

精神衛生資料

第 19 号

昭和 48 年

国立精神衛生研究所

精神衛生資料

第 19 号

昭和 48 年

Annual Report on Mental Health

Number 19

1973

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

精神衛生資料 第19号 目 次

地域における精神障害者の動向 ——市川市行徳・南行徳地区の場合——	齊藤和子	1
わが国における精神病院の現状と問題点	吉川武彦	27
(II) 精神科外来診療の実態		27
(III) 児童患者の実態		41
(IV) 作業療法の実態		53
I. WHOの第8回および第9回修正国際疾患分類をめぐって	加藤正明	73
II. 国際間の診断基準の比較	加藤正明	78
III. アメリカにおける精神医学的命名と分類	加藤正明	79
IV. ヨーロッパにおける精神医学的命名と分類	加藤正明	81

地域における精神障害者の動向

—市川市行徳・南行徳地区の場合—

齋藤和子

はじめに

昭和43年秋に市川市行徳・南行徳地区において地域精神衛生研究をはじめからすでに5年が経過した。この間、研究所内外で、地域精神衛生あるいは地域精神医学について種々論議があった。昨今では地域精神衛生は新たな差別と管理を招いているにすぎないという批難も強い。このことは研究班の中でも検討され研究の進捗にも影響を与えた。また、研究班には社会学を専門とするものも居り、地域社会そのもののあり方、またそこにおける精神衛生の意味、地域との関わり合いなど、単に医学的に見た精神衛生のあり方のみでない論議もあった。班として統合された活動に比して論議に多くの時間を費した感が強いのであるが、このような論議を経て、またこの間個人々が行った実践によって、地域精神衛生について班員それぞれがちがったイメージをもっていったことが明らかになったことは一つの収穫といえるであろう。

このような中で筆者は在宅の精神障害者の生活と社会適応をテーマとしてきた。そして病院の行う社会復帰活動や在宅指導、保健所の行う相談・指導業務に協力するというかたちで個々の事例の訪問指導などを行ってきた。

今回ここにまとめた資料は、この活動の間に、事例に関して折にふれ集まったものの中から比較的まとまりのある国民健康保険加入者群と国立国府台病院受診者群の分を整理したものである。はじめから一貫した意図のもとに集め

たものではないために統計的に緻密な分析にたえられるものではないが、この地区における精神障害者および精神医療のおよその姿をとらえることはできると考えられる。

地域の概況

市川市行徳・南行徳地区に関しては、歴史および現況、生活構造、産業、文化、教育などについて、「精神障害者に対する地域住民の態度—市川市行徳・南行徳地区の場合（齋藤、佐竹 精神衛生研究第20号）および「市川市行徳・南行徳地区社会調査（昭和45年）報告書」（高臣、佐竹他）に詳しいのでここでは簡単にふれるにとどめる。

この地区はかつて東葛飾郡に属し、昭和30年に行徳町が、31年に南行徳町がそれぞれ市川市に合併した。この地区は行徳北部を除き当時はもちろん合併後も旧市川市からさえも交通の便は悪く、産業も漁業および農業が主であり都心からわずか15Kmのところとは思えないのどかなところであった。しかし合併の頃から東京湾汚染や京葉臨海工業地帯開発事業による海岸の埋立てで漁業は衰退し、工場が進出してきた。昭和35年第1次埋立て開始から45年までの10年間に55工場が進出している。昭和44年には地下鉄東西線が開通し、都心へわずか15分の距離となった。同時に地価も高騰した。市の都市計画や区劃整理事業もあって農地も宅地化してきている。現在では昔からの家並みを残す行徳街道と東西線の間改正道路ができ、

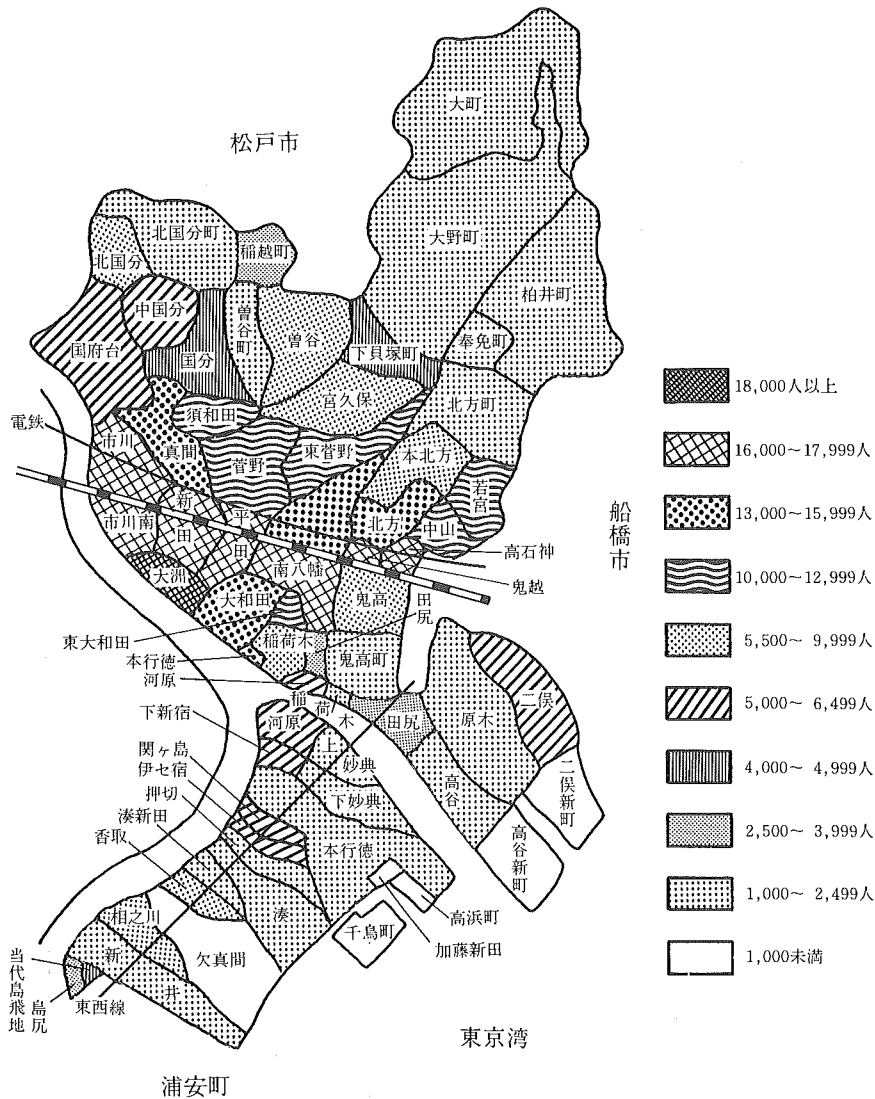
表1 人口・世帯動態—地区別

地区	世帯および人口	昭和30年		昭和35年		昭和40年		昭和45年		昭和48年	
		実数	昭和30年=100	実数	昭和30年=100	実数	昭和30年=100	実数	昭和30年=100	実数	昭和30年=100
行徳北部	世帯数	184	100	1,134	616	3,524	1,915	4,413	2,390	8,765	4,763
	人口	957	100	4,496	470	10,366	1,083	14,119	1,475	12,850	1,342
	1世帯当り人員	5.2		4.0		3.0		3.2		1.5	
行徳東部	世帯数	490	100	513	104	786	160	2,708	553	5,383	1,099
	人口	2,664	100	2,775	104	3,505	132	10,155	381	15,860	595
	1世帯当り人員	5.4		5.4		4.5		3.8		2.9	
行徳中央部	世帯数	1,905	100	1,863	98	3,271	172	2,551	134	2,670	140
	人口	9,359	100	8,443	90	12,112	129	10,095	108	9,930	106
	1世帯当り人員	4.9		4.5		3.7		4.0		3.7	
南行徳	世帯数	1,367	100	1,557	114	2,225	163	2,849	208	4,925	360
	人口	6,939	100	7,762	112	9,516	137	11,412	164	16,228	234
	1世帯当り人員	5.1		5.0		4.3		4.0		3.3	

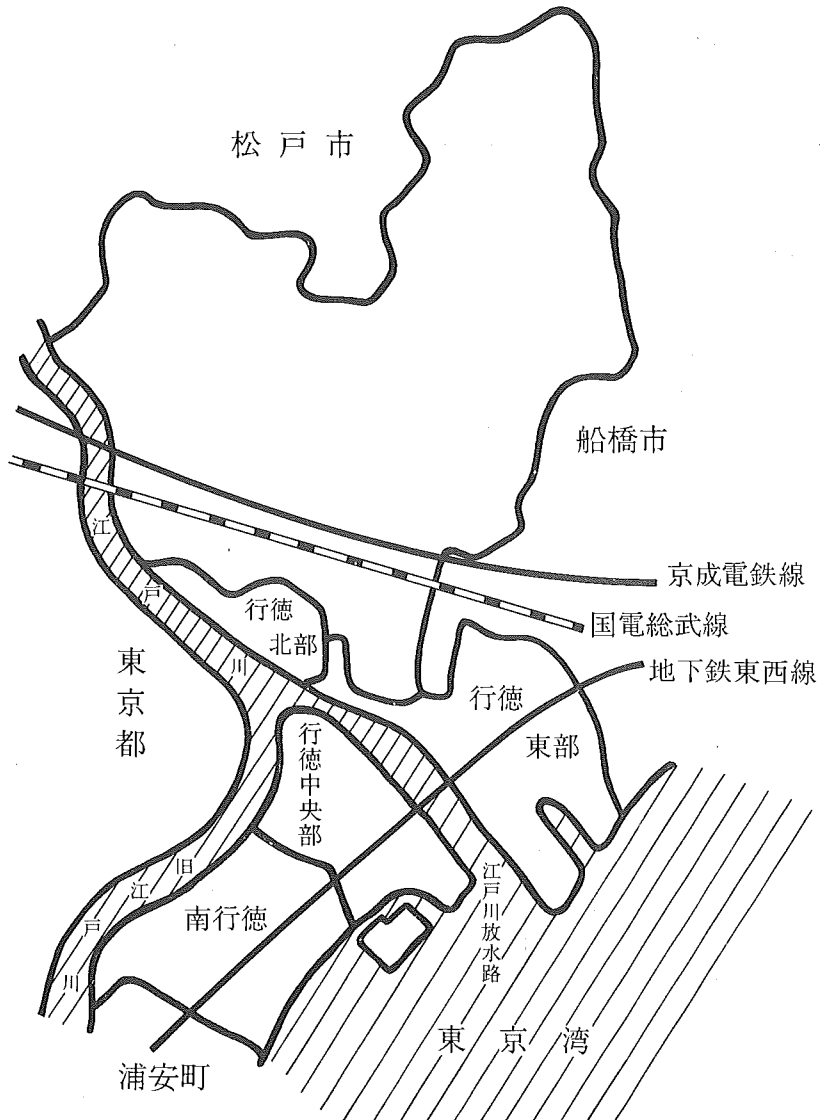
图 1

人口密度

(昭和47年10月1日現在)



市川市行徳地区図



行政機関や公共機関が移転して新しい中心街になろうとしている。またマンションも林立しはじめ東西線開通以前のおもかげは今はない。

人口も著しく増加した。昭和30年以降の人口動態は表1の通りである。昭和47年の市川市の人口密度は図1の通りである。

われわれ研究班では最近まで行政的にも1ブロックであった行徳地区を地区の特性や都市化の程度によって3地区に分けている。すなわち行徳北部、行徳東部、行徳中央部である。南行徳はそのまま1地区としている。

北部は旧市川の方からみて江戸川を渡る手前で市川寄りの3部落で、都市化、工業地帯化の最も早かったところである。3部落のうち、大洲は合併後すぐに本庁管轄に入り、残る2部落、大和田、稲荷木も昭和43年に本庁管轄に移った。国民健康保険事務も本庁扱いとなった。研究班活動からも初めから除いたところである。

東部は北部と同じく江戸川放水路の手前で船橋寄りの4部落をさし、後に埋め立て地が加わる。東西線開通前は交通の便の最も悪かったところで、農業が比較的多いところである。

中央部は放水路を渡ったデルタの中にあり、旧行徳町の中心地である。

市の統計では東部と中央部が「行徳」として1単位として集計してある。このために、以後はこの報告でも東部と中央部に分けて検討できない部分もある。以下単に「行徳」とのべているところは行徳東部と行徳中央部を合せたものである。

南行徳はデルタの中で旧市川市からは最も遠く東葛飾郡浦安町に隣接する。漁業が比較的多かった。

国民健康保険の概況

このような急激な都市化という状況の中で国民健康保険の加入率は年々減少しているのであるがやはり40%を占めている。加入者の動態は表2の通りである。

国民健康保険事業が市川市全域に実施されたのは昭和36年1月からであるが、南行徳地区では合併前「町」の時代から公営で保険事業が行われていた。これが昭和31年合併に伴い市川市に引き継がれ市川市における国民健康保険の始まりとなった。

32年度の報告では南行徳地区の人口は7,105人、加入者は4,529人で加入率63.7%となっている。全市に施行された36年1月現在では全市で加入率は30.0%でありこの比率は現在ではわずかに低くなっている。

表2 国民健康保険加入状況

(「市川市の国民健康保険」より)

地区 年度	市川全市			行徳地区			南行徳地区		
	人口	被保険者	加入率	人口	被保険者	加入率	人口	被保険者	加入率
32							7,105	4,529	63.7
33							7,229	4,472	61.8
34							7,611	4,441	58.3
35	161,113	48,484	30.0				7,825	4,350	55.5
36	166,073	48,491	29.1						
37	175,337	49,198	28.0	14,866	6,555	44.0	8,378	4,333	51.7
38	186,215	40,339	27.0						
39	199,173	51,515	25.9	18,462	6,830	36.9	9,316	4,407	47.3
40	208,784	53,248	25.5	20,549	7,149	34.8	9,718	4,421	45.5
41	217,539	55,354	25.4	22,747	7,657	33.7	10,036	4,523	45.1
42	232,774	58,775	25.2	26,788	8,068	30.1	10,525	4,628	44.0
43	240,800	62,190	25.8	*16,501	5,727	34.7	10,774	4,681	43.4
44	249,325	66,357	26.6	18,978	5,874	31.0	11,552	4,766	41.3
45	264,605	70,659	26.5	20,969	6,150	29.3	11,488	4,832	42.1
46	274,796	75,283	27.4	22,314	6,539	29.3	12,262	5,108	41.7
47	283,667	79,568	28.0	** 9,783	4,154	42.5	14,090	5,602	39.8

注1. 35年度は36年1月1日、36年度は37年4月1日、37年度は38年4月1日、38年度以降は年度末つまり明る年の3月31日現在の集計。

注2. *この年から行徳北部の大和田、稲荷木の2部落が行徳地区から抜ける。

**この年から行徳東部の田尻、高谷、原木、二俣の4部落が行徳地区から抜ける。

市川市としては、昭和20年3月に組合立として市川国民健康保険組合が設立され21年3月から事業を開始したが24年9月に事業は中止されている。

現在の国民健康保険は農漁業を背景として南行徳地区ではじめられ、現在でも行徳、南行徳地区では高い加入率を示している。そこで国保加入者について精神医療の実態を把握することはこの地区における疾病状況や医療機関、診療圏などについて一つの傾向を知ることであり、これはこの地区において精神衛生活動をすすめる上で基礎資料となるものと考えられた。

I 国民健康保険加入者における精神障害

まづ市川市の国民健康保険課が集計している「市川市の国民健康保険」誌にのせられている国保病類別疾病統計から過去10年間における「精神障害」と「不慮の事故および中毒」の件数の変化をみると表3および表4のようになる。ともに39年から42年までは1年間の集計であるが44年以降は毎年5月1ヶ月間のものである。またこれは市川全市のものである。

表3 精神障害
(「市川市の国民健康保険」より)

医療年度	件数	総件数に対する百分率	入院		外来	
			件数	百分率	件数	百分率
39	1,929	1.42	519	2.69	1,410	73.1
40	2,964	2.04	674	2.27	2,290	77.3
41	1,559	0.97	130	8.3	1,429	91.7
42	4,334	2.35	548	12.6	3,786	87.4
43	欠					
*44	336	1.84	102	30.4	234	69.6
*45	313	1.45	124	39.6	189	60.4
46	欠					
*47	383	1.49	107	27.9	276	72.1

*5月1ヶ月間

表4 不慮の事故・中毒
(「市川市の国民健康保険」より)

医療年度	件数	総件数に対する百分率	入院		外来	
			件数	百分率	件数	百分率
39	8,382	6.18	252	3.0	8,130	97.0
40	6,187	4.27	205	3.3	5,982	96.7
41	10,604	6.72	113	1.1	10,491	98.9
42	10,995	5.97	375	3.4	10,620	96.6
43	欠					
*44	830	4.55	21	2.5	809	97.5
*45	973	4.53	34	3.5	939	96.5
46	欠					
*47	982	3.83	33	3.4	949	96.6

*5月1ヶ月間

集計の期間に変動があり集計していない年もあるのでここから明確な傾向として多くをとりあげることはできないが、いくつか目につくことをひろってみる。

まづ精神障害について、件数は入院も外来も年々多くなり、47年度では39年度に比べ入院で2.5倍、外来で2.3倍となっている。しかし全疾患に対する比率は途中著しく増減するが全体としてわずかに増加しているにすぎない。途中の40年から42年への変化について説明し得るに十分な資料がないのが残念である。入院・外来の比率は39年から42年にかけて入院が減少する傾向にあったが44年、45年と著しく高くなった。この高くなったことについては、1回を長期にわたって入院させるということから頻回でも短期とする動きの表れかとも考えられるが、入院日数についての資料がないためにはっきりしたことはいえない。

不慮の事故および中毒については件数は増加しているが全疾患に対する割合は減少している。入院・外来の比はほとんど変化していない。

このように疾病統計は国保課の集計にもあるのであるが市川市全体としてまとめて集計してあり地区の特性はつかめない。また精神障害は一括して全疾患に対してまとめられているので細かい診断や障害者の構成なども不明である。そこで行徳・南行徳地区について別個に集計を行うことにしたのである。

以下は、昭和45年4月1日から46年3月31日までの1年間に精神障害およびそのうちの神経症に近縁のものおよびいわゆる心身医学の対象と考えられる訴えのために医療機関で受診した者についていくつかの分析を試みたものである。

表2によれば、昭和45年度における行徳地区(東部および中央部)の人口は20,969人でありこのうち国保加入者は6,150人である。加入率は29.3%である。南行徳では人口11,488人でこのうち国保加入者は4,832人あり加入率は42.1%である。西地区を合すると人口は32,457人となり加入者は10,982人となる。加入率は33.8%である。

診断

診断の分類は基本的には昭和38年の精神衛生実態調査における厚生省の定義および区分と同じである。これらに加えてここでは「その他」としていわゆる心身症や神経症辺縁群をまとめて分類した。これらは半健康の状態あるいは精神障害周辺群ともいうことができ、精神衛生活動の一つの目的が疾病予防にあることから重要な対象群であると考えられたからである。また「高血圧症」をとり出したのは、この地区の住民がかって農漁業を多く営んでいたこと

から多いであろうと予測したためである。

結果および考察

1. 精神障害者数

各診断毎の実数および国保加入者千人に対する有病率は表5の通りである。

精神分裂病は両地区合せて36人、うつ病は12人、てんかんは23人である。加入者千人に対する有病率は精神分裂症3.28、うつ病1.09、てんかん2.09である。これを昭和38年の精神衛生実態調査からの推計と比べてみるといづれも高率であることがわかる。この差について考えてみると、実態調査は一般人口から無作為に抽出した

表5 国民健康保険加入者精神障害者診断別一地区別総数および有病率

診 断	国保加入者	地区		南 行 徳		全 地 区		昭和38年 実態調査 有病率(人口 1,000対)
		行 徳 (東部および中部)	実 数	有 病 率 (加入者 1,000対)	実 数	有 病 率 (加入者 1,000対)	実 数	
		6,150		4,832		10,982		
精 神 分 裂 病		20	3.25	16	3.31	36	3.28	2.3
躁 う つ 病		9	1.46	3	0.62	12	1.09	0.2
て ん か ん		9	1.46	14	2.89	23	2.09	1.0
動 脈 硬 化 症		97	15.77	88	18.21	185	16.84	
頭 部 外 傷		69	11.22	47	9.72	116	10.56	
脳 炎 ・ 脳 性 痲 痺 等		3	0.48	3	0.62	6	0.54	
梅 毒		5	0.81	4	0.82	9	0.82	
老 人 性 精 神 障 害		5	0.81	1	0.20	6	0.54	
精 神 薄 弱		2	0.32	3	0.62	5	0.45	4.2
中 毒 性 精 神 障 害		5	0.81	2	0.41	7	0.63	0.7
精 神 病 質								0.5
神 経 症		59	9.59	37	7.65	96	8.74	1.1
そ の 他	不 眠	31	5.04	15	3.10	46	4.18	
	偏 頭 痛 等	57	9.26	27	5.58	84	7.64	
	自 律 神 経 失 調 症	42	6.82	34	7.03	76	6.92	
	更 年 期 障 害	8	1.30	7	1.44	15	1.36	
	肩 こ り	48	7.80	21	4.34	69	6.28	
高 血 圧 症	309	50.24	280	57.94	589	53.63		
小 児 神 経 症 群		4	0.65	4	0.82	8	0.72	

対象者との短時間の面接から得られた数をもとにしての推計であるため実際の数より下まわることが予想される。しかしここでは現実に診療をうけているものについての集計であるため実態調査より高く出るものと思われ、比率もより現実に近いと考えられる。

動脈硬化症から老人性精神障害までの5診断は厚生省の区分では脳器質性精神障害として、一括されているものである。これらのうち、脳炎・ずい膜炎、梅毒、老人性精神障害はこのものとして診断されているもののみであるから脳器質性精神障害としてそのまま分類できるのであるが、動脈硬化症と頭部外傷は厳密には加えることができない。動脈硬化症に入れたものの中には、脳動脈硬化症、脳卒中、脳卒中後遺症、脳軟化症などが入っているが、単に動脈硬化症とあったものや高コレステロール血症も入っている。頭部外傷も後遺症のみでなく頭部の外傷であれば全て入っている。このようなわけで、動脈硬化症と頭部外傷については実態調査と比較することはできない。この2つを除いた3つのものの合計は実数で21人、有病率で1.91とな

る。これは実態調査における5診断の合計からの有病率2.2に近い値である。ここで除外した2つの診断についてもっと厳密な選別を行い、これを加えるならば有病率は実態調査の値より上まわることが予想される。

ここまですべてが精神病と分類されるものであるが、ここでも動脈硬化症と頭部外傷を除いて合計すると92人となり千対8.37となる。これはこの2診断が加わっている実態調査の値5.9よりはるかに高い。

精神薄弱は実数で5人、千対0.42である。この値は実態調査の4.2のはほぼ10分の1である。精神薄弱が精神障害であっても医療の対象としてはなかなか現れないことを示しているといえよう。

中毒性精神障害は実数で7人、千対0.63で実態調査の0.7をいく分下まわる。7人の内訳はアルコール中毒3、薬物中毒4となっている。

神経症は96人、千対8.74と実態調査の1.1よりはるかに多い。ここに入れたものは明瞭に神経症、ノイローゼ、……神経症と診断されたものばかりであり分類には信頼性

がおける。神経症が大部分自ら訴えをもって受診するものであるだけに実態調査との差は興味あることである。

次に特にとりだした「その他」群であるが、ここに入ってくるものは疾患単位というよりは症状名あるいは症状群である。不眠は単に不眠と診断されたもので46人あった。偏頭痛・メニエル症候群はだいたいこの2つの診断によるもので単に頭痛というのも少数入っている。84人であった。めまい、自律神経失調症もこの2つの診断によるもので76人であった。更年期障害、肩こりもこのまま診断名とされていたもののみでそれぞれ15人、96人であった。

高血圧症が予想通り非常に多い。

小児神経症群は、緘黙、夜尿などで8人であった。

以上まとめると有病率は全体に実態調査より高く、特に神経症では高い。ただし精神薄弱は例外で非常に低いといえる。

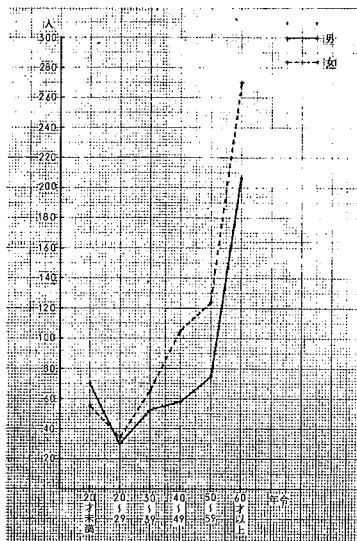
2. 地区別

地区別として、行徳（東部および中央部）と南行徳に分けてみると、行徳地区では南行徳に比べてうつ病、老人性精神障害、中毒性精神障害、神経症およびその他群が多く、南行徳では精神分裂病、てんかん、精神薄弱が多い。いかえると行徳地区では南行徳に比べ心因性あるいは生活環境の影響を受けやすい障害が多く、南行徳ではいわゆる内因性の障害が比較的多いということになる。

3. 性別、年齢別

受診者総数の性別、年齢別変化をグラフにすると図3のようになる。

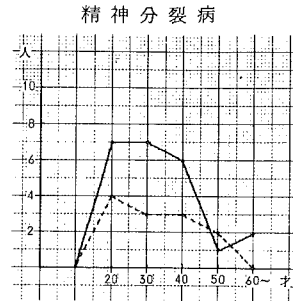
図3 国民健康保険受診者性別・年齢別



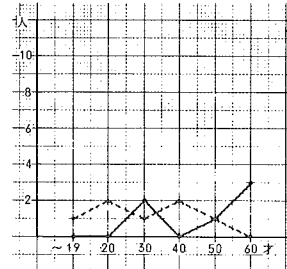
20才未満では男が女より多いが20才をこえると女の方が多くなる。ともに20才台が少く年齢が高くなるにつれて増加し、特に60才以上の増加は著しい。

診断別に性別、年齢別をみると表6のようになる。これをグラフに表わすと図4から図7のようになる。

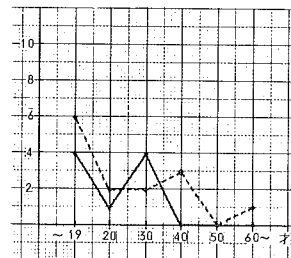
図4



うつ病



てんかん



精神薄弱

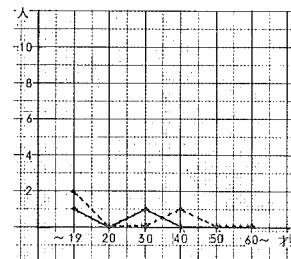


表 6 精神障害者、性別・年齢別一行徳、南行徳両地区

性別 年齢 実数	男						女						合計		
	20才未満	20才 29才	30才 39才	40才 49才	50才 59才	60才以上	計	20才未満	20才 29才	30才 39才	40才 49才	50才 59才		60才以上	計
	70	30	52	58	75	207	492	55	36	65	105	124		270	655
診断															
精神分裂病		7	7	6	1	2	23		4	3	3	3		13	36
躁うつ病			2		1	3	6	1	2	1	2			6	12
てんかん	4	1	4				9	6	2	2	3		1	14	23
脳脈硬化症			3	6	21	77	107		2	1	3	15	57	78	185
頭部外傷	46	9	10	5		3	73	31	1	1	5		5	43	116
脳炎・脳性痲痺	4						4	2						2	6
梅毒			1	1	2	2	6			1	2			3	9
老人性精神障害						3	3					1	2	3	6
精神薄弱	1		1				2	2			1			3	5
中毒性精神障害		1	1	3			5		1		1			2	7
その他 精神障害															
神経症	3	5	4	4	7	12	35	5	8	12	15	8	13	61	96
不眠	1	1	1	2	4	5	14	2		2	4	5	19	32	46
偏頭痛	3	3	5	5	2	7	25	2	4	13	12	11	17	59	84
メニエール症候群	2	1	3	5	7	1	19	1	11	16	11	6	12	57	76
自律神経失調症															
更年期障害					1		1				8	5	1	14	15
肩こり	1	2	1	1	2	5	12	1	2	11	8	11	24	57	69
高血圧症	2	1	16	28	48	146	241		4	20	51	84	189	348	589
小児神経症群	5						5	3						3	8

国保加入者について性別、年齢別の資料がないため有病率は出せず、実数で多少を言うにすぎない。

多少順序を入れかえて説明する。

まづ精神分裂病では全体で男23人、女13人と男は女の2倍近くにである。年齢別をみると20才未満では男女とも1人もいない。20才をすぎると急にあらわれ、その数は30代、40代とあまりかわらないが、50才をこえると減少する。

特に男で減少の割合が著しい。うつ病では男女同数である。年齢による変化は女では50才をこえると少なくなるが男ではむしろ増えている。てんかんは女が男の約1.5倍である。年齢別ではともに20才未満が最も多く年齢がすすむにつれ次第に少なくなっている。

図 5

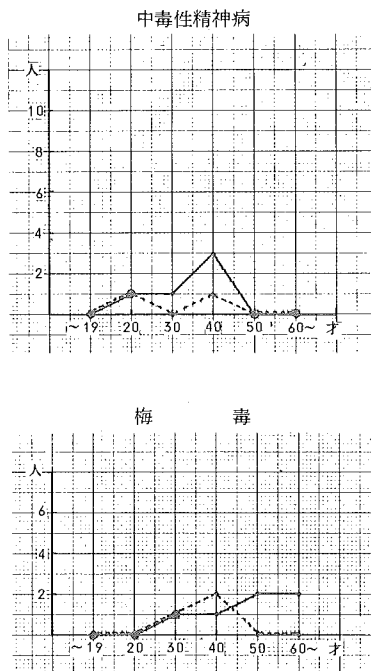


図6は、神経症、偏頭痛など、自律神経失調症、不眠、肩こりをグラフにしたものであるが全て女が圧倒的に多い。男の2~3倍である。年齢による変化をみてみると各診断でいろいろ特徴のあることがわかる。まづ神経症では、男女とも年齢がすすむにつれ増加しているのであるが、男では30代40代は一旦減少して中だるみになっているが女では同じ勢で増え続け、40代ではピークに達する。50代に入ると女は20代と同じところまで下る。これに男の増加が追いつき60代は平行してともに増えていく。

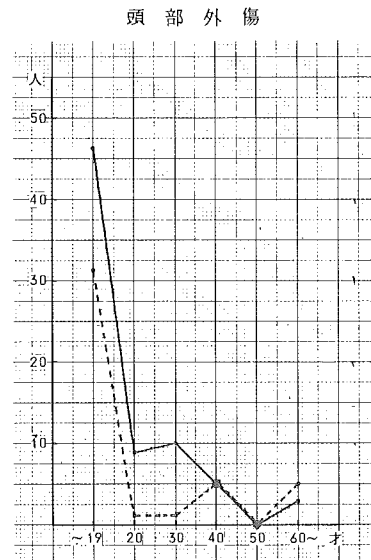
偏頭痛などは男女ともに30代ですでに第1のピークに

男では40才以上では全くなくなっているが女ではまだあり60才以上でも1人ある。精神薄弱では男女ほとんど差はなく、ともに年齢がすすむにつれ少なくなっている。

中毒性精神障害では男が女の2倍以上である。年齢による変化では男女ともに20才未満では1人もいない。女では20代と40代に同数づつある。男では40代が最も多く全体の半数を占めている。グラフは図5に示してある。

梅毒では男が女の2倍あるが、30才未満では男女とも1人もいない。男では年齢がすすむにつれ多くなる傾向があり女では40代が最も多い。

頭部外傷は男女とも多く、合すると受診者100人に対して約10.1人となる。男は女の1.7倍である。ともに20才未満が最も多く、頭部外傷全体の男では63%、女では70%を占めている。ともに20才代以降少なくなるのであるが、男は女に比べ減り方が少ない。女は20代、30代で非常に少なくなるのであるが40代で増えてくる。



達し、40代から50代でいく分減少するのが60才以上になるとともに多くなり、30才台よりも高いピークとなっている。

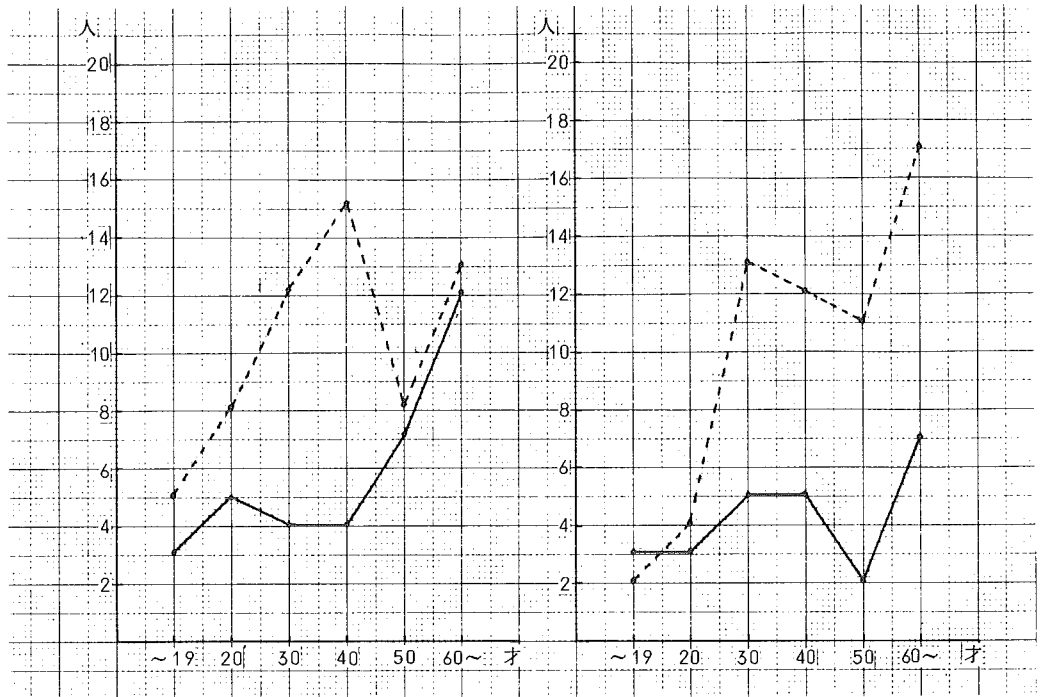
自律神経失調症は女では神経症と全く同じパターンを示しているが、20才未満では1人であるのに20代に入ると急に増え30代でピークとなっている。男では年齢が高くなるにつれ増加して50才台でピークとなり60才代では急激に減少している。

不眠では女がいく分男を上まわりながらともに年齢が高くなるに従って増加しているが、60代に入ると男女の差

図 6

神 經 症

偏 頭 痛 等



自律神経失調症

不 眠

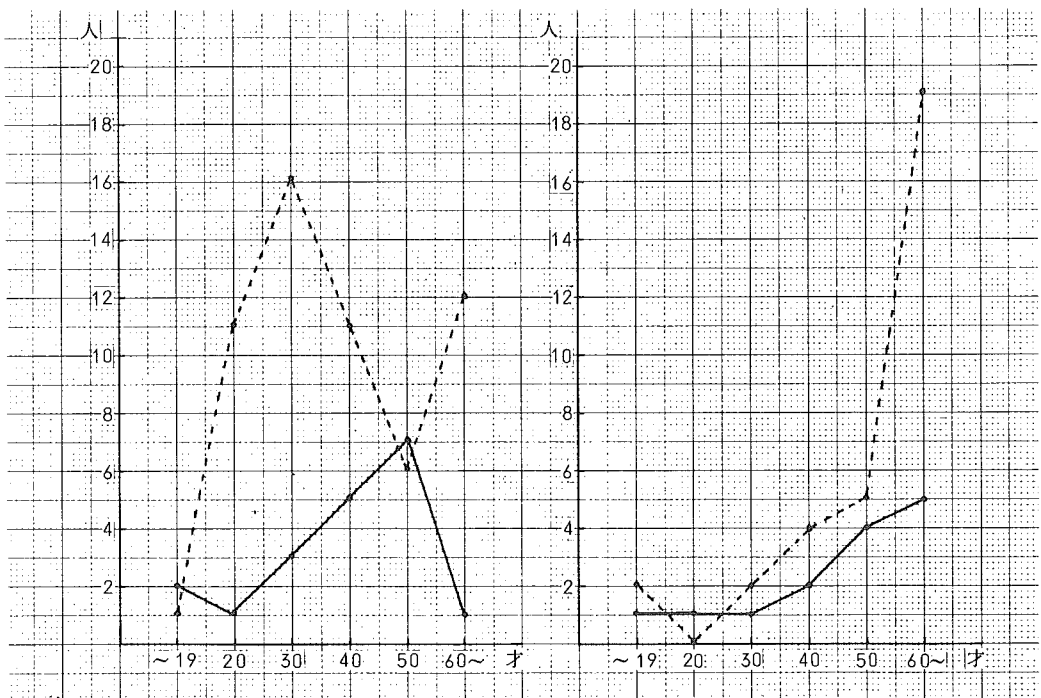
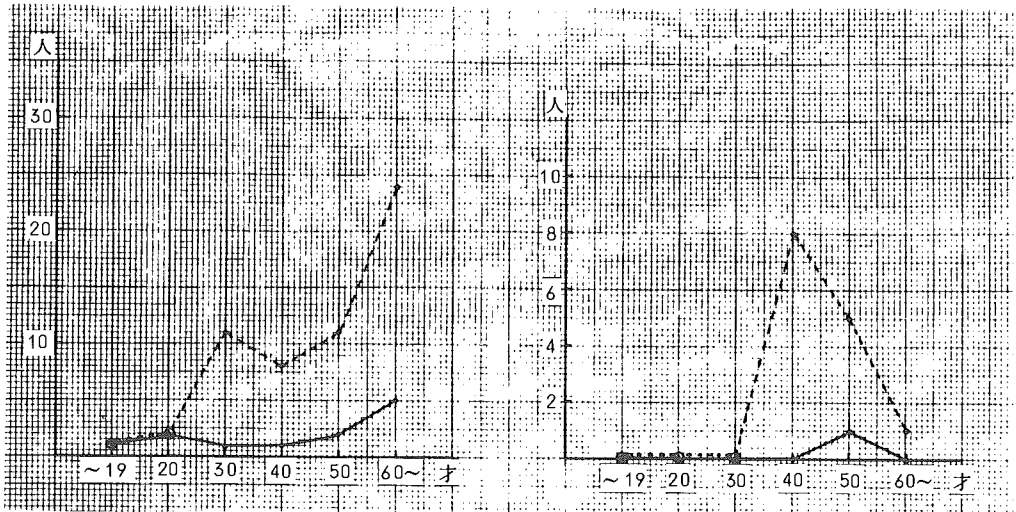


図6 つづき

肩こり

更年期障害



は急に大きくなり女は男の3倍になっている。

肩こりでは20代までは男女の差はなくとも少数である。30代から上になると男はあまり変化せず60代でいく分多くなる程度であるが女では30代で大きく増加して50代まですすみ60代で再び増加して男の約5倍になっている。

これら図6にまとめた神経症や心身症およびその近縁のものの特徴的なところをまとめると1.女が圧倒的に多いということ、2.女では20代ですでに急に増えているものもあり第1のピークが30代か40代に来て、50代ではむしろ減少し、60代で再び増えること、3.男では年令とともに増えるのであるが女ほど急激でなく徐々に増え、女で減少している50代に偏頭痛を除いてむしろ大きく増えていることなどである。

これらの症状群は生活の内容や環境要因からの影響を受けやすいものであるが、とりだされた特徴は年代による男女の身体的変化のちがいととも生活のちがいを示しているといえるようである。

図7は動脈硬化症、高血圧症、老人性精神障害をグラフにしたものである。動脈硬化症では男の方が女より多い。男では30才代ですでに多くなり40才代でいく分少なくなつて50才代、60才代と再び大きく増加している。女では40才代までは少ないが50才代で急に多くなり60才代で大きく増加している。

高血圧症では全体として女の方が多。男女ともに30才代で増加がはじまり、常に女が上まわりながら級数的に増えている。

老人性精神障害は女の方が男より10才若く出現している。

以上まとめて眺めると性により、また年令階級では20才未満の青少年、20才以上50才未満の成人、50才以上のいわゆる初老期以後で受診内容に差があることがわかる。そこで各年令期毎に疾患順位をみると表7のようになる。百分率は各年令期における総数を100としたものである。

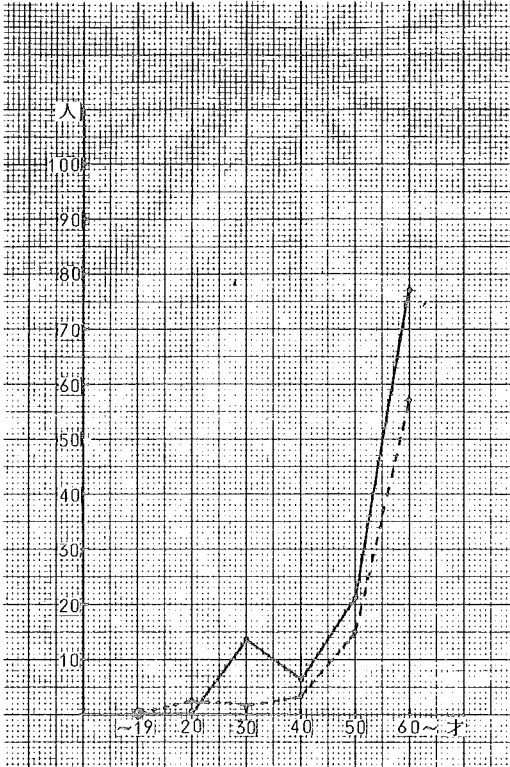
20才未満では男女ともに1位は頭部外傷である。小児神経症群は男では2位であるが女では4位となり、男で4位の神経症が女で3位となっている。

20才以上50才未満では男女ともに高血圧が1位となっている。2位は男では頭部外傷であるが女では自律神経失調症となっている。頭部外傷は女では8位とずっと後退してくる。精神分裂症が男は3位にきているのに女では、神経症、偏頭痛、肩こりより後の6位である。

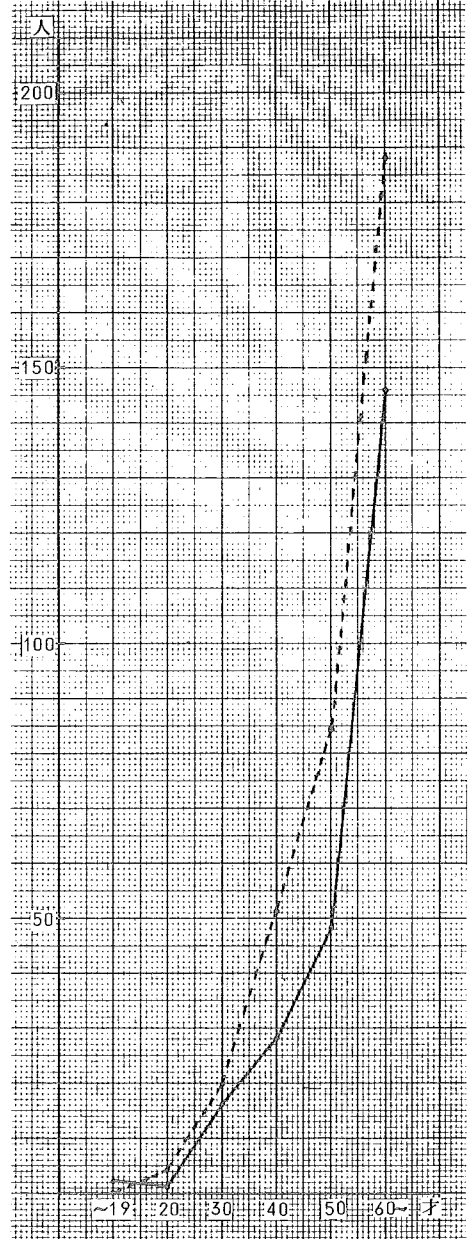
50才以上では男女とも1位は高血圧症で、ともに約70%を占めている。2位はともに動脈硬化である。3位は男では神経症であるが女では肩こりである。神経症は女では6位となっている。

