

ISSN 0454-2010

精神衛生資料

Annual Report on Mental Health

1981 / NO. 25

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan



I . 精神障害者に関する統計	1
II . 全国の児童相談機関における 集団指導の実態調査について	14
III . 児童精神衛生部における 電話相談の統計	22
IV . 精神病長期療養者の家族に関する 2 地域調査	28
V . 府県レベルにおける 入退院動態の基礎データ	45
VI . 1982会計年度関連予算案に対する アメリカ精神医学会等の声明	64
VII . 精神衛生資料総目次	77

I 精神障害者に関する統計

昭和54年度

National Statistics of Mental Disorders in 1979

老人精神衛生部 大塚俊男 大城英代^{*}
社会復帰相談部 丸山 晋

はじめに

精神障害者の実態を把握することは、疫学的観点からは勿論のこと精神障害の予防や対策等の観点から必要なことであると考えられる。しかしながら、わが国では諸般の社会情勢により昭和38年以来全国的段階での精神障害者の実態調査は実施されていないため、精神障害の実態は必ずしも明らかとはいえない。しかし、精神病院在院患者数については、厚生省公衆衛生局精神衛生課監修の「わが国の精神衛生」による発表で、その概要を知ることができる。また、受療している精神障害の全国推計患者総数および入院、外来別の患者数については、厚生省大臣官房統計情報部より毎年発表されている指定統計「患者調査」に記載されているので、その概要を知ることができる。それは第9回修正国際疾病分類^(注)(ICD)にもとづく3桁基本分類のうち、精神障害に関しては、老年期及び初老期の器質性精神病、アルコール精神病、精神分裂病、躁うつ病、その他の精神病、神経症、アルコール依存、その他の非精神病性精神障害、精神薄弱の9傷病名についての入院、外来別の患者数が記載されているほか、性別、年齢段階別の受療患者については、「精神分裂病」と「その他」の2項目についてだけ記載があり、精神障害に関して3桁基本分類のすべての傷病名(精神障害290~319)および4桁細分類の各傷病名別の性別、年齢段階別、入院外来別の患者数は記載されていない。

今回、昭和54年度の「患者調査」の統計の基

礎資料である4桁細分類の資料を厚生省大臣官房統計情報部の好意により入手できたので、国際疾病分類番号290~319の精神障害および345のてんかんの4桁細分類の各傷病について性別、年齢段階別に資料を整理し、受療患者数、受療率をまとめたので報告する。本資料は種々な角度よりの解析が必要と考えられるが、ここでは現段階までにまとめられた基礎資料を報告し、概略的な説明を加えるにとどめた。

本資料の利用にあたっての留意点

1) 厚生省統計情報部の統計の調査客体は、通常、病院 $\frac{1}{10}$ 、一般診療所 $\frac{1}{100}$ の抽出比で無作為に抽出された施設および調査日(7月の第三水曜日)に当該施設を利用した患者である。そして、その患者数に抽出比を補正して割り出した乗数を剰じた数値を推定患者数としている。(乗数が小数点以下の数字を含むため剰じた数値は小数点以下1桁で四捨五入してある。)

表1 昭和54年度施設別の乗数

	乗数
病院	10,057
一般診療所	106,359

2) 本統計資料の年齢段階区分は、とくに老年期の精神障害の受療患者数を明らかにすることを考慮に入れて、0~19歳、20~44歳、45~64歳、65歳以上、不詳の五段階に区分した。一方、性別、入院および外来別に区別したが、この場合の入院患者数は病院の入院患者数であり、外来患者数は病院の外来患者数お

注) 昭和54年度よりわが国では、第8回修正国際疾病分類から第9回修正国際疾病分類に変更となった。

* 研究生

よび一般診療所のすべての患者数を含んでいる。(一般診療所は病院に較べて患者数は少なく、また大半が外来患者であるため集計の際に一般診療所の患者はすべて外来患者とした。)

- 3) 外来患者数は、本統計調査が一日調査であるために、調査日に受療しなかった在宅患者は含まれないため、必ずしもすべての外来患者数を示していない。
- 4) 「てんかん」については、国際疾病分類では「精神障害」の項には含まれておらず、「中枢神経系のその他の精神障害」の項に含められているので、附録として末尾に記載した。
- 5) 受療率は、推計人口をもとに算出したもので(推計患者数を推計人口数で割り、10万を乗じた数値)、人口10万対の比である。
- 6) 推計人口は、国勢調査1%抽出結果によるもので、昭和54年度は116,133,000人である。

傷病名別の統計資料の概説

各傷病名別の統計資料は、表1に示す如くである。

精神障害の患者数は、^{注)}325,825人(男子181,801人、女子144,024人)で、性別比では男子：女子＝1：0.79で男子の患者の割合がやゝ多い。受療率は、280.6である。

1) 老年期及び初老期の器質(性)精神病(状態)

この項目は、今回の改正により7項目に細分類され「動脈硬化性痴呆」が加えられている。患者数は、18,706人(男子7,334人、女子11,372人)で、性別比では男子：女子＝1：1.55で女子の患者の割合が多い。年齢段階では、65歳以上がもっとも多い。受療率は16.1である。

「老年痴呆」(単純型、抑うつ型及び妄想

型、急性錯乱状態を伴うもの)の患者数は、12,613人(男子4,473人、女子8,140人)で性別比では、男子：女子＝1：1.82の割合で女子の患者数が約2倍である。年齢段階では、65歳以上がもっとも多い。

「初老期痴呆」の患者数は、884人(男子422人、女子492人)で、性別比では、男子：女子＝1：1.16で女子の患者の割合がやゝ多い。年齢段階では、45～64歳がもっとも多い。

「動脈硬化性痴呆」の患者数は、5,139人(男子2,419人、女子2,720人)で、性別比では、男子：女子＝1：1.12で女子の患者の割合がやゝ多い。年齢段階では、65歳以上がもっとも多い。「動脈硬化性痴呆」と「老年痴呆」では、5,139人：12,613人＝1：2.45の割合で老年痴呆の患者数が約2.5倍である。老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)の中では、老年痴呆(単純型、抑うつ型および妄想型、急性錯乱を伴うもの)がもっとも多く(67.4%)ついて動脈硬化性痴呆(27.5%)、初老期痴呆(4.7%)などの順である。

2) アルコール精神病

この項目は、8項目に細分類されている。

患者数は、2,240人(男子2,130人、女子110人)で、性別比では、男子：女子＝1：0.05で圧倒的に男子の患者の割合が多い。

年齢段階では、45～64歳がもっとも多い。

受療率は、1.9である。この項の中では「詳細不明」が大半を占め、ついで「その他のアルコール幻覚症」、「精神病的アルコール特異体質反応」、「振戦せん妄」などの順である。

3) 薬物精神病

この項目は、5項目に細分類されている。

患者数は60人(男子40人、女子20人)で非

注) 厚生省統計情報部の「患者調査」では、患者数は325,900人となっているが、これは各傷病の抽出された患者数の合計に乗数を乘じ四捨五入したものである。今回の集計では、各傷病名、性の年齢段階別に分けた抽出患者数にそれぞれ乗数を乘じ四捨五入したものを合計したため数値に多少の差異がみられる。

常に少ない。受療率は、0.1である。

4) 一過性器質精神病状態

この項目は、4項目に細分類されている。
患者数は100人（男子10人、女子90人）で少ない。受療率は、0.1である。

5) その他の器質精神病状態

この項目は、4項目に細分類されている。
患者数は、1,034人（男子693人、女子341人）で、性別比では、男子：女子＝1：0.49で男子の患者が女子の患者の約2倍である。受療率は0.9である。年齢段階では、45～64歳がもっとも多い。「詳細不明」が81.6%を占め、残りが「コルサコフ精神病または症候群（非アルコール性）」などの順である。

6) 精神分裂病

この項目は、9項目に細分類されている。
患者数は199,848人（男子113,908人、女子85,940人）で、性別比では、男子：女子＝1：0.75で男子の患者の割合が多い。受療率は172.1である。年齢段階では、20～44歳がもっとも多く、全体の58%を占めている。この項目の中では「詳細不明」に属する患者が大部分（93.9%）を占め、ついで「破瓜型」、「その他」、「残遺分裂病」、「分裂・情動型」などの順である。

7) 躁うつ病

この項目は、9項目に細分類されている。
患者数は14,148人で（男子6,513人、女子7,635人）で、性別比では、男子：女子＝1：1.17で女子の患者の割合が多い。受療率は12.2である。年齢段階では、45～64歳がもっとも多い。この項目の中では「躁うつ病、抑うつ型」がもっとも多く（47.3%）、ついで「その他および詳細不明の躁うつ病」（39.1%）、「躁うつ病、躁病型」（12.5%）などの順である。

8) 妄想状態

この項目は、6項目に細分類されている。
患者数は921人（男子420人、女子501人）で、性別比では、男子：女子＝1：1.19で女

子の患者の割合がやゝ多い。受療率は0.8である。年齢段階では20～44歳段階がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」がもっとも多く（46%）、ついで「その他」（20.6%）、「パラフレニー」、「妄想症」などの順である。

9) その他の非器質性精神病

この項目は、7項目に細分類されている。
患者数は7,022人（男子3,152人、女子3,870人）で、性別比では、男子：女子＝1：1.23で、女子の患者の割合がやゝ多い。受療率は6.0である。年齢段階では20～44歳段階がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明の精神病」がもっとも多く（80.7%）、ついで「その他および詳細不明の反応性精神病」、「抑うつ型」などの順である。

10) 特に小児期におこる精神病

この項目は、3項目に細分類されているが、すべて「幼児自閉症」に属し、患者数は、60人（男子50人、女子10人）で非常に少なく、受療率は0.1である。年齢段階では0～19歳にすべて含まれている。

11) 神経症

この項目は、10項目に細分類されている。
患者数は32,405人（男子13,657人、女子18,748人）で、性別比では、男子：女子＝1：1.37で女子の患者の割合が多い。受療率は27.9である。年齢段階では20～44歳段階がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」がもっとも多く（63.3%）、ついで「神経症性うつ」（15.3%）、「不安状態（不安神経症）」（7.1%）、「その他の神経症的障害」（4.3%）、「神経衰弱」（3.5）、「心気症」、「ヒステリー」、「強迫神経症」、「恐怖状態（恐怖症）」、「離人症候群」の順である。

12) 人格異常

この項目は、10項目に細分類されている。
患者数は2,151人（男子1,849人、女子302人）で、性別比では男子：女子＝1：0.16で男子の割合が圧倒的に多い。受療率は1.9で

ある。年齢段階では20～44歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」に属するものが大部分（96.7%）を占めている。

13) 性的偏倚と性的障害

この項目に属するものは、10項目に細分類されているが、患者数は20人（男子20人、女子0人）で非常に少なく、「冷感症と性的不能症」にすべての患者が属している。

14) アルコール依存（症候群）

303 a, 303 b, 303 c の3項目に細分類されている。患者数は19,154人（男子18,182人、女子972）で、性別比では男子：女子＝1：0.05で圧倒的に男子の患者の割合が多い。受療率は16.5である。年齢段階では、45～64歳がもっとも多い。この項目の中では「慢性アルコール症」（65.8%）がもっとも多く、ついで「その他および詳細不明」（20.7%）、「アルコール嗜癖」（13.4%）の順である。

15) 薬物依存

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は913人（男子793人、女子120人）で比較的少なく、性別比では男子：女子＝1：0.15で男子の患者の割合が圧倒的に多い。受療率は0.8である。年齢段階では25～44歳がもっとも多い。この項目の中では「アンフェタミン型およびその他の精神刺激薬」（41.9%）がもっとも多く、ついで「その他」の順である。

16) 依存のない薬物乱用

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は10人（男子10人、女子0人）で非常に少ない。

17) 精神的諸要因による身体的病態

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は7,853人（男子2,482人、女子5,370人）で、性別比では男子：女子＝1：2.16で女子の患者の割合がほぼ2倍である。受療率は6.8である。年齢段階では20～44歳がもっとも多い。この項目の中では「心血管」がもっとも多く（54.4%）、ついで「胃腸」（25.5

%）、「呼吸器」、「詳細不明」、「泌尿生殖器」の順である。

18) 他に分類されない特殊症状または症候群

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は3,293人（男子1,418人、女子1,875人）で、性別比では男子：女子＝1：1.32でやゝ女子の患者の割合が多い。受療率は2.8である。年齢段階では45～64歳がもっとも多い。この項目の中では「精神痛」がもっとも多く（36.4%）、ついで「特殊な睡眠障害」、「その他および詳細不明」などの順である。

19) 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害

この項目は、5項目に細分類されているが、患者は統計の上では一例も記載されていない。

20) 他に分類されない抑うつ状態

この項目は、細分類されていない。患者数は40人（男子40人、女子0人）で、非常に少ない。

21) 他に分類されない行為障害

この項目は、6項目に細分類されているが、患者数は80人（男子70人、女子10人）で、非常に少ない。受療率は0.1である。

22) 児童期と青年期に特殊な感情障害

この項目は、6項目に細分類されている。患者数は240人（男子150人、女子90人）で少ない。受療率は0.2である。

23) 児童期の過動症候群

この項目は、5項目に細分類されているが、患者は統計の上では一例も記載されていない。

24) 特殊な発達遅延

この項目は、7項目に細分類されている。患者数は110人（男子90人、女子20人）で少ない。受療率は0.1である。

25) 他に分類される疾患に伴う精神的要因

この項目に属する患者は統計の上では一例も記載されていない。

26) 精神薄弱

この項目は、「軽度精神薄弱」、「中等度以上の精神薄弱」、「詳細不明の精神薄弱」に

分類され、「中等度以上の精神薄弱」は、更に3項目に細分類されている。患者数は15,377人(男子8,759人,女子6,618人)で性別比では男子:女子=1:0.76で男子の患者の割合が多い。受療率は13.2である。

年齢段階では20~44歳がもっとも多い。

この項目の中では「詳細不明の精神薄弱」がもっとも多く(92.4%)ついで「最重度精神薄弱」,「重度精神薄弱」,「中等度精神薄弱」,「軽度精神薄弱」の順である。

(附録)

なお「てんかん」に関しては、「精神障害」(290~319)の中に含まれず,「中枢神経系のその他の障害(340~349)」の中に分類されており,10項目に細分類されている。

患者数は29,991人(男子17,350人,女子12,641人)で,性別比では男子:女子=1:0.73で男子の患者の割合が多い。受療率は25.8である。年齢段階では20~44歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」が大部分(97.4%)を占め,ついで「點頭痙攣」,「痙攣を伴う全身性てんかん」,「痙攣を伴わない全身性てんかん」,「部分てんかん,意識障害を伴うもの」,「部分てんかん,意識障害の記載のないもの」,「大発作持続状態」の順である。

精神障害(290~315)の中で占める各傷病の割合

精神障害の中で占める各傷病(国際分類にもとづく3桁基本分類)の患者数の割合を眺めてみると,表2,3の如くである。

精神障害の全国推計患者数は,325,825人である。そのうち精神分裂病は,199,848人(61.3%)を占め,もっとも割合が多く,ついで神経症32,405人(10.0%),アルコール依存(症候群)19,154人(5.9%),老年期および初老期の器質(性)精神病,18,706人(5.7%),精神薄弱15,377人(4.7%),躁うつ病14,148人(4.3%),精神的諸要因による身体的病態7,853人(2.4%),その他の非器質性精神病7,022人(2.2%)などの順で

ある。(なお,てんかんを含めれば,てんかんの患者数は29,991人であり,神経症につぐ割合を占めることになる。)

性別では,男子では精神分裂病が62.7%でもっとも多い割合を占め,ついでアルコール依存10.0%,神経症7.5%,精神薄弱4.8%,老年期および初老期の器質(性)精神病4.0%,躁うつ病3.6%などの順である。女子では,精神分裂病が59.7%でもっとも多い割合を占め,ついで神経症13.2%,老年期および初老期の器質(性)精神病7.9%,躁うつ病5.3%,精神薄弱4.6%,精神的諸要因による身体的病態3.7%などの順である。

入院,外来別では,入院患者では精神分裂病が68.1%でもっとも多い割合を占め,ついでアルコール依存6.4%,老年期および初老期の器質(性)精神病6.1%,神経症5.5%などの順であり,外来患者では神経症35.4%,精神分裂病22.2%,精神的諸要因による身体的病態15.5%などの順である。

(稿を終るにあたり,御稿閲をいただいた加藤正明所長,統計資料を御提供いただいた厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課ならびに同課の井上美智子氏に深謝致します。)

表1 傷病・性・年齢段階・入院外来別推計患者数および受療率

精神障害 290~319															
傷病名	全国推計患者数	受療率	男						女						
			0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	
精神病 290~299															
器質精神病状態 290~294															
290 老年期および初老期の 器質(性)精神病(状態)	18,706	16.1		0	40	1,458	5,826	10	7,334	0	40	1,306	10,026	0	11,372
290-0 老年痴呆, 単純型	5,864 955 6,819		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	171 0 171	1,826 460 2,321	0 0 0	2,032 460 2,492	0 0 0	0 0 0	211 0 211	3,621 495 4,116	0 0 0	3,832 495 4,327
290-1 初老期痴呆	884 30 914		入院 外来 計	0 0 0	30 0 30	332 10 342	50 0 50	0 0 0	412 10 422	0 0 0	0 0 0	402 20 422	70 0 70	0 0 0	472 20 492
290-2 老年痴呆, 抑うつ型および妄想型	5,229 545 5,774		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	241 10 251	1,599 121 1,720	0 0 0	1,840 131 1,971	0 0 0	0 0 0	271 30 301	3,118 384 3,502	0 0 0	3,389 414 3,803
290-3 急性錯乱状態を伴う老年 痴呆	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10
290-4 動脈硬化性痴呆	4,787 352 5,139		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	674 20 694	1,579 126 1,705	10 0 10	2,273 146 2,419	0 0 0	10 30 40	302 70 372	2,202 106 2,308	0 0 0	2,514 206 2,720
290-9 詳細不明	40 0 40		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	20 0 20
291 アルコール精神病	2,240	1.9		0	753	1,216	151	0	2,130	0	110	60	10	0	110
291-0 振戦せん妄	161 10 171		入院 外来 計	0 0 0	50 0 50	101 10 111	0 0 0	0 0 0	161 10 171	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-1 アルコール性コルサコフ 精神病	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	20 0 20	0 0 0	0 0 0	30 0 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-2 その他のアルコール性 痴呆	80 0 80		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	50 0 50	20 0 20	0 0 0	70 0 70	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
291-3 その他のアルコール 幻覚症	452 30 482		入院 外来 計	0 0 0	201 10 211	191 20 211	20 0 20	0 0 0	412 30 442	0 0 0	20 0 20	10 0 10	10 0 10	0 0 0	40 0 40
291-4 精神病的アルコール 特異体質反応	180 10 190		入院 外来 計	0 0 0	80 0 80	80 10 90	20 0 20	0 0 0	180 10 190	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-5 アルコール性嫉妬妄想	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-8 そ の 他	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-9 詳細不明	1,237 30 1,267		入院 外来 計	0 0 0	392 0 392	694 30 724	91 0 91	0 0 0	1,177 30 1,207	0 0 0	20 0 20	40 0 40	0 0 0	0 0 0	60 0 60
292 薬物精神病	60	0.1		0	40	0	0	0	40	0	10	10	0	0	20
292-1 薬物によって誘発された 妄想状態および幻覚状態	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
292-8 そ の 他	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
292-9 詳細不明	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10

傷病名	全国推計 患者数	受療率	男							女					
			0-18	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	
293 一過性器質精神病状態	100	0.1		0	0	10	0	0	10	20	50	10	10	0	90
293-0 急性錯乱状態	20 20 40		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	10 10 20	0 0 10	0 10 10	0 0 0	0 0 0	10 20 30
293-8 その他	40 20 60		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	30 20 50	0 0 0	10 0 10	0 0 0	40 20 60
294 (慢性) その他の器質精神病状態	1,034	0.9		10	131	291	261	0	693	0	50	80	211	0	341
294-0 コルサコフ精神病または 症候群(非アルコール性)	190 0 190		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	80 0 80	80 0 80	0 0 0	160 0 160	0 0 0	0 0 0	10 0 10	20 0 20	0 0 0	30 0 30
294-9 詳細不明	824 20 844		入院 外来 計	10 0 10	131 0 131	201 10 211	181 0 181	0 0 0	523 10 533	0 0 0	50 0 50	70 0 70	181 10 191	0 0 0	301 10 311
その他の精神病 295～299															
295 精神分裂病	199,848	172.1		1,243	70,874	37,417	4,203	171	113,908	723	45,030	33,484	6,623	80	85,940
295-0 単純型	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10
295-1 破瓜型	10,298 368 10,666		入院 外来 計	121 106 227	3,590 91 3,681	1,790 0 1,790	161 0 161	40 0 40	5,702 197 5,899	40 10 50	2,826 121 2,947	1,569 40 1,609	151 0 151	10 0 10	4,596 171 4,767
295-2 緊張型	30 0 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
295-3 妄想型	120 10 130		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	40 0 40	0 0 0	0 0 0	50 0 50	0 0 0	20 10 30	50 0 50	0 0 0	0 0 0	70 10 80
295-6 残遺分裂病	291 0 291		入院 外来 計	0 0 0	70 0 70	111 0 111	20 0 20	0 0 0	201 0 201	0 0 0	40 0 40	50 0 50	0 0 0	0 0 0	90 0 90
295-7 分裂・情動型	271 10 281		入院 外来 計	0 0 0	30 0 30	50 10 60	10 0 10	0 0 0	90 10 100	10 10 20	101 0 101	60 0 60	10 0 10	0 0 0	181 0 181
295-8 その他	683 10 693		入院 外来 計	0 0 0	91 10 101	121 0 121	70 0 70	0 0 0	282 10 292	0 0 0	60 0 60	261 0 261	80 0 80	0 0 0	401 0 401
295-9 詳細不明	177,416 10,331 187,747		入院 外来 計	925 91 1,016	62,746 4,216 66,962	34,073 1,222 35,295	3,882 60 3,942	111 20 131	101,737 5,609 10,7346	603 60 663	38,850 2,992 41,842	30,091 1,353 31,444	6,095 287 6,382	40 30 70	75,679 4,722 80,401
296 躁うつ病	14,148	12.2		140	2,344	2,892	1,117	20	6,513	140	2,504	3,402	1,569	20	7,635
296-0 躁うつ病, 躁病型	1,378 392 1,770		入院 外来 計	20 50 70	372 40 412	201 116 317	111 106 217	0 0 0	704 312 1,016	30 0 30	302 60 362	221 10 231	121 10 131	0 0 0	274 8 754
296-1 躁うつ病, 抑うつ型	3,408 3,283 6,696		入院 外来 計	20 20 40	402 514 916	694 745 1,439	241 171 412	0 10 10	1,357 1,460 2,817	30 10 40	412 473 885	1,016 1,043 2,059	583 292 875	10 10 20	2,051 1,828 3,879
296-3 躁うつ病循環型 現在うつ状態	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
296-5 躁うつ病循環型 現状が特に明示されて いないもの	70 0 70		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	20 0 20	0 0 0	0 0 0	30 0 30	10 0 10	20 0 20	0 0 0	10 0 10	0 0 0	40 0 40
296-6 その他および詳細不明の 躁うつ病	4,626 906 5,532		入院 外来 計	20 10 30	865 121 986	915 181 1,096	362 126 488	10 0 10	2,172 438 2,610	50 10 60	1,036 161 1,197	855 257 1,112	513 40 553	0 0 0	2,454 468 2,922
296-8 その他	50 0 50		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	40 0 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	40 0 40
296-9 詳細不明	10 10 20		入院 外来 計	0 0 0	0 10 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 10 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

傷病名	全国推計 患者数	受療率	男						女						
			0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	
297 妄想状態	921	0.8		10	210	110	90	0	420	91	220	170	20	0	501
297-1 妄想症(バラノイア)	100 20 120		入院 外来 計	0 0 0	20 10 30	20 0 20	20 0 20	0 0 0	60 10 70	0 0 0	30 10 40	0 0 10	10 0 10	0 0 0	40 10 50
297-2 パラフレニー	130 40 170		入院 外来 計	0 0 0	30 10 40	30 0 30	0 0 0	0 0 0	60 10 70	0 0 0	10 20 30	50 10 60	10 0 10	0 0 0	70 30 100
297-3 感応精神病	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20
297-8 その他	130 60 190		入院 外来 計	0 0 0	60 20 80	0 0 0	20 0 20	0 0 0	80 20 100	0 0 0	30 20 50	20 20 40	0 0 0	0 0 0	50 40 90
297-9 詳細不明	391 30 421		入院 外来 計	10 0 10	60 0 60	60 0 60	40 10 50	0 0 0	170 10 180	91 0 91	80 0 80	50 20 70	0 0 0	0 0 0	221 20 241
298 その他の非器質性精神病	7,022	6.0		90	1,961	794	307	0	3,152	90	2,127	1,271	382	0	3,870
298-0 抑うつ型	150 272 422		入院 外来 計	0 0 0	20 20 40	20 10 30	10 0 10	0 0 0	50 30 80	0 0 0	40 116 156	40 126 166	20 0 20	0 0 0	100 242 342
298-1 興奮型	60 0 60		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	20 0 20	20 0 20	10 0 10	0 0 0	60 0 60
298-8 その他, および詳細不明 の反応性精神病	815 60 875		入院 外来 計	10 0 10	111 20 131	111 0 111	50 0 50	0 0 0	282 20 302	0 0 0	181 10 191	201 30 231	151 0 151	0 0 0	533 40 573
298-9 詳細不明の精神病	4,907 758 5,665		入院 外来 計	40 40 80	1,559 231 1,790	583 70 653	131 116 247	0 0 0	2,313 457 2,770	60 20 80	1,559 201 1,760	774 80 854	201 0 201	0 0 0	2,594 301 2,895
299 特に小児期におこる精神病	60	0.1		50	0	0	0	0	50	10	0	0	0	0	10
299-0 幼児自閉症	30 30 60		入院 外来 計	20 30 50	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 30 50	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10
神経症, 人格異常およびその他の非精神病性精神障害 300~316															
300 神経症	32,405	27.9		896	8,280	3,534	947	0	13,657	1,663	8,219	6,657	2,159	50	18,748
300-0 不安状態(不安神経症)	503 1,804 2,307		入院 外来 計	0 20 20	161 353 514	60 399 459	10 30 40	0 0 0	231 802 1,033	0 0 0	101 232 333	121 357 478	50 373 423	0 40 40	272 1,002 1,274
300-1 ヒステリー	482 286 768		入院 外来 計	20 20 40	50 20 70	20 20 40	10 0 10	0 0 0	100 60 160	10 146 156	231 70 301	131 0 131	10 0 20	0 0 0	382 226 608
300-2 恐怖状態(恐怖症)	30 50 80		入院 外来 計	10 0 10	0 30 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 30 40	20 0 20	0 10 10	0 10 10	0 0 0	0 0 0	20 20 40
300-3 強迫神経症	291 80 371		入院 外来 計	0 10 10	121 40 161	10 0 10	0 0 0	0 0 0	131 50 181	0 0 0	80 30 110	40 0 40	40 0 40	0 0 0	160 30 190
300-4 神経症性うつ	2,584 2,366 4,950		入院 外来 計	0 20 20	563 418 981	463 407 870	151 101 252	0 0 0	1,117 946 2,123	60 332 392	392 538 930	563 550 1,113	382 0 382	10 0 10	1,407 1,420 2,827
300-5 神経衰弱	873 251 1,124		入院 外来 計	30 0 30	432 80 512	70 10 80	10 20 30	0 0 0	542 110 652	10 10 20	201 101 302	80 30 110	40 0 40	0 0 0	331 141 472
300-6 離人症候群	20 10 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
300-7 心気症	230 659 889		入院 外来 計	0 0 0	50 197 247	40 156 196	10 10 20	0 0 0	100 363 463	0 0 0	20 70 90	50 156 206	60 70 130	0 0 0	130 296 426
300-8 その他の神経症的障害	1,005 377 1,382		入院 外来 計	30 10 40	523 227 750	91 20 111	20 0 20	0 0 0	664 257 921	10 40 50	261 60 321	60 10 70	10 10 20	0 0 0	341 120 461

傷病名	全国推計 患者数	受療率	男							女					
			入院 外来 計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
300-9 詳細不明	9,274 11,230 20,504		入院 外来 計	272 454 726	2,816 2,179 4,995	795 973 1,768	211 364 575	0 0 0	4,094 3,970 8,064	211 814 1,025	2,937 28,75 5,812	1,529 2,970 4,499	503 601 1,104	0 0 0	5,180 7,260 12,440
301 人格異常	2,151	1.9		40	834	764	211	0	1,849	10	111	121	60	0	302
301-1 情動性人格異常	20 10 30		入院 外来 計	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 10	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
301-3 爆発性人格異常	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
301-6 無力性人格異常	20 0 20		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
301-8 その他の人格異常	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
301-9 詳細不明	2,011 70 2,081		入院 外来 計	40 0 40	764 30 794	724 20 744	201 10 211	0 0 0	1,729 60 1,789	10 10 10	91 10 101	121 0 121	60 0 60	0 0 0	282 10 292
302 性的偏倚と性的障害	20	0.0		0	10	10	0	0	20	0	0	0	0	0	0
302-7 冷感症と性的不能症	0 20 20		入院 外来 計	0 0 0	0 10 10	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 20 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
303 アルコール依存(症候群)	19,154	16.5		0	6,200	9,951	2,021	10	18,182	0	401	431	140	0	972
303-a 慢性アルコール症	12,208 412 12,620		入院 外来 計	0 0 0	3,791 101 3,892	6,467 251 6,718	1,388 20 1,408	0 0 0	11,646 372 12,018	0 30 30	201 0 201	301 0 301	60 10 70	0 0 0	562 40 602
303-b アルコール嗜癖	1,980 588 2,568		入院 外来 計	0 0 0	704 201 905	925 347 1,272	201 20 221	0 10 10	1,830 578 2,408	0 0 0	70 10 80	50 0 50	30 0 30	0 0 0	150 10 160
303-c その他および詳細不明	3,599 367 3,966		入院 外来 計	0 0 0	1,227 176 1,403	1,790 171 1,961	382 10 392	0 0 0	3,399 357 3,756	0 0 0	80 10 90	80 0 80	40 0 40	0 0 0	200 10 210
304 薬物依存	913	0.8		100	613	70	10	0	793	20	60	20	20	0	120
304-1 バルビタール酸型	30 10 40		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20	0 0 0	0 0 0	10 10 20	0 0 0	0 0 0	10 10 20
304-4 アンフェタミン型および その他の精神刺激薬	271 111 382		入院 外来 計	0 0 0	181 111 292	50 0 50	10 0 10	0 0 0	241 111 352	0 0 0	20 0 20	0 0 0	10 0 10	0 0 0	30 10 40
304-6 そ の 他	301 20 321		入院 外来 計	70 10 80	231 0 231	0 0 0	0 0 0	0 0 0	301 10 311	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
304-8 モルヒネ型薬物を除く 組合せ	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
304-9 詳細不明	150 10 160		入院 外来 計	20 0 20	70 0 70	10 0 10	0 0 0	0 0 0	100 0 100	10 10 20	30 10 40	0 0 0	10 0 10	0 0 0	50 10 60
305 依存のない薬物乱用	10	0.0		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
305-7 アンフェタミン型	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
306 精神的諸要因 による身体的病態	7,853	6.8		252	1,198	827	206	0	2,483	399	2,349	1,628	994	0	5,370
306-0 筋・骨格	0 10 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
306-1 呼 吸 器	90 442 532		入院 外来 計	0 0 0	20 30 50	0 146 146	0 10 10	0 0 0	20 186 206	10 10 20	20 156 176	30 60 90	10 30 40	0 0 0	70 256 326

