

精神衛生研究

第 26 号

Journal of Mental Health

Number 26

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

研究報告

被虐待児の研究

——その1 事例を通して見た処遇の問題点について——

…………… 池田由子・成田年重 …………… 1

神経症圏の二・三の病態の好発年齢について (その二)

…………… 高橋 徹 …………… 9

デイケアにおける小集団による話しあいについて

…………… 吉沢きみ子・片山ますゑ・松永宏子

越智浩二郎・柏木 昭 …………… 15

千葉県老人福祉センターの実態調査

——運営状況と利用老人の実態——

…………… 大塚俊男・大城英代・谷口幸一

丸山 晋・斎藤和子・伊藤 泉 …………… 25

精神薄弱者施設における指導法の検討 I

——わが国の「精神薄弱者」施設の成立と「指導」の展開——

…………… 北沢清司 …………… 39

ラットにおける実験的仮死分娩の脳蛋白質代謝に及ぼす影響について (その2)

——脳 post-mitochondrial fraction の in vitro 蛋白合成——

…………… 小松せつ …………… 49

Down 症候群における生物学的加齢現象について

…………… 兜 真徳 …………… 57

精神薄弱の判定基準に関する研究

…………… 櫻井芳郎・小松せつ・上出弘之・仁科義数・宮本茂雄

塩野皓一・皆川正治・渡辺篤朗・長友喜美行 …………… 69

展 望

精神衛生コンサルテーションにおける評価研究

…………… 和田修一 …………… 95

所員研究業績一覧…………… 107

加藤正明・高橋 宏・池田由子・櫻井芳郎・大塚俊男

飯田 誠・鈴木浩二・高橋 徹・山本和郎・小松せつ

斎藤和子・丸山 晋・日下部康明・石原邦雄・西川祐一

和田修一・河野洋二郎・宗像恒次・兜 真徳・北沢清司

欧文抄録…………… 121

被虐待児の研究¹⁾

その1. 事例を通してみた処遇の問題点について

児童精神衛生部 池田由子²⁾
成田年重³⁾

1. はじめに

他の文化におけるごとく、わが国においても児童虐待に関する Myths がある。たとえば、わが国では伝統的に児童愛護の態度が著しく、虐待行為は稀であったとか、現在でも児童というと殆どが中流階級の塾通いで受験準備に追われているといった、過保護、過干渉の取り扱いを受けている児童を考え、虐待は存在しないというような誤った認識である。しかし、Sexual abuse を含めて虐待は古く、かつ新しい問題である。それはどの文化にも、どの社会階層にも、どの民族にも、1人子にも、多子家庭にも起りうる現象なのである。わが国で1933年に児童虐待防止法が公布されたということは、法律を出して取り締らねばならぬほど、虐待行為が当時の社会に存在したことを意味する。戦前の「岩の坂貫い子殺し事件」や戦後の「寿産院事件」が起きたのは、それらを容認するような社会の背景があったからである。農民文学者伊藤永之介の一連の小説、「鴉」や「梟」に出てくる身売りされる小学生の少女たちの姿が現実のものであったことは、昭和9年から11年当時の秋田県の調査や、紡績工場の実態調査でも明らかである。

児童や婦人の人権が認められるようになり、児童が国家や親の私有物や「もの」でないことが認められるようになり、いわば、社会病理としての児童虐待がヒューマンイズムの見地から強く規制されるようになって、個人の精神病理あるいは家族の病理と

しての児童虐待は、なお存在する。それは精神病や神経症傾向を持つ親、未成熟で親の役割をとることが困難な親、自分も親から冷酷な仕打ちをうけた情緒不安定な親たちがわが子に対して持つ、特有な親と子関係といえる。親と子の絆、愛と憎しみ、人間の心の中に潜む加虐性、攻撃性などは永久に変わらぬ問題である。

1973年から1年間厚生省は全国の児童相談所を通して3歳以下の児童の虐待、遺棄、殺害事件の調査をした。虐待に関しては26件という数字が挙げられている。年齢限定はあるにしても報道から受ける印象にくらべはるかに少ないという印象を受ける。その後全国的な調査はなされておらず、警察関係の統計でも虐待事件だけを取り上げていないが、著者の1人が関係する千葉県下児童相談所の年間取扱件数だけを見ても、約27件となり、医療、保健、教育機関での接触した数を含めば、その数はもっと高くなることが予想される。

われわれは過去数年来、被虐待児の臨床研究を行ってきたが、今回は日常よく見る事例を通して、被虐待児の処遇の困難性、問題といったことに触れてみたいと思う。

2. 児童虐待の事例について

〔事例1〕 実母による虐待とその再発

M.A. 4歳 女児

Mは両親ことに実母の虐待が隣人より通報され、

(1) A study on Child Abuse

Part 1. Difficulties in and Problems of handling the Battered Child and the Abusing Parents

(2) Yoshiko IKEDA M.D. Division of Child Mental Health 精神医学

(3) Toshie NARITA. Social work Saitamaken Family Court

研究協力者 ソーシャルワーク 埼玉県 家裁調停委員

警察が介入して児童相談所に保護された。全身に火傷や打撲の折かんのあとがあり、養護施設に措置された。

Mは大学卒、一流会社員の父親が32歳、高卒の母親が31歳のとき、一卵性双生児の第一子として生まれた。家族は昔の習慣に従い、先に生まれたMを次女、妹を長女として取り扱った。妊娠中母親はつわりがひどく、人工中絶を望んだ程だった。腎炎のため出産後母親のみ数ヶ月入院した。母方実家は経済的には豊かな農家だが双生児の出産を忌み嫌ったので、困り果てた父親は自分の姉をおがみ倒して里子としてMを引き取ってもらった。この初老の伯母夫婦はMを将来養子にもと考えていた。

Mの両親はその後母方実家から近郊の団地に移転し、3歳を過ぎていたMを引き取った。これは母親が医師から不妊を宣告され、Mを取り戻したくなったためである。この際実母がMの返還を里親に迫ったやり方は非常識なものであった。こうして実家に帰ったMであるが、間もなく実母による虐待の噂が近隣にひろまり、児童委員から「発育の遅滞した幼児を、精神異常らしい母親が虐待している疑いがある」との通報が福祉事務所に寄せられた。Mが玄関のコンクリート床に新聞紙を敷いて寝かされていたり、ドアの外やベランダにしめ出されている姿が見かけられたり、夜尿の躰けとして飲食物の制限やさまざまな体罰を加えられている姿も目撃されていた。団地の役員などが母親を説得したこともあったが、母親は興奮して受けつけようとしなかったという。

結局警察によって保護されたMは、知的にはおくれはなかった。ただ食物に対する執着が強く、大食で、大人の意を迎えようとする面があった。

身体的にはタバコの火による火傷や打撲のあとが下半身に多数あった。精神的には情緒不安定で、父親の車に似た車を見ても泣き叫んだ。事件が明るみに出てから、里親であった父方伯母夫婦は本児を引き取りたいと望んだが、実母が反対して実現しなかった。Mを保護し、施設に措置することも、警察が介入し傷害罪も考慮していることがわかったので両親がやむなく承諾して可能になったのである。つまり、両親はあくまで躰けのための体罰を主張して反省がなく、また専門家の面接のすすめに応じなかつ

たのである。また、Mの施設入所中に団地での噂を嫌って一家は他の地域に移ってしまったので、Mの措置と同時に家族は関係機関の手を離れてしまったのである。なお、実母はMが里父に結核と性病を感染させられたと主張していたが（しかし、医師の診断を受けたことはなかった）、Mの医学的検査ではそのような所見は見出されなかった。

Mが施設に入って1年あまりの間、彼女の生活は安穩だった。両親との接触はなかったが、夜尿は全く消失し、友人との関係も始まり、情緒的に安定してきた。

しかし、学齢が近づくとつれ、両親が子どもの引き取りを要求しはじめた。福祉関係者は両親に施設を折々訪問して、Mとの接触を深めることをすすめた。一方、Mは保母に「家族のもとに帰ること」を示唆されると、顔色を変えてショックを受けた様子だったという。両親の施設訪問が始まったが、実母は施設職員に敵対的、批判的な態度をとりつづけ、Mの受け入れについての話し合いは不能だった。施設側では実母の態度からMへの虐待行為の再発を強く疑ったが、実父が「妻を十分監督する。不適切な行為をした場合は子どもを引き取り離婚する」旨の誓約書を出して引き取りを強硬に主張したため、同意せざるを得なかった。

両親の現住地の児童相談所職員が1度だけ家庭を訪問しているが、ともかく誓約書も出しているからということでMは家庭に戻った。

そして、関係者のすべてが危惧したように、実母はMと、双生児である妹を明らかに差別し、再び虐待行為が始まり、Mの夜尿や家出などの問題が起こり更にそれらが虐待の原因となるという悪循環になったのである。

〔解説〕

この事例は虐待が従来いわれていたように貧困な下層階級の、教育程度の低い両親によってのみ起こるとい説が誤りであることを示している。更に親の精神病理が関係する場合は再発が起き易いこと、警察が関係したような傷害のひどい場合でさえ、親権が強いため第三者は親の引き取り要請に対抗しえないこと、虐待事例の治療や追跡が困難であることを明らかにしている。

Mの事例の場合、Mが最初に家族に除外されたの

は双生児に関する偏見のためである。婿養子の父親は母親やその家族を説得してわが子を保護することが出来ず、実姉にMの養育をゆだねたが、Mが里子になっている期間実母は殆んどMと接触しなかった。ここで母子関係が十分発達しなかったことがわかる。Mの母が何故俄かにわが子を取り戻したくなったのか、その事情ははっきりしないが、取り戻すときの強引さはMや里親の精神衛生を考えない自己中心的なやり方である。母親の風変りな行動は近隣でも有名であったというが、母親に精神病的過程が進んでいるという証左はない。情緒的に未成熟で、自己中心的、興奮しやすい性格であるが、自分の両親やMの妹に対しては特別偏った行動を示しているわけではない。

生家では自慢の息子であったという父親は、温順だが、口数も少なく、一家の責任者、父親という役割をとれない人であった。

Mの側の条件として、もともとのMには知能にも性格にも欠陥はない。体罰の口実となった夜尿や失禁も、里親の許にいたりときや施設では全く見られなかった。これらの症状が心理的機制によるものではないかと推測される。M一家の住居が団地という条件のため通報が早かったが、これが一戸建てであれば、第三者の通報はもっとおくれたであろう。Mの場合福祉関係者が最初に接し、福祉ケースとして取り扱おうとしたが失敗した。虐待は福祉領域で取り扱うのがもっとも望ましいといわれるが、実際にはこのようになかなか難しい。Mの施設入所も傷害罪とするかもしれぬという警察側の意向が反映して初めて可能となった。学齢に際し、両親が引き取りを希望し、誓約書を出した結果、両親が治療に通うとか、福祉関係者が家庭訪問をするなどの条件なしに、Mを家庭に帰さねばならなかった。Mが施設にいた期間、住居の移転ということがなくとも、Mの両親の治療は義務づけられてもいないし、両親が面接を拒めば不可能である。Mのような事例では子どもの心身に取り返しのつかぬ傷あとを残すだけに、子どもの立場にたつてもう少し具体的、実際的な処理が出来ないものかと考えられる。¹⁾

〔事例2〕 実父による虐待

S.M. 7歳 女児

春のはじめの寒い日にSは北関東の町の商店街を夜おそくまで外套も着ずに徘徊しており、通行人の通報で警察署に保護された。Sの述べた住所に連絡したところ、泥酔状態の父親が同僚と共に引取りにきた。ところが、その翌日Sは再び私鉄終点の駅のあたりをうろついており警察に保護された。その日はSは登校しておらず、父親の体罰が怖しく家出したと述べた。

警官がSを連れて間借りの自宅に行くと父親は腰も立たない位酔っており、Sを罵るや否や蹴ろうとした。父の酔態に小学校5年のSの姉とSはおびえて泣き出した。家の中には火の気もなく荒涼とした様子であった。

Sの実父(47歳)は東北出身の配管工だが、かけごと好きで仕事を怠けることが多く、収入を家に持ち帰らなかった。関東の農家出身のSの母親は内職に精を出していたが、過労のためか結核に罹り、Sの出産直後入院し、Sの1歳3ヶ月のとき死亡した。当時小学生であったSの姉は自宅にとどまったが、Sは生後間もなくから6歳10ヶ月までの6年余りを乳児院と養護施設で生活した。両親の実家はそれぞれ貧困で、Sの引き取りは不可能であった。その6年間父親は殆ど面会に来たことはなかった。

Sが自宅に引き取られたのち、仕事の上のトラブルや、再婚話の不調から、実父は一層酒を飲むようになり、泥酔してはSに暴言を吐き、殴ったり、蹴ったりするようになった。

Sの姉もSの面倒をみようとしなかった。

父親はSの姉にはそれほど乱暴を働くことはなかった。家主や隣人たちは毎夜Sの泣き叫ぶ声を聞くに耐えず、テレビやラジオの音量をあげて聞こえないようにしたという。隣人たちが父親を説得しようとしたこともあったが、酒癖の悪い父親の態度に呆れ、「さわらぬ神にたたりなし」と次第に接触を避けるようになった。学校でのSは髪の毛も汚れ乱れており、十分な防寒衣料もつけていなかったが、表面的には明るく、他人の気をそらさぬところがあっ

(1) 虐待に関する法律としては、児童福祉法と民法があるが、司法統計にも見るように親権が強く、処理に時間がかかるので、再発を防止しにくい。

た。朝は全校でもっとも早く登校し、放課後もなかなか帰宅しなかった。担任教師は夕方暗くなっても舗道や駅の周辺にいるSを何度も見かけている。父に殴られたというこぶやあざ、畳にすりつけられたという傷あとも周囲の人は見ている。

教師と一対一で話しあったとき、Sは「Y園に帰れるように頼んでほしい」と教師に熱心に頼んだ。施設の方が食事也十分で友人もおり、いじめる人もおらず、ずっと楽しかったというのである。

Sについてはその後学校や児童相談所の関係者が父親や父親の雇い主とも話しあったが、父親はSを施設にあずけることは承諾しなかった。「わが子の面倒くらい自分で見られる」というのである。児童相談所に来所することも仕事が忙しく不可能であったし、関係者が時間外に訪問しても留守のことが多く、父親との話しあいは困難であった。父親のSに対する感情の中には、Sが生まれてすぐ母親が死んだという事実、つまりSが母親を殺したようなものだという恨みのあることが、父親の暴言の中から推察された。Sの側にも施設にいる間全く接触のなかった父親への愛着の乏しいことが観察された。結局父親が誓約書を出し、「今後よく監督する」と約束したので、この事例は打ち切りとなった。

〔解説〕

この事例は、いわゆる欠損家庭、貧困、地域からの孤立、父親の大酒、子どもの施設収容による家族との関係の断絶など、児童虐待にみられる典型的な多くの要因が関係しており、特に父子家庭の問題がうきばりにされている。

配偶者もなく収入も少なく、慢性欲求不満状態にある父親の酒癖は急に改まることもないであろうし、いかにSの希望が強くとも、親権者である父親の意志に反してSが施設に戻ることも不可能であろう。一種の危機状況にあるこの家族へのケースワークがもっとも必要なのだが、現状では困難であろう。Sと姉の2人が年齢が大きくなり、家庭外の生活への適応性がましてゆけば、時間の経過と共に家族間の力関係も変り、虐待行為そのものは好転すると思われる。

養護施設に子どもが送られる場合、家族の欠損や経済的条件から、子どもと家族との接触がとだえがちとなることが問題である。電話、通信、休暇中の

帰省、親の来訪など、いろいろなやり方で、子どもと家族の断絶が起こらないように試み、また家庭へ戻る場合の準備をすることが必要である。施設生活は子どもにとって家庭と異なる欲求不満はあるにしても、衣食住は保障され、ある意味では社会の荒波から子どもを守る避難場所であり、無菌地帯ともいえる。Sのように乳幼児期の殆どを施設で過ごし、学齢期に突然、母親を欠く荒涼たる家庭に戻った場合、家族関係の再構成はなかなか難しい。通常は姉が母親代理としての仲介機能を果たことが多いが、Sの姉は知能もあまり高くなく性格的にも消極的であるため、Sと父の間を調停出来なかったようである。

愛情や依存への欲求の強いSの家出や非行化を防ぐために、教育場面や地域社会での何らかの働きかけ（児童館の活動や、鍵つ子のための教室など）が切に望まれる。

〔事例3〕 継母による虐待

B.R. 7歳3ヶ月 女児

Bがしばしば家の外にしめ出され、食事を与えられないこと、顔や手足にあざがあり、母に打たれて泣き叫んでいること、冬でも十分な衣服を与えられず鳥肌になっていることなど、Bが虐待されているという通報が隣人たちから警察にもたらされた。

児童福祉関係者は早速Bの家を訪問した。

Bの家族は、Bとその父親(39歳、セールスマン)のほか、継母(28歳)、Bの実妹(6歳)、継母の生んだ弟(1歳)である。父親は出張が多く不在がちで、隣人は父親の在宅かどうかはBの泣き声の頻度で判断できるという。Bの家族は3年前に関西から越してきて近隣には友人や親類などいない。

Bの実母はBの妹を生んだ直後の出血で死亡した。Bの妹は母の実家で育てられたが、当時1歳すぎのBは4歳半ばまで約3年間、養護施設で育てられている。Bの父と継母(もと事務員)は仕事先で知りあい結婚し、Bと妹を引取った。2人の子持ちということで、父は継母に非常に気がねをしており、母の前ではBや妹を叱ることが多いので、2人とも父を怖れているという。継母が家に入ったとき、妹は幼なかったためか、継母に比較的早くなついたが、Bは継母になつかず施設以来の夜尿が続いたため

か、折かんされることが多く、叱られても叩かれても夜尿は治らなかつたという。

そのうち、継母の財布からお金を抜きとることが始まり、継母の体罰がますますひどくなった。

Bは学校でも落ちつかず、友人のものを黙って取ることもある。入浴しないためと、夜尿や遺尿があるため、「くさい、くさい」とか、「ばか」と級友にいやがられている。学校で仲間はずれになつていても、淋しいような表情を見せず、いつも孤独で無表情であったという。盗みが始まってから、父も体罰を加えることがあったが、Bは泣きもせず、あやまりもせず、無表情に父の顔を凝視するので、一層父を怒らせたという。

隣人や教師は、Bのあざやこぶなどから、Bが体罰を加えられていることを推察したが、B自身はその事実を誰にもしゃべつたことはなかつた。通報をうけた福祉関係者は両親に会つたが、妊娠6ヵ月という継母はひどく興奮し、父親が体を気づかつて面接を中止させたので詳しい話しあひは不能であつた。

学校でもBは問題児となつており、教育相談の対象となつていたが、父の不在、継母の妊娠という事情で相談室に通うことは出来なかつた。父親が今後よく家庭を監督すると約束したので、ただ一回の家庭訪問でこの事例は終結となつた。

その後、Bに対する継母の取扱いはやや好転したようであるが、Bの学業不振、夜尿、集団内不適応はつづいている。警察への通報以来、継母は近隣の人たちと全く口をきかなくなつてしまつたが、数ヶ月後何の挨拶もなくB一家は移転してしまつた。

〔解説〕

継母子関係、施設収容の体験、Bの問題行動、父親の不在、などの要因が重なりあつて虐待が起つている。

もっとも母親を必要とする幼児前期に実母を失い施設に収容されたBは、基本的な安定感を欠いており、年少時の躰けの不適切さと相まって夜尿が続いている。更に継母の拒否的な態度から依存的欲求が満たされず、盗みなどが始まっている。継母はBの妹とBを差別し、Bのみを虐待しているが、これはBの夜尿と非行の矯正という理屈づけを可能にして

いる。実父は仕事を理由にして継母子関係の調整の役を逃げてしまつている。継母は妊娠中ということもあつたが、つねづね非社交的で隣人ともめつたに口をきかず、神経質で疴性な人という評判であつた。

Bに対する治療は不可能であつたが、Bの学校などからの情報によると、Bの性格行動面の障害は相当にひどいのではないかと思われる。おそらく、いわゆる frozen watchfulness といわれるような態度をとりつづけているのであろうと思われる。

Bの年齢が進み、学校場面での適応が改善され、教師との関係を通じて、Bが基本的安定感や自信を多少とも持つことが出来たら幸いである。あるいは、社会の注視にもともと防衛的になつている継母自身への批判ということを目に出さずに、Bの夜尿治療を教育相談という場面で、あるいは医療の枠組で行ない、継母と実父に協力してもらつたというのも、一つの方法かもしれないが、実現は困難であらう。Bの夜尿や非行が続けば、これまでの多くの例のように、将来継母はBを施設に入れたいと言ひ出すであらうし、実父も一家のために賛成するかもしれない。

継母が関係した虐待の事例において、実父は消極的なことが多く、また問題がopenになると殆ど全事例が移転という結果になり、カウンセリングが成功しないのも、継母側の強い防衛的態度によると思われる。

〔事例4〕 精神障害の実父による虐待

S.A. 7歳 男児

小学校1年生のSが12月より登校しなくなつたので担任教師が訪問したところ、雨戸を釘づけにして1家中が閉じこもつており、様子がおかしいので関係機関に連絡があつた。相談員が訪問したところ、母親が出て「学校にやる」と言うが要領を得ない。Sの弟も夏頃から保育園を休んでいた。

Sの父親は中卒の労務者で、新開地のバラック建ての借家に住んでおり、前年の夏頃までは一応問題なく、妻と4人の子どもを養つていたが、交通事故にあひ以来頭痛などを訴え働かなくなつた。母親がパートに出て家計を助けていた。ところがその年の夏、小学生の長男が友人と遊んでいて造成地に落ち死亡するという事故があつた。

子ばんのうであった父親は狂気のように長男の遺体にすがって泣いたという。その後補償問題がこじれてはかばかしくすまなくなり、その頃から父親の異常行動が目立ち、近隣の人が1晩中悪口をいうと雨戸をしめきり、被害的となった。「自分の跡をつける」、「ねらわれている」といって、自分も外に出ず、家族が外出することも他人と口をきくことも許さなくなった。夜になって母親が食料品を買いにゆくか、知人から食物を運んでもらっているという。

3人の子どもは昼でも電燈をつけた室内でテレビを見たり、マンガを読んで暮しているが戸外に出たがると、父親が殴ったり、噛みついたりして折かするので、閉じこもったきりでいる。母親は相談員に父親に暴行された顔や体の傷あとを示し、牢獄のような生活を訴えるが、父親に知れると何をされるかわからないといって積極的な行動に出ようとしな

い。母親の話から、父親は幻聴、独語、被害念慮、注察念慮などもあり、はっきりした精神病症状を示している様子だが、親類知人も近よらなくなっている

ので、医療を受けさせることも出来ない。両親の兄弟や実家にも相談員が連絡をとったが、彼らは「一切かかわりあいになりたくない。今までも迷惑ばかりかけさせられた」と接触を避けている。

〔解説〕

この事例は精神分裂病の妄想に支配された父親に妻子が長期間拘禁されていたものだが、母親が父親の暴力をおそれて積極的に状況を打開する行動をとることができなかった。

両親の父母兄弟もかかわりあいになるのをおそれ、Sたちに援助の手をさしのべようとせず、関係機関の間で互いに連絡をとりながら処置に苦心したものである。

父親が精神病的症状に支配されて虐待がなされているときは、父親に対する精神医学的な治療がなされるのが最善の手段であるが、多くの場合父親自身が病識を欠く。それ故母親がいないとか、母親に代る保護者（たとえば祖父母）がいない場合、周囲がはらはらしながらもなかなか子どもを保護しにくい。この事例のように母親がいても自主性が乏しく、父親の暴行をおそれて、子どもたちのために大局的な判断をすることができない場合には、どのように

して母親に行動を起させるかに苦心することになる。

この事例は地方の事例であるが、大都会であると近隣との交際が浅いところが多いので、家族の異常の発見はもっと難しく、時間的におくれる可能性がある。精神病への治療さえ行なわれれば、すぐにも妄想や異常行動は消失し、子どもへの虐待が中止されることが明らかでありながら、実際の臨床場面では、このような「孤立した家族」への介入は非常に困難である。

〔事例5〕 Incest

A.B. 11歳 女児

小学校の担任教師より保健関係者などに相談があった。1年前から実母と内縁関係にある継父に性交を強要されていた。本児の下肢や性器に外傷があり不自然な恰好で歩くため、教師にたずねられ、Aが告白した。Aの住居は新興住宅地のアパートで、継父（36歳）は工員だが怠けものでしばしば仕事を休み、Aの実母（40歳）がバーにつとめて家計を助けていた。Aの母は前夫と離婚してから女手一つでAを育てていたが、3年前より内縁関係になった。年下の夫に頼っており、Aも継父に遠慮していた。母の帰宅のおそい夜に、酒に酔った継父に暴行されたのが最初である。

Aは知能発達は正常であり、継父の行為を嫌がったが、「もし自分が母に言うとか、夫婦関係がこわれるのでないか」と思い、この事実を誰にも洩らさなかった。また、継父もAの機嫌をとるため、Aの欲しがっていた自転車や雑誌などを買い与えており、表面は仲のよい親子にみえたという。学校でのAは朝食をとらずに登校してきたり、母親の世話が行き届かない汚れた服装をしていることが多かったが、少数の友人もあり、目立たない温順な生徒であった。小学校5年頃より、教室で放心状態でいたり、ふっと暗い表情でいることが多く、担任教師が心配して注意を払っていたところ、異常を発見した。

母親も偶然早く帰宅したときの夫の様子から暴行の事実を疑っていたので、教師のすすめに応じ、Aに医師の診察を受けさせることは同意した。

しかし、実母はそれ以上問題を大きくすることは望まず、面接にも応じなかった。Aの推察したとお

り、夫にどのようなことがあっても、夫との関係をたち切りたくなかったのである。両親ともAを施設に保護することにも反対であった。福祉関係者の訪問が始まってすぐAを連れて誰にも行方も知らさず、引越してしまった。

〔解説〕

大都会のベッドタウンである中小都市には、このような家族が多い。継父も実母も地方から上京し、職業を転々とし、離婚歴もある。住民登録もしなかったり、子どもの学籍にも無関心である。incestによくあるような知能のおくれはないが、Aは内縁関係を持続したいという母親の女性としての希望を理解し、継父の要求に耐えていた。Aはこのような関係は不自然で忌むべきものだという認識もあり、心身ともに深く傷ついていた。

年少のAの身体面の発育はむしろおくられているのに、継父は性関係を強いている。妻との性関係も続け、妻に経済的にも依存するなど、継父の性格面での異常性が推察される。母親は「もしや」という危惧を抱きながらも、事態を希望的に見ようとしたり、夫を追求して夫婦生活の破綻することをおそれ、目をつむっていた。家を外にしていることが多くとも、狭いアパート内で娘の身体面の異常がわからないこともないと思われるが、移転したのち、どのように継父の行為を統制できるか、関係者に不安の気持を残している。A自身が性格的におとなしく消極的であるだけに、彼女を取り巻く悪環境に屈伏させられるのではないかと案じられる。

3. 考 察

それぞれの事例の処遇上の困難については、解説の部に挙げてあるので、ここでは総括して述べることにする。虐待の場合、誰がどこで発見し、どこに通報し、どのような処置がとられるかという過程をとる。この5例の場合2例は隣人が警察に通報し、2例は学校関係者から福祉関係者に、1例は警察から福祉関係者にとりという経過を経ている。虐待は司法関係者が介入するよりも、子どもの福祉の問題、あ

るいは家族の危機として医療の問題として把握する方が望ましいということは、国際的な通説になっているが、実際には問題の軽度のうちにこれらの司法以外の関係者が接触することは難しい。

多くの事例の親が述べているように、「子どもによかれと願う親の躰けとしての体罰であるから第3者は干渉しないでほしい」といわれてしまうからである。親からプライバシーの侵害、名誉毀損ということで訴えられることのないよう、米国では1974年公布された児童虐待防止法により通告者を「免責」にしているが、このような措置が先ず必要と思われる。確かに隣人が誤解によって通報することもあるが、²⁾躊躇しているうちに永久的な傷害や死亡という結果になった事例もあるので、「福祉に問題のある子どもを見たら通報する」センターあるいは委員を、司法機関以外にそれぞれの地域で定め、あらかじめその方法を少なくとも教育、保健、医療、福祉関係者に啓蒙しておくことが必要だと思われる。

次に通報されたあとの処置が問題になる。

多くの事例は問題が明らかになってもケースワークや治療に入れられない。たとえ、子どもが一時保護所や施設に措置されたとしても、精神病理的に問題のある両親、家族病理として問題のある家族には何も手がつけられない。被虐待児が登録されることもないし、予後が追求されることもない。多くの事例のように両親が問題を意識せず治療への動機づけを持たなかったり、いつも留守であったりする。接触をいやがり移転してしまえばそれまでである。かえって通報されたことで親子関係が悪化して、虐待行為の増悪や再発がおこることにもなりかねない。第2例のような父子家庭の場合、第3例のような子どもの世話に追われて妊娠している母親の場合など、虐待行為以前に地域社会からボランティア活動も含めて何かの援助が予防的に出来なかったかという印象を受ける。第5例のsexual abuseのような場合は問題の告発はしばしば家族の離散や崩壊という結果になる。したがって、破局を恐れた実母は移転ということで関係者の接触を避けてしまった。

(2) 著者の一人が接触していた重症脳性まひ児が9歳で死亡した際、虐待死亡させた隣人が警察に通報し、両親は診断書、指導記録、育児日誌、医師との膨大な通信などを見せて誤解はとけたが、通報によるショックは大きかった。

情緒面の障害やその後遺症が重いだけに、incestの問題について児童の精神衛生といった面から専門家がより深い理解をもつことが必要だと思う。第4例の精神病の事例では、家族の誰かが行動を起さないと、親が中毒者、刑余者などの場合と同様に報復の危険をおそれて、第3者は通報しないし、通報があっても関係機関（第4例では児童相談所、警察、学校、福祉事務所、保健所など）のどこが中心になって取り扱うか、どのように協力するかがなかなか決定しない。虐待の多くの家族は地域社会から孤立し、親族知人との交際も少ないことが多いが、親が精神障害の場合とりわけその傾向が著しい。仮りに親に医療を受けさせることに成功したとしても、精神障害の親を持った子どもの不安や苦しみに、ほとんど考慮が払われていないのが現状である。

紙数の関係で、ごく代表的な事例を通してみた問題点をあげるにとどめたが、児童虐待を単にセンセーショナルに取り上げてすぐに忘れ去るのでなく、その問題の本質や両親や家族の病理について理解し、その知識を普及し、予防や治療のシステムをつくるべきだと考える。その意味でマサチューセッツ州の「児童虐待に関する専門委員会」の州知事に対する提言は参考になると思われるので、ここに挙げてみたい。

すなわち、(1)公的福祉機関は保護する事例数に対する適切な人数を持ち、特殊なサービス（医学、精

神医学、法律など）を行なう他の機関と協力ができること、(2)これらの人間愛的な奉仕を行なう施設の長は、部下に対し公衆衛生と精神衛生の領域からコンサルテーションを受けられるように手配すること。(3)児童虐待を登録できること。1日24時間、児童虐待に関するインフォメーションを与えたり、受けたり、専門家の助言を聞けるようなサービスができるよう予算化をすること。(4)必要な場合、子どもを里親、ディ・ケア、集团的ケアなどに措置できるようなシステムをつくること。(5)家政婦や助手を派遣できるように準備すること。(6)法律的な助言が出来るようになっていること。(7)家庭の危機的な状況に際し、親に対してカウンセリングできるような電話サービス(ホットライン)を24時間用意すること。(8)精神衛生、公衆衛生、福祉等のサービスを総合的に行なえるように、現在の分裂したなわばり主義の行政を改めること、である。

4. おわりに

日常の医療や精神衛生相談の中で、近年接触することのふえた被虐待児について、処遇の実際面における困難や問題点について述べた。(被虐待児の研究に際し、御援助御助言下さった柏児童相談所判定課職員諸氏、佐竹洋人氏、小泉英二氏に感謝の意を表します)

〔参考文献〕

- (1) 池田由子、児童虐待の問題について——精神衛生と福祉の立場から——、精神医学、19巻9号、昭和52年。
- (2) 池田由子、児童精神衛生における最近の諸問題、社会精神医学、1巻2号、昭和53年。
- (3) 池田由子、虐待された子、児童精神衛生相談の実際、医学書院、昭和52年。
- (4) 池田由子、児童虐待の病理と臨床 金剛出版、昭和54年
- (5) 伊藤永之介、鴉、新潮社、昭和14年。
- (6) 加太こうじ、昭和犯罪史、現代史出版会、昭和49年。
- (7) 栗栖珠子、子どもの養育に関する社会病理的考察、ジュリスト577号、昭和49年。
- (8) 厚生省：児童の虐待・遺棄、殺害事件調査報告、昭和49年。
- (9) 高橋種昭、中一郎、母親の養育態度の歪みに関する研究、日本総合愛育研究所紀要、9号、昭和51年。
- (10) 近代の暗黒、日本残酷物語、平凡社、昭和35年。
- (11) Blumberg, M Psychopathology of the Abusing Parents, A.J. of Psychotherapy, Vol 28, No. 1. 1974.
- (12) De Francis, V., Progress and problems, on protecting the abused child, American Humane Association.
- (13) Denver, Colorado, 1972
Helfer, R.E. & Kempe, C.H. the Battered Child Syndrome, univ of chicago, 1968

神経症圏の二、三の病態の好発年齢について

(その二)¹⁾

社会復帰相談部 高橋 徹²⁾

まえおき

この報告は当研究所相談室成人診療録を調べその記載を手がかりに、神経症圏の二、三の病態の好発年齢について考察したものである。この調査研究については、まえに(本誌25号)中間報告を行なったが、今回の報告は、前報のもとになった資料に新たな資料を追加して行なった調査にもとづいている。すなわち、前報は、当相談室での相談開始(1952年4月)以降1954年11月初旬までに来所した500例の相談事例の資料にもとづくものであったが、今回はその500例を含む、1960年1月22日までに来所した1,000例の相談事例を資料にした。今から20有余年まえの事例である。

調査方法については、前報に述べられているので詳細は省くが、これら1,000例の相談事例の診療録の記載を検討し、その事例の現在症あるいは——および——已往症の病態が、i) 対人恐怖症、ii) 不安反応、iii) 強迫神経症、iv) 神経衰弱状態、のいずれかの範ちゅうに分類され得ると推定された事例を選び出し、さらにそれぞれについて初発年齢の記載のあるもののみをとりあげ、各範ちゅうごとに初発年齢の分布を調べた。また、同一事例について二つ以上の範ちゅうに分類されたものが若干あり、それぞれの範ちゅうに算入した。なお診療録の病態記載は精神科面接にもとづいたものである。この調査に用いた範ちゅうの規準については、前報を参照されたい。

結 果

それぞれの範ちゅうごとに、その結果を示す。

i) 対人恐怖症(第1図)

例数 133(男性100, 女性33)。初発年齢, 最年少8歳, 最年長 36歳。初発年齢の平均18.5歳(標準偏差3.9)。

ii) 不安反応(第2図)

例数 44(男性25, 女性19)。初発年齢, 最年少14歳, 最年長60歳。初発年齢の平均, 31.4歳(標準偏差10.9)。

iii) 強迫神経症(第3図)

例数 52(男性41, 女性11)。初発年齢, 最年少7歳, 最年長44歳。初発年齢の平均21.4歳(標準偏差7.2)。

iv) 神経衰弱状態(第4図)

例数 109(男性77, 女性32)。初発年齢, 最年少15歳, 最年長59歳。初発年齢の平均24.2歳(標準偏差8.1)。

なお、それぞれの分類範ちゅうのあいだで重複して算入されている事例の数をあげる(第1表)。表のカッコ内数は、該当する欄の範ちゅうに属する事例の総数である。

第1表

	神経衰弱状態	強迫神経症	不安反応	対人恐怖症
対人恐怖症	9	3	1	(133)
不安反応	3	3	(44)	
強迫神経症	3	(52)		
神経衰弱状態	(109)			

(1) The Onset Ages of Some Neurotic Disorders (Anxiety-Neurosis, Obsessive-Compulsive Neurosis, Neurasthenia and Social Phobia)

(2) Tooru TAKAHASHI, M.D., Division of Rehabilitation for Mentally Disordered and Mental Health Consultation

考 察

結果の概観、初発年齢についてこれら四種の病態を比べると、まず最年少については強迫神経症と対人恐怖症においては十代以前であり、他方不安反応と神経衰弱状態においてはともに十代半ばとなっており、まへの二者とあとの二者とのあいだに年齢のひらきが認められる。他方最年長については、対人恐怖症では三十代、強迫神経症では四十代、神経衰弱状態では五十代、不安反応では六十代となっている。

次に、初発年齢の平均についてみると、若い順に、対人恐怖症、強迫神経症、神経衰弱状態、不安反応という順になっており、この順は、前報の結果と一致している。今回は、これら四種の病態の初発年齢の平均が、互いに有意の差があるかどうか調べてみた。その結果、有意（5%水準）であることが確かめられた。

次に、初発年齢分布のかたちについてみると、まず対人恐怖症の初発年齢分布のかたちと不安反応のそれとのあいだに大きな差異が認められる（第1図、第2図参照）。前者では比較的せまい年齢中に多くの例数があつまっているのに対し、後者では比較的ひろい年齢幅にわたって例数が散っている。標準偏差は、後者は前者の3倍強で尖度は前者は後者の1.56倍である。したがってこの二者について比較するかぎり、対人恐怖症は不安反応より発症の年齢特異性が著しい、とすることができよう。なお、強迫神経症と神経衰弱状態は、いずれもさきの二者の中間の発症の年齢特異性を示しているように思われる。ただしこうした推論は、いずれの範ちゅうの初発年齢分布も一峰性であることを前提にしている。今回用いた資料のみでは、この前提が正しいかどうかを明確にすることはできなかった。しかし、いずれの分布についても歪度が正であって、この点についていろいろな解釈を許すものであることに変わりはない。

次に、それぞれの分類範ちゅうごとにその初発年齢をめぐって二、三の注釈を加えておきたい。

i) 対人恐怖症が青年期、とくに十代に好発することは諸家のこれまでの報告の多くについて指摘することができる。別な標本にもとづく筆者の調査でも対人恐怖症が十代に好発するものであることが認められている。今回の調査結果も、このような見解

を支持するものとなっている。しかし、前報で述べたように、十代に好発し、その発症にさいして、あまり特異な心因的事件がかかわっていないようにみえるいわゆる本態性の中核群のほかに、そうした中核群に属するものよりやや遅れて発症し、発症にさいしてなんらかの目立つ心因的事件が認められる群のあることが想定される。これは、山下の行なった、発症をめぐる分析にもとづいて想定され得る群である。今回の資料では、しかし残念なことに、この二群を判別するに十分な記載が大多数の事例について得られなかったが、対人恐怖症の初発年齢分布が正の歪度をもち左にややかたよっているのは、非本態性群が若干含まれていることによるのかも知れない。

ii) 不安反応の初発年齢についての概説は前報にゆずるが、たまたま目に触れた英国の C.M. Rosenberg の論文²⁾に、144例の不安神経症の初発年齢が記されていたので、つけ加えておく。それによると、平均30.3歳、標準偏差12.4となっており、われわれの調査のとよく似た平均年齢を示している。

iii) 強迫神経症については、前報でも紹介した J. C. Nemiah の見解が支持される結果が得られている。すなわち、25歳までに発症した例は43例で、全体（52例）の約83%に達している。また40歳以降に初発した例は1例のみで、全体の2%に満たない。なお、Nemiah は、25歳までの事例は全体の約3%を占め、40歳以降になってはじめて発症する例は、全体の5%に満たない、と述べている。

今回の調査結果は成人の診療録を資料にしており、児童期に生じた病態については、已往歴に記されているものしかとりあげられていない。ところで、強迫症状を一過性にせよ呈する事例は、児童期の相談事例にもときどきあり、児童期の事例の診療録をも含めて検討すれば、強迫神経症の初発年齢分布のかたちは、かなり違ったものとなることも十分予想される。Nemiah も、10歳以前から自覚していた例もかなりある、と述べている。

なお、前出の Rosenberg はやはり成人の資料を用い、144例の強迫神経症例につき初発年齢をしらべているが、それによると、初発年齢の平均24.9歳（標準偏差10.6）となっており、われわれの調査結果に比べると、初発年齢の平均は幾分高い。

iv) 神経衰弱状態については、前報で述べたように、その分類範ちゅうの規準は、他の三つの範ちゅうの規準に比し、一層内包の乏しい、いわゆる神経衰弱症状を手がかりにしている点で、臨床的な病態の等質性にかなり問題があることは認めざるを得ない。しかし当時は、神経衰弱状態という診断名がしばしば用いられていた。その中核は、森田神経質の普通神経質の病態とみられるが、資料の記載からは、ヒポコンドリ一性基調の有無が全く分らない例も多くあり、それらは除外されていない。また、抑うつ症状や仮性神経症性分裂病症状ともみられる症状を呈する事例も若干含まれている。

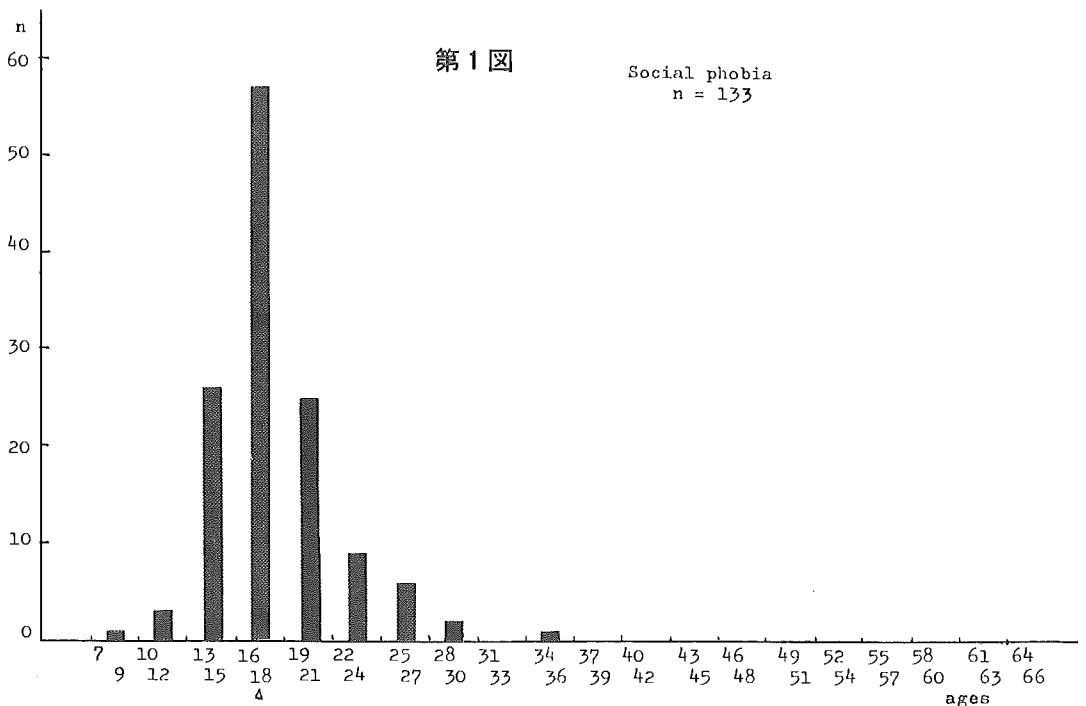
以上のように、この範ちゅうに入る病態は他の範ちゅうの病態より標本として不純なものが混っているが、初発年齢分布についてみるかぎり、他の三種とは区別され得るもので、初発年齢の平均値も、他の三種とは異なり、青年期後半に位置している。ただし分布のかたちは明らかに正規性を示さず、歪度が正で左にかたより、むしろI型分布に似たかたちを示している。(なお、神経衰弱症の類型としての問題については、最近、西園が論じていることを付記しておきたい。)¹⁾

要約

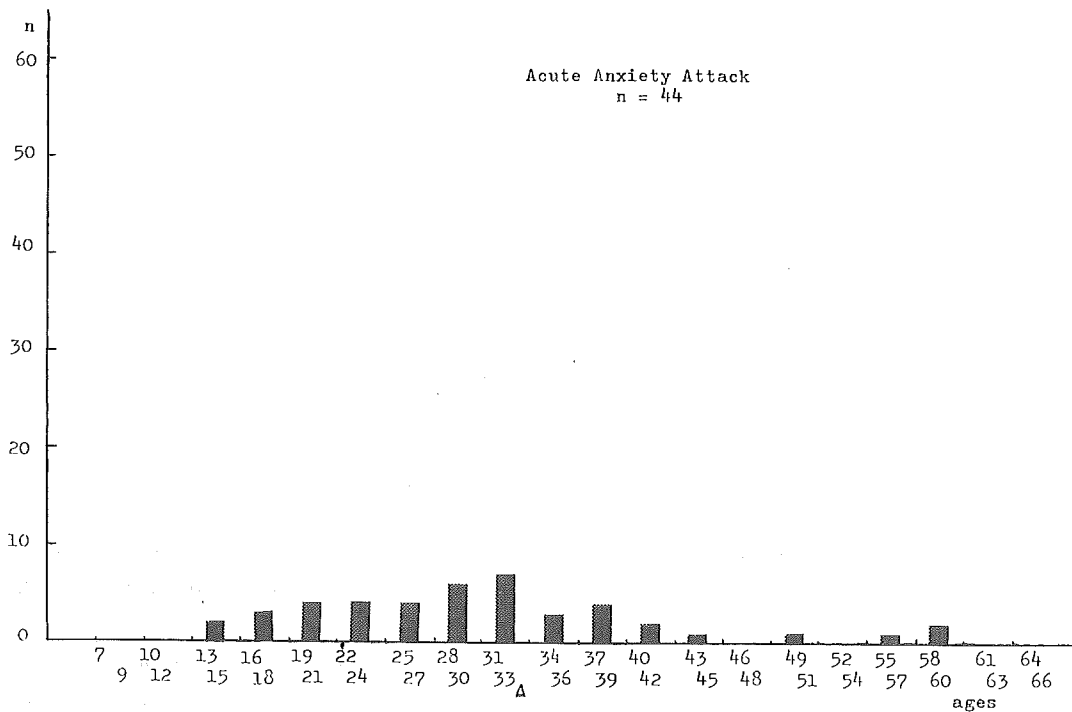
当研究所相談室に來所した、二十有余年まえの事例1,000例の資料を用い、対人恐怖症、不安反応、強迫神経症、神経衰弱状態の各四種の病態ごとに、その初発年齢の分布をしらべたところ、対人恐怖症は青年期(ことに前半)に好発し、また発症の年齢特異性が著しいこと、これに対して不安反応は青年期をすぎるころに好発するが、しかし発症の年齢特異性に乏しいこと、強迫神経症と神経衰弱状態とはさきの二者に比してその発症の年齢特異性はそれらの中間にあり、いずれも青年期に好発するが、とくに後者は青年期後期にかけて好発すること、などが認められた。

追加文献(主な参考文献は、前報のおわりにあげたので、それを参照されたい)

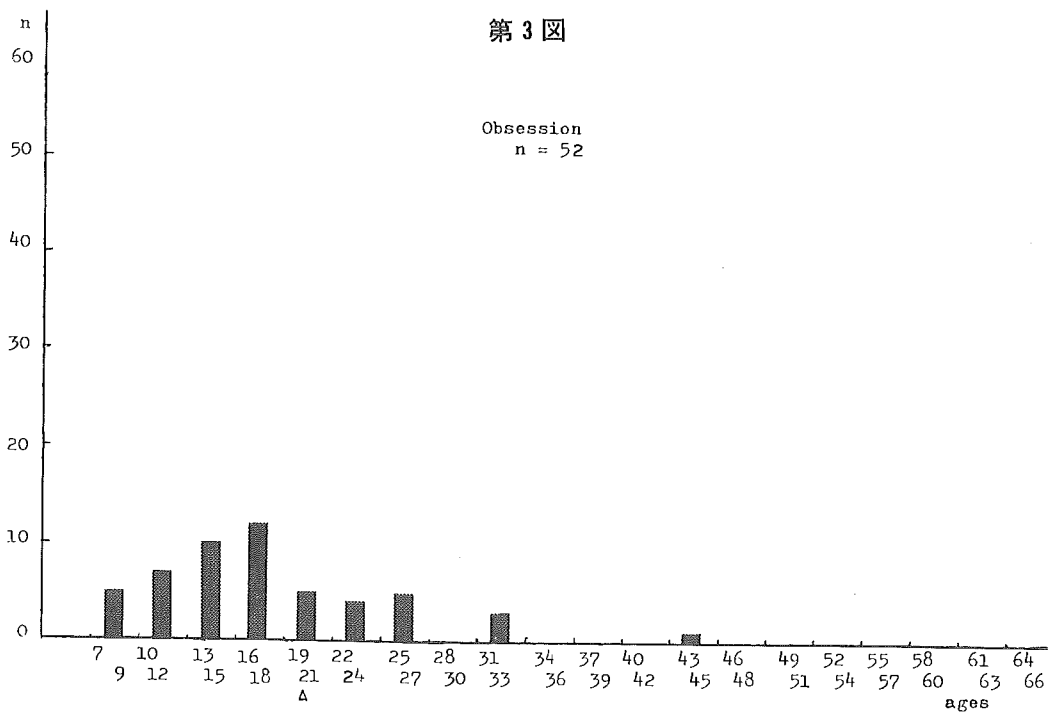
- 1) 西園昌久 「類型」 神経症と心因反応 I 現代精神医学大系 6 A 181—中山書店 1978年
- 2) C.M. Rosenberg. Complications of Obsessional Neurosis. Brit.S. Psychiat. (1968), 114, 477—.



第2図

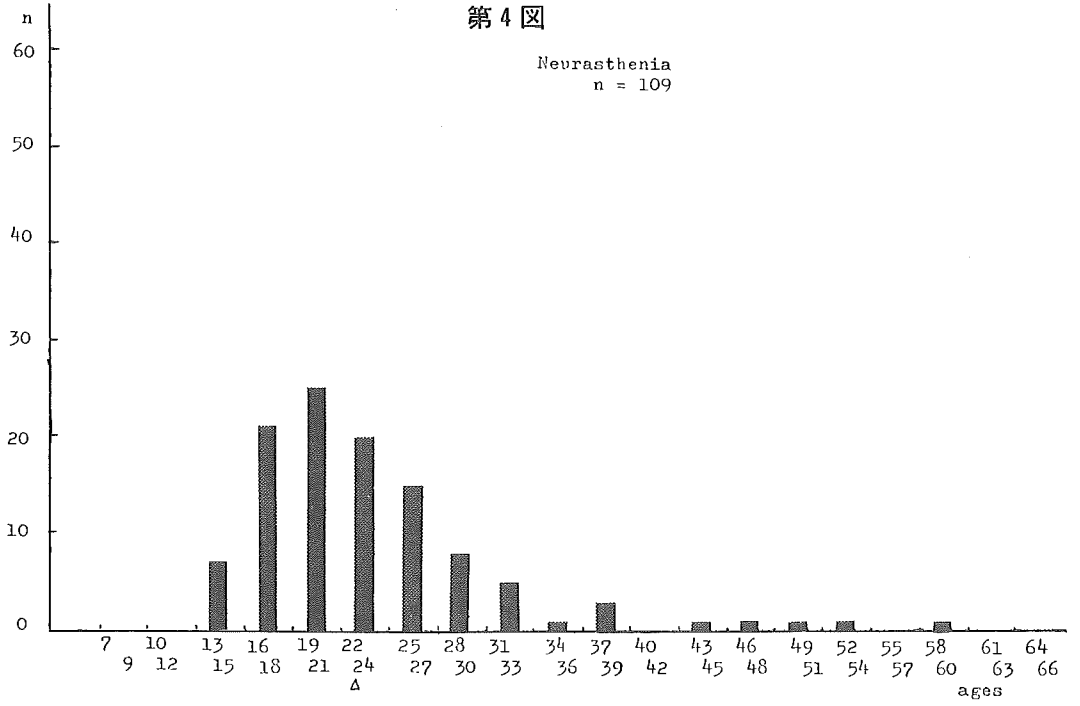


第3図



第4図

Neurasthenia
n = 109



デイケアにおける小集団による 話しあいについて¹⁾

社会復帰相談部 吉 沢 きみ子²⁾ 社会復帰相談部 松 永 宏 子⁴⁾
" 片 山 ますえ³⁾ " 越 智 治二郎⁵⁾
社会精神衛生部 柏 木 昭⁶⁾

1. はしがき——その成立の経緯

精研デイケアにおける小集団による話しあいは、「小グループ話し合い」と呼ばれ、デイ・ケア活動プログラムのひとつである。その設定は別報(1)で報告されたデイケアの治療共同体的体制の成立当初、即ち昭和47年4月からである。

週一回、一時間半（現在は火曜日の午後1時～2時半）、35名定員の通所者（以下メンバーと呼ぶ）と職員スタッフ13、4名、計約50名が3つの固定したグループに分かれて言語的コミュニケーションを中心にしたグループのかかわりを持ちあおうとするものである。

さて、精研デイケアでは、前述の時期より活動プログラムの決定は、メンバーとスタッフの全員による「全体集会」で行われているが、「小グループ」はその当初よりスタッフ側からその設置を強く要請して成立した。他のプログラムはひとつとしてスタッフの意向だけで成立したものはないので、成立事情からいえばこのプログラムだけ特殊な位置にあるといつてよい。

それまでは自分の悩みや他のメンバーへの関心を表明し話し合うことは全体の話し合いの場で行われていたのであるが、スタッフとしては、全体集会をデイケア運営の意志決定機関として明確化し、それとは対照的に、他者の存在や発言に関心を払い、且つ自由に自己を表現してゆかれる場を保障し、提供

しようという意図のもとに、「小グループ」を提案したものである。

2. 小集団による話しあいとは何か

1) 話し易い雰囲気づくりということ

前節で「他者の存在や発言にも関心を払い、且つ自由に自己を表現」するというのが、この小集団の趣旨であると述べた。しかしデイ・ケアのメンバーについていえば、自由意志にもとづいて積極的に発言しようとする動機づけは強いとは言えない。小集団に参加して話しあう目的をもって入所したわけではなく、主治医や保健所から紹介されて寄り集った偶然的集団であってみれば、自由に自己を表出し、他人の言うことに聴くといったことは、かなりの慣れが必要である。

いわゆる健常者の間でも、話しあいの過程で卒直な感情を表出し、自由に自己を語るという作業はなかなか困難である。或る程度の積極的な参加意欲に支えられて、集団内の他者に向おうとする自己を肯定する、つまり集団過程に対して自我関与し、自己を投入しようという強い動機づけのもとに合意する集団でなければ形をなさない。

事実、精研における小集団でも、その時点で話されていることに全く無関係に別の話題が突然持ち出されたりすることもあれば、自分独りの世界に入ったかの如く、無表情、無感動の存在であったり、はたまた人の耳に異和感を覚えさせるような空笑が発

(1) Small Group Meetings at the Day Care Center.

(2) Kimiko YOSHIZAWA, (3) Masue KATAYAMA, (4) Hiroko MATSUNAGA, (5) Koziro OCHI Division of Rehabilitation for the Mentally Disordered.

(6) Akira KASHIWAGI, Division of Socio-environmental Research.

