

ISSN 0559-3158

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.29/1982

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health
Japan*

正 誤 表

頁 行 数	誤	正
P. 47 上から 5行 上から 20行 上から 23行	Moinor practihj systemof	Minor practice system of
P. 49 左、上から 7行	「解釈*」の脚注が欠落	*森田正馬の神経質理論には、それが明確にみられる。
P. 50 左、上から 30行	屈する	属する
P. 55 上から 13行 上から 13行 下から 3行 下から 1行	comkanies controa lifeharassment 科学技術庁	companies control life harassment 科学技術庁
P. 57 左、上から 17行 左、上から 18行、19行	x_i x_i	Σx_i x_i
P. 58 左、本文上から 2行	HC	Hc
P. 62 左、上から 3行 右、下から 10、11、13行	S.B.Manuks 妨害	S.B.Manuk ら 妨害
P. 100 右、上から11行目脱落		た。
P. 113 上から 21行	Susmu	Susumu
P. 213 左、上から 26行 左、上から33行目削除	代謝異常等、ポジトロンCT (薄弱者の処遇体系と臨床技術)	代謝異常、ポジトロンCT等

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.29/1982

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health
Japan*

御 挨拶

本年1月1日付を以て、当研究所々長に就任致しましたので、一言御挨拶申し上げます。

当研究所は昭和27年に創立されて以来、代々の所長のもとに所員一同協力して研究に従事し、わが国の精神衛生行政をすすめる上でも有力な助言を呈して来たと思いますが、全国的な規模において当研究所の仕事振りをふり返りますと、まことに微々たるものがあり、果してこのままでよいのかいささか感慨なきを得ません。もちろん大規模でありさえすればよいというものではなく、研究は量よりも質であると思いますので、少しでもよい仕事ができるよう所員一同一層の努力をする覚悟しております。何とぞ大方の御支援をお願いする次第です。一言御挨拶までにしたためました。

昭和58年3月

国立精神衛生研究所々長

土 居 健 郎

お 知 ら せ

当研究所では、これまで「精神衛生研究」および「精神衛生資料」の二雑誌を毎年発行してまいりましたが、諸般の事情により今回より両雑誌を合本とし改めて「精神衛生研究」として発行することになりましたので御知らせ致します。

紀要編集委員会

目次

児童研究

被虐待児の研究	1
第二報 被虐待多胎児の事例研究	
	池田由子・成田年重

中学生の精神衛生に関する研究	11
第二報 質問紙表による調査	

池田由子・上林靖子・西川祐一・河野洋二郎
今田芳枝・田中千穂子・中川 幸・森岡 恵
須賀芳枝・平田雅子・矢花美美子・内藤静子
林 行雄・山本紀久子・橋本秦子・大森淑子

中学生の精神衛生に関する研究	25
第三報 文章完成法テスト	

池田由子・河野洋二郎・西川祐一・上林靖子
今田芳枝・田中千穂子・中川 幸・森岡 恵
須賀芳枝・平田雅子・佐藤至子

青年期及び成人研究

青年期の人達を対象とした集団活動の意義について	39
	牟田隆郎

軽症適応障害の精神衛生相談について(Ⅰ)	47
——人格的反応様式の分析——	

高橋 徹・田頭寿子

生物学的研究

適応行動と循環器系	55
——“精神的ストレス”2 研究から——	

高橋 宏

アルツハイマー(Alzheimer)型老年痴呆の尿中メラトニン ・レベルとリズム性について	65
--	----

兜 真徳・大塚俊男・齊藤和子・丸山 晋

ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第一報)	79
— ¹¹ C ₂ および光合成 ¹¹ C—グルコースを用いた知覚 刺激・思考実験の予備的検討——	

苗村育郎・櫻井芳郎・飯尾正明・原 敏彦
太田昌孝・土井優子・中安信夫・斉藤陽一

老人研究

高齢者の人格特徴と成熟度に関する研究	99
	大塚俊男・谷口幸一・中下順子・中里克治 丸山 晋・佐藤真一・松本真作

在院痴呆疾患の病態と予後	113
	大塚俊男・道下忠蔵・小林八郎・安藤 烝 丸山 晋

精神衛生資料

精神障害者に関する統計——昭和55年度——	123
	大塚俊男・大城英代

墮胎法	143
——世界各国の現状——	

中川泰彬・町沢静夫

統計にみるヨーロッパの精神医療体系	155
——世界の精神医療比較(1)——	

宗像恒次

中高年女性の老後の不安に関する調査報告	195
——市川市国府台・国分地区および浦安市——	
	齋藤和子

各部の研究活動の状況	209
所員研究業績(昭和57年1月～12月)	217

被虐待児の研究

第二報 被虐待多胎児の事例研究

池田由子
児童精神衛生部

成田年重
浦和家庭裁判所

A Study on Child Abuse

Part II Case Studies of Battered Twins and Triplets

Yoshiko Ikeda, M. D.
Div. of Child Mental Health

Toshie Narita
Urawa Family Court

Summary

We examined 13 pairs of twins and 2 sets of triplets who were abused by their parents. As a result of abuse, a pair of female twins were unfortunately killed.

The age of the victims ranged from one month to eight years old, but most of them were under age four.

All perpetrators were their natural parents, that is, 13 natural mothers and 7 natural fathers.

Two mothers were clearly psychotic, but received no treatment.

Although a few families belonged to middle class families, most abusing parents were confined to the lower socio-economic groups. We saw twelve ex-premature babies among victims.

Our experience leads us to consider psychopathology of individual perpetrators among the primary causal factors, but disturbances in the early mother-child interaction, because of for example, long term placement in incubators in premature baby centers or placing a child with a foster family, can trigger it too.

In some cases prejudice against multiple birth also plays an important role.

Key words : *child abuse, twins and triplets*

要 旨

双生児の人格発達の研究の過程で、親から虐待行為を受けた13組のふたご、みつごを観察した。これに最近小児科医が発表した未熟児ふたごの被虐待児2組を加え、15組の事例研究を行

なった。虐待行為の発生には多くの要因が含まれているが、保育器収容、施設収容、親族への里子などによる早期の母子関係成立の障害があり、その他多胎への偏見、経済問題などが関係していた。

1. はじめに

私たちは被虐待児の取り扱い上の困難さについて第一報として報告したが、今回は被虐待児のうち、ふたご(双胎)、みつご(三胎)などの事例について報告したい。過去30年余の双生児の人格発達の研究を通じて、私たちは経済的あるいは文化的理由から、親の態度が忌避さらには拒否、虐待にまで進んだ何組かの対象児に接することがあった。とりわけ、この数年来児童虐待の問題が関係者の関心を惹くようになり、私たちの許にそのような事例が紹介されるようになった。その中にも多胎児が散見されるようになった。また、小児科学や母子保健の側面から未熟児問題についての関心が高まると、未熟児の中の被虐待児症候群への認識も進み、その中にもしばしば多胎児が含まれることがわかった。多胎児や未熟児に何故被虐待児が発生しやすいか、事例研究を通じて検討してみたいと思う。

不妊を宣告された母親が急に惜しくなり、本児4歳2ヶ月に何の準備もなく連れ帰る。本児出生時体重2400g、保育器に2週入ったがその後の発育は順調で、生活習慣も年令並に自立していた。引取り後、母は「なつかぬ」、「夜尿、漏糞がある」との理由で体罰を始め、飲食物の制限、殴る、蹴る、タバコの火をつける、屋外にしめ出す等の行為があり、児童委員や隣人の注意も無視し、ついに警察に通報された。児童相談所に保護。養護施設で学令まで順調に発育したが、住所を移転した父母が引取りを望み、関係者に不安を残しながら家族の許に戻った。その後再び虐待が再発、本児は第二の里親に出された。

父親は気が弱く優柔不断な性格で発言権がなく、母親は未成熟、気分の変りやすい、攻撃的な性格だが、精神病ではない。双生児の第2子に対してはつねに母親らしい態度を示した。

〔第2例〕

一卵性双生児の第2子。女。定型的な養育忌避の事例。3歳1ヶ月で実父が児童相談所に置き去りにした。第1子は生後3ヶ月の時、実母が夫に無断で養子に出している。実父は運転手ほか職業を転々とし、ウエイトレスをしていた実母と知りあい同棲。父母ともに中卒。それぞれの実家は村で孤立しており、貧困で評判の悪い家族。すでに4歳の姉がおり母は妊娠を望まなかったが、今度は男子という父の期待で産。7ヶ月の未熟児。(第1子1900g、第2子1600

2. 被虐待児の事例について

〔第1例〕

一卵性双生児の第1子。女。実父大学卒、会社員。実母短大卒。父はむこ養子。経済的に中流。妊娠中つわりひどく中絶を望むが、時期遅く出産。母親は出産後腎炎で6ヶ月入院。母方祖父母が双生児を「鬼っ子」として忌避。第1子(昔式に妹とされた)を父方伯母宅に里子とする。以後両親との接触ほとんどなかったが、

g). 養子に発育の悪い第2子を出すつもりが、第1子を希望されたため、「カス」が残ったとして本児を拒否。食物を十分与えず、放置して肥えだめや池に落ち怪我をくりかえす。折かかんがたえず近隣で評判となる。その後父親が癌ノイローゼのようになり精神病院へ入退院をくりかえすようになると、母親は姉を連れて実家に帰る。結局離婚成立。本児は父母の実家でも拒否され、実父に捨てられる。心身ともに発育遅滞。運動能力、言語、生活習慣など2歳程度のおくれあり。ひきつけ発作もあり、養護施設から精神薄弱児施設に移って現在もそこで暮している。父母ともに知能がやや低い、われわれとの面接では、精神病的な点はない。(父親は精神病院では性格異常と診断されている)。

〔第3例〕

二卵性異性双生児の第1子と第2子。男と女。3歳。

中都市の市営住宅に両親と子ども7人で住む。母は乳児期に死亡した3つ子を含め13人を出産している。実父(51歳)はとび職だが知的に低く、生活保護を受けている。実母(45歳)は発病時期は不明だが陳旧性分裂病と思われ、家事や育児も十分出来ず、異常行動のため保健婦や福祉関係者がたえず見まわる必要がある。とりわけこの2人とその下の1歳の弟に対して食物やミルクを十分与えず放置し、気に入らぬと頭から水をかけたり、床に放り投げる。寒中戸外にしめ出したり、まつ毛や毛髪を切ったりする。とくに双生児は殴打のため頭部の腫脹変形を生じた。母の折かかんをのがれて6歳の兄と家出し警察に何度も保護された。精神薄弱の父親を説得してようやく母親を入院させ、年少児は施設に保護された。4人とも垢まみれ、湿疹がひどく、入浴に抵抗。拾い食い、指しゃぶり、かみつく癖などで保母を困らせた。

〔第4例〕

三つ子の第3子。男。第2子(女)は生後10

ヶ月で死亡し、現在は男女2人が残っている。この子は出生時体重2050g、骨盤位、仮死で生まれ先天性心臓障害がある。3つ子の上に4歳上の兄がおり、運転手の実父29歳は女兒を望んでいた。両親とも中卒。貧困のため多子を望まず、産婆も多胎のことを告げていなかったのでショックを受けた。9ヶ月まで母方実家に里子に出し、第2子死亡後引取る。本児の発育が第1子(女)より劣る、とくに言葉の発育がおくれ、感情表出が少ないと実父が殴る、蹴るの体罰を加え、実母も拒否的であった。3~4歳時の所見では客観的には第1子も発達遅滞があった。実父は、衝動的、粗暴な性格だが、単純で専門家の助言を受け入れる面もあった。その後第1子が交通事故にあい、てんかん重積状態を来し、脳波異常、学業不振などがあらわれ、反対に抑圧的、緘黙であった本児が能力的に高くなってきたので、父親の態度が次第に変化し、虐待行為は消失した。

〔第5例〕

二卵性異性双生児の第1子と第2子。男と女。2歳。6歳の兄がいる。家主が警察に通報した。

父母は内縁関係。生活保護。実父は山谷の住人といわれるが行方不明。実母(36歳)は精神分裂病で2回の入院歴がある。東北出身だが本籍地の家族は死亡している。母の前回入院時に兄は養護施設に委託。退院後2人を産んだがその時は叫び声で隣人が気づき救急車で入院させた。2人とも未熟児。出産後病状悪化口もきかず食事の支度もせず、そのため兄は近隣の家から食物を盗むことが多い。

双生児が空腹で泣くと打ったりする。夫を探しに時々外出すると子どもは放置されたままである。3人とも栄養失調で発育がおくれ、予防注射も受けていない。とくに双生児はことばも出ず生活習慣もおくれている。落ち着いているときは一応生活しているが、時に興奮して「夫を返せ」と近隣の家に暴れこみ、そのような時は双生児に当り突きとばしたり叩いたりする。以

前にも2人の子を産んだがいづれも衰弱死をしたといわれている。ついに福祉関係者が母親を入院させ、子どもを保護した。3人とも栄養失調、身長、体重とも平均以下、心身ともに発達遅滞があった。

〔第6例〕

二卵性異性双生児の第1子。男。5歳1カ月。中都市に住む。出生時体重2200g保育器に20日収容。実父母は小卒。父(32歳)はもと農業であったがのち工員となる。貧困、アパートずまい。加害者の実父母はともに知的に低い。実母(33歳)はひどい言語障害があり、了解が悪い。子どもが欲しくないのに双生児出生でショックを受けた。第2子はL.C.C.があったため自宅に置いたが、第1子は生計困難を理由に6カ月から3歳6ヶ月まで乳児院、養護施設にあづける。その間面会にも訪れず、やむなく引き取り後も、発育が妹より劣るという理由で体罰をくりかえす。そのため子どもはおびえて、施設で自立していた生活習慣まで退行した。IQは妹より低く境界線程度、その後特殊学級に進むが、母は「口もきけぬバカ」と子どもの前で罵り施設収容を希望しつづけている。自宅で育てた妹に対してはむしろ甘やかしている程で虐待の事実はない。本児もひがんで親に敵対的である。

〔第7例〕

二卵性異性双生児の第2子。男。1歳1ヶ月。父母は内縁関係で、母は妊娠中。年子の兄がいる。中都市のアパートずまい。加害者の実父(41歳)は行商、作業員など転職をくりかえし経済的に貧困。先妻との間にも双生児(男)がいる。現在の妻と同棲し、男児出生のあと、年子で異性双生児が生まれ、「男の子はもういらぬ」、「同時に生まれた女兒より発育がおそい」などの理由で殴る、蹴る、刃物で顔面を傷つけるなどの虐待を加え、実母(26歳)も積極的にとめない。医師が全身衰弱、多発性骨折などを

発見し警察に届け出て両親は検挙された。本児は乳児院に、他の子どもも施設に保護された。

〔第8例〕

二卵性異性双生児の第1子と第2子。実父(37歳)は幼時両親に死別、東北の施設で育つ。実母(24歳)は関東出身。7人兄弟の第5子。ともに中卒、集団就職で上京。父親は転職をくりかえし、飯場で知りあった母親と同棲。生保受給中。双生児の上に4歳の姉がいる。父親が駅のホームから転落(自殺未遂か飲酒事故か不明)、入院中に双生児が生まれた。2人とも未熟児。当時母親は子育てが面倒でどこかに2人を作りたかったが、父親が反対するのでやむなく手許におくが、食事や衣類の世話を十分にせず、2人とも栄養不良、発育遅滞著明。4ヶ月のとき肌着を着せただけで紙袋に入れ、秋の雨の日に捨てた。双生児は栄養失調、肺炎のため入院。

父親は「母親が双生児をコインロッカーに入れて殺すのではないかと心配した」と告白。その後父親は4歳の姉を連れ出し、7日後デパートに捨子した。結局母方祖父が双生児を引取るが、告げた住所は虚構のもので2人は行方不明となる。母方伯母によると「どこかにやったらしい」という。

〔第9例〕

二卵性同性双生児。4歳1ヶ月。女。2人とも虐待された。父母不和で別居し、母が7歳の姉と双生児を引取った。母は情緒不安定になり、双生児のみを虐待し、近隣より通告、児相に保護された。第1子は先天性脳性まひで発育遅滞あり、第2子は知能正常だが、情緒面に多少問題があった。第1子は精神薄弱児施設、第2子は養護施設に収容。

家系的には母の妹が精神病で入院中。第1子はその後ずっと施設におり特に問題はない。第2子は7歳5ヶ月で母方親族に引取られるが、反抗的、乱暴をする、夜尿、盗癖などの理由で家族との対人関係がまづくなり、再び児相を経

て他の養護施設に移った。この家族は経済的には一応中流に属するが、家族の危機に際してのストレスのはげ口として双生児が被害者となり、知的に問題のない方の子どもにとりわけ性格面で影響を残したと思われる。

〔第10例〕

二卵性同性双生児。第1子のみ虐待、女。実父(61歳)病弱で無職。生保受給。実母は41歳。兄を連れて再婚、双生児が生まれる。父母とも双胎を喜ばず。母親が働いており生計困難という理由で第1子のみ生後すぐ乳児院に委託。

その後養護施設。その間父母はほとんど面会に訪れていない。8歳7ヶ月のとき引取られたが、本児は家族になつかず、何故兄弟のなかで自分のみ施設に入れたかと不満を抱く。母親も妹にくらべかわい気がなく、躰けが出来ていないと拒否。虐待行為。本児が家出、盗み、外泊をくりかえすようになると父母が体罰を加え、食事をぬいたりした。非行傾向がすすみ、子どもも施設入所を切望したため、教育、福祉関係者が協議して結局他の養護施設に入った。

〔第11例〕

一卵性の三つ子。1ヶ月。実父(24歳)は関東出身で転職をくりかえし、定職に就いたことがない。実母(22歳)は関西出身。ともに中卒。実母の家族には離婚、再婚をくりかえしたり、家庭の崩壊している人が多い。実母の両親も別居して紛争がたえなかった。実母は非行歴があり少年鑑別所に入ったことがある。また、十代に精神症状を示して短期間の入院歴がある(診断ははっきりせず、ヒステリーともいわれる)。

同棲して男児を生み、3年後に妊娠。経済困窮のため母親は妊娠を望まなかったが、父親がもう1人女の子が欲しいといったので中絶しなかった。妊娠末期に双胎らしいとわかり父母ともに不安になったが、出産時に三つ子とわかり母親はショックを受けた。3人とも未熟児で保育器に2週入ったが発育は順調であった。母親

は先にアパートに帰っていたが、子どもたちが帰宅してもミルクも与えず放置し、錯乱状態に陥り3人の首をしめて殺そうとするので、1ヶ月後母親は精神科に入院、3人は乳児院に送られた。

次に述べるのは双生児自体には問題なく、発育も順調であったが、自分が子どもを虐待するのではないかという不安のため来所した母親の例である。

〔第12例〕

二卵性同性双生児の女兒、1歳3ヶ月。双胎であることが出産直前までわからず、2人とも体重が少ないことにもショックを受けた。出産後2ヶ月間関西の実家にいたが埼玉の社宅に戻る際2人の育児は大変だといわれ、体重の多い姉を母方祖母に託した。生後9ヶ月で実母(25歳)の許に引取ったが、手許で育てた妹にくらべ性格や容貌がまるで異なり、母親にもなつかず育児にも困難を感じた。食事や排泄の躰けも妹にくらべてうまくゆかない。父親(28歳)が出張が多く育児を応援してくれないので、自分に似たところもなく苦労ばかりかける姉娘を見ると、「わが子ではないように感じ」憎らしくなり、つい体罰を加えたり、この子がいなければと空想してしまうという。そのうち子どもを虐待するのではないかという不安が強かった。一卵性と二卵性双生児の知識がないこと、知人や友人のいない新開地に1人での孤立感や、情緒面で幼なくひっこみ思案の性格も関係していると思われたので、祖母や父親に協力してもらい、母への精神療法を行ない、母子関係も次第に好転した。

次の例は双生児の母方家族と父方家族との紛争があり、母方祖母が双生児相談室に通信相談、その後来所した例である。

〔第13例〕

二卵性同性双生児の第2子、7歳、男児。母方祖母、母、第2子には面接しているが、父と第1子には面接していない。母方祖母によれば父方家族は中部の小都市の旧家だが迷信深く、双胎妊娠がわかると、「家系にそのような筋はない」といやり母を外出させず、自宅で出産させた。

双生児が明らかに二卵性であったことから「母方の遺伝」と非難し、母方実家で学令まで第2子を養育させた。その間も事ごとに差別待遇をしたという。学令になって父母の許に帰ると父方祖父と父親が第1子より身体的、精神的発育が劣るという理由で厳しく折かんし、周囲で見かねる程だという。第2子は学校でも落ち着かず、学業不振、盗みなどの問題行動を生じ、悪循環となって更に体罰を加えられたという。母方実家に夏休みに帰省した折父に内密に来所したが、未熟児で難産であったためか、第2子は身長、体重も平均より劣り、知能面でも軽度の遅滞があった。問題行動は反応的なものと思われたが、折かんの痕跡が何ヶ所も見られ、子どもは父方祖父母と双胎の兄へのはげしい敵意を示した。母親といろいろ話しあったが、遠隔地なので継続的に援助は出来なかった。

次に述べるのは小児科医馬場、村田、および増本、七種の報告した事例である。

〔第14例〕

卵性不明の双生児の第1子、3歳、男、中流階層に属し、4歳の姉がいる。加害者は実母(31歳)。

本児は在胎34週、第1子、出生時体重2100g、病院未熟室入院。41日目に退院。7ヶ月以後病院と接觸なし。

3歳まで流動食と少量の粥^{かゆ}を与えたのみで体重増加ほとんどなし。3歳1ヶ月意識障害、呼吸障害を訴え、近医の栄養失調と脱水症の診断で大学病院に入院。半昏睡状態。気管切開。

CTで軽度の脳萎縮像。入院中母親は冷淡で

あるばかりでなく、点滴筒の中にゴミを入れたり、鼻を強くかみ傷を負わせたり、夜泣くと暴力をふるったりした。

家にいた時には、父の実家にもこの子の存在を知らせず帰省にも伴わず、人前に出さなかった。乳児健診や予防注射にも連れてゆかなかったという。結局、この子は乳児院に収容されたが、いろいろの面で発達が著しく遅滞していた。

〔第15例〕

長崎県の事例で、一卵性双胎の女児2人とも死亡している。実父(30歳)は日雇、酒くせ悪いが、無口。実母(35歳)は多弁、ヒステリック。6歳の姉がおり、この子の世話は普通という。在胎29週、第1子1100g、第2子750g、それぞれ111日と118日未熟室入院。退院2ヶ月目に第1子嘔吐、意識障害で入院、3日目に死亡。剖検で広汎な右硬膜下出腫があった。9ヶ月後に第2子がるいそうと蜂窩織炎で第1回の入院をした。次いで4ヶ月後に栄養障害と骨髄炎を主訴として8ヶ月間入院、第3回の入院は1ヶ月後で大腿骨々折で2ヶ月入院。第4回目は2ヶ月後でついに死亡した。死亡時第1子は5ヶ月、第2子は2歳5ヶ月である。この間病院、福祉関係者は子どもを再発する虐待から防ごうとしたが、親の抵抗にあって施設収容ができなかったということである。

3. 考 察

未熟児室出身者に被虐待児が多く含まれやすいことは小児科関係者からの指摘がある。たとえば Klein, M. と Stern, L. は51例の被虐待児中未熟児は12例(23.5%)で、12例中9例は平均41.4日の入院を含めて周生期異常があり、その中の一部には虐待を受ける以前に発達遅滞があったと述べている。前述の馬場、七種らの報告でも未熟児室収容による出生直後からの母子分離や精神運動発達遅滞を問題として指摘している。

Lynch, M. A の虐待児と正常児各50人の比較

でも母の年齢が20歳以下、母に情緒障害がある、家族自身が病院の社会福祉部に委託されている、母が子どもを養育する能力に欠けているという母側の条件と共に、子どもが未熟児室出身者であるという条件を挙げ、被虐待児群ではこれらの条件を2つ以上持っているものが正常児群の7倍もあったと報告している。

Springthorpe, B. の報告でも、子ども側の条件の一つとして保育器収容を挙げている。Ryan, M. の被虐待児の資料でも母親の多くは妊娠中に問題があり、難産で新生児自身にも障害があったと述べている。

私たちの観察した、あるいは小児科医の報告した合計15例の事例をつぶさに検討すると、家族病理的な条件、たとえば経済的貧困、社会的孤立、家族の危機、父母の性格的問題などの問題の存在が認められることが多いが、同時に子どもの側の条件として、多胎と未熟児という条件が重なっていることが多い。(双胎の平均出生時体重は2450g)。私たちのかつて行なった未熟児の母親の面接結果では母親のマイナス・イメージと結びついた未熟児の出産により母親は精神的に不安定になりやすく、時には一過性の情動麻痺に近い状態にもなり、さらに母子分離の体験は母親の不安、疑惑、欲求不満を強め、子ども自身の弱さに対する罪悪感、挫折感を起しやすいたことが見出されている。

わが国の多胎出産の状況を見ると、双胎は分娩1,000につき約6.4程度の割合で生まれており、その84%は2人とも生産である。妊娠期間は単

生児より短かく、(10ヶ月、単生児95.5%に対し79.4%)、出生時体重も2,000g台が70%、全体の56.1%は未熟児であるといわれる。つまり、多胎児は複数ということだけでなく、その多くが早産であったり、出生時体重が2,500g以下であることから、一般に新生児期、乳児期の養育が大変である。とりわけ核家族が多く、母親のみが保育者である場合、養育について母親が負担するストレスが大きい。母親自身が育児に自信がなく性格的にも未成熟な場合、父親も幼稚で育児に非協力的であったり、出産後育児に疲労していたり、妊娠を恐怖する母親との性的不調和が生じた場合など、とくに両親の精神衛生状態は悪化し、育児忌避にとつながってゆく。

多胎に対しての特別な福祉的援助は現在存在しないから経済的な出費も大きく、このことも困難さを強める結果となる。^⑩ 多胎児の上ですでに兄や姉がいた場合、現代の効率的、功利的な育児観に支配されている両親の場合は、ある特別な性(男、あるいは女)の子はもはや不用な邪魔物ということにもなりかねない。多胎児の1人あるいは何人かが、早産、低出生体重児、周生期のさまざまな臨床症状を持っていた場合は未熟室収容となる。また、家族内の話しあいで、1人を母親の実家、親類、時には生計困難も伴って事例6、10のように乳児院、養護施設にあづけることが多い。このような場合には、もともと早期の母子関係の成立に障害があり、あづけた方の子に対して拒否的な態度をとりやすくなる。

(脚注) ⑩

赤ん坊はすべて厄介物だった。父親からは不機嫌な怒りで迎えられ母親からは絶望感で迎えられ、又口が一つふえることになるが一方ではすでにいるものにさえ食べるものが足りないのだ。(中略)。一度双生児を生んだ女がいたが、ひょうきんな人ならむしろ笑い話にするこの出来事を、産婦は母親から聞かされると、とたんにわっと泣き出してしまった。実ははっきりと母親は言った、『どうして食べさせるつもりなんだろうね。私はほとんどわからないよ』。するとまた産婆までが『いえ、なに神様がきつと引取って下さいますとも』と答えるのだった。小さな二人が並んで寝かされている姿をじつとながめている父親の表情、フィリップはそれを見逃さなかった。(中略)。いわば余計者として生れてきた二つの肉塊に対する激しい憎悪が集った家族全員の顔に感じとれた。もしここではっきり言っておかなければ、きつと何か事故が起るのでないかという気がした程であった。事実事故の起ることも決して珍しくなかった。たとえば寝ている母が「誤って」窒息させることもあれば、又食べるものの間違ひも必ずしも不注意の結果とも限らなかった。(サマセット・モーム、人間の絆、中野好夫訳、新潮社、昭和43年)。

あづけた子が保育者に対しての依存が強く、新しい環境に馴れにくい3歳、4歳頃に実家に戻された場合には、実母になつかず、また事例1, 6, 10のように精神的退行から排泄に関する問題を起こし、いよいよ悪循環となって体罰の理由を与える結果になる。

多胎児でかつ未熟児という条件に、さらに胎生期、周生期のさまざまな障害を伴う場合、また明らかな原因が不明の場合にも一部の子どもは身体的、精神的発達遅滞を呈する。合併症のない多胎児ではたとえ低出生体重であっても、幼児後期、学童期には正常発達範囲に入ってゆくが、一部の子どもはその後も精神発達遅滞や心身障害が残ることがある。何らかの発達遅滞があり、診断、治療、特殊な療育の必要のあるとき、多胎ということは両親にさらに重い負担を与える。

1人であれば子どもを連れて病院へ通ったり、療育施設に通園することが可能であっても、複数ではそれも出来にくい。母親が積極的に援助を求める場合はともかく、母親が絶望や疲労のため、一層放任、無視拒否ということになりやすい。

他の文化における場合と異なり、わが国の多胎児の処遇に一種独特の色彩を加えるのは多胎児に対する偏見、迷信、俗信のたぐいである。② 私たちの行なった1952年と1967年の双胎の調査では、一応差異が出て偏見、迷信は急速に減少しつつあるようにみえたが、それでも1967年にもなお畜生腹、性的素乱、悪い血統、早死に、欠陥児、心中の生れ変わり、2人で1人前、世間体が悪い、見世物扱いにされる、動物的、1種

のかたわなどの迷信や偏見が観察されている。

これらの偏見や恥、気がねの感情と職業、学歴などとは関係があり、偏見を強く感じているのは低所得の不熟練労働者(63%)、母の学歴が中卒以下(52%)で、之に対し俸給生活者は15%、母の学歴が高卒33%、大卒0%であった。この偏見という事実はマイナスの要因をさらに強める結果になると考えられる。

多胎児の虐待の場合、親の側の条件として、親が精神障害を持っていたり、経済的に困窮していたり、家庭が社会や地域から孤立していたり、家族に何らかの危機的状況 crisis が存在したりなどのことは、単胎の場合の条件と異ならない。

これらの点に注意するのは勿論であるが、そのほかに多胎児の持つさまざまな特殊な条件を考慮する必要がある。それらを認識して妊娠や産後の指導をすることが、虐待行為の予防につながるのではないと思われる。

たとえば、健康に育った多胎児の例でも、出産直前まで、あるいは出産時まで多胎とわからなかった例が1967年調査で50%以上あり、これらの例では両親の側に全く精神的、物質的準備が出来ていなかった。

母親が知的にも情緒面にもわが子の出生について十分準備され、多胎児、未熟児の養育についても専門家によるきめこまかい指導がなされ、家族の協力、地域社会の援助といった体制がしっかり出来上っていれば、前述のような被虐待児の事例ははるかに減少すると思われる。排卵誘発剤の使用による多胎児出生の可能性のふえている現在、多胎児、未熟児を養育する母親の心

〔脚注〕②

国民を挙げて祝福されたようにみえる五つ子の父親山下頼充氏は、「五つ子—その誕生と成長の記録」の中で、次のように書いている。「わが国では古来多胎児を忌み嫌うと聞いているが、妻がいやな思いをするのではなかろうか…」(109頁)、「それでもいざ生まれてくると動揺するのではないかと思ひ、『われわれの場合は排卵誘発剤が原因なのだから世間の人々が何といおうと気にするなよ』とだけ伝えておいた」(110頁)。

カナダの五つ子、アメリカの四つ子の例のような悲惨な例は例外的なものとしても、愛らしく健康に正常に育てば多胎は母親の大手柄になるが、そうでない場合、あるいはそうでないと思ひこんだ場合には、多胎は2倍、3倍の重圧となり、ふだんは意識下に抑えられていたさまざまな不合理な迷信的な退行的な考えが浮び上って、母親を混乱におとし入れることも多いのではないと思われる。

性や母子関係について更に理解を深める必要が
あろう。

4. おわりに

児童精神衛生の臨床や研究を通して接触した
被虐待多胎児の事例について述べ、その母子関
係の特徴、なぜ虐待行為に至るかの心理的生理
的機制や社会的、文化的要因などについて考察
した。これらの児童や母子関係についての理解
は、一般の児童虐待について、その予防や治療
対策を樹立する上にも役立つのではないかと考
えられる。

参考文献

- (1) 池田由子, 成田年重, 被虐待児の研究, 第1
報, 事例を通してみた処遇上の問題点について,
精神衛生研究, 26号, 1979.
- (2) 池田由子, さまざまな文化における双生児に
対する態度について, 精神医学, 13巻2号, 1971.
- (3) 池田由子, 成田年重, 中川幸, 村手保子ほか
6名, 双生児の母親の精神衛生的問題について,
精神衛生研究, 19号, 1971.
- (4) 池田由子, 児童虐待, 金剛出報, 1979.
- (5) 池田由子, 虐待された子, 児童精神衛生相談
の実際, 医学書院, 1977.
- (6) 池田由子, 朝山たかね, 須藤憲太郎, 今井亮
子ほか2名, 未熟児の母親の面接結果について,
精神衛生研究, 23号, 1976.
- (7) 馬場一雄, 村田省, 未熟児室出身者で被虐待
児症候群と思われた1例, 厚生省, 小児慢性疾
患(臓器系)に関する研究, 研究報告書, 1982.
- (8) 増本義, 七種啓行, 未熟児室出身者での被虐
待児症候群, 厚生省小児慢性疾患(臓器系)に関
する研究, 研究報告書, 1981.
- (9) 山下頼充ほか, 五つ子—その誕生と成長の記
録, 日本放送出版会, 1979.
- (10) 小児看護, 被虐待児症候群特集, No. 6, 1983.
へるす出版, (印刷中)
- (11) サマセット・モーム, 中野好夫訳, 人間の絆,
新潮社, 1973.
- (12) Grumet, B, the plaintive plaintiffs, In
Katz, S, (eds), The youngest Minority. The
American Bar Association, 1974.
- (13) IKEDA, Y, A short Introduction to Child
Abuse in Japan, Internat. Journal of Child
Abuse and Neglect, No. 3, Vol. 6, 1982.
- (14) Klein, M, Stern, L, Low Birth Weight and
Battered Child Syndrome, A. J. of Dis Child.
122, 1971.

中学生の精神衛生に関する研究

第二報 質問紙表による調査

池田由子・上林靖子・西川祐一・河野洋二郎・今田芳枝
田中千穂子・中川 幸・森岡 恵・須賀芳枝・平田雅子
児童精神衛生部

矢花美美子・内藤静子・林 行雄・山本紀久子
花クリニック

橋本泰子
横浜市大病院精神科

大森淑子
日本大学医学部精神科

A Mental Health Study of Junior High School Students in Japan

Part II Mental Health Questionnaire Study

Y. Ikeda • Y. Kanbayashi • Y. Nishikawa • Y. Kohno • Y. Imada
C. Tanaka • Y. Nakagawa • M. Morioka • Y. Suga • M. Hirata
Div. of Child Mental Health

F. Yabana • S. Naito • Y. Hayashi • K. Yamamoto
Hana Clinic

Y. Hashimoto
Yokohama City Univ. Hospital

Y. Ohmori
Nihon Univ. Hospital

Summary

We have investigated the mental health of 456 first grade students (268 boys, 188 girls) in two Japanese junior high schools. One is a public school (275 adolescents; 156 boys, 119 girls) in Chiba prefecture and the other a private school (181 adolescents; 112 boys, 69 girls) in Kanagawa prefecture. This paper presents some interesting results of the questionnaire survey, as follows. More boys than girls were attending private after-class schools for additional training in preparation for high-school and college entrance exams. But more girls than boys

were taking private lessons after school in such things as singing, musical instruments and calligraphy. More private school students wish to go to college. Most of the students respect their parents. More girls than boys had thought of running away from home and committing suicide.

Key words: *junior high school student, adolescents, mental health*

要 旨

中学生の精神的健康状態を理解するため、千葉県下の一公立中学一年生275人（男子156人、女子119人）と、神奈川県下の一私立中学一年生181人（男子112人、女子69人）合計456人（男子268人、女子188人）に対して精神衛生に関する質問紙法および種々の心理テストによる調査をおこなった。今回は質問紙による調査結果について、両校を比較検討しその相違点などについて

て報告する。その結果、教科の好き嫌いは各人各様で特徴はなかった。塾に行っているものは両校とも男子に多く、けいこ事を習っているものは女子に多かった。大学進学希望者は男女とも神奈川県下の私立中学のほうが多い。尊敬する人は両親との答えが両校とも一番多く、家出したいとか死にたいと思うことがあるものは女子のほうが多かった。

1. はじめに

近年青少年が社会適応上さまざまな問題を起こすことが多く彼らの精神衛生に関する関心が高まりつつある。なかでも、中学生の時期は肉体的にも精神的にも大きな変化のあらわれる時であり、そのため多くの問題を内在している。その中学生達の精神的健康状態を理解するためにいくつかの調査をおこなったのでここに発表する。

2. 対象および方法

対象は、中学1年生456人（男子268人、女子188人）に対しておこなった。そのうちわけは、千葉県下の一公立中学校(A)男子156人、女子119人と、宗教系で大学まで進学できる神奈川県下の一私立中学校(B)男子112人、女子69人に対して、昭和54年10月に施行した。

方法は、我々の作成した質問紙表により、中学生の意識について調査した。調査表は、「中学生の精神衛生に関する研究、第一報、質問紙表による調査」にすでに発表した。

3. 結 果

好きな科目は何かという質問では（表1、図

1）男子はAで社会・数学・英語・理科をあげるものが多く、Bでは体育・数学・理科・英語をあげるものが多い。この両者の科目間の分布には差が認められた（ $P < 0.005$ ）。女子ではAで音楽・国語・体育をあげたものが多く、Bでは英語が多い。この両者の科目間の分布にも差が認められた（ $P < 0.005$ ）。またAの男女、Bの男女の科目間の分布にも違いがある（ $P < 0.005$, $P < 0.005$ ）。

嫌いな科目は何かという質問で（表2、図2）男子のAB、女子のABともに科目間の分布に同傾向はない（ $P < 0.005$, $P < 0.005$ ）。多い順にならべてみると男子はAで国語・美術・数学となり、Bは理科・社会・その他となる。女子はAで理科・数学・社会となり、Bでは社会・理科・数学の順となる。Aの男女、Bの男女の科目間の分布にも差が認められる（ $P < 0.005$, $P < 0.005$ ）。Bの「その他」とはほとんどが宗教的な時間を指している。

塾やけいこ事に行っているかという質問で（表3、図3）、塾に行っているものは、男子がAで51.3%、Bで44.6%と両校とも約半数のものが通っているのに対し、女子ではAが36.2%、B

が36.2%と両校とも約3割5分のもが通っているだけで男子より少ない ($P < 0.005$). けいこ事を習っているものは、男子がAで18.0%, Bで14.3%と両校に差はなく、女子はAで44.5%, Bで62.3%と両校とも約半数のもが習っており、男女間で明らかな差がある ($P < 0.005$). 家庭教師についているものはAの男子に1人, Bは男子3人, 女子2人と答えている。

一週間のうち塾に何回行っているかという質問では、男子のAで、2回52.5%が一番多く次いで1回27.5%, 3回13.7%の順になっている。Bでは2回36.0%と、3回36.0%が同じ率で一番多く次に1回20.0%の順になっており、男子のBはAより塾に行っている回数が多い ($P < 0.0025$). 女子ではAで1回41.9%, 2回32.5%の順となるがBでは2回60.0%, 3回24.0%の順となっている。しかし、女子のAとBでは差は認められなかった。全体的にみると週に2回塾に行っているものが一番多い。

1回の塾の時間はどのくらいかを調べてみると男子においてAでは2時間～3時間未満56.2%が一番多く次が1時間～2時間未満32.5%となりBで2時間～3時間未満70.0%次いで1時間～2時間未満18.0%となっている。女子ではAで2時間～3時間未満65.1%, 次いで1時間～2時間未満23.3%でありBでも2時間～3時間未満44.0%, 1時間～2時間未満32.0%である。両校・男女とも1回の塾の時間は2時間～3時間未満のもが一番多い。

1週間のうちけいこ事は何回習っているか(表6, 図6)という質問では男子Aで1回53.6%, 3回25.0%の順でBは1回81.3%, 2回12.5%となり、女子はAで1回60.4%, 2回18.9%となりBは1回76.7%, 2回9.3%となっている。男女、両校とも1回のもが圧倒的に多い。

1回のけいこ事には何時間を用するのか(表7, 図7)を調べてみると、男子Aは1時間～2時間未満60.7%, 1時間未満17.9%の順となっているがBでは、1時間未満・1時間～2時間未満・2時間～3時間未満・3時間以上の各時

間配分がすべて25.0%となっており、この両校の間には明らかな差が認められた ($P < 0.05$). 女子はAで1時間～2時間未満64.1%次いで1時間未満18.9%となり、Bは1時間～2時間未満、60.5%次が2時間～3時間未満18.6%となっているが差は認められなかった。全体的にみると1時間～2時間未満のもが一番多勢いた。

どんなけいこ事を習っているか(表8)という質問で一番多い答えは、A・Bともに女子の楽器・声楽である ($P < 0.005$, $P < 0.025$). 次に多いのは習字とソロバンであるがAのほうがBより多くのもが習っている ($P < 0.005$).

将来のコース(大学・短大・高校・職業専門学校に進学するか、中学卒業後就職するか家事手伝いをするのか)についての質問では(表9, 図8), 両校、男女とも大学進学希望者が一番多い ($P < 0.005$). その中で男子のAは42.3%, Bは71.4%でありBのほうが明らかに多くの進学希望者がいる ($P < 0.005$). しかし女子ではAが35.3%で、Bが49.2%いるが両者に差は認められなかった。中学卒業後就職希望のものはAの男子に1人いるだけで中学卒業後家事手伝い希望者は1人もいない。まだわからない(未定)と答えたものは、Aに約3割、Bに約2割いるが両者に差は認められなかった。しかし、男子だけではAのほうがBより多いことが認められた ($P < 0.05$).

尊敬する人物は誰かという質問では、現在生きている人と歴史上の人物に分けて調査した。現在生きている人では(表10, 図9), 両校・男女とも家族(ほとんど父か母または両親)と答えたものが一番多かった。そのなかで、AB, 両校とも女子のほうが男子より多くのもが家族を尊敬していると答えており ($P < 0.005$, $P < 0.01$), また男女ともAのほうがBより家族と答えたものが多かった ($P < 0.005$, $P < 0.01$). 尊敬する人がいないと答えたものは男子に約3割5分、女子に約2割いる。歴史上の人物では(表11, 図10)多勢の歴史上の偉人名があがっ

たが特に人気のある人物名はなく、両校・男女ともに同傾向はなかった。

家出してどこかへ行ってしまうと思うことがあるかという質問では(表12, 図11), ある(時々ある, 稀にあるも含めて)と答えたものは男子のAで26.5%, Bで37.5%いるが両校に差はなく, 女子もAで46.2%, Bで36.2%いるが両校に差はない。しかし, Aでは, 男子より女子のほうが多い ($P < 0.05$) がBでは男女差はなかった。

死んでしまいたいと思うことがあるかという質問では(表13, 図12), ある(時々ある, 稀にあるも含めて)と答えた人は, 男子のAに14.1%おりBに20.5%いるが両校に差はなく, 女子のAには25.2%いて, Bに24.6%いるが両校に差はない。しかし, Aの女子は男子より多くのもので死んでしまいたいと思ったことがあると答えている ($P < 0.025$) が, Bでは男女に差がない。全体の性差をみると, 男子より女子のほうが希死願望をいだくものが多かった ($P < 0.01$)。

4. 考 察

調査の結果から, 好きな科目は, 男子は数学・英語・理科をあげるものが多かったが, 女子には両校に共通性が認められなかった。嫌いな科目についても男女ともやはり一定の方向性は認められなかった。人気のある教科, 大多数のものが好きになる教科というものがなく, 各人の顔や性格が違ふようにそれぞれに好みが違うということを表わしているように思える。しかしこの年令では教える教師の人間性なども大きく生徒に影響すると考えられるので, 性的な差異の影響ばかりには帰せられないだろう。

塾に行っているものは両校とも男子が多く半数近くのものを通っているが, 女子の場合は全体の3分の1程度のものを通っているにすぎない。一週間のうち2回塾に行っているものが一番多かったがBの方が高い傾向にあり, 塾の時間は2時間~3時間未満のものが圧倒的に多かった。従って塾に行っているものは一週間の

うち4時間~6時間程度, 塾に費やされていることになる。けいこ事を習っているものは男子で2割に満たないが, 女子では約半数のものが習っている。回数は1週間のうち1回が多く, 時間は1時間~2時間程を費やしている。けいこ事も伝統的なお茶とかお花よりもいろいろなマスメディアを媒介とした歌手やニュー・ミュージックの影響なのか, 楽器や音楽が圧倒的に多いのは興味あることである。またAのほうに習字やソロバンのような昔ながらのけいこ事が残っているのは, 地域性もあるが, 公立と私立の違いなのだろうか。以上の結果により興味あることは塾とけいこ事で男女がまったく逆の傾向があらわれた。男子のほうが進学を意識してか学校以外でも勉強を必要と考えているようにみうけられる。その点女子にけいこ事を習っているものが多いのは花嫁修業のひとつとも考えられないことはないが男子ほど勉強一辺倒でなく勉強以外のものにも興味を持つという進路選択の幅の広さとも考えられる。

将来のコースでは, Bが大学までである関係もあり, Bのほうが進学希望者が多い。

現在生きている人のなかで尊敬する人は両親と答えたものが一番多く, 女子にその傾向がとりわけ高く, 地域的にはAの方が高い。尊敬する人が自分の肉親にいるということは親子関係という点では, よいことであろうが, 反面, 精神的視野の狭さをうかがわせる。歴史上の人物では, 情報量の多い今日において多種多様な人名があがることは否めず, 生きている人と比較して興味ある結果である。しかも尊敬する人がいなかったり, 無答のものが多いのは, 自分の人生に対し疑問を持つことなく, ただ目前の進学など身近なことだけを考えて毎日を送らざるをえないのではないだろうかというようにも考えられる。

家出したいと思っているものは全体で3割位いるが, 女子のほうはその傾向が多い。中学生や高校生の家出は女子のほうが多いという調査もあり, その結果とも一致する。

死にたいと思うことがあると答えたものは男子に2割弱、女子に2割5分位おり女子のほうが多かった。これは同じ頃、昭和54年に「青少年の自殺問題に関する懇話会」において発表された中学生の調査で、自殺したいと思ったことがあると答えたものは、男子24%、女子23%であったという結果と比べると男子が少なくでている。しかし自殺既遂者は男子に多いが wrist cutting など自殺未遂者は女子のほうが多いという我々の臨床的知見にくらべると、同じ傾向であった。

5. おわりに

今回は、現代の中学生の精神健康状態を理解するために、我々の作成した中学生の精神衛生に関する調査表により神奈川県下の一私立中学校と千葉県下の一公立中学校の1年生を対象と

する調査結果について発表した。なお、SCT による調査結果は、第三報に発表している。YG テスト、集団ロールシャハ・テスト、HTP などについては紙数の関係上後日報告する予定である。

最後にこの調査に御協力下さった神奈川県と千葉県の二つの中学の先生と生徒の皆さまがたに感謝いたします。

参考文献

- 1) 池田由子ほか：中学生の精神衛生に関する研究 第一報 質問紙表による調査, 精神衛生研究, No. 28, 25~38, 1981.
- 2) 池田由子ほか：自殺未遂青少年の臨床的研究, 精神衛生研究, No. 29, 1979
- 3) 平井信義：思春期の精神発達, 母子保健情報, No. 6, 12~16, 1983.

表1. 好きな科目 (実数; 複数回答者あり)

	A		B		計
	男	女	男	女	
国語	12	35	6	4	57
数学	61	18	50	25	154
英語	57	28	35	30	150
理科	45	15	42	17	119
社会	64	29	7	5	105
体育	34	35	64	20	153
美術	11	8	8	10	37
音楽	11	49	5	17	82
技術・家庭	10	18	3	7	38
道徳	0	0	0	0	0
その他	0	0	1	3	4
N. A.	0	0	3	0	3
計	305	235	224	138	902

表2. 嫌いな科目 (実数: 複数回答者あり)

	A		B		計
	男	女	男	女	
国語	89	23	21	12	145
数学	33	43	20	23	119
英語	19	22	17	6	64
理科	22	46	57	28	153
社会	24	37	40	47	148
体育	10	11	3	1	25
美術	40	22	2	3	67
音楽	20	1	22	2	45
技術・家庭	17	9	2	2	30
道徳	0	0	0	0	0
その他	0	0	35	14	49
N. A.	0	0	5	0	5
計	274	214	224	138	850

表3. 塾・けいこ事 (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
塾・けいこ事両方	16	27	11	15	69
塾 だけ	64	16	39	10	129
けいこ事だけ	12	26	5	28	71
どちらともいってない	61	50	54	14	179
家庭教師	1	0	3	2	6
N. A.	2	0	0	0	2
計	156	119	112	69	456

表6. けいこ事の回数 (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
1 回	15	32	13	32	92
2 回	3	7	2	4	16
3 回	7	10	1	2	20
4 回	0	0	0	1	1
月に2回	1	0	0	0	1
N. A.	2	4	0	3	9
計	28	53	16	43	140

表4. 塾の回数 (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
1 回	22	18	10	3	53
2 回	42	14	18	15	89
3 回	11	8	18	6	43
4 回	2	2	4	1	9
5 回	2	1	0	0	3
N. A.	1	0	0	0	1
計	80	43	50	25	198

表7. けいこ事の時間 (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
1 時間未満	5	10	4	4	23
1時間~2時間未満	17	34	4	26	81
2時間~3時間未満	3	7	4	8	22
3 時間以上	1	0	4	1	6
N. A.	2	2	0	4	8
計	28	53	16	43	140

表5. 塾の時間 (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
1 時間未満	0	1	0	1	2
1時間~2時間未満	26	10	9	8	53
2時間~3時間未満	45	28	35	11	119
3 時間以上	7	3	6	5	21
N. A.	2	1	0	0	3
計	80	43	50	25	198

表8. けいこ事の種類

(実数: 複数回答者あり)

	A		B		計
	男	女	男	女	
スポーツ	4	0	6	0	10
習字	8	17	4	7	36
ソロバン	8	13	0	3	24
楽器・声楽	4	29	4	26	63
お茶・お花	0	2	0	4	6
バレエ・踊り	0	1	1	2	4
劇団	0	1	0	0	1
絵画	1	0	1	1	3
その他	1	0	2	3	6
N. A.	2	1	0	0	3
計	28	64	18	46	156

表9. 将来のコース (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
大 学	66	42	80	34	222
短 大	4	14	0	7	25
高 校	27	17	4	4	52
職業専門学校	6	10	2	4	22
中卒後就職	1	0	0	0	1
中卒後家事手伝い	0	0	0	0	0
未 定	52	36	25	18	131
そ の 他	0	0	1	1	2
N. A.	0	0	0	1	1
計	156	119	112	69	456

表11. 尊敬する人物 (歴史上の人物)

(実数：複数回答者あり)

	A		B		計
	男	女	男	女	
政 治 家	25	15	13	8	61
科 学 者	14	5	4	2	25
社会事業家	7	16	7	16	46
芸 術 家	7	8	4	6	25
軍人・武将	21	4	5	2	32
そ の 他	7	7	7	7	28
わからない	0	1	1	0	2
な し	63	41	60	18	182
N. A.	12	24	38	26	100
計	156	121	139	85	501

表10. 尊敬する人物 (生きている人)

(実数：複数回答者あり)

	A		B		計
	男	女	男	女	
家 族	66	73	31	32	202
教師(含塾)	2	4	4	5	15
友 達	3	2	0	2	7
プロ・スポーツ選手	13	1	7	3	24
作 家	3	1	0	1	5
タレント	4	2	6	0	12
そ の 他	3	2	7	1	13
わからない	1	1	0	0	2
な し	59	29	47	17	152
N. A.	8	6	31	18	63
計	162	121	133	79	495

表12. 家出したい (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
あ る	8	14	9	6	37
時々ある	12	15	23	15	65
まれにある	21	26	10	4	61
な い	112	64	70	44	290
わからない	0	0	0	0	0
N. A.	3	0	0	0	3
計	156	119	112	69	456

表13. 死にたい (実数)

	A		B		計
	男	女	男	女	
あ る	4	14	6	5	29
時々ある	4	3	11	5	23
まれにある	14	13	6	7	40
な い	134	89	89	52	364
わからない	0	0	0	0	0
N. A.	0	0	0	0	0
計	156	119	112	69	456

図1. 好きな科目 (%)

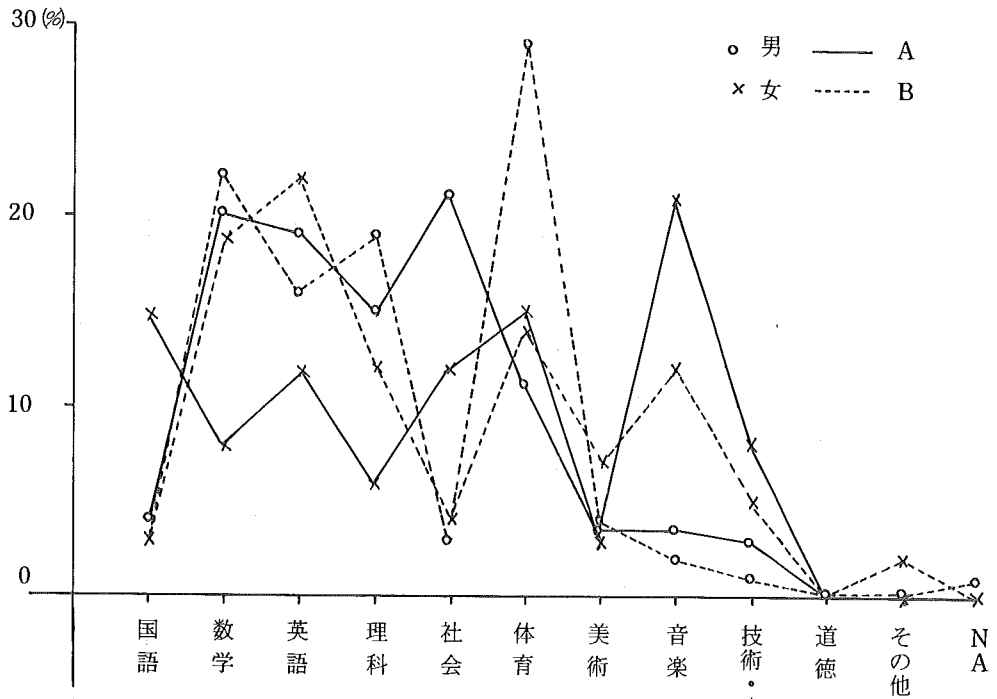


図2. 嫌いな科目 (%)

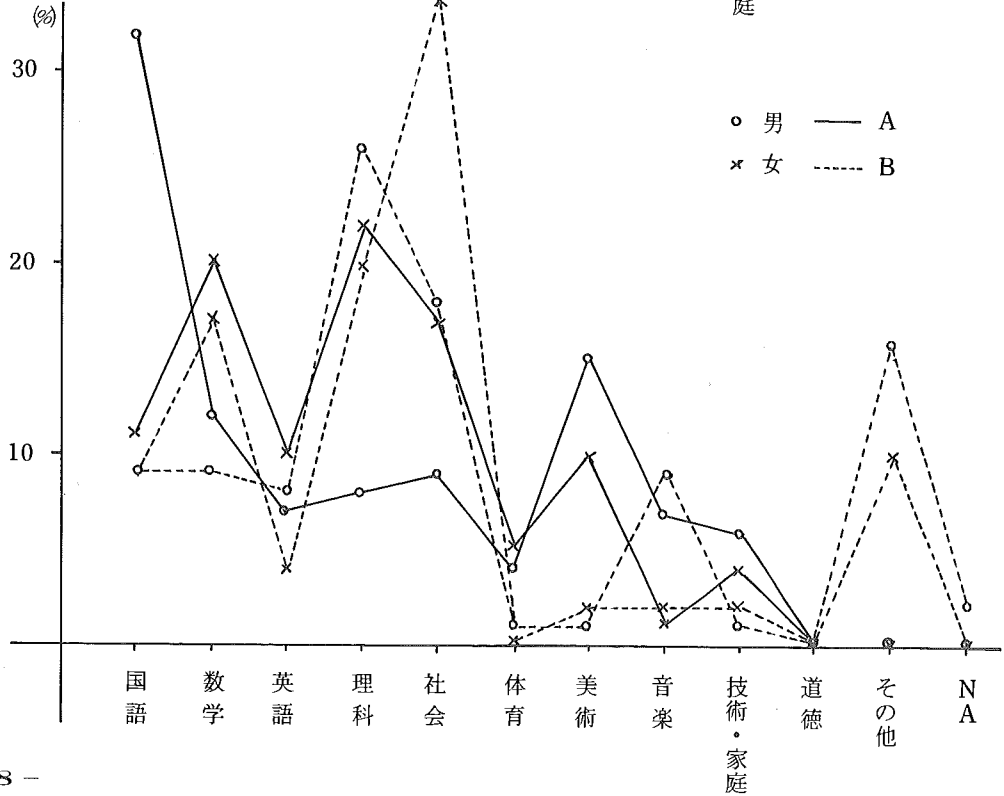


図 3. 塾, けいこ事 (%)

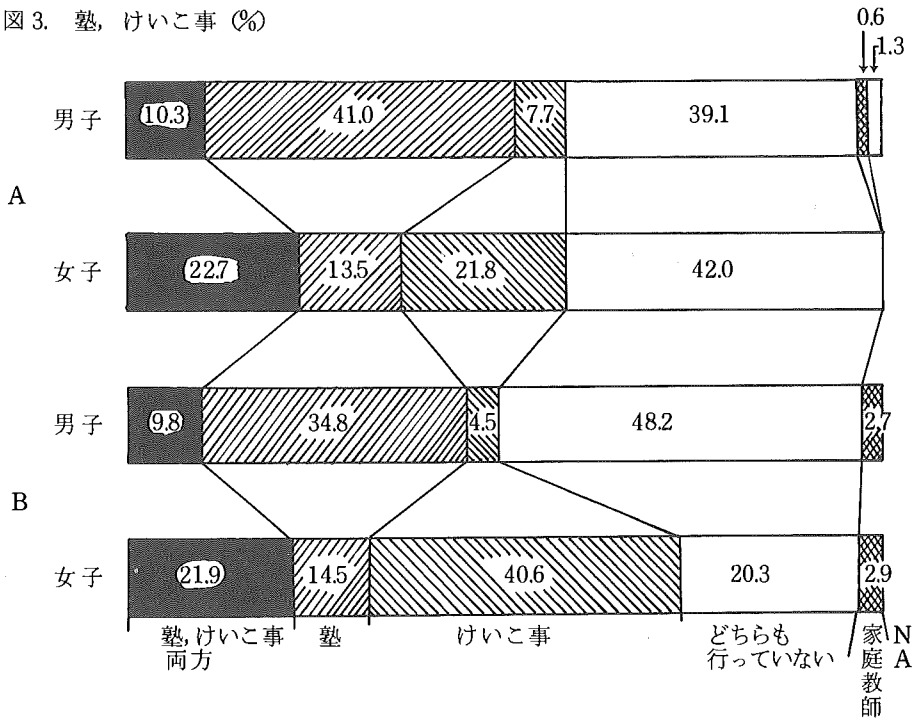


図 4. 塾の回数 (%)

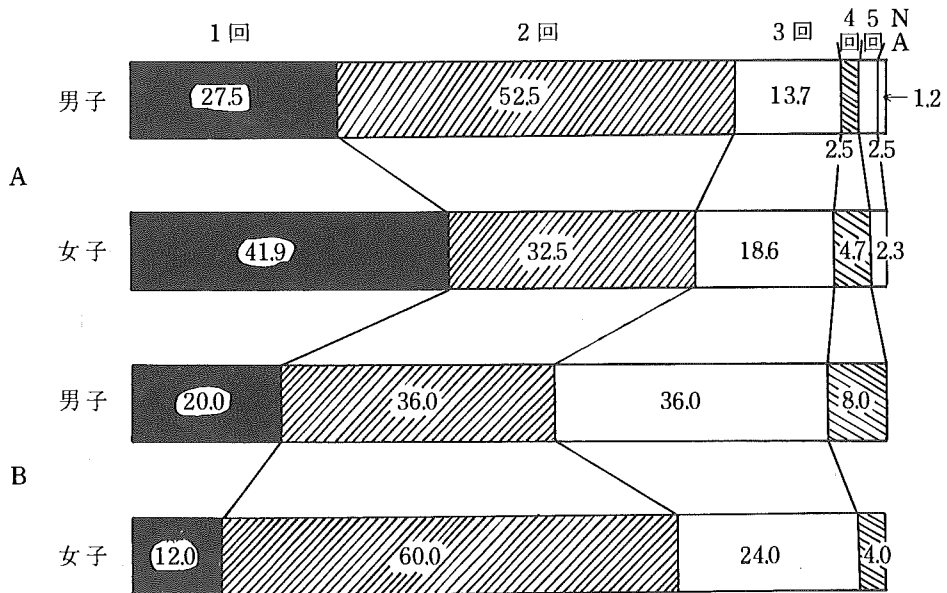


図 5. 塾の時間 (%)

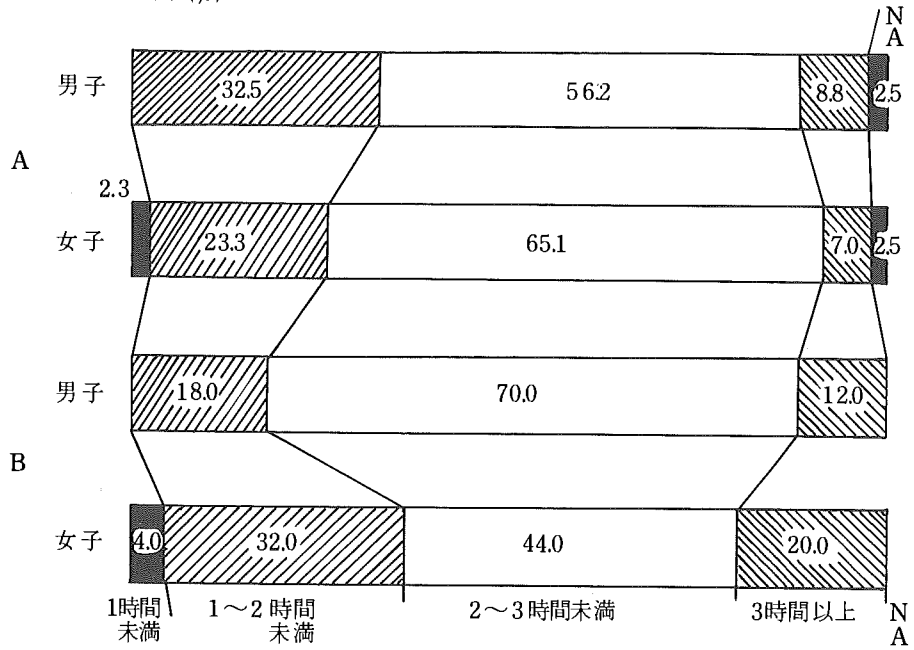


図 6. けいこ事の回数 (%)

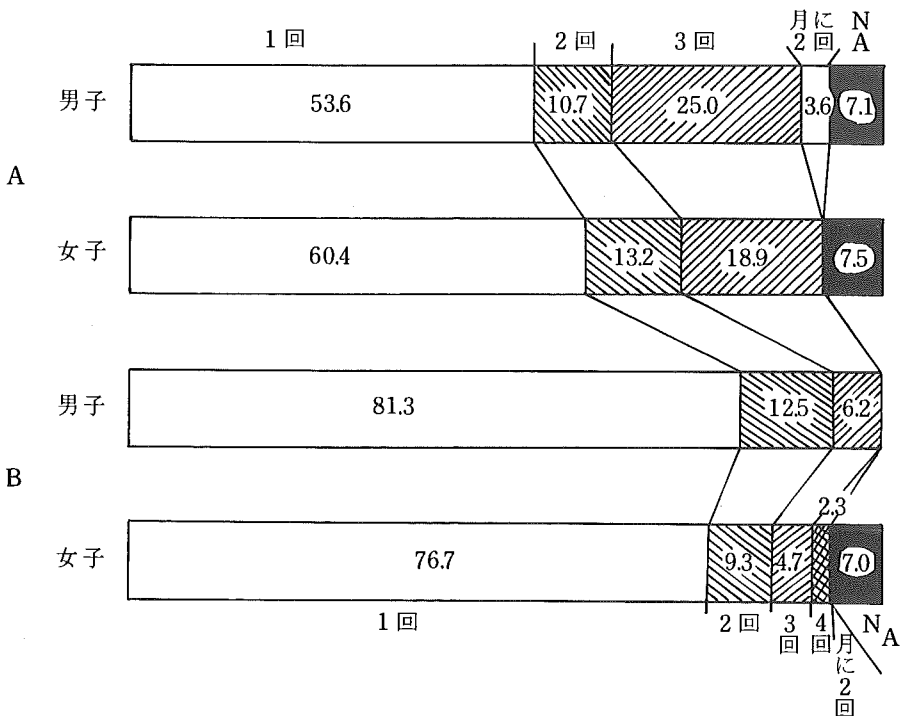


図7. けいこ事の時間 (%)

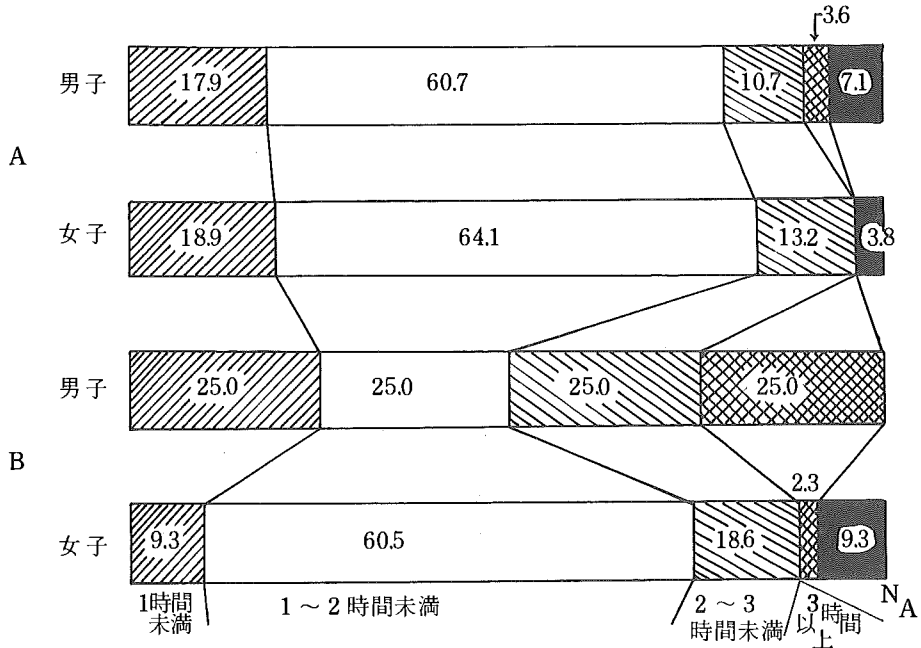


図8. 将来のコース (%)

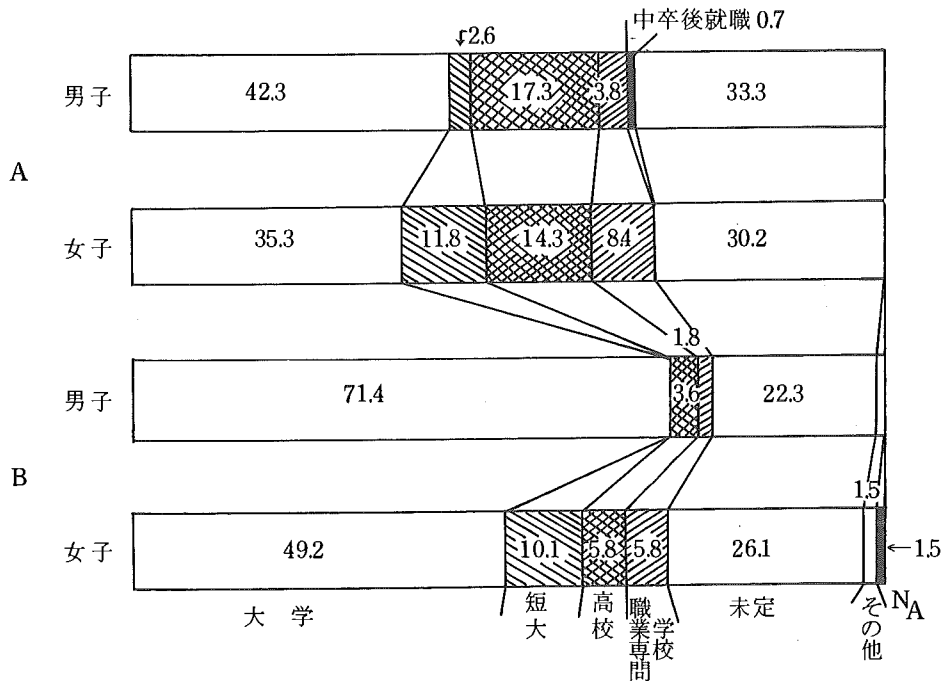


図9. 尊敬する人物(生きている人)

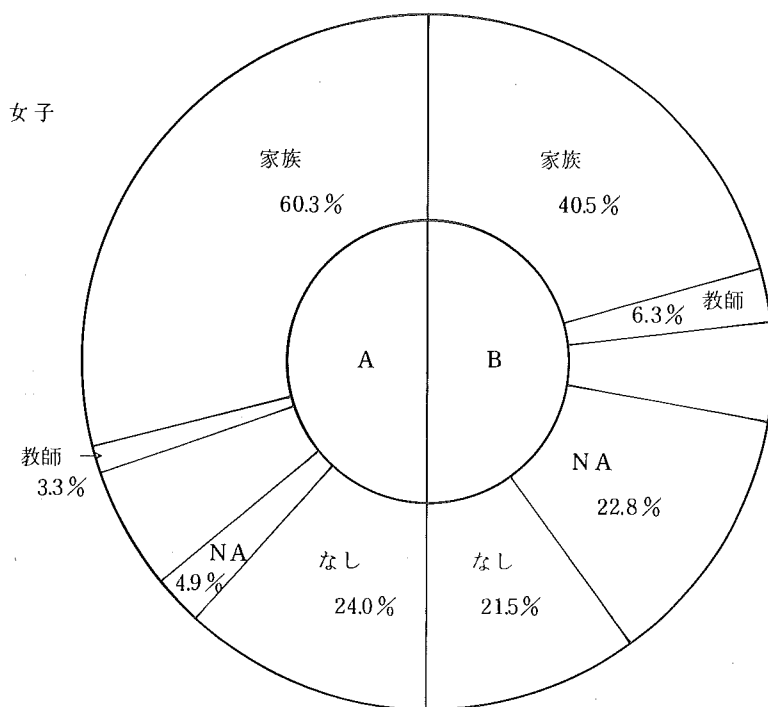
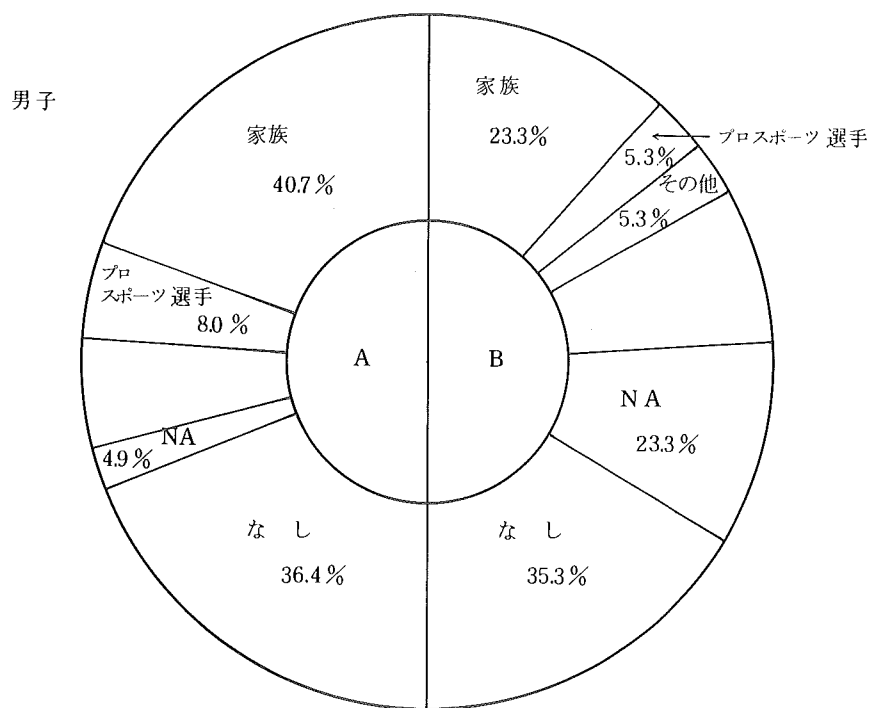


図 10. 尊敬する人物 (歴史上の人物)

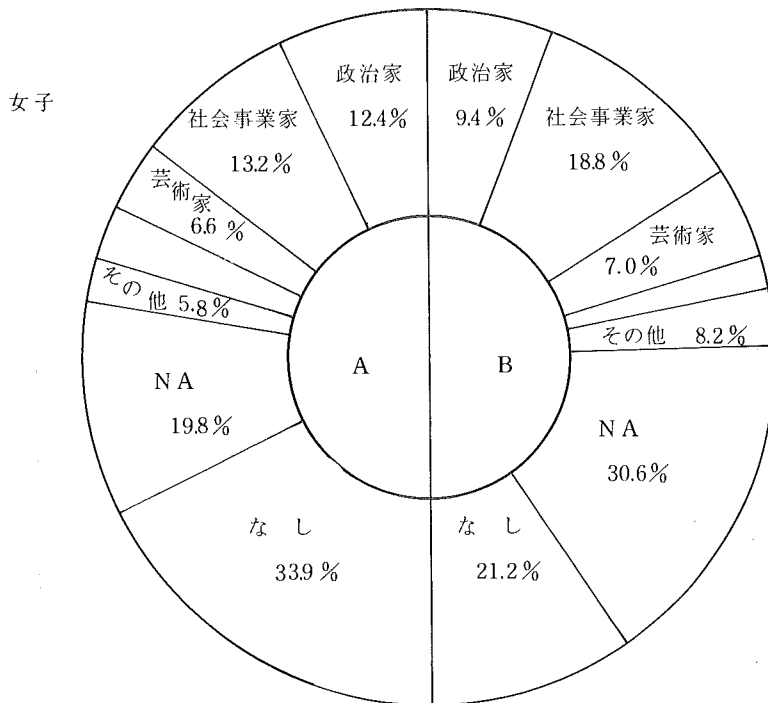
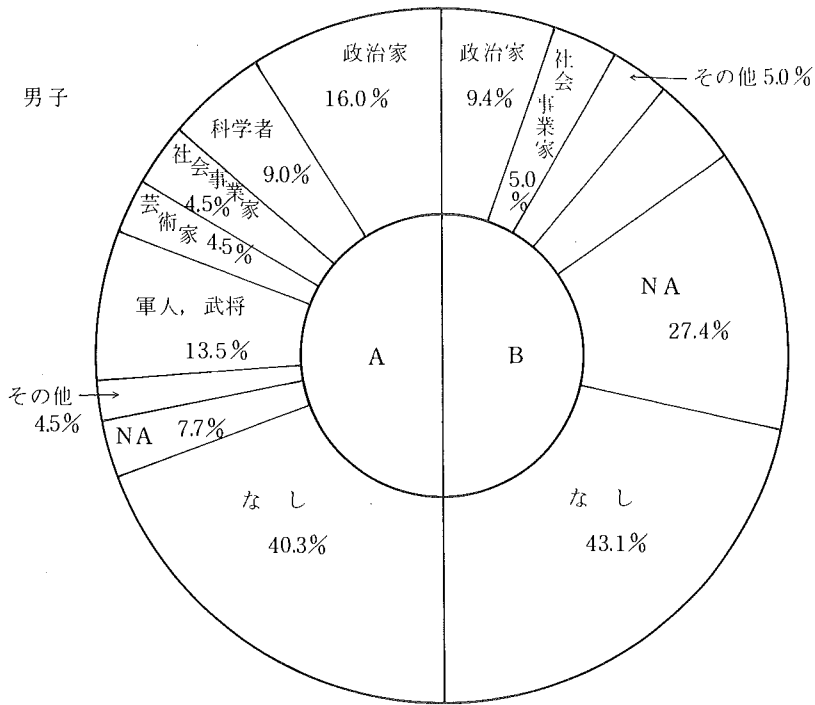


図 11. 家出したい (%)

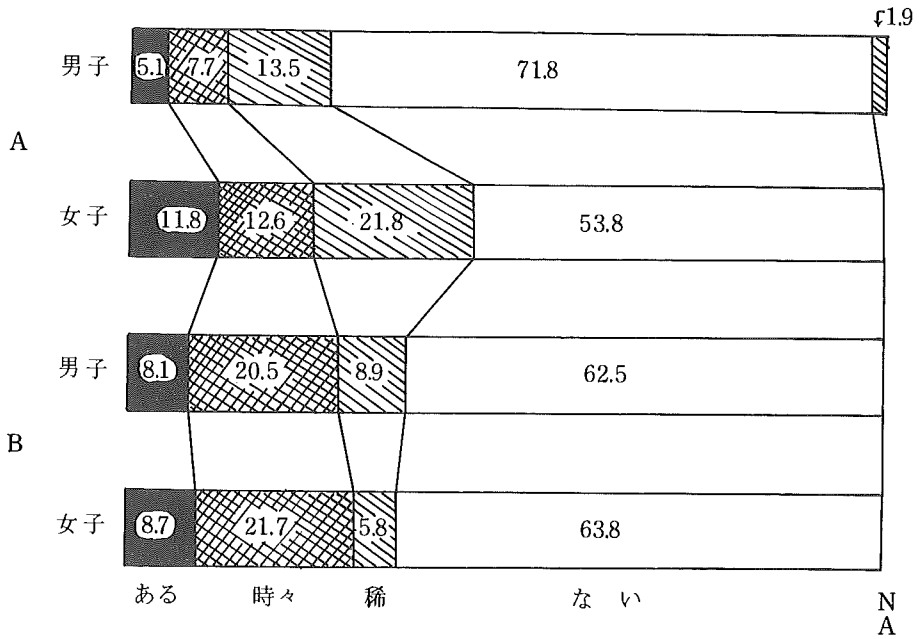
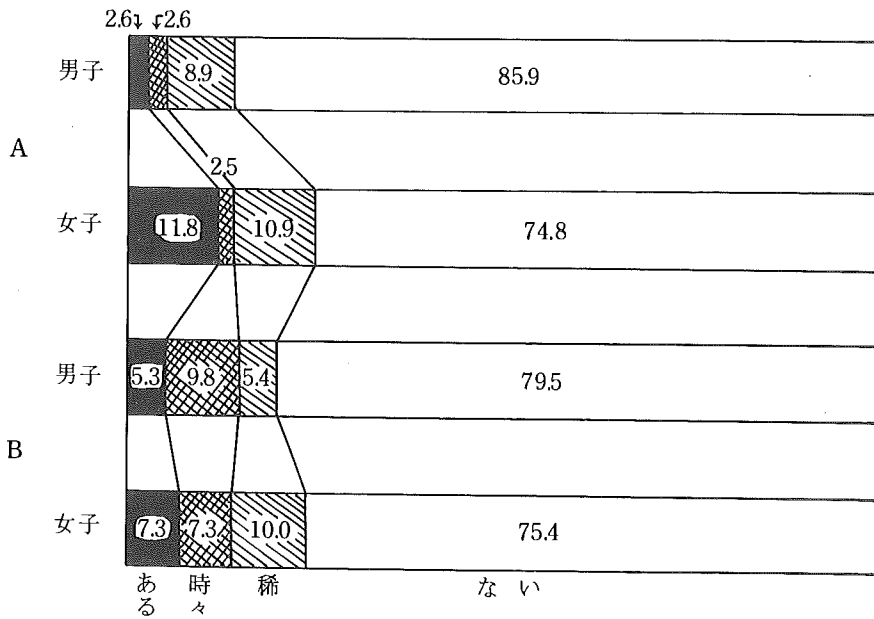


図 12. 死にたい (%)



中学生の精神衛生に関する研究

第三報 文章完成法テスト

池田由子・河野洋二郎・西川祐一・上林靖子・今田芳枝
田中千穂子・中川 幸・森岡 恵・須賀芳枝・平田雅子
児童精神衛生部

佐藤至子
国立国府台病院

A Mental Health Study of Junior High School Students in Japan

Part III The Content Analysis of SCT

Yoshiko Ikeda · Yohjiro Kohno · Yuichi Nishikawa · Yasuko Kanbayashi

Yoshie Imada · Chihoko Tanaka · Yuki Nakagawa · Megumi Morioka

Yoshie Suga · Masako Hirata
Division of Child Mental Health

Yoshiko Satoh
Kohnodai National Hospital

Summary

Our team has given various psychological tests to 497 students of a public junior high school in Chiba prefecture. The followings are the results of a content analysis of a SCT (Sentence Completion Test).

- 1) About 50% of a subjects showed very affectionate attitudes toward their parents. But the second-grade students tended to be more aloof from their fathers than the first-graders. Most students had close feelings toward their friends, but they were indifferent toward their teachers.
- 2) Many students disliked their studies and concerning school achievement, they tended to feel inferior toward their classmates.
- 3) About 43% of the subjects showed antagonistic and critical attitudes toward adults.
- 4) The main concerns of the first-grade students were personal belongings, such as radio-controlled cars, electric guitars, etc. However, the second-grade students were apt to be concerned with internal matters, such as their intellectual abilities, personalities, physical appearance, etc.