傷病名	全国推計 患者数	受療率	男							女					
			入院 外来 計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
306-2 心 血 管	120 4,150 4,270		入院 外来 計	10 116 126	0 952 952	10 505 515	0 126 126	0 0 0	20 1,699 1,719	10 116 126	20 1,305 1,325	50 737 787	20 293 313	0 0 0	100 2,451 2,551
306-4 胃 腸	70 1,935 2,005		入院 外来 計	0 0 0	20 146 166	0 146 146	0 40 40	0 0 0	20 332 352	0 233 233	20 420 440	20 505 525	10 445 455	0 0 0	50 1,603 1,653
306-5 泌尿生殖器	0 488 488		入院 外来 計	0 106 106	0 0 0	0 10 10	0 20 20	0 0 0	0 136 136	0 20 20	0 146 146	0 40 40	0 146 146	0 0 0	0 352 352
306-7 特殊感覚器	0 20 20		入院 外来 計	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 10 10
306-8 そ の 他	0 10 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 10 10
306-9 詳細不明	70 448 518		入院 外来 計	10 10 20	10 10 20	0 10 10	10 0 10	0 0 0	30 30 60	0 242 0	10 156 252	30 20 186	0 20 20	0 0 0	40 418 458
307 他に分類されない 特殊症状または症候群	3,293	2・8		120	543	418	337	0	1,418	140	603	842	270	20	1,875
307-1 神経性無食欲症	130 50 180		入院 外来 計	10 0 10	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20	30 10 40	50 40 90	10 0 10	20 0 20	0 0 0	110 50 160
307-2 チ ッ ク	10 130 140		入院 外来 計	0 40 40	10 20 30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 60 70	0 10 10	0 0 0	0 20 20	0 40 40	0 0 0	0 70 70
307-3 常同性反復運動	0 10 10		入院 外来 計	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
307-4 特殊な睡眠障害	190 791 981		入院 外来 計	0 30 30	50 111 161	20 237 257	30 101 131	0 0 0	100 479 579	0 30 30	30 101 131	10 121 131	50 50 100	0 10 10	90 312 402
307-5 その他および詳細不明の 摂食障害	70 10 80		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	40 0 40	20 10 30	0 0 0	10 0 10	70 10 80
307-8 精 神 痛	40 1,159 1,199		入院 外来 計	0 0 0	10 141 151	10 91 101	0 116 116	0 0 0	20 348 368	0 50 50	20 161 181	0 560 560	0 40 40	0 0 0	20 811 831
307-9 その他および詳細不明	633 70 703		入院 外来 計	20 10 30	181 20 201	40 10 50	80 10 90	0 0 0	321 50 371	10 0 10	141 20 161	91 0 91	70 0 70	0 0 0	312 20 332
308 急性ストレス反応	0	0.0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
309 不適応反応	40	0.0		10	0	10	10	0	30	0	0	0	10	0	10
309-8 そ の 他	20 10 30		入院 外来 計	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 0 0	10 10 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	10 0 10
309-9 詳細不明	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
310 器質脳障害に伴う特 殊な非精神病性精神障害	0	0.0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
311 他に分類されない 抑うつ状態	40	0.0		0	20	20	0	0	40	0	0	0	0	0	0
311 他に分類されない 抑うつ状態	30 10 40		入院 外来 計	0 0 0	10 10 20	20 0 20	0 0 0	0 0 0	30 10 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
312 他に分類されない 行為障害	80	0.1		10	60	0	0	0	70	0	0	0	0	10	10
312-9 詳細不明	60 20 80		入院 外来 計	0 10 10	60 0 60	0 0 0	0 0 0	0 0 0	60 10 70	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 10 10
313 児童期と青年期に 特殊な感情障害	240	0.2		100	50	0	0	0	150	80	10	0	0	0	90
313-0 不安と恐怖を伴うもの	70 50 120		入院 外来 計	50 10 60	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	50 10 60	20 40 60	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	20 40 60

傷病名	全国推計患者数	受療率	男						女					
			0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
313-2 敏感、内気および社会的引きこもりを伴うもの	40 0 40		入院 外来 計	0 0 40	40 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	40 0 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
313-9 詳細不明	60 20 80		入院 外来 計	20 20 40	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	30 20 50	20 0 20	10 0 10	0 0 0	0 0 0	30 0 30
314 児童期の過動症候群	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	110	0.1		90	0	0	0	0	90	10	10	0	0	20
315-3 発達の発語あるいは言語障害	0 60 60		入院 外来 計	0 50 50	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 50 50	0 10 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10
315-9 詳細不明	50 0 50		入院 外来 計	40 0 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	40 0 40	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 0 10
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

精神薄弱（精神遅滞） 317～319

317～319 精神薄弱(精神遅滞)	15,377	13.2		725	5,370	2,403	231	30	8,759	846	3,620	1,891	241	20	6,618
317 軽度精神薄弱	10	0.0		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
317 軽度精神薄弱	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
318 中等度以上の精神薄弱	1,155	1.0		212	301	130	10	0	653	120	261	121	0	0	502
318-0 中等度精神薄弱	150 0 150		入院 外来 計	0 0 0	40 0 40	60 0 60	10 0 10	0 0 0	10 0 110	0 0 20	20 0 20	0 0 0	0 0 0	40 0 40	
318-1 重度精神薄弱	231 0 231		入院 外来 計	101 0 101	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	111 0 111	60 0 60	60 0 60	0 0 0	0 0 0	120 0 120	
318-2 最重度精神薄弱	764 10 774		入院 外来 計	101 10 111	251 0 251	70 0 70	0 0 0	0 0 0	422 10 432	60 0 60	181 0 181	101 0 101	0 0 0	342 0 342	
319 詳細不明の精神薄弱	14,212	12.2		513	5,059	2,273	221	30	8,096	726	3,359	1,770	241	20	6,116
319 詳細不明の精神薄弱	13,164 1,048 14,212		入院 外来 計	352 161 513	4,767 292 5,059	2,243 30 2,273	211 10 221	30 0 30	7,603 493 8,096	402 324 726	3,148 211 3,359	1,750 20 1,770	241 0 241	20 0 20	5,561 555 6,116
290～319 精神障害	325,825	280.6		3,886	99,541	62,195	15,928	241	181,801	4,242	65,454	51,383	22,745	200	144,024

(附 録)

345 てんかん	29,991	25.8		5,819	8,151	2,835	535	10	17,350	4,692	5,417	2,194	338	0	12,641
345-0 痙攣を伴わない全身性てんかん	10 116 126		入院 外来 計	0 106 106	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 106 106	0 10 106	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	10 10 20	
345-1 痙攣を伴う全身性てんかん	40 130 170		入院 外来 計	0 10 10	20 40 60	0 10 10	0 0 0	0 0 0	20 60 80	0 10 10	20 60 80	0 0 0	0 0 0	20 70 90	
345-3 大発作持続状態	60 10 70		入院 外来 計	10 0 10	10 10 20	20 0 20	0 0 0	0 0 0	40 10 50	10 0 10	10 0 10	0 0 0	0 0 0	20 0 20	
345-4 部分てんかん意識障害を伴うもの	60 60 120		入院 外来 計	20 10 30	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	30 10 40	0 20 20	10 10 20	20 20 40	0 0 0	30 50 80	
345-5 部分てんかん意識障害の記載のないもの	10 80 90		入院 外来 計	0 0 10	10 30 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 40 50	0 40 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 40 40	
345-6 點頭痙攣	130 90 220		入院 外来 計	60 40 100	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	60 40 100	70 50 120	0 0 0	0 0 0	0 0 0	70 50 120	
345-9 詳細不明	10,782 18,413 29,195		入院 外来 計	272 5,281 5,553	4,073 3,948 8,021	1,710 1,095 2,805	221 314 535	0 10 10	6,276 10,648 16,924	261 4,221 4,482	2,766 2,541 5,307	1,358 786 2,144	121 217 338	0 0 0	4,506 7,765 12,271

表2 傷病（小分類）・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	男		女		計 全国推計患者数
	全国推計患者数	男子患者総数 の中で占める割合	全国推計患者数	女子患者総数 の中で占める割合	
290～319 精神障害	181,801人	100%	144,024人	100%	325,825人
290 老年期および初老期の器質 (性)精神病	7,334	4.03	11,372	7.90	18,706
291 アルコール精神病	2,130	1.17	110	0.08	2,240
292 薬物精神病	40	0.02	20	0.01	60
293 一過性器質精神病状態	10	0.01	90	0.06	100
294 その他の器質精神病状態 (慢性)	693	0.38	341	0.24	1,034
295 精神分裂病	113,908	62.66	85,940	59.67	199,848
296 躁うつ病	6,513	3.58	7,635	5.30	14,148
297 妄想状態	420	0.23	501	0.35	921
298 その他の非器質性精神病	3,152	1.73	3,870	2.69	7,022
299 特に小児期におこる精神病	50	0.03	10	0.01	60
300 神経症	13,657	7.51	18,748	13.02	32,405
301 人格異常	1,849	1.02	302	0.21	2,151
302 性的偏倚と性的障害	20	0.01	0	0	20
303 アルコール依存(症候群)	18,182	10.00	972	0.67	19,154
304 薬物依存	793	0.44	120	0.08	913
305 依存のない薬物乱用	10	0.01	0	0	10
306 精神的諸要因による 身体的病態	2,483	1.37	5,370	3.73	7,853
307 他に分類されない特殊症状 または症候群	1,418	0.78	1,875	1.30	3,293
308 急性ストレス反応	0	0	0	0	0
309 不適応反応	30	0.02	10	0.01	40
310 器質脳障害に伴う特殊な 非精神病性精神障害	0	0	0	0	0
311 他に分類されない抑うつ状態	40	0.02	0	0	40
312 他に分類されない行為障害	70	0.04	10	0.01	80
313 児童期と青年期に 特殊な感情障害	150	0.08	0	0.06	240
314 児童期の過動症候群	0	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	90	0.05	20	0.01	110
316 他に分類される疾患に伴う 精神的要因	0	0	0	0	0
317～319 精神薄弱	8,759	4.82	6,618	4.60	15,377

表3 傷病（小分類）・入院外来別推計患者数および各傷病患者の割合

	入 院		外 来		計	
	患者数	入院患者総数の中で占める割合	患者数	外来患者総数の中で占める割合	患者数	患者総数の中で占める割合
290～319 精神障害	277,526	100	48,299	100	325,825	100
290 老年期および初老期の器質（性）精神病	16,824	6.06	1,882	3.90	18,706	5.74
291 アルコール精神病	2,160	0.78	80	0.17	2,240	0.69
292 薬物精神病	60	0.02	0	0	60	0.02
293 一過性器質精神病状態	60	0.02	40	0.08	100	0.03
294 その他の器質精神病状態（慢性）	1,014	0.37	20	0.04	1,034	0.32
295 精神分裂病	189,119	68.14	10,729	22.21	199,848	61.34
296 躁うつ病	9,552	3.44	4,596	9.52	14,148	4.34
297 妄想状態	771	0.28	150	0.31	921	0.28
298 その他の非器質性精神病	5,932	2.14	1,090	2.26	7,022	2.16
299 特に小児期におこる精神病	30	0.01	30	0.06	60	0.02
300 神経症	15,292	5.51	17,113	35.43	32,405	9.95
301 人格異常	2,071	0.75	80	0.17	2,151	0.66
302 性的偏倚と性的障害	0	0	20	0.04	20	0.01
303 アルコール依存（症候群）	17,787	6.41	1,367	2.83	19,154	5.88
304 薬物依存	762	0.27	151	0.31	913	0.28
305 依存のない薬物乱用	10	0	0	0	10	0.00
306 精神的諸要因による身体的病態	350	0.13	7,503	15.53	7,853	2.41
307 他に分類されない特殊症状または症候群	1,073	0.39	2,220	4.60	3,293	1.01
308 急性ストレス反応	0	0	0	0	0	0
309 不適応反応	30	0.01	10	0.02	40	0.01
310 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	0	0	0	0	0	0
311 他に分類されない抑うつ状態	30	0.01	10	0.02	40	0.01
312 他に分類されない行為障害	60	0.02	20	0.04	80	0.02
313 児童と青年期に特殊な感情障害	170	0.06	70	0.14	240	0.07
314 児童期の過動症候群	0	0	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	50	0.02	60	0.12	110	0.03
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0	0	0	0	0	0
317～319 精神薄弱	14,319	5.16	1,058	2.19	15,377	4.72

II 全国の児童相談機関における集団指導の実態調査について

児童精神衛生部 池田由子 河野洋二郎
今田芳枝 中川幸
和田香譽

われわれは厚生省の心身障害研究のうち「精神薄弱(者)の治療教育に関する研究」班に参加して、家庭療育技術と集団指導プログラムのありかたを検討してきたが、昭和55年度には別掲のごとき集団指導(集団療法)調査表によって、わが国の児童相談機関における集団指導の実態調査を行なった。以下に示す資料はその要約である。

1. 調査対象および方法

全国の児童相談所(160施設)、国立病院の精神科、小児科および国公立・私立大学病院の精神科、小児科、関東地区の精神衛生センター等の医療機関(82施設)、都区内の教育研究所、教育・児童相談を行なっている民間施設、国公立・私立大学、心身障害児および情緒障害児の収容施設などを含む教育・福祉施設(63施設)であり、調査対象総数は305であった。

2. 調査内容

調査内容は集団指導の実施の有無、対象児の障害あるいは症状、対象児の年齢、集団を構成する対象児の人数、集団指導の活動内容、指導の時間、頻度、場所、個人指導の併用の有無、指導に当るスタッフの職種と人数、指導の目的、集団指導を実施する際の問題点など14項目である。

3. 調査時期および回収状況

昭和55年11月初旬に調査表を上記の施設に送付し、昭和56年1月中旬までに回答を得た結果を集計した。305施設のうち218施設より回答があり、回収率は71.5%であった。(表1)

集団指導の実施状況は表2に示すとおりで、児童の心理的問題の相談や治療にかかわる施設の多くで現在集団指導が実施されていることを示している。

表1 調査施設および回収状況

		回答施設	未回答施設	計
児童相談所	施設数	126	34	160
	%	78.8	21.2	100
医療機関	施設数	53	29	82
	%	64.6	35.4	100
教育・福祉施設	施設数	39	24	63
	%	61.9	38.1	100
全調査施設	施設数	218	87	305
	%	71.5	28.5	100

表2 集団指導の実施状況

		実施している		実施して いない	計
		現在	過去		
児童相談所	施設数	103	20	3	126
	%	81.7	15.9	2.4	100
医療機関	施設数	33	8	12	53
	%	62.3	15.1	22.6	100
教育・福祉施設	施設数	28	5	6	39
	%	71.8	12.8	15.4	100
全回答施設	施設数	164	33	21	218
	%	75.2	15.2	9.6	100

(1) 施設あたりの集団指導のグループ数

調査結果から1施設が複数の集団指導のグループを持つことが判明し、施設数を上まわる数のグループについて報告された。報告されたグループ数は360で、そのうち293グループが調査時点で実施されており、1施設あたり平均1.8グループを持つ割合となる。

(2) 指導の対象の形態

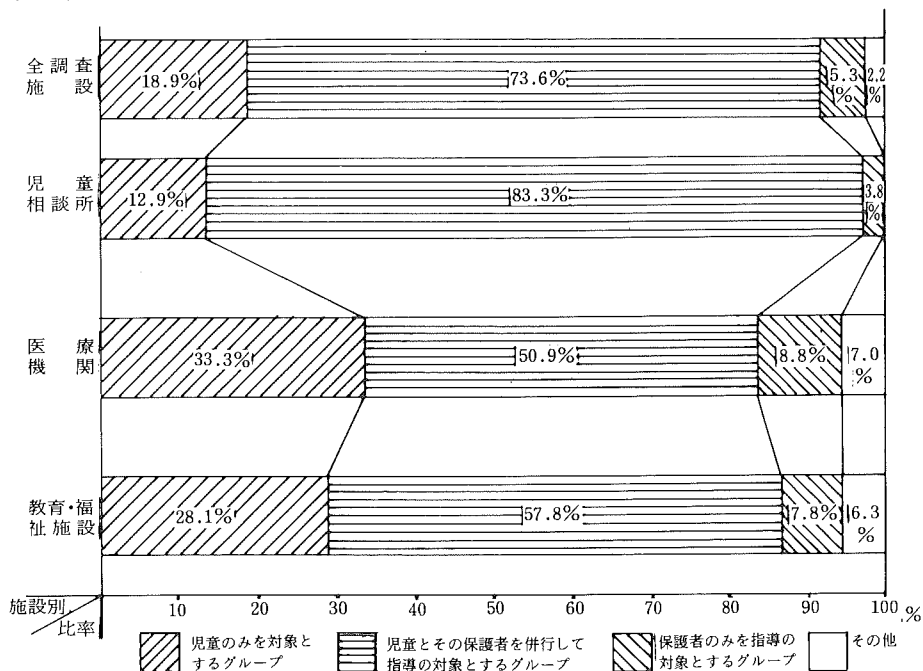
調査は、指導の対象を児童に限らずその保護者を対象としている場合も回答するよう設定した。その結果は次の三つのタイプに区分された。

- ① 児童とその保護者と併行して指導の対象とするグループ。
- ② 児童のみを指導の対象とするグループ

③ 保護者のみを指導の対象とするグループ

このうち、①のグループが239あり、全体の73.6%を占める。次に②が18.9%、③が5.3%であった。他にグループに成人を混合しているグループが2.2%あった。これらの指導の形態は施設の種類によって若干異なり、児童と保護者を併行して指導する傾向が児童相談所で顕著であった。(図1)

図1. 指導の対象の形態



(3) 対象児の障害あるいは症状

対象児の持つ問題を、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児、心身症児、身体障害児、てんかん児、神経症児、登校拒否児、非行児、性格行動問題児、その他の計12項目に区分した。

これら12項目のうち、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児が集団指導の対象としてほぼ同程度に多く、次に登校拒否児が多いという結果を得た。(図2)

精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児の4つの障害は、同一のグループの対象として扱われることが多く、これらの

4つの障害のいずれか2つから混成されるグループは224あり、全グループの67.8%に及んでいる。

また、登校拒否児と他の神経症児、性格行動問題児などの混成グループは91あり、全グループの25.3%であった。このように発達障害に関連した問題を持つ児童で構成されたグループと、登校拒否を中心として構成されたグループが、全グループの大部分を占めていることがわかった。

また、対象児の障害や症状は、指導の対象の形態と関連している。つまり、図3のように児童と保護者を併行して指導の対象とする

図 2 . 対象児の障害と症状

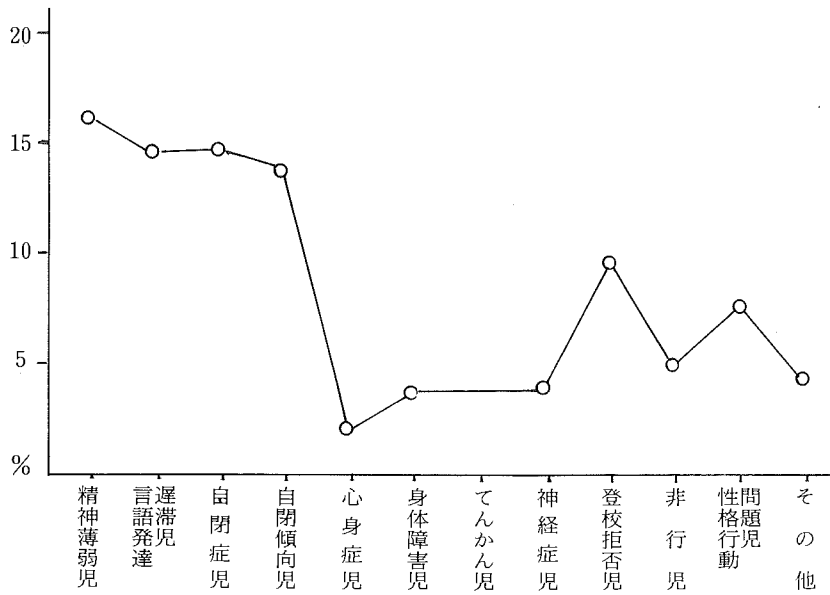
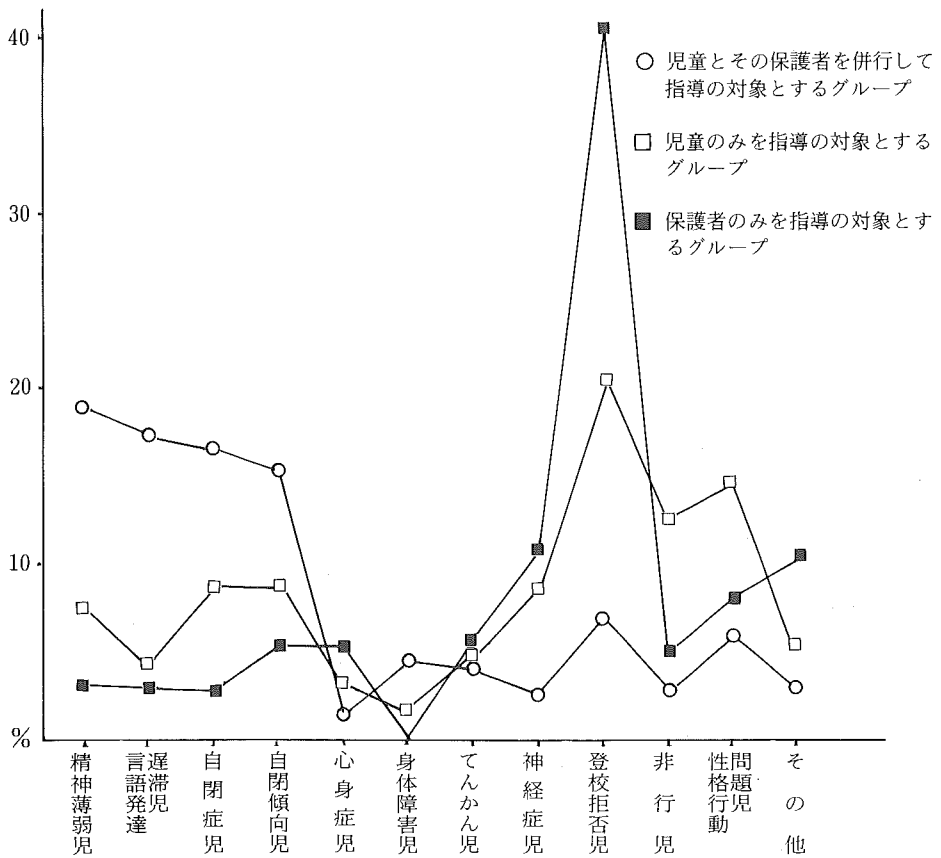


図 3 . 対象児の障害と症状 (指導対象の形態による比較)



グループでは、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児が多く、児童のみを対象とするグループでは、登校拒否児、神経症児、性格行動問題児が多く、保護者のみを指導の対象とするグループでは登校拒否児が特に多い。

精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児の場合、親子のグループ指導が同時に行われるのは、これらの障害を持つ児童の年齢が比較的低く、親子同伴で施設へ来所せざるを得ないことや、家庭での養育のあ

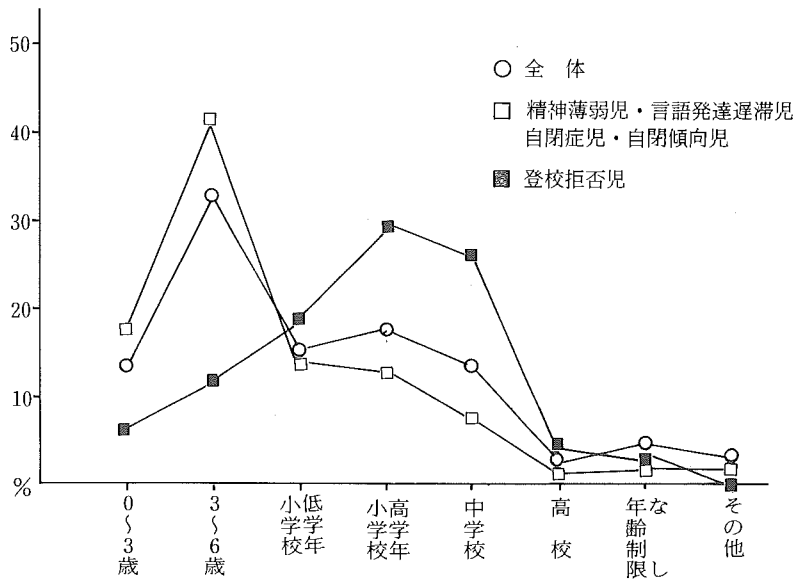
りかたが発達的にみて重要で、保護者に対応の方法を指導する必要があるためと考えられる。

また、登校拒否児の場合、保護者のみを指導対象とするのは、登校拒否児の相談機関や病院の外来への通所が困難な実態を反映していると考えられる。

(4) 対象児の年齢

対象児の年齢の分布は3～6歳児がもっとも多く全体の32.7%を占め、次に小学校高学年が多く、全体の19.1%を占めた。(図4)

図4. 対象児の年齢



6歳までの幼児の72.3%は、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児であった。また、小学校高学年の19.5%、および中学生の23.4%は登校拒否児で、これらの年齢層でもっとも高い割合を示した。

(5) 一つのグループを構成する児童数

一つのグループを構成する児童数は3名以下から20名以上まで、それほど差はなく分散している。(表3)

そのうち10%以上を占めるのは、5名で構成されるグループ、6名で構成されるグルー

プ、10～15名で構成されるグループの3つで、10名以下では5～6名を中心とし、10名以上では10～15名を中心としてグループが構成される傾向が推測される。

(6) グループ活動の内容

集団指導の内容は表4に示すように遊びを中心としたもの、話しあいを中心としたもの、キャンプ形式を中心としたものが高位であった。話しあいを中心としたものが高位であったのは、保護者のグループが含まれるためである。保護者のグループの活動内容では話し

表3. 1グループの人数

3名以下	7.84
4名	9.18
5名	12.43
6名	12.63
7名	7.84
8名	7.65
9名	3.44
10名	8.41
10～15名	14.72
16～20名	6.12
20名以上	5.74
その他	4.02 (%)

表4. 集団指導の活動内容

遊びを中心とした	27.10
話し合いを中心とした	14.11
キャンプ形式にした	10.53
茶菓や昼食を含む保育形式とした	8.17
レクリエーションを中心とした	7.84
特別な訓練	6.27
スポーツを中心とした	4.93
歌や音楽を中心とした	4.93
作業を中心とした	3.47
絵画を中心とした	3.02
劇による行動化を中心とした	1.90
料理・家事を中心とした	1.46
ダンスを中心とした	0.67
読書を中心とした	0.56
その他	5.04 (%)

表5. 1回の指導時間

30分以下	0.49
30～60分	22.41
60～90分	28.57
90～120分	17.73
120分以上	11.08
その他	19.72 (%)

表6. 指導の頻度

毎日	3.99	1ヶ月に1回	9.76
1週に3回	2.00	2～3ヶ月に1回	2.44
1週に2回	3.33	キャンプ形式で1～2日	7.10
1週に1回	39.02	〃 3～4日	11.09
2週に1回	11.31	〃 5～7日	3.99
3週に1回	0	その他	5.99 (%)

あいを中心としたものが90%を占めていた。

また、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児から構成されるグループでは、茶菓や昼食を含む保育形式としたものが、キャンプ形式をぬいて3位に上っている。

一方登校拒否児を中心にして構成されたグループでは、キャンプ形式が活動内容の第1位となっている。

(7) 指導時間

集団指導の1回の指導時間は、表5のように60分前後が圧倒的に多い。個人治療においても60分程度の面接が一般的であり、集団指導の時間もこれに準拠していると考えられる。

(8) 指導の頻度

集団指導の頻度としては、1週間に1度の指導がもっとも多く、全体の39.0%を占めた。

次にキャンプ形式をとったものが22.9%であった。(表6)

キャンプ形式で指導を行なったグループは第1が登校拒否児(18.5%)、第2が性格行動問題児(12.5%)、第3が非行児と自閉症児(いずれも11.0%)であった。登校拒否児のグループでは、キャンプ形式での指導が定期的な通所による指導よりも多く、キャンプ形式が比較的多いのが特徴といえる。

(9) 指導を行なった場所

屋内の一定の場所を用いて指導を行なったとの回答が全回答の54.6%であった。次に特定の場所(森林、海岸、遊園地)や、よその施設を借りたものが比較的多く、これはキャンプ形式の指導の場合に使用したものと考えられる。

(10) 個別指導の併用の有無

対象児に対して、個別の面接や治療を集団指導と併用した例は、ケースによって併用した場合も含めると全回答の82.6%を占めた。

(表8)

この事実は児童を対象とする場合、発達のみにては診断を確定しにくく、治療をしながらの診断という意味での個別面接が必要であることや、狭義の集団精神療法というよりも、広義の集団療法、集団指導を行なっている場

表7. 指導の場所

屋内の一定の場所	54.56
屋内だが一定の場所でない	4.88
屋外の決まった場所	6.16
屋外だが決まった場所でない	3.61
よその施設を借りた	11.04
特別な場所	14.23
その他	5.52 (%)

表8. 個別指導の併用

行なった	40.92
行なわぬ	15.72
ケースによって併用	41.73
その他	1.63 (%)

合が多いので、その指導の限界を補うべく、どうしても個別指導が必要となってくるのではないかと推測される。

(11) 指導を行なうスタッフの職種

指導者の職種は(表9)に示したように、心理と福祉にかかわる職種が多い。しかし、児童相談所、医療機関、教育・福祉施設の各機関別にみると、児童相談所では心理と福祉、医療機関では医師と心理、教育・福祉施設では心理と教育が、指導に当る職種のおおの

