

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.30/1983

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health
Japan*

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.30/1983

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health
Japan*

目次

研究

| | |
|--|-----|
| アルツハイマー病患者由来の末梢培養リンパ球における姉妹染色分体交換(SCE)の誘発 | 1 |
| 大塚俊男・小泉 明・金子哲也・森本兼曩 三浦邦彦・佐藤真由美・丸山 晋 | |
| ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第2報) | 8 |
| —脳局所時間放射能曲線の検討— 苗村育郎・桜井芳郎・田所裕之・小松せつ 伊藤高司・飯尾正明・小林郁夫・斎藤陽一 | |
| 家庭婦人の精神衛生対策に関する研究 | 33 |
| 第1部 家庭婦人の就労状態と精神衛生 第2部 家庭婦人の年齢と精神衛生 池田由子・上林靖子・河野洋二郎・西川祐一 今田芳枝・平田雅子・森岡 恵・中川 幸 須藤憲太郎・須賀芳枝・伊藤克彦・伊藤勝也 成田年重・矢口光子・音山幸子・矢花芙美子 川地悦子・後藤多樹子・茂木雄二・加藤まち子 | |
| 交通事故後に神経症症状を呈した児童の2症例について | 55 |
| 西川祐一・池田由子・後藤多樹子・茂木雄二 立壁典泰・川地悦子・田辺竜二 | |
| 成人に達した自閉症児の事例研究 | 69 |
| —家族の態度を中心として— 今田芳枝 | |
| 調査研究 | |
| 精神衛生相談施設および精神科診療施設において用いられている診断名についての一調査 | 81 |
| 土居健郎・高橋和明・高橋 徹 | |
| パースペクティブにみた米国老人精神医療 | 93 |
| 丸山 晋・斎藤和子・大塚俊男 | |
| 老人ホームにおける精神医学的問題に関する実態調査 | 103 |
| 斎藤和子・丸山 晋・大塚俊男 | |
| 日本の精神医療体系における社会文化的背景 | 135 |
| 宗像恒次 | |
| 青年期の人達を対象とした集団活動の意義について | 149 |
| —集団という「場」への所属の仕方について— 牟田隆郎 | |
| 英国精神衛生(改正)法 | 157 |
| 岡上和雄 | |

資料

| | |
|---------------------|-----|
| 各部の研究活動の状況 | 177 |
| 所員研究業績(昭和58年1月~12月) | 184 |

アルツハイマー病患者由来の末梢培養リンパ球 における姉妹染色分体交換 (SCE) の誘発

大塚俊男¹⁾・小泉 明²⁾

金子哲也³⁾・森本兼曩²⁾

三浦邦彦²⁾・佐藤真由美²⁾

丸山 晋⁴⁾

- 1) 国立精神衛生研究所老人精神衛生部
- 2) 東京大学医学部公衆衛生学
- 3) 杏林大学保健学部人類生態学
- 4) 国立精神衛生研究所社会復帰相談部

Behaviour of Sister Chromated Exchanges in Cultured Lymphocytes from Patients with Alzheimer's Disease Treated with Chemical Mutagens

Toshio Otsuka¹⁾・Akira Koizumi²⁾

Tetsuya Kaneko³⁾・Kanehisa Morimoto²⁾

Kunihiko Miura²⁾・Mayumi Satoh²⁾

Susumu Maruyama⁴⁾

- 1) Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health
- 2) Department of Public Health, Faculty of Medicine University of Tokyo
- 3) Department of Human Ecology, School of Health Science, Kyorin University
- 4) Division of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health

Summary

Sister chromatid exchange (SCE) is one of the most sensitive indicators which reflect DNA damages and repair in a cell. Induction of SCE by some chemical mutagens was examined in cultured peripheral lymphocytes from 8 patients with Alzheimer's disease (AD). Average frequency of SCE induced by mitomycin-C was 1.2 to 1.8 times higher in AD lymphocytes than in those from control people with no known genetic disorders. The AD cells treated with 4 NQO: however, manifested one fourth to one seventh as high frequency of SCE as those of non-AD normal controls.

Why not; These findings may suggest that chromosome instabilities in AD cells might correlate with some metabolic disorders which concerns activation or inactivation of mutagens.

Key words: *Alzheimer's disease, cultured lymphocytes sister chromatid exchange, chemical mutagens*

要 旨

アルツハイマー病 (AD) 患者 8 名に由来する培養リンパ球に対し *in vitro* において化学変異原を作用させ、鋭敏な DNA-染色体損傷の指標である姉妹染色分体交換 (SCE) の誘発を観察した。DNA鎖にクロスリンクを生ずることで知られるマイトマイシンCの処理ではADのリンパ球は、対照に比べて有意に高いSCE誘発を示したのに対し、紫外線に類似性があるといわれている4-ニトロキノリン-n-オキシド (4NQO) では、逆に対照より低いSCE誘発を示した。この特異な挙動は変異原の活性化および染色体損傷の修復にかかわる酵素系の何らかの異常を示唆するものと考えられる。従来からの報告で示唆されている染色体または有糸分裂の不安定性との関連で更に検討を進める必要がある。

はじめに

遺伝的疾患のなかには、その患者に由来する細胞が各種の変異原に対して高い感受性を示すものがいくつか知られており、その高感受性招来機序と各疾病特有の症状との関連が指摘されている^{1)~3)}。色素性乾皮症患者に由来する細胞では、紫外線およびこれに類似する作用をもった化学物質に対して高感受性を示すが、その招来機序はDNA損傷に対する除去修復機構の欠損であることが解明されており、同症患者における皮膚炎、皮膚癌の発生の機序であるといわれている¹⁾。また、ダウン症患者に由来する培養リンパ球では、染色体異常誘発に関する放射線感受性の高いことが知られているが^{4)~6)}、その招来機序は培養リンパ球の幼若化過程の特異性に起因することが確められており⁷⁾、同症患者における高率な白血病の発生や免疫不全との関連が示唆されている。一方、このようなDNA-染色体レベルでの損傷および修復は老化の機序とも関連して注目されており、細胞の老化はDNA損傷の蓄積に起因するとする有力な一仮説となっている⁸⁾⁹⁾。常染色体劣性の遺伝病である早老

症 (progeria) に由来する培養細胞ではDNA修復酵素のひとつDNAリガーゼの欠損が示唆されており¹⁰⁾、また上述のダウン症患者においても老化の促進が認められていること¹¹⁾、常染色体劣性の遺伝病ワーナー症候群においても早期老化と変異原感受性との関連が示唆されていること¹²⁾ など、この老化のモデルを支持する事実も少なくない。

本研究では、中年期以降に急激な脳の機能低下をきたし、その発症には遺伝的素因が非常に深くかかわっていると考えられている¹³⁾¹⁴⁾。アルツハイマー症候群に注目し、その患者に由来する培養リンパ球の *in vitro* における変異原感受性を細胞遺伝学的に検討した。指標として用いたのは染色体損傷を鋭敏に反映することで知られている姉妹染色分体交換 (S.C.E.) である¹⁵⁾。また作因としては、作用機序の異なる三種の化学変異原、4NQO (4-ニトロキノリン-n-オキシド)、MNNG (メチル・ニトロ・ニトロソ・グアニジン)、MMC (マイトマイシン-C) を用いた。4NQO は環元によって活性化しDNAを修飾する。紫外線に類似性の高い作用機構をもっている化学変異原である¹⁶⁾。一方、

MNNG はそれ自体が DNA への付加反応に富む化学変異原であり、4NQO と類似の修復機構によって除去修復される¹⁷⁾。これらに対し MMC は、その分子構造の中に活性の高い部位を2ヶ所持ち、DNA 鎖間あるいは DNA と核蛋白との間に架橋を形成する¹⁸⁾。このため、その修復機構は上記2者に比較して更に一段階複雑な過程が必要であると考えられている。これらの異なる作用機序をもった変異原に対するアルツハイマー病患者由来のリンパ球の SCE 誘発に関する特異性の検討は、アルツハイマー病患者における脳機能低下の機序解明に有力な示唆を与えるものと考えられる。

材料および方法

アルツハイマー病患者8名(52歳~69歳、平均59.4歳)及び同年代の対照者9名(50歳~65歳、平均57.9歳)から採取したヘパリン添加の末梢静脈血を Brd Urd (プロモデオキシ・ウリジン)20 μ M存在下で Moorehead の変法により68時間培養した。培養液は RPMI-1640(GIBCO 社)を用い、牛胎児血清(DIFCO 社)を30%、ストレプトマイシン-ペニシリン溶液(GIBCO 社)各々100単位、100 μ gを添加して調整した。この培養液に0.3mlの血液を加え、PHA-M(ファイト・ヘマゲルチン-M, GIBCO 社)2%添加によりリンパ球の幼若化を行った。

SCE の観察のため、リンパ球を固定したプレパラートはブラックランプ(Sylvania 社)からの近紫外照射を用いた FPG 法による二重染色を施した。

各変異原は DMSO (ジメチルスルホン酸)に溶解し、培養液中の最終濃度 4NQO 10 ng/ml および 20 ng/ml, MNNG 2 μ g/ml および 5 μ g/ml, MMC 3 $\times 10^{-8}$ M となるよう培養液中に添加した。

結 果

いずれの変異原も加えていないアルツハイマー病患者由来リンパ球(以下ADリンパ球と略

記)及び対照者由来リンパ球(以下C-リンパ球と略記)では両群の平均 SCE 数に差は認められず、ADリンパ球とC-リンパ球のベース・ラインレベルはほぼ同等であると考えられる。

1~4の患者に由来するADリンパ球および9~13の対照者に由来するC-リンパ球に対して4NQOを10 ng/ml添加した検体では、両群とも有意な SCE 誘発を認めていないが、5~8の患者および14~17の対照に由来するリンパ球に4NQOを20 ng/ml添加した検体ではADリンパ球に有意な SCE 増加がないのに対し、C-リンパ球には有意な SCE の誘発が認められた。

MMCを3 $\times 10^{-8}$ Mとなるよう添加した1~4のADリンパ球ではベースラインを約3.5倍に増加させたのに対し、9~13のC-リンパ球では3倍を下廻り、双方の平均値の差は4SCE/cellほどであった。更に被験者を5~8の4名に変えて同濃度で追試したところ、ADリンパ球では得られた細胞数が極めて少なかったが、全細胞の平均で45.4SCE/cellという高誘発率を示したのに対し、14~17のC-リンパ球では平均30.0SCE/cellであった。また、両実験においてADリンパ球の数値は、いずれも各C-リンパ球の値を上廻った。

これら2種の変異原に対しMNNGでは、いずれの濃度においてもAD、C-両リンパ球にSCEを有意に誘発させることはできなかった。

考 察

アルツハイマー病の発症には遺伝的素因の関与が示唆されており、その10~15%には強い家族集積性が認められている。¹⁴⁾同病患者由来細胞の細胞遺伝学的特質に関しては、1970年に Bergener と Jungklaass¹⁹⁾が培養リンパ球において染色体の異数性を示す細胞分裂像(aneploidy)の出現頻度が高率であることを報告して以来、通常のギムザ染色法による核型分析を用いたいくつかの報告が、²⁰⁾²¹⁾同病由来細胞の染色体及び有糸分裂の不安定性(instability)を示唆している。アルツハイマー病患者の脳・神経組織

においては、神経線維の癒着やその蛋白レベルでの異常の解析及び代謝異常などの報告²²⁾²³⁾が多いが、染色体レベルでの不安定性もこれに類似する細胞の微小管構造の異常として捉えることが可能である。同病由来リンパ球において高頻度の無動原体断片 (acentric fragment) を認めたとする報告は²⁴⁾、X染色体動原体の早期分離説とも関連し、上記の機序を示唆するものと考えることができる。しかし一方で、異数性の染色体像の出現頻度は、標本作製時の細胞の状態など種々の要因により変化するなど技術上の問題点が少なくないため、その定量的評価には慎重な配慮が必要である。また、これまで提出されている報告には、実験条件や対照に関して記述の不明なものがあり、詳細な検討が困難であるため、アルツハイマー病患者由来細胞における細胞遺伝学的特性の有無は、未だ確立されているとは言い難い。

他方、全身に種々の早期老化症状を呈するいくつかの遺伝学的特性が数多く報告されている。早老病 (Hutchinson-Gilford syndrome) では、一本鎖 DNA 修復の異常を示唆する報告があり、¹⁰⁾ワーナー症候群 (Werner syndrome) 由来細胞では染色体の切断-再結合 (rearrangement) の増加が報告されている¹²⁾。また、株化していない両疾患由来の培養細胞では、短い継代数で死滅することも知られている²⁵⁾。老化指数の高い染色体異常症として知られるダウン症患者由来細胞においても多くの細胞遺伝学的特性に関する報告がなされている^{4)~7)}。更に最近、細胞の老化に伴う微小な DNA 断片の増加が報告され、DNA レベルの変化が老化機序の中で果たす役割について再び関心が寄せられるようになった。

以上のような他の早期老化を示す遺伝疾患に関する諸知見は、本研究の結果を解釈するに当って多くの示唆を与えている。

4NQO は多くの変異原と異なり、還元作用をもつ酵素系で活性化され、DNA を修飾し除去修復を受ける。一方、MMC は 2 つの活性部位を

もち、DNA にクロスリンク (crosslink) と呼ばれている特殊な修飾をもたらす。4NQO とは異なる複雑な修復過程を要すると考えられている。また、MMC は SCE を高頻度に誘発することでも知られている¹⁸⁾。

本研究の実験結果において、アルツハイマー病由来リンパ球の低頻度の 4NQO 誘発 SCE は、同リンパ球において 4NQO による DNA 損傷の修復が高いと解釈するより、むしろ 4NQO を代謝活性化する酵素系が弱いと考える方が妥当であろう。一方、MMC 誘発 SCE が高いという結果は、代謝活性化が亢進しているとも、修復機能に異常があるとも解釈しうるが、いずれにしても何らかの酵素系の異常を示唆していると考えられる。これらが従来提示されてきたような染色体または細胞分裂機構の不安定性とどう対応するかについては、詳細な検討が必要である。しかし、脳における代謝異常の報告が多く提出されているのに対し、広汎な全身細胞の染色体、分裂機能異常が存在した場合に生ずるであろう造血器障害など、他の臓器、組織レベルでの障害に関して報告が乏しい点は、十分に考慮されねばならない。本研究では高濃度の変異原を投与することによって、染色体レベルでの挙動を観察しているため、染色体に関する酵素系の軽微な異常も増幅して捉えることが可能である。アルツハイマー病由来細胞の特性を染色体に関わる酵素系のなんらかの微小な異常にあるとし、従来報告されたデータは培養条件等によってこれが増幅された結果であると解釈すれば、全身的障害に乏しいことも説明しうる。即ち従来の仮説のように染色体構造や分裂機構そのものの異常に原因を求めるのではなく、これまでの染色体の不安定性を示す実験結果も、上述の微小な酵素系の異常がもたらしたとする解釈である。

DNA の修復機序、細胞分裂機構に関わる微小管蛋白の挙動など、染色体の形態、動態に関する知見は未だ不十分である。アルツハイマー病由来細胞の細胞遺伝学的特異性に関しても、こ

これらの諸点に関する新知見と対応させ、更なる検討が必要であろう。

結 論

アルツハイマー病患者由来の培養リンパ球において姉妹染色分体交換の誘発に関する変異原感受性を比較したところ、マイトマイシンCにおいては対照に比して高感受性、4NQOにおいては対照に比して低感受性を示した。この特異性は変異原の代謝に関連する何らかの酵素系に

異常があることを示唆しており、これまでに提示された染色体の不安定性とも関連している可能性があると思われ。

稿を終えるにあたり、多大の御協力を下さいました国立武蔵療養所 安藤丞先生、中山宏先生、高月病院 長瀬輝誼先生に心から感謝致します。また、多くの御教示を下さいました長崎大学衛生学教室 兜真徳先生にも深謝致します。杏林大学保健学科の学生諸君の御協力にも記して感謝致します。

表1 化学変異原処理による姉妹染色分体交換 (実験1)

| sex age | SCE/cell of base line level | SCE/cell induced by chemicals | | |
|------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------|
| | | 4NQO | MNNG | MMC |
| Patients: | | | | |
| 1 M 62 | 9.2±2.2(25) | 8.3±3.8(25) | 10.8±2.4(16) | 32.6±6.4(25) |
| 2 M 69 | 9.4±3.0(25) | 8.6±3.4(25) | 11.7±3.0(25) | 35.0±9.0(25) |
| 3 M 55 | 7.8±3.7(25) | 7.8±3.7(24) | 10.5±2.5(25) | 31.4±5.9(25) |
| 4 F 56 | 7.8±3.1(25) | 9.0±4.6(25) | 12.3±2.8(25) | 35.1±7.3(25) |
| total: | 8.6±3.2(100) | *8.4±3.6(99) | 11.4±2.6(91) | **33.5±6.7(100) |
| Controls: | | | | |
| 1 M 60 | 8.8±2.8(25) | 8.3±3.5(25) | 10.7±3.2(25) | 28.0±7.0(25) |
| 2 M 65 | 9.7±3.7(25) | 9.0±3.0(25) | 11.3±2.9(25) | 30.2±9.8(25) |
| 3 F 62 | 6.2±1.7(25) | 9.9±4.3(25) | 9.3±2.9(25) | 27.8±7.8(25) |
| 4 F 58 | 6.9±2.4(25) | 8.6±2.5(24) | 9.4±2.8(23) | 31.3±5.7(25) |
| 5 F 57 | 9.4±3.2(25) | 13.1±3.6(25) | 10.9±2.7(23) | 31.2±7.8(25) |
| total: | 8.2±2.6(125) | 9.8±3.9(124) | 10.3±2.5(121) | 29.7±7.3(125) |

4NQO: 10ng/ml, MNNG: 2μg/ml, MMC: 3x10⁻⁸M

() : metaphases scored

M : male, F : female

* : statistically significant (P < 0.05)

** : statistically significant (P < 0.01)

表2 化学変異原処理による姉妹染色分体交換 (実験2)

| | sex | age | SCE/cell of base line level | SCE/cell induced by chemicals | | |
|-----------|-----|-------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------------|
| | | | | 4NQO | MNNG | MMC |
| Patients: | | | | | | |
| 5 | F | 62 | 11.8±3.2(25) | 13.2±3.6(25) | 9.5±2.5(12) | 41.8±10.6(6) |
| 6 | F | 59 | 9.7±2.3(25) | 12.2±3.3(25) | 11.2±2.5(25) | ----- |
| 7 | M | 52 | 9.4±3.3(25) | 11.6±3.8(25) | 7.5±0.8(6) | 46.2±10.5(6) |
| 8 | M | 60 | 9.5±2.2(14) | 15.1±3.2(25) | 10.1±2.2(8) | 51.0±11.0(3) |
| | | total | 10.2±3.0(89) | *13.0±3.4(100) | 10.2±2.6(51) | **45.4±11.2(15) |
| Controls: | | | | | | |
| 6 | F | 58 | 10.2±3.2(25) | 34.7±9.2(25) | 12.1±4.7(18) | 37.5±4.7(20) |
| 7 | M | 50 | 9.1±1.9(7) | 32.8±13.8(21) | 9.6±2.8(13) | 32.5±4.5(2) |
| 8 | M | 60 | 9.6±2.2(15) | 36.8±16.5(8) | 10.2±3.5(13) | 31.1±6.6(19) |
| 9 | F | 51 | 9.6±3.4(10) | 21.3±3.4(10) | 8.3±2.5(15) | 18.8±5.9(18) |
| | | total | 9.8±2.8(57) | 29.1±14.8(71) | 10.2±4.0(59) | 27.1±6.6(59) |

4NQO: 20ng/ml, MNNG: 5μg/ml, MMC: 3x10⁻⁸M

() : metaphases scored

M : male, F: female

* : statistically significant (P < 0.05)

* * : statistically significant (P < 0.01)

参考文献

- (1) Cleaver, J: Xeroderma pigmentosum; A human disease in which an initial stage of DNA repair is defective. Pro. Natl. Sci., 63: 428, 1969
- (2) Higurashi, M and P. E. Cohen: In vitro radiosensitivity in "chromosome breakage syndrome". Cancer 32: 380, 1973
- (3) Schuler, P. E. et al: Chromosomal peculiarities and "in vitro" examination in Fanconi's anemia. Humangenetik 7: 314, 1969
- (4) Chudina, A. S. et al: A study of the radiosensitivity of chromosomes in normal persons and in case of Down's disease. Genetika 4: 99, 1968
- (5) Dekaban, A. S. et al: Chromosomal aberration in irradiated blood and blood cultures of normal subjects and selected patients with chromosomal abnormality. Rad. Res. 27:50, 1966
- (6) Kaneko, T and A. Koizumi: Combined effects of chemicals with gamma-ray on chromosomes in trisomy-21 lymphocytes in culture. Third International Conference on Environmental Mutagens, 1981
- (7) Morimoto, K et al: Proliferative kinetics and chromosome damage in trisomy-21. Cancer Res. in press
- (8) Kato, H and H. F. Stich: Sister chromatid exchanges in ageing and repair deficient human fibroblasts. Nature 260, 447, 1976

- (9) Hirsh, G. P.: Somatic cell mutation and ageing. In "The Genetics and Ageing" (ed. Schneider, E. L.) Plenum Press NY, 1978
- (10) Epstein, J. et al.: Deficient DNA repair in human progeroid cell. Proc. Natl. Sci. 70, 977, 1973
- (11) 兜真徳: Down 症候群における生物学的加齢現象について, 精神衛生研究26, 57, 1979
- (12) Salk, D.: Werner's syndrome: A review of recent research with analysis of connective tissue, metabolism, growth control of cultured cell, and chromosome aberrations. Hum. Genet. 62, 1, 1982
- (13) Pratt, R. T. C.: The genetics of Alzheimer's disease. In "Ciba Foundation Symposium, 1970". cited from Brun, L. et al. Gerontology 24: 369, 1978
- (14) Velde, W. O. D.: Haptoglobin types in Alzheimer's disease and senile dementia. Brit. J. Psychiat. 122: 331, 1973
- (15) Wolff, S.: Chromatid aberration, sister chromatid exchanges and lesions that produce them: In "Sister chromatid exchange." (ed. Wolff, S.) Jhon Willey & Sons 1982
- (16) Sugimura, T. et al. The metabolism of 4-nitroquinolin-1-oxide I. Gann 56: 489, 1965
- (17) Lawley P. D. and Thatcher, C. J.: Methylation of deoxy-robonucleic asid in cultured mammalian cells by N-methyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine. Biochem. J. 116: 693, 1970
- (18) Robertis, J. J.: The repair of DNA modified by cytotoxic, mutagenic and carcinogenic chemicals. In Advances in Raio-biology 1977
- (19) Bergener M. and Jungklass, F. K.: Genetische Befunde bei Murbus Alzheimer und seniler Demenz. Geront. clin. 12: 71, 1970
- (20) Mark, J and Brun, A.: Chromosomal division in Alzheimer's compared to those in senescence and senile dementia. Geront. clin. 15: 253, 1973
- (21) 本間昭, アルツハイマー病における細胞遺伝学的研究, 日本老年医学会雑誌, 18, 308, 1981
- (22) Selkoe, D. J. et al.: Alzheimer's disease: insolubility of partially purified paired helical filaments in sodium dodecyl sulfate and ure. Science 215, 5. 1982
- (23) Iqbal, K. et al.: Chemical relationship of paired helical filament of Alzheimer's dementia to normal human neuro-filamens and neurotubules. Brain Res. 142, 321, 1978
- (24) Nordensen, I. et al.: Chromosomal abnormality in dementia of Alzheimer type: Lancet 481, 1980
- (25) Martin, G. M. Genetic syndromes in man with potential relevance to the pathology of aging: In "Genetic Effects on Aging, Birth Deffects "NY, 1977 cited from 9)

ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡 (第2報)

—脳局所時間放射能曲線の検討—

苗村育郎¹⁾・櫻井芳郎¹⁾

田所裕之²⁾・小松せつ¹⁾

伊藤高司²⁾・飯尾正明³⁾

小林郁夫⁴⁾・斎藤陽一⁵⁾

1) 国立精神衛生研究所 精神薄弱部

2) 日本医科大学 第2外科学教室

3) 国立療養所中野病院

4) 早稲田大学 理工学部

5) 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 (II)

—Analysis of Time-activity Curves of Local Cerebral ¹¹C-glucose Metabolism—

Ikuro Namura¹⁾・Hiroyuki Tadokoro²⁾・Takashi Ito²⁾

Ikuo Kobayashi³⁾・Setsu Komatsz¹⁾・Yshiro Sakurai¹⁾

Masaaki Iio⁴⁾・Yoichi Saito⁵⁾

1) National Institute of Mental Health, Division of Mental Retardation Research

2) Nippon Medical School, The 2nd Surgery Department

3) Waseda University, Department of Science and Technology

4) National Nakano Hospital, Department of Radiology

5) University of Tokyo, Department of Neuropsychiatry

Summary

The time-activity curves of orally administered photosynthesised ¹¹C-glucose were analysed in each pixel of positron-tomographic images in order to estimate relationships between cerebral metabolism and mental functions. EEG recordings were monitored during the positron data collection (60 minutes) and the time-activity curves were compared with diagrams showing the EEG arousal levels. The pixels (2×2cm) showing the highest counts in each area of the mid-frontal, anterior temporal, occipital pole and thalamus in both hemispheres were selected from the OM 4 cm images of seven subjects and the pixel curves were

smoothed after half-life correction. Two of the subjects were normal volunteers, two were schizophrenics and three were demented patients from heterogeneous causes.

The curves in each area usually showed an uni-directional increase in parallel with the total counts of the image during wakefulness. However, the considerable amount of decrease was observed during drowsiness and sleep which were recorded in four subjects in this study. This transient decrease occurred mainly in frontal area, but was often observed in temporal and thalamic regions. In contrast, re-arousal or active performance of mental task caused an increase of the local time-activity. These findings suggest that local metabolic activity in a small cortical area of human brain can change according to the mental state of a subject without altering the total amount of cerebral circulation or energy metabolism. The frontal cortex seemed to be one of the most flexible area in view of this small regional control of cerebral metabolism. Therefore the further study of cerebral function using positron emission tomography must focus on the state-dependent transient changes in small fronto-cortical areas of the working brain.

要 旨

光合成により製造された ^{11}C -グルコースおよび ^{11}C -フルクトースを経口投与し、脳局所の時間放射曲線を検討し、脳・精神機能の変動に対応する指標を抽出することを試みた。2名の正常者と5名の患者群に対し、標識糖投与後約60分後までのデータについて、両半球の前頭、側頭、後頭および視床から各領域で最高カウントを示す画素を選び、時間放射能曲線を描かせた。これを脳波記録と軸間軸に添って比較した所、入眠期および睡眠中に、主として前頭皮質を中心に放射活性の低下が起こることが見出された。被検者によっては、側頭皮質や視床にも覚醒水準の低下に伴う放射活性の低下が認められたが、後頭皮質にはこのような変動は少ないと思われた。正常者の1例では再覚醒後には前頭葉の放射活性が上昇し、精神作業の負課によってさらに増加が認められた。

前頭葉におけるこのような変化はいずれも局所的なものであり、断層面の総カウントは入眠や知的作業により大きな変動を示さない。従って、この種の脳機能変化は、脳全体の循環・代謝量を大きく変えることなく、前頭葉を主座とする局所的な微小領域の代謝変動に対応しているものと推察された。

はじめに

新しい tracer technique としてのポジトロン CT の最大の長所はその定量性にあり、適当なモデルを使うことにより、定量的に計測された脳内放射能を、特定の代謝段階の速度もしくは特定の酵素の反応速度に換算することも可能である。¹⁾しかしそのためには使用する標識化合物が、単純な数学的モデル化を妥当なものとするための幾つかの条件²⁾を満たしていなければなら

ない。従って複雑な代謝が進行するような標識化合物では、特定の段階の代謝率の算出は極めて困難である。

本研究で我々が使用した光合成グルコース³⁾も、この種の困難をかかえている。即ち、光合成糖は標識合成上の簡便さという大きな利点を有するにもかかわらず、標識糖の精製過程における問題のために、経口投与を余儀なくされてきた。従ってここでは、 ^{11}C -glucose および ^{11}C -Fructose という、多岐に代謝が進行する2つの標識糖が

あるのみでなく、個々の被検者の消化管因子という、極めて変動の大きな要因まで含めて取り扱わざるを得ない。

前報³⁾では、刺激前後における画像パターンの違いを、プロフィールおよび ROI (関心領域) を用いて検討した。これは大きな皮質領域のトレーサ集積を、或る時間帯域の総和として比較したものである。

今回我々が試みたのは、微小な領域 (再構成平面上の 1 画素) の経時的变化を追うことであり、とりわけ、被検者の意識状態の変化に対し、微小領域の放射活性もまた時間的に変動しうるのか否かを問題とした。少数例の予備的な結果の示す所によれば、標識物質の取り込みの第 1 相が終了したあと十分な時間 (2~3 半減期) 追跡し続けるなら、睡眠や精神作業に伴い、脳の特定部分に放射活性の特徴的な変化が生じる様を検出することが可能であった。

方 法

¹¹C 標識グルコースの製造方法は前報^{3,4)}と同様である。¹⁴N(P, α)¹¹C 反応で作製した¹¹C は¹¹CO₂ の形でほうれん草の葉に利用されて¹¹C-グルコースと¹¹C-フルクトースが合成される。これをエタノールで抽出して経口投与剤を調整した。実際には、¹¹C-グルコースと¹¹C-フルクトースとの混合物 (以下¹¹C-GF と略) 20~30 mCi が投与されたことになる。

ポジトロンカメラは、島津製作所の作製した、

64個の NaI シンチレータ群を 2 リング有する Headtome II⁵⁾を用いた。

今回の被検者は 7 名で、その内分けを表 1 に示した。このうち 2 名は正常ボランティアである。

被検者 2 は Alzheimer 病の女性で、X線 CT では diffuse cortical atrophy が進行し、脳波上は α 波の減少と徐波の増加および右側優位の側頭葉スパイクが観察される。IQ は測定不能。自立歩行は容易だが、自宅から出ると帰り道がわからなくなる。

被検者 3 は Friedrichsen II b 型の高脂血症で、腿黄色腫を有し、動脈硬化が著明で、左後頭葉には硬塞巣が X線 CT 上で認められ、軽度の痴呆化がある患者である。

被検者 4 はヘルペス脳炎後遺症で、海馬を含む両側側頭葉基底面に著しい組織破壊のあることが X線 CT 示されている。著明な記憶障害と痴呆がある。

被検者 5 は寡症状型の分裂病で、思考障害感を訴えることが多い。外来通院にてハロペリドール 4.5mg/day 投与中。

被検者 6 は長期入院中の陳旧性分裂病患者で、X線 CT で両側側脳室前角の中等度拡大を認める。無為自閉状態が固定し、フェノチアジン系薬剤の投与を続けている。

検査は原則として午前中に行われ、被検者は朝食を取らず、標識糖の投与は午前 11 時頃に行われた。

表 1 被検者の性別・年齢および診断

| 番 号 | 被検者 | 記 号 | 年 令 | 性 | 診 断 |
|-----|-------|-------|-----|---|----------------|
| 1 | Y. K. | PK 14 | 21 | M | Normal |
| 2 | M. S. | PK 20 | 57 | F | Alzheimer病 |
| 3 | Y. O. | PK 22 | 51 | M | Hyperlipidemia |
| 4 | Y. Y. | PK 25 | 36 | F | Herpes 脳炎 |
| 5 | K. M. | PK 26 | 21 | M | Schizophrenia |
| 6 | K. U. | PK 28 | 51 | M | Schizophrenia |
| 7 | I. K. | PK 21 | 25 | M | Normal |

被検者は検査に先立ち、両耳孔をロウの耳栓で塞ぎ、両眼をアイマスクで遮閉し、ベッドに仰臥して体動を止めたまま 68 Ga 外部線源によるトランスミッションスキャンを約15分かけて行い、この直後に ^{11}C -GF を約15mlの水溶液として服用した。

肘静脈には翼状針を留置し、最初は1分毎に、後には10~20分おきに採血を行い、静脈血中の放射活性の推移をモニターした。

ポジトロンカメラは、トレーサの服用直後から OM ライン上方 4 cm を第 1 リングに照準し、水平断層面を連続的に計測した。ダイナミックスキャンモードは、100秒を 1 コマとするイメージを連続的に与えるようにセットされ、40分~75分間の測定が行われた。この間、被検者 1~6 に対しては、安静閉眼状態を保ち、ぼんやりと何も考えないように指示された。すべての被検者で 2 チャンネル以上の脳波がモニターされ、傾眠傾向を示した際にも、大きな体動でカメラの照準を狂わせる恐れが生じない限り、そのまま計測を続けた。

被検者 7 のみは自由な精神活動を許され、音楽の空想と、暗算 (2 の n 乗) が課題として与えられた。本例は、計測開始後、間もなく入眠したため、暗算は再覚醒後に行ったものである。

データは Heattome II の CPU (NOVA 4) で吸収補正及び画像再構成を行った後、PDP 11/34へ移され、2次処理が行われた。即ち、まず、ダイナミックモードで収録された個々の短時間イメージの加算により、S/N比を改善した明瞭なイメージを得、これをもとにして脳各組織の特徴を示すと予想される部位を指定した。この指定は原則として左右の前頭葉、側頭葉、後頭葉、視床から行い、場合により他の部位も任意に検討した (図 1)。

画像平面上での部位指定は、64×64ピクセルの原画像を用いて行い、上述した特定の灰白質の近傍で最高値を示すピクセルを選んで、測定的全経過に渡る時間放射能曲線を描かせた。 ^{11}C の半減期は 20.38分として半減期補正すると共

に、画像平面上で 3×3ピクセル (約 2 cm×2 cm)、時間軸上で 3ピクセル、即ち合計 3×3×3の平滑化を行ったものを今回の最終データとして考察することにした。Heattome II のスライス厚は約 2 cm であるから、今回の解析対象となった脳組織容量は、ほぼ 8 cm³ (2×2×2 cm) である。

静脈血の放射活性も半減期補正を行った後、同じ時間軸上に表示された。

結 果

図 2 に被検者 1 の時間放射能曲線を示した。本被検者は、検査中に入眠したため、脳波記録から判定した睡眠段階を図 2-1 の下部にダイアグラムで示してある。時間放射能曲線が、時間軸 (横軸) のゼロで多少の値を示しているのは、実際の計測がスタートした時点が、コンピュータのソフト上の理由で、トレーサ服用時より数分ずれているためである。図中の無印の曲線はスライスの総カウントの推移を示す。

図 2-1 (A) から明らかなように、左右の前頭皮質のカウントは、総カウントの急速な立ち上りによく対応して上昇している。しかし、計測開始後 16分を経過する頃より、局所放射能曲線は別の経過をたどり、20分頃から低下し始める。右前頭においてはこの低下は約 10分間続き、その後再度上昇する。さらに右前頭は 45分後頃に低下する傾向を示しているが、この頃には半減期とその補正に伴う S/W 比の減少が目立つため、明確な内容は捉え難い。

ここで重視したいのは、前頭部の放射活性低下が、Stage II a の睡眠中に生じている点である (図 2-1)。側頭部および視床でも著明な変動が認められるが、左後頭においては急激なカウント数低下が、睡眠とほぼ並行している (図 2-2)。右の視床では睡眠中にもカウント数の上昇と下降があり、一定の傾向は認め難い。

図 3 に被検者 2 の前頭・側頭の時間放射能曲線を示した。本例では血中放射能曲線は約 30分

*** DYNAMIC SCAN ADC IMAGE PRINT OUT ***

FILE NAME=PK14D.I2F FRAME= 1 TU 29
 MAX(10, 25)= 0.143E+02 MIN(2, 1)= 0.000E+00

IMAGE LEVEL TABLE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 .. ++ 00 ** ## SS @@ @@ KK LL && ZZ 33 88 @@
 .. ++ 00 ** ## SS @@ @@ @@ KK LL && ZZ 33 88 @@

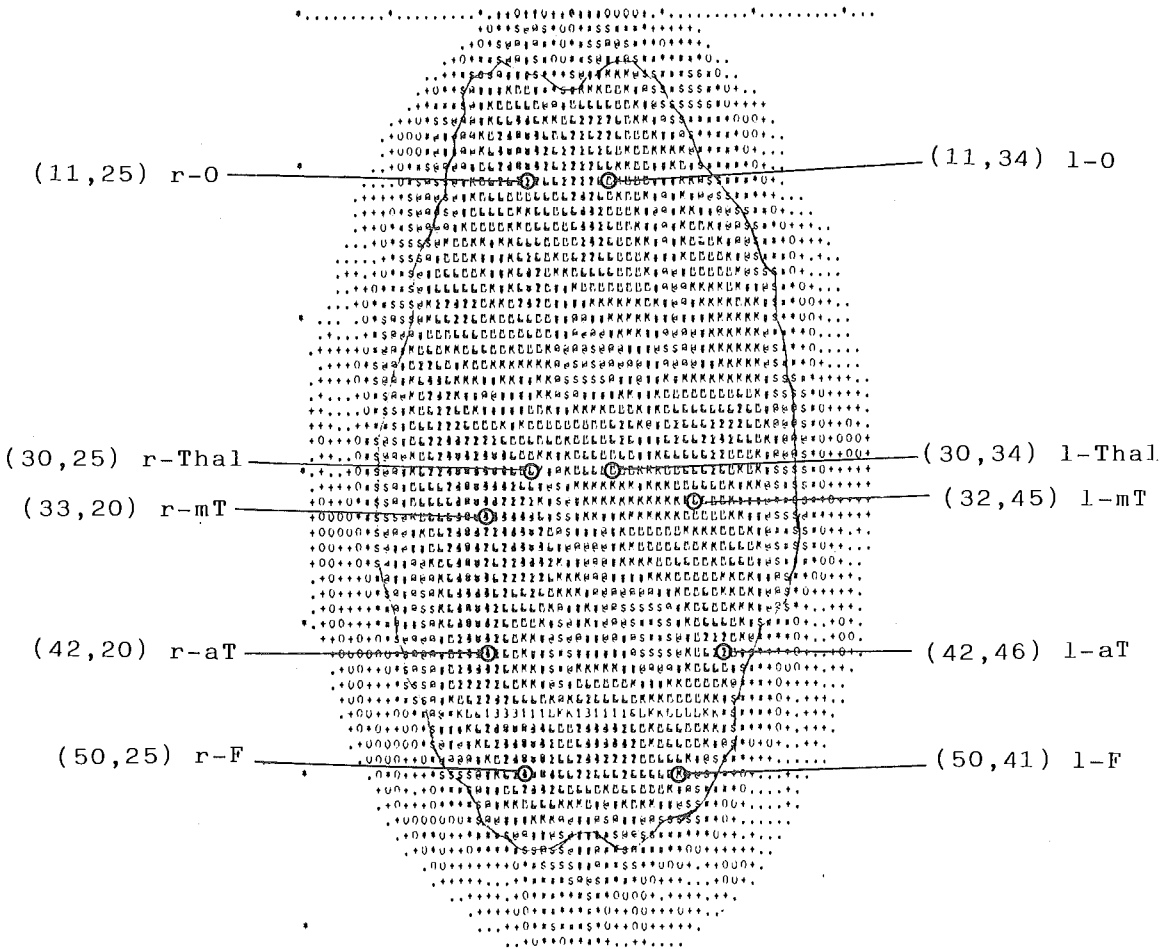


図1 加算イメージによる解析部位の指定

加算イメージは、補間により256×256のカラーイメージとして検査した上で、解析する部位を上図の如き64×64ピクセルの原画上で指定した。

でほぼプラトーに達しており（図省略），前頭，側頭皮質の曲線もほぼこれに一致した傾向を示す。本例では，長時間の追跡ができず，その後の経過が不明であるが，後頭の曲線に左右差が目立つことを除けば，両側皮質がほぼ均等にトレーサを取り込んでいる。しかし同一スライス上の総カウント曲線に比べた時，皮質の値が他の症例より小さい可能性は残されており，別に詳細な検討が必要である。なお，本例は検査中覚醒状態を保っており，脳波に大きな変動は見られていない。

図4に被検者3のデータを示した。大脳皮質では各部位共に右側の放射活性が低く，右大脳半球の循環・代謝の障害が示唆される。後頭葉ではX線CT上，硬塞部位は左側視皮質周辺（Area 17）に限局しており，図4-2-Aに示したのはArea 19付近である。本症例は検査中に傾眠傾向を示し， α 波が途切れ，我々の言うState W'（predrowsy state）に入った。脳波記録から判読したダイヤグラムを図4-1-Aに併記した。興味深いのは，左前頭葉の放射活性が，脳波がW'を示す時期にほぼ相当して低下し続けていることである（矢印）。スライス全体での総カウントが上昇を続けているにもかかわらず，前頭葉の一部にこのような現象が認められることは注目に値しよう。

図5にヘルペス脳炎を経過した患者のデータを示した。側頭部のデータは組織が保たれている上側頭回に相当する位置から取ったものである。各部分とも，左右差はなく，側頭部が特に低値を示しているわけでもない。血中放射能濃度の上昇が緩慢なのはむしろ消化管の機能に関係したものであろう。これらの因子を排除した上でなおかつ，脳実質への糖の摂取率が低下しているか否かは，今後の検討に待たねばならない。

図6に寡症状型分裂病患者のデータを示した。本被検者も検査中から入眠傾向を示したが，ア

ーチファクトのため，後半脳波記録を利用出来ない。左右の前頭葉の放射活性が一時低下しているのは，いびきをかいていた頃に相当すると思われる。側頭皮質で，右側が低値を示す傾向が見られるが，理由は明らかでない。

図7に無為自閉状態の分裂病患者のデータを示す。左右の前頭葉は比較的均一な放射活性の上昇を示し，服薬後約25分で血中放射能がピークを示して以後も上昇を続ける。側頭部は他に比べて活性が低く，ノイズも大きい。右側頭が左より低値を示すが，理由は明らかでない。本例は検査中，覚醒状態を保っていた。

図8に正常青年の，覚醒・睡眠・精神作業を含むデータを示した。本例の血中放射能はすみやかに上昇し，服用後30分頃にピークを示した後，徐々に低下を続けている。それに対し左前頭葉の放射活性は，服用後25分頃より低下を続け，35分頃に再び上昇する。右前頭葉の放射活性は35分頃より低下し，45分頃に上昇する。このように，特定の部位の放射活性が総カウントの上昇期に低下している時期は，脳波上，被検者が睡眠に陥っている期間にほぼ相当し，本例の場合，左前頭葉の低下する時期はほぼState II aに相当している。

一方，検査後半で暗算を開始した時期には，総カウントの低下とは反対に，左前頭葉のカウントが再度上昇している。脳の他の部位ではこのような傾向は認められない。

以上の結果を要約すれば次のようになるだろう。まず，脳の各部における局所時間放射能曲線は，総カウント曲線とは別の経過を示すことが多く，この局所の変動に因する因子を見出す必要があると思われる。局所の時間放射能曲線に，最も特徴的な変化が生じるのは，被検者が睡眠に陥った時であり，これにほぼ呼応する形で前頭部の放射活性が，多くの例で左右差を示しながら下降する。この下降は，おおむね再

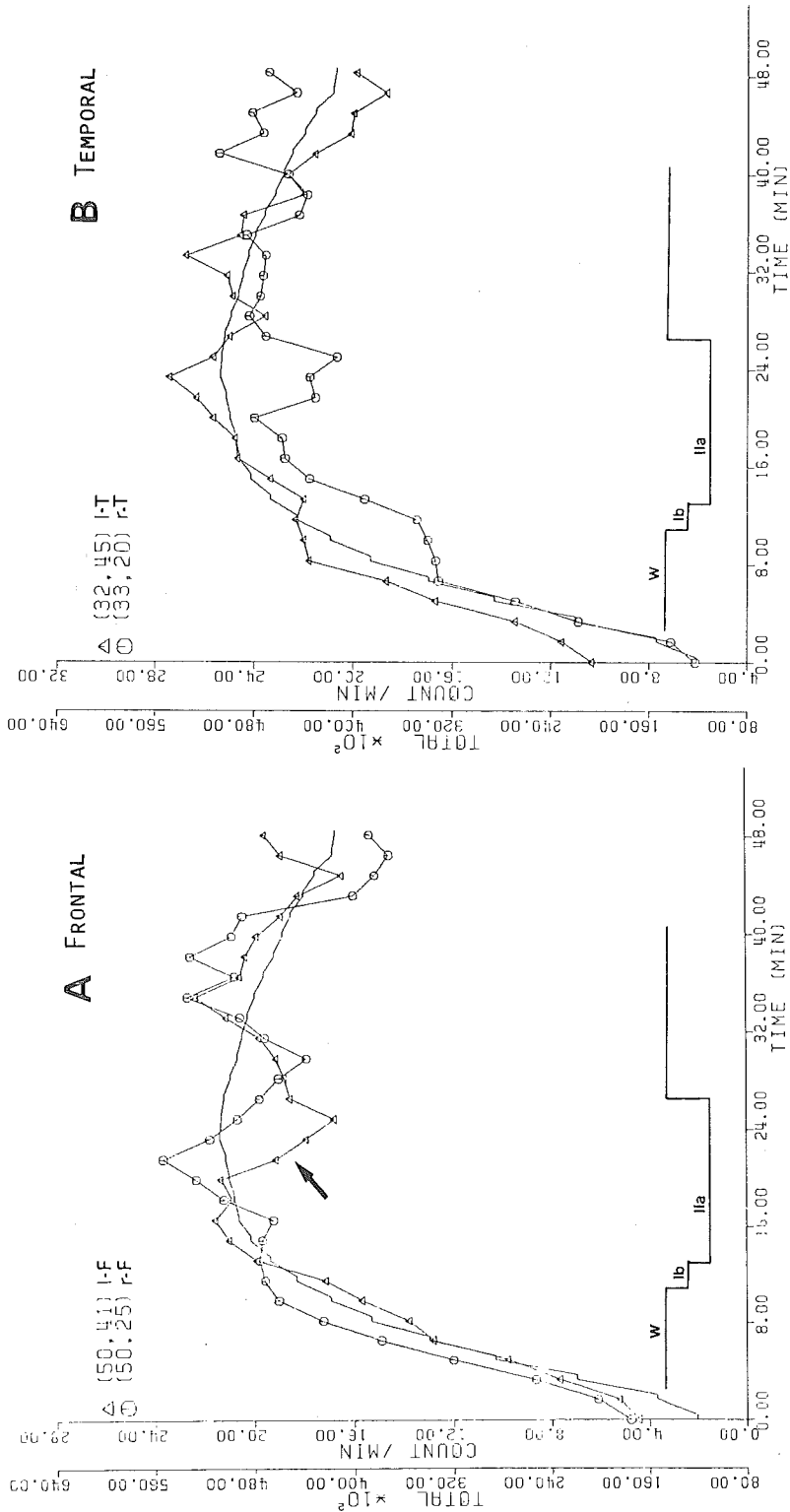


図2-1 被検査1の前頭部(A)および側頭部(B)の時間放射能曲線
 図中にはスリープダイアグラムも並記した。△は左側, ○は
 右側を示す。無印の曲線はスライスの総カウント (count/60
 sec) の推移を示す。

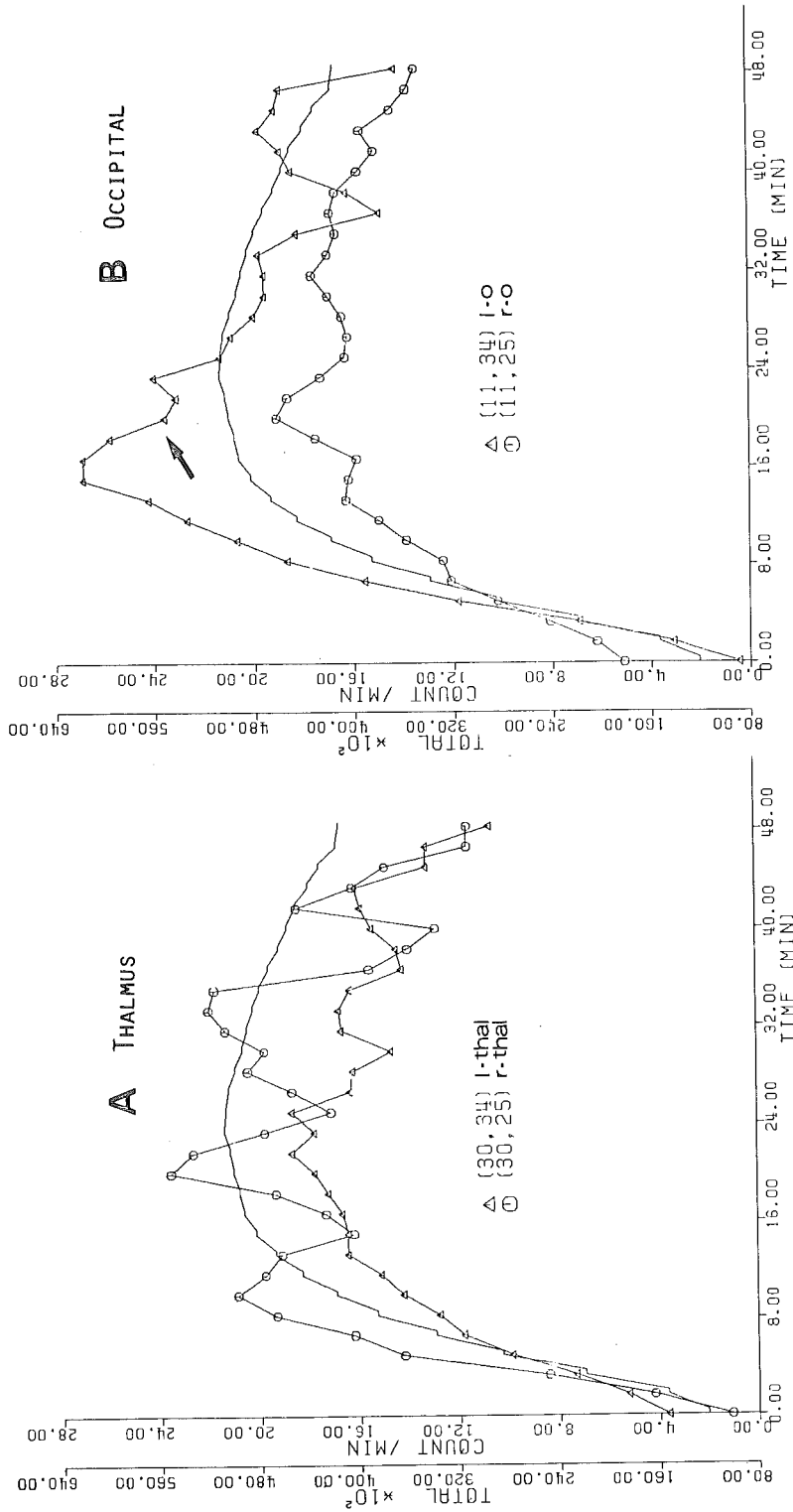


図2-2 被検者1の視床(A)および後頭(B)の時間放射能曲線

左の視床ではカウント数低下(矢印)が、入眠と並行しているように見える。無印の曲線は総カウント数を示す。

△は左側, ○は右側。スリープダイアグラムは省略した。

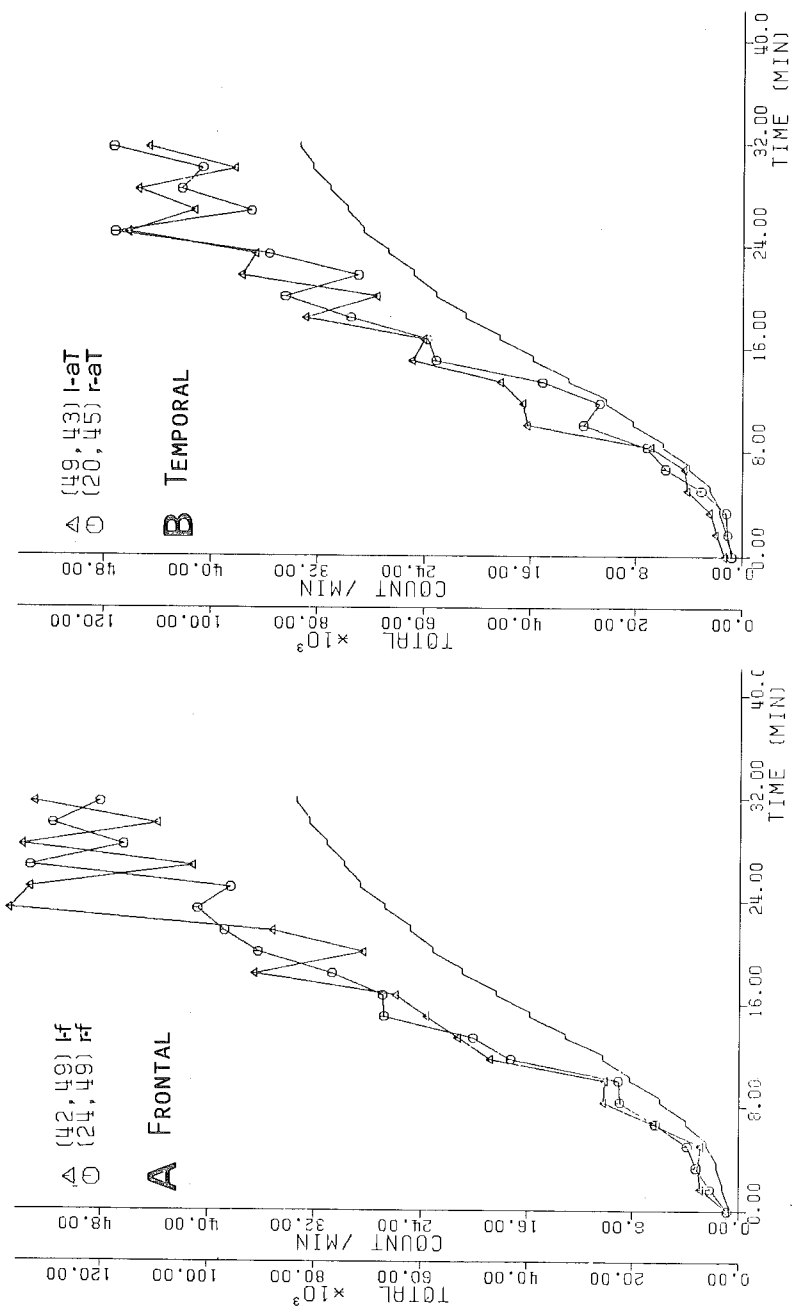


図3 被検者2の前頭部(A)および側頭部(B)の時間放射能曲線

基本的には総カウント数と並んで一方向性の上昇が続いている。

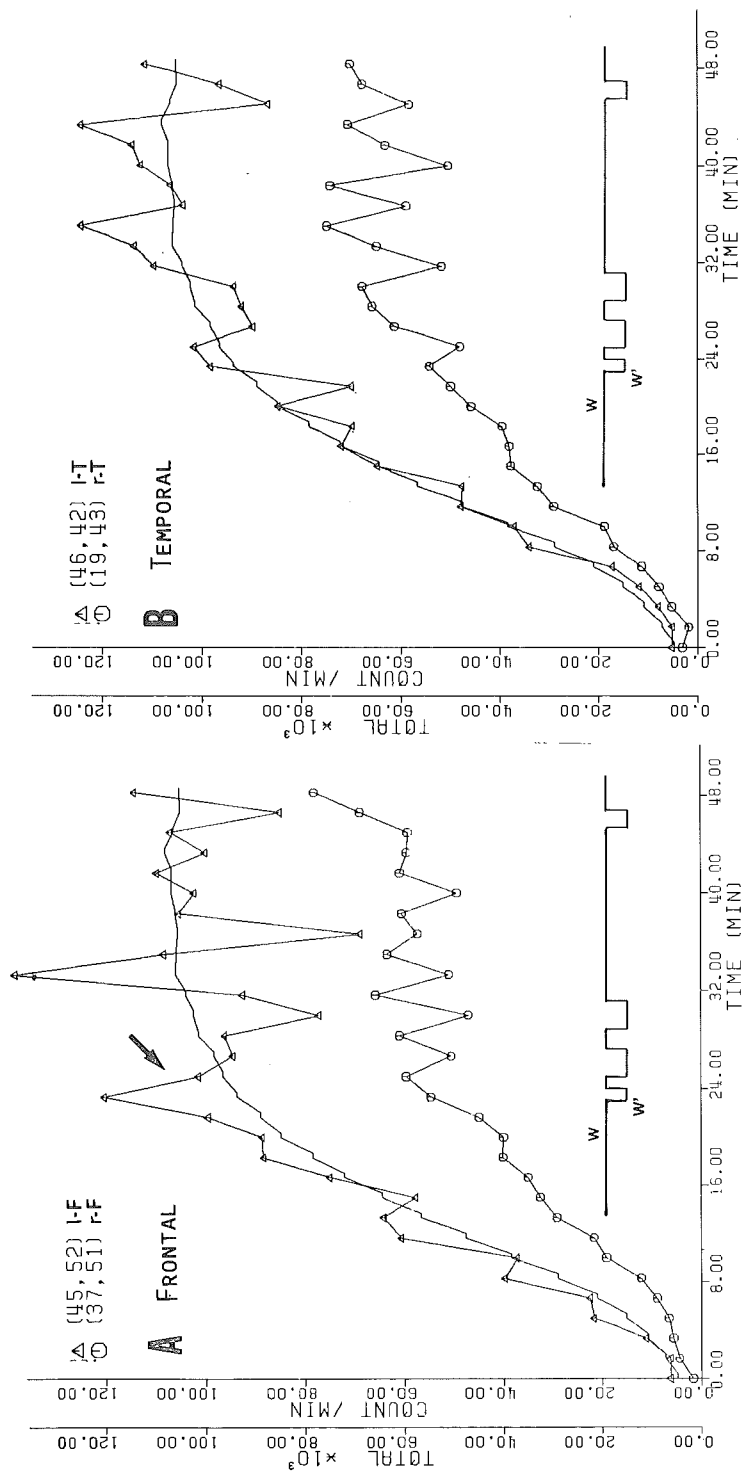


図 4-1 症例 3 の前頭部(A)および後頭部(B)の時間放射能曲線
 傾眠期(W')にはほぼ一致して前頭部のカウント低下が見られる(矢印)

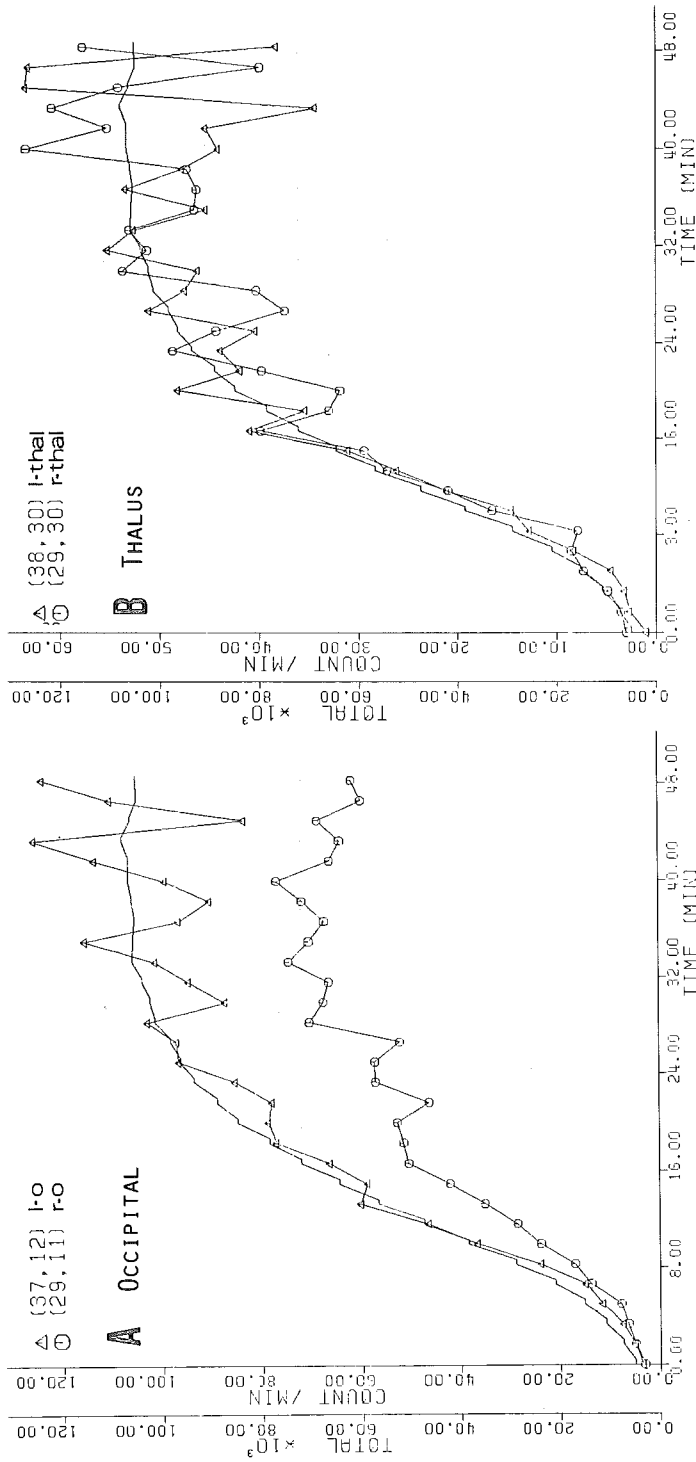


図4-2 被検者3の後頭(A)および視床(B)の時間放射能曲線
 不規則な変動が見られる。後頭部には左右差が示されている。

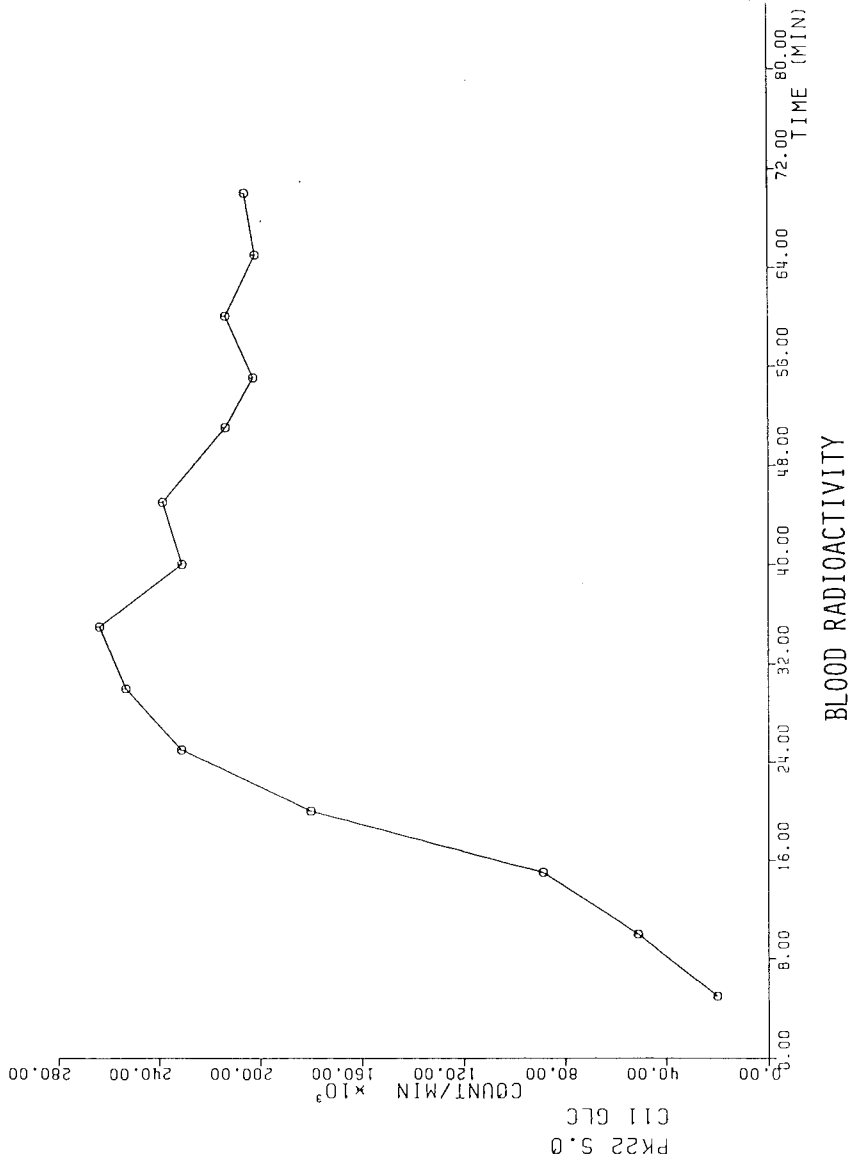


図 4-3 被検者 3 の血漿中放射能の推移

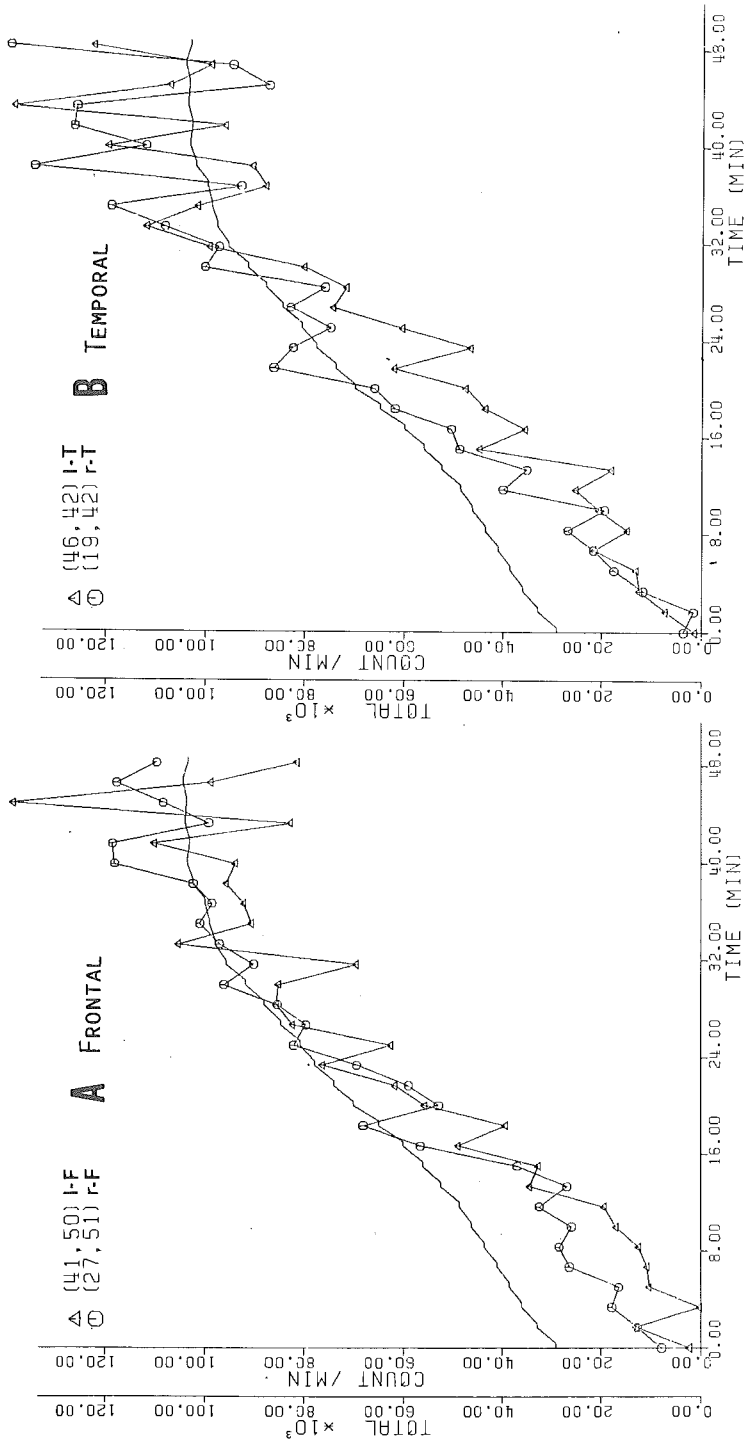


図5-1 被検者4の前頭(A)および側頭(B)における時間放射能曲線
 小さな不規則変動は見られるが、ほぼ一方向性に上昇している。
 本例では、覚醒水準は保たれ、State Wを維持していた。