Key words: *junior high school student, mental health, SCT*

要 旨

中学生の精神的健康状態を調査するために千葉県下の一公立中学校の生徒497名を対象に文章完成法テスト(SCT)を施行した。SCTの反応を分析したところ次のような結果を得た。

1) 家族・友人に対しては肯定的であるが、教師に対しては肯定的反応と否定的反応がほぼ同数であった。また、教師に対しては年令とともに拒否的な傾向が強まった。

父親に対しては母親と比較して疎遠であり、

はじめに

われわれは、現在の中学生の精神的健康状態を理解するために、千葉県下の一公立中学校の生徒を対象に質問紙およびパーソナリティテストを施行した。¹⁾本報告は、この調査で得られた資料のうち文章完成法テスト(SCT)の結果を分析し、対象となった中学生の人格発達について検討を加えたものである。

I 目 的

文章完成法テストは、単語や短文を与えて、それによって連想される事柄を記述させるものである。記述される内容は与えられる刺激文によってある程度規定されるが、施行される者の性格や行動様式の違いが反映して異なった反応が生じる。複数の者に本テストを施行した場合には、その反応は変化に富むことが予想されるが、本報告ではその反応の中から共通する特徴を調査し、対象児の全体像を把握することを目的とする。

II 対象および方法

対象児は千葉県下の一公立中学校の中学生497名、うち1年生251名(男子137名、女子114名)、2年生246名(男子144名、女子102名)であった。ただし、昭和54年度は第1学年、昭和55年度は第2学年を対象にした経年的調査を行なったため、対象児の多くは2学年で同一の生

その傾向が年令とともに増加した。

2) 多くの生徒が、成績・勉強に対して劣等感や嫌悪感を感じていた。

3) 大人に対しては、非常に批判的で拒否的感情を抱いていた。

4) 生徒の関心は、年令とともに金銭や持ち物など物質的なものから、自分自身の能力、性格、容姿などの内面的なものへと変化する傾向があった。

徒である。

施行した文章完成法テストは、精研式SCT²⁾を用いた。結果の整理にあたって、家族・教師・友人・学校生活・自己像・情意などに関する20項目を選定した(附表1参照)。

結果の分析は、各対象児の項目ごとに類似の反応に分類し、こうして分類された反応群を5ないし10程度のカテゴリーに再分類した。初期の分類にあたっては、各対象児の他の項目の反応も参考として分類し、また、反応がその対象児に特有なものや不完全な文章で分類が困難なものは、あえて分類せず特異な反応として一括した。

III 結果と考察

各項目のカテゴリーの内容および反応例、反応数は附表1に示した。以下に各項目の反応の特徴について述べる。

1) 家族、教師、友人について

刺激文「お父さん」、「お母さん」に対する反応

父親や母親に対する肯定的な感情や関係を記述したものは、刺激文「お父さん」に対して全体の46.2%、「お母さん」に対して53.5%であった。否定的な感情や関係を記述したものは、刺激文「お父さん」に対して全体の14.7%、「お母

さん」に対して15.9%であった。父親、母親ともに肯定的な反応が全反応の半数近く、また否定的な反応が全反応の15%前後であり、両親像はかなり肯定的である。しかし、肯定的な反応の多くは、「——はやさしい」、「——は面白い」など画一的な反応が目立ち、個々の対象児の両親像は不鮮明である。

対象児の年齢は同性の親をモデルとして自己同一性が求められる時代と言われ、同じSCTを用いた調査でも肯定的な反応が異性の親よりも同性の親に多く、同性の親への同一化の傾向があると報告されている。²⁾しかし、本報告の結果からは図1のように刺激文「お母さん」と女子の反応の関係にのみその傾向が見られ、「お父さん」と男子の反応にはその傾向が認められなかった。

刺激文「お父さん」に対しては、「——はタバコをすいます」、「——は帰りが遅い」といった客観的に事実を記述した反応が、「お母さん」のそれよりも有意に多く ($X^2=10.4$, $df=1$, $P<.01$)、父親と対象児との心理的距離のへだたりやイメージの稀薄さが感じられる。また、肯定的あるいは否定的であるかを問わず、刺激文「お父さん」に対する、父親への感情や関係について記述した反応は、1年では60.9%、2年では50.0%と減少し、中立・客観的反応は1年27.1%、2年39.0%と増加し、学年間に有意な相違が認められた ($X^2=29.4$, $df=2$, $P<.01$)。刺激文「お母さん」に対してはこの傾向は認められず、父親との心理的距離のへだたりやイメージの稀薄さは学年とともに増加する傾向がある。

また、男子の反応には「(お母さん)は僕の母親」、「(お父さん)は男です」といった当然の事柄を記述したものが女子の反応より多く、有意な差が認められた («お父さん」 $X^2=16.2$, $df=1$, $P<.01$ 。お母さん」 $X^2=12.7$, $df=1$, $P<.01$)。このように当然の事柄を記述した反応は、他の項目でも男子の方に多くみられ、自分の感情や考えの直接的表現を避け、はぐらか

すような傾向が男子に多いことがうかがえる。同性の親に対する同一化は男子の反応からは明らかでないが、それは男子のこのような傾向と上述のような父親との心理的距離や父親像の稀薄さによると思われる。

刺激文「友だちの家庭にくらべて私の家庭は」、「家の人は」に対する反応

肯定的な感情や関係について記述したものは、刺激文「友だちの家庭にくらべて私の家庭は」では全体の55.1%、「家の人は」では全体の57.7%であった。否定的な感情や関係を記述したものは、刺激文「友だちの家庭にくらべて私の家庭は」では全体の20.7%、「家の人は」では19.1%であった。家庭・家族についても父親や母親像と同様にかなり肯定的であると言える。

また、刺激文「家の人は」に対する否定的な反応の41.9%は「——は口うるさい」、「——は勉強しろとうるさい」など自分への干渉について記述したもので、家族を否定的にみる中学生の心情には自分への干渉に反発する心理がかなり共通していると思われる。

刺激文「家の人は」について男子と女子を比較すると、女子には肯定的な反応が有意に多く ($X^2=10.0$, $df=1$, $P<.01$)、それに対して男子は女子よりも、「——ほかに父と母の2人だけです」、「——僕をケンジと呼びます」など家族構成や自分の呼ばれかたなどを記述した反応が有意に多かった ($X^2=13.5$, $df=1$, $P<.01$)。この結果は、男子の自分の感情や意識を直接に表現しない傾向によると思われる。

刺激文「先生は」に対する反応

肯定的な反応は全体の32.6%、否定的な反応は33.8%で、肯定と否定がほぼ同率であった。しかし、学年間の相違をみると、図2のように1年では肯定的な反応がまた2年では否定的な反応が多く、学年間で有意な差が認められた ($X^2=8.6$, $df=2$, $P<.05$)。このように、2学年になると教師に対して否定的となる傾向が認められた。

刺激文「友だち」に対する反応

肯定的な反応は全体の58.4%, 否定的な反応は2.4%であった。父親や母親や教師と比較して否定的反応は極端に少なく、友人像は非常に肯定的であると言える。しかし、肯定的反応のうち44.5%は、「——は大切にしたい」、「——はもっと欲しい」など友人の必要性や大切さを記述したものであり、また、全体の22.1%は「——は多い」、「——はすこしはいる」など友人の有無や多少について記述したものであって、具体的な友人関係を反映したような反応は少数であった。

この年齢では、未だ友人関係は必ずしも豊かではなく、友人の数をふやし、交際圏をひろげてゆく過程にあると思える。

刺激文「男(女)の友だち」に対する反応

異性の友人の有無について記述したものが全体の42.5%で最も多かった。刺激文「友だち」に対する反応と比較すると、図3のように同様な刺激文でも反応が明らかに異なり、この年齢では、異性の友人に関してはまだ十分に自分の感情や意見を表現しえないためと思える。また、この傾向は図4のように、女子よりも男子に強いと言える。

2) 学校生活などについて

刺激文「学校の成績」、「勉強」に対する反応

刺激文「学校の成績」に対しては「——はあまり良くない」など否定的な評価を記述したものが全体の34.8%, 肯定的な評価を記述したものが22.1%, 「——は中位だ」など中間的な評価を記述したものが12.3%であった。刺激文「勉強」に対しては、「——は嫌い」、「——は苦手」など否定的な反応が全体の52.1%, 肯定的な反応が7.8%, 中立・客観的な反応が5.6%であった。このように成績に関しては否定的評価と肯定的および中間的評価とが同率にわかれるが、勉強に関しては圧倒的に否定的反応が多い。

学年間の相違をみると、刺激文「学校の成績」に対して、肯定的な評価が1年では25.9%, 2年では18.1%と有意に減少し($X^2=4.16, df=$

1, $P<.01$), それに対し「——は良いとは言えないががんばりたい」など向上の努力を記述したものが1年では6.8%, 2年では10.6%と増加した。

また、刺激文「勉強」に対して、「——は自分にとって大切だと思う」、「——はいつも1時間くらいはやりたい」など勉強の努力や義務感を記述したものが全体の13.9%あり、勉強に対して否定的あるいは拒否的であると同時に使命感も強いことがわかる。

刺激文「運動」に対する反応

運動は好きだ、得意だなど肯定的な反応が全体の47.1%, 否定的な反応が16.7%であった。多くの対象児がスポーツを好んでいることがわかる。

男子と女子を比較すると、「——会は秋おこなわれます」、「——会場を走る」といった作文的な反応が男子では全体の22.4%, 女子では8.3%で男子に有意に多く($X^2=17.8, df=1, P<.01$), 他の刺激文にみられる自分の感情や意識を記述することを避けるような男子に優位にみられる傾向が、この結果にもあらわれている。

刺激文「私の服」に対する反応

肯定的な反応は全体の36.6%, 否定的な反応が23.9%, 中立・客観的な反応が28.6%であった。中立・客観的反応の多くは、「——はズボンが多い」、「——は白い物が多い」など服装の種類や色・形を記述したもので、男子よりも女子に有意に多かった($X^2=10.5, df=1, P<.01$)。この結果は、女子の服装に対する関心の強さを反映していると思える(図5)。

3) 自己像, 興味, 情意について

刺激文「小さい時、私は」に対する反応

肯定的な反応が全体の30.2%, 「——はいじめられた」、「——は交通事故にあった」などの被害的・受動的な経験を記述したものが14.3%, それ以外の経験について記述したものが22.0%, 否定的な反応が14.1%であった。肯定的な反応

には「——はいたずらだった」, 「——はおてんばだった」など活発さについて記述したものが多く, 否定的な反応には「——は内気だった」など内向的な性格を記述したものが多く, 反応の内容は, 画一的で各自特有なものは少く, 過去の自己像について十分に内省できているとは言えない。

刺激文「大きくなったら私は」に対する反応

具体的な職業についての記述や, 「——人のために尽したい」, 「——自分で決めた道一步一步あるいて行く」といった抽象的であるが自分の将来像について記述したものが多く, それぞれ全体の35.0%と27.0%で全反応の半数以上であった。

この具体的な職業や抽象的な将来像についての記述は, 図6のように学年とともに減少する傾向がある。その反面, 「——まだ決めてない」など未定を記述したものや「——成人式をむかえる」など当然の事について記述したものなどが増加し, 学年間に有意な相違が認められた($X^2=10.5$, $df=1$, $P<.01$)。このように学年とともに将来像がかえって曖昧になるが, これは進学の時期が近づくにつれ, そのための勉強など現在の事柄に関心が向き, より現実的になるために将来を自由に思い描くことが困難になるのかもしれない。

刺激文「大人」に対する反応

否定的な反応が全体の42.9%で最も多く, 肯定的な反応が21.9%であった。肯定的な反応の半数近くは「——になりたい」といった自己に関することで, 純粋に大人を対象化して評価した場合の肯定的反応は全反応の約10%位であった。また, 否定的な反応には, 「——は身勝手だ」, 「——は裏表がある」, 「——にはなりたくない」といった強い批判的また拒否的な記述が多く, 対象児の持つ大人像は非常に否定的であると言える。

男子と女子を比較すると, 「——になったら……」という自己の将来像を記述したものが, 男子では全体の15.3%, 女子では2.3%で男子に

有意に多かった($X^2=23.6$, $df=1$, $P<.01$)。この反応の中には, 「——になってパチンコをしたい」, 「——になったら運転免許をとる」などの現在年齢により禁止や制限をうけている事柄について記述したものが多く, 現在の規制から早く開放されたいという願望が男子に強くあることがうかがわれる。

刺激文「もしも私が」に対する反応

「——風だったら色々なところへ行きたい」, 「——鳥だったらいいなあ」といった夢想的な自由への願望を記述したものが, 全体の25.6%あり非常に類似した反応として目立った。この反応は, 1年では全体の33.5%, 2年では17.5%と減少し, 学年間で有意な差が認められた($X^2=16.6$, $df=1$, $P<.01$)。これに対し, 職業に対する願望を記述したものや, 病気や死などを想定して不安を記述したものが, 2年で増加し, 2年になると空想の対象がより現実的あるいは悲観的なものへと向う傾向がある。

刺激文「私が知りたいと思うこと」に対する反応

各自に特有で分類が困難な記述が全体の29.2%であった。比較的類似の反応は, 「——宇宙には終りがあるのか」, 「——なぜ人間が生まれてきたか」など宇宙や自然や生命の神秘などについての記述で, 全体の23.9%であった。また, 「——沢山ある」, 「——ない」など有無や多少についての記述が全体の21.5%あった。

男女および学年による反応の相違は特になかった。

刺激文「私がはずかしいと思うことは」に対する反応

「——人に見つめられたとき」, 「——失敗して皆に見られたとき」など他人の目を意識したものの記述が全体の45.7%で最も多く, この年齢の自意識の強さと敏感さを示唆している。

また, 「——はテストの点数」など学業に関する記述は, 1年で11.2%, 2年で2.8%と減少し, テスト結果や成績の悪さを2年ではそれほど恥

とは感じなくなる。これは、テスト結果や学年の席次の公表などの中学の成績評価のシステムに学年とともに慣れてくることも影響していると思える。

刺激文「私が皆より劣っていることは」に対する反応

「——勉強」、「——頭が悪いこと」、「——集中力がないこと」など学力や能力について記述したものが25.8%で最も多く、次に「——は別にない」、「——いっぱいある」など有無や多少についての記述が25.6%であった。この結果、劣等感と学力や能力がかなり強く結びついていると同時に、この年令では劣等感の対象が充分認識されていないのか、あるいは明確にしたがらぬ傾向があるのかもしれない。

刺激文「私がうらやましいと思うのは」に対する反応

この反応は、図7、図8のように男女、学年によって反応が異なる。男子と女子を比較すると、女子は「——兄や姉がいる人」、「——仲の良い友だちのいる人」などの家族や友人に関する記述や学力・能力・才能に関する記述が多く、男子は「——小使いが多いこと」、「——BCL ラジオを持っている人」など金銭や物に関する記述が多く、男子の方がより物質的な関心を持っている。

学年による相違は、2年になると家族や友人に関する記述や金銭・物質に関する記述が減少し、性格や態度、学力・能力・才能、容姿・体格に関する記述が増加している。このように2年になると、羨望の対象が家族や持物など自分の周囲のものから、能力や容姿など自分自身のより内面的な問題に変化してくる。

刺激文「私をくるしめるものは」に対する反応

「——学校の成績」、「——今度の中間テストだ」など学校生活、とくに勉強に関する記述が全体の34.2%で、他の反応と比較すると極端に多い。この結果から、学業成績の評価に多くの対象児が負担を感じていることがわかる。

以上、各刺激文の反応について検討した。この結果から描き出される中学生像は、大人に対する反感は強いが、自分を取り巻く家族や友人に対しては受容的であり、多くは成績や勉強に対して劣等感や嫌悪感を抱いているが、スポーツや趣味などに各人特有の興味を持ち、将来に対して独自の職業や生きかたなどの夢を持っているといった比較的平穏なものである。しかし、これは全反応からもっともポピュラーな反応を中心に作りあげられた中学生像であるため、表面的な姿を描き出したにすぎないかもしれない。

中学1年、2年という時期は、各人各様の悩みや問題を持つと同時に、全体としても精神的変化が大きく不安定な時期であると言える。たとえば、1年と2年の反応を比較すると、年令とともに教師に対しては拒否的に、また父親に対しては疎遠となる傾向がある。また、進学や受験準備に心を奪われ自分の将来を思い描くゆとりを失うようになり、悩みも自分自身の能力や性格などより内面的なものへと向けられる。自分のまわりの大人たちへの依存性がへり、大人との関係が疎遠となるにつれ、それに代るものとして親密な友人関係が求められる。刺激文「友だち」に対する反応が肯定的であったこと、質問紙による調査で相談相手として友人をあげる生徒が圧倒的に多かったことは、このあらわれであろう。しかし、本報告のSCTの結果からみれば、友人との関係はまだまだ形成の途上にあり、より内面化し深刻化する互いの悩みを支えあえるほどには充実したものであるとは言えない。

このような精神的な不安定さは、彼らが成長へと向っている証しであると同時に、個々のパーソナリティや家庭環境によっては非社会的あるいは反社会的行動へと彼らをかりたてる要因ともなる。この時期の彼らの発達の実態を、さらに各方面から調査し、質的に検討を加えなければならないと思える。

おわりに

本報告は、昭和54年度と55年度の「中学生の精神衛生に関する研究」の調査結果のうち SCT の結果についてまとめたものである。この調査では、第一報で報告した質問紙、本報告での SCT の他に HTP, Y-G テスト、集団ロールシャッハテストを行なった。今後は、SCT の結果をさらに分析するとともに他のパーソナリティテストの結果についても検討を加えたい。

参考文献

- 1) 池田由子他：中学生の精神衛生に関する研究 第一報 質問紙表による調査。精神衛生研究, Vol. 28, 1981.
- 2) 総理府少年対策本部：現代日本の児童のパーソナリティ形成とその変容に関する研究調査。青少年問題研究調査報告書, 1980.
- 3) 佐野勝男他：文章完成法テスト解説 小・中学生用。金子書房, 1981.

図1. 父母像の男女の比較

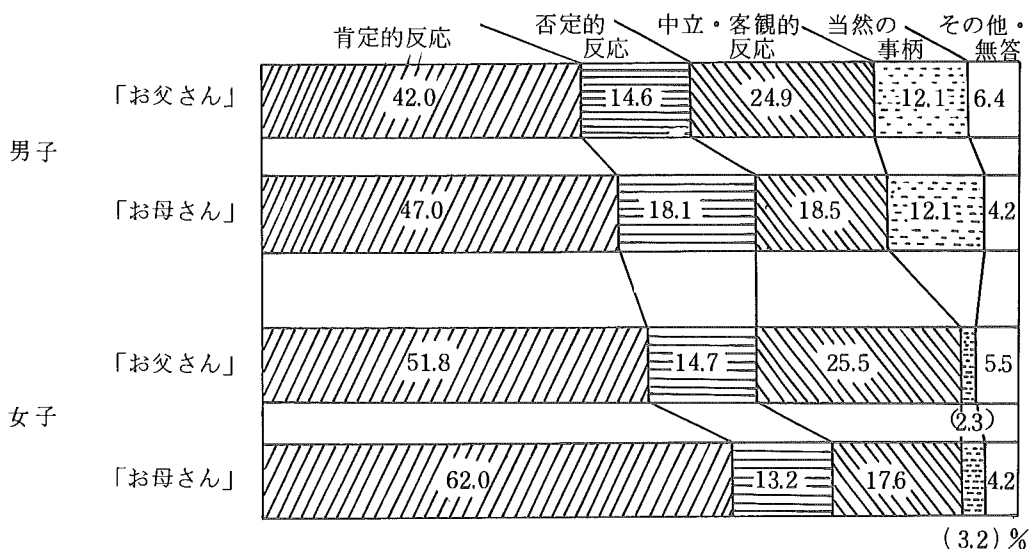


図2. 先生は (学年間の比較)

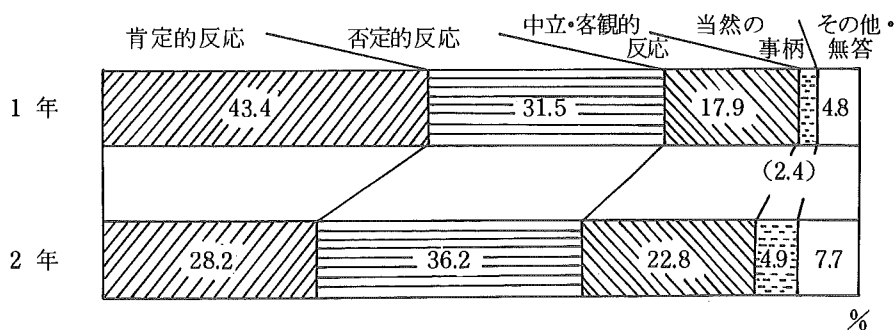


図3. 友人・異性の友人

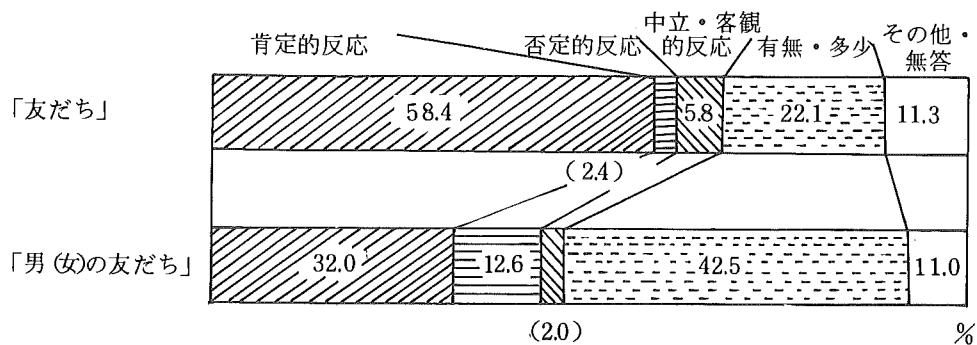


図4. 男(女)の友だち (男女の比較)

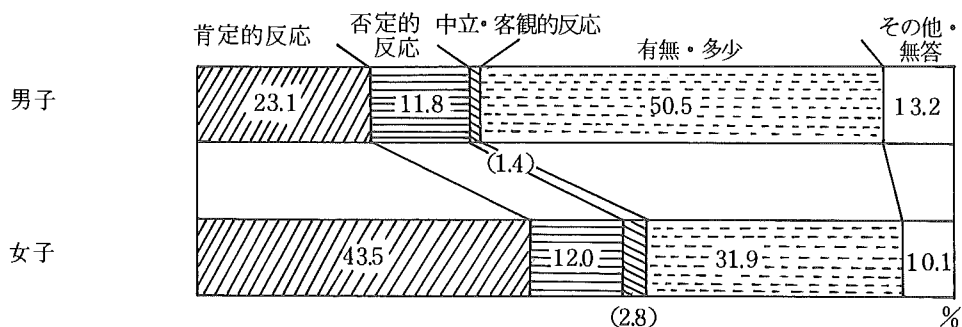


図5. 私の服装 (男女の比較)

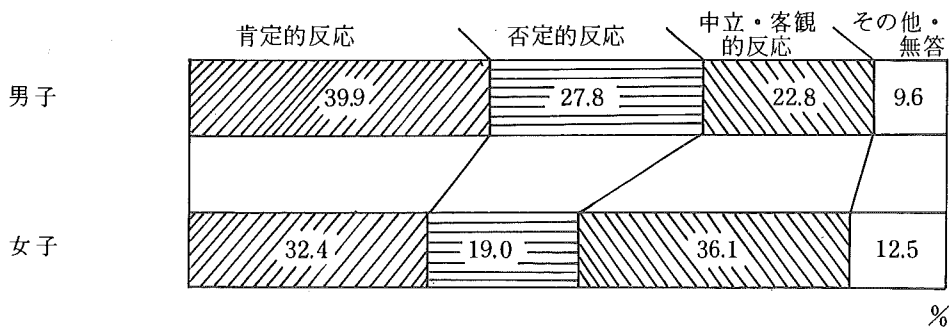


図6. 大きくなったら私は (学年間の比較)

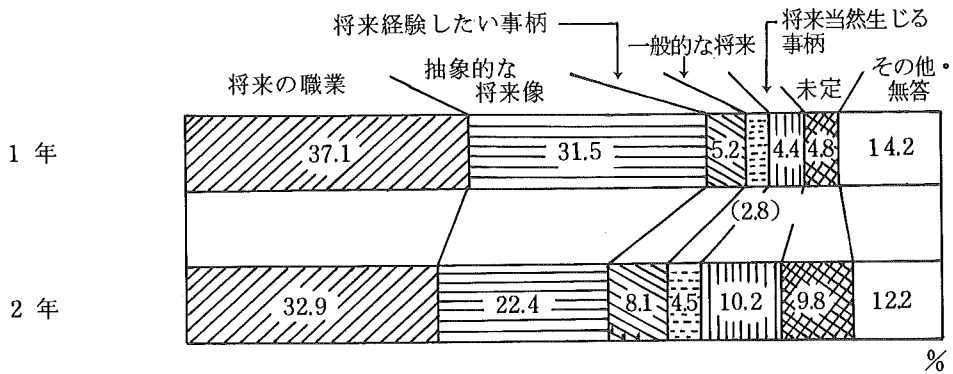


図7. 私がうらやましいと思うのは (男女の比較)

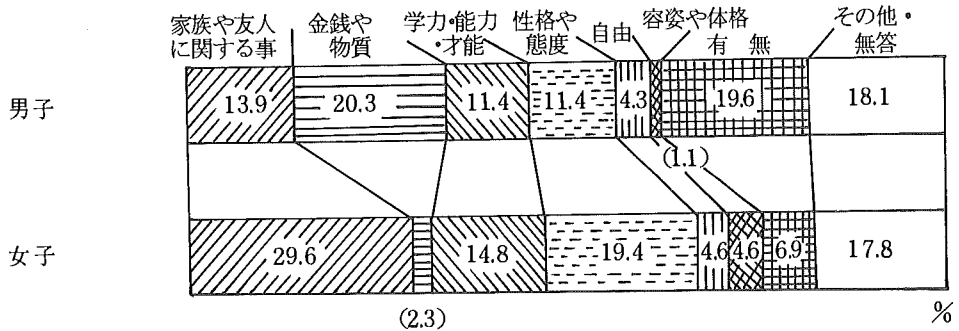
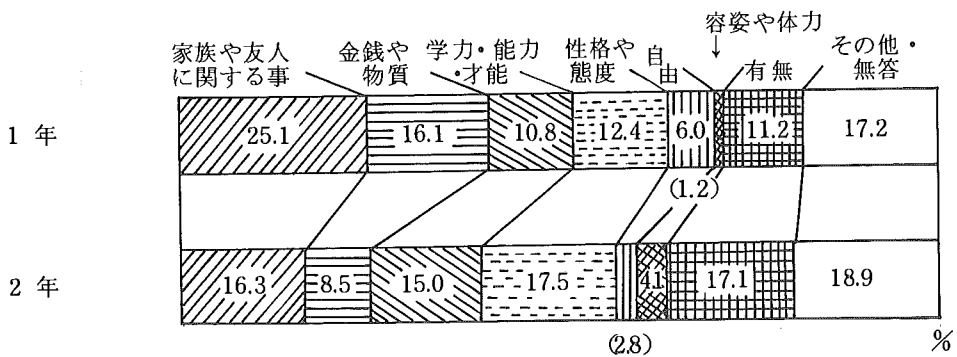


図8. 私がうらやましいと思うのは (学年間の比較)



附表1. 選定した刺激文とその反応

刺激文	カテゴリー	主な反応例	反応数 (%)
お父さん	肯定的反応	は頼れる人, は優しく何でもやってくれる, は面白い	230 (46.2)
	否定的反応	はいやらしい, はすぐおこる, なんて嫌いだ	73 (14.7)
	中立・客観的反応	はとてもふとっている, は遅くまで働く, は大工です	125 (25.2)
	当然の事柄	は男です, は男性, は大工です	39 (7.8)
	その他の反応	曖昧な記述や文章が未完成か各自特有の記述で分類が困難な反応	25 (5.0)
	無答		5 (1.0)
お母さん	肯定的反応	は優しい, は思いやりがある, はステキだ	266 (53.5)
	否定的反応	は口うるさい, は口やかましい, は厳しい	79 (15.9)
	中立・客観的反応	は白毛が多い, は忙しい, はいつも弁当を作る	90 (18.1)
	当然の事柄	は女性だ, は父の妻である, は僕の親です	41 (8.2)
	その他の反応		14 (2.8)
	無答		7 (1.4)
友だちの家庭にく らべて私の家庭は	肯定的反応	は明るい, は陽気です, は面白い	274 (55.1)
	否定的反応	は淋しい, は少し暗い, はつまらない	103 (20.7)
	中立・客観的反応	は兄弟が多い, は別に変りない, はのんびりしている	77 (15.5)
	その他の反応		35 (7.0)
	無答		8 (1.6)
家の人は	肯定的反応	いい人です, 優しい, 明るい	287 (57.7)
	否定的反応	勉強しろとうるさい, 口うるさい, 僕をけなす	95 (19.1)
	中立・客観的反応	は僕のことを○ちゃんと呼ぶ, 4人います, 男2人と女2人にわかれてる	72 (14.5)
	その他の反応		30 (6.0)
	無答		13 (2.6)
先生は	肯定的反応	いい人だ, は面白い話をしてくれる, りっぱ	162 (32.6)
	否定的反応	すぐぶつ, きらいだ, 厳しすぎる	168 (33.8)
	中立・客観的反応	○先生です, はよく方言をつかう, カメレオンに似ている	101 (20.3)
	当然の事柄	生徒でない, 教師である, 授業をする	18 (3.6)
	その他の反応		41 (8.2)
	無答		7 (1.4)

友 だ ち	肯 定 的 反 応	は大切にしたい, はもっと欲しい, はとてもいい人だ, は好きだ	290 (58.4)
	否 定 的 反 応	は信じられません, は嫌な人が沢山いる	12 (2.4)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	と遊ぶ, とよく遊びます, はAさんだ	29 (5.8)
	有 無 ・ 多 少 の 記 述	はいます, は沢山います, は少しいる	110 (22.1)
	そ の 他 の 反 応		52 (10.5)
	無 答		4 (0.8)
男(女)の友だち	肯 定 的 反 応	は大好きです, は面白い, も欲しい	159 (32.0)
	否 定 的 反 応	は意地悪だ, なんかいらない, は嫌いだ	62 (12.6)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	は絵を書くのが好き, はあまり話さない	10 (2.0)
	有 無 ・ 多 少 の 記 述	もないことはない, はあまりいない, は少い	211 (42.5)
	そ の 他 の 反 応		33 (6.6)
	無 答		22 (4.4)
学 校 の 成 績	肯 定 的 評 価	はとてもいい, まあまあよい, はあがった	110 (22.1)
	否 定 的 評 価	はとてもだめだ, は悪い方だ, はよくありません	173 (34.8)
	中 間 的 評 価	はふつうです, はいつも中位, いつも変わらない	61 (12.3)
	不 安 の 記 述	がとても気になる, がだんだん下って心配だ, が悪かったらどうしよう	33 (6.6)
	向 上 の 努 力	はもう少し上げたい, は良いとは言えないががんばりたい	43 (8.7)
	無 関 心	は良くないけど平気, なんか気にしてない, ーはどうでもよい	29 (5.8)
	そ の 他 の 反 応		46 (9.2)
	無 答		2 (0.4)
勉 強	肯 定 的 反 応	は好きです, は面白い, はよくできる	39 (7.8)
	否 定 的 反 応	はきらいです, は苦手だ, はできない	259 (52.1)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	は中位です, は好きでも嫌いでもない	28 (5.6)
	義 務 感 の 記 述	は自分にとって大切だと思う, は自分のためだと思 う, はいつも一時間はやりたい	69 (13.9)
	実 行 の 程 度	は3時間くらいやる, は家ではあまりやらない, はだいたいやってる	39 (7.8)
	そ の 他 の 反 応		57 (11.5)
	無 答		6 (1.2)
	肯 定 的 反 応	は苦手だけど好きです, は大好き, は得意な方だ	234 (47.1)
	否 定 的 反 応	はあまり好きでない, は苦手だ	83 (16.7)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	は好きでも嫌いでもない, は健康によい	49 (9.8)

運 動	経 験 の 記 述	会でマラソンをした、 会で一位になった、の時嫌な種目があった	39 (7.8)
	作 文 的 な 反 応	会場を走る、 会は秋おこなわれます、 会は楽しいね	81 (16.3)
	そ の 他 の 反 応		10 (2.0)
	無 答		1 (0.2)
私 の 服	肯 定 的 反 応	はきれいだ、 は清潔だ、 は気にいっている	182 (36.6)
	否 定 的 反 応	は汚れている、 はおさがりばかりだ、 は地味だ	119 (23.9)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	はズボンが多い、 は白い物が多い、 普通だ	142 (28.6)
	そ の 他 の 反 応		44 (8.9)
	無 答		10 (2.0)
小さい時、私は	肯 定 的 反 応	はいだずらだった、 おてんばだった、 かわいかった	150 (30.2)
	否 定 的 反 応	泣き虫だった、 内気だった、 ひっこみ思案で友だちと遊べなかった	70 (14.1)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	小さかった、 足が短かかった、 まるまる太っていた	33 (6.6)
	被 害 的 ・ 受 動 的 経 験	よくいじめられた、 学校でケガをした、 肺炎になって死にかけた	71 (14.3)
	そ の 他 の 経 験	よく遊んだ、 けんかをよくした、 幼稚園に行った、 ○○市に住んでいた	109 (22.0)
	当 然 の 事 柄	赤ちゃんだった、 子どもだった	31 (6.2)
	そ の 他 の 反 応		30 (6.0)
	無 答		3 (0.6)
大きくなったら私は	将 来 の 職 業	保姆さんになって小さな子の面倒をみたい スポーツマンになる、 エンジニアになりたい	174 (35.0)
	抽 象 的 な 将 来 像	人のために尽したい、 皆から好かれる人になりたい、 母のような人になりたい	134 (27.0)
	将 来 経 験 し たい 事 柄	外国へ行きたい、 やりたいことが沢山ある、 色んなところを旅したい	33 (6.6)
	一 般 的 な 将 来	結婚する、 大学へ行く、 社会人になる	18 (3.6)
	将 来 当 然 生 じ る 事 柄	大人の人になります、 成人式をむかえる	36 (7.2)
	未 定	何になろうかな、 何になるか決まっていない	36 (7.2)
	そ の 他 の 反 応		57 (11.4)
	無 答		9 (1.8)
大 人	肯 定 的 反 応	に早くなりしたい、 は何でも知っている、 は大きくてリッパだ、 はうらやましい	109 (21.9)
	否 定 的 反 応	になりたくない、 は嫌いだ、 の人はずるい、 の人は勝手だ、 は二重人格	213 (42.9)
	中 立 ・ 客 観 的 反 応	は色んな人がいる、 ってわからない	33 (6.6)
	将 来 の 自 己 像	になったら一生懸命働く、 になったらえらくなる、 になったら自分の道を行く	74 (14.9)
	当 然 の 事 柄 の 記 述	は子供じゃない、 は皆僕より年上、 は大人	22 (4.4)

	その他の反応		38 (7.6)
	無 答		8 (1.6)
もしも私が	無相的な自由への願望	雲になって自由に飛べたらいい、風だったら色々なところへ行きたい、鳥だったらいいなあ	127 (25.6)
	職業に関する願望	科学者で何でも作れたらいい、パイロットになったらいいなあ、スターだったらいい	70 (14.1)
	能力・才能に関する願望	天才になれたらいい、頭が良かったらもっと勉強したい	25 (5.0)
	超能力者・異性への変身願望	男だったら野球をしたい、スーパーマンだったらいい、魔法が使えたらいいのに	93 (18.7)
	不具・病氣・死などの不安	死んだらどうなるの、交通事故にあったら嫌だ、身体に障害を持っていたらなんと不幸でしょう	65 (13.1)
	その他の反応		99 (19.9)
	無 答		18 (3.6)
私が知りたいと思うことは	宇宙・自然・生命の神秘	なぜ人間が生まれたか、なぜ宇宙には終りがいないか、世界の七不思議	119 (23.9)
	他人や自己の心理	人の心の中です、自分の性格、あの人の本当の心	23 (4.6)
	将来の自己	私の将来、どうすればパイロットになれるか	30 (6.0)
	学業に関する事柄	どうすれば社会が得意になるか、なぜ勉強するのか、どうすれば頭が良くなるか	14 (2.8)
	各自に特有の対象	ターボエンジンのしくみ、政治のしくみ、日本の昔	145 (29.2)
	有無・多少の記述	沢山あります、別がない	107 (21.5)
	その他の反応		18 (3.6)
	無 答		41 (8.2)
私はずかしいと思うことは	他人への意識	人前でおならをしてしまった時、人に目つめられるとき、失服して皆に見られた時	227 (45.7)
	学力・運動能力	テストの点数、悪い点をとった時、運動ができないこと	35 (7.0)
	自分の性格	おてんばのこと、自分の心を自分でしばりつけることです	20 (4.0)
	容姿や体格	背が低いこと、目が悪いこと、足が短いこと	16 (3.2)
	社会通念・道徳に反する事柄	人に迷惑をかけること、正直でないこと、ゴミをどこにでも捨てること	47 (9.5)
	有無・多少の記述	いろいろある、あまりない	41 (8.2)
	その他の反応		89 (17.9)
	無 答		21 (4.2)
私が皆より劣っていることは	学力・才能	勉強、集中力です、器用じゃないこと	128 (25.8)
	運動能力	運動神経、逆上がりができない	57 (11.5)
	自分の性格	積極性がないこと、自分の意見が言えないこと	63 (12.7)
	容姿や体格	足が短いこと、背の高さ、顔	47 (9.5)
	有無・多少の記述	いっぱいある、別がない	127 (25.6)

	その他の反応		47 (9.4)
	無 答		28 (5.6)
私がうらやましい と思うのは	家族や友人に関すること	仲の良い友がいる人, 兄や姉がいる人, 何んでも話しあえる家族	103 (20.7)
	金 銭 や 物 質	で使いが多いこと, 大きな家に住んでいる人, BCラジオを持っている人	62 (12.5)
	学力・能力・才能	成績が良いこと, 集中力がある人, あの人のデザインの才能	64 (12.9)
	性 格 や 態 度	だれにでも好かれる性格, 自分の役割が果せる人, 何でもどうこうとしている人	74 (14.9)
	自 由	自由に生きている人, 動物は学校へ行かなくていい	22 (4.4)
	容 姿 や 体 格	背が高いこと, 足が長い人	13 (2.6)
	有無・多少の記述	別がない, すこしはある	70 (14.1)
	その他の反応		42 (8.5)
	無 答		47 (9.5)
私を苦しめるのは	学業・学校生活	は今度のテストだ, 入試だ, 勉強です, 学校の規則	184 (37.0)
	対人関係でのトラブル	はあの人の言った言葉, 友だちとの言い争い, 先生だ	43 (8.7)
	自分の性格や態度	自分の責任感のなさ, 自分自身だ, 自分の曖昧な気持	17 (3.4)
	病 気 や 怪 我	病気です, ぜんそく	28 (5.6)
	死・悪夢など 抽象的な事柄	死です, 昨日の夢, 悪夢です	21 (4.2)
	曖昧な対象	あのことだ, だれだ, 何だろう	26 (5.2)
	有無・多少の記述	べつにない, これといってない	78 (15.7)
	その他の反応		61 (12.3)
	無 答		39 (7.8)

青年期の人たちを対象とした集団活動の意義について

牟田隆郎
精神衛生部

The Significance of Group Work Practice for Adolescents

Takao Muta
Division of Mental Health

Summary

Since 1980, we have formed a group at NIMH for adolescents who have difficulties in relating with other people. They have presented various problems, for example school refusal, anthropophobia, delinquency and so on.

Our hypothesis is that most of their difficulties in human relations result from their earlier experiences with "significant others". Now when they participate in new groups, their particular early patterns of relating with other persons appear obviously or latently.

The group consists of about 15 adolescent members and 9 staff members. And the programs of our group work, both planned and spontaneous, have been generally practiced by both adolescent members and staff members. By engaging in various types of programs and activities, the adolescents are activated to relate to each other and also have opportunities to correct or learn the human relation patterns.

Key words : *adolescents, group work practice, human relation pattern.*

要 旨

集団参加に問題のある青年（中学生～大学生程度の年齢）たちを対象とした、意図的な集団形成・活動のもつ意義について考察した。

他者との関係をいろいろと結んでゆくなかで、青年は己れのパーソナリティを彫琢していく。その際、「集団」への参加は不可欠ともいえるが、自己形成に深く関わるだけに、返って困難も生じやすい。

そこでスタッフも加わった集団を作り、集団

はじめに

昭和55年春より、当精神衛生研究所において、学校や友人・家族等の集団への帰属の側面で、

そのものもつ力動性を踏まえ、なおかつ「関与しながらの観察」結果を織りこみながら、活動を営む。その際、各人のもつ対人関係上の特徴が、明瞭なかたちであれ、装飾されたかたちであれ、集団の中で表現される。それらを通して、各人の集団での在り方が微妙に変化し、ひいてはその人の生活を、何らかのかたちで活性化させる。

何らかの支障をきたしている青年たち（中学生から大学生程度の年齢）に呼びかけて、試験的

に集団活動を行なってきた。彼らが当研究所に来所したきっかけは、「不登校」「対人恐怖」「暴力」「非行」等の理由で、学校側や家族、あるいは他の相談機関・医療機関から相談を受けたり依頼を受けたりしたものである。初めは来所者（メンバー）が1名、スタッフが3名という小さな世帯でスタートした。昭和57年末現在では、メンバー15名程度（常時参加者はもう少し少ない）、スタッフ9名という規模にまで拡大している。

本稿においては、何故にこのような集団活動を行なうようになったのか、その背景となっている考え方について論じてみたい。

個と他

一人の人間が単一の統合体として認められるのは、いったいどれぐらいまでの範囲を含めてのものだろうか。いやまさに、「一人の人間」と表現できる根拠というのは、何をもってしてであろうか。

確かに私たちは、主観的には「自分」という存在を生きていることを実感している。更に別の言い方をすれば、私たちは「自己意識なり自己イメージ」なるものをもっており、そこを中心として、意識的にであれ無意識的にであれ、様々な生の営みが為されていることを、一応理屈として納得することができる。つまり、「自分」というものが、自ずと成立しているような気になっているわけである。

それに加えて、「自分」は一つの「身体」に宿っている。「身体」は明瞭な輪郭と、そして確実な終焉の時というものを有しており、空間的にも時間的にも、有限のものである。自分の身体、自分の死というものは、絶対に他者の所有を許さない。従ってこのように考えると、身体の中に内在化された自分というものの存在とその範囲については、特に問題とすることでもないことになる。

実は最初の問いの設定は曖昧なものであり、次のように言い換えたほうがよいのかもしれない。

い。すなわち、私たち一人一人にとって、正に自分のものでしかないもの、自分しか所有していないものとは何であろうか、と。

この問いに対する答えも、簡単に見つかるかもしれない。先に出てきた身体がまずそうだし、自分が五感で感じとるもの、わき起こる感情、自分の抱くイメージ、考え・思想・理念、あるいは今まで辿ってきた人生、すべて「自分」に所属するものではないか。

ところが、主観的にははっきりと、「自分」がいろいろなものを取りまとめている中心的な存在であると分かっていても、それを何によって確定しようというのであろうか。「自分」によって？これでは自己矛盾に陥ってしまう。自分を証明するのがまた自分である。これでは「世間」が通らない。いや、自分は世間というか他者の存在を俟って初めて、成立するのではないか。両親によって創り出される身体はもちろん、言葉・習慣・生活の知恵から自尊心に至るまで、私たちが現在所有しているものには、何と他者の力によって、あるいは他者との合作によって作られた部分が多いことだろうか。

それらを「とりまとめる」その仕方、あるいは「とりまとめられたもの」そのものは、「個」の色彩が強いと言えよう。けれども、その「個」とは、その背景となっている「他」を必然的に「地」としている。自分である、自分になるということを推し進めていくことは、純粋な「個」たらしとすることも言ってもよいだろうが、そこにジレンマが生じることは、明らかであろう。ところが人間という生き物は、正に「自分」を追求せざるを得ない宿命をもっているところに、恐らく他の生き物にはみられない特殊性を背負っているであろう。

さてここで問題となってくるのは、「個」を追求する方向と、「他」を志向することとを、どのように折り合いをつけていくかということである。私たちは皆、この「個」と「他」の両極のどこか中間に身を置いている。それも一定の幅をもって、ある時は「個」の方向に傾き、別の

時には、「他」の方向に密着したりする。そしてこのように揺れ動きつつ、普通は自然とバランスを保っているのだと思われる。

個人と集団

先に「他」と表現したが、これは一者であることもあれば、複数の他者であることもある(発達初期においては、人間以外の事物も「他者」の風貌を帯びてはいる)。一者とは、発達的に考えれば、人生の初めに会おう「母なるもの」と言ってもよいだろうし、宗教的・哲学的な超越的存在である「絶対者」と捉えることもできるだろう。しかしここで取りあげたいのは、人が日常的に接する複数の他者のほうである。そしてその複数の他者といっても捉えどころのなさを伴っているわけであるから、ここでは「集団」という観点を導入して、更に細別して考える。

まず基本的な集団として「家族集団」をあげねばなるまい。それから、「友だち集団」、「学校集団」、「地域集団」、「社会集団」となるうか。一応このような分け方は、人が生活していく上で、半ば必然的に組み込まれていく集団を、その規模の小→大で並べたものである。これ以外にも、各人が目的指向的に結成したり加入したりする各種の集団、例えば職業、宗教、趣味、政治、学問等の目標追求が前面に出ている集団が多数ある。

もちろん両者の区別は、実はそう明解にできるものではない。「集団」というものには、そこに「所属」していることで安心感・安堵感を覚えさせる側面と、更に加えて目標遂行を通して自尊心を高めたり利益を獲得したりする側面とがある。前者をここでは「帰属集団」的側面、後者を「目標遂行集団」的側面と名付けておく。そして両方の側面にまたがって、集団には、社会的規範を伝達したり、人間関係を営んでいく上で必要なルールを修得させたりする、いわば「役割学習集団」的側面という第3の側面が存在する。

いずれにせよ個人は、他者との間に種々の集

団を形成したり、既存の集団に参加していき、諸関係・諸行為を、「自分」というシンボルのものにとりまとめ内在化させる。そのようなことを経て、人は己れのパーソナリティの幅を広め、深みを加えて、いわゆる「成長」を遂げることの契機を得ることとなる。ということは、人は各種の集団に所属したり、また各種の集団を通過することを、一定程度必要とするとも言えそうである。

集団参加に問題がある青年たち

青年期を幾つぐらいの年代の時とするかは議論のあるところであろうが、ここでは、中学生～大学生に該当する年代の時期ということに一応しておく。

個人は何種類かの集団に参加しており、そこでの個人の動きや態度は、集団が明瞭にあるいは暗黙に保有している何らかの規準(価値的なものもあれば情緒的なものもある)に不断に対照され、そこで個人と集団との間で、何らかの相互作用が引き起こされる。反対に、集団全体のもっている特質が、具体的には、ある集団成員の行動や態度といったかたちで、従って、「集合的表現」というかたちで表出し、それに対して再び個人と集団との間で相互作用が生じる、と把握しても構わない。相互作用と表現したが、もちろんのこと集団というものを何か目に見える実体と考えるのではなく、各人のパーソナリティに、ある種の側面が共通に内在化されていて、その側面を「共有」することで成り立っているものであり、そのような意味からすれば、いわば「心の中にある実体」とでもいったものとして捉えるほうが適切であろう。

さて、世の中には集団参加がどうもうまくいってないと思われる青年たちがいる。もっとも、アイデンティティの確立の課題に取り組んでいるまさにその最中に、集団参加が極く順調にいくというほうが、むしろ数としては少ないのかもしれない。しかしながら、どこにもあるいはほとんど外にも出ず、一日を家の中で暮ら

す人たちがいることも事実である。当然のことながら、そういう人たちが接する人間というのは家族が主で、外部の人との交流はほとんど途絶えてしまう。その際、本人とそれからその本人をとりまく集団が、そういった暮しぶりに対し、別に問題を感じなければ、何もわざわざおせっかいする必要もない。けれども、本人ないしまわりの人たちが、そのことを問題視している場合は別である。これは先に述べた、集団のもつ規準と本人の在り方が抵触する場合、あるいは、集団の「集会的表現」が問題とされる場合である。

概して「不登校」を起こしている（表現している）青年たちは、家に閉じこもる傾向がどうしても強くなりがちである。その場合、不登校のために人間関係が限定されるという方向のものと、人間関係その他にいろいろ不都合が生じてきたために不登校が招来されるというものと、両方向の流れが考えられる。いずれにせよほとんどの場合、本人もどうしていいか困惑し、また家族をはじめまわりの人たち、そして学校関係者は、何とかして本人を登校させようと尽力する。結果、再登校に至れば一応問題は棚上げとなるが、そうでないと、家中心の生活が繰り広げられるようになる。本人の立場からすれば、その生活は自己中心的・主観的な生活といった色彩が強まり、いろいろ我慢をしたりで矮小化されてはいるが、比較的当面は傷つかないですむわけであるし、ある程度気ままに「退行」状態に浸ることも可能である。ただしこのことは、所属集団が狭まりやすくなり、「個」としての側面を必要以上に強めてしまうことに結びつきやすい。

「不登校」を呈している青年のみが、集団参加の上で、「個」の要素が強い生活のほうに片寄りやすいというわけではない。学校や友だち集団でいじめられたり仲間はずれにされたりしている場合にも、同じような境遇に陥る可能性が高い。あるいは、「非行」とされる行動をとっている青年たちの場合には、同じような仲間とで

作る集団に所属することが多いにしても、その集団自体が、全体社会の中にあつては、やはり「個」の様相を色濃くもってしまうことになりやすい。

実は、集団参加に問題があるという時、「個」的な傾向が強まることのみを指すわけではない。反対に「他」的傾向が強い青年たち、すなわち、集団への適応が良過ぎる過剰適応とでも呼んでもよいような青年たちに関しても、問題とすべき部分があると思われる。しかし一般的にこのタイプの青年たちは、まわりが問題視することは少ないし、その点行動面や症状といった目立ったかたちで適応の矛盾が示される時には、それは本人の在り方がかなり行き詰まってしまった時であろう。その意味では、こちらの場合も、それなりに深刻な面をもっていると言えよう。

集団の意図的形成

いかなる心的問題であれ、その現われ方が一見ある個人にのみ目立つ場合でさえも、実際のところは、その個人を含みこむ人間関係システム全体が、その「問題」を生み出す準備状態にあったと考えるべきである。もちろん、問題如何で、個人的要素が重きをなしていると把握したほうが良いこともあるし、逆に集団的要素が色濃く出ていると見なしたほうが妥当なこともある。いずれにせよ、「問題」を表出した（が表出された）ことで、当該の本人をとりまく人間関係システムの流動性が、むしろ制限され、固定化されやすくなることがある。皮肉なことに、問題がはっきりすればするほど、そのシステムのもっている自発的回復・バランス機構が、うまく働かなくなってしまう、ある成員を悪い意味で特別扱いしてしまうかたちで、収まりをつけようとしてしまうのである。端的な例は、ある家族成員を「患者」と突き離してみることで、残りの成員中心の家族関係を組み立て、患者一家族という組み合わせができてしまう場合であろう。

このような状態に陥ってしまう以前に、ケー

スによっては、何らかの働きかけをすることが、有効な場合があると思われる。特に、青年に関する問題の場合、しかもそれが「集団参加」にどこか関わってくるような時には、なおさらそうであろう。というのは、人生の長い流れのなかでも、殊にこの青年期というのは、パーソナリティに大幅な変化が生ずる時期である。そして、そのパーソナリティ形成に際し、当然のことながら、他者との関わりを深めつつ、種々の体験を積むことが何より大きな刺激となるのである。もちろん「個」と「他」の間を揺れ動きつつではあるが、共通の体験を味わいながら、そこに互の「確認」と「支持」とを暗々裡に通わせ合うのである。時には互を「否定」し合うような体験をすることもあるが、それも「個」を深め「他」をより良く知る契機となりうるものである。

集団参加に問題のある青年たちに対し、それでは、具体的にどのような働きかけをしていったらよいのだろうか。

二大別するならば、本人とセラピストとの一対一の関係のなかで展開していく「個人的アプローチ」と、もう一つは「集団的アプローチ」ということになるだろうか。しかし両者は実は相互排他的なものでは決してなく、時には両者を組み合わせる方がより有効であり、かつまた必要なこともあり、そういった意味では相補的なものである。ある人が、セラピストという個人を相手にするにせよ、集団を相手にするにせよ、その関係の場で、あることを再体験・再確認したり、新しい未知の部分を体験したり認めたりするという点からすれば、そう大差はないと言える。ただ、「個人的アプローチ」のほうが、日常生活と比べて、より特殊な関係・場をもつ傾きにあり、「集団的アプローチ」のほうは、それよりは日常生活レベルに近いと言えなくもない。もちろん、敢て特殊な集団を構成して行なうアプローチは、この例ではないが。

さて、精研で通常われわれがとっている方法は、まず「個人的アプローチ」により、人間と

人間との絆・信頼関係を結び、本人の抱えている問題点を、対話等の共同作業を通じて確認し（これはセラピスト側のみの理解にとどめておく場合もある）、適当な時期がきた際、集団に加入して活動してもらう。この集団とは、同じような経緯で参加を募った青年たちと、スタッフとで構成されている。力をかなり有している青年の場合、初めの段階から、集団に参加してもらうこともある。それから、「個人的アプローチ」と「集団的アプローチ」とを併行して適用している人もあれば、もっぱら「集団的アプローチ」を適用している人もある。とにかく、集団を意図的に形成し、その影響力を活用しようとしているのである。

集団活動がもっている影響力

では、集団活動がもっている影響力とは何であろうか。それについて考えるに際し、先に述べた集団のもっている3つの側面、すなわち、

- 1) 帰属集団的側面、
 - 2) 目標遂行集団的側面、
 - 3) 役割学習集団的側面、
- を参考としてみたい。

集団参加の面に主として問題がある青年であれ、別の問題が主で、副次的に集団参加の面でも支障をきたしてしまっている青年であれ、上述の3側面の幾つかないし全部にわたって過不足が生じ、どこかバランスを欠いているであろうことは、十分推測できる。従って、意図的に集団を形成し活動を行なうことにより、そのアンバランスが是正されれば望ましいということになる。

しかしこれが「集団」のもつ面白さなのであるが、誰かが意図的に方向や目標を決め、それにそって集団を運営しようとしても、仲々その通りにいかないことがある。情緒的な関わりが表に出てきやすい集団であれば、尚更である。それはやはり、1)の「帰属集団的側面」がまず参加メンバーの中で熟しているかどうか、そこが一つのポイントであろう。言い換えれば、自分はこの集団に所属しているんだ、自分はこの集団のメンバーなんだという思いが、心のど

ここに根付いているということである。これがないと、集団全体の動きや、他メンバーの動きに対し、不安や懐疑が互の間に生まれやすく、「防衛機制」が働き、いわゆる「乗り」にくいという状態になってしまう。この点から、この1)の側面は、個人が集団を形成していく上で、必要最低限満たされていなければならない側面であり、従って、基本的側面といえることができる。

2)の「目標遂行集団的側面」に関しては、この「乗り」にくさはもっと理解しやすい。2)の側面とはみんなで何かを遂行することで、自尊心を高めたり利益を得るといった側面であった。そこで、何か活動に参加することがどうも自分の為にならない、いや端的に「面白くない」と感ずれば、シラケるのは当然のことであろう。

3)の「役割学習集団的側面」では、ルールや協調性の修得ということがテーマであるが、この側面にあっても、各メンバーの中にそして各メンバー間に、この点について了解し呼応し合う部分が醸成されていないと、かえって不信感を生み出すもととなってしまふ。そこでの動きは、単なるお説教や非難、役割の押しつけといった体裁をなしてしまうことになる。

つまりここで確認しておきたいことは、一つには、集団というものはいわば「生き」ているものであり、それ自体のもつ独自の動き方をもっているということ。もう一つには、その生きている集団にも、様々なまとまり方があり、全体にあっても部分にあっても、種々のレベルで統合・解体が進んでいく、ということである。

そこで考えねばならぬのは、ある個人が抱えている問題が、集団活動全体とどのようにかみ合うのか干渉し合うのかということである。結論から先に言うと、その問題というものが、他者との関わりによつて要素を色濃くもっていればいるほど、その人が新たに集団に参加し、他者と共通の場をもった際、その問題のもつテーマが、明瞭なかたちであれ装飾されたかたちであれ、必らずどこかに顔を出すということであ

る。そして、集団活動の過程如何により、その問題の解決や癒やし、修復や学習が為されたり、反対に、問題の助長や悪化等が引き起こされたりする。

そこで、意図的に形成された集団において重要な役割を果たすのが、集団内でのスタッフの在り方ということになってくる。

スタッフの果たす役割

まずスタッフが考慮しなければならないのは、各メンバーが抱えている問題の所在である。これは、ケースとして引き受ける段階で明らかになっていることもあれば、集団への参加、他者との関わり、行動のし方などから見てとれることもある。それから、いわば「公」に問題にされていることと、スタッフが感じる問題とが異なることもありうる。家庭内暴力ということで、暴力を振ることがその家族集団では大問題となっても、本人の集団参加の有様から、スタッフは、むしろ他者の中での自分に自信をもてないその本人の在り方に、問題を感じずるかもしれない。

次いでスタッフは、種々の問題を抱えている各メンバーが、集団を形成した時、それらの問題の相剋効果なり反撥なりを、注意深く観察(関与しながらの)しなければならない。例えば、他者を支配することで心的安定を得ようというタイプの青年と、他者に依存することで心的安定を得ようというタイプの青年は、たやすく結びついてしまい、本来の課題に直面することを当面免れてしまうかもしれない。あるいは、幼少時に愛情関係の面で心に傷を受けている青年が、異性の年長のメンバーやスタッフにアンビバレント(両面的)な態度で接近し、それが同じような傷を抱いている他のメンバーを刺激し、不安定にさせたり、奇妙な三角関係ができたりするかもしれない。精神分析でいうところの「防衛機制」や「転移」が、実に色々なかたちをとり、複雑にからまり合って展開される。

そして次にスタッフは、集団の流れに乗りつ

つ、原則としては、各人の問題の解決の方向に介入し、問題の悪化を阻止する方向に動く、ということになる。しかし、問題如何では、むしろ悪化しこじれたほうが結果的に好ましい場合がある。他者との関わりで、ある程度の距離以上互が近づくと、無意識的に避けるようになり喧嘩の種を見つけてしまう人にとっては、一度関係が破綻したあと、スタッフがその破綻の意味を把握するのを手伝ったり、また、両者の関係を修復させる手掛かりを提供したりすることがいいかもしれない。とは言うものの、集団過程においては、事件はほとんど「既起こってしまう」のであり、その流れや意味の理解は、どうしても「あと追ひ」のかたちをとることが多いのは事実であるが。

さてこれまで、スタッフ—メンバーという二項的な下位集団関係として論じてきた。実際の集団場面においては、この立場上の差異が明確に出る時もあるれば、融合して区別がつかない時もある。対立が起こるにしても、(スタッフ)対(メンバー)という形になることもあれば、(スタッフ+メンバー)対(スタッフ+メンバー)という形になることだってある。

いずれにしても、スタッフは「スタッフ」という役割を負っているだけにはとどまらず、やはり悩みや困難をどこにかかえている一個人でもある。集団に参加するにあたり、いやが応でも自分自身の問題に直面し揺すぶられることも、大いにありうる。特に、メンバー(時には他のスタッフ)が呈している問題が、自分のこととどこかで繋がりがあると、事態を見る目や関わり方が歪んでしまうことにもなってしまう。それがひいてはメンバー(時にはスタッフ)を混乱させたり、悪影響を及ぼしてしまうこともありうる。かなり慎重さが要求されるところであろう。互の関係の背後に、親子関係の問題とか男女関係の問題、あるいは攻撃性の問題等が、いわば「影」となって重複していることは、よくあることなのである。

同じ系列の事柄なのだが、メンバー各人のもっ

ている「問題」、その「問題」を「問題」として認識するスタッフの立場性といったものも、どこかではっきり明確化させておく必要がある。それは、スタッフとして自分がやろうとしていることの意味を確認することと言ってもよいだろう。

このように考えてくると、スタッフという役割のもつ独自性というものは、スタッフも一個人であるという面に焦点を合わせると、かなりの程度限局されたものになってくる。相対的に経験が豊富で(物事次第ではそうでもない)、然るべき知識を有して(それをメンバーが学ぶことも可能である)、一応の配慮を心がけ(メンバーも気をつけている)、責任をとる気構えをもっている(メンバーも集団の一員という主体感をもっている)といったところであろうか。総じて、メンバーとスタッフ間の社会的立場上の差異は残りやすくても、人間レベルでの差異は、ある意味で縮小したほうがいい場合も多いのである。

集団活動の内容、目標と意義

何か具体的なことをやり、相互関係を刻みこみながら集団はその姿や特徴を顕わにする。そこで集団活動の「内容」を吟味することの必要性もでてくる。

基本的には、「共通体験」を経ることで、前出1) 2) 3)の各側面、つまり、帰属感を覚え、共に何かをやることで満足を得、共に在ることを体得する、を各人が獲得することが集団活動の当面の目標である。従ってそのような意味からすると、何をやるかという内容の「何か」は、かなり幅の広いものになると思われる。

考えてみれば、人間が生きる過程で行なっていくことというのは、実に多種多様である。そして更に、個々の人間の存在様態をみても、「身体的存在」、「心的存在」、「精神的存在」あるいは「社会的存在」といったように、人間とは各種の在り方を現前させつつ、なおかつそれらを包み込んだトータルな存在である。しかも、存

在と行為とは密接不離であり、また行為の対象となる事物や事象等とも、存在は行為を媒介として結びついている。このことを、存在一行為一事物・事象がシステム化されていると捉えても構わない。

このように捉えると、集団活動とは、理屈の上からは何から入ってもよいということになる。システム化されていれば、その一部に動きが生じた際、それはその部分に隣接する同列のシステム、ないし上位システムや下位システムに影響が及ぶことは当然である。集団内のある個人の行為が、その人を取り巻く人々（同列のシステム）や、時には集団全体（上位システム）に影響を及ぼすことはよくある。またある一個人にだけ限って見てみても、例えば身体（全体存在からすると下位システム）を動かすことで、気持ちがすっきりしたり、ひいては自分のやる事に自信がもてるようになったりする。全体と部分とが個人内にあっても集団内にあっても、密接な相互連関を為している。集団において何かをやることにより、あるいは一部分を活性化させることにより、その波紋は良かれ悪しかれ、パーソナリティ内部へ浸透し、他方、他者や集団全体に拡散していく。

現実的には、集団活動の内容は、構成員の抱いている興味、関心や技能、それに加えて環境条件（物理的、経済的、社会的）や価値観などによってだいたいは決められてくる。その場合でも、スタッフの取り組み方如何では、活動の幅を広げたり新規なことを取り入れたりするなどして、より効果的な集団活動を導くことも可能であろう。スタッフ集団という下位システムが、集団全体の上位システムを積極的に活性化させるために、まず一石を投じるわけである。もちろん、メンバー側からこのような動きが為されることもかなりある。

集団活動全体の目標や意義も、各構成員の今までの生き方に対し、その流れのある時点、その範囲のある部分に、何がしかのインパクトを与え、新しい生き方へのきっかけをもたらすということにある。その向かう方向が、価値的に望ましいか否かは、単純に判断できる問題ではないが、少なくとも、抽象的な表現になってしまうが、各構成員が「生き生き」としている瞬間がより多くなることが一つの目安であろう。そしてその時、個人と集団、個と他という二項が、互に背反するのではなく、「共に在る」ことの中に止揚されるのではないだろうか。

軽症適応障害の精神衛生相談について (I)

——人格的反応様式の分析——

高橋 徹・田頭 寿子
精神衛生部

Mental Health Consultation with Minor Adjustment Disorder (I)

——An Analysis of the Reaction Pattern of Personality——

Tooru Takahashi, Hisako Dendo

Summary

As minor adjustment disorder comprises a considerable portion of counselling cases referred to the mental health services, the provision of sufficient knowledge and useful techniques for the counsellor to treat these cases is one of the important problems, in any mental health program.

Though clearly identifiable, the diversity of causative psychosociological stressors in these cases has puzzled the counsellor who treat them in the framework of psychotherapy. The predominance of the fateful life event often obscures the perception of the meaningful situational sequences manifested in the reaction patterns of the patients before, during and after the event. It goes without saying that the consideration of these sequences is crucial to the treatment of adjustment disorder.

The authors have treated six cases of minor adjustment disorder during two years of the consultation practice in the clinic of JNIMH. We have made an intensive investigation on five cases analysing their reaction patterns in the context of the cybernetics epistemology. The reaction pattern is not to be considered as a product of descriptive character, but as a mode of process of an information circuit consisting of the system of personality.

By viewing the cases from this standpoint, their meaningful situational sequences have been clearly perceived.

Key words ; *adjustment disorder, counselling, cybernetics, psychotherapy.*

要 旨

軽症適応障害は、精神衛生相談の事例において極めてしばしばみられるものであるが、その発端となるできごとは多岐の領域にわたり、多

くの事例に共通してみられるはずの特徴をとらえる視点がなかなか定められず、多くは、「悩みごと相談」、「人生相談」として個々の事例ごと

に処理されてしまっている。

しかし、人格的反応様式という点に着目すると、その千差万別の生活上の出来ごとに視点に向けていたときには見えなかったその出来ごとのまえ、そのさなか、あとに対応して生じている意味深い人格的反応パターンの変化をとり出すことが可能となり、この種の事例の相談にあたって一層有効な援助を行なう上での多くの示

結 論

適応障害は、環境の大きな変化や、対人関係の困難な状況などのストレス状況にさらされて生ずる軽重さまざまな、日常生活への不適応状態である。ただし既存の精神障害にもとづくものや、診断分類の上で定型的な神経症や妄想反応、あるいは精神病（うつ病、躁病、分裂病、など）の病像を呈するものは除外される。したがって、心因精神病とは病像の点で区別されている。社会的・心理的ストレス下での不適応反応とみなされており、ICD-9の不適応反応もこれに該当している。

今回の報告で示されるような軽症事例は医療機関で扱われることは少ないが、精神衛生相談機関においては主要な相談対象の一部を占める重要な障害である。それらはいわゆるカウンセリング・ケースであり、しばしば「悩みごと相談」「人生相談」などとして、カウンセラーの教養目録や経験に応じ個々の事例ごとにその状況特異的な問題そのものは明確にされうるが、そうした事例の比較的多数についてみられるはずのいろいろな特徴をどう把握したらよいか、その視点の極めて定めにくい障害である。

しかし、近年、ストレス研究の観点からその千差万別の状況特異的問題を分類する⁴⁾試みや、精神障害としてその反応像を分類する¹⁾試みがなされているほか、主としてカウンセリング研究の観点からなされた多くの事例研究をとおして、断片的にせよ、この種の障害の事例の相談にとっての有用な指摘もなされてきた。

われわれは、とくに「人格的反応様式」に注

視が得られる。

この報告では、人格的反応様式を cybernetics の観点からとらえなおすわれわれの試みについて解説し、具体的に範例をあげて説明する。

なお、この論文は、「青年期・成人期における適応障害の臨床研究」の一部をまとめたものである。

目し、軽症事例の分析を行なってきた。

人格的反応様式は、生活場面についてのその人の対処のしかたを指し、比較的恒常な側面は、従来、「人格特性」あるいは「性格」としてとりあげられてきた。また、精神力動理論では、防衛機制の面から詳しく研究されている。われわれは、人格理論や精神力動理論から多くの示唆をえながら、人格的反応様式を cybernetics の観点からとらえなおす試みを行なっている。

人格的反応様式は生活をとおして、たとえば对人的行動を介して、その場面に生じているさまざまな意味（意味は、生活場面にいわば図柄として現われるので地づらとしての背景との関連がいつも問題になる）を経験の集積にてらしつつとらえ、それにもとづき意味ある反応行動を、たとへば对人的行動を介し、行ない、新たな経験を集積しその結果生じた新たな生活場面に再びさまざまな意味を見出し、それらにもとづき、……、というくり返しの過程のありさまそのものであり、生活場面において自己を実現させて行く方向にそった人格的反応様式は、適応的なものとみなされる。

この種のくり返しの過程のアナロジーは、对人的コミュニケーションの現象において端的に見出されるものであり、基本的には制御系の回路としてとらえることができる。

徐々に温度を上げて行く制御系回路を例にとると、温度変化情報に応じ、高・低いずれかのスイッチが作動して、熱の発散あるいはとりこみがなされて、系の状態が調節されるが、その調節スイッチの作動には、その一過

程まえの温度情報の回路内の一循の「記憶」にてらして行なわれている。人格的反応様式においてはこの「記憶」に当るものは経験の集積で、それは、反応行動に一定の履歴性として表現されており、従来「性格」として記述されてきた。

この種の人格的反応様式概念は、それと明示されないかたちでは、古くから精神障害の解釈^{*)}や精神療法の技法のなかでとりあげられてきたもので、特に目新しいものではなく、むしろ common sense の一部をなす。適応障害の状況因性、つまり、主体と状況の相互のかかわり、を一挙に把握する上では、極めて有用な概念と思われる。そこから適応障害事例の相談にとっても有用と思われるいくつかの事項も明らかにされてくる。

研究対象

当研究所相談室で、精神衛生相談面接を行なった5例の適応障害事例が今回の報告の対象である。いずれも昭和55年度以降にわれわれが扱った事例であり、因みに、昭和55年度以降に、われわれが相談面接を行ってきた事例は、28例にのぼり、そのうち6例は適応障害、12例が神経症、3例が重症対人恐怖、3例が精神分裂病、2例が登校拒否、2例がアルコール症である。(なお、これらの他に多数の受理面接のみの事例を扱った。)

研究方法

受理面接、精神科面接、心理テスト(SCT-片口式、ロールシャッハ・テスト)および数次にわたる心理面接を全例について行ない、生活史、日常生活および対人態度、問題状況、不適応反応の様相、またその経過、心理テストから得られる人格像および両親についての心像、などの資料を分析し、それぞれの事例の人格的反応様式の変化を検討した。

心理面接は、非指示的な方向づけのもとに行なわれている。

症 例

範例を一つあげて、人格的反応様式の変化についての検討を例示する。

A. 27歳、主婦。近隣とのトラブルにもとづく適応障害。

2月ほどまえに、自宅の垣根のすぐ傍に、近所の家の自家用車が駐車しているのを見つけたので、その家に行って奥さんに、道路が狭いところだから別な場所に駐車するようにして欲しい、と頼みに行ったことが問題の発端になっている。その奥さんは、これまでも、洗ったカーペットを「平気で、私の家の」垣根にかけて乾かしたりもしていたので、垣根が傷むから、それもやめて欲しいと頼んだ。自分は正当な要求をしたままで、しかもいい方もできるだけいねいにと心がけたつもりなのに、相手は、「分りました」といかにも素気ない言いかたをしたので、腹が立った。

実は、3年まえに現在の夫と結婚し、それまで夫の姉が住んでいたこの家に移り住むようになったのだが、近所の人達、とくに奥さんたちとは年令も離れている上に、肌があまり合わない(後述)ので、通り一ぺんの挨拶程度の接触を保つくらいの関係で過ごしてきた。

ところが、今回の依頼のあと、当の奥さんをはじめ、その家に毎日のように出入りしていた近所の人たちが、道ですれちがっても挨拶しなくなり、自分が避けられ、嫌われているという印象を受けた。ただ少し離れたところに住む奥さんとは、いつか子供の教育のことで話をしたことがあり、家に遊びにも来てくれた人だが、道であっても相変らず親切な話ぶりで立話をすることができ、「この辺は田舎だから、新しく来た人は慣れるまで大変」と言ってなぐさめてくれた。

その後、車は垣根から離れたところに駐車するようになり、とくに積極的にいやがらせを受けることはなにも一つないが、しかし、近所の人たちの冷い目を感じて、家のなかにとじこもるようになり、そうしていると、気分が滅入り、なぜこんな目に遭わねばならないのか、というくやしい気持とまざり合って、ときどき涙を流したり、いらいらして家事も手につかなくなっ

たり、食事もしたくなくなったり、寝つきがわるくなったりして、日常生活が急に楽しくなくなってしまう。

勿論、夫にそんな悩みを洗いざらい話したが、夫は、自分と違って、近隣とのトラブルなどは意に介さず、(達観してられるように)「自分を変えるしかない」というだけであった。

確かに、近所の人たちは、私とはいろいろな面で違いがあり(後述)、とてもその人たちの態度を変えさせることはできないと思われたが、週に何回か遠出する以外には気が晴れず、ますます逼塞し、ますますみぢめな状態に陥むので、カウンセリングを受けることを思いつき、当相談室を訪れた。

初回面接時の所見

中背で整った顔立ち。服装は、地味で、気配りの行きとどいた装いであり、いく分痩身な身体つきに似合っている。表情は豊かであり、言動を通じての感情表出も自然で生き生きしており、病的な印象は受けない。話しかたも加不足なく、静かな声で話す。内容もよくまとまっており、理知的である。

既往の精神障害はみられず、発端の状況ははっきりしており、反応像として、抑うつ気分、被害感、苛立ち、食欲不振、入眠困難、無快楽症などがかぞえあげられ、抑うつ色彩をもつ適応障害とみられるが、問題のできごととは、軽度の段階のものであり、また、抑うつ症状についても、精神運動性抑止は軽度とみられ、全体として、ごく軽症の部類に屈する適応障害とみられた。

心理面接

隔週に一回の割で、6回(心理テストに1回)行なわれた。なお面接を担当したのは女性である。心理面接において明らかにされたことがらを、かいつまんで記す。

そのまえに家族と生活史についてふれておく。

父親は、法曹界の人で要職を占めて活躍していたが、今は書斎人の生活を送っている。謹厳で、子供たちにはとくに厳しい人のようである。

兄が二人いる。それぞれ大学を出て独立。本人は、小中高校を通じ学業成績上位で友だちも多く、とくに大学では、友だちにめぐまれ、それまでの躰けの厳しい家庭から急に開放されて自由な楽しい生活を味わったと述懐している。総じて、経済的にはとくに裕福ではなかったが、社会的地位の高い知性的な価値を重んずる家庭で生育した。

現在の夫は、裕福な商家に育った人で、大学の同期。3年まえに結婚。

1) 問題状況の意味とその背景

最初の面接において、既に記した内容のことを話しており、なぜ件の奥さんに自分が正当と思うことをしかも正当なかたちで依頼し、しかもその依頼が字義通り受け入れられたにも拘らず、そのことを契機にして生じた生活場面の変化がストレスになってしまったかが、ある程度理解できる。つまりその奥さんをはじめとする近隣集団から、自分がはっきりのけ者にされる冷たい関係をつくり出してしまった、というかの女の主観に生じた生活場面の変化が問題になっている。

ところで、こうした変化の背景には、近隣の人たちに対して、すでに現住所に住みはじめたときから「肌合いの違い」を自覚し、かの女のことばを使えば、「建売住宅文化」に対するなじめなさが存在していたことがあげられる。かの女は、「文化の違い」を前提に不即の距離を置いたつき合を保ってきた。しかし「カーベットのとき」は我慢できたが、自動車の件では、とうとう無視できなくなってしまったわけである。

問題状況への人格反応様式の観点から

かの女は次のように述べている。「私は正しいかまちがっているかでものごとを決める方で、それをスジにして生きてきたが「正しいと思って〔依頼〕したのが、近所から批難されたのでショックだった」。かの女は自分がまちがったことを思い知って、近隣の人たちに対して、避けられている人に相応しい態度をとった。それは、近隣の「文化」に即応した反応様式に違いない。

つまり、その点で、その文化の様式をとり入れたわけである。しかし、その文化に帰順しようとする人格的反応が、却ってますますその文化圏からの疎外を助長する。というパラドクサルな結果に終わった。かの女にとって、「のけ者」役割は決して自己実現の展開ではなく、むしろその逼塞の生活はその展開をおしとどめる生活に他ならない。

2) 心理面接の経過においてみられた、経験の集積の重要な再編成。

近隣の「文化」の違いに由来するこうした悩みが、実家と婚家の家風の違いの問題についての新たな洞察を生むことになる。それは決して唐突なものではなく、かつては近隣「文化」圏の住民のひとりであった義姉を通じ、婚家の家風の陰の面が、近隣「文化」の側面に接していたことにもよる。実家と婚家の家風の違いは、当然、結婚まえからかの女にとっての主要な関心事のひとつであり、実家の実風にはないよい面—それは夫の人格的反応—様式を通じてみられる—に心ひかれて結婚し、今回の事件が起るまでのあいだは、婚家の家風にそのよい面をよりどころに、なじんできた。そのよい面にてらしてみると実家の家風のわるい面は、かの女によれば、父親像のなかに次のように要約される。母や子供たちに絶対的な服従を強いる。とくに金銭の点では、無駄使いは許さない。仕事中心でゆとりがない。楽しいお客さんはひとりも訪れない。総じて、家庭的でなく、厳しく、冷たく、そうした父の顔色をうかがいながら生活してきた。父に対する要求は、理非を通してしか行なえない。涙の論理は、「泣きやがる」と一蹴される。父と兄2人対母と私という頭のよさを規準にわけられていた、等々……。

かの女は、小学校時代からのヴァイオリンの練習と、勉強に、家庭での自分の逃げ場をもつようになっていた。

一方、婚家(商家)の家風については、のびのびとした解放性、という実家にない面が横溢しており、自分が主張したいことは理非にとら

われず主張でき、金銭の面でもゆとりがあり、「権威」にこだわらないで生活できる、と観じていた。

しかし、面接が進むにつれて、婚家の実風のわるい面が「素直に」見直せるようになると同時に、父親像についても、その肯定できる面があったことに気づき、かの女の経験の集積に、意味深い一頁が加わり、それによって重要な再編成が起り、実家の家風の否定的な面を強調する経験によって失なわれかけた矜持を回復し、例の事件以来、パラドクサルに自己実現を妨げるような悪循環を生む人格的反応様式に変化が生じた。

膨大で複雑な面接経過の資料のなかから、上述の点を端的に示すと思われるかの女のことはをいくつか抜書きしてみる。

「実家では〔父に〕気をつかい、自分を主張することもなく、人からは「しっかりした娘」といわれるのに家では評価してもらえなかった。それを不満に感じていた。婚家は商家で、まるで違った開放的な雰囲気、主人ものんびりした人だし、主人の家族も皆明るい人たちなので、実家とは全くちがうところに魅力があった。」

「〔しかし〕私が思っていたほど、ちがいがあるとは思えなくなった。」

「〔教養や知性に価値をおいた〕高いところから低いところへ〔嫁いで〕来た、という意識はなかったと思っていたけれど、やっぱり高いところから見る姿勢があったみたい……」

「実家も婚家も、家長主義的で封建的でその点は見えてきた。実家にいたときには、親にいい娘と思われなくて無理したり反撥したりした。…結婚したら、世の中というか、世間の人にいい子ぶりたいところがあったのだと思う。主人についても、少し見えるようになった。主人も、親との関係でよい〔関係の〕まま保ちたいと思って、自分を押し出さないところは私に似ているところがある。」

「お高くとまっている」と〔婚家や世間から〕見られることを無意識に避けようとしていた。」

「実家にいた時は、勉強にしても音楽にしても、きけばすぐ教えてもらえる人がいて、音楽にしても教えられることが多かった。結婚したとき—今、思い出すと—失なったものが多く、どうなるのだろうかと不安になったんです。」

「結婚してからは、〔なぜかしら〕遠慮しながらフランス語の通信教育を受けていました。……今は、「赤づきんちゃん」を読みたいという気になって、遠慮などしておれない、やはりしたいことはしたい、それがいいのだと思う。」

「近所の人たちとの関係も、まえのようにカーテン越しに様子を見て、人のいないのを見はからって外出するというのではなくりました。水撒きも外の掃除も、堂々とやれる、それが本当だと思う。」

3) 心理テストの結果についてのコメント

ロールシャッハ・テストからは、Aは観念内容の豊かな人であり、知的には高い人である、情緒的には感受性は敏感ではあるが、物事を主観的にうけとりやすい傾向があり、また、固執しやすい傾向がみられる。

ロールシャッハ・カードの好き、嫌い、及びイメージカード選びでは、かの女は次のようなカードを選び、説明している。

好きカード。VII。「愉快、かわいらしい。」これが夫のイメージカードでもあり、「かわいらしいから」という。

嫌いカード。I。「悪魔みたい、不吉な感じ」このカードは父親イメージカードでもあり、「エンマさまそのままのイメージでこわい」という。嫌いカードを父親イメージカードにとり上げている。

自分のイメージはカード。II、「ぶつかり合っているという感じ、おどけているんだけど」

母親イメージはカード。V、「年のわりにかわいらしいところがある」と説明する。

K-SCT からみると、

対人態度項目では、父親像は両価的であり、母親像は知性化した表現で距離をおいている。権威に対しても両価的な態度になりやすい。対

人態度は一般に緊張しやすい様子がかがえる。物ごとに対しては理屈ほくかかわりやすい。自分について内省的、などを反映している。

4) 精神衛生相談にとっての示唆

A夫人のこの症例は、臨床的な重篤度からみれば、極めて軽度であり、この症例からは、神経症や精神病への発展を予防する、という精神衛生相談の果すべき重要な役割に関しては、直接的に参考になる示唆は与えられなかった。しかし、精神衛生相談のもう一方の側面である、精神健康の回復という点に関してわれわれは、多くの示唆を受けた。そのうちの二つだけあげてみたい。

一つは、精神衛生相談の場が、日常経験の集積の一つ一つの積み重ねに対して多少とも大きな影響を与える緊張度の高い場としての意味をもっている、ということである。勿論、その場を準備したわれわれにその影響力の源泉があるわけではなく、A夫人が面接を受けようとして強い動機に促がされて(かの女の「文化」がそう選択させたわけであろうが)われわれのまえに現われた、という幸運が働いている。

経験の集積に、意味深い一頁が加えられ、再編成が生じ、人格反応様式に変化が生じたこと記したが、そのようないわばメタ水準の情報制御回路内の変化例は単純な無意味綴りの記録の試行においても生じ得ることが注目されており、deuteroleaning と G. Bateson が名づけている⁵⁾。

また、精神衛生相談をはじめとする、心理面接や精神療法のような特殊な過程において、より生じ易いわけではない。日常生活における、この種の再編成は、周知のように森有正も、「体験」と名づけて「経験」の集積のメタ水準の概念として記している。

しかし、精神衛生相談は、社会的・心理的ストレスへの対応という経験の集積組織の再編を強えられる課題が集約的に話合われる場であり、「悩みごと」の訴えを、たえずこの観点から検討することが重要であると思われる。

その二は、人格の反応様式の履歴性に関して

A夫人の指摘した「文化」の重要性である。わが国の精神衛生相談においては、異民族文化という場合のような、国際的な規模の文化がその履歴性において問題になる症例はまだ少ないが、このA夫人のいう「文化」の如き、微視社会学的な「文化」の問題は、極めて重要であると思われる。われわれは、精神衛生相談事例について、とくに両親についての心像のとり入れに注目し、検討をつづけているが、その問題に関して報告は、次の機会にゆずりたい。

付 爾余の事例について。

性別、年齢、学歴、職業、問題状況、診断、心理テストの結果、その他の順に簡単に記す。

B、女性、29才；大学卒；主婦；ある日姑から同居を申込みされた。1人息子の夫は同居したい様子。そのころ耳鼻科治療をうけていた。服用した薬のせいか食欲がなくなり、気分が沈み、一日中涙ばくなる状態が3ヶ月ほど続いた。不安抑うつ気分を伴う適応障害；物事を主観的に受けとりやすい。依存的で攻撃的傾向、父親像には両価的感情を表わし、母親像は消極的否定感情を示した。

B夫人は面接のはじめから、幼少期ころから実母へ不満があったとかなり攻撃的に語る。また姑への嫌悪感もはげしい語調でのべた。後期では、自分が姑によく思われたいと無理をしていた事や、姑に嫉妬する自分にも暗々裡に気づいてきた。土曜日にはきまって泊りに来る姑に「今日は疲れていますので、こちらから伺います」と、夫と子どもを姑の方へ行かせる方法をとることで、B夫人はやや落ち着いている。「私自身がまだ甘えたい。主人に全面的に頼っている。でもそのうち私は私、夫は夫と考えられるようになりそうです。私が弱いと娘も弱くなる。面接にもいつまでも甘えてはいられない」と述べて終った。

面接回数 17回 テスト 1回

C、女性、34才；短大卒；主婦；8年同居している姑に今だに「子育てが下手、○子は一生あなたの荷物になる」と言われている。その○

子は中学2年生になって反抗が強く、殆んど毎日母と娘の言い争いが続いた。夫からも「お前の言い方では俺でも聞くにたえん」と叱責される。この状態が一学期続いた。夏休になりC夫人は家事が出来なくなった。；仕事の能率低下を伴う適応障害；外界を情緒的に、主観的に受けとめ、不安のさきどりをしやすい。父親像は両価的感情を表現している。母親像は肯定的である。

家族は技術者の夫と中2、小4の娘、姑の5人家族。

面接は愚痴こぼしの場になりやすく、冗慢にながれることが多かった。家庭内でのC夫人の発言、行動様式には余り変化は期待出来ないが、相手のことばに振りまわされない程度にはなったという。「私が相手のことばしか聞けないところがあるみたい。娘の場合は、じっと聞けるようになった。そんなあとは気持ちに余裕ができるので、例え言い争いになっても聞けた時はあとさっぱりします」とも述べた。面接 29回 テスト 1回

D、女性、42才；高校卒；主婦；二カ月まえからはじめた英会話の勉強での失敗体験。3年前、夫が女性と2人で外国旅行をしていたことが、半年経って判った。現在もその女性と交際がある様子であり、離婚を申出たが、子どもが大学入学まで現状維持の状況が背景にある。不安抑うつ症状をともなった適応障害；エネルギーは余り豊かではないようである。物事に対して柔軟にかかわれない。執拗にひとつのことにとらわれやすい。対人態度に受身的、然し攻撃的、拒否的になりやすい。物事に対しては理づめに考えやすい傾向がうかがえる。

D夫人は夫と高校1年、中学3年の息子の4人家族、夫に離婚を申出たころから、朝起きるころになると「嫌な苦しさ」に襲われる。家事の仕事が大儀で動けない。家にいるとぼんやりとして何も出来ないため、英会話の勉強に通うが、そこでは指名されるとカッとなって手足が震え、何も考えられなくなる。

面接では実家の母親への両価的感情や、姉妹間に暗黙の競争があったことを話す。また自分は夫には「冷めたい」と言う。「好感のもてる男性に会うと逃げ出したくなる。夫と見合した時は何の感情も湧かなかった」とも語る。まだ面接5回テスト1回。人格反応様式の転換ははかばかしくないが、「夫は現状のままをずると続けるらしいが、私は〔冷たい自分なので〕私で生きて行くしかないでしょう」という。「嫌な苦しさ」は消失している。抑うつ気分は軽くなった。

E, 女性, 33才; 短大卒; 主婦; マンション生活で近隣の人とのトラブル。家に閉じこもる生活, 気分が晴々しない; 気分不安定が目立つ適応障害; エネルギーはありそうだが, 情緒的に不安定なため生活に有効に生かせない様子。対人態度は受身的, また依存的, 拒否的, 傾向もある。両親像は否定的。

E夫人は夫, 小学校2年の娘と3人家族。マンション住い3年目。

面接では, 隣人に気軽に挨拶が出来ない。その人が, 私的生活について批難めいたことをいはいはじめた。その人に親しい近所の人に変に思っているだろうとくよくよする。夫が帰宅するまで落着かないなどの訴えであったが, 後述のF夫人と同じマンション住いであることがわかり, F夫人と外出することが出来るようになったと電話による報告があり, 面接は3回, テスト1回で終了。

F, 女性, 34才; 主婦; 専門学校卒; E夫人と同じマンション住い。近所に嫌いな奥さんがいる。子どもの友達の母親。殆んど毎日話にくる。本人が来ない時は2才の女の子をあげて自分は一日でも出かける。この状態が半年ほど

続いている。何故か病気の時以外はことわれない。; 不安, 抑うつ気分をともなう適応障害; 気分の基調は暗い。被暗示性が高い。対人態度には敏感になりやすく, 傷つきやすい。両親像は受身的・依存的。情緒的にやや未熟。

F夫人は夫, 小学1年男児, 5才の女兒の4人家族。

面接では長男の友達の母親の態度が厚顔しく不馴れである。その人と交際したくないが, そうもいかない。毎日来られるので「今日も来るのじゃないか」おびえるようになり, 家のことが何も手につかなくなった。ことわれない自分にも苛立ってしまう。「相手は私がどんな顔をしていてもどンドン家の中に入ってくる」, 「そんな態度に腹が立つが, その奥さんと面と向うと何も言えない」など述べたが, 面接2回目の時偶然待合所でE夫人に会う。顔見知りであったこともあり, F夫人から話しかけた。「偶然E夫人とあったが, つき合せそうな人なのでE夫人と一緒に外に出ることを考えようと話し合っています」といって面接は3回で終わった。テスト1回。

参考文献

- 1) DSM-III, A. P. A. 1980.
- 2) DSM-III, A. P. A. 1980 評定では“mild”なものとされる。
- 3) P. M. Faegeman, Psychogenic psychoses, Butterworths, 1963.
- 4) T. J. Holmes, The stress of adjusting to change, New York Times, June 10, 1973.
- 5) J. Ruesch, G. Bateson, Communication, p. 215—216, Norton, 1951

適応行動と循環器系

——“精神的ストレス” 2 研究から——

高橋 宏

精神身体病理部

Adaptation, Cardiovascular Arousal and Behaviour Pattern

Hiroshi Takahashi

Division of Biobehavioural Research

Summary

Based on the findings of our recent experiments and the related articles of other authors, we have developed some reflections on the correlation between cardiovascular responses during experimental mental tasks and harassment in daily life and subjects' individual characteristics.

In the first experiment we compared the changes of responses in polygraphy readings while maladapted employees of companies and normal control subjects performed mental tasks. We found that the normal controls displayed larger increases in heart rate than the maladapted.

In the second more recent study, we examined the personality and behaviour characteristics of patients suffering from heart diseases, especially the incidence of the Type A (coronary-prone) behaviour pattern which is proposed by Friedman and Rosenman.

At the same time, we analysed 24-hour continual recordings of ECG and polygraph recordings of these subjects in the laboratory. Through these recordings, the establishment of a circadian rhythm in the basic level of heart rate was examined.

In recent articles many authors state that cardiovascular and catecholamine responses in Type A individuals are greater than that of Type B's. We introduce the consideration that those who are well adapted and displayed greater responses in the first experiment have some similar traits to Type A's in cardiovascular arousal and in drive to solve the problem successfully, while those who failed in job-adaptation are lacking them.

Adaptation implies function to cope with real life stimuli and problems. And cardiovascular activation during problem-solving suggests itself as one of the indices of a positive coping drive and the possibility of maintaining a healthy mental life.

Key words: Cardiovascular arousal, heart rate, basic level of HR, mental performance, adaptation, Type A, lifeharassment.