表9. 指導の職種

心 理	27.80
福 祉	14.16
保 母	10.60
医 師	9.73
ボランティア	9.04
看護婦・保健婦	8.34
指 導 員	7.12
教 育	4.12
スピーチセラピスト	3.21
作業療法士	0.78
その他	5.04 (%)

図5. 機関別にみた指導者の職種

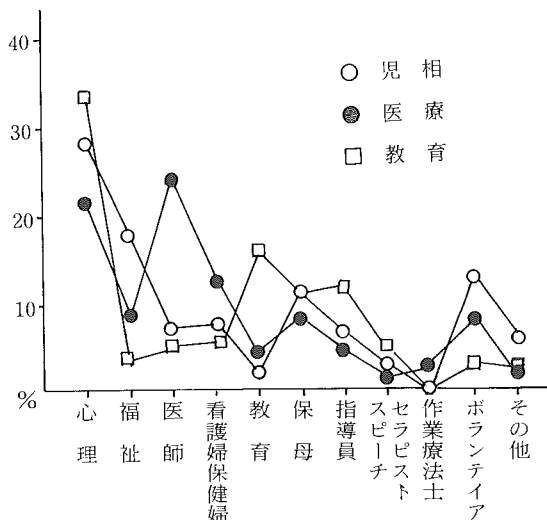


表10 指導者の人数

1 人	10.61
2 人	11.56
3 人	16.75
4 人	10.85
4人以上	41.27
その他	8.96 (%)

1位と2位であった。(図5)

この結果は各施設の職員構成がそのまま集団指導を行なう指導者の職種と重なると考えられる。スピーチ・セラピストや、作業療法士などが比較的少ないが、児童の障害や症状によっては、将来これらの特殊な職種を指導者として導入する必要があると考えられる。

(12) 指導を行なうスタッフの人数

指導者の人数は、4人以上参加するとの回答が全回答の41.3%でもっとも多い。(表10)

このように多数の指導者が参加する理由は、年齢の低い対象児が多く、その障害も精神薄弱児、自閉症児など、集団としての統制が困難なものが多く含まれることや、キャンプ形

式での指導に多人数の指導が必要であったためと考えられる。(表10)

(13) 児童の集団指導の目的

全体としては表11のように、社会性の訓練や、対人関係の改善など、対象児の社会性の発達を、集団指導の主な目的としている場合が多い。(表11)

対象児の障害や症状別に、目的の相違を見ると、精神薄弱児、言語発達遅滞児、自閉症児、自閉傾向児では、「運動能力や言語能力を増す」や「親との分離不安の克服」が高位であり、社会性の発達を目指すと同時に諸能力の訓練を目的としている。

また、登校拒否児では「自信をつけさせる」

表11. 指導の目的

社会性の訓練	13.73	互いの親睦をはかる	4.01
対人関係の改善をはかる	13.67	互いの支持により訓練に耐させる	2.43
運動能力や言語能力を増す	11.70	社会に出るためのリハーサルとする	1.71
行動面の改善をはかる	10.58	自分の病気について正しい知識をもたせる	1.12
親との分離不安の克服	9.20	技術や技能をつける	0.99
自信をつけさせる	7.69	家庭的雰囲気を与える	0.72
集団所属感や連帯感を育てる	7.62	家庭に代って行儀作法の訓練	0.59
新しい未知の体験をさせる	7.29	そ の 他	1.71(%)
性格面の改善をはかる	5.26		

表12. 対象児の問題別にみた子の指導目的

	精神薄弱児・言語発達遅滞児 自閉症児・自閉傾向児	登 校 拒 否
1位	社会性の訓練	社会性の訓練
2位	運動能力や言語能力を増す	自信をつけさせる
3位	対人関係の改善をはかる	対人関係の改善をはかる
4位	親との分離不安の克服	行動面の改善をはかる
5位	行動面の改善をはかる	新しい未知の体験をさせる

表13. 親の指導目的

子どもに対する親の理解を深める	28.10	親の連帯感を育てる	12.18
親の不安の解消	19.32	補助治療者として親の訓練	7.35
親の問題への洞察	15.70	親のグループの組織化・社会参加の促進	4.28
親に対する教育指導	12.40	そ の 他	0.66

と「新しい未知の体験をさせる」が高位であり、集団指導を対象児の経験を広げる場として位置づける傾向があると考えられる。(表12)

(14) 保護者の集団指導の目的

保護者の集団指導の目的は、表13に見られるように、「子どもに対する親の理解を深める」や「親の不安の解消」など、保護者の意識の啓蒙や保護者自身に対して精神衛生の改善をはかることが主な目的となっている。その反面、「補助治療者としての親の訓練」や「親のグループの組織化、社会化の促進」などが低く、これは対象とする児童の障害の種類(たとえば、身体的な疾患が少ない)や年齢(出生直後の早期のものが少ない)との関係、また施設の性質によると思われる。(表13)

4. 集団指導を行なう際の問題点

集団指導の実施の際の問題点など集団指導に関する意見を求めた。その結果、239の独立した内容を持つ記述が得られた。類似の内容を持つ記述を整理すると、おおむね以下の三つのカテゴリー、に分類される。

- ① 集団指導実施の際の治療技術や効果に関する意見
- ② 物理的、人的資源の不足や不備に関する訴え
- ③ 他機関との連携に関する意見

①のカテゴリー、に分類された記述がもっとも多く、全記述の52.3%であった。その内容は多様であったが、主なものを挙げると、集団指導の技術の開発を要望する意見や、治療技術や知識を習得したスタッフの不足、技術の習得の機会がない。また、指導の効果をあげるほどの治療回数や治療期間がとれないなどの訴えや、対象者の持つ障害や症状がさまざまで単一の集団として指導することが困難であるといった、集団指導を実施していてもその現状に必ずしも満足していないことを表明する意見などであった。

②のカテゴリーに分類された記述は、全記述の28.0%であり、比較的類似の意見が多く、スタッフの不足や治療施設・設備の不備、予算の不足などが主な意見であった。

③のカテゴリーに分類された記述は、全記述の10.9%を占め、その中には学校、幼稚園、保育所との連携や、他の相談施設や治療機関との連絡が円滑でなく、治療の効果に影響していることを訴えるものや、児童相談所に特有であったが、精神薄弱児や自閉症児などに対する行政的施設のおくれのために、集団指導がこれらの子どもの幼稚園や保育所に代る補償的な集団の場となっているなど、行政の障害児対策に対する要望も含まれていた。

III 児童精神衛生部における電話相談の統計 (昭和53年から55年まで)

児童精神衛生部 池田由子 河野洋二郎
西川祐一 中川幸
和田香譽 成田年重
社会精神衛生部 和田修一

はじめに：

児童精神衛生部に対する電話相談は、昭和54年の社会復帰相談庁舎の完成による児童臨床設備と職員の充実と平行するかのよう次第に増加してきた。

児童関係の電話相談というものは昭和46年に民間のいわゆる「赤ちゃん110番」が開始されたのが最初であるが、公的機関の電話相談としては昭和30年に東京都の都民生活局都民相談部が、育児、妊娠、保健などを対象としてサービスを始めていたといわれている。

現在は県、市などの児童相談所、教育委員会や、民間の法人、新聞社、婦人団体、個人などが育児・教育相談のみならず、性、非行、疾病、中高年問題、老人問題などきわめて広範囲にわたって電話によるサービスを行っており、公的機関では市や県の広報、テレビ、ラジオなどを通じてその存在を市民にPRしている。地方自治体による育児を中心とした電話相談の報告を見ると、全体の70～77%が電話相談のみで問題が解決しているという結果が出ている。

児童精神衛生部は昭和42～43年頃双生児研究がいくつかの新聞で紹介されたおりに双生児相談を受けると報道されたので、双生児についての相談は親や教師から継続的にあるものの、積極的に電話による児童精神衛生相談をPRしたことはない。また、専門の電話相談員もおらず、部員が交代で研究や臨床活動の間に電話を受けているといった状態であるが、近年の電話受信数の急激な増加から正式に「電話相談簿」を設けて記録に留めるようになった。このような増加はおそらく電話の架設が進んだことと、

従来の手紙による相談よりも現代の母親にとって電話がより利用しやすい方法になっているなどの理由によると思われるが、同時に児童精神衛生におけるさまざまな深刻な問題や都市化の中で孤立する家族の姿を反映しているとも考えられる。そこで、いろいろの点で不備はあるものの電話相談簿の内容をコンピューターで処理してその結果をまとめてみることにした。

以下に示すのはその結果である。

1. 相談件数の推移

各年の相談件数は、昭和53年が8ヶ月間に22件、昭和54年1月より12月までの1年間に131件、昭和55年1月より12月までの1年間に159件と漸次増加の傾向にある。相談期間2年8ヶ月間に総計312件であった。(表1)

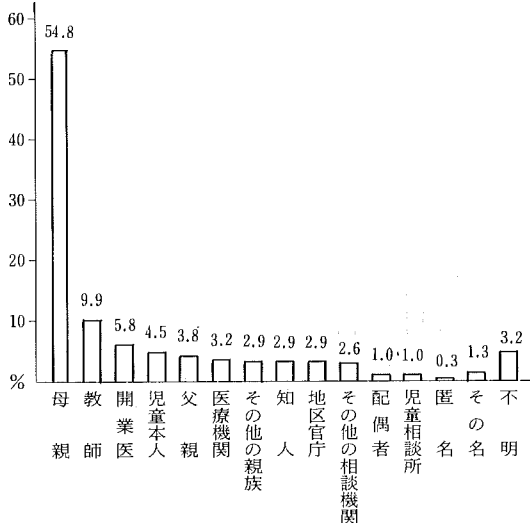
表1. 相談件数

昭和53年5月～12月	22
昭和54年1月～12月	131
昭和55年1月～12月	159
合計	312件

2. 相談者の状況

相談の電話をかけてくる者は、図1に示すとおり、母親が54.8%と圧倒的に多い。次に比較的多いのは、教師の9.9%であった。以下、開業医5.8%、児童本人4.5%、父親3.8%、医療機関3.2%、その他の親族2.9%、知人2.9%、地区官庁2.9%、その他の相談機関2.6%、配偶者1.0%、児童相談所1.0%、匿名0.3%、その他1.3%、不明3.2%であった。

図1. 相談者



両親からの相談では、母親による相談が主で、父親による相談は非常に少数である。この傾向は6才以下の児童についての相談において顕著で、母親によるこの年令の子どもの相談が39件(70.9%)であるのに対し、父親による相談はわずかに1件(1.8%)であった。

教師による相談は、相談の対象児が中学生および高校生の場合に多く、相談の内容は学校への不登校や、学内および家庭内での異常行動を訴えるものであった。

開業医、医療機関、児童相談所、地区官庁、その他の相談所など対象児の相談や治療に係っている機関等からの相談は総計すると20.0%に達する。これらの相談は対象児に関するより専門的な診察や助言の依頼であった。

なお、図中の配偶者は、電話をかけてきた名目は子どもの問題であっても、実際の主な相談の内容は配偶者への不満や配偶者の子どもへの態度を問題として訴えた場合を示している。また匿名は、相談者と対象児の関係を明らかにしない場合を示している。

次に、相談者の居住地域をみると、図2のように、千葉県在住のものが56.4%で過半数を占めている。次に東京都が26.0%で比較的高い。他の関東圏内の地域は、埼玉県4.8%、

神奈川県4.2%、茨城県1.6%、栃木県0.3%と遠距離となるに従い減少する。また、関東圏外の相談も13件(4.2%)あった。

次に電話による相談の回数をみると、表2のように、1回きりの相談が229件、2回目の相談が35件、3回以上の相談が16件、過去に來所していたケースで再度相談を依頼してきたものが31件であった。1回のみ相談が圧倒的に多いが、これは相談の処置の際に、実際に來所することや適切な医療・相談機関を紹介したためである。

次に、電話相談をかけてくるまでの経路をみると表3のように、新聞記事や知人からの伝聞により直接電話をかけてきたものが195件、医療・相談機関より紹介されて電話をしてきたものが65件であった。

図2. 地域別の相談件数

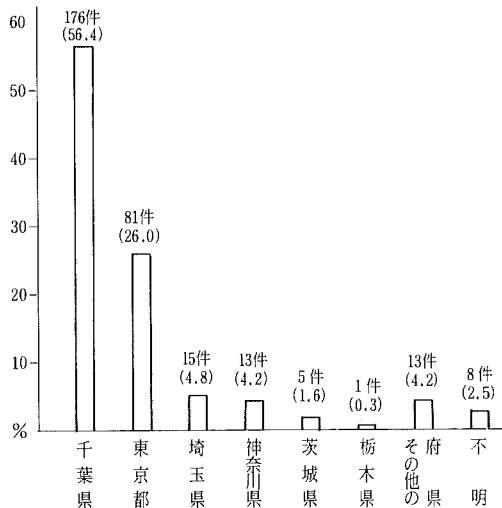


表2. 相談回数

1	回	229
2	回	35
3	回～6回	16
過去に來所し、再度電話相談したもの		31
不明		1
合計		312

表 3 . 相談経路

直接電話をかけてきたもの	195
紹介により電話をかけてきたもの	65
医療相談機関からの直接の問合せ	48
その他	4
合計	312

表 4 . 受診歴

相談治療歴のあるもの	144
これまでに受診歴のないもの	109
継続相談者とか施設・薬・病院等の問合せ	56
その他(再度相談・その他の問合せ等)	3
合計	312

また、対象児が現在の相談内容に関して過去に他の医療・相談機関に受診した経歴をみると、表 4 のように、相談や治療歴のあるものは144件、受診歴がなく初めて相談してきたものが109件であった。過去に医療・相談機関で診療や相談を受けたものが若干多い結果となっている。

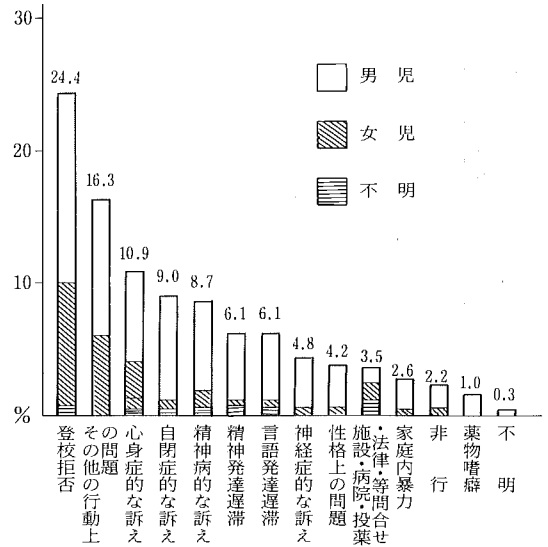
3 . 相談内容

相談内容の分類は、相談者の訴えのうち主訴となる内容に基いている。いずれも、電話による相談であるため確定した診断名ではない。また、相談者の述べる内容が曖昧なものについては、「その他の行動上の問題」(例、落ち着きがなく、自己中心的で、動物を虐待する等)や「性格上の問題」(例、自己の内面を素直に表現できない等)などに分類した。

相談内容の分類の結果は、図 3 に示すとおり、登校拒否24.4%、その他の行動上の問題16.3%、心身症的な問題10.9%、自閉症的な訴え9.0%、精神病的な訴え8.7%、精神発達遅滞6.1%、言語発達遅滞6.1%、神経症的訴え4.8%、性格上の問題4.2%、施設・病院・投薬、法律等の問合せ3.5%、家庭内暴力2.6%、非行2.2%、薬物嗜癖1.0%であった。(図3)

相談の対象児の性別は、いずれの項目にお

図 3 . 相談内容



いても、男児のほうが女児よりも多く、男女比が比較的少ないものは、施設・病院・投薬法律等の問合せの場合で、他の項目の多くは男児が女児の2倍を越えている。(表5)

4 . 対象児の年齢と相談内容

対象児の年齢分布は、表 6 に示すとおりである。0ヶ月児から高校生まで各3ヶ年を比較すると、年齢が高くなるに従い増加する傾向にある。また、年齢と主訴との関連をみると、6才以下の児童では、言語発達遅滞、精神発達遅滞および自閉症的な訴えを主訴とするものがこの年齢の63.6%を占めている。また、就学以後では、登校拒否が学歴の上昇にともない増加する。心身症的な訴えは小学校高学年とその前後の小学校低学年、中学生に多い。(表6)

5 . 相談の処置状況

相談の処置は、来所予約、他機関への紹介助言および電話による経過観察に分類される。表 7 に示すように、来所予約したものは130件、他機関へ紹介したものが69件、助言により相談を終結したものが36件、電話により経

図4 処置と相談内容

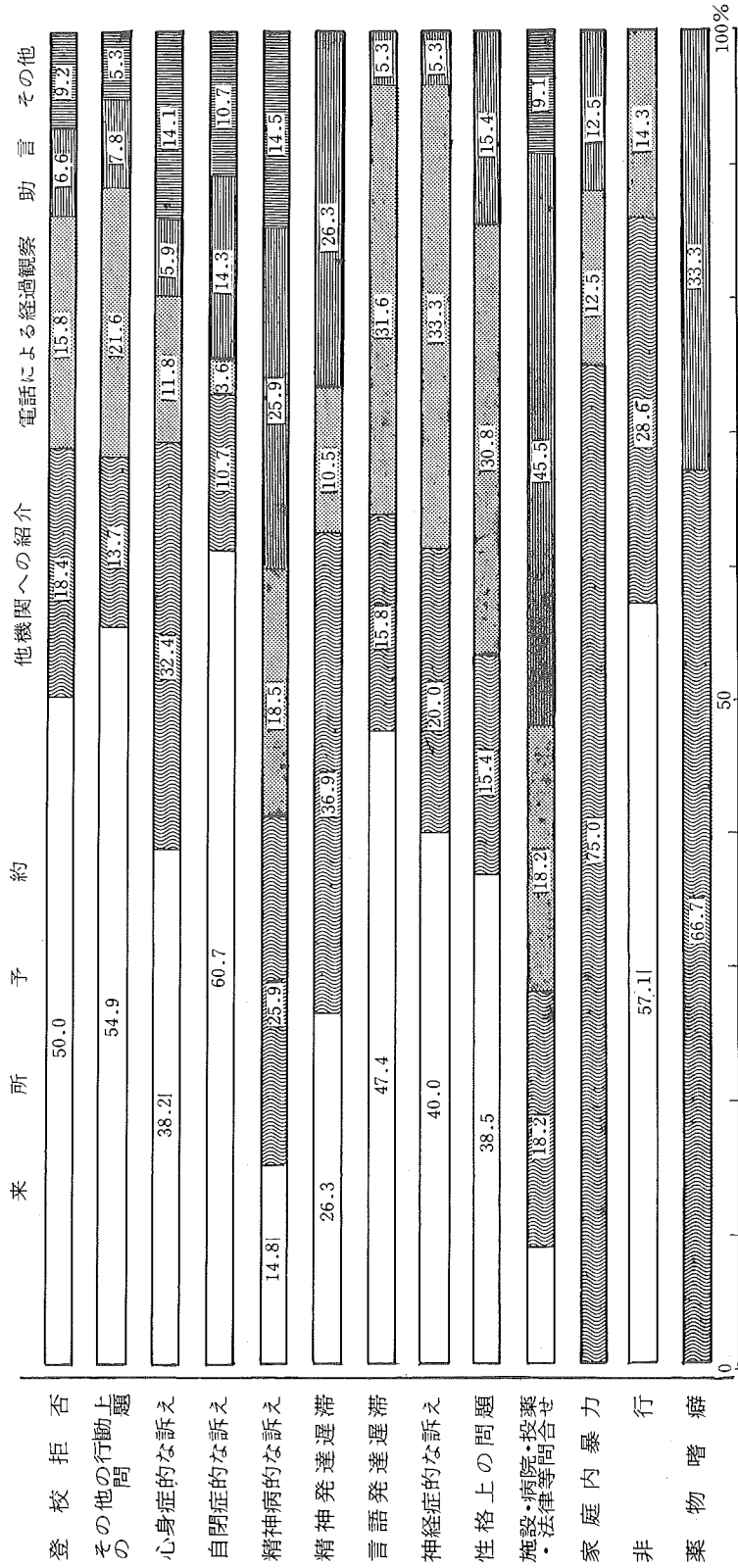


表5 相談内容

	男	女	不明	計
登校拒否	48	26	2	76
その他の行動上の問題	34	17	0	51
心身症的な訴え	21	12	1	34
自閉症的な訴え	24	3	1	28
精神病的な訴え	19	6	2	27
精神発達遅滞	13	6	3	19
言語発達遅滞	15	2	2	19
神経症的な訴え	13	2	0	15
性格上の問題	9	2	2	13
施設・病院・投薬・法律等問合せ	9	4	2	11
家庭内暴力	7	1	0	8
非行	5	2	0	7
薬物嗜癖	3	0	0	3
不明	1	0	0	1
合計	217	80	15	312

表7 処置状況

来所予約	130
他機関への紹介	69
電話による経過観察	55
助言	36
その他	13
不明	9
合計	312

表6 対象児の年齢と相談内容

	0-3歳	4-6歳	小学校 低学年	小学校 高学年	中学生	高校生	浪人生	大学生	専門学校生 有職青年等	成人	不明	合計
登校拒否	0	2	9	17	18	27	2	0	0	0	1	76
その他の行動上の問題	4	7	10	12	7	9	0	0	1	0	1	51
心身症的な訴え	1	0	5	11	5	2	0	1	0	8	1	34
自閉症的な訴え	3	7	2	4	11	0	0	0	1	0	0	28
精神病的な訴え	0	1	0	1	3	10	1	0	1	8	2	27
精神発達遅滞	3	7	6	2	0	0	0	0	0	0	1	19
言語発達遅滞	9	6	0	2	0	0	1	0	0	0	1	19
神経症的な訴え	0	0	1	1	1	3	0	0	0	9	0	15
性格上の問題	1	3	1	4	3	1	0	0	0	0	0	13
施設・病院・投薬 法律等問合せ	0	1	0	1	4	1	0	0	0	2	2	11
家庭内暴力	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	0	8
非行	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	7
薬物嗜癖	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	21	34	35	55	55	63	4	1	7	27	10	312

過を観察したものが55件であった。半数以上は、実際の来所あるいは他の医療・相談機関への受診等、直接の診療や相談をうけるよう促している。この点が従来の電話育児相談の報告と異っている。

次に、処置と相談内容の関連は図4に示すように、登校拒否、その他の行動問題、自閉症的な訴えの相談内容は半数以上が相談予約をしている。精神病的な訴えが他機関を紹介や助言、電話による経過観察が比較的多いのは、当所で投薬ができないためであることと、他の医療機関に受診中の者が相談してきた場合に来所予約をひかえているためである。(図4)

おわりに：

電話による相談は昭和56年に至って更に件数がふえており、それは必然的に臨床相談事例の増加につながっている。また、緊急の事例も多いので、一部の相談機関のように1ヶ月、2ヶ

月先の来所予約というわけにもゆかない。その点、地域における児童精神衛生ネットワークの必要性が痛感され、今後の対応を考慮せねばならない。

当部では電話を受けるのは医師と心理学者が主であるが、最近感ずることのひとつは、児童や青少年の問題をめぐって、親と教師(幼稚園、保育園、小学校、中学校、高校)の間に対立があつたり相互に不信感の強いことと、家族と医療機関の間にコミュニケーションの乏しいことである。

指導、治療、投薬の方法、診断などに不信の念がありそれを表現できずに電話相談を利用し自分の意見を権威づけようという場合がしばしば認められることである。昭和35年頃から育児に関する出版物が急増しているといわれるが、過剰になっている情報の整理や外国におけるような精神衛生の情報センターの設置の必要性も痛感された。

IV 精神病長期療養者の家族に関する2地域調査

石原 邦雄

I. 調査の背景と目的

大多数の精神病患者にとって家族は保護義務者という法的位置づけのみでなく実質的にも最も近い関係にあり、療養・社会復帰に対して重要な機能を担っている。こうした患者の家族に焦点をあて、患者の保護・扶養の主体として持つ患者との関係と、自力及び、社会制度の利用による問題解決の方法についての態度について現状を明らかにすることによって、精神衛生サービスの受け手側のシステムの実態とニーズを把握する目的で調査を実施した。またその際、地域による差異と類似性の識別を重視して、2県における比較調査の形をとった。この調査は国立精神衛生研究所における特別研究「精神衛生における地域の受給システムの実態と評価法に関する研究」（昭和53～55年度）の一環としてなされたものである。

II. 調査対象と調査方法

熊本県及び宮城県の精神病院協会の協力を基盤として、両県下の全精神医療施設を対象に、病床数と外来患者数に比例させて各病院に対象患者（家族）数を割り当て、病院を通して各家庭に郵送法によって調査票を配布し約1カ月後に回収した。実施時期は、熊本が昭和54年8月、宮城が55年11月である。両県の精神医療機関の数と調査実績は表1のとおりである。両県とも、ほぼ全機関にわたって家族の協力が得られ、回収率も熊本69%、宮城64%と郵送法によるこの種の調査としては極めて高い回収率が確保された。

III. 調査結果

ここでは「患者家族の実状と要望調査」と題した調査票の設問に従って、熊本・宮城両県の

表1. 熊本・宮城両県の精神科医療施設数と今回の調査実績

	熊本県	宮城県
国立病院	4	3
民間病院	40	22
精神科病床数 100床未満	—	5
100～199	24	10
200～299	13	6
300床以上	3	1
精神科診療所	5	8
施設総数	49	33
家族の協力を得られた施設数	45	32
配布総数	2,295	2,143
回収数	1,765	1,435
うち有効票数	1,587	1,365
有効回収数	69.2%	63.7%
調査期間	54年8月	55年12月

結果の差異と類似性に着目しながら概観してみる。

集計結果は紙幅の関係で各節のおわりに集約した形で示してある。各変数（質問項目）の主要な回答カテゴリーを表示したので、掲示した回答カテゴリーの比率（%）を加算しても100%にならない場合がある点に注意されたい。また百分率は、無回答と非該当ケースを除外して計算したので、合計の実数か熊本1,587、宮城1,365、計2,952ケースより少なくなっている場合が含まれる。集計表の右端にカイ自乗検定結果を記号で付した（NSは有意差なし、*は5%水準、**は1%、***は0.1%以下の危険率で有意差が認められることを示している。また本文中に添えてある符号も同様の意味である）。

A. どんな患者さん（の家族）を調査したか（患者の属性）

年齢（V1）では、全体で6割以上が25歳～44歳の間に納まる。宮城サンプルの方が高年齢

層の割合が高い*。この年齢分布の差は、更に入院・外来（V13）の変数でダブルクロス表をつくると、入院群には差がなく、もっぱら外来群に地域による年齢分布の差があることが判る。即ち、熊本では24歳未満層が外来により多く、宮城では35歳以上の高齢層のサンプルがより多い*。病気の年数（V4）では逆に、外来には地域差なく、入院群で、10年を境に熊本が発病後の期間が短かく、宮城に長い患者が多い**。入院回数では、外来群に差がなく、入院群のみで、宮城の方に回数の多い者の割合が高い***。性別では全体で男55対女45の割合だが、宮城で女性の比率が相対的に高い*。学歴、発病時の職業には両地域に差がない。発病からの年数（V4）は、10年を境として宮城の方が長期患者が多い*、また入院回数（V6）でも3回を境として宮城の方が回数が多くなる*。

患者の病名（V7）は調査依頼の主旨を反映して分裂病が中心である（全体の67%）が、宮城の方でこれに集中しており、熊本では病名を知らないと答えた家族の比率が11%と相対的に高い***。入院中か否か（V13）でみると、熊本サンプルで入院比率がかなり高い（77%対69%）。今回の入院期間（V16）では両県に差はみられず、5年以上の継続入院中が4割を越え、10年以上も全体の4分の1以上に達する。入院の病棟区分（V14）では、宮城サンプルの方が閉鎖病棟の患者が多い（57%対48%）***。他方在宅患者の医療状況（V15）には差がない。グループ活動やデイケアに参加している患者は4%程度

にとどまる。在宅患者の退院後の期間（V17）をみると、全体として1年以下が3割弱で、5年以上が2割となるが、宮城の方に5年以上の者が多く含まれている点に特徴がある***。また対象患者の中には精神病以外の障害を合わせもつもの（V8 + V9 + V10）が延べ27%もいる点は注意したい。但し、これに地域差は見られない。

現在の社会適応状況を就労との関係を中心にみると（V19）、既に就労している者が約1割、「自分の身のまわりのことはできる」が最も多く45%、「身のまわりも世話が必要」と「わからない」を合わせて26%になる。地域別に見れば、宮城の方が若干、能力の高い患者が多く***、熊本では「わからない」と答えた家族の比率が高い。先の病名の認知と合わせ、熊本の方で患者の状態をつかめていない家族がより多い印象がみられる（病院へあずけっぱなし？）。

この働く態力と入院か在宅かの区別との関係を見ると、入院群でも6割以上は「自分の身のまわりのことはできる」状態と判断されているが、「家事の手伝いができる」かそれ以上の態力があるとされた者は1割にとどまる。これに対して在宅群では、「家事手伝い」以上の能力を認められた者が7割以上である。ここから、在宅でいられるひとつの基準としては「身のまわりのことが自分でできる」のみでは足りず、「家事手伝いぐらいはできる」ようでないとな家族に受け入れられにくいのが現実であることが示唆されているように思われる。

《患者属性》

変数番号	変 数 名	主要カテゴリー名	熊 本	宮 城	両地区計	検定
V 1	患 者 年 齢	1. ~19歳	2.0	2.1	2.0	*
		2. 20~24歳	8.2	5.2	6.8	
		3. 25~29歳	16.3	16.5	16.4	
		4. 30~34歳	19.6	17.5	8.5	
		5. 35~39歳	13.5	15.5	14.4	
		6. 40~44歳	13.5	13.4	13.4	
		7. 45~49歳	9.9	12.0	10.9	
		8. 50~54歳	6.7	8.4	7.5	
		9. 55歳~	10.4	9.7	10.1	

