

# 精神衛生研究

*Journal of Mental Health*

**No.27/1979**

**国立精神衛生研究所**

*National Institute of Mental Health*

*Japan*



正 誤 表

誤

正

P.1	下から	15行 15行 13行	new developed were examined 2) Group 1: 36 healthy..... 40 years old,	newly developed examined
		8行	diffusi	削 除
	下から	9行	diferences.	diffusion
		5行	were very	differences
P.11	上から	10行	Psychogeriatris	were very poor
		13行	SATTO	Psychogeriatrics
	下から	10行	stage	SAITO
P.12	上から	2行	instition	stages
P.31	下から	9行	hystery	institution
P.41	下から	13行	Defieiciency	hysteria
		11行	Shi-buya	Deficiency
P.42	上から	5行	independentof	Shibuya
		6行	the ability	independency of
		7行	power the new leader	enough ability
		9行	secedad.....cofusion.....thier	power as a new leader
		10行	deeling	seceded.....confusion.....their
		12行	concerned mentaly retardation	feeling
		15行	we think so	concerned with mentaly
		17行	where there may come as they pleases.	retarded
P.43	左段下から	19行	行らかの	we think that
		1行	N	where they may come
P.43	右段上から	8行	学紙	whenever they want
	下から	12行	よりは	
P.47	右段上から	7行	やってみらはないと	何らかの
P.48	左段上から	12行	行かせなきやちやって	削除
P.49	左段上から	8行	ととること	学級
	下から	9行	努力撤回	よりは
P.49	右段上から	18行	定期集会	やってみらはないと
P.51	左段下から	9行	指動力	行かせちやって
P.52	右段上から	15行	ボランティア	ととること
P.57, 58			写真説明：1枚目と3枚目を取りかえる。	勢力挽回
P.59	下から	10行	adout	定例集会
P.60	上から	19行	state ment	指導力
P.87	左段下から	17行	「戦時神経病」	ボランティア
P.88	右段上から	14行	判定基準に関する	ボランティ
	上から	17行と18行の間	精神衛生研究：26~93,	ボランティ
	上から	22行	技術に関する	ボランティ
P.90	左段上から	7行	マススクリーニング	ボランティ
P.95	左段上から	12行	側定について	ボランティ
	裏表紙上から	12行	Konodai Aria	ボランティ
		5行	Guidace	ボランティ
		3行	the Mentally Retarded bt	ボランティ

精神衛生研究 No.27,1979 目次

研究報告

老人研究

老化性痴呆疾患の神経生理学的研究 .....1  
——脳波スキャナによる——《第1報》

大塚 俊男・吉田 弘宗・星 昭輝  
石田 哲浩・原 常勝・高瀬守一朗

在宅精神障害老人の実態調査と地域ケアに関する研究 .....11  
——千葉県市川市国府台地区——

丸山 晋・大塚 俊男・斎藤 和子  
大城 英代・谷口 幸一

自殺研究

神経症患者にみられた自殺未遂について ..... 27

高橋 徹

自殺未遂青少年の臨床的研究 ..... 31

池田 由子・西川 祐一・成田 年重  
矢花芙美子・後藤多樹子

社会復帰研究

精神薄弱者に対する社会適応促進活動に関する研究 ..... 41  
——在社会成人精神薄弱者のためのソーシャル・クラブ運営に  
関する研究——

飯田 誠・上野 勝也・佐野 秀明  
鎌田 啓子・宮崎 節・富田 順

デイ・ケアにおけるグループ・ミーティングの意義 ..... 59  
——全体集会について——

松永 宏子・越智浩二郎・片山ますえ  
吉沢きみ子・柏木 昭

資料

『精神薄弱者』施設における指導法の検討 II ..... 73  
——わが国戦前の精神医学領域における雑誌論文  
を通しての『精神薄弱者』問題の展開について——

北沢 清司

所員研究業績一覧 ..... 85



# 老化性痴呆疾患の神経生理学的研究

——脳波スキャナによる——《第1報》

大塚 俊男

国立精神衛生研究所老人精神衛生部

吉田 弘宗・星 昭輝・石田 哲浩

原 常勝・高瀬 守一郎

慶応義塾大学医学部精神神経科

A neurophysiological study on age-related dementia.

—— by using the EEG scanner —— 《Part 1》

Toshio OTSUKA

Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health Japan

Hiromune YOSHIDA, Akiteru HOSHI, Tetsuhiro ISHIDA

Tsunekatsu HARA, Moriichiro TAKASE

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University.

## Summary

By using the new developed EEG scanner (MCE-1100), we were examined the distributions of human EEG frequency band (delta, theta, alpha, beta 1, and beta 2) on head surface about the three groups. 1) Group I : 36 healthy persons under 40 years old, 2) Group II : 36 healthy persons under 40 years old, 2) Group II : 5 healthy elderly over 65 years old without any diseases, 3) Group III : 6 patients of senile dementia over 65 years old.

In the group I, there were the alpha wave band dominancy in the occipital and parietal areas. In the group II (healthy elderly), there were the differences among individuals, but we recognized the general tendency of the slowing and the diffusion of the alpha wave and the sporadic appearance of the beta 1 and beta 2 wave band. On the other hand, in the group III (senile dementia) there were the dominant appearance of the delta, theta and alpha wave band in the frontal region, but beta 1 and beta 2 wave band were very appearance in the head surface.

## はじめに

老化性痴呆疾患の神経生理学分野での研究にあたっては、全ての老人に起こる老化（つまり

正常加齢現象）と痴呆（つまり疾病過程）の二つの現象が伴っている事を考慮する必要がある。

そこで老年者についてのこの分野における従来の報告をまとめてみると、次の様な事が挙げられる。

まず健康老人では、個人差がかなりみられるけれども、1).  $\alpha$  指数の減少、2).  $\alpha$  周波数の徐波化、3).  $\theta$  帯域の増加(特に側頭-後頭部あるいは前頭-頭頂部)、4). 過呼吸賦活に対する反応性の減少、などが指摘されている。

一方、老人性痴呆患者では、Pick病、Alzheimer病、老年痴呆の三疾患については、いずれも疾患特異性を示す波形は認められていない。Pick病では末期に至るまで脳波異常の出現が少ないのに反し、Alzheimer病、および老年痴呆(両者は同一疾患と考える学者もいる)では、病態の進行と並行して汎性徐波化と前頭部優位の徐波出現があるとする報告が多い。また、脳波異常と精神・情動面あるいは知的障害との関連も報告されている。

以上の様なことから、老人についての神経生理学的研究にあたっては、被験者の年齢、疾患の種類、臨床経過、全身状態、治療の影響などを考慮する必要がある。一方、電気生理学的検索の面では、1). 各周波数の変動、2). 振幅(電圧)の変動、4). 特異的波形の有無、3). 刺激に対する反応性、5). 脳波の頭皮上分布状況(つまり脳波のトポグラフィ)などを検討する必要があると考えられる。

## 研究対象と方法

今回の研究では、新開発の脳波等電位分布図作成システム(日本光電製 EEG スキャナ MCE-1100)を使用して、一般健康成人(40歳以下)、健康老人(65歳以上)、老年痴呆患者(65歳以上)の三群について、各々の脳波の頭皮上トポグラフを  $\delta$ ,  $\theta$ ,  $\alpha$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$  の各周波数帯域別に put-out して、三群間の比較検討を行った。

1 群：一般健康成人36名、平均年齢28歳(男19名、女17名)

2 群：健康老人6名(いずれも65歳以上で、慶応病院保健管理センターにおいて人

間ドック検査を受け治療すべき所見のない老人)

3 群：老年痴呆患者5名(いずれも65歳以上で、慶応義塾大学病院精神神経科外来を受診し、臨床所見およびCTスキャナにより老年痴呆と診断されたもの)

また、今回使用した EEG スキャナは新開発の機器であるので、その概要を説明しておく。この EEG スキャナは、脳波の周波数分析と脳波の空間的分布(頭皮上の二次元分布)を同時に解析するもので、その構成、接続図は図1. のようなものである。

検査は従来の脳波検査と同様で、被験者の頭皮上に12(または16)の電極を設置し、従来の脳波計を用いて耳朶を不関電極とした単極誘導の脳波を記録する。この時電極配置は頭皮上をほぼ12等分(または16等分)しう様に配置するので10-20法とは電極配置が多少異なるが、導出された脳波記録は視察上10-20法とほぼ同様である。

つぎにこの様にして導出された脳波記録は EEG スキャナの入力アダプタを経てコンピューター処理にかけられるのであるが、EEG スキャナの働きを順を追って説明すると次の様なものになる。

- 1) EEG スキャナ用電極配置を行い、単極脳波記録を行う。
- 2) つぎに任意の2秒間(2秒間以上の記録についても算出は可能であるが、今回は最もアーティファクト混入が少ない部分の2秒間について検討した)における各チャンネルについての電極部位でのパワースペクトラムを同時に算出する。
- 3) 各チャンネル間の未測定部分について補間推定計算を行う。
- 4) 補間公式によって、等電位分布データを算出し、 $\delta$ ,  $\theta$ ,  $\alpha$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$  の各周波数帯域別に分布図を作成する。
- 5) 結果の表示は数値によるプリンター表示あるいはブラウン管上にカラーディスプレイ

イする。

つまり、このEEGスキャナは、われわれが日常脳波所見を検者の経験にもとづいた視察によって判読し、また脳波の頭皮上分布を推定するという作業をコンピューター計算により各周波数帯域別に数量化し、また図式化するシステムである。

表 1

DELTA				
	9.4	12.1	9.1	7.5
	6.8	11.4	7.6	6.0
	6.0	9.1	7.6	5.3
	6.0	6.0	10.6	7.9
	MEAN VALUE = +8.02			
	STANDARD DEV. = +2.01			
THETA				
	11.4	15.2	13.6	10.6
	7.6	12.9	15.2	7.6
	6.0	12.9	12.1	5.3
	8.7	11.4	14.4	9.8
	MEAN VALUE = +10.91			
	STANDARD DEV. = +3.05			
ALPHA				
	16.3	22.0	20.5	16.7
	10.6	19.0	22.0	12.9
	12.1	20.5	14.4	11.4
	20.4	28.8	33.4	22.4
	MEAN VALUE = +18.96			
	STANDARD DEV. = +6.05			
BETA 1				
	3.8	3.8	5.3	4.5
	3.8	6.0	6.8	3.8
	6.8	6.0	9.1	3.8
	7.9	9.1	9.8	6.8
	MEAN VALUE = +6.06			
	STANDARD DEV. = +2.03			
BETA 2				
	6.8	6.8	3.8	4.1
	6.8	7.6	6.8	4.5
	6.0	7.6	7.6	2.2
	7.1	8.3	7.6	4.9
	MEAN VALVE = +6.15			
	STANDARD DEV. = +1.68			

研究結果

1. 一般健康成人の標準値について

成人の正常脳波では、一般に安静覚醒閉眼時にはα波が後頭部に優勢で、前頭・側頭に向うにつれて減少することが認められている。これをEEGスキャナにより数値化あるいは図式化すると、表1および図2, 3, 4, 5, 6のごとくなる。

症例は25歳女性の normal payed volunteer であり、脳波は、視察上後頭部α優位の背景活動を示す正常所見である。この脳波をEEGスキャナを通してみると、表1はδ, θ, α, β<sub>1</sub>, β<sub>2</sub>の各周波数帯域について、各々の電極設置位置における電圧(μV)を数値で示している。各帯域の四隅の数値は補間計算により算出されたものであり、また、各帯域の平均電圧と標準偏差も同時に表示されている。図2, 3, 4, 5, 6は各帯域別に補間公式により算出された頭皮上の脳波分布と振幅(数値1を10μVとする)を数値で図示したもので、図4ではα帯域について30μVの波が後頭部優位に認められ、20μV以下の波が前頭部にも分布していることが示されている。

この様にして、一般健康成人36名(平均28歳、男19名、女17名)についてEEGスキャナ検査

表 2

	amp.	max. diff.	max. asym.
delta	20~2 (8±2) μV	14	7
theta	27~2 (9±3)	19	5
alpha	62~3 (30±10)	47	12
alpha (ex. O,P)	38~2 (15±4)	17	8
beta 1	15~2 (6±2)	9	5
beta 2	11~0 (4±2)	8	4

EEG Scanner Healthy Subjects 36 Cases

図1. EEG スキャナ A 型(脳波のみ)構成, 接続図

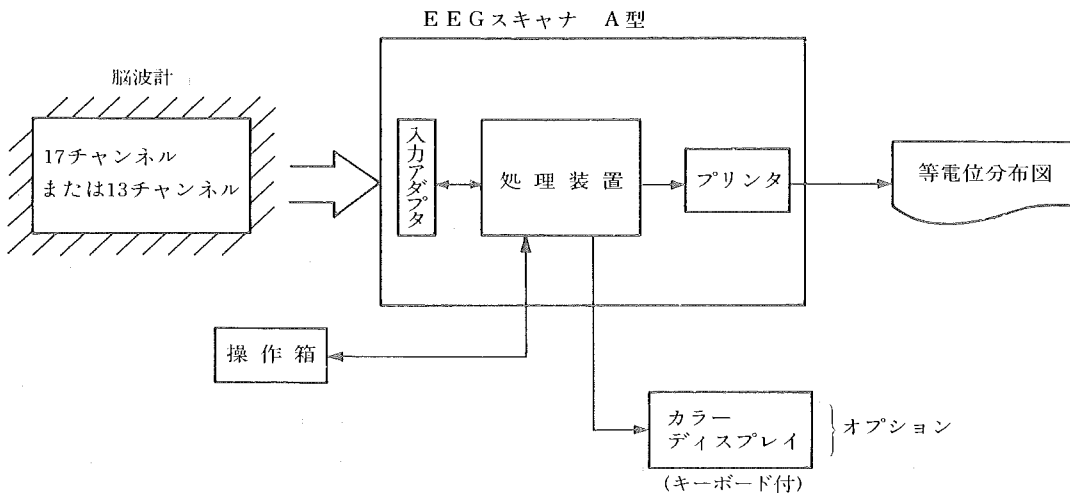


図2

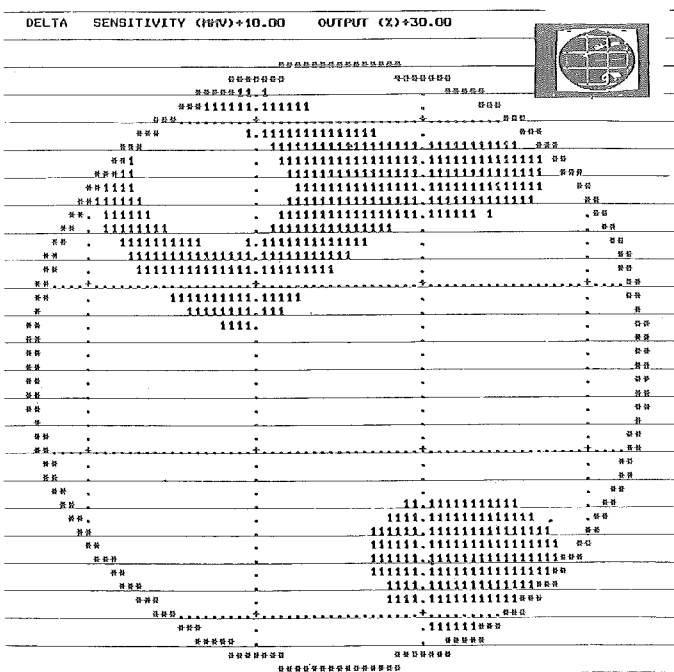




図 3

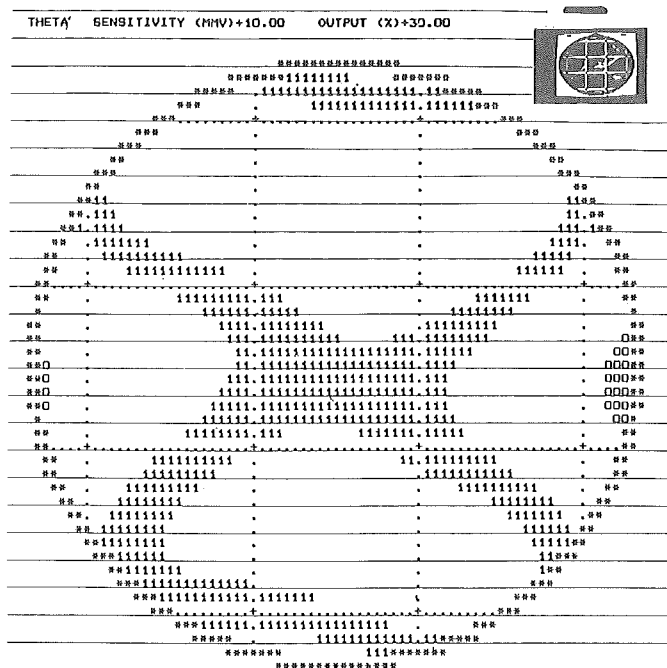


図 4

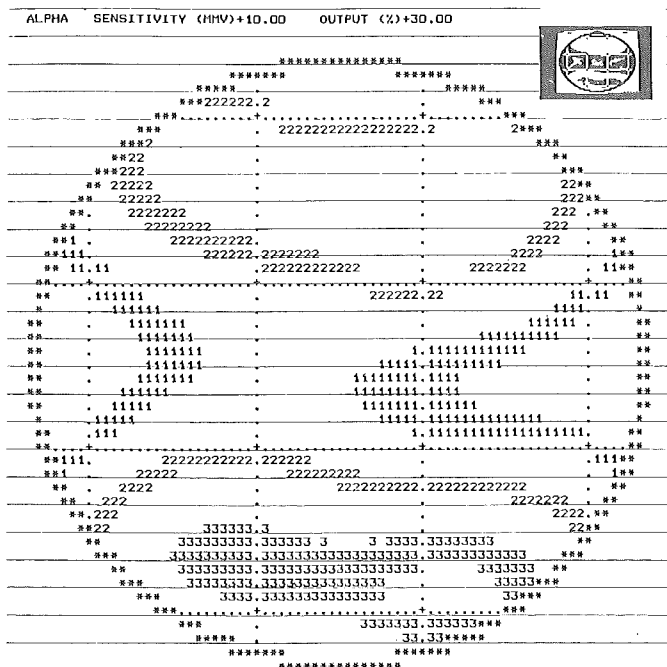


図 5

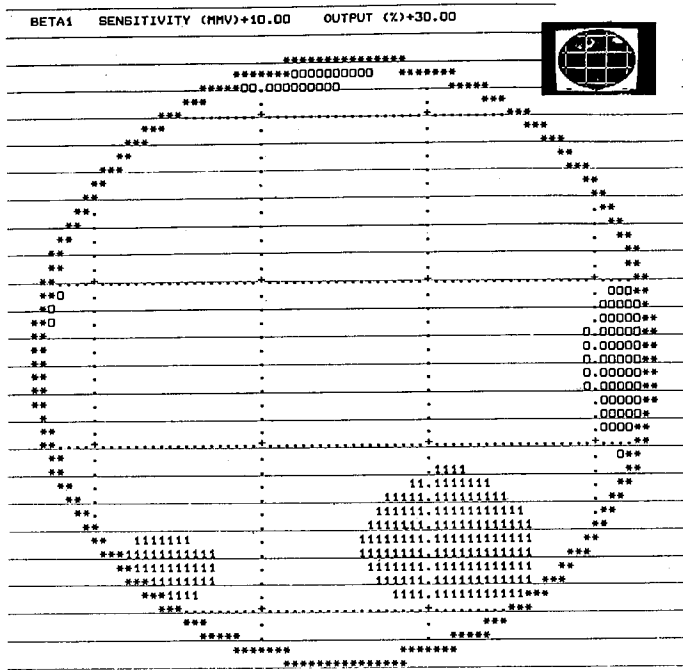
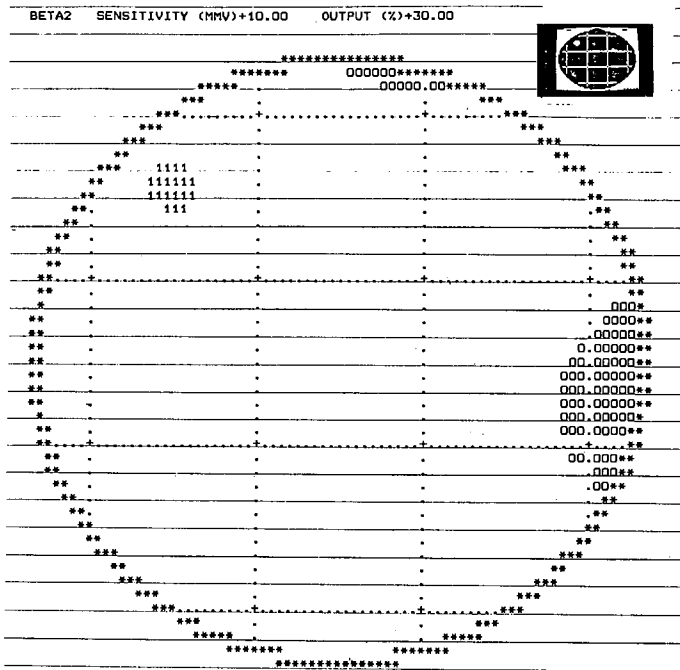


図 6



を施行し、 $\delta$ ,  $\theta$ ,  $\alpha$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ の各周波数帯域の電圧の平均値を求め(表2), この数値およびこの数値より平均して得られた脳波の分布図を今回の研究のコントロール(標準値)とした。これによると、一般健康成人では、 $\alpha$ 帯域において振巾(電圧)が最大振巾を示し、また、 $\alpha$ 波の後頭部優位性を示すこと、および $\delta$ ,  $\theta$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ 帯域の波は平均 $10\mu\text{V}$ 以下で頭皮上に分布していることが明らかとなった。しかし、このEEGスキャナで得られる振巾の平均値は、我々が日常視察によって測定している判定値の表現よりはやや低振幅の数値である印象を受けている。

## 2. 健康老人のEEGスキャナ

健康老人として対象とした被験者は現在までのところ6名であるが、いずれも65歳以上で、慶応病院健康管理センターにおいて人間ドック検査を受け、治療すべき患者がなく、また、既往にも特記すべき病気のない老人である。この6名については脳波およびEEGスキャナ検査上、次の二群に大別された。

a.  $\alpha$ 波の徐波化と汎性化の傾向を示した群  
4名

d.  $\alpha$ 帯域の波の出現に乏しく(低電圧)、 $\beta_1$ ,  $\beta_2$ 帯域の波が低振幅不規則速波として頭皮上に散在した群 2名

そして健康老人群6名について言えることは、(イ)  $\alpha$ 帯域の波が最大振幅を示す、(ロ)  $\alpha$ 波の前頭部分布も認められるが、後頭部優位性は残している。(ハ)  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ 帯域の波が全例において $20\mu\text{V}$ 以下で散在している。という3点が特徴として挙げられる。

健康老人の一例として73歳女性の例を図示したものが、図7、図8であるが、 $\alpha$ 帯域については(図7)、左前頭部および左後頭部優位に $30\mu\text{V}$ の $\alpha$ 波が分布しているが、後頭部では $35\mu\text{V}\sim 25\mu\text{V}$ の $\alpha$ 波分布を示し、後頭部優位を示す。また、 $\beta_1$ 帯域については(図8)後頭・頭頂において $20\mu\text{V}$ 以下の $\beta_1$ 波が分布している。 $\beta_2$ についてもほぼ同様の脳波分布が認められる。 $\theta$ 帯域では $30\mu\text{V}$

以下の波が、ほぼ汎性に出現し、 $\delta$ 帯域の波は $20\mu\text{V}$ 以下の波が後頭部優位に出現している。

これらの健康老人については、知能検査は施行していないが、臨床的には痴呆や健忘、失見当識は認められず、脳動脈硬化症の所見も軽度で年齢相応の検査所見を示していた。EEGスキャナ検査所見上、一般健康成人と比較してみると、健康老人では $\alpha$ 帯域の波の後頭優位性は保持しているが、一方では $\alpha$ 波の前頭部分布も認められ、また、 $\beta_2$ ,  $\beta_2$ 帯域の波がコントロール群よりも高振幅化して頭皮上に分布している。

## 3. 老年痴呆患者のEEGスキャナ

対象とした老年痴呆患者は5名であるが、いずれも65歳以上のもので、慶応義塾大学病院精神神経科を受診、経過、診察所見およびCT所見により臨床的に老年痴呆と診断されたものである。罹病期間はいずれも1年半～3年の間である。

老年痴呆患者群について各周波帯域の頭皮上分布をみると、全般に各周波数帯域で健康老人と比較して低振巾を示している。また $\alpha$ 帯域および $\theta$ ,  $\delta$ 帯域については、前頭優位傾向があり、一方、 $\beta_1$ ,  $\beta_2$ 帯域の波は、低振幅で( $5\mu\text{V}$ 以下)、出現量、分布ともに減少していることが認められる。

老年痴呆のEEGスキャナを図示したものが図9、図10である。症例は76歳の男子患者で、罹病期間は3年、CT所見は両側脳室拡大、臨床症状は健忘、記憶力低下、保続、人物誤認、身辺のたらしなさなどを示すものである。 $\alpha$ 帯域(図9)は、明らかな前頭部優位を示し、 $25\mu\text{V}$ の $\alpha$ 波が前頭部に分布しており、後頭部 $5\mu\text{V}$ 以下になってしまう。一方、 $\beta_1$ 帯域(図10)については、 $5\mu\text{V}$ 以下の低電圧しか認められず、EEGスキャナプリンタ上の図示では数値0を示している。 $\beta_2$ についてもほぼ同様であり、 $\beta_1$ ,  $\beta_2$ 帯域の波は極めて乏しいと言える。

この様に臨床的に老年痴呆と診断された患者(いずれも臨床経過上は、老年痴呆の中期に相

当する時期の症例)では、EEG スキャナ上症例によって差異が認められるが、全般に次のような傾向が認められた。(イ)  $\alpha$  帯域は前頭部において最大振幅を示し、前頭部優位である。(ロ)  $\theta$  および  $\delta$  帯域でも、前頭部優位であるが、時に左右差を示す。(ハ)  $\beta_1$ 、 $\beta_2$  の速波帯域の波は、健康老人に比較して、出現量、分布ともに減少している。

### まとめ

40歳以下の一般健康成人群、65歳以上の健康老人群、65歳以上の老年痴呆患者群の三群についてEEG スキャナを使用して、 $\delta$ 、 $\theta$ 、 $\alpha$ 、 $\beta_1$ 、 $\beta_2$  の各周波数帯域の脳波の頭皮上分布を比較検討した。

### 《文 献》

- 1) Fishback, D. B.: Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *J. Amer. Geriatrics Soc.*, XXV, 167; 1977.
- 2) Gordon, E. B. and Sim, M.: The EEG. in presenile dementia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 30, 285; 1967.
- 3) Johannesson, G., Brun., Gustafson, I. and Ingvar, H.: EEG in presenile dementia related to cerebral blood flow and autopsy findings. *Acta Neurol. Scandinav.* 56, 89; 1977.
- 4) Hagberg, B. and Ingvar, D. H.: Cognitive reduction in presenile dementia related to regional abnormalities of the cerebral blood flow. *Brit. J. Psychiat.* 128, 209; 1976.
- 5) Ingvar, D. H., Sjolund, B. and Ardo, A.: Correlation between dominant EEG frequency, cerebral oxygen uptake and blood flow. *EEG Clin. Neurophysiol.* 41, 268, 1976.
- 6) 梶原 晃: 初老期および老年期における脳器質性疾患の臨床脳波学的検討, *精神経誌*, 70, 277; 1968.
- 7) Letemendia F. and Pampiglione: Clinical and electroencephalographic observations in Alzheimer's disease. 21, 167; 1958.
- 8) Liddell D. W.: Investigations of EEG findings in presenile dementia: *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 21, 173; 1958.
- 9) 森温理, 黒川英蔵他: 老年期脳波の比較研究, *精神医学*, 10, 489; 1968.
- 10) 根橋 裕: 老年期脳器質性精神障害の臨床脳波学的研究. *慈恵医誌*. 87, 493; 1972.
- 11) Roubicek J.: The Electroencephalogram in the middle aged and the elderly. *J. Amer. Geriatrics Soci.* XXV, 145; 1977.
- 12) Sisson B. D. and Ellingson R. J.: The EEG in cerebral atrophy. *J. Nerv. Mental Disease.* 123, 244; 1956.
- 13) Swan J. M.: Electroencephalographic abnormalities in presenile atrophy. 9, 722; 1959.

老人群は各被験者により個体差は大きいのであるが、健康老人群では、 $\alpha$  波の徐波化汎性化がみられ、 $\beta_1$ 、 $\beta_2$  帯域の波が散在性に出現しているのに対し、老年痴呆患者群では、 $\delta$ 、 $\theta$ 、 $\alpha$  の各帯域の波が前頭部優位に出現する傾向を示し、 $\beta_1$ 、 $\beta_2$  帯域の波は出現に乏しい所見がみられた。

今後も症例を積み重ね、またこれまでの症例の継続的観察が必要であるが、今回の研究では、全般性の脳萎縮過程と徐波およびその分布の変動との関係、それに知能を含めた精神活動と速波との関係が想定される一所見を得た。

なお、本研究は昭和54年度厚生省神経疾患研究委託費によって行なわれたものである。

図 7



図 8







# 在宅精神障害老人の実態調査と地域ケアに関する研究

—千葉県市川市国府台地区—

丸山 晋・大塚俊男・齊藤和子

大城英代・谷口幸一

国立精神衛生研究所老人精神衛生部

Research on the Epidemiological Study and Home-care  
of Psychiatric Disorders in the Aged

—Konodai Area, Ichikawa City, Chiba Prefecture—

Susumu MARUYAMA

Division of Psychogeriatrics

Toshio OHTSUKA

Division of Psychogeriatrics

Kazuko SATTO

Division of Psychogeriatrics

Fusayo OHSHIRO

Assistant Researcher

Koichi YAGUCHI

College of Aikokugrakuen

## Summary

Our research field Konodai is a residential area of Ichikawa city. Its population is 8145(4107 males, 4038 females). Among them, 371 people(165 males, 206 females) are over 70 years old.

We divided our research in two stage; the former epidemiological study, the latter making clear present conditions of home-care in the elderly.

On the first stage, we tried to make general survey about somatic and psychiatric complaints by using questionnaire. As a conclusion, we estimated the number of psychiatric disorders in old age in this area as following; senile dementia 5.1%, paranoid state 4.2~5.9%, neurotic state 7.0~23.7% and, in addition, so-called bedridden state 5.1%. We confirmed these numbers were approximately the same compared with other reports as Kay's and Hasegawa's.

On the second stage, we focused on the cases which were difficult to care in their home. We interviewed 11 cases. We found this group could be divided in two subgroup;

demented group and neurotic group. At the same time, we pointed out that social indication took precedence for making choice of institution-care or home-care.

## はじめに

1979年の厚生省の人口動態統計<sup>1)</sup>によれば、日本人の平均寿命は、男子は72.97歳(世界第2位)、女子は78.33歳(世界第4位)で、老年人口は、加速度的に増加すると推定されている。つまり、65歳以上の人口数は1978年9月現在990万人を超え、全人口の8.6%を占めている。1947年には、370万(4.8%)であったものが、約30年間で高齢人口は2.6倍になった。今後の65歳以上の老人の人口比は、1990年には、11.0%、2005年には、15.4%、2015年には、18.5%に達すると推定されている。<sup>2)</sup>

このような高齢化現象に付随して、老人の精神障害も増加することは当然予想されることである。工業化、都市化あるいは核家族化といった言葉で暗示される社会文化的な変動の中での老人精神障害者の実態をとらえることは、治療介護および行政上の対策を講ずるうえで急務といわなければならない。

こうした要請にもかかわらず、在宅の老人精神障害者の実態の把握は、十分とはいえない。それには、実態調査というものに対する一般住

民の関心の低さや、老人の精神障害を効果的にスクリーニングする疫学的方法が未確立であるといった理由があげられよう。

こうした状況下で、いくつかの先駆的な研究が散見される。まず、欧米のものとしては Kay, D.W.K.が指摘するように、Sheldou, J.H.(1948), Bremer, J.(1951), Essen-Møller, E.(1962), Gruenberg, E. M. (1961), Primrose, E.J.R. (1962), Nielsen, J. (1963), Kay(1964)らの調査研究結果がよく引用されている(表1, 表2)。これらについては、加藤<sup>3)</sup>の解説がある。それによると、老年性および脳動脈硬化性精神病を合わせて2.5%~5%、軽度の精神老化が5.7%~15.4%、神経症と性格障害をあわせて8.7%~17.6%と推定され、60歳以上の人口の20%~30%に精神医学的症候や心理的偏りがみられ、その約10%が、器質的脳障害を示し、5%~6%が重い障害をもっている。重症の抑うつ状態や妄想状態は1%~2%、とみなされる。また神経症や性格障害の重いものは5%~9%で、軽い心理的偏りをいれると10%~15%になる。

表1 老年精神障害の有病率(%)

調査者	Sheldon (1948) (N=369) 65+	Bremer (1951) (N=119) 60+	Essen- Møller (1956) (N=443) 60+	Cruenberg (1962) (N=1592) 65+	Primrose (1963) (N=222) 65+	Nielsen (1964) (N=978) 65+	Kay (1964) (N=2173) 65+
老年精神障害							
老年性および動脈硬化性精神病	3.9	2.5	5.0	—	3.6	3.1	4.6
その他の品質症候群	—	—	—	—	0.9	—	1.0
主要な機能性精神病	—	4.2 *	1.1	—	1.4	3.7 *	2.4
精神病(合計)	3.9	6.7	6.1	6.8	5.9	6.8	8.0
軽度の精神老化	11.7	—	10.8	—	—	15.4	5.7
神経症および近縁疾患(中等度, 重度)	9.4	5.0	1.4	—	10.4	4.0	8.9
性格障害	3.2	12.6	10.6	—	2.2	4.7	3.6

\* 素因性 constitutional および心因性精神病を含む。

表2 主要精神障害の65歳以上人口1,000人に対する比率

	1 在院・在所 患者 人口1,000対	2 在宅患者 人口1,000対	3 合計有病率と 標準偏差 人口1,000対	4 2と1の 比率
老年痴呆および脳動脈硬化	6.8	38.8	45.6±11.0	} 6  (12)
その他の重い脳症候	0.8	9.7	10.5±5.0	
躁うつ病	0.7	12.9	13.6±6.4	
精神分裂病(慢性)	(0.2*)	9.7	} 10.8±5.6*	
パラフレニー(晩発)	0.9	0.0		
精神病(全部)	9.4	71.1	80.5±14.7*	8
軽度の脳症状	5.3	51.8	57.1±12.6	} 23
神経症と近縁疾患(重度および中等)	1.9	87.4	89.3±16.1	
(妄想状態を含む)性格障害	0.5	35.6	36.1±10.5	
計	117.1	245.9	263.0±24.5	14

\*長期在院の分裂病は含まれない。

(Kay, D.W.K. らによる Newcastle 調査, 1964)

Newcastle における Kay の調査によると65歳以上の老人9,031名のうち、154名(1.7%)が、精神病院、老人ホーム、老人病棟に入院しており、在宅のものが24.6%で計26.3%が精神障害者であったという。一方わが国の資料としては、古くは、新福<sup>5)</sup>(1956)、金子<sup>6)</sup>(1963)、によるもの、ついで、1963年の厚生省精神衛生実態調査報告<sup>7)</sup>、ごく最近のものとして、1973年の東京都老人実態調査報告<sup>8)</sup>、および、その集大成たる長谷川らによる論文<sup>9)</sup>等が参考になる。新福(1956)は、60歳以上の在宅老人調査より、精神障害者の有病率を5%~10%、脳器質精神障害のそれを3%~6%と推定した。また奈良県八木市における金子(1956)の老人調査(60歳以上)では機能性精神障害は1.9%痴呆を主症状とするものは4.4%であったという。これに対して、厚生省の実態調査(1963)によると、広義の精神障害の有病率は、40歳以上の高年層において1.86%、狭義の精神病のそれは、60歳~69歳では1.27%であった。つまり在宅老人の精神障害については、欧米と日本における疫学的調査において差異というよりもむしろ類似の傾向がみられ、老年期精神病の有病率は、痴呆疾患群4%~6%と重要な機能性疾患1%~2%を併せて考えれば、5%~10%となり、神経

症と性格障害のそれを10%~15%とすると、老人全体の15%~20%程度になんらかの精神障害があると推定される。今後社会の老齢化とともに当然老年期精神障害も増加することが予想される。