図 7

動脈硬化症



高血圧



老年性精神障害

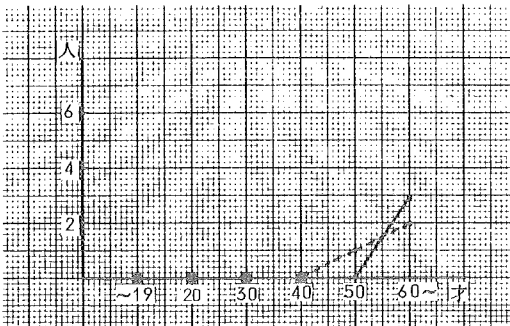


表 7 国保受診者年令別疾患順位

20才未満			20才～50才未満			50才以上					
男		女		男		女		男		女	
順位	診断	百分率	順位	診断	百分率	順位	診断	百分率	順位	診断	百分率
1	頭部外傷	65.7	1	高血圧	32.1	1	高血圧	36.4	1	高血圧	68.8
2	小児神経症群	7.1	2	頭部外傷	17.1	2	自律神経失調症	18.4	2	動脈硬化症	34.8
3	てんかん	5.7	3	精神分裂症	14.3	3	神経症	17.0	3	神経症	6.7
4	脳炎後遺症	5.7	4	小児神経症群	9.3	4	偏頭痛	14.1	4	偏頭痛	3.2
5	神経症	4.3	5	脳炎後遺症	3.6	5	肩こり	10.2	5	不眠	3.2
6	偏頭痛	4.3	6	精神分裂症	3.6	6	精神分裂症	4.8	6	自律神経失調症	2.8
7	高血圧	2.9	7	偏頭痛	3.6	7	更年期障害	3.9	7	肩こり	2.5
8	自律神経失調症	2.9	8	てんかん	3.6	8	てんかん	3.4	8	躁うつ病	1.4
9	精神分裂症	1.4	9	不眠	1.8	9	頭部外傷	3.4	9	梅毒	1.4
10	不眠	1.4	10	自律神経失調症	1.8	10	動脈硬化症	2.9	10	精神分裂症	1.1
11	肩こり	1.4	11	肩こり	2.9	11	不眠	2.9	11	老人性精神障害	1.1
12	老人性精神障害	0.8	12	躁うつ病	1.9	12	躁うつ病	2.4	12	老人性精神障害	1.1
13	老人性精神障害	0.8	13	梅毒	1.9	13	梅毒	1.5	13	老人性精神障害	1.1
14	てんかん	0.5	14	精神分裂症	0.7	14	中毒性精神障害	1.0	14	老人性精神障害	0.8
15	てんかん	0.3	15	精神薄弱	0.5	15	精神薄弱	0.5	15	老人性精神障害	0.8

4. 入院

表 8 国保受診者入院数

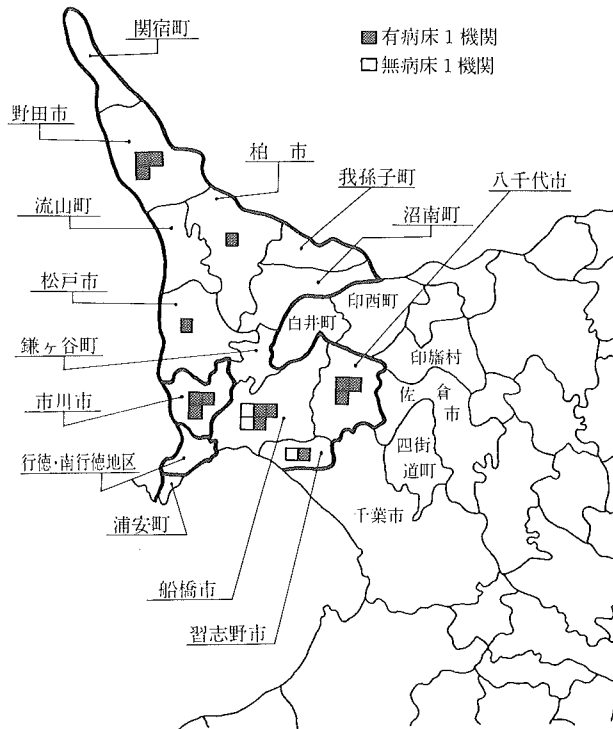
診 断	地 区 人 院	行 徳 東 部			行 徳 中 央 部			南 行 徳 部			計		
		実数	入院	死亡	実数	入院	死亡	実数	入院	死亡	実数	入院	死亡
精 神 分 裂 病		8	6	1	12	4		16	10		36	20	1
躁 り つ 症		4	1		5			3			12	1	
て ん か ん		2			7			14	1		23	1	
動 脈 硬 化 症		43	4	5	54	8	8	88	7	5	185	19	18
頭 部 外 傷		18	2		51	6		47	1		116	9	
脳 性 痲 痺 な ど		2			1			3			6		
梅 毒		1			4			4			9		
老 人 性 精 神 障 害		2			3	1		1			6	1	
精 神 薄 弱		1			1	1		3	1		5	2	
中 毒 性 精 神 障 害		3	2		3	1		2	1		8	4	
精 神 病 質													
神 経 症		29			30	2		37	1		96	3	

表8は精神障害で、調査期間の1年間に入院治療を受けたものの数である。期間の長短は問わない。精神分裂病で

36人中20人、55%が入院治療を受けている。特に東部で多く75%に達している。

5. 受診圏

図 8 東葛地区精神科専門医療機関分布



はじめに市川市を含む東葛地区における精神科専門の医療機関の分布をみると図8のようになる。有床が総合病院も含めて15機関である。診療所のみのところが3機関ある。

行徳、南行徳地区は東葛地区にあっても全く端にあり、川一つ隔ててはいるが交通の便からいえば東京に非常に近い。このために受診圏は東京の江東地区にのびている。そこで行徳・南行徳を中心としてこれを取りまく地域を地理的隔たりと交通の便の両方の要素から次のように分けた。

0地区—行徳・南行徳地区そのもの

第1地区—隣接する地域、すなわち旧行徳地区および東葛飾郡浦安町

第2地区—その外側に位置する地域、すなわち、市川市、船橋市、東京都江戸川区、

第3地区—第2地区の外側に位置する地域、すなわち柏市、松戸市、習志野市、東京都の葛飾、墨田、江東の3区

第4地区—前出の地区を除く東葛地区および千葉全県および東京都全域

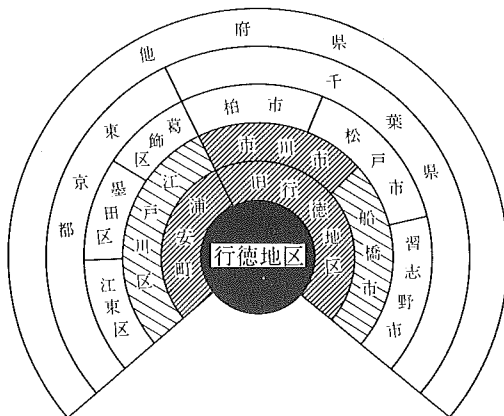
第5地区—その他の府県とした。

これらを受診圏として同心円の図形とした。

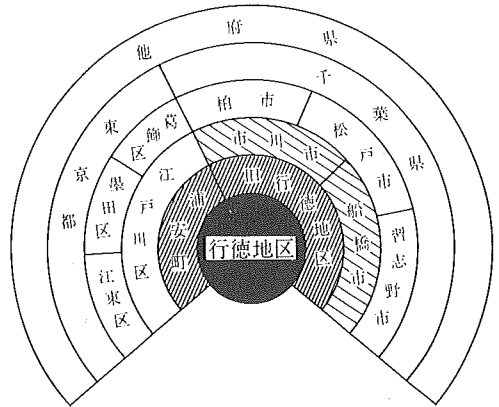
次に受診率の方は1.約50%、2.約70%、3.約90%の3段階として示した。図9の1から7のようになる。

10人以上受診者のあるものにつき診断別図に示したのであるが、ある程度類型化できるものはまとめてみた。なお、「その他」は細分せず一括してまとめてある。第1のグループは0地区および第1地区で50%が受診し、受診圏はあまり広がらず、90%が第2地区どまりとなるもの。つまり地元性の強いものである。これにあてはまるものは、「その他」群、動脈硬化症、頭部外傷、いく分ずれるが神経症で、図の1から4である。

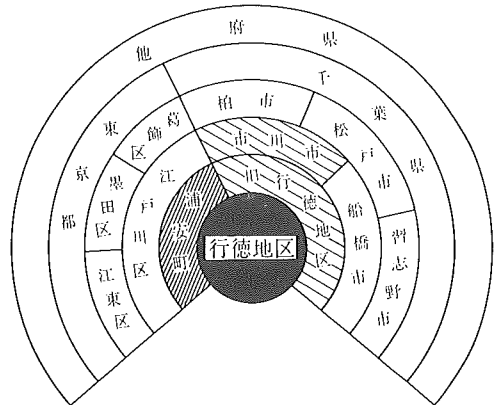
1. その他 917人



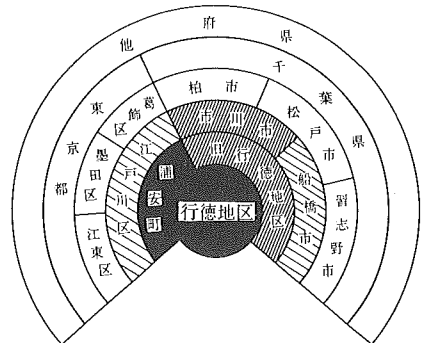
2. 動脈硬化症 185人



3. 頭部外傷 116人



4. 神経症 96人

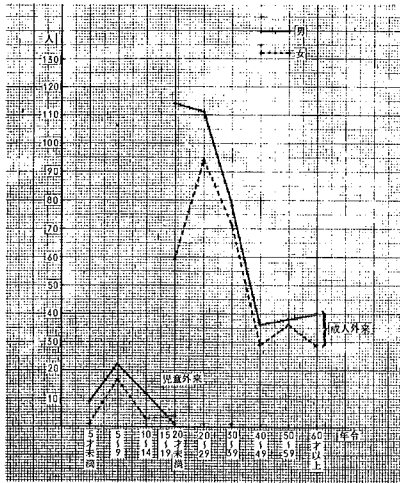


1. 総数一成人

精神科外来受診者の15年間の総数は711人で男407人に対し女304人である。平均1年に47人である。延数では724人である。

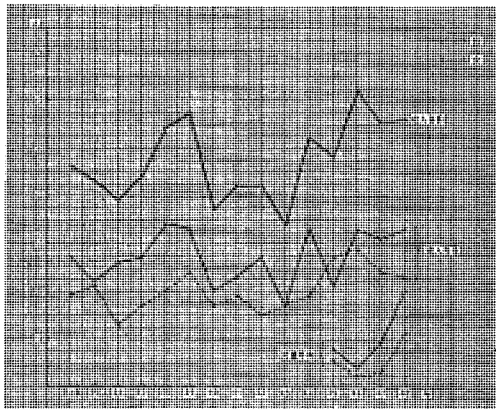
受診者の性別、年齢別グラフは図10の通りである。診断別・年度別数は表9の通りである。

図10 国府台病院受診者年齢別



各年毎の受診者実数をグラフにすると図11のようになる。

図11 国府台病院精神科外来受診者・年度別



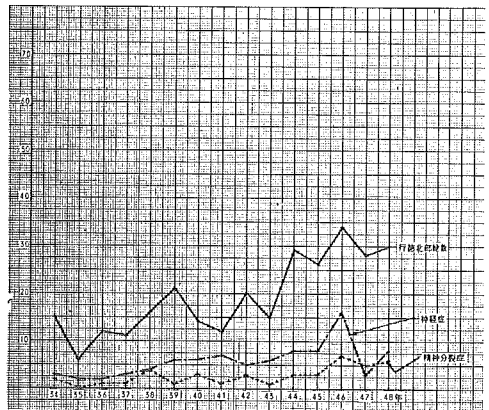
全体として増加はしているの但是一見して増減が不規則に起こっていることがわかる。特に男でははげしい。女では減少した時期もあるが極端ではない。全体として38、39年がその前後に比べ非常に多かったことがわかる。40年から43年までは減少の期間であり44年になると増加がはじまり46年にはピークとなる。47、48と減

少はするが、38、39年当時よりは減少しない。

38、39年に何故増加したのか、40年から43年に何故減少していたのか、39年から7年を経て何故46年に再びピークに達したのか説明は困難である。受診者すなわち地域側の要因もあるであろうし病院の診療体制の要因もあるであろう。

地域側の要因として考えられるのは都市化に伴う人口増加と生活環境の変化である。4つの地区のうち、「はじめに」でのべたように、工業地帯化の最も早かったのは行徳北部である。ここは人口増も最も早くしかも急激なたちでおこり生活環境の変化もはげしいところである。全体のグラフの中からこの地区のみをとりだすと図12のようになる。40年、41年と43年に減少しているが全体として確実に増加傾向をたどっている。

図12 行徳北部国府台病院精神科外来受診者・年度別



行徳北部について更に診断別の受診者を同じ図に描いてみる。内因性精神障害とされる精神分裂病と心因性精神障害とされる神経症を並べてみた。ともに増加はしているが増加の速度は神経症が精神分裂病を上まわっている。また神経症は全体が減少した40年、41年にも減少していない。46年には精神分裂病も神経症もともに増えそれぞれ前年の2倍になっている。このような行徳北部のグラフは精神科受診者の動態は受診者の居住する地域の生活環境の変化に応じて動き、特に心因性といわれる疾患で動きが大きいことを示している。

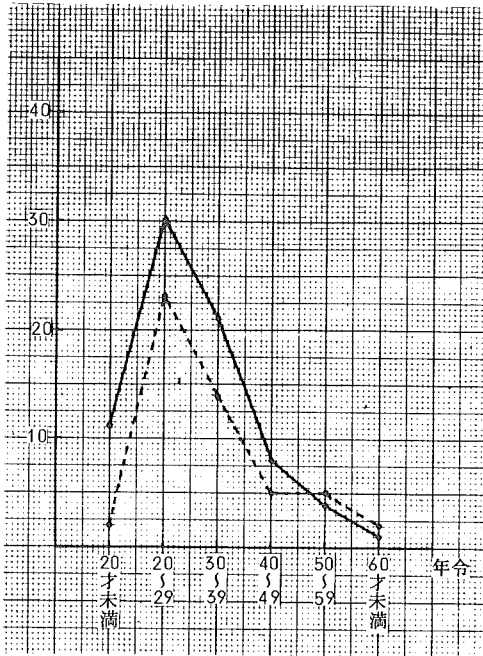
表9で診断別では神経症が最も多く173人で24.3%、次が精神分裂病で127人、17.8%となっている。この順位は国保受診者において、動脈硬化症と頭部外傷を除いた精神障害における順位と同じであるが、国保受診者では神経症は精神分裂病の2.7倍となっている。精神薄弱、中毒性精神障害が国保受診者より多いことが注目される。

表9 国立国府台病院精神科外来受診者診断別・年度別

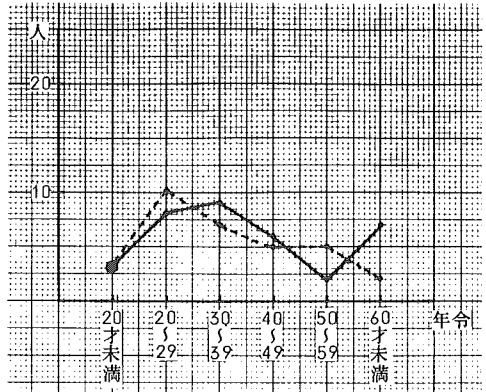
診断	34年		35年		36年		37年		38年		39年		40年		41年		42年		43年		44年		45年		46年		47年		48年		合計				
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女			
	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数	数			
精神分裂病	5	1	2	1	6	2	2	2	7	4	6	5	4	4	3	3	6	1	4	4	4	7	3	3	8	7	9	4	4	9	3	75	52	127	
躁うつ病	2	2	3	3	3	1	3	1	3	1	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	3	5	5	2	2	4	6	4	35	32	67		
てんかん	2	7	2	2	2	2	6	2	2	3	4	2	2	2	2	5	2	2	1	1	5	2	1	3	3	1	5		3	39	35	74			
その他のけいれん性疾患																																			
脳脈硬化症	1	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	2	2	1	24	16	40		
器質性	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	16	2	18			
頭部外傷後遺症	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	13		
脳炎・脳腫瘍及びそれらの後遺症	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	13		
中毒性精神障害	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
急性アルコール中毒	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
老人性精神障害	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
精神障害	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
その他の精神病																																			
中毒性精神障害																																			
精神病質	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
精神病質	4	5	3	6	2	3	6	4	2	4	6	7	5	6	9	5	3	9	2	8	9	4	4	7	11	10	8	3	9	11	81	92	173		
神経症	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
不眠	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
偏頭痛	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
自律神経失調症																																			
更年期障害																																			
肩こり・腰痛・頭痛	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
高血圧症																																			
小児神経症群																																			
神経系及び感覚器の障害	1	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
その他	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
不明	4	2	5	4	4	2	4	1	2	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	33	22	55	

図 13

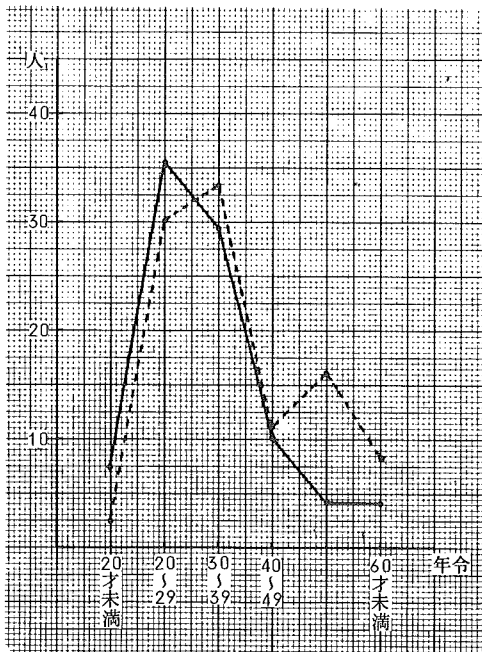
精神分裂病



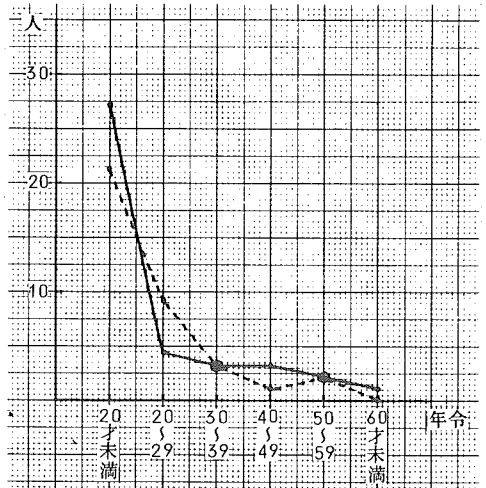
うつ病



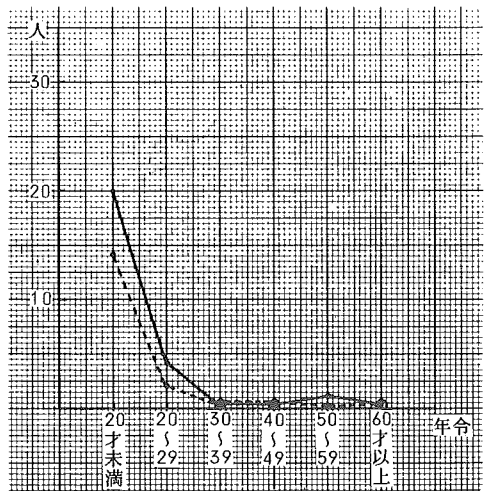
神経症



てんかん



精神薄弱



2. 地区別

表 10 国府台病院精神科外来受診者・地区別

診 断	地区 受診者延 数	行徳北部		行徳東部		行徳中央部		南 行 徳		合 計	
		実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率
精 神 分 裂 病		41	14.0	19	20.9	38	17.4	29	23.4	127	17.6
躁 う つ 病		30	10.3	4	4.4	22	10.1	12	9.7	67	9.3
て ん か ん		26	8.9	9	1.0	22	10.1	17	13.7	74	10.2
その他のけいれん性疾患		3	1.0							3	0.4
脳器質性障害	動 脈 硬 化 症	5	1.7	4	4.4	8	3.7	4	3.2	21	2.9
	頭 部 外 傷 後 遺 症	10	3.4	1	1.1	6	2.8	1	0.8	18	2.5
	脳炎・脳腫瘍など及びそれらの後遺症	2	0.7					1	0.8	3	0.4
	梅 毒	2	0.7	1	1.1	2	0.9	4	3.2	9	1.2
	老 人 性 精 神 障 害	4	1.4	1	1.1	4	1.8			9	1.2
精 神 薄 弱		18	6.2	5	5.5	14	7.3	3	2.4	40	5.5
そ の 他 の 精 神 病		3	1.0	2	2.2	2	0.9	2	1.6	9	1.2
そ の 他	中 毒 性 精 神 障 害	6	2.1	4	4.4	3	1.4	6	4.8	19	2.6
	精 神 病 質	2	0.7	1	1.1	2	0.9	1	0.8	6	0.8
	神 経 症	89	30.6	21	23.1	45	20.6	20	16.1	175	24.2
そ の 他	不 眠	8	8.2	2	8.8	3	5.5	2	8.1	15	7.5
	偏 頭 痛	6		1		2		1			
	自 律 神 経 失 調 症	1				1		2		4	
	更 年 期 障 害										
	肩 こ り , 腰 痛 , 筋 痛			2		1		1		4	
	高 血 圧 症	2		1		2		2		7	
	小 児 神 経 症 群	7		2		3		2		14	
神 経 系 及 び 感 覚 器 の 障 害	5	1	1.1	10	4.6	6	4.8	22	3.0		
そ の 他		6	2	2.2	3	1.4	1	0.8	12	1.7	
不 明		15	8	8.8	25	11.5	7	5.6	55	7.6	

地区別受診者は表10の通りである。行徳北部では神経症による受診者が最も多く30%を占めている。この比率は4地区中でも最も多い。次に多いのは精神分裂病によるもので14%である。この比率は4地区中最も低い。以下いくつかの診断毎に地区を比較してみる。躁うつ病では行徳東部が少なく他の3地区はほぼ同率である。てんかんは南行徳が最も多く他の3地区はほぼ同率である。精神薄弱は南行徳が少なく他の3地区はほぼ同率である。頭部外傷後遺症は行徳北部で最も多く、次が中央部である。また神経系及び感覚器の障害を除くその他群、つまり神経症辺縁群では行徳中央部が少なく他の3地区はほぼ同率である。

これらを総合して考察を加えると行徳北部では神経症およびこの辺縁群および頭部外傷など心因性あるいは生活環境の影響をうけやすい障害による受診者が他の地区に比べて多く、南行徳ではいわゆる内因性の精神障害といわれる障害によって受診するものが多いといえる。

3. 年令別・性別

各診断における年令別の受診者数をグラフにしたもののうちいくつかの主要な診断について図13に示した。

精神分裂病では50才未満までは男の方が多いが50才以上では女の方がいく分多い。男女とも20才台が最も多く30才台以降は減少する。この減少の程度は国保受診者より激しく、国保受診者では40才台でもかなりあるのに国府台病院では激減している。

躁うつ病は男では30才台が最も多く、女では20才台が最も多い。ともに年令がすすむにつれ減少するが男では60才以上で再び増加している。国保受診者と比較すると国府台病院では男女合せると20才台では30才台とともに最も多くなっている。特に男で、20才台では国保では1人もいないのであるが国府台病院ではかなりの数になっている。

てんかんでは男女とも20才未満が最も多く、男が女を上まわっている。20才以上にになると急激に減少し年令とともに減少しつづける。国保では男は30才台まで、女は40才台までかなりある。

精神薄弱はてんかんと同じパターンを示し、20才未満で男女とも最も多く男が女を上まわる。20才で激減し、年令とともにほとんどなくなる。国保と比べると国保では20才未満でも国府台病院ほど多くはない。

表 11 国府台病院精神科外来受診者年令別疾患順位

(昭和34年~昭和48年国府台病院精神科外来より)

20才未満			20才~50才未満			50才以上		
男			男			男		
女			女			女		
順位	診断	百分率	順位	診断	百分率	順位	診断	百分率
1	てんかん	23.7	1	神経症	30.7	1	動脈硬化症	14.1
2	精神薄弱	17.5	2	精神分裂病	26.2	2	うつ病	11.5
3	精神分裂病	9.6	3	偏頭痛	10.2	3	神経症	10.3
	小児神経症群	9.6	4	うつ病	5.8	4	精神分裂病	6.4
4	頭部外傷後遺症	7.9	5	中毒性精神障害	4.4	5	老人性精神障害	6.4
5	神経症	6.1	6	てんかん	3.1	6	高血圧症	6.4
6	その他の精神病	3.5	7	不眠	3.1	7	梅毒	6.4
7	うつ病	2.6	8	神経系及び感覚器の疾患	2.2	8	神経系及び感覚器の疾患	6.4
8	その他の老人性疾患	1.7	9	頭部外傷後遺症	1.8	9	てんかん	3.8
	中毒性精神障害	1.7	10	精神薄弱	1.3	10	中毒性精神病	3.8
	肩こり, 腰痛, 筋痛	1.7	11	偏頭痛	1.3	11	不眠	3.8
9	偏頭痛	0.9		自律神経失調症	0.9	6	頭部外傷後遺症	2.6
	脳炎・脳腫瘍及びそれらの後遺症	0.9		その他の精神病	0.4	7	偏頭痛	2.6
				脳炎・脳腫瘍及びそれらの後遺症	0.4	8	精神薄弱	1.3
				肩こり, 腰痛, 筋痛	0.4	9	その他の精神病	1.3
						7	肩こり, 腰痛, 筋痛	1.3

表12 国府台病院精神科児童外来受診者・年度別

診 断	年 度 別 性 別 数		4 5		4 6		4 7		4 8		計		合 計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
	8	6	4	2	9	3	2	0	1	1	4	2	
精 神 分 裂 病													
躁 う つ 病									1	1	1	1	2
て ん か ん	1	1	1	1	3	1	5	4	1	0	7		17
その他のけいれん性疾患													
中 毒 性 精 神 障 害													
頭 部 外 傷													
精 神 薄 弱	4	1	2	1	3	2	7	2	1	6	6		22
精 神 病 質													
自 閉 症	0	1	1	0	1	0	3	0	5	1			6
小 児 精 神 症 群	神 経 症			0	1	1	0	0	2	1	3		4
	学 校 神 経 症	0	2	1	0	1	0	0	1	2	3		5
	緘 黙 症	1	1					1	1	2	2		4
	チ ッ ク	1	0							1	0		1
	夜 尿 症							3	0	3	0		3
脳炎・脳腫瘍及びそれらの後遺症													
神経系及び感覚器の障害	0	1					0	1	0	2			2
そ の 他	1	0					2	0	3	0			3
不 明	1	0							1	0			1

表13 国府台病院精神科児童外来受診者・地区別

(延 数)

診 断	地 区 別 性 別		行徳北部		行徳東部		行徳中央部		南 行 徳		計		合 計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
	躁 う つ 病		1							1		1		1
て ん か ん	4	2	2	1	2	2	2	2	1	0	7		17	
精 神 薄 弱	1	0	3	3	2	1	1	2		1	6	6	22	
自 閉 症	2	1	2		1					5	1		6	
小 児 精 神 症 群	神 経 症	1	2					1		1	3		4	
	学 校 神 経 症	1	1	1	2					2	3		5	
	緘 黙 症	1	1					1	1	2	2		4	
	チ ッ ク	1								1			1	
	夜 尿 症	3								3			3	
脳炎・脳腫瘍及びそれらの後遺症														
神経系及び感覚器の障害		1						1		2			2	
そ の 他	2							1		3			3	
不 明					1					1			1	
計	2	5	1	2	8	5	5	5	7	3	4	5	2	7
合 計	3		7		1		3		1		0		7	0

神経症は国保と対照的である。国保では40才台まで男女ちがったパターンを示したのに反し、国府台病院では40才台まで似たパターンを示している。国保では全体に年齢がすすむにつれ増加したのであるが国府台病院では20才台、30才台が最高で40才代では激減している。女では国保ではピークは40才台であるが国府台病院では20才台ですでにピークに近い数になっている。また国保でピークとなった40才台は国府台病院では激減している。つまり女では国府台病院の方が増加も減少も10才づつ早いということができよう。

男では国保と比べると全く対照的なパターンになっている。国保で最低に近い20才台から30才台が国府台では最高となり、国保で最高となる60才以上で最低となっている。

これらのちがいは何に由来するかわからない推測できるが細い診断内容がわからないため確かなことはいえない。現象だけを見るならば若年層では精神科を受診し、高年齢では一般開業医を受診するものも多いということであろうか。

年齢別の疾患順位は表11の通りである。

20才未満では男女ともにてんかんが第1位であり精神薄弱が第2位である。第3位は男では精神分裂病であるが女では偏頭痛である。分裂病は女では第5位となっている。

20才から50才未満では第1位は男女とも神経症であり第2位はともに精神分裂病、第3位はともに躁うつ病である。第4位は男では中毒性精神障害であるが女ではてんかんである。中毒性精神障害は女では第8位と少い。また精神薄弱は男では8位、女では7位とはるかに後退する。神経症辺縁群としては不眠が男で6位、女で5位とあがってくる。

50才以上では第1位は男では動脈硬化症となり女では続いて神経症である。男では神経症は3位に後退する。老年精神障害が男女ともに4位に現れるが精神分裂病は男では同率であり女では老年性精神障害より多く3位である。

4. 児童外来

児童外来は45年から独立した。各年毎の受診者数は表12の通りである。これをグラフにしたものは図11にある。48年に急に増えている。

診断別では精神薄弱が最も多く35%を占め、次がてんかん27%となっている。

地区別にみると表13のようになる。行徳北部からの受診者が最も多く全体の50%をこえている。またこの地区では他の3地区に比べ小児神経症群が多く11人、30%となっている。

行徳東部は北部について受診者が多い。小児神経症群も3人である。行徳中央部、南行徳は受診者は同数であり小児神経症群はそれぞれ2人、1人と少い。

年齢別の疾患順位は表14の通りである。9才までは第1位は精神薄弱であり第2位はてんかんである。10才以上になると逆転しててんかんが第1位となる。神経症群は5~9才で男女とも3位であり、10~14才では男では3位であるが女では受診者の全てが神経症群であることが注目される。

ま と め

この報告は行徳・南行徳地区における地域精神衛生活動の基礎資料の中から、1昭和45年4月1日から46年3月31日までの1年間における国民健康保険加入者のうち精神障害およびその周辺の障害のために受診したものの集計・分析、2昭和34年から昭和48年の15年間に国立国府台病院精神科外来を受診したものの集計をまとめたものである。

すでに細い考察は行ってあるが要約して以下に記してみる。

1. 国民健康保険加入者で精神障害のために受診する者の数は年々増加しているが全疾患に対する比率はほとんど変わらない。
2. 以下は昭和45年度1年間の受診者についてである。まづ受診者は年齢とともに増加し、60才以上で著しく増えている。
3. 国保加入者における有病率はほとんどの診断で昭和38年の実態調査を上まわる。特に神経症で著しく高い。ただし精神薄弱は例外で実態調査に比べ著しく低く約10分の1である。
4. 地区別特徴としては、行徳で心因性あるいは環境誘因性と思われる障害が比較的に多く、南行徳ではいわゆる内因性の障害と思われるものが多い。
5. 性別、年齢別によるちがいは各診断であるが特に男女の差の著しいのは神経症およびその辺縁群で、女が圧倒的に多い。年齢別にみると女で30才台ですでにかなり増加し、40才台でピークに達する。男では30才台、40才台は低く50才台で増加してくる。
6. 疾患順位の第1位は、20才未満では頭部外傷、20才以上50才未満では高血圧、50才以上も高血圧となっている。
7. 入院は精神分裂病で55%である。地区別では行徳東部で分裂病75%と高い。
8. 受診圏は予想より狭く地方的である。精神分裂病でも東葛地区で90%受診している。
9. 以下は国府台病院精神科外来受診者についてである。まづ受診者は不規則に増減をくりかえしているが全体としては増加の傾向にある。特に行徳北部についてみると人口増加に伴って受診者が増えていることがわか

- る。特に神経症で明瞭である。
10. 年齢別では受診者は20才台が最も多く、年齢がすすむにつれ減少する。これは国保受診者と対照的である。
 11. 地区別の特徴は、行徳北部で心因性、環境誘因性の障害が多く南行徳では内因性の障害が多い。これは国保受診者における特徴と一致する。
 12. 疾患順位の第1位は20才未満ではてんかん、20才以上50才未満で神経症、50才以上は動脈硬化症である。
 13. 精神科児童外来の受診者は年とともに増加し、48年は著しく増加している。
 14. 年齢では5才から9才までが最も多い。
 15. 診断は精神薄弱が最も多くてんかんがその次である。

追 記

この資料作成にあたっては、下記の方々に終始深い理解をもってご協力をいただいた。記して謝意を表すものである。

市川市役所行徳支所
市川市役所国民健康保険課
市川保健所
国立国府台病院

また集計にあたっては、下記の方々のご協力をいただいた。あわせて謝意を表す。

吉田圭子（旧姓森山、もと精研社会復帰部研究生）
和島雅子（もと精研社会復帰部研究生）
橋口穹枝（埼玉県精神衛生センター）
飯塚輝子（精研地域精神衛生研究班協力者）

わが国における精神病院の現状と問題点 (II) (精神科外来診療の実態)

—昭和45年精神病院実態調査の検討—

吉 川 武 彦

I はじめに

II 調査の概要

1. 調査の目的と内容について
2. 調査の客体と調査・集計の方法
3. 調査事項とことばの定義

III 調査の結果とその検討

1. 調査の結果の概要
2. 外来診察における施設側の条件
3. 外来患者調査の結果とその検討

IV おわりに

I はじめに

すでに、精神衛生資料17号(1971年)の「わが国の精神病院の現状と問題点(I)」の中で述べたように、昭和29年の精神衛生実態調査にはじまるわが国の精神衛生関係の実態調査は、昭和48年の精神衛生実態調査(未集計:昭和49年1月現在)を含めて11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(退院患者及び在院患者)
- 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(入退院患者調査及び社会復帰施設調査)
- 昭和45年 精神病院実態調査(外来患者及び児童患者)
- 昭和46年 精神病院実態調査(作業療法)
- 昭和47年 精神病院実態調査(アルコール中毒患者及び老人患者)
- 昭和48年 精神衛生実態調査(全国調査)

である。

これらの実態調査のうち、精神衛生実態調査として地区抽出による全国調査を行なったのが昭和29年、昭和

38年及び昭和48年の精神衛生実態調査である。

また、昭和44年以降は精神病院の実態を各問題別に明らかにすべく、継年的に計画され実態調査が実施されてきている。精神病院問題を大別すると、

1. 精神病院の施設面の整備の状態と医療内容の問題
2. 在院する患者の人権をめぐる問題
3. 精神科医療体系における精神病院の役割の問題

に分けられる。今日の精神衛生対策(Mental Health Service)が、精神病院における医療サービスを中心に組立てられ、実施されていることは否定できない事実であろう。この意味からも、厚生省が精神病院の施設面の整備状態と医療内容の実態を明らかにし、そこにおいてなされている医療サービスの実態を明らかにしようと試みたことは首肯できることである。

一方、昭和29年にはじまる精神衛生実態調査は、調査を実施した時期における現行の精神衛生対策が適切なものであるかどうか、また、あるべき姿はどのようなものであろうかということを知るために実施したものであるといえよう。昭和29年当時においては精神病床が極めて少なく、いわゆる放置、あるいは座敷牢に軟禁されている精神障害者が多く、精神病床の増加が急務とされていた。したがって、精神病院中心の医療サービス中心の精神衛生対策が求められていたといえる。昭和29年の調査ではほぼこのような結果がでていたといえる。

昭和38年精神衛生実態調査により、すでに当時精神病床は14万床程度設けられてはいたが、なお入院を要

する患者が14万人程度いることが推定された。しかし、14万床の増床が求められる数値をこの調査が示したが、この調査は決して病床を増加させればよいといっていたのではない。この調査により外来診療の重要性（あるいは需要）が大きいことが示されたことは極めて重大なことであった。

精神衛生実態調査は、精神病院そのものの実態調査ではないが、精神病院問題と外から明らかにする調査であるともいえる。すなわち、精神病院問題のうち、第三の問題である、精神科医療体系における精神病院の役割について、問題点を明らかにしていく調査であるといえよう。

本報告にとりあげた昭和45年精神病院実態調査によって明らかにされた精神病院の外来関係の実態は、精神病院の施設面や医療内容の問題に止まらず、精神病院のもつ精神科医療体系の中の役割問題とも深い関係を有している。この意味からも、この調査の結果をあらためて検討する意義は深いものと考えられる。

II 調査の概要

1. 調査の目的と内容について

精神衛生の目的は精神健康の保持とその向上を目的とするものであることはいうまでもないが、なかでも精神障害者の医療の問題は現在の時点での精神衛生対策の中心的なものとなっている。さらには、精神障害者の医療の問題は、精神病院内の入院治療の問題のみならず、精神障害者の社会復帰治療に深い関わりのある精神科の外来治療の状況がどのような実態にあるのかを明らかにすることは、極めて意義が大きいものといえる。

昭和45年に厚生省が実施した精神病院実態調査は、昭和44年の精神病院実態調査に引き続いて行なわれたものであるが、全国の精神病院（精神病床を有する一般病院精神科を含む）を調査の対象にして行なわれたものである。したがって、精神診療所、あるいは精神病床を有しない一般病院精神科は調査の対象となっていない。

しかしながら、本調査は精神病院と精神病室を有する一般病院に関する限りは全国悉皆調査であるので、調査の目的からは大きく離れることはないと考えられる。とくにわが国の現状では、精神科診療所が極めて少ないし、また精神病床を有しない一般病院の精神科も極めて少ないこともあって、今回の調査が対象とした精神病院と精神病床を有する一般病院精神科にお

る外来の状況を把握することで、かなり全国の状況が明らかになるものと考えられる。

本調査は(1)施設調査、(2)外来患者調査とからなり、施設調査には、同時に併行して行なわれた児童患者関係の調査項目が組み込まれている。施設調査（外来施設調査）では、精神病院等の外来治療が精神科の医療体系の中ではたすべき役割を想定した上で組まれたものであり、単に外来施設がはたすべき治療的機能の面に止まらず、広がりをもった精神科医療の中での位置づけの中で、どのような状況下にあるかを浮び上がらせることを目的としたといえる。したがって、前述した、昭和44年精神病院実態調査の検討の中でも述べたように、こうした一連の調査が、“精神障害者の社会復帰をいかに推進するか”ということを目としたものとして考えることができるように作られているといえてよいであろう。しかしながら、行政サイドでの調査であることによる制約は本調査においてもまぬがれることはできない。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の問題と、上述した行政サイドの調査であるという限界性は、その結果の解析においてもこの点は充分考慮されるべきであると考えられる。

2. 調査の客体と調査・集計の方法

すでに述べたように、本調査は全国の精神病院及び精神病室を有する一般病院精神科に対して厚生省が各都道府県と通じて行なったものである。調査対象となった施設は1,364施設（昭和45年6月末現在）であったが、調査の実施段階で、当該施設が開設早々であったもの、およびその他の事情等により調査期間中に精神科医療施設としての機能をはたさず、精神科治療を行なっているとは認めがたいもの、及び本調査に協力を得られなかった施設などを除いた、1,348施設（実施率98.8%）になって実際に調査を行ない得ている。

1) 調査の客体と期日

- (1) 施設調査：全国の精神科医療施設（入院病室を有するもの）— 1,348施設（悉皆調査）
- (2) 外来精神障害者調査：これらの施設に、調査日当日に外来患者として当該医療機関を訪れたもの（往診を含む）
- (3) 調査期日：昭和45年11月18日

2) 調査・集計の方法

アンケート方式による全国一斉調査である。調査票は、同時に併行して行なわれた、児童精神障害者関係の調査票とセットになっている。（1. 外来施

設票，2. 外来患者個人票，3. 在院児童患者個人票)

3. 調査事項とことばの定義

調査事項の詳細ははぶくが、本調査の施設票では調査対象となった当該医療施設が精神衛生法上の指定施設か非指定施設かにはじまり、経営主体、施設の種別、病床数、在院精神障害者数(調査日当日)、などの face-sheet の部分のほか、調査当日の外来患者数とその区分、病院の立地条件、調査日当日外来に關与した職員数、特殊外来の有無、外来患者の受持医制度の有無、中断患者に対する病院の処置、外来の開催頻度などについて調査を行なっている。なお、児童外来の有無と開催頻度についても併行して調査している。

外来患者個人票では、性別、年齢、配偶関係、家族の状況、同胞順位などの face-sheet の部分のほか、診断(または疾病類型)区分を18才以上のもの

と18才以下のものとに分けて行なったほか、通院の状況、治療内容、予後の見通し、医療費の支払い区分、所要交通費と所要時間等について調査を行なっている。

なお調査の実施に当り「調査必携」が作られているが、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。この種の調査の結果を読みとるには、こうしたことばの定義は極めて重要なことであると考えられる。

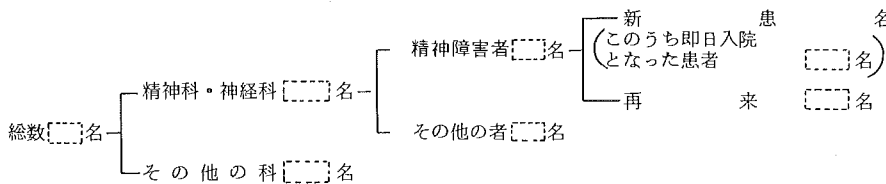
以下はその抜粋である。

1) 外来患者

外来患者とは、当該医療機関において医療行為を受けたもので、当該医療機関に入院中のものを除く。但し、当該医療機関が総合病院等であって、現に入院中の患者が他の科を受診する場合に、これを外来扱いをするものは外来患者とする。

往診したもの、及び文書・電話等による紹介で医療行為を伴ったものは外来患者とする。

2) 調査当日の外来患者数



(1) 「調査当日の外来患者数」は、精神科・神経科の外来患者数とその他の科の外来患者数よりなり、調査当日、当該医療機関の外来患者の総数である。

(2) 「その他の科の外来患者数」は、(2)施設の種別の項において、2あるいは3に○印をつけたものについて記入する。1のもの(単科の精神病院)は「外来患者総数」と「精神科・神経科外来患者数」とが一致し、「その他の科の外来患者数」は0とせず斜線をもって埋める。

(3) 「精神障害者」の数は、外来患者個人票と本項の患者数とは一致するものとする。

注：以後特別のことわりなしに外来患者という際は外来精神障害者をいうものとする。

(4) 「新患」とは当該医療機関において初めて医療行為を受けた(受診した)ものをいう。なお調査日当日の受診動機となった疾患とは全く関係のない疾患による受診歴がある場合も新患とする。施設の種別で2または3のものですでに他科に受診中のものでも、当該医療機関が当該精神科・神経科受診に際し新患の扱いをするものはこれに入れ

る。

(5) 「再来」は新患以外の外来患者をいうものとする。

(6) 「即日入院となったもの」は外来において診察の結果、直ちに入院する要をみとめたもので、即日入院となったものをいう。但し往診の結果直ちに入院を決定させたものもいれる。

3) 立地条件

「立地条件」とは当該医療機関の地理的条件で、本項記入に際しては、施設長の判断によるが、外来患者の通院に至便か否かを考慮する。

4) 時間帯別特殊外来

ここでいう「時間帯別特殊外来」とは、当該医療機関が表示した外来診察時間(通常午前9時より正午或いは午後3時位までのものが多い)の他に、外来患者の便をはかる等の理由により、特に早朝、夜間、休日に継続的に外来活動を行なっているものをいう。(調査日当日に行なったか否かは問わない。)

なお、ディ・ケア(外来)とは、外来患者に対しレクリエーション療法、作業療法(これらの定義は

日本精神神経学会の精神科治療指針による)等の治療を外来患者に対して行なうもので、1日5時間程度で継続的に行なわれているものとする。(調査日当日に行なったか否かは問わない)