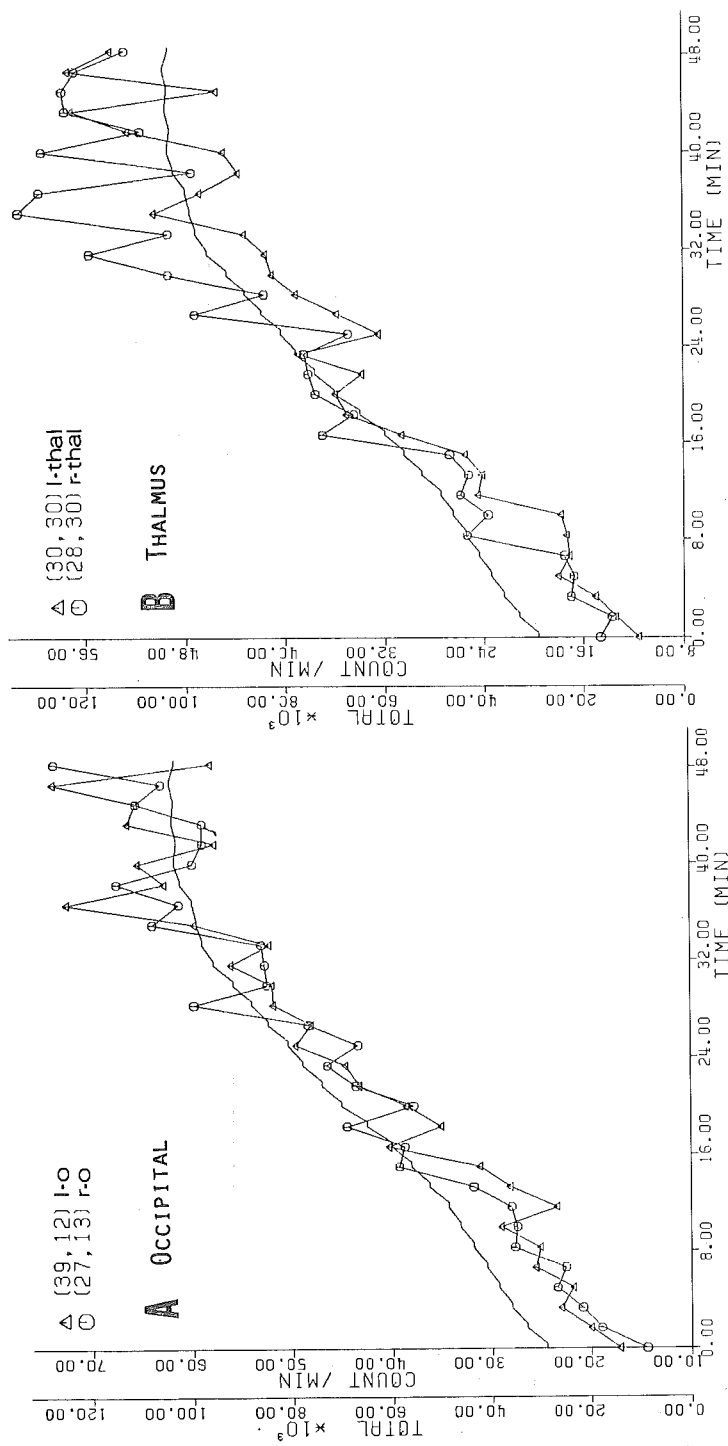


図5-2 被検者4の後頭(A)および視床(B)の時間放射能曲線

上昇途中での低下傾向は見られない。

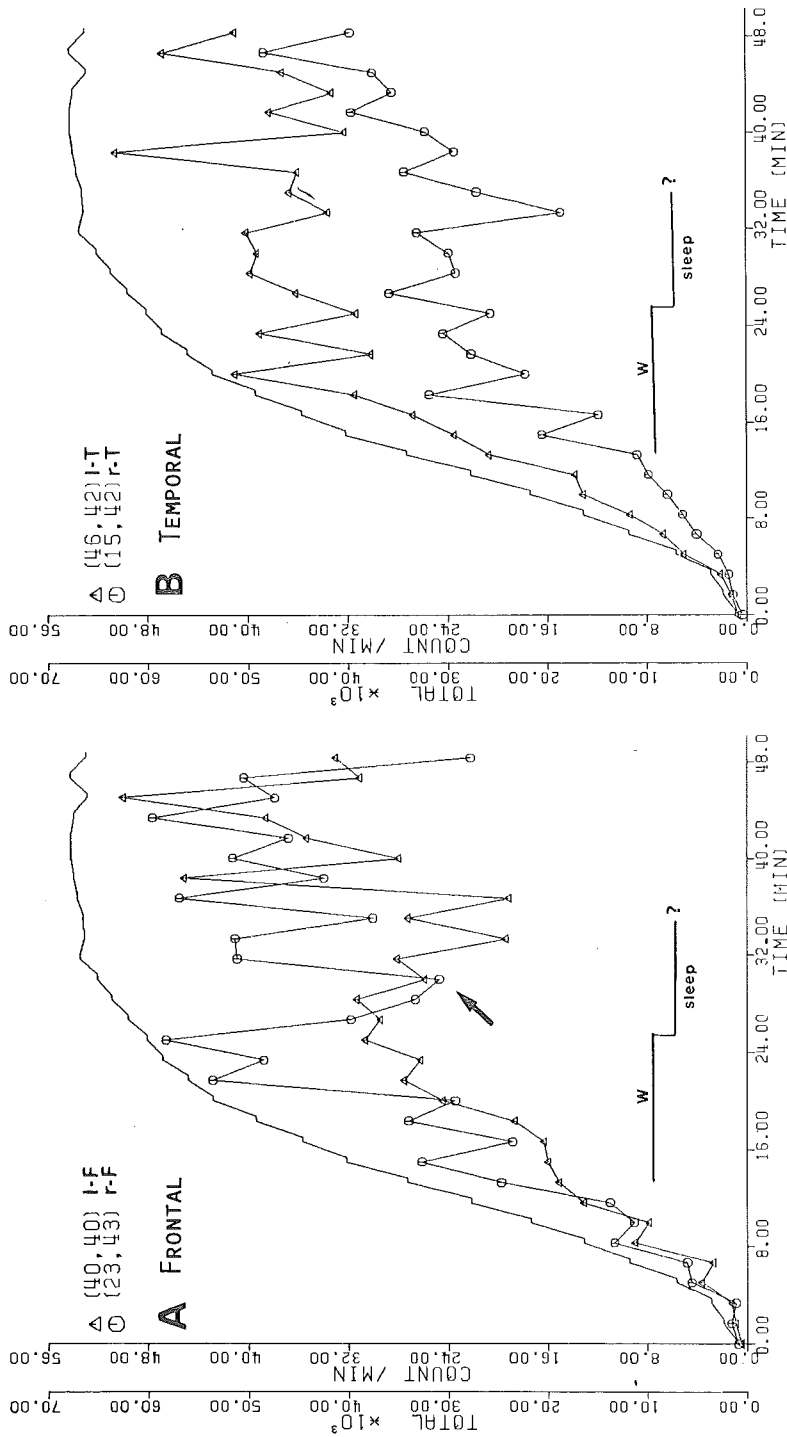


図6-1 被検者5の前頭(A)および側頭(B)の時間放射能曲線
 右前頭部のカウントが、25分頃から低下する。これは覚醒水準の低下とほぼ並行する。

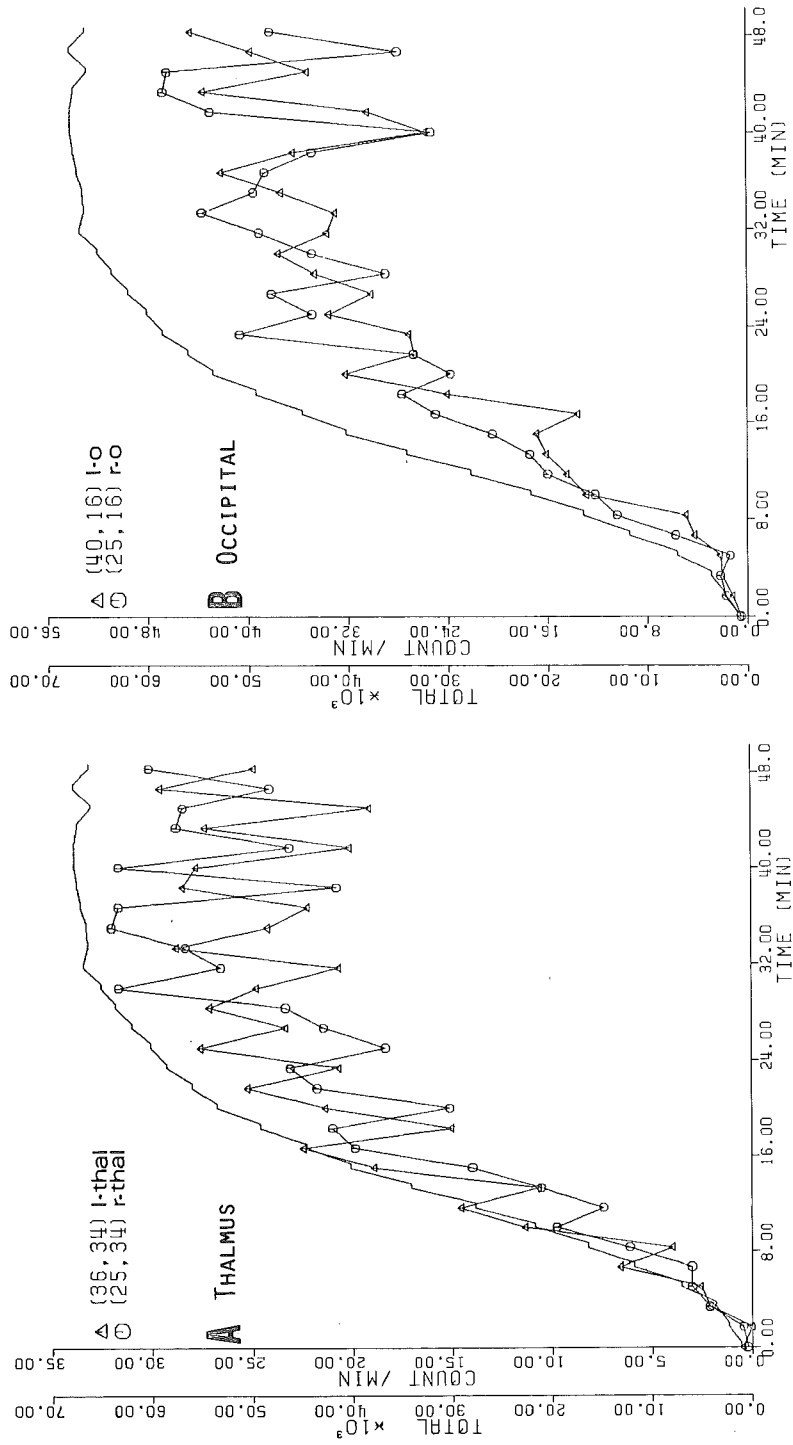


図 6-2 被検者 5 の視床 (A) および後頭 (B) の時間放射能曲線

後頭では 37 分頃に両側性に一過性のカウント低下が見られる。

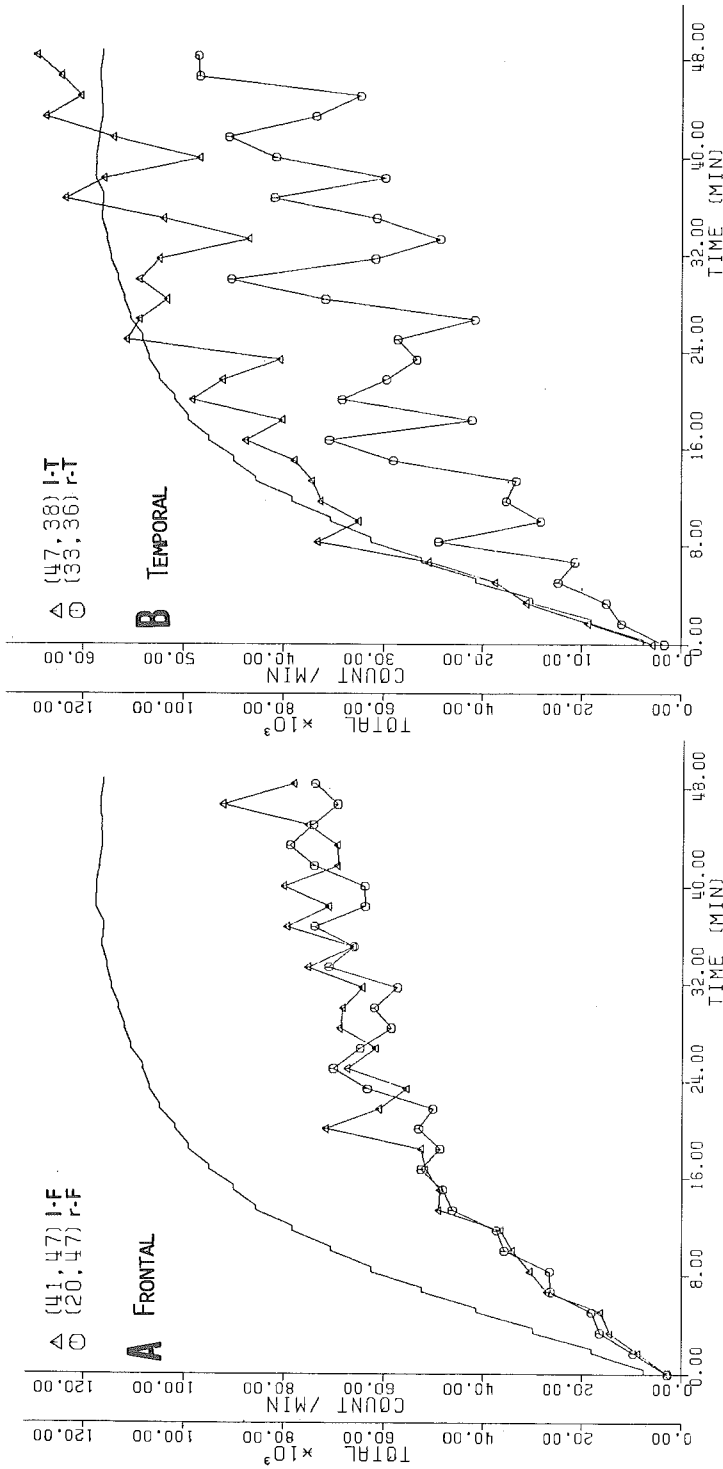


図 7-1 被検者 6 の前頭(A)および側頭(B)の時間放射能曲線

Bでは縦軸の目盛が小さいため不規則な変動が拡大されて表されている。
本例の脳波は覚醒(W)を保っていた。

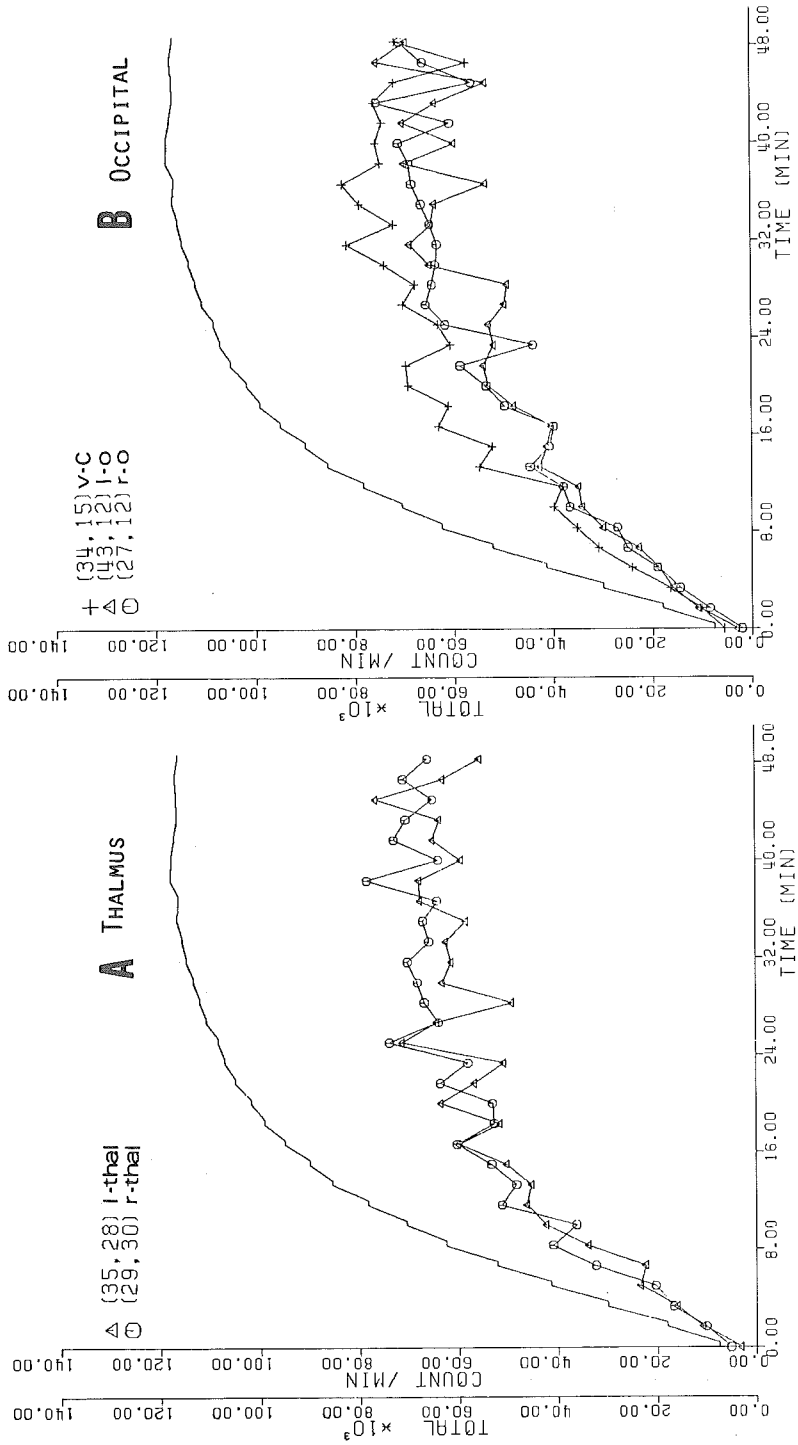


図7-2 被検者6の視床(A)および後頭(B)の時間放射能曲線
 図BにおけるV-Cは、Visual cortexのカウントを示す。

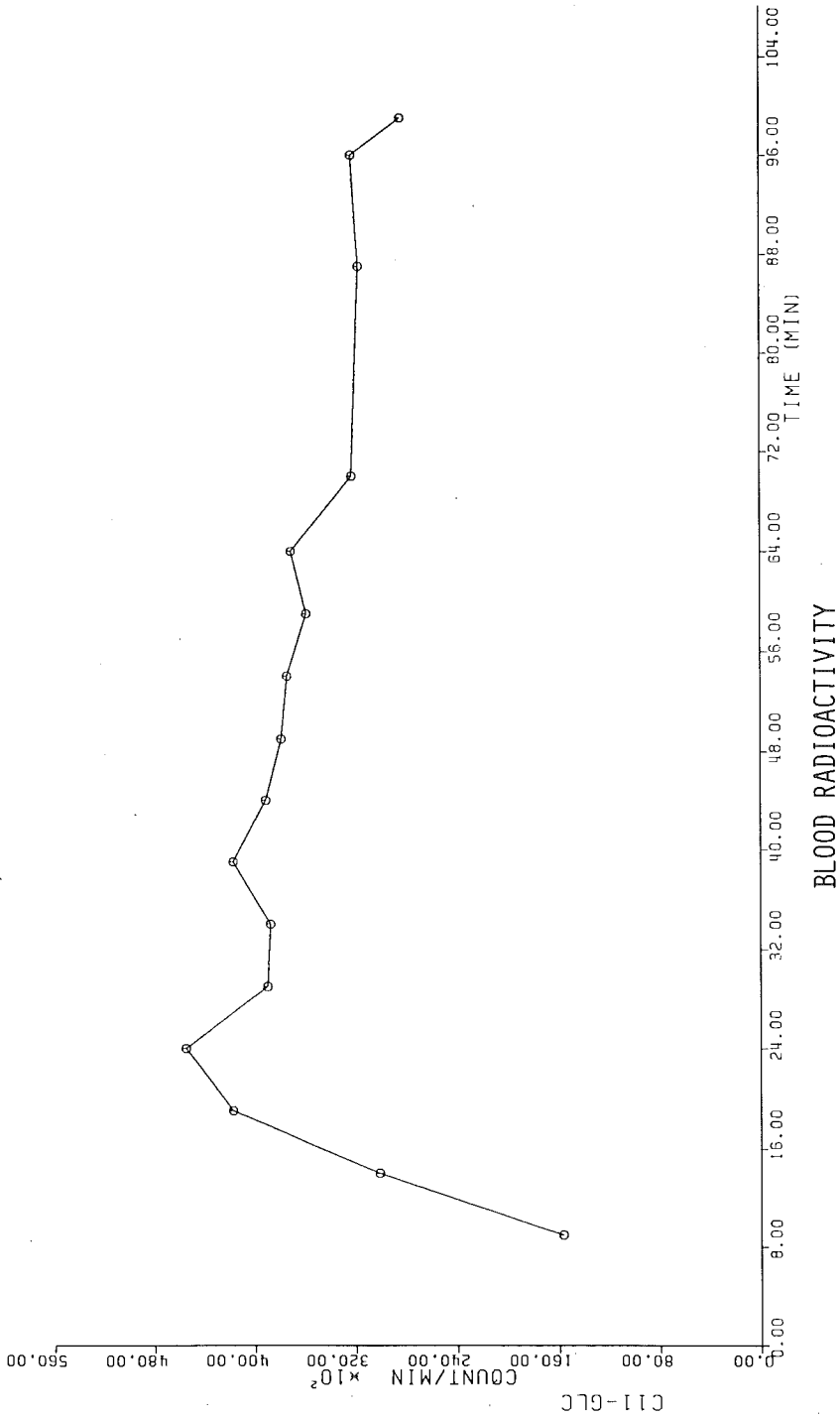


図7-3 被検者6の血漿中放射能の推移

25分以後は緩徐に下降するプラトーを作っている。

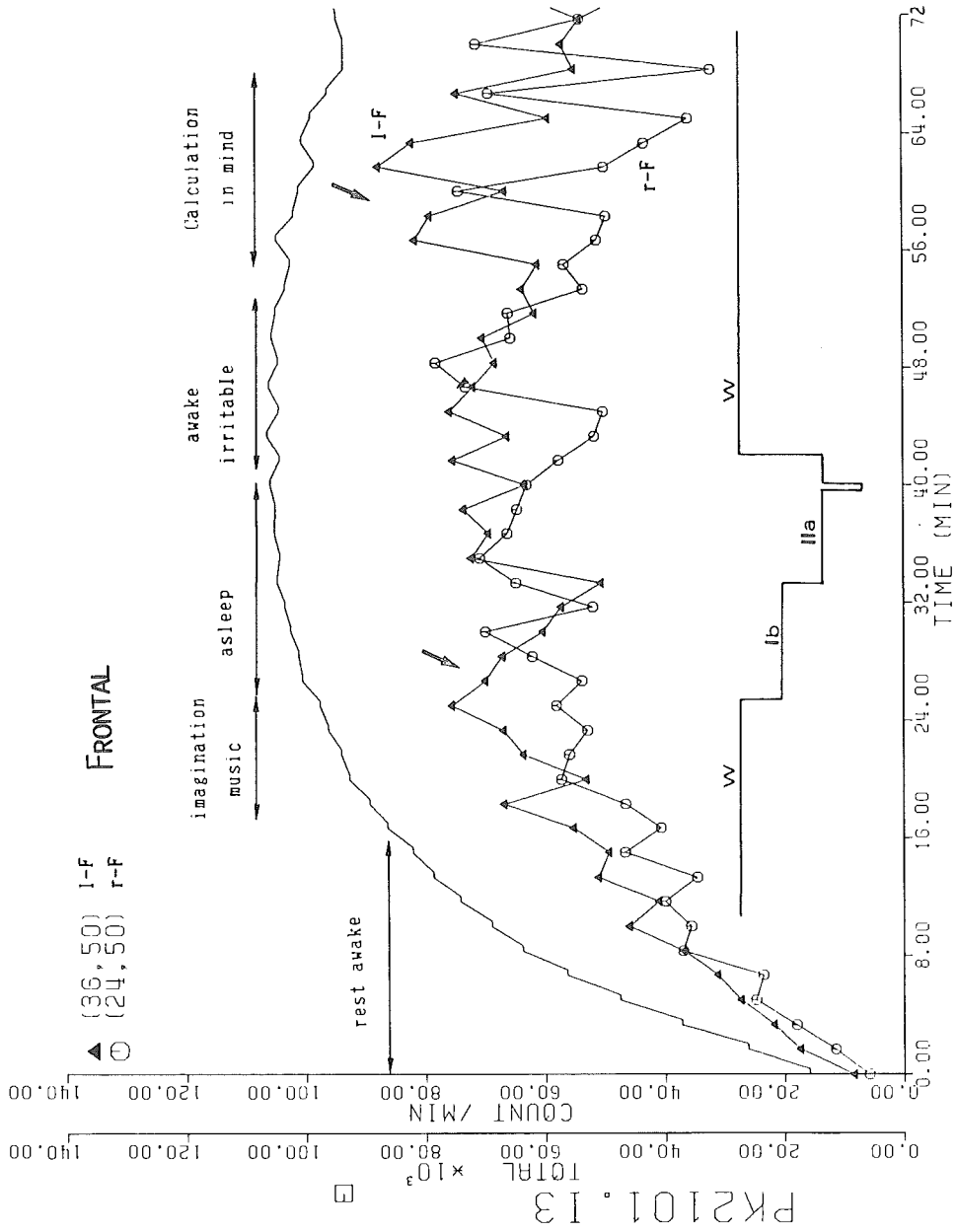


図 8-1 被検者 7 の前頭皮質の時間放射能曲線
精神作業の内容は図の上部に示されている。

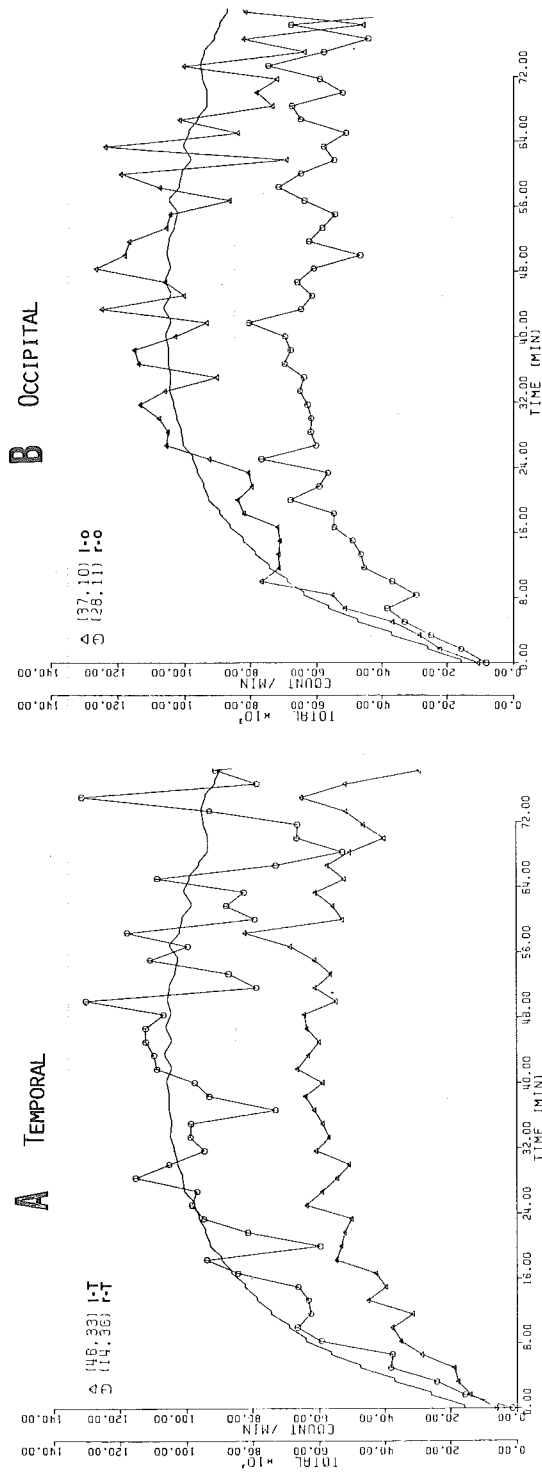


図 8-2 被検者 7 の側頭 (A) および後頭 (B) の時間放射能曲線
 2 半減期 (40分) を過ぎる頃から、半減期補正のため、ノイズも増幅
 されている。

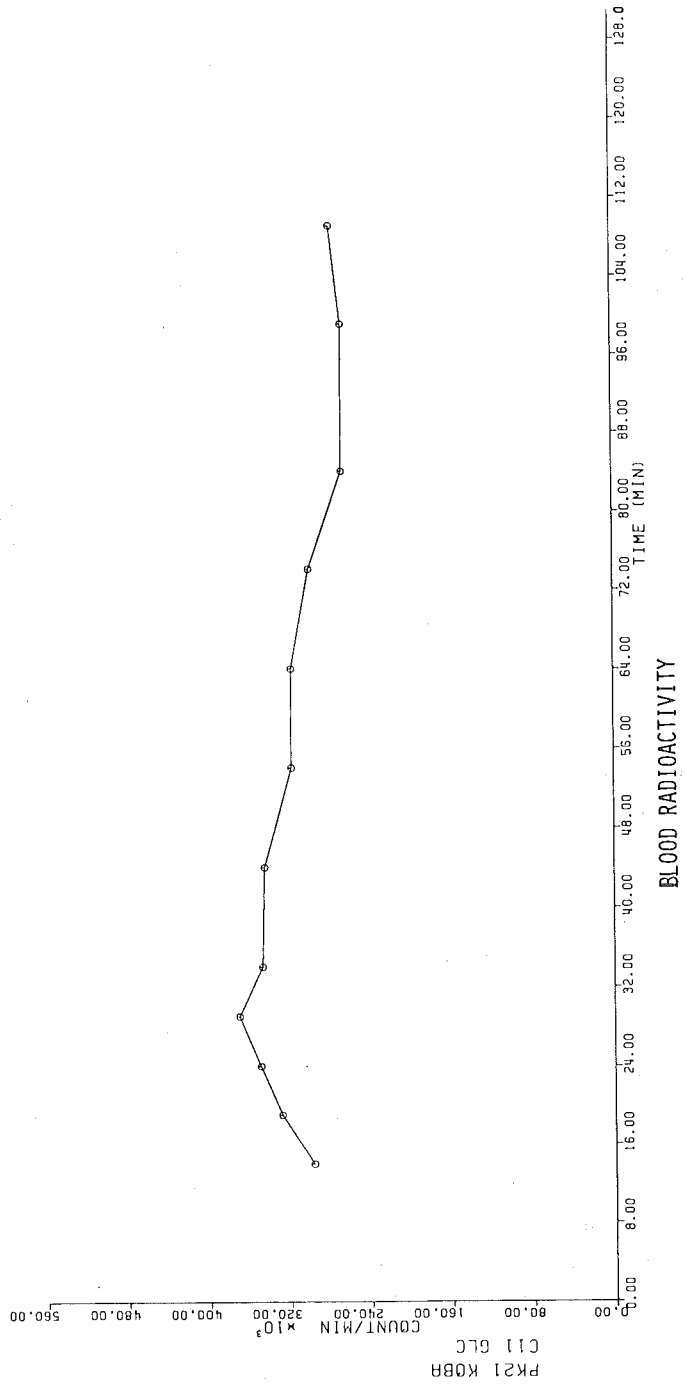


図 8-3 被検者 7 の血漿中放射能の推移

覚醒と共に上昇へ転ずるが、この対応は厳密ではない。また活性低下の程度と睡眠の持続や睡眠段階がどのような関係にあるのかは今回の実験データだけでは明らかにしえなかった。但し、入眠しなかった場合の曲線から推定すると、入眠によるカウント数の低下は、今回観察された限りでは、stage 2 が10数分連続した場合でも20~30%と推定された。

次に、脳局所時間放射能曲線は、左右半球のほぼ対称な部位を比較しても、カウント数に大きな差が生じていることがある。これには多くの因子が関与しており、慎重に検討する必要があると思われた。

また、各種疾患別の放射能曲線に、疾患に特有の特徴を見出すことは、今回のデータに関しては困難であった。

考 察

ポジトロンカメラによる脳局所の時間放射能曲線が脳機能変化の解析に役立つか否かはこれまで十分に検討されたことがない。例えば、 ^{18}F -デオキシグルコースをトレーサとして用いた場合、この化合物は metabolic trap にかかり、細胞内に集積するため¹⁰⁾、単時間の脳機能変化が生じたとしても、脳局所におけるトレーサの放射活性がすみやかに減少することはない¹¹⁾。これに対し $^{15}\text{O}_2$ や $^{11}\text{C}\text{O}_2$ などのガス類は、脳組織内での移動や排泄が速すぎて、数分~10数分で生じる脳局所の機能変化を表現するには不都合が多い¹²⁾。

^{11}C -G Fは、消化管からの吸収速度に個人差が大きく、血中濃度も変異が大きいという欠陥はあるものの、ひとつの断層面での総カウントでは、約30分でピークに達する比較的安定した曲線を与える。また ^{11}C は半減期が20.38分であり、夜間睡眠などの長時間変動を追跡するためには不利があるが、検査中に生じる短時間の居眠りを観測するには手頃である。しかし、投与量を多くしない限り、1時間(約3半減期)以上たつと、半減期補正の際にノイズが高くなり

すぎ、目的とする現象がぼけてしまうことは避けられない。

^{11}C -G Fは腸管および血中でもすみやかに分解され、脳内では大半がグルタミン酸などのアミノ酸プールに取り込まれると言われており、またこれらからも分解されて呼気中へ $^{11}\text{C}\text{O}_2$ として排出される。従って今回の計測に含まれる放射性物質は、 ^{11}C -グルコースと ^{11}C -フルクトースのすべての代謝産物であり、しかも脳内への吸収と排泄の両過程を含んでいる。

以上を踏まえた上で、今回の各被検者の所見を考察する。

まず脳への吸収に対応する曲線の立ち上りは、大半の症例で総カウント曲線に添ってなめらかに上昇する。この点に関しては大脳皮質の各部位に大差なく、また症例間にも著明な差は見られない。大脳の左半球と右半球でしばしば明らかな差が見られるが、これには多くの要因が関与していると思われ、必ずしも直ちに、対応する部位の代謝・循環不全を考えるわけにはいかない。例えば脳の非対称や、照準のずれなどをはじめ、解析の対象とするピクセルの指定の仕方などによっても左右差の生じる余地はあり、特に被検者5(分裂病)および7(正常者)の側頭葉における左右差の解釈は慎重でなければならない。

放射能曲線の上昇期に、とりわけ前頭皮質において、カウント数が一時的に下降を続けることがあり、被検者1, 3, 5, 7においてこのような現象が認められている。脳波との対応の結果、いずれもほぼ睡眠に一致してこのような下降が生じることが明らかであり、注目すべき所見である。覚醒水準が変動していない例ではこのような所見は見られず、これは睡眠に伴う脳局所の循環・代謝の変動に対応している可能性がある。これらの被検者のデータでは、後頭皮質は入眠の影響が比較的少いように見える。被検者3, 7が示すように、左側前頭葉が最も低下傾向を示し易いのは、被検者7で暗算施行時に左側前頭葉の放射能が再度上昇している

ことと合わせて、思考活動との関係を示唆するものである。

被検者1では、睡眠に一致して視床の放射活性の上昇も止まり、再覚醒と共に再度上昇している。視床その他の循環・代謝活動にも睡眠の影響が現われるか否かは重要な問題であり、さらに詳細な分析が必要だろう。

文献的には、睡眠時の代謝活動を定量的に評価しようとした試みが幾つか報告されているが、いずれも動物のオートラジオグラフを用いたものである。Kennedyら⁶⁾は赤毛ザルの non-REM 睡眠中のグルコース代謝率を、¹⁴C-デオキシグルコース法⁷⁾を用いて求め、睡眠中は部位的な差なしに、脳全体が凡そ30%前後の代謝率低下を示すと述べている。

Rammら⁸⁾は、ラットを用いて、オートラジオグラフの相対値を指標にして脳局所を比較し、徐波睡眠中は脳辺縁系の一部を除いて、脳の糖代謝はやや低下する傾向にあり、一方逆説睡眠中は、運動に関与する橋-中脳網様体の一部で¹⁴C-デオキシグルコース集積の増加を認めたと述べている。

Petitjeanら⁹⁾は猫を用いて、やはり¹⁴C-デオキシグルコース法で徐波睡眠期の糖代謝率を求めた所、覚醒時と有意な差は認められなかったという。

古くから、睡眠中は脳内温度の低下が観測されることを根拠に、エネルギー代謝が低下するものと信じられてきた¹³⁾¹⁷⁾。それにもかかわらず、ラジオアイソトープを用いて糖代謝の変動を直接証明しようという最初の試みは上に述べた如く必ずしも一致する結果を与えていない。一方、¹³³Xeなどのガスを用いて脳血流を測定する方法は動物のみでなく人間にも適用されて、睡眠についても多くの報告がある。ここでも多くの研究は、逆説睡眠中は血流増加が生じ、徐波睡眠中は減少すると述べているが、その程度は研究者によりまちまちで、正反対の結果も報告されている。ちなみに、Townsendら¹⁴⁾によると、11人の正常者で¹³³Xeガス法で睡眠中の脳血流

を計算した場合、逆説睡眠中は覚醒時に比べ3~12%の増加を、徐波睡眠中は6~14%の減量が見られたという。この場合、徐波睡眠時の減少率は precentral area (主として前頭部)で最も著明(14%↓)であったと述べている。また Sakaiら¹⁶⁾は、同じく¹³³Xeを用い、徐波睡眠中は28~29%の低下が、逆説睡眠中は41~46%の増加が、脳幹部を含めて認められたと述べている。

ポジトロンCTを用いて睡眠中の糖代謝を解析した研究はまだほとんどなく、わが国ではわずかに奥平ら¹⁵⁾が、画像の半定量的分析から、睡眠時は特に前頭葉で糖代謝の低下が認められること、及び逆説睡眠中は、覚醒とNPEM睡眠の中間のパターンを示すことを示唆しているにすぎない。

我々も、奥平らと同じ光合成¹¹C-GFおよびポジトロンカメラを利用しており、実験及び解析の方法は異なるものの、入眠と共に前頭葉に特徴的な低下が見られることを認めたのは注目すべきであろう。とりわけ、左前頭葉が著明に反応していることは、覚醒時の刺激や思考実験に見られた同様な結果¹⁾と合わせて、興味深いといわねばならない。

一方、我々のデータが示す所によれば、ひとつの断層面の総カウント曲線においては、入眠や精神作業の変化がほとんど認められない。従って覚醒水準の変化や精神作業は、脳全体の循環や代謝を大きく変えるものではなく、比較的限局した部位の代謝・循環変動に対応しているように見える。今回のデータによれば同じ前頭葉の中でも、異なる画素は異った時間放射能曲線を描くことが示されており、脳組織のまとまった大領域が同時に一方向の代謝変動を生じるとは考えにくい。微小電極を用いた神経生理学的研究が示すように、睡眠中にも発火頻度が増加するニューロンもあれば減少するニューロンもある。ニューロン網の構造と機能の複雑さは現在のポジトロンカメラの空間分解能をはるかに越えており、この種の問題を粗雑に一般化し、

大ざっぱな結論を急ぐことは避けねばならないだろう。

今回の予備的データの中では、覚醒水準と知的活動の変化が、前頭部の放射活性と比較的良好な対応を示すことが示唆されたが、その他にも、現在の所、理由の明らかでない変動も数多く認められている。これらの変動を説明するには、脳波だけでなく血液ガスやアミノ酸の放射能測定、頭部の微細な位置変動のチェックなど、多くの指標をモニターしていく必要がある。

参考文献

- (1) Phelps, M.E., Huang, S.C., Hoffman, E.J. et al: Tomographic measurement of local cerebral glucose metabolic rate in humans with (F-18) 2-fluoro-2-deoxyglucose: validation of method. *Ann Neurol* 6: 371-388, 1979
- (2) Huang SC, Phelps ME, Hoffman EJ, et al: Noninvasive determination of local cerebral metabolic rate of glucose in man, *Am J Physiol* 1980, 238:E69-E82
- (3) 苗村育郎, 櫻井芳郎, 太田昌孝他, ポジトロンCTによる脳機能変化の追跡(第一報)—— ^{11}C O_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——精神衛生研究29: 79-98, 1982
- (4) 飯尾正明, 有効標識化合物 (^{11}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. 20~21, 1982
- (5) Y. Hirose, Y. Ikeda, Y. Higashi, K. Koga and H. Hattori et al: A HYBRID EMISSION CT-HEADTOME II, presented at the 1981 IEEE Nuclear Science Symposium, San Francisco, CA, October 21-23, 1981
- (6) Kennedy, C., Gillin, J.C., Mendelson, W., Suda, S., et al: Local cerebral glucose utilization in non-rapid eye movement sleep. *Nature* 297(27): 325-327, 1982
- (7) Sokoloff, L.: Mapping of local cerebral functional activity by measurement of local cerebral glucose utilization with (^{14}C) Deoxyglucose. *Brain* 102:653-668, 1979
- (8) Ramm, P. and Frost, B.J, Regional metabolic activity in the rat brain during sleep-wake activity. *Sleep* 6(3): 196-216, 1983
- (9) Petitjean, F., Seguin, S., Des Rogiers, M.H. et al: Local cerebral glucose utilization during waking and slow wave sleep in the cat: a (^{14}C) deoxyglucose Study. *Neurosci Lett* 32(1): 91-97, 1982
- (10) Wick, A.N., Drury, D.R., Nakada, H.I., and Wolfe, J.B.(1957): Localization of the primary metabolic block, produced by 2-deoxyglucose. *J. Biol. Chem.* 224: 963-969
- (11) Anchors, J.M., Haggerty, D.F., and Karnovsky, M.L.: Cerebral glucose-6-phosphatase and the movement of 2-deoxy-D-glucose across cell membranes *J. Biol Chem* 252: 7035-7041, 1977
- (12) 苗村育郎, 伊藤高司他: 未発表データ。
- (13) Mcginty, D.J. and Drucker-colin, R.R. Sleep mechanisms: biology and Control of REM sleep. *Intern Rev Neurobiol* 23: 391-436, 1982
- (14) Townsend, R.E., Prinz, P.N., Obrist, W.D. : Human cerebral blood flow during sleep and waking. *J Appl Physiol* 35(5): 620-625, 1973
- (15) 奥平進之, 福田秀樹, 鳥居鎮夫, 内田耕, 他. ヒト睡眠時の脳内 ^{11}C -糖代謝. 第8回日本睡眠学会抄録集 P. 50, 1983
- (16) Sakai, F. Normal human sleep: regional cerebral hemodynamics. *Ann Neurol* 7: 471-478, 1980
- (17) Kilduff, T.S., Sharp, F.P., Heller, H.C.: [^{14}C] 2-Deoxyglucose uptake in ground squirrel brain during hibernation. *J Neurosci* 2(2): 143-157, 1982

家庭婦人の精神衛生対策に関する研究

第1部 家庭婦人の就労状態と精神衛生

第2部 家庭婦人の年齢と精神衛生

国立精神衛生研究所児童精神衛生部

池田由子

上林靖子

河野洋二郎

西川祐一

今田芳枝

平田雅子

森岡 恵

中川 幸

須藤憲太郎

須賀芳枝

愛知県精神衛生センター

伊藤克彦

伊藤勝也

浦和家庭裁判所

成田年重

農村生活総合研究センター

矢口光子

山形大学教養学部

音山幸子

日本大学医学部精神科

矢花芙美子

川地悦子

後藤多樹子

茂木雄二

松戸市衛生部

加藤まち子

A Study on Mental Health of Japanese House Wives

Report 1

Yoshiko Ikeda, M. D., Yasuko Kambayashi, M. D., Yojiro Kohno,
 Yuichi Nishikawa, M. D., Toshie Narita, Yoshie Imada,
 Masako Hirata, Megumi Morioka, Sachiko Otoyama, Mitsuko Yaguchi,
 Katsuhiko Ito, M. D. and Katsuya Ito M.D.

Summary

Until the end of the Second World War, Japanese women were mainly restricted to the single major role of house wife and devoted time and energy to child rearing and house-hold affairs and died before the age 50.

Since 1960's, however, many drastic social and economic changes have occurred, including acute urbanization, industrialization, change of life cycle etc..

These changes have great impact on mental health of Japanese women. Therefore, they have to find the new goal and new satisfaction for themselves.

According to the statistics, the life expectancy of women has lengthened (age 79, in 1981) and more married women were working than single women in 1981.

Although husbands and children are under control of health care system in industry and in school, wives were usually handicapped to receive both physical and mental care services.

In order to examine mental health condition of ordinary house wives, we examined 3374 house wives in total in city and agricultural areas from February 1982 to January 1983.

The first survey dealt with 2367 "healthy" house wives, including 1523 non-working wives and 884 working wives (full time, part time and farm labourers).

At the time of investigation, these wives and their family members have no psychiatric complaints.

We used our mental health questionnaire which consisted of six general health questions and 30 psychiatric symptom rating tests.

The results are as follows.

1) In mental health condition, young working wives (age 25-29, and 30-34), especially full time group are worse than other three groups, that is, they visited more often medical clinic, showed more intake of alcohol, and drug, and revealed the highest score in symptom rating test.

2) on the contrary, young non-working wives (age 25-29 and 30-34) were very good in mental health and satisfied with house-hold affairs and child rearing. But their mental health began to decline when they reached age 35-39 and became worst in age 40-44. Frequently, they tended to feel depressed, anxious and inadequate. In the fifties, however, they slowly regained mental health equilibrium.

It seems that after finishing the duty as a mother, non-working wives feel lost and suffer from "identity problem"

1. はじめに

わが国においては急速な核家族化, 都市化, 工業化が進むにつれ, 主婦を主体とする家庭婦人の精神健康への影響が憂慮されている。

しかも, 家庭婦人に対しては, 勤労者, 乳幼児, 学童などに比較すると, 身体衛生的にも,

精神衛生的にも, ほとんど管理, 指導, 対策がたてられていない。また, 対策をたてる上に必要な家庭婦人全体に対する科学的基礎調査もほとんどなされていない。諸外国の調査を参考にしようとしても, 米国でもようやく1981年に婦人の精神衛生の最初の特集がAPA機関誌にのったような有様である。「家族」の精神健康保持

のための中心人物である主婦の精神衛生的問題は、他の家族の精神衛生にも深刻な影響を及ぼし、夫の職場での不適応行動や、子どもの学校における問題行動の発生にも間接的な影響を与えかねないというのに、不思議なことである。

このような意味でわれわれは幸い健康・体力づくり財団より研究の委託をうけたのを機に、家庭婦人に対する適切な精神衛生対策を、わが国の社会、文化の特徴にあわせて確立するために、社会的変化の著しい、いくつかの代表的な地域における家庭婦人の精神衛生の調査を行うことを計画した。

第1年度においては、家族成員（主として子ども）に問題のある家庭婦人（問題群）296名と、問題のない健康な家庭婦人（健康群）194名、計490名の調査を行い、問題群の方が精神衛生状況において全般的に不良であること、また、年齢的に40歳代が一つの頂点で精神衛生が不良になるという知見が得られた。

1982年度の第2年度の研究結果を述べる前に、婦人のライフサイクルについて触れてみたい。

別図に見るごとく、女性のライフサイクルは戦前にくらべ大きな変化を示している。これは子どもの出生数の減少と平均寿命の伸びによる。子ども数は大正14年（1925）に5.11人、昭和25年（1950）3.65人、昭和55年（1980）に1.74人となり、一人っ子、二人っ子が過半を占める。昭和15年（1940）には平均結婚年齢21歳、長子出生23歳、36歳までに平均5人を生み、末の子が小学校入学のとき母親はすでに42歳となった。当時の平均寿命は50歳以下であったので、昔の家庭婦人は一生を出産と育児に消耗しつくして自由な余生をほとんど持たなかったといえる。ところが昭和53年（1978）では結婚年齢は25歳、26歳で長子を生み、二人目の末っ子が生まれるのは29歳、末っ子が小学校に入るのが35歳。子どもが母親の手を離れる時期から、平均寿命の78～79歳までを、家庭婦人の余生、自由時間と考えると、実に40年以上の歳月が与えられていることになる。

吉田・神田らは、女性のライフサイクルを第1期～第4期に分けているが、第1期「成長・発育期」、第2期「次の世代の育成期」については戦前と変わらない。しかし、子ども数の減少と寿命の伸びは、第3期「次の世代の育成義務からの解放期」、第4期「老後」に新たな長い時間、そしてそれに伴う新しい課題を家庭婦人に与えたことになる。

この時期をどのように生き、どのように活用するかということは、わが国の家庭婦人にとって学習すべきテキストもなく、自らが悩みつつ、模索しつつ、見出さねばならぬ命題となったのである。

更に15歳以上の女子人口の41.0%が就労、雇用者の34.5%が女性、あるいは女性雇用者のうち夫のいるもの55.4%などという最近の統計に見るように、就労婦人は未婚者より既婚者の方が多くなったという現実がある。この傾向は女性の高学歴化と相まって、ますます顕著になると考えられる。

米国に始まり全世界的にひろがった、いわゆるウーマン・リブの波は、急進的、穏和的の差こそあれ、経済的自立を伴う女性の職場進出を女性の地位の向上として高く評価する。日本の社会風潮、ジャーナリズムも専業主婦を「三食ひるねつき」、あるいは「主婦難民」と称し、無能、怠惰、無目的性などの低い評価を与えがちである。米国ほどではないにしろ、経済的理由を別にしても家庭婦人が何とはなしに外に追いたてられる傾向もないとはいえない。しかも、経済成長期の金銭優先や効率主義の基調は、金銭価値を生み出さぬ、あるいは金銭的に評価できない専業主婦の多面的な、欠けている福祉機能を補完するといってもよい。縁の下の力持的な役割——夫や子どもだけでなく高令者の保護まで負わざるを得ないような——をしばしば無視しがちである。

家庭婦人が精神的健康を保持し、生甲斐を持った充実した生を営み、その機能を充分に発揮するために、精神衛生関係者はどのような援助

が可能であろうか？家庭婦人の問題は単に女性のみならず、男性の、あるいは社会全体の問題であることの再認識が先づ必要であろう。

2. 調査方法

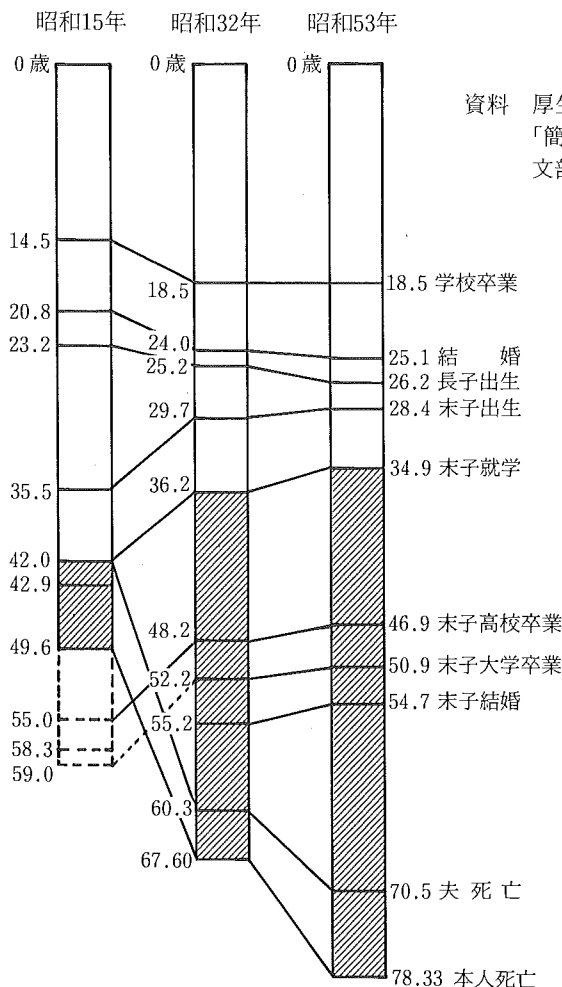
方法としては国立精神衛生研究所児童精神衛生部で作成した、「家庭婦人健康調査表—その1」（精神衛生調査表）を用いた。調査者は精神衛生、公衆衛生関係者（精神科医、心理士、ケースワーカー、保健婦、看護婦など）や、地域の医療機関の各診療科の医師、および農村生活改

良普及員である。調査者は調査の趣旨や調査表記入法について説明し、個別に、あるいは集団で記載を求め、調査表の集計・分析は、児童精神衛生部においてコンピューターにより行なわれた。

3. 調査対象

本年度の調査対象は(1)健康な家庭婦人（健康群）、(2)子どもに精神衛生上の問題を持ち外来相談に通っている家庭婦人（問題群）、(3)本人が自分の心身上的問題で各種診療科を受診している

女性のライフ・サイクルの推移（全国）



資料 厚生省「人口動態統計」
「簡易生命表」「出産力調査」
文部省「学校基本調査」

家庭婦人(患者本人群)の3者で、健康群2,464名、問題群574名、患者本人群336名計3,374名であった。ここに報告する第1部と第2部の調査に用いたのは、健康群2,464名のうち、就労状態、年齢などの記載の明らかな2,367名である。健康群の家庭婦人は、(1)保健所を中心とする乳幼児健診や健康増進のための種々の活動に参加したグループ、(2)地域の公民館を中心とする各種活動など社会教育のための活動に参加したグループ、および(3)農業改良普及所の生活改良普及活動に参加したグループの3者に大別される。地域としては都市化という見地から、千葉県、埼玉県、東京都、山形県、愛知県の大・中都市を中心にして調査を行なったが、農業従事者は茨城県の米作を主とする専業農業地区で行なった。

調査期間は昭和57年2月から昭和58年1月までの1年間である。

第一部

就労状態と精神衛生

家庭婦人は専業主婦として、ひたすら家事や育児に専念している方が精神的に健康な状態を保持しやすいのか、あるいは1963年以来米国をさががけとして世界にひろがったウーマン・リブ運動の提唱のように、社会に羽ばたき男性と同等に経済的自立を目指す常勤就労婦人の立場を取る方が精神衛生に良好な結果をもたらすのか、議論の分れるところであろう。欧米におけるさまざまな調査でも一定の結論は出ていない。何故なら専業主婦といい、就労主婦といい、決して単純な同質的グループでなく、社会階層、経済状態、家族関係、子どもの有無や年齢、職業の内容や地位、社会や文化の受容、彼女らの年齢的条件など、さまざまな要因が複雑に影響しているからである。

しかし、わが国で最近紙上をにぎわす、「主婦症候群」、「台所拒否症候群」、「主婦難民」、「主婦たちの思秋期」などの表現は、主として専業主婦の不定愁訴や慢性欲求不満を社会的に論評する場合に用いられることが多い。しかし、社

会的現象として時には誇張されて取り上げられていても、その医学的実態は明らかでなく、それを裏付ける精神衛生的調査や精神医学的疾患統計の基礎資料は欠けている。われわれは僅か2年間の限られた地域の家庭婦人の予備調査の結果によって結論的なことを述べる意図は全くない。

しかし、おそらくわが国で初めて行なわれたと思う家庭婦人のみを対象としたこの調査資料から、専業主婦の精神衛生が多くの人びとの予測のごとくとりわけ不良なものであるのか、あるいは反対に常勤、パート、農業などの就労婦人の精神衛生が好ましくない傾向があるのか、公平な立場で比較検討してみたいと思う。脚注(1)

この目的のために選んだのは、さきに述べたように健康な家庭婦人2,367名である。

脚注(1)

米国では1979年の調査で、18~64歳の婦人の60%が就労している。同年齢の男性は88%。子どもの年齢からいうと18歳以下の子のいる母親の55%、6歳以下の子のいる母親の45%が働いている。就労の効果については、肯定的、否定的二つの見解がある。ひとつは、就労には精神面で保護的效果があり、経済的にプラスであり、社会的接触をふやす、自己価値を高める、家事の負担を軽くするなどである。精神科医によっては、年齢や婚姻条件が同じなら、就労婦人の方が専業主婦よりうつ病から早く回復するという人さえいる。

しかし、相反する意見もあり、妻、母、勤労者の役をとらねばならず、家事、育児の負担が仕事以外に加わり、職場でも男性より地位の低い、収入の少ない業務(男性の約60%の収入)しか与えられず、かえってストレスが大きくなるという意見がある。また米国では一般に公的保育設備はわが国より劣っているといわれる。

一方、わが国では働く女性は1,391万(1981年)で雇用者の $\frac{1}{3}$ を占めているが、勤続年数平均6.4年、賃金は男性の53.3%、男女別定年制の企業さえ存在している。働く女性の58.8%が主婦であり、子育てを終えてから仕事につく中高年者も増加しつ

つある。今後わが国における、さまざまな職業、就労形態の婦人の包括的医学調査が望まれる。

結 果

集計対象の健康な家庭婦人2,367名の就労状態、年齢別内訳は表1に示してある。就労状態は専業主婦、内職及びパート、常勤、農業の4群に分類し、年齢は20歳から59歳まで5歳間隔で8群に分けた。このうち農業の20～24歳群は2名しかいなかったため、以後分析の対象から除いた。この集計対象では1,523名、すなわち64.34%が専業主婦であり就労率は35.66%であった。

表2は婚姻状態を示すが既婚者が2,228名、94.13%を占め、離婚、死別者はきわめて少なかった。子どもの数は表3に示すが、平均子ども数は1.97名、わが国の平均にほぼ等しく、子どものいないものは149名、6.29%であった。この結果で見ると、常勤群に子どもの数が少なく、農業群に子どもの数の多い傾向が認められる。

家族構成は表4に示してある。

親子2世代から成る核家族と、その他の構成員から成る拡大家族に分けると、核家族は1,719名、72.62%、拡大家族は604名、25.52%であった。農業群では他の専業主婦、パート、常勤群にくらべ、核家族と拡大家族の割合が逆になっている。

学歴は表5に示すが、約半数の1,324名、55.94%は高卒(旧制高女卒を含む)である。大学・短大卒は約4人に1人、25%で、中卒(旧制小卒を含む)は372名、15.72%であった。

〔健康についての自覚〕(図1)

自分の健康について、388名(16.39%)が「非常に健康」、1,691名(71.44%)が、「まあ健康」と回答、両者あわせて2,079名(87.83%)が、一応健康と自覚している。就労状況による健康自覚者の割合は、農業群が90.91%ともっとも高く、パート(88.59%)、専業主婦(87.66%)、常勤(86.81%)とつづいている。

しかし、各年齢群ごとに分析すると、25～29

歳の専業主婦では、「健康と自覚しているもの」が95.08%と、他の3群にくらべて有意に多く、一方常勤者では81.48%と有意に少なかった。

年齢が高くなり、45～49歳、50～54歳になると、専業主婦の健康自覚者の割合は82.60%、74.61%となり、他の有職群にくらべ低くなる。

全体としてみると、年齢が高くなるにつれ健康自覚者の割合は低下する。これは一般に予想されるとおりであるが、常勤者では25～29歳のグループで大きな落ちこみが見られ、専業主婦では45～49、50～54歳にかけての低下が急峻である。

つまり、就労状態によって、年齢別変化に特異のパターンを示すといえる。

〔過去1年間の受診〕(図2)

この1年間に受診したことのあるものは、1,462名、61.77%であった。受診者の割合は、常勤者67.81%、内職・パート63.36%、専業主婦60.21%、農業56.06%である。常勤者がもっとも高い受診率を示すのは、健康を損いやすいのか、あるいは健保本人で受診しやすいのか、いろいろに解釈されよう。

25～29歳でみると、常勤者の受診率は70.73%と高く、専業主婦は51.89%と低く、それぞれ、その他の群に対して有意の差があるといえる。常勤者は40～44歳で、再び高い受診率73.24%を示す。

農業者は45～49歳の受診率が42.31%でとりわけ低いことが目につく。

〔嗜好品および薬剤の使用〕(表6)

アルコール

アルコール飲料(ビール、酒、ワイン、ウイスキーなど)を、ときどき、あるいは、ほとんど毎日飲む婦人は968名(41.78%)であった。常勤者では51.19%と高く、農業者では17.42%と低く、就労状態により有意の差が認められた。

ほとんど毎日アルコールを飲用する婦人は、

全体で80名3.38%である。しかし、これも就労状態により差があり、内職・パート群5.11%、常勤5.01%であるのに対し、専業主婦は2.76%、農業1.52%と低い。

タバコ

喫煙者の割合は8.91%である。25～29歳では11.52%、30～34歳では10.9%と高率であるほか、50～54歳で10.53%と第2のピークを示す。なお、1日1箱以上タバコをたしなむヘビースモーカーは、全体で16名(0.68%)と少ない。

常勤者の喫煙率は16.09%と高く、専業主婦(7.81%)、内職・パート(5.41%)、農業(2.27%)にくらべ有意の差がある。つまり、就労状態、あるいはその状態による婦人の社会的位置と喫煙率は関係が深いということがいえそうである。

カフェイン飲料

コーヒー、紅茶、抹茶などのカフェイン飲料の飲用率は86.23%と高く、1日3回以上というものは19.60%であった。

カフェイン飲料、とくにコーヒー、紅茶は前回も報告したとおり、20代から40代の家庭婦人に広く普及しており、20代～40代の年代間には差は認められないが、50代では67.12%と低いことがわかった。カフェイン飲料も近來心臓血管疾患などとの関聯が注目されているが、日常女性や小児に多く摂取されがちな他の飲料と共に、その功罪をより明確に検討すべきではないかと思う。

ドリンク剤

ドリンク剤の飲用者は8.41%であるが、農業者は14.39%ともっとも高率である。内職・パート群11.71%、常勤者9.50%、専業主婦6.89%の順で、就労状態による差は有意である。

農業グループは他の職業グループにくらべ、薬剤などの使用者はすべて低率であるのに対し、ドリンク剤の飲用率のみが高いことが目につくが、これはどのような意味を持つのであろうか？

各種医薬品

調査対象になった薬剤のうち、鎮痛剤、胃腸

薬はほぼ4人に1人の割合で使用されており、もっとも頻用されているといえる。

ビタミン剤16.01%、漢方薬14.58%が之に次ぐ。下剤7.35%、精神安定剤2.07%、眠剤0.59%と、これらの薬剤の使用者は比較的限定されている。

ほとんど毎日使用されているものを見ると、ビタミン剤95名(4.01%)、漢方薬73名(3.08%)がもっとも多い。胃腸薬は36名(1.52%)、鎮痛剤は6名(0.25%)である。

各種薬剤について、何らかの薬剤をほとんど毎日使用している人数を合計すると、221名に達する。これは調査者のほぼ10名に1名の割合で、何かの薬剤をほとんど毎日服用していると推定されるわけで、精神衛生の見地から関心をもたざるを得ない。

〔生活の充実感〕(図3)

生活の充実感を感じる時として、657名、27.6%は家族との団らんを選んでいる。

家事にうちこんでいるとき(170名、7.18%)、子育てにうちこんでいるとき(91名、3.84%)を加えれば、家族とのかかわりの中に充実感を感じると答えたものは918名、38.73%となりもっとも高率である。

勉強や教養に身を入れているとき(102名、4.31%)、趣味やスポーツに身を入れているとき(368名、15.55%)、ゆったりと休養しているとき(266名、9.55%)など、個人的志向を持つものが696名、29.40%である。

職業にうちこんでいるときを選んだものは、161名、6.80%に過ぎなかったが、この数字はおそらく男性とくらべて大差があるにちがいない。

友人・知人との会合や雑談151名、6.38%、社会的活動・奉仕活動60名、2.53%と比較的少数であった。

生活の充実感は年齢と共に変化するが、就労の状態によっても、明らかな差異が認められる。職業にうちこんでいるとき、生活の充実感を感じると答えたものは、常勤78名、20.91%、内職・

パート62名, 18.62%, 農業14名, 10.61%である。職業に充実感を感じるのは50代で高率であったが, これらの人びとは50代まで勤務をつづけた, この世代の婦人としては幸運なグループに属するのかもしれない。

農業グループでは, 一般に家族とのかかわりの中に, 充実感を感じているものが多い。

専業主婦では年齢がすすむと共に, 家族とのかかわりから, 教養・趣味・スポーツなど個人志向の活動に充実感を持つものが多くなり, 年齢による推移が見られる。

〔精神衛生上の問題〕

Symptom Rating Test (SRT) の結果について (図4)

健康な婦人群2,367名の総得点の平均は9.16, 標準偏差は7.61であった。この得点は30代後半から40代に高くピークを示し, 50代になると減少している。年齢によるこの変化は, 就労状態によって, それぞれ次のような特徴が認められる。

専業主婦では, 25~29歳が8.52, 30~34歳が8.45であり, 同年齢の常勤者, 内職・パート者にくらべて低い得点であり, その差は有意であり, その後40~44歳, 10.06のピークまで得点は上昇し, 50代にかけて減少する。(表7)

40~50代にかけては, 他の有職群にくらべ, やや高い得点を示しているが, その差は有意でない。

常勤群では, 25~29歳が13.91, 30~34歳が13.58ともっとも高い得点を示し, 同年代の専業主婦, 内職・パート者との間に有意の差が認められた。35~39歳, 40~44歳においては得点は減ずるものの, 45~49歳において10.91と第2のピークを示し, 農業者との間には有意の差が認められる。

内職・パート群は25~29歳が6.86と低得点であり, 常勤者よりも有意に低いといえる。

以後30~34歳が10.51と急増加して, ピークに達しており, この年代の専業主婦にくらべ有意

に高い得点である。40代にかけては, ゆるやかな減少を示している。

農業群では, 25~29歳が9.80, 30~34歳が10.30と比較的高い得点を示したあと, 30代後半以後はきわめて低い得点を示している。

〔下位尺度〕

SRTの下位尺度, 不安(A), 抑うつ(D), 身体(S), 不適応(I)の4つについてみると, 次のような結果が出ている。常勤者では, どのような下位尺度についても, 25~29歳, 30~34歳ではもっとも高い得点を示し, 専業主婦および内職・パート者との差は有意といえる。

農業者では25~29歳, 30~34歳のI得点が高く, 45~49歳以後低得点となる。一方, S得点は45~49歳において低く(1.58), 他の就労状態のものとの差は有意である。

そのほか, どのような下位尺度においても, 総得点にみられたのとほぼ同じような特徴が認められる。

〔有症率〕

個々の症状について, 「ときに」, 「大てい」, 「いつも」のいずれかに該当したものの割合を有症率とした。

「肩こり, 筋肉痛」58.60%, 「記憶力低下」54.71%, 「いらいらする」53.32%, 「体力が衰える」48.75%, 「疲労感」45.33%, 「神経質」43.98%, 「頭痛頭重感」43.39%が高く, いずれも40%を越えている。

各年代を通じ, 四つのグループによる差の認められなかったのは, 「自分で神経質だと思う」, 「すぐに緊張する」の2項目のみである。

25~29歳, 30~34歳の年齢グループでは, 常勤者が専業主婦あるいは内職・パートグループよりも, 多くの項目において有意に高い有症率を示している。

一方, 40~44歳では, 「役に立たない」, 「興味が湧かない」, 「劣等感を持ちやすい」, 「注意が集中できない」, 「よく息苦しくなる」などの項

目で、専業主婦が他のどのグループよりも高い有症率であった。

45～49歳では農業者の有症率がとくに低く、「神経質」、「記憶力低下」、「くよくよする」、「めまい」、「頭痛」、「動悸」などで他の3群よりも有意に低率であった。

50代では、「体力の衰え」という項目で専業主婦が常勤者より有意に高いが、それ以外には、4つのグループで差異が認められなかった。

〔考察〕

以上の結果を家庭婦人を構成する各グループ毎について考察してみよう。

この調査結果から見ると、専業主婦は20歳代、30歳代では、就労している他の3群にくらべて心身ともに健康であることが明らかになった。しかし、40歳代では健康を自覚している割合が低下し、SRTの総得点は40～44歳が最高を示すなど、この年代に多くの問題をかかえていることがわかった。

この時期には身体的にはいわゆる更年期—閉経期にかかる時期である。ライフサイクルからいえば、子育てから解放され、老年期に入る前の第3期である。

家事、育児、家族との団らんに、生活の充実感を感じている20代から30代前半と異なり、育児の比重が下り、教養や趣味などの個人的充足、あるいは社会的活動への参加に移行してゆくこともとも符合している。

50歳代では、身体的症候は高くなるが、SRTからみると精神衛生的には、40歳代より、より健康といえるのではなからうか。50歳代では、個人的にせよ、社会的にせよ、「家族」から離れた、何らかの精神的、社会的活動の中に充実感を得ている専業主婦が多いということも、閉経、子離れという、第二の思春期にも相当する。心身平衡の乱れの時期を脱して、一種の安定あるいは諦念状態に入るのではないかと推測される。

常勤の職業婦人については、20歳代後半から

30歳代前半にかけて、健康を自覚しているものの割合が低く、過去1年間の受診率も高い。

彼女らはSRTできわめて高い得点を示している。職業をフルタイムで持ちながら、家事、妊娠、出産、育児などの仕事も果たさなければならず、社会、職場、家庭の状況が、これらの多面的な仕事の両立を難しくしている現在の状況では、心身の健康がそなわれやすいことが推測される。

更に外的条件のみならず、常勤婦人の内面的にも、主婦として家事、育児の役割を完全に果たしつつ、職業にも全力投球しなければならぬという文化に影響された義務感があり、家事に対する夫の協力度の低さや、周囲からの圧力と相まって、それらが精神衛生にマイナスの影響を与えていると考えられる。

また、若い年齢の常勤者は、職場においても、50歳代まで働きつづけている戦前に教育を受けた世代にくらべると、男性と比較してのいろいろの欲求不満を感じやすいのかもしれない。

常勤者では、若い時代につづいて、40歳代が二番目に心身の問題が多い時期である。このピークは専業主婦が問題を生ずる時期と一致していると思われる。

一方、アルコールなどの嗜好品や医薬品についても、常勤者は専業主婦にくらべ、多数の人がこれを使用している。

就労婦人が常勤で働くとき、心身の健康上の問題をかかえ、医薬品などで調整しながら仕事をつづけていることに関係者は注意を払うべきだと思う。

もとより常勤婦人といっても、決して同質的なグループではない。今年、調査したのは地域的にも一部に過ぎない。今後更に各業種を含むよう調査対象をひろげ、また、予防、治療の方法も試行しながら、この問題を追求してみたいと考えている。

農業者の対象は米作を主とする、純粋の専業農家の家庭婦人であったが、このグループは他

のグループにくらべ、全般的にみると心身健康が比較的良好な状態であることが明らかにされた。

ただし、農業群の中で心身の問題をかかえている率が一番高いのは、25～29歳、30～34歳の若年の年齢群であった。これは他の地域から閉鎖的な村の拡大家族の中に嫁ぐこと、ふつうは高卒後勤務して、農家出身といっても実際の農業の経験の乏しいこと、地域への適応に時間がかかること、家事や育児のほか農業生産の責任を負うこと、危機的状況にある農業の将来性の問題がからむことなど、いろいろに推測されるが、中年以後の専業農家婦人の精神的安定と好対照をなしている。

若年層の身体衛生のみならず、精神衛生にも今後注意を払うべきであろう。

内職・パート群には、きわだって他のグループと差のある特徴は認められなかったが、常勤群に近いパターンを示している。このグループは将来増加してくることが予想され、それに伴って特徴がより明確になるのではないと思われる。

第 2 部

年齢は家庭婦人の精神衛生に関係があるか？

昨年度の調査では、20歳代、30歳代にくらべて、40歳代の家庭婦人が精神衛生、身体衛生に関するさまざまな問題をかかえていることが明らかになった。職業の問題、家族成員の問題と並んで、加齢の要因が心身の健康に関与するであろうことは、たやすく予想できることである。

昨年度の調査では、調査人員とりわけ50歳以上の年齢群が少なかったため、今年度は、40歳を境として本当に精神衛生の状態が悪くなるかどうかを、更に確認するために、以下の対象者について詳しく検討してみた。

すなわち、比較的多数の資料が得られた専業主婦のうち、家族成員に何らかの問題を持つ者と、主婦本人が患者として診療各科を受診して

いる者を除いた、いわゆる健康な専業主婦のグループ、1,523名である。

この対象を、5歳きざみとし、20～24歳、25～29歳、30～34歳、35～39歳、40～44歳、45～49歳、50～54歳、55～59歳の8群に分けて比較した。なお、20歳以下はごく少数であるので除いた。

〔結果〕

このグループの年齢分布は表8に示すとおりである。20～24歳(44名)、25～29歳(264名)、30～34歳(363名)、35～39歳(293名)、40～44歳(196名)、45～49歳(165名)、50～54歳(130名)、55～59歳(118名)となり、調査を行なった機関の関係上30歳代のグループがもっとも多くなっている。

この家庭婦人のグループはそのほとんど1,496名(98.23%)が既婚者であり、未婚者は5名、夫と生別、または死別したものは15名ときわめて少数であった。

子どものない者は44名(2.89%)、子どもの有無不明の者11名(0.72%)で、1469名は平均2.0名の子どもの持っており、これはわが国の平均子ども数に近い。

家族形態としては核家族が1,169名(76.76%)と拡大家族よりはるかに多い。学歴としては、40歳代前年までの25～30%が大学または短大卒であり、かなり高学歴者が多い。

〔健康についての自覚〕(図5)

図に見るごとく、「非常に健康」、「まあ健康」と答えた人の数は低年齢群ほど高い。

20～24歳(95.46%)、25～29歳(95.08%)では、自分が健康であると自覚している率が高い。

年齢が30代、40代と進むにつれて、健康の自覚は漸減し、30代前半(91.81%)、30代後半(88.74%)、40代前半(84.81%)、40代後半(82.60%)、50～54歳(74.61%)、55～59歳(76.27%)という数値となる。

「非常に健康」というものは、25～29歳以降

40歳代まで目立った変化はなく、健康自覚者の減少は、「非常に健康」と回答したものの減少によるものである。

50歳代になると、「まあ健康」というものも減少してくる。

〔入院歴〕(表9-1)

この調査対象では入院の経験のあるものは、平均45.57%である。20~24歳群を除き、年齢と共に入院の既往歴を持つものは増加してゆく。

増加の率はほぼ一定しており、年齢の1きざみ毎に約3~4%上昇し、50~59歳では57.63%が入院を経験している。

現在健康な家庭婦人でもこれだけ入院の体験を持っていることは、いろいろに解釈できようが、この体験は彼女らの考え方に何らかの影響を与えるものと考えられる。

〔医療機関への不安〕(表9-2)

地域への医療機関への不安が「多少ある」、あるいは「非常にある」と答えたものは59.95%である。30歳代後半、40歳代前半、40歳代後半のグループに不安であるというものが多かった。

これは自身の加齢による健康度の低下という面もあるが他の家族成員(夫や老人など)の健康管理という面で、とくに急速に都市化、人口増加の進む地域で、医療機関の整備のアンバランスを実感として強く感じているものと思われる。事実対象となった地域のうち、埼玉県、千葉県は医師や病院数の過疎地域として知られている。

〔過去1年間の受診〕(表9-3)

この1年間に何らかの疾患で(歯科も含む)、受診したのは全体として60.21%である。20~24歳は比較的高率で、その他は年齢と共に少しづつ増加している。20~30歳では医療を受けても、その60%以上が治癒しているが、50歳代では治癒したものは約1/2に過ぎず、なお治療継続中のものが1/4を占めているなど、慢性化の傾向があ

る。

治癒せずに悪化したもの、医療から民間療法に移ったものは、それぞれ1.64%、0.76%と意外に少なかった。

〔嗜好品および薬剤の使用〕(表9-4)

アルコール：アルコール類を摂っている飲酒者の割合は635名、41.69%であり、うち42名(2.76%)はほとんど毎日飲酒している。この比率は就労婦人を入れた全標本の率よりは低く、俗説にいう専業主婦の方がアルコール嗜癖に傾きやすいということはいえないのではないかと思われる。20歳代、50歳代に飲酒率が低く、30~40歳代にやや高い傾向がみられた。

タバコ：喫煙者の率は7.81%であり、25~34歳、50~54歳群でやや高率であるが、全体的には高くない。若年婦人の喫煙による未熟児出産、中年婦人の呼吸器がん発生の危険を考えれば、この傾向は好ましいものと考えられる。

カフェイン飲料：87.53%の主婦がカフェイン飲料を飲用しており、20~40歳代にかけては85~95%に達している。50歳代はやや減少し68.55%である。カフェイン飲料も心疾患との関聯で米国などで最近注目されているが、どの位が適当な量であるか考える必要があるかもしれない。

薬品類：全体としては、25.34%が鎮痛剤を、23.90%が胃腸薬を、ときどき、または毎日服用している。この率は昨年度のわれわれの調査結果よりはやや低いが、昭和54年の国民保健衛生基礎調査の主婦の資料(それぞれ、10.6%、および16.0%)よりは高くなっている。

鎮痛剤は25~54歳までどの年代にも同じように服用されているが、胃腸薬は45~54歳に服用率が高い。

漢方薬、ビタミン剤の服用率は14.13%、15.30%で、いずれも45歳以上のグループで服用率が高かった。下剤は6.50%が服用しており、40歳代以上に服用率が増加している。精神安定剤、眠剤は、それぞれ19名(1.25%)、2名(0.13%)が服用しているに過ぎず、健康な専業主婦に限

ってみれば、安定剤や眠剤の服用率は低かった。

〔精神衛生上の問題〕

S R Tの結果について(図6)および(表7)

S R Tの総得点は1,523名の平均8.84であった。

昨年度の対象である健康な家庭婦人194名の総得点平均は8.08であるから、ほぼ等しいといえる。総得点は図6のように年齢と共に上昇し、40~44歳群で10.06とピークを示し、その後50歳代に入ると再び減少してくる。下位尺度の得点についてみると、不安(A)、抑うつ(D)、不適応(I)尺度の得点は40~44歳にピークがあり、総得点と同じ傾向を示している。

身体(S)尺度はやゝ異なり、50~54歳まで増加し、加齢による身体の変化と対応している。

〔考 察〕

われわれの昨年度の490名の主婦を対象とした調査で心身の健康度、精神衛生の状態に年代による差異があり、とりわけ40歳代から不健康になるという傾向が見られた。その事実を確認するために、今年度は1,523名の健康な専業主婦を対象として、調査の各項目を検討してみた。このグループに属する対象は都市圏に住む核家族が多く、既婚者で子ども数は平均2名という、きわめて平均的な専業主婦であり、本人にも家族の成員にも、特別の問題や疾患のない、いわゆる健康な婦人である。このグループにおいても、健康感、一年間の受診、入院歴などに加齢の影響は認められた。嗜好品や薬剤の摂取、S R Tによる調査から観察すると、40歳代になると心身の不健康度が増すという結果になっている。

20歳代と30歳代の間には差異が少ないが、40歳代になると悪化するのには、婦人の身体的変化のみならず、家庭婦人を取巻く今日の社会的、経済的、家族的、心理的要因の反映ではないかと思われる。来るべき老年期—それに伴うさまざまなマイナスを予期する心理的不安や、中年

によって折にふれ感ずる体力の衰えなどの現実も影響すると思われる。しかし、50歳代に入ると体力はより衰えながらも精神の平衡を取り戻すというのは、わが国独自の家族力動によるのではないかと推測される。

家庭の主婦は若年期・壮年期において、「家事や育児に専念し、そのことによりさまざまなストレスに遭う」というように一般に説かれていることが多いが、むしろ、その反対に、家事や育児の義務から脱したときに、換言すれば、思春期に親から自立したように、この時期に子どもから子離れをし、主婦自らの一個の人間としての自立、充足を目指す時期に人間存在としての危機を感ずるのではないかと推測される。

この意味で、家庭婦人の心身の健康の問題がもっとも多くなるのは40歳代の前半であり、その萌芽はすでに30歳代後半からあらわれるとすれば、家庭婦人が主婦としての第一歩をふみ出したときから、いかに生きるべきかの設計を考える必要があるのではないかと考えられる。

4. おわりに

以上の研究結果を精神衛生対策とのかかわりからまとめて見ると次のようになる。(1)就労条件と精神衛生状態は関係があり、専業主婦であるか、就労婦人であるかによって対策に重点をおく年齢が異なることに留意すべきである。(2)更に年齢と精神衛生状態は関係があり、健康な専業主婦についてみると、30歳代後半より精神衛生は良好でなくなり、40歳代前半(40~44歳)で最悪となる。紙数の関係でS R T高得点者と低得点者の比較、事例研究、地域別比較などは、次回の報告に譲ることとする。

この研究の実施に当っては、次の施設、病院の先生方の御協力をいただきました。謹んで感謝の意をあらわしたいと存じます。

中尾 清崇、井上喜久和(柏兒童相談所)

根岸 敬矩、森岡由紀子(山形大学精神科)

富岡富士子(浦和兒童相談所)

大田 律子(市川市総合福祉センター)

| | |
|-------------|-------------|
| 森岡 幸子(小児科) | 南方 純恵(内科) |
| 藤巻 竜枝(耳鼻科) | 菅野千鶴子(精神科) |
| 田中 道子(産婦人科) | 小井手寿美(眼科) |
| 佐藤 順(産婦人科) | 水野 光子(内科) |
| 入江 民(小児科) | 大河内紀子(皮膚科) |
| 木暮 郁子(内科) | 中尾 聡子(小児科) |
| 向山 幸江(内科) | 国貞 勝子(産婦人科) |
| 西川 光彦(内科) | 滝本 伸子(眼科) |
| 小川 英子(内科) | |