著者らはこのたび単なる有病率の算定ということよりも、老人の福祉医療体系を研究的に構想するという将来的な見地に立ち、『疾病性』だけでなく加藤のいわゆる『事例性』<sup>10)</sup>の問題も含め、老人の問題をパースペクティブにとらえて処遇を考えるという観点から、視座の構築をしやすい小地域での在宅老人の実態を把握し、それとケアに対するニーズ調査を結びつけるかたちで、調査研究を行なったのでその結果をここに報告する。

## 1. 対象および方法

対象は、千葉県市川市国府台地区在住の70歳以上の老人である。(1)第1次調査は、これら在宅の老人に対し、地区の民生委員の協力のもとに、アンケートを配布し、悉皆調査を行なった。調査時は、1979年4月~5月であった。この時期の市川市の総人口は345,721人(男子175,033人女子170,688人)で、国府台地区の在住者は8,145人(男子4,107人女子4,038人)であり、うち70歳以

上の老人は371人(男子165人、女子206人)で4.55%を占めていた。このうち、死亡、転出のあったものを除く355人(男子156人、女子199人)が対象となった。アンケートの内容は、老人の呈する病態を念頭におき、問診の内容をわかりやすく配列し、それに、日常生活能力(ADL)や介護に関する家族向けの質問を追加して、独自のものを作製した。これらの愁訴のくみあわせから、一定の状態像、疾病が想定されるよう工夫されている。(2)第2次調査(専門調査)の対象としては、第一次調査のうち、明らかな精神病的症状を有するか、痴呆の症状を呈するもの、あるいは寝たきりの状態のいずれかで、家族が介護上困難をきたしていると予想されるものに対して、精神科医とケース・ワーカーの戸別訪問による面接調査を行った。この調査時点は、第1次調査終了後7ヶ月たった、1979年11月～12月の期間であった。当初21人(男子9人、女子12人)が抽出されていたが、調査時点までの7ヶ月間に5人(男子3人、女子2人)が死亡し、4人(男子1人、女子3人)が老人専門の病院に入院となっていたため、結局11人(男子5人、女子6人)が、専門調査の対象となった。面接に際しては〈附1〉に示すような調査表を用いた。これはPerlin, S. とButler, R. N.<sup>11)</sup>によるものを著者らが改変したものである。

## 2. 結果

### A) 第1次調査の結果

#### 1) 性別

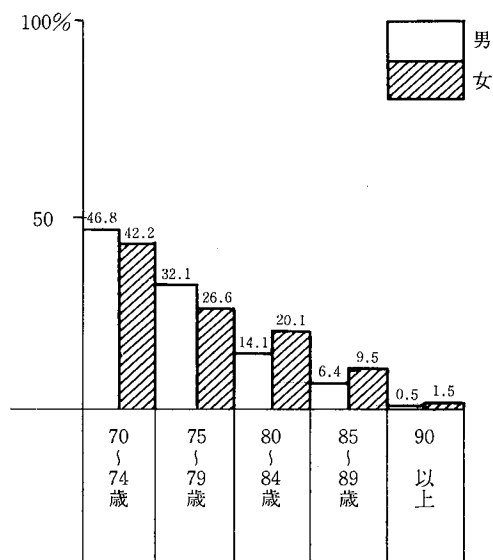
国府台地区在住の70歳以上の老人は、男子156名(43.9%)、女子199名(56.1%)であり、男子に比べて女子が多い。わが国の統計<sup>12)</sup>でも加齢とともに女子の比率は高くなり、70歳以上では男子41.7%、女子58.3%で、ほぼ同様な割合を示している。

#### 2) 年齢段階

図1のごとく、70歳74歳の人は全体の44.2%、

75～79歳は29.0%、80～84歳は17.5%というように加齢とともに割合は少なくなっている。この傾向は、平均余命に従った自然な傾向<sup>2)</sup>を示しており、地域による特殊性はみられない。(図1)。

図1. 年齢段階



### 3) 学歴

高卒以上の学歴の人が約2割(18.6%)で、それ以下の人が約8割(81.4%)である。男子の方が一般に高学歴である。時代的背景を考慮に入れれば、教育程度はむしろ高い(図2)。

### 4) 居住期間

地つきの人は少く9.0%、20年以上の人は53.0%、5～20年の人が34.6%、5年未満の人は3.4%である。いわゆる土地っ子は少ないが、かといって新興住宅地にみられるような、流入人口も少いことを示している(図3)。

### 5) 家族構成

家族と同居する人が69%、夫婦だけの20.6%、独居老人は11割(10.4%)である。厚生省の全国平均<sup>14)</sup>では、家族との同居77.1%、夫婦のみの世帯15.8%、単独世帯7.1%、10大都市における平均では、65.0%、19.0%、16.0%、

その他の都市77.6%, 14.4%, 8.0%, 町村83.2%, 9.6%, 6.2%, であることより, 大都市とその他の都市の中間に位置するような構成である。なお男女差が大きいことは全国的な傾向でもある(図4)。

図2. 学 歴

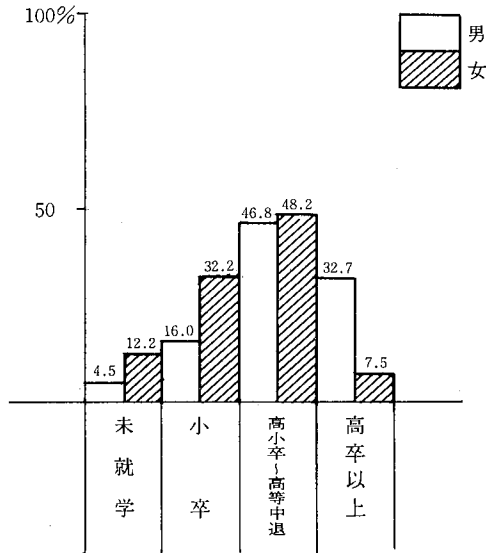


図3. 居住期間

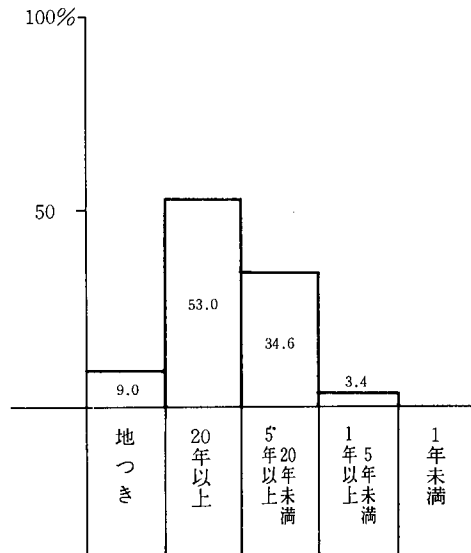
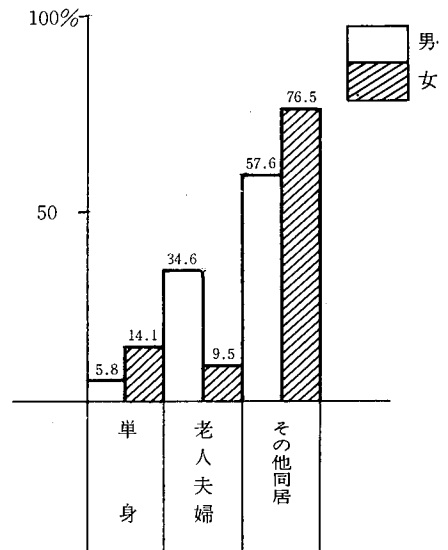


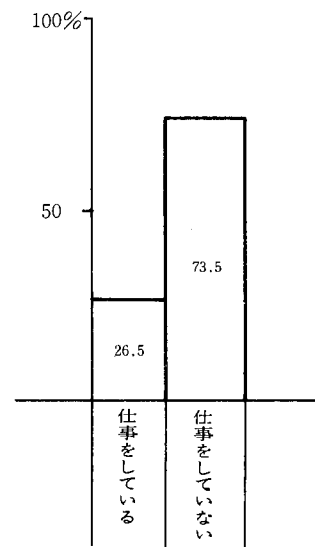
図4. 家族構成



6) 就労状況

仕事をしている人は26.5%で, 約7割(73.5%)の人は仕事をしていない。就労率は低いことを示しているが, 厚生省の全国統計<sup>15)</sup>でも仕事をしている人26.8%, 就労していない人は約7割で, ほぼ同じ割合を示している(図5)。

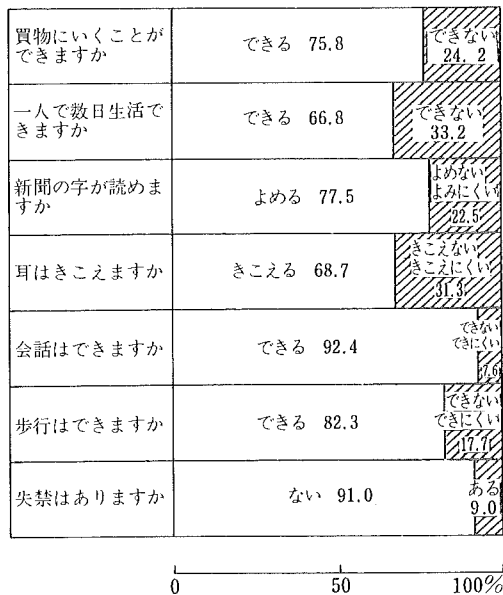
図5. 就労状況



7) 日常生活活動

買物にでかけられる人は75.8%，でかけられない人は24.2%で，身体活動の不自由な人やなんらかの障害のある人の割合を示している．一人で数日生活できると答えた人の割合は66.8%で約3割の人はできないと答えている．耳がきこえない，きこえにくいと答えている人は31.3%，視力に障害のある人は約2割（22.5%）で会話に障害のある人は約1割弱（7.6%）であった．歩行に障害のある人は約2割（17.7%）みられる．老人になると耳が聞こえにくくなる人が多い．この数値は，全国的にみてもほとんどかわらない．<sup>14)</sup>(図6)．

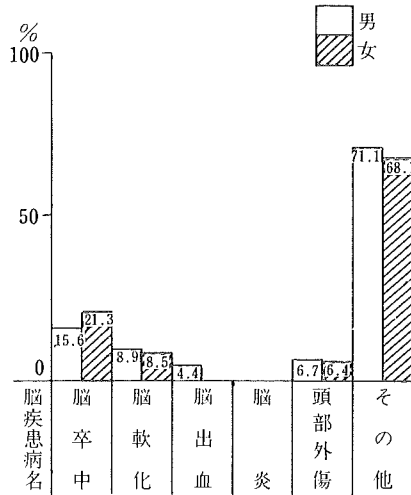
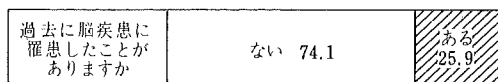
図6. 日常生活活動



8) 既往の疾病

過去に脳神経系の病気にかかった人は約3割弱(25.9%)であり，その中では，脳卒中(18.5%)が一番多く，ついで脳軟化，脳出血の順であった．(図7)．

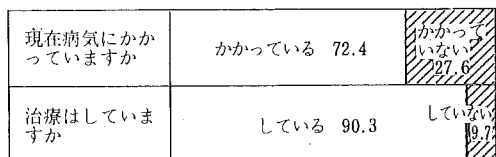
図7. 既往の疾病



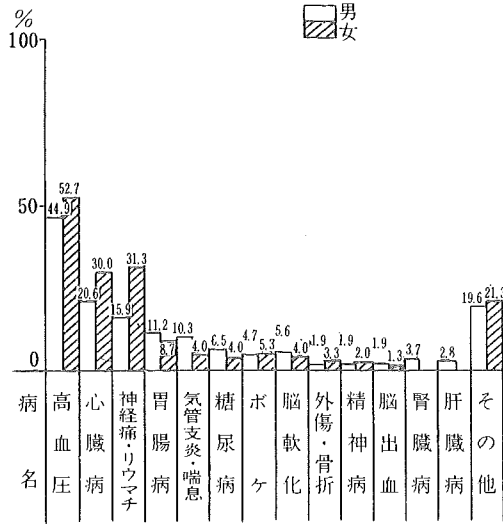
9) 現在の疾病

現在なんらかの病気にかかっている人は約7割(72.4%)にみられ，その中では高血圧(49.4%)がもっとも多く，ついで心臓病(26.1%)，神経痛，リウマチ(24.9%)，胃腸病(7.9%)の順である．厚生省の統計<sup>14)</sup>でも約%が循環器疾患，約%が筋肉神経系の疾患とされ，同様の傾向を示している．男女において特に差はないが女子において心臓病と神経痛，リウマチの順位が入れかわっている．ボケの人は5.1%においてみられ，これも，諸家の老化性痴呆の頻度の推測値3～6%<sup>16)</sup>に近似した数値である．病気にかかっている人の約9割(90.3%)の人は治療を受けている．全国を受診率平均<sup>14)</sup>は64%であるから，かなり健康に注意がはらわれていると考えられる．老人医療費の給付等で受診しやすくなっていることや，医療機関に恵まれていることも影響しているようである．(図8)．

図8. 現在の疾病



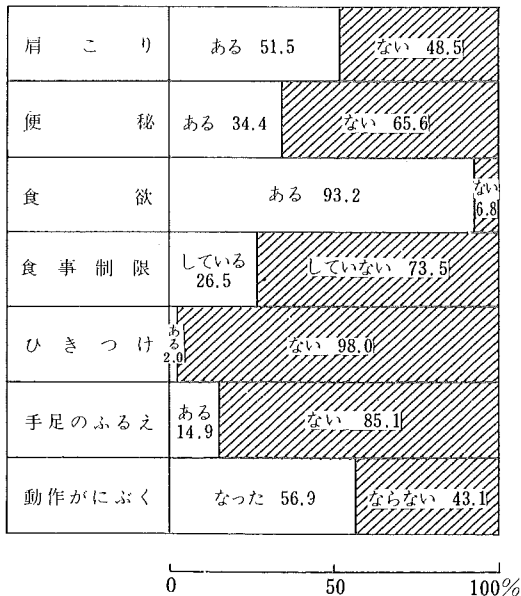




### 10) 身体症状

肩こりのある人は約5割(51.5%)、動作がにぶくなったと感じている人は5割強(56.9%)、約3割強(34.4%)の人は便秘を訴えている。食欲は約9割(93.2%)の人があると答え、2割強(26.5%)の人が食事制限をしている。ひきつけを示す人は2.0%にみられる。手足のふるえは14.9%の人にみられた。(図9)。

図9. 身体の疾病



### 11) 精神症状

抑うつ感のある人は18.9%、興味がもてずつまらないと思う人は21.1%、死んでしまいたいと考えたことのある人は、約1割(11.5%)にみられる。

物事がおっくうと感ずる人は、約4割強(43.9%)である。くよくよ悩んだり、取り越し苦労をする人は、約2割前後(19.7~25.4%)の人にみられる。

病気やその他のことを気にする人は、約2割強(22.5~23.7%)の人にみられる。不安のため日常生活に支障をきたす人は7.0%にみられる。この数値は、神経症もしくは準神経症状態の人の数を示していると考えられる。神経症の概念自体、あいまいな点があるため、実数は、とらえがたい。諸家の報告<sup>17)</sup>では老人の神経症患者の示す割合は10~15%とされている。

ねぼけのある人は3.4%、昼と夜とをとり違える人は4.8%にみられる。寝つきの悪い人は約4割(38.0%)、不眠の人は約2割(17.5%)においてみられ、老人には、睡眠にともなう訴えが多いことがわかる。理由もなく涙ぐんだり、怒りだしたりするいわゆる感情失禁の状態が(8.2~9.0%)においてみられる。幻覚や妄想といわれる精神異常現象がそれぞれ、4.2%、5.9%の人にみられる。この症状は、真性の精神障害ばかりでなく、脳血管系の障害の結果生じることもあるが、前述の感情失禁に比べて、低率であることは、臨床経験からいってもうなずける結果である。口数が多くなつてはしゃぐ傾向のある人は2.3%、乱費傾向のある人は3.1%を示した。アルコール中毒の疑いがもたれる人がごく少数(1.9%)みられる。

安定剤、睡眠薬を時々用いている人は約8割(81.1%)においてみられる。不安やゆううつ、不眠を訴える人の割合に比べ、かなりの高率にみられている。ただし、内容と量については不明である。

性格変化のあったとする人は6.2%にみられた。約5割強(56.1%)の人に物忘れがみられ、

老人ボケといえる高度の物忘れの人が、3.1%、にみられた。東京都の調査<sup>8) 9)</sup>でも、65歳以上の老人で4.5%の人に同様の状態がみられており、やや低いという印象をうける。(図10)。

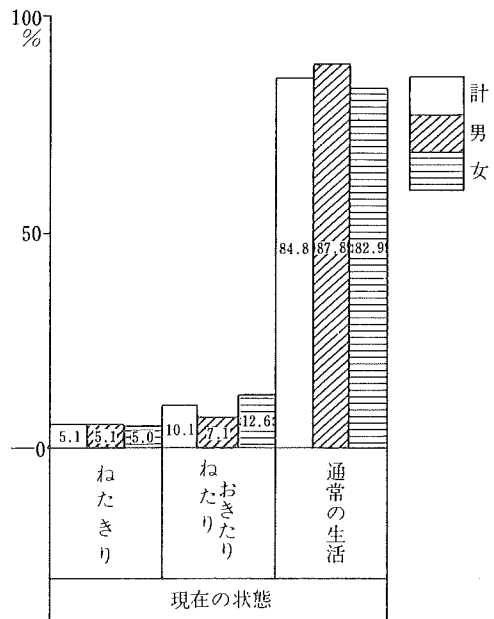
図10. 精神症状

抑うつ感	ある 18.9	ない 81.1
興味減退	ある 21.1	ない 78.9
希死念慮	ある 11.5	ない 88.5
自発性の低下	ある 43.9	ない 56.1
自責念慮	ある 19.7	ない 80.3
取越苦勞	ある 25.4	ない 74.6
心気傾向	ある 22.5	ない 77.5
強迫観念	ある 23.7	ない 76.3
不安	ある 7.0	ない 93.0
夜間せん妄	ある 3.4	ない 96.6
昼夜の錯誤	ある 4.8	ない 95.2
就眠困難	ある 38.0	ない 62.0
不眠傾向	ある 17.5	ない 82.5
感情失禁(涙ぐむ)	ある 8.2	ない 91.8
感情失禁(怒りだす)	ある 9.0	ない 91.0
幻視・幻聴	ある 4.2	ない 95.8
妄想	ある 5.9	ない 94.1
多幸感	ある 2.3	ない 97.7
乱費傾向	ある 3.1	ない 96.9
昼間飲酒	ある 5.1	ない 94.9
精神安定剤等の常用	ある 81.1	ない 18.9
性格変化	ある 6.2	ない 93.8
健忘	ある 56.1	ない 43.9
人物誤認	ある 3.1	ない 96.9

12) 現在の状態

『ねたきり老人』は5.1%、『ねたきりおきたりの老人』は、10.1%で、通常の生活ができる老人は84.8%である。この値は全国平均<sup>11)</sup>とほぼ同じといえる。東京都の実態調査<sup>8) 9)</sup>(65歳以上の老人を対象)では、『ねたきり』3.1%、『ねたきりおきたり』6.3%、となり、70歳以上の人を対象とした本調査も同じような率とみなしてよいと思われる。(図11)。

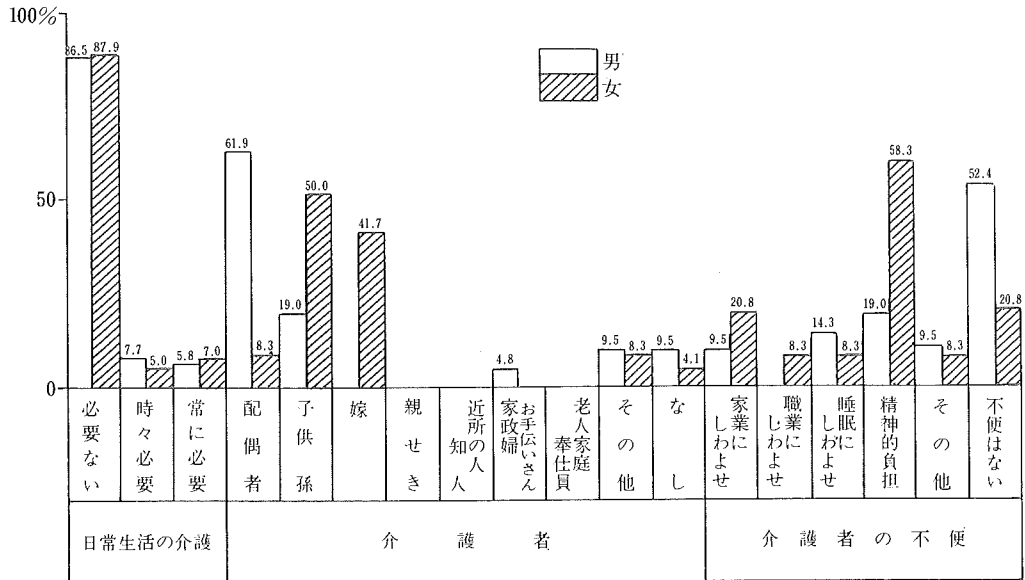
図11. 現在の状態



13) 介護の状況

介護を時々必要とする人は6.2%、常に介護を必要とする人は6.5%、何らかの介護を必要とする人が約1割強(12.7%)にみられ、介護者は子供、孫によるもの35.6%、配偶者によるもの33.3%、嫁によるもの22.2%で大勢を占めている。介護によって起こる家族の負担は、精神的負担が40.0%でもっとも多く、ついで家事へのしわよせ15.6%、睡眠へのしわよせ11.1%、職業へのしわよせ4.4%、の順である。これも全国的な傾向と同じ<sup>8) 14)</sup>といえる(図12)。

図12. 介 護



B) 第2次調査の結果

1) 介護困難例の概要

第1次調査で判明した介護面での困難が予想される、顕著な精神症状をもつもの、痴呆状態のもの、ねたさりの状態のもの総数は21人(5.9%)で、その概要は表3に示す如くである。うち5人(23.8%)が7ヶ月の間に死亡している。心不全1人、癌によるもの1人で、のこりの3人が老衰死であった。全例が在宅のまま死亡している。また5人(23.8%)が入院例である。そのうち2人は、陳旧性の精神分裂病で地域内の精神病院に入院中であった。また3人は状態が悪化し家人の介護能力が限界にきたため、新たに入院となった例である。ターミナル・ケアが在宅のまま行なわれるか、入院かあるいは施設かという問題は、『疾病性』よりも『事例性』によって規定されているという印象をうける。

以下は、死亡、入院例を除いた11人についての観察結果である。

2) 性別および年齢

在宅における介護困難例11人の内分けは、男

子5人、女子6人で、平均年齢は、それぞれ77.8歳、85.3歳で女子の方が高齢である。

3) 発症の時期

発症の時期は、1年以上経過のもの5人、数年以上経過のもの5人で、慢性の経過をたどっているものが圧倒的に多い。(図13)。

4) 病前性格および性格変化

病前の性格は、外向的のものと同内向的のものがおおよそ半々であるが、性格変化のみられるものは72.7%(8/11)の割合を占めており、老化および疾病による影響と考えられる。(図13)。

図13. 発症時期 病前性格・性格変化

発症の時期	1年以上 (5)	数年未満 (5)	5年以上 (1)
病前性格	外向的 (4)	内向的 (5)	不明 (2)
性格変化	なし (3)	多少あり (6)	かなりあり (2)

5) 見当識・記憶・情動・運動・言語

見当識障害は「あり」6人、「なし」5人  
記憶の障害は「あり」7人、「なし」4人  
情動の障害は「あり」5人、「なし」6人

運動の障害は「あり」7人、「なし」4人  
 言語の障害は「あり」3人、「なし」8人  
 であった。知的面、情緒面での機能低下は、約  
 半数(5/11)においてみられ、運動の障害もほ  
 ぼ同数である。これに対して、言語障害をもつ  
 ものは少ない。(3/11)(図14)。

図14. 見当識・記憶・情動・運動・言語

見当識障害	なし (5)	多少 あり(2)	かなり あり(4)
記憶障害	なし (4)	多少 あり(2)	かなり あり(5)
情動障害	なし (6)		多少 あり(3) かなり あり(2)
運動障害	なし (4)	多少 あり(4)	かなり あり(3)
言語障害	なし (8)		多少 あり(1) かなり あり(2)

6) 意識障害, 痙れん, 運動麻痺, 筋トーマス  
 亢進, 原始反射, 錐体路, 錐体外路症状

神経学的症状は、それぞれバラつきはあるが、  
 2~4人においてみられ、知的障害、情緒障害  
 に比べて目立たない傾向にある。(図15)。

図15. 神経学的症状

意識障害	あり (4)	なし(7)
痙れん発作	あり (1)	なし(10)
運動麻痺	あり (3)	なし(8)
筋トーマス亢進	あり (3)	なし(8)
原始反射	あり (1)	なし(10)
錐体路症状	あり (2)	なし(9)
錐体外路症状	あり (3)	なし(8)

7) 恐怖, 不安, 幻覚, 妄想などの精神症状

恐怖, 不安, 妄想など, 18項目(図16)に亘る  
 観察では、「ひねくれ」(5人)「心気症」(4人),  
 「不安」(3人), 「抑うつ感情」(3人)などが比較  
 的目立つ程度で、全般的に精神症状は少ないこと  
 がわかる。これらの症状は、一般医療施設での  
 外来患者では、圧倒的に多い症状(18)であり、神

経症, 心身症, うつ病などの疾病群に多発する  
 ことを考えあわせると、著者らの症例群(いわ  
 ゆる介護困難例)は、これらの疾病群と趣を異  
 にしているとおもわれる。また『幻覚』『妄想』  
 もほとんどないということも特徴的である。(図  
 16)。

7) 痴呆

痴呆については、8人(72.7%)において、観  
 察され、1人の部分的知能低下を除き、7人が  
 全般的知能低下を示していた。(図16)。

8) 病識

病識については、『欠如』するもの2人、『病識  
 があやふやなもの』6人で、全体の72.7%をし  
 めている。(図16)。

図16. 精神症状

恐怖症状	あり (1)	なし(11)
強迫観念	あり (1)	なし(10)
不安	あり(3)	なし(8)
夜驚	あり(2)	なし(9)
性的異常	なし(11)	
心気症	あり(4)	なし(7)
自罰	なし(11)	
離人感	なし(11)	
虚無感	あり(2)	なし(9)
抑うつ感情	あり(3)	なし(8)
自律神経症状	なし(11)	
自殺企図	あり(2)	なし(9)
躁症状	なし(11)	
猜疑心	あり (1)	なし(10)
ひねくれ	あり(5)	なし(6)
錯覚	あり(2)	なし(9)
幻覚	あり (1)	なし(10)
妄想	あり (1)	なし(10)
痴呆	あり(8) なし(3)	
	全般的知能低下(7)	部分的(1)
病識	充分(2)	少し(6) 欠如(3)

9) 状態診断および疾病診断

状態診断としては、『痴呆状態』7人、『神経症様状態』3人、『抑うつ状態』1人という内訳となった。また疾病診断としては、『老年痴呆』6人、『神経症』3人、『脳血管性痴呆』1人、『うつ病』1人であった。また状態診断と疾病診断は、それぞれにおいてたいたい対応していた。(図17)。

図17. 状態診断および疾病診断

状態診断	抑うつ病(1)	痴呆状態(7)	神経症様状態(3)
疾病診断	うつ病(1)	脳血管性痴呆(1)	老年痴呆(6) 神経症(3)

10) 地域ケアに対する要望と可能性

地域ケアに対するニーズについてはつぎの結果を得た。すなわち『デイ・ケアへの通所意欲あり』と答えたもの3人、『なし』は8人、『単独でデイ・ケアへの通所可能』なもの4人、『不可能』なもの7人、『付添い送迎があれば通所可能』なもの5人、『不可能』なもの6人。これらの数値は相互に関連しており、サービスの程度により、通所の可能性が段階的に拡大することをしめしている。しかし、日常生活行動が、ある程度自立していることが、最低限必要不可欠であることも考えられる。

費用負担の用意としては、『あり』とするものが、過半(6人)をしめ、月10,000円程度が妥当とするものが多かった。また、『給食』を希望するものが11人中3人においてみられた。特に希望が多いとはいえない。

また健康保険については『社会保険家族』にあたるものが殆んどであった。(11人中8人)(図18)。

11) 家族への教育指導などのサービス

家族への教育指導に対する要望は、11人中8人が『あり』と答えており、困惑した家族が、援助を求めている度合いが強いことがわかる。その他のサービスに対する要望も多く、『話し相手』や『一時預り』『入浴サービス』などすでに行なわれているサービスに対する期待が大きい。しかし新たな内容は、その切実さとはうらはら

に言葉になりにくいようである。(図19)。

図18. 地域ケアに対する要望と可能性

デイケアへの通所意欲	あり(3)	なし(8)
(単独で)デイケアへの通所の可能性	可(4)	不可(7)
付添、送迎のある場合の通所可能性	可(5)	不可(6)
デイケアへの費用負担の用意	あり(6)	なし(5)
デイケアの費用負担の枠(月額)	1,000円未満(1) 3,000円未満(1)	10,000円未満(4)
給食の希望	あり(3)	なし(8)
健康保険	本人(1) 家族(1)	社保家族(8) 不明(1)

図19. 家族へのサービス・その他

家族への教育指導に対する要望	ある(8)	なし(2)	不明(1)
その他のサービス	要望あり(5)	要望なし(5)	不明(1)

12) 本人に対する調査者の評価

調査に対する反応は、『好意的』なものがほとんどで(8割)、『疎通性』はだいたい保たれている。しかし『十分』といえる人は、1/3弱にとどまる。『適応上の問題』は、さしてひどくはないが、軽度のものが7人あり、何らかの適応障害のあることがうかがわれた。その内容は『訴えがくだい』とか『落付かない』『説得がきかない』

『身の周りの整理ができない』といったものが中心である。『援助への期待度』については、『これでよい』とするもの6人、『適当なサービスがあればうける』とするもの4人で、積極的な要望が出にくいのがわかる。しかし、働らきかけかたにより、援助への要望がないわけではない。(図20)。

13) 家族に対する調査者の評価

調査への反応は、『好意的』なもの7家族、『防衛的』なもの3家族であった。援助への期待度については、『これでよい』とするもの6家族、『適当なサービスがあればうける』とするもの

4 家族であった。

本人とそれを取りまく家族との間には、受容的か、拒否的かにおいて密接な並行関係がみられた。(図21)。

図20. 調査者の評価(家族に対するもの)

調査への反応	好意的(8)		防衛的(2)	不明(1)
疎通性	充分あり(3)	少々(5)	欠如(3)	
適応上の問題	顕著(1)	軽微(7)		なし(3)
援助への反応	これでよい(6)		適当なサービスならうける(5)	

### 3. 考察

老人を bio-socio-psychological entity としてとらえようとする傾向は、除々に浸透してきているかにみえる。しかし、ある一定地域の高齢者の健康状態および日常生活を適確に、しかも短期にとらえる疫学的な方法はまだ確立していない。とくに精神医学的な基礎資料は、老人問題が社会問題化してきているにもかかわらず十分とはいえない。その理由を、悉皆調査の困難性に帰する学者<sup>17)19)</sup>は多い。しかし、東京都における老人調査<sup>8)9)</sup>に代表されるような、今日的な資料も増加してきている。

著者らは、千葉県市川市国府台地区という小地域において、疫学的調査にひきつづき、地域ケアに対する、ニード調査を連結させて行なうことにより老人に対する医療、福祉体系の基礎資料を得ようと試みた。

市川市は、人口約30万の東京都と隣接する中都市で特に大きな流入人口もなく、人口構成上、日本における平均的な都市像を形成している。国府台地区は、文教および住宅地区で、8,141人の人口を擁している。そのうち70歳以上の老人371人が対象となった。この程度の規模は、われわれにとり、全体像を把握するのに適当な規模と考えられた。そこでの老人の心身の健康状態はどうであるのか、またその中で、さしあたって医療、福祉の対象となる人達の状態像および介護の実状はどうであるのかということに焦点づけを行なって調査が行なわれた。その結果は、前述のように、第1次の疫学調査では、全

老人の約7割(72.4%)がなんらかの疾患に罹患し、そのうちの殆んどが身体疾患で、精神神経学的見地から重視される、老人性の痴呆は5.1%、寝たきり老人は5.1%、また、妄想、幻覚などを訴えているもの、4.2~5.9%、神経症および準神経症圏のもの7.0~23.7%、といった数値が得られた。藍沢<sup>20)</sup>の指摘するごとく、神経症などの軽症例に関する疫学的同定はむずかしく、どうしても、数値が広い幅を示してしまいがちであるが対象を70歳以上に限定したことをあわせ考えるといずれも諸調査の値<sup>3)6)8)9)10)</sup>と近似のものであるので、まずは妥当なところと考えられる。同時に、当地区の老人像が平均的な姿を示していることも示唆される。

地域ケアを前提とした場合、精神症状や痴呆があったり、寝たきりの場合が、介護困難性が高く、神経症等の訴えの多い多彩な症状を呈するものと、両極をなすものとおもわれる。著者らは、前者を、「介護困難例」とみたと、疫学調査から専門調査へというアプローチを試みたところ、21例が抽出された(5.9%)。それらの内容は前述したとおりであるが、うち10例は、入院したり、死亡したりしている。また在宅例の11例は、家族の介護能力の幅に規定され、多かれ少かれ家族の犠牲の上で生活がなっている。その意味で、医療と福祉の谷間が介在し、それが地域ケアに対する要望となってあらわれるという実状がとらえられた。個々の例においては、症状の重症度、および、家族の介護能力(人的あるいは経済的なものを含めて)など『事例性』<sup>7)</sup>にかかわる要因がつよく関与している事がわかる。つまり、11例の専門調査をとおして、『介護困難例』のケアの現状が明らかにされたと考えられる。その状態像を要約すると、①他の神経症状や精神症状はあまりないが、痴呆があり、病識もあやふやなため、自覚することができず、周囲と不調和をきたし、家人がそのために困惑している。②寝たきりの場合が多い。③しかし入院させるほどではない。④この群に属する症例群には、痴呆を主症状とするものと、神経症



的訴えを主症状とするものがある。また処遇の面よりみると、処遇の決定は問題がきわだった段階で可及的に専門家が関与するというのではなく、家人をはじめとする素人が関与して決定しているのが現状である。このことは相談指導に対する要望が、ニーズとして最も多いことと対応する。ここにも医療福祉体系での手薄な部分が存在する。このような『介護困難例』に対して、『医療か』『福祉か』という二分律が横行しがちであるが、『医療も、福祉も』という立場にたつとしても、問題解決の見地からは、まだ未解決の領域があることが改めて明らかにされたとおもわれる。本研究もそうした接点に生ずる間隙をうめる基礎研究として位置づけられるとおもわれる。

### まとめ

千葉県市川市国府台地区の70歳以上の在宅老人355人(男子156人女子199人)について心身の健康に関する疫学調査を行なった。さらにこのうちで、精神医学的に問題となる顕著な精神症状や痴呆を有したり寝たきりの状態にあるもの21人(うち5人は死亡、5人は老人病院に入院)について専門調査を行ない、あわせて地域ケアに対する要望の実態を調べた。

疫学調査の結果、老人性痴呆は5.1%。幻覚妄想を有するもの(機能性精神障害を含む)4.2~5.9%。神経症および準神経症に属するもの7.0~23.7%という数値をえた。これを総合すると、16.3~34.7%のものが、精神医学的に何らかのケアが必要なことが推定された。専門的調査の対象となった症例群を、われわれは『介護困難例』となづけた。それは問題老人の $\frac{1}{3}$ ~ $\frac{1}{6}$ にあたりと推定された。重症例については、死亡したり、入院したりする例が多いが、後者の場合その判断は、疾病に基づくより、家人の介護能力や経済的な要因などの外的条件が優先されているのが現状のようである。これら在宅の『介護困難例』の特徴は、『神経症状や精神症状は顕著ではないが、痴呆があり、疎通性が得

にくく、寝たきりの場合が多い。この中には、痴呆を主症状とするものと、神経症的訴えを主症状とするものがある』ということである。こうした例は、とかく、医療や福祉の網目からもれやすく、家人は、専門的な相談や指導を切実に希望していることが判明した。

### おわりに

千葉県市川市国府台地区における、老年精神医学的疫学調査を通じ、在宅老人の健康状態を把握し、その中から、『精神病様症状』『痴呆』『寝たきり』を主とする群を『介護困難例』と規定することにより、それらに属するものが地域ケアに対して何を希望しているかを調査し、この症例群のもつ位置を現行の医療、福祉体系の中で考察した。

(本研究は、厚生科学研究費補助金により行われた。また市川市老人福祉課および国府台地区の民生委員の協力を得た。ここに当局および関係各位に厚く御礼申し上げます)。

### 文 献

- 1) 厚生省：厚生白書，1978
- 2) 総理府：高齢者問題の現状，1979.
- 3) 加藤正明：老年精神疾患の疫学，加藤・長谷川編，老年精神医学，医学書院，1973.
- 4) Kay, D.W.K. Bergman, K. Floster, E.M. McKechine, A.A. and Roth, M: Mental illness and hospital usage in the elderly, a random sample followed up, Compr psychiat 11:26, 1970.
- 5) 新福尚武：老人の精神病理，精神誌，57:167, 1955.
- 6) 金子仁郎他：一般家庭老人の精神障害について，老年病，3:131-139.
- 7) 厚生省公衆衛生局：わが国における精神障害の現状，昭和38年精神衛生実態調査，1965.
- 8) 東京都民生局：老人の生活実態及び健康に関する調査報告書，1975.
- 9) 長谷川和夫他：老年精神疾患の疫学的研究，慈恵医大精神神経科教室編，新福尚武教授退職記念論文集，1979.