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V 2	患者性別	1. 男	56.4	52.0	54.4	*
		2. 女	43.6	48.0	45.6	
V 3	患者の学歴	1. 義務教育	47.4	43.6	45.7	NS
		2. 高等教育	16.8	18.4	17.6	
V 4	発病からの年数	1. 1年以内	2.9	4.2	3.5	*
		2. 1～3年	9.0	7.3	8.2	
		3. 3～5年	8.9	7.9	8.4	
		4. 5～10年	23.7	19.3	21.7	
		5. 10～15年	21.9	23.8	22.7	
		6. 15～20年	15.3	16.5	15.8	
		7. 20～29年	13.5	15.1	14.2	
		8. 30年以上	4.9	6.0	5.4	
V 5	発病時の患者職業	1. 学生	20.6	20.6	20.6	NS
		2. 勤め	36.3	39.2	37.6	
		3. 自営・職人	13.7	12.8	13.3	
		4. 主婦	6.9	8.3	7.6	
		5. 家事手伝い	8.5	6.9	7.7	
V 6	入院回数	1. なし	6.7	7.3	7.0	*
		2. 1回	23.2	18.2	20.9	
		3. 2回	24.3	24.0	24.2	
		4. 3～5回	33.5	36.5	34.9	
		5. 6～9回	9.2	9.8	4.5	
		6. 10回以上	3.0	4.2	3.6	
V 7	病名	1. 分裂病	64.3	71.0	67.4	***
		2. そううつ病	5.5	6.8	6.1	
		3. てんかん	2.1	1.8	1.9	
		4. ノイローゼ	11.9	10.1	11.0	
		5. 自閉症・小児分裂病	1.2	10.1	0.7	
		6. その他	4.6	0.2	3.5	
		7. 病名は知らない	10.6	2.3	9.3	
V 8	他の障害 肢体不自由	1. あり	6.1	5.0	5.6	NS
V 9	〃 低知低い	1. あり	12.6	11.1	11.9	NS
V 10	〃 慢性身体病	1. あり	9.3	10.0	9.7	NS
V 13	入院・外来別	1. 入院中	77.0	68.5	73.1	***
		2. 外来	23.0	31.5	26.9	
V 14	病棟（入院のみ）	1. 閉鎖	47.6	56.5	51.5	***
		2. 開放	51.6	42.8	47.8	

V15	在宅状態（外来のみ）	1. グループ・ディケア活動	3.4	4.5	4.0	NS
		2. 通院かつ服薬	74.5	69.1	71.6	
		3. 通院のみ	1.4	1.4	1.4	
		4. 服薬のみ	19.9	23.0	21.5	
		5. 通院・服薬ともせず	0.8	1.9	1.4	
V16	今回の入院期間	1～4. 1年以内	21.9	28.3	25.0	NS
		5～6. 1～5年	34.2	31.0	32.9	
		7. 5～10年	16.5	14.3	15.6	
		8. 10年以上	26.7	26.4	26.6	
V17	退院からの日数	1.2. 3ヵ月以内	16.9	7.7	11.7	***
		3.4. 3ヵ月～1年以内	19.1	15.5	17.2	
		5. 1～3年	26.2	24.8	25.4	
		6. 3～5年	26.5	25.3	25.9	
		7.8. 5年以上	11.2	27.3	19.8	
V18	働く能力	1.2.3. 正規・パート・訓練中	12.5	14.8	15.6	***
		4. 家事・家業手伝	13.3	17.6	15.3	
		5. 身のまわりのことはできる	44.5	46.2	45.3	
		6. 要介助	10.4	8.5	9.5	
		7. わからない	19.3	12.9	16.4	

B. どんな家族（回答者）が対象となったか。
（家族の属性）

回答者の年齢（V88）は全体の7割以上が50歳以上で、70歳以上の高齢者も17%含まれる。地域別にみると、患者の年齢（V1）での傾向と逆に、熊本の方で高齢者（60歳以上）がより多い*。性別（V89）では全体として男性がやや多く、地域による差はみられない。患者との続柄（V90）で、熊本では父母が多く（63%対55%）、宮城にキョウダイが多い（28%対21%）点*が特徴的である。この違いがその回答者年齢の分布差にリンクしていることが察せられる。世帯構成（V102）でみると、熊本に核家族形態が相対的に多く、宮城では拡大家族の比率がより高いという顕著な差がみられる***。これをやや詳しくいえば、両親と未婚の子からなる核家族が熊本で40%、宮城では33%、片親と未婚の子のいわゆる欠損家族も熊本23%対宮城18%と明瞭な差がみられる。他方、二世代夫婦同居の完全直系家族は7%対11%、年寄の一方のみがいる

欠損直系家族は10%対16%でそれぞれ宮城に多い。また親が死んで、代がわりした後、キョウダイを引きとっている形態（傍系家族）でも5%対8%と宮城の方が多くなっている。なお、単身世帯（患者のみ）（V101）は宮城で若干多くみられるが、それでも3%に満たないまれなケースでしかない。

これに関連して、患者の身元保証人（保護者）（V103）についても、熊本では父（45%）及び母（20%）で65%を占めるのに対して、宮城では54%にとどまり、キョウダイの比率が20%対27%で宮城が高い***。家計の中心者（V104）でも同様の地域差がみられるが、ここでは親の占める率が低下して、その分、キョウダイ（と子）の率が増している。この点も世代交替の進行を反映している点で重要であろう。家の職業、主な収入源（V105）では、宮城に勤め人がより多く、熊本では無職とくに年金生活が多い点*が認められる。これも、先の年齢分布に関連していると思われる。

年取（V106）については、この種の質問が正

確を期し難いという限界はあるものの、200万円未満が全体の5割を占める点で下層の方向にかたよっている点は注意すべきであろう。更に地域別にみれば先の、年齢や職業分布の差を反映して、宮城の方が、収入水準が高い。***

医療費区分（V107）でも顕著な地域差がみられ、熊本では措置入院が31%（宮城は20%）と多く、宮城では国保の36%（熊本27%）が中心である。生保も熊本の方が若干多い。***月々の医

療費負担（V108）は宮城の方が高く、***患者さんの小遣いを家族が負担する額も、宮城の方が高い。***居住歴では両地域とも6割以上が20年以上定住しており、5年以内をまとめても1割にしかならず、圧倒的に地付き層が多く、この点に地域差はない。また両地域とも約3割の回答者が健康の問題をかかえている点も、介助の困難さを増す要因として重要であろう。

《家族属性》

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V88	回答者年齢	1. ~19歳	0.3	0.3	0.3	*
		2. 20~29歳	2.9	2.7	2.8	
		3. 30~39歳	7.0	7.6	7.3	
		4. 40~49歳	15.5	17.6	16.4	
		5. 50~59歳	27.3	31.7	29.3	
		6. 60~69歳	29.3	25.2	27.4	
		7. 70歳以上	17.8	15.0	16.5	
V89	回答者性別	1. 男	52.7	56.3	54.3	N S
		2. 女	47.3	43.7	45.7	
V90	患者との続柄	1. 父母	62.8	54.9	59.2	***
		2. 配偶者	11.9	11.4	11.7	
		3. 兄弟	21.1	28.2	24.4	
		4. 子	2.6	3.2	2.9	
		5. 祖父母	0.2	0.1	0.1	
		6. その他	1.4	2.2	1.8	
V102	家族構成	1. 核家族(夫婦と子)	39.7	32.7	36.3	***
		2. 欠損核家族(母子, 父子)	22.8	17.5	20.3	
		3. 傍系家族(主の兄弟あり)	5.2	7.9	6.4	
		4. 完全直系家族(二夫婦揃い)	7.2	10.6	8.8	
		5. 欠損直系家族(父又は母と子夫婦)	10.4	15.5	12.7	
		6. 下世代欠損直系家族	2.2	1.9	2.1	
		7. 単身	1.6	2.9	2.2	
		8. 不詳	11.0	10.9	10.9	
V103	保護者続柄	1. 父	45.1	38.6	42.3	***
		2. 母	19.9	15.3	17.8	
		3. 配偶者	10.9	11.6	11.2	
		4. 兄弟	19.5	27.3	23.1	
		5. 祖父母	0.3	0.1	0.2	
		6. 子	2.5	2.5	2.5	
		7. その他親族	1.2	2.3	1.7	
		8. きまっていない	0.6	2.1	1.3	

変数 番号	変 数 名	主要カテゴリー名	熊 本	宮 城	両地区計	検定
V 104	家計の中心者	1. 父	39.2	32.9	36.3	***
		2. 母	15.3	11.2	13.4	
		3. 配偶者	10.0	10.6	10.3	
		4. 兄弟	27.6	37.1	32.0	
		5. 祖父母	0.3	0.1	0.2	
		6. 子	3.9	4.1	4.0	
		7. その他	1.3	2.3	1.7	
		8. きまっていない	2.3	1.7	2.1	
V 105	回答者宅の職業・ 収入源	1. 農林漁自営	23.2	22.1	22.7	***
		2. その他自営	14.9	16.2	15.5	
		3. 勤め人	33.6	43.4	38.1	
		4. 無職・資産収入	2.1	1.9	2.0	
		5. 無職・年金	21.6	13.1	17.7	
		6. 無職・生活保護	4.6	3.3	4.0	
V 106	回答者宅年収	1. ~50万円	9.6	4.5	7.3	***
		2. 50~99万円	19.2	10.3	15.0	
		3. 100~199万円	29.7	27.2	28.5	
		4. 200~299万円	20.6	23.7	22.0	
		5. 300~399万円	11.1	17.0	13.9	
		6. 400~499万円	5.5	7.8	6.6	
		7. 500万円以上	4.2	9.4	6.7	
V 107	医療費区分	1. 措置	30.8	19.7	25.7	***
		2. 医療扶助(生保)	22.3	19.6	21.1	
		3. 国保	26.8	35.8	30.9	
		4. 社保(本人)	12.1	13.4	12.7	
		5. 社保(家族)	6.6	10.6	8.4	
		6. 他の公的医療	1.0	0.2	0.6	
		7. 自費	0.5	0.6	0.5	
V 108	医療負担月額	0. なし	42.0	38.6	40.4	***
		1. ~5,000円	20.7	16.5	18.7	
		2. 5千~1万円	10.0	8.2	9.1	
		3. 1万~3万円	4.1	5.6	4.8	
		4. 3万~5万円	6.1	15.0	10.4	
		5. 5万以上	17.1	16.0	16.6	
V 109	小遣い負担月額	0. なし	10.4	10.2	10.3	***
		1. ~5千円	35.2	19.7	28.1	
		2. 5千~1万円	34.1	31.7	33.0	
		3. 1万~2万円	18.7	31.9	24.7	
		4. 2万円以上	1.6	6.6	3.9	

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V111	居住区	1～3. 5年未満	10.1	9.1	9.6	NS
		4. 5～10年	8.6	10.7	9.6	
		5. 10～20年	14.9	16.5	15.6	
		6. 20年以上	23.0	24.2	23.5	
		7. 親の代から	43.5	39.5	41.6	
V112	居住地	1. 市	51.8	54.3	53.0	***
		2,3. 町・村	48.2	45.7	47.0	
V113	回答者の健康状態	1. 大いに健康	10.3	9.2	9.8	NS
		2. まあ健康	61.4	60.6	61.0	
		3. 病気がち	13.2	11.7	12.5	
		4. 長期通院中	13.5	17.0	15.1	
		5. 入院中	1.7	1.5	1.6	
V114	兄弟が患者を引取る見込み (宮城のみ)	1. 十分あり	/	8.1	/	
		2. ある程度あり	/	26.2	/	
		3. 全くなし	/	48.9	/	
		4. 現に世話	/	12.8	/	
		5. 兄弟なし	/	4.0	/	

C. 病状についての見方・家族は何に苦労しているか。

(1) 家族の見方・受けとめ方

病気の経過を家族がどうみているのか (V22) を問うた場合、「回復に向っている」とみている者が37%程度、約3割が「良くも悪くもならない」とみており、残り3割が「良くなったり悪化したりの繰返し」とみており、はっきり「悪化している」とする答えは、わずかであった。これに地域差はない。病気の重篤さについて問うと (V23)、両県込みにして「相当重い」とみている家族は16%、「やや重い」37%、「やや軽い」32%となるが、「相当軽い」8%のほかに「病気とは思えない」が7%ある点は、療養や社会復帰の段階での複雑さや困難さに結びつく問題点のひとつのあらわれとみられる。さらに、地域別では、宮城の方が「重い」とみている者が多く、熊本では「やや軽い」とみる者が中心で、両県の間^{***}に明瞭な差がみられる。

「早く処置すればもっと短期に治せたので

はないか」(V24) と思う家族が両地域とも43%いる点で共通し、また「育て方によっては病気にならなかったのでは」(V24) と思う家族は両地域で6割にもなる。こうした家族側である種の罪障感のような気持ちだが、一面で家族が長期化した患者を世話しつづける、ひとつの責任感や使命感を支えている点は注意すべきであろう。しかしだからといって、後に示すように家族は現実にも多くの困難を抱えるので、「自分だけが犠牲になっている」(V45) というやりきれなさは7割近くの家族が感じており、気持ちが割り切れているわけではない。

「患者の気持ちの理解」(V25) が「十分できる」とする者は宮城の方に若干多いが、総じていえば、理解の困難を訴える者が宮城の方により多い。^{***}そして「回答者と患者との関係がうまくいっているか」(V26) との問いに対しては、熊本の方でうまくいっている^{**} (45%) と答える比率が宮城より高い。

家族の立場で患者の病状につながる欠点や弱点をどう捉えているかについて10項目を立

てて問うた結果（V31の複数回答を分解して集計。A1～A10）では、「生活能力の低下」を挙げる者が最高で約4割、「やる気がない」もほぼ4割、次いで「幻覚・妄想などの症状」「過敏すぎる」「人づき合いが出来ない」、「身勝手」の4項目が3割前後、「乱暴する」「融通がきかぬ」「ボンヤリしている」が15%程度という回答率で、地域差はほとんど全くない。この点で、分裂病を中心とした精神病患者がまわりの者に「異常」として与える印象はかなり一般性があると言ってよいだろう。このうち第1に治ってほしい点をしばって答えを求めると（V31）、若干順位が入れかわり、第1位は「幻覚・妄想などの症状」（21%）、「やる気がない」（17%）、「生活力低下」と「敏感すぎる」（13%）の順になる。各項目への分散が激しい点では「患者」として一括しにくいことが示されているといえよう。

(2) 家族の困難

そこで家族がどのような問題に困難を感じ、

《病状についての見方・家族の苦労》

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V21	早く処置すれば短期に治せた	1. はい	43.6	43.2	43.4	*
		2. いいえ	11.9	14.9	13.3	
V22	病気の経過	1. 良好	38.0	36.9	37.5	NS
		2. 良くも悪くもならぬ	30.4	29.1	29.8	
		3. 悪化	2.5	1.9	2.3	
		4. 繰返し	29.1	32.1	30.5	
V23	病気の軽重	1. 相当重い	13.5	19.5	16.3	***
		2. やゝ重い	35.6	37.9	36.7	
		3. やゝ軽い	37.2	26.8	32.4	
		4. 相当軽い	7.6	7.9	7.7	
		5. 病気とは思えぬ	6.1	8.0	7.0	
V24	育て方の後悔	1. よくある	20.5	20.0	20.2	NS
		2. 時々ある	36.5	34.2	35.5	
V25	患者の気持・行動の理解	1. 十分理解	15.1	17.9	16.4	***
		2. かなり理解	41.0	33.1	37.4	
		3. あまりしてない	31.2	35.4	33.1	
		4. ほとんどない	12.7	13.6	13.1	

苦労しているかについて12項目に分けて質問した結果、「苦労が大いにある」と答えた者の比率を示すと、表V32～V43のようになる。

「将来の見通しが立たない」、「回復後の職場や訓練の場がない」、「他の家族の縁談などへの支障」、「家庭の平和がくずれる」などの訴えが、3割以上の家族から出され、中心的なものである。地域差に注目すると、まず全体として宮城の方が困難を訴える個数が多いことがいえる。^{**}項目別にみれば、「縁談などへの支障」、「家族の平和がくずれる」、「経済的負担」、「服薬持続」などで宮城の方に訴えがより強く、率は低いが、「病院との考え方のズレ」に悩む家族も宮城の方に有意に多い。これに対して熊本の方に有意に多い訴えは「手がかかって世話しきれない」の1項目だけであった。

こうした事情を反映して、「患者を抱えて自分だけが犠牲になっている」(V45)と感^{**}じている者は宮城の方により多い。

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V 26	患者との人間関係	1. うまくいっている	44.9	39.8	42.5	**
		2. まあうまくいっている	41.9	42.4	42.1	
		3. あまりうまくいってない	9.9	13.3	11.5	
		4. うまくいってない	3.3	4.5	3.9	

〈患者の弱点・欠点〉

A 1	我まま, 身勝手	1. あり	26.3	26.6	26.5	NS
A 2	融通がきかない	1. あり	14.0	17.7	15.7	**
A 3	妄想, 幻聴など	1. あり	30.8	29.6	30.3	NS
A 4	やる気がない	1. あり	39.8	38.3	39.1	NS
A 5	気を使いすぎ, 過敏	1. あり	29.9	31.3	30.5	NS
A 6	人づきあいできぬ	1. あり	30.9	30.8	30.9	NS
A 7	イライラや乱暴	1. あり	16.9	18.5	17.6	NS
A 8	ぼんやり, だらしない	1. あり	15.4	14.1	14.8	NS
A 9	生活力, 労働能力低下	1. あり	41.0	39.6	40.3	NS
A 10	その他	1. あり	5.9	6.5	6.2	NS

〈家族の困難〉

V 32	服薬継続の苦労	1. 大いにあり	23.1	28.7	25.7	**
V 33	暴力や他人への迷惑	1. 〃	12.1	13.9	12.9	NS
V 34	自殺の心配	1. 〃	4.0	5.5	4.7	NS
V 35	医療費等経済負担	1. 〃	30.6	38.9	34.5	***
V 36	他の家族員への影響	1. 〃	35.3	44.6	39.6	***
V 37	近隣とのトラブル	1. 〃	17.1	18.4	17.7	NS
V 38	将来の見通し不安	1. 〃	56.9	58.7	57.7	NS
V 39	病院と家族の考えのズレ	1. 〃	3.5	6.9	5.1	***
V 40	回復後の働く場	1. 〃	50.7	53.3	51.9	NS
V 41	手がかかりすぎる	1. 〃	21.5	17.6	19.7	**
V 42	住宅条件	1. 〃	23.7	26.5	25.0	NS
V 43	家族との平和がくずれる	1. 〃	32.3	40.3	36.1	***
V 45	犠牲になっている感じ	1. 大にある	25.9	31.6	28.6	**
		2. 少しある	40.0	38.9	39.5	
		3. ほとんどない	34.1	29.5	31.9	

D. 家族の要望と社会復帰の展望

(1). 社会人としての見込みと生活基盤

患者が今後, 社会人として十分やっつけられる見込みがあるか (V50) という問いに「十分見込みあり」と答えたのは10%以下しかおらず, ある程度見込みがあるとする者を加えても3割以下である。他方「全く期待できない」が4分の1を上まわり, 「期待はするが

見込みは薄いと思う」を合わせると約6割の家族が悲観的である。これは熊本・宮城に共通してみられる傾向である。こうした中で, 患者の身の置き所・当面の生活基盤 (V52) として家族が考えるものは「病院」か「家族と同居」が最も主要な選択になっている。その際, 熊本では病院 (36%), 宮城では家族同居 (34%) と第1位が逆転している点は大きな差異である。^{***}「病院以外の施設」を考え

る者も宮城に多い(14%対10%)。将来の患者の暮しの手立て (V53) についても地域差は大きく、熊本では本人の自活 (26%) とほぼ同等に年金 (24%) があてにされているのに対して宮城では「本人の自活」が一層多くなり (30%)、年金よりも「残った家族に扶養を頼む」(20%)が第2位に上がっている。障害の重い患者の最終的な扶養責任を誰が負うべ

きかという判断を問う (V54) と、前記2問との関連は直接みられず、熊本の方に親族扶養優先の考え方がやや多く、宮城では熊本に比べて「子供のうちは親がみて、成人後は公的責任で」という意見が多い点に特徴がみられる。いずれにしても5割以上が親族扶養を基礎に考えている点で、障害者家族はみずからに重い責任を引き受けている実情がわかる。

《家族の要望と社会復帰の展望》

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
V50	社会人としてやれる見込み	1. 十分あり	6.6	8.7	7.6	NS
		2. 見込みはある	18.3	19.0	18.6	
		3. どちらともいえぬ	17.1	14.7	16.0	
		4. 見込み薄	32.7	30.4	31.6	
		5. 全くなし	25.3	27.3	26.2	
V51	経済的援助があれば一人暮らし可能か	1. 十分可能	6.4	8.6	7.4	*
		2. 見込みあり	20.0	17.7	18.9	
		3. どちらとも	19.3	16.5	18.0	
		4. 見込み薄	26.7	28.7	27.6	
		5. 全くなし	27.6	28.5	28.0	
V52	患者の生活基盤をどこに置くか	1. 家族と共に暮す	29.7	34.0	31.7	***
		2. 病院で	35.8	25.0	30.6	
		3. 病院以外の施設	9.6	14.4	11.8	
		4. 信頼できる人にたのむ	2.2	2.0	2.1	
		5. 独立	2.1	2.7	2.4	
		6. 仲間と共に暮す	0.4	1.0	0.7	
		7. わからない	20.2	20.8	20.5	
V53	今後の暮しの手立て	1. 本人自活	25.8	30.1	27.8	***
		2. 資産を残す	4.6	3.6	4.2	
		3. 年金	23.7	17.7	20.9	
		4. 生活保護	9.5	9.1	9.3	
		5. 残った家族に頼る	15.9	19.6	17.6	
		6. その他	2.6	2.2	2.4	
		7. わからない	17.7	17.5	17.8	
V54	扶養・保護責任を誰がとるべきか	1. 親・子	30.9	26.4	28.8	*
		2. 親子・きょうだい	21.1	21.4	21.2	
		3. 親族	3.3	3.7	3.5	
		4. 成人後から公的に	14.3	18.7	16.3	
		5. 最初から公的に	14.9	13.5	14.3	
		6. 本人自身の責任で	15.5	16.2	15.8	

(2) 制度的資源の認知と利用

援助のため公的制度についての認知と利用度を11項目について尋ねてみると（V55～V76）、まず大きくまとめていえば、熊本では生活保護行政中心の援助の普及がより多く、宮城では保健所（婦）活動の普及が強く印象づけられる。これは他から得られる資料とも整合的な結果である。その他、高額医療費や通院医療公費負担、税の控除などについても宮城の方が、認知・利用とも広まっているのも明瞭にみられる相違点である。職親・職業訓練費など就労援助の制度の利用度が低いのは

はまだ当然としても、認知度も他の制度に比べて極端に低く、他方利用希望は最高である点で、これは地域差を越えた最大課題として示されていると言えよう。

これらの制度が普及しない原因をどう見ているか（V77）を問うた質問では、熊本で「制度が知られていない」を挙げる者の比が若干高いのに対して、宮城では「精神病であることを公表することの支障」を挙げる率が高い^{*}点に地域差がみられる。いわゆる偏見の問題は宮城の方により強いのではないかと推測される。

《制度的資源の認知と利用》

公 的 制 度	認 知 度 ^I		利 用 度 ^{II}		利用希望度 ^{III}	
	熊 本	宮 城	熊 本	宮 城	熊 本	宮 城
V55 高額医療費	74.3	78.5	44.0	55.2	38.7	35.0
V57 通院医療公費	38.4	41.3	23.9	30.9	53.2	55.6
V59 障害福祉年金	64.7	64.3	36.4	40.1	54.0	49.9
V61 医療費(入院費)扶助	78.7	73.8	43.7	37.2	43.7	49.5
V63 入院中の日用品費	49.6	43.6	19.0	18.8	61.1	64.4
V65 生活扶助	76.2	71.4	20.0	20.5	57.1	59.8
V67 障害者控除, 医療費控除	59.2	64.6	30.6	37.0	53.3	52.1
V69 国保給付率のうわ積み	40.7	37.3	20.9	20.9	60.3	65.3
V71 職親制度, 職場適応訓練費	15.5	12.9	1.1	1.3	73.4	75.9
V73 精神衛生相談	51.7	60.9	17.8	30.1	55.1	50.0
V75 保健所や役場の訪問指導	49.2	69.5	21.8	44.3	36.8	31.2

I 「知っている」(A)

II 「利用している(またしたことがある)」(B)

III 「できれば利用したい」または「利用したいがあてはまらない」(B)

変数番号	変 数 名	主要カテゴリー名	熊 本	宮 城	合 計	x ² 検定
V77	制度が普及しない理由	1. 知られていない	53.6	50.7	52.2	*
		2. 資格基準がきつい	16.0	16.0	16.0	
		3. 手続きが面倒	10.9	9.1	10.1	
		4. 公表するのを嫌う	19.5	24.2	21.7	

(3) 病院・医療への要望

そこで家族の要望を「病院に対して」と「行政に対して」たずねた結果は次のとおりである。まず病院への要望としては、両地域とも、「治療から社会復帰まで一貫した体制をとってほしい」が半数を越える支持を得て第1位。ついで「必要なときにいつでもすぐ入院させてほしい」「本人や家族が望めば、いつまでも入院させておいてほしい」「新しい治療法を積極的に試みてほしい」などが上位を占める。どちらかという病院への入院中心の医療が求められ、「患者への働きかけ」、「家族への働きかけ」、「従事者ともっと話したい」、「開放的医療の推進」、などの要望は順位が低い。これは、そうした方面が既に十分満たされてからだとの解釈と、家族の方に治療協力、共同への姿勢が弱いためだという見方とに分かれるだろう。地域による差は大きくない。「いつまでも入院できる病院」の要望が宮城に多く、「患者への働きかけを増やす」は熊本に多いことがみられる。これらの差も先に述べたと同様解釈は両面が可能であろう。

(4) 行政への要望

次に行政への要望をみると、地域差よりも共通性が高く読みとれる。半数近くの家族が「一生暮らせる生活施設」と「医療公費負担の充実」を求めており、「職親、訓練、保護工場」の要望も強い。これに対して「いこいの場、ディケア」「患者への訪問指導」「住宅面の援助」などの要望は1割に満たないと

いう点では、必要度が低い項目といえよう。

これは対象者が入院患者の家族が多い点に規定される面があることも注意する必要がある。家族会運動の中心のひとつになっている「福祉法などによる系統的対策の確立」は「思想敬蒙」と同様で2割程の支持を得る段階にとどまる。

(5) 家族会への参加

家族の側の積極的な活動のひとつとしての家族会への参加状況（V82）をみると、熊本のサンプルの加入率が42%で宮城（29%）よりずっと高率である。熊本の場合これが病院家族会中心で、宮城の場合には地域家族会の比率が相対的に高いという点（V83）にも両地域の医療状況、保健婦の活動の差などが反映しているとみられる。会合への参加程度でも、熊本の方が「会合には大体でる」という層の比率が宮城より高い。

(6) 「家」意識

最後に、親族扶養についての考え方を、伝統的な「家」制度に結びつく態度として、老親扶養義務（V85）、ムコ養子の是非（V86）、老人の同居扶養（V87）、の3点について問うと両地域に大きな差がみられ、宮城の方で伝統的な「家」制度にもとづく家族観が強く、熊本では弱いという結果が示された。このちがいが、障害者を抱える家族の形態や保護者の続柄などに結びつくことは、容易に理解される。

〈病院への要望〉

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
B 1	施設の改善・拡充	1. あり	13.5	12.3	12.9	NS
B 2	新しい治療法の試み	1. あり	30.6	31.1	30.8	NS
B 3	先生・看護婦と話したい	1. あり	18.6	17.4	18.1	NS
B 4	いつでも入院させて	1. あり	41.1	43.7	42.3	NS
B 5	いつまでも入院させて	1. あり	33.0	36.7	34.7	*
B 6	個々の患者への働きかけ	1. あり	11.7	8.7	10.3	*

変数番号	変数名	主要カテゴリー名	熊本	宮城	両地区計	検定
B 7	個々の家族への働きかけ	1. あり	7.9	8.3	8.1	NS
B 8	治療から臨床の一貫体制	1. あり	52.2	54.5	53.3	NS
B 9	地域で生活しながら治す	1. あり	30.1	26.9	28.6	P (0.057)
B 10	開放的な医療	1. あり	14.4	13.7	14.1	NS

〈行政への要望〉

C 1	職場開拓・職親・訓練制度	1. あり	43.8	43.6	43.7	NS
C 2	いこいの場・デイケア	1. あり	7.6	8.9	8.2	NS
C 3	一生仕事・生活できる施設	1. あり	51.0	51.5	51.3	NS
C 4	思想の普及・啓蒙	1. あり	24.4	22.7	23.6	NS
C 5	公費負担の充実	1. あり	49.5	48.9	49.2	NS
C 6	患者の指導の充実	1. あり	4.3	6.0	5.1	*
C 7	住宅施策	1. あり	6.8	9.3	8.0	*
C 8	法の整備・系統的対策	1. あり	23.5	21.0	22.3	NS
C 9	病因解明・治療法確立	1. あり	34.7	34.5	34.6	NS
C 10	家族に対する相談・援助	1. あり	12.7	11.3	12.0	NS

〈家族会参加〉

V 82	家族会加入	1. 参加している	42.0	28.7	35.9	***
		2. 参加してみたい	21.4	25.7	23.4	
		3. 参加する気なし	15.6	19.4	17.4	
		4. 家族会なし	20.9	26.2	23.4	
V 83	参加家族会の種別 (参加者のみ)	1. 病院家族会	55.4	47.3	52.4	**
		2. 地域家族会	27.6	37.5	31.3	
		3. 双方に参加	17.0	15.1	16.3	
V 84	家族会参加程度	1. 役員をしている	14.3	15.9	14.9	**
		2. 会合に大体でる	46.0	35.8	42.3	
		3. 会合にたまに出る	32.3	43.1	36.3	
		4. ほとんど出ない	7.3	5.1	6.5	

〈「家」制度意識〉

V 85	親を扶養する責任	1. 長男又は後継	47.8	53.7	50.6	***
V 86	ムコ養子を迎える必要	1. 心要あり	20.7	35.3	27.6	***
V 87	老後の暮らし方	1. 子や孫と同居よし	48.1	64.1	55.6	***

IV. 若干の考察——家族構造と

社会的扶養に関連して——

日本の伝統的な家族形態は「家」制度と呼ばれ、長男があととりとして嫁を迎え、親と同居する直系家族の形態をとり、傍系成員である次・三男や女子は分家、嫁出、養子などとして排出されるパターンをくり返すシステムである。「家

督相続」と呼ばれる包括的な単独相続をするアトツギは、家長としての権限をもつが、扶養共同体としての家は、そのような家長権に服する限り、自立困難な成員の生活を保障する任務を負っていた。通常そうした被扶養者は、未成年の子供と老いた親であったが、家長のキョウダイやオジ、オバ、オイ、メイなども必要に応じ

て「面倒みる」ことはよく行なわれたことであり、それは「家」の規範にのっとったことである。

いま精神病者の問題として考える場合も事情は同じであったと考えてよい。「座敷牢」という言葉は30年前までの医療なき精神病患者処遇の悲惨な状況を象徴するものとして使用されるが、これを反面からいえば、「座敷牢」に押し込めるまでして、家族が病者を背負いつづけていたということにほかならず、家族が全面的に病者の扶養に責任を負っていた（あるいは負わされていた）のである。

