できないのと対蹠的な印象がつかった。

学童期の知能欠陥児は特殊な補助学校や寄宿学校（文部省管かつ）で教育をうける。つまり

一般の学校教育をうけることができない8～13歳の学童や、脳器質的障害による欠陥のためにキンダーガルテンにおいて補助学校へすすむように訓練されてきた児童、あるいは8～13歳の児童で精神神経科医が必要とみとめたものは、このような特別な教育を受けるわけである。この選択は医療—教育委員会 (medico-pedagogical commission) で行われる。その構成は医師、補助学校の教師と言語専門家、ディスペンサリーの児童精神科医、子供を教えてきた普通学校の教師、地方教育委員会の代表者から成っている。この学校では普通学校の5年生の児童が得る知識に相当する教育を行うが、特徴的なことは、授業時間の30%をさいて、労働訓練をしていることである。これは単に知能欠陥をおぎなうための教育であるばかりでなく、将来独立して労働できるようにするための訓練であるという。たしかに見学をした学校で明らかに蒙古症で痴愚程度と思われる多くの子供たちが器用にボール箱の組立てや、のりづけをしていた。

さらに4歳から18歳の児童、青少年で痴愚あるいは白痴程度の精薄児は子供の家や寄宿学校に収容される。これは社会保護障省に属する施設であるが、それに2種類ある。すなわち痴愚程度のは労働教育のできるホームで労働のしつけをうけ、白痴の子は身のまわりのしつけや極く簡単な作業をする他の施設で教育、治療をうける。

境界例の児童、青少年の治療は重症者は入院させるが、大部分はSanatoriaあるいはサナトリウム形式の学校やprophylactoria (外来クリニックにある)、昼間病院(ディスペンサリー)、特殊な寄宿学校などで治療をうける。サナトリウムはわれわれがもっている印象つまり長期入院を必要とする慢性疾患の収容所とはちがって、保養という語源により忠実な表現であり、主として神経症の児童を比較的短期間収容し、心理療法、薬物療法その他と共に教育、学校外活動を規則的に行う施設であり、公衆衛生サービス体系にふくまれる(医療である)。これに対してサナトリウム形式の学校は文部省に属する。

以上がソ連の児童精神医療の概略であるが、それを図示すると表5のようになる。

5 老人精神医療対策

医学の進歩につれて、高令者が急激に増加してくることは世界いつれの国でも共通している。ソ連でも近年老人対策の重要性が強調されてきている。その対策には特に目新しいものは感じられなかったが、ソ連精神医学の基本的なかまえがよくあらわれているので、それをのべてみたい。

ソ連の精神医学の特徴は、第1に生物学的変化を重視すること、第2に社会的影響を考えることにある。老人問題でもこれは同じである。すなわち、老人は年令それ自体が病気であるとは考えないまでも、老人は多かれ少なかれ全身的に弱くなってくるし、いろいろな器官や組織の機能は低下してくる。ことに循環器系の機能がまず低下する。またいろいろな面での抵抗力、ストレスに対する反応性がおちてくる。このような生物学的変化と共に、老人の家庭内や社会での地位はわかってくる。そして生き方、環境への順応の仕方もかわってこなければならない。このような一般的な変化とともに、或る特定の疾患が加わってくる。

ソ連の老人精神医療はこれらの点を配慮して行われている。ただ他の精神障害者対策とちがっている点は、現在ではまだ入院治療に重点がおかれていることである。勿論、予防対策として血管系の変化を予防するための啓蒙活動がデイスペンサリーで行われているし、在宅患者のための家庭訪問、ことに家人の教育も心がけているが、中心は入院患者の対策におかれているように思われる。

治療は疾患別の特殊治療と、老人に共通した非特異的な治療にわけられよう。

非特異的な治療として、細胞のメタボリズムを改善し、生体全体としてのトーンスをたかめ、抵抗力をつよめるためにいろいろな薬物が用いられる。鎮静剤、賦活剤、トランキライザー、ホルモン剤、インシュリン等々。ただ私にとってめづらしかったのは、老人では酸素消費量は減じてはいるが、それ以上に循環器その他の機能低下のために酸素不足がしばしばおこりうるという考えから、さかんに「oxygen therapy」が行われていることであった。またグルタミン酸やunitiol が解毒の意味で用いられていた。ただこれらの薬物使用で強調されていたのは、老人では一般に少量の薬を用いるべきで、大量につかうのは有害無益であるということであった。

さらに病院で循環系の疾患、動脈硬化を予防し、あるいは治療するために重視されているのが食餌療法である。カロリー制限、脂肪、プロテイン、ビタミン、ミネラル等に対する配慮が行われている。そして目立つのは、食事は1日に4回とるのがよいとしていることである。

以上の治療は特に目新しいものではない。それよりもソ連で力を入れているのは精神面への配慮であり、それはWHOあるいはイギリスをはじめとする北欧諸国の治療とよく似ている。すなわち、老人治療のために最も強調されている前提は、いかに適切な治療環境と制度をつくるかということである。病棟は一つの「microsocial group」をつくっているのだから、病棟メンバーをよく選択して、すべての患者の回復に積極的によい影響を与えるようにしなければならない。たとえば老人を若い人と一緒に入れたり、男と女の患者が接触をとれるようにすると患者はより活潑になり、まとまってくるという。それと共に精神療法的な風土をつくりあげるように配慮している。そして、自分はなおるのだという信念と自分はまだ社会に役立つのだという感じをもたせるようにしている。家庭的な雰囲気、男女病棟間の開放、家人との面会、電話、自宅への外泊の奨励なども努力されている。

ソ連で目立つのは、このような環境調整の他に、いろいろな働きかけを強調することであろう。老人はしばしば気よわになり、自信を失っている。それを励ますのが治療者の仕事である。治療者は患者が無用な存在として生きてきたのではないこと、今まで多くの社会のためになることをしてきたし、今もなお役立ち、社会に必要な人であること、未来があり、幸福になりうることなどをはっきりさせなければならない。つまり人間社会や未来の世代との連帯感をつよめ、「自己」を拡大することが重要なわけである。

そのために患者家族をふくめた定期的な会合をもつことなどをすすめているが、特に重視しているが、労働療法である。勿論これは老人に適するように配慮され、患者が自己評価をた

かめ、自分のつよさに自信をもち、これからの生活の見通しをつけるように努めている。

以上、老人精神医療における非特異的な治療についてのべたが、疾病あるいは状態別にいろいろな治療が当然行われている。それは大別して巣病状の目立つ患者と精神病的な行動異常の患者に対するものにわけられている。そして前者にはその失われた機能を補い、あるいは少くともその過程の悪化をおくらせるために、いろいろな訓練が行われ、後者のためには薬物療法その他の治療がなされている。それはわれわれとあまりちがった点はみられない。ただなおりにくい鬱病に電撃療法の有効性が強調されていることは、北欧諸国やイギリスの傾向とよく似ていて、興味深かった。

なお、ソ連にはこれら老人のために特殊なホームがある。それは社会保障省に属するものである。私はそれに関心をもってしたが、ついに見学することができなかった。

6 アルコール対策、予防と治療

ソ連で問題になっているもう一つの課題はアルコール対策である。アメリカその他のように他の薬物嗜癖問題はソ連にはなく、麻薬中毒も殆んど問題にならないが、アルコール中毒だけは重大問題になっている。ことに若い人たちの間にアルコール嗜癖がふえていることは世界共通のことで、ソ連も例外ではない。

ソ連のアルコール対策は先づ予防に重点がおかれている。どこのディスペンサリーやポリクリニックに行っても、アルコール中毒に関するポスターや壁新聞がはられているし（最近には手にもった煙草の先に骸骨を画いた禁煙のポスターもある）、ディスペンサリーにアルコール治療のための専門医がおかれている。そして学校では酒の有害性についての教育を行うとともに、親にも働きかけ、子供の前では酒をのまないように要望している。最も重点をおいているのは青年に対する予防対策である。青年は大人になったという誤った自負心から、そして環境の誘惑にまけて、酒に溺れ易い。これらの動機をよく知って、誘惑に陥らないような対策、スポーツ、学術、芸術等にエネルギーを集中するような対策を推進している。

しかし青年のアルコール耽溺の傾向を完全に予防することはできない。そこで重要になるのが早期発見である。それは「pre-clinical」ともいうべきものである。すなわちよく酒はのむが、まだのみたいという衝動をおさえきれないほどではなく、性格や行動の面でアルコール中毒に特徴的な変化を示していない人たちに対する治療的—教育的な働きかけである。これは精神神経科ディスペンサリーばかりでなく、病院やポリクリニック、企業の医師などが広く活動している。

さらに、第二次予防すなわちアルコール中毒再発防止のために、治療機関やアルコール問題に深い関心をもっている団体や個人が有機的にむすびつき、また患者の家族とも密な接触をもって、治療終了後も効果が持続するような好ましい条件をつくる努力がなされている。

精神神経科ディスペンサリーには嗜癖を専門に扱っているNarcologist とよばれる精神科医がいて、看護婦やSocial aid（地域住民で地域に密着している補助者）や施設のたすけをかり

て、患者が働いたり、学んだりしている企業体や学校の衛生機関や患者家族と接触をもち、なぜ飲酒するようになったかの条件をしらべる。その結果にもとづき、悪影響を除き、このましい友人とレジャータイムをもつようにとりはからう。たとえばスポーツクラブ、いろいろな文化クラブなどである。つまりアルコール中毒の再発予防のための一環した活動は一般の精神医療で用いられている「維持療法maintenance therapy」よりも広いもので、患者の環境に影響を与える多くの手段をふくむものである。

アルコール中毒は精神障害の中でも特殊なものである。A. S. Makarenko の治療制度と教育体系の組織づくりの原則はきわめて有効である。これは「平行活動parallel action」の原則といわれるもので、集団及び個人に対する教育効果のくみあわせにより、教師の影響、相互の影響を考えたものである。すなわち、中毒患者が今まで過ごしてきたのとは全くちがう環境をつくり、それぞれの患者を分離し、あるいは小集団にして、それぞれの義務を果させる。それを厳格に果させるとともに、彼らの能力を拡張し、彼らの内に信念をふるいおこさせるようにする。

この生活のテンポや義務は他の病院やデispensサリーのあり方とは全くちがいが、病棟の規律には厳しく従うことが要求されるし、それぞれの患者の能力にもとづいて積極的な労働にしたがわせる。そしてもし規律をやぶれば、精神科医や病棟管理の手伝いをしている患者のミーティングでそのケースは論議される。その原則は管理的な罰のおそればかりでなく、医師やすべての職員に対する深い尊敬をもとに、患者がしている労働はその家族のもとにもどるのをたすけ、完全に職場にもどれるようにするために極めて重要なものであることを彼らが評価するようになることである。