5) 外来患者受持医制度

本項は外来患者に対して、入院患者の受持医(主治医・あるいは担当医)と患者の關係に類似した医師患者關係を当該医師機関が制度として有するか否かを問うものとする。

6) 外来診療中断患者に対する処置

すでに通院中の外来患者の受療の中断がみられた場合の当該医療機関の処置を問うたものである。

「中断」の判断は当該医療機関の判断による。

7) 外来の診療頻度

特に緊急なものを除き、外来診療を定期的・継続的に1週間に何日行なうかを問うたものである(例、月、水、金のみ外来を受付けている場合は3日とする)。「その他」とは1~6項に当らぬもの(例、隔週の月曜日に外来診療を行なう等である)

8) 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18才以上については、昭和38年精神衛生実態調査において用いられたものとほぼ同様である。

18才未満については以下の診断区分を用いた。

(1) 精神分裂病およびその近縁状態

精神分裂病、または小児精神分裂病と確実に診断し得るものおよび症状等によりその近縁状態とみられるものをいう。

但し幼児期に発病する自閉的な症状を有し、5の「自閉症及びその近縁状態」に入るものは除く。

(2) そううつ病およびその近縁状態

① 成人のそううつ病、或はきわめてこれに近似のものと思われるもの。

② その他幼少児期における反応性うつ状態は神経症に入れる。

(3) てんかん性精神障害

真性および症候性のてんかん、および、てんかん性の精神異常の状態、ナルコレプシー・カタプレクシーなどの近縁状態も入れる。

(4) 脳器質性精神障害

脳の器質性障害にもとづく、行動異常等の精神障害およびその近縁状態。

「てんかん性精神障害」「精神薄弱」に入るものは除く。

(5) 自閉症およびその近縁状態

幼児期に発病し自閉症状を主たる症状とする精

神病および幼児自閉症、および類似の症状を主症状とするもの。

(6) 神経症およびその近縁状態

成人の神経症に一致するもの。および小児期にみられる全ての神経症的なあらわれ(神経症的行動、異常、精神身体症等を含む)。但し、中毒性精神障害をのぞく。

(7) 性格異常

落ちつかない、乱暴する、ぼんやりする、無口、不活発等の著明な性格傾向の異常が永続的に認められるもの。

但し中毒性精神障害および嗜癖、神経症およびその近縁状態をのぞく。

(8) 中毒性精神障害および嗜癖

薬物等の常用(嗜癖)にもとづく精神障害。

(9) その他の精神障害

1)~8)までに入らぬ精神障害。

(10) 精神薄弱

(1)~(9)までの疾患類型を合併しない精神薄弱。

9) 交通費、所要時間

調査日当日に外来患者が当該医療施設に来院するに要した片道の「交通費」とする。徒歩・自転車・自家用車等により来院し、当日交通費の支払いがなかった者は0円とする。

往診・文書・電話等による紹介で医療行為を行なったものは「7.その他」とする。

「所要時間」も片道とし、交通機関の如何を問わず要した時間を記入する。

往診、文書、電話等による照会で医療行為を行なったものは「5.その他」とする。

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(入院病床を有するもの)は1,348施設、精神病床数は243,778床、在院患者総数は252,122名(第1表)

調査対象となった施設を第1表のように種別している。1,348施設のうち単科精神病院は903施設(67.0%)、精神病床が全病床の80%以上をしめる一般病院併設精神科は105施設であるので、これらを合算すると、1,008施設となり、全体の74.8%となる。

国公立と法人・個人立との比率は約18:82である。昭和44年調査ではこれが約19:81であったが、国公立のしめる割合が低下している。

精神病床数と在院患者数との比、すなわち病床利用率は103.4で、かなりのオーバーベッドの状態にあるといえよう。

在院患者総数252,122名のうち、単科精神病院と精神病床が80%以上を占める一般病院併設精

神科とに在院する患者は218,208名で全体の86.5%をしめている。

国公立と法人・個人立との比率は在院患者では約13:87(12.6:87.4)であり、かなり国公立のしめる割合が低く、また、昭和44年調査よりも低下している。(13.1%→12.6%)

在院患者の男女比は約59:41(58.6:41.4)であり男が高い。

第1表 施設数・精神病床数・在院患者数(男女)・外来患者数(男女)・施設の種類の経営主体別

	総数	単科精神病院	精神病床を併設するもの		医療機関 付属病院	再掲	
			精神病床 80%以上	精神病床 79%以下		国公立	法人・個人立
施設数 (%)	1,348 (100)	903 (67.0)	105 (7.8)	298 (22.1)	42 (3.1)	246 (18.2)	1,102 (81.8)
精神病床数 (%)	243,778 (100)	185,875 (76.3)	21,932 (9.0)	32,507 (13.3)	3,464 (1.4)	36,211 (14.9)	207,567 (85.1)
在院患者数 (%)	252,122 (100)	195,733 (77.6)	22,475 (8.9)	31,210 (12.4)	2,704 (1.1)	31,678 (12.6)	220,444 (87.4)
再男 (%)	147,996 (100.0)	114,743 (77.9)	13,330 (9.0)	17,892 (12.1)	1,525 (1.0)	18,620 (12.6)	129,123 (87.4)
再女 (%)	104,379 (100.0)	80,737 (77.3)	9,145 (8.8)	13,318 (12.8)	1,179 (1.1)	13,058 (12.5)	91,321 (87.5)

2) 外来精神障害者総数は16,878名(第2表)

今回の調査は一日調査(One-day survey)である。したがって、調査日当日に外来患者として当該医療機関に訪問したものの(往診を含む)の総数である。

これを施設の種別でみると、単科精神病院のものは9,358名(55.4%)、精神病床が80%以上の一般病院併設精神科のものは1,092名(6.5%)で合せて10,450名(61.9%)で在院患者におけるものとはやや様相を異にする。

国公立と法人・個人立との比率は約32:68(32.3:67.7)であり、これまた在院患者の経営主体別分布と大きく異なっている。

16,878名の外来患者のうち、調査日当日に新患のものは1,007名(6.0%)、再来15,871名(94.0%)である。なお、新患のうち、即日入院となったものは243名で、調査日当日の新患の24.1%である。

第2表 外来精神障害者数・新患再来・施設の種類の経営主体別

	総数 (%)	単科精神病院 (%)	精神病床を併設するもの		医療機関 付属病院 (%)	再掲	
			精神病床80% 以上(%)	精神病床79% 以下(%)		国公立 (%)	法人・個人立 (%)
総数	16,878 (100.0)	9,358 (100.0)	1,092 (100.0)	4,588 (100.0)	1,840 (100.0)	5,449 (100.0)	11,429 (100.0)
新患	1,007 (6.0)	538 (5.7)	61 (5.6)	259 (5.6)	149 (8.1)	339 (6.2)	668 (5.8)
再掲 (当日新患のうち 即日入院となつた者)	243 <24.1>	170 <31.6>	29 <47.5>	40 <15.4>	4 <2.7>	37 <11.2>	205* <30.7>
再来	15,871 (94.0)	8,820 (94.3)	1,031 (94.4)	4,329 (94.4)	1,691 (91.9)	5,110 (93.8)	10,761 (94.2)

* 「即日入院となつた者」欄の百分比は「新患」に対する百分比である。(< % > として記載してある)

3) 1施設当り調査日当日の
外来患者数は10数名(第1図)

調査日当日の外来患者の総数が16,878名であり、施設数が1,348施設であるので、1施設当りの外来患者数は全くの単純平均で、約1.2名である。

しかし第1図にあるように、外来患者数の階級別にみると、0~4名とする施設は全体の3.64%、5~9名とするものは全体の2.18%でこれを合すると5.82%で、約6割の施設では、調査日当日の外来患者が10名以下であったことが判る。

第1図 外来精神障害者数階級別

外来患者数	〔総数〕		〔国公立〕		〔法人・個人立〕	
	施設数	施設数	施設数	施設数		
0~4名	3.64%	(492)	16.3%	(40)	4.14%	(452)
5~9	2.18%	(294)	12.6%	(31)	2.39%	(263)
10~19	2.14%	(288)	25.2%	(62)	2.05%	(226)
20~29	1.00%	(135)	2.12%	(52)	7.5%	(83)
30~49	6.5%	(87)	14.6%	(36)	4.6%	(51)
50以上	←3.9%	(52)	10.2%	(25)	←2.4%	(24)

2 外来診療における施設側の条件

地域精神衛生活動の推進をはかる厚生省は、精神衛生に関する特別都市対策費を計上しこれを実際の施策に移しつつある。しかし、これはあくまでも行政サイドからの地域精神衛生対策であって、必ずしも住民サイドからの精神衛生事業の推進ではない。すなわち、住民の側から考えると、精神衛生事業の中心となるべき精神科医療のあり方が今日なお病院への入院中心のあり方と変わっていないこと、とくにそれが住居地からはるか離れた場所への隔離的要素の強い入院治療が中心になっていることが、この事業の推進のさまたげになっているといっても過言でないであろう。

この点について、精神科医療の担い手である精神病院がどのように自己を分析したかを明らかにしたのが次の一連の調査項目であったといえよう。

1) 施設の立地条件について(第3表)

第3表にもあるように、自らの施設を、外来通院のためには立地条件が悪いと判断したものは(外来患者が通院に困難)1,348施設中41施設にすぎないが、これをやや困難としたものまで含めると、1,348施設中436施設となり全体の32.3%、すなわち、全体の約1/3となる。この判断はあくまでも施設長が判断したものであり、外来患者自身が通院に困難を感じているかどうかという調査ではない。したがって、強調されなければならないことは、全国精神科医療施設のうち1/3が外来通院には不向きな施設であると、施設長自らが判断しているということである。

第3表 施設数、立地条件・施設の種類・経営主体別

	総数 (%)	国公立 (%)	法人・個人立 (%)
総数	1,348 (100.0)	246 (100.0)	1,102 (100.0)
困難	41 (3.0)	2 (0.8)	39 (3.5)
やや困難	395 (29.3)	56 (22.8)	339 (30.8)
容易	869 (64.5)	178 (72.3)	691 (62.7)
不詳	43 (3.2)	10 (4.1)	33 (3.0)

2) 外来の職員(第4表)

調査日当日に外来に関与した職員のうち、医師は2,845名であり、1施設当り2.1名となる。これを国公立と法人・個人立とで比較してみると、国公立では1施設当り5.0名、法人・個人立では1施設当り1.5名と大きな開きがある。

看護婦で調査日当日外来に関与したものは3,251名であり、1施設当り2.4名である。国公立病院では1施設当り4.3名、法人・個人立では2.0名でありかなり開きがある。

地域精神衛生活動の一方の中心であるべき精神病院の外来診療の態勢が、このような職員配置の中で行なわれているというのは、かなり注目すべきことであり、入院中心の医療がなお継続していることがうかがわれる。

第4表 調査日当日外来に関与した職員数

	総 数 (%)	国 公 立 (%)	法人・個人立 (%)
総 数	11,357 (100.0)	4,100 (100.0)	7,257 (100.0)
医 師	2,845 (25.1)	1,240 (30.2)	1,605 (22.1)
看 護 婦	3,251 (28.6)	1,052 (25.7)	2,199 (30.3)
心理技術者 (CP)	238 (2.1)	77 (1.9)	161 (2.2)
作業療法士	32 (0.3)	20 (0.5)	12 (0.2)
精神科ソーシャル ワーカー(PSW)	320 (2.8)	70 (1.7)	250 (3.4)
そ の 他	4,671 (41.1)	1,641 (40.0)	3,030 (41.8)

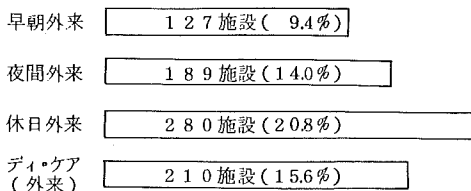
3) 時間帯別の特殊外来(第2図)

全国の1,348施設のうち、早朝外来、あるいは夜間外来、休日外来などの時間帯別に特殊外来を開いている施設がどれ位あるかということは極めて重要な資料となりうる(第2図)。なぜならば、社会復帰治療が進展するにしがたい、患者は在宅のままケアされることになるが、さらには試験就職、あるいは正式な就職等に成功し、いわゆる平常な外来時間帯には通院が不能となることが考えられからである。とくに、身体疾患とも異なり、会社、工場等を気軽に病欠したり、早退、遅刻の出来ないことを考慮すると、これらの患者(社会復帰途上にある)に対する診療側の取り組み方の姿勢が問われることとなるといってもいいすぎではないであろう。この意味で、こうした時間帯別の特殊外来のもつ意味が大きなものとなるといえよう。

調査の結果では、早朝外来を有する施設は1,348施設中わずかに127施設(9.4%)、夜間外来を有する施設はこれよりはやや多く189施設(14.0%)である。休日に外来を行なっている施設は280施設でかなり多く20.8%である。

なお、こういう時間帯別の特殊外来とはややその意味を異にするが、デイ・ケアを外来で行なっている施設は1,348施設中210施設(15.6%)ある。デイ・ケアの内容については調査されていないので、これがどのような規模で行なわれているかは不明である。

第2図 時間帯別特殊外来有の施設



<注: ()内の%は1,348施設に対する百分比>

4) 外来の診療頻度(第5表)

1週間に6日以上診療を行なっている施設は1,348施設中、1,081施設(80.2%)である。すなわち、約80%の施設では1週6日以上外来診療を行なっているわけであるが、この反面、あとの20%は1週5日以下であるということでもある。この傾向は国公立、法人・個人立を通じて全く同様である。

第5表 外来診療頻度

	総 数 (%)	国 公 立 (%)	法人・個人立 (%)
総 数	1,348 (100.0)	246 (100.0)	1,102 (100.0)
(1週間に) 6日以上	1,081 (80.2)	197 (80.1)	884 (80.2)
3~5日	92 (6.8)	25 (10.2)	67 (6.1)
2日以下	122 (9.1)	20 (8.1)	102 (9.3)
その他・不詳	53 (3.9)	4 (1.6)	49 (4.4)

5) 外来患者の受持医制度と

中断例に対する処置(第6表,第7表)

入院患者に対する受持医制度(担当医制度)と同様に、外来患者に対しても受持医制度を採用しているか否かについて問うたものである。受持医制度をとることの是非についてはなお問題のあるところでもあるが、長期間に関わる必要のあるケースが多い精神科の患者の場合には、社会復帰治療を推しすすめる際にも受持医(担当医)が決定している方が便利であることは疑いのないところであろう。ここで便宜上「便利」といったが、これはなお検討を要するところであることを意とするからである。

今回の調査では1,348施設中受持医制度を外来患者にとっている施設は457施設(33.9%)である。すなわち、約1/3の施設が外来患者の受持医制度をとり入れているといえる。

一方、継続的な通院を指示した患者が受診を中断

した場合、当該医療施設としてどのような処置を行なうかということは、地域精神衛生活動、ひいては患者の社会復帰に関して大きな影響をもつといえる。それ故、この種の設問はかなり意味が大きい。もちろん、個々の内容が重要なことであり、こうした一般的な設問の中だけではうかがい知れない問題が多々あると思われるが、全国の大きな傾向を知ることとなる。

調査の結果によれば、1,348施設のうち、患者が通院を中断した場合に施設としては特になしもない、というのが482施設(35.8%)である。受持医等に判断させるとするものは628施設(46.1%)であり、約半数の施設は受持医の判断にまかせ、必要があれば施設として患者に対して連絡の労をとることとするようである。

第6表 外来患者受持医制度の有無について

	総数 (%)
総数	1,348 (100.0)
有	457 (33.9)
無	870 (64.5)
不詳	21 (1.6)

第7表 外来受診中断患者に対する病院の処置について

	総数 (%)
総数	1,348 (100.0)
特にしない	482 (35.8)
受持医(主治医担当医)の判断にまかせる	628 (46.1)
文書電話訪問等を病院として行なう	168 (12.5)
その他・不詳	85 (5.6)

3. 外来患者調査の結果とその検討

すでに述べたように、調査日当日に全国の1,348施設において外来診察を行なった精神障害者は1,687名である。このうち18才以上のものは1,497名(88.7%)、18才未満のものは1,906名(11.3%)である。

1) 18才以上の外来精神障害者について

18才以上の外来精神障害者は調査日当日に1,497名であったが、集計の段階で $\frac{1}{3}$ 抽出(無作為)され、4,990名について報告書の中で解析されている。

第8表 外来精神障害者数(18才以上)性・年齢・診断名別

	総数	精神分裂病	そううつ病	てんかん	脳器性障害	その他障害	中毒性障害	再掲				精神薄弱	精神病質	神経症	その他
								アルコール	シンナー	睡眠薬	その他				
総数	4,990	1,786	560	737	378	190	170	145	1	11	13	70	29	959	111
(%)	(100.0)	(35.8)	(11.2)	(14.8)	(7.6)	(3.8)	(3.4)	(85.3)	(0.6)	(6.5)	(7.6)	(1.4)	(0.6)	(19.2)	(2.2)
男	2,609	915	267	420	217	77	158	142	1	7	8	37	23	433	62
	(100.0)	(35.1)	(10.2)	(16.1)	(8.3)	(2.9)	(6.1)	(89.9)	(0.6)	(4.4)	(5.1)	(1.4)	(0.6)	(16.6)	(2.4)
女	2,381	871	293	317	161	113	12	3	—	4	5	33	6	526	49
	(100.0)	(36.5)	(12.3)	(13.3)	(6.8)	(4.7)	(0.5)	(25.0)	—	(33.3)	(41.7)	(1.4)	(0.3)	(22.1)	(2.1)
18~19才	180	54	11	78	3	3	1	—	—	—	1	7	1	18	4
	(100.0)	(30.0)	(6.1)	(43.2)	(1.7)	(1.7)	(0.6)	—	—	—	(100.0)	(3.9)	(0.6)	(10.0)	(2.2)
20~39	2,678	1,262	207	489	55	88	67	51	1	8	7	53	19	409	29
	(100.0)	(47.0)	(7.7)	(18.3)	(2.1)	(3.3)	(2.5)	(76.2)	(1.5)	(11.9)	(10.4)	(2.0)	(0.7)	(15.3)	(1.1)
40~64	1,829	458	306	156	204	82	97	90	—	2	5	10	9	449	58
	(100.0)	(25.0)	(16.7)	(8.5)	(11.2)	(4.5)	(5.3)	(92.7)	—	(2.1)	(5.2)	(0.6)	(0.5)	(24.5)	(3.2)
65~	303	12	36	14	116	17	5	4	—	1	—	—	—	33	20
	(100.0)	(4.0)	(11.9)	(4.6)	(38.2)	(5.6)	(1.7)	(80.0)	—	(20.0)	—	—	—	(27.4)	(6.6)

註：「再掲」欄の()内の数値は中毒性精神障害を100としたときの%である

(1) 男の方がやや多い

総数において、男は52.3%、女は47.7%で男の方がまあ多い。診断別にみると、そううつ病、

神経症およびその他の精神病において男より女の方が多いが、他の診断区分ではすべて男の方が多い。

年齢別では表に示すように在院精神障害者の年齢構成と極めて近似する。

第9表 外来精神障害者と在院精神障害者の年齢構成

	総 数	18~19才	20~39才	40~64才	65才以上
昭和45年調査 外来精神障害者数(%)	4,990 (100.0)	180 (3.6)	2,678 (53.7)	1,829 (36.6)	303 (6.1)
昭和44年調査 在院精神障害者数(%)	10,539 (100.0)	<15~19才> 457 (4.3)	5,521 (52.4)	3,844 (36.5)	598 (5.7)

*注：昭和44年調査は神奈川県のみ、本表には14才以下及び年齢不詳のものは表の中に入れていない。

(2) 精神分裂病が約 $\frac{1}{3}$

総数の35.8%が精神分裂病で全体の約 $\frac{1}{3}$ である。神経症は19.2%と約20%である。てんかんがしめる割合は14.8%である。これらを年齢別にみても、18~19才では診断区分上最もてんかんが高い位置を示しているが、これが20~39才となると精神分裂病が最も高い位置をしめるようになる。40~64才になると神経症、あるいはそううつ病のしめる割合が高くなり65才以上となると脳器質性精神障害が高くなってくる。

(3) 罹病期間と入院歴(第10表, 第11表)

罹病期間が1年未満であるとするものは17.5%であるが、この2倍以上に当る36.6%のものが罹病期間6年以上のものであることは注目に値する。なおこのうち、診断別では精神分裂病のうち、44.7%のものは発病以来6年以上を経過した患者である。そして、てんかんにおいては63.1%のものが発病以来6年以上を経過した患者であったという。精神障害が慢性疾患であら否かの論議もさることながら、こうした現実の上に立った精神衛生対策こそが望まれるものであるといえよう。

入院歴有とするものは総数の53.1%である。精神分裂病においては、これが87.3%であるという。

第10表 罹病期間について

	総 数 (%)	こ の うち	
		精神分裂病 (%)	てんかん (%)
総 数	4,990 (100.0)	1,786 (100.0)	737 (100.0)
1年未満	872 (17.5)	137 (7.7)	24 (3.3)
1~3年未満	1,041 (20.9)	346 (19.4)	78 (10.6)
3~3年未満	1,005 (20.1)	436 (24.4)	116 (15.7)
6年未満	1,829 (36.6)	801 (44.7)	465 (63.1)
不 詳	243 (4.9)	67 (3.8)	54 (7.3)

第11表 入院歴の有無について

	総 数 (%)	こ の うち	
		精神分裂病 (%)	てんかん (%)
総 数	4,990 (100.0)	1,786 (100.0)	737 (100.0)
有	2,684 (53.1)	1,559 (87.3)	598 (81.1)
無	2,243 (44.9)	205 (11.5)	137 (18.6)
不 詳	99 (2.0)	22 (1.2)	24 (3.3)

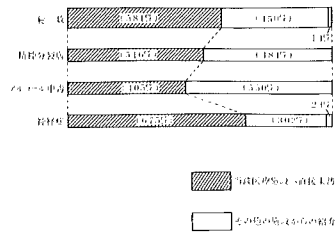
(4) 新患の来訪経路と受療の推進者(第12表)

調査日当日新患であったものは調査日当日の外来精神障害者16,878名のうち1,007名(6.0%)であったが、このうち、当該医療施設へ直接来訪したものは58.1%、他の施設等からの紹介

によるものは4.0.5%であった(第3図)。

外来受診を直接推進したものは誰か、ということ、今後の精神衛生対策を進展させる際にも極めて有力な情報となることは疑いのないところである。これを総数でみると、本人自身が受療推進者である場合が37.6%とかなり高いが、診断別にみると、精神分裂病ではこれが4.8%と極めて低く、アルコール中毒でも15.0%とかなり低い。神経症では68.6%が本人自身の意志で来訪している。アルコール中毒では職場・学校関係者が直接の推進者である例が多い(60.0%)。

第3図 当該医療施設への来訪経路



第12表 新患外来精神障害者数(18才以上)、受療の推進者・診断名別

	総数 (%)	精神分裂病 (%)	アルコール中毒 (%)	神経症 (%)	その他 (%)
総数	279 (100.0)	62 (100.0)	20 (100.0)	86 (100.0)	64 (100.0)
本人	105 (37.6)	3 (4.8)	3 (15.0)	59 (68.6)	25 (49.1)
家族	116 (41.6)	43 (69.4)	1 (5.0)	19 (22.1)	29 (45.3)
職場・学校関係者	25 (9.0)	6 (9.7)	12 (60.0)	2 (2.3)	3 (4.7)
その他・不詳	33 (11.8)	10 (16.1)	4 (20.0)	6 (7.0)	7 (10.9)

(5) 特定医師との治療関係と通院の状況(第13表)

施設の側の条件の中で述べたように、今回の調査では施設側がいわゆる外来患者受持医制度(担当医制度)をとっているかどうかという聞き方(調査の仕方)の他に、患者が特定の医師と治療関係をもっているかどうかについて調査を行っている。

すでに述べたように施設として受持医制度をとっているところは1348施設のうち457施設、33.9%である。

患者が特定医師との治療関係をもっているものは4.0.2%であるが、特定医師との治療関係があるもののうち91.8%は医師の指示通りに通院をしている。しかしながら、特定医師との治療関係がないとするもの(不詳を含む)でも、86.3%が指示通りに通院をしているので、この間には有意な差はない。

(6) 予後の見通し(第14表)

外来に現に通院している患者の予後について、主治医(受持医、あるいは担当医)がどういう判断を下しているかということは、疾病概念の変遷のみならず、環境状況によってもかなりの開きが出てくることでもあり、一概にはいえないところでもあるが、今回の調査の結果はかなり面白い。

第13表 特定医師との治療関係の有無と通院状況

	総数 (%)
総数	4,711 (100.0)
指示通り通院している	4,168 (88.5)
指示通り通院していない・不詳	543 (11.5)
有	1,893 (100.0)
指示通り通院している	1,737 (91.8)
指示通り通院していない・不詳	156 (8.2)
無・不詳	2,818 (100.0)
指示通り通院している	2,431 (86.3)
指示通り通院していない・不詳	387 (13.7)

予後の見通しを、寛解の見込み、軽快の見込み、ほとんど不変、および増悪(その他不詳を含む)とすると、総数では寛解の見込みとするものは27.6%、軽快の見込みとするものが48.1%で、大むね $\frac{3}{4}$ が軽快~寛解するとされている。なかでも興味深いのは、精神分裂病についてであるが、寛解の見込みとするものが31.9%もあり、神経症の31.5%とほぼ近似した値をとることである。

すなわち、精神分裂病について見れば、寛解ま

たは軽快すると考えられるものが全体の75.9%であるが、中でも寛解すると予後を制定されたものが31.9%であり、これはかなり高い値である

といえよう。したがって、現在外来を担当する精神科医は、外来通院中の精神分裂患者に対する予後の見通しをかなり高く評価しているといえる。

第14表 外来精神障害者数(18才以上)、予後の見通し・診断名別

	総数 (%)	精神分裂病 (%)	てんかん (%)	脳器質性 精神障害 (%)	アルコール 中 毒 (%)	神経症 (%)	その他 (%)
総数	4,990 (100.0)	1,786 (100.0)	737 (100.0)	378 (100.0)	145 (100.0)	959 (100.0)	985 (100.0)
寛解の見込	1,375 (27.6)	570 (31.9)	70 (9.5)	37 (9.9)	28 (19.3)	302 (31.5)	368 (37.4)
軽快の見込	2,398 (48.1)	786 (44.0)	409 (55.5)	182 (48.1)	83 (57.2)	517 (53.9)	421 (42.7)
ほとんど不変	1,024 (20.5)	349 (19.6)	249 (33.8)	129 (34.1)	27 (18.6)	115 (12.0)	155 (15.7)
増悪その他 ・不詳	193 (3.8)	81 (4.5)	9 (1.2)	30 (7.9)	7 (4.9)	25 (2.6)	41 (4.2)

(7) 治療内容について(第15表)

調査当日に行なった治療の内容はつぎの通りであるが、薬物療法は全体の97.2%に行なわれて

いる。精神療法は全体の24.8%に行なわれており他の療法は各々についてはほとんど1%にも満たない。

第13表 外来精神障害者延数、調査日当日の治療内容別

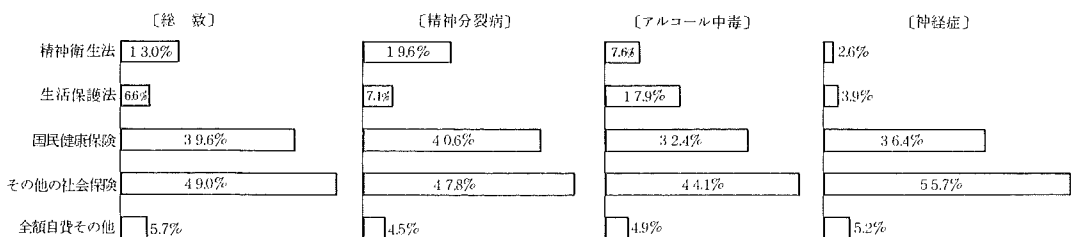
	薬物療法	精神療法				デイ・ケア	作業療法	遊戯療法	癒れん療法	駆梅療法	その他	不詳	
		総数	個人精神療法	集団精神療法	不詳								
(18才以上の) 外来精神障害者数	(延数) 4,850	1,237	1,100	3	134	21	34	4	23	23	160	13	
	実数4990に対する百分比(%)	97.2	24.8	88.9	0.3	10.8	0.4	0.7	0.1	0.5	0.5	3.2	0.3

(8) 医療費について(第4図)

総数ではその他の社会保険のものが49.0%と最も高く、次いで国民健康保険が39.6%、精神衛生法によるものが13.0%である。生活保護法によるものが6.6%と低い。しかし、これを診断

別にみるとかなり様相を異にしていることが判る。図に示したようにアルコール中毒にあっては生活保護法によるものが17.9%をしめること、精神分裂病では精神衛生法によるものが19.6%をしめるなどが特徴的といえよう。

第4図 医療費の支払区分について



(9) 通院片道交通費と片道所要時間（第16表）

精神病院が地域の中に定着するためには本来地域の中に精神病院が設立されていかなければならないという原則があるが、今日にわが国の現状からいえば、精神病院は全く地域性を無視した中につくられているといえ、それ故に、精神病院が地域性を持ちうるというのは幻想にすぎないこととされてしまうことが多い。

しかしながら、精神病院の側がどうあろうと、現実の社会の中にあって、病院自体が地域社会の

中に定着していく過程はあるといえ、それが、病院の側からみれば医療圏が確立していくということでもある。患者の側から考えれば、通院に要する費用が漸減していくことが（totalとして）その施設が地域性を確保しつつある証左となるわけでもある。

こうしたことは各施設がその患者について作成することが望ましいが、今回の調査の結果作成しえた平均的事象をもとに今後こうした分析がなされることを望ましいといえよう。

第16表 当該医療施設迄の片道交通費と所要時間

	当該医療機関迄の片道交通費		当該医療機関迄の片道所要時間		総 数
	百分 比（%）	累積百分 比（%）	累積百分 比（%）	百分 比（%）	
総 数	1 0 0.0	—	—	1 0 0.0	総 数
0 円	2 0.0	2 0.0	4 4.3	4 4.3	3 0 分 以 内
1 0 0 円 以 内	4 4.0	6 4.0	7 7.5	3 3.2	6 0 分 以 内
3 0 0 円 以 内	2 5.9	8 9.9	9 3.6	1 6.1	1 2 0 分 以 内
3 0 1 円 以 上	5.8	9 5.7	9 6.9	3.3	1 2 1 分 以 上
不 詳	4.3	1 0 0.0	1 0 0.0	3.1	不 詳

2) 18才未満の

外来精神障害者について

すでに述べたように調査日当日の外来精神患者16,878名のうち18才未満の外来精神障害者は1,906名（11.3%）である。なお報告書の中で解析されているのは、1,906名のうちから $\frac{1}{2}$ 抽出（無作為）された953名についてである。

18才未満の精神障害者については一括して検討する予定であるのでここでは略述するに止める。

(1) やはり男の方が多い

全体の57%は男であり、43%は女である。年齢別では0～5才（学令前期）は1.01%、6～8才（小学校低学年）は15.1%、9～11才（小学校高学年）は17.3%、12～14才（中学期）は23.6%、15～17才（高校期）33.9%と次第に高くなっている。

(2) てんかん性精神障害が多い（58.9%）

各年齢層に共通しててんかん性精神障害が多いのが特徴である。次いで多いのが精神分裂病及びその近縁状態（9.9%）、神経症及びその近縁状態（9.0%）である。自閉症及びその近縁状態は3.3%である。

(3) 通院、通所歴の有無について

過去に通院または通所したことのあるものは総数の80.6%、通院、通所歴のないものは15.0%（不詳は4.4%）である。

(4) 予後の見通しについて

寛解の見込みありとするものは全体の15.8%で、18才以上の外来精神障害者の場合よりもかなり低い。軽快の見込みありとするものは49.9%であり、これらを合わせると $\frac{2}{3}$ が寛解または軽快の見込みありということになる。しかし診断別では精神分裂病及びその近縁状態のものにあっては、寛解の見込みありとするものは28.7%、軽快の見込みありとするものは48.9%であり、合せて77.6%、すなわち $\frac{3}{4}$ 以上のものが寛解または軽快の見込みありとされていることは注目してよい。

(5) そ の 他

この他治療内容、医療費の支払区分、通院条件等について調査されているが、これらについては、大むね18才以上の外来精神障害者の調査結果に類似するのでここでは省略する。またいずれ稿を改めて、18才未満の精神障害者の実態調査の結果として一括して検討を試みたい。

Ⅳ おわりに

昭和44年精神病院実態調査の資料の検討とした際にも述べたが、この種の調査結果はこれ単独で意味をもつものでなく、各種の調査結果との組合せを行ないつつ実態を読み切っていくべきであり、これに加えて、自からの経験的な事実を重ね合わせていくという操作が重要なこととなるといえる。

現代の精神科医療のすう勢が精神病院内治療から地域内医療へと変貌しつつあることは明らかであるが、こうした時期にこそ、忘れ去られ、過去のものとして押しやられてしまう怖れのある在院する患者を救うためにも、精神病院の実態を明らかにしていかなければならないと考える。そしてさらに、こうした新しい動きの中に担うべき役割が、精神病院の中にあることもよく自覚されなければならないことであろう。

それ故にこそ、こうした一連の精神病院実態が必要であるし、また、今回検討を行なった精神病院の外来に関する実態調査が必要なものとなっているのであろう。

最後に、厚生省が企画、立案したこの種の調査はかなりの重要性をもちうるものであり、それ故にこの種の結果はより早く報道されるべきものであると考える。調査結果の報告書が3年遅れで出版されるようでは、流動する社会状況に対応した適切な精神衛生対策（サービス）を生むことはできないといえよう。

わが国における精神病院の現状と問題点 (III) (児童精神障害者の実態)

—昭和45年精神病院実態調査の検討—

吉 川 武 彦

- I はじめに
- II 調査の概要
 - 1. 調査の目的と内容について
 - 2. 調査の客体と調査・集計の方法
 - 3. 調査事項とことばの定義
- III 調査の結果とその検討
 - 1. 調査結果の概要
 - 2. 精神病院の児童専用の施設・設備および機能の状況
 - 3. 在院する児童患者および外来の児童患者の調査より
- IV おわりに

I はじめに

昭和45年精神病院実態調査は、精神病院の外来に関する実態を明らかにする目的で行なわれたほか、同時に併行して、精神病院における児童精神障害者関係の施設整備の状況をはじめ、在院または外来に通院する児童の患者の実態について明らかにすることを目的として行なわれた。

わが国においてはこの種の実態調査が全国的規模で行なわれた例が全くなく、児童精神障害者に関わる実態は何一つ明らかにされていなかったといつてよい。この意味からも、本調査がこの時期に実施されたのは遅きに失したとはいえ、必要なことであり、これで内容的に充分なものであったとはいえないまでも、かなりのレベルで全国の状況が明らかにされたと考えるべきであろう。

精神病院問題は

- 1. 精神病院の施設面の整備の状況と医療内容の問題
- 2. 在院する(あるいは外来の)患者の人権をめぐる問題
- 3. 精神科医療体系における精神病院の(位置づけと)役割の問題

とに大分されるといつてよい。こうした精神病院問題に迫るためにも、その背景となる実態が把握されている必要があるといえる。それ故にこそ、昭和44年以降厚生省が企画して実施した精神病院実態調査の資料的意味が大きいといえる。しかしながら、本調査も行政サイドで企画、立案、実施した調査であることを忘れてはならない事実である。すなわち、行政サイドで企画され、実施

されたということによる限界性の問題は決して見逃すことはできないということでもある。それ故に、注意深く資料を見ていくことが必要であるが、この種の調査が他にない現状をかへりみると、やはりかなり有用なものといわざるを得ないであろう。

II 調査の概要

1. 調査の目的と内容について

昭和45年に実施された、本報告の対象となった精神病院における児童精神障害者関係の実態調査は、外来診療関係の実態調査に併行して同時に実施されている。すでに述べたように、児童の問題をこの時期にとりあげるのは遅きに失した感すらあるが、厚生省として全国的視野において調査を実施した意義はかなり高いといえる。精神病院において、一般の成人精神障害者と全く一緒に扱われている児童患者の問題は、かなり古くから指摘され、児童専用の施設、設備を要することがいわれていた。

本調査は、下記の2調査より成っている。

- (1) 施設調査 — 医療施設として基本的な施設面の調査(face-sheetの部分)のほか、児童専用の施設、設備および機能について調査の項目が組まれている。調査票の一部をとると次のとおりである。

(12) 児童専用の施設 設備及び機能	1) 児童外来	1. 有 2. 無	(有の場合記入すること) 週に 1. 7日 2. 6日 3. 5日 4. 4日 5. 3日 6. 2日 7. 1日 8. その他()			
	2) 遊技療法室	1. 有 2. 無				
	3) 児童病棟	1. 有 2. 無				
	4) 病院内学級 (教育委員会の 認めたもの)	1. 有 2. 無	〔「有」の場合記入する〕 専用教室 1. 有 2. 無			

(2) 患者調査

- (i) 在院児童患者調査 — これは調査当日であった昭和45年11月18日現在在院する全ての児童患者(後述するように、本調査で児童患者というときは、18才未満の精神障害者のことをいうものとする、としている)について調査票を作成している。内容は診断、治療歴、入院の経路、在院期間、治療内容、入院費(医療費)の支払区分等である。
- (ii) 外来児童患者調査 — これは調査日当日外来患者(本調査では、「外来患者とは、当該医療機関において医療行為を受けたもので、当該医療機関に入院中のものを除く。但し、当該医療機関が総合病院等であって、現に入院中の患者が他科を受診する場合に、これを外来扱いをものは外来患者とする。往診したもの、および文書、電話等による紹介で、医療行為を伴ったものは外来患者とする」、としている)で、18才未満のものを調査の対象としている。診断、罹病期間、入院歴、通院、通所歴、通院の状況、治療内容、予後の見通し、医療費の支払区分、外来通院に要する交通費、所要時間等について調査を行なっている。これらの多くのものは、18才以上(成人)の外来患者について調査された調査項目と同一である。

2. 調査の客体と調査・集計の方法

すでに述べたように、本調査は外来診療関係の実態調査と併行して行なわれたもので、全国の精神病院及び、精神病床を有する一般病院精神科に対して厚生省が各都道府県を通じて行なったものである。調査実施日に調査対象とした施設は1,364施設であったが、諸般の事情により調査を実施し得なかった施設もあり、結局、1,348施設について実施したとしている。それ故、実施率は98.8%である。

1) 調査客体と調査期日

- (1) 施設調査：全国の精神科医療施設(入院病室を有するもの) — 1,348施設(悉皆調査)を

調査対象とした。

- (2) 児童精神障害者調査：これらの施設に調査日に在院する18才未満の精神障害者、および調査日当日に外来患者として当該施設を訪れた18才未満の精神障害者を対象とした。
- (3) 調査期日：昭和45年11月18日(One-day survey)

2) 調査・集計の方法

アンケート方式による全国一斉調査である。厚生省が各都道府県を通じて各施設に調査票を配付し、記入を求めたものである。なお、繰返し述べたように、本調査は精神病院の外来診療の実態調査と併行して行なったので、施設票はこれと共通であり、患者票は、外来患者個人票および在院児童患者個人票よりなり、これで一セットとなっている。

3. 調査事項とことばの定義

施設票は調査対象となった当該医療施設が精神衛生法上の指定施設か否かに始まり、経営主体、施設の種別、病床数、在院精神障害者数(調査日当日)などのface-sheetの部分のほか、調査当日の外来者数とその区分、病院の立地条件などの外来診療関係の調査項目があげられている。なお、児童関係の調査項目は、すでに「調査の目的と内容について」の項の中で述べてある。

調査実施に当り、例年の調査と同様に調査必携が作られているが、この中に本調査で用いられていることばの定義がなされている。外来調査関係のものすでに述べたことでもあるので、主として児童関係の調査に用いられたことばの定義等につきここに再録しておくこととする。

1) 児童患者

児童患者とは18才未満のものをいうものとする。

2) 外来患者

外来患者とは、当該医療機関において医療行為を受けたもので、当該医療機関に入院中のものを除く。但し、当該医療機関が総合病院等であって、現に入院中の患者が他の科を受診する場合に、これを外来

扱いをするものは外来患者とする。

往診したもの、及び文書・電話等による紹介で医療行為を伴ったものは外来患者とする。

3) 児童専用の施設・設備及び機能

(1) 児童外来

本調査で児童という場合は18才未満のものをいうが、この項では当該医療機関が定める年齢区分(例15才以下とする等)による「児童」を対象とする外来部門の有無を問うものとする。診療頻度は前項(1)と同じ要領で記入する。

(2) 遊戯療法室

「遊戯療法室」とは「遊戯療法」を行なうための場所をいう。他の目的のための共通の場所であってもよいが、遊戯療法を行なうための設備等を有しているものとする。

但し、設備等の内容はここでは決めない。施設長の判断による。

(3) 児童病棟

本項(13-1)にいう児童の患者を入院・収容する病棟をいう。ここでいう病棟とは必ずしも独立した病棟を指すものではないが明確に仕切られているものとする。

(4) 病院内学級

教育委員会により認められたもののみとする。当該医療機関の判断で家庭教師等により行なう教育は含まない。「専用教室」は病院内学級の授業のための専用の教室をいう。

但し、設備等の内容はここでは決めない。

4) 診断名又は疾病類型区分

18才未満のもの

(1) 主たる精神障害(疑)

「当該医療機関の診断」は自由記入とする。本調査票にある疾病類型にとられることなく記載されたい。

「知能障害の程度」は児童扶養手当の「知能障害の程度」の項に準ずる。総合的な医学的判断により判定する。

普通とは正常範囲のものをいう。

軽度とは、軽愚と同じ程度の知能を有するもの。

中等度とは軽症痴愚と同じ程度の知能を有するもの。

重度とは重症痴愚または白痴と同程度の知能を有するもの。

疾病類型区分 どれかひとつに○をつける。

(i) 精神分裂病およびその近縁状態

精神分裂病、または小児精神分裂病と確実に

診断し得るものおよび症状等によりその近縁状態とみられるものをいう。

但し幼児期に発病する自閉的な症状を有し、(V)の「自閉症およびその近縁状態」に入るものは除く。

(ii) そううつ病およびその近縁状態

① 成人そううつ病、或いはきわめてこれに類似のものと思われるもの。

② その他幼少時期における反応的うつ状態は神経症に入れる。

(iii) てんかん性精神障害

真性および症候性のてんかん、および、てんかん性の精神異常の状態、ナルコレプシー・カタプレクシーなどの近縁状態も入れる。

(iv) 脳器質性精神障害

脳の器質性障害にもとづく、行動異常等の精神障害およびその近縁状態。

「てんかん性精神障害」「精神薄弱」に入るものは除く。

(v) 自閉症およびその近縁状態

幼児期に発病し自閉症状を主たる症状とする精神病および幼児自閉症、および類似の症状を主症状とするもの。

(vi) 神経症およびその近縁状態

成人の精神神経症に一致するもの。および小児期にみられる全ての神経症的なあらわれ。

(神経症的行動、異常、精神身体症等を含む。)但し、中毒性精神障害をのぞく。

(vii) 性格異常

落ちつかない、乱暴する、ぼんやりする、無口、不活発等の著明な性格傾向の異常が永続的に認められるもの。

但し、中毒性精神障害および嗜癖、神経症およびその近縁状態をのぞく。

(viii) 中毒性精神障害および嗜癖

薬物等の常用(嗜癖)にもとづく精神障害

(ix) その他の精神障害

(i)~(viii) までに入らぬ精神障害

(x) 精神薄弱

(i)~(ix) までの疾患類型を合併していない精神薄弱

5) 通院の状況

18才未満のものは通院通所歴と両方を記入する。

「新患」の場合と「再来」の場合に分ける。

(1) 新患

(i) 「受療の推進者」は今回の受診に際し最も熱心に受療を推進したものを問うたものである。

(ii) 「来訪の経路」は今回の受診に際し、当該医療機関の当該科へ「1.直接来訪したもの」と「2.その他のもの」とに分ける。その他の施設又は科からの紹介のあったもの（紹介状等の有無は問わない）については主たるものについて、2に○印をつけた上、各項のいずれかひとつに○印をつける。