- 10) 台弘：土居編：精神医学と疾病概念，医学書院，1975
- 11) Butler, R.N., Lewis, M.I. : Aging and mental health, Mosby Company, 1977.
- 12) 厚生統計協会編：国民の福祉の動向，厚生指標，25：11，213，1978.
- 13) 総理府編：高齢者の問題の現状，64～67，1979.
- 14) 厚生省社会局：老人実態調査報告，1978.
- 15) 厚生統計協会編：国民の福祉の動向，厚生指標，25：11，160，1978.
- 16) 清水信：老年精神医学，精神医学，19：5，1977.
- 17) 加藤正明：老年精神疾患の疫学，長谷川・加藤編，老年精神医学，医学書院，1973.
- 18) 新福尚武：老人精神障害の臨床，金原出版，1967.
- 19) 新福尚武：向老期精神障害の諸問題，最新医学21，9，201，1966.
- 20) 藍沢鎮雄他：老年精神障害の疫学，臨床精神医学，6，6，816，1977.

表3. 介護困難例一覧表

ケース	年齢	性	状態像の概要	介護者側の要望
1	88	♂	十 ねたきりになってから忘想・幻覚が出現。老衰のため死亡。	
2	81	♂	胃潰瘍・狭心症あり。心氣的。自己活動旺盛。ひねくれ。	家族間のトラブルの指導。入院の紹介。
3	79	♂	十 脳卒中後遺症と軽度ボケ。心不全で死亡。	健康相談と指導
4	78	♂	胃弱・心悸亢進。心氣的。外出が多く、おせっかい。	デイ・ケアを希望
5	78	♂	痴呆が顕著。せん妄。	痴呆老人の理解とあつかい方の指導
6	78	♂	軽度ボケ。徘徊。以前アルコールを多飲し、妄想を呈したことがある。	
7	77	♂	十 失見当識。弄火のおそれ。胃癌で死亡	失火の防止
8	75	♂	H 陳旧性精神分裂病。以前は幻覚妄想があったが現在は痴呆が主症状。	
9	74	♂	高血圧。脳血栓→ねたきり。	ヘルパー・相談相手の紹介。入浴サービス
10	90	♂	脳血管性の痴呆。右不全麻痺。錐体路症状。硬縮あり。	一時あづかり。ヘルパー。
11	89	♀	失見当識。外出のおそれあり。カギのかかった部屋に起居。入浴・トイレ一部介助。	扱い方の指導。相談の窓口。
12	86	♀	痴呆が顕著。脳軟化。ねたきり。失禁。	訪問指導
13	86	♀	H 陳旧性精神分裂病。欠陥状態。	
14	86	♀	白内障。胃弱。不眠その他の不定愁訴。殆んど床の中の生活。	相談と訪問指導。
15	84	♀	ねたきり。痴呆。	相談
16	84	♀	十 ねたきり状態がつづいていた。老衰死。	相談
17	78	♀	H 失見当識。高度の痴呆	相談の窓口。病院の紹介。
18	78	♀	H 外出時迷い子になる。不穏傾向は入院後消失。	入院の紹介。入院費の援助。
19	78	♀	十 脳血管障害→ねたきり→死亡。亜急性の経過。	
20	77	♀	孤独と退屈のため抑うつ的。リュマチ・白内障・胃潰瘍に悩む。	デイ・ケア
21	74	♀	H 右半身不全。ねたきり。	扱い方の指導。ヘルパー。

(十：死亡 H：入院)

高齢者健康(専門)調査票

氏名 \_\_\_\_\_ 殿

住所 \_\_\_\_\_

付 ！

M・T・S 年 月 日生( 歳)(♂, ♀)

- |                |                                       |                          |   |
|----------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| 1. 職業(以前の主な職業) |                                       | <input type="checkbox"/> |   |
| 2. 発症の時期       | ① 数ヶ月以前より ② 1年未満 ③ 1年以上 ④ 数年未満 ⑤ 数年以上 | <input type="checkbox"/> |   |
| 3. 病前性格        | ① 外向的 ② 内向的 ③ 不明                      | <input type="checkbox"/> |   |
|                | ① 同調性 ② 顕示性 ③ 執着性 ④ 粘着性 ⑤ 内閉性 ⑥ 神経質性  | <input type="checkbox"/> |   |
| 4. 性格変化        | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| 5. 医学的徴候       |                                       |                          |   |
| (1) 見当識障害      | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| (2) 記憶障害       | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| (3) 情動障害       | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| (4) 運動障害       | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| (5) 言語障害       | ① なし ② 多少あり ③ かなりあり                   | <input type="checkbox"/> |   |
| (6) 神経症状       |                                       |                          |   |
| 1) 意識障害の既往     | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 5) 原始反射の異常               | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 2) 痙れん発作の既往    | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 6) 錐体路症状                 | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 3) 麻痺・脱力       | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 7) 錐体外路症状                | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 4) 筋トーンス亢進     | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    |                          |   |
| (7) 精神症状       |                                       |                          |   |
| 1) 恐怖症         | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 11) 自律神経症状               | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 2) 強迫観念(行為)    | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 12) 自殺念慮・企図              | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 3) 不安          | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 13) 躁症状                  | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 4) 夜驚(夢)       | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 14) 猜疑心                  | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 5) 性的問題        | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 15) ひねくれ                 | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 6) 心気症・不定愁訴    | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 16) 錯覚                   | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 7) 自罰傾向        | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | 17) 幻覚                   | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
| 8) 離人感         | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    |                          |   |
| 9) 虚無感         | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | ①の場合 その内容                | ① 幻聴 ② 幻視 ③ 幻触 <input type="checkbox"/> |
| 10) 抑うつ感       | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>    | ④ 幻味 ⑤ 幻嗅                | <input type="checkbox"/>                |
|                |                                       | 18) 妄想                   | ① あり ② なし <input type="checkbox"/>      |
|                |                                       | ①の場合 その内容                | <input type="checkbox"/>                |

- 19) 痴 呆 ①あり ②なし  <sup>↓</sup> ①の場合 (①全般的知能低下)  
 (8) 病 識 ①充分 ②少し ③欠如  (②部分的知能低下)
- (9) 状態診断 ①抑うつ状態 ②躁状態 ③せん妄状態 ④もうろう状態 ⑤錯乱状態  
 ⑥昏迷状態 ⑦外因反応型 ⑧意識障害 ⑨けいれん症状群 ⑩痴呆状態  
 ⑪器質性精神病症状群 ⑫幻覚妄想状態 ⑬神経症様症状群
- (10) 疾病診断 ①うつ病 ②躁病 ③躁うつ病 ④精神分裂病 ⑤遅滞性精神分裂病  
 ⑥器質精神病 ⑦症状精神病 ⑧中毒精神病 ⑨老年痴呆 ⑩てんかん  
 ⑪神経症 ⑫心身症 ⑬器質疾患 ⑭その他
- ⑬⑭の場合・その病名 \_\_\_\_\_

6. 地域ケアに対する要望と可能性

- (1) デイ・ケアへの連所意欲 ①あり ②なし  (4) 援助への期待度 ①これでよい ②適当なサービスならうける
- (2) デイ・ケアへの連所の可能性(単独で) ①可 ②不可
- (3) デイ・ケアへの通所の可能性(つきそい送迎があれば) ①可 ②不可
- (4) デイ・ケアへの費用負担の用意 ①あり ②なし
- (5) デイ・ケアへの費用負担の枠(月額) ①千円未満 ②三千円未満 ③五千円未満 ④一万円未満 ⑤その他
- (6) 給食の希望 ①あり ②なし
- (7) 健康保険 ①本人 ②家族 ③老人医療 ④国保 ⑤社保 ⑥生保
8. 調査者の評価(家族に対するもの)
- (1) 調査への反応 ①好意的 ②防衛的 ③敵対的
- (2) 援助への期待度 ①これでよい ②適当なサービスがあればうける
9. その他
- (1) 家族への教育指導に対する要望 ①ある ②なし  <sup>↓</sup>  
 ①の場合・その内容 \_\_\_\_\_
- (2) その他のサービス その内容—

7. 調査者の評価(本人に対するもの)

- (1) 調査への反応 ①好意的 ②防衛的 ③敵対的
- (2) 疎通性 ①充分 ②少し ③欠如
- (3) 適応上の問題 ①顕著 ②軽微 ③なし ④不明

## 神経症患者にみられた自殺未遂について

高橋 徹

社会復帰相談部

## Suicidal attempts and neuroses

TOORU TAKAHASHI, M.D.

## Summary

It is widely accepted that mental illness is a significant factor in self-destructive behavior. Depressive illness and schizophrenia are frequently asserted as major contributor to suicide. But neuroses have been looked on in this respect differently by different authors; some stress much risk of self-destructive behavior in neuroses, while others minimize or even neglect it.

The author has, however, encountered 10 suicidal cases since 1962, during out-patient treatment of 155 cases diagnosed as neuroses at neurosis clinics of two general hospitals. Having been impressed by the fact that the majority of these cases were adolescent patients with ego-syntonic type of neuroses, the author has reclassified his own series of 155 cases into two groups, the one the symptomatic neuroses group characterized by ego-alien symptoms and the other the ego-syntonic neuroses group and found that the rate of suicidal attempt of the former group was 1.8 %, i.e., 2 suicidal cases per 111 symptomatic neuroses cases while that of later group was 18 %, i.e., 8 suicidal cases per 44 ego-alien type of neuroses. The later group consists of relatively young patients who manifested frequently various abnormal behaviors beside self-destructive acts such as unreasonable revolt against their parents, bulimic conduct, sexual promiscuity, unreasonable reluctance to go to school, alcohol abuse, kleptomania and so on.

## まえがき

神経症と自殺あるいは自殺未遂との関連については、従来さまざまな対立見解が出されていて、臨床的検討が、問題として残されているように思われる。たとえば、神経症は自殺についても自殺未遂についても、割合に危険の少ない疾患とみられるような報告がある<sup>2)3)</sup>一方、少なくとも中核神経症は究極的に自殺に至る、という見解もあるという。自殺未遂の調査では、神経症と診断された事例は必ずしも少なくない<sup>4)</sup>。また、神経症類型の点では、神経症性うつ状態

やヒステリー反応<sup>5)</sup>の症例に自殺企図がよくみられることが指摘されている。

筆者は、上のような問題を明らかにする上で、のささやかな寄与を目ざして、自験例の資料を検討してみた。

## 資 料

今回の検討の資料は、昭和40年から14年間に二つの総合病院(東京都と市川市)の精神科外来で診た神経症症例のうち、初診後6ヵ月以上の

予後観察の行なわれた155例の診療記録である。

この155例の神経症症例について、自殺企図の記載を調べたところ、外来通院期間中に自殺を企てた例が10例(うち6例、女性)あり、その10例のうちの1例は、再度の企図によって死亡したが、残りの諸例は幸い未遂に終わっている。

そこで、これらの例の自殺企図症例からなる自殺企図群の特徴について検討することにした。

なお、神経症という診断は、外来治療を通じてのもので(主に薬物療法と支持的・説得的療法の用いられた)、ほかの精神科疾患の疑われた例は対象からできるかぎり除かれ、主に記述症状学の上から、成書に神経症類型として記されている病像に、あるいはそれらの結合にあてはめて下した。このような病像類型としては、転換および解離ヒステリー反応、心気状態、神経衰弱状態、不安状態、強迫神経症、抑うつ神経症、敏感反応、恐怖症、が考慮された。しかし、これらの類型病像に十分にはあてはまらない、類型分類困難な症例も含められている。それらは、自我親和型の特徴を示す症例で、全体の3割弱を占めている。また、全体の約7割の症例は、他の精神科医も診ておりやはり神経症と診断されている。

これら155例は、初診時年齢でみると、14歳から63歳に及んでいる。また、治療期間は(昭和54年12月現在で)、1年未満53例、1年から2年未満25例、2年から3年未満19例、3年から5年未満25例、5年以上33例である。

一方、自殺企図をみた10例のうち、半数5例は、初診後1年未満のあいだに企図している。のこりのうち3例は1年から2年未満のあいだに、またほかの2年は2年から3年未満のあいだに、それぞれ自殺企図を行なっている。

### 自殺企図群の特徴

#### 1) 年齢について

自殺企図群の特徴を調べるために、まず、自殺企図群と非企図群に大別し、それぞれの年齢について比較してみた。

次の表は、初診時の年齢の分布を示したものである。

年 齢	非企図群	企図群	合 計
～1 歳	15例	7 " ……………	22例
20～29 "	64 "	1 " ……………	65 "
30～39 "	37 "	2 " ……………	39 "
40～49 "	18 "	0 " ……………	18 "
50歳以上	11 "	0 " ……………	11 "
	145例	10例	155例

表にみるように、企図群は若年者(10代)の症例が多いことが確められる。つまり、10代の神経症症例の1/3が自殺企図を行なっていることが示されている。

#### 2) 類・型

次に、病像類型について、上記両群を比べてみた。治療経過中にみられた主要病像を、成書に記されているいくつかの病像類型にあてはめて、それぞれの群についてその例数を示したのが次表である。なお、前述のように、全例が必ずしも典型病像類型にぴったり一致した病像を呈したわけではなく、不十分なあてはめを行なわざるを得なかった例も表示されている。また、同じ症例で、2つ以上の種類の病像を同時に、あるいは次々に示したものは、それぞれに数えている。因みに、表中、不安状態を示した62症例のうち、典型的な不安神経症の病像を呈していたのは52例である。

病像類型	非企図群	企図群	合 計
ヒステリー反応	10例	0例 ……………	10例
心 気 状 態	36 "	0 " ……………	36 "
神 經 衰 弱 状 態	9 "	0 " ……………	9 "
不 安 状 態	62 "	1 " ……………	63 "
強 迫 状 態	8 "	2 " ……………	10 "
抑 う つ 状 態	22 "	6 " ……………	28 "
敏 感 状 態	6 "	2 " ……………	8 "
恐 怖 症	20 "	2 " ……………	22 "

表に示されるように、自殺企図群の半数は抑うつ状態の病像を呈していた。



しかし、こうした類別を通じて気づいたことは、自殺企図群の症例の多くが、典型的病像類型にはびったりおさまらない病像を呈していたことである。診療記録を読むと、いわゆる症状神経症の場合のような自我異質的性質の症状に苦しむという傾向が乏しく、典型的病像類型を構成している神経症症状を明白に認めることが困難で、しかも、初診時に本人が自分から受診したものは10例中3例にすぎないことが確かめられた。また、不登校、反抗、摂食異常、性的逸脱、嗜癖などの行動異常をししばともない。それらが受診理由をなしている例が多かった。

そこで、全症例の中から、自我異質的性質の著しい症状が、あまり明白でなく、典型的病像類型へのあてはめの難かしい、むしろ自我親和型の特徴の著しい症例を選び出し、そのような症例の群と自殺企図との関連を検討してみた。

次の表は、年齢構成にしたがって比べたものである。

年 齢	全症例	自我親和型	そのうちの 自殺企図例
～19歳	22例	11例……………	7例
20～29 "	65 "	22 "……………	1 "
30～39 "	39 "	9 "……………	0 "
40～49 "	18 "	2 "……………	0 "
50歳以上	11 "	0 "……………	0 "
合 計	155例	44例……………	8例

表にみるように、自我親和型神経症群は、若年者の症例が多く、また、自殺企図群の大半がそれに含まれていることが示されている。

因みに、自我親和型と、症状神経症とに大別し、それぞれについて自殺企図率をみると、前者では18% (8/44)であるのに対して後者では、わずかに1.8% (2/111)にすぎない。

以上の比較から、著者の資料についてみると、自殺未遂は、若年の自我親和型の症例に多くみられることが分る。

### 自殺未遂症例一覧

最後に、自殺未遂症例の一覧をかかげておく。それぞれ、性別：(初回)自殺企図時年齢：身分・職業：企図手段：主な症状の順に記す。

1. 女性：37歳：主婦：眠剤とガス：抑うつ状態。
2. 女性：22歳：大学生：縊首：抑うつ状態、無感動、反抗、不登校、性的逸脱。
3. 男性：17歳：高校生：眠剤：不登校、反抗、対人恐怖。
4. 女性：19歳：大学生：精神安定剤を多量に服用し入水、2回目やはり服薬し船からとびこみ、3回目手首切り、服薬：家出、不登校、抑うつ状態、無感動、離人症症状(?)。
5. 男性：39歳：大学教官：縊首、2回目鉄道自殺で死亡：敏感反応。
6. 女性：20歳：会社員：走るトラックにとびこむ(軽傷)、2回目、遺書を書いて手首を切ろうとする(軽傷)：強迫行為、強迫観念、性倒錯、アルコール嗜癖。
7. 女性：15歳：高校生：手首切り、3回同様の企図：不登校、反抗、気分不安定、生理不順、対人恐怖。
8. 女性：19歳：短大生：服毒(タバコをアルコールで溶かして飲む)と手首切り、2回目は四階建のアパートの四階から、とびおり(下肢打撲)：抑うつ状態、過食、アルコール依存、盗み。
9. 男性：19歳：受験生：縊首、2回目はヴィニール袋を頭にかぶりガス：強迫観念、敏感反応、家庭内暴力。
10. 男性：17歳：高校生：ガス：不登校、抑うつ状態、無感動、離人症症状。

### 参考文献

- 1) E. Stengel: Suicide and attempted suicide, P. 67-73. Penguin Books 1964.
- 2) 西山 詮：自殺と精神科外来, 精神神経学雑誌(1979)81.5: 311-341.
- 3) A. D. Pokorny: Suicide rates in various psychiatric disorders, J. Nerv. Ment. Dis., (1964) 139.6: P499-506.

- 
- 4) 北村隈英ほか：声年期自殺の未遂例と既遂別  
との比較, 精神神経学雑誌(1980).82.2 : 121  
-131. social factors and clinical diagnosis in at-  
tempted suicide. Amer. J. Psychiat. (1957)  
144 : 221-
- 5) E. Robins et al. : Some interrelations of

## 自殺未遂青少年の臨床的研究

池田由子・西川祐一・成田年重

児童精神衛生部

矢花芙美子・後藤多樹子

日本大学医学部神経科

### A Study on Children and Adolescents who attempted Suicide

Yoshiko IKEDA, M. D.

Yuichi NISHIKAWA, M. D.

Division of Child Mental Health

Toshie NARITA

Urawa Family Court

Fumiko YAHANA, M. D.

Takiko GOTOH, M. D.

Nihon University Medical School

#### Summary

Our team examined fifteen youngsters who attempted suicide. The examination took place at various child psychiatric clinics from January to December of the year 1978.

The age range was from nine to nineteen, including two primary school and five junior high school students. As to sex, the females outnumbered the males (13 girls vs 2 boys).

Twelve tried to commit suicide only once, but three girls repeated several times. With regards to methods used, wrist-cutting, taking drugs, stabbing the breast and abdomen and jumping from high places were most frequent.

Although it is rather difficult to give definite diagnosis to these youngsters, given diagnosis were as follows; childhood schizophrenia 3, borderline schizophrenia 2, psychogenic reaction 3, hysteria 2, transient psychotic reaction in adolescence 2, behavior problems 1, neurotic depression 1 and character neurosis 1.

Before attempting suicide, they revealed various signs of maladjustment. Their difficulties in group and other psychological problems started much earlier than the time of the suicide attempt, though they were overlooked by parents and teachers for a considerable length of time.

Contrary to popular opinion, attitude of parents in most cases was not overprotective and the parent-child bond was not strong. Parents tended to be indifferent, remote and rejective.

Although most of them belonged to middle class families and their homes appeared intact, families were emotionally disorganized and unhealthy, especially in the case of young children.

## まえがき

近年児童精神衛生領域における問題の一つとして、自殺が取り上げられることが多い。

自殺は、人間の心にひそむ攻撃性や加虐性からむ問題として、家庭内暴力、学校暴力、思春期精神障害などとも関係する病理現象であり、社会や家族の病理としても、また、個人の精神病理としても真剣に取り上げなくてはならぬ問題であろう。これらの現象の背後には、敗戦後30年余の月日を経過しながらも、なお、模索を続けている親と子のかかわりあいの姿が反映しているのではないかと考えられる。

青少年の自殺については、実際に近年増加しているか否か、また、とりわけ女子に多い手首切傷などのような未遂者が、既遂者と同じ機制によるものであるかなど、いろいろの議論があるが、ここでは先づ、児童精神科の臨床において接触した自殺未遂の子どもたちの実態を述べてみたいと思う。著者らのうち池田は、昭和54年度に総理府において行われた青少年自殺問題懇話会に出席する機会を得たので、その際に感じた印象についても触れてみたい。

## 対象

### 1) 年齢、性

著者らが、昭和53年1月より12月までに関係する精神衛生相談室、大学病院神経科、児童相談所などの相談機関で接した19歳以下の自殺未遂者は男2名、女13名、計15名であった。その年齢は、9歳1名、12歳1名、14歳5名、15歳1名、16歳3名、17歳2名、19歳2名であり、小学生2名、中学生5名、高校生4名、各種学校生(予備校、洋裁学校など)3名、無職1名であった。

来所経路は、直接訪れたもの7名、紹介によ

る者8名で、紹介者は一般精神科医3名、小児科医2名、児童福祉機関2名、教育機関1名であった。

### 2) 自殺未遂の状況

自殺企図は1回だけの者12名、2回から数回にわたり繰返している者3名である。遺書を残した者3名、遺書のない者12名で、もし既遂となった場合は、関係者が、自殺の原因を動機不明として困惑するであろうことが予想された。

自殺をはかろうとした方法は手首を切った者4名、薬物4名、腹部または胸部を刺した者3名、とびおり2名、とびこみ1名、首つり1名、入水1名であった。

自殺をはかった直接の動機として挙げられたものは次表1のとおりである。複数の動機の場合もある。しかし、これらは誘因となったもので、彼らは以前からのより深く根ざした問題をかかえていることが多い。

表1. 自殺をはかった直接の動機

家 族	(1) 実母との衝突	1名
	(2) 義父の暴力	1名
	(3) 姉の結婚	1名
	(4) 祖父の入院	1名
学 校	(1) クラスで発表がうまく出来ない	1名
	(2) 教師の態度が不公平	1名
	(3) 授業がつまらなくて学校をやめた いが許されない。	1名
友 人	(1) 友人間のトラブル	4名
	(2) 親友の入院	1名
	(3) 友人がどうしても出来ない	1名
恋 愛	(1) 一年つきあった大学生に失恋した	1名
自 己	(1) 自分の意志が弱く、欲望をコントロールできないことに失望した	1名
精神病の病状による(被害、追跡、関係念慮や幻聴、世界破滅感など)		2名

(注) 複数の動機をもつものがある。

## 3) 彼らを取巻く家族の状況

これらの青少年を取巻く家族の状況を見ると、経済的には上の家族1名、中10名、下4名となり、中流階層の家族が多いことが目につく。

保護者の職業は、いわゆるホワイトカラーが8名(会社員5名、銀行員1名、公務員1名、会社役員1名)、自営業2名、工員1名、農業1名、職人1名、無職2名となる。

家族内における彼らの位置は、長女6名、1人っ子5名、次女3名、次男1名となり、核家族で拳子数の少ない状況があらわれている。彼らの父母が、彼らの治療に協力的であったかどうかを見ると、協力的なもの9名、非協力的なもの3名、入院、離婚などの理由で父や母が不在のもの3名であった。児童精神科をわざわざ受診しているものでも、問題の深刻さを感じ、両親と子どもとのかかわりや、子どもの置かれた状況を真剣に考慮しようとするものは、必ずしも多くないようである。

これらの家族は、大都市、あるいは新たに開けつつある中、小都市に居住しており、経済的にはほぼ平均的な生活を送っているが、家族内の対人関係や親子関係には問題のある事例が多い。『親の過保護や溺愛により、児童の欲求不満に対する耐性が低くなり、容易に自殺をはかる』という俗説とは異なり、親子関係が密でなく、むしろ疎遠、無関心、更に拒否的である家族が目立った。

父母の態度を大別すると次のようになる。父母の態度の評価に関しては、面接者の単なる印象でなく、面接結果と共に親子関係診断尺度、態度調査、成人用SCT、その他の結果も考慮をした。問題ないのは2名である。

- ・母親が本児に拒否的 4名
- ・父母とも本児に拒否的 2名
- ・父母が育児に無関心、放任 2名
- ・父母が本児の言いなり、溺愛 1名
- ・父親と本児が密着、相互依存 1名
- ・母親と本児が密着、相互依存 1名
- ・母親が干渉多く、過保護 1名

- ・母親が強圧的、支配的 1名

これらの家系に明らかな精神病患者、自殺者の認められたものは2家族であり、他は負因を否定している。しかし、父母の中には神経症の既往歴や性格的な問題(強迫的、ヒステリイ的など)の認められるものが、父親3名、母親3名づつあり、父親に犯罪歴のあるものも1名あった。また、家族間にはさまざまな紛争や、父母の不在という条件があることが多い。たとえば、母親が入院中2名、母親死亡1名、父親長期出張で不在がち1名、父親死亡1名、父母共働き5名である。父母が離婚したもの1名、離婚しないが父母不和のもの4名、母と祖母不和のもの1名、家族関係が複雑で同居者が多いもの1名となっている。とりわけ、年少者の事例では、家庭状況が不健康である例が多い。

## 臨床的診断の結果

これらの青少年の知能を見ると、知能指数が平均あるいはそれ以上のもの13名、平的智以下のもの2名となり、知的な問題を持っている例は少ない。

学業成績は上のもの3名、中8名、下4名である。注意すべきは彼らの中の相当数は自殺企図以前に、すでにさまざまな心身症状や適応障害を示していることである。

主な症状を挙げると次のようなものがある。集団内不適応7名、登校拒否5名、友人との紛争、不和5名、被害的に考えたり、もの事を自分に関係づけて悩んでいた4名、家出4名、不眠3名、声が聞えるとか、誰かに呼ばれると言っていた3名、家庭内暴力3名、消化器症状2名、不安発作2名、抑うつ状態2名、家庭内での孤立2名、強い劣等感2名、精神不安定2名などとなっている。

これらの症状のため、以前に児童精神科でない、一般精神科医と接触を持っていたもの3名、小児科に入院、通院したもの2名、内科、神経科に入院、通院したもの2名である。身体症状などに対して、投薬、医療を受けたが、通院を

拒否したり、問題の本質に至らず接触が終っていることが多い。

次に、彼らの適応障害が何時ごろから始まっているかを見てみよう。

小学生2名については、1名は幼児期から、1名は小学校低学年から、すでに集団内不適応を示している。中学生5名については、1名は小学校から、4名は中学入学後、早い時期から問題を生じている。高校生4名はすべて中学生の時期から現在の問題につながる諸症状を示している。

各種学校及び無職の計4名は、小、中学校2名、高校2名と、いずれも何年か前にさかのぼって広義の適応障害が始まっているようである。

対人関係にしばってみると、この15名中、友人が多いというものは一人もいない。友人関係はふつうというものは3名、友人がいないか、限られた少数の友人のみつきあうというものが12名いる。一見、『誰とも口をきき、社交的のようにみえても、表面的なつきあいで、仲間にとけこめなかった』とか、『下らないことをしゃべりあったり、歌手に夢中になるミーハー族にも入れず、勉強一筋の優秀なグループにも入れず、中途半端で孤立していた』とか、『変りもの、頭がおかしいといわれ、少数のグループとして、教師からも級友からも異端視されていた』と、自ら語るものもあり、思春期、前思春期に心の支えとする仲間の形成がうまくゆかなかった者が多い。彼らの従前の性格を大別してみると次のようになる。成長期にあり、性格形成は完成していないものの、両親、教師、自己の語る性格と、心理諸テストの結果を総合すると、4つの型に分類される。

第一は、朗らかで社交的だが、わがまま、衝動的でかつとなりやすく、感情面で幼稚な性格で、15名中5名がこの型に属す。

次は、神経質、几帳面、けつべき、心氣的、負けずぎらい、活発、完全主義といった『優等生』型で4名があてはまる。

第三は、気が小さく、内気、まじめ、のろい、

臆病、不器用、泣き虫といった『いじめられっ子』型で4名が之に属す。

最後は、『アウトサイダー』型というか、いこじ、剛情、無口、陰気、奇矯、すねる、とっぴなことをするといったグループで2名があてはまる。

これらの15名の児童精神医学的な診断であるが、彼らが思春期という変動のはげしい時期にあり、なお、成長過程にあるため、確定的なことを言うのは困難である。しかし、面接、テスト、経過観察の結果、一応次のように分類した。

- ・精神分裂病、またはその疑い 3名
- ・精神分裂病境界例 2名
- ・心因反応 3名
- ・ヒステリー 2名
- ・思春期精神障害 2名
- ・行動異常 1名
- ・神経症的抑うつ反応 1名
- ・性格神経症 1名

精神医学的に、明確な診断を下すことが難しい例の多いこと、また、相談機関の性質のためか、精神病圏内に入るものが多数を占めていたことが、特徴的であった。次に主な症例について簡単に述べてみよう。

## 主な症例について

### 〔症例1〕

14歳女子。3人姉妹の次女。父母は本児の幼時より共働きで、接触が少ない。本児は姉妹に比較して容貌もすぐれず、斜視があり、小児喘息もあったので、両親から『手のかかるかわいげのない子』として、十分な愛情を受けたことがなかった。

頭は悪くないが勉強せず、学業成績は中位であった。家でも、学校でも、『変屈な子』と見なされ友人は1人もいなかった。中学では、ようやく2人の友人が出来、クラス内で『とっぴな変りものグループ』として浮き上がっていた。3人はたえず行動を共にし、学校をさぼってヘッセ、ニーチェ、SF小説を読みふけり、友人の

家に外泊して『精神病ごっこ』をするなど、秘密の世界をつくっていた。ところが、グループの1人が精神的に異常な状態となり、分裂病として精神病院に入院したことから本児もショックを受け登校しなくなった。両親は気にとめず放置していたところ、ある夜手首を切って出血のため意識を失っているところを発見され、救急車で入院した。不安、興奮状態は急速に消失し、精神分裂病を思わせる所見はなかった。両親は治療に非協力的で、本児に終始拒否的であり、学校側も関心を示さず、予後に不安を残しながら、退院後治療は中断されてしまった。

#### 〔症例2〕

14歳女子。長女で弟と妹がいる。父親は会社役員で経済的に恵まれている。本児はおとなしく、内気な性格で臆病、過敏な面があった。小学校の5年のとき不安発作があり、一般精神科を受診したが、一過性で間もなく消失した。小学校時代から成績はよいが、ひきこみがちであった。中学校でも成績がよく、クラス委員となるが、多数の前で発表がよくできないと言い、友人の批判を気にしていた。中学2年になると、不眠や消化器症状を訴え、登校を拒みはじめた。『友人がこわい』と、夜おびえて泣いたりするので、両親が児童精神科受診を相談していたところ、腹部をナイフで刺し意識を失っているのが発見され救急入院した。

生命はとりとめたが、詳しく調べてみると、登校をいやがった頃から、すでに関係念慮、被害念慮、追跡念慮などがあり、精神分裂病の初期と考えられた。両親とも温厚で、子どもの取り扱い方には、いろいろ配慮していたが、父親の家系に精神分裂病の親族が数人いることがわかった。薬物療法と精神療法により症状は消失し、再び登校するようになった。

#### 〔症例3〕

14歳女子。1人っ子。父母は離婚し、母親が働いていて経済的には困難な母子家庭。小学校の頃から成績悪く、知能は高くない。朗らかで人なつこいが、すぐかっとなり、友人と争うこ

とが多い。感情的に不安定で、依存的欲求が強い。

母親が病気になる入院し、不安な状態になっていた時に、学校で友人と争うことがあり、口論のあと衝動的に入水自殺をはかるが、水が浅くて救助された。情緒的に未成熟な性格と診断された。教師の配慮と、短期間のカウンスリングで、集団内の適応も改善され、母親も退院したのでその後問題なく過している。

#### 〔症例4〕

16歳女子。1人っ子。父親は職人で家を外に遊び歩くことが多い。母親は本児に密着し、本児も小学校時代まで、母親からの分離不安が強かった。成績は中位で、性格もわがまま、幼稚で、友人もあまり多くなかった。私立高校に入ると本児もやや不良がかった友人とつきあうようになり、仲間の大学生の1人に夢中になった。自分ひとりで結婚の対象と考えていたが、相手にその気がないことがわかり、庖丁で腹部を刺し、自殺をはかった。救急入院後、再び屋上から飛びおり自殺を企てた。しかし暫らくするとその学生のことはすっかり忘れたように、元気になり登校しはじめた。その後、まわりつづいて母親に反発して外出、外泊が多くなり、今度は他の男性店員に熱を上げたが、積極的な反応が得られず、再び失恋した。その後母親と口論して眠剤で自殺をはかった。神経科外来で治療中だが、基本的な母子関係の問題は改善されず、落ち着いた学生生活に戻るところまで行っていない。

#### 〔症例5〕

16歳女子。長女で弟と妹がいる。父親は公務員。父母および母と父方祖母が不和で暗い家庭である。本児は先天性視力障害で1眼の視力が殆どないが、ずつと普通の学校に通っていた。弟と妹は成績優秀で、美男の父親に似ているため家族から大切にされたが、本児は家族、とくに母親からうとまれていた。勉強に熱心で、成績はよく優等生であったが、動作がのろく、表情も乏しいため、級友からも『牛のようだ』と

いわれていた。地方の中学に入った後、肥満してくると、登校を拒否しはじめ、登校を強制する母親に反抗して暴力をふるったり、『大人になりたくない』と乳房を刃物で刺したことがある。そのため驚いた父母が、一般精神病院に入院させたが、『精神病ではない』し、『医師や看護婦にまわりつく』という理由で、1ヶ月で退院させられてしまった。その後上京し、私立高校に入り再び勉強しはじめたが、自分の尊敬する男性教師が、試験の採点に不公平で、友人にひいきしたと怒り、友人たちと口論したあと校舎の屋上をかけのぼり、投身しようとした。居合せた他の教師にひきとめられたが、興奮状態がおさまらず、校医を経て児童精神科を受診した。調べてみると、このほかにも何度かの自殺企図のあることがわかった。心理テストの結果では、女性としての同一性障害がひどく、被害的、抑うつ的な精神状態にあることがわかった。

精神療法と母親へのカウンスリングを開始して数ヶ月後、父親の転任により祖父母と別居することになり、父母の仲も好転し、家庭環境も明るくなった。本人も他の高校に転校し、治療を受けながら将来の目標を立てて一応通学を続けている。

#### 〔症例6〕

12歳男児。1人っ子。父母は共働き。本児は幼時から手のかからぬ、おとなしい子であった。肥満児で体育はにが手だが性格は温和、のんびり、小心であった。仲のよい友人も何人かおり、成績は中位で特に問題はなかったという。小学校5年の時本人が参加したため、グループ対抗の体育の競技で負けたことがあり、友人の批判を、非常に気にしていた。小学校6年になってから、落着かず、不安、不眠状態を生じ、『友人にすまない』とか、『友人にいじめられる』と言いはじめ、登校をいやがるようになった。

自殺しようと家出してさまよっているところを保護されたが、詳しく調べてみると、被害、関係、追跡念慮があり、幻聴も出没していたようで、精神分裂病の初期と診断された。その後