完全にアルコール中毒から回復した以前の患者の会合をつくり、治療の効果を示しながら、患者と経験をわけあうことも有効である。以前の患者と直接接する以外に、彼らの手紙やその家族の手紙をよんだり、映画、壁新聞、文献などをよむことも有効であろう。

患者が入院したら全治療経過を通じて、系統的に講義し、個人そして集団で討論するのも一つの教育である。しかし治療で極めて重要なのは労働療法である。それは新しい道徳をつくりあげるためである。これはうまく計画された治療的労働体系がつくられて、はじめて達成できる。生理的な面からみて、物理的な労働がより適切である。ことに大きな筋肉をつかう仕事が良い。それは患者にPavlovがのべている「筋肉のよろこび」を感じさせるだけでなく、社会的に役立つものをつくるのに関わっているという道徳的満足を与えなければならない。ともかく、それは他の精神病患者に対するような適切な保護的、受動的なものではなく、刺戟的、教育的、指導的なものでなければならない。

なおソ連では1933年にSlutchevskyがアポモルフィンをつかって行われた条件づけの治療法がいろいろ改良されている。またニコチン酸の使用、禁断症状をとめるためのチオール(thiol)剤の開発、いろいろな精神症状に対する向精神薬使用も試みられているが、精神療法もかならず行われなければならない。すなわち、すべての患者はそれぞれちがった背景をもち、そ

れぞれちがった臨床像を示すものであり、治療の「機械化」は危険であり、治療に精神療法が加わることにより、はじめて本格的となるのである。

その精神療法はN. V. Ivanovによってはじめられた特別な集団精神療法である。それぞれの患者のちがいを考慮に入れながら、治療者はまず、その集団の患者のくわしい検査を行う。その既往歴のすべての資料をもとに、患者の名は伏せて、アルコールへの欲望のもとになるすべての問題、それをおさえ、のりこえる方法、患者がしたがわねばならない要求などについて説明する。それぞれの患者は自分の経験に直接関係のある部分にまず反応する。そして医師に賛意を表する。こうして次第に生き生きした討論がすすむようになり、それぞれの患者は非常に討論に関心をもつようになる。それぞれの患者は単に対象者ではなく、精神療法の過程の活動的な関与者である。このばあい精神科医の話は説明的な性格 (elucidative character) をもっていることが多いが、時には暗示的なものをその中にふくめることもある。

なお慢性患者には個人療法を行うことも大切である。似た臨床像の患者でも衝動の起源や飲酒の動機はちがうことがあるからである。一群の患者はアルコールを興奮剤として用いるであろうし、他の人は恍惚をもとめて、また他の人は麻酔剤として用いる。これらを考慮して治療するには、個人療法は欠くことができない。

アルコール中毒の治療はこうして薬物、精神療法その他いろいろのものを併用しなければならない。それは三段階にわけられる。第1段階は不眠、食欲不振、気分の変化、疲労感等の不愉快な症状をとることである。これにより患者は医師を信頼し、治療がうまくいくと信ずるようになる。第2段階はアルコールへの衝動を直接とりのぞくことである。第3段階は治療効果を固定させることである。この第3段階は予防とつながるものであり、それは前にのべたように主として地域社会によって行われる。

以上がソ連のアルコール対策の概要である。その大部分は事新しいものではないが、他の精神障害者対策とおなじように、地域社会における管理体制がととのっていて、予防と治療を一つにして対策がたてられていることに大きな特徴ととりくみ易さがあるようにみえる。また予防のかなめの啓蒙教育や精神療法は、主として直接的、且つ知識教育に重点をおいていることも特徴的で、これは次にのべるノイローゼの治療と共通している。また労働の価値を体験させる労働療法も特徴的である。しかもそれが厳格な規則の下に、教育として行われているわけである。

7 ノイローゼについて

レニングラードのパプロフ病院はソ連のノイローゼの病院として有名であるが、地域の精神神経科デイスペンサリーの重要な仕事の一つがノイローゼ対策になってきている。これは精神病対策が一応軌道にのったこと以外に、ノイローゼが単に個人的・心理的な因子によっておこるばかりでなく、望ましくない社会的・経済的条件によりおこってくるという考え方がとり入れられて、保健活動の対象とされてきたらしい。

パブロフ病院は 240床（4病棟）の病院で、それに50床の昼間病院がついている。患者は神経衰弱症が70.5%で大部分を占め、ヒステリー15%、Psychastheniaと強迫神経症が1.5%、その他13%であるという。その平均在院期間は45日である(1969年の資料)。治療は個人ならびに集団精神療法、催眠療法、autogene training、Schreiberによるindirect suggestive psychotherapy、音楽療法、運動療法(Kinesi-therapy)、薬物療法、水治—電気—物理療法等を行い、患者の61.6%は治癒、35.5%は軽快し、2.2%が不変であるという。またアルコール中毒でものべたような以前に患者だった人たちのクラブをつくり、彼らが予防的あるいは精神衛生的にどのような知識をもっているかを普及、宣伝させている。

このような治療をみて、他の病気にも気づかれたことであるが、ソ連の治療法が一方では直接的—説得的であり、他方で暗示的な要素が多いことである。たとえば精神療法はいわゆる「理性的精神療法rational psychotherapy」といわれるように、病気の原因が何であるか、どのように彼に欠陥と間違いがあったかを「言語によって」患者に教え、患者に理解させ、意識させようとする。集団療法でも、参加している患者同志が話しあい、体験しあうというのではなく、一人の患者に医師が質問し、説明し、いいきかせ、それについて討論を二人だけですることが多い。これは後にのべるように、精神分析の無意識についての理論を否定し、意識の世界を重要視していることと、唯物史観が根底にあるためであろう。また集団催眠療法(autogene training)、暗示療法、水治療法など暗示による治療法がさかんなのは、理性を重視する治療と対蹠的のようにもみえるが、ここにPavlovの条件反射理論がきているのであろう。またソ連の人は従順であり、素朴で暗示にかかり易いかもしれない。

近年パロヴィズムの雪どけがいわれているが、神経症論でもその印象はつよい。勿論神経症の根底に神経系の機能的変化があると考え、葛藤状態におかれると、精神—神経系に影響を与え病的な不安定をもたらすとしている。したがって第一次的には興奮、不眠、刺戟に対する不安、栄養障害、体重減少、衰弱等がおこる（これはパブロフの実験神経症の研究にみられるものである）とし、神経症の生理的機序の研究がすすめられている。そして神経衰弱という言葉が西欧圏では神経症の心因説を阻害するものと批判されるのと対蹠的に、ソ連では字義通りに用いられている。パブロフ病院の患者の70%がこの病名をつけられている。そしてヒステリーも第二次信号系の不十分さ(insufficiency)を伴う信号系の相互関係の混乱という神経過程の衰弱としてとらえられているし、強迫神経症も皮質の神経細胞のultraparadoxical phaseをともなった神経過程の病的な慣性の顕現とされている。そしてこの3型を神経症の基本型としている。

さらにフロイトに対しては、乳幼児期の役割の重要視、ことにその性的外傷体験の重視や、意識下(subconsciousness)の問題、汎性欲主義や一般化に対して批判している。

しかし、ソ連での神経症論をきいてみると、非常に力動心理学的であり、西欧的な考えがとり入れられているのではないと思われる点も少なくない。また事実精神分析のこともよく知っている。たとえば神経症は心因性のもので、情緒的変化と症状はむすびついていること、対人関

系の障害であること、板ばさみの感情が問題であること、精神的外傷が固定されること、したがって神経症の診断は器質の変化あるいは巣症状がないといった否定的なものでなく、積極的に心因を確定しなければならないこと、そして他の原因による神経症に似た症状を示すもの、neurotic-like stateあるいはpseudo-neurosisとは区別しなければならないこと、神経症の診断には環境とパーソナリティの特徴のからみあいを重視しなければならないこと、不安が根底にあること、したがって治療の中心は精神療法にあることなどが強調されている。これらはわれわれがそのまま承認できるものである。今後このような考え方と従来のパプロフ理論がどのようにとけあい、あるいは矛盾するかが興味深い点である。

8 ソ連の研究体制及び教育

以上ソ連の精神医療の概略についてのべたが、最後に研究と教育についてふれてみたい。

ソ連の教育の研究の大きな特徴は研究所が二つに大きく分けられることである。

その第1群は撲滅あるいは激減させる可能性のある疾病を研究する研究所である。この種の疾病は現在すでにその病因がわかっていたり、治療法も明らかになっているもの、たとえば、結核、マラリヤ等である。

第2群の研究所はその原因や本態が未だ不明で、その研究には大規模な理論的研究が必要な疾患を研究する。それらはソ連邦の医学アカデミーの体制の中にふくまれている。心臓疾患、神経疾患、精神病の研究所などがこれである。

ソ連医学アカデミー (the USSR Academy of Medical Sciences) はソ連邦の厚生省の下にあり、いくつかの研究所をふくんでいる。それらの研究所での研究課題は厚生省で決められるが、アカデミー自体はかなり独立した機能をもっている。医学アカデミーの他に、厚生省直属のいくつかの研究所があり (司法医学研究所や医学教育研究所など)、臨床的な研究のために共和国の公衆衛生省の下に研究所がおかれている (表1)。

精神医学研究所として先ず6ヶ所がある。その1はソ連医学アカデミーの中に、第2はソ連厚生省に属し、他はSoviet Georgia 共和国の公衆衛生省下に1つ、Ukraine 共和国に1つ、Russian連邦に2つ (モスクー、レニングラード) ある。これ以外に医学研究所や高等医学研究所に80以上の精神科の講座がある。研究の重点は分裂病、てんかん、精神薄弱、老人精神病、境界例 (ノイローゼ、人格異常) の精神病におかれている。

次にソ連の研究体制で特徴的なのは、精力を集中するとともに、不必要な重複を避けるために、それぞれの研究所で研究する疾病がきまっていることである。たとえば分裂病は医学アカデミーの精神医学研究所の全員が研究し、ここがソ連でのこの領域の主たる研究所である。この他Soviet Georgia の研究所が分裂病研究を行い、さらにロシヤ連邦共和国のモスクー研究所や高等医学教育中央研究所、Kharkov, Yaroslav, Saratov及びMinsk医学研究所で部分的に研究されている。医学アカデミーの精神医学研究所では分裂病研究のテーマを調整するとともに、職員の研修や他の施設で働いている人たちの研究を指導する研究室をもっている。