(2) 再 来

「通院状況」の「医師の指示通り」とは次回の来院日、来院時間等を指示した場合におおむね指示の通りに通院しているか否かを問うたものである。

「特定医師との治療関係」は当該医療機関の特定の医師と受持医（主持医又は担当医）患者の関係があるか否かを問うたものである。

6) 通院・通所歴

本項は18才未満のものにのみ記入するものとする。

「通院・通所歴」有のものは、当該医療機関への通院・通所歴有のものその他の施設への通院・通所歴有のものとのに分ける。該当するものがあればいくつでも○をつける。

「教育相談所」は、6.大学付属教育相談所(室)を除く。

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 (入院病床を有するもの) — 1,348施設

精神病床数 ——— 243,778床

在院精神障害者数 ——— 252,122名
このうち

在院児童精神障害者数 ——— 5,569名
これは在院精神障害者総数の2.2%に当る。

外来精神障害者数 ——— 16,878名
このうち

外来児童精神障害者数 ——— 1,906名
これは外来精神障害者総数の11.3%に当る。

2) 児童病棟を有する施設

1,348施設のうち48施設

3) 児童専門外来を行なっている施設

1,348施設のうち202施設

4) 遊戯療法のための部屋を有する施設

1,348施設のうち110施設

2. 精神病院の児童専用の施設・

設備および機能の状況

全国1,348施設に18才未満の精神障害者で在院するものが5,569名であったことは前述した通りである。この5,569名が在院する病院は、必ずしも児童のための専用病棟を有しているとはいえないのが現実である。すなわち、在院児童患者の多くは一般病棟の中に成人精神障害者と一緒にいるというのが現状である。

1) 児童病棟を有する施設は48施設

全国1,348施設のうち、児童病棟と名付けて管理、運営されている病棟を有している病院は、極めて少なくわずかに48施設(3.6%)でしかない。

第1図のように、この多くのものは単科精神病院であって48施設中35施設(72.9%)をしめている。併設のものでは、精神病棟が全病床の79%以下の施設が圧倒的に多い(13施設中11施設(84.6%)、これは48施設中の22.9%でもある。)

何分にも全国1,348施設のうち48施設では少ないとしかいえない。確かに患者数は252,122名のうちの5,569名で2.2%程度にすぎないとはいえ、児童(この調査では18才未満のものをいうこととしているが)が一般の精神障害者と同室に置かれているということはかなり問題であろう。各界から指摘されているところでもあるが、本来両親のもとにおいて care されるべき患者たちを、一時的にしる両親の手から離す(もちろん、治療的にはこの方が better である場合がある事は当然であるとしても)のであり、それなりに十分に care が行き届くよう配慮されるべきである。そしてその第一は、児童のための専用病棟をもつことであり、そしてそこに十分なスタッフを揃えることであろう。児童の入院のための病室のみならず、親子が共同生活のできる居住性をもった病室も設備される必要もあろう。

厚生省当局も、こうした治療への深い関わりを直接示してこそ第一線治療者、あるいは患者、家族とのつながりも生れるのであり、行政が地についたものとなって来るといえよう。

国公立の施設は246施設であるがこのうち児童病棟を有するものは17施設(6.9%)で、法人・

個人立の施設 1,102 施設のうちで児童病棟を有するものは 31 施設 (2.8%) である。国公立の方が

児童病棟を有する率は高いが、それにしても絶対数が少ない。

第1図 児童病棟を有する施設について

総	数	48 施設 (100.0%)		
単	科	35 施設 (72.9%)		
精神病棟 80% 以上	<input type="checkbox"/>	2 施設 (4.2%)		
精神病床 79% 以下	<input type="checkbox"/>	11 施設 (22.9%)		
国	公	立	17 施設 (35.4%)	
法	人	・	個人立	31 施設 (64.6%)

2) 院内学級を有する施設は 8 施設

このように、児童患者に用意されるべき施設は多岐に亘るといえるし、厚生省当局にもよりきめ細かな施策を示してほしいところであるが、ここに述べた院内学級の問題もこの一つである。

児童が入院した場合、家庭から離れるという問題を負うことはすでに述べたが、学令期にある患者の場合は学業を如何に継続するかという問題も大きな問題である。学業を続けるか否かは直接的には医療の問題でないともいえるが、児童精神障害者の治療にとって、時には治療の成否を決定づける大きな問題ともなり得るのである。したがって、治療機関が児童精神障害者の治療に際し、学業の継続をどのように具体化しているかを、現段階で明らかにしておくことは意味が大きい。

その意図でなされた本項の調査は当を得たものともいえるが、如何にも院内学級の存否だけを問

う形式では、この実態が十分に明らかになったとはいえない。

結果からみると、第1表のように病院内に教育委員会により認められた学級を持つ施設は 8 施設であり、このうち国公立の施設は 6 施設 (75%) であった。法人・個人立の施設でも 2 施設に病院内学級を持つものがあつた。

なお、病院内学級を有す 8 施設のうち、授業のための専用の教室を有する施設は 6 施設であり、2 施設には専用教室が準備されていない。

児童のための専用の病室(病棟)すら十分に用意されていない(48 施設のみであることはすでに述べた)わが国の現状の中で、このような期待をすることが時期尚早であるとするか、あるいは、すでにこうした遅れの中にこそ、わが国医療のあり方の問題点が内在しているとするか、単に個人の見解の差ということを超えた問題であろうと考える。

第1表 院内学級を有する施設について

	総 数	単科精神 病院	精神病床を併設するもの		医育機関 付属病院	再 掲	
			精神病床 80%以上	精神病床 79%以下		国公立	法人・ 個人立
総 数 (%)	1,348 (100.0)	903 (67.0)	105 (7.8)	298 (22.1)	42 (3.1)	246 (18.2)	1,102 (81.8)
院内学級・有 (%)	8 (100.0)	2 (25.0)	—	6 (75.0)	—	6 (75.0)	2 (25.0)
再掲 { (このうち) 専用教室・ 有 (%)	6 (100.0)	2 (33.3)	—	4 (66.7)	—	5 (83.3)	1 (16.7)

3) 児童外来を有する施設は202施設

今回の調査が外来診療の実態調査と併行して行なわれた関係もあって、一般外来のほかには特殊外来がどのような形で行なわれているかを調査する必要があった。そこで、特殊外来としてとりあげられたのが、時間帯別の外来の状況と対象別の外来の状況であったといえるが、対象別の外来では児童外来だけが調査の対象となった。

第2表にあるように、児童外来有とした施設は、1,348施設のうち202施設(15.0%)である。結果からいうと、この数値が高いか低いかは論じられないことは明白であるが、繰返し述べたように、児童精神障害者への治療のアプローチが、すべて成人と同一の場になされることにはかなり問題があるところでもあり、当然のことながら、治療者も、児童の治療に深い経験を有するものが当ることが望まれるといえよう。そうした意味あいから考えれば、全施設の15%程度しか児童外来がないという事態は、決して十分なものといえないであろうし、これ

からもこれらを充実させていく必要があるといえる。

施設の種類別にみても、医育機関付属病院ですら42施設中15施設に児童外来があるのみで、35.7%に止まっている。医育機関ですらこのような状態であるので、他の単科精神病院等がこれよりかなり下廻ることは確かであり、わが国の精神科医療施設の現状も、児童精神障害者への医療サービスにまで重点が移っていないといえることができる。

なお、診療頻度についての調査も行なわれているが、かなりの施設(202施設中92施設—45.5%)において、週6日の児童外来を行なっていることが明らかになった。しかしながら、週2日以下の診療頻度をもつ施設は64施設(31.7%)もかなり多く、2極化しているようである。

国公立では週2日以下の診療頻度をもつ施設が多く、法人・個人立では週6日の診療頻度をもつものが多いのも、児童外来の特徴であるといえよう。

第2表 施設数、児童外来の有無。(児童)外来の診療頻度・施設の種類・経営主体別

	総数 (%)	単科精神病院 (%)	精神病床を併設するもの		医育機関 付属病院 (%)	再 掲	
			精神病床80%以上(%)	精神病床79%以下(%)		国公立 (%)	法人・個人立 (%)
総 数	1,348 (100.0)	903 (100.0)	105 (100.0)	298 (100.0)	42 (100.0)	246 (100.0)	1,102 (100.0)
有	202 (15.0)	136 (15.1)	11 (10.5)	40 (13.4)	15 (35.7)	45 (18.3)	157 (14.2)
(1週間)	92	62	9	17	4	11	81
再 掲	6日以上 (45.5)	(45.6)	(81.8)	(42.5)	(26.7)	(24.5)	(51.6)
3~5日	17 (8.7)	8 (5.9)	2 (18.2)	3 (7.5)	4 (26.7)	10 (22.2)	7 (4.5)
2日以下	64 (31.7)	42 (30.9)	—	16 (40.0)	6 (40.0)	20 (44.4)	44 (28.0)
その他不詳	29 (14.4)	24 (17.6)	—	4 (10.0)	1 (6.6)	4 (8.9)	25 (15.9)
無・不詳	1,146 (85.0)	767 (84.9)	94 (89.5)	258 (86.6)	27 (64.3)	201 (81.7)	945 (85.8)

4) 遊戯療法室を有する施設は110施設

本調査では、ともかくも児童患者のためにどのような施設が準備されているかということ調査するのがその目的であったことから、狭義の治療上必要な施設の第一番にとりあげられるべき「遊戯療法」のための施設について調査が行なわれたものと考えられる。それは「『遊戯療法室』とは『遊戯療法』を行なうための場所で、他の目的のための共通の場

所であってもよいが、遊戯療法を行なうための設備等を有しているもの」としていることから判る。そしてさらに設備等の内容はここでは決めない、としていることから判るように、かなり幅広くこの施設をとらえようとしているといえる。

したがって、遊戯療法室を有した110施設における、遊戯療法室がどのような内容をもったものかは具体的に判明しかねるが、ともかく、児童患者の

ために用意された特別の部屋——施設であるということ（それがたとえ共有のものであっても）に意味があるといえよう。（第2図）

それにしても、児童外来があるとするものが202施設あるのに比べ、この遊戯療法室があるとするものは110施設に止まり、この差は大きい。この互いのかけ合せによる施設分類がなされていないので

詳細は不明だが、こうした単純集計を比較するだけでも、児童外来というものの、その内容は一般外来（成人精神障害者のための）として変らない外来が多いともいえるのであり、遊戯療法室ぐらいは備えた施設による児童患者の治療が望まれるところであろう。

なお、施設の種別からみても、あるいは国公立と法人・個人立の比などからみても、児童病棟の分布とかなり似た状況にあるといえる。

第2図 遊戯療法を有する施設について

総数	110施設(100.0%)
単科	63施設(57.3%)
精神病床80%以上	5施設(4.5%)
精神病床79%以下	28施設(25.5%)
医 育 機 関	14施設(12.7%)
国 公 立	40施設(36.4%)
法 人・個 人 立	70施設(63.6%)

3. 在院する児童患者および 外来の児童患者の調査より

全国の1,348施設に調査日当日在院した18才未満の精神障害者は5,569名である。これは調査日当日の在院精神障害者の総数252,122名の2.2%に当たっている。

一方、同上施設の調査日当日外来患者で18才未満の精神障害者は1,906名である。これは調査日当日の外来精神障害者の総数16,878名の1.13%に当たっている。

これらの男女比は、在院児童精神障害者においては、男が58.4%、女が41.6%である。外来児童精神障害者は男が57.0%、女が43.0%である。在院精神障害者総数においては男が58.4%、女が41.6%で全く同値であるが、外来精神障害者総数においては、男が52.8%、女が47.2%で、児童の場合よりも男女差がなく、かなり接近していることが判る。

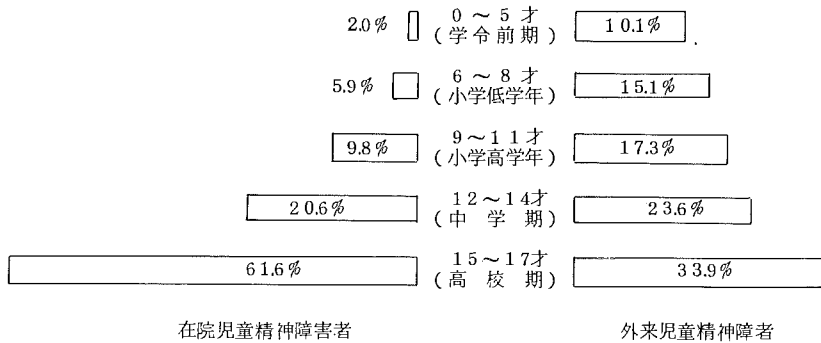
1) 年齢別の構成について

児童精神障害者を本調査では18才未満の精神障害者をいうこととしたが、これは必ずしも一般の習慣的な年齢区分とは一致しない。それ故に必要な視される年齢区分を大よそ次のように考えて、これを5段階に区分した。第3図に示したように、0～5才、6～8才、9～11才、12～14才、15～17才の5段階であるが、それぞれ、学令前期、小学低学年、小学高学年、中学期、高校期に当るものといえる。

在院児童精神障害者5,569名の上記5段階年齢区分による構成は第3図の通りであるが、15～17才の高校期に当るものが他に比べてとびぬけて高い（全体の約1/6）のが特徴といえる。

これに比べて、外来児童精神障害者は年齢が高くなるにつれて漸増する傾向にあり、15～17才の高校期に当るものは全体の3.39%、約 $\frac{1}{3}$ であることが判る。

第3図 在院・外来別児童精神障害者の年齢構成について



2) 診断別の状況と治療について

すでに述べたように、児童精神障害者の診断区分を成人の診断区分と同じくすることは、とくに児童の精神障害者について調査した本調査のような調査では確かに不合理であるので、その点では、本調査で、その診断区分を成人のものに異にしたのは意味が大きいといえる。

精神分裂病及びその近縁状態のものは在院児童精神障害者のうちで最も高く、34.8%と全体の $\frac{1}{3}$ 強をしめている。これに次ぐのがてんかん性精神障害で20.8%、および精神薄弱の19.4%である。この3者が在院児童患者の大半をしめている(75.0%)。

これに反し、外来児童精神障害者のうちで最も多いのがてんかん性精神障害で58.9%と過半数をしめている。これに次ぐのが精神分裂病及びその近縁状態の9.9%、神経症及びその近縁状態の9.0%、および精神薄弱の7.3%である。

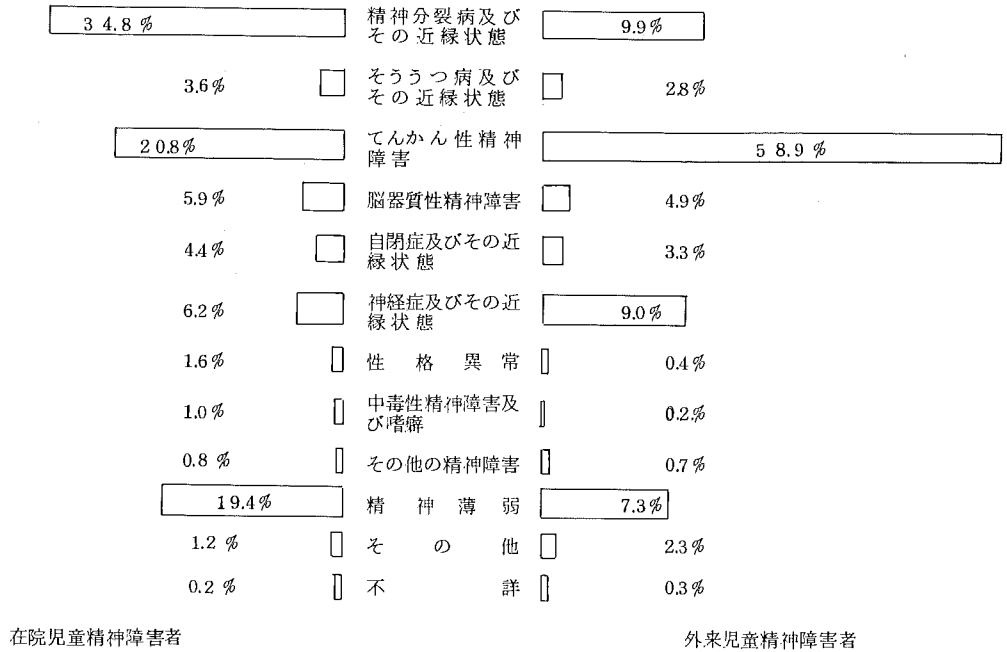
自閉症は在院児童患者の4.4%、外来児童患者の3.3%と少ない。

在院のものに比べて外来のものが高いのはてんかん性精神障害と神経症及びその近縁状態である。この両者はかなり外来治療で効果が期待できるといえるそうであるが、これに反し、精神分裂病及びその近縁状態、精神薄弱、脳器質性精神障害、そううつ病及びその近縁状態等は在院のものが外来に比べてその比率が高い。これらの診断区分のものは、他のものに比べて長期の療養を必要とするのみならず、顕化した症状がない「社会的」な問題行動を含むと考えられるので、入院治療が行なわれる機会が多いのであろう。

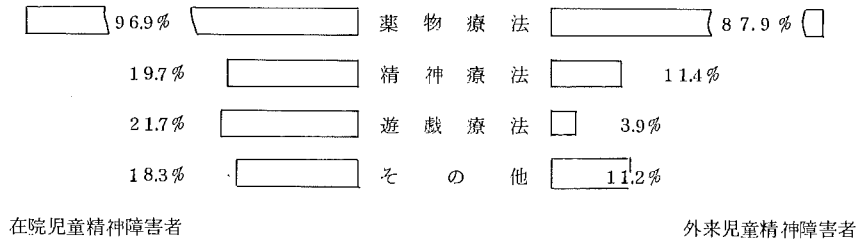
なお、他の診断区分に関しては例数も極めて少ないので検討を行なわなかった。

治療は調査日当日に行なった治療で重複記載されているが、これをまとめると第5図のようになる。遊戯療法が外来治療の中により取り入れられるべきものと思われる。

第4図 在院・外来別児童精神障害者の診断別構成について



第5図 児童精神障害者の治療について



3) 通院・通所歴について

過去に通院・通所を行なったことがあるかどうかについて問うたものである。在院児童精神障害者では、現入院に至るまでに通院・通所歴のあるものは63.8%であった。これに対して、外来児童精神障害者では80.6%と、在院児童患者に比してかなり高い。またこれを通院・通所機関別にみたのが、第3表である。在院児童精神障害者では過去に通院・

通所を行なった機関が当該医療機関であったものが43.2%で、他のものは他の機関に通院・通所を行っていたものである。これに対し、外来児童精神障害者では、過去に通院・通所を行なった機関が当該医療機関であったものが77.5%とかなり高く、他の機関に通院・通所を行っていたものは22.5%にすぎない。なお、表には診断別これを分析してあるが、参考のために示すこととする。

第3表 児童精神障害者の通院・通所歴について

	総 数 (%)		精神分裂病及び その近縁状態(%)		てんかん性精 神障害(%)		自閉症及びその 近縁状態(%)		そ の 他 (%)		
	在 院	外 来	在 院	外 来	在 院	外 来	在 院	外 来	在 院	外 来	
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
有	63.8	80.6	58.6	79.8	73.1	82.0	75.6	93.5	62.1	76.5	
再 掲	当該医療機関	43.2	77.5	57.8	86.7	35.7	78.2	46.8	72.4	35.2	73.4
	そ の 他	56.8	22.5	42.2	13.3	64.3	21.8	53.2	27.6	64.8	26.8
無 ・ 不 詳	36.2	19.4	41.4	20.2	26.9	18.0	24.4	6.5	37.9	23.5	

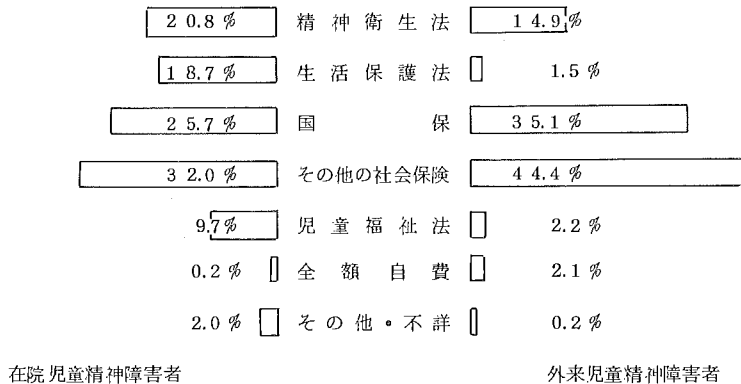
4) 医療費の支払区分について

在院児童精神障害者と外来児童精神障害者の医療費の支払区分における分散の違いの一番大きな点は、生活保護法によるものの点であろう。在院児童精神障害者の18.7%が生活保護法であるのに対して、

外来児童精神障害者で生活保護法のもの1.5%にすぎない。

児童福祉法によるものは在院児童精神患者では9.7%であるが、外来児童患者では2.2%とかなり低い。

第6図 児童精神障害者の医療費の支払区分

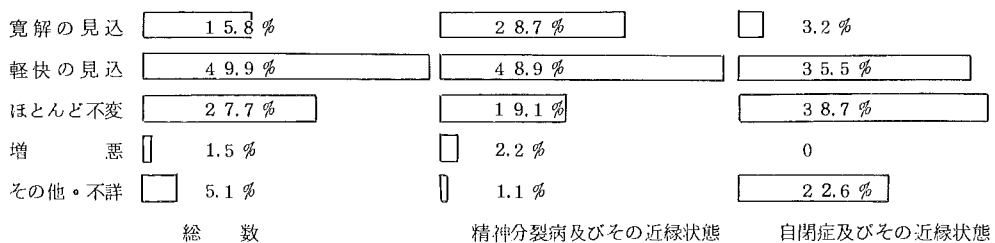


5) 外来児童患者の予後の見通し

予後の見通しを、ごく一般的に精神医学の分野で

用いられている概念を用いて4段階に分けて記入することを求めたものである(第7図)。

第7図 外来児童精神障害者の予後の見通しについて



寛解または軽快するとされたものは全体の65.7%とかなり高い。この多くのものは軽快するとしている(全体の49.9%)のであって、寛解するとしたものは少ない(全体の15.8%)が、かなり期待をもてるといえそうである。あるいは本調査がある種の「治療者の治療への意識調査」的意味あいのあるところから、多くの治療者が希望をもって治療を行なっている、といいかえるともできよう。

診断別にみると、精神分裂病及びその近縁状態のものでも、寛解または軽快するとされたものが77.6%と全体の $\frac{3}{4}$ 以上に及んでいる。これに対して、自閉症およびその近縁状態のものは寛解または軽快するとしたものは38.7%とかなり低い。このあたりは、精神科医をはじめとする精神科治療者の、精神分裂病及びその近縁状態のものに対する治療への構えと、自閉症及びその近縁状態に対する治療への構えとの相違的としてこれをとらえなおすことができるともいえる。

6) 在院児童患者の在院期間について

調査当日までに在院した期間を調査している。この結果は第4表のようにまとめることができる。これで見ると、在院児童精神障害者の約25%は在院3ヶ月未満のものであり、在院児童精神障害者の約50%は在院1ヶ年未満のものであることが明らかとなった。

第4表 在院児童精神障害者の
在院期間について

	百分率	累積百分率
総数	100.0	100.0
1ヶ月未満	9.8	9.8
1～3ヶ月未満	15.6	25.4
3～6ヶ月未満	12.5	37.9
6ヶ月～1年未満	14.8	52.7
1年～3年未満	27.8	80.5
3年以上	19.5	100.0

7) 在院児童患者の入院経路について

調査当日に在院した児童精神障害者の入院に至る経路を調査しているが、全在院児童患者の約40%は直接当該医療機関へ来訪したものであり、他はその他の施設(または科)からの紹介であった。

このその他の施設(または科)からの紹介により入院となったものは、大きく4群に分けることができるようである。その1は、精神神経科からの紹介(25.3%)、児童相談所からの紹介(24.9%)、保険所等からの紹介(21.6%)、およびその他(28.2%)である。なお、その他のもののうち、最も高いものが、他科からの紹介である。

これは比較対比する資料がないためにこれだけでは資料として充分とはいえないが、ともかくも約 $\frac{1}{4}$ づつの4群に分れることは興味ある結果である。

IV おわりに

本報告は、『わが国の精神病院の現状と問題点(Ⅱ、外来診療の実態)——昭和45年精神病院実態調査の検討』の後編に当たるともいえる。タイトルにもあるように、本報告は、昭和45年精神病院実態調査の検討から得たものであるからである。

本報告にあつては、児童患者問題に焦点を合せてこの精神病院実態調査の検討をすすめたが、児童患者の問題はまだ他にも資料が少なく、比較して検討するに値するものがない関係上、本報告が資料の呈示に終った感が深い。厚生省が発表した報告書は、極めて整然とはしているものの、比較検討しようとしたり、相互に関係づけて資料と整理しようとするには極めて不十分のものであつて、この欠点をいく分か修正する意図をもって本報告をまとめたことを付記しておきたい。

わが国における精神病院の現状と問題点 (IV) (作業療法の実態)

—昭和46年精神病院実態調査の検討—

吉 川 武 彦

- I はじめに
- II 調査の概要
 - 1. 調査の目的と内容について
 - 2. 調査の客体と調査・集計の方法
 - 3. 調査事項とことばの定義
- III 調査の結果とその検討
 - 1. 調査結果の概要
 - 2. 作業療法に関する施設・設備、および機能の状況
 - 3. 作業療法患者に関する調査の検討
 - 4. 報奨について
 - 5. 職員について
- IV おわりに

I はじめに

厚生省が昭和44年以降精神病院実態調査を実施してきた意図の中には、昭和50年代の精神科医療のあるべき姿を打ち出すための資料を得ることがあったことは明らかであろう。そして、その昭和50年代の々あるべき精神科医療々の中で、精神病院がはたすべき役割を導き出そうとしたのがこの一連の精神病院実態調査のシリーズであったといえよう。すでに、「わが国の精神病院の現状と問題点 (I)」(精神衛生資料, 17号, 1971年)、および「わが国の精神病院の現状と問題点 (II)」(精神科外来診の実態)(精神衛生資料, 本号)の中で述べたように、昭和29年以降わが国における精神衛生関係の実態調査は昭和48年の精神衛生実態調査を含めて、過去11回にわたって実施されている。

行政当局が実施する調査は本来行政に資するための資料となるべき性質のものであるとはいえ、それが各々の調査と一対一の対応をもった行政施策(サービス)を生み出すものでないことは明らかである。それはいかえれば、行政当局によって行なわれる調査の基本的な性格は、行政施策(サービス)を行なうための々基礎資料々となるべきであるといえよう。

具体的には昭和44年以来実施してきた精神病院実態調査は、厚生省が昭和40年精神衛生法の改正以来推進

してきた地域精神衛生対策をいかに定着させるということであったということであったといえる。精神障害者の医療の担当者である精神病院が入院中心の医療体制から社会復帰治療と地域医療へその中心と移すためには、どのようなことが準備されなければならないかということであった。そしてそれは、とりもなおさず、行政当局としての厚生省が、どのような行政施策を具体的に示すかということでもあったのである。こうした一連の調査の意図は、精神病院問題のみならず、こうした広く精神科医療の今後のあり方を導き出そうとする意図のもとに行なわれたものといえよう。

こうした観点からこれらの調査を眺めることは、昭和47年精神病院実態調査(アルコール中毒・老人精神障害者)の調査結果の報告を見てから行なうべきであろう。それ故、本報告ではこの点には触れず、主として昭和46年に実施された精神病院実態調査の結果の検討を行なうこととする。

II 調査の概要

1. 調査の目的と内容について

本調査は、近年精神科医療にあつて作業療法の重要性が増加していることにかんがみ実施されたものである。昭和44年精神病院実態調査では、精神病院にお

ける作業療法の大枠の実態について調査が行なわれている。本調査はこの昭和44年実態調査を総論とすれば、その各論的な位置づけをなすものといえよう。

近年作業療法についての議論が多い。昭和45年には病院精神医学会で「作業と患者の人権」というテーマで精神科作業療法について検討されたが、現在一般に行なわれているいわゆる作業療法が治療、あるいは療法という名のもとに、病院の営利主義に悪用されているという事実が報告された。

こうした動向を受けて企画された本調査は、厚生省が実施母体となったとはいえ、故江副勉氏（当時都立松沢病院院長）をはじめ、井上正吾氏（三重県立高栄病院院長、昭和48年第69回日本精神神経学会会長）、式場聰氏（式場病院院長、日本精神病院協会常任理事）の各士をはじめ、加藤伸勝氏（現京都府立医大教授）、加藤正明氏（国立精神衛生研究所部長）ら数名の委員よりなる実態調査委員会により検討された実施案、および実施要領（必携）に基づいて実施されたものである。

精神科の医療に関し多くの意見を發表されている各界の士による委員会をへて作成された本調査は、その調査目的を「精神科医療体系の中における作業療法の体系化をはかるための基礎資料を得ること」を目的としている。

なお、調査委員会の中で議論と決定にしたがい、本調査では作業療法の定義を日本精神神経学会が昭和42年に発表した『精神科の治療指針（決定案）』（精神神経誌、69:828, 1967）によるものとした。同治療指針は今日まで決定案のままとはいえ対外的に公表されたものであり、日本精神神経学会として改訂を行なってもいい。

調査自体は、現在の精神病院でいわゆる作業療法がどのような実態をもって実施されているかを明らかにすることが目的であり、その調査の結果をどう生かすかという点で、精神科医療体系化をはかることにあるとしたのであろうが、実態をふまえた上での展開という従来の行政の枠からは一歩もでていないということはいえる。

本調査は次の2調査より成っている。

- (1) 施設調査 —— 医療施設としての基本的な施設面の調査（face-sheet）部分のほか、作業療法に関する施設面での事項、すなわち、作業療法の実施状況、記録関係、報奨、院外作業の契約状況等について、あるいは作業療法の施設の利用状況、種目別患者数、従事職員等の各項について調査

を行なっている。

調査項目は極めて多岐に亘っているため、やや散漫な印象があるが、各項をとるとそれぞれかなり重要な側面をもつものである。また各項についても、もう一歩つっこんだ調査が必要とされるが、調査の性質上ここに止まらざるを得なかったことも理解しうるところである。

- (2) 患者調査 —— 調査の対象となった施設に在院する患者で、調査日当日作業療法（いわゆる院内作業療法、院外作業療法を問わず）を行なった患者のうち、今回の調査の対象とした患者は、在院期間が満一年以上6年未満のものとしている。

調査項目は、調査日当日に受けた作業療法の種類や種目、受療時間、作業に対する報奨などであり、さらに作業療法の開始時期、継続状況、受療期間等についても調査され、作業療法による治療効果の判定（施設長または受療医の判断によるものであるが）が記入されるようにセットされている。なお、この治療効果の判定は、調査の実施上の問題から、昭和46年3月1日以降に作業療法を開始したもので、現在まで作業療法——一貫して院内作業療法を継続しているもの及び一貫して院外作業療法を継続しているものについての判断を求めたものである。

患者調査の面でもその調査項目は極めて多岐に亘っており、やや散漫な印象すらうける。しかしながらこの種の調査が全国規模で行なわれたことがなく、それ故に「あれも、これも」知りたい、ということから調査項目がふえていったと考えられる。欲をいえば、患者調査にあっては、現在（調査日現在）行なわれている作業療法が、誰によって指示され、誰によって実施されているか、その療法を受けるに当って患者の意志はどう考慮されたか、という点に調査が及ぶとより作業療法の「実態」が明らかとなったと思われるが、（これは繰り返し述べてきたことだが）行政サイドですすめるこの種の調査には自づと限界があり、その限界を超えた調査を期待すること自体が無理とも考えられる。

それ故に、本調査の結果得られた資料も、こうした制約下において実施された調査の結果であることを常に念頭に置いて読みとる必要があるということである。

2. 調査の客体と調査・集計の方法

1) 調査客体

(1) 施設調査：全国の精神病院および一般病院に精神病室を併設する施設1,364施設（昭和46年6月1日現在）を調査客体とした。

(2) 患者調査：同上の施設に院内作業療法、院外作業療法を行なった在院精神障害者のうち、在院期間が満1年以上6年未満の精神障害者を調査客体とした。

2) 調査期日

昭和46年11月17日（水）

3) 調査方法と集計方法

アンケート方式による全国一斉調査である。原則として調査日当日の One-day survey（1日調査）である。調査票は(1)施設票(2)患者票の2葉より成っている。集計は各都道府県を通じ調査票の回収をし、厚生省統計調査部がこれを行なった。

3. 調査事項とことばの定義

1) 調査事項

(1) 施設調査：精神衛生法による指定・非指定別のほか、次の事項につき調査された。(1)経営主体、(2)施設の種別、(3)病床数（開放・閉鎖別等）、(4)精神障害者数（在院・外来別、作業療法種類別、入・退院数）(5)職員数（職種別、常勤・非常勤別）(6)作業療法実施状況、(7)同記録の整備状況、(8)作業療法患者への報奨、(9)院外作業の委託事業との契約状況、(10)院外作業時の非常災害の処置の取り決めについて、(11)院外作業事業所への通勤方法、(12)作業療法施設の利用状況(13)作業療法種類・種目別受療状況、(14)作業療法従事職員（職種別、専任・非専任別、常勤・非常勤別）、等である。

(2) 患者調査：(1)性、(2)年齢、(3)診断、(4)入院歴、(5)今回の入院年月日（在院期間）、(6)調査日当日受けた作業療法の種類と種目、(7)調査日当日受けた作業療法の総時間、(8)調査日当日作業療法に併行して行なわれた治療、(9)作業の報奨、(10)入院費用の支払区分、(11)作業療法開始時期、(12)作業療法の継続状況、(13)作業療法の実施状況、(14)作業療法の実施期間、(15)作業療法の治療効果、等である。

このうち、作業療法の治療効果について記入を求めたのは、作業療法開始の時期が昭和46年3月1日以降のもので、現在まで一貫して院内作業を継続しているもの、あるいは院外作業を継続しているものについてだけである。

2) ことばの定義

例年のように、調査の実施に当り「調査必携」が作成されているが、本調査において用いられたことばの定義が示されている。以下はその抜粋である。

(1) 常勤者

常勤者とは本調査においては当該医療施設に1週4日（1日8時間）以上、あるいは1週32時間以上勤務するものをいう。

(2) 作業療法

日本精神神経学会が示した精神科の治療指針（精神経誌69：828，1967）による。

ちなみにこの指針では、*「……広義の作業療法は患者の日々の生活の調整、指導、訓練により精神身体両面の活動をうながし、症状の改善をはかり、生産的な社会へ復帰を促進させるものであって、精神療法と密接な関連を有するものである。」*としている。またさらに、*「……（狭義の作業療法は、生産意欲、創造性を開発し、責任の自覚や完成のよろこびを体得させることにより再社会化をはかることを目的とするが、時には職業補導的要素を含むことがある」ともして*る。

(i) 「院内作業療法」とは、当該医療施設内において作業療法を行なうものを指すものとする。

いわゆる保護工場等であっても、これが当該医療施設の施設内にあるものは院内作業とする。

(ii) 「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おこなっているいわゆる外勤作業療法を指すものとする。

(3) 記録

(i) 処方箋

医師法（第22条）、医師法施行規則（第21条）に定められた（薬剤）処方箋に準じた記載を必要とするがこの他に治療目標を明らかにし、具体的な作業内容あるいはレク内容と期間を指示したものとする。

(ii) 実施計画

当該医療施設における院内作業療法、院外作業療法およびレク療法の年間、月間、週間等の計画表をいうものとする。このいずれかの計画表の有無を問うものとする。

(iii) 実施記録

作業療法（院内作業療法および院外作業療法）およびレク療法の実施に関する記録で、参加者数、担当職員数、実施状況等の記載がされているものとする。

(Ⅳ) 個人記録

患者の状態観察記録で特に作業療法、レク療法に関する記載がなされているものとする。

カルテ、看護記録（看護日誌、温度板等）に併記されているものでも、これらの療法に関する記載が別だてになり、記載されているものはこれに含める。

(4) 作業患者への報奨

本調査で作業患者への報奨というときは、作業を行なう患者が作業療法の治療的意味の一環として受けとる金銭または物品をいい、作業療法を行なう治療的立場によりこれを報奨とするか、賃金とするかはここでは問わないものとし、一律に報奨として扱うものとする。

(i) 院内作業療法

- イ) 「一率支給」とは作業時間および作業量、作業能力等によらず一率に支給される場合をいう。
- ロ) 「作業時間にスライド」とは作業従事時間にスライドして支給されるものをいう。
- ハ) 「作業量にスライド」とは生産高あるいは能力別に支給されるものをいう。
- ニ) 「イ～ハの組合せ」とは、イ、ロ、ハ、のいずれかとの組合せによる場合をいう。

(5) 病院と院外委託事業所との契約

院外作業を実施している医療施設が相手側の事業所との間にどのような契約を行なっているかを問うものである。但し、ここでは契約の内容を問題にせず、もっぱらその形式を問題とし、イ、（何等かの）文書による契約を行なっているか、ロ、その他であるかを問うたものである。その他の場合は適宜記載するものとする。

(6) これは(5)とも関連があるが、非常災害（事故等）の際の費用負担をどこが行なうか、どれ位の比率でこれを行なうかを問うたものである。

(7) 施設の利用状況

院内作業療法施設

- (i) 作業場とは病棟、病室から独立した作業施設〔 1) 産施設、2) 印刷場を除く〕をいう。但し、同一建物でも一階は病棟（病室）で2階は独立した作業場となっているものはこれに included。
- (ii) 作業療法病棟（病室）とは患者の寝るいわゆる病室の一部（例えば畳の大部屋）あるいはデイ・ルール等の病棟（病室）の一部を作業療法の場として使用しているもので、病棟や病室か

ら独立した作業療法施設は含まない。

(iii) 「畜産施設」とは豚舎、鶏舎養魚場およびその他の畜産施設をいう。

(8) 受療患者数

受療患者数とは調査日当日に当該療法を受けた在院精神障害者のすべてをとるものとし、延数とする。

したがって、同一患者が療法を超えて受療した場合（例えば午前中に院内作業、午後はレク療法という場合）はそれぞれに記録されるものとする。また同一患者が種目を超えて受療した場合（農耕と印刷）もそれぞれ記録されるものとする。

(i) 院内作業療法

- イ) 畜産、動物飼育とは牛馬豚鶏および魚類の飼育を行なうものとする。
- ロ) 組立て、木工等とは製袋、紙加工、人形作り、竹細工、皮細工、めら加工、木工等を行なうもので、雑誌の付録作り等もここに含めるものとする。但し、宮繕はふくめない。
- ハ) 病院関連業務、美化作業とは配膳等の給食関係、宮繕等の病院関連業務および除草、清掃等院内の美化業務を作業種目とするものを含めるものとする。

(ii) 院外作業療法

- イ) 第1次産業とは農、林、漁業、鉱業をいう。第2次産業とは工業、製造業を主としたものをいう。第3次産業とは商業、サービス業をいう。水道、電気、ガスは第3次産業に入れる。その他は学校へ行っているもの等をいう。
- ロ) 調査日当日に当該医療施設の患者が院外作業に出ている事業所の数を実数として記入するものとする。

(9) 作業療法従事職員（数）

調査日当日の作業療法の実施に際し、これらに直接従事した職員すべてについて調査を行ない、また院内作業、院外作業別にもこれを行なう。

- (i) 本調査においては、調査日現在当該病院に就職している職員のうち、当該医療施設で作業療法係等正式に身分を定められた作業療法従事職員の他当該施設の管理者が作業療法を主たる業務としていると判断したもので、調査日当日、作業療法に2時間以上従事したものを専任とし、それ以外のものを専任以外とする。専任以外のものでも主として病棟勤務、事務、給食等の業務に従事し、間接的に作業療法に関与したもの

はこれを除くものとする。

作業療法従事職員は作業療法受療患者に対し、その指導、観察、記録等を行なうことが求められることはいうまでもない。

(ii) 常勤とは1日8時間以上週4日以上勤務するものをいう。(前述)

非常勤はこれ以外のものをいう。

(10) 作業療法の継続状況

ここでいう継続とは、作業療法を開始してからこれを継続して行なっているもので、連続2週間未満の中断(例えば外泊、身体疾患等による中断)は中断とせず、継続したものとみなす。

(11) 作業療法の治療効果

本項の記入当該医療施設の施設長または患者の主治医、あるいは作業療法担当医等で患者の症状状態を適確に、把握しているものが記入するものとする。記入に際しては記入者の判断による。

Ⅲ 調査の結果とその検討

1. 調査結果の概要

1) 解答率は99.2%

全国の精神病院および精神病室を有する一般病院1,364施設のうち99.2%に当たる1,353施設から解答を得ている。11施設からは解答を得ていないが、本調査を実施する段階で精神病院としての機能を果たしていない施設や、本調査に協力することをしなかった施設が不答施設であるという。

2) 1,353施設の内訳け(第1表)

集計の対象となった1,353施設のうち、国公立のものは245施設(18.1%)、法人・個人立のものは1,108施設(81.9%)である。

1,353施設のうち、単科精神病院は929施設(68.7%)、精神病床が全病床の80%以上をしめる一般病院併設精神科が98施設である。これを合算すると1,027施設(75.7%)となる。

第1表 施設数：施設の種類、経営主体、指定-非指定別

	総数	単科精神病院	精神病床を併設するもの		医育機関 付属病院	再掲	
			精神病床 80%以上	精神病床 79%以下		国公立	法人・ 個人立
施設総数 (%)	1,353 (100.0)	929 (68.7)	98 (7.0)	283 (20.9)	43 (3.2)	245 (18.1)	1,108 (81.9)
指定 (%)	1,088 (100.0)	781 (71.8)	70 (6.4)	205 (18.8)	32 (2.9)	224 (20.6)	864 (79.4)
非指定 (%)	265 (100.0)	148 (55.6)	28 (10.6)	78 (29.4)	11 (4.2)	21 (7.9)	244 (92.1)

3) 精神病床は249,321床(開放率23%)

在院患者数は259,020名、外来患者数は22,639名(第2表)

今回の対象となった1,353施設の総精神病床数は249,321床であるが、調査日当日に在院した患者は259,020名であるので、病床利用率は103.9%でかなりオーバーしていることが判る。

調査日当日の外来者数は22,639名であった。昭和45年実態調査はやはり one day survey であったが、このときは16,878名であったのでかなりの伸びを示しているといえる(前年比約30%)。

なお開放病床は249,321床のうち56,803床に止まり、22.8%にすぎない。しかしながら、昭和44年実態調査では20.8%であったことからみると、わずかずつではあるが伸びを示しているといえよう。

第2表 精神病床数、在院患者数および外来患者数：施設の種類、経営主体別

	総 数	単科精神 病 院	精神病床を併設するもの		医育機関 付属病院	再 掲	
			精神病床 80%以上	精神病床 79%以下		国 公 立 (%)	法 人・ 個 人 立 (%)
精 神 病 床 総 数	249,321 (100.0)	194,547 (78.0)	20,201 (8.1)	31,827 (12.8)	2,746 (1.1)	36,498 (14.6)	212,832 (85.6)
在 院 患 者 総 数 (%)	259,020 (100.0)	205,514 (79.3)	20,840 (8.0)	30,497 (11.8)	2,169 (0.8)	32,685 (12.6)	226,335 (87.4)
外 来 患 者 総 数 (%)	22,639 (100.0)	13,811 (61.0)	1,329 (5.9)	5,362 (23.7)	2,137 (9.4)	6,219 (27.5)	16,420 (72.5)

4) 院内作業療法は97.4%の施設で実施、
院外作業療法は83.3%の施設で実施

作業療法を行なっている施設は極めて多く、
1,353施設のうち院内作業療法を行なっている施設は1,318施設で97.4%。院外作業療法を行なっている施設は1,127施設で83.3%に及んでいる。

5) 作業療法患者は82,694名

調査日当日に作業療法を受けた患者は、在院患者259,020名のうち、82,694名で31.9%であった。すなわち、調査当日に作業療法を受けた患者は全体の約 $\frac{1}{3}$ 弱に当たるといえる。ちなみに、昭和44年実態調査の結果をみると、昭和44年10月1日～10月7日までの1週間に作業療法を受けた実患者は、当時の在院患者248,826名のうち12,144名で、全体の4.8%であった。

調査方法が異なるため比較はできないが、One day survey では在院患者の約 $\frac{1}{3}$ が調査日当日に作業療法を受けていることが明らかとなった。これはかなりの数であるといつてよい。

