

精神衛生資料

第 6 号

昭和 33 年

Annual Report on Mental Health

Number 6

1958

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health
Japan

精神衛生資料

第 6 号

昭和 33 年

Annual Report on Mental Health

Number 6

1958

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

I	精神障害者 Mental Disorders	1
1.	在院精神障害者実態調査 Statistical Survey of Hospitalized Mental Disorders	1
	(a) 調査の概要	1
	(b) 判定の基準	3
	(c) 調査の結果	5
2.	精神病院関係法規の各国における動向 Current Trends of the Legislation relating to Mental Hospital in the World	19
	(a) 入退院規定	22
	(b) 病者の権利の擁護	27
	(c) 今後の動向	29
3.	各国の優生対策 Eugenic Sterilization in United States of America and European Countries	30
	(a) アメリカ	30
	(b) オランダ	31
	(c) スイス	32
	(d) スエーデン	32
	(e) スペイン	32
	(f) ドイツ	32
	(g) 各国の精神病院関係法規一覧	33
II	精神衛生に関する諸問題 Several problems on Mental Health	39
4.	欧米におけるアルコール中毒対策の動向 Some Aspects on the Anti-alcoholic Plan in Foreign Countries	39
	(a) スエーデンにおけるアルコール中毒者の節制行政と治療	40
	(b) フランスのアルコール中毒対策	43
	(c) オランダの禁酒節酒組織とその活動	44
	(d) アメリカのアルコール中毒研究協議会	45
	(e) アルコール中毒の発生率について	46
	(f) 精神科医のアルコール中毒に対する関心について	48
	(g) アルコール中毒研究専門誌	52

5. 犯罪・非行 Criminality and Delinquency	53
(a) 犯罪発生検挙累年比較	53
(b) 兇悪および粗暴性犯罪の発生推移状況	54
(c) 少年犯罪および虞犯少年	55
(d) 少年院新収容者統計	62
6. 賭博 Gambling	63
7. 自殺 Suicide	71
(a) ロンドンにおける自殺	71
(b) 日本と諸外国との比較	74
8. アメリカの児童指導クリニック American Child Psychiatric Clinics	85
(a) 機能	85
(b) クリニックの種類	87
(c) 機構と経営	89
9. アメリカ児童指導クリニック協会 (A.A.P.C.C.) について The American Association of Psychiatric Clinics for Children	91
(a) 入会資格	91
(b) 養成クリニックとして望まれる基準	93
(c) A. A. P. C. C. 会員名簿一覧	95
10. 産業精神衛生 Mental Health in Industry	98
11. 臨床心理学者の現状 Current Activities of Clinical Psychology in Japan	102
特集 世界各国の精神衛生事情 (続) Present Conditions of Mental Health in the World	108
(1) キューバ	108
(2) コスタ・リカ	109
(3) ベネズエラ	110
(4) パナマ共和国	110
(5) エクアドル	111
(6) ペルー	111
(7) チリ	112
附録 Appendix	114
12. 1957年度学界動向 Tendencies of Research for Mental Health, 1957	114
(a) 精神衛生関係図書一覧	114

(b) 精神衛生関係論文一覧	115
(c) 学会発表業績一覧	118

I 精神障害者

Mental Disorders

1. 在院精神障害者実態調査

Statistical Survey of Hospitalized Mental Disorders

(a) 調査の概要

1) 目的

わが国の精神病院およびその他の病院等に併設させた精神病室（以下「精神病院（病室）」という。）に入院している精神障害者について、精神障害の診断別、状態像あるいは入院費の負担別等の実態を明らかにして、精神障害者に対する医療および保護の施策の推進を図るための基礎資料を得ることを目的として行われた。

2) 調査対象および調査容体

調査対象は、全国精神病院（病室）に入院しているすべての精神障害者とし、調査容体は、全国精神病院（病室）から層別無作為に約 $\frac{1}{5}$ の施設（60施設）を抽出し、昭和31年7月15日現在その施設に入院している精神障害者および昭和31年1月1日から6月30日までの間にその施設から退院した精神障害者とした。

3) 調査事項

この調査では、次の事項について調査された。

(1) 施設票の事項

調査施設の設備概況、従事者数等について調査し、各患者等の事項の記入を参考とした。

(2) 在院精神障害者票の事項

主な調査事項は次の通りである。

性別、出生年月日、診断、精神薄弱についてはその程度および状態像、精神病質についてはその性格傾向、精神障害による入院回数、発病年月、入院年月、入院時の配偶関係、保護者の有無、家族等の連絡状況、入院時および現在の費用支払区分、入院時および現在の状態像および看護指導の程度、治療の種類、予後。

(3) 退院精神障害者票の事項

主な調査は次の通りである。

性別、出生年月日、診断、精神薄弱についてはその程度および状態、精神病質については性格

傾向、発病年月、入院年月、退院または死亡年月、退院の事由、死亡の原因、入院時および退院（死亡）時の費用支払区分、入院時および退院（死亡）時の状態像および看護指導の程度、治療の種類、治療の効果。

4) 調査方法

この調査は厚生省が行い、その実施については当該施設および都道府県の協力を得て、厚生大臣が指定した専門調査員がこれに当った。厚生省は、この調査のために精神衛生審議会に諮問したところ、同審議会内に在院精神障害者実態調査小委員会（委員長 林 暲）が設けられて、厚生省と協力して、調査の企画立案、実施の指導および調査結果の整理検討に当った。

当該施設の管理者は、昭和31年7月15日現在で施設票の記入作成をなし、同日現在の在院精神障害者および昭和31年1月1日から6月30日までに退院した精神障害者について、在院精神障害者票および退院精神障害者票の記入作成を行い、これを都道府県に提出した。都道府県は、提出された調査票について検討し、必要事項を記入整理した後厚生省に提出した。

厚生省に提出された全調査票は、専門調査員であるところの、前記在院精神障害者実態調査小委員会の委員により、調査事項の各項に亘って詳細に点検され、必要に応じて直接各施設に自ら出向いて施設の管理者に面接し、在院精神障害者の診断を行い、或いは、診察記録と照合を行って調査票記載の正確を期した。

5) 調査の経過

昭和31年中に本調査を実施することが決定され、厚生大臣は2月14日精神衛生審議会（会長 内村祐之）に対して、在院精神障害者実態調査の方法について諮問したが、同審議会は、林暲を委員長とする小委員会を設け、細部に亘る調査方法の検討を行い、更に東京都立松沢病院、東京都南多摩郡浅川町、高尾保養院において試験調査を行い、調査方法、調査票、調査必携について詳細に再検討し、6月22日調査方法を最終的に決定し答申を行つた。

厚生省はこの答申に基き、行政管理庁より統計報告調整法による統計調査としての承認を得て、調査票、調査必携を作成し、当該施設に配布した。7月2日より東京、青森、大阪、岡山、福岡の各地において、各ブロック別に調査打合せを開催し、各都道府県精神衛生主管係員、当該施設の管理者および調査関係者の参集を求めて、調査が全国画一的に行われるように詳細にわたって指導連絡協議を行つた。

当該施設における調査票の記入作成は、昭和31年7月15日から約1週間の間に行われた後、直ちに都道府県に提出され、都道府県は更にこれを点検整理して、8月中旬までに厚生省に提出した。専門調査員の点検は8月中に始まり、疑点を発見したときは、9～10月の間に直接その施設に赴いて再点検し、昭和32年3月までに予定された資料の製表を行つた。

(b) 判 定 の 基 準

各調査事項のうち、診断名、発病年月、看護指導の程度、予後（在院患者の場合）治療の効果（退院患者の場合）についての基準は次のとおりである。

1) 診 断 名

診断名は、主たる入院理由とみなされる精神障害と、それ以外に認められる精神障害とに分け、身体疾病を合併するときは、その診断名も調査した。

精神障害の診断別分類は下記のとおりとした。施設管理者の判定は、なるべくこの分類によらしめたが、これ以外の診断名によつてもよいこととし、これを専門調査員が、入院時、調査当時、退院時における状態像等を参考として検討し、下記の分類の何れかの診断名に判定した。

（診断別分類）

精 神 分 裂 病

躁 う つ 病

て ん か ん

梅毒性精神障害

中毒性精神障害 { 慢性アルコール中毒
アルコール性精神病
麻 薬 中 毒
覚 醒 剤 中 毒
その他の中毒性精神障害

その他の精神病 { 症 状 精 神 病
脳器質性精神障害
初老期精神障害
老年期精神障害
脳動脈硬化精神障害
その他の精神病

精 神 病 質

神 経 症

精 神 薄 弱

そ の 他

2) 発 病 年 月

精神障害の発病は、時期的に比較的明確なものもあるが、多分に不明確なものもある。また疾病別にみても同様のことが言えるのであり、何時を発病時期とするかの判定が区々になるおそれも多

いから、その判定基準を定めておく必要を生じた。この調査における発病の判定基準は次のように分けた。

(発病の判定基準)

「アルコール、麻薬、覚醒剤の慢性中毒」については、最初に慣習的になつた時期をとつた。

「アルコール性精神病（震せん譫妄、酒客幻覚症、コルサコフ病）」については、現在の入院動機となつた発病期をとつた。

「初老期精神病」については、初老期以後の最初の発病期をとつた。

「てんかん」については、幼小児期から引続き発作のあるときはその最初の発作の生じた時期、幼小児期に痙攣発作があり、その後発作がなく小児期、少年期以後に発作を生じたときは、後の時期を発病期とした。

「躁うつ病」については、現在の入院が最初の病相期ならばその時期を、2回目以上の病相ならば最初の病相期のはじまつた時期をとつた。

「精神病質」または生来性の「精神薄弱」については、発病期はとらなかつた。

3) 看護、指導の程度

精神障害者の看護に当つては、精神障害のために自身を傷つけ他人に害をおよぼすような症状があるときは看護者は精神障害者の言動に常に注意しておく必要があり、また一方では精神障害のために独立して日常生活を営むことができない者には、日常生活の介助、指導を必要としている。その程度は、単に疾病別によつて決まるのではなく個々の症状とその程度によつて左右されている。この調査では、看護、指導の程度を「Ⅰ看護上特に注意を要する状態」と「Ⅱ日常生活の介助、指導を主とする看護を要する状態」の2つの面から観察し、その各々を次のように分類判定した。

「Ⅰ看護上特に注意を要する状態」については、暴行、反抗、易怒、喧騒、喧嘩、煽動、逃走企図、弄火、盗癖、自殺企図、不眠、自傷、猜疑の曲解、意志悪、破衣、不潔、拒食、注意を要する発作性症状の有無および頻度に応じ、次の4段階に分けた。

第1度 「常に嚴重な注意を要する」上掲の状態が常におこるため、看護上特に嚴重な注意を要するもの。

第2度 「しばしば注意を要する」上掲の状態がしばしばおこるため、看護上の注意を要するもの。

第3度 「時に注意を要する」上掲の状態が時におこるため、看護上の注意を要することがあるもの。

第4度 「殆んど注意を要しない」特に注意を要する状態が殆んどないもの。

「Ⅱ日常生活の介助、指導を主とする看護を要する状態」については、次の判定基準により4段階に分けた。

第1度 「極めて手数のかかる介助を要する」食事、入浴、洗面、着衣、排便等の日常生活について常に介助を必要とし、看護上極めて手数のかかるもの。

第2度 「比較的簡単な介助と指導を要する」上記の日常生活は一応自ら遂行できるが、無精で身辺のことに無関心であり、着衣その他が不潔になりやすく、だらしなくなるもの。作業、手伝、遊戯等に関心がなく、やつてもすぐ止めてしまうもの。

第3度 「生活指導を要する」身辺のことは一応自ら行い、着衣その他も整うが、作業、手伝等に積極的な関心がなく、命ぜられたことだけをするもの。

第4度 「指導の要が少ない」自発的に看護者の手伝をすとか、他の患者の世話をし、積極的に作業を行うもの。

4) 予 後

在院精神障害者の予後については、調査日現在で判定し次の基準により4つに分類した。

「寛解見込」入院治療によつて完全寛解または社会的寛解に達する見込のもの。

「なお軽快見込」今後の治療により、現在よりも症状寛解する見込のもの。

「おそらく不変または増悪」今後なお治療を継続しても、症状不変のおそれのあるもの。

「不明」上のいずれにも該当せず予後判定のつかない条件にあるもの。

5) 治 療 の 効 果

退院精神障害者の治療効果は、退院または死亡時において判定し、次の基準により、3つに分けた。

「寛解した」入院治療により、完全寛解または社会的寛解に達していたもの。

「軽快した」入院治療により、完全寛解または社会的寛解には達しなかつたが、入院時よりも症状軽快に至つたもの。

「不変または増悪」治療したにかかわらず、症状が軽快せず、または却つて増悪したものおよび症状軽快に至らないうちに死亡または他の条件によつて止むを得ず退院したもの。

(c) 調 査 の 結 果

調査の結果（概要）と、それについての簡単な考察を次に述べる。

1) 在院および退院精神障害者の数、性別、年齢階級別

(1) 総 数

調査客体となつた精神障害者の総数は 9,066人であり、退院精神障害者延数は 4,651人であつた。

在院精神障害者には、調査日現在で現に在院している者のほか、特に外科手術等のため一時他の施設に在院している者、司法鑑定等のために一時在院している者も含むのであるが、精神衛生法第40条の規定による仮退院中の者は含まれていない。被調査人員 9,066人は、在院精神障害者の実数である。

退院精神障害者は、精神衛生法第40条の規定により仮退院した者を含め、昭和31年1月1日か

ら6月30日までに退院して、二度以上入退院した者は、退院の度毎に調査計上されているので、被調査人員4,651人は延数である。しかし二回以上の退院者の数は極めて少数である。

(2) 性別

在院精神障害者および退院精神障害者の性別、年齢（5才階級）別は第1表のとおりである。在院精神障害者9,066人のうち、男は5,565人で61.4%を占め、女は3,501人で38.6%であり、その比は約3対2である。退院精神障害者4,651人においても、男は2,804人で60.4%、女は1,842人で39.6%で、その比は約3対2である。昭和29年に行われた精神衛生実態調査においては、全国民中の精神障害者の男女百分比が50.8%対49.2%で、殆んど差異がなかつたのであるが、本調査における在院精神障害者と退院精神障害者では男の割合がずつと多くなっている。

第1表 性別・年齢階級別・在院退院精神障害者数 百分率

年 令 階 級	在 院 精 神 障 害 者			退 院 精 神 障 害 者		
	総 数	男	女	総 数	男	女
		実			数	
総 数	9,066	5,565	3,501	4,651	2,809	1,842
0 ~ 4	-	-	-	-	-	-
5 ~ 9	7	5	2	4	3	1
10 ~ 14	73	36	37	49	73	61
15 ~ 19	490	276	214	453	237	216
20 ~ 24	1,280	815	465	830	507	323
25 ~ 29	1,783	1,218	565	873	570	303
30 ~ 34	1,496	938	558	590	361	229
35 ~ 39	1,070	623	447	422	251	171
40 ~ 44	895	513	382	357	202	155
45 ~ 49	688	412	276	336	206	130
50 ~ 54	502	298	204	266	164	102
55 ~ 59	331	198	133	199	129	70
60 ~ 64	200	116	84	122	60	62
65 ~ 69	114	57	57	71	39	32
70 ~	131	58	73	75	43	32
不 詳	6	2	4	4	4	-
		百 分			率	
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 ~ 4	-	-	-	-	-	-
5 ~ 9	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
10 ~ 14	0.8	0.6	1.1	1.1	1.2	0.9
15 ~ 19	5.4	5.0	6.1	9.7	8.4	11.7
20 ~ 24	14.2	14.6	13.3	17.8	18.1	17.5
25 ~ 29	19.7	21.9	16.1	18.8	20.3	16.5
30 ~ 34	16.5	16.9	15.9	12.7	12.9	12.4
35 ~ 39	11.8	11.2	12.8	9.1	8.9	9.3
40 ~ 44	9.9	9.2	10.9	7.7	7.2	8.4
45 ~ 49	7.6	7.4	7.9	7.2	7.3	7.1
50 ~ 54	5.5	5.4	5.8	5.7	5.9	5.5
55 ~ 59	3.7	3.6	3.8	4.3	4.6	3.8
60 ~ 64	2.2	2.1	2.4	2.6	2.1	3.4
65 ~ 69	1.3	1.0	1.6	1.5	1.4	1.7
70 ~	1.4	1.0	2.1	1.6	1.5	1.7
不 詳	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	-

(3) 年令階級別

在院精神障害者の年令（5才階級）別にみると、20才未満の者は少く、20～39才では数においても、全在院精神障害者に対する百分率においても断然多く、殊に25～29才が最も多く、約20%を占めている。次いで40才代、50才代、10才代、60才代の順となつている。しかし、これを年令（5才階級）別の全人口に対する比率によつてみると、30～34才において最も高い。また40才以上では、数、百分率は年令と共に少なくなつてはいるが、人口比例では比較的ゆるやかに減少している。

年令（5才階級）別を男女に分けて夫々観察すると、男女とも数、百分率、人口比例において、上述の傾向と略々一致し、男女間の特別な特徴はみられない。

第2表 人口に対する在院精神障害者の割合（年令階級別）

人口に対する割合	人 口 (A)		在院精神障害者 (B)		人口に対する在院精神障害者の割合 $\frac{(B) \times 5}{(A)} \times 100,000$	
	男	女	男	女	男	女
総 数	43,846,600	45,428,300	5,565	3,501	63.5	38.5
0 ～ 4	4,770,100	4,538,000	-	-	-	-
5 ～ 9	5,647,600	5,444,900	5	2	0.4	0.2
10 ～ 14	4,854,600	4,736,900	36	37	3.7	3.9
15 ～ 19	4,293,300	4,246,000	276	214	32.1	25.2
20 ～ 24	4,159,400	4,168,300	815	465	98.0	55.8
25 ～ 29	3,764,700	3,829,200	1,218	565	161.8	73.8
30 ～ 34	2,799,400	3,335,200	938	558	167.5	83.7
35 ～ 39	2,338,000	2,812,400	623	447	133.2	79.5
40 ～ 44	2,326,300	2,621,000	513	382	110.3	72.9
45 ～ 49	2,126,000	2,215,300	412	276	96.9	62.3
50 ～ 54	1,934,300	1,922,400	298	204	77.0	46.0
55 ～ 59	1,595,300	1,586,500	198	133	62.1	41.9
60 ～ 64	1,219,900	1,265,400	116	84	47.5	33.2
65 ～ 69	904,000	1,033,800	57	57	31.5	27.6
70 ～	1,113,500	1,672,400	58	73	26.0	21.8
不 詳	200	600	2	4	**	**

注 人口は昭和30年10月における推定数である。*は省略した。

2) 診 断

(1) 主な精神障害者

在院精神障害者および退院精神障害者について、その主たる入院理由とみなされる精神障害の診断別は、第3表のとおりである。在院精神障害者については、精神分裂病が最も多く、70.0%を占め、次いで梅毒性精神障害 8.3%、てんかん 3.8%、躁うつ病 3.7%となつている。精神薄弱者で精神病院に在院している者も 3.0%程度にみられる。退院精神障害者では、精神分裂病は51.5%であり、在院精神障害者の場合より著しく少なく、本病患者の退院が遅れていることを示している。躁うつ病、神経症は夫々10.1%、11.8%で、在院精神障害者の場合より著しく高率であり、これらの患者の回転率が早いことを示している。