投薬と共に面接を続け症状は好転し、対人関係の浅さ、社会的関心の乏しさはあるが、一応通学を続けている。

#### 〔症例7〕

14歳女子。弟が1人いる。父母とも几帳面、完全癡あり、神経質で共働き。子ども2人に高い期待をかけていた。本児は勝気な勉強家で、小小学校時代は模範生。中学になってから、成績が思うように上らず、集団内で孤立感を持つようになり、周期的に大食するようになった。一方大食による肥満を怖れて下剤をのんだり、無理に嘔吐し生活が不規則になった。強迫的に、自分のつくったスケジュール通りに勉強しようとして出来ず、食欲をコントロールできぬ意志の弱さに絶望し、眠剤をのみ自殺をはかった。一般精神病院に入院後、児童精神科に移り、治療を受けた。

同じく模範生であった弟もヒステリー性反応を示したため、家族全員に治療が行われた。診断は性格神経症と思われた。その後、一応通学をつづけている。

代表的な症例を挙げたが、これらのうち、症例2, 5は成人精神科と、症例7は小児科と自殺企図の前に接触を持っている。

しかし、他の4例はいずれも、自殺企図をしてから専門家に接触している。既遂の場合だと以前に専門家との接触のない場合(紙上報じられる多くの青少年の事例が之に当たるが)、やはり診断や、原因の分析が不十分にならざるを得ない。

#### 討論及び考察

先づ、青少年の自殺が実際、増加しているかどうかについて触れてみたい。若年層の自殺の増加はいわゆる所得倍増の昭和30年代に著しく、近年の急増というのはマスコミの虚構のイメージであるという説がある。之に対しては自殺問題専門家は、近年は自殺防止活動がのちのちの電話や学校保健活動を通してさかんに行われており、さかんな防止活動にもかかわらずこれだけ



の数が出ていることは決して減少していることにならないと説いている。

次にかかげるいくつかの表の示すように、青少年のうちのどの年齢層に増えており、あるいは減っているか注目する必要がある。文部省統計も昭和52年以前は、小学生の自殺にほとんど

注目していなかったため、小学生の自殺の調査はない。

しかし、最近では新聞報道のみならず、われわれの日常臨床においても死への願望を訴え、あるいは自殺企図を行う小学生はそれほど稀有な存在ではなくなっている。

表2及び表3は、昭和52年および53年における小学校、中学校、高等学校生徒の自殺者数である。

表4は昭和48年以後の推移である。

表2. 昭和52年における自殺数(52:1~52:12)

小学校	学年	4		5		6		計	
	男	2	3	2	0	2	1	6	4
	女	3	2	0	2	1	6	4	
校	計	5		2		3		10	

中学校	学年	1		2		3		計	
	男	9	4	16	12	38	10	63	26
	女	4	16	12	38	10	63	26	
校	計	13		28		48		89	

高等学校	学年	1		2		3		4		計	
	男	39	16	47	15	58	38	6	3	150	72
	女	16	47	15	58	38	6	3	150	72	
校	計	55		62		96		9		222	

(文部省中等教育資料による)

表3. 昭和53年における自殺数(53:1~53:12)

小学校	学年	3		4		5		6		計	
	男	1	0	1	2	1	1	3	0	6	3
	女	0	1	2	1	1	3	0	6	3	
校	計	1		3		2		3		9	

中学校	学年	1		2		3		計	
	男	17	6	23	11	24	10	64	27
	女	6	23	11	24	10	64	27	
校	計	23		34		34		91	

(文部省中等教育資料による)

表4. 小、中、高校生の自殺者数の推移

		48年	49年	50年	51年	52年	53年
小学生	男					6	6
	女					4	3
	計					10	9
中学校	男	73	46	51	47	63	64
	女	35	23	28	25	26	27
	計	108	69	79	72	89	91
高等学校	男	158	133	140	145	150	157
	女	75	75	71	71	72	78
	計	233	208	211	216	222	235

(昭和48~51年は小学校生徒は調査対象外である)

表5. 少年の自殺の前年対比(昭和54年上半年)

① 総数

	総数	男	女
昭和53年	453	298	155
昭和54年	521	373	148
増減数	68	75	▲7
増減率	15.0	25.2	▲4.5

## ②学職別

	総数	学 生 ・ 生 徒						有職	無職	不詳
		計	小学生	中学生	高校生	大学生	その他			
昭和53年	453	253	4	39	146	30	34	119	80	1
昭和54年	521	320	9	74	187	28	22	113	87	1
増減数	68	67	5	35	41	▲2	▲12	▲6	7	0
増減率	15.0	26.5	125.0	89.7	28.1	▲6.7	▲35.3	▲5.0	8.8	—

(警察庁調査による。昭和54年7月)

表6. 青少年自殺者数と自殺率

		昭和25年	30	35	40	45	50	51	52	53	
自殺者数	総数	16,311	22,477	20,143	14,444	15,728	19,975	19,773	20,269	20,778	
	少年	5～9歳	—	3	1	—	—	1	1	4	1
		10～14歳	2	88	62	46	55	88	83	89	87
		15～19歳	1,310	2,735	2,217	806	702	768	717	720	778
		計	1,312	2,826	2,280	852	757	857	801	813	866
自殺率	総数	19.6	25.2	21.6	14.7	15.3	18.0	17.6	17.9	18.2	
	少年	5～9歳	—	0.0	0.0	—	—	0.0	0.0	0.0	0.0
		10～14歳	0.0	0.9	0.6	0.5	0.7	1.1	1.1	1.1	1.0
		15～19歳	15.3	31.7	23.8	7.4	7.8	9.8	9.2	9.1	9.8

(厚生省「人口動態統計」より、但し、昭和53年は警察庁調べ。自殺率は人口10万対)

次の問題は自殺未遂児と既遂児は、その性格、動機、家庭的背景などにおいて同質的か否かということである。つまり、未遂児をいくら詳しく調べても、既遂児の心理などは理解できないのではないかということである。また、われわれが日常の精神科臨床において、登校拒否や神経症などとして既に接触を持っていた患者が自殺をはかり、既遂ないし未遂に終わった場合と、日常報道される自殺企図のみがいわば唯一の症状であったようにみえる場合と、同様のものかどうかという疑問である。児童相談所や教育相談室などを訪れる例をみても、自殺未遂を主症状として来所する例よりは、他の症状と自殺未遂

をあわせて来所する例の方が多いたことが、経験的に知られている。

更に、中学生、高校生などのアンケート調査で、『死にたいと思ったことがあるか?』という問いに肯定的な答をしたものと、実際に自殺企図を行なったものとの距離——質的あるいは量的差異の問題もある。あるいは、自殺という形をとらないが、薬物中毒や交通事故などといった慢性自己破壊的行動をとる青少年の問題もある。これらの点については自殺問題懇話会でもいろいろ議論が行われた。しかしながら、著者らは、既遂者の詳しい分析が不可能である以上、未遂児について治療やアフターケアを行いな

ら詳しい原因分析を行なう事例研究が必要であると考え、臨床医の多くが同意するように、年少の場合には、既遂と未遂を厳格に分類するのは、防止対策上かえって無理を生じるのではないかと考える。

この15例の中には、手首切傷のものが4名いるが、手首自傷 wrist cutting はヒステリー患者が周囲の注目を惹くため行うもので、生命に危険のない狂言であるという説をなすものもある。しかし、中学生、高校生の場合、手首自傷をして2、3日後に投身既遂に至った例もあり、手首自傷や薬物その他の手段により最初が未遂に終わったとしても、それらを過小視することはむしろ危険であると思う。

牛島は手首自傷をする前思春期の少女は精神医学的に診断困難な例が多く、男子における家庭内暴力に匹敵するものであり、情緒発達障害、登校拒否、抑うつ状態、神経性食欲不振などと密接な関係を持った病態であると述べているが、これらの病態はより深く探究されるべき領域と考えられる。

一般に自殺未遂は男児より女児に多いといわれる。たとえば、1958年 Toolan の調査でも、ニューヨークのペルビュー病院児童病棟入院患者900人のうち、自殺未遂は102人いたが、12歳以下18人（男11人、女7人）、12歳～17歳84人（男10人、女74人）という内訳になっている。Piker の例でも、10～14歳で男4人、女11人、15歳～19歳で男24人、女199人となっている。われわれの例でも圧倒的に女児が多い。これらの女児の分析が男児にもあてはまるかどうか（たとえば症例7の如き例）疑問の余地はあるが、家庭環境、診断など相当の部分は参考になると考えている。

われわれがやや意外に感じたのは、子どもを自殺へ導く主な原因とされる受験体制、教育過熱が直接原因となっている例が殆どなかったことである。症例5では採点の不公平が一見原因のようにみえるが、本質はむしろ保護者との愛情関係である。

たしかに青少年期においては環境的影響を受けやすいので、教育制度や学校の状況を健全化することは必要であるが、子どもの健全育成、自殺防止という観点からいえば、より早期の対応が不可欠ではないかと考えられる。

われわれの症例でみると、家庭環境に問題のある例がたしかに多いといえる。経済的に問題がなく、両親がそろっていても、不和、別居、共働きなどで、子どもとの交流が少なく関係が浅い例が多い。また、自殺企図の以前から、集内不適応、不登校、心気症、異性との交遊や家出などの問題行動が先行していることが観察されている。これらの不適応の兆候を示したときに（その多くは反社会的な行動でないため見のがされがちであるが）、早期に援助の手をさしのべることが必要であろう。自らを滅ぼすという行為は怒りや恨みや抗議の表現であるにせよ、困難からの逃避であるにせよ、子どもの心性に反した行為である。

最近の中学生の調査では、男子の24%、女子の23%が自殺したいと思ったことがあると答えているというが、思春期に自らの死を思うことと実行との間には大きな距離が存在する。一時死を思いえがくことと、たえず死を考えつづけることとは異なる。多くの子どもは一時死を考えても、その時期を乗り超えてゆく。発達の過程で遭遇する多くの困難に耐え、待ち、危機を乗り越えることの出来るのは、自己を信じ、自己を愛することのできる子である。この自己への信頼感や親感は人生の最初の時期の親子関係に基礎づけられる。われわれは子どもの自殺を論ずるとき、脆い、理想像がない、目的がない、などというが、それらは同時に子どもの周囲にいる成人の姿でもある。

### おわりに

最近臨床場面で取り扱った19歳以下の自殺未遂の青少年の実態につき、彼らとその家族環境を中心として述べた。

今後更に症例を追跡して、青少年期の精神衛

生について更に考察したいと思う。

### 参考文献

1. 子どもの自殺防止対策について，昭和54年10月，青少年の自殺問題に関する懇話会。
2. 同資料。
3. 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54年。
4. 池田由子：中学生の自殺，子どもと家庭，16巻3号，昭和54年。
5. 稲村博：子どもの自殺，東大出版会，昭和53年。
6. 大原健士郎他：児童の自殺，精神神経誌，65巻5号，昭和38年。
7. 大原健士郎：自殺を中心とした青少年の精神衛生的考察，精神医学，2巻2号，昭和35年。
8. 牛島充信：思春期女子の暴力的解決，教育と医学，27巻7号，昭和54年。
10. 読売新聞社会部編：思春期の死，読売新聞社，昭和54年。

# 精神薄弱者に対する社会適応促進活動に関する研究

——在社会成人精神薄弱者のための  
ソーシャル・クラブ運営に関する研究——

飯田 誠

国立精神衛生研究所精神薄弱部

上野勝也

東京都渋谷区立上原中学校

佐野秀明

東京都渋谷区立心身障害者福祉センター，ともしび代表

鎌田啓子

東京都民生局指導部第1課

富崎 節

東京都渋谷区立心身障害者福祉センター

富田 順

エマオ学園

土田尚義

品川映愛会青少年団体育成部

A Study on Promotional Activity for Social Adaptability of Mentally Retarded

——A Study on Management of Social Club for Retarded Adult in Community——

Makoto IIDA, M.D.

Division of Mental Deficiency Research

Katsuya UENO

Uehara Middle School, Shi-buya ward

Hideaki SANO

Shibuya Handicaped welfare Center

Keiko KAMATA

Tokyoto public welfare bureau

Setsu MIYAZAKI

Shibuya Handicaped Welfare Center

Jun TOMITA

Emao-gakuen

Hisayoshi TSUCHIDA

Shinagawa Eiaikai

## Summary

An activity of social club for retarded was begun on November 1965, on a demand of the graduates of the special class in the two middle schools, S. Ward, Tokyo.

This activity was managed by the volunteer in community, and the purpose of this activity was to promote the social independent of the retarded.

Our object was that they have the ability to manage this club. As their ability make progress, many affairs happen, for instance, to gain power the new leader, the difference on the change of ranking, et cetera.

Many members seceded the club because of this confusion. An other side, their displeased feeling to the volunteer and the teacher had come to the front.

Some persons had the critical opinion on this conditions of the club, then this club cannot obtain the active cooperation of the persons concerned mentally retardation in community and many new members.

As a result, now, the member of this club is fixed and this club is in stable operation.

A problem awaiting solution for the slightly retarded is, we think so through this experience, the place as a salon for them to cover their isolation in the family or the community, should be opened, where there may come as they pleases.

## 要 約

1965年11月から東京都S区内の2つの中学校特殊学級卒業生の要請により、精神薄弱者のためのクラブ活動が開始された。この活動は特殊学級担当教師を中心とした地域のボランティア活動であり、精神薄弱者の社会的自立能力を促進することが目的であった。

会は会員による自主運営が目ざされたが、彼らが自主性をつけてくるに従って、新リーダーの台頭、順位の逆転、その巻き返し活動等のため会の運営に混乱が生じ、脱落者を出した。また、ボランティアや教師に対する反発が表面化した。一方、このような会のあり方に対する批判的意見もあり、保護者や地域の精神薄弱関係者の積極的協力が得られないまま、新入会員も少なく、会員が固定した状態で安定した運営が続いている。

今後の課題としては、これまでの経験によれば、軽度の精神薄弱者のためのサロンのような場所、即ち必要に応じて孤独から逃れ、心のやすらぎを求めて自由に出入することのできる場所の開設が強く望まれる。

## 緒 言

精神薄弱者に対する社会の対応の変転を歴史的にみると、古くは悪魔の申し子として苛酷なリンチが加えられた時代もあったが、やがて医学的に治療をしようと試みる時代がおとずれる。しかしながら、多くの医学者の努力にもかかわらず、はかばかしい効果が得られず、主流は教育へと移行していった。その結果として治療教育という概念が生れたのである。

一方、成人した精神薄弱者は見せ物になったり、放置されて路頭に迷う状態にあった時代から、キリスト教博愛主義に基いて施設に収容されるようになり、それがコロニーへと発展していった。

さらに、時代の進展と共に、精神薄弱者に対する社会的対応は、精神薄弱者を社会から隔離することを止め、われわれと同じ社会の中に受け入れてゆこうという方向に変ってきており、すでに先進諸国では実行に移されはじめている。

しかしながら、彼らと一般者との間の能力差は歴然たる隔りがあり、能力の高い者を中心として構成され運営されている社会の中に組み入

られた少数の能力の低い人達が受ける様々な抑圧やストレスは避けることの非常に困難な問題である。

従って、この問題をいかに解決するかが、精神薄弱者をこの社会の中で受けとめてゆくための重要な鍵となるものと考えられる。

われわれは在社會精神薄弱者の地域ケアの活動の一つとして、精神薄弱者のためのソーシャル・クラブの運営の試みを15年間にわたって行なってきた。

われわれの目標はクラブ活動を出来得る限り彼らの自主運営にまかせ、われわれはボランティアとして、彼らの要請に応じて援助を行なうことであった。

しかしながら、その運営には幾多の解決すべき問題が横たわっており、必ずしもこのソーシャル・クラブが発展してきたとは言えないのである。

いまや、わが国の多くの地域において、在社會精神薄弱者のための地域ケアの問題が要求として高まってきている中で、われわれの15年間の試行経過が、行らかの示唆を与える材料になり得ることを期待するものである。

### 1. 活動の発端と〇〇〇〇会の成立過程

東京都S区内にある2つの中学特殊学級では、年2回の同窓会を行なっており、その時に様々なレクリエーションを計画してきた。この活動は卒業生のために教師によって計画されたものであるが、卒業生も年ごとに増え、同窓会も活発に運営されるようになり、役員を選んだり、プログラムも卒業生自身で考えて、実行するようになってきた。

そのような中で、彼らの要求として『同窓会の回数をもっとふやしたい』『フォークダンスをおぼえたい』『クリスマス会をしよう』等の意見が出され、組織的な活動の必要性を卒業生自身が意識し、教師もそれにこたえる具体的援助の方策を考えはじめた。

まず、卒業生の中のリーダー(2名)を核として、10名の役員が推進に当り、親の会のS氏やN

N氏、T保護司、ボランティアの青年グループの協力によって1965年11月28日(日)に第1回の『若人の会』が開かれ、その場で彼らの提案で『〇〇〇〇会』と正式に命名された(上野教諭の記述)。

### 2. 〇〇〇〇会の変遷過程

#### 1) 会員からの会の変革要求

これまで特殊学級担任教師が主導的立場をとり、実施の責任者としては親の会のS氏が当たっていたが、会の運営が軌道に乗るに従って、特殊学校の延長ではなく、独立した他の青少年グループと同じ運営方式への変革要求が彼らの中から出はじめた。彼らの次のような発言がそのことを物語っている。

自由がほしい。学級を卒業しても先生のめんどろをみてもらっている(1968年8月座談会より)。

ふだんは、いつも特殊学級出ということで劣等感を感じているのに、またキャンプにまで来てもそうなるのはいやだ(1969年8月キャンプ反省会より)。

#### 2) 会員内からの教養講座の要求

会員の中から様々な要求が出されたことから、〇〇〇〇会を社会教育の観点に立った青年学級へ移行させることが試みられ、1970年10月18日より『〇〇〇〇青年学級』として開設された。

学習指導の担当はボランティアによって分担されたが、その内容については、教育的色彩を強く出すよりは、むしろ、地域精神衛生活動の一つとしての精神薄弱者のためのソーシャル・クラブ的色彩を持たせる方向が意図された。

#### 3) 青年学級の日曜講座への転換

彼らにとって教養講座は一時的な要求ではあっても、長期にわたって引きつけるだけの魅力のあるものとは思われない。案ずるごとく、能力の高い者の参加が減少してゆき、元のソレアル・クラブ的存在へともどす必要にせまられたため、名称を青年学級から日曜講座と変更し、内容も手なおしされた。

1975年から現在まで日曜講座として行なわれ

でいる活動は下記の通りである。

・役員会 第2, 3日曜日

・日曜講座 第1, 3日曜日

・合同講座 第4 日曜日

表1.

第1講座 昭和53年度 日程表

月 日	A・M 11:00 ~ P・M 3:00 内 容			場 所
5月14日	開講ハイキング(バス)			秋川溪谷神ノ戸
21日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
6月4日	"	"	"	"
18日	"	"	"	"
7月2日	"	"	"	"
16日	"	"	"	"
23日	ハイキング (一般交通機関利用)			丹沢 葛葉
9月3日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
17日	"	"	"	"
10月1日	"	"	"	"
8日	ハイキング			丹沢日向溪谷
15日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
11月5日	食堂での食事実習 行楽を兼ねる(バス)			都内デパート
19日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
12月3日	"	"	"	"
17日	クリスマス会			青 年 館
1月7日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
14日	初まりハイキング(バス)			向島七福神
21日	調理実習	工 作	ゲ ー ム	心障センター
2月4日	"	"	"	"
18日	"	"	"	"
3月4日	"	"	"	"
18日	閉講ハイキング(バス)			武蔵五日市

心障センター 区立心身障害者福祉センター(原宿)です。



第2講座 昭和53年度 日程表

月 日	調理講座		場 所
5月14日	開講 ハイキング		秋川神ノ戸
21日	調 理	職業種について	会事務所
6月11日	"	労働組合について	"
18日	"	"	"
7月9日	"	地図の読み方について	"
16日	"	"	"
23日	ハイキング		丹沢 源蔵小屋
9月10日	調 理	生活(その1) 繁華街	浅草・上野広小路
17日	"	"	事 務 所
10月8日	"	" 遺 跡	武蔵小金井
15日	"	" 古代史	国立博物館
22日	ハイキング (1/25000の地図を見ながら)		丹沢 大山一日向
11月12日	調 理	生活(その2) 繁華街	新宿・池袋
19日	"	"	事 務 所
12月10日	"	"	"
17日	クリスマス会		青 年 館
1月7日	新 年 会		事 務 所
14日	鎌倉初まりりハイキング		鎌倉・江ノ島
21日	調 理	生活 鎌倉時代	事 務 所
2月11日	"	" 役所との関係 手続	"
18日	"	"	"
3月11日	"	"	"
18日	閉講 ハイキング		武蔵五日市

調理は午前11時～午後1時。クラブ活動は午後1時～5時までです。行事はハガキで案内をいたします。

#### 4) 夏季キャンプの変遷

初め役員の教育として始められた夏季練成キャンプは、1967年より全会員を対象としたものとなった。

しかし、1970年8月の第4回キャンプにおけるボランティアの報告の中で、次のような問題が提起された。

今回までの4回のキャンプにより、伸びるものと、そうでないものとの差が開き、優劣関係が生じることによって劣等な者はより優位な者に対して抑圧感情を覚えるようになってきているのが

現状ではないか、最も自由であるべきキャンプの場においてすら抑圧を受ける者が多いという事実に対して、我々はどのように対処したらいいのか。

この問題の解決が討議され、1971年からそれ迄毎年変えていたキャンプ地を志賀高原に固定すると同時に、能力別による3班編成とし、現在までこの編成が用いられている。

#### 3. ボランティアの態度の変遷

この活動の当初より二つの青年グループがボランティアとして参加している。その一つはキ

リスト教青年会Nの会であり、他は地域勤労青年のグループSE会であった。

### 1) Nの会の態度

《1965年頃》一般人との集団的活動や対話の経験を持たない彼等に、我々と交流することによって、社会生活に必要な秩序の感覚、自制心、自由な表現などを修得させ、社会復帰の契機を与える。

《1970年頃》ボランティアとは一体どういう存在なのか、という根本問題をとりあげたが、このことに関して、もっと徹底的に話しあつてみる必要を感じた。

《1972年頃》『理屈ぬきに彼らに体当たりしてみる』をどのように行ったか。

常に私たち自身が楽しんで、その中に彼らを自然にとけ込ませるというやり方はとてもよかった。というのは彼らを見ていても自由という中で楽しんでいた。

今迄のボランティアとして接していく態度ではなくて、同等の友達として接してみたところ、平気でしゃべりかけていくのでかなり動揺していたようだ。

《1975年頃》彼等の中から批判的な言葉が出なくなったのは、われわれの側から積極的に彼等の中に入り込んでいったことと、『共にやる』という姿勢がこちらで自然にできるようになったこともあると思う。

リーダー群はボランティアになれ合っていたのではないかと、ボランティアが入りすぎて彼等と近づきすぎたのではないかと思った。

### 2) 勤労青年グループの態度

《1967年》われわれの彼等に接する態度としては、先生としてではなく目上の友達として、共にやるという姿勢がよいのではないかと思われる。

『役員の自主性』についても『集団を意識』した、自分を減却できる指導性に欠け、自主性についての社会性が弱い。役員としての再教育をしなければならぬのではないかと私達の意見があります。

私達と同年代のコミュニケーションで彼等を育成することが望ましいと思います。年月がかかっても彼等は私達と同年代を歩む青年達であり、育成することも社会と直接つながりをもった場所でなければ、それは単に観念的な育成観であるのではないかと思います。

### 4. 会員の持つ問題点とその変化

ボランティアの報告の抜粋から彼らの問題点をさぐると、次のようなことが挙げられている。

●私はこの訓練を通じて、彼らが意志表示をしてくれないことに非常に恐れを感じた。深い谷間にこだまする山彦、それが彼らには余りにも少ないのである。

●指導側で命令をしなければ何をやっていいかわからないし、自分から進んで何かをしてやろうとする意欲が欠けているものと考えます。個々人はいるが『集団を意識』しての『集団での活動』がどんなものか理解していない。

●指導側で実際に作業をすると、それを見ていてその『形成の模倣』はする。そのことに関しては形としては同じことができる。だが自分達から、それを変形して自分達独自のものにするようなことがどうしても下手であるようだし、このような訓練が不足している。

●前日の買物から参加したわけだが、この中ですでに彼らの根性がではじめた様だ。それは、野菜類の買物をしてそれを学校迄運ぶのだが、男子6名の中でよくべらべらしゃべる2名が進んで持とうとせず、むしろおとなしい者におつかぶせようとする事である。全行程に言える事だが、一生懸命仕事をし、汗をかくその後の喜びが彼らにはわからない様だった。

●役員同志の意見交換の場合、自分の思っていることはどんどん言うが、他人の意見と食違った場合は、話し合ったり妥協することなく、自己主張ばかりして、遂には喧嘩をするような状態であった。

●疑似活動性の人達について、初めの頃、これらの人達についてのわれわれの見方は、非常に活発で、発言もしっかりしており、活動への協

力が積極的であるように見えた。われわれの観点からは疑似活動性の人達が最も成長しそうに思えた。しかし、それは思考の伴った活動ではないことがわかった。

例えば、役員の人N君の場合、一見活発で指導力があるように見え、人の前に立つのが好きだが、反面として自己主張が強く、実は自分の劣等感をかくすための衝動的な行動である。活動中に判断が必要になった時、彼は他の人を頼りにし、会の運行がだれてもどうすることも出来なかった。

●全く大人しくて、会話をすることもあまりないので、何も出来ない人達と思われていた。しかし、彼等が○○○会で、一般人との平等の立場の活動によって、自分達にもやれるという自信をつけ、また、会話をしたことによって内的言語を増し、それを使うことによって行動に思考が伴い、そのことの楽しさが積極性をつけさせた。

例えば、F君の場合、初めは目立たない存在で、われわれの注目を引かなかつたが、かくれていた指導力が引き出されてきた。

彼らの自主活動能力が高まってくるに連れて、会員からボランティアに対する批判と抵抗が表現されはじめる。1971年頃の反省会での発言より、

- クリスマス会のことなんだけどサ、Nの会でやったんじゃない。一応こっちはサ、役員会ここでやってたんだよね。いつてみたらサ。もう食べるもんなくなっちゃってたんだよね。
- 先にやっているのがいけないんじゃないかと、役員が役員会やっているんだからね役員の分だけとっておこうと、考えてくれればいい、
- 今までからみれば、そういうことNの会が気がつくかっていうと、気がついていないんだろ。それを急にころっと変って気がついたら……
- Nの会の人たちは、私たちのことを程度低くみてサ、言ったことをきいてくれないのね。
- 私たちのやることを文句言うんだよね。早

くいえばNの会の人には、「こうやったらいいじゃない」「こうやったらいいわよ」って、役員のことをみんなこう……まとめたものをみんなごちゃごちゃにされて、まとまりがつかないのよ。

役員が決めたこと、やってめらはないとこまるわけ。

- いくらS先生の考えだからといってもね。リーダーを通してからそういう話しをしてくれないと、予定がつかないんじゃないか、何のため、リーダーなんか……いないんじゃないかと……
- 役員どうしてなくさないと……ボランティアと役員とが仲良くなれば、それだけ○○○会も大きくなるんじゃないか。それが今まで抑えられてきたわけ。  
1972年、ボランティアの報告にあった『同等の友達として接してみたところ、云々』という問題について個人の集中攻撃が起った。  
これにはTさん個人のパーソナリティも関係していると思われるが、彼らと同等のレベルでつき合うとはどのような態度をとるべきであるかの問題に示唆を与えるものと思われる。以下彼らの反省会の発言の抜萃である。
- 2班の人がTさんがうるさいから来るのいやだっていう人がいたんだけど……
- ハイキングを楽しくして行って、楽しく帰ってくるのが普通のハイキングだと思うのよね。Tさんはそこに引掛るのよね。あの人はね、ハイキングをぶっこわそう、ぶっこわそうと考えている感じなの。
- Tさんて人、こっちは何か一言いうでしょ、それを2倍にして返すとか、その人にいやな気持ちを与えるようなことを平気で言っちゃうのね。  
言ったことに反発することね、早く言えば、そういう面を少し考えてもらいたいのよね。さらに彼らの反発は、かつての特殊学級の担任教師にまで、向けられるようになった。
- U先生はこわいとは思わない。ただの先生

としか思っていないから……ただ学校にいた先生だとしか思っていないから、

- あの場合だって、結局われわれはちゃんとこうやって何をするか決めていたのに、U先生の方にみんないっちゃうんだよね。全員が……
- 行っちゃうんじゃないくて、自分たちが行かしかうわけだよ、全然何も言わないから(中略)自分自身リーダーになった以上、自分自身に責任をもたなきゃいけないわけ、U先生が手を挙げたら、行かなきゃいけないわけ、それを行かせなきゃちゃっているからいけないわけ。

1975年8月のキャンプ中の反省会でU先生に対する反発が遂に表面化した。

9時30分部屋に帰ってから役員とボランティアの話し合いが始まる。24日の予定が話されたのち、各自が感じたこと自由に話す。その中で

U先生に対する批判がでてくる。そして、先生を呼んで話すことになる。Tsさん、S君、I君、N君などが先生に対し、名前を呼びずてにしないように抗議する。その他色々なことで接し方を改めるようにとの意見が出された。社会人なのだからいつまでも学校のときと同じに扱っているのはまちがっているなど。(ボランティアの報告書より)

その後しばらく事件は起らなかったが、1979年8月のキャンプに某養護学校教諭が参加した。第1日目に第1班に参加してもらったところ、リーダーとサブリーダーの2名が行動をボイコットするという事件が起った。その夜の研究会で当教諭から。

「リーダーは私ですから、口出ししないで下さい」と言われたとの報告があった。

5. 会員間の人間関係の変遷, 特に役員について

表 2 .

主な役員の特徴 (数字は名簿の番号)  
特 徴

番号	性別	生年月日(昭和)	IQ	特 徴
3		16.11.24.	60	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性弱, 社交性乏しい.
10	男	19.7.27.	55	行動範囲広い, 命令順応良, 依存的, 自己顕示的, 社交性良, 下位に対する面倒みは良い.
11	男	19.7.3.	80	行動範囲良, 命令順応良, 自主性良, 積極性に欠ける, 社交性乏しい.
24	男	22.9.13.	57	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性乏しい, 社交性良.
39	男	24.10.13.	71	行動範囲広い, 命令順応良, 自主性良, 社交性良, 下位に対する面倒みは良いが, やや粗暴.
41	男	25.1.11.	76	行動範囲広い, 命令順応良, 自主性良, 積極性に欠ける, 社交性乏しい.
43	男	23.8.13.	60	行動範囲広い, 命令順応良, 依存的, 自己顕示的, 社交性良, 暴力的な面がある, シンナー遊び, 非行化.
45	男	26.8.9.	74	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性やや乏しい, 言語優先, 社交性乏しい.
76	男	26.4.8.	68	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性やや乏しい, 社交性良.
90	男	26.4.4.	70	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性やや乏しい, 下位に対する面倒みが良い, 社交性乏しい.
111	男	26.4.8.	70	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性乏しい, 社交性乏しい.
13	女	23.11.14.	52	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 自主性やや乏しい, 社交性良.
16	女	20.10.25.	66	行動範囲広い, 命令順応良, 自主性良, 社交性は良いが独断的傾向強い.
25	女	24.10.30.	70	行動範囲広い, 命令順応良, 自主性良, 社交性良.
38	女	25.4.23.	55	行動範囲良, 命令順応良, 依存的, 気分的, 自主性乏しい, 社交性良.