6) 作業療法士は143名、
作業指導員は2,024名

作業療法を直接担当する職種としては作業療法士と作業指導員がいるが、作業療法士は全国の1,353施設に143名しかいない。作業指導員は2,024名いるが約8万人の作業療法患者に対して約2,000人にすぎず極めて少ない。

2. 作業療法に関する施設・設備

および機能の状況

作業療法が治療として得るためには、作業療法にたずさわるとの治療にかかわる姿勢が常に問われ続けなければならない。と同時に治療の場として作業療法場の場が呈示されなければならない。その場はしかるべき職員と、しかるべき設備が整えられているべきであらうし、しかるべき機能を有している必要があらう。

1) 院内作業療法について

(1) 院内作業療法施設を有する施設は1,254施設

院内作業療法を実施している施設は、全施設1,353施設のうち1,318施設(97.4%)である。このうち、院内作業施設を有している施設は1,254施設であり、全体の92.7%、院内作業療法を実施している施設の95.1%に当たる。

(第3表)

第3表 施設数：院内作業療法の実施状況及び院内作業療法施設の有無、経営主体、指定-非指定別

	総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
				国 公 立 (%)	法 人・個 人 立 (%)
全 施 設 数	1,353 (100.0)	1,088 (100.0)	265 (100.0)	245 (100.0)	1,108 (100.0)
院内作業療法を実施している施設	1,318 (97.4)	1,074 (98.7)	244 (92.1)	231 (94.3)	1,087 (98.1)
院内作業療法施設	1,254 (92.7)	1,046 (96.1)	208 (78.5)	210 (85.7)	1,044 (94.2)
有	99 (7.3)	42 (3.9)	57 (21.5)	35 (14.3)	64 (5.8)
無					

国公立の245施設のうち院内作業療法施設を有している施設は210施設(85.7%)であるが、法人・個人立の1,108施設のうちでは1,087施設(94.2%)でやや国公立よりも保有率が高い。もちろん、施設の規模や設備の状況を全くぬきにした比較であるので、これ以上のことはいえない。作業療法の実施率からみても、国公立に対して法人・個人立の方がやや高いことも注目されよう。それはここでいう「作業療法」に、最も問題視されている使役に当る作業が療法の名のもとに調査の結果に上ってきていることを怖れるからでもある。

(2) 院内作業療法施設の

利用状況(第4表)

院内作業療法のための施設として、どのようなものが準備されているかが調査され、同時にこれらの各施設の利用状況が調査されている。

作業療法場または作業センターが設備されている施設は1,353施設のうち474施設(35.0%)である。かなり多くの施設に農園芸用地が院内作業

療法のために用意されているが(940施設, 69.5%),この種のもはその規模をぬきには論じられない。また、本調査では作業療法病棟または病室があるとされた施設も880施設(65.0%)であるが、これらかなりその中のあるものであろう。その多くのは患者の日常生活が営まれる場所を一時的に使用することになっているのが現状であろう。

これらに次いで多いのが洗濯場であるが(665施設(49.2%)),この多くは病院のサービス部門である洗濯場が院内作業療法の場とされているものと思われる。

この他に畜産施設は286施設(21.1%)が有しており、また木工所を275施設(20.3%)が有している。

これらの利用状況をみると、調査日当日に、これらの多くの施設は院内作業に利用されている(70~80%)。利用時間は作業療法場(作業センター)は2時間以上とするものがかなり多い(378施設のうち304施設, 80.4%)が、他の施設ではかなりまちまちである。

第4表 延施設数：院内作業療法、各施設と調査日当日の利用状況、経営主体別

	総 数	2時間以上利用	2時間未満利用	利 用 せ ず
作業療法場(作業センター) (%)	474 (100.0)	304 (64.1)	74 (15.6)	96 (20.3)
印 刷 場 (室) (%)	72 (100.0)	36 (50.0)	14 (19.4)	22 (30.6)
木 工 作 業 場 (室) (%)	275 (100.0)	143 (52.0)	45 (16.4)	87 (31.6)
洗 濯 場 (室) (%)	665 (100.0)	287 (43.1)	202 (30.4)	176 (26.5)
作 業 療 法 病 棟 (室) (%)	880 (100.0)	470 (53.4)	258 (29.3)	152 (17.3)
農 園 芸 用 地 (%)	940 (100.0)	363 (38.6)	203 (21.6)	374 (39.8)
畜 産 施 設 (鶏舎・豚舎等) (%)	286 (100.0)	121 (42.3)	117 (40.9)	48 (16.8)
そ の 他 (%)	182 (100.0)	110 (60.5)	33 (18.1)	39 (21.4)

(3) 院内作業療法による

生産品の有無について(第5表)

院内療法を現に実施している施設で、院内作業療法による生産品を有するものは1,318施設のう

ち783施設(59.4%)である。かなり多くの施設で生産品をかかえているわけであるが、これらの生産品の行方については本調査では調べられていない。

第5表 施設数：院内作業療法による生産品の有無、経営主体、指定—非指定別

	総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
				国 公 立 (%)	法 人・個 人立 (%)
総 数	1,318 (100.0)	1,074 (100.0)	244 (100.0)	231 (100.0)	1,087 (100.0)
有	783 (59.4)	682 (63.5)	101 (41.)	135 (58.4)	648 (59.6)
無	535 (40.6)	392 (36.5)	143 (58.6)	96 (41.6)	439 (40.4)

2) 院外作業療法について

(1) 院外作業療法を実施して

いるのは、1,127施設（第6表）

院外作業療法（いわゆる外動療法、あるいはナ

イト・ホスピタル）については論議の多いところ
であるが、現状としてどれ位の施設がこれを実施
しているかを調査している。

第6表 施設数：院外作業療法の実施状況、経営主体別、指定—非指定別

	総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
				国 公 立 (%)	法 人・個 人立 (%)
総 数	1,353 (100.0)	1,088 (100.0)	265 (100.0)	245 (100.0)	1,108 (100.0)
実施している	1,127 (83.3)	921 (84.7)	206 (77.4)	201 (82.0)	926 (83.6)
実施していない	226 (16.7)	167 (15.4)	59 (22.3)	44 (18.0)	182 (16.4)

第4表のように、院外作業療法を実施している施設は全体の83.3%に当たっている。指定病院と非指定病院の間にはやや差があるもののやはりかなりの率で院外作業療法が実施されているといつてよい。

(2) 院外作業療法委託

事業所との契約状況（第7表）

院外作業療法の本来の趣旨は、それが作業療法としての位置づけの中にある限りは、本質的には院内作業療法の延長にあるものであり、病院内という限定された社会的状況から、事業所内、あるいは地域と呼ばれるかなり広がった社会的状況の中で作業療法ということができよう。それ故に、個々の患者が事業所と労働契約を結ぶということ

をせず、医療施設側が事業所と何らかの形式の契約を結び、事業所を医療施設の延長として位置づけようとしてきたといえる。

今回の調査では、院外作業療法委託事業所との契約の状況について調査されているが、この契約の内容（すなわち、労働契約であるか施設間の治療場提供に関する契約か）が明らかでない。近年、わが国においては、患者のもつ労働権をめぐって、精神科医療関係者の中に議論の多いところであり、作業療法をこの方面から抱えようとするむきもあるからである。

結果は第7表にある通りで、院外作業療法を実施している1,127施設のうち524施設（46.5%）が契約有としている。

第7表 施設数：院外作業療法委託事業所との契約状況、経営主体、指定-非指定別

	総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
				国 公 立 (%)	法人・個人立 (%)
総 数	1,127	921	206	201	926
契 約 有	524 (46.5)	458 (49.7)	66 (32.0)	91 (45.3)	433 (46.8)
文書による 契約	202 (38.6)	189 (41.3)	13 (19.7)	41 (45.1)	161 (37.2)
そ の 他	322 (61.5)	269 (58.7)	53 (80.3)	50 (54.9)	272 (62.8)
契 約 無	603 (53.5)	463 (50.3)	140 (68.0)	110 (54.7)	493 (53.2)

注：()内の数値は契約有を100としたときの%である。

(3) 非常災害に関する

取決めについて(第8表)

上述したように、院外作業療法が医療施設における作業療法の延長上にあるものとすれば、作業療法の実施に伴ない災害の問題は単に患者個人の問題に止められるものではない。それ故に施設間の取決めが必要と思われるがこの取決めの状況は次の通りである。

第8表のように、院外作業療法を実施している1,127施設のうち、わずかに336施設(29.8%)が非常災害に関する取決めを委託事業所と行なっているにすぎない。仮りに、院外作業療法がすべて患者の労働権の保証ということ(あるいは労働権の当然の行使)となればこの種の契約はどのような意味をもつこととなるのであろうか。

第8表 施設数：院外作業療法委託事業所との非常災害に関する取決めの有無、経営主体、指定-非指定別

	総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
				国 公 立 (%)	法人・個人立 (%)
総 数	1,127 (100.0)	921 (100.0)	206 (100.0)	201 (100.0)	926 (100.0)
取 決 め 有	336 (29.8)	302 (32.8)	34 (16.5)	51 (25.4)	285 (30.8)
取 決 め 無	791 (70.2)	619 (67.2)	172 (83.5)	150 (74.6)	641 (69.2)

(4) 非常災害時に要した

費用の支払について(表9表)

院外作業療法を実施し、非常災害時の取決めのある336施設で、非常災害が発生した時、それに要した費用をどのような区分で支払うことにしているかを調査している。

結果は第9表の通りであるが、336施設のうち151施設(44.9%)は要する費用と事業所で負担することとしている。ここにその他となっているものは(3.5%) case by case という考えに立っているものと考えられるが、いかえればかなりその方法もまちまちであるといえよう。

第9表 延施設数：非常災害時に要した費用の支払方法別

	費用は全額事業所負担	費用は全額病院負担	費用は折半	その他
院外作業療法を実施し非常災害時の取り決めのある336施設に対する百分比(%)	151 (44.9)	60 (17.9)	32 (9.5)	106 (31.5)

(5) 通勤の方法

院外作業療法委託事業所までの通勤の方法は、事業所側が仕立てる(バス等による)ものが26.9%、病院側が仕立てるものが8.2%、徒歩や公共交通機関の利用によるもの38.3%、その他のもの45.5%である。事業所側が仕立てるものが約 $\frac{1}{4}$ であったことはやや意外でもある。治療場面の延長という捉え方からすれば病院側がもう少し積極的に交通手段を提供すると考えられるが、保険診療が認められていない現在にあっては、理念だけではすまない面があるものとも思われる。

(6) 院外作業療法委託

事業所の業種について(第10表)

すでに述べたように、院外作業療法委託事業所を業種別に3大別し(第1次産業、第2次産業、第3次産業)、この他に学校に通学しているものを取りあげている。この結果は第8表の通りであるが、総じて第2次産業の事業所へ通勤させている場合が多いことは注目すべきことである。仮りに労働権の問題をぬきにして狭義の治療面のみを取りあげて考えるならば、こうした第2次産業への集中は必ずしも好ましいものではない。

第10表 延施設数：院外作業療法委託事業所の業種、施設の種類、経営主体別

	総数 (%)	単科精神 病院 (%)	一般病院併設精神科		医育機関 付属病院 (%)	再 国公立・公的 医療機関総数 (%)	掲 法人・個人立 医療機関総数 (%)
			精神病床80 %以上(%)	精神病床79 %以下(%)			
総数	2,603 (100.0)	2,004 (100.0)	205 (100.0)	387 (100.0)	7 (100.0)	613 (100.0)	1,990 (100.0)
第1次産業 (農・林・漁・畜・鉱)	207 (8.0)	162 (8.1)	22 (10.7)	23 (5.9)	—	52 (8.5)	155 (7.8)
第2次産業 (工・建設・製造)	1,606 (61.7)	1,248 (62.3)	124 (60.5)	231 (59.7)	3 (42.9)	346 (56.4)	1,260 (63.3)
第3次産業 (卸・小売・サービス業)	618 (23.7)	472 (23.6)	42 (21.0)	101 (26.1)	2 (28.6)	143 (23.3)	475 (23.9)
その他(通学等)	172 (6.6)	122 (6.1)	16 (7.8)	32 (8.3)	2 (28.6)	72 (11.8)	100 (5.0)

とくに、非常災害の取り決め問題でも論じたように、災害補償等の契約が十分になされていない現状にあって、いたずらに院外作業を「療法」の名のもとに実施することは極めて憂慮すべきことといえよう。

3) 記録類について(第11表,第12表)

作業療法を実施するに当たり、まず作業療法の内容を指定し、その期間等を指示する必要がある。こうしたものを処方箋(作業処方箋)と考えるならば、作業療法を行なうに当っては当然のことながら処方箋による指示が必要と思われる。この点、今回の調査でこの種の記録類について調査が行なわれたこと

はかなり重要なことと考える。調査されたのは、

- (1) 処方箋, (2) 月間等の実施計画, (3) 実施記録,
- (4) 個人記録等の有無についてであるが、これらは第11表の通りである。

ここにもあるように、処方箋の整備状態が極めて悪く(院内作業療法で40.7%、院外作業療法で33.3%)、注意を要する。総じて院外作業療法関係の記録の整備状況が悪いのが問題となろう。処方箋の整備状況を経営主体別等でみたがこれはあまり変わらない(第12表)

第11表 施設数、(作業)処方箋、月間等の実施計画、実施記録及び個人記録の有無、院内-院外別

		院内作業療法 (%)	院外作業療法 (%)
処方箋	総数	1,318 (100.0)	1,127 (100.0)
	有	536 (40.7)	375 (33.3)
	無・不詳	782 (59.3)	752 (66.7)
月実 間施 等計 ・画	総数	1,318 (100.0)	1,127 (100.0)
	有	981 (74.4)	480 (42.6)
	無・不詳	337 (25.6)	647 (57.4)
実 施 記 録	総数	1,318 (100.0)	1,127 (100.0)
	有	1,105 (83.8)	614 (54.5)
	無・不詳	213 (16.2)	513 (45.5)
個 人 記 録	総数	1,318 (100.0)	1,127 (100.0)
	有	932 (70.7)	558 (49.5)
	無・不詳	386 (29.3)	569 (50.5)

第12表 施設数：(作業)処方箋の有無、経営主体、指定-非指定、院内-院外別

		総数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
					国公立 (%)	法人・個人立 (%)
院内 作 業 療 法	総数	1,318 (100.0)	1,074 (100.0)	244 (100.0)	231 (100.0)	1,087 (100.0)
	有	536 (40.7)	450 (41.9)	86 (35.2)	79 (34.2)	457 (42.0)
	無・不詳	782 (59.3)	624 (58.1)	158 (64.8)	152 (65.8)	630 (58.0)
院外 作 業 療 法	総数	1,127 (100.0)	921 (100.0)	206 (100.0)	201 (100.0)	926 (100.0)
	有	375 (33.3)	325 (35.3)	50 (24.3)	71 (35.3)	304 (32.6)
	無・不詳	752 (66.7)	596 (64.7)	156 (75.7)	130 (64.7)	622 (67.2)

3. 作業療法患者に関する調査の検討

ここでは施設調査の中で実施された患者関係の資料と、患者調査の結果得られた資料とを呈示し検討を行なうこととする。

- 1) 調査日当日の作業療法患者は82,694名、院内作業療法患者は75,875名、院外作業療法患者は6,819名(第13表)

第13表に示したように調査日当日の作業療法患者数は82,694名で、当日の在院患者総数が259,020名であるので31.9%に当る。このうち院内作業療法を受けているものは75,875名で

作業療法患者総数の9.1.8%である。院外作業療法患者はわずかに6,819名であり、作業療法患者総数の8.2%である。

経営主体別にみても大きな相違はないが、国公立の方が、法人・個人立に比して作業療法に出ている患者が比率の上で高いといえそうであるが、有意といえるかどうかは問題のあるところである。とくに院外作業療法患者についてみると、法人・個人立では在院患者に対する比が2.4%であるのに対し

(5,398名/22,633.5名×100)、国公立では4.4%(1,421名/32,685名×100)で、約2倍の比率で院外作業療法に出ているといえる。

院外作業療法のもつ治療的側面の論議をぬきにしてこれを論ずることはできないが、院外作業療法に伴う非常災害等の事故処理をめぐって、法人・個人立の病院の方が国公立に比して弱い立場に立ち易いことを考えると首肯できる数値でもある。

第13表 作業療法患者数：施設の種類の、経営主体、院内-院外別

	総数	単科精神院	精神病床を併設するもの		医 育 機 関 付 属 病 院	再 掲	
			精神病床 80%以上	精神病床 79%以下		国 公 立	法 人・個 人 立
総数 (A) (%)	82,694 (100.0)	66,488 (80.4)	5,322 (6.4)	10,393 (12.6)	491 (0.6)	13,574 (16.4)	69,120 (83.6)
院内作業療法 (B) (%)	75,875 (91.8)	61,068 (91.8)	4,780 (89.8)	9,542 (91.8)	485 (98.8)	12,153 (89.5)	63,722 (92.2)
院外作業療法 (C) (%)	6,819 (8.2)	5,420 (82)	542 (10.2)	851 (8.2)	6 (1.2)	1,421 (10.5)	5,398 (7.8)
(再掲) 在院患者総数 (D)	259,020 (100.0)	205,514 (79.3)	20,840 (8.0)	30,497 (11.8)	2,169 (0.8)	32,685 (12.6)	226,335 (87.4)

2) 院内作業療法の種目別

患者数(第14表)

院内作業療法のための施設としてどのようなものが用意されているか、ということはすでに述べたが、ここではどのような種目が用意され、どの位の患者が調査日当日にこれを行なったかを示すものである。

あらかじめあげられていた作業療法の種目は(1)農耕、(2)園芸、(3)畜産、動物飼育、(4)印刷、(5)組立て・木工等(6)裁縫・編物・刺しゅう等、(7)病院関連業務・美化作業、(8)その他である。

第14表に示す通り最も多いのが(5)組立て・木工等であるが(39.7%)、この中にはデパートの手さげ紙袋を作ったり、雑誌の付録を作ったりする「作業」が入っていることが考えられる。

第14表 延患者数：院内作業療法各種目別

	農 耕	園 芸	畜産・動物 飼育	印 刷	組立て・木 工等	裁縫・編物 刺しゅう等	病院関連業 務美化作業	そ の 他
院内作業療法患者 75,875に対する 百分比 (%)	5,243 (6.9)	2,476 (3.3)	1,015 (1.3)	220 (0.3)	30,131 (39.7)	4,690 (6.2)	20,445 (27.0)	17,196 (22.7)

さらに問題なのは、次に多い(7)病院関連業務・美化作業の類である。(27.0%)。もちろん、作業療法が療法たり得るための条件が満たされているとすれば、作業の種目は(それなりに大きな意味はもつ)として大きな問題でないともいえるであろう

が、現在「作業療法」と呼ばれているものが本来の療法としての十分な意味づけや、位置づけがなされていないことから考えても、作業の種目をもつ意味はかなり大きいといえよう。

それ故、こうしたともすると、作業療法が療法

として正式に点数化され、全く経済的な裏付けのないものから経済的な保障をすると同時に、その内容の向上に努めうるように制度上も作られる必要があるといえるであろう。

3) 院外作業療法委託事業所の業種別患者数(第15表)

施設としてどのような業種を院外作業療法委託事業所としているかについてはすでに述べたが、これを一括して一表にしたものが次の表である。

第2次産業である工業、建築業あるいは製造業などの業種を院外作業療法の委託先とするものが、事業所数においても、患者数においても極めて多い。もちろん患者が帰るべき社会にあって、この種の業種が就職口として用意されている率が高いところから考えても、当然といえば当然であろうが、すくなくとも院外作業療法という枠組の中から考えると(治療的な側面とリハビリテーションの側面と)やはり再考の必要はあると思われる。

第15表 延患者数：院外作業療法委託事業所業種別

	第1次産業 (農・林・漁・畜・鉱)	第2次産業 (工・建設・製造)	第3次産業 (卸・小売・サービス)	その他 (通学等)
院外作業療法委託事業所 2,603に対する百分比(%)	207 (8.0)	1,606 (61.7)	618 (23.7)	172 (6.6)
院外作業療法患者 6,819に対する百分比(%)	554 (8.1)	4,693 (68.8)	1,270 (18.6)	318 (4.7)

4) 在院期間が満1年以上6年未満のものは36,545名(第1図)

作業療法患者の調査は統計処理上の問題から、今回の在院期間が満1年以上6年未満の患者について行なわれたことはすでに述べたところである。したがって以下の分析の対象となった患者は作業療法患者総数8,2964名のうち36,545名(44.0%)である。他のものは在院期間が1年未満のものおよび満6年以上のものである。

今回の調査の対象となった36,545名の男女別は男子が58.7%、女子が41.3%である。

年齢別では20~64才のものが94.8%をしめている。なお15~19才が2.3%、65才以上も2.3%である。

これらの患者の入院歴は、入院歴なしとするものが29.9%と約30%であり、入院歴1回のものが28.8%でほぼ同値である。なお、入院歴が2回以上のものが約40%をしめており、再発、再入院を繰り返した患者がかなり多いことが判る。

在院期間は、すでに本調査の対象が在院期間が満1年以上6年未満となっているが、第1図の通りである。なお、院内作業療法とに分けて比較を試みたが大きな差異はない。

第1図 在院期間別にみた作業患者(院内-院外)

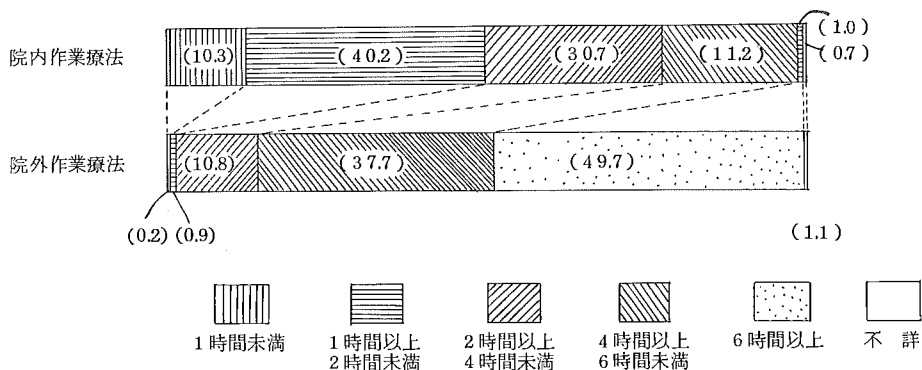
総数	1年以上2年未満 (31.4)	2年以上3年未満 (22.5)	3年以上5年未満 (32.4)	5年以上6年未満 (13.6)	不詳 (0.1)
院内作業療法	(31.3)	(22.2)	(32.5)	(13.8)	不詳 (0.1)
院外作業療法	(32.3)	(25.0)	(31.4)	(11.3)	

5) 作業療法患者の
作業従事時間 (第2図)

院内作業療法では1時間以上2時間未満というのが一番多い(40.2%)。これに1時間未満のものを加えると50.5%となる。すなわち半数の患者は2時間未満の作業療法を受けていることが判る。なお、2時間以上4時間未満のものは36.7%であるので、これを更に加えると87.2%となり大多数のものは4時間未満の作業療法を受けたことが明らかとなっている。

一方、院外作業療法は、6時間以上というものが49.7%と約半数に及んでおり、院内作業療法とは大分様相を異にしていることが明らかである。これはいいかえると、日中病棟(病院)を出て実社会(あるいは実社会に近い状況の中に)6時間以上生活し得るということであり、さらには、ここにおいて作業療法(いいかえれば労働)を中心とした社会生活が営み得ているということでもある。

第2図 作業従事時間について



6) 作業療法患者の99.3%は
薬物療法を受けている

作業療法を受けている患者の99.3%は同時に薬物療法を受けている。調査日当日に併行して行なわれた他療法としてはこの他に精神療法もあげられているが、それはわずかに10.7%にすぎない。作業療法が療法の意味をもつとすればまさにそれは広義の精神療法としての意味をもっと考えられるが、同時に作業療法がもつ精神療法的な効果を発揮させるものは精神療法であるといっても過言ではないであろう。このように考えてくると、作業療法と併行して行なわれるものが薬物療法だけであることは作業

療法の治療的意義を減殺することになり、かえって薬づけ、作業づけを助長す怖れがあるのでといえよう。

7) 作業療法患者の39.9%は生保患者

第16表にもあるように、作業療法患者の約40%は生保患者である。精神衛生法による措置患者は28.3%であるので公費による患者が大よそ70%をしめていることが判る。在院患者全体の医療費の支払区別がないのでははっきりと比較はできないが、作業療法患者のうち生保患者がしめる割合はかなり高いといえ、問題を感じるところでもある。

第16表 延精神障害者数：医療費支払区別

	精神衛生法	生活保護法	国民健康保険				被用者保険				全額 自費	その他
			総数	本人	家族	不詳	総数	本人	家族	不詳		
実患者数6,052 に対する百分比 (%)	1,715 (28.3)	2,416 (39.9)	911 (15.1)	195 (3.2)	673 (11.1)	43 (0.7)	977 (16.1)	689 (11.4)	278 (4.6)	10 (0.2)	4 (0.1)	71 (1.2)

4. 作業報奨について

労働に対する対価として支払われるものは報酬であり、作業療法がもつ労働の側面からいうとこれはすべて報酬と解されるといえる。しかしながら、作業療法がもつと考えられる治療的な側面やリハビリテーションの側面からみると、作業療法に伴う金品の授受がすべて報酬であるとはいえない、という意見もある。この論議はこれから深められなければならないところでもあるが、今回の調査はこうした論議の結果をまたずに、これを一括して報奨として考えるという考え方をとったものと思われる。

1) 報奨の一般的な傾向(第17表)

院内作業療法患者に報奨があるとする施設は、院内作業療法を実施している1,318施設のうち971施設(73.7%)をしめている。指定病院と非指定病院とでは10%以上のひらきがあり(指定病院で

は75.8%,非指定病院では64.3%),国公立と法人・個人立でも10%以上のひらきがある(国公立では61.9%,法人・個人立では76.2%)。

本資料からは、どのような種目の作業に対して報奨が支払われているのか、またその額はどれ位なのかは明らかでない。

一方、院外作業療法についてみると、院外作業療法を実施している施設1,127施設のうち、報奨有とするものは691施設(61.3%)にすぎない。すでに述べたように、院外作業療法を受けている患者は、作業療法の受療時間は6時間をこすものが49.7%とかなり高い。このことから推察しても、院外作業療法を受けている患者へ報奨を出している施設はかなり多くあるものと予想されたが、調査の結果によれば少ないことが明らかとなった。

第17表 施設数：作業療法の報奨の有無，経営主体，指定—非指定別

		総 数 (%)	指 定 (%)	非 指 定 (%)	再 掲	
					国 公 立 (%)	法 人・個 人立 (%)
院内 作 業 療 法	数	1,318 (100.0)	1,074 (100.0)	244 (100.0)	231 (100.0)	1,087 (100.0)
	報 奨 有	971 (73.7)	814 (75.8)	157 (64.3)	143 (61.9)	828 (76.2)
	報 奨 無	347 (26.3)	260 (24.2)	87 (35.7)	88 (38.1)	259 (23.8)
院外 作 業 療 法	総 数	1,127 (100.0)	921 (100.0)	206 (100.0)	201 (100.0)	926 (100.0)
	報 奨 有	691 (61.3)	591 (64.2)	100 (48.5)	132 (65.7)	559 (60.4)
	報 奨 無	436 (38.7)	330 (35.8)	106 (51.5)	69 (34.3)	367 (39.6)

2) 院内作業療法の報奨の

算定基準について

作業報奨有とした971施設のうち、院内作業療法の作業時間や作業量に関係なく一律に報奨を支払うとする施設は393施設(40.5%)、作業時間

にスライドするものは104施設(10.7%)、作業量にスライドするとするものは85施設(8.8%)である。以上の3方法を組合せて支払うとする施設は217施設(22.3%)、その他222施設(23.9%)である。

第18表 延施設数：院内作業療法の報奨の算定基準別

	一 率 支 給	作 業 時 間 に ス ラ イ ド	作 業 量 に ス ラ イ ド	一 率 支 給 作 業 時 間 作 業 量 に ス ラ イ ド の 組 合 せ	そ の 他
作業報奨有とした、 971施設に対する 百分比 (%)	393 (40.5)	104 (10.7)	85 (8.8)	217 (22.3)	222 (229)

院内作業療法の報奨の支給については、これまであまり検討されているとはいえない。多くの病院は自からの経験にしたがい支給の算定基準を定めているものといえよう。

なお、院内作業療法の作業種別の報奨がどのような算定基準のもとに支給されているかを明らかにすべきところであるが、この点については本資料に報告されていない。例えば病院関連業務・美化作業のような種目についての支払いはどのようになっているか、ということも明らかにされるべきものと考え、調査の性質上それは不可能と判断されたものと推察される。

3) 院外作業療法の

報奨の支払方法について

院外作業療法の報奨有とする施設691施設のうち、患者に直接事業所が支払うとしている施設は

104施設(15.1%)にすぎない。他の多くは事業所が一括して病院に支払う——550施設(79.6%)であり、その他が39施設(5.6%)である。

事業所が一括して病院に支払うという形をとっている病院のうち、患者に全額支払う施設は193施設全体の(27.9%)、患者に一部支給とする施設は341施設(49.3%)であり、あとはその他16施設(2.3%)である。

すなわち、事業所が患者に直接報奨を支給するもの(104施設)と、事業所が一括して病院に支払うが病院は患者に全額を支給とするもの(193施設)は合計297施設(約43%)である。したがって残りの約57%の施設は、事業所から支給される報奨を全額患者に渡さずにいるといえる。

第19表 延施設数：院外作業療法の報奨の支払方法別

	患者に直接 支払われる	事業所が一括して病院に支払う			そ の 他	
		総 数	患 者 に 全 額 支 給	患 者 に 一 部 支 給		そ の 他
作業報奨有とした、 691施設に対する 百分比 (%)	104 (15.1)	550 (79.6)	193 (27.9)	341 (49.3)	16 (2.3)	39 (5.6)

4) 報奨の額について (第3図)

(1) 院内作業療法では

80%が月額1,000円未満

院内作業療法患者が受けとる月額平均報奨は1,000円未満のものが83.4%、1,000円以上3,000円未満のものが11.9%である。1万円以上のもも0.3%ながらいる。報奨は主として現金で支払われるものが29.9%、主として物品で支払われるものが69.2%である。

(2) 院外作業療法では

20%が月額1,000円以上

院外作業療法患者が受けとる月額平均報奨は1,000円以上のものが20.3%、3,000円以上1,000円未満が57.6%である。他は3,000円以下(22.2%)である。すなわち、院外作業療法患者の約80%は平均月額10,000円以下である。これは平均月額が5,000円とすれば1日わずか300円(実働17日として)と

第3図 報奨の金額と支給について

院内作業療法	3,000円以上 (15.3)	1,000円未満 (83.4)		不詳 (1.3)
	主として現金 (29.9)	(主として物品) (69.2)		
院外作業療法	10,000円以上 (20.3)	3,000円以上10,000円未満 (57.6)	3,000円未満 (22.0)	不詳 (0.1)
	主として現金 (93.4)			

主として物品(4.6)

いう低い額となる。もちろん、実働を21~22日(週5日の割合とする)とすれば、1日当り250円以下となり更に低額となる。これは、如何に作業療法とはいえ、院外における作業はその労働量から考えても一般労働者の労働量と大差のないこともあり低額にすぎると考える。報奨は主として現金で支払われるものが大多数(93.4%)である。

院外作業療法における作業報奨は報酬としての色が濃いものであろうし、それ故に物品で支給されることには問題があろう。もちろん受給者の同意があれば問題は少ないが。

5. 職員について

今回の調査によれば全国の精神科医療施設において直接診療に関係すると考えられる。職員は6,226名、このうち医師は8,467名(常勤者4,590名、非常勤者3,877名)看護婦2,041名、准看護婦1,511名、看護助手1,472名である。臨床心理技術者は751名、PSWは628名、作業療法士は143名である。なお、作業指導員は2,024名である。

調査日当日に作業療法に従事した職員は1,183名で、診療スタッフ6,226名の19.0%である。1,183名のうち、看護婦、准看護婦及び看護助手の看護スタッフがしめる割合は73.4%で約 $\frac{3}{4}$ に当る。すなわち、現行の作業療法は全く看護職員によって実施されていると見てよく、作業療法士及び作業療法助手が占める割合は極めて低い。

調査日当日の作業療法従事時間は平均1人158分

(2時間38分)である。職種別に見ると、作業療法士が234分、作業療法助手が248分であり、平均よりかなり高いが、それでも4時間内外である。

これを院内作業療法に従事した常勤、専任職員についてみると、平均1人188分(3時間8分)となり約30分長い。作業療法士は231分、作業指導員は255分とほとんど変わらない。

院外作業療法に従事した常勤、専任職員についてみると、平均1人217分(3時間37分)と更に30分延長されている。職種別にみると、作業指導員が247分であるのに対し作業療法士は125分であり低い。作業療法士はその絶対数が低いため、院内作業療法の方に主力が注がれる結果このようなことになると思われるが、他の職種が軒なみ約200分以上をかけていることから、現行の院外作業療法が作業療法士等による専門的指導・治療がなされていないことが判る。

患者調査によれば、院内作業療法患者の受療時間はほぼ平均2時間30分とみられるが、調査日当日の常勤・専任の職員の院内作業療法従事時間の平均値は約3時間であるので一応全時間帯を職員がカバーしているといえる。但しこれは院内作業療法はグループで実施されるという前提に立ってのことであり、常勤・専任の1職員当りの患者数が約14名とした場合である。

院外作業療法の受療時間はほぼ平均5時間45分とみられるが、調査日当日の常勤・専任の職員の院外作業療法時間の平均値は約3時間30分であるので、当然患者が作業療法(といわれるものを)受けている全時間帯が作業療法従事者によってカバーされていないことは明らかである。さらに、調査日当日の院外作業

療法患者は6,819名であり、常勤・専任の院外作業療法従事職員は508名であるので職員1名当り約13名の患者を受け持っていることになる。したがって、単純に平均値を出すと患者1名について職員がさしている時間はわずかに16分余となる(5時間45分の受療時間のうちであることに注目)。診療スタッフが関与していることが治療であることの要件であるかどうかは、別途に論じられる必要があらうとは思われるが、5時間45分の受療時間に16分余の関与時間しかもてていない。もちろん、仮に院外作業療法が13名の5グループづつになり常勤・専任の職員が1名同行するとすれば最大限3時間37分関与することとなる。しかし、大方の場合は院外作業療法の1グループ単位は小は1名から、大でも5~6名位かと考えられるので、やはり患者に関与する時間はかなり短いといわざるを得ない。

第20表 調査日当日の作業療法
従事職員数と従事延時間(分)

	実職員数	延時間数 (分)	百分比 (%)
総数	1,1830	1,874,055	100.0
医師	764	84,849	
看護婦(士)	3,036	419,923	
准看護婦(士)	2,729	399,773	
看護助手	2,924	438,880	
心理技術者	95	15,395	
P S W	289	43,795	
作業療法士	108	25,305	
作業指導員	1,394	346,730	
その他	491	99,405	

第21表 調査日当日の職種別作業療法
従事時間(分)(但し、院内・
院外共常勤・専任者について)

(調査日当日)1人当りの
従事時間(分)

	全 体	院 内 作 業 療 法	院 外 作 業 療 法
総 数	158.4	188.5	217.1
医 師	111.1	139.9	207.7
看護婦(士)	138.3	164.2	198.3
准看護婦(士)	146.5	171.2	215.0
看護助手	150.1	174.6	239.2
心理技術者	162.1	180.6	285.0
P S W	151.5	150.0	194.4
作業療法士	234.3	231.0	125.8
作業指導員	248.7	255.3	247.0
そ の 他	202.5	207.2	245.7

IV お わ り に

厚生省が行なった昭和46年精神病院実態調査は以上のように作業療法関係の資料の蒐集を目的としたものであったが、この調査の結果については各方面からいろいろの批判が出ている。

病院精神医学会からの批判文(昭和48年7月10日付)では、本調査の目的が精神科医療体系の中における作業療法の体系化をはかるための基礎資料を得ることであることに目を向けて批判の第1矢としている。ここでは、体系化を即基準化と点数化におきかえて論じ、基準化が現在行なわれているいわゆる「作業療法」を厚生省が認める方向にあると断定し、さらに、点数化についても、この現行の「作業療法」を厚生省が認めた上で、点数化に踏み切るかの如く断定している。病院精神医学会の重鎮である井上正吾氏も参加された委員会において検討された本調査について、体系化の意図がどこにあったのかが病院精神医学会に知らされなかったとは思えない。委員会の中で論じられたことは、体系化とは現在の精神科医療の中での位置づけであって、例えば院外作業療法といわれるものが、いったい作業療法の名に値するものかどうか、ともかくも全国的な規模での実態調査を試みよう、ということであったと聞いている。

この種の実態調査はそれが全国規模で行なわれるが故に多くの人の協力と多くの人の合意を得られる用語を用いて実施される必要がある。「報奨」というコトバを用いることに関しても、委員会の中でいろいろな議論があ

ったはずである。しかし、現在の時点（昭和46年5月頃）では、多くの精神病院の中で実施されている作業療法の作業に対して支払られる金品は、報酬として支払うことを明確に意識している医療従事者が少ないことが予想されたので、ともかく患者がいくら位手にするかをはっきりさせるために、報奨という用語なら記入者が記入しやすいのではないか、というところで合意したはずである。このときの委員会では、決して「治療」の名において「搾取」を認めようとしたのではなかったのではなかろうか。

作業療法というコトバは精神科医療の直接担当者が作り出したコトバであり、わが国最大の、そして最も権威あるはずの日本精神神経学会が昭和42年に打ち出した精神科治療指針案（其後訂正も、撤回もされていない）に明記されている。確かに、学会等では少なくとも現行の作業療法（といわれるものが）が全て作業療法の名に値するかどうか、という点や、作業療法が打ち出さえて（精神科医療体系の中に）きた歴史的な考察についても討論されたが、作業療法の否定には結びつかなかったように思われる。これはいいかえれば、真の作業療法、あるいはあるべき作業療法とは何か、ということを探索してそく姿でもあるといえよう。こう考えてみると、今回の実態調査の意義は極めて大きいし、多くの示唆に富んでいるといえる。

昭和49年2月より作業療法は点数化された。長年この点数化を待ち望んで来られた人は多い。それは精神病院の経営者でなく、長年この種の療法のあり方、あるべき姿を追求してきた第1線の治療者たちである。1枚の絵を画くのに全力投球する精神障害者や、1つの壺をこね上げるのに何日もかかっている精神障害者に真底から共感し、黙々とその手伝いをしている第1線の医療従事者たちである。確かに点数の対象とされた作業療法は枠組がきびしい。しかし、作業療法が、少なくとも診療報酬体系の中に顔を出し、1つの療法として認められたとして喜ばれている面も大きい。今後共作業療法の内容が検討される必要があろうし、細かな分析がされることが望まれるところである。

I WHOの第8回および第9回修正国際疾病分類をめぐって

世界保健機構WHOはその設立以来、国際疾病分類International Classification of Disease (ICD)をつくり、何回か修正しながらその利用を加盟国にすすめてきた。その目的はあくまでも現実に使用されている術語を用いて、統一された診断のワク組みを決め、統計、分類に堪える資料を集めることにあった。

精神医学のみならず、他の医学領域においても、種々の学派や立場があり、使用される診断名はさまざまであるが、ことに精神医学においてはその差が著しいとみなされてきた。そのため国際疾病分類についても第7回修正までは各国でもこれを用いるところがすくなく、各国のおおの独自の分類を用いてきた。日本においても現在までICDは主として死因統計にのみ重点がおかれてきた。

精神障害のICDについて、これを国際的レベルで再検討する必要があることをWHOはかねてから注目していたが、そのきっかけになったのは1959年にイギリスの精神医学的疫学の長老であるStengel教授がICDを大きく変える必要があることをWHOに申し入れたことからはじまった。

かれは学派や地域性を越えた中立性、鑑別診断の確実性、精神科医および広汎な関係者から受けいられること、精神医学のカテゴリーの最大多数を含む統一性、グロッサリーの作成が必要であるとした。

1960年にWHOの専門委員会として「精神障害の疫学会議」が開かれ、続いてReid (1960)やLin T.とStandley (1962)らの論文が発表され、1964年に開かれた「精神衛生研究に関する第1回会議」で、精神疾患の分類、その差の検討、予例発見の問題、疾病の重さなどを国際的レベルで検討するようすすめられ、この勧告が採択されて十年計画がつくられた。WHOのAプランは第8回修正のICDについて7回のセミナーを開き、精神分裂病(ロンドン)、心因精神病(オスロー)、児童精神障害(パリ)、老年精神障害(モスコウ)、精神薄弱(ワシントン)、神経症(バーゼル)、性格障害と薬物乱用(東京)の診断、分類、統計について、1965年から1971年まで、12名の中核委員を中心に毎回約12名の地域委員、合計96名の参加者によって検討した。毎回6-12の事例が提供され、合計63例が事例記録が会議前に

①は第1部、②は第2部

表1 記載事例演習による専門委員の全員との一致度(%)

セミナー	第2回 (心因精神病)		第3回 (児童精神障害)		第4回 (老年精神障害)		第5回 (精神薄弱)		第6回 (神経症)		第7回 薬物依存		平均
	①	②	①	②	①	②	①	②	①	②	①	②	
1 (米)	19	28	29	55	33	31	39		54	47	23	24	34.7
2 (日)*	21	28	50	53	35	39	27		47	49	24	23	36.0
3 (スイス)	21	24	46	51	42	40	—		38	42	23	25	35.0
4 (米)	19	19	50	57	40	42	38		39	32	21	24	33.7
5 (ノルウェー)	26	33	52	57	50	49	16		31	31	24	29	36.2
6 (ペルー)	12	19	44	47	39	38	27		—	—	—	—	—
7 (佛)	26	33	43	35	50	49	16		31	31	16	31	32.8
8 (英)	21	33	49	51	31	32	24		39	35	29	31	34.1
9 (ソ)	—	—	49	42	47	46	20		44	38	24	24	—
10 (オーストリア)	—	—	41	40	—	—	9		49	47	25	30	—
全員(平均)	21	27	45	48	41	40	24		40	39	23	27	35.9
地域委員全員 (平均)	25	23	51	46	32	35	25		39	37	23	19	32.3
(開催地)	(北欧)		(佛)		(ソ連)		(米)		(スイス)		(日本)		

*筆者

送られ、この記載事例は第一部と第二部が別々に評価された。また、ビデオ・テープかフィルムによる事例提供が同時に行われ、その行動についてのチェック・リストに記録する方法がとられた。各会議における記載事例とビデオテレビによる診断の差は、筆者が別に発表しているのでここでは大要だけを述べるにとどめる。

この7回のうちの6回のセミナーに全部に出席したのは8人の専門委員であった。これに1回出席しなかった2名を加えた10名のもののICDの4ケタ分類までの一致度をみると次のようになる。

表1に示されるように、とくに回を追って一致度が高まるということはなく、ノルウェーのエデガードと筆者が比較的高いが、とくに一致度の高い委員もなかった。一般的に第3回(児童)、第4回(老人)、第6回(神経症)、で高く、第2回(心因性精神障害)、第5回(精神薄弱)、第7回(人格障害)で一致度が低かった。とくに第3回セミナーで強調されたことは、一元的な診断が困難な場合が多く、多元診断が必要なことであった。児童の精神障害の診断に当って、症状、原因(または関連要因)、知能水準の3次元がすくなくとも必要であるとされたが、このことは他のセミナーでも同様であった。もしこの点が多元診断になっておれば、第3回セミナー(児童)や第7回セミナー(性格障害)の一致度はもっと高まることになったであろう。

またこの一致度のちがいは事例にもよるのであって、神経症で高いのは2例のはっきりした事例があったからである。

また事例との面接をビデオテレビで10~15分供覧して、症状の有無を21の項目についてチェックする方法を行った。言語の点で問題があったとはいえ、ビデオテレビはプレイバックできるために有効であった。しかしここでも多元診断の必要性が強調された。