いわゆる社会の近代化が進む中で、「家」の制度は崩れてきた歴史があり、「家」の経済基盤もその規範も弱くなってくると、家族の扶養機能は低下して、最も近い親族の間だけの扶養に限定されてくる。老いた親の扶養がどうなるかが問題となる所にまで事態が進んでくるとすると、成人したキョウダイが自立できない場合の扶養は一層望み得なくなってくる。これは善し悪しを別としてひとつの当然な流れである。精神病床の増加と共に、長期の在院患者が増え、また各地の家族会にみられるように年老いた親が、青年期をとうに過ぎた長期患者を抱えて、「自分が死んだ後が…」と悩み抜いている事態も、共に、家族の扶養機能低下に見合うかたちで社会保障・社会福祉の体系が整わない中での矛盾のあらわれと見なければならぬ。精神病患者数の増加はこのような視点からすれば、家族が患者を「抱える」ことのできる程度と関数関係にあると見ることができる。

ところで、日本の伝統的な家族制度について考える際、先に略述したような「家」制度規範が、全国一様に慣習化していたかということについては、むしろ異論がある。いわゆる典型的な「家」制度は、日本の中央部、特に東日本にみられ、西南日本、特にその周辺部では末子相続慣行に代表されるような「非家的」な家族慣行が続いており、「家」制度はむしろ明治維新以後の国家的イデオロギーの下で普遍化したのではないか

と見る説も有力である。

そこでひとつの仮説として、現在の家族扶養機能の状況は、マクロにみれば地域における伝統的な家族規範の強さの程度に関連する、という命題が立てられる。

よく知られているように、精神科の入院患者数あるいは病床数を人口比でみた場合、九州・四国地方が高く、東海・東日本で低いという医療構造の地域的差異がある。これは先に述べた家族構造の歴史的文化的な地域差の仮説と論理整合性があるように思われる。つまり、「家」制度的伝統の弱い地方（たとえば九州）では拡大家族的な形で自立困難な病者を同居扶養する可能性が低く、「家」制度の伝統の強い地方（たとえば東北）では、傍系となった成員をも抱える規範が強いために入院しなくとも家族が受け入れられる基盤がなお強い、ということが考えられるかも知れない。

従来精神衛生に関する地域性の問題は、主として都市化の程度、端的には大都市と農村部との相違点に集中して論じられてきた観がある。当然それは大きな問題であるが、これは日本の精神医療の基礎的構造にみられる地域差としての病床数のアンバランスについては十分に説明できるものではなかった。

そこで、本研究では大都市と農村部との比較より一步前に、工業化都市化はあまり進んでいない点で類似的だが、人口当りの精神病床数には大きな開きのある熊本県と宮城県を選んで、患者家族の実状を捉える調査デザインを立てたのである。精神科の病床数を昭和53年についてみれば、全国平均万対25.8に対して、熊本47.1、宮城19.5と大きなひらきがある。

このような医療構造の差が生じたのはなぜか、に十分な答えはいまだ提出されていない。これを医療サービスの需要・供給のシステム論からみるならば、従来どちらかと言えば、供給の構造の面からの論評が聞かれ、入院中心の医療への批判的見解に結びつきながら、医師・経営者の姿勢の問題として捉えられがちな感があった。

この点について科学的な検討を加える必要は大いに残されているが、本研究ではむしろ医療サービスの需要の側にもこうした地域差を規定する要因があるのではないかという方向からの検討に着目したのである。

いくつかの調査技術上の制約があるけれども、今回の調査結果から上記の仮説をある程度裏づける知見が得られたと考える。以下この点についてまとめてみよう。

1. まず患者を含めた場合の世帯構成でみると、熊本に核家族が多く、宮城に拡大家族が多いこと、とりわけ世帯主のキョウダイの位置に患者を含む形態（傍系家族：S-Nタイプ）が、宮城の方に多く見られる点で明瞭な地域差が確認された。
2. 上記の点は保護の任にある者の続柄に連結するのであって、熊本では父母が65%まで占めるのに対して宮城では、それが54%にとどまり、他方キョウダイが保護者である比率は熊本20%に対して宮城27%と有意な差が認められる。
3. 伝統的な「家」の規範をどの程度現在でも保持しているかを問う意識調査項目においても、熊本に比べて宮城の方で有意に伝統型意識が強い（平均尺度値で宮城2.21に対し熊本2.02）。

以上のことから、伝統的な「家」制度の地盤の弱い熊本県では老いた親が成人した患者を長期に見つづけるか、それが困難な場合には病院にあずけつづける、という形態になりがちで、宮城の方では老いた（あるいは死亡した）親にかわって患者のキョウダイが扶養を親から引きつづぐパターンがなおかなりの程度維持されており、その点で長期化する入院患者（あづけっぱなし、限院しても行き場のない患者）が相対的に少ないということが充分考えられるのである。

家族構成・家族意識の差が両県の病床数の差のひとつの地盤になっていることは、この結果から相当程度確認できる。但し、家族の伝統の

強さを示すこれらの差は、現在の両地域の病床数の大きな差に対応するほどに極端な差ではなかった。従って現状の医療構造の地域差をすべて家族要因に帰せると主張するべくもない。とはいえ従来検討されることのなかった、サービスの受け手の例のマクロな条件も医療構造の地域差の規定要因のひとつであることを確認しえた点の意義は小さくないと思う。

そこで次に、伝統的な家制度規範の強さ、拡大家族形態の多さなどが、病者の見方、問題への対処の仕方とどう結びつくかが問われなければならぬ。

目下、判明している範囲では、「家制度意識」の強さは、家族構成と結びつき（拡大）核家族）、また地域にも結びつく（宮城）熊本）。けれども、それが困難感の訴えや、家族の共感性、患者の社会適応水準などの諸変数とは特定の結びつきが認められない。したがって、家制度にもとづく伝統的扶養観が強い方が患者を背負う気持ちが強く、それに見合って患者への共感性も高く、困難感の訴えはより少なく、そうして患者の状態もより良好である、といったような考える相互関係は、データの限りでは全く確認しえない。勿論これには逆の仮説もあり得る。「家」制度は地位や身分の固定的な強制という面が強い点で、近代社会と近代医学の基盤である個人主義や民主主義的な価値観とは矛盾するから、家制度意識が強い分だけ、患者への共感といった面では弱くなり、その点で患者の状態も良くない、という仮説を持つこともありうるが、この仮説の方も今回のデータは支持していない。

その中で確認しうる点としては、宮城の方が①全般的に困難感の訴えが多いこと（尺度値の平均が宮城9.34に対し熊本8.73）、②外来患者が多いことに支えられて、患者の適応状態を示す指標（OK尺度）の値が高いこと（1.045対0.923）、③患者への共感性は逆に熊本の方が高い結果が表われていること（0.41対0.26）、の諸点が統計的有意差を示すことである。

家意識が強く、拡大家族も多い宮城の方に困難感が強いことは、次のような見方が可能ではないか。地域社会の規範として「家」制度の伝統にもとづく行動様式が存する所では、義務として親族扶養がまわりからも期待されるから家族もこれにのっとった行動をとる（とらざるを得ない）けれども、それは当事者にとってははや、内心からそれを当然と思うほどの道徳律としての強さは保っていないので負担感が強く意識されるということである。熊本の場合、キョウダイが世話をする比率は低いが、その場合には伝統型の扶養意識が強いだけでなく、患者との人間関係が良いと答える比率が宮城よりも有意に高いことに示されるように、まわりからの期待は相対的に弱い中で、自発的に、かつ患者との人間関係の良好さを条件として、キョウダイが世話をしている、という状況がうかがわれるのである。制度的資源が十分活用されない理由についての質問（V77）に関連して、宮城の方が、世間での精神病への偏見がより強い事が示唆されたが、「家」制度的価値観は、個人の尊重という面は弱いから偏見や差別にも結びつきやすい点は否めない。従って、やや誇張して言えば、宮城の方が、伝統的価値規範によって拡大家族的扶養形態はなお維持されているが、偏見もより強い中で、義務感として背負っている状態があり、家族の呻吟はそれだけ強い、ということが言えるのではあるまいか。

今日、病者の長期入院は、国民経済的な観点でロスが多いというだけでなく、治療論、福祉論・人権論からも疑問や批判が多く出されている。成人した患者や回復者の自立・自活していく方途は十分整備されていない現状であるから、病院外に出た自立能力の十分でない病者や回復途上者は家族・親族に依存する以外に道は皆無に近い。そうした現状の中で、日本の家族は伝統に従って自立困難な成員の扶養を担ってきた歴史がある。今回の調査で、そうした家族のあり方も、地域によって文化的な差異があつて、家族の構造とそれに対応する扶養形態にも差異

が存することをある程度明らかにした。しかし、家族主義的な伝統によって親族扶養がより多く見られる宮城県の方で、むしろ患者を抱える家族としての困難感の訴えが熊本より多く、患者への共感的態度がかえって弱い、という事実は、家族が背負うことを期待するだけで問題は解決しないことを如実に示していると言えるだろう。

以上もつばら熊本・宮城の地域差を家族意識と家族構造の観点から、かつ両県の病床数の差異の要因論に結びつけながら考察した。病床数の差に関連するとみられる要因は家族条件に限られるわけではなく、この調査の範囲でも他の要因を指摘することができる。

それは病院外の精神衛生活動の領域の側面である。熊本と宮城では、保健所・役場を中心とした地域での精神衛生活動に大きな差異が存することが認められている。すなわち保健所・役場の精神衛生相談を利用している（したことがある）家族（V74）は熊本19%に対し宮城30%、保健所・役場の保健婦などの訪問指導を受けている（たことがある）家族（V75）が熊本22%に対し宮城は44%にのぼる。これは、今回のサンプルについてだけでなく、行政統計からも確認できる両県の差異である。宮城は高知などと並んで保健婦活動の盛んなことでつとに知られている地域であり、今回の調査結果もこの点をよく反映していると見るべきであろう。

先に記したように宮城の方が、家族の困難感の訴えが強く、患者に対する共感性を持ちにくい状態の中でおかつ家族が患者を背負っている、という状況は、保健婦活動を中心とする地域精神衛生対策によって支えられているのだという側面も十分に考えられるわけである。伝統的家族構造の要素と、地域における行政的サービス活動の要素との規定力の差等及び両者の関連性については、今後更に検討すべき課題である。

付 記

本稿のデータとなった「患者家族の実状と要望調査」については、熊本県精神病院協会（三浦節夫会長）、宮城県精神病院協会（高階憲司会長）をはじめ両県の国公立病院責任者、県衛生部、精神衛生センター（江島達憲、南竜一両所長）、家族連合会など関係各位より多大のご援助を賜ったことを付記し、深謝致します。

V 府県レベルにおける入退院動態の基礎データ

— その 2 —

国立精神衛生研究所 岡上 和雄 和田 修一
大阪府公衆衛生課 山田 一郎
山梨県精神衛生センター 田中 孝雄

ここにあげる資料は、大阪府と山梨県における患者の入退院動態に関するデータで、前年度のそれを補充したものである。

A 大阪府に関するデータ

地域区分、病名区分については後記のとおりである。地域別人口万対入退院件数、病名別入院回数、性・年齢別は、地域別に比較する際の資料となつて思われるので掲載した。再入院までの期間（病名別、分裂病圏回数別）は、不明が多いきらいはあるがマスメディアデータであるので同じく比較検討の資料になりうると考えた。これについては去る昭和44年の厚生省：精神病院実態調査報告の結果を参考として図示してある。分裂病に関する年齢別同意者続柄も基本的な資料であるので掲載してある。退院者の年齢別入院期間は、前述の精神病院実態調査報告の結果の図示と合せて掲載してあるが、これも基礎的なデータとして重要と考えたものである。

居所に関しては、表側に示された通りであるが、ただし幾つかの地区については、幾つかの地域を合併したうえで代表地区名で示してあるので注意を要する。合併の内わけは以下のごとくである。

- ・高槻市……………三島郡島本町を含む。
- ・四条畷市……………交野市を含む
- ・藤井寺市……………羽曳野市を含む。
- ・富田林市……………太子町、河南町、千早赤坂村を含む。
- ・泉大津市……………高石市、忠岡町を含む。
- ・泉佐野市……………泉南郡熊坂町を含む。
- ・尾崎……………泉南市、岬町、阪南町を含む。

以上である。

次に、病名についてであるが、表中に示された分類名は次のような病名を指すものである。

- ・精神分裂病……………パラノイア、パラフレニー
- ・接枝性分裂病……………精神薄弱＋精神分裂病
- ・そううつ病……………そう病、そう状態
- ・うつ病……………更年期うつ病、初老期うつ病、うつ状態
- ・てんかん……………てんかん性精神病、けいれん、てんかん重積状態
- ・反応性精神病……………心因反応、分裂病様反応、抑うつ反応、精神錯乱
- ・非定型精神病
- ・その他の精神病……………症候精神病、産褥精神病、自閉症、ナルコレプシー、精神衰弱
- ・老人性精神障害……………老人性精神病、老人性痴呆、脳動脈硬化性、痴呆、老人性うつ病、初老期痴呆(アルツハイマー氏病、ピック氏病)
- ・脳器質性精神障害……………脳梅毒、進行マヒ、脳卒中後遺症、脳炎、脳膜炎後遺症、頭部外傷後遺症、失語症、脳脊髄系統性疾患
- ・アルコール中毒……………アルコール依在、アルコール嗜癖、振戦せん妄、アルコール幻覚症、アルコール妄想、アルコールてんかん

- ・麻薬覚醒剤中毒
- ・その他の中毒……シンナー中毒, 眠剤中毒,
急性CO中毒
- ・精神薄弱
- ・神経症………神経衰弱
- ・人格異常………精神病質, 性格障害
- その他………境界線症例, 不登校不適
応症候群
- ・診断未確定………疑いとなっているもの

以上である。

B 山梨県に関するデータ

ここに掲載したものは、山梨県精神衛生センターが実施した「精神障害者社会復帰基礎調査」から得られたもので、昭和48年に山梨県下の病院に入院した分裂病患者がその後の5年間にどのような入退院経過を示したかを、経月的に数値として表示したものである。表示は、昭和48年の何月に入院したかを問わず入院月を第1月として合せてある。表は昭和48年における初回入院者、それ以前に入院歴を持つ者、両者を合せたもののそれぞれについて作成した。また、在院者、在宅者のそれぞれについてさらに以下のように区分してある。

〈在院者〉

イ 5年間継続在院する者の数

ロ 昭和48年以降53年までの間に2回以上の入院歴を持ち、それぞれの月に在院した者の数
〈在宅者〉

イ 昭和48年以降53年までの間に2回以上の入退院歴を持ち、それぞれの月に在宅していた者の数

ロ 5年の間に退院しその後も在宅を続け、ふたたび入院に至らなかった者の各月における数以上の表を作成した理由は、ある母集団における在院・在宅比を評価する場合、その母集団がどのような性質のものであるかが問題になるため、このように分割しておいた方が比較がしやすいと考えたためである。

さらに、退院者発端の再入院率について世上

でしばしば誤った数値が信じられていることもあり、初回入院者のコーホート調査を重視する必要もあると思ったことも加わっている（本例は昭和48年入院とやや古いが、表のとおり、少なくとも初回入院者の再入院しない率は継続在院者を母集団に含めても60%弱となる）。

C 山梨県における精神分裂病患者の入退院パターン

ここに掲載した図は、和田修一著「精神分裂病患者の入退院動態に関する統計的研究」『精神衛生研究』1982, 27号100～120ページの分析過程の中で得られた、昭和48年初回入院の分裂病患者の入退院のパターンのクラスター分析の結果である。この分析結果の詳しい検討は、上記論文を参照されたい。

この図は、一般的に、樹状図と呼ばれるもので、左端の番号は271名の患者に仮りにつけられた一連番号であり、近くに位置する患者などその入退院のパターンは以通っているといえることができる。

本資料は、厚生科学特別研究事業、「精神分裂病の社会適応に関する疫学的研究」（班長 高臣武史）昭和54年～57年度の一部である。

大阪府公衆衛生課及び山梨県精神衛生センターをはじめとして、データの収集に御尽力いただき、そしてそのデータの使用を御快諾下さった各スタッフの方々に心よりお礼を申しあげます。

A 大阪府における入退院動態の基礎資料

- 表 I - 1 病名×性別（昭和54年度入院者）
- 表 I - 2 人口万対入退院件数×地域－分裂病，全疾病－（昭和53年度退院者，54年度入院者）
- 表 I - 3 病名×入院回数（昭和54年度入院者）
- 表 I - 4 病名×再入院までの期間（昭和54年度入院者）
- 図 I - 1 再入院までの期間分布（昭和54年度入院者）
- 図 I - 1' [参考] 再入院までの期間分布（昭和44年精神病院実態調査報告：厚生省）
- 表 I - 5 回数×再入院までの期間－分裂病－（昭和54年度入院者）
- 表 I - 6 回数×再入院までの期間－非定型精神病－（昭和54年度入院者）
- 表 I - 7 性別×年齢－分裂病－（昭和54年度入院者）
- 表 I - 8 性別×年齢－非定型精神病－（昭和54年度入院者）
- 図 I - 2 退院者の在院期間分布（昭和53年度退院者）
- 図 I - 2' [参考] 退院者の在院期間分布（昭和44年精神病院実態調査報告－厚生省）
- 表 I - 9 年齢×同意続柄－分裂病－（昭和54年度入院者）
- 表 I - 10 年齢×在院期間－分裂病－（昭和53年度退院者）

B 山梨県における入退院動態の基礎資料

- 表 II - 1 初回入院，経月在院・在宅患者数－分裂病－（昭和48年～53年）
- 表 II - 2 複数回目入院，経月在院・在宅患者数－分裂病－（昭和48年～53年）
- 表 II - 3 初回および複数回目入院，経月在院，在宅患者数－分裂病－（昭和48年～53年）
- 図 II - 1 昭和48年初回入院者発端経月在院在宅比（表 II - 1 と対応）
- 図 II - 2 昭和48年複数回目入院者発端経月在院在宅比（表 II - 2 と対応）

C 山梨県における精神分裂病患者の入退院パターン

A 大阪府における入退院動態の基礎資料

表 I - 1 病名×性別（昭和54年度入院者）

	精神分裂病	接枝性分裂病	そううつ病	うつ病	てんかん	反応性精神病	非定型精神病	その他の精神病	老人性精神障害	脳器質性精神障害	アルコール中毒	麻薬覚醒剤中毒	その他の中毒	精神薄弱	神経症	人格異常	その他	診断未確定	不明	計
男	2,230 28.6	31 0.4	248 3.2	205 2.6	88 1.1	341 4.4	369 4.7	164 2.1	466 6.0	147 1.9	2,856 36.6	95 1.2	81 1.0	72 0.9	93 1.2	30 0.4	45 0.6	239 3.1	* 100.0	7,800 100.0
女	1,836 37.7	30 0.6	199 4.1	286 5.9	64 1.3	526 10.8	620 12.7	170 3.5	589 12.1	50 1.0	131 2.7	14 0.3	16 0.3	31 0.6	89 1.8	5 0.1	39 0.8	181 3.7	* 100.0	4,876 100.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	* 100.0	1 100.0
計	4,066 32.1	61 0.5	447 3.5	491 3.9	152 1.2	867 6.8	989 7.8	335 2.6	1,055 8.3	197 1.6	2,987 23.6	109 0.9	97 0.8	103 0.8	182 1.4	35 0.3	84 0.7	420 3.3	* 100.0	12,677 100.0

表 I - 2 人口万対入退院件数×地域—分裂病，全疾病—（昭和53年度退院者，昭和54年度入院者）

地 域	(79.3.31) 人 口	分 裂 病				全 疾 病			
		退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対	退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対
池 田 市	99,684	32	3.2	36	3.6	78	7.8	83	8.3
豊野町 能勢町	21,150	5	2.4	19	9.0	19	9.0	36	7.0
箕 面 市	92,902	26	2.8	33	3.6	59	6.4	80	8.6
豊 中 市	39,2845	192	4.9	165	4.2	427	10.9	381	9.7
吹 田 市	312,530	101	3.2	91	2.9	280	9.0	277	8.9
摂 津 市	78,107	18	2.3	19	2.4	70	9.0	80	10.2
茨 木 市	219,897	55	2.5	54	2.5	186	8.5	189	8.6
高 槻 市 (三島郡島本町含)	360,986	128	3.5	98	2.7	372	10.3	393	10.9
枚 方 市	335,570	68	2.0	101	3.0	235	7.0	313	9.3
寝 屋 川 市	253,899	100	3.9	95	3.7	260	10.2	282	11.1
守 口 市	166,673	72	4.3	71	4.3	203	12.2	257	15.4
門 真 市	137,780	41	3.0	46	3.3	186	13.5	155	11.2
四 条 畷 市 (交野市含)	110,205	29	2.6	17	1.5	92	8.3	102	9.3
大 東 市	111,967	61	5.4	33	2.9	122	10.9	114	10.2
東 大 阪 市	497,904	242	4.9	244	4.9	571	11.5	605	12.2
八 尾 市	262,759	87	3.3	78	3.0	262	10.0	274	10.4
柏 原 市	65,445	18	2.8	25	3.8	61	9.3	83	12.7
松 原 市	134,697	82	6.1	64	4.8	174	12.9	162	12.0

	8,213,838	分 裂 病				全 疾 病			
地 域	(79.3.31) 人 口	退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対	退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対
藤井寺市 (羽曳野市含)	163,083	66	4.0	45	2.8	162	9.9	154	9.4
狭山町 美原町	62,553	28	4.5	23	3.7	59	9.4	56	9.0
富田林町(太子町, 河南町,千早赤坂村)	117,224	47	4.0	47	4.0	136	11.6	192	16.4
河内長野市	76,097	31	4.1	30	3.9	78	10.3	70	9.2
和泉市	121,433	57	4.7	45	3.7	187	15.4	161	13.3
泉大津市 (高石市,忠岡町)	140,789	69	4.9	59	4.2	199	14.1	205	14.6
岸和田市	177,289	95	5.4	82	4.6	324	18.3	296	16.7
貝塚市	79,311	33	4.2	33	4.2	125	15.8	118	14.9
泉佐野市 (泉南郡,能取町含)	111,691	60	5.4	60	5.4	176	15.6	167	15.0
尾崎(泉南市,岬町 阪南町,田尻町)	122,472	44	3.6	40	3.3	178	14.5	192	15.7
堺市	786,895	315	4.0	301	3.8	439	11.9	951	12.1
大阪市北区	42,631	17	4.0	16	3.8	48	11.3	59	13.8
大阪市都島区	80,786	31	3.8	30	3.7	62	7.6	85	10.5
大阪市福島区	59,595	46	7.7	42	7.0	127	21.3	99	16.6
大阪市此花区	74,794	36	4.8	36	4.8	119	15.9	147	19.7
大阪市東区	28,294	13	4.6	11	3.9	31	11.0	28	9.8
大阪市西区	51,918	25	4.8	25	4.8	56	10.8	51	9.8
大阪市港区	100,684	68	6.8	48	4.8	206	20.5	176	17.5
大阪市大正区	85,857	37	4.3	45	5.2	113	13.2	144	16.8
大阪市天王寺区	56,304	35	6.2	24	4.3	68	12.1	57	10.1
大阪市南区	43,067	24	5.6	24	5.6	43	10.0	69	16.0
大阪市浪速区	49,140	38	7.7	44	9.0	142	28.9	138	28.1
大阪市大淀区	42,924	42	9.8	40	9.3	89	20.7	82	19.1
大阪市西淀川区	88,678	58	6.5	41	4.6	153	17.3	124	14.0
大阪市淀川区	149,269	74	5.0	75	5.0	203	13.6	222	14.9
大阪市東淀川区	158,865	70	4.4	74	4.7	201	12.7	219	13.8
大阪市東成区	82,480	41	5.0	45	5.5	128	15.5	122	14.8
大阪市生野区	144,313	130	9.0	125	8.7	330	22.9	338	23.4
大阪市旭区	117,683	50	4.2	53	4.5	137	11.4	153	13.0
大阪市城東区	152,981	62	4.1	71	4.6	203	13.3	186	12.2
大阪市鶴見区	88,108	46	5.2	27	3.1	124	14.1	92	10.4
大阪市阿倍野区	122,531	71	5.8	72	3.9	251	20.5	173	14.1

地 域	8,213,838	分 裂 病				全 疾 病			
	(79.3.31) 人 口	退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対	退院(78)	人口万対	入院(79)	人口万対
大阪市住之江区	111,590	54	4.8	51	4.6	166	14.9	164	14.7
大阪市住吉区	167,505	102	6.1	81	4.8	304	18.1	301	18.0
大阪市東住吉区	155,132	76	4.9	75	4.8	211	13.6	225	14.5
大阪市平野区	201,479	107	5.3	117	5.8	300	14.9	299	14.8
大阪市西成区	143,393	137	9.6	123	8.6	435	30.3	394	27.5
兵 庫 県	5,066,356	258	0.5	255	0.5	751	1.5	817	1.6
京 都 府	2,483,960	41	0.2	30	0.1	152	0.6	132	0.5
奈 良 県	1,162,344	78	0.7	73	0.6	242	2.1	257	2.2
和 歌 山 県	1,097,304	57	0.5	42	0.4	209	1.9	197	1.8
滋 賀 県	1,050,630	16	0.2	4	0.04	84	0.8	47	0.4

表 I - 3 病名×入院回数 (昭和54年度入院者)

入院回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
精神分裂病	584 17.6	857 25.9	657 19.8	433 13.1	270 8.2	192 5.8	104 3.1	68 2.1	40 1.2	29 0.9	34 1.0	18 0.5	8 0.2	5 0.2	5 0.2	4 0.1
躁うつ病	80 22.0	87 24.0	52 14.3	43 11.8	28 7.7	26 7.2	14 3.9	5 1.4	10 2.8	7 1.0	3 0.8	1 0.3	2 0.6	2 0.6	1 0.3	0 0.0
反応性精神病	319 46.6	184 26.7	70 10.2	49 7.2	28 4.1	12 1.8	7 1.0	6 0.9	5 0.7	2 0.3	1 0.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.1	0 0.0
非定型精神病	115 14.0	216 26.2	148 18.0	117 14.2	83 10.1	52 6.3	24 2.9	17 2.1	14 1.7	7 0.8	14 1.7	6 0.7	5 0.6	2 0.2	2 0.2	2 0.2
老人性精神障害	469 71.5	131 20.0	36 5.5	9 1.4	6 0.9	1 0.2	1 0.2	0 0.0	1 0.2	0 0.0	1 0.2	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
アルコール中毒	506 28.5	390 21.9	289 16.3	200 11.3	117 6.6	69 3.9	51 2.9	36 2.0	23 1.3	16 0.9	33 1.9	8 0.5	9 0.5	7 0.4	2 0.1	2 0.1
そ の 他	747 44.0	422 24.9	243 14.3	120 7.1	65 3.8	28 1.7	19 1.1	12 0.7	15 0.9	7 0.4	7 0.4	1 0.1	3 0.2	3 0.2	0 0.0	1 0.1
不 明	1 33.3	1 33.3	1 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
計	2,821 30.3	2,288 24.6	1,496 16.1	971 10.4	597 6.4	380 4.1	220 2.4	144 1.5	108 1.2	68 0.7	93 1.0	35 0.4	27 0.3	19 0.2	11 0.1	9 0.1

入院回数	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	計
精神分裂病	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.1	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	2 0.1	3,311 100.0
躁うつ病	0 0.0	1 0.3	0 0.0	0 0.0	1 0.3	0 0.0	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	363 100.0
反応性精神病	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	689 100.0
非定型精神病	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	824 100.0
老人性精神障害	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	656 100.0
アルコール中毒	3 0.2	1 0.1	2 0.1	2 0.1	3 0.2	1 0.1	* *	* *	2 0.1	* *	* *	* *	* *	* *	5 0.3	0 0.0	1,777 100.0
そ の 他	0 0.0	1 0.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.1	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	1,696 100.0
不 明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	* *	* *	0 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	0 0.0	0 0.0	3 100.0
計	3 0.0	3 0.0	2 0.0	2 0.0	4 0.0	4 0.0	* *	* *	2 0.0	* *	* *	* *	* *	* *	5 0.1	2 0.0	9,314 100.0

表 I - 4 病名×再入院までの期間 (昭和54年度入院者)

	半年未満	一年未満	二年未満	三年未満	四年未満	五年未満	六年未満	七年未満	八年未満	九年未満	九年以上	不明	計	不除明くを計
精神分裂病	859 21.1	425 10.5	509 12.5	215 5.3	142 3.5	89 2.2	66 1.6	46 1.1	30 0.7	16 0.4	86 2.1	1,583 38.9	4,066 100.0	2,483
躁うつ病	82 18.3	46 10.3	51 11.4	26 5.8	19 4.3	9 2.0	7 1.6	5 1.1	2 0.4	2 0.4	4 0.9	194 43.4	447 100.0	253
反応性精神病	86 9.9	67 7.7	55 6.3	34 3.9	16 1.8	15 1.7	13 1.5	7 0.8	3 0.3	3 0.3	13 1.5	555 64.0	867 100.0	312
非定型精神病	195 19.7	143 14.6	122 12.3	74 7.5	49 5.0	27 2.7	17 1.7	12 1.2	9 0.9	6 0.6	13 1.3	322 32.6	989 100.0	667
老人性精神障害	79 7.5	18 1.7	15 1.4	8 0.8	6 0.6	5 0.5	2 0.2	0 0.0	3 0.3	0 0.0	3 0.3	916 86.8	1,055 100.0	139
アルコール中毒	694 23.2	252 8.4	177 5.9	77 2.6	39 1.3	18 0.6	13 0.4	5 0.2	7 0.2	2 0.1	12 0.4	1,691 56.6	2,987 100.0	1,296
その他	365 16.1	137 6.0	118 5.2	63 2.8	42 1.9	17 0.8	14 0.6	14 0.6	11 0.5	8 0.4	26 1.1	1,451 64.0	2,266 100.0	815
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 100.0	3 100.0	0
計	2,360 18.6	1,088 8.6	1,047 8.3	497 3.9	313 2.5	180 1.4	132 1.0	89 0.7	65 0.5	37 0.3	157 1.2	6,715 53.0	12,680 100.0	5,965

図 I - 1 再入院までの期間分布 (昭和54年度入院者—大阪府)

総数 (5,965人)	1年未満 57.8%	1年～3年未満 25.9	3年～6年未満 10.5	6年以上 5.8
精神分裂病 (2,483人)	1年未満 51.7%	1年～3年未満 29.2	3年～6年未満 12.0	6年以上 7.2
アルコール中毒 (1,296人)	1年～3年未満 73.0%	1年～3年未満 19.6	3年～6年未満 5.4	6年以上 2.0
その他 (2,186人)	1年未満 55.7%	1年～3年未満 25.9	3年～6年未満 11.8	6年以上 6.6