てんかんはロシア連邦共和国, Soviet Georgia, レニングラードのBekhterev研究所, Yerevan, Kiev その他の医学研究所の精神科教室で研究されている。ノイローゼ, 精神病質はBekhterev 研究所, 司法精神医学のSerbsky研究所, Kharkov精神神経研究所, Gorki 医学研究所の精神医学教室, 高等医学教育中央研究所小児精神医学教室その他で研究されている。老人精神病はソ連医学アカデミー, Bekhterev研究所, Chelgabinsk, Kiev, Odessa その他の医学研究所の精神医学教室で行われている。精神薄弱は教育学アカデミーのDefectologyの研究, レニングラードの小児医学研究所, Kievの高等医学教育研究所, Astrakhan医学研究所などで研究されている。地域精神病理はいくつかの共和国の精神医学教室, ことにTashkent, Kirghig, Khabarovskその他の医学研究所の精神医学教室で研究されている。

このように精神医学研究の集中化, 特殊化を能率的に行おうとするのが, ソ連の大きな特徴であろう。この傾向はごく最近になって強力におしすすめられたらしい。たとえばレニングラードのBekhterev研究所は現在 170人の研究者 (19人の教授と博士) によって(1)ノイローゼ及びその他の境界例, (2) 脳血管障害, (3) 老人精神病, (4) てんかん, (5) アルコール中毒について研究を行い, ことにそれらの, (1) 医学心理学的研究 (精神障害者のパーソナリティ研究, 診断, 精神療法, 知覚や記憶や知能などの実験心理学的研究など), (2) リハビリテーション (職業訓練, 労働療法, 集団精神療法, 体操, 教育などの方法や形式などの研究), (3)生物学的治療 (精神薬理) の研究 (数学-統計学的研究をふくむ) の3方向が重点的に行われているが, 1966年にはこの3領域は同研究所の研究の28%しかなかったが, 1969年にはその研究がこの3領域に集中されるようになったという。これはかなり強い統制が行われていることを示すものといえよう。

ソ連の精神医学の特徴の一つは, 唯物史観にむすびついた生物学的研究と社会精神医学的研究が強調されていることであろう。「精神病の研究は病院の中だけで行うことはできない。在宅患者の登録やその医療体系の確立以来, 在宅患者の諸条件の広汎な研究が臨床医, 生化学者, 生理学者, 数学者等の協同研究によって行われるようになった。つまり研究所と臨床が直結している」ということを多くの人たちが強調している。人間は「生物-社会的存在」である。したがって, 精神病の構造においても不可分の全体として社会的-生物学的に研究されなければならない。素質と環境の相関の研究は予防に欠くことができない。このような考え方は現在とくに目新しいものではなくなったところに, 西欧圏の医学とソ連の医学の両方からの接点とあるように思われる。事実ソ連の学者は西欧の研究をよく知っているように思われたし, パブロフの名が殆んど話題にのぼらなくなっていた。

ただソ連の研究で, 特にその医療体系とむすびついて, 他の国で真似ができないと思われたのが, 疫学的研究である。これは精神医療サービスの計画の基礎として, また精神医学領域で何を研究すべきかという研究計画の基礎としても重要視されている。

疫学的研究はイギリスや我が国でも近年重視されているが, そのばあい診断基準のちがいが, 術語のちがいがなどが各国の比較検討を妨げている。WHOが数年来そのための専門家会議をも

っているもの当然といえよう。ソ連では精神障害の有病率や発生率を正しく把握するために、いかえれば、研究者の見方のちがいによる歪みをできるだけ避けるために、臨床的な記述方式、ことに症状群のレベルで分類、把握することを試みている(表6)。そして都市と農村、都市化地域などちがった社会的-経済的条件のもとでのどのようなちがいがあるか、そしてそれがいろいろな治療によってどうか変わるか、あるいは変らないかなどを研究している。

表6 A comparative distribution of the incidence of syndromes (in %) found in schizophrenic patients at the moment of epidemiological investigation.

Type of syndrome *)	%
Intermission, insignificant changes in personality, asthenic	11.19
Psychopathoid without indicating type	0.27
Neurosis-like	12.54
Hysterical	0.34
Mild affective disorders	14.90
Pronounced changes in personality without productive disorders	3.14
Non-systematized delusions	19.87
Over-valued ideas	0.7
Paranoiac	5.45
Paranoid	10.98
Heboid	1.18
Acute hallucinatory	0.69
Depression with hallucinations and pseudo-hallucinations	0.83
Oneroid	1.04
Paraphrenic	3.49
Catatonic and catatono-hebephrenic residual states	0.69
Others	9.51
T o t a l :	0.48
	99.28

*) For the sake of clarity, similar syndromes were grouped in more general psychopathological categories. The total number of syndromes used for identifying patients is 98. The possibility of grouping individual syndromes in broader groups of psychic disorders, in view of the tasks of investigation, should also be considered a positive aspect of syndromological classification of patients.

くりかえしのべたように、地域医療網の整備によって、経過を追いながら資料を収集し、分析できるのが、ソ連の大きな強みであろう。精神分裂病の患者の50%は社会にいて、十分生産に従事する状態にあること、30%以上がいろいろな症状はあるが入院する必要がないこと、したがって20%以下が入院治療が必要であることを明らかにするとともに、次のことが明らかになった。すなわち薬物療法により在院日数は減少させることができたが、同時に再入院の回数が増えたこと。入院期間の最も短いのはaffective disorders, asthenic states, over-valued ideasに属するものであり、最もながいのはdepressive-paranoidとparaphrenic syndromesで、前者の5～8倍であり、それ以外の状態像を示す分裂病の3～4倍も長いこと。向精神薬はdepressive-paranoid, depressive-hallucinatory, oneiroid, manicの症状群をもっている患者の入院期間をいちぢるしく短縮したが、その他の状態の患者の在院期間にはあまり影響を与えなかったこと。再入院を予防するために治療を持続することは患者の精神状態の特殊性によって予防的な意味がちがってくる。すなわち表7のように、定期的に維持療法を受けているもので再入院のへったのはparanoid schizophrenia (paranoid, paranoid, paraphrenicその他)であり、維持療法が殆んど効果のなかったのはdepressions with hallucinations and pseudo-hallucinations, asthenic states, non-systematized delusions, certain affective disordersであったこと。症状群の量的な登録及び病気の発展の表現としてのそれらの力動はその予後の研究のモデルをつくるのに役立つと考えられること。これらの病気の経過に対するいろいろな因子の影響の程度や役割をすることができること。第2次及び第3次の予防のための効果的な方法を考えることができること。コンピューターの使用によって連続的な変化の特性を分析できること。すなわち、明白なaffective disorders及び分裂病の定形的な持続的経過をとるばあいに、その前後において、先行する症状群と後につづく症状群はその決定的な症状群により2大別できること、すなわち第1群affective, depressive-paranoid, oneiroid症状群はその前後の症状群が殆んど同じであり、第2群paranoid with predominance of delusion or hallucinationは先行する症状群とつづく症状群の間にちがいがあること(表8)などが明らかになった。

以上大まかにソ連精神医学研究についてのべたが、最後にこれらの研究者の訓練についてのべる。それは二種類ある。第1は精神医学の臨床研究を2年やった若い医師が生物学領域で3～5年特別訓練を受けること、第2は医学における理論生物学及び応用生物学の領域で働く職員の特訓で第2モスコウ医学研究所とKaunas医学研究所の医学-生物学部で行われる。

次に教育であるが、ソ連の教育の大きな特徴は臨床医と研究者の訓練コースがはじめからわけられていることである。ソ連の医学校——での臨床精神医学は大学の6年生のコースで36時間の講義と60時間の実習が行われるが、精神医学に興味のあるものはそれ以外に精神医学を学ぶことができる。医学的心理学は第3学年で学ぶ。医学校を卒業すると2つの方向にわかれるが、それは絶対的のものではない。

大部分は大きな精神病院のjunior psychiatristとして精神医学のプラクティカルな経験を

表7 Mean figures for the frequency of hospitalization
per single patient for various syndromes

clinical syndromes of patients	having received maintenance therapy	not having received main- tenance thera- py
Paranoiac	1.1	2.1
Paranoid	2.3	3.4
Paraphrenic	2.0	3.6
Over-valued ideas	2.7	4.0
Depression with hallucinations and pseudo-hallucinations	2.2	2.1
Manic states	2.2	2.0
Non-systematized delusions	1.9	1.9
Asthenic	2.02	1.7
Hypomanic state	2.5	2.2
Depressive	2.1	2.1

つむ。3年後に彼らはソ連研究所の一つで専門的な高等教育の研修をうける権利が与えられる。このような医学研究所は全国に13あるが、そのうち10ヶ所に精神医学教室がある。モスコウの中央研究所には一般精神医学の他に児童精神医学と精神療法の教室がある。この研修の期間は5ヶ月である。この研修をうけたものは、さらに3～4年間その領域で実践活動をしたのちに、4ヶ月の研修コースに入ることができる。なおこの他に1～2月のコースで、精神病院の医長や院長、デイスペンサリー長やそれらの代理の人たちのために、現代精神医学の緊急問題についての短期研修を周期的に行っている。

第2の医学研究所や科学的研究を主体とする研究所の精神科での医師の研修は研究者の養成に重点をおいたものである。学生の時に特に精神医学に興味をもち、正課の教課以外に上のにべた精神医学サークルのクラスに出席した人や、すでにこの領域で実際活動をしてきた人がこの養成の権利をもっている。彼らは2年間臨床医としての訓練をうける。そして理論的な問題の研究ばかりでなく、臨床精神科医にとって必要な診断と治療の実際経験をつみあげる。この研修で研究者として適当だと思われた人が特別な試験をうけてaspiranturaに推せんされる。この人たちの目標はしっかりした理論的知識と臨床経験をもって精神医学領域の科学者、教授になる訓練をうけることである。この訓練の期間は3年間で、その間に試験があり、その上でthe first medical scientific degreeを得る権利を与えられる。実地の医師も試験をうけて合格すればaspiranturaになれる。こうして医科学者の候補者としての称号を得た人は医学研究所や科学研究所で、juniorあるいはsenior scientific workor, assistant, docentとして

表8 For a psychopathological and quantitative characteristic of preceding and subsequent psychic disorders in case of syndrome-fits and separate syndromes of continuous schizophrenia