第3表 診断別・在院・退院精神障害者数（百分率）

診 断 別	在 院 精 神 障 害 者		退 院 精 神 障 害 者	
	数	百 分 率	数	百 分 率
総 数	9,066	100.0	4,651	100.0
精 神 分 裂 病	6,344	70.0	2,394	51.5
躁 う つ 病	336	3.7	471	10.1
て ん か ん	347	3.8	134	2.9
梅 毒 性 精 神 障 害	751	8.3	275	5.9
{ 慢 性 アル コ ー ル 中 毒 アル コ ー ル 性 精 神 病 麻 薬 中 毒 覚 醒 剤 中 毒 そ の 他 の 中 毒 性 精 神 障 害	89	1.0	106	2.3
	52	0.6	77	1.7
	10	0.1	33	0.7
	54	0.6	54	1.2
	4	0.0	20	0.4
{ 症 状 精 神 病 脳 器 質 性 精 神 障 害 初 老 期 精 神 障 害 老 年 期 精 神 障 害 脳 動 脈 硬 化 性 精 神 障 害 そ の 他 の 精 神 病	7	0.1	13	0.3
	68	0.8	41	0.9
	88	1.0	114	2.4
	152	1.7	110	2.4
	62	0.7	59	1.3
-	-	2	0.0	
精 神 病 質	127	1.4	72	1.5
神 経 症	259	2.9	551	11.8
精 神 薄 弱	273	3.0	86	1.8
そ の 他	43	0.5	39	0.8

(2) 合併する精神障害

主な精神障害のほかに、他種の精神障害を併せ持っている場合には、後者を合併する精神障害として集計した。二つ以上の精神障害を合併している者は、在院精神障害者では 278人で 3.1%を占め、退院精神障害者では 160人で 3.4%を占めている。

(3) 合併する身体疾病

精神病院にいる患者には、精神障害のみならず種々の身体疾病を合併している者があり、夫々の医療をうけているが、そのうち、相当長期間継続しているか、相当程度の医療行為を要する疾病について集計した。調査日現在で在院精神障害者のうち身体疾病のない者は93.0%、身体疾病のある者で 7.0%、そのうち結核が最も多い。退院精神障害者では、身体疾病のない者は91.3%、身体疾病のある者 8.7%でそのうち結核が最も多い。

第4表 身体疾病を合併する在院・退院精神障害者百分率

合併する身体疾病別	総数	結核	盲ろう啞	その他の 肢体不自由	全身衰弱	外科及び 皮膚科的 疾患	循環器 系疾患	呼吸器 系疾患	消化器 系疾患	その他	なし
		実数									
在院精神障害者	9,066	188	28	38	3	22	96	34	17	192	8,448
退院精神障害者	4,651	106	12	18	9	26	79	14	20	120	4,247
		百分率									
在院精神障害者	100.0	2.1	0.3	0.4	0.0	0.2	1.1	0.4	0.2	2.1	93.2
退院精神障害者	100.0	2.3	0.3	0.4	0.1	0.6	1.7	0.3	0.4	2.6	91.3

(4) 精神薄弱の程度

主な精神障害のうち、精神薄弱と診断された者は在院者のうち 273人、退院者のうち86人であったが、これを白痴、痴愚、魯鈍の3階級に分けると、第5表のとおりであった。

第5表 精神薄弱者数

程 度 別	在院精神障害者	退院精神障害者
総 数	273	86
白 痴	104	21
痴 愚	138	46
魯 鈍	31	19

3) 入院回数

精神障害者が病院から退院しても、再び入院することは少なくない。これは退院時に、何らかの理由によつて症状寛解に至っていないまま退院を余儀なくされたとか、一応症状寛解したが再び病状が悪化したとか、社会適応が失敗したとかの理由によると思はれる。在院精神障害者について、その入院が何回目の入院であるかを、診断別にみると、第6表のとおりである。入院回数は、精神病院（病室）への入院回数をいうのであつて、他科の疾病による入院は調査していない。また入院をした病院は、調査日現在で在院していた病院のみについての入院ではなく、他の精神病院（病室）への入院も計上してある。

在院精神障害者 9,066 のうち初回入院の者は5,188人で57.2%、二回以上入院している者は3,760人で46.4%、不詳117人で1.3%であつた。これを診断別にみると何れの疾病にも相当数の再入院またはそれ以上の入院回数の者があるが、精神分裂病、躁うつ病、精神病室において比較的再入院またはそれ以上の入院回数の者が多いことは、これらの疾病の特徴を示していると言つてよいと思はれる。但しこの入院回数の調査は、退院した精神障害者の再入院状況を示すものではない。

第6表 診断別，入院回数別，在院精神障害者数 百分率

診 断 名	総 数	1 回	2 回	3 回	4 回 以上	不 詳
		実 数				
総 数	9,066	5,189	2,608	803	349	117
精神分裂病	6,344	3,337	2,014	645	276	72
躁うつ病	336	177	86	39	32	2
てんかん	347	217	90	21	11	8
梅毒性精神障害	751	529	167	39	4	12
中毒性精神障害	209	126	56	14	10	3
その他の精神病	377	308	45	15	4	5
精神病質	127	66	42	9	7	3
神経症	259	195	49	12	-	3
精神薄弱	273	206	47	7	5	8
その他	43	28	12	2	-	1
		百 分 率				
総 数	100.0	57.2	28.8	8.9	3.8	1.3
精神分裂病	100.0	52.6	31.7	10.2	4.4	1.1
躁うつ病	100.0	52.7	25.6	11.6	9.5	0.6
てんかん	100.0	62.5	25.9	6.1	2.2	2.3
梅毒性精神障害	100.0	70.4	22.2	5.2	0.5	1.6
中毒性精神障害	10.00	60.3	26.8	6.7	4.8	1.4
その他の精神病	100.0	81.7	11.9	4.0	1.1	1.3
精神病質	100.0	52.0	33.1	7.1	5.5	2.4
神経症	100.0	75.3	18.9	4.6	-	1.2
精神薄弱	100.0	75.5	17.2	2.6	1.8	2.9
その他	100.0	65.1	27.9	4.7	-	2.3

4) 在院期間

(1) 在院期間別にみた在院精神障害者

在院精神障害者を在院期間によつて分けると，第7表のとおりである。在院精神障害者の中には，発病以来2回以上入院を繰り返している者もあり，この場合は，現在の入院の在院期間により分類したので，2回以上の入院者を除き，初回入院の者のみについての在院期間別の数字を併せ掲げておいた。

何れの場合も1年以下の在院期間の者が，全体の約半数となつており，長期在院の者ほど少なくなつてはいるが，2年以上の在院精神障害者が全体の35.4%，初回入院の者でも33.7%を占めていることは注目すべき事柄である。5年以上の在院者は何れにおいても13%程度いる。（これらの数字は，調査日現在までの在院期間を調査したところによつたものであり，各患者については調査日から退院までになお不定の在院期間があること，および患者により退院見込が区々であることを考慮して評価すべきである。）

(2) 退院精神障害者の在院期間

退院精神障害者のうち、在院期間3月未満の者は46.2%を占め、1年未満までの合計87.0%となつていて、2年以上の在院期間の者は5.7%にすぎない。従つて、退院精神障害者は大部分短期在院の者であり、長期在院の者の退院見込は著しくないことが想像されるが、このことは後述の予後または治療効果の調査結果により裏付けされている。

第7表 在院期間別、在院・退院精神障害者数、百分率

在 院 期 間	在 院 精 神 障 害 者		退 院 精 神 障 害 者
	総 数	初 回 入 院 者 (再 掲)	
	実		数
総 数	9,066	5,189	4,651
～ 2 月	1,898	1,226	2,148
3 月 ～ 5 月	1,228	720	1,222
6 月 ～ 11 月	1,236	696	672
1 年 ～ 1 年 11 月	1,496	799	341
2 年 ～ 4 年 11 月	2,033	1,055	222
5 年 ～	1,175	693	44
不 詳	-	-	2
	百	分	率
総 数	100.0	100.0	100.0
～ 2 月	20.9	23.6	46.2
3 月 ～ 5 月	13.6	13.9	26.3
6 月 ～ 11 月	13.6	13.4	14.5
1 年 ～ 1 年 11 月	16.5	15.4	7.3
2 年 ～ 4 年 11 月	22.4	20.3	4.8
5 年 ～	13.0	13.4	0.9
不 詳	-	-	0.0

(3) 診断別からみた在院精神障害者の在院期間

在院精神障害者を診断、在院期間別にみると、第8表のとおりである。在院期間2年以上の者では、2年以下の者に比して、精神分裂病、てんかん、梅毒性精神障害、精神薄弱の占める割合が多くなつており、精神神経症、中毒性精神障害は著しく少なくなつている。

第8表 在院期間別，診断別在院精神障害者

診 断	在 院 期 間			
	総 数	2 年 未 満	2 年 ~ 4 年	5 年 以 上
総 数	9,066	5,858	2,033	1,175
精 神 分 裂 病	6,344	3,902	1,555	887
躁 う つ 病	336	289	26	21
て ん か ん	347	213	86	48
梅毒性精神障害	751	476	184	91
中毒性精神障害	209	191	14	4
その他の精神病	377	285	62	30
精神病 質	127	95	19	13
精神 神 経 症	259	250	8	1
精神 薄 弱	278	120	77	76
そ の 他	43	37	2	4

5) 発病より入院までの期間

精神病の治療においても，早期発見，早期治療の実をあげることが治療上好ましいのであるが，精神病の発病はかなりはつきりしないものがあるし，且つ，発病してもなるべく隠蔽しようとする一般的な傾向もあつて，早期に医療を受けないでいるのではないかと思われる。この状況を初回入院の在院精神障害者4,694人について発病から入院までの期間別にみたものが第9表である。

第9表 診断別，発病より入院までの期間別初回，入院在院精神障害者数 百分率

診 断 名	総 数	実 数							不 詳
		~2ヵ月	3ヵ月~5ヵ月	6ヵ月~11ヵ月	1年~1年11月	2年~4年11月	5年以上		
総 数	4,694	1,071	436	525	629	766	841	426	
精 神 分 裂 病	3,337	693	264	359	473	616	639	293	
躁 う つ 病	177	83	19	20	15	12	18	10	
て ん か ん	217	7	7	9	11	32	115	36	
梅毒性精神障害	529	161	90	89	77	50	20	42	
中毒性精神障害	126	26	11	11	16	21	27	14	
その他の精神病	308	101	45	37	37	35	22	31	
		百 分 率							
総 数	100.0	22.8	9.3	11.2	13.4	16.3	17.9	9.1	
精 神 分 裂 病	100.0	20.8	7.9	10.8	14.2	18.5	19.2	8.8	
躁 う つ 病	100.0	41.9	10.7	11.3	8.5	6.8	10.2	5.5	
て ん か ん	100.0	3.2	3.2	4.1	5.0	14.7	53.0	16.5	
梅毒性精神障害	100.0	30.5	17.0	16.8	14.5	9.5	3.8	7.9	
中毒性精神障害	100.0	20.6	8.7	8.7	12.7	16.7	21.4	11.2	
その他の精神病	100.0	32.8	14.5	12.0	12.0	11.7	7.1	10.1	

全体として発病してから3月未満で入院する者は22.8%であり、1年までの合計では43.3%であるが、一方2年以上経つてから入院する者が35.2%もある。各疾病による発病の判定が夫々異つた基準で定められているので、疾病別の比較はできないが、個々については表により理解していただきたい。

6) 看護、指導の程度

精神病院（病室）にいる精神障害者をみると、その精神障害のために自身を傷つけ他人に害を及ぼすような極めて著しい症状を示す者もあり、或いは激しい症状はなく一見健康人と殆んど変らない言動をしている者もある。このような差は、精神病院における医療、保護または看護の濃淡を生ぜしめるが、これを単に病名のみであるが、一つの観点として、「どの位看護員の手を煩わしているか」という看護、および日常生活の指導を要する程度により大体の区分をすることができる。この程度を前に述べた「判定の基準」によつて、精神障害者の言動について看護員が注意しなければならない程度と、日常生活の介助、指導を要する程度の2面から判定した。

在院精神障害者の調査日現在における看護指導の程度は第10表に示すとおりである。要注意看護程度においても、生活指導的看護においても、中等程度の者が最も多いが、「常に嚴重な注意を要し、且つ極めて手数のかかる介助を要する者」も8.3%みられ、これに次ぐものとして「常に嚴重な注意を要し且つ比較的簡単な介助を要する者」および「しばしば注意を要し且つ極めて手数のかかる介助を要する者」は6.4%であり、これらに対しては濃厚な看護を要すると思われる。また「殆んど注意を要せず且つ指導の要が少ない者」は6.7%、「殆んど注意を要しないが生活指導を要する者」および、「時に注意を要するが指導の要が少ない者」は8.8%であるが、この中には治

第10表 現在看護、指導の程度別、在院精神障害者数 百分率

生活指導的看護	総数	要注意看護			
		I 常に嚴重な注意を要する	II しばしば注意を要する	III 時に注意を要する	IV 殆んど注意を要しない
		総数		総数	
総数	9,066	1,000	3,076	3,736	1,254
I 極めて手数のかかる介助を要する	1,162	752	377	25	8
II 比較的簡単な介助と指導を要する	3,151	198	2,152	732	69
III 生活指導を要する	3,902	49	526	2,753	574
IV 指導の要が少ない	851	1	21	226	603
		百分率		百分率	
総数	100.0	11.0	33.9	41.2	13.8
I 極めて手数のかかる介助を要する	12.8	8.3	4.2	0.3	0.1
II 比較的簡単な介助と指導を要する	34.8	2.2	23.7	8.1	0.8
III 生活指導を要する	43.0	0.5	5.8	30.4	6.3
IV 指導の要が少ない	9.4	0.0	0.2	2.5	6.7

療の結果近々に退院が予定されている者や、殆んど症状寛解に至つても何らかの理由により退院できないものを含んでいるものと思われる。

7) 治 療

精神病院には、精神障害に対する治療のみならず、身体疾病に対する医療もあるが、この調査では精神病の特殊治療と考えられているものについて、入院以来受けたことのある、または現に受けている治療を調査し、これを集計した。在院精神障害者9,066人のうち、特殊治療を受けた者は8,752人で96.5%、退院精神障害者4,651人のうち特殊治療を受けた者は4,464人で96.0%であった。これを治療種類別に集計したものが第11表であり、その治療を受けたことのある患者数で示してある。

第11表 特殊治療受療患者

特 殊 治 療	電撃療法	インシュリン療法	中枢遮断療法	性剤法	持続睡眠療法	精神外科手術	精神療法	てんかん治療	進行麻痺についての特種療法	作業療法およびレクリエーション療法
在 院 精 神 障 害 者	6,723	1,667	1,286		419	645	392	431	738	2,167
退 院 精 神 障 害 者	3,197	759	1,074		258	148	296	139	260	886

8) 在院精神障害者の予後

(1) 疾病別の予後

在院精神障害者の疾病別の予後は第12表のとおりであつた。これは調査日において、その精神障害の予後について判定したのであり、全体として寛解または軽快の見込の者は45.0%、おそらく不変または増悪の者が53.5%であつた。疾病別では躁うつ病、中毒性精神障害、神経症については予後良好であり、その他についての予後はそれほど明るい見通しはないようである。

(2) 在院期間と予後

初回入院の在院精神障害者について、その在院者と予後の関係をみると、在院期間が短いほど予後良好の者が多く、長期在院者ほど予後は暗い。2年以上在院している者1,748人のうち、「おそらく不変または増悪」と判定された者は1,449名で82.9%であるが、この大部分は一応の治療を受けたが症状が固定し、最近に大きな変化なく当分の間不変と考えられるような者が相当数含まれているのである。

第 12 表 診断別, 予後別, 在院精神障害者数, 百分率

診 断 名	総 数	寛 解 見 込	軽 快 見 込	おそらく不変 又は増悪	不 明
	実		数		
総 数	9,066	1,402	2,678	4,854	132
精 神 分 裂 病	6,344	795	1,875	3,582	92
躁 う つ 病	336	200	106	27	3
て ん か ん	347	11	124	207	5
梅 毒 性 精 神 障 害	751	46	243	450	12
中 毒 性 精 神 障 害	209	86	79	38	6
そ の 他 の 精 神 病	377	58	92	224	3
精 神 病 質	127	8	53	59	7
精 神 経 症	259	172	70	16	1
精 神 薄 弱	273	-	27	244	2
そ の 他	43	26	9	7	1
	百		分 率		
総 数	100.0	15.5	29.5	53.5	1.5
精 神 分 裂 病	100.0	12.5	29.6	56.5	1.4
躁 う つ 病	100.0	59.5	31.5	8.1	0.9
て ん か ん	100.0	3.2	35.7	59.7	1.4
梅 毒 性 精 神 障 害	100.0	6.1	32.4	59.9	1.6
中 毒 性 精 神 障 害	100.0	41.1	37.8	18.2	2.9
そ の 他 の 精 神 病	100.0	15.4	24.4	59.4	0.8
精 神 病 質	100.0	6.3	41.7	46.5	5.5
精 神 経 症	100.0	66.4	27.0	6.2	0.4
精 神 薄 弱	100.0	-	9.9	89.4	0.7
そ の 他	100.0	60.5	20.9	16.3	2.3

第 13 表 在院期間別, 予後別, 初回入院在院精神障害者数, 百分率

在 院 期 間	総 数	寛 解 見 込	軽 快 見 込	おそらく不変 又は増悪	不 明
	実 数				
総 数	5,189	945	1,584	2,571	89
～ 2 カ 月	1,226	526	512	153	35
3 カ 月 ～ 5 カ 月	720	219	331	161	9
6 カ 月 ～ 11 カ 月	696	108	259	307	22
1 年 ～ 1年11ヵ月	799	48	241	501	9
2 年 ～ 4年11ヵ月	1,055	34	190	820	11
5 年 ～	693	10	51	629	3
	百 分 率				
総 数	100.0	18.2	30.6	49.5	1.7
～ 2 カ 月	100.0	42.9	41.8	12.5	2.8
3 カ 月 ～ 5 カ 月	100.0	30.4	46.0	22.4	1.2
6 カ 月 ～ 11 カ 月	100.0	15.5	37.2	44.1	3.2
1 年 ～ 1年11ヵ月	100.0	6.0	30.2	62.7	1.1
2 年 ～ 4年11ヵ月	100.0	3.2	18.2	77.8	1.0
5 年 ～	100.0	1.4	7.4	90.8	0.4

9) 治療効果と退院事由

(1) 疾病別の治療効果

退院精神障害者において治療効果を疾病別にみると第14表のとおりである。全体として78.7%が寛解または軽快している。治療効果の少ない疾病はてんかん, 梅毒性精神障害, その他の精神病, 精神病質, 精神薄弱であつた。

(2) 在院期間別の治療効果

退院精神障害者の在院期間と治療効果との関係を示すものが, 第16表である。在院期間が短い者が治療効果があがつており, 長期在院者は, 不変又は増悪の状態退院する者の割合が多くなつている。

(3) 退 院 事 由

退院精神障害者は, 病状が退院して差支えない程度になつたとき退院すべきであるが, 実際にはその他の理由による場合もあり, その事由別状況は, 第15表のとおりである。この表の「その他」の項には司法鑑定等のため, 一時的に入院していた者等が含まれている。

第 14 表 診断別, 治療効果別, 退院精神障害者数, 百分率

診 断 別	総 数	寛 解 した	軽 快 した	不変又は増悪
実 数				
総 数	4,651	1,769	1,893	989
精 神 分 裂 病	2,394	840	1,067	487
躁 う つ 病	471	305	137	29
て ん か ん	134	21	82	31
梅 毒 性 精 神 障 害	275	40	114	121
中 毒 性 精 神 障 害	290	140	108	42
そ の 他 の 精 神 病	339	83	112	144
精 神 病 質	72	16	30	26
精 神 経 症	551	309	194	48
精 神 薄 弱	86	-	29	57
そ の 他	39	15	20	4
百 分 率				
総 数	100.0	38.0	40.7	21.3
精 神 分 裂 病	100.0	35.2	44.5	20.3
躁 う つ 病	100.0	64.7	29.1	6.2
て ん か ん	100.0	15.7	61.2	23.1
梅 毒 性 精 神 障 害	100.0	14.5	41.5	44.0
中 毒 性 精 神 障 害	100.0	48.3	37.2	14.5
そ の 他 の 精 神 病	100.0	24.5	33.0	42.5
精 神 病 質	100.0	22.2	41.7	36.1
精 神 経 症	100.0	56.1	35.2	8.7
精 神 薄 弱	100.0	-	23.7	66.3
そ の 他	100.0	38.5	51.3	10.2