本報告は昭和57年度の健康・体力づくり事業財団の特別委託研究として行われた調査の一部である。

参考文献

- (1) 池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一, 伊藤克彦, 伊藤勝也, 成田年重ほか20名, 家庭婦人の精神衛生対策に関する報告書, 質問紙法による問題家庭主婦と一般主婦の比較について, 昭和56年度健康づくり特別研究委託, 1983
- (2) 池田由子, 子育てを中心とした主婦の精神衛生, 愛育, 48巻, 4号, 1983
- (3) 吉田昇, 神田道子編 現代女性の意識と生活 日本放送協会, 1975
- (4) Kellner, R. & Sheffield, B., Self-Rating Scale, Psychological Medicine, vol 3., No. 1., 88-100, 1973

表1 対象 (年齢別・就業状態別)

| 就業状態 年齢 | 専業主婦 | 内職・パート | 常勤 | 農業 | 計 |
|------------|-------|--------|-----|------|-------|
| 20～24歳 | 44人 | 9人 | 33人 | (2人) | 88人 |
| 25～29 | 264 | 28 | 54 | 10 | 356 |
| 30～34 | 363 | 72 | 74 | 23 | 532 |
| 35～39 | 293 | 64 | 52 | 16 | 425 |
| 40～44 | 196 | 77 | 71 | 19 | 363 |
| 45～49 | 115 | 48 | 43 | 26 | 232 |
| 50～54 | 130 | 20 | 33 | 26 | 209 |
| 55～59 | 118 | 15 | 19 | 10 | 162 |
| 計 | 1,523 | 333 | 379 | 132 | 2,367 |

表2 婚姻状態

| 就業状態 婚姻状態 | 専業主婦 | 内職・パート | 常勤 | 農業 | 計 |
|--------------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 既婚 | 人 % 1,496(98.23) | 人 % 308(92.49) | 人 % 299(78.89) | 人 % 125(94.70) | 人 % 2,228(94.18) |
| 離婚 | 6(0.39) | 2(0.60) | 12(3.17) | 1(0.76) | 21(0.89) |
| 死別 | 9(0.59) | 9(2.70) | 12(3.17) | 2(1.52) | 32(1.35) |
| 未婚 | 5(0.33) | 6(1.80) | 51(13.46) | 1(0.76) | 63(2.66) |
| 不明 | 7(0.46) | 8(2.40) | 5(1.32) | 3(2.27) | 23(0.97) |
| 計 | 1,523 | 333 | 379 | 132 | 2,367 |

表3 子どもの数

| 就業状態 子供の数 | 専業主婦 | 内職・パート | 常勤 | 農業 | 計 |
|--------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|------------------|
| 0人 | 人 % 44(2.89) | 人 % 20(6.01) | 人 % 83(21.90) | 人 % 2(1.52) | 人 % 149(6.29) |
| 1 | 281(18.45) | 38(11.41) | 78(20.58) | 3(2.27) | 400(16.90) |
| 2 | 852(55.94) | 200(60.06) | 147(38.79) | 54(40.91) | 1,253(52.94) |
| 3 | 299(19.63) | 63(18.92) | 56(14.78) | 55(41.67) | 473(19.98) |
| 4 | 32(2.10) | 9(2.70) | 9(2.37) | 16(12.12) | 66(2.79) |
| 5 | 5(0.33) | 1(0.30) | 1(0.26) | 1(0.76) | 8(0.34) |
| 不明 | 10(0.66) | 2(0.60) | 5(1.32) | 1(0.76) | 18(0.76) |
| 計 | 1,523 | 333 | 379 | 132 | 2,367 |

表4 家族構成

| 就業状態 家族構成 | 専業主婦 | | 内職・パート | | 常勤 | | 農業 | | 計 | |
|--------------|-------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|-------|---------|
| | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 核家族 | 1,169 | (76.67) | 252 | (75.68) | 264 | (69.66) | 34 | (25.67) | 1,719 | (72.62) |
| 拡大家族 | 336 | (22.06) | 77 | (23.12) | 97 | (25.59) | 94 | (71.21) | 604 | (25.52) |
| 不明 | 18 | (1.18) | 4 | (1.20) | 18 | (4.75) | 4 | (3.03) | 44 | (1.86) |
| 計 | 1,523 | | 333 | | 379 | | 132 | | 2,367 | |

表5 学歴

| 就業状態 家族構成 | 専業主婦 | | 内職・パート | | 常勤 | | 農業 | | 計 | |
|--------------|-------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|-------|---------|
| | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 大・短大卒 | 401 | (26.35) | 48 | (14.41) | 119 | (31.40) | 6 | (4.55) | 574 | (24.25) |
| 高卒 | 904 | (59.36) | 185 | (55.56) | 177 | (46.70) | 58 | (43.94) | 1,324 | (55.94) |
| 中卒 | 166 | (10.90) | 81 | (24.32) | 59 | (15.57) | 66 | (50.00) | 372 | (15.72) |
| 不就学・未修了 | 0 | | 1 | (0.30) | 0 | | 0 | | 1 | (0.04) |
| 不明 | 52 | (3.41) | 18 | (5.41) | 24 | (6.33) | 2 | (1.52) | 96 | (4.06) |
| 計 | 1,523 | | 333 | | 379 | | 132 | | 2,367 | |

表6 嗜好品・薬品の使用

| | 専業主婦 N=1523 | | 内職・パート N=333 | | 常勤 N=379 | | 農薬 N=132 | | 計 N=2367 | | |
|-----------|----------------|--------|-----------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|------|
| | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | |
| (1) アルコール | 635 | 41.69% | 137 | 41.17% | 194 | 51.19% | 23 | 17.42% | 989 | 41.78% | **** |
| (2) タバコ | 119 | 7.81 | 28 | 5.41 | 61 | 16.09 | 3 | 2.27 | 211 | 8.91 | **** |
| (3) カフェイン | 1,341 | 87.53 | 296 | 88.89 | 322 | 84.96 | 82 | 12.12 | 2,041 | 86.23 | **** |
| (4) ドリンク剤 | 105 | 6.89 | 39 | 11.71 | 36 | 9.50 | 19 | 14.39 | 199 | 8.41 | **** |
| (5) ビタミン剤 | 233 | 15.30 | 55 | 16.52 | 78 | 20.58 | 13 | 9.85 | 379 | 16.01 | ** |
| (6) 漢方薬 | 216 | 14.18 | 61 | 18.32 | 52 | 13.72 | 16 | 12.12 | 345 | 14.58 | |
| (7) 胃腸薬 | 364 | 23.90 | 100 | 30.03 | 92 | 24.27 | 21 | 15.91 | 577 | 24.38 | ** |
| (8) 鎮痛剤 | 386 | 25.34 | 103 | 30.93 | 114 | 30.08 | 21 | 15.91 | 624 | 26.36 | **** |
| (9) 精神安定剤 | 19 | 1.25 | 6 | 1.80 | 21 | 5.54 | 3 | 2.27 | 49 | 2.07 | **** |
| (10) 睡眠剤 | 2 | 0.13 | 5 | 1.50 | 7 | 1.85 | 0 | 0 | 14 | 0.59 | **** |
| (11) 下剤 | 99 | 6.50 | 29 | 8.71 | 45 | 11.87 | 1 | 0.76 | 174 | 7.35 | **** |

**** P<0.005

** P<0.025

表7 SRT 得点と年齢 (専業主婦)

| 年 齢 | SRT Total | A | D | I | S |
|--------|-----------|------|------|------|------|
| 20~24歳 | 6.93 | 1.70 | 1.02 | 2.11 | 2.09 |
| 25~29歳 | 8.52 | 1.97 | 1.62 | 2.65 | 2.28 |
| 30~34歳 | 8.45 | 1.89 | 1.61 | 2.66 | 2.29 |
| 35~39歳 | 9.10 | 2.00 | 1.74 | 2.81 | 2.54 |
| 40~44歳 | 10.06 | 2.14 | 2.07 | 3.15 | 2.69 |
| 45~49歳 | 9.10 | 1.84 | 1.75 | 2.59 | 2.92 |
| 50~54歳 | 8.82 | 1.92 | 1.55 | 2.42 | 2.94 |
| 55~59歳 | 8.55 | 1.97 | 1.58 | 2.48 | 2.55 |

表8 年齢分布と婚姻, 子ども数, 家族構成・学歴

| | 20~24歳 N=44 | 25~29歳 N=264 | 30~34歳 N=363 | 35~39歳 N=293 | 40~44歳 N=196 | 45~49歳 N=115 | 50~54歳 N=130 | 55~59歳 N=118 | 計 N=1523 |
|---------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 婚姻状態 | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % | 人 % |
| 既 婚 | 43(97.73) | 258(97.73) | 362(99.72) | 290(98.98) | 193(98.47) | 113(98.26) | 126(96.62) | 111(94.07) | 1,496(98.23) |
| 死 別 | | 1(0.38) | 1(0.28) | 2(0.68) | | 2(1.74) | | | 6(0.39) |
| 未 婚 | 1(2.27) | 1(0.38) | | 1(0.34) | 2(1.02) | | 1(0.77) | 6(5.08) | 9(0.59) |
| 不 明 | | 4(1.52) | | | 1(0.51) | | 3(2.31) | 1(0.85) | 5(0.33) |
| 子どもの数 | | | | | | | | | |
| 0 | 10(22.73) | 10(3.79) | 3(0.83) | 1(0.34) | 3(1.53) | 2(1.74) | 7(3.58) | 8(6.78) | 44(2.89) |
| 1 | 24(54.55) | 118(44.70) | 56(15.43) | 31(10.58) | 20(10.20) | 12(10.43) | 9(6.92) | 11(9.32) | 281(18.54) |
| 2 | 10(22.73) | 119(45.06) | 229(63.09) | 181(61.77) | 123(62.76) | 73(63.48) | 68(52.31) | 49(41.53) | 852(55.94) |
| 3 | | 13(4.92) | 72(19.83) | 74(25.26) | 43(21.94) | 26(22.61) | 33(25.38) | 38(32.20) | 299(19.63) |
| 4 | | 2(0.76) | 2(0.55) | 4(1.37) | 6(3.06) | 2(1.74) | 8(6.15) | 8(6.78) | 32(2.10) |
| 5 | | | | 1(0.34) | | | 2(1.54) | 2(1.69) | 5(0.33) |
| 不 明 | | 2(0.76) | 1(0.28) | 1(0.34) | 1(0.51) | | 3(2.31) | 2(1.69) | 10(0.66) |
| 家族構成 | | | | | | | | | |
| 核 家 族 | 34(72.27) | 195(73.86) | 284(78.24) | 227(77.47) | 155(79.08) | 81(70.43) | 100(76.92) | 93(78.81) | 1,169(76.76) |
| 拡 大 家 族 | 10(22.73) | 67(25.38) | 78(21.49) | 63(21.50) | 39(19.90) | 30(26.09) | 27(20.77) | 22(18.64) | 336(22.06) |
| 不 明 | | 2(0.76) | 1(0.28) | 3(1.02) | 2(1.02) | 4(3.48) | 3(2.31) | 3(2.54) | 18(1.18) |
| 学 歴 | | | | | | | | | |
| 大・短大卒 | 11(25.00) | 82(31.06) | 112(30.85) | 77(26.28) | 59(30.10) | 21(18.26) | 20(15.38) | 19(16.10) | 401(26.33) |
| 高 卒 | 27(61.36) | 157(59.47) | 229(63.09) | 192(65.53) | 114(58.16) | 68(59.13) | 68(52.31) | 49(41.53) | 904(59.36) |
| 中 卒 | 4(9.09) | 9(3.41) | 18(4.96) | 15(5.12) | 20(10.20) | 25(21.74) | 39(30.00) | 36(30.51) | 166(10.90) |
| 不 明 | 2(4.55) | 16(6.06) | 4(1.10) | 9(3.07) | 3(1.53) | 1(0.87) | 3(2.31) | 14(11.86) | 52(3.41) |

表9

(1) 入院歴 (2) 医療機関の不安 (3) 受診歴

| 年齢 | 入院歴 | 医療機関の不安 | 過去1年の受診 | 受診の結果 | | | | | | |
|-------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|-----------------|-----------|
| | あり | あり | あり | 1. 治療 | 2. 軽快 | 3. 治療中 | 4. 悪化・不治 | 5. 民間療法 | 6. その他 | 不明 |
| 20~24 | 人 % 22(50.00) | 人 % 22(50.00) | 人 % 31(70.45) | 人 % 21(67.74) | 人 % 3(9.68) | 人 % 5(16.13) | 人 % 1(3.23) | 人 % 0 | 人 % 1(3.23) | 人 % 0 |
| 25~29 | 102(38.64) | 126(47.73) | 137(51.89) | 93(67.88) | 20(14.60) | 19(13.87) | 0 | 0 | 3(2.19) | 2(1.46) |
| 30~34 | 146(40.22) | 215(59.23) | 219(60.33) | 142(64.84) | 39(17.81) | 21(9.59) | 3(1.37) | 1(0.46) | 5(2.28) | 8(3.65) |
| 35~39 | 134(45.73) | 200(68.26) | 178(60.75) | 109(61.24) | 29(16.29) | 26(14.61) | 4(2.25) | 1(0.56) | 5(2.81) | 4(2.25) |
| 40~44 | 93(47.42) | 127(64.80) | 115(58.67) | 66(57.39) | 19(16.52) | 19(16.52) | 2(1.74) | 0 | 2(1.74) | 7(6.09) |
| 45~49 | 61(53.04) | 75(65.22) | 75(65.22) | 38(50.67) | 16(21.33) | 9(12.00) | 1(1.33) | 2(2.67) | 2(2.67) | 7(9.33) |
| 50~54 | 68(52.31) | 75(57.69) | 84(64.62) | 27(32.14) | 21(25.00) | 22(26.19) | 3(3.57) | 1(1.19) | 2(2.38) | 8(9.52) |
| 55~59 | 68(57.63) | 73(61.86) | 78(66.10) | 25(32.05) | 17(21.79) | 23(29.49) | 1(1.28) | 2(2.56) | 2(2.56) | 8(10.26) |
| 計 | 694(45.57) | 913(59.95) | 917(60.21) | 521(56.82) | 164(17.88) | 144(15.70) | 15(1.64) | 7(0.76) | 22(2.40) | 44(4.80) |

(4) 嗜好品、薬品の使用

| 嗜好品、薬品 年齢 | アルコール | たばこ | カフェイン飲料 | ドリンク剤 | ビタミン剤 | 漢方薬 | 胃腸薬 | 鎮痛剤 | 精神安定剤 | 睡眠剤 | 下剤 |
|--------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------|----------|-----------|
| 20~24 | 人 % 16(36.37) | 人 % 2(4.55) | 人 % 41(93.18) | 人 % 5(11.36) | 人 % (6.82) | 人 % 2(4.55) | 人 % 9(20.45) | 人 % 8(18.18) | 人 % 0 | 人 % 0 | 人 % 0 |
| 25~29 | 101(38.26) | 27(10.23) | 240(90.91) | 17(6.44) | 23(8.72) | 25(9.47) | 42(15.91) | 70(26.52) | 0 | 0 | 14(5.30) |
| 30~34 | 161(44.36) | 35(9.65) | 343(94.49) | 22(6.06) | 33(9.19) | 42(11.57) | 83(22.86) | 94(25.90) | 2(0.55) | 0 | 18(4.96) |
| 35~39 | 140(47.79) | 17(5.80) | 274(93.51) | 22(7.51) | 36(12.29) | 39(13.31) | 82(27.99) | 78(26.72) | 5(1.71) | 0 | 12(4.12) |
| 40~44 | 78(39.80) | 12(6.12) | 176(89.80) | 8(4.08) | 31(15.82) | 26(13.26) | 40(20.41) | 53(27.04) | 1(0.51) | 1(0.51) | 19(9.69) |
| 45~49 | 51(44.35) | 6(5.22) | 97(84.35) | 8(6.96) | 36(31.31) | 17(18.26) | 37(32.17) | 36(31.31) | 1(0.87) | 0 | 15(13.04) |
| 50~54 | 44(33.85) | 15(11.54) | 85(65.38) | 15(11.50) | 39(30.00) | 32(24.62) | 39(30.00) | 27(20.77) | 4(3.08) | 0 | 13(10.00) |
| 55~59 | 44(37.29) | 5(4.24) | 85(72.03) | 8(6.78) | 32(27.12) | 33(27.97) | 32(27.12) | 20(16.95) | 6(5.08) | 1(0.85) | 8(6.78) |
| 計 | 635(41.69) | 119(7.81) | 1,341(87.53) | 105(6.89) | 233(15.30) | 216(14.13) | 364(23.90) | 386(25.34) | 19(1.25) | 2(0.13) | 99(6.50) |

図1 健康についての自覚

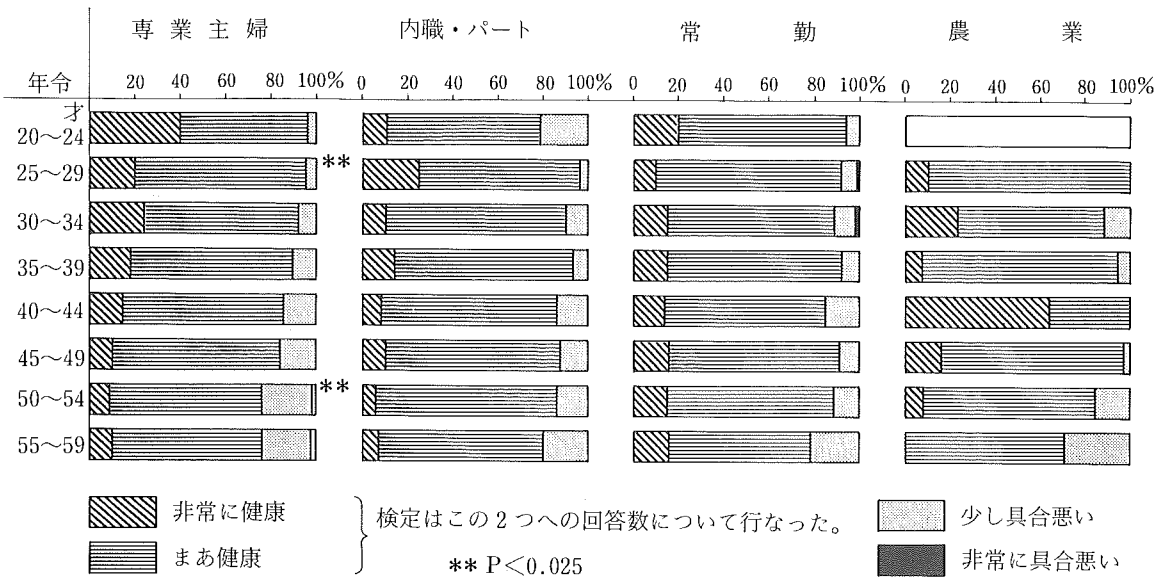


図2 過去1年の受診率

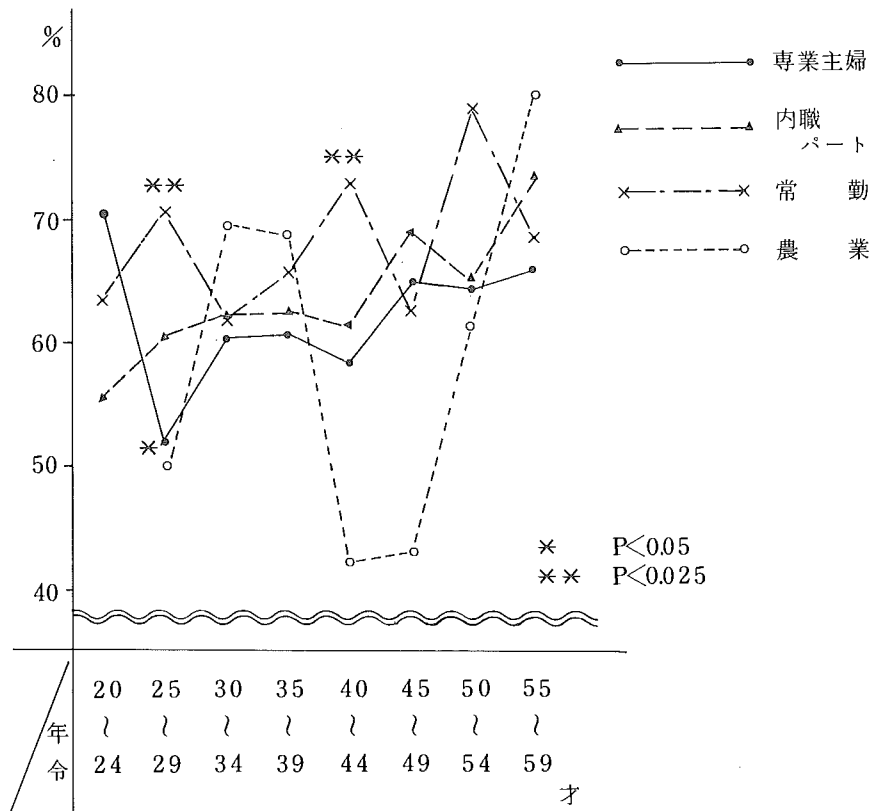


図3 生活の充実感

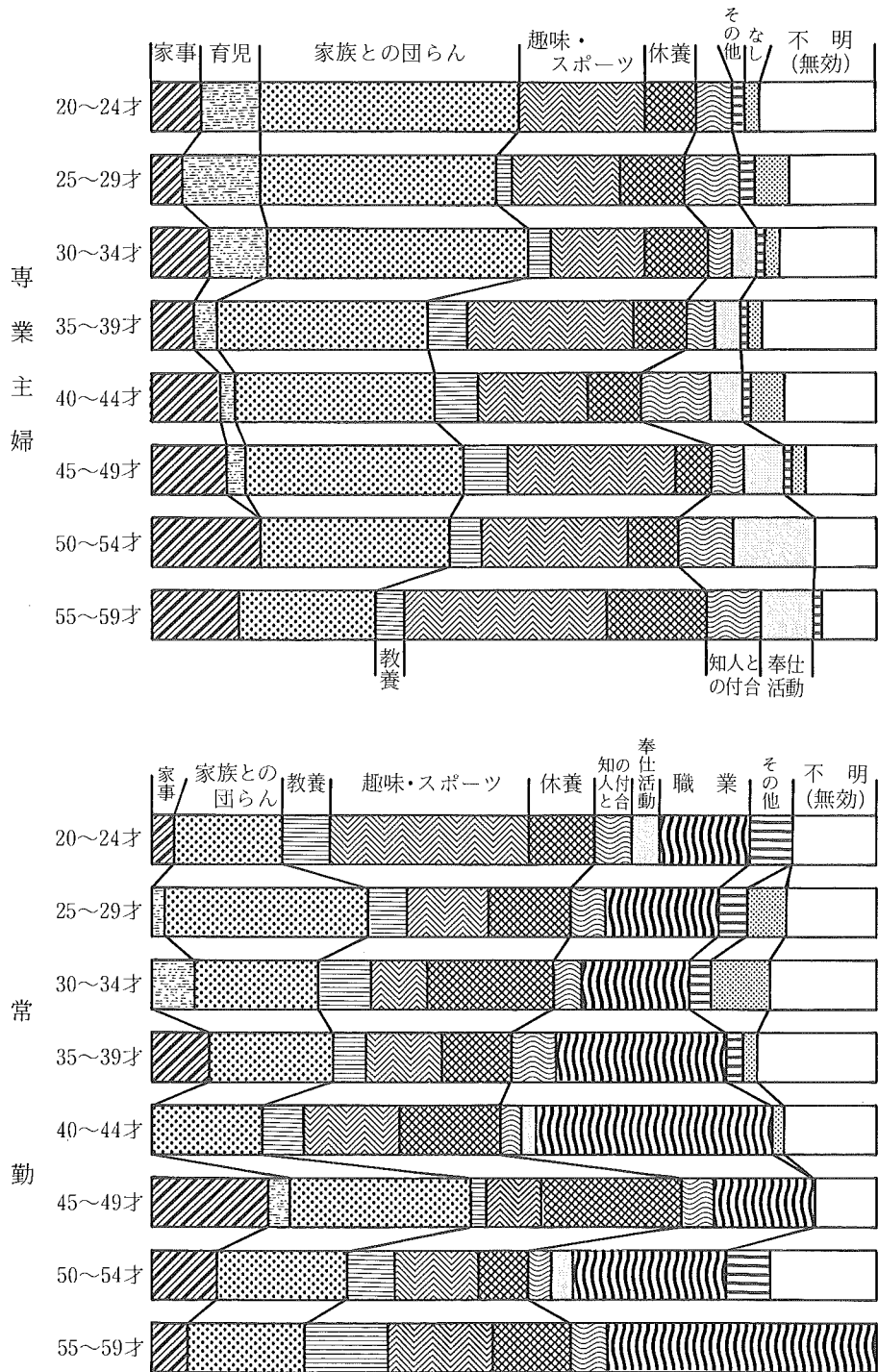


図4 SRT得点

●——● 専業主婦
○——○ 内職パート
×——× 常動
△——△ 農

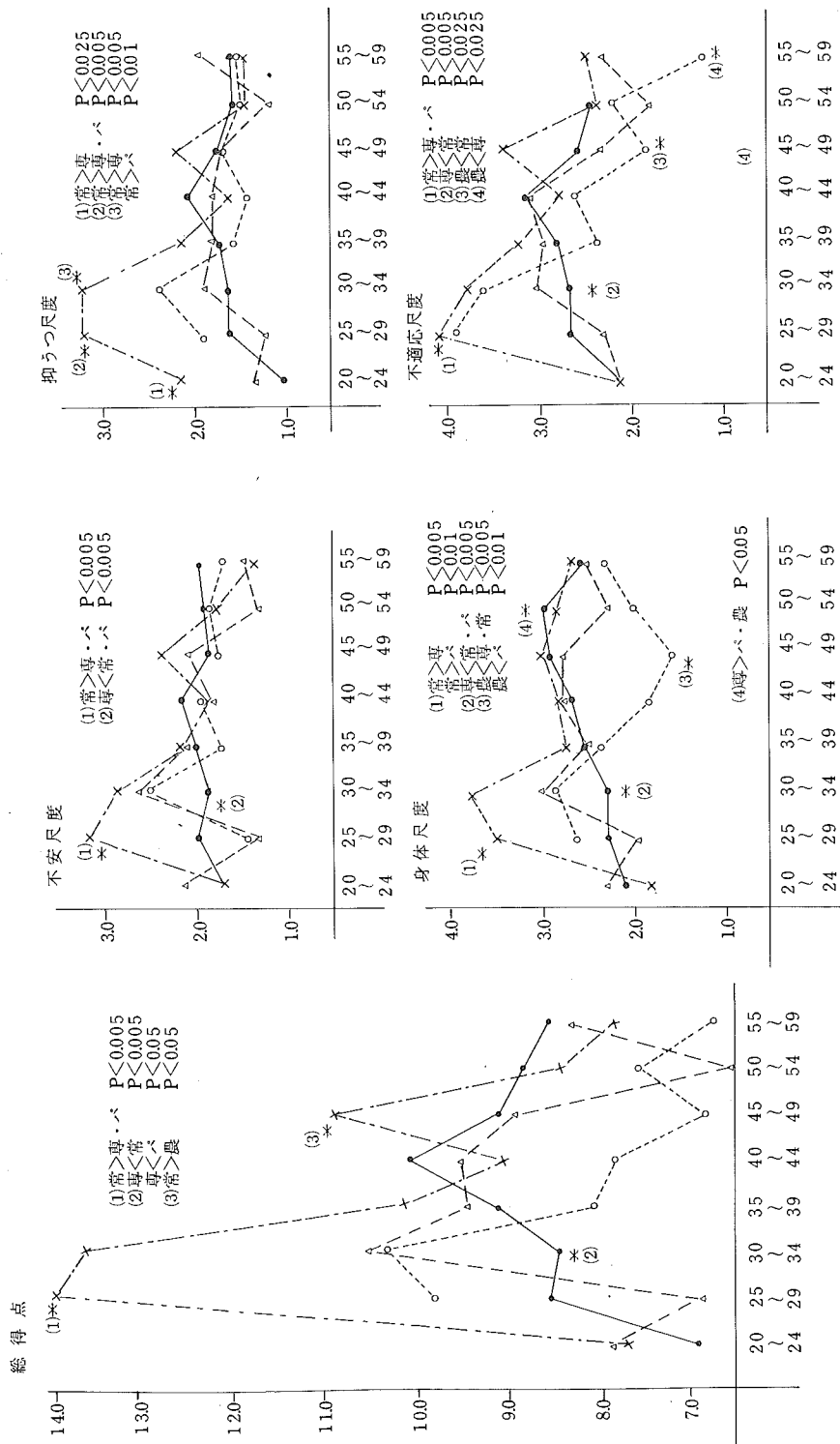


図5 健康についての自覚

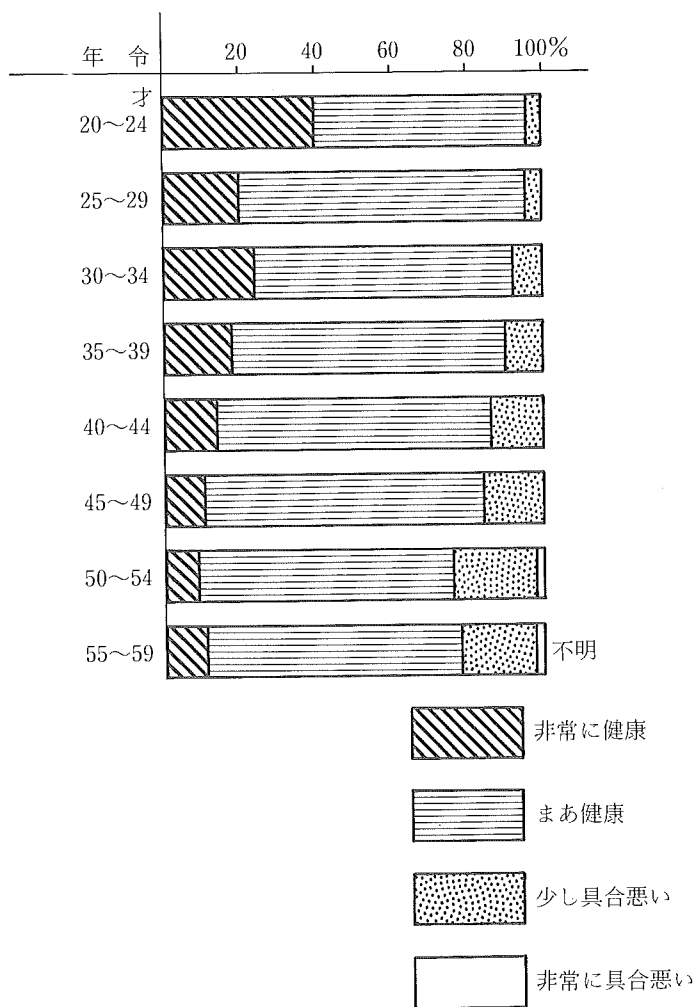
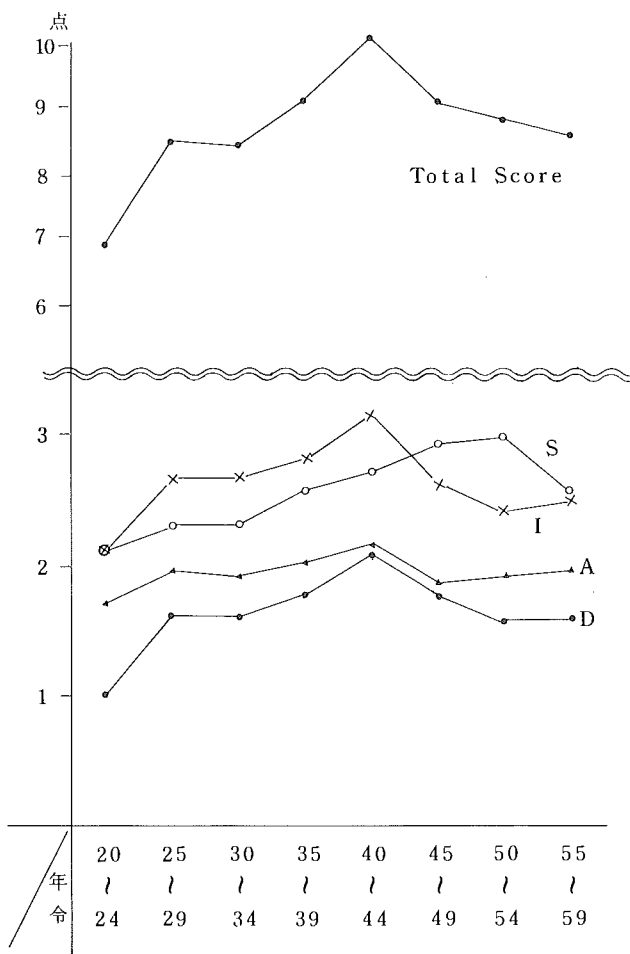


図6 SRT得点(専業主婦)



交通事故後に神経症症状を呈した 児童の2症例について

西川 祐一・池田 由子
児童精神衛生部

後藤多樹子・茂木 雄二・立壁 典泰

川地 悦子・田辺 竜二

日本大学医学部精神神経科小児班

A Clinical Study of Children who Develop Psychoneurotic Symptoms after Traffic Accidents

Yuichi Nishikawa・Yoshiko Ikeda
Div. of Child Mental Health

Takiko Gotoh・Yuji Motegi, Noriyasu Tachikabe,

Etsuko Kawaji・Ryuji Tanabe

Dep. of Psychiatry, Nihon University Medical School

Summary

It is regrettable that casualties of children and infants by traffic accidents are increasing year by year. These small victims not only suffer from psychic trauma but also educational problems in school due to long absense. Their parents have to face to serious family crisis. Through our clinical observation, we found that these children and parents often develop psychoneurotic or psychosomatic symptoms in the process of rehabilitation. In order to examaine these family dynamics, we present two cases which were treated in the child psychiatric clinic.

Key words: *traffic accident, psychoneurotic symptoms, family crisis*

要 旨

子供の交通事故が年々増加している。身体的な障害が治った後にも精神的な外傷として多彩な精神症状を残すことが多い。長期間学校を休むことにより出現する学業の遅れに対する不安、学校生活への再適応の問題など神経症症状や心身症症状を呈するものが多い。子供の状態にまきこまれた家族が精神的に不安定になり、家族の危機に陥いることもある。われわれの小児精神科外来では、交通事故後に神経症症状を呈するケースの受診が増加傾向にあるので、症例を通して前記の問題について考えてみたい。

はじめに

交通事故により負傷すると身体だけでなく心まで傷つくものである。まして児童期や思春期に事故に遭うと、大きな精神的外傷として本人の精神発達の障害になったり、家族をまきこんで家族の精神衛生を悪くすることが多い。労働災害や頭部外傷との関係から、交通事故後の精神医学的研究について書かれた報告はいくつかあるが、発達途上にある児童や思春期の子供達を扱った報告は少ない。

最近、われわれの小児精神科外来において、交通事故後に神経症症状を呈するケースが年々増えている傾向にある。症例を通して交通事故後の神経症症状や身体症状および、その家族との関連問題などについて考えてみたいと思う。

症 例

症例 1 : 10歳 (小 4) 男子

主訴 : おちつきがない。

昭和54年9月上旬(小3)、自転車に乗っていて自動車と正面衝突。車の下敷きになり約20mひきずられた。嘔吐 (+) 意識消失なし。右側頭部打撲し頭蓋骨陥没骨折、右脛骨および腓骨骨折のため、某病院外科に入院。CTにて左側脳室の圧迫像を認めた。外傷約2~3週間後に、右外転神経マヒ、右難聴を認めた。54年11月末に某大学病院脳外科に精査のため入院。頭蓋内圧亢進症状(-)、耳鼻科では、右頭蓋底骨折による右側感音性難聴。眼科では、右顔面打撲による右眼外転神経マヒと診断された。Brain Scan ($^{99m}\text{TcO}_4^-$) では特に異常所見(-)。EEG : 異常あり ; 基礎律動は、30~70 μV の β 波優位で α 波が混在するパターン。左右差あり。HVにて左優位に棘波が出現する。CT : 左側脳室体部から前角にかけて圧排像を認める。外転神経マヒは、次第に軽快していった。CTとEEG結果より脳外科では、事故当時、意識消失はないものの、脳損傷があるとみなし、外傷性てんかんの予防の意味で、抗ケイレン剤を投与してい

る。さらに定期的なCTとEEGの検査をしているが、改善は認められない。

事故以来おちつきがなくヒョコヒョコと体を動かす。トイレに行こうとして柱にぶつかったりドアにぶつかったり、エレベーターを待っている間あちこちに体をぶつける。じっと止まっていられない。しかし、いわゆる多動児とも違う。注意散漫で物忘れが多いなどの症状があるため56年4月上旬に精神科受診。WISCは、IQ101 (PIQ : 108, VIQ : 93) で organic signの出現なく、面接から両親、特に母親との関係に問題がありそうのため小児精神科外来にまわされた。性格は、はにかみやで人見知りが強い。さっぱりしておりほがらかな面もある。生育歴 : 正常分娩、発育、発達は正常。2歳頃よりテレビをみると興奮して飛びはねたりすることがあった。ひきつけ (-)。

家族の精神障害等の負因は否定。

家族は、会社役員の父48歳、母39歳、兄14歳(中3)の4人暮らし。事故後、父母ともに腫れものに触るように本児を扱っていた。

治療の最初の段階で、本児は学校もいやがらず行っており、友人も多いとのことであり、IQも普通域であるため、今回の外傷体験をどう処理していくかということを目標に、定期的な遊戯療法と種々の性格検査を平行して行ないながら経過をみることにした。

両親は、本児は事故前も多少落ちつきのない子であったこと、本児に対して過保護であったことなどを認めている。また事故後は特に患者に対し過度の不安や干渉を示しているの、母親の面接も同時に行なった。

母親は大切な子供を自分が守れなかったということに罪責感を示し、子供は2人しかいないのに、また事故にあったらどうしようという不安をかくしきれなかった。無暴な事故状況を思い出したり、いつ発作がおきるかわからないという不安から、本児に多くの制約を与えていた。外で遊んではいけない、体育はだめ、遠足もダメ、毎日の学校は送り迎えをするなど。治療の

初期に、本児は、母に対する不満を言語化できなかった。体育に出たいけど出させてくれない、とは言うものの、母親の言う事には逆らわない yes man であった。初期の面接場面では、ほとんど話をせず、無口で受動的な子という印象であった。絵画療法でフワフワした人と家は描けたが、木がどうしても描けなかった。ある時、ガンダムの顔を描いてから箱庭をするようになった。

母と離れられずに一緒に動物園を作った。その後、一人のできるようになると、戦争の場面が何度もでてきた。攻撃的暴力的な戦争ではなくて緊張しているような場面が多かった。その後、町のテーマに移った。緊張感がいつまでも消えない動きのない箱庭であったが、本児の落ちつきのなさは、消退していった。

母は、本児の体が心配、脳波が心配、といていた時期から、本児の症状が軽快するにつれて、学校の事に心配が移り、ブランクがあった為、成績が心配、基礎力がついていないなどと不安を訴えつづけていた。

本児は身体や成績のことはあまり心配しておらず、面接を続けるうちに、勉強させられていやだ、教育ママ的だ、プロレスやりたい(父、兄もプロレス大好き)運動したい、などと自分の欲求を言語化できるようになり、母にも反抗できるようになった。兄に対してもナマイキな言葉話せるようになり、身長も伸びたりしたこともあり、母もこの子の成長を喜こんで見まもれる程に落ちついてきた。

本児は、それまで家庭でホンワカ育てられ、多少母親のオモチャ的存在であった。交通事故を契機として、母親は自分の大切なものをこわされ、また事故が自分の不注意から発したものと考え、過度に罪責感を感じ子供に敏感になり、より過保護に扱うようになった。ところが、次第に子供はその母親の過干渉をうるさがるようになった。自分の攻撃性を治療場面で出すことにより落ち着きを取りもどした。強い男性イメージとしての父や兄と話ができるようになり、

彼らを取り入れた。身長も伸びたことなどから、母のオモチャとしての自分の殻から飛びだして母に反抗するようになり、より成長してきたものである。本人の成長期にかかわりを持ってたということが良い結果になったと思う。

症例2：14歳(中2)女子

主訴：車が怖い、イライラする、不安になる。昭和57年6月中旬、塾の帰り自転車で乗っていて交差点で男子大学生の運転する車にはねられた。意識消失は一瞬、嘔吐(-)、救急車で某大学病院脳外科受診。全身打撲、頭部外傷II型の診断を受けた。EEG、CTともに異常なし。この時点では特に脳外科的な問題はなかった。しかし事故後、車への恐怖心、イライラ感、加害者への憎しみ等が強く、ちょっとしたことで大騒ぎするので、57年8月より同病院より心療内科に通院した。2学期になり登校するが、授業に集中できない、勉強が頭に入らないなどと言うようになり、学校での不適応を訴え再び不登校となった。家族が心療内科への入院を希望したところ、心療内科より精神病院を紹介され、びっくりして57年10月精神科に相談に来た。精神科一般外来にてロールシャハ・テスト施行し、外傷性神経症という診断で、小児精神科外来にまわされた。

この時のロールシャハ・テストでは、テスト態度：緊張のためか、カード回転は見られず受動的であったが、時おり笑顔がのぞき、説明は、はきはきとしていた。テスト後の interview では、興奮気味に交通事故の様子をすすんで話してくれ、大分緊張はほぐれていた。

- ① 反応数は24個と normal range, rejection や failure は無く、精神運動に大きなムラやショックは認められなかった。反応時間(13"), 初発反応時間(8.2")ともに平均より早く、外界の刺激に素早く反応していた。
- ② 領域把握はW傾向で(63%)、部分を統合していくW反応ではなく単純Wとして捕えているものが目立った。これは、見やすい平凡反応が多かったこと(19)類似した反応を同一

領域に繰り返したため、課題を常識的に処理想像力や統合力には乏しい。

- ③ 形態水準が低いことも特徴で($\Sigma F + \% = 59\%$)、理由としては形態のあいまいな“枯れ葉” “飾り” “ブーメラン”などの反応、ファンタジックな“魔女、悪魔” “動物のお祭”などの反応がカラー刺激下でややいきすぎた明細化で認知されたためである。
- ④ カラー刺激に対する情緒反応はわずかに0.5個 ($FC = 1$ [add]) と少ない。反応からはII “キャンプファイヤー” VIII “楽しそうな動物” IX “おまつりしている魔女” とおそらくカラーを感じていると思われるが、言語化で

きていなかった。不安の指標である拡散反応 ($K = 2$)が見られ、“自分ではどうして生じたかわからない不安” の存在が伺えた。攻撃性を示すような反応は特に見当たらず、むしろ不安があり自分の感情をのびのびと出せないで、内的世界に引っ込んでしまっているのではないかと思われる。

結論：以上、当検査からは基本的な共感性や社会性は育っているが、外界の情緒刺激を感受しているものの自発的には適切な情緒反応を出さずに抑えてしまっているところが問題のように思えた。

表1 症例2のロールシャッハ・テスト

(57年10月18日施行)

| | | | | | | | |
|---------------------------------|------|------------------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|---------|
| T. R. | 24 | W : D : Dd : S | 15 : 8 : 1 : 0 | F : FK + Fc | 11 : 3 | P (%) | 7 (29%) |
| T. T. | 315" | (: : :) % | (: : :) % | FC : (CF + C) | 0.5 : 0 | H (%) | 7 (29%) |
| T/R | 13" | W : M | 15 : 6 | $\frac{FC+CF+C}{Fc+c+C'}$ | 0.5 : 2 | A % | 46% |
| T/R ₁ | 8.2" | $\Sigma C : M$ | 0.25 : 6 | FM : M | 1 : 6 | At % | 0 % |
| T/R ₁ (color) | 6.4" | $\frac{Fc+c+C'}{FM+m}$ | 2 : 2 | F% / newF% | 46% / 92% | H + A : Hd : Ad | 12 : 6 |
| T/R ₁ (non-color) | 10" | $\frac{VIII+IX+X}{R}$ | 21% | F+% / newF+% | 72% / 59% | C. R. | 7 |

初診時、本児と母親が来院したが、事故から4ヶ月たっているにもかかわらず、母親は事故当時の本児の血がついてビリビリに破れたGパンとシャツを持参した。本児がいかに家庭で不満を爆発させ大騒ぎするかということを長々と述べ、そういう時に唐紙に書きなぐって破いたものをも持参し、治療者側をびっくりさせた。病院に治療に来たというよりも、何か芸術品でも皆に見せびらかしに来たという来院のしかたであった。さらに母親は加害者側との賠償問題がスムーズに進行しないことや、父親が協力的でないことなどを不満げに述べた。

母親が言うには、本児の生活歴に特記すべきことはなく、性格はおとなしく、頑固なところはあるが真面目で思いやりがあるとのことであ

る。

家族は、デザイナーで47歳の父親と47歳の母親、11歳(中1)の妹の4人暮しである。

精神障害等の負因は否定。

何回かの面接ののち、加害者が若い男性であったということで、本児の男性に対するイメージが非常に悪く、拒絶的で、男性の治療者に対し非常に敏感になり、警戒心を強めていることがわかった。男性の治療者と一室にて面接することへの不安や不満を家に帰ってから爆発させるため、治療者を女性に変更した。それ以後、患者自身の面接には、女性の治療者が担当し、本児にまきこまれている母親へは支持的に男性治療者がのぞんだ。本児は、治療者への不満を決して治療場面では出さず、家に帰ってから母

親にぶつけるという形で表現した。この頃、自分の近くに来る男性が自分にいたずらするなど、妄想的なことを述べたりもした。これは一時的なもので後に消失する。

家庭の経済は父親が背負っているが、非常に女性的な父親で宝塚が大好きである。母親はこの父親にたよりなさを感じており、面接場面でしばしば言語化した。この母親は、4人兄弟の一番上で、早く両親と死別し、自分が進学したいのをがまんして兄弟の面倒をみて皆を上の学校まで上げた。やっと気持のゆとりができて、さあ自分も誰かたよれる男性と結婚して、今度は自分が面倒を見てもらおうと思った。ところがいざ結婚してみると父親は女性的でたよりない。自分には兄弟を育て上げたという自負心があり、それなら自分のかなえられなかった夢をこの子にたくそうと、本児に対し自分のイメージをダブらせて育ててきた。本児は成績もよくクラス内だけでなく学校内でも上位の成績をおさめており非常に優秀な子であったため、母親は本児に非常に強い期待をかけていた。そこに今度の交通事故で自分の夢をかなえてくれるはずの娘の進学があやぶまれたため、本児以上に母親は気が動転して、加害者の家にどなり込んだり、刃物をふりまわしたりとほとんどパニックに近い状態に陥ってしまった。

しかし、「自分が一番苦しくてつらい立場にいるのに誰もわかってくれない」と言って泣きさけぶ本児の不安興奮状態の激しさを見たり、冷静な父親の説得により、平常心を取りもどしたかにみえた母親は、今度は子供の治療のことであちこち歩きまわることになったのである。

非常に受容的な女性治療者との面接を週1回半年位続けるうちに、本児は少しずつ落ち着きを取りもどし、中2の終り頃より時々、登校し、授業も受けられるようになった。被害者意識の強い母親は、相変らず加害者の悪口を言ったり、不眠やイライラが続いていた。本児の状態が少しずつ改善され登校できるようになった頃、母親は不安、不眠、抑うつ気分などを自覚できる

ようになった。勿論母親の面接は、本児と平行して行なわれていたが、この頃になり母親にも *minor tranquilizer* の投与を行なった。(それ以前には、「私は、薬なんかのむ必要ないです。」と、断固拒否していた。)

本児は、中3になり勉強にも身が入り、成績も上ってくると、母親も少しづつ安定し、やさしい笑顔がみられるようになった。

このケースは交通事故としては軽度のものであるが、事故による勉強の遅れ、男性に対する不信や失望などが、不安や焦躁感として出現した。対異性的なことが思春期の女の子の目を通して拡大され、さらに母親の男性に対する陰性イメージが追いうちをかけ、男性全体に対して拒絶反応がでた。父親はたよりなく存在感が薄い。登校できるようになっても男子生徒が近くに来ると強い不快感を感じたという。このように、思春期は一番異性に対し敏感になる時期であり将来の異性イメージを形成するのに影響を与えるため、何らかの問題を残すと、後の恋愛や結婚にも障害を残すこともある。

考 察

両ケースとも交通事故を契機として学校への不適應、家庭内の問題、特に子供と母親間の精神的葛藤が顕在化され、子供の精神症状として出現したものである。母親は、子供の事故後、患者の身体症状に非常に神経質で過敏となり、過干渉となったり、患者と自分を同一視してまきこまれたりする。しかし、患者の状態が改善された後も、母親自身はその状態が改善されないままにいることが多いようだ。子供が軽快するにつれて母親の状態も落ちついてくればよいが、母親が不安なまましていると、再び子供を自分の不安の渦の中に引っ張り込まないともかぎらないので、母親の治療がぜひ必要である。

最近多くなった傾向として、交通事故等のショックを契機として、それをうけた本人が心理的、身体的に問題を残さないのに家族にその波紋を残し、家族関係がくずれ、家族崩壊の危機

に直面してしまうケースもある。

結局、家族内の誰かが事故にあい負傷したとしても、それは家族全体の問題であり、一人受傷者の傷が癒えれば良いという問題ではない。多かれ少なかれ、家族の人達に精神的な負担となり家族全体の精神衛生が悪くなるのである。さらにその家庭内に、精神的な不健康をつくりやすい準備因子があるとその症状は増強される。問題の多い家庭は、核家族で、近くにいわゆる「かけこみ寺」のような知人や親戚のない孤立した家庭が多いといわれている。

外傷後にひき続き起こる神経症に関する研究は多々あり、災害神経症、被災神経症、外傷性神経症などの診断名で呼ばれている。かつては賠償問題を解決してしまえば症状は消失してしまうという乱暴な考えや、いまでも一時金を与えて治療を打切る「打切補償」という制度などもあるそうだ。そのため年金神経症とか保障神経症などの診断名もある。

このように交通事故後に神経症症状を呈するケースは、直接、神経科に受診するよりも他科から依頼されたり、移ってくる場合が多く、他科にはもっと多くのケースがいるのではないかと思われる。患者自身、自分の精神的な不安定状態の認識が乏しく、家族や他科の医師自体が精神科受診に対し偏見を持っている場合が少なくない。精神科医自身が、もっと積極的に、患者や他科の医師に働きかける必要があるのではないだろうか。

わが国の子供の交通事故の現状はどうなっているのだろうか、資料として最後に提示するので参考にしてもらいたい。

おわりに

児童期や思春期の子供が交通事故等の被害に遭うと、学業が遅れるだけでなく、精神的発達にも大きな影響を与え、社会復帰が難かしくなるばかりでなく、将来の人間関係にも問題を残す。しかも被害者本人だけでなく家族も精神的

不健康状態にまき込まれる。そのため被害者を含めた家族のケアが必要である。

最近では、交通事故防止のため、自動車運転者に対する交通安全教育だけでなく、交通安全意識の高揚を図る目的として、一般への交通安全シンポジウムを開いたり、幼児や学童への交通安全クラブ、交通安全教育カリキュラムなどが実施されている。しかし現実には交通事故は増え続けているわけであるから、今後増々、医師、警察、福祉、教育等の各機関が協力してこの問題にあたる必要がある。

〈資料〉——子供の交通事故の現状——

道路交通機関の急激な発展・増加（オートバイや自転車等の車両保有台数：昭和21年109,586台→昭和57年58,485,758台、運転免許保有者数：昭和29年2,788,888名→昭和57年46,978,577人¹⁰⁾に伴い交通事故の発生件数も増加していた(表2)¹⁰⁾。昭和45年に交通安全対策基本法が制定されて以来¹¹⁾、この年を境として、死者数は昭和54年で約半数に減り、負傷者数も昭和52年に60%に減った。しかし交通事故により死亡したり負傷する者は再び増加傾向にある。

昭和56年の不慮の事故及び有害作用による死亡率¹³⁾の中で、自動車事故は、5～14歳の学童期で42.2%、15～29歳の青年期で70%、30～44歳で43.9%、45～64歳で41.4%、65歳以上で27.8%と、5歳以上の各年齢層の中で一番高率である。

昭和57年の子供の交通事故は、表3¹⁰⁾のとおりで、負傷者数が小・中学ともに前年より増えている。どんな時間帯に交通事故に遭うかという時間帯別・学齢別交通事故(表4)¹⁰⁾では、学校が終わった放課後の16～18時の間が一番多い。曜日別・学齢別交通事故数は、表5¹⁰⁾のとおりで、土曜と日曜がやや他の曜日より多い。どんな時に交通事故が多いか、その通行目的別・学齢別歩行者の交通事故は、表6¹⁰⁾のとおりで、幼児や幼稚園児では通園通学時が圧倒的に少ないが中

学生では通園通学時の事故がかなり増えている。表7¹⁰⁾は、自宅からの距離別・年齢別歩行者の交通事故であるが、年齢が少ない程自宅の近くで事故に遭っている。また交通事故は市街地の交差点で起こる場合が60~70%位と多い(表8)¹⁰⁾。

諸外国における交通事故死者数が表9¹⁰⁾であるが、日本の死亡者数は外国と比べて決して少なくない。

(稿を終るにあたり、身体的所見について御協力いただいた日本大学医学部脳外科学教室の竹内東太郎氏に深謝致します)。

参考文献

- (1) 高臣武史, 井上晴雄, 山本野実: 外傷性神経症の臨床心理学的研究, 精神経誌, 56; 586 (1954)
- (2) 寺嶋正吾: 災害神経症者の病後歴と社会的背景, 精神経誌, 51; 587 (1954)
- (3) 寺嶋正吾: 災害神経症の精神病理学的研究 1, II, 九州精神医学, 4 (1955), 5 (1956)
- (4) 諏訪望, 森田昭之助, 古屋統, 藤井英生, 川村幸次郎, 本間均, 駒井透, 大和田宏, 石戸政昭, 西堀恭治: 頭部外傷後の神経症症状形成における社会的心理的要因の意義, 第1報, 第2報, 精神医学, 2; 351, 359 (1960)
- (5) 寺尾栄夫: 頭部外傷の研究, 15; 1063 (1963)
- (6) 小沼十寸穂: 頭部外傷後遺症—精神身体医学方面より, 精神経誌, 66; 222 (1964)
- (7) 太田幸雄, 三好郁男, 川端利彦, 中島浩, 元村宏, 楠部治, 藤本文朗, 井上和子, 岡田幸夫, 岩本信行, 田淵健次朗, 花田雅憲: 頭部外傷の精神医学的研究, 精神経誌, 67; 398 (1965)
- (8) 三好郁男: 頭部外傷後の神経症の臨床的研究—その生活史的, 力動的追求—, 精神経誌, 70; 541 (1968)
- (9) 畑下一男: 頭部外傷後の神経症, 臨床精神医学, 4; 385 (1975)
- (10) 財全日本交通安全協会: 警察庁交通局監修交通統計, 昭和57年版, (1983)
- (11) 内閣総理大臣官房交通安全対策室: 交通安全教育の総合的・計画的推進に関する調査研究(要約), 交通安全調査季報, 16 (1983)
- (12) 総理府: 交通安全シンポジウム, 事例発表資料 (1983)
- (13) 財厚生統計協会: 国民衛生の動向, 昭和58年, (1983)

表2 全国の交通事故発生状況¹⁰⁾

| 区分 年別 | 発 生 件 数 | | | 死 者 数 | | | 負 傷 者 数 | | |
|------------|------------------|-----|---------------|--------|-----|---------------|---------|-----|---------------|
| | 件 数 | 指数 | 1日当たり 平均件数 | 人 数 | 指数 | 1日当たり 平均人数 | 人 数 | 指数 | 1日当たり 平均人数 |
| 昭和 元～20 | 919,870 | — | — | 58,902 | — | — | 682,250 | — | — |
| 21 | 12,504 | — | 34.3 | 4,409 | 26 | 12.1 | 12,655 | 1 | 34.7 |
| 22 | 17,778 | — | 48.7 | 4,565 | 27 | 12.5 | 16,852 | 2 | 46.2 |
| 23 | 21,341 | — | 58.5 | 3,848 | 23 | 10.5 | 17,609 | 2 | 48.2 |
| 24 | 25,113 | — | 68.8 | 3,790 | 23 | 10.4 | 20,242 | 2 | 55.5 |
| 25 | 33,212 | — | 91.0 | 4,202 | 25 | 11.5 | 25,450 | 3 | 69.7 |
| 26 | 41,423 | — | 113.5 | 4,429 | 26 | 12.1 | 31,274 | 3 | 85.7 |
| 27 | 58,487 | — | 160.2 | 4,696 | 28 | 12.9 | 43,321 | 4 | 118.7 |
| 28 | 80,019 | — | 219.2 | 5,544 | 33 | 15.2 | 59,280 | 6 | 162.4 |
| 29 | 93,869 | — | 257.2 | 6,374 | 38 | 17.5 | 72,390 | 7 | 198.3 |
| 30 | 93,981 | — | 257.5 | 6,379 | 38 | 17.5 | 76,501 | 8 | 209.6 |
| 31 | 122,691 | — | 336.1 | 6,751 | 40 | 18.5 | 102,072 | 10 | 279.6 |
| 32 | 146,833 | — | 402.3 | 7,575 | 45 | 20.8 | 124,530 | 13 | 341.2 |
| 33 | 168,799 | — | 462.5 | 8,248 | 49 | 22.6 | 145,432 | 15 | 398.4 |
| 34 | 201,292 | — | 551.5 | 10,079 | 60 | 27.6 | 175,951 | 18 | 482.1 |
| 35 | 449,917 | — | 1,232.6 | 12,055 | 72 | 33.0 | 289,156 | 29 | 792.2 |
| 36 | 493,693 | — | 1,352.6 | 12,865 | 77 | 35.2 | 308,697 | 31 | 845.7 |
| 37 | 479,825 | — | 1,314.6 | 11,445 | 68 | 31.4 | 313,813 | 32 | 859.8 |
| 38 | 531,966 (11,830) | — | 1,457.4 | 12,301 | 73 | 33.7 | 359,089 | 37 | 983.8 |
| 39 | 557,183 (12,767) | — | 1,526.5 | 13,318 | 79 | 36.5 | 401,117 | 41 | 1,099.0 |
| 40 | 567,286 (11,922) | — | 1,554.2 | 12,484 | 74 | 34.2 | 425,666 | 43 | 1,166.2 |
| 41 | 425,944 (13,257) | 59 | 1,167.0 | 13,904 | 83 | 38.1 | 517,775 | 53 | 1,418.6 |
| 42 | 521,481 (12,885) | 73 | 1,428.7 | 13,618 | 81 | 37.3 | 655,377 | 67 | 1,795.6 |
| 43 | 635,056 (13,556) | 88 | 1,739.9 | 14,256 | 85 | 39.1 | 828,071 | 84 | 1,268.7 |
| 44 | 720,880 (15,396) | 100 | 1,975.0 | 16,257 | 97 | 44.5 | 967,000 | 99 | 2,649.3 |
| 45 | 718,080 (15,801) | 100 | 1,967.3 | 16,765 | 100 | 45.9 | 981,096 | 100 | 2,687.9 |
| 46 | 700,290 (15,340) | 98 | 1,918.6 | 16,278 | 97 | 44.6 | 949,689 | 97 | 2,601.9 |
| 47 | 659,283 (15,009) | 92 | 1,806.3 | 15,918 | 95 | 43.5 | 889,198 | 91 | 2,429.5 |
| 48 | 586,713 (13,791) | 82 | 1,607.4 | 14,574 | 87 | 39.9 | 789,948 | 81 | 2,164.2 |
| 49 | 490,452 (10,845) | 68 | 1,343.7 | 11,432 | 68 | 31.3 | 651,420 | 66 | 1,784.7 |
| 50 | 472,938 (10,165) | 66 | 1,295.7 | 10,792 | 64 | 29.6 | 622,467 | 63 | 1,705.4 |
| 51 | 471,041 (9,196) | 66 | 1,290.5 | 9,734 | 58 | 26.6 | 613,957 | 63 | 1,677.5 |
| 52 | 460,649 (8,487) | 64 | 1,262.1 | 8,945 | 53 | 24.5 | 593,211 | 60 | 1,625.2 |
| 53 | 464,037 (8,311) | 65 | 1,271.3 | 8,783 | 52 | 24.1 | 594,116 | 61 | 1,627.7 |
| 54 | 471,573 (8,048) | 66 | 1,292.0 | 8,466 | 50 | 23.2 | 596,282 | 61 | 1,633.6 |
| 55 | 476,677 (8,329) | 66 | 1,302.4 | 8,760 | 52 | 23.9 | 598,719 | 61 | 1,635.8 |
| 56 | 485,578 (8,278) | 68 | 1,330.4 | 8,719 | 52 | 23.9 | 607,346 | 62 | 1,664.0 |
| 57 | 502,261 (8,606) | 70 | 1,376.1 | 9,073 | 54 | 24.9 | 626,192 | 64 | 1,715.6 |

注1 昭和34年までは、軽微な被害（8日未満の負傷、2万円以下の物的損害）事故は含まれていない。

2 昭和41年以降の件数には、物損事故を含まない。

3 昭和21年以降46年までは、沖縄県分を含まない。

4 () 内の数字は、死亡事故件数を内数で表す。

表3 昭和57年の学齢別交通事故死者数と負傷者数¹⁰⁾

| 区分 学 齢 別 | | 死者数 | 構成率 | 前 年 比 | | 負傷者数 | 構成率 | 前 年 比 | |
|-----------------------|------|-----|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | | | | 増減数 | 増減率 | | | 増減数 | 増減率 |
| 未 就 学 児 童 | 幼 児 | 265 | 31.3 | + 41 | +18.3 | 15,714 | 17.6 | -1,084 | - 6.5 |
| | 幼稚園児 | 209 | 24.7 | - 15 | - 6.7 | 18,172 | 20.4 | - 338 | - 1.8 |
| | 小 計 | 474 | 56.0 | + 26 | + 5.8 | 33,886 | 38.0 | -1,422 | - 4.0 |
| 小 学 生 | 1 年 | 85 | 10.0 | - 12 | -12.4 | 10,427 | 11.7 | - 195 | - 1.8 |
| | 2 年 | 70 | 8.3 | - 9 | -11.4 | 8,738 | 9.8 | + 238 | + 2.8 |
| | 3 年 | 43 | 5.1 | - 10 | -18.9 | 7,227 | 8.1 | + 198 | + 2.8 |
| | 4 年 | 26 | 3.1 | - 3 | -10.3 | 5,755 | 6.5 | + 111 | + 2.0 |
| | 5 年 | 24 | 2.8 | - 3 | -11.1 | 4,764 | 5.3 | + 272 | + 6.1 |
| | 6 年 | 22 | 2.6 | + 2 | +10.0 | 4,179 | 4.7 | + 215 | + 5.4 |
| | 小 計 | 270 | 31.9 | - 35 | -11.5 | 41,090 | 46.1 | + 839 | + 2.1 |
| 中 学 生 | 1 年 | 21 | 2.5 | + 1 | + 5.0 | 4,951 | 5.6 | + 62 | + 1.3 |
| | 2 年 | 37 | 4.3 | + 4 | +12.1 | 4,783 | 5.4 | + 443 | + 9.3 |
| | 3 年 | 45 | 5.3 | + 13 | +40.6 | 4,364 | 4.9 | + 578 | +15.3 |
| | 小 計 | 103 | 12.1 | + 18 | +21.2 | 14,098 | 15.9 | +1,083 | + 8.3 |
| 合 計 | | 847 | 100.0 | + 9 | + 1.1 | 89,074 | 100.0 | + 500 | + 0.6 |

注 幼稚園児には保育園を含む（以下の各表について同じ）。

表4 時間帯別・学齢別交通事故死者数と負傷者数¹⁰⁾

| 時間帯別 学齢別 | 未就学児童 | | 小学生 | | 中学生 | 合計 | 構成率 | 前年比 | |
|-------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|------------------|
| | 幼児 | 幼稚園児 | 1~3年生 | 4~6年生 | | | | 増減数 | 増減率 |
| 0時~2時 | 55 | 20 | 32 | 42 | 5 121 | 7 270 | 0.8 0.3 | + 6 + 11 | + 600.0 + 4.2 |
| 2時~4時 | 13 | 7 | 22 | 2 19 | 10 75 | 12 136 | 1.4 0.2 | + 1 - 14 | + 9.1 - 9.3 |
| 4時~6時 | 1 29 | 27 | 1 49 | 1 50 | 9 135 | 12 290 | 1.4 0.3 | + 5 + 40 | +71.4 +16.0 |
| 6時~8時 | 4 205 | 1 325 | 14 1,373 | 3 689 | 5 1,451 | 27 4,043 | 3.2 4.5 | - 3 - 175 | -10.0 - 4.1 |
| 8時~10時 | 24 1,373 | 16 1,760 | 11 1,537 | 3 919 | 4 1,384 | 58 6,973 | 6.8 7.8 | - 5 - 232 | - 7.9 - 3.2 |
| 10時~12時 | 42 2,670 | 21 1,765 | 1,818 | 4 1,106 | 7 810 | 92 8,195 | 10.9 9.2 | + 13 - 283 | +16.5 - 3.3 |
| 12時~14時 | 47 2,414 | 16 2,286 | 33 3,203 | 12 1,673 | 8 1,529 | 116 11,105 | 13.7 12.5 | + 6 + 94 | + 5.5 + 0.9 |
| 14時~16時 | 45 3,234 | 46 4,203 | 48 6,924 | 12 2,933 | 10 1,948 | 161 19,242 | 19.0 21.6 | - 40 + 117 | -19.9 + 0.6 |
| 16時~18時 | 61 3,733 | 75 5,685 | 49 8,419 | 17 4,830 | 16 3,309 | 218 25,976 | 25.7 29.2 | + 1 + 316 | + 0.5 + 1.2 |
| 18時~20時 | 23 1,488 | 23 1,779 | 20 2,508 | 16 1,958 | 11 2,258 | 93 9,991 | 11.0 11.2 | + 23 + 543 | +32.9 + 5.7 |
| 20時~22時 | 12 373 | 8 261 | 4 375 | 1 380 | 10 812 | 35 2,201 | 4.1 2.5 | - 5 + 85 | -12.5 + 4.0 |
| 22時~24時 | 6 127 | 1 54 | 106 | 1 99 | 8 266 | 16 652 | 1.9 0.7 | + 7 - 2 | +77.8 - 0.3 |
| 合計 | 265 15,714 | 209 18,172 | 198 26,392 | 72 14,698 | 103 14,098 | 847 89,074 | 100.0 100.0 | + 9 + 500 | + 1.1 + 0.6 |

表5 曜日別・学齢別交通事故死者数と負傷者数¹⁰⁾

| 学齢別 曜日別 | 未就学児童 | | 小学生 | | 中学生 | 合計 | 構成率 | 前年比 | |
|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| | 幼児 | 幼稚園児 | 1~3年生 | 4~6年生 | | | | 増減数 | 増減率 |
| 日 | 31 2,631 | 31 2,824 | 42 3,785 | 17 2,568 | 27 2,324 | 148 14,132 | 17.5 15.9 | + 29 + 610 | +24.4 + 4.5 |
| 月 | 29 2,217 | 30 2,486 | 23 3,625 | 9 2,051 | 16 2,024 | 107 12,403 | 12.6 13.9 | - 20 + 86 | -15.7 + 0.7 |
| 火 | 42 2,082 | 33 2,442 | 26 3,694 | 8 1,872 | 8 1,812 | 117 11,902 | 13.8 13.4 | + 1 - 449 | + 0.9 - 3.6 |
| 水 | 38 2,025 | 25 2,440 | 26 3,601 | 8 1,971 | 8 1,880 | 105 11,917 | 12.4 13.4 | + 9 - 175 | + 9.4 - 1.4 |
| 木 | 38 2,118 | 27 2,269 | 21 3,477 | 5 1,931 | 16 1,764 | 107 11,559 | 12.6 13.0 | - 7 + 264 | - 6.1 + 2.3 |
| 金 | 37 2,056 | 31 2,420 | 22 3,656 | 11 1,810 | 15 1,853 | 116 11,795 | 13.7 13.2 | - 2 - 321 | - 1.7 - 2.6 |
| 土 | 50 2,585 | 32 3,291 | 38 4,554 | 14 2,495 | 13 2,441 | 147 15,366 | 17.4 17.3 | - 1 + 485 | - 0.7 + 3.3 |
| 合計 | 265 15,714 | 209 18,172 | 198 26,392 | 72 14,698 | 103 14,098 | 847 89,074 | 100.0 100.0 | + 9 + 500 | + 1.1 + 0.6 |

注 各種の上段の数値は死者数，下段は負傷者数である。

表6 通行目的別・学齢別歩行者の交通事故死者数と負傷者数¹⁰⁾

| 年 齡 別 / 通 行 目 的 別 | 未就学児童 | | 小 学 生 | | 中 学 生 | 合 計 | 構 成 率 |
|---|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|---------------|----------------|
| | 幼 児 | 幼 園 稚 児 | 1～3 年 生 | 4～6 年 生 | | | |
| 通園通学 | 13 | 25 1,405 | 37 3,547 | 3 1,148 | 3 1,013 | 68 7,126 | 12.1 15.3 |
| レジャー | 83 3,016 | 48 3,333 | 32 3,169 | 6 838 | 3 230 | 172 10,586 | 30.6 22.7 |
| その他 | 122 7,774 | 112 8,470 | 68 8,738 | 17 2,771 | 3 1,058 | 322 28,811 | 57.3 61.9 |
| 不 明 | 9 | 11 | 4 | 1 | — | 25 | 0.1 |
| 合 計 | 205 10,812 | 185 13,219 | 137 15,458 | 26 4,758 | 9 2,301 | 562 46,548 | 100.0 100.0 |

注 各欄の上段の数値は死者数，下段は負傷者である。

表7 自宅からの距離別・学齢別歩行者の交通事故死者数と負傷者数¹⁰⁾

| 学 齡 別 / 自 宅 か ら の 距 離 別 | 未就学児童 | | 小 学 生 | | 中 学 生 | 合 計 | 構 成 率 |
|--|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|---------------|----------------|
| | 幼 児 | 幼 園 稚 児 | 1～3 年 生 | 4～6 年 生 | | | |
| 50m未満 | 106 4,775 | 70 4,469 | 24 3,285 | 5 773 | 178 | 205 13,480 | 36.5 29.0 |
| 50m以上 | 19 1,351 | 16 1,814 | 16 1,883 | 4 525 | 141 | 55 5,714 | 9.8 12.3 |
| 100m以上 | 34 2,007 | 48 3,548 | 50 4,945 | 8 1,449 | 2 676 | 142 12,625 | 25.3 27.1 |
| 500m以上 | 13 900 | 18 1,573 | 21 2,917 | 4 998 | 7 602 | 63 6,990 | 11.2 15.0 |
| 1,000m以上 | 33 1,779 | 33 1,815 | 26 2,428 | 5 1,013 | 704 | 97 7,739 | 17.2 16.6 |
| 合計 | 205 10,812 | 185 13,219 | 137 15,458 | 26 4,758 | 9 2,301 | 562 46,548 | 100.0 100.0 |

注 各欄の上段の数値は死者数，下段の数値は負傷者である。

表8 道路形状別・地形別交通事故発生件数¹⁰⁾

| 道路形状別 | | 地形別 | | 市街地 | | | | 非市街地 | | 合計 | |
|------------------|-------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|------------------|----|--|
| | | 都市部 | | その他 | | 件数 | 構成率 | 件数 | 構成率 | | |
| | | 件数 | 構成率 | 件数 | 構成率 | | | | | | |
| 交 差 点 | 交差点内 | 129,429 | (25.8) 54.6 | 52,275 | (10.4) 48.7 | 60,428 | (12.0) 38.2 | 242,132 | 48.2 | | |
| | 交差点付近 | 35,422 | (7.0) 15.0 | 12,949 | (2.6) 12.1 | 13,398 | (2.7) 8.5 | 61,769 | 12.3 | | |
| | 小計 | 164,851 | (32.8) 69.6 | 65,224 | (13.0) 60.8 | 73,826 | (14.7) 46.7 | 303,901 | 60.5 | | |
| 単 路 部 分 | トンネル、屈曲、まがり角付近、坂道 | 1,202 | (0.2) 0.5 | 748 | (0.2) 0.7 | 2,291 | (0.4) 1.5 | 4,241 | 0.8 | | |
| | その他の単路部分 | 70,035 | (14.0) 29.6 | 40,835 | (8.1) 38.0 | 81,034 | (16.1) 51.3 | 191,904 | 38.2 | | |
| | 小計 | 71,237 | (14.2) 30.1 | 41,583 | (8.3) 38.7 | 83,325 | (16.5) 52.8 | 196,145 | 39.0 | | |
| 踏切 | | 86 | (0.0) 0.0 | 54 | (0.0) 0.0 | 223 | (0.1) 0.1 | 363 | 0.1 | | |
| その他 | | 713 | (0.2) 0.3 | 522 | (0.1) 0.5 | 617 | (0.1) 0.4 | 1,852 | 0.4 | | |
| 合計 | | 236,887 | (47.7) 100.0 | 107,383 | (21.4) 100.0 | 157,991 | (31.4) 100.0 | 502,261 | (100.0) 100.0 | | |

注 () 内の数は、全発生件数に対する構成率を表す。

表9 諸外国における交通事故死者数の推移¹⁾

| 区分 国別 | 交通事故死者数 | | | | | | | 人口10万人当たり死者数 | | | | | | | 自動車1万台当たり死者数 | | | | | | | |
|----------|---------|--------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|---------------|------|------|------|------|---|
| | 1970 | 1975 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1970 | 1975 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1970 | 1975 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | |
| カナダ | 5,080 | 6,061 | 5,307 (1976) | 5,200 | — | — | — | 23.8 | 26.7 | 22.9 | 22.0 | — | — | — | — | — | 4.6 (1976) | 4.0 | — | — | — | — |
| アメリカ | 52,627 | 44,525 | 47,787 | 50,331 | 51,088 | 51,091 | 49,268 | 26.1 | 22.6 | 22.1 | 23.7 | 23.2 | 22.4 | 21.4 | 5.0 | 3.5 | — | — | 3.6 | 3.3 | 3.2 | |
| 西ドイツ | 19,193 | 14,870 | 14,978 | 14,662 | 13,222 | 13,041 | 11,674 | 31.1 | 24.0 | 24.4 | 23.9 | 21.6 | 21.2 | 18.9 | 13.2 | — | 7.0 | 6.8 | 5.4 | 5.2 | 4.5 | |
| フランス | 15,034 | 12,996 | 12,961 | 11,957 | 12,197 | 12,384 | — | 28.5 | 24.9 | 24.4 | — | 22.8 | 23.1 | — | 9.5 | 7.6 | 6.7 | — | 6.0 | 5.7 | — | |
| イタリア | 10,208 | 9,511 | 8,221 | 7,865 | 8,318 | 8,537 | 8,072 | 24.3 | 17.0 | 14.6 | 14.0 | 14.6 | 15.0 | 14.1 | 11.7 | — | 5.0 | 4.9 | 4.4 | 4.2 | 4.0 | |
| イギリス | 7,499 | 6,366 | 6,614 | 6,231 | 6,352 | 6,239 | 6,069 | 14.2 | 11.4 | 11.8 | 12.2 | 11.7 | 11.2 | 10.9 | 5.9 | — | 4.1 | 4.2 | 3.5 | 3.4 | 3.3 | |
| オランダ | 3,181 | 2,321 | 2,583 | 2,894 | 1,977 | 1,997 | 1,807 | 24.4 | 17.0 | 18.6 | 16.5 | 14.1 | 14.1 | 12.7 | 11.2 | — | 6.1 | 5.5 | 4.4 | 4.0 | 3.6 | |
| オーストリア | 2,238 | — | — | 1,886 | 1,901 | 1,742 | 1,695 | — | — | — | 25.1 | 25.1 | 23.2 | 22.6 | — | — | — | 8.2 | 7.9 | 6.9 | 6.5 | |
| デンマーク | 1,208 | 827 | 828 | 549 | 730 | 690 | 662 | 24.8 | — | 16.2 | 16.6 | 14.3 | 13.5 | 12.9 | 9.1 | — | 5.0 | 5.1 | 5.0 | 4.1 | 4.0 | |
| ベルギー | 1,544 | 2,346 | 2,522 | 2,489 | 2,329 | 2,396 | 2,216 | 30.2 | 24.6 | 25.6 | 26.3 | 23.6 | 24.3 | 22.5 | 12.0 | 8.2 | 8.0 | 8.2 | 6.8 | 6.8 | 6.2 | |
| ノルウェー | 560 | 539 | 442 | 34 | 437 | 362 | 338 | 15.4 | 14.5 | 10.9 | 10.7 | 10.7 | 8.8 | 8.2 | 6.6 | 5.1 | 3.5 | 3.4 | 3.2 | 2.5 | 2.3 | |
| スウェーデン | 1,307 | 1,172 | 1,031 | 1,234 | 926 | 848 | 784 | 17.1 | — | 12.5 | 12.5 | 11.2 | 10.2 | 9.4 | 5.6 | — | 3.4 | 3.4 | 3.0 | 2.7 | 2.4 | |
| スイス | 1,694 | 1,243 | 1,302 | 1,268 | 1,268 | 1,246 | 1,165 | 25.8 | 19.7 | 20.5 | 20.0 | 20.0 | 19.7 | 18.0 | 10.6 | — | 6.2 | 6.1 | 5.2 | 4.9 | 4.2 | |
| 日本 | 16,765 | 10,792 | 8,945 | 8,783 | 8,466 | 8,760 | 8,719 | 16.2 | 9.6 | 7.8 | 7.6 | 7.3 | 7.5 | 7.4 | 9.0 | 3.7 | 2.7 | 2.5 | 2.3 | 2.2 | 2.1 | |

注1 諸外国の死者数等については国連ヨーロッパ経済委員会資料による。

注2 日本の数値は警察統計による。

成人に達した自閉症児の事例研究

— 家族の態度を中心として —

今田 芳枝

児童精神衛生部

A Follow-up Study of two Autistic Children :
Viewed from Parents' Attitudes toward children

Yoshie Imada

Division of Child Mental Health

Summary

Two autistic children and their mothers were given treatment for 25 years in the out-patient clinic which was affiliated with our NIMH. Although their basic personality traits were very similar, their social status and functions in adulthood were remarkably different, because of their parents attitudes toward their children. The author has tried to compare of parents' attitudes and backgrounds of two families.