特殊学級卒業生中心に作られたため、最初の役員は指導者によって指名された人達であり、いきおい特殊学級在籍中の評価に基いている。

しかし、会の活動の中で徐々に能力を伸してくる者があり、その人達が発言権を獲得してくるため、役員には定数を置かず、彼らが相互に認容することによって役員となるような形態をとることになった。

1968年8月までは⑩、⑪、⑬、⑳、㉓など、指名役員がリーダー群として、ボランティアの援助というよりは指導の下で会が運営されており、その間は表面的には安定した会の運営がなされているように思われた。

#### 《1968年8月の夏季キャンプ》

Nの会を中心としたボランティア側の計画がずさんであったため、キャンプの運営が円滑を欠いた。この失敗がキャンプの運営を学習しはじめていた役員群に勇気を与えたようであり、これを契機として会の運営の主体が役員群へと移行してゆくことになった。

このことは同時に役員としての資質の明白化とリーダーの交代の始まりとなった。

以下年代を追って経過を述べる。

#### 《1968年8月以後》

⑪がリーダーとしての実力を伸しはじめ、⑩、⑬が⑪に対して批判的態度をとり始める。㉓グループはシンナー遊びを始める。㉑、④、⑥、㉒らがサブグループを形成しはじめる。

12月、⑪と㉑、④グループが接近、⑪はトップリーダーの地位を確立しはじめる。

#### 《1969年》

##### 〈⑩の努力撤回工作〉

○1月、⑪と㉑、④グループの結合により自己のリーダーとしての地位が危ぶまれてきたため、⑩は何かにつけてこの結合に対して阻害体となる。

さらに、⑩は勢力挽回のため在校時代の仲間を連れて来るが、彼らは⑩の支配下にあった者で、⑩の勢力を増強するには至らなかった。

##### 〈⑩の独裁的行動〉

○5月、役員会：⑪の欠席を利用して、⑪の批

判を行ない、定例集会を⑩が一方的に決定する。㉑、④グループは途中より役員会をボイコットして帰ってしまう。

##### 〈㉑、④グループの台頭〉

⑩は定例集会を独断的に決定しておきながら、集団活動のリーダーシップを取る能力がない。そこで㉑、④グループが活動を始める。

○6月、⑩、⑪、⑬のリーダー群では会の運営の円滑を欠くようになる。

㉓グループは非行化してゆき、会員から拒否されることとなる。

##### 〈㉑、④グループは⑩と対決する〉

○11月、役員会で⑩が発言中に㉑、④グループは「おしまい」

と言って帰ってしまう。

#### 《1970》

##### 〈⑩は役員集団から遊離しはじめる〉

○1月、定期集会：⑩は顔を出したただけですぐ帰る。

##### 〈㉑、④が指導的役割をとりはじめる〉

○3月、役員会：⑩は出席したが途中で帰る。

○4月、役員会：㉓は久しぶりに出席したが全く相手にされない。㉓は⑪に役員として復帰することを頼む、⑪「まじめにやるならば役員として来い」と答える。

○5月、役員会：㉑、④グループ、㉓グループ、⑩グループの3グループが集まる、⑩は極めて反発的態度をとるが途中から帰る。㉓は低姿勢である。

○定例集会：㉑、④グループ参加せず、理由は不明。⑩はリーダーシップが取れず、ボランティアが運営に当る。

○6月、役員会：⑩出席、㉑、④グループ緊張を高め、作業をせず、途中で帰る。

○7月、役員会：⑩、⑪、⑬、㉓、㉑出席、㉑、④グループは緊張が高く、グループ内の下位メンバーに対してやたらに命令的になったり、悪口雑言をあげせたり、いわゆる『標なし攻撃』が起る。

## 《10の分1次クウテター》

○7月19日、役員会：11中心に進行、定例集会の内容がほぼ決定していた。

10は遅れて出席するや周囲に目もくれず、「集会は神代植物園にしました」と宣言、一瞬騒然となるが反論が声にならない。ボランティアが介入を試み、「これでいいのか」と問いかけたが、「きめたんです」という10のおっかぶせの発言に対して反論する者なし、11も全く発言しない。

10は下位役員に印刷を命令する。39, 41の『標なし攻撃』がはじまる、暫くして39, 41グループは帰る。

○定例集会：11, 39, 41グループ不参加、Nの会の報告によると10はリーダーシップがとれず、実際にはNの会によって運営された。

## 〈反10体制の確立〉

○8月、夏季キャンプ：11, 39, 41グループが指導者を中心とした集団から離れた場所にテントを設営する。このキャンプは反10体制の確立となる。

○定例集会：10, 11は参加したが、39, 41グループは不参加。

○9月、役員会：出席者なし。

○定例集会：案内書出さず、10, 11出席。39, 41グループ欠席。

○10月、役員会：成立せず。10月11日に運動会を予定していたため、案内状はボランティアによって発送された。

○運動会：10, 11, 39, 41グループ参加。

○役員会：なし。10が独断的に定例集会を決め、自宅でガリを切ってきて印刷、発送する。

○定例集会：ボランティアの要請により39, 41グループ参加するも集会にとけ込まず、別行動をとる。

○11月、バスハイク：3グループに別れて行動する。青年学級の役員出席者がなくなる。

○12月、クリスマス会：10, 39, 41グループ対立のため両者とも運営を放棄し、Nの会によって運営される。

## 《1971年》

○1月、定例集会：青年学級主催の形式をとり参加者多し。但し39は不参加。

○2月、定例集会：39, 41グループ途中で帰る。  
〈10独裁の挫折〉

○2月21日、役員会：10は自宅で案内のガリ切ってきて、2月の定例集会をスケートにすると宣言し、印刷を下位役員に命じる。

ボランティア介入。役員会で相談しないで勝手に決めるのはおかしい。と差しもどさせる。

役員会はボーリングに決定したが、10はあくまでスケートに固執。スケートとボーリングの二種類の案内状が発送されるという異常事態となる。

○定例集会：スケート場には参加者なし。

ボーリング場には10名参加。

○3月、定例集会：10不参加。

ハイキング：10不参加。

○4月、定例集会：10不参加。

役員会：10不参加。

5月以後、11は仕事の都合で参加が減少、中心部が混乱状態となり、参加者が減少する。

## 〈39の挫折〉

○8月、第1回志賀高原キャンプ：39, 41グループが集団掌握に失敗。39, 41グループ増強の機会を逸す。

○9月、役員会：10の一方的発言により、定例集会を新宿御苑に決定。

○定例集会：10はリーダーとしての活動をしないため、29から厳しく責任を追求され、10は用事を思い出したと称して帰る。29のリーダーシップによってその後の集会在運営される。

○10月、役員会：29をトップリーダーとして活動が行なわれるが、29はボランティアに対して39を呼びもどすよう要請する。

○11月、バスハイク：10参加するも発言力なし、一方、29をリーダーに仕立てる試みがなされたが、成功せず。

○役員会：中心部復活、10のような勝手な発言を自分達はやめようとの意見が出される。

○12月、ハイキング：炊事作業で29はカマド作

りに失敗し、鍋をひっくり返す。㉗より順位が下である㉘にやり方を示されショックを受ける。  
○定例集会：㉙、㉚グループ欠席。㉛は㉜を仲間に引き入れる。

《1972年》

○1月、役員会：㉛出席。㉙、㉚グループ欠席。㉜を残し他の役員が引き上げたため役員会は成立せず。

○役員会：会員の減少に対し会員獲得の分担を決める。㉝から学校への働きかけが提案される。

㉞発言なし、㉜は中心部より脱落傾向が現れはじめ、意気消沈の状態にある。

〈㉙、㉚、㉝のリーダー群の確立〉

○2月、ハイキング：㉛不参加。㉜は㉙からカマド作り、薪の燃し方を学習。一方、㉜は薪の燃し方に失敗、㉙の助けを受ける。

〈㉛独裁巻き返しの挫折〉

○2月13日、役員会：㉛は定例集会の案内を自宅でガリを切って持参したが、ボランティアの介入によって独裁的行為を排除される。

○定例集会：㉛の反〇〇〇〇会発言あり。

〈㉛の反〇〇〇〇会活動具体化〉

1) 会員に電話で〇〇〇〇会の出席を止めるよう説得。

2) 〇〇〇〇会役員の悪口を言いふらす。

3) 〇〇〇〇会中心部に対する不満分子を集める試みがなされる。

○3月、㉝、㉞は〇〇〇〇会の宣伝のため学校を訪問したが、教師の積極的な援助は得られず、㉝は挫折感、教師に対する不満を表明する。

○定例集会：㉙、㉚グループによって運営され、㉛は指動力なく途中から帰る。

中心部より㉛追放が訴えられ、そのことは㉜によって㉛に伝えられる。

〈㉛の上位者追い落とし〉

○4月、役員会：㉛は㉜に対する依存関係を強め、依存順位として順位を上げる。そのため、㉜に対してはハイキングの失敗その他をとり挙げて攻撃し、㉚に対しても「㉚君なんかいなかったって、〇〇〇〇会はやっていける」と強気

の発言をする。

○定例集会：㉜は会場まで来たが、集会には参加せずに帰る。㉛は参加したがリーダーシップはとれない。

《㉛の第2次クーデター》

○4月23日、役員会：㉛は勝手に役員名簿を作成し、このように決めたと持参したが、他の役員から無視される。このクーデターは完全な失敗に終る。

○㉛は第2〇〇〇〇会設立活動を始める。そのため中心部に混乱が起り、会員が減少する。その後、㉚は脱落、㉝は結婚により脱会し、㉙をトップリーダーに㉚、㉛などがサブリーダーとなり現在まで安定した会の運営が続いているが、新入会員が少なく、30数名の会員はほとんど固定した状態にある。

## 考 察

### 1) 彼らの意識の成長

彼らの自主性が高まるにつれてボランティアとの摩擦が表面化した。例えば、Tは自分は全く彼らの仲間として、とけ込んでいったつもりであったが、そのために無意識に出る言葉が、彼らの抵抗を受けた。このことはわれわれと彼らの間に、大きな壁があることを意味している。

以上のような経過は、ボランティアは彼らのために何かをしてやろう、という使命感を持つてはいけないことを示唆している。

ボランティアは彼らに対して積極的に援助をしてはいけないのである。Tが彼らのすることをいちいちぶつつぶそうとしている、という非難を受けたのもそのためであった。彼らは能力的にどうしてもわれわれに対抗できないので、われわれが意見を出すと彼らはそれに引きずられてしまい、しりぞけることができないため、彼らの計画はことごとくつぶされることになる。「I先生は入って来てくれる」との彼らの評価もその点にある。Iは彼らのやり方が良いかどうかに関係なく、無条件で彼らの行動に参加し、うまく行かないため彼らから意見を求められた

時以外は絶対に自分の方から意見を出すことをしないからである。

また、彼らに高邁な人生観を持たせることは極めて困難なことである。某大学障害児教育研究サークルの学生が参加したことがあったが、この人達はその思想を彼らに押しつけたわけでもなかったにもかかわらず、彼らは「あの人達はガッチリ固まっている」と言って敬遠したのである。この人達は「われわれは労働を通して社会に貢献する義務があることを障害者にも自覚させなければならない」という考えを持っていたのである。

特殊学級の元の担任教師に向ってまで態度の変更を要求したことは、驚くべき事件であった。この事件についてボランティアの報告は次のように述べている。

U先生と彼らとの間にあった圧瀝が夜の反省会で表面化したのであるが、これは彼らの指導に対する在り方についての基本的な問題を含んでいるように思う。彼らとの関係において、人間として対等に接することの重要性が指摘された。例えば、社会においては『君』『さん』をつけて呼ぶことが当然であるのだから、彼らに対してもそうあるべきだとの彼らの意見、自発的行動をじゃましないでほしい（共に仕事をするのであり、教えてやるというのではない。外から手を出して文句を言うのを止める）、また、自分達にもわかる言葉で話すように、という意見はもっともである。彼らがこのように学校時代の教師に対して抵抗を示したことは、彼らの大いなる成長を示すものであり、過去においてもボランティアに抵抗を示すことを繰り返しながら、その度ごとに成長して来たことを考えると大きな成果であると思う。

これらの事件は、この会の目標である彼らの自主性を伸ばすことに成功した証拠でもある。即ち、彼らは今まで、指導と称して抑圧され、援助と称して支配されてきたのである。しかも能力差が甚しいため、彼らはそのことを抗議する場も与えられず、一方、指導側も独断的に指

導が順調にいとっていると判断しているきらいがある。このことはボランティアTやU先生に限らず、およそ指導的立場にある者すべてに当てはまる問題と言えよう。この会は彼らをして自己主張を指導者に向ってする能力を培ったのである。

## 2) 会員の人間関係の問題

会の発足当時は特殊学級で能力の高かった人達が指名役員となったのは止むを得ないところであった。図1は初期の人脈を示すソシオグラムである。彼らには能力と合性による交流と依存関係があり、グループをなしている。中心内円がリーダー群である。

興味あることは、ボランティアの報告の中で『疑似活動性の人達』という言葉がみられることである。この人達は知能は高いが、自主性が低く、他方では自己顕示性が高い傾向を持っているようである。このような人達は能力が高く、発言も活発なため、在学中は教師に認められ、教師に依存することで学級の支配的存在となっている可能性がある。

この会がボランティア主導で運営されている間は問題はなかったが、主導権が彼らの手に移ると、疑似活動性の人達は依存すべき高位者（指導者）がなくなるため、自主性の欠如が表面化してくる。

一方、自己顕示の少ない人は自己顕示の高い人達の陰にかくれてその能力を見逃されがちであるが、会の中で自主活動を学習して実力をつけはじめると、実行力の面で疑似活動性の人達を凌ぐようになってきたのである。

図2ではそれまでリーダー群に入っていなかった③④、④⑤を中心としたサブグループが実力をつけて中心部に入ってきており、⑩、⑪を中心とした指名リーダー群を圧迫する勢力となっている。一方、⑬を中心としたサブグループはシンナー遊びを始め、中心部から脱落し始める。

図3では⑩、⑪を中心とした指名リーダー群は③④、④⑤、⑤⑥を中心としたグループに中心部を追われることになった。さらにその中で⑦⑧、⑧⑨



を中心としたサブグループが㉒, ㉓, ㉔を中心とした主勢力に対抗する形勢を示す。㉓を中心とした非行グループは完全に脱落した(図1, 2, 3)。

#### 《㉒による第1次クーデター》

㉒は在学中依存順位によって支配者的地位にあったものと考えられる。このイメージが残っているため、彼の強引な態度に対してボランティアの介入にもかかわらず、何の抵抗もできずに彼の主張を通させてしまっている。このことは新リーダー群が未だ㉒に対して、順位を逆転していないことによるもので、彼らの順位の厳しさを如実に物語っている。

しかしながら、会の運営能力では新リーダー群の方に実力がついてきたため、実績の上で㉒の支配力は徐々に減退してゆく。

その後㉒は支配力の巻き返しを試みたが、ボランティアの介入によって失敗させられた。この時点では新リーダー群は前のクーデターの時よりは強くなっているが、まだ自力で㉒をはねつけるだけの力を持つまでには至っていなかったものと考えられる。

#### 《㉒による第2次クーデター》

㉒の第2回クーデターはボランティアの援助を必要とせず、無視という形で排除している。ここで初めて新リーダー群の力が㉒の上位に立ったと考えられる。

1973年頃より能力別に3班編成がとられるようになった。能力別に班を分けることに批判的な人もあるが、それが理念的なもので実際的でないことは、前述のボランティアの報告によっても明らかである。

第1班は能力の高いグループであるが、彼らはボランティアなしで運営できると主張している。彼らが抵抗を感じないボランティアを入れてある。第2班は第1班に対抗意識を持っており、積極的にボランティアの援助を受け入れることによって第1班と対等の位地に立とうとしており、第3班はボランティア主導により運営される。このようにして3班がそれぞれ安

定した運営がなされている。

1978年以後の主な変化では、第2班の㉑が実力を伸ばして第1班に受け入れられ、㉒が実力をつけて第2班のリーダーに登ったため、第2班のリーダーであった㉒は順位を逆転されたことにより、会に来なくなった。

また、㉑の台頭によって㉓が脱落(図2, 図3,)㉒が㉑への依存関係によって㉒, ㉓の上位に立ったため、㉒, ㉓が脱落した。

以上のように会の中で実力の伸び方によって(これは社会的自立能力にも通ずるものと考えられる)彼らの順位が逆転すると、順位が落ちた方が脱落してゆく傾向がみられ、これが会員を減らしてゆく一原因ともなっているのである。

社会的に安定しており、仕事が忙しいという理由で参加しなくなったもの、結婚によって参加しなくなったものも多いが、これらの人達の中にはクラブ外で現在も交流を持っているものも多くあり、個人的な連りは切れていないようである。ここにもこの会が社会的に自立した者にとってもその後の彼らの孤立を防止する効果をもたらしていると言える。

### 3) 非行化していった会員に対する問題

会員の中で非行化して脱落していった人達についてどう対処すべきかが討論された。この会には彼らの非行化防止の意味もあるからである。

結局、われわれにそこまで手を抜ける余猶がないこと、会員の中には会に参加することによって非行が防止されている人もあることから、非行化していった人達にまで手を抜けないことになった。この問題は別件として解決を要するものとする。

### 4) 会のあり方と地域の理解の問題

この活動の発端は、特殊学級卒業者の要求として発生したものであった。このことはわれわれの理念によるまでもなく、彼ら自身が切実にその必要性を感じている証である。能力の高い社会の中で、例えば家庭の団欒の中にあっても彼らは孤独である。この点を解消させる手だてなくして彼らの安定した精神生活を保障するこ

とは不可能である。

しかしながら、このような活動を彼らの自立のための社会教育として捉えるか、彼らの精神安定を得るための精神衛生的活動として捉えるかは、立場によって多少のズレを来すことになる。

さらに、彼らのためのソーシャル・クラブを彼らの自主運営にゆだねようとする試みに対する理解は未だ充分に得られていないように思われる。それ故に、この会の試みがボランティアや教師に対する抵抗や攻撃を生んだり、順位逆転による脱落者を生じたり、役員間の抗争による混乱を生じたりしたことに対して批判的立場をとる人もあるようである。即ち、理想的な親睦団体となるよう指導すべきである、という意見がある。この点が地域の精神薄弱に関係のある人達の積極的な協力をこの会が全面的に得られなかった原因の一つになっているように思われる。

#### 5) 今後の課題

現在では日曜日ごとに何らかの会合が行なわれている。しかしながら、区立心身障害者福祉センターには制約があり、彼らが自由に利用することができない。そのため1976年から保護者

の負担で個人アパートを一軒借りて会の事務所としている。ここは会員が自由に利用できるように開放されている。

今までの活動の中でわれわれが感じたことは、特に軽度の精神薄弱者にとって、家庭外に自由に出入りして、雑談をしたり、悩みを話したり、あるいは友達を求めたりすることのできるサロンのような場所、即ち、必要に応じて孤独を逃れ、彼らの次元の世界にやすらぐことのできる場所が必要であるということである。

これは地域青年の間に古くからあった『若者宿』のようなものであるかも知れない。そこにはいわゆる道徳的制約はなく、彼らの間の『おきて』があり、そこで大人になる訓練を受けるのである。SM会の言う、同年代のコミュニケーションというのもこれに属するものではないかと考えられる。

終りに臨み、この活動に深い御理解をいただいた渋谷区長および福祉関係職員の皆様並びにともしび会々員の保護者の皆様に厚く御礼申し上げます。なお、この会の活動は続行中であり

図1. 1969年頃のソシオグラム

10, 11, 16, 38をリーダー群, 39, 43, 15等がサブリーダー群として指名された.

- 男性 二重にかこんだものはリーダー.
- 女性
- A—B A B間に交流あり.
- A→B AはBに依存関係あり.
- A……B AはBを拒否.

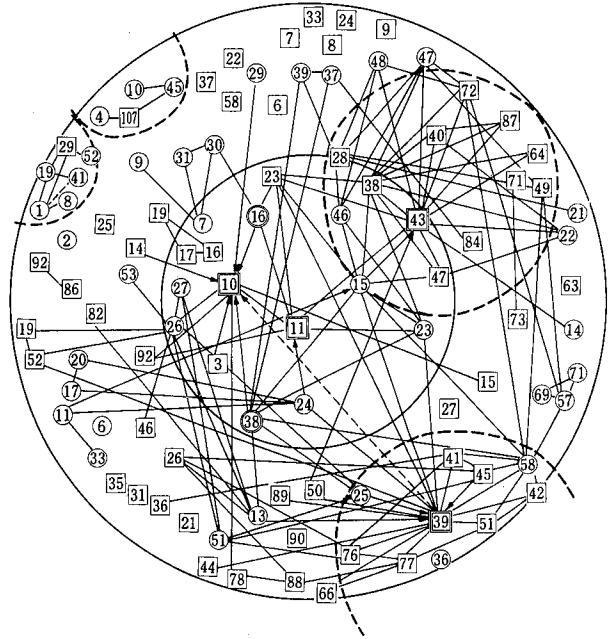
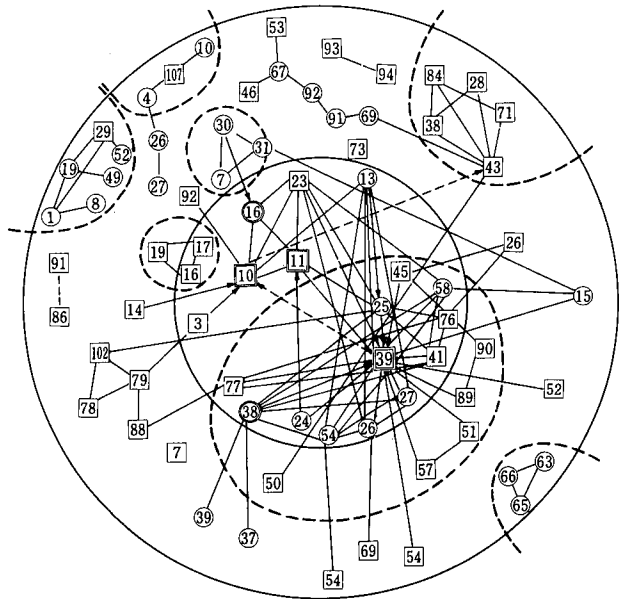


図2. 1970年頃のソシオグラム

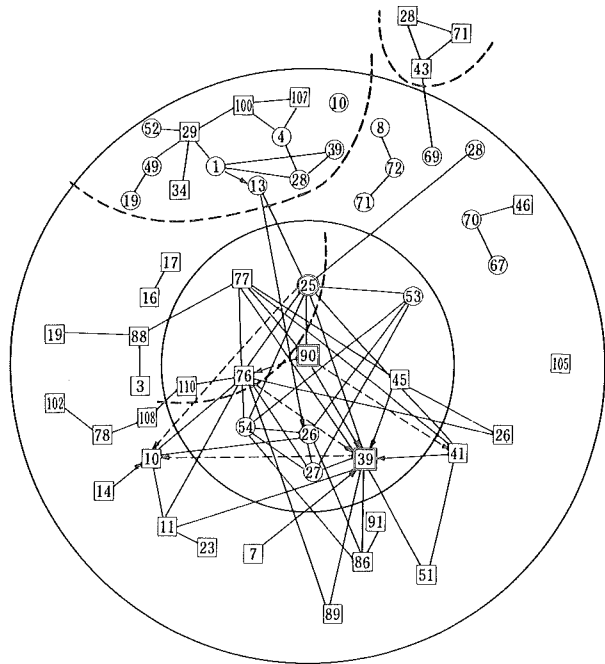
- 男性 二重にかこんだものはリーダー.
- 女性
- A—B A B間に交流あり.
- B→B AはBに依存関係あり.
- A……B AはBを拒否.



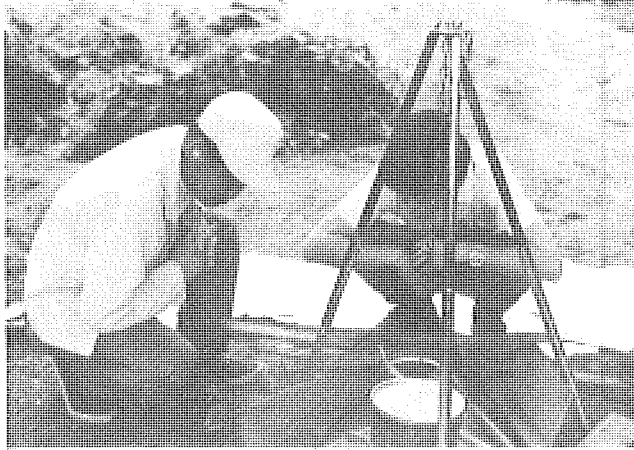
39, 41, 38を中心としたグループが台頭しはじめる. 43を中心としたグループはシンナー遊び等非行化をたどり, リーダー群から脱落しはじめる.

図2. 1971年頃のソシオグラム

- 男性
- 女性
- 二重にかこんだものはリーダー.
- A—B A B間に交流あり.
- A→B AはBに依存関係あり.
- A⋯⋯B AはBを拒否.



39, 94, 25を中心としたグループがリーダー群の主勢力となり, 13, 11を中心とした指名リーダー群の勢力が衰退する. 43を中心とした非行群は完全に脱落する.



● グループ毎に離れて、  
どちらが早く炊事がで  
きるか意識しながらや  
っている。

● バスハイク、  
3グループがそ  
れぞれ離れて集  
っている。





.....  
◎ 薪を上手に燃やすことができるかどうかは、順位に重大な影響を及ぼす。右が失敗し、左がやりなおして成功したことにより、順位逆転が起こった。  
.....



.....  
◎ クリスマス・パーティーで、役員会が終って役員が来てみると、食べ物がなくなっていた。やむなく残り物を集めて食べている。このことがボランティアに対する攻撃が表面化する発端となった。  
.....

## デイ・ケアにおけるグループ・ミーティングの意義

## ——全体集会について——

松永宏子・越智浩二郎・片山ますえ・吉沢きみ子・柏木 昭

## Significance of Group Meetings at the Day Care Center

## ——In Relation to the General Meeting——

Hiroko MATSUNAGA, Kojiro OCHI

Masue KATAYAMA, Kimiko YOSHIKAWA

Division of Rehabilitation for Mentally Disordered

Akira KASHIWAGI

Division of Socio-Environmental Research

## Summary

This report is on significance of the general meeting which is held weekly with both members and staff of the Day Care Center, NIMH, Japan, participating. The Day Care Center at NIMH has experienced considerable changes since 1972 in its objectives and philosophy in its group approach.

For instance the role of staff during the period 1963 (first year the Day Care was introduced and added to the program of rehabilitation for the expatients who were discharged from mental hospitals and came to NIMH) through 1972 was defined as the therapist who would determine the best suitable service program for the members. Consequently members were the ones who would only become recipients of unilateral services offered by the staff. They were encouraged to get adjusted to the given schedule which was pretty much fixed. For this objective the staff placed emphasis on careful selection of patients who seemed to bring about the better results out of the over-all program of Day Care. Since 1972, the Day Care program has been carried out by the principle or philosophy that pointed toward patient-centered compared to the previous fixed program-centered approach. The member who is referred to the Day Care Center by the medical doctor will face new experiences where he will be expected to choose instead of being helped by the staff to fit into the new situation. He will be asked to take responsibilities in various phases of Day Care processes. He will become aware that he has to face the limit to his extent of dependency need which is the tendency common among the expatients. Staff will no more be the primary object of dependency. Rather, he will become aware that members there are more helpful because of the similar background,

shared experience during hospitalization and agonizing days of family living. He will become more positive about being in the groups and more expressive about himself and others as he grows self-confident. And thus he will be able to deal with his own sickness objectively and get over with the reaction of vicious chains between environmental factors and his own emotional conflicts.

Members develop socialization by participating in various group activities. Day Care experiences will become meaningful for his personal growth. Among other things small group meetings and general meetings have significant impacts to each patient. Now, the general meeting which is held on Mondays in the afternoon from 1:00 to 2:30 PM is the decision making agency of the Day Care Center where each member plays vital roles in carrying out administration of Day Care as well as the staff. And the other facet of the function of the general meeting is what they call "confrontation" which is one of the main tasks of the "community meeting" in the hospital where therapeutic community is organized. Confrontation or "kakawari" often is derived from participant's reprimanding remarks toward someone who would not respond to the questions raised during the meeting. Also, votes by the majority principle in the process of decision making are often checked whether votes as final action to be taken are just too short a cut to be made. Another example is with the problem of silence. Silence often experienced after ambiguous state ments or more often after punitive remarks by participants leads to strong reaction, uncovering of anxiety or aggressiveness in some participants while others would deny this strongly and show his need to evade to corner the person and thus would try not to face the situation. So confrontation brings out members whether they are not responsive to group or the others who are adjusted to the meeting.

In summary, administration of the Day Care Center at NIMH has been carried out by participation of both member and staff in the general meeting in the form of direct democratic processes. An inference can be drawn that for personal growth the general meeting in the Day Care is essential when it is organized as a meaningful agency of administration and channels of communications are assured open to all participants.

## 目 次

### はじめに

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| I. 全体集会とは何か——その理論的側面                | (1)どんなことが話されたか            |
| (1)全体集会の背景                          | (2)集団での話し合いの時間の把握         |
| (2)治療共同体の概念                         | (3)話し合いの雰囲気について—記録にかかわらせて |
| (3)精研デイ・ケアの援助理念                     |                           |
| II. プログラム・グループと全体集会                 | IV. 治療共同体志向の流れ            |
| III. 全体集会以前のこと——『集団での話し合い』という時間について | V. 全体集会の位置づけ              |
|                                     | VI. 全体集会の内容と問題点           |



(1)実 例

(2)議題の内容

(3)『議事』あるいは『かかわり』——エンカウンター・グループの観点から

(4)治療共同体のコミュニティ・ミーティングとの比較

VII. ま と め

はじめに

当研究所においてデイ・ケアが始められてから16年の歳月が過ぎているが、この間のデイ・ケアがたどった歩みと、現在のような全員参加によるプログラム形成を、その運営の中心に据えた活動のあり方に至るまでの変遷については、1977年3月、当時実施していたプログラム・グループについて、その内容を記した『デイ・ケア・プログラムの実際 ①』に既に報告したところである。またそこではふれなかった小集団の話し合いについての報告は、1979年に当所研究紀要に所載されている②。

今回はこれらに続く第3報として、現在のデイ・ケア運営の要ともいべき『全体集会』について報告したい。

I. 全体集会とは何か—その理論的側面

(1)全体集会の背景

精研デイ・ケアは1972年頃から、その運営の原理において、大きな変化を経験している。大ざっぱにいえば、1963年より1972年頃までは、スタッフは治療者として、あるいは社会復帰の援助者として定義づけられていたといえるであろう。

この際の治療者ないし援助者の機能は、スタッフが治療する側であり、メンバーは専らその治療を受ける側であった。スタッフは病院主治医との連絡やその紹介状に見られる診断と、デイ・ケアにおけるインテーク面接、デイ・ケア医師の考え方と、それにデイ・ケアに本人を通所させることについての家族の態度が積極的なのか、消極的なのか、などについての評価を加味して、受け入れるべきかどうかを判定し、あとは既に決められた選択肢のないプログラムに、本人が当てはまるように援助することが、大ま

かにいってその機能であった。

したがって援助といっても、メンバー自らの来所するかどうかの、そもそもの選択も認めず、プログラム・グループへの参加も、自由度ゼロのところから、スタッフが一方的にメンバーに押しつけるという格好であったのである。

こうした構造について、メンバーは勿論スタッフもあまり疑問を抱かずに、デイ・ケアを運営したから、スタッフはどちらかという過保護・権威的、メンバーは依存・従属的な関係で、治療ないし社会復帰の過程が進められたのである。そしてそれが約10年続いてことになる。

画然とした区切りがあるわけではないが、1971年頃、主としてスタッフの間で③、特に若手研究生の間で、自分達は一体何者なのかという基本的疑問を自らに問う動きがあり、そのことはそもそもメンバーとは何か、精神障害者とは何かを改めて問い直す方向で広がっていった。このような動きが、デイ・ケアの構造に与える影響は決して小さなものではなく、スタッフの意識の変化はメンバーの主体性に働きかける新しい方向が、設定されるきっかけとなっていった。

この間の動きとその影響自体についてはいづれ稿を改め、『スタッフ論』とでもいうような論議の中で検討していきたいと思うが、いづれにせよ、従来の伝統的治療構造に緩みが出てきたことは、画期的なことであったと思う。

(2)治療共同体の概念

一方、M. Jones が提唱する治療共同体の概念は、病棟アドミニストレーションの技術として早くから我が国精神医療の領域に紹介されていた。しかし、我が国における伝統的な文化の下位体系に、ピッタリとはそぐわないそのものもつ合理性や、我が国特有の医療制度になじ

まないという点で、そのアイデアは買っても、実践基盤を見出し得ぬまま、棚ざらしにされてきたといえよう。

それが、1970年を境とする主体性論争に呼応した精神医療従事者の意識変革とともに、臨床の実践として採用されるようになってきたことも事実であろう。

しかし、依然として医療制度の強固な構造は微動もせず、今日治療共同体の理念を生かして病棟運営を行っている精神科施設は、五本の指にも満たないであろうし、わずかに当研究所デイ・ケアの如く、医療制度とは独立に運営される2、3の場所での試みとしてしか具現されていない状況である。

それはさておき、Jones のいう治療共同体とは、『意識的に、病院中の人々——職員も患者も含めて——を、その能力を最大に発揮するように志向している集団<sup>4)</sup>』であり、『患者を一個の人格として信頼し、医師である自分を絶対視せず、民主的で許容性に富む共同生活の中で、患者または医師自身も含めて、全員の能力を発揮できる場<sup>4)</sup>』である。

そのために病院の中で、ある問題に関係する全ての者が、集団に参加し、適切なリーダーシップのもとに、全ての人の間でできる限りの両方通行のコミュニケーションが可能になるような場を確保し、全ての人が参加する議決機関を作ることが要請される。そしてそこにもたらされる情報伝達は、開放的で自由なものであることが肝要とされている。

このような病院構造の中で、『精神的病いに冒され混乱して、何もわからなくなっている人という見方から、自分の病いを考える能力のある人という見方への変化<sup>5)</sup>』が、スタッフや患者の中にもたらされるのである。

### (3) 精研デイ・ケアの援助理念

精研デイ・ケア・センターでは、1972年頃より制度化したわけではないが、実質的に治療共同体の理念で、その運営が方向づけられるようになった。われわれの運営の原理というか援助

理念、つまり作業仮設ともいべきものは、次のようなものである。

デイ・ケアに通うメンバーは、来所の当初は他者（治療者や家族）から勧められ、時には強いられて通所を始めるが、デイ・ケアでのプログラムへの参加は、自らの意志で選択することが可能である。同時に選択しなければならないという課題に遭遇して、デイ・ケア生活が始まる。事ある毎に自らの責任が問われ、他者への依存はある程度制限されることを体験する。スタッフは依存の一義的对象ではなく、むしろメンバーが、同じような問題を背負いながら、同時に関心を寄せてくれることを知るようになる。頼りになるのは、入院経験や受療経験のないスタッフではなく、同じような経験と苦悩を体験したメンバー同志であることを発見する。

そしてそこに一方的な被治療者、被援助者という役割から脱脚し、主体的に『自らの病いを考える』者として生長し、それが自分の視野を拡大して他者への積極的な関心となって体験される。このような自己認識や他者への関心は、ひいては自分の属するグループやまたデイ・ケア・センター全体を、多かれ少かれ自分達にとって都合のよいものに変えていこうとする企てに発展していく。そうした過程にあって、スタッフと共に、メンバーやスタッフの持つ能力を活用して、運営していくことが可能になる。

このように自らの病いの中に閉じこもって一方的受益者的役割に甘んじている者が、自らの病いにとらわれるよりも、むしろそれをある程度距離を置いて見られるばかりか、他者の病い、他者の存在に対し強い関心を向けるようになる。さらにデイ・ケア運営をスタッフ委せにしない、そういった主体的行為の中に、一方的被治療者にもたらされる治療ないし援助効果とは比較にならない程、大きなものもたらされる。他者依存的治療効果ではなく、自己実現のこれらの過程こそ、治療的であるといえる。

これが我々のいわば治療ないし援助原理ともいべきものであって、こうした過程の土俵と

いったものが、既報のデイ・ケア・プログラムであり、小集団ミーティングであり、また今回報告しようとする全体集会なのである。

全体集会は、治療共同体においてはコミュニティ・ミーティングと呼ばれるものと同質のものであるといつてよい。それは運営の議決機関であると共に、いわゆるつきあげ (Confrontation) の機会でもある。そこで行われる体験は、メンバーにとっても、またスタッフにとっても、絶え間ない発達の契機となっていくのである。

さて、今回の報告は、現状デイ・ケア運営における全体集会の全記録および、このような体制に移行する前の『話し合い』グループの全記録をもとに、その意義について考察し、その評価を試みた。なお全体集会記録は、後にも触れるがスタッフ、メンバーの区別なく、毎回時間当初に、会議でその役割が決められる。

## II. プログラム・グループと全体集会

別報(1)に述べたように、現在のプログラムの設定の仕方は、同一時間帯に3～5のプログラム・グループを準備し、メンバーは自分のやってみるプログラムをその中から選択するという

形をとっている。つまり、スタッフが治療的にか社会復帰のために何がしかの意味があるかもしれないと考えたプログラムだけで構成するのではなく、メンバーやスタッフが『やってみたいこと』も、3人以上の賛同者があればプログラムグループとして組み入れるというやり方である。

複数のプログラム・グループを準備し各自が選択するというこの方法の場合、その後新しく入ってくるメンバーにとっては、やはり他の人が決めてしまっているものであり、また自分がやったことのない活動へ、どの位勇気をもってとびこめるかということなどが、問題として残ってくる。そのような場合は特に、全体集会において、新しいメンバーが自分のやりたいことを提案し、他の仲間から受け入れられること、あるいは、にがてのものを試みることへの勧めなどが意味をもってくるといえよう。

参考までに、現在のプログラム・グループを紹介すると表1のとおりである。各グループの解散や発足については、全体集会に提案され決定を受ける。

表1 プログラム・グループ (日課表)

(S.55年1月現在)

時間 曜日	10:00～ 10:30	10:30～12:00	12:00～ 1:00	1:00～2:30	2:30～ 3:00
月	朝の集り	せいグループ 書道 " 器楽 " お菓子 "	昼休み	全体集会	お茶の 時間
火	"	スポーツ一般グループ トレーニング " 料理 " エレクトロニクス "	"	小グループ話し合い (4グループに) 分ける	"
水	"	文章創作グループ 雑談 " 卓球 " 茶道 " 水泳 "	"	音楽グループ 手工芸 " 洋裁 " 木工 " マーじゃん "	"
金	"	ソフトボールグループ バトミントン " テニス "	"	英会話グループ 美術 " ディスコ " 夢 " 革細工 "	"

このようなプログラム・グループによるデイ・ケアの運営の中で、全体集会はその中心をなし、全員参加の方法を支える議決機関として、つきあげあるいは構成員およびグループの抱える問題を検討する機会として、位置づけられ期待されている。

### Ⅲ. 全体集会以前のこと——『集団での話し合い』という時間について

全体集会という現在の制度は、治療共同体を志向していく中で、突然作られるものではない。それ以前からのデイ・ケアの歴史の中で培われた『グループの中で考えよう』という姿勢がひき継がれるものである。

デイ・ケアの開設当初より、『集団討議』の時間は、日課表に準備されていた。名称は、グループでの話し合いとか、全体での話し合いとか呼ばれているが、その内容について、記録とかテープにより検討してみたい。

はじめの頃は、かなり集団精神療法に近い形で進められている。担当のスタッフとその助手的役割をとるスタッフ、それにメンバー（デイ・ケアを利用すべく通所して来る人）だけが参加し、かなりクローズドな雰囲気グループであった。したがって、メンバーの中で沈然に耐えきれない人や、話し合いの時間だから話をしなくてはいけないと焦っている人たちが、次々と、他の人々に質問の矢を向け、何か話させようとしていることを、記録の中にみることができる。

#### (1) どんなことが話されたか

大体において、メンバーの誰かが、「今日は何を話しましょうか。Aさん何か話すことはないんですか」と質問することによって始まっている。話題としては、食べ物のこと、ハイキングのこと、病気にに関して各自が経験したこと、百万円あったらどうするか、生きがいについて、恋愛と結婚について、将来なりたいこと、どんな友達をもちたいか、職場での失敗について、デイ・センターの夏休みについて、読んで心に残った本は何かなど、実にさまざまである。

個人が自発的に話し出すことが期待されていたので、司会は置かなかつたが、何とか皆に話してもらおうと考えている誰かが、次々と全員にひととおり答えを求めていることが多くみられた。その結果、例えば各自が自分の趣味についてしゃべったものの、他のメンバーからのそれ以上のつっこんだ関わり合いがなく、質問に対する返事がポツンと出ただけで終わってしまったことが多い。

「何かとりとめのない話で終わったね」とか、「どうして私達は話が続かないのだろう」とかの感想は、勿論たまに出されているが、その対策を考えることが少なかったようである。

当時をふり返る時、現在との違いとしては、発言することを積極的には勧められなかった時代の教育を受けた人で構成員の多くが占められていたこと、スタッフが個人的考えなどを表面に出すことが少なく、中間色的存在、かげで支える人である方がいいというスタッフ役割についての考え方があったことなどが、考えられる。

#### (2) 集団での話し合いの時間の捉え方

話し合いの時間について、どのようなものとして位置づけ、期待していたかについて、ふり返ってみたい。新しいメンバーが、「何を話したらいいかわからない」「本当に何を話してもいいんですか」と質問したことに対し、当時の担当者は、以下のように答えている——昭和44年4月の記録より——。