第 15 表 退院事由別, 退院精神障害者

退 院 事 由	退院精神障害者数	百 分 率
総 数	4,651	100.0
治 癒 又 は 軽 快	3,337	71.7
経 済 的 事 由	409	8.8
仮 退 院	62	1.3
死 亡	282	6.1
そ の 他	561	12.1

第 16 表 在院期間別，治療効果別退院精神障害者，百分率

在 院 期 間	総 数	寛 解 し た	軽 快 し た	不 変 又 は 増 悪
	実 数			
総 数	6,451	1,769	1,893	989
～ 2 カ 月	2,148	842	826	480
3 カ 月 ～ 5 カ 月	1,222	570	512	140
6 カ 月 ～ 11 カ 月	672	253	291	128
1 年 ～ 1年11ヵ月	341	87	157	97
2 年 ～ 4年11ヵ月	222	16	90	116
5 年 ～	44	1	16	27
不 詳	2	-	1	1
	百 分 率			
総 数	100.0	38.0	40.7	21.3
～ 2 カ 月	100.0	39.2	38.4	22.4
3 カ 月 ～ 5 カ 月	100.0	46.6	41.9	11.5
6 カ 月 ～ 11 カ 月	100.0	37.7	43.3	19.0
1 年 ～ 1年11ヵ月	100.0	25.5	46.1	28.4
2 年 ～ 4年11ヵ月	100.0	7.2	40.5	52.3
5 年 ～	100.0	2.3	36.4	61.3
不 詳	100.0	-	50.0	50.0

10) 治療費支払区分

調査日現在の在院精神障害者の治療費用支払区分別は，第17表のとおりであつて，最も多いのは，生活保護法にもとづく医療扶助によるもので全体の 44.0% を占め，次いで社会保険によるものが 31.3%，精神衛生法にもとづく措置入院によるものが14.5%，全額自費8.5%，その他1.7%であつた。

第 17 表 現在の費用支払別，在院精神障害者

費 用 支 払 別	在 院 精 神 障 害 者	百 分 率
総 数	9,066	100.0
全 額 自 費	772	8.5
社 会 保 険	2,839	31.3
生 活 保 護	3,983	44.0
措 置 入 院	1,322	14.5
そ の 他	150	1.7

(加藤正明)

2. 精神病院関係法規の各国における動向

Current Trends of the Legislation relating to Mental Hospital in the World

最近の精神医学，ことに精神障害治療法の進歩によつて精神病院の様相は漸次変りつつあり，また一般社会の精神病患者に対する関心も高まり，精神病院の果たすべき社会的機能はますます大となつてきている。これらの事情は精神病院のあるべき姿の改革を要求し，精神病院に関する法制もそれに則して改正されなければならないという声は，わが国においても次第に切実なものとなつていく。精神病院がその機能を充分にかつ正しく遂行できるためには精神病院の運営が法的にどのように規定され，どのように根拠づけられているかということが重大な関係をもつ。もちろんこのような法規は文化，伝統，各般の社会制度，経済事情，さては精神病院その他関係施設の発達程度など，それぞれの国情に応じて国により異なるけれども，その比較研究はわが国の精神病院の一その進歩改善を計るための方策を樹立する上に益するところが大であろう。

同一の趣旨にもとづいて国連世界保健機構（WHO）においても世界各国の精神衛生関係法規の改善に多大の関心をよせ，1953年以来，各国の精神障害者の治療保護に関する法規を収集し詳細な比較検討を行つてくわしい報告書を1955年に刊行している。以下同報告書のうちのいくつかの部分に要約して紹介しよう。

* Hospitalization of Mental Patients, A survey of existing Legislation. 1955 World Health Organization による。

は　じ　め　に

1) 精神病院の歴史

中世においていくつかの僧院の中には精神病患者が収容されていたが，特に彼らを保護するための癲狂院（Asylum）を始めて設けたのは回教寺院であつて，その考えは東方から伝来したといわれている。ヨーロッパでは London の Bethlem Hospital が1403年に始めて癲狂院として用いられ，ついで1408年にスペインの Valencia に第二の施設が作られた。一般総合病院の中に始めて精神病患者が収容されたのは1756年に北米の Pennsylvania においてであつた。

もちろんこれらの初期の施設は精神障害者を治療し保護する目的のものではなくて，単に兇暴患者を隔離するためであり，牢獄に等しく，また事実しばしば牢獄がその目的のために使用されていた。そして残念なことには現在でもこのやり方が世界から全く消失した訳ではない。

極めて徐々にではあつたが，病者に対するより人道的な考えが生れてきた。1792年に PINEL は Paris の Bicêtre 病院に30年もの鎖につながれていた50名の患者を鎖から解放した。彼の教えを

受けた ESQUIROL は Salpêtrière の病院で多くの改革を実現し、FERRUS は患者のための作業用農場を Bicêtre に開いた。これらの先覚者に刺戟されて 1838 年にまずフランスにおいて精神病院設立についての立法がなされた。

英国での病院改革は WILLIAM TUKE および LINDLEY MURRAY の指導のもとにクエーカー教徒によつてなされ、1813年に York 収容所が創設され、ここでは "asylum" "mad house" などの名称はすてられた。ここでは道徳的に気持の育成につとめ、労働による治療が行われた。

他の欧州諸国では、とくにアイルランド、イタリー、ドイツにおいて、PINEL の影響をうけていくつかの改革が行われた。

米国には英国のクエーカー教徒により改革が伝つて1817年に Pennsylvanid に Friends Asylum が創設された。既に1783年以来、BENJAMIN RUSH は Pennsy Ovania General Hospital で人道的な考えでの治療を始めていた。

米国においてなされた改革が再び DOROTHEA DIX によつて英国に導入され、1885年には、VICTORIA 女王は Scotland の精神病院の状況について Royal Commission に諮問し、その報告書は新しい病院形態の誕生を促した。

19世紀の後半になつて精神障害者治療が次第に科学的に行われるようになるにつれて、施設がいろいろに分化する傾向が現われた。すなわち、精神薄弱については、フランスで、Salpêtrière および Bicêtre の病院で特に SÉGUIN の指導の下に白痴児の収容が始められ、スイスでは GUGGENBÜHL により、ドイツでは SAEGERT により、さらに、デンマーク、英国に同様の施設が開かれ、その運動がアメリカに伝わつて1848年には Massachusetts に精神薄弱児のための最初の州立施設ができた。

てんかん患者のためのコロニーはまず1867年ドイツの Bielefeld の近くにつくられ、その後各国にも、例えば米国では1893年にてんかん患者のための Ohio Hospital が設立された。

また最近は激増する老人患者のための別の施設をもとうという気運が興まつてきている。

精神障害者は法的に責任能力がないということは早くから認められていたが、犯罪を犯した精神病患者に対する特赦の制度が始めておかれたのは14世紀の初期に英国においてである。犯罪精神病患者に対する特別の施設は1859年に New York 州におかれた。

アルコールその他の薬物中毒者は最近まず多くの国では刑法によつて扱われていたが、一世紀来漸次それはむしろ医療の問題であると考えられるようになって、中毒者のための特別の施設が、特にスイス、米国において開設されはじめた。

以上のような特別の施設の外に慢性のおとなしい患者を個人の家庭に下宿させて保護しようという制度も、特にベルギー、オランダ、スイス、スコットランドおよびスカンジナビヤ諸国に普及している。有名なベルギーの Gheel のコロニーは精神病患者に対する宗教的奇蹟に源を發している。同様のコロニーがフランスでは Dun-sur-Auron (1892)、Ainay-le-château (1897) に開かれ、(前

者は女性のための、後者は男性のためのものである）、ドイツでも1860年以来この種のファミリーケヤーが実施されている。

2) 関係法制の発達歴史

既にローマ法典には精神病者の市民権ならびにその財産についての規定があつた。1320年にはイングランドにおいて白痴および精神病者のもつ土地を保護する規定が制定された。しかしこのころの立法は精神病者の保護というよりも、その財産の管理に重点がおかれ、病者自身の保護という観点からの法制は18世紀末になつて、始めて現われた。すなわち英国が1774年に精神病院 (Mad house) の認可および査察の制度を制定したのがその嚆矢である。

1838年にはフランスにおいて精神病院についての立法が行われたが、同法令に見られるように、病院増設の必要が増大するにつれて、周囲の一存だけで病者が施設におしこまれる弊害を防止するために、入退院の手続を法的に規定しようという動きが現われてきた。しかしなおしばらくは、公安上から病者を社会から隔離することが主眼点になつていたために、入退院は主に司法関係行政関係の機関によつて管理されていた。その後施設の充実するにつれて、もつと簡便な手続で入院できるような考慮がめぐられるようになった。また、収容されることに反対する提訴をしたり、ある権威づけられた機関に入院についての審査を要求したり、施設と関係のない機関が精神病院を査察したりするなど、入院患者の人権を擁護するための制度が実施されるようになった。

末尾に掲げる表をみてもわかるように、最近50年間に多数の国が精神障害者に関する法令を公布実施している。その中に特に1838年公布のフランスの法律ならびに1890年公布の英国の法律を模範としているものが多く、その影響が大である。なかにはペルーやポルトガルのように社会内に現われるすべての精神医学的保護の問題を広く扱おうとしているものもある。

現在いくつかの国は現行法規が今や現代にふさわしくなくなつていくことに気づいて、その改正を考慮している。

本報告書で比較検討された各国の法令の中で最近新たに制定されたものとしては、フィンランド (1952)、ドイツ (Bavaria, Berlin, Hosso, 1952)、アメリカ合衆国 (Utah, 1951)、カナダ (Ontario, 1950; Quebec, 1950; Saskatchewan, 1950; British Columbia, 1948)、ペルー (1950)、日本 (1950)、北アイルランド (1948—1953)、アルランド (1945)、およびポルトガル (1945) などがある。その他の国では、例えばイングランドおよびウエールズでは1890年の法律がその後幾度か改正されて今日に及んでいるように、19世紀、または今世紀初めに公布された法令が改正されて今日も実施されている。アメリカでは州によりいちじるしく制度を異にしているのでその比較は非常に困難である。

3) 用いられている言葉

法文中にどのような言葉が使用されているかはその法令の背景となつている思想を表現するものとして興味あることである。

古い法律には精神障害者を忌みきらい蔑視するような印象の言葉が多く用いられていたが、次第に病者に対する悲愴な烙印をとり除こうという意図が強くなった。まず「精神疾患」または「精神病者」については、アメリカ合衆国では最初に Pennsylvania州が「狂気 (insanity), を「精神疾患 (mental illness)」に改め、1950年にはほとんど半数の州は「狂人 (insanity)」という語を廃して「精神障害者 (mentally ill)」と改め、イングランドおよびウェールズでは1930年に「気狂人 (lunatic), を「精神的不健康者 (Person of unsound mind)」と改正し、その他の多くの欧米諸国も、現在は、例えば "mentally diseased (Canada, Manitoba法)", "malades mentaux (フランス, 1948)" など同様の言葉を用いている。

これらの言葉を例えば Minnesota州では "any person of unsound mind and in need of treatment, control and care" と定義し、

New York州では "any person afflicted, with mental disease to such an extent that, for his own welfare or the welfare of others, or of the community, he requires care and treatment" と定義している。

「精神病院」という言葉についても、"mad house", "lunatic asylum", "etablissement d'aliénés" などという言葉が、"mental hospital", "hospital for the mentally ill", "hopitux psychiatriques" などと改められている。

(a) 入 退 院 規 定

1) 自由意志による入院 (Voluntary admission)

精神医学の進歩につれて病者がまだ反社会的行為を何も示さない早期に診断し治療できるようになると、これらを公安上隔離を必要とする危険な患者を同一の規定で入院させることは本人にとつてもまた周囲にも好ましくない影響を与えることが明白になった。既に1838年のフランスの法律では行政命令による入院の外に医師の診断書により入院の制度が採用され、この法律はその後の各国の立法に多くの影響を与えている。この問題と関連しての最も重要な手続上の進歩は自分が入院治療を必要とすることを自覚できる。もしくは入院するよう説得させることのできる患者に対する自由入院制度の実施であつた。

この制度を実施している多くの国では自由入院を希望する患者は自ら申請書を提出することを要求している。いくつかの国では若年者についての特別の規定があり、例えばフィンランドでは15才以下、イングランドおよびウェールズ、スコットランドなどでは16才以下、西オーストラリアでは21才以下の場合は両親もしくは後見人の署名がなければ自由入院できない。反対にニュージーランドでは21才以下の者はすべて自由入院の対象とはならない。

ノルウェーでは申請書に2人の証人の署名を必要とし、うち1名はかかりつけの医師でなければならぬ。ユーゴスラビアのように証人は申請書提出時に病院に出頭し、院長の面前で署名しなけ

ればならないところもある。しかしオランダでは患者自身が口頭で申請すれば、一般病院入院の場合と全く同様に外に何の手續も必要としないことを明確に規定しており、ベルギー、フランスなども法的には何も規定していないが、現実にはオランダと同様に完全に患者の自由意志による一般病院入院の場合と同様の入院があたり前となつている。

自由入院に申請書提出を必要とする国では多くは申請書は院長に提出され、院長が可否を決定する。

イングランドおよびウェールズ、スコットランド、フランス、イタリー、オランダ、スウェーデン、スイス (Bern, Vaud および Zurich の諸州) などでは申請書に診断書を附する必要はないが、ブラジル、デンマーク、ポルトガル、スペイン、スイス (Geneve州) などでは医師の診断書を添附する必要がある。

自由入院制度の重要な点は患者をある一定期間以上彼らの意志に反して入院させておくことができないということである。すなわち患者が多くは文書によつて、院長に退院の意志を表明した場合には自由に退院できることである。多くの国ではこの場合一定の予告期間を規定している。例えばイングランドおよびウェールズ、アイルランドなどでは72時間前、西オーストラリアでは24時間前、ノルウェーでは14日前に予告しなければならない。しかしデンマーク、フィンランド、フランス、オランダ、ポルトガル、スペインなどではこのような予告期間も必要としない。

しかしいずれの場合でも院長はもし社会もしくは本人の福祉のために更に入院を必要と判断した場合には退院の申出を拒否できる。

オーストラリア (Queensland)、イングランドおよびウェールズ、アイルランドなどでは、もし自由入院患者が入院継続を欲するや否やを自ら表明することができなくなつた場合には、最早自由入院患者として28日以上入院していることはできなくなり、その後は退院するか、あるいは "Person of unsound mind" として次にのべるような他の手續にきり変られる。

なお全精神病院入院患者のうちどの位自由入院患者がいるかという点、イングランドおよびウェールズでは1952年に70% (72,069名中50,281名)、フランスでは1952年に31% (41,300名中12,900名)、スコットランドでは67% (7,956名中5,375名)、アメリカ合衆国の州立病院では1949年に約10% (138,253名中13,848名) が自由意志による入院であつた。

2) 自由意志によらない入院 (Involuntary admission)

(1) 診断書にもとづく入院

本人の承諾がなく、その意志に反しても、医学的の認定があれば入院させることができる制度も各国で実施されており、専門的知識をもたない人の判断で入院が決めることの害を防ぎ、本人にとって必要な治療を早く受けさせることができる。それは治療のための対策であり、スペインの法律には、医学的適応にもとずいての自由意志によらない入院は治療のために自由を剝奪するものではないことが明記されてある。なんでもない人をその意志に反して収容するような人

権擁護のためのいろいろの対策が構ぜられている。

この制度をすべての国が実施している訳ではない。またある国では司法的手続と平行して実施され、ある国では一時的入院のみ適用されている。

(2) 診断書にもとづく一時的入院

"unsound mind" とは認められないが一時的治療が役に立つと認められ、しかも自由入院には不適当なものに対して一定期間医学的診断にもとづいて入院の処置をとることができるという制度がイングランドおよびウェルズ、アイルランド、オーストラリア、カナダ、南アフリカ連邦などの英語を使用する国々において実施されている。北アイルランドでは自由入院以外の患者はすべて最初はこの手続によつて入院する。

以上の国では配偶者その他の近親が病院長に申請書を提出する。イングランドおよびウェルズではその外にいわゆる Duly Authorized Officer (わが国の精神衛生担当吏員と民生委員とを兼ねたようなものである) が申請することもできる。申請書には2名以上の医師(例えばイングランドおよびウェルズではかかりつけの医師1名および保健省より特に指定された医師1名)の診断書を必要とする。カナダではこの種の患者は特に短期間の保護のために指定された病院にまず入院することになっている。

この手続による入院の期間は北アイルランドでは1カ年、カナダでは3カ月あるいは4カ月、その他の国では6カ月に限られ、必要に応じて病院長の判定、もしくは家人の申請によつて更に6カ月もしくは1カ年延長できる。

退院させる権限は院長に委ねられている国が多いが、院長の助言によつて衛生局長が退院命令を発することになっている国もある(オーストラリア、南ワージヤ)。

(3) 診断書にもとづく長期入院

多くの国では医学的診断があれば長期治療のために病者を直接精神病院に入院させることができる。申請は通常親その他の親族、あるいは後見人がすることになっていて、誰がこの申請を提出できるか、その順位もしばしば法文中に規定されている。もしそれらの人がいないか、申請を拒否したりする場合には指定された公共の機関が申請できることになっている国もいくつかある。例えばデンマークでは Social Commission、もしくは警察、スウェーデン、フィンランドでは、衛生局長、社会局長または警察、ブラジルでは病院長、精神科外来医長、社会福祉局などがその申請をすることができる。

いくつかの国ではこの申請書は一定の機関の認証を要する。オーストラリアでは治安検事または牧師、ベルギーでは市長、ギリシヤでは警察委員会または市長がそれに認証を与えなければならない。アメリカ合衆国では11州が司法的手続による入院とならんでこの制度を実施している。

必要な医師の診断書は一通もしくは二通でカナダの6州では2名の医師がそれぞれ別個に診断し、立会人の前で署名しなければならない。アイルランドでは申請書は指定医に提出され、その

場合その医師は24時間以内に診察を行わねばならない。そして彼は被申請者が"Unsound mind"であるということの外に、6カ月間の治療を要することを証明しなければならない。スペインでは診断書は一通で充分であるが、病者および入院しようという病院のいずれの医員とも関係のない医師の署名を必要とする。

病者を退院させる権限は多くは院長に委ねられており、入院申請者にその旨を通報するよう定められていることが多い。病状が回復する以前でも親その他の親族または申請書に署名した機関の要求があれば退院できることになつている国もあるが、この場合でも院長は、不適当と認めればそれを拒否できる。家人などからの退院要求を院長が拒否した時にはフィンランド、フランス、スウェーデンなどのように、Board of Control、その他の医療中央機関、司法機関などに更に提訴できるところもある。

(4) 司法命令による入院

現在なお多くの国では司法機関からの入院命令が通常の入院手続となつている。例えばアメリカ合衆国(1949年)では州立病院入院患者の70%以上は司法命令によるものである。イングランドおよびウエルズでも1930年の精神病治療法(Mental Treatment Act)施行前はそうであつたし、英連邦のいくつかの国では現在もそうである。カナダの3州(Alberta, British Columbia, Newfoundland)でも普通は司法手続によつて入院しており、他の州では本人の診察を拒否したり、公安上危険な場合にこの手続を適用している。またドイツ(Bavaria, Berlin, Hesse)やイタリアでも、本人および周囲にとつて危険な状態にあるものを本人の自由意志によらないで入院させるときはすべて司法命令によつている。