デイケアにおける小集団による話しあいについて

せられたり、何を聞いても常同的にウン、ウンと首をたてにふるだけの応答に終始したり、全く我々を圧倒するばかりのまとまりのなさを示すこともしばしばである。

安易なスタッフからの働きかけなど、こういう状況にあっては全く無効化されてしまう感じである。にも拘らず、一方ではこういうような集団であるからこそ話しやすい雰囲気作りが必要だという考え方もある。

しかし上述の集団過程における否定的現象が、そのまま集団の感情を作り出すわけではない。極めて有機的に、且つ生き生きと一つの状態若しくは刺戟に対する対抗作用とも言うべきものがある。たとえば「何話してんだかわからない」、「ウン、ウンじゃわからない」、といった直接的な待ったがかけられたり、逆に空笑にとられるスタッフと対照的に「あれはおかしいんじゃない、声が出ちゃうんだからしょうがないよ」といって同情的な態度を示したりして、集団の凝集性がそれなりに保持されるものである。

要するにデイ・ケアのメンバーの大多数はその病気の故に集団過程を体験するうえで、問題性、困難性を持っているというのは、正確ないい方ではない。むしろ彼らは彼らの個有の集団で、他者と共に居、共に語る体験に恵まれなかった人たち、いいかえれば共同体の中で、生き生きとしたコミュニケーションの機会にめぐまれなかった人たちであり、その後に関わり続ける入院の経験で、益々非社会化（共同体とのかかわりにおける自己の喪失）の一途を辿らざるを得なかった人たちなのである。

集団の中での語りかけや他人の話に耳を傾ける時間が保障され、そうした一連の行為が何らの批判の対象にならない、といった肯定的体験は、多分に物心ついてから初めての経験であるに違いない。だから安心して物が言える場が、自分にもあるのだということを確認できれば、先の病理特徴はさしてコミュニケーションの妨げにはならないわけである。むしろ問題性を感じ、妨げになるのではと不安になるのはスタッフなのである。

何れにしても分裂病者は健常者と違うから雰囲気づくりは不可欠だというのは、一面的な言い方である。即ち分裂病者はその病理が問題なのではなく、

コミュニケーションを享受する場が奪われていたに過ぎないと考えることもできるし、一方健常者といわれる人も先述したように自己を表現することが容易なわけではないのであって、何れの側から考えても、健常者集団と相対的な意味あいにおいて話し易い雰囲気を作るという作業がすべてに優先されるべきであるとは思えない。

2) 話しあいの小集団における「出会い」の契機
後述小集団の記述のように、3つのグループではそれぞれのスタイルで集団過程が進められている。

話しあいというのは本来、コミュニケーションによって、人と人が「出会う」ことを言うのであろう。その辺の概念規定を尺度にしていえば、我々の小集団による話しあいは、通常要求される水準には遙かに及ばない。しかしながら「出会い」を我々がTグループや、エンカウンター・グループにおいて体験するような形だけのものに限定するのは、むしろ非現実的である。それらの集団設定条件は、いわゆる「文化的孤島」での特定閉鎖集団内の、即ちそこでの参加者だけに通用する約束事の中で、情緒的な表現による交流を体験する裡に或る種の暗示作用が効果を発揮するというものであるとすれば、設定された場面から出会いの質そのものに至るまで人為的、意図的に操作された非現実的な（極言すればそれ故に幻想的）特質が含まれることは否定しきれない。

それらと比較して、われわれの話しあいは、むしろ現実的である。先に述べたようにメンバーはまたスタッフも特に話しあいの小集団に参加することを強く願って集ったわけではないし、これによって自己を啓発しようといった動機づけがあって参加したわけではない。いわば何らの制約も払う犠牲（高い謝礼を含めて）もなく、その代りそこから得られる利得を期待もしないといった人々による偶然的な集りだから意図的に「出会い」の体験を創出してゆくのは最初から無意味である。

集団の形成は後の記述にあるように、任意に、且つ好みによって、あるいは誘われて、自発的、非自発的に選択され、集団が出来上る。但し後からデイ・ケアに通うようになったメンバーは、第1グループから第3まで一順して自らの居場所を選択するが、

その際もそれぞれのグループの特徴をつかんで、それにかかわらせて自分を考えた結果落ち着くわけではなく、むしろそれぞれのグループに見られるメンバーやスタッフの顔ぶれ、その時の第一印象などによって選択するわけで、強い動機づけが動員された結果、一つのグループに参加するというのではなさそうである。

このような集団における、「出会い」はどのようにして起るのだろうか。これには一つの前提ともいべきものに大きくかかわっているように思われる。それは精研デイ・ケアそのものの構造と密接に関連している。スタッフがその共通の理解として意識化し、あるいは価値志向として内面化しようとする規範というべきものは、医療の場において見られるような階層構造を否定し、共同体としての生活の場を具現しようとするのであった。したがってプログラム・グループもそうであるが、話しあいの小集団も、グループ・リーダーとかセラピスト（カウンセラー、ファシリテーター）といった役割をスタッフが積極的に取ることはない。ここではスタッフは他のメンバーと同様に、自らを語り、裸になることの抵抗を我が身に敢えて体験しようという意識的努力が要求される。白衣を着けた権威の役割という隠れ蓑は脱がなければならない。

こうしてスタッフとメンバーはデイ・ケアの中で、小集団の中で対等につきあい、共同作業による自己実現過程を進めてゆくことができるという仮説に立っている。が、これはあくまでも「たてまえ」なのであって、スタッフとメンバーの間の現実的な立場性の格差は、埋め尽くすことができる程小さなものではない。また他のメンバーとの対等性を維持し、自己を卒直に表出しようという努力はむしろスタッフ意識そのものであり、「ギャップをなくす」とか、「対等だ」という意識はそれ自体に矛盾を内包している。

スタッフは、指導的な助言、指示は自己抑制的になるべく言わないようにするが、逆に「私の卒直な気持ちだが」といって発言することの中に、スタッフの立場や技術に裏打ちされた権威性が暗黙のうちに表出されてしまうという問題がある。しかしそれにも拘らずこれに対してメンバーが「スタッフは僕たちの気持ちが分からない」とか「病氣したこともない

のに」といった批判や反撥を向けることを許す雰囲気、多分にスタッフの意識的作業によって集団内に醸成されるものである。

このような状況が進行すると、上述の矛盾の自解作用の過程が進むと思われる。またこれはスタッフが人間的な弱みを敢えて隠さないという意識と態度によって拍車かけられるように思う。たとえばスタッフが「このグループは退屈だ」という気持を表明したり、また時には居眠りさえも、あながち不真面目さとして排除されなければならない振舞いとはいえない。もしメンバーが弱さを糾弾されなければならないならスタッフも同じ様に弱さを隠してはいけないと思う。

これら一連のスタッフの集団への向い方によって話しあひ小集団は「出会い」の条件を作りあげてゆくのである。Tグループのような人為集団ではない、長期間継続する現実的な自然集団にあっても、デイ・ケアにおける共同体志向に支えられて、意味あるコミュニケーションは可能になる筈である。

次章において具体的に第1～3グループの現状と問題点について検討してゆくが、そこではここで述べられた多分に「たてまえ」的なグループ過程ではおさまらない種々の問題が示されている。それらをふまえて次々章において今後の小集団話しあひの在り方についてあらためて考察したい。

尚、各グループの記述はスタッフ全員の討議を経てまとめられたものであるが、記述の形式、分析の観点など、かなり統一性に欠けるものであることをお断りしておきたい。基本的な考え方として、「グループの在り方はその時の構成員によって独自に方向づけられるべきものであり、何か、精研のグループ方式のようなもので統一されるべきものではない」という観点がとられており、現実には、3つのグループは相互にかなり異質なグループプロセスによって進められている。そこから必然的に記述も異質なものにならざるをえないという事情があることを考慮していただきたい。

3. 各グループの現状と考察

1) 第Iグループ

(1) Iグループの成立の経過

Iグループは、仲良しの女性メンバー3名を中核に、彼女

デイケアにおける小集団による話しあいについて

たちに誘われたメンバーによって作られてスタートした。したがって当初から女性が多く、特にはじめの数ヶ月は、仲良し3人組がグループの流れを占領してかしましく男性を語る時間であった。その後も長くこの傾向は続き、女性の声が大きく、また映画やテレビや歌手の話などいわゆる小グループ討議というよりは、おしゃべり会的ムードが強く、外から見るといつも活潑に話しているが内容的には深まりに欠けるという面があった。

この井戸端会議風の気楽なムードがうけて、一時は、新しいメンバーが次々このグループを選択し、メンバー数17.8人(含スタッフ)という大集団となったこともあった。つまり、話すことの経験不足などが原因で、自己を語ることのこわい人や不得手な人が、どんどん増えていったのである。当時のIグループをIIIグループの1メンバーが「僕たちのグループは人生についてなど哲学的話が多いのに、ここは映画のことや男性スタッフのうわさ話で程度が低いね」とずばり評したほど、目立った特長を示していた。

それでもおしゃべりのできる人はどんどん社会へ出ていき、言語による表現のがてな人は、いつも話し好きの新人の話を聞くために存在しながら、長期通所を続けている。この一年のメンバー構成をふり返ってみると、社会経験も多くデイ・センターの利用も積極的に自分に合ったようにしていくメンバーと、社会経験が乏しく家庭とデイ・センターの往復に安定しかけているメンバーの二つに大別できるようである。グループの流れも前者中心になり、後者はどうしてもお客様の存在にならざるを得ない。前者が積極的にグループ活動に参加して社会へ巣立った後、現在では質問を向けられないと自分からは話さない人と向けられてもなかなか他者と言語による交流のできにくい人が残り、メンバー6名にスタッフが5名というグループである。この頃では、新人たちもこの低調なIグループをさけて、いっこうに新しいメンバーが増えずにいる。

(2) Iグループの現状

前述したように、このグループは現在危機状態にあるといえる。一時はとても人気のあったグループである。当時のことを思うと、抽象的課題は少なかったが、少くとも現実的課題については話せるメンバーが大半であった。あるメンバーの母親との関係や就職に伴う不安が語られると、他のメンバーが自分と母親との現実的やりとりを話したり、話題提供者の日常のデイ・ケア場面での言動を皆が思い起こしてあれこれ批判したりできたのである。

ところが現在、他者のデイ・ケア場面での言動にすら関心を払うゆりのない人が多い。したがって話は質問された人が答えてポツンと終るといった断続的やりとりになりがちである。交流の形としてはスタッフからメンバーへの問いかけとそれに対する返事、そしてたまにメンバーからスタッフへの個人的質問というのがほとんどである。そのような中でたまにメンバー同志複数人のやりとりになるのは、入院時の体験とかテレビ・食べ物・映画など身近な話題の時などである。

しかしスタッフの気持の中には、もっと内面の問題にふれて理解し合いたいとか、社会的交流のためのトレーニングとしてみっと相互にふれ合ってほしいという期待とか、悩みを

感じている者同志としてもっと共感し合いたいとか、心の問題について洞察を深めそして言語で表現してほしい等、多くの期待と意図がある。が、そうなるために具体的にどういう風に接触していったらよいのかという点ではほとんど答えをもてていない。

したがってたまには焦りすぎて、いきおい抽象論へ引っぱってしまったり、考えたり話すことをメンバーに強要してしまうこともあるため、スタッフの中には、「一般から見ると非現実的だが、その個人にとっては妄想も心理的現実の世界なのだから、そのあたりの話にたまには現実としてつき合ってみたら」という提案もある。

ところで、スタッフは、言語表現のできる人との対応場面においては、いきいきとなり、スタッフ自身の自己表出も自然で、話しにスピードもあり、お互いに多く刺戟を受け合うという経験をすることができる。しかし言語表現をしない人の場合、一方的に質問しても交流にならないとか、スタッフ先導型になるという悩みや、でもスタッフが質問すれば少なくともその時間中は何とか話してくれるのだから働きかけもよいのではないかというあたりで苦悩している。

スタッフが働きかけてばかりいると、いつもメンバーは働きかけを待つ消極的立場からぬけきれないのではないかという根本的問題については、明確な答があるはずもなく、これが絶えずスタッフ自身、自己の中で、また他のスタッフとのかかわりの中で、モヤモヤとした葛藤となっている。

特にIグループは、同輩格意識のスタッフばかり5名いて、スーパーバイザー的役割をとれる人がいない。そのためいつも上記のような問題になってくると、グループ活動のあとで、スタッフ同志、相互批判みたいな形で検討し合うしかないため、スタッフミーティングでこのグループの話題が一番多く話され、モヤモヤとファイトとしんどさと緊張にみちている。

我々がデイ・ケアに向かう姿勢の中には所謂、治療共同体的なものへの志向があり、その結果、スタッフもメンバーの1人として自己を表出しなければならないという課題のようなものを感じている。そこである時、2人のスタッフが、それぞれのかかわり方について激論したことがあった。それは先ほどふれた「積極的に自己表現しない人にどう向かうか」という熱意から出たものであった。たぶん一方にいつもスタッフだけのミーティングでやり合っても生産的ではない。もっとメンバーを含めてこの問題を考えたいという気持があったのだと思う。

いわゆるスタッフ役割として問いかけという働きかけをしてしまうからメンバーはいつも待つ人から成長しない。いや慣れてないせいだから問いかけて初めの口火をきってあげればだんだん慣れていくではないかという所から始めて、次第に2人ともかっかとし、それぞれの日頃抱えている感情をなまにぶつけ合ひすぎてしまった。

この日のできごとは、無口なメンバーをいよいよ無口にただで終ってしまった。それでスタッフ同志やり合うことのマイナスばかりが強く印象づけられ、以来何となくスタッフがメンバーと共にいる場でのST風になり合うことを避けるようになってしまっている。しかしその結果、あるスタッフの言を用いると「スタッフの動き方や感じ方がステレオタ

イブ化し、自分の発言を他のスタッフがどう感じ、自分が何を期待されているかが予測できてしまう。スタッフ同志の言い合いや牽制が表面にでず、互いの関係がマンネリ化してつまらない」という感じもひきおこしている。

これが少数の感じ方であるとしても問題は大きい。メンバーのそれぞれができるだけ自己を自由にすること、その自由な自己を他者から批判あるいはサポートしてもらって、社会人としての自己を確立していくよう期待されているデイ・ケアという場において、スタッフが「自分らしくやれない」あるいは「自分らしくやっても新鮮な反応はもらにくい」と感じるとしたら、そこには相互の交流や共感はあるのではないだろうか。今後の課題としては、やはり恐れずしかしもっと成熟した形で、また他のスタッフも当事者たちにだけまかせないでそれをサポートするとかしながらスタッフ同志のなまの感情のぶつけ合いを、メンバーの共にいる場でやる勇氣と努力をすることであろう。

(3) 小グループ討議の意義

これだけの問題点をかかえながらも我々が積極的に参加する姿勢をもち続けている小グループ討議というもののもつ意義は何なのだろうか。

第一にほとんど全員がもつ小グループへの所属感がある。前述した如く、積極的にデイ・ケアを利用しあるいは話すことに慣れている人がいなくなっても、「うちのグループは」という感じは残っている。メンバー同志複数のグループ中での交流が少ないと述べたが、しかし外のグループに向かう時は、明らかにIグループとしての意識が表面化してくる。例えばキャンプなどの行事の時に1つのグループとして何かをやるとか、自分と同じグループに属している〇〇さんのことは他の人より知っているという言葉などに表われてくる。

他のプログラム活動が、英会話とか革細工という何らかの媒介物を通してもたれるグループ関係なのに対し、小グループ討議は、1人1人のもつ問題を直接的にとり上げ、それにかかわるより直接的な対人関係の場だから、所属感がより強くなるのであろう。それに日頃孤立し他人との世界を閉じている感じの人が、質問されてボソボソと、自分の好みのテレビの話とか、幼ない頃の話、家族の中で感じていることなどを表現するとき、この人はそのような背景で生まれてきたのか苦しいだろうなあという共感がグループの中にみなざるといふ事実もある。その時人間として一緒に生きているという喜びを感じることができるところであろう。

それでは同じ空間にいれば、そのグループのダイナミクスの中にいるのだから、一緒にいるだけで、内面は参加(反応)できているだろうと期待できるかといえは、やはりそれは少し甘いかもしれない。勿論黙って聞いて共に感じることできている人もいるが、反面、ふと心が別の空間のことを思ってしまうこともあり得るわけで、やはりたまには問いかけて少しの言葉でも参加してもらい、自己を語ってもらう方が、より好ましいようである。

勿論スタッフにとっても、小グループ討議は、素直に自己を表現し素直に他者に反応し理解する場として、評価されている。単にいわゆるスタッフ役割をたてにファシリテーターのだけにかかわるのではなく、1構成員として素直に自己を表

現することは望ましい。その際やはり、そういう自分をそのグループがどの程度受け入れてくれているかをみる余裕はほしいと思う。熱心さのあまり狭い視野の中で議論することは、一部の人だけのグループになるおそれがあるからである。

最後に、話すことががのメンバーがほとんどとなっているこのグループにおいて、より話すことに慣れているスタッフが5名もいるということが、スタッフの圧力を感じさせてしまうのではないかということについては、我々はわりと楽観的に考えている。スタッフといてもあまり権威的イメージの人がいないこと、複数のスタッフの反応がそれぞれ個性的なので、「スタッフの意見」という形の一貫性がなく、したがって相手方がある程度選択して受けとる余地があるということである。したがって遠慮せずもう少し自由に表現することが、むしろスタッフへの課題かもしれない。

個人的に直接問われないと話せない人、問われても一つの返事だけでそれ以上言語によるやりとりのできていない人、その中で我々は前述のように長所らしきものを多く見ようと努力し、やがて練習によって言語による相互理解が成り立つことを期待しているが、果してそうなのだろうか、言葉以外の物を媒介とする非言語的コミュニケーションの方がより効果的なのではないだろうか——これがこの構成員によるグループの将来に課せられた一つの宿題である。

2) 第IIグループ

(1) その現状

第Iグループと同様、多少気のあった者同志が集ったというのが、そもその始まりであった。一旦グループが形づくられると、後から参加する者(メンバー、スタッフを問わず)はその中の顔ぶれを見て選択するものもあった筈である。第Iグループはうるさい女性スタッフがいるから行きたくないとか、第IIIグループは難しそうなお話を話させられそうなお話のグループということで敬遠して、このグループを選ぶものもあった。

まず54年1月現在のスタッフは次のようである。

1人は当研究所常勤職員で長い間総合病院の精神科で看護婦として臨床経験を積み重ねたものである。この職員は「私は看護という職業柄メンバーの顔色や表情に気をつけている。服薬や睡眠の良否など、長年身についた経験から他のパラ・メディカル・スタッフとは異なる接近をする者」として自分を特徴づけている。さらにメンバーが「母親に叱られたり、しつけられたり、甘やかされたりした経験の少ない人たち」だとして、集団における母親的役割を肯定的に自分に認めている。

もう一人の常勤職員は私でソーシャル・ワーカー。私はたてまえとして、メンバーが他人の話にも耳を傾け、他人に関心を持って欲しい、同時に自分の気持や考え方を他の人に伝えることについて努力して欲しいといった方向づけで小集団の話しあいをするすめようとした。これもまたたてまえになるが、私はスタッフからメンバーが自分の問題性を直接指摘されて、修正を促されるよりも、このような小集団の中で自らの問題性に直面し経験してゆくことが、その態度変容により多くつながるものであるという考えをもっている。

またその他に1人の非常勤職員と2人の研究生が参加して

デイケアにおける小集団による話しあいについて

いる。非常勤職員は女性でもともと佛文学専攻だが、カウンセリング・グループの経験を持っている。この人は自分の当グループへのかかわり方について次のように記録している。即ち1)メンバーの関心を引き出し、話し合いへの参加を促す。2)話題の整理。3)参加者の一員として自由に、卒直な自分自身として振舞う。

他の2人の研究生(実習生)は一人は心理学専攻の大学の学部3年生で、「話しあいは元来楽しいものではないとしても、小グループの時間が待ち遠しいと思えるぐらいの雰囲気づくりができた」と思っている。他の一人は或る県から派遣された研究期間40日の研究生である。

さて次にメンバーであるが、ここでは構成員の病歴や人柄や今抱えている問題等を夫々に記述することはしない。グループがどのような感じのまとまりになっているかがうかがい知ればよいという程度にとどめておきたい。言語量が多いが、内容は現実離れしていて、人を戸惑わせたり、笑わせたりする反面、可成りステレオタイプで場面を白けさせ、現在は就職に余り気乗りしないのに、全く動かないで居るのも気がひける、両親は自分には期待していないが、スタッフの熱心さにほだされて職安の援護係りに行って見ようかと考えている男性や、幻聴の不安、辛さを訴え、当然相互的なかわりで起きるいさかきを専ら家族の責任に転嫁しようとする女性、参加の仕方は不規則だが中学時代から両親特に父親の抑圧を強く感じて来た20歳の女性、これらのメンバーが比較的発言量が多く、スタッフも対応しやすく、その発言内容からこのような小集団にありがちな単調さや、沈黙の重苦しさからスタッフも含めて構成員が救われる人たちのなかである。

また現時点では既に就職していて、月に1、2度デイ・ケアを訪れる男性メンバーが、この小集団の話しあいに不定期的に参加し、職員に近似した治療的役割を取ることがある。この人はデイ・センターに入所した頃は、自分自身の気持や考え方を的確に言語化することに可成り困難さを感じていたようで、発言しようとする時には必ず起立し、発言し終ると着席するという、何らかの構えによって自らの行為を確認しようとする態度が顕著に見えた人である。参加した当初の或る時、自分を四角形の存在と規定し、特定の女性を円形のそれであるとして、四角が円と合一すると、四角である自分は既に四角でありえずに三角になってしまい、自己同一性乃至自己の男性性の喪失の不安を訴えたことがあった。その後半年くらい経つうちに、女性スタッフの一人(現在は居ないが、当時結婚したばかりの20歳代半ばの大学衛生看護科出身の看護婦)に甘えが過ぎて頬を叩かれたりしたことなどを含め、本グループの中でメンバーの発言や態度を活用して急速に現実生活に自己を位置づけていくことができた。そうすると今度はアルバイト先の間人間関係や仕事の厳しさを語り、デイ・センターへのんびり居続ける人たちに対して、刺戟を与え、時には「何の為に皆はデイ・ケアに来るのか」といった質問を向けてメンバーに迫るといった場面を一度ならず作っていくことがあった。

比較的新しいメンバーで大学を卒業したばかりの女性は、特に自発的に発言するというのではないが、興ののったり、他人から迫られたりするとまとまりがあって、しかも十分自

分自身の気持を素直に表現できる人であり、先に述べた父親との間に葛藤を強く感じてそれでいて就職といったようなかたちで家族から分離できない女性と共に、私を始めスタッフやこのグループの話しあいを肯定的に(相対的というか、人と比べて)受けとめている人たちに好意的にこのグループのメンバーとして迎えられている。

全く小集団の話しの流れについていこうとせず、スタッフやメンバーに促されて、あるいはむしろ強いられて発言を求められても、それでも「ウン、ウン」と首をたてに振るという応答しきしない34歳の男性には、ほとほと手子扱られる。他人の問いかけを拒否して耳に入れないようにしているのか、内的世界でのとらわれのため認知の水準が極端に低下してしまったのか、人からの働きかけに答えようとしないうところで「強情」な印象を与えるし、小グループの中でも、用もないのに、つと立ち上ってどこかへ出て行くといった「図々しさ」という感じで受けとられてしまう社会生活では損な人である。この人は集団による話しあいからは余り治療的な見方からいっても、いわゆる社会復帰、特に人間関係の局面における人間性の修正をはかるという点からいっても利得を得ることはないように思われる典型的な存在であろう。

比較的言語量の多い人や、発言にまとまりがあり、適切に自己を表現できる人たちと、直前に記述した無言、寡黙な、殆ど参加を拒んでいるとしか思えないこの人との間に、何人かの受動的参加態度の何人かがいる。そのうちの一人の女性は30歳に近く、やはり親との両極的な関係に揺り動かされ、考え方や行動のまとまりのレベルが極端に低下してしまっている。今のところ情緒の不安定さが支配的であり、過食にその回復を求めようとする傾向が顕著になっており、金が足りないことや空腹を表現する日々が続いている。本グループではいつも卒業して集団記録を取る役割を引き受け、疲れると他のメンバーや実習生と交代し、またその後で記録者に戻るという集団での過ごしかたをしている。記録しながら発言することが時々あるが、話題に無関係な言葉を挿入したり、一人よがりな話しを提供することが多い。

その他に3、4人の男性がいて日常的な常識的な標準からいうと「まとも」なことをいい、自己自身を露呈する体験は敢えて持とうとしない人たちである。この人たちも他人から迫られれば一応の発言ができるので集団の話しあいには肯定的な参加のしかたが見えるが、ここから得られるものが各々の中で積極的な意義があるかどうかは別であるように思われる。

(2) 問題点

ひとことという緊張感の感じられないなれあいムードが支配的。固さゆえに話し合いに入れない人はむしろ少ない反面、無関心、逃避的ムードが弥漫して、先述の「何の為にデイ・ケアに来るのか」といった質問が鋭く向けられても、もはやグループは動きのないまま、時間まで止って長いとりとめの空白の一秒一秒を数えながら、終ることのないセッションの果てるのを待つといった気持ちに突き落とされることも一再ならずある。

尤も習慣的なお喋りと、上の空の聞き手が居並ぶ中で、何

らの誘い水もないままに自分の深刻な問題を持ち出すというのは可成り困難なことである。

このような困難性に対してスタッフがどうかかわり、またどうやってメンバーにこうした事態に直面してもらえるのか、小集団にまつわる悩みは大きいものがある。しかしそれでいて「本気に悩んでラディカルに自分自身及びグループを変えてゆこうとしない」自分が意識される。

まあせめて「共感」という設定目標を具体化しようとして、アンテナを張る役割をとるが、語りかけや応答の一つ一つが他者にも十分触知できる優しさというより、ステレオタイプな刺激に対する反応用語として表現されるのではないかという不安に直面させられる。

共感を得てして一対一の交流の場面で流れてゆき、集団全体の集団感情として経験されるようなことは殆どない。

尤も集団に参加して「この感じ、いいなァ」と思う事もあるわけで、これはある人の今まで出なかった一面があらわれ、他の参加者に対して積極的な関心を示したり、何れにしる変化と呼べるものを感じる時である。そうした時のスタッフとしての応答は、相手の笑顔によって「他者が認めてくれた」という確認を得てよかったと思う。こういう共感によく行き来することがある。

しかし集団の話しあいはいこうした「収穫」によってのみ進められていくわけではない、そうした緊張の過程だけに意義があるわけではない。参加者皆の顔が上っていて、和やかさを感じることもある。弛緩したとりとめのなさと、この和やかさとは明らかに違う。集団の誰かが、まとまりがあって、自己を表出でき、且つ皆がそれに引きこまれるような一時が皆無とは言えないが、私がぼんやりしていてキャッチ出来ないことが多すぎて、こうした意味のある集団の成り行きを認知できないという個人的ミスによるものであろうか。

もう一つの問題点はスタッフの小集団に対するコミットのしかたにある。自らを局外者、傍観者として観察や評価の役割を取るといったことは先ず無いといってよかろう。しかしそれなら逆に赤裸々な感情を吐露してかかわっているか、たとえばスタッフ同志のやりとりについていえば、その稀薄さは拭うべくもなく、スタッフ間の共感や反撥の表現による集団推進軸は皆無に等しく、おそらくこの点では第Ⅰグループと対照的なところであろう。

適切な例が見つからないが、例の非現実な観念論を述べたり、社会的常識を揶揄するような話し方に対して、私はかえって自分の中の常識性というか、常套主義に気づかされて学ぶことが多いのに、自らは敢えて「あっそうか」といった表現も出さずじまいにしてしまうことが通常で、まして他のスタッフが「非現実的などころでしか参加できないとあきらめきっている様子が窺え、彼なりの生活の知恵だと思ふと敢えて立ち入れない感じで、むしろ物悲しさを感じる」ことが表現される時に、私もそうだなァと思ってしまって、私なりの自分の感じを出すのが恐く、且つ臆却になってしまって、黙っているという場面が多いのである。

3) 第Ⅲグループ

(1) グループ成立の経過

グループ所属をメンバー各自の自発的選択に任せた発足時

点では、このグループを積極的に選んだ者は一人もいない。従って、小グループの時間以外のデイケア活動でありつながらりのないメンバー同志の集ったグループであった。(男性5名、女性3名、スタッフ男2、女1)最初のセッションで(2回分)ふつうのエンカウンター・グループでよく行われるような自己紹介があらためて行われたのもそのような事情からきたものであろう。その後、5、6回は、各自、非常に慎重に発言し、いわゆる感情的表現、自我関与の含まれた発言は乏しい。それが一人のメンバー(女)のたどたどしい自己の表明に他のメンバーがサポーターにかかわってゆくことから、グループ・プロセスらしきものが生じてくる。時間の終りに彼女の本当に言いたいことがやっとスムーズに出てくるのを他のメンバーが「時間切れで惜しいな」と反応する。そこからそれぞれが「自分も動かなければ」という気持を持ち始めたと思われる。

(2) グループ意識の発生

一般に所謂分裂病者はグループ意識、集団の連帯感が持てないと考えられている。それは彼等の問題が発点において共同体から疎外されるところから発生し、その後の入院治療のプロセスで対人関係での信頼感を破壊されていることを考慮すると、十分考えられることである。しかしだからといって頭からグループ意識の可能性を否定することは臨床家としての自己否定であらう。筆者らスタッフはこの問題に関心をもちながらグループにかかわっている。ただし働きかけ方としては直接グループを意識化させる動きは全くとっていない。

(1)で述べたグループの動きが活発になってくるとグループについての意識を示す発言がしばしば見られるようになる。それはまず、他の2つのグループと自分達の動きを比較するところから始まるようである。たとえば「我々のグループはいい話が多いね」、「このグループはまとまっているように感じます。僕はこのグループに入ってよかったです。」

他のグループの動きがうまくゆかず、全体集会でグループ再編成の動議が出た後のセッションでは「危うくこのグループを解体させられるところだったよ」という、かなりグループを大切にしている意識が生まれていたことを示す発言が出ている。グループの存在への単なる肯定的な発言だけでなく、次の発言のようにグループの機能への意識も生じる。「昼休みなんかはバラバラでとても居にくい。グループになるとひとつの中に居られるから落ち着く。」

以上のような明確なグループ意識はデイ・ケアのグループ活動では仲々生じにくいものである。特定のスタッフへの依存、特定のメンバー(多くの場合一人)との結びつきはしばしば見られるが、「われわれ美術グループにとって……」といった発言は皆無に近い。そこから、この小グループ話し合いというグループ活動の形態の果たす重要な機能が認められるだろう。

(3) 特定ケースへのかかわり

ところで健康な人のエンカウンターグループでは、これだけのグループ意識が生じ、その場への信頼感ももてると、そこからさらに自分を開こうとする動き、相手の中に立ち入って理解し直面しようとする動きが活発になってくる。だ

デイケアにおける小集団による話しあいについて

が、われわれの障害者のグループでは、この段階がひとつのネックになっている。まじめな話し合い、激しい口論は生じて、相手の傷にふれることのためらいをふり切る、そこで自分も傷つくことの不安を克服すること、つまり所謂コミットメントの行為が彼等に非常に困難であるように認められた。

しかし話し合いをより充実させたいという期待だけをもって、話し合いの形式に手を加えることで解決しようとする動きが現われる。即ち、各セッション毎、1人の(スタッフ・メンバー) 人の問題に集中的にかかわるようにする。内容的にはそれまでの形よりメンバー同志のお互いの理解は深まったが、全体の傾向として、その時のケースにそれぞれが、その人のパーソナリティー、社会復帰の方向について質問して、答え聴いてなっとくして終るといところでまってしまう。即ち、その答を受けて、次に“そういうあなたを自分はこう思う”というかわり合いのレベルに達しにくいという問題も同時に認められた。

(4) 第Ⅲグループの現状

このグループはその後も(1)に述べたプロセスがいろいろ入り交りながら続けられている。他の小グループより内容的に複雑な問題、非現実的(夢・イメージなど)が多く出るとい評価はあるが、それ以上に深まらないままである。たしかに書かれた記録にはそういう話題を認めることができるが、それが出る間の沈黙、テンポの渋滞、無関心であるメンバーの態度などから、グループとしての行きづまりを認めざるをえない。

これには人数の問題もひとつある。次の段階に踏み込むことを怖れながら、グループ意識だけは健在で、新しいデイ参加メンバーを次々に“おれ達のグループはいいから入れよ”と引き込む。数は増え、14、5人を越すことが多し、小グループとしてこの人数は多すぎる。しかし、グループを2つに分けようという考えには常に抵抗が示される。最近、人減らしのために出された他のグループへのトレード案に対し、移ってもよいと意志表示した5人のメンバーのうち4人はいずれも参加して半年未満の者であったという事実もある。もう1人は常に自己犠牲的行動をとりたがる人で明らかにアンビバレントな態度からのものであった。

グループへの所属感と愛着は必ずしもグループでの基本的安全感を伴うものではないことがここに示されている。安全感は所属感から自然に生まれる場合もあるが、デイ・ケアのメンバーのように他者への信頼、つながりについて基本的なハンディキャップ、障害を背負っている人々にはそれほど簡単ではない。彼等にとってグループが本当に安全で脅威のない場になるためにはおそらく次の二つの条件のいずれかが必要だろう。即ち、ひとつは非常に大きい抱擁力をもつ人物がグループに存在していることであり、もうひとつは、勇気をもって他のメンバー或いはグループにコミットし、踏み込んだところが意外に安全で楽になったという体験をしながら新しい地平を切り開いてゆくことである。

いうまでもなく前者の条件は現在のスタッフ・メンバーの現状からは期待できない。とすれば後者の冒険をあえて行うということが残された唯一の道であるが、それを可能にするた

めには何が必要であるか。ここであらためてスタッフの責任を問わねばならない。

(5) 第Ⅲグループの問題点：とくにスタッフの責任と役割について

① デイ・ケアの共同体化との関係

このグループの初期から中期にかけて、スタッフの動き方について大まかな前提のようなものがあつた。それは“小グループはグループ・カウンセリングのようなものでなく、メンバー・スタッフという役割を越えたところで行われるいわばリーダーレス・グループである”といえるようなものであつた。そこで各スタッフはとくにリーダー、ファシリテーターとしてでなく、自然に他のメンバーに関心を寄せ自分を語るという行為に徹していることができた。しかしそういう動き方は、上の前提を単に念頭においただいだけでできることではない。実は精研デイ・ケア全体の治療共同体化に向けて全員が努力しているという大きい流れを背景にしてこそ可能であつたものである。

共同体化がある程度制度的に安定し、そこに参加しなかつた新しいメンバーに引き継がれてゆく中で、それは次第に形式化、マンネリ化してくることは避けられなかつた。さらにそういう外的な要因による問題以上に内的な要因から共同体の危機が生じてくる。それはスタッフとリーダー的メンバーとの対立である。

スタッフ・メンバーの権威的な階層構造がこわれて共同体化した時、努めて両者は対等に向かい合い、デイ・ケア運営のさまざまな問題について互いに真剣に議論しあうようにする、その場合、議論の技術、論理の訓練、メンバーへの関心、配慮、などにおいてどうしてもスタッフの方が上まわり、結果的にリーダー的メンバーが言い負かされる、という事態が生じれば生じた。そこからリーダー群に一種の無力感が生じ、リーダーシップを大巾に自ら狭めるという傾向が起きてきた。

このグループは成立以来、そのようなリーダーが何人も出ており、必然的にそのような彼等の失意がグループ・プロセスにも反映してくる。せつかくグループの中で自由に自分を出しかけ、他者にもより深くかかわれるようになってきた段階で、その失意と白けを抱かせた当のスタッフとグループで同席することは非常に不自由さをもたらすものであろう。

一方スタッフもこの事態をはつきり認識するに至つたのはだいたい後になってからで、リーダーへの抵抗が始まつた頃はなんとなく自分達が抑圧的に働いているらしいと反省する程度であつた。そのため、問題の根源にふれないまま自分の動きを控え目にしようとしはじめる。これは「スタッフ的に動きすぎないように」というまことに逆説的にスタッフ的な意識であり、いちどこういう自己矛盾に陥ると仲々抜け出せないものである。しかも両者共これら自分の動き、プロセスについて明確な意識を持たないままに事態が進行したため、ここに至つてその問題を明確化するようになった段階では、もはやわかつていながら動けない、という行き詰まりに来てしまった。

② スタッフとしての自覚

このような状況を打開するためにスタッフに与えられる課

題は何であろうか。むろんメンバーも何らかの課題を背負うべきであるがそれはここで論じることではない。これまでの全体の流れについての議論から明らかなようにスタッフはもはや「スタッフであることを意識しないで」とか「スタッフ役割を解体して」といった過去の前提に頼ることは許されない。この前提自体があくまで大切なものであることはここではあらためて述べないが、これはひとつの理念であり、それを実現してゆく過程においてはさまざまな「反動」の時代を迎えることもあることを認識しておかねばならない。このグループ（又、精研ダイ・ケア全体と言うことも可能かもしれない）は現在この「反動」の段階にあるとあってよいだろう。スタッフはスタッフとしての責任と役割をより明確に自覚して行動しなければならなくなった。

しかし、スタッフとして、ということをおもてなしとした指導的働きかけ、指示、命令、助言を行うことと混同してはならない。逆説的な表現になるが、スタッフとして在るということは、より自分らしくいることであり、その際に自分を場に対して十分に開き、感じたままに行動することを意味している。そうすれば各スタッフが自分自身の個人的問題やコンプレックスにニューロティックにとらわれていないかぎり、メンバーを援助する自分として在ろうとするであろうし、メンバーにとって自分が何であるかを卒直に認め表明することに行動が向いてゆくだろう。そうして行き詰まっているメンバーにそれを共有しようとし、お互いにかかわり合おうとしないメンバー間をゆすぶりファシリテートしたくなるだろう。これまでもそうした動きがなかったわけではない。行動としてはそれが比較的多いパターンであったが、そこでメンバーの抵抗に会った時、「ここはスタッフが先走ってはいけない。メンバーのペースに合わせることにしよう」という自己偽飾的な解釈で自分の動きを中途で呑み込んでしまいがちだった。それを乗り越え、自分を主張し解放してゆこうとするものを支えるのが、スタッフとしての責任の自覚ではないだろうか。

4. 現時点での問題点：まとめ

2の終りに述べたように、どのグループにおいても集団過程は「出会い」を軸に円滑に進んでばかりはいないが否定的な面、行きづまりを強調しすぎたきらいがないとはいえない。メンバー同志の理解が深まり互いに喜びあったり、メンバーによるスタッフに対するつき上げが成功する場面とか、肯定的なプロセスもしばしば見られるが、概して、そういう成功例の報告は意義が乏しいので省いたということもある。したがって大筋では楽観し、このプログラムの意義を肯定できる、とあってよいだろうし、存続を願っていることはメンバー、スタッフに共通した一致点である。

しかしなんとといっても、質問を直接向けないと発

語、発言しようとしぬ人や、質問しても「うん」、「違う」、「やった」、「まだ」といった応答しかしようとしぬ人や、何をきかれても「うん、うん」としか答えようとしぬ人、終始黙っていて注意を向けなければその存在すら見失いそうになる人等々、コミュニケーションの手段が、殆ど有効とは思えない一群のメンバーに対する話しあい小集団の意味についての検討は現時点における私たちの課題である。

ここでは「出会い」とその人の自我関与とか自発性に期待するより、むしろ発声訓練だとか、何らかの身体的アプローチ（たとえば体操等）が試みられるべきであるかもしれないし、前述第Iグループの末尾にあるような言葉以外の物を媒介とする非言語的コミュニケーション——考えられる或る種のコミュニケーション・ゲーム等を含めて——をむしろ案出していかなければならないのかもしれない。その際コミュニケーションの出来ない人として、対象を選択的に集めるのがいいのか、逆にそれは通常のコミュニケーション可能な人たちと差別して、集団を構成することになってしまうのではないか、そこでもまた言語伝達という経験を剝奪し、発達の機会と権利を奪うことにならないかといった危惧もある。

これらのことについては、話しあい小集団にかかわるもの全体の課題であって、スタッフだけが考えればよいという問題ではなからう。そういう意味で時に応じ、機に臨んでお客様の存在の人、集団に参加しようとしぬ人に小集団の中で個人的にかかわってゆくことが無いことはないのである。

さて、われわれは第2章において、小集団における「出会い」の可能性を、ひとつには、スタッフの在り方に求めようとした。スタッフであることの必然性と責任性、そして一言ではスタッフ性の自己否定という自己矛盾を共同体をメンバーと共に作り上げてゆく過程の中で少しずつ解消できないものかと模索しようとした。その結果が各グループの点検において述べられた。

しかしここで認めなければならないのは、こうして自己批判的に考察を進めてゆけばゆく程、スタッフが自身のスタッフ性に自縄自縛的に身動きならなくなるかもしれないという危険性がありうるとい

ことである。

この問題は、われわれがカウンセリングの領域で既に体験ずみの問題である。「来談者中心療法」という名のもとに、来談者の自発性を尊重し、受容ということ方法を基本におこうとして、その規範によってカウンセラーとしての自己の行為を厳しく自己批判的に点検していった。しかし、それはあくまでも相談室という密室の中での来談者の尊重であり「出会い」であり、何故来談者がそこに居るのか、何故クライアントにさせられたのか、というパースペクティブから来談者中心的に捉えるという観点の

欠落したものであったために、本当の意味で来談者の側に立つことから逸脱していったのである。

デイ・ケアにおいても、それが背後にある医療、福祉の構造にその一面を規定されていることを忘れ、閉じた「治療共同体」の中に埋没して、心情的に、「出会えた」「出会えなかった」をくり返し、自己点検しているだけでは上記の同じ轍を踏むことは明白である。小集団話し合いの今後の展開の可能性もこの点から検討を続けてゆかねばならないだろう。

〔参考文献〕

- (1) 柏木昭他 「デイ・ケア活動の実際」 国立精神衛生研究所 1977
- (2) 佐治守夫他 「グループ アプローチ」 誠信書房 1977
- (3) M. Jones , Beyond the Therapeutic Community , Yale University Press , 1968 . (鈴木純一訳 M. ジョーンズ 「治療共同体を起えて」 岩崎学術出版 1977
- (4) C. Rogers , ON Encounter Groups , Harper & Row , 1970 (畠瀬稔他訳 「エンカウンターグループ」 ダイアモンド社 1973
- (5) M. Rosenbaum and A. Snadowsky , 「The Intensive Group Experience」 , The Free Press , 1976 .
- (6) E.E. Sampson and M.S. Marthas , Group Process for the Mental Health Profession , John Willey & Sons , 1977

千葉県老人福祉センターの実態調査¹⁾

— 運営状況と利用老人の実態 —

老人精神衛生部 大塚俊男²⁾ 丸山晋⁵⁾
 ” 大城英代³⁾ 斎藤和子⁶⁾
 ” 谷口幸一⁴⁾ 伊藤泉⁷⁾

1. はしがき

わが国においては、老人に対してその心身の健康の保持および生活の安定のための福祉の目的で、昭和38年に老人福祉法が制定されている。老人福祉センターは、それにもとづく老人福祉施設の一つであり、地域老人に対して各種の相談、健康の増進、教養の向上およびレクリエーションのための便宜を与えることを目的としている。そして、法の施行とともに全国に設置されはじめた。

昭和40年4月に老人福祉センターの設置および運営要綱が制定され、高齢人口の増加とともにそれらの老人に対して厚生省が積極的に老人福祉対策、とくに老人の生きがい対策にのりだしたことからその数も急速に増加し、当時30ヶ所しかなかった老人福祉センターも、昭和52年10月1日現在、全国で729ヶ所に達している。そして、この老人福祉センターも既に法の施行以来10数年を経てきているが、その運営状況、利用者の実態についての調査報告はすくなく、その実態は必ずしも明らかになっているとは言えない。そこで、これらの老人福祉センターがどのように運営されているのか、そこを利用している老人はどのような人達で、どのような生活状況にあるのか、また、どのように利用しているのかなどを明

らかにする目的で今回の調査を試みた。このことは利用者の老人像を明らかにすると同時に、今後の老人福祉センター運営のあり方に一つの示唆を与えると考えられる。

II 調査方法

対象施設として千葉県下の老人福祉センターを選び、昭和53年7月に千葉県社会部老人福祉課が施行した県下老人福祉センター運営状況のアンケート調査に協力するとともに、それらの状況の集計終了後に開催されたセンター長会議に出席し、各センター長よりの状況説明から大略の各センターの状況を聴取した上で、必要事項について各センターにアンケート調査を行い老人福祉センターの運営状況を把握した。

更に、浦安町老人福祉センターおよび船橋市老人福祉センターの二施設を選び、一日実態調査を行い、当日利用の全老人に面接し、年齢、性別、最終学歴、通館動機、通館時間および通館手段、居住状況、居住期間、就労状況、生計状況、過去の職業、若い頃の趣味、健康状態、生きがい、幸福感、どちらが楽しいか、来館回数、センターの利用状況、当日の持

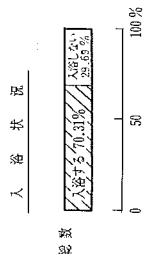
-
- (1) A Study on Management Conditions of Senior Citizens Centers in Chiba Prefecture:
 (2) Toshio OHTSUKA Division of Psychogeriatrics
 (3) Fusayo OHSHIRO Assistant researcher
 (4) Koichi YAGUCHI College of Aikokugakuen, lecturer
 (5) Susumu MARUYAMA Division of Psychogeriatrics
 (6) Kazuko SAITO Division of Psychogeriatrics
 (7) Izumi ITO Assistant researcher

千葉県老人福祉センターの実態調査

表1

開設 年月日	建物 延床面積 ㎡	供養施設	開・閉 時間	休館日	職 員			施 設 の 状 況							送迎 バス	一日平均 利用者数	一日平均 入浴者数 (1日平均)			
					保健師	介護士	その他 職員	面談室	健康 相談室	健康 相談室	健康 相談室	健康 相談室	健康 相談室	健康 相談室				健康 相談室	健康 相談室	健康 相談室
千原市社会センター 老人館	昭和 40.2.1	2,166.40	9:00 5:00	月曜日			5	無	○	無	○	無	○	無	○	無	○	無	130	32
成東町老人福祉センター	44.8.7	253.19	9:00 5:00				4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	19	10
館山市老人福祉センター	45.10.1	491.12	9:00 4:00	日曜、祝祭 日の翌日	1		3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	62	30
流山市老人福祉センター	47.4.15	547.91	9:00 4:30	木曜日	1		5	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	76	76
成田市老人福祉センター	48.3.1	552.5	9:00 4:30				4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	31	21
松戸市常盤平老人福祉センター	48.5.1	535.45	9:00 4:30	月、年始年末			3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	129	70
香取広域市町民協老人福祉センター	48.9.6	608	10:00 4:00	日曜日			5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	37	30
東金市老人福祉センター	48.10.1	856	9:00 4:30	祝、祭日 月の翌日			4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	55	7
浦安市老人福祉センター	49.5.8	1,029	9:00 4:00	日、祝、祭日			7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	165	165
鎌ヶ谷市老人福祉センター	49.7.1	1,382.4	10:00 4:00	火、祝、祭日			4	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	101	65
大網白里町老人福祉センター	49.7.1	715.61	8:30 5:00	月、祝、祭日			3	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10	10
市原市老人福祉センター	49.7.1	939	9:00 4:30	日、祝、祭日			5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	66	51
野田市老人福祉センター	49.5.17	609.96	9:00 4:30	木、祝、祭日			3	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	23	20
柏市老人福祉センター 柏寿荘	49.8.6	1,159.37	9:30 4:00	金、祝、祭日			4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	65	25
木更津市老人福祉センター	50.2.27	998.8	9:00 4:00	月、祝、祭日	1		5	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	69	45
大多喜老人福祉センター	49.10.15	762.69	9:00 4:00	月、祝、祭日			5	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	26	5.4
我孫子市老人福祉センター つつじ荘	49.11.18	1,882.89	10:00 4:00	祭、祭日 祭、祭、火			7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	85	70
茨城市社会福祉センター ときみつ除霊園	50.7.1	1,016.31	8:30 4:30	火、祝、祭日			5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	33	31
船橋市老人福祉センター	50.9.1	916	10:00 4:00	日、祝、祭日	1		12	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	178	120
松戸市小金原老人福祉センター	51.4.1	606.01	9:00 4:30	月曜日			3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	91	83
松戸市大柴町老人福祉センター	51.4.6	643.34	9:00 4:30	月曜日			3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	173	173
一宮町老人福祉センター	51.4.15	326.775	9:00 4:00	祝、祭日 火、の翌日			3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	27	20
千倉町社会福祉センター	52.10.1	760.4	8:30 9:00	月曜日			3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	22	
八街町老人福祉センター	53.6.1	597.753	10:00 4:00	月、祝、祭日			3	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	21	12
流山市第二社会館	53.4.1	530.9	8:30 9:00	月曜日	1		2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	30	28

一日平均利用者数合計 1,683人
 一日平均入浴者数合計 1,190.4人
 利用者数に対する入浴者の割合 70.31%



参品、センターでの会話状況、滞在時間、の22項目の質問形式による調査員記入方式によるアンケート調査（入館時および退館時の二回）を行なった。なお、同時に両施設の運営状況および時間的推移でみた利用者のセンター内施設の利用状況も調査した。

III 老人福祉センターの概観

今回の千葉県社会部老人福祉課によるアンケート調査資料の抜粋による県下全老人福祉センターの施設内容、運営状況の概要は表1の如くである。(表1)

① 施設数

千葉県における老人福祉センターの最初の設置は昭和40年であり、昭和53年9月現在25施設に達している。その設置の推移は表2に示してある。

表2

設置年度	施設数
昭和40年	1
41	0
42	0
43	0
44	1
45	1
46	0
47	1
48	4
49	8
50	3
51	3
52	1
53	2
合計	25

② 休館日、開館時間

ほとんどの施設は休館日は週一日であり、毎日の開館時間はほぼ6時間～8時間である。

③ 職員数

一施設あたりの職員数は、最低2人、最高12人で平均4.4人である。保健婦のいる施設は3ヶ所、看護婦のいる施設は2ヶ所、機能訓練士のいる施設はわずか1ヶ所である。

④ 施設内容

集会室、浴室は全施設が有しているが、面接室および機能回復訓練室を有していない施設はそれぞれ5ヶ所、図書室を有していない施設は3ヶ所、健康相談室および娯楽室を有していない施設はそれぞれ2ヶ所にみられる。

⑤ 利用者数

一施設にたいする一日平均利用者数は、最低10人、最高178人でその差は大きく、25施設の平均は69人である。

⑥ 送迎バス

送迎バスは25施設中7ヶ所の施設は有していない。

⑦ 食事提供

希望者に何らかの形で食事の提供が可能な施設は25施設中18ヶ所を占めている。

⑧ 入浴者数

利用者数に対する入浴者数の割合は、全施設平均70.31%であり、入浴施設の利用率が高いことを示している。

IV 一日実態調査施行施設の概要

今回調査対象として選んだ二施設の内容、運営状況、特色について簡単に述べると、

1) 浦安町老人福祉センター

昭和49年5月に千葉県で9番目に開催されたセンターである。浦安町は昔は漁業の町であったが、昭和46年に漁業権の全面放棄とともに海岸の埋立、造成が行なわれ、鉄鋼工場など企業が進出し、急速に町全体が都市化されてきている。当施設はその旧市街のはずれの新庁舎に隣接して建てられている。将来は町の中心部に位置する計画であるが現時点では住宅地のややはずれに位置しており、利用老人にとって便利な場所とは言えないので、送迎バスでその不便を補っている。専任職員数は4名であり、施設内容は、集会室(舞台付)、健康相談室、機能訓練室、会議室、和室2部屋、休憩、談話、図書コーナー、浴室を備えている。60歳の誕生日を迎えた老人には施設利用の案内と利用券が発行されている。利用者は民謡、舞踊、囲碁、将棋、入浴などをして自由に楽しんでいるが決められたクラブ活動は今のところ行われていない。その他、映画大会、講演会、囲碁、将棋大会がセンターの主催で開かれている。

2) 船橋市老人福祉センター

昭和50年9月に千葉県で18番目に開設されたセンターである。当施設は都市化された比較的交通の便利な住宅地域内に、団地に隣接して建てられているが、さらに送迎バスで通館の不便な老人を送迎している。専任職員は12名で、職員数は他施設に較べて多く、保健婦、物療士も専任である。施設内容は、集会室(舞台付)、健康相談室、相談室、機能訓練室、娯楽室、趣味の部屋(茶道設備付)、研修室(視聴覚設備付)、図書室、売店を備えている。60歳の老人には施設利用が知らされ、利用者に利用券が交付されている。クラブ活動として華道、茶道、囲碁、将棋、詩吟、民謡、舞踊、園芸、俳句、書道、手芸の各クラブがそれぞれ月2回開かれ、その他、生きがい教室(古典文学、身近な法律、美術史)が月3回、映画鑑賞会が月2回開かれている。また、市内老人クラブ演芸交歓大会、利用者による新年かくし芸大会、クラブ員の県内研修旅行(史跡、名勝)も行われている。

V 一日実態調査結果

この実態調査は浦安町老人福祉センターでは昭和53年9月13日、船橋市老人福祉センターでは昭和53年9月20日施行した。当日来館した全老人に対するアンケート調査結果および時間的推移でみた老人のセンター内施設の利用状況の調査結果は以下の如くである。

① 性別、年齢別対象者数

一日実態調査日に来館した老人は、浦安町老人福祉センターでは男性72人、女性53人、計125人であり、船橋市老人福祉センターでは男性84人、女子94人、

計178人である。全体では男性は156人、女性は147人、計303人でわずかながら男性が多い。(なお、調査当日浦安地区の老人クラブでの旅行があり来館者が平日よりやや少ない傾向を示した。)

性別および年齢別にみた場合、全体では男性は70歳代の人が最も多く(46.8%)、ついで60歳代の人が多い(37.8%)。女性では60歳代の人最も多く(52.4%)、ついで70歳代の人が多い(38.8%)。(表3)

② 学歴

高小卒以下の利用者は男性で74.3%、女性で80.3%、総数では77.2%であり、約8割の利用者は低学歴である。船橋地区に比べて浦安地区の利用者はとくに低学歴者が多い傾向がみられる。このことは後述の調査結果で述べるが、浦安地区の利用者の多くが地つきで以前漁業を営んでいた人達であることと関連していると考えられる。(図1)

③ 通館動機

センターに通館するようになった動機は、全体で見ると、広報によるもの36.0%、知人の勧めによるもの34.0%であり、地区別では、浦安地区は広報によるものが過半数以上を占め、船橋地区では知人の勧めによるものが最も多い。浦安地区では60歳の誕生日に施設利用の案内状を送っていることが大きな役割をはたしていると考えられる。(図2)

④ 通館時間および通館手段

通館時間は全体で見ると、10分以内の人が48.9%、20分以内の人まで含めると78.9%で、近距離居住者の利用が多いことを示している。地区別の比較をみると、浦安地区にくらべて船橋地区の利用者の方が30分以上を要する遠距離居住者の割合が多い。(図

3)

表3 性別・年齢別・施設別対象者数

単位=人()は%

施設別	性別		男				女				施設別 総計
	年齢別		60~69歳	70~79歳	80歳以上	男小計	60~69歳	70~79歳	80歳以上	女小計	
浦安町老人福祉センター			13 (18.0)	39 (54.2)	20 (27.8)	72 (100.0)	22 (41.5)	21 (39.6)	10 (18.9)	53 (100.0)	125
船橋市老人福祉センター			46 (54.8)	34 (40.5)	4 (4.7)	84 (100.0)	55 (58.5)	36 (38.3)	3 (3.2)	94 (100.0)	178
性・年齢別 総計			59 (37.8)	73 (46.8)	24 (15.4)	156 (100.0)	77 (52.4)	57 (38.8)	13 (8.8)	147 (100.0)	303

図 1

学 歴

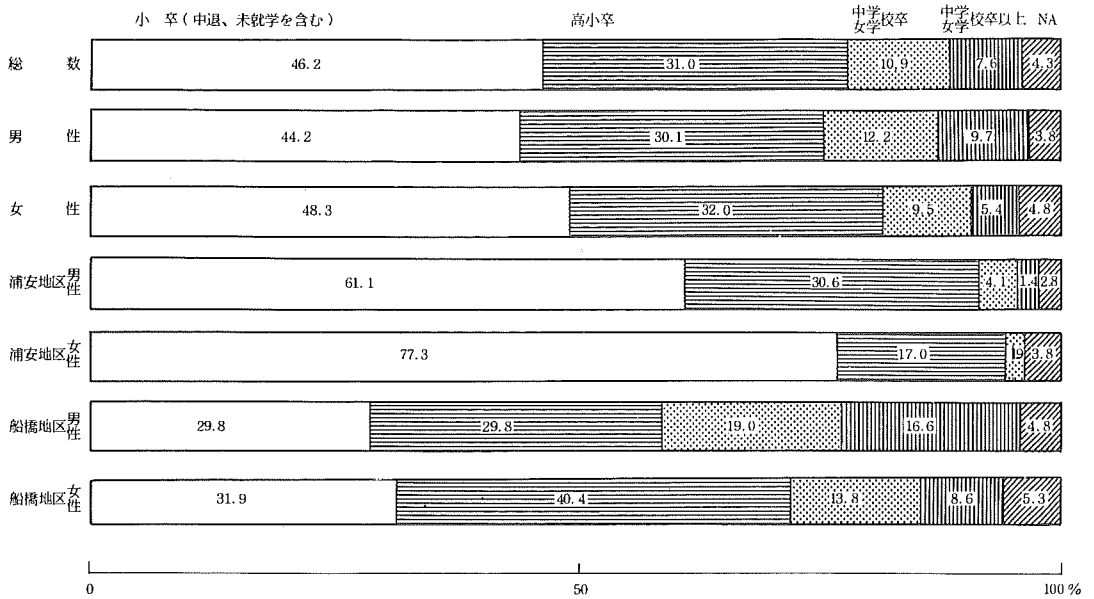


図 2

通 館 動 機

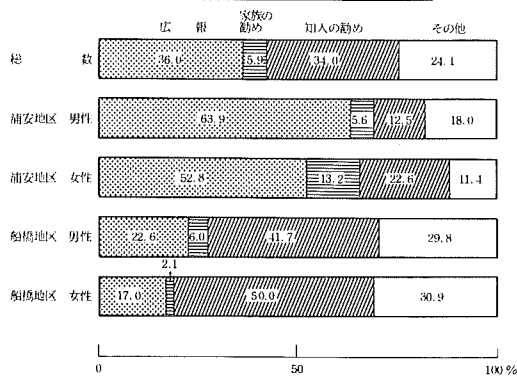
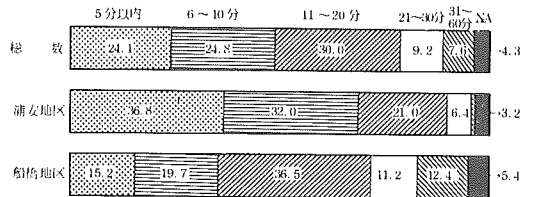
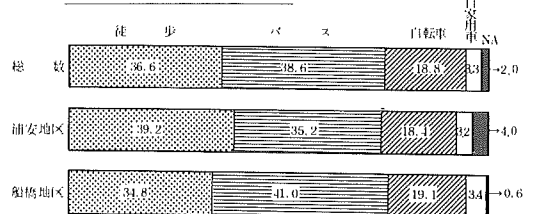


図 3 通館所要時間



通 館 手 段



通館手段では全体的にみると、バスによるもの38.6%、徒歩36.6%、自転車18.8%であり、バスによるものはセンターの送迎バスによるものが大部分を占めている。このことは徒歩や自転車で通館できる近距離居住者が過半数以上を占め、その他の比較的遠距離の利用者にとっては、送迎バスの果たす役割が大きいと考えられる。

⑤ 居住状況

全体では72.6%の人々が家族と同居、老夫婦のみ19.1%、単身者8.3%であり、家族と同居している老人の比率がかなり高い。また、男性にくらべて女性の単身者が約3倍多い。

⑥ 居住期間

10年以上の居住者が全体で75.5%を占めている。浦安地区の男性の63.9%、女性の49%が地つきであり、船橋地区の男性の11.9%、女性の6.4%と大きな差がみられることは注目される。(図5)

⑦ 就労状況

就労状況は全体では86.5%が無職であり、就労率は極めて低い傾向を示している。両地区別にみてもこの傾向に大差はない。(図6)

図4 居住状況

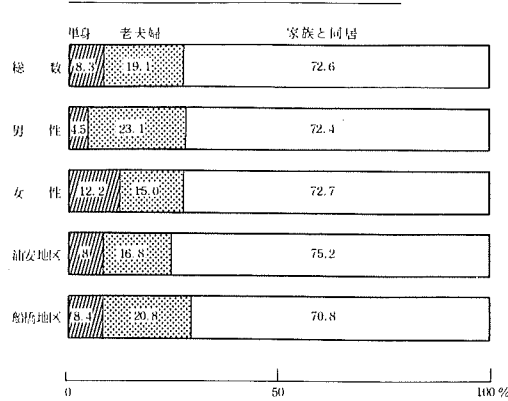


図5 居住期間

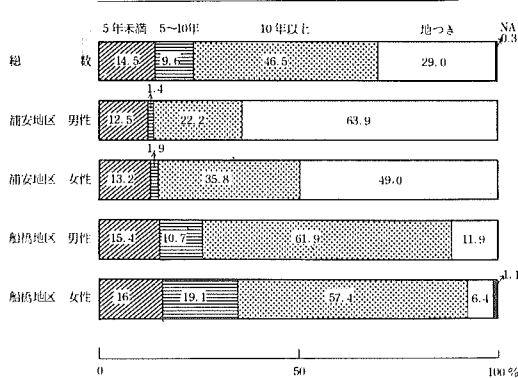
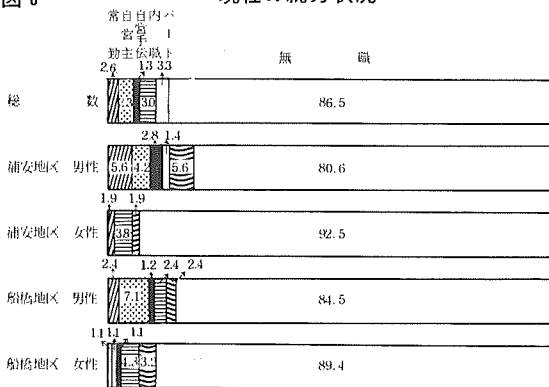