1. はじめに

Kanner, L が早期幼児自閉症 (Early Infantile Autism) の論文を発表して40年余り経た、その後報告された多くの自閉症児の症例も、現在では青年あるいは成人に達している。近年それらの症例の長期予後の報告もされ follow-up に関する研究報告も多数発表されているが、いずれも予後は思わしくない。

Kanner, L^(1,2)1971年の自閉症児の長期予後調査の結果では、11例の自閉症児のうち成人の後に何らかの形で社会に適応しているものは2例であった。またわが国の自閉症児の予後調査研究では、1975年若林ら⁽³⁾によると、追跡が可能であった34例の自閉症児のうち青年以降に就労、家事の手伝いあるいは義務教育以上の高等教育を受けているなど社会適応が認められるものは9例であった。また玉井ら^(4,5,6)による31例の自閉症児の追跡研究でも5例は青年または成

人になり就業や家事につくなど、社会に適応しているが、大半は予後は思わしくない。

自閉症児に関する家族力動や家族関係も横断的に家族の養育態度の分析など数多くの研究が報告されているが、長期間にわたって治療を継続した事例についての報告は少い。筆者は自閉症児の長期にわたる親子並行治療を経験し、自閉症児の幼児期から成人に達するまでの症状の変化および母親の養育態度の変遷、母子関係の力働について観察する機会を得た。本稿では幼児の頃に当研究所相談室を訪れた2症例の児童・青年・成人に至るまでの成長過程と、家族関係について報告する。

2. 症 例

症例(1) は幼児期より密接な母子関係を保ち母子分離不安が極度に認められ、児童期を過ぎてからも母子が相互に依存しあい成人に達しても社会的自立がなされずに母子共生的な関係を

保ちつづけている現在31歳の女性で早期幼児自閉症といえる事例である。

症例(2) 両親の適切な教育的配慮がなされた結果早くから日常生活の自立が達成し、高等学校卒業後に社会人としての自立が可能となった現在28歳の男性の事例である。

症例(1) : S. K. 女性 (初診時の年齢5歳3カ月)

主訴：言語発達遅滞，友だちと遊べない。

家族関係：父親は相談室を訪れた当時31歳で公務員，母親は28歳の主婦，患児と両親の3人家族であった。両親はいとこ同志で各々が長子であるため患児の出産には，この両親や親戚からも期待されていた。両親の祖父母たちはともに近距離に住み家代々の地主であった。この地域では裕福な一族で父親の弟や妹たちの家族は教員や公務員などの職業につき，母親の弟妹も商店や会社の経営や公務員などの仕事につき経済的に安定している家族である。

生育歴および既往歴：妊娠中は軽い高血圧と妊娠中毒症にかかる。9カ月の早産でお産は重かったという。生下時体重は1,500gの末熟児で生れた。発育は順調で1歳3カ月で歩行したが言葉はおそかった。母親によるとほとんど鸚鵡返しの言葉で会話にならずあやしても笑わなかったという。2歳6カ月の時ストーブにかけてあった薬罐の熱湯をあげ右肘と右脚に火傷し現在もその跡が認められる。

幼児期の母子関係：患者の興味は動物のぬいぐるみや動物の絵に限られ収集しつづけていた。初診時の頃から衣服の胸に兎・犬・猫のブローチを沢山つけてくる。また兎・犬・猫のぬいぐるみや動物の図鑑・絵本など持参し治療中も自分の身のまわりに一定の順序に並べ他の人の手に触れることを嫌った。特定の動物への固執，同一性保持や常同行為が目立ち親や周囲の人たちに関心を示さなかった。

必要なものは自分でとり患児からの甘えや要求はなく5歳までに食事や排泄の習慣，衣服の

着脱など日常生活の習慣は自立ができていた。会話は話かけに応じないため動作をみて「……がほしいの?」「……いらないの?」と話かけても患児は「……がほしいの?」「……いらないの?」と母親と同じ口調でいう。

母親が話かけても無関心な態度を示し強くと反響言葉がかえってくるがその会話の内容は理解している。このような状態に母親は言葉を教えることをあきらめて強いて話し方にも工夫することもせず「いってもわからない」と患児の動作をみて黙ってやってやるが多かった。

治療態度：治療は主として母親を中心として1週間に1回の定期的な面接をおこなった。

患児が小学校特殊学級に通いはじめた頃に担任教師からおちつきがなく行動が多動であり危いから授業が終るまで母親が同伴するようにといわれた。そのため母親は通学を拒否されたのではと思ひ不安となり頭痛やめまいのため他の総合病院内科・神経科に通ったこともある。当研究所での患児の治療には父親や祖母，叔母などが患児を伴って通ってきた。来所時には自宅から動物のぬいぐるみ絵本や図鑑，大型のテープレコーダーなど多くの荷物を治療室へ持込むことに固執したため，父親が患児の持参する荷物を自動車で運んできた時期もあった。父親が仕事を休んで患児に同伴を続けるには限度があり母親が自動車の運転免許を取得して車を運転してきたが，患児が「ママ運転へた」といいそれを嫌った。その後は車での来所はなくなった。しかし患児の動物のぬいぐるみなどの荷物を持参することを固執しつづけるため2つのポストンバックに玩具や絵本を入れ患児に持たせて来所する時期がつづいたが患児の要求に母親がほんろうされる状態がみられた。

母親は性格も明るく社交性もあるが人格は未成熟で女学生のような性格からぬげだせず台風の夜に雨戸を締め耳をおさえて恐しいという。また父親が出張のため留守する夜は一日中眠れないという。両親の実家が近距離にあり患児の

家族との往来も頻繁であり結婚後も何かと世話をやくことが多かった。

父親は几帳面、真面目、堅実な性格で家庭的な人である。国立大学卒業後公務員として20年余り勤め退職し一流企業の管理職の地位になった。患児が23歳の時糖尿病を罹患し弱視、腎臓機能不全のため治療をつづけたが患児が28歳の時に死亡した。

現在は患児と母親の2人の生活であるが親族との密接な関係に支えられ、生活の不安は少なく父親の死亡後も患児の日常生活の状態や、家庭での患児と母親の共生的な関係には大きな変化はない。

考 察：

本症例では両親間の不和など家族内の緊張は全く認められなかった。しかし母親の性格は未成熟で養育においてもわが子を溺愛し過保護であり患児を「わが家の女王さま」と称し、現在まで患児の執拗な要求にも望むままに患児中心の生活をおくってきた。その様子は母親が自閉症児親の会の機関誌に投稿した文章の中に「中学2年のなか頃になり、兎は猫にかわり、ぬいぐるみ猫の王さまには、たくさんいろいろな家来猫が所狭しと城に待っています。幻想的で不思議な絵を描き、毛糸で刺してオリジナルなドアマットも作ります。ミシンも使いこなすようになって、フェルトぬいぐるみの材料を全種類買い込み、その完成品を自分の部屋の中に整列させ、二段ベッドの上段で寝起しています。天性の創造力で何でも作り出し、だれはばかりことなく自由に自分の部屋を構成し、自分かつてなしきたりを作って家族にもしたがわせ、明るくのびのびと生きている。ほんとうに女王さまのようです」と書かれている。

父親の死亡により父親に強く依存していた母親は当然、軽いうつ状態がつづいたが父親の親族との関係が変わることもなく同一地域に住む大家族の極めて強い親族関係を保っている。

患児は治療に通ってくるのが日常生活の一

部として定着している。しかし治療や教育などを受けながらもその状態には大きな変化は認められず、現在も幼児の頃と変らぬ生活を送り社会への自立の意欲は全く認められない。母親自身も母親の親族の中に安住し患児の将来の生活指標を深く考察されていないために社会人としての自立が困難となった事例である。

症例(2) : O. N. 男性 (初診時の年齢, 5歳10カ月)

主訴: 言語発達遅滞, 友だちと遊べない, 動作がおかしい。

家族関係: 父親は大企業の課長, 35歳。母親は30歳の主婦, 2歳の弟があり4人家族である。両親の出身地は九州で結婚後関西のある会社に勤務し, 患児が2歳の時関西から現在住んでいる町に転勤してきた。父親は学生時代は都心に住み友人も多い。近隣との付き合いもよく父親の職場関係の来客も多い。

生育歴および既往歴: 胎生期は特に異常はなかった。難産で生下時体重は3,300gであった。発育は順調で1歳すぎて歩行し言葉も2歳頃2,3の片言をいい言葉がおそいと思っていた。3歳頃には食事, 排泄の習慣, 衣服の着脱などは自立し助けなかった。著患歴はないが3歳5カ月の時弟が生まれた頃から遺尿や嘔吐が2カ月位いつづき外出を嫌い家族とも話さなくなった。

幼児期の母子関係: 乳児の頃からおとなしくあやしたり抱いたりしても笑い顔をみせなかった。また視線があうことが少なく母親の姿をさがしたり, 後を追うこともなく1人遊びをつづけていた。そのため母親は変わった子どもだと思ったが特に異常であるとは思わずにいた。幼稚園に入園してまもなく担任の先生から他の子どもに関心を示さず室外にでてしまい, 集団行動がとれないなど指摘され, 専門医の受診をすすめられてから患児の異常を疑うようになった。当研究所相談室へ来所した頃には両親は自閉症に関する知識をもち, 母親は子どもにできるだけ話かけをする, 身体に触れる, 背中を軽く叩

いて注意を母親に向けさせるなどの努力がみられた。しかし患児は母親が身体に触れようとすると手で払いのけたり母親を押し拒否しつづけていた。治療場面でも筆者が話かけても関心を示さず、大声をあげ空笑があり1人言をいいながら動きまわり落ち着きがない行動と自閉的な状態が目立った。

治療態度：母親は「夫や患児の弟が犠牲にならない範囲で患児のためにできる限りのことはしたい」といい家族に対する配慮と、患児の治療への積極性を示し治療には弟の方は近隣の主婦に預けられた。母親は幼児がいると充分話せないからといていた。このような点にも母親の治療への積極的な姿勢と、母親の近隣との関係の良さがうかがえる。

母親の性格は明るく、交友関係もひろい。話かたは言葉が明瞭で声量があり、気丈な包容力のある女性といった印象であった。

父親は国立大学を卒業後一流企業に勤め母親とは恋愛結婚である。性格は温厚で外向的である。初診時の頃には職場で重要な地位にあり新製品の開発に著名をなした。仕事は多忙で帰宅時間もおそかったが会社の仲間を自宅に招待することも多い。母親も来客に対して「わざわざ酒席の用意はしない。2人の子どもも同席して賑やかでよい」と、患児が来客の席で異常な行動をとっても、それを恥じることもなく開放的な態度をとってきた。

両親とも知的で情緒面も豊かであり経済的にも安定している。患児の将来についての両親の態度は一致していて、成人後は社会人として自活させたいと早くから希望していた。そのためには患児が通う小学校や中学校を、治療にも通えるような便利な位置に住居を移すなど家族ぐるみで協力している。また患児が小学校に入るとテレビを家族全員で視聴しないようにし、読書や字を書く物を作ることへの興味をもたせるため家族が模範を示した。

障害のある子どもを特別扱いをせず両親とも養育や将来について話しあい、一致した方針

をたてて患児の自立をうながした。

考 察：

この両親の特徴は夫婦とも患児の自立に積極的であり早くから患児の状態を客観的に把握していたことである。患児にあった治療機関や教育機関を求めて家族は2度も住居を変っている。患児の通った養護学校には当時中学校までであった。両親は他の親たちとともに、地域の自閉症児の親の会や国・県の行政機関など各方面に働きかけて、養護学校に始めて高等部の新設を実現させた。患児は中学校を卒業すると、その年に高等部に進むことができた。このようなことは家族の協力とたゆまぬ努力の結果と考えられる。

児童期からの患児の興味はもっぱら乗物に限られていた。小学3年生の頃までは自動車の絵をかき小学4年生から電車の絵かきに熱心であった。その絵も目測で定規を用いずに極めて正確な製図のような緻密な乗物の絵で、書いた絵をハサミで切り抜くと立体的な自動車や電車になり、電車の屋根にパンダグラフをつける絵を毎日自宅や当研究所でも書いていた。ある時筆者が月刊雑誌「列車マニア」を贈ったことがある。患児は「見た」といい本を放りだしたが既に毎月購読している雑誌であったことがわかった。両親は子どもに本を与え読むことに興味を向けさせたり関心のある鉄道や自動車などの乗物に実際に見るために患児を伴って旅行や外出を頻繁におこなうなど早くから通学にバスを利用することに慣らすなどの心構えがみられた。患児の興味あることを媒体として次第に他の物への関心をひろげ自立への訓練をつづけてきた。また養護学校高等部の卒業まじかに控えて町工場へ実習に通っていた。ある日実習に行く朝家を出て最寄の駅で電車を待っていたが「事故で電車が不通である」と構内放送を聞くと、切符の払い戻しをしないで工場まで歩いたことがあった。患児は駅員の放送を聞いて機転を働かせて一度も歩いたことのない道を約

4 km歩いて実習先の会社まで自分の判断でいくことができた。このことをきっかけに両親は患児が社会に出て仕事をするができるという確信を得たという。現在実習先であった会社に勤めて10年目になりすっかり職場に定着し28歳になった。

2症例の成長過程の詳細については、両者の比較するため別表にまとめた。

3. まとめ

自閉症児の家族研究の初期の頃に自閉症児をもつ母親または父親に特有な性格をもち知的能力も高く社会的にも良い地位にあり経済的にも豊かな生活をしているが、家族関係は比較的冷淡であるという報告もみられた。しかし最近の研究では必ずしもそのような結果は得られていない。

本論文で報告した2症例の家族をみても、ともに核家族ではあるが、両者の共通性をみいだすことは困難である。症例(1)は父親の死別後にも生活上の不安や危機感がなく近隣に住む親族関係が緊密で経済的にも豊かな環境にあり親近者による過度な擁護がみられる。

即ち母親自身がその親族に生活を依存し、患児の将来への自立やその準備や計画がみられなかった。症例(2)は患児の障害に気づいた時から健常児と同様に養育する方針をたてていた。患児の治療や教育に対して積極的で養育態度に一貫性がみられた。この症例は患児に対し理解ある小さい会社に10年以上勤め社会に適応している。

母親の養育態度の違いにより2症例の成長過程や社会適応には相違が認められた。しかし2症例とも幼時期から変化しない本質的な特徴がある。それは同一性保持、常同行為、反響言語などである。僅かながらこだわりの対象や言語などの変化はあるが根本的には変化がみられない。

この報告をまとめるにあたり、池田由子児童

精神衛生部長および河野洋二郎主任研究官のご校閲を賜わり、ご指導いただいたことに心から感謝いたします。

参考文献

- (1) Kanner, L.: Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *J. Autism and childhood Schizophrenia*, 1, 119-145, 1971.
- (2) Kanner, L., Rodriguez, A. and Ashenden, B; How far can autistic children go in matters of social adaptation? *J. Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 9-33, 1972.
- (3) 若林慎一郎, 水野真由美: 自閉症の予後についての研究, 児童精神医学とその近接領域, 16巻, 3号, 178-196, 1975.
- (4) 玉井収介, 今田芳枝, 他: 自閉症の追跡調査, 昭和50年度, 心身障害児教育財団, 昭和51年.
- (5) 玉井収介, 今田芳枝, 田頭寿子: 自閉症児で就職に成功した一例を中心として事例研究(3), 国立特殊教育総合研究所, 昭和54年.
- (6) 玉井収介, 今田芳枝, 他: 自閉症の追跡調査(1-IV), 心身障害児教育財団, 昭和54年.
- (7) 山崎晃資他: 自閉症の両親の知能構造と家族力動——WAISによる分析——, 児童精神医学とその近接領域, 13巻, 2号, 1972.
- (8) 田中麻知子: 幼児自閉症児の家族力動の研究, 児童精神医学とその近接領域, 7巻, 4号, 1966.
- (9) 牧田清志: 自閉症の予後, 臨床精神医学 2: 939-945, 1974.
- (10) 星野仁彦他: 自閉症児の常同行動について, 小児の精神と神経, 19巻, 1, 2号, 1979.
- (11) 星野仁彦他: 自閉症児の同一性保持行動について, 小児の精神と神経, 20号, 3, 4号, 1980.
- (12) 秋山俊夫他: 母親の敏感性および敏感性と子どもの適応との関係について, 小児の精神と神経, 19巻, 4号, 1979.

-
- (13) 井原成男他：PF スタディと WISC への反応
からみた自閉症児のコミュニケーション特性，
小児と精神と神経，22巻，2号，1982.

表1 症例

| 症 例 (1) | 症 例 (2) |
|---|---|
| <p>対象者：S. K. 現在31歳の女性。 初診時期・年齢：昭和32年10月，5歳3カ月。 初診時の主訴：言語発達遅滞，友だちと遊べない。幼稚園からの紹介で来所する。 初診時の生活習慣：養育には手がかからなかった。食事，衣服の着脱，排泄の習慣など完成。津守式乳幼児精神発達検査D. Q. 39（2歳6カ月程度）M. A. は6歳以上。 治療期間：5歳から親子とも定期的治療に通い26年余りになる。現在も治療を継続している。</p> <p>就学前： 言語面は多弁，独語，反響ことば，人に伝達しようとしめない。話かけると無関心，要求は動作で示すが問いかけの言葉をそのまま「ほしいか」，「もってこようか」，「いらぬのか」ということばをつかう。 表情は喜怒哀楽を現わさないが，機嫌はよい。気にいらぬと大声で泣き騒ぐ。時には半日位泣き続ける。母親から「そんなに大声で泣くと先生に聞こえる」というと泣きやむ。次に来所した時に「先生聞こえた？」と問う。治療者「泣き声，聞こえた」というと患児は「聞こえない」と何回もいう。顔貌は愛くるしく発達のおくれはみられない。動作は早く，歩行のしかたは不自然な動きがみられる。左手利きである。 遊びの特徴は，遊戯室に入ると電灯のスイッチをつける。電灯の笠をあきずにみる。自宅から持参の兎，犬，猫のぬいぐるみ，絵本など机の上におく順序が決っている。それらを他人に触れさせない。玩具を床に落す，投げる。人形の首，手足を胴体から抜き投げすてる。落したものを患児は無言で治療者の腕</p> | <p>対象者：O. N. 現在28歳の男性。 初診時期，年齢：昭和35年12月，5歳10カ月。 初診時の主訴：言語発達遅滞，友だちと遊べない。動作がおかしい。幼稚園のすすめで来所する。 初診時の生活習慣：養育には手がかからなかった。食事，衣服の着脱，排泄の習慣など自立していた。津守式乳幼児精神発達検査D. Q. 44（2歳9カ月程度）M. A. は6歳以上。 治療期間：5歳から18歳まで13年間親子とも定期的な治療面接を続けた。養護学校の高等部卒業後，就業したため終結したが，時々 follow-up をおこなっている。</p> <p>就学前： 言語面は多弁，独語，反響ことば，確認を求める言葉を繰返す。話しかけると無関心をやそう。要求や甘えなどはしなかった。 赤ちゃんの泣き声や，外の騒音に敏感で外に確かめに行く。 表情は喜怒哀楽を現わさないが，機嫌はよい。嬉しい時，遊びが楽しい時には，両手を挙げ手首をふりながら飛び歩く行為がある。動作は素早く，歩行の速度は極めて速足であり，その動きに特徴がある。母親は「まごまご動作」とか「ごごちない動作」という。顔貌からは発達遅滞とは思えない。 遊びの特徴は，玩具に関心が少ない。積木や箱を床に並べ線路作りが中心であった。独言，空笑，奇声をいいながら両手を挙げて室内を廻りおちつかない。話かけると，奇声をあげながら室内を飛ぶように動くのが目立った行為である。室外の赤ちゃんの泣き声には外にでてみにいくなど，騒音に敏感であるが，室内に他児が入っても全く気にならない面もある。</p> |

をもち拾わせる。室内に他児が入っても無関心である。

小学生の頃：

小学校特殊学級に入ると間もなく、多動のため母親が付添うよういわれ、毎日授業の終るまで患児を伴っていた。小学校3年生の頃まで学校に行くのを嫌がり、休学することが多かった。母親は学校を休んでいる間には、1週間に2、3回の治療面接をすることを要求したこともあったが、治療計画をかえなかった。小学校6年生になって1人で通学するようになった。

遊びの特徴は、数多くの玩具を持参し、人形の首や手足を胴体から抜いて投げずることはかなり長く続いた。

漢字に興味があり、鉄道的主要路線や新幹線の駅名を始発駅から終着駅までの順番に書く。治療者が時刻表を見ながら駅名をいうと大体1人で漢字を書ける。又一度字を教えると覚えてしまう記憶のよい面もみられるが、駅名書きを「国語の書き取り」といいながら3年位続いた。テレビは幼児向番組と連続大河ドラマ・経済・ニュース解説・ニュースセンターなどNHK TV 以外みてない。

中学生の頃：

中学校特殊学級には私バスで30分の所があり1人で通学した。担任の女性教師は患児に関心を持ち、授業が終えてからも個人的に教えてくれた程の理解のある教師であった。

中学生になってもポストンバックに動物のぬいぐるみや絵本を入れて持ってくる。絵かきが主でその内容は「生きていない動物やこわくないもの」である。ぬいぐるみの形をした動物を同一型、同一色彩のものを10～15枚手早くかいている。動物の種類は、耳の型と目鼻口だけが違っている。絵は書いた順番に並べ、書き終わってから片付ける順番も決っている。

3年生になって猫人形を「ガールキャット」と患児が名付けた絵をかく。猫の顔に首から下は洋服をきた人形で、両手に5本の指、足

小学生の頃：

小学校は患児の教育の場を索した。母親は特殊学級のある小学校に入ることに反対しなかった。私バス通学は始めから1人で通えるよう予行演習した。相談室には母親が伴って訪れたが、まもなく学校が終ると1人で通い母親と相談室で待合せるようになり、各々が治療に加わった。

遊びの内容は、乗物に対する関心が強く、積木を並べ、その上に線路を作り、電車、自動車や怪獣を並べたりすることを続けた。玩具は大体同じものを使うことが多いが、遊び方は、毎回工夫され変化のある内容である。絵画は線路に砂利を敷きつめる。踏切りや遮断機、信号機など鉄道に関する絵かきが主である。自動車や列車を立体的な形を書く。治療者の手助けを求めないが確認することが多い。治療者からの話しかけを嫌い「おしゃべり、おしゃべり九官鳥」という。自宅ではテレビは見ないことにしているが、コマーシャルソングとその商品名は詳しく知っている。

中学生の頃：

中学校は家から30分位歩いて通える所にある。来所すると患児から「今日は」「さようなら」と挨拶するようになる。

遊びの内容は、乗物に関する絵かきが中心である。国鉄、私鉄、営団地下鉄など社線毎に車輛の型が違う。また路線別に特急列車の型と色、方向別先行標識の(看板)なども違っていると書きながら説明する。また確認を求めることも繰返しつつけた。車輛の前部には運転手の人物を書くようになる。

車輛は立体的に書き、外枠を切りぬくと、箱型の車体になるように工夫されている。パングクラブを作り屋根にとりつけたりもする。車輛を書く時には、指先と鉛筆で測り、物指しを使わずに器用に細い線を引き製図のような正確な車輛を書く。線路や枕木も目測で等分に書き、小さな砂利を几帳面に並べ1時間

には靴下と靴を履いている人形で、スカートと足の間から尻尾がついている絵を現在まで書きつづけている。相談室の待合室で赤ちゃんを見ると「赤ちゃん生きてるね、赤ちゃん死んでるのではないよ」と繰り返すということもたびたびあった。

中学卒業後：

中学校を卒業すると、相談室に併設されたデイケア・センターに1週4日間休まずに通ってくる。この間1週1回の面接も続けた。その内容は猫・犬・兎の絵書きが主であるが、僅かながら毛糸ししゅうやクロスステッチししゅうなどを取り入れるようになる。

言語面は多弁で一方的によく話す。2～3歳頃の失敗の話、叱られた話を繰り返すことが相変わらずであるが、話かけを“強く言う”と返事をするなど会話にもかなり変化がみられる。約10年余りデイケア・センターに通いつづけていたが、社会復帰のための通所をしながら、自主性や社会への自立もなく、ただお客さまのように過していた。

思春期の頃：

長く相談室に通ってくる患児に、男性研究員から声をかけられるが、異性に対して関心は薄い。異性について患児らしい表現として絵かき「猫人形(中学生の項参照)」に尻尾がついている。「猫の尻尾は後にある。男の人は前に尻尾がある」という。

また、ある日、駅から1人で家に帰る時、痴漢につきまともわれた。患児が玄関の鍵をあけて自宅に入ると痴漢も入り、おそわれそうになった時、丁度母親が帰宅してことなきをえたことがあり母親は大きなショックを受けた。しかし、患児は恐怖心を示さなかった。思春期に入ってから面接中に「おしっこ、おなら、せいのり話」など卑猥な言葉をよく使う。

現状：

相談室には約束の時間に遅れず、休まず来所する。入室すると次回の約束日時を確かめる。服装は子どもっぽく、冬時には重ね着を

の間に5cm位の砂利を敷きつめることに熱中してたこともあった。これらの作品は自宅に持ち帰り整理して保存し、家族の人たちにも触れさせていない。

高等学校の頃：

中学校卒業と同時に高等部が新設された。生徒の殆んどが精神薄弱の人たちである。患児は喜んで通学し、学級内活動にも積極的に参加した。当番などの決められた仕事に対して責任感が強く、その役割りをすすんでやった。朝の掃除当番の日には、1人で起き朝食を用意しお弁当を作って学校の開門を待っている。教師や生徒たちとの会話はなく、生徒たちからは患児は「特におくれている」とみられている。^{*}

高等部の3年間は部活や当番など自発的に参加して、職業訓練や実習などの経験を経て、卒業と同じに実習先の職場に就職が決った。

思春期の頃：

小学校6年生の夏休み後、急激な身体面の成長がみられ、秋頃から変声期に入った。3学期に入ると、異性(治療者と症例(1)の女子)の身体に触れようとする行為がはじまった。

中学生になると女性の教師(担任は男性)の身体に触れるため職員室でも話題になった。自宅では、母親の身体に触れたり、寄りかかってくるのを母親は拒否的態度を示すため、患児は家ではやらなくなる。また中学校の先生が「結婚する」、「赤ちゃんが生れた」とか、そういう話題をよくいうようになった。

患児の前思春期から思春期にかけての性のめざめが、このような患児の現わしかたであった。

現状：

就職すると「僕、サラリーマンになった」と電話で報告してくる。職場には休まずに通い、仕事も熱心で、責任感が強く、能率も良く上役からの評判もよい。

毎月一回、養護学校の同窓生の集いにも喜んで参加している。教師も親たちも加わり話しあいやスポーツ、ハイキングなどのレク

している。時々セーターの胸に犬・猫・兎のブローチを10コ位つけてくる。大きなショルダーバックを持参し、その中には絵かき、ししゅうの材料を1つつつ包み、包み方、並べ方順序があり、他の人に触れさせない。

絵かきは猫と兎の絵を数多くかき、同一型、同一色彩である。クロスステッチししゅうもクッションを約10年位続けて作っていたが、最近テーブルセンターにししゅうするようになり、僅かながら変えることが可能になった。

相談室に長期にわたり一つの機関に通ってくること自体が、患児の生活の一部となっている。患児に対して将来の計画がみられず、職業訓練の準備や単純作業の習得または、自宅で家事手伝いをさせることなど母親と話しあうが、「患児が関心を示さない」という。母親の依存的な態度は本質的には変わらなかった。しかも特有の言語を用い孤立的に対人関係を好まず同一性保持、常同行為など特定のものへの執拗な執着を示しつづけている。

(注)

31歳時、WAIS を施行したが、言語性テストの項目は、興味を示すが、拒否し、実施が困難であった。動作性は標準範囲。

リエーションなどがある。

自宅では乗物の絵をかいたり、列車に関する雑誌を見たり、置時計や柱時計を画用紙で立体的に作り、箱型に仕上げるのが主な遊びである。朝は自分から起きて、家族の分まで食事を作ることもある。また、風呂の掃除は丁寧に隅々まで洗い、お風呂を沸かし一番目に入る。衣服もおしゃれで、清潔にしている。

給料は計画をたて預金し、母親と買物にでかけ、スポーツシャツや撮影機、映写機も計画通り購入している。

就職して10年余りになるが、現在も通勤の帰りに道であうと「僕、元気でやっています」と患児から声をかけてくる。

しかし同一性保持に対する執拗な執着を示しつづける特有な言語を用い、他の人との密接な対人関係を保つことがないのが特徴である。

(注)

15歳時、WISC 施行

言語性 I. Q. 90, 動作性100以上, 指数 I. Q. 92

表2 症例の親

| 症 例 (1) 母親面接 | 症 例 (2) 母親面接 |
|---|---|
| <p>患児が小学生の頃：</p> <p>小学校に入って間もなく教師から「学校で事故などをおこすと困るからお母さんが一日中、付き添うように」といわれた。教師は患児を理解してくれない。やさしく話しかけてくれないと母親は教師に強く不信感をもった。患児が学校に行きたがらない時は、こういった理由で学校を休ませることが多かった。母親は患児に同調的で、過保護であった。</p> <p>3年生頃には朝1～2時間学校に出席して帰ることも多くなった。母親は心臓発作不安や三叉神経痛のため内科・神経科に時々通院したこともあった。</p> <p>相談室には母子とも熱心に通い休まなかった。来所時には必ず患児のいうなりの玩具や絵本、テープレコーダーなど数多くの荷物を持込むことを母親は協力していた。</p> <p>昭和30年代の中頃、自閉症児の親の会が地域毎に発足した。両親とも積極的に働きかけをし、その会の役員になった。</p> <p>患児が中学生の頃：</p> <p>母親によると、中学校養護学級の女性の教師は、生徒たちに優しく父兄からの評判もよく患児を良く理解してくれるため学校を休まなくなったという。1人でバス通学ができたが、母親は心配して家の近くのバス停まで迎えに行くこともあった。ある日、学校の帰りバスの行先が違っていることに気づき、バスを降り再び学校に戻り、帰宅することができたことを母親は「患児は機転をきかせることができた」と報告してきた。</p> <p>患児は知的面で普通よりも優れている点は、漢字と英文字は一度教えると覚えてしまう。また、音楽大学出身の女性を家庭教師に迎えてピアノの練習を小学校3年生から現在まで約20年間習っている。バイエルとツエルニーの始めの方は大体弾けることから、知覚や聴覚面は悪くはないと母親は述べている。</p> | <p>患児が小学生の頃：</p> <p>母親は患児の養育について言語面の積極的な話しかけをしたり、患児からの質問には即座に応じ会話は2人が向いあって話ができるようなコミュニケーションを重要視してきた。</p> <p>患児が奇妙な行動や多動など変った動作について抑制はしなかった。</p> <p>小学校に入る頃には母親に「これなあに」、「これどうするの」という問いかける言葉が始まった。同じ質問の言葉を繰返し続けるいうことを確認してもらいたいことが後になってわかった。</p> <p>小学校に入る前から学校には1人でバス通学ができるように母親と家と学校の間を往来した。また相談室にも1人で通えるような方向づけを患児になされた。このような母親の心掛けや準備があり、母親と患児の母子分離と年齢相応の生活面、社会面での自立を試みが成果として現われていた。</p> <p>患児が中学生の頃：</p> <p>母親は、患児の言語面や行動面などに積極的に注意を払った。話し相手の目をみて話すこと、良く話を聞くことを注意してきた。中学生になり、質問や要求など言葉が自由に表現できるようになり、時には、母親は「もうしつこくて返事どころかうるさくて」と笑いながら報告をしてくる。</p> <p>自宅では絵かきや紙を切りぬいて電車や時計を作っているが、遊びの内容も探索的で本を良く読むようになった。</p> <p>患児の身の辺の事は手助けをしなくなったため母親自身の時間が増えてきた。</p> <p>独言、独笑、奇妙な行為などはみられるが、自室に孤立し乗物の絵かきに熱中している。母親は「患児には未だ必要であり貴重な時間です」という。</p> |

現在の状態：

患児が30歳の頃、駅の売店で猫の形をしたケースにコンペイ糖の入っている菓子を見つけ、始めて「300円支払って買った」と得意そうに治療者に見せた。帰宅して母親に強く叱られたが、その後も駅の売店で2～3歳用の絵本を選んで買った。母親から「治療の途中に1人で買物をしてはいけない」と強く注意したという。患児が自分の欲しいものを自分で選び自分の判断で小遣いの中から買物できたことを母親は理解していない。

現在の状態：

社会人として自立した患児が勤めている会社は、障害者や高齢者を雇用する小さい町工場で、印刷、折箱を作る職場である。その仕事は患児の性格にあった几帳面、持続性のある責任感の強い根気のいる仕事であるため、職場では信頼されている。対人関係が困難で上役が外出中、同僚から仕事を押し付けられると帰宅して母親に不満をいえるようになった。母親は患児を幼児期から生活への自立と母子分離の養育態度の一貫性と、両親の協力度が結果として、社会人として独立することができた。

精神衛生相談施設および精神科診療施設において 用いられている診断名についての一調査

土居健郎・高橋和明・高橋 徹

A Survey of the Diagnostic Terms used for Psychiatric Patients as Hospitals and Clinics.

Takeo Doi・Kazuaki Takahashi・Tooru Takahashi

はじめに

本研究は、精神科診療において実際にどのような診断名が用いられているかについての研究である。精神健康にかかわる問題で精神衛生相談施設や精神科診療施設を訪れる事例に対してどのような診断名が用いられているかを、そのいくつかの施設について調べてみた。ここで診断名というのは、そうした事例についての相談記録あるいは診療録に診断名あるいはそれに準ずるものとして記されているものを指す。

調査の結果、用いられていた診断名は、精神疾患名、症候群名、状態像名、症状名など精神疾患を直接間接に指しているものばかりでなく、身体疾患名やさらには生活障害のさまざまなジャンルを指す名称にも及んでいることが確かめられた。採集された診断名のリストは、精神障害分類の検討にとっても多少とも有用な資料の一つとなるものと考えたのでここに報告することにした。

なお、これらの診断名のリストをもとに、それらをいろいろな視点から類別することができるようなコンピュータープログラムを組み、類別の実験を試みた。その二、三の類別の例を提示する。この実験にはNEC製N6300/50Nの日本語処理装置を用いた。

調査方法

27ヶ所——9ヶ所の精神衛生相談機関、6ヶ所の精神病院、5ヶ所の大学附属病院精神神経科、7ヶ所のその他の総合病院精神科、——に依頼して、精神衛生相談あるいは精神科診療を行なっている事例について、現在用いている診断名をなるべく沢山あげてもらった。そのさい、診断名は、相談記録や診療録に記されているものをなるべくそのまま列挙してもらった。診断名以外の情報としては、その事例が児童臨床にかかわるものか否かということが得られている。

診断名リストの作製

上述の方法によって各施設から採集した診断名を相互に比較し、同一、ないしほぼ同一と見なせるもの、たとえば欧文名とそれに相当するとみられる和文の診断名などをまとめて整理し、318の診断名を得た。

結 果

1) 辞書的配列

採集された診断名を、一部を除き、和文名に統一し、五十音順に配列した。通覧の便宜のために内容的に同一とみられる診断名の一部を整理したので、診断名の数は286になっている。(たとえば、「抑うつ状態」→「うつ状態」、「不眠」、「不眠症」→「不眠(症)」など。)

鍵用語

精神障害, 精神障害分類, 精神科診断分類

表1 辞書の配列

| | | | | |
|---|-------------|----|----------------------|---|
| | | | 強迫神経症 | C |
| | | | 緊張症 | |
| | | | 境界例 | |
| | | | 強迫性異常人格 | |
| | | | 急性妄想反応 | |
| | | | 吃音症 | K |
| | | | 器質性脳症状群 | |
| | | | 器質痴呆 | |
| | | ケ | 軽躁状態 | |
| | | | 幻嗅症 | |
| | | K | 月経精神病 | |
| | | | けいれん発作 | K |
| | | | 痙性斜頸 | |
| | | | 結節性硬化症 | K |
| | | | 軽うつ状態 | |
| | | K | 激越性うつ病 | |
| | | K | 幻覚妄想状態 | C |
| | | K | 言語発達遅滞 | K |
| | | K | 鉤回発作 | |
| | | コ | 高所恐怖症 | K |
| | | | コミュニケーション障害 | K |
| | | C | 行動異常 | K |
| | | C | 校内暴力 | K |
| | | | 混合精神病 | |
| | | | 混合状態 (MISCH ZUSTAND) | |
| | | | コルサコフ症候群 | |
| | | | 産後精神病 | |
| | | サ | 産褥精神病うつ型 | |
| | | | 三叉神経痛 | |
| | | シュ | 周期性傾眠 | |
| | | | 周期性不きげん | |
| | | | 周期性精神病 | |
| | | K | 周期性精神変調 | K |
| | | | 周期性うつ状態 | K |
| | | | 執着性格 | |
| | | | 習癖異常 | K |
| | | シヨ | 症候性てんかん | C |
| | | | 小発作 | C |
| | | | 小児てんかん | K |
| | | | 小児自閉症 | K |
| | | C | 小児急性マヒ後遺症 | K |
| | | | 小人症 | K |
| | | | 小頭症 | K |
| | | | 書痙 | K |
| ア | アルコールてんかん | | | |
| | アパシー | | | |
| | アルツハイマー病 | | | |
| | アルコール症 | | | |
| | アルコール嗜癖 | | | |
| | アルコール依存性格 | | | |
| | アルコール幻覚症 | | | |
| | アルコール精神病 | | | |
| イ | 一酸化炭素中毒 | | | |
| | 意識消失発作 | K | | |
| | 一次性行動異常 | K | | |
| | 意識障害 | K | | |
| | 遺糞症 | K | | |
| | 一過性適応障害 | | | |
| ウ | ウイルソン病 | C | | |
| | ウエスト症候群 | K | | |
| | うつ病 | C | | |
| | うつ状態 | | | |
| オ | オプタリンドン中毒 | | | |
| カ | ガス中毒後遺症 | | | |
| | 癌恐怖 | | | |
| | ガンゼル症候群 | | | |
| | 肝脳疾患 | | | |
| | 顔面けいれん | | | |
| | 過敏性大腸症 | K | | |
| | 覚醒剤乱用 | | | |
| | 潰瘍性大腸炎 | | | |
| | 家庭内暴力 | K | | |
| | 仮面うつ病 | | | |
| | 外傷神経症 | | | |
| | 外因反応型 | | | |
| | 濁酒症 | | | |
| | 緘黙症 | K | | |
| キ | 急性眠剤中毒 | | | |
| | 恐怖症 | C | | |
| | 恐怖・不安一離人症候群 | | | |
| | 急性アルコール中毒 | | | |
| | 筋緊張性頭痛 | | | |
| | 祈とう精神病 | | | |

| | | | | |
|----|------------|---|--------------|---|
| | 初老期うつ病 | | 自己視線恐怖症 | K |
| | 初老期痴呆 | | 自閉症情緒障害 | K |
| | 小児神経症 | K | 自閉症児 | K |
| | 症候性精神病 | K | 情緒障害 | K |
| | 症状精神病 | | 重症筋無力症 | K |
| | 小児精神病 | K | 自律神 | |
| | 職場不適応反応 | | 児童分裂病 | K |
| シッ | 嫉妬妄想 | | 自殺未遂 | K |
| | 疾病恐怖 | | 情動障害 | K |
| シシ | 思春期妄想症 | | 児童発達障害 | K |
| | 思春期危機症 | C | 循環性格 | |
| | 思春期周期性精神病 | K | 髄膜炎後遺症 | |
| | 思春期精神障害 | K | 頭部外傷後遺症 | C |
| | 思春期やせ症 | | スタージ・ウェーバー病 | K |
| | 思春期適応障害 | K | スチューデント・アパシイ | |
| シセ | 視線恐怖 | | 頭部外傷後通過症群 | |
| シツ | 失立発作 | K | セツ 摂食障害 | K |
| シリ | 視力障害 | K | 接枝分裂病 | K |
| シン | 神経衰弱症 | C | セイ 精神運動発作 | |
| | 心気症 | C | 精神病恐怖 | |
| | 心身症 | | 精神疲労状態 | |
| | シンナー乱用 | | 成績不良 | |
| | 神経性無食欲症 | C | 精神衰弱 | |
| | 心臓神経症 | | 精神遅滞 | K |
| | 心因性無月経 | | 精神薄弱 | K |
| | 心因性性機能障害 | | 性的神経症 | |
| | 心因性健忘 | K | 性倒錯 | |
| | 心因性難聴 | K | 性格神経症 | |
| | 心因性視力障害 | K | 性格異常 | K |
| | 心因性発熱 | K | 精神分裂病 | C |
| | 神経性頻尿 | K | セキ 赤面恐怖 | |
| | 神経性嘔吐 | K | セネ セネストパチー | |
| | 心因性頭重 | | セル セルシン中毒 | |
| | 神経症 | | セン 先天性運動失語症 | K |
| | 神経質症 | | せんもう状態 | |
| | 心因精神病 | | 染色体異常 | K |
| | シンナー依存性格 | | ゼ 舌痛症 | |
| | 振せんせん妄 | | 全身性エステマトーデス | |
| | 心因反応 | C | ぜん息 | K |
| ジ | 術後精神病 | | ソ 側頭葉てんかん | |
| | ジャクソンてんかん | | 躁うつ病 | C |
| | 自律神経てんかん | | 躁病 | |
| | 自己臭恐怖症 | C | 躁状態 | K |
| | 重症筋無力症気分易変 | | タ 対人恐怖 | |

| | | | | |
|---|------------|---|-----------------|---|
| | 体臭恐怖 | | バセドウ病 | |
| | 対人恐怖症 | K | ハイミナル中毒 | |
| | ダウン症候群 | K | 破瓜型分裂病 | C |
| | 体感幻覚 | | 反応性軽うつ | |
| | 怠学 | K | 反応性うつ病 | K |
| | 退行期うつ病 | | パーキンソン精神病 | |
| | 多動症候群 | K | ヒ 敏感間係妄想 | C |
| | 対人恐怖型性格 | | 皮膚寄生虫妄想症 | |
| | 対人関係の問題 | | ヒステリー | C |
| チ | 遅発性ディスキネジア | | 微細脳損傷症候群 | K |
| | 知的境界線 | K | 非行（盗み，放火，怠学） | K |
| | 注意集中力障害 | K | 被虐待児 | K |
| | 陳旧分裂病 | | 非定型精神病 | C |
| | チック症 | K | ピック病 | |
| テ | てんかん | C | 病的体験 | |
| | てんかん性情緒障害 | K | ヒステロイド性格 | |
| | てんかん精神病 | | ヒステリー性格 | |
| | 適応不全 | | 病的醜聞 | |
| | 適応障害 | | フ 不安神経症 | C |
| ト | 糖尿病 | | 不潔恐怖 | C |
| | 登校拒否（登園拒否） | K | 不定愁訴 | |
| | 同性愛 | | 不安状態 | K |
| ナ | 内分泌精神病 | | プラダー・ウィリー症候群 | K |
| | ナルコレプシイ | C | 不随意運動 | K |
| | 難聴者関係妄想症 | | 不食症 | K |
| ニ | 二次性行動異常 | K | 不眠（症） | C |
| ネ | 粘液水腫 | | フェティシズム | |
| ノ | 脳卒中後遺症 | | 分裂病質 | |
| | 脳塞栓 | | 不適応 | C |
| | 脳幹硬塞 | | 分離不安 | K |
| | 脳腫瘍 | C | ヘ 偏頭痛 | C |
| | 脳炎 | | ベーチェット病 | |
| | 脳炎後てんかん | | 偏奇 | K |
| | 乗物恐怖 | | ホ 発作性体験異常 | |
| | 脳しんとう | | 本態性振せん | |
| | 脳波異常 | K | ボーダーライン・パーソナリティ | K |
| | 脳性麻痺 | K | マ マルフアン症候群 | K |
| | 脳血管不全症 | K | 慢性幻覚症 | |
| | 脳炎後遺症 | K | 慢性アルコール中毒 | |
| | 農薬中毒 | | ミ ミオクロヌステんかん | |
| | 脳動脈硬化症 | | 未熟な人格 | |
| ハ | 肺性脳症 | | ム 無気力状態 | |
| | 晩発てんかん | | 夢中遊行症 | K |
| | パラノイア | | 無断欠勤 | |

| | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|
| メ | メタンガス中毒後遺症 | | | 老年痴呆 | |
| モ | 妄想反応 | | | 老人神経症 | |
| | 妄想状態 | C | G | GILLES DE LA T OULELLE | K |
| | 問題行動 | K | S | S OCIOPATH | |
| | 森田神経質 | | | | |
| | 妄想型分裂病 | | | | |
| | もうろう状態 | | | 注) | |
| | 妄想性異常人格 | | | 診断名のあとにKと記されているものは、児童臨床において用いられていたものを、また、 | |
| ヤ | 薬物依存 | | | Cと記されているものは成人児童共通に用いら | |
| | 薬物起因性パーキンソンニズム | | | れているものをそれぞれ指す。 | |
| | やせ症 | K | | | |
| | 夜尿症 | K | | | |
| | 夜驚症 | K | | 2) 精神障害診断名分類の試み | |
| ヨ | 抑うつ心気状態 | | | 精神衛生研究所研究員の有志に依頼して、採 | |
| | 抑うつ妄想状態 | | | 集された診断名をもとに、精神障害分類の観点 | |
| | 抑うつ性格 | | | からの類別を試みてもらった。 | |
| | 抑うつ神経症 | C | | その類別をもとにして、分類したのが次の表 | |
| リ | 離人(神経)症 | K | | である。〔付表II〕 | |
| ル | 類破瓜病 | | | | |
| レ | 恋愛妄想病 | | | | |
| | レノックス症候群 | K | | なお、精神疾患国際分類(第九版)との対照 | |
| ロ | 老年期精神病 | | | を試みたので、それも併記して示す。 | |

表II 診断名の類別試果

(脳器質性精神障害)

| | |
|-----------|---|
| 老年期精神病 | SENILE AND PRESENILE ORGANIC CONDITIONS |
| 老年痴呆 | SENILE AND PRESENILE ORGANIC CONDITIONS |
| 初老期痴呆 | SENILE AND PRESENILE ORGANIC CONDITIONS |
| アルツハイマー病 | SENILE AND PRESENILE ORGANIC CONDITIONS |
| ピック病 | SENILE AND PRESENILE ORGANIC CONDITIONS |
| 脳動脈硬化症 | ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| パーキンソン精神病 | OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 器質性脳症状群 | OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 器質痴呆 | OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| コルサコフ症候群 | OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 脳炎後遺症 | |
| 髄膜炎後遺症 | |
| 脳炎 | |
| 内分泌精神病 | |
| 内分泌精神病 | |
| 肺性脳症 | |
| 脳性麻痺 | |
| 小児急性マヒ後遺症 | |

| | |
|--------------|--|
| 脳卒中後遺症 | |
| 脳塞栓 | |
| 脳幹硬塞 | |
| 脳血管不全症 | |
| スタージ・ウェーバー病 | OTHER AND UNSPECIFIED CONGENITAL ABNORMALITIES |
| 脳腫瘍 | |
| 小人症 | |
| ブラダー・ウィリー症候群 | |
| 頭部外傷後遺症 | POST CONCUSSIONAL SYNDROME |
| 頭部外傷後通過症状群 | TANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 脳しんとう | |
| せんもう状態 | TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| (てんかん) | |
| てんかん | VI EPILEPSY |
| 症候性てんかん | VI EPILEPSY |
| 鉤回発作 | VI EPILEPSY |
| 側頭葉てんかん | VI EPILEPSY |
| 晩発てんかん | VI EPILEPSY |
| アルコールてんかん | VI EPILEPEY |
| 脳炎後てんかん | VI EPILEPSY |
| ジャクソンてんかん | VI EPILEPSY |
| ミオクロヌステんかん | VI EPILEPSY |
| ナルコレプシイ | VI NARCOLEPSY |
| 周期性傾眠 | VI NARCOLEPSY |
| 精神運動発作 | VI EPILEPSY |
| 周期性不きげん | VI EPILEPSY |
| 発作性体験異常 | VI EPILEPSY |
| もうろう状態 | TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| ウエスト症候群 | |
| レノックス症候群 | |
| てんかん性情緒障害 | |
| 自律神経てんかん | VI EPILEPSY |
| 小作作 | VI EPILEPSY |
| 失立発作 | VI EPILEPSY |
| けいれん発作 | VI EPILEPSY |
| 意識消失発作 | VI EPILEPSY |
| 意識障害 | (TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS) |
| てんかん精神病 | ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 小児てんかん | VI EPILEPSY |
| 脳波異常 | VI EPILEPSY |
| (精神分裂病) | |
| 精神分裂病 | SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 妄想型分裂病 | PARANOID TYPE OF SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 破瓜型分裂病 | HEBEPHENIC TYPE OF SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |

| | |
|------------|--|
| 緊張病 | CATATONIC TYPE OF SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 類破瓜病 | OTHER SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 接枝分裂病 | OTHER SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 児童分裂病 | UNSPECIFIED PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD |
| 陳旧分裂病 | RESIDUAL SCHIZOPHRENIA |
| 精神衰弱 | OTHER SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| (躁うつ病) | |
| 躁うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS |
| うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 躁病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, MANIC TYPE |
| 仮面うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 激越性うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 初老期うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 退行期うつ病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 抑うつ心気状態 | HYPOCHONDRIASIS |
| うつ状態 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 反応性軽うつ | NEUROTIC DEPRESSION |
| 周期性うつ状態 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, DEPRESSED TYPE |
| 軽うつ状態 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, MANIC TYPE |
| 反応性うつ病 | NEUROTIC DEPRESSION |
| 軽躁状態 | |
| 躁状態 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, MANIC TYPE |
| (中毒性精神障害) | |
| アルコール症 | ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME |
| 慢性アルコール中毒 | ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME |
| 急性アルコール中毒 | NON-DEPENDENT ABUSE OF DRUGS, ALCOHOL |
| アルコール精神病 | ALCOHOLIC PSYCHOSIS |
| アルコール嗜癖 | ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME |
| アルコール幻覚症 | ALCOHOLIC PSYCHOSE, OTHER ALCOHOLIC HALLUCINOSIS |
| 振せんせん妄 | ALCOHOLIC PSYCHOSES, DELIRIUM TREMENS |
| 病的酩酊 | ALCOHOLIC PSYCHOSES, PSYCHOSES, PATHOLOGICAL DRUNKENNESS |
| 酒症 | ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME |
| 薬物依存 | DEPENDENCE |
| シンナー乱用 | DRUG DEPENDENCE, OTHER |
| シンナー中毒 | DRUG DEPENDENCE, OTHER |
| オプタリドン中毒 | DRUG DEPENDENCE, BARBITURATE TYPE |
| 急性眠剤中毒 | DRUG PSYCHOSES |
| ハイミナル中毒 | DRUG DEPENDENCE, BARBITURATE TYPE |
| セルシン中毒 | DRUG DEPENDENCE, BARBITURATE TYPE |
| 一酸化炭素中毒 | |
| ガス中毒後遺症 | |
| メタンガス中毒後遺症 | |
| 農薬中毒 | NON-DEPENDENT ABUSE OF DRUGS |

| | |
|----------------------|---|
| 覚醒剤乱用 | DRUG DEPENDENCE, AMPHETAMINE TYPE |
| (その他の精神病) | |
| 心因反応 | ACUTE REACTION TO STRESS |
| 妄想反応 | PARANOID STATES |
| パラノイア | PARANOID STATES |
| 急性妄想反応 | ACUTE PARANOID REACTION |
| 思春期妄想症 | PARANOID STATES |
| 敏感関係妄想 | PARANOID STATES |
| 嫉妬妄想 | PARANOID STATES |
| 病的体質 | OTHER NON-ORGANIC PSYCHOSES |
| 慢性幻覚症 | UNSPECIFIED PSYCHOSIS |
| 妄想状態 | PARANOID STATES |
| 幻覚妄想状態 | UNSPECIFIC PSYCHOSIS |
| 体感幻覚 | UNSPECIFIED PSYCHOSIS |
| 抑うつ妄想状態 | OTHER NON-ORGANIC PSYCHOSES |
| 混合状態 (MISCH ZUSTAND) | SCHIZO-AFFECTIVE TYPE OF SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 周期性精神変調 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSES |
| 皮膚寄生虫妄想症 | PARANOID STATES |
| 難聴者関係妄想症 | PARANOID STATES |
| セネストパチー | |
| 思春期危機症 | |
| 思春期周期性精神病 | |
| 思春期精神障害 | |
| 心因精神病 | OTHER NON-ORGANIC PSYCHOSES |
| 折とう精神病 | INDUCED PSYCHOSIS |
| 非定型精神病 | SCHIZO-AFFECTIVE TYPE OF SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES |
| 周期性精神病 | MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSES |
| 混合精神病 | SCHIZO-AFFECTIVE TYPE OF SCHIZOPHRENIC |
| PSYCHOSES | |
| 産後精神病 | |
| 産褥精神病うつ病 | |
| 術後精神病 | |
| 月経精神病 | |
| 症候性精神病 | TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 小児精神病 | PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD |
| 症状精神病 | TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 外因反応型 | TRANSIENT ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS |
| 恋愛妄想病 | PARANOID STATES |
| (心身症) | |
| 心身症 | PSYCHIC FACTORS ASSOCIATED WITH DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE |
| 自律神経失調症 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 神経性無食欲症 | ANOREXIA NERVOSA |
| 思春期やせ症 | ANOREXIA NERVOSA |
| 痙性斜頸 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 偏頭痛 | MIGRAINE (346) |

| | |
|--------------|---|
| ぜん息 | PSYCHOGENIC ASTHUMA (316) |
| やせ症 | ANOREXIA NERVOSA |
| 潰瘍性大腸炎 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 過敏性大腸症 | PSYCHIC FACTORS ASSOCIATED WITH DISEASES (316) |
| (神経症) | |
| 神経症 | NEUROTIC DISORDERS |
| 不安神経症 | ANXIETY STATES |
| 心気症 | HYPOCHONDRIASIS |
| 神経質症 | NEUROTIC DISORDERS |
| 小児神経症 | NEUROTIC DISORDERS |
| 離人(神経)症 | DEREGONALIZATION SYNDROME |
| 抑うつ神経症 | NEUROTIC DEPRESSION |
| 神経衰弱 | NEURASTHENIA |
| ヒステリー | HYSTERIA |
| ガンゼル症候群 | HYSTERI |
| 恐怖症 | PHOBIC STATE |
| 恐怖・不安—離人症候群 | (ANXIETY STATES) |
| 強迫神経症 | OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDERS |
| 赤面恐怖 | PHOBIC STATE |
| 視線恐怖 | PHOBIC STATE |
| 対人恐怖 | PHOBIC STATE |
| 体臭恐怖 | PHOBIC STATE |
| 自己臭恐怖 | PHOBIC STATE |
| 精神病恐怖 | PHOBIC STATE |
| 癌恐怖 | PHOBIC STATE |
| 疾病恐怖 | PHOBIC STATE |
| 乗物恐怖 | PHOBIC STATE |
| 不潔恐怖 | PHOBIC STATE |
| 対人恐怖症 | PHOBIC STATE |
| 自己視線恐怖症 | PHOBIC STATE |
| 高所恐怖症 | PHOBIC STATE |
| 不眠(症) | SPECIFIC DISORDERS OF SLEEP |
| スチューデント・アパシイ | DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE |
| 不安状態 | ANXIETY STATES |
| 無気力状態 | NEURASTHENIA |
| 分離不安 | ABNORMAL SEPARATION ANXIETY (309, 2) |
| 精神疲労状態 | NEURASTHENIA |
| 不定愁訴 | |
| アパシー | DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE |
| 夢中遊行症 | SPECIFIC DISORDERS OF SLEEP |
| 適応障害 | ADJUSTMENT REACTION |
| 一過性適応障害 | ACUTE REACTION TO STRESS |
| 職場不適応反応 | ADJUSTMENT REACTION |
| 無断欠勤 | ADJUSTMENT REACTION |
| 不適応 | ADJUSTMENT REACTION |
| 対人関係の問題 | ADJUSTMENT REACTION |

| | |
|------------------------|---|
| 適応不全 | ADJUSTMENT REACTION |
| 思春期適応障害 | DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE |
| 情動障害 | DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE |
| 成績不良 | DISTURBANCE OF EMOTIONS SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE |
| 森田神経質 | NEUROTIC DISORDERS |
| 老人神経症 | NEUROTIC DISORDERS |
| 外傷神経症 | NEUROTIC DISORDERS |
| 心臓神経症 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 性格神経症 | PERSONALTY DISORDERS |
| 性倒錯 | SEXUAL DEVIATIONS AND DISORDERS |
| 同性愛 | SEXUAL DEVIATIONS AND DISORDERS |
| フェティシズム | SEXUAL DEVIATIONS AND DISORDERS |
| 性的神経症 | SEXUAL DEVIATIONS AND DISORDERS |
| 心因性機能障害 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性頭重 | TENSION HEADACHE |
| 心因性無月経 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性健忘 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性難聴 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性視力障害 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性発熱 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 心因性嘔吐 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| チック症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMEN NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| GILLES DE LA TOULLELLE | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMEN NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 習癖異常 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMES NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 吃音症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMEN NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 夜驚症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMES NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 夜尿症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMES NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 遺糞症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMES NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 緘黙症 | SPECIAL SYMPTOMS AND SYNDROMES NOT ELSEWHERE CLASSIFIED |
| 書癡 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 幻嗅症 | |
| 舌痛症 | |
| 神経性嘔吐 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 神経性頻尿 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 視力障害 | PHYSIOLOGICAL MALFUNCTION ARISING FROM MENTAL FACTORS |
| 摂食障害 | OTHER AND UNSPECIFIED DISORDERS OF EATING |
| 不食症 | OTHER AND UNSPECIFIED DISORDERS OF EATING |
| (人格障害) | |
| 分裂病質 | PERSONALITY DISORDERS |
| 妄想性異常人格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 強迫性異常人格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 対人恐怖型性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 循環性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| ヒステリー性格 | PERSONALITY DISORDERS |

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| ヒステロイド性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 抑うつ性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 執着性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| アルコール依存性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| シンナー依存性格 | PERSONALITY DISORDERS |
| S O C I O P A T H | PERSONALITY DISORDERS |
| 未熟な人格 | PERSONALITY DISORDERS |
| 性格異常 | PERSONALITY DISORDERS |
| 偏 奇 | PERSONALITY DISORDERS |
| ボーダーライン・パーソナリティ | PERSONALITY DISORDERS |
| 境 界 例 | PERSONALITY DISORDERS |
| 行 動 異 常 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 一次性行動異常 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 二次性行動異常 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 問 題 行 動 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 自 殺 未 遂 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 校 内 暴 力 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 怠 学 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 登校拒否 (登園拒否) | SPECIFIC DISORDERS OF CONDUCT |
| 非行 (盗み, 放火, 怠学) | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| (その他の症状精神病) | |
| 本態性振せん | |
| 遅発性ディスキネジア | |
| 薬物起因性パーキンソンニズム | |
| 不随意運動 | |
| 三叉神経痛 | |
| 顔面けいれん | |
| 筋緊張性頭痛 | TENTION HEADACHE |
| 全身性エリテマトーデス | |
| ペーチェット病 | |
| バセドウ病 | |
| 粘液水腫 | |
| 肝脳疾患 | |
| ウイルソン病 | |
| 糖 尿 病 | |
| 重症筋無力症気分易変 | |
| 重症筋無力症 | |
| (その他の小児期ならび児童期精神障害) | |
| 小児自閉症 | INFANTILE AUTISM |
| 自閉症情緒障害 | |
| 自閉症児 | |
| コミュニケーション障害 | |
| 精神薄弱 | MENTAL RETARDATION |
| 小 頭 症 | MICROCEPHALUS (742) |

| | |
|----------|--|
| マルファン症候群 | |
| ダウン症候群 | DOWN'S SYNDROME |
| 染色体異常 | CHROMOSOMAL ABNORMALITIES (758) |
| 結節性硬化症 | OTHER AND UNSPECIFIED CONGENITAL ABNORMALITIES |
| 先天性運動失語症 | |
| 情緒障害 | |
| 注意集中力障害 | SIMPLE DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION |
| 多動症候群 | HYPERKINETIC SYNDROME OF CHILDHOOD |
| 微細脳損傷症候群 | |
| (家族問題) | |
| 被虐待児 | DISTURBANCE OF CONDUCT |
| 家庭内暴力 | DISTURBANCE OF CONDUCT |

後記

われわれが調べた施設は27ヶ所に過ぎず、また診断名採集の方法にも多少粗密があり一定していないために、採集された診断名が、わが国での精神衛生相談や精神科診療で現在用いられている診断名を十分に代表しているとは見なすことはできない。今後さらに調査対照をひろげることによって不備をうめて行きたいと考えている。

終りに、われわれの実験に協力していただいた精神衛生研究所所員の皆さまと、調査依頼に心よく応じて下さった各施設のかたがたにお礼申し上げます。

参考文献

Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases W. H. O., Geneva 1978.

パースペクティヴにみた米国老人精神医療

丸山 晋

社会復帰相談部

斎藤和子・大塚俊男

老人精神衛生部

A birds-eye-view of American-psychogeriatric-care-system

Susumu Maruyama

Devison of Psychorehabilitation)

Kazuko Saito・Toshio Ohtsuka

Devison of psychogeriatrics

Summary

The authors looked around psychogeriatric facilities in Hawaii, Los Angles, New York and so on as a field-worker since 13 th, Sept. to 11 th, Aug., in 1983.

We tried to make a birds-eye-view of American psychogeriatric care system of nowadays. and compared with Japanese one. We indicated the former had fairly more advanced style of system than ours, and even such a good system contained some demerits.