如何なる司法機関が入院命令を発するかは国により異なるが、多くは判事である。

申請書は配偶者または親族が提出するところが多いが(イングランドおよびウエルズ、イタリア、オランダ、ニュージーランドなど)、ドイツ共和国連邦では家族の求めによつて地方行政当局が申請する。親族が申請しなければ治安官その他の吏員が申請することになつている国が多い。申請書は診断書を附して司法当局に提出され、そこでは専門家の意見を聴取して入院を指令する。

司法命令による入院の期間はオーストラリアのように不定期なところもあり、イタリアでは15日間の観察入院命令と不定期の入院命令の2本立であるが、多くの国では1年前後に定められ、必要に応じて更新できることになつている。

退院命令は多くは院長が発し、院長が退院許可を拒否したときは裁判所が決定し、その他訴願の道が構ぜられている。

(5) 行政機関よりの入院命令

若干の国では自由意志によらない入院は司法命令ではなくて行政官庁の発する命令によつて行われている。当然のことではあるが、本人もしくは周囲に危険を及ぼす病者にのみこの処置がとられるので、しばしば次項にのべる緊急入院と重複する。ルッセンブルクでは医師の証明が得ら

たときのみ市町村は入院命令を発する。フランスでは公共の秩序を害し "Ordre de placement d'office" を発するに相当する場合には医師の証明を必要とせず、知事は入院命令を発することができる。ノールウェーでは精神病者が殺人、放火、暴行などの行為を犯し、または犯そうとして、医師の証明がある時には行政処置で入院の手続がとられる。

3) 緊急入院

突然のはげしい亢奮、自殺のおそれなどがある緊急の場合に容易に病者を病院に収容できるための処置が多く、多くの国で実施されている。この場合には正規の手続をふむことを必要としないか、または、ある一定の期間その手続の履行は猶予される。ある国では親族知己、医師からの要求にもとづいて院長の権限で病者を入院せしめることができ、ある国では警察司法、行政関係が医師の証明を経て、もしくは証明がなくとも命令を発することができる。

いずれの場合でもこの場合の身柄拘束の機会はいはしい観察、もしくは正規の手続を決定するに必要なだけの10日前後の短期間に限られている。病院は収容後直ちに、多くは1両日以内に治安官、知事、公衆衛生局などに届出るとともに診断書を提出しなければいけない。

ベルギー、デンマーク、イングランドおよびウエルズ、フランス、イタリア、オランダ、ノールウェー、スウェーデン、スイス、アメリカ合衆国(30州)などがこの制度を実施している。

4) 観察のための入院

いくつかの国では精神状態を詳細に観察し診断、治療方針を明確にするための入院の制度が実施されている。この場合、デンマーク、フィンランド(2名の証人の署名を要す)、スウェーデン(同上)などのように自由入院によるものもあり、イングランドおよびウエルズ(当該吏員、警察、裁判所の命令)、アメリカ合衆国の30州(司法命令)などのように強制入院によるものもある。

イタリア、スペインなどでは自由意志によらないすべての入院は最初は観察のための入院であり、その期間はイタリアでは15日間、スペインでは6カ月以内とされている。

いずれの国でも観察のための入院は一定期間に限られ、その期間はイングランドおよびウエルズ(3日~14日)、北アイルランド(14日)、ドイツ共和国連邦(3カ月)、デンマーク(6カ月)など長短さまざまであり、必要に応じ更に期間を延長するか、他の手続がとられる。

5) ファミリー・ケア

寛解は期待し得ないが適当な指導があれば家庭生活のできる患者、もしくは社会再復帰を準備する段階にある軽快患者を個人の家庭に委ねることは、定員を超過して患者を収容して病院の負担を軽くするのみならず、このような患者を病院内にとどめておくための本人に対する好ましくない影響を防ぐことができるので、多くの国でファミリー・ケアが実施されている。家庭への委託は本人が入院していた病院によつて行われ、委託中はその病院が指導の責任をもつ。

篤志家に補助金を交付して病者を委託する制度は特にベルギー、オランダ、スイス、スカンジナビヤ諸国で盛に行われている。カナダでも一家庭につき4名以内の制限で foster-home に病者が

委託されている。イングランドおよびウェルズではこの制度はあまり実施されていない。オランダでは1ホームにつき3名以下の患者が委託されるが、法的にはこのホームは病院の一部であり、従って自由入院患者のみならず強制入院患者もホームに預けられている。アメリカ合衆国でも9州がこの制度を実施し、更に3州が実施を計画している。

(b) 病者の権利の擁護

病者の権利の保護のために各国は多大の関心をもつて各種の対策が構じられている。

立法者が特に留意している点は故意の入院もしくは正当な理由なしに病者を病院内にとどめておくことの防止であり、前述のように入院を申請し得るもの、診断する医師など入院に関する手続を細かに規定しているのもそのためである。しかしそれでもなお病者の人権擁護に不十分なところが多いので、各国は更に次に述べるように、あるいは病院長に入院患者についての届出、入院後の経過についての義務を課し、特別の病院査察制度を実施し、入院もしくは不当な処置に反対しての訴願の道を開くなどの対策がとられている。

1) 入院の通告

病者が正当の理由なしに入院させられたり、不必要に長く収容させられたりして、しかも国民の権利擁護に責任のある機関がそれを何も知らないということのないようにするために、多くの国では入院してきた患者について特定の機関にその旨を通告し、かつ、その身心の状態を入院と同時に、また入院後もある一定の期間毎に報告するよう病院長は義務づけられている。またある国では各入院命令は一定の期間経過後にはその都度、院長の報告にもとづいて更新しなければならないように定められている。二、三の国の状態を次に例示したい。

イングランドおよびウェルズでは入院患者毎に申請書ならびにそれに添附された診断書の写と共に入院後2日以内に Board of Control に届出なければならない。更に一時 (temporary) 入院および鑑定 (certified) 入院の患者について入院後1週間以内に医学的のレポートが Board of Control に提出され、入院後も一定期間毎に報告しなければならない。

フランスでは家人の申請にもとづいて入院した患者については知事に24時間以内に届出て、さらに15日以内にその状態を報告する。行政命令による入院患者については6カ月毎に報告する。知事はまた治安官、市長に入院について通告する。

ベルギーでは市長、保安検事、州判事、病院委員会などにすべての入院について24時間内に通告され、入院第6日には医学的のレポートが保安検事に送付され、3カ月目毎に患者の記録の抜すがその患者の入院命令を発した機関に送付される。

2) 病院査察および特別審査

不当な留置をふせぐ極めて有効な対策として多くの国は特別の精神病院査察制度を実施し、また入院患者について特別の審査を行う権限を与えられている機関職員がおかれている。査察は保健省、

公衆衛生局, Board of Control などの中央機関の代表者もしくは地方機関職員によつて行われる。査察官は Inspector または Visitor とよばれ, 年に数回, 多くは予告なしに病院を訪問し, 前回の査察以後に入院した患者に面接し, 病歴その他査察官の要求するすべての書類は査察官に提出される。査察官は医師および司法畑より選ばれ, 北アイルランドなどいくつかの国ではその中に婦人を加えるよう定められている。

この制度はオーストラリア, ベルギー, イングランドおよびウェルズ, フィンランド, フランス, ギリシャ, アイルランド, イタリア, オランダその他多くの国で実施されている。

イングランドおよびウェルズの制度は Board of Control を中心にして施行されている。

Board of Control の委員 (Commissioner) はすべての精神病院を何時でも訪問することができるが, 各病院は特に年に少くとも 1 回は全入院患者の様子について 2 人以上の委員 (1 名は医師, 1 名は法律関係) の査察を受けねばならない。各病院の病院管理委員会 (hospital management committee) の 2 名の委員は 2 カ月に少くとも 1 回は病院全体の様子を見て廻らなければならない。入院後 1 カ月以内の患者には病院管理委員会の 2 名の委員との面接がある。

フランスでは公共施設は 6 カ月に 1 回保安検事の訪問を受ける。その他知事, 市長, 治安判事, 監督判事の査察があり, 公衆衛生省の査察官は時おり精神病院の査察を行なう。アメリカ合衆国でも 4 州を除いて各州には査察制度があり, 査察は立法委員会 (24 州), State Board of Visitors (5 州), Hospital Board of Visitors (5 州), 大陪審員 (3 州) などによつて行われる。

3) 不当の留置, 退院要求が拒否された場合, 不適切な治療に関する訴願

多くの国において不当に精神病院に留め置かれていると思われる場合に本人, その親族知己は査察官, 司法機関, もしくはそのための特別の上訴機関に訴願することができるようになっている。

デンマークでは 1953 年以来司法命令によらない病院収容の正当性について法廷に訴えることができるようになった。

オランダでは強制入院による患者は何時でも査察官, 治安検事に書面を出すことが認められている。

イングランドおよびウェルズでは, すべての入院患者は査察官または病院管理委員会委員にその病院訪問後に個人的面接を要求する権利が与えられている。

もし病者が退院を申し出て, その申し出が院長の判断により拒否された際に, 病者はそれに対する訴願を精神衛生局長または査察官 (オーストラリア), 査察委員会 (ブラジル), 法廷 (デンマーク, フランス, オランダ), Board of Control または病院管理委員会 (イングランドおよびウェルズ), State Medical Board (フィンランド), などに出すことができる。

上記の査察制度の主目的は入院患者が不適切に治療処遇されないようにすることであり, このために多くの国で査察官は如何なる時でも病院を査察する権限を与えられ, また病者およびそのは査察官に苦情を申し出すことが許されている。病者に対する身体的拘束の使用がきびしく制限さ

れていることはここに改めて述べるまでもないであろう。

(c) 今後の動向

現在の法制をさらに改善するために、すでにいくつかの国で改訂草案が企画立案されている。その一つの重要な傾向としては精神障害者に対するより人道的な態度を鮮明にするため使用する用語を改正しようとしている。

さらにしばしば主張されていることとしては、予防的対策、早期治療のための外来入院施設を広く包含して、地域社会の中での十分な精神医学的活動を法的に規定しようという意見がある。

まだ実施されていないが、ある国では次のような構想が考えられている。本人または周囲にとつて危険があつて精神医学的保護を必要とし、しかも自ら治療保護を欲しない精神障害者はまず、その自宅もしくはその他精神病院外のところに居住したまま、精神医学的ソーシャルサービスによる指導の下におかれる。

もし入院を必要とするようになれば一寸した手続で病院に移され、退院すれば自動的に精神医学的ソーシャルサービスの指導に委ねられるというのである。また一般に入院の手続はできるだけ簡便にすべきだと考えられている。

強制入院は医師の証明のみによつて行われるべきだという意見もあり、また精神病院長により大なる権限を与えて病院に直接入院できるようにすべきだという意見もある。

司法入院命令についても長期にわたる強制入院は司法命令によるべきだとか司法機関の介入は、もし必要ならば、入院後のコントロールに限るべきだとか、いろいろの意見がある。

いくつかの国では特殊のカテゴリーの精神障害者、殊に精神薄弱者の保護のための特別の立法の必要が痛感されている。その他老人精神障害者、中毒者に対する特別の施設をもつことが主張されている。しかし反面このように施設が分化するほど必要な職員をそろえることがむずかしくなり、また同様の障害をもつもののみがかたまつて正常の社会的接触をもつことが阻害されるというマイナスの点も考えなければならない。

病院長により大なる権限を与えて退院の手続を簡便にすべきだという説もあるが、医師と法律家による特別の退院に関する委員会を設けるべきだという考えもある。

しかしいずれにしても精神障害者処遇上の改善は進歩的な法令の字句よりもその精神の反映であり、精神病院内のより治療的な雰囲気、"therapeutic community"の形成に帰着するという言葉で本報告書は終つている。(岡田敬蔵)

3. 各国の優生対策

Eugenic Sterilization in United States of America and European Countries.

人類遺伝学の立場から遺伝性疾患防止の対策として優生手術が取り上げられているが、これを一つの行政上の政策として実施することには更に種々の観点からも考察せねばならないので、国によりその考え方がさまざまである。わが国では昭和23年7月制定、30年8月改正の優生保護法が実施されているが、この法律は現在主として人口調節の観点から適用されていることは周知のことである。例えば昭和31年には総数43,255（男1,528, 女41,727）の優生手術が実施されたが、その中の41,273（男871, 女40,402）すなわち95.4%（男57.0%, 女96.8%）は「妊娠又は分娩が母体に生命の危険をもたらすおそれのあるもの、もしくは「現に数人の子を有し、かつ分娩ごとに母体の健康度をいちじるしく低下するおそれのあるもの」で、母体の生命健康の保護という医学的見地もしくは社会的見地からのものであり、遺伝学的見地にもとづくものは僅少である。

二、三の文献にもとづいて米国およびその他若干の国々で現在優生対策がどのような状況にあるかをながめてみよう。

* CLAUDEHCE J. GAMBLE.: Eugenic sterilization, A. M. J. A., Vol 151. P 664, 1953., Vol 147, P 1595. 1951., Vol 144, P 783, 1949,
IV Hauptbericht, 28 Jahrgang der Dent. Gesellschaft f. Gynaekologie. Arch. f. Gynaekolog. Bd 180.
289. 1951 による

(a) ア メ リ カ

現在27州で精神的身体的の遺伝性障害がある場合に州政府機関（多くは Eugenic Board と呼ばれている）によつて申請が許可されるならば、州の費用で優生手術が行われる。1944年の27州での公費により総手術件数、1,500名中1,177名は本人もしくは家族の同意書の提出があつて行われたが、その他には同意書は得られなかつたが、本人または家族の承諾の下に行われている。多くの州では精神病、精神薄弱もしくはてんかん患者のみについて実施されているが、精神薄弱が大半を占め、例えば1950年の実施数1,526名中、精神薄弱は62%、精神病は34%、その他の遺伝性疾患は3%となつている。

最近3年間の27州の年次別総実施件数は1948年—1,336件、1949年—1,500件、1950—1,526件、1951年—1,459件である。各州について実施数の対人口10万比を算出すれば、次表のようになる。

アメリカ (27州) の年度別優生手術実施件数 (対人口10万比)

1 9 4 9			1 9 5 0			1 9 5 1		
州	名	比率	州	名	比率	州	名	比率
Virginia		6.9	North Carolina		7.3	North Carolina		9.2
North Carolina		6.4	Georgia		6.6	Iowa		6.8
Iowa		6.2	Virginia		6.2	Nor th Dakota		6.8
Delaware		6.1	Utah		4.9	Virginia		6.2
Georgia		5.2	Iowa		4.3	Georgia		5.8
North Dakota		3.8	Delaware		4.1	Utah		4.4
California		3.6	Oregon		3.9	New Hampshire		4.3
Utah		2.1	North Dakota		3.7	Oregon		2.8
Oregon		1.8	New Hampshire		3.2	Delaware		2.2
Montana		1.5	California		2.6	Indiana		1.5
Michigan		1.4	Indiana		1.8	Nebraska		1.4
Nebraska		1.2	Nebraska		1.4	California		1.4
Indiana		1.2	Kansas		1.3	Michigan		1.0
Wisconsin		0.8	Wisconsin		1.2	Wisconsin		0.6
Conneticut		0.5	Michigan		1.1	South Dakota		0.6
South Dakota		0.5	South Dakota		0.8	Montana		0.5
South Carolina		0.3	Maine		0.7	Minnesota		0.5
Maine		0.3	South Carolina		0.6	South Carolina		0.5
Minnesota		0.3	Minnesota		0.4	Maine		0.4
Arizona		0.1	Vermont		0.3	Conneticut		0.1
			Conneticut		0.1			
27州平均		2.5	27州平均		2.5	27州平均		2.3

なお、1950年には Arizona, Idaho, Mississippi Montana, Oklahoma, West Virginia, 1951年には Arizona, Kansas, Mississippi, Oklahoma, Vermont, West Virgiuia の諸州では1例も報告されていない。

(b) オ ラ ン ダ

オランダでは、法律上は例えば人工妊娠中絶についても、本人の同意の上でももしそれを行ったものは最高4年半、医師薬剤師もしくは助産婦が上記の行為に共同したときはさらにその $\frac{1}{3}$ の刑が追加され、かつその業務を停止されることになっている。従つて法文上では子宮外妊娠、妊娠中の子宮癌のような特殊な場合でも人工妊娠中絶を施行することはできないことになる訳であるが、医師が純医学上の必要から医師の責任において行うことには何の制約もない。また医師の業務上の秘密保持の誓約は強く尊重され、自らの施行した人工妊娠中絶についての報告の義務はない。

以上のような国情であり、優生学的断種手術については何の条文もない。しかし遺伝学上の根拠が明白で医師が診察の上でその必要を認めれば、本人の同意の下に断種手術を行うことはできる。なお精神病質者の断種は精神障害を有する犯罪者を収容する Averest においてのみ、本人の同意

の下に行われている。

(c) ス イ ス

人工妊娠中絶については1942年にスイス国刑法 (Art 120 および 121) によつて、他の手段では除き得ない母体の生命の危険もしくは重篤な障害のある場合には医師は他の一名の医師の診断の下に中絶を行うことができるようになり、医師は報告の義務を課せられているが、実施件数は年々増加し、1950年ではスイス全国で 6,200件 (出産数の 7.0%) である。

優生手術については何の法的規定もなく、また各宗教宗派、人間観などによつて著しくその考え方はちがうが身体的衰弱、くり返された難産などの医学的適用、遺伝性疾患による優生学的適用、多少その他の家庭的社会的適用の理由があれば断種手術を行うことは許され、この場合には未成年者ならび親または後見人、成人ならば本人の署名が必要であり、また配偶者がいればそのものの同意が要求される。

(d) ス エ ー デ ン

遺伝性疾患をもつもの、または不良な精神状態社会的行動のために生れた子を養育することができないもの、疾患または虚弱のために妊娠が危険なものには、本人の同意があれば断種手術を行うことができる。1948年の実施件数は 2,200 (人口10万に対して30の割合) である。

(e) ス ペ イ ン

医学的適応がある場合にのみ同意による断種手術を行うことができ、優生学的理由により施術は認められていない。

(f) ド イ ツ

強制的の優生手術は優生法廷 (Eugenic Court) の廃止に伴つて行はれなくなつた。しかし医学的適応があれば1933年施行の優生法の第14条第1項によつて断種手術を行うことができる。また本人の同意があつて、しかも良俗に反しない時にのみ身体的損傷を与えることを認めている他の法律 (Section 226 a, St G B) によつて好ましくない遺伝性疾患が後代に伝わることを防止するために本人の同意の下に手術を行うことが認められている。

以上のように優生手術についての各国の態度はさまざまであり、優生学的理由による断種手術をはつきりと認めている国としからざる国とがある。この問題は原理的には遺伝性疾患防止の一つの手段ではあるが、その実施に当つては人類遺伝学的にもさらに検討されねばならないところもあり、また行政上からはその他の各種の観点から慎重に考慮されなければならない。

また精神衛生全般の対策について考えれば、優生対策はその一つの消極的の対策であり、いわゆる悪質の遺伝子のみが各種の適応障害の原因でなく、いわば優生学的な積極衛生対策に多くの努力

を続けねばならないことをここに強調しておきたい。(岡田敬蔵)

(g) 各国の精神病院関係法規一覧

Argentina

Civil Code, 1868

Australia

(New South Wales)

Lunacy Acts, 1898-1952

(Queensland)