『この時間は、皆が自由に話せるような訓練の時間で、自分の気持ちを他人に伝えることができ、人の考え方や自分自身の考え方をだんだんわかっていくことができるようにすることです。だから自分でも自発的に話し、それから他人の言うこともよく聞いて他人のお手伝いをしながら、またお手伝いを受けながら、だんだん気持をはっきりさせていくという時間なんです』

集団での話し合いについての以上のような捉え方は、現在の全体集会に対する期待の中にもないわけではないが、どちらかというところ小グループ討議の時間に、まさにこの考え方は、踏襲

されているといえる。

構成員全員のそれぞれが抱える問題について、皆が知り互いに助け合おうとする意図が、前述のような要因でうまく生かされることが少なかったことは残念である。まだまだスタッフへの依存が強かったことや、スタッフの側も狭い意味の役割意識にとらわれていてグループの中で自由な1人の人間であるよりも、役割を担った人として存在していたこと、それらを含めてのデイ・ケア全体の構造と雰囲気とが関係していたと思われる。

(3)話し合い集団の雰囲気について——記録にかかわらせて——

新しく入ってきたメンバーというものは、その部屋の設備や雰囲気、メンバーやスタッフの態度に強い感動と疑問をもつものである。例えば部屋の隅のテレビカメラ、テーブルの上でまわるテープレコーダー、研究生が記録するノート、いつものこととして慣れてしまっているメンバーにとっても、新しいメンバーから、それらの一つ一つについて問われることにより、新たに考え直す機会となることも多い。

ある時、新人メンバーの1人が、「何故テープにとるのですか」と質問したことに始まり、ノートとかテープとかについて、数回話し合われたことがある。それまでは、「皆が早く社会復帰できるように、その努力がどこまでいっているかを、いろんな面から見るために記録する」などの理由づけを納得していた人々も、改めてテープが目の前で回ることについて考えることになった。

「テープが回り出すと急に硬くなっちゃう」「こわい」「こわいっていうか気になる」「後でテープを聞かれると思うとしゃべれない」などの印象が語られている。

メンバーもスタッフも共にその場に参加しているのに、記録は一方的にスタッフだけがとり保存するという体制の中で、共に考え助け合ういき方は、育ちにくかったのも当然である。その後テープレコーダーの使用は、メンバーの希

望でとりやめになったが、記録は依然としてスタッフ側の仕事であった。現在のようにメンバーもスタッフも交代でグループ場面での記録を分担し、共通の財産として保存するというやり方は、当時はまだ行っていない。

#### IV. 治療共同体志向の流れ

我々のデイ・ケアでは、当初より、メンバーへの期待としては、“このセンターを自分の場として感じられるように”とか、“自分らしく行動できるようになってほしい”という考え方があった。しかし、そうなるためにスタッフが援助しなければならない、と一方通行的に対応しようとし、またメンバーも、“そうなるようにスタッフから助けてもらう”という姿勢が強かった。

それが、既にデイ・ケアにおける援助理念のところで述べたような、“仲間やスタッフの援助を受けながら自分で自分を変えていこう”という考え方に変わり、スタッフも“本当の変化の力が起きるのはメンバーの連帯関係からだ”という考え方をもつに至るまでには、長い時間を必要とした。

従来からスタッフから治してもらおうという考え方の見直しや、実習生や研究生が感じたいろいろの矛盾、話し合いの時間などにメンバーから出されたつきあげの内容などが、積み重ねられ、どうすればデイ・ケアは皆のためにより意味があるのか、という問いかけになっていったのである。その中で1人の研究生は、デイ・ケアの中での研究生としての自分のあり方とか意味をふり返り、グループ討議の後で、自己の感想を以下のように記している——昭和45年5月の記録より——。

『今日のKさんの「自分たちはデイに息抜きに来ているのか、治療のために来ているのか、治療という観点からすれば自分の姿勢はどうあるべきなのか」という問題提起から、研究生としての自分のあり方を思った。メンバーは勿論奥底には共通の悩みなり関心があるとと思うが、それぞれの具体的要求は異なると思

う。非常にアクティビティの高い人低い人さまざまだが、それぞれによってスタッフへの求め方が違うと思う。それを前提に考察するなら、我々があの話し合いで、単にスタッフとして操作的にふるまったり（メンバーが自分のことを考えられるように）、グループからはずれた人にその視線を向けるだけでなく、同じ若者として何らかの意見なり、自分の思っていることを述べていくという態度が必要なのではないかと感じた」。

これは1人の研究生の感想であるが、このような感想を含みながら、デイ・センターは徐々に変化していったといえよう。概して10年前ぐらいまでは、スタッフは個性を持った人間であるよりも、援助という役割を担った専門家というふるまい方が援助場面では一般的であった。デイ・ケアも、メンバーと共にスタッフも成長する場というより、援助を求めてきた人が変化し成長するのを助ける場として位置づけられていたといえる。そして実習性や研究生は、デイ・ケア場面で職員としての技能や態度などを実習しながら体得していく立場にあり、所員はその勉強を助けるスーパーバイザーであった。

いわゆるグループワーク場面においても、その理論としては、グループワーカーは、リーダーではないので前面には出ないとか、グループメンバーが成長するのをサポートし助ける人として定義づけられてきた。

やがて、社会経験の少ない人達のグループ活動場面においては、単なる役割を越えてグループワーカーの社会生活経験者としての積極的動き方も、必要と考えられるようになってきた。

同じように、デイ・ケア場面においても、研究生たちはグループの中でスタッフ役割に徹することもできず、かといってメンバーと共に自由に振舞うこともできない自分達の不自由さと消極性に、疑問を抱き始めた。職員の方も、メンバーに自発的に話させるために操作しているような『スタッフ意識』について考え続けた。

そのような状況の中で、以下のような疑問あ

るいは自己批判が次々と出されていった。自発的話し合いを勧め、他者に関心をもつことができるように手伝い、メンバー間の交流によって、発言内容や行動の背景・意味をチェックし合いながら、現実検討を行なうというグループ討議の把え方は、スタッフをその交流の場から外してしまっていないだろうか。メンバーが自分らしくなるためには、スタッフも自分らしく生き生きとすることが前提ではないだろうか。メンバーも研究生も所員もデイ・ケアという場に参加している全ての人が、自分のもっている能力を最大限に発揮し、それぞれが自分の可能性をひき出して生きていけること。メンバーを治し助けるためにだけ動くのではなく、それぞれが自分の考え方や態度を、できるだけ表現する方が、他者からの批判も受け易く、その上にこそ新しい自己を創れるであろう。他者の成長に関わることによって自己も変化成長するという考え方の方向を、検討すべきではないか、などである。

これはまさに治療共同体の考え方であり、メンバーもスタッフも共にデイ・ケアの運営にかかわり、できるだけ多くの人の合意の下に活動を進め、互いに助け合って発展しようとするものである。当然その運営を民主的に行うために、全員参加の議決機関が必須であり、グループ討議の時間は、“全体集会”と名を変え、その内容を集団心理療法的なものから、デイ・ケア運営のための議決機関へと質的变化を遂げたのである。

## V. 全体集会の位置づけ

昭和46年頃までは、スタッフが自分達のスーパーヴィジョンのため、あるいはメンバーの行動傾向や成長のための努力のあとを知るためなどに、記録をとっていたことはすでに述べたが、それ以後1年余りは、話し合いの時間についての記録がない。これは、スタッフだけが記録をとることへの疑問、メンバーはスタッフの敷いたレールの上を歩くだけの受け身の向かい方ではないのかとの議論の中で、宙に浮いたまま、中

断していたためと思われる。昭和48年3月、デイ・ケアはどうあればよいのかという問いかけの中で、全員が検討に参加した内容を、スタッフの1人が、メンバーと共有する目的で、『デイ・センター・メモ』というノートを作って記録したことで、再び全体での話し合いの記録が復活している。このデイ・センター・メモに始まった記録の中に、我々は昭和48年3月から6月頃にかけての、新しいデイ・ケア(治療共同体的)の誕生の姿を見ることができると。

「これからはこの時間の性格を、デイ・ケアを運営していくための、いろいろの決定をする機関プラス自由な話し合いということにしよう」と、スタッフの1人が提案したことに対し、メンバーからは、「メンバーが決めても、結局スタッフの考えどおりにさせられてしまう」、「スタッフは言い方まいしね」「言い方よりも、思ったことをいうことが大切だと思うよ」などの感想が述べられている。その後、しゃべらない人もその決定機関に参加する意味があるのかという問題とか、黙っている自由等についての議論を含みながら全員で運営を考えることの難かしさと、実行に伴う不安が話されている。このような不安の中で、一応、この議決機関は、全体集会と名づけられて、スタートしたのである。

昭和48年4月の全体集会以、議決機関の要素が濃いので、司会係を置くことが決定された。司会はメンバーの中から選ばれることが多いが、記録は、メンバーもスタッフも同じ位の頻度でその役割を受けもっている。

こうして、メンバーもスタッフも積極的に運営に関わる新しいデイ・ケアの出發にあたって、皆が『やってみたいプログラム』を挙げていくことが先ず試みられた。好色談義、心理学、スポーツ、何もしない時間、瞑想グループ、数学研究会、その他40種類に及びプログラムが挙がり、夫々について、各提案者が、やってみたい内容と作りたい理由とを、数回の全体集会を使って説明したのである。それらをもとに、6人のプログラム委員が、案を作成しては全体集会

にかけて全体の了解を得るという作業を経て、新しいプログラムがスタートしたのである。

この時、大きいグループでは構成員1人1人の問題をゆっくり考えることは難かしいので「小グループによる話し合いの時間を設けよう。そこで皆が他の人に自分のことを知ってもらい、また他の人のことにも関心をもって、相互に問題を明確にしたり助け合ったりしていこう<sup>7)</sup>」ということも決定された。こうして、全体集会是、以前の集団心理療法的部分が少なくなり、運営議決機関としての性格がかなり強められることとなったのである。

昭和48年9月になると、プログラム・グループによるデイ・ケアの形も一応軌道に乗り、9月7日の全体集会以では、各グループ毎の記録をとることが決められた。他のグループの記録を読むことによって他のグループのことを知り、また自分のグループの内容についても知ってもらおうとの期待からである。

「どういうことをやり、どういう問題があった」とか、「その時の雰囲気」などを記すことになったが、「活動の内容だけなら簡単だが、感想を書くというのは難かしい」などの意見が出された。現在までこの記録のことは生きていて、各グループで構成員が交代で記録をとっている。残念ながら、各グループ毎の記録を活用し、他のグループに関心を示す人は少数であるが、全体集会以についてだけは欠席した人の中で、何が話されたかに関心をもって記録に目を通す人も多いようである。その意味では、現在では全体集会以で話されることの重みを、かなりの人が感じ、またその気持が、全体集会以の形式化を防いでいる面もあるように思われる。

## VI. 全体集会以の内容と問題点

### (1)実 例

全体集会以が、治療共同体的集団の議決機関である、といっただけでは、具体的なイメージは持ちにくいだろう。以下に、現在、実際に行われている集会以の様子を示してみたい。

★集会は毎週月曜、午後、1時間半、精研ダイ・ケアの大集会室で行われる。

★出席者はスタッフ4.5名、メンバー約25名。  
メンバーの多くは慢性分裂病と診断され、回復の途上にある在宅の通所者、社会生活の経験に乏しく消極的な人が多い（具体的イメージについては別報(1)を参照されたい）。

★定刻を少し過ぎた頃、誰かが、「先週の司会はAさんでしょう。今日の司会決めて下さい」と声をかけて始まっていく。

A「じゃBさん司会お願いします」

B「いやだな」（ざわめき）

C「Bさん、前にやった時よかったじゃない」

A「やりたくないことやった方が役に立つよ」  
全員で「そうだそうだ」と拍手。

Bがしぶしぶ引き受ける。

B「じゃ、書記はDさんに」

（いつも書記の役はわりと抵抗なく引き受けられる）。

B「何か議題出して下さい」

議題1. 昼食注文係を決めてほしい

2. 会費から卓球のボールを買ってほしい
3. ハイキング委員から計画の提案
4. 新しく『夢グループ』を作りたい

（以下略）

B「それでは昼食係から、誰かやってくれる人は？」（自分からある係をやるという人は先ずいない）

D「Iさんデイに来てからまだ係なにもやってないでしょう。やれば」

I「俺だめだ。強迫症状があるから計算できない」

E「手伝ってやるからさ」

I「でも苦しいんだよ」

F（スタッフ）「口で苦しいって言っているより、実際に係やって苦労しているのを見せた方が、よくわかってもらえるんじゃない」といった働きかけで、Iがしぶしぶと引き受けて拍手。

（中略）

B「では、『夢グループ』について提案者から説明して下さい」

グループ設立の趣旨が述べられ、賛同者2名以上ということが確認される。他のメンバーは、自分達の部屋が奪われないか、メンバーの引き抜きはないか、と心配する程度で今回は特に問題がなさそうである。

B「それでは反対の人はいませんか？」

G「はい、あります」

一同びっくりして注目。Gは1ヶ月前から通所始めたばかりで、無口で目立たない存在だったからである。

G「前に僕のいた病院で、夢の話し合いをやっていた。そこで、夢のことなのに本当のことのように思っただけで喧嘩になった。だから危ないから反対」反対意見を尊重しながら、夢グループは承認される。

しかし、メンバーの関心は、グループのことより、Gがはっきり自分を出したことへの驚きと満足に移っている。

だいたいこのようなやりとりで進められているとあってよい。議題の内容を大きく整理して示すと以下の如くである。

## (2)議題の内容

### A. プログラムの関係

★あるプログラム・グループの設立、解散の申し立て、承認

★プログラム・グループ内のもめごとのフィードバック

★全体あるいは一部のプログラムの見直し（年に1度くらい）

### B. 予算、会計

★所内年度予算への注文

★会費の運用

（毎月の会費は1人300円、しかしOBなど、月1回だけしか来ない人からも取りたてるので、常時1万円位は自主的に使える財源となっている）



C. 施設、設備

★部屋の利用変更

★備品の自主作成（机、装飾品など）

D. 行事企画

春秋ハイキング、夏季キャンプ、対外スポーツ  
試合、ゲーム大会、誕生会、忘年会、夏冬休  
みの期間決定など。

E. 人 事

★新人メンバーの紹介

★月毎の各種係の決定（会計係、昼食注文係  
など）

★各種委員会の委員選任（ハイキング委員、キ  
ャンプ委員など）

★スタッフ、実習生希望者のチェック（自分達  
にとって迷惑な人にはスタッフとして参加し  
てほしくないということで、選考委員を選び、  
面接、報告、検討、承認という手続きをとる。  
但しこれは現在は形式化している）

F. その他

★見学希望の検討、承認、(意味の乏しい、眺め  
るだけの見学者はお断り、ということ)

★共通問題についての話し合い

(デイ・ケア通所の意義について、長期通所  
者の態度について、通所者の迷惑行動につ  
いてなど、この項目が実は集会で一番時間を食  
っている)

(3)『議事』あるいは『かかわり』

—エンカウンターグループの観点から—

上のように議題が並べられていると、いわば  
学校のホームルーム、村の議会における議事進  
行（提案、討論、採決）を想像されるかもしれ  
ない。しかし、実例でも示したように、実態は  
かなり異っている。いわゆる議会では、その人  
の『意見』が重視される。一方この全体集会  
では意見を述べる『その人自身』が重視され、意  
見を通して、他者と、グループと、『かかわる』  
ことも重視されるといってよいだろう。

たとえば、誰かが発言をする場合、その内容  
以前に、発言するまでのためらい、勇気といっ

たものが関心の中心になる。また、出された議  
事に対して、責任をもって対応しているかどう  
か、関心をもってかかわっているかどうか追  
求される。「あれだけAさんが真剣になってしゃ  
べっているのに、『どうでもいいです』という答  
え方はひどいじゃないか」といった追求がしば  
しば生じる。そこで、議事が一時棚上げされ、  
その人の態度、生き方に話題が向けられる。

グループ・プロセス的問題も浮きぼりにされ  
ることがしばしばある。たとえば、ある発言を  
きっかけに沈黙が生じる。そこから全員が感じ  
ている『しらけ』に焦点が向けられ、その奥に  
ある、『不安』『脅威』が語られる。多数決が原則  
なのだが、あまりあっさり採決に移りそうにな  
る時、「ちょっと早すぎる」「何かおかしいんじや  
ないか」とプレーキがかけられる。その問題に  
目をつぶりたい気持ちに目を向けていく。

一見まともに見える意見のかげに見えたホン  
ネを聞きただそうとすることもある。たとえば、  
「今度のハイキングには行けない。小遣いがな  
くなった。親に迷惑かけたくないから」という  
発言に対し、「それだけとは思えない」「最初から  
行く気がなさそうな感じだ」「団体でぞろぞろ行  
くのが嫌なのか」「病気の人の集団と見られるの  
が嫌なんだろう」といったかかわりが始まるこ  
ともある。

いわゆるエンカウンター・グループで中心的  
に用いられる『Here and Now』（いま、ここで  
生じた気持ちをオープンに卒直に出すこと）の考  
え方が、明確に共有されているとはいいがたい  
が、少しずつその方向に向けて、実現されつつ  
あるとっていいのかもしれない。

(4)治療共同体のコミュニティ・ミーティング  
との比較

精研デイ・ケアは、べつに、M.Jones らの治  
療共同体をモデルして創ってきたものではない  
が、結果としてはかなり相似していることは既  
に述べた。特にコミュニティ・ミーティング  
(以下、C.M.と略)と、全体集会とは共通点  
が多いようである。その点について少し検討し

てみたい。

英国で治療共同体を実践している病院に実際にかかわってきた鈴木、松永らの報告(4)(5)(6)によれば、C. M. の特徴は次のように表せるだろう。即ち、全職員全患者が参加して、治療共同体で起きたことの取り扱い、感じたこと、自分の問題など生活全般のことを取り上げ、共に考え解決していこうとする。そこでは、種々の人間関係の中で起きた葛藤について、face to face confrontation (顔と顔をつき合わせてのつきあげ)を通して、そのパターンを認識し、その時沸き起こる感情を言語化することによって成長がもたらされると考えられている。治療者によって多少相違はあるが、力動的解釈も積極的に行われる。

これだけを表面的に見れば、我々の行おうとしていることとほとんど異なるところはないが、少しく検討していくといささか相違点も認められてくる。まず、行動のパターンの認識、力動的解釈の部分について、C. M. においては主としてスタッフがそれを行っている。これはある程度の訓練を必要とする技法であるから当然であろう。我々の場合は、逆につとめてそれを抑えている。スタッフ・メンバーの権威構造が十分に克服されない段階でそれを行うことはマイナスが多いことが予想されるし、それより、拙劣で不十分な行動のパターンの認識であっても、メンバーが他のメンバーにそれを行うことによって生ずるかわり、連帯を重視したいからである。

次に、C. M. では出てきた問題を何が何でもその場で解決しようとする志向がある。いわば即戦即決主義である。これは、一つにはC. M. の場合毎日 (Friends Wardでは、月水木の朝45分<sup>5)</sup>)もたれていて、継続討議が行われ易いということもある。一方、精研デイ・ケアでは志向としては上記のC. M. のねらいと同じだが、問題をそれ以上深めること、解決は、どちらかといえば、『小グループ話し合い』などのサブグループにまわされることが多い。これも一

長一短であろう。

スタッフへの批判、つきあげについては、我々も重視しているのだが、これはC. M. の方が頻度の多いようである。興味深いのは、C. M. においては、医師の投薬、処置などへの批判、OTの治療姿勢についてなど、明確な治療形態をとった場合にそれが生じ易いという点である。我々の場合は、反治療では決してないにしても、“一緒にやる、一緒に考える”という雰囲気があるため、スタッフ行動として明確に浮きぼりにされてこないということがあるのだろう。ただし、それだけに、未分化なところで、スタッフの圧力が支配しているという危険も、反省しているところである。

最後に、これは具体的な相違点であるが、C. M. では構成員以外の社会の人の参加が目立つ。たとえば、火事が出れば、その後のC. M. に病院の事務の人、警察官などを含めた話し合いが行われる。精研デイ・ケアは、院内共同体より、より外の社会に近い所に位置しているはずなのだが、こうしたことはめったにない。逆に、社会と離れた非現実的な所に置かれているのではないかという問題を、今後検討していく必要があるだろう。

## Ⅶ. まとめ

全体集會はその名のとおりに、精研デイ・ケアを構成する全員の参加によって成り立っている。それは、全体から選ばれた代議員、委員、が運営方針を決定していく、いわゆる代表制民主主義に対して、直接民主主義の性格をもつものといえるだろう。これは治療共同体における、コミュニティ・ミーティングに酷似するゆえんでもある。民間の中間施設である『やどかりの里』<sup>8)</sup>は、精研デイ・ケアに比べて、スタッフ・メンバー間の権威構造をはるかによく克服しているところであるが、ここでは運営は、選ばれた運営委員に委されている。

直接制、代表制のいずれがよいかということは、ここで論ずる問題ではない。ここではこの

直接民主主義の現状と問題点について述べることに、まとめに代えたい。

序論において述べたように、メンバーを一方的な受益者的役割に甘んじた存在とは見なさない、自分の意志で参加し、運営の責任の一端を担うものとして、つき合おうとしている。そこからは当然の如く、直接民主制が望ましい、という答えが出てくるわけであるが、現実には、さまざまな矛盾が生じてくる。

まず人数の問題にぶつかる。賛成、反対のマスとして把えるのなら、何十人いても問題にはならないだろう。しかし、意見でなくその人を尊重し、Here and Nowの方向へ、つきあいを試み、出会いを目指すとするれば、現在の30-40名という人数は多すぎるといわざるを得ない。エンカウンター・グループでは、常に10名前後で行われているのが現状である。ただ、後者がふつうは未知の人の集りによって始められるのに対し、我々の集団は半年、一年の長いつき合いを土台にしている点は、考慮すべき点ではある。

次に、メンバーの特性の問題である。彼等はやむを得ない事情から、人前で自己を出すこと、かかわることに挫折した人々である。いわば一番苦手なことを、デイ・ケアに参加した時から強制されるのである。事実、大半のメンバーは、“全体集会の時間が一番苦痛だ”と、はっきり言っている。その結果、少くとも見かけの上で、意味のない沈黙がしばしば生じたり、だれた雰囲気になることも多い。一回の集会で一度も発言しない人や、参加して以来、指名されない限り決して自発的に発言しない人も数名いる。そこで、「またしゃべる人だけがしゃべっている。司会者、なんとかしてください」という反省の声が出て、司会者が、「それでは一人一人の意見を聞きます」「Aさん……」「次ぎBさん……」と順番に言わせるという形式的且つ白けた進行になることもしばしばである。

しかしながら、不思議なことに全体集会を廃止しようという動きは起らない。

ある時は、スタッフから、「試しにやどかりの

里のように運営委員制度にするのはどうだろう」と持ちかけてみる。しかし、反響はあまりない。ある時はメンバーの方から「黙っている人には苦痛な時間だから、全体集会はやりたい人だけが参加するようにしたら」という提案がされる。しかしここでも賛成は得られない。「それじゃ出ない人は帰れということになるのか」「差別をつくる感じだ」という反対意見が出る。苦痛だという人も、「つらいけど、やっぱり出るべきだと思う」という気持を示す。

少数精鋭の委員が運営について深くつつこんだ議論をしてまとめていく方が、形としては良い運営のできることと想像はつくが、それを拒否して浅い議論で進めていくのはあまり見事なものではない。ヨタヨタとつぎはぎだらけの大きな船が、少しずつ進んでいるというイメージである。それでも構成員は、そちらを選んでいる。

『内容』の項で示したように、それぞれの行事などの際には委員会が設けられ、委員が責任を持って企画実施をするので、直接民主制の中に代表制民主制が含まれながら運営されているといえる。しかし、委せきりにすることで直接制の良さが失われる危険をメンバーもスタッフも感じているので、委員会は全責任をもつというより、全体集会の諮問機関的性格をもつものになっているといった方がよいだろう。

54年度の夏期キャンプの場合、委員会の出してくる案に対し、その提案の仕方、委員間のコミュニケーションの悪さ、配慮の欠除などが批判され、委員会解散。次の委員会についても同様の問題が生じ、ついには、キャンプとりやめ、という事態を招いた。デイ・ケア開設以来、キャンプ中止ということは初めてである。慣例を破ることにに対し、彼等が強い不安、抵抗を抱きがちであるということを考えてみると、これは残念なことというより、むしろ全体集会における快挙というべきかもしれない。

従来、デイ・ケアの数多い文献の中で、集団の方法については、比較的詳しく言及されているが、その持つ治療的ないし援助的意義につ

いてはほとんどふれられていない。われわれはここ数年における実践の中で行われてきた全体集会をとくにとりあげ、今日に至るまでの発展過程、デイ・ケア全体の中での位置づけ、さらにその内容と問題点の検討を通じ、援助的意義を明らかにした。その中でスタッフが特にどういう立場でどういう役割をとったかについては、

いずれスタッフ論としてまとめてみたい。

付記：昭和54年度の研究協力者は、以下のとおりである。協力に感謝する。

小林ひろみ、増井容子、山本明芳、高畑由美子、関 恭子、池生久美子の諸氏。

## 参 考 文 献

- 1) 柏木昭他 『デイ・ケア・プログラムの実際』  
1977. 国立精神衛生研究所
- 2) 佐治守夫他 『グループ・アプローチ』  
誠信書房 1977.
- 3) Jones, M, Beyond the Therapeutic  
Community. Yale Univ. Press. 1968.  
『治療共同体を超えて』鈴木純一訳1976.  
岩崎学術出版.
- 4) 鈴木純一 治療共同体『現代人の病理』  
1975. 誠信書房.
- 5) 松永宏子 ケンブリッジの精神医療の現場での  
体験.  
1977 『精神衛生研究』24.
- 6) 湯浅修一, 鈴木純一, 生活臨床と治療共同体  
『分裂病の精神病理』  
1977. 東大出版会.
- 7) 吉沢きみ子他 デイ・ケアにおける小集団話し  
合いについて.  
1979. 精神衛生研究. 26.
- 8) 田口義子 『生きている仲間』——精神障害者の  
グループ活動とともに——  
1979. やどかり出版.

## 『精神薄弱者』施設における指導法の検討II

——わが国戦前の精神医学領域における雑誌論文  
を通しての『精神薄弱者』問題の展開について——

北沢 清司

精神薄弱部

A Preliminary Report on the Methods of Guidance at  
The Institution for The Mentally Retarded in Japan (II)

——A Educational Research on the Development of the problems  
of the Mentally Retarded by inquiring into the articles on  
prewar Psychiatric Journals ——

Kiyoshi KITAZAWA

Division of Mental Deficiency Research

### Summary

As a continuative study of the previous report (Kitazawa, 1979), in the present report the articles appeared in psychiatric journals "Psychiatria Et Neurologia Japonica" and "The Japan Mental Hygiene Bulletin" were surveyed, in order to have a historical profile of the studies on the mentally retarded before the War in Japan.

Historically and tentatively, the studies on the mentally retarded can be divided into the following four periods.

In period I (from 1868 to 1901), before publication of these journals, a great emphasis was placed on the studies of the concept and classification of psychosis at the request of the forensic medicine. Such an emphasis can be seen in the psychiatric books in those days.

In period II (from 1902 to 1915), a great emphasis was placed on introducing domestic and foreign psychiatric affairs, and the educational pathology became a matter of concern. The first original article on the mentally retarded appeared from the aspect of the pathological anatomy in 1913. Thereafter, the studies on cerebral pathology became a current psychiatric medicine for the mentally retarded.

In period III (from 1915 to 1930), the studies on the mentally retarded were more systematic. For example, Japanese Association of Psychiatry and Neurology began to take up the problems of "idiot" as a special theme.

In period IV (from 1930 to 1944), the social psychiatric studies increased. The systems of care and treatment for the mentally retarded began to be discussed and pro-

posed. But those efforts were interrupted by the War.

本報告は、前報告(1979年)に引き続いて、わが国戦前の精神医学領域の雑誌『精神神経学雑誌』と『精神衛生』の2誌をとりあげて、大献探索を行い、精神薄弱者問題の精神医学研究での展開をみることにした。

研究の展開を、次の4期に分けてみていくこととした。

雑誌の発刊される以前の第I期(1868年～1901年)は、法医学の要請による、概念・分類の問題に重点があった。それは、その時期の精神医学書を通してうかがえる。第II期(1902年～1915年)は、内外事情の紹介に力が注がれ、教

育病理学がその主要な位置を占めた。精神薄弱者問題に関する原著論文のはじめは、1913年の病理解剖の研究であった。その後脳病理研究は、精神薄弱医学の主流の位置を占めることとなった。第III期(1915年～1930年)は、精神薄弱者問題に関する研究がよりひろがりをみせてきた。それは、白痴問題として、はじめて日本神経学会の主題としてとりあげられたことにもあらわれている。第4期(1930年～1944年)は、社会精神医学的研究が盛んとなった。そして精神薄弱者処遇体系が提起された。しかし、これらの動きも戦争により中断した。

## 1. はじめに

筆者は報告I<sup>1)</sup>において、精神薄弱者施設における指導法研究の目的とその方法について提起を行った。そして戦前に設立された精神薄弱者施設を取り上げて素描を試みた。その素描から3課題を掲げた。本報告はその課題の②にあげた関連領域の一つ『精神医学・精神衛生での精神薄弱者問題にかかわる展開』からとらえ直していく考究を試みようとするものである。

精神薄弱者問題と医学・医療との関係における今日の課題は、緊要さを増幅している。すなわち『精神薄弱状態の医学的治療法の開発』は、全日本精神薄弱者育成会が第4回大会(1955年)決議に『発生子防、早期発見、早期治療の徹底』を謳って以降、語句の相違はあるものの、一貫として主要な決議である<sup>2)</sup>。このことは、障害児を持った親の切なる願いの眼差が何を凝視しているかを意味していることは言うまでもない。また重度・重症・重複化していく中での精神薄弱者施設福祉においても、医学・医療との連携の緊要性が叫ばれている。例えば、昭和52年全国精神薄弱関係施設長会議は、医療体制強化についての宣言<sup>3)</sup>を行っている等である。また施設職員の研修希望分野の調査結果によれば<sup>4)</sup>、

その第1位に精神医学(47.2%)をあげており、パラメディカルな領域を含めると、実にその希望は83%というニーズを示している。これらは、精神薄弱者問題と医学・医療との関係における今日の課題の一端であるが、しかし、親あるいは施設職員側からの、この課題に対する緊要さの認識が、必ずしもうまく展開していない現況がある。この現況自体は、新井の指摘する“『医学』と『非医学』との知識・経験習得過程の差異”および“『医学』を『医学研究』と『医療』に分けて考えること”<sup>5)</sup>等(課題を解いていく一つのきっかけが見い出されるのではないかと考える。すなわち、医学・医療側の論理が、精神薄弱者問題についてどのような関わり合いを展開してきたのか、その道程を探ることによって、問題解決への視座が見い出されないかと考えた。しかし医学・医療と一概に言っても、今日の科学技術の進展により、その裾野は大きく広がり、しかもその中での専門分野は非常に細分化するとともに、それぞれにおいてさらに深化の方向をたどっているといえる。そのような中で、それらを概観するには非常に大きな積み重ねを必要とする。そこで、精神薄弱者問題に関係する

医学研究の中で最も関り合いが深かったと考えられる、精神医学・精神衛生領域のわが国戦前期の雑誌『神経学雑誌』・『精神衛生』を取り上げ、文献をリストアップし<sup>6)~7)</sup>、これらの課題に迫っていく一小枝の試みをしようとするのが、本報告である。

## 2. 精神医学史・精神医療史研究における精神薄弱者問題

医学史あるいは医療史に関する単行本の最近のものに目を通してみると、それらは当然のこととして、医学・医療の全体的流れを追っているのであるからして、精神医学・医療あるいは精神障害者問題に言及してくるのは謹少である。なおさらに精神薄弱者問題に直接的に言及してくるのは謹少である。それらの中で、毛利<sup>8)</sup>は、わが国の精神薄弱者問題を小児保健の視角から論じている。

次に精神医学史、精神医療史に関する研究についてみると、やはり精神薄弱者問題に直接的に言及しているのは謹少である。多くは精神病疾患分類で列挙される場合と、滝乃川学園等の『白痴教育施設』設立に関する紹介の事項である。それもごく限られた事項についてである。これらの中で、金子<sup>9)</sup>の精神薄弱の和名・漢字と漢語・方言・擬人名語を収集した研究(時代考証の点で乏しい)と、秋元<sup>10)</sup>、小林<sup>11)</sup>による日本神経学会の特集テーマの整理は参考となる。また小林<sup>12)</sup>は、わが国の精神衛生運動の中での精神薄弱者問題を、三宅鉦一の言動をとらえて論じている。

さて、『精神薄弱』医学史、すなわち精神薄弱医学の中での歴史的記述ではどうであろうか、この分野では、西谷<sup>13)</sup>、岸本<sup>14)</sup>、管<sup>15)</sup>、の文献があげられる。加えて精神薄弱児の治療教育の歴史について菅<sup>16)~18)</sup>が論じている。これらは、主としてイタール、セガンより説き起しての、外国における記述が大半を占めているといえる。

同様に、精神薄弱者問題史の領域において精神医学・精神衛生との関り合いについての言及はどうであろうか。通史的研究では、清水<sup>19)</sup>、

カナー<sup>20)</sup>において、外国での精神薄弱者問題と精神医学の関り合いについて比較的多く記述し、論じているが、荒川<sup>21)</sup>も含めて、わが国については、ほとんど言及されていないといえる。しかし、学校衛生の視角からの杉浦<sup>22)</sup>、精神薄弱者施設史の視角からの山田<sup>23)</sup>に、その端緒を見出すことができる。

以上概括的に素描したように、わが国の精神薄弱者問題と精神医学・精神衛生との関り合いについての研究は、謹少である。すなわち本報告は、精神薄弱者問題が外国においては、く貧困者問題より精神障害者分離処遇へ、精神障害者問題から精神薄弱者分離処遇へ、さらに公教育体系での特殊教育、あるいは社会事業施設処遇へと展開していく系譜を概括的にもち、その過程における精神医学・精神衛生の位置関係が比較的明らかなのに対して、わが国ではどうであったのかという課題に、迫っていこうとする一小枝の試みでもある。

## 3. 精神医学・精神衛生領域の雑誌を通してみる精神薄弱者問題の展開

### (1)近代精神医学の専門書における精神薄弱者問題(第I期:1868年~1901年頃)

精神医学が医学の一分野として独立しはじめたのは18世紀の終り頃といわれ<sup>24)</sup>、狭義には多数の医学分科が内科および外科より分れた時、内科より精神病科が分化した19世紀とされる<sup>25)</sup>、わが国の場合、精神医学に関する歴史的事項<sup>26)</sup>よりみて19世紀の終り頃に独立したといえる。わが国の近代精神医学の専門書の嚆矢をなしたのは、京都府癲狂院医師神戸による『精神病約説』3巻(1876年)である<sup>27)</sup>。この『精神病約説』は、中野・加藤により『精神薄弱の問題と関係の深い精神医学者が、当時その教育にどの程度の知識をもっていたかを知るのの一つの手がかりとなろう』<sup>28)</sup>と評価を受けているが、以後明治期に出版された精神医学書で、名義・分類を中心とした精神薄弱者問題についての言及を、金子<sup>29)</sup>の研究によって整理したのが表1である<sup>30)</sup>。『精神薄弱』の名義の変遷を垣間見れるととも