要 旨

この10年来科学技術庁の特別研究促進調整費によって行った実験研究の所見と、これらの課題に関

連する他の多くの研究者たちの所説をもとにして、実験的精神作業や日常生活の困難に対する循環器系反応と被験者の個人的特性との相関について考察を試みた。

最初の研究では、適応障害をもつ企業体従業員と対照被験者が精神作業実施中のポリグラフ記録に示した反応の違いを比較したが、適応障害者よりも対照被験者がより大きな心拍増加を示していることが認められた。

次の研究では、循環器疾患患者の性格行動特性を検討したが、とりわけ Type A として知られる Friedman と Rosenman の提唱する冠動脈心疾患に関連する行動パターンがどれだけ見られるのかを研究した。

同時に心電図等の24時間連続記録と実験室内ポリグラフ記録により、心拍基礎水準の日内リズムを検討した。

最近多くの研究者により、Type A の個人は Type B の人に比べて循環系とカテコールアミンの反応が大きいと記載されている。従って、われわれの被験者のうち、よく適応し、循環系の反応の大きいものは、循環系の賦活と問題を立派に解決しようとする衝動では、Type A に類似する特性があり、職業生活の不適応者にはこのような特性が不足しているのではないかと考えられる。

まえがき

現代都市生活は「ストレス」に満たされており、神経症・心身症の患者が増加し、さらにアルコール中毒・自殺・犯罪・非行などの社会病理現象も著しくなるなど、精神健康上にも好ましくない状態になっているという議論が行なわれてきている。

神経症・心身症の中でも、とりわけ心臓血管系の変化を主要な症状とする疾患では、その症状の発症と「ストレス」との関係が注目されている。本来、循環系は自律神経支配であり、循環器疾患の成立には精神的要因が重要な役割をもつことは知られていた。

われわれは「ストレス」と精神健康との関連を主題とする総合的研究を続けてきた。それらの結果をもとにして、「ストレス」「適応」「心臓血管系」「精神健康」の相関に属することを概観し、考察を試みることにしたい。

研究の方法と結果の概略

研究 I

実験室内で被験者に視覚的刺激・聴覚的刺激・精神作業課題を与え、それらへの反応を実験実施中継続的に描図するポリグラフ、音声、TV 映像によって把え、VDC (Video Data

Coder) を通してビデオテープに記録する。

ポリグラフは、第II誘導の心電図、胸廓ピックアップによる呼吸曲線、指尖脈波、音圧曲線、心拍数変動曲線 (Cardiotachogram) からなる。

負荷刺激と作業課題は、図形識別・絵 (TAT カード) や音楽 (レコード音楽の一部) を素材とした作話、乱数発生テストなどを含む。

被験者には、職業・職場への適応障害を主要な問題とした企業体従業員と、対照者である。前者は自覚的・他覚的障害を訴え、精神衛生管理の対象とされたもので、上記問題の他に、精神医学的障害としては不安神経症・強迫神経症・破瓜型精神分裂病の初期を疑わせるものもあったが、それらはいずれも軽度の障害であった。障害者

男性：13人 22～37歳 (28.45±4.54歳)

女性：17人 19～33歳 (24.06±4.17歳)

対象者

男性：15人 21～30歳 (25.40±3.01歳)

女性：23人 18～20歳 (18.62±0.58歳)

なお、対照者は男女大学生および男子会社員であり、上記の障害の訴えないものである。また障害のない対照被験者の中には、時期を変えて2回ないし3回同じ方法で実験記録を行なっ

たものを含む。

(1) 心拍の基礎水準値。刺激に対する反応を評価するには、基準に刺激負荷直前の値を基礎値 (baseline) として、刺激後の最大変動値との差を計測するのが多くの研究者に一般である。しかし、baseline が常に“無刺激”の状態を示しているわけではなく、baseline が既に高い値を示していれば、刺激後の頂値との格差は相対的に小さくなって行くのである。(初期値の法則、Wilder) (L. I. V.) したがって時には、より強い刺激を与えると、反応値が小さく表わされることもある。そこで、刺激前値ではなく、心拍変動の「底値」を算出し、これを心拍の基礎水準 CBL とし、これを反応値を評価する基準とした。

$$CBL = \frac{\sum xi}{n} - Ks$$

ここで xi は一定区間での心拍の最小値、s は n 個の xi の標準偏差、K は定数である。

このようにして算出した CBL は、日を変えて 3 回測定した男子被験者 9 人、女子被験者 14 人についてみると、表 1 に示すように非常に接近した値を示しており、殆ど一定していることがわかる。表 2 のように障害者と対照者の間では、多少の差異が開くものの統計的に有意ではない。

(2) 心拍の反応値と変動幅。与えられた刺激や課題に対する心拍数の頂値と、それから CBL を減じた変動幅とについてみると、表 3 のように、男性では障害者と対照者では有意差はみられなかったが、女性では差がみられた。また女性が男性より大きく、女性対照者 > 女性障害者 > 男性対照者 > 男性障害者であった。

(3) 乱数発生テスト成績。実験作業課題として施行したもののうち、繰返し実施が可能であること、数量的評価によって個人内、個人間比較ができるものとして、乱数発生テストの結果をとりあげる。表 6 でみられるように、適応障害者と対照者とは、全体でも男女別にした群でも、成績の平均値は適応障害群が対照群に比して有意に悪い成績を示した。

(4) 心拍変動・作業成績・性格因子の相互の

関係。TPI の性格特性に関する尺度 10 項目のそれぞれの得点と、被験者の年齢・心拍の基礎水準値・心拍の反応変動幅 2 種 (TAT スライド呈示時と乱数発生テスト施行時) と乱数発生テストの成績 (RD 値と GN 値) の 16 項目について、相互相関係数を算出した。

その結果は、男性では心拍の反応変動幅 (2 種)・乱数発生テストの成績と、TPI の As, Ep 尺度とに相関のある印象もたれたが、 $P < .10$

表 1. 正常被検者群の平均心拍基礎水準値。(3 回繰返し実験) 値は拍数/分。

	1	2	3	平均
男 (N = 9)	61.67	63.56	62.56	62.59
女 (N = 14)	61.86	62.07	63.71	62.55
t	0.0413	0.0428	0.0373	0.0137

表 2. 適応障害者と正常対照者の男女各群における平均心拍基礎水準値。

	N	平均値	標準偏差
男障害者	13	62.23	7.0703
男対照者	15	59.53	6.3198
女障害者	17	65.33	6.7507
女対照者	23	62.13	9.8734

表 3. 作話課題時における心拍反応水準の変動幅の平均値の比較。(t-検定)

	障害者	対照者	t	
男性	32.267	35.400	0.82315	
女性	38.174	48.729	2.45418	$p < .025$
合計	35.676	42.927	2.41420	$p < .025$

表 4. 男性対照者を学生群・会社員群に分けた場合の変動幅の平均値の比較。

	1 学生	2 会社員	3 障害者	t (1.3 間)	t (0.05)
	40.833	31.778	32.267	2.03239	2.121

表5. 乱数発生テスト時の心拍反応水準の変動幅の平均値の比較。(t-検定)

	障害者	対照者	t	
男性	25.864	23.753	0.61614	
女性	28.929	34.396	2.0864	$p < .05$
合計	27.489	30.179	1.36522	

表6. 各被検者群における乱数発生テストの成績(乱数度)の平均値の比較。

	障害者	対照者	t	p
男性	1.151	0.891	2.4926	$p < .025$
女性	1.136	0.969	2.9987	$p < .005$
全体	1.142	0.958	3.8715	$p < .001$

の水準で有意ではなかった。

女性では、心拍の基礎水準値とTATのHC、反応変動幅(TAT呈示時)とTATのHy、乱数発生テストの乱数度(RD)と反応変動幅(TAT)やはりRDとTATのHyとHbが、いずれも相関があった。(P<.05)

研究 II

携帯用超小型テープレコーダーを使って、1本のカセットテープに連続24時間の心電図(第II誘導)・呼吸曲線・体温の記録を行ない、日常活動が心拍変動に与える影響と心拍の基礎水準値の日内変動を知るのを目的とした、延49人の記録を行なった。

これとは別に、実験室内で研究Iと同様の方法で、1日の午前・午後に実験作業を行ない、さらに夜の自然睡眠を含むポリグラフの記録を行なった。

これらの心電図記録はコンピューター(DEC, PDP-11/45)を通して、R-R間隔時間の histogram, cardi tachogram を作図し評価した。

被験者は、心臓病患者はA医科大学内科、B内科診療所、C電子機器製造会社診療所で診療を受けているもので、心筋梗塞・狭心症の診断名のもの19人、その他の循環系疾患のもの20人

であり、対照被験者は男女大学生、上記会社の健康社員等である。

(1) 心拍基礎水準の日内変動、研究Iの方法により心拍基礎水準値を算出し、1日の各時刻における被験者の平均心拍基礎水準値の推移をみると、朝の6時付近が底値の 42.5 ± 2.5 bpm、13時頃は 59.5 ± 6.3 bpm という値が得られた。その差は17 bpmである。

つまり、心拍数の反応値はこのような1日の早朝に低く夕刻に高い基礎水準値の日内変動曲線の上に乗っていると理解すべきであると思われる。

研究 III

循環器疾患、ことに高血圧症、不整脈等は心身症の代表的疾患と考えられてきたが、近年では冠動脈心疾患(心筋梗塞・狭心症)には特有の行動特性が発症に関連しているといわれている。中でもFriedmanとRosenmanの提唱したType Aは著名である。日本人にもこのType Aの特性が冠動脈心疾患と関連があるかどうかを検討するための研究である。

方法はType Aに該当する行動特性を持つかどうかを自己評価させる方法で、診療継続中の循環器疾患患者、循環器疾患をもたない対照者中のType A特性を検出した。

検査の方法は、例えば「忍耐強く待つことができる」「待つべきときに待てない」というように、行動特性の両極を表わす評語を一定の長さの直線で結びつけた項目を14対列記してある表を提示し、それぞれの項目について自身の行動特徴が直線上のどの位置に該当するかを自己評価し、×印をつけるのである。

評価法は対立する行動特性を結ぶ直線上に記された×印が、Type Aの特性側に偏った距離で表わす。20点以上の項目が7つ以上あるもの、総得点が220点以上になるものをType Aとし、10点未満の得点の項目が7つ以上ある、総点170点以下のものをType Bとした。

その結果は、循環器疾患者と健康対照者との有意の差が出た行動特性は：

1. 約束に決して遅れない。
2. 競争心が旺盛だ。
4. いつも急いでいる。
6. 目標を達成するまであらゆる手段を使い、一つの仕事に没入する。
8. シャベリ方がエネルギッシュで力強い。
9. 仕事のやり手であるという特徴を他人に認めてもらいたい。
14. 社会的地位をもっと上に昇進しようと野心をもっている。

であり、循環器疾患の中で特に心筋梗塞患者と健康対照者との間で有意差を認めた行動特性は：1. 約束に決して遅れない，6. 目標を達成するまであらゆる手段を使い，一つの仕事に没入する，8. シャベリ方がエネルギッシュで力強い，14. 社会的地位をもっと上に昇進しようとの野心をもっている，であり，このような行動特性が心筋梗塞に関連する特徴といえるようである。

しかし，今回の研究の被験者となった心筋梗塞患者18名については，Type A と判断したものの6名で $\frac{1}{3}$ に過ぎず，心筋梗塞患者に Type A が多いという関係を見ることはできなかった。

なお上記の Type A のもつ行動特性の対極的な行動特性を示すタイプを Friedman らは Type B と名づけたが，後者は常に前者との対照型として用いられる。Type A の方は独自の行動パターンを示す固有の名称として使われることが多くなっている。

考 察

心活動は精神生理学の従属変数として広く使用されている。その理由の1つは記録がそれ程複雑な技術を要せず，しかも誤りが少く，臨床医学・生理学で使い慣れていること。2つには，心活動は Cannon 以来，刺激に対する変化，賦活概念を形成していたことによる。

刺激に対する変化は動機づけの変化を導き，また心臓の活動は組織の酸素要求の調整を意味しているので，心拍動が身体(殊に筋肉)活動，

狭義の精神活動(情報処理・頭脳作業など)に敏感な応答を表わす。したがってこれらの活動における生理学的賦活の指標として用いられてきたのは不当なことではなかった。

しかし，最近の研究では心活動を賦活の指標として扱うのには，その反応は複雑であることが判ってきた。1つには心拍数の変動には2方向性があり，その変化の方向は状況によって異なるという見解である(Blair et al., 1959; Graham and Clifton, 1966)。例えば心拍は中等度の強さの感覚刺激に反応して減少するが，強い刺激とか暗算などの課題では増加する。J. I. Lacey (1967)によれば，心拍は外界から情報を取り入れる状況では減少し，外界の情報を拒むときには増加する。

被験者の側の条件も心拍反応の方向に影響を与えるという仮説が Obrist ら (1976) によって出された。身体活動では筋肉の代謝需要の増加が心拍の増加を，反対に身体活動の減少は心拍の減少をもたらすというものである。

身体条件の他に精神的条件も心拍数を大きく左右する。これがこの小論のテーマでもあるが，Glickstein ら (1957)，Kelly ら (1970) は不安状態にある患者群は正常対照群に比較すると，基礎水準(basic level)は高く，実験的に誘発された不安状態においては心拍の反応性増加は少ない。これら患者群は正常対照群よりもストレスに対する反応性は少ないと結論している。

心拍は外から加えられた刺激に応じて変化するが，その変化の度合いは刺激の強さに依ることは当然であるとしても，刺激の強さおよび内容によっては心拍は増加を示さず，むしろ減少することもある。刺激の種類その他，被験者の身体条件・精神状態も心拍反応を支配する要素になっているということである。つまり，刺激に対する心拍反応を評価するには，刺激の種類と被験者の状態の2面的な要因を考慮しなければならぬということである。

ところで，反応値を測定する基準を，刺激を与える直前の水準値におき，これを“baseline”

とするのが一般的である。しかし、この方法によると、上に引用したように、被験者の精神状態によって baseline が既に正常よりも高くなっている場合がある。そしてこの時は反応値は正常よりも小さいと観察される。また Lacey らの観察のように、刺激を与えた結果「負の反応」(減少)を示すことも起り得るわけである。

反応値を測る基準値がこれ自体常に共通の要因によって変動しているのであれば、反応値の評価が極めて複雑な結果をもたらすのは当然なことといわなければならない。この問題の解決には反応の測定基準を固定させることができればよい。固定基準の設定の試みとして、心拍の基礎水準値を案出したのである。

この心拍の基礎水準値では、被験者の障害者群と正常対照者群の間でも男性群女性群の間でも有意の差はなく、昼夜の日内変動を認めるだけである。このような測定基準を設定して心拍数の反応値を評定すると、われわれの適応障害群は正常対照群に比較して、反応変動幅は小さいことを認めたのである。

心拍などの自律神経系の反応性変動には、個人の情動が大きく関与すると考えられてきた。例えば、不安状態にあるものは刺激に対して著しい心拍数の増加を示し、対照被験者では心拍数の増加は少いかまったく見られないという (Altschule, 1953; Whits と Gildea, 1937; Whitehorn と Richter, 1937) (M. Lader, (1975) より引用)。このような見解が「常識」となっていたが、この「常識」に訂正を要求する結果の出る研究が相いついで発表された。Hodges と Spielberger (1966) は MAS (Manifest Anxiety Scale) の得点が21かそれ以上の不安得点の高い群と得点が8かそれ以下の不安の低い群に分けた男子大学生の被験者に、「作業中に強い電気ショックをかけるが体に害はない」と教示し、電極は装置するが実際には電流を通じないという実験を行った。その結果は高不安群も低不安群も心拍数の増加は同じように著しかった。しかし、このような条件を与

えない作業実験では、心拍の変化は両群とも僅かかまったく見られなかった。不安を主症状とする患者群と対照者群に連続減算の作業実験を行なった Kelly (1970) は、不安患者群の方が心拍変動の小さかったことを認めた。

不安には多くの身体症状が伴うが、その中で循環系に属するものは心拍増加・血圧上昇である。しかし上記のいくつかの研究の結果が示しているように、不安傾向の強い被験者や不安患者が刺激に対する心拍増加反応はむしろ少なかった。そして、対照被験者の方が大きく心拍の上昇を示していたのである。

われわれの研究でも、適応障害者と分類した神経症・心身症・軽度の精神病を含む被験者群では、実験課題に伴う心拍の増加は対照群よりも少なかった。なんらかの身体症状や精神症状をもち、職業生活に適応していないこれらの被験者たちは、難しい課題を提示され解答を要求される状況では、情動反応として不安を生じ心拍増加が観察されると期待されたのである。しかし上記のように期待とは逆の結果となった。

「正常対照者群」は刺激に対して大きな心拍増加の反対を示したが、正常者群の中にも個人の違いは当然認められた。心拍反応の大小に関与する要因のひとつとして、TPIの各性格特性尺度との相関を検討した。その結果は女性被験者群については Hc, Hy 尺度との相関関係が見られた ($P < .05$) が、男性被験者群ではどの尺度とも相関関係はなかった。

刺激や作業課題提示の際の心拍反応を大きくする要因は、不安のような情動、また心気症性、ヒステリー性のような神経症性格特性という消極的で負(マイナス)の要因とみるのは当たらないようである。大きな心拍反応を作るのは不安とは異なる他の情動、精神病的性格特性とは違う要因があると思われる。作業課題に解答を要求される状況では、受身で刺激を与えられているというより、課題の解決法を見だし、解答を公表するには、課題に積極的に立ち向かう態度と攻撃性のような情動が現われているのではな

いだろうか。

Roessler (1973) は自律神経系の役割が体内環境の恒常性を維持することと共に、適応的行動を用意するためのものであるという。そうであれば、自律神経系活動と行動との間には明らかな関係を明証し得る筈である。

近頃、心筋梗塞などの冠状動脈疾患に陥った患者の行動特性“Type A”が注目されている。これは、アメリカの内科医 M. Friedman と R. H. Rosenman が心臓疾患患者の診療を通して抽出した特徴で、冠状動脈心疾患の発症に関連する行動特性 (coronary-prone behavior pattern) としたものである。それは、「自ら選んだ目的に到達しようと持続的に努力する。競争を好み、かつ熱心である。自ら認められ昇進することを絶えず願望している。多種多様な厄介なことでいつも締切時間を作っている。肉体的活動・精神的活動の遂行速度は常習的に早い。精神的・身体的に異常な気配りをする」特徴的な行動である。さらに、面接時には、「過度に速い体動、顔面および軀体が緊張した筋、爆発的な会話の抑揚、手を握りしめ歯をくいしばるという過剰な身振りを無意識にすること、全般に我慢がならないという様子をみせる」のである。(Friedman と Rosenman, 1951)

Type A の協同研究者として Friedman らに加った C. D. Jenkins は冠状動脈心疾患患者の行動判定法として Jenkins Activity Survey (JAS) を作った。(1965) 彼は因子分析の結果、冠状動脈心疾患になり易い行動パターンは、少くとも 3 つの主要な、概念的に独立した行動群、(1)強い衝動、(2)仕事へののめり込み、(3)スピードと不耐性、によって構成されてあることを示した。

この 3 人の発想による“Type A”行動特性という概念は、1973年頃には他の研究者たちにも研究課題とされるに到った。われわれが今回使った自己評定法テストは Defourny と Frankignol (1973) による方法をもとにしたのである。

われわれは精神的要因が強く働くといわれる

冠状動脈心疾患の発症に、日本でも Type A 行動特性が関連しているかどうか知りたと思ったのである。今回の結果は先に述べた通りで、冠状動脈疾患の治療を受けている患者と、対照被験者の間で項目によって得点の有意差を認められたが、Type A と判定されるものが冠状動脈心疾患患者に多いという結果は得られなかった。これは被験者の数が少数であったこと、患者の年齢が高く、既に職業を退いてしまったり、治療中の指導によって行動様式を変えてしまっているものもかなり含まれていたことが影響していたとも思えた。

しかし既に見たように、われわれの被験者でも心筋梗塞患者と Type A とされた被験者に多く他の被験者に少なかったのは、「しゃべり方がエネルギーで力強い」という特徴である。話し方の特徴の分析に関しては、Friedman ら (1969) も一定の文章を「切羽つまったストレス状況に身を置いたと仮定して読ませた場合の、声の強さと促迫したリズムの違いによって、Type A と Type B さらに臨床的に冠状動脈心疾患と診断されたものとそうでないものとの鑑別が、かなり高い頻度 (84% と 76%) で可能であったといっている。

また B. Schucker ら (1977) も Type A 選別の標準面接 (JAS) 中の録音テープを解析して声の音量と話し速度が Type A の予測に 87% の一致度で有効であり、さらに破裂音という声の特徴も重要であると付言している。

このような話し方の特徴によって代表される行動特性とはどのようなものか、心筋梗塞の発症とどう関わるのかはさらに検討されるべき問題として残されたが、冠状動脈心疾患の危険因子の検出、社会的心理的に影響を蒙った精神内界を外界に表現する接点での門戸での行動—言語行動—でもっとも確度が高いという結果が出たのは興味深いことである。

近頃になって、Type A 行動特性は冠状動脈心疾患の発症との関連に関する興味にとどまらず、精神生理学的反応や精神活動性との関連に

おける特性にも関心もたれてきた。例えば、ストレス刺激に対する循環器系反応の大きさと Type A との関係については、S. B. Manuks (1978) は精神作業時の血圧上昇が Type A の男性、内向性の Type A 特性者により大きいことを見た。W. R. Lovallo と V. Pishkin (1980) は若い男性の Type A と Type B の被験者に対して面接や実験作業を行なった結果、反応性の血圧上昇と頻脈では Type A と Type B の間に差は認めなかったが、同時に測定した皮膚抵抗値、血清コレステロールでは、作業によっては Type A が Type B よりも高い値を示したことを認めた。さらに、Type A と Type B の女子学生を被験者にした J. M. McDougall ら (1981) は、面接と実験作業の際の収縮期血圧上昇と頻脈とは Type A 群の方が Type B 群よりも著しいのを見ている。

この他にも類似の結果の得られた研究が続出している。このように刺激や精神作業課題に対して著しい循環器系の反応を示す個人の特性が、Type A と名づけられた行動特性と関連があると考えられてきた。

ストレス状況が循環器系に影響を与えるには、その中間にカテコールアミンが介在するとして多くの検証が試みられている。例えば、Funkenshtein ら (1954) や他の研究者たちにより、ストレス下の恐怖や不安、抑うつなどの情動が生じたときは、尿中にアドレナリンの排泄量が増加することを観察し、Silverman ら (1957) は情動と作業能力（加速度負荷下での TAT 類似テストの施行）と血圧など循環機能への影響の研究で、尿中のアドレナリンとノルアドレナリンの比 (AD/NA) が指標になることに注目した。後になって、L. Levi (1965) はアドレナリンは愉快な感情や攻撃的な感情で分泌が増加し、不安・恐怖ではアドレナリン・ノルアドレナリンが共に分泌を増すので AD/NA 値が重要であると主張した。

恐怖や不安、抑うつなどの情動に関連して不慣れた環境、不慣れた操作がやはり尿中のハイ

ドロオキシコチコイドを増加させている他に、内分泌系自律神経系にも影響を与えているという実験研究もある。(Sabshin ら, 1957, 他) 不慣れた環境・操作では、初めて遭遇する突発的な、即座に処理を要求されることが多い。このような新しい、緊急な刺激状況ではカテコールアミンの動員を伴っており、その結果として血圧の上昇、頻脈、不整脈という循環系の変化が現われると考えられる。

不整脈がストレス刺激によって起る著明な例は、われわれの研究 I の対象となった 1 人で見られた。29歳の女性で、職場での人間関係に不応の状態にあった頃の実験作業時のポリグラフ記録では、実験の終りに近づいて著しい不整脈が頻々と混入した。数週間後の再検査ではやはり同じ場面で、やや数は減ったものの著しい不整脈が頻発した。ところがそれから 1 年近くして、この女性が個人的理由で退職した後に、3 度目のポリグラフ記録を行なった時には、不整脈の混入はまったく認めなかったのである。

現実社会の生活では「人間関係のストレス」にどう対処するかが、適応の成否をきめる要素の 1 つであると思うが、D. C. Glass ら (1980) は人間関係のストレスを実験にとりいれた。作業実験の 1 つを電子ゲームとし、被験者仲間になりすました実験者の助手が、スケジュール通りにゲームに負けたり勝ったりする。またことばで被験者を混乱させ妨害する。実験中、血圧・心拍数および血清カテコールアミンを測定して、Type A は妨害条件の方が血圧等の上昇が大きく、Type B の被験者は妨害条件のない方が大きかった。

以上に見てきたように、われわれのこれまでの実験研究の結果と最近の研究者たちの知見から考察すると、外的刺激、精神作業課題に対する自律神経系とりわけ循環系・内分泌系の反応の大きさは、刺激の強さや状況によってのみ決めるのではなく、各個人の特性とその状況との関わり方によることが大きい。そして個人の特性には、心筋梗塞の発症に関連する行動特性とさ

れる Type A に共通する反応要素が関与しているようである。

研究 I で適応障害者に含まれた被験者群は循環系の反応が小さく、Type A がもっとされる現実的解決への強い意欲、激しい取り組む構えに乏しく、積極的な攻撃的な情動に伴なうアドレナリンの発動が少ないのであろうと思われる。

社会によく適応するには困難な問題に遭遇した際に、積極的で攻撃的な情動が発動されるような内分泌系と循環系の賦活が必要となると考えられる。Type A 行動特性の持主はその傾向の極度に強いものと考えてよいだろうか。従って Type A 行動は単に心筋梗塞発症の危険因子としてばかりでなく、もっと広く社会適応行動の因子として研究される必要を感じる。

参考文献

1. Defourny, M. et Frankignoul, M. : À propos du comportement prédisposant aux coronaropathies (overt pattern A). *J. Psychosom. Res.*, 17: 219-230, 1973.
2. Friedman, M. and Rosenman, R. H. : Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J. A. M. A.*, 169 : 1286—1296, 1959.
3. Friedman, M., Brown, A. E. and Rosenman, R. H. : Voice analysis test for detection of behavior pattern. Responses of normal men and coronary patients. *J. A. M. A.*, 208 : 828—836, 1969.
4. Glass, D. C. *et al.* : Effect of Harassment and competition upon cardio-vascular and plasma catecholamin responses in Type A and Type B individuals. *Psychophysiology*, 17 : 453—463, 1980.
5. Glicksten, M. *et al.* : Temporal heart rate patterns in anxious patients. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 78 : 101—106, 1957.
6. Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. and Friedman, M. : Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *J. chron. Dis.*, 20 : 371—379, 1967.
7. Keith, R. A. : Personality and coronary heart disease : A review. *J. chron. Dis.*, 19 : 1231—1243, 1966.
8. Kelly, D., Brown, C. C. and Shaffer, J. W. : A comparison of physiological and psychological measurement on anxious patients and normal controls. *Psychophysiology*, 6 : 429—441, 1970.
9. Lader, M. : The psychophysiology of mental illness. Routledge & Kegan Paul, London and Boston, 1975.
10. Lagerlöf, H. : Psychophysiological reactions during emotional stress : medical implications. In L. Levi (ed.) *Emotional Stress*. S. Kager, 1967.
11. Levi, L. : The urinary output of adrenalin and noradrenalin during and unpleasant emotional state. *Psychosom. Med.*, 27 : 80—92, 1965.
12. Lovallo, W. R. and Pishkin, V. : A psychophysiological comparison of Type A and B men exposed to failure and uncontrollable noise. *Psychophysiology*, 17 : 29—36, 1980.
13. MacDougall, J. M., Dembroski, T. M. and Krantz, D. S. : Effects of Types of challenge on pressor and heart rate responses in Type A and B women. *Psychophysiology*, 18 : 1—9, 1981.
14. Manuck, S. B., Craft, S. and Gold, K. J. : Coronary-prone behavior and cardiovascular response. *Psychophysiology*, 15 : 403—411, 1978.
15. Roessler, R. : Personality, psychophysiology, and performance. (Presidential Address, 1972). *Psychophysiology*, 10 : 315—327, 1973.

16. Schucker, B. and Jacob, D. R. : Assessment of behavioral risk for coronary disease by voice characteristics. *Psychosom. Med.*, 39 : 219—227, 1977.
17. Silverman, A. J., Cohen, S. I. and Zuidema, G. D. : Psychophysiological investigations in cardiovascular stress. *Am. J. Psychiat.*, 113 : 691—693, 1957.
18. Spielberger, C. D. : Anxiety : state-trait-process. In Spielberger, C. D. and Sarason, I. G. (eds.) *Stress and anxiety*. Volume 1. John Wiley & Sons, New York, 1975.
19. Wilder, J. : The law of initial value in neurology and psychiatry. *Facts and problems. J. Nerv. Ment. Dis.*, 125 : 73—86, 1957.
20. Wilder, J. : Stimulus and response. The law of initial value. John Wright & Sons, Bristol, 1967.
21. 川 明 : 情動の生理学におけるカテコール体代謝の意義について. *精神医学* 6 : 4—26, 1966.
22. 高橋 宏・宇佐美智和子 : 精神活動と心拍変動に関する研究—心拍の瞬間加速現象について—*精神神経学雑誌* 73 : 52—67, 1971.
23. 高橋 宏 : 精神的ストレス測定 of 精神生理学的研究.
(1) 心拍変動を中心にした研究—適応能力と心拍変動との関係—特別研究促進調整費「都市生活における精神健康度に関する総合研究」報告書. 昭和51年.
24. 高橋 宏 : 心拍と呼吸. *現代精神医学大系* 20 C. 神経生理学III中. 中山書店. 1978.
25. 高橋 宏・山本和郎・高橋和明 : 「循環器疾患発症の誘発要因に関する総合研究」(昭和53~55年度特別研究促進調整費)—精神生理学的研究ならびに社会的心理学的要因の研究—昭和57年.

アルツハイマー (Alzheimer) 型老年痴呆の 尿中メラトニン・レベルとリズム性について

兜 真徳

精神薄弱部

大塚俊男・斎藤和子

老人精神衛生部

丸山 晋

社会復帰相談部

要 旨

脳の早期老化を示すと考えられているアルツハイマー型老年痴呆患者12名(男5, 女8, 53~77歳)と対照者4名(男3, 女1, 54~82歳)を対象として, 24~48時間中の各8時間尿中メラトニン・レベルとそのリズム性を測定・検討した. 1日24時間排泄量は患者平均 32.6 ± 1.7 ng, 対照者平均 26.8 ± 9.6 ngであり, 有意差はなかった. 同様に性, 年齢, 薬物投与の有無, 疾病の重症度, 発症後の年数による差もみられなかった.

一方, 夜間(午前0~8時)におけるレベルの上昇がみられない, 尿中メラトニン arhythmia は, 患者で42~50%, 対照者で0~20%であり, 脳の早期老化と arhythmia との関連性が示唆された. ただし, 同時に尿中メラトニン排泄量の特徴として, まず個人間の変動の大きいことが指摘される.

A Preliminary Report on the Levels and Rhythmicity of Urinary Melatonin in the Patients with Senile Dementia of the Alzheimer Type

Michinori Kabuto*: Toshio Otsuka**
Kazuko Saito:** Susumu Maruyama***

* Division of Mental Retardation

** Division of Psychogeriatrics

*** Division of Rehabilitation for
Mentally Disordered

Summary

Urinary melatonin levels (IRMLA: Immuno-Reactive-Melatonin-Like-Activity) were estimated by radioimmunoassay after TLC purification for consecutive 3 or 6 8-hr urine specimens from 12 patients with SDAT (Senile Dementia of the Alzheimer Type) and 4 age-matched control subjects aged 53 to 82. Total 24-hr IRMLAs were on the average 32.6 ± 17.3 ng/24-hr for the patients; and 26.8 ± 9.6 ng/24-hr for the control group. No significant relations were found

between the total IRMLAs and sex, age, drug manipulations during urine sampling, severeness and duration of the disease, either with or without correction of those values by body weight.

The arrhythmia of urinary IRMLA excretion without the normal rise during nighttime (12 am -8 am) was more frequent among the patients (42-50%), while it was 0-20% for the control group. However, the percent excretion of IRMLA during nighttime did not show any significant difference between patients and the control group.

The IRMLAs after TLC methods, however, differed from the results after the recently reported alkali washing methods, though both of them showed a good correlation. The unknown materials other than 6-hydroxymelatonin from the urine may have been concentrated to produce this discrepancy, which should be investigated further.

In conclusion, it has been suggested that melatonin excretion of the patients with SDAT is more arrhythmic, whereas great individual variations should be pointed out as the predominant characteristics of urinary melatonin excretion.

Key words: melatonin, radioimmunoassay, aging, senile dementia of the Alzheimer type.

INTRODUCTION

The physiological role of melatonin in humans has not yet been clarified in general. Recent studies, however, have suggested the physiological responses of melatonin synthesis to exercise stress (1) and intensive light after darkness (2) as well as darkness after a period of light (3). Melatonin might also be involved in menstrual cyclicity (4,28), drastic changes of hormonal environment at puberty (5) and/or functioning as an anti-depressive substance, as suggested by several recent works (6, 7).

With aging, on the other hand, total urinary melatonin excretion during 24 hours has been shown to decrease from birth on during the first 30 years of life (8). It has also been suggested that enough parenchyma cells in the pineal, which could synthesize and secrete melatonin, are still active even in the aged against the calcification of the pineal body (9). Melatonin shows a clear circadian rhythmicity with increased synthesis during nighttime, which may be dependent on the environmental light-dark cyclicity (3, 10-15), though this rhythmicity should be related to a circadian oscillator in the suprachiasmatic nucleus (16). This rhythmicity disappears in the aged in Syrian hamsters because of the decrease of its nocturnal enhancement to the lower level of daytime (17). This arrhythmia of melatonin synthesis in the aged might be the case in humans as well. It has also been suggested that the patients with depression show a deficit in the nocturnal enhancement of melatonin (6, 7, 18).

In the present study, to further learn about the aging profile of melatonin synthesis, we examined the urinary melatonin excretion and its rhythmicity in the patients with one of the neuropsychiatric diseases which shows abnormal aging of the brain, "Senile Dementia of the Alzheimer Type (SDAT)". The SDAT is characterised by similar morphological, chemical and behavioural changes as normal aging of the brain (19, 20).

Urinary melatonin was measured twice for some of the samples by the same radioimmunoassay (RIA) using the Levine and Riceberg antiserum (21) after prepurifying the extract with Thin

Layer Chromatography (TLC) (11) and only with alkali washing (22), which was reported recently to simplify the reliable but laborious TLC methods. The values measured by both of the methods were compared especially in terms of the correlation coefficient.

MATERIALS AND METHODS

Thirteen patients clinically diagnosed as SDAT (5 male and 8 female : 53-77 years of age) who participated in the "Lecithin-Alzheimer's Disease Research Protocol" at the Clinical Research Center of the Massachusetts Institute of Technology (20) and 4 healthy volunteers (3 male and 1 female : 54-82 years of age) were studied while they were in-patients according to the protocol. Other two patients who may not have had Pick's disease were excluded from the results.

Three or six 8-hr urine specimens (8:00 am - 4:00 pm ; 4:00 pm - 12:00 am ; 12:00 - 8:00 am) were collected consecutively from each subject over 24 or 48 hours and kept frozen at -20°C until assay. These urine specimens were sampled continuously from August 1980 to November 1981 excluding the time between February and May 1981, when the previous samples already collected were assayed. The other samples were measured on November to December 1981. The experiment to compare the two prepurifying methods with and without TLC was done on December 1981 using the same remaining samples.

Because the subjects were under the protocol of drug manipulations as well as having some diseases other than SDAT : C-V disease, arthritis, hypothyroid, dyssomnia, and/or EKG abnormality, even during the urine sampling some of the patients were given one or more of such drugs as scopolamine (parasympatholytic drug), probenecid, physostigmine (choline-esterase inhibitor), thyroid extract, indomethacin and so on. However, because the sympathetic nerve functions are of main importance in relation to melatonin synthesis in the pineal (3), in this paper only physostigmine, probenecid and indomethacin were referred to. Indomethacin (N-chlorobenzoyl-2-methyl-5-methoxyindole-3-acetic acid) is the analogue which was used to raise the antiserum for melatonin used in the present study (20). Four patients were not treated with any drugs during urine samplings. The severeness of the disease, SDAT, was classified into four degrees : mild : functions on own at home ; moderate: restricted activities at home; severe: does nothing at home; and profound: need total care. No patients with profound SDAT were included in the protocol.

Extraction and purification

Twenty ml of urine were adjusted to PH 10.0 just before the extraction with 10 ml of chloroform (HPLC grade; J. T. Baker Chemical Co.). The mixture was shaken for 20 minutes and the aqueous phase was aspirated. The chloroform extract was washed with 5 ml of 0.1 N HCl, then with 5 ml saturated borate buffer, and finally with 5 ml of distilled water. The washed chloroform extract was then evaporated to dryness under nitrogen and the residue was dissolved with 0.1 ml of absolute ethanol, Which was applied under nitrogen on a TLC plate (Whatman LK 5D) precoated with ascorbic acid-ethanol solution (1 gm in 100 ml of absolute

ethanol). TLC plate was developed for 55 min in a self-made continuous development chamber with chloroform as the mobile phase. The melatonin segment was then scraped off according to the guides of melatonin (N-acety 1-5-methoxytryptamine; Sigma), N-acetyltryptamine (Sigma) and 6-hydroxymelatonin (Sigma) identified by Ehrlich's reagent and transferred to a glass tube. The melatonin was eluted with 1 ml of methanol. A duplicate 400 μ l of methanol extract was then blown down under nitrogen in the assay tube and the dried extract was dissolved with 500 μ l of the buffer for RIA. The recovery rate of authentic melatonin added was 50 to 60 % by this procedure.

Alkali washing was performed according to the methods of Lang et al. (21) with some slight modifications. Two ml of urine was adjusted to PH 4.0 with 1 N HCl, then extracted with 10 ml of chloroform by shaking it for 20 minutes and the supernatant was aspirated. The chloroform extract was washed with 5 ml of 0.1 N NaOH, then with 5 ml of distilled water, and blown down to dryness under nitrogen. The residue was dissolved with 2 ml of absolute ethanol and transferred to the assay tube. The ethanol solution was dried up again under nitrogen and melatonin was recovered in 500 μ l of the assay buffer for RIA, which was then washed once with 1 ml of petroleum ether. A 85-95 % recovery of melatonin added was obtained by this method.

All other materials not specified are reagent grade.

Radioimmunoassay

After extraction and prepurification, melatonin levels in the urine were measured by RIA using the antiserum for melatonin prepared by Leveine and Riceberg and authentic melatonin as standard, according to Lynch et al. (11). The melatonin levels measured by RIA, however, should be called as "Immuno-Reactive-Melatonin-Like-Activity (IRMLA)" because RIA yields higher values than those from gas-chromatography-negative ionization mass spectrometry (GC-MS) as reported for the blood melatonin from the pineal-ectomized rats (23) and perhaps also than those from bioassay (24).

In the present RIA system, the cross-reactivities of 6-hydroxymelatonin and N-acetyltryptamine were 0.0065 % and 0.032 %, respectively, when each 50 % displacement dose was compared.

RESULTS

Total 24-Hr Urinary Melatonin Level

Total 24-hr IRMLAs by TLC prepurification and RIA are shown in Table 1, individually. The mean IRMLAs were 32.6 ± 17.3 ng/24-hr (C. V. = 53.1%) for the patients; 26.8 ± 9.6 ng/24-hr (C. V. = 35.8%) for the control. The difference between the two mean values was not statistically significant (t-test). Nor were the differences of the total IRMLAs by age (50-59; 60-69, 70-82 years old.), drug manipulations (drugs; no drug; control), and severity (severe; control) and duration (1-2; 3-4; 5-7 years.) of the disease significant, either.

The results were the same as above even if the IRMLAs were corrected by body weight. No significant differences at all were found.

Rhythmicity of Melatonin Excretion

The rhythmicity of melatonin excretion was examined in terms of the ratio of 8-hour IRMLA of night time (12:00 am-8:00 am) to that of daytime (8:00 am-4:00 pm). The percent excretion during the 8 hours from 12:00 am-8:00 am out of total 24-hour IRMLA was also calculated as shown in Table 2. In the table, the ratios of IRMLA were classified into the three groups and abbreviated as (-), (+) and (++). (-) shows a ratio smaller than 1.0; that means the rhythmicity is reversed or arrhythmic. (+) and (++) indicate the ratio between 1.0 and 2.0 and larger than 2.0, respectively, which is the normal personal pattern of rhythmicity.

Eleven of 20 day-person patients (55%) showed the reversed rhythmicity of melatonin excretion, whereas one of five (20%) did so in the control group. The frequency of the reversed rhythmicity among the patients seems to increase with aging without any apparent relations to drug manipulations and the severity and duration of the disease. The percent of the reversed rhythmicity among the patients was 57% (4 out of 7) for those 50's; 33% (2 out of 6) for those in their 60's; and 71% (5 out of 7) for those 70 to 82 years of age, while it was 55% (11 of 20) for the total.

On the other hand, if only D-1 is considered, 5 of 12 patients (42%) and none of 4 control subjects (0%) showed the lowered melatonin excretion during nighttime when compared to that during daytime. However, there was no significant difference between patients and control subjects in each of the 8-hr IRMLAs during daytime and nighttime. The former mean values were 10.7 ± 7.8 ng/8-hr (C. V. = 72.9%) for patients and 6.6 ± 4.4 ng/8-hr (C. V. = 66.7%) for the control group; and the latter ones were 12.4 ± 10.6 ng/8-hr (C. V. = 85.5%) for patients and 11.4 ± 6.0 ng/8-hr (C. V. = 52.6%) for the control group.

Three out of six patients and the one control subject, from whom urine was sampled for two successive days, did not show the continuity of the rhythmicity. This intra-individual irregular rhythmicity of melatonin excretion, therefore, is as great as 50% as calculated from the results.

The percent of excretion of urinary IRMLA during nighttime out of the total 24-hour IRMLA was 36.9 ± 20.8 % for male patients; 30.0 ± 15.4 % for female patients; 47.0 ± 18.7 % for male control subjects; and 34.5 ± 9.2 % for female control subjects. There was no significant difference found between these four groups. The mean percent excretion for all patients and control subjects was 35.4 ± 17.8 % (N=23).

Comparison of the Two Prepurification Methods

The IRMLAs measured by RIA after the prepurification by TLC and alkali washing were compared. The linear regression line obtained for 48 8-hour IRMLAs was $y = 4.66 + 2.14 X$ ($r = 0.77$; $p < 0.01$) with the IRMLAs after TLC as X. The mean value after TLC was 9.8 ± 6.8 ng/8-hr and that after alkali washing was 25.5 ± 18.8 ng/8-hr. Thus, the measured values by TLC methods were almost 2.6-fold lower than those by alkali washing methods, on the average, though both of the values showed a good correlation, as shown above. This good correlation between the values by the two methods was also confirmed in the examinations by adding authentic melatonin of various concentrations to the urine, where the correlation coefficient was

0.98 ($P < 0.01$) (data not shown).

DISCUSSION

Total 24-hour urinary IRMLAs of the patients with SDAT given some drugs other than indomethacin did not significantly differ from those of the patients given no drugs and the control subjects. Some drugs like chlorpromazine, however, are known to interfere with the metabolism of melatonin at the level of the enzymes in the liver microsomal fractions (24) and the sympathomimetic and sympatholytic drugs could effect the melatonin synthesis in the pineal body as the results of their actions mainly on the sympathetic nerve functions from the central to the β -adrenargic receptors in the pineal through the superior cervical ganglia (25) as well as on the peripheral sympathetic tone (26, 27). Thus, it is possible that some of the drugs other than indomethacin given during the period of urine sampling have effected the urinary IRMLAs of the patients, but the effects of the possible drugs could not be detected. Indomethacin could displace the bound 3 H-melatonin directly with considerably less affinity than that of authentic melatonin (21). This may be the reason for the extremely high IRMLAs in Subject No. 5 of the female patients with SDAT, who had been given 25 mg of indomethacin as "indocin" per day for the treatment of arthritis as shown in Table 1. Therefore, this subject was excluded completely from the analysis of the data in RESULTS.

Similarly, the significant effects on urinary IRMLAs of aging, severity and duration of the disease could not be observed in either case with or without correcting the IRMLAs by body weight. One of the possible factors interfering with the results is the great individual variations in each 8-hour IRMLA as well as the total 24-hour IRMLA as expressed by C. V. (Coefficient of Variation) in RESULTS, as already pointed out by others (10, 11, 12). The causes of such great individual variations might be individual differences in the severity of the calcification of the pineal (9) and in the rate of metabolism and clearance of endogenous melatonin as well as the seasonal variations of melatonin synthesis (28). The concentration of melatonin has been estimated to be only about 1% of 6-hydroxymelatonin, the major metabolite of endogenous melatonin in the urine (29).

On the other hand, according to Lang et al. (22), the highest IRMLA excretion was from 11:00 pm-3:00 am, on the average. The urinary IRMLAs from 12:00 am-7:00 am were consistently higher than those in the specimens collected from 7:00 am-12:00 pm and 12:00 pm-5:00 pm. Though those IRMLAs were measured by RIA after prepurifying the urine extract by alkali washing, they agreed well with the present results by the same alkali washing methods by showing a good correlation with the values by TLC methods as mentioned in RESULTS.

In the study of Lang et al., however, only 2 of 14 subjects (14%) aged 26 to 51 years (four male the 10 female) showed the reversed rhythmicity in terms of the ratio of IRMLA from 11:00 pm-7:00 am to that from 7:00 am-3:00 pm. The patients with SDAT in the present study showed such reversed rhythmicity more frequently (55% in total and 42% as far as only D-1 is concerned), whereas only one out of five day • persons and none of four D-1 samples was the case in the control subjects. The latter percents are consistent with the results for normal subjects

by Lang et al. (22) and by Lynch et al. (10) as shown in Table 3.

The mean percent excretion of IRMLA during nighttime was $35.4 \pm 17.8\%$ for all the present subjects, which is lower than the corresponding values calculated from the results by Lynch et al. (10), or $78.9 \pm 15.8\%$. The present results, however, agreed well with that by Lang et al. (22), or $46.9 \pm 15.1\%$, as shown in Table 3. The discrepancy from the results by Lynch et al. may be attributed to the difference in measuring methods used: bioassay and RIA. Or the great individual variations of the IRMLAs and the possible interfering effects especially on daytime IRMLA by the drugs might also have affected the results.

Thus, it may be concluded that the reversed rhythmicity of melatonin excretion is more frequent among the patients with SDAT when compared to the younger subjects of Lang et al. (22) and the present age-matched normal subjects, though there are rather great individual variations of urinary IRMLAs, which should be regarded as the predominant characteristics of urinary IRMLAs in general. These arrhythmia of melatonin excretion without its rise during nighttime could not be related to the similar arrhythmia in the patients with depression (6, 7) as well as in the aged hamsters (17) as far as the present results are concerned. More studies are required to know whether there may be such arrhythmic changes of melatonin excretion/synthesis in normal humans aged eighty and over, and whether it is possible to discriminate between similar changes of melatonin rhythmicity in depression and SDAT, as well as what is the physiological significance or the effects of the diminished synthesis/excretion of melatonin especially during nighttime.

The difference in the measured values of urinary melatonin by RIA after the two prepurification methods could not be explained by the present results, either, in spite of the good correlation between the two values. As shown in Table 3, however, the melatonin values measured by various methods vary considerably. IRMLA may also differ from the values by GC-MS (23). In any case, RIA yields higher values than those by bioassay as well as GC-MS. The unknown materials, which are concentrated from the urine and compete with or disturb the binding of the antiserum with 3 H-melatonin and standard and endogenous melatonin, are not likely to be 6-hydroxymelatonin. 6-hydroxymelatonin could be eliminated almost completely by alkali washing (22) and its cross-reactivity in the present assay system was as little as 0.0065%. On the contrary, the IRMLAs after alkali washing were 2.6-fold higher than those by TLC methods, on the average. In the case of TLC methods, however, the unknown substances might also be generated in the process of TLC and resulted in the difference between the present results and those by Lamaitre et al. (8).

These discrepancies between the measured melatonin levels will be examined further in our successive studies now being undertaken.

Acknowledgement

A part of this study was done as a collaborative work of Kabuto, M. with Drs. H.J Lynch, J.H.Growdon and R.J.Wurtman (Laboratory of Neuroendocrine Regulation, Department of Nutrition and Food Sciences, M.I.T., Cambridge, MA 02139, U.S.A.) during his stay at M.I.T.

as a Japanese Technical Official and U.S.NIH Postdoctoral Fellow. It was also conducted under the project entitled "A Study on the Relationship between Aging of the Brain and Endocrine Functions" (Chief: Ohtsuka, T.) of the Japan NIMH for 1979 to 1981. Thus, the data reported here should be resummarized together with other data and published as another original manuscript soon.

The authors are indebted to Dr. Kato, M. (President) and Mr. Sakurai, Y. (Chief of Division of Mental Retardation Research) of the Japan NIMH for their collaborative arrangements and kind help during this study.

Table 1: 24-Hr Urinary Melatonin Levels in the Patients with Senile Dementia of the Alzheimer Type

Subject	Age (Yrs.)	Weight (Kg)	Drugs	Severeness of the disease	Years after onset
I. Patients with SDAT					
1) Male					
(1)	61	90	Pro.	Severe	3
<u>(53.8 ng/Ang. 26; 51.6 ng/Ang. 27)</u>					
(2)	61	80	Pro. & Physo.	Mild	7
<u>(56.9 ng/Dec. 15)</u>					
(3)	59	71	Phso.	Mild	4
<u>(48.5 ng/Jan. 20)</u>					
(4)	71	72	Pro.	Mild	3
<u>(48.1 ng/june 1; 18.2 ng/June 2)</u>					
(5)	77	57	No drugs	Severe	5
<u>(14.3 ng/Aug. 24; 20.5 ng/Aug. 25)</u>					

2) Female					
(1)	57	64	Pro. & Physo.	Mild	3
<u>(29.4 ng/Sept 17; 11.0 ng/Sept. 18)</u>					
(2)	65	54	Physo.	Moderate	4
<u>(26.4 ng/Jan. 27)</u>					
(3)	60	62	Pro.	Mild	2
<u>36.4 ng/June 19; 13.2 ng/June 20)</u>					
(4)	76	61	Indo.	Mild	4
<u>(355 ng/July 14; 381 ng/July 15)</u>					
(5)	54	66	No drug	Mild	2
<u>(15.6 ng/July 23)</u>					
(6)	72	43	No drug	Mild	?
<u>(35.3 ng/Aug. 6)</u>					

(7) 53	85	No drug	Mild	1
(13.5 ng/Sept. 22; 17.5 ng/Sept. 23)				
(8) 53	76	Misc.	Mild	2
(58.4 ng/Oct. 13; 51.5 ng/Oct. 14)				

II. Control

1) Male

(1) 52	76			
(41.2 ng/Nov. 8)				
(2) 78	74			
(23.0 ng/Nov. 23)				
(3) 82	80			
(26.5 ng/Dec. 1)				

2) Female

(1) 65	57			
(14.9 ng/Oct. 26; 28.5 ng/Oct. 27)				

Table 2: Rhythmicity of Melatonin Excretion in the Patients with Senile Dementia of the Alzheimer Type

Subject	Age (Yrs.)	8-Hr Urinary Melatonin*			Ratio** (3)/(1)	% Excretion
		8 am-4 pm (1)	4 pm-12 am (2)	12 am-8am (3)		
I. Patients with SDAT						
1) Male						
(1)D-1	61	9.9	9.6	34.3	3.5(++)	64
D-2		5.6	20.5	25.5	4.6(++)	49
(2)D-1	61	15.6	13.4	27.9	1.8(+)	49
(3)D-1	59	11.3	8.8	28.4	2.5(++)	59
(4)D-1	71	22.5	18.3	7.3	0.3(-)	15
D-2		5.5	10.1	2.6	0.5(-)	14
(5)D-1	77	1.6	8.6	4.1	2.6(++)	29
D-2		10.8	8.0	1.7	0.2(-)	16
2) Female						
(1)D-1	57	7.6	10.8	11.8	1.6(+)	39
D-2		3.4	4.9	2.7	0.8(-)	25
(2)D-1	65	11.5	8.2	6.7	0.6(-)	25

(3)D-1	60	9.0	17.3	10.1	1.1(+)	28
D-2		5.0	4.5	3.7	0.7(-)	28
(4)D-1	76	101	170	85	0.8(-)	24
D-2		107	174	99	0.9(-)	26
(5)D-1	54	12.1	2.7	0.8	0.1(-)	5
(6)D-1	72	5.0	8.4	21.9	4.4(++)	62
(7)D-1	53	5.4	2.8	9.3	1.7(+)	53
(8)D-1	53	33.8	15.9	8.7	0.3(-)	15
D-2		17.0	19.2	15.3	0.9(-)	30

II. Control

1) Male

(1)D-1	54	11.8	11.1	18.3	1.6(+)	44
(2)D-1	78	2.0	14.0	7.0	3.5(++)	30
(3)D-1	82	8.1	0.7	17.7	2.2(++)	67

2) Female

(1)D-1	65	2.2	6.6	6.1	2.8(++)	41
D-2		9.0	11.4	8.1	0.9(-)	28

Note)*: ng melatonin/8-hr; **: the ratio of (3) to the total of (1)+(2)+(3)

Table 3: Levels and Daily Rhythmicity of Urinary Melatonin in Various Reports

Bioassay Lynch et al. (11)	Radiolimmunoassay TLC methods LAMAIRE et al. (8)	Alkali methods Lang et al. (22)	TLC methods Presest Results
<u>Levels</u>			
N. S. *	N. S.	N. S.	N. S.
10.0+10.5 ng/24 hr (105%)**	406.5±143.8 ng/24 hr (35%)	98.5±44.7 ng/24 hr (45%)	26.8±9.6 ng/24 hr (36%)
N=12(2 M, 4 F)*** 18-45 yr.	N=12(12M, 0 F) 22-30 yr.	N=14(4 M, 10 F) 26-51 yr.	N=5(3 M, 1 F) 54-82 yr. Patients 32.6±17.3 ng/24 hr (53%) N=18(5 M, 7 F) 53-77 yr.
<u>Percent Normal Rhythmicity</u>			
100% (12 of 12)	—————	14% (2 of 14)	N. S. : 20% (1 of 5)

			Patients: 55% (11 of 20)
<u>Percent Excretion</u>			
78.9±15.8%	—————	46.9±15.1%	N. S. : 42.0±15.6% Patients; 33.6±18.3%

note) *: Normal Subject; **: Coefficient of Variation; ***: Number of day. Persons

REFERENCES

- 1) Carr, D.B., S.M. Reppert, B. Bullen, G. Skinar, I. Beitins, M. Arnold, M. Rosenblatt, J.B. Martin and J.W. AcArther (1981) Plasma Melatonin Increases during Exercise in Women, *J Clin Endocrinol Metab* 53 (1), 224-225.
- 2) Lewy, A.J., T.A. Wehr, F.K. Goodwin, D.A. Newson, and S.P. Market (1980) Light Suppress Melatonin Secretion in Humans, *Science* 210, 1267-1268.
- 3) Wurtman, R.J. (1980) The Pineal as a Neuroendocrine Transducer, in "Neuroendocrinology" edited by Krieger, D.T. and J.C. Hughes, 102-108, Sinauer Associate, Inc., Sunderland, Massachusetts.
- 4) Wetterberg, L., J. Arendt, L. Paurier, P.C. Sizonenko, W.V. Donselaar and T. Heyden (1976), *J Clin Endocrinol Metab* 42, 185-188.
- 5) Silman, R.E., R.M. Leone, R.J.L. Hooper and M.A. Preece (1979) Melatonin, the Pineal Gland and Human Puberty, *Nature* 282, 301-303.
- 6) Mendlewicz, J., P. Linkowski, L. Branchey, U. Weinberg, E.D. Weizman and M. Brabchey (1979) Abnormal 24 Hour Pattern of Melatonin Secretion in Depression, *the Lancet*, December 22/29, 1362.
- 7) Mendlewicz, j., L. Branchey, U. Weinberg, M. Branchey, P. Linkowski and E. D. Weizman (1980) The 24 Hour Pattern of Plasma Melatonin in Depressed Patients before and after Treatment, *Communications in Psychopharmacology* 4, 49-55.
- 8) LAMAITRE, B.J., J. BOUILLE AND L. HARTMAN (1981) Variations of Urinary Melatonin Excretion in Humans during the First 30 Years of Life, *Clinica Chimica Acta* 110, 77-82.
- 9) Wetterberg, L. (1978) Melatonin in Humans Physiological and Clinical Studies, *J Neural Transmission, Suppl.* 13, 289-310.
- 10) Lynch, H.J., R.J. Wurtman, M.A. Moskowitz, M.C. Archer and M.H. Ho (1975) Daily Rhythm in Human Urinary Melatonin, *Science* 187, 169-170.
- 11) Lynch, H.J., Y. Ozaki, D. Shakal and R.J. Wurtman (1975) Melatonin Excretion of Man and Rat: Effect of Time of Day, Sleep, Pinealectomy and Food Consumption, *Int. J. Biometeor.* 19 (4), 267-279.
- 12) FEVRE-MONTANGE, M., EVE VAN CAUTER, S. REFETOFF, D. DESIR, J. TOURNIAIRE and G. COPINSCH (1981) Effects of "Jet Lag" on Hormone Patterns II. Adaptation of Melatonin Circadian Periodicity, *J Clin Endocrinol Metab* 52, 642-649.

- 13) Vaughan, G.M., R.W. Pelham, S.F. Pang, L.L. Loughlin, K.M. Wilson, K.L. Sandock, M.K. Vaughan, S.H. Koslow and R.J. Reiter (1976) Nocturnal Elevation of Plasma Melatonin and Urinary 5-hydroxyindoleacetic Acid in Young Men: Attempts at Modification by Brief Changes in Environmental Lighting and Sleep and by Autonomic Drugs, *J Clin Endocrinol Metab* 42, 752.
- 14) Vaughan, G.M., J.P. Allen, W. Tullis, T.M. Siler-Khodr, A. de la Pena and J.W. Sackman (1978) Overnight Plasma Profiles of Melatonin and Certain Adenohypophyseal Hormones in Men, *J Clin Endocrinol Metab* 47 (3), 566-571.
- 15) Weinberg, U., R.D. Deletto, E.D. Weizman, S. Ehlick and C.S. Hollander (1979) Circulating Melatonin in Men: Episodic Secretion throughout the Light-Dark Cycle, *J Clin Endocrinol Metab* 48, 114-117.
- 16) Klein, D. (1978) The Pineal Gland: A Model of Neuroendocrine Regulation in "The Hypothalamus", edited by S. Reichlin, R.J. Baldessarini and J.B. Martin, 303-327, Raven Press, New York.
- 17) Reiter, R.J., B.A. Richardson, L.Y. Johnson, B.N. Ferguson and D.T. Dinh (1980) Pineal Melatonin Rhythm: Reduction in Aging Syrian Hamsters, *Science* 210, 1372-1373.
- 18) Lewy, A.J., T.A. Wehr, F.K. Goodwin, D.A. Newsome and N.E. Rosenthal (1981) Manic-Depressive Patients May Be Suppressive to Light, *The Lancet*, February 14, 383-384.
- 19) Terry, R.D. and P. Davies (1980) Dementia of the Alzheimer Type, *Ann Rev Neurosci* 3, 77-95.
- 20) Corkin, S. (1981) Acetylcholine, Aging and Alzheimer's Disease Implications for Treatment, *Trends in Neurosciences* 4 (12), 287-290.
- 21) Levine, L. and L.J. Riceberg (1975) Radioimmunoassay for Melatonin: Research Communications in Chemical Pathology and Pharmacology 10 (4), 693-702.
- 22) Lang, U.-M., Kornemark, M.L., Aubert, L., Pairier and P.C. Sizonenko (1981) Radioimmunological Determination of Urinary Melatonin in Humans: Correction with Plasma Levels and Typical 24-hr Rhythmicity, *J Clin Endocrinol Metab* 645-650.
- 23) Lewy, A.J., M. Tetsuo, S.P. Markey, F.K. Goodwin and I.J. Kopin (1979) Pinealectomy Abolishes Plasma Melatonin in the Rat, *J Clin Endocrinol Metab* 50 (1), 204-205.
- 24) Ozaki, Y., H.J. Lynch and R.J. Wurtman (1976) Melatonin in Rat Pineal, Plasma, and Urine: 24-Hour Rhythmicity and Effect of Chlorpromazine, *Endocrinology* 98 (6), 1418-1424.
- 25) Deguchi, T. and J. Axelrod (1972) Induction and Superinduction of Serotonin-N-Acetyltransferase by Adrenergic Drugs and Denervation in Rat Pineal Organ, *Proc Nat Acad Sci USA* 69 (8), 2208-2211.
- 26) Lynch, H.J., M. Ho and R.J. Wurtman (1977) The Adrenal Medulla May Mediate the Increase in Pineal Melatonin Synthesis Induced by Stress, but not That Caused by Exposure to Darkness, *J Neural Transmission* 40, 87-97.
- 27) Lynch, H.J., J.P. Eng and R.J. Wurtman (1973) Control of Pineal Indole Biosynthesis by Changes in Sympathetic Tone Caused by Factors other than Environmental Lighting, *Proc Nat Acad Sci USA* 70 (6), 1704-1707.

- 28) Arendt, J. (1978) Melatonin Assays in Body Fluids, J Neural Transmission, Suppl 13, 265-278.
- 29) Tetsuo, M., S.P. Markey, R.W. Colburn, and I.J. Kopin (1981) Quantitative Analysis of 6-Hydroxymelatonin in Human Urine by Gas Chromatography-Negative Chemical Ionization Mass Spectrometry, Analytical Biochemistry 110, 208-215.

ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第一報)

— $^{11}\text{CO}_2$ および光合成 ^{11}C —グルコースを用いた知覚刺激・思考実験の予備的検討—

苗村育郎*・櫻井芳郎*
 飯尾正明**・原敏彦**
 太田昌孝***・土井優子***
 中安信夫***・斎藤陽一***

*国立精神衛生研究所 精神薄弱部

**国立療養所中野病院

***東京大学医学部 精神医学教室

Detection and Measurement of Changes in Cerebral Function Using Positron Emission Tomography (I)

—Preliminary Analysis of the Effects of Sensory Stimuli and Mental Task on Positron Images by $^{11}\text{CO}_2$ and Photo-synthesysed ^{11}C -glucose—

Ikuro Namura*・Yoshiro Sakurai*・Masaaki Iio**
 Toshihiko Hara**・Masataka Oota***・Yuko Doi***
 Nobuo Nakayasu***・Yoichi Saito***

* National Institute of Mental Health, Div. of Ment. Retard.

** National Nakano Hospital

*** University of Tokyo, Department of Neuropsychiatry

Summary

The effects of sensory stimulation and mental task on local cerebral metabolic activity were analysed by positron emission tomography (PET) using $^{11}\text{CO}_2$ and photosynthesysed ^{11}C -glucose. Four normal adult volunteers were examined with $^{11}\text{CO}_2$ before and during visual stimulation.

^{11}C -Glucose images were compared before and during mental task in a normal male. Patients' group include epilepsy (n=6), schizophrenic psychoses (n=4), and autism (n=1).

Tomographic images were visually examined, and those slices which contain primary visual cortex, thalamus, striatum, and insular cortex were selected for further analysis. Band-profile analysis was done for five different areas including anterior frontal, posterior frontal, anterior temporal, posterior temporal, and fronto-occipital area.

Comparison between left-right cortices revealed relative regional changes in positron images by some kinds of voluntary mental works. Region of interest (ROI) was used to investigate whether these relative changes were caused by actual increase in coincidence counts in cortical areas. Results strongly suggest, 1) PET using oral administration of ^{11}C -glucose can detect an increase of tracer accumulation in frontal cortex (especially in the left) during mental tasks. This rate of increase was roughly estimated as around 10% by our preliminary analysis, 2) attention to music or dramatic cartoons can cause different types of increase in tracers—mainly in the right fronto-temporal area, 3) but discrimination of positron images of each diagnostic group in psychiatric patients without anatomical changes seemed difficult by present tracers and by the present method of analysis. Development of new tracers and advanced techniques of image analysis would reveal new aspects of positron CT in neuropsychiatry.

Key words: *positron emission tomography, ^{11}C -CO₂, ^{11}C -glucose, sensory stimulation, mental task*

要 旨

ポジトロンCTによる脳機能変化の解析の第1段階として、 $^{11}\text{CO}_2$ および ^{11}C -Glucose and Fructose (^{11}C -GF)を用いて視聴覚刺激および精神作業によるポジトロン画像の変化を検討した。被検者は正常群5名および疾患群11名の計16名である。断層画像は視察による検討のあと、視皮質—視床—線条体を含む断面について、帯域プロフィールならびに関心領域の設定により予備的数値解析を行った。その結果、

1. 思考活動を含む強い精神作業を持続させた場合には左側前頭皮質を中心にトレーサ集積の増加が検出できることが示唆された。今回の解析方法ではこの増加率は10%前後にとどまるも

のが多かった。

2. 音楽への傾注や劇画視読の際にも画像パターンの変化が認められたが、これは右側前頭—側頭皮質の主たる関与が推定された。

3. このような生理的反応を検討するためには、 $^{11}\text{CO}_2$ より ^{11}C -GFの方が安定した結果を与えるように見える。

4. 正常群での変異の幅が大きいため、今回の予備的検討では各疾患群の有する特徴を判別するには到らず、ポジトロンCTをさらに有効な脳機能診断技術として発展させるには、標識化合物の開発と同時に、精密なデータ解析方法を工夫してゆく必要があると考えられた。

はじめに

ポジトロンCTは陽電子放出同位元素を用いて標識化合物の組織内分布を断層画像化し、定量化する装置であり¹⁾、これを脳に適用した場合、精神機能の変化を脳内の物質変動の水準で追跡することが可能である²⁾。従ってこれまで有効な研究手段の乏しかった人間の精神活動の研究にとっては、画期的な方法論として注目を集め、多様な試みが急速に進行しつつある^{3)~5)}。

とりわけ井戸ら⁶⁾によって開発された ^{18}F —フルオロデオキシグルコース法⁷⁾ (^{18}FDG 法)は、

^{18}FDG が解糖系の酵素の metabolic trap により集積することを利用して巧妙な計算化を可能にした⁹⁾。ソコロフら⁸⁾による動物実験に補強されつつ、 ^{18}FDG 法はこれまでのポジトロンCTの臨床利用の主役を演じてきたといつてよい¹⁰⁾。正常脳の標準的な糖代謝分布や知覚刺激によるその変動、精神病患者や脳の変性疾患における変化が、 ^{18}FDG 法により次々と報告されてきた^{11)~13)}。しかしポジトロンCTの有用性の支柱のひとつは、それぞれ生体内での役割を異にす

る様々な化合物を、種々の元素で標識して多次的な代謝変動の解析が出来るということにあり、最近では種々の糖やアミノ酸、さらには向精神薬や神経伝達物質など、多くの新化合物が次々と臨床に供されつつある¹⁴⁾¹⁵⁾。

一方臨床検査法としての実用性と簡便さを考える時、半減期の短い陽電子核種を有効に利用するには短時間で合成し、手軽にしかも安全に臨床に供することの出来る標識化合物が強く望まれている。

本報告では、飯尾ら¹⁵⁾によって開発された光合成法による¹¹C-グルコース(¹¹C-Fructoseとのmixture—以下¹¹C-GFと略)、ならびに¹¹CO₂を用いて閃光刺激や音楽、思考活動を含む種々の状態に対して脳の各部のトレーサ集積パターンがどう変動するかを検討した結果について述べる。¹¹CO₂と光合成¹¹C-GFは、いずれも脳内での代謝の計量化の理論に問題点を有するものの、短時間で比較的簡単に合成でき、それぞれ吸入および経口投与によって安全に臨床利用できることが大きな利点である。従ってこれらの標識化合物によって知覚や精神作業に伴う脳活動の変化をどの程度検出するかを早い段階で吟味しておくことは、ポジトロンCTの将来の臨床利用の方針や可能性を予測する上で極めて大きな意義を有すると考えられる。

方 法

本研究に使用したポジトロンエミッタは国立療養所中野病院に設置された日本製鋼所製超小型サイクロトロンによりN₂ガスをターゲットとして¹⁴N(p, α)¹¹C反応で生成された¹¹Cであり、¹¹CO₂としてモレキュラーシーブにトラップしたあと利用する。¹¹C-GFはこの¹¹CO₂をほうれん草の葉数枚を入れた容器に導き、約10分間水銀灯で光照射を行い、光合成の過程に¹¹Cを取り込ませて作成した。これをエタノールで抽出したのものには¹¹C-グルコースと¹¹C-フルクトースが等量づつ含まれていることになるが、今回は両者の分離は行わず、経口で被検者に投与した。

¹¹CO₂は1回の吸入で約10 mCi, ¹¹C-GFは約30 mCiを投与した。

ポジトロンカメラは島津製作所の作製した、64個のNaIシンチレータ2群(2リング3スライス)を有するHeadtome IIを用いた。

被験者は5名のボランティアからなる正常対照群と種々の脳機能障害を有する11名の患者群であり、個々の患者の特徴は表1にまとめた。

本実験で言う安静閉眼状態とは、ベッドに仰臥し、両耳孔をロウの耳栓で塞ぎ、両眼をアイマスクで遮蔽し、体動を止めたまま15分以上を経過した状態のことである。この間被検者はぼんやりと何も考えないように指示され、数名の被検者では安静中及び検査中を通じて脳波がモニターされ、覚醒水準がチェックされた。

安静閉眼状態の後、¹¹CO₂または¹¹C-GFが投与され、直ちにデータの計測が開始された。¹¹CO₂は人工呼吸器のマウスピースから1回の吸気で約10 mCiが投与され、¹¹C-GFは約20 mlの水溶液にして経口投与された。

照準は、照準ライトによってOMラインに平行にOMライン上方4 cmを規準に行われた。¹¹C-GFの場合には、トレーサの取り込み中にエミッションデータを再構成してスライスレベルをチェックし、必要に応じて再固定した。¹¹CO₂では、脳の時間放射能曲線は吸入直後にピークを示したあとすみやかに下降するので、再照準の時間がなく、レベルがずれている時には約1時間30分を待って再検査した。

本実験で用いた刺激は3種の視覚刺激と軽音楽および教科書の朗読に対する傾聴であり、種々の技術的条件ならびに被爆防止の上から、同一の被検者は原則として単回の刺激検査を行っただけである。刺激は安静閉眼時のデータを収録したあとで負荷され、¹¹CO₂の場合は新たに約10 mCiの¹¹CO₂ガスの吸入が行われた。

視覚刺激(1)は閃光刺激で、脳波計測用光刺激装置(日本光電)によって被検者の眼前斜上方30 cmの距離から3 Hzのフラッシュを持続し、この間被検者は軽く眼を開いたまま刺激に耐え

表1 被検者一覧表

番号	被検者	年齢	性	診 断	症状・その他
1	Y	22歳	男	正	常
2	I	21歳	男	正	常
3	K	21歳	男	正	常
4	N	60歳	女	正	常
5	K.Z	21歳	男	正	常
6	Y.T	24歳	男	視力障害, てんかん	生後2ヶ月で結核性髄膜炎, 服薬中
7	K.K	5歳	男	聴力障害, てんかん	レノックス症候群, 服薬中
8	H.M	10歳	男	自 閉 症	社会適応は比較的良い, 服薬中
9	M.S	51歳	男	て ん か ん	精神運動発作, 時に grand mal, 服薬中
10	S.Y	33歳	女	て ん か ん	grand mal 頻発, 服薬中
11	S.K	18歳	女	て ん か ん	偽性幻覚(+), 服薬中
12	U.N	19歳	女	て ん か ん	幻覚・妄想(+), 服薬中
13	O.K	51歳	女	退 行 期 精 神 病	幻覚・妄想(+), 服薬中
14	K.R	22歳	男	分 裂 病	幻覚(+), 服薬中
15	S.Y	34歳	男	分裂病(慢性期)	幻聴・妄想(+), 服薬中
16	I.F	28歳	女	分裂病(慢性期)	幻聴・妄想(+), 服薬中

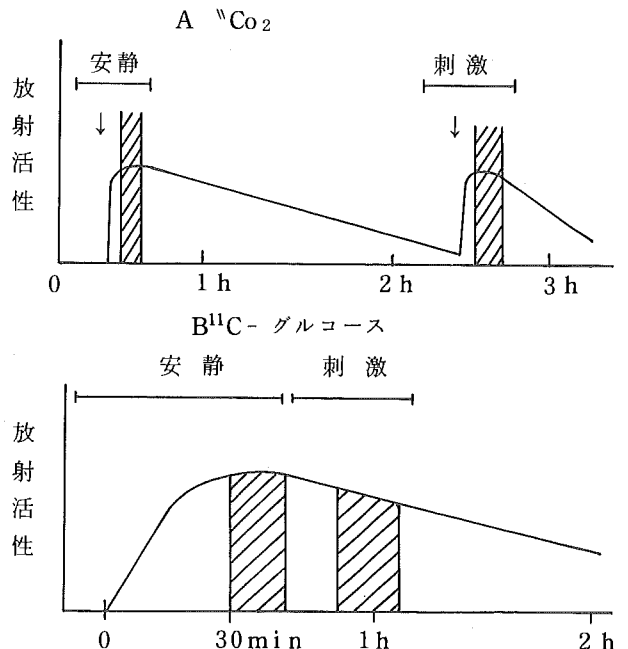
るよう指示された。耳栓はつけたままとした。

視覚刺激(2)は反転チェッカーボードで、被検者の前上方 50 cm の所に置かれたビデオ装置に表示され、被検者は画面を注視し続けるように指示された。また視覚刺激(3)は劇画の視読で、被検者の眼前 40 cm で検者が劇画本の頁を順次繰って見せることで行われた。

^{11}C -GFの場合には頭部の時間放射能曲線が投与後約25~30分でピークを示すことが多いので、再照準と再照準部位での時間放射能曲線の十分な上昇を確認した後に本格的なデータ採集が行われ、その後に刺激負荷と再スキャンが行われた。(図1)

図1. 実験方法の模式図

横軸は時間、縦軸は計測部位の放射活性を示す。図Aは $^{11}\text{CO}_2$ の場合、図Bは ^{11}C -GFの場合。矢印はトレーサの投与を示し、斜線部はデータの計測期間を示す。



スキャン時間は、画像再構成に必要な同時計数カウントを集録するのに必要な時間であり、今回の条件下では安静時、刺激時ともに $^{11}\text{C}\text{O}_2$ で約2分、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ で約10分であり、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ 投与直後の刺激条件下では、安静時とスキャン時間を同一にしたため、1スライス当たりの総カウントがやや前値より下回ることになった。

データの吸収補正はプールファントムを用いて行われ、再構成され断層画像化されたデータは、白黒及びカラーディスプレイ上で吟味され、アーチファクトの影響の大きなものは今回の報告から除外された。画像はまず視察的に判定され、視皮質-視床-尾状核頭部が造影されているスライスを選び比較検討がなされた。このようにして画像の定性的検討が行われたあと、画像処理装置によってプロフィールおよびROI(関心領域)を設定し、定量的検討を行った。

プロフィールはライン(縦横の直線)およびバンド(縦横の帯域)方式の双方が試行され、バンド幅は原則として30ピクセル(画素)としたが、微妙なレベルのずれや画像の回転があるために多少変動させざるを得なかった。縦のバンドは大脳縦裂に添って前頭葉正中部と視皮質(実際には後頭葉内側面ということであるが、空間分解能の制限のため帯状回領域の一部などの活性が混入することも避けられない)を結ぶように設定した。横のバンドは脳イメージをほぼ4分し、第一は前頭葉、第二は島皮質-尾状核頭部を結ぶ帯域に、また第三は上側頭回-視床を含み、第四は下側頭回と中側頭回の一部を含む帯域とした。

ROIの設定はトラックボールを用いて用手的に行われ、原則として12部位が抽出された(表2)。ROIの大きさを左右あるいは被検者間で統一するのは困難なため、比較は1ピクセル当たりの同時計数カウントに換算され、これを全面の総カウントとの比をとる形で行われた。またROIの設定の画像上での1例を図9に示した。

表2 関心領域の設定

領域番号	名称	含まれる主要構造
1 (l F)	左前頭部	middle and inferior frontal gyrus
2 (r F)	右前頭部	
3 (l C)	左中心部	precentral gyrus insular cortex superior temporal gyrus
4 (r C)	右中心部	
5 (l T)	左中側頭部	inferior temporal gyrus mid-temporal gyrus
6 (r T)	右中側頭部	
7 (Fm)	前頭正中部	superior frontal gyrus cingulate gyrus
8 (Om)	後頭葉 視皮質	calcarine sulcus cingulate gyrus
9 (l TH)	左視床	視床
10 (r TH)	右視床	
11 (l S)	左線条体	尾状核頭部 レンズ核
12 (r S)	右線条体	

結 果

本研究で得られた $^{11}\text{C}\text{O}_2$ および $^{11}\text{C}\text{-GF}$ による画像の一部を図2 A~Hに示した。大脳皮質とその他の基底核が描出される点は共通しているが、脳の各部のトレーサ集積度の相互関係や左右差は、正常群の中でも相当な変異が認められる。また島皮質と被蓋および線条体は、現装置の解像能の制約のため明瞭には分離しないので、結果的にはこの部分が最も濃密な塊として描出されることが多い。視床の描出の変異は、主として断層面の高さのずれによるものであるが、他の脳構造との関係において個人差があることも見逃せない。

$^{11}\text{C}\text{O}_2$ と $^{11}\text{C}\text{-GF}$ との画像は比較的似通っており、画像だけからトレーサを判別するのは困難なことが多い。また各種刺激効果の影響も画像の視察による比較からでは曖昧な知で記述されうるにすぎない。従って以下ではプロフィールとROIを用いた簡易計量解析をもとに話を進める。

1. 正常群の CO_2 画像に与える視覚刺激の影響

図3 A~Dには正常群の、視覚刺激負荷前後のポジトロン画像とその帯域プロフィールの一部を示した。帯域値は帯域中内のカウントの総

被検者	刺激	前後	帯域				
			1 (F ₁)	2 (F ₂)	3 (T ₁)	4 (T ₂)	5 (A P)
1. Y	閃光	前	1.02	1.09	1.06	0.96	0.90
		後	1.04	1.17 ↑	1.00 ↓	0.96	0.93
2. I	閃光	前	0.93	0.89	0.87	0.96	1.24
		後	0.92	0.86	0.92 ↑	0.90 ↓	1.09 ↓ ↓
3. K	劇画	前	1.02	1.12	1.02	1.05	1.02
		後	0.92 ↓	1.05 ↓	0.95 ↓	1.03	1.07 ↑
4. N	チェッカーボード	前	1.10	0.99	1.05	0.93	1.21
		後	0.97 ↓ ↓	0.97	1.10 ↑	1.00 ↑	1.24

表3 正常者の¹¹CO₂画像における視覚刺激の影響

帯域は1：前頭葉前部(F₁)，2：前頭葉後部(F₂) 3：側頭葉前部(T₁) 4：側頭葉後部(T₂)，5：前頭一後頭(AP)を示し，1～4については左右の皮質ピークの比を，5については前頭/後頭の比を求めた。表中の数値は各々の比の値である。刺激前後で0.05以上の変化が見られる場合は矢印で示した。(本文参照)

和値として，長軸に添って表示されている。また表3には，これらの帯域プロフィールにおける左右および前後の皮質ピーク値の比率を示した。比率は，左側皮質と右側皮質の比の値で示されているので，1.00は左右均等を示し，1.01以上は左側ピーク値の方が大きいことを意味している。

刺激の前後で比較的大きな変化(0.05以上)を示すものを表3では矢印をつけて示した。増加(↑)は左半球皮質のトレーサ濃度の相対的増加を，減少(↓)は左半球皮質の相対的減少を示す。前頭葉領域(領域1，2)では劇画やチェッカーボード刺激で相対的な左側の低下(もしくは右側の上昇)が示唆されるが，側頭領域

(領域3，4)では被検者により様々な反応が示されている。前頭一後頭比(領域5)でも一貫した変化は見出し難い。

2. 正常者の¹¹C-GF画像に与える思考作業の影響

図4-Bには，医学生である被検者が医学書講読を聞き，要約・記憶している時の¹¹C-GFによるポジトロン画像を示した。また表4にはこの作業前後の画像からの帯域プロフィールの左右，前後比の変動を示した。作業負荷後には前頭・側頭皮質において相対的な左半球皮質のトレーサ集積増加が認められており，特に前頭葉においてこの傾向が著明である。

被検者	刺激	刺激前後	帯域				
			1	2	3	4	5
5. KZ	講議	前	0.85	0.92	0.89	0.93	1.02
		後	0.97 ↑ ↑	1.04 ↑ ↑	0.96 ↑	0.99 ↑	1.02

表4 正常者の¹¹C-GF画像における思考作業の影響

帯域は表3と同じ。本文参照。

3. 視聴覚障害者のポジトロン画像

図5 A~Dには視力障害、右上下肢不全麻痺と左半球優位の Spike and wave を示す精神発達遅滞患者(症例6)の $^{11}\text{CO}_2$ および $^{11}\text{C-GF}$ の画像を示した。表5にはその帯域プロフィールにおける左右・前後の皮質ピーク値の比を示してある。本症例においては、左半球のトレーサ集積の低下は $^{11}\text{CO}_2$, $^{11}\text{C-GF}$ のいずれの画像においても認められるが、左右差は $^{11}\text{C-GF}$ 画像においてより明瞭に表れている。本症例の左側脳室の開大と皮質の萎縮はX線CTでも認めうるが、構造が保たれている部分の皮質においてもなお、15~18%の代謝活動の左右差が存在することがポジトロンCT所見から示唆されていると言えよう。興味深いのは本例において、幼時に視力を失っているにもかかわらず、視皮質の形態ならびに代謝活動が維持されている点である。また本例においては左半球はてんかん波の主病側と考えられており、これについてはてんかんの項で改めて述べる。

図5のEには先天性の蝸牛・前庭形成不全にレノックス症候群を合併している例の $^{11}\text{C-GF}$ による画像が示され、それに対応する帯域プロフィールのピーク値の比は表5中に示されている。本例の所見で時に注目されるのは、前頭のトレーサ集積に比して後頭の集積が著明に低いことであり、スライスレベルの異なる画像を検討しても、やはり大脳基底核および後頭葉が、前頭部に比して低い値を示している。このことは症例8についても言えることなので、後に改めて論じる。

4. 自閉症患者への音刺激効果

図6には自閉症児の $^{11}\text{C-GF}$ 画像を、刺激前後について各々2枚ずつ示した。また表6には $^{11}\text{CO}_2$ および $^{11}\text{C-GF}$ の帯域プロフィールのピークの左右および前後比を示した。表6からわかる如く、本例においては音楽への傾聴によってもほとんどパターン変化が生じておらず、また $^{11}\text{CO}_2$ 画像でもピーク比は $^{11}\text{C-GF}$ と類似している。

一方、本例での前頭一後頭比は、症例7と同帯域

被 検 者	トレーサ	帯 域				
		1	2	3	4	5
6. Y. T.	$^{11}\text{CO}_2$	0.75	0.90	0.95	0.82	0.95
	$^{11}\text{C-GF}$	0.84	0.85	0.84	0.82	0.95
7. K. K.	$^{11}\text{C-GF}$	1.02	1.01	0.97	1.07	1.50

表5 視聴覚障害者のポジトロン画像
帯域分割は表3と同じ。本文参照

被 検 者	トレーサ	条 件	帯 域				
			1	2	3	4	5
8. H. M.	$^{11}\text{CO}_2$	安静	1.08	1.10	1.02	1.08	1.33
		安静1	1.13	1.09	1.02	1.01	1.25
	$^{11}\text{C-GF}$	安静2	1.10	1.05	1.04	1.01	1.27
		音楽1	1.07	1.05	1.05	1.00	1.31
		音楽2	1.09	1.06	1.07	1.00	1.32

表6 自閉症患者への音刺激効果

帯域分割は表3と同じ。帯域1~4については左右比を、また帯域5については前頭一後頭比の変化を示した。

じく、前頭部に比して後頭・基底核領域が著しく低値を示している。これがどの程度脳機能異常に関連するものであるかは今の所不明であるが、注目すべき所見といえよう。症例7, 8はいずれも小児であり、この2例にのみ著明な前後差（前頭優位性）が認められたことは、この所見が疾患よりもむしろ年齢発達に関連したものであることを強く示唆する。

5. てんかん患者のポジトロン画像

既に第3項で述べた2例の感覚入力障害患者は、てんかんを合併しているものであった。特に症例6は左側優位に spike & wave が diffuse に頻発しており、ポジトロン画像では同側のトレーサ集積低下が認められた。症例7はレノックス症候群であり、左右差は認めなかったが、後頭-基底核領域が前頭に比して相対的低下を示した。

症例9は右側頭葉に主座を持つ側頭葉てんかんの患者であるが、側頭部では特に目立った左右差は検出されていない。閃光刺激負荷によ

て前頭葉で左側の相対的増加が認められているが、これは正常被検者1にも認められた所見である。表7および図7に本例のデータを示した。

被検者10は diffuse irregular spike and wave complex が頻発するてんかん患者であり、 $^{11}\text{CO}_2$ でも $^{11}\text{C-GF}$ でも左側へのトレーサ集積が右側よりわずかにまさっているものの、特別な所見は見られない。

症例11は small spike が散発し、幻聴様の症状を訴えるが、確実な臨床発作は認められない症例で、 $^{11}\text{CO}_2$ でも $^{11}\text{C-GF}$ でも特別な所見は認められなかった。本例でも左側の前頭および側頭がやや右側より高い集積を示しており、 $^{11}\text{CO}_2$ よりも $^{11}\text{C-GF}$ でこの傾向がより明瞭であることも症例10と共通している。

症例12は 3 Hz spike and wave complex を示し、幻覚妄想状態に陥ったてんかん精神病患者である。画像の視察および表7による検討によっても、他の症例と比べ特記すべき所見は見られなかった。

被検者	トレーサ	刺激	刺激前後	帯域				
				1	2	3	4	5
9. M. S	$^{11}\text{CO}_2$	閃光	前	1.04	0.95	0.96	0.90	0.83
			後	1.03	1.06↑	0.93	0.93	0.77↓
	$^{11}\text{C-GF}$	閃光	前	1.02	1.00	1.02	0.96	0.83
			後	1.08↑	1.02	0.98	1.00	0.88↑
10. S. Y	$^{11}\text{CO}_2$	—	前	1.03	1.04	1.07	1.08	1.00
			前	1.06	1.06	1.11	1.10	1.03
11. S. K	$^{11}\text{CO}_2$	—	前	1.05	1.09	1.06	1.04	1.07
			前	1.06	1.12	1.12	1.00	1.16
12. U. N	$^{11}\text{CO}_2$	—	前	1.05	1.17	1.00	1.06	1.04
			前	1.03	1.16	1.11	0.90	1.11

表7 てんかん患者の $^{11}\text{CO}_2$ および $^{11}\text{C-GF}$ 画像

帯域分割は表3～表6と同じ。症例10～12については刺激負荷は行わず、 $^{11}\text{CO}_2$ および $^{11}\text{C-GF}$ の安静時の特徴を示した。

6. 精神病群での音刺激効果

精神病群で各種の音刺激を行って前後の画像を比較した結果を表8に示した。また症例13,

14の $^{11}\text{CO}_2$ 画像を図8A～Bに示した。

症例13は前値で右側優位を示しているが、軽音楽に傾聴することで左前頭葉の一部が相対的

に持ち上っている。症例14には単純音の反復刺激 (500 Hz, 10 msec のバースト音を1秒間に

3回, 70 dB で続けた) を負荷したが, 目立った変化は検出されなかった。

被 検 者	トレーサー	刺 激	刺 激 前 後	帯 域				
				1	2	3	4	5
13. O. K	¹¹ CO ₂	単純音	前	0.99	0.82	0.92	1.05	1.30
			後	0.99	0.92 ↑↑	0.89	1.02	1.23 ↓
14. K. R	¹¹ CO ₂	単純音	前	1.00	1.08	1.03	0.98	0.89
			後	0.99	1.04	1.03	1.01	0.92
15. S. Y	¹¹ C-GF	音 楽	前	0.97	0.83	1.01	1.04	1.04
			後	0.99	0.91 ↑	1.03	1.09 ↑	1.10 ↑
16. I. F	¹¹ C-GF	音 楽	前	1.04	0.88	1.00	1.00	—
			後1	1.05	0.96 ↑	1.05 ↑	1.07 ↑	—
			後2	1.11 ↑	0.97 ↑	1.08 ↑	1.06 ↑	—

表8 精神病群の¹¹CO₂および¹¹C-GF 画像における音刺激の影響
帯域分割は表3～表6と同様。矢印は0.05以上の変動を示す。本文参照。

症例15, 16はいずれも慢性分裂病患者であるが, ポピュラー音楽への傾聴によっていずれも前頭, 側頭のトレーサ集積が相対的増加を示している。特に症例16では, 音楽を負荷したまま続けてもう1回の計測を行っており, これによりさらに左側優位が増大していることは注目に値しよう。

一方, これらの精神病群において, 他の群からた易く区別されうような特徴的所見は, 上のような分析からは見出されなかった。

7. 帯域プロフィール所見のまとめ

以上の所見を要約すると次のようになる。即ち,

1). 正常者の ¹¹CO₂ 画像においては各部の灰白質は比較的均等に描出され, 多くは左側皮質がわずかに優勢であった。また閃光刺激の影響は必ずしも一定しないが, 劇画やチェッカーボードなどを注視させると相対的に左側が低下(又は右側が上昇)する傾向が見られた。

2). 正常者の ¹¹C-GF による思考作業負荷(同時に聴覚への刺激へも行われている)では, 左の前側頭全体にわたる明らかな左側優位性の増加を認めた。但し今回は1例のみである。

3). 視聴覚障害者の画像において, 視皮質や聴皮質の選択的集積低下は認められなかった。

4). 自閉症患者への音楽刺激負荷ではほとんど画像上での反応を検出しえなかった。

5). てんかん患者では, 1例(症例6)で患側の集積低下を認めたが, その他に脳波活動の異常とつながる特徴的所見は示唆できなかった。

6). 精神病群のポジトロン画像でも, 精神症状に直結するが始き特徴的所見は認めないが, 音楽への傾聴を行わせることで前頭～側側における左側優位性を増大せしめることがわかった。

7). 小児において, 後頭一基底核領域に対し, 前頭皮質が著明なトレーサ集積を示す所見は, 疾患の種類や刺激の有無に依存せず, 脳の年齢発達に関与するものと思われた。

8. 関心領域(ROI)の設定による上記所見の検討

さて帯域プロフィールによる検討により, 刺激前後のポジトロン画像が一定の傾向を有して変動することが示唆されたわけであるが, これは同一個人内における前後・左右の値の相対的变化を示しているにすぎない。音楽や思考活動の負荷によりトレーサの集積が実際にどの位変

動したかは別の方法で調べる必要がある。しかしこれには後に述べるような多くの技術的問題があり、直ちに行うことができない。ここでは予備的な方法として、画像全体の総カウントに

対する関心領域内の1ピクセル当たりの平均カウントの変化で、トレーサ分布の部位ごとの変動をモニターすることを試みた。

表9は音楽や思考作業負荷で¹¹C-GF画像で

被検者	刺激	1(l F)	2(r F)	3(l C)	4(r C)	5(l T)	6(r T)	7(Fm)	8(Om)	9(l TH)	10(r TH)	11(l S)	12(r S)
5. K	前	4.56	4.99	4.96	5.36	4.75	4.90	4.76	4.83	3.72	3.79	4.06	4.07
	後 (思考)	5.05↑	4.72	5.06	5.14	4.92	4.98	5.05↑	5.10↑	3.57	3.57↓	4.13	4.11
16. IF	前	5.50	5.56	5.39	5.22	6.16	5.43	5.42	—	4.53	4.35	5.03	5.40
	後 2 (音楽)	6.34↑	6.21↑	6.31↑	6.00↑↑	6.44	5.74↑	6.23↑	—	4.76↑	4.47	5.46↑	5.60
15. SY	前	5.59	5.70	5.18	5.67	5.17	4.73	5.39	5.01	3.95	3.83	4.56	4.86
	後 (音楽)	5.39	5.52	5.03	5.23↓	5.08	4.73	5.19	4.81	3.86	3.78	4.74	5.09

表9 関心領域の設定による刺激前後の比較

¹¹C-GF画像において刺激負荷による変動が示唆された3例について、関心領域の1ピクセル当たりの平均カウント数の総カウントとの比較($\times 10^4$)を示した。(本文参照)

左側優位性の増加を示した3名の被検者で、関心領域の計数率の変化を見たものである。症例5および症例16はいずれも刺激後に計数率が左

側で増加している。症例16では右側の増加も明らかであり、従って表9から計算した左右比の増加率は本症例では症例5より少ない(表10)。症

被検者		帯 域			
		1	2 + 3	4	5
5. K	前	0.91	0.93	0.97	0.98
	後 (思考)	1.07↑↑	0.98↑	0.99	0.99
16. IF	前	0.99	1.03	1.12	—
	後 2 (音楽)	1.02	1.05	1.12	—
15. SY	前	0.98	0.91	1.09	1.08
	後 音 楽	0.98	0.96↑	1.07	1.08

表10 関心領域から算出された左右・前後比

帯域分割は表3～表7と同じであるが、帯域2, 3はひとつの関心領域としてまとめて計算されている。

例15では刺激後の計数率が全体にやや低下傾向を見せているが、左右比を求めた場合には中心部で左側優位性の上昇が再現されている。

表11は¹¹CO₂画像において、刺激時に或る程度の画像変動が示唆された3例(被検者3, 4,

13)について、同じく12部位のピクセル当たりの計数率を示したものである。計数率は刺激後に増加しているが、左右の増加率に差があり、症例3, 4の前頭葉では右側の増加率が大きいために、左右比の変化はむしろ減少しているこ

とがわかる(表12および表3参照)。症例13は音刺激で前頭葉島部の左側優位性の増加が示唆された例であるが、ROIによる計数率ではむしろ右側の上昇が目立ち、逆の傾向を示している。

全体としては¹¹CO₂での計数率の上昇は、脳の部位に関連しない全般的増加の様相を呈しており、刺激への脳の局所的反応というよりは、もっと非特異的な因子を考えるべきかもしれない。

被検者	刺激	1(lF)	2(rF)	3(lC)	4(rC)	5(lT)	6(rT)	7(Fm)	8(Om)	9(lTH)	10(lTH)	11(lS)	12(rS)
3. K	前	4.99	4.77	5.21	4.89	4.80	4.51	4.75	5.01	4.45	4.26	4.64	5.10
	後 (映画)	5.34↑	5.21↑	5.94↑	5.69↑	5.02	4.65	5.23↑	5.02	5.02↑	4.88↑	5.02↑	5.52↑
4. N	前	6.44	6.26	6.11	6.33	(4.95)	(4.62)	6.33	5.39	6.17	6.38	5.65	6.04
	後 チェッカー ボード	6.80↑	7.12↑	6.81↑↑	6.44	—	—	6.74↑	5.73↑	6.87↑	6.08↓	6.08↑	6.40↑
13. OK	前	6.34	6.64	6.36	6.42	6.01	6.59	6.81	5.50	6.19	6.18	6.66	7.16
	後 (映画)	6.63	6.66	6.63	6.74↑	6.13	6.53	7.21↑	5.84↑	5.94	6.08	6.52	7.06

表11 関心領域の設定により変動が示唆された3例について

¹¹CO₂負荷時に刺激による変動が示唆された3例について関心領域の1ピクセル当たりの平均カウント数の総カウントとの比率(x10⁴)を示した。

被検者	刺激	帯 域			
		1	2 + 3	4	5
3. K	前	1.05	1.07	1.06	0.95
	後	1.02	1.04	1.08	1.04↑
4. N	前	1.03	0.97	—	1.17
	後	0.96↓	1.06↑	—	1.18
13. O. K	前	0.95	0.99	1.06	1.24
	後	1.00↑	0.98	0.94↑	1.23

表12 関心領域から算出された左右・前後比

帯域分割は表3と同じ。能域2, 3の変化はまとめて示されている。本文参照。

考 察

ポジトロンCTは生きた人間での脳内の物質動態を局所ごとに計量化しうる、現在の所ほとんど唯一の手段である。しかし、実用段階に達してからまだ日も浅いため、臨床検査や研究に手軽に使用するにはまだ多くの問題をかかえている。本報告では¹¹CO₂と¹¹C-GFを、人間の知覚や認識活動の検出に使用する可能性を検討した結果、有望なデータを得た反面、今後の多

くの問題点も明らかになった。以下にいくつかの点について議論する。

1. ¹¹CO₂と¹¹C-GFおよびこれらの画像の変動について

¹¹CO₂は肺で carbonic anhydrase により重炭酸となり血流に運ばれて脳組織へ達し、CO₂と水との平衡系に参加すると考えられており、組織灌流と酸素消費の活発な部分に多く集合すると期待される。事実、¹¹CO₂で得られる画像は脳の灰白質を描出し、¹⁸FDGや¹¹C-GFと非常