Mental Hygiene Act, 1938

Backward Persons Act, 1938

Mental Hygiene Regulations, 1939-1949

(South Australia)

Mental Defectives Acts, 1935-1953

(Tasmania)

Mental Hospitals Acts, 1885-1951

Mental Deficiency Acts, 1920-1951

(Victoria)

Mental Hygiene Acts, 1928-1950

(Western Australia)

Lunacy Acts, 1903-1950

Belgium

Law No. 4 of 18 June 1850 on mental patients, as amended by the Law of 28 December 1873

Royal Order No. 57 of 1 June 1874,

prescribing new general and organic regulations relating to mental patients

Brazil

Decree No. 24559 of 3 July 1934

relating to mental hygiene, the care of the mentally ill, the protection of their persons and property, and other matters connected, therewith

Canada

(Alberta)

Mental Defectives Act, 1942

Mental Diseases Acts, 1942-1953

(British Columbia)

Clinics of Psychological Medicine Acts, 1948-1953

Mental Hospitals Acts, 1948-1953

(Manitoba)

Mental Diseases Acts, 1940-1942

Mental Deficiency Acts, 1940-1947

(Newfoundland)

Public Health Act, 1931

(Nova Scotia)

Children's Protection Act, 1950

(Ontario)

Mental Hospitals Acts, 1950-1952

Psychiatric Hospitals Act, 1950

(Quebec)

Mental Patients Institutions Act, 1950

(Saskatchewan)

Mental Hygiene Acts, 1950-1951

Ceylon

Law on Lunatics and Persons of Unsound Mind, 1873

Lunacy Amendment Ordinance, 1940

Denmark

Law No. 118 of 13 April 1938 on the hospitalization of mental patients

Law No. 171 of 16 May 1934 on mental deficiency

Egypt

Law No. 141 of 1944 on the hospitalization of mental Patients

England and Wales

Lunacy Acts, 1890-91

Mental Deficiency Acts, 1913-1938

Mental Treatment Act, 1930

Education Acts, 1944-1948

Mental Deficiency Regulations, 1948

Mental Treatment Rules, 1948

Criminal Justice Act, 1948

Magistrates' Courts Act, 1952

Finland

Law No. 187 of 2 May 1952 on mental patients

Decree No. 448 of 23 December 1952

relating to persons of unsound mind

France

Law of 30 June 1838 on mental patients

Ordinance of 18 December 1839

prescribing regulations for private and public institutions for mental patients

Circular No. 148 of 21 August 1952 on mental hospitals

Law No. 531270 of 24 December 1953

amending and supplementing the regulations for the suppression of traffic in
and illegal use of narcotics

Law No. 54439 of 15 April 1954 on the treatment of dangerous alcoholics

Germany, Federal Republic of

(Bavaria)

The Detention Law, 1952

(Berlin)

The Detention Law, 1952

(Hesse)

Law of 19 May 1952 on the detention of persons of unsound mind, mental
defectives, drug addicts, and alcoholics

Greece

Law MB (942) of 22 March 1862 on mental hospitals

India

Lunacy Act, 1912

Indonesia

Regulations of 1897 on mental health services

Ireland

Mental Treatment Act, 1954

Mental Treatment (Regulations)

Order, 1946

Italy

Law No. 36 of 14 February 1904 on mental hospitals and mental patients
Royal Decree No. 615 of 16 August 1909 prescribing regulations for the application
of Law No. 36 of 1904

Japan

Mental Hygiene Law, 1950

Luxembourg

Law of 7 July 1880 on mental patients

Mexico

Health Code (1949)

Regulations of 19 October 1951 on hospitals, maternity homes, maternal and
child health centres within the Federal District, Territories and zones

Netherlands

Lunacy Acts, 1884-1929

New Zealand

Mental Defectives Acts, 1911-1951

Northern Ireland

Mental Health Act, 1948

Health Services Act, 1953

Education Acts, 1947-1950

Mental Health (No. 2) Regulations, 1948

Norway

Law of 17 August 1848 on the care and protection of mental patients

Royal Resolution of 11 September 1925 on dangerous mental patients

Circular of the Social Department of 25 November 1932

Law No. 2 of 1 June 1934 on sterilization

Law No. 3 of 25 June 1935 on voluntary patients

Law No. 4 of 28 July 1949 on institutions and homes for epileptics

Law No. 5 of 28 July 1949 on mental deficiency institutions

Circular No. 56/50 of 10 July 1950 on Law No. 5 of 28 July 1949 and Law No. 4 of
28 July 1949

Peru

Regulations of 14 October 1952 made under Law No. 11272 on mental hygiene

Portugal

Law No. 2006 of 11 April 1945 on mental health services

Southern Rhodesia

Mental Disorders Acts, 1936-1946

Mental Disorders Regulations, 1952

Spain

Decree of 3 July 1931 on mental patients

Sweden

Law No. 321 of 19 September 1929 on mental patients

Crown Regulations No. 328 of 1929 on mental health services

Crown Instructions No. 331 of 19 September 1929 to the Chief Inspector of mental health services

Law of 21 December 1949 on the discharge of patients from mental hospitals

Switzerland

(Basel Stadt)

Order of the Grand Council of 12 January 1891 on the protection of mental patients in mental hospitals

(Bern)

Law of 1 December 1912 on indigent persons and reformatories and houses of correction

Decree of 12 May 1936 on public and private hospitals

(Geneva)

Law of 18 June 1927, as amended by the Law of 22 November 1941 on the detention of alcoholics

Law of 14 March 1936 on mental patients

(Neuchâtel)

Law of 17 November 1936 on the protection and supervision of the mentally ill

Law of 21 May 1952 on the treatment, the supervision, and detention of alcoholics

(St Gallen)

Law of 15 May 1925 on the control of alcoholism

Law of 20 November 1947 on communes and districts

(Vaud)

Law of 23 May 1939 on mental patients and psychopaths

Law of 12 December 1949 on the treatment of alcoholics

(Zurich)

Decree of 19 June 1899 on the private treatment of mental patients

Law of 24 May 1925 on the protection of young persons, abandoned persons and alcoholics

Union of South Africa

Mental Disorders Acts, 1916-1944

Mental Disorders Regulations

United States of America

(District of Columbia)

Rehabilitation of Alcoholics Act, 1947

(Illinois)

Mental Health Code, 1951

(Pennsylvania)

Act of 12 June 1951 relating to mental health

(Rhode Island)

Act of 1 May 1951 establishing a Division of Alcoholism

Uruguay

Law No. 9581 of 4 August 1936 on mental health services

Viet Nam

Decree of 18 July 1930 on mental hospitals

Order of 20 July 1931 on the organization of mental health services

Yugoslavia

Law of 24 July 1934 on the procedure in non-litigious matters

Penal Code of 2 March 1951

Ⅱ 精神衛生に関する諸問題

Several Problems on Mental Health

4. 欧米におけるアルコール中毒対策の動向

Some Aspects on the Anti-alcoholic Plan in Foreign Countries.

ま え が き

アルコール中毒という状態は実に古く、また、普遍的な性格をもつていて、どんな国でも最も人に知られた精神障害となつている。このように一般的な病名もすくなくないが、これはまた反面に最も新しい問題を含んでいる。

すなわち飲酒を中核とする病的状態を表現する術語が整理されずであり、また「アルコール中毒」なる概念も明確にされないままに使用されているために、この問題を取り扱った報告には常に対象選定と処理操作にあいまいさがつきまとうことは避け難いものがあつたのである。

定義明確化の試み。 以上のような状況から、用語と概念を整理してアルコール中毒を近代科学的研究の対象にしようとする動きが活発になつてきたのは、当然のこととはいいながら喜ばしいことであり、むしろ遅きに失した感がある。

このような動きは世界保健機構（WHO）でアルコール中毒分科会の結成の時（1952年）から起り、ここで実用向きの定義が作られた。つまり「在来の食事の習慣や、あらゆる社会の社交的飲酒の程度を越えた飲酒の型であつて、このような行動に導く病因の如何は問題でなく、またそうした病因がどこまで遺伝や体質や、後天性の病理学的あるいは代謝の影響に由来するかは問題にしない」というのである。

そしてこの専門分科会は臨床的な見地からアルコール中毒に症状発展の3つの段階を想定している。すなわちその第1は症候的飲酒といえるもので、患者は現実の身体的、心理的または社会的にストレスにみちた問題の解決方法として飲んでいる場合である。これはこうして大量に酒を飲むことによつて生じた派生的な問題を、また酒を飲むことによつて解決するという循環過程を作る。この第2段階で本眞のアルコール中毒の基礎が出来たものとする。第3の段階は器質的疾患や精神荒廃の発現する時期である。

以上のような定義や臨床的な過程の想定は判りよいが、科学的明証に支えられていないという点で批判がある。1954年の10月に、アメリカの全国アルコール中毒協議会（National States' Conference on Alcoholism）の提唱で、国立精神衛生院（National Institute of Mental

Health) の資金によつて、各方面の研究者達がアルコール中毒の主だつた研究を協議する ための集まりを開いた。この各部門の代表者が報告している中で、それぞれアルコール中毒も討議の定義の主題にされている。

とにかく「アルコール中毒」「慢性アルコール中毒」「濁酒症」「飲酒嗜癖」「病的酩酊」「アルコール不堪症」「宿酔」「禁断症状」などと、数多くの言葉がひろく用いられているが、これらの定義の明確化と整理が望まれるのである。以下の文章の中で用いられている「アルコール中毒」は大よそ広い意味で、これらを包含したものと考へてよいが、個々の文献で使用されている「アルコール中毒」(alcoholism) の概念については、それぞれの報告者によつて異なることもあるので、これを考慮した上で判断すべきことである。

我が国ではアルコール中毒に対する認識がまだ十分でなく、中毒患者の救済と予防に関する対策には極めて消極的であつたようである。われわれは元來酩酊者の行動を幼児のそれのように苦笑し黙認する風習に慣れている上に、近年酒精飲料の生産高の上昇に伴つて、婦人、未成年者など戦前には少なかつた層まで飲酒者が拡がり、アルコール飲料の消費量の増加につれて酩酊者もその数を増しつゝある。したがつて酩酊による各種の弊害も当然増加してくる。

ここでこの問題に既に幾多の年月、国家的努力を傾けている諸外国の事情を知ることは、早晚社会のアルコール中毒化防止に、積極的な対策を打ち出すべきわが国にとつて、単に他山の石たる以上のものがあると思へるので、以下にその二、三を紹介してみる。

(a) スエーデンにおけるアルコール中毒者の節制行政と治療

19世紀の前半にはスエーデン人には飲酒者が多かつた。地方人は家内工業的に酒造を行つており、これが中農にとつての大きな収入源でもあつた。酒は安くて入手が楽であつた。1829年には酒類の消費量は人口1人当り46リットルに達した。これは全成人男子のスエーデン人が、毎日約 $\frac{1}{3}$ リットルを消費する量に当る。

1) 酒精飲料の製造と消費の統制

こうした状態に基いて、スエーデンの禁酒運動が1830年代に起つたのである。この運動の主張するところは自家用醸造の停止にあつた。そしてこれは1855年までつづいた。

自家用酒造の禁止が始まつた頃、酒精飲料の販売制限も制定され、当局が酒類の製造と販売に許可を与えることになつた。やがて都市の特定の会社に販売許可が出され、こうした会社はその地方での専売権を与へられた。

1910年頃に IVAN BRATT は飲酒者の個人的節酒組織を作り出した。公認された会社から酒精飲料を購入したいものはすべて購入通帳を買わねばならぬというものである。通帳はその個人の居住する地方の会社についてだけ有効である。これはスエーデン特有の「パス式 (Motbok)」として知られている。

1917年には酒の製造と販売制限に関する法案が通過した。この主旨は今なお適用されている。酒造会社は当局の特別の認可によつて作られ、あらゆる酒精飲料は販売数で制限されている。密売は全く禁止されており、販売できる会社も特定のものに限られている。こうして決められた区域内で、姓名と1カ月に購入できる一定量を記載された通帳なしには一切の酒類は求められない。このような購入パスを所持できる最少の年齢は21才と決められ、しかも25才以下のものには原則として下附されないのである。泥酔で拘留されたことのあるもの、他の犯罪者、特にそれが暴飲と関連しているものは購入通帳を所持できない。常習的な酒の濫用者も同様である。通帳所有者の毎月の許容量は、その経済力、社会的地位およびその申請した希望量から決定される。1941年以来最大の許容量は月に酒3リットルであつた。ブドー酒はこの制限に入らず無制限に買える。ただしあまりに過量のブドー酒を買つたものは、やはり一定のリットル数を決められることになる。ビールはこのパスの必要なしに購入できる。しかしいわゆる強ビールの販売は禁止されている。ビールに許されている最大アルコール含有量は3.2重量パーセントである。ビールは一般食料品店で買えるが販売認可の手續が酷しくて、結局誰でもすぐ買えるというわけにはいかない。

料理店では食事に添えてだけ酒を飲むことができる。一人当り酒類の最大量は、午後3時以前は、75cc、午後3時後は150ccである。ただいわゆる一流のレストランのあるものだけがこの量で許されているので、多くの料理屋は、午後3時以後は120ccだけであり、その他の2、3流の所は80ccを認められるに過ぎない。軽いブドー酒は量の制限はないが、いわゆる強いブドー酒（ポート、シェリー、マデイラ）は1人 $\frac{1}{4}$ 瓶に限られている。18才未満のものには料理屋では酒を出してくれない。ブドー酒や酒類販売の収入の大部分は、税の形で国庫に入る。

顧客通帳制度の導入で、最初の頃はスウェーデンの酒の消費量は減少したが、時が経つにつれて、この制度の欠陥がわかつてきた。常習濫酒者や酒の上の犯罪者で通帳を交附されなくとも、酒をのまない人の通帳を借りて飲めるのである。またヤミ屋から買うことも出来た。

この制度に結びついた欠陥は、酒類の価格引上げで補えると考えられた。こうして繰り返し値上げが行われ、国家は収入を増加した。スウェーデンでは1938年から1948年の間に酒の価格はリットル当り4.40スウェーデン・クローネから12.65スウェーデン・クローネに上つた（1スウェーデン・クローネは約70円）。しかしこうした値上げは概して消費量には影響を与えなかつた。

1945年、1946年および1947年の各年におけるスウェーデンの人口はそれぞれ、6,670,000人、6,760,000人および6,840,000人であり、各年の末に顧客通帳の所持者は、それぞれ1,710,000人、1,770,000人、および1,830,000人である。婦人には一般に未婚者、離婚者、未亡人に通帳が交附される。1946年の数字では通帳所持者は25才以上の全人口の40.3%であつた。これはさらに男子については73.3%、女子では僅か8.6%であつた。1947年に購入許可された酒の1人当り平均量は月に1.8リットルで、実際に買われた酒類の平均量は1.6リットルであつた。

配給会社には顧客の個人記録簿があり、それには酒類購入の記録の他、その個人の経済状態、泥

酔、犯罪の前科が記されてある。通帳を所持していないものでも、泥酔や犯罪があるとそれに登録される。通帳についての監督は国立酒類統制局 (Kungl. Kontrollstyrelsen) といわれる中央事務局が行う。1929年以来この統計事務部には、泥酔者、酒類販売法違反者およびその他の犯罪者と宣告されたものをすべて登録してある。

2) アルコール中毒者の治療対策

スウェーデンで最初にアルコール中毒者収容所が造られたのは1891年であり、この年以来アルコール濫用に対する節制対策が、実に精力的に続けられた。1907年には政府がこの問題の調査委員会を指名した。委員会は1910年に「アルコール中毒の治療に関する立法提議報告書」を提出した。法案は1913年に通つて1916年から実施になつた。この時からアルコール中毒者施設が10箇所建てられ、現在ではアルコール中毒は一つの社会問題であるといわれ、アルコール濫用への対策としては社会的、法的介入が行われる時代に入っている。この機関としては節酒局 (Nyktterhetsnämnder) が地方の各所にでき、この頃アルコール中毒の収容、治療施設が引きつづき建てられた。

各行政区には節酒局 (場合によつては保護観察局 (Fattigvårdsstyrelsen) がこの機能を行う) を置くことが法律で決められた。1913年に通過、1931、1938の両年に改正された「アルコール中毒治療条例」によれば、節酒局はアルコール濫用者が、何か特別の徴候を発見するようになったときに限り働きかけられるのである。条例の第1条は活動の対象になるものを規定している。つまり「不節制の習慣に陥る」ものは誰でもこれに当るが、さらに加えて、(1) 自他の個人的安全を脅やかすもの、(2) 法律によつて保護すべき義務のある人に対する義務の果せなくなつたもの、(3) その家族や他人にとつて重荷となつているもの、(4) 自分自身の世話のできないもの、(5) 近隣の妨害になる振舞いをするもの、(6) 過去2年間に3回およびそれ以上泥酔罪を宣告されたもの、(7) 住所不定のものである。節酒局はこうした不節制者に忠告、警告、説諭あるいは医学的治療、廻すことによつて節酒生活を恢復するように先ず努める。これが成功しないか、無益と思えるときには、当人の意志に逆つてもアルコール中毒収容施設に入れる。この場合には地方議会の議決が必要である。またアルコール中毒者が自らの意志で施設に入ることも出来る。多くは自身の意志や他の個人のすすめで精神病院に入院している。

アルコール中毒者の施設には3種類あり、公立、認可、私立に分れる。これらは3つの女子用を含み、合計21施設ある。1947年にはベッド数1,112床でその内女子用は50床であつた。入院期間は初めて入るものは、およそ1年間、再発のものはおよそ2年間であるが、特別の事情あるものはさらに2年まで延長できる。大部分の収容者は入所3月ないし6カ月後に、試みに短期間の外泊を許されるが、禁を犯して飲酒した場合には、その理由を問わず施設に呼び返される。退所後監視人の指導の期間がほぼ1年間と決められている。この間は如何なる酒精飲料をも飲むことは禁じられている。もしこの条件に違反した場合には、簡単な手続きで再入所が強制されるのである。

こうして節酒局に報告されたものの数は、1945年28,629人 (全人口の4.3%)、1946年には26,216

人 (4.0%), 1947年25,880人 (3.8%)であつた。このような数字は地方よりも都市の方が大きい。また1947年に施設に入れられたものは1,219人であつた。

スウェーデンでは犯罪の発生率を公式統計に基づいて算出するのは困難であるのだが、アルコールに結びついた犯罪には2つの範疇が分けられる。すなわち酩酊しての自動車運転と泥酔罪である。前者は1939年には1,992人が有罪とされ、その内1,336人(女性1名を含む)が入獄している。後者は、1945年、1946年および1947年にそれぞれ37,834人、31,539人および31,039人であり、この数字は人口1,000人につき5.7%、4.1%および4.6%であつた。女性の泥酔罪者の数は1946年には全体の1.7%に当つていた。

* Amark, A Study in Alcoholism (1951) による。

(b) フランスのアルコール中毒対策

フランスでのアルコール中毒対策の歴史は古く六世紀のシャルル一世の時代にさかのぼるといわれる。その後の国王も度々酩酊者の取締りや酒類販売制限の布告を行つている。

近代に到つては、1873年に酩酊に対する最初の抑制措置をとる法律が制定された。公衆の面前で酔つぱらつているものは初回には罰金、繰返えすものは禁錮となり、また酒場では酔つぱらいや16才未満のものに酒を供することは禁じられることなどが定められた。しかしこの法律が実施されたのは数年に過ぎなかつた。

1851年制定の酒類販売を許可制とする条令は、政治的目的に利用されたため、1880年に廃止となり、このため酒小売店は1900年までの間に375,000から475,000に増加した。