図 I - 1' [参考] 再入院までの期間分布 (昭和44年精神病院実態調査報告：厚生省)

総数 (4,435人)	1年未満 58.2%	1年～3年未満 25.0	3年～6年未満 9.1	6年以上 6.4	不詳 1.3
精神分裂病 (2,450人)	1年未満 54.5%	1年～3年未満 27.0	3年～6年未満 10.5	6年以上 6.6	不詳 1.4
アルコール中毒 (723人)	1年未満 67.9%	1年～3年未満 21.2	3年～6年未満 7.3	6年以上 2.8	不詳 0.8
その他 (1,262人)	1年未満 59.8%	1年～3年未満 23.5	3年～6年未満 7.4	6年以上 8.0	不詳 1.3

表 I - 5 回数×再入院までの期間—分裂病—(昭和54年入院者)

	半年未満	一年未満	二年未満	三年未満	四年未満	五年未満	六年未満	七年未満	八年未満	九年未満	九年以上	不明	計
2 回	203 23.7	118 13.8	160 18.7	68 7.9	48 5.6	22 2.6	18 2.1	16 1.9	12 1.4	5 0.6	35 4.1	152 17.7	857 100.0
3 回	168 25.6	81 12.3	117 17.8	52 7.9	35 5.3	32 4.9	13 2.0	11 1.7	11 1.7	8 0.8	17 2.6	115 17.5	657 100.0
4 回	138 31.9	65 15.0	77 17.8	31 7.2	23 5.3	10 2.3	14 3.2	3 0.7	3 0.7	2 0.5	17 3.9	50 11.5	433 100.0
5 回	94 34.8	38 14.1	50 18.5	20 7.4	10 3.7	11 4.1	8 3.0	5 1.9	1 0.4	2 0.7	6 2.2	25 9.3	270 100.0
6 回	69 35.9	33 17.2	34 17.7	15 7.8	10 5.2	6 3.1	5 2.6	3 1.6	1 0.5	1 0.5	4 2.1	11 5.7	192 100.0
7 回	40 38.5	14 13.5	9 8.7	8 7.7	5 4.8	5 4.8	3 2.9	1 1.0	1 1.0	0 0.0	2 1.9	16 15.4	104 100.0
8 回	28 41.2	22 32.4	9 13.2	2 2.9	1 1.5	0 0.0	0 0.0	1 1.5	0 0.0	0 0.0	1 1.5	4 5.9	68 100.0
9 回	18 45.0	10 25.0	2 5.0	4 10.0	2 5.0	1 2.5	0 0.0	1 2.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 5.0	40 100.0
10 回	11 37.9	9 31.0	6 20.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.4	1 3.4	29 100.0
11 回	13 38.2	8 33.5	2 5.9	5 14.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.9	1 2.9	0 0.0	0 0.0	4 11.8	34 100.0
12 回	9 50.0	5 27.8	3 16.7	0 0.0	1 5.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	18 100.0
13 回	5 62.5	1 12.5	1 12.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 12.5	8 100.0
14 回	3 60.0	1 20.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 100.0
15 回	4 80.0	0 0.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 100.0
16 回	2 50.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 9.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	4 100.0
17 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
19 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
20 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
22 回	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0
23 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
24 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
25 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
26 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
27 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
28 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
29 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
30 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
31 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
32 回	1 50.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0
計	806 29.6	406 14.9	473 17.3	205 7.5	135 5.0	87 3.2	62 2.3	42 1.5	30 1.1	15 0.6	83 3.0	383 14.0	2,727 100.0

表 I - 6 回数×再入院までの期間—非定型精神病— (昭和54年度入院者)

	半年未満	一年未満	二年未満	三年未満	四年未満	五年未満	六年未満	七年未満	八年未満	九年未満	九年以上	不明	計
1 回	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	114 99.1	115 100.0
2 回	50 23.1	37 17.1	31 14.4	20 9.3	15 6.9	10 4.6	2 0.9	5 2.3	1 0.5	3 1.4	6 2.8	36 16.7	216 100.0
3 回	31 20.9	29 19.6	27 18.2	7 4.7	14 9.5	4 2.7	7 4.7	3 2.0	2 1.4	3 2.0	5 3.4	16 10.8	148 100.0
4 回	27 23.1	26 22.2	23 19.7	12 10.3	5 4.3	4 3.4	4 3.4	2 1.7	3 2.6	0 0.0	0 0.0	11 9.4	117 100.0
5 回	25 30.1	14 16.9	11 13.3	16 19.3	7 8.4	2 2.4	3 3.6	0 0.0	1 1.2	0 0.0	1 1.2	3 3.6	83 100.0
6 回	16 30.8	12 23.1	9 17.3	4 7.7	3 5.8	2 3.8	1 1.9	2 3.8	2 3.8	0 0.0	0 0.0	1 1.9	52 100.0
7 回	4 16.7	3 12.5	3 12.5	6 25.0	1 4.2	2 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 20.8	24 100.0
8 回	5 29.4	5 29.4	3 17.6	2 11.8	2 11.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	17 100.0
9 回	7 50.0	3 21.4	2 14.3	1 7.1	1 7.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0
10 回	2 28.6	2 28.6	3 42.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 100.0
11 回	7 50.0	3 21.4	1 7.1	1 7.1	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0
12 回	6 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 100.0
13 回	3 60.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	5 100.0
14 回	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0
15 回	1 50.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0
16 回	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0
17 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
19 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
20 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
22 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
23 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
24 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
25 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
26 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
27 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
28 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
29 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
30 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
31 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
32 回	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
計	188 22.8	136 16.5	113 13.7	69 8.4	48 5.8	27 3.3	17 2.1	12 1.5	9 1.1	6 0.7	12 1.5	187 22.7	824 100.0

表 I - 7 性別×年齢—分裂病—(昭和54年度入院者)

	十九歳以下	二〇～二四歳	二五～二九歳	三〇～三四歳	三五～三九歳	四〇～四四歳	四五～四九歳	五〇～五四歳	五五～五九歳	六〇～六四歳	六五～六九歳	七〇～七四歳	七五～七九歳	八〇歳以上	不明	計
男	50 2.2	199 8.9	333 14.9	532 23.9	359 16.1	275 12.3	253 11.3	129 5.8	53 2.4	24 1.1	17 0.8	3 0.1	2 0.1	1 0.0	0 0.0	2,230 100.0
女	27 1.5	93 5.1	185 10.1	326 17.8	290 15.8	263 14.3	225 12.3	168 9.2	118 6.4	67 3.6	43 2.3	18 1.0	2 0.1	5 0.3	6 0.3	1,836 100.0
不明	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
計	77 1.9	292 7.2	518 12.7	858 21.1	649 16.0	538 13.2	478 11.8	297 7.3	171 4.2	91 2.2	60 1.5	21 0.5	4 0.1	6 0.1	6 0.1	4,066 100.0

表 I - 8 性別×年齢—非定型精神病—(昭和54年度入院者)

	十九歳以下	二〇～二四歳	二五～二九歳	三〇～三四歳	三五～三九歳	四〇～四四歳	四五～四九歳	五〇～五四歳	五五～五九歳	六〇～六四歳	六五～六九歳	七〇～七四歳	七五～七九歳	八〇歳以上	不明	計
男	7 1.9	32 8.7	55 14.9	83 22.5	57 15.4	55 14.9	42 11.4	23 6.2	9 2.4	5 1.4	1 0.3	0 0.0	*	*	*	369 37.3
女	12 1.9	41 6.1	92 14.2	121 19.5	94 15.2	80 12.9	78 12.6	47 7.6	31 5.0	16 2.6	7 1.1	1 0.2	*	*	*	620 62.7
不明	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
計	19 1.9	73 7.4	147 14.9	204 20.6	151 15.3	135 13.7	120 12.1	70 7.1	40 4.0	21 2.1	8 0.8	1 0.1	*	*	*	989 100.0

図 I - 2 退院者の在院期間分布 (昭和53年度退院者—大阪府) [表 I - 10参照]

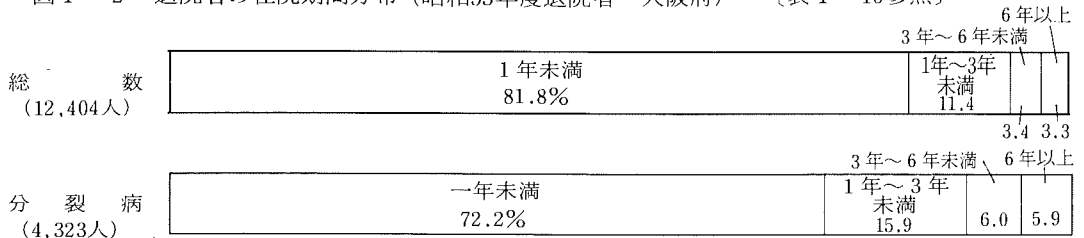


図 I - 2' [参考] 退院者の在院期間分布 (昭和44年精神病院実態調査報告：厚生省)

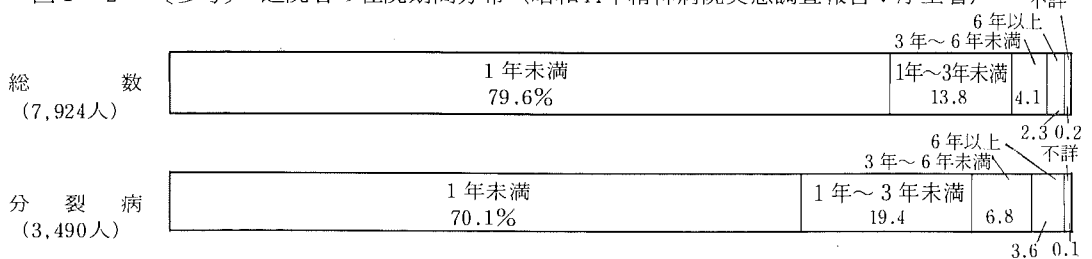


表 I - 9 年齢×同意者続柄—分裂病—(昭和54年度入院者)

	親権を行う者 (本人未成年の場合) は親	配偶者 (夫または妻)	内縁の配偶者	直系血族 (本人未成年の場合) は親又	兄弟姉妹 (本人成人の場合)	市町村長	不明	計
10～14歳	*	*	*	*	*	*	*	*
15～19歳	71 93.4	0 0.0	0 0.0	4 5.3	0 0.0	1 1.3	0 0.0	76 100.0
20～24歳	47 16.2	6 2.1	0 0.0	222 76.3	9 3.1	3 1.0	4 1.4	291 100.0
25～29歳	1 0.2	38 7.3	0 0.0	408 78.8	50 9.7	4 0.8	17 3.3	518 12.8
30～34歳	0 0.0	144 16.8	2 0.2	573 66.8	96 11.2	6 0.7	37 4.3	858 21.1
35～39歳	0 0.0	190 29.3	2 0.3	291 44.9	110 17.0	9 1.4	46 7.1	648 100.0
40～44歳	0 0.0	193 35.9	1 0.2	183 34.0	92 17.1	4 0.7	65 12.1	538 100.0
45～49歳	1 0.2	192 40.3	0 0.0	117 24.5	114 23.9	4 0.8	49 10.3	477 100.0
50～54歳	0 0.0	139 46.8	0 0.0	48 16.2	73 24.6	4 1.3	33 11.1	297 100.0
55～59歳	0 0.0	66 38.8	2 1.2	39 22.9	40 23.5	0 0.0	23 13.5	170 100.0
60～64歳	0 0.0	35 38.5	0 0.0	28 30.8	11 12.1	2 2.2	15 16.5	91 100.0
65～69歳	0 0.0	21 35.0	0 0.0	17 28.3	12 20.0	1 1.7	9 15.0	60 100.0
70～74歳	0 0.0	7 33.3	0 0.0	7 33.3	4 19.0	1 4.8	2 9.5	21 100.0
75～79歳	0 0.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	4 100.0
80歳以上	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 66.7	1 16.7	0 0.0	1 16.7	6 100.0
不明	0 0.0	2 33.3	0 0.0	2 33.3	0 0.0	0 0.0	2 33.3	6 100.0
計	120 2.9	1,034 25.4	7 0.17	1,945 47.8	612 15.0	39 0.9	304 7.4	4,061 100.0

表 I - 10 年齢×在院期間—分裂病—(昭和53年度退院者)

	6 カ 月 未 満	12 カ 月 未 満	24 カ 月 未 満	36 カ 月 未 満	48 カ 月 未 満	60 カ 月 未 満	72 カ 月 未 満	84 カ 月 未 満	96 カ 月 未 満	8 年 以 上	不 明	総 計
14歳 未 満	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0
15歳～19歳	37 84.1	4 9.1	3 6.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	44 100.0
20歳～24歳	169 68.7	49 19.9	21 8.5	3 1.2	1 0.4	1 0.4	2 0.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	246 100.0
25歳～29歳	370 62.5	99 16.7	78 13.2	22 3.7	14 2.4	4 0.7	0 0.0	3 0.5	1 0.2	1 0.2	0 0.0	592 100.0
30歳～34歳	526 58.0	166 18.3	113 12.5	37 4.1	18 2.0	16 1.8	15 1.7	2 0.2	6 0.7	6 0.7	2 0.2	907 100.0
35歳～39歳	359 53.1	112 16.6	100 14.8	38 5.6	19 2.8	13 1.9	7 1.0	5 0.7	10 1.5	13 1.9	0 0.0	676 100.0
40歳～44歳	351 58.3	91 15.1	53 8.8	35 5.8	12 2.0	19 3.2	10 1.7	7 1.2	7 1.2	16 2.7	1 0.2	602 100.0
45歳～49歳	264 54.8	57 11.8	48 10.0	26 5.4	22 4.6	10 2.1	7 1.5	10 2.1	9 1.9	29 6.0	0 0.0	482 100.0
50歳～54歳	175 49.4	49 13.8	46 13.0	8 2.3	14 4.0	12 3.4	3 0.8	5 1.4	3 0.8	39 11.0	0 0.0	354 100.0
55歳～59歳	88 46.3	24 12.6	17 8.9	12 6.3	9 4.7	4 2.1	6 3.2	1 0.5	3 1.6	26 13.7	0 0.0	190 100.0
60歳～64歳	60 49.6	17 14.0	7 5.8	6 5.0	5 4.1	4 3.3	0 0.0	0 0.0	1 0.8	21 17.4	0 0.0	121 100.0
65歳～69歳	39 54.9	8 11.3	5 7.0	4 5.6	5 7.0	1 1.4	1 1.4	1 1.4	0 0.0	7 9.9	0 0.0	71 100.0
70歳～74歳	4 16.0	2 8.0	1 4.0	1 4.0	0 0.0	0 0.0	1 4.0	0 0.0	0 0.0	16 64.0	0 0.0	25 100.0
75歳～79歳	1 9.1	1 9.1	1 9.1	0 0.0	1 9.1	1 9.1	1 9.1	0 0.0	0 0.0	5 45.5	0 0.0	11 100.0
80歳 以 上	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 50.0	0 0.0	4 100.0
総 計	2,444 56.5	679 15.7	493 11.4	193 4.5	120 2.8	85 2.0	53 1.2	34 0.8	40 0.9	182 4.2	3 0.1	4,326 100.0

B 山梨県における入退院動態の基礎資料

表II-1 初回入院, 経月在院・在宅患者数—分裂病—(昭和48年~53年)

対象数 271

月数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
在院患者数	271	254	221	187	167	135	127	115	107	99	93
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
回転型在院者	248	231	198	164	144	112	104	92	84	76	70
在宅患者数	—	17	50	84	104	136	144	156	164	172	178
回転型在宅者	—	4	13	27	30	46	44	49	49	59	58
継続在宅者	—	13	37	57	74	90	100	107	115	113	120
月数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
在院患者数	91	86	83	79	82	77	78	73	77	78	74
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
回転型在院者	68	63	60	56	59	54	55	50	54	55	51
在宅患者数	180	185	188	192	189	194	193	198	194	193	197
回転型在宅者	55	56	56	58	54	58	55	60	56	55	56
継続在宅者	125	129	132	134	135	136	138	138	138	138	141
月数	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
在院患者数	72	72	68	64	66	66	66	67	71	74	75
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
回転型在院者	49	49	45	41	43	43	43	44	48	51	52
在宅患者数	199	199	203	207	205	205	205	204	200	197	196
回転型在宅者	57	57	59	60	57	57	56	55	51	48	47
継続在宅者	142	142	144	147	148	148	149	149	149	149	149
月数	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
在院患者数	72	71	70	62	59	62	65	59	60	60	58
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
回転型在院者	49	48	47	39	36	39	42	36	37	37	35
在宅患者数	199	200	201	209	212	209	206	212	211	211	213
回転型在宅者	50	51	52	59	62	58	55	61	60	60	62
継続在宅者	149	149	149	150	150	151	151	151	151	151	151
月数	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
在院患者数	56	58	58	57	57	61	66	62	62	61	61
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
回転型在院者	33	35	35	34	34	38	43	39	39	38	38
在宅患者数	215	213	213	214	214	210	205	209	209	210	210
回転型在宅者	64	62	62	63	63	59	54	58	58	59	59
継続在宅者	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
月数	56	57	58	59	60	61	62				
在院患者数	60	59	56	55	55	56	57				
継続在院者	23	23	23	23	23	23	23				
回転型在院者	37	36	33	32	32	33	34				
在宅患者数	211	212	215	216	216	215	214				
回転型在宅者	60	61	64	65	65	64	63				
継続在宅者	151	151	151	151	151	151	151				

表II-2 複数回目入院，経月在院・在宅患者数—分裂病—(昭和48年～53年)

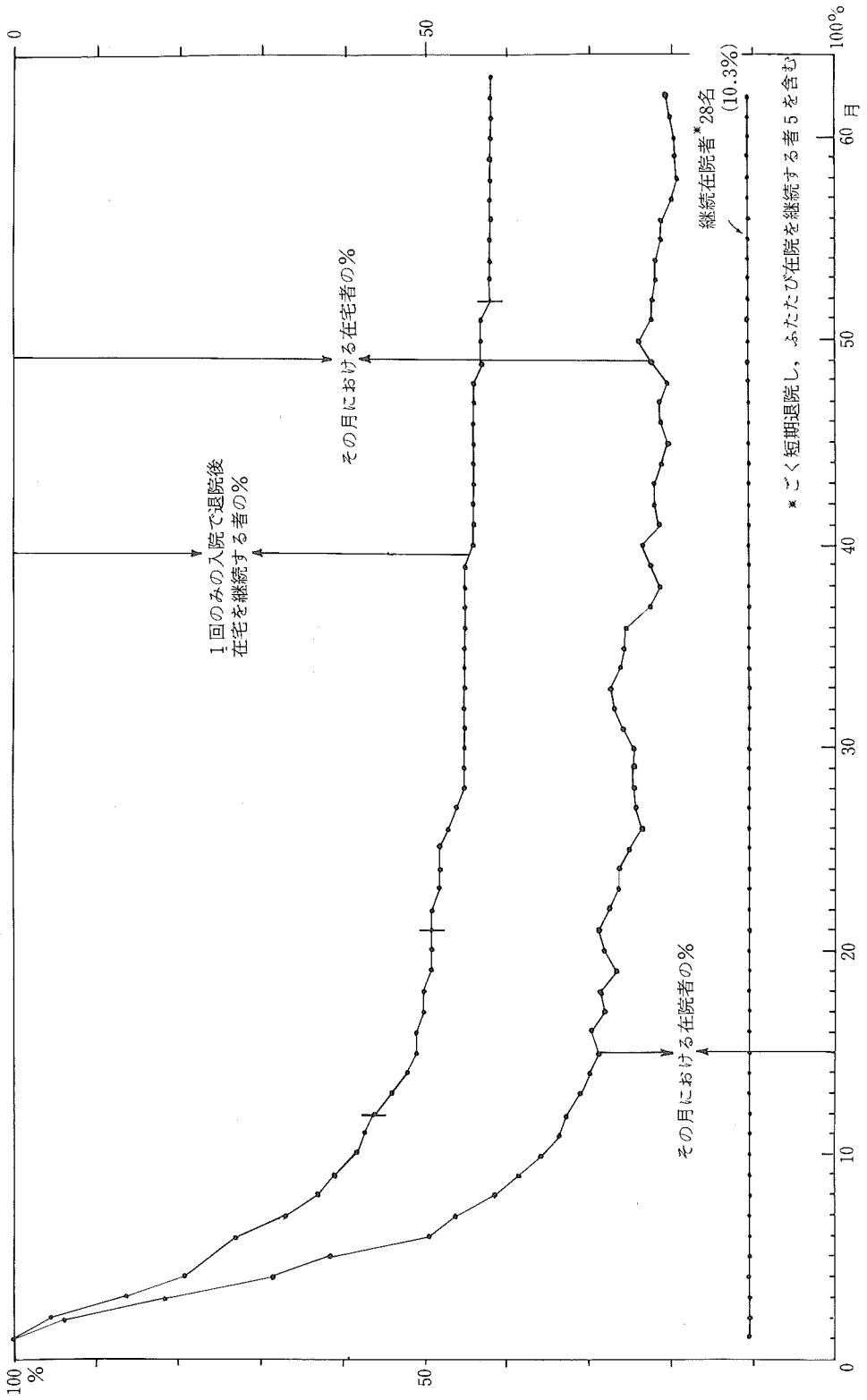
対象数 310

月数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
在院患者数	310	298	261	238	220	197	189	176	171	169	166
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
回転型在院者	257	245	208	185	167	144	136	123	118	116	113
在宅患者数	—	12	49	72	90	113	121	134	139	141	144
回転型在宅者	—	7	29	37	46	63	66	73	78	77	77
継続在宅者	—	5	20	35	44	50	55	61	61	64	67
月数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
在院患者数	164	159	153	153	147	146	147	151	148	136	135
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
回転型在院者	111	106	100	100	94	93	94	98	95	83	82
在宅患者数	146	151	157	157	163	164	163	159	162	174	175
回転型在宅者	77	79	84	83	87	86	83	79	81	91	92
継続在宅者	69	72	73	74	76	78	80	80	81	83	83
月数	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
在院患者数	130	129	126	126	121	108	112	111	112	113	118
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
回転型在院者	77	76	73	73	68	55	59	58	59	60	65
在宅患者数	180	181	184	184	189	202	198	199	198	197	192
回転型在宅者	96	96	99	98	101	112	107	106	105	104	99
継続在宅者	84	85	85	86	88	90	91	93	93	93	93
月数	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
在院患者数	119	118	115	118	116	114	116	119	115	113	114
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
回転型在院者	66	65	62	65	63	61	63	66	62	60	61
在宅患者数	191	192	195	192	194	196	194	191	195	197	196
回転型在宅者	97	98	101	98	99	101	99	96	100	102	101
継続在宅者	94	94	94	94	95	95	95	95	95	95	95
月数	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
在院患者数	113	112	108	110	110	113	111	111	110	120	113
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
回転型在院者	60	59	55	57	57	60	58	58	57	67	60
在宅患者数	197	198	202	200	200	197	199	199	200	190	197
回転型在宅者	102	103	107	105	103	100	101	101	102	91	98
継続在宅者	95	95	95	95	97	97	98	98	98	99	99
月数	56	57	58	59	60	61	62				
在院患者数	112	113	114	113	112	114	116				
継続在院者	53	53	53	53	53	53	53				
回転型在院者	59	60	61	60	59	61	63				
在宅患者数	198	197	196	197	198	196	194				
回転型在宅者	99	98	97	98	98	96	94				
継続在宅者	99	99	99	99	100	100	100				

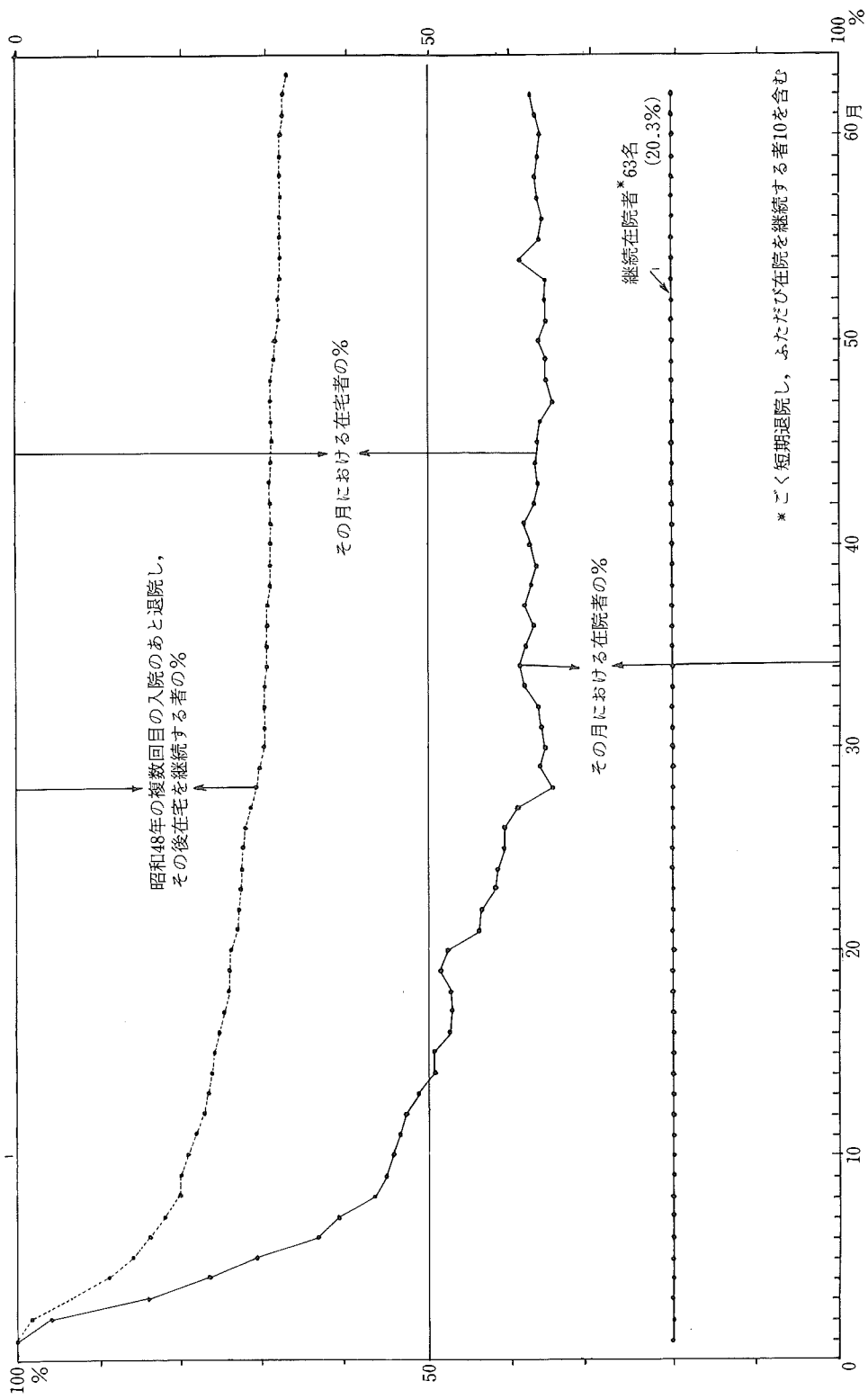
表II-3 初回および複数回入院，経月在院・在宅患者数－分裂病－（昭和48年～53年）
対象数 581

月数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
在院患者数	581	552	482	425	387	332	316	291	278	268	259
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
回転型在院者	505	476	406	349	311	256	240	215	202	192	183
在宅患者数	—	29	99	156	194	249	265	290	303	313	322
回転型在宅者	—	11	42	64	76	109	110	122	127	136	135
継続在宅者	—	18	57	92	118	140	155	168	176	177	187
月数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
在院患者数	255	245	236	232	229	223	225	224	225	214	209
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
回転型在院者	179	169	160	156	153	147	149	148	149	138	133
在宅患者数	326	336	345	349	352	358	356	357	356	367	372
回転型在宅者	132	135	140	141	141	144	138	139	137	146	148
継続在宅者	194	201	205	208	211	214	218	218	219	221	224
月数	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
在院患者数	202	201	194	190	187	174	178	178	183	187	193
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
回転型在院者	126	125	118	114	111	98	102	102	107	111	117
在宅患者数	379	380	387	391	394	407	403	403	398	394	388
回転型在宅者	153	153	158	158	158	169	163	161	156	152	146
継続在宅者	226	227	229	233	236	238	240	242	242	242	242
月数	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
在院患者数	191	189	185	180	175	176	181	178	175	173	172
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
回転型在院者	115	113	109	104	99	100	105	102	99	97	96
在宅患者数	390	392	396	401	406	405	400	403	406	408	409
回転型在宅者	147	149	153	157	161	159	154	157	160	162	163
継続在宅者	243	243	243	244	245	246	246	246	246	246	246
月数	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
在院患者数	169	170	166	167	167	174	177	173	172	181	174
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
回転型在院者	93	94	90	91	91	98	101	97	96	105	98
在宅患者数	412	411	415	414	414	407	404	408	409	400	407
回転型在宅者	166	165	169	168	166	159	155	159	160	150	157
継続在宅者	246	246	246	246	248	248	249	249	249	250	250
月数	56	57	58	59	60	61	62				
在院患者数	172	172	170	168	167	170	173				
継続在院者	76	76	76	76	76	76	76				
回転型在院者	96	96	94	92	91	94	97				
在宅患者数	409	409	411	413	414	411	408				
回転型在宅者	159	159	161	163	163	160	157				
継続在宅者	250	250	250	250	251	251	251				

図II-1 昭和48年初回入院者、経月在院・在宅比 1973~1978 (分裂病 271)