に類似している。従って血流障害や組織崩壊のある部分は欠陥像として敏感に描出する。しかし知覚や思考活動の変化に伴う循環や代謝因子の変動を $^{11}\text{C}\text{O}_2$ がどの程度表現しうるかについて検討した報告はない。

本研究において閃光刺激を行った3例(被検者1, 2, 9)のうち2例で左前頭葉の相対的な上昇が、また2例で後頭(視皮質)の相対的な上昇が示唆されたが、いずれも他の一例では逆の傾向を示していた。しかし関心領域の値は必ずしもこれと一致せず、例えば2例で後頭皮質の低下を示すなど、一定の傾向を抽出するには到らなかった。劇画とチェッカーボード刺激では、帯域プロフィールで左前頭の相対的低下を認めたが、関心領域による比較ではカウント数の全体的増加の中でも、右側の上昇が優っていたためと思われた。

これから、精神活動による $^{11}\text{C}\text{O}_2$ 画像の変化は、単純な知覚刺激よりも劇画目読などの精神作業時に検出され易いことが伺われた。

$^{11}\text{C}\text{-GF}$ は本実験では経口投与を行ったため、消化管および血中で代謝を受けて、種々の中間代謝物(例えばアミノ酸類)となって脳へ達した放射活性も含んで計測している。 $^{18}\text{F}\text{DG}$ などが比較的単純なコンパートメントモデル化が可能なのに対し、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ の代謝が計量化されにくい所以である。本報告では従って、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ の代謝の脳における総和が、精神活動による変化を受けるか否かを検討したにすぎない。このような制限の下ではあるものの、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ については、思考作業や音楽への傾注に際して主として左側前頭皮質の上昇という形で反応が検出された。しかし関心領域の数値の検討では、わずかながら減少を示した例も見られた。

2. 計量化に伴う問題

われわれの現在の方法ではトレーサの集積とその変動について単に相対的な比較が出来るのみであり、特定の部位についての個人間の数値比較が出来ない。 $^{18}\text{F}\text{DG}$ を用いてグルコース代謝率を計算した Phelps ら¹³⁾のデータが、単純な

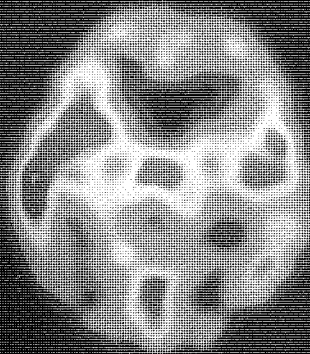
光刺激で視皮質は10%前後の代謝率の上昇を示し、風景の注視では30~40%もの上昇が見られたと述べているのに対し、われわれの $^{11}\text{C}\text{-GF}$ 法では精神作業負荷に際し、相対的に10%前後の差を検出したにとどまる。

しかし今回の刺激負荷は安静時データの収集と独立に行われたものではない。安静状態におけるトレーサの取り込みが十分行われ、頭部の時間放射能曲線がほぼピークに達した後に刺激が与えられ、その後の経過における変化が吟味されたにすぎない。このことは刺激の影響の検出効率を相当に鈍くした可能性がある。安静時検査とは独立して検査を行い、トレーサの取り込みの全経過にわたり刺激を与えることで、さらに明瞭に刺激効果を測定できるだろう。その他にも代謝変動の検出感度を改善する因子は数多いが、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ について容易に実行できることは少い。刺激の強度と持続時間および測定時間の延長、血中濃度との相関、各部位の時間放射能曲線の解析などは試みてみるべきであろう。

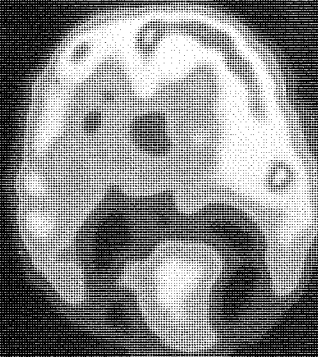
今回行った関心領域の設定は、トラックボールを用いて用手的に行ったため、左右の対称性や領域の大きさに差が生じるのは防げなかった。またポジトロン画像の視察による構造同定も主観的なものになりやすく、スライスレベルのずれの問題とも重って誤差の原因となり易い。

これらの多くの問題を考慮した上で、現在の段階では、帯域プロフィールと関心領域のデータが比較的良く一致した部分について以下のように言うことが出来よう。即ち、 $^{11}\text{C}\text{-GF}$ でも $^{11}\text{C}\text{O}_2$ でも、思考や認識、音楽への傾注というような、被雑な作業負荷時には主として前頭、前側頭皮質へのトレーサの集積が増加する。そして左右皮質の増加の割合は与えられた課題により異なっており、例えば強い思考作業時には左前頭の増加が主体となり、また或る種の視認作業の時には右前頭の増加が優位に立つということも検出出来そうである。ただし、同種の刺激に対しても、反応の個人差は大きく、被検者の内的状態を十分考慮した実験が必要となるだろう

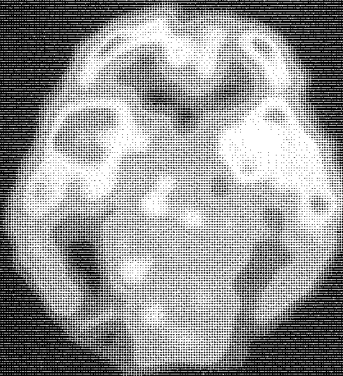
2-A
Case 1



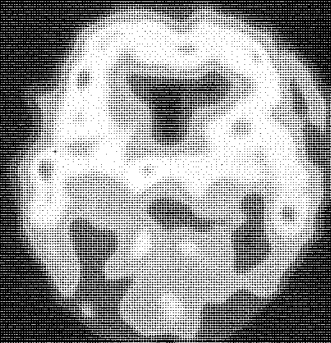
2-B
Case 2



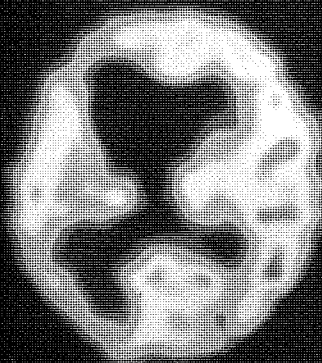
2-C
Case 3



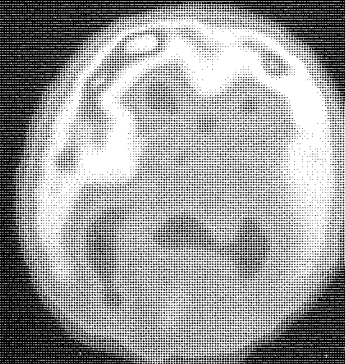
2-D
Case 4



2-E
Case 6



2-F
Case 8



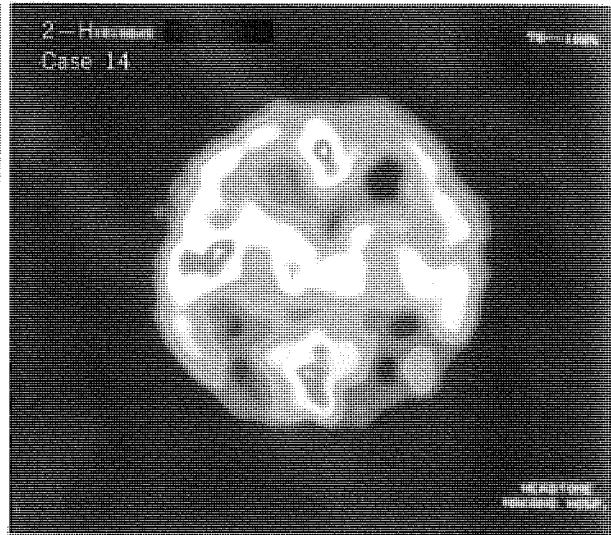
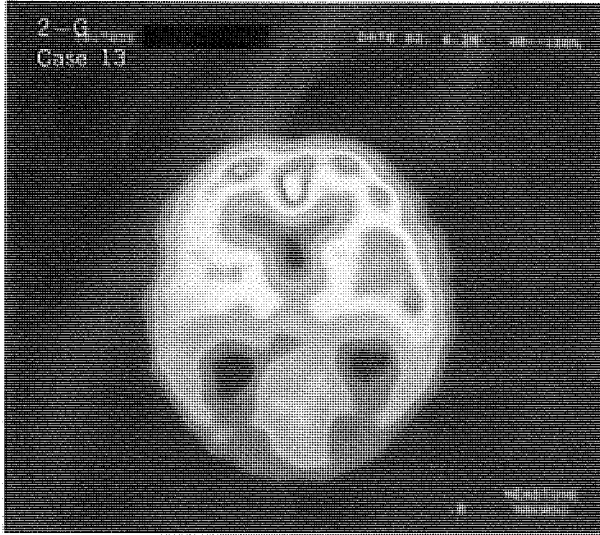
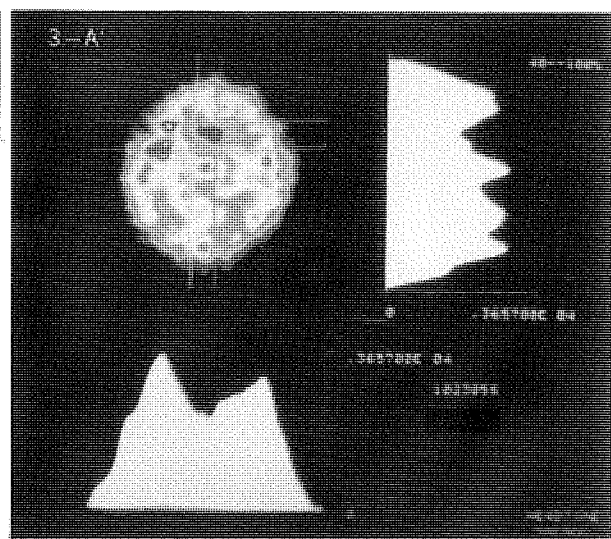
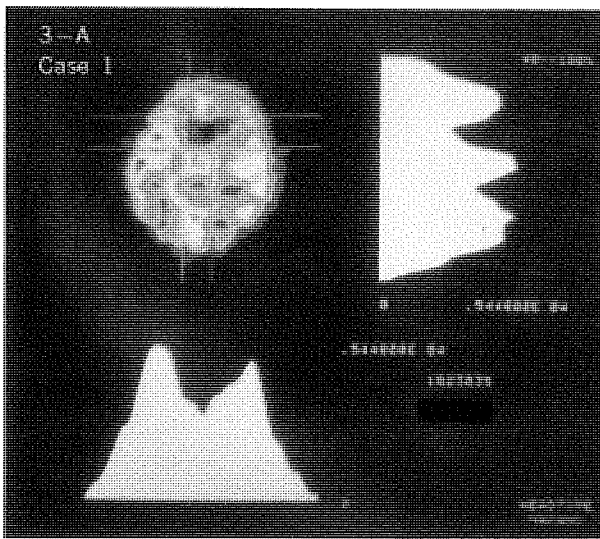


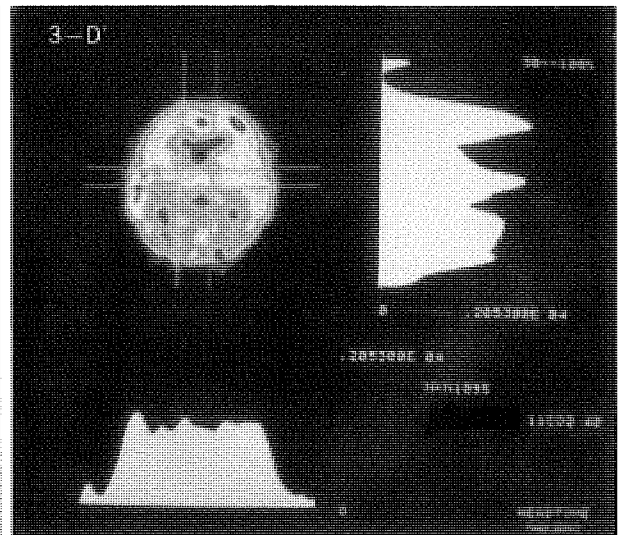
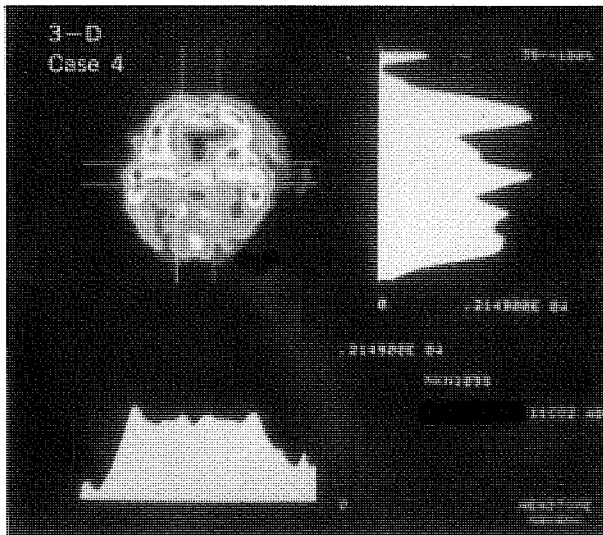
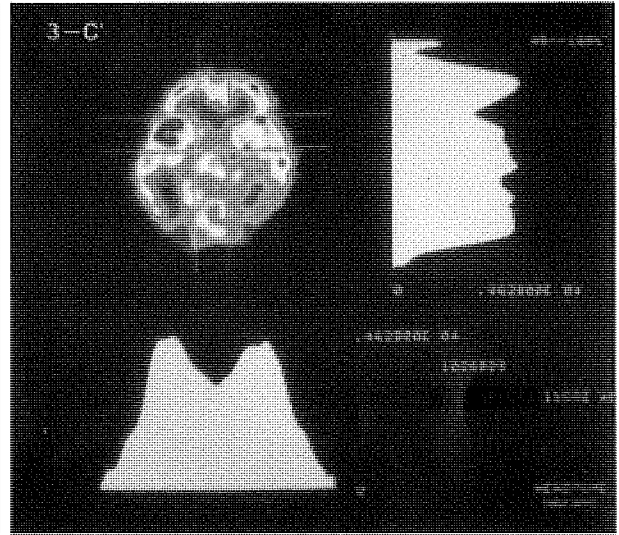
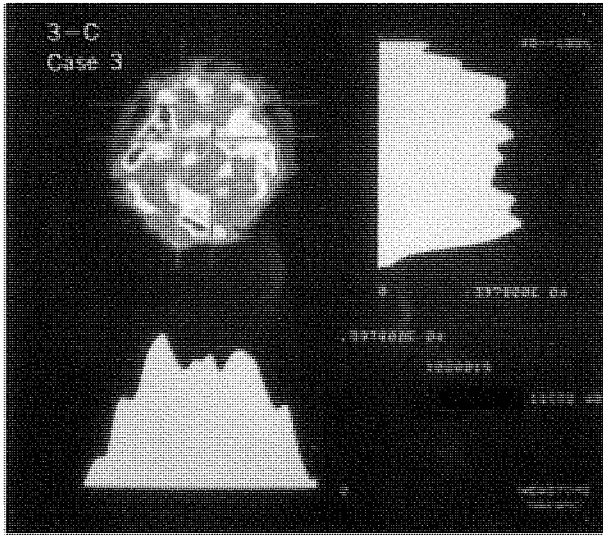
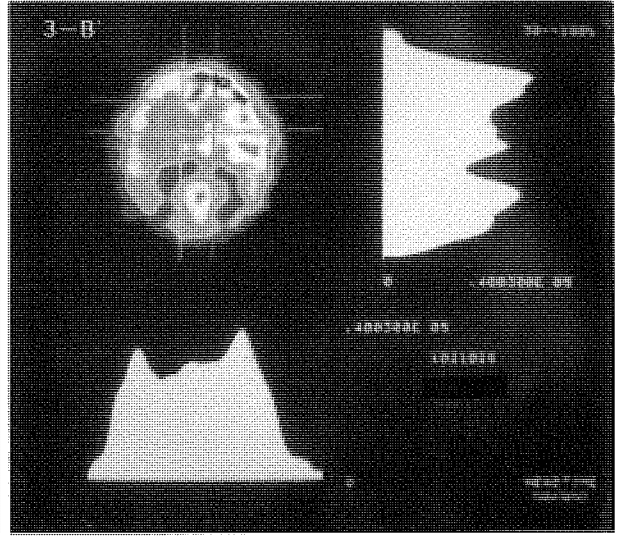
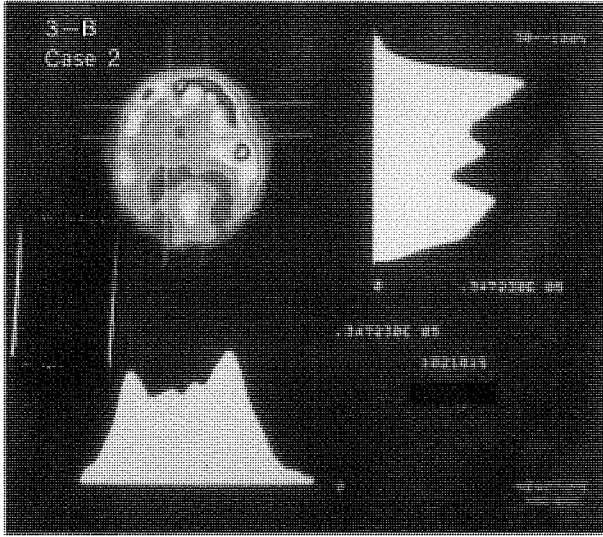
図2. 正常群および患者群のポジトロン画像

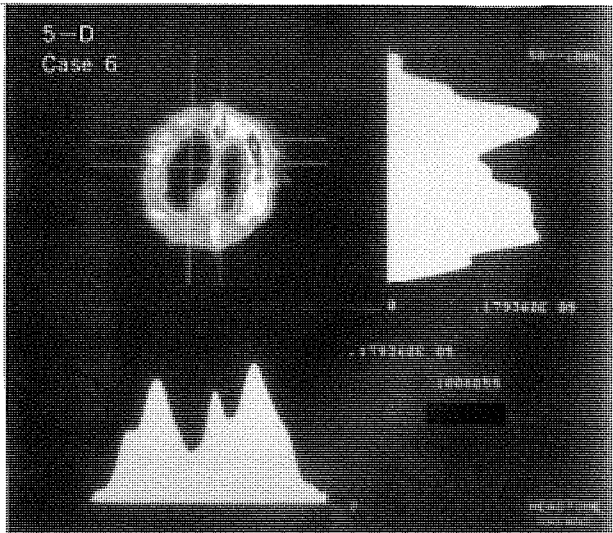
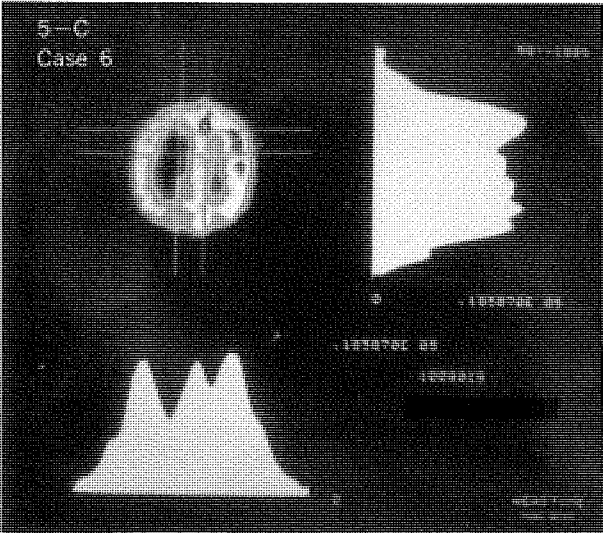
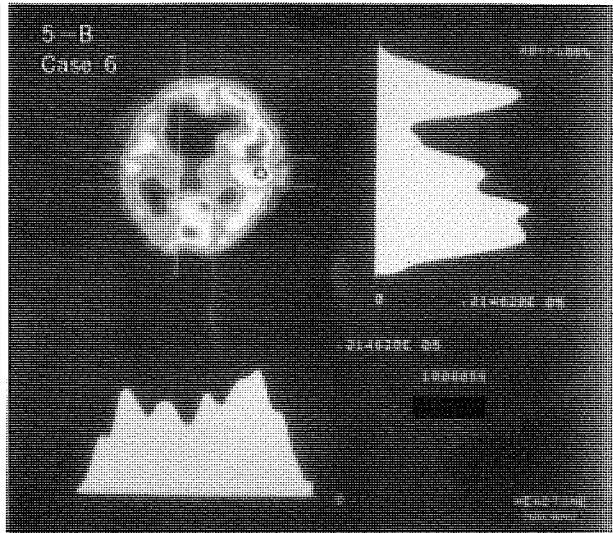
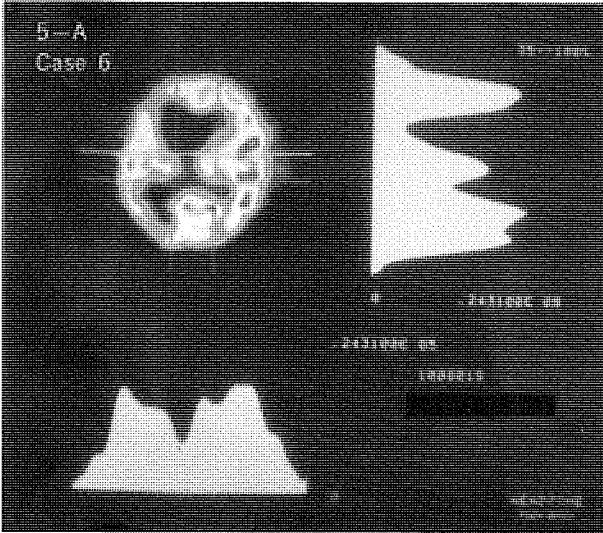
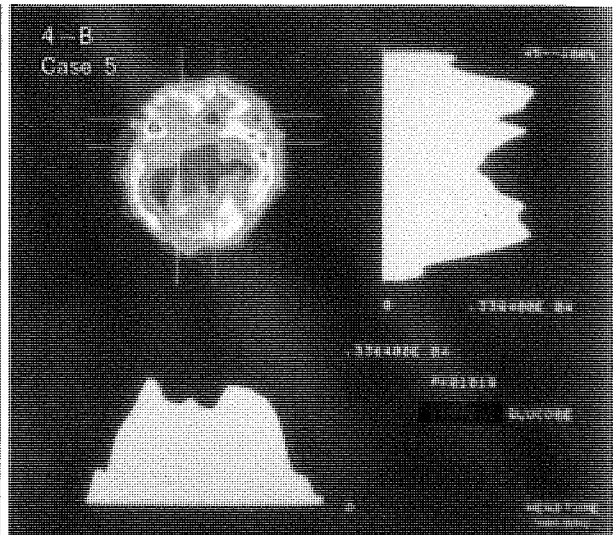
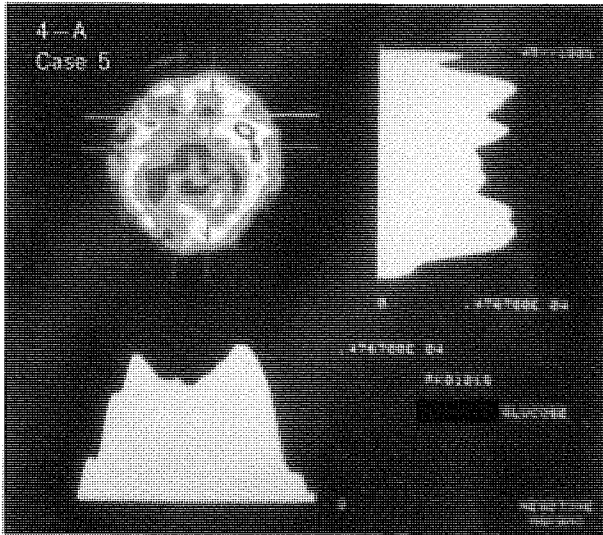
A~Dは正常群. E~Hは患者群. トレーサはFを除いてすべて $^{11}\text{CO}_2$ による. Fは ^{11}C -GFによる. カラースケールは右上に示されているが, これは各々の画像の最高点を100%として規準化したものである. A~Hの画像と被検者との対応は以下の如くである. A-被検者1, B-2, C-3, D-4, E-6, F-8, G-13, H-14 (表1参照)

図3. 正常群の視覚刺激前後の $^{11}\text{CO}_2$ 画像と帯域プロフィールの一部

A~Dは各々被検者1~4に相当し, 左が刺激前, 右が刺激後を示す. 細い2本の縦線の間に加算値を脳画像の右横に投影し, 2本の横線に挟まれた帯域を下に投影してある. これらプロフィールから読める皮質ピークの左右・前後の高さの比を表3に示した.







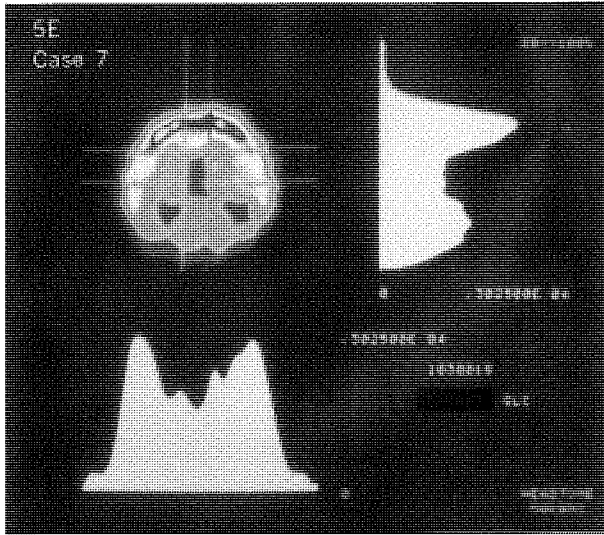


図4. 正常者の ^{11}C -GF 画像に与える聴講・思考作業の影響

左 (A) は安静時, 右 (B) は作業時を示す. 横の帯域プロフィールは島皮質を含む部分に設定され, 作業時には左側皮質のピークが上昇する.

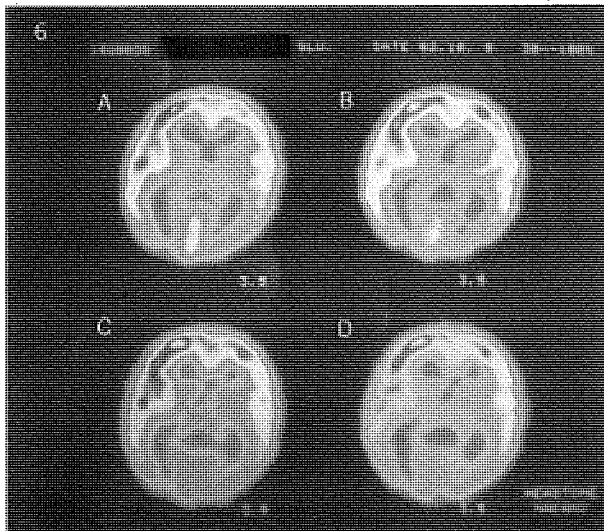


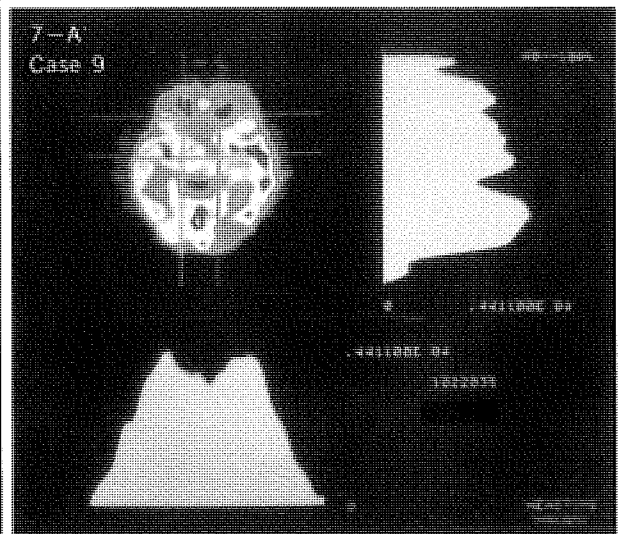
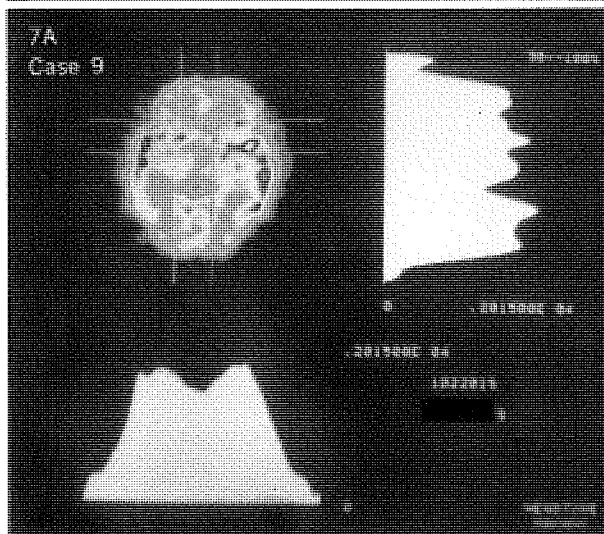
図5. 視聴覚障害者のポジトロン画像

A・Cは症例6の $^{11}\text{CO}_2$ 画像, B・Dは ^{11}C -GF 画像. B・DはそれぞれA・Cより約3cm上方の断面. 左右差は ^{11}C -GF でより明瞭. Eは症例7の ^{11}C -GF 像.

図6 自閉症の ^{11}C -GF 画像と音楽刺激の影響
上段は刺激前, 下段は刺激後. 変化に乏しい.

図7. 側頭葉てんかん患者の閃光刺激前後の $^{11}\text{CO}_2$ 画像.

右側頭優位のスパイクを有する例であるが, 画像上の著明な左右差は見られない.



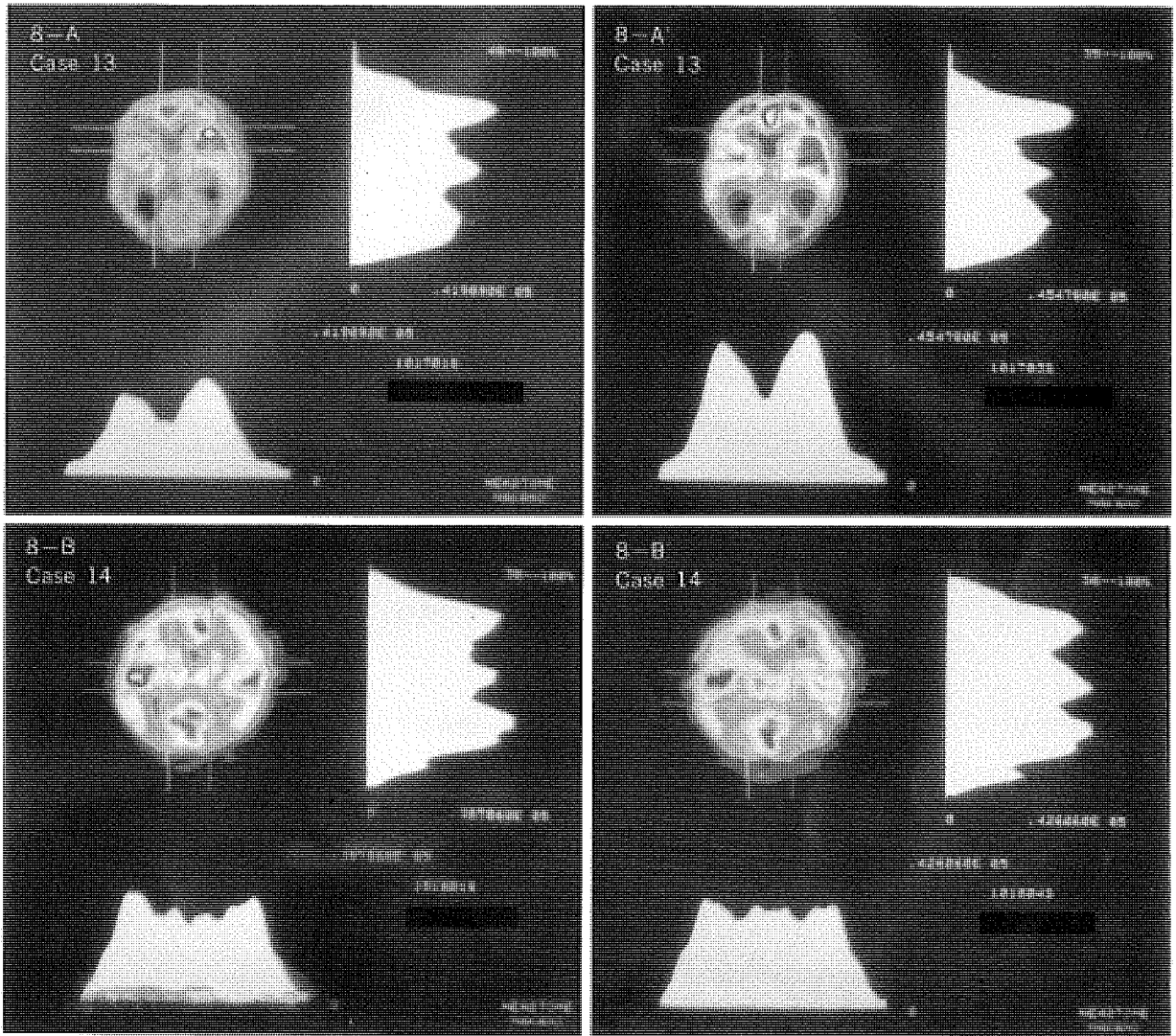


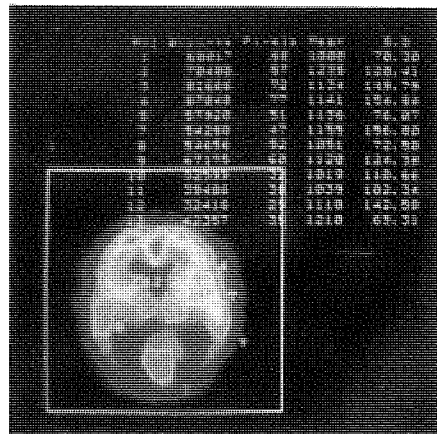
図 8. 精神病群の $^{11}\text{CO}_2$ 画像と音刺激の影響

A・A'には症例13の音刺激前後について島皮質を通る部分の帯域プロフィールを示した。

B・B'には症例14の視床を含むプロフィールを示す。A', B'は刺激後。

図 9. 関心領域の設定例

図 8 で示した症例13の画像において、トラックボールによる関心領域の設定を行い、計数値を求めた例を示した。



う。

3. 機能診断への可能性

$^{11}\text{CO}_2$ でも $^{11}\text{C-GF}$ でも比較的安定した画像が得られ、症例8でも述べた如く、一定の条件下では画像の再現性もある。しかしこのことは必ずしも機能診断や病態診断への妥当性へ直結するものではない。

まず正常者における変異の大きさの問題がある。図2にも示した如く、正常群の中にも様々な相異があり、スライスレベルの変動も手伝って、画像のみから機能異常の有無を論ずることは現在の方法では困難である。無論、症例6に見る如く大きな形態異常を合併していれば、これが機能障害を考える手掛りを与えるが、そうでない場合には正常者の変異の幅の中に入る可能性が大きい。例えば正常者2の中心領域の皮質は左右のピーク値に11~13%の差があり(表3)、これは被検者6の $^{11}\text{C-GF}$ の前~側頭の左右差15~16%と比べても相当に大きな値であり、ましてや被検者6の $^{11}\text{CO}_2$ の島~前側頭部の左右差が5~10%しかないことを考えると、機能に関する単純な画像診断が成り立ちえないことが伺われる。

$^{11}\text{C-GF}$ で思考作業などに比較的良好な反応が認められることは、刺激や作業負荷による変動の程度を利用して機能異常の診断技法を作成していくことに期待を持たせる。しかし一方では、同一の刺激や課題に対しても、年齢や性別で様々な異った反応が惹起されることが予想され、正常反応の範囲を設定する作業はやはり大へんなことには変りない。

また既き指摘した如く、若年者(小児)の前頭皮質では、後頭~基底核領域に比して特有の強いトレーサ集積が認められ、これはその後の症例においても確認されている。これに類似した所見は成人の意識障害者などで一部観察されているのみであり、注目すべきである。脳の発達段階の診断にポジトロン Ct が利用できるか否かは、幼児の脳障害や精神発達遅滞に有力な診断技法がない現状を考える時、極めて重要な

問題であり、種々のトレーサを利用した詳細な研究の展開が望まれる。

今回試みることの出来なかったもうひとつの問題は、他のスライスレベルのデータとの関係の解析である。単一スライスレベルでは必ずしも多くのことは言えないにしても、多断層装置により脳全体の活動を計測することが出来たなら、詳細な部位同定のもとに特定の領域と他の領域との相互関係を詳しく分析することが可能になる。このように多角的な相互関係の中に機能の異常を見出しうる可能性も残されている。

しかしそのような脳の機能地図を厳密に踏まえた解析を行うには、現在の装置の解像能がさらに向上していくことも必要である。また、解剖学的構造とポジトロン画像とを対比して、客観的な方式で領域を抽出していく技法¹⁷⁾もさらに精緻なものにしていく必要がある。

参考文献

- 1) 高見勝己: エミッションCTとその最近の研究動向, 日経エレクトロニクス 2 (18): 122-150, 1980
- 2) Phelps, M.E., Mazziotta, J.C. et al.: Study of cerebral function with positron computed tomography. *J.Cerebral Blood Flow and Metabolism* 2: 113-162, 1982.
- 3) Metter, E.J.-Wasterlain, C.G. et al.:¹⁸F DG positron emission computed tomography in a study of aphasia. *Ann. Neurol* 10: 173-183, 1981.
- 4) Roland, P.F., Meyer, E. et al.: Regional cerebral blood flow changes in cortex and basal ganglia during voluntary movements in normal human volunteers. *J.Neurophysiol* 48: 467-480, 1982.
- 5) Buchsbaum, M.S., Ingvar, D.H. et al.: Cerebral glucography with positron tomography. *Arch Gen Psychiatry* 39: 251: 259; 1982.
- 6) Ido, T., Wan, C., Casella, V., Fowler, J. et al.: Labeled 2-deoxy-D-glucose analogues-¹⁸F-

- labeled, 2-deoxy-2-fluoro-D-glucose, 2-deoxy-2-fluoro-D-mannose and ^{14}C -2-deoxy-2-fluoro-D-glucose. *J. Labeled Compounds Radio-pharm* 14 : 175-183, 1978
- 7) Phelps, M.: Positron computed tomography studies of cerebral glucose metabolism in man: Theory and application. *Seminars in Nuclear Medicine* 11(1) : 32-49, 1981.
- 8) Sokoloff, L.: Mapping of local cerebral functional activity by measurement of local cerebral glucose utilization with (^{14}C) Deoxyglucose. *Brain* 102 : 653-668, 1979.
- 9) Phelps, M.E., Huang, S.C., Hoffman, E.J. et al: Tomographic measurement of local cerebral glucose metabolic rate in humans with (^{18}F) 2-fluoro-2-deoxyglucose: validation of method. *Ann Neuro* 6 : 371-388, 1979.
- 10) 苗村育郎, 斎藤陽一: ポジトロンCTによる精神神経疾患の研究—その現状と問題点—. *臨床精神医学* 11 : 1107-1123, 1982.
- 11) 苗村育郎, 斎藤陽一, 館野之男, 山崎統四郎・他: ポジトロンCTによる精神分裂病群ならびにハンチントンス舞踏の検討— ^{18}F デオキシグルコースおよび ^{13}N アンモニアによる断層像—. *臨床精神医学* 11 : 865-877, 1982.
- 12) Mazziotta, J.C., Phelps, M.E., Miller, J. and Kuhl, D.E., Tomographic mapping of human cerebral metabolism: normal unstimulated state. *Neurology*, 31 : 503-516, 1981.
- 13) Phelps, M., Mazziotta, J., Kuhl, D., Nuwer, M., Packwood, J., Metter, J. and Engel, J.: Tomographic mapping of human cerebral metabolism: visual stimulation and deprivation. *Neurology* 31 : 517-29, 1981.
- 14) 苗村育郎, 井上修, 斎藤陽一, 山崎統四郎: ポジトロンCTの脳内科領域への応用, *画像診断* 3 (1) : 92-97, 1983.
- 15) 苗村育郎, 斎藤陽一, ヨーロッパにおけるポジトロンCTの現状—第3回世界生物学的精神医学会議を中心として—. *臨床ME* 6 (26) : 9-15, 1982.
- 16) 飯尾正明, 有効標識化合物 (^{14}C -Glucose, NH_3 , 他) の開発とその自動化・並びにポジトロンCTによる正常脳の映像化, 厚生省神経疾患研究委託事業昭和56年度報告書 P P 20~2 J. 1982.
- 17) 葉原敬士, 原島博, 宮川洋, 苗村育郎他, ポジトロンCT画像の領域分割に関する一検討, *医用電子と生体工学* Vol.21 特別号, 1983.

高年者の人格特徴と成熟度に関する研究

大塚俊男¹⁾・谷口幸一²⁾・下仲順子³⁾・中里克治³⁾
丸山 晋⁴⁾・佐藤真一⁵⁾・松本真作⁶⁾

1) 国立精神衛生研究所老人精神衛生部

2) 愛国学園短期大学 3) 東京都老人総合研究所

4) 国立精神衛生研究所社会復帰相談部

5) 早稲田大学 6) 雇用職業総合研究所

Personality Characteristics and Maturity among the Aged

Toshio Otsuka¹⁾・Koichi Yaguchi²⁾・Yoshiko Shimonaka³⁾・Katsuharu Nakazato³⁾

Susumu Maruyama⁴⁾・Shinichi Sato⁵⁾・Shinsaku Matsumoto⁶⁾

1) Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health

2) Aikoku Women's Junior College

3) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

4) Division of Rehabilitation for Mentally Disordered

5) Waseda University

6) National Institute of Employment and Vocation

Summary

The purpose of this study is to investigate influences of life events on personality characteristics, relations between personality maturity and other personality characteristics (self-confidence, morale, social maturity, and mental aging), and relations between maturity and life events. Subjects were both mentally and physically healthy aged, comprising ninety-eight males and ninety-six females. And the results were as follows:

1. Regarding aged males maturity, social maturity, morale, self-confidence, and mental aging were positively correlated, whereas no correlation was seen among the aged females. These results revealed sex differences in personality structure.

2. With regard to relations between maturity and life events, marked sex differences were displayed. Females showed relations between maturity and many kinds of life events such as success in vocational life, natural or man-made disaster, health, education, married life, relations to their parents or children, friends, and hobbies; while males showed relations between maturity and only two kinds of life events, success in vocational life and disaster.

These results were discussed from the viewpoints of sex role determined by the times and the culture which they had lived.

Key words: *personality, maturity, life event, the aged*

要 旨

本研究は、老年期の人格特徴に対する人生体験の影響を検討することを目的として、とくに人格の成熟度と他の人格特徴（自信度，モラル，成人度，精神老化の関係，成熟度と人生体験（ライフ・イベント））の関係を検討した。

対象者は，心身共に健康な老人男98名，女96名からなる。

結 果

1. 男性老人は，成熟性と成人度，モラル，自信度，精神老化で正の有意な相関を示した。女性老人は，すべてにおいて相関はなく，老年者の成熟性のあり方が男女により

はじめに

われわれは，高年者の性格特徴を解明する過程の中で，今迄の人生過程で体験してきた，さまざまな生活体験（ライフ・イベント）が高年者の現在の人格形成にとって重要な要因であると仮定し，Fig 1 に示した両者の関連枠組の中で研究を進めてきた。その中で，われわれは高年者の性格を反映する指標として，Fig 1 に示した社会的自信度，精神老化度，モラル，成人度，成熟度，body image を選択した。前論文（谷口，大塚ら）では，性格変数の中で社会的自信度，精神老化度，モラル，成人度と人生体験との関連を検討し，以下の様な結果を得た。すなわち，わが国の社会的価値構造から判断して，

異なることが判明した。

2. 成熟性と人生体験の関係でも性差が著明であった。男性老人は「職業生活の成功」，「天災・人災のそそぐ」のイベントと成熟性が関係していた。女性老人は，これら2つのイベントに加えて，健康，教育，結婚生活，子供や自分の親との関係，友人関係，趣味等が成熟性に影響を及ぼしていた。

これらの結果は，老人が生きてきた時代背景文化に規定された性役割の観点から考察され

一般的に「好ましい」と考えられるイベントを多く体験している者は，成人度，自信，モラルが高い傾向が認められた。

換言すれば，高年者が生き甲斐の反映としての「モラル」の水準を高く保ち，また生き甲斐の背景ないしは心理的支柱としての「自信の源泉」を多く有していることと，人生体験の積極的評価とは有意な関連を示していた。

われわれは，老年期の性格形成と人生体験の関係を更に追求すべく，今回は成熟性を中心にして，成熟度と他の性格特徴間の関係および成熟度と人生体験の関連を検討することを旨とした。

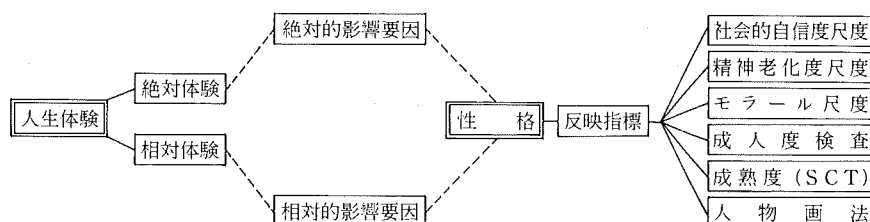


Fig. 1 老年期の性格と人生体験との関連の枠組（谷口，大塚ら，1982）

- 1) 年齢、性、出生地、自分の兄弟姉妹、親の職業・健康・経済などの条件によって規定される体験
- 2) 自分自身の教育歴、職歴、健康、結婚、子ども、趣味などの個人的条件によって規定される体験

方 法

1. 文章完成法による成熟度スケールの作成
 一口に成熟 (maturity) といっても身体的、知的、情緒的、社会的、道徳的ならびに性的など人格の種々の局面があり、それぞれに諸家の成熟の標準が定められているが、本研究では Hepner (1973) の成熟の定義を採用した。

Hepner によれば、人格の成熟性は基本的には年齢の問題ではなく、いずれの年代でも十分に適応的で成熟した人々は存在し、またそうなるために必要な諸経験というものがあると仮定している。また成熟の主要な基準として、基本的な生活原理の探究が重要であり、また諸事実の単なる獲得よりも、むしろ人生哲学を發展させることの重要性を挙げている。真に成熟に達した人間は、心の平静を保ち、力強く、威勢 (影響力) を有しているとしている。すなわち Hepner は、人格の成熟性を、個人が自己全体に一定の統一を發展させ、信頼すべき個性を確立することを意味し、そして自己の成熟に向かって努力しうる最も自然な生活状況の一つは、人と人と

の相互関係の中に存在すると規定し、34の質問項目から測定している。これらの質問は、他者 (身内、他人) の批判への反応、周囲の好意や関心に対する態度、自分のプランや進学・仕事などの中断や断念に対する反応、死生観、自然観、世界観、社会観、宗教観、占いや前兆への態度、金銭に対する考え方、友人観などから構成されている。われわれは、Hepner の成熟度テストの中から18項目を選び文章完成法形式に修正し、それに新たな2つの項目を加えて、総計20の文章完成項目を試作した。

次に当初、20の刺激項目を少数サンプルに実施し、老年に至ると他の世代よりも直面し易く対応をせまられがちな社会的・個人的状況や立場に関する問題内容を含み、またその反応の категорияが Hepner の規定している人格の成熟性の次元より方向づけが十分に可能であり、かつ categoria 反応の分布に偏りの少ない比較的等しい分布になっているという基準から検討し、最終的には10項目を選定した。Table 1 は、項目及び項目の反応 categoria と、そのスコアリングの得点を示したものである。

Table 1. 高齢者の人格の成熟度の評定のための反応 categoria とスコアリングの基準

項目No.	質 問 項 目	反応 categoria	スコアリング 得点
1.	身内の者から批判されたり小言を言われたとき、私は…	理解・行動 (+)	6
		自己反省・内省	5
		受容, 服従 自己抑制, 自己弁護	4
		客観記述	3
		無視, 忘却 不快感情(怒り, 悲哀) 仕返し, 反論	2
		そ の 他	1
		不明, なし	
2.	他人から批判されたとき私は…	理解・行動 (+)	6
		自己反省, 内省, 探求	5
		受容・感謝	4

		客観記述	3
		無視, 不快感情 } 仕返し, 反論 }	2
		心身・身体反応 } その他 } 不明, なし }	1
3.	仕事の面でいつになく困難な 問題に直面したとき, 私は…	熟考, 原因究明 } 反省 }	6
		前進, 達成, 努力	5
		相 談	4
		客観記述	3
		依存, 援助 } 後悔, 放棄 } あきらめ, 苦悩 }	2
		混乱	
		その他 } 不明, なし }	1
4.	自分の希望や計画を断念せざ るをえなくなったとき, 私は…	再出発, 再起 } 脱出 }	6
		反省, 内省, 努力 } 忍耐 }	5
		断念, あきらめ } 待機, 忘却 }	4
		客観記述	3
		不快感情(怒り, 悲哀) } 失望, 落胆, 拘泥 }	2
		その他 } 不明, なし }	1
5.	自分の死について考えると…	受容, 達観, 肯定 } 心構え, 死後のこと } 予 期 }	5
		客観記述, 考えない } 気にしない, 現在の充実 }	4
		願望(ポックリ・安楽 死)	3
		悲哀, 恐怖 } 拒 否 }	2
		その他 } 不明, なし }	1
6.	大勢の前で話をしなければな らないとき, 私は…	平静, 気にしない } 努力 }	5
		心構え(内容, 自分の 態度), 準備 }	4
		客観記述	3
		不得手, 困惑 } 拒否, 回避 } 緊 張 }	2

		その他 } 不明, なし }	1
7.	自分の行動や能力について, 他人が関心を示してくれると き, 私は…	努力, 精進 } 勇気, 生甲斐 }	6
		好意, 感動, 感謝	5
		心構え, 態度, } 反省 }	4
		肯定と否定 } 客観・中立 }	3
		卑下, 無視, 不快	2
		その他 } 不明, なし }	1
8.	他人に好ましい印象を与える ために, 私は…	誠実, 親切, 謙虚 } 努力 }	6
		注意, 心がけ, 自省 } 反省, 身だしなみ }	5
		相手への配慮 } 心配り, 聞き手 }	4
		協調	
		気にしない } 何もしない }	3
		あるがまま	
		不得手	2
		その他 } 不明, なし }	1
9.	私にとって楽しい友人関係とは…	(+) の定義, 心構え	5
		快い, 感情, 願望 } 相談, 話し相手 }	4
		苦勞友達, 腹心の友 } 信用, 思慮, 配慮 }	4
		誠意, 愛情	
		状況記述	3
		無し, 不信用, 不必要	2
		その他 } 不明, なし }	1
10.	宗教とは私にとって…	(+) の価値, 感情	5
		必要, 肯定	4
		客観記述 } 肯定と否定 }	3
		無宗教, 無関心 } 無価値, 無関係 }	2
		不必要	
		その他 } 不明, なし }	1

以上の10項目の各々について、対象者の反応を分類し、スコアリングをおこなった。評点は、各項目別のスコアと10項目合計のスコアであった。尚、得点は高得点ほど、成熟度が高いことを示す。

2. 他の人格測定検査とライフ・イベントの評価

本研究では、Fig 1 に示すとおり、高年者の人格変数として、既述の成熟度スケールの他に4つの自己概念スケールを取り挙げ、それらをテスト・バッテリーとして実施した。各スケールの具体的手続は、次のようであった。

社会的自信度——このスケールは、総理府青少年対策本部(1981)の国際比較調査にある青少年の「自信の源泉」を調べる項目および構成の視点を参考にしながら、わが国の高齢者の自信の源泉となると思われる10の質問項目を作成し(付表1, 参照)、「はい」「いいえ」の2件法で回答を求めた。各質問につき「はい」と答えたとき評点1を与え、全項目の評点総計をもって、対象者の自信度スコアとした。

精神的老化度——このスケールは、Cavan, et al. (1949) が高年者の精神的・社会的老化の徴候をもとに「精神的老化度指標」の試案として発表した項目(15項目)を、その内容を変えずに質問紙法で回答を求められる形式に変更したものである(付表2, 参照)。各質問項目につき、「はい」「わからない」「いいえ」の3件法で回答を求め非該当(いいえ)の回答の場合に評点1を与え、全項目の総点をもって精神的老化度スコアとした。したがって、高得点ほど精神老化の少ないこと(非老化傾向)を示している。

モラール——このスケールは、Lawton(1972)らによって作成されたPGCモラール・スケール(Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)であり、わが国でも近年、高年者の情緒的適応度を知る有効な指標として、多くの機会に使用されているものである。本研究では、Lawton自身(1975)により改訂された改訂PGCモラール・スケールを使用した。このスケールは

17項目の質問からなりそれぞれの質問において生活適応上、望ましいとされる方向の回答をした場合に、評点1が与えられる形式となっている(付書3, 参照)そして、全項目の評点総計をもってその個人のモラール・スコアとなる。

成人度——この検査は、津留(1963, 1968)の作成した「成人度検査」である。この検査は、〈成熟した人格〉を現実への適応力という観点から規定しており、いわば個人の現実への適応体制としての生活型の確立度をはかる一測定と言える。この検査は、身体的成人度(5項目)、知的成人度(11項目)、情緒的成人度(17項目)および社会的成人度(12項目)の4領域に配分された総計45項目の質問から構成されている。そして、各質問ごとに「成人性の高い」方向(「はい」か「いいえ」のいずれの回答のとき成人点になるかは、質問により異なる)で回答したとき、評点1を与え、逆の方向の回答をしたときは、非成人点とみなし、マイナス1の評点が与えられる。この方法で全項目の回答を評定し、成人点総計と非成人点総計を求め、両者の差をもって「成人度スコア」が求められる(付表4, 参照)。このような「成人度」なる観点からの測定は、検査の具体的作成の過程には困難を伴うものの、高年者の適応度を知る1つの目安として是非とも必要なパーソナリティの査定法と言える。

次にライフ・イベントの評価は、個人およびその生き方への影響度の観点から「絶対体験」と「相対体験」に分類し、両者に属する諸体験をわが国の社会構造からみて、重要と考えられる体験領域別に配列して、人生体験評価表を作成した。Table 2 は、この人生体験評価表に示した体験領域名および領域別の具体的イベントの数や内容例を書き出したものである。またライフ・イベントの評定法についても、次頁にその手順を説明してある。

Table 2 領域別のライフ・イベントの項目数およびその具体的例

〔体験領域名〕	〔イベント数〕	〔具体的イベント(例)〕
健康・病気	(7)	病気や障害など身体健康上のイベントについて
教 育	(6)	未就学, 上級学校への進学および中退, 断念など自分の教育環境に関するイベントについて
職 業 生 活	(12)	就職, 転職, 失業, 職場での昇進, 成功や失敗, 対人関係上のトラブルなどのイベントについて
結 婚 生 活	(18)	結婚経験の有無, 配偶者の健康, 転職, 失職, 退職, 配偶者との対人的トラブル, 死亡, 離婚, 性格の一致度などのイベントについて
経 済 生 活	(11)	子どもの教育費, 借金, 負債, 治療費, 増収などのイベントについて
子 ど も	(15)	子どもの有無, 病気, 教育面の苦労や成功, 就職面の苦労や成功, 結婚面のトラブル, 子ども同志の関係などのイベントについて
子どもとの関係	(9)	子どもとの同居別居, 経済的援助の有無, 子どもとの仲などのイベントについて
自 分 の 親	(8)	親の病気, 生死の別, 親の職業的社会的成功や失敗などのイベントについて
友人・知人	(7)	友人や敬愛する人の存在の有無, 友人や知人との不仲, 裏切り, トラブルについて
社会的業績	(7)	職業的, 社会的な高い地位や成功, 叙勲や表彰などのイベントについて
天災・人災	(15)	戦争体験の有無, 徴兵や戦傷, 親, 兄弟, 近親者の被災, 戦死者, 交通事故, 職務災害, 地震, 火災, 刑事事件などのイベント
趣味, スポーツ, 信心	(4)	趣味の有無, 好きなスポーツや信心の有無などのイベントについて

ライフ・イベントの評定——以上の体験領域に総計 119 項目の具体的イベントを配列し, それに順次目を通して各自体験の有無をチェックしてもらう。体験したイベントの場合, ○印(評点)を与え, さらに体験したイベント群の中から, 自分の生き方に影響度の高いイベントである場合には◎印(評点2)を与える。

3. 対象者

本研究の対象者は, 千葉, 埼玉, 神奈川 3 県にある厚生団主催の「老人大学」の受講生とその卒業生および都内 A 区の老人大学受講者で, 総計 215 名であった。対象者の年齢範囲および男女別の人数の内訳は Table 3 に示すとおりである。また職歴のある者は, 男性は 106 名(100%), 女性 109 名中 55 名(50%)であった。尚, 全スケールを実施し得た者は最終的に男性 98 名, 女性 96

名であった。

調査場所・日時——調査は, 昭和 56 年 12 月から昭和 57 年 1 月までの期間, 各老人大学にて, 対象者全員の前で調査の概要や評定の方法について説明し, その後それぞれ自宅にて自己記入形式で回答を求めた。約 2 週間後, 随時, 老人大学に調査表を持参してもらう形で個別に回収した。

Table 3. 対象者

性別	年齢範囲(歳)				総計
	—64	65—69	70—74	75—	
男	10	39	34	23	106
女	26	40	33	10	109

結果 1

成熟度と他の性格要因の関係について

(1) 成熟度と成人度

人格の成熟性とは若干異なるが、いわゆる生活型の確立度の観点から作成された成人度（この測定は、元来年齢との関連で、高年初期までを対象として作成されており、本研究の高年者の場合も年齢とは $r=0.22$ ($P<0.01$)であった）と、この成熟度スコアとの関連をみると、 $r=0.17$ ($P<0.05$)で高い値ではないが一応、有意な相関値を得た。もっとも、この関係を男女別に検討してみると、男性において $r=0.25$ ($P<$

0.05)、女性において $r=0.00$ であった。すなわち高年男性の場合は、両者の間にある程度共通した要因の介在を推測しうるが、高年女性の場合はそうではなかった。この結果をさらに詳しく検討するために、成人度の領域別スコアと成熟度スコアとの相関を性別に求めてみたところ、Table 4 に示すような値を得た。Table 4 に明らかかなように男性は成人度の社会性領域と有意に関連しており、女性ではいずれの成人度領域とも関連を見出せなかった。この結果は、男性においては社会的な生活型の確立度（主に対人交渉の適応度）が成熟性に関与していることを示している。

Table 4. 成人度とマチュリティとの相関

マチュリティ	成人度	身体的	知的	情緒的	社会的	全体
		スコア	スコア	スコア	スコア	スコア
マチュリティ ・スコア	男性	-.05	.18	.19	** .29	* .25
	女性	.02	.06	-.01	-.08	.00

注) 有意水準 *... $p<.05$, **... $p<.01$

(2) 成熟度とモラール

PGC モラール・スケールと成熟度スコアとの相関は Table 5 に示すとおり、全体で $r=0.22$ ($P<0.01$)、男性 $r=0.28$ ($P<0.01$)、女性 $r=0.15$ (ns) であり、男性においてのみ有意であった。

(3) 成熟度と自信度

社会的自信度スコアと成熟度スコアとの相関は Table 5 に示すとおり、全体で $r=0.22$ ($P<$

0.01)、男性 $r=0.33$ ($P<0.01$)、女性 $r=0.08$ (ns) であり、男性においてのみ有意であった。

(4) 成熟度と精神老化度

精神的な老化指標のスコアと成熟度スコアの相関は Table 5 に示すとおり、全体で $r=0.14$ ($P<0.05$)、男性 $r=0.21$ ($P<0.05$)、女性 $r=0.08$ (ns) であり、男性においてのみ有意であった。

Table 5. マチュリティと自己概念スケールの相関

マチュリティ		自己概念	PGCモラル ・スコア	自信度 ・スコア	精神老化度 ・スコア
マチュリティ ・スコア	男性		** .28	** .33	* .21
	女性		.15	.08	.08
	全体		** .22	** .22	* .14

注) 有意水準 *... P < .05 **... P < .01

結果1の考察

以上の結果が示すように、成熟度と成人度、モラル、自信、精神老化の人格要因において、全体的にみるといずれも有意な正の相関が示された。しかし男女別にみると、これらはいずれも男性老人にのみ有意となっていた。

この結果は高年者の現在の人格形成を考える時、性差をぬきにしてはならないことを示唆している。以前にわれわれは(下仲, 1977)人格の成熟に関しては、自我の発達という観点から検討したが、結果では老年者の自我の強さにも性差が示され、男性老人の方が女性老人よりも自我が強かった。この性差については、明治生れの老人男女の性役割、時代的背景や文化的要因が自我形成に影響していると考察したが、確かに今日わが国の高齢者の長年の生活過程をながめると、男性と女性とでは大きな相違があり、その結果として形成される人格像も自ずと異なってくることは十分に予想される。本結果の内、とくに成人度、自信、モラルといった人格特徴は、本来人格の男性性(→女性性)をみているものであり、これらは社会的訓練の中で成長が促進されやすい。この点から考察すると、とくに大半の明治生れの男性老人は、家庭よりも仕事中心に生きてきており、その間男性老人が成人度、自信、モラル等を発達させ、人格を成熟へと結びつけてゆくには有利な立場にあるといえよう。

Reichardら(1973)は、男性において停年退

職後、老年期への適応に関して5つの人格タイプを分類し、その中に良適応タイプの一つとして成熟(mature)タイプをあげているが、われわれの男性老人の結果も、Reichardの見解を反映しているように思われる。

一方、女性老人の場合は、このような時代背景の中では家庭という狭い社会環境で、自己の人格の形成発達は思う様にはいかなかったことが想像される。否、逆に成人度や自信、モラルを高め、より成熟へと結びつけようと努力することは、男性優位の社会の中では適応的でなかったかもしれず、結果として老年期で女性独得の人格形成がなされたと推察される。

以上の人格特徴間における男女差については、結果2、成熟度と人生体験の関連において更に検討したい。

結果 2

成熟度と人生体験(ライフ・イベント)との関連

Table 6は成熟度と各々のライフ・イベント領域間の相関を示したものである。Tableより、種々の人生経験領域で有意な相関値が示されたが、ここにおいても男女差が著明である。「職業生活上のプラスの体験」と「天災・人災の遭遇」は、男女に共通に示され、かつ男性老人はこの2つの領域のみが成熟性と有意な関係を示した。一方女性老人では「健康に恵まれなかったこと」、「教育に恵まれたこと」、「結婚生活上のプラス体験」、「結婚生活上のマイナス体験」、

「自立後(主に結婚生活)の経済に恵まれなかったこと」,「自分の子供に関するマイナスの体験」,「自分の親に関するプラスの体験」,「友人・知人との恵まれた体験」,「友人・知人とのマイナ

スの体験」,「自分の業績(主に教育・職業上の)に恵まれたこと」および「趣味・信心を有していること」が成熟度スコアと有意な関連を示した。

Table 6. 高年者のライフ・イベントとパーソナリティ変数(成熟度)の関連(相関係数)

経験領域	「性格」変数 成熟度	全体(男女)		男性		女性	
		N=194 total-sc		N=98 total-sc		N=96 total-sc	
1	健康であること (+)	15	*				
2	病気をした体験 (-)	18	*			28	**
3	教育環境に恵まれていたこと (+)					23	*
4	中退, 進学断念など教育環境が十分でなかったこと (-)						
5	職業生活での成功 (+)	30	***	28	**	24	*
6	職業生活での苦労やトラブル (-)						
7	結婚生活上の幸福な恵まれた体験 (+)	20	**			24	*
8	結婚生活上の苦労やトラブル (-)					23	*
9	家庭の経済的条件に恵まれたこと (+)						
10	家庭の経済的窮乏やトラブル (-)	16	*			32	**
11	子どもに関する恵まれた体験 (+)						
12	子どもに関する苦労やトラブル (-)	19	**			20	*
13	子どもとの関係のよいこと (+)						
14	子どもとの間のトラブルや関係不調(-)						
15	自分の親の人生上の成功 (+)					32	**
16	自分の親の人生上の失敗やトラブル(-)						
17	友人, 知人との間のよい関係 (+)	21	**			31	**
18	友人, 知人とのトラブル (-)	22	**			24	*
19	社会的に高い業績のあること (+)	24	***			27	**
20	社会的業績のないこと (-)						
21	天災や人災にそう遇したこと (-)	24	***	21	*	24	*
22	趣味, スポーツ, 信心に恵まれてい(+) ること	16	*			31	**
23	趣味, スポーツ, 信心などのないこと (-)						
24	その他, 自分の人生に好ましい影 響を与えたイベント (+)						
25	その他, 自分の人生に好ましくな い影響を与えたイベント (-)					20	*
26	上記No. 1~25での経験領域の(+) の評点総計	32	***	22	*	40	***
27	上記No. 1~25までの経験領域の(-) の評点総計	23	***			36	***

注1 表中の*印の相関係数(すべて小数点を省略)の有意水準を示す。

$P < .05$ ……* $P < .01$ ……** $P < .001$ ……***

注2 経験領域名の(+)
はプラス体験, (-)
はマイナス体験を示す。

結果2の考察

成熟性と人生体験の関係の中で、男性はわずかに「職業生活での成功」と「天災・人災のそう遇」が現在の成熟性に関係することが示された。

前述の結果で、男性老人の場合家庭生活よりも職業生活における長年の経験の蓄積が、老年期の人格的統合を促進しやすいと考察した。結果2は、このわれわれの推察が妥当であることを確認しよう。

次に「天災・人災のそう遇」のマイナスの体験であるが、これは内容からみて主に戦争に関わる体験が多く示されていた。われわれは前論文のライフ・イベントと自信度の関係の中で同じく「天災・人災のマイナス体験」が、自信度の高い条件の一つになっていることをみ出した。そして、これについて不幸、不遇な体験を原動力として逆に生きる活力や自信へと導いてきたのではないかと考察したが、この見解は成熟度の測面においても適用されるのではないかと考えている。

以上の様にライフ・イベントとの関連で成熟性をみてゆくと、男性老人の現在の成熟性は、多分に社会的訓練に基づいた社会的成熟性が反映されているのかもしれない。

次に女性老人においては、上記の二つのイベントに加えて、自分の健康の良し悪し、教育、結婚生活、子供や自分の親との関係、友人・知人との関係、趣味等、今迄の生涯における多岐にわたる人生体験領域が現在の成熟性に関わっていたが、大半の領域は主として家庭生活や個人的条件に関する身近な内容のものであった。

前結果において、女性老人の現在の人格形成は男性老人とくらべて統合的ではなかった。このことは家庭生活という限定された生活範囲の中で生きざるをえなかったという外的制約が多分に影響しているのではないかと考察した。しかしながら人格の成熟面に限定してみると、身近な日常体験の中でのかかわりを土台として、その積み重ねが現在の成熟をもたらしており、

女性老人の成熟性の側面は男性老人と違い、より人間的、親和的成熟性ということができよう。

以上、男女老人の成熟性に関して考察してきたが、男性も女性も、明治、大正、昭和期にわたって生きてきた時代背景とその中で文化に規定された性役割に沿って成熟への道を発展させてきたと要約することができよう。

要 約

本研究は、老年期の性格形成と人生体験の関連を追求する中で、とくに人格の成熟度を中心にして成熟性と他の人格特徴間の関係および成熟度と人生体験(ライフ・イベント)の関係を検討した。

対象者は、老人大学受講者で男子98、女子96名からなる。成熟性の測定はHepnerの成熟性の定義を採用し、彼が作成した成熟性テスト項目を文章完成法形式に修正し、項目毎に成熟度のレベルにより得点化を行った。高年者の他の人格変数は、社会的自信度、精神老化度、成人度、モラールから測定した。尚人生体験の測定は13のライフ・イベント群から評定を行った。

結果1 成熟性と他の人格要因の関係では、男性は成人度、モラール、自信度、精神老化度のいずれとも正の有意な相関を示したが、女性はいずれとも関連を示さず、老年者の成熟性のあり方が男女により異なることが判明した。

結果2 成熟性と人生体験との関連においても、性差が著明であった。男性老人は「職業生活」、「天災・人災のそう遇」においてのみ成熟性と有意な相関値をえた。一方、女性老人では「職業生活」、「天災・人災のそう遇」に加えて、健康、教育、結婚生活、子供や自分の親との関係、友人関係、趣味など主として家庭生活や身近な対人関係の体験が現在の成熟性に影響を及ぼしていた。

以上の諸結果は、老人が生きてきた時代背景とその中の文化に規定された性役割の観点から考察された。

付表 1. 高年者用「自信の源泉」の質問項目

1. 私は友人に頼りにされている。
2. 私は家族の者に頼りにされている。
3. 私は人と議論しても負けることが少ない。
4. 私はいたって健康である。
5. 家人は私の生活に干渉せず、気持ちよく見守ってくれる。
6. 私の家族や親戚に誇りに思う人がいる。
7. 自分の過去の生き方や社会的役割（業績など）に満足している。
8. 長年つづけている趣味や特技がある。
9. 私はよその人に感謝されることが多い。
10. 何でもやる気になれば、私はまだまだやれる。

付表 2. 精神老化度指標 (Cavan, et. al 1949)

1. 最近あった出来事でも、忘れっぽくなったと思う。
2. 仕事な家事など手っとりばやくしなければならぬ場合、神経質になる。
3. わがままになったと思う。
4. 昔のことをよくしゃべるようになったと思う。
5. ぐちっぽくなったと思う。
6. 自分の前で言われたこと、されたことでもあまり気にとめなくなった。
7. 自分の生活をひとにわずらわされず、独りでいたいと思う。
8. 新しいことをおぼえるのがむずかしくなった。
9. 騒々しいと、いらいらする。
10. 他人とのつき合うのがおっくうになってきた。
11. 社会のいろいろな変化に対して疑ぐり深くなったと思う。
12. 自分自身の感情の動きに敏感になったと思う。
13. 昔の苦労ばなしをよくするようになったと思う。
14. 一度計画したことを、あとで変更するのがなかなかできない。
15. 物を捨てるのがもったいなくて、つまらない物でもついしまい込んでしまう。

付表 3. PGC モラル・スケール (Lawton, 1975)

1. あなたは自分の人生が、年をとるにしたがって、だんだん悪くなっていくと思いますか。
2. あなたは去年のように元気だと思いますか。
3. さびしいと感じることがありますか。
4. 最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか。
5. 家族や親せき、友人との行き来に満足していますか。
6. あなたは年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか。
7. 心配だったり、気になったりしてねむれないことがありますか。
8. 年をとるということは、若い時に考えていたよりも良いことだと思いますか。
9. 生きていても仕方がないと思うことがありますか。
10. あなたは、若い時と同じように幸福だと思いますか。

11. 悲しいことがたくさんあると感じますか。
12. あなたには心配なことがたくさんありますか。
13. 前よりも腹をたてる回数が多くなったと思いますか。
14. 生きることは大変きびしいと思いますか。
15. 今の生活に満足していますか。
16. 物事をいつも深刻に考える方ですか。
17. あなたは心配ごとがあると、すぐにおろおろする方ですか。

付表4. 成人度スケール (津留宏 1968)

1. ときどきかなりはげしい運動をしたくなる。
2. 毎日の食事の量は、ほぼ一定している。
3. 自分の体力はもう峠を過ぎている。
4. 新しい運動技能を習得するのに以前より努力がいる。
5. 新しい生活を始めるのがおっくうである。
6. いつも自分の行動の目的を意識している。
7. よく考えてから行動する。
8. ものごとをいろいろな面から考えることができる。
9. ものごとを軽率に判断することが多い。
10. 多少、^{ていまい}体裁がわるくても実用的なものを選ぶ。
11. 時間やお金のムダ使いをすることができる。
12. 宗教の話をきくのが好きである。
13. 自分をありのままにみることができる。
14. 自分にどれだけのことができるかおおよそわかる。
15. 一度きめたことでもよく変えることがある。
16. 人のいうことに動かされやすい。
17. 自分の考えを人によく納得させることができる。
18. 細かな理屈にこだわるより妥協する方である。
19. 自分の行動をしばしば反省する。
20. 知らないことでも、知ったふりをすることが多い。
21. 少しぐらいの危険はスリルがあってもおもしろい。
22. 衝動的に何かしてしまってから後悔することが多い。
23. 気分がよく変わる。
24. 興奮しやすい。
25. 異性のことで気が散りやすい。
26. 小説や映画の恋愛物が好きである。
27. 衣服や持ち物の流行を気にする方である。
28. 空想にふけることが多い。
29. 感激したり感動したりすることは、めったにない。
30. 自分の将来にたいした期待はない。
31. 人前でやたらにはずかしがる。

32. 自分をいつもよく見せようと努めている。
33. 他人の忠告を落ちついてきくことができる。
34. 働くときと遊ぶときとを上手に使い分けられる。
35. 自分の責任に気づかないことがある。
36. 自分一人になっても経済的に生活してゆける自信がある。
37. 初めての人も落ちついて話しあえる。
38. きらいな人も仕事の上ならつき合える。
39. 他人が自分をどう言っているかとても気になる。
40. 他人の性格をよく知った上で交際する。
41. それぞれの人に応じた態度をとることができる。
42. なんでも相談できる人がいないと心細い。
43. 自分の子どもを一生けんめい育ててみたいと思う。
44. ささいなきまりや道徳でも、重んずる方である。
45. 何ごともほどほどにするのが好きである。

参考文献

- Cavan, R. S., Burgess, E. W., Havighurst, R. J., & Goldhamer, H. 1949 Personal adjustment in old age. Chicago: science Research Associates.
- Hepner, H. W. 1973 Developing your own personality-A test of personality maturity. (In) Psychology applied to life and work (5 edition). Prentice-Hall, 187-197
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. 1967 The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic research 11, 213-218
- Lawton, M. P. 1975 The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. Journal of Gerontology, 30, 85-89
- Reichard, S., Livson, F. & Petersen, P. G. 1973 Adjustment to retirement. (Ed) Neugarten, B. L. (In) Middle age and aging. Chicago Press
- 下仲順子 1977 自我の強さよりみた老人の性差および自己概念 老年心理学研究 3, 2, 83-96.
- 総理府青少年対策本部編「国際比較・日本の子供と母親」国際児童年記念調査最終報告書, 1981.
- 津留 宏 1963 成人特性の発達, 教育心理学研究11, 4, 1-10.
- 津留 宏 1968 成人度テスト—成人度の発達とその規定因, 依田新 (編)「現代青年の人格形成」金子書房, 86-118.
- 谷口幸一, 大塚俊男, 丸山晋, 佐藤真一, 松本真作 1982 高年者のパーソナリティに及ぼすライフ・イベントの影響, 老年社会科学 4, 111-128.

在院痴呆疾患の病態と予後

大塚 俊男

老人精神衛生部

道下 忠蔵

石川県立高松病院

小林 八郎

高月病院

安藤 烝

国立武蔵療養所

丸山 晋

社会復帰相談部

The Symptomatology and Prognosis of Demented In-patients

Toshio Otsuka

Division of Psychogeriatrics

Chuzo Michishita

Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital

Hachiro Kobayashi

Takatsuki Hospital

Susumu Ando

National Musashi Hospital

Susumu Maruyama

Division of Rehabilitation for Mentally Disordered

Summary

344 patients of pick's disease, Alzheimer's disease, senile dementia and multi-infarct dementia who had died in the last five years and 189 presently hospitalized demented patients were examined clinically for symptomatology and prognosis.

The age of onset and the duration of illness were 52.8 years old and 8.0 years for pick's disease and 53.2 years old and 8.4 years for Alzheimer's disease as against 74.4 years old and 5.2 years for senile dementia and 70.2 years old and 5.0 years for multi-infarct dementia. The most common direct cause of death was cardiac failure (47.2%), followed by pneumonia (24.4%), and brain infarction (7.8%).

The most usual psychiatric symptoms were memory disturbance, disorientation, and decreased ability of judgement for the majority (57.4%) of the cases which were markedly demented. Memory disturbance was the most frequent initial symptom, followed by wandering, overactivity, disorientation and delusions. The nature of the delusions and hallucinations were mostly about their life and property, in which, for example, they were unshakably convinced that their money or property would be stolen or that they would be murdered or poisoned. Delusions of jealousy, grandeur and poverty were also seen, though less frequently.

The contents of their psychiatric symptoms were usually simple. The extent of the effects of clouding of consciousness, however, was often difficult to judge in many cases.

Key words : *presenile dementia, senile dementia, multi-infarct dementia, symptomatology, prognosis*

要 旨

Pick 病, Alzheimer 病, 老年痴呆, 多発梗塞性痴呆の 4 疾患に関して, 過去 5 年の間精神病院に在院中死亡した患者 344 例および昭和 56 年 11 月現在入院中の患者 189 例の二群について, その病態と予後を調査した。それによると死亡患者では, Pick 病の発病年齢は 52.8 歳, 罹病期間は 8.0 年, Alzheimer 病は 53.2 歳, 8.4 年, 老年痴呆は 74.4 歳, 5.2 年, 多発梗塞性痴呆は 70.2 歳, 5.0 年であり, その直接死因は心不全, 肺炎, 脳

梗塞の順であった。在院痴呆患者の精神症状は, 記銘・記憶力障害, 失見当識, 判断力・理解力低下などの出現率が高かった。初発症状では記銘・記憶力障害が最も多く, ついで徘徊・多動, 失見当, 妄想の順であった。幻覚, 妄想は生命や財産に関する被害妄想が圧倒的に多く, ついで嫉妬妄想, 誇大妄想, 貧困妄想がみられた。その内容は単純であるが, 意識障害がどの程度影響しているか鑑別しにくいものが多かった。

はじめに

わが国においては, 近年老年人口の著しい増加がみられ, 昭和 56 年の総理府統計局の発表によると, 65 歳以上の人口は 1093 万人で, 全人口の 9.3% を占めるといわれている。このような高齢化社会のもとで, 老人の精神障害, なかでも老人の痴呆疾患の出現率も著しく増加してきている状況にある。昭和 55 年の東京都の在宅老人の生活実態及び健康に関する調査によると, 65 歳以上の老人の 4.6% に痴呆疾患がみられている。^{4), 11)}

しかしながら, 痴呆という病態は, 脳の器質性病変にもとづくもので, 不可逆的, 慢性的, 進行的, 不治ということから, 臨床面で治療的アプローチに乏しく, かつ痴呆は痴呆であって, 精神病理学的観点からの関心も乏しく, それ以上の病態の解明への試みが充分なされないままであった。

ところが, 今日痴呆疾患の増加に伴って, 在

宅, 社会福祉施設のみならず, 精神病院においても, これら老人のケアが重要な問題となり, 痴呆疾患の予防, 治療及び介護などの対策を考える上から, 痴呆疾患の病態と予後をできるだけ明らかにする必要性が生じてきている。そこで, われわれは, 精神医学的立場より老年期の代表的な痴呆疾患である Pick 病, Alzheimer 病及び老年痴呆, 多発梗塞性痴呆(脳血管性痴呆)の 4 疾患の, その病態と予後について調査, 検討を試みたので報告する。

I. 調査対象及び方法

調査対象は, 1), 国立療養所, 自治体単科精神病院及び民間精神病院の合計 34 箇所の精神病院において, 昭和 50 年 1 月 1 日より昭和 56 年 8 月 31 日の期間に在院中死亡した老人の痴呆疾患

患者、2) 9箇所の精神病院に昭和56年11月現在在院中の老人の痴呆疾患患者の二群である。

調査内容は、一定の調査用紙を用い、判定は各病院の担当医によって行われた。

死亡痴呆患者の調査は、Pick病、Alzheimer病、老年痴呆、多発梗塞性痴呆の4疾患について、疾患別に発病年齢、初発症状、予後、直接死因を調査、検討した。また在院痴呆患者の調査は、同様に疾患別に初発年齢、罹病期間、在院期間、痴呆の程度、既往歴、初発症状、精神症状、神経症状、巣症状、経過、痴呆の性状、行動上・性格上の問題、身体合併症、日常生活動作、異常体験の内容について調査、検討した。

II. 調査結果

1. 精神病院に在院中死亡した痴呆患者の調査

今回調査を行うことが出来た対象患者は、413例であり、疾患別の患者数は Pick 病12例 (男

6例、女6例)、Alzheimer病23例(男10例、女13例)、老年痴呆160例(男75例、女85例)、多発梗塞性痴呆149例(男80例、女69例)、鑑別困難な痴呆6例(男5例、女1例)、その他の痴呆疾患63例(男37例、女26例)であった。413例のうち Pick 病、Alzheimer 病、老年痴呆、多発梗塞性痴呆の4疾患344例について、以下の項目を検討した。

1) 発病年齢、死亡年齢、罹病期間、在院期間

疾患別の発病年齢、死亡年齢、罹病期間、在院期間は表1の如くである。

平均発病年齢は、初老期痴呆である Pick 病では52.8歳、Alzheimer 病では53.2歳と両疾患の間に差異はみられなかった。これに対して、老年痴呆では74.7歳、多発梗塞性痴呆では70.2歳であり、多発梗塞性痴呆の発病年齢は老年痴呆に較べてやや若い年齢であった。平均死亡年齢は Pick 病では61.4歳、Alzheimer 病では61.0

表1 死亡痴呆患者の発病年齢、死亡年齢、在院期間

N = 344

	発病年齢 (歳)			死亡年齢 (歳)			罹病期間 (年)			在院期間 (年)		
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計
ピック病 N = 12	54.9	50.7	52.8	63.9	58.9	61.4	7.6	8.3	8.0	5.9	6.0	6.0
アルツハイマー病 N = 23	55.7	51.3	53.2	63.2	59.3	61.0	7.6	8.9	8.4	4.9	3.9	4.3
老年痴呆 N = 160	76.8	72.8	74.7	77.7	78.1	77.9	4.6	5.7	5.2	1.8	2.2	2.0
多発梗塞性痴呆 N = 149	68.9	71.8	70.2	74.2	76.7	75.4	4.0	5.1	5.0	2.4	2.7	2.6

歳で、平均罹病期間は8.0年、8.4年と両者間にほとんど差異はなかった。これに対して、老年痴呆、多発梗塞性痴呆の平均死亡年齢は77.9歳、75.4歳と高く、平均罹病期間は5.2年、5.0年と短かったが、両者間にはほとんど差異はみられなかった。平均在院期間は Pick 病6.0年、Alzheimer 病4.3年、老年痴呆2.0年、多発梗塞性痴呆2.6年であった。

2) 直接死因

これら4疾患の患者の直接死因の第1位は心

不全で128例、37.2%、第2位は肺炎84例、24.4%、第3位は脳梗塞27例、7.8%で以下、腎不全、脳出血、悪性新生物、老年痴呆、胃および十二指腸潰瘍などの順であり、約半数(51.6%)の患者の直接死因は、心疾患および呼吸器疾患であった。

2. 在院痴呆患者の調査

調査対象患者は216例であった。その疾患別の患者数は Pick 病5例、Alzheimer 病18例、老

年痴呆86例, 多発梗塞性痴呆79例, 鑑別困難な痴呆6例, その他の痴呆22例であった. 216例のうち, Pick病, Alzheimer病, 老年痴呆, 多発梗塞性痴呆の4疾患188例について以下の項目を

調査, 検討した.

1) 発病年齢, 罹病期間, 在院期間

疾患別の発病年齢, 罹病期間, 在院期間は表2の如くである.

表2 在院病呆患者の発病年齢, 罹病期間, 在院期間

N = 188

	発病年齢 (歳)			罹病期間 (年)			在院期間 (年)			昭和56年11月現在年齢(歳)		
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計
ピック病 N = 5	51.3	51.0	51.0	2.4	13.0	10.9	0.8	9.4	7.7	53.7	64.0	61.9
アルツハイマー病 N = 18	56.5	54.1	55.0	5.1	11.2	8.8	2.7	5.8	4.6	61.9	63.5	62.8
老年痴呆 N = 86	72.0	73.6	73.2	5.2	5.9	5.7	2.9	2.8	2.8	77.9	79.5	79.1
多発梗塞性痴呆 N = 79	67.4	71.6	69.5	5.5	5.4	5.4	2.9	2.6	2.7	72.9	76.9	74.9

平均発病年齢は Pick 病では51.0歳, Alzheimer 病では55.0歳であるのに対して, 老年痴呆は73.2歳, 多発梗塞性痴呆は69.5歳であった. 平均罹病期間は Pick 病では10.9年, Alzheimer 病では8.8年, 老年痴呆5.7年, 多発梗塞性痴呆5.4年であり, 死亡痴呆患者の調査結果に較べて, いずれの疾患も延長してきている. 在院期間は, 昭和56年11月現在で Pick 病7.7年, Alzheimer 病4.6年, 老年痴呆2.8年, 多発梗塞性痴呆2.7年であった.

2) 年齢構成

昭和56年11月現在の患者の年齢構成は, 75~79歳段階の患者が48例 (25.5%) で最も多く, ついで80~84歳段階の患者が36例 (19.2%), 70~74歳段階が29例 (15.4%) の順であり, 平均年齢は Pick 病61.9歳, Alzheimer 病62.8歳, 老年痴呆79.1歳, 多発梗塞性痴呆74.9歳であった.

3) 痴呆の程度

痴呆の程度は, 高度痴呆のものが108例, 57.4%, 中等度痴呆のものが60例, 31.9%, 軽度痴呆のものが20例, 10.6%であり, 高度痴呆の患者が過半数を占めている. 長谷川式簡易知的評化スケールを実施できたものは, 216例中129例

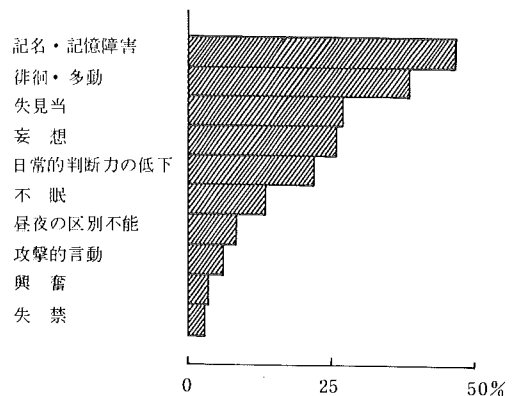
であり, 平均得点は7.3点であった.

4) 既往歴

既往歴は, 「高血圧の既往」「脳卒中歴」「頭部外傷の既往」の3項目について調査をしたが, 多発梗塞性痴呆では「脳卒中歴」を有するものが45.3%, 「高血圧の既往」を有するものが52.3%と高率を示し, 老年痴呆との間で「脳卒中歴」($P < 0.001$), 「高血圧の既往」($P < 0.001$)は推計学上有意の差がみられた.