アルコール中毒者を減らそうという意図が最初に現われたのは、第一次大戦の間(1914—1918)である。この措置の要は、アルコール飲料の生産、販売の制限、自家火酒蒸溜者の特権剥奪、アルコール飲料税の増税、仕事場にブドー酒、シードル、ビール以外の酒類を持ち込むことの禁止などを含んでいる。

1917年には、現在もなお有効な法律を成立させたが、これによつて、種々の改革が行われた。すなわち、酩酊の場合の禁錮刑は繰返えされた場合には加重され、2年間の選挙権と公職の停止処分をうける。18才までのものにはリキユールを提供してはならない。酩酊者あるいは未成年者に酒を供した酒場の経営者に対する禁錮刑は、繰返えされた場合には加量される。18才未満の女子は酒類販売所にはその経営者の家族であつても就業できない。などである。

フランスの政策は、アルコール中毒抑圧ではなくむしろ酒類生産者の利益を護るものが少なくなつた。そのため抑圧政策は長つづきすることは難しいのが常であつた。

1940年の休戦とドイツ軍の占領以後は、徴収や工業用の需要によつて、フランス国民はアルコール飲料消費量の減少を強制された。この機に政府はアルコール中毒対策のための措置を公示した。これに盛られているものは、自家用の火酒製造の禁止、強アルコール含有の飲料の広告禁止、酒類

販売所での21才以下の未成年者に蒸溜酒の販売禁止。また成人へも販売の制限、酒税増額、販売所数の制限である。

この政策は解放後も続けられた。しかしアルコール消費税は1948年にまた引き下げられた。1953年には酩酊状態で自動車を運転することは軽犯罪となつた。刑罰は11日ないし3カ月の留置か、12万千フランないし4万フランの罰金が科せられる。1954年の法律では、他人の危害を加える恐れあるアルコール中毒者は衛生関係官庁の監視下におかれることになつた。アルコール中毒者は、その症状の程度より、自由に生活できるものから、精神衛生施設の監視をうける。治療再教育の施設に収容されるという段階に区別されている。

*Malignac et Colin; L'alcoolisme, 1954 による。

(c) オランダの禁酒節酒組織とその活動

歴史的概観。節酒禁酒団体の活動は前世紀から起つたのであるが、その何年も前から飲酒不節制による身心の障害に対して、医学は独自の関心を持つていた。また一方宗教・道徳団体もそれに協力していた。1891年頃国立節酒協会の提唱で「アルコール中毒者更生促進のための会」が創立した。この機関は医師と看護婦および教育機能をそなえた中毒者のための立派な療養所を建てた。この療養所建立が契機となつて、繰返えし公衆の面前で酔つぱらうものや、社会に適応しないものは強制入院させることになつた。

あるプロテスタントの婦人禁酒団体は女性のアルコール中毒者のための療養所を作り、またあるカソリックのアルコール中毒者回復促進協会も療養所を作つた。その他の背景をもつ各種の団体もアルコール中毒者に働きかけたが、それには大きな困難があつた。それは一つにアルコール中毒者の扱いにくい性格と行動によるのであるが、もう一つにはこうした活動の攻撃的なほど道徳的な接近のために、かえつて中毒者が防禦的になるせいでもあつた。国立節酒協会ではアルコール抜き飲物を安く飲ませる公共施設を作り、これにつづいて鉄道禁酒協会も鉄道職員の慰安のために酒なしの酒保を数カ所経営することにした。私営の酒なし酒保もかなり作られた。伝統的に社会保障制度が私的社会的機関を根底としているオランダでは、このような施設はよく育ち、禁酒活動には重要な因子となつている。

精神医学的な診療施設も、診療の他にアルコール中毒問題に対する一般の理解を強めるのに貢献している。先に述べた常習泥酔者の行政措置は、二十世紀になつてからこれだけでは不満足なものとなり、1908年には医学や禁酒運動の名士によつて Amsterdam のアルコール中毒のための医学的相談所が作られた。この方針はこの問題の科学的研究と共に、アルコール中毒者とその家族に対する医学的社会的援助を与えるにある。

相談所組織、医学的相談所で持つている概念は、アルコール中毒者は患者であつて犯罪人ではないということである。しかし道徳的教育的面も無視されてはいない。創立当初から相談所では精神

科医とソーシャル・ワーカーが、協力して仕事をしている。社会条件や環境が相応しいものであつて初めて適切な医学的治療が行えるのであるから、妻子や職業環境について困難な問題のありがちなアルコール中毒患者に対しては、ソーシャル・ワーカーの関与する面が大きいのである。

Amsterdam の相談所が出来てから10年の間にオランダの各所、Rotterdam, Groningen, Helmond その他に相談所が作られたが、中でも上記のものが最も成果をあげている。

1949年には「アルコール中毒者相談所の連絡諮問局」が出来た。国立精神衛生連盟に属するこの局の他にこうした領域の協会が数種あり仕事をしている。

Alcoholics Anonymous (アルコール中毒者匿名禁酒会)

1848年に Amsterdam 相談所はアメリカの Alcoholics Anonymous (A. A.) の案を導入し、非宗教的な立場で活動を行つている。これに刺戟されてプロテスタントやカソリックの団体もそれぞれに立脚点をかえて運動を始めた。しかしオランダに於ける A. A. 運動はまだ発展の初期にある。

*Kran eel: The Public Care of Alcoholics in the Netherland. Quart J. Stud Alc. 16. 295. 1955 による。

(注) Alcoholics Anonymous (A. A.) について。

1934年の創始されたアメリカの禁酒同盟である。この運動を始めたのは2人のアルコール中毒者で、1人は医者で他の1人は技術者であつた。この根本原理は創始者の1人が体験した「神の啓示」によるという。基本的な理論は A. A. 創始以来ほとんど変わらず、自身より強い力には屈すること、24時間計画、12段階作業、まず第一歩から、などである。現在でアメリカ全国はもちろん諸外国にもこの活動は成長しつつある。

(d) アメリカのアルコール中毒研究協議会

1954年に全国アルコール中毒協議会の提唱で生理学、生化学、薬理学、内科学、心理学、社会学そして精神医学と各分野の権威によつてアルコール中毒協議会が構成された。そしてこの問題に対するそれぞれの専門領域における最近の知識を整理して、将来の研究や対策の方向づけを行おうとしている。

委員会は SELDEN D. BACON 博士, LORANT FORIZS 博士そして EBBE CURTIS HOFF 博士が座長となり、2日間の会期で毎年開くことになつた。招待される研究者は合衆国およびカナダの専門研究者約30名である。この協議会の実施にはアメリカ国立精神衛生研究所 (NIMH) が終始援助をし、とりわけアルコール中毒研究の豊かな経験を持つ NIMH の PAUL H. STEVESON 博士がこの任に当り、NIMH と委員会の連絡をとつている。

第1日目には5つの分科会を開いたすなわち分科とその座長は次の通りであつた。(1)生理学、生化学、薬理学 (Montreal General Hospital の研究所長 J. H. OUASTEL 博士), (2)内科学 (New York 大学医学部助教授 JOSEPH POST 博士), (3)心理学 (Ontario 州 Queen's 大学心理学部長, JULIAN BLACKBURN 博士), (4)社会学 (Yale 大学アルコール研究センター部長 SELDEN D. BACON 博士), (5)精神医学 (New York 病院精神科医長, 兼 Cornell 大学教授 OSKAR DIETHELM 博士) である。これらの各座長は各分野におけるアルコール中毒研究の過去と現在を論評し、さらに将来の研究を示唆した報告をまとめて発表し、論議を重ねた末、第二日目にその改訂した報告を行つた。

これらの報告から各部門に共通の関心があるいくつかの点をひき出された。アルコール中毒を扱うに当つては、われわれはまだ解決されてない多くのものより構成された複雑な biosocial の問題につき当るのであるが、これを簡単に述べることはむずかしい。「アルコール中毒者」というコトバではアルコールに対して制御のできない、破壊的な依存性を示す病的の人間をいつている。現在ではこうした症例について、すべてをカバーできる単一の病因を確信もつて述べられる知見はまだ何もないといつてよい。またさらに現在それだけで万能的な効果をもつた特殊治療薬も出来ていない。結局われわれは何故ある人が癒つて他の人が癒らないかということが確められないのである。こうした点で、上記の各分野の他にさらに教育学や人類学なども含んだ協同研究によつてアルコール中毒の病因、精神病理、治療、さらに予防の問題に基礎的研究を進める必要がある。そして飲酒様式を長期間にわたつて広く研究し、中でも特に「アルコール中毒的」な飲酒者を持続的に調べてゆくことが強く要望される。「アルコール中毒」の定義が確定される必要があることは前にも述べた通り各部に共通の意見であつた。

*Quart J. Stud Alc vol 16 No. 3, 1965 による。

(e) アルコール中毒の発生率について

アルコール中毒の発生率は、アルコール飲料の入手の難易が国によつて異なり、また同じ国でも宗教によつても異なつてくるので、それにつれて變つてくる。こうして所のちがうばかりでなく時代のちがひによつても、アルコール中毒の発生率は異なるのである。アルコール中毒性の精神障害は消滅したかに思える国も多い。イギリスでは、飲酒許可時間の厳守と酒税の増加のために、第一次大戦以来アルコール中毒は減少の途をたどつている。Lambeth Poor Law 病院への入院数はこのことをよく示していると思える。

アメリカ合衆国では禁酒法の時代には種々話題が多く出た。ニューヨークの街頭で見つかるアルコール中毒者や酔っぱらいは、慢性嗜癖者と同様警察官につかまつて、Bellevue 病院に入院せしめられた。1910年にはこうした患者が11,000人以上収容されたのである。この数字は1920年には約5分の1に減つた。しかし禁酒令の最初の年には密輸の酒がどつと流れてくるという結果になつたし、1930年には入院患者数は殆んど9,000人に達した。

アルコール中毒性精神病や慢性アルコール中毒での入院数を、異なる国、異なる時代で比較する場合には、入院の手續きのちがいを慎重に考えた上でなければならぬことである。アメリカのある州では、アルコール中毒は州の問題ではなく地方団体の問題とみなされている。それで州立病院では振顛譫妄のような状態でも受入れるようである。これに反してベルリンやフランクフルトのような都市では、すべての酔っぱらいが観察病棟や精神病院に入れられるのであるが、第一次大戦前には、病院の入院患者の半分以上を占めていたのである (Kraepelin, 1927)。アルコール中毒に関する正確な統計を得る方法の難しいことでこのことは Prinzing の「医学統計提要」1931年によく述べ

られている。

しかしながらこの問題に関して有意義な報告も得られている。アルコール中毒の統計的研究を専攻し、またジュネーヴの世界保健機構で一般に得がたい情報を獲得できた JELLINEK は、次の様な数字を示している。すなわちアメリカでは精神病のために初めて入院したものは1950年に 106,707 人であつたが、そのうちアルコール中毒性精神病での初めての入院者は 5,450 人、つまり 5.1% であつた。スウェーデンではこの比率が少し高く、1949年に9,117人中783人つまり 8.6% がアルコール中毒性精神病であつた。フィンランドでは比率は低く、1949年に 7,614人中 190人、2.5%、ノールウェーではもつと低く 1,723人中23人で1.3%に過ぎない。JELLINEK がフランスの Gers 県でだけ得た資料では、1949年のアルコール中毒者の入院は全精神病患者の17.6%であつた。イタリアでは一臨床家の意見がえられたただけであつたが、それによるとこの比率は大よそ12%であるという。

これらの数字を比べてみるならば、それぞれの国における社会問題の中で占めるアルコール中毒の比重に関係のあることに気づくのである。スカンジナビア国の中では、スウェーデンはこの問題を最も重大に感じている国であり、ブドー酒産出国のイタリアやフランスもまた長い間これには特に苦しんできたのであつた。スイスではブドー酒はあまり作れないが、アルコール中毒問題には強い関心が持たれていて、重要な資料がいくつか作られている。以下はその一つ、Zürich の M. BLEULER 教授によるものである。

	男		女		合 計
	実 数	%	実 数	%	
全 入 院 患 者 数	2,759	100.0	2,318	100.0	5,077
単 純 な 酩 酊	30	1.1	4	0.2	34
病 的 酩 酊	35	1.3	4	0.2	39
振 顛 譫 妄	75	2.7	2	0.1	77
慢 性 アル コ ー ル 中 毒	298	10.8	43	1.9	341
ア ル コ ー ル 幻 覚 症	8	0.3	4	0.2	12
渴 酒 症	4	0.1	0	0.0	4
アルコール中毒性コルサコフ	26	0.9	11	0.5	37
その他のアルコール中毒状態	21	0.8	2	0.1	23
ア ル コ ー ル 中 毒 合 計	497	18.0	70	3.0	567

殊に男子については慢性アルコール中毒のみが多くて、他の状態がすべて比較的少いが、これは病院には振顛譫妄は、まして単純、病的酩酊は入院させてくれない地方であることによるのである。

診断名を細かに分けぬ数字がアメリカの Malzberg (1944, 1949) によつて報告されている。これは New York 州立病院にアルコール中毒性精神病で入院したのものに関する資料である。

New York 州におけるアルコール精神病者で第1回目の入院									
年 度	実 数			全 入 院 中 比 率 (%)			人 口 100,000人につき		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
1910	452	131	583	15.3	5.0	10.5	9.9	2.9	6.4
1915	255	90	345	7.8	3.1	5.6	5.3	1.9	3.6
1920	90	32	122	2.7	1.0	1.9	1.7	0.6	1.2
1925	341	81	422	8.8	2.3	5.7	6.2	1.5	3.8
1930	446	100	546	9.0	2.4	6.0	7.1	1.6	4.3
1935	620	164	784	10.1	3.0	6.8	9.6	2.5	6.0
1940	713	155	868	10.4	2.5	6.7	10.7	2.3	6.5
1945	418	158	576	7.2	2.4	4.6	6.1	2.3	4.1

最初に入院する時の平均年齢は男は48才、女は46才である。また MALZBERG は寿命表によつて、New York において異なる年齢層でのアルコール中毒性精神障害の発生期待率を算出した。男では20才において1万人につき81が、50才では40に落ち、女では同じく18から9に落ちる。これらは1940年の数字であるが、1920年および1930年のそれらに比べると非常に高くなつてゐる。

第一回入院のアルコール患者比率は、MALZBERGの New York についての数字は、JELLINEKによるアメリカ全国についてのものよりずっと高い。都市部が郡部よりも患者発生率が高いことは、観察者の一致した意見である。

アルコール飲料の製造、供給に関係のある職業のものが、慢性アルコール中毒やその他の重い中毒状態に陥る率が高いことが、フランス、ドイツ、イタリアおよびスペインのある地方について考えられているが、これについて正確な数字は出されていない。スイスでは、振顛譫妄やコルサコフ症状のように重篤なアルコール中毒状態は、ビールやその他の軽い酒精飲料の摂取とはあまり関係なく、ブランデーや火酒 (spirit) のように強い酒精飲料の摂取と密接な関係があるということが証明された (Geser, 1944; Coray, 1950)。1932年から1940年の間に火酒の価が高く、その消費が少なかつたときは、上記の症状の発生数は少なかつたが、1942年から1948年にかけてはまた価格は下つて、振顛譫妄やコルサコフ症状は増加したのである。

年齢という因子も無視できない。アルコール摂取に関連した精神病状態は平均して40代の後半に最も多く起つてゐる。POLLOCK (1915) は精神病院で調べた332人のアルコール中毒者中で、20才以前に常習的飲酒を始めたものが36%、25才以下が28%、30才以下が14%であつたことを見ている。すなわち全体の4分の3以上が生涯の前半に飲酒を始めているのである。

* Mayer-Gross; Clinical Psychiatrie による。

(f) 精神科医のアルコール中毒に対する関心について

以上見てきたように欧米諸国においては、官民のアルコール中毒対策は長い歴史を持つてゐるのであるが、それでもなお一般の精神科専門医はアルコール中毒者の診療にどの程度関心と熱意を示

しているかは疑問があるらしい。

アメリカの Southern California 精神医学会では、会員がこの問題についてあまり質問がなく、一種の無関心が読みとれたので、そのアルコール中毒委員会は、この地方の精神科医に一連のアンケートを行つて（1954年）解答を求めた。その結果は下の表の如くである。

第1表 アルコール中毒の質問表

ア ル コ ー ル 中 毒 の 質 問 表	は い		
	実 数	%	
I 医 学 的			
1. あなたはアルコール中毒患者を治療しますか	43	56	(全体の)
2. あなたは入院したアルコール中毒患者を治療しますか	30	40	(全解答者の)
3. あなたは治療するアルコール中毒患者の数を制限していますか	18	42	(アルコール中毒患者を治療する医師の)
4. 過去に治療したアルコール中毒患者は何人ですか			(以下、アルコール中毒患者を治療する医師の)
5 人 以 下	29	79	
5 人 以 上	8	21	
5. あなたの治療中の患者の何%がアルコール中毒患者ですか			
10 % 以 下	38	87	
10 % 以 上	6	13	
6. あなたが用いた治療でアルコール患者の何%が次のような結果を得ましたか			
(a) 治 癒			
報告された解答数			
治 癒 せ ず	16	56	
10 % 以 下	22	76	
10 % 以 上	7	24	
(b) 改 善			
30 % 以 下	11	40	
30 % 以 上	14	60	
(c) 不 変			
30 % 以 下	9	36	
30 % 以 上	16	64	
7. その他の治療には以下の何れを用いましたか	急性アルコ ール中毒	慢性アルコ ール中毒	
アンタビユース	-	実数 17	% 42
ホルモン			
A C E			
A C T H	10		25
そ の 他			
ぶ どう 糖	18		45
インシュリン	16		40
鎮 静 剤	25		63
環 境 調 整	20		50
集 団 治 療	9		23
集 団 心 理 療 法	16		40
支 持 療 法	33		82

洞 察 療 法	34	85
精 神 分 析	7	18
8. アルコール中毒患者の治療には次のどれがよいと思いますか		
アンタビユースと精神療法	6	14
精神療法一支持療法	16	37
洞 察 療 法	9	21
集 団 心 理 療 法	4	9
その他、および以上の併用	8	19
9. あなたは主に次の何処で診療をおこなっていますか		
個 人 開 業	54	74
病 院	13	18
ク リ ニ ッ ク	6	8

第2表 アルコール中毒の質問表(2) 法的手続き

ア ル コ ー ル 中 毒 の 質 問 表	は い		い い え	
	実 数	%	実 数	%
II 法的手続き				
1. あなたは州立精神病院,あるいは,他の治療施設に,強制措置入院させるための方法や自発的に入院させるため手続を知っていますか。	47	64	27	36
2. あなたは強制措置入院をさせた事がありますか,あるいは,それを忠告した事がありますか。	26	40	39	60
3. あなたのアルコール中毒患者を,郡立一般病院の精神科あるいは,州立の精神病院に強制措置入院させる事あるいは,自発的な入院を拒絶された事がありますか。	14	38	23	62
何 処 で				
何 故				
4. あなたはアルコール患者に対し強制措置入院の手つづきや,自発的な入院の手つづきを満足におこなった経験がありますか。	16	53	14	47
もしないならばその理由は何ですか?				
5. 直接的に自他に対し危害のないアルコール中毒患者の強制措置入院のための法の規定がなければならぬと思いますか。	32	63	19	37
その理由は				
6. あなたはアルコール中毒患者が,強制的に措置入院させられた場合は,治療を行つても無駄だと感じますか。	14	26	40	74
III アルコーホリックス アノニマス(A・A・) (匿名禁酒同盟)				
1. あなたはA・A・の方法や手続を知っていますか。	71	97	2	3
2. あなたはそれらに患者を委託した事がありますか。	54	77	6	23
3. あなたの患者の何%がA・A・の計画で禁酒をつづけていますか。				
1 年 間	—	38	—	—
2 年 間	—	20	—	—
2 年 以 上	—	10	—	—
4. あなたがみて成功した患者は十分に適応していますか。	16	51	15	49
意 見				
5. A・A・に対するあなたの態度はどうですか。				
積 極 的	61	94	1	1
条件付きの積極的	4	5		