図6 現在の就労状況



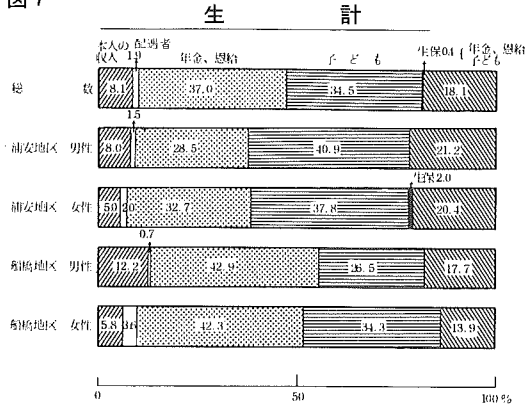
地区別にみても、浦安地区および船橋地区ともに7割以上の方は家族と同居している。(図4)

⑧ 生計

前述の就労状況で、就労率が極めて低い傾向が示されている如く、本人の収入で生計をたてている人は8.1%に過ぎず、年金・恩給による人37.0%、子供

による人34.5%、両者による人18.1%で、大多数の利用者は消極的な生計を営んでいると考えられる。生活保護を受けている人の割合は極めて少ない。(図7)

図7

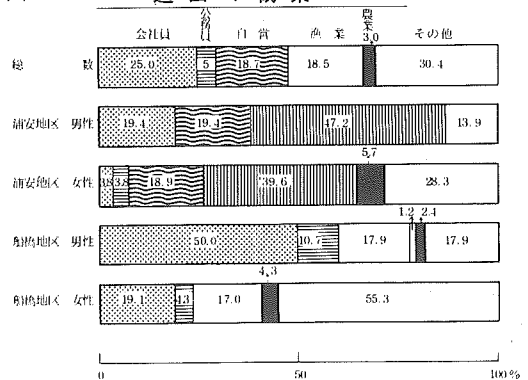


⑨ 過去の職業

全体では会社員25%、漁業18.5%、自営業18.2%の順であり、地区別では浦安地区の男性の47.2%は漁業であり、自営業の19.4%の内容は魚屋とか船大工など漁業関係の仕事が含まれる。この特色は浦安地区が昭和46年に海岸の埋立てのために漁業権を放棄するまで漁村であったことによると考えられる。女性も貝むき、のりの採取、漁業の手伝いなど漁業関係の仕事についていた人が多い。

これに対して船橋地区男性の50%が会社員であり、ついで、自営業が多く、この地域が比較的都市化された地域の特色をもっているためと考えられる。(図8)

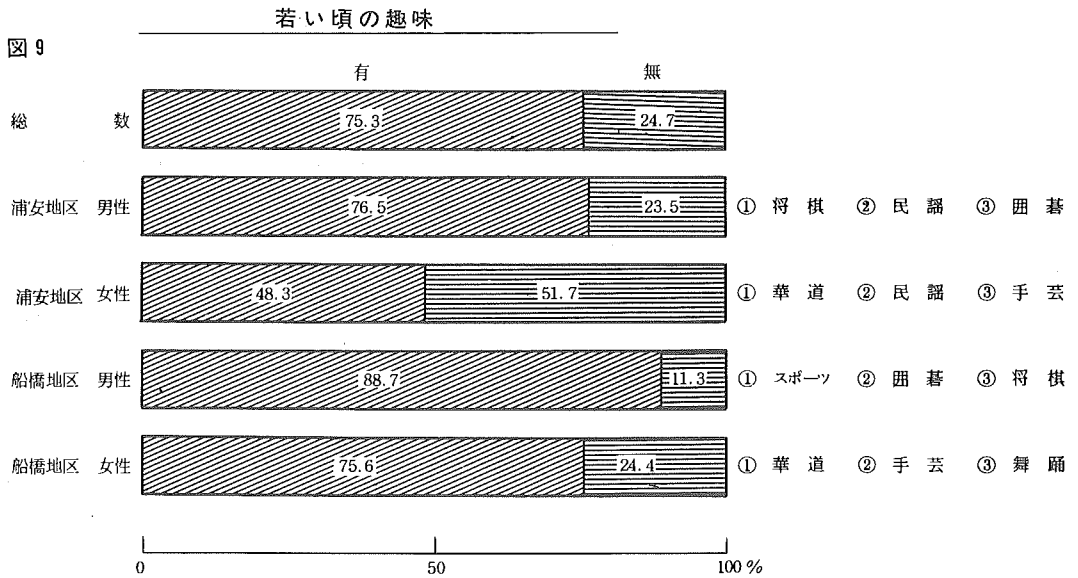
図8 過去の職業



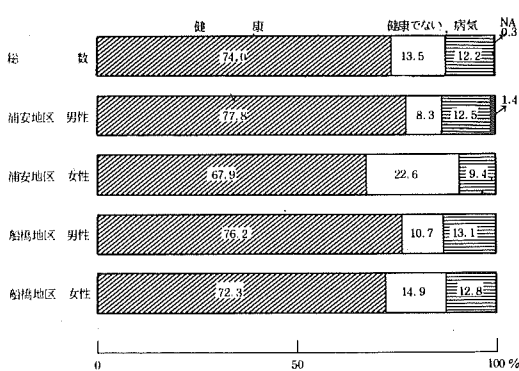
⑩ 若い頃の趣味

全体では75.3%の人が若い頃に趣味を有している。浦安地区の男性の趣味は将棋が最も多く、ついで民謡、囲碁の順である。その他仕事を趣味と答えた人も多く、酒、女、ばくちなどと回答した人もみられ、この時代の老人の特色がうかがえる。女性では華道、民謡、手芸の順で、51.7%の人は趣味をもっていないと答えている。これらの婦人の多くは貝む

き、漁業の手伝い、家事に追われていて趣味をもつ余裕がなかったことが影響している。船橋地区の男性の趣味はスポーツが最も多く、ついで、囲碁、将棋の順であり、浦安地区の男性と異なる面もみられる。おそらく若い頃の職業や居住地域の環境の相違によると思われる。女性は華道が最も多く、ついで手芸、舞踊でほぼ両地区とも類似している。(図9)



⑪ 健康状態



⑫ 生きがい

全体でみると、74.0%の人が健康であると答え、13.5%の人が健康でない、12.2%が病気と答えている。このように利用者の7割以上の人には健康感を抱

き、その他の人も不健康、病気と答えているものの、単身でセンターに通館可能な身体の手主である。性別では、両地区ともに、女性にくらべて男性の方が健康であると答えた人の割合が多い。(図10)

⑬ 生きがい

浦安地区の男性の63.9%、女性の54.7%、船橋地区の男性の86.9%、女性の80.9%の人が生きがいが「ある」と回答しており、生きがいをもつ利用者が大多数を占めている。

生きがいの内容は、全体では趣味29.9%、健康11.5%、家族6.5%、仕事4.0%の順であり、その他23.4%の内容は、「センターに来ること」が一番多く、その他、友達つきあい、宗教、旅行、動物飼育と多岐にわたっている。(図11)

⑭ 幸福感

全体の78.2%の人が「幸せ」と感じており、18.8%

の人が「どちらとも言えない」と答え、2.6%の人が「不幸である」と感じている。このように利用者の大多数は自分の現在の状況を幸福と考え、不幸と考えている利用者は極めて少数である。地区別では船橋地区の老人の方が「幸せ」と感じている人の割合は多い。(図12)

図11 生きがい

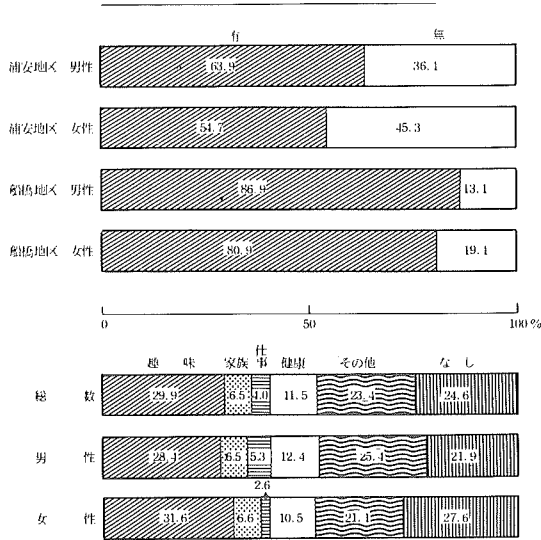
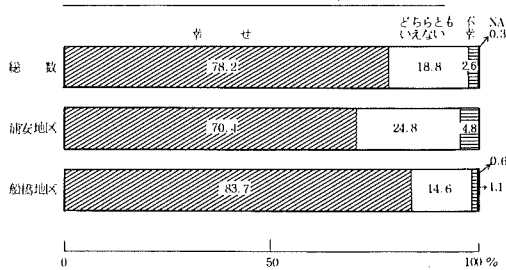


図12 幸福感

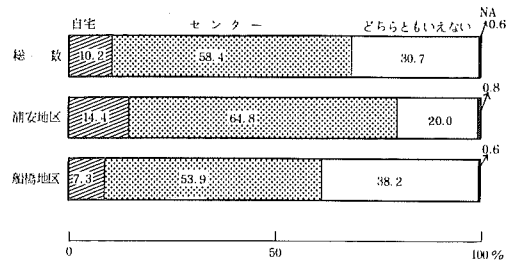


⑭ どちらが楽しいか

自宅とセンターとどちらが楽しいかについては、全体では58.4%の人はセンターを楽しい場所とし、30.7%の人はどちらとも言えず、10.0%の人は自宅を楽しい所としている。両地区を比較すると、浦安地区の人の方が船橋地区の人にくらべてセンターを楽しい所と考える人がやや多い。このように利用者の約6割の人は生活のなかで自宅よりセンターを楽しい所と考えて利用していることは注目される。(図

13)

図13 どちらが楽しいか

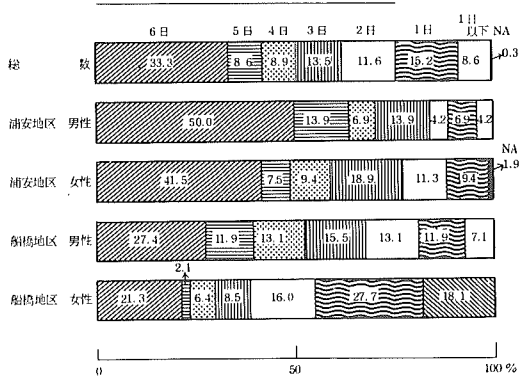


⑮ 来館回数

全体でみると、利用者のうち毎日(週6日)利用している人が33.3%で、週4~5回の人17.5%、週2~3回が25.1%、週1回以下の人23.8%であり、利用頻度は高い。

浦安地区の人は船橋地区の人にくらべて週間来館回数が多いことと男性は女性にくらべて来館の回数が多い傾向がみられる。(図14)

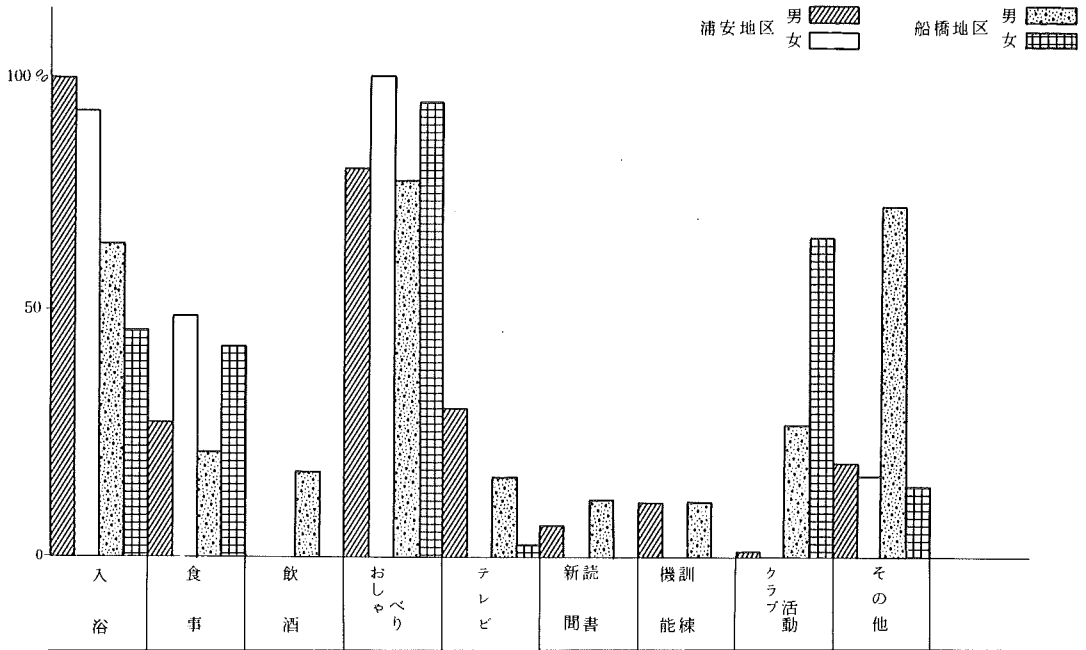
図14 来館回数



⑯ センターの利用状況

全体でみると、大多数の利用者はセンターをおしゃべり、入浴、食事、クラブ活動のために利用する人は極めて多い。地区別にみると、船橋地区の人は浦安地区の人にくらべてクラブ活動に参加する人が多く、入浴者の割合は少ない。(図15)

図15 センターの利用状況



⑰ 持参品

センターを利用する際の持参品は、全体でみると、弁当、菓子を持参するものは56.3%を占め、利用者の過半数はセンターで飲食をしていることを示している。飲酒者は一部にみられるが極めて少ない。(図16)

⑱ 会話状況

全体では88.3%の人がセンター内で会話によるコミュニケーションをはかっている。しかし、浦安地区の15.2%、船橋地区の7.9%の人がセンターを利用しながら他の利用者と会話によるコミュニケーションもしない孤独な利用者である。(図17)

図16 持参品

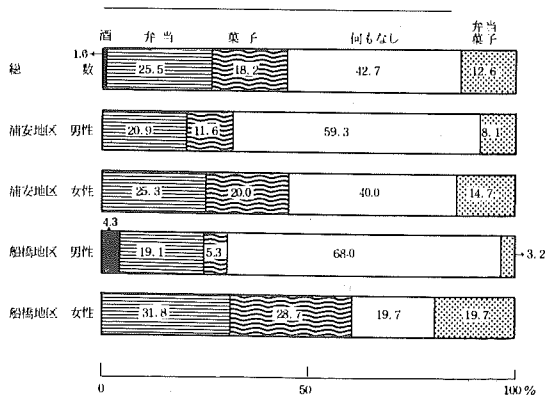
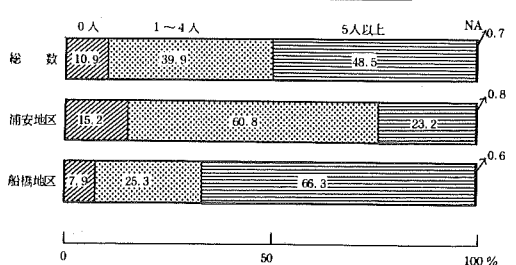


図17 何人ぐらいの人と話しましたか



⑲ 滞在時間

滞在時間は最低15分、最高325分であり、平均2～3時間である。滞在時間はバス利用者にとっては

千葉県老人福祉センターの実態調査

送迎バスの発車時間とも関連している。滞在時間の短い人は入浴だけにセンターを利用する人で、徒歩や自転車で通館する近距離の居住者である。(図18)

図18 滞在時間

		最短(分)	最長(分)	平均(分)
浦安	男	20	300	115.6
	女	30	265	140.94
船橋	男	15	325	183.64
	女	30	305	202.23

⑳ 時間的推移でみた施設の利用状況

浦安地区では各時間帯とも浴場と大広間にいる人が多く、入浴や大広間で食事したり、交遊したり、演芸を楽しんだりして滞在時間の大部分を過ごし、帰宅時間に近くなると送迎バスを待つために玄関近くのロビーや図書コーナーに集ってくる動きを示している。(図19)一方船橋地区では大広間、娯楽室にいる人が多く、浦安地区にくらべて浴場にいる人は少なく、大広間では飲食したり、交遊したり、演芸を楽しみ、娯楽室では囲碁、将棋をしたり、クラブ活動が行われている時間帯には(当日は民謡が行われた)教室の人数がピークを示し、浴場と大広間の人数が減少する動きを示している。(図20)

VI 考 察

老人福祉センターの運営状況や利用老人の実態に関する調査は各都道府県では行われていると考えられるが、発表された資料は意外に少ない。その中では社会保障研究所の老人福祉センター利用の調査(1969)、東京都老人総合研究所による地域老人福祉施設の対象と機能—利用者及び運営主体側実態調査報告(1973)はその実態を比較的良好にとらえた報告書といえるが、その実態は必ずしも充分明らかであるとはいえない。そこで、われわれは今回千葉県下の老人福祉センターの運営状況および利用老人の実態を調査する機会を得たので、その結果を要約すると同時に今後の老人福祉センターのあり方を含めて若干の考察を試みる。

1) 運営状況に関して

昭和53年3月現在、千葉県下には、25ヶ所の老人

福祉センターが設置され、(その他に、老人憩の家14ヶ所、老人休養ホーム3ヶ所がある)地域老人のために提供されているが、現在の所数の上では他府県にくらべて高齢人口の割合をみても決して少ない数とは言えない。(表4)しかし、千葉県は全国一の人口増加率を示しており、今後それに対応して適切な配置を考えた増設が必要となるであろう。

表4 老人福祉施設設置状況

	65歳老人人口(千人)	老人福祉センター	老人憩の家	老人休養ホーム
東京	721	36	203	1
千葉	267	25	14	3
神奈川	162	14	42	4
埼玉	256	40	3	2
茨城	192	24	32	5
群馬	152	15	10	1
栃木	139	12	30	1

(昭和53年3月31日現在)

センターの開館時間はほぼ6時間～8時間であり、時間的には充分と考えられる。

職員数は一施設平均4.4人である。職員数はその施設の規模と運営内容に関係することであり、一概には適切な人数を決めることは難しいが、施設の運営内容によっては十分な数とは言えない。とくに、センターは地域老人に対して各種の相談、健康増進を行うことを一つの目的として面接室、健康相談室、機能回復訓練室が設置されているが、25施設中保健婦のいる施設は3ヶ所、看護婦のいる施設は2ヶ所、機能訓練士のいる施設はわずか1ヶ所であり、これらの職種の職員の不足は著しく、生活相談などは各施設とも現在の職員によって行われているが、健康相談、機能回復訓練の面では十分な機能をはたしているとはいえない。先ずこれらの専門職員の補充が早急に望まれる。

施設内容では、面接室、機能回復訓練室、健康相談室、図書室はセンターに設置すべきものとされているが、一部には欠けている施設もみられる。これは当然充足が望まれることであるが、さらに地域老人のニード、専門職の職員の補充、センター側の積極的な姿勢と関連して考えるべきであろう。

老人福祉センター長会議資料によれば、クラブ活動、各種レクリエーション、健康増進などプログラムの実施に積極的な施設では、運動場やクラブ活動

図 19 浦安時間調査 (男女)

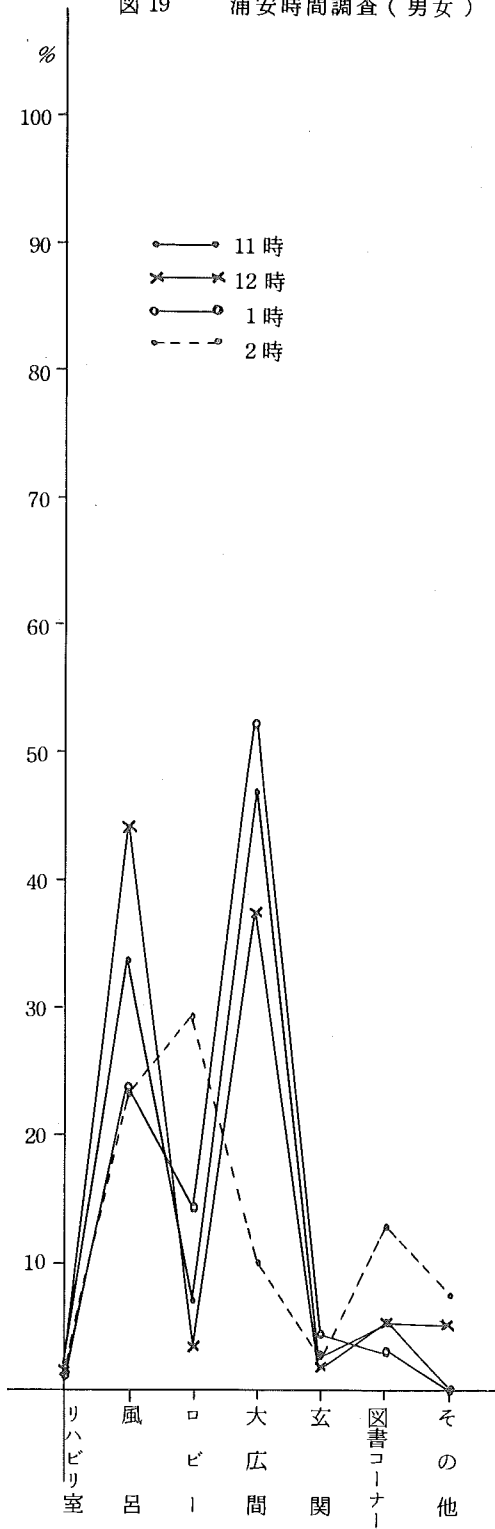
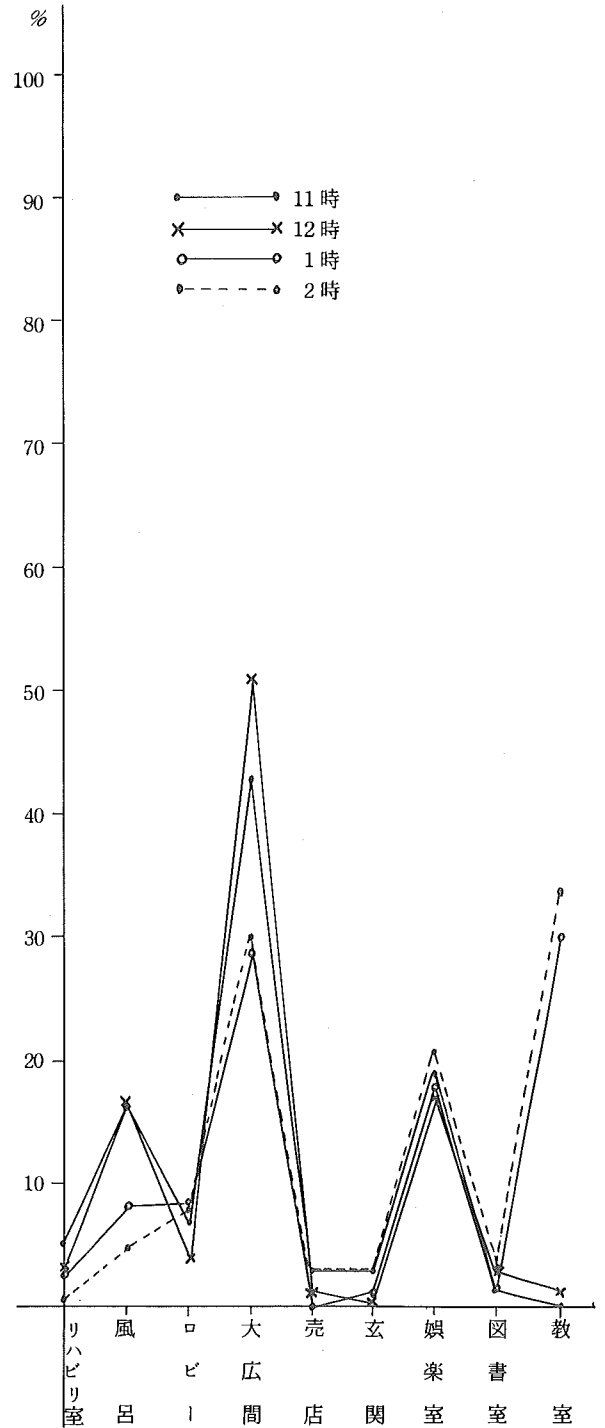


図 20 船橋時間調査 (男女)



(華道、茶道、手芸、囲碁、将棋など)の可能な小部屋、更衣室の増設、健康増進器具の整備充実を強く希望している。また、利用者とも関連することであるが、都市部では年々利用者が増加し、施設は利用者で飽和状態となっていて今後も留意しなければならないことであろう。

利用者数は都市部と農村部によって大きな差がみられる。都市部のセンターでは交通の便利な住宅地域内に設置されている所が多く、当然利用者数は多い。そして、老人クラブによる団体利用者より個人の利用者が多い傾向を示している。これに反して農村部では利用者数は少なく、個人利用者より団体利用者が多い傾向を示している。それには農村部では交通の不便なこと、都市部に比べて在宅老人は家庭内の役割がまだ残されていてセンター利用が生活の日課となるまでに至っていないこと、今回の一日実態調査の結果でも示されているが、センター利用目的であるおしゃべりや入浴のために日常的に利用するには交通が不便で適さないため老人クラブでの団体の一員として、時折慰安、レクリエーションのために利用することが挙げられる。農村部の一部のセンターでは年々利用者が減少している所もみられる。

送迎バスを所有していない施設は25施設中7ヶ所みられる。これを利用者数と対比してみると、都市部では大きな影響はみられていないが、農村部では交通が不便なための利用率に大きな影響を及ぼす要因の一つとなっていると考えられる。利用者の増加のためにはとくに農村部では送迎バスを所有することは必要であろう。

センターで利用者に何らかの形で食事の提供が可能な施設は25ヶ所中18施設あり、大きな役割を占めている。入浴利用者の割合は全施設平均70.31%であり、入浴施設の利用率は高いといえる。

運営状況に関しては大半の施設ではプログラムの実施状況が貧困であることも一因であるが、現状ではセンターが入浴、演芸、飲食の場として利用されている現実を毎日の利用者の状況から施設側は認識しており、将来構想として、レクリエーションの提供だけでなく、趣味のグループの育成、生きがい対策、老人の教養の向上、健康相談、健康管理、福祉相談等に力を入れて、老人にとってのコミュニティ

の中心施設とする意見もみられ、一部のセンターでは既にそのような企画をとり入れた運営方法を行っている。(しかし、これは利用者側の利用の仕方にも関連する問題であり、老人のニーズ、実態を充分把握した上での進め方が望まれる。)

2) 利用老人の実態について

今回の浦安町老人福祉センターおよび船橋市老人福祉センターの一日実態調査から得られた利用老人の特性は、

1. 利用者に性別差は認められず、年齢は男性は70歳代の人、女性では60歳代の人利用率が最も高い。

学歴では高小卒以下の学歴の人が多い。男女で利用率に年齢段階差がみられる理由については、今回の調査内容からは明らかにし得なかった。学歴は当時の義務教育年限を考慮に入れると、必ずしも低学歴者が多いとはいえない。ただし、センターのプログラムの企画、実施にあたっては、プログラム実行への関心度や興味の多様化などの点で、利用者の学歴は一つの参考資料となると考えられる。

2. 利用者のほとんどの人(86.5%)は就労していないで、年金、恩給、家族の援助により生計を営んでおり、生活保護を受けている人の割合は、極めて少ない。このように利用老人が就労もせず、年金、恩給、家族の援助で生計を営んでいることは、ある面では利用者は比較的恵まれた状態にある老人とも考えられるが、就労の機会がなく仕方なく現状に甘んじているとも考えられる。いずれにせよ消極的な生計を営んでいる老人が多いといえる。

3. 利用者の多くの人が身体面で健康と自覚し、また精神面でも幸福であると自覚している。さらに、全体の過半数以上の人は趣味、健康、家族などに生きがいをもち、なかにはセンターに来館することを唯一の生きがいとしている人もみられる。反面約25%の人はとくに生きがいをもたず、ただ漠然とセンターへ通っている。

4. 家族関係では、家族と同居している人が7割以上を占めており、老人世帯、ひとり暮らしの比率は低い。このことは、センターが対人関係の場の少ない単身者のみに利用されているのではなく、家族と同居している人達にも家庭内では得られない何かを

与える場としての機能をはたしていることを示している。

5. センター利用の動機は、広報や知人の勧めによることが多く、通館手段では徒歩およびセンター送迎バスによる人が多く、また、ほとんどの人は30分以内の所要時間である。このように現状ではセンターは近距離居住者によって利用されている傾向を示している。しかし、センターが単なる入浴、おしゃべり、飲食の場としてだけではなく、クラブ活動のような老人に興味と生きがいを与えるプログラムを提供できれば、船橋地区にみられるように遠距離居住者の利用率も高まると考えられる。

6. 利用者の過半数の人は、家庭よりセンターをより楽しい所と考え、利用目的は、入浴、おしゃべり、クラブ活動、飲食などが主なものである。そして、利用頻度は週4日以上で、過半数の人は弁当、菓子などを持参し、滞在時間も最低15分、最高5時間で、平均2～3時間である。女性にくらべて男性の利用頻度は高い。このことは女性の方が家庭内の役割が残されているためと思われる。以上のごとく、センターは利用者にとって、楽しい場所として積極的に利用されているが、内容としては一種の社交の場として利用されており、現状では消極的な利用の域をでていない。

3) 東京都老人福祉センター利用老人との比較

昭和48年に東京都老人総合研究所による、東京都の老人福祉センターおよび老人憩いの家の運営状況および利用老人の実態を調査した「地域老人福祉施設の対象と機能——利用者及び運営主体側実態報告書」は、利用老人の全体像を比較的好くとらえた報告資料といえる。それによると、全社協老人福祉年報では東京都の利用老人の特性は、

1. 階層面では、利用者は老人世帯を中心に不安定な低所得階層に属するものが多い。

2. 利用者の年齢は大半は70歳以上で、就労率は低い。(34.6%)

3. 家族関係では、老人世帯、ひとり暮らしの老人の比率が高く、同居世帯でもはっきりした役割がなく家族関係に代わる対人関係面のニーズを満たそうという目的でセンターが利用されている傾向が強い。

4. 身体面では、利用者は一応健康老人であると

いえるが、日常生活面ではかなりの不自由さを訴えている。

5. 生活環境面では、かなり劣悪なものであり、入浴やくつろぎの場を求めて利用するという消極的な利用の傾向が強い。

6. 社会関係面(余暇)では、利用者は多くの自由時間を持ちながら、大半のものはセンターを積極的に活用していない。

7. 利用の実態は、大半のものが入浴や家庭に変わるくつろぎの場や話し相手を求めて来館していて、利用頻度は高く、利用者がこれらの施設を自己の生活日課のなかに組み込んでいる。

以上のようにまとめられている。

一方、われわれが今回行った実態調査は、地域の異なった千葉県下の老人福祉センターを選び、東京都老人総合研究所が行った調査方法とは多少異なった角度より独自の方法で利用老人の実態を把握せんとしたもので、東京都の結果と、われわれの調査結果とを比較することに難点はあるが、概略的にみると、千葉県下の利用老人は東京都の利用老人にくらべて、やや女性の年齢は若く、家族との同居率が高く、就労率は極めて低く、生計面では生活保護を受けている人の割合は非常に低く、経済的には比較的恵まれている人が多い点に多少相違がみられるが、利用老人の大半のものは健康老人であり、センターを入浴、交遊、くつろぎの場を求めて利用する消極的な利用傾向を示し、その利用頻度も高く、利用者が施設を自己の生活日課の中に組み込んでいるなど東京都の調査で指摘されたこととほとんど類似している点が多いことが認められた。

このように地域によって利用老人の生活実態(階層、家族関係、生活環境など)に多少の差はみられるが、センターの利用目的、利用状況に関しては大きな差異はみられていない。

VII ま と め

千葉県下の25施設の老人福祉センター運営状況の実態を把握すると同時に浦安町老人福祉センターおよび船橋市老人福祉センターの一日実態調査を行い利用老人の実態を調査し、それらの結果をもとに若干の考察を試みた。

運営状況では老人福祉センターの利用度は年々高

千葉県老人福祉センターの実態調査

まり、とくに都市部のセンターでは飽和状態にあり施設の増設、拡充が望まれる。施設内容は比較的よく整備されているが、老人福祉センターの一つの目的である各種相談、とくに健康相談や健康増進のための看護婦、保健婦、機能回復訓練士などの専門職員の不足が著しく、現在これらの面で十分な機能はたさされているとはいいがたい。運営内容は現状ではプログラムの実施状況が貧困の上、利用者まかせで受身的である施設が多い。施設側が今後積極的な運営を進めるにあたっては、施設、地域の特性を把握するとともに利用老人の年齢構成、ニーズ、関心度をとらえながら、その地域にあったサービス、プログラムを提供することが望まれる。

利用老人の実態ではほとんどの利用者は健康であり、就労もせず、経済的にも比較的恵まれている人達であり、また、家族と同居し、趣味を持ちながら家庭よりセンターを楽しい所と考え、センター通いを自己の生活の日課としておしゃべり、入浴、飲食、クラブ活動をしながらの一種の社交の場として利用している傾向が強い。老人自身が楽しみとしてセンターを積極的に利用している点から考えればセンターは一つの役割をはたしていることになるが、現状ではセンターの本来の目的としている機能が充分生かされていない点は今後に残された大きな課題である。今後、利用者センターを積極的に且つ実り

ある活用をするよう働きかけると同時に施設側の積極的な姿勢が望まれる。また運営内容充実のためには利用者の自主的な運営参加を育てることも考えるべきであろう。

稿を終るにあたって、御校閲をいただいた加藤正明所長ならびに本調査に御協力いただいた千葉県社会部老人福祉課、浦安町老人福祉センター船橋市老人福祉センターの方々に深く感謝致します。

参考資料

1. 浦安町役場：うらやす 1971年
2. 浦安町役場：浦安町誌 1974年
3. 厚生省：厚生白書 高齢者社会の入口に立つ社会保障 1977年
4. 厚生省統計協会：厚生指標、精神衛生の動向 1978年
5. 全社協老人福祉施設協議会：老人福祉センター・憩の家 高齢化社会への対応 老人福祉年報 1976年
6. 千葉県社会部老人福祉課：老人福祉センター長会議資料 1978年
7. 東京都老人総合研究所社会部：地域老人福祉施設の対象と機能——利用者及び運営主体側実態調査報告書—— 1973年

「精神薄弱者」施設における指導法の検討 I¹⁾

— わが国の「精神薄弱者」施設の成立と「指導」の展開 —

精神薄弱部 北 沢 清 司²⁾

1. はじめに

わが国における戦後の「精神薄弱者」施設（「精神薄弱」という用語は、その概念・使用方法をめぐって様々な問題を今日的にもつ。ここでは一定の歴史的・社会的性格が反映されているという意味で用いる。以下、記述の都合上、括弧は外す。また断わらない限り児童と成人を含めて用いる。）は、1947年制定の児童福祉法の精神薄弱児施設の位置付けによる

“施設福祉”から始まった。当初の1948年1月の厚生省調査によれば、精神薄弱児施設は公立私立計16カ所、利用児童716名であった。その後、精神薄弱者の施設福祉は、軽度の障害児を対象として優先することから、障害が重かったり、他の障害を重複している人や、年長児・成人を対象とするよう施設体系の分化への方向をたどった(表1)。この精神薄弱

表1 精神薄弱者施設の数と入所者数 (1978年1月現在)

性 格	種 類	数	定 員	措置人員	法 律 (発足)	
児童福祉施設	収 容	精神薄弱児施設	352	26,570	22,088	児童福祉法〔1948年〕 精神薄弱児施設重度棟は同法一部改正 (1963年)
	通 所	精神薄弱児通園施設	201	7,571	5,922	児童福祉法一部改正 (1957年)
援 護 施 設 等	収 容	精神薄弱者更生施設	350	27,050	26,187	精神薄弱者福祉法〔1960年〕 同法一部改正 (1964年) 精神薄弱者更生施設重度棟は同法一部改正 (1968年)
		精神薄弱者授産施設	72	5,046	4,777	精神薄弱者福祉法一部改正 (1964年)
	通 所	精神薄弱者更生施設	24	725	604	精神薄弱者福祉法〔1960年〕 同法一部改正 (1964年)
		精神薄弱者授産施設	66	2,132	2,025	精神薄弱者福祉法一部改正 (1964年)
	精神薄弱者通勤寮		52	1,215 (収容定員)		法的規定なし。(1971年12月14日付厚生事務官通知)
計※		1,117	70,309	62,818		

(参考) 表の数値に含まれているが、「コロニー」国立コロニー (1971年設置)、地方コロニー (1968年以降設置) が施設体系としてある。また、1967年の児童福祉法一部改正による重症心身障害児施設も体系として加えておく必要がある。
※ 精神薄弱者通勤寮の収容定員を計の「定員」「措置人員」に算入してある。

厚生省児童家庭局障害福祉課「昭和53年度全国精神薄弱関係施設長会議資料」より作成

- (1) A Preliminary Report on the Methods of Guidance at the Institution for Mentally Retarded in Japan (I) — The Establishment of the Institution for the Mentally Retarded and its Evolution of Guidance —
- (2) Kiyoshi KITAZAWA Division of Mental Deficiency Research.

「精神薄弱者」施設における指導法の検討 I

者施設体系の分化は統一的に保障されるべき憲法に謳われた諸権利の分断を通して進行してきたことに特徴をもつ。例えば精神薄弱児通園施設、精神薄弱児施設重度棟及び国立精神薄弱児施設等が、学校教育法の就学猶予・免除規定〔同法第23条〕に拠り、児童福祉法の入所児童を就学させる施設長の義務〔同法第48条1項〕を放棄した、児童の就学猶予・免除を入所の条件として発足したこと、施設福祉行政内の「更生」と「医療」の行政的分立があること、

及び身体障害者雇用促進法等にうかがえる労働行政での精神薄弱者と他障害者との分断等に、その典型的な例が見られるのである。この児童の教育と福祉への権利の分断は、1979年4月養護学校就学義務・設置義務の「義務制移行」の予告政令（1973年11月20日付政令第319号）に伴って（前述の入所条件としての就学猶予・免除は1974年撤廃）、その後の施設福祉と学校教育の関係は、学校教育を保障する方向へと向っている（表2）。しかしながら一方でこの流れ

表2 精神薄弱児施設における教育の状況

記号	構成図	類型の概要	施設数	
			1 974.4	1 978.4
A	施設	学校教育は受けておらず施設職員による指導のみ	55 (16.3%)	42 (12.0%)
B	施設 派遣教師	施設そのものの建物を利用し、派遣又は訪問教師をうけて学校教育が行われている	101 (30.0%)	69 (19.7%)
C	施設 分校分級	施設敷地内に学校教育の校舎等が作られ、分校又は分級として学校教育が行われている	103 (30.6%)	93 (26.5%)
D	施設 学校	施設に隣接して施設収容児童の専用の学校がある	30 (8.9%)	43 (12.2%)
E	施設 → 地域の養護学校	地域の養護学校に通っている	48 (14.2%)	61 (17.4%)
F	施設 → 地域の普通(特殊)学級	地域の普通学校(特殊学級)に通っている		36 (10.3%)
G	学 齡 児 童	の い な い 施 設	-	7 (1.9%)
		計	337 (100.0%)	351 (100.0%)
学 齡 児 童 中		就 学 猶 予 ・ 免 除	20.0%	9.1%
		そ の 他 (長欠等で学籍はもっているが実際には学校教育を受けていない)	3.3%	3.1%

「愛護第209号行政の窓⑱」, 及び前出表1「資料」により作成

は「施設福祉は何を行う所なのか」という命題を提起したのである。

この命題は、戦後の障害者問題への「政策」での対応が、統一的に保障されるべき諸権利の不連続・不十分のまま、「行間を埋めていくこと」におわれた施設体系の構築、諸施策での行政的分立における問題・矛盾と不可分な関係にある。また施設福祉における「施設の最低基準が「最高基準」と指摘されてきた「低位処遇」の原則に支配され続けた施設利用者処遇、更には低位処遇の一端である施設従事者(福祉労働者)の労働条件の問題、及び「社会福祉職員

専門職化」への途上での職務内容の問題とも不可分な関係にある。施設の「閉鎖性」「機能の自己完結的充足」の問題とも不可分な関係にある。加えて「精神薄弱状態の治療法の開発(狭い意味での医学的治療は、多少の例外を除いて、大きな効果を期待することができないとして、「治療教育」に治療上の主な役を与える主張¹⁾も含めて)とも不可分な関係にある。すなわちこの命題は、障害者問題の政治的・経済的・社会的課題、言い替えてみれば人文科学的・社会科学的・自然科学的課題と不可分な形で存在していると共に、障害者観の形成機序に最もかかわっ

てくることである。そして、normalization; integration; mainstreaming; deinstitutionalization; community care等の新しい思潮の流れの中で、施設福祉を、〈①障害者の発達を保障する社会機能の一つとして。②障害者の発達要求・発達課題に即した施設福祉への要求の体系化。③障害者の権利の総合的保障の中での位置付け。〉等の視点で、明確化・変革されることが要求されている。

本研究は、かかる意識において「施設における日常生活の展開の中で、施設福祉を担っている職員が、利用者に働きかけるといふ、優れて人間的な営為」を仮りに「指導^{びと}」と称し、「指導に流れる、一定の思想的基盤をもった」^{びと}「指導法」を検討する中で、施設福祉を取り巻く諸問題を考える視座の確定に資することを目的とする。

しかしながら指導法研究においては、その研究対象が「人間」という複雑な存在にかかわることであり、指導現象そのものが単一化されたものではなく、指導目的・指導内容・指導方法を主軸にして、複雑な構造・機能が絡み合つての所産である。すなわち指導現象に登壇してくる利用者^{ひと}と職員(施設労働者)の関係より出発して、〈①利用者及び利用者の背負っている社会問題の内容にかかわる要因。②施設労働者及び施設労働者の背負っている社会問題の内容にかかわる要因。③建物・設備・環境等の空間的要因。④施設と地域社会との関係等の社会的要因。⑤行政的・経済(財政)的要因。〉等概略的にみても様々な要因との有機的關係構造の中に、指導現象は存在する。それ故に、指導法研究は総合科学に立脚した方法論が採られることによって「障害者の為の研究」「人間研究」に展延されていく必要がある。このような脈絡の中で本研究を位置付けていく。

そして本報告は、プリリミナリーな段階として、精神薄弱者施設福祉の先駆である、戦前の精神薄弱者施設の問題を取り上げて素描を試みることにする。

2. わが国における精神薄弱者問題の顕在化

わが国における精神薄弱者問題の顕在化過程は、欧米の先進的資本主義国に見られる、中世封建社会の崩壊から浮浪者の大量創出、貧民救済規定、救貧

院等での精神障害者の分離処遇、白痴問題・白痴教育問題の成立等と連なっていく一定の法則性³⁾を、同様にもつた。すなわち1868年の明治維新による近世封建社会の崩壊は、封建的諸制度を解体し、新しい社会制度、資本主義的生産方法に適した社会制度の樹立を急速に進めた。そのような中で、都市に流入する窮乏化する民衆に対して、公的救済を極度に押えた1874年の「恤救規則」がわが国の公的救貧対策の端初であった。この救貧対策の中で、東京府養育院(1872年設立)は、1879年精神障害者の「癲狂室」を分化独立して東京府癲狂院(後の巢鴨病院、現松沢病院)を設立していく。すなわち、精神障害者の分離処遇である。そして、徴兵・徴税・教育を国民の三大義務として、富国強兵を急ぐ政府の勸業政策によって資本の本源的蓄積の行程から、資本主義の成立を果し、日露戦争(1904年)頃を境に、帝国主義に転化していくその過程で、わが国の精神薄弱者問題は、次のようなパターン⁴⁾をもって顕在化する。第1の型、救貧施設型：貧民対策としての公立救貧施設における児童問題の一環として
第2の型、感化救済施設型：治安対策としての感化救済施設における特別矯正処遇問題として
第3の型、民間児童保護・教育施設型：公的扶助の代替的・補完的機能を果たす民間社会事業の一環として
第4の型：日本型公教育体制の内部矛盾としての成績不良児問題として
第5の型、貧民学校型：日本型公教育と公的扶助の両者の欠落部分を補完するものとして
第6の型、医療施設型：公的あるいは民間の救療事業の一環として
これらの顕在化パターンは、相互に関連・補完しあう側面を持ちながら、「白痴」「痴愚」「低能児」「劣等児」等の言葉のもとに精神薄弱者問題として成立していく。

1932年日本医師会医政調査会総会特別委員会からの内務大臣諮問「精神衛生施設拡充に関する方策如何」に対する答申⁵⁾の中で、「精神薄弱者取扱に関する法規制定」の急務を訴えて以降、1934年創立の前述第3の型による施設の団体「精神薄弱児愛護協会」を中心に、第2の型、第6の型で精神薄弱者問題に関係している団体・人等も加えて「精神薄弱児保護

「精神薄弱者」施設における指導法の検討 I

法」制定運動にまで高まっていった。しかしながら、1940年東京府精神薄弱児童取扱規定、1941年国民学校令施行規則での精神薄弱児の「養護学級又は学校」編成の法文化をみただけで、この運動は第2次世界大戦の大きなうねりの狭間に消えた。一方で「遺伝性精神薄弱者」の断種を規定する1940年国民優生法

の公布の中で、戦争へとかき立てられていったのである。

3. 精神薄弱者施設の成立

わが国の戦前に設立された先駆たる精神薄弱者施設群(表3)⁶⁾は、前述した第3の型に成立パターン

表3 戦前の精神薄弱者施設一覧

施設名	現施設名	創立年	創設者(指導者)	備考
1 孤女学院	滝乃川学園	1891	石井亮一	白痴施設としての成立は1897年頃
2 白川学園	同 左	1909	脇田良吉	はじめ京都市教育会が設立するが、1912年脇田の私営となる
3 日本心育園	—	1911	川田貞治郎	1916年閉鎖
4 桃花塾	同 左	1916	岩崎佐一	
5 藤倉学園	同 左	1919	川田貞治郎	
6 大阪市立児童相談所 附属学園	—	1920	土屋浜次	1926年閉鎖
7 筑波学園	筑峯学園	1923	岡野豊四郎	
8 島村学園		1925	島村保穂	1932年以降大阪治療教育院と称す
9 三田谷治療教育院	同 左	1927	三田谷 啓	1923年阪神児童相談所よりの発展
10 八幡学園	同 左	1928	久保寺保久	
11 小金井学園	—	1930	児玉 昌	小金井治療教育所ともいう。戦争にて閉鎖
12 白王学園		1930	荒木善次	
13 広島教育治療学園	六方学園	1931	田中正雄	
14 江北農園	久美愛園	1933	笠井福松	
15 浅草寺カルナ学園	—	1933	林 蘇 東	戦災にて閉鎖
16 八事少年寮	—	1937	杉田直樹	戦後他法人に移管
17 醍醐和光寮	同 左	1938	(京都市)	
18 愛育研究所 特別保育室	(愛育養護学校)	1938	三木安正	1943年閉鎖
19 長浦更生農場	東京都養育院 千葉分院	1943	(東京府)	
20 提 塾		1943		
21 厚生塾	—	1943	喜田正春	
22 愛泉会	同 左	1944	前田育子	1941年愛泉会を発展させた。戦後一時期愛泉会葉山寮となる

が多くは属するといえる。一方施設創設者の精神薄弱者問題への“出会い”という点では、様々な型との遭遇がみられる。例えば第1の型とは（以下の数字は表3のNo.の施設の創設者を指す）1・7, 第2の型とは3・5・10, 第4の型とは2・4・8・12・13・21, 第6の型とは9・11・16等の遭遇がみられ

表4 日課の例

時刻	滝乃川学園 1909年頃	八幡学園
6	起床 (夏・冬は30分前後) 寝具片付け・更衣・洗顔	起床 (夏・冬は30分前後) 寝具片付け・洗顔
7	朝食	掃除 点呼・国旗掲揚 朝食
8	礼拝 (15分間)	日記
9	予備科 小学部 中学部 実業部	作業
10	課業	
11	(20分単位) (40分単位)	
12	昼食	昼食
13	体育 唱歌 図画 等	
14	体育 唱歌 図画 等	作業
15	おやつ	
16	運動	
17	礼拝 (15分間)	掃除
18	夕食	夕食
19	集まり (遊戯室)	国旗降揚
20	就床	自由時間
21	(年齢によって)	就床 (年齢によって)

滝乃川：「学園のまとめ」1910.6により作成

八幡：戸川行男「特異児童」1940.12により作成

「精神薄弱者」施設における指導法の検討 I

表 5 指 導 の 柱

施設名	指 導 の 柱	編 成																
		(生 活)	(教 育)															
滝 乃 川	<ul style="list-style-type: none"> ● 運動——歩行, 遊戯競技 ● 感覚——覚官別練習法(触覚, 聴覚, 味覚, 嗅覚, 視覚, 重さ) ● 知識の教育——実物教授, 算術, 読方, 観念連合, 記憶力 ● 言語の教育——発語教授 ● 職業指導 	1897頃: 特殊部																
		1906頃: 男子部, 女子部	予備科, 小学部, 中学部 実業部															
		1920頃: 診療部																
		1928頃: 幼稚部, 男子部, 女子部																
白川	● 養護 ● 教授 ● 訓練																	
桃 花	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 教育, 保護並びに職業補導 ● 普通教課目(実践科: 修身, 思考科: 算術・理科, 取得科: 読方, 発表科: 綴方・書方・話方・図画・手工・唱歌, 郷土科: 地理・歴史・博物, 実科: 裁縫・手芸・家事・調理, 直観科: 自然物・自然現象・生活資料) ● 治療教課目(言語教授: 発音矯正・吃音矯正, 性能鍛練: 感覚練習・情意練習, 治療体操: 全身の体操・部分的体操・整形体操) ● 特殊教課目(生活指導, 作業教育) ● 職業的訓練(園芸, 養禽, 印刷) 	<p style="text-align: center;">(コロニー)</p> <p style="text-align: center;">救護機構</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;"> 教育治療部 </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;"> 教化部 </td> <td>— 一の組(痴愚級の者)</td> </tr> <tr> <td>— 二の組(モロン級の者)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"> 保護部 </td> <td>— 三の組(境界線級の者)</td> </tr> <tr> <td>— 普通保護の組</td> </tr> <tr> <td>— 中間保護の組</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>— 特別保護の組</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 10px;">— 医科治療部</p> <p style="margin-left: 10px;">— 職業補導部 <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr><td>— 園芸部</td></tr> <tr><td>— 養禽部</td></tr> <tr><td>— 印刷部</td></tr> <tr><td>— その他</td></tr> </table> </p> <p style="margin-left: 10px;">— 研 究 部</p>		教育治療部	教化部	— 一の組(痴愚級の者)	— 二の組(モロン級の者)	保護部	— 三の組(境界線級の者)	— 普通保護の組	— 中間保護の組			— 特別保護の組	— 園芸部	— 養禽部	— 印刷部	— その他
		教育治療部	教化部			— 一の組(痴愚級の者)												
— 二の組(モロン級の者)																		
保護部	— 三の組(境界線級の者)																	
	— 普通保護の組																	
	— 中間保護の組																	
		— 特別保護の組																
— 園芸部																		
— 養禽部																		
— 印刷部																		
— その他																		
藤 倉	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 教育的治療 ● 心練(狭義) ● 掃除心練 ● 労作——数の訓練, 文字の訓練, 図画・手工・唱歌, 農場 	男子部 女子部	1921頃: ①治療教育をされし者, ②治療教育出来ぬ者															
		1938頃: ①保護教養サルベキ者, ②教室ノ時期ニアル者, ③教室ノ必要ナキ者	1939頃: ①教育ノ必要ノナイ者, ②教室ノ時期ニアル者, ③保護教養サル可キ者, ④職業的教育期ニアル者															
筑 波	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 連関調和教育法 ● 五官の治療教育——五官(視覚, 聴覚, 味覚, 嗅覚, 触覚)の連関調和 ○ 生活指導 ● 「日誌」 ● 倫理教育 ● 宗教教育 ● 作業指導教育 ● 体育指導教育 ○ 授業 																	
三 田 谷	<ul style="list-style-type: none"> ● 規則正しい生活 ● 教授——直観科目, 言語科目, 算術, 習字及び図画, 唱歌, 体操, 手工 	1938: 翠丘小学校併設																
八 幡	<ul style="list-style-type: none"> ○ 教育指導と筋肉労作 ● 生活訓練 ● 情意教育 ● 職業教育 ○ 学園共同作業団——自治会 	当初は男子部, 女子部とあるが, 女子部を廃止																
	<ul style="list-style-type: none"> ● 学園共同作業団 A級: 補導(B以下を指導), B級: 促進, C級: 補助, D級: 監護 																	

る。そしてこれらの施設は、精神薄弱者施設としての法的裏付けのない情勢下で、私塾の形態のものから、利用者家族からの「養護費」を徴収しての直接委託と、少年法 (1922年)・救護法 (1929年)・児童虐待防止法 (1933年)・東京府精神薄弱児取扱規定 (1940年) を適用した公的委託 (ちなみに直接委託と公的委託の比率を挙げると⁷⁾、滝乃川学園23:1, 八幡学園5:7, 筑波学園6:5) によって先駆的途を開拓していたのであった。同時に創設者の個人的・家族的努力と堅固な(「教育」「福祉」)思潮を支えられての施設でもあった。

4. 指導の展開とその特質

さて、戦前の施設群における指導の展開についての研究は、全体を体系化するに至る作業構築の段階にはなっていない。ここでは「施設史研究会」⁸⁾の調査・研究の成果に基づいて表3の施設群中、数施設を取り上げて、概括的に扱うことを試みる。

1) 日課

指導の展開をみていく上で、施設が収容形態をとった推移の中で(表3—No.18は通園制であった)、24時間のプログラムの展開は重要な鍵となるが、それが「日課」である。三田谷啓⁹⁾が「起床、食事、作業、課業、就寝などすべて正規的なこと」「規則正しい生活」を強調しているが、その規則正しい習慣を培っていく枠組が日課であると共に、施設従事者の労働内容を規定していく側面をもつ。この日課について2施設の例を挙げる(表4)。この日課の枠組は、大旨各施設とも大差がないといえ、その展開パターンは、戦後の精神薄弱者施設にも引き継がれているといえる。この枠組そのものは、戦前の社会事業の諸施設に共通しているものと予測できるが、今後の検討課題である。¹⁰⁾しかしながらこの枠組の中味(利用者と施設従事者との間に、又は利用者同志の間に交され織り成す営為)については、「はじめに」で述べた〈指導現象の構造を規定していく様々な要因〉によって相違の出てくる所であり、本研究にとって主要な鍵といえる。すなわち、いわゆる学校教育と施設福祉の役割を「学校教育として組み立てられたカリキュラムによる学習——structured settingsによる学習」と「日常生活を通じての学習——unstructured settingsによる学習」の「両面が巧みに

組み合わせられる」¹¹⁾こととして主張される、施設福祉の役割の中味の明確化にとって、日課の枠組は日課表上の活字として出てこない部分をくみ上げることも含めて重要である。しかしこの点接近手続きには、縦断的側面と横断的側面、個別性と集団性等検討上難しい相が問題としてある。

2) 指導の柱

各施設における指導の柱と利用者の編成を概括的にみると(表5)¹²⁾、抽出し得た限りで見ると、①創設者独自の教育思潮を表現している——24時間を通して流れる処遇観——、②精神薄弱者の神経生理学的・心理学的考究に基づく教育・訓練を表現している、③公教育の教科目を表現している、④日課中の朝食後から昼食前、昼食後から夕食前の間の時間帯での展開を表現している、⑤収容の形態からくる「生活」を展開していく上での指導を表現している〈等〉の「熟語」に大きく分けられる。そして「治療教育 Heilpädagogik」が、単に施設名称として冠されるだけではなく、主幹として押えられているといえる。また指導の展開におけるグルーピングも、居室編成・寮編成・「教室」編成等に工夫がなされている。これらをダイナミックスにつないでいく中で、指導の展開は「生き生き」したものに再現されていく。それにでき得る限り接近していくべく調査・検討を必要とされる。

3) 特質

戦前の精神薄弱者施設の性格について、「私立学校として視角を変える事によりその実践がかなり再評価できるのではないか」と杉田¹³⁾は指摘しているが、まさしく精神薄弱者施設としての法的裏付けのない状況下で「治療教育学校」としての優れて教育的意図に貫かれた創設者の意気込みを感じ取ることができる。しかも戦後の福祉施策が児童・成人・老人という年齢によって区切りをつける方向での分断的展開を余儀なくされた経緯をもつのに比して、年齢による区切りで分断しない方向での施設づくりを、限られた条件下で意図・遂行していた。また従事者の養成においても、公的なものがない中、実践的養成に努力し、それを担うだけの学理的見識を施設長が備えていたといえる。それは日本精神神経学会(1902年日本神経学会として発足)、日本児童研究会(1902年発足)、日本心理学会(1926年発足)等への積極的

「精神薄弱者」施設における指導法の検討 I

参加が並行してこれらを支えていたともいえる。そして現調査段階での指導における戦前の精神薄弱者施設の特徴をまとめると、

- ① 利用者の自主性、自立等の尊重。
- ② Seguin, Motessori らの教育方法を下敷として開発した教具を主軸とした、神経生理学の成果に学んだ所の、感覚・運動訓練（石井の「遊戯競技・覚官別練習法」等、川田の「心練」、岡野の「連関調和教育法」、等）が指導方法の中心的位置を占めていた。
- ③ 指導方法の中に「労働」を位置付けていること——指導方法的位置付けと共に、障害者の生涯生活での位置付けも加えられる——。
- ④ 24時間の集団生活であることを踏まえた訓育と陶冶の統一の保障への追求。
- ⑤ 生活全体を教育的に位置付けることへの追求。等に、概括される。