5) 初発症状

初発症状の出現頻度は, 図1の如くであり, 図1. 在院患者の初発症状



記銘・記憶力障害46.8%, 徘徊・多動38.8%, 失見当27.1%, 妄想26.1%, 日常的判断力の高度の低下22.3%, 以下不眠, 昼夜の区別不能, 攻撃的言動, 失禁などの順であった。なお, 初発症状として妄想の出現頻度が高いことは, 興味深いことであった。

6) 精神症状

精神症状の出現頻度は記銘・記憶力障害97.3%, 失見当81.9%, 日常的判断力の高度の低下75.5%, 理解力の高度の低下72.9%, 人物誤認47.9%, 無関心45.7%, 注意持続性欠如38.9%, 病識欠如37.8%, 人格の形骸化35.1%, 無感動33.5%, 多動・徘徊33.0%, 感情易変性29.8%, 性格変化28.2%, 不眠27.1%, 易刺激性25.0%, 感情失禁22.3%などの順であった。老年痴呆では, 人物誤認(P<0.01), 人格の形骸化(P<0.01), 無感動(P<0.01)の3症状の出現頻度が多発梗塞性痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。また多発梗塞性痴呆では, 感情易変性(P<0.05), 性格変化(P<0.01), 感情失禁(P<0.001)の3症状の出現頻度が老年痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。

7) 神経症状

神経症状の出現頻度は, 尿失禁56.4%, 歩行障害32.4%, 難聴17.0%, いわゆるモグモグ16.0%, 嚥下障害13.8%, 構音障害12.8%, 片麻痺11.2%, パーキンソン様姿態8.0%, 局所性神経症状6.9%などの順であった。多発梗塞性痴呆では, 歩行障害(P<0.05), 嚥下障害(P<0.001), 構音障害(P<0.001), 右片麻痺(P<0.005), 局所性神経症状(P<0.05)の出現頻度が老年痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。

8) 巣症状

巣症状の出現頻度は, 失語, 空間失見当, 失認, 失行, Klüver-Bucy 症状群について調査した。失語の出現頻度は, Pick 病で40.0%, Alzheimer 病で38.9%と高いが, 症例数が少ないため意味づけは難しい。また多発梗塞性痴呆では, 失語が8.7%とやや他の症状と較べて高い出現率

を示していた。

9) 経過

経過は, 「急激な発症」, 「緩慢な経過」, 「階段状悪化」, 「動揺性経過」の4項目について調査した。Pick 病および Alzheimer 病では「緩慢な経過」を示すものが, それぞれ75.0%, 62.5%と高い比率を示している。また老年痴呆でも「緩慢な経過」を示す率が高く(90.0%), 多発梗塞性痴呆との間に推計学上有意の差(P<0.001)がみられた。多発梗塞性痴呆では「急激な発症」(P<0.001)「階段状悪化」(P<0.001), 「動揺性経過」(P<0.05)の3項目が老年痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。

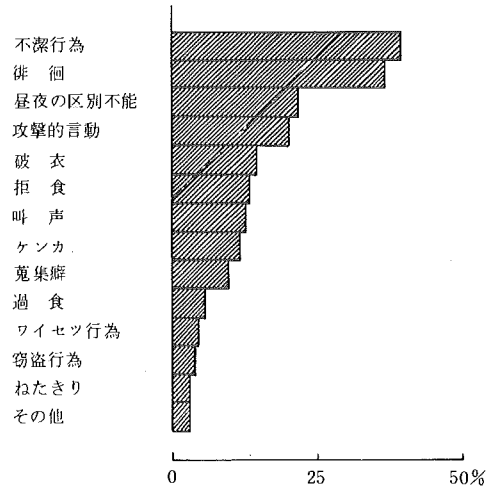
10) 痴呆の性状

痴呆の性状は, 「まだら痴呆」, 「びまん性痴呆」, 「分類困難な痴呆」の3項目について調査した。Pick 病, Alzheimer 病では「びまん性痴呆」を示す率が高く(100%, 75%)また老年痴呆でも同様に「びまん性痴呆」を示す率(84.8%)が高くみられ, 多発梗塞性痴呆との間で推計学上有意の差(P<0.001)が認められた。多発梗塞性痴呆では「まだら痴呆」を示す率(53.3%)が高くみられ, 老年痴呆との間で推計学上有意の差(P<0.001)が認められた。

11) 行動上・性格上の問題

行動上の問題の出現頻度は, 図2の如くであ

図2. 在院患者の行動上の問題



り、不潔行為39.4%、徘徊36.7%、昼夜の区別不能21.8%、攻撃的言動20.2%、破衣14.4%、拒食13.3%、叫声12.8%、喧嘩11.7%などの順であった。なお老年痴呆と多発梗塞性痴呆との間で、老年痴呆では破衣($P < 0.01$)、多発梗塞性痴呆では叫声($P < 0.05$)が推計学上有意の差を示した。

性格上の問題の出現頻度は、がんこ42.6%、自己中心的26.6%、短気18.6%、おせっかい12.8%、以下ひがみ、愚痴、いじわる、ケチの順であった。多発梗塞性痴呆では、がんこ($P < 0.05$)と短気($P < 0.05$)の2項目が老年痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。

12) 身体合併症

身体合併症の出現頻度は、心疾患40.4%、高血圧29.8%、脳血管障害19.1%、骨折10.1%、以下関節症患、白内障、呼吸器疾患などの順であった。多発梗塞性痴呆では、「脳血管障害」($P < 0.001$)の身体合併症が老年痴呆との間で推計学上有意の差がみられた。

13) 日常生活動作

日常生活動作は、ねたりおきたり、およびねたきりの状態のものは58.6%であり、全面介護を要するものは着脱衣で60.1%、入浴67.0%、食事26.6%、歩行34.0%、排尿・排便53.7%であった。

14) 異常体験の内容

在院痴呆患者における初発時および在院時にみられた幻覚、妄想などの異常体験の内容についてみると、表3の如くである。妄想では、被害妄想の出現頻度が圧倒的に多く(51例、27.1%)みられ、その内容は「お金や物が盗まれるという妄想」23例、「殺されるという妄想」10例、「毒を盛られるという妄想」8例、「いやがらせ・邪魔されるという妄想」5例、「いじめられるという妄想」3例、「ねらわれるという妄想」2例であった。ついで「一億円を家内に預けてある」、「大金を持っている」、「田舎には地所や金がある」、「足袋は何百足もある」などの誇大妄想8例、4.3%、「夫に女がいる」、「夫が

女と一緒に遊びに行く」などの嫉妬妄想5例、2.7%、「金がない」「医療費が払えない」などの貧困妄想4例、2.1%であった。幻聴は11例、5.9%にみられ、「男女が悪口を言う」「マイクで何か言っている」「娘がよんでいる」「孫、娘がしゃべっている」などの内容であった。幻視は8例、4.3%にみられ、その内容は「蛇がみえる」「猫がみえる」という動物に関する幻視から、「壁に死んだ人の顔がみえる」「ベットの中で子供が泣いている」「幽霊が出る」「鏡の中に昔かかった医者がある」など様々であった。錯視は2例で、その内容は「病院を寺という」「娘の顔をみて、狐といたりする」であった。

表3 異常体験の内容
N=188

被害妄想	51例
盗られる	23
殺される	10
毒をもらわれる	8
いやがらせ・じゃまをされる	5
いじめられる	3
ねらわれる	2
誇大妄想	8
嫉妬妄想	5
貧困妄想	4
幻聴	11
幻視	8
錯視	2

これら痴呆患者に出現する精神症状の内容は、概して貧困で単純なものが多いが、理解力・判断力低下などの形で現われる痴呆や記憶障害やせん妄などの意識障害の影響がどの程度関与しているか鑑別しにくいものも多くみられた。

15) 発病年齢(死亡患者および在院患者の合計)

発病年齢については、とくに死亡痴呆患者および在院痴呆患者の合計532例について算出し、表4の如くである。

表4 死亡患者および在院患者合計の発病年齢

病名	男	女	合計(歳)
ピック病 N=17	54.4	50.8	52.3
アルツハイマー病 N=41	56.0	52.6	54.0
老年痴呆 N=246	75.7	73.1	74.2
多発梗塞性痴呆 N=228	68.4	71.7	70.0

4疾患の平均発病年齢は、Pick病では52.3歳(男54.4歳、女50.8歳)、Alzheimer病54.0歳(男56.0歳、女52.6歳)、老年痴呆74.2歳(男75.7歳、女73.1歳)、多発梗塞性痴呆70.0歳(男68.4歳、女71.7歳)であった。

16) 初発症状および初発問題行為

初発症状および初発問題行為については、死亡痴呆患者および在院痴呆患者の合計532例について調査したが、その出現頻度は記銘・記憶力障害は44.2%、徘徊・多動32.1%、失見当24.4%、妄想21.6%、日常判断力の高度の低下10.7%、不眠13.0%、失禁7.3%、攻撃的言動7.0%、せん妄5.8%、常同行為5.3%などの順であった。

考 察

1. 痴呆疾患の発病年齢

発病年齢についての文献報告をみると、新福⁹⁾によるわが国における過去の学会発表例を含めた文献例、剖検輯報およびアンケートによる剖検プロトコル(1958~1975)の調査報告では、初老期痴呆の平均発病年齢は160例の Alzheimer病では52.1歳で、45~59歳が全体の約70%を占めると述べられている。

Ferarro, A. (1936)によれば、平均発病年齢は56歳、Sourander, P. (1970)によれば、68例中45~59歳が50%、60~64歳が30%、65~69歳が20%であり、これらに比較してわが国の平均発病年齢はかなり若齢であると新福は指摘して

いる。最近の Whalley L, J. による74例の剖検例の報告でも、男56.8歳、女58.1歳でありわが国の報告例より高齢である。

つぎに、104例の Pick 病では平均発病年齢は51.3歳で、これも欧米に較べてやや若いと指摘している。

今回のわれわれの調査は、新福らの調査に較べて Pick 病の症例数が少ないことと、剖検で診断が確かめられた症例が少ないという欠点はあるが、41例の Alzheimer 病で平均発病年齢は54.0歳で、45~59歳が全体の50%、22例の Pick 病で52.3歳、45~59歳が全体の68.2%であり、新福による報告に較べてやや高い年齢を示している。

老年痴呆の発病年齢については、一般に70歳以上の老人が大半を占め、年齢が高くなるに従って頻度が増加し、ことに75~80歳になると急激に増加するといわれている。Larson, T.⁶⁾らの報告では老年痴呆の罹患率は70歳までは0.4%、75歳までは1.2%、80歳までは2.3%、90歳までは5.2%という。また多発梗塞性痴呆については、老年痴呆に較べて若い年代で発病するという。しかし両疾患についてわが国での平均発病年齢についての統計的調査研究報告は、最近見当らない。前にも述べたようにわれわれの今回の調査では、剖検で診断が確かめられた症例が少ない欠点はあるが、246例の老年痴呆では、平均発病年齢は74.2歳、228例の多発梗塞性痴呆では70.0歳であり、両疾患ともに70歳以上であるが、従来から言われているように老年痴呆の発病年齢は、多発梗塞性痴呆に較べてやや高齢であることが確かめられた。

2. 痴呆疾患の予後

初老期痴呆である Pick 病および Alzheimer 病の報告例は多数みられるが、予後については多数例の統計的調査研究報告は少ない。わが国の Pick 病では45例について、その経過が1年6ヶ月から15年にわたり平均6年6ヶ月であるとの報告がみられる。Alzheimer 病の報告例では4~6年の報告が多いが、1、2年以内のもの

のから20年以上に達する報告例もみられている。

最近の信頼できる報告は、新福による文献および剖検輯報によるもので、それによると82例の Pick 病では平均罹病期間は6.7年、92例の Alzheimer 病では7.2年であると述べられている。

今回のわれわれの調査では、症例数は少ないが、12例の Pick 病で8.0年、23例の Alzheimer 病で8.4年であり、新福の調査に較べて罹病期間は延長してきている。ちなみに今回の在院痴呆疾患の調査の平均罹病期間をみても、既に死亡痴呆疾患の罹病期間を越していることから、初老期痴呆の罹病期間が次第に延びてきていることが推測される。

老年痴呆および多発梗塞性痴呆の予後について信頼できる最近の報告は、長谷川ら³⁾による東京都で1979年に行われた「老人の生活実態および健康に関する調査」の5年後の老化性痴呆老人の追跡調査である。それによると老化性痴呆をもつ老人は5年後には86.3%死亡しており、老年痴呆の死亡率は93%、多発梗塞性痴呆のそれは84%で両疾患の間に推計学的に有意の差はみられなかったという。そして死亡率を高める最も関連の深い要因として、高度痴呆、寝たきり、失禁の3要因を挙げている。諸外国の報告では、Kay⁵⁾は精神病院に入院中の患者を対象とした予後調査で、5年後の老化性痴呆の死亡率は82%であったと報告している。また Goldfarb⁴⁾も施設老人を対象として5年後の死亡率は82%と述べている。

今回のわれわれの調査では、老年痴呆の平均罹病期間は5.2年、多発梗塞性痴呆は5.0年と両疾患の間にほとんど差はみられなかった。

Kay, Goldfarb や長谷川らの調査と集計の方法が異なるため、比較するのは問題があるが、われわれの在院患者の調査結果の方が予後がやや悪い結果となっている。これは痴呆患者の病態の差によるものと考えられる。とくに長谷川らの調査は在宅老人の調査であるに反して、われわれの調査は在院調査であり、痴呆もより高度で病態の差によるものと考えられる。しかし

長谷川らの調査とわれわれの調査を合わせて考えても、両痴呆疾患の予後は、ほぼ5~6年と推測される。また両疾患の区別は、短期間の予後をみる場合は有用であるが、長期にわたる予後の判定には、あまり意味がないと長谷川が指摘している如く、今回の調査では罹病期間には差が認められなかった。

3. 痴呆疾患の病態—精神症状を中心にして—

既に述べた如く、痴呆疾患は精神症状として知能の低下すなわち痴呆のみを呈するものではなく、様々な随伴精神症状を呈する。また、その他神経症状、巣症状、行動上・性格上の問題（問題行動）、日常生活動作（ADL）の低下、身体合併症を伴うものである。

ここでは精神症状を中心にしてその病態について考察を試みる。

今回のわれわれの調査では、第一に痴呆疾患は初発時の精神症状および問題行為はどのようなものであるかを知ることが、診断上の点から重要であると考え、死亡痴呆患者および在院痴呆患者の合計532例について、出現頻度を調査した。その結果をみると、痴呆患者であることから当然のことながら痴呆の要素を構成する記銘・記憶力障害が44.4%で第一位を占め、失見当が第三位、日常的判断力の高度低下が第5位と、いずれも上位を占めているが、問題行為の一つである徘徊・多動が32.1%で第二位、妄想が21.6%で第四位を占めていたことは注目される。とくに痴呆疾患でありながらも、その約1/3の患者に妄想が認められたことは興味深いことであった。

第二に、在院痴呆患者の精神症状を調査したが痴呆老人の精神症状については、すでに1980年に行われた東京都の第2回の「⁴⁾老人生活実態及び健康に関する調査」の柄沢による報告がある。それによると痴呆を除く随伴精神症状の出現率では、睡眠障害（20.7%）がもっとも高く次いで、せん妄（18.7%）、被害的念慮（16.7%）、心気症（11.1%）、幻覚（10.1%）、抑うつ（9.1%）等の順であると報告されている。われわれの調

査では一般に痴呆の要素を構成する記銘・記憶力障害, 失見当, 日常的判断力の低下, 理解力の低下などをはじめ多項目について調査したため, 東京都の調査と全項目について比較検討はできなかった。

今回の調査では痴呆の要素を構成する項目(記銘・記憶力障害97.3%, 失見当81.9%, 日常的判断力の高度低下75.3%, 理解力の高度の低下72.9%)を除くと, 人物誤認(47.9%), 無関心(45.7%), 注意・持続性欠如(38.3%), 人格の形骸化(35.1%), 無感動(33.5%), 感情易変性(29.8%), 性格変化(28.2%)などの頻度が高く, 東京都と同じ項目である睡眠障害(27.1%), せん妄(9.6%), 心気症(8.0%), 幻覚(11.2%), 抑うつ(8.0%)などは, それぞれ高い頻度ではなかった。しかし, いずれにせよ痴呆疾患は確かに知能障害である痴呆が主要な症状ではあるが, それに加えて感情, 意欲, 思考, 人格など全精神機能の障害を伴うものであるといえよう。

4. 異常体験—妄想について—

先にも述べたように, 初発時だけをみても痴呆疾患における妄想の出現率(21.6%)は意外に多い頻度であった。妄想内容については新福¹⁰⁾は, 被害妄想が圧倒的に多く, その他心気妄想, 貧困, 色情的妄想, 誇大妄想が多いと指摘している。水野は抑うつ妄想, 被害妄想が多いこととして, 特徴的なのは抑うつ妄想と誇大妄想とが併存することだという。

今回の調査で初発時および在院時の妄想をみると, 新福の指摘する如く妄想の中では圧倒的に被害妄想が多く, ついで誇大妄想, 嫉妬妄想, 貧困妄想の順であった。

その内容について室伏は, 「自分の物(着物, 財布, タオルなど)を盗られた」という被害妄想をもつものが少なくない。まれに嫉妬妄想「自分の夫をとられた」等があり, 又「せがれに捨てられた」(息子を嫁にとられた)という妄想があり, 一括して喪失妄想と称することができ, 又迫害妄想とも隣り合わせていると述べている。

又原田²⁾は器質性痴呆のあるなし, 記憶障害のあるなしに関係なく老人の妄想内容についての報告で, その特徴として「盗まれるという妄想」および「自分ではなく, 嫁が殺される, 孫が殺される, 家族が迫害されるという妄想」を挙げている。今回のわれわれの調査では, 室伏, 原田の指摘する如く被害妄想の中では「お金や物が盗まれるという妄想」が約半数を占めていた。その他「殺される」「毒を盛られる」「いやがらせをされる」「邪魔をされる」「いじめられる」「ねらわれる」という妄想であった。

そして「自分の物が盗られる」「自分にいやがらせをされる」というように自分が被害を受けるのが殆んどで, 自分の家族の誰かが被害を受けるという特徴は特にみられなかった。誇大妄想は「一億円家内に預けてある」「大金を持っている」「天皇に会う, 宮様に会う」「皇太子の世話をしていた」「田舎には地所も金もある」など特に他の精神障害にみられる誇大妄想と異なった特徴はみい出せなかった。

結 語

Pick 病, Alzheimer 病, 老年痴呆, 多発梗塞性痴呆の4疾患に関して, 過去5年の間精神病院に在院中死亡した患者344例および昭和56年11月現在入院中の患者189例の二群について, その病態と予後を調査した結果, 次の所見を得た。

- 1) 死亡患者については, Pick 病の発病年齢は52.8歳, 罹病期間は8.0年, Alzheimer 病は53.2歳, 8.4年, 老年痴呆は74.4歳, 5.2年, 多発梗塞性痴呆は70.2歳, 5.0年であり, その直接死因は心不全(37.2%), 肺炎(24.4%), 脳梗塞(7.8%)の順であり, 約半数の患者の死因は心疾患および呼吸器疾患であった。
- 2) 在院痴呆患者の精神症状は, 高度の痴呆の患者が過半数を占めているため, 記銘・記憶力障害97.3%, 失見当81.9%, 日常判断力の高度の低下75.5%, 理解力の高度の低下72.9%, 以下人物誤認, 無関心の順であった。
- 3) 初発症状では, 記銘・記憶力障害がもっと

も多く、つづいて徘徊・多動、失見当、妄想、日常的判断力の高度の低下の順であり、初発時に徘徊・多動、妄想の出現率が高かったことは注目される。

- 4) 痴呆疾患にみられた幻覚、妄想などの異常体験の内容では「お金や物が盗られる」「殺される」「毒を盛られる」などの生命や財産に関する被害妄想が圧倒的に多く、ついで嫉妬妄想、誇大妄想、貧困妄想もみられたがその数は少ない。概して出現する精神症状の内容は単純であるが、意識障害がどの程度影響しているか鑑別しにくいものが多かった。

(稿を終るにあたって、本調査研究に御協力いただいた自治体単科精神病院および民間精神病院の諸先生並びに関敦子氏、大城英代氏に深謝致します。)

参考文献

- 1) Goldfarb, A. I.: Predicting mortality in the institutionalized aged. *Acta. Gen. Psychiat.* 21: 172, 1969
- 2) 原田憲一：老人の妄想について、*精神医学*21：117, 1979.
- 3) 長谷川和夫，本間 昭他：老化性痴呆の追跡調査—5年後の予後—，*日本老年医学*17：630, 1980.
- 4) 柄沢昭秀：東京都における在宅ほけ老人の現状，*季刊養育院*，No.721：1, 1981.
- 5) Kay, D. W. K.: Outcome and cause of death in mental disorders of old age : A long-term follow-up of functional and organic psychoses. *Acta. Psychiat. Scand.* 38 : 249, 1962.
- 6) Larson , T., Sjögren, T. & Jacobson : Senile dementia. *Acta. Psychiat. Scand.* 39: 167, 1963.
- 7) 水野慶三：老年期精神障害の精神医学的研究，*精神経誌*61：11, 1959.
- 8) 室伏君士，田中良憲他：老化性痴呆症の臨床特徴について，*老年医学*29：502, 1981.
- 9) 新福尚武，杉田多喜男他：わが国の初老期痴呆について，*日本医事新報* No.2844：43, 1978.
- 10) 新福尚武：老人の精神病理，三浦百重編：老人の精神障害，*医学書院*，1966.
- 11) 東京都福祉局：老人の生活実態および健康に関する調査報告書，1980.

精神衛生資料

精神障害者に関する統計

—昭和55年度—

National Statistics of Mental Disorders in 1980

老人精神衛生部

大塚俊男・大城英代

Toshio Otsuka, Fusayo Oshiro

はじめに

精神病院在院患者数については、厚生省公衆衛生局精神衛生課監修の「わが国の精神衛生」による発表で、その概要は明らかにされている。また受療している精神障害の全国推計患者総数および入院、外来別の患者数については、厚生省大臣官房統計情報部より毎年発表されているので、その概要を知ることができる。それは第9回修正国際疾病分類(ICD)にもとづく3桁基本分類のうち、精神障害に関しては、老年期および初老期の器質性精神病、アルコール精神病、精神分裂病、躁うつ病、その他の精神病、神経症、アルコール依存、その他の非精神病性精神障害、精神薄弱の9傷病名についての入院、外来別の患者数が記載されているほか、性別・年齢段階別の受療患者については、「精神分裂病」と「その他」の2項目についてだけ記載があり、精神障害に関して3桁基本分類のすべての傷病名(精神障害290~319)および4桁細分類の各傷病名別の性別、年齢段階別、入院外来別の患者数は記載されていない。

今回、昭和55年度の「患者調査」の統計の基礎資料である4桁細分類の資料を厚生省大臣官房統計情報部の好意により入手できたので、国際疾病分類番号290~319の精神障害および345のてんかんの4桁細分類の各傷病名について入院外来別、性別、年齢段階別に資料を整理し、受療患者数、受療率をまとめたので報告する。

本資料を利用するにあたっての留意点

1). 厚生省統計情報部の統計の調査客体は通常、病院1/10、一般診療所1/100の抽出比で無作為に抽出された施設および調査日(7月の第3水曜日)に当該施設を利用した患者である。そして、その患者数に抽出比を補正して割り出した乗数を剰じた数値を推定患者数としている。(乗数が小数点以下の数字を含むため剰じた数値は、小数点以下1桁で四捨五入してある)

表1 昭和55年度施設別の乗数

病 院	9,966
一般診療所	109,424

2). 本統計資料の年齢段階区分は、とくに老年期の精神障害の受療患者数を明らかにすることを考慮に入れて、0~19歳、20~44歳、45~64歳、65歳以上、不詳の五段階に区分した。

また昨年度の集計と異なり、入院および外来別、性別に区分したが、この場合の入院患者数は病院の入院患者数であり、外来患者数は病院の外来患者数および一般診療所のすべての患者数を含んでいる。(一般診療所は病院に較べて患者数は少なく、また大半が外来患者であるため集計の際に一般診療所の患者はすべて外来患者とした)

3). 外来患者数に、本統計調査が一日調査であるため、調査日に受療しなかった在宅患者は

含まれないため、必ずしもすべての外来患者数を示していない。

4). 「てんかん」については、国際疾病分類では「精神障害」の項には含まれておらず「中枢神経系のその他の精神障害」の項に含まれているので、附録として末尾に記載した。

5). 受療率は、推計人口をもとに算出したもので(推計患者数を推計人口数で割り、10万を乗じた数値)。人口10万対の比である。

6). 推計人口は、国勢調査1%抽出結果によるもので、昭和55年度は116,916,400人である。

傷病名別の統計資料の概説

1. 入院患者

入院患者の各傷病名別の総計資料は表2に示す如くである。

精神障害の入院患者数は、286,274人(男子165,597人、女子120,677人)で、性別比では男子：女子=1：0.73と男子の患者の割合がやや多い。受療率は244.9である。

1). 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)

この項目は7項目に細分類されている。患者数は20,730人(男子7,684人、女子13,046人)で、性別比では男子：女子=1：1.70で女子の患者の割合が多い。年齢段階では65歳以上がもっとも多い。受療率は17.7である。

注). 厚生省統計情報部の「患者調査」では、患者数は339,100人となっているが、これは各傷病の抽出された患者数の合計に乗数を乗じ四捨五入したものである。今回の集計では、各傷病名、性の年齢段階別に分けた抽出患者数に、それぞれ乗数を乗じ四捨五入したものを合計したため数値に多少の差異がみられる。

「老年痴呆」(単純型、抑うつ型および妄想型、急性錯乱を伴うもの)の患者数は、13,743人(男子4,425人、女子9,318人)で、性別比では男子：女子=1：2.11で女子の患者の割合は男子の約2倍である。年齢段階では65歳以上がもっとも多い。

「初老期痴呆」の患者数は688人(男子319人、女子369人)で性別比では男子：女子=1：1.16でやや女子の患者の割合が多い。年齢段階では45～64歳がもっとも多い。

「動脈硬化性痴呆」の患者数は6,179人(男子2,910人、女子3,269人)で、性別比では男子：女子=1：1.12で女子の患者の割合がやや多い。「動脈硬化性痴呆」と「老年痴呆」では6,179人：13,743人=1：2.22の割合で老年痴呆の患者が約2倍強である。

2). アルコール精神病

この項目は8項目に細分類されている。患者数は1,686人(男子1,606人、女子80人)で、性別比では男子：女子=1：0.05で圧倒的に男子の割合が多い。年齢段階では45～64歳がもっとも多い。受療率は1.4である。

3). 薬物精神病

この項目は5項目に細分類されている。患者数は10人(男子10人、女子0人)で非常に少ない。受療率は0.01である。

4). 一過性器質精神病状態

この項目は4項目に細分類されている。患者数は110人(男子10人、女子100人)で少ない。受療率は0.09である。

5). その他の器質精神病状態

この項目は4項目に細分類されている。患者数は839人(男子619人、女子220人)で、性別比では男子：女子=1：0.36で男子の患者は女子の約3倍である。受療率は0.7である。

6). 精神分裂病

この項目は9項目に細分類されている。患者数は190,384人(男子109,977人、女子80,407人)で、性別比では男子：女子=1：0.73で女子の患者の割合がやや少ない。受療率は162.8である。年齢段階では20～44歳がもっとも多く、全体の55.6%を占めている。この項目の中では「詳細不明」に属する患者が大部分94.3%を占め、病型分類されている患者数は非常に少なく統計的な意味をもたない。

7). 躁うつ病

この項目は6項目に細分類されている。患者数は11,284人(男子5,492人,女子5,792人)で、性別比では男子:女子=1:1.05でほとんど男女の差がない。受療率は9.7である。年齢段階では20~44歳がもっとも多い。

この項目の中では「その他および詳細不明の躁うつ病」(48.1%)がもっとも多く、ついで「躁うつ病,抑うつ型」(32.5%),「躁うつ病,躁病型」(18.9%)などの順である。

8). 妄想状態

この項目は6項目に細分類されている。患者数は1,118人(男子469人,女子649人)で、性別比では男子:女子=1:1.38で女子の患者の割合がやや多い。受療率は1.0である。年齢段階では45~64歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」がもっとも多く(52.6%),ついで「パラフレニー」(30.4%),「その他」(9.0%)の順である。

9). その他の非器質性精神病

この項目は7項目に細分類されている。患者数は6,548人(男子3,049人,女子3,499人)で、性別比では男子:女子=1:1.15で女子の患者の割合がやや多い。受療率は5.6である。

年齢段階では20~44歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明の精神病」がもっとも多く(79.8%),ついで「その他および詳細不明の反応性精神病」(18.3%)の順である。

10). 特に小児期におこる精神病

この項目は3項目に細分類されている。患者数は270人(男子160人,女子110人)で、性別比では男子:女子=1:0.69で男子の患者の割合が多い。受療率は0.2である。年齢段階では0~19歳がもっとも多い。

11). 神経症

この項目は10項目に細分類されている。患者数は17,715人(男子8,870人,女子8,845人)で、性別比では男子:女子=1:0.99で男女差はほとんどない。受療率は15.2である。年齢段階では20~44歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」がもっとも多く(50.9%),ついで

「神経症性抑うつ」(17.6%),「その他の神経症的障害」(12.4%),「神経衰弱」(11.3%),「不安状態(不安神経症)」「ヒステリー」「心気症」「強迫神経症」「恐怖状態(恐怖症)」「離人症候群」の順である。

12). 人格異常

この項目は10項目に細分類されている。患者数は1,376人(男子1,176人,女子200人)で、性別比では男子:女子=1:0.17で男子の割合が圧倒的に多い。受療率は1.2である。年齢段階では45~64歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」に属するものが大部分(97.1%)を占めている。

13). 性的偏倚と性的障害

この項目に属するものは10項目に細分類されているが、患者は統計の上では一例も記載がない。

14). アルコール依存(症候群)

この項目に属するものは303 a, 303 b, 303 cの三項目に細分類されている。患者数は16,356人(男子15,647人,女子709人)で、性別比では男子:女子=1:0.05で圧倒的に男子の患者の割合が多い。受療率は14.0である。年齢段階では45~64歳がもっとも多い。この項目の中では「慢性アルコール症」(67.5%)がもっとも多く、ついで「その他および詳細不明」(28.9%),「アルコール嗜癖」(3.5%)の順である。

15). 薬物依存

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は1,865人(男子1,735人,女子130人)で性別比では男子:女子=1:0.07で男子の患者の割合が圧倒的に多い。受療率は1.6である。年齢段階では25~44歳がもっとも多い。この項目の中では「アンフェタミン型およびその他の精神刺激薬」がもっとも多く(55.1%),ついで「その他」の順である。

16). 依存のない薬物乱用

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は20人(男子10人,女子10人)で非常に少ない。

17). 精神的諸要因による身体的病態

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は540人(男子250人, 女子290人)で性別比では男子:女子=1:1.16で女子の患者の割合がやや多い。受療率は0.5である。

年齢段階では20~44歳がもっとも多い。この項目の中では「心血管」がもっとも多く、ついで「詳細不明」、「胃腸」の順である。

18). 他に分類されない特殊症状または症候群

この項目は、10項目に細分類されている。患者数は、400人(男子150人, 女子250人)で、性別比では男子:女子=1:1.67で女子の患者の割合が多い。受療率は0.3である。この項目の中では「神経性無食欲症」がもっとも多い(70.0%)。

19). 急性ストレス反応

この項目は、6項目に細分類されているが、患者は統計の上では一例も記載されていない。

20). 不適応反応

この項目は、7項目に細分類されている。患者数は20人(男子0人, 女子20人)で非常に少ない。

21). 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害

この項目は、5項目に細分類されている。患者数は20人(男子20人, 女子0人)で非常に少ない。

22). 他に分類されない抑うつ状態

患者は統計上一例も記載されていない。

23). 他に分類されない行為障害

この項目は、6項目に細分類されている。患者数は20人(男子20人, 女子0人)で非常に少ない。

24). 児童期と青年期に特殊な感情障害

この項目は、6項目に細分類されている。患者数は370人(男子240人, 女子130人)で、性別比では男子:女子=1:0.54で、男子が約2倍である。受療率は0.3である。年齢段階では0~19歳がもっとも多い。この項目の中では「不安と恐怖を伴うもの」がもっとも多い(40.5%)。

25). 児童期の過動症候群

この項目は、5項目に細分類されている。患者は統計上一例も記載されていない。

26). 特殊な発達遅延

この項目は、8項目に細分類されている。患者数は10人(男子10人, 女子0人)で非常に少ない。

27). 他に分類される疾患に伴う精神的要因患者は統計上一例の記載もない。

28). 精神薄弱(精神遅滞)(317~319)

この項目は「軽度精神薄弱」、「中等度以上の精神薄弱」、「詳細不明の精神薄弱」に分類され、「中等度以上の精神薄弱」は更に3項目に細分類されている。患者数は14,583人(男子8,393人, 女子6,190人)で性別比では男子:女子=1:0.74で、男子の患者の割合がやや多い。年齢段階では、20~44歳がもっとも多い。精神薄弱全体の受療率は12.5である。この項目の中では「詳細不明の精神病」がもっとも多く(91%)、受療率は11.4である。ついで「中等度以上の精神薄弱」で、受療率は1.1である。「軽度精神薄弱」は非常に少ない。

(附録)

なお「てんかん」に関しては、「精神障害」(290~319)の中に含まれず、「中枢神経系のその他の障害」(340~349)の中に分類されており、10項目に細分類されている。患者数は13,475人(男子7,674人, 女子5,801人)で、性別比では男子:女子=1:0.76で男子の患者の割合が多い。年齢段階では20~44歳がもっとも多い。

この項目の中では「詳細不明」が大部分(95.3%)を占め、ついで「部分てんかん」、「点頭痙攣」の順である。

2. 外来患者

「患者調査」は1日調査(one day survey)であるため、調査日に受療しなかった患者は含まれないため、すべての外来患者数を示していない。そのため、表3の如く数は少なく、52,877人(男子24,577人, 女子28,300人)で、性別比では男子:女子=1:1.15で、女子の患者がやや多い。比較的患者数の多い「精神分裂病」、「躁

うつ病」,「神経症」,「精神的諸要因による身体的疾患」および「てんかん」について概説する。

1). 精神分裂病

患者数は,10,804人(男子5,502人,女子5,302人)で,性別比では男子:女子=1:0.96で,男子の患者の割合がやや多い。年齢段階では,25~44歳がもっとも多い。受療率は9.2である。この項目の中では「詳細不明」に属するものが大部分を占めている(96.6%)。

2). 躁うつ病

患者数は,6,036人(男子2,788人,女子3,248人)で,性別比では男子:女子=1:1.16で,女子の割合がやや多い。受療率は5.2である。年齢段階では,45~64歳がもっとも多い。この項目の中では「躁うつ病,抑うつ型」がもっとも多く(77.1%),ついで「その他および詳細不明」(17.0%),「躁うつ病,躁病型」の順である。

3). 神経症

患者数は19,599人(男子8,775人,女子10,824人)で,入院患者数より数は多く,性別比では男子:女子=1:1.23で,女子の患者の割合がやや多い。年齢段階では45~64歳がもっとも多い。この項目の中では「詳細不明」がもっとも多く(62.6%),ついで「神経症性抑うつ」(14.4%),「不安状態(不安神経症)」(9.9%),「その他の神経症的障害」,「心気症」,「ヒステリー」,「神経衰弱」,「強迫神経症」,「恐怖状態(恐怖症)」,「離人症候群」の順である。

3). 精神的諸要因による身体的病態

患者数は,7,627人(男子3,019人,女子4,608人)で,入院患者より多く,性別比では男子:女子=1:1.53で,女子の患者の割合が多い。受療率は6.5である。年齢段階では,20~44歳段階がもっとも多い。この項目の中では「心血管」がもっとも多く(59.9%),ついで「胃腸」(17.5%),「呼吸器」,「泌尿生殖器」などの順である。

4). てんかん

患者数は,18,787人(男子10,459人,女子8,328人)で,入院患者数より多く,性別比では男子:

女子=1:0.80である。年齢段階では,0~19歳がもっとも多い。受療率は,16.1である。この項目の中では「詳細不明」が大部分(97.8%)を占めている。

3. 精神障害(290~319)の中で占める各傷病の割合。

精神障害の中で占める各傷病(国際分類にもとづく3桁基本分類)の患者数の割合を眺めてみると,表4,表5,表6の如くである。

精神障害の入院患者数は286,274人で,そのうち「精神分裂病」は190,384人で,もっとも患者の占める割合は多く(66.5%),ついで「老年期および初老期の器質(性)精神病」(7.2%),「神経症(6.2%)」,「アルコール依存」(5.7%)などの順である。外来患者数は52,877人で,そのうち「神経症」は19,599人で,もっとも患者の占める割合は多く(37.1%),ついで「精神分裂病」(20.4%),「精神的諸要因による身体的病態」(14.4%),「躁うつ病」(11.4%)などの順である。

性別では,入院患者をみると,男子では「精神分裂病」が109,977人で,もっとも患者数の割合が多く(66.4%),ついで「アルコール依存」(9.5%),「神経症」(5.4%),「精神薄弱」(5.1%)などの順である。女子でも「精神分裂病」が80,407人で,もっとも患者数の割合は多く(66.6%),ついで「老年期および初老期の器質(性)精神病」(10.8%),「神経症」(7.3%),「精神薄弱」(5.1%)などの順である。

外来患者をみると,男子では「神経症」は8,775人で,もっとも患者数の割合は多く(35.7%),ついで「精神分裂病」(22.4%),「精神的諸要因による身体的病態」(12.3%),「躁うつ症」(11.3%)などの順である。

女子でも「神経症」は10,824人で,もっとも患者数の割合は多く(38.3%),ついで「精神分裂病」(18.7%),「精神的諸要因による身体的病態」(16.3%),「躁うつ病」(11.5%)などの順である。

(稿を終るにあたり,統計資料を御提供いた

だいた厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課ならびに同課の幡信世氏に深謝致します。)

表2

入 院														
精神障害 290-319														
		男							女					
	全国推計患者数	受療率	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
精神病 290-299														
器質精神病状態 290-294														
290 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)	20,730	17.730	0	20	1,216	6,428	20	7,684	0	0	1,046	11,990	10	13,046
290.0 老年痴呆, 単純型	8,930		0	10	130	2,661	0	2,801	0	0	169	5,950	10	6,129
290.1 初老期痴呆	688		0	10	279	30	0	319	0	0	309	60	0	369
290.2 老年痴呆, 抑うつ型および妄想型	4,803		0	0	179	1,435	10	1,624	0	0	219	2,960	0	3,179
290.3 急性錯乱状態を伴う老年痴呆	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
290.4 動脈硬化性痴呆	6,179		0	0	628	2,272	10	2,910	0	0	319	2,950	0	3,269
290.8 その他	10		0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0
290.9 詳細不明	110		0	0	0	20	0	20	0	0	20	70	0	90
291 アルコール精神病	1,686	1.442	0	659	807	140	0	1,606	0	10	60	10	0	80
291.0 振戦せん妄	120		0	50	60	0	0	110	0	0	10	0	0	10
291.1 アルコール性コルサコフ精神病	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
291.2 その他のアルコール性痴呆	90		0	10	60	20	0	90	0	0	0	0	0	0
291.3 その他のアルコール幻覚症	339		0	120	199	10	0	329	0	0	0	10	0	10
291.4 精神病的アルコール特異体質反応	90		0	60	20	10	0	90	0	0	0	0	0	0
291.5 アルコール性嫉妬妄想	10		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
291.9 詳細不明	1,027		0	409	458	100	0	967	0	10	50	0	0	60
292 薬物精神病	10	0.008	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
292.1 薬物によって誘発された妄想状態および幻覚状態	10		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
293 一過性器質精神病状態	110	0.094	0	10	0	0	0	10	0	100	0	0	0	100
293.0 急性錯乱状態	20		0	10	0	0	0	10	0	10	0	0	0	10
293.8 その他	90		0	0	0	0	0	0	0	90	0	0	0	90
294 (慢性) その他の器質精神病状態	839	0.717	10	230	309	70	0	619	0	110	40	70	0	220
294.0 コルサコフ精神病または症候群(非アルコール性)	120		0	30	50	20	0	100	0	0	10	10	0	20

294.1 他に分類された状態における痴呆	100		0	80	10	10	0	100	0	0	0	0	0	0
294.8 その他	170		0	40	20	0	0	60	0	80	10	20	0	110
294.9 詳細不明	449		10	80	229	40	0	359	0	30	20	40	0	90

その他の精神病 295-299

295 精神分裂病	190,384	162,837	1,216	65,368	38,798	4,475	120	109,977	817	40,502	32,459	6,509	120	80,407
295.0 単純型	40		0	10	0	0	0	10	0	10	20	0	0	30
295.1 破瓜型	9,599		150	3,648	1,485	120	0	5,403	70	2,541	1,445	120	20	4,196
295.2 緊張型	90		10	50	0	0	0	60	0	30	0	0	0	30
295.3 妄想型	70		0	0	10	0	0	10	0	0	20	40	0	60
295.6 残留分裂病	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
295.7 分裂・情動型	90		0	20	30	0	0	50	0	0	40	0	0	40
295.8 その他	1,028		0	150	239	100	0	489	0	130	289	120	0	539
295.9 詳細不明	179,457		1,056	61,490	37,034	4,255	120	103,955	747	37,781	30,645	6,229	100	75,502
296 躁うつ病	11,284	9,651	120	2,372	2,223	767	10	5,492	150	2,193	2,143	1,286	20	5,792
296.0 躁うつ病, 躁病型	2,134		80	608	439	209	0	1,336	80	429	199	90	0	798
296.1 躁うつ病, 抑うつ型	3,668		10	668	787	219	0	1,684	10	369	947	658	0	1,984
296.2 躁うつ病循環型, 現在躁状態	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
296.5 躁うつ病循環型, 現状態が特に明示されていないもの	40		0	10	20	0	0	30	0	0	10	0	0	10
296.6 その他および詳細不明の躁うつ病	5,422		30	1,086	977	339	10	2,442	60	1,395	967	538	20	2,980
296.8 その他	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
296.9 詳細不明	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
297 妄想状態	1,118	0.956	0	209	160	100	0	469	0	90	309	250	0	649
297.1 妄想症(パラノイア)	50		0	0	10	0	0	10	0	0	10	30	0	40
297.2 パラフレニー	340		0	10	60	30	0	100	0	20	100	120	0	240
297.3 感応精神病	40		0	0	10	0	0	10	0	0	10	20	0	30
297.8 その他	100		0	50	10	10	0	70	0	10	20	0	0	30
297.9 詳細不明	588		0	149	70	60	0	279	0	60	169	80	0	309
298 その他の非器質性精神病	6,548	5,600	40	1,774	817	418	0	3,049	100	1,655	1,276	468	0	3,499
298.0 抑うつ型	90		0	30	0	0	0	30	0	20	30	10	0	60
298.2 反応性錯乱	40		0	0	0	0	0	0	0	10	30	0	0	40

298.3 急性妄想反応	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
298.8 その他および詳細不明 の反応性精神病	1,196	0	60	159	219	0	438	0	120	349	289	0	758
298.9 詳細不明の精神病	5,222	40	1,684	658	199	0	2,581	100	1,505	867	169	0	2,641
299 特に小児期におこる精神 病	270	0.230	140	20	0	0	160	80	30	0	0	0	110
299.0 幼児自閉症	190	100	20	0	0	0	120	60	10	0	0	0	70
299.1 ヘラー症候群(不統合 精神病)	10	10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
299.9 詳細不明	70	30	0	0	0	0	30	20	20	0	0	0	40

神経症、人格異常およびその他の非精神病性精神障害 300-316

300 神 経 症	17,715	15,151	618	6,080	1,813	359	0	8,870	669	4,257	2,871	1,038	10	8,845
300.0 不安状態(不安神経症)	420	0	100	50	10	0	160	20	100	110	30	0	0	260
300.1 ヒステリー	380	0	60	10	0	0	70	30	80	120	80	0	0	310
300.2 恐怖状態(恐怖症)	20	0	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	10
300.3 強迫神経症	220	40	70	10	0	0	120	30	50	10	10	0	0	100
300.4 神経症性抑うつ	3,121	40	887	588	130	0	1,645	80	439	608	349	0	0	1,476
300.5 神経衰弱	2,003	30	867	199	20	0	1,116	50	498	319	20	0	0	887
300.6 離人症候群	10	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0
300.7 心気症	320	0	50	20	20	0	90	10	30	110	80	0	0	230
300.8 その他の神経症的障害	2,202	60	1,076	159	0	0	1,295	20	608	259	20	0	0	907
300.9 詳細不明	9,019	448	2,950	777	179	0	4,354	429	2,452	1,335	439	10	0	4,665
301 人 格 異 常	1,376	1,176	100	369	538	169	0	1,176	20	80	60	30	10	200
301.1 情動性人格異常	20	0	10	0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	10
301.2 分裂病質性人格異常	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
302.3 爆発性人格異常	10	10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0
301.6 無力性人格異常	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
301.8 その他の人格異常	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
301.9 詳細不明	1,336	90	359	538	169	0	1,156	20	60	60	30	10	0	180
302 性的偏倚と性的障害	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
302.7 冷感症と性的不能症 (インポテンス)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
303 アルコール依存(症候群)	16,356	13,989	10	5,282	8,222	2,113	20	15,647	0	200	409	100	0	709
303. a 慢性アルコール症	11,043	10	3,528	5,611	1,525	0	10,674	0	100	229	40	0	0	369

303. b アルコール嗜癖	578		0	189	219	110	0	518	0	10	40	10	0	60
303. C その他および詳細不明	4,735		0	1,565	2,392	478	20	4,455	0	90	140	50	0	280
304 薬物依存	1,865	1,595	209	1,396	130	0	0	1,735	30	80	20	0	0	130
304.0 モルヒネ型	10		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
304.1 バルビタール酸型	70		10	50	0	0	0	60	0	0	10	0	0	10
304.4 アンフェタミン型および その他の精神刺激薬	1,027		10	897	100	0	0	1,007	0	20	0	0	0	20
304.6 その他	548		169	339	10	0	0	518	30	0	0	0	0	30
304.9 詳細不明	210		20	100	20	0	0	140	0	60	10	0	0	70
305 依存のない薬物乱用	20	0.017	0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10
305.0 アルコール	20		0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10
306 精神的諸要因による身 体的病態	540	0.461	20	130	90	10	0	250	30	80	80	100	0	290
306.0 筋・骨格	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
306.1 呼吸器	90		10	10	0	0	0	20	20	20	10	20	0	70
306.2 心血管	240		0	70	40	0	0	110	0	30	40	60	0	130
306.3 皮膚	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
306.4 胃腸	60		0	0	10	0	0	10	0	20	20	10	0	50
306.5 泌尿生殖器	10		0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0
306.7 特殊感覚器	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
306.8 その他	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
306.9 詳細不明	130		10	50	30	0	0	90	10	10	10	10	0	40
307 他に分類されない特殊症 状または症候群	400	0.342	40	20	70	20	0	150	80	100	40	30	0	250
307.1 神経性無食欲症	280		40	10	10	0	0	60	80	90	30	20	0	220
307.2 チック	20		0	0	10	0	0	10	0	0	0	10	0	10
307.4 特殊な睡眠障害	40		0	10	30	0	0	40	0	0	0	0	0	0
307.8 精神痛	30		0	0	0	10	0	10	0	10	10	0	0	20
307.9 その他および詳細不明	30		0	0	20	10	0	30	0	0	0	0	0	0
308 急性ストレス反応	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
309 不応反応	20	0.017	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	20
309.8 その他	20		0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	20
310 器質脳障害に伴う特殊 な非精神病性精神障害	20	0.017	0	0	10	10	0	70	0	0	0	0	0	0

310.0 前頭葉症候群	10		0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0
310.9 詳細不明	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
311 他に分類されない抑うつ状態	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
312 他に分類されない行為障害	20	0.017	10	10	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0
312.9 詳細不明	20		10	10	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	370	0.316	170	70	0	0	0	240	100	30	0	0	0	130
313.0 不安と恐怖を伴うもの	150		110	0	0	0	0	110	40	0	0	0	0	40
313.2 敏感・内気および社会的引きこもりを伴うもの	90		30	40	0	0	0	70	10	10	0	0	0	20
313.9 詳細不明	130		30	30	0	0	0	60	50	20	0	0	0	70
314 児童期の過動症候群	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
314.9 詳細不明	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	10	0.008	0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
315.3 発達性の発語あるいは言語障害	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
315.4 特殊な運動障害	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

精神薄弱 (精神遅滞) 317-319

317 軽度精神薄弱	10	0.008	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
317.0	10		0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
318 中等度以上の精神薄弱	1,248	1.067	60	459	140	10	0	669	130	309	120	10	15	579
318.0 中等度精神薄弱	350		30	150	20	0	0	200	20	90	40	0	0	150
318.1 重度精神薄弱	250		20	60	10	0	0	90	110	30	20	0	0	160
318.2 最重度精神薄弱	648		10	249	110	10	0	379	0	189	60	10	10	269
319 詳細不明の精神薄弱	13,325	11.397	379	4,624	2,382	319	20	7,724	319	3,169	1,754	329	30	5,601
319	13,325		379	4,624	2,382	319	20	7,724	319	3,169	1,754	329	30	5,601
290-319 精神障害	286,274	244.853	3,142	89,112	57,745	15,408	190	165,597	2,535	52,995	42,707	22,230	210	120,677
345 てんかん	13,475	11.525	788	4,843	1,854	159	20	7,674	618	3,429	1,525	229	0	5,801
345.0 痙攣を伴わない全身性てんかん	20		10	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0	10

345.1 痙攣を伴う全身性てんかん	90		20	40	10	0	0	70	0	10	0	10	0	20
345.3 大発作持続状態	30		0	10	0	0	0	10	0	20	0	0	0	20
345.4 部分てんかん, 意識障害を伴うもの	80		0	40	30	0	0	70	0	0	0	10	0	10
345.5 部分てんかん, 意識障害の記載のないもの	219		10	149	20	0	0	179	10	30	0	0	0	40
345.6 点頭痙攣	190		90	0	10	0	0	100	80	10	0	0	0	90
345.9 詳細不明	12,846		658	4,604	1,794	159	20	7,235	528	3,349	1,525	209	0	5,611

表 3

外 来														
精神障害 290-319														
男														
女														
	全国推計患者数	受療率	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計
精 神 病 290-299														
器質精神病状態 290-294														
290 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)	1,953	1.670	0	0	60	537	0	597	0	0	70	1,286	0	1,356
290.0 老年痴呆, 単純型	1,026		0	0	10	189	0	199	0	0	30	797	0	827
290.1 初老期痴呆	20		0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	20
290.2 老年痴呆, 抑うつ型および妄想型	558		0	0	20	149	0	169	0	0	0	389	0	389
290.3 急性錯乱状態を伴う老年痴呆	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
290.4 動脈硬化性痴呆	349		0	0	30	199	0	229	0	0	40	80	0	120
290.8 その他	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
290.9 詳細不明	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
291 アルコール精神病	219	0.187	0	60	139	10	0	209	0	10	0	0	0	10
291.0 振戦せん妄	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
291.1 アルコール性コルサコフ精神病	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
291.2 その他のアルコール性痴呆	10		0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0
291.3 その他のアルコール幻覚症	50		0	30	10	0	0	40	0	10	0	0	0	10
291.4 精神病的アルコール特異体質反応	129		0	20	109	0	0	129	0	0	0	0	0	0
291.5 アルコール性嫉妬妄想	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
291.9 詳細不明	20		0	10	10	0	0	20	0	0	0	0	0	0
292 薬物精神病	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

292.1 薬物によって誘発された妄想状態および幻覚状態	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
293 一過性器質精神病状態	10	0.008	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
293.0 急性錯乱状態	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
293.8 その他	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
294 (慢性) その他の器質精神病状態	70	0.059	0	40	10	0	0	50	0	0	20	0	0	20
294.0 コルサコフ精神病または症候群(非アルコール性)	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
294.1 他に分類された状態における痴呆	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
294.8 その他	20		0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0
294.9 詳細不明	40		0	20	10	0	0	30	0	0	10	0	0	10

その他の精神病 295-299

295 精神分裂病	10,804	9.240	130	4,026	1,286	40	20	5,502	140	3,408	1,565	189	0	5,302
295.0 単純型	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
295.1 破瓜型	300		10	110	30	0	0	150	0	110	30	10	0	150
295.2 緊張型	10		0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
295.3 妄想型	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
295.6 残遺分裂病	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
295.7 分裂・情動型	10		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
295.8 その他	40		0	0	20	0	0	20	0	0	20	0	0	20
295.9 詳細不明	10,434		120	3,906	1,236	40	20	5,322	130	3,298	1,505	179	0	5,112
296 躁うつ病	6,036	5.162	20	1,185	1,224	349	10	2,788	249	807	1,604	578	10	3,248
296.0 躁うつ病, 躁病型	310		0	110	20	10	0	140	20	100	30	20	0	170
296.1 躁うつ病, 抑うつ型	4,651		0	717	1,015	239	10	1,981	229	528	1,405	508	0	2,670
296.2 躁うつ病循環型, 現在躁状態	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
296.5 躁うつ病循環型, 現状態が特に明示されていないもの	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
296.6 その他および詳細不明の躁うつ病	1,025		20	348	179	100	0	647	0	159	159	50	10	378
296.8 その他	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
296.9 詳細不明	20		0	10	10	0	0	20	0	0	0	0	0	0
297 妄想状態	340	0.290	0	70	20	10	0	100	10	70	140	20	0	240
297.1 妄想症(パラノイア)	50		0	0	10	0	0	10	10	0	20	10	0	40
297.2 パラフレニー	70		0	10	0	0	0	10	0	0	60	0	0	60

297.3 感 応 精 神 病	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
297.8 そ の 他	90		0	30	0	0	0	30	0	20	40	0	0	60
297.9 詳 細 不 明	130		0	30	10	10	0	50	0	50	20	10	0	80
298 その他の非器質性精神病	1,087	0.929	20	259	100	30	0	409	30	458	170	20	0	678
298.0 抑 う つ 型	20		0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	20
298.2 反 応 性 錯 乱	20		0	10	0	0	0	10	0	10	0	0	0	10
298.3 急性妄想反応	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
298.8 その他および詳細不明 の反応性精神病	80		0	20	20	10	0	50	0	20	10	0	0	30
298.9 詳細不明の精神病	957		20	229	80	20	0	349	30	418	140	20	0	608
299 特に小児期におこる精神病	289	0.247	179	0	0	0	0	179	100	10	0	0	0	110
299.0 幼 児 自 閉 症	289		179	0	0	0	0	179	100	10	0	0	0	110
299.1 ヘラー症候群(不統合精神病)	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
299.9 詳 細 不 明	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

神経症、人格異常およびその他の非精神病性精神障害 300-316

300 神 経 症	19,599	16,763	618	4,308	2,784	1,065	0	8,775	527	4,333	4,570	1,384	10	10,824
300.0 不安状態 (不安神経症)	1,932		10	468	100	30	0	608	10	289	746	279	0	1,324
300.1 ヒステリー	418		20	0	0	0	0	20	30	70	179	119	0	398
300.2 恐怖状態 (恐怖症)	30		0	20	0	0	0	20	0	10	0	0	0	10
300.3 強 迫 神 経 症	110		10	30	10	0	0	50	10	30	20	0	0	60
300.4 神経症性抑うつ	2,819		20	493	493	219	0	1,225	60	349	956	229	0	1,594
300.5 神 経 衰 弱	340		0	130	60	10	0	200	20	80	30	10	0	140
300.6 離 人 症 候 群	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
300.6 心 気 症	827		10	70	70	10	0	160	109	309	219	30	0	667
300.8 その他の神経症的障害	847		30	468	60	0	0	558	10	209	50	20	0	289
300.9 詳 細 不 明	12,266		518	2,629	1,991	796	0	5,934	278	2,977	2,370	697	10	6,332
301 人 格 異 常	110	0.094	0	30	10	0	0	40	20	40	10	0	0	70
301.1 情動性人格異常	10		0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
301.2 分裂病質性人格異常	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
301.3 爆発性人格異常	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
301.6 無力性人格異常	20		0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0

301.8 その他の人格異常	10		0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10
301.9 詳細不明	70		0	10	10	0	0	20	0	40	10	0	0	50
302 性的偏倚と性的障害	10	0.008	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
302.7 冷感症と性的不能症 (インポテンス)	10		0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
303 アルコール依存(症候群)	1,842	1.575	10	935	717	80	0	1,742	0	40	60	0	0	100
303. a 慢性アルコール症	1,144		0	696	388	20	0	1,104	0	0	40	0	0	40
303. b アルコール嗜癖	209		0	139	50	10	0	199	0	10	0	0	0	10
303. c その他および詳細不明	489		10	100	279	50	0	439	0	30	20	0	0	50
304 薬物依存	50	0.042	0	20	0	0	0	20	0	20	10	0	0	30
304.0 モルヒネ型	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
304.1 バルビタール酸型	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
304.4 アンフェタミン型 およびその他の精神刺激薬	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
304.6 その他	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
304.9 詳細不明	40		0	20	0	0	0	20	0	20	0	0	0	20
305 依存のない薬物乱用	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
305.0 アルコール	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
306 精神的諸要因による身 体的病態	7,627	6.523	179	1,296	926	608	10	3,019	209	1,901	2,050	448	0	4,608
306.0 筋・骨格	10		0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
306.1 呼吸器	798		0	90	40	10	0	140	40	369	120	129	0	658
306.2 心血管	4,569		129	857	438	458	10	1,892	20	1,015	1,363	279	0	2,677
306.3 皮膚	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
306.4 胃腸	1,333		10	269	149	20	0	448	119	368	368	30	0	885
306.5 泌尿生殖器	727		30	50	249	100	0	429	10	119	159	10	0	298
306.7 特殊感覚器	40		0	10	10	20	0	40	0	0	0	0	0	0
306.8 その他	10		0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0
306.9 詳細不明	130		10	20	20	0	0	50	20	20	40	0	0	80
307 他に分類されない特殊症 状または症候群	1,694	1.448	70	110	229	80	0	489	159	518	478	50	0	1,205
307.1 神経性無食欲症	169		0	0	0	0	0	0	10	40	119	0	0	169
307.2 チック	189		40	0	20	10	0	70	0	109	10	0	0	119
307.4 特殊な睡眠障害	180		20	0	50	20	0	90	20	20	20	30	0	90

307.8 精 神 痛	1,136		90	100	159	50	0	319	119	349	329	20	0	817
307.9 その他および詳細不明	20		0	10	0	0	0	10	10	0	0	0	0	10
308 急性ストレス反応	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
309 不適応反応	10	0.008	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
309.8 その他	10		0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10
310 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
310.0 前頭葉症候群	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
310.9 詳細不明	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
311 他に分類されない抑うつ状態	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
312 他に分類されない行為障害	20	0.017	10	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0	10
312.9 詳細不明	20		10	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0	10
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	190	0.162	90	0	0	0	0	90	80	20	0	0	0	100
313.0 不安と恐怖を伴うもの	120		70	0	0	0	0	70	50	0	0	0	0	50
313.2 敏感、内気および社会的引きこもりを伴うもの	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
313.9 詳細不明	70		20	0	0	0	0	20	30	20	0	0	0	50
314 児童期の過動症候群	10	0.008	10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
314.9 詳細不明	10		10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	170	0.145	150	0	0	0	0	150	20	0	0	0	0	20
315.3 発達性の発語あるいは、言語障害	170		150	0	0	0	0	150	20	0	0	0	0	20
315.4 特殊な運動障害	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

精神薄弱 (精神遅滞) 317-319

317 軽度精神薄弱	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
317	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
318 中等度以上の精神薄弱	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
318.0 中等度精神薄弱	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
318.1 重度精神薄弱	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
318.2 最重度精神薄弱	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
319 詳細不明の精神薄弱	737	0.630	179	199	10	0	0	388	110	189	50	0	0	349
319	737		179	199	10	0	0	388	110	189	50	0	0	349

290-319 精神障害	52,877		1,665	12,548	7,515	2,809	40	24,577	1,654	11,844	10,807	3,975	20	28,300
345 てんかん	18,787	16,068	5,300	3,158	1,752	249	0	10,459	4,284	2,868	1,026	130	20	3,328
345.0 痙攣を伴わない全身性てんかん	30		10	10	0	0	0	20	10	0	0	0	0	10
345.1 痙攣を伴う全身性てんかん	70		50	10	0	0	0	60	10	0	0	0	0	10
345.3 大発作持続状態	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
345.4 部分てんかん, 意識障害を伴うもの	110		10	0	20	0	0	30	20	40	10	10	0	80
345.5 部分てんかん, 意識障害の記載のないもの	80		20	0	20	0	0	40	30	0	10	0	0	40
345.6 点頭痙攣	120		50	0	0	0	0	50	60	0	10	0	0	70
345.9 詳細不明	18,377		5,160	3,138	1,712	249	0	10,259	4,154	2,828	996	120	20	8,118

表4 入院 傷病 (小分類)・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	男		女	
	全国推計患者数 人	男子患者総数の 中で占める割合 %	全国推計患者数 人	女子患者総数の 中で占める割合 %
290-319 精神障害	165,597	100	120,677	100
290 老年期および初老期の器質(性)精神病	7,684	4.64	13,046	10.81
291 アルコール精神病	1,606	0.97	80	0.07
292 薬物精神病	10	0.01	0	0
293 一過性器質精神病状態	10	0.01	100	0.08
294 その他の器質精神病状態(慢性)	619	0.37	220	0.18
295 精神分裂病	109,977	66.41	80,407	66.63
296 躁うつ病	5,492	3.32	5,792	4.80
297 妄想状態	469	0.28	649	0.54
298 その他の非器質性精神病	3,049	1.84	3,499	2.90
299 特に小児期におこる精神病	160	0.10	110	0.09
300 神経症	8,870	5.36	8,845	7.33
301 人格異常	1,176	0.71	200	0.17
302 性的偏倚と性的障害	0	0	0	0
303 アルコール依存(症候群)	15,647	9.45	709	0.59
304 薬物依存	1,735	1.05	130	0.11
305 依存のない薬物乱用	10	0.01	10	0.01
306 精神的諸要因による身体的病態	250	0.15	290	0.24
307 他に分類されない特殊症状または症候群	150	0.09	250	0.21
308 急性ストレス反応	0	0	0	0
309 不適応反応	0	0	20	0.02
310 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	20	0.01	0	0
311 他に分類されない抑うつ状態	0	0	0	0
312 他に分類されない行為障害	20	0.01	0	0
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	240	0.14	130	0.11
314 児童期の過動症候群	0	0	0	0
315 特殊な発達遅延	10	0.01	0	0
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0	0	0	0
317-319 精神薄弱	8,393	5.07	6,190	5.13

表5 外来 傷病 (小分類)・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	男		女	
	全国推計患者数 人	男子患者総数の 中で占める割合 %	全国推計患者数 人	女子患者総数の 中で占める割合 %
290-319 精神障害	24,577	100	28,300	100
290 老早期および初老期の気質(性)精神病	597	2.43	1,356	4.79
291 アルコール精神病	209	0.85	10	0.04
292 薬物精神病	0	0	0	0
293 一過性器質精神病状態	0	0	10	0.04
294 その他の器質精神病状態(慢性)	50	0.20	20	0.07
295 精神分裂病	5,502	22.39	5,302	18.73
296 躁うつ病	2,788	11.34	3,248	11.48
297 妄想状態	100	0.41	240	0.85
298 その他の非器質性精神病	409	1.66	678	2.40
299 特に小児期におこる精神病	179	0.73	110	0.39
300 神経症	8,775	35.70	10,824	38.25
301 人格異常	40	0.16	70	0.25
302 性的偏倚と性的障害	10	0.04	0	0
303 アルコール依存(症候群)	1,742	7.09	100	0.35
304 薬物依存	20	0.08	30	0.11
305 依存のない薬物乱用	0	0	0	0
306 精神的諸要因による身体的病態	3,019	12.28	4,608	16.28
307 他に分類されない特殊症状または症候群	489	1.99	1,205	4.26
306 急性ストレス反応	0	0	0	0
309 不適応反応	0	0	10	0.04
310 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	0	0	0	0
331 他に分類されない抑うつ状態	0	0	0	0
312 他に分類されない行為障害	10	0.04	10	0.04
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	90	0.37	100	0.35
314 児童期の過動症候群	10	0.04	0	0
315 特殊な発達遅延	150	0.61	20	0.07
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0	0	0	0
317-319 精神薄弱	388	1.58	349	1.23

表6 傷病(小分類)・入院, 外来別推計患者数および各傷病患者の割合

	入 院		外 来		計	
	患者数	入院患者総数の中で占める割合	患者数	外来患者総数の中で占める割合	患者数	患者総数の中で占める割合
290-319 精神障害	286,274	100 %	52,877	100 %	339,151	100 %
290 老年期および初老期の器質(性)精神病	20,730	7.24	1,953	3.69	22,683	6.69
291 アルコール精神病	1,686	0.59	219	0.41	1,905	0.56
292 薬物精神病	10	0.00	0	0	10	0.00
293 一過性器質精神病状態	110	0.04	10	0.02	120	0.04
294 その他の器質精神病状態(慢性)	839	0.29	70	0.13	909	0.27
295 精神分裂病	190,384	66.50	10,804	20.43	201,188	59.32
296 うつ病	11,284	3.94	6,036	11.42	17,320	5.11
297 妄想状態	1,118	0.39	340	0.64	1,458	0.43
298 その他の非器質性精神病	6,548	2.29	1,087	2.06	7,635	2.25
229 特に小児期におこる精神病	270	0.09	289	0.55	559	0.16
300 神経症	17,715	6.19	19,599	37.07	37,314	11.00
301 人格異常	1,376	0.48	110	0.21	1,486	0.44
302 性的偏倚と性的障害	0	0	10	0.02	10	0.00
303 アルコール依存(症候群)	16,356	5.71	1,842	3.48	18,198	5.37
304 薬物依存	1,865	0.65	50	0.09	1,915	0.56
305 依存のない薬物乱用	20	0.01	0	0	20	0.01
306 精神的諸要因による身体的病態	540	0.19	7,627	14.42	8,167	2.41
307 他に分類されない特殊症状または症候群	400	0.14	1,694	3.20	2,094	0.62
308 急性ストレス反応	0	0	0	0	0	0
309 不適応反応	20	0.01	10	0.02	30	0.01
301 器質脳障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	20	0.01	0	0	20	0.01
311 他に分類されない抑うつ状態	0	0	0	0	0	0
312 他に分類されない行為障害	20	0.01	20	0.04	40	0.01
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	370	0.13	190	0.36	560	0.17
314 児童期の過動症候群	0	0	10	0.02	10	0.00
315 特殊な発達遅延	10	0.00	170	0.32	180	0.05
316 他に分類される疾患に伴う精神的要因	0	0	0	0	0	0
317-319 精神薄弱	14,583	5.09	737	1.39	15,320	4.52

墮胎法 —— 世界各国の墮胎法の現状 ——

Abortion Law —— A Summary of Current World Legislation

優生部 中川泰彬・町沢静夫

Yasuaki Nakagawa, Shizuo Machizawa

1. 解 説

これまで墮胎の問題は、社会の厭うべき秘密や恥部として暗黒の世界にとじこめていた。しかし、世界各国は墮胎の現実的な諸問題に直面し、この問題の解決のために苦悩しているのが現状であろう。この資料は世界保健機構 (WHO) が1971年に世界各国の墮胎法について、偏った立場からでなく、世界的に共通した認識に立って、世界の墮胎法の基本的な諸問題について、詳述した "Abortion Law" の要約である。

今回は、紙面が限定されているため、世界各国の墮胎法についての総論的部分のみにとどめ、世界各国の墮胎法の1971年以降現在 (1982年) までの間に世界各国の墮胎法の改正、変遷、墮胎についてそれが合法的に承認される諸条件の変化、改正などについての数多くの法律、論文、出版物などが公表されているが、それらをまとめ、別の資料として、近日中に発表したいと思う。

2. 緒 言

「墮胎は我々の社会の厭うべき秘密である。それは長く恐怖と神話の暗い恥部に押しやられていたために、墮胎について触れられず、議論されないままであることを、事実上要求する不文の約束がある。」Lader (1966) は『墮胎』という本の緒言に以上のように書いた。

最近まで墮胎に関する研究論文は全くと言っていいほど発表されていない。ただ墮胎と関係のある、人口妊娠中絶の論文が多少発表されているだけである。人口妊娠中絶に関して言えば、多くの国でそれぞれの法律があり、効果的に適

用されている。これらの論文は R. Roemer, C. Tietze, K.-H. Mehlan, M. Potts らの論文である。また最近、この問題についての国際会議も開かれるようになった。国連人口問題会議 (ベルグラード1965)、第9回国際父兄協会会議 (チリーサンジェゴ1967)、墮胎に関する国際会議 (アメリカーヴァージニア1968)、家族計画の国際会議 (ダッカ1969)。

多くの国が墮胎の問題に直面しているが、これを解決するのに宗教的あるいは道徳的問題として討議しても、何ら実りのある解決に至らないということは、自明の理として認識されつつある。さらに実際の問題として、医師は墮胎に関して職業上の道徳的問題あるいは法律的な諸問題に直面している。一方、ある国では墮胎に関する法律が厳しく制限・規定されているために、合法的運用にあたっては多くの困難に直面している。

注目すべきことは、より自由で進歩的な墮胎法を成立させるためには、犯罪的な墮胎に対抗するための必要な世論の強化、良識の変化をいかに進めていくかの論議が必要となる。それは墮胎法が厳しい国では数多くの非合法的な墮胎が行なわれていることは常識となっているからである。たとえ医師が拒否しても、非合法であっても、一胆墮胎を決心した女性はけっしてその目的から目をそらすということはないということとは周知の事実である。このような場合は危険が十分あることを知りながら、非合法のもぐりの墮胎施行者の手にゆだねる結果となる。さらに多くの人達が指摘していることだが、墮胎法

の条文が比較的自由にゆるやかであっても、非合法の墮胎の件数はそう少ないものとは考えられていない。

墮胎法の自由化または制限化を行なうと劇的な結果が生まれることになる。合法的な墮胎法を以前に比して、その制限を強化した国では1年後に出生率が3倍にもなった、という具体的な例がある。世界の墮胎法の趨勢は自由化の方向にあると言うことができよう。しかし、これと逆の方向に向かっている2、3の国もある。これは墮胎法の自由化の結果から出生率が低下してしまうことを避けるためにとられている処置である。

墮胎法を法律上の変遷について考察してみると、はじめは刑罰的な問題として取り扱っていたが、徐々に墮胎は刑罰としての対象から、医学的立場からの母性の健康の保持という方向へ変わっていった。さらにこの墮胎法の自由化は、その適用、非適用および墮胎の合法的手続きについても条文化されるに至った。これと平行してこの法律に避妊法、断種法の条文も加わった。

ある国に新しい墮胎法が成立すると、そのことが他の国の新しい墮胎法の成立に極めて著しい影響を与えているという興味のある事実が認められている。具体例で示すと、アイスランドの墮胎法がスカンジナビアの墮胎法に、フランスの墮胎法がアフリカ、アジアの諸国の墮胎法に、また英国の墮胎法が大英帝国の国々の墮胎法に著しい影響を与えた。エチオピアの墮胎法がスイスの法律に、アメリカのある地方の先駆的な墮胎法の考え方が、アメリカ各州の墮胎法の内容とその成立に極めて大きな影響と役割を担うこととなった。

異なった国々の墮胎法の比較研究を行なうことは極めて有意義である。この比較研究には3つの検討方法が応用されるだろう。その第1の検討方法は国の違いによって生ずる差異の検討である。第2はどのような理由、根拠によって墮胎法が成立したかの検討、第3は合法的墮胎

法の適用、非適用の範囲、限界の検討である。この第3の検討方法はRoemerが最近重視した方法であるが比較検討を行なう上では秀れた方法ということができよう。世界各国の墮胎法を概観すると、いかなる条件下でも墮胎の禁止、医学的理由による墮胎の承認・許可、医学的・社会的根拠、道徳的根拠による墮胎の承認・許可、および社会的・純経済的理由による墮胎の承認・許可に大別することができよう。また別の見地からすれば、婦人がいつ妊娠を中絶したいかと思う時点の状況からの区分も可能である。しかし世界各国の墮胎法をみみると、妊娠中絶を要望した時点での妊娠中絶の非適用、不許可の条件は実際的には極めて厳しいものである。

このレポートでは世界各国の墮胎法をとりあげ、墮胎が承認される諸条件、それと逆に不承認、不適用条件、墮胎手術のための合法的許可手続き、墮胎手術を行なう場合の条件、合法的墮胎の報告、および外国人に対する適用などについて述べるつもりである。

このレポートは墮胎の問題に対して特別な偏った立場から言及するつもりはなく墮胎の問題の法律について世界的な共通した全般的な認識から述べたいと思う。特に最近の世界の墮胎法の一般的ではあるが基本的な諸問題について焦点をあててみたい。

3. 墮胎法の一般的考察

妊娠中絶に関する各国の法律の条文を考察してみると、問題の最も重要な点は適用・非適用に関する条文であることがわかる。墮胎が合法的に認められている国では、法律には詳細でかつ厳密な施行についての規定が条文化されている。一般に、1人か2人の医者、あるいは特別にこれに関する審査会か委員会によって公認される。規定の中には、その決定に異議がある場合どのような方法で申し立てたらよいかという規定もある。所管官庁が認可した施設で、墮胎が入院患者に対して行なわれるという規定は、法律に収録されたもう1つの重要な規定となっ

ている。治療を目的とした墮胎の一般的なケースについては所管官庁へ報告することが義務付けられている。また一方では、犯罪的な墮胎を疑うケースも医者が行なう緊急を要する墮胎のケースも、各々どのような手続きで所管官庁に報告するかが規定されている。墮胎について自由な政策を採っている国でさえも外国人に対しては多かれ少なかれ依然として厳しい規定がある。その目的は、いわゆる“墮胎天国”となることを防ぐためである。墮胎のために多少自由な基準を制定している多くの条文に、避妊に関する教育やある場合には不妊のような根本的処置が含まれていることは興味深いことである。

合法的墮胎の適用

合法的墮胎の適用は概して医学的適用、胎児の優生学的適用、人道主義的（または倫理上、裁判上の）適用（たとえば妊娠が強姦や近親相姦のような犯罪行為の結果である場合）、社会医学的適用、そして単に純社会学的適用に分けられる。

スペイン、アイルランド、フィリピン、ポルトガル、ドミニコ共和国のような国では、妊婦の生命を救う目的であっても墮胎は認められないと、刑法にもまたその他の法律にも規定されていることは強調しておかなければならないことだろう。その上スペインでは（最近までフランスでも同様に）、産児制限や避妊具の販売に関する広告文を載せることさえ禁止している。

医学的適用

最も厳密な条文には、手術が女性の生命を救うのに必要である時だけ墮胎を認めると書かれている。生命を保護するという医学上の概念には女性の健康を保つことが含まれている。“健康”という言葉は肉体的健康と同様、精神的健康についても定義されている。“生命の危険を避ける”とか“肉体的・精神的健康”のような概念についての不正確性については多くの人々が指摘しており、そのためこの概念は医者によってかな

り自由に解釈されているのが現状である。WHO機構の憲章の中に健康について定義されているが、この定義を墮胎の問題についてあてはめることは適切とはいえない。妊婦の生命を守るための治療を目的とした墮胎は、フランス、ヴェネズエラ、カンボジア、セネガル、パキスタン、また合衆国の多くの州の法律に認められる合法的適用である。これに関連してさらに次のことが指摘されねばならない。フランスの医学倫理の規約では、治療を目的とした墮胎そのものを承認するというのではなく、むしろ妊娠中絶に到り易い外科手術、あるいは治療処置の適用を認めている”ということである。多くの国では墮胎は妊婦の生命を救うため、妊婦の健康維持のためのみに認められている。エチオピア、カナダ、アルゼンチン、ホンデュラス、ペルー、スイス、タイ、合衆国のある州でも承認されている。医学的な目的で合法的な墮胎が可能である国の法律には、医学社会的あるいは社会的理由による合法的墮胎の可能性をも含んでいることがある。幅広い肉体的・精神的疾患があるという理由から、それを治療的墮胎と合法的に承認している法律を持っている国もある。

優生学的適用

合法的妊娠中絶の理由に優生学的適用を取り上げる国が最近激増している。そのような規定の目的は単に遺伝性の病気の防止だけでなく、病気や毒物によって子宮内部の損傷物があるため、肉体的・精神的疾患を持つ新生児の出産を防止するためでもある。優生学的適用はスカンジナビアの国々、東ヨーロッパ、イギリス、シンガポール、南オーストラリア、日本、キューバ、基本刑法を幅広く解釈している合衆国の州、トルコの法律に成文化されている。これらの国の中で、たとえばトルコでは胎児あるいは次の世代に影響を与える重大な損傷や危険についての正確な条項ができていない。スウェーデンではサリドマイドによる事件の結果、1963年に採用した基本法の改正では、妊娠中にある危害を受

けた結果子供が重大な病気あるいは奇形に冒される危険がある時、妊娠中絶ができるように規定している。

倫論的適用

多くの国では妊娠が強姦や近親相姦のような犯罪行為、あるいは未成年者や精神病患者、精神薄弱者との性的交渉の結果である場合には合法的墮胎ができると規定している。さらにこの場合、ヨルダンやレバノンで見られるように、妊婦やその家族の体面を保つことが懸案になっている。(これに関連してコロンビアの刑法では、先にあげた事情で引き起こされた非合法的墮胎の場合でも、減刑されるかまたは許されることを規定している)。

社会医学的適用

(医学的な意味を持つ社会的適用)

西ヨーロッパ、南ヨーロッパ、ラテンアメリカ、アジア、アフリカの大部分の国では、妊娠中絶の適用条件として社会医学上の要因を拒否し続けているが、一方そのような適用の明白な規定はイギリス、スカンジナビアの国々、東ヨーロッパの国々の法律には成文化されている。インド議会で提出された法案もまたそのような倫理的適用を具体化している。またあるスイスの州では、連邦刑法の規定を幅広く自由に解釈することによって墮胎を社会医学的理由から認めている。

墮胎の合法化に社会医学的適用の概念を初めて導入した国はアイスランドであった。1935年のアイスランドの法律には、妊娠8週目以後の合法的墮胎を承認するための決定には短期間の数回の分娩、最後の分娩からの期間、家族の中に幼児がいるためこれから生まれてくる子供の養育についての家庭上の困難、難しい財政状況、あるいは同じ家庭に住んでいる病人といった理由が考慮の対象となることが具体的に規定されている。この概念を多くの他の国々にその後あいまいで受け入れられていった。たとえば

スウェーデンでは1938年の墮胎法(まだ効力がある)は1946年に改正され、子供の出産や世話に耐えられるかどうかをその女性の体力、精神的 능력の上から判断して不可能と考えられる時は合法的墮胎とした。デンマークでは1937年の法律を1956年に改正し、次の規定を明記した。妊婦の生命や健康の危険を考えながら、“女性が生活していくという状態を含めて、その女性のあらゆる状況からの判断がなされるべきである。また単に肉体的・精神的病気のみならず、肉体的・精神的に脆弱であったり、潜在的にそうである場合にも考慮されるべきである。”(1970年の新しい法律の規定ではこの点がさらに明確になっている。)フィンランドでは1950年の法律で、次のように規定している。妊婦の肉体的・精神的健康状態を決定する時には、妊婦の生命にかかわる状態や健康状態に影響を与えると考えられる他のあらゆる状況を考慮に入れなければならない。この規定は1970年の新しい法律で詳しく明確に法文化された。1960年に立法化されたノルウェーの法律では、“女性の体質を考えてその体質が肉体的・精神的病気に陥りやすいと予測される場合には、その体質、状況に深い考慮をすべきである”としている。日本の優生保護法は肉体的・経済的要因のために妊娠の継続や分娩が健康を損ねる場合、中絶を認めている。イギリスの1967年の墮胎法では妊婦の健康を損ねる危険範囲を決定する時に、“妊婦の現実的な、当然予知できる状況を考慮に入れてもよい”と規定している。1970年1月8日の南オーストラリアの条令、1969年のオレゴン州の条令、インドの議会以前の条令にも同様の規定がある。

純社会的適用

合法的墮胎を自由化しようとする国では、一般に合法的墮胎の理由として多かれ少なかれ、広い純社会的適用が導入されている。そのような適用は東ヨーロッパの多くの国で特に採用されている。デンマークやフィンランドで1970年に通過した新しい墮胎法にも具体的に法文化さ

れている。しかし純社会的適用が認められている国の法律の条文には、妊娠のある時期（国によるが、10週から3カ月まで）以降は、純社会的適用による墮胎を認めないと明記している。

女性に子供がたくさんいるという事実は明白な純社会的適用となる。たとえば東ドイツでは、分娩の間隔が平均15カ月以内で、妊婦にすでに4人の子供がおり、現在の妊娠が最後の分娩から6カ月以内に始まったり、あるいは妊婦が家庭で5人かそれ以上の子供と生活するという状況にある時は墮胎が認められている。ブルガリアでは3人かそれ以上の子供のいる女性に墮胎が認められている。（1人か2人の子供のいる場合には、特別な医学委員会の許可が必要とされる。）ルーマニアではすでに4人の子供がいて、その子供達の世話をしなければならない女性に墮胎が許される。同じようにチェコスロバキアでは少なくとも3人の子供のいる女性の場合に適用される。デンマークでは特に規定されていないが、女性に18才以下の一緒に住んでいる子供が少なくとも4人いる場合、認められている。チェニジアでは両親が少なくとも5人の子供をかかえている場合、墮胎が認められている。（法律上の合法的墮胎の適用は医学的適用のみとなっているが、）

チェコスロバキアの法律で認められている合法的墮胎の社会的適用概念には、夫の死や無能力、家庭の崩壊、家族や子供の生計のための女性の顕著な経済的責任、妊娠の結果生じる未婚の女性の困難な状況などがある。シンガポールでは妊婦の“環境（家族や財政状況を含めて）”がそれ自体で適用条件を作り出していることは注目に値する。（女性のおかれている環境が健康を損なわせることを考慮に入れてもよいと明記している。）

日本の優生保護法には純社会的適用としての明白な規定はみられない。優生保護法は自由に解釈され、そして実際ムラマツによると、無数の墮胎は純粋に社会的理由により認められている。

墮胎適用の年令

妊婦がある年令以下（純社会的、人道主義的適用を考えて）、あるいは明記された年令以上（社会医学的、医学的、あるいは優生学的適用を考えて）である場合は、合法的墮胎を許可する時の十分な理由としている国がある。東ドイツでは女性が16才以下、40才以上、フィンランドでは17才以下、40才以上、チェコスロバキアでは16才以下、45才以上であるなら合法的墮胎は認められている。（年令から考えて妊娠が妥当でない場合、墮胎手術を行なってよいと規定している。）デンマークでは女性が若くて未成年のために子供の世話ができない場合、合法的に墮胎が許される。この場合、委員会の承認を必要とする。妊娠して12週目の時に38才以上であるなら、墮胎は特別な承認がなくても行なってよい。ブルガリアでは16才以下の女性の墮胎は、両親の同意や医学委員会の承認を必要とする。45才以上の女性は、委員会の承認がなくても墮胎は合法的に可能である。

要求に基づく墮胎(女性の自由意志による墮胎)

適用の理由を示さなくても女性の意志により妊娠中絶できる法令は、墮胎法の自由化の最終段階といえることができる。（あらゆる墮胎法を全廃することを除いて）このような自由意志による墮胎法を採用したのはハンガリー、ソビエト（しかしながら以下で述べる条件が必要）、新しい法律を採用した合衆国の3州（アラスカ、ハワイ、ニューヨーク）である。

ハンガリーとソビエトはこの法令を効果的に運用するために、数多くの法的手続きを規定した。ハンガリーでは、妊婦が墮胎を希望しても、委員会が中絶せず妊娠を継続した方がよいと判断すると、中絶手術の危険や中絶による後遺症、健康への影響などの問題について説明し、妊娠を継続するように説得する（医学的、優生学的理由がある場合はこの限りでない）。しかしこのような説得にかかわらず、妊婦が中絶を希望し、

この中絶の申込みを撤回しない場合は、中絶を認可する。しかしこの場合、妊娠12週以内でなければ承認しないし、手術は病院で行なうことを義務づける。またソビエトでも同じように禁止的処置をとっている。1955年には墮胎不適応の条件を規定し、発表している。

アメリカのアラスカ州では最近、次のような法案を成立させた。墮胎(“生育力のない胎児を中絶する手術または処置”と定義した)は、認可された病院またはそれに準ずる病院、施設で、有資格の医師が行なわなければならない。また女性は手術前30日以上州内に在住しているか、滞在していなければならない。ハワイ州でも同様の法案を成立させたが、この州では90日以上在住か滞在を必要とする。ニューヨーク州は刑法の規定を改正し、新しい法令を作った。“墮胎法令”には、有資格の医師が女性の同意のもとに手術を次の条件で行なうことと規定されている。a) 女性の健康、生命の保護のため手術が必要であるという確実な事実 b) 妊娠24週以内

墮胎の非適用

既に述べたような適用条件を基礎にして、合法的墮胎が認可されている法規があるが、それはまたしばしば明白な非適用の場合も確立しており、墮胎法の実際的範囲を限定している。他の場合では、合法的墮胎の制度は厳しく、そのため問題となっている条文ではっきり墮胎の非適用を示しているが見なされているものもある程である。墮胎の非適用について、明確ではっきりと規定をした法令を持ってない国もある。これらの国はインド、アメリカのある州、モロッコ、イギリスなどである。一方、非適用の問題が有資格の医師の判断にまかされている国もある(ポーランドとスイス、スイスでは、医師は適用についても査定する義務がある。)

合法的墮胎で最も重要な非適用条件は、ある時期をこえて妊娠が経過した時の問題である。これは手術を認可・決定する時の重要な条件と

なる。それはある時期以後の中絶には危険が多くなるし、胎児の生育力や嬰兒殺しの問題も含んでいるからである。

しかし墮胎手術の期間制限を各国で行なっているが、その期間は各国で異なっている。たとえば、アメリカのカリフォルニア州は20週以後、オレゴン州は150日以後、ニューヨーク州は20週以後、メリーランド州は26週以後は認めていない。アラスカ州、ハワイ州では、胎児に生育力がないと判断されれば認められる。19世紀半ばまでアメリカでは、“胎動が始まる前の妊娠中絶の法的禁止”がなかったということは興味深い。“胎動が始まる”という概念は古代に発し、胎児の生命に関する神学的書物に見られていたが、後にイギリスの法律家に取り上げられた。

チェルニジアでは、純社会的理由(3人以上の子供がいる場合)で墮胎を認めるのは3ヶ月以内である。(しかし女性の健康や生命に危険がある場合、期間の制限はない。)日本の優生保護法では、“人工妊娠中絶”を胎児を母体から引き離すと生育力を持ちえない時期に、母体から胎児や胎盤を取り出すことと定義している。ムラマツによれば、実際には手術は通常妊娠3カ月までしか行なわれていない。ブルガリアでは期間制限は10週と決められている。ソビエト、チェコスロバキア、東ドイツ、ハンガリーでは12週と決められている。墮胎は原則として、はじめの3カ月間しか行なわれない。けれども危険な病状で、女性の生命にかかわると判断される場合は、墮胎は6カ月まで行なうことができるというのがルーマニアの見解である。ユーゴスラビアでは、社会的経済的適用で行なう墮胎は、3カ月間以内に行なわなければならないと規定している。しかしながら女性の健康が冒されるのを避け、生命を救うための唯一の方法という医学的理由で手術が正当とされる場合、妊娠がかなり経過していても時期にかまわず手術は行なわれる。優生学的、倫理的適用の場合では、手術が妊婦の健康を損わず、直接生命の危険を引き起こさない場合のみ、妊娠中絶を3カ月以

後行なっている。

今でも効力のある1935年のアイスランドの法律は、妊娠の継続が女性を重大な危険にさらすことになるなら、墮胎は28週まで行なわれてもよい。しかしながら妊娠8週間以上の場合には、危険を避ける方法が墮胎以外にない時、医師は墮胎手術を行なってよい。1970年の新しいデンマークの法律では、委員会が認めない限り、妊娠12週間後の墮胎は行なってはいけない。1956年の法律では、女性の生命や健康の危険を避ける以外の墮胎手術は16週以内と決めた。フィンランドでは1970年の新しい法律で、期間を16週と決めている（女性の病気が肉体的損傷という理由で正当と認められる以外）。しかし州立医学委員会は、女性が17才になっていない時かあるいは他の特別な理由で妊娠した場合は、16週以降20週までは墮胎を認めている。1960年のノルウェーの法律は、特別な理由がなければ妊娠3カ月以上は墮胎できないと規定している。スウェーデンでは、通常の制限期間は20週である。けれども厚生省の特別な承認があれば、24週まで広げられる。シンガポールでは、医学的、優生学的適用に基づいて行なわれる墮胎の場合には、制限期間は24週である。適用が社会的、人道主義的である場合には16週である。

多くの国の法律に規定された合法的墮胎の中に誘発される疾患が考えられるような場合は、非適用の条件に含まれている。たとえばソビエトの1955年の条令では次のような非適用の条項を作った。急性・慢性淋病、急性・慢性の生殖器に炎症を起こす状態、感染部位と関係ない化膿性の病巣、急性感染症、そして6カ月以内の墮胎である。チェコスロバキアでは1962年の法令で、生殖器に急性・慢性的に炎症を起こす病気、手術の成功を妨げる化膿性の病巣、急性感染症、初めての妊娠でのABO不一致があった時、そして6カ月以内に墮胎があったことが墮胎の非適用の条項となっている。けれども妊娠の継続が女性の生命を危険にさらす場合、免除される。同様の性質の規定は、1968年に公布さ

れたブルガリアの条令に認められる。

合法的墮胎を決定する責任ある関係機関と 当事者の同意

緊急時を除いて、多くの国では合法的墮胎の運用は医師が直接担当している。墮胎許可の決定は1人または2人の医師、もしくはその目的のために特別に組織された委員会の意見に基づいて決められる。たとえばチリやペルーでは、墮胎手術は2人の医師の賛成で行なうことができる。ホンデュラスの医学倫理の規定は、墮胎が治療目的のために必要であるとされれば、医学委員会（この組織についての特別の規定はない）は手術の必要性を証明する証明書を発行せねばならないと規定している。フランスでは、手術をする医師は2人のコンサルタントの意見を求めねばならない。その内の1人は、裁判所に提出されているコンサルタントのリストから選ばなければならない。2人のコンサルタントは対象となる患者について診察し、検討した後、母親の生命は墮胎治療をすることによってのみ助けることができるという証明書を提出しなければならない。

エチオピアでは、妊婦の生命や健康が重大な危険な状態にあると診断されると、登録された医師は再度診断し、危険な状態であることを証明しなければならない。墮胎を行なうには、さらに一定期間の観察ののち、妊婦が罹患している疾患についての2人の専門医と協議し、意見と判断が一致した場合のみ関係官庁は許可する。このような条文（規定）はスイス刑法の影響を強く受けている。スイスの刑法では、妊娠中絶をする医師は妊婦からの同意書を受けとらなければならないことと、妊婦の病気についての専門医から、妊娠の継続が危険であることの意見書が必要であると規定している。もし妊婦の判断力に問題がある場合は、妊婦の法律の代理人の同意書が要求される。

インド議会には、妊娠12週までの墮胎は1人の医師によって、12週から20週までは2人の医

師によって決定することができるという議案が提出されたことがあった。日本の法律の規定では、妊婦とその夫が同意する場合、医師の判断で墮胎手術をすることができる。夫の同意書については、夫がその場にいなかったり、意思能力が欠けていたり、妊娠した後、死亡していた場合には、同意書を必要としない。またもし妊婦が精神病、精神薄弱であるなら、妊娠の法律上の代理人もしくは地方自治体の長の同意書が要求される。

モロッコでは、母体の健康保護のため医師が墮胎手術をする場合、夫の同意書が要求される。しかしもし医師が母体が危険な状態にあると判断した時は、夫の同意書は必要としない。ただこの場合、その州もしくは県の主任医学担当者にこのことを通知しなければならない。夫が不在の場合、夫が同意しない場合、夫が手術することを妨げた場合は、医師は母親の健康は墮胎以外のいかなる方法によっても保護することができないということを証明し、これを県の医務担当者に通知し、中絶することができる。

アメリカでは基本刑法の規定に基づいてある州では、専任された3人の医師による委員会によって墮胎を認める決定をする。他の州、たとえばオレゴン州では、2人の医師の意見判断で決められる。アラスカ、ハワイ、ニューヨークでは1人の医師による決定で充分である。1969年に改正されたカナダ刑法は、墮胎に対して、少なくとも3人の資格のある医師より構成された委員会の決定、認可が条件づけられている。