IV 社会的な面				
1. あなたは私費のアルコール中毒患者の適切な病院あるいは療養所をしていますか、保護患者の委託のために適当な施設をしていますか。				
病院	19	42	26	58
療養所	12	30	28	70
クリニック	2	6	34	94
クリニック	3	9	31	91
2. あなたは窮乏しているアルコール患者のためにどんな施設を好みますか。				
病院	23	33	—	—
療養所	8	22	—	—
クリニック	13	36	—	—
農場	3	9	—	—
3. あなたはアルコール中毒患者のためのクリニックがなければならないと感じますか。				
疑わしい	59	89	6	9
疑わしい	—	—	1	2
4. これは次のどれによつて経営されるべきだと思いますか。				
州	34	85	—	—
郡	33	83	—	—
地域社会	29	23	—	—
その他	—	—	—	—
5. もし適切な財政的な支持があたえられれば、協会は、そのようなクリニックを発足しなければならないと感じますか。				
疑わしい……	31	46	33	49
疑わしい……	—	—	3	5
6. クリニックに対する協会の関係は、どうなければならないと思いますか				
7. あなたは、そのようなクリニックに奉仕しますか。				
疑わしい	27	35	41	54
疑わしい	—	—	8	11
報酬があれば	17	22	—	—
報酬なしで	21	28	—	—
報酬があつてもなくてもよい	11	16	—	—
8. あなたはどんなタイプの治療が、そのようなクリニックでおこなわれたらよいと思いますか。				
心理療法	29	26	—	—
集団心理療法	27	23	—	—
支持療法	18	16	—	—
洞察療法	20	18	—	—
アンタビユース療法	7	6	—	—
精神分析	4	4	—	—
身体的治療	7	6	—	—
アンタビユースと心理療法	—	11	—	—
9. そのようなクリニックは、どんな地域になければならないと思いますか				
西部	17	34	—	—
郊外	24	48	—	—
人家のないところ	9	18	—	—
10. あなたは急性アルコール中毒患者の入院のために、どんな示唆をあたえていますか。				
私費の患者				
公費の患者				

以上で判ることは、現在の状況では精神科医はアルコール中毒には極めて限られた興味を示しているだけであるが、この方面の知識が必要なことには同意を持つている。そして彼らの属している機関がこの問題にもつと時間と努力を費すことを望んでいると思える。

これはアルコール中毒が、精神医学の中では継子のような特殊な位置を占めていて、精神科医はこれに興味を持ちながら、何となく接触を恐れている傾向があるためだろうという。

* Hayman; Am. J. Psychiatry 112, 485, 1956 による。

(g) アルコール中毒研究専門誌 (国際的性格をもつもの) 二種

1. Quarterly Journal of Studies Alcohol.

発行所: "The Journal of studies on alcohol, Inc" at 52 Hillhouse Avenue, New Haven, Connecticut

季刊誌 (3月, 6月, 9月, 12月刊行)

編集長: HOWARD W. HAGGARD, MARK KELLER, VERA EFRON.

編集委員: E. G. BAIRD, E. BOGEN, K. M. BOWWAN, A. J. CARLSON, H. J. CLARKE, R. H. FELIX, A. O. GETTLER, R. N. HARGER, S. HILTNER, N. JOLLIEFE, L. KOLB, W. deB MACNIDER, R. G. MC CARTHY, M. MOORE, W. OVERHOLSER, O. R. RICE, T. SELLIN, P. H. STEVENSON, E. A. STRECKER, F. L. STRODTBECK, P. O. WOLFF, 予約金, 年 5.5ドル

2. International Journal on Alcohol & Alcoholism.

"The International Institute for Research on Problem of Alcohol" 機関紙

編集者: E. M. JELLINEK, & H. PULLAR-STRECKER,

編集委員: R. POCHAT, (アルゼンチン); H. HOFF, (オーストラリア); D. PARREIRAS, (ブラジル); J. MARDONES, (チリー); O. MARTENSEN-LARSEN, (デンマーク) J. DUBLINEAU, (フランス); A. QUERIDO, (オランダ); L. GOLDBERG, (スエーデン); M. MULLER, (スイス); SIR D. HENDERSON, (イギリス); E. A. STRECKER, (アメリカ) 年三回 (4月, 8月, 12月) 刊行

発行所: Blackwell Scientific Publications, 25 Broad street, Oxford (First issue; April 1955) 予約金 年. 6ドル (高橋 宏)

5. 犯 罪 ・ 非 行

Criminality and Delinquency

(a) 犯罪発生検挙累年比較

終戦を契機に急激な上昇をみせた刑法犯は、1948、1949年を頂点として一旦減少傾向にあつたが、1953年から漸増傾向に變つてきた。(但し、1956年については統計様式の変更のため決定的なことはいえない)

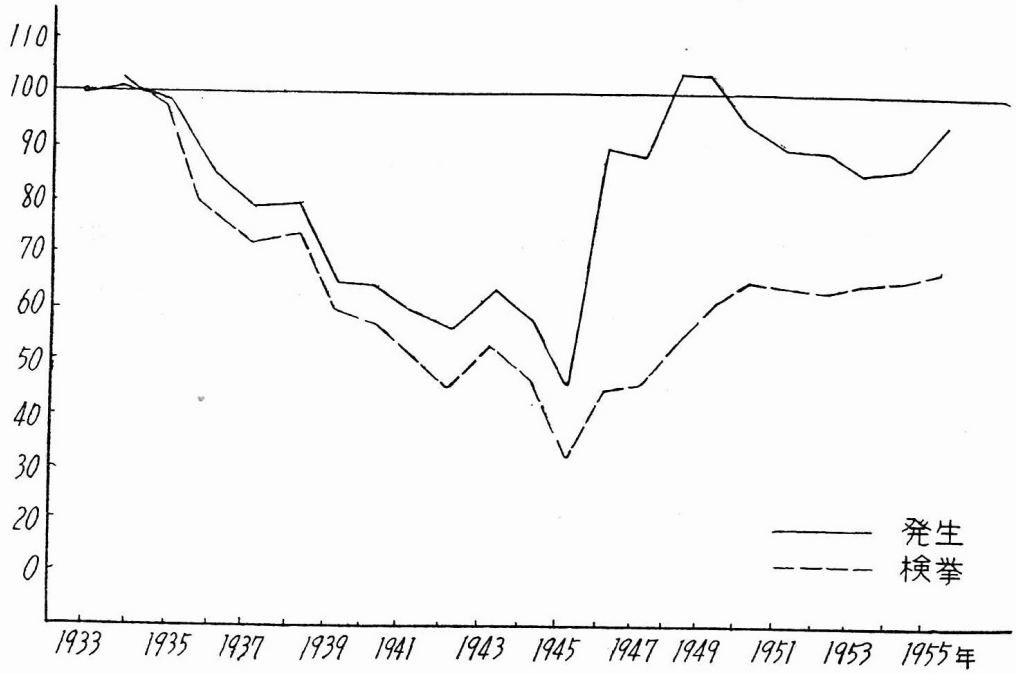
* 犯罪統計書 昭和28,29,30,31年, 警察庁刑事調査統計課による。

第1表 犯罪発生検挙累年比較

年 度	発 生		検 挙		検 挙 率 (%)
	件 数	指 数	件 数	指 数	
1 9 3 3 年	1,552,039	100	1,502,661	100	97
1 9 3 4 年	1,556,435	101	1,531,540	102	98
1 9 3 5 年	1,528,188	99	1,464,989	98	96
1 9 3 6 年	1,306,902	84	1,212,652	81	93
1 9 3 7 年	1,221,697	79	1,094,869	73	90
1 9 3 8 年	1,243,635	80	1,122,755	75	90
1 9 3 9 年	1,027,845	66	893,001	60	86
1 9 4 0 年	1,026,955	66	862,260	57	84
1 9 4 1 年	922,526	60	771,653	51	83
1 9 4 2 年	890,331	57	691,314	46	78
1 9 4 3 年	979,336	63	788,069	53	80
1 9 4 4 年	905,836	58	709,596	47	78
1 9 4 5 年	711,596	46	472,853	32	66
1 9 4 6 年	1,387,080	90	803,264	54	58
1 9 4 7 年	1,386,020	89	697,585	47	50
1 9 4 8 年	1,603,265	104	811,907	54	51
1 9 4 9 年	1,603,048	103	925,996	62	58
1 9 5 0 年	1,469,662	95	999,709	67	68
1 9 5 1 年	1,399,184	90	974,330	65	70
1 9 5 2 年	1,395,197	90	949,754	63	68
1 9 5 3 年	1,344,482	87	954,261	64	71
1 9 5 4 年	1,360,405	88	952,797	64	70
1 9 5 5 年	1,478,202	95	1,011,086	67	68
1 9 5 6 年	1,410,441	91	898,852	59	64

注 昭和31年は14年未満者のみによる触法行為数等が計上されていないので、昭和30年以前の統計数字とは条件を異にする。

第1図 刑法犯発生検挙指数累年比較



(b) 兇悪および粗暴性犯罪の発生推移状況

殺人・放火のような兇悪性犯罪，暴行傷害のような粗暴性犯罪は，戦後において特に急増を示しているが，1956年はやや停滞状況がみられるようである。

* 犯罪統計書，昭和28, 29, 30, 31年，警察庁による。

第2表 罪種別, 発生件数

罪種別	発生件数											
	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	
兇暴性の高い犯罪	総数	4,037	4,723	6,744	8,248	9,666	8,959	9,704	9,305	11,009	11,119	9,849
	殺人	1,430	1,549	1,956	2,132	2,238	2,341	2,398	2,396	3,081	3,066	2,617
	強姦	611	863	1,936	2,732	3,538	3,268	3,735	3,517	4,148	4,046	3,749
	兇悪強盗	1,299	1,504	1,912	1,989	1,515	1,643	1,774	1,546	1,878	2,085	1,876
	放火	697	807	940	1,395	1,905	1,707	1,797	1,846	1,902	1,922	1,607
指数	60	70	100	122	143	133	144	138	163	164	146	
粗高暴性の犯罪	総数	8,837	12,585	27,230	44,478	62,499	62,991	71,052	77,630	86,078	96,786	102,922
	暴行	410	720	5,796	11,851	19,730	19,101	22,656	25,105	27,533	30,808	36,039
	傷害	8,427	11,865	21,434	32,627	42,769	43,890	48,396	52,525	58,545	65,978	66,883
指数	32	46	100	163	230	231	261	285	316	355	378	
普通強盗	総数	7,821	7,682	8,942	6,791	5,906	4,481	4,366	2,350	3,875	3,793	3,409
	指数	87	86	100	71	66	50	49	42	43	42	38
窃盗	総数	1,155,392	1,141,294	1,246,445	1,165,605	982,341	995,641	986,987	931,791	948,587	1,056,974	1,007,649
	指数	93	92	100	94	79	80	79	75	76	84	81

注 昭和31年は14年未満者のみによる触法行為数等が計上されていないので、昭和30年以前の統計数字とは条件を異にする。なお兇悪強盗中の強盗強姦は1946、1947年には資料がなく含まない。指数は1948年を100とした。

(c) 少年犯罪および虞犯少年

1) 少年犯罪

青少年犯罪は1951年をピークにして漸減するかにみえたが、1955年以降再び増加傾向を示してきた。青少年の育成上問題とすべきところである。

* 犯罪統計書、昭和31年、警察庁による。

第3表 青少年犯罪者(全刑法犯) 年令別年次比較

年次	14年以上18年未満 (人)	18年以上20年未満 (人)	20年以上25年未満 (人)	計
1941年	22,731	19,780	-	-
1942年	30,256	25,649	-	-
1943年	28,116	23,427	36,308	87,851
1944年	36,730	26,628	37,503	100,861
1945年	30,246	15,532	27,148	72,926
1946年	47,479	51,910	92,446	191,835
1947年	45,831	46,720	100,718	193,269
1948年	52,453	61,810	141,582	255,345
1949年	60,405	53,126	135,578	249,109
1950年	73,075	55,734	133,119	261,928
1951年	75,626	58,030	136,752	270,408
1952年	64,976	49,405	130,991	245,372
1953年	54,321	44,283	132,130	230,734
1954年	50,467	43,875	135,229	229,571
1955年	50,490	46,466	143,633	240,589
1956年	52,457	48,301	145,213	245,971

第4表 少年犯罪者（刑法犯）罪種別年次比較

罪種別	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
殺人	333	362	443	389	376	404	342	323
兇強姦	1,165	1,508	1,509	1,840	1,497	1,935	2,078	2,010
悪放火	199	264	246	299	225	228	182	148
犯強盗	2,832	2,824	2,134	1,899	1,533	1,800	1,969	1,998
計	4,529	4,958	4,332	4,427	3,631	4,367	4,571	4,479
粗暴犯	13,731	18,784	15,296	14,923	14,105	15,495	18,167	22,488
窃盗	78,900	85,490	97,439	78,841	64,435	58,198	58,458	57,261
風俗犯	3,210	2,713	1,858	1,046	812	745	721	651
その他の刑法犯	13,161	16,864	14,131	15,144	15,621	15,537	15,039	15,879
合計	113,531	123,809	133,656	114,381	98,604	94,342	96,956	100,758

第5表 少年犯罪者の罪種別指数累年比較

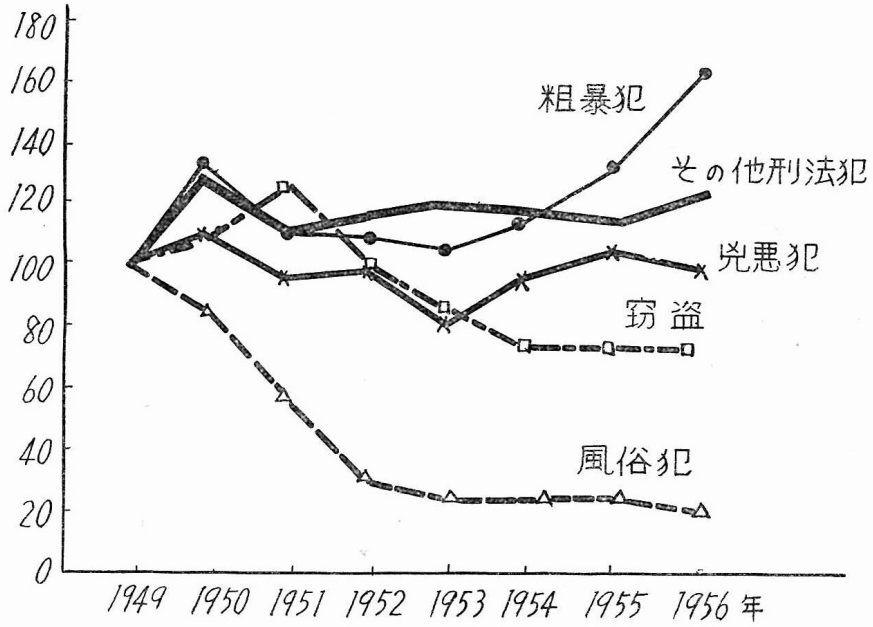
罪種別	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
殺人	100	109	133	117	113	121	103	97
兇強姦	100	129	130	158	128	166	178	173
悪放火	100	133	124	150	113	115	92	74
犯強盗	100	99	75	67	54	64	69	71
計	100	109	96	98	80	96	101	99
粗暴犯	100	137	111	109	103	113	132	164
窃盗	100	108	123	99	82	74	74	73
風俗犯	100	85	58	33	25	23	22	20
その他の刑法犯	100	128	112	115	119	118	114	121
合計	100	113	113	101	87	83	85	89

注 指数は1949年を100とした数値である。

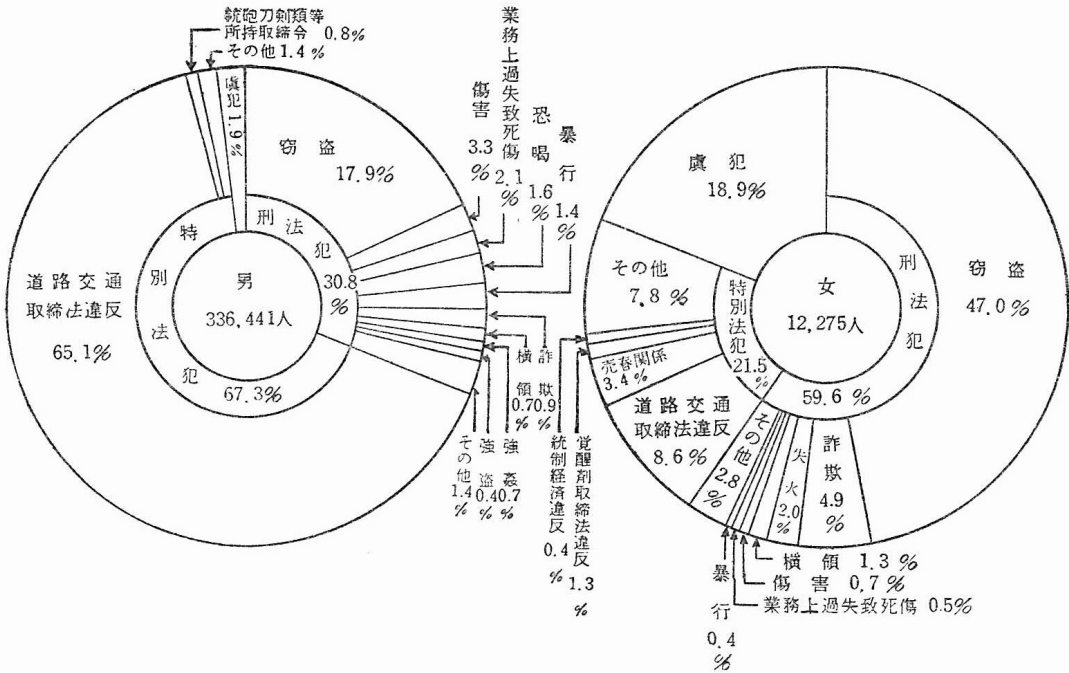
1956年における全非行（特別法犯，虞犯を含む）少年を分析（最高裁調べ）すると，非行地域では都会地に多く山陰，東北に少く，行為別では道路交通取締違反が65%（男子）を占め，保護者の生活程度では下流（54%）が注目値に値するようである。