記載事例およびテレビによる診断の差の検討から得た結果を要約すると、次のようであった。

- (1) 中核委員と地方委員の診断上の差は余りなく、むしろ事例のいかんによって診断の一致度が変わること。
- (2) 第2部として事例の経過を加えた後でも、診断の一致度に余り変りはなかった。
- (3) 単一の次元での診断のみよりも、多元診断にすると一致度は高くなる。
- (4) 精神薄弱、神経症、人格障害ではICDが有効でなかった。精薄については原因が一致しなくとも、重さの程度だけでも一致させる必要があり、神経症と人格障害では多元診断がとくに必要である。
- (5) 典型例では一致度が高いが、外來の例などでは低い。
- (6) 三軸または四軸の分類によって、年間統計や追跡調査などの解釈が可能になる。

(7) ICDは主要精神病の分類ではほぼ充分だが、精神薄弱、神経症および人格障害では不充分である。また、神経症傾向や境界知能水準のような「ボーダライン」のもの、身体疾患や外科侵襲に関連する精神症状になると、さらにICDが使えなくなる。こういうボーダライン群について有効な分類を考慮するとともに、身体疾患や外科的侵襲に関連する精神症状について各国で試案の分類を検討してみる必要がある。

これらの結果にもとずき、1972年8月ジュネーブで開かれた第8回精神障害の診断分類統計会議では、第8回ICDが第9回ICDに変更されるに当って、次の勧告を行い、新たな分類案を提起した。(附録1)

1. この分類は三ケタ水準では国際的に有意であるべきである。
 2. 合併は生じないようにすべきである。
 3. 原因の憶説はやめるべきである。
 4. ある年齢に特有で、一般にそれに等しいものがないような状態についてのカテゴリーが考えられねばならない。
 5. 異なる年齢期の状態でも、基本的に同一のものであるなら、同じコードが用いられねばならない。
 6. 異なる年齢の疾患について、同じ言葉が異なる意味をもっているべきではない。
 7. カテゴリーの使用を規定するグロスリーによる定義がなければ、三ケタのカテゴリーも使用するべきではない。
 8. ある項目を含まないかは、その状態の公衆衛生上の重要性によって影響される。
- 新しい分類の提案と第8回修正ICDとの差をみると、次の諸点が問題点として挙げられる。

1. 老年精神病について

表題が「老年期および初老期痴呆」であったのを、「老年期および初老期の器質性精神病状態」とし、痴呆のほか、脳動脈硬化性痴呆、抑うつまたは妄想型の老年痴呆(老年精神病)、急性錯乱状態を伴う老年痴呆、嚔妄を伴う老年痴呆、およびその他を加えたことである。

2. アルコール精神病および薬物精神病

アルコール妄想状態(アルコール・パラノイア)を除外したこと、および病的酩酊(Pathological drunkenness)を加えたことである。前者は疾患単位としてのあいまいさによるものであり、その他のなかで処理されることになる。問題は病的酩酊であり、急性アルコール中毒による精神病的状態であっても、これをアルコール精神病に入れることには、わが国では反対がつよいと思われる。むしろ、後述

の「依存のないアルコール乱用 non-dependent abuse of alcohol」か、「急性アルコール中毒 acute poisoning of alcohol」に入れるほうがよいと考えられる。

薬物精神病 drug psychoses が新たに起されたが、これは8回ICDでは294.3に「薬物または毒物中毒による精神病（アルコールを除く）」とあったものである。しかし、ここに「薬物禁断症状」「薬物による幻覚症」「病的薬物中毒」がはいっている。このことはアルコールの振せん譫妄が禁断（または血中アルコール濃度の急激な低下）によるものとする考えに関連する。もし身体依存があり禁断症状として精神病的症状が示されても、それは一過性に経過する。これらは当然薬物依存のなかに含めるべきだとする考えである。また「急性」の幻覚や「病的」中毒は精神病ではなく、アルコール同様、急性中毒が依存のない乱用に入れてはどうかという考えがある。長期大量の薬物使用の結果として、かなり著しい器質障害が生じそのためかなりの期間精神病症状が続いたもの、たとえば「アンフェタミン精神病」のような場合に限ってこれに入れられるべきではないかと考えられる。

3. 器質精神病

8回ICDでは、「頭蓋内汚染に関連する精神病」、「その他の脳障害に関連する精神病」および「その他の身体状態に関連する精神病」に大別され、初めの群には進行麻痺、脳炎などによるもの、次の群には脳動脈硬化（これは老年精神病に）、てんかん、脳腫瘍、変性疾患、外傷などに関連するものがはいり、第3群には内分泌障害、代謝障害、中毒、出産などがはいっていた。これを原因または関連する器質疾患にもとし、ICDとしては「一過性の器質性精神病状態」と「その他に分類されない器質性精神病状態」にわけるととどめるという案である。これには外因精神病や症状精神病を重視するわが国では賛成できないであろう。

4. 精神分裂病

ここでは大きな変化はなく、ただ名称の上で、「潜在型 latent type」を「borderline schizophrenia」とする意見も出たが、旧のままとなったことである。このボーグラインの解釈は各国によって違いがあり、この点が問題として残されている。

5. 躁うつ病

躁うつ病の循環型が3つに分けられ、「現在躁状態のもの」「現在うつ状態のもの」「現在の状態が分類できないもの」に分けられた（Helmchen）。これはまず問題がない。

6. 妄想状態

新たに「感応精神病 induced psychosis」がはいり、フオリア・ドウやフオリア・トロアがこれに入れられた。これも問題はまずなかろう。

7. その他の精神病

これが「その他の非器質精神病」となったこと、それに「急性妄想反応」は bouffée délirante とし、さらに「心因性妄想精神病」が加わった。この psychogenic paranoid psychosis は、その他の reactive psychosis とともに問題になるところで、とくに北欧ではこの診断が多く、いわゆる機能（内因）精神病の診断がすくない。しかしわが国はドイツの影響で心因反応といえは精神病にはいれず、むしろ急性神経症のカテゴリーに入れる点で違いがある。これはのちの gross stress reaction と adjustment reaction の名称とも関連でも問題になる。

また新たに「児童期特有の精神病 psychoses specific to childhood」がおこされ、ICD-8で精神分裂病のなかに児童期型（childhood type 295.8）とあったのを独立させた。このなかに「幼児自閉症」と disintegrative psychosis がふくまれているが、後者は精神分裂病と断定できないような例で、発病の年齢は幼児自閉症よりも年長の子どもがいられているが、わが国ではまだ用いられていない概念である。

8. 神経症、人格障害、性的逸脱と性的障害

神経症の分類については第8回ICDと変りはないが、神経症 neuroses とあったのが神経症的障害 neurotic disorders となり、anxiety neurosis が anxiety state, hysterical neurosis が hysteria, phobic neurosis が phobic state, obsessive-compulsive neurosis が obsessive-compulsive disorder, depressive neurosis が neurotic depression, neurasthenic neurosis が neurasthenia, depersonalization neurosis が depersonalization syndrom, hypochondriacal neurosis が hypochondriasis, other neuroses が other neurotic states となった。これについて state, disorder, syndrom などの意味が問題になろう。

人格障害が人格または性格障害となり、分類は大差ないが、第7回会議でも問題になった「反社会的人格 antisocial personality」が「with predominantly sociopathic or asocial manifestations」となった。前述のようにこの分類は診断者による個人差が多く、現在では使用に堪えないとされている。

性的逸脱は「性的逸脱および性的障害 sexual deviations and disorders」となり、分類のところで fetishism

をやめて bestiality をおこし、pedophilia が heterosexual pedophilia, voyeurism, sadism, masochism がなくなり、transsexualism, および disorder of developing psychosexual identify と impotence, frigidity がはいった。この辺は論理的には問題があるが、実際的にはよく使用されるものを採用したに過ぎない。

9. アルコールおよび薬物依存

ここでアルコールリズムがアルコール依存となったこと、アルコールリズムの4ヶタ分類をやめたことが注目される。たしかに第8回ICDのepisodic excessive drinking, habitual excessive drinking, alcohol addiction, other alcoholism の分類は余り役に立たず、却って診断上混乱させるものがあった。薬物依存はこれも会議で提案されたようにWHOの依存性薬物の分類に合せる必要があり、morphine type, barbiturate type, cocaine type, cannabis, amphetamine type, hallucinogens, other とされ、morphine typ を含む多種薬物の混合依存と morphine type を含まぬ混合依存を加えた。これらも妥当であると考えられる。

10. 心身症

8回ICDで psychophysiological disorders とあったのが、mental disorders giving rise to physical conditions となり、psychic factors giving rise to physical disease という広いものを1にいれ、hemic and lymphatic disorder がその他にいれられた。これは

多元診断を考慮したもので psychic factor があれば一般の診断に補足しようというものである。

11. 脳障害、その他

新たに other mental disorder not specified as psychotic associated with physical conditions affecting the brain が加わり、これには、memory disturbance, frontal lobe syndrome, personality change (器質的)、post-contusional syndrome などはいった。これも第7回会議で問題になった器質性の personality 変化であるが、病因によらぬ症候学的分類としては不徹底であり、脳局在症状か失語、失行かといった選択がはっきりしない。

また、depressive disorder という不明のものがはいってきたが、躁うつ病にも神経症にもはまらないものとなると、器質的、症候的のものとなり、これも病因と症状の問題が関連してくる。多元診断の一要因として症状だけかてくるのはおかし。

12. 児童の問題行動

まずここも混乱している。disturbance of conduct not classifiable elsewhere は児童に限らないとして、その他に disturbance of emotions specific to childhood, hyperkinetic syndrom of childhood, specific delays in development が大項目となった。これはバリでの会議にさいして提案されたものを思い切って生かした結果であるが、これは分類の点でもなお検討が必要であろう。

表2 児童の問題行動分類案

(バリ 1967)

Old	New	Clinical Syndrome	No.	Code Intellectual Level	No.	Code. Associated or Etiological Factors
0	0	Normal variations	0	Normal or above	0	No known associated or etioloical factor
1	1	Difficulties of adaptation	1	mild subnormality	1	Environmental factor
2	2	Specific developmental disorders	2	Moderate subnormality	2	Somatic factor (not including any brain disorder or disease)
		.1 Hyperkinetic disorder	3	Severe subnormality	3	Epilepsy without other brain condition
		.2 Speech and language disorder			4	Other brain condition without epilepsy
		.3 Other specific learning disorders			5	Epilepsy and other brain condition
		.4 Abnormal clumsiness or developmental dyspraxia			6	Other factor
		.5 Tics				
		.6 Enuresis (as isolated disorder)				
		.7 Encopresis (as isolated disorder)				
9	3	Conduct disorder				
3	4	Neurotic disorder				
5	5	Psychosis				
		.1 Infantile				
		.2 Disintegrative				
		.3 Schizophrenia				
		.4 Other				
4	6	Personality disorder				
6	7	Psychosomatic disorder				
10	8	Any other clinical syndrome				
8	9	Difficulties of adaptation associated with mental subnormality but including any of the listed sundromes				

13. 一過性状況性障害

これについて多くの反論があったが、今度はこれが急性の gross stress reaction と比較的長く続く adjustment reaction とにわけられた。両者の分類にも多くの問題があり、わが国では前記の psychogenic psychotic reaction をふくめて心因反応という項があれば足り、そのほうがかえって混乱がないように思われる。adjustment-reaction のなかの simple depressive developments は Kielholz の主張であるが、その定義は一般に受けいれられてはいない。

14. 精神薄弱

ここで大きな差違は原案の borderline, mild, moderate, severe, profound の5段階のうち、borderline をやめ、あとを2つに大別し、mild と「moderate 以上」として、さらに後者を moderate, severe, profound とわけたことである。これはワシントンでの会議で議論されたことであり、borderline をとると socio-cultural deprivation による精神遅滞が多数はいつてくること、上記の2大別でまずわけたほうが各国間の差がすくなく実際的であることであった。これは妥当なことであると思われる。なお、精神薄弱の病因の分類は8回 ICD のままであった。

15. アルコールおよび薬物乱用

今回の提案で Non dependent abuse of drugs affecting the central nervous system がおこされ、いわゆるアルコールおよび薬物依存と乱用が区別されたことは有意義なことである。タバコ、精神安定剤、抗うつ剤も加えられたが、分類上依存との差違を明かにする必要に迫られ、

乱用は社会的診断であるという考えから V44 のコードにいれることになった。(ただし依存と乱用が並存することも充分あり得る。)しかし現在、依存と乱用のちがいを診断者が適確に区別しているかの問題がある。(表3)

1. 特殊分類と社会心理的分類

たとえば、事故や自殺のような特殊の分類はふつうの診断分類では外傷や急性薬物中毒となるので、別に抽出するほかない。WHO はこれを E code とよんでいる。従来の8回 ICD でもこれが与げられているが、今回その細分類が要求された。すなわち、hunger, thirst, exposure and neglect では捨子、生理的な放棄などがあり、自殺は方法が細かくわけられた。他殺や傷害も方法で細分され、社会心理的環境についても、家族の崩壊、移民、自然災害などくわしく分類された。この細かい分類についてはなお実際の使用によって検討する必要があるが、これが細分されたことは好ましいことであると思われる。

なお、国際的な病院疾病統計として、最小限の分類が提案された。それは次の11分類ある。

1. 老年および初老期の器質障害
2. アルコーリズムおよびアルコール精神病
3. 薬物依存および薬物による精神病
4. 一過性の器質精神病状態
5. その他の器質精神病状態
6. 精神分裂病および妄想状態
7. 躁うつ病
8. 神経症および人格障害
9. 行動障害(sociopathic or asocial manifestationを含む)
10. 精神薄弱
11. その他

表3 WHO第9回ICDのVコード

V42 Lack of material resources	V44 Non dependent abuse of drugs which affect the central nervous system
.0 Unemployment (acute, chronic)	.0 Alcohol
.1 Other	.1 Tobacco
.2 Poverty, unspecified	.2 Cannabis
V43 Inadequate psychosocial environment	.3 Hallucinogens
.0 Family maladjustment	.4 Barbiturates and tranquilizers
.1 Marital conflict	.5 Morphine type
.2 Parent-child conflict	.6 Cocaine type
.3 Other family maladjustment	.7 Amphetamine type drug
.4 Special persecution	.8 Antidepressants
.5 Occupational maladjustment	.9 Other, mixed or unspecified
.6 Other psychological or physical strain, not elsewhere classified	

II 国際間の診断基準の比較

以上述べたのは主として WHO の精神衛生に関する A 計画における診断基準の大まかな比較であった。これをもっと個々の疾患ないし状態像について同じ型のチェックリストをつくって、実際に各国間の比較を試みたのが B 計画である。その他、たとえばイギリスの J. E. Cooper らが試みた英米の精神分裂病とうつ病の比較¹⁾、W. Caudill の日米間の神経質症状の比較などがある。その 1 つが WHO の過去 7 年間行ってきた精神分裂病の国際的パイロット研究、International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) である。

この IPSS は、コロンビア、チェコスロバキヤ、デンマーク、インド、ナイジェリア、台湾、ソ連、イギリス、アメリカの 9 か国で集められた 1,207 名の精神分裂病の診断の比較検討である。特定の文化に特有な病像はあったが、相互の診断のずれは若干の練習によって一致させることができたという。地域的撰択は 50 万人から 100 万人の人口で、初発精神分裂病を発見できるに足る医療サービスがあり、疫学や社会精神医学の専門家がリーダーになれる地区を選んだ。また人口移動がすくなく、人口の内容も多種であるところ選ばれた。患者の範囲は 15 歳から 44 歳までで地域内に 6 ヶ月以上居住したものとし、1 事例に 5 時間以上を

費して 1,600 の項目についてしらべられた。それには 8 つの方法が用いられ、そのうちの 3 つ、すなわち Present State Examination (PSE)、Psychiatric History Schedule (PH)、および Social Description Schedule (SD)、が基本となった。このうちの PSE はイギリスの Wing がつくり、あとの 2 つは WHO のスタッフによってつくられた。1 つのセンター内の一致度を確かめるために 6 人の患者を 2 人の精神科医が面接し、こういう面接を各センターが 21 回、合計 189 回行った。

1,202 名の精神分裂病患者に約 200 万の項目がつけられたが、これを症候学的にプロフィールで示した。(図 1) またこれらの事例は 2 年間追跡調査され 80% が追跡された。この報告ははじめ予報として発表され、²⁾ 次いで 1973 年に、Report of the International Pilot Study of Schizophrenia 第 1 巻³⁾として正式に発表された。その詳細な報告は次の第 2 巻が出てからにしたい。

なお、うつ病の診断基準の国際比較のため、B 計画の発展として WHO は 40 項目からなるうつ病の症状徴候チェックリストを用い、映画による事例研究とともに国際研究を続けている。

図 1 WHO International Pilot Study of Schizophrenia—Preliminary Communication

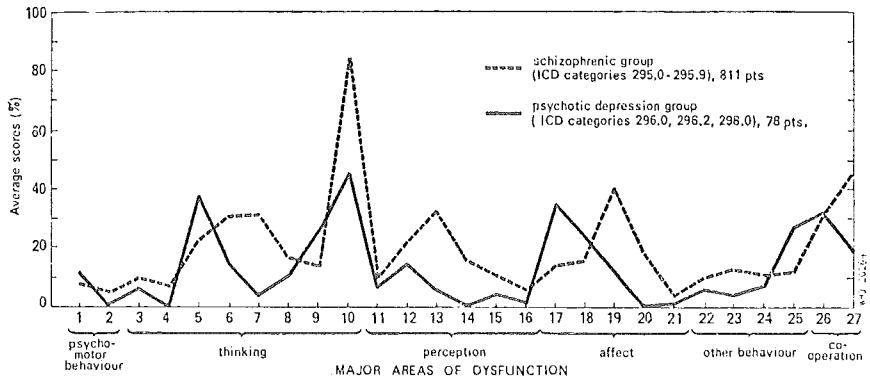


FIGURE IPSS initial examination: average scores of patients with schizophrenia and patients with psychotic depression.

- 1) Cooper, J. E., Kendell, R. E., Curland, B. J., Sharpe, L., Cupeland, J. R. M. and Simon, R. (1977) Psychiatric diagnosis in New York and London, Mandsley Monograph Series No. 20, London, Oxford University Press.
- 2) N. Sartorius, R. Shapiro, M. Kimura and K. Barrett: WHO International Pilot Study of Schizophrenia, Psychological Medicine, vol 2, No. 4, 422-425, 1972.
- 3) World Health Organization, The International Pilot Study of Schizophrenia, 1973, WHO.
- 4) M. Katz, J. Cole and W. Barton: The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology. U. S. Dps. of Health, Education & Welfare, 1965

III アメリカにおける精神医学的命名と分類

WHOの第8回国際疾病分類が提案され採決された1965年の10月、ワシントンでアメリカ精神医学会と国立精神衛生研究所の主催で「精神医学における分類の役割と方法」に関する会議が開かれた。この会議後1967年にアメリカ精神医学会の「命名および統計委員会」が「精神障害の診断統計マニュアル(第2版)」(DSM-II)を作成し、1968年から実行に移したのであるが、これらの会議に終始委員や顧問として有力な発言をしてきた国立精神衛生研究所の生物統計部長クレーマーM. Kramerは次のようにいっている。⁴⁾

「この会議で“疾患の命名 nomenclature”と“疾患の統計的分類 statistical classification”という言葉がよく用いられているが、はじめからこの2つの言葉を区別する必要がある。……疾患の命名とは“臨床的、病理学的観察を記述し記録するための承認された言葉のリストやカタログ”である。それがうまく役立つためには、あらゆる病的状態が正確に記録できるだけの広がりをもっていなければならない。医学が進むに伴って、新しい観察を記録することのできる新しい言葉を包含するべく、命名は拡大されねばならない。“正規の命名”とはこういう疾患のカタログである。……命名は広汎かつ完全な特性をもっているために、それ自体は統計的分類に充分には役立たない。つまり分類はもともと診断単位群についての統計資料を得るためにデザインされている。こういう分類では、ある疾患単位の発生頻度や、病態としての重要性のため、分離が必要とされる場合のみ、この疾患単位が独立した名前になる。従って、統計的分類が本質的に発展する時期は、この名前の下に含まれる分類と診断カテゴリーの種類と名前が承認された場合である。統計的分類はいくつかの関連する診断単位を一つのカテゴリーにまとめ、一般に残りのカテゴリーを“その他”に入れてしまう。……こういう統計的分類は精神医学で用いられる臨床用語のすべてを、限られた数の、充分定義され、有意義かつ合理的な均一のカテゴリーにまとめられるようにつくられねばならない。」

クレーマーはさらに続けて、この統計的分類のための会議がはじめイギリスとの間に行われ、さらにノルウェー、デンマーク、フランス、ソ連その他とのWHO会議となった経過を述べている。そして年次別変化や地域別差が、真に疾患数の変化によるのか、診断者の差によるのかという問題を提起している。ことに初回入院患者でイギリスの躁うつ病がアメリカの18倍であり、55~64歳群で11倍だっ

たといった差が、その後のニューヨークとロンドンの比較研究を生みだした。クレーマーは結論として1) 診断者の信頼度に関する研究、2) 診断のマニュアル、3) 施設やコミュニティ・レベルでの医療統計委員会の設置、4) 精神医学的な病態の程度についての分類(診断ではなく)の4項目の問題をすすめるべきだとしている。

この会議に続いて「精神障害の診断と統計のマニュアル DSM II」がつくられた(1968)。この会議の議長だったグルエンバーグ E. M. Gruenberg はDSM-IIの序文で次のように述べている。

「WHOのICD使用を規定する命名法は、例外を除いて、各国が基本的なカテゴリーの内容を変えない限り、主要な診断カテゴリーは含まれるものを修正できることを認めた。このマニュアル作成に当って委員会は、ICDのカテゴリーがアメリカでうまく用いられるように若干の修正を加えた。若干の診断が除外されたが、それは psychosis with child-birth, involuntional melancholia および depersonalization syndrome であった。……なおこのマニュアルは、1967年2月に120人の精神科医の意見を求めて誤りを正し、マニュアルに記載された言葉の適切な使用について改正するように依頼した結果をまとめたものである。」

なを前述のクレーマーは、WHOの第8回ICDが決まる過程で、最も問題になったカテゴリーは、antisocial personality, reactive psychosis および mental retardation with psycho-social deprivation の3つであったとしており、これはICD-9の改正に影響している。

アメリカ精神医学会の診断分類で、WHOのICDに修正または追加した項目は次のごとくであった。

3 0 9.1. Non-psychotic organic brain syndromes with drug, poison, or systemic intoxication とあるのを2つにわけ、

3 0 9.1 3. Non- psychotic OBS with alcohol (simple drunkenness) と

3 0 9.1 3 4 Non- psychotic OBS with other drug, poison, or systemic intoxication とした。

2 9 5 の Schizophrenia のうち、

2 9 5.7 の Schizophrenia, schizo-affective type を
2 9 5.7 3 Schizophrenia, schizo-affective type, excited と、

2 9 5.7 4 Schizophrenia, schizo-affective type,

M. Kramer; Classification of Mental Disorders for Epidemiologic and Medical Care Purposes: Current Status, Problems and Needs. in "Classification in Psychiatry and Psychopathology" p. 99-116, 1965.

depressed にわけ、さらに、
 295.8 の Schizophrenia, childhood type と、
 295.90 の Schizophrenia, chronic undifferentiated type を加えている。
 また、296 の Affective psychoses でも
 296.3 の Manic-depressive illness, circular type を
 296.33 の Manic-depressive illness, circular type, manic と、
 296.34 の Manic-depressive illness, circular type, depressive にわけ、
 300 の Hysterical neurosis を
 300.13、Hysterical neurosis, conversion type と、
 300.14、Hysterical neurosis, dissociative type にわけている。
 また、personality disorders で WHO の7項のほか
 に、
 301.81 の Passive-aggressive personality と
 301.82 の Inadequate personality を加え、
 302 の Sexual deviations に
 302.5 の Voyeurism と 302.6 の Sadism、
 302.7 の Masochism を加えている。^(注)
 また 308 の Behavior disorders of childhood に
 and adolescence とし、
 308.0 の Hyperkinetic reaction of childhood、
 308.1 の Withdrawing reaction of childhood、
 308.2 の Overanxious reaction of childhood、
 308.3 の Runaway reaction of childhood、
 308.4 の Unsocialized aggressive reaction of
 childhood、

308.5 の Group delinquent reaction of childhood
 を加えている。

さらに最後に次の項目をも加えている。

316、Social maladjustments without manifest
 psychiatric disorder
 316.0、Marital maladjustment、
 316.1、Social maladjustment、
 316.2、Occupational maladjustment、
 316.3、Dyssocial maladjustment、
 316.9、Other social maladjustment、
 317 Non-specific conditions、
 318 No mental disorder
 319 Non-diagnostic terms of administrative
 use、
 319.0 Diagnosis deferred、
 319.1 Boarder、
 319.2 Experiment only、
 319.9 Other、

以上がアメリカ精神医学会の DSM-II の概要であるが、
 1952年の DSM-I ではたとえば schizophrenic reactions、
 affective reactions、psychoneurotic reactions と反応
 という言葉を使っていたのが全部 schizophrenia、affective
 psychoses、neuroses となり、drug addiction も drug
 dependence と改め、psychophysiologic reaction も
 psychophysiologic disorder となった。一般的にいえる
 ことは英米の両者のあゆみよりが WHO 第8回 ICD を成功
 させたが、他の国、たとえば仏、ソ連、北欧などではまだ
 異論が残され、独自の診断分類を用いている。

(注) アメリカ精神医学会ではごく最近、Homosexuality を Sexual Orientation Disturbance と変更することを決定し、DSM II
 でもこのように変えた。

Psychiatric News Vol. IX No. 3, February 6, 1974.

VI ヨーロッパにおける精神医学的命令と分類

WHOの大項目のみについてヨーロッパ、とくに英、独、佛、ソ連などの分類をみると次のような問題点が指摘できる。

1. 老年および初老期痴呆

フランスでは若干修正して次の分類を用いている。

(Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Classification Française de Troubles Mentaux, 1968)

- .0 Etats démentiels de la sénilité (Démence sénile, simple. Presbyophrénie)
- .1 Démence artériopathique sénile
- .2 Démence atrophique présénile (Maladie de Pick, d'Alzheimer, de Creutzfeld Jakob)
- .3 Etats d'affaiblissement non démentiel lié à la Sénescence
- .9 Etat d'affaiblissement de la sénilité ou démence présénile, forme non classable eu 0 à .3

ソ連の老年精神障害の分類はきわめて詳細なものである。

その他、英、独はWHOの原案に近いが、ともに65才を senile と presenile dementia の境界としており、独は290の見出しを Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten としている。(WHO、英米は senile and presenile dementia)

2. 頭蓋内感染に伴う精神病

フランスはその他の脳の状態(WHOの293)を一緒にしたかたちで。

Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale autre que cités とし、次のようにわけている。

- .0 Paralysie générale. Autres troubles mentaux la syphilis
- .1 Symptomatiques d'une encéphalite en dehors de la syphilis ou d'une autre infection intracrânienne (méningite abcès cérébral etc)
- .2 Symptomatiques d'un traumatisme crânien ou craniocérébral
- .3 Symptomatiques d'une tumeur intracrânienne
- .4 Symptomatiques d'une affection vasculaire cérébrale (à l'exclusion de la démence artériopathique sénile à classer en 07.1)
- .5 Symptomatiques d'une affection dite dégénérative du système nerveux central (classer ici la chorée de Huntington et la sclérose en plaques)

.9 Symptomatique d'une atteinte cérébrale non classable en .0 à .5

3. その他の脳性病態に伴う精神病

ここでもフランスは trouble mentaux de l'épilepsie としてまとめ、

- .0 Psychose épileptique aiguë, Etat crépusculaire ou confusionnel épileptique
- .1 Psychose chronique des épileptiques. Démence épileptique
- .2 Troubles permanents de la personnalité et du caractère des épileptiques
- .9 Troubles mentaux de l'épilepsie, forme non classable eu .0 .2 とする。

ドイツではアルコール精神病で alcoholic paranoia とあるのをはつきり Eifersuchtswahn とし、さらに Alkoholrausch (291.4) と pathologischer Rausch (291.5) を加えている。

4. 精神分裂病

イギリスは、WHOの項目をみとめながらも4の acute schizophrenic episode は oneiroid state とするほうがよいとし、.5の latent schizophrenia と schizoid personality の区別を問題にしている。

フランスは急性分裂病エピソードを除き、Délires chroniques とは別に Schizophrénies chroniques をおこし、その亜型として単純型、破爪型、緊張型、妄想型、残遺型は認めるが、schizo-affective psychoses は Schizophrénie chronique avec troubles, Etats de dépression ou d'excitation atypiques とする latent schizophrenia は用いず、Schizophrénie chronique, formes pseudo-psychopathique, hébéroïdophrénique pseudo-néurotique とする。またschizophrénie chronique のなかに Schizophrénie chronique, Forme de l'enfant と Autisme infantile et autres formes de psychose infantile precoce をいわれている。

ドイツは Residual schizophrenia を Schizophrenie Rest und Defektzustände としたほか、原案と変らない。

5. 躁うつ病

躁うつ病とくにうつ病について、イギリスのJ.E.Cooperは、第9回ICDによると次の表5のように21のカテゴリ-があることになると指摘する。

6. 妄想状態

WHOのICDではparanoiaとinvolutional paraphrenia がここに入れてあるが、イギリスではparanoiaは系統的

妄想をもつ稀な疾患とし、フランスは Déliaires chroniques として次のようにわけける。

- .0 Déliaires chroniques paranoiaques (Délire paranoiaque, Délire interprétatif, Paranoia sensitive)
- .1 Déliaires chroniques passionels et de revendication
- .2 Psychose hallucinatoire chronique
- .3 Paraphrénie fantastique. Paraphrénie confabulate. Délire d'imagination (ne pas classer ici la paraphrénie systématique qui doit être classée en .2)
- .4 Délire chronique lié à la sénescence (Délire de préjudice, etc)
- .9 Délire chronique, forme non classable en .0 à .4
- 7. その他の精神病、とくに reactive psychosis イギリスのマニュアルで、うつ病 (296)、反応性うつ病 (298)、抑うつ神経症(300.4)、の3者の区別が困難とされている。フランスは psychose délirantes aiguës et états confusionnels とし、次のようにわけている。
- .0 Accès délirant aigu ou subaigu considéré comme schizophrénique. Schizophrénie aiguë
- .1 Psychose délirante aiguë réactionnelle. Bouffée

délirante réactionnelle

- .2 Psychose délirante aiguë, bouffée délirante, non classable en .0 on .1
- .3 Etat confusionnel ou confuso-onirique réactionnel
- .4 Etat confusionnel ou confuso-onirique non réactionnel.
- .9 Psychose délirante aiguë ou état confusionnel, forme non classable en .0 à .4

8. 神経症

WHOの不安神経症、ヒステリー、恐怖症、強迫神経症、抑うつ神経症、神経衰弱、離人神経症、心気症の8分類を、英独は大体認めているが、フランスは抑うつ神経症と心気症を認めず、Etat aigu réactionnel à symptomatologie névrotique と、Etat chronique réactionnel ou situationnel à symptomatologie névrotique という項目を加えている。

第8回ICDはこれを押問性過量飲酒、習慣性過量飲酒およびアルコール嗜癖とした。英独はこれを肯定しているが、フランスの alcoolisme は次の分類である。

- .0 Alcoolisme chronique simple (Sans aucune autre référence nosologique)
- .1 Alcoolisme chronique lié à un état névrotique

表5 Depressive Categories, Classified by Type (21 categories)

1. Psychotic, or likely to be severe	-.0 no known aetiology, not specified as neurotic or psychotic ("simple")
296 Affective psychoses 1,2,3,4,5,8,9	
288 Other non organic psychoses, reactive to life experience	3. personality Disorder (301)
-.0 depressive	301.1 Affective personality disorder
-.1 excitative	4. Disorders of conduct which may include depressive symptoms, associated with childhood, adolescence, or with delinquency
307 Gross Stress Reaction	312.1 of childhood and adolescence, with misery and unhappiness
-.0 including depressive emotions (-.4 mixed emotions, and conduct etc. - may include depressive symptoms)	5. Other
2. Neurotic, or likely to be moderate or mild	310.9 Depressive state NOS. No information available except these or other non-specific terms ("depressive illness", "depression" etc)
300 Neurotic Disorders	Cooper は1~5に至る depression のカテゴリーで、1が最も重く5が最も軽いとみなし、この順位で重いものがあれば上位をとるやり方を主張している。
-.4 Neurotic Depression	そのほか、ドイツの Helmchen の主張した躁うつ病のわけ方が、今回の第9回ICDにとりいれられたことは前述のとおりである。
308 Adjustment Reaction	
-.0.0 acute depressive reaction (not neurotic or psychotic)	
-.1 prolonged depressive reaction (not neurotic or psychotic)	
-.4 mixed adjustment reaction (may include depressive symptoms)	
310 Other Depressive Disorder	

ou caractériel

- .2 Alcoolisme chronique lié à un état psychotique
 - .3 Conduite alcoolique intermittente. Dipsomanie alcoolique
 - .9 Alcoolisme (en dehors des psychoses alcooliques), forme non classable eu .0 á .3
10. 児童期の行動異常

アメリカは前期の6分類であったが、前述のようにイギリスの Rutter やフランスの Lebovici などによって多元診断が提案された。(表2) この多元診断の一部が今回の第9回ICDにとり入れられ、Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence, Hyperkinetic syndrome of childhood および Specific delays in development の3項目が3ケタ分類でおこされたことは前述のとおりである。

以上ヨーロッパにおけるICDに対する反応を述べたが、現在までのところWHOの国際疾病分類をほとんど完全に実施しているのはヨーロッパではイギリスとドイツのみで、フランス、ソ連は独自の分類を用いている。

今回1974年から第9回ICDが採用されるに当って、各国がどのような修正を行うか、これからの問題である。しかし昨年1973年の暮にパリで行われた精神障害の国際診断分類統計会議のさい、イギリスの M. Shepherd, M. Rutter, アメリカの J. Ewalt, M. Kramer, ドイツの Helmchen などの委員の発言では、ほぼ第9回修正ICDのまま、各国の分類にとりいれると思われる。フランスは依然として独自の分類(附録2)のままを変えないであろうが、近いうちに行われる予定の世界精神医学会WPAの「精神疾患の命名と分類」に関する専門委員会(デンマークの E. Strömbergren を委員長とし、J. E. Cooper, R. Helmchen, M. Kramer, O. Odegard, 加藤ら9名が委員)では、とくにフランスの命名と分類を中心に討議することになっている。

V. まとめ

以上WHOの国際疾病分類の第9回修正をめぐって、その第5章である精神障害についての問題点と世界各国のICDに対する態度について述べた。日本でも第9回修正に対する意見を厚生省の厚生統計協議会第4部会でまとめ1974年2月にWHO宛提出した。この第9回ICDは1974年5月に開かれたWHO総会で承認され、正式に発足し、1980年まで第10回修正に向って、各国で検討されることになった。

1973年12月にパリで開かれた拡大委員会で、精神障害に関する診断・分類・統計の第9回修正案を決め、とくに次の諸点を今後実施していくことになった。

1. 1973年版のWHO第9回ICDのグロッサリを各国で翻訳すること。
2. 国際的に使用できる事例集をつくること
3. 統計用語の規準を決めるマニュアルをつくること。
4. 各国内で検討のためのワークショップをもつこと。
5. WHO地方事務局が中心になって、次の予定で検討のためのワークショップを行う。

1974年 中近東地域(延期された)

1975年 東南アジア地域

1976年 西太平洋地域

1977年 アフリカ地域

1978年 アメリカ地域

1979年 ヨーロッパ地域

1980年 WHO本部

今後わが国においても、国内的、国際的な精神障害の診断の比較検討に対して興味と重要性の認識が高まることを期待したい。なお筆者は第9回ICDグロッサリの日本語への翻訳(修正を含む)に着手しているが、今回は原文のままのせ、諸賢のご意見を伺いたいと思う。

ICD-9, Section V (Mental Disorders)

DRAFT GLOSSARY OF TERMS (1973)

ICD-9. Section V (Mental Disorders)

GLOSSARY OF TERMS

ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS (290 - 294)

ICD-8

290 - 294

Includes syndromes in which there is impairment of orientation, memory, comprehension, calculation, learning capacity and judgement. These are the essential features but there may also be shallowness of lability of affect, or a more persistent disturbance of mood, lowering of ethical standards and exaggeration or emergence of personality traits, and diminished capacity for independent decision.

The term dementia in this glossary includes organic psychoses as just specified, of a chronic or progressive nature, which if untreated are usually irreversible and terminal.

The term delirium in this glossary includes organic psychoses with a short course in which the above features are overshadowed by clouded consciousness, confusion, disorientation, illusions and often vivid hallucinations.

Excludes Psychoses specifiable under 295-298, and without the above features, but associated with physical disease, injury or condition affecting the brain (e.g. following childbirth); these should be classified under the appropriate syndrome and the associated condition recorded separately by its own ICD code. Non-psychotic syndromes of organic aetiology (309).

Inclusion Term

Psychotic organic brain syndrome

290 SENILE AND PRE-SENILE ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS (290 & 293)

Excludes Non-psychotic syndromes of ageing with organic basis (309). Psychoses in the series without dementia or delerium, (which should be classified under the appropriate syndrome e.g. schizophrenia, paranoid type 295.3).

290.0 Senile dementia

290.0

Includes dementia occurring usually after the age of 65 in which any cerebral pathology other than that of senile atrophic change can be reasonably excluded.

Excludes mild memory disturbances, not amounting to dementia, associated with senile brain disease (309.0); senile dementia, depressed or paranoid type (290.3); senile dementia with confusion (290.4); senile dementia delirium (290.5); paranoid or affective psychoses without organic features (even if occurring for the first time after 65); they should be classified under the appropriate syndrome (296, 297).

290.1 Presenile dementia

290.1

Includes dementia occurring usually before the age of 65 in patients with the relatively rare forms of diffuse or lobar cerebral atrophy. Use additional code to identify the associated neurological condition.

Excludes psychoses associated with other cerebral conditions, such as with arterio-sclerotic dementia (293.0), or with Huntington's chorea (293.4)

Inclusion terms

Alzheimer's disease - if named
Brain syndrome with:
pre-senile brain disease
Circumscribed atrophy of the brain
Jakob-Creutzfeldt disease with dementia -) code also under
Pick's disease of the brain -) section VI

290.2 Arteriosclerotic dementia

293

Includes dementia attributable, because of physical signs (on examination of the central nervous system) to degenerative arterial disease of the brain. Symptoms suggesting a focal lesion in the brain are common. There may be a fluctuating or patchy defect with insight, and an intermittent course is common. Clinical differentiation from senile or presenile dementia, which may co-exist with it, may be very difficult or impossible. (Code also cerebral arteriosclerosis:- 437).

Excludes suspected cases with no clear evidence of arteriosclerosis (290.0).

290.3 Senile dementia, depressed or paranoid types

290.0

Includes a type of senile dementia (290.0) characterized by development in advanced old age, progressive in nature, in which a variety of delusions and hallucinations of a persecutory, depressive and somatic content are also present. Disturbance of the sleep/waking cycle and pre-occupation with dead people are often particularly prominent.

Excludes uncomplicated senile dementia without other psychotic disturbance (290.0); senile dementia with confusion (290.4); and senile dementia with delirium (290.5)

290.4 Senile dementia with acute confusional state

290.0

Includes senile dementia (290.0) with a superimposed reversible episode of acute confusional state (293.0).

Excludes uncomplicated senile dementia (290.0); senile psychosis (290.3); senile dementia with delirium (290.5).

290.5 Senile dementia with delirium

290.0

Includes senile dementia (290.0), with a superimposed episode of delirium (as already specified under the general heading 290-294).

Excludes uncomplicated senile dementia (290.0); senile psychosis (290.3); senile dementia with confusion (290.4).

290.9 Other and unspecified

291 ALCOHOLIC PSYCHOSES (291)

Includes organic psychotic states due mainly to excessive consumption of alcohol; defects of nutrition are thought to play a leading role.

Excludes alcoholism (303); alcoholism associated with a physical condition (309.97); psychoses associated with alcoholic excess but not exhibiting at any stage the characteristic features of organic psychotic states. They should be classified according to the syndrome they exhibit, e.g., paranoid schizophrenia (295.3)

291.0 Delirium tremens 291.0

Includes acute organic psychotic states in alcoholics, characterized by clouded consciousness, disorientation, fear, hallucinations of any kind, notably visual and tactile, and restlessness, tremor and sometimes fever.

Inclusion terms

Alcohol withdrawal syndrome
Alcoholic delirium

291.1 Korsakov's psychosis (alcoholic) 291.1

Includes a syndrome of prominent and lasting reduction of memory span, including striking loss of recent memory, disordered time appreciation and confabulation, occurring in alcoholics as the sequel to an acute alcoholic psychosis (especially delirium tremens) or, more rarely, in the course of chronic alcoholism. It is usually accompanied by peripheral neuritis and may be associated with Wernicke's encephalopathy.

Excludes non-alcoholic Korsakov's psychosis (293.9)
Kosakov psychosis NOS (294.0)

Inclusion term

Alcoholic polyneuritic psychosis

291.2 Other alcoholic hallucinosis 291.2

Includes a psychosis usually of less than six months' duration, with slight or no clouding of consciousness and much anxious restlessness in which auditory hallucinations, mostly of voices uttering insults and threats, predominate.

Excludes schizophrenia (295) or paranoid state (297) taking the form of chronic hallucinosis with clear consciousness in an alcoholic.

291.3 Pathological drunkenness no equivalent

Includes acute psychotic episodes induced by relatively small amounts of alcohol. These are regarded as individual idiosyncratic reactions to alcohol, not due to excessive consumption.

291.9 Other and unspecified

Includes all varieties of alcoholic psychosis not classifiable under 291.0 - 291.3

Inclusion terms

Alcoholic:)	
dementia)	
mania)	NOS or of any type not
psychosis)	classifiable under
Alcoholism (chronic) with)	291.0 - 291.3
psychosis)	

292 DRUG PSYCHOSES

(294.3)

Includes syndromes that do not fit the descriptions given in 295 - 298 (Schizophrenia, Manic-Depressive Psychosis, etc.) and which are due to excessive consumption of drugs, notably amphetamines, barbiturates and the opiate and LSD groups. The type of drug should be specified by means of the E codes (850 - 877), and drug dependence (304) also recorded if present. (Some of the syndromes in this group are not as severe as most conditions labelled "psychotic", but they are included here for practical reasons).

292.0 Drug withdrawal syndrome

294.3

Includes states associated with drug withdrawal ranging from severe, as specified for alcohol under 291.0 (delirium tremens) to less severe states characterized by one or more symptoms such as convulsions, anxiety, restlessness, gastro-intestinal and muscular complaints; and mild disorientation and memory disturbance.

292.1 Hallucinosi s induced by drugs

294.3

Includes states usually of only a few months duration, associated with large or prolonged intake of drugs, notably of the amphetamine and LSD groups. Auditory hallucinations usually predominate, and there may be anxiety and restlessness. Specify the type of drug by means of the E codes (850 - 877) and dependence (304) also if present.

Excludes states as specified here but with confusion or delirium; code under 293.
Syndromes classifiable under 295 - 298 (schizophrenia and other psychoses).
States following LSD or other hallucinogens, lasting only a few days or less ("bad trips"): code under 319/Y.

292.3 Pathological drug intoxication

294.3

Includes individual idiosyncratic reactions to comparatively small quantities of a drug, which take the form of acute, brief psychotic states of any types.

Excludes physiological side-effects of drugs (e.g. dystonias)
Expected brief psychotic reactions to hallucinogens (LSD) ("bad trips").

292.9 Other and unspecified

293 TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS

(included in
292, 293,
and 294)

Includes states characterized by clouded consciousness, confusion, disorientation, illusions and often vivid hallucinations. It is usually due to some extra-cerebral metabolic or systemic disturbance, and it is generally reversible.
The associated physical condition should always be coded as a second coding from the appropriate ICD category outside section V

Excludes cases in which there is dementia due to senility (290.0), arteriosclerosis (290.2) or other causes (293)

293.0 Acute confusional state

ditto

Includes short-lived states, lasting hours or days, of the above type

Excludes drug reactions (292)

Inclusion terms

Acute organic reaction
Acute delirium
Acute post-traumatic organic psychosis
Acute psychosis associated with endocrine or metabolic disorder
Acute infective psychosis
Acute psycho-organic syndrome
Epileptic confusional state (code also 345)

293.1 Subacute confusional state

ditto

Includes states of the above type in which the symptoms, usually less florid, last for several weeks or longer, during which they may show marked fluctuations in intensity.