表1. 明治期の

	書名	「精神薄弱」に關しての名義
1	ヘンリー・モウドスレイ、神戸文 哉訳「精神病約説」(1876)	痴呆(Idiocy)
2	デーニッツ、湯村卓爾、三浦常徳、 齊藤准記「断訟医学」(1879)	精神柔弱 (Geistesschwache)
3	三宅秀「病理各論」(1881)	〔精神系の官能的疾患〕 痴癡(ちがひ)(Dementia)
4	片山国嘉、江口襄「裁判医学提綱・ 前編」(1882)	先天性痴呆及魯鈍
5	シュウレ、江口襄抄訳「精神病学」 (1887)	欠損の症(Defektzustaende) 痴呆(Idiotimus) 風列質尼私譏斯(Cretinimus)
6	清水貞雄「実用裁判医学」(1890)	
7	吳秀三「精神病者の書態」 (1892)	白痴
8	吳秀三「精神病学集要・前編」 (1894)	
9	川原汎「精神病学提綱」 (1894)	〔持長的及永久的精神病〕 白痴即イデオチスムス、くれちに すむす
10	吳秀三「精神病学集要・後編」 (1895)	精神發育制止症 白癡 白癡(狭義)、癡愚、悖徳狂(道 徳上白癡)、くれちにすむす
11	ホフマン、片山国嘉、吳秀三訳 「断訟精神病学」〔法医学大成〕 第三冊(1895)	〔生来又は最幼時に得たる精神状 態〕第 生来の痴狀
12	檜俣、吳秀三「精神病論」〔片山国 嘉「増補改訂法医学提綱」下編〕 (1897)	精神發育障礙の症 白痴及び痴愚 癡 啞 悖徳性
13	石川清忠「実用法医学」 (1900)	精神薄弱の症 白痴、悖徳性、周期性精神病、 後天性精神衰弱状態
14	門脇真枝「精神病看護学」 (1902)	白痴、痴愚、悖徳性、風上性白痴 (クレチニスムスのこと)
15	門脇真枝「精神病学」 (1902)	〔癡狂〕 白癡、癡愚(Debilitaet)、精神 薄弱
16	荒木蒼太郎「精神病理水釈」 (1906)	〔判断狂〕白痴
17	石田昇「新撰精神病学」 (1906)	生来性精神薄弱(Angeborene Ge istesschwache)白痴(Idioten) 痴愚(Imbecillitaet)
18	三宅鋺一、松本高三郎「精神病診 断及治療学」(1908)	精神發育制止 白癡、癡愚、魯鈍
19	三宅鋺一「通俗病的児童心理講話」 (1910)	〔病的児童〕 精神發育不良(精神薄弱)
20	檜俣三郎「変り者」(1912)	白痴、痴愚、癡痴
21	吳秀三「小兒精神病ニ就テ」 (1913)	白痴、痴愚、鈍愚



精神医学書における精神薄弱者問題

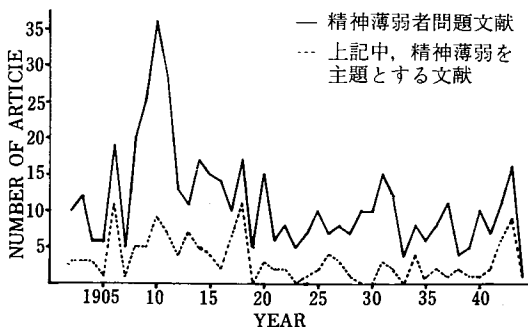
記	事	備	考
			<p>脳の發育欠乏するがために、精神の発達もまた阻滯するものにして、先天のものもあり、生後直ちにこれに陥るものあり。</p>
			<p>精神柔弱に禀賦あり、遺伝あり。精神柔弱は一般嬰兒の状態にして、……、嬰兒の精神柔弱は教育によって、これを誘導すれば、なおよく発達し得べし。しかれども、住々教育の効なくして、早生(ひっしょう、生涯のこと)魯鈍に止まるものあり、而してまた、この柔弱に強弱の度あり、単純魯鈍(稍思慮があるもの)(原註)なるものあり、或は強度にして、全く他人と交流し能はざるものあり。</p>
			<p>痴癡とは神思脱乏して痴缺(ちが)いとなるものを謂うなり、而して其症の軽重同じからざるに因り、或は神乏し、健乏(Amentia)となり、或は愚愚(しゆんぐ)(Idiotismus)となる。また先天に発するものと、後天に発するものとなり、先天の痴缺にして、地方に地方病となりて発するものは、これを屈列質尼私誤斯(Cretinismus)という。</p>
			<p>先天的あるいは生後久しからずして発来するところの、脳發育の障害によりて、智力の欠損したるものを先天性痴呆といい、また同一の原因によりて、智力甚だ劣弱なる者を先天的魯鈍という。 先天性痴呆に数多の階級あり、最重症にありては、智力全く欠乏し、これによって言語もまた欠損す、これを痴呆性暗啞(あんあ)と稱す。 痴呆院にありては、高度の痴呆性兒童といえども、まれには一定の教育を得了することあれども、この故をもって痴呆の存在を疑うべからず、何んとなれば、痴呆はたとえこれを教育するも、ただ一種の訓練を得了するまでにして、その成績あたかも獣類たとえば、獵犬に一定の訓練を与えたと一般なればなり。</p>
			<p>痴呆「先天或は生後久しからずして、精神の發育歇絶し、その機能異常の低度に停止せるものをいう」</p>
			<p>(精神病) 癡癡白痴なるや</p>
			<p>教育も亦国家の大事なり。衆民の智徳、此によりて消長をなし、其健疾亦、此によりて左右せらるること多し蓋し聞く、狂易(精神病のこと)痴癡(ちが)い、おろかももの教育を認(あや)まり、其賦性、其禀質(りんしつ、生れつきの性質のこと)を顧みざること、少なからずと、然らば即ち、国家の教育に従事するもの、大に心を此に用ひ、以て其禍を除かざるべからず……</p>
			<p>生来の白癡には、数多の程度あり、愚鈍、癡鈍よりもって、懦弱性白癡、高度の白癡にいたるまで、その間の段階、およそ幾多なるを知らず……、故に法医家は精神の薄弱程度如何を診断するのみにて足らず、その精神薄弱の程度とその該当する事件との関係比準如何を医学上に詳量すべし。 生来の白癡癡愚者は、その病状はつとに(ことに小学教育時)(原註)較明となり、その人が小兒の齡を過ぎて、自ら生養するにいたれば、精神機能の不充分なることは、ますます分明なり行き、かつ生活上、社会上緊要の地位にたつことなかるべきをもつて、緊要の度少し。</p>
			<p>(目次では左記になっているが、本文では) 重白癡(Idiotie)、軽白癡(Imbezillitaet)、癡愚。</p>
			<p>半白癡者は窃盜、強姦、毆投創傷、殺人等をなすこと多し、痴愚者は以上諸犯罪の他なお詐偽取財をなすことしばしばなり。 民法上には、全白癡者及び重症半白癡者は心神喪失の常況にあるものにして、軽症半白癡及び痴愚者は心神耗弱者なり。</p>
			<p>心神喪失者 — 第一種：白癡の烈しき性欲のために、風俗壞乱症あるいは他の犯罪行為をなすもの、第二種：白癡の風俗壞乱、窃盜、暴行等これに属す。 心神耗弱者 — 軽度生來性精神の魯鈍なるもの、軽度の痴愚、低能者などは、その度と境遇に応じて。</p>
			<p>白癡・三官者(盲・聾・啞の白癡のこと)・痴愚・持徳病・魯鈍</p>
			<p>(「鈍愚」との病名は、呉秀三もこの後は使用せず、「魯鈍」とした)</p>

に、菅<sup>31)</sup>の引用する呉の『精神病学集要第二版』(1918)、および三宅の『精神病学提要』(1932)による名義・概念・分類へと定着し、現在の精神薄弱医学の最初のテキスト・ブック以前を知ることができる。いづれにしても『教育』が一定位置を占めており、法医学に関する記載が顕著である。これは明治維新(1868年)以後近代国家の体裁を整えていく過程で、1877年岡山県町村会仮規則に『白痴』が欠格条項として登場して以降、白痴欠格条項が諸規定に普及していく状況<sup>32)</sup>よりみて、法医学への社会的要請が特に強まることの反映を意味していよう。また菅の1879年より57年間の松沢病院退院患者病名調査によれば<sup>33)</sup>、1881年『白癡』、1884年『癡愚』、1905年『鈍愚』、1908年『魯鈍』または『遅鈍』の病名がそれぞれ記載されはじめたのを報告しているが、臨床上からも精神薄弱の定義・分類が必要とされる背景といえよう。

#### (2) 神経学雑誌の創刊と教育病理学 (第II期: 1902年~1915年頃)

1902年日本神経学会が創立し、その学会誌『神経学雑誌』が同年より創刊された。1935年日本精神神経学会と改称されたのに伴い、『精神神経学雑誌』となり、戦争による休刊(1944年8月~1946年5月)を経て今日に至っている(以下『精神経誌』と略す)。この精神経誌に掲載された精神薄弱問題に関する文献の、1944年以前の年次変化を整理したのが図1である<sup>34)</sup>。

図1. 精神経誌における精神薄弱者問題文献



さて、精神経誌創刊の『序』(呉の筆によるとされる<sup>35)</sup>)において『精神薄弱は教育家の論議する所あり、為めに近時教育病理学の聲漸く高きを聞く』<sup>36)</sup>としている。これは精神薄弱者問題を教育の問題として認識し、精神医学との関与点を教育病理学においていると解せる。精神経誌の初期の時代は、図1に示すように精神薄弱者問題の文献件数が、あとの期に比較してこの第II期が最も多くを数える。その内訳は、外国論文抄録、国内他雑誌掲載論文抄録、外国事情紹介が多くを占める。学会創立当初において、内外事情を搔摘んで会員に伝える役割を担っていた故であろう。ちなみに1915年頃を境に、内外論文抄録は他疾患も含めて急激に精神経誌から姿を消していく。このことは役割の終了を意味している。すなわち、シュライオックが『医学的精神病学の初期時代を通じて、比較的重大な精神病が最大の注意をひいたのは、自然のいきおいであった。白痴・痴愚のような主要な異常についても同じことがいえた』<sup>37)</sup>とヨーロッパの状況を指摘しているが、同様にわが国でも関心をひき、内外事情の整理を必要とした反映とみることができる。これらの外国事情の中でドイツの教育病理学は最も主要な位置を占めていた。それは前述の『序』に示される姿勢とも関係している。そしてオリジナル論文としては、富士川の『教育治療学』<sup>38)</sup>があげられる。富士川は、異常小児の教育治療法を原因療法と対症療法に分けて論じ、対症療法=芸術教育的療法として、①入院療法(養育院、教育院)、②補助学校、③特殊学級制と3区分している。分類では、①精神薄弱、②身体疾病の為に精神生活の異常の者、③覚官の欠陥、④精神病(白痴・てんかん)としている。しかし、最重症の精神薄弱と白痴については、その被教化能力よりして教育治療学の対象とすべきものではないとしている。この富士川の論文以後に、榎保三郎『異常児の病理及教育法・教育病理及治療学(上)(下)』(1909, 1910)、富士川游・呉秀三・三宅鉦一『教育病理学』(1910)、笠原道夫『教育病

理学』と単行本が刊行されるわけで、ドイツにおける精神薄弱者問題史との突き合せも含めて検討を必要とする。

さて、精神薄弱者問題を主題とした原著論文の最初は、林の『白痴病理解剖学知見補遺』<sup>39)</sup>である。以後精神薄弱者の脳を調べる論文は、原因の究明および医学教育での博士号を取得する関係もあって、比較的多くみられ、精神医学における精神薄弱研究の主流となっていく。また池田により、滝乃川学園が『先天性及び後天性に精神を妨げられたる児童の教育を目的』とする施設として、その日課内容も含めて紹介されている<sup>40)</sup>。この時期においては、『低能児童ニ教育ヲ施スコトハ欧洲ニハ多数アルモ我邦ニテハ東京滝乃川学園アルノミ』<sup>41)</sup>という精神経誌の知識であっただけに、その紹介は意味をもつ。なお池田は、『犯罪性精神薄弱者は単に精神病院に收容しないで離島に隔離して永久に殖民地に送りて社会上無害にするがよい』<sup>42)</sup>と外国論文の抄録紹介し、加えてオランダのリボ島の精神薄弱者病院を紹介している<sup>43)</sup>。これは、社会防衛的観点から早い時期より紹介されている点で注意を必要とする。また齊藤による異食症の報告<sup>44)</sup>は、問題行動についての最初の症例紹介である。

### (3) 日本神経学会の特集としての精神薄弱者問題(第Ⅲ期: 1915年頃~1930年頃)

日本神経学会は、総会講演、宿題報告、特別講演等の方法で、毎回その学会の主題にあたるテーマを決め特集を組んできている。その特集に精神薄弱者問題が取り上げられた最初は、1917年第16回学会においてである。その報告者は、『日本の精神医学史上最高の人』<sup>45)</sup>と評価される呉秀三であり、宿題報告題名は『白癡ニ就テ』<sup>46)</sup>であった。この報告で呉は、『白癡トハ精神发育ノ制止シタ病気デアリマス』として、まず外国の研究者の分類を紹介して、自らの『内発性ノ白癡』4種7項、『多発性ノ白癡』5種14項の分類を行っている。そして『結論』において、①治療して有用の途につけることができる者、②教

育を施し得る者、③白痴者自己の為、また社会の為に保護してやらなければならない者、の3類別を行っている。さらに処遇体系に言及し、①白痴者は白痴院に入院させ教育作業等を課す、として『精神病者ト一所ニ收容スルコトハ両者ニ有害』であり、感化院の場合も精神健全者が入っているので『一所ニシテハナラナイ』、②軽度痴愚者(『痴愚・鈍愚ニハ保護教育ヲ施サナクテハナラナイ』としたうえで)は、それぞれの程度に応じて、補助学校・補助学級・前程学級・補習学級・昼間收容所等に收容すべきであると、『普通小学校・私立小学校等ニ入学サスベキモノデハアリマセン』。③救済会、職業紹介所等も設立しなくてはならない。と3点にまとめている。そして、わが国では『白癡者ヲ收容スル病院ハ一ヶ所モアリマセン、コレハ誠ニ遺憾ノ事デアリマス。我々が共々ニ盡力シテ斯様モノガ漸時出来ル様ニ致シタイト思ヒマス』と決意のほどを述べ報告を結んでいる。この報告は、精神薄弱者問題に対しての精神医学界の公的な見解としてはじめての位置をもつものであり、重要であるとともに、特に精神病院・感化院・普通小学校からの分離処遇を主張している点で、以後に与えた影響も大きいといえる。なお呉は、この報告での決意の具体的行動として、1918年6月4日行政官庁の医学関係者約60名を招待して行った精神障害者保護意見で『白癡者の保護に意を用ひたきこと』『精神薄弱者の教育機関を特設したきこと』の2項目を含めて要請を行っている<sup>47)</sup>。そして『医学博士呉秀三君。博士は白癡研究を終生の事業とせられ又其收容保護教育に就き日夜其の方針の爲めに心勞せられ識者に向ひて其の必要を説明せられしこと屢々なり』<sup>48)</sup>と評価を受けているのである。

さて、この第16回学会に引き続いて、1918年第17回学会においても、宿題報告『白癡及び低能児ノ教育』を取り上げ、乙竹<sup>49)</sup>、石井<sup>50)</sup>、榊<sup>51)</sup>、の3人が報告を行っている。これは呉の前回報告を受けて、滝乃川学園にて実際に白痴教育を行い、『白痴者其研究及教育』(1904)を著

している石井、東京高等師範学校付属小学校補助学級の指導者的立場にあり、『低能児教育法』(1908)を著している教育学者の乙竹、教育病理学を1901年東京高等師範学校研究科でわが国ではじめて講義し<sup>52)</sup>、教育病理学の前述著書を出し、福岡師範付属小学校生徒を中心とした智力測定法の研究<sup>53)~54)</sup>を行っている榊の3人をたてて、精神薄弱者問題の実際面を会員に知らしめようとしたものである。その意味では、精神薄弱者問題を精神医学研究が、その実際面から知ろうとした姿勢の積極性が評価される。しかし、医学と教育の連携については、乙竹の低能児の特殊教育を『単ニ教育ノ問題ノミトシテモ医家ト教育トノ協力研究ヲ要スル問題ナリ』<sup>55)</sup>との意見、および石井の癲癇性児童の教育で『若シ癲癇頻繁ナ』場合に『医療ト相待シテ』<sup>56)</sup>行うとする意見に留っている。

この第Ⅲ期における精神経誌では、フランスのビネーによる知能測定尺度がわが国に紹介され<sup>57)</sup>、三田谷により本格的な日本版が作成された<sup>58)</sup>のに引き継いで、精神薄弱者に知能検査を施行しての論文・報告がなされるのが目につく。また、X線により頭蓋をみる研究、生化学的方法による研究と、拡りをみせはじめている点が注目される。

#### (4)日本精神衛生協会の活動と社会精神医学的研究(第Ⅳ期:1930年頃~1944年)

わが国の精神衛生運動の最初の団体は、1902年設立の『精神病者救治会』である<sup>59)</sup>。そして1926年私的団体として日本精神衛生協会が発足し、1930年第1回精神衛生国際会議(ワシントン)への代表派遣を機に、1931年正式な団体として『日本精神衛生協会』(会長三宅鉦一)が発足した。その目的に『低能児異常児特殊教育ノ促進及ビ其ノ他ノ補導』<sup>60)</sup>が含まれており、機関誌『精神衛生』を発刊する。協会の活動は、1938・39年を頂点に、講演会・研究会・座談会等を通して、精神薄弱者問題の啓蒙と対策について意見の取りまとめに努め、精神薄弱者問題についての各団体等の建議・陳情書を精神衛生

誌に掲載し、その宣伝・周知を図っている。このように戦前の精神薄弱者問題についての団体活動が、活動力の弱った『精神薄弱児愛護協会』(1934年創設)だけであっただけに、日本精神衛生協会の果たした役割は大きかった。これらの活動の中で、特に注目されるのは、1938年『精神薄弱者に関する座談会』と、1939年『昭和14年度日本精神衛生協会総会及研究会』である。前者では、医学者、行政官、補助学級担任、精神薄弱者施設長等が意見を述べているが、とりわけ文部省体育課長岩原の『やはり精神薄弱児の教育に於ても適切な教育の方法を施したならば、その子供は日本国民として国家に奉仕することが完全に出来るようになる』<sup>61)</sup>とする考え方や、厚生省児童課長伊藤の『国民の生活安定』『社会保安』および『人的資源の涵養』の3見地から『精神薄弱児保護法』の立案を考えているとする点<sup>62)</sup>、行政府の精神薄弱者問題への対応の胎動を示すとともに、そのとらえ方は必ずしも積極性をもっているとは評価できない。後者では、特別研究題目『精神薄弱の定義とその程度に依る分類に関する意見の統一に就いて』を掲げ、杉田<sup>63)</sup>、鈴木<sup>64)</sup>、城戸<sup>65)</sup>、谷<sup>67)</sup>の4人が報告している。特に杉田の報告は、後述の第41回日本精神神経学会の宿題報告<sup>68)</sup>と合せて、戦前の精神医学界における精神薄弱者問題についての集約といえる性格をもっている。提起された処遇体系(表2 69))は、戦後の精神薄弱者問題の展開による処遇体系の素地とみられる点を包含しているといえる。

さて精神経誌も含めてこの第Ⅳ期は、病理研究に加えて、調査にもとづく社会精神医学的研究が登場し、多く発表されている。すなわち、村松を中心とした、補助学級児童の医学的検査<sup>70)</sup>をはじめりとして、不就学児童の調査<sup>71)</sup>、浮浪者および乞食の調査<sup>72)</sup>、精神薄弱者の社会的予後の調査<sup>73)</sup>、が続く、これらにもとづいて村松は、精神薄弱児の収容教育施設、補助学級、促進学級設置の必要を説き<sup>74)</sup>、精神薄弱児の就学免除を『教育拒絶』と断定し『教育の義務は国

表2. 精神薄弱児収容機関の別

種 別	収容すべきもの別	職員の主体
白 癡 院 (保 護)	白癡 { 興奮型 遅鈍型	医 師 保 育 者
治療保護院 又は精神薄 弱院(保護, 治療,教育, 作業訓練)	癡愚 { 性格異常なきもの 性格異常あるもの 精神異常を伴うもの 身体症状を伴うもの	医師, 看護婦 特殊教育者 作業指導者 保 育 者
矯正又は教 護院(教育, 作業訓練)	魯鈍にして性格異常あるもの, 智能常人にして性格異常あるもの	特殊教育者 作業指導者
補 助 学 校 (級)(教育)	軽度癡愚 } 性格異常 魯 鈍 } なきもの	特殊教育者
児童精神病 院 (治療)	精神薄弱又は性格異常と共に 精神病的及び神経病的症 候を有するもの	医師, 看護婦 保 育 者

民の義務と云はんより社会、市、町、村の義務』75)であると、当時の時勢からみると非常に積極的な意見を出している。他にも、精神薄弱者問題を包含した精神病者の体系的統計が、菅76)により行われ、さらに、ごく最近の精神薄弱医学書77)にも引用される疫学的研究の、八丈島78)、東京市池袋町79)、長野県小諸町80)、兵庫県坊勢島81)などの地域調査もこの期に発表されている。菅野が、これら『戦前のもは遺伝生物学的、民族衛生学的な立場から行なわれた精神障害の一環として精神薄弱も含まれており』82)と評しているが、戦後の精神薄弱者の疫学的研究が、行政府の実態調査がその主流になっていく過程で、視角の違う地域を対象とした仕事で、現在の障害者問題をとりまく新しい思潮の流れの中で、より必要性を増していると考えられる。その意味で、戦後発表をみない精神薄弱者の生命表への取り組みを行った、近喰の統計83)も含めて、これらの研究の検討を必要とする。しかしながらこれらの研究は、犯罪少年の研究、精神薄弱者の遺伝研究と相まって、1940年国民優生法に『遺伝性精神薄弱』が断種の対象とされる一端を担っていたといえる。また一方で、精神薄弱者処遇体系の具体性を備える下地をつ

り出してきたといえる。その集約は、前掲表2や、戦前の精神薄弱者問題に関する建議・陳情の最後であったと推察される1941年日本精神病院協会からの“厚生大臣諮問『精神薄弱者の対策如何』』に対する答申84)にみることができ、そして学会としての集約は、第17回学会以後特集として組まれていなかったが、1942年第41回学会で宿題報告として、精神薄弱一般論85)、民族86)、遺伝87)、外因88)、病理89)、社会的子後90)、と体系的になされた。戦後1966年第63回学会まで精神薄弱者問題は特集されないだけに、この第41回学会の位置は主要である。なお、戦後の精神薄弱者問題の医学関係論文91)における引用文献の戦前期の原著論文は、ほとんどこの第IV期のものである。

#### (5)精神薄弱の『名義』

精神薄弱者問題の歴史での時代のことばについては松矢92)の論じたところであるが、ここでは本報告の調査の過程での知見を整理する。第I期では、表1に示されるように、痴呆、痴獸、白痴と変遷し、精神發育制止症=白痴となる。総称としては白痴であり、白痴(狹義)・痴愚に分類する。なお精神薄弱もすでにみられる。第II期は、呉が『癡狂』の文字を精神病学の名義から駆逐する重要な提唱をした論文で、精神發育制止症(生来性痴呆)としているが93)、総称としては白痴であり、白痴(狹義)・痴愚・魯鈍と分類するようになる。外国事情の紹介では、精神薄弱も多くみられ、『精神発達遅滞ノ小児』94)という名義は注目される。第III期は、ほぼ第II期と同様であるが、白痴に加えて、精神發育制止者、低能者という使い方も登場し、精神薄弱も論文タイトルとして次第に増えてくる。また分類に知能検査の数値を添えてくる。第IV期は、ほとんど精神薄弱の名義に統一されてくる特徴をもつ。

#### 4. おわりに

本報告を行うにあたっての文献探索作業95)によりリスト・アップされた文献件数は約630点

に及び、その数に翻弄されたこともあって、最も掘り下げられる問題を逃してしまっているかもしれない、戦前期におけるこのよくない素描に終ってしまっているのではないかと反省している。今後に残された課題は多であるが、さらに確かなものにしていく観点から若干整理すると、

- ①精神医学書を系統的に押える課題。
  - ②医学中央雑誌（例えば、国家医学会雑誌・中外医事等）を探索していく作業。
  - ③精神病院における精神薄弱者処遇はどうであったかの考究。
- 等である。

## 註

- 1) 北沢清司『精神薄弱者』施設における指導法の検討 I, 精神衛生研究, 26, pp39-47, (1979).
- 2) 全日本精神薄弱者育成会：手をつなぐ親たち25年の歩みとこれからの親の会運動(1976). pp75-85.
- 3) 玉井真徹：全国施設長会議第3分科会ルポ — 医療体制(成人)分科会に参加して, 愛護, 240, pp26-28, (1977).
- 4) 埼玉県精神薄弱者愛護協会調査研究委員会：埼玉県精神薄弱者施設の実態(1978). pp67-76.
- 5) 新井清三郎：発達障害とは — 医学の立場から, 発達障害研究, 1(1), pp10-17, (1979).
- 6) 北沢：わが国戦前の精神医学・精神衛生関係雑誌における『精神薄弱』問題関係文献目録 I, 精神薄弱問題史研究紀要, 24, pp37-66, (1979).
- 7) 北沢：同上 II, 同上, 25, (印刷中).
- 8) 毛利子来：現代日本小児保健史, ドメス出版(1972).
- 9) 金子準二：日本精神病名目志・日本精神病俚言志・日本精神病志・日本精神病作業療法書史(1964).
- 10) 秋元波留夫, 石川清：日本精神医学史. 秋元他5名編：日本精神医学全書 I — 総論, 金原出版, pp1-53, (1966).
- 11) 小林靖彦：日本精神医学の歴史. 懸田克躬他4名編：現代精神医学大系1A — 精神医学総論 I, 中山書店, pp125-161, (1979).
- 12) 小林司：日本の精神衛生運動とは何んであったか, 心と社会, 3(3・4), pp93-134, (1972).
- 13) 西谷三四郎：精神薄弱の医学, 創元社(1960).
- 14) 岸本鎌一：歴史. 岸本編：精神薄弱の医学, 金原出版, pp1-2, (1969).
- 15) 菅修：歴史的展望. 菅監修：精神薄弱医学, 医学書院, pp1-9, (1972).
- 16) 菅：精神薄弱児の治療教育. 秋元他5名編：日本精神医学全書 VI — 特殊項目, 金原出版, pp362-371, (1965).
- 17) 菅：精神薄弱児の治療教育. 岸本編：前出14), pp299-310.
- 18) 菅：治療教育学, 日本精神薄弱者愛護協会(1974).
- 19) 清水寛, 菅田洋一郎, 津曲裕次：精神薄弱教育史. 梅根悟監修：世界教育史大系33 — 障害児教育史, 講談社, pp201-303, (1974).
- 20) レオ・カナール, 中野善達, 大井清吉, 津曲訳：精神薄弱の教育と福祉の歩み, 福村出版(1976).
- 21) 荒川勇, 大井, 中野：日本障害児教育史, 福村出版(1976).
- 22) 杉浦守邦, 田中克彦：大正期の特殊教育の勃興と学校衛生思想, 精神薄弱問題史紀要, 20, pp3-31, (1977).
- 23) 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, pp41-58, (1978).
- 24) 神谷美恵子：精神医学の歴史. 井村恒郎他3名編：異常心理学講座 VII, みすず書房, pp1-89, (1966). p3.
- 25) 中井久夫：西欧精神医学背景史. 懸田他4名編：前出11), pp19-124, (1979). p19.
- 26) 金子：日本精神医学年表, 日本精神病院協会(1973).
- 27) 小林靖彦：日本精神医学小史, 中外医学社(1963). p59.
- 28) 中野, 加藤康昭：わが国特殊教育の成立, 東峰書房(1967). p299.
- 29) 金子：日本精神病学書史, 日本精神病院協会(1965).
- 30) 前出29) による各文献に1つづつにあたってい

- く必要があるが、現段階ではその調査まで至っていない。今後の課題大である。
- 31) 前出15). pp11-13.
- 32) 石島晴子：わが国における『就学猶予・免除規定』の成立に関する一考察，精神薄弱問題史研究紀要，24，pp13-37. (1979).
- 33) 菅：本邦ニ於ケル精神病者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査，精神経誌，41(10)，pp793-884. (1937). pp849-853.
- 34) 何号かに分けて掲載された文献は，延数にて加えている。
- 35) 前出29). p103.
- 36) 序，精神経誌，1(1)，pp1-4. (1902). p2.
- 37) R・H・シュライオック．大城功訳：近代医学の発達，平凡社(1974). p309.
- 38) 富士川游：教育治療学，精神経誌，4(11)，pp550-558. (1906).
- 39) 林道倫：白痴病理解剖学知見補遺，精神経誌，12(7)，pp313-316. 12(8)，pp386-389. 12(9)，pp422-428. 12(10)，pp482-493. (1913).
- 40) 池田隆徳：東京府下及埼玉県下に於ける異常児童収容所視察報告書，精神経誌，10(10)，pp373-379. (1912).
- 41) 雑報：低能児童教育，精神経誌，7(1)，p54. (1908).
- 42) ウェー・ワイガント．池田抄：臨床上及び法律上より見たる痴愚，精神経誌，9(3)，pp118-121. 9(4)，pp171-175. (1910). p175.
- 43) 池田(抄)，ケルレル：反社会的精神薄弱者に対する孤島の病院，精神経誌，11(2)，pp86-87. (1912).
- 44) 齊藤康清：痴愚者に於ける異食症の一例，精神経誌，13(3)，p151. (1914).
- 45) 岡田靖雄，吉岡真二，金子嗣郎，長谷川源助：吳秀三先生生誕100年祭をまえに，医学史研究，14，pp11-13. (1964). p13.
- 46) 吳秀三：白癡ニ就テ，精神経誌，16(5)，pp278-289. (1917).
- 47) 雑報：精神病者保護意見，精神経誌，17(8)，pp525-526. (1918).
- 48) 雑報：東京精神病学会，精神経誌，17(8)，p524. (1918).
- 49) 乙竹岩造：白痴及ビ低能児ノ教育，精神経誌，17(7)，pp441-445. (1918).
- 50) 石井亮一：白痴教育，精神経誌，17(8)，pp504-509. 17(9)，pp543-548. 17(10)，pp592-599. (1918).
- 51) 榊の報告は，精神経誌に掲載されていない。
- 52) 前出15). p5.
- 53) 榊保三郎：福岡市に於ける小中学程度の生徒に対する精神能力測定結果報告，精神経誌，13(6)，pp266-267. (1914).
- 54) 榊：智力測定法概要，精神経誌，14(8)，pp293-295. 14(10)，pp398-406. 14(11)，pp427-432. (1915). 15(2)，pp80-85. 15(4)，pp179-187. (1916).
- 55) 前出49). p445.
- 56) 前出50). p599.
- 57) (自抄)．三宅鉦一，池田：智力測定法〔医学中央雑誌，54・56〕，精神経誌，8(年報後)，pp573-576. (1910).
- 58) 新著紹介．下田光造(記)：三田谷啓『学齡児童智力検査法』，精神経誌，14(5)，p193. (1915).
- 59) 小林司：精神医療と現代，日本放送出版協会(1972). p43.
- 60) 巻頭言：日本精神衛生協会の成立，精神衛生，1，pp2-15. (1931). p5.
- 61) 岩原拓：低能教育の方法，精神衛生，14年(2)，pp11-14. (1939).
- 62) 伊藤清：精神薄弱の保護，精神衛生，14年(2)，pp21-23. (1939).
- 63) 杉田直樹：精神薄弱の程度に依る分類，精神衛生，14年(6)，pp6-18. (1939).
- 64) 鈴木治太郎：精神薄弱の程度と智能指数との関係について，精神衛生，14年(6)，pp19-30. (1939).
- 65) 城戸幡太郎の報告は，精神衛生に掲載されていない。しかし村松によれば『城戸氏の御講演中智能程度判定標準として社会的適合性乃至 Soziale Brauchbarkeit を特に強調され，例えば所謂智能発育は低くとも社会的に有用ならば精神薄弱とすべきではないとさへ解さるる節があった』<sup>66)</sup>としているのよりみて，重要な指摘があったと推量される。
- 66) 村松常雄：精神薄弱の定義並びにその程度に依る分類に関する意見統一の問題に就いての私見，精神衛生，14年(6) pp47-50. (1939). p49.
- 67) 谷貞信：保護少年と精神薄弱，精神衛生，14年

- (6), pp31-35. (1939).
- 68) 杉田：精神薄弱一般論，精神経誌，47(1)，pp1-24. (1943).
- 69) 前出(3). p16.
- 70) 村松，青木義作：東京市立小学校ニ於ケル補助学級全児童ノ医学的検査，精神経誌，27(7)，pp411-443. (1927).
- 71) 吉益脩夫，村松：昭和12年度東京市不就業児童の精神医学的調査，精神経誌，43(12)，pp913-935. (1939).
- 72) 村松，松本肇，齋藤徳次郎：東京市内浮浪者及乞食の精神医学的調査，精神経誌，46(2)，pp69-92. (1942).
- 73) 村松，勝野井輝美：精神薄弱者の社会的子後，精神経誌，47(2)，pp73-115. (1943).
- 74) 村松：東京市不就業児童の医学的調査とその結果等に基づての異常児童の数並に此等に対する特殊教育施設に関する一考察，精神衛生，14年(1)，pp6-20. (1939).
- 75) 村松：精神薄弱児童に対する教育の義務，精神衛生，14年(2)，pp30-31. (1939).
- 76) 前出(33).
- 77) 菅野重道：疫学，懸田他4名編：現代精神医学大系16A — 精神遅滞1，中山書店，pp221-236. (1979).
- 78) 内村祐之，秋元，菅，阿部良男，高橋角次郎，猪瀬正，島崎敏樹，小川信男：東京府下八丈島住民の比較精神医学的併びに遺伝病理学的研究，精神経誌，44(10)，pp745-782. (1940).
- 79) 津川武一，岡田敬蔵，坂名城政順，浅井利男，詫摩武元，森村茂樹，坪井文雄：大都市に於ける精神疾患頻度に関する調査，精神経誌，46(4)，pp204-218. (1942).
- 80) 秋元，島崎，岡田，坂名城：地方小都市に於ける民勢学的及び精神医学的調査，精神経誌，47(7)，pp351-374. (1943).
- 81) 荻野了，長尾茂：近親婚地域の精神的遺伝負荷の研究I，精神経誌，47(7)，pp351-374. (1943).
- 82) 前出(77). p234.
- 83) 近喰勝世：精神薄弱の一統計殊に其の子後歴について，精神経誌，46(9)，pp538-551. (1942).
- 84) 雑報：日本精神病院協会解散，精神衛生，16年(6)，pp11-14. (1941).
- 85) 前出(68).
- 86) 奥村三吉：民族と精神薄弱 — 高砂族の精神薄弱の研究，精神経誌，47(1)，pp25-34. (1943).
- 87) 児玉昌，岸本：精神薄弱の遺伝 — 所謂DR×DRの小統計，精神経誌，47(1)，pp35-39. (1943).
- 88) 櫻井凶南男：精神薄弱の外因，精神経誌，47(1)，pp40-53. (1943).
- 89) 島崎：精神薄弱の病理解剖，精神経誌，47(1)，pp54-63. (1943).
- 90) 前出(73).
- 91) 次の雑誌の文献探索作業による。精神神経学雑誌・脳と神経・精神衛生・神経研究の進歩・病院精神医学・精神医学・児童精神医学とその近接領域・小児の精神と神経・心と社会。
- 92) 松矢勝宏：わが国における精神薄弱教育の対象の変遷，精神薄弱児研究，188，pp26-31. (1974).
- 93) 呉：精神病ノ名義ニ就キテ，精神経誌，7(10)，pp549-553. (1909).
- 94) 榊(抄)，リーブマン：精神発達遅滞ノ小児ニ於ケル言語ノ発達及治療法，精神経誌，1(6)，pp525-527. (1902).
- 95) 前出(6). 7).