はじめに

高齢化社会の到来とともに、老年期精神障害の早期発見、もしくは診断、本態の究明およびケア・システム、あるいは治療・予防のあり方について、多くの問題が表面化してきている。老年人口が15%以上といわれる北欧諸国について、米国・カナダは13~15%と第2グループを形成し、9.8% (1983年現在)といわれる我が国に比し、老齢化が進んでいる。しかしここ20~30年の我が国の人口動態は、早晚欧米の数値と比肩されるようになるであろうことは、多くの研究者の指摘するところである。アメリカナイズという言葉があるように、戦後日本の文化・文明は、多くの影響を米国よりうけてきた。老人のケア・システムについて考える際にも、老人国として整備されつくされた観のある北欧諸国

よりも、社会体制が似ており、現在老人問題についての対策が模索されつつある米国の現状は、われわれが参考にすることが多いものと想像される。

I 対象および方法

1983年6月13日より同年8月11日の期間に、訪問した大学病院・老人病院・老人施設のリストは、表1に掲げるとおりであった。これらの施設見学を、文化人類学の方法でもあるフィールド・ワークとみため、見学の傍ら施設従事者にアンケートによる面接を行い、その聴取事項および記載事項を記録し、資料とした。

II 結果

上記の方法で観察しえた事柄を記述的に述べると以下の如くであった。またアンケート面接

の結果は、表2の如くまとめられた。

表1

ハワイ

- 1) ワИАナエ精神衛生センター
- 2) ダイヤモンド・ヘッド精神衛生センター
- 3) クワキニ総合病院および老人ホーム
- 4) マルイワ老人病院
- 5) パシフィック・リハビリテーション病院

ロサンゼルス

- 1) UCLA NPI ディ・トリートメント(ADG: Adult Development Group)
- 2) UCLA NPI 老人精神科病棟
- 3) プレントウッドVA病院
- 4) VA病院 Dr. JARVIC の実験室
- 5) ジャパニーズ・リタイアメント・ハウス(軽費老人ホームおよび中間ナーシング・ホーム)
- 6) 啓老ナーシング・ホーム
- 7) ユニオン・チャーチにおけるディ・ケア
- 8) パイオニア・センターおよびセイナン・シチズン・センター

ニューヨーク

- 1) メアリー・マンニング・ウォルシュ・ホーム
- 2) ジューウィッシュ老人病院およびホーム

(附) バンクーバー

- 1) バンクーバー市立総合病院老人精神科ディ・ケア
- 2) 精神科救急医療センター
- 3) 州立精神病院老人精神科病棟(急性病棟・慢性病棟)
- 4) ドッグウッド・ロッジ(私立のボーディング・ハウスおよびスキルド・ナーシング・ホーム)
- 5) プリティッシュ・コロンビア大学老人集中ケア・ユニット

その1

1) ハワイ

ハワイにおいて老人精神医療およびサービスを行っているところは、ハワイ大学医学部附属病院(クイーンズ・ホスピタル)、州立精神病院、州立老人病院、私立総合病院と附属老人ホーム、精神衛生センター、シニア・シチズン・センターなどである。それぞれ対象は異なっているが、オーバーラップしている部分も多い。また家族のない老人が多いことや、極度の核家族化のため在宅ケアのニーズは少ない。最近いくつかの病院で、老人ベットの増床が行なわれる傾向にあり、入院治療のニーズは高い。既存の病院では、老人の慢性患者によるベッドの占居率は高く(60~70%ぐらいといわれる)、病状が固定化するとスキルド・ナーシング・ホームへ移されるのが一般的である。とはいえ老人の精神疾患はどこの施設も敬遠しがちの傾向にあり、これらの患者に対するケアは十全とはいえない。また十分なプリンシプルもなく、現在も模索中といった状態にある。ねたきり老人のようなケースの多くは、スキルド・ナーシング・ホームに入れられている。重症から軽症まで段階的に各階ごとにセグレートして収容するといった工夫も施されていた。痴呆患者や幻覚妄想を有する患者のケアには、どこの施設も苦慮しており、出来るだけスキルド・ナーシング・ホームであつかおうとしているが、興奮がつよい場合や、他患への迷惑行為がある場合は、やむを得ず州立の精神病院へ移送される。この州立精神病院には独立した老人精神障害者用の病棟はないが、ターミナル・ケアをすところとしての機能をはたすとともに、症状の改善あるいは平穩化とともに紹介元の施設へリターンされる。病院での外来治療に関しては、ディ・ケアに重点がおかれ、家人が朝つれてきては、夕方つれて帰るといった型で歓迎されている。規模は100人前後のもので、手芸や工作、歌やおどりがOTを中心に指導されていた。また各派の宗教家による講話など、対象が老人ならではのプログラムが

おり込まれていた。これに比べ、精神衛生センターのデイ・ケアは、慢性精神分裂病患者や小児が主体となっていて、老人にまで手がまわらないといった現状にある。つまりスタッフ不足や予算上の制約のため、老人専門のデイ・ケアはおこなわれていない。一方健康老人が利用するシニア・センターは極めて盛況で、ラナキラ・マルチ・パーパス・セニア・センターなどは、毎日異なった人種の老人達がいれかわりたちかわり集まり、歌・楽器指導・舞謡・ゲームそしておしゃべりに、フルに活用されている。こうしたメンバーの中からボランティア・グループが組織され、老人病院への慰問や見舞いなどがおこなわれていた。

全体としてみた場合、各施設の機能分化は進んでおり、内容も高度で、設備やスタッフ等も専門性を主張できるほどに充実しているが、ケア・システムという程のネットワークが有効に機能しているとはおもわれなかった。またそういうケア・システムを監督する官庁やリーダーシップをとるべき委員会があるわけでもなかった。

2) ロサンゼルス

カルフォルニアとニューヨークは、老人人口も多く、米国で最も老人ケアが進んでいるところといわれている。その中でもロサンゼルスは、サンフランシスコとともに、いくつかの実験的な試みがなされていた。

① UCLA NPI デイ・トリートメント

このプログラムでは、大学病院の検査設備やスタッフ（医師・看護婦・OT・PSW・心理・薬剤士）をフルにつかかって、診断ばかりでなく、強力な治療的アプローチがなされていた。とくに老人のデプレッションに対するグループ・セラピーは活発であった。これは老年期によくみられる抑うつ状態に対して、交流分析やロール・プレイそして体操や調理教室などをアレンジした組織的なもので、3か月を一期とする三期編成で行なわれていた。これは治療優先的なデイ・

ケアのプロトタイプをなすものとおもわれた。

② UCLA 老人精神科病棟

20床からなるこの病棟は、実験病棟的な意味もあり、多くのスタッフが配備されていた。つまり老人精神科専門医（2名）、レジデント（3名）、一般老人科医（1名）、看護婦（6名）、ナース・エイド（数名）、心理（1名）、PSW（1名）、OT（1名）からなるほぼ理想的なユニット・チームであった。患者はアルツハイマー病等の器質性病変をもったものや、幻覚妄想の著名なもの、重症な抑うつ症などが主である。診断はCTスキャンなどによる医学的診断ばかりでなく、心理テストやADLのチェックといったルーチンワークの他、各種のホルモンの定量や薬剤の感受性のテストが行なわれていた。なお治療は薬物療法が中心で、ケースによっては電撃療法が行なわれていた。平均在院期間は2～3か月と短かった。

③ プレントウッドVAホスピタル

退役軍人病院と呼ばれる病院は、米国内に数多く存在している。プレントウッドのこの病院は、設備も職員も整っており、UCLAの病院に匹敵する機能を備えていた。老人病棟は独立した棟になっており、中央の共通設備・検査室・薬局・事務局・賄房・ランドリーをはさみ、左右両翼を重症用・軽症用のユニットに仕切っていた。この他地下にデイ・ケア施設を持っていた。スタッフはUCLAの老人精神科病棟とほぼ同じ構成よりなっており、治療内容もほぼ同様のことが行なわれていた。ただここは、精神病院ととなりあわせに存在する関連施設であるため、どうしても陳旧化した老人精神分裂病患者などもあつかわねばならず、その点大学病院とケースの違いがあった。平均在院期間は6か月前後で、UCLAに比べややながい。

④ ドクター ジャービックのラボラトリー

VAホスピタルの敷地内にあり、ここを根拠地としてジャービック博士は、診療と研究に従事していた。博士は世界的に高名な老年精神科医で、とくにアルツハイマー病の双生児研究で

は第1人者である。ここでは白血球のサーモタキシス（温度向性とでも訳されよう）に関する実験が行なわれ、健常者群とアルツハイマー病群との間に、明らかな差がみられたという。近い将来アルツハイマー病の早期診断に活用できるものと思われた。このように臨床と基礎研究が密接に結びついていることも、米国における医学のあり方の一端を物語るものとおもわれた。

⑤ ジャパニーズ・リタイアメント・ハウス

日系人の経営になる、軽費老人ホームである。さきごろ ICF（中間ケア施設）を併設した。軽費老人ホームは、身のまわりのことはできるが、何らかの事情で家庭にとどまれない老人が入居しており、なかには身寄りのない老人も、結構みられた。年金や個人の財産や家人の援助で、費用はまかなわれていた。居住者は余裕のあるものからそうでないものまで、千差万別であった。各自個室をもっており、食事は中央の食堂でとるようになっていた。クラブ活動もいくつかあり、各種のレクの他、ミュージック・セラピーや宗教講話を聞く会などが、週間プログラムに沿って定期的にもたれていた。ICFの入居者は「介護の必要なもの」となり、ナースとナースエイド（補助看護者）が配備されていた。医師はおらず、各自ホーム・ドクターをもっていて、ナースが連絡を仲介するといった形式がとられていた。また入院の必要なケースは、ホーム・ドクターが入院先を斡旋するというのが一般であった。緊急な場合は、ICFのスタッフの要請で、直接救急車にて緊急入院するケースもあるという。

⑥ 啓老ナーシング・ホーム

いわゆるスキルド・ナーシング・ホームと呼ばれるものに相当する。ここには全面介護を必要とするものが、あつまっていた。つまり常時車椅子を用いなければならない者とか、ねたきりのケースが殆んどであった。ナースやナースエイドは入居者4～5人に1人の割合に配置されている点 ICF と異なっていた。またナース・ステーションには個人記録が残されており、ナ

ースがホーム・ドクターと絶えず連絡をとり、医師の指示のもとに、投薬・点滴・酸素吸入などが行なわれていた。食餌も、固形から流動食まで4段階にわかれ、その他減塩、糖尿病食など細かな配慮が施されていた。

⑦ ユニオン・チャーチにおけるデイ・ケア

このデイ・ケアは、発足して1年しかたっていない。Sさんという篤志家が中心となり、教会のフロアを借りて行なわれていた。朝、老人が家人につれられてやってくる。そして一日中ゲームをしたり、歌をうたったり、手芸をしたりして、ボランティアとともにすごす。希望者には体操などの指導がある。開設時間は、午前8時から午後の7時までで、週4日開いている。ある人にいわせると「幼稚園の老人版」といった趣のあるものであった。これに昼食サービスがつき、夕方家人につきそわれて帰ってゆく。主催者は、在宅老人の孤独からの解放と、家人がその間仕事に専念できるというところに、意味をおいているという。UCLAのデイ・ケアが、積極的に治療をしてゆこうとする、セラピー・オリエンテッドなものであるのに対して、直接治療をめざさず、現状をうけいれて、家人の負担を軽減することを目指した、いわばサービス・オリエンテッドなデイ・ケアの例とみなすことができた。迷子にならないよう監視したり、トイレについていってあげたりする程度の援助があればよい、といみでは、老人福祉センター（米国ではセニア・シティズン・センター）のグループとの中間にあるといえよう。ここでは事故にそなえて、メンバー全員に保険をかけていた。費用は原則として無料で、かわりに寄付を受けつけていた。ちなみに、UCLAのデイ・トリートメントは、1日100ドル程度の費用がかかる。

⑧ パイオニア・センターおよびセイナン・シティズン・センター

両者ともに、日本における老人福祉センターに相当するもの、と解することができる。老人達は、ゲーム（囲碁・将棋・トランプ）やビリ

ヤードに興じていた。盆おどりやパーティなどのプログラムも随時おこなわれていた。昼食サービスはセンターの目玉のひとつである。昨今の予算緊縮の折から、このサービスが打ちきられるかどうかだが、大きな論議を呼んでいた。センターの事務機能は充実しており、メディケアへの加入案内など、さまざまなパンフレットが用意されており、事務員が親切に対応していた。また、法律や精神衛生上の諸問題について、パートのカウンセラーによるカウンセリング・サービスが、おこなわれていた。

ロサンゼルス各施設の活動を、ケア・システムとしてみると、たしかに各種のケアやサービスは、多彩で分化しておりゆきとどいている観がある。しかし統一性があるか、調和があるかということ、各施設の当事者も疑問視しており、システム造営のむづかしさをのぞかせていた。しかし我が国でよく論議されるような、福祉と医療の縦割りに由来する問題はみられず、行政が一本であることのメリットは、たしかにあるようであった。ここにおける行政への不満は、市・州・国という援助の三重構造に由来するものであり、流入人口の増大による歪みとあいまって大きな問題になっていた。

3) ニューヨーク

ニューヨークにおいては、2つの施設を訪問した。カソリックの慈善団体よりなる、メアリー・マンニング・ウォルシュ・ホームとユダヤ系の慈善団体よりなるジューウィッシュ老人病院およびホームであった。前者は、マンハッタン東岸のコネル大学医学部やロックフェラー研究所等の医学施設に隣接する地域にあり、医療スタッフの交流が密であった。スキルド・ナーシング・ホーム、中間ケア施設(ICF)、ナーシング・ホーム、ボーディング・ハウスがワン・セットになり、16階建のビルにおさまっていた。スキルド・ナーシング・ホームは、レントゲンやCTスキャナーをそろえるなど、さながら病院という程の装備を持っていた。ただ病院と違

うところは、常勤の医師がいないだけといった感じであった。ナースやケース・ワーカー等のスタッフは、カソリックのシスターが多く、中には大きなチャペルがあった。入居者は、殆んど個人費用による人達で、一部メディケアの人が入居していた。スキルド・ナーシング・ホームにプライベートとして入る場合の費用は、1日150ドル前後(約36,000円)であると説明された。後者すなわちジューウィッシュ老人病院付属老人ホームは、ニューヨーク市の郊外サウス・ブロンクスにあり、老人病院・ホーム・研究所がセットになっていた。案内の医師の強調するところでは、地域サービスに力をいれていること、利益を追求していないことであった。米国では、老人を虐待したり、搾取するという意味の Abuse・Op・Dei・Old という言葉が、秘かな社会問題として語られていた。ここは30年来の歴史を持つ施設で、内容・設備ともに充実していた。地域と施設をつなぐサービスとして、デイ・ケアが積極的に行なわれており、毎日150名前後の老人が通ってきていた。移送は、病院のマイクロ・バスによるものが主であった。

4) バンクーバー

米国の老人精神医療を論ずる場合、隣国のカナダの実情にふれることも有効であるとおもわれた。そのためフィールドとしてバンクーバーを選定した。バンクーバーでは、市立総合病院老人精神科デイ・ケア、州立精神病院内の老人精神科病棟(急性病棟・慢性病棟)および私立のスキルド・ナーシング・ホームをみた。カナダはいくつかの行政圏に分割されており、上記施設は、バンクーバー市とリッチモンド市をカバーするブロックに属している。これにブリティッシュ・コロンビア大精神科集中治療ユニットが加わり、ネット・ワークが形成されている。そのコーディネイトを、精神衛生センターがやり、PSW が重要な役割をはたしていた。カバーする範囲が狭いせいもあるが、システムはう

まく機能しているかにもえた。しかし、米国と殆んど同程度の老人人口の増加に対して、施設の絶対量が不足していることを、当事者は問題にしていた。

以上が、主に施設中心にみたフィード・ワークの結果である。

その2

つぎに、施設従事者に対するアンケートプラスインタビューによる結果を示すと表2の如くなった。同じ質問をできるだけ雑多な意見を求めてみた。対象者は10名で、その内分けは、医師7名（精神科医6名、老年病科医1名）、OT1名、PSW1名、ナースエイド1名であった。

各質問についての回答を要約するとつぎのようになる。

1) 老人医療一般における老人精神医療の割合は、施設によりまちまちであるが、高齢人口の増加とともに相対的に増している。しかしこれに対して専門家の養成がおいついていない面がある。

2) 医療保障と社会保障については、分離してはいけないものであるというたてまえが現場でも生きている。

3) ホーム・ケアか施設ケアかについてはホーム・ケアにウエイトがおかれてゆく傾向にある。

4) ボーディング・ハウスとナーシング・ハウスは、医療の対象者を収容するかどうか、医療を提供できるかどうかでわかれてくるというコンセンサスがある。

5) メディケアは、医療給付であるが、内容や期間に制限があり、メディケイドは、生活保護にあたり、これには資産の上限がきめられている。つまり中間所得各層者には不利なシステムになりうる。

6) 米国の老人のケア・システムは、高度に専門分化している点はいいが、都市と地方との落差があったり、専門家が少ないという問題をかかえている。

7) 理想的なケア・システムについては、色々なイメージを各自もっているようだが、統合されていることと、全ての人が恩恵に浴せるようになることの2条件が共通していた。

8) 老人デイ・ケアに期待する向きは大きい。

以下9) アルツハイマー病について、10) 老化性痴呆について、11) ホスピスについて、参考までに意見をきいてみた。その内容は表に示すとおりであった。

III 考 察

米国は広大な国家であり、一州で日本全土に匹敵する広さをもつものもあるというようにその全貌を視野におさめることは不可能に近い。また人口の構成も地域によってかなり異なるはずである。われわれが今回こころがけたことは、国家レベルにおけるケア・システムの研究ではなく、もっとローカルなレベルにおけるそれであった。それ故、米国において、老人人口が比較的多く、老人のケア・システムのヒナ型といわれるものが存し、実情を把握することが可能であるという意味で、ホノルル、ロサンゼルス、ニューヨークがフィールドとして選ばれた。用いられた手法は、文化人類学的なフィールド・ワークの方法にあり、インタビューであった。これにより、老人ケアについての一種の鳥瞰図が描けるであろうと期待された。米国の老人医療は決して古くはなく、せいぜいこの10年ぐらいの間に、注目されるようになり、真剣に論議されるようになったのは、この5年間であるといわれている。それだけに、システムといっても、完備されたものがあるわけではなく、急速に拡充整備されているのが現状である。一方では予算面での切りつめなどが叫ばれ、そのために、在宅ケアやデイ・ケアが盛んになりつつある。在宅ケアにしても、老人夫婦やまたは単身者が多いため、家族によるケアはあまり期待できず、結局在宅サービスの内容を変えて対応しなくてはならないといったところはお国柄を感じさせる。そうはいっても、人種のるつぼであ

る米国では、人種間で風俗・風習の違いもあり、ユダヤ系、中国系、韓国系の米国人は、家族で面倒をみる傾向がつよいという。このことは、施設利用の面にも反影されている。ハワイにおいては、地域は比較的狭いのであるが、あまりケア・システムが機能していないようにおもわれた。その理由のひとつは、観光地という特殊性もあろうし、何よりもセンターの不在といったものが想定された。個々の施設はよいものがあり、熱心な実施者がいるにはいたが、統合性という点ではいまひとつという感じがあった。これに対して、ロサンゼルスは、医療面では UCLA がリーダーシップをとり、ケアについては、州の役人が巡回指導したり、施設においてはケース・ワーカーなどが、各サービスの紹介の労をとるなど、キメの細かなネット・ワークがはりめぐらされているようであった。各施設の横の連絡こそあまりないが、窓口と受け皿を結ぶ、連絡はうまくいっているようであるし、それぞれの施設と、それに見合う対象老人が分布して、棲み分けているといった観があった。しかし、健康老人と障害老人との生活上のコントラストは大変大きく、セニア・センターにおける華やくだ零囲気と、訪う人もなくねたきりの生活を余儀なくされている老人のベット際の冷えびえとした感じは、この国における強者・弱者の立場を象徴しているようであった。ロスの一部の施設およびニューヨークの慈善団体による施設は、ボランティアの活動が盛んであり、こうした面も、米国でのケアの一つの特色といえるかもしれない。また、宗教的なバックボーンをもった医療あるいは福祉施設が、ほぼ理想に近い、最高レベルのものとして、高度に進歩した資本主義社会と共存しているのも、ケア・システムというものを考える上で、特異な存在として位置づけられるとおもわれた。

こうした施設サイドからみた老人ケアの実情を、現場レベルでとらえたものが表 2 に示される内容であるわけであるが、一言でいって、現場の人達には、全体のシステムが見えていない

といった観がある。それはそういったシステムが実在しないせいであろうか？あるいは、専門分化の結果全体がみえにくくなっているせいであろうか？それはおそらく後者であろう。なぜなら第 2 表を一つの平面図とみなすならば、あるシステムがうかびあがってくるようにおもわれる。それは、まだ完備されてはいない。しかしわが国のそれに比べれば、一日の長のあるものであり、医療と福祉を一段と高いレベルで統合したものといえそうである。また補足的ではあるが、カナダ特にバンクーバーにおける老人のケア・システムは、小地域を対象とし、英国と米国の双方のシステムのよい点を折衷したようなものであるといえそうである。

終わりに、ワシントンでもたれた国際会議 (WCMH) での老人医療に関するセッションでのディスカッションは、今回のフィールド・ワークでの印象と奇妙にも一致したのでここに再録することにする。

今日老人問題は、世界の苦慮するところである。それだけに、研究者による情報の交換や、各国間での比較研究の必要性が強調されていた。ある研究者は、施設スタッフの員数の研究を行ない、北欧・英国に比し、米国は少なく、日本はさらに少ない。日本はその少ないところを、非専門のスタッフで補う傾向が強い、と発表していた。またボランティアの活動が、米国では盛んであり、それは老人サービスにおいても大きな力になっていることも指摘された。さらにまた、ケア・システムにふれたある研究者は、英国と米国とのそれを比較し、医療も福祉も「丸がかえ」である英国は、財政の危機にみまわれ、サービスの内容をダウンさせなければならなくなり、一方米国のメディケア制度はコントロールしにくいという難点を示し、両システム間の葛藤を浮きぼりにしていた。

おわりに

このように、老人のケア・システムについての研究は、まだまだトライ・アンド・エラーが

くりかえされねばならない領域である。通信技術や交通機関の発達で、世界が加速度的に小さくなりつつある今日、こうしたフィールド・ワークをとおしての比較検討は、わが国の将来を考える際に、極めて重要であると思われる。本稿は、その主旨に沿った細やかな試みであった。

(稿をおえるにあたり、本研究をサポートして下さった科学技術庁国際課、加藤正明前国立精神衛生研究所長、J. ヤマモトおよびC. P. チェン両 UCLA NPI 教授、T. Y. リン UBC 教授およびヘルガ・ヒックス女史に深謝いたします。)

参考文献

- (1) R. N. Butler, M. I. Lewis: Aging and mental health, 2nd.ed., Mosby Company, Saint Louis, 1977
- (2) R. N. Butler, M. I. Lewis: Aging and mental health, consumers ed., Mosby Company, St. Louis, 1983
- (3) 加藤正明, 長谷川和夫編: 老年精神医学, 医学書院, 東京, 1973
- (4) 湯沢雍彦編: 世界の老人の生き方, 有斐閣, 東京, 1980
- (5) 大塚俊男他: 老人精神障害のケア・システム, 社会精神医学, 第4巻3号P211~P217, 1981
- (6) 丸山晋: 科学技術庁中期在外研究員報告書(未発表), 1983

表 2

| 回答者 | ① UCLA NPI 外来主任 Dr. A | ② LA市内の日系人経営の特養に勤める O. T. I さん | ③ UCLA 老人精神医学の教授 Prof. J. | ④ UCLA の PSW Miss M. | ⑤ VA ホスピタル老人精神科病棟主任 Dr. N | ⑥ LA 市内の日系人ホーム、ナースエイド Y. さん | ⑦ NY のジュウイッシュ老人病院内科主任 Dr. R. | ⑧ NY の精神衛生センター Dr. V. | ⑨ バンクーパー市立病院老人精神科 Dr. S. | ⑩ バンクーパー州立精神病院老人病棟 Dr. B. |
|-------------------------|---|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 質問内容 | | | | | | | | | | |
| (1) 老人医療一般における老人精神医療の割合 | 老人専門の外来のため100%. 1ヶ月の来院者100名、デイホスピタルは1回10人、入院ベット数は20. | 特養在所者の75%に精神科的な問題がある。在所者の平均年齢は85.5歳. | とても少ない割合である. | 65歳以上の高齢人口が増えて相対的に精神面での問題が増加している. | 内科系の病気が主であるがうつ病や痴呆、迷感行為などのケースが増えている. | 引退者ホームと中間看護ホームでは35%の人にボケなどの精神的問題がみられる. | 入院者の40%は痴呆を持っている。うつ病もかなり多い. | 老人精神衛生の問題は急増している。州立病院入院中の患者の50%は老人になっている. | 60%ぐらい、社会的孤立の場合を考慮すれば90%。殆んどが身体的問題を併有. | ここ5年間ぐらい注目されるようになり専門病棟もできてきた. |
| (2) 医療保障と社会保障とのかわり | メディケアは治療費のカバー(65歳以上) | 米国では福祉と医療が分離していない. | ともによりよいホスピタリティを求めている。分離してはいけないもの. | 貧しい人々のためのソーシャルプログラムがある。(SSI) | VA の患者は費用の一切を保障されている. | 入所者はほとんどの人がメディケイドを受けている. | 宗教団体がバックにあるので一切無償で面倒をみている. | ケアのレベルを明確化する。階層化することにより混乱が防げる. | 統合されているので問題はない。保障は比較的よくゆきとどいている. | ソーシャルワーカーの仲介者としての仕事が大変。医療と福祉の分離の問題はない. |
| (3) 在宅ケア対施設ケアについて | ホームケアが施設ケアよりもいいものだという前提で治療をすすめている. | ホームケアは経費の削減に通じる。米国では子供と一緒に住まうことを必ずしも幸せと感ぜない風潮もある。施設利用者も多い. | 施設ケアは実際は老人の5%にすぎない。85%は何らかのホームケアを受けている。しかし医療が少なくなる面がある. | 20年前まではホームケアは50%だった。しかし、核家族化や家族がない老人が増え、施設ケアを受ける人が多くなってきている. | ホームケアは経費が安いので歓迎されている. | 子供たちに遠慮して施設に入ってくるものが多い. | ホームケアでは異常行動のあるケースはみきれない。施設ケアは病者のためのもの. | 施設は取容所になりかねないので、ホームケアを強力に押し進めた方がいい. | 約70%が施設へゆく。本人はゆきたがらないが家族が責任をひきうけられない場合はしかたなく入所する。入ったものの10%は数週間で死ぬ. | 経済的な援助をしてやりホームケアを充実させる方向がよい。25%が在宅。入所は家族とソーシャルワーカーの協議できる. |
| (4) ボーディング・ハウスについて | ボーディング・ハウスの方が経費が安い。対象者はナースィング・ホームに比べ自己活動が高いものが入る. | ボーディング・ハウスは部屋を提供しているだけでナースィングの要素はゼロ。ナースィング・ホームでは単なるナースィングだけでなく機能訓練などが行なわれている. | ボーディング・ホームでは時として老人虐待がおきている。ナースィング・ホームは面倒をよくみる。実際には循環させるのが望ましい. | ボーディング・ハウスは、食事の世話などだけで、医療はない。ナースィング・ホームには、正看が配置され身体面のケアや投薬がなされる. | ナースィング・ホームは病人のためのもの。ボーディング・ホームは安価. | ボーディング・ハウスとナースィング・ホームとを併設してあり、対象者は行き来している. | ボーディング・ハウスは介護は一切しない。質もよくない。大部屋に住まわせているのは問題。監視を強める必要がある. | ナースィング・ホームでも精神科の看護婦が不足しているのは問題. | ボーディング・ハウスの半数はケアがなく質がよくないが残り半数はよく面倒をみている。ナースィング・ホームは対象の幅を限定している. | |
| (5) メディケアとメディケイドについて | メディケアは政府が負担しメディケイドより高額(65歳以上)。メディカル(加州におけるメディケイド)すべての障害者や困窮者が対象になる. | メディケアは保障に期限がある。メディケイドは財産の制限がある. | | メディケイドは財産の制限がある。また受療上の制限もある. | メディケアは政府が管理。メディケイドは貧困者を対象. | 不景気を反映して財政難が叫ばれている。福祉システムの形は整っている. | メディケアは100日という制限がある。最初はメディケアでやっても出費のためメディケイドにきり変わるケースが多い. | 二本立ては確かに良い面があるが、コントロールしにくいという難点がある. | プログラム又はサービスにつき十分予算化されているので問題はない. | 年金により全てがまかなわれる。80歳以上になると extended-care の措置がある. |
| (6) 米国の老人ケア・システムの長所について | 都市部においては老人ケアは専門化し内容も充実している。地方においてははまだ専門家が少なく、ケアの質もいまひとつである. | 慈善団体のサービスが活発であることは良い点である。民族性によるケアのあり方に差異がある. | 米国文化は老人患者に対して冷たい。しかし宗教的な慈善活動がその穴を補っている。すべての老人がケアを受けられるシステムがあるのはよい点。虐待をコントロールできないのは悪い点. | 老人に対する認識が低い。専門家の養成が遅れている. | 欠点は新しい分野でトレーニングを受けた専門家が少なく。利点は高い技術と装備を持ったケアが受けられること. | 老人にとって安全で楽しい場作りが大切。若い人の老人へのサービス精神を高揚させることも大切. | 食事、運動、ゲームなどが主体。盲人や精神科の問題をもつものなど対象を専門化したものも必要となってきている. | | 特に問題はない。ドクターは治療に専念すればよい。あとは長期ケア・プログラムで面倒をみてくれる. | 地方地方によりシステムが違う。機能の面ではよいが、複雑化しやすいおそれあり。システム自体は英国に似る. |
| (7) 理想的なケア・システムは? | 内科学、神経学、精神医学、看護学、ソーシャルワークが統合されていること. | よりよいサービスが総合的に行われること. | 一番よいケアがすべての人の手に入る。理想。エイジ・セグレーションよりもエイジ・インテグレーションの方が好ましい. | 家族にインフォメーションが行われるようなシステムが望ましい. | 充実した生活を促進できるようなものが理想。(幸せに死なせてあげたい) | | | 地域ケアの充実と同時に機能分化した施設の出現が望まれる。また病院と施設を兼ねた新しい施設があってもよい. | | |
| (8) 老人のデイ・ケアについて | インテンシブなディートメントをパイロット・スタディとして展開中. | 盛んになりつつあるが、内容や日数や時間などまちまちである. | デイケアはまだ少ない。家族が抱えこんでしまいうつ病を防止するのはよい。大いに期待できる領域. | | アクティビティがありながら家庭にとどめられない人に特に有効。費用を節約できるというメリットもある. | | | 今後ますます重要になる部門。地域社会との連絡が特に大切. | 非常に役立っている。短期のものが好ましい. | 大切だが、移送の問題が大きい. |
| (9) アルツハイマー病について | 外来患者の半が痴呆を持っている。うち半がアルツハイマー病である。(実際にはオートプシーによらなければ確定診断ができない) | | アルツハイマー病は、やはり初老期のものであって遺伝学的に別のものであるという印象がある. | | アルツハイマー病は、家族的で遺伝的なものだと思う. | | アルツハイマー病に対してはスキルドナースィングが必要. | | 多くなってきている。しかし診断はむずかしい。6カ月間ぐらい症状の経過をみないと除外できない. | |
| (10) 老化性痴呆について | 65歳以上の老人の15%はボケを持っている. | | 痴呆は病気であって年齢とは関係ない. | | 痴呆の内分は、70%がアルツハイマー型のもので20%がアルツハイマー型と多発梗塞性のもとの合併で残り10%がその他. | | 65~75歳の人には40%位、80歳以上だともっと多くなる. | 良性的ボケといつてよいものがたしかにある. | | |
| (11) ホスピスについて | 癌患者のみ. | 宗教的なダイイングケアはあるが特にボケ老人に対してはない. | 老人のためのものとしては考えていない. | 末期癌患者のためのものと精神科的な終末ケアのためのものと2種類ある. | | | がん患者・サービスのみに。一時的な滞在とすべきである. | 癌患者用のものがわずかにパイロット・スタディをして行なわれている. | よいサービスだとも思う。今後は老人についても考えてよい。今はもっぱら癌に行われている. | |

老人ホームにおける精神医学的問題 に関する実態調査

齋藤和子・丸山 晋・大塚俊男
老人精神衛生部

はじめに

1. 調査の意義

近年高齢人口の増加は推計を上まわる速さで進んでいる。一方国民生活実態調査からは3世代世帯の減少と老人世帯の増加が明らかとなっている。そして3世代世帯にあっても老人に何らかの障害が発生した場合その介護力は低く、困惑することが多いことは多くの人の指摘するところである。

このような情勢を反映して老人ホーム殊に特別養護老人ホームの新設は全国的に盛んであり、開設すれば短時日の間に満床になるという状況になっている。

これらのホームの居住者についての精神衛生問題には多く関心が寄せられ実態調査もなされ、痴呆老人が少なからず入所していることが明らかになっている。

我々は55年に千葉県で県下全老人ホームにおいて実態調査を行ったがその結果1. 健康上問題のある者は養護で在所者の64%、特養で79%、軽費で55%、盲施設で64%あること、2. 痴呆老人は養護12.6%、特養28.3%、軽費2.0%、盲施設13.4%であること、3. このような現実からホームの職員配置規準特に医師や看護婦など医療関係職員の配置規準の検討が必要であること、4. 精神科医師の嘱託制あるいは巡回の必要性等を指摘した。長谷川等は56年に同様調査を全国の老人ホームを対象として行ったがほぼ同様の結果が得られている。

この後国にあっては対策に努力をはらい、昭和58年度から養護および特養における精神科医

師雇い上げ制を実施し、雇い上げにかかる費用を当面1施設当月1日分を措置費に繰り入れて支給することとした。また59年度からは痴呆老人を積極的に受け入れる中核特養の指定制を実施に移す予定である。

このような状況の変化にともないホーム内の精神衛生問題とその対応はどのように変化したかを明らかにしておくことは今後の老人対策を考える上に意義あることと考えられる。

2. 県下の状況

昭和58年4月1日現在における千葉県の概況は表1にあるように全人口は4,947,182人、このうち65歳以上の者は367,028人で全人口の7.4%である。これは昭和57年10月1日における日本全人口に占める高齢人口比9.6%より低い値である。

また本調査時である昭和58年6月1日における県内の老人福祉法に定める老人福祉施設数とその定員は同じく表1のように特別養護老人ホーム21、定員1,430人、特別養護老人ホーム35、定員2,515人、軽費老人ホーム7、定員500人、救護盲老人施設1、定員50人で施設数合計64、定員合計4,495人である。調査時点で4,446人が入所しており定員に対する在所者の割合は養護97.0%、特養99.8%、軽費99.4%、盲施設66.0%である。盲施設を除いてほぼ満床の状態である。

老人ホーム在所者は65歳以上人口の1.21%にあたる。全国では昭和57年10月において、1.56%であった。このように千葉県は老年人口構成比も全国より低く老人ホーム入所者の比率も低い。

I 目 的

この調査の目的は1. 老人ホームにおける精神医学的問題をもった人の実態を把握すること、2. 問題老人の介護および医療状況を明らかにすることおよび3. 精神科医師雇い上げ制の実施状況の把握等である。

II 対象および方法

対象は前回同様千葉県下の全老人ホームとした。すなわち養護老人ホーム21ヶ所、特別養護老人ホーム35ヶ所、軽費老人ホーム7ヶ所、救護盲老人施設1ヶ所の計64ヶ所である。

方法は末尾にある調査票によるアンケート方式で、千葉県社会福祉協議会および千葉県老人福祉施設協議会の協力を得て配布し回収した。回収率は100パーセントである。

調査時は昭和58年7月である。

III 結 果

結果は表にまとめ、施設の種類別に平均値であらわし、養護老人ホーム(以下養護)、特別養護老人ホーム(以下特養)、軽費老人ホーム(以下軽費)、救護盲老人施設(以下盲施設)の順に示した。

1. 開設の時期

開設の時期は表2の通りである。養護はすでに昭和20年代に7ヶ所が開設されており30年代6ヶ所、40年代8ヶ所で50年以降は新設はない。55年調査時は22施設であったからその後に1ヶ所閉鎖されていることになる。

養護に比べ特養の増加は著しい。55年には20施設であったが今回は35ヶ所となり、56年、57年は年間6施設づつ、58年も6月現在で3ヶ所が開設され、わづか3年の間にほぼ2倍となる勢である。軽費は7施設でこれも最近増加の傾向にある。盲施設は前回と同じく1施設である。

2. 定員数および職員数

定員数および職員数は表3の通りである。平均定員数は養護では30人から100人で平均68.1人、特養では50人～210人で平均71.9人、軽費は50人～100人で平均71.4人、盲施設は50人である。特養で100人以上が210人の1施設を含めて8ヶ所あるがいずれも55年以前にできたもので、55以降には100人以上のものはできていない。

施設当りの平均職員数は養護17.7人、特養32.5人、軽費15.7人、盲施設21.0人である。職員1人当たりの定員数は養護3.9人、特養2.2人、軽費4.5人、盲施設2.4人である。職種ごとの職員数は表の通りであり設置規準はほぼ満されている。医師はほとんどが兼任あるいはパートである。看護婦は養護ではほとんどの施設で1人、特養では2人～5人で平均2.7人である。軽費は全て1人、盲施設では2人が勤務している。機能回復訓練のための理学療法士は特養で専任は全施設を通じてわずかに1人、兼任あるいはパートが10人(9施設)にすぎず、作業療法士も特養で専任1人である。養学、軽費、盲施設では理学療法士、作業療法士のいずれも、兼任またはパートででもおいていない。寮母1人あたりの定員数は養護9.6人、特養3.9人、軽費14.3人、盲施設6.3人である。

3. 平均年齢

在所者の男女別年齢構成および平均年齢は表4の通りである。在所者の男女比は養護では男36.0%、女64.0%、特養では男34.4%、女65.6%、軽費では男29.4%、女70.6%、盲施設では男28.3%、女71.7%である。養護、特養、軽費ではほぼ男性に1に対して女性2の割合であり盲施設では男性1対女性3となっている。

平均年齢は合計では養護72.0歳から79.5歳(55年時72.5～77.7歳)、特養74.9歳から79.8歳(同72.2～78.3歳)、軽費72.5歳から77.2歳(同74.5～76.8歳)、盲施設73.8歳(同75.0歳)である。養護、特養では80歳を越えるところができており注目される。また55年時と比べると盲

施設を除きいずれも1～2歳高くなっており在所者の高齢化がすすんでいることを示している。

4. 入所の経路

施設への入所の経路は表5の通りである。入所の経路は施設の種類により異っている。

養護では最も多いのは1人暮らし世帯からで42.7% (55年時40.6%)、次いで、1人暮らしおよび老夫婦のみの世帯以外のその他の世帯すなわち子供その他の同居者のいる世帯からで37.4% (同37.8%)である。老夫婦のみの世帯からの7.3% (同7.6%)を加えると「世帯から」は87.4% (同85.9%)となる。

特養では最も多いのはその他の世帯からで40.6% (同45.5%)、次いで一般病院から26.0% (同21.5%)である。1人暮らしからは13.7% (同11.7%)で養護に比べて著しく少ない。また老夫婦のみからは7.8% (同5.8%)であり「世帯から」は合せて62.1% (同63.0%)と養護より少ない。他の老人ホームからは9.0% (同14.8%)である。

軽費では最も多いのはその他の世帯からで56.7% (同63.9%)、次いで1人暮らしで28.8% (同16.2%)、老夫婦のみが8.5% (同15.1%)であり、「世帯から」は合せて94.0% (同95.2%)となる。

盲施設では1人暮らしが最も多く39.1% (同34.1%)、次いでその他の世帯34.8% (同31.8%)であり、「世帯から」は合せて73.9% (同65.9%)である。他の老人ホームからは19.6% (同31.8%)である。

精神科病院からは養護1.7%、特養1.5%、軽費0.4%ときわめて少ない。

すなわち、養護では1人暮らしとその他の世帯からが多く特養ではその他の世帯からと一般病院からが多い。特養では1人暮らしや他の老人ホームからもかなりあり終着駅の感が強い。盲施設では1人暮らしからが最も多く注目される。また他の老人ホームからが多いことも注目される。

また55年時と比較すると全体的に1人暮らしからが増加し、その他の世帯からが減少している。

これは一般社会における単身世帯の増加と3世代世帯の減少という世帯構造の変化を反映していると考えられる。また特養および盲施設で55年時に比べ他の老人ホームからが減少していることが注目される。

ホーム内の適切な指導が行われている。また、一般的に入所が先行してホーム内の指導が阻まれる。

5. 日常生活介護状況

在所者の日常生活における介護状況は表6の通りである。

養護では全面的な介護を必要とする者は1.6%、かなりの介護を必要とする者8.0%であり、ある程度の介護を必要とする者15.6%、ほとんど又は全く不要74.8%である。55年時は全面介護2.6%、かなりの介護14.2%であり、ある程度とほとんど又は全く不要の2つを合せて今回は90.4%であるが83.2%であった。比較すると介護の程度はいく分軽くなっていると思われる。、特養では全面介護22.2%、かなり介護27.6%、ある程度の介護27.5%であり、ほとんど又は全く不要が22.7%ある。55年時は全面介護27.1%、かなり介護35.9%であり、ある程度とほとんど又は全く不要の2つを合せて今回は50.2%であるが37.0%であった。ここでも介護の程度は軽くなっていると考えられる。

軽費では全面介護は1人もなくかなり介護が1.6%ある。ある程度の介護が2.8%、ほとんど又は全く不要が95.6%である。55年時は全面介護およびかなり介護はともに0%であり、ある程度とほとんど又は全く不要の2つ合せて今回98.4%であるが100%であった。ここでは介護の程度はほとんど変わらないと思われる。

盲施設では全面介護10.9%、かなり介護15.2%、ある程度介護50.0%であり、ほとんど又は全く不要が23.9%である。55年時は全面介護4.5%、かなり介護29.5%でありある程度とほとんど又は全く不要は合わせて今回73.9%であるが65.9%であった。ここも介護の程度はいく分軽

くなっていると思われる。

6. 現在の医療状況

現在の医療状況は表7の通りである。現在医療を受けている者は養護では在所者の62.3%(55年時59.8%)、特養82.7%(同73.6%)、軽費69.4%(同50.8%)、盲施設65.2%(同63.6%)である。55年時と比較すると養護、特養、軽費のいずれも医療を受けている者の比率が増加しており盲施設ではほとんど変りない。これらのうち施設外の医療機関において受療している者は養護36.9%(55年時37.7%)、特養26.5%(同31.9%)、軽費33.8%(同40.1%)、盲施設39.1%(同63.6%)である。55年時と比較すると養護ではほとんど変わらず特養、軽費、盲施設ではいずれも外部の医療機関の利用率は近くなっている。

7. 協力病院, 精神科協力病院

協力病院の有無および平均病院数は表8, 9通りである。協力病院をもつものは養護で21施設中17施設で81.0%(55年時81.8%)、特養35施設中34施設97.1%(同85%)、軽費7施設中6施設85.7%(同75%)、盲施設1施設中1施設100%(同100%)である。1施設当り平均病院数は養護1.6(55年時1.6)、特養2.0(同1.7)、軽費2.2(同2.0)、盲施設4.0(同3.0)である。55年時に比べるとほとんど施設が協力病院をもつようになり改善が認められる。また盲施設は他の老人ホームより外部医療機関への依存度が高いように推測される。

協力病院の中に精神科協力病院が含まれる施設は養護6施設、特養12施設、軽費3施設、盲施設1施設である。

8. 精神科嘱託医

次に今回調査の主要な目的である精神科嘱託医の雇い上げの現状であるが結果は表9の通りである。嘱託医を雇い上げているところは養護で21施設中1施設、特養35施設中4施設、軽費7施設中1施設であり盲施設1施設では雇い上げ

ていない。

精神科嘱託医は制度が実施されてわずか?後の調査であるためか雇い上げは少ない、しかし制度発足と同時に雇い上げている施設もあり、必要性はだれしも認めるところであるから今後充足されていくものと期待される。

精神科協力病院および精神科嘱託医雇い上げのいずれもないところは養護15施設(71.4%)、特養20施設(57.1%)、軽費7施設(100.0%)、盲施設1施設(100.0%)である。

9. 精神科嘱託医なしの理由

精神科嘱託医制は実施されてからまだ日も浅く雇い上げが進んでいないのもいたし方のないことであるが、ともかく調査時点で雇い上げがなされていない理由をたずねてみた。質問には回答としてあらかじめいくつかの理由を用意しその中から選択してもらった。結果は表10の通りである。

養護では最も多いのは「問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する」で55.0%、次いで「嘱託医を頼むほどの問題がない」で25.0%、次が「問題がおこったら福祉事務所へ相談して病院をさがしてもらおう」である。

特養では最も多いのは養護と同じく「問題がおこったら適当な病院をえらんで受診させる」で60.0%、次いで「嘱託医を頼むほどの問題がない」と「問題がおこったら福祉事務所に相談して病院をさがしてもらおう」が同率でそれぞれ13.3%である。

軽費では最も多いのは「嘱託医を頼むほどの問題がない」であり、回答のあった全施設がそのように答えている。次が「問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する」と「問題がおこったら家族を呼んで病院をさがさせる」が同率でそれぞれ75.0%である。

盲施設では「問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する」と答えている。

全体を通して最も多いのは「問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する」でありほぼ

6割に達する。次は「嘱託医を頼むほどの問題がない」であり、軽費の100%はともかくとして養護の4分の1、特養でも1割強がある。養護、特養とも福祉事務所に依存する率が他よりも高い。軽費ではそれに対応するように家族に問題を帰している。

いささか意外であり注目されることは「近所に精神科医がない」がきわめてわずかで養護で1施設、特養で2施設にすぎないことである。後にのべるようにホームにおける現在の精神科医療問題に関する自由記載では、精神科嘱託医もしくは巡回診療に対する要望が多いことを考えると、この結果は一見矛盾するように思える。嘱託医や巡回診療への期待をもちながらも、その都度医者をさがし病院をさがしている日常が示されているとみられる。

10. 精神科を受診するときの理由

精神科協力病院あるいは精神科嘱託医の有無にかかわらず、精神科を受診するときの理由をたずねた。結果は表11の通りである。

各施設を通じて最も多いのは「幻覚、妄想がひどい」であり平均67%である。以下養護では「徘徊がひどい」、「被害的である」で同率で53%、特養では「夜ねないでさわぐ」、「暴力行為・攻撃的」で同率で54%、次いで「徘徊がひどい」51%であり、軽費では「徘徊がひどい」71%である。集団生活の中で迷惑となるような行動が受診の大きな理由を占めていることが示されている。

11. 精神障害者、不適応者等問題をもつ者および問題の内容

入所者のうち精神障害者、不適応者など精神医学的問題をもつ者および問題の内容をチェックした。問題の種類は大きく3つに分けた。すなわちⅠ. 行動上の問題、Ⅱ. ぼけ、Ⅲ. ぼけ以外の他の精神医学上の問題とし、それぞれに具体的な事項を提示してあてはまる事項をチェックしてもらった。ぼけは独立させ、具体的事

項として1. 脳血管性痴呆、2. 老年痴呆、3. 分類不能に分けた。ⅠおよびⅢは重複を妨げないこととしたがぼけは重複をさけ、1, 2, 3のいずれか1つのみチェックさせた。結果は表12-1~4に示す通りである。

まず問題をもつ者は養護では男60人で男性全入所者の12.0%、女116人で女性全入所者の13.0%、計176人で全入所者の12.6%(55年時9.8%)ある。特養では男136人、15.8%、女292人17.7%、計428人17.1%(同14.1%)、軽費では男5人3.4%、女30人8.5%、計35人7.0%(同7.5%)である。盲施設では男6人46.2%、女8人24.2%、計14人30.4%(同61.4%)である。盲施設を除いていずれも女の方に問題をもつ者の比率が高い。また養護、特養では55年時に比べ問題をもつ者の比率が高い。

問題の数は養護では問題をもつ者1人あたり合計で、行動上の問題0.84、ぼけ0.44、他の精神医学的問題0.77、性格上の問題0.19で行動上の問題が最も多い。

特養では行動上の問題1.37、ぼけ0.75、他の精神医学上の問題1.12、性格上の問題0.17である。最も多いのは行動上の問題であり、問題をもつ者はこの行動上の問題とぼけ以外の精神医学的問題をそれぞれ1人平均1つは持っていることになる。

軽費では行動上の問題0.91、ぼけ0.51、他の精神医学上の問題1.68、性格上の問題0.08である。最も多いのはぼけ以外の精神医学上の問題で1人平均1つ以上もっていることになる。これは養護・特養より大きな値である。盲施設では行動上の問題2.71、ぼけ0.35、他の精神医学上の問題0.64、性格上の問題0.28である。行動上の問題が多く、1人平均2つ以上となっている。

つぎに問題となる具体的な事項であるが、上位3~4をあげると養護では行動上の問題は男では1失禁、2飲酒による問題行動、3攻撃的言動、女では1失禁、2攻撃的言動、3徘徊である。男女とも失禁が多く次いで攻撃的言動であ

る。ほけ以外の精神医学上の問題では男では1妄想, 2不眠, 3不安であり, 女では1妄想, 2幻覚, 3抑うつである。男女ともに妄想が多い。

特養では行動上の問題では男は1失禁, 2攻撃的言動, 3徘徊, 女では1失禁, 2徘徊, 3攻撃的言動である。男女とも失禁が1位である。ほけ以外の精神医学上の問題では男は1不安, 2不眠, 3抑うつであり女では1不安, 2不眠, 3妄想である。男女とも不安, 不眠が多い。

軽費では行動上の問題は男では窃盗行為および不潔行為が1つづつあり女では1攻撃的言動, 2徘徊, 3不潔行為である。ほけ以外の精神医学上の問題では男は不安が最も多く女では1不安, 2抑うつ, 3妄想, 4心気である。男女とも不安が多い。

盲施設では行動上の問題は男では1徘徊, 2不潔行為, 3過食, 女では1失禁, 2徘徊, 3攻撃的言動である。ほけ以外の精神医学上の問題では男では妄想が多く女では特に多いものはない。

12. 問題をもつ者の精神科医療状況

これら問題をもつ者における精神科医療状況は表13の通りである。

まず精神科外来を受診したことのある者は養護で31.3%, 特養で20.6%であり軽費28.6%, 盲施設では全くない。

精神科以外の受診はいずれも精神科外来より多く養護では45.5%, 特養70.6%, 軽費82.9%, 盲施設100.0%である。

精神科の入院歴のある者は養護10.8%, 特養6.5%, 軽費5.7%であり盲施設は全くない。

向精神薬服用者は養護では19.3%, 特養で27.1%, 軽費31.4%, 盲施設7.1%である。軽費で問題をもつ者のほぼ3分の1が向精神薬を服用していることは注目される。

13. 問題をもつ者の今後の介護の場所

問題をもつ者各々につき, 今後の介護に相当

な場所はどこかたずねてみた。結果は表14の通りである。

軽費以外, 圧倒的に多いのは「当該ホームで介護可能」であり養護89.2%, 特養93.9%, 盲施設100.0%である。軽費は45.8%で半数に満たない。他に養護では「精神科へ入院」5.1%, 「精神科を受診できるホームへ移す」1.7%であり「どこが良いかわからない」が4.0%である。

特養では「精神科へ入院」3.3%, 「家族へ帰す」も1.2%あり, 「どこが良いかわからない」が1.4%ある。

軽費は「精神科を受診できるホームへ移す」25.7%, 「家族へ帰す」11.4%あり「精神科へ入院」5.7%「どこが良いかわからない」が11.4%ある。

養護, 特養で困難な問題があってもほとんどの者については自らの施設で介護可能としているが, 精神科へ入院が必要と考えている者もありまたどこが良いかわからない者もある。精神科医療の側からの協力が強く望まれるところであろう。

14. 問題をもつ者の診断

問題をもつ者のうち診断のある者については診断名を記載してもらった。診断名と診断名ごとの頻度は表15の通りである。

診断名は大きくI機能性精神障害, II器質性精神障害, IIIその他の精神障害, IV身体疾患, Vその他に分けた。

養護では器質性が高く45.8%あり機能性は24.2%で器質性精神障害が高く中でも脳動脈硬化性痴呆が高い。特養でも機能性4.6%に対して器質性67.4%と高い。その中でも多いのは脳梗塞であり次はわずかな差ではあるが老年痴呆, 脳動脈硬化性痴呆の順となっている。

これらは精神医学的問題をもつ者における診断分類であるが, 養護, 特養とも身体疾患が25%づつある。中で多いのは心・循環器系である。

軽費では精神障害の診断名そのものが少ない。少ない中では器質性が機能性より多く, その全

ては老年痴呆である。

盲施設も精神障害の診断名は少なく器質性障害の老年痴呆2人のみである。盲施設では身体疾患が多く81.3%を占める。このうち多いものは心・循環器系と運動器系である。

15. 地域サービス

地域の障害老人へのサービス活動の実施状況は表16の通りである。

養護では21施設中10施設で実施している。活動の内容は短期保護事業が最も多く実施10施設中9施設で行っている。他に家族会、相談、入浴サービス、昼食サービス、介護者教育等を行っている。

特養では35施設中31施設で実施している。内容は最も多いのは短期保護事業で実施31施設中26施設が行っている。次は入浴サービスで18施設、他に家族会、相談、機能回復訓練、昼食サービス、生活指導等を行っている。軽費では7施設中1施設が行っており内容はその他ということで会議室の使用の便をはかっているということである。

盲施設では地域サービスは実施していない。

現在実施していないところへは今後の計画をたずねたが、その結果養護では11施設中計画のあるところはなし、特養は4施設全て計画をもち、軽費および盲施設では計画はない。

16. 精神科医療問題等に対する意見

自由記載でホームにおける精神科医療問題、地域サービスのあり方、職員の配置等について意見を求めた。

養護では13施設から意見がよせられた。最も多いのは精神科医療に関することで、精神科の巡回等による定期的診療をを求めるもの2、精神科医雇上費による精神科協力病院の設置を求めるもの1である。これに関連して介護に限界のある老人を移送できる（病院や従来のホームとは異なる？）施設の整備を求めるものが1ある。また精神科についての職員教育を求めるものが

2ある。職員の配置については介護職員の増員を求めるものが1ある。地域サービスに関しては地区社会福祉協議会やボランティアの協力を求めるもの1、人件費の予算化を求めるもの1である。いずれも人員の不足を訴えている。医療全般については施設の診療所での保険診療が可能となるよう求めるものが1ある。他に差額ベット、付きそ料の問題、老人医療適用外で法外援助金のみの方に対する処遇の充実を求めるもの、また一般老人と交流をもちたいが入所老人は一般老人にコンプレックスを感じている。一般老人の方からも交流への努力を求めるものなどがある。

特養では17ヶ所から意見がよせられている。最も多いのは精神科医療に関することであり、精神的に問題のある老人が多いために専門医による診断、指導が必要であるとするもの、適切な指導があれば重度の痴呆でも介護可能とするもの、現に精神科医の指導により病院へ移送せずに処遇の改善で好転した例をあげるものがある。そして嘱託医の義務づけ、県精神衛生センターの医師による巡回指導を求める、地元医師会との連携を求める等がある。嘱託医については月1回では不十分で週1回程度は必要であり、そうすれば単に問題老人への処置のみでなく全般的に精神衛生問題を把握でき、職員指導も充実が期待できるとする。職員の専門知識学習のため研修の場を求めるものも多く、看護婦の精神科病院での短期研修を提案するものもある。また専門のカウンセラーの必要性を訴え、リハビリテーションの充実を求める意見もある。

このように精神科医師の協力を積極的に受け入れ、職員の研修を行って知識技術の向上を行っていけば障害老人も介護可能とするものが多い一方で、精神障害老人には彼等専用の特養をつくるべきである。他の居住者に対して迷惑になるほけ老人のためには別途の施設を考慮すべきであるという意見もある。しかしこれに対しては、自分のホームでの体験から、ほけ老人も正常な老人との交わりの中で良い刺激を得る面

が多く、ぼけ老人だけの集団ではマイナス面が強化されるのではないかという意見もある。

職員配置については看護職員の少ないこと、特に夜間看護婦不在であることから看護職員および寮母など介護職員の質量とも増強が強く望まれている。また先にもふれたように専門のカウンセラー、ソーシャルワーカー、リハビリテーションのための療法士の配置が要望されている。また最近ではボイラー、冷凍機、エレベーター、浄化槽等の特殊付帯設備等が多いのでそれらの管理要員が必要であるという意見もある。

地域サービスについてはほとんどの施設がすでに実施しており残りも全て計画をもっているが、意見の中にはディケアセンターとして充実させていく方向に進めていきたいという意見がある。またサービスの実施方につき市町村への行政指導を行ってほしいという要望も出ている。施設側は地域サービスの用意はあるのだから施設を利用してほしいということである。

以上の他には養護と同じく付きそいなしの入院を希望している。

軽費からは4施設から意見がのべられている。入所者中に痴呆老人もありこれらの人のために病院とホームの中間的な施設をつくってほしい、老人医療の専門医がほしい、家族の協力が得られず処遇困難なことがある等の意見があった。また主体的な生活への指導は困難で、個室がかえって妨げとなるようで自室に閉じこもり壁に向っているだけの生活に陥ることもあると許える意見もある。

盲施設からは精神衛生問題には精神科の嘱託医が求められ、一般に老人医療の専門医への要望も出されている。

17. 施設職員に対する研修

最後に過去1年間の施設職員の各種研修会、研究会等への出席状況を報告してもらった。1人の人間が全てに出席しているわけではないが予想以上に研修会等が多く開催されているという認識を得る結果である。

施設長、生活指導員および寮母には年間20回以上、看護婦には10回以上、保健婦のみ1回が報告されている。期間は1、2日が最も多く、施設長に対する全社協主催の資格認定講習の6ヶ月、寮母に対する同じく全社協主催の福祉寮母講習会の10日が長い方である。

主催者は施設長、生活指導員及び寮母は県、全国及び県の社会福祉協議会、全国及び県の老人福祉施設協議会、所在地の保健所等であり、看護婦には全国老人問題セミナー、メディカルサービス、日本老人福祉財団があり、どういふわけか看護協会のものはない。保健婦の1回は看護協会主催である。

これらの他に調理士、調理員、事務員等への研修も行われている。

内容についての詳細はたずねていないが、すでに各所でふれたようにこのような研修にも精神医療側からの協力が望まれるし特に精神衛生センターの積極的関与が期待される。

考 察

55年の調査から3年後の調査であるが施設数も増加し、精神科医療対策にも進展がみられるなど情勢が変化している。また施設側の問題へのとりくみにも熱意がでてきておりより具体的な問題提起もなされるようになった。以下に結果を要約し考察を加える。

1. まず在所者の年齢であるが55年時より平均年齢は1~2歳高くなっており高齢化がすすんでいることを示している。

2. 入所経路は全体的に1人暮らし世帯から増加し、3世代世帯などのその他の世帯からは減少している。これは一般社会における老人世帯、単独世帯の増加と3世代世帯の減少を反映していると思われる。

3. 介護状況では養護、特養ともに全面的介護を要する者およびかなりの介護を要するものがともに減少しており介護の必要度は軽減しているという結果となり、一方で高齢化がすすんでいることと矛盾するかにみえる。しかしこれ

は介護者側の負担の自覚にも影響されることで、介護者の介護への積極的姿勢が程度を軽く評価させているかもしれない。

4. 医療をうけている者は養護で62.3%, 特養82.7%, 軽費69.4%, 盲施設65.2%でありいずれも55年時より多くなっている。

5. 精神医学的問題をもつ者は養護12.6%, 特養17.1%, 軽費7.0%, 盲施設30.4%であった。55年時と比較すると特養で高くなっている。

精神医学的問題をもつ者の診断は、診断名のついている者についての集計であるが、養護、特養ともに脳器質性障害のものが多く、養護では診断のある者の45.8%でその中では脳動脈硬化性痴呆が多く、特養では脳器質性障害は67.4%でその中では脳梗塞が多く老年痴呆、わずかな差で脳動脈性痴呆の順となっている。また身体疾患では養護、特養ともに心・循環器系の障害が多い。

軽費では精神障害の診断名のものは少い。盲施設も精神障害の診断名は少なく身体疾患が多く中で多いのは心・循環器系である。

6. 精神科嘱託医を雇い上げている施設は養護1, 特養4, 軽費1であり盲施設1施設は雇い上げていない。自由記載の意見では精神科医の嘱託制や巡回を要望するものが多いこと、また雇い上げていない理由で必ずしも近くに精神科医がいらないという理由が多いわけでもないことから、雇い上げる施設がもっとあってもよいように思われる。制度が発足して間もない時期の調査であるために少ないものとも思われ、今後雇い上げすすんでほけなどの処遇に指導、協力の得られることを期待する。

7. 上の6に関連して、雇い上げていない理由で最も多いのは問題がおこったらそのとき適当な施設をえらんで受診させるというものであった。これは理由というよりは現在そうしているということと解釈しなければいけないと思われる。しかしこのことには問題が含まれていると考えられる。まず受診させるという判断であるが精神医学的というよりは介護の困難さによ

ってなされる傾向になることである。そして介護者の熱意は往々にして悪戦苦闘の未介護者を疲れさせてしまうことになる。老人には医学的に必要な時期に適切な処置を施し介護者へも適切な指導があれば症状も好転し、介護者の負担も軽減することになる。他を受診させるにしても嘱託医の協力と指導のもとになされることが望ましい。

8. 問題をもつ老人のうち精神科を受診したことのある者は養護31.3%, 特養20.6%, 軽費28.6%で盲施設では全くない。

9. 精神科の入院歴のある者は養護10.8%, 特養6.5%, 軽費5.7%で盲施設では全くない。

10. 向精神薬服用者は養護19.3%, 特養27.1%, 軽費31.4%, 盲施設7.1%である。

11. 問題をもつ者の今後の介護に適切な場所は、養護では89%でほぼ9割、特養では94%, 盲施設では100%が当該施設で可能と答えている。軽費では当該施設で可能な者は約46%で半数に満たない。

残りについては軽費では精神科を受診できるホームへの移送や家族へ帰す等もあるがどこが良いかわからないかがかなりある。どこがよいかかわからないのは養護、特養にもあり、この判断のためにも精神科医の協力が強く望まれている。

12. 自由記載による施設側からの要望で多いものは、1. 精神科医の嘱託制あるいは巡回の推進もしくは義務づけ、2. 施設の介護職員に対する専門知識および技術習得のための研修、3. 医師、看護婦等医療関係職員の増員および介護職員の増員、4. カウンセラーおよびソーシャルワーカー、リハビリテーションのため療法士の配置、5. 地域サービスには積極的意欲をもっているのだから市町村への行政指導を求め等である。

いづれもホームの中での実践や具体的な問題および事例をふまえての意見であり示唆に富むものである。精神衛生センターへの協力要請など考慮すべきことであろう。

ま と め

老人ホームにおけるほけなどの精神医学的問題をもつ者の実態および精神科嘱託医の雇い上げ制の実施状況について調査を行った。

各ホームには少からぬ問題老人が入所しているがホーム側はこれらを今後もひき続き介護していく意志をもっている。

ホームにおける精神医療の整備のために国は昭和58年より精神科嘱託医の雇い上げ制を実施に移したがこの制度によって雇い上げている施設は少ない。

しかしホーム側からは問題老人の適切な処遇のためおよび職員への教育のために精神科嘱託医を求めており精神科医療側からの協力が強く望まれる。

この調査は下記の諸機関および各位の多大の支援と協力によるものであります。ここに記して衷心より感謝の意を表するものであります。

千葉県老人福祉施設協議会

会長 清 水 光 任

千葉県社会福祉協議会

施設課長 戸 村 成 人

千葉県社会部老人福祉課

課長 御園生 栄 一

また調査にお答えいただいた施設は下記の諸ホームであります。併せて謝意を表するものであります。

養護老人ホーム

八日市場市養護老人ホーム
習志野市立養護老人ホーム白鷺園
鴨川市立養護老人ホーム緑風荘
市川市立養護老人ホームいこい荘
天羽養護老人ホーム

山武郡市広域行政組合立養護老人ホーム
市原市老人ホーム

佐原市養護老人ホーム

銚子老人ホーム

野田市養護老人ホーム楽寿園

千葉市和陽園

船橋市立養護老人ホーム豊寿園

松戸市立養護老人ホーム松風荘

旭中央病院組合立養護老人ホーム東総園

館山老人ホーム

ひかり隣保館養護老人ホーム

長生共楽園

四街道老人ホーム

清和園

光楽園

望みの門楽生園

特別養護老人ホーム

銚子市特別養護老人ホーム

上総園

千葉市和陽園

三山園

総野園

野田市特別養護老人ホーム鶴寿園

館山特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム長生共楽園

特別養護老人ホーム望陽荘

特別養護老人ホーム晴山苑

特別養護老人ホーム清和園

特別養護老人ホーム松丘園

市原園

特別養護老人ホーム長寿園

特別養護老人ホーム北総長寿苑

大多喜町特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム双樹苑

特別養護老人ホーム久遠苑

特別養護老人ホーム望みの門紫苑荘

恵天堂特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム緑風園

特別養護老人ホームさくら苑

特別養護老人ホーム東総あやめ苑

| | |
|----------------------|-----------------|
| 特別養護老人ホーム青松苑 | 初石苑 |
| 特別養護老人ホームみどり荘 | 軽費老人ホーム |
| 特別養護老人ホームグリーン・ヒル | 千葉県軽費老人ホーム勝浦部原荘 |
| 特別養護老人ホームやすらぎ園 | 溪泉荘 |
| 木更津市特別養護老人ホームさつき園 | 望陽荘 |
| 旭中央病院組合立特別養護老人ホーム東総園 | よしきり |
| 特別養護老人ホーム清山荘 | ほんだくらぶ |
| 舘葛荘 | はつらつの里 |
| 辰己萬緑園 | 福寿荘 |
| ときわ園 | 盲養護老人ホーム |
| 八幡苑 | 千葉県救護盲老人施設猿田荘 |

表1. 老年人口数, 老人ホーム数及び定員数: 全国及び千葉県

| 区 分 | 全 国 (57年10月) | 千 葉 県 (58年4月) |
|-----------------------|-----------------|------------------|
| 総 人 口 | 11,869万人 | 4,947千人 |
| 65歳以上人口 | 1,135万人 | 367,028人 |
| 老年人口構成比 | 9.6% | 7.4% |
| 特別養護老人ホーム | 1,311ヶ所 | 35ヶ所 |
| 養護老人ホーム | 906 | 21 |
| 軽費老人ホーム | 246 | 7 |
| 救護盲老人施設 | 40 | 1 |
| 老人ホーム定員数合計 | 117,750人 | 4,495 |
| 65歳以上人口に占める 定員数の割合 | 1.56% | 1.22% |

表 2. 開設の時期：施設の種別

| 開設年 | 施設 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 |
|----------|----|----|----|----|-----|
| 昭和20～29年 | | 7 | | | |
| 30～39 | | 6 | | | |
| 40～49 | | 8 | 5 | 2 | 1 |
| 50～54 | | | 12 | 2 | |
| 55 | | | 3 | 1 | |
| 56 | | | 6 | 1 | |
| 57 | | | 6 | | |
| 58月6月 | | | 3 | 1 | |
| 計 | | 21 | 35 | 7 | 1 |

表 3. 定員数および職員数：施設の種別

| 職員の種別 | | 施設の種別 | 養護 | 特養 | 軽費 | 救護盲老人施設 | |
|------------|-------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| 施設数 | | | 21 | 35 | 7 | 1 | |
| 平均定員 | | | 68.1 | 71.9 | 71.4 | 50.0 | |
| 平均職員数 | | | (1.1) 17.7 | (1.6) 32.5 | (0.9) 15.7 | (1.0) 21.0 | |
| 職員数 | 施設長 | | 0.95 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 生活指導員 | | 1.4 | (0.02) 1.4 | 1.0 | 2.0 | |
| | 寮母 | | 7.1 | 18.1 | 5.0 | 8.0 | |
| | 看護婦 | | 1.1 | 2.7 | 1.0 | 2.0 | |
| | 医師 | | (0.9) 0 | (1.1) 0.2 | (0.8) 0 | (1.0) 0 | |
| | 栄養士 | | 0.95 | (0.03) 1.0 | 1.1 | 1.0 | |
| | 調理人 | | 4.0 | (0.1) 4.5 | 4.7 | 4.0 | |
| | 機能回復 | 理学療法士 | | 0 | (0.3) 0.03 | 0 | 0 |
| | | 作業療法士 | | 0 | 0.03 | 0 | 0 |
| | | その他 | | 0.2 | 0.3 | 0 | 0 |
| 事務職 | | 1.3 | (0.1) 2.0 | 1.4 | 1.0 | | |
| その他 | | 0.6 | 1.1 | (0.1) 0.4 | 2.0 | | |
| 職員一人あたり定員数 | | | 3.9 | 2.2 | 4.5 | 2.4 | |
| 寮母一人あたり定員数 | | | 9.6 | 3.9 | 14.3 | 6.3 | |

()内は兼任あるいはパート職員

表4. 年齢階層別在所者数及び平均年齢：施設の種別別，性別

| 施設 年齢 性別 | 養 護 | | | 特 養 | | |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| ～ 64 歳 | 31(6.2) | 44(4.9) | 75(5.7) | 64(7.4) | 83(5.0) | 147(5.9) |
| 65 ～ 69 | 70(13.9) | 110(12.3) | 180(12.9) | 122(14.1) | 166(10.1) | 288(11.5) |
| 70 ～ 74 | 129(25.7) | 176(19.8) | 305(21.9) | 181(21.0) | 290(17.6) | 471(18.8) |
| 75 ～ 79 | 133(26.5) | 238(26.7) | 371(26.6) | 189(21.9) | 339(20.6) | 528(21.0) |
| 80 ～ 84 | 88(17.5) | 176(19.8) | 264(19.0) | 181(21.0) | 410(24.9) | 591(23.5) |
| 85 歳 ～ | 51(10.2) | 147(16.5) | 198(14.2) | 126(14.6) | 359(21.8) | 485(19.3) |
| 計 | 502(100.0) | 891(100.0) | 1,393(100.0) | 863(100.0) | 1,647(100.0) | 2,510(100.0) |
| 平均年齢 | 71.4歳 80.7 | 71.1歳 79.4 | 72.0歳 79.5 | 69.9歳 81.3 | 74.0歳 82.0 | 74.9歳 79.8 |

| 施設 年齢 性別 | 軽 費 | | | 盲 施 設 | | |
|----------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| ～ 64 歳 | 3(2.1) | 25(7.1) | 28(5.6) | 2(15.4) | 2(6.1) | 4(8.7) |
| 65 ～ 69 | 20(13.7) | 56(16.0) | 76(15.3) | 3(23.1) | 7(21.2) | 10(21.7) |
| 70 ～ 74 | 44(30.1) | 84(23.9) | 128(25.8) | 2(15.4) | 13(39.4) | 15(32.6) |
| 75 ～ 79 | 43(29.5) | 95(27.1) | 138(27.8) | 1(7.7) | 4(12.1) | 5(10.9) |
| 80 ～ 84 | 26(17.8) | 64(18.2) | 90(18.1) | 5(38.4) | 2(6.1) | 7(15.2) |
| 85 歳 ～ | 10(6.8) | 27(7.7) | 37(7.4) | 0 | 5(15.1) | 5(10.9) |
| 計 | 146(100.0) | 351(100.0) | 497(100.0) | 13(100.0) | 33(100.0) | 46(100.0) |
| 平均年齢 | 72.5歳 77.9 | 72.1歳 77.0 | 72.5歳 77.2 | 73.7歳 | 73.8歳 | 73.8歳 |

注：平均年齢上段は最少，下段は最高

表5 入所経路：施設の種類の別

| 入所経路 | | 施設 | 養 護 | 特 養 | 軽 費 | 救護盲老人 施 設 |
|------------------|-------|----|--------------|--------------|------------|--------------|
| 世 帯 か ら | 一人暮らし | | 595(42.7) | 344(13.7) | 143(28.8) | 18(39.1) |
| | 老夫婦 | | 102(7.3) | 196(7.8) | 42(8.5) | 0 |
| | その他 | | 521(37.4) | 1,020(40.6) | 282(56.7) | 16(34.8) |
| | 計 | | 1,218(87.4) | 1,560(62.1) | 467(94.0) | 34(73.9) |
| 一般病院 | | | 58(4.2) | 654(26.0) | 3(0.6) | 2(4.3) |
| 精神科病院 | | | 23(1.7) | 37(1.5) | 2(0.4) | 0 |
| 他の老人ホーム | | | 56(4.0) | 225(9.0) | 20(4.0) | 9(19.6) |
| その他 | | | 38(2.7) | 36(1.4) | 5(1.0) | 1(2.2) |
| 計 | | | 1,393(100.0) | 2,512(100.0) | 497(100.0) | 46(100.0) |

表6. 介護状況：施設の種類の別

| 身体状況 | 施設 | 養 護 | 特 養 | 軽 費 | 盲施設 |
|------------|----|--------------|--------------|------------|-----------|
| 日常生活全面介護 | | 22(1.6) | 557(22.2) | 0 | 5(10.9) |
| 日常生活かなり介護 | | 111(8.0) | 694(27.6) | 8(1.6) | 7(15.2) |
| ある程度の介護 | | 218(15.6) | 692(27.5) | 14(2.8) | 23(50.0) |
| ほとんど又は全く不要 | | 1,042(74.8) | 569(22.7) | 475(95.6) | 11(23.9) |
| 計 | | 1,393(100.0) | 2,512(100.0) | 497(100.0) | 46(100.0) |

表7. 現在の医療状況：施設の種類の別，医療機関別

| 医療状況 | 施設 | 養 護 | 特 養 | 軽 費 | 盲施設 |
|------------------|----|--------------|--------------|------------|-----------|
| 在所者数 | | 1,393(100.0) | 2,510(100.0) | 497(100.0) | 46(100.0) |
| 医療を受けている者 | | 868(62.3) | 2,077(82.7) | 345(69.4) | 30(65.2) |
| 施設内診療所・ 医 務 室 | | 402(28.9) | 1,472(58.6) | 177(35.6) | 12(26.1) |
| 施設 医 療 機 関 | | 514(36.9) | 666(26.5) | 168(33.8) | 18(39.1) |

注：医療の場所は重複あり

表8. 協力病院数：施設の種別

| 協力病院の有無 | 施設 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 |
|---------|----|-----------|-----------|----------|----------|
| あり | | 17(81.0) | 34(97.1) | 6(85.7) | 1(100.0) |
| なし | | 4(19.0) | 1(2.9) | 1(14.3) | 0 |
| 計 | | 21(100.0) | 35(100.0) | 7(100.0) | 1(100.0) |
| 平均病院数 | | 1.6 | 2.0 | 2.2 | 4 |

表9. 精神科嘱託医の有無：施設の種別

| 施設 | 嘱託医 | あり | なし | 計 |
|-----|-----|---------|-----------|-----------|
| 養護 | | 1(4.8) | 20(95.2) | 21(100.0) |
| 特養 | | 4(11.4) | 31(88.6) | 35(100.0) |
| 軽費 | | 1(14.3) | 6(85.7) | 7(100.0) |
| 盲施設 | | 0 | 1(100.0) | 1(100.0) |
| 計 | | 6(9.4) | 58(90.6) | 64(100.0) |

表10. 嘱託医なしの理由：施設の種別

(重複回答)

| 理由 | 施設 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 | 計 |
|------------------------------|----|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 施設数 | | 20(100.0) | 30(100.0) | 4(100.0) | 1(100.0) | 54(100.0) |
| 嘱託医を頼むほどの問題がない | | 5(25.0) | 4(13.3) | 4(100.0) | 0 | 13(24.1) |
| 近所に精神科医がいない | | 1(5.0) | 2(6.7) | 0 | 0 | 3(5.6) |
| 問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する | | 11(55.0) | 18(60.0) | 3(75.0) | 1(100.0) | 33(61.1) |
| 問題がおこったら家族を呼んで病院をさがさせる | | 1(5.0) | 0 | 3(75.0) | 0 | 4(7.4) |
| 問題がおこったら福祉事務所へ相談して病院をさがしてもらう | | 3(15.0) | 4(13.3) | 1(25.0) | 0 | 8(14.8) |
| 家族を呼んでひきとらせる | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | | 4(20.0) | 5(16.7) | 2(50.0) | 0 | 11(20.4) |

表11. 精神科を受診するときの理由：施設の種別

(重複回答)

| 理由 | 施設 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 | 計 |
|-------------|----|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 施設数 | | 21(100.0) | 35(100.0) | 7(100.0) | 1(100.0) | 64(100.0) |
| 夜ねないでさわぐ | | 7(33.3) | 19(54.3) | 1(14.3) | | 27(42.2) |
| 暴力行為・攻撃的 | | 7(33.3) | 19(54.3) | 2(28.6) | | 28(43.8) |
| 徘徊がひどい | | 11(53.4) | 18(51.4) | 5(71.4) | | 34(53.1) |
| 幻覚, 妄想がひどい | | 14(66.7) | 21(60.0) | 7(100.0) | 1(100.0) | 43(67.2) |
| 被害的である | | 11(53.4) | 11(31.4) | 2(28.6) | | 24(37.5) |
| 拒食あるいは拒薬がある | | 6(28.6) | 9(25.7) | | | 15(23.4) |
| 不潔行為がひどい | | 4(19.0) | 8(22.9) | 1(14.3) | | 13(20.3) |
| 自殺企図がある | | 8(38.1) | 16(45.7) | 2(28.6) | | 26(40.6) |
| 窃盗行為 | | 2(9.5) | 2(5.7) | 1(14.3) | | 5(7.8) |
| 飲酒癖がある | | 2(9.5) | 1(2.9) | 1(14.3) | | 4(6.3) |
| 性的問題行動がある | | 2(9.5) | 2(5.7) | 1(14.3) | | 5(7.8) |
| がんで指示に従わない | | 1(4.8) | 5(14.3) | | | 6(9.4) |
| その他 | | 3(14.3) | 6(17.1) | | | 9(14.1) |

表12-1. 精神医学的問題のある事例の数および問題の種類：性別——養護

| 性別 | 男 | 女 | 計 | |
|------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| 入所者数 | 502<100.0> | 891<100.0> | 1,393<100.0> | |
| 問題のある者の数 | < 12.0> 60(100.0) | < 13.0> 116(100.0) | < 12.6> 176(100.0) | |
| 行動上の問題 | 1. 徘徊 | 6(10.0) | 11(9.5) | 17(9.7) |
| | 2. 失禁 | 14(23.3) | 20(17.2) | 34(19.3) |
| | 3. 攻撃的言動 | 8(13.3) | 16(13.8) | 24(13.6) |
| | 4. 飲酒による問題行動 | 9(15.0) | 1(0.9) | 10(5.7) |
| | 5. 窃盗行為 | 1(1.7) | 1(0.9) | 2(1.1) |
| | 6. ワイセツ行為 | 1(1.7) | 2(1.7) | 3(1.7) |
| | 7. 不潔行為 | 1(1.7) | 5(4.3) | 6(3.4) |
| | 8. 拒食 | 7(11.7) | 6(5.2) | 13(7.4) |
| | 9. 過食 | 7(11.7) | 8(6.9) | 15(8.5) |
| | 10. 無断外出・外泊 | 3(5.0) | 6(5.2) | 9(5.1) |
| | 11. その他 | 3(5.0) | 11(9.5) | 14(8.0) |
| | 計 | 60 | 87 | 147 |
| | 1人あたりの問題数 | 1.00 | 0.75 | 0.84 |
| ほけ | 1. 脳血管性痴呆 | 10(16.7) | 12(10.3) | 22(12.5) |
| | 2. 老年痴呆 | 5(8.3) | 34(29.3) | 39(22.2) |
| | 3. 分類不能 | 8(13.3) | 10(8.6) | 18(10.2) |
| | 計 | 23 | 56 | < 5.7> 79 |
| | 1人あたり問題数 | 0.38 | 0.48 | 0.44 |
| 他の精神医学上の問題 | 1. 不眠 | 5(8.3) | 10(8.6) | 15(8.5) |
| | 2. 妄想 | 12(20.0) | 23(19.8) | 35(19.9) |
| | 3. 幻覚(幻視, 幻聴) | 3(5.0) | 14(12.1) | 17(9.7) |
| | 4. 抑うつ | 4(6.7) | 14(12.1) | 18(10.2) |
| | 5. 心気 | 0 | 10(8.6) | 10(5.7) |
| | 6. 不安 | 5(8.3) | 12(10.3) | 17(9.7) |
| | 7. その他 | 12(20.0) | 13(11.2) | 25(14.2) |
| | 計 | 41 | 96 | 137 |
| 1人あたり問題数 | 0.68 | 0.82 | 0.77 | |
| 性格上の問題 | 10(16.7) | 24(20.7) | 34(19.3) | |
| 1人あたり問題 | 0.16 | 0.20 | 0.19 | |

表12-2. 精神医学的問題のある事例の数および問題の種類：性別——特養

| 性別 | 男 | 女 | 計 | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 入所者数 | 863<100.0> | 1,647<100.0> | 2,510<100.0> | |
| 問題のある者の数 | < 15.8> 136(100.0) | < 17.7> 292(100.0) | < 17.1> 428(100.0) | |
| 行動上の問題 | 1. 徘徊 | 26(19.1) | 57(19.5) | 83(19.4) |
| | 2. 失禁 | 60(44.1) | 105(36.0) | 165(38.6) |
| | 3. 攻撃的言動 | 36(26.5) | 44(15.1) | 80(18.7) |
| | 4. 飲酒による問題行動 | 5(3.7) | 1(0.3) | 6(1.4) |
| | 5. 窃盗行為 | 5(3.7) | 11(3.8) | 16(3.7) |
| | 6. ワイセツ行為 | 11(8.1) | 4(1.4) | 15(3.5) |
| | 7. 不潔行為 | 22(16.2) | 38(13.0) | 60(14.0) |
| | 7. 拒食 | 8(5.9) | 19(6.5) | 27(6.3) |
| | 9. 過食 | 19(14.0) | 25(8.6) | 44(10.3) |
| | 10. 無断外出・外泊 | 12(8.8) | 19(6.5) | 31(7.2) |
| | 11. その他 | 17(12.5) | 43(14.7) | 60(14.0) |
| | 計 | 221 | 366 | 587 |
| 1人あたり問題数 | 1.62 | 1.25 | 1.37 | |
| ほけ | 1. 脳血管性痴呆 | 36(26.4) | 82(28.1) | 118(27.6) |
| | 2. 老年痴呆 | 48(35.3) | 99(33.9) | 147(34.3) |
| | 3. 分類不能 | 20(14.7) | 40(13.7) | 60(14.0) |
| | 計 | 104 | 221 | < 12.9> 325 |
| | 1人あたり問題数 | 0.76 | 0.75 | 0.75 |
| 他の精神医学上の問題 | 1. 不眠 | 24(17.6) | 70(24.0) | 94(22.0) |
| | 2. 妄想 | 19(14.0) | 69(23.6) | 88(20.6) |
| | 3. 幻覚(幻視, 幻聴) | 6(4.4) | 63(21.6) | 69(16.1) |
| | 4. 抑うつ | 23(16.9) | 42(14.4) | 65(15.2) |
| | 5. 心気 | 3(2.2) | 32(11.0) | 35(8.2) |
| | 6. 不安 | 25(18.4) | 77(26.4) | 102(23.8) |
| | 7. その他 | 13(9.6) | 17(5.8) | 30(7.0) |
| | 計 | 113 | 370 | 483 |
| 1人あたり問題数 | 0.83 | 1.26 | 1.12 | |
| 性格上の問題 | 27(19.9) | 47(16.1) | 74(17.3) | |
| 1人あたり問題 | 0.19 | 0.16 | 0.17 | |