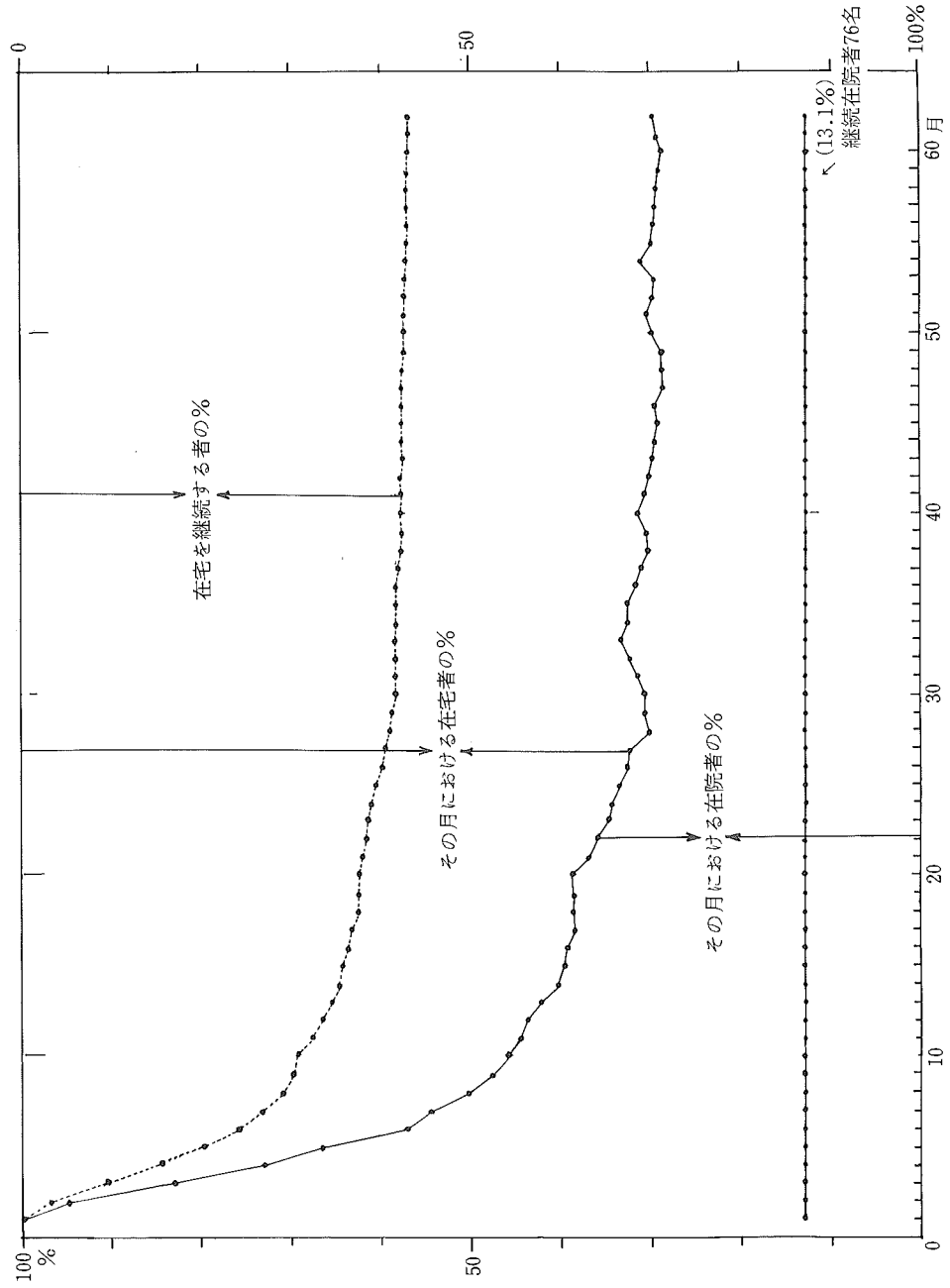


図II-2 昭和48年複数回入院者 経月在院・在宅比 1973~1978 (分裂病 310)



* ごく短期退院し、ふたたび在院を継続する者10を含む

図II-3 昭和48年初回および複数回入院，経月在院・在宅比 1973～1978（分裂病 581）



VI 海外情報

1982会計年度関連予算案に対する アメリカ精神医学会等の声明

1982会計年度における保健医療・対人サービス局の財政支出に対するアメリカ精神医学会、アメリカ精神医学教室主任教授会、並びにアメリカ青年期精神医学協会声明

メルビル・サブシン

アメリカ精神医学会理事長

(Medical Director of the American Psychiatric Association)

アメリカ合衆国下院財政委員会、保健対人サービス・教育・関連問題小委員会の開催の前に。

1981年6月18日

議長ならびに小委員会委員殿

私(メルビル・サブシン, Melvin Subshin)¹⁾は、アメリカ精神医学会の理事長であります。この会は、アメリカ合衆国26,000人以上の精神科医によって成り立っている医学の専門家の集団であります。貴小委員会(以下委員会とする、訳注)の活動に先立って、保健医療・対人サービス局の薬物乱用問題に対する、そして精神衛生関係に対する1982会計年度財政支出についての大統領提案に対して、私たちの会だけでなく以下の専門家集団などが、早くもそれぞれに特別の関心を寄せていることを、私は心強く感じております。それらの専門家集団とは、アメリカ精神医学教室主任教授会²⁾(全国の医学部における125以上の精神医学教室を代表する人たちの全国規模の会)、アメリカ精神科研修医訓練首席指導医会³⁾(アメリカ精神科研修医臨床教育プログラムの90%以上を代表する全国規模の組織)、アメリカ青年期精神医学協会⁴⁾(青年期の精神的不健康に関する治療の専門家である1,700

人の精神科医の全国組織)などであります。

私たちは、医学教育や国の保健医療財団奨学金制度への一般財源投資などを盛り込んだ広範な、保健医療・対人サービス局に対する財政配分についても関心を持っておりますが、この声明では私は、とりあえず国立精神衛生研究所のプログラムに関連した事項について、私の意見を述べることに限定したいと思います。それは、私たちが合せて重大な関心を寄せている他の領域の問題については、委員の方々がすでに証言としてきているか、あるいは、今後きかれるであろうと認識しているからであります。

私は、次期会計年度のための大統領提案について考察を加えるに当たって、この国の厳しいインフレ問題に、どうしたら効果的に対応できるかということに、私たちも関心を持っていることを、委員の方々に知ってほしいと願っております。私たちは誰もが、自分たちの利益のために動いているようにみられることを望んでおりません。それどころか私たちの会員すべてが、経済の回復を成し遂げるために努力を惜んでは

ならないと考えておるものです。

しかしながら、私は、1982年会計年度における健康管理に関する予算書の中で財務当局が述べているような（あたかもそれが存在するのであればそういう呼ばれ方になるかもしれない—訳者補—）経済学的医学（economic medicine）とでも呼ぶべき考え方に失望を覚えるものであります。この考え方は、アメリカ国民の健康を真に危険な状態にするものです。

自分を守ることでできない人たちの健康とよりよい生活を守るために存在し、それがすでに十分に知れ渡っているはずの「社会の援護ネット（Social Safty Net）」は役割を十分に果たしていません。たとえば、厳密に調べてみれば、慢性精神病患者、あるいは重度障害の子供、青年期の人たちに与えられるべき「社会の援護ネット」がないということが、はっきりわかります。実際、大統領の提案した予算ではこういった、もっとも抵抗力の弱い患者たちに対する地域社会のサポートや治療的サービスに必要な医学に向けられたニーズは満たされません。そしてこのことは同時に、患者を施設に収容してしまうとか、あるいは人間の気持ちを無視してしまうといった時代錯誤的なパターンに戻るといった事態を増幅させますし、あるいは精神を病んでいる子供たちを放置するというシステムにもどるという事態を招くことになるのであります。

私たちの考えでは、精神病の原因やよりよい治療の研究へ向けた投資、国立精神衛生研究所の臨床および、研究マンパワーの訓練への投資、さらに、精神衛生サービス、プログラムといったことを行うための予算を、誤った方向へ削減することは、精神病に対する大衆の恐怖、非難、誤解を強めることになることと認識せざるを得ません。このような予算を削減することは、精神病に苦しんでいる人々をよりよく、しかも、費用をあまりかけずにケアできるのではないかという、最近とみに、ふくらんで来ている期待をつみとるものであります。こうした期待は、新しいサービスの方向や有望な研究が進んでいるこ

と、さらに（精神衛生に従事する人の数の不足が、はっきり確認され、かつ十分に証明された結果から生れた）マンパワーの増員についての根本的な検討のしなおいということから育ってきたのであります。私は後で、もっと現実的かつ詳細にこれらの問題点を一つ一つ提出する予定です。

また、これらの今提案されている予算削減を行うことでインフレーションそれ自体も押えることができないのではないかという批判もあります。それどころか、これらの削減は、できもしない費用節約をはかろうとしているともみられるのであります。精神病にとって現在必要とされる医学的な治療のための資金が使われなくなるならば、かえって刑事裁判、（精神科的配慮がない、一般的な保健医療ケア、福祉システムといった昔からあり、今では時代遅れで、いっそう費用がかさむパターンの中に、精神病を不当に位置づける原因になるでしょうし、慢性患者をもっと費用がかかり、適しているとはいえない州の施設へ戻すことを促進する結果を招くだろうと思います。そしてこれも同様に過去のパターンにもどることになるのですが、子供たちは、精神衛生施設であればその施設の性格を問わずに、また役立つかどうかを問わずそこに送りこまれるようになるかもしれません。これは、単に費用がかさむということだけでなく、どう考えても不適當な成人の入院施設に子供を詰め込むという（不幸な）事態を、数多く起こすことになるだろうと思います。

すなわち、提案されている予算は、実際に経済的にみても、さらには人間的にみても、うまくゆかないという決定的な打撃を、受けることになると思います。

これらの節約がどのくらい誤っているかを認識しようとするならば、重度の精神疾病のため、現に治療サービスを必要としている数100万人に及ぶアメリカ人のことについて、私が言及していることを、貴委員会は理解してほしいと思います。（重度の精神病にかかっている人のうち

には、分裂病と診断された200万人、重度の抑うつ状態にかかっている200万人、器質的障害その他が100万人が含まれます。

私は今まず、実際に精神科的診断が誤っているために単に年をとったとして無視されている高齢者の25%の人のことを述べます。というのはこの人々が適切な診断を受けていれば治療を受けることでかなりの人が回復できると思われるからです。さらにもっと暗い方に目を向ければ、この国の100万という子供たちが、重度の情緒的疾患にかかりながらも、その10%も治療を受けていないということをあげることができます。児童期における精神的な疾患の早期発見と治療、そして、それを怠れば、青年期や成人期にまで持続するかもしれない精神医学的な欠陥の予防は、長期にわたる費用削減や生産性の促進にきわめて大きな見返りを期待できるものがあります。

国立精神衛生研究所の生物統計部のデータが指摘するところでは、何100万ドルの大金が無用に失われているといえます。というのは、労働人口の中の数100万人が精神的な疾患のために生産性を減少させているからであります。…このことは、必要な精神療法的サービスを受けた150人を含んで実施されたケネコット財団(Kennecot Corporation)の研究で強調されています。その研究で利益と費用負担の割合が6対1でいどということがわかり、精神療法サービスを実施した結果52%の出費率の改善と、内科、外科の費用の74.6%の減少を記録しました。もっと長期的なことでは、精神疾患をもちながら治療を受けなかったため、(そして、しばしばそのように認識されないため)学校を落第するといった破壊的なサイクルを歩み始めた子供たちや青年期の人たちが、出現することで、生産性はやはり減退するのであります。

精神疾患に対して支払う間接的な費用を、情緒的に障害された子供と一緒に家にいる両親のこと、家庭内の自殺のこと、適切でない保健医療ケアの介入というように分けて算出してみる

と、実際の費用は数倍に増加しているのであります。ドルを節約するためには、精神疾患にかかった人々が適切な治療を確実に受けられるように、必要とされる研究、訓練、サービスに対して、別のドルが慎重に使われるのでなければならぬのであります。そしてそのための費用は、人間という価値の高いものに、ついやす費用としてはたいへん安いものであります。

過去においても、そのような支出がかえって費用の節約になることを証明しているのであります。私たちは経済的・人間的利益をともに失ってはならないのであります。

精神衛生における臨床的訓練

国立精神衛生研究所の臨床マンパワーの訓練計画は、この国が質の高い精神衛生ケアをもたらすかどうかの鍵であります。とくに、現在ケアを受けていないか、受けてはいても、わずかしか受けていない住民に対して、国立精神衛生研究所の計画は、核となる精神衛生の4職種(精神医学・臨床心理学・精神科看護・精神医学的ソーシャルワーク)のすべての訓練において、施設と個人双方の費用を維持するのに役立っております。

約120,000の医学生、プライマリ・ケアを訓練中の医師、これとは別に専門が精神科以外の医師の知識と技術を強化しようとする計画にとって、国立精神衛生研究所の計画は大きな財源であります。というのは、この人たちが将来職につくときに、情緒的、精神医学的問題をより効果的に認識し処理することができるようになるからであります。

国立精神衛生研究所の計画がねらっているのは、精神衛生サービスを提供する職員をつくるために、新しいやり方を発展させ、評価法を、確立することを目指すという、地味だが重要な研究であり、また実地教育活動であります。有能な精神衛生マンパワーを効果的に活用することを計画するに当たって、州や地方の部局を援助し、いくつかの分野で準専門家の発展を援助す

ることも国立精神衛生研究所は行なっております。

これらの計画すべてに関して、大統領予算が示しているのは、現行の資金の水準を維持するというのではなく、さらに単に資金の水準を減らすというにとどまらず、これに関するあらゆる連邦政府の援助を段階的に、とりやめることであります。

この援助の廃止が提案されたのは、精神科医師の絶対数が全体的に不足しているという一致した見解確認がいつそう進み、ヘリテージ基金 (the Heritage Foundation)、ランド財団 (the Rand Corporation) によって、また上院歳出委員会に対する保健医療・対人サービス局の報告によって、さらには保健医療・対人サービス局に対する卒後医学教育に関する国家諮問委員会 (the Graduate Medical Education National Advisory Committee) (GMENAC) の報告——などによって公けにされたまさにそのときでありました。あらゆる医学専門職に対する訓練のうちで (以下の) 4 つだけが、全体的に、不足しているという状況が現在、そしてこのままでゆけば将来も続くということを、GMENAC は、明確に確認しているのであります。その 4 つとは、一般精神医学、児童精神医学、救急医学、予防医学であります。精神医学において、マンパワーが不足しているという問題のすべてについて、GMENAC の報告は論じてはいません。その報告は、1990年までには、合衆国全体で38,500人も一般精神科医、9,000人の児童精神科医が必要であるということに注意を向けています。我国では、今日約28,000人の一般精神科医、わずか3,000人の児童精神科医しかいないのであります。この不足は、専門医 (一般精神科、児童精神科) の訓練にはいるアメリカの医学卒業生の数が近年絶対的に低下していることから強まってきました。一方、ランド財団の報告が指摘したのは、我国の増大した老年人口の需要を満たすには、現在訓練を受けた精神科医がひどく不足しているということ

であります。これによると1990年までには、さらに1,440人も老年精神科医に相当する常勤の医師が必要となり、老人独得の精神衛生の問題に関して、次の世代の精神科医を訓練できる地位に、あと700人の専門家をつかせることが必要であるといっております。

ここで過去2～3年の間に、国立精神衛生研究所が、検討をつみ重ね、厳しい高度な競争による臨床訓練計画を遂行したということ、強調することは重要なことであります。このことが課していることは、精神科医および、関連領域に関する訓練プログラムを、根本的に再編成したことであります。このプログラムのねらいは、家地の指導と、経験によってはぐくまれる専門家としてのマンパワーの発展をはかるということであり、治療を受けていない人、十分なサービスを受けていない人に特徴的な精神衛生上の問題にかかわるマンパワーの育成ということでありました。

このような人々には、次のような人々が含まれております。一般保健医療部門にだけ姿をあらわすような解決困難な感情的問題をかかえる人々の大多数、重度の障害をもつ子供や青少年、精神疾病を持つ老人・少数民族、慢性の精神疾病 (とくに退院して地域社会にもどった人)、さらに、多くの農村や都市内部の地域に住む精神疾病を持つ住民たちであります。

この最近の国立精神衛生研究所の臨床訓練プログラムの再検討の経過はきわめて重要で、国家的要請について大いに直接的、かつ敏感に受けとられ記載されていますので、さらに詳細に記述することが貴委員会にとって役立つであろうと考えるものです。

1982会計年度に十分に対応できるようにつくられている訓練計画の再検討案は、次の5つの大きな要素を含んでいるのであります。

1. 上に述べた住民の特殊な精神衛生上のニーズに応じて、教育訓練に必要な資金能力を拡大するために (医学部を含む) 学術研究所への援助を行うこと。

2. 慢性の精神疾病の患者、少数民族、重度の障害をもつ児童や青少年、老年の精神病患者などで全くサービスを受けていないか、あるいは少ししかサービスを受けていないことが確認されている人々の特別のニーズに応じて活動する学生に対する援助。
3. 精神疾病（しばしば身体疾病に伴う）を診断し、認識し、療養管理を行いさらに必要時に専門医である精神科医の診察や、コンサルテーションを適切に活用することを要求される医学生全体のための、そしてプライマリ・ケアの専門医（家庭医、一般開業医、一般内科医、一般小児科医）の研修医のための訓練強化に対する援助。この領域は精神医学の訓練計画にとってとくに重要であります。一般保健医療サービス部門では、このような訓練が実質的な費用節約につながるという切実な証拠がありますから、一般保健医療サービス活動のもとにある各科に対する精神医学的コンサルテーションと精神衛生問題に対する治療のあり方については、あとでさらに詳しく討論されることになります。
4. 精神衛生に従事するマンパワーのニーズにこたえ、さらに、そのようなマンパワーの効果的活用をはかるために、評価や計画作成に関するより効率的な方法を開発することに関して州や地方の部局を援助すること。
5. サービスを受けていないか。少ししかサービスを受けていない人々のニーズを特別に満たすという条件のもとで一定の年限の勤務が義務づけられている国立精神衛生研究所奨学訓練生への義務履行の命令、（この根拠は最近制定された精神衛生制度法によって作られ、1981年7月1日以降の訓練年度から効力が生まれる法律によって定められている）。
以上の計画の再検討事項のそれぞれが国立精神衛生研究所の臨床訓練活動にすべて適用されるように、私はいま同研究所の精神医学教育部の仕事が果しているいくつかの重要な結果をより具体的なデータに基づき明らかにしなければ

なりません。教職員と学生のレベルに応じ、そして精神医学的な訓練を受けている人と他のそれぞれの専門医訓練（特にプライマリ・ケア）を受けている人たちのために今、すべての大規模な医学訓練センター内の精神医学部門は、さきの目標にされた人々の精神衛生上のニーズに対して、体制を強化し、焦点をしばって発展させております。

もし、国立精神衛生研究所の援助がなかったなら、このことは可能なことではなかったと思います。精神医学の部門は他の臨床部門にくらべて外来患者に対する責任を多く負い、一方、他の部門と同様、収入は、治療費にほとんどを依存しなければなりません。今ここで目標とされたサービスの必要な人々がそのような収益の重要な収入源となることはまずないのであります。とくに、サービスが入院患者としてではなく外来診療の形で行なわれるときには、そのようになります。

最近、2ダース以上の研究が行なわれて、特殊化した精神衛生のケアの領域の対極にある一般保健医療ケア部門の患者がもつ精神疾病の質と程度がかなり明らかになってきました。

- 重要と思われる精神疾病にかかっているすべての人々のうちの54%が身体のケアだけであつかわれています。
- 一般身体保健医療サービスを受けている人々の27%がある種の精神疾病にかかっていると推定されています。
- 重要な精神疾病をもちながら身体部門の保健医療サービスを受けている患者の75%に相当する人々が一般身体部門の保健医療専門家によって精神衛生上の問題をかかえていないと認識されております。
- 身体疾病に関する検査・治療サービスは、精神疾病のない人々に比べ、精神疾病をもちながら専門の治療を受けていない患者の間で2倍の高率で利用されています。
- 精神衛生サービスが身体保健医療サービス部門で有効に行われている時には、精神科

以外の検査治療サービスの利用は低下します。

このような所見のもつ重要性から国立精神衛生研究所は近年、精神医学的コンサルテーションによる診療科間連携についての訓練計画や、すべての医学生とプライマリ・ケア修練期間にある研修医に対するより充実した精神医学的訓練への統合を優先的に考えています。この優先計画は1975年から1980年までの間に国立精神衛生研究所のなかでこれらの計画に割り当てられた資金が250%増加したことで現実に反映されております。1975年から1980年の間に同研究所精神医学教育部の総訓練予算は810万ドルまで下がったのですが、にもかかわらず1981年には、精神医学訓練予算の半分がこれらの計画に割り当てられているのであります。

この計画では、教育は、一般医学、外科および小児科部門と精神医学の部門との門の連携調整を通して実行されるのであります。その目的は、一般医学の臨床で遭遇する人間の情緒的な問題や精神医学的な疾病を認識し、取り扱うことによって、プライマリ・ケアを担当する医師や、精神科以外の医師の知識と技術を拡大することでありませう。

精神疾病をもつ患者に対して身体保健医療部門がよりよい精神衛生サービスを行うことの費用面の利益と医学的効果については、いまや研究の中で、実質的に証明されているのであります。

以下に、いくつかの例をあげます。

○西ペンシルバニアの健康保険（ブルークロス）は、精神衛生サービスが有効に行なわれたグループと精神衛生サービスが有効に行なわれなかった（これと対照的な）グループ双方が、内科、外科サービスを、どのように利用したかを研究しました。その結果では精神医学を活用しなかったグループに比べて、精神医学を活用したグループの方が、内科-外科の利用をあまりしないということがわかりました。（後者では）全医

療サービスに対してかかる患者あたりの一ヶ月の費用は、16.47ドルから7.06ドルへと下降し、半分以下になったのであります。この費用節減は精神医学的ケアを行うのに必要だった費用より明らかに大きかったのであります。

- 1973年から1977年までテキサス州で実施された追跡研究によると、65才以上の在院患者に精神医学的治療を試みたところ平均在院日数が、111日から53日に減少し、その結果110万ドル以上の費用が、節約されました。
- カイザーパーマナントグループの一研究は、152人の患者の対照的な2グループ、すなわち、精神医学的介入（研究グループ）を受けたものと、受けていない（コントロールグループ）ものとを比較したものです。2つのグループの当初の一般保健医療サービスの利用の割合は、似ていました。しかし5年の間に、コントロール・グループでは、一般保健医療サービスの利用状況は基本的にかわらなかつたのですが、一方の研究グループでは、精神科以外の外来往診が62%までに減少し、入院患者の在院期間も、68%までに減少するという、明らかに対照的な結果を得ました。
- ワシントンの団体保健協会の報告では、精神衛生のケアに対する委託が前年に比べて適切に拡大され、精神衛生サービス機関で治療を受けた患者が、精神科以外の治療費を、30%まで減少させております。加えて検査や、X線サービスの費用も29%減少したのであります。
- 主として慢性の症状をもつ1,000人以上の患者を含んだ西ドイツの研究では、適切な精神医療サービスをうけた5年間に患者一人あたりの平均年間病院受診日数が、概算、5.3日から0.8日へと減少したということがわかりました。
- ごく最近行なわれた手術1年余の追跡研究

では、大腿関節の骨折の回復手術を受け、さらに診療科間連携精神医学サービスを実施された24人の老年期の患者グループの手術の経過と、同じ外科手術を受けたが診療科間連携サービスを受けなかった26人の同じ老年期のグループと比較しております。これによると精神医学的診療科間ケアを受けたグループは平均12日早く退院し（30日対42日……28.6%減少）ほぼ193,000ドルの節約（精神医学的診療科間サービスには、年間10,000ドルかかる）ができました。さらに、精神医学的診療科間サービスを受けた患者では、2倍もの人々が（看護ホームや、他の費用が、かかる施設的环境よりよい）家庭へ戻ることが、できたのであります。

これら全体を考えてみますと、以上の研究結果が示すものは、精神衛生サービスが、一般保健医療ケア・プログラムの中で有効に働くときは、その利用頻度の減少という医学的有効性と費用節約という医学面、経済面双方の利益をはっきりと示しているのであります。診療科間コンサルテーション精神医学プログラムの発展と精神科以外の医師に対して精神医学的知識と技術の習得をはかることは、この目的のための根本的手段であると考えられます。

しかしながら、現在のところ全部の保健医療サービスに対して精神衛生サービスが行われていないので、医療全体に対して費用節減をどの程度実施できるかは、確実な数としては、つかんでおりません。ただし、以上の各調査の結果は、これらに対してきわめて大きい力をもっていることを明示しております。

この推論を導き出すために、今進行中の研究の結果が1年以内に報告されることを期待しているのであります。

議長、今述べたことをふり返ってみますと、プライマリ・ケアの専門的訓練については連邦の援助が、ずっと続いている筈という（行政府の）論理を、われわれは、理解することができ

ないのであります。とりわけ国立精神衛生研究所の精神医学教育部の予算の半分が、コンサルテーション診療科間連携訓練および一般診療科の学生とプライマリ・ケアの研修教育にあてられているという理由によって、精神医学的臨床訓練計画に対する連邦の援助が、完全にたちきられることは納得できません。（第三部門の供給者も含む）他の実施機関は、このような訓練計画に対して直接の資金ぐりや返済をすることができませんから、この種の活動はどうしても国立精神衛生研究所の援助や、実施計画に大いに依存することになるのであります。

多くの大規模な精神医学的トレーニング・センターは長い間、公立の精神衛生サービス機関の中に設置されておりました。大学などの教育訓練計画と、そのような機関との間の連携関係を広める必要があることは今や明らかなのであります。国立精神衛生研究所が特別に計画された援助を供与することによって、より多くの医学訓練センターが医療サービスを必要とする人々に、サービスを与えたり、（ひどく人員不足であることが、あたりまえとなっている）地域の公立の精神衛生機関が、（訓練担当職員と研修医の双方に対する）精神医学的訓練計画を実施することを可能にしているのであります。このことは、単に訓練担当職員や、研修医に対する訓練計画を充実させるばかりでなく、同時に、そのような機関のサービスの量と質を拡大するためにも、もっとも重要で直接的な即効的な手段なのであります。

1979年3月に、「公立精神衛生サービス機関において臨床に従事する精神科医を配置するための最優先事項」が示されました。また、「精神医学的サービスが不足している住民ないし地域に奉仕する公立精神衛生サービス機関（例えば、州立精神病院、地域精神衛生センターや、一般保健所、州の精神衛生部局、長期間のケア機関、矯正施設）で臨床に従事する精神科医の数を増やすこと」をめざして焦点をしばった教育計画を援助すべきだという全体的な目標をこの計画

は立てました。

さらに詳細に言えば、このプログラムでは訓練計画の対象となる医師について次のようなことを要求しています。

- 公的機関で慢性のあるいは、重度の障害をもつ精神病患者に対してサービスをおこなう精神科医を配置するための教育計画に関する解説書を準備すること。
- (a) 教育施設および、協同するサービス機関や施設との間の協力関係（関係を定義する同意文書） (b) 精神医学的サービスが不足している住民や地域についての州立精神衛生当局との協議、以上の合意手続と文書を用意すること。
- 公立精神衛生機関で訓練サービスを修了した医師の訓練終了後の配置計画。
- 訓練修了後、訓練生が、公立精神衛生機関で適切な業務につくことができることを証明すること。
- 教育計画が、精神衛生サービスがないか不足している地域にある公的な精神衛生機関で働く精神科医のためであることを示す役割の確任書。
- 計画が実現可能な範囲であることを示す評価書類。

計画公表に応じて、合計31の申し込みがなされました。このうち、マサチューセッツ（3）、ニューヨーク（2）、ペンシルバニア（2）、メリーランド（1）、インディアナ（1）オレゴン（1）、ワシントン（1）、カリフォルニア（2）、プエルトリコ（1）、などの計画が認められ、総額865,121ドル（1980会計年度の継続費用は、921,582ドル）の資金が提供されました。指導職員を加え合計78人の常勤と4人の半日勤務の精神科研修医が、各年の計画で認められました。

多くの計画では、3年から5年の期間援助されることとなり、今は活動を始めて今は2年目に当たります。現在予備的な評価が行なわれていますが、人員が不足している公立機関でこの訓練の後、精神科医の雇用状況について十分な評

価と結果を得るには、まだ数年必要であろうと思われる。

くりかえしますが、国立精神衛生研究所からの資金や推進費がなければ、医学訓練センターは勿論、関連公立サービス機関もこの計画の費用を支出することは、できないのであります。欠員気味の公立サービス機関で働くことを、もっと多くの精神科医に奨励することが必要ですが、これに関連して、国立精神衛生研究所は「精神医学教育とサービスの統合に関する委員会」の設立を促進し、その効果が上がるように精力的に活動してきました。この委員会は、その会員をアメリカ精神医学主任教授会議、アメリカ各州精神衛生主管部局長会議、アメリカ精神科研修医訓練責任者会議、から集めました。アメリカ精神医学会は、この重要な委員会の目標と仕事を強力に支持しています。

ここで費用節減と訓練という問題に関する最後の要点を述べます。他の医学の専門分野においてもいえることですが、患者に対する治療を指導者のもとで行うということは、精神医学的訓練における本質的な要件であります。精神科医の訓練に対して施設が投資した費用は、主として、ふつうなら、そのようなサービスを受けることがない重度精神障害の患者にサービスを行うときに20倍の付加価値を産むということを経験した国立精神衛生研究所の研究は示しました。

議長、今まで述べたこの計画では奨学金を受けた学生に対して、新しく立法化されたとおりの返済義務をもたせているのですが、国立精神衛生研究所の臨床訓練計画について最近なされた再検討の結果では、一般保健医療部門（とくにプライマリ・ケアの領域）の中の精神衛生サービスの費用の効果的な拡大をはかるとともに、本当に困っている重度の精神病患者のケアにきわめて直接的な方法で取りくむことの必要性をも明らかにしております。

臨床訓練に資金援助することについて、連邦機関の役割が疑問視されていることを私たちは認識しています。しかし、これらの計画に対し

て資金を与える所が今のところ公私を問わず全くないということ、われわれは、はっきり指摘したいと思います。

国立精神衛生研究所の臨床訓練予算は、この国における精神衛生の専門家を教育する総費用のほんの一部にすぎないのでありますが、それにもかかわらず、この予算は訓練計画の焦点化と何を優先すべきかについて強い影響を与えました。また厳しい同僚間評価によって計画の質により刺激を与えました。さらに一般保健医療ケア部門で出合う精神衛生の問題を認識し、対処できるよう一般医師を訓練することの有効性と、費用の効率性を証明しました。

この予算は、これらについて必要不可欠な要素となっているのであります。われわれと精神衛生研究所が推進した委員会は、この間になしとげたことを誇りにしています。しかしこの仕事は完成からは、なおほど遠いのでありまして、これからも国立精神衛生研究所の指導力と臨床訓練予算がもたらすはずの影響力はひきつづき重要なものであります。

それ故に、マンパワー不足が証明されている地域に向けられる増員計画と同じく、今述べた委員会と、これと大いに関連した効率的な連邦の資金投下によって臨床訓練計画が持続されることを、われわれは主張するものであります。

私たちは、ここで1982会計年度の71,798,000ドルの歳出予算の水準について、委員の方々に好意的に考慮してもらいたいのであります。この予算総額は、1980会計年度の歳出や1981会計年度に議決された予算より少なく、この委員会で無効にされた1981会計年度予算の水準をわずかに越えているにすぎません。提案額（これは、とくにインフレーションの影響をかなり受けているのですが）では計画を持続するために必要な資金が減ることになりますし、結果として新しい計画は、ごく質が高く、優先順位の大きいものだけしか実施できなくなるのであります。