医学倫理に関する1960年のトルコの法律（墮胎の承認は母体の保護を唯一の目的としている）は、緊急時を除いて、手術は2人の婦人科専門医、もし婦人科専門医が不在の場合は2人の一般医による詳細な報告書によって決定、承認することができる。また妊婦もしくは妊婦の後見人の同意書を必要とする。家族計画とその実際の効率的運用を考えて（合法的墮胎を医学的優生学的適用に基づいて広げていく）、1965年法律が改正され、墮胎は3人の専門医から成る委員

会、その内の1人は厚生省によって選ばれた産婦人科医によって決定、承認されるようになった。手術には妊婦の同意書が必要である。もし妊婦が未成年であれば両親の同意書、もし妊婦が後見人の保護のもとにあれば治安判事の同意書が必要である。（しかしながら緊急時の場合は、両親や裁判官の同意書は必要としない。）なお条文の中には、墮胎を否認された人々の訴えを審議するための“墮胎と不妊法に関する最高評議会”の設立を定めている。

ブルガリアでは、墮胎の承認は地区病院、市立病院、国立病院に付属する独立した外来患者診療所、高等医学研究所及び医師の専門訓練研究機関等におかれている特別委員会によって決定される。このような委員会はまた、前述の病院の他、産婦人科のための特別病院、高等医学研究所の産婦人科診療所、産婦人科研究所にも設けられており、この委員会は関係施設に入院している患者の医学的適用の墮胎の認可、決定を行なっている。各委員会は1人の議長（病院の副医学主任もしくは外来患者診療所の主任）、1人の産婦人科センターで働いている産婦人科医と1人の専門医（妊婦が罹患している疾患の）の3人から構成する。この委員会には専門医やソーシャルワーカーを招き意見を聞くこともできる。ハンガリーでは市立病院に委員会を設置し、墮胎についての認可を行なっている。委員会は3人の医師によって構成されており、そのうちの2人は市議会の委員会によって指名される。

ポーランドの現行の法律では、墮胎を望む妊婦は中絶許可の証明書の発行を医師に依頼する。

（もしこの婦人が生活状態の困難から墮胎を望むのであれば、妊婦は医師にこの状態についての証明書を提出せねばならない。）もし医師が墮胎を認める証明書を許可してくれない場合は、婦人は公衆衛生局の職員である3人の医師によって構成される医学委員会に墮胎の要望書を提出することができる。

チェコスロバキアでは妊婦が墮胎を希望する

とき、その願書を直接妊婦からかまたは担当地区の医者を通して、地区病院の産婦人科主任に提出する。ついで区域の墮胎委員会で審議される。(この委員会で許可されない場合は、この審議はさらに地方自治墮胎委員会の方で行なわれる。)

アイスランドでの1935年の法令は、墮胎の可否は2人の医師(その内の1人は手術をする病院医師)によって決められると明記している。デンマークでは、墮胎の許可は産科研究所内に設けられている委員会の責任である。この委員会は、施設長もしくは同等の能力を持つ人と2人の医師で構成されている。ノルウェーでは墮胎許可を求める手続きは、中絶のための入院願書と、中絶したいという妊婦の希望を述べた陳述書の2通が必要である。許可は2人の医師によって決められる。その内の1人は手術をする病院の医師ではなく、その地区の医療担当官によって任命された医師でなければならない。認可されない場合、その地区の担当官は、その妊婦の診療をしている医師の証明書を持たせて別の病院に入院させ、他の医師から墮胎の可否についての意見を求めなければならない。スウェーデンでは、厚生省の委員会かまたは2人の医師(1人は公務員かそれに担当する職務にある人)によって決められる。

承認された施設で墮胎手術を行なう場合の 必要条件

合法的墮胎に関する法律の大部分の条文は、緊急時を除いて、指定承認された病院、診療所で行なわれる手術に関するものである。一般的には、墮胎手術は入院して行なうことが必要条件となっている。しかしポーランドの条令では一般診療所で墮胎手術を行なうことを基本とし、病院及び病院付属外来での手術は無菌状態で行なわなければならないような特別な墮胎手術に限定した。一般診療所で墮胎手術を経済的理由から受けることのできる場合、墮胎手術を受けたあと、その日のうちに帰宅できる妊婦と、手

術後入院治療を必要としない妊婦とに限定した。

ルーマニアでは入院して墮胎手術を行なうことについて、上述のような規定はしていない。しかし法律施行後は事実上、墮胎手術は妊婦を入院させ、産婦人科専門医が行なうように義務づけられている。チェンジアでは、合法的墮胎手術は病院または認可されている診療所で行なわなければならない。アメリカの基本刑法では、墮胎は病院協会の委員会で認可した病院で手術しなければならないと規定している。カナダでは、墮胎手術は指定病院で手術を受けねばならない。英国の1967年墮胎法令は、緊急時を除いて、墮胎手術は国民保健法に基づき、保健省に管轄下の病院またはその目的のために保健省が指定した病院で行なわなければならないと規定している。よく似た規定はインド議会議に提出された医学的墮胎法案にもみられる。この法案の条項には、墮胎は政府によって管理される国立病院、または政府が指定した病院で墮胎手術を行なうことを規定している。

ブルガリアでは、妊娠中絶の承認を受けた妊婦は適切な病院施設を照合してもらう。(たとえば病院の産婦人科、産婦人科専門病院等)これらの施設は、照合を受けた後10日以内に手術をしなければならない。病院の入院日数は個々のケースによって異なる。もし妊婦が24時間入院することができなければ、妊婦は手術後、近くの医療機関の監視のもと、自宅で安静にしていなければならない。医学的理由から妊娠12週目以後に墮胎手術を行なわなければならない時は、高等専門医療施設(第1級管轄病院、市立病院、専門医療施設の産婦人科等)で手術を受けなければならない。もし妊婦を移送できない時は、地域病院から出向した専門家が地域病院で手術を行なう。

スカンジナビア諸国では、墮胎手術は普通、州立病院またはその目的のために特別に指定されている病院においてのみ行なわれる。

墮胎の報告と記録

一般的に墮胎法では、手術をした医師は全てのケースについて報告する義務があると規定している。言いかえると、合法的墮胎についても、また手術を行なったが結果的には犯罪的と疑がわれる墮胎についても報告する義務がある。

しかしアメリカ合衆国では、ある特定の州のみで、墮胎の報告を義務づけている。たとえばメリーランド州の1968年に採用された墮胎法は、病院の委員会は依頼された墮胎数、認可した数、手術した数、認可された理由等を年報にして、病院協会の委員会と州立衛生委員会に提出することを義務づけている。この報告は特別扱いされるものでもなく、また患者の氏名などを公表するものでもない。ジョージア州では墮胎証明書、同意書と診察目録は公衆衛生局に保存され、病院での診療記録は病院に保存しなければならない。義務の怠慢は墮胎刑法に問われる。

日本では、墮胎や不妊の手術をした全ての医師は、手術を行なった理由を記述した文書を、月に1回、地方自治体の長に報告書として提出しなければならない。フランスでは、主治医と2人のコンサルタントによる墮胎手術認可決定報告書は、2人のコンサルタントが登録している医師協会の諮問委員会長に送らねばならない。(妊婦の氏名は記録に記載されない。)主治医もしくは助産婦は、墮胎手術を行なった後48時間以内に衛生局に通知することが義務づけられており、また職業的守秘義務も課せられている。

英国では、2人の医師の診断書を手術担当医は3年間保存しなければならない。さらに手術担当医は、墮胎手術の結果と法令で定められた様式に基づいた資料とを保健省の医務担当官に送らねばならない。

スイス(ジュネーブ)では、墮胎許可証明書を発行している医師会の委員会は、許可証明書の数、不許可とした数、妊婦の身元や住所も加えた活動状況を年に4回報告しなければならない。

トルコでは、墮胎不妊治療委員会が診察した全患者の記録を保管する。全ての手術と手術した理由は、3カ月ごとに厚生省に報告される。緊急時の場合は、1967年の法規第5章に定義されているが(危険な子宮出血、治療不能な妊娠中毒症、母親の生命をおびやかす病気等)、手術医は手術を決めた正当なる理由を、手術前または手術後24時間以内に厚生省の地方医務局に通知せねばならない。

ブルガリアでは、墮胎を許可する委員会は妊婦の年齢、氏名、妊娠期間、墮胎を望む理由、委員会の決定とその理由、妊婦が手術のため送られてきた病院等を特定の記録簿に記載しなければならない。この記録簿には、委員会に在籍する3人の医師が署名する。この記録簿は公式書類として保管するが、職業的秘保持のため、責任ある関係者だけにしか通知しない。1968年の法令には、犯罪的墮胎をなくすために数多くの条項が加えられた。厚生省予防治療局、市議会の衛生部、社会福祉センター長には、治療施設外での墮胎全般の中で犯罪的活動の事実と犯罪的墮胎のすべてのケースについて、詳細な実態の調査が義務づけられた。この調査結果に基づき、すべての墮胎手術例と人工妊娠中絶の適応について注意深い検討が行なわれている。治療施設外でのすべての墮胎手術については、その詳細な記録の保存が義務づけられている。もし妊婦の既往歴から刑法に触れる墮胎手術の疑いがあると判断される場合には、関係官庁または内務省に電話で通報しなければならない。公共的治療病院の管理委員会は、墮胎手術についての報告書を内務省、地方議会の衛生局、社会福祉センターに送ることが義務づけられている。保健センターの保健婦は、犯罪的行為につながる墮胎手術に気づいたり、またそれについての証拠があった場合、そのことを通報することを義務づけられている。地方議会の衛生局は、違法な墮胎手術を行なった開業医には、最低1年以上の医院の閉鎖を命じ、厚生省はある期間の業務の停止を命ずる。

ハンガリーでは、公共施設病院に墮胎手術の報告書の定期的提出を義務づけている。また認可した根拠となる医学的内容を記載した書類の保管をも義務づけている。墮胎を認可する責任ある委員会は、市または町の医務担当官に活動についての報告書を年に1度提出しなければならない。

ポーランドでは、公共衛生施設外での墮胎手術を行なう医師、医学委員会、公共衛生施設は、全ての手術記録を所管官庁へ提出しなければならない。公共施設外で墮胎手術をする医師は職業的守秘義務をもって、全墮胎手術の記録、それぞれの個々の手術の詳細、個人の特徴、妊婦の住所を記入したファイルを保存しなければならない。このファイルは10年間保存することが義務づけられる。さらに手術施行数（医師自身が手術が必要と判断して許可したのか、他の医師によって判断されたのかを明記して）を市議会の衛生局に年4回報告せねばならない。

ルーマニアでも、産婦人科病院は上記と同じ様な手続きが外来の墮胎手術に関して必要である。人工妊娠中絶、墮胎の特別な記録簿の保存が義務づけられている。産婦人科医または緊急な中絶手術を行なう外科医は、電話か書面で、手術前または手術後24時間以内に管轄検察官に報告せねばならない。さらに医師は、中絶しなければならない理由の医学的理由について報告することが義務づけられている。

スカンジナビア諸国でも、中絶手術は衛生局に報告するよう義務づけられている。たとえばフィンランドでは1976年の法令では、墮胎手術をした医師は10カ月以内に州立委員会に届け出ねばならない。また墮胎手術に関する全書類は、病院の主任医師の責任において、病院の公的記録として保管しなければならない。緊急時、医師が墮胎手術をする場合には、その手術に関する全ての記録とその手術が必要である条件を記載し、厚生省医務委員会に送付しなければならない。ノルウェーでは墮胎の許可、もしくは中絶に関する記録は、少なくとも10年の間病院も

しくは診療所で保管されねばならない。そして要求があれば、衛生理事会または州立医務担当官に送付しなければならない。墮胎手術を行なった全ての病院、診療所は、墮胎の全ての数（いかなる理由で許可されたかを分類して）、拒絶した申請書の数、以前他の医者により許可されたもしくは拒絶された数、規定された条件下で緊急な墮胎手術をした数を記入した報告書を年末、州医務担当官に送らねばならない。州医務担当官は毎年、この報告書に次の書類を加えて衛生理事会に送らねばならない。①墮胎または中絶の申請書の数と許可した数。②法規に従って州医務担当官に送付されてきた数と州医務担当官が許可した数。

自由な墮胎法を採用している国の 非在住民への適用規定

自由な墮胎法のある国々は、これらの法律の便宜を受けようとする外国人女性にどのように対応したらよいかという難問に直面しており、“墮胎天国”にならないように特別な配慮をしている。このような事情は連邦組織をもつ国々にでも同様である。たとえばアメリカのアラスカ、ハワイ州では、最低滞在日数をそれぞれ30日、60日と規定している。オレゴン州では州在住者のみに適用している。スイスでは法律の解釈が各州で異なっているが、スイス国民には特別な制限規定はないが、外国人女性にはある。ジュネーブ州は1960年法改正を行ない、スイスに定住していない外国人、および滞在3カ月未満の外国人女性の墮胎希望者に対して、委員会を設立し責任ある対応をすることを規定した。この委員会の職務は墮胎許可証（否認も含む）の発行である。しかし医学的問題があつて墮胎を直接許可できない場合は、妊婦を医師に紹介し診察を受けさせ、その結果許可証を発行する。この場合、許可は診察した専門医の判断が根拠となる。バウド州では1956年に法改正し、滞在3カ月未満の外国人女性が墮胎を希望した時は医師が診察し、その結果を州の医務担当官に報

告書として提出するよう規定されている。州医務担当官はその報告書を委員会に送り審議を求める。この委員会の許可が、外国人女性に墮胎を許可する唯一の方法である。

ブルガリアでは、外国人女性の中絶に次の条件が満たされる場合認められる。(1)医学的理由から手術が必要である。(2)ブルガリアと衛生協定を結んでいる国の国民で、流産の徴候がある時。(3)外国籍ではあるが長期間ブルガリアに滞在または在住している女性（この場合、手続きはブルガリア女性と全く同様である）。ハンガリー、ポーランドでは特に自由な墮胎法が施行されており、外国人に特別な制限規定を設けてはいない。また手続きもハンガリー、ポーランド人と同様である。チェコスロバキアの墮胎法では、長期間在住している外国人女性にはチェコスロ

バキア人と同様に適用される。しかし短期間滞在の外国人女性には制限がある（医学的適用については除外）。外国人女性が墮胎を希望しているが認めることができない場合、自分の国に帰国するように忠告する。

スウェーデンの法律には理論上は、国民と外国人女性との間に特別な区別はしていない。しかし実際的には、外国人女性に墮胎の許可が与えられるのは極めて稀である。それは外国人の場合、その個人の医学的、社会的調整をすることが不可能であるという理由からである。

1970年のデンマークの法律は、デンマークに定住している女性（広範囲な適用がある）と他の女性（医学的適用のみ）との間に明確な区別をしている。

統計にみるヨーロッパの精神医療体系

—世界の精神医療比較(1)—

Mental Health Systems in Europe

社会精神衛生部 宗像恒次

Tsunetsugu Munakata

1. 世界精神医療体系の
比較分析への接近

精神医療体系は、社会学的にみると、それぞれの国の歴史的な社会文化構造を反映する社会体系の一つである。人々が精神障害と今日呼ぶ事象の意味、原因、性質をどのように捉え、その事象にどのようにかかわるべきか、それぞれの国や歴史によって多様な信念や社会的期待の体系がみられる。人々は、これらの信念や社会的期待に則って、精神障害と呼ばれる事象にかわりをもってきている。

たとえば、精神症状と呼ばれる特定の逸脱行動をとるものに対して、歴史文化的にいて、人々は救世主、予言者、哲学者、宗教家、霊媒者、魔女、精神病者などとして、英雄的な行動、予言、原理追求、憑依、受刑、受療などの行動を期待してきた。また、彼らにかかわるものに、畏敬、崇拜、処刑、祈禱、統制や保護、治療、リハビリテーションなどの行動を期待してきた、すなわち、その逸脱行動は、魔術体系、宗教体系、医療体系などによって社会的に対処されてきたといえる。

精神医療体系は、それらの体系のうち、精神症状、神経症状をもつ人々に受療や自己管理を、彼らにかかわるものに保護、治療、リハビリを社会的に期待して、人々が相互作用する体系である。

ところで、今日グローバルにみると、この精神医療体系が社会体系としてどの国においても

優勢なものとなっているわけではない。精神医療に関する信念以外のものが社会的に優勢であることが多いからである。

私達は、比較社会学的に、人類学的に精神障害をめぐる事象にかかわる社会体系を検討する必要がある。今回は、今後の本格的検討を加える予備的試みとして、主としてWHO本部、各支部の統計データを用いて各国の精神医療体系を中心に比較しようとしている。その後、各国のフィールドワークを通じて、あるいは国際的協同作業として、比較研究をすすめることになるだろう。

2. ヨーロッパの精神医療体系
の全体的特性

a. アジア諸国との比較

① 図I-1のaとbを比較してみると、ヨーロッパ諸国はアジアの国々に比べ、人口1万に対する精神病院精神病床がずい分多いことに気がつく。アジアだけではなく、アフリカやアメリカ諸国を入れても、主なところは、カナダ15.5床、ジャマイカ15.0床、ウルグアイ14.0床、USA 10.5床などで、世界的にみても精神病床の多い精神医療体系を形づくっているといえる。

なかでも、アイルランド、フィンランド、スコットランド、北アイルランド(U.K.)、ノルウェー、スウェーデンなど北欧を中心として顕著である

ことがわかる。

これは後述することになるが、平均余命の延長に伴う人口高齢化が世界に先がけて早く、精神病床を必要とした老年期精神障害者が増大したこと、慢性精神障害者の高齢化、早くからの医療福祉制度の充実などがその主な背景といえる。

従って、近年これらの高齢化した患者のナーシングホームへの移動は、精神病床の減少をもたらしている。

② 人口対入院患者数に関して、図 I-2 の a と b とを比較してみると、ヨーロッパ諸国は、アジア諸国の場合と比べ圧倒的に多く、精神病床と同様の格差を示している。

フィンランド、スウェーデン、スイス、スコットランド、西ドイツなど北欧諸国を中心として、入院患者数が多く、増加傾向を示している。これは高齢、慢性精神障害者を中心にして、患者のナーシングホームなどへの移動がおこなわれており、平均在院日数の減少にみられるように、入退院の増加による病床回転率が増加したことが主な背景となっている。

③ 精神病床への需要の程度を示す精神病床に対する入院患者数をみると、ヨーロッパ諸国は、アジア諸国に比べ、図 I-3 のように全体的に低い。また、チェコ、ユーゴ、スイス、スウェーデンなどは、他のヨーロッパ諸国に比べ、精神病床需要が高く、患者の他施設への移動、増床などがみられる。

④ 表 I-1 のように全精神病院の中で1,000床以上規模の病院割合が30%を越える国は、(一つの精神病院しかないルクセンブルグやマルタを除くと)西ドイツ、フランス、U.K.、スウェーデンなどであり、精神病患者の隔離、監護をねらった伝統的な大規模精神病院体制をもった国々であることがわかる。

今日、大規模病院は、患者と職員との密接な関係を阻げ、望ましくないことは一般的に合意がみられ、小規模化がすすめられている。

⑤ 精神病床の利用率をみると、大半の国々

は90%前後であり、アジア諸国のビルマ、ホンコン、モンゴル、日本のように100%を越す国は、既にみられないようになっており、スペインなどを除くと、全体的に病床利用率は減少傾向にあり、ノルウエー、西ドイツ、イタリアなどはそれが顕著である(図 I-4, a)。逆に、アジアのインドネシア、シリア、韓国などのように80%以下の病床利用率は、ギリシアを除くとヨーロッパにみられない(図 I-4, b)。

かつて、ヨーロッパにおいても、100%を越す利用率がみられ、患者の収容、隔離的な人権を軽視した考え方を反映した状態があったが、今日ではこのような処遇があまりみられなくなってきたといえるだろう。また、アジアのように病床が十分利用されない状況というのは、その国が精神医療体系で精神障害者をみるというより、伝統的な血縁、地縁の社会的ネットワーク体系によって保護していることを示すと思われる。

⑥ 精神病院の平均在院日数をみると、1,000床を越える精神病院を一つもつルクセンブルグの493.5日を最高に、オランダ、ノルウエー、スコットランド、スペイン、イタリア、フィンランドが200日を越え、日本を例外とするアジア諸国より全般的に長い(図 I-5)。これらの国々は古くから、精神病院で患者を収容し、長期在院患者をかかえているにもかかわらず、高齢、慢性患者のナーシングホーム、ホステルへの移動やアフターケア体制が不十分な状態を示しているといえるかもしれない。

しかし、今日、図 III-6 のように全般的には急速に平均在院日数を減少させており、退院させ、他施設や家庭への移動を促す政策がとられている。

b. 各種社会指標との相関

a での検討から、疑問がでてくることは、ヨーロッパ諸国がどうして、精神病床、入院患者などが世界的にみて多いかである。そこで、各国の国民所得、失業率、65歳以上人口比、平均余

命、出生率、一般医療の指標といった社会経済的要因、デモグラフィックな要因など相関させてみた。

① まず、精神病院病床（人口1万対）については、1人当り国民所得や65歳以上人口比、平均余命、各種病院（総合病院、医療センター、産院、精神病院、特殊病院など）すべての人口1万対病床数と相関を示し（図II-1, 2, 3, 5）、出生率とは、逆相関を示した（図II-4）。失業率とは相関がみられなかった。

すなわち、その国の1人当り国民所得が高くなり、生活水準が高い程、また国民の平均余命が長くなり、65歳以上人口が高くなるにつれて、精神病床は多くなっている。この場合、精神病床のみならず、一般の病床を含めた全病床が同様の傾向をもっている。フィンランド、アイルランドについては、とくに平均余命との関連性が強いものとなっている。

② 精神病院入院患者（人口1万対）についても、同様の傾向を示した（図II-6, 7, 8, 9, 10）。

③ 平均在院日数についても、人口の老齢化指標と関連し、全病院病床も同じ傾向を示した（図II-11, 12, 13, 14, 15）。

④ 病床利用率については、人口老齢化指標と関連がなかった。しかし、精神病院での利用率は、その国の全病院の利用率と相関した（図II-16）。

以上のことから、国民所得が高くなって生活や福祉（保険を含む）水準が向上し、平均余命が長くなり、また出生率が低まり、人口が老齢化するにつれて、精神病院病床数、入院患者数が多くなり、平均在院日数は延長していく。そしてこのような精神病院の特性は、その国の全病院の特性であり、精神医療だけのものではないといえる。

3. ヨーロッパ諸国の精神医療体系

① スウェーデン 人口826万人（1978年）のこの国の人口に対する精神病床の多さは、スコッ

トランドなどと並んで、世界でも有数である（図III-1）。精神病院病床は、1976年で37.2（人口1万対）であり、30の精神病院があるが、その33.3%が1,000床以上の大規模病院となっている。

また、精神病床は、総合病院や精神障害者のナーシングホーム等にもあり、その病床比は、精神病院35、ナーシングホーム6、総合病院1ぐらいである。大規模で、病床数が多いのは、精神病院だけではなく、一般病院でも同様であり、国の医療政策として大病院主義がとられてきたといえる。

この精神病床の多さの背景は、入院患者の増大があげられ、とりわけ老人の精神障害が多いことにある。スウェーデンの人口の老齢化は、北欧以外の国々からみると早く、65歳以上の人口割合が、1900年8.4%、1950年10.3%、1976年15.5%と2倍近く増加している。これに関連して、老年期精神障害が増大し、精神病院患者の半分近くが、老年精神病患者であり、精神分裂患者の2倍近くになった。

しかし、1965年以降の入院患者の増加にもかかわらず、人口対精神病院病床、平均在院日数の縮少をみてもわかるように、（図III-2, 6）、老人患者を精神病院よりも、ナーシングホームでケアする方向がとられてきた。そして、多くの委員会は、とくにリハビリテーション機能をそなえていない旧型精神病院（21病院）を廃止するよう提案している。とりわけ、患者団体は、精神病院に精神科医療を期待せず、それを10年以内に廃止するよう期待している。

ところで、精神病院にかわるべき総合病院での精神病床の増床が必要であるが、総合病院の精神科は、法的に治療的な隔離をおこなわせる拘禁法（The Detention Act）による全入院患者の25%の患者を引き受けたがらないことがあり、総合病院での増床が阻げられているといわれる。そこで、総合病院が、拘禁法にもとづく患者や短期的に重症な危機をもつ患者を入所させる施

設をそなえ、また精神病院を回復期ホーム、慢性期患者ホームにかえ、総合病院の付属施設とする。さらには、それらを家庭的な環境をもつ住居へと移行することが計画されている。この成功には、住民の精神障害への態度変化や精神衛生プライマリヘルスを担うマンパワーの量と質の確保が不可欠とされている。

② ノルウエー 人口40万人(1978年)のこの国も、スウェーデン同様人口対精神病床数は多い。精神病院病床は1977年で30.0床(人口1万対)であり、それ以前5年間は目立った増減の変化はない(図III-2)。しかし、スウェーデン、西ドイツ、フランス、U.K.などのような1,000床を越す大精神病院はなく、平均440床規模のものが34施設ある。その他、精神病床は総合病院精神科、ナーシングホーム、精神遅滞者病床、アルコール及び薬物中毒者病床がある。

ノルウエーもスウェーデン同様の速度で人口が老齢化しており、老人精神障害者が多くなり、入院患者数や病床数は増加してきている(老人その他の器質的精神病患者は1950年以前に比べて倍増)。他方では脱入院化政策をとっており、精神病院患者はナーシングホームや家庭などへ移され、精神病院の在院患者は1965年8,500人をピークとして、1973年6,500人と減少し、1950年代で12.5%の病床利用率であったものが、現在90%(1977年)となっている(図III-5)。また、平均在院日数も1960年代500日近くあったものが、1977年では355.8日と減少している(図III-6)。

もちろん、入院患者は増加の傾向を示し、9,000人の入院患者のうち66%が再入院となり、病院収容されていた患者は、病院と地域との間を流動する形となってきている。1973年調査では、退院したものの30%は1ヶ月以内に、84%は6ヶ月以内に再入院している。自由入院患者は、1973年年間9,000人の入院患者のうち、64%をしめ、1908年の44%に比べて増加している傾向がみられる。

1976年の調査では、在院患者の41.5%は1年

以上在院、36%は2年以上在院、12%は10年以上在院となっており、古い慢性患者(the old chronic patients)は減少し、イギリスでS. MannやW. Creeも指摘している新しい長期在院患者(the new long-stay patients)問題が生じてきているといえる。その他、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物中毒等の増加も急速である。

ノルウエーの精神医療供給は、地域を単位として精神病院が中心となり、病院外の地域サービスをも責任をもっている。すなわち、外来クリニックをへき地で開いたり、クライシス介入プログラムを実行したり、24時間予約なく通院できるクリニックを開催している。そして、1969年の病院法によって、精神病院は病院職員のみではなく、地域で精神衛生活動をおこなっている職員の継続教育活動をおこなう責任があるとされた。

③ フィンランド 人口47万人(1978年)で、ノルウエーより少し人口の多いこの国は、他の北欧諸国と同様、精神病院病床は多く、52.3床(人口1万対)となっており、それはまだ明確に減少する傾向にない(図III-2)。しかし、ノルウエーと同様、1,000床以上の大規模病院はなく、500床以下のものが中心で71施設ある。

一般医療と同様、精神医療においても、地域区分が重視され、フィンランドを21区域に分け、それぞれ1カ所基幹精神病院に数カ所の精神病院や精神衛生センターがある。現在93ある精神衛生センターでは、デイホスピタル、ナイトホスピタル、ホステル、ホームケアなどの地域ケアが患者のリハビリテーションをすすめている。

フィンランドの人口老齢化は、スウェーデン、ノルウエーに比べると若干遅い(1970年11.4%で2000年に12.4%に達する予測であるが、スウェーデンでは1976年に15.5%に達した)。しかし、着実に人口老齢化に伴う老人精神障害も増加しており、平均在院日数の増加の傾向がみられる(図III-6)。

④ デンマーク 人口509万人(1978年)で、

フィンランドより若干人口の多いこの国では、スウェーデン、ノルウェー、フィンランドのように精神病院病床は多くない。1975年で22.9床（人口1万対）となっており、病床規模も北アイルランド、フランス、西ドイツのように1,000床以上が30%を越すことはなく、全精神病院35施設中4施設(11.4%)は1,000床規模であるが、500床以下規模の施設が大半である。精神病床は、他に総合病院精神科、精神科ナーシングホーム、精神遅滞者病床などにそれぞれある。

この精神病床は、1975年では明確に減少する傾向にないが、入院患者は年々増加してきており、患者の老齢化もすすんだ。従って、老齢化した慢性精神障害者は、精神科ナーシングホームへ移され、平均在院日数は減少傾向が強い(図III-6)。

1950年中ばから、国立精神病院とは別に地域の総合病院に小規模精神科部門をつくってきたが、それは1976年に廃止され、200-400床規模の国立精神病院を総合病院に併設される計画がだされ、既に三つの病院がつくられた。

しかし、これらを含めた全国立精神病院は州(county)に移されたため、1973年以来財政問題が深刻化して、さらに精神病院改革案が出された。そこで、財政負担の少ない方法が求められ、デイホスピタルや外来サービスを強化し、精神病床の減少、総合病院と精神病院の連携強化が求められている。

⑤ オランダ 人口138万人で、人口密度はヨーロッパ有数のこの国は、北欧のように精神病床は多くなく、1976年の精神病院病床は18.9(人口1万対)である。病床規模も1,000床を越えるものは全精神病院のうち、8.3%であり、大規模なものはほとんどない。1976年、69精神病院(小児、青年、アルコール中毒、薬物中毒、犯罪精神障害者などのための特殊施設を含む)で24,034床、67総合病院精神科1,800~1,900床、7大学病院精神科約600床、130ナーシングホーム、14,000床、138精神遅滞者施設25,600床の計66,000床ある。

精神病床は漸次減少しているが、入院は次第に増加しつつある(図III-2, 3)。

1974年、精神病院(38施設調査)の在院患者は、1年以内26.7%、1~2年7.8%、2~5年10.8%、5~10年10.8%、10年以上43.9%と、長期在院者が少なくないが、現在1年未満在院が増加し、2年以上在院は次第に減少している。年齢的には65歳以上29.8%、分裂病者34.2%、痴呆を含めた脳器質障害14.7%となっている。今後、老年期精神障害は増加していくだろう。

これまでナーシングホームの増床によって、平均在院日数769.5日(1965年)を387.8日(1975年)に減少させてきているが(図III-6)、さらに将来、ナーシングホームの増床、精神病院の250~300床規模への縮小、ホステル・ハーフウェイハウスの増設、総合病院の増床等が計画されている。

⑥ ベルギー 981万人をかかえ、オランダにつぐ人口密度のこの国では、北欧のように精神病床30.0床(人口1万対)を越えることはないが、25.5床とヨーロッパでは平均的なところであり、病院規模も1,000床以上越えるものが7.7%と、フランスやU.K.のように大規模ではない。

精神病床の構成は図III-7のようになっている。

従来、ベルギーの精神病院ではさまざまな精神障害を区分することなく入院させていた。1960年代初め、病院法がつくられ、精神疾患と精神遅滞を区別し、1974年さらに、精神病院の再編成及び地域での外来サービスの確立のための新しい法律がつくられた。すなわち、(1)Aサービス—短期急性期治療を総合病院で人口1万対1.5を最大とする。(2)Tサービス—精神病院で社会的リハビリテーションをおこなう病床人口1万対9.0を最大とする。(3)Vサービス—終末まで長期的なりハビリテーション病床を人口1万対10.0を最大とする。

さらに、1975年、外来精神衛生サービスの開発のために、精神病院及び総合病院の職員でチー

ムをつくり、人口5万人対1カ所の外来サービス部門が計画され、個々の患者治療だけではなく、地域精神健康の増進も志向されている。

このような中で、精神病院病床は減少傾向にあり、現在人口1万対2.3とほぼ目標達成されつつあるようだが、いまだ12,000床が慢性精神疾患患者によって、4,000床が老年精神遅滞者によって占められているといわれている。

その他、ベルギーではゲールヤリルノで、それぞれ950人、200人住んでいる里親制度があることで有名である。

⑦ 西ドイツ 人口6,140万人(1978年)のこの国で、精神病院病床は17.8床(人口1万対)と、北欧に比べて低く、むしろ日本の場合に近い。しかし、病床規模1,000床を越す大規模精神病院が多いことではヨーロッパ有数である。しかも、これは人里はなれたところにある。患者の家から全体の40%は66 km以上はなれたところにあり、20%は100 km以上はなれている。そして職員は不足しており、平均で60床に1人の精神科医、506床に1人のサイコロジスト、540床に1人のケースワーカーとなっている。

精神病床は、精神病院以外に総合病院や精神科ホームなど図III-8のような数と構成比になっている。それらの施設での診断別患者構成は図III-9のとうりである。

ところで、図III-10のように、精神病院、とりわけ大規模の場合、平均在院日数は長く、入院が長期化している。

また、図III-11のように、アルコール中毒患者や薬物中毒患者の増大は、最近の傾向である。

また、精神障害老人が増大しているが、それらの半分はナーシングホームの方が適当であるといわれる。

さらには、17,000人以上の精神遅滞者が不適切にも精神病院に入院させられている。

慢性精神障害者についても、里親やホステルの方が適当であることを認められつつある。

また、慢性精神障害者、緊急ケース、危機介

入のための外来ケアは必要であるが、精神病院の1/3はそのような外来サービスをもっていないし、デイホスピタルも少なく、不便なところに多いといわれている。

⑧ フランス この国は人口5,308万人で、精神病院病床20.1床(人口1万対)とヨーロッパで平均的な値である。1,000床以上の大規模病院は43.7%と多いが、その活用のされ方は西ドイツ等の場合と異なる。

1838年精神病者法によってフランスを89区域(département)に分け、それぞれに一つの精神病院を設置することを義務づけたが、これを基盤にして、1960年の政府通達によって、地域精神医療計画が立てられ、地域医療が展開されることになった。

人口7万人の管轄地域を設定し、あらゆる精神衛生問題をかたよりなく対応する精神衛生チームをつくり、異なった課題の多くを一つのチームで総合しておこなうことに、その特徴がある。古い精神病院は、病棟及び病棟群に分割され、いくつかの地域精神保健チームがつくられることになった。他方、そのチームの管轄地域には、精神衛生診療所、デイホスピタル、ナイトホスピタル、ハーフウェイハウス、ホームケア、特別雇用サービスなどの外来施設が次第につくられてきた。

そのような中で、古い病院の分割した形で、各チームを編成したので、管轄地域に必ずしも担当病院がなく、1時間以上も遠い所にあたりするので、チーム間の意志疎通を阻げたりする。また、彼らの地域活動により着実に精神病院から多くの患者が退院したので、残っているより重症の患者のケアをする看護職員のモラルが低下する等々の問題をかかえている。

しかし、最近増加しつつあるアルコール中毒や青少年問題を含めて、あらゆる精神衛生問題をさまざまな資源を活用しながら、対応する一つの精神医療体系として、ユニークである。

⑨ U.K.: イングランド、ウェールズ U.K. についても、イングランドとウェールズの他、ス

コットランド、北アイルランドがあり、それぞれ地域差が大きい。スコットランドや北アイルランドは、北欧に似て人口対病床数が多く、減少してきているが、スコットランドでは1977年においてさえ47.1床（人口1万対）あり、また1,000床以上の大規模精神病院も多い。これに対して、イングランドとウェールズは、地域精神医療体制によって、在院患者の人口1万対を1970年の23.3人から1977年の17.6人に減少させている。

入院患者は、1964年の34.7人（人口1万対）から1977年の37.8人と増加し、新入院患者の場合、1970年13.7（人口1万対）から1977年の12.2と毎年減少し、逆に再入院は1970年23.7から1977年25.6%と増加している。年齢的には図III-12のように70歳以上や55～64歳の高齢層の増加がみられる。診断各別には、分裂病は減少し、アルコール中毒、パーソナリティ障害、行動障害が増大している。

在院日数別にみると、1年未満や5年以上患者は減少し、1年以上2年未満のいわゆる“新しい長期在院患者”が次第に増加しようというきざしがみられる（図III-13）。

外来やデイホスピタル患者は、増大傾向がみられる。

これに対応して、職員の増加傾向もうかがえる（図III-14）。

かつて（1960年）、精神病床の減少を精神科デイケアとホステルの増大によって、おこなおうとして、ホステルに慢性精神患者を大量につまらせるような形で失敗した。

その後、精神病院を分割して、総合病院の精神病棟化をすすめ、また開業医の再教育によってプライマリメンタルヘルスを強化し、地域看護サービス、ソーシャルサービス、雇用サービス、住宅サービスやボランティアサービスとの連携によって、患者のアフターケアが推し進められた。

このような中で、グループホームや認可された宿泊所（lodgings）などの居住ケア、ボラン

ティアワークや人々の精神障害者への態度に影響を与えるコミュニティーワーク（家族会活動を含む）、危機介入システムや雇用ケア、回復者の相互扶助、自己扶助のためのセルフヘルプ（自助）集団など、地域精神衛生資源は開発され、精神障害回復者の地域生活を支え、スウェーデン以上に人口高齢化し、老人精神障害者を多くかかえながらも、在院患者人口1万対17.6人に減少させることができた。

⑩ イタリア 人口5,645万人のこの国に、1904年以来的精神医療体系を根本的に変革する新しい法律が1978年5月に通過した。

これまで、大規模な精神病院が老人や低階層の患者を中心としてかかえ、隔離、監護するケアがおこなわれていたが、医師のボサグリアなどを中心とした精神科医の訴えが、世論や政治家に支持され、精神病院の減少、廃止や外来サービスの充実への運動が1968年の立法に向けておこなわれ、1963年ごろから次第に精神病床が減少してきた（図III-2）。1968年の立法はうまくゆかなかつたが、1978年西欧の中での最も徹底した地域精神衛生のための法が成立した。

新しい法律によれば、入院患者ケアについては、(1)大規模な国立病院に新しい患者入院は認可されない。(2)1980年12月31日まで、病院外の患者が、自由に再入院できるが、1981年1月1日以降は認められない。(3)新しい精神科病棟の建設あるいは国立病院の総合病院精神科病棟としての使用は禁止される。(4)総合病院の精神科病棟は認められるが、15床を越えることができず、また地域精神衛生センターと連携されなければならない。強制入院については、次の場合におこなえる。(1)強制的な鑑定や治療については、地域を基盤とした施設の中においておこなわれるべき。(2)総合病院への強制入院は、緊急な介入が必要なとき、必要な治療が拒否されているとき、地域での治療がおこなえる機会がないとき、2人の医師あるいは市町村長または代理者がケアとりハビリテーションを必要と認める場合に許される。等々。その他について、(1)

強制入院は危険性があることをその該当基準とはしない。(2)保健医療と社会福祉との資金は区別されていない。(3)地域を基盤として、管轄されるサービスは、米国の地域精神衛生センター(CMHC)と似ているが、管轄地区(人口10万から12万人単位)内に総合病院精神科15床のみ許されるという点などは異なる。

L. R. Mosherの1978年6月からの一年間の経過報告によれば、(1)入院患者が18%減少した。(2)強制入院が60%減少した、(3)患者の大量放出はほとんどみられない、(4)元患者の自殺や犯罪の増加はみられない、(5)私立精神病院への入院に認めうる変化はない、ということであった。この一年間では、それ程激的な変化はみられず、1968年以降すでに入院患者は40%減少していたので、これを多少促進した程度といえる。米国の一部にみられたような患者の大量放出はなく、大部分の退院患者はナーシングホームか家族のもとに帰った。家族ともともと密接な相互関係があるという、イタリアの家族主義的な文化の反映と政府補助金が利用できるというのが、家族のもとに患者が移れた背景であるといわれる。まれに、グループホームや共同アパートへ移った人もいる。病院に残っている人もいるが、彼らは客(guest)として呼ばれ、処遇されている。

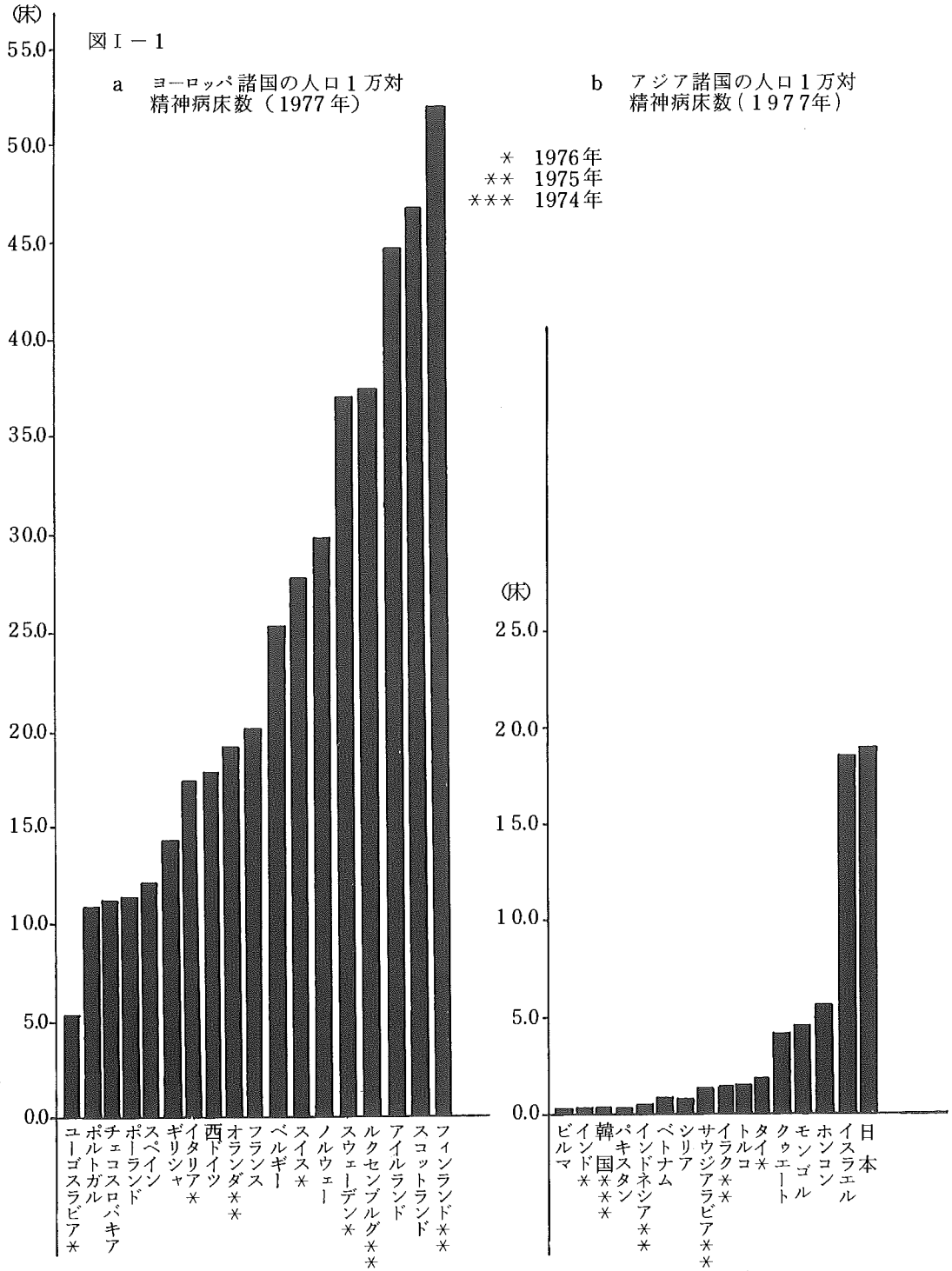
⑩ スペイン 人口3,667万人で、65歳以上人口は、全体の10.1%(1975年)と、スウェーデンの16.2%(1977年)、西ドイツ16.3%〔1977年〕に比べると低く、人口高齢化は、ユーゴスラビアなどとともこれから問題である。だが、他のヨーロッパ諸国のかつての問題が今この国におこっている。保健医療や精神衛生の統合された行政当局の欠如、精神病院と外来サービス機関の関連性の欠如、職員不足(1病床当り0.25職員)、訓練不足、建物の旧設備などの中、平均在院日数は増加一方にあり、人里はなれた精神病院に隔離された患者の施設症状が問題となっている。政治的、行財政的問題がこれらの問題解決を大きく阻んでいるようである。

4. おわりに

ヨーロッパの精神医療体系は、北欧系、四大国(イギリス、フランス、西ドイツ、イタリア)、中欧系、東欧系、地中海系など、特徴ある類型に区別できるように思われるが、その背景に政治条件、経済社会条件、人口構造、医療・福祉一般の構造などの相異がある。国がどのような政治形態で、どのような社会づくりをめざしているか、国民総生産や国民所得であらわされる経済力がどの程度か、施設を求める老人が人口の何割を占めるのか、医療・福祉制度は一般的にどのようにつくられているのか。これらについて、ヨーロッパ諸国は、その内部でも特徴の違いを示したが、世界のその他の国々から見ると、全体的に共通面があり、精神医療体系のある種の西欧的同質性を示しているようである。

参考文献

- (1) WHO: World Health Statistics Annual, VI, II, III.
- (2) WHO, Regional office for Europe: The Future of Mental Hospitals, 1976.
- (3) WHO: The law and Mental Health, 1978.
- (4) WHO, Regional Office for Europe: Crisis Admission Units and Emergency Psychiatric Services, 1979.
- (5) United Nation: Demographic Yearbook, 1977.
- (6) WHO: Mental Health Services in Europe, 1976.
- (7) United Kingdom Dept. of Health and Social Security: Statistical and Research Report Series No.23.
- (8) OECD: National Accounts of OECD Countries, 1980.
- (9) United Nation: Yearbook of National Accounts Statistics.
- (10) 橋本他編:世界の公衆衛生, 日本公衆衛生協会, 1981.
- (11) Mosher, L. R: Italy's Revolutionary Mental Health Law, A. J. P., 139: 2, 1982.
- (12) Mann, S. and Cree, W.: Brit. J. Hosp. Med., 56, 1975.



出所：World Health Statistics, WHO から宗像恒次が作図。

図1-2

a ヨーロッパ諸国における人口1万対入院患者数 (1977年)

b アジア諸国における人口1万対入院患者数 (1977年)

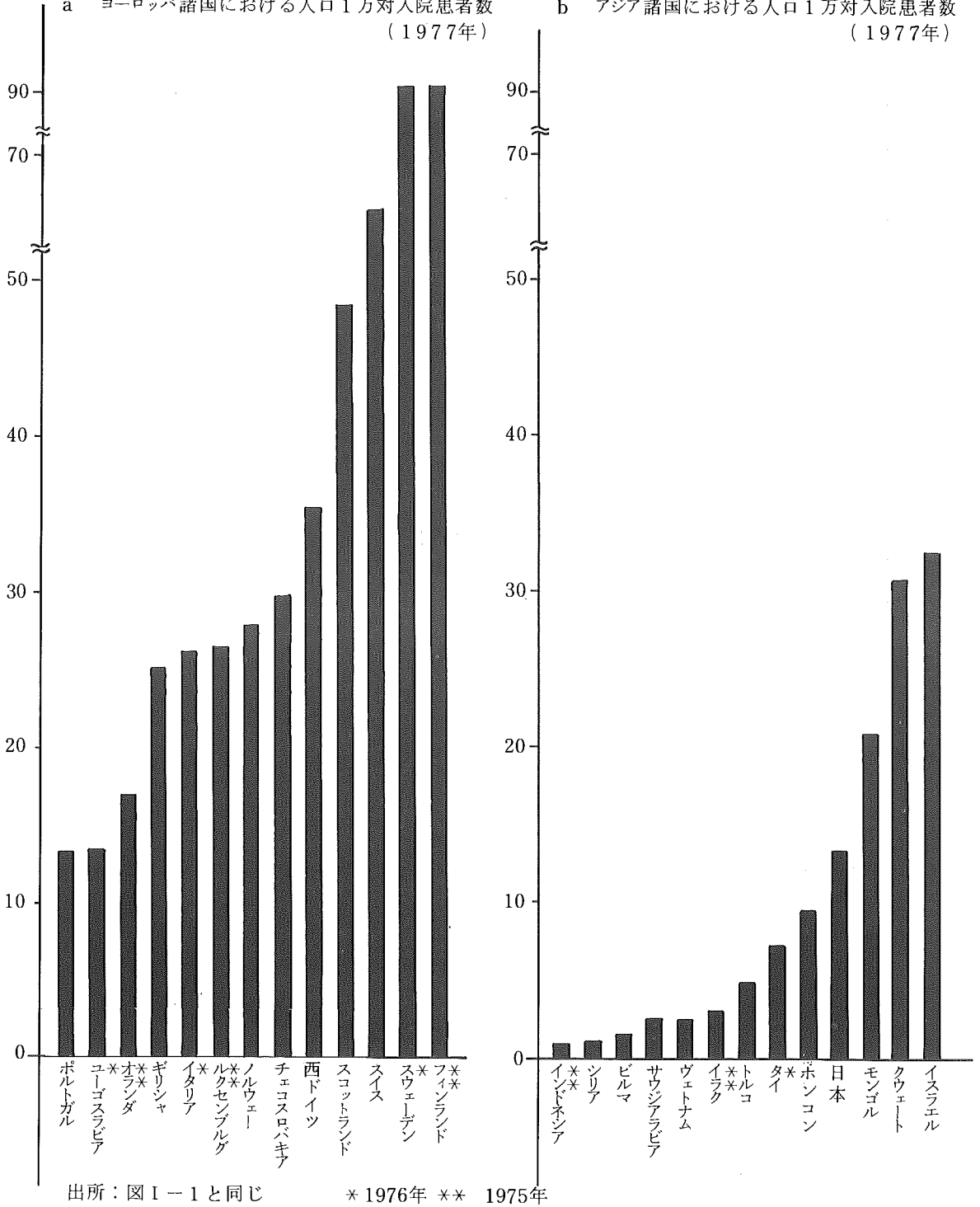
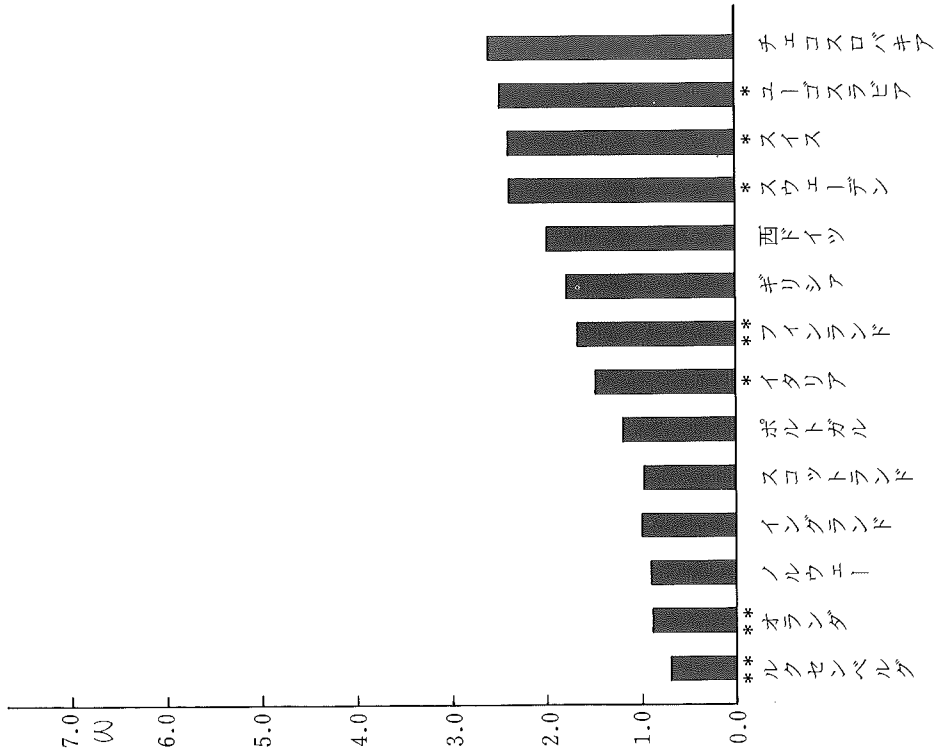
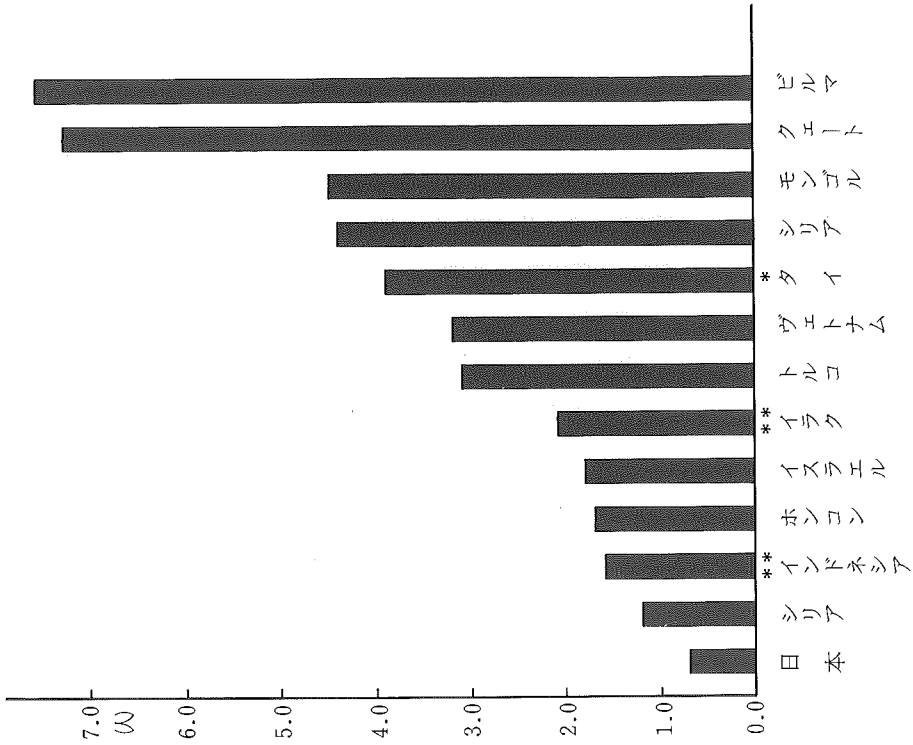


図 I-3

a. ヨーロッパ諸国における精神病院病床対入院患者数 (1977年)



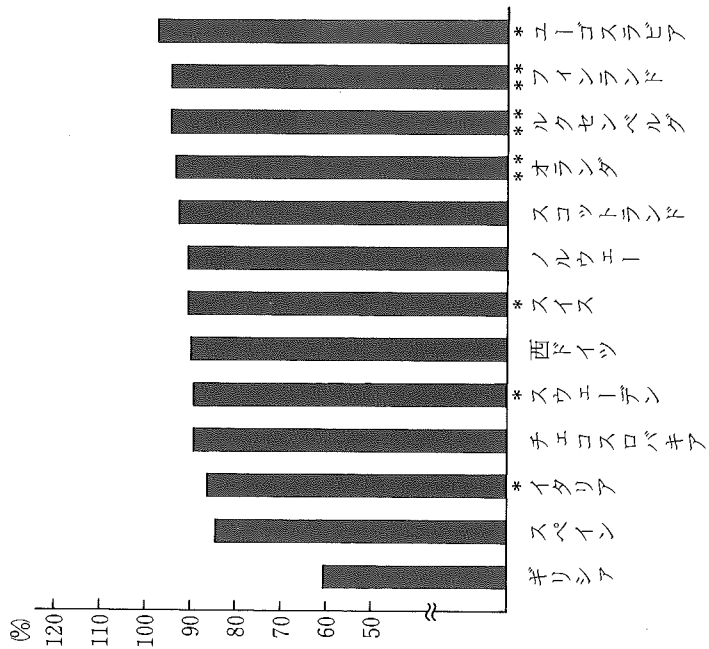
b. アジア諸国における精神病院病床対入院患者数 (1977年)



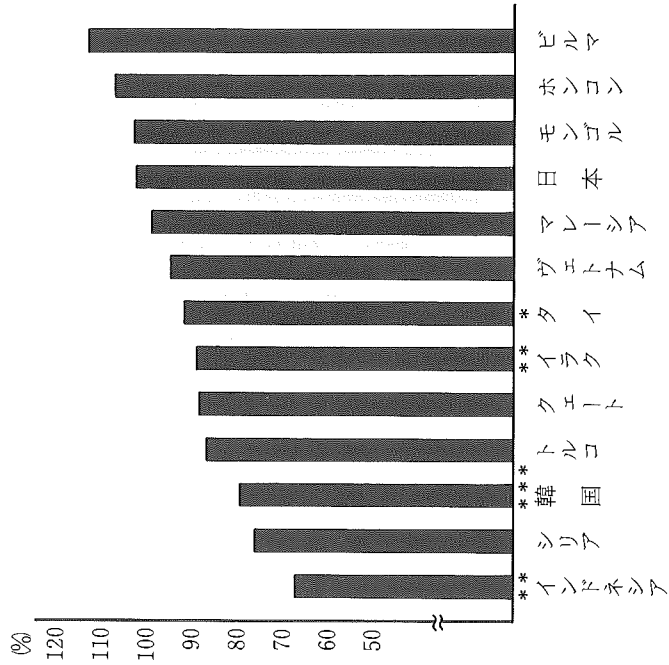
*1976年 **1975年
出所：図I-1と同じ

図 I-4

a. ヨーロッパ諸国の病床利用率 (1977年)



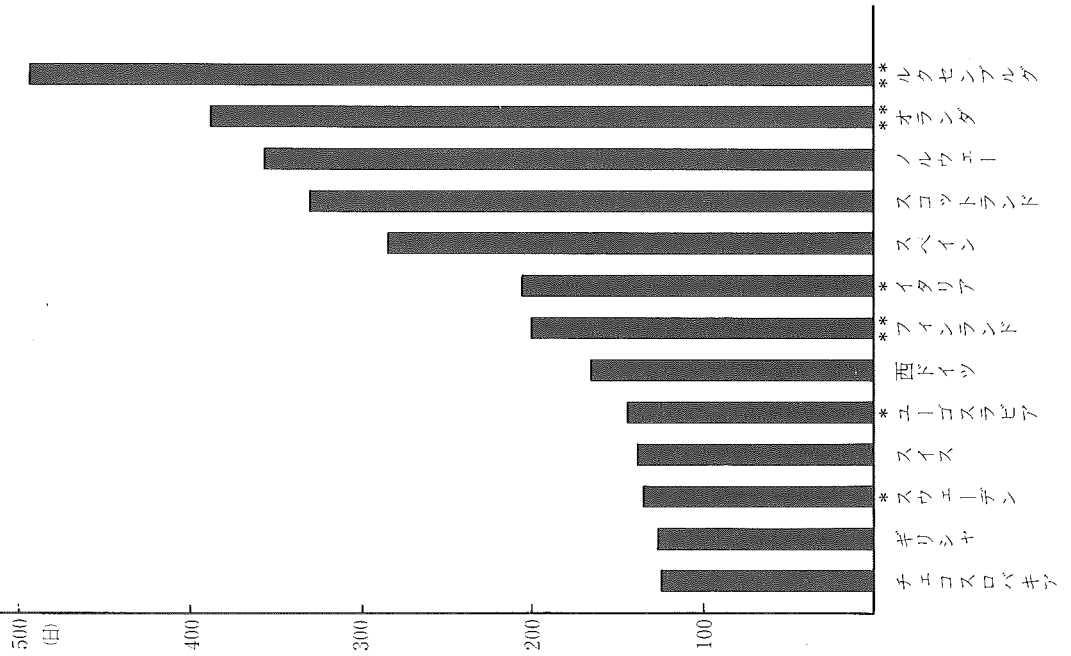
b. アジア諸国の病床利用率 (1977年)



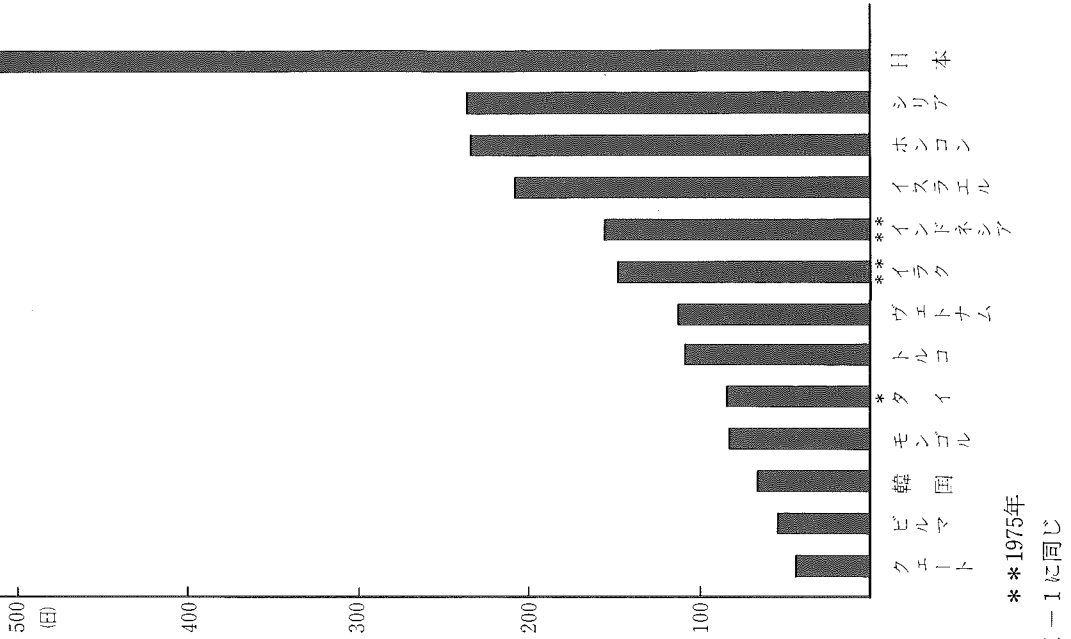
* 1976年 ** 1975年 *** 1974年
出所：図 I-1 と同じ

図 I-5

a. ヨーロッパ諸国の精神病院平均在院日数 (1977年)



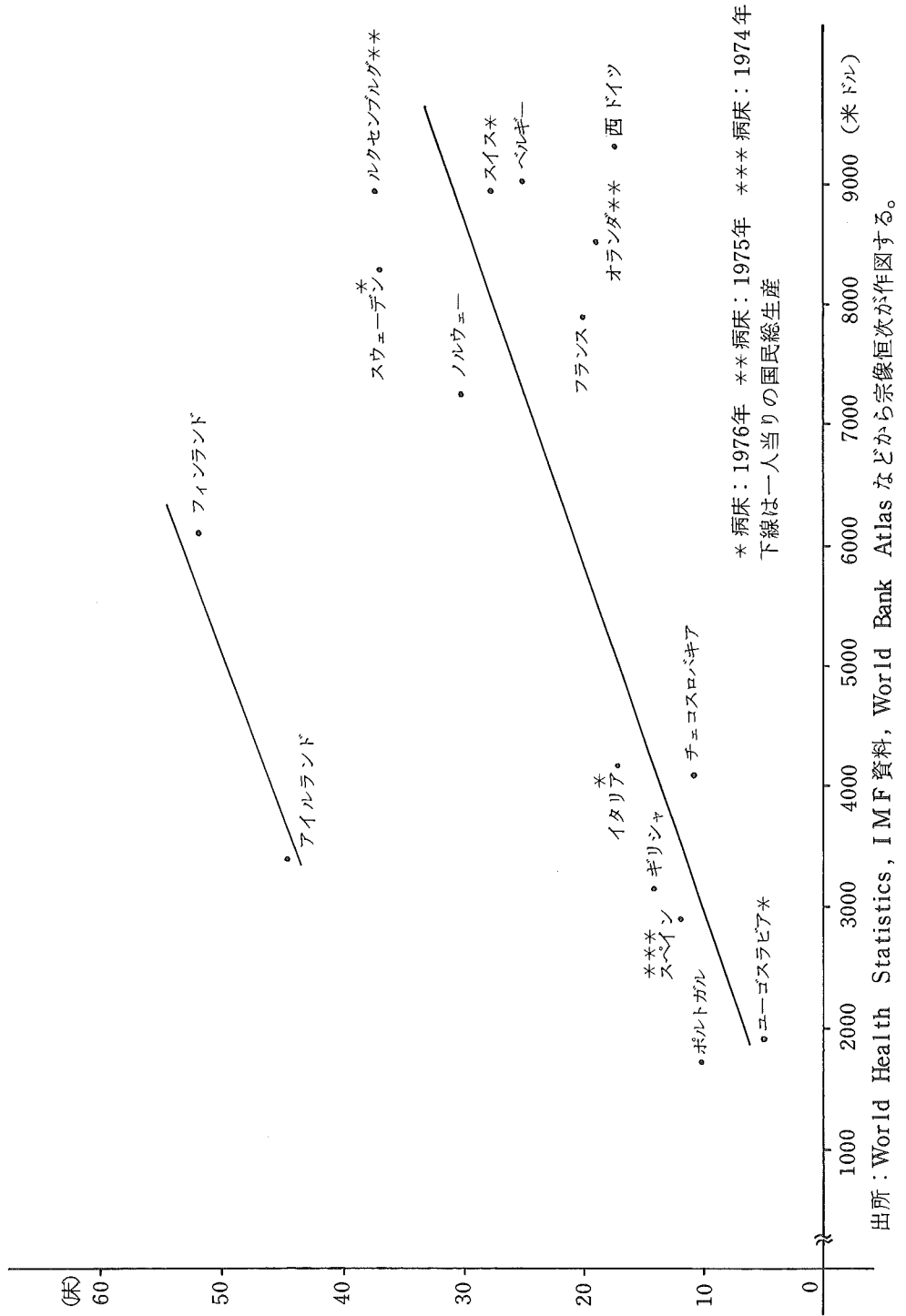
b. アジア諸国の精神病院平均在院日数 (1977年)



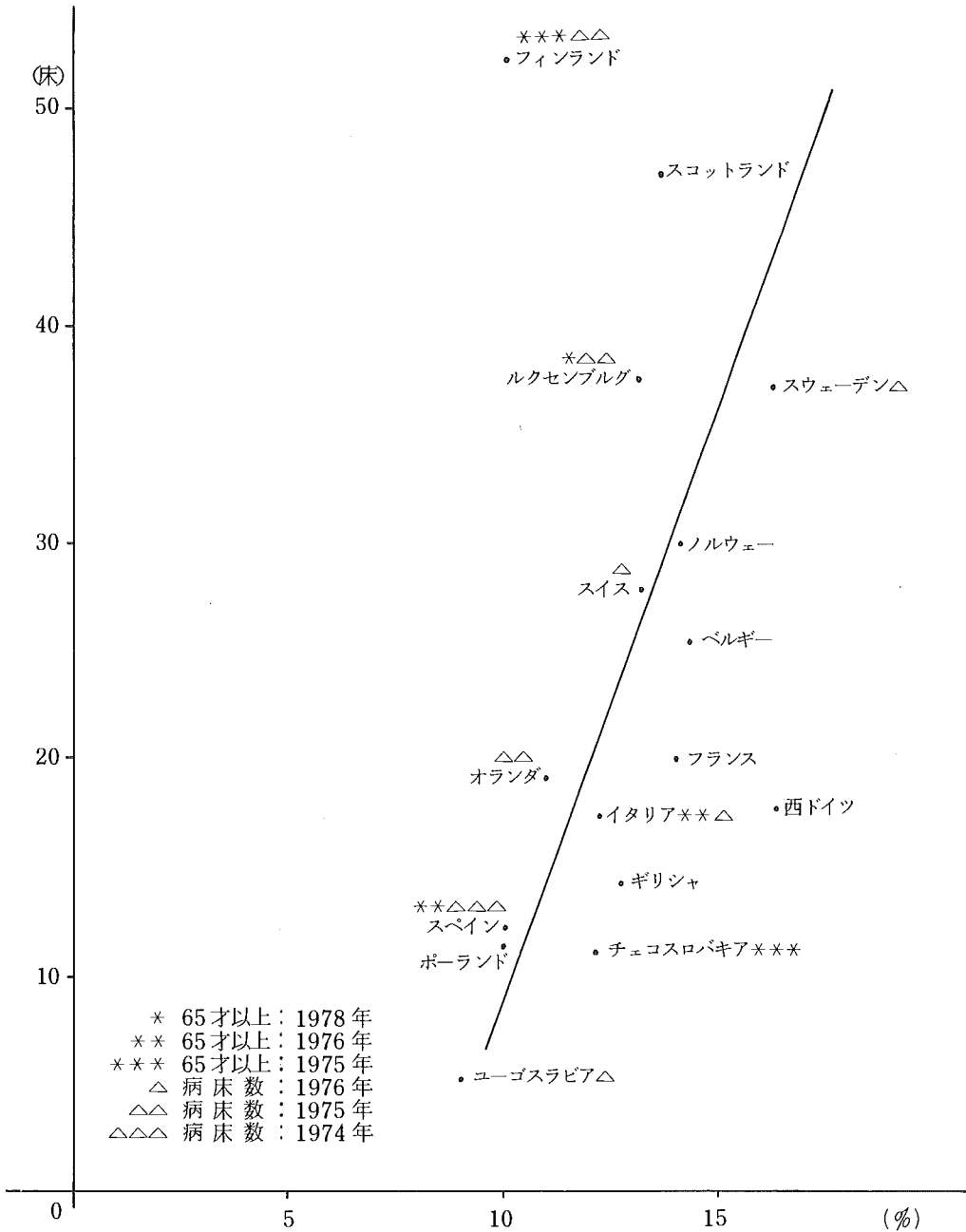
*1976年 *1975年

出所：図 I-1 に同じ

図II-1 人口1万対精神病院病床数(1977年)と1人当り国民所得(1978年)との相関

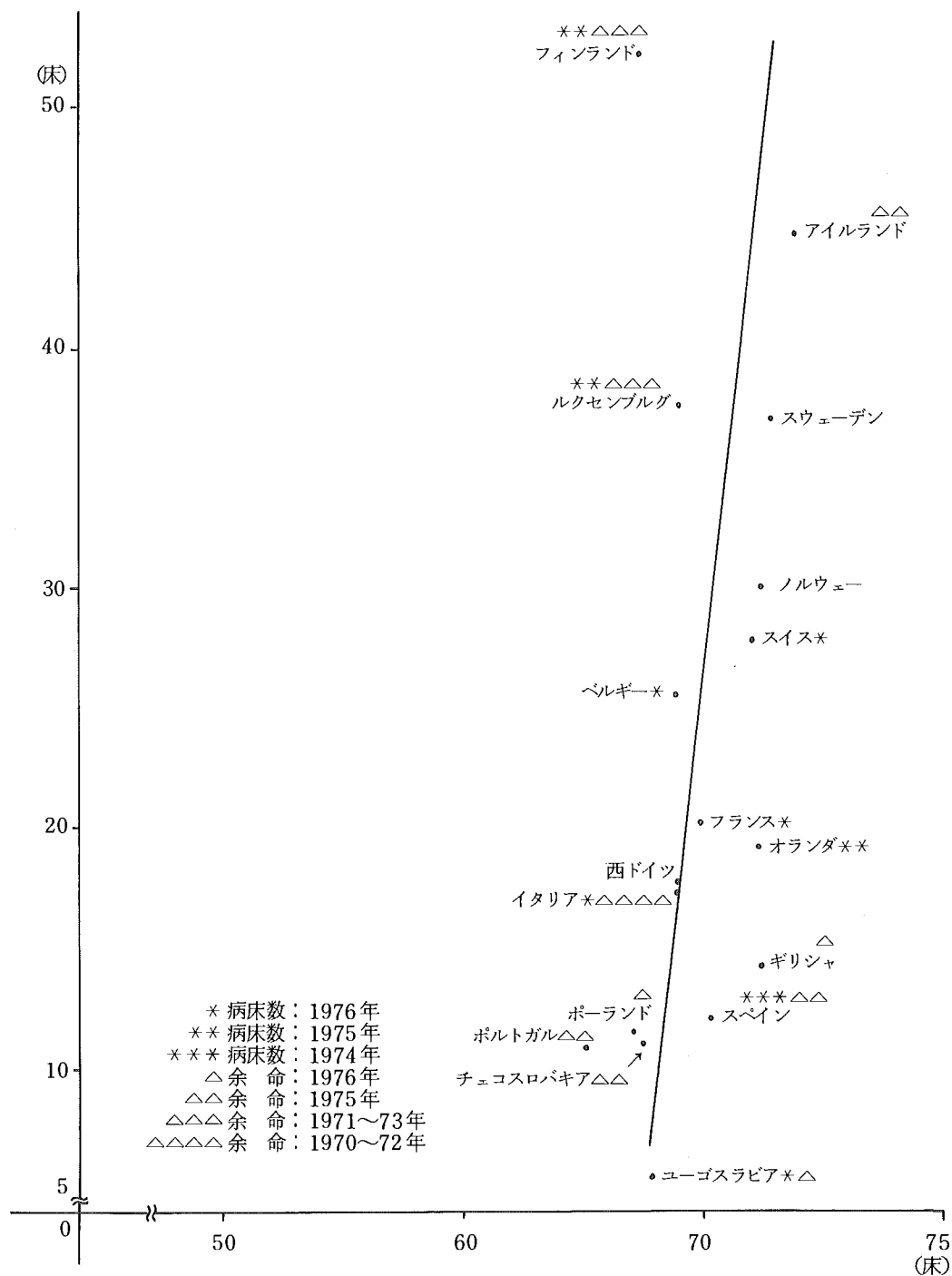


図Ⅱ-2 人口1万対精神病院病床数と65才以上人口比との相関(1977年)



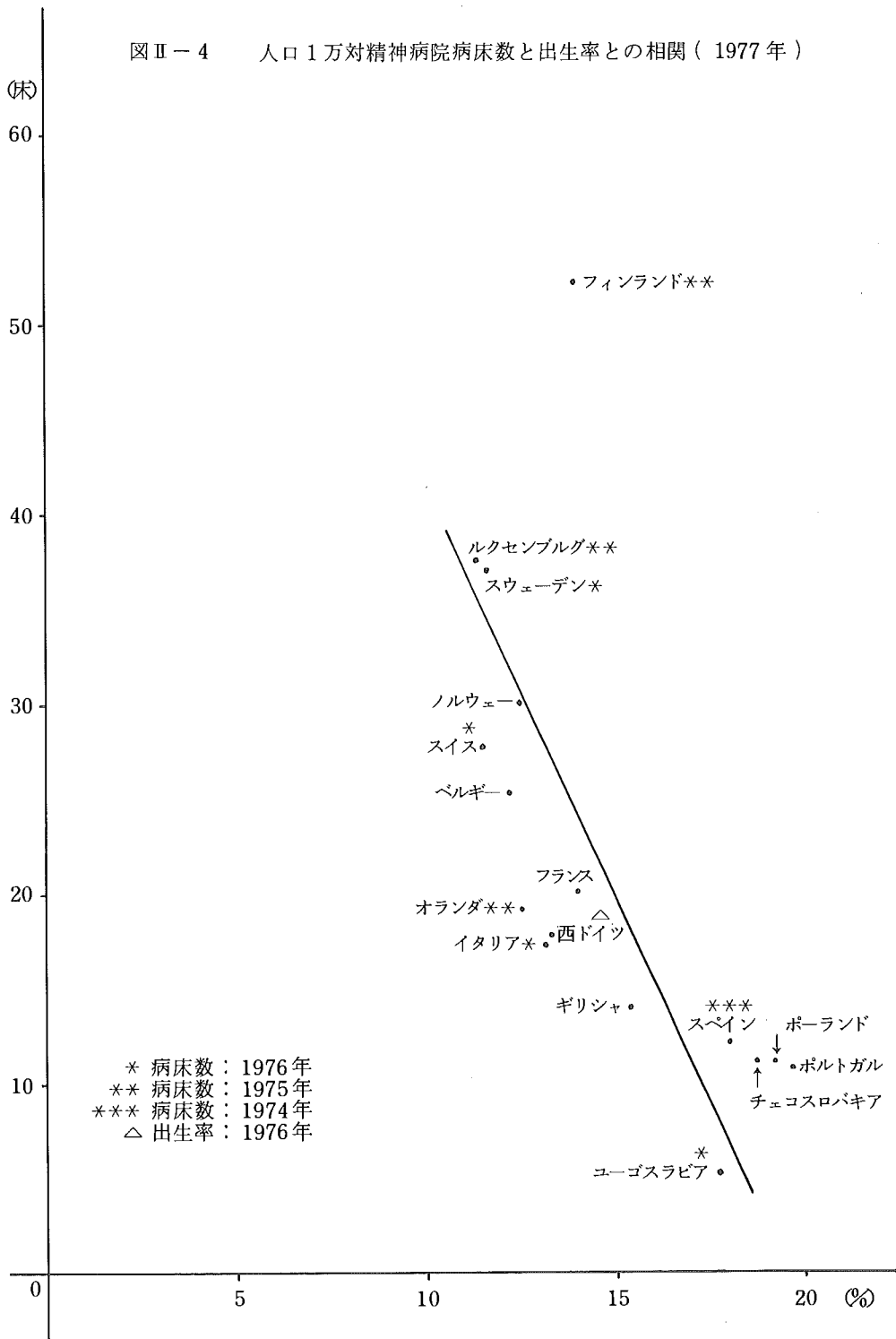
出所: WHO, World Health Statistics から宗像恒次が作図する。

図II-3 人口1万対精神病院病床数と平均余命との相関(1977年)



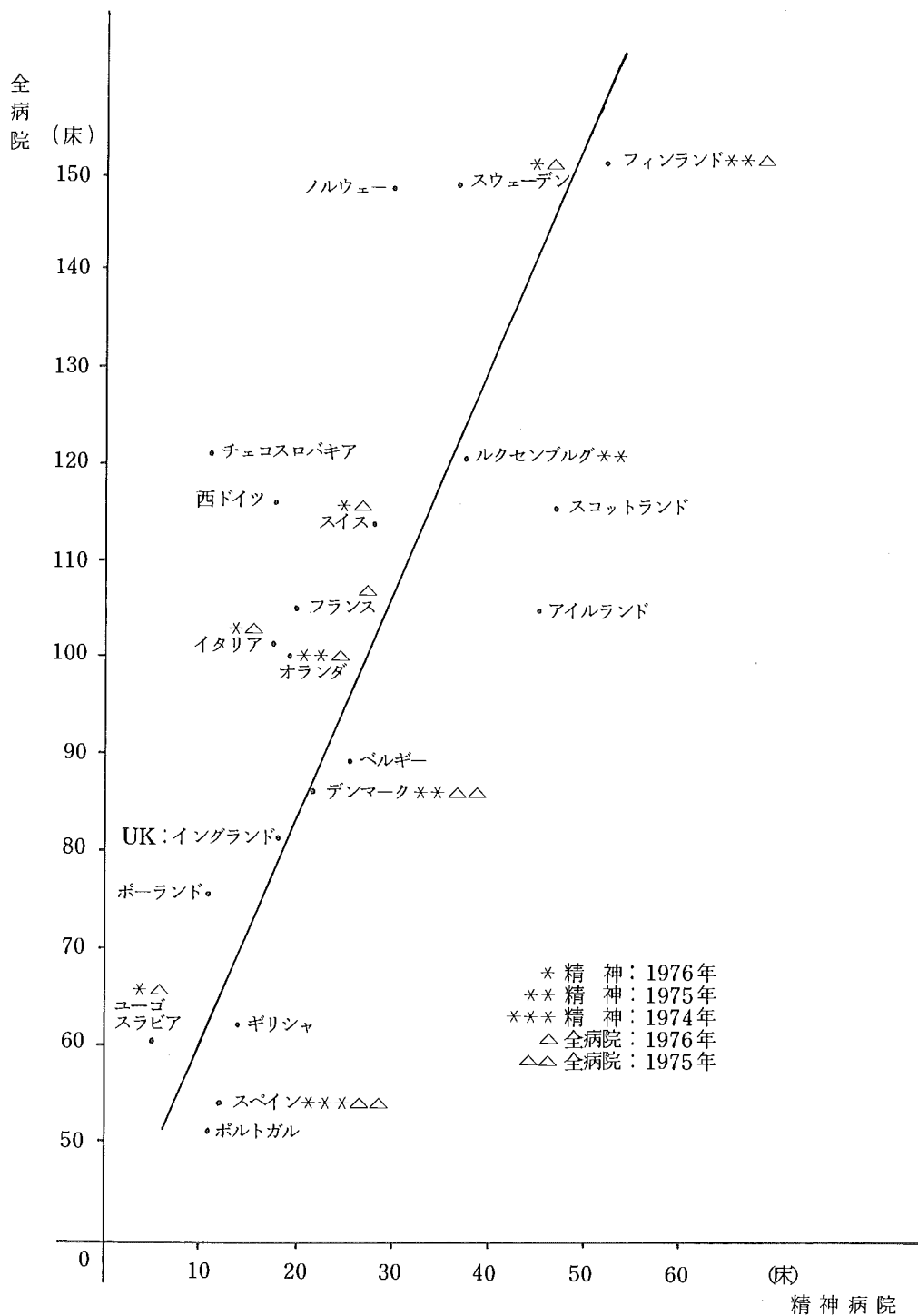
出所：World Health Statistics, Demographic Yearbook
から宗像恒次が作図する。

図Ⅱ-4 人口1万対精神病院病床数と出生率との相関(1977年)

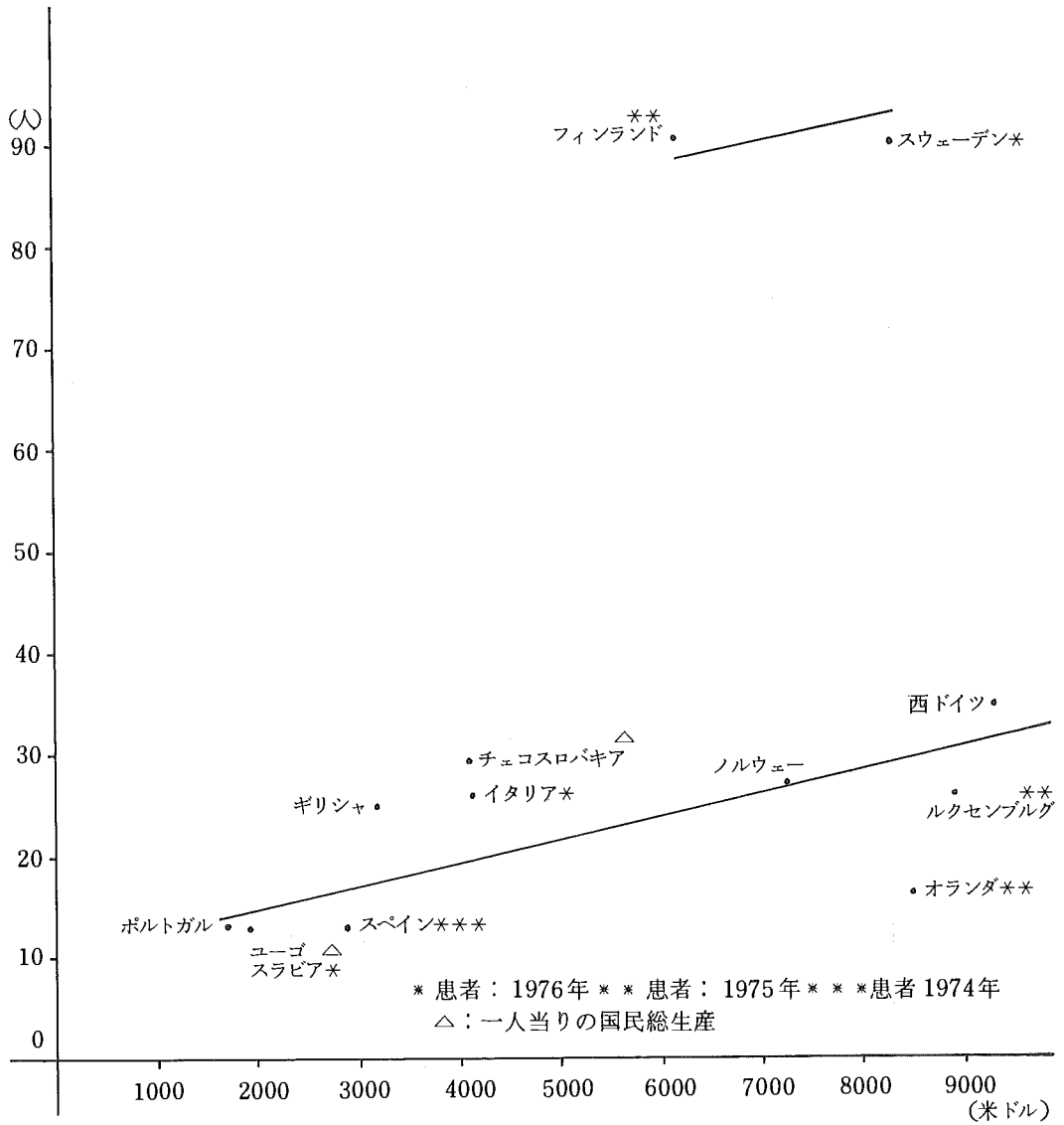


出所：図Ⅱ-2と同じ。

図Ⅱ-5 精神病院と全病院との人口1万対病床数との相関(1977年)

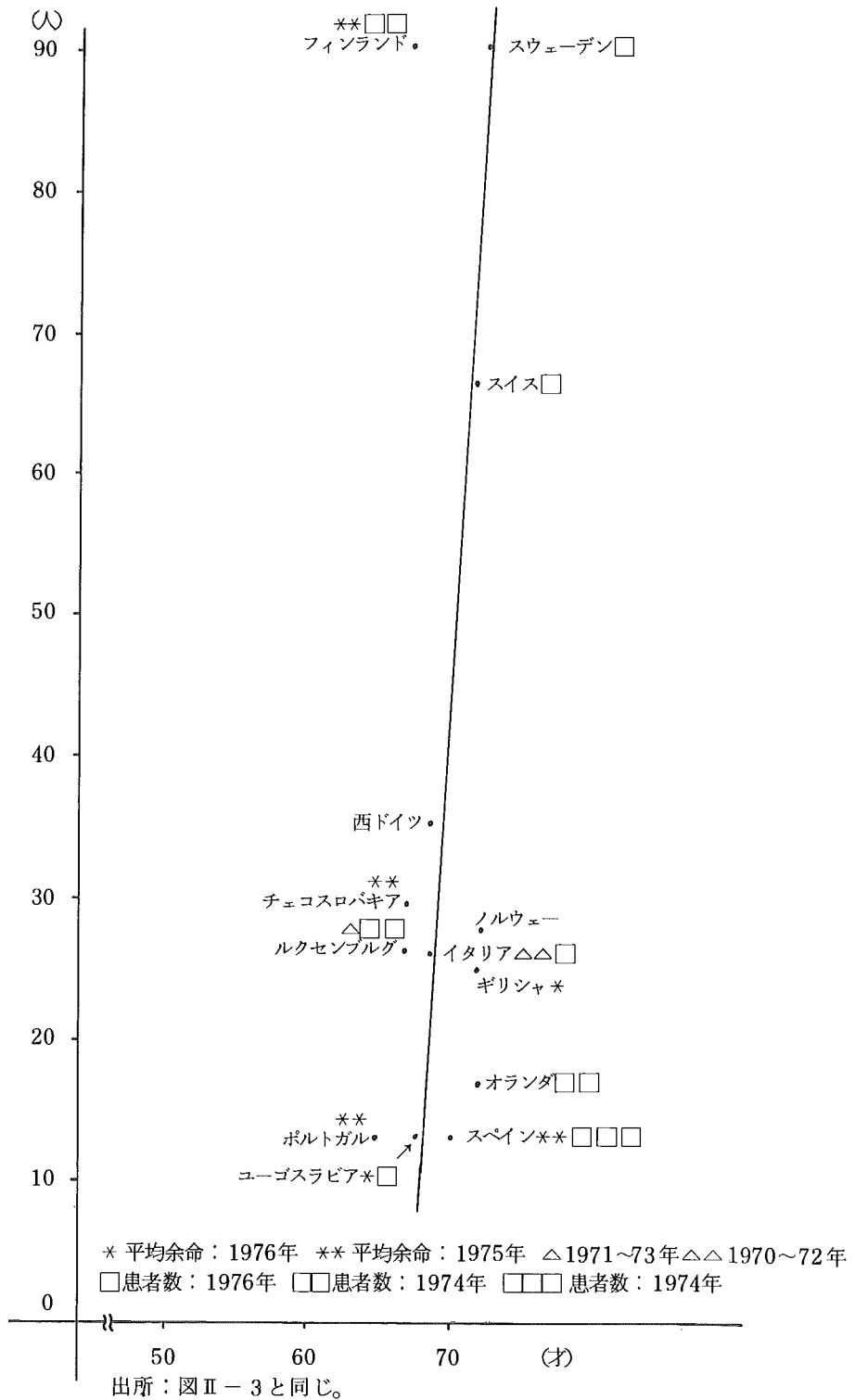


図Ⅱ-6 人口1万対精神病院入院患者（1977年）と1人当たり国民所得（1978年）との相関

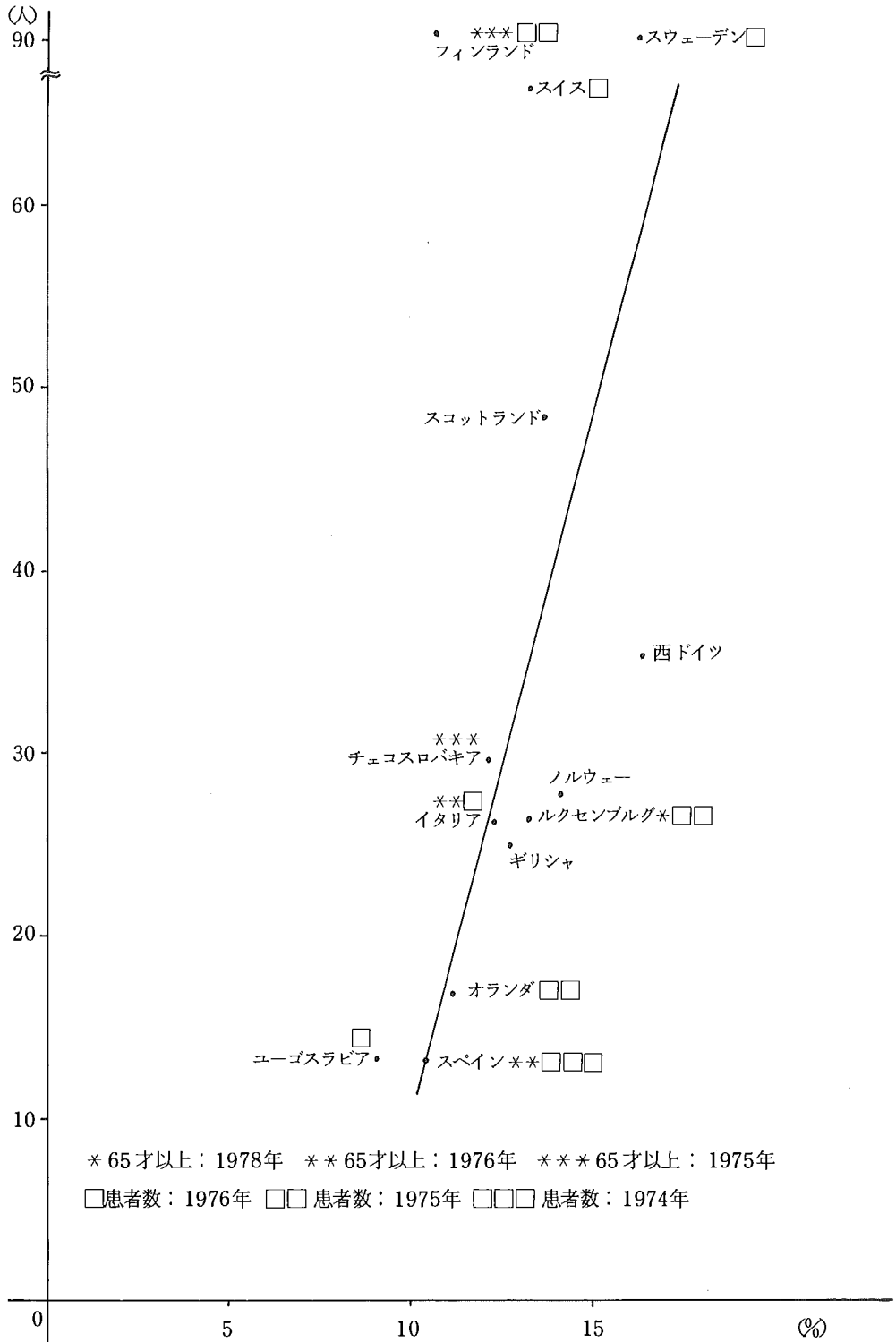


出所: 図Ⅱ-1と同じ。

図Ⅱ-7 人口1万対精神病院入院患者数と平均余命との相関(1977年)