表12-3. 精神医学的問題のある事例の数および問題の種類：性別——軽費

| 性別 | 男 | 女 | 計 | |
|------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| 入所者数 | 146<100.0> | 351<100.0> | 497<100.0> | |
| 問題のある者の数 | < 3.4> 5(100.0) | < 8.5> 30(100.0) | < 7.0> 35(100.0) | |
| 行動上の問題 | 1. 徘徊 | | 4(11.4) | |
| | 2. 失禁 | | 1(2.9) | |
| | 3. 攻撃的言動 | | 6(17.1) | |
| | 4. 飲酒による問題行動 | | | |
| | 5. 窃盗行為 | 1(20.0) | 1(3.3) | 2(5.7) |
| | 6. ワイセツ行為 | | | |
| | 7. 不潔行為 | 1(20.0) | 4(13.3) | 5(14.3) |
| | 8. 拒食 | | 3(10.0) | 3(8.6) |
| | 9. 過食 | | 3(10.0) | 3(8.6) |
| | 10. 無断外出・外泊 | | 2(6.7) | 2(5.7) |
| | 11. その他 | 3(60.0) | 3(10.0) | 6(17.1) |
| | 計 | 5 | 27 | 32 |
| | 1人あたり問題数 | 1.00 | 0.90 | 0.91 |
| ほけ | 1. 脳血管性痴呆 | | | |
| | 2. 老年痴呆 | 1(20.0) | 13(43.3) | 14(40.0) |
| | 3. 分類不能 | | 4(13.3) | 4(11.4) |
| | 計 | 1 | 17 | < 3.6> 18 |
| | 1人あたり問題数 | 0.20 | 0.56 | 0.51 |
| 他の精神医学上の問題 | 1. 不眠 | 1(20.0) | 6(20.0) | 7(20.0) |
| | 2. 妄想 | 1(20.0) | 8(26.7) | 9(25.7) |
| | 3. 幻覚(幻視, 幻聴) | | 4(13.3) | 4(11.4) |
| | 4. 抑うつ | 1(20.0) | 9(30.0) | 10(28.6) |
| | 5. 心気 | 1(20.0) | 8(26.7) | 9(25.7) |
| | 6. 不安 | 3(60.0) | 10(33.3) | 13(37.1) |
| | 7. その他 | 2(40.0) | 5(16.7) | 7(20.0) |
| | 計 | 9 | 50 | 59 |
| 1人あたり問題数 | 1.80 | 1.66 | 1.68 | |
| 性格上の問題 | 1(20.0) | 2(6.7) | 3(8.6) | |
| 1人あたり問題数 | 0.20 | 0.06 | 0.08 | |

表12-4. 精神医学的問題のある事例の数および問題の種類：性別——盲施設

| 性別 | 男 | 女 | 計 | |
|------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------|
| 入所者数 | 13<100.0> | 33<100.0> | 46<100.> | |
| 問題のある者の数 | < 46.2> 6(100.0) | < 24.2> 8(100.0) | < 30.4> 14(100.0) | |
| 行動上の問題 | 1. 徘徊 | 6(100.0) | 2(25.0) | 8(57.1) |
| | 2. 失禁 | 1(16.7) | 5(62.5) | 6(42.9) |
| | 3. 攻撃的言動 | | 2(25.0) | 2(14.3) |
| | 4. 飲酒による問題行動 | | | |
| | 5. 窃盗行為 | | | |
| | 6. ワイセツ行為 | | | |
| | 7. 不潔行為 | 2(33.3) | 1(12.5) | 3(21.4) |
| | 8. 拒食 | 1(16.7) | 1(12.5) | 2(14.3) |
| | 9. 過食 | 2(33.3) | 1(12.5) | 3(21.4) |
| | 10. 無断外出・外泊 | | | |
| | 11. その他 | | | |
| | 計 | 18 | 20 | 38 |
| 1人あたり問題数 | 3.00 | 2.50 | 2.71 | |
| ほけ | 1. 脳血管性痴呆 | | 1(12.5) | 1(7.1) |
| | 2. 老年痴呆 | | 4(50.0) | 4(28.6) |
| | 3. 分類不能 | | | |
| | 計 | | 5 | 5<10.9> |
| | 1人あたり問題数 | | 0.62 | 0.35 |
| 他の精神医学上の問題 | 1. 不眠 | 1(16.7) | 1(12.5) | 2(14.3) |
| | 2. 妄想 | 3(50.0) | 1(12.5) | 4(28.6) |
| | 3. 幻覚(幻視, 幻聴) | | | |
| | 4. 抑うつ | | | |
| | 5. 心気 | | 1(12.5) | 1(7.1) |
| | 6. 不安 | | 1(12.5) | 1(7.1) |
| | 7. その他 | 1(16.7) | | 1(7.1) |
| | 計 | 5 | 4 | 9 |
| | 1人あたり問題数 | 0.83 | 0.50 | 0.64 |
| 性格上の問題 | 2(33.3) | 2 | 4(28.6) | |
| 1人あたり問題 | 0.33 | 0.25 | 0.28 | |

表13 精神科医療状況：施設の種別

| 施設 医療 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 |
|-----------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 精神医学的 問題のある者 | 176(100.0) | 428(100.0) | 35(100.0) | 14(100.0) |
| 精神科外来受診有 | 55(31.3) | 88(20.6) | 10(28.6) | 0 |
| 精神科以外受診有 | 80(45.5) | 302(70.6) | 29(82.9) | 14(100.0) |
| 精神科入院有 | 19(10.8) | 28(6.5) | 2(5.7) | 0 |
| 向精神薬服用有 | 34(19.3) | 116(27.1) | 11(31.4) | 1(7.1) |
| 精神科嘱託医 へ相談有 | 11(6.3) | 29(6.8) | 0 | 0 |

表14 今後介護に適切な場所：施設の種別

| 施設 介護場所 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 |
|---------------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 精神医学的問題 をもつ者 | 176(100.0) | 428(100.0) | 35(100.0) | 14(100.0) |
| 当該ホームで 介護可能 | 157(89.2) | 402(93.9) | 16(45.8) | 14(100.0) |
| 精神科を受診できる ホームへ移す | 3(1.7) | 1(0.2) | 9(25.7) | 0 |
| 精神科へ入院 | 9(5.1) | 14(3.3) | 2(5.7) | 0 |
| 家族へ帰す | 0 | 5(1.2) | 4(11.4) | 0 |
| どこが良いか わからない | 7(4.0) | 6(1.4) | 4(11.4) | 0 |

表15 問題のある者の診断分類：施設の種類別

| 診断名 | 施設 | 養 護 | 特 養 | 軽 費 | 盲施設 |
|-----------------|----|------------|------------|-----------|-----------|
| I 機能的な精神障害 | | 29(24.2) | 20(4.6) | 3(21.4) | |
| 1. 精神分裂症 | | 6(5.0) | 5(1.2) | | |
| 1'. パラフレニー | | 1(0.8) | 1(0.2) | | |
| 2. 躁うつ病 | | 14(11.7) | 11(2.5) | 3(21.4) | |
| 3. 神経症 | | 7(5.8) | 2(0.5) | | |
| 4. 心因反応 | | 1(0.8) | 1(0.2) | | |
| II 器質性精神障害 | | 55(45.8) | 292(67.4) | 7(50.0) | 2(12.5) |
| 1. 脳器質性痴呆(老年痴呆) | | 13(10.8) | 75(17.3) | 7(50.0) | 2(12.5) |
| 2. 脳動脈硬化性痴呆 | | 25(20.8) | 67(15.5) | | |
| 3. 初老期痴呆 | | | 2(0.5) | | |
| 4. 分類不能の痴呆 | | | 1(0.2) | | |
| 5. 脳出血 | | 3(2.5) | 43(9.9) | | |
| 6. 脳梗塞 | | 7(5.8) | 97(22.4) | | |
| 7. 進行麻痺 | | 2(1.7) | | | |
| 8. 脳炎後遺症 | | | 2(0.5) | | |
| 9. てんかん | | 4(3.3) | 3(0.7) | | |
| 10. 意識障害(せん妄など) | | 1(0.8) | 2(0.5) | | |
| III その他の精神障害 | | 3(2.5) | 3(0.7) | | |
| 1. 性格障害 | | 1(0.8) | 1(0.2) | | |
| 2. アルコール症 | | | | | |
| 3. 精神薄弱 | | 2(1.7) | 2(0.5) | | |
| IV 身体疾患 | | 30(25.0) | 108(25.0) | | 13(81.3) |
| 1. 心・循環器系 | | 16(13.3) | 53(12.2) | | 6(37.5) |
| 2. 呼吸器系 | | 1(0.8) | 2(0.5) | | |
| 3. 消化器系 | | 1(0.8) | 2(0.5) | | |
| 4. 代謝性障害 | | 2(1.7) | 11(2.5) | | 1(6.2) |
| 5. 泌尿器系 | | 1(0.8) | 7(1.6) | | 1(6.2) |
| 6. 運動器系 | | 4(3.3) | 16(3.7) | | 5(31.3) |
| 7. 視聴覚等感覚器系 | | 3(2.5) | 7(1.6) | | |
| 8. 末梢神経系 | | 2(1.7) | 1(0.2) | | |
| 9. 錐体外路系 | | | 9(2.1) | | |
| V そ の 他 | | 3(2.5) | 10(2.3) | 4(28.6) | 1(6.2) |
| 計 | | 120(100.0) | 433(100.0) | 14(100.0) | 16(100.0) |

表16 地域サービス実施状況：サービス種別，施設の種別

| 地域サービス | | 施設 | 養護 | 特養 | 軽費 | 盲施設 |
|---------|---------------|----|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| 全施設数 | | | 21<100.0> | 35<100.0> | 7<100.0> | 1<100.0> |
| 実施している | 施設数 | | < 47.6> 10(100.0) | < 88.6> 31(100.0) | < 14.3> 1(100.0) | |
| | 入浴サービス | | 1(10.0) | 18(58.1) | | |
| | 機能回復訓練 | | | 3(9.7) | | |
| | 昼食サービス | | 1(10.0) | 1(3.2) | | |
| | 短期保護(ショートステイ) | | 9(90.0) | 26(83.9) | | |
| | 生活指導・作業指導 | | | 1(3.2) | | |
| | 介護者教育 | | 1(10.0) | | | |
| | 家族会 | | 2(20.0) | 5(16.1) | | |
| | 相談 | | 2(20.0) | 4(12.9) | | |
| | その他 | | 1(10.0) | 1(3.2) | 1(100.0) | |
| 実施していない | 施設数 | | < 52.4> 11(100.0) | < 11.4> 4(100.0) | < 85.7> 6(100.0) | < 100.0> 1(100.0) |
| | 計画あり | | 0 | 4(100.0) | 0 | 0 |
| | 計画なし | | 11(100.0) | 0 | 6(100.0) | 1(100.0) |

5 入所経路（どこから入所してきた人達ですか。）

| | | |
|------|---------------|---|
| 世帯から | 1. 独り暮らし世帯から | 人 |
| | 2. 老夫婦のみの世帯から | |
| | 3. その他の世帯から | |
| | 4. 一般病院から | |
| | 5. 精神科病院から | |
| | 6. 他の老人ホームから | |
| | 7. その他 | |
| | 計 | |

6. 日常生活において介護を必要とする程度はどのようですか。

| | |
|-----------------------|---|
| 1. 全面的に介護を要する者 | 人 |
| 2. かなり介護を要する者 | |
| 3. ある程度介護を要する者 | |
| 4. ほとんどあるいは全く介護を要さない者 | |
| 計 | |

7. 全般的な医療状況について

- 現在医療を受けている者は何人いますか。 _____ 人
- 医療はどこで受けていますか。
 ホーム内の診療所あるいは医務室で _____ 人
 ホーム外の医療機関で _____ 人

8. 協力病院はありますか？

- ある…………… _____ヶ所（内精神科 _____ヶ所）
- ない

9. 次に精神障害者、不応者など問題をもつた老人についておたづねします。

まづ問題をもつた人全てを別紙1に列挙し、Ⅰ. 問題の欄のあてはまる項目に○をつけてください。いくつつけてもかまいません。ただし、ロ. ぼけについては、①脳血管性痴呆（脳出血後遺症、脳軟化、脳梗塞、脳動脈硬化症等による）、②老年痴呆、③分能不能のいずれか1つにつけてください。また、Ⅱ 医療は有または無で答えてください。Ⅲ 診断名は医師による診断名をそのまま記入してください。Ⅳは有または無で、Ⅴは1つだけえらんで○をつけてください。

12. なしの場合

イ. その理由 (例示に○をつけるか、その他の欄に自由に記入してください。)

1. 嘱託医を頼むほどの問題がない。
2. 近所に精神科病院又は精神科医師がない。
3. 問題がおこったら適当な病院をえらんで受診する。
4. 問題がおこったら家族を呼んで病院をさがさせる。
5. 問題がおこったら福祉事務所へ相談して病院をさがしてもらう。
6. 家族をよんでひきとらせる。

その他 _____

ロ. 今後どのようにしたいですか? 自由にご記入ください。

13. (全施設に) どのような場合に精神科嘱託医に連絡するか、あるいは精神科を受診させますか。 (例示に○をつけ、他にあれば自由に記入してください。)

1. 夜ねないでさわぐ。
2. 暴力行為がひどい、攻撃的である。
3. 徘徊がひどい。
4. 幻覚、妄想がひどい。
5. 被害的である。
6. 拒食あるいは拒薬がある。
7. 不潔行為がひどい。
8. 自殺企図がある。
9. 窃盗行為
10. 飲酒癖がある。
11. 性的問題行動がある。
12. がんこで指示に従わない。

その他 _____

14. 地域における在宅老人のための援助およびサービス事業を実施していますか？

1. 実施している。

実施しているものに○をつけてください。

- 1. 入浴サービス
- 2. 機能回復訓練
- 3. 昼食サービス
- 4. 短期保護（ショートステイ）
- 5. 入浴、機能回復訓練以外の生活指導や作業指導等
- 6. 介護者教育
- 7. 家族会
- 8. 相談
- その他

2. 実施していない

→ 今後実施の計画はありますか？

- 1. ある → 内容
- 2. ない

15. 職員の教育あるいは研修はどのようにしていますか？

昭和57年度1年間に貴施設の施設長、寮母、生活指導員、看護婦の参加した研修の名称、実施主体、期間等を記入してください。（多数の場合は、別紙を添付して記入してください。）

| 対 象 者 | 研 修 名 | 実 施 主 体 | 期 間 |
|-------|-------|---------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

16. 最後に、ホームにおける医療問題、特に精神科医療問題、地域サービスのあり方、職員の配置等について忌憚のないご意見をおきかせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

日本の精神医療体系における社会文化的背景

宗像 恒次
社会精神衛生部Socio-Cultural Background of Mental
Health Care Delivery System in JapanTsunetsugu Munakata, Ph. D.
Division of Socio-Environmental Research

Summary

This paper attempts to examine sociologically the socio-cultural setting of Japan's mental health care delivery system.

Japan is not among the countries with a high ratio of beds and admissions in psychiatric hospitals to total population, but the average length of hospitalization in Japan is among the longest in the world.

The *ie* culture characteristic of Japan has always taken care of the elderly and the handicapped even though it regarded them as a nuisance, thus keeping the number of beds and admissions in Japan smaller than those in Western countries.

But the nuisance who severs all face-to-face ties upon being admitted to hospitals are expected to regard the hospitals as their homes, thus prolonging the average length of their hospitalization.

The legal-economic structure supporting such cultural setting of mental health care delivery system still exists in today's Japan.

Key words : *mental health care delivery system, ie, dozoku, legal-economic structure*

はじめに

精神障害は、他の病気と比較して社会文化的な条件の影響を受けるところがかなり大きく、従って精神医療体系といっても、社会文化的背景に応じてきわめて多様なものがある。本稿では、我が国の「精神病」に対する精神医療体系のあり方を、諸外国とも比較しつつ社会学的に検討してみようと思う。^{(1),(2),(3),(4)}

「精神病」への社会的対応

我が国では、現在「精神病」と呼ばれる事象が社会的に閉鎖化された精神医療体系によって対応される形が社会的に優勢である。東京都民の1983年のランダム調査⁽⁵⁾では、例えば「精神病者の行動は、まったく理解できないもの」で(賛成43.1%, 反対20.0%), 「ほっておくと何をするかわからないのでおそろしい」(賛成51.1%, 反対11.2%)という人が多い。そして、「入院患

者には投票権を与えるべきではない」(賛成31.0%, 反対23.2%)とか、「精神病者は結婚しても子どもをつくらない方がよい」(賛成33.2%, 反対22.0%), 「配偶者が精神病院に入院したら無条件に離婚が許されるべき」(賛成12.5%, 反対35.3%)という意見も少なくない。そして、「精神病院は一般内科, 外科病院のように鍵をかけられないような開放的環境が望ましい」というのに反対が18.8%で, また「厳しい実生活よりも, 病院内で一生涯苦なく過ごさせる方がよい」が24%の人によって支持され, さらに「人里はなれた所に精神病院をたて, 隔離収容すべきである」が今なお18.1%によって支持されている。

この調査結果は, 人々が精神医療という信念体系にもとづく, しかも監護的体系 (Psychiatric/Custodial System) によって精神病への不安に社会的に対処しようという傾向が今なお強く残っている証在ともいえる。かつては米国でも, この精神医療の監護的な体系が社会的に優勢であったが, 1979年のイリノイ調査⁽⁶⁾では, 「入院中の患者に投票権を与えるべきではない」とするのは, 91.5% (日本45.6%) によって反対され, 賛成は8.0% (日本31.0%) となっている。そして, 「精神病は誰でもなる可能性がある」とするのは, 93.0%賛成 (日本60.9%), 反対が5.6% (日本21.9%) と, 地域精神衛生 (Community Mental Health) の進展とともに実に変化してきている。

だからといって, 米国の地域精神衛生が市民によって大変よく評価されているということではない。精神障害者が, 十分なケアもなく放置されているため, 地域住民の強い反発を生んだり, 犯罪や搾取者の餌食にされたりしている。また, ナーシングホームやホステルやボードアンドケアホームなどでのもと病院患者の滞留は, 新たに施設症を生んでいる。

ただいえることは, 米市民の精神病に対する社会的対応として支持されている信念体系は, 日本の場合に比べ, 病院における医療, 監護志

向 (Custody-Oriented) というより, 地域精神衛生志向である。だが, この精神医療観をどう評価するについては, 比較社会文化的検討が必要である。

「精神病」への精神医療的対応にみる特性—諸外国との比較

我が国において, 「精神病患者」が精神病院の入院患者として処遇される数は, 人口対精神病院病床数及び入院患者数 (Admissions) からみて, 世界の中で多い方とはいえない (図1, 2)。しかし, その入院期間は, 平均在院期間でみる限り, 世界有数の長さとなっている (図3)。病床利用率も, 国民皆保険制による医療公定価格の低水準の中で, しかも私的病院が86% (米国8%) も占めるためか, 先進諸国の中では高い割合をしめる。すなわち, 全人口に対して, 精神病患者が入院患者として特に多く処遇されているわけではなく, 増加傾向は強いものの, その数はむしろ少ない。しかし, 入院した限りにおいて, その期間は世界的にみてまれな長さとなっているといえる。

この日本と諸外国の精神医療体系のあり方の相違はどのように説明すべきであろうか。

そこで, 各国の人口対精神病院病床, 入院患者数, 平均在院日数などと, その国のデモグラフィック及び社会経済的要因との関連について検討してみよう。人口1万対精神病院病床は, 表1の示すように, 各国の65歳以上人口比及び平均余命との有意な相関がみられ, 出生率とは逆相関の関連がみられる。すなわち, 人口構造が老齢化するにつれて, 精神病院病床は増大するという傾向がある。これは精神病院入院患者についても同様の傾向が確認できる。

次に, 人口1万対精神病院入院患者数と1人当たり国民所得をみると有意な相関がみられ, 国民所得の増大が医療保険制と福祉制度の充実を支え, 入院患者の増大を可能にしているものと考えられる。

また, 精神病院の平均在院日数についてみて

も、平均余命、1人当り国民所得との有意な相関関係がみられ、出生率とは逆相関であった。この他、失業者数との相関を調べてみたが、無相関であった。

以上、ここで集約できる有力な仮説は、人口構造が老齢化し、国民所得水準が高くなるにつれて、精神病院入院患者及び病床が増大し、在院日数が延長することになる、ということである。

因みに、これらの傾向は、一般病院入院患者数でも確認でき、精神病院患者だけの特殊性とはいえない。

精神病院病床及び入院患者などの以上のような人口構造、社会経済的背景との関連性を前提にして、日本の精神医療体系のあり方をみると、次のようになる。すなわち、我が国も国民総生産、国民所得が向上し、国民皆保険制、福祉制度水準が高まり、精神医療の供給水準も、需要水準も高いレベルとなった。また、平均余命が長くなり、65歳以上人口比(1977年8.4%)も次第に高くなり、在院患者の老齢化や老年性精神障害者の増加がすすみ、入院、在院患者数の増加、在院日数の延長がみられるようになったということである。

確かに、我が国は1978年において、1人当り国民所得も6,797ドルと、発展途上国が1,500ドル以内であるのに対し、十分医療福祉水準を保障できる経済力にある。

もちろん、平均余命も長くなり、出生率も低下し、65歳以上人口比も高くなってきた。

しかし、我が国(1978年)の1人当りの国民所得がスウェーデンの8,370ドル、西ドイツ9,280ドル、米国8,744ドル等に比べ多いわけではなく、65歳以上人口比(1978年)は8.6と、スウェーデンの16.0、西ドイツの15.3、ノルウェーの14.3、米国10.9に比べまだ低く、これらの人口、経済要因がとくに欧州に比べ病床数(≡在院患者数)の増大原因や在院日数の延長を裏づける背景になっているわけではない。

欧州では北欧を中心に、かなり日本より精神

病院病床が多いところがある。従って、日本の在院患者数(Residents)は欧州に比べ特に多いわけではない。しかし、精神病床数及びそれに示される在院患者数は、現在欧州の多くの国は減少傾向にあるが、日本は逆に増大傾向にある。日本のこの傾向は、米国と比べるともっと明確になる(図4)。

また、日本の人口対精神病院入院患者数(Admissions)は、欧米に比べかなり低く、入退院の流動性があまりみられないが、最近では多少増加する傾向がみられる(図5)。

一方、平均在院日数についてみると、近年欧米ともに、極端な縮小を示し、日本だけが日数を延長してきている(図6)。すなわち、欧米では、在院期間の延長による弊害をさけるため、入退院を流動化させ、短期入院をめざし、また老齢患者のナーシングホーム等への移動をおこない、病床を減少させている。米国はその典型的な形態をとっている。

米国では、65歳以上の老人精神病院在院患者数(1969年22万=100%;1973年27万=100%)は、1969年に州立、郡立、私立、VAの精神病院に56.2%いたものが、1973年では28.7%になっており、一方ナーシングホームで43.8%から71.3%の構成比に増加し、実に大量の患者の施設移動がみられる。

このように米国を典型とした地域精神衛生の先進国は、老齢患者のナーシングホームへの移動によって、病床を減少させ、また在院期間を短縮させ、新入院数を増大させることができるので、入院患者が多くなる。これに対して日本の場合は、ともかく退院患者が少ない。増床しない限り、新入院患者を多く迎えることができないため、在院日数は専ら延長されるという形となっている。

しかし、ここで疑問なことがある。大量の老齢精神患者が移動した先のナーシングホームの平均在所期間は、米国の場合、582日(1977年)であり、これは日本の精神病院の在院期間に近似する(但し、その期間は精神病患者の老人のみ

ならず、ナーシングホームに在所するあらゆる種類の老人を含んで計算しているの、日本の精神病院の在院期間と単純に比較できない)。

この日本と欧米との在院日数の差は患者のいる施設の種類の異なっているだけの違いを示し、欧米の精神病院とナーシングホームの在院期間を平均すると、日本の平均在院日数に近づくと推測される。

精神医療体系をつくる社会文化的背景

ここで前述してきた日本の精神医療体系の特性をつくる背景について理解するために、精神医療の需要を形成する要因と供給を形成する要因に区別し、まず、前者から検討してみよう。その検討方法として精神病院在院患者数と有意な関連をもつ需要形成のための社会経済的要因を調べてみる。

表2にみるように、精神病院在院患者数は、老年人口、65歳以上世帯数、第一次産業就業者数、農業粗生産額、被生活保護者数、地方財政における生活保護及び精神衛生歳出額、精神医療扶助数、同意入院数の多い都道府県ほど多いという傾向がわかる。すなわち、精神病院の患者の在院を支えている条件は、①福祉及び精神衛生関連行財政であり、②農漁業を営む貧困者人口や老人人口が多い地域である。その地域では、年齢的、社会経済的にみて「精神病者」を保護する力の弱くなった家族が多いところだと考えられる。従って、精神病院の在院患者の多い都道府県は、家族が同意入院を多く認めている地域でもあるし、老人や障害者も病院や施設に入院、入所することが多い地域である。精神病院病床数や入院患者と特養ホーム数や社会福祉施設数との強い相関の存在がこの傍証となる(表1)。

ところで、米国の場合のように精神病患者が都市部に多いのとは異って、日本の農漁村は券細なため、貧困層が多いためか、人口対精神病院の患者が多い地域は、前述のように農漁村である。が、同じ農漁村でも日本の西南部に精神

病院入院患者が多く、東北部に低いことが知られている。この格差を説明する有力な社会的仮説は、「家及び同族の Social Network 力の差」である。すなわち、人口対の「精神病者」在院患者数は、東北部のように家及びその連合体としての同族による病人、老人などの療養扶養規範意識の強い Social Network がある地域では、相対的に少なく、逆に家や同族意識の弱い西南部では多くなるのではないかと、という仮説である。

ここで「家」とは⁽⁷⁾⁽⁸⁾、一般に長男が後継者として嫁を迎え、親と同居し、傍系家族である次三男や女子は、本家からの分家、他の家への嫁出、養子などをし、家から出てゆく制度を意味する。その長男は後継として家長権をうけつぐが、家族員は家長に服する限り、家長は自立困難な家族員を扶養する義務があり、未成年、老人、病人等は扶養、療養されるべき対象である。また、本家とは、後継者でない次三男が家長権の分譲として、分出した家である。この本家と分家は、一つの「同族」集団として結合し、祖先神の祭神を共同したり、正月や盆などの年中行事を共同し、本家は強大な経済力と権威をもってたえず分家を庇護・統制し、分家に労働の提供などの奉仕の忠誠をささげる関係をもつ。このような同族結合の強いものは、東北部に顕著にみられた。今日、このような結合は親子兄弟のみに限られつつあるが、それでも老人扶養や病人療養などで家の問題があるとき、同族は相互の扶助しあう強いソーシャル・ネットワークである。

東北部の宮城県の精神障害者家族や西南部の熊本県のその最近の調査結果の比較では、東北部は家族人員が有意に大きく、拡大家族形態をとっているのが多いと考えられ、また患者の今後の生活の場を親や兄弟などの家と考えている患者家族が西南部に比べ有意に大きいものとなっている⁽⁹⁾。このことは今日、なお、東北部は西南部に比べ、家は病者を「かかえ」て、保護すべきだとする社会規範が強いことを示してい

る。

戦前、我が国では、欧米にはみられない以上のような「家」や「同族」制度上のソーシャル・ネットワークが強く、老人や病人や障害者は「厄介者」であろうとも、扶養、療養、保護されるべきとする意識の強い社会であった。これが西欧水準に比べ精神病床や患者の数の増大を抑えていた背景である。が、それがまた「精神病者」座敷牢を生む背景ともなったことは事実である。

戦後、西欧とは病院の歴史が異なり、病院というと大学病院くらいしかなかった時代とは異って、病院が飛躍的に増設される中で、上層社会の人々しか入院できなかった病院が一般の人々にとっても身近かなものとなり、病气老人とともに、「精神病者」は比較的困難なく、入院することが可能となってきた。その中で、西南部のように、東北部に比べ本来家や同族的ソーシャル・ネットワークのもつ保護機能の弱い地域では、その弱い分だけ余計病院に「厄介者」の治療と保護を役割期待していったのではないかと考えられる。

また、本来家秩序ではひとたび家から出て、他で保護され、face-to-faceの関係が一度きれた「ヨソ者」に対しては冷淡であり、地域に自活できる社会資源がない限り、病院を家と思って「くらす」しかなく、在院が長いものとなる。そして、患者は「退院すること」が実家の迷惑となり、退院を自主規制せざるえない気持を持っている人が多い。

このような日本の家秩序を背景とした入院形態は、精神衛生法によって法的にも裏づけられる。たとえば、欧米とは異って、精神病院への入院形態として、保護義務者（大半は家族）の同意による入院、つまり患者にとっては一種の強制入院が大半をしめ、その適用が法的に問題なく受け入れられ、ほぼ永続的な適用が許容されている。

こうして家の代りとしての日本の病院は、欧米にみられたような数千病床の規模をもつ病院は過去に存在した歴史はなく、200床規模が今も

昔も一般的であり、各病棟が家族的雰囲気をもつことが期待されている。また、こうした意味からみて、我が国の場合官僚制化しやすい公的施設よりは家族的雰囲気を保ちやすい私的施設が普及しやすいものであったと推測できる。

ところで、このような日本の「家」文化は、米国の精神医療体系の中にいるはずの日系人にも影響しており、新入院、退院者が少なく、在院日数は人種的に長い典型となっている。

H. G. Gudeman の論文⁽¹⁰⁾によれば、ハワイ州立病院の在院日数は人種的な差が大きい。白人が一番短く、日系人が一番長い。この間にフィリピン系、黒人、ハワイ原住民、韓国系、中国系等が位置するといわれる。退院率でみると、日本人と中国人が地域での適応が難しく、フィリピン人と白人が一番退院が容易である。また、J. D. Kinzie⁽¹¹⁾によれば、オワフの州立精神衛生機関での新入院率と在院率を比較すると、白人が40%対29%なのに対して、日系人が15%対21%と新入院率が少ない割に在院率が高いものとなっている。すなわち、日系人は、白人に比べ、入院ということが容易でないが、一度入院すると退院も容易でないといえる。

「家」文化は日本の文化形態である以上、「精神病者」だけでなく、「老人患者」にも同様の「家」文化のもつ処遇実態がみられ、「骨になって」もひきとられないケースも少なくないといわれる。従って、在院日数の長さは、精神病床のみならず、一般病床や結核病床も世界有数の長さとなりやすい社会文化的背景がある。因みに、日本の一般病床の1980年の平均在院日数は38日と延長しつづけ、欧米諸国がほとんど10日前後であることと対照を示している。

以上のように、日本において人口対病床数や在院患者数をこれまで西欧水準より低く抑えてきたり、在院日数が世界有数の長さをもつ現象を、「家」文化と関連させて考慮する意義は大きい。もしこれが妥当な仮説なら、我が国の場合、伝統的な家文化をもつ地域であればある程、「精神病者」が相談や受療の必要な人々として登場

することが少ないが、ひとたび彼らが入院すると長期化し、社会的に閉鎖化される傾向が強いといえる。従って、まず、家で手におえなくなりいきおい病院にお預けて「ヨソ者」化しないように入院以前の支援がとくに重要であり、またたとえ入院しても在院患者と家族との接触を絶えることが、患者への「ヨソ者」意識を強め、「病院人間」をつくってしまうので、絶えることない在院者と家族の接触がとりわけ大切なものとなるだろう。

精神医療体系の社会文化的背景を支える医療経済秩序

我が国の精神医療供給体系は、前述のように私的医療機関が86%も占める一方、医療需要体系の方は公的な医療保険制度によって社会化されているというところに世界的にみた特徴がある。

精神病院の場合は一般病院とは異って、医療保険の診療報酬基準による収益率の高い投薬、注射、検査が相対的に少なく、大きな収入源になっていないので、経済的なバランスのとり方として、たえず入院患者を多く確保し、職員数をできるだけ少なくし、職員の大半を占める看護者は相対的にコストの低い無資格補助者、中途採用者や准看護婦を多く採用するなど人件費の低い者の割合を多くする傾向がある。その結果、日本の精神病院の入院費(約25ドル)はアメリカのナーシングホームの入院費(32ドル位)より安いものとなっている。

こうして、精神病院は収益率をあげるため、病床利用率100%以上に患者をいつも確保しようとする強い動機がみられるし、低い人件コストと精神病院への偏見があるため、就業希望者が少なく、研修システムはきわめて貧しく、質のいい人材が定着しない傾向があり、モラルは一般病院に比べて低い。

しかし、医療保険の診療報酬基準は患者の社会復帰活動に関して料金が不十分しか認めておらず、最近では改善されつつあるものの長期入院

を支えるような形になっている。

要するに、精神医療を供給する精神病院の経済的秩序は入院や治療費を米国のナーシングホーム以下に抑え、患者数をたえず一定数確保しなければならぬように誘因をつくり、結果的に患者の長期入院を支えており、日本の家文化の影響を受けた精神医療体系の特性を経済的に支える形となっている。

結 論

1. 日本の人々の精神医療観を調査すると、米国の場合から比べると、精神医療の一般社会からの閉鎖性が期待されるところが強く、患者に対する人権尊重が十分でないかもしれない。しかし、米国の場合、患者地域での生活が、搾取者や犯罪者の餌食にされる現実があるので、患者の生活を全体的に考えた場合この精神医療観をもって、日本の精神医療体系の良し悪しを決めることができない。むしろ、比較社会文化的検討が必要となる。

2. 日本は人口対精神病院病床数、入院患者数からみると世界の中で多い方ではなく、平均在院日数については世界有数の長さである。

3. 欧米では在院期間の長さがうむ施設症の弊害をさけるため、入退院を流動化させ、短期入院をめざし、高齢患者のナーシングホーム等への移動をおこなっているが、日本はこのような政策をとっていない。しかし、米国において患者のナーシングホームやボードアンドケアホームへの滞留が新たな Institutionalism を生んでおり、地域での十分なケアがなく、放置されたり、また極端に短い入院期間(1週間~1カ月)が患者のニーズに合致しているかには疑問が大きいところである。

4. 世界的にみて、一般に人口構造が高齢化し、国民所得水準が高くなるにつれて、精神病院病床及び入院患者数は増大し、在院日数が延

長されるが、日本の場合も該当する。

5. 日本において、精神病院の在院患者の多い地域は、福祉及び精神衛生関連財政支出の多いところであり、農漁業を営む生活保護人口や老人人口の多い地域である。

6. 日本のもつ「家」文化は、老人とともに精神障害者を「厄介者」であろうとも「かかえ」てきたため、人口対病床や在院者を西欧水準よりも低く抑えてきた。が、一度入院し、face-to-face の関係の切れた「ヨソ者」は、病院を「家」と思って生活することが期待され、在院が長いものとなり、社会的に孤立化し、結果的に精神病院入院者への社会的偏見形成にもつながっていく。このような文化特性は、米国の精神医療体系の中にいる日系人にもみられ、入院者数、退院者数が少なく、在院日数は人種的に長い典型となっている。

7. 精神医療の経済秩序は、皆保険制をとっている日本の場合、医療保険の診療報酬基準に大きく影響されるが、日本のこの基準は、精神医療の低コストを促し、また患者の長期入院を阻げない形となり、日本の「家」文化の影響をうけた精神医療体系の特性を経済的に支える形となっている。

(稿を終るにあたり、貴重な御助言をいただいた当研究所土居健郎所長、終始暖い御支援をくださる柏木昭部長、岡上和雄部長に深謝申し上げます。)

註及び参考文献

- (1) 拙稿「精神障害の生まれる背景と社会的対応」
- (2) 園田、米林編『保健・医療の社会学』有斐閣、1983.
- (3) 拙稿「統計にみるヨーロッパの精神医療体系」『精神衛生研究』No. 29, 1982.
- (4) 拙稿「統計にみる米国の精神衛生」及び「統計にみる我が国の精神医療福祉」『精神衛生資料』No. 24, 1979, 80 合併号.
- (5) 拙稿「統計にみる『分裂病者』と精神医療体系」精神神経学雑誌85巻10号, 1983.
- (6) 岡上, 石原, 宗像, 和田, 稲岡, 滝沢他「精神障害者の医療・福祉基盤に関する意識調査」1983.
- (7) Cockerham, W. C. *Sociology of Mental Disorder*, PP. 291-303, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliff, 1981.
- (8) 日本の「家」制度は、独特なものがあり、諸外国の家族制度との比較は、次のものを参照されたい。原ひろ子編「諸文化と家族」至文堂、1983年.
- (9) 中根千枝「家族を中心とした人間関係」講談社、1977年.
- (10) 石原邦雄「精神病長期療養者の家族に関する2地域調査」, 国立精研『精神衛生における地域の需給システムの実態把握と評価法の開発に関する研究』1982年.
- (11) Gudeman, H. G. *Evaluation of the Unit System*, Hawaii State Hospital, 1967 (Mimeo.)
- (12) Kin zie, J. D. A Summary of Literature on Epidemiology of Mental Illness in Hawaii, W. Tseng et al. (ed.), *People and Cultures in Hawaii*, University of Hawaii, 1974.

表1 世界各国における人口一万対精神病院病床，入院患者，平均在院期間と人口・経済的背景との相関係数

(1975~1977年)
単位：16~43カ国

| | 平均余命 | 65歳以上人口比 | 出生率 | 1人当りの国民所得 |
|----------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 人口1万人対精神病院病床 | 0.6603** (df=43) | 0.6760** (df=21) | -0.7074** (df=36) | 0.7393** (df=37) |
| 人口1万人対精神病院入院患者 | 0.6043** (df=36) | 0.5957** (df=18) | -0.4729** (df=30) | 0.5859** (df=21) |
| 平均在院期間 | 0.4307* (df=32) | 0.1049 (df=16) | -0.5693** (df=22) | 0.5820** (df=26) |

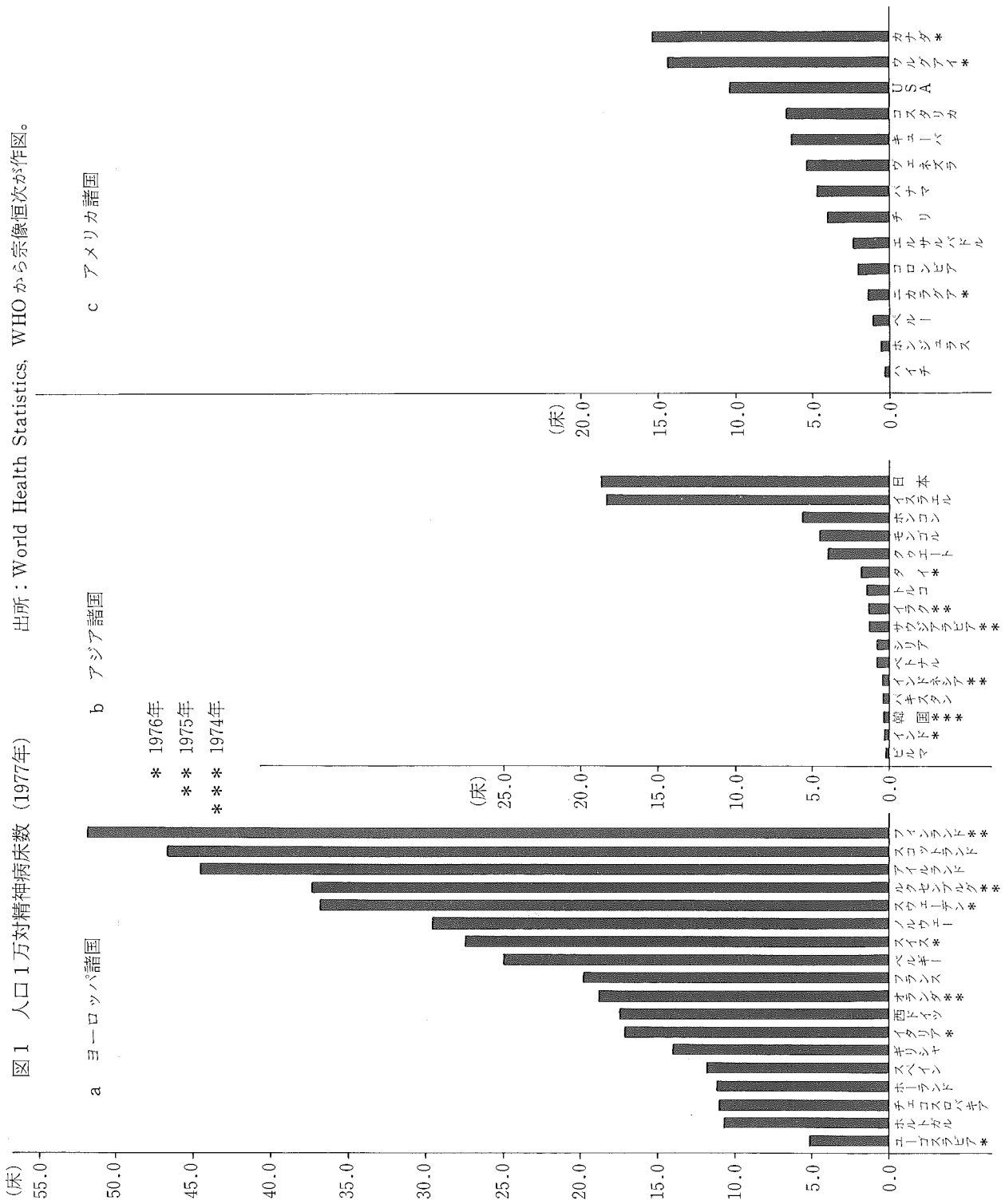
* P < 0.05 ** P < 0.01

表2 我が国の精神病院病床及び一般病床の人口1万対在院患者延数と社会経済的要因との相関 (1975年)

単位=都道府県

| | 精神病院病床 在院患者数 | 一般病床 在院患者数 |
|-----------------|-----------------|---------------|
| ・人口1万対老年人口総数 | .5139** | .2605 |
| ・人口1万対65歳以上世帯数 | .5276** | .3422* |
| ・人口伸び率 | -.4777** | -.3326 |
| ・人口1万対第一次産業就業者数 | .4466** | .0412 |
| ・ // 第二次産業就業者数 | -.4907** | .2630 |
| ・ // 第三次産業就業者数 | .1321 | .3660* |
| ・人口1万対農業粗生産額 | .3743* | -.0111 |
| ・人口1万対被生活保護者数 | .5837** | -.0833 |
| ・人口1万対地方財政歳出 | | |
| ——民生費・生活保護費 | .6673** | .0708 |
| ——民生費・社会福祉費 | -.0682 | .1312 |
| ——衛生費・精神衛生費 | .5212** | -.0884 |
| ——衛生費・環境衛生費 | .0337 | .3793* |
| ・人口1万対精神病医療扶助総数 | .5035** | .1920 |
| ・人口1万対同意入院・仮入院数 | .6840** | .3643* |
| ・人口1万対特養ホーム数 | .6902** | .3121 |
| ・人口1万対社会福祉施設数 | .5448** | .4150* |

図1 人口1万対精神病床数 (1977年) 出所: World Health Statistics, WHO から宗像恒次が作図。



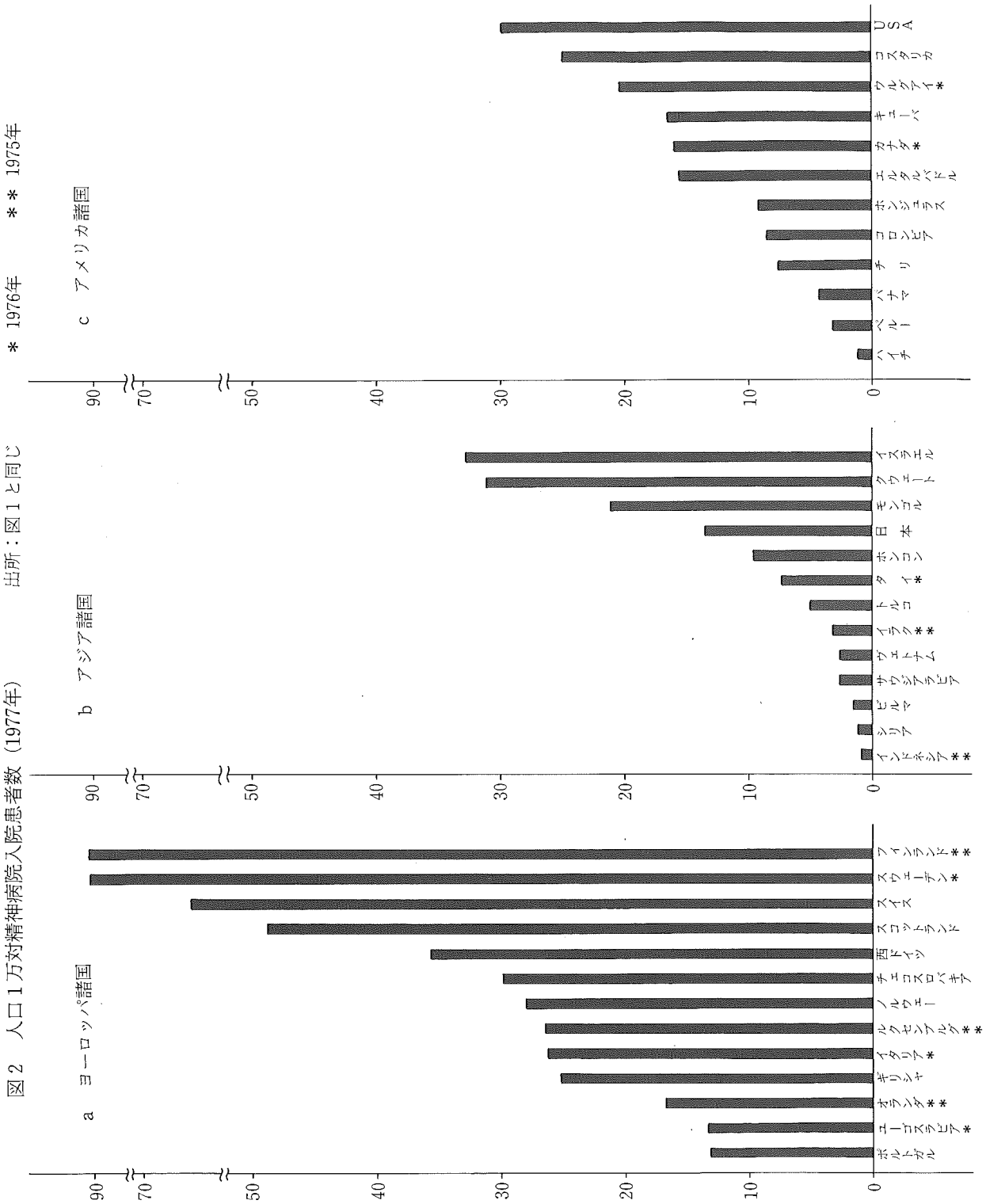


図3 人口1万対精神病院平均在院日数 (1977年) 出所: 図1と同じ * 1976年 ** 1975年

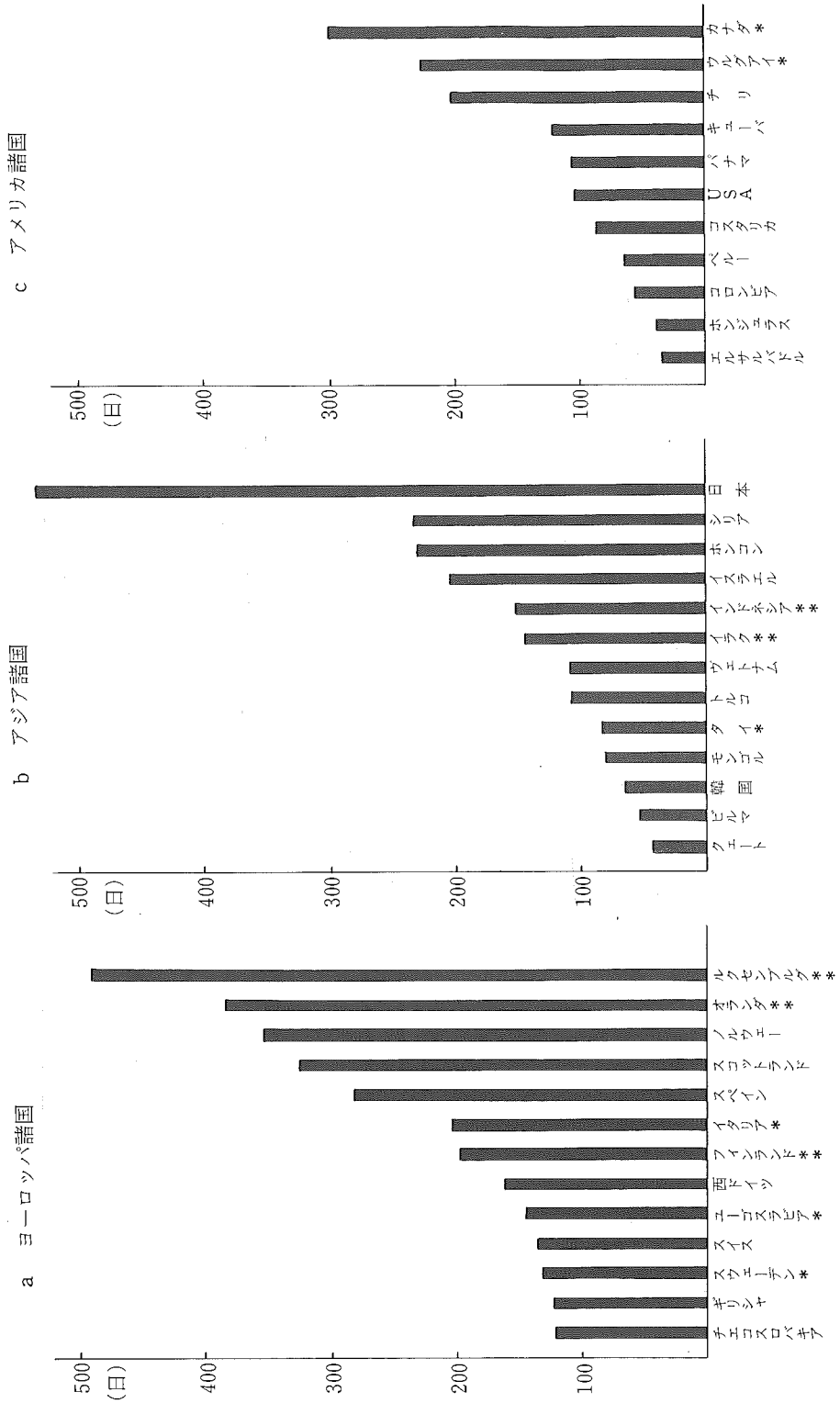
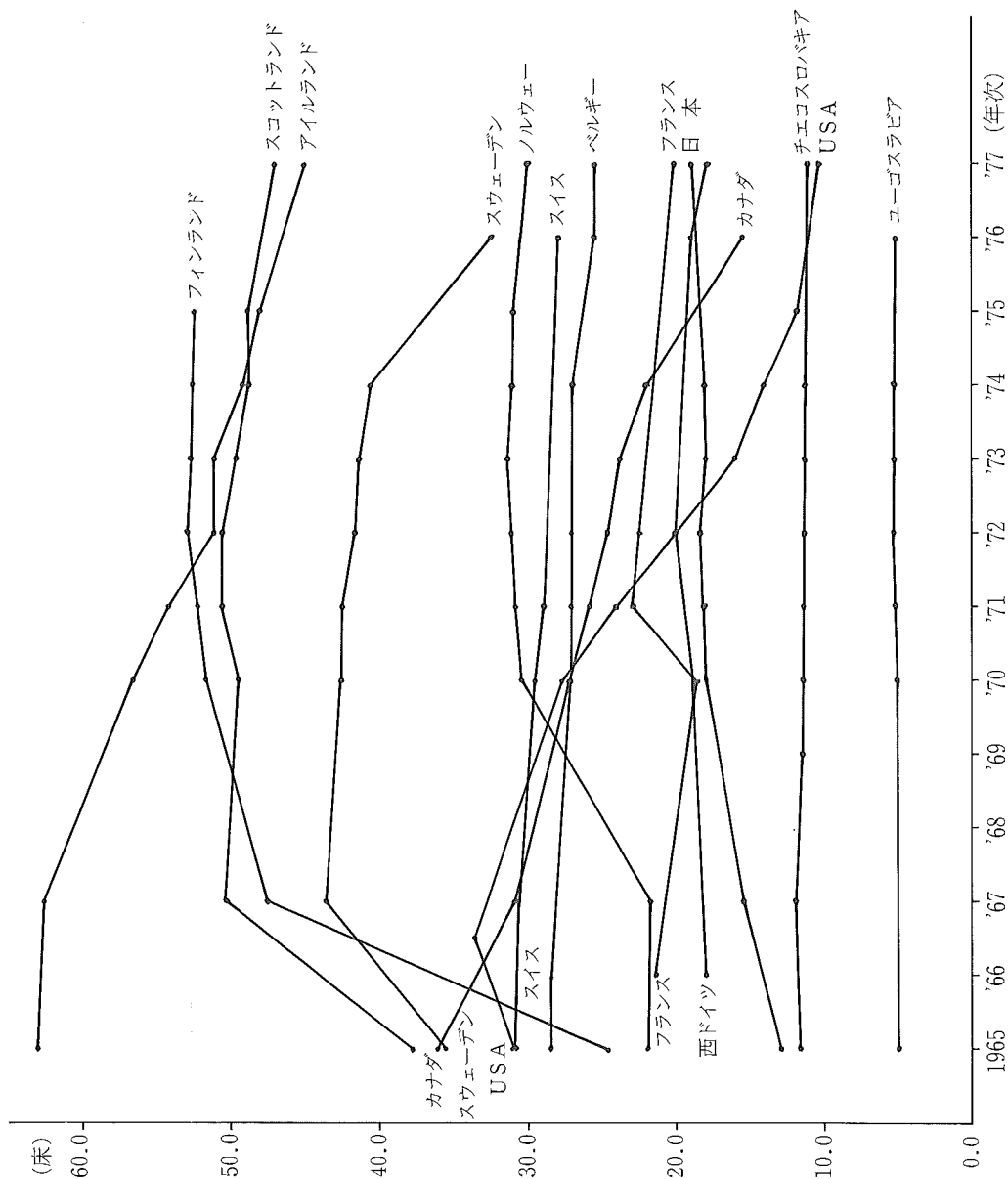


図4 人口1万対精神病院病床数の年次推移



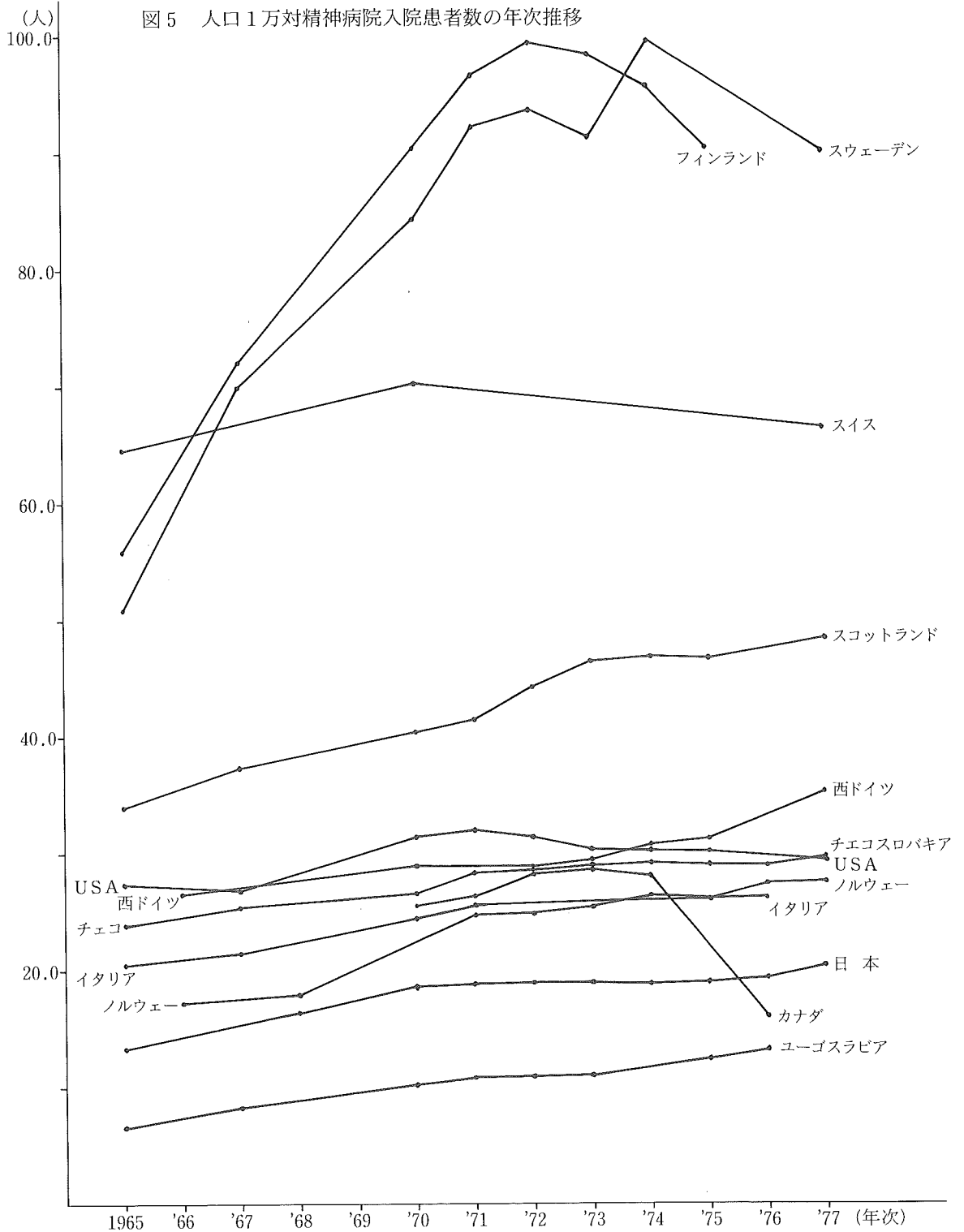
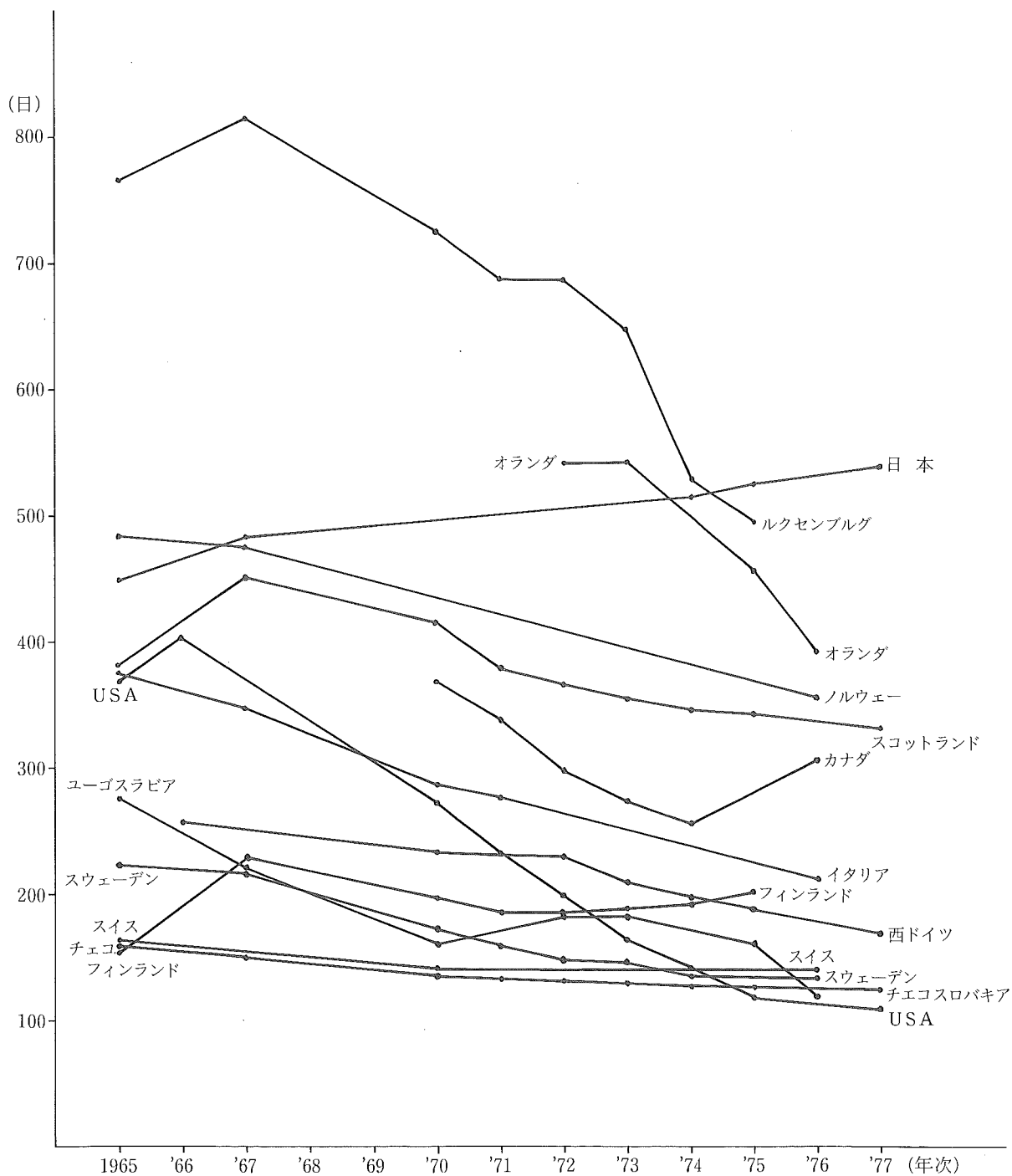


図6 精神病院の平均在院日数の年次推移



青年期の人達を対象とした集団活動過程の分析

—集団という「場」への所属の仕方について—

牟田隆郎

精神衛生部

An Analysis of the Adolescent-Group Process how each member becomes part of the field of human relations

Takao Muta

Division of Mental Health

Summary

This research aims to investigate the meanings of the adolescent group at NIMH from the viewpoint of each individual member.

It is supposed that when one takes part in a group, new "fields" are produced by both new comer and senior members. The state of newly formed groups may be varied, because each member or the group-as-a-whole, tends to maintain their identities.

To make researches in group processes, the author has suggested several meaningful fields. These fields were selected according to the development of human beings from new born to adult especially in terms of human relations. These are: family field (maternal field, paternal field), peer field, social field (rank field, role sharing field), spiritual field and anonymous field.

Five cases were chosen so as to show the applications of field concepts pointed out above, and were examined briefly.

Key words: *adolescent group, field, group-as-a-whole.*

要 旨

現在精研で実施している青年を対象とした集団活動における、個人側からみた集団の意味について、考察してみた。

その際、人與人（集団）とが会う時、何らかの関係が生ずるわけだが、そこに両者を包括した「場」が自ずと形成されると、捉えた。そして、その「場」の形成の有様も、同一性保持の傾向と変化への動きとの相剋のなかで、種々の様態をとると考えた。

その様態の解明の手掛りとして、各個人が所属するであろうと思われる「意味」ある場を、一般的な、人の迎る他者との結びつきの変遷の流れに大まかに添って取り上げた。（家族的な場（母性的な場、父性的な場）、同輩的な場、社会的な場（上下の場、役割分担の場）、霊的な場、匿名的な場）。

最後に、5つの事例について、各個人が他者や集団にどのように関わり、そして場の形成を果していたのか、簡単な検討を加えた。

はじめに

昭和55年春より当研究所では、種々の事情で相談に訪れた青年たちを対象とした集団活動を行なってきた。ごく初期は、集団活動を行なう場所や時間等不確定なところがあったが、やがて週1回金曜日に活動をするようになった。それが更に昭和57年5月より、水曜日と金曜日の週2回に活動日が増えて、今日(昭和58年11月現在)に至っている。

この間数多くの青年(延べ数にして40名、男性25名、女性15名)が集団活動に参加した。ある者は初期から現在に至るまで、途中休むことはあっても、ずっと参加しているし、またある者は、数回顔を見ただけで以後参加しなくなった。なかには忘れた頃にひょっこり出てくる者もいたりする。

このように青年1人1人によって、精研の「水・金グループ」(われわれはこの集団をこう呼んでいる)の利用の仕方は、その期間なり頻度なりをみても多様である。ましてや、具体的な集団活動を通して結ぶ人間関係なり情緒的交流なりの有様は、実に複雑なものとなっている。

集団という「場」でいったい何が生じているのか、その全貌をすぐ捉えることは非常にむずかしいことであるが、今後より良き活動を目指すためにも、これまでの集団活動過程の分析は必須のものとなろう。

そこで本論文においては、集団活動過程をどのような視点からまな板に乗せたらよいか、その試案をまず示し、次に、参加した青年1人1人にとって、この集団がどのような意味あいがあるのかを、試案に基づいたかたちで例示してみたい。

個人と集団

人間を対象とする科学的アプローチには、周

知のように、いろいろなものがある。人間の示す様相は複雑多岐なものであり、従ってその解明も、様々な角度からなされるのである。それらを強いて2大別するとすれば、「個人を出発点とするアプローチ」と「集団を出発点とするアプローチ」ということになるだろうか。人間の持つ認識力に限界があるために、当面は「登頂ルート」を種々設定しなければならないわけだが、本来なら両アプローチを統合するようなものが俟たれるわけである。

考えてみれば、たとえば個人心理といったところで、そこには他者なり集団・社会の影響が色濃く及んでいるわけであるし、集団はといえば、その構成員である各個人という要素を全く無視するというわけにもいかない。ただ現時点では、個人の動きと集団の動きを結び統合する説明概念(役割理論などはその試みの1例であろう)がまだ十分整備されていないので、個人レベルと集団レベルというように、階層の差を導入して便宜的に捉えておくのが、無難なところであろうか。

それでもこの点でいささかの光明があるとなれば、一般システム理論の存在であろう。しかしこれとて、各システムレベルでの探究と、システム間の連関の究明が進まないことには、漠然としたものに留まってしまうことになる恐れがある。

さて、われわれが精研で実施している青年を対象とした集団活動の分析だが、今回は、「個人」の側に主眼を置いた分析から始めてみたい。そしてそのためには、集団が、各個人にとってどのように意識的・無意識的に捉えられているのか(無意識的に捉えるとはおかしいようだが、意識に上らない潜在的な心的過程があることを前提としておく)、そこに「場」という概念を媒介として、まず解明を試みてみよう。

関係と場

人と人との出会いは多様である。人格全体を深く揺り動かすもの、単なるすれ違い程度のもの、待ち遠しいもの、義務的なもの……あるいは親子・きょうだいという結びつきなども、これまた1つの出会いということができる。

出会いがあるところ、必らずそこに「関係」が生じている。近いものから疎遠なもの、濃密なものから淡白なもの、移ろいやすいものから一定不変のもの、と関係のもたれ方はさまざまである。われわれ1人1人は、実に複雑な関係のネットワーク上に身を置いている。

さてその複雑さを幾分かでも整理するために、「場」という概念をとり入れてみよう。人と人が出会い、関係を結ぶ時、物理的・空間的にも場が設定されるわけだが、実はそれに留まるわけではなく、いわば心理的な空間・場が出来上がる。むしろ個々の人間にとっては、この心理的な空間・場が「生きた環境」として自分のまわりに展開されるとも言われる。この点についてはレヴィン (Lewin, K.) などが、かなり詳しく考察している。

更に、この環境の認知は、人と人(集団)とが出会うその時にのみ為されるものではない。過去の経験を心の中に記憶(言語、イメージ、漠然とした「感じ」)する力を、われわれは獲得しているわけであり、その時その場以外にも、それなりにリアルな場の認知をすることが可能である。かくして各人の心の中には、種々の場の情報が貯蔵されていると考えることができる。しかもその場の情報は、決して中立的なものなどではなく、その人にとっての「意味」を担っている。数々の経験が、場・状況のもつ意味をいわば指標として折りたたまれていと推測される。つまり人は意味の世界(場)に住み込んでいるというわけである。

人間として生物の1種であるから、この「意味」の起源は、恐らく生存上要請されるころのもの、たとえば安全であることとか、居心地の良

いことなどと深い関わりがあるのであろう。心理的な場の重要性を先に指摘したわけだが、動物行動学の知見や、ホール(Hall, E. T.)の説くプロクセミックス(Proxemics)などに目を向けてみれば、空間的・物理的な場のもつ影響力も、やはり人間に残っていることが窺えるわけで、完全に無視するわけにはいかない。両方の場が実際にはまざり合ったところで、われわれは関係を結ぶのであろう。想像的(幻想的)な場と現実的物理的な場が複合するとでも言うておこう。

同一性の保持

生物の特徴の1つは、「まとまり」をもっているということであろう。それも特に、「個体」なり「身体」といった、視覚的に認めやすい物理的な固まりとしての側面が、まずまとまりを成しているということの証しになりやすい。それ以外の側面、たとえば生物化学的な働きとか、あるいは心の統合性なども、やはりまとまっているという性質を備えているようだ。ホメオスタシス(homeostasis)という概念が、このまとまりに近いものとして用いられもする。

ところで、「万物は流転する」(ヘラクレイトス)とか「行く河の流れは絶えずして、しかも、もとの水にあらず……」(方丈記、鴨長明)などの表現を俟たずとも、われわれは、物事が変化していくということを、知識としても経験においても知っている。あるいは最近はやりのエントロピーの概念などでも、いわば「盛者必衰の理」が明言されている。

実はまとまっているといっても、一般システム理論的な表現をすれば、純粋な「閉鎖系」は理論上その存在の可能性があっても、実際上はすべてのシステムは「開放系」の性質を有しているわけである。つまり、あるまとまりがそれ自体で存在し充足し完結していることはないわけで、他のものとの関係を経るなかで、いろいろな変容を被ったり積極的に変化したりしているわけである。事実上、すべてが時間の流

れとともに変転していくということになるのか。

そこで統合性と変化性のからまり合いということが問題となり、実は統合性の中に変化性が包み込まれ、反対に、変化性の中に統合性が包み込まれているという恰好になる。

とは言うものの、ある統合をもったシステムが何らかの変化を強いる圧力に晒された時、簡単に変容するとは限らない。統合する方向にエネルギーをたくさん費しているシステムならば、変化への抵抗は強いだろう。そして統合を脅かされない範囲内の微調節に留まろうとするだろう。

ある人（パーソナリティ・システム）が新しい環境なり場・状況に遭遇した場合などは、むしろ変化することに対して不安や恐れを抱くこともあろう。その人のパーソナリティが、どこか脆弱性や片寄りなどをもっている際には、変化することへの抵抗はなお激しいだろう。つまりこのような事態においては、「同一性保持」の要請が強く働いていると言えよう。

個人と集団の問題に話を限定してみると、同一性保持の傾向は、個人にあっても集団全体にあっても、その両者にみられるものである。ある新人が既存の集団に加入する時などは、恰好の例であろう。新人にとっては、それまでの自分を脅かされることなく、なおかつ集団のメンバーとしても機能しなくてはならない。しかしそのためには、まず集団という場がいったいどのようなものであるかの認知が為されなくてはならない。自分にとって安全かつ居心地の良いものであると認められれば、集団のメンバーであるという側面を加味した、新たな同一性が獲得される。そうでない場合には、その人はいわばそれまでの古い同一性に頼らざるを得なくなる。

集団の側にとっても事態は同じで、新人と折り合いがつきやすい時には、新たな集団同一性（統合性）が生まれ、その人が入ったことで緊張が生じたりどう包み込んでよいのか有効な方図が見つかりにくい時、ビオン(Bion, W. R.)の

言う集団状態（闘争～逃避集団、相棒づくり集団、依存集団）になったりして、集団の構造としては不安定な状態になってしまう。その最たるものは、集団の分裂・解体であろう。

個人にとっては己れの欲求（基本的生物的欲求から高次の精神的なものに至るまで）を充足してくれる集団であることを期待し、他方集団（残りの成員）にとっては、既存の集団としてのまとまり方や動き方を当面維持する方向で、新しい成員を迎えようとする。さまざまな欲求・要請が交錯する中で、各個人は自分なりのスタイル（同一性のとり方）をとって集団場面に臨む。その際、その人の生活史・生育史に裏打ちされ、しかもその人にとって重要な意味のある場との関わりの仕方が、知らず表面化したりする。本来ならば新しい環境・状況である苦なのだが、概して古くかつ意味ある場への臨み方が再現されるのである。自分になじんだ場がそこで見い出せれば、あるいはその集団（相手）を得意の関係パターンにもち込むことができれば、人はスルリとその場の中に入り込み安住できるのである。

個人からみた場の意味

「場」という見方をとり入れれば、人はさまざまな相手と、さまざまな場を共有して生活している。それぞれの場でその人は、その場に適合した己れの姿を表出しているわけである。従って、どのような自分を示すのか、そのことが自ずと場ごとに規定されているとも言える。そしてその規定性には、たとえば親子であるとか職場の上下関係のように規定性が一般的に強いものから、単に同県人であるとか同じ町内に住んでいるといった類の、比較的ゆるいものに至るまで、広い範囲のものがある。

実は場の規定性という捉え方は、どちらかという、場→個人の発想であり、逆に、個人→場の方向で考えるには、「所属感」という概念で捉えたほうがいい場合もありそうだ。この所属感という言葉は、ここでは肯定的な意味合いを

もちやすい帰属感から、否定的な意味合いをもちやすい従属感までを含み込む中立的なものとしておく。

さて、個人が所属する場にはいろいろなものがあるわけだが、やはり意味深いものを取り上げることが必要であろう。その意味深さも、個人と集団のせめぎ合いを分析することを念頭に置くならば、ある特定の個人にのみ意味あることは割愛し、普遍的な側面をもつものを抽出してゆかねばならないだろう。

そこでヒントになるのは、人がどのような他者関係を深めかつ拡大させていくのか、その一般的な成長の過程を辿ってみることであろう。

まず第1段階として取り上げねばならないのは、何と云っても「母性」との出会いの問題であろう。暖かく包み込まれ育まれる経験が、人生の初期にはもちろん、その後においても、人にとってたいへん重要な意味を担っている。これを『母性的な場』と名付ける。

次いで人にとって意味ある他者とは、やはり秩序なり規律なりの意義を示してくれる、そういう人たちであろう。この人たちとの関係が展開される場を、『父性的な場』と名付ける。ただし、父性（母性についても同じ）と名付けてはいるが、これは現実の父親を指すものとは限らず、本人に対して秩序や規律の原理を示してくれる人たちすべてを含むものである（『母性的な場』と『父性的な場』を合わせて、『家族的な場』と呼ぶ）。

さて『母性的な場』と『父性的な場』とまず2つ抽出したわけだが、この2つは、いずれも本人にとっては、「与えられる」とか「教えられる」という主として「受動的」な様式のものであった。他者との関わりの中には、当然対等の立場に立つものもあるわけで、通常友人と呼ばれる人たちともつ関係がそれである。友人とは、密着し力を補い合う人たちでもあり、また競争したり張り合ったりするライバルでもある。つまりお互に「鏡」となり合う存在である。このような関係にある場を、『同輩的な場』と名付け

る。

他者との関わりにおいて『能動的』な様式のものも、考慮しなければならない。人は大きくなるにつれ、他者と共同で諸種の行為・活動を幅広く行なうようになる。学校やサークル、団体、職場などがその主な場となる。その際、関係の結ばれ方として、縦方向と横方向の2つの軸に分かれる。1つは上一下関係なり優一劣関係を主成分とするもの。もう1つは、役割分担を主成分とするものである。前者を『上下の場』、後者を『役割分担の場』と名付ける（両者を合わせて『社会的な場』と呼ぶ）。

次いで、人と人の交わりを考える際、家族的なもの同輩的なもの、社会的なものを越えて、人格と人格の気高い出会いのようなものがあることも、見逃がすわけにはいかない。いわば魂の触れ合う体験とでもいったもので、これを『霊的な場』と名付ける。

最後に、匿名的な他者一般を前にする場も取り上げねばなるまい。乗物の中や雑踏の中などで個人が出会う場であり、これを『匿名的な場』と名付ける。他者からみた本人も、やはり匿名的な存在となっており、気安さと落ち着きなさがその本人の心の中に同居しやすくなっている。

さて、母性的な場に始まり、匿名的な場までを取り上げたわけだが、人における場のもち方ないしは場を共有する集団（相手）との関係のあり方は、各々の場によって微妙に異なる。

母性的な場にあつては、自他融合的な傾向が現出される。そこでは個人という単位は、おぼろげなものになりがちである。これが父性的な場ともなると、個性・個別性を幾ばくか有した存在として場を形成している。なお、先にこの2つの場は、本人にとって、主として「受動的」な様式のものである旨述べたが、個別性をほとんど形成しない点に着目すれば、特に母性的な場などは自他融合的であるから、本人も自己の存在を「与える」・「分有する」というやゝ能動的な様式をとっていると言えなくもない。

次いで同輩的な場に至るわけだが、これなど

はまさに「個性・個性」の形成が問われる場であると言える。更に上下の場、役割分担の場という社会的な場になれば、個性・個性はかなり確立されていることを前提としている。

しかし、霊的な場にあつては、再び個性・個性は融解する。個性・個性を突き抜けたところが、自他未分化な融合状態であることは、真に興味深いことであろう。

最後の匿名的な場の場合は、個性・個性のあり方は、概して不定である。

個人の集団への参加

各人が集団（他者）に遭遇した際、自分とその集団（他者）とで形成する「場」のもつ意味を、なるべく早く把握することが、次の行動に円滑に移ったり、気持の安定をはかたりする上で大切なことになる。場のもつ意味がよく分からなかったり、意味を形成することが困難な時、人は通常、どのように振舞ってよいのか困惑する。その場合に人がとる行動様式は、大きくは4つに分かれる。すなわち、ほとんど何もしないで危険を少しでも減らす（自閉的になる）、自分のなじんだ行動パターンに固執する、そこから離れる・逃避すると、その反対の密着・融合する、である。

しかし、いつまでも場の意味が不鮮明だということはずがなく、人は、とに角場への意味づけをしてしまうようだ。さもなくば、自分自身の位置・意味が不明確になってしまう恐れが出てきてしまうからである。これは存在の不安にモロに直面することになるわけで、生きていく上で避けねばならぬ事態だからである。

かくして意味づけを施された場に、人は自ら向かうわけだが、意味に肯定一否定の2方向あることに対応して、人の場へ臨む態度・行動も、接近一回避の2方向が考えられる。あるいは自分もその場を形作っている一員であるから、所属一離脱と表現したほうがよいのかもしれない。

現実の集団活動過程は、各構成員の思惑（意識的・無意識的）が入り乱れ、なおかつ「全体

としての集団」の動きの流れが片方にあるということ、真に複雑なものになっている。

次に、精研の集団活動に参加している（参加した）人たちの例をとりあげ、個人側からみた集団（他者）の意味を探ってみたい。

（学校での友人関係を再現してしまうS君）

15歳。中学校にほとんど行かなくなり、親・学校側が問題視する。

親の本人への期待は強い。なお学校では集団にいじめられた経験がある。

彼が精研の集団に対してとった態度で最も特徴的なのは、他メンバーの反感をかうような言動をとることである。従って、何人かのメンバーに嫌われる結果となる。他方、他者に注目してもらいたい、認めてもらいたいという行動をとることも多い。

彼が集団に『同輩的な場』を見出し、葛藤的な両方向の態度をとっていることは明白であろう。自尊感情を獲得するためにとる行動が、皮肉にも他者の反撥のみをかうことになってしまうのである。他には、スタッフ（特に女性）への依存・甘えも示し、この点『母性的な場』があることの期待もあるようだ。

（すねたりひがんだりしやすい甘えん坊のEさん）

18歳。高校で登校拒否。家での生活が中心で、外へ出ると人目を気にするほう。

彼女が集団に対してとる態度で目立つのは、自分を中心にして物事を見たり行なったりする点である。受け入れられれば気嫌が良く、そうでない時にはすねたりひがんだり、あるいは引込んでしまう。

彼女は集団に対し、わがまを許容してくれる『母性的な場』を期待し、他方、口うるさい小言を嫌う点では『父性的な場』から離脱の様式をとっている。総じて『家族的な場』を見出しているようであるが、女性メンバーとの関わり方に、『同輩的な場』を形成することもある。

(兄貴分になることで自信回復したI君)

27歳。途中で大学に行けなくなる。身体的な面で自信を失なったことをきっかけに、意欲減退が目立つ。

集団内では年齢的に上のほうであることも手伝い、年下の人たちに対し配慮し、スタッフ的な動きもする。この点、集団内での彼の振舞いから、彼が『役割分担の場』として集団に向かっている側面が窺える。他方、スタッフの同年代の男性に対しては、スポーツなどで対抗意識を顕わにし、従って、『同輩的な場』としての動きがみられ、また年長のスタッフに対しては指示をあおぐことがあるなど『上下(優劣)の場』に向かう態度もみられる。

(みんなの中で目立ちたいけれどもそう見られたくないKさん)

18歳。中学時代後半、学校に行かなくなる。一応卒業は果たし、高校の定時制に入り、そこで、留年。その後再登校。

集団では、ある女性メンバーに急速に接近し、同一行動をとる。他方、ある目立つ行動をとる男性メンバーに対し、強い反感を覚え、無視する態度をとったり嫌悪の情を現わす。まさに彼女が集団に見い出しているのは『同輩的な場』であり、他者を鏡としつつ自分らしさを追求している。しかし結局は、集団全体に対し離脱の様式をとってしまい、自分をもう少し表現できると思われる別の集団に移ってしまう。

(受身的ではあるが、自分のやりたいことをまあまあやっているN君)

17歳。高校1年で中退。福祉作業所と精研と両方に通っている。小さい頃から他の子どもたちにいじめられた経験あり。

比較的マイペースで集団に参加しており、時にはフイと離れて、別室で休んでいたりする。あまり他者と密な関係は結ばず、誘われれば乗るとか、何かしたい時には個人への働きかけをするにとどまる。概して女性への親和性が高い。

自分ののはなしを聞いてくれる人に対して、時々話しかける。

彼の集団への態度は、基本的には『母性的な場』へのそれであろう。受け容れてもらうことによりできた余裕の部分で、自発的な動きをすることが可能になっている。どちらかというところ『父性的な場』には離脱の様式をとっている。なお、集団参加初期の頃には、『匿名的な場』におけるあり方も示していた。

以上5例を取り上げたわけだが、それは各人に最も特徴的に見てとれる場への関わりを述べたものである。時や場所、相手や遂行している事柄によって、それとは異なった場への所属の仕方が見られることももちろんある。また同一個人が集団に参加する過程で、その所属の仕方が変遷していくことも、少なからず見られる。

ここでもしスタッフ側からみた、望ましい集団への参加の仕方を述べるならば、

- ① 経験不足の場やあるいはそこから離脱の様式をとっている場があるならば、その場での経験を積むこと。
- ② ある場への所属が特に目立つ場合、他の場への所属の割合も高めるようにすること。
- ③ 原則として場への所属の成長の方向は、(匿名的な場をいわば「地」としつつ、) 家族的な場→同輩的な場→社会的な場→霊的な場であり、前者の場で各人の欲求が満たされつつ、後者の場への所属を獲得していくようになること、

ということになるだろうか。いずれにせよ、スタッフ自らが実際にどういう場を形成しているのかしやすいのか、どういう場を形成していったらよいのか、十分な洞察と展望とをもたなければならぬだろう。

参 考 文 献

- (1) Agazarian, Y. & Peters, R. The visible and invisible group, Routledge & Kegan Paul, 1981.