Syndromes-conditions	Syndromes preceding or subsequent	preceding in %	subsequent in %
Fits:	sub-affective disorders	43.0	41.2
affective, depressive-paranoid, oneroid, etc.	non-expressed changes in personality	24.7	26.4
	non-systematized delirious ideas	13.4	14.1
	neurosis-like states	8.7	8.3
	others	10.2	10.0
		100.0	100.0
paranoid with predominance of delusion or hallucinations	nourosis-like states	5.7	3.7
	non-systematized delusions	29.9	15.1
	acute delusion state	10.6	—
	paranoiac state	18.7	4.6
	paraphrenic state	1.2	20.1
	catatonic syndrome	8.5	21.9
	residual states	—	17.4
	others	25.4	17.4
		100.0	100.0

クリニックで働くことなる。これらの人たちが立派な業績をあげれば、教授、研究所の講座主任になれる。この他に通信教育による aspirantura がある。仕事をつづけながら研究しようという実地医師のためのものである。その通信教育の期間は4年間である。こうして科学者と実地の臨床家になることの間にはいつも自由に道がひらかれている。そして医科学の候補者の資格をもっている精神科医が病院長、副院長、オブラストや市の精神科医になることも多い。

なお、この他に高等医学教育中央研究所の教授が地方の研究所の教授の質的向上をはかるために現地におもむいて指導する1月以内のtravelling course が最近試みられているという。また最近は特に児童精神科医の養成に力を入れているらしい。現在約1,000人の児童精神科医がいるが、その需要はますます多くなっているからである。これは主としてモスクーの高等医学教育研究所とKiev研究所において行われている。その研修の方法は一般精神科医のそれと殆

んどおなじである。

以上が研究、教育の概要であるが、医学の進歩に対応して、精神科医の養成、技術の向上に非常な力を入れていることはよくわかる。そしてそれが統一された方針で貫かれていることは大きな特徴であろう。モスコウの研究者とレニングラードの研究者の間には考え方や研究方法などにはかなりのちがひがあり、レニングラードの人たちの方がより西歐的な傾向がよいような印象をうけたが、他の地方の人たちの話をきくと、殆んど判でおしたような答えがかえってくるのが私にとって非常に印象的であった。

9 ソ連の精神衛生に関する法規について

私はこの面について、よくしらべることができなかつたので、こまかい点は全くふれることができない。ソ連では患者の権利を保護するために、法はきわめてよく整備されていると自慢していたが、その実態はよくわからない。

入退院について。入院はデイスパンサーあるいは外来クリニックの精神科医（1名）が決定し、退院は病院の医師が決定する。強制入院（本人及び家族の意志に反して自傷他害のおそれのある患者）は精神科医の委員会（board）によって決定されるが、地域活動がうまくいっているので、このようなケースは多くないという。

精神障害者はその病気と労働力の喪失に対して、物質的な保障、教育をうける権利をもっている。ただ“insane”とされた人は投票権を失う。勿論これは選挙の意味が理解できない程の重症な患者だけに適用される。選挙期間に外来クリニック、コンサルテーション室ではこのような患者のリストをつくる。疑わしいケースは特別の精神科委員会で検討される。また精神病の経過中の婚姻契約は無効である。慢性精神病患者の結婚契約はたしかな証拠があれば解消を許される。これは普通の離婚よりも複雑ではない。しかし患者はそれに対する異議申し立ての権利をもっている。無能力と判定された患者は保護義務者の保護のもとにおかれる。その人は患者の人格、法律上の権利、利益、財産を保護しなければならない。保護義務者は法廷で決定される。そのための委員会は地域の行政委員会の保健部長を長とし（あるいはその人に指名された人で、ふつうはその施設の医務部長）、患者の治療をしている精神科医と看護婦の3人から成り立っている。保護義務の期間は2年を限度としている。

責任能力をもたない精神障害者が犯罪をおかしたばあいは、強制治療をうけなければならない。しかしそれは刑罰ではない。そして家人が訪問できるように住所に最もちかい普通の病院におくられ、他の患者とおなじような治療をうける。そして6ヶ月毎に再検査が行われる。

10 む す び

以上、ソ連の精神医療についてのべた。これは1966年WHOフェローとしてソ連の医療体系を視察した時の印象と1970年精神医療の組織化に関するTravelling Seminarに参加した時の印象、そしてその際に受けた講演をもとにして書いたものである。とも角短期間の視察であり、

誤っていることも少なくないであろう。そのあやまりを訂正していただければ幸いである。

とも角ソ連の精神医療は公衆衛生的見地に立って、地域の医療網を組織的に作り上げ、地域精神衛生活動を国家の仕事として行っているところに特徴がある。そして精神分裂病その他の精神病の治療体制は一応軌道にのったので、近年は児童と老人の対策に力をそそいでいるのも目立った特徴であろう。これらの活動はそれぞれの国の政治的—経済的—文化的条件によりあり方もかわってくるので、これをそのままわが国と比較したり、その真似をすることはできない。たとえば登録はソ連では当然のこととして行われているが、わが国では人権問題として大きな抵抗をうけるかもしれないし、事実経済的に保障されていないわが国においては、ソ連とちがって、登録による患者の利益はないかもしれない。

ソ連の精神医療のレベルは私の少い経験の印象からでは、個々の治療は質的にはそれ程高いとは思われなかったし、特別に目をひく新しい治療法もなかった。しかしその善悪は別として、全国的に考じ考えで、同じような治療が、同じような計画のもとに行われていることは、わが国の医師によりちがうことをいったり、したりするのとちがって、患者にはよいことであろう。そうでなければ治療の一貫性（医師がかわり、地域がかわっても）は保てないからである。わが国のばあい、治療の一貫性を全うしようとすれば、はじめから終わりまで一人の医師が治療しなければならない。ソ連では大体において、医師がかわっても、その治療は継続できるわけである。

私はソ連の医療体系をそのまま真似ることはできないにしても、一つの参考として、わが国独自の医療体系が整備され、精神障害者の為に役立つ治療が行われるようになることを祈ってやまない。

フェニールケトン尿症のスクリーニングの現状

脳発達障害研究班 成瀬 浩

フェニールケトン尿症（以下PKUと略す）は、早期に治療を開始することにより、精神薄弱症状の発生を完全に予防しうる疾患であり、医学的治療の不可能な精神薄弱という疾患群の中で特異な存在である。しかしこの治療効果は、早期に治療を始めた場合にのみ有効となるのである。従って患者が出産後早期にPKUであることを発見する、スクリーニングが極めて重要となる。スクリーニングが適切に行われなときは、みすみす治療可能な患者を見捨てることになる。残念ながらわが国では、いまだにPKUが治療不可能な年齢になって発見される例が多く、早く完全な集団スクリーニングの実施が望まれる。この資料は、日本および外国の集団スクリーニングの現状を概括し、わが国の現状の問題点を整理する目的で執筆したのである。

第一節 フェニールケトン尿症の病態生理と治療法

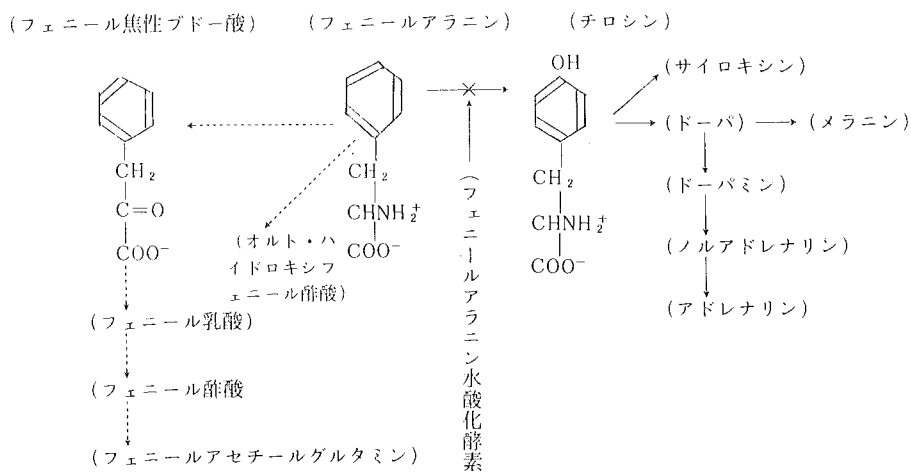
スクリーニング方法の良否を考えるためには、PKUの本態とその治療法についての整理された知識が必要なので、スクリーニングと関連する重要点のみを述べる。1934年ノルウェーのFöllingにより発見されたこの疾患は、その後20年にわたる。アメリカ・イギリスを中心とした精神科医、生化学者、遺伝学者の努力により、先天性代謝異常としての本態が明白にされた。単純劣性遺伝による遺伝性疾患であり、血中にフェニールアラニンが異常に蓄積され、尿中にフェニール焦性ブドウ酸やフェニール乳酸などのフェニールケトン体の異常排泄が見出された。そしてこれらの代謝の異常の原因は、肝臓でフェニールアラニンを分解する酵素の「フェニールアラニン水酸化酵素」の活性欠除あるいは活性低下によるフェニールアラニンの代謝障害であることも明白になった。必須アミノ酸の一種であるフェニールアラニンは、通常は体内に取り入れられた後に、肝臓においてフェニールアラニン水酸化酵素により分解され、第1図に示す如く、チロシンとなり、さらにこのチロシンから、各種の重要な物質がつくられるのである。ところが、先天的な異常のため、この酵素の生成を司る遺伝子の障害があり、この酵素が働かなくなり、そのためにチロシンに変化することが出来なくなった、フェニールアラニンが蓄積して行くのである。PKUでは、生後3～4日目から、急速に血中フェニールアラニンの増加が始り、通例1～2mg/dlのものが生後まもなく10～20mg/dlあるいはそれ以上になるのである。

この異常なフェニールアラニンの蓄積は、血中のみでなく各組織にもみられる。この異常蓄積が1週間及至3ヶ月位つづく、正常には働かない代謝経路が動き始め、フェニールアラニンからフェニール焦性ブドウ酸、フェニール乳酸、フェニール酢酸あるいはオルト・ハイドロキシフェニール酢酸などが形成され尿に排泄されるようになる。この中のフェニール焦性ブドウ酸が第二塩化鉄と反応し特異な呈色反応を示す。初めはこのフェニール焦性ブドウ酸排泄

により、他疾患と区別されフェニール焦性ブドー酸性白癩と呼ばれ、これらの異常物質生成こそが異常症状の中核と考えられたが、上述のように、これらの異常排泄は、フェニールアラニン異常蓄積が一定期間つづくことにより二次的に惹起された現象である。