## 所 員 研 究 業 績

《昭和55年1月～12月》

### 著 書 (分担執筆を含む)

On the Similarities and Differences in the International Diagnosis of Schizophrenia. T. Fukuda and H. Mitsuda "World Issue in the Problems of Schizophrenia" 所載  
《116～118頁, 1979年10月, Igaku-Shoin》

Masaaki Kato

WHOのICD会議を通じてみた各国における精神分裂病の診断の相異と近似について論じ, その差に関連する要因について考察を試みた。

アルコール依存症とその他の異常飲酒行動,  
斉藤・柳田・島田編『アルコール依存症』

加藤正明

《59～72頁, 1979年11月, 有斐閣》

とくに『アルコール依存症状態群』と『アルコール関連障害』というWHOの概念を中心にその定義を検討し, 日本における診断基準, とくに病的酩酊の概念について考察を試みた。

精神疾患の命名と分類 (現代精神医学大学第1巻 B<sub>2</sub>)

加藤正明

《111～194頁, 1979年12月, 中山書店》

WHOのICD, APAのDSMⅢをはじめ英, 米, ソ連, ドイツ, フランスなどにおける精神疾患の命名と分類について比較検討を行ない, 日本におけるそれとの関連について考察した。

児童虐待の病理と臨床

池田由子

《1冊258頁, 1979年9月, 金剛出版》

児童虐待につき総論で, 歴史, 文学にあらわれた虐待, 法令, 治療対策, 虐待をする親の病理や被虐待児の心理等につき述べ, 各論で肉体的虐待, 性的虐待, 精神病的親による虐待などの事例約50例につき解説した。

集団精神療法 (心身医学—基礎と臨床, 石川中編)  
池田由子

《430～438頁, 1979年9月, 朝倉書店》

心身症患者に対して行われる, 集団精神療法の技法について, その理論, 技法, 実際のセッションの経過, などにつき述べた。また児童の心身症への応用についても触れた。

施設収容児の問題 母子関連の医学 (馬場一雄編)

池田由子

《916～930頁, 1979年10月, 医学書院》

ホスピタリズム研究の歴史, 施設と家庭環境の差異, 施設児の身体症状, 知的発達, 言語と社会性, 人格発達, 予后, 就職状況, ギブツ児の問題などにつき述べた。

社会精神医学と精神衛生 II (現代精神医学大系第23巻B)

岡上和雄

《203～225頁, 1979年9月, 中山書店》

社会精神医学の実際 I

岡上和雄

《10～24頁, 1979年10月, 医学書院》

家族関係——子どもの人間的成長に影響を及ぼす基本的な人間関係—— (青少年問題指導者シリーズNo.21『青少年の社会参加』)

桜井芳郎

《埼玉県, 1979年4月》

面接の原理 I (原理と実際) 面接

桜井芳郎

《『昭和54年度社会福祉主事資格認定普通課程講義要綱 II』全国社会福祉協議会・社会福祉センター: 63～81, 1979年10月》

**精神薄弱者福祉方法論**

桜井芳郎

《日本精神薄弱者愛護協会：1979年7月》

**初老期痴呆・老年痴呆、「今日の治療指針」**

大塚俊男

《171～172頁，1979年1月，医学書院》

初老期痴呆，老年痴呆の治療の実際について述べた。

**老年期の精神障害とその心理、「老化のプロセスと精神障害」**

大塚俊男

《199～241頁，1979年3月，埴内出版》

老人の心理・性格および老年期の精神障害の診断，症状，経過，治療について概略的に述べた。

**老年期の精神衛生，からだの科学増刊10「医療心理学読本」**

大塚俊男

《92～96頁，1979年8月，日本評論社》

老人の心理，性格，老年精神障害について概説するとともに実際の臨床のなかで老人患者を扱う上での問題点について述べた。

**老人の精神衛生，「老人精神医療」**

大塚俊男

《59～83頁，1979年11月，牧野出版》

高齢化社会構造，それに伴う老人問題，老人の精神障害の実態，在院老人精神障害の実態，老人の性格・心理と社会適応について論じた。

**『家庭と精神衛生——各論——』現代精神医学大系第23巻B・社会精神医学と精神衛生II**

鈴木浩二

《50～80，1979，中山書店》

**恐怖とイメージ**

高橋 徹

《1979年5月，金剛出版》

恐怖症について，精神医学ならびに心理学の立場から解説した。

**コンサルテーションの理論と実際：村山正治・上里一郎編，セルフ・ヘルプカウンセリング**

山本和郎

《講座心理療法8巻，171～205，1979年6月》

**再転校してきた中学2年生——一過性登校拒否生徒をめぐるクライシス・インターベンションとコンサルテーションを含む援助経過（河合準雄・佐治守夫・成瀬悟策編，臨床心理ケース2）**

山本和郎

《3～21，1979，誠信書房》

**環境汚染物質の生体への影響8——酸化炭素**

兜 真徳，鈴木庄亮

《1979年6月，東京化学同人》

米国研究協議会（National Research Council）編の影響シリーズ8（1977年出版）の全訳である。同シリーズは米国環境保護庁が同協議会に依頼したものであり，酸化炭素に関する従来の科学成果を集大成した本である。

**生涯発達心理学**

牟田隆郎

《139～170頁，1979年5月，ブレーン出版》

人の生涯から死に至る過程の，初老期・老年期の心の諸相を著した。この時期は種々の欠損が伴うものであるが，しかし人生の締めくくりをする，いわば爽りの時期でもあることを強調した。

**保健医療をめぐる組織と行動**

宗像恒次

《126～146頁，1979年4月，埴内出版》

**へき地における保健医療ニードとサービス**

宗像恒次

《243～285，105～132頁，1979年4月，日本看護協会》

**交替制勤務**

宗像恒次

《183～191頁，1979年12月，労働科学研究所》

**高村光太郎・芸術と病理**

町沢静夫

《1979年7月，金剛出版》

**パトグラフィ双書12, 高村光太郎**

北沢清司

町沢静夫

《156～174頁, 1979年6月, 岩崎学術出版社》

《1979年, 金剛出版》

障害の重い子の睡眠問題について、睡眠研究の知見を整理し、事例紹介も含めて、生活リズム・基本的な生活習慣としての睡眠と日常生活に支障をきたす睡眠障害の3点に視点を置いて、その指導の留意点を解説した。

**重度・重複障害児指導研究会編：発達の把握と日常生活の指導「規則的な眠りを」**

**論文・論評・書評**

**社会変動と精神分裂病の事例性**

加藤正明

《社会精神医学, 2巻3号, 1979年2月》

とくに戦時における精神分裂病と発達途上国におけるそれとの類似性をとりあげ、社会変動における精神分裂病の事例性の差について論じた。

住環境、生活構造・生活態度、心身健康状態に関する項目、人格検査、住環境トラブル・イベントなどからなる調査を主婦に対して行ない、住環境のストレスと精神的不健康度の間に正に相関関係のあることが確かめられた

**座談会『健康と建築』**

高橋 宏

神山恵三, 沢田誠二

安岡正人, 山田水城, 渡辺圭子

《G A, 15—19頁, 1979年12月》

現代の住宅が人の健康を損う要因を多数もっているとし、科学的データによって論証し、日本の伝統的住宅に好ましい住宅の例を見ているドイツの学者Rディートリッヒの論文「建築と生物学」をもとに意見を述べ合った

**自殺の疫学**

加藤正明

《からだの科学, 86号34～39頁, 1979年3月》

自殺の疫学に関し、自殺の未、既遂の診断基準に関する諸問題と、事例発見の問題を取りあげ、ことに既遂よりも未遂の疫学の困難性とその試みについて考察した。

**被虐待児の研究——事例を通してみた処遇の問題点**

池田由子, 成田年重

《精神衛生研究, 26号, 1～8頁, 1979年3月》

被虐待児の治療や援助は虐待する親の病理や、他方の親の恐怖、無関心などの家族病理からしばしば困難である。肉体的、性的虐待の数例につき処遇上の問題点を論じた。

**日本の精神医学100年を築いた人, 第11回**

加藤正明

《臨床精神医学, 8巻9号, 108～1086頁, 1979年9月》

諏訪敬三郎氏の社会医学の系譜からみた「戦時神経病」の研究と、さらに戦後の私宅鑑置、売春婦、浮浪児、家出娘の調査研究に至る社会精神医学の歴史的発展について、若干の考察と試みた。

**臨床事例を通してみた身体疾患あるいは障害と神経症症状の合併について**

池田由子

《理学療法と作業療法, 13巻7号, 441～447頁, 1979年7月》

慢性身体疾患および慢性身体障害、肢体不自由を持つ患者の示す精神神経症の症状を、臨床事例を通じて考察し、その発生機序や、治療経過について述べた。

**アルコール症の疫学**

高橋 宏

《精神神経学雑誌, 81巻3号, 189～192頁, 1979年3月》

アルコール中毒の成立に関与する諸因子：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酪酐時の異常行動とアルコール中毒有病率との関係にふれ、現在の知見からの疫学の問題点を考察した。

**住環境ストレス尺度を用いた住環境と心身健康に関する研究(1, 住環境ストレスと精神健康度との関係)**

渡辺圭子, 高橋 宏, 山本和郎

《日本建築学会大会学術講梗概集(計画系), 1～2頁, 1979年9月》

**児童虐待——とくに性的虐待について——**

池田由子, 西川祐一, 河野洋二郎

成田年重, 中尾清崇他2名

《厚生省心身障害研究班報告書昭和53年度, 1979年6月》

児童虐待のうち、親による性的暴行の行われた10家族12名の被害児に対して、家族的背景、親の知能、性格、家族病理、子どもの受けた精神的、身体的影響などにつき述べた。

### 中学生の自殺

池田由子

《子供と家族, 16巻3号, 20~24頁, 1979年7月》

昭和53年度に視察した中学生の自殺未遂者5人につきその性格、知能、家族環境、対人関係、動機、方法、治療などにつき述べた。とくに中学生の時期の精神衛生の立場からの問題点について述べた。

### 児童精神衛生における最近の諸問題

池田由子

《日本公衆衛生雑誌, 26巻10号, 1~4頁, 1979年11月》

児童精神衛生における最近の主な問題として登校拒否自殺、家庭内暴力その他につき、その背景にある戦後の親子関係、家族構造、経済的、社会的背景などとの関聯において論じた。

### 異食について(精神薄弱児と習癖)

池田由子

《精神薄弱研究, 249号, 36~38頁, 1979年6月》

精神薄弱児のもつ習癖のうち、異食の原因、治療、対策などにつき述べた。

### 地域精神医学の立場とわが国における可能性

岡上和雄

《精神医学21: 6, 637~649, 1979》

### 精神科救急医療の治療における位置

岡上和雄

《臨床精神医学8: 5, 511~517, 1979》

### 都市化と分裂病

岡上和雄

《社会精神医学2: 2, 330~334, 1979》

### 精神科リハビリテーションの特色と動向

岡上和雄

《総合リハビリテーション7: 8, 579~584, 1979》

### 精神薄弱の判定指標に関する研究(初年度) 上出弘之, 仁科義数, 宮本茂雄, 塩野皓一: 『精神薄弱児(者)の治療教育に関する研究』

桜井芳郎

《昭和52年度厚生省心身障害研究報告書208~217, 1979》

### 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——

桜井芳郎

《昭和54年度福祉事務所老人福祉担当職員研修資料(東京都), 8~16, 1979》

### 精神薄弱の診断と福祉手当

桜井芳郎

《日本医事新報: 2894, 142~143, 1979年10月》

### 精神薄弱の判定基準に関する

桜井芳郎・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

### 発達障害とは——社会福祉の立場から——

桜井芳郎

《発達障害研究: 1・1, 26~36, 1979年7月》

### 在宅心身障害児家庭の実態把握と家族指導技術に関する(第2年度)

桜井芳郎

《『小児慢性疾患児の療育に関する研究』昭和53年度厚生省心身障害研究報告書: 117~128, 1979年7月》

### 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(第2年度)

桜井芳郎・小松せつ・荒井元博

《『小児慢性疾患児の療育に関する研究』昭和53年度厚生省心身障害研究報告書137~146, 1979年7月》

### 臨床医学の展望——診断および治療上の進歩——精神科

保崎秀夫, 大塚俊男, 浅井昌弘他

《日本医事新報, 2861号, 51~57頁, 1979年1月》

昭和54年度の国内および外国における老年精神医学の研究の動向について述べた。

**精神障害者に関する統計**

大塚俊男, 大城英代  
 齊藤和子, 丸山晋, 加藤正明  
 《精神衛生資料, 28巻, 33～55頁, 1979年3月》  
 厚生省統計情報部の「患者調査」の資料をもとに精神障害者の統計的分析・処理を試みた。

**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, 齊藤和子  
 《精神衛生研究, 26巻, 25～38頁, 1979年3月》  
 千葉県老人福祉センターの実態調査を行ない, その運営状況と利用老人の実態を明らかにし, 現状の問題点と今後のあり方について論じた。

**HiZ細粒の治療経験**

保崎秀夫, 大塚俊男, 浅井昌弘他  
 《現代の診療, 21巻, 457～463頁, 1979年4月》

**精神医療と老人問題**

大塚俊男  
 《日本精神病院協会月報, 216号, 9～11頁, 1979年12月》  
 高齢化社会のなかでの老人の精神障害の増加の推移を統計的に述べるとともにそれら老人にたいする医療対策についての現状と展望を論じた。

**一分裂病患者に対する家族治療的試み**

鈴木浩二・秋谷たつ子・牧原 浩  
 《昭和53年度厚生科学研究『分裂病の家族治療』報告, 1979》

**非定型精神病患者に対する家族治療的試み**

田頭寿子・鈴木浩二・高橋 徹  
 《昭和53年度厚生科学研究『分裂病の家族治療』報告書, 1979》

**大学精神医学**

小見山実, 高橋徹, 榎本稔  
 小谷野柳子, 大森健一  
 《21巻3号, 225～241頁, 1979年3月, 精神医学》  
 大学で精神健康管理を行なっているところが近年増えているが, その活動を展望した論文。

**神経症圏の二・三の病態の好発年齢(その二)**

高橋 徹  
 《26号, 9～13頁, 1979年4月, 精神衛生研究》  
 当研究所相談室に1952年—1960年に来所した事例記録1000例について検討し, 神経衰弱状態, 強迫神経症, 対人恐怖, 不安神経症の成人症例について, 初発年齢を調べ, それぞれの好発年齢を推定した。

**うつ病と相談**

高橋 徹  
 《9巻212号, 6～10頁, 1979年8月, 経営と人事管理》  
 精神衛生相談が, 臨床活動の一環として機能するためには, 個人個人の相談事例にかかわって行かねばならない, という点をうつ病者の相談事例をもとに解説し, 従来の公衆衛生的指向のもつ欠点を指摘した。

**対人恐怖**

高橋 徹  
 《11巻, 89～106頁, 1979年11月, 現代のエスプリ》  
 対人恐怖について, 青年期心性との関連を論じた。

**On the Essential Difference between Diagnostic Understanding and Therapeutic Understanding —— starting point of TAT "Kakawari" Analysis**

Kazuo Yamamoto  
 《精神衛生資料: 22, 97～121, 1979》

**社会的ストレス尺度の考え方**

山本和郎  
 《健康管理: 6 (通巻300号), 22～31, 1979》

**地域・精神衛生活動としての登校拒否をめぐるかかわり**

山本和郎  
 《地域保健10: 5, 61～67, 1979》

**コンサルテーションの理論と実際**

山本和郎  
 《精神衛生研究25, 1～19, 1978》

**地域社会と精神衛生——心理臨床の立場から**

山本和郎  
 《日本精神衛生連盟広報: No.5, 8～14, 1979》

## 都市と人間関係

《年報社会心理学：20，95～112，1979》

山本和郎

## 子どもの生活

《看護学生：27・9，6～8，1979》

山本和郎

## 光天性代謝異常マススクリーニング

《障害者問題研究，17，1979》

小松せつ・成瀬 浩

## 沪紙上乾燥血液を応用した典型ガラストース血液の検索法

《代謝異常スクリーニング研究会々誌：3，23～35，1979年8月》

小松せつ

## 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——脳ポストミトコンドリア分画のin vitro. 蛋白合成——

《精神衛生研究：26，49～55，1979》

小松せつ

## 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：11・4，285～294，1979年7月》

小松せつ・成瀬 浩・永山素男

## 『精神障害者』の医療・福祉問題と家族的条件

《ぜんかれん：143，15～22，1979年3月》

石原邦雄

## 不登校児の基礎的研究(Ⅰ)群大精神科外来における実態調査

山岡正規，紀禮子，八代りり子  
柄沢弘幸，日下部康明  
《28巻6号，429～434頁，1979年4月，北関東医学》  
昭和40年～49年に群大精神科外来を受診した不登校児43名について，その子後（再登校）について，家庭，学校へアンケート調査した，不登校が急激におこる群が再登校率がよいことが確かめられた。

## 一卵性双生児の一方に現われたAnorexia nervosaの一例

山岡正規，日下部康明，柄沢弘幸  
《21巻6号，659～665頁，1979年6月，精神医学》  
平等な育児をと心がけられて育てられたが，学校，家庭で若干の劣勢に立たされた妹の方にAnorexia nervosaが発症した，これについて若干の考察を行なった。

## 小児期および思春期精神疾患患者に対する合宿治療の試み

柄沢弘幸，山岡正規  
八代りり子，日下部康明  
《19巻1，2号合併，23～29頁，1979年6月，小児の精神と神経》  
過去3年間，群大で行なっている合宿治療の試みについて報告した，参加者はのべ28名で，不登校児の再登校率63%など治療効果がみとめられた，合宿治療の理念，今後の問題点についても言及した。

## 反社会的問題行動を繰り返す自閉症児の一例

日下部康明，長谷川憲一，山岡正規  
《18巻3号，125～131頁，1978年6月，小児の精神と神経》  
知的には順調に発達したが，問題行動を繰り返す一年長自閉症児について報告した，共感性のなさを，我々の気持を解ろうとしないという自閉性としてみるのではなく，気持が解らないという神経心理学的障害を仮定した。

## 学校場面で多発した過呼吸症候群——思春期の“2人でのヒステリー”について——

日下部康明，日下部和子  
《精神神経誌，81巻5号，301～310頁，1979年7月》  
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であるが，とくに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とらえ，2人での精神病との差異について言及した。

## 子殺しの3症例

日下部康明，山岡正規，根岸達夫  
《北関東医学，29巻3号，105～113頁，1979年8月》  
3例の子殺し（拡大自殺）例を報告した，親の精神医学的診断は，反応性うつ病，分裂病，ヒステリー人格であった，子殺しの精神力動について若干の考察を行なった。

『遊び塾』の提唱——私たちの治療教育の  
実践記録

山岡正規, 日下部康明

《健康な子ども, 8巻9号, 17～35頁, 1979年9月》

群大で行なっている「遊び塾」について, その理念,  
子供たちの様子, 活動状況などについて紹介した。

学校場面で多発した女子中学生の過呼吸症  
候群——治療的側面から——

日下部康明, 日下部和子

《群馬医学, 33巻, 2～5頁, 1979年12月》

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23例は全例予後良好であった。それについて若干  
の考察を行なった。

精神科医からみた心のすさみとその指導

西川祐一

《教育心理, 27:2, 1979》

幼児虐待症候群

西川祐一

《教育と医学:27・7, 19～25頁, 1979》

Effect of Alcohol on Non-Protein  
Thiol Compounds in the Brain and Liv-  
ver Tissues of Rabbits and Mice

Yuichi Nishikawa・Yozo Ueno・Hitoshi Ariizumi

《Nihon Univ. J. Med. :21, 31～40, 1979》

一過性空想虚言症の1例

西川祐一・郡 暢茂・辰沼利彦

坂部先平・川崎隆士

Down症候群における生物学的加齢現象につい  
て

兜 真徳

《精神衛生研究, 26号, 57～68頁, 1973年3月》

ダウン症についての人口学的分析結果と内分泌学的検  
討結果について述べ, 同疾患では一般人口に比較して10  
～20年短かいlife-spanとなっている可能性を強く示唆  
した。

Temporary Threshold Shift From  
Transportation Noise

Michinori Kabuto and Shosuke Suzuki

《J. Acoust. Soc. Am, 66巻1号, 170～175頁, 1979年7月

実験的に航空機騒音, 電車内騒音, 道路交通騒音を暴  
露し, 生じる一時的閾値移動を検討した。得られた結果  
から, 現実的には道路交通騒音以外によっては聴覚影響  
の可能性がほとんど考えられないと結論した。

社会的老化と老化への適応——人生満足度尺度を  
中心として——

和田修一

《社会老年学, 11号, 3～14頁, 1979年10月》

高齢者の生活満足度を測定する尺度としては, L S I  
とPGCモラル尺度とが作られているが, それらの理  
論的背景と構成を, 社会老年学におけるトウルという  
視点から検討した。

精神衛生研究における評価研究

和田修一

《精神衛生研究, 26号, 95～106頁, 1979年》

筆者のアメリカ留学中の学習を基にして, わが国にお  
いて評価研究を行なう場合のポイントについて若干触れ  
てみた。

家族へのかかわりについて

宗像恒次

《看護実践の科学, 4巻6号, 23～27号, 1979年6月》

へき地医療を見直せ(連載)

宗像恒次

《公明新聞, 5145～5156号, 1979年7月》

人工透析患者の自己管理に関する調査

相磯富士雄・宗像恒次

《日本公衆衛生学雑誌, 26巻10号, 199頁, 1979年10月》

精神病院及び一般病院の経営指標比較

宗像恒次

《精神衛生資料, 56～68頁, 1979年12月》

精神病院及び一般病院の公・私別経営実態  
の年次推移と経済的バランス

宗像恒次

《精神衛生資料, 23号, 69～76頁, 1979年12月》

## 老人の介護行動に関する研究

宗像恒次, 高橋博子, 中島紀恵子  
《日本看護協会調査研究, 11号, 30~58頁, 1979年12月》

## 芸術家の危機回避と精神病理——分裂気質圏を中心にして——

町沢静夫  
《日本病跡学雑誌: 18, 20~25, 1979年11月》

## 精神薄弱児・者の施設入所時のニーズとその予後

北沢清司  
《昭和52年度厚生省心身障害研究報告書, 72~79頁, 1979年5月》

精神薄弱者施設利用者の入所時ニーズを分析視点として, 1800名を対象に調査を行った結果を整理し, それらの検討した上で, 「治療教育」ニーズと「要保護」ニーズについて考察を加えた。

## 精神薄弱者(児)の指導Ⅲ(ケースワーク……親および家族を中心に)

北沢清司  
《昭和54年度東京都精神薄弱者(児)施設・福祉作業所職員研修資料, 25~54頁, 1979年6月》

障害者を抱えた親および家族にかかわる手記・指導論等の文献を整理する中から, 精神薄弱者施設職員が, どのように障害者およびその家族とかかわりあいをもって行くのかについての, 日常的な努力について論じた。

## 『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  
《精神衛生研究, 26号, 39~47頁, 1979年8月》

精神薄弱者施設における指導法研究の目的とその方法について提起を行い, その第1段階として, わが国戦前の施設を取り上げ, その指導法に視点をあてて素描を行った。治療教育がその中心であったことを論じた。

## 地域福祉と埼玉県精神薄弱者施設および施設利用者との関係についての基礎的検討

北沢清司  
《埼玉県精神薄弱者愛護協会: 埼玉県精神薄弱者施設の実態その3, 89~123頁, 1979年9月》

地域福祉計画を考える上で, 現状の精神薄弱者施設と地域資源との関連, 施設利用者の出身地域との関連等を重点にして, 調査結果を整理し, 分析を行い, 基礎的データを提供した。

## 精神薄弱者施設の福祉処遇に関する歴史的検討

松矢勝宏, 北沢清司, 内海淳  
《社会福祉研究所: 社会福祉施設における福祉処遇——調査研究報告書——, 66~101頁, 1979年9月》

精神薄弱者施設における戦後処遇思潮の概況を整理し滝乃川学園・八幡学園を対象として, 戦前・戦中・戦後を利用者・財政・組織・職員等について分析を加え, 精神薄弱者施設の福祉処遇を論じた。

## わが国戦前の精神医学・精神衛生関係雑誌における「精神薄弱」問題関係文献目録(Ⅰ)

北沢清司  
《精神薄弱問題史研究紀要, 24号, 37~66頁, 1979年10月》

精神薄弱者問題に関する先行文献目録を概観し, 本文献目録の範囲を提示し, 1902年から1944年に至る精神神経学雑誌に掲載された精神薄弱者問題関係文献約480点の目録を提示した。

## 学会・講演

## 都市の住環境と心身健康との関係

高橋 宏, 山本和郎, 渡辺圭子  
《1979年2月17日, 文部省環境科学研究班》

本研究班分担研究者として実施中の研究内容の説明と中間報告・各種の住形態住構造に住む主婦を対象として環境条件と精神健康との関係を質問紙法により調査した

## 大学病院における児童精神科外来統計について

池田由子, 西川祐一, 後藤多樹子他3名  
《1979年3月17日, 日大医学会例会》

大学病院という教育, 研修を兼ねた総合病院神経科内における児童精神科外来5年間の統計について, 患者の性, 年齢, 診断分類, 来所経路, 他科との治療協力などその特徴や問題点について述べた。



**児童精神科臨床と双生児研究を通してみた自殺について**

池田由子

《自殺問題懇話会，1979年3月13日》

児童精神科医4名が、関係する相談機関において昭和53年1月より12月までの1年間に診察した19歳以下の自殺未遂者15名の事例研究と、一卵性双生児4組（自殺企図不一致3組，一致1組）の事例研究について報告した

**児童精神衛生における最近の諸問題**

池田由子

《第38回日本公衆衛生学会講演，1979年10月17日》

国際児童年にあたり，児童精神衛生における最近の主な問題のうち，登校拒否，自殺，家庭内暴力，幼児における言語発達遅滞などにつき，その背景にある戦後の親子関係，家族構造，社会的背景などとの関聯において解説した。

**登校拒否の臨床的研究，第一報，第二報**

池田由子，西川祐一，後藤多樹子

北野厚子，川地民子，福田智子，霜山孝子

《第38回日本大学医学学会総会，1979年，11月10日》

大学附属病院神経科外来を不登校の主訴をもって訪れた青少年患者につき，診断別分類を行ない，そのうち狭義の心理的登校拒否と考えられる者につき，事例研究を通じて，総合病院外来としてのいくつかの特徴を見出した。

**施設と家庭**

池田由子

《第1回国際幼児シンポジウム，1979年11月17日》

わが国における家庭児の概況について述べ，施設児と家庭児を比較しながら，種々の精神発達，身体発達などについて述べ，人格発達に及ぼす両者の長所・短所を考察した。

**母子相互作用——児童虐待をめぐって**

池田由子

《日本医師会学術講演，1979年12月6日》

児童虐待について，虐待をする親の精神病理，人格発達，家族病理などにつき述べ，被虐待児が成長して虐待する親になるという，何世代も続く悪循環や，虐待に關する法令，処遇上の問題点について論じた。

**地域精神衛生活動のシステムを考える～精神医療の立場から**

岡上和雄

《第38回日本公衆衛生学会総会：1979年10月19日》

**家族理解( I )——家族療法的接近——**

鈴木浩二

《昭和54年家庭裁判所調査官実務研修，1979年5月11日》

**Self-destructive behaviours of adolescents and young adults**

高橋 徹

《1979年9月10日～13日，International congress for suicide prevention, Kyakov, Poland》

青年期の神経症的病態にみられる自殺未遂について論じた。

**対人恐怖について**

高橋 徹

《ワルシャワ大学精神神経科主催，1979年9月13日》

日本における，対人恐怖研究について紹介した。

**心理技術者資格認定機関の設立経過と挫折**

山本和郎

《第17回日本特殊教育学会大会：1979年9月29日》

**精神発達遅滞児について**

飯田 誠

《第4回障害幼児指導者研修会，1979年8月23日》

精神発達遅滞児のいわゆる問題行動をどう解釈すべきか，その対処の仕方，訓練と発達との関係について説明

**精神薄弱について（その問題点と指導）**

飯田 誠

《統合教育研修会，1979年9月21日》

精神薄弱に対する統合教育の基本的ねらいと問題点，指導者のとるべき姿勢等について説明。

**新生児先天代謝異常マスキングにおける異型ガラクトース血症の1例**

小松せつ

《第7回代謝異常スクリーニング研究会：1979年9月》

### 千葉県における先天代謝異常スクリーニング実施状況について（第一報）

田所雄次・柳沢利喜雄  
中島博徳・小松せつ・他

《第17回千葉県公衆衛生学会，1979年4月》

### レッシュナイハン症候群の精神症状と自傷行為について——薬物療法との関連で——

柄沢弘幸，山岡正規  
竹内政夫，日下部康明

《1979年10月31日，第42回小児精神神経学研究会》

9才のレッシュナイハン症候群の男児例につき，とくにその自傷行為に焦点をあて報告した。自傷行為は環境により消長がみられたが，Deparar投与により改善をみた。

### 児童虐待に関する諸問題——その1——

西川祐一，池田由子  
河野洋二郎，成田年重他3名

《第41回小児精神神経学研究会，1979年6月2日》

児童虐待ことに親のわが子に対する性的暴行を中心にその治療，処置の困難性，問題点，法令の不備などについて述べた。

### 児童虐待に関する諸問題——その2，治療へのかわりかた

西川祐一，池田由子，河野洋二郎  
成田年重，中尾清崇，他2名

《第42回小児精神神経学研究会，1979年10月30日》

被虐待児とその親の治療は，しばしば困難であるが，治療指導が成功した1例を中心に治療へのかわりかたの原則について考察した。

### 乳児期前半における排尿機構の発達的研究（その1）

小淵敏子・吉田弘道  
河野洋二郎・帆足英一

《第41回小児精神神経学研究会，1979年6月2日》

### 乳児の心拍の発達的变化（その1），心拍の日内リズムとその発達について

河野洋二郎・吉田弘道・小淵敏子・齊藤 晃  
小嶋謙四郎・金子 保・帆足英一・二本 武

《第26回日本小児保健学会：1979年11月1日》

### 乳児の心拍の発達的变化（その2）・行動と心拍の関係について

河野洋二郎・吉田弘道・小淵敏子・齊藤 晃  
小嶋謙四郎・金子 保・帆足英一・二本 武

《第26回日本小児保健学会：1979年11月1日》

### 自閉児のコミュニケーションの悪さについて（II）

河野洋二郎・井原成男

### 騒音暴露によるDifference Limen（弁別閾値）の変動について——第2報

兜真徳，南正信  
水島実，小野圭子

《日本音響学会秋季大会，1979年6月6日》

実験的騒音暴露時の弁的閾値移動を調べ，基礎的な検討を行った。日内，日間変動，個人差，移動の成長および回復など。

### Down症候群における年齢別特殊死亡率と死因について

兜 真徳

《民族衛生学会，1979年10月18日》

全国施設在園ダウン症児・者および死亡例の調査結果を整理・分析し年齢別特殊死亡率を推定した。同死亡率は50才頃から急上昇を示し，一般人口より約20年life-spanが短いことを強く示唆した。

### 道路騒音による騒音暴露量——とくに聴覚影響の予測評価について

兜 真徳

《日本公衆衛生学会，1979年10月18日》

現実の生活環境騒音による聴覚影響の予測・評価を目的として，川崎・産業道路沿いの主婦の騒音暴露量を1週間に亘り調べた。結果，個人の騒音暴露レベルが地域騒音レベルとほとんど相関をもたないことが示された。

### 男子Down症候群患者における性腺機能の加齢に伴う変動について

兜真徳，加藤進昌，大沢伸昭

《日本内分泌学会秋季大会，1979年10月19日》

男子ダウン症患者にLH・RH負荷テストを行い，LH，FSHの過剰反応を明らかにした。また，11—deoxy—17K S値はダウンに低値であり，hypogonadism によ

るfeedback抑制と同時に、C17-20lyase活性低下が示唆された。

**騒音の聴覚影響評価におけるDifference Limen Testの有用性について**

兜真徳、南正信  
小野圭子、水島実

《騒音制御工学会、1979年10月27日》

実験的騒音騒音暴露時の一時的閾値移動と弁別閾値移の比較を行い、後者の有用性を検討した。現在の検査法の問題があり、後者は今のところ有用とは考えられないと結論した。

**生活満足度と生活不安の側定について**

和田修一

《第4回コミュニティ心理学シンポジウム、1979年4月》

現在、アメリカとわが国において使用されている生活満足度と生活不安を測定する尺度について、その問題点を指摘した。

**定年退職者の生活構造に関するコーピングについて**

和田修一

《第5回コミュニティ心理学シンポジウム、1980年3月21日》

定年退職後の生活の再構成は、高令者が老後生活に充足感が得られるか否かを決定する大きなファクターであるが、その生活再構成のあり方を規定する諸因子を、定年後再就職という面から論じた。

**定年制問題への個人的対応と社会的対応**

青井和夫、松村健生、和田修一

《第8回豊田財団助成研究報告会、1980年3月22日》

定年後の生活を再構成するうえで、就労問題は大きなウエイトを占めるが、その再就労が定年後の生活適応に与える影響の種類とその大きさを論じた。

**電話カウンセリングの諸問題**

牟田隆郎

《コミュニティ心理学シンポジウム1979年4月》

電話相談の需要が増大しているが、その中で特に電話カウンセリングを取り上げた。危機介入として有効な働きを期待できる一方、電話依存という特殊な人間関係が成立する点についても言及した。

**健康不安について**

宗 像 恒 次

《「みんなで医療を考える」シンポジウム、1979年7月4日》

**ホームケアの社会心理的技術**

宗 像 恒 次

《福井県看護協会研修会、1979年7月13日》

**研究方法論**

宗 像 恒 次

《第1回福島県看護教員認定講習、1979年7月16日》

**人間関係と自我分析**

宗 像 恒 次

《国立ガンセンター看護研究会、1979年10月3日》

**老人の介護行動モデル—重回帰分析による検証**

宗 像 恒 次

《第52回日本社会学会、1979年10月14日》

**人間関係分析**

宗 像 恒 次

《1979年10月17日、神奈川県保健婦研修》

**人工透析患者の自己管理に関する調査**

相磯 富士雄、宗 像 恒 次

《第38回日本公衆衛生学会、1979年10月19日》

**訪問家族事例の分析方法**

宗 像 恒 次

《第3回全国ホームケア研究会、1979年11月10日》

**高村光太郎・その精神病理**

町沢静夫

《光太郎研究会（豊島区民会館）：1979年9月23日》

**戦前の障害児教育思潮（その1）——精神医学・精神衛生関係雑誌を中心に——**

北 沢 清 司

《第38回日本教育学会、1979年8月27日》

神経学雑誌・精神衛生の2雑誌を取り上げ戦前における精神薄弱者問題に関する論文・記事の文献目録の概

観を述べるとともに、主要論文を中心にして、障害児教育思潮について報告した。

### 地域福祉と障害者施設利用者に関する検討

——ある県の精神薄弱者施設を中心にして——

北 沢 清 司

《第17回日本特殊教育学会，1979年9月29日》

埼玉県精神薄弱者施設を調査対象として利用者の地域的分布、地域資源の利用等について述べ、地域福祉計画における“福祉エリア”の設定について、基礎的データの検討の結果、職業安定所エリアを仮提示した。

### わが国戦前の精神薄弱者施設の総合的研究 ××

菊地義昭，峰島厚，山田明，北沢清司

津曲裕次，清水寛，松矢勝宏，内海淳

《第17回日本特殊教育学会，1979年9月30日》

精神薄弱者施設史研究の継続として、今回は、滝乃川学園の創立期（明治20年代を中心）および法人化以後（大正末期以降）の財政・経営についてと、藤倉学園の大正期の財政・経営について報告を行った。

精神衛生研究 No.27 1979

昭和55年11月25日 印刷・発行

編集責任者

高 橋 宏

発 行 所

国立精神衛生研究所

(非売品)

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

印刷：教文堂グラフィック



# *Journal of Mental Health*

No.27/1979

## CONTENTS

### ORIGINAL ARTICLES

#### RESEARCHES ON THE AGED

##### **A Neurophysiological Study on Age-related Dementia.**

— by using the EEG scanner — (Part 1)

Toshio OTSUKA, Hiromune YOSHIDA, Akiteru HOSHI,

Tetsuhiro ISHIDA, Tsunekatsu HARA, Moriichiro TAKASE ..... 1

##### **Research on the Epidemiological Study and Home-care of the Psychiatric Disorders in the Aged**

— Konodai Aria, Ichikawa City, Chiba Prefecture —

Susumu MARUYAMA, Toshio OHTSUKA, Kazuko SAITO,

Fusayo OHSHIRO and Koichi YAGUCHI ..... 11

#### RESEARCHES ON SUICIDE

##### **Suicidal Attempts and Neuroses.**

..... Tooru TAKAHASHI .....27

##### **A Study on Children and Adolescents who Attempted Suicide.**

Yoshiko IKEDA, Yuichi NISHIKAWA, Toshie NARITA,

Fumiko YAHANA and Takiko GOTOH .....31

#### RESEARCHES ON SOCIAL REHABILITATION

##### **A Study on Promotional Activity for Social Adaptability of Mentally Retarded**

— A Study on Management of Social Club for Retarded Adult in Community —

Makoto IIDA, Katsuya UENO, Hideaki SANO, Keiko KAMATA

Setsu MIYAZAKI, Jun TOMITA and Hisayoshi TSUCHIDA .....41

##### **Significance of Group Meetings at Day Care Center**

— In Relation to the General Meetings —

Hiroko MATSUNAGA, Kojiro OCHI, Masue KATAYAMA,

Kimiko YOSHIZAWA and Akira KASHIWAGI .....59

#### MATERIALS

A Preliminary Report on the Methods of Guidance at the Institution for the Mentally

Retarded in Japan (II) — A Educational Research on the Development of the problems

of the Mentally Retarded by inquiring into the articles on prewar Psychiatric Journals —

..... Kiyoshi KITAZAWA .....73

**LIST OF RESEARCH WORKS** .....85