- (2) von Bertalanffy, L. General System Theory-Foundations, Development, Applications, George Braziller, 1968 (長野敬, 太田邦昌訳「一般システム理論」みすず書房, 1973)
- (3) Bion, W. R. Experiences in Groups, Tavistock Publications, 1961 (対馬忠訳「グループ・アプローチ」サイマル出版会, 1973)
- (4) Durkin, J. E. (ed.) Living Groups: Group Psychotherapy and General System Theory, Brunner / Mazel, 1981.
- (5) Hall, E. T. The Hidden Dimension, Doubleday & Company, 1966 (日高敏隆, 佐藤信行訳「かくれた次元」みすず書房, 1970)
- (6) 牟田隆郎 青年期の人達を対象とした集団活動の意義について, 精神衛生研究29, 39-46, 1982.

精神衛生資料

英国精神衛生（改正）法

Mental Health (Amendment) Bill [H. L.]

前書き

〔英国精神衛生（改正）法〕について

本訳は1959年に制定された英国精神衛生法の、1982年改正法の本文の第七章（雑則および補遺）を除く訳文である。本法の大部分は、1983年9月30日に施行されるものである。本改正法本文の構成は、第I章 精神障害の定義、第II章 強制入院および後見、第III章 精神障害を有する犯罪者、第IV章 王国内への、並びに王国内からの患者の移送、第V章 精神衛生審判所、第VI章 治療に対する同意、雑則および補遺から成り、加えて1付則、第2付則、第3付則から成っている。紙数の都合上、ここでは本文の第VI章までの全訳に掲載する。

改正法の性格から、元の法律（1959年制定の精神衛生）の改正部分のみで構成されているので、必要に応じ原法を参照されたい。原法的全訳は精神衛生資料13号（昭和41年・当研究所）に掲載されている。原法の日本語訳とこの改正法の日本語訳はほぼ同じ訳となっているが、一部は変更してある。たとえば、Mental Health Review Tribunals は精神衛生審査会→精神衛生審判所、Assessment は査定→評価、Mental Illness は精神疾病など。

Mental Infirmity については一応精神機能障害としてあるが、これは窮余の訳である。

この改正についてのもともとの提案は、精神障害者の自由に関する権利と安全確保を強化すること、同時に公衆、従事者の便利と安全をそなわないようにすることに始まるもので、主として病院の外における強制力の問題をとりあげたものといわれている。したがって、このことを加味してお読みいただければ理解しやすいものと思われる。

岡上和雄

精神衛生（改正）法 〔上院〕

〔特別常任委員会により修正された〕法案

本案の表題：1959年精神衛生法の改正および関連する目的のための法律

本法は女王陛下により、聖職上院議員・上院議員・下院議員の助言と同意とによって、召集された今議会において、今議会の権威によって、次のごとく制定される：——

第I章 精神障害の定義

（“精神薄弱” Subnormality を“精神機能障害” mental impairment と読み替える）

第1条 (1) 1959年精神衛生法（“主たる法律” the principal Act）における精神薄弱または重度精神薄弱とは、次の(2)以下の通り改正される精神衛生法（主たる法律）4条の意味における

精神機能障害または重度精神障害に読み替える。

(2) 上記の4条(2)および(3)は、次のごとく読み替える——

“本法において‘重度精神機能障害’とは、精神発達の停止または不完全な状態で、当該の者が異常に攻撃的な行為または重大な無責任行為と関連をもつものをいう。

(3) 本法において‘精神機能障害’とは、知能および社会的機能の著しい機能障害を含む精神発達の停止または不完全な状態で、重度精神機能障害には達せず、該当事が異常に攻撃的な行為または重大な無責任行為と関連をもつものをいう。”

(精神障害の定義のその他の改正)

第2条 (1) 主たる法律4条(4)(“精神病質障害”の定義)は、次のごとく読み替える——

“本法において‘精神病質障害’とは、(知能の著しい機能障害を伴うか否かにかかわらず)当該の者が異常に攻撃的な行為または重大な無責任行為を引き起こす持続的な精神の障害または能力欠如をいう。”

(2) 4条(5)(逸脱行為その他の反道徳的行為だけを理由に、ある人を精神障害にかかっているものとみなしてはならないとする規定)において、“その他の反道徳的行為”という文言の後に“性的偏倚、またはアルコールもしくは薬物の依存”という文言を挿入する。

第II章 強制入院および後見

(評価入院 Admission for assessment)

第3条 (1) 主たる法律25条(観察入院 admission for observation 申請が同条に従って行われる場合には、患者を観察に付するため病院に拘束することができるとする規定)において——

(a) “観察入院申請”という文言がどこに現われも、それを“評価入院申請”という文言に読み替える；

(b) (2)(a)において、“(他の医学的治療を施すことにかかわらず)観察に付するための患者の入院”という文言を、“評価のための(または医学的治療を伴う評価のための)患者の入院”という文言に読み替える。

(2) 主たる法律27条(申請についての一般条項)において、(1)の後に次のものを挿入する——

(1A) 評価のための患者の入院申請が精神福祉官により行われるに先立つか、あるいは適切な時間内に、当該福祉官は、患者に最も近い親族と思われる者に、申請が行われようとしていること、あるいはすでに行われたということを伝え、そして本法(主たる法律)47条にしたがって最も近い親族が持つ患者の後見を解除する権限について伝えることができるように処置しなければならない。

(1B) 評価のため、または治療のため入院申請が行われることを患者に最も近い親族が望んでいる場合には、その親族は次の権限を有する。すなわち、最も近い親族は認可された社会福祉官が提出済みの入院申請をできるだけ速やかに審査し、そしてもし申請がその要求に従っていないならば、内務大臣による所定の形式でその理由を記録し、要求した当該親族に送達しなせなければならない旨の指摘を、患者の入院を要請された病院の管理者、または患者が居住する地域を所轄する自治体社会サービス部局に対して請求する権限をもつ。

(3) 主たる法律29条(評価のための緊急入院申請)において——

(a) (2)(緊急申請を行うことのできる人)において、“患者の親族”という文言を“患者に最も近い親族”という文言に読み替える。(b)

(4)は次のごとく読み替える——

“(4)緊急申請に関しては、本法(主たる法律)27条を適用する。但し、同条(3)において、“申請までの14日間”という文言を“それ以前の24時間”という文言に読み替える。

(4) 主たる法律31条において——

(a) (1)(b) (評価のための緊急入院申請を行う期限) を次のごとく読み替える——

“(b)緊急申請の場合には、患者が本法（主たる法律）29条(3)の医療勧告書を提出した医師の診断を受けた日、または申請の日のいずれか早い日から起算して24時間”：

(b) (3)の後に次のものを挿入する——

“(3 A) 評価のための入院申請に基づいて病院に入院させられた患者は、入院の日から起算して14日以内に、精神衛生審判所に審査請求することができる。

(治療入院)

第4条 (1) 主たる法律26条(治療入院)を次のごとく改正する。

(2) (2)(a)および(b) (患者の入院申請の事由) は、次のごとく読み替える。

“(a) 患者が精神疾病、重度精神機能障害、精神度質障害、または精神機能障害にかかっており、その障害が、患者に病院で医学的治療を受けさせるのに適した性質または程度のものであること。かつ

(b) 精神病質障害または精神機能障害の場合には、そのような治療が患者の病状の悪化を緩和または防止するものであること。かつ

(c) 患者にそのような治療を受けさせることが、患者の健康もしくは安全のため、または他人の保護のため必要であり、かつ本条により患者を入院させなければそれが不可能である場合。”

(3) (3) (医療勧告書の内容) において、“(a)および(b)”, “上記(a)” および “上記(b)” という文言を、それぞれ“(a), (b)および(c)”, “上記(a)および(b)” および “上記(c)” という文言に読み替える。

(医療勧告書)

第5条 (1) 主たる法律28条 (医療勧告書についての一般条項) を次のごとく改正する。

(2) (1) (勧告書を作成する2名の医師に、患者を同時に診察するか、または7日を越えない期間内に診察していることを要求する規定) において、“同時に” 以下の文言を、“同時または別々に。但し、患者を別々に診察した場合には、それぞれの診察日の間が5日を越えてはならない。” という文言に読み替える。

(3) (3) (勧告書の一通だけは、患者が入院させられた病院の職員たる医師が作成することができる旨の規定) のはじめに、“本条の(3 A)の適用を妨げることなく” という文言を挿入し、(3)の後に次のものを挿入する——

“(3 A) 本条(3)は以下の場合には、医療勧告書が2通とも当該病院の職員たる医師により作成されることを妨げない。

(a) 最も患者の利益になる場合。かつ、

(b) 本項に従うと最初の医師による診断の完了から48時間以上の遅延を伴うことになる場合。かつ、

(c) 勧告書を作成する医師のうちの1名が保健業務 (The health service) 下の勤務契約に拘束される時間の半分以下しかその病院に勤務していない場合。かつ、

(d) 医師のうちの1名が顧問医である場合には、もう1名の医師がその顧問医の指導、監督を受けている等級の病院に勤務していない場合。”

(4) (4)(e)において、“(3)” という文言の後に“または(3 A)” という文言を挿入する。

(5) (4)の後に次のものを挿入する——“(5)病院に非常勤で雇われている一般医は、本条にいう病院の職員たる医師とみなされない。”

(すでに入院中の患者)

第6条 (1) 主たる法律30条 (すでに入院中の患者に関する申請) を次のごとく改正する。

(2) (2) (患者の治療担当医による報告書に基づく3日間の在院) において、

(a) “患者の治療担当医” という文言の後に“(または、治療担当医が不在の場合には、

本項に従って代理を勤めるように治療担当医が指名した当該病院の職員たる医師)"という文言を挿入する。

(b) "報告書提出の日から起算して3日間"という文言を"報告書提出時から24時間"という文言に読み替える。

(3) (2)の後に次のものを挿入する——“(3)病院に入院中の患者として精神障害の治療を受けており、本章により病院に拘束される必要のない患者について、あらかじめ指定をうけた看護婦が——

(a) 患者がその健康もしくは安全のため、または他人の保護のため、退院を直ちに押しとどめる必要があるほどの精神障害にかかっており、かつ、

(b) 本章(2)により報告書を提出するために、医師に直ちに出勤してもらうのを確保することが不可能であると思料する場合には、当該看護婦はその事実を書面に記録することができ、その事実が記録された時点から6時間、もしくはそれ以内において(2)により報告書を提出する権限をもつ医師が患者を拘束した場所に到達した時はその到着時まで、患者を拘束することができる。”

(4) (3)により行われた記録は、看護婦により(または、そのために看護婦により権限を付与された者により)記録された後できるだけ速やかに病院の管理者へ渡される；また、(3)により記録が行われた場合には、(2)に規定されている期間はその時点から起算する。

(5) (3)において“指定をうけた”とは、内務大臣の発した命令により指定をうけたということの意味する。

後見の受け入れ

(後見申請)

第7条 (1) 主たる法律33条(後見申請)を次のごとく改正する。

(2) (1)において“患者を後見に付することが

できる”という文言を“16歳に達した患者を後見に付することができる”という文言に読み替える。

(3) (2)(a)(精神疾病もしくは重度精神薄弱であれば患者の年齢を問わず、または、精神病質障害もしくは精神薄弱であれば患者が21歳未満の場合に精神障害を理由とする後見申請において、(i)(ii)を“精神疾病、重度精神機能障害、精神病質障害または精神機能障害”という文言に読み替える。

(4) (2)(b)(患者のために必要な後見)において“患者のため”という文言を“患者の福利(welfare)のため”という文言に読み替える。

(後見申請の効力)

第8条 主たる法律34条(1)(適法に受理された場合の後見申請の効力は、もし後見人が患者の父でありかつ患者が14歳未満であれば、行使できる一切の権限を後見人に付与することであるとする規定)において、“全ての権限”以下の文言を“次の権限、すなわち——

(a) 後見人として指名された者またはその他により患者を明示された場所に居住させる権限

(b) 医学的治療、職業、教育または訓練のために患者を明示された場所および時間に出頭させる権限

(c) 患者が居住している場所を問わず、公認専門医、精神福祉官、またはその他の専門家に引き渡されている患者に面会する権限”という文言に読み替える。

拘束されている患者のケアおよび治療

(患者の訪問と診察)

第9条 (1) 主たる法律37条(患者の訪問と診察)を次のごとく改正する。

(2) (1)の後に次のものを挿入する——

“(1A) 本条(1)により患者を訪問し診察する権限を付与されている医師は、病院に入院

している患者の拘束または治療に関する記録の提出を要求し、これを審査することができる。”

(3) (2) (精神科看護ホームに入所中の患者の診察)において、“登録機関”という文言を“内務大臣”という文言に読み替え、“当該登録機関”という文言を“内務大臣、または、場合によっては当該登録機関”という文言に読み替える。

(4) (3) (精神科看護ホームに入所中の患者の医療上の記録の提出および審査)において、“医療上の記録”という文言を“記録”という文言に読み替える。

(患者の再分類) 第10条 主たる法律38条

(1) (患者の再分類) の後に次のものを挿入する

“(1 A) 病院に拘束されている患者に関する本条(1)による報告において、患者が精神障害または精神機能障害にかかっているにせよ、精神疾病または重度精神機能障害にはかかっていないというものであれば、責任医官は、その報告の中に病院での治療の継続が患者の病状の悪化を緩和または防止するのに適するか否かについての所見の陳述を含めなければならない；そして、その責任医官が、その所見において、そのような治療は効果がないと考える旨の陳述を行った場合には、管理者の患者を拘束する権限は効力を失う。”

(病院からの外出許可および許可なく離院した患者)

第11条 (1) 主たる法律39条および40条 (病院からの外出許可なく離院した患者) を次のごとく改正する。

(2) 39条(3) (外出を許可された患者の身柄保全をなす者) の末尾に“または、患者が外出許可に対して付された条件として、他の病院に入院することを要求された場合には、他の病院の職員たる吏員の”という文言を挿入する。

(3) 40条(1) (許可なく離院した患者を収容

し帰院させよう者) の後に次のものを挿入する

“(1 A) 本条(1)(C)に規定されている場所が、患者が現在拘束されるべき病院以外の病院である場合、(C)にいう病院の職員たる吏員および病院の管理者とは、それぞれの初めに記した病院の職員たる吏員およびその管理者を含む。”

(4) 40条(3) (患者の収容期間) において、“次の期間の経過後”から“28日”までの文言を“患者が許可なく外出した最初の日から起算して28日の経過後”という文言に読み替える。

(5) 40条(3)の後に次のものを挿入する――

“(3 A) 患者が拘束されるべき期間が本法25条(4)、29条(3)または、30条(2)もしくは(3)に明示された期間であり、その期間が経過した場合には、患者は本条により収容されない。

患者の拘束または後見の持続とその解除

(患者の拘束または後見の権限の持続)

第12条 (1) 主たる法律43条(患者の拘束または後見の権限の持続) を次のごとく改正する。

(2) (1)または(2)(a) (拘束または後見の最初の期間と最初の更新期間) において、“1年”という文言を“6カ月”という文言に読み替える。

(3) (2) (次の更新期間) において、“2年”という文言をその文言が用いられている二箇所において“1年”という文言に読み替える。

(4) (3) (責任医官による更新報告) において、“責任医官が思料する場合”以下の文言を“責任医官において本条(3 A)に規定された要件を満たすと思料する場合には、患者が拘束されている病院に対して、所定の形式によりその旨を報告しなければならない”という文言に読み替える。

(5) (3)の後に次のものを挿入する――

“(3 A) 本条(3)に規定される要件は次のものである。すなわち――

(a) 患者が精神疾病、重度精神機能障害、

精神病質障害または精神機能障害にかかっており、病院での治療を受けるのに適した性質または程度の精神障害である場合。かつ、

(b) そのような治療が患者の病状の悪化を緩和または防止する場合。かつ、

(c) 患者にそのような治療を受けさせることが、患者の健康もしくは安全のため、または他人の保護のため必要であり、かつ患者が引き続き拘束されていなければそれが不可能である場合。

但し、精神疾病または重度精神機能障害においては、仮りに退院させられたならば、当該患者が自分でケアする (care for himself) ことも、必要とするケアを受けることも、または、重大な搾取から自分を守ることもできないと思われる場合には、本項(b)で示された要件を選択する。

(6) (4) (後見に関する更新報告) において、“責任医官または指定医療者において思料する場合” 以下の文言を次の文言に読み替える。すなわち、“責任医官または指定医療者において、

(i) 患者が精神疾病、重度精神機能障害、精神病質障害または精神機能障害にかかっており、後見に付するのに適した性質または程度の精神障害であると思料する場合、かつ

(ii) 患者の福利のためにまたは他人の保護のために患者を引き続き後見に付する必要があると思料する場合、後見人が地方自治体サービス部局職員以外のものである時は所轄の同部局に対し、所定の形式でその旨を報告しなければならない。

(7) (5)の後に次のものを挿入する——

“(5 A) 本条(3)または(4)により行われた報告に明示された精神障害の形態が、治療のための入院申請書で明示された精神障害、もしくは後見申請書で明示された精神障害以外の形態のものである場合には、別の形態の精神障害がそこで明示されたものとして、申請書は効力を持つ。また、そのような形態の精神障害を明示する報告を、責任医官または患者

の指定医が、本条(3)または(4)のいずれかによって行った場合には、いかなる場合でも、本法(主たる法律) 38条による報告を行う必要はない。”

(患者の解除)

第13条 (1) 主たる法律47条(2)(a)および(b)(患者が治療のための入院申請に基づいて拘束されることを免れないが、評価の為の入院申請に基づいて拘束されることを免れないのではない=免れている=場合には、患者の最も近い親族が解除命令を発することができるとする規定) を次のものに読み替える。

“(a) 患者が評価の為の入院申請または治療の為の入院申請に基づいて拘束されるのを免れない場合には、責任医官、管理者または患者の最も近い親族によって(解除命令を発することができる);”

(2) 主たる法律48条(3) (最も近い親族の解除請求が本条(2)により効力を失った場合における最も近い親族の精神衛生審判所(注1)に対する審査請求権)において、“患者に関して” という文言の後に“評価の為の入院申請または治療の為の入院申請に基づいて拘束を免れない” という文言を挿入する。

患者の親族の任務

(親族および最も近い親族の定義)

第14条 (1) 主たる法律49条(親族および最も近い親族の定義) を次のごとく改正する。

(2) (1)において、(c)および(d)を“(c)父または母”と読み替える。

(3) (3)の後に次のものを挿入する—

“(3 A) 患者が通常同居しているか、または(同居していなくても)患者をケアしている親族が一人以上いる場合には、(または、患者が現在病院に入院しているならば、患者が最後に同居していたか、または患者をケアしていた親族が一人以上いる場合) には、最も

近い親族は次のごとく決定される。但し、本条（主たる法律49条(3)）の規定および本法本章の以下の規定の適用を妨げない——

(a) 上記の親族を他の親族に優先させる；
かつ、

(b) 上記の親族が二人以上いる場合には、
本条(3)に従う。”

(4) (4)において、“(3)”という文言の後に“または(3A)”という文言を挿入し、(a)を次のものに読み替える——

“(a) (患者が) 連合王国、海峡諸島またはマン島に通常居住している場合で、以上のところに最も近い親族が居住していない場合；または”(という文言に変える)

(5) (1)において、(i)の後に“(j)共同生活者”を挿入する。

(6) (6)の後に次のものを挿入する——

“(7)本条において「共同生活者」とは、患者と同居（または、患者が現在病院に入院しているならば、入院するまで同居）し、かつ、5年以上の期間同居しまたは同居していた者をいう。但し、患者の夫または妻が、本条(4)(b)により除外される場合を除き、本項によって（同居している）何人も既婚の患者の最も近い親族とすることはできない。”

(裁判所による最も近い親族の代理の指示)

第15条 (1) 主たる法律52条および53条（裁判所による最も近い親族の代理の指示）を次のごとく改正する。

(2) 52条(4)の後に次のものを挿入する——

“(4A) 本法（主たる法律一訳註）53条によりあらかじめ解除される場合を除き、本条(3)(a)または(b)に明示された事由に基づいて発せられる命令には、効力が継続する期間を明示することができる。”

(3) 53条(4)において、“効力を失う”という文言の後に“前条の(4A)により明示されていればその明示された期間の満了時に、または、何ら期間が明示されていない場合には”という

文言を挿入する。

申請および照会

(精神福祉官による申請)

第16条 主たる法律54条(1)（申請を行う精神福祉官の義務）の後に次のものを挿入する——

“(1A) 精神福祉官は、患者の入院申請を行う前に、患者と面接し、当該事件の全ての事情に照らし合わせ、患者を病院に拘束することが、患者にとって必要なケアおよび治療を行うのに最も適した方法であると確信しなければならない。

(1B) 本条における精神福祉官による申請は、精神福祉官を任命した地方自治体社会サービス部局の所轄外でも行うことができる。”

(事件を審判所に照会する内務大臣の権限)

第17条 主たる法律57条の現行規定（事件を審判所に照会する内務大臣の権限）を(1)にし、その後に次のものを挿入する——

“(2) 照会のための情報を提供するために、患者によって、または患者のため権限を付与された医師は、適切な時期に患者を訪問して立会人なしに (in private) 診察し、かつ、入院している患者の拘束および治療に関する記録の提出を要求して、これを審査することができる。

第三章 精神障害の犯罪者

病院命令

(入院命令を発する裁判所の権限)

第18条 (1) 主たる法律60条（入院命令を発する裁判所の権限）を次のごとく改正する。

(2) (1)において、“刑事裁判所により有罪を認定される”という文言の後に“拘禁刑に処せられる”という文言を挿入する。

(3) (1)(a)を次のものに読み替える——

“(a) 裁判所が、(本法62条の規定に従った) 2名の医師の書面または口頭の証拠に基づいて、当該犯人が精神疾病、精神病質障害、精神機能障害、または重度精神機能障害にかかっており、本条(1A)に規定された要件を満たすと確信し、かつ”

(4) (1)の後に次のものを挿入する——

“(1A) 本条(1)(a)にいう要件とは——

- (a) 犯人のかかっている精神障害が、医学的治療のために病院に拘束するのに適した性質または程度であること、そして、精神病質障害または精神機能障害の場合には、そのような治療が患者の病状の悪化を緩和または防止するものであること、または、
- (b) 犯人が16歳に達している場合には、精神障害が本法による後見に付する必要がある程度または性質であること、である。”

(5) (3) (犯人を当該病院へ入院させるための準備が整っていると裁判所が認めることを要求する規定)において、“裁判所が認めない場合”という文言の後に“患者の治療を担当することになる医師、または病院の管理者を代理する他の者の書面または口頭による証拠に基づいて”という文言を挿入する。

(病院命令に服する患者に関する審査請求)

第19条 (1) 主たる法律63条(3) (病院命令および後見命令の効果) の後に次のものを挿入する——

“(3A) 病院命令によって入院させられている患者に関する精神衛生審判所への審査請求を、

- (a) 命令の日から起算して、6ヶ月以上、12ヶ月以内の期間、および、
- (b) 爾後の各12ヶ月の期間に行うことができる。”

但し、本条により適用される本法(主たる法律—訳注)第IV章 強制入院および後見のいかなる規定をも妨げない。

(2) 63条(4)において、“病院命令によって入院

させられ、または”という文言を削除する。

(3) 病院または精神科看護ホームに拘束されている者が、

(a) 主たる法律35条(2)以下、65条(5)または87条(2)、1960年精神衛生(スコットランド)法73条(2)、または1964年刑事訴訟(心身喪失—Insanity—)法による病院命令または移送命令に服するものとみなされている場合、または

(b) 主たる法律71条(4)、72条(3)または73条(3)により、病院命令と同一の効力を有する指令に服する場合、それらの者は、上記(a)に規定された命令または指令の日から起算して60日の期間に、または場合によっては上記(b)に指定された指令の日から起算して6ヶ月の期間に精神衛生審判所への審査請求を行うことができる。但し、主たる法律63条に対応する本法第IV章の規定の適用を妨げない。

(4) 主たる法律52条(1)(5)および53条(裁判所による最も近い親族の代理の指示)において、同法第IV章とは、同法63条(3a)と(4)を含み、同法53条(4)(a)において、同法第IV章による入院申請に基づく拘束および後見とは、同法第V章による命令または指令に基づく拘束および後見を含む。

(病院命令のための留置)

第20条 (1) 主たる法律68条(病院命令のために治安判事裁判所により移送された者の病院への入院)を次のごとく改正する。

(2) (1)において、“犯人を移送した治安判事裁判所が、犯人を病院に入院させる準備が整っていると確信する”という文言を“犯人を移送した治安判事裁判所が、書面または口頭の証拠に基づいて、犯人を病院に入院させる準備が整っていると確信する”という文言に読み替える。

(3) (1)の後に次のものを挿入する——

“(1A) 本条(1)により要求される証拠は、犯罪者の治療を担当することになる医師、または当該病院の管理者を代理する他の者により

提出されなければならない。

移送指令

(拘禁刑に服している者の病院への移送)

第21条 主たる法律72条(1)(b) (拘禁刑に服している者の病院への移動=remove=等)を次のものに読み替える。

“(b) その者のかかっている精神障害が、治療のために病院に拘束することを必要とする性質または程度のものであり、かつ精神病質障害または精神機能障害の場合には、そのような療が患者の病院の悪化を緩和または防止するのである。”

(他の囚人の病院への移動)

第22条 (1) 主たる法律73条 (他の囚人の病院への移動) を次のごとく改正する。

(2) (1)において、“患者を医学的治療のために病院に拘束することを相当とする、”という文言を“患者を医学的治療のために病院に拘束するのが適当であり、患者がそのような治療を緊急に必要としている”という文言に読み替える。

(3) (2)(a), (b)および(c)を次のものに読み替える——

“(a) 監獄または少年院に拘束されている者で、拘禁刑の宣告を受けていない者、または、本項の以下の規定に該当する者；”

(4) (2)(f)を次のごとく読み替える——

“(f) 1971年移民法(The Immigration Act)により拘束される者。”

(服役中の者)

第23条 (1) 主たる法律75条(服役中の者が病院に移送される場合に適用される規定)を次のごとく改正する。

(2) (1)において、“かつ、内務大臣が、当人の拘禁服役の満了日前の随意の時に、責任医官から、当人がもはや精神障害の治療を必要としないという通知を受領する”という文言を“かつ、

当人の拘禁服役の満了日前に、内務大臣が、責任医官あるいはその他の臨床担当医師、精神衛生審判所から、当人がもはや精神障害の治療を必要としないという通知、または移動させられた病院では、当人の精神障害の治療効果が認められないという通知を受領する”という文言に読み替える。

(3) (3)の最後に、“かつ、当人が指令による移動の後に刑の一部の免除を受けられたならば解除されたであろう日に、その期間は満了するものとする”という文言を挿入する。

(裁判等のため留置されている者)

第24条 (1) 主たる法律76条(裁判等のため留置されている者が病院に移送=transfer=された場合に適用される規定)を次のごとく改正する。

(2) (2)(a)において——

(a) “当人が裁判所に出廷する以前に、内務大臣が、責任医官から報告を受領した”という文言を“当人の事件が裁判所により処理される以前に、内務大臣が、責任医官、その他の臨床担当医師、または精神衛生審判所から報告を受領した”という文言に読み替える。

(b) “当人がもはや精神障害の治療を必要としない”という文言を“当人がもはや病院における精神障害の治療を必要とせず、または、移動させられた病院では、当人の精神障害の治療効果が認められない”という文言に読み替える。

(3) (2)(a)の後に次のものを挿入する——

“(a a) (本項(a)の指令なしに) 裁判所が、責任医官の書面または口頭の証拠に基づいて、当人はもはや病院における精神障害の治療を必要とせず、または、移動させられた病院では、当人の精神障害の治療効果が認められないと確信した場合には、裁判所は、当人を上記場所に移送すること、または、保釈金を納付させて保釈することを命じることができる。当人が移送された場所に到着した時を

もって、場合によっては保釈金を納付して釈放された時をもって、移送命令は効力を失う。”

(4) (2)(b)において、“(本項の(a)の指令なしに)”という文言を“(本項(a)または(a a)の指令または命令なしに)”という文言に読み替える。

(5) (3)において、“少なくとも2名の医師の口頭の証拠に基づいて”という文言を“少なくとも2名の医師の書面または口頭の証拠に基づいて”という文言に読み替え、“医学的治療のため患者を病院に拘束するのが相当=warrant=である。”という文言を“医学的治療のため患者を病院に拘束するのが適当である”という文言に読み替える。

(治安判事裁判所により観護 =remand= されている者

第25条 (1) 本条は、治安判事裁判所により観護=remand=拘束に付された者に関して、移送指令が発せられた場合に効力を発する。本条においては、その者を、“被告人=the accused=”という。

(2) 移送指令は、被告人が刑事裁判所の審理のために収容に付されるか、またはその他の方法で処理されるべき場合を除き、観護期間の満了によってその効力を失う。但し、下記(5)の適用を妨げない。

(3) 1980年治安判事裁判所法128条により被告人をさらに観護に付する権限は、被告人が裁判所に出廷していなくても、裁判所が行使することができる。裁判所が被告人を引き続き観護拘束に付する場合には、被告人が裁判所に出廷しているかどうかを問わず、観護期間は本条のために満了しなかったものとみなす。但し、下記(4)の適用を妨げない。

(4) 裁判所は被告人がその前の6カ月以内に裁判所に出廷した場合を除き、出廷していない被告人を、上記(3)により引き続き観護に付してはならない。

(5) 責任医官の書面または口頭の証拠に基づいて、治安判事裁判所が――

(a) 被告人は、もはや病院における精神障害の治療を必要としない；または

(b) 移動させられた病院では、被告人の精神障害の治療効果が認められない。

と確信した場合には、裁判所は、観護期間が満了していないか、または、被告人が上記(2)に規定された刑事裁判所に付託されるかにかかわらず、移送指令が効力を失うことを指示することができる。

(6) 被告人が上記(2)に規定された刑事裁判所に付託され、かつ、移送指令が上記(5)により効力を失っていない場合には、主たる法律76条は、本人の事件で発せられた移送指令を同条に該当する者に関して発せられた指令とみなして適用される。

(7) 次の場合には、治安判事裁判所は、被告人が出廷していなくても、被告人が犯したと主張されている犯罪について審理裁判官 =examining justice= として審問し、1980年治安判事裁判所法6条に従って被告人を公判に付することができる――

(a) 裁判所が、責任医官の書面または口頭の証拠に基づいて、被告人が訴訟に参加するのは適当でないと確信した場合、および

(b) 裁判所が本条(1)により手続きを行った場合には、被告人が法廷弁護士または事務弁護士により代理されている場合。

(普通囚人および1971年移民法により拘束される者)

第26条 (1) 主たる法律73条(2)(e)または(f) (普通囚人および1971年移民法により拘束される者) に選定されている者に関して発せられた移送命令は、本人が病院に移動させられなかったならば移動させられる前の場所に拘束されるのを免れなかった期間の満了によって効力を失う。但し、下記(2)の適用を妨げない。

(2) 移送指令および制限指令が上記(1)に規定

された者に関して発せられた場合で、内務大臣が、責任医官、その他の臨床担当医師、または精神衛生審判所より、上記期間の満了前に

(a) 当人はもはや病院における精神障害の治療を必要としない;または、

(b) 移動させられた病院では、当人の精神障害の治療効果が認められない。

旨の報告を受領した場合には、内務大臣は、令状により病院に移動させられなかったならば拘束されたであろう場所に当人を付託することを指令することができる。当人が移動させられた場所に到着した時をもって、移送指令および制限指令は効力を失う。

退院制限命令および退院制限指令

(制限命令および制限指令)

第27条 (1) 主たる法律65条(1)(公衆の保護のため必要な場合に犯罪者の退院制限命令を発する権限)において、“公衆の保護のため”という文言の後に“重大な害悪から”という文言を追加し、主たる法律66条(そのためもはや必要でない場合に効力を失わせる権限)においても同じように改正する。

(2) 主たる法律65条による命令は、“退院制限命令”の代わりに“制限命令”と称し、(そのような命令と同一の効力を有する主たる法律74条)による指令は、“退院制限指令”の代わりに“制限指令”と称する。

(3) 当人が制限命令または制限指令に服している間、責任医官は、内務大臣が指令する(1年を越えない)間隔で診察して、当人について内務大臣に報告しなければならない。そして、全ての報告は、内務大臣が要求する事項を含むものでなければならない。

(4) 主たる法律第4付則は、制限命令または制限指令に服する者が精神衛生審判所によって、退院させられることを可能にする効力を有する;また、主たる法律66条(6)ないし(8)(精神衛生審判所に当人に関する唯一の諮問権限を与え

る規定)は、その効力を失う。

病院への収容 (remand to hospital) および仮病院命令 (interim hospital order)

(被告人の精神状態に関する報告のための病院への収容)

第28条 (1) 刑事裁判所または治安判事裁判所は、被告人の精神状態に関する報告のため裁判所が指定した病院に当人を収容することができる。但し、本条の規定の適用を防げない。

(2) 本条にいう被告人とは――

(a) 刑事裁判所に関しては、拘禁刑に処せられうる犯罪につき裁判所での公判を待っている者、または、そのような犯罪につき裁判所で罪状認否を問われ、かつ、まだ刑を宣告されていないか、罪状認否を問われた犯罪につき別な方法によって処理された者をいう;

(b) 治安判事裁判所に関しては、略式判決で拘禁刑に処せられうる犯罪につき治安判事裁判所によって有罪を宣告された者、および、治安判事裁判所が当人について起訴された作為もしくは不作為を行ったと確信した場合、または、当人が本条により付与される権限を裁判所が行使することに同意した場合には、上記の犯罪で起訴された者をいう。

(3) 本条により付与される権限を行使できるのは、次の場合である――

(a) 裁判所が、主たる法律28条にいう認可された医師の書面または口頭の証拠に基づいて、被告人は精神疾病、精神病質障害、精神機能障害または重度精神機能障害にかかっていると推測する理由があると確信した場合、および

(b) 裁判所が、もし被告人が保釈金を納付して送還されたならば、当人の精神状態に関する報告を行うことができなくなると考えた場合;

但し、下記(4)の適用を妨げない。また、被告

人が有罪を宣告された犯罪についての刑が法律で固定されている場合には、刑事裁判所は、有罪を宣告した者に関して上記の権限を行使してはならない。

(4) 裁判所は、報告する責任を有することになる医師または病院の管理者を代理する者の書面または口頭の証拠に基づいて、当該病院に被告人を入院させる準備、および収容の日から起算して7日の期間内に入院させる準備が整うと確信した場合を除き、本条により当人を病院に収容してはならない；そして、裁判所がそのように確信した場合には、入院させるまでの間、当人を安全な場所に送致しかつ拘束する指令を発することができる。

(5) 裁判所が本条により被告人を収容した場合で、報告する責任を有する医師の書面または口頭の証拠に基づいて、被告人の精神状態の評価を完了するため当人を引き続き収容することが必要であると思料した場合には、裁判所は当人を引き続き収容することができる。

(6) 被告人が法廷弁護士または事務弁護士により代理されており、かつ、法廷弁護士または事務弁護士が聴問の機会を与えられている場合には、裁判所は、被告人が出廷していなくても、本条により、被告人を引き続き収容する権限を行使することができる。

(7) 被告人は一度に28日を越えて、または合計12週を越えて、本条により収容され、または引き続き収容されてはならない。また裁判所は、報告する責任を有する医師の書面または口頭の証拠に基づいて、当人の精神状態の評価が完了したと確信する場合には、何時でも、収容を終了させることができる。

(8) 本条により病院に収容された被告人は、自分自身の報告＝his own report＝、さらに裁判所のために行われた報告を、自分が選任した医師から受け取り、それに基づいて、収容を終わらせるよう裁判所に申請する権限を有する。

(9) 被告人が、本条により収容される場には

(a) 裁判所により収容指令を受けた警官＝constable＝またはその他の者は、上記(4)に規定された期間内に、当人を裁判所が明示した病院に送致しなければならない；かつ、

(b) 当該病院の管理者は、当該期間内に当人を入院させ、その後本条の規定に従って当人を拘束しなければならない。

(10) 被告人が本条により収容された病院から、または、病院へ送致されている間もしくは病院から送致されている間に逃走した場合には、被告人は警官により令状なしで逮捕され、かつ、逮捕後できるだけ速やかに、当人を収容した裁判所に引致されなければならない。裁判所は、その後、収容を終了させ、かつ、当人が本条により収容されなかったならば処理されたであろうと思料する方法で当人を処理することができる。

(治療のためにする被告人の病院への収容)

第29条 (1) 刑事裁判所は、2名の医師の書面または口頭の証拠に基づいて、被告人が医学的治療のため病院に拘束されるのに適した性質または程度の精神疾病または重度精神機能障害にかかっていると確信した場合には、観護拘束する代わりに被告人を裁判所により明示された病院に収容することができる。但し、本条の規定の適用を妨げない。

(2) 本条にいう被告人とは、拘留中の者で(刑が法律で固定されている犯罪以外の)拘禁刑に処せられうる犯罪について刑事裁判所での公判を待っている者、または刑の宣告前のいずれかの時点で、上記の犯罪について裁判所での公判の過程で拘留されている者をいう。

(3) 上記(1)によりその証拠が採用される＝take into account＝医師のうち少なくとも1名は、主たる法律28条により認可された医師でなければならない。

(4) 裁判所は、被告人の治療を担当することになる医師または病院の管理者を代理する他の者の書面または口頭の証拠に基づいて、当人を

当該病院に入院させる準備、および収容の日から起算して7日の期間内に入院させる準備が整うと確信した場合を除き、本条により当人を病院に収容してはならない。そして、裁判所がそのように確信した場合には、入院させるまでの間、当人を安全な場所へ送致しかつ拘束する指令を発することができる。

(5) 裁判所が、本条により被告人を収容した場合で、責任医官の書面又は口頭の証拠に基づいて、当人を引き続き収容することが正当であると思料する場合には、裁判所は、被告人を引き続き収容することができる。

(6) 被告人が法廷弁護士または事務弁護士により代理されており、かつ、法廷弁護士または事務弁護士が聴問の機会を与えられている場合には、裁判所は、被告人が出廷していなくても、本条により、被告人を引き続き収容する権限を行使することができる。

(7) 被告人は、一度に28日を越えて、または、合計12週を越えて、本条により収容され、または引き続き収容されてはならない。また、裁判所は、責任医官の書面または口頭の証拠に基づいて――

(a) 被告人がもはや病院における精神障害の治療を必要としないと確信した場合、または

(b) 収容された病院では、被告人の精神障害の治療効果が認められないと確信した場合には、何時でも収容を終了することができる。

(8) 本条により病院に収容された被告人は、自分自身の報告、さらに裁判所のために行われた報告を、自分が選任した医師から受け取り、それに基づいて、収容を終了させるよう裁判所に申請する権限を有する。

(9) 上記28条(9)および(10)は、本条による収容に関しても、28条による収容に関しても同一の効力を有する。

(仮病院命令)

第30条 (1) 当人が、(刑が法律で固定されて

いる犯罪以外の) 拘禁刑に処せられる犯罪のことで刑事裁判所により有罪を宣告されるか、または、略式裁判で拘禁刑に処せられる犯罪のことで治安判事裁判所により有罪を宣告され、かつ、有罪を宣告した裁判所が、2名の医師の書面または口頭による証拠に基づいて――

(a) 当人が精神疾病、精神病質障害、精神機能障害または重度精神機能障害にかかっていると確信した場合；および、

(b) 当人がかかっている精神障害が、その事例において病院命令を発するのに適していると思料する理由があると確信した場合

には、裁判所は、当人に病院命令を発するか、または、何らかの方法で処理する前に、本条に従って、当人を命令に明示した病院に入院させ、拘束することを正当化する命令(仮病院命令)を発することができる。

(2) 犯罪者が仮病院命令に服している場合には、当人が法廷弁護士または事務弁護士により代理されており、かつ、法廷弁護士または事務弁護士が聴問の機会を与えられているならば、裁判所は、当人が出廷していなくても、病院命令を発することができる。

(3) 上記(1)によりその証拠が採用される医師のうち少なくとも1名は、主たる法律28条により認可された医師でなければならない。

(4) 裁判所は、犯罪者の治療を担当することになる医師または病院の管理者を代理する誰か他の者の書面または口頭の証拠に基づいて、当人を当該病院に入院させる準備、および命令の日から起算して28日の期間内に入院させる準備が整うと確信した場合を除き、当人を入院させるため仮病院命令を発してはならない。そして、裁判所がそのように確信した場合には、入院させるまでの間、当人を安全な場所へ送致しかつ拘束する指令を発することができる。

(5) 仮病院命令は――

(a) 裁判所が命令を発する時に明示しうる12週間を越えない期間、効力を有する；しかし

(b) 裁判所が、責任医官の書面または口答の証拠に基づいて、命令の継続が正当化されるところと思料した場合には、一度にさらに28日以下の期間更新することができる；

しかし、仮病院命令は、合計6ヶ月以上は効力が継続せず、裁判所が犯罪者に関して病院命令を発した場合、または、責任医官の書面または口頭の証拠を考慮して、何らかの他の方法で当人を処理する旨決定した場合には、裁判所は、仮病院命令を終了させなければならない。

(6) 犯罪者が法廷弁護士または事務弁護士に代理されており、かつ、法廷弁護士または事務弁護士が聴問の機会を与えられている場合には、裁判所は、当人が出廷していなくても、仮病院命令を更新する権限を行使することができる。

(7) 仮病院命令が犯罪者に関して発せられた場合には――

(a) 裁判所によって仮病院命令を受けた警官、またはその他の者は、上記(4)に規定された期間内に当人を命令に明示された病院に送致しなければならない；かつ

(b) 当該病院の管理者は、当該期間内に当人を入院させ、その後本条の規定に従って当人を拘束しなければならない。

(8) 犯罪者が仮病院命令により拘束された病院から逃走し、または、病院に送致されている間、もしくは病院から送致されている間に逃走した場合には、当人は、警官により令状なしで逮捕され、かつ、逮捕後できるだけ速やかに、当人に当該命令を発した裁判所に引致されなければならない。裁判所は、その後、当該命令を終了させ、かつ、当該命令が発せられなかったならば処理されたであろうと思料する方法で当人を処理することができる。

証拠

(医師等による報告)

第31条 (1) 裁判所は――

(a) 医師もしくは何らかの種類の =of any

description= または

(b) 病院の管理者を代理する者の書面による証拠に基づいて行動することができると規定する主たる法律第V章または本法本章の規定において、医師もしくは何らかの種類の医師、または、病院の管理者を代理する者が署名したとされている書面による報告は、当該医師または代理者の署名であるという証明がなくても、あるいは、当該医師または代理者が要求されている =requisite= 資格または権限を有するか、要求されている種類の者であるという証明がなくても、証拠として採用することができる。但し、本条の規定の適用を妨げない。また、裁判所は、上記の報告の署名者を召喚して口頭の証拠を提出するよう要求することができる。

(2) 裁判所の指令に従って、上記の報告が、報告の主題 =subject= である当人によりまたは当人のためにその代理人によって証拠として提出された場合を除き――

(a) 当人が法廷弁護士または事務弁護士により代理されているならば、当該報告の写しは、法廷弁護士または事務弁護士に交付されなければならない。

(b) 当人がそのように代理されていないならば、報告の実物を当人に閲覧させなければならない。当人が児童または(16歳以下の一訳注)青年で、(親または後見人が)法廷に出廷していれば当人の親または後見人に閲覧させなければならない、そして――

(c) 報告が当人を入院させるための準備にしか関連しないものである場合を除き、当人は、報告の署名者を召喚して口頭の証拠を提出するよう要求することができる。報告に含まれている証拠を反駁する証拠は、当人によりまたは当人のために提出することができる。

謀殺 (murder) で起訴された者の精神状態

(1976年保釈法の改正)

第32条 (1) 1976年保釈法を、以下の(2)ないし(4)に従い改正する。

(2) 3条(6) (保釈の要件) の後に次のものを挿入する——

“(6 A) 謀殺で起訴された者の場合には、保釈を許す裁判所は、当人の精神状態についての十分な報告がすでに得られたと料する場合を除いて、保釈の要件として次の要件を課す——

(a) そのような報告が準備できるように、被告人に2名の医師による診察を受けさせるということ、および

(b) 当人が、上記の目的のために裁判所が指令した施設または場所に赴き、当該目的のため2名の医師のいずれかが発する他の指令に従うということ。

(6 B) 上記(6 A)に規定された医師のうち少なくとも1名は、1959年精神衛生法28条により認可された医師でなければならない。

(3) 3条(7) (保釈の要件に関する親または後見人の義務)において、“上記(6)”という文言を“上記(6)または(6 A)”という文言に読み替える。

(4) 第1付則8条(3) (保釈の要件の制限からの除外)において、“てはならない”という文言の後に“本法3条(6 A)により課せられることが要求される要件に適用する”という文言を挿入する。

(5) 刑事裁判所は、謀殺で起訴された者の精神状態についての裁判所への報告を準備し作成するにあたって、医師が当然負った費用、労力または損失を医師に補償するのに十分であると合理的に料する額を、中央基金—central funds—から支払うよう命じることができる。但し、

1973年刑事裁判費用法3条による権限の行使を妨げない。

第IV章 王国内への、および王国からの患者の移動

(外国人患者の移動等)

第33条 (1) 主たる法律90条 (外国人患者の移動等) は、患者が次のものに従い拘束される場合を除き、いかなる患者にも適用されてはならない。

(a) 主たる法律26条または1961年精神衛生法 (北アイルランド) 12条による申請

(b) 主たる法律60条または上記1961年法48条による病院命令；または

(c) 病院命令と同一の効力を有する、両方のいずれか一方による命令または指令。

(2) 内務大臣は、患者が精神衛生審判所、場合によっては北アイルランド精神衛生審判所の認可を得ていない場合には、主たる法律90条による権限を行使してはならない。

(3) 内務大臣が、主たる法律60条による病院命令に従って拘束されている患者、および制限命令が効力を生じている患者に関して、同法90条による権限を行使する場合には、患者が以上の命令の効力が継続している期間の終了前の時点でイングランドおよびウェールズに帰還したならば、同法95条があるにもかかわらず、命令は効力を継続されて当該患者に適用される。

(4) 同法90条(b)において、“1948年精神衛生 (北アイルランド) 法の意味における精神病院または施設”という文言を“1961年精神衛生 (北アイルランド) 法の意味における病院”という文言に読み替える。

(海峡諸島またはマン島への患者の移動)

第34条 患者が、主たる法律により現在拘束され、または後見に付さるべき場合で、内務大臣が、海峡諸島またはマン島に移動するのが当人のためであり、かつ、病院に入院させる準備、

または場合によってはそこで後見に付する準備が整っていると思料した場合には、内務大臣は、当人を当該島に移動させる権限を与えることができ、かつ、送致先に送致するのに必要な指令を発することができる。

(海峡諸島またはマン島から移動させられる患者)

第35条 (1) 本条は、上記34条に対応する規定により海峡諸島またはマン島からイングランドおよびウェイルズに移動させられる患者、および、移動の直前に、主たる法律に含まれる立法に対応する規定により当該島に拘束されまたは後見に付されるべきであった患者に適用される。

(2) 患者がイングランドおよびウェイルズ内の病院に入院している場合には、主たる法律に含まれているそれに対応する立法により当人が入院させられた日に行われた申請、または、行われもしくは発せられた命令もしくは指令により、その日に当人が入院させられたものとみなされる。また、当人が退院を制限する命令または指令に服している場合には、制限命令または制限指令に服しているものとみなされる。

(3) 患者がイングランドおよびウェイルズにおいて後見に付されている場合には、患者は主たる法律の規定による申請、命令、あるいは指令が、居住すべきであるとされた場所に到着した日に受理されたものとみなされる。もしくは、場合によっては命令や指令が発せられたその日付けで受理されたものとみなされる。

(4) 患者が、移動の直前に、当該島にある裁判所により科せられた拘禁刑に服している間に発せられた移動指令により拘束されるべきであった場合には、当人は、イングランドおよびウェイルズにより拘禁刑を科せられたものとみなされる。

(5) 患者が、移動の直前に、期限付で退院を制限する命令または指令に服している場合には、上記(2)により当人が服している制限命令または

指令は、当人が移動させられなかったならば上記命令または指令が終了したであろう日に終了する。

(6) (2)に規定された病院、または場合によっては上記(3)に規定された場所に移動させられた場合には、患者は、法的拘束下にあるものとみなされ、主たる法律140条(拘束から逃亡している患者の再収容)は、当人が同法139条による法的拘束下にあるものとして当人に適用される。

(7) 患者がマン島から移動させられる場合、前記(4)にいう拘禁刑に服する者とは、1974年精神衛生法(Tynwald法)60条(6)(c)に規定されている拘束された者を含む。

(海峡諸島またはマン島にある病院から逃亡した患者)

第36条 主たる法律40条または140条に対応する規定により海峡諸島またはマン島に拘束される(後見に付されている者以外の)者は、精神福祉官または警官により、イングランドまたはウェイルズに拘束され、イングランドまたはウェイルズから当該島へ送還される。

第V章 精神衛生審判所

(審判所の権限および手続)

第37条 (1) 主たる法律122条(2)(明示された期間内に審査請求する権限を与えられている場合に、同一人が当該期間内に1回を越えて審査請求してはならないとする規定)の最後に、“但し、本法124条により制定された規則に従って撤回される審査請求は、この限りではない”という文言を追加する。

(2) 主たる法律123条(1)(審判所が患者の退院を指令する場合)において、“また指令しなければならない”以下の文言を次のものに読み替える“また――

(a) 審判所は次のことを確信した場合には、本法(主たる法律)25条により拘束されるべき患者の退院を指令しなければならない――

(i) 患者が当時、精神障害、または、少なくとも限定された期間評価のために(または、医学的治療に付随する評価のために)病院に拘束されることを正当化する性質または程度の精神障害にかかっていないこと、または

(ii) 上記のごとき拘束が、患者自身の健康もしくは安全のため、または他人の保護のため正当化されないこと;

(b) 審判所は、次のことを確信した場合には、本法25条以外により拘束されるべき患者の退院を指令しなければならない——

(i) 患者が当時、精神疾病、精神病質障害、精神機能障害または重度精神機能障害にかかっておらず、または、当人を医学的治療のために病院に拘束するのに適した性質または程度の精神障害にかかっていないこと;または

(ii) 患者にそのような治療を受けさせることが、患者の健康もしくは安全のため、または他人の保護のため必要でないこと、または

(iii) 本法48条(3)による審査請求の場合には、患者を解放しても、他人または自分自身に対して危険な方法で行動しないと思料すること。

(3) 主たる法律123条(1)の後に次のものを挿入する。

“(1A) 本条(1)(b)に該当しない場合に、本法25条以外により拘束された患者の退院を指令するか否かを決定するにあたっては、審判所は次のことを考慮しなければならない——

(a) 医学的治療が患者の病状の悪化を緩和または防止する見込み;および

(b) 精神疾病または重度精神機能障害にかかっている患者の場合には、退院させられたならば、当該患者が自分でケアし、必要とするケアを受け、または、重大な搾取から自分を守ることのできる見込み。

(1B) 審判所は、本条(1)により、指令

を明示した後の日付で =on future date= 患者の退院を指令することができる;また、審判所が(1)により退院を指令しない場合には、審判所は——

(a) 後日の患者の退院を容易にするため、患者に離院許可 =leave of absence= を与えることや、他の病院に移送または後見に付することを勧告することができる;および

(b) そのような勧告が受け入れられない場合には、その件についてさらに検討することができる。”

(4) 主たる法律123条(2)(b)(後見に付された患者の退院)において、“患者のために”という文言を“患者の福利のために”という文言に読み替える。

(5) 主たる法律124条(2)(規則により処理することのできる事項)において、(j)の後に次のものを挿入する。

“(k) 審査請求に先立ち、あるいは付随する事項に関して、審判所の全ての職務を審判所の議長が遂行できるようにすること”

(6) 精神衛生審判所は、審査請求者または証人として審判所に出頭した者、審査請求者または証人としてではなく出頭した手続の主体である患者、および、審査請求者の代理人として出頭した(法廷弁護士または事務弁護士以外の)者に、旅費、生活、または賃金の損失に関する費用を支払うことができる。

(事例を審判所に照会する病院の管理者の義務)

第38条 (1)

(a) 治療入院申請に基づき病院に入院させられた患者が、主たる法律31条(4)により精神衛生審判所に審査請求する権利を行使しない場合;または

(b) 後見から病院に移送された患者が主たる法律41条(5)により精神衛生審判所に審査請求する権利を行使しない場合

には、病院の管理者は、当該患者に関する審

査請求または照会が当時主たる法律38条(2), 48条(3), 52条(6)または57条により行なわれている場合を除き, 審査請求期間の終了時に精神衛生審判所に当該患者の事例を照会しなければならない。

(2) 患者を病院に拘束する権限が主たる法律43条により更新され, かつ, 当該患者の事例を精神衛生審判所が最後に考慮してから3年の期間(または, 患者が16歳に達していない場合には, 1年の期間)が経過した場合には, 当該患者自身の請求に基づくか否かにかかわらず, 病院の管理者は, 精神衛生審判所に患者の事例を照会しなければならない。

(3) 本条による照会のための情報を提供するために, 患者により, または患者のため権限を付与された医師は, 合理的な時期に患者を訪問して立会人なしで診察し, かつ, 病院における患者の拘束および治療に関する記録の提出を要求してこれを審査することができる。

(4) 内務大臣は, 命令により, 上記(2)に規定された期間の長さを変更することができる。

(5) 上記(1)について, 精神衛生審判所に審査請求したが, その後これを撤回した者は, 審査請求する権利を行使しなかったものとみなされる。また, 当人が, (1)に規定された期間の終了後に審査請求を撤回した場合には, 管理者は, その日の後できるだけ速やかに当人の事例を照会しなければならない。

(6) 本条における病院への照会は, 主たる法律第V章の意味における病院への照会と解するものとする。

(16歳未満の患者による審判所への審査請求)

第39条 (1) 16歳に達しない患者は, 下記(2)に挙げられた主たる法律の規定(精神衛生審判所への審査請求)により, 16歳に達した者と同一の権限を有する。

(2) 上記(1)にいう規定とは, 31条(2), 38条(2), 43条(6)および63条(4)(a)である。

第VI章 治療への同意

(序)

第40条 (1) 本法本章は, 次の患者を除き, 主たる法律または本法により拘束されるべき全ての患者に適用される——

(a) 緊急申請により拘束されるべき患者, および, その者に関して主たる法律29条(3)(a)にいう第二の医師の勧告書が提出され受理されていない患者;

(b) 主たる法律30条(2)もしくは(3), 64条(1), 135条または136条により, または, 上記28条により拘束されるべき患者; および

(c) 主たる法律66条(2)により, または, 本法第1付則5条または6条により条件つきで退院させられ, かつ病院に連れ戻されていない患者。

(2) 本法本章において, “責任医官”とは当該患者の治療を担当している医師をいい, また, “病院”には精神科看護ホームも含まれる。

(3) 本法本章にいう証明書 = certificate = は, 内務大臣により制定された規則による所定の形式のものでなければならない。

(同意および第二の所見を必要とする治療)

第41条 (1) 本条は, 本条のため内務大臣により制定された規則により明示された形態の精神障害のための治療に適用される。

(2) 患者が治療に同意し, かつ——

(a) 内務大臣により本法本章のため任命された(責任医官でない)医師, および, 内務大臣により本号のため任命された(医師でない)その他の2名の者が, 患者は当該治療の性質, 目的, および考えられる効果を理解することができ, かつ, 治療に同意したということを書面で証明した場合; および

(b) 上記(a)にいう医師が, 当該治療が患者の病状の悪化を緩和または防止する見込を考慮して, 治療が行われるべきであると書面で

証明した場合

を除いて、本条が適用されるいかなる形式の治療も患者に行ってはならない。但し、下記45条の適用を妨げない。

(3) 内務大臣は、本条のため規則を制定する前に、関係ありと思料する団体に相談しなければならない。

(同意または第二の所見＝ opinion ＝を必要とする治療)

第42条 (1) 本条は、精神障害のための次の形式の治療に適用される——

(a) 内務大臣により制定された規則により、本条のため明示された（診断手続を含む）形式の治療；および

(b) 本法本章が適用される患者として拘束されるべき期間内において、いかなる理由であれ、精神障害のために患者に薬が投与された最初の機会から3カ月以上経過した場合には、その期間内のある時点で（上記(a)または上記41条により明示されている種類の治療ではなく）患者になされる投薬。

(2) 内務大臣は、命令により、上記(1)(b)に規定された期間の長さを変更することができる。

(3) 次の場合を除き、本条が適用されるいかなる形式の治療も患者に行ってはならない。但し、下記45条の適用を妨げない——

(a) 患者が治療に同意し、かつ、責任医官、または内務大臣により本法本章のため任命された医師のいずれかが、患者が当該治療の性質、目的、および考えられる効果を理解することができ、かつ、治療に同意したということを書面で証明した場合；または

(b) 上記のように任命された（責任医官でない）医師が、患者は治療の性質、目的、および考えられる効果を理解することができず、または治療に同意していないが、当該治療が患者の病状の悪化を緩和または防止する見込を考慮して、治療が行われるべきであると書面で証明した場合。

(4) 当該医師は、上記(3)(b)により証明する前に、患者の医学的治療に職業上関係している他の2名の者に相談しなければならない。また、そのうちの1名は看護婦でなければならない。かつ、他の者は、看護婦および医師であってはならない。

(5) 内務大臣は、本条のため規則を制定する前に、関係ありと思料する団体に相談しなければならない。

(治療計画)

第43条 上記41条または42条による同意または証明は、(明示された期間内にあるか否かを問わず) これらの条項が適用される一つまたはそれ以上の形式の治療を患者に行うべきであるとする治療計画と関係づけられてもよい。

(同意の撤回)

第44条 (1) 上記41条または42条のために治療に対して患者が同意している場合には、患者は、治療が完了する前ならいかなる時でも、その同意を撤回することができる。また、その場合には、41条または42条は、残りの治療を別の形式の治療であるとみなして適用される。但し、下記45条の適用を妨げない。

(2) 患者が同意した治療計画により行われる治療に対する上記(1)の適用を妨げることなく、そのような計画に同意した患者は、何時でも、その計画による治療の継続、または、全ての形式の治療の継続への同意を撤回することができる。但し、下記45条の適用を妨げない。

(緊急治療 Urgent treatment)

第45条 (1) 上記41条および42条、次のごとき治療に適用されてはならない——

(a) 患者の生命を救うため直ちに必要とする治療；または

(b) 患者の病状の重大な悪化を妨ぐため直ちに必要とする（取り返しのつかないものではない＝ not being irreversible）治療；また

は

(c) 患者の重大な苦痛を緩和するため直ちに必要とする（取り返しのつかないものでも危険なものでもない）治療；または

(d) 患者が暴力的にふるまうこと、または、自分自身もしくは他人に対して危険であることを防ぐため直ちに必要とし、かつ、必要最小限の干渉である（取り返しのつかないものでも危険なものでもない）治療。

(2) 責任医官が、治療、または計画に基づく治療を中断することが、患者に重大な苦痛をもたらすと思料した場合には、上記44条は、上記41条または42条に従うまで、治療、または計画に基づく治療の継続を排除してはならない。

(3) 本条にいう治療が取り返しのつかない場合とは、好ましくなく取り返しのつかない身体的または心理的結果をもたらす場合をいい、治療が危険である場合とは、重大な身体的危険を伴う場合をいう。

（同意を必要としない治療）

第46条 治療が責任医官の指令により行われる場合には、上記41条または42条に該当する治療でなくても、患者のかかっている精神障害のため患者に行われる医学的治療について、患者の同意は必要としない。

後書き

この改正法の訳は、当研究所の石原邦雄（現都立大学社会福祉教室）、和田修一、児玉和宏（現千葉大医学部精神医学教室）、岡上和雄が訳出を行っていたが、たまたま後記の二氏が訳出され、当時当研究所の所長であった加藤正明（現東京医大名誉教授、財団法人富士心身リハビリテーション研究所理事長）が監修したものが一歩はやく全訳を終えたので、法律の訳出でもあり、後者の訳を中心に掲載させていただいた。訳出にあたっては、日本語訳にしにくい文または語がそれぞれの訳者からかなり多く指摘されているが、やや無理を承知で日本語で統一してある。訳出の労はそれぞれの方々の御努力によるものであるが、文責は編集した者にある。

（岡上和雄）

主な訳出者

加藤克佳（早大法研・内田研究室）

信太秀一（早大法研・西原研究室）

各部の研究活動

精神衛生部

主な研究活動は、1. 精神衛生相談事例の研究、2. 神経症の症例の調査研究、3. 青年期事例についての精神衛生的援助活動の研究の三つである。

1. については、定例の「事例研究会」において精神病理学的、臨床心理学的、家族病理学的な検討が積み重ねられている。今年（58年）「事例研究会」でとりあげられた事例は、次の通りである。（ ）内は、事例報告者。i) 「クラスになじめない女子高校生」（沼 初枝、高橋 徹）、ii) 「症例S. H. 嬢」——児戯的状态からトリックスター的状态を経て回復した精神分裂病（非定型）の患者（町沢静夫）、iii) 「症例K m」——自我漏洩症状を呈する中年女性の心理療法（滝野功）、iv) 「精神科受診を拒否する一女性患者の家族治療の経験」（鈴木浩二、田頭寿子）、v) 「やりきれなかったケースS. O.」——29歳のヒステリーの女性の症例分析（空井健三）、vi) 「症例K. K.」——34歳のてんかんの男性とのデイ・ケア活動をとおしてのかかわりについて（越智浩二郎）、vii) 「症例A. I.」——22歳の不安神経症の女性の心理療法（荒井、viii) 「家庭内暴力を振う青年の症例」——家族面接および医療ルートの途づけ（鈴木浩二、田頭寿子）、ix) 「ケースT. I.」——小学6年男子の音過敏症の症例の治療をめぐる（佐藤至子）、x) 「思春期以後の精神遅滞者に起こった性的問題に対する経験的考察」（飯田 誠）、xi) 「症例Y. O.」——23歳の醜貌恐怖・思春期妄想症の男性の家族・個人・グループ療法（牟田隆郎、田頭寿子、高橋 徹）、xii) 「K. U.」——29歳男性の境界例の心理療法（飛田野剛）、xiii) 「症例M. Y.」——27歳の男性の神経症症例の治療経過（田頭寿子、高橋 徹）、xiv) 「症例M子」——17歳の女子高校生の不登校事例への心理療法的接近」（沼 初枝）。

2. については、不安神経症症例118例についての多面的検討が行なわれており、その一部は、協同研究者の竹内龍雄筑波大学講師が国際社会精神医学会で報告した。

3. は、「思春期・青年期グループ」における活動が四年目をひかえており、不登校、退学など、あいかわず学校にかかわる問題をかかえた青年の相談および参加が多くなっており、現在、集団で活動することが各個人にどのような影響を及ぼすかについての解析がすすめられた。

これらのほかに、保健婦のかたたちとのチームで「育児ノイローゼ」の予防・処遇についての研究——保健婦はどのように事例に介入したらよいかの検討、および、現にかかわっている事例の分析——や、「いのちの電話」のボランティアに対する継続的訓練および電話相談のありかたの研究や、大学生の精神衛生の研究——神経症の事例の分析——などがなされた。

児童精神衛生部

（1983年度）

児童精神衛生部はその3本柱である(1)人格発達の基礎的研究、(2)臨床的研究、(3)思春期研究について以下のような活動を行なった。人格発達研究のうち双生児については、今年度は春休み、夏休みの期間に主として心身障害（精神薄弱、自閉症、神経性疾患など）を有する双生児とその家族を招致して、現在まで経過を観察してきた各事例の乳児期から思春期までの総括的検討を行なった。とりわけ、年齢が長ずるにつれ、さまざまな処遇上の問題が生じているので外部の福祉関係者も面接に加わり懇切に相談に応じた。

臨床的研究は相談・治療設備が次第に整備されてきたので、電話相談のシステムを充実し、また日直担当者も決めて、新患受理や事例研究

会を能率的に行なうようになった。夏期には学童期の自閉的発達障害を有する児童の小グループに対して治療キャンプを実験的に行なった。このプログラムはさらに拡充したいと望んでいる。

思春期研究については、地域の児童相談所、教育機関、医療機関などとの連絡を密にして、ますます増加している思春期事例に対応するよう試みた。地域の教育・福祉施設への啓蒙の意味で部員は研修会や講演会への招へいにも積極的に応ずるようにつとめた。

更に、今年度は東京都、千葉県、埼玉県の公立、私立中学の協力を得て、われわれ児童精神衛生部の作製した「精神衛生調査表」による調査を、約8,000人の生徒を対象として施行することが出来た。回答は現在河野、上林らが中心となりコンピューターにより分析中で、その結果が期待される。なお、池田・西川は、厚生省精神衛生課が榊前局長を長として設けた「思春期問題懇話会」に参加して、関係領域の専門家とのコミュニケーションを深めつゝある。

そのほか、児童虐待については、かねてからそのPRに努力してきたが、児童問題研究会による研究班に池田が参加して、全国の児童相談所を通じての一斉調査に使用する調査表を作製した。1973年の初回調査から10年目であり、どのような結果が出るか興味深い。

なお、今年度は外部のさまざまな研究班に参加して、研究者間の交流を深め、研究内容に有益な刺戟を得ることが出来た。その主なものは、厚生省関係では、(1)青少年精神健康に関する研究(班長 大原健士郎氏)、(2)精神薄弱児・者のリハビリテーションプログラムの開発に関する研究(班長 青村光二氏)、(3)母子相互作用の研究(班長 小林登氏)、文部省関係では、(4)登校拒否に関する研究(班長 大原健士郎氏)がある。そのほか、健康・体力づくり特別研究委託費では、(5)家庭婦人の精神衛生対策に関する研究(班長 池田由子)、(6)思春期に関する研究(班長 山崎晃資氏)があり、前述の児童問題研究

会の(7)児童虐待の研究(班長 田村健二氏)などにも参加している。

また、1983年8月15日～19日に、ハワイ大学東西センターで開催された「日本文化と精神衛生」会議には池田が招待されて、「日本における児童虐待」について発表した。家庭の主婦や思春期の問題が脚光を浴び、いろいろの意味で部員それぞれが多忙で全力投球したといえる一年であった。(文責 池田)

老人精神衛生部

老人精神衛生部は、大別して臨床的研究、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。

第一の臨床的研究では、1)「脳血管性障害によるねたきり老人の感情病の出現危険因子に関する研究」(厚生科学研究補助金)の課題で、本年度より脳血管障害で入院中の65歳以上の老人について面接を行ない、DSM IIIの診断基準にもとづいた診断を行ない、感情病の出現率、発症の危険因子、病前性格などの調査を行っている。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)の課題で、昨年に続いて飲酒量、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アルコール中毒患者を対象に調査を行なっている。3)「脳血管性痴呆および老年痴呆に対するスクリーニング法の開発と痴呆スケールの作製に関する研究」(循環器病研究委託事業)の課題では、本年度より老人保健法に伴い市町村において各種保健事業および保健所において痴呆性老人の相談事業が行なわれるが、その事業に役立つ在宅の痴呆老人の初期段階のものを弁別できる簡易痴呆スケールの開発を試みている。4)「老年期神経症に関する研究」の課題で、昨年に続いて神経症の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なっている。

第二の心理・社会学的研究としては、1)「老人ホームの精神医学的問題をもつ老人の実態に

関する研究」の課題で、千葉県下の老人ホームに在所中の老人について調査を行ない、施設内での問題老人について行動上、性格上、精神医学上の観点より調査分析を行ない、老人ホームの問題点を明らかにし、大阪で開催された第10回世界社会精神学会で、その一部を報告した。

第三の生物学的研究としては、1)「神経機能の老化に関する研究」(厚生省神経疾患研究)では、昨年に続いて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なっている。