連邦の援助が継続されなければ、精神医学の部門では、今まで述べた努力を維持できません

し、いわんやそれを拡大するなどは、とうていのぞめません。それどころか、精神医学サービスは支払の確実な裕福な人々に対する臨床訓練（と関連したサービス）にたよるしか代れるべき道を持たなくなります。

議長、以上で精神衛生臨床訓練に関する問題の提起を終わりますが、昨1981会計年度行政府提案の予算案の支持をこの委員会が拒否したことで、精神衛生全領域の人々がいかに勇気づけられたかを委員の方々に知ってほしいと願うものであります。

精神衛生研究と研究のトレーニング

1970年代の10年間の（国立精神衛生研究所によって大いに援助された）神経科学の研究の発達は、脳についてのわれわれの知識を考えられないほど向上させました。つまり窮極的には、主要な精神病（分裂病や重症の抑うつ障害のような）についての包括的な理解に向かうであろう本質的な知識の基礎が作られました。その知識の中には、生物学的な基本命題、神経系の病理、そして、それらの知見に基づく治療と予防が含まれているのであります。

70年代の新しい研究チームの向う方向には進歩というに足りる業績があったし、実験室も又新しく、ますます洗練された技術や新しく有望な研究を行う手がかりになる知見を着実に集約し発展させました。もっとも劇的な発達を示したものの中に、国立精神衛生研究所の研究資金によってすべて援助された次のものがあります。

この70年代半ばにおけるこの種の進歩の歴史的な1例は、脳におけるオピエートレセプターの発見でありました。この発見は鎮痛剤がいかにその効果を発揮するかについて新しい理解を与えただけでなく、オピエートレセプターと関係し、疼痛の調節に重要な役割を演じている自然界に見出される物質（エンドルフィン）の同定を導いたのであります。このことは、次いで、今まで知られていなかった人間の疼痛調整系についての知見を導入しました。

さらに精神衛生の分野にとって特に重要なことですが、分裂病や重度の強迫性の障害や薬物嗜癖のような機能破壊的な疾病においてエンドルフィンが果している可能性のある重要な役割を最近の研究成果が示唆していることであります。これは疼痛の調整、喜びの経験、ストレスとショックへの対処、学習や記憶といった基本的な過程におけるエンドルフィンの役割と同じく重要な知見であります。

オピオイドレセプターやエンドルフィンの発見は人間の脳を理解することについて画期的な進歩であるといっても過言ではありません。もしかすると、それらの発見は、精神病の中で、最も症状の重い精神病の生物学的要因について新しい強力な洞察への道を開くかもしれません。

医学の歴史がくり返し証明しているのは、基礎的な研究から起こったこのような洞察が、もっとも効果的な治療と予防の進展への道を開くということでもあります。

近年の精神衛生研究における他の劇的な発展には、次のようなものがあります。

……躁うつ病の治療に対するリチウムの導入。

……重症で慢性型の精神疾病にかかっている非常に多くの患者達が、費用のかかる施設に監禁されずに生活できること、および多くの例では生産的な仕事に戻ることを可能にした効果的でより安全なメジャー・トランキライザーの、継続的発展。

……実際に動いている生きた脳をみせるポジトロン・エミッション・トモグラフィ（PET）を使用した国立精神衛生研究所の助成による研究の開発、この技術を使えば、今や何ら損傷を与えずに実際に機能している脳の代謝過程と薬物の効果を視覚的に描き出し、測定することが、可能です。「PET スキャナーは精神医学的、神経精神医学的状态に関連のある研究にとってすばらしく明るい見通しを開いた」ということを、国立精神衛生研究所の部長であるハーバード・パーデス（Herbert Pardes）博士が最近指

摘しました。薬物療法を受けている分裂病患者についてPET脳スキャンはより常態的な現象（a more normal appearance）を写し出し、それによって、行動生理学と脳生理学との間の直接的なつながりを指摘できる証拠もすでに明らかになりつつあります。

……国立精神衛生研究所が援助した研究のさらに別の分野では、脳組織の損傷を修復するための新しい技術が考案されつつあります。この研究は最近実験動物を使って実行されているのでありますが、この研究には、ある動物から他の動物の損傷された脳の移植あるいは、同じ動物の副腎から脳へ神経組織を移植することなどがあります。二つの例で神経の移植がただ行われるだけでなく、移植された組織が損傷された組織の機能の代りをはたすことができ、症状が改善されたのであります。この種の脳研究を長期にわたって行うことはきわめて重要なことであります。

リチウムの導入やメジャー・トランキライザーの進歩した適用のように、臨床治療上重要で効果的な進歩が何百万人というアメリカ人に対する精神衛生ケアに大きな影響を与え、施設に入院させて行なう患者ケアにともなう精神的、経済的苦痛を、期間的に大いにへらし、主要な精神疾病（major mental disorders）にかかっている人々の回復が、わが国の総労働力における生産性を高める結果をもたらしております。直接、間接も含めて節約される費用は莫大であります。ちょうど一つの例がこのことを適確に表現しています。過去10年にわたって、リチウム療法だけで直接かかる精神衛生の費用を28億8千万ドル、生産性を考慮すると付加的にさらに12億8千万ドルを節約したと評価されています。これらの数値は、リチウム療法の費用と以前は有効とされた躁うつ病における通常の（そして、一般に効果的ではない）治療と比較することによって得られたものであります。

議長、一つの主要な精神疾病の治療に対するたった一つの新しい治療法の導入から生じた10年で40億ドル以上のこのように見積もられた費用節減は、国立精神衛生研究所の全存在を支えている同所の研究に対して支払われる政府支出金の総額を実質的に越えているのであります。

しかし、このような進歩は、研究の努力が、ただただ長期に倦むことなく行われることによってもたらされるのであります。それは、基礎科学の水準の向上から生れた新しい知見と、その知見を既存の科学に結びつけること（科学的基盤の拡大）を一步一步推進させ、それが、周到な評価を要する臨床への応用領域に適度にひろがってゆくことで、なされるのであります。このように努力をしつづける過程は、自然科学や臨床科学を進歩させるのには、必須のことです。

長期の展望に立って成果をあげるためには、その場かぎり、あるいは機会的な考え方を安易に取り入れることは、絶対にできません。そして、長期的観点からみて、この過程は資金が常に平行して維持されるのでなければ、科学的にも経済的にも進展しないのであります。

1980年代は、脳に関する深く新しい知識の獲得と理解が、神経科学や、それと関連した行動学の所見および臨床上の知見の研究を通じてなされる時代となるということが、科学界において広く予測されております。

この予言は、近來ないし今日の発達をみるとますます根拠が十分のように思われます。しかしその結果をもたらすためには、…そして、それが何100万人にも及ぶ精神病にかかっているアメリカ人に対する治療の進歩と生産性の改善に対して力を発揮するという見とおしも…現在の努力を維持するのに必要でかつ十分な援助を、実質的に連邦に依存できるか否かにかかるのであります。

議長、われわれが、知恵と必要不可欠な投資をする意志をもっているならば、科学的進歩は、もたらされるはずであります。

70年代を通じて、生物医学的、臨床的、行動学的研究に対して、国立精神衛生研究所が行った外部の研究計画に対する援助予算は、衛生研究所（NIH）の計画に対する予算が232%以上増加したのに比べて、インフレーションの分を差し引かなくても、たった68%しか増えませんでした。1981会計年度では（大統領が提案し、撤回された予算と、この大統領提案に対して議会がとった行動のために）生物医学的臨床的、行動学的研究の援助金に関する国立精神衛生研究所の外部に向けた研究予算は、執行レベルで6.4%低下しました。一方同じ時期の衛生研究所の生物医学的、臨床的、行動学研究は、1.4%の低下しかみられませんでした。（国立精神衛生研究所の81年会計年度の研究予算に対して410万ドルが否決案に加えられましたが、衛生研究所に対しても同様に加えられたからでありましょう。）

国立精神衛生研究所の研究資金に対する行政政府の1982会計年度提案には困難なもう一つの側面があります。すなわち、「ソーシャルリサーチ」に対して連邦の援助を中止しようという意図についてです。この「ソーシャルリサーチ」という言葉が、この文脈の中で政府によってどのように定義されているかは、いまだ明らかではありません。基礎生物医学的、行動学的、臨床的研究に対して高度の優先権が与えられなければならないとはいえ、われわれ人間には、病気の場合と同じく健康な場合でも、われわれを形づくっている生物学的、心理学的、そして社会的な側面が常に存在します。そして、そこには、しばしば敏感に相互の関係があらわれていることを理解することは重要であります。病気にかかったとき、「身体的」と分類されようと「精神的」と分類されようと、社会的な原因が病気の発生、経過、医学的管理の状況の変数になることは、いうまでもありません。

このことは重症の精神病患者のリハビリテーションと地域社会への適応、自殺するおそれのある人と暮らしている家族、重いうつ状態をか

かえた家族、重度の障害児や青年期の人達の問題などにおいて特にあてはまるものであります。

精神疾病の経過と治療に寄与し、家族や他の人々に健康上よくない重大な衝撃を与えるかもしれない特殊な社会的変数についての研究が続けられるということは、精神病の理解を進めるために重要なことであります。

研究の訓練に関しては、十分に訓練を受けた基礎医学の研究者も研究を進歩させるための本質的な道具なのであります。とくに科学的な知識が広がり研究技術が発達するにつれて、研究者の訓練が長期にわたり、むずかしく費用がかかるようになることは避けられないことであります。そのような訓練について連邦政府が援助することは、国民の健康と福祉に対する賢明な投資であります。貴委員会が、政府提案の1981会計年度予算の否決を見通して、賢明にも研究訓練の施設費用、間接費用の予算項目の削減を拒絶したとき、精神衛生の分野に従事するわれわれ全員は勇気づけられました。そのような削減をすれば生物医学的、行動学的、臨床的学者の次の世代は、数と能力の両方において使いものにならなくなってしまふのであります。

訓練には、非常に長い期間が必要なので、質の高い研究者を生み出すには必然的に長い準備期間がかかります。80年代に見込まれている研究が実現されるならば、そして、予め必要性をみとめられた研究についての努力が継続されることについて何とか中断される事態を避けることができれば、その研究成果について国民が期待することができるだけに十分に訓練を受けた研究者がきっとその期待にこたえるであろうと思います。そのように仮定するには、今がふさわしい時期なのであります。このことはついで研究訓練が、たえず強化されるような形で資金が必要なことを示すものです。

この重要な計画では、インフレーションによる資金の目減りを考慮し、あるいはほんのわずかであっても、実質的な成長を促すために、国

立精神衛生研究所の訓練計画に対して1982会計年度で、2013万7千ドルの資金水準をたもつことを、われわれは提案するものです。

議長、最後に、研究と関連することですが私が、精神衛生研究と、研究の訓練の領域に関心をむけているだけでなくアルコール中毒や、薬物乱用などの関連領域にも、平行して関心をもっていることを申しそえます。

これらに関する計画や、過去10年間のそれらに関する基礎研究、臨床研究における、めざましい進歩については、他の人がくわしい証拠を示すことを私は存じております。

私の判断では、これらの進歩は、1982会計年度や、それ以降にアルコール中毒や、薬物乱用の研究および、研究訓練に対する連邦の予算を、増加させ維持することが、明らかに正当であることを、示しているのであります。

精神衛生サービス

精神疾病の患者に対して現にケアを続けている限定された数の精神衛生の専門家をさら削減しようとする提案や、生物医学的・臨床的研究に対する援助を削減しようとする提案とともに、政府は次の提案もしております。それは、地域社会に基礎を置いた精神衛生サービス計画に関する現在のネットワークを、各州ごとの監督下のブロック別助成プログラム（現存の区分別の保健医療プログラムすべてからなる）に合併させることであります。

その論拠は、そのようなブロック別助成制度に含めることで間接的費用を減らし、地域地域で特有の問題点や優先順位に合った州のやり方を強化するというにありまふ。しかし、それぞれの州の中には、今の時点で、こういった複雑な計画を監督するのに要求される技術的な専門家を持っていない、という事実が無視されていますし、今、連邦政府が監督し、厳しい管理と報告を要請しているような機能を、今度は州が責任をもって当るとは考えにくいのであります。

そして、精神衛生の領域にとって格別に必要なことですが、州レベルの他の保健医療計画と結び付けられたときに、精神病の処遇に加えられている伝統的な「仲間はずれ」の役割について、このブロック別助成金方式は考慮を払っておりません。精神疾病を病む人たちは、自分たちがずっと耐えている偏見や社会的不利益に対して、有効な資金を適切に配分するように、自分たちの必要性を効果的に表現することが、今なおできません。

連邦レベルで実施する場合でも、政府の機関や分別のある議会の協同の努力によらなければ、精神衛生は保健医療計画法、障害児教育法の中に含まれませんでした。それによってのみ保健医療維持機構や他の多くの機構によって得られるサービスを要求できたのであります。

1980会計年度の合計水準の75%をブロック別プログラムに振りむけることによって、それぞれの地域でふさわしいとされる計画が進められるとき、精神疾病の患者の処遇は従来と同じく低い優先順位にとどまるでありましょう。それどころか、地域地域の計画が州レベルで競合し資金を争うようになるにしたがって、おそらく精神衛生に割り当てられる予算がさらに削減されるであろうことは、行政府自体も認めているところです。

この施策の転換に伴う影響は、わが国の国民の中でもっとも弱い立場にある人々—老人、重度障害児者、慢性の精神疾病の患者—から、長いこと約束されてはいたが実際には過去数年だけ実行されたに過ぎないケア充実への方向づけを奪うものと考えるのであります。

結 語

私たちは誰もが、わが国が経済的に回復することを望んでおります。私や私が代表する組織は、しかしながら、自分自身のために意見を表明していない（もしくは表明できない）多くのわが国の人々のために、連邦の財政支出に関する今まで述べてきたような不当な削減に反対し

て見解を述べなければならないのであります。

議長、必要な財政の抑制と、精神衛生について十分な訓練を行い、研究を実施し、サービスを提供することとの間に、適切な進むべき道を求め、精神衛生活動に要請される知識、マンパワー、サービスを有効に妨かすために必要な予算増額を与えるように、1982会計年度政府提案の国立精神衛生研究所予算の修正を、議長と委員会の方々が提議してくれるよう私は主張するものであります。

全体を終わるにあたり、そしてまとめとして、国立精神衛生研究所の3プログラムについて、1982会計年度の歳出予算を以下の水準で維持できるよう、委員各位が考慮されることを、敬意をこめて提案するものであります。

国立精神衛生研究所によって資金援助される
所外研究費

115,476,000ドル

精神衛生研究訓練推進費

20,137,000ドル

精神衛生関係臨床訓練推進費

71,798,000ドル

- 1) American Psychiatric Association
- 2) American Association of Chairmen of Department of Psychiatry
- 3) American Association of Directors of Psychiatric Residency Training
- 4) American Society for Adolescent Psychiatry

後記) 全体を通じやや文脈に不確かなところがあるがこれは原文のせいではなく、短時間に推考しなければならぬ要請にこたえられなかった訳者の非力によるものである。

(岡上和雄、児玉和宏 訳)

精神衛生資料総目次

第1号 昭和28年(1953年)

緒言

I 精神障害者

1. 精神障害者の出現頻度
2. 内因性精神病の遺伝予後
3. 精神病院入院患者の病名別比率
4. 精神薄弱者の社会的予後

II 精神衛生に関する諸問題

5. 精神身体医学的に見た内科患者
6. 不就学児童
7. 街娼
8. 浮浪児及び浮浪者
9. 犯罪少年及び虞犯少年
10. 麻薬及び覚醒剤
11. 小学校における精神衛生
12. 自殺
13. 離婚

III 施設及び職員

14. 精神病院
15. 精神科関係職員数
16. 全国精神衛生相談所一覧表
17. 全国児童相談所一覧表
18. 児童福祉施設
19. 少年鑑別所及び矯正保護施設
20. 全国特殊学級数

附録

21. 精神衛生関係団体一覧
22. 学会動向
23. 精神衛生関係の年間主要記事
24. 精神衛生関係年表

第2号 昭和29年(1954年)

I 精神障害者

1. 精神障害者の出現頻度
2. 精神病院入院患者数の累年比較
3. 精神病院入院患者の病名別比率
4. 特殊治療法の効果
5. 精神病者の転帰
6. 精神分裂病罹患者の結婚及び挙子率
7. 英国における精神薄弱者実態調査
8. 昭和27年度精神障害者申請、通報及び処理状況
9. 優生保護

II 児童及び教育

10. 全国保護児童調査
11. 児童相談所の活動状況
12. 児童福祉司の取扱った児童等の数
13. 混血児童 一いわゆる混血児童実態調査一

III 犯罪、非行及び中毒

14. 犯罪数累年比較
15. 第一次大戦前後におけるドイツ、オーストリアの犯罪者数
16. 少年の犯罪及び非行
17. 犯罪と精神障害
18. 覚醒剤

IV 社会病理

19. 家出
20. 自殺
21. 離婚
22. 売春

V 施設及び職員

23. 精神病院
24. 精神科関係職員
25. 精神衛生相談所
26. 児童相談所
27. 児童福祉施設
28. 少年鑑別所及び矯正保護施設
29. 特殊学級及び特殊学校
30. 精神衛生関係職員の養成

附録

31. 精神衛生関係予算
32. 精神衛生関係団体一覧
33. 学会動向
34. 精神衛生関係の年間主要記事

第3号 昭和30年(1955年)

I 精神障害者

1. 精神衛生実態調査
2. 昭和28年度精神病院患者統計
3. 精神衛生法による昭和28年度医療および保護状況
4. 米国における精神病院患者統計
5. 英国における精神衛生行政
6. 英国における精神衛生統計
7. 神経症と時代的消長
8. 優生保護統計

II 児童および教育

9. 精神薄弱児施設収容中の年齢超過者の実態調査
10. 長期欠席児童生徒調査
11. 学期期における不就学者統計
12. 米国における特殊教育統計
13. 児童相談所の活動状況
14. 児童福祉司の取扱った児童等の数

III 犯罪、非行および中毒

15. 犯罪発生検挙累年比較
16. 戦後における兇悪犯罪、粗暴性犯罪および窃盗犯の発生推移状況

- 17. 少年犯罪
- 18. 虞犯少年
- 19. 米国における少年非行の増加
- 20. 少年院新収容者統計
- 21. 覚醒剤

IV 社会病理

- 22. 自殺
- 23. 離婚

V 施設および職員

- 24. 精神病院
- 25. 精神科関係職員
- 26. 世界各国における精神病院施設数および精神病床数
- 27. 精神衛生相談所
- 28. 児童福祉施設
- 29. 矯正保護施設
- 30. 家庭裁判所
- 31. 更生保護
- 32. 特殊学級および特殊学校

附 録

- 33. 精神衛生関係予算
- 34. 精神衛生関係団体一覧
- 35. 昭和29年度学界動向
- 36. 精神衛生関係の年間主要記事

精神衛生の分野

- 第5回国際精神衛生会議
- 精神衛生関係の1954年度国際的会合

第4号 昭和31年(1956年)

I 精神障害者

- 1. 精神科患者調査
- 2. 精神衛生法による昭和29年度医療および保護状況
- 3. 精神障害者の生態学的調査
- 4. 優生保護統計
- 5. 米国における精神病院患者統計
- 6. 精神薄弱児の処遇

II 精神衛生に関する諸問題

- 7. 覚醒剤中毒
- 8. 犯罪発生検挙累年比較
- 9. 戦後における兇悪および粗暴性犯罪の発生推移状況
- 10. 少年犯罪および虞犯少年
- 11. 少年院新収容者統計
- 12. 児童相談所の活動状況
- 13. 不就学児童・生徒
- 14. 長期欠席児童・生徒
- 15. ホスピタリズム
- 16. 自殺
- 17. 離婚
- 18. 家出
- 19. 売春

III 施設および職員

- 20. 精神病院
- 21. 精神衛生相談所
- 22. 精神科関係職員
- 23. わが国におけるサイキアトリック・ソーシャル・ワークの現状
- 24. 児童相談所
- 25. 児童福祉施設
- 26. 矯正保護施設
- 27. 更生保護
- 28. 特殊学級数

特集 世界各国の精神衛生事情

- (I) ヨーロッパ各国の精神衛生
- (II) アジアおよび地中海東部諸国の精神衛生

附 録

- 29. 精神衛生関係予算
- 30. 精神衛生関係団体一覧
- 31. 昭和30年度学界動向
- 32. 精神衛生関係の年間主要記事
- 33. 精神衛生年表

第5号 昭和32年(1957年)

I 精神障害者

- 1. 精神衛生法による昭和30年度医療および保護状況
- 2. 千葉県安房郡における精神障害者の生態学的調査
- 3. 優生保護統計
- 4. 英国の精神病院関係法規
- 5. 精神薄弱児の実態

II 精神衛生に関する諸問題

- 6. 覚醒剤中毒
- 7. 犯罪・非行
- 8. 精神衛生相談所の活動状況
- 9. 児童相談所の活動状況
- 10. 不就学児童・生徒
- 11. 長期欠席児童・生徒
- 12. 自殺
- 13. 離婚
- 14. 家出
- 15. 売春
- 16. 老人問題および養老施設
- 17. 迷信および宗教
- 18. 産業における精神衛生

III 施設および職員

- 19. 精神病院
- 20. 世界各国における精神病院数および精神病床数
- 21. 精神科関係職員
- 22. 精神衛生相談所
- 23. 児童相談所
- 24. 児童福祉施設
- 25. 精神薄弱児施設
- 26. 特殊学級および特殊学校

- 27. 矯正保護施設
- 28. 更生保護
- 29. 養老および救護施設
- 特集 世界各国の精神衛生事情(続)
- 附 録
- 30. 精神衛生関係予算
- 31. 精神衛生関係団体一覧
- 32. 1956年度学界動向
- 33. 精神衛生関係の年間主要記事
- 34. 精神衛生年表

第6号 昭和33年(1958年)

- I 精神障害者
 - 1. 在院精神障害者実態調査
 - 2. 精神病院関係法規の各国における動向
 - 3. 各国の優生対策
- II 精神衛生に関する諸問題
 - 4. 欧米におけるアルコール中毒対策の動向
 - 5. 犯罪・非行
 - 6. 賭博
 - 7. 自殺
 - 8. アメリカ児童指導クリニック
 - 9. アメリカ児童指導クリニック協会(A.A.P. C.C.)について
 - 10. 産業精神衛生
 - 11. 臨床心理学者の現状
- 特集 世界各国の精神衛生事情(続)
- 附 録
- 12. 1957年度学界動向

第7号 昭和34年(1959年)

- 特集 各国の精神衛生
- I 緒言
- II アメリカ合衆国
- III イギリス
- IV ヨーロッパ諸国
- V アジアおよび地中海東部諸国
- VI 南米その他
- VII 日本
- 附 録

第8号 昭和35年(1960年)

- I 精神病院統計
 - 1. 日本の精神病院
 - 2. 各国の精神病院
 - 3. 精神病院統計の新しい動向
- II 精神衛生に関する諸問題
 - 4. 学生相談活動の現状
 - 5. 犯罪・非行
 - 6. 離婚
 - 7. 売春
 - 8. 長期欠席および不就学児童・生徒
 - 9. 特殊学級および特殊学校

- 10. 児童福祉施設
- 11. 児童相談所の活動状況
- 附 録
- 12. 1959年度学界動向

第9号 昭和36年(1961年)

特集 精神衛生ゼミナール

第10号 昭和37年(1962年)

- 1. 日本の医学教育における精神医学および精神衛生教育についての一資料
 - 2. 精神鑑定医の経歴に関する一資料
 - 3. 精神病院資料
 - 4. 不就学および長期欠席児童・生徒の現状
 - 5. 特殊教育の現状
 - 6. 少年非行の推移
 - 7. 児童相談機関の現状
 - 8. 精神薄弱の研究史
 - 9. 老人の精神衛生
 - 10. アルコール中毒と嗜癖の概念について
 - 11. 自殺に関する資料
 - 12. 産業精神衛生の動向
 - 13. 結婚および離婚の動向
 - 14. 売春対策
 - 15. 精神衛生相談所の現状
 - 16. 学生相談の現状
 - 17. 日本におけるサイキアトリック・ソーシャル・ワークの展望
 - 18. 国立精神衛生研究所精神衛生相談室の現状
- 特別寄稿『犯罪・少年非行』
- 索引

第11号 昭和38年(1963年)

- 精神障害者のリハビリテーション
- 精神薄弱の発生要因と予防対策
- 日本における精神薄弱の脳波研究に関する文献目録
- 核酸と遺伝と記憶の問題をめぐって
- 神経化学最近の話題—
- 日本における成人精神薄弱者福祉問題の展望と今後の課題
- 問題児と特殊児童及び児童の事故の状況
- 睡眠薬乱用少年の実態
- 日本における中毒・嗜癖問題の最近の展望
- 産業界の“人づくり”新動向
- 能力開発訓練の精神衛生—
- 交通事故は何故起る
- 老人の精神衛生
- 後期壮年層調査にみられた精神衛生問題—
- アメリカにおける家族研究の一動向
- アメリカにおける精神障害と精神衛生対策の動向
- アメリカにおけるサイキアトリック・ソーシャル・ワーカーの教育、養成の動向
- 英国における精神病対策15年計画

精神衛生相談室活動の現状と問題
東京出張相談の現況

第12号 昭和40年(1965年)

特集 諸外国における精神衛生に関する
法令集, 第1巻
ニューヨーク州精神衛生法及び一般命令
ノルウェー精神衛生法
フィンランド精神衛生法

第13号 昭和41年(1966年)

特集 諸外国における精神衛生に関する
法令集, 第2巻
イギリス精神衛生法
カリフォルニア州精神衛生法
イリノイ州精神衛生法
西独精神衛生法
デンマーク精神薄弱法

第14号 昭和42年(1967年)

- I 精神障害者に関する近年の資料
- II 精神障害者医療機関に関する資料
- III 精神衛生に関する年表

第15号 昭和43年(1968年)

沖縄における精神衛生実態調査(1966年)の結果について
沖縄の精神衛生
フランスにおける精神障害者総合対策の地域組織化について
精神薄弱問題における諸発展の国際的概観

第16号 昭和44年(1969年)

特集 諸外国における精神衛生に関する法令集
フランス精神衛生関係法規
デンマーク心身障害者リハビリテーション法
D.H.クラーク「日本における地域精神衛生
— WHO への報告」

第17号 昭和45年(1970年)

精神障害における多元診断と分類
— 6年間のWHO診断会議を通じて —
わが国における精神病院の現状と問題点(1)
— 昭和44年精神病院実態調査の検討 —
ソ連の精神医療
フェニールケトン尿症のスクリーニングの現状

第18号 昭和46年(1971年)

外国図書目録

第19号 昭和48年(1973年)

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 —

わが国における精神病院の現状と問題点
WHOの第8回および第9回修正国際疾患分類をめぐって

第20号 昭和50年(1975年)

近郊都市化地域における社会変動と住民生活の
構造 — 市川市原木地区調査報告 —
社会測定論序説
精神衛生資料総目次

第21号 昭和51年(1976年)

- I 精神衛生活動に関する資料
 - 1. 精神衛生センター
 - 2. 精神障害回復者社会復帰施設
 - 3. デイ・ケア施設
 - 4. 保健所における精神衛生活動
 - 5. 精神衛生関係予算
 - 6. 精神衛生関連の施設
- II 精神障害者の医療に関する資料
 - 1. 精神科医療施設
 - 2. 精神科医療施設の患者数
 - 3. 精神病院の従事者
精神衛生における図書文献の情報処理に
関する一試案

第22号 昭和52年(1977年)

- I 国立精神衛生研究所における研究の動向
 - 1. 地域精神衛生に関する研究
 - 2. 精神障害者の社会復帰に関する研究
 - 3. 児童精神衛生に関する研究
 - 4. 個人ならびに集団の精神病理に関する研究
 - 5. 精神薄弱に関する研究
 - 6. 精神身体病理に関する研究
 - 7. 老人精神衛生に関する研究
 - 8. 精神衛生における社会科学的研究
 - II 英文論文の抄録
 - 第9回・国際疾病分類およびAPA第3回・診断統計マニュアルにおける事例性と疾病性の問題について
診断的理解と治療的理解の本質的相違と両者の関係について
— TATの“かかわり”分析への出発点 —
日本における集団精神療法
対人恐怖症候群
精神障害者と日本の家族 — 社会学的序説 —
老人の社会的適応に係わる諸要素の評価に関する研究
- 英文：研究の動向
研究論文

第23号 昭和53年(1978年)

- I 児童精神衛生に関する統計
 - 1. 自殺に関する現状

2. 児童の虐待・遺棄・殺害事件に関する調査
 3. 学校内暴力に関する現状
 4. 長期欠席児童・生徒に関する現状
 5. 特殊教育に関する現状
 6. 非行少年に関する現状
 7. シンナーなどの薬物乱用少年に関する現状
 8. 児童福祉施設の現状
 9. 児童相談所の現状
- II 精神障害者に関する統計
1. 本資料の利用にあたっての留意点
 2. 傷病名別の統計資料の概説
 3. 傷病名別・患者数統計表
- III 精神病院に関する統計
1. 精神病院及び一般病院の経営指標比較
 2. 精神病院及び一般病院の公・私別経営実態の年次推移と経済的バランス
 3. 日本精神病院協会による病院調査

**第24号 昭和54・55年
(1979・80年)**

- I 精神衛生障害者に関する統計
—昭和53年度—
1. 本資料の利用にあたっての留意点
 2. 傷病名別の統計資料の概説
 3. 精神障害(290～315)の中で占める各傷病の割合
- II 統計にみる我が国の精神医療福祉
1. はじめに
 2. 我が国の精神医療の需要——供給の現状
 3. 精神病床に関する需要——供給分析
 4. 精神医療需要の社会経済的な形成要因
 5. 精神医療の供給構造の経済的側面
- 付属資料 1 年次別全国統計
付属資料 2 年次別・都道府県別統計
- III 統計にみる米国の精神衛生
1. はじめに
 2. 精神衛生対象者の受療構造
 3. 精神衛生に関する施設体系
 4. 精神衛生に関するマンパワー
 5. 精神衛生に関する費用分析
- 付属資料 米国における関連統計
参考資料 イギリスにおける入退院統計
- IV 府県レベルにおける入退院動態の基礎データ
1. 大阪府に関するデータ
 2. 山梨県のデータ
 3. その他

精神衛生資料 No.25 1981

昭和57年3月31日 印刷・発行

編集責任者

岡上和雄 柏木 昭 高橋 徹
鈴木浩二 丸山 晋 石原邦雄

発行所

国立精神衛生研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

印刷：株式会社 弘文社