チロシンの生成も当然障害される。チロシンからは、第一図のようにメラニンや、ドーパミンノルアドレナリン等の重要な物質がつくられるのであるが、これらの物質も生成も障害されて、濃度の低下がおこる。フェニールアラニンが異常量蓄積すると、そのこと自体がチロシンの代謝を抑制する。このためメラニンが減少し、色素が少くなり、皮膚、毛髪、角膜、網膜の色素が少くなる。ドーパミンやノルアドレナリン等は、神経系の機能維持に必要な物質である

(第1図) フェニールアラニン代謝図



- (註) I) × PKUにおける障害部位
 II) →正常代謝路
 III) ----> PKUにおける異常代謝路

が、これらの生成も抑制される。この他にも、フェニールアラニン異常蓄積は、神経系にとり重要ないくつかの代謝を阻害することが知られている。フェニールアラニン異常蓄積がどのような代謝に影響をあたえ、それがPKUの精神神経症状とどのように関連するかきわめて興味ある問題であるが、他の文献にゆずり、ここでは省略する。^{(1) (2)}

フェニールアラニンの異常蓄積が一定期間つづくことにより、脳は非可逆的な損傷をこうむる。通常PKUは成長するにつれ、知能発達障害が著明になり、多くは知能指数50以下である。けれどもその他の神経学的症状を示す例も多く、脳の組織学的検索では、髄鞘の主成分であるミエリンの形成阻害が主な所見として報告されている。

これらの病態生理が明らかになりつつある頃、1953年Bickelらにより、低フェニールアラニン食による治療が始められた。フェニールアラニン異常増加が、中枢神経系等における障害の主原因であるなら、フェニールアラニン摂取を極力少くすることにより治療しようという目的

で行われた。ただフェニールアラニンは必須アミノ酸であり、全くなくすることは出来ないの
 で、一日中体重kgあたり、30mg程度に制限する。乳幼児には、低フェニールアラニンの特殊ミ
 ルクを与え、成長したものには、特別な献立による食餌療法を行う。このような治療を開始す
 ると、2～3週間で、フェニールアラニンの体内濃度は正常にもどり、フェニール焦性ブド
 ー酸その他の異常排泄もみられなくなってくる。Bickelらのこの治療は、世界各国の多数の追試
 によりその効果が確認された。しかしいつから始めても効果が期待されるのではなく、早期に
 始めたときにのみ、PKUの精神薄弱の症状を完全に予防しうるるのであり、おそく始めた場合
 には、精神薄弱の症状は防ぎえないのである。いつ迄に治療を始めれば、知能発育障害を防ぎ
 うるかについては、人により多少の差はあるが、多数例をまとめたWaismanによると、治療を
 開始した時期と、致達しうる知能指数の関係は、第2図の如くなるという。⁽³⁾

つまり生後1～2月以内に治療を開始すれ
 ば、正常の知能指数に達しうるが、生後6ヶ
 月では、既におそく、軽度の知能障害が残っ
 てしまう。生後1年の開始ではIQは50程度
 であり、生後2年では、知能発育に対する効
 果はもはや期待出来ない。

これに対しては、多少の異論もあり、生後
 6ヶ月で治療を開始しても、ほぼ正常のIQ
 に到達したという報告もあるが、数多く治療
 を行っている欧米の研究者は、出来るだけ、
 2～3月以内に治療を開始すべきであり、そ
 うでないと、十分な効果は得られないとする

意見が多いのである。けいれんその他の神経症状、あるいは、PKU患者の異常行動に対して
 は、たとえ何歳であっても、低フェニールアラニン食は、一定の効果がみられるのであるが、⁽⁴⁾
 知能発育に関しては、真の早期治療が必要なのである。つまりフェニールアラニン異常蓄積が
 生後何ヶ月か続くことにより、脳に不可逆的な障害がおこってしまうのであり、治療開始が早
 ければ早い程よいのである。

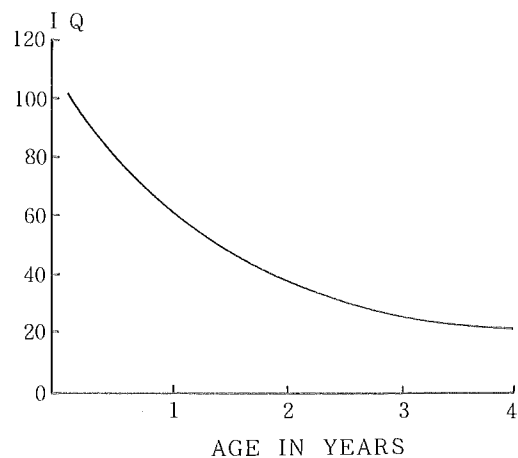
このために、早期発見が極めて重要であり、臨床的な症状がまだ何等現れない時期の早期発
 見のためには、集団的に行えて、しかも感度のよいスクリーニングの方法が必要となってくる。
 PKUのスクリーニングとしては、初め尿によるスクリーニングが開発され、次いで血液によ
 る、より信頼性の高いスクリーニングが確立されて来た。

第二節 スクリーニングの方法とその原理

A) 尿によるスクリーニング

尿によるスクリーニングは、原理的には、(1)尿中のフェニール焦性ブドー酸を検出する方法

(第2図) 治療開始時期と治療効果



(2)尿中のオルト・ヒドロキシフェニール酢酸を検出する方法、(3)尿中のフェニールアラニンを検出する方法の3つにわかれ、さらに第一の方法の中に、フェニスティクあるいは、フェニチップなどの特殊試験紙を用うる方法と、濾紙に尿をしみこませ、その濾紙に第二塩化鉄を加えて発色させる。いわゆる濾紙法とがある。

1 a) 試験紙を用うる方法

上述のように、尿中に排泄されるフェニール焦性ブドウ酸を検出する方法である。フェニールアラニン異常蓄積が2～8週間つづくと、異常代謝産物として、尿にフェニール焦性ブドウ酸が排泄される。これは第二鉄イオンと反応して特殊な色調を示す性質がある。第二鉄化合物を含む試験紙をつくり、この試験紙を対象乳児の尿あるいはぬれたおしめにつけ、色の変化により、フェニール焦性ブドウ酸の有無を検出する。フェニール焦性ブドウ酸は比較的不安定で、熱に弱く、アルカリ性溶液中では分解しやすい。従って新鮮尿あるいはぬれたばかりのおしめで検査することが必要である。大量スクリーニングでは通常家人あるいは訪問保健婦などが実施し判定する。

1 b) 濾紙法

厚手の濾紙の一片(5～10cm角位)をおしめにはさみ、尿でぬれたらすぐ取り出して、日陰で自然乾燥させ、それに第二塩化鉄を滴下する。陽性ならば試薬の周囲に緑色環が出てくる。これもフェニール焦性ブドウ酸の呈色反応であるので、尿にぬれたまま、長くおしめにあてておくと分解しやすいので、早く取り出すことが必要であり、更に乾燥させるときに、熱を加えたり、直射日光にあてないという注意が大切である。そしてこのかわいた濾紙を一定の検査機関にかわかしした濾紙をおくり、そこで呈色反応を実施し判定する。

2) オルト・ヒドロキシフェニール酢酸検出法

PKU患者にオルト・ヒドロキシフェニール酢酸が、異常代謝産物として排泄される。厚手の濾紙をおしめにはさみ、尿でぬれてから成可く早く取り出して、自然乾燥させる。それを検査機関に送り、一次元のペーパークロマトグラフィーを行い上記の物質の有無を検出する。⁽⁵⁾この物質は、フェニール焦性ブドウ酸よりも、より早く尿中に排泄されるので、生後10～14日にスクリーニングを実施することが可能である。

3) 尿中フェニールアラニン測定法

生後3週目位からPKU患者では、尿中フェニールアラニン排泄が増加してくる。尿中にも少量のフェニールアラニンは存在するが、100ml中に10mgあるいはそれ以上の排泄がある。このフェニールアラニン量を後述のガスリー氏法、あるいは一次元のペーパークロマトグラフィーで測定する。具体的には、特定の濾紙を、おしめにはさみ、ぬれた直後にとり出し、乾燥後検査機関におくる。そこで後述の血液の場合と同様、一定面積の濾紙をきりぬき、測定する。

B) 血液によるスクリーニング方法

血液によるスクリーニング方法の原理は、いずれもフェニールアラニン異常蓄積の有無を検出する方法であり、フェニールアラニンの定量法の差により、何種類かの方法があげられる。

現在もっとも広く用いられせいるのがガスリー氏法であるが、その外にもL-アミノ酸酸化酵素を用う方法 (Woolf⁽⁶⁾), 蛍光測定法 (McCaman 法)⁽⁷⁾ などがある。ここでは、主としてガスリー氏法について述べる。フェニールアラニンは、上記の尿中にあらわれる異常代謝産物より安定であり、しかも血中フェニールアラニンの異常は、生後数日目から著明であるので、理論的には、血液によるスクリーニングの方がすぐれている。

ガスリー氏法⁽⁸⁾ (Guthrie Test)

枯草菌が成長するときには、フェニールアラニンを必要とする。枯草菌の培地の中に、フェニールアラニンの代謝阻害作用がある物質を入れると枯草菌の成長が阻害される。ところが培地の中のフェニールアラニン代謝阻害剤の量を加減すると、フェニールアラニンが少いときには枯草菌は成長しないが、フェニールアラニンが多量あれば、フェニールアラニン量に応じて枯草菌が成長するようになってくる。こういう原理を応用したのがガスリー氏法である。実際には枯草菌として、Bacillus Subtilis ATCC 6051を用い、代謝阻害剤として、 β -2-チエニールアラニンをを用いる。この枯草菌の成長に適したDemainの培地を用い、 β チエニールアラニンを適量加え (最終濃度 $1.5 \sim 3 \times 10^{-5} M$), 枯草菌を加える。培地がかたまったら、その上に血液を含む濾紙をのせて、一晚培養する。濾紙中の血液が正常量のフェニールアラニン ($1 \sim 2 \text{ mg/dl}$) を含むときは、枯草菌は成長しない。しかしフェニールアラニン量が増加するにつれ枯草菌の成長が促進される。枯草菌の成長帯の大きさが、フェニールアラニンの量に比例するので、成長帯を測定し、標準サンプルと比較して、血中フェニールアラニンを定量する。

新生児の足臍からランセットで血液を数滴とり、採血用濾紙に吸収させる。これを検査機関に送る。血中の蛋白を凝固させ、滅菌させるため高圧滅菌器に数秒入れた後、一定面積 (通常6mm直径) を切りぬき上記の方法で、フェニールアラニンを測定する。実際には、大きなガラス皿を用い、一回に100個以上の濾紙のきりぬきを検査する。各皿毎に $1 \text{ mg/dl} \sim$