第四の行政的研究では、「痴呆老人に対する老人精神保健面からの在宅ケアのあり方に関する総合的研究」(健康・体力づくり等調査研究委託費)の課題で、在宅痴呆老人の示す精神症状、異常言動、日常生活動作などを調査し、痴呆老人の特性に対応した実際に役立つ在宅ケアの具体的なケアの方法について研究を行なっている。

その他、継年的に行な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計集・分析を行なっている。

以上の研究は当部の大塚、斎藤、北村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なわれている。

(大塚俊男)

社会精神衛生部

主として「住民の精神健康と地域ケアに関する研究」という課題に対して、さまざまな角度、方法によって取り組んでいる。石原邦雄部員が58年初めに退職し、その後には椎谷淳二(精神薄弱部との兼任)が研究分担している。

まず中学生の精神衛生と価値意識に関する研究として幾つかの中学校の生徒を対象に、生徒と親を比較することによって、現在の中学生在が抱える問題の発生基盤を探るとともに、彼等が思いやりに富む価値観を形成するための条件を明らかにしようとしている(和田)。

また急速な社会変動の心身の健康問題への影響力を検討するために、「社会変動に伴うストレスの多い生活経験の健康問題への影響力に関する研究」(宗像)や「TVプログラムの子どもに対する心理社会的影響に関する研究」(柏木、宗像、椎谷)が行なわれ、またプライマリー・ヘルス・ケアの戦略的意義を持つ家族の健康問題については「家族保健とプライマリー・ヘルスケア」(宗像)という課題の中でその技法開発にとり組んでいる。

一方プライマリー・ヘルス・ケアを支え且つ進めるためには個々人が社会的ストレスや疾病の予防に対して行なうセルフ・ケア行動が重要な鍵になるので、「慢性、難治性疾患患者及び一般健康者のセルフ・ケア活動に関する研究」(宗像)を日韓米三国の比較調査をも含めてすすめている。

また精神衛生領域においても個々人のプライマリー・ヘルス・ケアを支援する医療、福祉資源(保護作業所、共同住居、ホステル等)の社会的リハビリテーション・サービスの果す機能は重要であるという観点から「ソーシャル・リハビリテーション・サービスの効果測定に関する研究」(宗像)を実施している。

そもそも保健医療サービスは各国の社会文化体系そのものであり、それらのサービスが人々に対して適切かどうかは、それぞれの国の固有の社会文化尺度の中で考えられなければならない。現在、日本、韓国、中国、米国、カナダ、オーストラリア、北欧、英国などの精神衛生サービス供給体系について比較検討を行なっている(宗像)。

この他当部では「精神障害の慢性化防止に関する研究」(慢性化防止研究)および「精神障害者を抱える家族の問題に関する研究」(家族研究)を行なっているが、前者については、臨床研究として、国立国府台病院および社会復帰相談部との協同研究として、デイ・ケア・センターを運営し、この中で、病院における集中的外来形態の一つとしてのデイ・ケアのあり方を研究し

ている。またデイ・ケアの外延的機能として、デイ・ケア終了者によるソーシャル・クラブの存立の根拠とそれを支援するうえでの条件を明確にする研究も試みられている(柏木)。

また慢性化防止調査研究としては「精神科患者の社会復帰に関する研究」を行っており、今年度は主として、措置入院患者の社会・経済的背景を、患者の病状および地域特性との関連で分析した(和田)。

また「慢性研究」に関連して精神障害者の福祉基盤に関する研究を行ってきたが、ここでは一般市民及び専門従事者の持つ精神障害および障害者に対する態度(偏見を中心として)および精神障害対策に対して期待する政策、並びに有識者が持つ態度および政策への期待などを明らかにしようとしている(和田、宗像)。

家族研究については「家族療法に関する研究」を精神衛生部田頭氏と協同で実施してきたが、ここでは日本の現代家族が抱えた諸問題に応じようような新しい家族療法の開発を目指した臨床研究を行ない、特に今年度は精神科通院治療における簡易家族療法の開発研究に力を入れている。(鈴木)

精神身体病理部

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」では、前年に引き続き不安状態のバイオフィードバック療法の基礎研究を行なった。今年度は心拍制御を主とした実験を行ない、心拍数の実時間表示法を検討した。心臓の拍動音、瞬時カルジオタコメーターのメータ表示、R-R間隔時間の分布図表示等である。とりわけ最後の方法については、パーソナル・コンピュータ(PC-8801)にA/D変換器を通して心電図のRパルスを直接取り込み、R-R間隔時間の分布図(ヒストグラム)を作製し、被検者に見せる方法を検討した。

精神衛生情報のコンピューターによる処理法に関しては、図書情報の日本語入出力による登録・検索システムを完成させた。

この発展的応用として、土居所長を中心とした精神科臨床における診断名分類研究の一環として参加している。

文部省科学研究費「環境科学特別研究」では、居住環境と精神症状との関連を考察する資料を収集分析するとともに、昭和55年研究で行なった超高層住宅に住む主婦の健康調査の追調査として、新しく25階建ての「マンション」を対象として調査を行なった。

また通常研究は前年度にひきつづき行なわれた。

すなわち、各種刺激・精神作業負荷に対する心拍数その他の生理学的指標の反応性変動と、作業成績・性格特性との相関の検討。

臨床脳波のコンピューターを用いた周波数分析についての研究等である。(高橋 宏)

優生部

優生部が行なうべき業務研究は、精神障害の素因的諸問題、環境的諸問題およびその相関関係の研究である。この方向に沿って研究を進めているが、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。

1) 騒音の精神機能に与える影響の解明に関する研究。

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、その中で(3)心理的影響を精神医学的観点から、(4)睡眠への影響・(5)身体的影響については生物学的研究手段を用いて研究を進めてきている。なおこの研究には環境庁より研究費の援助を受けた。

2) 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

うつ病者には覚醒睡眠機構の障害・生体リズムの障害が想定されるが、生理的・内分泌学的変動を長時間(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」に発表した。

3) 世界各国の優生保護法・墮胎法の研究

各国のこれに関する法律・判例について比較検討している。(中川泰彬)

精神薄弱部

〔研究の特色〕

精神薄弱部では、医学、生化学、保健学、心理学、社会学および社会福祉学などの関連諸科学の連携によって精神薄弱児(者)の診断とケアに関する総合的、多面的な multi-disciplinary な臨床研究をおこなっている。

具体的には、全国で10ヶ所の研究協力施設をキー・ステーションとして各地の児童相談所、精神薄弱者更生相談所、保健所、福祉事務所、精神薄弱児(者)施設、学校、医療機関、行政当局、親の会をはじめ各種の団体の協力を得て精神薄弱研究のネット・ワークを形成し、全国的な規模で研究を推進している。

〔研究の動向〕

1 臨床診断法の開発とその応用および各種治療法の効果測定

アミノ酸代謝異常などのスクリーニング法の開発、ポジトロンCTによる脳機能変化の診断法の開発などの研究をおこなっている。また、精神薄弱者用外観的老化徴候測定法の開発研究は最終段階を迎えようとしている。薬物および非薬物治療の効果測定に関する追跡調査も経続して実施しており、すでに幾多の貴重な知見を得ている。なお、今年度からは、精神薄弱者福祉法制定25周年を目前にひかえ、新たに全国の精神薄弱者援護施設におけるリハビリテーション活動の実態を把握し、その成果と問題点を明らかにする研究に着手した。

2 精神遅滞乳幼児の早期療育技術の開発

精神遅滞幼児の成長・発達を阻む重大な要因である「病弱さ」に注目し、保健・栄養指導の

システム化と指導技術に関する研究を進めている。また、ダウン症乳児の栄養療法に関する研究として、高ビタミン、高ミネラル療法を実施し、その発達を追跡観察する研究も2年目を迎えた。

3 高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化

全国の精神薄弱者援護施設のなかから先駆的な活動をしている7施設を選んで実態調査をおこない、その結果にもとづいて老化の評価基準、処遇計画および臨床技術などに関する研究に取り組んでいる。

4 地域ケアの体系化と臨床技術の開発

全国の精神薄弱児(者)施設在園のてんかんを合併している精神薄弱児(者)の実態調査をおこない、医療のあり方、医療機関と施設との協力体制、医学的ケアと生活指導との関係などについて検討をおこなっている。また、精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症およびフェニルケトン尿症患者に対する診断とケアの問題を医学的、生化学的、心理-社会的立場から多面的に分析し、精神薄弱児(者)福祉臨床のあり方を考究した。

なお、地域ケアの体制づくりと関係職種間の相互協力や役割分担の問題、行動障害児や教育困難児に対する治療的対応などに関する臨床研究も続行しており、数々の臨床的知見を得ている。(櫻井芳郎)

社会復帰相談部

他部とのプロジェクト事業であるデイ・ケア関連研究は別にデイ・ケアとしてまとめられるので、ここではそれ以外の動向を略述する。

1. 分裂病等動態関連研究については、国立国府台病院精神科を中心とする研究(精神分裂病の外来診療の実態と推移に関する臨床統計的研究)に加わっている。これは県下5病院における調査を軸にするものであるが、その一端として先頃の本更津病院における調査(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。昭和56年度、当所との共同研究(の一部補充調査を行なった。(この調査でいわゆる医療中断者の入院がきわめて少ないことを推定する結果を得た。ただし、日常生活実態がとらえられないこと、県外医療施設への入院についての追跡が方法的にいちじるしく困難なことから、なお関連調査の積み重ねが必要である)

2. 慢性分裂病のリハビリテーション関連調査研究では、「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」(主任研究者：加藤 正明, 昭和55~57年度)の分担分の検討継続, 及び、「リハビリテーション及び継続ケアのニーズに応じた精神科外来機能の拡充に関する実証的研究」(主任研究者：土居 健郎, 昭和58年度)の一部を担当している。前者では、リハビリテーション施設2(1施設, 全プログラム, 1施設, ホステル経過者), 病院1(ただし、衛星アパートプログラム適用者), 診療所(首都圏16施設に通院中の発病後3年以上経過者)の対象者について同一の調査を行なったのでその結果の解析を実施中である。後者については、評価法の樹立と援助のメニュー化をはかるために7施設と共同研究体制を組んで調査・検討を重ねている。

3. 他に、イ。ぜんかれんとの共同研究「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成の基盤に関する調査」(三菱財団研究助成事業)に協力をした。(上記ぜんかれんの他、当研究所、社会保障研究所、公衆衛生院等の職員が共同研究班を組織、現在、当初に計画した4調査を終えている。当所では社会精神衛生部の職員がそのほとんどを担ったので、詳細は当該部から報告されるものと思われる)。ロ。なお、ぜんかれんとの関連では、「家族指導者研修資料」の作成等に協力、研修会にも参加、あわせてこの面の研究の土台づくりの一助としている。

以上に関する分担は、1. 岡上, 2. 岡上, 丸山, 丹野, 山田京子, 3. イ. 岡上, 3. ロ. 岡上, 丹野, 山田, 内田秋子, 平山仁子である。

(デイ・ケアを担当する当部職員は松永, 片山, 丹野であり、その他、国立国府台病院のスタッフ、研究生・実習生などの参加を得ている)

デイ・ケア

我々が長年かゝわってきたデイ・ケア・センターは、本年2月1日より、国立国府台病院の精神科デイ・ケアとして、正式に認可された。実際のデイ・ケア運営に関して大きな変りがあるわけではないが、デイ・センターに通所しているメンバー達は、来所の度に診察券を出し、デイ・ケア治療費を、各自の保険の種類に応じて支払うという新しい義務を負わされるようになってきている。

このような外側の変化の下で、デイ・ケアに関する臨床研究は、従来どおり社会精神衛生部、精神衛生部、社会復帰部の研究員からなるプロジェクトチームにより、行なわれている。本年度の研究テーマは

- ① 病院デイ・ケアのあり方について
- 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

先ず①についてであるが、正式に国府台病院の施設として移管されたことにより、病院職員との協力はいよいよ重要なものとなってきているが、未だ遠慮がちの共同であるため徐々に、自由な協力関係を作り上げていくことを目指している。

②について、精神衛生研究所の研究員、国立国府台病院の医療職員、デイ・ケア非常勤職員や研究生・実習生など、教育的社会的な背景の異なる職員が、デイ・ケア・スタッフとしてかゝわっている。機能的なチーム作り及びスタッフ個人の問題を点検する等のためにスタッフ・ミーティングを行なっているが、今年はメンバーを含めての合同ミーティングをスタートさせた。これはスタッフミーティングの公開という動き

がきっかけで始められたが、民主的運営のために、情報をできるだけ共有し、その上で自己や他者についての理解を深め、グループと構成員の成長をめざすこと等を、その目的としている。

③については、従来からデイ・ケアにおける作業療法のプログラムの中での位置づけを考えてきたが、今年度はプログラムの枠にとらわれず、人と人とのかわり、自己と他者についての理解などを目指す作業療法について、日常の実践の中で研究を継続している。

④について、デイ・ケアの卒業生の有志を中

心としたクラブ「あった会」は、ともかくも11年間、月に1～2度の夜の集まりを続けてきている。一方デイ・センターの卒業生の憩いの場としてスタートした須和田集会所は開所して2年が過ぎた。最近では午後2時間ずつ内職的作業をとり入れているが、地域の中での居場所として定着しつつある。職員への依存から脱し、独立した人々の社会の中の居場所として、仲間づくりの拠点として、今後とも支え見守っていきたいと考えている。

紀要掲載用業績

《昭和58年1月1日～58年12月31日》

著書(分担執筆を含む)

集団精神療法(医科学大事典), 21巻

池田由子

〈1983年, 58頁, 講談社〉

集団精神療法の理論・技法について解説した。

農業従事主婦計3374名を対象として質問紙による調査と面接調査を行ない, その結果を(1)就労状態, (2)年齢, (3)地域差と精神衛生状態に分けて考察し, 更に精神衛生の特に不良な主婦497名と良好な主婦373名を種々の要因から比較した。

育児ノイローゼ

池田由子

〈1958年, 1～32頁, 新企画出版〉

厚生省公衆衛生局精神衛生課監修の心の健康シリーズの企画に児童精神衛生部が協力した。これはそのうちの1冊で, 現在増加しつつあるといわれる「育児ノイローゼ」について原因, 症状, 対策などについて述べた。

「精神面の特徴, 評価とその対応」, 厚生省老人保健課監修『老人保健法による地域リハビリテーションハンドブック』

大塚俊男

〈1983年, 57～61頁, 保健同人社〉

現代において親は子を理解できるか?—現代の子どもを考える, 16巻, 親の心・子の心(稲村 博ほか編集)

池田由子

〈1983年, 77～116頁, 共立出版〉

両親そろって経済的にも問題なく, 子どもへの愛情も持っている家庭で, どのように親子の間に相互の期待のずれやコミュニケーションのギャップが生ずるかを, 登校拒否と心因性視力障害の事例をあげて考察した。

「老年期の精神障害」, 加藤正明, 保崎秀夫, 三浦四郎衛編『看護のための臨床医学大系16精神医学』

大塚俊男

〈1983年, 287～303頁, 情報開発研究所〉

「老年精神医学」, 保崎秀夫編著『新精神医学』

大塚俊男

〈1983年, 435～467頁, 文光堂〉

多問題家族(小児期保健事例集)

池田由子

〈1983年, 579～583頁, 東京法令出版〉

幼児期の児童虐待の事例を例にとり, いわゆる多問題家族の治療・対策について述べた。

「老年期の精神障害」, 老人精神保健研究会編『老人精神保健の進め方』

大塚俊男

〈1983年, 177～197頁, 新企画出版社〉

家庭婦人の精神衛生の対策に関する研究報告書(昭和57年健康づくり特別研究委託費報告書)

池田由子・上林靖子・河野洋二郎・西川祐一・平田雅子
今田芳枝・成田年重・森岡 恵 他35名

〈1983年, 全55頁, 国立精神衛生研究所, 児童精神衛生部刊〉

家庭婦人の精神衛生の基礎資料を得るため埼玉県・千葉県・東京都・愛知県・茨城県の専業主婦, 就労主婦,

「痴呆老人の生態」, 「人間の生存をめぐる」
大塚俊男

〈1983年, 185～204頁, ファイナ薬品工業株式会社〉

「精神障害の基礎知識」, 保崎秀夫編著『精神疾患とその治療』

大塚俊男

〈1983年, 3～122頁, メディカル・リサーチセンター〉

社会復帰の現状 (精神障害者の社会復帰と家族会)

岡上和雄・丹野きみ子・山田京子・内田秋子・平山仁子

〈1983年, 23~31頁, ぜんかれん〉

遺伝についての考え方(精神障害者の社会復帰と家族会及び雑誌ぜんかれん)

岡上和雄・丹野きみ子・山田京子・内田秋子・平山仁子

〈1983年, 9~14頁, ぜんかれん〉

〈1983年, 月刊ぜんかれん, 2~8頁〉

精神病の治癒について(精神障害者の社会復帰と家族会)

岡上和雄・丹野きみ子・山田京子・内田秋子・平山仁子

〈1983年, 3~8頁, ぜんかれん〉

心の健康・心の病気

岡上和雄

〈1983年, 健保連〉

厚生科学特別研究報告書 (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)

- ① 慢性分裂病のひろがりと特性に関する研究
- ② 各施設・各プログラムの対象となった慢性分裂病の異同 (ひろがり) に関する研究

①岡上和雄・丸山 晋・丹野きみ子・山田京子 他

②岡上和雄 他

〈1983年〉

幼児のしつけ

河野洋二郎

〈1983年, 1~32頁, 新企画出版〉

高齢精神薄弱者 (老年期の臨床心理学 井上勝也編)

櫻井芳郎・長田久雄

〈1983年, 82~95頁, 川島書店〉

在宅の高齢精神薄弱者の状況, 施設在園者の高齢化の傾向, 精薄施設における高齢者および老化問題の対応の推移と現状, 施設在園者の早期老化現象など, 精神薄弱者の老化の実態を明らかにし, 精神薄弱者の老化対策をおこなう上の留意点を概説するとともに, 心理臨床の展開のしかたを症例をあげて論述した。

中高年齢層の職業と生活

青井和夫・和田修一 編

〈1983年, 東京大学出版会〉

定年退職をめぐる個人・企業・社会がそれぞれに係わる問題の解明とそれらの対応策を検討

障害児(者)の生活と福祉

櫻井芳郎

〈1983年, 学文社〉

人間尊重, 共存の思想をふまえた障害児(者)の福祉のあり方を, コミュニティ・ケアの視点から, I 障害児(者)問題の背景にあるもの, II 障害児(者)問題の移り変わり, III 障害児(者)福祉の焦点, IV 障害児(者)福祉の課題と展望にわけて論述した。

家族救助信号

鈴木浩二

〈1983年, 1~215頁, 朝日出版〉

システム論の立場より家族病理の発生機序およびその解決法について論じた。患者の症状は患者の危機を知らせる信号であるとともに家族システムの崩壊を知らせる救助信号であることを強調した。

下坂幸三論『食の病理と治療』神経性無食欲症の家族療法—ミニチュアとセルビーニ・パラゾーリ—

鈴木浩二・内田江里

〈1983年, 174~206頁, 金剛出版〉

ミニチュアとセルビーニ・パラゾーリの家族理論と神経性無食欲症の家族力動, 治療技法を詳説した。

「ドウ・クレランポー」, (保崎秀夫・高橋 徹編, 「近代精神病理学の思想」)

高橋 徹・中谷陽二・共著

〈1983年, 37~59頁, 金剛出版〉

ドウ・クレランポーの生涯と主な学説について解説

「まわりの人を威圧するような雰囲気をかもし出してしまう」といって悩む若い女性」(森田理ほか編「精神疾患ケーススタディ」)

高橋 徹

〈1983年, 180~189頁, 医学書院〉

対人恐怖(重症型)の症例について解説。

「外出を怖がる主婦」(森温理ほか編「精神疾患ケーススタディ」)

高橋 徹

〈1983年, 190~195頁, 医学書院〉
広場恐怖症の症例について解説

「不安神経症」(「1983年, 今日の治療指針」)

高橋 徹

〈1983年, 272頁, 医学書院〉

井村恒郎先生を偲んで

土居健郎

〈懸田克躬編「井村恒郎・人と学問」241~246頁, 1983年9月, みすず書房〉

診断と分類について若干の考察

土居・藤

縄編「精神医学における診断の意味」

土居健郎

〈229~248頁, 1983年12月, 東京大学出版会〉

精神分析

土居健郎

〈「医科学大辞典」27巻, 96~97頁, 1983年2月, 講談社〉

黒沢尚編「対話による精神症状へのアプローチ」P. 140-159「睡眠障害—不眠と過剰睡眠」

苗村育郎

〈1983年, 140~159頁, 南山堂〉

新精神医学

保崎秀夫(編著)・北村俊則(共同執筆)

〈1983年, 文光堂〉

精神疾患の遺伝を担当

「精神障害の生まれる背景と社会的対応」園田恭一, 米林喜男編「保健医療の社会学」

宗像恒次

〈1983年, 281~312頁, 有斐閣〉

論文

幼児のくせ

池田由子

〈健康な子ども, 12巻1号, 41~44頁, 1983年1月〉
いわゆる神経質性習癖といわれる幼児の困ったくせのいろいろについて解説, その対策をのべた。

精神薄弱児・者の家族の精神衛生とその対策に関する研究(厚生省・精神薄弱児・者のハビリテーションプログラムに関する研究)班長 青山光二

池田由子, 上林靖子, 河野洋二郎, 西川祐一

〈昭和57年度厚生省心身障害研究報告書, 108~114頁, 1983年3月〉

われわれの作製した精神衛生調査表を用い精神薄弱児・者の子どもをもつ年齢20代から50代の母親153名に対して精神衛生の調査を行ない, とくに高得点の精神衛生不良の母親には面接も行なって, その状況を調査した。

青少年の精神衛生の研究(厚生省青少年精神健康研究班報告書), 班長 大原健士郎

池田由子・西川祐一・上林靖子・河野洋二郎

〈1983年3月〉

ごく一般の健康な中学生の精神衛生的状況がどのようなものであるか, われわれの作製した精神衛生調査表(1), (2), (3)を用いて, 千葉県, 埼玉県, 東京都の公立, 私立中学生数8,000名を調査し, 現在そのうち公立中学生について資料を分析している。

(1)被虐待多胎児の研究

(2)多胎児に対する取り扱い方の指導について

(厚生省心身障害(臓器系)研究班報告書), 班長 馬場一雄

池田由子, 成田年重

〈1983年3月〉

この研究班は未熟児の療育指導についての指導指針をまとめることになっているので, 当研究所で長期間取り扱ってきた多胎児の親に対する指導方針を整理して提出した。また, 未熟児は親子関係の障害を生じやすく, 児童虐待の一因ともなりやすいので, 当部で経験した被虐待児16組について報告した。

被虐待多胎児の事例研究

池田由子・成田年重

〈精神衛生研究, 29号, 1~9頁, 1983年3月〉

児童虐待の原因として、偏見や迷信、あるいは早期の母子関係の障害が挙げられる。その意味で双胎、三胎など多胎児が被害者になりやすい。われわれの体験した被虐待多胎児16組の事例研究を行ない、その力動を考察した。

中学生の精神衛生に関する研究第2報質問紙法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
中川 幸・森岡 恵・平田雅子・矢花美美子・平田雅子
ほか7名

〈精神衛生研究, 29号, 11~24頁, 1983年3月〉

千葉県下の公立中学1, 2年生497名を対象にして、質問紙(精研児童部作製)を用いて彼らの学科の好き嫌い、塾やけいこ事、進学、将来の職業、趣味、尊敬する人物、相談相手、両親についてのイメージ等を調査し、現在世人の関心をひいている中学生の基礎的資料を得た。

中学生の精神衛生に関する調査, 第3報, 文章完成法による調査池田由子・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

〈精神衛生研究, 29号, 25~34頁, 1983年3月〉

千葉県下公立中学の生徒497名を対象として文章完成テスト(SCT)を行い、その結果を分析した。その結果、家族・友人に対して肯定的であるが、教師に対しては肯定的と否定的反応がほぼ同数であり、教師に対しては学年がすすむにつれ拒否的な反応が強くなっていることがわかった。

思春期の非社会的適応異常

池田由子

〈母子保健情報—思春期特集号一, 6号, 25~30頁, 1983年3月〉

思春期における非社会的適応異常を、神経症、登校拒否、自殺企圖、手首切傷などの統計と臨床から論じた。

児童虐待

池田由子

〈「精神衛生を語る」第16集, 1~16頁, 1958年3月〉

目里保健所における精神衛生講演シリーズをもとにしたもので、児童虐待の現状を解説した。

子育てを中心とした主婦の精神衛生

池田由子

〈愛育, 48巻4号, 20~26頁, 1983年4月〉

現在子どもを持つ主婦は「教育信仰」を持たざるを得ないような状況におかれ、わが子の育児・教育に関して主婦の精神衛生が左右されることが多い。われわれは問題児をもつ家庭の主婦と、そうでない主婦との比較による調査を基礎として、この問題を考察した。

親子関係のゆがみ

池田由子

〈健康づくりガイダンス, 第8集, 精神衛生, 6~8頁, 1983年4月〉

児童虐待と虐待による子殺しを中心として、これらのゆがんだ親子関係の特徴、親の生育史などについて述べた。

若い母親の精神衛生

池田由子

〈健康づくりガイダンス第8集, 精神衛生, 21~23頁, 1983年4月〉

いわゆる「育児ノイローゼ」と称せられる育児不安、産褥性精神病について述べた。これは同年の短波放送を基にしたものである。

海外における児童虐待の現況

池田由子

〈小児看護, 6巻6号, 744~746頁, 1983年6月〉

児童虐待は国際的にも重大な児童福祉の問題の一つであり、国際児童福祉連合では虐待に関する委員会も設け、その定義を討論している。欧米の現況をふまえて、これらの海外の現況を紹介した。

児童虐待の診断と治療

池田由子

〈小児看護, 「被虐待児症候群」特集, 6巻6号, 709~719頁, 1983年6月〉

「小児看護」で被虐待児症候群の特集をするのに際し企画を担当し、その中診断と治療の部分執筆した。とくに現在の定義、診断法、頻度、被虐待児の性格、治療対策について述べた。

主婦の精神衛生

池田由子

〈月刊健康, 241号, 50~52頁, 1983年8月〉

主婦の精神衛生とくに専業主婦の問題をのべた。

主婦の心の健康

池田由子

〈心の健康 (日本精神衛生普及会機関誌), 4~10頁, 1983年11月〉

主婦を専業主婦と就労主婦, 若い主婦と中年の主婦に分け, それぞれのグループの持つ精神衛生的問題と対策を論じた。この内容は日本精神衛生普及会例会講演によるものである。

精神障害者に関する統計—昭和55年度—

大塚俊男

〈精神衛生研究, 29巻, 123~141頁, 1983年3月〉

熟年期以降の心の老けこみを防ぐ

大塚俊男

〈健康な子ども, 127号, 39~40頁, 58年6月〉

在院痴呆疾患の病態と予後

大塚俊男・道下忠蔵・小林八郎・安藤 丞・丸山 晋

〈精神衛生研究, 29巻, 113~122頁, 1983年3月〉

高齢者の人格特徴と成熟度に関する研究

大塚俊男・谷口幸一・下仲順子・中里克治・丸山 晋

佐藤晋一・松本真作

〈精神衛生研究, 29巻, 99~112頁, 1983年3月〉

老人の痴呆疾患について (その1)

大塚俊男

〈公衆衛生情報, 13巻3号, 4~7頁, 1983年3月〉

老人の痴呆疾患について (その2)

大塚俊男

〈公衆衛生情報, 13巻, 4号, 4~7頁, 1983年4月〉

老年精神疾患の社会対策

大塚俊男

〈治療, 65巻, 1945~1949頁, 1983年10月〉

老人ボケ

大塚俊男

〈ドクターサロン, 27巻, 305~308頁, 1983年4月〉

いわゆる“ぼけ”について

大塚俊男

〈心の健康, 31巻330号, 4~11頁, 1983年10月〉

Recent Community Residence Program im Japan

K. Okagami, M. Oe

〈WPA, Regional Symposium Kyoto, April 1982, 31~36頁, 1983年4月〉

地域精神医学における“支持組織”をめぐる諸問題, 検討素材の2, 3 (第3回社会精神医学会シンポジウム)

岡上和雄

〈社会精神医学, 6巻3号, 153~154頁, 1983年9月〉

わが国における地域レジデンスプログラム

岡上和雄, 大江 基

〈精神神経学雑誌, 85巻7号, 1983年7月〉

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・大塚俊男・斉藤和子・丸山 晋

〈精神衛生研究, 29巻, 65~77頁, 1983年3月〉

Phoneme discrimination in schizophrenia.

Kitamura, T.

〈British Journal of Psychiatry, 143巻7号, 97頁, 1983年7月〉

イギリスの精神科医療 (続)

北村俊則・松田ひろし・田辺規充

〈こころの臨床ア・ラ・カルト, 2巻1号, 38~44頁, 1983年3月〉

3種類の評価尺度からみた慢性精神分裂病の症状について—英国における研究—

北村俊則・Ashraf Kahn, Rajinder Kumar

〈精神医学, 25巻11号, 1207~1211頁, 1983年11月〉

数種類の評価尺度を用いることにより慢性分裂病の諸

種の症状を群他する試みを行なった。

Controlled study on time reproduction of depressive patients.

Kitamura, T., Kumar, R.

〈Psychopathology, 17巻1号, 24~27頁, 1983年7月〉

うつ病における time reproduction は, 他の時間認識機能と異なり, 変化が認められなかった。

Time estimation and time production in depressive Patients.

Kitamura, T., Kumar, R.

〈Acta Psychiatrica Scandinavica, 68巻1号, 15~21頁, 1983年7月〉

うつ病においては time estimation の overestimation が, また time production の underproduction が, それぞれ精神運動抑制と相関していた。このことから体内時計との関係について言及した。

Blink rate in psychiatric illness.

Mackintosh, J., Kumar, R., Kitamura, T.

〈British Journal of Psychiatry, 143巻7号, 55~57頁, 1983年7月〉

うつ病者において瞬自数が増加しておりこれがうつ病の改善にもなると正常化することを示した。

慢性精神分裂病の評価尺度・II・Brief Psychiatric Rating Scale と Present State Examination について

北村俊則・A. Kahn, R. Kumar

〈慶応医学, 60巻2号, 177~187頁, 1983年2月〉

BPRS と PSE の信頼度検定

英国における保護室取扱い規約—モーズリー病院の例—

北村俊則

〈臨床精神医学, 12巻, 783~784頁, 1983年6月〉

ロンドンのモーズリー病院における保護室の使用法についての紹介

How to write a research protocol

Kitamura, T.

〈精神医学研究所業績集, 22巻1号, 133~137頁, 1983年3月〉

臨床研究を行なう際の方法論的考察

When and how to withdraw or reduce the long-term maintenance anti-psychotic medication for chronic schizophrenic patients. A research strategy.

Kitamura, T.

〈精神医学研究所業績集, 22巻1号, 125~132頁, 1983年3月〉

長期に渡って抗精神病薬投与中の患者において減薬や休薬を行なう際の方法論についての一試案

Time perception of patients with depression. A review.

Kitamura, T.

〈精神医学研究所業績集, 22巻1号, 115~123頁, 1983年3月〉

うつ病およびうつ状態における諸種の時間認識検査についての総説

Time Passes slowly for patients with depressive state

〈Psychiatry Digest, 3~4頁, 1983年9月〉

23名のうつ病患者において, 下位分類とは無関係に時間の流れが遅滞する感覚はうつ病の重症度と相関していた。

Ethological approach to the assessment of schizophrenic facial expression.

Kitamura, T., Kumar, R., Kahn, A.

〈WPA Regional Symposium Kyoto April 1982, 338頁, 1983年〉

20名の精神分裂病患者の表情を ethology の手法を用いて解析した。

Rapid response to lithium in treatment-resistant depression. Two cases from Japan.

Kitamura, T., Fujihara, S., Kanba, S., Kudo, T.

〈MediScene, 16巻, 17頁, 1983年9月〉

通常の三環系抗うつ剤で効果のみられなかった症例にリチウムを加えることにより著効を得た。

Creatinine phosphokinase in acute psychosis.

Hara, S., Kitamura, T.

〈Biological Psychiatry, 18巻8号, 941~942頁, 1983年8月〉

分裂病の一女性例で1回目の病相でCPK上昇を認めたが2回目の病相ではCPKは正常範囲であった, CPK上昇と病相の回数について考察

乳児院における愛着(アタッチメント)の形成過程

河野洋二郎

〈周産期医学, 13巻12号, 2103~2108頁, 1983年臨時増刊号〉

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(第2年度)

小松せつ・高橋幸子・櫻井芳郎 他

〈昭和57年度厚生省心身障害研究報告書「長期疾患療育児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究」, 197~202頁, 1983年7月〉

初年度研究で精神遅滞幼児の一般的特徴として浮彫りされた「病弱さ」の実態を更に詳しく分析するために、血液・生化学検査に異常があったものの精密検査の実施、疾病状況の詳細な分析など追跡調査を行うとともに施設における健康管理上の問題点を明らかにし、保健栄養指導のあり方に関する方向づけについて論じた。

精神遅滞幼児の保健・栄養指導のシステム化と指導技術の開発に関する研究

小松せつ・櫻井芳郎・日下部康明 他

〈国立精神衛生研究所精神薄弱部モノグラフ, 昭和58年度, No. 2, 1983年9月〉

昭和56・57年度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結果をまとめたものである。精神遅滞幼児の成長・発達を阻む重大な要因として、かれらの病弱さがあげられ、健康管理の重要性が叫ばれているが、現実には組織的、継続的な指導がおこなわれていない現状を明らかにし、保健・栄養指導のシステム化と指

導のあり方について論じた。

精神薄弱施設における高齢者および老化対策に関する総合研究(1)—主として外観的、生化学的、老化測定法の開発と処遇計画の作成—(共同)

小松せつ

〈昭和57年度厚生省心身障害研究員書「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」, 75~83頁, 1983年3月〉

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・中川泰彬・小松せつ・苗村育郎

〈昭和57年度厚生省神経疾患研究委託費「てんかんの成因と治療に関する研究」, 157~163頁, 1983年1月〉

全国精神薄弱児・者施設、重症心身障害児施設および救護施設500施設に対しておこなった、てんかんを伴う在園者の実態調査のうちのパイロット調査と全国調査(中間報告)の結果をまとめたものである。精薄施設では従来の推定を上廻る出現率(19.7%)がみられ、職員はその対応に苦慮している。また、医療のあり方、医療機関と施設との協力体制、医学的ケアと生活指導との関係など解決を要する問題が山積していることを明らかにした。

精神薄弱児(者)臨床における診断ならびにケアの問題点と福祉臨床の課題—未治療の精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症およびフェニルケトン尿症患者の症例を通して—

櫻井芳郎・小松せつ・日下部康明

〈発達障害研究(日本精神薄弱研究協会), 4巻4号, 280~291頁, 1983年3月〉

精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症ならびにフェニルケトン尿症に関する従来の研究を概観し、本症例検討の意義とその背景を明らかにしたうえで症例検討をおこない、それを通じて精神薄弱児(者)臨床における診断とケアの問題点を生化学的、医学的、心理—社会的立場から分析し、それらをふまえて精神薄弱児(者)福祉臨床のあり方を論じた。

精神薄弱者施設における高齢者および早期老化対策に関する総合研究〈初年度研究〉—主として外観的、老化測定法の開発と処遇計画の作成—

櫻井芳郎・小松せつ・椎谷淳二 他

〈国立精神衛生研究所精神薄弱部モノグラフ, 昭和58年度 No. 1, 1983年4月〉

精神薄弱者施設における高齢者および早期老化対策に関する実態調査をおこない, その結果にもとづいて精神薄弱の高齢者および早期老化対策の展望と今後の課題を明らかにした。それとともに精薄施設在園者の老化徴候を適確に把握し, 老化の度合に応じた適切な処遇をおこなう手がかりとなる精神薄弱者用外観の老化徴候測定法を完成させ, その開発の経過, 測定方法および同法のもつ意義と検討課題などについて論述した。

地域における医療, 保健と福祉の接点

椎谷淳二

〈月刊福祉, 66巻, 26~29頁, 1983年6月〉

老人保健法の施行に伴い, 地域における老人の医療, 保健, 福祉のあり方があらためて問いなおされている現在, 単なる「保健事業」メニューの実施のみならず, 関連諸領域にまたがる総合的視点と, 具体的なコーディネーション機能, オーガニゼーション機能が必要であることを東京都下東村山市の事例を通して論じた。

「大学生の神経症」

高橋 徹

〈社会精神医学, 6巻1号, 7~12頁, 1983年3月〉

大学精神衛生研究会神経症班の研究のまとめを中心に, アイデンティティ・ノイローゼ(笠原)について解説。

コミュニケーションの病理としての対人恐怖

高橋 徹

〈青年心理, 41号, 36~44頁, 1983年11月〉

L' instance du pere dans la culture

Tooru, Takahashi

〈Spirales, 28/29号, 88~89頁, 1983年10月〉

アルコールの乱用特別企画「くすりとからだ」中

高橋 宏

〈からだの科学, 109号, 51~56頁, 1983年1月〉

日本人のアルコールの使用実態を概観し, 度の過ぎた飲酒とは何か, その結果, 本来の目的にあわない飲酒, 乱用にならない飲酒の諸問題について考察した。

適応行動と循環器系—“精神的ストレス” 2 研究から—

高橋 宏

〈精神衛生研究, 29号, 55~64頁, 1983年3月〉

科学技術庁特別研究促進調整費による研究として行った研究2題の結果から, “精神的ストレス”との関連適応行動・循環器の機能(心拍変動, 冠動脈疾患)を中心として考察をすすめた。

漱石における創造の秘密

土居健郎

〈国文学解釈と鑑賞「病跡から見た作家の軌跡」1983年4月臨時増刊号43~51頁〉

研究者の精神衛生について

土居健郎

〈国立精神衛生研究所・創立30周年記念誌1~3頁, 1983年1月〉

職業としての人間関係(座談)

土居健郎

〈調研紀要, No.42, 16~33頁, 1983年〉

ゆとりについて

土居健郎

〈ロアジール, 1983年8月号, 10~15頁〉

書評・山本高治郎著「母乳」

土居健郎

〈文化会議, No.172, 38~40頁〉

健康はつくれるか

土居健郎

〈厚生一厚生省広報紙, 1983年10月号, 2~3頁〉

計量ポリブラフ法による催眠剤の薬効検定

苗村育郎・斎藤陽一・上坂浩之

〈精神医学・25(2); 145-158, 1983〉

ポジトロンCTの脳内科領域への応用

苗村育郎・井上 修・斎藤陽一・山崎統四郎

〈画像診断 Vol.3 No.1 1983, 94~97頁〉

急速な発展を続けているCT技法の中でも, ポジトロンCTは特に脳内科領域での生化学・機能検査への広い

応用を持つことで注目されている。その現状と問題点を論じた。

親の性的暴行

西川祐一

〈小児看護, 6巻6号, 728~734頁, 昭和58年6月〉
児童虐待の中でも, その性質上, 非常に発見しにくい性的虐待について症例をあげて, 検討し考察を加えた。

「研究報告」精神分裂病の小集団精神療法—とくに再発防止の効果と限界について—

山口 隆・西川祐一・渡辺 登・高頭忠明・大森淑子他
〈季刊 精神療法, 9巻3号, 259~268頁, 昭和58年7月〉

精神病院入院中の精神分裂病患者を対象に, 集団精神療法を施行し, その再発防止の効果と限界について述べた。

中学生の精神衛生について

西川祐一

〈健康づくりガイダンス, 第8集精神衛生, 日本短波放送「健康づくりアワー」収録集, 8巻, 9~12頁, 昭和57年11月〉

中学生の精神衛生について, 学校や地域での精神衛生的諸問題を症例を通して考察してみた。

老人の健康, 生きがい問題と余暇生活相談アプローチ

丸山 晋

〈余暇生活研究協議会年報, 2号, 53~63頁, 1983年3月〉

老人の心身の健康のあり方をふまえ, 精神療法学の見地から, 余暇生活相談の方向性を論じた。

老年期の神経症

丸山 晋

〈老人福祉研究, 8巻, 17~29頁, 1983年12月〉
老年期の神経症について発生率, 病型, 特徴および治療方針について概説する。

神経症のサポート・システムとしてのグループ活動

丸山 晋・市川光洋

〈臨床精神医学, 12巻12号, 1497~1504〉

森田療法を行なっている施設のアンケート調査により, 退院者を中心として構成されている患者集団の特性を明らかにした。これによると「形外会」(森田時代の患者集団)以後の患者グループは, 医師を中心としたものと, 患者自身が相互に支えあうことを旨とした集団とに分極化されることが指摘できた。

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・岡上和雄・丹野きみ子・児玉和宏

〈KJ法研究, 6号, 147~163頁, 1983年11月〉

社会復帰過程にある慢性分裂病者の示す問題点をKJ法を用いて整理し, それに沿った解決策(対応策)の構造化をはかった。これは一連の研究の中間報告であるが, つぎの事柄が確認された。

- (1)分裂病者の呈しやすい問題点が, 実際場面に即して構造的にとらえられた。
- (2)問題点のポイントが整理できた。
- (3)各ポイントに対応する指導方針が生みだされ, 現状一問題点一方針というコンテキストで連動した対応がしてゆける可能性がうまれた。

看護者のキャリア開発への課題

宗像恒次

〈看護展望, 8巻2号, 19~24頁, 昭和58年2月〉

統計にみるヨーロッパにおける精神医療体系

宗像恒次

〈精神衛生研究, 29号, 155~194頁, 昭和58年3月〉

精神医療における中間施設(ホステル, グループホーム)の現況

宗像恒次

〈病院, 42巻3号, 259~263頁, 昭和58年3月〉

人々の生活や人生からみた健康問題起因の社会心理学

宗像恒次, 相機富士雄

〈看護技術, 29巻14号, 5~12頁, 昭和58年10月〉

保健行動の必要論

宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 13~19頁, 昭和58年10月〉

保健行動のモデル

宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 20~29頁, 昭和58年10月〉

保健行動の実行を支える諸条件

宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 30~38頁, 昭和58年10月〉

慢性期における病気対応行動

相磯富士雄・宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 53~60頁, 昭和58年10月〉

虚血性心疾患

相磯富士雄・宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 77~82頁, 昭和58年10月〉

慢性肝炎と肝硬変の患者

相磯富士雄・宗像恒次

〈看護技術, 29巻14号, 77~82頁, 昭和58年10月〉

健康問題と家族支援の技法(1)

宗像恒次

〈看護実践の科学, 8巻10号, 44~54頁, 昭和58年10月〉

健康問題と家族支援の技法(2)

宗像恒次

〈看護実践の科学, 8巻11号, 45~52頁, 昭和58年11月〉

統計にみる分裂病者と精神医療体系—社会的視角から—

宗像恒次

〈日本精神神経学会雑誌, 85巻15号, 660~671頁, 昭和58年10月〉

学 会

かかわりに障害のある幼児の遠城寺式乳幼児発達検査に現れる特徴について

飯田 誠

〈第49回小児精神神経学研究会, 昭和58年6月25日〉

自閉を頂点とする様々な程度の、かかわりに障害を持つ幼児の早期診断がほとんどなされていないことに着目、比較的簡単な遠城寺式乳幼児発達検査において、単なる発達遅滞児との間に特徴的な違いがあるかどうかを調査したところ、始歩が早いこと、基本的生活習慣の発達が言語理解に比して2倍以上も高いものが多いことを発見した。これによって単なる発達遅滞児とかかわりに障害を持つ幼児とを或る程度早期に鑑別できるのではないかと考えた。

Child Abuse in Japan

Yoshiko, IKEDA

〈Japanese Culture & Mental Health Conference, Univ. of Hawaii, Honolulu, Hawaii, 1983年8月15日~8月19日〉

日本における児童虐待について、①その歴史、②民話と伝説、③頻度、④現在の概念、⑤身体的虐待、⑥性的虐待、特殊なタイプとして、⑦精神病の親による虐待、⑧父子家庭、⑨多胎児の事例などに分けて発表した。とくにわが国の文化における特殊性についてふれた。

高齢者の人格特徴と成熟度に関する研究

谷口幸一・下仲順子・大塚俊男・丸山 晋・佐藤真一・松本真作

〈日本心理学会47回大会, 1983年9月12日〉

高齢者のパーソナリティに関する研究—ライフイベントの評価—

谷口幸一・大塚俊男・丸山 晋・佐藤真一

〈日本応用心理学会, 1983年10月〉

地域精神医学における“支持組織”をめぐる諸問題, 検討素材の2, 3

岡上和雄

〈第3回社会精神医学会, 1983年3月〉

うつ病の下位分類とデキサメサゾン抑制試験—DSM-III および Newcastle Scale の validation について—

北村俊則・島 悟

〈第3回精神科国際診断基準研究会, 1983年11月19日〉

29名のうつ病患者に0.5mgデキサメサゾン負荷を行ない、異常反応が、DSM-IIIの反復性メランコリアに高いことを見出した。

慢性精神分裂病者の情動鈍麻と瞬目数減少の相関

北村俊則

〈東京精神医学懇話会，第9回学術集会，1983年10月22日〉

19名の長期入院中の慢性分裂病患者の瞬目数がBPRSの項目のなかで唯一情動鈍麻と負の相関を示すことを示し，共通の病態生理としてドーパミンの機能低下を推察した。

文章完成法テストからみた中学生の人格発達

河野洋二郎・池田由子・西川祐一・上林靖子・今田芳枝
他6名

〈第25回日本教育心理学会，1983年9月〉

Study on the Psychiatric Problems in the Howes for the Aged in Chiba Prefecture Japan

斎藤和子

〈第10回世界社会精神学会総会，1983年9月〉

1983年7月に千葉県下の全老人ホーム(除有料ホーム)64ヶ所において，精神医学的問題をもつ老人の実態，介護状況および1982年から実施されている老人ホームにおける精神科医師の雇い上げ制度による精神科嘱託医の作業状況について調査した結果を報告した。

不安神経症の経過について

高橋 徹

〈三大学精神病理研究集会，1983年8月27日〉

「特研」の研究から得られた知見の一部。

Anxiety neurosis and socio-psychological difficulties in current life situations.

T. Takeuchi, H. Hotsuki, S. Aizawa,

T. Takahashi, M. Maruyama, K. Kodama

〈国際社会精神医学会，58年9月7日〉

「神経症—スチューデント・アパシーを含む」

高橋 徹

〈大学精神衛生研究会，1983年2月19日〉

反覆する無呼吸を伴う alpha-coma attack の症例に対するカフェイン，テオフィリンの効果

土井優子・苗村育郎・斎藤陽一・大久保修一・森成 元
田中元一

〈第13回日本脳波筋电图学会，1983年12月1日〉

42歳，女性。32歳時に一過性の発熱，上気道炎，頭痛，注射性おう吐，顔面・球マヒ，尿崩症様症状などを呈したが，その後約十年に渡り発作性意識障害を示し，発作中に反覆する無呼吸と持続高血圧を伴うが，脳波上はその間も，意識清明時とほとんど異なる所のない alpha 波の出現している症例である。

この症例に関し，臨床管理上最にクリティカルな問題である無呼吸を防止するために，新生児無呼吸の治療なども使用されているカフェイン，テオフィリンを投与し終夜ポリグラフ検査を行った。検査にあたり，投薬前日の対照日とし，試験薬と剤型を揃えたプラセボ投与下にポリグラフ記録を行った。又，当患者の意識障害発作は強制深呼吸によって誘発可能であるため，対照日と試験日に負荷試験を行い，意識消失に至るまでの換気量その他の呼吸生理学的指標についても検討を加えた。

脳波・誘発電位の脳地図形表示法に関する基礎的考察

小林郁夫・田所裕之・伊藤高司・苗村育郎・斎藤陽一

〈第13回日本脳波筋电图学会，1983年12月〉

特定周波数の脳電位変動成分や，特定刺激後に得られる事象関連電位などについて，頭皮上のパワーや電位の空間分布の地図化が，電子計算機を用いて行われるようになった。(上野 他)

本研究では，将来作成されることが予想される大脳(殊に皮質)の物質代謝地図(例えば Bucksbaum らの cortical glucogam のごとき)と前述した頭皮上の電気生理学的な各種の地図との相関を研究するための，予備的な手法の一部となるべき，頭皮上の電位地図・パワー地図の処理方法について基礎的検討を行なう。まず1) 地図の背景となるべき幾何学的仮定の検討，2) 地図作成にあたっての各種補間法の比較検討，3) 等高線地図作成法についての検討，などを行ない，これらに基いた実験として，脳波の各周波数帯域間の相関を検討する。さら

に、異った脳の状態について行なった結果について比較し、報告した。

誘発睡眠脳波パタンの12段階分類と催眠剤薬効検定に対する応用

山崎清之・伊藤高司・苗村育郎・斎藤陽一

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月1日〉

睡眠脳波状態を詳細に、また計量的に解析することは、催眠剤などの薬効検定においても極めて重要である。我々はこれまで脳波状態の12段階分類を提案し、催眠剤による誘発睡眠の解析に応用してきた。今回は、Benzodiazepin を用いた終夜ポリグラフ実験から解析結果を例示し、各脳波状態の経日的変化、一夜内の経時的変化、薬剤用量との関係、ストレス負荷条件による変化などにつき考察した。これらの解析は視察による12段階分類に基づいて行われたが、我々は計算機による自動判定も進めている。

催眠剤による誘発睡眠の脳波状態自動判定

伊南博之・上坂浩之・伊藤高司・東条正城・苗村育郎

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月1日〉

前報において誘発睡眠脳波の状態を12段階に分類し、これを得点化して時系列的に解析する方法が、催眠剤の薬効判定にきわめて有効であることを述べた。

今回は、この分類を自動化するための試みとして1) 約30秒の平均パワースペクトルパタンの終夜アンサンプルから主成分分析によって抽出した特徴による分類と、2) 非正常成分としての Hump, Spindle などの動態、3) その他の特徴など着目した自動分類を行っている。1) のみによる分類でほぼ70~80%の的中率であるが、2), 3) により大きな改善がみられた。

誘発睡眠脳波型パターン認識

葛西宏昭・伊南博之・伊藤高司・東条正城・苗村育郎

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月1日〉

ベンゾジアゼピンアンタゴニスト (R 015-1788) のヒト睡眠への影響

苗村育郎・桜井芳郎・本多 裕・斎藤陽一

〈第8回日本睡眠学会, 1983年5月12日〉

ベンゾジアゼピンの血中メラトニン動態に及ぼす影響

兜 真徳・苗村育郎・斎藤陽一

〈第8回日本睡眠学会, 1983年5月12日〉

4週間デザイン終夜ポリグラフによる新しい催眠剤 (450191-S) の薬効検定

山崎清之・苗村育郎・斎藤陽一・上坂浩之

〈第8回日本睡眠学会, 1983年5月12日〉

酵素免疫測定法による Delta Sleep Inducing Peptide (DSIP) の測定とヒト末梢血中およびラット脳内 DSIP 様物質の同定

加藤進昌・永木 茂・渡辺倫子・成瀬 浩・高橋康郎・苗村育郎

〈第8回日本睡眠学会, 1983年5月12日〉

催眠剤薬効検出の方法論 II 一脳波状態の自動分類一

伊南博之・神保幸江・葛西宏昭・山崎清之・苗村育郎他

〈第3回医療情報連合大会, 1983年6月30日〉

前報において脳波の状態を12段階に分類し、これを得点化して時系列的に解析する方法が有効であることを述べた。この分類を自動化するための試みとして、1) 短時間および長時間パワースペクトル・パタンの特徴ごとに各主成分の消長と、2) 非正常成分としての瘤波・紡錘波などの動態、3) その他の特徴などに着目した自動分類を行っている。1) のみによる分類でほぼ70~80%の的中率であるが、2) により大きな改善がみられた。

NMRCT脳画像の領域分割の試み

岡本克郎・土井優子・小林郁夫・厲曉 峰・苗村育郎他

〈第3回医療情報連合大会, 1983年6月10日〉

NMRCT 画像は、データ採取時の設定パラメータおよび採取時点の位相によって、各種のこととなった脳構造上の側面を表現できる可能性をもっている。現在、われわれは、これら数多くの画像パラメータの詳細な検討を行うため、同一被験者のX線CT画像との対応を計算機によって求め、更に標準脳地図をこれらと対応させることにより、脳の各領域における数値についてこれらの検討を行いはじめていますので報告したい。

催眠剤薬効検出の方法論 I 脳波状態の得点化による解析

山崎清之・伊南博之・神保幸江・苗村育郎他

〈第3回医療情報連合大会, 1983年6月30日〉

我々は催眠剤で誘発された睡眠脳波の計量的解析から薬剤の作用特性を検出する研究を行ってきた。今回は正常者を対象とした実験から解析例を示して有効であった解析法を説明し、各脳波状態の経時的変化、薬剤用量との関係、各解析時間とその妥当性などにつき考察した。なお脳波状態分類は、我々が考案した12段階分類法（観察による）を用いたが、より客観的には計算機による自動判定が望ましいが、その問題は次の演題で報告する。

Positron CT Measurement of Cerebral Metabolism during Mental Task by Photosynthesised ^{14}C -Glucose

Ikuro Namura, M. D., Yoshiro, Sakurai, Ph. D.

Yoichi, Saito, M. D., Masaaki Iio, M. D.

〈VII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 1983年7月11日〉

ALL-NIGHT POLYGRATHY OF A NEW SLEEP-INDUCER 450191-S EVALUATION BY A FOUR-WEEK SCHEDULE

Ikuro Namura, Yoichi Saito, Yutaka Honda

Hiroyuki Uesaka, Yoshikazu Shimaoka

〈VII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 1983年7月11日〉

"Multiple Test-loading Method" for Evaluation of Clinical Effects of A New Sleep Inducer 450191-S

Ikuro Namura, M. D., Yoichi Saito, M. D.,

Hiroyuki Uesaka, Ph. D.

〈VII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 1983年7月11日〉

The Effects of a Benzodiazepine Derivative on Day-Night Rhythmicity of Plasma Melatonin in Humans

Michinori Kabuto, Ikuro Namura and Yoichi Saitoh

〈4th INTERNATIONAL CONGRESS OF SLEEP RESEARCH, 1983年7月18日〉

Measurement of Sleep-inducing Potency of a New Benzodiazepine (450191-S) by Multidimensional Test-loading Method in Human Subjects

Ikuro Namura, Yoshikazu Shimaoka, and Hiroyuki Uesaka

〈4th INTERNATIONAL CONGRESS OF SLEEP RESEARCH, 1983年7月18日〉

Presence of DSIP-like Material in Rat Brain at Low Level and in Human Plasma with Possible Diurnal Variation.

S. Nagaki, N. Kato, N. Watanabe, I. Namura

〈4th INTERNATIONAL CONGRESS OF SLEEP RESEARCH, 1983年7月18日〉

Evaluation of Hypnotic Effects of a New Sleep-Inducer 450191-S by a Four-week Schedule of All-Night Polygraphy

Ikuro Namuro, Yoichi Saito

Hiroyuki Uesaka, Yoshikazu Shimaoka

〈4th INTERNATIONAL CONGRESS OF SLEEP RESEARCH, 1983年7月18日〉

ポジトロンCTによる脳の変性疾患の検討

苗村育郎・斎藤陽一・山崎統四郎・宍戸文男・井上修・原島博・野口拓郎

〈第5回日本生物学的精神医学会, 1983年3月25日〉

神経精神疾患をめぐるポジトロンCTの現状と展望—新しいトレーサ技術のめざすもの—

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月3日〉

ベンゾジアゼピンおよびそのアンタゴニスト (RO15-1788) の正常睡眠に及ぼす影響の検討

苗村育郎・桜井芳郎・上坂浩之・高橋行雄, 他

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月3日〉

終夜ポリグラフ及び留置カテーテルからの採血により、ベンゾジアゼピン系催眠剤 (Flunitrazepam, Midazolam, 450191-S) 及びきっこう剤 (RO15-1788) の正常睡眠に

与える影響を、脳波及び神経内分泌の両面から検討した。ベンゾジアゼピン系睡眠剤は、臨床用量の比較的少量域では逆説睡眠・徐波睡眠共に抑制しないが、採血や精神賦活剤などの作用下において、著名な徐波睡眠減少、spindle sleep の増加を示した。R 015-1788は、単独投与では睡眠構造にほとんど影響しないが、ベンゾジアゼピン作用下の睡眠に対しては著名な覚醒作用を示し、夜間睡眠を中断させた。またベンゾジアゼピンおよびそのさっこう剤に鋭敏に反応する物質として血中メラトニンが新たに注目され、今後の応用可能性が検討された。

これらのデータをもとに、ベンゾジアゼピン負荷に対する神経系の積極的な反応様式を推定した。

ダイナミックポジトロンCTによる脳局所の時間放射能曲線の解析

田所裕之・伊藤高司・庄司 佑・飯尾正明・苗村育郎・桜井芳郎他

〈第13回日本脳波筋電図学会, 1983年12月2日〉

¹¹C-Glucose を用いて得られたダイナミックポジトロンCT画像により、脳の任意の点における時間放射能曲線を得ることができる。このデータをPDP-11/44並びにVAX-systemに移し、曲線の解析を行ってきた。

この曲線は大きく2つの部分に分けることができた。始めの部分は、各組織での吸収を、それに続く部分は主に代謝・排せつと考えられる。

我々は、正常者並びに患者群について、本法により脳局所の時間放射能曲線を求め、同時観測した血中放射能の推移とともに比較検討した。さらにこれらの所見を同一被検者の脳波の諸指標と対比、考察した。

育児不安の事例に対する保健婦と結んだ援助法について

牟田隆郎

〈第25回日本教育心理学会, 1983年9月3日〉

保健婦に対するコンサルテーション活動を通じて「育児不安」の母親に対する援助活動を実施し、その推移を検討した。また合わせて、「育児不安」に陥る母親(家族)のもつ特徴についても考察した。

これらの看護開発—人類学, 社会学, 心理学との協同—

宗像恒次

〈日本看護研究学会, 昭和58年5月28日〉

統計にみる分裂病者—社会的視角から—

宗像恒次

〈日本精神神経学会, 昭和58年6月8日〉

Day Care Services in the USA and Japan

Ching-piao Chien and Tsunetsugu Munakata

〈VII World Congress of Psychiatry, 1983年7月11日〉

健康問題からみる生と死の社会学

宗像恒次

〈日本社会学学会, 昭和58年10月10日〉

虚血性心疾患者のセルフケア行動にかかわる心理社会的要因に関する分析

相磯富士雄・宗像恒次

〈民族衛生学会, 昭和58年10月14日〉

虚血性疾患患者のセルフケアの行動要因に関する分析

相磯富士雄・宗像恒次他

〈日本公衆衛生学会, 昭和58年11月〉

定年退職と高齢者の福祉

和田修一

〈第31回関東社会学会, 『老年期の生活』, 1983年6月18日〉

定年退職者の就労・非就労が彼らの精神生活に与える影響の分析

翻訳

精神科ハーフウェイハウス (リチャード・バドソン著)

岡上和雄 (共訳)

〈加藤正明, 式場 聡, 岡上和雄, 大江 基, 1983年4月, 星和書店〉

感情病および精神分裂病面接基準 (SADS)

北村俊則

〈保崎秀夫 (監訳), 1983年11月, 星和書店〉

米国 NIMH のうつ病研究用に開発された診断及び記述病理学用の面接手引きの邦訳

精神遅滞児 (者) の医療・教育・福祉 (The Mentally Retarded Child and His Family, R. Koch, J. C. Dobson 編)

小松せつ (共譯)

〈1983年5月, 岩崎学術出版社〉

精神遅滞児 (者) の医療・教育・福祉 (The Mentally Retarded Child and His Family, R. Koch, J. C. Dobson 編)

櫻井芳郎編訳, 伊藤隆二・成瀬 浩・宮本茂雄・小松せつ他訳

〈1983年5月, 岩崎学術出版社〉

アメリカにおいて精神遅滞児 (者) の保健および福祉, 教育に関する各種専門家の養成コースのテキストとして広く使用されている。精神遅滞の文化的, 環境的および生物学的側面, 各種の専門家によるアプローチ, 教育と訓練, 心理-社会的アプローチ, コミュニティ・サービスなど精神遅滞に関するあらゆる分野にわたって集大成したハンドブックであり, 人権尊重の時代にふさわしく, 地域ケアを志向する観点から書かれている。

夫婦家族療法 (I. グリック, D. ケスター 著)

鈴木浩二

〈昭和58年11月, 誠信書房〉

夫婦家族療法の教本。医学モデルからシステム・モデルに至る家族理論・家族治療技法を統合した家族療法のテキスト・ブック。

ポジットロンCTと精神医学 (著) M. S. Buchsbaum, M. D. H. H. Holcomb, M. D.

(訳) 苗村育郎

〈臨床精神医学 12 (1): 115-124, 1983〉

講演

てんかんの病理と治療

飯田 誠

〈日本良導絡自律神経学会, 昭和58年7月17日〉

てんかん発生の病理と最近の特殊療法について解説し, 良導絡治療法との関連について考察を加えた。

ダウン症児の就職上の問題点

飯田 誠

〈財団法人小鳩会, 昭和58年8月7日〉

ダウン症児はいきょうがあり, 社会的にみえるが, 一面頑固なところがあり, 対人関係や社会適応が必ずしも良好ではなく, 企業によっては採用をきらい所さえある。これらの性格傾向は幼少期に病弱であることなどが原因となっているように思われる。一方, ダウン症児の中でも適応のよいものもあるので, 幼児期よりこれらの点を念頭において適応能力を伸ばすよう, 過保護にならないように注意して, 躰てゆく必要があることを述べた。

とり扱いのむずかしい子どもの指導

飯田 誠

〈千葉県立香取養護学校, 昭和58年10月21日〉

とり扱いがむずかしい原因は主としてその子どもの感受性にあり, 感受性は知能とは別に独立したものであるという考え, また, 感受性は情報を集める受容器の感度とも関連があり, 受容器は知能から独立したものであることを解説, それに基いた指導法のあることを述べた。

情緒不安定になり易い子の取り扱い, 多動な子の理解と取り扱い。

飯田 誠

〈千葉県特殊教育研究連盟, 昭和58年11月15日〉

情緒不安定になるメカニズムを解説, その解決方法について説明, 多動のメカニズムについて解説, その治療ならびに取り扱いについて説明した。

障害児と親に対する接し方

飯田 誠

〈全国心身障害児福祉財団, 昭和58年12月9日〉

障害児と親に接する目的に調査, 診断のためと, 指導, 治療のための二つがあること, それによって, 障害児並びに親の心理をよく把握し, 不信任や抵抗を誘発させな

いように注意すること。また、親の方が、障害児に毎日接していて、観察をよくしているのので、専門家としては、その観察に対する解釈の間違ひを見つけることは必要であるが、こちらの考えを押しつけないよう配慮が必要であること。また、ケース・バイ・ケースで一般論だけでなく、具体的に試行錯誤が必要であることを述べた。

情緒障害児の指導経過と個別指導の実際

飯田 誠

〈市川市立養護学校, 昭和58年7月5日〉

情緒障害児の指導経過をどう評価するか, その上に立って個別指導を行う場合の計画の建て方がどうあるべきかについて解説した。

ちえ遅れを伴う多動児・自由児の病理とその教育について

飯田 誠

〈千葉県立安房養護学校, 昭和58年6月2日〉

精神遅滞の病理と, 多動, 自閉の最近の考え方を解説し, それに基く教育のあり方について述べた。

浪人の心理と病理

池田由子

〈全国大学保健管理協会総会(於 順天堂大学), 1983年7月22日〉

現在の大学生の中には浪人経験者が多いので, われわれの「浪人」の精神衛生調査の資料に基き, 浪人の心理と病理, 男性浪人と女性浪人の比較, 一年浪人と多年浪人との相違などを講演した。

心身障害児の家庭療育指導について

池田由子

〈千葉県障害幼児指導者講習会, 昭和58年8月5日〉

統合教育を行なっている千葉県の幼稚園, 保育園指導者に対して上記について, 具体例をあげて解説した。

老人精神保健

大塚俊男

〈精神衛生研修会, (石川県精神衛生協会), 昭和58年2月2日〉

老人精神医療の問題点と展望

大塚俊男

〈保健婦精神衛生講習会(千葉県), 昭和58年7月26日〉

痴呆疾患のケアについて

大塚俊男

〈静岡県看護協会, 昭和58年6月14日〉

呆けと老年期の精神衛生

大塚俊男

〈保健婦講習会, (埼玉県衛生部), 昭和58年6月15日〉

老年期の光と影

大塚俊男

〈富山県婦人健康大学校(富山県), 昭和58年9月8日〉

老人の精神衛生

大塚俊男

〈民間社会福祉施設職員国内研修(社会福祉調査会), 昭和58年11月8日〉

老年期の痴呆疾患とその治療について

大塚俊男

〈精神衛生研修会(三重県保健衛生部), 昭和58年10月15日〉

老人の精神障害

大塚俊男

〈精神衛生相談員資格取得講習会(東京都), 昭和58年9月14日〉

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(広島会場)(全国心身障害児福祉財団), 1983年2月18日〉

心身障害児(者)福祉の基本理念を述べ, それを具体化する道として期待されている地域ケアの意義および療育関係者と親の相互協力の重要性などについて論じた。

精神薄弱児・者の福祉を考える

櫻井芳郎

〈「精神薄弱児・者の福祉を考える」集い(宮崎県), 1983年8月19日〉

人間尊重の時代にふさわしい精神薄弱児(者)福祉を考えるうえに必要な基本的問題として, 精神薄弱の概念, 福祉の意味および医療・教育・福祉三者の提携の必要性

などを述べると共に具体的問題として、早期対応、教育のあり方、施設の役割、リハビリテーションおよび老化対策などについて論じた。

精神薄弱者福祉方法論—福祉臨床の理論と技術—

櫻井芳郎

〈昭和58年度通信教育スクーリング, 1983年8月17日
〈東海会場〉1983年8月26日〈和歌山会場〉(日本精神薄弱者愛護協会)〉

精神薄弱児(者)に対する福祉臨床の意義を述べ、福祉臨床の機能と役割、福祉臨床の専門技術について論じた。

精神薄弱児の理解と指導

櫻井芳郎

〈昭和58年度精神薄弱児施設等職員研修会(岩手県), 1983年8月23日〉

人間尊重、共存の思想をふまえて精神遅滞を正しく理解することの必要性を強調し、精神薄弱児と家族が生きる喜びが感じられる人間生活が営めるように援助する精神薄弱児(者)福祉臨床の機能と役割について論じた。

面接技法

櫻井芳郎

〈母子相談員・婦人相談員研修会(東京都), 1983年9月30日〉

各種の面接技法を紹介するとともに福祉対象者に対する面接の態度や技術、評価などについて講述した。

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58年度在宅心身障害児(者)療育指導者研修会(岩手会場)(全国心身障害児福祉財団), 1983年10月15日〉

障害児(者)が生かされているだけの状態から、“共に生きる”喜びが感じられる人間生活の実現をめざす地域ケアの意義を述べ、療育関係者の任務と親の役割について論じた。

障害児ケアに対する各専門職の連携について(主論)

櫻井芳郎

〈昭和58年度在宅心身障害児(者)療育指導者研修会(全国心身障害児福祉財団), 1983年12月8日〉

現代における人間の生き方として、すべての人びとに“与える福祉”から“分かちあう福祉”への発想の転換が求められていることを明らかにした上で、ノーマライゼーションとインテグレーションの思想を具体化する道として地域ケアが重視されていることを指摘し、地域ケアの体制づくりと各職種の相互協力と役割分担の重要性について論じた。

今、私達にできること—誰にでもできる福祉活動—

椎谷淳二

〈川崎市多摩区社会福祉協議会(地域福祉を進めるつどい), 1983年2月12日〉

市民対象の「地域福祉をすすめる集い」で、地域福祉の理念および機能的枠組について説明し、具体的な活動事例を紹介しながら、住民こそ地域福祉活動の担い手たるべきことを述べた。

老人の心と体を考える

椎谷淳二

〈練馬福祉会館(社会福祉講座), 1983年2月15日〉

加齢に伴う身体・精神諸機能の変化について概説し、主に予防的視点から、その対応策を述べた。

社会資源の活用

椎谷淳二

〈ライフ・プランニング・センター(ホームケアアソシエート養成講座), 1983年2月18日〉

ホームケアアソシエート養成講座で、セルフケア、家族ケア、地域ケアを実践する際の社会資源の活用について、その意義、具体的方法、問題点等を概説した。

あなたももうじき60歳—高齢化社会の特徴と課題—

椎谷淳二

〈相模原市小山公民館(地域福祉を考える講座), 1983年6月8日〉

一般市民を対象に、来たるべき高齢化社会の諸課題について概説し、特に老人の心理・社会的変化と、サポートシステムとしての家族、地域社会のあり方について述べた。

高齢化社会と医療

椎谷淳二

〈渋谷区教育委員会(渋谷区生活学校幹部研修会), 1983年7月1日〉

高齢化社会, とりわけ心身の健康と医療システムについて, 老人保健法の解説を含めて述べた。

ボランティア活動の意義と役割

椎谷淳二

〈杉並区社会福祉協議会(ボランティア講座), 1983年7月15日〉

コミュニティづくりの視点からボランティア活動の意義と役割について整理し, 具体的事例を通して, 活動実践上の留意点について述べた。

ボランティアの意義と役割

椎谷淳二

〈千葉県東葛支庁社会福祉課(千葉県ボランティア一般養成講座), 1983年8月10日〉

コミュニティづくりの視点からボランティア活動の意義と役割について整理し, 具体的事例を通して, 活動実践上の留意点について述べた。

老人のこころの健康

椎谷淳二

〈渋谷区初台生活学校, 1983年10月5日〉

加齢に伴う精神機能の変化および老人精神障害について紹介し, とりわけ, 痴呆疾患に対する, 日常生活上の留意点について述べた。

ともに生きるまちづくりをめざして

椎谷淳二

〈東村山市社会福祉協議会(福祉を語るつどい), 1983年11月13日〉

「福祉を語るつどい」の児童問類分科会座長および全体会パネラーとして, 東村山市内の児童文庫活動, 子どもまつり, 青空学級活動等の事例をもとに, 今後の地域における児童問題の課題について整理した。

無気力の目立つ職場事例

高橋 徹

〈メンタルヘルス研究会(精神衛生普及会), 1983年5月26日〉

産業医から依頼された外来診療中の症例をもとに, 無気力を主徴とする事例について精神科診療の面から二, 三のコメントを行なった。

「精神的ストレスとはなにか」

高橋 徹

〈林野庁林業研修所, 1983年7月14日〉

「ストレス」という用語が1910年に W. Osler によって医学のことばとしてはじめて用いられて以来, 医学研究における意味の変遷をたどり, 今日一般に用いられているこのことばの意味を説明し, また, 心身症および神経症との関連を解説。

登校拒否について

西川祐一

〈日本大学豊山中・高等学校, 昭和58年6月22日〉

中・高校教諭に対して, 思春期の精神衛生および精神障害について講演し, 登校拒否症例についてコメントした。

学校精神衛生の諸問題

西川祐一

〈松山市医師会, 昭和58年7月16日〉

医師, 学校教諭, 保健婦等を対象に, 学校における精神衛生や, 登校拒否, 思春期の精神障害等について講演した。

学校の精神衛生について

西川祐一

〈大宮市教育委員会, 昭和58年8月10日〉

小・中・高校の養護教諭に対して, 学校における精神衛生について, 症例を中心に講演した。また, 現在各教諭がかかえている問題やケースについて討論した。

心理判定セミナー「児童の心理療法」

西川祐一

〈青森県社会福祉研修所, 昭和58年11月9日〉

福祉事務所, 児童相談所, 施設, 病院等で心理判定指導, 治療に当たって職員に対して, 児童及び思春期の精神衛生や精神障害および治療について講演をし, 事例研究の助言をした。

心身障害児・神経症の基礎理論

西川祐一

〈板橋区教育委員会, 昭和58年11月17日〉
 中学校の養護教諭に対し, 児童及び思春期の心性および精神障害, 精神衛生について講演した。
 さらに, 教諭達の現在持っている問題や症例についてコメントした。

中学生の考え方や行動

西川祐一

〈川越市立富士見中学校, 昭和58年11月18日〉
 中学生を持つ母親と中学生教諭に対し, 児童及び思春期の考え方や行動, 思春期の精神障害を精神衛生について講演した。

登校拒否と家庭内暴力

牟田隆郎

〈親子相談センター, 昭和58年9月13日〉
 子どもたちが示す問題をどのように理解したらよいか, またそれにどのように対応していったらよいかについてはなした。

健康問題と保健行動の社会学

宗像恒次

〈東京大学医学部保健社会学教室, 昭和58年11月17日〉

精神科プライマリーケア

宗像恒次

〈地域精神保健研究会, 昭和58年1月31日〉

調査研究について

宗像恒次

〈(株)北海道看護センター, 昭和58年2月25日〉

カウンセリングに必要な自らの「気持のくせ」分析

宗像恒次

〈日本精神障害寛解者社会復帰協会, 昭和58年6月26日〉

家庭でぼけ老人をみるために

宗像恒次

〈船橋市老人福祉課, 昭和58年10月12日〉

組織とリーダーシップ

宗像恒次

〈神奈川県医療整備課, 昭和58年12月8日〉

Japanese Community and Mental Health Care Delivery System

宗像恒次

〈韓国韓南大学, 1983年11月26日〉

調査研究法について

宗像恒次

〈都立墨東病院, 昭和58年7月8日〉

臨床の場における日米の社会・文化的な差

宗像恒次

〈東京ホームケア研究会, 昭和58年2月16日〉

現代の看護問題

宗像恒次

〈日本生活協同組合連合会医療部会, 昭和58年10月28日〉

定年退職の諸問題

和田修一

〈茅ヶ崎市役所等, 1983年10月4日〉
 定年退職にまつわる精神的諸問題

企業の中年層を取り巻く不安

和田修一

〈日・米・英国際シンポジウム (高齢化社会研究協会, 日経新聞他), 1983年8月25日〉
 高齢化社会の中での中年期勤労者の精神構造

あとがき

昨年度から「精神衛生研究」と「精神衛生資料」とをまとめて一冊として出すことになり、今年合本としての二冊目になります。

国立研究機関として、いかなる形の「精神衛生研究」を発行することが、国民の期待に沿うことになるのかという観点から論議されてきたが、ここには前提として日本の精神衛生研究をどのような方向、内容で、あるいはどのような研究プロジェクトで行なうべきかがこの論議の基礎にあるであろう。将来の精神衛生研究のあるべき姿については、多くの意見、論議があり、コンセンサスが得られているとは限らない。しかしその不一致の原因の一つに、その考え方が空想的、理念的で、精神衛生が実証的な自然科学という基礎に立っているということを忘れていているという指摘がある。ともあれ、この「精神衛生研究」が国民の精神衛生研究として、国民の期待に答える成果を発表する雑誌としての価値を高めていくことを願っている（中川記）。

編集委員

中川泰彬、飯田 誠、小松せつ、上林靖子

精神衛生研究 No.30 1983

昭和59年3月31日 印刷・発行

編集責任者

中川泰彬, 飯田 誠, 小松せつ,
上林靖子

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

(非売品)

電話 市川 (0473) 72-0141

印刷：株式会社弘文社