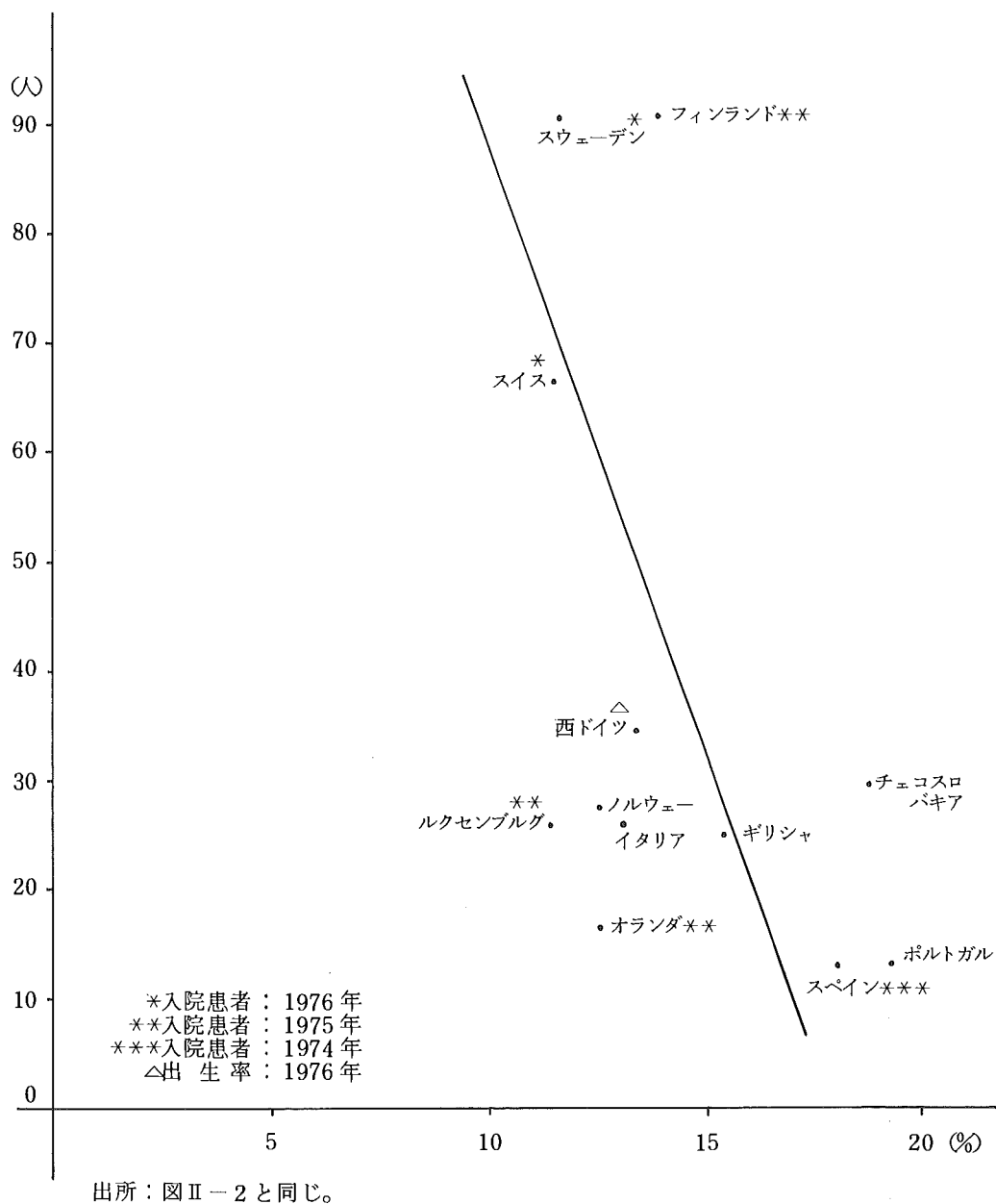
図Ⅱ-8 人口1万対精神病院入院患者数と65才以上人口比との相関(1977年)



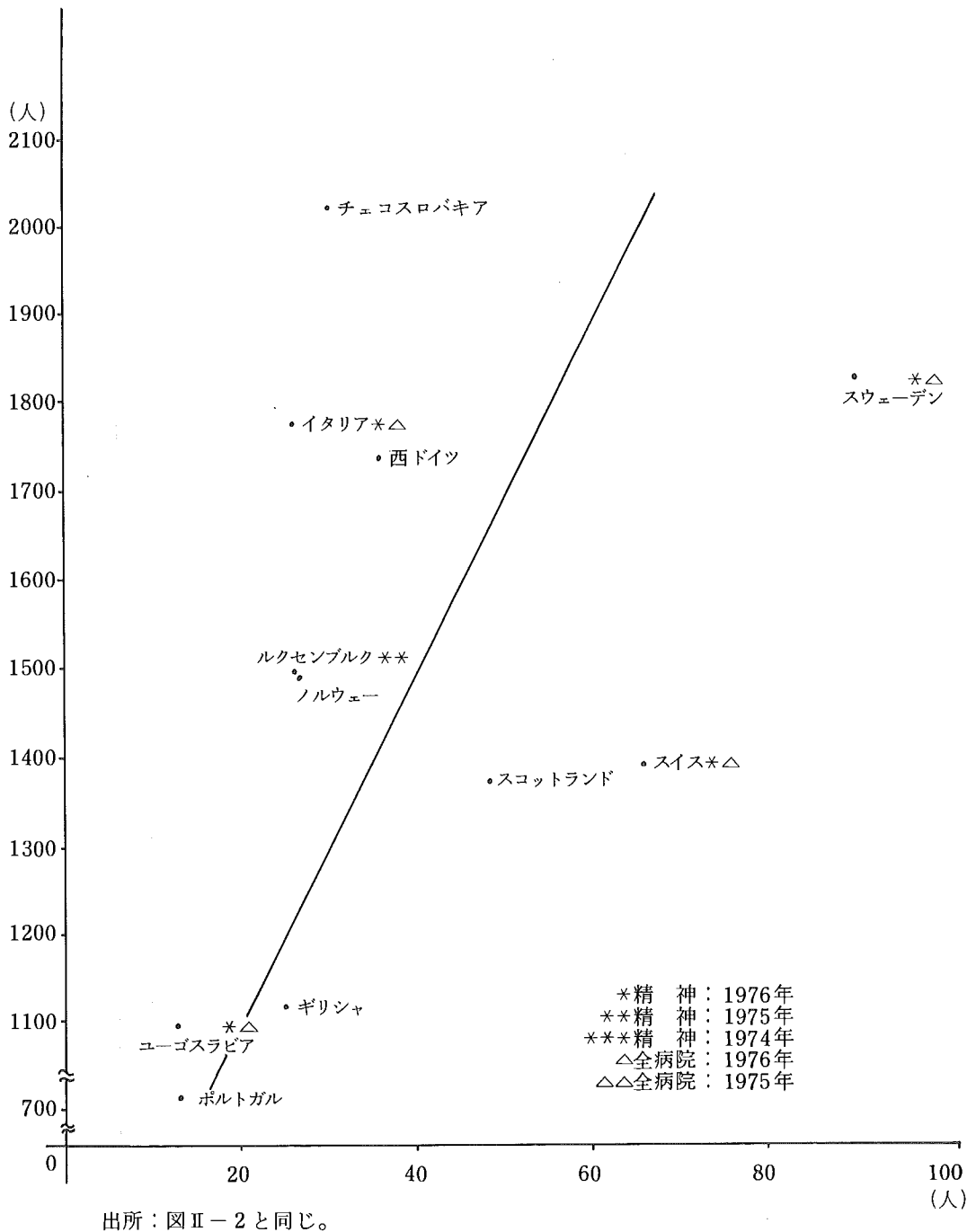
* 65才以上：1978年 ** 65才以上：1976年 *** 65才以上：1975年
 □患者数：1976年 □□患者数：1975年 □□□患者数：1974年

出所：図Ⅱ-2と同じ。

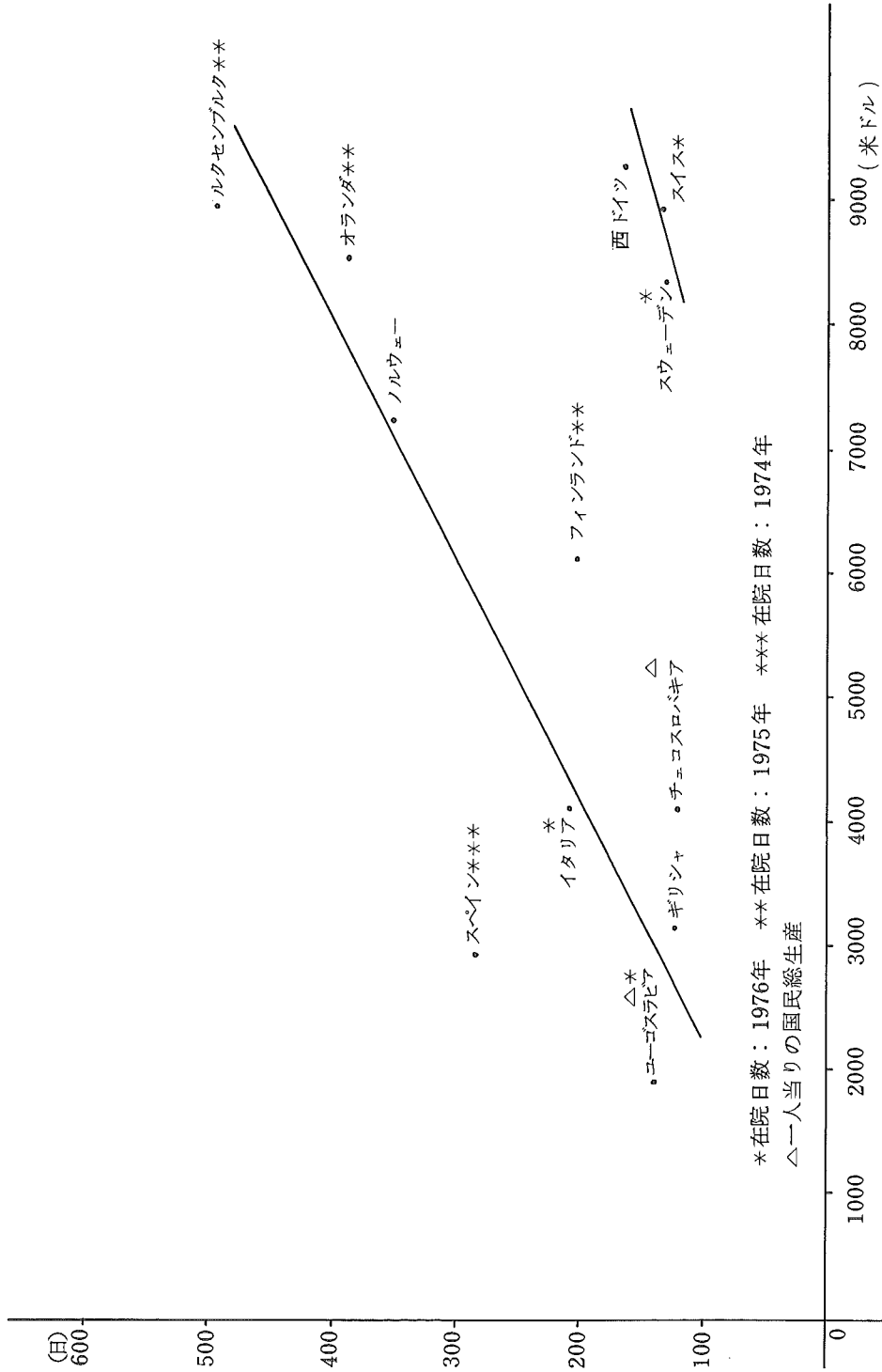
図Ⅱ-9 人口1万対精神病院入院患者と出生率との相関（1977年）



図Ⅱ-10 人口1万対入院患者についての精神病院と全病院との相関(1977年)



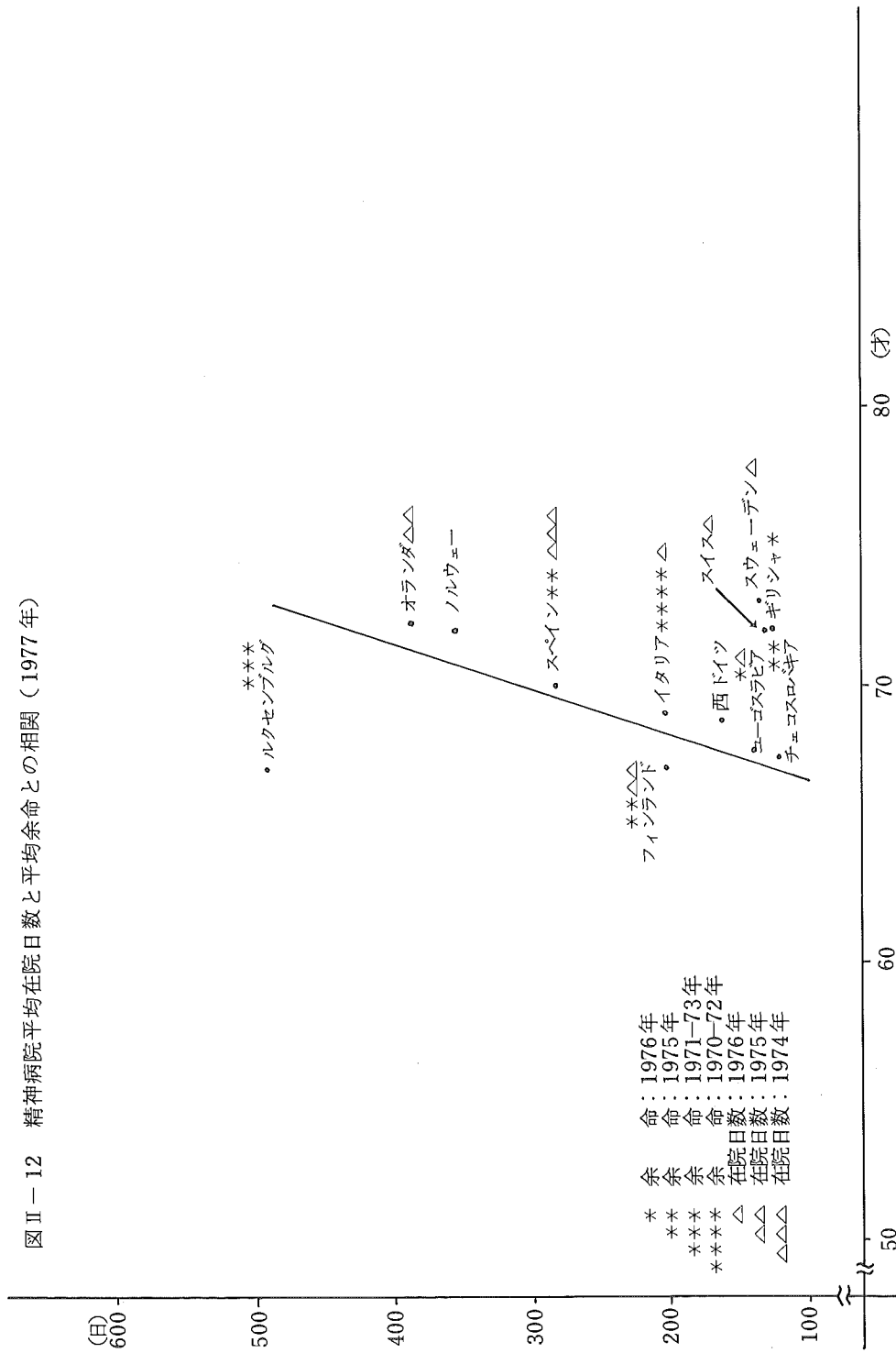
図Ⅱ-11 精神病院平均在院日数（1977年）と1人当り国民所得（1978年）との相関



* 在院日数：1976年 ** 在院日数：1975年 *** 在院日数：1974年
 △ 一人当りの国民総生産

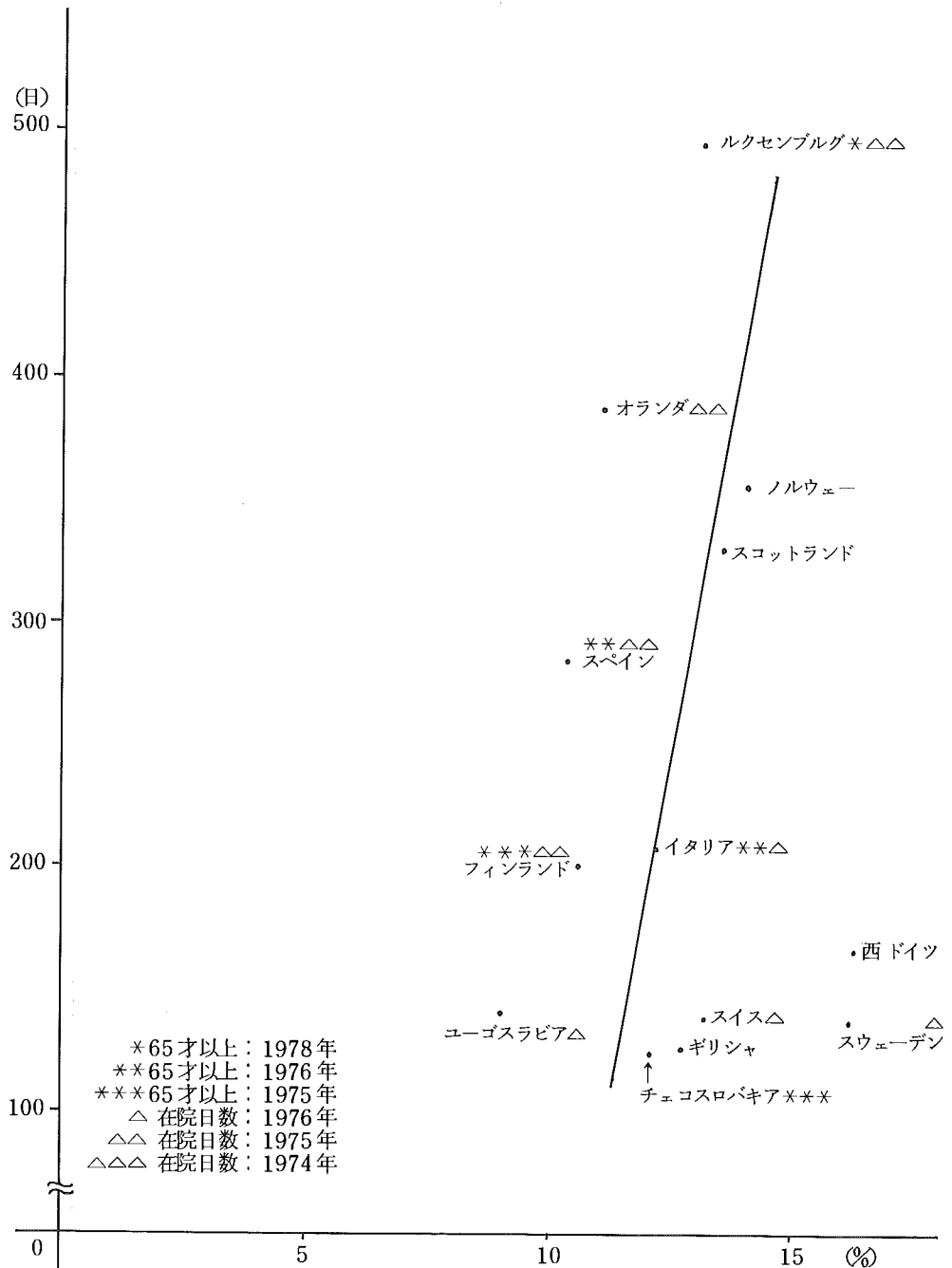
出所：図Ⅱ-1と同じ。

図Ⅱ-12 精神病院平均在院日数と平均余命との相関(1977年)



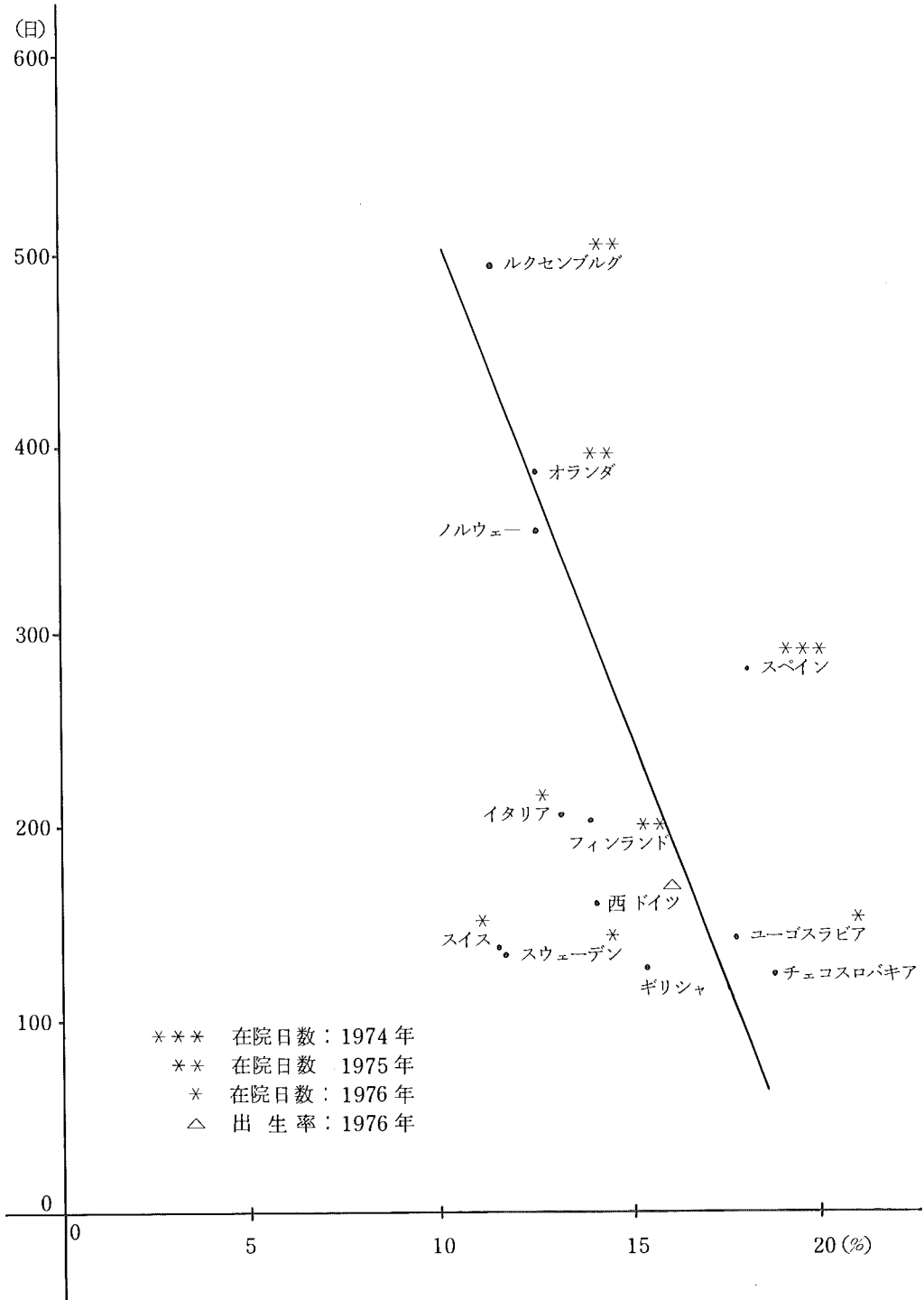
出所：図Ⅱ-3と同じ。

図Ⅱ-13 精神病院の平均在院日数と65才以上人口比との相関（1977年）



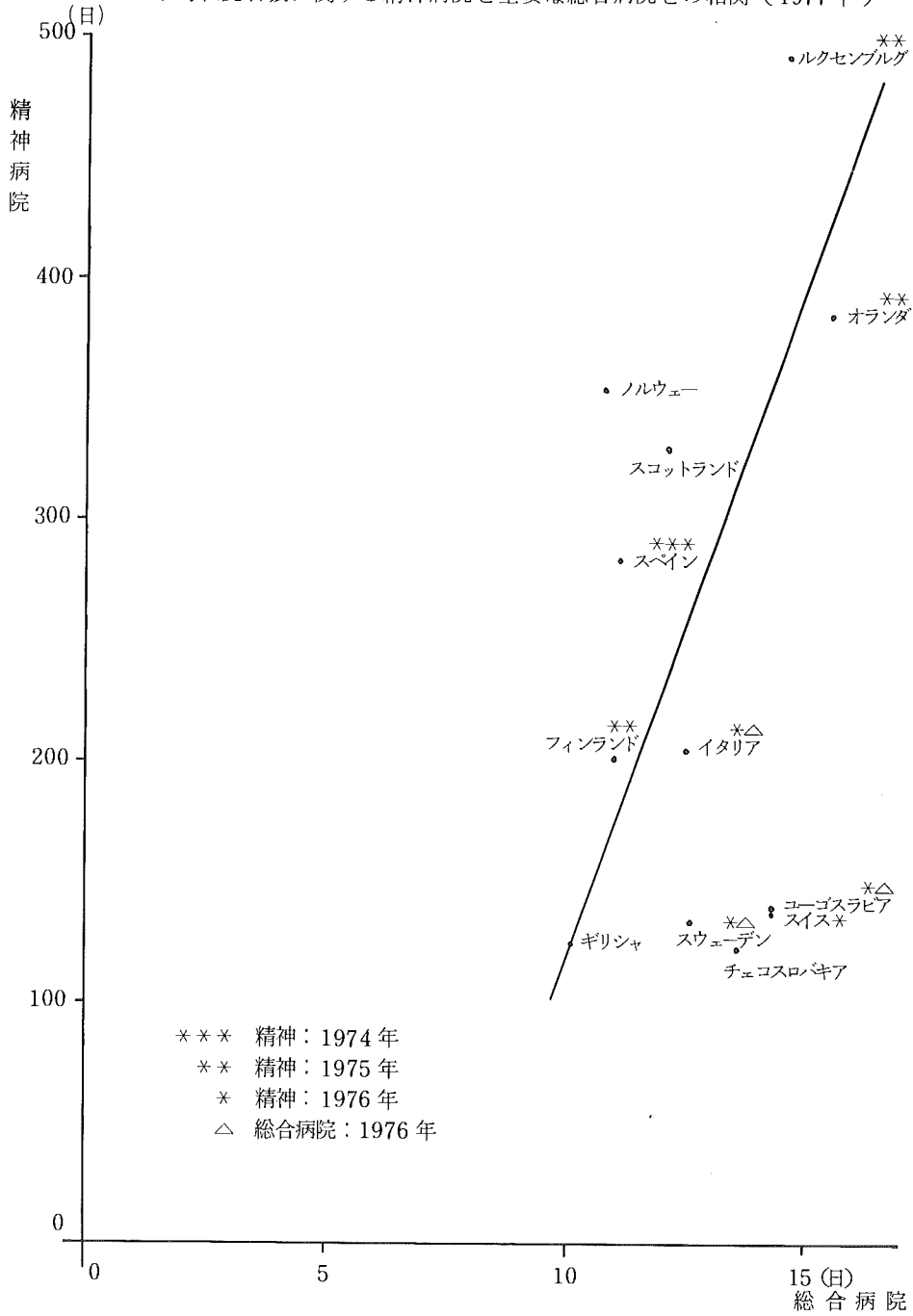
出所：Ⅱ-2 と同じ。

図Ⅱ-14 精神病院の平均在院日数と出生率との相関（1977年）



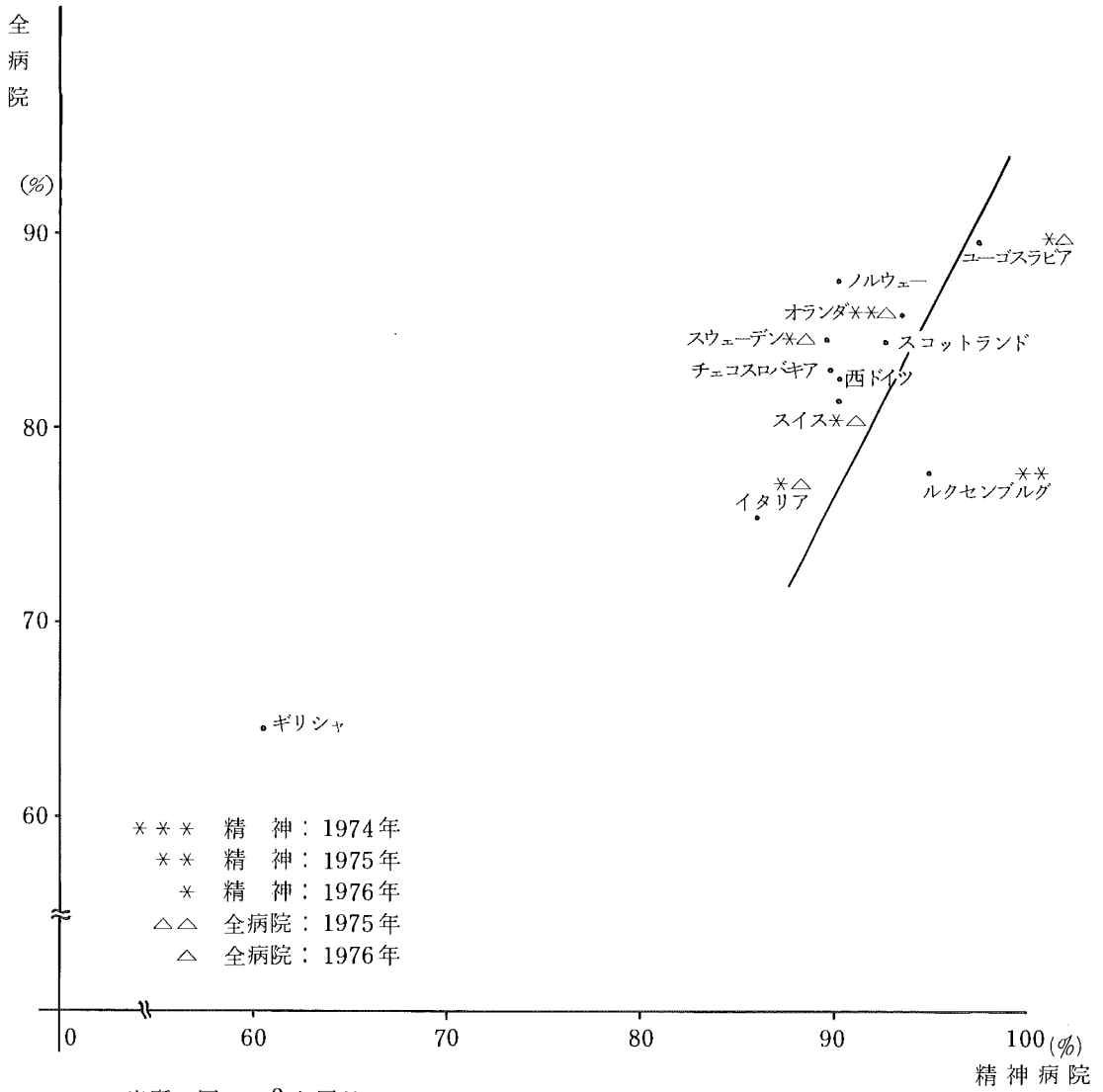
出所：図Ⅱ-1と同じ

図Ⅱ-15 平均在院日数に関する精神病院と主要な総合病院との相関(1977年)

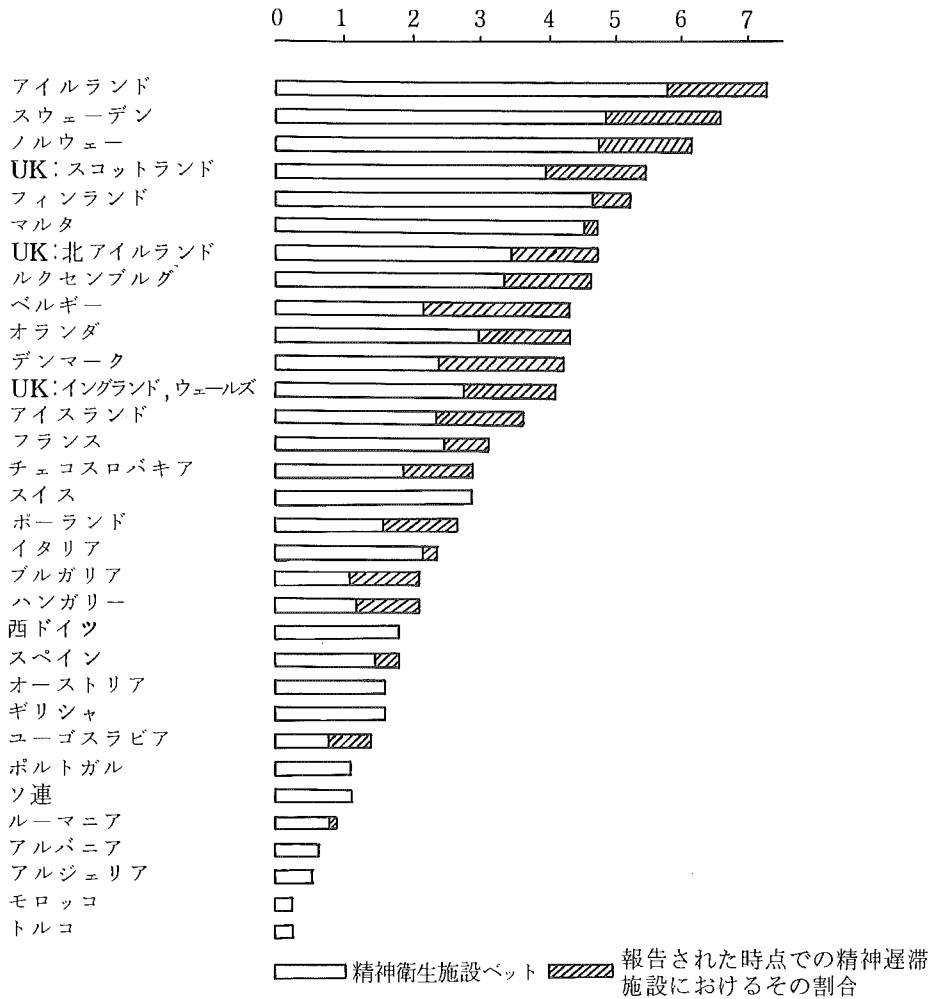


出所：図Ⅱ-1と同じ

図Ⅱ-16 病床利用率の精神病院と全病院との相関（1977年）



図Ⅲ-1 人口1,000人あたりの精神衛生施設ベット(1976年)



出所：表I-1に同じ

表 I-1 病床規模別にみた精神病院数

国名	100床 以下	ベット数			2000床 以上	精神 病院数	1,000床以上d の割合(%)
		100- 500	501- 1000	1001- 2000			
アルジェリア	9	5	—	1	1	16	12.5
オーストラリア	…	…	…	…	…	…	…
ベルギー	18	22	20	5	—	65	7.7
ブルガリア	4	13	1	—	—	18	0.0
チェコスロバキア	10	12	4	6	—	32	18.8
デンマーク	14	13	4	4	—	35	11.4
フィンランド	11	49	11	—	—	71	0.0
フランス	—	24	43	52	—	119	43.7
西ドイツ	21	37	28	44	—	130 a	68.0
ギリシャ	44	17	1	1	2	65	4.6
ハンガリー	2	2	—	1	—	5	2.0
アイスランド	—	1	—	—	—	1	0.0
アイルランド	15	10	10	4	—	39	10.3
イタリア	80	18	28	55	…	181	30.4
ルクセンブルグ	—	—	—	1	—	1	100.0
マルタ	—	—	—	1	—	1	100.0
モロッコ	4	5	—	—	1	10	10.0
オランダ	21	9	25	5	—	60	8.3
ノルウェー	15	15	4	—	—	34	0.0
ポーランド	…	…	…	…	…	(56)	…
ポルトガル	9	9	9	—	—	27	0.0
ルーマニア	18	16	4	1	1	40 b	5.0
スペイン	77	38	18	14	—	147	9.5
スウェーデン	—	6	14	10	—	30	33.3
スイス	13	20	8	3	—	44	6.8
トルコ	3	3	1	—	1	8	12.5
UK							
イングランド, ウェールズ	31	25	46	50	5	157	35.0
北アイルランド	1	—	3	3	—	7	42.9
スコットランド	8	12	9	7	—	36	19.4
ソ連	…	…	…	…	…	…	…
ユーゴスラビア	—	9	6	2	—	17	11.8
合計	407	353	269	226	11	1,266 c	18.7
百分率	32.1	27.9	21.2	17.9	0.9	100.0	

a 1973年 The Report of the Expert Commission for Psychiatry から筆者が追加。

b 小児や精神障害犯罪者のための病院を含む

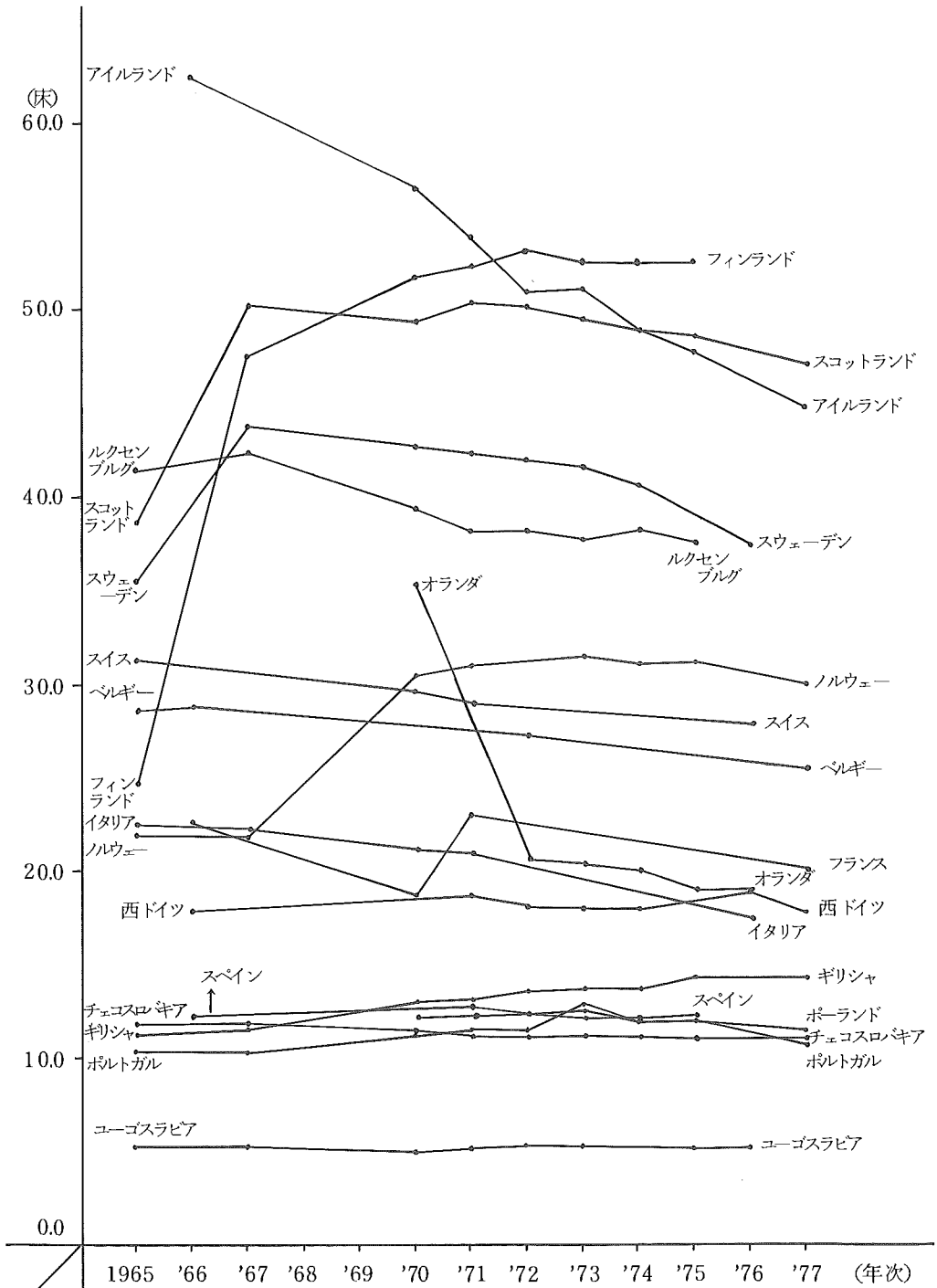
c ()の中は含めない

d 筆者が追加

… データ入手不能

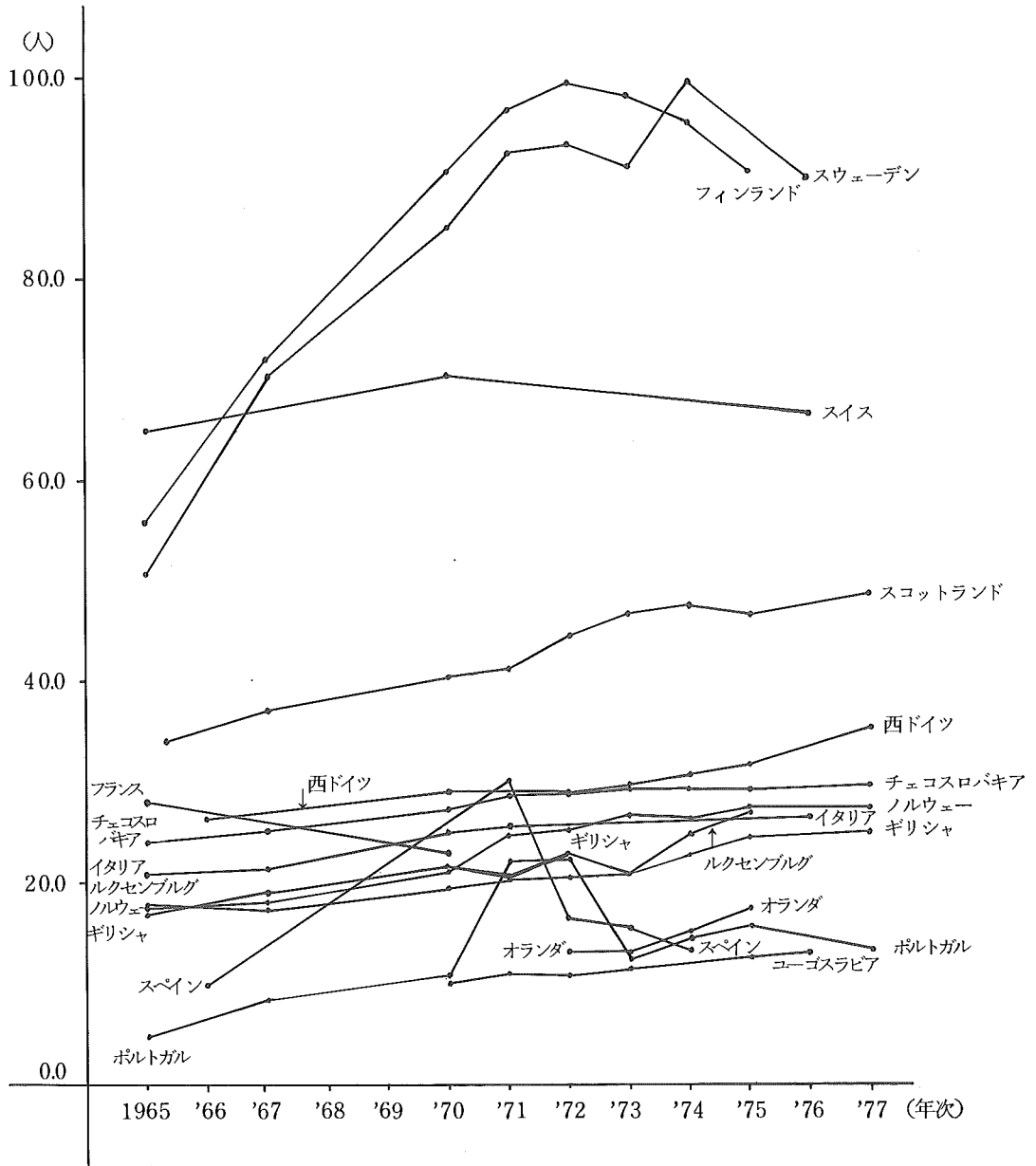
Source: May A.R. Mental health services in Europe, Geneva, World Health Organization, 1976 (Offset Publication No.23)

図Ⅲ-2 人口1万対精神病床数の年次推移

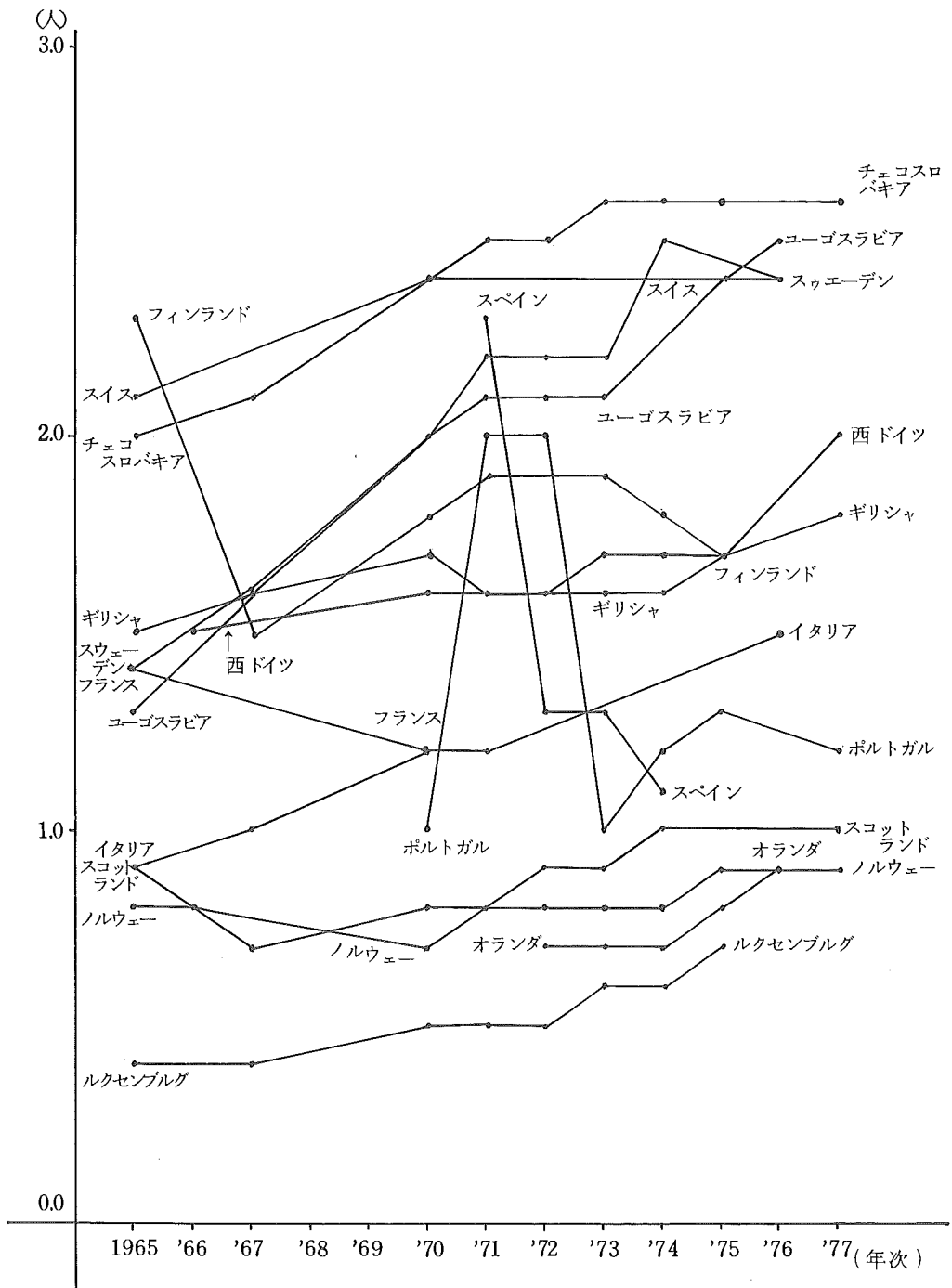


出所：WHO, World Health Statistics から宗像恒次が作図する。

図Ⅲ-3 人口1万対精神病院入院患者数の年次推移

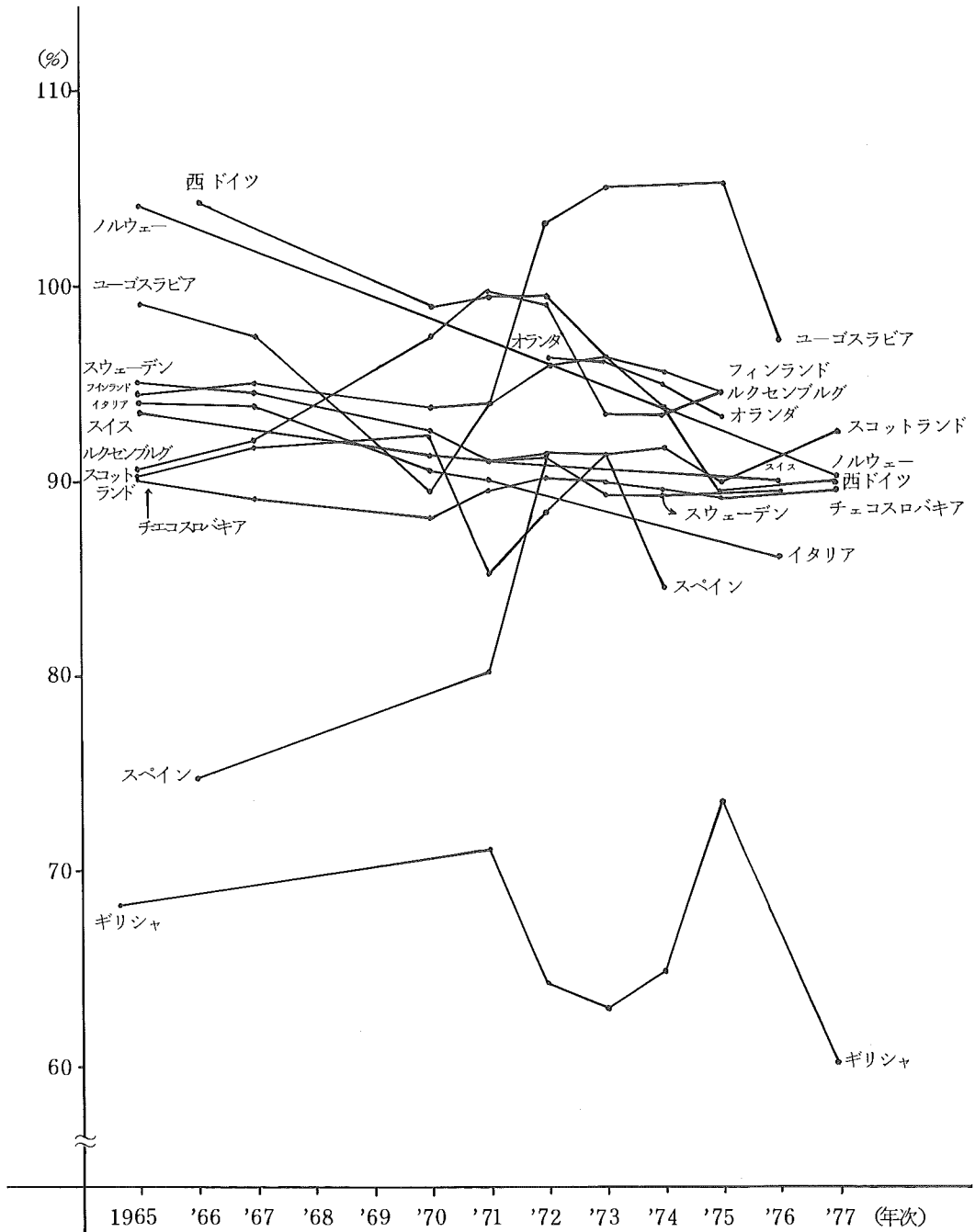


図Ⅲ-4 精神病院病床対入院患者数の年次推移



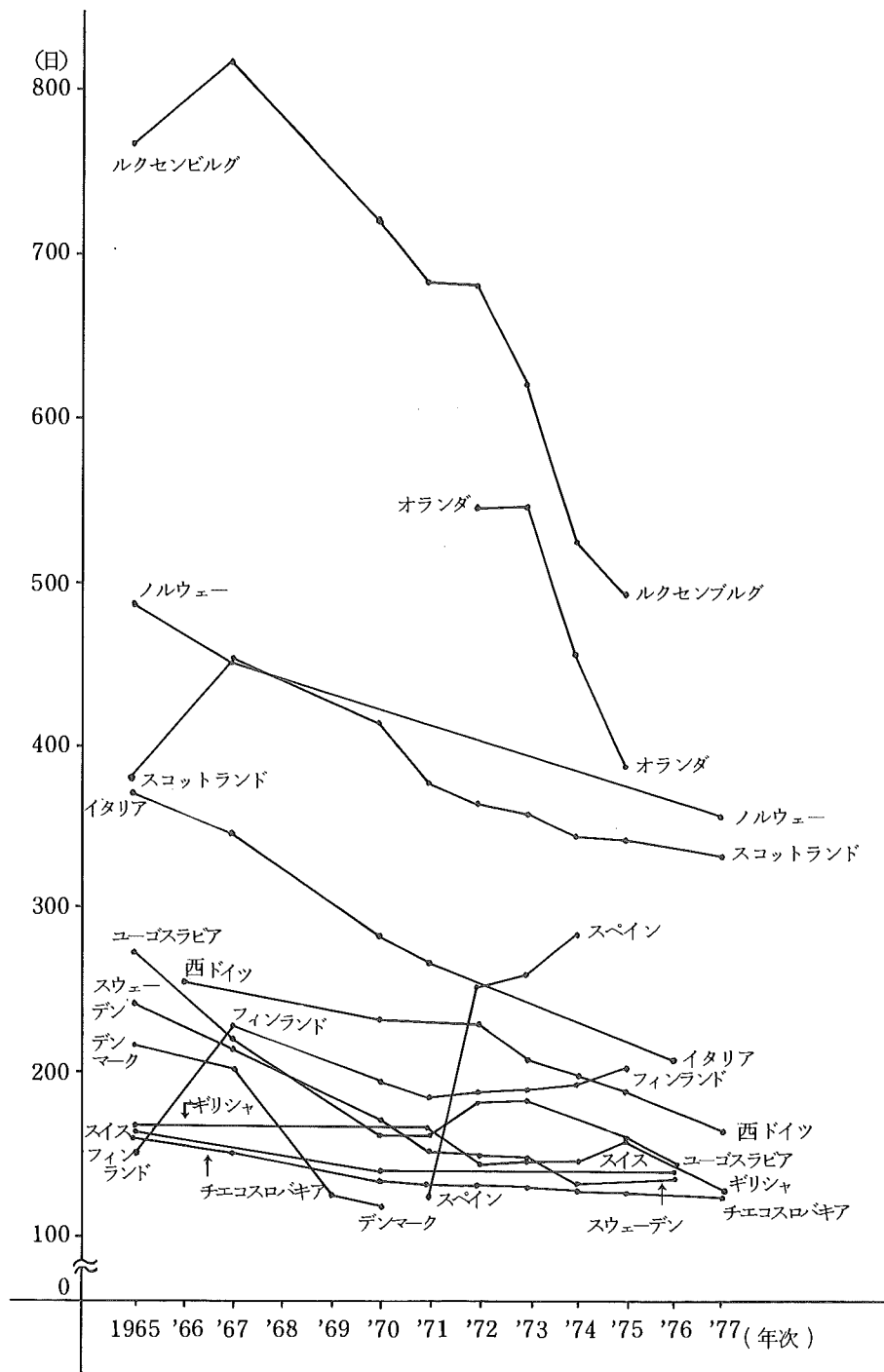
出所：図Ⅲ-2に同じ。

図Ⅲ-5 精神病院病床利用率の年次推移



出所：図Ⅲ-2に同じ。

図Ⅲ-6 精神病院の平均在院日数の年次推移



出所：図Ⅲ-2に同じ。

図Ⅲ-7 ベルギーにおける種類別精神病床数及び割合（1975年）

	床	%
総合病院における精神病棟	350	1
精神病院における急性期治療病床	3,400	14
精神病院における慢性期集中治療病床	9,000	36
45 精神病院における認定患者病床 (certified patients)	11,750	47
刑務所における精神障害犯罪者病床	460	2
計	24,960	100.0

Source: The Future of Mental Hospitals, WHO

図Ⅲ-8 西ドイツにおける精神医療入院施設、病床、施設の種類（1973年）

種 類	□ 施設	■ 病床	数	%
精神病院			130	38.9
			98,757	67.1
総合病院の精神科			44	13.2
			3,164	2.1
大学の精神科クリニック			23	6.9
			3,507	2.4
小児、青年のための精神病院及び部門			17	5.1
			3,725	2.5
老人病院			5	1.5
			1,030	0.7
アルコール中毒患者と薬物中毒者の病院			22	6.6
			1,267	0.9
精神遅滞と慢性精神病のためのホームと病院			93	27.8
			35,768	24.3
全施設計			334	100.0
病床数の総計			147,218	100.0

Source: Enquiry of the Expert Commission for Psychiatry

図Ⅲ-9 精神病院, 総合病院の精神科, 大学の精神科クリニック
診断別の病床状態 (1973年)

施設の型	診断	病床状態	%
精神病院 (94 197 patients)	1		130
	2		367
	3		82
	4		40
	5		96
	6		60
	7		185
	8		40
総合病院の精神科 (3 021 patients)	1		101
	2		122
	3		173
	4		116
	5		117
	6		38
	7		18
	8		315
大学の精神科クリニック (3 140 patients)	1		91
	2		174
	3		212
	4		181
	5		96
	6		23
	7		12
	8		212

- 1 = 老人性精神障害と他の器質障害
- 2 = 精神分裂症
- 3 = そううつ症と他の精神病
- 4 = 神経症, 性格障害, 心身症
- 5 = 薬物中毒
- 6 = てんかん
- 7 = 精神遅滞
- 8 = 精神障害の伴わない神経的, 内科的器質障害

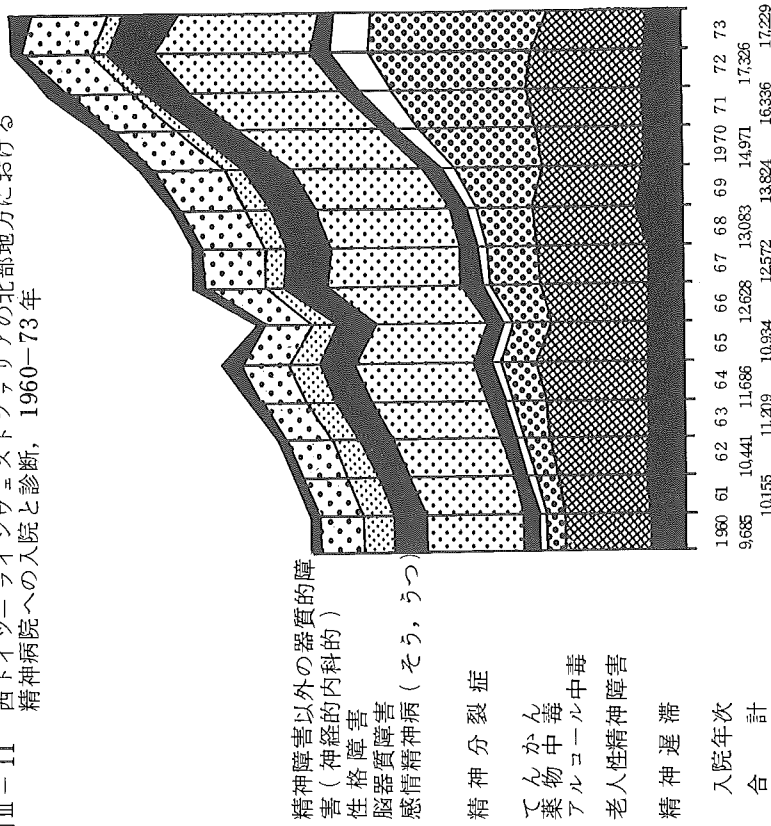
Source: Enquiry of the Expert Commission for Psychiatry

図Ⅲ-10 精神病院, 総合病院の精神科, 大学の精神科クリニック (西ドイツ)
平均在院日数 (1972年)

施設の種類	平均在院期間	日数
精神病院:		
1 - 100床		87.8
101 - 500		155.6
501 - 1000		230.7
1000 +		230.2
総合病院の精神科		35.4
大学の精神科クリニック		32.1

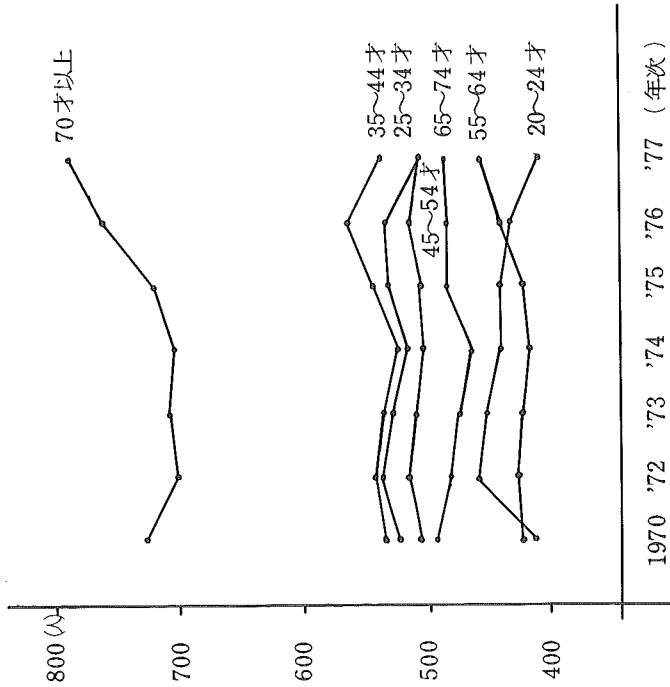
Source: Enquiry of the Expert Commission for Psychiatry

図Ⅲ-11 西ドイツラインウエストファリアの北部地方における精神病院への入院と診断, 1960-73年



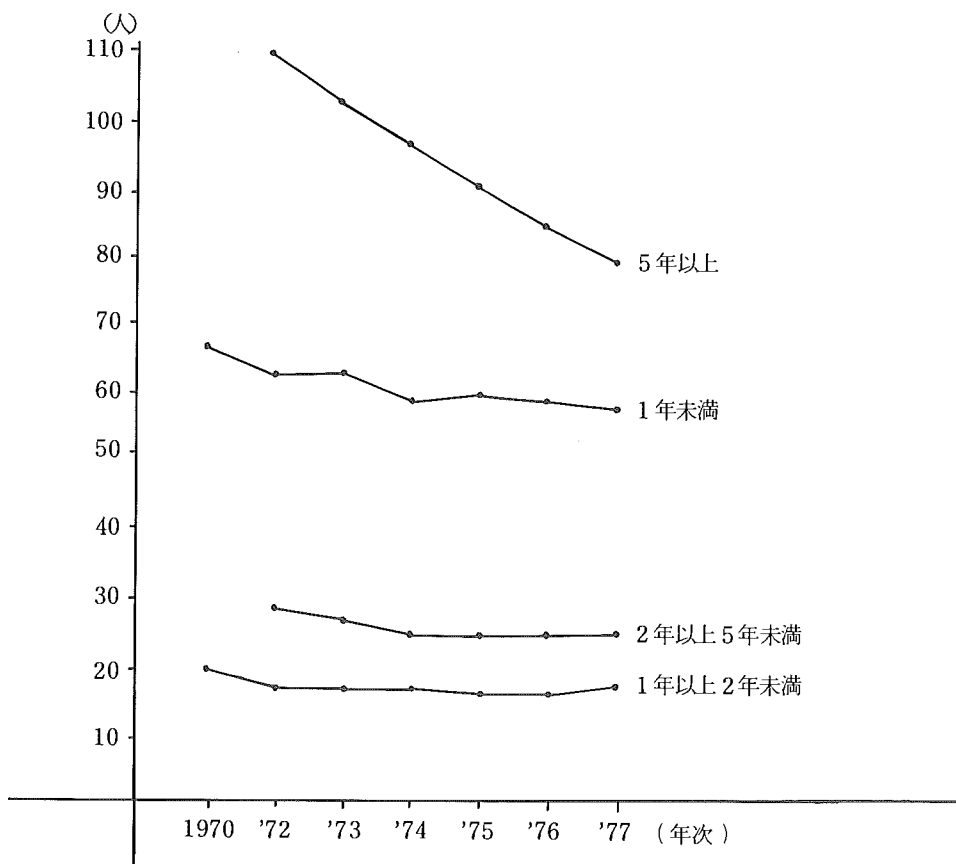
Source: Statistics for mental hospitals in region of North Rhine-Westphalia (Rheinische Landeskrankenhauser)

図Ⅲ-12 年令階級別人口10万対入院患者数の推移 (イングランド) (ウェールズ)



出所: Statistical and Research Report Series No.23から作成。

図Ⅲ-13 在院日数別人口10万対在院患者数（イングランド, ウェールズ）



出所：図Ⅱ-6に同じ

図Ⅲ-14 在院患者100人に対する病院職員の割合

	1964年	1973年
医療全職員	1.17	2.79
看護婦（准看，補助を含む）	24.5	45.3
サイコロジスト	0.08	0.45
ソーシャル・ワーカー	0.24	0.81

Source: Department of Health and Social Security, Statistics, London, 1974

中高年女性の老後の不安に関する調査報告

——市川市国府台・国分地区および浦安市——

Research on the Attitude toward Retirement of the Middle Aged Women

老人精神衛生部 齋藤和子

Kazuko Saito

はじめに

現在高齢者問題は、政治、経済、医療、福祉とあらゆる分野で重要な課題となっている、しかし来るべき本格的高齢化社会を考えると、より深刻な時代を生きなければならないのは今中高年といわれる年代の人達である。

この報告は、中高年の人達が自分の老後どのような生活意識をもっているかを調査したものである。対象地域は千葉県市川市国府台地区および浦安市である。両地区はともに市川保健所管内であり、結果は今後この地域で行われる地域対策の資料ともなると考えられる。

目 的

この調査の目的は、中高年女性の老後の生活設計に関して、老後の生活不安、生きがい、地域社会におけるボランティア活動への意欲等を明らかにし、現在および今後の高齢者および中高年対策の資料とすることである。

対象者およびその居住地域

対象者は市川市国府台および国分地区（以下国府台・国分）から95名、浦安市旧地区3部落（同旧浦安）から92名、浦安市開発地区（同新浦安）から122名の計309名である。国府台・国分は主として地区の民生・児童委員、新・旧浦安は婦人会会員である。

国府台・国分地区のうち国府台地区は千葉県市川市の西部に位置し、江戸川をはさんで東京都の江戸川区と向い合っている。戦後東京のベッドタウンとして発展した商住地区である。これに続く国分地区はかつては畑作農業地帯であったが、昭和30年代後半からの高度成長期に急速に宅地化されたところである。今回は2地区をまとめて集計した。浦安地区は旧東葛飾郡浦安町であり、旧地区は古くからの3部落である。この3部落は昭和46年、沿岸の埋立てによる漁業権放棄まで、のりおよびあさりなどの貝類を主とした漁業を営んでいたところである。漁村としての歴史は、12世紀、荘園時代にまでさかのぼるが、漁業権放棄と昭和45年の地下鉄東西線の開通によって住民の生活は大きく変化した。新浦安は埋め立てによって新たにできた地区で、官・民交々に開発した全く新しい住居地区である。庭つき一戸建てから10数階建の高層住宅が建ち並ぶニュータウンである。漁村のおもかげをそのまま残す旧浦安とは著るしい対比をみせる。

結果は、これらの地区性をふまえて検討していく。

結 果

結果は主としてパーセントで表わした。

1. 基本的属性

1. 年 令

対象者の年齢構成は表1の通りである。「その他」は45～64歳の範囲外、すなわち45歳未満あるいは65歳以上の人達である。国府台・国分地区に高年層が多いが、これは対象が主として民生・児童委員であることによると思われる。これに比し浦安地区は婦人会ということもあって若年層が多く、特に新浦安では40歳台が約44%と3地区中若年層が最も多い。

2. 婚 姻

対象者の婚姻状況は表2の通りである。3地区ともほとんどが既婚・有配偶者である。国府台・国分地区で離死別が比較的多いが、これはこの地区で対象者の年齢が比較的高齢層であることによると思われる。

3. 学 歴

最終学歴は表3の通りである。国府台・国分地区は中等教育終了が最も多く約60%、次が義務教育が約20%であり、高等教育も14%ある。旧浦安地区は義務教育が最も多く67%、次が中等教育で約30%であり高等教育はわずかである。新浦安地区は義務教育が最も多いが、中等教育もこれをわずか下まわる程度であり、高等教育もかなりある。

4. 来住時期

来住時期は表4の通りである。先にのべたように国府台は戦後の流入、国分は高度成長期の流入、旧浦安は浦安生れのいわゆる「地っ子」が、新浦安は地下鉄東西線開通後の流入が多い。

5. 定住の意志

今後は現在の土地に住み続けるつもりかという問いに対する答は表5の通りである。

将来もずっと住むつもりの方は旧浦安で最も多く90%に達する。これは旧浦安で地っ子の多いことと対応するものと考えられる。旧浦安ではわからないと答える者も他2地区に比べると少なく、住民移動の少ない地域であることを示している。ずっと住むつもりの方の数は国府台・

国分でも多く約80%である。新浦安はずっと住むつもりの方は約60%であり、他2地区、特に旧浦安と比べると少ない。いずれ転出、わからない者、ともに他2地区、特に旧浦安に比べると多く無回答も多い。まだまだ住民定住については流動的な地区であると考えられる。

6. 居住

対象者の現在の住居は表6の通りである。3地区とも一戸建持家が多くしかも庭のある持家が多い。庭つき持ち家は国府台・国分および新浦安では70%強であり旧浦安では60%弱である。庭なしを加えると一戸建は国府台・国分で約83%、旧浦安で約85%、新浦安で76%となる。これにマンションを加えた持家総数では国府台83%、旧浦安87%、新浦安88%となる。

7. 老親との同居

現在自分あるいは配偶者の老親と同居しているか否かについての結果は表7の通りである。同居率は旧浦安で最も高く30%弱である。国府台・国分地区および新浦安では少なく10%強にしかない。

8. 医療保険の種類

現在加入している医療保険の種類は表8の通りである。国府台・国分地区および新浦安では健康保険が多く、旧浦安では国民健康保険が多い。旧浦安は漁業地区であったため個人経営も多く、元々国民健康保険の多いところである。

2. 老後設計と社会的要求

1. 今後の生活の不安

まず、「あなたは、これからの生活で一番心配なことは何ですか」との質問(2項目チェック)に対する答は、表9のように、いずれの地区でも最も多いのは「体力が衰えて健康が失われること」であり、対象者の73～77%にのぼっている。次は「ばけてゆくこと」で30%～40%である。このあと、国府台・国分地区および旧浦安地区では「経済的に困難になる」(21%, 17%)、「病気の時に世話する人がいるか」(17%, 16%)とつづき、新浦安では「病気の時に世話する人がいるか」(18%)、「家族との人間関係」(14%)

とつづく。また「生活のはりあいや生きがい」がなくなること」は国府台・国分地区では少なく(6%)、旧浦安および新浦安では多い(12%、11%)。

浦安地区で「生活のはりあいや生きがい」に不安を感じる者が多く、特に新浦安で「家族との人間関係」に不安を感じる者の多いことが注目される。

2. 現在の生きがい

「あなたのいまの生きがいはどんなことですか」との質問(2項目チェック)に対する答は表10の通りである。最も多いのは3地区とも「自分の趣味を楽しむ」であり、対象者の54~57%である。次は3地区とも「子供や孫の成長」で40~48%である。3位は国府台・国分地区では「知識や教養を高める学習活動」(21%)、新旧浦安ではともに「家事にせいを出すこと」(旧21%、新20%)である。

次に地区差の大きい項目をみていくと、まず「夫の世話」であるが、国府台・国分および新浦安で多く旧浦安で少ない。これは旧浦安地区で老親との同居者が多いことから、老親の世話にも手をとられるからと考えられる。「家業」は旧浦安で多い。これはこの地区で漁業関連の加工業、商店などが多いことを反映したものである。「社会奉仕活動」は旧浦安で最も多く15%、次が新浦安で11%であり、国府台・国分地区は最も少なく9%である。

ここで3地区の特徴をまとめると、国府台・国分地区は自分の趣味や自己の学習ということが優位となる、つまり個人志向が強い。浦安地区は個人志向も強いが子供、孫、夫、家事、家業というように家族に関することが勝り、家族志向が強いといえる。また同じ家族志向でもその背景として、旧浦安では3世代家族を、新浦安では核家族の存在をうかがわせている。また、社会奉仕活動については、3地区の中では伝統的社会的価値観が最も強く残っていると思われる旧浦安で最も多く、地域の連帯意識の健在を示している。

3. 現在の余暇時間の過ごし方

それでは具体的に、現在余暇時間をどのように過しているかをみると表11のようになっている。3地区ともに最も多いのは、先の生きがいに対応したように「趣味をたのしむ」であり50~60%を占めている。2位以降は地区により前後するが、「旅行」、「友人、知人とのつきあい」、「テレビ、ラジオ」等である。ここで注目されることは、生きがいのところで趣味に次いで多かった家族に関することは少ないことであり、実際にはより個人的な事柄に時間を使っていることがわかる。「社会奉仕活動」も少なく、全体的に個人志向が鮮明にあらわれている。

4. 老後の余暇時間の過ごし方

現在に対応して、老後に余暇時間をどのようにして過すかという問いには、現在とほぼ同じ傾向を示している。表12にみるように最も多いのは「趣味を楽しむ」であり、以下多い事項は地区により前後するが、「旅行」、「友人、知人とのつきあい」、「テレビ、ラジオ」となっている。「孫の相手や家族と一緒に過す」は現在の余暇時間の場合よりは多いが「友人、知人」よりは少ない。また「社会奉仕活動」は現在の余暇時間の場合より一段と少なくなっている。

5. 行政への要望

そこで老後の生きがいのために行政に対して何を望むかということであるが、表13のように最も多いのは、地区により前後するが、「高齢者に対する職業訓練を」あるいは「高齢者のために社会参加の機会を」という項目で、ともに約30%である。以下「就業斡旋」、「老人福祉センター等の集会場」、「スポーツ、リクリエーション等の推進援助」、「若い世代との交流」等がそれぞれまんべんなく20%前後を占めている。「諸活動への費用負担」を要望する者は少ない。

6. 夫と死別後の再婚への意欲

女性の老後を考える上で避けられないことは夫との死別である。昭和56年における平均寿命は男73.8歳、女79.1歳であり、65歳における平均余命は男14.9年、女17.9年ありその差は3年

である。これに結婚時の男女の年齢差を考慮すると、ほとんどの女性が人生の旅路の終りに伴侶を失い、最後のほぼ10年を寡婦として暮すことになる。

そこで次に夫に死別した場合の再婚の意志を問うてみた。結果は表14の通りである。

全体に、はっきり「再婚する」と答えた者はきわめて少ない。「子供が賛成すれば再婚する」でも少ない。両者合わせて3%に満たない。比較的が多いのは新浦安であるがそこでもはっきり再婚すると、答えた者は1.6%、子供が賛成すれば再婚すると答えた者は4.1%で合わせてようやく5.7%である。

これに対して、「再婚はしないが茶のみ友達ほしい」が39%、約4割あり、決して孤独に生きようとする者ばかりではないことを示している。もっとも、「再婚もせず茶のみ友達もいない」という者も38%あるが、わずかだが、「茶のみ友達ほしい」者が多い。

地区別では新浦安でほしい者が多く、旧浦安でともにいない者が多い。

これを年齢階層別にみたものが図1である。はっきり再婚するという者は高年齢の60～64歳の層に多く意外の感がなくもない。子供が賛成ならという条件つきはその他の中にしかなかった。茶のみ友達ほしいは若年層に多く高年になるほど少なくなるが、60～64歳の層でもなお32%と約3分の1の人が希望しているのが注目される。

7. 夫と死別後の住居

次に老夫婦のみで生活している場合を想定し、その場合に夫と死別後の生活について問うてみた。結果は表15の通りである。

全体に最も多いのは「子供と同居する」で49%、約半数である。次は「そのまま一人で生活する」で24%、3番目が「子供の近くに引越して一人

で住む」で13%である。「老人ホーム」は5%である。

地区別では、最も多いのは国府台・国分では「そのまま一人で生活する」で35%、旧浦安では「子供と同居」で56%、新浦安も「子供と同居」で45%である。「老人ホーム」は国府台・国分で少なく、新浦安で最も多く7.4%である。

これを年齢階層別にみたものが図2である。若年層と高年層でははっきりした違いがみられる。「子供と同居する」は若年層では少なく、50～54歳までは35%であるが55歳をすぎると50%をこえ、60～64歳の層では68%と約7割、若年層の2倍となる。これに対応してその他の項目は高年層になるほど少なくなる。「子供の近くで一人で住む」は45～49歳の18%から2.6%にまで減っている。「そのまま一人で生活する」も50～54歳で35%あったものが13%になっている。「老人ホーム」は45～49歳で9%を占めていたが55～59歳では1.8%となってしまう。

60～64歳の層で約7割が子供世帯との同居を希望するという事は、現在65歳以上の高齢者の約60%が子供と同居している状況を裏づける価であると考えられる。

8. ボランティア活動への意志

高齢人口の増加にともなって、地域社会の中に何らかの介助が必要な老人が増加すると考えられる。特にその老人が単独世帯であったり老夫婦のみの世帯である場合は大きな問題となる。地方自治体も種々対策をたて、具体的に事業活動を行っているが、同じ地域社会の中に住む近隣の協力が、経済的な観点のみからでなく求められるようになってくる。そこで協力の意志について問うているが、その結果は表16の通りである。

全体に、「してもよい」と答える者は44%とほぼ半数に近くあり心強い。「したくない」は4.5%

〔脚注〕

昭和56年度厚生行政基礎調査より、65歳以上の者のいる世帯の構成割合は、単独世帯11.3%、夫婦のみの世帯16.3%、夫婦(片親)と未婚の子のみの世帯10.1%、三世帯世帯49.7%、その他の世帯12.7%である。

である。「わからない」が44%と「してもよい」と同数である。

地区別では大きな差はないが、国府台・国分で「してもよい」が3地区の中では最も少なく「したくない」が最も多い。新浦安ではこれと対比的に「してもよい」が多く「したくない」は少ない。

これを年齢階層別にみても、図3のようになる。高齢層になるにつれ「してもよい」が減少し「したくない」が増加する。

まとめ

1. 老後の不安

まず老後の不安は多い順に「体力が衰えて健康が失われること」(73~77%)、「ほけてゆくこと」(30~39%)、「病気の時に世話する者がいるかどうか」(16~18%)ということであった。健康に関する心配が上位にくるのは、体力の低下を折にふれ自ら実感し、今日の老人の医療や介護がさまざまな問題をかかえていることを豊富な情報から知っていることから当然のことと思われる。他の同様調査でも類似した結果となっている。

介護者についての心配は、現に核家族化の進んだ状況で生活し、特に女性では夫と死別する可能性が高いことから深刻な問題であるといえよう。

地区別では国府台・国分地区では「経済的に困難になること」を、浦安地区では「生活のほりあい、生きがい失われること」を心配している者が他地区より多い。また、新浦安で「家族との人間関係」を心配する者が多く、注目される。

2. 現在の生きがいと余暇時間の過ごし方

現在の生きがいでは最も多いのは「自分の趣味を楽しむ」(54~58%)であり、次が「子供や孫の成長」(40~45%)である。「社会奉仕活動」は少ない(9~15%)、個人の欲望を充足することが高率を占め個人志向性が高いといえよう。余暇時間の過ごし方では「趣味を楽しむ」

(52~60%)、「旅行する」(30~40%)、「友人、知人などとのつきあいで過す」(24~36%)が多く、「孫の相手や家族と一緒に過す」(3~13%)ははるかに少なく、「社会奉仕活動」(8~11%)も少なくなっている。ここでも個人志向の高いことを示している。

3. 老後の余暇時間の過ごし方と生きがい対策への要望

老後の余暇時間の過ごし方では、現在に呼応するように「趣味をたのしむ」、「旅行する」、「友人、知人などとのつきあいで過す」が多く、「孫の相手や家族と一緒に過す」は少ない。また「社会奉仕活動」も少ない。

しかし、生きがいのために行政へ望むことでは「社会参加の機会を」と多く(24~31%)、これとほとんど並んで「高齢者でもできるような職業訓練を行なう」(23~31%)がある。「高齢者の就業の斡旋など就業機会の増大を図ること」も要望は高い(17~22%)。老後の不安で「経済的に困難になるのではないか」という者は多い地区で20%あったが、職業訓練、就業の機会をとということも、単に生きがいのためだけではなくやはり経済的に収入の道を求めての要望とも考えられる。余暇時間ができたら趣味を楽しみ、旅行に行つてと思うのであろうが、どちらも健康に恵まれ、経済的にゆとりがなくてはできぬことである。また、働らいて生活してきた時間に匹敵するくらい長い老後の時間を考えると、消費しているだけでなく一方でいくらかでも収入を得ておこうと考えるのは無理からぬことであり、むしろ健全なことだといつてもよい。

就業していることは一つの社会参加の姿であり、生きがい感の重要な構成要素である有用感(自分が何かの役に立っていると感ずること)を満たすのには恰好の状態であると考えられる。

4. 夫と死別後の生き方

まず夫と死別した場合の再婚の意志であるが、はっきり「再婚する」と答えた者も、「子供が賛成すれば再婚する」と答えた者もきわめて少なく、合わせて3%に満たない。

しかし、「再婚はしないが茶のみ友達はほしい」は40%ある。「茶のみ友達はほしい」は年齢階層別では若年層ほど多いが、60～64歳の層でも32%、約3分の1の人がほしいと答えている。これは夫婦というものが男女の間の信頼関係、愛情関係の上に成り立っているとすれば、その一方が欠けた場合、その欠落は他の人間関係、最も親しい親子、兄弟というような人達とのかかわりでも埋めつくすことができないことを物語っている。核家族化がすすみ、欧米風に日常生活のさまざまな場面で夫婦が一つの単位として扱われ、自らもそのように行動していた場合、夫婦の結びつきは緊密になるであろうが、それだけに一方が欠けた場の喪失感、孤独感は強いであろう。今後は寡婦を対象としたプログラムも地域社会の重要な事業の一つになっていくであろう。

次は老夫婦のみで生活していた場合に夫と死別した時、居住をどうするかということであるが、「子供の世帯と同居する」という者が49%と約半数ある。この数は高年層になるほど多くなり、60～64歳では68%と約7割が子供と同居したいといっている。これに対応して、「子供の近くに引越して一人で住む」や、「そのまま一人で住む」は高年層ほど少なくなる。「スープのさめない距離」は高齢になると落ちつきの悪いものなのかもしれない。「老人ホーム」は全体で5%である。45～49歳の若年層では9%あるが、次第に減少し、60～64歳では2.6%となる。しかし昭和55年の65歳以上の者の老人ホーム居住者は1.5%であるから、高年層でもこれよりは多く、若年層でははるかに多いといえる。

地区別では国府台・国分で「そのまま一人で生活する」が、旧浦安では「子供と同居する」が、新浦安では「老人ホーム」がそれぞれ他の地区に比べて多い。

5. ボランティア活動への意志

ボランティア活動は行政の人手不足や経費不足の補いと考えられがちであるが、特に対象が老人の場合、近隣の人々の協力は対象者を孤立

感、孤独感から救い、より暖かな、親しみのある人間関係の中で介助が与えられることが必要なことが望ましいことから強く求められる。

さて、ボランティアとして近所の老人の世話を「してもよい」と答えた者は44%、半数近くにのぼった。心強い数である。「しなくない」は5%である。「わからない」と答えた者が「してもよい」と同じく半数近くあるが、これらの人達は活動の内容、すすめ方によって、また活動のための知識や技術の研修プログラムを充実させることによってその意志を「してもよい」にかえさせることができるのではないと思われる。このことは老後の生きがいについての行政への要望で、「社会参加の機会を提供すること」が、職業訓練と同程度あったことから考えても大いに期待されるところである。

稿を終るにあたり、調査にご協力いただいた千葉県市川市民生児童委員協議会副会長友田悦雄氏ならびに千葉県浦安市婦人の会会長大塚満子氏に感謝し、心から御礼申し上げます。

またご助言をいただいた福祉社会研究所所長菊地幸子先生に厚く御礼申し上げます。

表1. 年齢：地区別 (%)

年齢 \ 地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
45～49歳	25.5	36.2	44.3
50～54	23.4	15.4	11.5
55～59	22.4	16.5	17.2
60～64	17.0	8.8	11.5
その他	10.6	23.1	13.1
無回答	1.1	0.0	2.4
計	100.0	100.0	100.0

表2. 婚姻状況：地区別 (%)

年齢	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
既 婚		85.3	87.9	87.7
離・死別		7.4	4.4	3.3
未 婚		0.0	0.0	0.8
無 回 答		7.3	7.7	8.2
計		100.0	100.0	100.0

表3. 学歴：地区別 (%)

学歴	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
義務教育		22.1	67.0	46.7
中等教育		61.1	27.5	38.5
高等教育		13.7	3.3	12.3
その他		1.0	0.0	0.0
無 回 答		2.1	2.2	2.5
計		100.0	100.0	100.0

表4. 来住時期：地区別 (%)

時期	地区	国府台	国分	旧浦安	新浦安
生れたときから		10.6	0.0	50.0	22.1
A. 39年 } 以前 B. 43年 }	A	44.7	A 29.2	B 35.9	B 6.6
A. 40年 } 以降 B. 44年 }	A	31.9	A 64.6	B 14.1	B 60.7
無 回 答		12.8	6.2	0.0	10.6
計		100.0	100.0	100.0	100.0

表5. 定住の意志：地区別 (%)

居住の意志	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
ずっと住む		78.9	89.2	62.3
いずれ転出		3.2	1.1	4.1
わからない		11.6	5.4	16.4
無 回 答		6.3	4.3	17.2
計		100.0	100.0	100.0

表6. 住居：地区別 (%)

住居	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
持 家 (庭あり)		70.5	58.2	72.2
持 家 (庭なし)		12.6	26.4	4.1
持 家 (マンション)		0.0	2.2	11.5
民間借家		2.1	7.7	5.7
公社・公団住宅		1.1	1.1	0.0
公営住宅		3.2	0.0	0.0
社宅・公務員住宅		4.2	1.1	1.6
借 間		1.1	0.0	0.0
そ の 他		2.1	0.0	0.0
無 回 答		3.1	3.3	4.9
計		100.0	100.0	100.0

表7. 老親との同居：地区別 (%)

老親と同居	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
は い		12.6	28.6	13.1
い い え		85.3	67.0	81.2
無回答		2.1	4.4	5.7
計		100.0	100.0	100.0

表8. 医療保険の種類：地区別 (%)