血中P. A* (mg/dl)	成長帯直径	
	平均値	測定値分布範囲
1	6.8 mm	6.0 mm ~ 7.5 mm
3	10.0	7.5 mm ~ 11.5 mm
5	11.6	10.3 mm ~ 13.0 mm
7	13.3	11.6 mm ~ 15.1 mm
10	15.0	14.0 mm ~ 16.0 mm
20	18.5	17.0 mm ~ 19.6 mm

* P. A = フェニールアラニン

10 mg/dl の標準サンプルを加えておく。定量法の正確度としては、McCaman 法、あるいは Woolf 法の方がすぐれているが、スクリーニングの目的のためには充分である。第一表に、当研究所で行っている方法による測定の実際値を示す。正常値 $1 \sim 2 \text{ mg/dl}$ と、異常値 (通常 $4 \sim 6 \text{ mg/dl}$ 以上) とを区別することはまことに容易である。また同一の皿の中では、同一の標準サンプルの成長帯は、ほぼ同一の値を示すので、検査の信頼度は充分である。PKU 患者では、生後2~3日目から、血中のフェニールアラニンの増量が始り、生後5日目では、正常の数倍及至数十倍になる。従って生後5日目以降に採血し、 $5 \sim 6 \text{ mg/dl}$ 以上を陽性と考える。ガスリー氏法は、習熟した検査技師なら、一日数百検体の検査を行うことが出来る。このよう

に簡便で、且スクリーニングの目的を果すのに十分な信頼度があるので、広く各国で採用されるようになって来たのである。

もちろんガスリー氏法以外の方法を採用している検査機関も少くはない。殊に筆者の知るかぎりでは、McCamanの方法を採用している施設も多い。ただ大量処理という点では、ガスリー氏法に劣ることは否めない。

第三節 国外におけるスクリーニングの実施状況

国外において、もっとも数多くの新生児のスクリーニングが行われているのは、アメリカであり、次がイギリスであろう。アメリカにおいては、尿による大量スクリーニングについての組織的な検討があまり発展せぬ時期に、既に血液によるスクリーニングが採用されはじめ、現在は殆んどどの州で、血液によるスクリーニングが実施されている。尿によるスクリーニングとしては、1963年にカリフォルニアで、フェニスティック試験紙を用い大量スクリーニングを行い、発生率は、30,000人に1人弱とのべている。¹⁹¹

Guthrieは1961年、施設入所中の精薄児を対象に彼の考案したスクリーニング法を適用し、尿の第二塩化鉄反応による発見率と比較した。3118人の対象者中、尿によるスクリーニングで17例、血液による方法で21例のPKUを発見した。¹¹⁰その後早速彼の方法を用いて、ナイアガラ市の市の衛生部、マサチューセッツ州の衛生部で、新生児あるいは乳児を対象にしたスクリーニングテストを実施し、その有用性を確認した。

1963年の春に、29の州の参加で、ガスリー氏法による新生児のスクリーニングの試験的实施が開始された。更にその後3州が加わり、1963年12月31日迄に404,568人の新生児が対象とされ、その中で39名のPKUが確認された。¹¹¹その中261,334名は後に尿によるスクリーニングもくりかえされているが、39名以外のPKUは発見されなかった。その後参加した州もふえ1965年6月29日迄に1,364,573人の新生児がスクリーニングをうけ118例のPKUが発見された。これによる発生率は、1/11564であり、その以前に予想されていた20,000人に一人よりもかなり多いことが確認された。¹¹²1967年末迄では、2,205,006人の新生児が対象となり、203人のPKUが確認された。この数字で計算すると、新生児10,862人当りに1名のPKU患者の割合となっている。¹¹³この外にも、例えばマサチューセッツ州、ミシガン州、あるいはカリフォルニア州などでの単独の州の結果などの報告があるが、いずれも上記の結果と同様な頻度を示している。

残念ながら筆者には、正確な数はしらべられなかったが、1970年の初めには、アメリカの殆んどどの州が、新生児についてのPKUスクリーニングを法制化したとのことであるが、その後には、このようなスクリーニングの結果があるのである。¹¹⁴

次にイギリスについて見てみる。イギリスのスクリーニングについては、イギリスの著名な小児科医、遺伝学者、生化学者、公衆衛生学者などによるMedical Research Council Working Party on Phenylketonuriaという委員会が、イギリスにおける8年間の経験をまとめた論文を報告している。¹¹⁵その中でイギリスにおけるスクリーニングの変遷が記述されているの

で、その大要を抜すいしてみる。

上記のWorking Party (以下PKU委員会と略す)を中心として討議の後、1960年から、生後4～6週頃にフェスティック試験紙を用いて行うスクリーニングが始められ、1962年5月には、イングランドとウェールズの地方の90%で実施された。主として保健婦などが家庭訪問をしたときに実施判定した。ある地区では、生後10日～2週間に第一回の判定を行い、4～6週後に第二回目の判定を行った。1964年1月1日以後、イングランドとウェールズ地方のPKU患者の登録制を開始し、次いでスコットランドと北部アイルランドもこの登録に参加した。PKU患者の登録は決して100%ではないが、かなりの率が登録された。1964年～1965年にイングランドとウェールズ地方で登録されたPKUは34名あり、その中11名(32%)は、初めのスクリーニングでは、発見されずに、8ヶ月～23ヶ月で、既に発達遅滞が臨床的に表われた時期に発見されている。

イギリスの他の地区では、スコットランドで1960～1965年に10名PKUが見出され、それらはいずれも出生後3ヶ月以内でフェニスティック試験紙でテストされている。しかしそのスクリーニングの時に陽性に出たのは4名で、あとの6名は発見されず、後日やっと診断された。¹¹⁶⁾北部アイルランドでは、1960～1963年の間に、生後3～6週間目で、74,100人にスクリーニングを行い、2名発見された。しかしその後、5名のPKUで発見もれであることが確認された。¹¹⁷⁾同地方では、1964年1月から上述の濾紙法に切り替えて、1967年9月迄に127,300人をスクリーニングし、6名の患者を発見したが、しかしやはり1名の発見もれがあったことが後日見出された。¹¹⁸⁾イギリスではないが、オーストラリアでも、フェニスティック試験紙法でスクリーニングを行い、4名PKUが発見されたが、第1回のスクリーニングで陰性とされた中に、5名のPKU患者がいた。¹¹⁹⁾これらの情報を総合してPKU委員会は、フェニスティック試験紙法では、生後3ヶ月以内にスクリーニングを行った場合、PKU60名の中27名(45%)が発見もれであったという結論を出している。

次に同委員会報告は、尿中オルト・ハイドロキシフェニール酢酸検出によるスクリーニングについてふれている。この方法は、1965年7月から一定の地区で実施され、1967年7月迄に、21,000人の新生児に適用された。しかし一般のスクリーニングの中からは一人もまだ患者は発見されてはいない。むしろチロシン尿症が発見され、チロシノーシスその他代謝異常のスクリーニングに適しているのではないかと述べている。

ガスリー氏法によるスクリーニングについては、グラスゴウ地区で、まず特殊学級あるいは特定産院で、1964年11月から1965年11月迄予備的に実施され、ついで1965年11月から、スコットランド南西部全域で、新生児を対象に実施された。生後6日目に採血し、それをセンターに送る方法をとって、1965年11月から1967年11月迄の間に、93,000人検査し、18名のPKUを発見している。その後の調査では、発見もれの例はなかった。Guthrieとこの委員会との交流の中で、Guthrieは、生後数日の採血だけでは、10%近くは発見もれになるかもしれないと述べ、アメリカのある地区では生後数日目で生後4週目の2回の採血検査を行っている所があると述

べているが、イギリスでは同委員会の討議および上記の結果から、生後数日目に採血を行う、一回検査で充分であろうと述べている。尚このPKU委員会は、PKU患者の弟妹につき、各種テストをくりかえし実施し、生後何日目から検査が陽性に出るか追求し、どのテストがもっともよいかを判定する資料としている。この件については、後節で再びふれる。

上記委員会報告とは別に、アイルランドにおけるガスリー氏法によるスクリーニングの結果の報告もある⁽¹⁹⁾。1966年2月から1968年初め迄に、新生児92,000人をスクリーニングした。生後3ヶ月日から7日目の間に採血している。この中で19名のPKUを発見した。4,842人に1人の割合の発生率である。上記のスコットランドの5,160名について1名の発生率と共に、アメリカの1万人につき約1名という発生率よりもかなり高頻度である。

フランスにおいても、血液によるガスリー氏法スクリーニングが広く採用されている。1967年10月から1968年12月迄の18ヶ月間に、79,730人の新生児につきスクリーニングを行った。各地区で、生後2ヶ月以内に採血し、センターに送った。その血液検査により、9例のPKUが発見されている⁽²⁰⁾。発生率は8,859名に1名の割合である。

ドイツについては、Bickelが、やはりガスリー氏法によるスクリーニングについて報告し、1963年8月より1964年8月の間に、生後4日目で新生児7,019名より採血した。この中で3名のPKUが確認された⁽²¹⁾。Guthrieによると、1965年7月1日現在で、カナダとヨーロッパ各国から彼らの所に報告されたスクリーニングの結果は、118,005人の中16名のPKUが確認されているという。発生率は1/7375である。この時の各国の検査数とPKU患者数(()内の数字)は次の如くである。オーストラリア 582(0)、ベルギー 3,000(3)、カナダ28,996(3)、デンマーク 2,200(0)、ドイツ27,811(2)、アイルランド12,374(1)、イスラエル27,042(3)、ポーランド16,000(4)。その後5年間の間に、ヨーロッパ各国のガスリー氏法によるスクリーニングは、急速に拡がっている。う。

オーストラリアにおいては、濾紙で尿をあつめ、これをセンターに送り、一次元クロマトグラフで展開し、フェニールアラニン及びその他のアミノ酸を測定している。生後6週間目あるいはそれ以後に採尿を行っている。被採尿者100,000名中に、PKUが7名確認された。この外プロリン尿症53名、ヒスチジン尿症3名、チスチン尿症3名、パートナップ病2名、その他アミノ酸排泄異常67名を見出したと言う。ただこの場合発見のもれについては特に追求はしていないようであり、発生頻度から見て、PKUの発見もれがあることが想像される。