5. 課 題

本報告では、プリリミナリーな段階として戦前の精神薄弱者施設における指導をごく概観的に考究する努力を試みたのであるが、今後の研究との関連で若干の課題を整理すると、

- ① 資料調査・聴き取りを中心に、創設者の思潮・対象者・施設建築計画史・施設財政等の戦前の精神薄弱者施設史研究成果に学ぶことから、深化を図ると同時に、総合化構築の中でとらえ直していく考究。
- ② 関連領域（戦前の育児事業・感化救済事業での施設における精神薄弱者問題、精神医学・精神衛生での精神薄弱者問題にかかわる展開、補助学級における教育方法の展開を軸とした学校教育・学校衛生分野における精神薄弱者問題等）との関係でのとらえ直していく考究。
- ③ 現代の精神薄弱者施設福祉での指導・指導法の研究からフィード・バックされる問題でのとらえ直していく考究（戦前と戦後の連続・不連続の課題として体系化していくこともあわせて——1940年前後の「精神薄弱者保護」制定運動と、1947年児童福祉法制定以降の精神薄弱者福祉の法制定過程との連続・不連続の検討——考究することを含む）。等である。

付 記

本報告を行うにあたっては、施設史研究会会員諸氏¹⁾の協力・援助なしには、このような未熟な内容のものとしても、まとめられなかったと思う。記して感謝したい。

注

- 1) 菅修：精神薄弱児の治療教育，第17回日本医学会総会学術講演集，3，pp.795-797。(1967)
- 2) この「指導」は断わりをしてあるように本研究を進めていくにあたっての、研究対象の仮称である。従って研究の熟成過程で言葉を提起して行きたい。その意味で求めるところは「障害児ひとりひとりの発達にそいつつ、発達を創り出す教授学」障害児教授学の構築^①に目標がある。指導、指導法に隣接若しくは同義の用語としては、山田^②の「保護・教育」「保護的営為・教育的営為」、小川^③の「教育福祉」、更には菅^④の「治療教育」等が挙げられる。また「福祉的処遇」^⑤「福祉的実践」^⑥「福祉的臨床」^⑦等の用語・概念・内容における検討の中で、研究領域の明確化を図る作業が一方で必要とされている。
- ① 大井清吉：障害児教授学への志向，障害児教授学の研究，準備号，p.1。(1978)
- ② 山田明：昭和戦前期の精神薄弱者保護・教育事業における八幡学園の位置，障害者問題研究，13，pp.41-58。(1978)
- ③ 小川利夫：児童観と教育の再構成。小川利夫他（編）：教育と福祉の権利，勁草書房。Pp.2-25。(1972)
- ④ 菅修：治療教育学，日本精神薄弱者愛護協会。Pp.133。(1974)
- ⑤ 日本社会福祉学会第26回大会（1978）シンポジウムテーマ
- ⑥ ⑤における，小松源助の提案
- ⑦ 櫻井芳郎：精神薄弱者の処遇に関する研究——精神薄弱者の福祉的臨床序説——，精神衛生研究，23，pp.59-72。(1976)
- 3) 梅根悟（監修）：障害児教育史（世界教育史大系，33。），講談社。pp.201-303。(1974)
- 4) 次の2論文による。
 - ① 清水寛：近代精神薄弱教育史研究，精神薄弱問題史研究紀要，8，pp.47-66。(1970)
 - ② 清水寛：東京市下谷万年特殊小学校における貧児教育問題としての「精神薄弱」児教育について，精神薄弱問題史研究紀要，15，pp.3-30。(1974)

- 5) 紹介, 精神衛生, 4, pp. 1-3。(1933)
- 6) 本表は, 日本精神薄弱者愛護協会45周年記念用の年表作製の作業から抽出した。未調査部分も多く今後の課題, 大である。
- 7) 山田明: 戦前の精神薄弱者施設における対象問題の構造, 精神薄弱問題史研究紀要, 21, pp. 9-23。(1977)
この論文の表2, 表4の延人数比較による。
- 8) 施設史研究会の歩み等については次論文参照。
津曲裕次: 精神薄弱者施設史研究序説, 精神薄弱問題史研究紀要, 21, pp. 1-8。(1977)
- 9) 三田谷啓: 治療教育学 (岩波講座・教育科学, 5), 岩波書店, p. 28。(1932)
- 10) 例えば感化救済施設の留岡幸助の家庭学校^①, あるいは国立感化院^②をとっても日課の枠組に共通項が多い。^① 土井洋一: 留岡幸助と家庭学校その(一), 精神薄弱問題史研究紀要, 15, p. 40。(1974)
^② 国立武蔵野学院: 武蔵野学院五十年誌, p. 75。(1969)
- 11) 妹尾正: 養護学校と精神薄弱児施設, 特殊教育, 19, pp. 7-11。(1978)
- 12) 今後に残されている部分が多い表である。
- 13) 杉田裕: 戦前の精薄施設の性格について, 精神薄弱問題史研究紀要, 2, p. 17。(1965)
- 14) 施設史研究会メンバーは下記である。
会員: 赤尾裕久 (岡山大), 赤尾泰子 (徳島文化女子短大), 阿部祥子 (日女大), 安藤房治 (筑波大院生), 石井順子 (前同), 井出幸子 (RIA), 内海淳 (東学大院生), 宇都栄子 (専修大), 亀岡喜美子 (ツカサ装備), 菊池義昭 (桜ヶ丘学園), 北沢清司・清水紀子 (伊藤忠), 清水寛 (埼玉大), 田伏純子 (日成建築事務所), 津曲裕次 (筑波大), 中野敏子 (日女大), 板東みさ子 (第一工房), 松矢勝宏 (東学大), 峰島厚 (都立大院生), 山田明 (筑波大院生), 山口洋史 (仏教大)・助言者: 池田由紀江 (筑波大), 一番ヶ瀬康子 (日女大), 小川信子 (日女大), 長畑正道 (筑波大), 吉田久一 (社事大)。

ラットにおける実験的仮死分娩の脳蛋白質代謝に及ぼす影響について (その2)¹⁾

— 脳 Post-Mitochondrial Fraction の in Vitro 蛋白合成 —

精神薄弱部 小松 せつ²⁾

I 従来の研究経過と今回の研究目的

われわれはこれ迄に脳発達障害に関する研究の一部として実験的仮死分娩¹⁾によって出産したラットの脳の蛋白質代謝の変化を調べた。即ち、満期出産群、早産群、低蛋白群の3群について生後3日目の脳蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみ率の測定をおこない、また早産群についてはC¹⁴-ロイシンおよびC¹⁴-リジンを用いて生後3日、14日、53日の脳蛋白質のハーフライフを測定した。その結果、早産群あるいは低蛋白群では出生時のわずか10分間の仮死によってC¹⁴-ロイシンの脳蛋白質へのとりこみ率が低下し、また早産群で脳蛋白質のハーフライフが著明に延長することなどが明らかになった。これらの結果から未熟児あるいは低栄養児は出生時の低酸素症に対して抵抗性が弱く、そのために脳発達の過程で蛋白代謝が阻害されることが考えられ、しかも満期出産群では出生時の40分にも及ぶ仮死によってもとりこみ率の著明な低下がみられなかったことから、その障害の程度は低酸素の程度よりも早産あるいは低栄養といった出生時の個体側の条件に大きく依存することを報告した。⁽¹⁾

今回の研究は、細胞内で蛋白合成に主要な役割をもつと思われるミクロゾームやポリゾームの機能およびPH 5 酵素の活性などがin vivoの蛋白合成阻害といかなる関聯にあるかを明らかにしようとし

た。そのためポストミトコンドリア分画液 (Post-mitochondrial fraction) を用いて、これらが関与する overall の蛋白合成に阻害があるか否かをたしかめた。

II 対 象

実験動物

実験動物モデルは前回と同様の方法で準備した。⁽¹⁾即ち一定飼育条件下で大部分が妊娠22日目の午後2時～6時に分娩するウイスター今道系ラットを用い、出産時の処置または妊娠中の食餌条件によって以下の3群に分けた。

1. 満期出産群

妊娠ラットを普通食餌で飼育し、出産時に処置を加えず自然分娩により出生した仔ラット。

2. 早産群

A) 早産対照群。結果を正確なものとするために同腹の胎児を以下の如く処置した。即ち妊娠22日目の出産予定時刻より約数時間早いと思われる10時～13時の間に、まだ分娩を開始していない母ラットの頭部を殴打失神させて帝王切開をおこない、子宮を二つに分けて一方の子宮弓の子宮壁および羊膜をできるだけ速やかに切り開いて呼吸を開始させた仔ラットを対照群とした。

B) 早産仮死群。もう一方の子宮弓を胎児を入れたまま母体から切り離して10分間室温 (23°C～26°C)

(1) Effect of Experimental Neonatal Asphyxia on Protein Metabolism in the Brain of Rats. (Part 2)

— Protein Synthesis on Post-Mitochondrial Fraction in the Brain of Rats in Vitro —

(2) Setsu KOMATSU Division of Mental Deficiency Research

脳発達障害に関する生化学的研究(2)

に放置したのち、子宮壁および羊膜を切り開いて呼吸を開始させた仔ラットを仮死群とした。

3. 低蛋白飼育群

A) 低蛋白対照群。妊娠ラットを妊娠7日目から出産日まで Rajalakshmi⁽²⁾の報告にしたがって9%の蛋白を含有する低蛋白固形飼料で飼育した。²⁾このような母ラットから出産時処置を加えず自然分娩によって出生した仔ラットである。通常この群は出産予定日より数時間から1日位おくらせて出生するものが多いが出生時の仔の体重は満期出産の仔と有意の差はなかった。

B) 低蛋白仮死群。満期自然分娩により1~2匹娩出したのち開腹し、子宮を完全に母体より切り離して胎児を子宮に入れたまま、10分間室温に放置後子宮壁および羊膜を開いて呼吸を開始させた仔ラット。

なお前述の早産A), B)群の仔ラットは呼吸開始後直ちに同日あるいは前日出産した正常母ラットの巣箱に入れ、これらの母ラットに養育せしめた。また低蛋白仮死群は呼吸開始後直ちに、低蛋白飼育をうけた同日あるいは前日出産した母ラットの巣箱に入れ養育せしめた。低蛋白飼育群はA), B)両群ともに妊娠中の低蛋白餌の仔に及ぼす影響をみるという目的から、母ラットの餌を出産後2日目から普通食に切り替えた。

III 方 法

実験操作の概要を第1図に示した。

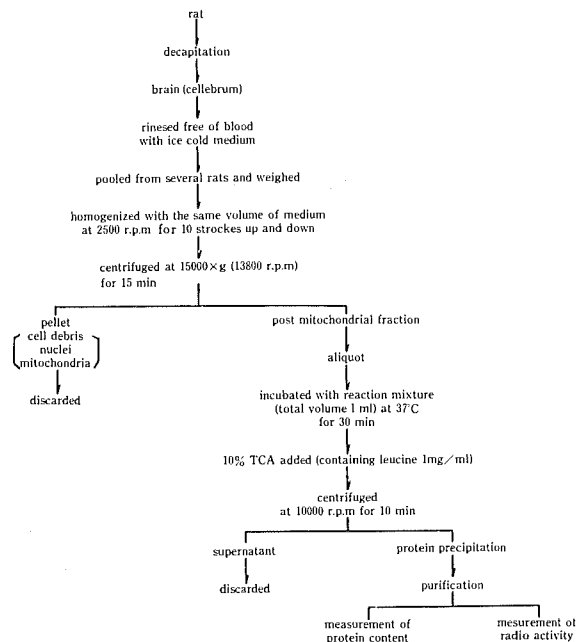
試 薬

C¹⁴-ロイシン (uniformal labeled) : New England Nuclear の高比放射能のもの (第1化学発売, ATP, GTP, PEP, PK : Boehringer (ペーリンガー・マンハイム山之内株式会社発売), アミノ酸 : 味の素株式会社, Tris, MgCl₂, KCl : 和光純薬株式会社, 蔗糖 : 明治製糖株式会社極上ザラメ。

ポストミトコンドリア分画液の調製

調製法は Murthy⁽³⁾らおよび Zomezely⁽⁴⁾らの方法を参考にし多少の変更を加えた。

各年齢のラットを断頭し、氷冷したペトリ皿内の、トリス緩衝液で湿らせた濾紙上で速やかに脳を摘出し、小脳、脳幹部は除き附着した血液を氷冷したメ



ジウム (25 mM Sucrose, 50 mM Tris-HCl 緩衝液 (PH7.6), 12mM MgCl₂, 100mM KCl) で洗い落したのち氷冷したビーカーに移して秤量した (生後3日および7日のラット脳は4四分および2四分を各々同一ビーカーにプールして秤量した。14日および52日のものは1四分ずつを秤量した)。秤量した脳は氷冷したテフロンホモジナイザーに移し、同量のメジウムを加え冷やしながら2,500 r.p.m.で上下10回ずつホモジナイズし、内容を遠沈管に移して15,000 x g (13,800 r.p.m.)で冷却しながら15分遠心した。沈渣は捨て上清をポストミトコンドリア分画として用いた。

in vitro 蛋白合成

反応は Murthy⁽³⁾および Zomezely⁽⁴⁾の方法を参考にした。反応液の全量を1 mlとし組成は次の如くである。

ポストミトコンドリア分画液	0.4 ml
ATP	2 mM
GTP	0.25 mM
PEP	10 mM
PK	0.03 mg
ロイシン	0.05 mM
C ¹⁴ -ロイシン	0.05 μmole
	(3.8 × 10 ⁶ c.p.m.)

蔗糖	21.3 mM
Tris-HCl (PH7.6)	42.5 mM*
MgCl ₂	10.2 mM*
KCl	85 mM*

(*印の濃度は分画液調製メジウムから計算した反応液中の終濃度である)

反応液は37°Cの温浴中で振盪しながら30分間反応させ、反応終了後氷冷した10%トリクロール酢酸(1 ml中に1 mgの割合でロイシンを含有する) 1 mlを加えて反応を停止した。反応液の入った試験管をそのまま10,000 r.p.mで冷却しながら10分間遠心して上清と沈渣即ち蛋白部分とに分けた。

蛋白質分画の精製

蛋白質分画の精製はLajtha⁽⁵⁾の報告にしたがった。遠心によってえた蛋白沈渣に5%トリクロール酢酸 5 mlを加えよく攪拌してから10,000 r.p.mで10分間遠心して上清は捨て、更に沈渣の洗浄を同様の方法で繰返し、次にアセトン 5 mlに再浮遊して遠沈操作を2回おこなった。更にエタノール:エーテル(3:1) 5 mlに浮遊し10分間放置後同様な遠沈操作を2回繰返して脂質を除去したのち、沈渣を5%トリクロール酢酸に浮遊して90°C15分加熱した。このあと同様に遠沈操作を2回繰返して核酸を除去し、最後にトリクロール酢酸を除去するため

エーテル 5 mlで遠沈洗浄を3回繰返したあとエーテルは完全に蒸発せしめた。

放射能の測定

以上の如くにして脂質および核酸を除去した沈渣に0.1N苛性ソーダ0.5 mlを加え、沸騰水浴中につけて沈渣を完全に溶解し、このうちの50 μlを正確にはかりとりアルミ製プランシェット内においたガラス繊維濾紙(東洋濾紙G-B60直径21 mm)に吸収させ、ホットプレートで乾燥した。乾燥後0.4% PPO, 0.01% POPOP トルエン溶液 5 mlに入れ、液体シンチレーションカウンター(島津LSG-13)を用いて放射能を測定した(計数効率率は約90%)。なお同液0.5 ml中から別に0.1 mlをはかりとり、これに0.1N苛性ソーダを加えて正確に8 mlとし、このうちの0.2 mlについて基本的にはLowry⁽⁶⁾の方法にしたがって蛋白質量を測定した。比放射能は蛋白質 1 mg中の放射能として計算した。

IV 結 果

早産群ラット脳ポストミトコンドリア分画液蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみ

生後3日, 7日, 14日の早産群ラット脳のポストミトコンドリア分画液蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみを第1表に示した。反応液 1 ml中の蛋白

第1表

早産群ラット脳 Post. Mt. fraction 蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみ

年 齢	満 期 出 産 群				早 産 対 照 群				早 産 仮 死 群				
	体 重	蛋白質 (mg)	総放射能	比放射能 (cpm/μg蛋白質)	体 重	蛋白質 (mg)	総放射能	比放射能 (cpm/μg蛋白質)	体 重	蛋白質 (mg)	総放射能	比放射能 (cpm/μg蛋白質)	
3 日		8.80	1392	158.2 (4)		8.60	842	103.7 (4)		8.78	1291	147.0 (4)	
		9.16	1861	203.2 (4)		8.92	1353	151.7 (4)		9.12	1064	116.7 (4)	
		7.72	1303	168.8 (4)		9.62	1140	118.5 (4)		9.16	1094	119.4 (4)	
		N=16	9.16	1257	137.2 (4)	N=12				N=16	8.68	1402	161.5 (4)
		6.6±0.7	8.7±0.6	1453±240	167±24	7.1±0.6	9.1±0.4	1128±188	125±20	7.4±0.9	8.9±0.2	1213±140	136±19
7 日		6.32	1172	185.4 (2)		7.58	914	120.6 (2)		6.48	808	124.7 (2)	
		7.52	1176	156.4 (2)		6.44	891	138.3 (2)		7.10	840	118.3 (2)	
		8.04	1187	147.6 (2)		6.80	954	140.2 (2)		7.90	768	97.2 (2)	
		N=8	7.48	1405	187.8 (2)	N=8	6.88	770	111.9 (2)	N=6			
		13.4±1.8	7.3±0.6	1235±98	169±18	13.5±1.0	6.9±0.4	882±69	128±12	11.5±3.7	7.2±0.6	805±29	113±12
14 日		6.44	1088	168.9 (1)		5.82	757	130.1 (1)		6.66	762	114.4 (1)	
		6.78	1047	154.4 (1)		6.88	805	117.0 (1)		6.78	735	108.4 (1)	
		7.70	803	104.3 (1)		7.26	1259	173.4 (1)		6.96	746	107.2 (1)	
		N=4	8.04	912	113.4 (1)	N=4	7.24	768	106.1 (1)	N=4	6.78	668	98.5 (1)
		31.4±0.9	7.2±0.7	963±113	135±27	29.7±5.6	6.8±0.6	897±210	132±26	26.9±7.2	6.8±0.1	728±36	107±6

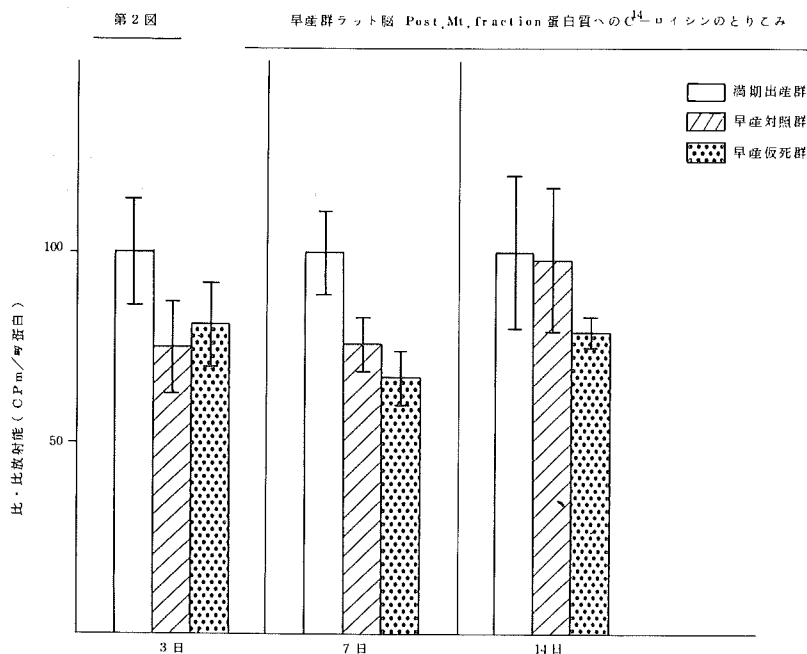
()内は使用した動物数

質量はかなりばらつきがあるがこれはポストミトコンドリア分画液が種々の構成成分を含む不均一な分画液であるためと考えられる。したがって総放射能

を比較することは適当でない。そこで比放射能(蛋白質 1 mg当りの放射能)を比較すると、生後3日では満期出産群167±24 c.p.m, 早産対照群125±20 c

p.m, 早産仮死群 136 ± 19 c.p.m, 生後7日で満期出産群 169 ± 18 c.p.m, 早産対照群 128 ± 12 c.p.m, また生後14日で満期出産群 135 ± 27 c.p.m, 早産対照群 132 ± 26 c.p.m, 早産仮死群 107 ± 6 c.p.mであった。各年齢における3群の比較は同一実験内の結果についておこなったものであるが、実験間にばらつきがあるため全体の比較は、各々満期出産群を100として比・比放射能 (relative specific radio activity) を計算し棒グラフで第2図に示した。図でみるように

生後3日では満期出産群に比較して早産対照群および早産仮死群は明らかに低下の傾向がみられ、早産対照群と早産仮死群の間には殆ど差がみられない。また生後7日でも同様に早産対照群と仮死群は満期出産群にくらべて明らかに低下の傾向があり、早産対照群と仮死群では仮死群の方にわずかに低下の傾向がある。また生後14日では満期出産群と早産対照群の間には差がなく、早産仮死群のみ両群に比して低下の傾向がみられた。



低蛋白飼育群ラット脳ポストミトコンドリア分画液蛋白質への C^{14} -ロイシンのとりこみ

生後3日, 7日, 14日, 52日の低蛋白飼育群ラット脳のポストミトコンドリア分画液蛋白質への C^{14} -ロイシンのとりこみを第2表に示した。反応液1 ml中のポストミトコンドリア蛋白質にとりこまれた比放射能は、生後3日で満期出産群 148 ± 24 c.p.m, 低蛋白対照群 148 ± 14 c.p.m, 低蛋白仮死群 148 ± 9 c.p.mであり、生後7日で満期出産群 197 ± 42 c.p.m, 低蛋白対照群 107 ± 19 c.p.m, 低蛋白仮死群 99 ± 9 c.p.mであった。生後14日では満期出産群 148 ± 13 c.p.m, 低蛋白対照群 135 ± 11 c.p.m, 低蛋白仮死群 96 ± 6 c.p.mであった。また生後52日で満期出産群 138 ± 26 c.p.m, 低蛋白対照群 130 ± 16 c.p.m

であった。なお生後52日の低蛋白仮死群については飼育中に死亡したため結果がえられなかった。これらの結果を比・比放射能として計算し棒グラフで第3図に示した。図でみられるように生後3日では満期出産群, 低蛋白対照群, 仮死群の間には全く差がみられなかった。生後7日では満期出産群に比して低蛋白群および仮死群の両群とも明らかに低下を示した。しかし低蛋白対照群と仮死群の間には殆ど差がみられなかった。生後14日では満期出産群に比して低蛋白対照群はわずかに低下の傾向を示し、低蛋白仮死群は他の群に比して明らかな低下を示した。また生後52日では満期出産群と低蛋白対照群の間には殆ど差がなかった。

第2表

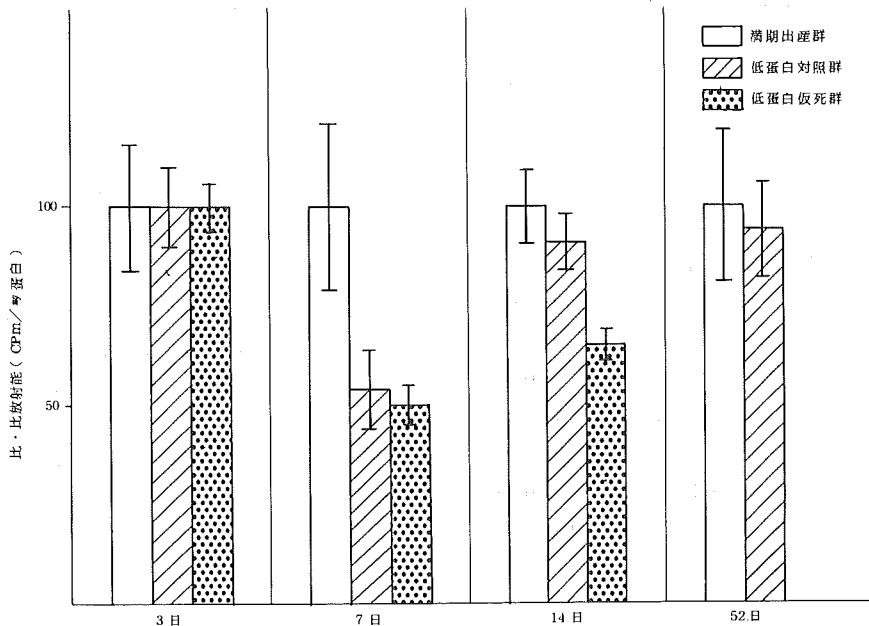
低蛋白群ラット脳 Post. Mt. fraction 蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみ

年齢	満期出産群			低蛋白対照群			低蛋白仮死群						
	体重	蛋白質 (mg)	総放射能	体重	蛋白質 (mg)	総放射能	体重	蛋白質 (mg)	総放射能				
3日		7.80	1393	178.6 (4)		7.38	1114	150.9 (4)		7.76	1262	162.6 (4)	
		7.46	1112	149.1 (4)		7.90	1327	168.0 (4)		7.60	1072	141.1 (4)	
		7.64	1181	154.6 (4)		8.10	1055	130.2 (4)		7.48	1092	146.0 (4)	
		N=16	8.50	943	110.9 (4)	N=16	8.00	1139	142.4 (4)	N=16	7.96	1124	141.2 (4)
		8.2±0.7	7.9±0.4	1157 ±161	148±24	6.4±0.9	7.8±0.3	1159 ±102	148±14	6.7±0.8	7.7±0.2	1138 ±74	148±9
7日		6.72	1252	186.3 (2)		7.30	1003	137.4 (2)		6.50	683	105.1 (2)	
		7.26	1100	151.5 (2)		7.52	721	95.9 (2)		6.80	591	86.9 (2)	
		6.80	1713	251.9 (2)		7.60	664	87.4 (2)		7.04	739	105.0 (2)	
		N=6			N=9	8.00	852	106.5 (2)	N=6				
		14.7±0.9	6.9±0.2	1355±254	197±42	9.8±1.8	7.9±0.3	810±131	107±19	10.6±2.9	6.8±0.2	671±61	99±9
14日		8.72	1437	164.8 (1)		8.10	1245	153.7 (1)		21.5	9.56	845	88.4 (1)
		8.06	1256	155.8 (1)		8.76	1058	120.8 (1)		21.8	8.20	800	97.6 (1)
		8.10	1143	141.1 (1)		7.74	984	127.1 (1)		28.4	8.04	818	101.7 (1)
		8.04	1208	150.3 (1)		7.90	1007	127.5 (1)					
		8.10	1039	128.3 (1)		7.80	1130	144.9 (1)					
		N=5			N=6	6.60	909	137.7 (1)	N=3				
	26.7±6.4	8.2±0.3	1217 ±51	148±13	21.3±2.1	7.8±0.6	1056 ±108	135±11	23.9±3.2	8.6±0.7	821±19	96±6	
52日		8.18	1080	132.0 (1)		7.40	1113	150.4 (1)					
		8.14	1074	131.9 (1)		9.28	1083	116.7 (1)					
		6.58	1277	194.1 (1)		6.50	863	132.8 (1)					
		7.48	841	112.4 (1)		8.40	1251	148.9 (1)					
		8.84	1107	125.2 (1)		7.30	820	112.3 (1)					
		N=6	6.74	874	129.7 (1)	N=6	7.90	914	115.7 (1)				
	210±45.5	7.7±0.8	1042 ±148	138±26	158.3±16.8	7.8±0.9	1007 ±153	130±16					

() 内は使用した動物数

第3図

低蛋白群ラット脳 Post. Mt. fraction 蛋白質へのC¹⁴-ロイシンのとりこみ



注1) 文献(1)および論文中的の実験動物の項を参照

注2) 普通固形飼料は25%の蛋白質を含有する

V 考 察

動物脳を用いた *in vitro* の蛋白合成については Yanagihara⁷⁻¹¹⁾らは無酸素にさらした動物脳を用いて核、ミクロゾーム、ポリゾームなどの細胞分画中の蛋白合成の低下を明らかにし、これらの障害がポリゾームレベルでの翻訳阻害であることや、また RNA-ポリメラーゼ活性の障害がおこることから核の RNA 合成の障害に関連があることを示唆している。しかしこれらの実験は成熟ウサギ脳についてであり、また無酸素症の条件もかなり異なっていて我々が用いたような実験モデル動物については細胞レベルでの蛋白合成の障害の機序はしられていない。

本実験の結果は、早産あるいは低蛋白動物の出生時の低酸素症がその後の脳発達過程において PH 5 酵素を含めミクロゾーム、もしくはポリゾームレベルでの蛋白合成調節の障害を示唆し、またこれらの結果の傾向は同様の動物を用いた *in vivo* の実験で出生時の低酸素症が生後かなり長期にわたって蛋白質の代謝回転を低下させる事実を脳蛋白質のハーフライフの著明な延長から明らかにした結果⁽¹⁾とも一致した。ただ生後 3 日目ラット脳の蛋白合成をとりこみ率 $(\frac{\text{蛋白質分画の総放射能}}{\text{酸可溶性分画の総放射能}})$ で測定した *in vivo* の結果⁽¹⁾と対比してみると、早産仮死群では満期出産群に比して同様な低下がみられるが、*in vivo* ではみられなかった早産対照群にもやはり低下がみられることやまた低蛋白群では満期出産群に比して低蛋白対照群および仮死群とも全く差がみられないのに *in vivo* では仮死群に著明な低下がみられたことなど一致しない部分が見られた。このように *in vivo* の結果と対比した一部の群については必ずしも結果は一致しないがこれは当然考えられることであり、理由としては、*in situ* における蛋白合成は細胞内外の蛋白質代謝に關する諸因子の影響を継続的にうけながら合成がおこなわれるのに対して、Cell free の合成系ではこのような影響は限られており環境条件がかなり異なることがあげられる。また Zomzely⁽⁹⁾⁽¹²⁾らは細胞分画液の調製中に遊離してくる RNase によって mRNA とリボゾームの結合が切れる (ポリゾームの破壊) ことを防ぐ目的で高濃度の Mg^{++} イオンおよび K^{+} イオンを用いており、わ

れわれも同様の効果を期待して Zomzely らの方法を参考にしたが、一面この処置でポリゾームの人工的な集合産物をうる可能性も否定できず、いずれにしても調製による artifact はまぬがれない。しかし一方 *in vivo* ではみられなかった早産対照群および低蛋白対照群の低下がみられたことは、*in vivo* では潜在的であった障害が *in vitro* では何らかの理由で顕われやすくなったとも考えられ興味ある事実である。

いずれにしても *in vivo* でみられた脳発達過程の蛋白質代謝の障害は *in vitro* でたしかめられたわけである。しかしわれわれの用いたポストミトコンドリア分画液は複雑な成分からなる不均一な細胞分画液であるからこれらの結果から障害の詳細なメカニズムを論ずることは不可能であり、さらに詳細な分析をおこなう必要がある。

脳の発達には核酸、蛋白質の代謝の面からみると遺伝情報の発現として DNA 転写、mRNA の翻訳による蛋白合成の継続的な調節過程であり、発達の過程で特定の種類の蛋白質の合成量の変化および質的な変化による脳の機能調節が考えられる。このような観点からわれわれは先にラットの発達期脳のポリゾームによって *in vitro* で合成されたポリペプチドを電気泳動によって分析し、発達の段階で特異的に多量に合成されるポリペプチドのあることを見出し報告した。⁽¹³⁾ さらにポリゾームを機能が異なるといわれる膜結合型ポリゾームと遊離型ポリゾームに分け、両型ポリゾームが合成するポリペプチドの分子量分布に脳の発達にもなう差があることも見出し報告した。⁽¹⁴⁾ 本実験の結果にもとづき、今後脳発達と密接な関聯があると思われるこのような特徴的なポリペプチドについてより精密な分析法を開発し、これらのペプチドが早産あるいは低蛋白動物の出生時の低酸素症による発達過程での脳蛋白質代謝の障害とどのような関聯があるかを明らかにする必要があると考えている。

終りにのぞみ御校閲をいただいた順天堂医科大学生化学教室関根隆光教授に感謝いたします。

〔参考文献〕

- (1) 小松せつ, 成瀬浩, 永山素男: ラットにおける実験的仮死分娩の脳蛋白質代謝に及ぼす影響について。脳と発達 第11巻4号: 285-294 (1979)
- (2) Rajalakshmi, R., Govindarajan, K.R., Ramakrishnan, C.V.; Effect of dietary Protein content on visual discrimination learning and brain biochemistry in the albino rat. *J. Neurochem*, 12: 261-271 (1965)
- (3) Murthy, M.R.V., Rapport, D.A; Biochemistry of the developing brain; V. Gell-free incorporation of L-leucine into microsomal protein. *Biochim. Biophys. Acta*, 95; 121-131 (1965)
- (4) Zomzely, C.F., Roberts, S., Gruber, C.P., Brown, D.M.; Cerebral protein synthesis; II Instability of cerebral messenger ribonucleic acid-ribosome complexes. *J. Biol. Chem*, 243: 5396-5409 (1968)
- (5) Lajtha, A., Furst, S., Gerstein, A. et al; Amino acid and protein metabolism of the brain; I. Turnover of free and protein bound lysin in brain and other organs. *J. Neurochem*, I: 289-300 (1957)
- (6) Lowry, O.H., Rosebrough, N.J., Farr, A.L., Randall, R.J.; Protein measurement with the Folin phenol reagent. *J. Biol. Chem*, 193: 265-275 (1951)
- (7) Yanagigara, T.; Effect of anoxia on protein metabolism in subcellular fractions of rabbit brain. *Stroke* 5 (2): 336-229 (1974)
- (8) Yanagihara, T.; Cerebral anoxia; Effect on transcription and transration. *J. Neurochem*, 22: 113-117 (1974)
- (9) Yanagihara, T.; Cerebral ischemia in gerbils; Differential vulnerability of protein, RNA, and lipid synthesis. *Stroke*, 7 (3); 260-263 (1976)
- (10) Yanagihara, T., Effect of reduction of energy state; Protein and ribonucleic acid metabolism. *Cereb. Vasc. Dis. Trans. Conf*; 9: 279-291 (1975)
- (11) Yanagihara, T.; Cerebral anoxia; Effect on neuron-glia fractions and polysomal protein synthesis. *J. Neurochem*, 27: 539-543 (1976)
- (12) Zomzely, C.E., Roberts, S., Rapaport, D.; III. Characteristics of amino acid incorporation into protein of microsomal and ribosomal preparations of rat cerebral cortex. *J. Neurochem*, II: 567-582 (1964)
- (13) 永山素男, 小松せつ, 成瀬浩.; 脳蛋白質の発達にともなう変化—脳ポリゾームによる in vitro 合成ポリペプチドの分析— *神経化学*, 13: 112-115 (1974)
- (14) 永山素男, 小松せつ, 成瀬浩.; 脳蛋白質の発達にともなう変化—遊離型及び膜結合型ポリゾームによって合成されたポリペプチドの分析— *神経化学*, 15: 12-15 (1976)

Down症候群における生物学的加齢現象 について¹⁾

精神薄弱部 兜 真 徳²⁾

はじめに

Down症候群(Down's syndrome, 以下 D.S. と略)における premature aging については、すでに1876年 Fraser と Mitchell¹⁾ の記載がある。Benda²⁾ は20代における精神学的老人性変化, 30~40代での Alzheimer 病を指摘している。Jervis³⁾, 室伏ら⁴⁾ による老人斑, Alzheimer 細線維変化などの脳病理所見も同疾患における早期老化現象を示唆している。また, 日暮⁵⁾ によれば, D.S. 患児の血球の turnover rate が正常児のそれに比較して2倍の速さでまわっているとの報告があり, Schneider と Epstein は21-trisomy の life-span が in-vitro で短縮されていると報告している。これらはいずれも D.S. について言われている早期老化現象が, 同疾患における primary な生物学的特性であることを示唆している。

ところで, D.S. については感染症に対する易罹患者, 先天性心疾患, 糖尿病, 甲状腺機能低下などの内分泌学的問題, 脳内アミンの異常, 21-trisomy 細胞のウイルス, 放射線その他に対する高感受性などが指摘されている。同疾患の平均生存期間が短いということは, 死亡率を調べた諸報告において明らかとされているところであるが, これが, 以上のような特徴をこえた, 早期老化現象に示される primary な生物学的特性であることを直接示唆する報告は未だみられないようである。

生物の生存期間については従来, 遺伝的要因と環境要因の2つが考慮されているが,^{6) 7)} 生存期間の生物種間の差は明らかであり, 遺伝的要因に環境要因が複合した形で規定されているものと考えられ

る。D.S. は21-trisomy を主体とする染色体異常に伴う疾患であるが, 換言すれば, 21番染色体がヒトの生存期間に直接作用を有するのかどうか, という問題である。

本文では, まず D.S. の死亡傾向についてその特徴を明らかとし, さらに著者らが行った D.S. における内分泌機能に関する研究から, この問題について若干の考察を加えてみたい。

Down症候群の死亡傾向と死因

死亡傾向は生存率曲線あるいは生命表により直接示すことができるが, まず, D.S. の年齢別特殊死亡率 (age-specific death rate) についてみてみよう。性別の分析はここでは行わない。図1は, Richard と Sylvester (1969)⁹⁾ および Oster ら (1975)¹⁰⁾ の報告している生命表算出に用いられた年齢別特殊死亡率を図示したものである。同図には, 加藤らが行った施設 D.S. 患児, 者に関する調査¹¹⁾ 結果を著者が再整理して求めた死亡率および1975年の日本人口の死亡率¹²⁾ を併せて図示してある。日本人口の場合を除き, いずれの場合にもとくに0~4歳の死亡率を過少評価しているが, 高齢では, 一般人口より約20年早く, 50~55歳を境として急激に上昇するという顕著な特徴を示している。5歳以上50歳以下の年齢では一般人口と比較して大きな差はみられない。

ここで, これら年齢別特殊死亡率を利用して, いずれについても5歳以上の生存率曲線を求め, 図示したのが図2である。図中, Richard と Sylvester (1969)⁹⁾ の値は, 1955~67年の米国精薄施設 D.S. 患者についてのものであり, Oster ら (1975)¹⁰⁾ の値は

(1) On Biological Aging in Down's Syndrome

(2) Michinori KABUTO Division of Mental Deficiency Research

1949～1972年のデンマークの1地域についてのものである。また、今回算出したのは、1972～77年の我が国の精薄施設のD.S.患者についての値である(表1)。以上の生存率曲線は、我が国の精薄施設における生存率の改善を示してはいるものの、年齢別特殊死亡率にみられたと同様に、一般人口に比較して約20年早く生存率の急激な下降を示す。

以上のように、生存率曲線の特徴は、D.S.の生存可能期間が一般人口に比較して約20年短縮されていることを強く示唆している。

ここでさらに、D.S.患者の平均死亡年齢(出生時平均余命)をみてみよう。CollmannとStoller(1963)¹³⁾は、オーストラリア、ヴィクトリア州において16.2歳であったと記載している。先の我々の国の精薄施設D.S.患者についての調査結果をみると、1972～77年の死亡例は75(男36,女39)であり、これら死亡例の死亡時年齢分布は図3の如くである。これから平均死亡時年齢は男15.2歳、女16.9歳となる。この調査では対象母集団において、とくに死亡リスクの高い0～4歳人口が少ないという偏りをもっているために、実際の平均死亡年齢より高値となっている可能性が残るが、いずれにしても、出生時平均余命は一般人口に比較して極端に短いものであることは明らかである。

また、先のCollmannとStoller(1963)¹³⁾の報告におけるD.S.の推定生命表では、平均余命は、5歳時において26.7年と最大となるが、50歳時では2.5年にすぎない。つまり、0～4歳の高い死亡リスク時期を経過したD.S.患者では30歳以上生存可能となるが、50歳以上まで生存する人はほとんどないということである。

ところで、D.S.患者の死因について、先の1972～77年の75例についてみたのが表2である。これは調査票による結果であり、剖検による検索を全く含まないことから直接の死因に関するデータとして信頼性は低いが、そうしたバイアスを一応考慮した場合にも、従来の報告¹⁰⁾¹⁴⁾¹⁵⁾とほぼ一致した傾向を認めることができる。

死因としては心臓疾患と呼吸器疾患によるものが半数以上(56%)を占めている。白血病を主体とする悪性疾患によるものが次に多く、15%となっている。

これらの死因を年齢別にみると、とくに若年齢の死亡では上記3者によるものが多いが、10歳以上では消化器系、生殖-泌尿器系の疾患による死亡割合が高くなっている。また、20～30代ですでに老人性疾患あるいは脳卒中による死亡のみられることが注目される。

Down症候群における内分泌機能の加齢に伴う変化

D.S.患者の平均生存期間が短かく、また、一般人口より約20年早く生存率の極端な低下をみることが知られたが、「はじめに」に述べたように、これが遺伝的要因に直接起因するものであるかどうか、という点は未だ明らかではない。そのためには、D.S.患者における生物学的機能の加齢に伴う変化をまず調べる必要があろう。

ここで、著者らは最近、D.S.患児、者を対象とした内分泌機能に関する研究を行っているのだから、その結果から、D.S.患者の内分泌機能にみられる加齢変化についてみることにしよう。

この調査の対象者は、神奈川県立津久井やまゆり園(A)在園者116名(うちD.S.28名)と、埼玉医大モロ病院(B)内D.S.患児、者27名(表3)である。被験者が多いこと、あるいは今回の目的が基礎的な特徴を明らかにすることにあつたことから、前者での採血はすべて朝食～昼食の間に、また、後者では一部昼食後に行い、早朝空腹時についてのデータは含まれていない。

以上の血液について、今まで、①甲状腺刺激ホルモン(TSH)、②黄体化ホルモン(LH)、③卵胞刺激ホルモン(FSH)、④コルチゾール(Fk)、⑤副腎アンドロジェン(11-deoxy-17ks:dehydroepiandrosteronesulfate 標準)、⑥成長ホルモン(HGH)、⑦乳腺刺激ホルモン(プロラクチン、PRL)の7種類のホルモン値を測定した。④については、competitive protein binding assay kit(フランスCIS製)、その他はすべてradioimmunoassayを用いて測定した。ただし、⑤については、(財)実験動物中央研究所内分泌研究室が作成したassay系によつた。

結果を、以下、1)甲状腺系機能、2)性腺系機能、3)副腎系機能、および4)下垂体前葉ホルモンとしてま

とめてみよう。

1) 甲状腺系機能

D.S.と甲状腺との関係は、同疾患が歴史的にクレチン症 (cretinism) と同一視されてきたことから知られるように、とくに注目されているところである。事実、近年 D.S.の甲状腺機能については比較的研究例が多い。その大半はその機能低下を示唆するものである。

Baxter ら (1975)¹⁷⁾ は11名 (44~65歳) のD.S.患者を調べ、6名の甲状腺機能低下症と1名の thyrotoxicosis を認めている。ただし、血中 T_4 (thyroxine) は低レベルであったが、T.B.G. (serum-thyroxine-binding globulin binding capacity) は全例で正常範囲にあった。Murdoch ら (1977)¹⁸⁾ は、82名 (19~65歳) のD.S.患者を対象とし、甲状腺の発達障害による甲状腺機能低下が共通してみられたという。ただし、明らかな甲状腺機能低下症は、こうした低下に thyroidosis が複合した時にのみ起こるものであろうとしている。Karsager ら (1978)¹⁹⁾ も、24名 (40歳以上) のD.S.患者を調べ、D.S.患者では正常人に比較して甲状腺機能低下が高頻度でみられることから、高齢の D.S.患者の甲状腺機能検査の必要性を示唆している。一方、King ら (1978)²⁰⁾ は、甲状腺機能低下症の開始は典型的には小児期があるいは成人初期であるが、新生児においても低下症を見出したとしてケース報告を行っている。ただし、この場合の低下症は athyrosis に由来しており、血中の甲状腺抗体は検出限界以下のレベルにあり、またスキニングにおいて甲状腺組織が認められなかったことから、成人期における chronic lymphocytic thyroiditis を示す自己免疫由来の機能低下とは異なるものと考えられる。

ところで、このような甲状腺機能低下例に対する replacement therapy として、甲状腺末 (desiccated thyroid) を投与した事例についての報告もいくつかみられる。Ong ら (1976) は、甲状腺機能低下症と糖尿病 (diabetes mellitus) を合併したD.S.患者に対し、甲状腺末を1日130mg (のちに325mgに増量) を投与し、活動性の向上が観察され、また4年後には精神年齢で4ヶ月の改善をみたとしている。一方、Davis ら (1975)²²⁾ は、12年前に151名 (6~21歳) のD.S.患児、者の24時間 neck iodine-131 up-

take を調べ、男子の85.6%および女子73.1%が正常な機能を示し、また、これが190名のD.S.患者についての赤血球による¹³¹I- T_3 取り込み実験の結果によって支持されたことから、甲状腺末の使用は未だ行うべきではないとしている。

また、D.S.患者の甲状腺機能低下に関連して、Davis ら (1975)²²⁾ は、21名 (11~16歳) に甲状腺刺激ホルモンを投与した結果、15例において抑制作用がみられたが、この抑制作用と neck iodine-131 uptake との間には関係が見出せなかったという。また、Murdoch (1976)²³⁾ は、甲状腺機能低下症を示した数名のD.S.患者に thyroxine を投与した場合、老化は促進されたが、心理的および社会行動的にはかなりの改善がみられたとしている。

以上からも明らかなように、甲状腺機能の加齢に伴う変化としては、とくに高齢における自己免疫由来の甲状腺機能低下の存在の可能性が注目されることである。ここで、今回調べた対象(A)におけるD.S.患者とその他精薄者の血中TSHレベルと年齢との関係を図4に示す。男女ともに加齢による変動はみられないが、男子の平均TSHレベルはその他精薄者(図中異常高値を示しているクレチン症2例を除いた場合)のそれと比較して有意に高値となっている(表4)。しかし、D.S.患者の甲状腺機能については、石井ら(1977)²⁴⁾ は30名(10~43歳を対象として調べた結果、 RT_3U , T_4 , T_3 , TSH, サイログロブリン抗体、ミクロゾーム抗体に関する限り、その異常を認めなかったとしている。さらに、検討されるべき領域と思われる。

2) 性腺系機能

D.S.患者がしばしば性の発達障害を呈することはよく知られている。すなわち、男子では hypogonadism, cryptorchism, hypoplastic penis, small scrotum はよく観察されているところである(Oster, 1953²⁵⁾, Levinson ら, 1955²⁶⁾, Benda, 1969²⁷⁾)。

最近、Haran ら (1978)²⁷⁾ は、21-trisomy 男子6名 (21~29歳) を対象として LH-RH 刺激テスト (1回投与) を行っている。その結果、同じ施設の非D.S.患者を対照とした場合、1) FSH の basal レベルがかなり高い、2) LH の basal レベルはわずかに高い、3) LH-RH に反応して FSH は顕著な上昇を示す。4) 一方、LH は比較的小さな反応を示す。5)

testosterone および 5-hydroxy testosterone 濃度は両群で有意な相違を示さない、であった。以上の結果から Haran らは、男子の不妊は spermatogenesis の低下によるものであり、Leidig cell の機能は比較的障害されていないとみている。ただし、ここで1)については視床下部あるいは下垂体レベルでの testosterone のフィードバックが不十分である可能性、2)については inhibin の産生低下の可能性を示唆している。5)については、Peters と Culley (1969)²⁸⁾が尿中の testosterone および epitestosterone が減少していたと報告しており、また、LH-RH テスト後再度採血して調べてみた結果では、平均値としてみると対照に比較して低値であったことから、多数の D.S.患者についてみれば有意な低下がみられる可能性があるとしている。また、1)のフィードバックの不十分さを説明するものとしては、組織の反応性自体の低下、ホルモン値の低下、testosterone から dehydrotestosterone を誘導する 5α -reductase の低下、testosterone の結合増加などが考えられるが、最後の結合増加の可能性以外は、明らかに否定されている。

以上の報告は、Stearns ら (1961)²⁹⁾の精子数および射精量が D.S.患者において減少しているとする報告によって支持される場所であるが、一方、Kjessler と de la Chapelle (1971)³⁰⁾は、spermatogenesis が正常な D.S.患者が 2 名存在したことから、減数分裂後の障害も考えられるとしている。

図 5、6 はそれぞれ対象(A)における D.S.患者とその他精薄者の血中 LH および対象(B)における D.S. 患者の FSH レベルと年齢との関係をみたものである。男子の LH レベルはその他精薄と比較した場合有意に高値となっている(表 5)が、年齢との関係はみられない。FSH レベルも、正常男子を対象とした場合に、有意高値となっている(表 4)が、とくに年齢との関係は認めない。一方、女子の LH レベルには平均値としてみた場合、その他精薄との間で有意な差はないが、30歳後半以後高値のみとなっている。また、FSH にもこれと同様な傾向が認められる。これは、閉経(menopause)の開始が、一般女子では50歳と言われているが、これより10年以上早いことを示しているものとみられる。ただし、女子の D.S.患者の性腺系機能についての研究例は少

なく、さらに初潮、月経周期、月経の停止等に関する調査が必要と思われる。

3) 副腎系機能

O'sullivan ら (1961)³¹⁾によれば、Sandrucci ら (1958) は 11-oxycorticoids および 17-KS の 24 時間尿中排泄量、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) に対する好酸球の反応を調べ、D.S.患者の半数に異常を認めたという。しかし、O'sullivan らは 13 名(9~38歳:男 4, 女 9)について、ACTH を筋注および静注し、17-OHCS を指標として副腎の反応をみた限りほぼ正常範囲にあり、また 17-OHCS の resting レベルはこの 32 名の患者尿、6 名の血液において正常であったとしている。

ところで、著者らの測定した血中コルチゾールおよび 17-KS 値は図 7、8 に示す通りである。後者は D.S.患者ではその他精薄者に比較して低下している(表 4)。前者では有意差はみられない。また、図中の回帰直線で示されるように、コルチゾール、17-KS とも加齢による変動を示さない。

17-KS は副腎皮質の dehydroepiandrosterone (DHEA) やテストステロンなど男性ホルモン等の終末代謝産物であるが、とくに 17-KS の大半を占める DHEA については、20歳頃をピークとして加齢とともに低下することが知られている。^{32),33)}一方、コルチゾール、アルドステロンなどの他の副腎皮質ステロイドは加齢による変動を示さない。^{32),33)}未だ例数が少ないために詳細な検討が行えないが、以上の結果は、加齢に伴う副腎アンドロジェン分泌変動がなく、かつ低下しており、 C_{17-20} lyase の活性低下を示唆している。

4) 下垂体前葉ホルモン

現在下垂体前葉ホルモンとして 1)~3) で述べた TSH, LH, FSH のほかに ACTH, GHG および PRL が知られている。

対象(A)における D.S.患者とその他精薄者の GHG, PRL レベルと年齢との関係は、図 9、10 の通りである。両者ともに加齢に伴う変動を示していないが、GHG は女子の D.S.患者でその他精薄者より有意低値となっている。D.S.患者の growth retardation に関連して興味ある知見であるが、さらに GHG 依存性の成長促進因子、³⁴⁾あるいは各種 growth factor³⁵⁾などに関する研究が望まれよう。

ところで、D.S.患者の HGH については、Hasen (1974)³⁶⁾は glucose および L-dopa 負荷試験を行い、両者に対する HGH の反応が正常例とは逆に、前者で上昇、後者で下降反応を示すことから、視床下部-下垂体系疾患の存在を示唆しており、さらに検討が望まれる。

おわりに

以上、D.S.患者における生存期間が一般人口に比較して約20年短縮されている人口学的事実と、著者らがやっている D.S.患児、者の内分泌機能につき述べた。後者をとりまとめると表5の通りである。

D.S.患者の生存期間に関連して、とくに女子の閉経によるとみられる LH, FSH の上昇が正常女子に比較して10年以上早くみられるという生物学的事実は、D.S.患者における加齢現象が正常人より短い期間内に行なわれることを強く示唆している。この点は、「はじめに」で述べた21-trisomy 細胞の life-span が短いという事実とともに、21番染色体上の遺伝子がヒトの生存期間を決定する因子として作用している可能性を強く示唆しているように思われる。しかし、もちろんそのメカニズムが明らかにはされない限り、この仮説を証明することは不可能である。

21番染色体にその遺伝子の局在が知られている dimetric indophenoloxidase³⁷⁾(IPO-dimer, 今日

では superoxide dismutase - A, SOD - A) の活性は、21-trisomy の赤血球および血小板において50%増加していることが知られている。また、Feasterら (1977)³⁸⁾は同様の活性が fibroblast で81%増加しており、一方、21-monosomy では正常の60%であったことから、染色体の過剰によるこの酵素への dosage effect を示唆している。D.S.患者の生存期間の短縮がどのような生物学的メカニズムによるのかという観点から、今後の研究の待たれる領域と思われる。

謝 辞

御指導・御校閲頂いた東京大学(第3内科)大沢仲昭講師、同(母子保健)日暮真講師、同(公衆衛生)小泉明教授に感謝致します。また、Down症のホルモン研究には、津久井やまゆり園ドクター岩本先生、埼玉医大、倉田先生、皆川先生をはじめ多数の御援助、御協力を頂いた。記して感謝致します。

一連の研究は武蔵療養所、加藤進昌との協同行なわれたものであり、人口学的分析結果とホルモン測定結果は2つに分け、さらに追加データを加えて別途原著として発表予定である。また、本研究の一部は、科学技術庁原子力平和利用53年度予算「ダウン症の早期老化と内分泌機能に関する研究」(桜井芳郎ほか)によった。

[参考文献]

- (1) 文献(5)による。
- (2) Benda, C.E. (1969), Down's syndrome, Grune and Stratton, N.Y., London.
- (3) Jervice, G.A. (1970), Premature senile in Down's syndrome, Ann.N.Y. Acad. Sci. 171 : 559-561.
- (4) 室伏君士, 新井裕子 (1969), ダウン症候群の脳病理, 最新医学24 : 299-302。
- (5) 日暮真 (1975), Down 症候群の臨床生物学, 先天異常15(3) : 151-155。
- (6) 大沢仲昭 (1978), 老化研究における実験動物, 日本老年医学会雑誌15 : 173-176。
- (7) 小泉明 (1971), 人間生存の生態学, 杏林書院
- (8) 兜真徳, 加藤進昌, 大沢仲昭 (1978, 9), Down 症候群における下垂体-副腎系の加齢に伴う変化, 第26回日本内分泌学会東部部会総会
- (9) Richards, B.W. and P.E.Sylvester (1969), Mortality trends in mental deficiency institutions, J ment Def Res 13 : 276-292.
- (10) Oster, J., M.Mikkelsen and A.Nielsen (1975), Mortality and life-table in Down's syndrome, Acta Paediatr. Scand. 64 : 322-326.
- (11) 加藤進昌, 桜井芳郎が行った「ダウン症候群およびクレチン症に関する実態調査(基礎調査) : 1977年11月1日

Down症の加齢現象について

現在」許可を得て結果を再整理。

- (12) 厚生省大臣官房統計情報部, 人口動態統計 (1975年) 上巻, p111.
- (13) Collmann, R.D. and A. Stoller (1963), Data on mongolism in Victoria : Prevalence and life expectation, J ment Def Res 7 : 60-68.
- (14) Brothers, C.R.D. and G.C.Jago (1954), Report on the longevity and the causes of death in mongolism in the state of Victoria, J Ment Sci 100 : 580-582.
- (15) Deaton, J.G. (1973), The mortality rate and causes of death among institutionalized mongols in Texas, J ment Def Res 17 : 117-122.
- (16) 松井一郎, 黒木良和 (1978), Down 症候群, 日本臨床35, 春季増刊号 : 894 (1334) ~895 (1335)。
- (17) Baxter, R.G., R.G. Larkins, F.I.R. Martin, P. Heyma, K. Myles and L. Ryan (1975) Down syndrome and thyroid function in adults, The Lancet, October 25 : 794-796.
- (18) Murdoch, J.C., W.A. Ratcliffe, D.G. McLarty, J.C. Rodger and J.G. Ratcliffe (1977), Thyroid function in adults with Down's syndrome, J Clin Endocrinol Metab 44 (3) : 453-458.
- (19) Korsager, S., E.M. Chatham and H.P. østergaard Kristensen (1978), Thyroid function tests in adults with Down's syndrome, Acta Endocrinologica 88 : 48-54.
- (20) King, S.L., R.L. Ladda and H.E.Kulin (1978), Hypothyroidism in an infant with Down's syndrome, Am J Dis Child 132 : 96-97.
- (21) Ong, E.A. and G. Schneider (1976), Down syndrome, hypothyroidism and diabetes mellitus, Am J Dis Child 130 : 335-336.
- (22) Davis, R.H., H.S.Pitkow and H.G. Hill (1975), Down syndrome and thyroid function, The Lancet, December 27 : 1308.
- (23) Murdoch, J.C., W.A. Ratcliffe, D.G. McLarty, J.C. Rodger and J.G. Ratcliffe (1976), Down syndrome and thyroid function, The Lancet, February 14 : 362.
- (24) 石井淳, 渡辺明, 大竹正夫, 竹内正次, 若林孝雄 (1977. 10), Down 症候群の甲状腺機能に関する研究, 第25回日本内分泌学会東部部会総会。
- (25) Oster, J. (1958), Mongolism, Danish Science Press, Copenhagen.
- (26) Levinson, A., A. Friedman and F. Stamps (1955), Pediatrics 16 : 43.
- (27) Horan, R.F., I.Z. Beitins and H.H. Bode, LH-RH testing in men with Down's syndrome, Acta Endocrinologica 88 : 594-600.
- (28) Peters, A and W. Culley (1969), Clin Chim Acta 25 : 199.
- (29) Stearns, P.E., K.E. Droulard and F.H. Sahár (1961), Amer J ment Defic 65 : 37.
- (30) Kjessler, B. and A. de la Chapelle (1971), Clin Genet 2 : 50.
- (31) O'sullivan, J.B., W.J. Reddy and M.J. Farrell (1961), Adrenal function in mongolism, Am J Dis Child 101 : 37-40.
- (32) 藤田拓男, 折茂肇 (1976), 老年者の内分泌代謝疾患, 医学図書出版。
- (33) 大沢伸昭 (1973), 老年者の内分泌機能, 副腎皮質, ホルモンと臨床 21 : 19-25。
- (34) Van Wyk, J.J. (高野加寿恵訳) (1978), Somatomedin- 成長因子中の Somatomedin group について, ホルモンと臨床 26 (2) : 27 (141) -33 (147)。
- (35) Gospodarowicz, D. and J.S. Moran (1976), Growth factors in mammalian cell culture, Ann Rev Biochem 45 : 531-558.
- (36) Hasen, J. (1974), Endocrine studies in a patient with G-21 trisomy, Steroids Lipids Res 5 : 179-184.
- (37) Tan, Y.H., J. Tischfield, F.M. Rudle (1973), The linkage of genes for the human interferon induced antiviral protein and indophenoloxydase B traits to chromosome C-21, J exp Med 157 : 317-330.
- (38) Feaster, W.W., L.W. Kwok and C. J. Epstein (1977), Dosage effects for superoxide dismutase-1 in nucleated cells aneuploid for chromosome 21, Am J Hum Genet 29 : 563-570.