Inclusion terms

Subacute delirium
Subacute organic reaction
Subacute post-traumatic organic psychosis
Subacute psychosis associated with endocrine or metabolic disorder
Subacute infective psychosis
Subacute psycho-organic syndrome

293.9 Other and unspecified

294 OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS

294.0 Korsakow's psychosis (non-alcoholic)

294.9

In Includes syndromes as described in 291.1, but not due to alcohol.

Excludes Alcoholic Korsakow's psychoses (291.1)

294.1 Dementia(including in
292, 293
and 294)

Includes all states of dementia as already described under the main heading 290 - 294 on page 1, which are not classifiable as presenile dementia (290.1); senile dementia (290.0) or arteriosclerotic dementia (290.2), but which are associated with other underlying conditions (code these in addition).
e.g. Dementia associated with:

Huntington's chorea (331.0)
General paralysis of the insane (094.1)
Hepato-lenticular degeneration (273.3)
Cerebral lipoidosis (333.0)
Multiple sclerosis (340)
Epilepsy (code also 345)

Excludes all senile and presenile organic psychotic conditions (290).

294.8 Other psychosis

Includes all states; not due to presenile dementia, senility, or arteriosclerosis; which fulfil the criteria for an organic psychosis; but which do not take the form of a dementia (294.1) or a confusional state (293) or a Korsakow's psychosis (294.0)

294.9 Unspecified295 SCHIZOPHRENIA

295

Includes a group of psychoses in which there is a fundamental disturbance of personality, a characteristic distortion of thinking, often a sense of being controlled by alien forces, delusions which may be bizarre, disturbed perception, abnormal affect out of keeping with the real situation and autism. Nevertheless, clear consciousness and intellectual capacity are usually maintained. The disturbance of personality involves its most basic functions which give the normal person his feeling of individuality, uniqueness and self-direction. The most intimate thoughts, feelings and acts are felt to be known to or shared by others and explanatory delusions may develop, to the effect that natural or supernatural forces are at work to influence the schizophrenic person's thoughts and actions in ways that are often bizarre. He sees himself as the pivot of all that happens. Hallucinations, especially of hearing are common and may comment on the patient or address him. Perception is disturbed in other ways; there may be perplexity, irrelevant features may become all-important and, accompanied by passivity feelings, may lead the patient to believe that everyday objects and situations possess a special, usually sinister, meaning intended for him. In the characteristic schizophrenic disturbance of thinking, peripheral and irrelevant features of a total concept, which are inhibited in normal directed mental activity, are brought to the forefront and utilized in place of the elements relevant and appropriate to the situation. Thus thinking becomes values, elliptical and obscure, and its expression in speech sometimes incomprehensible. Breaks and interpolations in the flow of consecutive thought are frequent, and the patient may be

convinced that his thoughts are being withdrawn by some outside agency. Mood may be shallow, capricious or incongruous. There may be a degree of perplexity. Ambivalence and disturbance of volition may appear as inertia, negativism or stupor. Catatonia may be present. The diagnosis 'schizophrenia' should not be made unless there is, or has been evident during the same illness, characteristic disturbance of thought, perception, mood, conduct, or personality - preferably in at least two of these areas. The diagnosis should not be restricted to conditions running a protracted, deteriorating, or chronic course. In addition to making the diagnosis on the criteria just given every effort should be made to specify one of the following subdivisions of schizophrenia, according to the predominant symptoms.

295.0 Simple type

295.0

Includes a psychosis in which there is insidious development of oddities of conduct, inability to meet the demands of society, and decline in total performance. Delusions and hallucinations are not in evidence and the condition is less obviously psychotic than are the hebephrenic, catatonic and paranoid types of schizophrenia. With increasing social impoverishment vagrancy may ensue and the patient becomes selfabsorbed, idle and aimless. Because the schizophrenic symptoms are not clear-cut, diagnosis of this form should be made sparingly, if at all.

Excludes latent schizophrenia (295.5).

Inclusion term

Schizophrenia simplex

295.1 Hebephrenic type

295.1

Includes a form of schizophrenia in which affective changes are prominent, delusions and hallucinations fleeting and fragmentary, behaviour irresponsible and unpredictable and mannerisms common. The mood is shallow and inappropriate, accompanied by giggling or self-satisfied, self-absorbed smiling, or by a lofty manner, grimaces, mannerisms, pranks, hypochondriacal complaints and reiterated phrases. Thought is disorganized. There is a tendency to remain solitary, and behaviour seems empty of purpose and feeling. This form of schizophrenia usually starts between the ages of 15 and 25.

Inclusion term

Hebephrenia

295.2 Catatonic type

295.2

Includes as an essential feature prominent psychomotor disturbances often alternating between extremes such as hyperkinesis and stupor, or automatic obedience and negativism. Constrained attitudes may be maintained for long periods: if the patient's limbs are put in some unnatural position they may be held there for some time after the external force has been removed. Severe excitement may be a striking feature of the condition. Depressive or hypomanic concomitants may be present.

Excludes conditions resembling catatonia which occur in the course of conditions classified under 290-294 (290 - 294).

Inclusion terms

Catalepsy)
 Catatonia) associated with schizophrenia
 Flexibilitas cerea)
 Catatonic agitation
 Catatonic excitation
 Catatonic stupor

295.3 Paranoid type 295.3

Includes the form of schizophrenia in which relatively stable delusions, which may be accompanied by hallucinations, dominate the clinical picture. The delusions are frequently of persecution but may take other forms (for example of jealousy, exalted birth, Messianic mission, or bodily change). Hallucinations and erratic behaviour may occur; in some cases conduct is seriously disturbed from the outset, thought disorder is gross and affective flattening with fragmentary delusions and hallucinations may develop.

Excludes involuntal paraphrenia (297.1)

Inclusion terms

Paraphrenic schizophrenia

295.4 Acute schizophrenic episode 295.4

Includes schizophrenic disorders, other than those listed in the preceding forms, in which there is a dream-like state with slight clouding of consciousness and perplexity. External things, people and events may become charged with personal significance for the patient. There may be ideas of reference and emotional turmoil. In many such cases remission occurs within a few weeks or months, even without treatment.

Excludes conditions in 295.0 - 295.3 specified as acute (295.0 - 295.3)

Inclusion terms

Acute schizophrenia (undifferentiated)
 Acute schizophrenic attack
 Oneirophrenia
 Schizophreniform attack
 Schizophreniform psychosis (confusional type)

295.5 Latent schizophrenia 295.5

It has not been possible to produce a generally acceptable description for this condition. It is not recommended for general use, but a description is provided for those who believe it to be useful. The inclusion terms indicate that this is the best place to classify some other poorly defined varieties of schizophrenia.

Includes a condition of eccentric or inconsequent behaviour and anomalies of affect which give the impression of

schizophrenia though no definite and characteristic schizophrenic anomalies, present or past, have been manifest.

Excludes schizoid personality (301.2).

Inclusion terms

Latent schizophrenic reaction
Prepsychotic schizophrenia
Prodromal schizophrenia
Pseudo-neurotic schizophrenia
Pseudo-psychopathic schizophrenia
Borderline schizophrenia
Undifferentiated schizophrenia (chronic)
Cenesthopathic (coenesthopathic) schizophrenia

295.6 Residual schizophrenia

295.6

Includes a chronic form of schizophrenia in which the symptoms that persist from the acute phase have mostly lost their sharpness, emotional response is blunted, and thought disorder, even when gross, does not prevent the accomplishment of routine work.

Excludes conditions with symptoms clear enough to be classified under 295.0 - 295.5.

Inclusion terms

Schizophrenia residual state
Restzustand (schizophrenic)

295.7 Schizo-affective type

295.7

Includes a psychosis in which pronounced manic or depressive features are intermingled with schizophrenic features and which tends towards remission without permanent defect, but is prone to recur. The diagnosis should be made only when both the affective and schizophrenic symptoms are pronounced.

Inclusion terms

Mixed schizophrenic and affective psychosis
Schizo-affective psychosis
Schizophreniform psychosis, affective type

295.8 Other specified types of schizophrenia

295.8

Includes schizophrenia of specified type not classifiable under 295.0 - 295.7, e.g. childhood-type schizophrenia NOS. Particularly important for this category are psychoses sometimes coming on before puberty in which schizophrenic features are prominent and mental development may be delayed or diverted. There are features very similar to if not identical with those of schizophrenia, but the mode of onset and the course of the illness make the diagnosis of schizophrenia uncertain.

Excludes infantile autism (308.0).

Inclusion term A typical schizophrenia

295.9 Unspecified types of schizophrenia

295.9

(To be used only as a last resort).

Inclusion terms

Schizophrenia NOS
Schizophrenic reaction NOS
Schizophreniform psychosis NOS

296 AFFECTIVE PSYCHOSES

296

Includes mental disorders usually recurrent, in which there is a severe disturbance of mood (mostly compounded of depression and anxiety but also manifested as elation and excitement) which is accompanied by one or more of the following:
delusions, perplexity, disturbed attitude to self, disorder of perception and behaviour; these are all in keeping with the patient's prevailing mood (as are hallucinations when they occur). There is a strong tendency to suicide. For practical reasons, mild disorders of mood may also be included here if the symptoms match closely the descriptions given; this applies particularly to mild hypomania.

Excludes reactive depressive psychosis (298.0), reactive excitation (298.1), and neurotic depression (200.4)

296.0 Manic-depressive psychosis - manic type

296.1

Includes mental disorders characterized by status of elation or excitement out of keeping with the patient's circumstances and varying from enhanced liveliness (hypomania) to violent almost uncontrollable excitement. Aggression and anger, flight of ideas, distractibility, impaired judgement, and grandiose ideas are common.

Excludes circular type if there was a previous attack of depression.

Inclusion terms

Hypomania NOS
Hypomanic psychosis
Mania NOS
Manic-psychosis
Manic-depressive psychosis or reaction:
 hypomanic
 manic
Monopolar mania

296.1 Manic-depressive psychosis - depressed type

296.2

Includes an affective psychosis in which there is reduced activity and a widespread depressed mood of gloom and wretchedness with some degree of anxiety. Close relatives are often reported to have had the same illness, and there is a marked tendency to recurrence; in a few cases this may be at regular intervals.

Inclusion terms

Endogenous depression
 Involutional melancholia
 Manic-depressive reaction, depressed
 Monopolar depression
 Psychotic depression
 Depressive psychosis

296.2 Manic-depressive psychosis, circular type, but currently manic 296.3

Includes an affective psychosis which has appeared in both the depressive and the manic form, either alternating or separated by an interval of normality, but in which the manic form is currently present. (The mania phase is far less frequent than the depressive).

Excludes brief compensatory or rebound mood swings (296.8)

296.3 Manic-depressive psychosis, circular type, but currently depressed 296.3

Includes an affective psychosis which has appeared in both the depressive and the manic form, either alternating or separated by an interval of normality, but in which the depressive form is currently present. (The manic phase is far less frequent than the depression).

Excludes brief compensatory or rebound mood swings (296.8).

296.4 Manic-depressive psychosis, mixed 296.3

Include here an affective psychosis in which both manic and depressive symptoms are present at the same time.

Excludes specified types of manic-depressive psychosis
 296.0 - 296.3.

Inclusion terms

Manic-depressive syndrome NOS
 Manic-depressive reaction NOS
 Manic-depressive psychosis NOS
 Manic-depressive psychosis, mixed type

296.5 Manic-depressive psychosis, circular type, current condition not specified

Includes circular type (see 296.2) in which the current condition is not specified as either manic or depressive.

296.6 Manic-depressive psychosis, other and unspecified

Includes syndromes in which the clinical picture is indistinguishable from that described above for either depressed (296.1) or manic (296.0) types, but which for other reasons cannot be classified under 296.0 - 296.3.

296.8 Other affective psychosis 296.0

Includes affective psychoses not classifiable elsewhere

Excludes other affective psychosis classifiable under 298 (Psychogenic)

296.9 Affective psychoses, unspecified

296.9

Inclusion terms

Affective Psychosis NOS
 Depressive Psychosis NOS
 Melancholia NOS

297 PARANOID STATES

Includes a psychosis not classifiable as schizophrenia or affective psychosis, in which delusions, especially of being influenced, persecuted or treated in some special way are the main symptoms. The delusions are of a fairly fixed, elaborate and systematized kind.

Excludes acute paranoid reaction (298.3), paranoid schizophrenia (295.3).

297.0 Paranoia

Includes a rare chronic psychosis in which logically constructed systematised delusions have developed gradually without concomitant hallucinations or the schizophrenic type of disordered thinking. The delusions are mostly of grandeur (the paranoid prophet or inventor) or somatic abnormality. Chronic paranoid psychosis characterised by delusions of jealousy, and associated with alcoholism should be included here (291.3, Alcoholic Paranoid in ICD-8).

Excludes Paranoid personality (301.0)

297.1 Paraphrenia

297.1

Includes paranoid psychosis in which there are conspicuous hallucinations, often in several modalities. Affective symptoms and disordered thinking, though present, do not dominate the clinical picture and the personality is well preserved.

Excludes paranoid schizophrenia (295.3).

Inclusion terms

Late paraphrenia
 Involutional paranoid state

297.2 Induced psychosis

no equivalent

Includes mainly delusional psychosis, usually chronic and often without florid features, which appear to have developed as a result of a close, if not dependent relationship with another person who already has an established similar psychosis. The delusions are at least partly shared. The rare cases in which several persons are affected should also be included here.

Inclusion term

Folie a deux (tois, etc.)

297.9 Other and unspecified paranoid states

297.9

Includes paranoid states which though in many ways akin to schizophrenic or affective states cannot readily be classified under any of the preceding rubrics, nor under 298.4.

Excludes senile paranoid state (297.1)

Inclusion terms

Paranoid:
 psychosis NOS
 state NOS
 reaction NOS
 Sensitiver Beziehungswahn

298 OTHER NON-ORGANIC PSYCHOSES

Includes psychotic conditions attributable to a recent life experience.

298.0 Depressive type

298.0

Includes a depressive psychosis similar in its symptoms to manic-depressive psychosis, depressive type (296.1) but apparently provoked by saddening stress such as a bereavement, or a severe disappointment or frustration. There may be less diurnal variation of symptoms than in 296.1, and the delusions are more often understandable in the context of the life experiences. There is usually a serious disturbance of behaviour e.g. major suicidal attempt.

Excludes neurotic depression (300.4) and manic-depressive psychosis, depressed type (296.1).

Inclusion terms

Psychogenic depressive psychosis
 Psychotic reactive depression

298.1 Excitative type

298.1

Includes an affective psychosis similar in its symptoms to manic-depressive psychosis, manic type, but apparently provoked by emotional stress.

Excludes manic-depression psychosis, manic type (296.0, 296.2).

298.2 Reactive confusion

Includes mental disorders with clouded consciousness, disorientation (though less marked than in organic confusion) and diminished accessibility often accompanied by excessive activity and apparently provoked by emotional stress.

Excludes acute confusional state (292.0).

Inclusion terms

Psychogenic confusion
 Psychogenic twilight state

- 298.3 Bouffee delirante 298.3
- Includes mental disorders apparently provoked by some emotional stress misconstrued as an attack or threat. Such states are particularly prone to occur in prisoners or as acute reactions to a strange and threatening environment, e.g. in immigrants.
- Excludes paranoid states (297)
- Inclusion term acute paranoid reaction
- 298.4 Psychogenic paranoid psychosis no equivalent
- Includes psychogenic or reactive paranoid psychosis of any type which are more protracted than the acute reactions covered in 293.3. Where there is a diagnosis of psychogenic paranoid psychosis which does not specify 'acute' this coding should be made.
- Inclusion term Protracted reactive paranoid psychosis
- 298.8 Reactive psychosis, other and unspecified 298.9
- Inclusion terms
- Psychogenic psychosis NOS
Hysterical psychosis
- 298.9 Unspecified psychosis 299
- (to be used only as a last resort for coding when no other term can be used).
- Inclusion term Psychosis NOS
- 299 PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD
- (This category should be used only for psychoses which always begin before puberty. Adult type psychoses such as schizophrenia or manic-depressive psychoses when occurring in childhood should be coded elsewhere under the appropriate heading - i.e. 295 and 296 for the examples given).
- 299.0 Infantile autism 295.8
- Includes a syndrome present from birth or beginning almost invariably in the first 30 months. Responses to auditory and visual stimuli are abnormal and there are usually severe problems in the understanding of spoken language. Speech is delayed and, if it develops, is characterized by echolalia, the reversal of pronouns, immature grammatical structure and inability to use abstract terms. There is generally an impairment in the social use of both verbal and gestural language. Problems in social relationships are most severe before the age of five years and include an impairment in the development of eye to eye gaze, social attachments, and co-operative play. Ritualistic behaviour is usual and may include abnormal routines, resistance to change, attachment to odd objects and stereotyped patterns of play. The capacity for abstract or symbolic thought and for imaginative play is diminished. Intelligence ranges

from severely subnormal to normal or above. Performance is usually better on tasks involving rote memory or visuo-spatial skills than on those requiring symbolic or linguistic skills.

Excludes disintegrative psychosis or Heller's syndrome (299.1); schizophrenic syndrome of childhood (299.3).

Inclusion terms

Infantile psychosis
Childhood autism
Kanner's syndrome

299.1 Disintegrative psychosis 295.8

Includes disorders in which normal or near normal development for the first few years is followed by a loss of social skills and of speech, together with a severe disorder of emotions, behaviour and relationships. Usually this loss of speech and of social competence takes place over a period of a few months and is accompanied by the emergence of overactivity and of stereotypies. In most cases there is intellectual impairment, but this is not a necessary part of the disorder. The conditions may follow overt brain disease - such as measles encephalitis - but also it may occur in the absence of any known organic brain disease or damage. (Where there is an associated neurological disorder this should be coded separately in addition, using a second code from Section VI).

Excludes infantile autism (299.0); schizophrenic syndrome of childhood (299.3).

Inclusion term Heller's syndrome

299.8 Other 295.8

Includes a variety of a typical infantile psychoses which may show some, but not all, of the features of infantile autism. Symptoms may include stereotyped repetitive movements, hyperkinesis, self-injury, retarded speech development, echolalia and impaired social relationships. Such disorders may occur in children of any level of intelligence but are particularly common in those with mental retardation.

Excludes simple stereotypies without psychotic disturbance - (306.3).

299.9 Unspecified type 295.8

Inclusion terms

Child psychosis NOS
Schizophrenia, childhood type NOS
Schizophrenic syndrome of childhood NOS

NEUROTIC DISORDERS, PERSONALITY DISORDERS AND
OTHER NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (300 - 315)

300 NEUROTIC DISORDERS

Includes mental disorders without any demonstrable organic basis in which the patient may have considerable insight and has unimpaired reality testing, in that he usually does not confuse his morbid subjective experiences and fantasies with external reality. Behaviour may be greatly affected although usually remaining within socially acceptable limits, but personality is not disorganized. The principal manifestations include excessive anxiety, hysterical symptoms, phobias, obsessional and compulsive symptoms and depression.

300.0 Anxiety states

300.0

Includes various combinations of physical and mental manifestations of anxiety, not attributable to real danger and occurring either in attacks or as a persisting state. The anxiety is usually diffuse and may extend to panic. Other neurotic features such as obsessional or hysterical symptoms may be present but do not dominate the clinical picture.

Excludes neurasthenia (300.5) and psychophysiological disorders (305) any condition caused by organic processes.

Inclusion terms

Anxiety:
 neurosis
 reaction
 state (neurotic)
Panic attack
Panic state

300.1 Hysteria

300.1

Includes mental disorders in which motives of which the patient seems unaware, produce either a restriction of the field of consciousness or disturbances of motor or sensory function which may seem to have psychological advantage or symbolic value. It may be characterized by conversion phenomena or dissociative phenomena. In the conversion form the chief or only symptoms consist of psychogenic disturbance of function in some part of the body, e.t. paralysis, tremor, blindness, deafness, seizures. In the dissociative variety, the most prominent feature is a narrowing of the field of consciousness which seems to serve an unconscious purpose and is commonly accompanied or followed by a selective amnesia. There may be dramatic but essentially superficial changes of personality sometimes taking the form of a fugue (wandering state). Behaviour may mimic psychosis or rather the patient's idea of psychosis.

Excludes physical disorders of presumably psychogenic origin (305), hysterical personality (301.5) and anorexia nervosa (306.1), stress and adjustment reactions (307 and 308).

Inclusion terms

Astasia-abasia, hysterical
 Compensation neurosis
 Conversion hysteria
 Dissociative reaction or state
 Ganser's syndrome, hysterical
 Hysteria NOS
 Multiple personality

300.2 Phobic state 300.2

Includes neurotic states with abnormally intense dread of certain objects or specific situations which would not normally have that effect. If the anxiety tends to spread from a specified situation or object to a wider range of circumstances, it becomes akin to or identical with anxiety state, and should be classified as such (300.0).

Excludes obsessional phobias (300.3)

Inclusion terms

Anxiety-hysteria
 Agoraphobia
 Animal phobias
 Claustrophobia
 Phobia NOS

300.3 Obsessive-compulsive disorder 300.3

Includes states in which the outstanding symptom is a feeling of subjective compulsion - which must be resisted - to carry out some action, to dwell on an idea, to recall an experience, or to ruminate on an abstract topic. Unwanted thoughts which intrude, the insistency of words or ideas, ruminations or trains of thought are perceived by the patient to be inappropriate or nonsensical. The obsessional urge or idea is recognized as alien to the personality but as coming from within the self. Obsessional actions may be quasi-ritual performances designed to relieve anxiety e.g. washing the hands to cope with contamination. Attempts to dispel the unwelcome thoughts or urges may lead to a severe inner struggle, with intense anxiety.

Excludes obsessive compulsive symptoms occurring in the framework of endogenous depression, schizophrenia, or organic states, notably encephalitis.

Inclusion terms

Anankastic neurosis
 Compulsive neurosis

300.4 Neurotic depression 300.4

Includes a neurotic disorder characterized by disproportionate depression which has usually recognizably ensued on a distressing experience; it does not include among its features delusions or hallucinations, and there is often preoccupation with the psychic trauma which preceded the illness, e.g. loss of cherished person or possession.

The distinction between depressive neurosis and psychosis should be made not only upon the degree of depression but also on the presence or absence of other neurotic and psychotic characteristics and upon the degree of disturbance of the patient's behaviour.

Excludes manic-depressive psychosis, depressed type (296.1), reactive depressive psychosis (298.0) and other psychosis (296.8). Depression NOS (310.9), affective, depressive adjustment reaction (308.0).

Inclusion terms

Anxiety depression
Depressive reaction
Neurotic depression
Neurotic depressive state
Reactive depression

300.5 Neurasthenia

300.5

Includes a neurotic disorder characterized by fatigue, irritability, headache, depression, insomnia, difficulty in concentration, and lack of capacity for enjoyment (anhedonia). It may follow an infection, exhaustion, or arise from continued emotional stress.

Excludes neurotic depression (300.4), anxiety state (300.0), psychophysiological disorders (305).

Inclusion term Nervous debility

300.6 Depersonalization syndrome

300.6

Includes a neurotic disorder with an unpleasant state of disturbed perception in which external objects or parts of one's own body are experienced as changed in their quality, unreal, remote or automatised. The patient is aware of the subjective nature of the change he experiences. Depersonalization may occur as a feature of several mental disorders including depression, obsessional neurosis, anxiety and schizophrenia; in that case the condition should not be classified here but in the corresponding major category.

Inclusion term Derealization (neurotic)

300.7 Hypochondriasis

300.7

Includes a neurotic disorder in which the conspicuous features are excessive concern with one's health in general or the integrity and functioning of some part of one's mind. It is usually associated with anxiety and depression. It may occur as a feature of severe mental disorder and in that case should not be classified here but in the corresponding major category.

Excludes hysteria (300.1), manic-depressive psychosis, depressed type (296.1), schizophrenia (295), obsessional disorder (300.3), and neurasthenia (300.5)

300.8 Other specified neurotic states

300.8

Includes neurotic disorders not classified elsewhere, e.g. occupational neurosis. Patients with mixed neuroses should not be classified in this category but according to the most prominent symptoms they display.

Inclusion terms

Occupational neurosis (including writers' cramp)
Psychasthenia
Psychasthenic neurosis

300.9 Unspecified neurosis

(to be used only when absolutely unavoidable).

Inclusion terms

Neurosis NOS
Psychoneurosis NOS

301 PERSONALITY DISORDERS

Includes deeply ingrained maladaptive patterns of behaviour generally recognizable by the time of adolescence or earlier and continuing throughout most of adult life, although often becoming less obvious in middle or old age. The personality is abnormal either in the balance of its components, their quality and expression or in its total effect upon the patient, others or society. It includes what is sometimes called psychopathic personality, but if this is determined primarily by malfunctioning of the brain, it should not be classified here but as one of the non-psychotic organic brain syndromes (309). When the patient exhibits an anomaly of personality directly related to his neurosis or psychosis, e.g. schizoid personality and schizophrenia or anankastic personality and obsessive compulsive neurosis, the relevant neurosis or psychosis which is in evidence should be diagnosed in addition.

Inclusion term

Character neurosis

301.0 Paranoid

301.0

Includes personality disorder in which there is excessive sensitivity to setbacks or what are taken to be humiliations and rebuffs, a tendency to distort experience by misconstruing the neutral or friendly actions of others as hostile or contemptuous, and a combative and tenacious sense of personal rights. There may be a proneness to jealousy or excessive self-importance. Such persons may feel helplessly humiliated and put upon; others, likewise excessively sensitive, are aggressive and insistent. In all cases there is excessive self-reference.

Excludes paranoid states (297), paranoid schizophrenia (295.3), and acute paranoid reaction (298.3).

Inclusion terms

Fanatic personality
 Paranoid traits
 Paranoid personality (disorder)

301.1 Affective

301.1

Includes personality disorder characterized by lifelong predominance of a pronounced mood which may be persistently depressive, persistently elated or alternately one then the other. During period of elation there is unshakeable optimism and an enhanced zest for life and activity whereas period of depression is marked by worry, pessimism, low output of energy and a sense of futility.

Exclusion terms

Cycloid personality
 Cyclothymic personality
 Depressive personality

301.2 Schizoid

301.2

Includes personality disorder in which there is withdrawal from affectional, social and other contacts with autistic preference for fantasy and introspective reserve. Behaviour may be slightly eccentric or indicate avoidance of competitive situations. Apparent coolness and detachment may mask an incapacity to express feeling.

Excludes simple schizophrenia (295.0), latent schizophrenia (295.5), residual schizophrenia (295.6), schizo-affective type of schizophrenia (295.7), borderline schizophrenia (295.5) and pseudo-neurotic schizophrenia (295.5).

301.3 Explosive

Includes personality disorder characterised by instability of mood with liability to intemperate outbursts of anger, hate, violence or affection. Aggression may be expressed in words or in physical violence. The outbursts cannot readily be controlled by the affected persons who are not otherwise prone to antisocial behaviour.

Excludes antisocial personality (301.7), hysterical neurosis (300.1), non-psychotic behaviour associated with epilepsy (309.4), and psychosis associated with epilepsy (293.2).

Inclusion terms

Aggressive personality
 Aggressive reaction
 Aggressiveness
 Emotional instability (excessive)
 Pathological emotionality
 Quarrelsomeness

301.4 Anankastic

301.4

Includes personality disorder characterised by feelings of personal insecurity, doubt and incompleteness leading to excessive conscientiousness, checking, stubbornness and caution. There may be insistent and unwelcome thoughts or impulses which do not attain the severity of an obsessional neurosis.

There is perfectionism and meticulous accuracy and a need to check repeatedly in an attempt to ensure this. Rigidity and excessive doubt may be conspicuous.

Excludes obsessive-compulsive disorder (300.3), phobic state (300.2)

Inclusion terms

Compulsive personality
Obsessional personality

301.5 Hysterical 301.5

Includes personality disorder characterised by shallow, labile affectivity, dependence on others, craving for appreciation and attention, suggestibility and theatricality. There is often sexual immaturity, e.g. frigidity and over-responsiveness to stimuli. Under stress hysterical symptoms (neurosis) may develop.

Excludes hysteria (300.1).

Inclusion term

Histrionic personality
Psychoinfantile personality

301.6 Asthenic 301.6

Includes personality disorder characterised by passive compliance with the wishes of elders and others and a weak inadequate response to the demands of daily life. Lack of vigour may show itself in the intellectual or emotional spheres; there is little capacity for enjoyment.

Excludes neurasthenia (300.5).

Inclusion terms

Dependent personality
Inadequate personality
Passive personality

301.7 With predominantly sociopathic or asocial manifestation 301.7

Includes personality disorder characterised by disregard for social obligations, lack of feeling for others, and impetuous violence or callous unconcern. There is a gross disparity between behaviour and the prevailing social norms. Behaviour is not readily modifiable by experience, including punishment. People with this personality are affectively cold and may be abnormally aggressive or irresponsible. Their tolerance to frustration is low, they blame others or offer plausible rationalisations for their behaviour which brings them into conflict with society.

Excludes disturbance of conduct without specifiable personality disorder (310), explosive personality (301.3).

Inclusion terms

Amoral personality
Dyssocial personality

301.8 Other

301.8

Includes personality disorders of other specified types.

Excludes psycho-infantile personality (301.5)

Inclusion terms

Asocial personality
Eccentric personality
Immature personality
Passive-aggressive personality
Psychoneurotic personality
"Haltlose" personality type

301.9 Unspecified

301.9

Includes personality disorders of unspecified type.

Inclusion terms

Pathological personality NOS
Personality disorder NOS
Psychopathic constitutional state
Psychopathic personality (disorder)

302 SEXUAL DEVIATIONS AND DISORDERS

Includes abnormal sexual inclinations or behaviour. The limits and features of normal sexual inclination and behaviour have not been stated absolutely in different societies and cultures but are broadly such as serve approved social and biological purposes. The sexual activity of affected persons is directed primarily either towards people not of the opposite sex, or towards sexual acts not associated with coitus normally, or towards coitus performed under abnormal circumstances. If the anomalous behaviour becomes manifest only during psychosis or other mental illness the condition should be classified under the major illness. It is common for more than one anomaly to occur together in the same individual; in that case the predominant deviation is classified. It is preferable not to include in this category individuals who perform deviant sexual acts when normal sexual outlets are not available to them.

Excludes non-psychotic mental disorders associated with physical conditions (309).

302.0 Homosexuality

302.0

Includes exclusive or predominant sexual attraction for persons of the same sex with or without physical relationship. Code homosexuality here whether or not it is regarded as a mental disorder.

Inclusion terms

Homosexuality
Lesbianism
Sodomy
Homosexual paedophilia

- 302.1 Bestiality included in 302.8
Includes sexual or anal intercourse with animals.
- 302.2 Heterosexual paedophilia 302.2
Includes sexual deviations in which an adult engages in sexual activity with a child of the opposite sex.
Excludes Homosexual paedophilia (302.0).
- 302.3 Transvestism 302.3
Includes a sexual deviation in which sexual pleasure is derived from dressing in clothes of the opposite sex. There is no consistent attempt to take on the identity or behaviour of the opposite sex.
Excludes trans-sexualism (302.5)
- 302.4 Exhibitionism 302.4
Includes a sexual deviation in which main sexual pleasure and gratification is derived from exposure of the male genitals to a female.
- 302.5 Trans-sexualism included in 302.8
Includes a sexual deviation centred around fixed beliefs that the overt bodily sex is wrong. The resulting behaviour is directed towards either changing the sexual organs by operation, or completely concealing the bodily sex by adopting both the dress and behaviour of the opposite sex.
Excludes transvestism (302.3)
- 302.6 Disorders of psychosexual identity no equivalent
Includes behaviour occurring in pre-adolescent children of immature psychosexuality which is similar to that shown in the sexual deviations specified under Transvestism (302.3) and Transsexualism (302.5). Cross-dressing is intermittent, although it may be frequent, and identification with the behaviour and appearance of the opposite sex is not yet fixed. The commonest form is feminism in boys.
Excludes homosexuality (302.0), transvestism (302.3), transsexualism (302.5).
- 302.7 Frigidity and impotence included in 305.6
(a) Frigidity
Includes dislike of or aversion to sexual intercourse, of psychological origin, or sufficient intensity to lead, if not to active avoidance, to marked anxiety, discomfort or pain when normal sexual intercourse takes place.
Excludes normal transient symptoms from ruptured hymen.

Inclusion terms

Dyspareunia (psychogenic)

(b) Impotence

Includes sustained inability, due to psychological causes, to maintain an erection which will allow normal heterosexual penetration and ejaculation to take place.

Excludes transient or occasional failures of erection due to fatigue, anxiety, alcohol or drugs. Impotent due to physical conditions, including drugs.

302.8 Other 302.1, 302.8
and 302.9

302.9 Unspecified

303 ALCOHOL DEPENDENCE 303

(A state, psychic and sometimes also physical, resulting from taking alcohol, characterised by behavioural and other responses that always include a compulsion to take alcohol on a continuous or periodic basis in order to experience its psychic effects, and sometimes to avoid the discomfort of its absence; tolerance may or may not be present. A person may be dependent on alcohol and other drugs; if so also make the appropriate 304 coding. If dependence is associated with alcoholic psychosis or with physical complications, both should be coded).

Excludes alcoholic psychosis (291)
drunkenness NOS (319.0)
physical complications of alcohol
e.g. cirrhosis (571.0)
gastritis (535)
epilepsy (345)

303.0 Alcohol dependence

Inclusion terms

Chronic alcoholism
Dipsomania

304 DRUG DEPENDENCE

(A state, psychic and sometimes also physical, resulting from taking a drug, characterised by behavioural and other responses that always include a compulsion to take a drug on a continuous or periodic basis in order to experience its psychic effects, and sometimes to avoid the discomfort of its absence. Tolerance may or may not be present. A person may be dependent on more than one drug).

304.0 Morphine type 304.0 and
304.1

(including synthetics with morphine-like effects)
(opium, opium alkaloids and their derivatives, heroin, methadone).

		ICD-8
304.1	<u>Barbiturate type</u> (including non-barbiturate sedatives and tranquilizers with a similar effect). (barbiturates, meprobamate, glutethimide, chlordiazepoxide, diazepam).	304.2 and 304.3
304.2	<u>Cocaine</u> (including coca leaves and derivatives).	304.4
304.3	<u>Cannabis</u> <u>Inclusion terms</u> Hemp Hashish Marijuahaana	304.5
304.4	<u>Amphetamine-type (including other psycho-stimulants)</u> (Amphetamine, phenmetrazine, methylphenidate).	304.6
304.5	<u>Hallucinogens</u> (L.S.D. and derivatives, psilocybin, mescaline).	304.7
304.6	<u>Other</u> <u>Inclusion terms</u> Absinthe addiction Glue sniffing	304.8
304.7	<u>Combinations including drugs in 304.0 and any other</u>	304.8
304.9	<u>Unspecified</u> <u>Inclusion terms</u> Drug addiction NOS Drug dependence NOS	304.9

305 PHYSICAL CONDITIONS ARISING FROM MENTAL FACTORS 305

Includes a variety of physical symptoms or types of physiological malfunction of mental origin, not involving tissue damage and usually mediated through the autonomic nervous system. The disorders are grouped according to body system. Codes 305.0 - 305.9 should not be used if the physical symptom is secondary to a psychiatric disorder codable elsewhere in section V.

Excludes all hysterical conditions 300.1
Physical disorders codable elsewhere in the ICD and usually involving tissue damage in which emotional factors are thought to have played a major part in aetiology. These disorders are to be coded using a combination code, (315 plus the code for the physical disorder outside Section 5).

		ICD-8
305.0	<u>Musculo-skeletal</u>	included in 305.1
	<u>Excludes</u> Gilles de la Tourette's syndrome (306.3); tics (306.3); hysterical conditions (300.1).	
	<u>Inclusion term</u>	
	Psychogenic torticollis	
305.1	<u>Respiratory</u>	included in 305.2
	<u>Excludes</u> psychogenic asthma (315 plus 493)	
	<u>Inclusion terms</u>	
	Air hunger Hyperventilation Yawning Psychogenic cough Hiccups (psychogenic)	
305.2	<u>Cardiovascular</u>	included in 305.3
	<u>Excludes</u> psychogenic paroxysmal tachycardia (315 plus 427.9)	
	<u>Inclusion terms</u>	
	Cardiac neurosis Cardiovascular neurosis Neurocirculatory asthenia Psychogenic: cardiovascular disorder	
305.3	<u>Skin</u>	included in 305.0
	<u>Excludes</u> psychogenic eczema (315 plus 691 or 692); psychogenic alopecia (315 plus 704); psychogenic urticaria (315 plus 708); psychogenic dermatitis (315 plus 692).	
	<u>Inclusion term</u>	
	Psychogenic pruritus	
305.4	<u>Gastro-intestinal</u>	included in 305.5
	<u>Excludes</u> psychogenic peptic ulcer (315 plus 533); psychogenic duodenal ulcer (315 plus 532); psychogenic gastric ulcer (315 plus 531); psychogenic cardiospasm (315 plus 530.0); mucous colitis (315 plus 564.1).	
	<u>Inclusion terms</u>	
	Aerophagy Cyclical vomiting	
305.5	<u>Genito-urinary</u>	included in 305.6
	<u>Excludes</u> enuresis (306.6); frigidity (302.7); impotence (302.7); dyspareunia (302.7).	
	<u>Inclusion term</u> Dysmenorrhea	

- 305.6 Endocrine included in 305.7
- 305.7 Organs of special sense included in 305.8
Excludes hysterical blindness or deafness (300.1).
- 305.8 Other included in 305.9
- 305.9 Unspecified
Inclusion terms
 Psychophysiologic NOS
 Psychosomatic NOS
- 306 SPECIAL SYMPTOMS/DISORDERS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED
- Includes conditions in which an outstanding symptom or group of symptoms is not manifestly part of a more fundamental classifiable condition.
- Excludes conditions in which the symptoms are the result of an organic illness or defect or of another mental disorder.
- 306.0 Stammering/Stuttering included in 306.0
- Includes disorders in the rhythm of speech in which the individual knows precisely what he wishes to say, but at the time is unable to say it because of an involuntary, repetitive prolongation or cessation of a sound.
- Excludes lisping or lalling (306.9), retarded development of speech (313.3), dysphasia (781.5).
- 306.1 Anorexia Nervosa included in 306.5
- Includes disorders in which the main features are persistent active refusal to eat and marked loss of weight. The level of activity and alertness is characteristically high in relation to the degree of emaciation. Typically the disorder begins in teenage girls but it may sometimes begin before puberty and rarely it occurs in males. Amenorrhoea is usual and there may be a variety of other physiological changes including slow pulse and respiration, low body temperature and dependent oedema. Unusual eating habits and attitudes toward food are typical and sometimes starvation follows or alternates with periods of overeating. The accompanying psychiatric symptoms are diverse.
- Excludes cases where the anorexia is secondary to some other psychiatric or neurological condition. Excludes eating disturbance NOS (306.5) and loss of appetite (784.0).

306.2 Tics

306.2

Includes disorders in which the outstanding feature consists of quick, involuntary apparently purposeless and frequently repeated movements which are not due to any neurological condition. Any part of the body may be involved but the face is most frequently affected. Only one form of tic may be present, or there may be a combination of tics which are carried out simultaneously, alternatively or consecutively. Gilles de la Tourette's syndrome refers to a rare disorder occurring in individuals of any level of intelligence in which facial tics and tic-like throat noises become more marked and more generalized and in which, later, whole words or short sentences (often with an obscene content) are ejaculated spasmodically and involuntarily. There is some overlap with other varieties of tic.

Excludes tics which are no more than a minor part of some other psychiatric condition; fidgetiness and "habits" such as nail-biting or thumb-sucking (306.9); stereotypies when occurring in isolation (306.3) or when part of another disorder (such as infantile autism). In the latter case the coding should be of the appropriate main disorder (e.g. 299.0 for autism).

306.3 Stereotyped repetitive movements

no equivalent

Includes disorders in which voluntary repetitive stereotyped movements, which are not due to any psychiatric or neurological condition, constitute the main feature. Includes head-banging, spasmus nutans, rocking, twirling, finger-flicking mannerisms and eye poking. Such movements are particularly common in cases of mental retardation with sensory impairment or with environmental monotony.

Excludes where due to psychosis, other psychiatric disorder or any neurological condition. Excludes tics (306.2).

Inclusion term

Stereotypies NOS

306.4 Specific disorders of sleep

306.4

(This category should only be used when a more precise medical or psychiatric diagnosis cannot be made).

Excludes when of unspecified cause (780), narcolepsy (347.0).

Inclusion terms

Sleepwalking)	
Night terrors)	
Nightmares)	when of non-organic
Hypersomnia)	origin
Insomnia)	
Inversion of sleep rhythm)	

306.5 Other disorders of eatingincluded in
306.5

(This category should only be used when a more precise medical or psychiatric diagnosis cannot be made).

Excludes such conditions when of unspecified cause e.g. anorexia NOS (784.0), overeating NOS (278.9).
Excludes anorexia nervosa (306.1).

Inclusion terms

Infantile feeding disturbances)	
Loss of appetite)	
Overeating)	of non-organic origin
Pica)	

306.6 Enuresis

Includes disorders in which the main manifestation is a persistent involuntary voiding of urine by day or night which is considered abnormal for the age of the individual. Sometimes the child will have failed to gain bladder control and in other cases he will have gained control and then lost it. Episodic or fluctuating enuresis should be included. The disorder would not usually be diagnosed under the age of four years.

Excludes enuresis of organic origin (786.2)

<u>Inclusion terms</u> primary enuresis)	
secondary enuresis)	of non-organic origin

306.7 Encopresis

306.7

Includes disorders in which the main manifestation is the persistent voluntary or involuntary passage of formed motions of normal or near-normal consistency into places not intended for that purpose in the individual's own socio-cultural setting. Sometimes the child has failed to gain bowel control and sometimes he has gained control, but then later again became encopretic. There may be a variety of associated psychiatric symptoms and there may be smearing of faeces. The condition would not usually be diagnosed below the age of four years.

Excludes when of organic origin (785.6).

Inclusion terms

Continuous encopresis)	
Discontinuous encopresis)	of non-organic origin

306.8 Psychalgiaincluded in
306.8

Includes cases in which there are pains of mental origin - e.g. headache or backache when a more precise medical or psychiatric diagnosis cannot be made.

Excludes migraine (346) and conditions in which headache is not specifically attributable to a psychological not specifically attributable to a psychological cause; lumbago (717.0) and conditions in which backache

is not specifically tied to a psychological cause; rheumatism (717.9) and conditions in which limb or joint pains are not specifically tied to a psychological cause.

Inclusion terms

Tension headache
Psychogenic backache

306.9 Other or NOS 306.9

(The use of this category should be discouraged. Most of the items listed in the inclusion terms are not indicative of psychiatric disorder and are included only because such terms may sometimes still appear as diagnoses.)

Inclusion terms

Lalling
Lisping
Nailbiting
Thumbsucking
Masturbation

307 GROSS STRESS REACTION included in 307

Includes transient disorders of any severity and nature which occur in individuals without any apparent mental disorder, in response to exceptional physical or mental stress, and which usually subside within hours or days.

Excludes adjustment reaction (308).
other non-organic psychoses (298).

Inclusion terms

Exhaustion delirium
Combat fatigue
Catastrophic stress

307.0 Predominant disturbance of emotions included in 307

Includes panic states, excitability, fear, depressions and anxiety fulfilling the above criteria.

307.1 Predominant disturbance of consciousness included in 307

Includes fugues fulfilling the above criteria.

307.2 Predominant psychomotor disturbance included in 307

Includes agitation states, 'tempeste des mouvements', stupor fulfilling the above criteria.

307.3 Other included in 307

307.4 Mixed included in 307

(Many gross stress reactions include several elements but whenever possible a specific coding under .0, .1, .2 or .3 should be made according to the preponderant type of

disturbance. The category of mixed disorders should only be used when there is such an admixture that this cannot be done).