保 険	地区	国府台・国分	旧浦安	新浦安
健康保険		45.3	34.1	41.5
国民保険		35.8	45.0	31.7
共 済		11.6	17.6	15.4
そ の 他		0.0	1.1	4.1
無 回 答		7.3	2.2	7.3
計		100.0	100.0	100.0

表9. 老後の不安：地区別

(あなたは、これからの生活で一番心配なことは何ですか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安
回答者数	88人	82人	114人
体力の衰えて健康が失われる	77.3%	76.8%	72.8%
病気の時に世話する人	18.2	15.9	17.5
家族との人間関係	6.8	8.5	14.0
生活のほりあい生きがい	5.7	12.2	11.4
ぼけてゆくこと	38.6	29.3	32.5
経済的に困難になる	20.5	17.1	13.2
住居が定まっていない	2.3	3.7	0.9
そ の 他	0	0	0

表10. 現在の生きがい：地区別

(あなたのいまの生きがいは、どんなことですか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安
回 答 者 数	92人	88人	114人
子供や孫の成長	39.1%	47.7%	44.7%
夫 の 世 話	13.0	4.5	14.9
家事にせいを出すこと	16.3	20.5	19.3
家業にせいを出すこと	3.3	8.0	1.8
貯蓄や投資で財産をふやすこと	4.3	5.7	6.1
住民運動や政治活動への参加	1.1	1.1	1.8
社会奉仕活動をする事	8.7	14.8	10.5
自分の趣味を楽しむ	57.6	55.7	53.5
知識、教養を高める学習活動	20.7	15.9	14.9
そ の 他	4.3	1.1	35.
生きがいとくはない	10.9	1.1	2.6

表11. 現在の余暇時間の過ごし方：地区別

(いま自由な時間があれば、あなたはどんなことをしていますか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安
回 答 者 数	93人	90人	117人
テレビ・ラジオ・新聞などで過ごす	33.3%	17.8%	15.4%
趣味を楽しむ	60.2	56.7	52.1
孫の相手や家族と一緒に過ごす	3.2	13.3	11.1
友人・知人などとのつきあいですごす	24.7	33.3	35.9
旅行する	33.3	40.0	29.9
知識や教養を高めるために過ごす	11.8	4.4	8.5
スポーツ, 体操, 散歩などをする	9.7	3.3	10.3
宗教活動な信仰	5.4	10.0	6.8
社会奉仕活動	7.5	11.1	11.1
そ の 他	1.1	0	0.9

表12. 老後の余暇時間の過ごし方：地区別

(あなたは65才をすぎたら、どんなことをしてすごしたいと思いますか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安
回 答 者 数	93人	91人	117人
テレビ, ラジオ, 新聞などで過ごす	20.4%	6.6%	6.8%
趣 味 を 楽 し む	67.7	54.9	59.0
孫の相手や家族と一緒に過ごす	11.8	19.8	15.4
友人, 知人などとのつきあいですごす	26.9	35.2	33.3
旅 行 す る	34.4	38.0	40.2
知識な教養を高めるために過ごす	8.6	12.1	6.8
スポー, 体操, 散歩などをする	1.1	6.6	6.8
宗教活動や信仰	8.6	6.6	6.8
社会奉仕活動	5.4	5.5	8.5
そ の 他	1.1	0	0

表13. 行政への要望：地区別

(老後の生きがいを得るために、行政に望むことは何ですか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安
回 答 者 数	87人	81人	104人
老人大学，高齢者学級などを設ける	19.5%	12.3%	5.8%
高齢者のために，社会参加の機会を提供する	31.0	23.5	27.9
高齢者の就業を斡旋するなど就業機会の増大を図る	19.5	17.3	22.1
高齢者が諸活動を行うための老人福祉センターなど，集会場を提供する	21.8	18.5	20.2
老人クラブ等，諸活動の費用援助を行なう	10.3	11.1	13.5
高齢者のスポーツ，リクリエーション活動の推進援助を行なう	20.7	25.9	22.1
若い世代との交流の場を設ける	20.7	25.9	22.1
高齢者でもできるような職業訓練を行なう	20.0	30.9	30.8
そ の 他	0	0	0
特 に な い	5.9	4.9	7.7

表14. 夫の死後の再婚の意志

(万一夫に先立たれたとしたら、あなたは どう しますか?) (%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安	合 計
再 婚 す る	1.1	1.1	1.6	1.3
子供が賛成すれば再婚	0	1.1	4.1	1.6
再婚せず茶のみ友達ほしい	36.8	35.2	40.2	39.0
再婚せず茶のみ友達もいらず	37.9	41.7	36.9	37.7
そ の 他	8.4	6.6	4.1	6.5
無 回 答	15.8	14.3	13.1	14.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0

表15. 夫の死後の生活：地区別

(老後に夫婦だけで生活していて、夫に先立たれたら、生活をどうしますか?)
(%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安	合 計
子 供 と 同 居	33.7	56.0	45.1	48.8
子供の近くに引越す	12.6	13.2	13.9	13.3
そのまま一人で生活	34.7	13.2	22.1	24.0
老 人 ホ ー ム	2.1	4.4	7.4	4.9
そ の 他	3.2	2.2	2.5	2.9
無 回 答	13.7	11.0	9.0	11.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0

表16. ボランティア活動への志向：地区別

(これからは単身または老夫婦だけの世帯が増えてくると思われます。近所にこれらの老人がいて、その人の体が不自由になったり、ぼけてきたとき、あなたはボランティアとして、これはの老人の世話をしてもよいと思いますか?)
(%)

	国府台・国分	旧 浦 安	新 浦 安	合 計
してもよい	40.0	43.9	45.9	43.8
したくない	6.3	5.5	3.3	4.5
わからない	45.3	39.6	45.1	43.8
そ の 他	2.1	3.3	1.6	2.3
無 回 答	6.3	7.7	4.1	5.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0

図1. 夫と死別後の再婚の意志：年齢階層別（％）

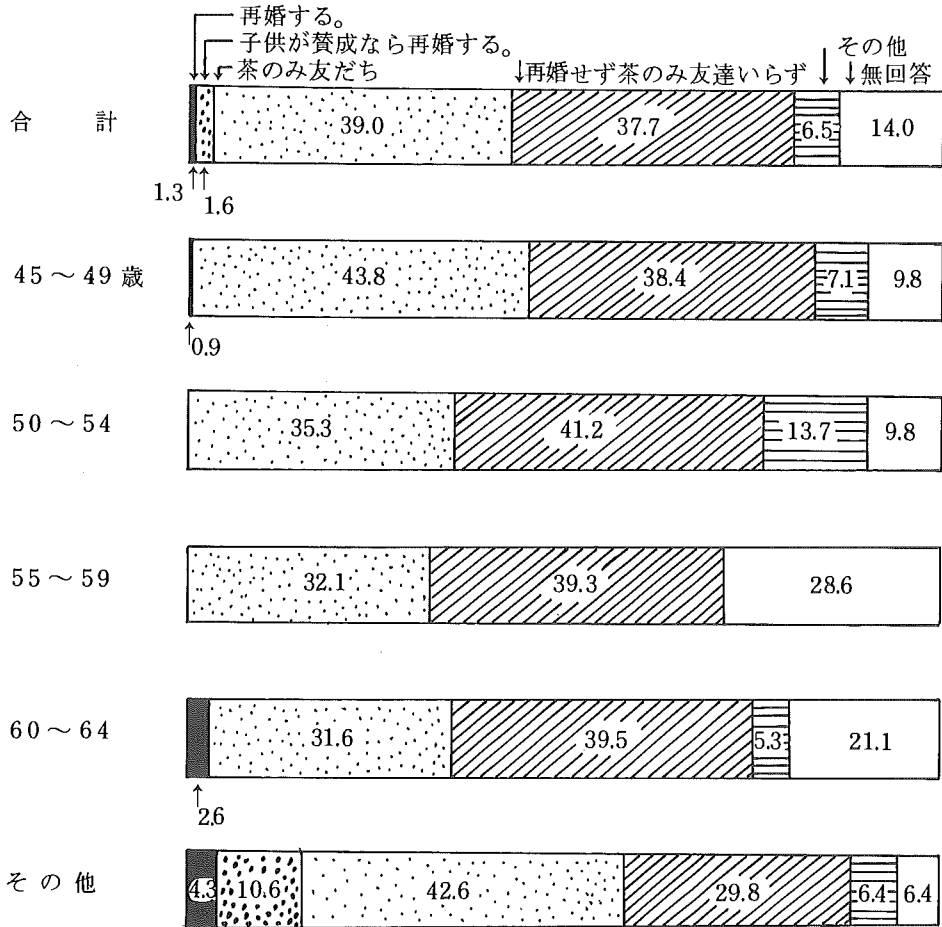


図 2. 夫と死別後の居住形態：年齢階層別 (%)

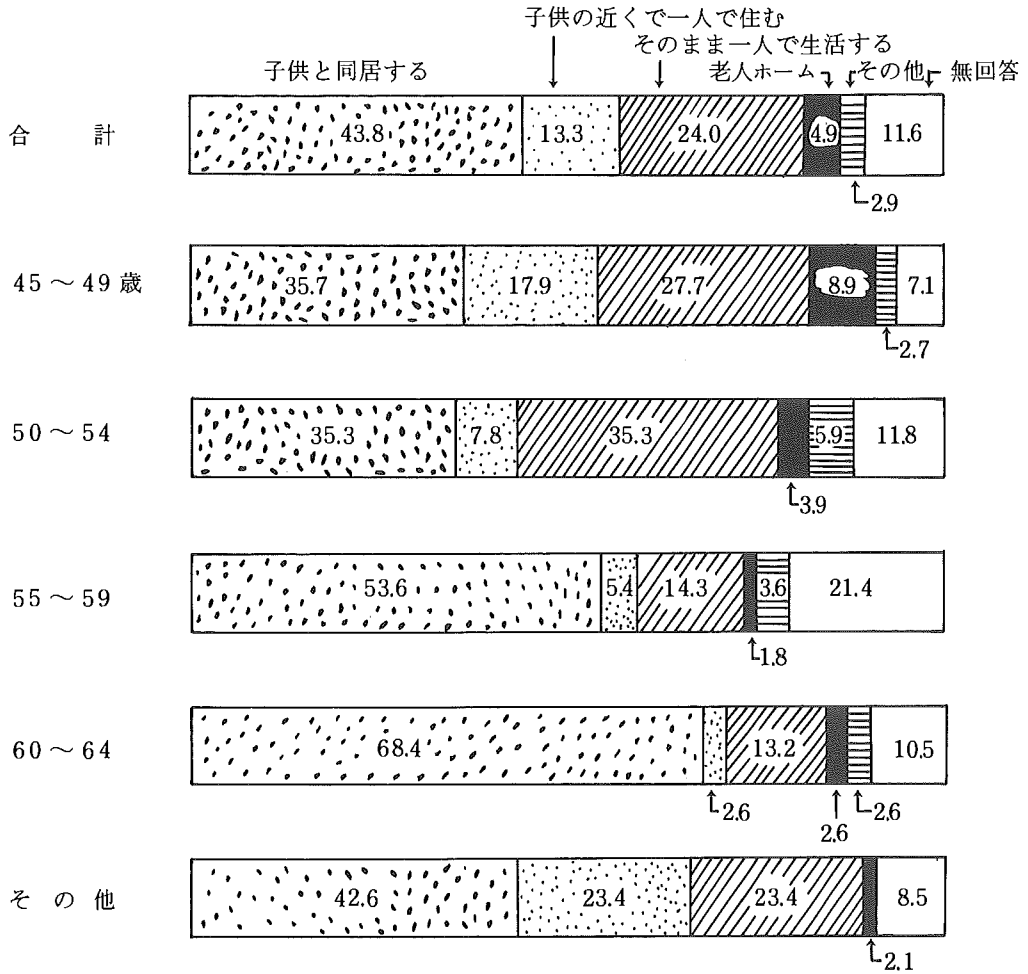
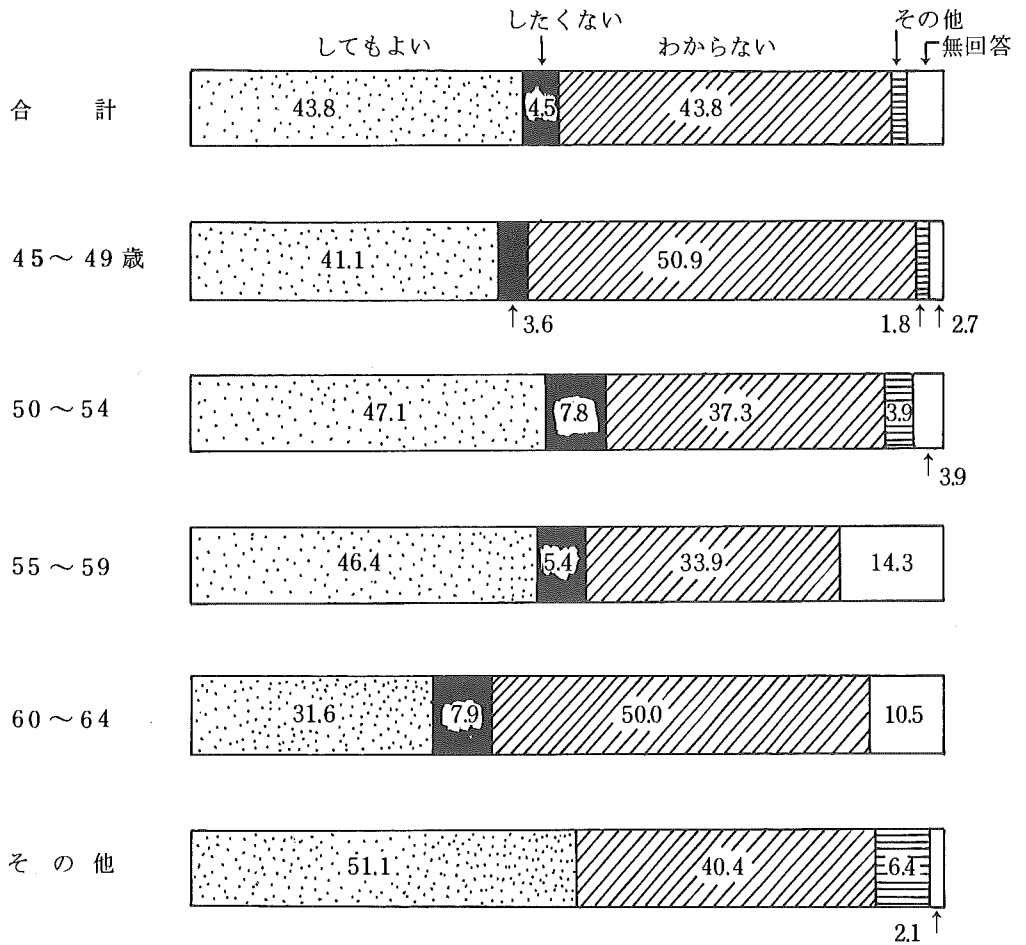


図3. ボランティア活動への意欲：年齢階層別（%）



各部の研究活動の状況

精神衛生部

主として青年期・成人期にみられる精神衛生的諸問題を、適応困難事例の臨床的研究をとおして明らかにする仕事をつづけている。

主なものとして、1、精神衛生相談の事例についての研究、2、神経症の症例の調査研究、3、主として青年期の事例についての精神衛生的援助活動があげられる。

1、においては、精神病理学的ならびに臨床心理学的な事例の分析のみならず、家族病理学の視点からの分析をとりいれて研究をすすめており、その一部は、定例の「事例研究会」で報告が行なわれてきた。

2、においては、他の施設との共同で研究がすすめられており、現在、「不安神経症の発生予防に関する研究」が行なわれている。

3、においては、後述の「思春期グループ」の研究が進行中である。

次に「事例研究会」に今年（昭和57年）提出されたテーマ、内容の主なものについて列挙する。「嫁一姑関係を背景とする主婦の心身症について」「高校生のやせ症の女性の症例について」「家族療法の諸技法について—共同治療を中心に—」「強迫症状のみられる男子大学生の治療について」「佐川一政の心的世界について」「場面緘黙のある中学男子に関するスクールコンサルテーション活動について」「分離—個体化に顕著な不安を示す青年期女子症例について」「多彩な身体症状を訴える男子大学生について」「境界例とみられる女性患者の治療経過について」「対人恐怖の強い男子青年の家族関係について」「登校拒否を起こした女子高校生の両親像について」等である。

また「思春期グループ」の活動は昭和55年春より、集団への帰属に問題がある青年たちを集めて、行なわれ、現在は週2回半日ずつ、特にプログラムを組まずに活動している。集団への帰

属上の問題とはいえ、具体的には不登校、対人恐怖、非行等の理由で、当研究所に相談をもちかけられた青年たちである。人数は57年末現在で、メンバー10～15名、スタッフは9名である。集団自体のもつ心的—身体的活性化効果に、興味深い点が多々窮える。

（これらの他に、「いのちの電話」に参加しての精神衛生相談の研究と、大学精神衛生研究会に参加しての大学生の神経症に関する研究が行なわれている）
（高橋 徹）

児童精神衛生部

児童精神衛生部の研究としては、(1)人格発達に関する基礎的研究と(2)児童臨床に関する研究があり、そのほか、研究所全体のテーマの一つである(3)思春期の精神衛生の研究を主宰している。また、最後にしるすように、外部の研究補助金により四つの課題の研究を行なっており、そのすべてに部の全員が参加している。

人格発達に関する研究としてはすでに30年に及ぶ長期間の追跡をつづけている、1) 双生児法による人格発達の研究と 2) 乳児院収容児の長期予後調査の研究があり、そのほか3) 乳児期の母子相互作用の精神生理学研究と4) 1歳半健診の指導技術の研究がある。合計300組以上におよぶ双生児の研究結果はシリーズとして健康児童、登校拒否、非行、自閉症、精神病などの各主題について発表予定である。この中には出生直後から思春期まで追跡した一卵性三つ子も含まれている。

児童臨床に関する研究としては、当研究所相談庁舎のほか、日大精神科小児外来、国立国府台病院児童精神科との協力のもとに児童の発達の各時期における精神療法技術についての研究を行なっている。そのためには相談庁舎の遊戯室のビデオ装置が活用され、また日大家族研究チームとの協力により情緒障害児の母親の音調テストも行われている。

思春期の精神衛生の研究については、1) 中学生の精神衛生研究として千葉県および神奈川県、私立中学生についての意識調査、心理テストなどを2ケ年にわたり行ない、更に特殊な適応の問題に関する質問表による調査を今年度行うことになっている。また、2) 予備校生の精神衛生に関する調査は「大学浪人の心理と病理」として公刊された。そのほか、公衆衛生学的な立場から3) 登校拒否の疫学的研究、最近ふえつつある4) 性的虐待に関する研究も行っている。これらの研究成果は関係学会において発表され、精神衛生研究、小児の精神と神経、Int. J. of Child Abuse and Neglect その他学会誌に発表されている。

外部からの研究補助金による研究としては以下のごときものがあり、各研究班報告書が公刊されている。

(1) 昭和54年度から厚生省心身障害研究、精神薄弱児・者のハビリテーション・プログラムの開発に関する研究(班長 青山光二氏)、の分担研究者として精神薄弱児・者の家族の精神衛生的問題とその対策に関する研究を行なっている。

(2) 昭和55年度から厚生省心身障害研究、小児慢性疾患(臓器系)に関する研究のうちエキスプリマチュア・チャイルドの長期予後に関する研究(班長 馬場一雄氏)の分担研究者として、未熟児に対する母親の態度、多胎児の発達とその問題などについて分担研究を行なっている。

(3) 昭和57年度から厚生省科学研究、青少年の精神健康とその対策に関する研究(班長大原健士郎氏)のうち、中学生の精神衛生に関する主題を担当し、登校拒否、思春期やせ症、嗜癖などの調査を行なっている。

(4) 昭和56年度から健康づくり特別研究委託費で家庭婦人の精神衛生に関する研究を行なっている。家庭婦人の精神衛生は夫や子どもにくらべて無視されやすく健康診断の機会も少ないので、われわれの試作した各種症候を含む精神衛

生調査表により、各世代、常勤、非常勤、専業主婦などの各グループについて調査を行なっている。(池田由子)

老人精神衛生部

老人精神衛生部としては、主として臨床的研究、心理・社会学的研究、生物学的研究、行政的研究の四分野の研究を行なっている。

第一の臨床的研究としては、1) 「老人の痴呆疾患の病態と予後に関する研究」(厚生科学研究補助金)の課題で、精神病院に在院の痴呆患者を対象に精神症状、身体症状、問題行動とその予後について調査研究を行っている。2) 「アルコール性痴呆に関する研究」(アルコール中毒調査研究事業委託費)では、飲酒量、飲酒期間と痴呆との関連を明らかにするために、知能検査、CT スキャンを用いて在院のアルコール中毒患者を対象に調査を行っている。3) 「老年期神経症に関する研究」では、4個所の病院の外来患者を対象として、発症要因および病態の特徴を明らかにし、治療技術のあり方について研究を行っている。

第二の心理・社会学的研究としては、1) 「老化と生活適応に関する縦断的研究」の課題で、老化および生活適応の評価および相関を追求している。2) 「米国日系人の老化と生活適応に関する研究」では、文化的、社会的環境を異にする場における老化と適応の比較検討を日米の老人について行っている。3) 「中高年者の精神衛生と老後設計に関する研究」では、本年度は中高年婦人の老後設計に関して調査を行った。4) 「老人の性格特徴と成熟度に関する研究」では、健康老人を対象にして、性格を反映する指標として各種検査法を用いて、その成熟度とライフ・イベントの関連について調査した。

第三の生物学的研究としては、1) 「痴呆疾患の染色体に関する研究」の課題で、本年度はパイロット・スタディとして原因不明の特発性脳萎縮をきたす初老期痴呆および老年痴呆の末梢血リンパ球について検索を始めている。2) 「神経機能の老化に関する研究」(厚生省神経疾患研

究委託費)では、健康老人および痴呆老人を対象に、各種感覚刺激に対する短潜誘発反応を中心に神経生理学的研究を行っている。

第四の行政的研究としては、「市町村段階における老人精神衛生対策のすすめ方に関する研究」(健康・体力づくり等調査研究委託費)の課題で、老人保健法実施に伴う市町村での保健活動の中の地域精神保健について、保健婦のための具体的な指針の確立のための研究を行っている。

その他、継年的に行っていることであるが「精神障害者の統計に関する研究」では、厚生省統計情報部発表の「患者調査」の基礎資料をもとに、ICDの各傷病名について患者数の集計・分析を行っている。

以上の研究は当部の大塚、斎藤および社会復帰相談部の丸山が中心となり、他の機関の研究者の協力のもとに行われている。(大塚俊男)

社会精神衛生部

当部では精神衛生という広い研究領域において、特にその社会関係の側面での研究を、巨視的及び微視的な方法により、遂行してきた。部長以下五名の研究者が、当部独自に取りあげた「住民の精神健康と地域ケアに関する研究」という課題にそれぞれの関心を以て取り組んでいる。部員の専門研究領域は、社会福祉学、家族精神病理学、家族社会学、福祉社会学及び医療社会学と多彩である。以下に今年度取り組んだ研究課題を挙げておく。

1. 住民の精神健康の地域ケアに関する研究

(1)地域ケアにおいてボランティアの果す役割と動機に関する研究

(2)1) 家族周期の移行期(例、中年期)に起きる危機への家族の対応に関する研究

2) 戦後における社会構造の変化に対応する家族形態及び家族意識の変化の研究。

(3)社会移動たとえば職歴移動に伴うストレスとそれへの対応に関する研究

(4)難治性疾患々者(例、腎透析、慢性肝炎等)のセルフ・ケアを支える要因に関する研究

(5)精神衛生ケア・システムの研究

1) 患者自助集団や家族集団等の組織化に関する研究

2) 在宅障害老人と家族を支えるケア・システムに関する基礎的研究

3) リハビリテーション病院における老人患者のリハビリ効果及び在宅ケア・ニード測定の為のフォローアップの研究

(6)統計学的推論による社会指標の設定に関する研究

1) 公衆衛生指標を中心とした社会指標の統計学的研究

2) 入退院実態に見る社会復帰評価の統計的研究

3) 統計データによる精神医療指標の各国比較

以上のような社会精神衛生部独自の研究の他に、当研究所の主たる研究課題にも、以下のように積極的に参加している。即ち

1) 精神障害の慢性化防止に関する研究

2) 精神障害者を抱える家族の問題に関する研究

3) 精神障害者の自主管理に関する研究

イ. 精神分裂病患者のセルフ・ケア

ロ. 保護作業所を用いた精神障害回復者の就労自立に関するフィールド実験研究

ハ. ホステル、グループ・ホームによる地域生活の自立に関する研究

4) 精神障害者の社会復帰に関する臨床的研究——デイ・ケアとその外延的展開における集団処遇の研究

5) 家族治療に関する研究——分裂病患者と神経症患者を対象とする家族治療技法に関する研究

2. 老人の精神衛生

中高年の生活適応に関する研究(日米国際比較の準備研究)

3. 神経症、心身症の診断と予防、治療に関する研究

(1)神経症のプライマリ・ケアをめぐる評価

尺度に関する研究

(高橋 宏・高橋和明)

(2)主婦の生活ストレスの研究

文部省科学研究費特別研究「環境科学」の都市域部門「都市環境の快適性の研究」班では、都市環境の精神衛生動態の研究を分担することになった。本年度は精神不健康を訴えるものの住居環境のケース・スタディを行なっている。

4. その他

(1)暴力性の高い TV フィルム情報曝露に対する子どもの被影響感度と家族背景との関連に関する研究

(高橋 宏)

(2)精神障害者への態度と社会的対応に関する研究

(柏木 昭)

精神身体病理部

昭和56年度に引きつづき、精神衛生における精神生理学的研究と情報処理法の検討を行なった。

上記「環境科学」特別研究での昭和56年度までの研究資料をもとにして、被調査主婦の飲酒、喫煙・薬物使用の状況を整理した、「高層住宅に住む主婦の飲酒実態」を第17回日本アルコール医学会総会で報告した。(横須賀市, 10月), (高橋 宏)

小課題2の特殊条件下の精神生理学的現象の研究は、アルコールの影響下の精神作業の研究を続けたが、アルコールの影響度の判定尺度としての呼気中アルコール濃度を用いるため、呼気アルコール測定器による値と、血中アルコール値との時間経過を追った相関のズレを検討した。(高橋 宏)

精神衛生に関する情報処理の研究については、図書館情報のコンピューター処理の研究をすすめている。今年度は漢字処理用コンピューター(NEC-6300/50 NK システム)を利用して、①マスターファイルのモデル化、②検索ファイルのプログラム化を行なった。(高橋和明・図書室高橋通子)

小課題3の生体情報の記録と処理方法に関する研究は継続的に行なわれ、ビデオテープに記録した実験状況(映像とポリグラフ)からの直接コンピューター処理法の検討、および臨床脳液の周波数分析についての研究では、臨床脳波の自動解析法は、FFT法との比較では不十分なため、Interval-histogram法との比較検討を行なっている。(コンピューターはDEC, PDP-11/34 Aを中央演算装置とするRSX-11Mシステム)。(高橋和明)

優生部

現在行なっている研究活動は主として以下の三つである。

特別研究「ストレスによる神経症の発生機序及び診断治療技術の開発に関する研究」は2年目に入り、われわれの分担は不安状態の治療法としてのバイオフィードバック法の検討である。今年度は不安状態と心拍変動との関係の分析、男子学生を被験者として意志的な心拍の制御(増減)実験、表示法の研究を行なった。

1) 世界各国の優生保護法、墮胎法の分析検討
世界の優生法、墮胎法など優生保護法に関する世界各国の法律を集め、各国の法律の要約、分析を行ない、数多くの問題点について検討し総括した。この一部については資料としてのせている。

2) 騒音の精神機能に与える影響の解明に関する研究。

上記の研究に関連して、2月から6月まで、ペルー国政府からわが国の技術協力計画にもとづくカウンターパート研修員1名の研修を、国際協力事業団・東京大学を経て受入れた。

騒音は人間に種々の影響を与えるが、騒音の量、質がある限度を超えると人間にとって阻害的な悪影響を与えることになる。人間に対する騒音の影響は(1)聴力への影響(2)聴取妨害(3)心理的影響(4)睡眠への影響(5)身体的影響(6)住民などへの社会的影響などが考えられるが、(3)心理的影響(4)睡眠への影響(5)身体的影響について研究を進めた。

なおこの研究には環境庁より研究費の援助

を受けた。

3) 内因性うつ病の覚醒睡眠機構の精神生理学的内分泌学的研究

うつ病者には生体リズムの障害が想定されるが、生理的、内分泌変動を長時間(24時間)にわたり把握し、正常者のそれらの変動と比較検討した。この詳細は厚生省神経疾患研究の報告書「そううつ病の生物学的成因、特に代謝障害に関する研究」に発表する予定である。(中川泰彬)

精神薄弱部

(研究の特色)

わが国の精神薄弱児・者対策に寄与することを目的として国民の期待や関係各方面の要望に副うべく、医学、生化学、臨床病理学、保健学、心理学、社会学、社会福祉学および教育学などの人間諸科学の連携による「精神遅滞」に関する多面的、総合的な学際研究を特色として社会的要請に応じた数々の研究に取り組んできた。

(研究の動向)

現在、全国の関係機関・施設と提携して取り組んでいる研究は次の通りであり、いずれもわが国の精神薄弱児・者対策を推進する上に緊急を要する課題である。

- 1 精神薄弱児・者の臨床診断法の開発とその応用(代謝異常等、ポジトロンCT)
- 2 地域ケアの体系化と臨床技術の開発研究
- 3 各種治療法の効果測定
- 4 精神遅滞乳幼児の早期療育技術の開発研究
- 5 早期老化現象の解明ならびに高齢精神薄弱者の処遇体系と臨床技術に関する研究(薄弱者の処遇体系と臨床技術)

われわれは国連総会が格調高く謳いあげた「精神薄弱者の権利に関する宣言」(1971年)ならびに「障害者の権利に関する宣言」(1975年)を現実のものにして「完全参加と平等」(国際障害者年行動計画基本テーマ)をはかり、精神薄弱児・者とその家族が胸を張って価値ある人生を歩める日の一日も早い到来を願って研究に取り組ん

でいる。

(最近の主な研究成果)

高齢および早期老化精神薄弱者の処遇体系ならびに処遇技術に関する提言

——高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究(最終年度報告)——

精神薄弱部モノグラフ 昭和57年4月刊

これは昭和54年～56年の3年間にわたって国立コロニーのぞみの園、北海道・おしまコロニー、山形県・松風園、群馬県・はるな郷、東京都立千葉福祉ホーム、長野県立西駒郷、長野県・悠生寮、東京都立心身障害者福祉センター、東京都老人総合研究所などの協力を得ておこなった研究の成果である。

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究 第2報

——薬物療法の問題点：民間療法の発作抑制効果の検討——

精神薄弱部モノグラフ 昭和57年9月刊

これは昭和55年から開始した研究の第2年度として群馬大学精神医学教室、国立長崎中央病院精神科、東京・渡辺医院、長崎県・愛隣更生寮などの協力による研究の成果である。

(外部研究費による研究)

厚生省心身障害研究：精神薄弱者施設における高齢および老化対策の総合研究(櫻井)、精神遅滞乳幼児の保健栄養指導のあり方の研究(小松せつ)

厚生省神経疾患研究委託費：てんかん患者の各種治療法の効果測定の研究(櫻井)

厚生科学研究費：精神遅滞等の脳損傷と生体リズム障害に関する研究(櫻井) (櫻井芳郎)

社会復帰相談部

他部と共同で実施されているデイ・ケア関係についてはデイ・ケアとして別に報告されるのでここでは省く。したがってそこから派生する領域は当然そちらの方で報告されることとなる。

その他は一部のみ所内、他は所外とのプロジェ

クトであるので、必ずしもすべてが部の活動と対応するものではないが関連するもののいくつかを報告する。

1. 2年来続けられていた「地域精神衛生の体系化に関する研究」は、研究班員15名の協力により地域精神衛生活動の手引としてまとめられた。

2. 3年来大阪府衛生部、山梨県精神衛生センターとの協力体制のもとに行われてきた動態調査は、本年度は「精神分裂病者の入院動態と現状に関するマクロ分析」「精神分裂病者の社会適応に関する地域調査とその分析」として一応まとめられた（一部は精神衛生資料24, 25号に、また報告としては岡上, 和田, 山田: 若年層分裂病等の入院数の減少傾向の調査と分析, 臨床精神医学10: 12, 社会精神衛生部和田: 分裂病患者の入院歴の分析, 精神衛生28号に所載）。また同一協力体制のもとに「アルコール精神障害者の入院動態に関するマクロ分析」を実施したが、細部の検討が残されている。

3. 「時代推移による分裂病在宅・在院比の変動, およびその要因に関する研究」は、木更津病院（川島他）の全面協力のもとに注目するに足りる結果を得たが、今後の分析（あるいは補充的調査）を要する。

4. 「慢性分裂病の職業リハビリテーション並びに日常生活システムの体系化に関する研究」（分担課題: 慢性分裂病のひろがりと特性の検討）は、自病協精神部会社会復帰研究班, 日精診学術部, リハビリ・センター等の調査研究に合せ、評価指標の分布の検討, 調査項目自体の整理・統合の検討などを行うとともに、所内および5作業所保有施設と共同で作業遂行特性の定性分析を試みている。

5. 「精神健康に対する住民の態度に関する研究」は本年度からのもので、社会精神衛生部の全面的協力を得てはじめられている。この研究は外部研究プロジェクトとも密接な関連を持って進められるものである。

6. 「ポジトロン CT による精神疾病の脳の

代謝に関する研究」は、将来的に放射線総合医学研究所, 大学などとチームを組みながら行うことができるよう準備を進めている。

7. 「慢性分裂病状態における認知障害のリハビリテーションへの応用に関する研究」も準備段階にある。

8. 「森田療法の時代による変遷過程の研究」は、所内特別研究の一環として不安神経症を中心とする神経症の構造的変遷を検討中である。

以上の所員の分担は、1. 岡上, 2. 岡上, 社会和田, 3. 岡上, 4. 岡上, 丸山, 吉沢, 児玉, 5. 社会石原, 和田, 宗像, 復帰岡上, 丸山, 児玉, 6, 7, 8, 児玉である。

(岡上和雄)

デイ・ケア

「デイ・ケア臨床に関する研究」をテーマとして、本年度も、デイ・ケアの運営と研究に取り組んできた。具体的研究項目として、

①病院デイ・ケアのあり方についての研究

②デイ・ケア・スタッフに関する研究

③作業療法とデイ・ケア・プログラムに関する研究

④ソーシャル・クラブの研究

などを掲げて活動してきた。

デイ・ケア活動17年の歴史の中で、本年度は特に、「社会」とのつながり、社会の中で生きていくということを主眼として、デイ・ケア・メンバーとのかかわりをもってきた。例えば3年間という利用期限を設け、3年の間に生活の方向づけを旨とすること、将来の設計を立てることなどを勧めてきた。そのようなかかわりの中でのスタッフの役割の検討等を、スタッフ・ミーティングでの主なテーマとして行ってきた。

なお、従来、スタッフだけで検討していた各メンバーの動きというものなどについては、メンバーも共に考えていこうという方向で、「合同ミーティング」をスタートさせた。スタッフ・メンバー共に、各構成員の変化や社会復帰等について、関心をもって意見を出し合っていこうというものである。合同ミーティングは、11月

に始まったばかりであるが、これを通して人々が他者の問題に、真の意味でかかわっていければと願っている。

週4日、月・火・水・金のデイ・ケア活動は、昨年同様、各メンバーが、やりたい活動を選択して参加するという形での、いわゆるプログラムグループにより、定期的活動は続けてきた。春と秋のハイキング、夏の合宿旅行なども行ったが、いずれも参加を強制せず、それぞれの参加意志を大切に実施した点が、今までと異なっていたと思う。

従前どおりの週4日のデイ・ケア活動を行なうことに加えて、デイ・ケアを巣立った人々による集会所の活動援助、ソーシャル・クラブの育成と運営がもう一つの大きな仕事であった。

集会所は開設1年を迎え、地域の中の生活の場として定着しつつある。さらに市川市に5月にオープンした「精神障害者のための福祉作業所」についても、運営に協力しながら、デイ・ケア後の社会資源として、メンバーが利用できるべく、協力関係を保っている。

参加研究員：

柏木昭、片山ますえ、松永宏子、越智浩二郎、丹野きみ子

研究協力者：

平田末広、池田忠彦、松井仁、野村俊明、佐光智恵子、佐藤智津子、柳牧子、井上淳子
(松永宏子)

所員研究業績

《昭和57年1月~12月》

著書 (分担執筆を含む)

大学浪人の心理と病理

池田由子・矢花美美子

〈1982年, 全190頁, 金剛出版〉

総論と各論に分け, 先づ浪人, 予備校の歴史, 定義を述べ, 浪人をめぐるジャーナリズムや小説についても触れた。更に浪人の心理, 家族的背景について述べ, 浪人と大学生の精神衛生を心理テスト(TP1, ロールシャッハ, SCT)や面接, 脳波検査などにより比較した。また男性と女性の浪人の比較を行ない, 一過性の不安反応から精神分裂病に至る14の事例について解説した。

〈1982年, 487~504頁, 相川書房〉

医師国家試験のための精神科重要用語事典 (分担執筆)

大塚俊男

〈1982年10月, 247~252頁, 金原出版〉

看護学大辞典 (分担執筆)

大塚俊男

〈1982年5月, メディカルフレンド〉

寝ぼけ (朝日新聞の健康相談)

池田由子

〈1982年, 57頁, 朝日新聞社〉

「仮面うつ病の概念」(「躁うつ病」) (分担執筆) (飯田編)

町沢静夫

〈1982年, 国際医書出版〉

仮面うつ病の概念の変遷と内科医の安易な仮面うつ病の診断の誤りを指摘うつ病の心身症傾向と都市化傾向との関連を指摘

「家族ストレス論——社会学からのアプローチ」 加藤正明他編・『講座家族精神医学』第4巻

石原邦雄

〈1982年5月, 343~371頁, 弘文堂〉

「家族のとらえ方」, 森岡清美・石原邦雄編『社会学概論』

石原邦雄

〈1982年11月, 13-28頁, 全国社会福祉協議会〉

「現代社会と社会学」, 森岡清美・石原邦雄編『社会学概論』

石原邦雄

〈1982年11月, 1-12頁, 全国社会福祉協議会〉

「精神障害者家族の社会的状況」, 田村健二他編『精神障害者福祉』

石原邦雄

〈1982年10月, 145-167頁, 相川書房〉

臨床遺伝学からみた分裂病の家族研究

〈加藤正明他編「講座家族精神医学2」〉 町沢静夫 (飯田らと共著)

〈1982年, 365~420頁, 弘文堂〉

アメリカの high-risk 研究の紹介に B. Fish や Mednich らの大規模な研究を中心に述べた。

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究—薬物療法の問題点: 民間療法の発作抑制効果の検討—(共同)

小松せつ

〈昭和56年度厚生省神経疾患研究報告書「てんかんの成因と治療に関する研究」, 93~99頁, 1982年3月〉

精神障害者福祉

田村健二・坪上 宏・浜田 晋・岡上和雄編, 岡上和雄: 社会資源と行政

基礎疾患・合併症の内容別にみた医療と療育・訓練の協力的体制に関する研究—精神遅滞乳幼児の保健・栄養指導のあり方に関する研究—(初年度) (共同)

小松せつ

〈昭和56年度厚生省心身障害研究報告書「長期疾患療養児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究」206～211頁, 1982年7月〉

研究協力施設として精神薄弱幼児通園施設, 精神薄弱幼児居住施設および重症心身障害児施設を選定し, 在園児の疾病状況調査および血液・生化学検査を行い, 精神遅滞を来した原疾患を究明するとともに現在の健康状態を明らかにし, あわせて精神発達検査, 社会生活力診断検査, 問題行動調査, 栄養調査および家族のニード調査などを行い, 保健・栄養指導上の問題点を総合的, 多面的に明らかにした。

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究第2報—薬物療法の問題点：民間療法の発作抑制効果の検討—(共同)

小松せつ

〈精神薄弱部モノグラフ, 昭和57年度, No. 2〉

薬物療法と非薬物療法を併用している精神薄弱を伴うてんかん患者について2年余にわたり血液・生化学検査および栄養面の経過観察を行った結果, 血液・生化学検査所見からは薬物投与による血液系, 臓器への侵襲障害や継続的なてんかん発作の頻発が推測されること, 栄養面では健康増進に役立つ利点も多く認められたが血液・生化学的異常値を改善するには至らなかったことなどから薬物療法の問題点および非薬物療法の限界を明らかにした。

高齢および早期老化精神薄弱者の処遇体系ならびに処遇技術に関する提言—高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究(最終年度報告)—(共同)

小松せつ

〈精神薄弱部モノグラフ, 昭和57年, No. 1〉

施設在園の高齢精神薄弱者に特徴的な保健・栄養面に関する問題について, 問題別に健康管理上の処置を提示するとともに処置への手がかりとなる問題別チェックリスト(試案)を作成した。また血液・生化学検査結果から, ある疾病の存在が疑われる症例のいくつかについて疾病状況, 現在状況, 血液・生化学所見などにもとづく保健・栄養面での具体的な処置を例示した。

高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体

系化に関する研究(最終年度)—高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究—(共同)

小松せつ

〈昭和56年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児(者)のハビリテーション・プログラムの開発に関する研究」101～110頁, 1982年12〉

昭和54年からの3年間にわたる研究の結果をまとめ, 高齢精神薄弱者に特徴的な保健・栄養面での問題点に対する対策として, 日常生活指導面における診断・判定, 取扱い方法などの処遇技術ならびに保健・栄養面の健康管理を基礎とした処遇体系について論じた。

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究第2報—薬物療法の問題点：民間療法の発作抑制効果の検討—(共同)

櫻井芳郎

〈精神薄弱部モノグラフ 第2号, 昭和57年9月〉

薬物療法の問題点を民間療法を施行された9例の小児てんかん患者の経過および薬物療法に民間療法を併用したてんかん患者1例の追跡調査, 外来中断例の実態などによって明らかにするとともに民間療法の発作抑制効果について検討した。

面接の原理

櫻井芳郎

〈昭和57年度社会福祉主事資格認定普通課程講義ノート, 121～147頁, 全国社会福祉協議会・社会福祉研修センター, 昭和57年9月〉

面接の原理と技術について概述した。つまり, 各種の面接技法の特徴と共通する原理, 福祉対象者の類型と接近方法, 人間的成長に役立つ面接, 面接者および対象者の心理, 面接の技術とその活用, 面接の評価などについて講述した。

高齢および早期老化精神薄弱者の処遇体系ならびに処遇技術に関する提言—高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究(最終年度報告)—(共同)

櫻井芳郎

〈精神薄弱部モノグラフ 第1号, 昭和57年4月〉

昭和54年度から3年間にわたって厚生省心身障害研究費補助金の交付を受けておこなった研究内容を概述し, 3年間の研究成果として, 高齢者および早期老化者対策, 施設体系の整備, 処遇計画の大綱, 診断・判定の技術,

処遇方法などに関して具体的な提言をおこなった。

高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究 (最終年度報告) (共同)

櫻井芳郎

〈昭和56年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児(者)のハビリテーション・プログラムの開発に関する研究」101~110頁, 昭和57年3月〉

過去3年間にわたる研究の成果として高齢および早期老化者の処遇体系, 処遇技術に関する提言をおこなった。

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究 (共同)

櫻井芳郎

〈昭和56年度厚生省神経疾患研究委託費研究報告書「てんかんの成因と治療に関する研究」93~99頁, 昭和57年3月〉

民間療法を中心とした患者家族の薬物療法に対する態度を考究し, てんかん治療に必要な要因を社会医学の立場から検討した。

精神薄弱の診断とケアに関する学際研究—精神薄弱部設置20周年記念論文集—

櫻井芳郎(編)

〈国立精神衛生研究所精神薄弱部, 昭和57年1月〉
精神薄弱部設置20周年を記念して昭和55年および56年に精神薄弱部モノグラフの形で発表した研究成果7篇を集録したものである。

米国における家族精神医学の動向

鈴木浩二

〈加藤正明他編「講座家族精神医学」4〉
〈1982年, 439~461頁, 弘文堂〉
分裂病の家族研究からはじまった米国の家族精神医学の発展と現状を概観したものである。

家族療法における共同治療

鈴木浩二

〈加藤正明他編「講座家族精神医学」4〉
〈1982年, 229~248頁, 弘文堂〉
共同治療の概念を明確化し, その技法を詳説したものである。

家族検査法とその適用

鈴木浩二

〈加藤正明他編「講座家族精神医学」2〉

〈1982年, 79~120頁, 弘文堂〉

家族の相互作用測定を中心にした検査法を広範囲にわたって概説したものである。

La Psychanalyse au Japon, in "Histoire de la Psychanalyse" ed. par R. Jaccard.

Tooru Takahashi

〈1982年, 363~381頁, Hachette, Paris.〉

1912年に大槻快尊氏によってフロイトの論文がわが国に紹介されて以来の, 精神分析の理論と実践が日本においてどのようなかたちで導入され, どのような問題が生じたかを概説したもの, フランス篇, ドイツ篇, ハンガリー篇, ソヴィエト篇, 米合衆国篇, イタリア篇, 英国篇, イベリア共和同篇, アルゼンチン篇, に並んで日本篇として執筆。

アルコールによる精神障害 横井晋編「臨床医学示説」, 精神科②

高橋 宏

〈1982年5月, 339~359頁, 近代医学出版社〉

臨床医家, 医学生を対象とした教科書中, アルコールによる精神障害の項目を分担執筆した。

座談会「住まいの快適さとはなんだろう。」「健康を考えた住まいの本」中

高橋 宏・鈴木継美・渡辺圭子・武者小路規子

〈1982年6月, 47~55頁, 朝日新聞社〉

住まいの問題を, 精神的・肉体的健康の側面から考えた本の中で, 精神医学の立場から, 保健学, 住居学, 生活評論とそれぞれ異った領域の専門の人たちと, 現在の諸問題を話し合った。

アルコール性精神障害・アルコール性幻覚症・アルコール性嫉妬妄想・アルコール性精神病「医科学大事典」中

高橋 宏

〈1982年2月, 講談社〉

各項目の解説である。定義, 病因, 症候論, 療法等を含む。

「親と子の心の健康」こころの健康シリーズ19

西川祐一

〈1982年, 新企画出版社〉

親と子の関係について、親のとるべき態度や子供の態度、性格形成などを、わかりやすく一般向けに述べた。

『研修システムとボランティアの変容過程に関する研究(I)—ボランティア活動と価値観』

西山 茂・和田修一・平岡公一

〈1982年, 東京ボランティアセンター〉

地域の中でボランティア活動に従事している人々と一般住民との間の, 社会的属性や価値意識に関する比較, ボランティア活動の活性化に必須な条件を探った。

看護学大辞典第二版

宗像恒次

〈1982年, メジカルフレンド社〉

社会学タームの増補執筆

「グループホーム及びホステルにおけるレジデンシャルケアの居住者への心理社会的影響」『地域における精神衛生の需給システムの実態把握と評価法に関する研究報告書分冊1』

宗像恒次

〈1982年, 21~43頁, 国立精研〉

グループホームやホステル居住者の生活行動や対人関係や精神健康の自己管理状態を測定し, レジデンシャルケアの効果とそれを支える条件について分析した。

地域と看護の人間科学 宗像恒次・中島紀恵子編

宗像恒次

〈1982年, 7~18頁, 50~70頁, 垣内出版〉

地域社会のかかえる健康問題とそれに対応する地域社会のダイナミックスを明らかにしつつ, 住民の自主的な活動を支援する方法について論じた。

アドミニストレーションと看護の人間科学 宗

像恒次・小林富美栄編

宗像恒次

〈1982年, 1~46頁, 垣内出版〉

地域社会全体及び施設内の看護サービスのアドミニストレーションの論理と組織開発技法について解説した。

家族と看護の人間科学 宗像恒次・久常節子編

宗像恒次

〈1982年, 22~57頁, 垣内出版〉

家族の健康問題と家族力動性との関連性を明らかにしつつ, 看護者のかかわりの技法について論じた。

「専任精神衛生相談員及び保健婦の地域精神衛生活動に影響を及ぼす心理社会的条件」『地域における精神衛生の需給システムの実態把握と評価法に関する研究分冊3』

宗像恒次

〈1982年, 1~40頁, 国立精研〉

PSW, PHN のどのような地域精神衛生活動がケース地域生活の自立や受療行動にに影響を与えるかについて数量的に分析した。

「保護作業所における雇用及び訓練の精神障害者への心理社会的影響」『地域における精神衛生の需給システムの実態把握と評価法に関する研究報告書分冊1』

宗像恒次

保護作業所訓練生の就労行動や対人関係や精神健康度をそれぞれ評価し, 保護作業所の効果とそれを支える条件について分析した。

論 文

鎮痛剤依存症の現状

加藤正明

〈臨床医, 8巻, 5号, 100~102頁, 1982年5月〉

鎮痛剤による急性の症状例えば離脱症状は減ったが, なお依然としてその乱用または使用が多く, 正確な数は掴みにくい, しかし国民衛生調査(昭54)によると鎮痛剤の使用は女性とくに中年の女性にひろく用いられ, 他の安定剤や睡眠剤よりも高い, このことはストレス状態の評価に一役を演ずるものである。

アルコール中毒と依存症

加藤正明

〈臨床のあゆみ, 3巻, 1号, 29~33頁, 57年1月〉

アルコール中毒と依存症の概念について, WHO とAPA でも差があり, アルコールによる振せん譫妄, その他と離脱症状の解釈に両者の差がある。わが国でも検討しなければならぬことが多く, 依存と依存症を区別する根拠について述べた。

アメリカにおける社会精神医学教育

加藤正明

〈社会精神医学, 5巻, 4号, 79~84頁, 昭和57年12月〉
アメリカにおける社会精神医学教育の現状について述べ、併せて精神科医レジデント数の低下がみられたが、現在回復しつつあること、とくにプライマリケアのなかで老人や青少年問題を推定することになった。

DSM IIIと第9回ICDをめぐる

加藤正明

〈日本精神病院協会雑誌, 13巻, 15号, 1982年1月〉
DSM IIIとICD9との共通点と差違点、今後の問題について述べた。

覚醒剤濫用の社会病理

加藤正明

〈罪と罰, 20巻, 1号, 5~11頁, 57年10月〉
覚醒剤濫用の歴史について述べ、今回の第2回流行と第1回流行との差を検討し、今回が一般サラリーマンや主婦をまきこんでいることなどについて述べた。

精神ストレスとその健康への影響

加藤正明

〈健康, 1982年版, 144~154頁〉
ストレスの健康への影響について、ストレス量の評価と健康度の測定法の開発が重要である、われわれがかつて行ったストレス調査から得た結果と国民衛生調査から得た結果とを比較検討した。

学校精神衛生の基本問題

加藤正明

〈社会精神医学, 5巻, 1号, 43~46頁, 1982年1月〉
学校精神衛生とライフサイクルや精神発達における精神衛生との両者の関係について述べ、さらに今後の学校精神衛生を進展させるための方法について述べた。

健康な甘え

加藤正明

〈児童心理, 36巻, 5号, 24~31頁, 1982年5月〉
甘えの本態と健康な甘えと病的な甘えの差について述べ、その判定が困難なこと、甘えにも健康な甘えがあることを強調した。

薬物依存とその対策

加藤正明

〈治療学, 9巻, 3号, 319~324頁, 昭和57年9月〉
現在わが国で薬物依存の問題は、主として覚醒剤と有機溶剤の2つの乱用・依存に集約される。この両者の歴史と現状について述べ、今後の対策についての私見を述べた。

現代産業社会と精神衛生

加藤正明

〈健康管理, 343号, 20~26頁, 昭和57年1月〉
現代産業社会で精神衛生が大きく注目されているが、これが狭義の精神障害者の早期発見と治療、リハビリテーションのみに終ることなく、さらに広義の産業人の精神健康を向上させるためのものになることを期待し強調した。

World Studies in Psychiatry-JAPAN 2巻2号 J. Yamamoto and M. Kato

〈1982年, 1~15頁, World Studies in Psychiatry, Inc, Prince ton〉

日本における医学および精神医学の歴史的展望について述べ、薬物療法、精神療法の歴史と現状と合せて、日本精神医学の過去と現在を欧米人にわからせることを意図とした。このシリーズはすでに十数カ国の精神医学について紹介している。

発達途上国の医師たち

加藤正明

〈日本医学新報, ジュニア版, 218号, 29~30頁, 昭和57年12月〉

東南アジア, アフリカ, 中南米, 中近東などにおける医師が置かれている現状について述べ、今後若い医師がこれらの発達途上国において医療、医学教育の協力のため、新しい天地を開かれることを希望し、それに伴う途上国の医療の現状を略述した。

「ライフコース分析の萌芽と展開の可能性」

石原邦雄

〈『家族研究年報』, 8号, 4~11頁, 1982年12月〉

「精神病長期療養者の家族に関する2地域調査」

石原邦雄

〈『精神衛生資料』, 25号, 28~44頁, 1982年3月〉

「主婦の心身健康—ストレスモデルによる全国調査の結果を通して」(56年度健康づくり特別研究『家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書』, 国立精研, 1982, 3)

石原邦雄・和田修一

戦後日本の家族意識—その動向と研究上の問題点—

石原邦雄

〈『家族史研究』, 6号, 118~139頁, 1982年12月〉

「精神病の長期化と家族の対応」

石原邦雄

〈『精神衛生研究』, 28号, 93~107頁, 1982年3月〉

中学生の精神衛生に関する研究 第一報, 質問紙法による調査

池田由子・西川祐一・河野洋二郎・上林靖子・今田芳枝・佐藤至子・森岡 恵・田中千穂子・中川 幸ほか7名
〈精神衛生研究, 28号, 25~38頁, 1982年3月〉

千葉県下の公立中学1年, 2年528名(男301名, 女227名)に対して, 質問紙法による調査を行なった。科目の好き嫌い, 進学希望, 趣味などについては, 一定の方向性は見出されなかったが, 相談相手は友人とする者か一番多く, 男子の方が女子より相談相手のいない者が多く, 一方女子の方が家出や自殺を考えたことがある者が多かった。

児童精神衛生部における電話相談の統計(昭和53年から55年まで)

池田由子・河野洋二郎・西川祐一・中川 幸・和田香誉・成田年重・和田修一

〈精神衛生資料, 25号, 22~27頁, 1982年3月〉

児童精神衛生部に対する電話相談は昭和53年以来増加の傾向にあるので昭和53~55年間の電話相談の内容を調査した。昭和54年は年間131件, 55年は年間159件の相談があり, 相談者は母親が54.8%でもっとも多く, 教師による相談は中学生, 高校生が多い。相談内容は登校拒否がもっとも多く, 性別では男子が女子より多く, 6歳以下の児童では言語発達, 精神発達のおくれが, 自閉症的な訴えと共にもっとも多く, 63.6%を占めていた。半数

以上は相談室への来所や他の相談機関への受診が必要であった。

全国の児童相談機関における集団指導の実態調査について

池田由子・河野洋二郎・今田芳枝・中川 幸・和田香誉
〈精神衛生資料, 25号, 14~21頁, 1982年3月〉

全国の児童相談所(160施設), 医療機関(82施設), 教育福祉施設(63施設)で, 集団指導(集団療法)がどのように行われているか, 一定の調査表の回答を求めその実態を調査した。1施設あたり, 平均1.8グループが実際に活動しており, もっとも多い対象児は精神薄弱児, 言語発達遅滞児, 自閉症児, および自閉傾向児と, 登校拒否児であった。

A Short Introduction to Child Abuse in Japan

IKEDA, YOSHIKO

〈International Journal of Child Abuse and Neglect, 6巻, 3号, 1982年11月〉

わが国における児童虐待の現状, その統計, 親の社会階層, 性格, 子どもへの影響, 性的暴行, 関連の法律などについて紹介した。

多胎児の心身発達について—昭和56年厚生省心身障害研究, 小児慢性疾患(臓器系)に関する研究報告書

池田由子・中川 幸・成田年重

〈エキスプリマチュア・チャイルドの長期養護に関する研究, 多胎児の心身発達について, 195~197頁, 1982年5月〉

エキスプリマチュア・チャイルドのうち, 多胎児の発達につき, 身長, 体重・IQなどの点を, 乳児期, 幼児前期, 幼児後期, 学童期と追跡してその発達の実態を述べた。

家族療育技術と集団指導プログラムの体系化に関する研究

池田由子・西川祐一・河野洋二郎・今田芳枝ほか7名

〈昭和56年度厚生省心身障害研究, 精神薄弱児・者のハビリテーション・プログラムの開発に関する研究, 146~155頁, 1982年11月〉

同研究の3年目の総括であり, 精神薄弱児・者について, 個人的な家庭療育指導と, 集団指導をどのように組みあわせて統合するかを, 代表的な事例について述べ,

また前年度の全国相談機関の集団指導の実態調査の結果も参考にして、各種の障害に対する集団指導のあり方を検討した。

家庭婦人の精神衛生対策に関する研究報告書
昭和56年度健康づくり特別委託研究費

池田由子・上林靖子・平田雅子・森岡 恵・須賀芳枝・
今田芳枝・河野洋二郎・西川祐一他19名

〈同上報告書, 1~24頁, 1982年3月〉

家族婦人の精神衛生現況を知るために質問紙を作製し、健康な家庭婦人と、障害をもつ児童を有する家庭婦人について比較した。また健康な家庭婦人を、年齢により比較した。その結果障害をもつ児童を有する家庭婦人は、健康な家庭婦人群より精神衛生が悪く、年齢では40歳を境に精神衛生状態が悪くなることを見出された。

乳児院収容児の長期予后調査的研究 第一報、
里子・養子になった子どもの予后について

池田由子

〈精神衛生研究, 28号, 1~24頁, 1982年3月〉

乳児院に収容された子どもの約1/3は、里子あるいは養子縁組に至るが、彼らが30年後にどのような社会適応をなし、どのように成長しているかを、経年的に追跡した15例について述べた。彼らの予后が従来西欧の研究でいわれている程よくないのは、わが国独自の社会的、文化的要因によるのではないかと思われる。

老人精神医療の現状と今後の展開

大塚俊男

〈日本精神病院協会雑誌, 11巻, 10号, 6~8頁, 昭和57年10月〉

緊急入院と精神衛生鑑定をめぐる諸問題

大塚俊男

〈看護技術, 28巻, 13号, 23~27頁, 昭和57年10月〉

老人の心理と生理

大塚俊男

〈看護学生, 30巻, 5号, 13~15頁, 57年8月〉

痴呆老人の生態

大塚俊男

〈ライフサイエンス, 9巻, 4号, 17~26頁, 57年5月〉

心の老化を防ぐ

大塚俊男

〈心の健康, 12月号, 12~19頁, 57年12月〉

老人ホームにおける精神医学的問題をもつ老人の実態に関する研究

斉藤和子・丸山 晋・大塚俊男

〈精神衛生研究, 28号, 39~59頁, 57年3月〉

老化性痴呆症の神経生理学的研究—脳波スキャナーおよび Compressed Spectral Array (CAS) による解析—(第二報)

大塚俊男・吉田弘宗他

〈精神衛生研究, 28巻, 15~23頁〉

高年者のパーソナリティに及ぼすライフ・イベントの影響

谷口幸一・大塚俊男・丸山 晋他

〈老年社会科学, 4巻, 111~128頁, 1982年10月〉

精神障害者に関する統計

大塚俊男・大城英代・丸山 晋

〈精神衛生資料, 25号, 1~13頁, 57年3月〉

わが国における地域社会居住プログラムの現状

岡上和雄

〈社会精神医学, 5巻, 2号, 95~100頁, 1982年6月〉
わが国における地域社会居住プログラムの現状を整理し、わが国における背景と課題の若干を記した。

国立精神衛生研究所等(国レベル)の研修における社会精神医学教育

岡上和雄・丸山 晋・児玉和宏・山田京子

〈社会精神医学, 5巻, 4号, 274~278頁, 1982年12月〉

管理社会化の進行と精神衛生

岡上和雄

〈からだの科学, 104号, 114~118頁, 1982年3月〉

府県レベルにおける入退院動態の基礎データ—その2—

〈精神衛生資料, 25号, 45~63頁, 1982年3月〉
大阪府と山梨県における精神衛生関係統計を分析・掲載した。

社会復帰について

岡上和雄

〈日本精神病院協会雑誌, 1巻, 12号, 15~17頁, 1982年12月〉

制癌剤 FD-1 の副作用による精神症状を示した 1 例

児玉和宏

〈臨床精神医学, 11巻7号, 885~892頁, 1982年7月〉
本邦で開発された 5-FU 誘導体 FD-1 の Phase III の段階でみられた精神症状の報告。

老年期の精神障害と家族

齋藤和子

〈講座・家族精神医学 3, ライフサイクルと家族の病理, 497~528頁, 1982年6月, 弘文堂〉

老年期における精神障害と不適應について解説し, 家族とのかかわり方でその対応を論じた。

障害児の親と療育関係者との連携をどう進めるか

櫻井芳郎

〈昭和57年度在宅心身障害児(者)療育指導者研修会(新潟会場)テキスト, 9~10頁, 全国心身障害児福祉財団, 昭和57年11月〉

心身障害児(者)福祉の基本理念にもとづく地域ケアの意義を述べ, 地域ケアにかかわる療育関係者の任務と親の役割を明確化した上で両者の相互理解と協力を深めていくことの必要性を説いた。

各職種における療育指導の実際と今後の方向について—ケースワーカーを中心に—

櫻井芳郎

〈昭和57年度在宅心身障害児(者)療育指導者研修会テキスト, 14~15頁, 全国心身障害児福祉財団, 昭和57年11月〉

心身障害児(者)の在宅ケアの意義, 心身障害児(者)をもつ家族の悩みと願い, ケースワーカーの機能と役割, 今後の課題などについて述べ, caseness の観点から障害児(者)と家族のニーズに対応した援助をめざしてケア

システムの確立に努め, そのもとでケア・パーソンとして機能することの必要性を説いた。

社会の意識—社会調査によって把握された社会の人々の精神薄弱児・者問題に関する態度と意識—

櫻井芳郎

〈発達障害研究, 4巻2号, 1~9頁, 日本文化科学社, 昭和57年9月〉

地域ケアの成否を占う重要な鍵である地域住民の精神薄弱児・者に対する態度と意識に関して, 戦後おこなわれた諸調査を概観し, 社会調査で把握された地域住民の態度や意識の実態と問題点を明らかにするとともに調査技法の再検討と地域住民の態度や意識の変容を働きかける重要性を論述した。

心身障害児の在宅ケアの現状と家族指導の技術

櫻井芳郎

〈地域保健, 13巻1号, 53~80頁, 昭和57年1月〉

心身障害児をもつ家庭の実態を各種調査資料をもとに述べ, 在宅ケアの重要性と保健婦の機能と役割, 家族へのアプローチの意義, 家族診断および指導の技術と実際について論述した。

家族療法の理論と実際

鈴木浩二

〈季刊精神療法, 8巻2号, 98~112頁, 昭和57年4月〉

各種家族療法の理論と技法を詳説し, さらにわが国の精神医療への導入の問題点について論じた。

「ある閉所恐怖症の男性の症例(柳論文)」についてのコメント

高橋 徹

〈上智大学・臨床心理研究, 6巻, 69~71頁, 1982年11月〉

不安神経症から発展した閉所恐怖症の患者の面接についてコメントで, 不安神経症患者の性格的特徴について要約し, その特徴をもとに, 病像ならびに経過, および面接にみられた言動について解説し面接治療への助言を行った。

アンリ・エーの「マニユエル」—器質・力動説, 理論と実践の調和—

高橋 宏

〈日本精神病院協会雑誌, 1巻, 3号, 33~35頁, 1982年3月〉

アンリ・エー, P. ベルナルおおよび Ch.-H プリセ共著の Manuel de psychiatrie (5版, 1978)の小池淳氏による翻訳(牧野出版)の書評である。この原著の中核となっている H.エーの器質・力動説を概観しながら, この異色の精神医学教科書の内容と特色を紹介し, 訳書への希望を述べた。

精神生理学的社会心理学的研究「循環器疾患発症の誘発要因に関する総合研究」中

高橋 宏・山本和郎・高橋和明

〈科学技術庁, 昭和53, 54, 55年度特別研究促進調整費, 昭和57年3月〉

3年間の研究の最終報告書である。この研究では, 日常生活の諸活動が循環系に及ぼす影響を, 24時間連続記録の心電計を用いて分析し, また冠動脈心疾患に罹患し易い行動特性, いわゆる「タイプA」の検討を行なった。

集合住宅における子どもの行動と健康に関する研究 その2 超高層集合住宅と独立住宅における子どもの比較

山賀千博・山内宏太郎・渡辺圭子・山本和郎・高橋 宏

〈日本建築学会大会学術講演梗概集(東北), 81~82頁, 昭和57年10月〉

表記の一連研究, 3歳から12歳の子どもの行動と健康に関する研究の結果を報告した。

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(4: 戸建住宅・高層集合住宅の住環境ストレスと住評価の違い)

渡辺圭子・山内宏太郎・高橋 宏・山本和郎

〈日本建築学会大会学術講演梗概集(東北), 79~80頁, 昭和57年10月〉

文部省科学研究費「環境科学」特別研究の一環, 高層集合住宅の主婦たちの精神健康研究につづいて行なった, 対照研究, 一戸建住宅の主婦を対象とした研究の結果を報告, 両者の比較を行なった。

ポジトロン CT による精神分裂病群ならびにハンチントン舞踏病の検討

苗村育郎・斎藤陽一・宍戸文男他

〈臨床精神医学, 11巻7号, 865~877頁, 1982年7月〉
18Fデオキシグルコース, 13N-アマンニアおよび

COを用いて我が国で初めて分裂病を中心とする精神疾患のポジトロン CT による研究を行った。その結果, ハンチントン舞踏病患者では18Fデオキシグルコースの断層像において尾状核領域のトレーサ集積低下が明らかであったのに対し, 幻聴・妄想を有する精神分裂病群では, 一定した局所所見に乏しく, 今後さらに精緻な計量解析が必要であると考えられた。

ヨーロッパにおけるポジトロン CT の現況—第3回世界生物学的精神医学会議を中心として—

苗村育郎・斎藤陽一

〈臨床 ME, 6巻26号, 9~15頁, 1982年1月〉

急速な開発の進むポジトロン核医学の現状を, ジョリオ記念病院(フランス), カロリンスカ研究所(スウェーデン), ハマースミス病院(イギリス)などを例にあげて解説し, さらに精神医学への応用の進展と問題点を第3回世界生物学的精神医学会議(ストックホルム, 1981)のシンポジウムの話から紹介した。

催眠剤静脈内投与効果の脳波薬理学的検討(第1報) —誘発睡眠経過の分析

苗村育郎・斎藤陽一・高橋行雄

〈精神医学, 24巻6号, 595~608頁, 1982年6月〉

催眠剤の臨床効果特性を比較するために, 多様な精神生理学的刺激(又は作業)を負荷しつつ薬物により睡眠を誘発し, その導入から回復に到る経過を脳波を中心とするポリグラフにより追跡した。本報告では我々の考案した11種類の脳波区分による視察判定を用いた解析を行い, 新しい催眠剤フルニトラゼパムが誘発睡眠の深度ならびに安定性において他剤より優れていることを示した。脳波のパクスペクトル解析による所見等は続報で論ずる。

ポジトロン CT による精神神経疾患の研究

苗村育郎・斎藤陽一

〈臨床精神医学, 11巻9号, 1107~1123頁, 1982年9月〉

ポジトロン CT を精神神経疾患に応用する場合の基本的な問題点と, それを克服するための技術開発の現状について述べたあと, 現在までに行われたポジトロン CT による分裂病, 脳の変性疾患ならびに痴呆などの研究を総説した。

Positron computed tomography studies—potential use in neuro-psychiatric disorders.

Yamasaki, T., Namura, I, et al

〈Nuclear Medicine and Biology, Pergamon Press, 2巻, 2212~2215, 1982年8月〉

日常生活場面での睡眠—覚醒日周期リズムの Medilog 4-24 を用いた高速解析

本多 裕・苗村育郎他

〈臨床脳波, 24巻6号, 371~379頁, 1982年6月〉

超小型脳波レコーダを被検者に装着させ、日常生活を続けさせながら脳波変化を24時間追跡し、さらにそれを数10倍の速度で高速処理することを試みた。正常者では経夜ポリグラフの視覚判定結果とよい一致を示したので、今後装置の改良によってさらに精度を上げ、睡眠障害やナルコレプシーなどの臨床診断に応用できると思われる。

精神衛生面からみたカナダの児童福祉事情

西川祐一

〈こどもと家庭, 19巻6号, 23~28頁, 1982年9月〉

カナダの子供達に対する児童福祉や精神衛生に関して報告した。

カナダの精神科医療について—バンクーバー地域を中心として—

西川祐一

〈精神衛生研究, 28号, 85~92頁, 1982年3月〉

カナダのバンクーバーにあるブリティッシュ・コロンビア大学精神科に留学した経験から、バンクーバー地域の精神衛生活動や精神医療について紹介した。

老年期の神経症と躁うつ病について

丸山 晋

〈精神科看護, 13号, 25~30頁, 1982年10月〉

老年期精神障害のうち神経症と躁うつ病の占める位置と特徴を概説した。

対人恐怖の時代的変遷

丸山 晋・児玉和宏・小島 忠・深沢裕紀

〈臨床精神医学, 11巻, 7号, 37~43頁, 1982年7月〉

都内のある森田療法施設における対人恐怖症について、昭和15年, 25年, 35年, 45年, 55年の各年毎に比較検討

した。その結果、性については女性患者の比較的增加、病型については、赤面恐怖の減少、視線恐怖の増加が認められた。

出稼ぎに伴う地域生活の変容と精神健康に関する研究—野外科学的アプローチによる

丸山 晋・宗像恒次・和田修一・石原邦雄, 河野洋二郎・西川祐一・牟田隆郎・兜 真徳・日下部康明・北沢清司・佐々木さだ・島谷カツ子・前田とみえ

〈精神衛生研究, 28号, 73~83号, 1981年3月〉

青森県西北部の出稼ぎ村1村を対象とし2回の調査を行なった。それによると当地の出稼ぎは農民のバイタリティーにより支えられた適応現象のあらわれであり、そのバランスの上で成り立っているかぎり大きなマイナス効果を本人又は家族(老人・主婦・学童)に与えていない。しかし出稼ぎ先での事故等により一家の支柱が失われ、家族崩壊の危機に瀕する例もあることが指適された。

図解化してみた KJ 法と精神療法の現状と将来

丸山 晋

〈KJ 法研究, 5号, 160~177頁, 1982年11月〉

創造性開発と問題解決の技法体系である KJ 法の活用体験と精神療法家としての経験をデータ・ベースとして、KJ 法図解をくみだてることにより、KJ 法と精神療法とのかかわりをパースペクティブに構造化した。

Psycho-Social Influence on Self-Care of the Hemodialysis Patient

Tsunetsugu Munakata

〈Social Science and Medicine, 16巻13号, 1982年8月〉

人工透析患者のセルフケアを支える社会心理的条件について明らかにし、それらの Ht, 水分, K, Na 摂取量への影響力について数量的に分析した。

家族の危機と困難

牟田隆郎

〈「教育と医学」, 30巻, 5号, 83~89頁, 1982年5月〉

家族を1つの人間関係システムとして捉え、その角度から家族の危機と困難について考察した。また合わせて、家族成員が互に対して抱くイメージのもつ影響力についても触れた。

分裂病者および躁うつ病者の配偶者カウンセリングについて

町沢静夫 (飯田らと共著)

〈季刊精神療法, 8巻, 2号, 126~142頁, 1982年4月〉

分裂病者, 躁うつ病者の配偶者特性と病状との関係を述べた。

日常生活評価

吉沢きみ子他

〈理学療法と作業療法, 16巻6号, 369~375頁, 1982年6月〉

身体障害の分野においては, ADL 評価は OT の分野で最も popular に使われているが, 精神科の中では利用されていない。

精神科においての ADL 評価の必要性を再度考え直し, 現実生活への対応が必須である対象にとって, 種々の問題が提起され, 今後, 対象者とともに考えていく必要を感じ OT に課せられた役割りであると認識された。

分裂病患者の入退院歴の分析

和田修一

〈精神衛生研究, 28号, 121~131頁, 1982年3月〉

山梨県における分裂病患者の入退院歴のパタン化と, そのパタンを決定している要因の析出。

ボランティアの価値意識

和田修一

〈ボランティア・センター研究年報'81, 1号, 15~25頁, 1982年3月〉

ボランティア活動を支える価値意識の形成を分析した。

社会的上昇移動の意識と社会奉仕活動の意識

西山 茂・和田修一・平岡公一

〈『東洋大学社会学研究所年報』, 14号, 1~26頁, 1982年3月〉

ボランティア活動従事者の価値観を社会移動の視点から分析した。

デイ・ケア通所者の行動能力及びデイ・ケアに対する意識に関する研究

和田修一・柏木 昭

〈精神衛生研究, 28号, 109~120頁, 1982年3月〉

精神科外来患者とデイ・ケア通所者との間の, 健康管理, 日常行動の能力, などに関する比較。

第12回国際老年学会についての報告

和田修一

〈老年社会科学』, 4号, 214~221頁, 1982年10月〉

The-XII—th International Congress of Gerontology についての報告

学 会

小児精神科外来患者の母親の音調テストについて

川久保芳彦・三須秀亮・池田由子・西川祐一・後藤多樹子ほか, 6名

〈第47回小児精神神経学会, 1982年5月29日〉

日本大学精神科内にある小児精神科外来への受診患者の母親に対し, 分裂病の家族研究に用いた音調テストを施行したのでその結果および考察を発表した。

「ライフコース分析の萌芽と展開の可能性」

石原邦雄

〈家族問題研究会(家族への生活史的アプローチ), 1982年4月17日〉

The Symptomatology and Prognosis of Demented In-patients

大塚俊男・道下忠蔵・小林八郎・安藤 蒸・丸山 晋

〈WPA Regional Symposium Kyoto, 昭和57年4月〉

Recent Community Residence Programs in Japan

岡上和雄・大江 基

〈WPA, 1982年4月9日〉

わが国における各種リハビリテーションプログラムのマクロ的背景および現状について述べた。

「森田療法における集団精神療法」(丸山晋先生発表) に対するコメント。

高橋 徹

〈第3回集団精神療法シンポジウム, 昭和57年1月30日〉

「森田療法における集団精神療法」(丸山晋先生発表)

に対するコメントとして、次の点を指摘した。森田療法は、家庭的集団療法としての特徴をもつのではないかと予想していたが、高良興生院で行なわれている「集団療法」が、仲間意識を土台にした相互理解をたかめるものという発表に新味を覚えた。しかし、療法場面のテープをきくかぎりでは、その点が十分に実証されていない。

小児鍼治療が著効を奏した乳児難治性てんかん

飯田 誠

〈日本良導絡自律神経学会，昭和57年11月21日〉

脳波上特徴を認めず、代謝障害もなく、抗痙攣剤が全く奏効しない、乳児痙攣に対し、小児鍼を行ない、発作減少、一般状態の改善をみた1例について報告、小児鍼が全身の衡状性保持に作用することが、発効の機序であろうと推論した。

児童虐待

池田由子

〈東北児童精神医学会第13回総会特別講演，1982年6月12日〉

児童虐待の歴史、定義、統計、虐待する親の特徴、被虐待児の症状、その予防・対策などについて述べた。

高齢者のパーソナルティに関する研究(2)—モラルとライフ・イベントの関連—

佐藤真一・谷口幸一・大塚俊男・丸山 晋・松本真作

〈日本老年社会科学会第24回大会，1982年10月28日〉

高齢者のパーソナリティに関する研究(1)—パーソナリティと人生体験の関連性—

谷口幸一・佐藤真一・大塚俊男・丸山 晋・松本真作

〈日本教育心理学会第24回大会，1982年11月28日〉

人に対する乳児の反応 その1、人の接近・接触・後退に対する反応

河野洋二郎・吉田弘道他4名

〈日本教育心理学会，昭和57年11月26日〉

生後2ヶ月～5ヶ月の乳児を対象に、養育者の働きかけによる、反応の相違、特に養育者の視線と乳児の視線の関係、(eye to eye contact, eye-aversion)に関して、行動観察と生理的指標を用いて分析した。

人に対する乳児の反応その2、乳児表情と Heart Rate との関連性について

河野洋二郎

〈日本教育心理学会，昭和57年11月26日〉

基礎疾患：合併症の内容別にみた医療と療育・訓練の協力体制に関する研究—精神遅滞乳幼児の保健・栄養指導のあり方に関する研究—(共同)

小松せつ

〈昭和56年度厚生省心身障害研究「長期疾患療育児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究」班会議，1982年2月20日〉

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究第2報—全国精神薄弱児・者施設におけるてんかんを伴う在園者の実態調査—(共同)

小松せつ

〈昭和57年度厚生省神経疾患研究「てんかんの成因と治療に関する研究」班会議，1982年12月10日〉

てんかん患者に対する各種治療法の効果測定に関する研究第2報—全国精神薄弱児・者施設におけるてんかんを伴う在園者の実態調査—

櫻井芳郎

〈昭和57年度厚生省神経疾患研究「てんかんの成因と治療に関する研究」班会議，昭和57年12月10日〉

全国精薄施設の1/2を抽出し、てんかん患者の数、日常生活と医療の現状、処遇上の問題点などについて郵送調査を実施するとともに典型的な3施設(函館、山形、長崎)の実地調査をおこない、精薄施設における望ましい医療と福祉を確立するうえの問題点を分析した。その中間報告である。

大学生の神経症

高橋 徹

〈大学精神衛生研究学会，昭和57年2月〉

大学精神衛生研究会神経症研究班が、昭和56年度に行なった10大学の保健センターの資料の調査研究をまとめて発表した。ICD-9による診断分類を用いて大学生の神経症を調べると、強迫神経症、神経症性抑うつ、神経衰弱症、心気症が高率にみられること、などを報告した。

不安神経症者の性格について

高橋 徹

〈三大学精神病理研究会，昭和57年8月〉

性格防衛について、従来の不安の精神力動によるとらえかたとは異なる、サイバネティクス論の見方からの理

論化を, 不安神経症患者の事例にもとづいて行った, 考察の基礎にした事例は38例で, いずれも自験例である。

高層住宅に住む主婦の飲酒実態

高橋 宏

〈第17回日本アルコール医学会総会, 昭和57年10月2日〉

東京の14階建公団住宅, 東京, 神奈川, 中国地方の23~25階建集合住宅を含む各種の住宅の主婦を対象とした健康調査の結果の一部である。全対象主婦1029人の飲酒, 喫煙, 治療薬使用の状況を相互の関係, 居住階との関係などについて分析, 考察を試みた。

住居と精神健康に関する研究—(その4) 超高層集合住宅と独立住宅の子どもの比較

山内宏太郎・山本和郎・高橋 宏・渡辺圭子

〈日本心理学会第46回大会, 昭和57年7月13日〉

広島・神奈川・東京の3団地の超高層住宅棟に住む, 3歳から11歳までの子ども174人と, 阪神地区の独立住宅に住む同年齢範囲の子どもたち201, 計375人について, その母親に対する, 質問紙法による回答を分析した。その結果, 超高層集合住宅は独立住宅に比較して, 子どもの行動と健康に少なからぬ影響を与えていることがわかった。

計量的ポリグラフ法による新しい催眠剤の第1相試験

苗村育郎・齋藤陽一, 他

〈第4回日本生物学的精神医学会, 1982年6月4日〉

Psycho-physiological study of a new sleep-inducer (450191-s) using quantitative polygraphic method

Namura, I., Saito, Y. et al

〈The 22nd APSS Meeting, 1982年6月〉

経口催眠剤の睡眠誘発作用を, 我々の考案した新しい方法により自然睡眠から分離して計量化した結果, 投与量-作用(睡眠量)曲線は片対数グラフ上でほぼ直線を示すことを証明した。この方法によれば, 催眠剤の臨床効果予測と共に他の様々な精神生理学的指標の変動も同時に解析できる利点がある。

Fm θ の周波数解析—その複数成分について

苗村育郎・齋藤陽一

〈第4回 Fm θ 研究会, 1982年2月〉

人の重心動揺の計量化とその応用

高橋行雄・苗村育郎

〈第10回日本行動計量学会, 1982年7月〉

脱力・無呼吸・ α 昏睡を3主徴とする発作症状が長年持続した希有な一症例

土井優子, 苗村育郎, 他

〈第7回日本睡眠学会, 1982年〉

計量ポリグラフ法による誘発睡眠の計量化

苗村育郎・齋藤陽一, 他

〈第12回日本脳波筋電図学会, 1982年10月27日〉

経口催眠剤の効力ならびに作用特性を比較する新しい実験方法について述べた。

ポジトロン CT による精神分裂病群および脳の変性疾患の検討

苗村育郎・齋藤陽一, 他

〈第4回日本生物学的精神医学会, 1982年6月4日〉

ポジトロン CT による脳の変性疾患の検討

苗村育郎・齋藤陽一・山崎統四郎, 他

〈第12回日本脳波筋電図学会, 1982年10月27日〉

18F-デオキシグルコースを中心としたポジトロン標識化合物を用いて, 脳の変性疾患を検討した結果を述べた。ハンチントン舞踏病の尾状核領域の18FDG集積が両側に低下しているのに対し, ヘミパーキンソン病患者の症状と反対側のレンズ核領域で18FDGおよび150 μ mの集積が増加していることが示唆された。

無呼吸, 高血圧を伴う Alpha-coma attack の一症例

土井優子・苗村育郎・齋藤陽一

〈第12回日本脳波筋電図学会, 1982年10月27日〉

精神障害者の作業場面での問題点とその援助過程に関する研究—KJ法的アプローチによる

丸山 晋・児玉和宏・丹野きみ子・岡上和雄

〈第6回 KJ 法学会, 1982年11月7日〉

翻訳

男性月経

鈴木浩二

〈T. リッツ「男性月経」, 山根常男訳編「家族の社会学と精神分析」, 昭和57年1月, 誠信書房〉

ニューギニア高地人にみられる「男性月経」なる成人儀式の研究を通し, 新しいエディプス論の展開を試みたもの。

グレート・マザー

町沢静夫

〈グレートマザー (福島らと共訳) 1982年6月, ナツメ社〉

ユング派のノイマンの神話論で特に女性の意識の発達と神話の変遷との相互関係を述べたもの。

1982会計年度関連予算案に対するアメリカ精神医学会等の声明 (メルビン・サブシン)

〈精神衛生資料25巻 (1981年号) 岡上和雄, 児玉和宏訳, 1982年4月〉

講演

知恵遅れの病理

飯田 誠

〈千葉県特殊教育研究連盟, 昭和57年12月17日〉

知恵遅れの精神構造をどうも理解すべきか, それに基いて, 指導のあり方, 今迄の指導の間違いや問題点を指摘した。

ダウン症候群の医療の最近の世界的疑問

飯田 誠

〈財団法人小鳩会, 昭和57年7月25日〉

最近のダウン症候群の治療が栄養療法に向っていることを述べ, 米国, フランス等に於ける薬剤の処方等について, また, その結果について説明を加えた。

わが国における児童虐待の現状

池田由子

〈婦人犯罪研究会 (慶応義塾大学法学部), 1982年11月27日〉

主婦の精神衛生

池田由子

〈日本短波放送, 1982年4月28日〉

親子関係のゆがみ

池田由子

〈日本短波放送, 1982年4月8日〉

老人精神保健

大塚俊男

〈老人福祉開発センター, 老人保健従事保健婦研修会, 昭和57年9月1日〉

老人の精神障害の概説と地域精神保健対策の現状と今後のあり方について述べた。

健やかに老いるために一地域の老人保健活動のあり方と進め方

大塚俊男

〈茨城県, 第27回全国衛生教育大会, 昭和57年6月18日〉

地域の老人保健活動のあり方について述べた。

老人精神障害とその対策の問題点

大塚俊男

〈厚生省公衆衛生局, 地域保健課第18回衛生行政全国研修会, 昭和57年3月12日〉

老人精神障害, なかでも痴呆疾患の老人の地域対策の問題点についてのべた。

こころの健康

大塚俊男

〈愛媛県, 県民健康づくり推進大会, 昭和57年11月10日〉

中高年層の日常生活の中でできるこころの健康維持, 健康づくりのための実践について述べた。

老人の精神衛生について

大塚俊男

〈全国地区衛生組織連合会, 昭和57年11月25日〉

老人の精神機能の変化と老人および老人精神障害者に対する地域保健活動のあり方について述べた。

心の老人を防ぐ

大塚俊男

〈精神衛生普及会, 昭和57年11月24日〉

老化に伴う精神機能の変化と日常の生活の中でできる老化防止について述べた。

保健所における老人精神保健—老人性痴呆を中心に—

大塚俊男

〈神奈川県立精神衛生センター，精神衛生研修会，昭和57年12月7日〉

老人の痴呆疾患の概説と老人保健法の中で保健所を中心とした保健活動について述べた。

初老期および老年期の精神障害

大塚俊男

東京都衛生者，精神衛生相談員資格取得講習会，昭和57年10月2日〉

初老期および老年期の精神障害の概念，分類，症状および治療・ケアについて述べた。

老人精神医療の問題点と展望

大塚俊男

〈千葉県衛生部，昭和57年9月8日〉

ことばと母子精神衛生

河野洋二郎

〈市川市総合福祉センター，昭和57年12月7日〉

乳児期初期からの母子関係の発達と言語発達関連性について報告し，乳幼児期の発達とその促進のための母親の役割について講演した。

家族療法の現状と実際

鈴木浩二

〈メディカル・アカデミー，昭和57年9月13日〉

子どもの問題行動と家庭教育

鈴木浩二

日本女子社会教育会，昭和57年11月10日〉

住まいと健康

高橋 宏

〈住まいと文化キャンペーン推進委員会，朝日新聞社，昭和57年11月19日〉

清家清氏，水越義幸氏とともにシンポジウム形式で，表記のテーマで，住居の物理条件，環境，社会条件に関連する心身障害社会病理現象などにふれ，精神健康を歩つために留意すべきことがらに言及，討議した。

住宅に起因する社会病理現象第15回コミュニケーション・プラザ，パネルディスカッション

高橋 宏

〈住宅産業研修財団，昭和57年6月28日〉

近年の住居環境と主婦症候群，アルコール乱用，自殺，少年非行，情緒不安定等の社会病理現象多発との関係について，研究資料をもとにして考察した。

精神神経疾患に対するポジトロン CT の応用

苗村育郎

〈都立松沢病院，1982年11月16日〉

精神分裂病や躁うつ病，脳の変性疾患などに対するポジトロン CT の知見が次第に蓄積されつつあるが，ポジトロン CT が本格的な精神科的検査・研究の手段となるにはまだ様々な問題点が残されている。本講演ではポジトロン CT による精神科患者検査の際の基本的な問題点を概説すると共に，今後の研究の展望について論じた。

ポジトロン CT による脳機能研究の現状と問題点

苗村育郎

〈都立神経研究所，1982年12月13日〉

脳の諸機能をポジトロン CT を用いて様々な角度から解析する試みが行われており，脳のドパミンリセプタや向精神薬の脳内分布も次第にポジトロン研究の重要な分野となりつつある。本講演では，このような脳研究の新しい局面について述べると共に，ポジトロン CT を脳研究に応用する際の諸種の問題点について論じた。

児童の心理療法

西川祐一

〈青森県社会福祉研修，心理判定セミナー，昭和57年11月26日〉

児童の心理や思春期の適応障害について事例をまじえながらその対応のしかたや，精神療法などについて述べた。

高校生の精神衛生について

西川祐一

〈埼玉県立川越南高校，昭和57年11月18日〉

高校教諭を対象に高校生を中心とした思春期一般の精神医学，精神衛生について話した。

中学生の心の健康について

西川祐一

〈市川市立高谷中学校，昭和57年10月20日〉
高谷中学の1年から3年までの中学生全員を対象に，
中学生を中心とした精神衛生について話した。

中学生の精神衛生について

西川祐一

〈健康・体力づくり事業財団，昭和57年4月16日〉
日本短波放送「健康づくりアワー」で，中学生の精神
衛生について話した。

家庭内暴力について

西川祐一

〈国際障害者記念講演会，主催：千葉県柏児童相談所，
昭和57年3月3日〉

社会問題にまでなっている家庭内暴力について，具体的
なケースをあげて，学校・警察・福祉・保健所など，
各関係機関の人々に話した。

心の健康を考えるー心理学的にー

牟田隆郎

〈世田谷区市民講座，1982年10月5日〉
現代日本人の「健康願望」の強さについて触れ，その
背景を探るとともに，時には「不健康」なことも大事な
ことがあるということ，および，窮屈な自分イメージに

しがみつくことのマイナス面について述べた。

在宅ケア実践と家族力動

宗像恒次

〈近江温泉病院，1982年12月12日〉
在宅ケア実践には家族力動を認識する力と家族援助技
法が不可欠であるが，これを事例を通じて説明した。

米国での精神障害回復者セルフヘルプグループの現況

宗像恒次

〈やどかりの里，1982年11月25日〉
ニューヨークのファンティンハウスとロスアンジェ
ルスプロジェクトタウンのソーシャルクラブの活動を
比較しながら紹介した。

米国における保健医療社会学の研究動向

宗像恒次

〈保健医療社会学研究会，1982年11月24日〉
米国精神医療での社会学の研究動向を紹介する。

呆け老人家族の家族指導について

宗像恒次

〈千葉大看護学部基礎保健学教室，1982年10月9日〉
痴呆老人をかかえた家族への援助技法について米国老
人精神科病棟及びデイケアでの臨床経験を述べた。

精神衛生研究 No.29 1982

昭和58年3月31日 印刷・発行

編集責任者

大塚俊男 柏木 昭 中川泰彬
小松せつ 牟田隆郎 宗像恒次

発行者

国立精神衛生研究所
〒272 千葉県市川市国府台1-7-3
電話 市川 (0473) 72-0141

(非売品)

印刷：株式会社弘文社