(表 1)

Survival Rate for Persons with Down's Syndrome (1972-1977): Both Sexes

Age	Number of Years at Risk (Number of Deaths)	Mortality (per 1,000)	Cumulative Survival Rate to Start of Interval
0-4	520 (1)	1.9	
5-9	2,695 (15)	5.6	1.000
10-14	3,640 (12)	3.3	0.991
15-19	4,655 (11)	2.4	0.945
20-24	3,005 (11)	3.7	0.929
25-29	2,525 (2)	0.8	0.918
30-34	1,025 (5)	4.9	0.901
35-39	290 (2)	6.9	0.898
40-44	170 (1)	5.9	0.876
45-49	70 (0)	0	0.846
50-54	20 (1)	50.0	0.822
60			0.636

(表 2)

Causes of Death in the Institutionalized Patients with Down's Syndrome (1972-1977)

Cause of Death	Age at Death											Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	
1) Infectious diseases, excluding TB and pneumonia	-	1 (1)*	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	3 (3)
2) Tuberculosis	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
3) Malignant conditions	1	2	2	2	3	-	1	-	-	-	-	11
4) Accidents, poisoning, and violence	-	3	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	4 (1)
5) Suicide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6) Respiratory diseases	2 (1)	4 (2)	3 (2)	3 (1)	3 (1)	1	1	-	-	-	-	17 (7)
7) Cardiac diseases	1	8 (6)	3 (2)	4 (2)	6 (2)	1	2	-	-	-	-	25 (12)
8) Senile diseases and apoplexy	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	3
9) Diseases of the digestive system	-	-	1	1	3	1	-	-	1	-	-	7
10) Diseases of the genito-urinary system	-	-	-	(1)	-	-	-	-	(1)	-	-	(2)
11) Other causes	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	4
Total	4 (1)	18 (9)	13 (6)	12 (4)	17 (3)	3	4	2	1 (1)	-	1 (1)	75 (25)

* :Figures in the parenthesis show the number of patients with congenital heart diseases

(表 3)

Age Distribution of the Subjects Examined

Age	Down's Syndrome				Total	Non-Down's Syndrome				Total
	Male (A)	Female (B)	Male (A)	Female (B)		Male (A)	Female (B)	Male (A)	Female (B)	
10-19	-	4	-	5	9	-	-	-	-	-
20-29	4	7	3	3	17	11	-	7	-	18
30-39	7	5	8	2	22	20	-	17	-	37
40-49	3	-	2	1	6	6	-	8	-	14
50-59	-	-	1	-	1	4	-	11	-	15
60-69	-	-	-	-	-	1	-	3	-	4
Total	14	16	14	11	55	42	-	46	-	88

Down症の加齢現象について

(表 4)

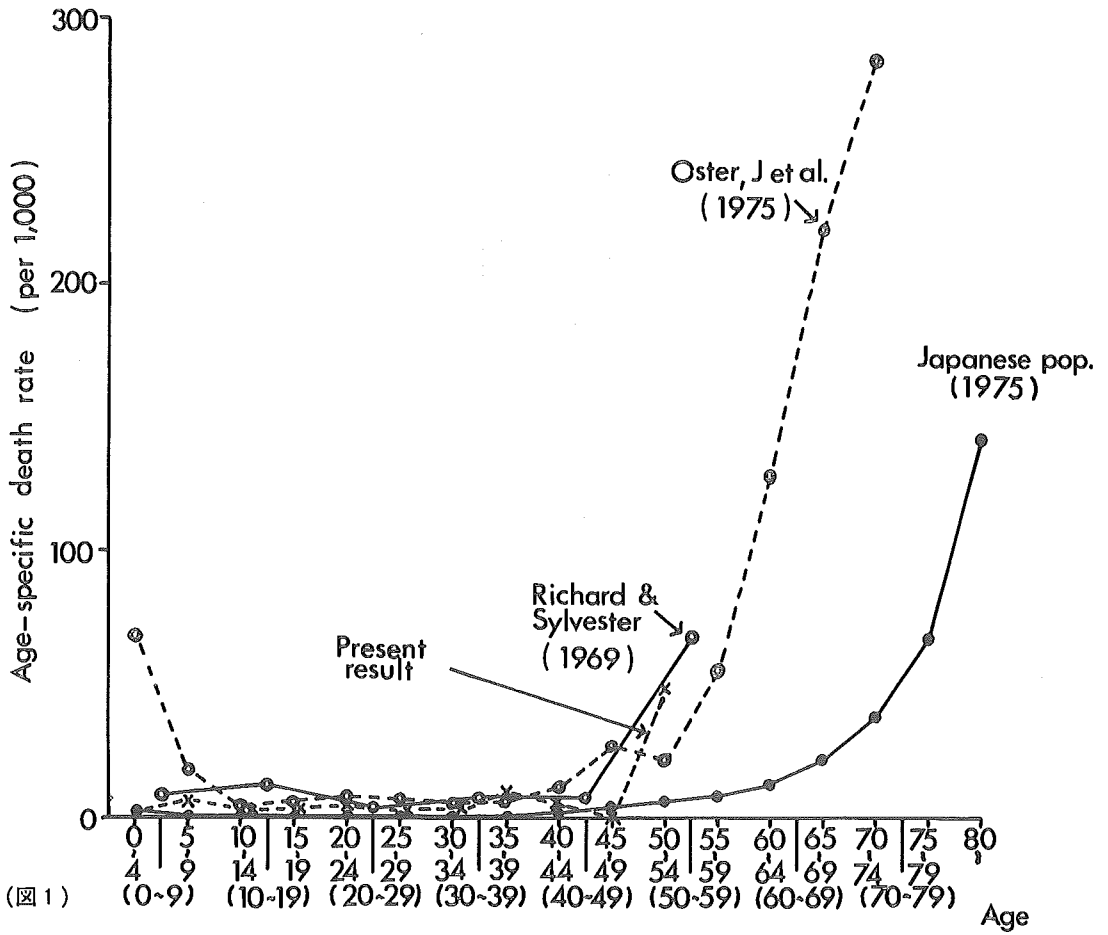
	Down		non-Down		t-value	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female
1) TSH (ng/ml)	1.46 (0.29) n=14	1.27 (0.32) n=14	1.22 (0.24) n=42	1.54 (0.50) n=55	3.05**	1.94
2) LH (mIU/ml)	28.0 (17.0) n=14	41.3 (35.7) n=14	13.5 (9.8) n=40	36.4 (31.9) n=44	3.89**	0.49
3) FSH (ng/ml)	59.5 (75.8) n=16	37.2 (92.8) n=10	—	—	—	—
4) Cortisol (µg/dl)	13.0 (5.3) n=30	13.2 (3.6) n=25	—	—	—	—
5) 17-KS (µg/dl)	141.4 (82.4) n=30	110.4 (58.9) n=25	—	—	—	—
6) HGH (ng/ml)	2.39 (0.38) n=14	2.66 (0.96) n=14	2.81 (0.85) n=43	3.70 (1.79) n=43	1.80	2.08*
7) PRL (ng/ml)	15.2 (5.2) n=14	19.3 (7.9) n=13	15.5 (7.5) n=42	21.7 (19.2) n=43	0.13	0.44

* : p < 0.05 ; ** : p < 0.01

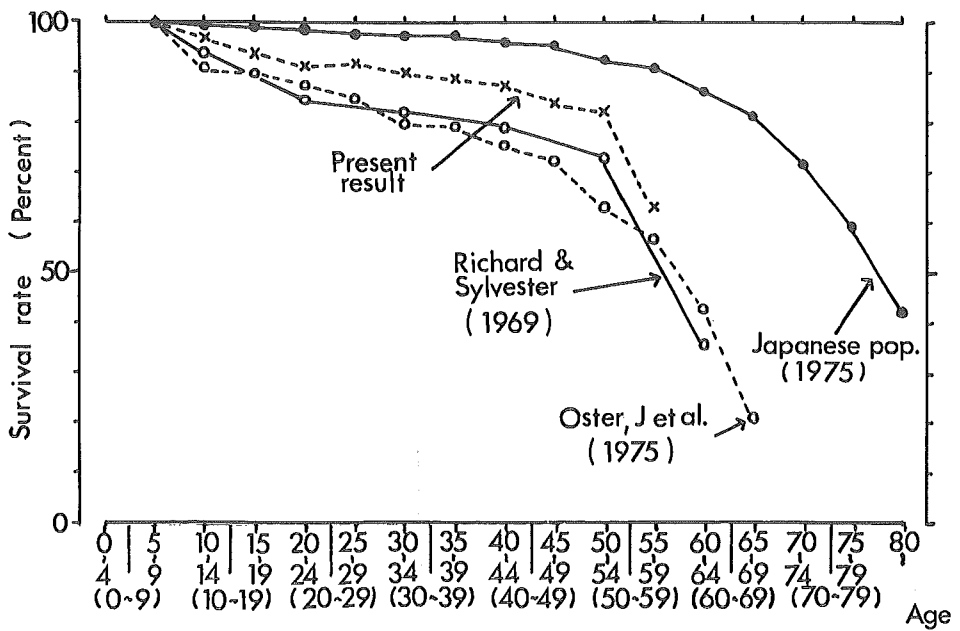
(表 5)

Endocrine Functions of the Institutionalized
Patients with and without Down's Syndrome

	Non-Down	Down
Glucocorticoid	Normal	Normal
Adrenal Androgen	Normal	Decreased
TSH	Normal	M: Increased F: Normal
HGH	Normal	M: Normal F: Decreased
PRL	Normal	Normal
LH	Normal	M: Increased F: Early onset of rise
FSH		M: Increased F: Early onset of rise
Menopause	Normal ?	Early onset ?

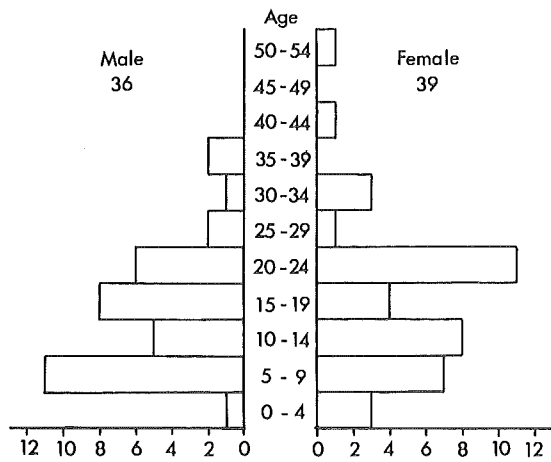


(图 1)

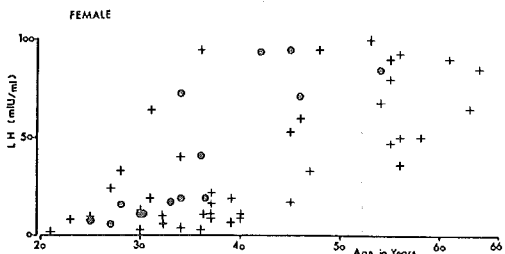
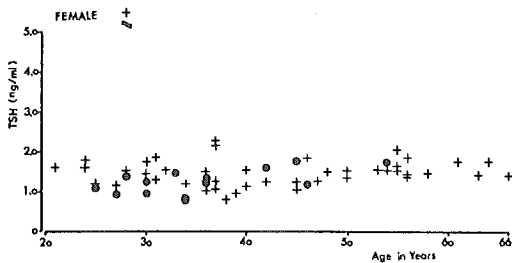
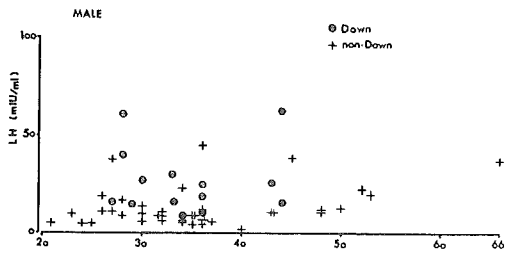
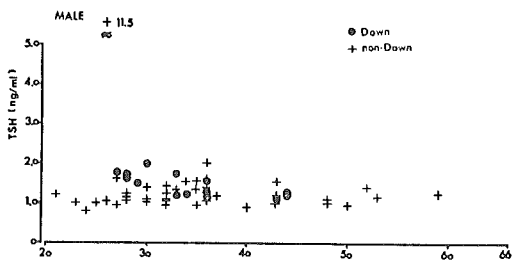


(图 2)

Down症の加齢現象について

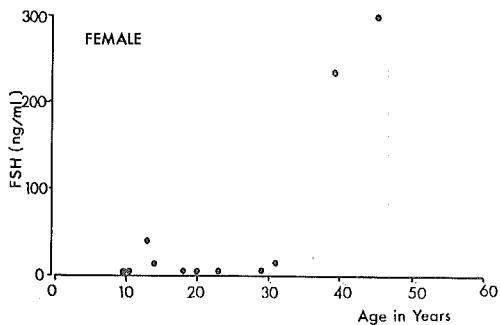
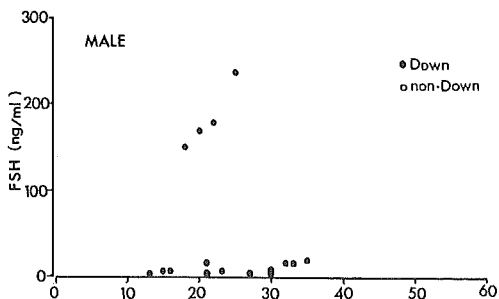


(図 3) Number of Deaths



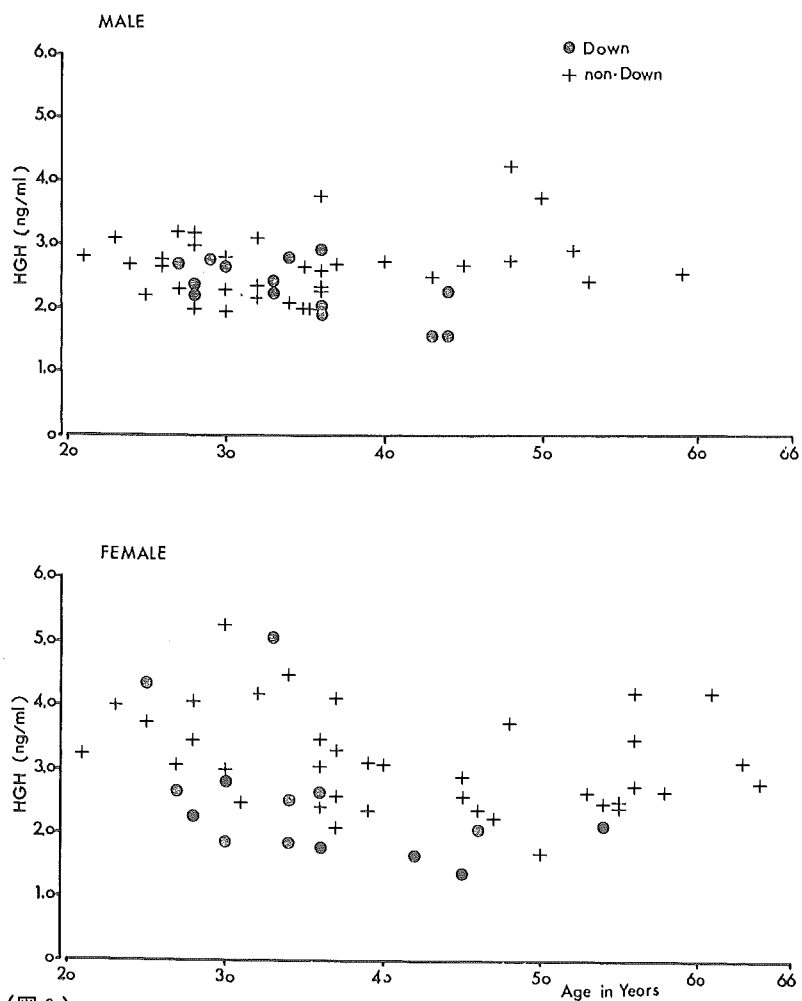
(図 4)

(図 5)

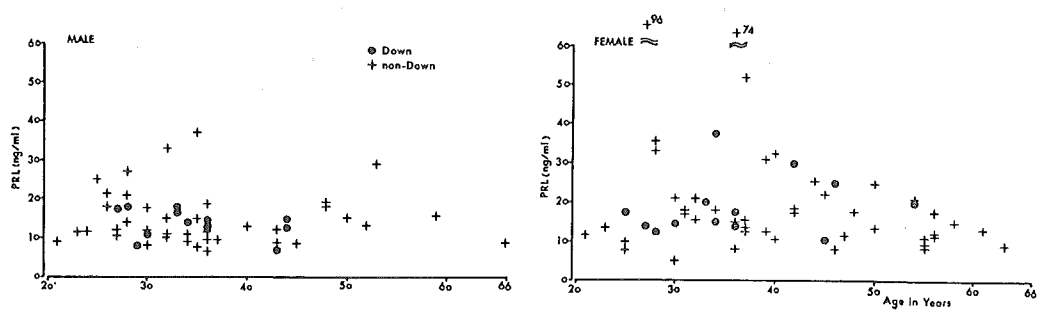


(図 6)

Down 症の加齢現象について



(図 9)



(図 10)

精神薄弱の判定基準に関する研究¹⁾

国立精神衛生研究所 櫻井芳郎²⁾
全 上 小松せつ³⁾
東京都児童相談センター 上出弘之⁴⁾
千葉県市川児童相談所 仁科義数⁵⁾
千葉大学教育学部 宮本茂雄⁶⁾
千葉市立養護学校 塩野皓一⁷⁾
全日本精神薄弱者育成会 皆川正治⁸⁾
千葉県障害者相談センター 渡辺篤朗⁹⁾
宮崎県社会福祉事業団向陽の里 長友喜美行¹⁰⁾

はじめに

この研究は昭和52年度および53年度厚生省心身障害研究費補助金の交付をうけておこなわれたものである。

I 研究の趣旨

人権思想が普及するにつれて、精神薄弱者(児)処遇の理念は社会防衛的な隔離・保護から社会生活参加へ、さらには人間らしく生きる権利の保障へと変化し、それにともない精神薄弱者(児)対策も従来の収容保護中心から在宅ケアと収容ケアを包含した地域ケアへと大きく転換しようとしている。

こうした社会的背景をふまえて精神薄弱者(児)の処遇は疾病概念や診断分類を重視する「疾病性」(illness)の観点からの画一的、管理的な発想にもとづく処遇に代わって、その人間にとって何が問題

であるかを発見し、問題を解決するにはどうしたらよいかを判断する「事例性」(caseness)の視点にたつ処遇が人権尊重を中心とする民主主義の精神にもとづく援助活動であるとする考え方が台頭してきている。

このような状況のもとに従来の判定が能力主義的な発想にもとづくものであり、精神薄弱者(児)を差別・抑圧の対象として選別する道具であるとして見直しをせまる声が強い。

判定は予後診断としての機能に真価が存する。したがって現代社会にふさわしい判定は精神薄弱者(児)の人間の成長と自己実現を援助する教育、医療および福祉などの活動が効果的に機能するための「手がかり」として役立つものでなければならない。そのためには精神薄弱者(児)の身体的、精神的お

- (1) A Study on Assessment of Mental Retardation
- (2) Yoshiro SAKURAI National Institute of Mental Health
- (3) Setsu KOMATSU National Institute of Mental Health
- (4) Hiroyuki KAMIIDE Tokyo Metropolitan Child guidance Center
- (5) Yoshikazu NISHINA Ichikawa Child guidance Clinic
- (6) Shigeo MIYAMOTO Chiba University
- (7) Kohichi SHIONO Chiba Special School for the Mentally Retarded Child
- (8) Masaharu MINAGAWA Japan Parent's Association for the Mentally Retarded
- (9) Tokuro WATANABE Chiba Rehabilitation Counselling Center for Retarded Adults
- (10) Kimiyuki NAGATOMO "KOYONOSATO" Home for the Mentally Retarded.

よび社会的側面について具体的な臨床像を多面的、総合的に把握できる指標が考えられなければならない。これは当然、発達障害や共存の思想につながるものである。

かかる観点から現行の精神薄弱の判定をながめてみると、次のようないくつかの問題点を指摘することができる。

1. 疾病概念や診断分類にもとづく画一的、管理的な処遇を助長しやすい疾病性 (illness) 重視の残滓が認められ、事例性 (caseness) の視点が不明確である。
2. 精神薄弱の変異性についての認識に欠ける。
3. 程度別判定が曖昧になりやすく、その理由として発達障害の程度と介護の困難度との組み合わせをあげることができる。

われわれは、これらの問題点を是正し、真に精神薄弱者 (児) の人間的成長、自己実現を可能にする援助活動の手がかりとなる判定指標作成の必要性を痛感した。

そのため、精神薄弱を発達期における人間個体と環境との相互作用によって生じた行動特性として理解し、知的機能と適応行動の障害によってもたらされた行動水準に視点を置いた判定指標作成の研究を意図した。

II 研究の経過

研究の目的は、全国各地の児童相談所、精神薄弱者更生相談所、また教育相談室などにおいて精神薄弱者 (児) の処遇方針を決定する際に必要とされる統一的精神薄弱の程度別判定指標試案を作成し、これが手当や年金などの経済的給付にかかわる手続にも用いることができるように志向する。

研究計画の企画立案および実施にあたる研究委員会を学識経験者をもって構成し、活動を開始した。

研究委員会委員は次のとおりである。

櫻井芳郎 (国立精神衛生研究所精神薄弱部長), 上出弘之 (東京都児童相談センター所長), 仁科義教 (市川児童相談所所長), 宮本茂雄 (千葉大学教育学部教授), 塩野皓一 (千葉市教育委員会指導主事, 現在, 千葉市立看護学校校長) および事務局として小松せつ (国立精神衛生研究所主任研究官) の6名をもって構成し, 助言者として厚生省主管課から児童家庭局, 児童福祉専門官下平幸男, 障害福祉専門官小林久利が参加した。なお昭和53年度は新たに委員として皆川正治 (全日本精神薄弱者育成会事務局長), 渡辺篤朗 (千葉県障害者相談センター判定課長) および長友喜美行 (宮崎県社会福祉事業団向陽の里研究室長, 現在, しいのき寮長) が加わった。

初年度は表1の昭和50年度全国精神薄弱者 (児) 実態調査判定基準小委員会が作成した発達障害の程度別判定指標を手がかりに乳幼児期を上出, 学齢期および青年期を仁科, 宮本, 塩野, 成人期を櫻井が

表1 昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査判定基準小委員会作成の発達障害の程度別判定指標¹⁾

1 発達障害の程度の指標		軽 度	中 度	重 度	最 重 度
5歳以下	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はどうか定かでない。 数の理解はすこおとれている。 運動機能の遅れた原因は不明。 身のまわりの出来は大体できるが不完全。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。
6歳-11歳	<ul style="list-style-type: none"> 普通学級における学習態度についていことはわからない。 数の理解は大体できる。 社会的活動も多少なりとできる。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。
12歳-17歳	<ul style="list-style-type: none"> 小学校3-4年程度の学力にとどまる。 社会的思考や合理的判断に乏しい。 集団生活に多少なりとも参加している。 職業生活はほぼ可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。
18歳以上	<ul style="list-style-type: none"> 小学校5-6年程度の学力にとどまる。 社会的思考や合理的判断に乏しい。 職業生活はほぼ可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活はほぼ正常。 数の理解はほぼできている。 運動機能の遅れが目立つ。 身のまわりの出来は部分的に可能。 集団生活は困難。

(注) 1. 5歳以下の欄は、おおむね5歳児の実態を示したものであり、それ以下の年齢については、これと年齢相応の程度の程度を参考に決定する。
 2. 枠内に入れた数字は、欄の数と目標は「おおむね」の意味をもつ。

II 付 表

	軽 度	中 度	重 度	最 重 度
軽 度	軽度	軽度	軽度	軽度
中 度	軽度	軽度	軽度	軽度
重 度	軽度	軽度	軽度	軽度
最 重 度	軽度	軽度	軽度	軽度
発達障害の程度	軽度	軽度	軽度	軽度

特別な配慮が必要となる障害者や共同生活の参加が困難な者としての
 特別な配慮が必要となる障害者や共同生活の参加が困難な者としての
 特別な配慮が必要となる障害者や共同生活の参加が困難な者としての
 特別に指導や訓練が必要となる障害者や共同生活の参加が困難な者としての

分担して検討し、幼児、学齡児および成人の障害程度の判定指標試案の粗案を作成した。

第2年度(最終年度)は小委員会(櫻井、宮本、仁科)を設け、他の委員と密接な連絡をとり、意見の調整をおこないながら10数回に及ぶ会合と数回の臨地視察をもとに初年度に作成した幼児、学齡児および成人三者の判定指標試案の粗案と検討事項を整理し、綿密な検討を加えるとともに介護度の定義および介護度の指標試案の作成に力を注いだ。それらの作業をおこなった上で幼児から成人までを包含する程度別判定指標試案(精神発達障害の程度の指標および介護度の指標)を作成し、全国各地の児童相談所、精神薄弱者更生相談所および精薄施設・学校などの協力をえて検証作業をおこない、その結果をもとに数次にわたる全体会議の討議を経て最終試案を確定した。

(1)昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査にあたって判定基準小委員会(国立秩父学園長妹尾正、東京都児童相談センター所長上出弘之、国立精神衛生研究所精神薄弱部長櫻井芳郎、厚生省児童家庭局児童福祉専門官下平幸男、障害福祉専門官小林久利の5名で構成)が作成したもの。

III 研究の成果

2年間にわたる研究の成果は次の通りである。

1. 初年度の研究成果

<分担研究報告>

乳幼児期の精神薄弱判定指標における問題点 上出弘之 (東京都児童相談センター)

◇ 判定指標作成の基本的問題

精神薄弱の判定指標を作るためには、精神薄弱そのものの概念規定がまず確立されなければならない。衆知のごとく、この精神薄弱概念についてはなお多くの論議が残されているが、知的機能の発達障害と適応行動の障害という2つの要件があることについては多くの意見が一致しているといえよう。したがって判定指標においても、この両者を含むものでなければならないが、そこにはいくつかの問題点がある。

1つは知的機能と適応行動が果たして明確にわけうるものか否かである。知的機能を知能テストで測定されるものと規定してしまうのならば論外であるが、知能テストによって測定するのは、知的能力の一面に過ぎないという考えが強い。また適応行動は実際の生活上でのさまざまな条件から左右されるものであり、知的機能もその1つとなりうる。(もちろん、情意機能も適応行動に大きくかかわることはいうまでもないし、環

境一状況要因が適応行動を左右することも忘れてはならない。)

判定指標作成に当って言語(表現・理解)、数、読み書き、描画、対人関係、基本的習慣、作業などの項目を取りあげ、それらの発達の程度から総合的に知的機能を判定するという試みは、知能テストでは測定しえない、または、しがたい知的機能を明らかにしうる点を認めるものの、適応行動にも深くかかわっていることを忘れてはならない。そして知的機能と独立した適応行動の障害の評価が可能か否かも問題となろうし、もしそれが可能とした時には、それが精神薄弱を規定する要件となるかどうか、改めて検討しなければならない。

◇ 乳幼児期における判定指標の問題点

以上の判定指標についての基本的問題点とは別に乳幼児期においては判定指標を作るときに、またいくつかの問題点が指摘される。

第1に乳幼児期は心身の発達がきわめて著しい時期である。1ヶ月、1週間、あるいは1日の間にも子どもはめざましい発達変化を示す。そこで発達についての指標を作るさいにも時間軸をどう区分するかが大きな問題となり、低年齢であればあるほど細かい分類が必要となるが指標作成の技術からどれだけ可能かが問われてくる。少なくとも1歳未満の乳児期では指標作成は極めて困難であり、以後の年齢でも1年単位では判定上大きなバラツキが生じる恐れが大きい。また、かりに1年単位としての3歳児の指標の場合に、2:1~3:0歳を取り上げるか、2:7~3:6歳を取り上げるかによって指標の内容は大きく異なることを指摘しておきたい。

第2には、指標の内容について各項目をどれだけ正しく評価しうるかということである。年長児に比べて年少児ではその時々々の環境条件によって行動は大きく左右される。したがって、いわゆるテスト場面においては必ずしも正しい発達を見いだすことは困難であり、日常の子どもの状況を把握している人たちからの観察所見を参考とせざるをえない。ただそのさいの所見がどれだけ信頼されるかの保証が極めて乏しいことが問題となる。これに関連して、各項目の発達については子ども自身の発達力(あるいは障害の程度)だけでなく、周囲からの訓練や指導、すなわち学習の影響が年少児ほど大きいことを指摘しなければならない。学習環境の如何で子ども自身の発達力による発達程度が蔽われ、または拡大されて評価されるために誤った判定をもたらす恐れが大きいということになる。

これらの問題点を考えたさい、新たな指標を作ることへの大きな疑問が生じてくる。乳幼児に関してはこれらの問題点を考慮しつつ、すでに開発されたいくつかの発達テストが用意されているので、むしろそれらの利用がすめられるべきではなからうか。

ただそのさいに、それらテストの標準化に用いられている資料はいわゆる正常児であることを忘れてはならない。発達障害児においては単に正常児の発達を遅れながら進んでいくとは限らない。発達障害児を対象としての新たな指標作りができればよいが、これは極めて困難でもある。

現実的には仮りの指標(正常児をもとにして)を作り、これを障害児に当てはめたさいの問題点を長期にわたり継続的に検討し、修正していくことが必要であり、また適切であると考

精神薄弱の判定基準に関する研究

える。なお、正常児の発達評価と異って発達障害児の指標、とくに程度判定の指標においては何ができるかという観点ではなく、何ができないかという観点からとらえることも1つの試みとなろう。具体的には項目の選定も考えなおすことを示唆するものである。

学齢期を中心とする精神発達の程度判定指標について

仁 科 義 数
(千葉県市川児童相談所)

◇ 精神発達段階概観表について

この表(表2)は生活年齢、発達年齢、精神薄弱の程度、検査問題を一覧表とし、発達段階を概観するものである。

生活年齢を縦軸に、発達年齢を横軸にとり、精神薄弱の程度別(最重度、重度、中度、軽度)に予想発達曲線を描いた表中にさらに検査問題を入れることにより、問題の可否をチェックすることによって直ちに発達程度を知ろうとするものである。

- (1) 検査問題は遠城寺式乳幼児分析的発達検査、津守式乳幼児精神発達検査等から面接や観察でチェックできるような問題を選んだ。
- (2) 検査問題は原典に合せて発達年齢ラインに●印を付し問題を記入した。
- (3) 検査問題は言語(表現・理解)、数の概念、身辺処理、社会性、学力、作業の領域に分けて配列し、各領域ごとに系統だてて検査を進めることができるとともに発達のバランスを チェックし分析に役立てることができる。
- (4) 格査問題の可否をチェックし、発達年齢の概ねを知り、生活年齢との交叉点から発達段階を知る。

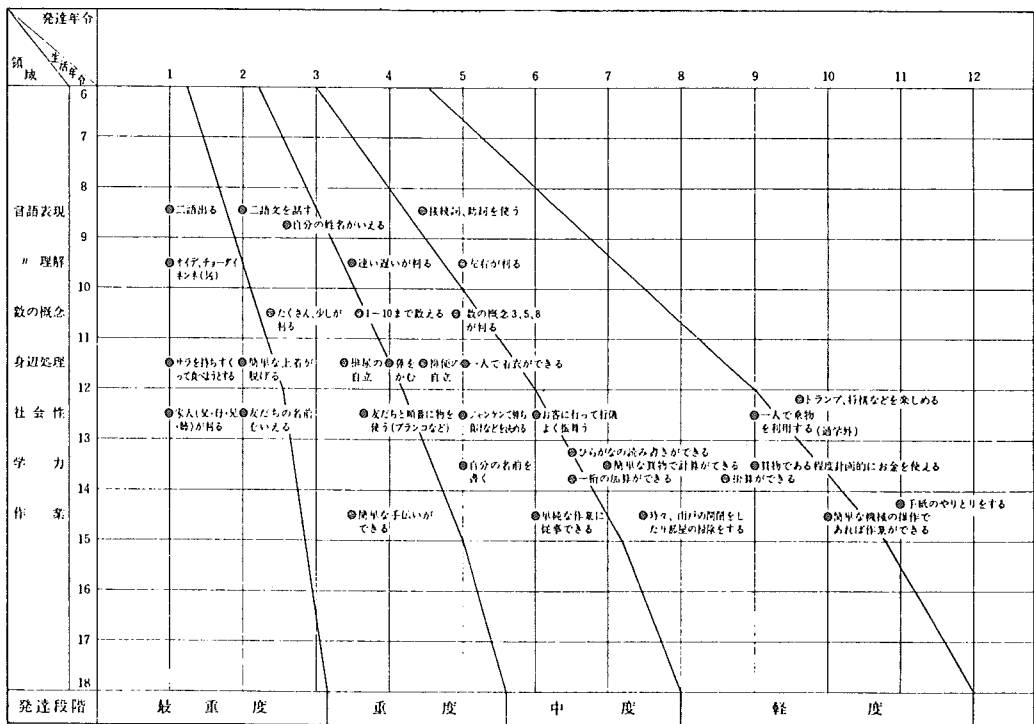
◇ 精神薄弱の程度別判定の指標試案(粗案)について

発達段階概観表等を基にして検討されたのが表3の精神薄弱の程度別判定の指標試案(粗案)である。

この試案(粗案)作成には次の点が留意された。

- (1) 検査項目は前掲の遠城寺式、津守式に加え、田中ビネー式知能検査、牛島式社会生活能力検査、ゲゼル(乳幼児の心理学、児童の心理学、発達診断学)、平井信義(乳幼児の精神発達)、中島誠(日本における言語発達研究の動向)、NHK

表2 精神発達段階概観表



- (1) の言語発達調査、文部省学習指導要領から抽出して項目数を増した。また項目は客観的に妥当性が検証された信頼度の高いものである。
- (2) 年齢別、発達程度別に上限の発達年齢を算出し、それに対応した項目を配列した。
- (3) 項目は言語(表現・理解)、数、読み書き、描画、対人関係、基本的習慣、作業の領域に修正され、各領域ごとに項目を配列した。
- (4) プロフィールの欄を設け、発達の特徴を把握し易くした。
- (5) 項目の次に年齢とその年齢の通過率を掲げ、また出典を記

表3 精神薄弱の程度別判定の指標試案(粗案)

年令	プロフィール	程度	指標														
			軽				中				重						
			項目	年令	標準	出	項目	年令	標準	出	項目	年令	標準	出			
0	音(表現)	自分の声を出す(アーク-女)	0:2	74-	通	0:4-0:5	81:1	通	0:5-0:6	81:3	通	0:9-1:0	85:5	通			
			0:3	78:4	通		0:4-0:5	77:9		通	0:5-0:6		81:3	通	0:9-1:0	85:5	通
			0:2	88:3	通		0:4-0:5	81:1		通	0:5-0:6		81:3	通	0:9-1:0	85:5	通
			0:2	74-	通		0:4-0:5	81:1		通	0:5-0:6		81:3	通	0:9-1:0	85:5	通
			0:2	88:3	通		0:4-0:5	81:1		通	0:5-0:6		81:3	通	0:9-1:0	85:5	通
1	音(表現)	おまけを笑いかける	0:2	61:4	通	0:14	64:9	通	0:16	72:7	通	0:19	75:2	通			
			0:3	65:6	通		0:15	70:8		通	0:16		61:7	通	0:19	75:2	通
			0:2	78:6	通		0:13	65:4		通	0:15		60:4	通	0:19	63:8	通
			0:2	78:6	通		0:13	65:4		通	0:15		60:4	通	0:19	63:8	通
			0:2	78:6	通		0:13	65:4		通	0:15		60:4	通	0:19	63:8	通
2	音(表現)	おまけを笑いかける	(MA 2.4月)			(MA 4.2月)			(MA 6月)			(MA 9月)					
			0:4-0:5	83:1-93:3	通	0:8-0:9	65:6	通	1:0-1:1	72:7	通	1:1-1:2	57:7	通			
			0:4-0:5	77:9-95:8	通	0:8-0:9	75:9	通	1:0-1:1	70:5	通	1:1-1:2	65:6	通			
			0:4-0:5	77:9-95:8	通	0:8-0:9	75:9	通	1:0-1:1	70:5	通	1:1-1:2	65:6	通			
			0:4-0:5	77:9-95:8	通	0:8-0:9	75:9	通	1:0-1:1	70:5	通	1:1-1:2	65:6	通			
3	音(表現)	おまけを笑いかける	0:2	70:3	通	0:18	77:8	通	1:0-1:1	71:9	通	1:1-1:2	79:6	通			
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
4	音(表現)	おまけを笑いかける	0:2	70:3	通	0:18	77:8	通	1:0-1:1	71:9	通	1:1-1:2	79:6	通			
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
5	音(表現)	おまけを笑いかける	0:2	70:3	通	0:18	77:8	通	1:0-1:1	71:9	通	1:1-1:2	79:6	通			
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通
			0:2	70:3	通		0:18	75:9		通	1:0-1:1		71:9	通	1:1-1:2	79:6	通

精神薄弱の判定基準に関する研究

◎ の指標による程度判定は年齢段階とも $\frac{1}{5}$ 以上自然すれば上の程度に位置づけ、いずれの項目も同様程度判定の上限をわしめしめる。
 出典： 片一冊方式、通一選取方式、田一田中ビナー、牛一牛方式、中一中員、中一平井員、文一文選取方式指標集

年齢	プロフィール	程度		指標				程度				指標				程度			
		項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目		
6~7	読み書き																		
	描画																		
	対人関係																		
	基本的習得																		
	作業																		
8~9	言語(基礎)																		
	数																		
	読み書き																		
	描画																		
	対人関係																		
10~11	言語(基礎)																		
	数																		
	読み書き																		
	描画																		
	対人関係																		
12~14	言語(基礎)																		
	数																		
	読み書き																		
	描画																		
	対人関係																		
15以上	言語(基礎)																		
	数																		
	読み書き																		
	描画																		
	対人関係																		

した。

記入要領は次の通りである。

程度判定の手続は以下のように行うものとする。

- (1) 生活年齢の位置づけを行う。
生活年齢は検査日から生年月日を引き、満年齢をもって行う。修正年齢は使用しない。
- (2) 程度別判定を行う。
生活年齢が確定したらその年齢における程度の位置づけを行う。
 - (イ) 精神薄弱の程度がおおむね判っている場合には、その該当する程度から実施すること。
 - (ロ) 精神薄弱の程度が不明な場合は最重度から実施すること。
 - (ハ) 質問項目の可否を評価欄に記入する。
 - (ニ) 程度別判定の合格率は80%以上とし、それに合格した場合にはさらに上位の程度に位置づける。
 - (ホ) 程度別領域において項目数が少ないため合格率をそのまま算出できない場合には生活年齢をさげて、その程度に見合う精神年齢の領域の中から項目を補充して行うこと。
- (3) プロフィール欄への転記
程度別判定が確定したらプロフィール欄にそれぞれの領域の可否の評価を転記する。

主として学齢期の判定についての意見

塩野 皓一

(千葉市教育委員会)

判定指標試案(粗案)について領域別に意見を述べてみる。

◇ 言語(表現・理解)

表現・理解を逆に理解・表現としたらどうか。

言語的受容(入力的な面)は理解に関連する分野であり、その主体はききとる力である。本試案ではこの分野の指標が不足と思われる。例えば「二次元、あるいは三次元の内容を含む言語的指示に対する反応の可否」など特別の検査に寄らなくとも観察できる項目を記載するなどして、この分野の程度を把握できるようにする必要がある。

言語的表出(出力的な面)は表現に関連する分野であり、その主体は話す力である。各発達段階に応じて指標を明確にするため、例えば「代名詞(これ、あれ、ぼく、わたし)を使って話す」、「2~3の歌を知っていて歌う」など、できるだけ内容が具体的にわかる表現のしかたが必要である。

◇ 数

この試案に示された「数概念(5まで)がわかる」(㊦4:0~4:2)「打数かぞえ(10まで)」(㊦6:0~6:11)などについては項目と該当年齢がこのままでよいか疑問である。それぞれの検査ではこのように記されているのであろうが実際的に被検者の年齢、人数など相違があると思われるので、両者を一枚の試案にまとめ系統を持たせることが無理な項目が一部に出てくるのではなからうか。

◇ 読み書き

上記の「数」領域の場合と同様に特に項目の内容が「知的能力」を必要とする度が多く、学校教育などによる学習経験によって左右されることがあり、個人差が大きい場合、発達程度を規定するときのブレが大きくなる心配がある。

この領域の項目の内容について、もう少し豊富な例示ができないか、また項目から項目へ発展するキメが非常に粗すぎて発達段階を適切におさえることができないので、小ステップで系統的に配列できないか。

◇ 描画

経験したことを絵にかく、……絵の具で絵を書く、……肖像画を好むの系列が画題、材料、興味など、観点も異なり観察が難しい。描画能力として、もう少し内容的にスッキリと同一分野で系統を追って発達段階を示せないか。(例えば人物画を主とした系統)

◇ 対人関係

5歳の最重度「簡単な手伝い」(1:2~1:3)、6~7歳の中度「ジャンケン……」で(4:0~4:3)などは、はたして発達段階として適当な項目かどうか。

◇ 基本的習慣

衣服、食事、排泄など全体的にまとまっていて結構だと思う。ただ食事分野の系統を順に見ていくと前後関係がやや不明確である。

◇ 作業

この領域は、経験の成果が強く現われる。従って発達段階(知能年齢を中心とした)との差異が大きい。学校在籍児なら例えば12歳~14歳、10歳~11歳であれば試案に示された項目より数段上位の作業が可能である。

また出典による差異はどうするか。例えば幼児語からの独立、㊦6:0、85.2%、㊦5:0、85%をどうするか。

ある一項目が3歳(軽度)→5歳(中度)→7歳(重度)→10~11歳(最重度)という系列で配置されている。一般的に考えれば妥当とみえるが、例えば最重度に近づく程到達する年齢が高くなる(年齢間のひらきが等差級数的でなく等比級数的に大きくなる)とか、ある項目は中度、軽度の者にだけしか出ないなど機械的にいかない面があるのではないだろうか。

以上、思いつくままに述べたが、適応行動の分野が加われれば相当明確で完べきなものに近づくのではないかと思う。

6歳~17歳の判定指標の改訂について

宮本 茂雄

(千葉大学教育学部)

◇ 年齢段階の区分の改善

もとの表¹⁾では6~17歳を①6~11歳と②12~17歳の2分割によって精神薄弱の障害程度を記述しているが、この年齢段階は、たとえ発達遅滞の著しい精神薄弱でも発育期中にあることを忘れてはならないのである。すなわち、重度の者でも6歳と11歳を同一指標で判定することは発達を無視し、変化に注目しないことになるので、こういう内容では適当ではない。

(1) 昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査判定基準小委員会が作成した発達障害の程度別判定指標を指す。

精神薄弱の判定基準に関する研究

そこで年齢段階を細分化する必要がある。まず6～11歳の学童期の発達には著しいので2歳ごとに、12～17歳の思春期は3歳ごとに区分するのが適当である。

勿論、この区分も軽度と重度では発達のリズムもテンポも異なるから軽度は1歳ごとの区分、重度は3歳ごとの区分といったように、障害の程度によって年齢段階の区分け方が違ってきてもよいのである。けれども、そうすると簡明で便利であるべき判定指標が複雑になるので一応年齢段階はすべて2歳ごと、3歳ごとに統一したわけである。おそらく、この程度で十分であろう。

◇ 判定指標の項目内容について

子どもの発達のチェックポイントはいかぞえあげていけば限りがない。それを判定指標にすべて盛り込むことはできない。一方、僅かな代表的な発達指標だけでは十分に精神薄弱の程度を把握することができない。そこで発達指標となるべき多くのチェック項目を大きく分類し、その大分類の中から代表項目を選んで指標とする方法をとることにしたのである。

大分類は次のような分野である。自立機能、身体的機能、意志の伝達、社会的機能、作業行動などである。これらの分類の中でも発達段階によって重点のおきどころ、主張の強さが違ってくるのは当然である。たとえば乳幼児期では身体的機能(坐わる、立つ、動く、物をつかむなど)が発達をみるための中心的な指標であるが、学童期の6歳以後になると中心指標は意志の伝達へと移行していくわけである。さらに上の年齢になれば

重点的にみるポイントは社会的機能へと移っていく。したがって判定指標も年齢段階とともに内容が違っていくわけである。

◇ 項目内容の表現について

精神薄弱の分類を障害の程度によって4段階(軽度、中度、重度、最重度)、年齢については前述のように5段階(6・7歳、8・9歳、10・11歳、12～14歳、15～17歳)に分けてある。このことは要するに、ある範囲を定めたわけである。ある時点(一点、一時期)ではなく相当巾のある(rangeをもたせた)考え方、基準のおきかたといえよう。

そうしてみると判定指標の項目はある時期、ある一点の発達段階のめやすとなる表現では不適切であって、巾のある表現やある範囲を示す表現でなければならない。すなわち巾(上限と下限)を示すことが望ましいのである。ところが、こうした考え方で発達の指標を表現したり、こうした研究成果は今までなかったように思われる。ここに今回の研究の最も重要なポイントがあるわけであるが、たいへん難しいこともまた否定できない。

この意味で部分的に不出来のところもあるのはやむをえない。今後の研究にまたねばならない。しかし最も合理的、理論的な面から新しい発想で指標の内容を表現しようとしたことは、今までに類をみないものであることを強調しておきたい。

この表(表4)は今後まだまだ精選する必要があるので研究者としては更に考察を続けていく積りである。

表4 判定指標改訂試案

年齢	軽 度	中 度	重 度	最 重 度
6, 7歳	日常会話がある程度できる。難かしい表現はわからない。身辺処理は大体できるが、時に失敗したり、細かい点に介助がいる。数語はできて理解はむづかしい。	単語をならべるくらい簡単な会話ができる。読み書きは困難だが、2、3字わかるものもある。身辺処理は自分でできるが介助を必要とする。1人2人の仲間と遊ぶことができるが、指示しないと1人遊びになる。通字につきそいがいる。	数語の単語がつかえる。身振りや要求が伝えられるが、よくはわからない。食事、排泄、衣服着脱は自分でできるが、多くの介助が必要。遊びや仕事に興味を示し、指示に応ずることができる。他人との交渉(つづいたり、笑ったり、何か言いつたり)可能。	単語だけで言葉にならない。感情表現は快、不快くらい。食事、排泄、衣服に介助を必要とする。歩いても、目的なくフラフラする。音声や身振りで要求したり、意志をつたえることもある。
8, 9歳	日常会話はあまり不自由なくできる。かなで文もかける。金具をもって買物ができるが、1、2品に限られる。身辺自立しているが、身だしなみはためである。	たどたどしいが会話で意志が通ずる。文字の読みが10～20くらいわかってくる。身辺処理は大体出来るが不完全である。指示に従って集団行動ができるようになる。歩いて通字できる(訓練によって)。監督下で作業や集団行動ができる。	身近かな単語がわかる(ババお仕事)などといえる者もある。身辺処理に介助が必要。走ったり、追いかけっこしたりして遊ぶ。簡単な指示がわかって、従がえる。	1日中誰かが介助していなければならない。
10, 11歳	日常会話は不自由ない。2、3の漢字をつかった文身もかける。簡単な買物ができるが、2、3品に限られる。大きな集団の中で行動できるが、間違ふこともある。与えられた仕事は20分くらいできるが、自発性に乏しい。	日常会話がある程度できるが、具体的内容だけ。ごく簡単な文もかける。買物も訓練で1品くらいできる。大体身辺自立しているが、シャツ、パンツ、靴を間違ふことがある。	電車、バスで通字できる。仕事もよくするが監督が必要である。	
12, 13, 14歳	小3年程度の読み書きができるが、抽象的な話にはいけていない。簡単な買物は扱つかの程度できる。身辺処理は自立している。他人との協力・競争もできる。社会性もあり、日常生活に不自由はない。作業も自発的に、20分以上集中できるが、責任は十分はたせない。	日常生活で意志が通ずる。日記を2、3行書くが、具体的事項だけ。身辺自立しているが、汚れや身だしなみについては不十分。仕事もよくするが、時々注意が必要である。	たどたどしいが会話ができる。なかには文字の読める者もある。身体は大きい。運動機能に劣り、自転車にのれない。指示にはある程度従えるがムラが多い。	単語が5、6語いえるが、会話にはならない。身辺処理も介助がいる(1人でしても汚したり失敗したりする)。散歩を指示(坐りなさい、食べなさい)がわかる。1人であることが多い。集団行動がでる。
15, 16, 17歳	小4年程度の読み書きができるが、新聞の内容などは不十分にしか理解できない。身辺自立しているが、気温・健康・状況で衣服の選択はうまくできない。社会生活もあまり不自由なくできる。日常生活、調理、仕事など訓練でできるようになる。			

成人用判定指標試案について¹⁾

櫻井 芳郎

(国立精神衛生研究所)

◇ 判定指標試案²⁾の検討

4都府県の精神薄弱者更生相談所で最近判定をうけた成人298名を対象に、現行判定と指標試案との関係および指標試案の項目別通過率を調べた。

(1) 現行判定と指標試案との関係

両者の相関は0.885でかなり高い。しかし、現行の方法で軽度と判定された者が指標試案では重く、重度と判定された者が軽くなる傾向がみられた。

(2) 指標試案の項目別通過率

軽度(項目1)の「小学校5, 6年生程度の学力にとどまる」、中度(項目1)の「簡単な読み書きや金銭の計算ならばできる」および重度(項目2)の「ひらがなは、どうにか読み書きできる」を除いては一般に通過率は高い。

調 査 対 象

人数(%)

年齢区分	精薄程度		軽 度		中 度		重 度		最 重 度		計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
18歳～	6	2	11	6	4	7	6	3	27	18		
20歳～	8	7	17	17	11	16	21	23	58	62		
30歳～	6	3	12	14	5	7	16	8	39	32		
40歳～	3	2	8	5	3	1	9	6	23	14		
50歳～	1	2	3	4	4	3	3	3	11	12		
60歳～						1	1		1	1		
計	24	16	51	46	27	35	56	43	158	140		
	40(13)		97(33)		62(21)		99(33)		298			

精 神 薄 弱 程 度 別 の 項 目 通 過 率

人数(%)

精薄程度	軽 度				中 度				重 度					最 重 度				
	1*	2	3	4	1**	2	3	4	1	2**	3	4	5	1	2	3	4	5
男	8 (33)	23 (96)	24 (100)	11 (46)	12 (24)	46 (90)	45 (88)	41 (80)	19 (70)	6 (22)	22 (81)	24 (89)	22 (81)	36 (64)	54 (96)	52 (93)	29 (52)	31 (55)
女	9 (56)	15 (94)	15 (94)	12 (75)	15 (33)	44 (96)	43 (93)	45 (98)	31 (89)	6 (17)	23 (66)	34 (97)	31 (89)	27 (63)	41 (95)	39 (91)	22 (51)	34 (79)

* 男 $\chi^2 = 18.682$ $P < .01$ 以下, 女 $\chi^2 = 7.239$ $P < .01$
 ** 男 $\chi^2 = 72.533$ $P < .01$ 以下, 女 $\chi^2 = 85.352$ $P < .01$ 以下
 *** 男 $\chi^2 = 34.294$ $P < .01$ 以下, 女 $\chi^2 = 63.175$ $P < .01$ 以下

◇ 判定指標試案の実用化にともなう諸問題の検討

精薄者収容施設(A, B施設)在園の成人精神薄弱者114名と老人ホーム在園の正常老人39名を対象に、精神薄弱の程度および加齢(老化)による行動水準の特徴を把握するための調査をおこなった。老化度の判定は尼子式老化度指標(外見上)を用い、行動評価は成人用適応行動尺度(日本文化科学社版)の一部の項目を修正して使用した。

身辺処理, 移動交通, 運動機能, 言語活動, 時間の観念, 作業態度, 自己統制および対人態度に関する19項目について調べた結果、精神薄弱の程度による差異は認められたが、加齢による影響については認められなかった。また精神薄弱者の適応行動は精神薄弱の程度におおむね平行しているが合併症や生活経験などによる2次的障害の影響を無視できないことが明らかになった。

◇ 成人用判定指標試案(修正案)の作成

前述の調査結果を検討して成人用判定指標試案の修正案ならびに「程度判定のための手がかり」を作成した。

調 査 対 象

人数(%)

年齢区分	精薄程度		精 神 薄 弱 者 群								一般老人群	
	男	女	軽 度		中 度		重 度		最 重 度		計	
30歳～	5	1	11	8	10	8	19	9	45	26		
40歳～	4	3	1	3	4	7	3	4	12	17		
50歳～	2		3	4		2	1	1	6	7		
60歳～	1								1		5	5
70歳～											12	7
80歳～											4	5
90歳～												1
計	12	4	15	15	14	17	23	14	64	50	21	18
	16(14)		30(26)		31(27)		37(33)		114		39	

(1) 櫻井芳郎：精神薄弱の判定基準に関する研究第1報——精神薄弱の程度別判定に関する基準作成の必要性とその社会的背景——精神衛生研究25号, 1978参照。

(2) 昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査判定基準小委員会が作成した発達障害の程度別判定指標を指す。

精神薄弱の判定基準に関する研究

(1) 判定指標試案の特徴

- a. 領域——身辺処理, コミュニケーション, 社会的技能, 学業技能の応用, 職業技能の5領域。
- b. 年齢区分——18歳以上とし, とくに年齢区分はおこなわない。
- c. 判定の基準——それぞれの程度別段階に配当されている項目は, いずれもその段階の上限を示している。

(2) 判定指標試案ならびに「程度判定のための手がかり」使用上の留意点

- a. 判定は現行の行動水準の把握に重点をおくこと。(基本的立場)
- b. 障害の程度の決定は単にテストだけでおこなわず, 医学, 心理学および社会学的な臨床所見を重視すること。(基本的態度)
- c. 判定指標は得点算出のための項目として用いるのではなく, 障害の程度を決定する際の根拠として多面的, 総合的に判断して決めること。
- d. 「程度別判定のための手がかり」は程度判定をおこなう際の補助的手段として利用すること。なお, この手がかりは成人精神薄弱者の行動水準を評価する際の知能程度と適応行動の関係を例示したものであり, 児童の場合と異なり両者は平行関係にないことに注目しなければならない。

程度判定のための手がかり (男女共通)

評 定 項 目		軽 度	中 度	重 度	最 重 度
I 身 辺 処 理	1. 食事のしかた(きちんと食事ができる)	■			
	2. 排便(ひとりて用かたせる)	■	■		
	3. 清潔(きちんと顔か洗える)	■	■		
	(ひとりて入浴できる)	■	■		
	(清潔に心がけている)	■	■		
4. 身だしなみ (きちんとした身なりをしている)	■	■			
	(身ざれいになっている)	■	■		
	5. 着脱(衣服をひとりて身につける)	■	■		
II	移動交通(交通機関を利用できる)	■	■		
III	運動機能(歩いたり運動したりできる)	■	■		
IV	言語活動(話しかてできる)	■	■		
	(指示したことを理解できる)	■	■		
V	時間の観念(時間かわかる)	■	■		
VI	作業態度(仕事をきちんとやる)	■	■		
VII 自 己 統 制	1. 機敏さ(動作かろくない)	■	■		
	2. 自発性(自発的に行動する)	■	■		
	3. 持続力(すくにあきない)	■	■		
VIII 他 対 人	1. 協力(手助けをする)	■	■		
	2. 思いやり(親切にしてあげる)	■	■		

■ 可能範囲

精神薄弱の判定指標 (18歳以上の成人)

障害の有無	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
有	他人の助けを借りなければ身のまわりのしつがたがない	身のまわりのしつがたにたがっている	自 立	自 立
無	簡単な意思を示しかたがない	日常生活に必要なコミュニケーションはどのようにかたっている	自 立	自 立
軽	できない	できない	簡単な社会生活のきまよりのほかにかたえられる	簡単な仕事で存続の困難がでない
中	文字の読み書きができない	ほかの学問はほとんどかたえられない	簡単な読み書きや金銭の計算ならびにできる	おおむね小学校5-6年生程度の学力しかない
重	読解理解ができない	簡単な学問を学ばず理解がたがっている	読解ならびに計算ならびにできる	学業生活はほぼ不可能
最重	単純作業はむずかしい	単純作業はどのようにかたえられる	単純作業ならびにできる	職業生活はほぼ不可能

2. 最終年度(第2年度)の研究成果

初年度の研究成果を検討して精神発達障害の程度別判定指標の成案をまとめるとともに, 介護度の指標試案の作成をおこない, 最終試案を確定し, 精神薄弱の程度別判定について次のような結論に達した。

精神薄弱の程度別判定をおこなう際の基本的立場

- (1) 精神薄弱の判定は精神薄弱状態にある人たちの人間的成長や自己実現を援助する業務にかかわる職員が当該業務を円滑に遂行するための手がかりとしておこなうものである。
- (2) 判定の内容は精神薄弱状態にある人たちの全人格に対する受容の評価にあり, 発達保障を目標とする児童福祉, 心身障害者福祉の基本的理念をふまえたものでなければならない。
- (3) 精神薄弱状態の把握は疾病性(illness)の観点のみでなく, 事例性(caseness)の視点からの

接近を忘れてはならない。

- i) 判定は現在の行動水準の把握をまず第1に考えること。
- ii) 障害の程度の決定は単にテストだけでおこなわず, 身体的, 精神的および社会的側面にわたって多面的, 総合的に判断し, 医学, 心理学および社会学的な臨床所見を重視すること。
- iii) 障害の程度については固定的観念を捨て, 発達の可能性を追求する姿勢がなによりも大切である。