- 307.9 Unspecified included in 307
- 308 ADJUSTMENT REACTION included in 307 and 308
- Includes mild or transient disorders which occur in individuals of any age without any apparent pre-existing mental disorder. Such disorders are often relatively circumscribed or situation-specific, are generally reversible and usually last only a few months. They may occur in response to stresses such as bereavement, migration or separation experiences. In children such disorders are associated with no significant distortion of development.
- Excludes gross stress reaction (307), neurotic disorders (300).
- 308.0 Acute depressive reaction included in 307
- Includes states of depression; not specifiable as manic-depressive, psychotic or neurotic; generally transient, in which the depressive symptoms are usually closely related in time and content to some stressful event.
- Excludes affective psychosis (296); other non-organic psychosis-depressive type (298.0); neurotic depression (300.4); prolonged depressive reaction (308.1).
- Inclusion term Grief reaction
- 308.1 Prolonged depressive reaction
- Includes states of depression, not specifiable as manic-depressive, psychotic or neurotic, and generally long-lasting; usually developing in association with prolonged exposure to a stressful situation.
- Excludes affective psychosis (296); other non-organic psychosis-depressive type (298.0); neurotic depression (300.4); acute depressive reaction (308.0).
- Inclusion term Simple depressive developments
- 308.2 With predominant disturbance of other emotions
- Includes states, fulfilling the general criteria for adjustment reaction, in which the main symptoms are emotional type (anxiety, fear, worry, etc.) but not specifically depressive.
- Excludes neurotic disorder (300)
- Inclusion terms
- Culture shock
Abnormal separation anxiety

308.3 With predominant disturbance of conduct

Includes mild or transient disorders, fulfilling the general criteria for adjustment reaction, in which the main disturbance predominantly involves a disturbance of conduct. For example an adolescent grief reaction resulting the aggressive or antisocial disorder would be included here.

Excludes personality disorder with predominantly sociopathic or asocial manifestations (301.7); disorder of conduct (311); dyssocial behaviour without any conduct disorder (Y code)

308.4 With mixed disturbance of emotions and conduct

Includes disorders fulfilling the general definition in which both emotional disturbance and disturbance of conduct are prominent features.

308.8 Other (type specified)Inclusion terms

Adjustment reaction NOS
Adaptation reaction NOS

309 OTHER MENTAL DISORDERS NOT SPECIFIED AS PSYCHOTIC 309
ASSOCIATED WITH PHYSICAL CONDITIONS AFFECTING THE
BRAIN

(This category should be used only for conditions where the form of the disorder is determined by the brain pathology. When neuroses, personality disorders or other non-psychiatric conditions occur in a form similar to that seen with functional disorders, but in association with a physical condition, the usual Section V coding (e.g. 300, 301, etc.) should be made together with a second coding from outside Section V for the associated physical conditions).

309.0 Memory disturbance309.1 Frontal lobe syndrome

309

Includes changes in behaviour following damage to the frontal areas of the brain, or following interference with the connexions of these areas. There is a general diminution of self-control, foresight, creativity and spontaneity, which may be manifest as increased irritability, selfishness, restlessness and lack of concern for others. Conscientiousness and powers of concentration are often diminished, but measurable deterioration of intellect or memory are not necessarily present. The overall picture is often one of emotional dullness, lack of drive and slowness, but particularly in persons previously with energetic, restless or aggressive characteristics, there may be a change towards impulsiveness, boastfulness, temper outbursts, silly fatuous humour and the development of unrealistic ambitions; the direction of change usually depends upon the previous personality. A considerable degree of recovery is possible and may continue over the course of several years.

Excludes post-contusional syndrome (309.2)

Inclusion term

Post-leucotomy syndrome (state).
Lobotomy syndrome

309.2 Personality change - Other type 309

Includes chronic, mild states of memory disturbance and intellectual deterioration, often accompanied by increased irritability, querulousness, lassitude and complaints of physical weakness. These states are often associated with old age, and may precede more severe states due to brain damage classifiable under dementia of any type (290 and 294) or any condition in 293 (Transient Organic Psychotic Conditions).

Inclusion term Organic psycho-syndrome (non-psychotic)

309.3 Post-concussional syndrome 309

Includes states occurring after generalized contusion of the brain, in which the symptom picture may resemble that of the frontal lobe syndrome (309.0) or that of any of the neurotic disorders (300.0 - 300.9), but in which in addition, headache, giddiness, fatigue, insomnia and a subjective feeling of impaired intellectual ability are usually prominent. Mood may fluctuate, and quite ordinary stress may produce exaggerated fear and apprehension. There may be marked intolerance of mental and physical exertion, undue sensitivity to noise, and hypochondriacal preoccupation. The symptoms are more common in persons who have previously suffered from neurotic or personality disorders, or when there is a possibility of compensation. This syndrome is particularly associated with the closed type of head injury when signs of localized brain damage are slight or absent, but it may also occur in other conditions.

Excludes Frontal lobe syndrome (309.0)
Post-encephalitic syndrome (309.8)
Any organic psychotic conditions following head injury (290-294).

Inclusion terms

Post-contusional syndrome (encephalopathy)
Status post commotio cerebri
Post-traumatic brain syndrome, non-psychotic.

309.8 Other disorders, etc.

Include here disorders resembling the post-contusional syndrome (309.2), associated with infective or other diseases of the brain or surrounding tissues.

309.9 Unspecified

310 DEPRESSIVE DISORDER no equivalent

310.9 Other depressive disorder

Includes states of depression not specified as psychotic, neurotic or reactive, usually of moderate but occasionally of marked intensity, which have no specifically manic-depressive or other psychotic depressive features and which do not appear

to be associated with stressful events or other features specified under neurotic depression.

Excludes affective psychosis (296); other non-organic psychosis-depressive type (298.0); neurotic depression (300.4); acute depressive reaction (308.0); prolonged depressive reaction (308.1).

311 DISTURBANCE OF CONDUCT (NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE)

included in
308

Includes both disorders mainly involving aggressive and destructive behaviour and disorders involving delinquency. It should be used for abnormal behaviour, in individuals of any age, which gives rise to social disapproval but which is not part of any other psychiatric condition. To be included, the behaviour - as judged by its frequency, severity and type of associations with other symptoms - must be abnormal in its context.

Excludes dyssocial behaviour without any psychiatric disorder (Y code); adjustment reaction with disturbance of conduct (308.3); personality disorder with predominantly sociopathic or asocial manifestations (301.7); sexual disorder (302); drug dependence (304).

311.0 Unsocialized disturbance of conduct

Includes disorders characterized by behaviours such as defiance, disobedience, quarrelsomeness, aggression, destructive behaviour, tantrums, solitary stealing, lying, teasing, bullying and disturbed relationships with others. The defiance may sometimes take the form of sexual misconduct.

Inclusion term Unsoliaized aggressive disorder

311.1 Socialized disturbance of conduct

Includes disorders in individuals who have acquired the values of behaviour of a delinquent peer group to whom they are loyal and with whom they characteristically steal, truant, and stay out late at night. There may also be promiscuity.

Excludes gang activity without psychiatric disorder (Y code).

Inclusion term Group delinquency

311.2 Compulsive conduct disorder

Includes only cases in which the disorder of conduct or delinquent act is specifically compulsive in origin.

Inclusion term Kleptomania

311.3 Mixed disturbance of conduct and emotions

Includes disorders involving behaviours listed for 311.0 and 311.1 but in which there is also considerable emotional disturbance as shown for example by anxiety, misery or obsessive manifestations.

Excludes compulsive conduct disorder (311.2).

Inclusion term Neurotic delinquency

311.8 Other disturbance of conduct

311.9 Unspecified

312 DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

no exact equivalent but included in 308

Includes only the less well differentiated emotional disorders characteristic of the childhood period. Where the emotional disorder takes the form of a neurosis described under 300, the appropriate 300 coding should be made.

Excludes nail-biting, thumbsucking, masturbation or other isolated symptoms (306); adjustment reaction (308).

312.0 With worrying and fearfulness

Includes ill-defined emotional disorders characteristic of childhood in which the main symptoms involve worrying and fearfulness. Many cases of school refusal or elective mutism might be included here.

Excludes anxiety states (300.0); phobic state (300.2); adjustment reaction (308).

312.1 With misery and unhappiness

Includes emotional disorders characteristic of childhood in which the main symptoms involve misery and unhappiness. There may also be eating and sleep disturbances.

Excludes depressive neurosis (300.4); adjustment reaction (308).

312.2 With sensitivity, shyness and social withdrawal

Includes emotional disorders characteristic of childhood in which the main symptoms involve sensitivity, shyness, or social withdrawal. Some cases of elective mutism might be included here.

Excludes schizoid personality (301.2); simple schizophrenia (295.0); borderline schizophrenia (295.5); infantile autism (299.0).

Inclusion term

312.3 Relationship problem

Includes emotional disorders characteristic of childhood in which the main symptoms involve relationship problems.

Inclusion term Sibling jealousy

312.8 Other or mixed

(Many emotional disorders of childhood include several elements but whenever possible a specific coding under .0, .1, .2 or .3 should be made according to the preponderant type of disturbance.)

The category of mixed disorders should only be used when there is such an admixture that this cannot be done).

312.9 Unspecified

313 HYPERKINETIC SYNDROME OF CHILDHOOD

no equivalent

Includes disorders in which the essential features are short attention span and distractibility. In early childhood the most striking symptom is disinhibited, poorly organized and poorly regulated extreme overactivity but in adolescence this may be replaced by underactivity. Impulsiveness, marked mood fluctuations and aggression are also common symptoms. Delays in the development of specific skills are often present and disturbed poor relationships are common.

313.0 Simple disturbance of activity and attention

Includes cases in which short attention span, distractibility, and overactivity are the main manifestations without significant disturbance of conduct or delay in specific skills.

Inclusion term Overactivity NOS

313.1 Hyperkinesis with developmental delay

Includes cases in which the hyperkinetic syndrome is associated with speech delay, clumsiness, reading difficulties or other delays in specific skills.

Inclusion term Developmental disorder of hyperkinesis

(N.B. If the behavioural syndrome is associated with a neurological disorder the appropriate neurological coding from section VI should be made).

313.2 Hyperkinetic conduct disorder

Includes cases in which the hyperkinetic syndrome is associated with marked conduct disturbance but not development delay. If there are significant delays in specific skills and conduct disturbance 312.1 should be coded.

Inclusion term Hyperkinetic conduct disorder

313.8 Other type - specified

313.9 Unspecified

Inclusion terms

Hyperkinetic syndrome NOS
Hyperkinetic reaction of childhood or adolescence NOS

314 SPECIFIC DELAYS IN DEVELOPMENT

Includes a group of disorders in which a specific delay in development is the main feature. In each case development is related to biological maturation but it is also influenced

by non-biological factors and the coding carried no aetiological implications.

- 314.0 Specific reading retardation included in 306.1
- Includes disorders in which the main feature is a serious impairment in the development of reading or spelling skills which is not explicable in terms of general intellectual retardation or of inadequate schooling. Speech or language difficulties, impaired right-left differentiation, perceptuo-motor problems, and coding difficulties are frequently associated. Similar problems are often present in other members of the family. Adverse psycho-social factors may be present.
- Excludes where due to a neurological disease
- Inclusion terms
- Developmental dyslexia
Specific spelling difficulty
- 314.1 Specific arithmetical retardation included in 306.1
- Includes disorders in which the main feature is a serious impairment in the development of arithmetical skills which is not explicable in terms of general intellectual retardation or of inadequate schooling.
- Excludes where due to a neurological disease
- Inclusion term Dyscalculia
- 314.2 Other specific learning difficulties included in 306.1
- Includes disorders in which the main feature is a serious impairment in the development of learning skills which are not explicable in terms of general intellectual retardation or of inadequate schooling; and which are not included in either 314.0 or 314.1
- Excludes specific reading retardation (314.0); specific arithmetical retardation (314.1); where due to a neurological disease
- 314.3 Developmental speech/language disorder included in 306.0
- Includes disorders in which the main feature is a serious impairment in the development of speech or language (syntax or semantics) which is not explicable in terms of general intellectual retardation. Most commonly there is a delay in the development of normal word-sound production resulting in defects of articulation. Omissions or substitutions of consonants are most frequent. There may also be a delay in the production of spoken language. Rarely there is also a development delay in the comprehension of sounds. Includes cases in which delay is largely due to environmental privation.
- Excludes where due to a neurological disease and excludes acquired aphasia of any type. Excludes stuttering or stammering

(306.0); lisping and lalling (306.9) and elective mutism. Elective mutism should be coded under childhood disturbance of emotions (312) or adjustment reaction (308), whichever is most appropriate.

Inclusion terms

Developmental "aphasia"
Dyslalia

314.4 Specific motor retardation included in 306.3

Includes disorders in which the main feature is a serious impairment in the development of motor coordination which is not explicable in terms of general intellectual retardation. The clumsiness is commonly associated with perceptual difficulties.

Excludes where due to a neurological disease

Inclusion terms

Clumsiness)
Dyspraxia) syndrome

314.5 Mixed development disorder

A delay in the development of one specific skill (e.g. reading, arithmetic, speech or coordination) is frequently associated with lesser delays in other skills. When this occurs the coding should be made according to the skill most seriously impaired. The mixed category should be used only where the mixture of delayed skills is such that no one skill is preponderantly affected.

314.8 Other-specified

314.9 Unspecified

Inclusion term Developmental disorder NOS

315 PSYCHIC FACTORS GIVING RISE TO PHYSICAL CONDITIONS

included in
305.0 and
305.9

Includes mental disturbance or psychic factors of any type giving rise to any variety of physical disease codable outside section V of the ICD. The mental disturbance is usually mild and non-specific and psychic factors (worry, fear, conflict, etc.) may be present without any overt psychiatric disorder. This category is to be used for what were hitherto called 'psychosomatic disorders' and records the fact that a physical disease is thought to have a psychic origin. In all cases, the specific physical disease must also be noted in an appropriate second code from outside section V (see illustrative list below). Thus, for psychogenic asthma code 315 plus 493. In the rare instance that a definable psychiatric disorder codable elsewhere in section V of the ICD is thought to have caused a physical disease a third code should be given noting the psychiatric disorder (e.g. 300.2 phobic state).

Illustrative list of physical diseases:-

e.g.	eczema	(691, 692)	ulcerative colitis	(563.1)
	urticaria	(708)	mucous colitis	(564.1)
	alopecia	(704)	essential hypertension	(401)
	dermatitis	(692)	myocardial infarction	(410)
	asthma	(493)	rheumatoid arthritis	(712)
	peptic ulcer	(533)		

MENTAL RETARDATION (316-317)

(condition of arrested or incomplete development of mind which is especially characterized by subnormality of intelligence. The coding should be made on the individual's current level of functioning without regard to its nature or causation - such as psychosis, cultural deprivation, Down's syndrome, etc. Where there is a specific cognitive handicap - such as in speech - the 4 digit coding should be based on assessments of cognition outside the area of specific handicap. The assessment of intellectual level should be based on whatever information is available, including both clinical evidence and psychometric findings. The IQ levels given as based on a test with a mean of 100 and a standard deviation of 15 - such as the Wechsler scales. They are provided only as a guide and should not be applied rigidly.

When mental retardation occurs in association with another psychiatric disorder both should be coded. Similarly when mental retardation occurs in association with a physical condition, that condition should also be coded using the appropriate ICD code outside section V).

316 MILD MENTAL RETARDATION 311

Inclusion terms

- Feeble-minded
- Moron
- High-grade defect
- IQ 50-70

317 MODERATE-PROFOUND MENTAL RETARDATION

317.0 Moderate mental retardation 312

Inclusion terms

- Imbecile IQ 35-49
- Moderate mental subnormality

317.1 Severe mental retardation 313

Inclusion terms

- imbecile NOS
- Severe mental subnormality
- IQ 20-34

317.2 Profound mental retardation 314

Inclusion terms

- Idiocy

Profound mental subnormality
IQ under 20

317.9 Unspecified mental retardation 315
Mental deficiency or subnormality NOS

V.44 NON-DEPENDENT ABUSE OF DRUGS WHICH AFFECT THE
CENTRAL NERVOUS SYSTEM *

(for specific substances included under 319.0 to 319.9)
(see alphabetical index)

Includes cases where a person, for whom no other diagnosis is possible, has come under medical care because of the maladaptive effect of a drug, on which he is not dependent (defined as in 304) and that he has taken on his own initiative. Includes cases where the drug is taken to the detriment of a person's health or social functioning but not cases of accidental poisonings or iatrogenic effects.

Excludes alcohol dependence (303); drug dependence (304); toxic effects of medicinal agents (N960 - N979); accidental poisonings (E850 - E880); where secondary to any psychiatric disorder (code as appropriate for disorder).

319.0 Alcohol 303.9

Includes cases of acute intoxication or "hangover" effects.

Excludes alcohol dependence (303); alcoholic psychoses (291); physical complication of alcohol
e.g. cirrhosis (571.0)
gastritis (535)
epilepsy (345)

Inclusion terms

Inebriety NOS
Drunkenness NOS
Excessive drinking of alcohol NOS
"Hangover" (alcohol)

319.1 Tobacco

Includes cases in which tobacco is used to the detriment of a person's health or social functioning or in which there is tobacco dependence. Dependence is included here rather than under 304 because tobacco differs from other drugs of dependence in terms of its psychotoxic effects.

Inclusion term Tobacco dependence

* This category has been proposed for inclusion in Chapter V but it is not yet decided in what form, where and provisions will be made for these conditions.

319.2 Cannabis

Excludes cannabis dependence (304.3)

319.3 Hallucinogens

Includes acute intoxication or "bad trips"

Excludes hallucinogen dependence (304.5)

Inclusion term L.S.D. reaction

319.4 Barbiturates and tranquilizers

(see alphabetical index for substances to be included in this category).

Includes cases where an individual has taken the drug, to the detriment of his health or social functioning, in doses above or for periods beyond that normally regarded as therapeutic.

Excludes barbiturate dependence (304.1); drug withdrawal syndrome (292.0).

319.5 Morphine type

Excludes morphine type dependence (304.0)

319.6 Cocaine type

Excludes cocaine type dependence (304.2)

319.7 Amphetamine type drugs

Excludes amphetamine type dependence (304.4)

319.8 Antidepressants

319.9 Other, mixed or unspecified

付録 2 フランスの精神障害分類

**LISTE DES 20 CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES
ET DE LEURS SUBDIVISIONS A 3 CHIFFRES**

(Liste détaillée)

Dans cette liste détaillée, qui constitue une table analytique des diagnostics, l'énoncé de chaque catégorie et de ses subdivisions est accompagné de définitions et commentaires répondant aux principales questions que pose leur utilisation. Ces commentaires précisent, notamment, les inclusions et exclusions. Leur connaissance est indispensable au bon usage de la classification.

01 PSYCHOSES MANIAQUES ET DÉPRESSIVES

Ne pas classer ici les états d'excitation ou de dépression atypiques qui doivent être classés en 02, les états dépressifs symptomatiques d'une étiologie organique classables en 08 ou 09, les états dépressifs névrotiques et les dépressions réactionnelles non psychotiques qui doivent être classés en 13.

01.0 Psychose maniaque dépressive, accès mélancolique

01.1 Psychose maniaque dépressive, accès maniaque

01.2 Psychose maniaque dépressive, forme non classable en .0 ou .1
(Etat mixte, forme circulaire, etc.)

01.3 Mélancolie d'involution

01.4 Psychose dépressive réactionnelle

01.5 Etat d'excitation maniaque réactionnel

01.6 Dépression psychotique de type mélancolique non classable en .0, .2, .3 ou .4

01.7 Etat d'excitation psychotique de type maniaque non classable en .1, .2 ou .5

01.9 Psychose maniaque et dépressive, forme non classable en .0 à .7

Doivent être classés dans cette catégorie, tous les états psychotiques de type maniaque ou mélancolique non symptomatiques d'une étiologie organique démontrable, y compris ceux à symptomatologie délirante et ceux survenant éventuellement chez des névrotiques.

Les *formes chroniques* de psychoses maniaques et dépressives seront classées, selon les cas, en .2, .3, .6 ou .7

Les formes atténuées d'accès maniaque (accès hypomaniaque) doivent être classées en 01.1. En revanche, les personnalités hypomaniaques seront classées en 11.1

02 SCHIZOPHRÉNIES CHRONIQUES

Ne pas classer dans cette catégorie les accès délirants aigus ou subaigus considérés comme schizophréniques (schizophrénies aiguës), qui doivent être classés en 04.0

En revanche, on devra classer ici, à la sous-rubrique correspondante, les épisodes aigus ou subaigus survenant au cours de l'évolution d'une schizophrénie chronique.

02.0 Schizophrénie chronique, forme simple

02.1 Schizophrénie chronique, forme hébéphrénique

02.2 Schizophrénie chronique, forme catatonique

02.3 Schizophrénie chronique, forme délirante ou paranoïde

02.4 Schizophrénie chronique avec troubles thymiques

(Etats de dépression ou d'excitation atypiques)

02.5 Schizophrénie chronique, forme résiduelle

02.6 Schizophrénie chronique, formes pseudo-psychopathique, héboïdo-phrénique, pseudo-névrotique

02.7 Schizophrénie chronique, forme de l'enfant

02.8 Autisme infantile et autres formes de psychose infantile précoce

02.9 Schizophrénie chronique, forme non classable en .0 à .8

Les délires paranoïdes doivent être classés dans cette catégorie en 02.3, et non dans la catégorie 03 : Délires chroniques.

Doivent être classées en 02.7, les psychoses chroniques de l'enfant survenant à la phase de latence.

03 DÉLIRES CHRONIQUES

Classer ici tous les délires chroniques *non* schizophréniques, y compris les épisodes aigus ou subaigus d'activité délirante survenant au cours de l'évolution d'un délire chronique.

Les délires paranoïdes ne doivent pas être classés dans cette catégorie mais dans la catégorie 02 : Schizophrénies chroniques.

03.0 Délires chroniques paranoïaques

(Délire paranoïaque. Délire interprétatif. Paranoïa 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

(Délire de préjudice, etc.)

03.9 Délire chronique, forme non classable en .0 à .4

04 PSYCHOSES DÉLIRANTES AIGÜES ET ÉTATS CONFUSIONNELS

Ne pas classer ici les syndromes délirants et confusionnels aigus ou subaigus *symptomatiques d'une étiologie organique démontrable*, classables en 05, 06, 08 ou 09.

Dans cette catégorie doivent être classés tous les cas de psychoses délirantes aigües ou d'états confusionnels, *non symptomatiques d'une étiologie organique démontrable*, y compris les épisodes délirants aigus considérés comme schizophréniques (schizophrénies aigües).

04.0 Accès délirant aigu ou subaigu considéré comme schizophrénique. Schizophrénie aiguë

(en dehors des épisodes aigus ou subaigus d'activité délirante survenant au cours de l'évolution d'une schizophrénie chronique, qui doivent être classés en 02)

04.1 Psychose délirante aiguë réactionnelle. Bouffée délirante réactionnelle

(classer ici les réactions délirantes interprétatives ou passionnelles non classables en 03.0, 03.1 ou 11.1)

04.2 Psychose délirante aiguë, bouffée délirante, non classable en .0 ou .1

(en dehors des épisodes aigus ou subaigus d'activité délirante survenant au cours d'une évolution délirante chronique non schizophrénique, qui doivent être classés en 03)

04.3 Etat confusionnel ou confuso-onirique réactionnel

04.4 Etat confusionnel ou confuso-onirique non réactionnel

04.9 Psychose délirante aiguë ou état confusionnel, forme non classable en .0 à .4

Les cas de « délire aigu » *sans étiologie organique reconnue* doivent être classés en 04.4

05 PSYCHOSES ALCOOLIQUES

Dans cette catégorie doivent être classés tous les troubles mentaux considérés comme des complications de l'intoxication alcoolique.

En revanche, lorsqu'une évolution psychotique s'accompagne d'habitudes alcooliques qui ne constituent pas le facteur étiologique essentiel des troubles mentaux, bien qu'elles puissent éventuellement les révéler, les favoriser ou les aggraver, on choisira pour classer le cas non pas cette catégorie, mais celle qui correspond le mieux aux troubles psychotiques.

Dans les cas où habitudes et conduite alcooliques constituent l'essentiel de la symptomatologie, on choisira pour le classement la catégorie 12 : Alcoolisme.

05.0 Delirium tremens. Délire alcoolique subaigu. Accès confuso-onirique d'origine alcoolique

05.1 Etat délirant chronique d'origine alcoolique

(Hallucinose des buveurs. Délire alcoolique chronique. Syndrome délirant post-onirique)

05.2 Syndrome de Korsakov alcoolique

05.3 Etat d'affaiblissement non démentiel lié à l'alcoolisme chronique

05.4 Complication de l'alcoolisme chronique non classable en .0 à .3 (Autres encéphalopathies alcooliques. Démence alcoolique)

05.5 Ivresses pathologiques

05.9 Psychose alcoolique, forme non classable en .0 à .5

Les *ivresses simples* sans autre référence psychopathologique ou notion d'alcoolisme chronique doivent être classées en 20.

06 TROUBLES MENTAUX DE L'ÉPILEPSIE

Lorsque les troubles mentaux sont associés à une épilepsie *symptomatique d'une atteinte cérébrale démontrable*, c'est la nature de cette atteinte qui doit déterminer le choix de la catégorie diagnostique, et le cas sera classé en 08 (à l'exclusion des cas classables en 05 ou 07).

Si l'épilepsie est associée à une débilité mentale ou à un état d'arriération, elle ne doit pas être classée en 06 mais dans l'une des catégories 16 à 19.

06.0 Psychose épileptique aiguë. Etat crépusculaire ou confusionnel épileptique

(inclure ici les épisodes critiques ou post-critiques à symptomatologie psychiatrique : automatismes, fugues, etc.)

06.1 Psychose chronique des épileptiques. Démence épileptique

06.2 Troubles permanents de la personnalité et du caractère des épileptiques

06.9 Troubles mentaux de l'épilepsie, forme non classable en .0 à .2

Dans cette catégorie doivent être classés tous les cas où les troubles mentaux (en dehors des états d'arriération) sont considérés comme principalement liés à une épilepsie *non symptomatique* d'une atteinte cérébrale démontrable.

07 ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT DE LA SÉNILITÉ ET DÉMENCES PRÉSÉNILES

Ne pas classer ici les troubles mentaux considérés comme symptomatiques de processus organiques autres que ceux liés à la sénescence et survenant chez des sujets âgés. Ces troubles doivent être classés dans la catégorie correspondant à l'étiologie en cause.

La mélancolie d'involution doit être classée en 01 et les délires chroniques liés à la sénescence en 03.

En revanche, on doit classer dans cette catégorie tous les états d'affaiblissement *liés à la sénescence*, y compris ceux où l'affaiblissement n'est pas considéré comme démentiel et a eu notamment pour conséquence une désadaptation sociale ayant entraîné l'hospitalisation.

07.0 Etats démentiels de la sénilité

(Démence sénile simple. Presbyophrénie)

07.1 Démence artériopathique sénile

07.2 Démence atrophique présénile

(Maladie de Pick, d'Alzheimer, de Creutzfeldt-Jakob)

07.3 Etats d'affaiblissement non démentiel lié à la sénescence

07.9 Etat d'affaiblissement de la sénilité ou démence présénile, forme non classable en .0 à .3

**08 TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES D'UNE AFFECTION CÉRÉBRALE
AUTRE QUE CITÉES**

Dans cette catégorie doivent être classés tous les troubles mentaux, *en dehors des états d'arriération*, considérés comme symptomatiques d'une atteinte cérébrale démontrable (à l'exclusion des cas classables en 05, 06 et 07).

08.0 Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis

08.1 Symptomatiques d'une encéphalite, en dehors de la syphilis, ou d'une autre infection intracrânienne (méningite, abcès cérébral, etc.)

08.2 Symptomatiques d'un traumatisme crânien ou cranio-cérébral

08.3 Symptomatiques d'une tumeur intracrânienne

08.4 Symptomatiques d'une affection vasculaire cérébrale

(à l'exclusion de la démence artériopathique sénile à classer en 07.1)

08.5 Symptomatiques d'une affection dite dégénérative du système nerveux central

(classer ici la chorée de Huntington et la sclérose en plaques)

08.9 Symptomatiques d'une atteinte cérébrale non classable en .0 à .5

09 TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES D'UNE AFFECTION SOMATIQUE GÉNÉRALE AUTRE QUE CITÉES

Dans cette catégorie doivent être classés tous les troubles mentaux, *en dehors des états d'arriération*, considérés comme symptomatiques d'une affection somatique générale ou associés à la puerpéralité (à l'exclusion des cas classables ailleurs).

09.0 Psychose puerpérale

09.1 Symptomatiques d'une affection endocrinienne

(en dehors des psychoses puerpérales)

09.2 Symptomatiques d'un trouble métabolique ou nutritionnel (carence vitaminique, etc.)

(en dehors des cas classables en 05)

09.3 Symptomatiques d'une maladie générale infectieuse ou parasitaire

(en dehors de la syphilis)

09.4 Symptomatiques d'une intoxication

(en dehors de l'alcoolisme, des toxicomanies et des tentatives de suicide par intoxication n'ayant pas entraîné de troubles mentaux. Classer notamment ici les troubles mentaux consécutifs à une intoxication oxycarbonée et ceux symptomatiques d'une intoxication médicamenteuse)

09.9 Symptomatiques d'une atteinte somatique générale non classable en .0 à .4

(classer notamment ici les troubles mentaux consécutifs à une réanimation ou à une intervention chirurgicale)

10 NÉVROSES ET ÉTATS NÉVROTIQUES

Dans cette catégorie doivent être classés toutes les névroses et états névrotiques, à l'exception des névroses à manifestations caractérielles prédominantes, classables en 11.

Les états de dépression névrotique seront classés en 13 et les accès de dépression psychotique survenant chez un névrotique en 01.

10.0 Etat anxieux névrotique. Névrose d'angoisse

10.1 Névrose hystérique. Hystérie de conversion

(y compris les formes où la symptomatologie est représentée par des manifestations telles que fugue, amnésie, pseudo-délire, etc.)

10.2 Névrose phobique

10.3 Névrose obsessionnelle

10.4 Neurasthénie

10.5 Etat névrotique hypocondriaque

10.6 Etat aigu réactionnel à symptomatologie névrotique

(en dehors des épisodes aigus au cours d'une évolution névrotique classable en .0 à .5, des états dépressifs névrotiques classables en 13 et des cas classables en 08.2)

10.7 Etat chronique réactionnel ou situationnel à symptomatologie névrotique

(en dehors des cas classables en 08.2)

10.9 Etat névrotique non classable en .0 à .7

(à l'exclusion des troubles isolés classables en 15)

Les troubles réactionnels de l'enfant doivent être classés en .6 ou .7, la névrose d'abandon en 10.7

11 PERSONNALITÉS ET CARACTÈRES PATHOLOGIQUES. PERVERSIONS. TOXICOMANIES (EN DEHORS DE L'ALCOOLISME)

Dans cette catégorie doivent être classés les troubles de la personnalité désignés sous les noms de personnalité, caractère ou constitution pathologique, de personnalité psychopathique, de déséquilibre mental, ainsi que ceux que les psychiatres de formation psychanalytique considèrent comme la conséquence d'une névrose à manifestations caractérielles prédominantes et désignent sous le nom de névrose de caractère.

11.0 Etats de déséquilibre mental

(classer ici les sujets caractérisés essentiellement par leur instabilité, leur impulsivité, leur inadaptabilité et, éventuellement, par des conduites délinquantes. Lorsque l'essentiel de la symptomatologie est constitué par des conduites perverses — autres que sexuelles —, le cas devra être classé en .3)

11.1 Personnalités et caractères pathologiques. Névroses de caractère

(personnalité paranoïaque, sensitive, schizoïde, dépressive, hypomaniaque cycloïde, épileptoïde, hystérique, obsessionnelle, psychasthénique, etc.)

11.2 Perversions sexuelles

(ne classer ici que les cas où la déviation sexuelle constitue l'essentiel de la symptomatologie)

11.3 Perversions autres que sexuelles

(ne classer ici que les cas où la conduite perverse — kleptomanie, pyromanie, mythomanie maligne, etc. — constitue l'essentiel de la symptomatologie)

11.4 Toxicomanies. Etats de dépendance à l'égard des drogues (en dehors de l'alcoolisme)

(ne classer ici que les cas où la toxicomanie constitue l'essentiel de la symptomatologie)

11.9 Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme), état non classable en .0 à .4

On ne doit évidemment utiliser les sous-catégories 11.2, 11.3 et 11.4 que lorsque la perversion ou la toxicomanie constituent l'essentiel de la symptomatologie et sont l'objet principal ou exclusif des mesures thérapeutiques. Lorsque ces deux types de troubles ne sont qu'un des éléments de la symptomatologie d'un état psychopathologique (psychotique, névrotique, caractériel ou autre) qui constitue, en fait, la référence diagnostique fondamentale, c'est cette dernière référence qui doit déterminer le choix de la catégorie dans laquelle doit figurer le cas.

12 ALCOOLISME (EN DEHORS DES PSYCHOSES ALCOOLIQUES)

Ne doivent être classés en 12 que les cas d'alcoolisme où les habitudes éthyliques ne s'accompagnent pas de complications neuropsychiatriques. Si les habitudes alcooliques sont responsables d'une complication neuropsychiatrique, on doit choisir la catégorie 05 : Psychoses alcooliques.

Les ivresses pathologiques doivent être classées en 05.

12.0 Alcoolisme chronique simple (sans aucune autre référence nosologique)

12.1 Alcoolisme chronique lié à un état névrotique ou caractériel

12.2 Alcoolisme chronique lié à un état psychotique

12.3 Conduite alcoolique intermittente. Dipsomanie alcoolique

12.9 Alcoolisme (en dehors des psychoses alcooliques), forme non classable en .0 à .3

L'alcoolisme chronique *non compliqué* pose des problèmes de classification analogues à ceux des perversions et des toxicomanies. Ces problèmes se posent surtout pour l'utilisation des rubriques 12.1, 12.2 et 12.3. Ces trois sous-catégories doivent être utilisées lorsque les habitudes éthyliques chroniques ou la conduite alcoolique intermittente dominent le tableau clinique et sont l'objet principal ou exclusif des mesures thérapeutiques.

Si l'intoxication alcoolique n'est qu'un des éléments de la symptomatologie d'un état psychopathologique (psychotique, névrotique, caractériel ou autre) qui constitue en fait la référence diagnostique fondamentale, c'est cette dernière référence qui doit déterminer le choix de la catégorie dans laquelle doit figurer le cas.

13 ÉTATS DÉPRESSIFS NON PSYCHOTIQUES

Ne pas classer ici les dépressions psychotiques classables en 01, les états de dépression atypiques classables en 02, les états dépressifs symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale démontrable qui doivent être classés respectivement en 08 ou 09, la neurasthénie classable en 10 et les personnalités pathologiques de type dépressif classables en 11.

13.0 Etat dépressif de type névrotique. Dépression névrotique

(ne pas classer ici les accès de dépression psychotique survenant chez des névrotiques qui doivent être classés en 01)

13.1 Dépression réactionnelle non psychotique

(ne pas classer ici les états dépressifs réactionnels de type psychotique classables en 01.4)

13.9 Etat dépressif non psychotique, forme non classable en .0 ou .1

14 TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES. TROUBLES SOMATIQUES VRAISEM- BLABLEMENT PSYCHOGÈNES

Ne classer ici que les troubles somatiques considérés comme psychogènes (à l'exception des troubles classables en 15 et des manifestations de conversion hystérique classables en 10).

14.0 cutanés

14.1 de l'appareil locomoteur (ostéo-articulaires ou musculaires)

14.2 respiratoires

14.3 cardio-vasculaires

14.4 hématologiques

14.5 du tube digestif et de ses annexes

(ne pas classer ici l'anorexie mentale et les autres troubles des conduites alimentaires classables en 15.5)

14.6 génito-urinaires

(ne pas classer ici l'énurésie, classable en 15.6, et les troubles de la fonction sexuelle, classables en 15.8)

14.7 endocriniens, métaboliques ou nutritionnels

14.8 des organes des sens

14.9 non classables en .0 à .8

15 TROUBLES ISOLÉS NON CLASSABLES AILLEURS

Classer ici les cas où la symptomatologie est représentée par un trouble *isolé* qui n'a pu faire l'objet d'aucun autre diagnostic permettant de le classer sous une autre rubrique.

Pour être classés dans cette catégorie, les troubles ne doivent pas être considérés comme symptomatiques d'une atteinte organique démontrable. Dans ce dernier cas, ils seront classés en 20.

15.0 Bégaiement

15.1 Dyslexie, dysorthographe et autres troubles de l'apprentissage scolaire

15.2 Troubles isolés de la parole ou du langage, non classables en .0 ou .1

15.3 Tics et autres troubles psychomoteurs

15.4 Insomnie et autres troubles du sommeil

15.5 Anorexie et autres troubles des conduites alimentaires (faim, soif) (ne pas classer ici les troubles classables sous les rubriques 12 : Alcoolisme ou 11.4 : Toxicomanies)

15.6 Enurésie

15.7 Céphalalgies et autres psychalgies

15.8 Troubles de la fonction sexuelle (impuissance, frigidité, etc.) (ne pas classer ici les perversions classables en 11)

15.9 Troubles non classables en .0 à .8

La forme « essentielle » de l'anorexie mentale sera classée en .5

16 à 19 DÉBILITÉ MENTALE ET ÉTATS D'ARRIÉRATION

Doivent être classés dans les catégories 16 à 19, tous les cas où le retard mental est considéré comme la principale référence diagnostique, où l'hospitalisation est principalement due à l'arriération ou à ses conséquences, où le pronostic d'avenir est déterminé par le déficit intellectuel.

Le classement de la débilité mentale et des états d'arriération doit se faire, *dans tous les cas*, en fonction de 2 types de données distinctes : d'une part, le degré de retard mental qui sera estimé, si possible, en utilisant des épreuves psychométriques et, d'autre part, les données étiologiques.

a) Classement selon le degré de retard mental

En premier lieu, on classe le sujet en fonction du degré de son retard en choisissant l'une des 4 catégories suivantes :

16 NIVEAU LIMITE

17 DÉBILITÉ MENTALE

18 ARRIÉRATION MENTALE MOYENNE (IMBÉCILLITÉ)

19 ARRIÉRATION MENTALE PROFONDE (IDIOTIE)

Lorsque le degré de retard est estimé par les échelles de Wechsler, ces catégories correspondent aux QI suivants : 16 Niveau limite QI 70 à 79, 17 Débilité mentale QI 50 à 69, 18 Arriération mentale moyenne QI 30 à 49, 19 Arriération mentale profonde QI inférieur à 30. Toutefois, il ne faut pas oublier que le QI n'a pas une valeur absolue et qu'il ne doit pas être pris comme seul critère du degré d'arriération.

b) Classement selon les données étiologiques

Une fois la catégorie de degré choisie, on classe le sujet en fonction des données étiologiques en utilisant l'une des 10 sous-catégories suivantes :

- .0 liée à une étiologie infectieuse, parasitaire ou toxique**
(embryopathie rubéolique, syphilis congénitale, méningo-encéphalite, toxoplas-mose, ictère nucléaire, etc.)
- .1 liée à une étiologie traumatique ou physique**
(traumatisme crânien obstétrical ou post-natal, anoxie néo-natale, etc.)
- .2 associée à des troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels**
(hypothyroïdisme, oligophrénie phénylpyruvique, idiotie amaurotique, gargoylisme et autres étiologies dysmétaboliques)
- .3 associée à une affection systématisée s'accompagnant de lésions céré-brales macroscopiques**
(sclérose tubéreuse, neuro-fibromatose, angiomatose, tumeur, sclérose, dégéné- rescence, etc)
- .4 associée à une malformation crânienne ou cérébrale congénitale**
(hydrocéphalie, microcéphalie, dysostose cranio-faciale, oxycéphalie, hypertélo- risme, etc.)
- .5 associée à des anomalies des chromosomes**
(mongolisme ou maladie de Langdon-Down, etc.)
- .6 associée à une étiologie organique ou une affection somatique bien définie non classable dans les sous-catégories .0 à .5**
(classer notamment ici les cas associés à une épilepsie dite essentielle)
- .7 associée à une prématurité**
(en dehors des cas classables en .0 à .6)
- .8 considérée comme principalement liée à des facteurs étiologiques d'en- vironnement (social, matériel), des perturbations relationnelles précoces, des carences affectives**
- .9 sans données étiologiques connues ou sans autres précisions**

Les sous-catégories .0 et .1 doivent être utilisées lorsque le retard mental est considéré comme principalement lié à une maladie infectieuse ou parasitaire, à une intoxication, à un traumatisme ou à l'action d'agents physiques survenus *avant, au moment ou après la naissance*. Ces données étiologiques sont habituellement mises en évidence par l'interrogatoire.

Les sous-catégories .2 à .6 permettent d'enregistrer les cas où le retard mental est associé à une atteinte somatique caractéristique d'une affection bien déterminée, où il constitue l'un des éléments d'un syndrome ou d'une maladie bien définie.

Si le retard mental est associé à une épilepsie pour laquelle aucune lésion cérébrale n'a pu être mise en évidence, on le classera dans la sous-catégorie .6. En revanche, lorsque le retard est associé à une épilepsie symptomatique d'une affection ou d'une étiologie figurant dans l'une des sous-catégories .0 à .5, c'est dans cette sous-catégorie que devra être classé le cas.

De la même façon, on ne devra classer en .7 que les cas de retard mental où la prématurité ne s'accompagne d'aucune autre donnée permettant de classer le cas en .0 à .6. La prématurité ne sera mise en cause que si le poids de naissance est inférieur à 2 500 g.

Ne devront être classés en .8 que les cas où une investigation clinique soigneuse aura permis d'éliminer l'existence de facteurs étiologiques d'organicité.

Dans certains cas, il existe *simultanément* une symptomatologie somatique ou des données anamnestiques en faveur d'une étiologie organique, et des conditions d'environnement (social, matériel), des perturbations relationnelles ou affectives considérées comme ayant joué un rôle important dans l'étiologie. Ces cas ne devront être classés dans la sous-catégorie .8 que si les facteurs psychologiques et sociaux sont considérés comme ayant joué le rôle principal. Ce type de difficulté se rencontre notamment dans les cas de retard mental sévère avec déficit dysharmonique évolutif de l'enfance.

20 ÉTATS NON CLASSABLES DANS LES CATÉGORIES PRÉCÉDENTES

On doit classer dans cette catégorie tous les cas qui ne peuvent figurer dans les catégories 01 à 19 en raison de la nature des troubles ou pour toute autre raison.

En fait, si l'on classe les cas conformément aux principes de classification énoncés ci-dessus, les 19 premières catégories doivent permettre de classer presque tous les malades.

20.0 Conduite suicidaire isolée

20.1 Troubles réactionnels et situationnels non classables ailleurs

20.9 Etats non classables dans les catégories précédentes

(en dehors des cas classables en .0 ou .1)

文 献

- (1) 疾病、傷害および死因統計分類表、昭44厚生省大臣官房統計調査部。
- (2) A Glossary of Mental Disorders Studies on Medical and Population Subjects No.22, Her Majesty's Stationary Office, London, 1968.
- (3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM II), Washington D.C., 1968
- (4) Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale: (Classification Française des Troubles Mentaux, 1968.
- (5) Katz M., J. Cole and W. Barton; The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology U.S. Dept. of Health, Education & Welfare, 1965.
- (6) Sartorius N., R. Shapiro, M. Kimura and K. Barrett: WHO International Pilot Study of Schizophrenia, Psychol, Medicine, Val 2, No. 4, 422-425, 1972.
- (7) Shepherd M, E.M. Brooke, J. E. Cooper & T. Lin; An Experimental Approach to Psychiatric Diagnosis- An International Study, Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum 201, Munksgaard Copenhagen, 1968.
- (8) 加藤正明: 精神分裂病の診断基準への試み—WHO「精神医学的診断・分類統計」セミナー報告、精神衛生研究14号、1966.
- (9) 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16号、1968.
- (10) 加藤正明: WHO第8回修正国際疾病分類について、精神医学、11、809、1969.
- (11) 加藤正明: 「人格障害と薬物依存」の国際診断基準—第7回WHO東京会議報告、精神医学14巻9号、841-850、1972.

精神衛生資料

—第 19 号—

編集責任者	高橋 徹 田頭 寿子 山口 節郎 高橋 和明
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台 1-7-3 電話 市川(0473) 720141
印刷所	株式会社 弘文社 千葉県市川市市川南 2-7-2 電話 市川(0473) 23157・4007

(非売品)