第四節 わが国におけるスクリーニングの現状

わが国におけるスクリーニングの状況は、外国に比しかなり立遅れている。大集団におけるスクリーニングについての最初の報告は、筆者の知るかぎりでは、東京都の保健所に於いて行われた結果である⁽²³⁾。2万名弱の生後3ヶ月の乳児について、濾紙法によるスクリーニングを行ったが、一名もPKUは発見されなかった。1967~1968年、森山豊を班長とするPKUのスクリーニングおよび治療の研究班が組織され、筆者もそれに参加し、1966~67年の各都道府県に

おける、尿によるスクリーニングの現状を調査した。²⁴⁾1968年4月の初めで、アンケートに対し

第3表 各県における尿によるスクリーニング結果

県名	実施方法	検査時期 (生後日数)		判定方法	実施対象数			陽性者類		
		第1回	第2回		41年度	42年度	合計	41年度	42年度	合計
兵庫	尿紙法	60~90日		(家人)	23,555	39,855	63,410	18	2	20
石川	主として尿紙法	4~5週	8~9週	(家人)	5,550	3,471	9,021	0	0	0
山梨	試験紙法	30~40日		(家人)		2,247	2,247		0	0
山口	尿紙法	60~90日		集検		472	472		0	0
宮崎	試験紙法	2~8週		集検		1,732	1,732		0	0
広島	主として試験紙法	3~4週	50~60日	訪問	17,000	10,000	27,000	0	0	0
長野	尿紙法	60~90日		訪問	2,713	7,643	10,356	0	0	0
千葉	試験紙法	3~4週		集検		末集計				
島根	試験紙法	1~6ヶ月		(家人)	3,500	5,496	8,996	0	0	0
福島	尿紙法	1~6ヶ月		集検+訪問		12,651	12,651		0	0
愛知	綿花法	1~6ヶ月		(家人)	6,687	16,138	22,825	0	0	0
神奈川	尿紙法	1~3ヶ月		(家人)		7,220	7,220		0	0
新潟	尿紙法	3~4週		集検+訪問		21,443	21,443		0	0
岡山	試験紙法	30~40日		(家人)	13,301	9,844	23,145	0	0	0
合計					72,306	138,211	210,517	18	2	20

解答のあった34府県中、県単位でスクリーニングを行っていたのは第1表の14県であった。方法は前述の尿尿紙法か試験紙による方法で、愛知県のみおしめに綿花をはさみ、それを乾かして、第二塩化鉄を反応させる方法を採用していた。判定は、家族に委せた県、保健婦等の訪問時に判定している県、あるいは乳児集団検診時に判定する県などさまざまである。この中では兵庫県がもっとも早くからスクリーニングを実行していた。ただ41年度のPKUが23,555名中18名と異常なおおいは、既知のPKU患者の家系を全て含めたためのものである。

ここで問題なのは、兵庫県を除く13県での被検査者総数が147,107名あるのに、PKUは一例も見出されていないことである。ここで考えなくてはならないのは、判定の信頼度と検査時期の問題であり、殊に後者が問題である。2回検査を行っているのは、わづか2県のみで、他は一回のみで、中には生後第3~4週のみというのものもある。尿でフェニール焦性ブドウ酸検出によるスクリーニングの場合、これでは殆んど患者を逃がしてしまう可能性もある。この検査時期については、後節で詳しく述べるが、いづれにせよ、この結果は多くの問題を示唆している。

その後各県で、尿によるスクリーニングを実施し始め、1970年にいたり、初めて国として、PKUスクリーニングの実施のための予算も計上され、厚生省児童局母子衛生課によれば殆んど都道府県で尿によるスクリーニングは開始されたようである。ただその結果はまだ集計さ

れていない。

上にのべた研究班においては、第2表の結果あるいは諸外国の経験から血液によるスクリーニングを早急に日本でも実施する必要を痛感し、血液によるスクリーニング方法を、わが国で実施するための準備を行った。^{24,25} 筆者は、採血用紙に検討を加え、外国製品に劣らないすぐれた採血用紙を作ることに成功し、この用紙を用いて、東京（国立精神衛生研究所、慶応大学生理学教室）、大阪（大阪市立小児保健センター）において、スクリーニングを開始した。大阪では、1970年末で3万名のスクリーニングを行っている。²⁶ しかし既知のPKUの家系以外からは一例も発見されていない。当研究所では、栃木県、新潟県の母子保健センターの生出者、あるいは日本母性保護医協会所属の産科病院より送られて来た検体につき、スクリーニングを実施中であり、1969～1970年で約1万名の検査を行ったが、やはりPKUは一例も見出されていない。この両者を併せると、40,000名の被検者中PKU 0名という値になる。田中らのPKU患者の家系調査、近親結婚率その他にもとづく推論²⁷では、日本においても、PKU遺伝因子をもつものは70人に一人位ではないか、したがって出生率は1万人～2万人に1名でないかという。この数字の差が何を意味しているかはわからない。この点については後にもう一度ふれたい。

第5節 スクリーニング方法の優劣の比較

わが国で行われている方法を中心にして、スクリーニング方法としての優劣を考え、今後のわが国におけるスクリーニングの進むべき方法を考えてみたい。

まず試験紙法については、現在迄の多くの資料はフェニスティクスによるものであり、フェニチップについてのデータはあまりないが、この両者は本質的には同じものであると考え、区別しないで論述する。イギリスのPKU委員会の報告を、第三節で述べたが、この委員会としては、結論の中で、試験紙法では、生後4～6週で判定した場合PKU患者の $\frac{1}{4}$ ～ $\frac{1}{2}$ が発見もれになっているとのべている。そして、1)尿中フェニールピルビン酸排泄時期の問題、2)果して新鮮尿で検査したかどうか、3)判定が適確だったかどうかなどの原因を考えている。第1の点を追求するため、同委員会は、PKU患者の弟妹を生後頻回テストを行い、それらの中のPKU患者が果していつ頃から、スクリーニングで陽性になったかということ調べた。追求したPKU患者の弟妹の中から8人のPKU患者が見出され、また従兄に1名見出された。この9名について、初めて陽性に出た日と、その前にテストを行い陰性と出た日を発表している。(第3表)この表の症例4.6.8.は、いずれも血液ガスリー法で、生後数日目に陽性として気

(第3表) 試験紙で陽性になった生後日数

症例	第一回の陽性	最後の陰性
1	8	7
2	31	30
3	7	6
4	—	9
5	9	—
6	—	9
7	18	16
8	—	5
9	57	39

付かれている例である。ここで明らかなように、9人中2名は30日目あるいは39日目では、患者でありながら尿中フェニール焦性ブドウ酸は陰性である。第9例はもっとおそくまで、尿中フェニール焦性ブドウ酸は陰性であった可能性もある。

先にのべた、わが国の研究班においても、生後7～8週目では、尿中焦性ブドウ酸が陰性であり、しかもその後PKUと診断された例3例が報告された。^{24,25)}

従って、試験紙法による場合には、検査時期を成可くおくらした方がよいことになるが、生後10週以後では、既にフェニールアラニン異常蓄積のため、脳の損傷は始まっていると考えるべきであり、従って早期発見のためには不相当と考えざるを得ない。PKU委員会としては、この点から、「試験紙テストは、もはやPKUのスクリーニングに適当なものとは思えない。」と述べている。アメリカの報告でも、血液ガスリー氏法では、大体1万名に1人の割合で検出されているが、尿試験紙法では3万人に一人というのも、スクリーニング方法としての感度の悪さを示している。

次に沝紙法に関しては、まづ時期の問題としては、試験紙法と同じことが言えよう。しかし、先にのべたCarsonらの北部アイルランドにおける経験は、¹⁷⁾試験紙法から沝紙法に切替えて、発見もれが著明に減少したことを示している。試験紙法は新鮮尿で調べるときにはよいが、新生児で新鮮尿を得ることは極めて困難なので、ぬれたおしめに付け、充分ぬれた上で、変色の度合をしらべるのであるが、おしめにある尿が新鮮尿であるか否かということと、試験紙が十分にぬれたかどうかということが問題になる。上述のように、フェニール焦性ブドウ酸は、熱に弱く、アルカリに弱い。尿がアルカリ性であったり、おしめの中でアンモニア醗酵した場合、あるいはおしめが洗剤の影響でかなりアルカリ性であった場合、フェニール焦性ブドウ酸は分解されてしまう。またPKUでも早い時期には、フェニール焦性ブドウ酸の濃度は低いことが多く、もし試験紙が十分な尿を吸収しなければ、反応は弱くて見逃しやすい。しかも試験紙法の場合、家族及至家庭訪問者が判定するときには、判定にできないための判断のあやまりも考慮されなければならない。

この点、沝紙法では一定の検査機関で、習熟した技術者が判定するので、判定のあやまりはより少いであろう。しかし沝紙法では、やはりおしめの中には喜んで長く放置した場合や尿がアルカリの時は、やはり前者と同じように、フェニール焦性ブドウ酸が分解する可能性があり、さらに沝紙を乾かすという操作が入るので、このときに加熱により分解する危険性が考えられる。しかし大阪小児保健センターの大浦らによると、尿がアルカリ性でなく、日陰で自然乾燥したときには、1ヶ月後でも第二塩化鉄反応が陽性に出ることを報告している。²⁴⁾これらを考慮すると集団のスクリーニングとしては沝紙法が多少すぐれているかもしれないが、いづれにせよ、フェニール焦性ブドウ酸が尿中に排泄される時期のことを考えると、沝紙法も早期スクリーニングとしては、適当であるとは考えにくい。

イギリスのPKU委員会は、尿中オルト・ハイドロキシフェニール酢酸検出法による発見可能な時期、あるいは、尿中フェニールアラニン検出可能な時期についても追究し、前者では生

後14日目では、P K U を検出可能であると考えられるデータを示している¹⁵⁾。後者では生後28日目でも、16人のP K U 患者の中1名は陰性であったとしている。従って尿による検査としては、オルト・ハイドロキシフェニール酢酸検出による方法がもっとも早く適応しうるとのことである。ただこの場合、先述の濾紙法よりも、検出がややむずかしく、検査技術の習熟が一つの問題となるであろう。

わが国では、このオルト・ハイドロキシフェニール酢酸検出によるスクリーニングは、殆んど実施されていないが、どうしても尿によるスクリーニングしか実施出来ない場合には、この方法を採用することを検討してみる必要があると思はれる。

次に血液によるスクリーニングについてみると、イギリスのP K U 委員会の研究では、生後5日目に、14人のP K U 全てが陽性となっていることを報告し、更に先にのべたイギリス各地区での経験から生後6日目に一回検査することで充分であると述べている。先述の様に、Guthrieは、生後第一週に一回だけテストしたのでは、10%位が見逃される可能性をのべているが、同委員会はイギリスの経験と、Hsia²⁸⁾の報告した。P K U は出生後かなり早い時期から血中フェニールアラニン値が上昇するという結果から、一回だけの検査でよいとしている。