「精神薄弱の程度別判定指標」使用上の留意点

- (1) 「精神薄弱の程度別判定指標」は児童臨床, 精神薄弱者臨床に相当な経験を有し, かつ背景となる学識を十分にそなえた者が用いること。
- (2) 程度別判定指標は医学的診断や検査, また標準化された心理学的な個別検査, その他の調査などを済ませたうえで, 総合判定をおこなう際の資

- 料として用いることが望ましい。
- (3) 判定指標は発達障害程度の指標および介護度の指標から成る。
- i) 発達障害程度の指標は知的機能と適応行動両面の障害をもたらす行動水準の把握をねらいとしたものであり、この指標によって精神発達の障害の程度を判断する。
- ii) 介護度の指標は日常生活面の介助、行動面の監護および保健面の看護の困難性の度合を把握することを目的とする。
- (4) 発達障害の程度および介護度の指標は、各項目ともそれぞれの領域における状態像をしめす一例として提示してあるので、字句の解釈にこだわって本来の目的を見失うことのないように注意すること。

精神薄弱の程度別判定指標試案

別表の通りである。

判定指標試案の特徴

(1) 精神発達障害の程度の指標

i) 年齢区分

発達段階を考慮して年齢区分を次のとおり定めた。なお、1歳未満の場合には精神発達障害の診断は医学的所見等にもとづいておこなわれるべきであり、障害の程度の診断についても性急におこなわず、慎重に経過観察することが望ましい。また1歳以上3歳未満の場合にも変動が著しいことを考慮して判定は慎重におこなわなければならない。

- 1 : 0歳～1 : 11歳……………6ヶ月ごとに区分
- 2 歳～5 歳……………1 歳 //
- 6 歳～11 歳……………2 歳 //
- 12 歳～17 歳……………3 歳 //
- 18 歳 以 上……………年齢区分はおこなわない

(現在までのところ、加齢による影響を考慮する必要性が認められないため。)

ii) 発達障害の程度の区分

発達障害の程度を次の4段階に区分した。最重度、重度、中度、軽度。なお、従来慣用されているIQ(知能指数)で表現すれば最重度は20以下、重度は35以下、中度は50以下、軽度は70以下に相当する。

iii) 領域

発達障害の状態を把握するための評価の視点としていくつかの領域を設定し、その領域のなかから代表的な項目を選んで指標とした。しかも発達段階によって発達の諸様相が異なることを考慮して年齢段階に応じて領域を変えた。

- 2 歳 以 下……………自立機能、運動機能、意志の交換、探索・

操作

- 3歳～5歳……………自立機能、運動機能、意志の交換、描画表現、社会的行動
- 6歳～17歳……………自立機能、運動機能、意志の交換、読み・書き・計算、社会的行動、作業
- 18歳以上……………自立機能、意志の交換、読み・書き・計算、社会的行動、職業技能

iv) 項目内容の表現について

発達障害の程度と年齢段階を上記のように区分したことにより、判定指標の項目はある時点の発達段階をしめすめやすくなる表現のみでは不十分であり、ある程度の中をもった項目によって一定の範囲を示す表現が望ましい。そのため、項目内容の表現は上限と下限を示す中のある表現をとるように努めた。

v) 判定の要領

この指標によって判定する際には、指標項目が当該領域における状態像を例示したものであり、したがって、これを検査項目として用いることのないように細心の注意を払わなければならない。

- a. 各年齢段階の程度別に項目が5つずつ配当されている。
- b. 判定をうける精神薄弱者の年齢に該当する段階に配当されている項目について、あてはまる項目に○印、あてはまらない項目に×印をつける。
- c. 障害の程度の判定はおよその見当で○印が%ぐらいいつている程度に位置づける。
- d. この判定指標は精神薄弱の程度を判定するのが目的であるから軽度の指標以上にできる者は正常とみなす。

(2) 介護度の指標

i) 適用年令

適用範囲は3歳以上とし、とくに年齢区分はおこなわない。

ii) 介護度の程度

介護の困難性を次の4段階に区分した。

- 1級……………常時全ての面で介護が必要
- 2級……………常時多くの面で介護が必要
- 3級……………時々、又は一部あるいは一時的に介護が必要
- 4級……………点検や注意あるいは配慮が必要

iii) 介護の内容

介護の困難性は精神薄弱の程度は勿論のこと、それ以外の心身の状態に影響されるので、介護の内容を日常生活面の介助、行動面の監護および保健面の看護の三領域に分類した。

iv) 判定の要領

- a. 三つの領域について該当する個所に○印をつける。
- b. 介護度の判定は三つの領域のうち、最も重い程度に位置づけられたところをもって介護度の程度とする。
- c. 介護度の判定には精神発達の障害の程度を考慮しておこなうことが望ましい。なお、日常生活面の介助の程度は原則として障害程度と平行するものである。

(3) 精神発達障害の程度の指標と介護度の指標との関係

別 表

発達障害の程度の指標

精神薄弱の程度別判定指標 (最終案)

程度 年齢	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
1:0 1:5 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺全介助、スプーンでやっど飲める。(IF) 2. 頭の向きを変えることができて復返りはできない。(M) 3. あやうと声を出して笑う程度。人に笑いがけられることはできない。(C) 4. 眼前のものを注視するが歩く人を眼で追わない。(C) 5. 玩具に関心を示さない。(I) DA(<0:36) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで与えれば飲めるが、全介助。(IF) 2. 復返りそうにするが復返りはできない。(M) 3. あやうと声を出して喜ぶが自分からは求めない。(C) 4. 歩く人を眼で追うが働きかけはしない。(C) 5. 玩具に少し関心を示すが手にする程度。(I) DA(0:24~0:63) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで与えれば飲み、コップももてるが全介助(IF) 2. 復返りはできるが必ずわりは不安定。(M) 3. 人に向って声を出すが入まねはできない。(C) 4. 誰もいなくなると泣くが家族の区別はほとんどできない。(C) 5. 玩具を手にするが持ちかえる程度。(I) DA(0:42~0:9) 	<p>この年齢段階では発達障害の診断は注意に行わず、慎重に経過観察することが望ましい。</p>
1:6 1:11 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで与えれば飲めるが全介助。(IF) 2. 復返りそうにするができない。(M) 3. あやうと声を出して喜ぶが自分からは求めない。(C) 4. 歩く人を眼で追うが働きかけはしない。(C) 5. 玩具に少し関心を示すが手にする程度。(I) DA(<0:48) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで与えれば飲み、コップももてるが全介助。(IF) 2. 復返りはできるが必ずわりは不安定。(M) 3. 人に向って声を出すが入の真似はできない。(C) 4. 誰もいなくなると泣くが家族の区別はほとんどできない。(C) 5. 玩具を手にするがもちかえる程度。(I) DA(0:36~0:84) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ビスケットなどをもちたせると自分で食べられるがスプーンをもとろししない。(IF) 2. おすわり、つかまり立ち程度。(M) 3. 簡単な身振りのマネをする程度。(C) 4. 喃語はさかんでも有意味語はない。(C) 5. 玩具でごく簡単な遊び。(I) DA(0:63~1:0) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自分でスプーンをもち食べようとすることがほとんど全介助(IF) 2. 排泄の際介助に少し応じようとする。(IF) 3. 一人立ち、つたい歩き程度。(M) 4. 簡単な指示・禁止がわかる程度。(オイテ、チョウタイ)(C) 5. 音声はまねするが有意味語にはならない。(C) DA(0:9~1:6)
2 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで与えれば飲み、コップももてるが全介助(IF) 2. 復返りができるが必ずわりは不安定。(M) 3. 人に向って声を出すが入真似はできない。(C) 4. 誰もいなくなると泣くが家族の区別はほとんどできない。(C) 5. 玩具を手にするがもちかえる程度。(I) DA(<0:72) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ビスケットなどをもちたせると自分で食べられるがスプーンをもとろししない。(IF) 2. おすわり、つかまり立ち程度。(M) 3. 簡単な身振りのマネをする程度。(C) 4. 喃語はさかんだが有意味語にはならない。(C) 5. 玩具でごく簡単な遊び。(I) DA(0:48~1:06) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自分でスプーンをもち食べようとすることがほとんど全介助(IF) 2. 排泄の際介助に少し応じようとする。(IF) 3. 一人立ち、つたい歩き程度。(M) 4. 簡単な指示・禁止がわかる程度。(オイテ、チョウタイ)(C) 5. 音声はまねするが有意味語にはならない。(C) DA(0:84~1:6) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要(物をつかんで口にもっていく程度)(IF) 2. 排泄の際介助に少し協力する。(IF) 3. 着脱・排泄の際介助に少し協力する。(IF) 4. 音声身振りで意志を伝えようとするが身近かな者でない。(M) 5. 何か歩くが不安定、走れない。(M) 6. 家族とよその人の区別ができる。(C) DA(1:0~2:12)
3 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事全介助。(IF) 2. 排泄全介助。(IF) 3. 衣服の着脱全介助。(IF) 4. つかまり立ちもできない。(M) 5. 音声を発する程度。(C) MA(<0才9.6月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事は一人で食べようとする。(IF) 2. 常時かむつが必要(排せした後に泣くことがある程度)(IF) 3. つかまり立ちができるが一人立ちができない。(M) 4. 音声は発するが有意味語はしゃべれない。(C) 5. 感情表現は快、不快くらいである。(C) MA(0才7.2月~1才4.8月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要(物をつかんで口にもっていく程度)(IF) 2. 排泄の際介助には応じ(足を広げたりしゃがんだりする)(IF) 3. 歩いても不安定である。(M) 4. 簡単な指示や禁止の言葉もほとんど分らない。(C) 5. 家族とよその人の区別がわかる。(SB) MA(1才0.6月~2才0月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べられるがかなりこぼす。(IF) 2. 排泄の際1人でパンツをはくことが必要である。(IF) 3. 階段の昇り降りは一人で手すりにつかまることができる。(M) 4. 2,3の単語で意志を伝えられる程度にとどまる。(C) 5. ○○○○をもってきなさいなど簡単な指示や禁止しかわからない。(C) MA(1才6月~2才9.6月)
4 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事全介助。(IF) 2. 常時かむつが必要(排せした後に泣くことがある程度)(IF) 3. つかまり立ちができるが一人立ちができない。(M) 4. 音声を発する程度。(C) 5. やつと物が醒れる程度。(D) MA(<1才0月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要(物を手づかみで口にもっていく程度)(IF) 2. 排尿を予告しないから点検が必要。(IF) 3. 歩いても不安定である。(M) 4. 発語らしきものが1~2(マンマ、ブーブ)あるがほとんど発声のみである。(C) 5. 鉛筆やクレヨンを握れる程度。(D) MA(0才9.6月~1才9月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べられるがかなりこぼす。(IF) 2. 排泄・排便は出来る者もあるが定期的な指示や介助が必要である。(IF) 3. 階段を手を引いてもらって昇る。(M) 4. 身振りなどで要求を伝えることにはできるが言葉は数語にとどまる。(C) 5. なぐり描きをする程度。(D) MA(1才4.8月~2才6月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べる。(IF) 2. 一人で排尿するが注意が必要。(IF) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(M) 4. 簡単な応答ができるが単語を並べる程度。(C) 5. 真似をして線を書く。(D) MA(2才0月~3才6月)
5 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の介助には応じる。(IF) 2. 排泄全介助(IF) 3. 歩いても不安定である。(M) 4. 音声は発するが有意味語はしゃべれない。(C) 5. 鉛筆やクレヨンを握れる程度。(D) MA(<1才2.4月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排泄の際介助には応じ(足を広げたり、しゃがんだりする)(IF) 2. 着衣の際介助には応じる(手をのばしたり足を広げたりする)(IF) 3. 階段を片手を引いてもらって昇る。(M) 4. 簡単な指示や禁止の言葉もほとんど分らない。(C) 5. なぐり描きをする程度。(D) MA(1才0月~2才1.2月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排泄には介助が必要である。(IF) 2. 1人でパンツをはくことができる。(IF) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(M) 4. ごく簡単な応答しかできない。(C) 5. 真似をして線を書く。(D) MA(1才9月~3才0月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排尿は1人でできるが点検が必要。(IF) 2. 脱げるが着るのは難しい。(IF) 3. 階段の昇り降りは一人でどうにかできる。(M) 4. 会話ができるがたどたどしい。(C) 5. 鉛筆でマルを書く。(D) MA(2才6月~4才2.4月)
6 7 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりの始末(食事・排泄・着脱衣)はほとんどできない。(IF) 2. 歩いても不安定(まっすぐ歩けない、ぎこちない)である。(M) 3. 発語らしきものが1~2(マンマ、ブーブ)あるがほとんど発声のみである。(C) 4. 指示に対してはほとんど反応しない。(C) 5. 感情表現は快、不快くらいである。(C) MA(<1才7.2月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衣服の着脱や排泄などには多くの介助が必要である。(IF) 2. 階段は1人で昇れるが降りる時には介助が必要。(M) 3. 身振りなどで要求を伝えることにはできるが言葉は数語にとどまる。(C) 4. ごく簡単な指示しか分らず従えない(手を洗いなさい、歩いて、すわいなさい)(C) 5. 他の子供に関心をもちつが一緒に遊べない。(つづいたり、笑ったり、声を出したりする)(C) MA(1才2.4月~2才9.6月) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりの始末はある程度できる(スプーンやフォークなら食べられる。お尻がうけつけない、脱げるが痛むのは難しい)(IF) 2. 簡単な応答ができるが単語を並べる程度。(C) 3. 読み書きは困難だがいくつかの文字の弁別はできる。(L) 4. 1人、2人の級友なら遊ぶことができる。(SB) 5. 外出には常につきそいが必要である。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりの始末は大体できるが不完全。(IF) 2. 会話はある程度できるが語彙が少く使いにくい。(C) 3. 平仮名はひろい読みができ、名前が書ける程度。(L) 4. 大小、多少はわかるが数の理解は難しい。(L) 5. 指示に従って集団行動がとれるがはずれやすい。(SB) MA(3才0月~5才7.2月)

程度 年齢	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
8 歳	1. 身のまわりの始末は常に介助が必要である。(IF) 2. 階段の昇り降りには介助が必要である。(M) 3. 簡単な指示にのみ反応しないが機嫌のいいときはすることもある。(C) 4. 指示に対してあまり反応しないが機嫌のいいときはすることもある。(C) 5. 1人でいることが多いが働かせれば他人との交渉ができる。(ついたり、笑ったり、声を出し合ったりなど)(SB) MA (<2才0月)	1. 身のまわりの始末はかなりの介助が必要である。(IF) 2. 階段の昇り降りは1人でできる。(M) 3. ○○○○をもってきなさいなどの簡単な指示しかわからない。(C) 4. ごく簡単な応答しかできない。(C) 5. 他の子供に関心をもつと一緒に遊べない。(ついたり、笑ったり、声を出し合ったりする)(SB) MA (1才7.2 ~ 3才6月)	1. 身のまわりの始末は大体でできるが点検が必要である。(例えばお尻がふけない、シャツが裏返しなど)(IF) 2. 会話ができるがたどたどしい。(C) 3. 平仮名が10~20位かける。(L) 4. 指示に従って集団行動がとれるがはずれやすい。(SB) 5. 慣れたところなら目的地までどうにか1人で歩いていける。(SB) MA (2才9.6月~5才0月)	1. 身のまわりの始末は大体でできるが不完全。(IF) 2. 日常会話はかなりできるが充分ではない。(C) 3. 平仮名が文が書ける。(L) 4. 簡単な買物(1,2品)ができる。(SB) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(SB) MA (4才0月~7才0月)
10 11 歳	1. 身のまわりの始末は介助が必要である。(食事、排泄、衣服の着脱などは自分でやる気はある)(IF) 2. 身振りで要求を伝えることができるが言葉は数語にとどまる。(C) 3. 数語の単語が言えるが慣れないとわからない。(C) 4. 簡単な指示しか分らない。(黒い、大きい、食べなさい)(C) 5. 1人でいることが多いが働かせれば他人との交渉ができる。(ついたり、笑ったり、声を出し合ったりなど)(SB) MA (<2才4.8月)	1. 身のまわりの始末はある程度でできる。(例えばスプーンやフォークなら扱われる、お尻がよくふけない、脱げるが着るのには難しい)(IF) 2. 簡単な応答はできるが単語を並べられない。(C) 3. ○○○○をもってきなさいなどの簡単な指示や禁止がわかりそれに従える。(C) 4. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の弁別はできる。(L) 5. 外出には常につきせいが必要である。(SB) MA (2才0月~4才2.4月)	1. 身のまわりの始末は大体でできるが点検が必要である。(例えばお尻がふけない、靴などはまちがえることがある)(IF) 2. 日常会話はある程度でできるが語彙が少い。(C) 3. ごく簡単な文(二語程度)がかかる。(L) 4. 経験をつまれば買物(1品くらい)ができる。(SB) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(SB) MA (3才6月~6才0月)	1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気を配れない。(IF) 2. 日常会話はある程度で充分ではない。(C) 3. 2,3の漢字を使った文の読み書きができる。(L) 4. 簡単な買物(2,3品程度)ができる。(SB) 5. 乗物を利用(通学、外出など)できるようになる。(SB) MA (5才0月~8才4.8月)
12 14 歳	1. 身のまわりの始末は介助が必要である。(1人でいても汚したり失敗したりする)(IF) 2. ごく簡単な指示しかわからない(座りなさい、食べなさい)(C) 3. 単語が5~6言えるが会話にはならない。(C) 4. 1人でいることが多いが集団行動はできない。(SB) 5. 簡単な手伝い位しかできない(新聞をもって、茶碗の出し入れなど)(C) MA (<3才0月) (<2才10.4月)	1. 身のまわりの始末はどうにかできるが点検が必要である。(IF) 2. 日常会話はある程度でできるが語彙が少い。(C) 3. 簡単な指示ならある程度従える。(C) 4. 会話ができるが単語を並べられない。(C) 5. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど)(SB) 6. 監督のもとで簡単な作業ができるが長続きしない。(庭の草とり、雑巾がけなど)(O) MA (2才4.8月~5才3月) (5才0月)	1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気を配れない。(IF) 2. 日常会話はある程度でできるがたどたどしいが意図が通じるがたどたどしい。(C) 3. 具体的なことごとく日記を2~3行書ける。100円位までの買物なら計算ができる。(L) 4. 大体みんなと集団行動がとれるがはずれやすい。(SB) 5. 作業はできるが時々注意が必要である。(O) MA (4才2.4月~7才6月) (7才2月)	1. 身のまわりの始末はできるが汚れや身だしなみについては気を配れない。(IF) 2. 日常会話はある程度で充分ではないが内容的に抽象的な内容の理解は難しい。(L) 3. 簡単な買物の計算ができる。(L) 4. 慣れたところなら乗物の利用ができる。(SB) 5. 作業は自発的に、かなり持続・集中できるが責任は充分に果たせない。(O) MA (6才0月~10才6月) (10才0.9月)
15 17 歳	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(IF) 2. 従えるが単語が多い。(C) 3. 単純な意志表示しかできない。(C) 4. 集団行動は散歩程度しかできない。(他人に対していける程度)(SB) 5. 簡単な手伝い位しかできない(新聞をもって、茶碗の出し入れなど)(O) MA (<3才7.2月) (<3才0月)	1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(IF) 2. 日常会話はある程度でできるが語彙が少い。(C) 3. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(L) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど)(SB) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが長続きしない。(庭の草とり、雑巾がけなど)(O) MA (5才3月~6才3.6月) (2才10.4月~5才3月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた配慮ができない。(例えば服装など)(IF) 2. 日常会話はたどたどしいがある程度はできる。(C) 3. 2~3の漢字を使って簡単な文章が書ける。100円位の買物で計算ができる。(L) 4. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(SB) 5. 簡単な作業はできるが自発性に乏しい。(O) MA (5才3月~9才0月) (5才0.2月~7才6月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた配慮ができない。(例えば服装など)(IF) 2. 日常会話はできるがこみ入った話は難しい。(C) 3. 簡単な社会生活のきまりに従って行動ができるが事象の変化には適応できない。(SB) 4. 簡単な読み書きや金銭の計算ならできる。(L) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労できるが監督が必要である。(V) MA (7才6月~12才7.2月) (7才2月~10才0.9月)
18 歳 以上	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(IF) 2. 単純な意志表示しかできない。(C) 3. 集団行動は散歩程度しかできない。(他人に対していける程度)(SB) 4. 文字の読み書きや数量処理はできない。(L) 5. 単純作業も難しい。(V)	1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(IF) 2. ごく簡単な日常会話しかできない。(C) 3. 指示されたら集団行動(体操、ボールけりなど)は充分にはできない。(SB) 4. 困難、数量処理も難しい。(L) 5. 断続的な単純作業はどうにかできるが長続きせず共同の作業はできない。(V)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた配慮ができない。(例えば服装など)(IF) 2. 限られた範囲内なら日常会話はどのように通じる。(C) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(SB) 4. 平仮名程度は何とか読んだり書いたり、限られた範囲内なら簡単な買物ができる。(L) 5. 単純作業ならできる。(V)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた配慮ができない。(例えば服装など)(IF) 2. 日常会話はできるがこみ入った話は難しい。(C) 3. 簡単な社会生活のきまりに従って行動ができるが事象の変化には適応できない。(SB) 4. 簡単な読み書きや金銭の計算ならできる。(L) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労できるが監督が必要である。(V)

下段の()内は修正年齢(田研、田中ビネーによる)

各年齢段階の評価の視点

2才以下	3才~5才
自立機能 (IF) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 探索・操作 (I)	自立機能 (IF) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 描画表現 (D) 社会的行動 (SB)
6才~17才	18才以上
自立機能 (IF) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算(L) 社会的行動 (SB) 作業 (O)	自立機能 (IF) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算(L) 社会的行動 (SB) 職業技能 (V)

介護度の指標

介護の程度	1 級	2 級	3 級	4 級
内容	常時全ての面で介護が必要	常時多くの面で介護が必要	時々又は一時的に、あるいは一部介護が必要	点検、注意又は配慮が必要
日常生活面の介助	基本的な生活習慣が形成されていないため、常時全ての面で介助が必要。それがないと生命維持も危れる。	基本的な生活習慣がほとんど形成されていないため、常時多くの面で介護が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分のため、一部介助が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分ではあるが、点検助言が必要とされる程度。
行動面の監視	多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い監視が必要。	多動、自閉などの行動があり常時監視が必要。	行動面での問題に対し注意したり、時々指導したりすることが必要。	行動面での問題に対し多少注意する程度。
保健面の看護	身体的健康に嚴重な看護が必要。生命維持の危険が常にある。	身体的健康に若干の看護が必要。発作頻発傾向。	発作が時々あり、あるいは周期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある。	服薬等に対する配慮程度。

両者は独立した尺度として扱い、両者の関係は従来、一部で考えられていたかみ合せではなく、両者を併記して総合的に判断することが望ましい。(このことについては本研究班では意見が十分に煮つまっていないので最終結論ではない。)

IV 今後の課題

——行政への要望——

全国各地の児童相談所、精神薄弱者更生相談所等では心理判定員等が精神薄弱者(児)の幸せを願って判定業務をおこなっている。

これらの判定員は精神薄弱者(児)の人的成長や自己実現を援助する諸活動が効果的に機能するための手がかりとなる多面的、総合的な臨床像の把握に創意工夫をこらし、さまざまな努力を払っているが、全国的にみて、かならずしも判定の基準が確立されているとはいえない状況にあり、また全国的な判定尺度の基準を望む声も強い。

さらに昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査にあたって作成した判定基準を使用している都府県も多いが、この判定基準は現在の時点からみると改善すべき点が多くみられ、とくに程度別判定に発達障害の程度以外の要因(介護度など)を含むなど程度別判定を不明確にするきらいが見受けられる。

これらのことを考えあわせると、よりよい判定基準作成のための一段階として、この精神薄弱の程度別判定の指標試案を行政的によく吟味し検討したうえで、全国各地で判定業務に従事している専門職員の参考に供することは意義のあることといえよう。

それとともに関連するいくつかの問題についても、特に要望しておきたい。

1. 精神薄弱問題に関する業務に従事する職員は精神薄弱に対する従来の固定的観念を捨て、可変性を追求していく姿勢が必要であり、それと関連して社会の人びとに対する啓蒙活動の推進に努めること。
2. 程度別判定は精神発達障害の程度と介護度を分けて別個に判定すること。

従来は両者をかみ合わせて程度別判定をおこなう考えが昭和50年度全国精神薄弱者(児)実態調査の際の程度別判定に関する留意事項の記載内容の影響もあって、かなりの判定機関

で受けいられているが、経済給付のための判定と処遇上の必要からおこなう判定の場合とでは若干くいちがいが出てくるむきもあるので、それぞれ別個に判定することが望ましい。

なお、前述のように両者の関係はかみ合せではなく、併記してそれを総合的に判断することが望ましいが、いまだ最終結論を出す段階に至っていない。

3. 精神薄弱者(児)の行動は治療・訓練・環境調整により、また個人の成長などによって変化が認められるので、定期的に再判定をおこなうことが必要である。

定期的に再判定を実施する場合の期間は発達期の子どもでは、すくなくとも発達障害の程度別指標試案に示す年齢段階ごとにおこなうことが必要であり、成人の場合でも5年位の間隔でおこなうことが望ましい。

4. 判定業務に従事する職員の資質の一層の向上をはかる為の研修を強化することが必要である。
5. 子後に関する判定が生かされ、精神薄弱者(児)の人的成長や自己実現がはかれるように施設設備の一層の充実が必要である。

〈附 記〉

終りに臨み、2年間にわたって数々の御指導、御助言を賜った厚生省児童家庭局 児童福祉専門官 下平幸男先生、障害福祉専門官 小林久利先生、また御協力を頂いた千葉県市川児童相談所、柏児童相談所、東京都児童相談センター、埼玉県川越児童相談所、大阪府中央児童相談所、東京都心身障害者福祉センター、大阪府精神薄弱者更生相談所、埼玉県熊谷精神薄弱者更生相談所、千葉県障害者相談センター、千葉県立乳児院、千葉県袖ヶ浦福祉センター、群馬県はるな郷、宮崎県向陽の里、埼玉県美里学園、深谷市立松寿園、市川市立松の実学園、船橋市立藤原学園、船橋市京葉学園、国府台聖愛乳児園、松戸市立ゆうかり学園、市川市国分幼稚園、市川市立養護学校その他多数の関係者各位に心から謝意を表する次第である。

参 考 文 献

1. AAMD (1973) : Manual on terminology and Classification in Mental Retardation; 1973 Revision.
2. 菅 修, 他(1964) : 精神薄弱者判定要領, 厚生省社会局。
3. 厚生省児童家庭局 (1975) : 昭和50年度全国精神薄弱者 (児) 実態調査調査員手帳 (精神薄弱の定義および精神薄弱の程度の判定に関する留意事項)。
4. 富安芳和, 他(1974) : 精神薄弱者の適応行動の測定法, 日本文化科学社。
5. 台 弘, 土居健郎 (編) (1975) : 精神医学と疾病概念, 東京大学出版会。
6. 櫻井芳郎, 加藤進昌, 成瀬浩, 他(1976), (1977) : 精神薄弱者の早期老化の実態とその対策に関する研究 (昭和50年度, 51年度厚生省心身障害研究報告書, 精神薄弱児 (者) の治療教育に関する研究), 128~138. 129~138。

< 資 料 >

I. 精神薄弱の程度別判定指標項目の検証作業

1. 調 査 対 象

〈幼児群〉 実数

性別	3才	4才	5才	合計
男子	3	22	38	63
女子	4	7	13	24
計	7	29	51	87

〈児童・生徒群〉 実数

性別	6・7才		8・9才		10・11才		12才~14才		15才~17才			合計	
	6才	7才	8才	9才	10才	11才	12才	13才	14才	15才	16才		17才
男子	1	2	3	6	8	4	0	3	5	6	5	9	52
女子	3	1	2	4	2	1	2	1	1	0	6	8	31
計	4	3	5	10	10	5	2	4	6	6	11	17	83
	7		15		15		12		34				

〈成人群〉 実数

性別	10才~		20才~		30才~		40才~		50才~		60才~		70才~		合計
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	
男		5	27	72	54	22	11	8	7	1	2	1	1	0	211
女		4	23	64	37	21	13	6	7	3	1	0	0	0	179
計		9	50	136	91	43	24	14	14	4	3	1	1	0	390
	9		186		134		38		18		4		1		

<一例>

2. 調査用紙 (調査項目は第1次試案の指標を用いた)

精神薄弱の程度別判定指標についての調査

年 令 才 月	現行の判定による結果	この指標による判定										
性別 男 女	(1) 精神薄弱の程度 最 重 中 軽 (2) テスト結果 IQ () SQ () その他 ()	(1) 精神薄弱の程度 最 重 中 軽 (2) この指標の問題点及び意見										
現籍 (措置されている場所)	(3) 現症 (身体、言語、運動、神経など)											
<p style="text-align: center;">障害程度の指標</p>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">年令</th> <th style="width: 20%;">最 重 度</th> <th style="width: 20%;">重 度</th> <th style="width: 20%;">中 度</th> <th style="width: 20%;">軽 度</th> </tr> <tr> <td>18歳以上の人</td> <td> 1. 他人の助けを借りなければ身の周りの始末ができない。(自立) 2. 簡単な意志表示しかできない。(意志) 3. 散歩などはある程度、他の人に従って参加できる。(社会) 4. 文字の読み書きができない、数量処理ができない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業) </td> <td> 1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(自立) 2. 日常生活に必要なコミュニケーションはある程度できる。(意志) 3. 指示されれば集団行動 (体操、ボールけりなど) ができる。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり、書いたりする。極めて簡単な数量処理しかできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業はどうかできる。(職業) </td> <td> 1. 身辺自立はしているが状況 (時・所・場合 (T・P・O)) に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常生活はあまり不自由はない。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(社会) 4. 簡単な読み書きや、金銭の計算ならびにできる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならびにできる。(職業) </td> <td> 1. 日常生活に必要なコミュニケーションは可能である。(意志) 2. 抽象的思考や合理的判断ができていく。(社会) 3. 事象の変化に適応する能力に欠ける面がある。(社会) 4. おむね小学校5~6年程度の学力しかない。(読み、書き、計算) </td> </tr> </table>	年令	最 重 度	重 度	中 度	軽 度	18歳以上の人	1. 他人の助けを借りなければ身の周りの始末ができない。(自立) 2. 簡単な意志表示しかできない。(意志) 3. 散歩などはある程度、他の人に従って参加できる。(社会) 4. 文字の読み書きができない、数量処理ができない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業)	1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(自立) 2. 日常生活に必要なコミュニケーションはある程度できる。(意志) 3. 指示されれば集団行動 (体操、ボールけりなど) ができる。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり、書いたりする。極めて簡単な数量処理しかできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業はどうかできる。(職業)	1. 身辺自立はしているが状況 (時・所・場合 (T・P・O)) に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常生活はあまり不自由はない。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(社会) 4. 簡単な読み書きや、金銭の計算ならびにできる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならびにできる。(職業)	1. 日常生活に必要なコミュニケーションは可能である。(意志) 2. 抽象的思考や合理的判断ができていく。(社会) 3. 事象の変化に適応する能力に欠ける面がある。(社会) 4. おむね小学校5~6年程度の学力しかない。(読み、書き、計算)		
年令	最 重 度	重 度	中 度	軽 度								
18歳以上の人	1. 他人の助けを借りなければ身の周りの始末ができない。(自立) 2. 簡単な意志表示しかできない。(意志) 3. 散歩などはある程度、他の人に従って参加できる。(社会) 4. 文字の読み書きができない、数量処理ができない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業)	1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(自立) 2. 日常生活に必要なコミュニケーションはある程度できる。(意志) 3. 指示されれば集団行動 (体操、ボールけりなど) ができる。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり、書いたりする。極めて簡単な数量処理しかできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業はどうかできる。(職業)	1. 身辺自立はしているが状況 (時・所・場合 (T・P・O)) に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常生活はあまり不自由はない。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(社会) 4. 簡単な読み書きや、金銭の計算ならびにできる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならびにできる。(職業)	1. 日常生活に必要なコミュニケーションは可能である。(意志) 2. 抽象的思考や合理的判断ができていく。(社会) 3. 事象の変化に適応する能力に欠ける面がある。(社会) 4. おむね小学校5~6年程度の学力しかない。(読み、書き、計算)								

精神薄弱の判定基準に関する研究

3. 精神薄弱の程度別判定指標項目の通過率

＜3才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度						
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
最重度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
重度	男子	100	100	100	100	100	50	50	100	100	50	50	100	100	100	100	100	30	50	50	50	50	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	67	100	100	100	100	67	100	67	100	67	67	67	67	67	
中度	男子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
軽度	男子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

ゴチックは通過率60以上の項目

＜4才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度						
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
最重度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
重度	男子	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100	100	0	100	100	50	0	0	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
中度	男子	62	62	62	62	62	69	69	69	54	69	100	92	100	62	100	69	69	77	15	23		
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
軽度	男子	71	71	71	71	71	71	71	71	57	71	100	100	100	86	100	57	100	86	29	29		
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

ゴチックは通過率60以上の項目

＜5才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度					
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
最重度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
重度	男子	100	100	100	100	100	83	100	100	67	67	67	83	67	0	0	17	17	50	0	0	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
中度	男子	100	100	94	100	100	94	94	100	76	94	94	88	88	29	29	39	69	88	6	24	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
軽度	男子	93	93	93	93	93	93	93	93	87	93	100	100	100	73	73	60	100	100	60	73	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

ゴチックは通過率60以上の項目

＜6・7才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度					
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
最重度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
重度	男子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
中度	男子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
軽度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

ゴチックは通過率60以上の項目

＜8・9才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度				
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4
最重度	男子	100	100	100	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	0	0	0	0	0
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
重度	男子	75	75	75	50	75	50	75	50	25	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
中度	男子	100	100	50	50	100	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
軽度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

ゴチックは通過率60以上の項目

＜10・11才群＞

現行判定	性別	指標による判定					最重度					中度					軽度				
		項目	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4
最重度	男子	100	75	75	75	75	50	25	0	25	0	75	0	0	0	0	0	0	0	0	
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
重度	男子	100	100	50	100	100	100	25	88	25	100	83	13	0	0	25	0	0	0		
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
中度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	女子	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
軽度	男子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	女子	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

ゴチックは通過率60以上の項目

< 12才~14才群 >

%(実数)

Table for 12-14 age group showing prevalence rates by sex and severity level (軽度, 中度, 重度, 最重度).

< 15才~17才群 >

チェックは過半数60%以上の項目

%(実数)

Table for 15-17 age group showing prevalence rates by sex and severity level, with a note on the 60% threshold.

< 20才群 (一部15才以上を含む) >

%(実数)

Table for 20 age group showing prevalence rates by sex and severity level.

チェックは過半数60%以上の項目

%(実数)

< 30才群 >

Table for 30 age group showing prevalence rates by sex and severity level.

チェックは過半数60%以上の項目

%(実数)

< 40才群 >

Table for 40 age group showing prevalence rates by sex and severity level.

チェックは過半数60%以上の項目

%(実数)

< 60才以上群 >

Table for 60+ age group showing prevalence rates by sex and severity level.

チェックは過半数60%以上の項目

%(実数)

4. 現行判定と指標による判定の相関

3才～5才群

合計						男子						女子					
指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計
軽	19	9	4		32	軽	12	7	4		23	軽	7	2			9
中	12	13	17	3	45	中	8	11	12	1	32	中	4	2	5	2	13
重		2	6	2	10	重		2	5	1	8	重			1	1	2
最重						最重						最重					
計	31	24	27	5	87	計	20	20	21	2	63	計	11	4	6	3	24

6才～17才群

合計						男子						女子					
指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計
軽	6	4	1		11	軽	4	3	1		8	軽	2	1			3
中	1	13	8	2	24	中		6	4	1	11	中	1	7	4	1	13
重		1	17	12	30	重			13	8	21	重		1	4	4	9
最重			2	16	18	最重			1	11	12	最重			1	5	6
計	7	18	28	30	83	計	4	9	19	20	52	計	3	9	9	10	31

成人群 (18才以上)

合計						男子						女子					
指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計	指標 現行	軽	中	重	最重	計
軽	16	15	5		36	軽	11	6	3		20	軽	5	9	2		16
中	3	104	55	4	166	中	1	51	30	1	83	中	2	53	25	3	83
重		17	117	32	166	重		8	65	18	91	重		9	52	14	75
最重			5	17	22	最重			4	13	17	最重			1	4	5
計	19	136	182	53	390	計	12	65	102	32	211	計	7	71	80	21	179

3才～5才群

	軽 度	中 度	重 度	最 重 度
合計	0.55 ± 0.27	-0.53 ± 0.41	-0.97 ± 0.05	-1.17 ± 1.04
男子	0.67 ± 0.37	-0.41 ± 0.52	-0.98 ± 0.03	-0.50 ± 0.87
女子	0.45 ± 0.25	-0.44 ± 0.51	-0.92 ± 0.14	-0.83 ± 0.76

6才～17才群 (回帰直線 $y = 0.63x + 0.84$; $r : 0.714$) $P < 0.1$

合計	0.02 ± 0.06	-0.06 ± 0.16	-0.17 ± 0.42	-0.17 ± 0.65
男子	—	-0.11 ± 0.20	-0.05 ± 0.08	-0.23 ± 0.45
女子	0.04 ± 0.14	0.01 ± 0.12	-0.25 ± 0.05	-0.42 ± 0.63

成人群 (18才以上) (回帰直線 $y = 0.74x + 0.44$; $r : 0.849$) $P < 0.5$

合計	0.10 ± 0.15	-0.01 ± 0.10	-0.29 ± 0.21	-0.79 ± 0.22
男	0.06 ± 0.09	0.02 ± 0.17	-0.27 ± 0.19	-0.73 ± 0.26
女	0.16 ± 0.23	-0.03 ± 0.12	-0.33 ± 0.29	-0.56 ± 0.39

x = 指標 y = 現行

II. 最終案決定までの試案の変遷 (第2次試案および最終案は略)

精神薄弱の程度別判定指標 (第1次試案)

発達障害の程度の指標

3才～5才

年齢	程度	最重 度	重 度	中 度	軽 度
3 歳	3	1. 食事全介助。(自立) 2. 排泄全介助。(自立) 3. 衣服の着脱全介助。(自立) 4. ハッター、コロガッターして移動する。(移動) 5. 音声を発する程度。(意志)	1. 食事は全介助。(自立) 2. 常時おむつが必要。(排泄した後泣く程度)(自立) 3. つかまり立ちができる程度。(移動) 4. 音声は発するが、発語らしきものはみられない。(意志) 5. 感情表現は快、不快くらいである。(意志)	1. 食事には多くの介助が必要。(物をつかんで口にもっていく程度)(自立) 2. 排泄の際介助に応ずる。(自立) 3. 歩いても不安定。(移動) 4. 音声や身振りで意志を伝えようとするが、身近かな者でないとわからない。(意志) 5. 家族とよその人の区別がわかる。(社会)	1. スプーンで食べられるがかなりこぼす。(自立) 2. 排泄の際1人でパンツをたろすが介助が必要である。(自立) 3. 階段の昇り降りはどうにかできる。(移動) 4. 禁止の言葉がわかる。(泣いたり、ふくれたりの反応をする程度)(意志) 5. 簡単な指示がわかる。(社会)
		1. 食事に全介助が必要。(自立) 2. 常時おむつをする必要がある。(自立) 3. つかまり立ちができる程度。(移動) 4. 音声を発する程度。(意志) 5. やっと物が握れる程度。(描画)	1. 食事には多くの介助が必要。(物をつかんで口にもっていく程度)(自立) 2. 排泄を予告しないから点検が必要。(自立) 3. 歩いても不安定である。(移動) 4. 発語らしきものが1～2(マンマ、プープ)があるが、ほとんど発声のみである。(意志) 5. 鉛筆やクレヨンが握れる程度。(描画)	1. スプーンで食べられるがかなりこぼす。(自立) 2. 排尿・排便はできる者もいるが、定期的な指示、介助が必要である。(自立) 3. 階段を手を引いてもらって昇る。(移動) 4. 身振りなど(言葉も数語使う)で要求が伝えられる。(意志) 5. なぐり描きをする程度。(描画)	1. スプーンで食べる。(自立) 2. 1人で排便するが、注意が必要。(自立) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(移動) 4. 簡単な応答ができるが、単語を並べる程度。(描画) 5. 真似をして線を書く。(描画)
		1. 食事の介助に応ずるが、衣服の着脱の介助に反応しない。(自立) 2. 排泄は全介助の必要。(自立) 3. 歩いても不安定である。(移動) 4. 音声は発するが、発語らしきものはみられない。(意志) 5. 鉛筆やクレヨンが握れる程度。(描画)	1. 排泄の際介助に応ずる。(足を広げたり、しゃがんだりする)(自立) 2. 着衣の際介助に応ずる。(手をのばしたり、足を広げたり)(自立) 3. 階段を片手を引いてもらって昇る。(移動) 4. 音声や身振りで意志を伝えようとするが、身近かな者でないとわからない。(意志) 5. なぐり描きをする程度。(描画)	1. 排泄には介助が必要である。(自立) 2. 1人でパンツをたろすことができる。(自立) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(移動) 4. ごく簡単な応答ができる。(意志) 5. 真似をして線を書く。(描画)	1. 排泄は1人でするが点検が必要。(自立) 2. 脱げるが、着るのは難しい。(自立) 3. 階段の昇り降りは1人でどうにかできる。(移動) 4. たどたどしいが会話ができる。(意志) 5. 鉛筆で丸を書く。(描画)

6才～17才

年齢	程度	最重 度	重 度	中 度	軽 度
6 7 歳	自立	○ 身辺処理(食事・排泄・着脱衣)はできない。	○ 衣服の着脱や排泄などには、多くの介助が必要である。	○ 身辺処理はある程度までできる。(スプーンとフォークなら食べられる。お尻がよくふけない。脱げるが着るのは難しい。)	○ 身辺処理は大体できる。
	身体	○ 歩いても不安定(まっすぐ歩けない。ぎこちない)である。	○ 階段を降りるときには介助が必要である。		
	意志	○ 発語らしきものが1～2(マンマ、プープ)があるが、ほとんど発声のみである。 ○ 指示に対してはほとんど反応しない。 ○ 感情表現は快、不快くらいである。	○ 身ぶりなど(ことばも数語使う)で要求が伝えられる。 ○ ごく簡単な指示に従える。(手を洗いなさい。おいで、おわりなさい) ○ 他人に関心をもつ。(ついたり、笑ったり、声を出したりする)	○ 簡単な応答ができるが単語をならべる程度。	○ 会話はある程度できる。(語いが少なく、使い方が不完全)
	学習			○ 読み書きは困難だが、いくつかの文字の弁別ができるものもある。	○ 大小、多少はわかるが数の理解はむずかしい。 ○ 平仮名のひろい読みができ名前が書ける。
	社会			○ 通学には常につきそいが必要である。 ○ 一人二人の級友と遊ぶことができる。	○ 指示に従って集団行動がとれるがそろわない。
	作業				

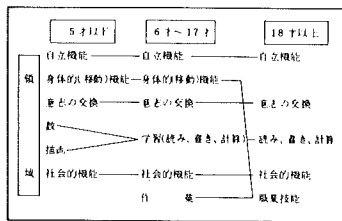
精神薄弱の判定基準に関する研究

年齢領域	程度	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
8 9 歳	自立	○ 身辺処理には常に介助が必要である。	○ 身辺処理はかなりの介助が必要である。	○ 身辺処理はだいたいできるが点検が必要である。(たとえば尻がふけない、シャツが裏返しなど)	○ 身辺処理はだいたいできる。
	身体	○ 階段の昇り降りには介助が必要である。	○ 階段の昇り降りはひとりできる。		
	意志	○ 音声や身振りて意志を伝えようとするが身近なものでないとわからない。 ○ 指示に対してあまり反応しないが機嫌のいい時にはすることもある。	○ 簡単な指示がわかる。 ○ ごく簡単な応答ができる。(うん、首をふるなど)	○ たとどしいが会話ができる。	○ 日常会話がかなりできる。
	学習			○ ひらがなが10~20位できる。	○ ひらがなで文が書ける。
	社会	○ ひとりであることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる。(つついたり、笑ったり、声を出し合ったりなど)	○ 他の子供に関心を持つ。(つついたり、ひっぱったり、笑いかけたりする)	○ 指示に従って集団行動とられるがそるわない。 ○ 慣れたところなら、目的地まで一人で歩いていける。	○ 簡単な買物(1.2品)ができる。 ○ 慣れた経路なら電車・バスで通学できる。
	作業				
10 11 歳	自立	○ 身辺処理は介助が必要である。(食事・排泄・衣服着脱などは自分でする気がある)	○ 身辺処理はある程度までできる。(例えばズボンとフックなら食べられる、尻がよくふけない、脱げるが着るのは難しい)	○ だいたい身辺自立しているが、シャツ・パンツ・タツをまわがえることがある。	○ 身辺自立はしているが、状況(時・場所・場合・T・P・O)に応じた行動がまだうまくできない。
	身体				
	意志	○ 身振りで要求を表現できるがよくわからない。 ○ 数語の単語を言えるが慣れないとわからない。 ○ 簡単な指示ならわかる。(すわりなさい、食べなさい)	○ 簡単な応答ができるが、単語を並べる程度。 ○ 簡単な指示がわかり、それに従える。	○ 日常会話はある程度できるが、語いが少ない。	○ 日常会話はだいたい不自由なくできる。
	学習		○ 読み書きは困難だがいくつかの文字の弁別ができる者もいる。	○ ごく簡単な文(二語文程度)が書ける。	○ 2.3の漢字を使った文の読み書きができる。
	社会	○ ひとりであることが多いが、働きかければ他人との交渉(つついたり、笑ったり、声を出し合ったり)ができる。	○ 外出には常につきそいが必要である。	○ 経路を覚めれば買物(一品ぐらい)ができる。 ○ 慣れた経路なら電車・バスで通学できる。	○ 簡単な買物(2.3品程度)ができる。 ○ 乗物が利用(通学・外出など)できるようになる。
	作業				
12 14 歳	自立	○ 身辺処理は介助が必要である。(一人でしても汚したり失敗したりする)	○ 身のまわりの始末はどうかできる。	○ 身辺自立しているが、汚れや身だしなみについては不十分である。	○ 身辺自立はしているが、状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がまだうまくできない。
	身体	○ 階段の昇り降りはできるが、足は交互に出せない。	○ 足を交互に出して階段を昇り降りする。		
	意志	○ 簡単な指示なら(すわりなさい、食べなさい)がわかる。 ○ 単語が5-6語言えるが会話にはならない。	○ 指示にはある程度従えるがムラが多い。 ○ たとどしいが会話ができる。なかには文字の読める者もいる。	○ 日常会話で意志が通じる。	
	学習		○ たとどしいが会話ができる。中には文字の読める者もいる。	○ 具体的な事柄の日記を2~3行書ける。 ○ 100円くらいの買物で計算ができる。	○ 簡単な漢字を使った文章の読み書きはできるが、抽象的な内容の理解は難しい。 ○ いくつかの買物の計算ができる。
	社会	○ 一人でいることが多く集団行動はあまりできない。	○ 監督下で簡単な作業や集団行動ができる。	○ だいたいみんなと集団行動ができる。	○ 他人との協力、乗物の利用などかなりよくできる。
	作業			○ 作業はできるが時々注意が必要である。	○ 作業は自発的にし、かなり持続・集中できるが、責任は充分果たせない。

年齢	程度	最重	重	中	軽
15歳	自立	他人の助けをかりなければ身の回りの始末ができない。	身のまわりの始末はどうかできる。	身辺自立はしているが、状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。	身辺自立はしているが、状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がまだうまくできない。
	身体	階段の昇り降りができるが自転車のペダルはふめない。	運動機能に劣りペダルはふめるが自転車には乗れない。		
	意志	指示にはある程度従えるがムラが多い。 多少単語が話せる。	日常会話はある程度できるが、語いが少ない。	日常会話はたいがい不自由なくできる。	
	字密		やさしい文字は読んだり、書いたりできる。	2~3の漢字を使って簡単な文章を書ける。 100円くらいの買物で計算ができる。	新聞が読めるが、内容が十分に理解できない。 いくつかの買物の計算ができる。
	社会	散歩などがある程度、他の人に従って参加できる。	監督下で簡単な作業や集団行動ができる。(庭の草とり、雑布がけ、散歩、ボール遊び)	簡単な社会生活のまきりはある程度理解できる。	社会生活(乗物の利用、他人との協力など)はあまり不自由なくできる。
	作業		単純作業はできるが自発性に乏しい。	作業は訓練によってかなりよくできるようになる。	

18才以上の成人

障害の程度	最重	重	中	軽	
領域	自立機能	他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。	身のまわりの始末はどうかできる。	身辺自立はしているが、状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。	自立している。
	意志の交換	簡単な意志表示しかできない。	日常生活に必要なコミュニケーションはある程度できる。	日常生活は、あまり不自由はない。	日常生活に必要なコミュニケーションは可能である。
	社会的技能	散歩などがある程度、他の人に従って参加できる。	指図されれば集団行動(体操、ボール遊びなど)ができる。	簡単な社会生活のまきりはある程度理解できる。	抽象的思考や合理的判断ができていく。 事態の変化に適応する能力に欠ける面がある。
	読み、書き、計算	文字の読み書きができない。 数量処理ができない。	平仮名程度は何とかが読んだり書いたりする。 きわめて簡単な数量処理ができない。	簡単な読み書きや、金銭の計算ならはできる。	いわゆる小学校5~6年程度の学力しかない。
	職業的技能	単純作業も難しい。	単純作業はどうかできる。	単純作業ならはできる。	職業生活は程度普通。

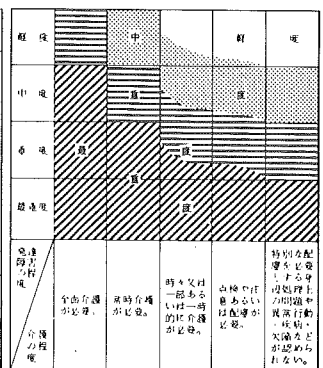


(自立)→自立機能 (字密)→読み、書き、計算
 (移動)→身体的移動/福祉 (作業)→自 業
 (意志)→意志の交換 (読み、書き、計算)→読み、書き、計算
 (指図)→指 示 (職業)→職業技能
 (社会)→社会的福祉

介護度の指標

介護の程度	全面的介護が必要	要時介護が必要	時々又は一部あるが一時期的に介護が必要	介護を必要としないが配膳が必要
身の回りの世話	全体的にみておける。それが必要とされる場合、身の回りの世話ができない(寝たきり状態)。	食事・排便・着脱など身辺処理のために介護が必要。	身の回りの始末が不安定ながら一人でできるが、一部介護も必要。	たいがい自分で行えるが、高熱やけいふが心配。
異常行動などの処理	動き回る、しゅっしゅっ狂走する。加齢などの異常行動があるため、たえず付添っている必要がある。	多動・自閉・興奮など、異常行動があるため、要時注意が必要。	性格・行動面でも少くともある程度、時々注意が必要。	性格・行動面でも少くともある程度、時々注意が必要。
疾病、失調などに伴う介護	高熱の発熱など社会復帰の困難が必要。	病気で健康の面でも介護が必要。	全自・療養・療育など、ある期間的に行われる介護が必要。	要時または一部あるが、定期的な介護が必要。

附 録



精神薄弱の程度別判定指標（第3次試案）

発達障害程度の指標

程度 年齢	最 重 度	重 度	中 度	軽 度
0:6 歳	中度に至らない段階		<ol style="list-style-type: none"> 1. 手になにかもたせようとすると反応する。(感覚) 2. 音のした方に首を廻す。(探索・操作) 3. 目の前に物をもっていくと往視する。(探索・操作) 4. 人がくると泣きやむ。(社会) 5. あやすと笑う。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 首がすわっている。(運動) 2. 声をだして笑う。(意志) 3. ものをみつめる。(探索・操作) 4. 抱いてあるくとあたりをキョロキョロみまわす。(探索・操作) 5. そばをあるく人を目で追う。(社会)
1 歳	中度に至らない段階		<ol style="list-style-type: none"> 1. 首がすわっている。(運動) 2. 声をだして笑う。(意志) 3. ものをみつめる。(探索・操作) 4. 抱いてあるくとあたりをキョロキョロみまわす。(探索・操作) 5. そばをあるく人を目で追う。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 支えられれば座っていられる。(運動) 2. 両手をいじって遊ぶ。(運動) 3. 人やおもちゃなどにむかって声をだす。(意志) 4. わざとおもちゃなどを落して、落ちたところをのぞく。(探索・操作) 5. 母親とよその人の区別がわかる。(社会)
1:6 歳	中度に至らない段階		<ol style="list-style-type: none"> 1. コップや茶碗から水を飲ませれば飲む。(自立) 2. すこし支えれば立っていられる。(運動) 3. 人の声がするとそっちをむく。(意志) 4. 手を出してものをとる。(探索・操作) 5. イナイナイパーをするまよふ。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. コップや茶碗から水を飲ませれば飲む。(自立) 2. すこし支えれば立っていられる。(運動) 3. 自分の欲しいものを指さす。(意志) 4. 手を出しや箱からいろいろなものをだして放らかす。(探索・操作) 5. イナイナイパーを、おんぶされた状態でイナイナイパーをする。(社会)
2 歳	中度に至らない段階		<ol style="list-style-type: none"> 1. ビスケットなどを自分で食べる。(自立) 2. ひどりで座っていられる。(運動) 3. 音声は発するが発語らしきものはみられない。(意志) 4. カラカラや鈴など音のおもちゃで遊ぶ。(探索・操作) 5. 子どもの遊びをじっとみている。(又は、相手をしておけるとよまふ)(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要。(ものをとついで口にもっていく程度)(自立) 2. 歩いても不安定。(運動) 3. 音声や身振りで意志を伝えようとするが身近かな者でないといわれない。(意志) 4. 箱の中に入れたり、だしたりして遊ぶ。(探索・操作) 5. 周囲の人のまねをする。(笑ったり、手をたたいたり)(社会)
3 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事全介助。(自立) 2. 排便全介助。(自立) 3. 衣服の着脱全介助。(自立) 4. 這ったり、ころがったりして移動する。(移動) 5. 音声を発する程度。(意志) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事は全介助。(自立) 2. 常時おむつが必要。(排便した後放く程度)(自立) 3. つかまり立ちができる程度。(移動) 4. 音声は発するが、発語らしきものはみられない。(意志) 5. 感情表現は快・不快くらいである。(意志) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要。(物をつかんで口にもっていく程度)(自立) 2. 排便の際介助に必ず必要。(自立) 3. 歩いても不安定である。(移動) 4. 音声や身振りで意志を伝えようとするが、身近かな者でないといわれない。(意志) 5. 家族とよその人の区別がわかる。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べられるがかなりこぼす。(自立) 2. 排便の際一人でパンツをおろすが介助が必要である。(自立) 3. 階段の昇り降りはどうにかできる。(移動) 4. 禁止の言葉がわかる。(泣いたり、哭かれたりの反応をする程度)(意志) 5. 簡単な指がわかる。(社会)
4 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には全介助が必要。(自立) 2. 常時おむつをする必要がある。(自立) 3. つかまり立ちができる程度。(移動) 4. 音声を発する程度。(意志) 5. やつと物が置れる程度。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事には多くの介助が必要。(物をつかんで口にもっていく程度)(自立) 2. 排便を予告しないから点検が必要。(自立) 3. 歩いても不安定である。(移動) 4. 発語らしきものが1~2(マンマ、ブーブ)があるが、ほとんど発声のみである。(意志) 5. 鉛筆やクレヨンを書ける程度。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べられるが、かなりこぼす。(自立) 2. 排便・排便は出来るが定期的な指し、介助が必要である。(自立) 3. 階段を手を引いてもらって昇る。(移動) 4. 身振りで簡単な単語を使うが要求が伝えられる。(意志) 5. なぐり描きをする程度。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スプーンで食べる。(自立) 2. 1人で排便するが、注意が必要。(自立) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(移動) 4. 簡単な応答ができるが、単語を並べる程度。(意志) 5. 真似をして線を書く。(描画)
5 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の介助に必ずするが、衣服の着脱の介助に反応しない。(自立) 2. 排便は全介助が必要。(自立) 3. 歩いても不安定である。(移動) 4. 音声は発するが、発語らしきものはみられない。(意志) 5. 鉛筆やクレヨンを書ける程度。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排便の際介助に必ずする。(足を広げたり、しゃがんだりする)(自立) 2. 着衣の際介助に必ずする。(手をのばしたり、足を広げたり)(自立) 3. 階段を片手を引いてもらって昇る。(移動) 4. 音声や身振りで意志を伝えようとするが身近かな者でないといわれない。(意志) 5. なぐり描きをする程度。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排便には介助が必要である。(自立) 2. 1人でパンツを脱ぐことができる。(自立) 3. 足を交互に出して階段を昇れるようになる。(移動) 4. ごく簡単な応答ができる。(意志) 5. 真似をして線を書く。(描画) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排便は1人ですが、点検が必要。(自立) 2. 脱げるが、着るのは難しい。(自立) 3. 階段の昇り降りは1人でどうにかできる。(移動) 4. たどたどしいが、会話ができる。(意志) 5. 鉛筆で丸を書く。(描画)
6・7 歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理(食事、排便、着脱衣)はできない。(自立) 2. 歩いても不安定(まっすぐ歩けない、ぎこちない)である。(移動) 3. 発語らしきものが1~2(マンマ、ブーブ)があるが、ほとんど発声のみである。(意志) 4. 指に対してはほとんど反応しない。(意志) 5. 感情表現は快・不快くらいである。(意志) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衣服の着脱や排便などには多くの介助が必要である。(自立) 2. 階段を降りる時は介助が必要である。(移動) 3. 身ぶりなど(ことばも単語使う)で要求が伝えられる。(意志) 4. ごく簡単な指しに従える。(手を渡さない、おいで、すわりなさい)(意志) 5. 他人に関心をもつ(つついたり、笑ったり、声を出したりする)(意志) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理はある程度までできる。(スプーンやフォークなら食べられる。お尻がよくふけない。脱げるが着るのは難しい)(自立) 2. 簡単な応答ができるが、単語をならべる程度。(意志) 3. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の判別ができるものもある。(学習) 4. 通字には常につきそいが必要である。(社会) 5. 一人二人の親友で遊ぶことができる。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理は大体できる。(自立) 2. 会話はある程度できる。(語いが少く使い方が不完全)(意志) 3. 大小、多少はわかるが、数の理解はむずかしい。(学習) 4. 平板書のひろい読みができる前がかけ。(学習) 5. 指しに従って集団行動がとれるがそろわない。(社会)

年齢	軽 重 度	重 度	中 度	軽 度
8・9歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理は常に介助が必要である。(自立) 2. 階段の昇り降りは介助が必要である。(移動) 3. 音や身ぶりなどで意志を伝えようとするが、身姿などではないとわからない。(意志) 4. 指示に対してあまり反応しないが機嫌のいいときにはすることもある。(意志) 5. ひとりであることが多いが、働きかければ他人との交渉ができる。(つついたり、笑ったり、声をだしあったりなど)(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理はかなりの介助が必要である。(自立) 2. 階段の昇り降りはひとりである。(移動) 3. 簡単な指示がわかる。(意志) 4. ごく簡単な応答ができる。(ウン、首をふるなど)(意志) 5. 他の子どもに関心をもつ。(つついたり、ひっぱたり、笑いかけたりする)(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理はだいたいできるが点検が必要である。(たとえば、お尻がふけない、シャツが裏返しなど)(自立) 2. たどたどしいが会話ができる。(意志) 3. ひらがなが10~20位かける。(学習) 4. 指示に従って集団行動がとれるがそろわない。(社会) 5. 慣れたところなら目的地までひとり歩いていける。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理がだいたいできる。(自立) 2. 日常会話がかなりできる。(意志) 3. ひらがなが文が書ける。(学習) 4. 簡単な買物(1・2品)ができる。(学習) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(社会)
10・11歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理は介助が必要である。(食事、排便、衣服着脱などは自分でする気がある)(自立) 2. 身ぶりで要求を表現できるがよくわからない。(意志) 3. 数語の単語を言えるが、慣れないとわからない。(意志) 4. 簡単な指示ならわかる(すわりなさい、食べなさい)(意志) 5. ひとりであることが多いが、働きかければ他人との交渉(つついたり、笑ったり、声を出したり)ができる。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理はある程度まで出来る。(例えば、スプーンフォークなら食べられる、お尻がよくふけない、脱着が着るは難かしい)(自立) 2. 簡単な応答ができるが単語を並べられない。(意志) 3. 簡単な指示がわかり、それに従える。(意志) 4. 読み書きは困難だが、いくつかの文字の判別ができる者もいる。(学習) 5. 外出には常につきそいが必要である。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. だいたい身辺自立しているが、シャツ、パンツ、タツをまちがえることがある。(自立) 2. 日常会話はある程度できるが語いが少ない。(意志) 3. ごく簡単な文(二語程度)がかかる。(学習) 4. 経験をつまば買物(一品ぐらい)ができる。(社会) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立はしているが状況(時、場所、場合-TPO)に応じた行動がまだうまくできない。(自立) 2. 日常会話はいたい不自由なくできる。(意志) 3. 2・3の漢字を使った文の読み書きができる。(学習) 4. 簡単な買物(2・3品程度)ができる。(社会) 5. 乗物が利用(通学、外出など)できるようになる。
12・14歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺処理は介助が必要である。(ひとりでも汚したり、失敗したりする)(自立) 2. 階段の昇り降りはできるが、足は安易に出せない。(移動) 3. 簡単な指示ならわかる(すわりなさい、食べなさい)わかる。(意志) 4. 単語が5~6語言えるが会話にはならない。(意志) 5. 一人であることが多く集団行動はあまりできない。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(自立) 2. 足を安易に出して階段の昇り降りをする。(移動) 3. 指示にはある程度従えるがムラが多い。(意志) 4. たどたどしいが会話ができる、なかには文字の読めるものもある。(意志、学習) 5. 監督下で簡単な作業や集団行動ができる。(社会、作業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立しているが、汚れや身だしなみについては不十分である。(自立) 2. 日常会話で意志が通じる。(意志) 3. 具体的なことがら日記を2~3行かける、100円くらいの買物で計算ができる。(学習) 4. だいたいみんなと集団行動ができる。(社会) 5. 作業はできるが時々注意が必要である。(作業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立はしているが状況(時、場所、場合-TPO)に応じた行動がまだうまくできない。(自立) 2. 簡単な漢字を使った文章の読み書きはできるが、抽象的な内容の理解はむずかしい。(学習) 3. いくつかの買物の計算ができる。(学習) 4. 他人との協力、乗物の利用などがかなりよくできる。(社会) 5. 作業は自発的にし、かなり持続、集中できるが、責任は充分には果たせない。(作業)
15・17歳	<ol style="list-style-type: none"> 1. 他人の助けをかりなければ身のまわりの始末ができない。(自立) 2. 階段の昇り降りはできるが、自転車へのペダルはふめない。(移動) 3. 指示にはある程度従えるがムラが多い。(意志) 4. 多少単語が話せる。(意志) 5. 散歩などはある程度他人に従って参加出来る。(社会) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりの始末はどうにかできる。(自立) 2. 運動機能に劣りペダルはふめるが自転車には乗れない。(移動) 3. 日常会話はある程度できるが語いが少ない。(意志) 4. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(学習) 5. 監督下で簡単な作業や集団行動ができる。(庭の草とり、雑草がけ、散歩、ホール遊びなど)(社会、作業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立はしているが状況(時、場所、場合-TPO)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常会話はいたい不自由なくできる。(意志) 3. 2~3の漢字を使って簡単な文章がかけられる。(学習) 4. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(社会) 5. 単純作業はできるが自発性に乏しい。(作業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立はしているが状況(時、場所、場合-TPO)に応じた行動がうまくできない。(自立) 2. 新聞が読めるが、内容は不十分にしか理解出来ない。(学習) 3. いくつかの買物の計算ができる。(学習) 4. 社会生活(乗物の利用、他人との協力など)はあまり不自由なくできる。(社会) 5. 作業は訓練によってかなりよくできるようになる。(作業)
18歳以上の成人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(自立) 2. 単純な意志をしかできない。(意志) 3. 散歩などはある程度ほかの人に従って参加できる。(社会) 4. 文字の読み書きができない、数量処理ができない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身のまわりのしまつどうにかできる。(自立) 2. 日常生活に必要なコミュニケーションはある程度できる。(意志) 3. 指示されれば集団行動(体操、ホール作りなど)ができる。(社会) 4. ひらがな程度は何と読んだり、書いたりする。きわめて簡単な数量処理しかできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業はどうにかできる。(職業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身辺自立はしているが状況(時、場所、場合-TPO)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常生活はあまり不自由はない。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解出来る。(社会) 4. 簡単な読み書きや、金額の計算ならばできる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならばできる。(職業) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日常生活に必要なコミュニケーションは可能である。(意志) 2. 抽象的思考や合理的判断ができない。(社会) 3. 事態の変化に適應する能力に欠ける面がある。(社会) 4. おおむね5歳~6年程度の学力しかない。(読み、書き、計算) 5. 職業生活はほぼ普通。(職業)

各年齢段階の詳細の状況

年齢段階	2才以下	3才~5才	6才~17才	18才以上
自立機能	自立機能	自立機能	自立機能	自立機能
運動機能	運動機能	身体的機能(移動)	身体的機能(移動)	意志の交換
意思機能	意思の交換	意思の交換	意思の交換	読み、書き、計算
社会的機能	社会的機能	社会的機能	社会的機能	職業技能

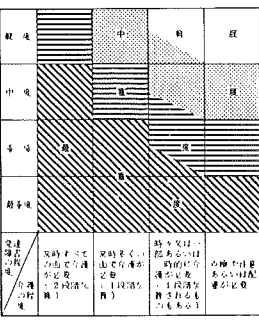
判定の要領

1. 各年齢段階の程度別に項目がすべて配当されています。
2. 記入のしかたは判定を要する項目の年齢に該当する程度に記入されている項目について、あてはまる項目に○印あてはまる項目に△印をつけてください。
3. 障害の程度別判定は、あてはまる○印が $\frac{1}{2}$ をこえている程度に設けてください。
4. この判定指標は障害程度を判定するの目的で、軽度の項目に記入できる者は含まれません。

介護度の指標

介護度の指標	要するすべての面で介護が必要	7割までで介護が必要	5割以上一部あるいは一部の面で介護が必要	介護を必要としない程度
行動の程度	行動の程度	行動の程度	行動の程度	行動の程度
日常生活の程度	日常生活の程度	日常生活の程度	日常生活の程度	日常生活の程度
職業上の程度	職業上の程度	職業上の程度	職業上の程度	職業上の程度

附 図



程度	最重	重	中	軽
8歳	1. 身のまわりの始末は常に介助が必要である。(自立) 2. 階段の昇り降りは介助が必要である。(移動) 3. 音声や身振りで意志を伝えようとするが身近かな者でないとうわからない。(意志) 4. 指示の理解にあまり反応しないが模倣のいしきにはする。(意志) 5. (ひとでいることが多い)動きかければ他人との交渉ができる。(ついたり、笑ったり、声を出しあたりする。(社会) MA(0才0月~2才0月)	1. 身のまわりの始末はかなりの助が必要である。(自立) 2. 階段の昇り降りは1人でできる。(移動) 3. ○○○○をもってきなさいなどの簡単な指示しかわからない。(意志) 4. ごく簡単な応答しかできない。(読み、書き、計算) 5. 他の子供に関心をもつ(ついたり、ひばったり、笑いかけたりする。(社会) MA(1才7.2月~3才6月)	1. 身のまわりの始末は大体できるが点検が必要である。(例えばお尻がふけない、シャツが吸湿しなど(自立) 2. 会話がでるがたがたしい。(意志) 3. 平仮名が10~20位かける。(読み、書き、計算) 4. 絵線を使った集団行動がとれるがそろわない。(社会) 5. 慣れたところなら目的地までどうにかひとりで歩いてける。(社会) MA(2才9.6月~5才0月)	1. 身のまわりの始末は大体できるが不完全。(自立) 2. 日常会話ができるが充分ではない。(意志) 3. 平仮名で文が書ける。(読み、書き、計算) 4. 簡単な買物(1.2品)ができる。(社会) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(社会) MA(4才0月~7才6月)
10歳	1. 身のまわりの始末は介助が必要である。(食事、排泄、衣服の着脱などは自分でできる気はある)(自立) 2. 身振りで要求を表現できるがよくはわからない。(意志) 3. 数語の単語を言えるが慣れない。(読み、書き、計算) 4. 簡単な指示しかわからない。(座りなさい、直きなさい)(意志) 5. (ひとでいることが多い)動きかければ他人との交渉(ついたり、笑ったり、声を出したり)ができる。(社会) MA(0才0月~2才4.8月)	1. 身のまわりの始末はある程度までできる。(例えばスプーンやフォークなど食べられる、お尻がよみふけない、脱げるが着るは難しい)(自立) 2. 簡単な応答ができるが単語を並べられない。(意志) 3. ○○○○をもってきなさいなどの簡単な指示しかわからずそれに従える。(意志) 4. 読み書きは困難だがいくつかの文字の判別ができる者もいる。(読み、書き、計算) 5. 外出に常に保護が必要である。(社会)MA(2才0月~4才2.4月)	1. 身のまわりの始末は大体できるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じて行動がうまくできない。(自立) 2. 日常会話はある程度できるが語いが多い。(意志) 3. ごく簡単な文(二語文程度)がかかる。(読み、書き、計算) 4. 絵線を使った買物(1品くらい)ができる。(社会) 5. 慣れた経路なら電車、バスで通学できる。(社会) MA(3才6月~6才0月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がうまくできない。(自立) 2. 簡単な漢字を使った文章の読み書きはできが抽象的な内容の理解は難しい。(読み、書き、計算) 3. いくつかの買物の計算ができる。(読み、書き、計算) 4. 他人との協力、乗物の利用などがかなりできる。(社会) 5. 作業は自発的にしかやり持続、集中できるが責任は果せない。(作業) MA(5才0月~9才0月)
12歳	1. 身のまわりの始末は介助が必要である。(1人でしても汚したり失敗したりする)(自立) 2. 簡単な指示しかわからない。(座りなさい、直きなさい)(意志) 3. 単語が5~10語言えるが会話にはならない。(意志) 4. (ひとでいることが多い)集団行動はあまりできない。(社会) 5. 簡単な手伝いしかできない。(新聞をもつてくる、茶碗の出し入れなど)(作業) MA(0才0月~3才0月) (2才10.4月)	1. 身のまわりの始末はどうかでできる。(自立) 2. 日常会話はある程度できるが語いが多い。(意志) 3. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(読み、書き、計算) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど)(社会) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが単純作業は少ない。(庭の草とり、雑巾がけなど)(作業) MA(2才4.8月~5才3月) (5才0.2月)	1. 身のまわりの始末はある程度できるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常会話はたがたしいががある程度はできる。(意志) 3. 2~3の漢字を並べた簡単な文章が書けるが100円位の買物で計算ができる者もいる。(読み、書き、計算) 4. 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。(社会) 5. 単純作業はできるが自発性に乏しい。(作業)MA(5才3月~8才0月) (5才7.2月)(7才6月)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 新聞が読めるが内容は十分に理解できない。(読み、書き、計算) 3. いくつかの買物の計算ができる。(読み、書き、計算) 4. 社会的な乗物の利用、他人との協力などは余り不自由なことができるが充分ではない。(社会) 5. 作業は訓練によってかなりできるようになる。(作業) A(7才6月~13才6月) (7才6月)(13才6月)
15歳	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(自立) 2. ごく簡単な指示にはある程度従えるがムラが多い。(意志) 3. 単語がある程度言える者もいる。(意志) 4. 数語などはある程度他人にこつづいていける者も少しはいる。(社会) 5. 簡単な手伝いしかできない。(新聞をもつてくる、茶碗の出し入れなど)(作業) MA(0才0月~3才7.2月) (3才0月)	1. 身のまわりの始末は手助けが必要である。(自立) 2. ごく簡単な日常会話しかできない。(意志) 3. 指示されても集団行動(体操、ボールけりなど)は不十分にしかできない。(社会) 4. やさしい文字の読み書きも困難な者が多く数値処理も難しい。(読み、書き、計算) 5. 断片的な単純作業はどうかでできる者も少しはいるが共同の作業はできない。(職業)	1. 身のまわりの始末はある程度できるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 限られた範囲内なら日常会話はどうにか通じる。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりがある程度理解できない。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり書いたり支限られた範囲でも簡単な買物ができる者もいる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならはできる。(職業)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常会話はある程度通じるがこもった話は難しい。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりには従って行動出来るが事象の変化には適応できない。(社会) 4. 簡単な読み書き(現金の計算)なら出来る。(読み、書き、計算) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労出来るが監督が必要である。(職業)
17歳	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(自立) 2. 簡単な意志表示しかできない。(意志) 3. 散歩などある程度他人にこつづいていける者も少しはいる。(社会) 4. 文字の読み書きや数値処理はできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業)	1. 身のまわりの始末は手助けが必要である。(自立) 2. 日常会話はある程度できるが語いが多い。(意志) 3. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(読み、書き、計算) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど)(社会) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが単純作業は少ない。(庭の草とり、雑巾がけなど)(作業) MA(3才9月~5才3.6月) (2才10.4月)(5才3月)	1. 身のまわりの始末はある程度できるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 限られた範囲内なら日常会話はどうにか通じる。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりがある程度理解できない。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり書いたり支限られた範囲でも簡単な買物ができる者もいる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならはできる。(職業)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常会話はある程度通じるがこもった話は難しい。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりには従って行動出来るが事象の変化には適応できない。(社会) 4. 簡単な読み書き(現金の計算)なら出来る。(読み、書き、計算) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労出来るが監督が必要である。(職業)
18歳以上	1. 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。(自立) 2. 簡単な意志表示しかできない。(意志) 3. 散歩などある程度他人にこつづいていける者も少しはいる。(社会) 4. 文字の読み書きや数値処理はできない。(読み、書き、計算) 5. 単純作業も難しい。(職業)	1. 身のまわりの始末は手助けが必要である。(自立) 2. 日常会話はある程度できるが語いが多い。(意志) 3. やさしい文字は読んだり書いたりできる。(読み、書き、計算) 4. 監督のもとで短時間ならある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど)(社会) 5. 監督のもとで簡単な作業ができるが単純作業は少ない。(庭の草とり、雑巾がけなど)(作業) MA(3才9月~5才3.6月) (2才10.4月)(5才3月)	1. 身のまわりの始末はある程度できるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 限られた範囲内なら日常会話はどうにか通じる。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりがある程度理解できない。(社会) 4. 平仮名程度は何とか読んだり書いたり支限られた範囲でも簡単な買物ができる者もいる。(読み、書き、計算) 5. 単純作業ならはできる。(職業)	1. 身のまわりの始末はできるが状況(時・所・場合・T・P・O)に応じた行動がとれない。(自立) 2. 日常会話はある程度通じるがこもった話は難しい。(意志) 3. 簡単な社会生活のきまりには従って行動出来るが事象の変化には適応できない。(社会) 4. 簡単な読み書き(現金の計算)なら出来る。(読み、書き、計算) 5. 単純作業を中心とする職業なら就労出来るが監督が必要である。(職業)

下段の()内は修正年齢(中研、田中計算による)

介護度の指標

介護の程度	常時全ての面で介護が必要	常時多くの面で介護が必要	時々又は一部あるいは一時的に介護が必要	点検や注意あるいは配慮が必要
日常生活面の介	器質的障害や環境要因などにより、基本的な生活習慣形成が困難な為に常時特別な介護が必要。それがないと生命の維持が出来ない。	器質的障害や環境要因などにより、基本的な生活習慣形成が困難な為に常に多くの面で介護が必要。	器質的障害や環境要因などにより、基本的な生活習慣形成が困難な為に一部介助が必要。	点検や助言が必要。
行動面の監視	動きまわる、しゃべりかけをする、担当などのあるのでたえずつきまわっている必要がある。	多動、自閉、異食などの問題行動があるので常時注意が必要。	行動面で多少問題があるのとときどき注意したり、おさえたりすることが必要。	行動面でたいした異常がないので、すこし注意する位ですむ。
保健面の看護	重症のためつねに生命維持の看護が必要。	病気や保健の面でいつも注意が必要。	精神疾患、周期性の変調、不気味などにおちいる時期があるので一時的に看護しなければならぬ場合がある。	薬をのませたりする程度ですむ。

各年齢段階の評価の視点

年齢段階	2才以下	3才~5才	6才~17才	18才以上
領域	自立機能 運動機能 意志の交換 探索・操作 対人反応	自立機能 身体的機能 意志の交換 描画表現 社会的行動	自立機能 身体的機能 意志の交換 読書、書き 計算 社会的行動 作業	自立機能 意志の交換 読書、書き 計算 社会的機能 職業技能

附表

等級別介護度の	常時全ての面で介護が必要	常時多くの面で介護が必要	時々又は一部あるいは一時的に介護が必要	点検や注意あるいは配慮が必要
1級				
2級				
3級				
4級				

精神衛生コンサルテーションの評価研究¹⁾

和田 修 一²⁾

はじめに

わが国においては、「評価研究 (evaluation research)」あるいは「プログラム評価 (program evaluation)」という科学研究の一分野は、それほど馴染みのある研究領域であるとはいえない。勿論、様々な目的を有した、様々な領域でのプログラム¹⁾がわが国でも実行されているわけであるから、それらプログラムの評価というもの、何らかの形態で行われていることは事実である。しかしこのような評価の仕方は、多くの場合、プログラムに従事している人々の、主観的そして／あるいは直観的な判定の域を出ないという場合が多いようである。評価研究をこのような日常活動としての評価から区別する事柄は、「科学的方法論を用いる²⁾」、ということである。すなわち評価研究とは、ある一定のプログラムの実行によって帰結される事象とそのプログラムの特性との間の関連を科学的に分析することである。

この論文では、このような評価研究を、精神衛生領域で行われているプログラムに関して行う場合に、まず注目しなければならない問題点について指摘しておきたいと思う。精神領域のプログラムの中でも特に、近年注目され始めた、精神衛生に関する「学校コンサルテーション (school consultation)」に焦点を絞って話を進めたいと思う。精神衛生コンサルテーション (mental health consultation)、及び学校コンサルテーション (school consultation) については、山本論文 (1967, 1978) の中に詳しく論じられているので、本稿では改めて陳述することはしない。

われわれは本稿の中で、次の3つの点に関して、精神衛生コンサルテーションのプログラムの評価研

究を行う場合の問題点について論じていくであろう。第一には、一般的な評価研究の方法論的枠組みの中に、精神衛生コンサルテーションの理論を如何にして取り入れるか、ということである。当然のことながら、評価研究を成功させる第一歩は、評価されるプログラムの独自性 (uniqueness) ができるだけそのまま評価研究の方法論の中へ取り込まなければならない。第二に指摘される問題点は、第一の論点で議論されたプログラムの独自性を取り入れて、そのプログラムの効果を判定するためには、どのようなタイプの評価研究が導入されなければならないか、ということである。ただしここでは、評価プログラムの実行に関する細かな技術的問題点については言及しない。第三に議論されるべき大きな問題は、精神衛生 [あるいは精神状態 (mental status)] の測定の問題である。評価研究が科学研究の一領域であるという事柄の中には、事象の変化を把握する場合に、主観的、かつ／あるいは直観的観察を排して、一定の手続きを踏んで作成される測定用具 (measures) を使用するということが、1つの重要な柱として含まれている。ところが精神衛生という事象は、このような測定用具による測定ということが大変難しい事象の1つである。したがって、この測定問題は、われわれが大きな労力を費やさざるをえない分野である。

1. 精神衛生評価研究の課題

現代の精神衛生の見方の1つとして、地域性 (community perspective) を重視する立場がある。そのような立場は、総称的に、地域精神衛生 (community mental health) と呼ばれていることは周知の事柄であるが、地域精神衛生の中で地域性

(1) On Evaluation Research in Mental Health Consultation

(2) Shuichi WADA Sociological Research Staff, Division of Socio-Environmental Research

を議論する場合の視点には、大きく分けて次の2つのものがあげられるように思われる。第一の視点は、精神障害者の社会復帰並びにその発生予防に対して有する地域社会の機能に関するものである。精神障害者のケアの最も基本的な部門は勿論、病院の中で行われるわけだが、施設内に患者を閉鎖して行われるケア・社会復帰訓練だけでは必ずしも所期の目的を達することができない場合が少なくない。むしろ精神障害者の社会復帰は、障害者が積極的に施設を取りまく社会環境の中へ融合していくことによってその可能性が開かれる、という考え方も成り立ちうる。すなわち、精神障害者のケアは、ある一定の施設内のみで行われるのではなく、その施設も含み込んだより広範囲な地域社会の中で行われることが望ましいとする考え方である。

地域性という概念はまた、精神障害の発生予防に関しても、1つの重要な視点を提供する。われわれの日常生活は、家族の中で、職場で、そして地域社会の中で、多くの人々との間で相互作用を営むことによって成立している。精神障害の発生機序を説明する1つの論理として、このような日常生活での相互作用、及び対人関係の間の矛盾に着眼することが1つの方法である。このような視点は、特にコミュニティ心理学者によって重視せられているものであるが〔例えば、Cook (1970)を参照〕、その論理を簡単に示せば、人々の心理的・精神的状態において生じるクライシスを、その人々が形成している対人関係の中で生じるクライシスと結びつけて考えようとする方法論である。この考え方からすれば、個人の心理的・情動的クライシスの調整は、その個人が形成している様々な対人関係の中で生じている対人的クライシスの発見とその調整へと環元される。

そして第二の視点は、第一の視点から直接に導入されるものであるが、精神衛生の維持と増進に対して必要とされる社会資源に関する事柄である。われわれがもし前述したような地域精神衛生のパスベクティブを採用するとするならば、地域精神衛生の維持と増進に必要とされる、(人的資源を始めとして)諸種の資源は、ある一定の施設の中でまかなわれる範囲を超えて、広くコミュニティの中に求められなければならないであろう。例えば、ある一定の施設の中での精神衛生に従事している施設スタッフ

は、地域の精神衛生に対して基本的で重要な社会資源であることはいままでもないことであるが、それは地域精神衛生のための資源の一部分を作成するものである。ということは、地域の精神衛生のためには、病院等の精神衛生施設には所属してはいないが、何らかの形で地域住民の精神健康と掛り合っている人々をも、精神衛生資源として広く地域社会の中に開発しなければならない。そのような精神衛生資源となりうる人々の中でも特に、地域精神衛生の中核となりうる(なるべき)人々(キー・パーソナル⁵)の教育・訓練、及び/あるいはコンサルテーションが必要となる。そこで、このようなキー・パーソナルへの働きかけを包含した精神衛生のサービス・プログラムが必要とされるであろう。

以上述べてきた事柄は、次のような精神衛生に対する望ましいサービス・プログラムの在り方を述べた見解の中にも見出される。それは、

1. (精神衛生の)サービス機関は、人口の中心地域に密接して設けられなければならない。
2. 精神衛生サービスは、生活上の問題に関する事柄などの、(精神衛生への)潜在的需要にも答えるものでなければならない。
3. (精神衛生に関しては)包括的で、かつ持続的なサービスが必要である。
4. 地域社会の中でのケアは、もしもそれが可能であれば、施設への収容よりもより好ましい。
5. (精神障害の)早期発見と早期治療が、治療効果と(障害の)予防に対して重要である。
6. 公衆衛生モデルが、精神衛生に対しても適応可能である。
7. (精神障害の治療では)多数の治療方法が実行可能でなければならない。(Macht 1976)

これまで述べてきた事柄を、コミュニティ心理学の用語を用いて要約的に示せば、地域精神衛生のサービス・プログラムの在り方の1つとして、それがあある特定施設の中だけで完結してしまうのではなく、次の2つの特性を含むことによって地域的広がりをも有することが望ましい、ということになるであろう。その2つの特性とは、精神障害者が形成している(クライシス状態にあると思われる)対人システムへの介入(intervention)、並びにその障害者を支持(援助)・ケアしていくうえでの社会資源

のコミュニティ・オーガニゼーション、という特性である。

そのような特性を有している地域精神衛生の1つのサービス・プログラムとして、われわれは精神衛生コンサルテーション（その中でも特に、学校コンサルテーション）のプログラムを代表例として考えていこうとしているわけである。⁶

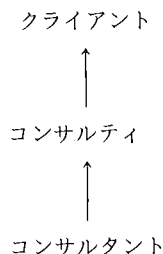
精神衛生コンサルテーションを支えているこのような論理を明らかにしておくことは、その評価研究のプログラムを議論するうえで重要な事柄である。というのは、次のような理由による。あるプログラムを評価するということは、すなわちそのプログラムを実践した場合の帰結を評価するということと同義であるが、その評価対象となるプログラムの帰結は、そのプログラムを支えている理論との相関の中で特定化されなければならないからである。

一般的にいて、実践プログラムの目的は3つのカテゴリーに分類される。⁷直接的目標 (immediate objectives)、窮極的目標 (ultimate objectives)、そして中間的目標 (intermediate objectives) の3つである。直接的目標は、そのプログラムをどのように実行するかという事柄に主として関係している目標である。したがってそれは、投入変数 (input variable) そしてプログラム操作という変数を含んでいる。投入変数としては、例えば、人的資源、投入与算といった、プログラムの実行に投入される資源の質と量が含まれている。プログラム操作とは、誰が何を、どこで、いつ、どのようにして行うかといった、いわゆる「ノウ・ハウ」の問題である。これに対して窮極的目標とは、プログラムの帰結、あるいは影響に関する目標である。例えば、あるプログラムが、一定の疾病の治癒に対してどの程度の効果があげられるか、といった事柄に関係している。そしてその間に、中間目標として様々な付帯条項が付け加わる。そして今一つ注意すべきは、それぞれの目標レベルの中で、幾つかの事柄が階層構造を成している、ということである。例えば窮極目標の中でも、幾つかの下位目標へと細分化していくことが可能である。⁸

われわれがこの論文の中で考えている評価研究は、精神衛生コンサルテーションが及ぼす効果 (effect) に関する評価、換言すればそのコンサル

テーションが目指す窮極目標の評価であるが、先に述べた如く、その目標はより下位の直接的目標を土台にしている、ということ、並びにその効果そのものも1つの階層構造を有する、ということに留意する必要がある。その事柄に関連して、次の2点を述べておこう。

まず、コンサルテーションによって生じる効果の波及は、次のようになる。⁹



すなわち、精神衛生コンサルテーションの最終目標は、クライアントのメンタル・ステータスを高めることにあるのだが、コンサルティがクライアントのメンタル・ステータスを高めるうめて抱えている問題状況を改善するという目標が、その最終目標達成のための前提条件となっている、ということである。ということは、その評価研究において研究対象とすべきプログラムの影響変数 (impact variable) は、(i)コンサルティが抱えている問題状況の解消、そして(ii)クライアントのメンタル・ステータスの高揚という2つの下位目標によって構成されている、ということになる。

次にわれわれは、精神衛生コンサルテーションのプログラム操作の変数に関する事柄として、コンサルテーションのタイプについて述べておく。Cytrynbaum (1974) は、アメリカの精神衛生センターが行うコンサルテーションの業務を次の2つのものに分類している。それらは、直接的コンサルテーション (direct consultation) と間接的コンサルテーション (indirect consultation) の2つである。前者のコンサルテーションは、センターのスタッフによってセンターの施設の中で、コンサルティに対して行われるものであって、わが国の通念に照らしていえば、相談業務に該当するものであろう。このコンサルテーションに対して後者は、センターのスタッフ

精神衛生における評価研究

織の中へ介入することによって、組織、あるいは地域社会の精神健康を増進する活動を指している。¹⁰ 間接的コンサルテーションが有する特性に関して、Cytrynbaum (op, cit) は次のように述べている。「精神衛生センター並びにそのスタッフの役割は、(間接的コンサルテーションにおいては) 患者のケア、あるいは患者の変容に対して直接参加するような役割ではなく、コンサルティールと見做されている人々——個人、施設、組織、地域の集団、あるいはサービスを受けるその他の人々——にとっての資源の中の1つである。」¹¹ ということは、間接的コンサルテーションにおけるセンターのスタッフは、患者に対するケアの直接的責任を負うのではなく、ある施設や地域住民によって行われているケアを、それがよりよく実践されるために、側面から支援する役割を負うわけである。このようなコンサルテーションに対する考え方は、カプランや山本の考え方と軌を一にする。ただし、われわれが注目したい事柄は、次の事項である。

間接的コンサルテーションはさらに、それが焦点を当てている人々に関連して、次の2つのタイプのものに分類される。それらは、ある特定の問題状況(例えば、精神障害、クライシスなど)を抱えている人々に関連しているコンサルテーション、そして一般健康人を対象とするコンサルテーションの2つである。それらはそれぞれが、「疾病中心のコンサルテーション」、及び「予防的コンサルテーション」とでも名付けうるであろう。¹² われわれのこの分類とカプランの提示した、ケース・コンサルテーションと管理的コンサルテーションという分類を組み合わせることによって、精神衛生コンサルテーションのタイプを考えるうえでの1つの目安が得られる。

われわれの分類軸とカプランのそれとをクロスさせてみると次の如くなる。

われわれが精神衛生コンサルテーションの評価研究の在り方を考えていく場合はまず、研究対象としているコンサルテーションのタイプが、上記の分類タイプのどれに該当するのか、ということに留意しなければならない。というのは、コンサルテーションのタイプが異なると、その目標構造が異なってくるからである。われわれは後に、予防的な管理コンサルテーションの優れた評価研究の1つの例とし

て、Kellam et. al. (1973) について述べていくであろう。そしてまた、疾病中心のケース・コンサルテーションの評価研究を、われわれは現在進行中である。いずれの機会にかその研究結果を発表したいと思っている。

ケース・コンサルテーション	疾病中心のコンサルテーション	予防的コンサルテーション
	疾病中心のケース・コンサルテーション	※ (このタイプは存在しない)
管理的コンサルテーション	疾病中心の管理的コンサルテーション	予防的な管理的コンサルテーション

2. 評価研究のタイプ

精神衛生コンサルテーションの評価研究のタイプは、そのコンサルテーション活動のどの段階で効果を評定するかという事柄に応じて、次の3つのものに分けて考えることが可能である。

1. コンサルテーションの利用度に対する評価研究

2. コンサルテーション活動の活動プロセスに対する評価研究

3. コンサルテーションの帰結に対する評価研究
多くのサービス活動が、サービスを必要とする人々とサービスを供給する人々との間の接触に始まって、サービス供給者の実践とサービス受け入れのプロセスを得、そしてそのサービスが、それを受ける側に一定の影響を及ぼす、という一連の流れを有することを考えれば、この3つの段階に応じてそれぞれの評価研究が可能であることは、容易に察し

られるであろう。しかしそれと同様に、次の事柄にも注意しなければならない。それは、純粹理論的に考えれば、前に述べた3つのタイプの評価研究は独立したタイプのものではなく、一種の階層的構造を有していることである。すなわち、精神衛生コンサルテーションの結果が有効なものであるためには当然、コンサルテーションの実践プロセスが機能的に行われなければならない。そしてまた、それが有効なものであるという事実が成立している背景には、そのコンサルテーションが、その利用者にとって必要な時には常時利用されうるという高い利用度が保証されていなければならない、という事柄が指摘されう。したがって、もしもわれわれが、精神衛生コンサルテーション結果の有効性を評価しようとするれば、そのコンサルテーションの利用とプロセスに対して、それらの妥当性が保証されうるという条件の成立が必要となる。しかしこの説は、評価研究の現実的実行可能性を考える時、一種の理想論であって、実際問題としては、利用とプロセスの妥当性を確認した上で帰結の評価研究を行うということには、極めて大きな障碍が伴うことが普通である。

評価研究が、社会実験 (social experimentation) として、社会科学の中での一つの地位を確立している理由には、このような研究に伴う実務的問題を科学的に解く、という思想が存在するからである。(この意味において、評価研究は、実際研究であると同時に、社会科学の各々の個別領域の応用科学としての特性を有している。)

われわれは、精神衛生コンサルテーションの評価研究の3つのタイプの中から、帰結に対する評価研究を問題にしようと思う。そこでわれわれが解かなければならない最も基本的な問題は、(実現可能性を考慮した上で) コンサルテーションの利用とプロセスの妥当性をも保証しう、すなわち信頼性 (reliability) と妥当性 (validity) の保証された、精神衛生の測定尺度を如何にして確保しうのか、という事柄である。

ここでわれわれは、精神衛生コンサルテーションの1つの事例を取りあげて、その評価研究の方法論を検当してみよう。その事例としては、「学校コンサルテーション」(山本1978を参照)を採用する。

ケア・プログラムは、そのプログラムを構成す

る要素、すなわちプログラムの目的、プログラムの中で行われる活動、そしてその活動に必要な資源、の違いに応じて論じることができる。そこでわれわれも、それらの要素について、われわれのケア・プログラムを論じて行くわけだが、その前に次の事柄に注意を喚起しておこう。

前にも述べたとおり、われわれが問題にするコンサルテーションは、ある一定の疾病を有する患者を抱えているコンサルティに対する、そのケースの取り扱いについてのコンサルテーションである。したがって、このようなコンサルテーションを議論する場合は、コンサルティはクライアントとの間で彼独自の治療関係を形成しているのであるから、この場合のコンサルテーションの在り方は、その治療関係との相関の中で議論されなければならない、ということである。そこでまず、クライアントとコンサルティとの間の治療関係について検討することにする。

このような治療関係の目的性は、次のような階層構造を有するいくつかの部分目的の集合であると考えることができる。

- (1) 疾病が治癒される
- (2) 治療助言が遂行される。
- (3) 疾病がつきとめられる。
- (4) 治療(相談)機関へクライアントが訪れる。

上の図は、窮極的な目的は、(4)のクライアントの有する症候が消え去る、ということではあるが、それが達成されるためには、前段階となる3つの目標が達成されていなければならない、ということを実わしている。ところで問題は、このような多重目的性を有する治療関係のどの段階で介入しているのか、ということである。(コンサルテーションが、専門職間の相互作用であるということから、(4)への介入は除外される。)どの段階で介入するかという事を決定する権限は、コンサルタンの有しているものではない。これは、コンサルテーションがコンサルティのコンサルタントへの一方的な依頼から出発するという事柄から明らかである。(山本1978, カプラン1970を参照)ただし、コンサルタントは、コンサルティが抱えている問題が、その治療関係のどの段階のものであるのか、ということを見極めなければならない。そしてこの事は、コンサルショ

ンの帰結の評価を考える場合、特に重要である。というのは、これは理の当然ではあるが、介入している段階に応じてあるべきコンサルテーションの帰結が定まり、したがってそれに依拠して評価の仕方も定まってくるからである。

二番目、精神衛生コンサルテーションの資源について述べておこう。まずコンサルタントに成る専門職の人々であるが、彼らは当然精神衛生の専門家である。先にも述べた事柄ではあるが、コンサルタントには、精神衛生センターの職員が最適ではないかと思われる。コンサルタントは、コンサルティの職場に出かけて行って、コンサルテーションを行うべき機会があるからである。

3. 精神健康の測定

精神衛生コンサルテーションの評価研究を考案するに当たって最後の大きな問題は、精神健康を如何に測定するかの問題である。

精神障害の程度を測定する心理尺度、あるいは診断基準は少なくはない。しかし精神衛生コンサルテーションの評価研究においては、精神衛生の専門家でない人々、あるいは場合によってはクライアント自身、によってでも評定できるような測定尺度が構成されることが望ましい。というのは、われわれが第1節の中で見た如く、コンサルテーションの基本構造は、必ずしも精神衛生の専門家ではないコンサルティの教育・訓練を通して、クライアントの精神衛生を高めるという図式になっている。したがって、その精神衛生の専門家ではないコンサルティによるクライアントの精神状態（メンタル・ステータス）を測定することが不可欠の要件となるからである。そういったことから、その測定尺度は、簡便なものであることが望ましい。

そして第2に、その尺度は、客観的な相互比較が可能となるような、計量的な測定値を生み出すようなものであることが望ましい。というのは、プログラムの帰結評定に関して、もしも計量的なデータが得られた場合、統計的方法による仮説検定が可能となるからである。

われわれが測定尺度を考案する際に問題となる事柄は、その尺度の「信頼性 (reliability)」と「妥当性 (validity)」をどのようにして保証するのか、と

いうことである。尺度の信頼性に関する議論は、どちらかという技術的な問題であり、ここでは取り上げない。われわれが議論しようとする事柄は、後者の妥当性についてである。われわれにとって妥当な尺度とは、精神衛生の状態を正しく反映できる尺度ということになる。しかし、かなり一般的な意味合いで精神衛生を抱えた場合の精神衛生の概念規定の仕方には複数の方法が存在するであろう。特に、その精神衛生概念を操作化する場合には、その操作化が必ずしも容易な作業ではないので、様々な考え方が存在しうるとと思われる。そこでここでは、1つの範囲として、Kellam, et. al (1973) の中で採用されている考え方を紹介してみたい。¹²

Kellam, et. al. の基本的立場は、精神衛生を、「社会適応 (social adaptation)」と「心理的厚生 (psychological wellbeing)」という2つの下位概念に、分析的に環元することにある。「われわれは、精神衛生の概念内容を検当することによって、次のような結論を得た。それは、精神衛生が2つの要素から成り立っているといっていると見做すことが有効であろう、ということである。先に議論した如く、その要素の1つは、個人が有する心理的厚生という事柄を含んでいる。それはすなわち、これまでずっと精神衛生の専門家に関心を有してきたところの、そしてそれが失われた状態が、攪乱された心理過程の「症候」という用語で伝統的に表現されてきた一連の感覚 (feelings) そして/あるいは行動として現われるところの内面的な良い感じ、そして良い自己評価のことである。2番目の要素は、社会的な適応の状態、すなわち社会が判別する個人の役割遂行の適性の判定を含んでいる。」(Kellam, et. al. 1975, pp25)

社会適応と心理的厚生は、個人の精神健康の状態を規定する2つの独立した側面なのである。社会的にある個人が適応しているか否かということ、すなわちその個人が社会的役割を適切に遂行しているか否かということは、その個人の外側で、その個人の思惑とは独立に判定されてしまう事柄である。したがってそれは、その個人が実際に何を行っているかということとは区別される事柄である。それは、他者がその個人をどのように判定しているかという事柄によって決定されてしまう側面なのである。これに反して、心理的厚生とは、個人の全くの内面的

事象であって、たとえそれが他者の観察によって明らかになることが普通であっても、少なくとも概念的には他者の思惑とは区別されるべき事柄なのである。

Kellam et. al. の考え方の独自性は、個人の精神健康の規定要因として、その個人と関連を有する他者が下す判定という事柄を積極的に導入した点にあるだろう。その立場がひいては、ある個人の精神健康を高めるために、その個人と関連を有するその個人にとっての「重要な他者 (significant others)」へのコンサルテーションの実施という戦略を導き出すことになる。「われわれは、次の事柄を提案する。それは、精神健康に関する問題点の所在は個人の外側にもあるという見方を取り入れることは、その個人の精神健康を判定する上で必要だ、ということである。……このような考え方と伝統的な視点との違いを示す1つの例は、担任の言い分に基づいて子供を多動 (hyperactive) であると判断する精神科医の診断の下し方であろう。……われわれがウッドローンで行った調査の結果からすれば、問題の診断の幾分かはその子供とは関係のない所で行われている。そして精神科医がその問題を理解するためには、その医師は問題の所在が子供自身の事柄を超えて教師や他の社会的文脈をも含み込むことになる可能性が存在する、ということを理解しなければならない。例えば、その問題が静かに座っていることができないという子供の能力の欠如を含むと同時に、教師が有する極端な秩序に対する欲求をも含んでいる可能性がある。われわれが観察した所によれば、受け入れられる行動と見做される事柄がクラスルームごとに、親によって変化する。そしてこの変化は、行動の判定者と個人との間の調整ということに特有の局面を現わしている。」(pp133) ある個人の精神健康を考える場合、その個人の内面的性質、そして／あるいは障害を観察するだけでは不十分であって、その個人が形成している「重要な他者」との間の関係性の性質、そして／あるいは不整合をも観察診断しなければならない、ということである。このような二元的な精神衛生の把握の仕方は、加藤 (1978) の「病的 (pathological) — 健康的 (healthy)」軸、並びに「異常 (abnormality) — 正常 (normalcy)」軸の交錯として把える立場とも共通す

る考え方であるように思われる。

以上の考え方に基づいて、Kellam et. al. は、次のような4つの測定尺度を構成している。それらは、(1)教師による、子供の適応判定尺度、(2)精神病理学的尺度、及び社会的接触の測定、(3)母親による判定尺度、そして(4)子供自身による判定尺度の4つである。それぞれの尺度の構成を概説しておこう。

(1) 教師による、子供の適応判定尺度

この尺度は、教師が子供の行動を観察して6つの項目に対して、0～3の尺度値を与える尺度である。尺度値の内容は、

- 0 = 受容できる行動の最低条件は充す
- 1 = やや過剰である
- 2 = どちらかという過剰である
- 3 = かなり過剰である

であり、4つの項目の内容は、

1. 教室への参加を極端に欠いている

(例 恥ずかしがる、憶病、孤独、白中夢、友達が生居ない)

2. 極端に攻撃的な行動

(例 喧嘩が多い、盗みをする、嘘をつく、権威に反抗する、他の生徒や器物を破損する、強情、協調性に欠ける)

3. 極端に未成熟な行動

(例 身体的に、そして／あるいは情動的に幼稚な行動をする、泣くことが多い、かんしゃくもちである、親指をしゃぶる、身体的な面での調和がとれていない、手淫を行う、教室で遺尿がある、他人の気を引こうとする)

4. 極端に自分の能力を発揮できない

(例 教師が判断してできると思われることを学ぼうとしない)

5. 極端に落ち着きがない

(例 もじもじする、教室の中でおとなしく座ってられない)

6. 教室への適応の総合判定

(2) 精神病理学的尺度と社会的接触の測定

この尺度は、次の6項目に対して、精神衛生の専門家が、0～5段階の評定を行なう尺度である。6項目とは、

精神衛生における評価研究

- (1) Flatness (2) Depression
- (3) Anxiety (4) Hyperkinesia
- (5) Bizzare Behavior (6) Global (総合判定)

という項目である。

(3) 母親による判定尺度

この尺度は、母親が自分の子供を観察することによって、子供の行動に関する38の項目に対して、

- 0 = 全くそうではない
- 1 = 少々そうである
- 2 = どちらかというそうである
- 3 = かなりそうである

という評点を母親によって付けられる尺度である。

(4) 自己採点による尺度

子供自身が自分の行動、あるいは性質について、4つの段階で評定する。

これらの尺度の項目の詳しい陳述は、付録を参照されたい。

これらの測定方法は、そのままの型でわが国において応用することはできない。というのは、文化的な違いによって、わが国の通念とは一致しない部分があるからである。しかし、われわれが精研衛生の領域において、評価プログラムを考察する際の一部となるであろう。

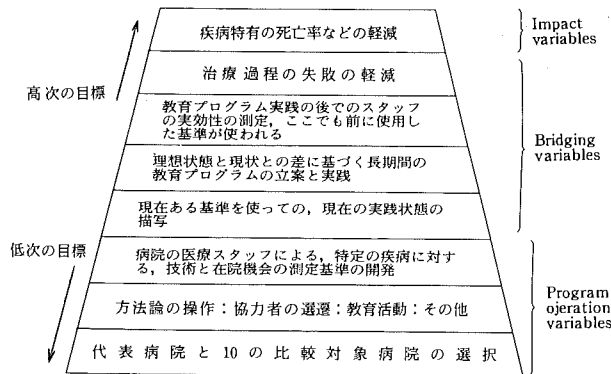
おわりに

われわれは現在、本論の中でも述べた如く、「疾病中心のケース・コンサルテーション」の評価研究に取り組んでいる。必ずしも評価研究という研究分野が一般的ではないわが国において、その評価研究の結果を、できるだけ早い時期に発表したいと考えている。

註

1. ここではプログラムを次のように規定することにする。「1つ、あるいは複数の問題を取り除くための、組織化された対応。その対応には、1つ、あるいは複数の目的、1つ、あるいは複数回の活動の実行、そして資源の投入が含まれる。」Kane, Hanson, and Deniston (1974)
2. Shortell and Richardson (forth coming) pp 12, ここでいう科学的方法論の意味内容は、「ある特定の事象の原因、あるいはある特定の帰結の原因を分離抽出する試み」(ibid)の謂である。
3. 評価研究の中で立案・実行される実験的プログラムに関する技術的問題点に関しては、後の機会に発表する予定である。
4. クライシスについては、山本(1971)を参照。
5. Key personnelについては山本(1967)を参照せよ。
6. 精神衛生コンサルテーションのこのような位置づけに関しては、Caplan(1970),あるいは山本(1967),(1978)を参照されたい。
7. Shortell and Richardson op., cit., pp33
8. プログラムの目標構造を理解する一助として次の図をあげておこう。

実践プログラムの目標構造



9. 詳しくは, Caplan (1970) 及び山本 (1978) を参照せよ。
10. この直接的コンサルテーションと間接的コンサルテーションの区別は, NIMH (1973) の中でも述べられている。
11. その区別は, いわゆる「狭義の精神衛生」及び「広義の精神衛生」という類別とも対応する。
12. Kellam et. al. の考え方は, 先に述べたコンサルテーションのパターン分類からすると, 予防的な管理コンサルテーションの評価のための尺度という制限を含んでいるので, すべての評価研究の方法論として採用することは, 必ずしも妥当ではない場合も存することは事実である。しかしKellam et. al. の立場は, 精神衛生概念の操作化に対して1つの有力な視点を提供している, というとも認めて良いように思う。

付録

精神健康測定尺度の一例

(Kellam et. al. 1975の中)の“Teacher Observation of Classroom Adaptation”, “Mothers Questionnaire”, そして“How I feel”を邦訳して掲載する。

A. 『教師の観察による教室への適応度評定』

i) レイティング・スケール (0-3)

- 0 = 受容できる行動範囲にある。
- 1 = やや (mildly) 過度である。
- 2 = かなり過度である。
- 3 = 非常に過度である。

上記のレイティング・スケールを用いて, 教室の中に観察される次のような種類の不適応行動のそれぞれについて, それぞれの生徒を0から3の間で評点して下さい。それぞれの不適応行動のカテゴリーに対して与えられている類別は, 単に不適応行動の例を示しているにすぎません。そしてそれらの例は, それだけで完結するようなものではありません。

1. 教室の仲間達へ解け込んでいくことが極端に欠けている。——例えば, さける。おずおずする。ひとりであることが多い。白中夢を見る。友人がいない。無関心。……………
2. 極端な攻撃行動がある。——例えば, 喧嘩を度々する。盗癖がある。嘘をつく。権威のあるもの(教師や親など)に反抗する。他の生徒や器物に危害を加える。強情である。素直でない。協調性に欠ける。……………
3. 極端な未成熟行動がある。——例えば, 身体的に, (そして/)あるいは情緒的にあまりにも幼稚な行動をする。度々泣き出す。かんしゃく (tantrum) もちである。親指をしゃぶる。身体的協応性がない。手淫をする。教室(内)での遺尿がある。極端に他人の注意を引こうとする。……………
4. 極端に能力を発揮しない。——例えば, 能力を評価できると思われる事柄を学ぼうとしない……………
5. 極端に落ちつきがない。——例えば, そわそわする。教室の中で落ち着いて座ってられない。……………

6. 教室への適応度・全体的評価点——この項目は, 他の行動評価の要約ではありません。教室内での子どもの行動適応状態を総合的に評価するためのものです。けれども, もしも子供が教室での行動のうちのどれかの項目について, 不適応であると判定された場合, その子供はこの総合評価の中でも不適応という評価をされるはずで。もしも子供が上のすべての項目において「0」をとったとすれば, この欄でも「0」になるはずで。…

B. 『母親による子供の行動観察』

レイティング・スケール

- 0 = まったく違う。
- 1 = 少々そうである。
- 2 = かなりそうである。
- 3 = まったくそうである。

1. 食事のことにやかましく文句をつける。……………
2. 体重が減少している。……………
3. 体重が増加している。……………
4. 落ち着きがないか, あるいは夜中に目を覚ましやすか……………

精神衛生における評価研究

- | | |
|---|----------------------|
| 5. 悪夢を見る。..... | <input type="text"/> |
| 6. 新しい場所をこわがる。..... | <input type="text"/> |
| 7. 他人を恐れる。..... | <input type="text"/> |
| 8. 孤りになることを恐れる。..... | <input type="text"/> |
| 9. 病気とか死のことを心配する。..... | <input type="text"/> |
| 10. 学校に行くのを嫌がる。..... | <input type="text"/> |
| 11. 悲しそうな顔をしている。..... | <input type="text"/> |
| 12. 理由もなく泣いたり叫んだりする。..... | <input type="text"/> |
| 13. 筋肉がこわ着する。..... | <input type="text"/> |
| 14. 顔, 手足などがびくびくしたり, 痙攣したりする。..... | <input type="text"/> |
| 15. 身体がふるえる。..... | <input type="text"/> |
| 16. 吃る。..... | <input type="text"/> |
| 17. 吃らないが, 明瞭に話せない。..... | <input type="text"/> |
| 18. 自分自身に腹を立てている。..... | <input type="text"/> |
| 19. 他の子どもにいじめられ易い。(他の子どもによって, 彼自身をいじめさせる。)..... | <input type="text"/> |
- 医者が悪いところは無いというにもかかわらず次のような病状を訴える。
- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 20. 頭 痛..... | <input type="text"/> |
| 21. 胃 痛..... | <input type="text"/> |
| 22. 吐 き 気..... | <input type="text"/> |
| 23. 身体の痛み..... | <input type="text"/> |
| 24. 下 痢..... | <input type="text"/> |
| 25. 指しゃぶり..... | <input type="text"/> |
| 26. 爪を喰むか, あるいはしゃぶる..... | <input type="text"/> |
| 27. 衣服を喰む。..... | <input type="text"/> |
| 28. 髪の毛, 衣服などのような物をむしる。..... | <input type="text"/> |
| 29. 親やその他のおとなにまつわりつく。..... | <input type="text"/> |
| 30. 自分の性器をもて遊ぶ。..... | <input type="text"/> |
| 31. 他の子供と性的遊びをする。..... | <input type="text"/> |
| 32. 石のようにかたい顔をしている。..... | <input type="text"/> |
| 33. 妙な不可思議な行動と顔付きをする。..... | <input type="text"/> |
| 34. 不可思議な事をいう。..... | <input type="text"/> |
| 35. しばしばトイレに行く。..... | <input type="text"/> |

レイティング・スケール

0 = 1ヶ月に1回, あるいはそれ以下。

1 = 3週間に1回。

2 = 2週間に1回。

3 = 1週間に1回, あるいはそれ以上。

- | | |
|-------------|----------------------|
| 36. 夜尿..... | <input type="text"/> |
| 37. 遺尿..... | <input type="text"/> |

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 38. 昨年, 下痢になった回数。..... | <input type="text"/> |
|------------------------|----------------------|

0 = 全くない。

1 = 1度。

2 = 2度。

3 = 3度, あるいはそれ以上。

C. 『児童の自己像評価』

1. 悲しいと思うことがある。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

2. イライラする。神経質であると思う。おこりっぽいと思う。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

3. 内気で、ひとりぼっちだと感じる。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

4. 学校の規則を破っている。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

5. 自分の年からすれば幼いことをやっている。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

6. 学校でならもっとよく勉強ができる。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

7. 学校では落ち着きがなく注意も散漫である。

- そんなことは全くない
- 少しある
- かなりある
- 非常にある

8. 全体として、わたしは学校で

- かなり良くやっていると思う
- 少し問題があると思う
- かなり問題があると思う。
- 非常に問題があると思う

〔参考文献〕

- (1) Bachrach, Leona L. "Developing objectives in community mental health planning" American Journal of Public Health vol. 64, 1974
- (2) Dohrenwend, Bruce "Psychiatric disorders in general populations." American Journal of Public Health vol. 60. 1970
- (3) Caplan, Gerald. The Theory and Practice of Mental Health Consultation. 1970 Basic Books : New York
- (4) Cytrynbaum, Solomon. "An application of the criteria-oriented approach to the review of in direct service activities in a community mental health center." 1974 in D.C. Reidel et al.(eds.) Patient Care Evaluation in Mental Health Program. Ballinger Publishing Co : Cambridge.
- (5) Kane, R.L., Hanson, R., and Deniston, O.L. "Program evaluation: is it worth it?" 1974 in R.L. Kane(ed). The Challenges of Community Medicine. Springer Publishing Co.
- (6) 加藤正明 「わたしの考える精神衛生」 1978 精神衛生研究所リサーチ・カンファランス 口頭発表
- (7) MacMahon, Brian, Pugh, T.F. Hatchinson, G.B. "Principles in the evaluation of community mental health programs." American Journal of Public Health. vol. 51. 1961
- (8) Kellam, Sheppard G. et. al. Mental Health and Going to School : The Wood loan Program of Assessment, Early Intervention and Evaluation 1975 The U. of Chicago press : Chicago and London.
- (9) Macht, Lee B. "Mental Health program, past, present, and future : based for evaluation" 1976 in E. W. Markson and D. F. Allen(eds.) Trends in Mental Health Evaluation. D.C. Health and Co. ; Lexington
- (10) Meredith, Jack "Program evaluation techniques in the health services." American Journal of Public Health. vol. 66. 1976
- (11) National Institute of mental Health. "Definition of terms in mental health, alcohol abuse, drug abuse and mental retardation." Mental Health Statistic Series No. 8. 1978.
- (12) Shortell, S.M. and W.C. Richardson Program Evaluation of Health Services forthcoming
- (13) 山本和郎 「精神衛生コンサルテーションの方法と日本における問題点」 『精神衛生研究』 15, 1967
- (14) 山本和郎 「コンサルテーションの理論と実際」 『精神衛生研究』 25, 1978
- (15) Zusman, Jack. "Program evaluation and quality control in mental health services." L. Bellak and H.H. Barten(eds). Progress in Community Mental Health. vol. III. 1975 Brunner/Mazel ; New York.
- (16) Wada, Shuich "An evaluation design of school consultation in mental health. 1978. Unpublished report, The University of Chicago.