血液ガスリー法における第一の難点は、採血ということであるが、アメリカ、イギリス、あるいはヨーロッパの筆者の知る限りの全ての報告では、採血前後に消毒することにより感染の危険性はないとしている。ガスリー氏法、あるいは他の方法でも、習熟した技術者が行う限り方法の感度、信頼性に関しては、問題はないと言えるであろう。

ただ、採血が一回でよいか否かの点については、断定することはむずかしい様である。上記のGuthrieの意見の外にも、マサチューセッツ州公衆衛生部のデータでは、1962年7月から3ヶ月のスクリーニングで、277,664人中35人のP K U を発見しているが、この中の1例は、第一回のスクリーニングでは陰性で、4週目の第二回のスクリーニングで発見されたとのことである。オレゴン州あるいはロードアイランドでも、第一回で陰性で、第二回目でP K U を診断されたケースが報じられた。いずれも、尿によるスクリーニングでは発見されず、第二回目の血液によるスクリーニングで発見されている。また最近前に述べたHsiaも、P K U でも女子の発見は、血中フェニールアラニンの増加がおくれる場合のあることに気づき、生後3日目と1ヶ月目に2回の採血テストを行うことをすすめている。少なくとも、第一回スクリーニングで、血中フェニールアラニンが、正常範囲を超える女子の場合、その後の追究が必要であろう。ただ、アメリカの場合産院退院前に第一回スクリーニングを行うのが現状だが、生後3日目位で退院する例も少なくないとの事で、もし生後1週間目の退院ならば、もう少し第一回目の発見率は高いだろう。

いづれにせよ、早期治療のためのスクリーニングとして、もっともすぐれているのは、血液ガスリー氏法によるスクリーニングであることは明白である。アメリカ・イギリスでも現在、集団スクリーニングは、血液によるスクリーニングが中心であり、その他のヨーロッパ各国でも、急速に尿によるスクリーニングから、血液によるスクリーニングに切替られている。

わが国では、尿によるスクリーニングも全国的に軌道にのり始めたのは、1970年度からであり、スクリーニング体制は立ちおけているが、この尿によるスクリーニングは、前述の如く、オルト・ハイドロキシフェニール酢酸検出法以外は、早期治療のためには不適當である。先に述べた森山豊班長の研究班も、厚生省に対し、一刻も早く血液によるスクリーニングを実施すべきことを報告している。血液によるスクリーニングも一回のみでなく、第二回目のスクリーニングが必要という考えも述べたが、一回だけの血液によるスクリーニングでの発見もれが、高高10%であるのに比べ、¹¹⁵⁾尿中フェニール焦性ブドウ酸検出によるスクリーニングでは、先のPKU委員会の報告の外にも、40%が見逃がされる¹¹⁹⁾、あるいは70%も見逃がされるという報告¹¹⁶⁾があることから考えれば、その優劣は明らかである。

ただ血液によるスクリーニングを行う場合には、採血ということが一つの大きな障害になっていることは前にも述べた。殊にスクリーニングの費用を、国及び自治体がかつ場合に、採血料金ということも現実の壁となっている。この壁を超えるためには、まだ多少の時日が必要であろうし、産婦人科医、公衆衛生関係者を納得させるだけのわが国における血液スクリーニングによる実績も必要であろう。どうしても、血液によるスクリーニングが実施出来ない場合は、今の尿紙法あるいは尿試験紙法でなく、オルト・ハイドロキシフェニール酢酸法を早急に実施する必要がある。今の状況がつつけば、いくらスクリーニングを行っても、イギリスその他のデータが示す如くPKU患者の $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{3}{4}$ は見逃がされている可能性が大きい。これらの子供は、治療すれば防ぐことが出来るのに、みすみす重症の精神薄弱の症状に悩まなければならないのである。この子等に対する責任を考えると、背筋に冷たいものを感じざるを得ない。

このような現状を打破するために、PKUスクリーニングを法制化すべきだという意見も一部に強い。この法制化ということは、一つの解決の道であろうが、そのためにはやはり国家・自治体の予算という壁がある。(もっともこのスクリーニングの費用がいくら高くなっても、Bickelの言うように、¹²¹⁾もしPKUが精薄症状がひどくなり、一生の間国や自治体で援助をするために消費される費用に比べれば、はるかに経済的なのであるが、残念ながら、わが国ではそういう計算もあまり説得力はないようである。)また一方、充分な確認診断、あるいは治療のための万全の体制がない中に法制化することは、却ってマイナスになるという論争^(14, 31-32)を考えると、わが国では、まだ法制化時期尚早なのかもしれない。産科医、公衆衛生関係者、その他の人々の努力により、もう少しスクリーニング、確定診断、そして正確な治療が可能な施設の拡充・増加が先行すべきなのであろう。

ま と め

PKUの本態と治療法、スクリーニングの各種の方法を説明し、その上で、アメリカ、イギリス、その他ヨーロッパ諸国のPKU集団スクリーニングの現状を述べた。またわが国における集団スクリーニングの現状についても概略を説明した。そしてこれらの現状から、PKUスクリーニングとしては、血液によるスクリーニングがもっともすぐれておること。尿紙法あ

るは尿試験紙法では、かなりの率でPKU患者が見逃がされているので、もはやスクリーニングとしては不適當であることを述べた。

文 献

- 1) 成瀬 浩 : 講座心理学 (編者八木) 9巻 162頁 (1970)
- 2) 平野修助 : 蛋白質, 核酸, 酵素 (特集号: 脳の生化学) 14巻 148頁 (1969)
- 3) Waisman : Mental Retardation, (Ed, Stevens & Hefer) (1965) Univ of Chicago Press.
- 4) 高類陸年 : 日本臨床 (25巻) 1552頁 (1967)
- 5) Woolf, L. I : Phenylketonuria and allied metabolic diseases (Ed. Anderson & Swaiman) p. 50 (1967)
Department of Health, Education and Welfare. U. S. A.
- 6) Woolf, L. I. & Goodwin, B. L. : Clinical Chemistry, 10 146 (1964)
- 7) McCamen, M. W. & Robine, E. : J. Lab. & Clin. Med. 59 885 (1965)
- 8) Guthrie, R. & Susi, A. : Pediatrics, 32 338, (1963)
- 9) California Department of Public Health. : Family Health Bull. 6 No. 4 (1963)
- 10) Guthrie, R. : J. A. M. A. 178 863 (1961)
- 11) Guthrie, R. : International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Health (1964)
- 12) Guthrie, R. : XI International Congress of Pediatrics, Tokyo (1965)
- 13) Woolf, L. I. : Arch Dis Childhood, 43 137 (1968)
- 14) Halm, V. A., Derring W. M. & Penn, R. L. : J. A. M. A. 212 1835 (1970)
- 15) Medical Research Council Working Party on Phenylketonuria, : Brit med. J. 4 7 (1968)
- 16) Stephenson, J. B. P. & Mc Bean, M. S. : Brit med. J. 3 582 (1967)
- 17) Carson, N. A. J., Carré I. J. & Neill D. W. : Arch Dis Childhood, 43 145 (1968)
- 18) Pitt, L. & Wilmott, A. E. : Proceedings of 3rd International Congress on Scientific Study of Mental Retardation, (Ed, Oster) p 502 (1965)
- 19) Cahalane, S. F. : Arch Dis Childhood. 43 141 (1968)
- 20) Barbesier, J., Boisse, J., Charpentier C., Lemonnier. A. & Mozziconacci, P. : Press med., 77 1279 (1969)

- 21) Bickel H., : Mschr. Kinderheilkunde, 114 23 (1966)
- 22) Turner, B. & Brown, L. A. : Med. J. Australia 57 11 (1970)
- 23) 大島一郎他14名 : 日本公衆衛生学雑誌 13巻 459頁 (1966)
- 24) 昭和42年度, 厚生省医療助成金による研究成果報告集要約 : 厚生省大臣官房. 総務課., 1968年 8月
- 25) 昭和43年度, 厚生省医療助成金による研究成果報告集要約 : 厚生省大臣官房. 総務課., 1969年 8月
- 26) 大浦敏明 : 私信
- 27) 田中克己 : 神経研究の進歩 12巻 133頁 (1968)
- 28) Hsia, L. Y. Y. : Phenylketonuria and allied metabolic Diseases (Ed. Anderson & Swaiman) p.34 (1967)
Dept. of Health, Education and Welfare, U. S. A.
- 29) Massachusetts Dept. of Public Health : New England J. Med, 273 107(1965)
- 30) Hsia, L. Y. Y. : Lancet 1 (7653), 905 (1970)
- 31) Bessmann S. P. : J. of Pediatrics, 69 334 (1966)
- 32) Letters to Editor : J. of Pediatrics 70 150 (1967)

(追記) 未公開のため詳細は発表出来ないが、血液によるスクリーニングの結果がGuthrieの下に集っており、それによるとヨーロッパでも、イギリス、ドイツ、フランス、オーストリア、オランダ、フィンランド、スイス、デンマーク、イスラエル、ユーゴスラヴィア等の国でのスクリーニングが進んでおり、アジアでも上記のオーストラリアの外、ニュージーランドにおいて、血液によるスクリーニングが、大規模にすゝめられている。

あ　と　が　き

この資料を編集するにあたって、編集委員、研究所員がいろいろな角度から討議を行ないました。

その概要は、資料はその名の示す如く客観的なデータの集積であるので、できるかぎりありのまま提示するものであり、資料の意義考察はそれぞれの読者にまかせるべきであるという意見と、資料が客観的データの集積とはいってもそのデータの収集、分析が定見に行なわれているわけではなく、資料を作る人の意図、意見が入っているのは当然のことであるという多数意見がありました。

そしてその結果、資料を書く人がそれなりの意図、意見をもって書いているのだから、それを明確にすることが著者の義務であるという結論になりました。

そのようなわけで、従来と多少異なった編集になりました。著者名を明確にし、著者には目的、考え方などを或程度明確にさせていただきました。

ここに収めました4編はそれぞれ活躍されている分野についてまとめていただいたものです。

編集委員 中 川 泰 彬

斉 藤 和 子

越 智 浩 二 郎

精神衛生資料

—第17号—

編集責任者	中川 泰彬 齊藤 和子 越智浩二郎
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台 1の7の3 電話 市川 (0473) - ㊟0141
印刷所	株式会社 弘文社 千葉県市川市市川南 2-7-2 電話 市川 (0473) ㊟-5977(代)