所 員 研 究 業 績

(昭和53年1月～12月)

1. 著 書 (分担執筆を含む)

G. クロセッティ；偏見・スティグマ・
精神病

加藤 正 明

(1978, 星和書房)

精神障害に対する態度調査について、スターやカミングの調査の再調査を行い、アメリカ公衆の精神障害に対する寛容な態度が強調され、偏見はむしろ精神衛生関係者の側にあることを問題としてとりあげ、論説した。

精神衛生 (藤原, 渡辺編, 総合衛生公衆衛生学)

加藤 正 明

(1978, 南山堂)

精神衛生の定義, 歴史, 対象領域について公衆衛生の立場から論述した。

心拍と呼吸 (現代精神医学大系-20C-
神経生理学III)

高 橋 宏

(65～78頁, 1978年1月, 中山書店)

精神生理学研究で使用される主な変数として心拍数と呼吸曲線があるが、その記録・分析の方法が研究者間で統一されていない。処理方法の違いによる結果にあらわれた差異を示し、問題点と将来への望ましい方向を示唆した。

アルコール中毒と家族一特に妻の問題
(家族病理学講座3 家族病理と逸脱行動)

高 橋 宏

(100～117頁, 1978, 誠信書房)

アルコール中毒の成立条件との関連から家族の問題(親と生育条件, 出生順位, 妻の性格特徴・配偶者の選ばれ方), 患者が治療中その状態の推移に伴う家族殊に妻の役割の変化, さらに女性患者とその夫について概説した。

看護学大辞典・沖中重雄監修

大塚 俊 男

(1978年4月, メディカルフレンド社)

知能障害事典・内山喜久雄監修

飯 田 誠

(1978年3月, 岩崎学術出版)

大脇式知能検査, ベントンのテスト, 筋電図, 心電図, 脳波について解説。

家族精神療法, (現代精神医学大系第5巻
A 精神科治療学I)

鈴 木 浩 二

(364～392頁, 1978, 中山書店)

家族精神療法の理論と実際について述べたもの。1. 精神医学における家族研究と家族精神療法の歴史的発展, 2. 分裂病の家族病理概念, 3. 家族療法の諸理論, 4. 家族療法の技術論。

クライシス・インターベンション(水島
憲一, 岡堂哲雄, 田畑治編, カウンセリング
を学ぶ)

山 本 和 郎

(1978, 有斐閣)

危機介入の発想の歴史的背景とその原理について述べている。

絵画空想法図版—PRT試案

小嶋謙四郎, 槇田 仁, 佐野勝男, 山本和郎

(1978年7月, 金子書房)

これまで日本版として早稲田版, 精神医学研究所版があるが, 第三番目の図版として出版された。マレー版をこえた図版をめざして試みられたものである。

絵画空想法解説

小嶋謙四郎, 槇田 仁, 佐野勝男, 山本和郎
(1978年7月, 金子書房)

新しいTAT図版の基本的考え, ノーマティブ・スタ
ディ, 事例が述べられている。

看護学大辞典・沖中重雄編監修

宗 像 恒 次

(1978年4月, メジカルフレンド社)

保健・医療社会学の展開1978—地域社会 と保健・医療問題 (保健医療社会学研究会編)

宗 像 恒 次

(308~319頁, 1978年5月, 垣内出版)

へき地における保健医療ニーズとサー ビスI

宗像恒次, 岩下清子, 安原紀美子

(1978年12月, 日本看護協会)

重度・重複障害児(者)の観察と評価(中 野善達・小出進編「障害児の心理的問題」)

北 沢 清 司

(174~194頁, 1978年6月, 福村出版)

重度・重複障害児(者)の施設福祉の実践領域から,
観察法・評価法をとりあげ論ずるとともに, 実践研究の
とりまとめを試み紹介することにつとめた。

教育と福祉の役割分担(斎藤義夫, 津曲裕 次編「知能障害の教育と福祉」)

北 沢 清 司

(313~318頁, 1978年10月, 図書文化)

精神薄弱施設における学校教育との提携の問題の実態
から, 歴史的背景も含めて, 昭和54年度養護学校義務制
移行に伴っての, 施設福祉と学校教育の役割及び相互に
学ぶべきことを中心に論じた。

2. 論 文

老人の精神疾患のマネージメント

加 藤 正 明

(「臨床看護」14巻4号17~21頁, 1978年4月)

老人患者における精神症状の大要と, その診断・治
療について述べ, 各科における老人精神疾患および精神
症状のマネージメントについて述べた。

精神医学の現状と問題点

加 藤 正 明

(「理学療法と作業療法」12巻5号, 1978年5月)

精神医学および精神医療における作業療法の問題点に
ついて論じた。とくに作業療法の精神療法的意義につい
て, 精神力動論やグループダイナミックスの立場から検
討した。

臨床精神医学の展望

加 藤 正 明

(「日本医事新報」2809号, 51~63頁, 1978年2月)

1977年度における日本および欧米の精神医学の動向を
展望した。とくに社会精神医学の動向について, 国際パイ
ロット研究, 国際診断基準, アメリカのDSMIIIの紹介,
精神障害者の社会復帰と地域医療の現状について述べ
た。

嗜癖・中毒の国際比較

加 藤 正 明

(「教育と医学」28巻2号, 79~87頁, 1978年2月)

日本における薬物・アルコールの嗜癖・中毒は, 覚醒
剤, 麻薬にはじまり, パルピタール酸系薬物, 有機溶剤
と継続しているが, 最近の覚醒剤乱用の再燃や, 大麻乱用
などを諸外国とくに米, 英, 北欧などとの比較において検
討し, 併せてアルコール嗜癖の問題と差異について述べ

た。

レジャー(余暇)に対する精神医学の役割

加藤 正 明

(「心と社会」8巻4号,265頁,1978年)

余暇に関する精神医学の見解,ワークホリズム,創造性,独創性,自発性などの病態について述べ,精神医学の役割について論じた。

社会精神医学の過去と展望

加藤 正 明

(「社会精神医学」創刊号,1978年)

社会精神医学の定義とその方法,対象領域について述べ,生物学的精神医学との協力,共存について論じた。

欧米社会精神医学の動向

加藤 正 明

(「社会精神医学」1巻1号,1978年)

欧米の社会精神医学の動向について,アメリカ精神医学における推移と,WHOの最近の報告(精神衛生法規,児童問題,発達途上国,ヨーロッパの精神衛生,自殺)などについて展望した。

西欧の自殺思想の系譜

加藤 正 明

(「The English Journal」Sept.号,49~53頁,1978年)

西欧における自殺否定論,肯定論および折衷論の歴史的思考を試み,東洋および日本における生と死の連続性と西欧における非連続性について述べた。

日本摩天楼の健康

高橋 宏

(「正論」通巻58号,142~146頁,1978年9月)

近年増加しつつある高層高密度住宅及びオフィスビルが居住者の心身健康に及ぼす影響は未知の面が多い。またこの分野の研究は欧米に比して極めて少ない。シヴァンドンの研究を紹介しつつ,今後の研究の重要性を説いた。

酩酊経過とタウリンの影響

高橋 宏

(「含硫アミノ酸」1巻1号,81~88頁,1978年12月)

アルコール飲用が精神作業遂行に及ぼす影響に関して行っている研究の一部。タウリン前処置を施した被験者群が,偽薬条件下に比して,飲酒後の心拍数水準の回復が早く,精神作業成績の劣化が少ないことが見られた。

乳幼児精神衛生の最近の文献—虐待を中心として—

池田 由子

(「総合乳幼児研究」1巻4号78~80頁,1978年1月)

乳幼児精神衛生の最近の文献のうち,児童虐待に関するものを中心として外国及びわが国で発表されたものについて解説した。

双生児の発達

池田 由子

(「遺伝」32巻1号,15~21頁,1978年1月)

「人間行動の遺伝と環境」特大号において,双生児児童の追跡研究により得た知見,すなわち,わが国における双生児に対する態度の特徴,兄的性格と弟の性格,双生児の母親の精神衛生,異環境一卵性双生児の発達等について述べた。

児童虐待

池田 由子

(「心と社会」8巻3号,167~174頁,1978年1月)

児童虐待の歴史,発生率,再発率,対策,法律などについてわが国及び外国における例を挙げて述べた。

乳幼児期の精神衛生その5,言語発達遅滞児の予後調査

池田由子,河野洋二郎,成田年重他

(「精神衛生研究」25号,1978年2月)

幼児前期に言語発達遅滞を訴えて来所した事例を追跡調査して,その予後を追求め,一般の精神発達遅滞児と発達の様相を比較した。

分離不安

池田由子

(「小児内科」10巻3号, 50~53頁, 1978年3月)

児童精神医学, 小児科学で広く使用されている分離不安の考え方について, 精神分析的, 発達心理学的な立場から解説し, 人みしり反応, 8ヵ月不安との異同に関する討論につき述べた。

自閉症状を示した一卵性及び二卵性双生児について

池田由子, 西川祐一, 河野洋二郎, 成田年重

(「厚生省心身障害児研究班報告書(公的施設児童精神医療研究協議会研究発表抄録集)」1978年3月)

自閉症状を示した一卵性及び二卵性双生児計12組について, その発症の時期, 一致か不一致かなどについて検討した。

乳幼児期の精神病理

池田由子

(「最新育児の理論と実際」, (総合乳幼児研究増刊) 191~195頁, 1978年6月)

乳幼児期における個人及び家族の精神病理として発達遅滞, 神経症, 神経質性習癖, 心身症, 自閉症などについて述べた。

Child Abuse (Coversation)

池田由子

(「Mainichi Daily News」5頁, 1978年8月)

In the interview by S. Scully, the author described the definition of Child abuse, similarities and difference in Japan and abroad, laws on Child abuse etc.

児童精神衛生における最近の諸問題

池田由子

(「社会精社医学」1巻2号, 13~20頁, 1978年12月)

最近の児童精神衛生領域における問題のうち, 児童虐待, 家庭内暴力, 自殺につき, 臨床的経験に基づき, 考察した。

精神薄弱の判定基準に関する研究第1報—精神薄弱の程度の判定に関する基準作成の必要性とその社会的背景—

櫻井芳郎

(「精神衛生研究」25号, 81~96頁, 1978年3月)

各地の相談機関における判定の実態を分析し, 能力欠陥者に対する画一的, 管理的な発想による処遇に結びつきやすい現行の判定基準の見直しと「事例性」の視点にたつ判定基準の検討をおこなった。

在宅心身障害児家庭の実態と家族に対する指導技術に関する研究(初年度)

櫻井芳郎, 小寺清孝(淑徳大学), 相沢二郎(埼玉県生活福祉部)

(「心身障害児の療育に関する研究, 昭和52年度厚生省心身障害研究報告書」141~153頁, 1978年12月)

3ヶ年計画による研究の初年度として, 在宅障害児家庭の特徴と子どもの発達を阻害する要因を把握するために300家庭を対象に実態調査をおこない, 障害児の状況, 障害発見の時期と受診機関, 家庭の状況と家族関係, 障害児の養育上の問題などについて明らかにした。

精神薄弱児・者に対する地域福祉計画の諸問題—巨視的調査の結果を中心に—

櫻井芳郎

(特別研究報告書「地域社会における精神障害の発生予防および社会復帰に関する総合研究(昭和50年~52年)」65~82頁, 1978年12月)

わが国における地域福祉計画のあり方を検討するために, 各地に萌芽しつつある地域活動の代表例として全国11地域を選び, コミュニティリーダーに対しておこなった調査結果をもとに, 地域福祉計画の概念と機能, 地域福祉計画の現状と今後の課題などについて論じた。

心身障害児・者に対するコミュニティケアについて—各専門職員の連携の問題を中心に—

櫻井芳郎

(「昭和53年度在宅心身障害児療育指導者研修会テキスト」(全国心身障害児福祉財団)一市町村保健婦・訪問教師・通園療育担当者コース, 17~26頁, 1978年12月)

心身障害児(者)に対するコミュニティケアの発想とその発展, コミュニティケアの展開, コミュニティケアのあり方などについて, 在宅心身障害児(者)の療育指導にかかわる専門職種間の相互理解と協力の問題を中心に全国的な実態分析を通して問題点を明らかにし, 今後の課題について論じた。

心身障害児の在宅ケアにかかわる専門職員等の実態把握と療育指導システムに関する研究(初年度)

櫻井芳郎, 小松せつ, 加藤進昌, 井門敏子(大和学園女子短大), 大槻久子(よこいとグループ)

(「心身障害児の療育に関する研究, 昭和52年度厚生省心身障害研究報告書, 125~140頁, 1978年12月)

3ヶ年計画による研究の初年度として, 心身障害児の在宅ケアにかかわる専門職員等の役割と機能の実態を把握するために, 全国的な規模で実態調査をおこない, 在宅心身障害児に対する多面的総合的なアプローチが真価を発揮できるような療育指導体制の確立と資質の向上をはかるための研究プログラムの開発が急務であることを明らかにした。

老人の臨床知能検査について

保崎秀夫, 大塚俊男, 浅井昌弘, 仲村禎夫

(「慶応医学」55巻5号, 401~416頁, 1978年9月)

老人の精神機能のとらえ方, 老人の知能低下の問題点, 知能検査判定の問題点, 各種の知能検査法について述べ, 慶応式知能検査を養護老人ホームの32名の老人と老年痴呆など入院者14名に施行した結果について検討した。

神経症圏の二, 三の病態の好発年齢(その一)

高橋 徹

(「精神衛生研究」25号, 1978年3月)

精神衛生相談室開設以来からの診療録を調べ, 今から二十有余年まえの事例500例について分析し, そのうち, 不安発作, 神経衰弱状態, 強迫神経症, 対人恐怖症のそれぞれにつき, 好発年齢を調査した。

不安神経症の概念

高橋 徹

(「臨床精神医学」7号, 403~410頁, 1978年4月)

不安神経症はフロイトによって記載された神経症類型であり, その後, 同様の内容の神経症類型は, 他の研究者たちによっても記載されてきた。そうした研究を概観し, 今日の不安神経症概念について述べ, 私見を加えた。

シャルル・ラゼーグの被害妄想病について

高橋 徹, 影山任佐

(「精神医学」20号, 575頁, 1978年5月)

被害妄想病は, 1852年にフランスのラゼーグによって初めて記載され, その後の精神医学疾病論の発展にともない分裂病圏の疾患としてその概念は発展的に解消したもので, 原著の全訳と, そうした経過を解説した。

登校拒否

山本和郎, 関谷道夫, 信国恵子

(「児童心理学の進歩」17巻, 215~267頁, 1978年6月)

日本における登校拒否の発生原因, 特性及びその処遇に関する諸研究を総覧し評論している。文献268をあげている。

環境療法(治療教育論, 社会福祉主事資格認定通信課程)

山本和郎

(全国社会福祉協議会社会福祉研修センター, 1978年)

先天代謝異常症の臨床生化学的研究

—アミノ酸およびガラクトース代謝異常のスクリーニング法の開発—

小松せつ

(「精神衛生研究」25号, 97~111頁, 1978年)

アミノ酸代謝異常の有無の検索の為に, 尿を用いた簡便かつ精度のよい薄層クロマトグラフィー法, 及び汚紙上乾燥血液を用いた澱粉ゲル電気泳動法により異型ガラクトース血症の検索を行う精密検査法を考案した。

老年期の心気症

丸山 晋, 斎藤和子, 谷口幸一, 藍沢鎮雄
〔「臨床精神医学」7巻, 10号59~64頁, 1978年10月〕

心気症の概念を整理し, さらに老年期のその特徴を, 若年の心気症との対比のなかで, 森田理論を軸として論じた。その特徴は心身機能の減弱と境遇上の変化を背景とした actual neurosis の型をとりやすいことを指摘した。

老人の社会精神医学的調査の試み一問

題老人のスクリーニングの試みについて

藍沢鎮雄, 斎藤和子, 丸山 晋, 吉川武彦, 小松順一, 谷口幸一

〔「社会精神医学」1巻, 2号56~71頁, 1978年12月〕

老化と適応の相関について, 昭和50年より3年間に亘る継続的追跡研究の一部を, 問題老人のスクリーニングという視点にしぼって報告した。5つの調査項目の相関性と事例研究の上から, 簡便なスクリーニング法であることを検証した。

就学期児童の心理と親の配慮

日下部 康明

〔「ヘルシスト」1978年3月号, 9~10頁, 1978年3月〕

就学期の児童の心理学的特徴について言及し, あわせて, 親としていかなる配慮をするべきかについて若干の提言をした。

ノイローゼ

日下部康明, 渡会昭夫

〔「ヘルシスト」1978年5月号, 40~43頁, 1978年5月〕

ノイローゼはいかなるメカニズムでおこるか, その治療, 予防はいかになされるかについて, 事例を通して平易に解説した。

座談会「暴力をふるう子がふえている」

深谷鎬作, 日下部康明, 岡百合子, 能重真作

〔「子どものしあわせ」'78年11号, 臨時増刊号20~29頁, 1978年11月〕

家庭内暴力の問題を, 精神医学的, 教育学的, 社会的な観点から解明を行ない, あわせて, この予防についてそれぞれの立場から提言した。

地域環境の変化と住民の健康度(2)

石原邦雄, 小林 晋, 坂本 弘

〔「精神衛生研究」25号, 21~31頁, 1978年3月〕

生活変化ストレス量が, 住民の心身の健康に影響すること, また両者の媒介項として生活構造諸変数が作用することを, 前報に続いて三重県鈴鹿市における345世帯のデータから分析した。

「精神障害者」の医療・福祉問題と家族的条件

石原邦雄

〔国立精神衛生研究所特別研究報告書「地域社会における精神障害の発生予防及び社会復帰に関する総合研究」37~54頁, 1978年12月〕

(
既存研究について, 変数と命題を抽出して問題点を整理すると共に, 千葉県における患者家族調査の再集計から, 家族会加入の有無による患者・家族の諸属性の差異と, これに基づけられた意識, ニードの差を検証した。

The "Mentally Disordered" and the Family in Japan — Some preliminary remarks from a sociological perspective—

Kunio Ishihara

〔「精神衛生資料」22号, 105~124頁, 1978年3月〕

個人—家族—社会の関連の中で, 精神障害の問題を捉える視点を提示し, 伝統的な日本の家族構成(「家」と障害者処遇体系の結びつきを指摘するとともに, それらの変化の過程を捉える枠組を示し, 若干の考察を加えた。

アメリカのジレンマ

和田修一

〔「海外社会保障情報」44号, 34~36頁, 1978年12月〕

アメリカにおける社会保障制度の充実を阻害している1つの(しかし, 極めて重要な)要因としての人種, 民族問題を, 筆者のアメリカ在住の間の経験を通して述べてみた。

医師と保健婦の活動と役割期待

宗像恒次, 佐藤林正, 園田恭一, 牧野忠康
(「日本看護協会調査研究」通巻7号 41~153頁, 1978年1月)

「保健感覚」を育てる一地域における 看護実践の目標, 方法, 対象

宗像恒次
(「ナースステーション」8巻3号, 73~79頁, 1978年7月)

看護労働問題と組合の機能レベル

宗像恒次
(「労働調査」通巻133号, 3~9頁, 1978年9月)

福島県における保健指標の研究

宗像恒次, 遠藤セツ他4名
(「医学研究助成報告集」(第4回) 85~86頁, 1978年12月)

A Statistical Study on the Relationship between Aircraft Noise and the Birth Rate of Low-Birth-Weight Babies in the Vicinity of Fukuoka Airport, Japan.

Shosuke Suzuki and Michinori Kabuto
(「日本公衛誌」25巻1号, 37~43頁, 1978年1月)
大阪空港周辺において航空機騒音レベルと低出生時体重児の出生頻度との間に正の相関がみられたとする安藤らの報告がある。同様の分析を福岡空港周辺について試みたが, 結果は否定的であった。

電車・地下鉄通勤による騒音暴露レベルの測定と評価

兜 真徳, 大塚柳太郎, 鈴木庄亮
(「日本公衛誌」25巻2号, 59~63頁, 1978年2月)
非騒音職場従業者ではその24時間騒音暴露量は通勤時の騒音暴露に大きく依存していることから, 電車・地下鉄計25路線の通勤時車内騒音レベルを測定し, 一般人口の聴力保護という観点から評価を試みた。

3. 学会発表

(1) シンポジウム

Psychopathology and Symptomatology of Depression — East and West

Masaaki Kato

(第17回アメリカ神経精神薬理学会招待講演, 1978年12月)
うつ病に関する精神病理と症候論について, 下田執着気質および状況論の概要に述べ, 身体症状は東西の差が少ないが, 精神症状は Culture-bound な要素が多く働くことを, 具体的症状について述べた。

The Interface of Research and treatment

Masaaki Kato

(第17回アメリカ神経精神薬理学会
シンポジウム, 1978年12月)

精神医学における薬物療法の歴史と現状について述べ, 欧米とアジア・アフリカにおける薬物耐性の差に関する WHO の国際研究, ICD との関連, 日本における研究の展望について述べた。

Comparative Study on the Stress-responses in the Aged between Japanese Americans and Nationals

Masaaki Kato and Kazuko Saito

Symposia : Behavioral and Social Sciences

(第(IX)回 International Congress of Gerontology, 1978年8月)

ロスアンゼルス在住日系一世老人60名(平均年齢78才)について, 面接により精神および身体老化度評価, 人生満足度評価, 文章完成法テスト, 生活史の聴取を行い,

すでに日本国内5地区において行った結果のうち沖縄群(平均年齢77才)との比較を行い、生活史、文化、社会環境のちがいと老化度と生活適応との関係を分析検討した。

アルコール症の疫学

高橋 宏

シンポジウムIV「アルコール症の基礎の臨床」

(第74回日本精神神経学会総会, 1978年9月)

所謂アルコール中毒の成立に関与する因子、肝硬変による死亡率、アルコール消費量、アルコール耐性と依存性、酩酊時の異常行動とアルコール中毒有病率との関係

にふれ、現在の知見からアルコール中毒の疫学の問題点を指摘した。

宗教行動と経済行動

和田 修一

(宗教社会学研究会, 1978年12月23日)

宗教倫理と世俗倫理との間の矛盾と相克は、多くの人々によって指摘されているテーマであるが、社会秩序の在り方を規制している2つの大きな柱としてその2つの価値倫理の相関について述べてみた。

(2) 一般演題

酩酊経過とタウリンの影響

高橋 宏

(第1回合硫アミノ酸研究会, 1978年8月25日)

前出論文内容の学会報告演説。

老年期の適応に関する研究—ロスアンゼ

ルスの日系一世と沖縄の老人のSCTの比較

谷口幸一, 加藤正明, 大塚俊男, 丸山 晋, 山本和郎, 斎藤和子

(第20回日本老年社会科学大会, 1978年11月5日)

老人用のSCTを用いて、老人の家庭・過去、現在、未来、および生や死についてのイメージを調査し、その結果について本大会では、ロスアンゼルスと沖縄の在宅老人を比較したものを発表した。

思春期以後の精神遅滞者に起こった性的問題行動に対する経験的考察

飯田 誠

(第19回日本児童精神医学会総会, 1978年11月5日)

思春期に達した精神発達遅滞者が起こす性的非行の多くは家族の扱い方から来るフラストレーションの解消手段と考えられ、扱い方の改善によって性的非行が起らなくなった症例8例を挙げて説明。

非定型精神病患者に対する家族治療的試み

鈴木浩二, 田頭寿子, 高橋 徹

分裂病と家族問題

(第1回ワークショップ家族精神病理研究会, 1978年10月29日)

一非定型精神病患者の家族治療の経験を通して、分裂病家族の家族力動とこの家族の家族力動の差異を論じた。

マージナル・マン概念について

高橋 徹

社会精神医学について

(第2回社会文化精神医学研究会, 1978年5月21日)

R. E. Park 以来のマージナル・マン概念について解説し、精神衛生活動の最前線を担う人びとの立場を、マージナル・マンとしての状況としてとらえなおし、精神衛生活動の準拠する理論をつくる試みを行なった。

神経症圏の二、三の病態の好発年齢

高橋 徹

Documenta psychiatrica.

(第5回三大学精神病理研究会集會, 1978年8月27日)

不安発作、神経衰弱状態、強迫神経症、対人恐怖症のそれぞれについて、当相談室資料にもとづく初発年齢分布調査の結果を紹介し、とくに対人恐怖症はその年齢特性においてきわ立つ特徴をもつことを論じた。

老人と社会的生活適応に関する追跡調査から

齋藤和子, 加藤正明, 他
(第20回日本老年社会学会大会, 1978年11月4日)
浦安, 金沢, 那覇, 野田各地区及び東京医大老人科外来通院者合計268名につき, 昭和50~52年度まで3年間, 精神老化, 身体老化, 生活適応状況等につき諸検査を行ってきたが, それらの加齢による変化を分析し発表した。

アメリカロスアンゼルス在住日系一世老人調査から一老化と生活適応一

加藤正明, 齋藤和子
(第20回日本老年社会学会大会, 1978年11月4日)
ロスアンゼルス在住日系一世60名につき昭和52年及び53年の2回面接調査を行い, 日本国内5地区で行った結果と比較分析し, 生活史, 文化, 社会環境のちがいと老化度及び生活適応との関係を検討した。

老年期の適応に関する研究一ロスアンゼルスの日系一世と日本の老人のSCTの比較

谷口幸一, 加藤正明, 齋藤和子, 他
(第20回日本老年社会学会大会, 1978年11月5日)
ロスアンゼルス日系一世老人と日本国内5地区のうち特に那覇市老人における, 文章完成法テスト(SCT)との結果を分析検討し, 文化のちがいと老化及び生活適応との関係と比較した。

著明な情緒的未熟さと依存, 退行を示した不登校児の一例について

柄沢弘幸, 日下部康明, 藤田孝司
(第3回群馬精神医学懇話会, 1978年3月18日)
不登校児の1例報告。情緒的未熟を単に心理的に説明するだけでなく, 神経生理学的観点からも考えるべきであることを示唆した。

産褥精神病の同胞例

長谷川憲一, 中沢正夫, 日下部康明
(第3回群馬精神医学懇話会, 1978年3月18日)
3人姉妹の長女, 三女に出現した産褥精神病について報告した。長女はうつ状態, 三女はそう状態を主景とした。これについて状況的に説明を行なった。

小児神経症への一つの治療的試み一合宿治療について一

柄沢弘幸, 日下部康明, 八代りり子, 山岡正規
(第40回小児精神神経学研究会, 1978年10月20日)
群大で毎夏行なっている精神障害児の治療のための合宿の紹介を行なった。合宿中の子供の変化, 合宿後の変化を主として報告し, 今後の課題について言及した。

学校場面でみられた複数ヒステリー, とりわけ2人組ヒステリーについて

日下部康明, 日下部和子, 山岡正規, 柄沢弘幸
(第40回小児精神神経学研究会, 1978年10月20日)
最近女子中学生の間で過呼吸症候群がしばしば見られる。これはヒステリー型感応と考えられるが, 我々は特に2人でのヒステリーに注目し, そのメカニズムを仲間形成の欲求と考えた。

学校場面で多発する女子中学生の過呼吸症群一特に治療的側面から一

日下部康明, 日下部和子
(昭和53年度秋季群馬医学会, 1978年11月25日)
別記の過呼吸症候群の治療結果について報告した。従来, 本症の予後調査は少ないが, 悪いとする報告もある。我々の症例は全例が予後良好であった。それについて若干の考察を行なった。

日本文化における双生児への文化的及び親達の態度

西川 祐一
(第9回国際児童精神医学会, 1978年8月22日)
双生児の出生率の低い日本では昔から双生児に対する迷信や偏見が多かったが, 近年社会文化的発達が進むにつれそれらの考え方や周囲の態度が変化しつつありこれは今後双生児の発達に大きな影響を与えるであろう。

精神病院における小グループについて

西川 祐一
(第4回集団療法研究会, 1978年10月3日)
精神病院入院中の慢性精神分裂病者に対し閉鎖的な集団面接を約3年間おこなった。その際の患者個人の精神力動及び集団の精神力動について各症例を中心に発表した。

指さしの発達

河野 洋二郎

(第40回小児精神神経研究会, 1978年10月20日)

乳児期の非言語的伝達手段である指さし動作の発生と発達の過程を観察し、乳児期の指さし動作の意味を検討するとともに、指さし動作の発達と他の諸能力の発達との関係を考察した。

航空機騒音によるTTSに関する研究

兜 真徳, 鈴木庄亮

(日本音響学会春季大会, 1978年5月10日)

航空機騒音(Boeing 747 着陸時)によるTTSを調べた実験(兜, 1978, 産衛学会)に加えて、さらにBoeing 747 離陸時の騒音を用い、ピークレベルをかえた時の継続時間の違いによるTTSの差を調べ、同様の山本らおよびWordらの成績と比較検討した。以上から、Wordらの報告が支持され、現実の空港周辺において大きなTTSが発生している可能性はほとんどないものと思われる。

千葉県地域別人口変動と出生力

兜 真徳, 小泉 明

(日本人口学会, 1978年5月19日)

日本における人口転換過程に関する人類生態学的研究として、昨年本学会で報告した都内区部についての地域別人口移動と出生力との関係の分析に加え、さらに戦後の千葉県について同様の分析を行った。人口増加の程度で分けられる地域別にStandardized Child-Woman Ratioをみると、とくに昭和45年以後では、人口変動比に対応した出生力の変動はみられず、出生行動の地域差がなくなったことを示唆している。

航空機騒音、道路騒音および電車内騒音によるTTS

兜 真徳

(日本産業衛生学会, 1978年6月1日)

生活環境騒音による聴覚影響を検討する目的で、上記3種騒音の各再生音を被験者に1日6時間実験室内で暴露し、生じる一時的閾値移動(TTS)を測定した。結果、TTSを生ぜしめない最大の騒音レベル(L_{50})は道路騒音で75dB、車内騒音で70dBであった。とくに道路騒音

実験結果は、同騒音により現実にもTTSが生じている可能性を示唆している。

ラットにおけるLH・RHおよびEstradiol-Benzate誘発LH-Surgeに及ぼすメラトニンの効果

兜 真徳, 大沢仲昭

(日本内分泌学会総会, 1978年6月3日)

松果体ホルモン、メラトニンの抗性腺作用機序を調べる目的でラットにおけるLH・RHおよびEstradiol-Benzate誘発LH-Surgeに及ぼすメラトニンの効果を検討した。結果、みられたLH・RH誘発LH-surgeの抑制は下垂体からのLH放出が、またEstradiol-Benzate誘発LH-Surgeのblockは視床下部のLH・RH放出が、それぞれメラトニンによって抑制されたことを示唆している。

Down症候群における下垂体-副腎系の加齢に伴う変化

兜 真徳, 加藤進昌, 大沢仲昭

(日本内分泌学会東部会, 1978年9月14日)

Down症の早期老化と内分泌機能との関連性を検討する目的で、某精薄者施設の116名(うちDown症28名, 25~54才)の血中下垂体前葉ホルモン(HGH, PRL, LH, TSH), 17-KS, Cortisolを測定した。結果、とくに(1)成長ホルモンがDown症で有意に低値、(2)Down症女子でその他精薄より10~15年早いLH上昇(閉経によるとみられる)、(3)副腎アンドロジェン(17-KS)がDown症で有意に低値が知られ、Down症においてlife spanが短縮されていることが示唆された。

騒音暴露によるDifference Limen(弁別値)の変動について

南 正信, 水島 実, 小野圭子, 兜 真徳

(日本音響学会秋季大会, 1978年10月18日)

騒音の聴覚影響を調べるための直接的な指標として従来TTSがよく用いられているが、近年、弁別値の移動の方が敏感で、かつ回復が遅いことから有用な指標となりうることを示唆されている。本報告では、Bienvenueら(1976)の実験結果を追試し、得られた若干の知見につき述べた。

騒音の下垂体前葉ホルモン分泌に及ぼす影響

兜 真徳, 鈴木庄亮

(日本公衆衛生学会, 1978年10月19日)

騒音による下垂体レベルでのホルモン分泌に及ぼす影響をみるため、航空機騒音の再生音(反復周期2分00秒, ピーク97および107dBA)を男子学生に暴露し、暴露前、3時間、6時間の3回採血してその血中ACTH, LH, PRL, 一部TSHを測定した。個人差、時間的変動が大きいが、平均値としてみると、騒音暴露によりACTHは分泌亢進, LH, PRLは分泌低下したことが示唆された。

わが国戦前の精神薄弱者施設に関する総合的研究XIX

山田 明, 内海 淳, 北沢清司, 柴崎正行, 菊池義昭, 清水 寛, 津曲裕次, 松矢勝宏, 峰島 厚, 安藤房治
(第16回日本特殊教育学会, 1978年10月22日)

わが国戦前の精神薄弱者施設研究の一環として、今回八幡学園、筑波学園の「対象者」問題を報告した。東京府精神薄弱児童取扱規程(1940年)をとりあげ、その運用について論じた。

戦後障害児教育史研究2—戦前・戦後の障害児教育制度の比較研究

小野正典, 渡辺健治, 北沢清司, 荒川 勇, 内海 淳, 大井清吉, 津田敬子, 橋本純子, 松矢勝宏, 馬渡尚子, 渡辺裕子

(第37回日本教育学会, 1978年8月30日)

従来憲法、教育基本法の理念をうけ、戦前の教育法制とは全く異ったものとして学校教育法は制定されたという解釈が一般的であるが、障害児教育制度の比較によって、連続・不連続を考える視座を提供した。

4. 翻 訳

Medical Examination (精神科問題集・精通1200題と解答)

(分担翻訳) 大塚 俊 男

(1978年3月, 広川書店)

5. 講 演

児 童 虐 待

池 田 由 子

(昭和53年度厚生省家庭相談員中央セミナー, 1978年3月7日)

近來福祉・医学・教育関係者が接触することが多くなった児童虐待の問題について、その発生機序、発生率、再発率、予防治療の要点につき、実例を挙げつつ説明した。

集団療法の理論と実際

池 田 由 子

(国立特殊教育研究所虚弱児学級研修, 1978年3月13日)

虚弱児学級において学級指導や個人治療指導に集団療法の理論と技術がどのように応用されるかについて述べた。

児童期の精神衛生

池田由子

(第1回障害幼児指導者研修会, 1978年9月1日)

障害を有する幼児の混合教育に従事する場合に必要な児童期の精神衛生, とくに心身症, 習癖, 自閉傾向, 登園拒否などを中心に述べた。

指しゃぶりと困るくせ

池田由子

(昭和53年度市川市歯科医師会研修, 1978年9月19日)

1歳6ヶ月健診において, 小児科, 保健, 歯科等関係領域において早期矯正が是か非か論議のある「指しゃぶり」について, 他の習癖や行動異常との関連, 予後等について現在までの3歳児健診の予後調査の結果を中心として述べた。

児童虐待

池田由子

(日本大学心身症研究会, 1978年10月5日)

小児科, 外科, 精神科領域等において接触する児童虐待及び近親相姦について自験例を中心として解説し, その対策治療について述べた。

精神障害者及び家族に対する集団療法

池田由子

(神奈川県衛生局精神衛生職員研修, 1978年10月23日)

保健所等公衆衛生領域において精神障害者及び家族の治療指導に関与する際に必要な集団療法の知識について述べた。

精神薄弱者の判定基準作成にむかって

—心身障害研究櫻井班の判定基準(案)について—

—

櫻井芳郎

(昭和52年度全国精神薄弱者更生相談所技術職員研修会(厚生省主催), 1978年2月16日)

厚生省心身障害研究費によっておこなわれている精神薄弱の判定基準に関する研究(櫻井班)の概要を説明し, あわせて成人精神薄弱者の程度別判定の試案を紹介した。

児童福祉の課題

櫻井芳郎

(千葉県児童福祉のあゆみ30年記念大会(千葉県主催), 1978年2月24日)

児童福祉法制定30年を記念して現在までのあゆみをかえりみ, 児童福祉の新しいあり方として, 1. 施設保護中心から地域生活の重視へ, 2. 疾病性から事例性への転換, 3. 人間らしい心を家庭生活・社会生活へ取り戻す, の3点を強調した。

心身障害児(者)の福祉臨床の基本問題

—医療, 教育, 福祉三者の相互関係—

櫻井芳郎

(愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所講演会, 1978年3月7日)

心身障害児(者)福祉臨床のめざす目標は人間の成長, 自己実現であり, それを達成するには医療, 教育, 福祉三者のインテグレーションが必要であることを講述した。

面接技術の原理と実際

櫻井芳郎

(昭和53年度東京都足立区福祉事務所職員合同研修会, 1978年6月8日)

福祉対象者の自立更生を援助するケースワーカーに必要な「面接」の原理と技術について, 心理療法・カウンセリング・ケースワークの三つの技法の特徴を比較しながらワーカーに要求される面接技術について講述した。

精神薄弱児(者)の福祉臨床

櫻井芳郎

(昭和53年度全国国立重症心身障害児(者)施設児童指導員連絡協議会, 関東信越支部研究会, 1978年6月23日)

精神薄弱児(者)の福祉臨床は人権尊重を中心とする民主主義の精神に基盤をおく補綴と調整・治療の活動であり, 心理—社会的技法を用いて精神薄弱児(者)の適応行動の低水準を改善し, 社会的概念としての精神薄弱からの救出をはかる援助過程であることを講述した。

面接技術を高めるには

櫻井芳郎

(昭和53年度ケースワークセミナー(青森県主催), 1978年8月1日)

望ましい面接をおこなうには, 1. 信頼関係の樹立, 2. 傾聴理解面接, 3. 面接技術の習得が大切であることを講義と実技(ロールプレイング)によって明らかにした。

家族関係

櫻井芳郎

(昭和53年度ケースリーダー養成講座(埼玉県主催), 1978年8月14日)

非行少年の善導援助にあたるボランティアなどの指導者に必要な知識・技能として家族の特性, 家族関係が子どものパーソナリティに及ぼす影響, 家族に対する治療的面接や家族の小集団話し合い活動などの家族への接近等について講述した。

福祉臨床の理論と実際

櫻井芳郎

(第10回はるな郷治療教育研修会(日本精神薄弱者愛護協会, 通信教育スクーリング認定講習会), 1978年8月23日)

従来おこなわれていた「疾病性」の観点からの社会防衛的な隔離・保護にかわって人間らしく生きる権利を保障する処遇をおこなうには「事例性」の視点にたつ援助活動が必要であり, ここに施設処遇にケースワーク技術を導入する意義があることを講述した。

精神薄弱児(者)をめぐる諸問題

櫻井芳郎

(昭和53年度全国盲児施設職員現任研修会, 1978年11月9日)

精神薄弱の概念, 診断・判定の問題, 治療・処遇の基本理念, 精神薄弱児(者)をとりまく社会的条件, 精神薄弱問題の今後の課題などについて講述した。

老人福祉のためのカウンセリング—老人の心理と取扱い方—

櫻井芳郎

(昭和53年度東京都福祉事務所老人福祉担当職員研修会

(東京都民生局主催), 1978年11月27日)

老人福祉担当職員に必要な知識と技能として老人の身体的, 精神的, 社会的特徴ならびに老人の感情と欲求, 老人に対する面接のしかたなどについて講述した。

青年と社会参加

櫻井芳郎

(千葉市勤労青年大学講座(千葉市主催), 1978年12月1日)

現代の青年像, 社会とのかかわり, 社会参加の方法(ボランティア活動, 社会改革の原動力), 青年の生きがいなどについて, 社会的価値意識の形成と価値体系の関係を中心にアンケート調査の結果をもとに講述した。

老人の精神障害

大塚俊男

(精神衛生相談員認定講習会, 1978年5月24日)

高齢化社会の現況, 脳の老化, および, 老年精神障害の概略について述べた。

老人の精神衛生

大塚俊男

(日本精神病院協会医師研修会, 1978年10月17日)

高齢化社会の現況, 老人の福祉, 老年精神障害の疫学, 老人の心理について述べた。

発達障害児に対する親の扱い方および就学問題について

飯田誠

(文教大学相談室主催講演会, 1978年4月22日)

精神発達遅滞に基く種々の行動の解釈の仕方とそれに対する親の対応の仕方。発達保障の立場からみた障害児の就学のあり方について解説。

精神薄弱者に対する家庭の生活指導

飯田誠

(松戸市社会福祉協議会講演会, 1978年7月28日)

精神発達遅滞者は条件形成しにくいいため, 生活のパターンを崩さないこと, 不規則な生活にならないこと, 家族全員の扱い方にくい違いがないようにすること等を説明。

治療的社会

鈴木浩二

(順天堂大学医学部, 医事心理学講座, 1978年2月2日)
治療的共同体としての病院の在り方および精神医療の
将来像について論じた。

社会病理と家族病理

鈴木浩二

(順天堂大学医学部, 医事心理学講座, 1978年2月9日)
精神的不適応者の出現にかかわる現代社会の病理およ
び家族病理について述べた。

家族関係の病理 (I, II)

鈴木浩二

(家庭裁判所調査官研修所, 1978年4月7・13日)
家族力動と精神疾患並びに問題行動との関連性につ
いて触れ, 病的な力動関係をどのように改善してゆくこ
とができるかを症例を用いて述べた。

投影法による家族テスト

鈴木浩二

(家庭裁判所調査官研修所, 1978年5月16日)
家族交互作用測定法の種類, 特徴を挙げ, 特に, 投影
法による家族テストである「家族合意ロールシャッハ」
の詳細について説明した。

老年期の心理と精神衛生

鈴木浩二

(順天堂大学医学部, 医事心理学講座, 1978年10月9日)
老人の心理や家庭精神衛生の諸問題を家族精神病理学
の視点より分析し, 老人問題を家族全体の問題としてど
のように把握してゆけばよいか, どう解決してゆくこと
が可能か, を論じた。

クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK) の微量測定法について

小松せつ

(東邦大学理学部生理化学研究室懇話会, 1978年2月23
日)

進行性筋ジストロフィー症の早期発見のためのCPK
超微量測定法を検討し実用化した。測定の方法は, クレ
アチンリン酸にCPKが作用し生じたATPをルシフェリ
ン・ルシフェラーゼと反応させ発生する光の強さを測定
するものである。

新生児期における代謝異常スクリー ニングと今後の課題—とくにガラクトース 血症の精密検査について

小松せつ

(精薄施設職員研修会 (はるな郷), 1978年6月15日)

現行の新生児期ガラクトース代謝異常のスクリーニ
ングで広く用いられているポイトラー法では発見出来ない
異型ガラクトース血症を検索する為に考案した澱粉ゲル
電気泳動法による精密検査法について論じた。

精神薄弱児 (者) の精神衛生—早期診断 法について

小松せつ

(国立公衆衛生院研修, 1978年9月16日)

異型ガラクトース血症の早期発見・早期治療の為に考
案した澱粉ゲル電気泳動法による検索法と, 本法を現行
の新生児期代謝異常スクリーニングに組入れる目的で作
成したシステム化試案とその具体的運営についてのべ
た。

「遊び塾」の1年

日下部康明，山岡正規

(NHK教育ジャーナル，1978年3月8日)

群大で行なっている「遊び塾」実践活動の紹介。子供の遊びの必要性，塾での子供達の様子，塾の今後のあり方などについて語った。

聾児に対する性教育について

西川 祐一

(筑波大学附属聾学校小学部，1978年7月5日)

小学校高学年の聾児を持つ母親に対し，一般の児童がどの程度，性に対し関心を持ち，経験があるかという事を中心に母親達の悩みを聞きながら話をすすめた。

A Study on Child Abuse
Part I . Difficulties in and Problems of Handling
the Battered Child and the Abusing Parent

Yoshiko IKEDA, M.D., Division of Child Mental Health
Toshie NARITA, Saitamaken Family Court

Although Japan has "Child Welfare Law", there are many child abuse cases which cannot be clinically treated because of insufficiencies of the law. Some of these are excerpted below.

Case 1) M ♀ 4 years

M, one of twins, was brought up in a foster home because of the parents' prejudice against twins. When M was three and a half, the mother suddenly took her back, after she was told that she was sterile, M feared her mother and began bed-wetting. The mother abused her in many ways. Finally, the police interceded to protect the girl from burns and bruises. She was placed in an institution. The parents moved to a distant city. Two years later, the father swore that he could supervise his wife and she would never mistreat her. But as soon as M returned home, this psychopathic mother again began to abuse her.

Case 2) S ♀ 7 years

Shortly after S was born, the mother died of tuberculosis. She was institutionalized until the age of six. When S returned home, her father, a lazy factory worker, began to abuse her. In spite of intervention by child welfare workers, S could not be returned to the institution. The father's employer made him promise not to batter her, although he was dubious about the father being able to keep his promise.

Case 3) B ♀ 7 years 3 months

B was abused by her stepmother when her real father was out of town. In school, B showed behavior problems. Since the stepmother was very defensive, neither school nor child welfare agencies could intervene to protect her.

Case 4) R ♂ 7 years

R and his brothers were confined and battered by their psychotic father. The father had hallucinations and delusions. Out of fear, the mother refused outside help. Other relatives avoided contact with the family. School, welfare and public health agencies had difficulties in treating this family.

Case 5) A ♀ 11 years

A was sexually abused by her stepfather for 2 years. The fact was discovered by her school teacher. She was physically injured. However, her mother, a bar hostess, wanted to keep it secret. She refused interviews and the family soon left the city.

The Onset Ages of Some Neurotic Disorders (Anxiety Neurosis,
Obsessive-Compulsive Neurosis, Neurasthenia and Social Phobia)

Tooru TAKAHASHI, M.D.*, Division of Rehabilitation for Mentally Disordered

The purpose of this paper is to present some findings from the records of Mental Health Clinic in N.I. M.H. Japan rather than to construct or offer hypotheses concerning these types of neuroses and their onset age properties.

Cases numbered from one to one thousand dealt with during the period from April 1952 to October 1954 were investigated. We chose from among them cases characterized by the following properties: i) those classified under the categories of anxiety neurosis, obsessive-compulsive neurosis, neurasthenia or / and social phobia, and ii) those with clinical descriptions that were sufficiently clear to determine the onset age concerning one of the above mentioned diagnostic categories.

Of these cases, 44 cases were diagnosed as anxiety neurosis, 52 as obsessive-compulsive neurosis, 109 as neurasthenia, and 133 as social phobia.

The distribution of the age of onset differs somewhat according to category. A marked difference is revealed between the distribution of the ages of onset of the anxiety neurosis group and that of the social phobia group. The former is represented by a flat curve of wide distribution while the latter represented by a rather sharp and high curve with narrow distribution; the remaining two groups show midway tendencies between these extremes. (To be more precise, the anxiety neurosis group (44 cases) has a minimum onset age of 14 years old, a maximum of 60, and a mean of 31.4; of s.d. 9; the obsessive-compulsive group (25); 7, 44, 21, 4, 7, 2; the neurasthenia group (109); 15, 59, 24, 2, 8, 1; and the social phobia group (133); 8, 36, 18, 5, 3, 9).

The investigation revealed that there exists a somewhat obvious age specificity in social phobia, while in anxiety neurosis, at least, a strong age specificity was not elucidated.

* Head of the Section of Mental Health Consultation.

Small Group Meetings at the Day Care Center

Kimiko YOSHIKAWA,	Division of Rehabilitation for Mentally Disordered
Masue KATAYAMA,	Division of Rehabilitation for Mentally Disordered
Hiroko MATSUNAGA,	Division of Rehabilitation for Mentally Disordered
Kojiro OCHI	Division of Rehabilitation for Mentally Disordered
Akira KASHIWAGI,	Division of Socio-environmental Research

Small group meetings are one of the activity programs of the Day Care Center at the National Institute of Mental Health. Meetings are held weekly for one hour and half, from 1 : 00 P.M. to 2 : 30 P.M. every Tuesday. Fifty participants consisting of 35 patients, here named "members", and 15 staff members, are grouped into three smaller fixed groups which enable each member to relate to others through verbal communication.

This small group program is the only program at the Day Care Center which was initiated and instituted by the strong recommendation of the staff members. At the Day Care Center, activity programs have been set up at the weekly general meetings participated in by both members and staff. The general meeting is the decision-making agency for carrying out of the function of Day Care.

We proposed the holding of small group meetings in contrast to the general meeting to secure more fixed psychological space for the members, where they could become aware of the presence and messages of others and express themselves in interactions with others.

Talking in the small group means basically, that an encounter occurs between people and communication takes place between them.

It has been often questioned whether members who have been mentally ill and experienced hospitalization are motivated enough to face others or ready to encounter themselves in relation to others. Members are those people who come to the Day Care Center by referral of the doctor whom they see regularly at the outpatient department of a hospital, and who are totally inexperienced in group meeting operation. Therefore, the structure of the small group meeting is rather loose in comparison with groups such as the T-group and the encounter group. So the composition of our small group is natural and realistic compared to other groups where encounter takes place among the participants by artificial and manipulative facilitation within a confined environment which is often called a "culturally isolated island." How, then, is the encounter experienced in the small group? This must deeply related to the presupposition concerning the structure of the Day Care Center per se. There exists among the staff a given value standard by which we have consciously tried to build up a community where members as well as staff can contribute to personal maturation that may be called rehabilitation.

This value standard has been externalized in and about the behavior of the staff, who try to speak about themselves rather than asking questions and thus dare to experience resistance to exposing themselves to others.

We deny the hierarchical structure which is common in mental hospitals and which gives the staff security and a rational standard for clinical behaviors. In the small groups, members and the staff play equally vital roles in helping the group members gain self-realization. Thus, in the natural process of maturation continuously supported by a culture built upon the structure of the Day Care Center, encounters are likely to occur between the members of the small group meeting.

Our groups can, on the whole, be positively evaluated, and are expected to continue to exist with and be regarded with optimism by the people concerned.

We cannot deny the fact that group processes have often been blocked and encounters failed to take place. For this very reason our present policy stresses the necessity of finding other media of communication, such as the body contact in dancing and physical exercises, for those who are not responsive or for those who are uncommunicative even in the small group situation.

A Study on Management Conditions of
Senior Citizens' Centers in Chiba Prefecture

Toshio OHTSUKA,	Division of Psychogeriatrics
Fusayo OHSHIRO,	Division of Psychogeriatrics
Koichi YAGUCHI,	Division of Psychogeriatrics
Susumu MARUYAMA,	Division of Psychogeriatrics
Kazuko SAITO,	Division of Psychogeriatrics
Izumi ITO,	Division of Psychogeriatrics

In order to examine the actual management conditions of senior citizens' centers in Japan, 25 senior citizens' centers in Chiba prefecture were selected and required to answer a questionnaire.

Another study concerned the kinds of center activities preferred by the old persons, who were living in their own homes and using these centers on a day-to-day basis.

This questionnaire was administered to 320 old persons selected from the two centers. The entire group of individual interviews was conducted in two one-day surveys. The main results were as follows :

- 1) The buildings themselves and the variety of rooms available were fairly adequate.
- 2) However, specialists such as general nurses, public health nurses and physical therapists employed by the centers to help maintain the physical and mental health of center clients were very scarce.
- 3) Programs provided to clients by center staffs were insufficient.
- 4) Most clients considered themselves essentially healthy, had no occupation, were fairly well-off financially, were living with their children and grandchildren, and reported having some hobbies. In addition, most perceived the center as a more pleasant place than their own homes.
- 5) These centers were used by senior citizens as one kind of place for social activities —— in particular conversation, bathing, eating together and games such as Shogi, Go, sports for men, and flower arrangement (Kadō), dancing, and tea ceremony (Sadō) for women.

A Preliminary Report on The Methods of Guidance at The Institution for
the Mentally Retarded in Japan (I)

—The Establishment of the Institution for the Mentally Retarded
and the Evolution of its Guidance —

Kiyoshi KITAZAWA, Division of Mental Deficiency Research

The welfare of the mentally retarded in postwar Japan originated in institutional welfare, under which homes for mentally retarded were established by the Child welfare Law in 1947, for the first time in Japanese history. The discussion concerning the function of institutions for the mentally retarded is becoming conspicuous with the enforcement of compulsory education for mentally retarded children in 1979.

This study aims to establish a perspective on the problems of the institutional Welfare by examining the methods of guidance being adapted at institutions for the mentally retarded.

As a preliminary step, this report makes a rough sketch of the methods of guidance used at institutions for mentally retarded before the War.

Though under difficult conditions, the methods of guidance in those days were based on high educational intentions, by giving educational meaning to the whole of daily life, by looking for the unified security of discipline and character building for the mentally retarded. These were based on the ideas of the founders of the institutions and aimed at clearing up the problems of mentally retarded. That idea was expressed by the word "Heilpädagogik" (therapeutic education).

Effect of Experimental Neonatal Asphyxia on Protein Metabolism in the Brains of Rats. (Part 2)

— Protein Synthesis on Post-Mitochondrial Fractions in the Brains of Rats in Vitro. —

Setsu KOMATSU, Division of Mental Deficiency Research

The changes in protein synthesis during postnatal development in the brains of rats exposed to neonatal asphyxia were studied in vitro.

The rats were divided into following three groups.

Group 1, maturely-born rats.

Group 2, premature-control rats and premature-asphyxiated rats.

Group 3, low-protein control rats and low-protein-asphyxiated rats.

Post-mitochondrial fractions were isolated from rat brain tissues on the 3rd, 7th, 14th and 52rd days after birth in each group.

Protein synthesis was carried out with these post-mitochondrial fractions in vitro.

The incorporation of C-¹⁴leucine into the protein of post-mitochondrial fractions was estimated in terms of relative specific radio activity.

In contrast to group 1, groups 2 and 3 showed decreases in protein synthesis during postnatal development.

These results suggest that the inhibition of protein synthesis might be closely related to microsomal and polysomal function during postnatal development.

On Biological Aging in Down's Syndrome

Michiori KABUTO, Division of Mental Deficiency Research

Mortality trends of patients with Down's Syndrome (D.S.), estimated from data on D.S. patients in Japanese mental deficiency institutions and the number and causes of deaths observed during the 5-year period from 1972 to 1977, demonstrated a life span about 20 years shorter than that of the general population.

In view of this fact, the endocrine functions of institutionalized patients with and without D.S. were examined for serum hormone level. The results are summarized in Table 5. Early onset of rises of LH and FSH in female patients with D.S. indicating the onset of menopause also suggests an endogenously shortened life span for D.S. patients.

Although the cell cycle has already been found to be shorter for cultured 21-trisomy cells, further investigations are necessary to clarify its mechanism, with special reference to the question of whether it can be attributed only to the genetic factor of chromosome 21 or not.

A Study on Assessment of Mental Retardation

Yoshiro SAKURAI, Setsu KOMATSU

National Institute of Mental Health

Hiroyuki KAMIIDE, Tokyo Metropolitan Child Guidance Center

Yoshikazu NISHINA, Ichikawa Child Guidance Clinic

Shigeo MIYAMOTO, Chiba University

Kohichi SHIONO, Chiba Special School for the Mentally Retarded Child

Masaharu MINAGAWA, Japan Parent's Association for the Mentally Retarded

Tokuro WATANABE, Chiba Rehabilitation Counselling Center for Retarded Adults

Kimiyuki NAGATOMO, "KOYONOSATO" Home for the Mentally Retarded

Over the last two years, We have attempted to reinvestigate and to complete indicators to assess mental retardation.

As a result, we clarified the following problems in assessment, and these are presently widely used.

1. The uselessness of community care of the mentally retarded owing to emphasis on intellectual functioning rather than adaptive behavior.
2. Insufficient understanding of behavioral variability.
3. Vague standards of classification of the degree of mental retardation.

Consequently, we have paid more attention to "caseness" and made a tentative plan with which to understand, individually, concrete behavior patterns caused by the impairment of intellectual functioning or adaptive behavior.

Our assessment plan consists of the following two different types of indicators.

1. Indicator I : Degree of Impairment of Mental Development.

This is composed of three factors, age, grade and status.

- (1) Ages are distinguished in the different intervals shown below.

AGE	INTERVAL
1 — 1 ; 11	6 months
2 — 5	1 year
6 — 11	2 years
12 — 17	3 years
Above 18	————

In particular, the assessment of those under 3 years of age must be done cautiously because of developmental variability.

- (2) Developmental impairment is classified into four grades : Mild, Moderate, Severe and Profound.
 - (3) Items to indicate the statuses of developmental impairment are selected from several different areas, such as Independent Functioning, Physical Functioning, Communication, Drawing, Sociability, Reading, Writing, Calculating, Economic Activity, self Direction, Occupation, etc.
2. Indicator II : Degree of Difficulty of Care.

- (1) Degrees are classified into four : I , II, III and IV.

(2) Items of care are Help, Watch and Nurse.

- (3) This indicator should be applied only to those above three years of age.

Assessment should be made periodically, at the intervals shown in Indicator I for children and preferably every five years for Adults.

On Evaluation Research in Mental Health Consultation

Shuichi WADA, Division of Socio-Environmental Research

In this paper the studies on evaluation research in mental health are critically reviewed. The major points which we are going to be concerned with are : 1) how do we build a bridge between general theory of evaluation research and the theory of mental health consultation ? 2) what is the most suitable type of evaluation research for mental health consultation? 3) how do we measure mental health status?

Mental health consultation is based on the community perspective with regard to the organization of its service programs. The community perspective in mental health contains at least the following two aspects : first, deinstitutionalized care for the patients, which is carried out in the community, is, if possible, more desirable than institutionalization of patients; and second, human resources for the promotion of mental health in the community need to be developed in the community in addition to mental health specialists working in institutions. The program goals of mental health consultation should be formalized in hierarchical form in its evaluation research program.

There are three types of the evaluation research of mental health consultation : evaluation of the accessibility of mental health consultation ; evaluation of the activity process in the consultation ; and evaluation of the outcome of the consultation. In this paper, the last type of evaluation is mainly discussed.

A perspective on the measurement of mental health status is presented by Kellam et al. (1972). Their perspective of mental health status of an individual is recognized to be composed of his psychological well-being and his adaptation to the social environment around him. This perspective leads to the operationalization of psychological well-being and social adaptation, and to the measurement of both factors. This dualistic perspective of mental health will be discussed as a powerful mental health theory.

編集後記

当研究所の昭和53年度研究紀要をおとどけする。本誌は生物学的研究2篇を含む9篇の論文と所員研究業績一覧から成っている。

昭和53年度は社会復帰相談庁舎の竣工、精神衛生研究総合計画の立案、精神科デイケア研修の開始など加藤所長を中心に所員が一丸となって、国民の心の健康の増進をめざす多面的、総合的な精神衛生研究に本格的に取り組む第1歩を印した記念すべき年であったといえよう。

精神衛生研究は本誌の論文および所員の研究業績一覧によってもご理解頂けるように広汎かつ組織的な学際研究を必要としている。

われわれは関係者各位のみならず、ひろく国民の皆さま方のご理解とご協力によって、がんおよび難病研究とならぶ精神衛生研究の大型プロジェクトが樹立され、国民の心の健康の増進にいま一層寄与できるようになることを願いつつ研究に取り組んでいる。(櫻井記)

編集委員 櫻井芳郎
柏木昭
鈴木浩二
丸山晋

精神衛生研究 —第26号—

発行年月日 昭和54年3月(1979)
編集委員 櫻井芳郎 柏木昭
鈴木浩二 丸山晋
発行所 国立精神衛生研究所
千葉県市川市国府台1-7-3
電話 市川(0473) ㊟0141
印刷所 株式会社 弘文社
千葉県市川市市川南2-7-2
電話 市川(0473) ㊟5977

(非売品)

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 26 March 1979

Contents

A Study on Child Abuse — Part 1. Difficulties in and Problems of Handling the Battered Child and the Abusing Parent —	Y. Ikeda, T. Narita	1
The Onset Ages of Some Neurotic Disorders — Anxiety Neurosis, Obsessive-Compulsive Neurosis, Neurasthenia and Social Phobia —	T. Takahashi	9
Small Group Meetings at the Day Care Center	K. Yoshizawa, M. Katayama, H. Matsunaga, K. Ochi, A. Kashiwagi	15
A Study On Management Conditions of Senior Citizens' Centers in Chiba Prefecture	T. Ohtsuka, F. Ohshiro, K. Yaguchi, S. Maruyama, K. Saito and I. Ito	25
A Preliminary Report on the Methods of Guidance at the Institution for Mentally Retarded in Japan (I) — The Establishment of the Institution for the Mentally Retarded and its Evolution of Guidance —	K. Kitazawa	39
Effect of Experimental Neonatal Asphyxia on Protein Metabolism in the Brains of Rats — Part 2. Protein Synthesis on Post-Mitochondrial Fractions in the Brains of Rats in Vitro —	S. Komatsu	49
On Biological Aging in Down's Syndrome	M. Kabuto	57
A Study on Assessment of Mental Retardation	Y. Sakurai, S. Komatsu, H. Kamiide, Y. Nishina, S. Miyamoto, K. Siono, M. Minagawa, T. Watanabe and K. Nagatomo	69
On Evaluation Research in Mental Health Consultation	S. Wada	95
List of Research Works		107
English Abstracts		121