* 司法統計年報，昭和31年少年編，最高裁判所より。

第2図 少年犯罪の発生推移状況

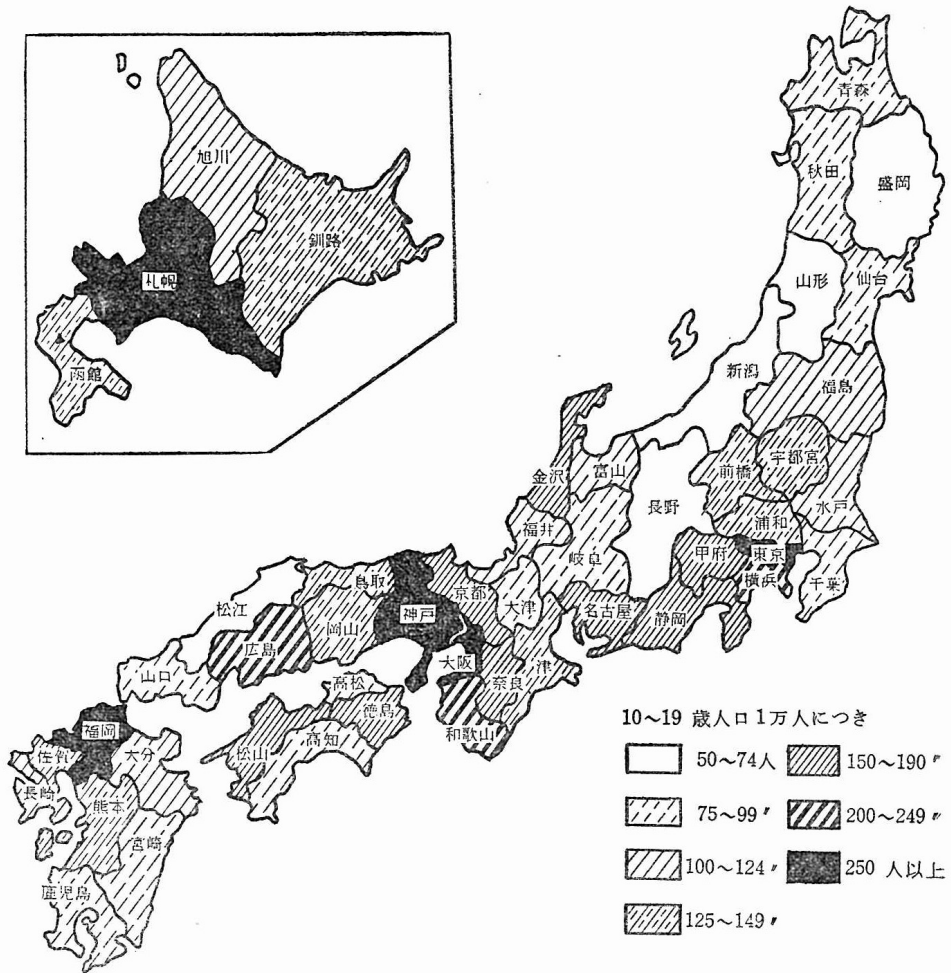


第3図 非行少年の男女行為別分類

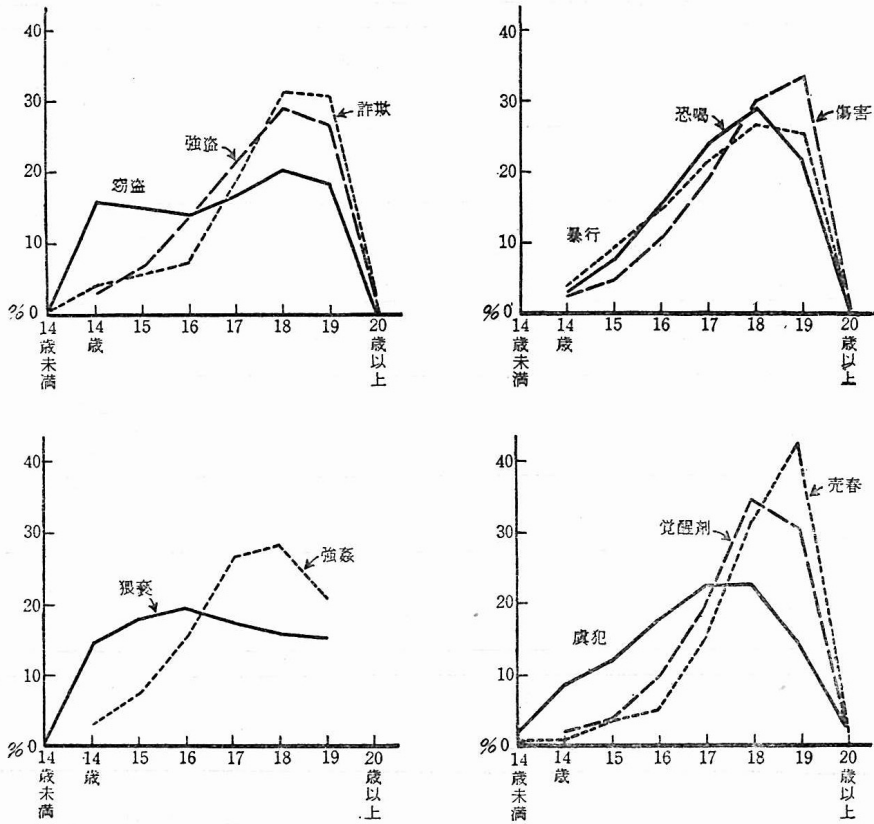


第4図 非行少年の地方分布〔昭和31年：総数 348,716〕

最高裁判所における非行少年の分析（司法統計年報 昭和31年「少年鑑」より）



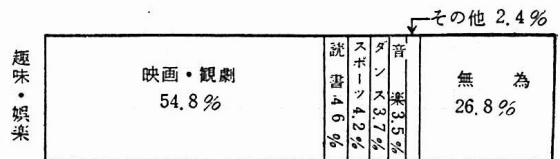
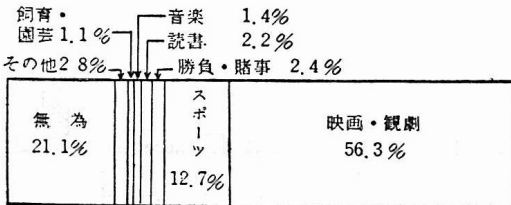
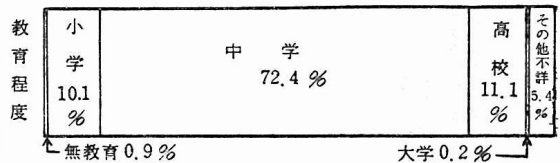
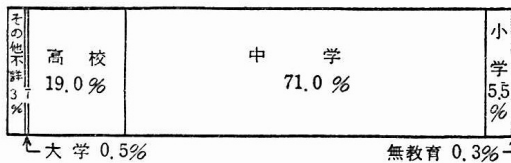
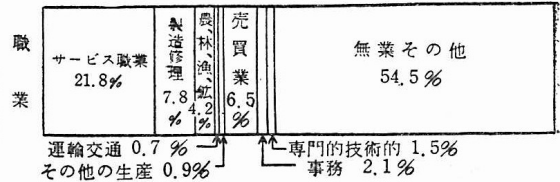
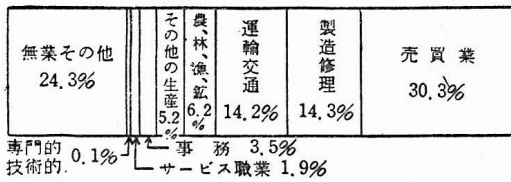
第5図 非行少年の行為と年齢



第6図 非行少年の職業、教育程度、趣味娯楽

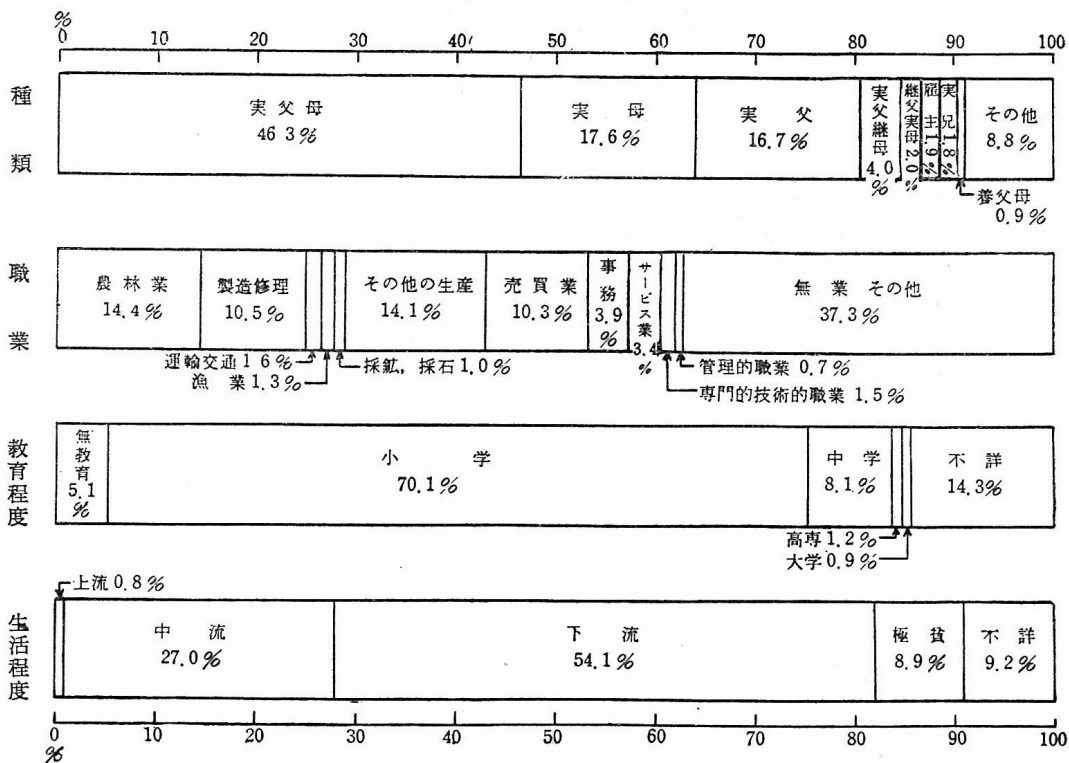
(男)

(女)

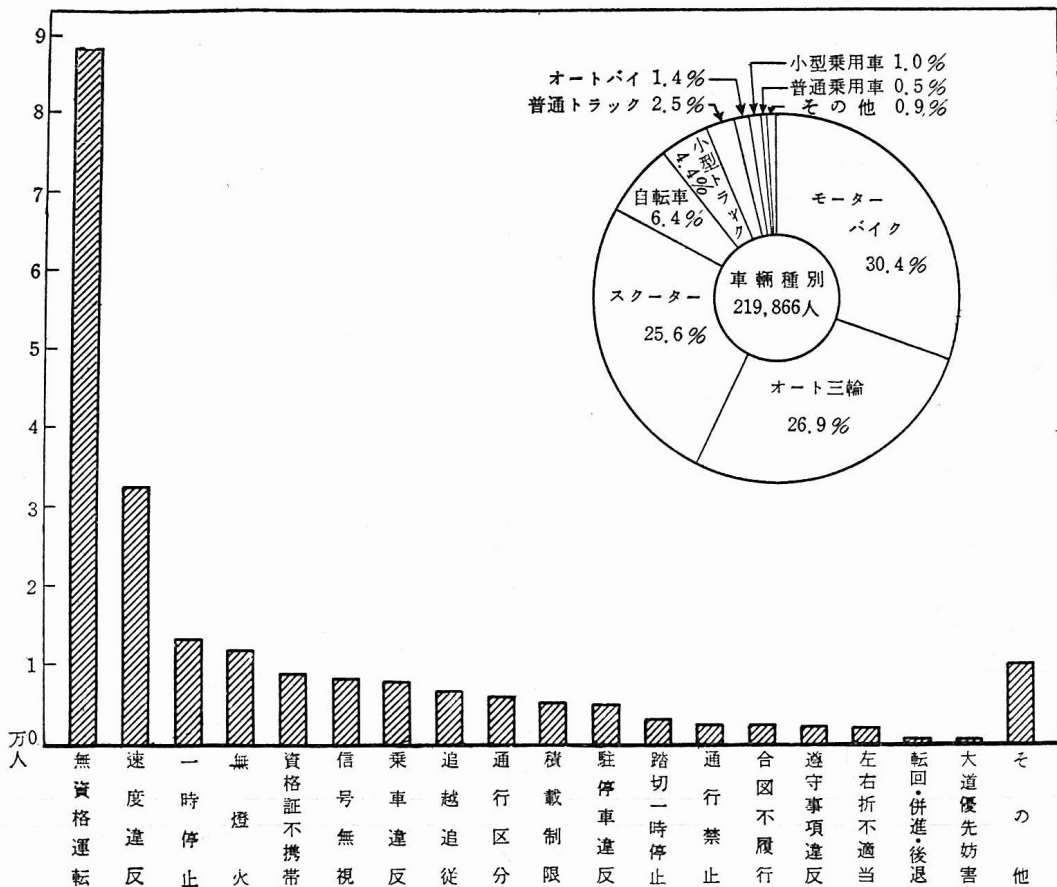


100 80 60 40 20 0 %

第7図 保護者の種類，職業，教育程度，生活程度



第8図 交通事件の違反行為と車輛別



2) 虞犯少年

1950年からの推移をみると、14才未満の比率が高くなつたこと、18~20才未満が低くなつたこと、全体に増加傾向にあることなどが注目される。

犯罪統計書 昭和31年 警察庁刑事調査統計課

第6表 虞犯少年の年度別、年令別

年 令 別	1951年		1952年		1953年		1954年		1955年		1956年	
	実 数	%	実 数	%	実 数	%	実 数	%	実 数	%	実 数	%
14才未満	71,853	18.9	53,891	20.1	74,833	21.2	106,200	24.6	97,626	24.1	98,954	21.8
14~18才未満	165,542	43.2	136,867	50.9	168,805	47.9	190,757	44.2	173,194	42.9	208,017	45.8
18~20才未満	143,612	37.9	77,908	29.0	108,524	30.8	133,502	31.2	133,915	33.0	149,503	32.4
計	381,007	100.0	268,666	100.0	352,162	100.0	430,459	100.0	404,735	100.0	456,474	100.0

第7表 虞犯少年の年度別、行為別

行 為 別	1951年		1952年		1953年		1954年		1955年		1956年	
兇器所持	1,184	0.3	924	0.3	1,161	0.3	1,367	0.4	832	0.2	1,193	0.3
暴行	3,644	0.9	2,177	0.8	1,996	0.6	2,022	0.5	2,119	0.5	8,551	1.7
けんか	4,475	1.2	4,610	1.7	4,961	1.4	5,444	1.3	5,044	1.2	6,908	1.5
たかり	1,631	0.4	826	0.3	847	0.2	805	0.2	783	0.2	916	0.2
家出	18,618	4.9	20,099	7.5	22,284	6.3	23,811	5.1	24,863	6.1	27,503	6.0
怠学・怠業	45,383	11.9	43,504	16.2	49,150	13.9	59,714	14.0	42,471	15.4	61,605	13.5
物品持出	8,962	2.3	7,250	2.7	7,374	2.1	7,777	1.9	7,962	2.0	7,518	1.7
金銭蓋費	13,217	3.5	7,170	2.7	10,081	2.9	9,957	2.3	9,305	2.3	7,996	1.8
婦女誘惑いたづら	1,655	0.4	1,662	0.6	2,004	0.6	2,470	0.5	2,847	0.7	3,971	0.9
不純異性交友	6,761	1.8	6,580	2.4	12,455	3.5	12,932	3.1	16,527	4.1	23,340	5.1
飲酒	11,508	3.0	9,724	3.6	13,466	3.8	16,114	3.7	19,003	4.7	19,732	4.3
喫茶	137,438	36.1	58,477	21.8	85,472	24.3	99,472	22.6	96,617	23.7	101,983	22.3
不良交遊	9,420	2.5	9,244	3.4	7,718	2.2	8,432	1.9	11,364	2.8	13,398	2.9
不良団加盟	1,001	0.3	1,105	0.4	321	0.1	439	0.1	280	0.1	1,337	0.3
盛場はいかい	30,178	7.9	27,725	10.3	33,385	9.5	39,518	9.6	39,002	9.6	45,140	9.9
不健全な娯楽	24,345	6.4	32,518	12.1	29,828	8.5	28,256	6.5	18,019	4.4	25,811	5.7
その他	61,587	16.2	34,999	13.0	69,659	19.8	111,929	26.3	107,672	24.4	99,572	21.9
合 計	381,007	100.0	268,666	100.0	325,162	100.0	430,459	100.0	404,735	100.0	456,474	100.0

(d) 少年院新収容者統計

第8表 年令別累年比較

年 度 別	15才未満	16才未満	17才未満	18才未満	19才未満	20才未満	20才以上	合 計	
1949年	男	632	985	1,279	1,364	176	1	-	4,428
	女	55	106	185	176	11	1	-	534
1950年	男	754	1,264	1,784	2,051	269	17	3	6,142
	女	86	142	214	241	43	-	-	726
1951年	男	786	1,216	1,657	2,119	2,402	1,935	145	10,260
	女	78	180	194	250	196	173	2	1,073
1952年	男	674	1,042	1,591	1,937	2,102	1,945	173	9,464
	女	80	159	187	179	177	166	16	964
1953年	男	462	795	1,152	1,695	1,872	2,004	190	8,170
	女	52	135	178	191	174	123	17	870
1954年	男	454	662	1,107	1,557	1,922	2,152	204	8,058
	女	46	120	136	183	190	150	8	833
1955年	男	419	581	990	1,564	1,956	2,178	117	7,805
	女	73	110	128	198	146	135	9	799
1956年	男	356	583	958	1,304	1,820	1,985	112	7,118
	女	60	94	138	149	136	118	5	700

第9表 行為別累年比較

行 為 別	1952年		1953年		1954年		1955年		1956年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
窃 盜	6,612	489	5,418	448	5,030	364	5,006	361	4,619	335
強 盜	326	1	268	1	307	1	390	3	450	1
詐 欺	440	68	374	77	368	62	335	16	262	35
恐 喝	249	1	209	-	213	1	303	-	377	5
横 領	248	14	254	5	198	7	171	7	137	3
賭 博	6	1	3	-	1	-	1	-	-	-
浪 蕩 姦 淫	219	5	140	1	195	1	244	-	212	-
傷 害	198	-	169	-	191	2	237	-	242	-
殺 人	27	2	30	6	44	3	32	4	34	-
放 火	55	9	53	15	51	8	39	6	30	9
住 居 侵 入	65	-	51	2	48	2	50	-	32	-
そ の 他 の 刑 法 犯	190	54	210	19	138	11	128	11	74	6
特 別 法 犯	83	50	182	45	330	103	129	48	68	31
虞 犯	746	270	809	251	944	268	740	298	581	275
總 数	9,464	964	8,170	870	8,058	833	7,805	799	7,118	700

* 法務省矯正局 少年矯正統計年報 1956年による。

(横山定雄)

6. 賭 博

Gambling

賭博という、なにか犯罪のような感じがするが、この刑法上の賭博罪は第1・2・3表にみられる通り、わが国では戦後急激に減少している。代つてパチンコ・競馬・競輪等が戦後急激に増加している。そこで、ここでは後者も含めた広い意味、いわゆる「賭けごと」や「ギャンブル」について見てゆきたいと思う。

元来、広い意味の賭博とは、古くは有史以前からアルコールと共に人類に伝わっており、地理的にみても、経済や富の組織、宗教の型などに関係なく、民族や国家をこえて世界の広範囲にひろがっているとも云える。特に過ぐる第二次大戦後は、世界どこでも賭けごとが大流行で大衆の人気を集めているが、戦前と比べて一人当りの賭け金が減少したこと、賭博人口が増大したことはその大きな特徴である。

ここで、戦後のわが国の賭けごとの状勢を一覧すると、戦前派の鉄火賭博は次第にその勢力を失つて、いわゆる博徒といわれる人達の生活そのものも危くなつてゐる。代つて大衆的な宝くじ・パチンコ・競馬・競輪・競艇・オートレース・マージャン等、さてはポーカーやクイズブームにまつわるものまでが、滔々たる勢いで今日賭博の分野を拡大している。

第1表 全刑事犯と賭博犯との比較発生状況

年 次	全 刑 事 犯		賭 博	
	発 生 件 数	指 数	発 生 件 数	指 数
昭 和 21 年	1,387,080	100	29,508	100
22	1,386,020	100	28,133	95
23	1,603,265	116	20,743	70
24	1,603,048	116	14,960	51
25	1,469,662	106	9,538	32
26	1,399,184	101	6,772	24
27	1,395,197	101	4,446	15
28	1,344,482	97	3,331	11
29	1,360,405	98	2,665	9
30	1,478,202	107	2,097	7
31	1,481,696	107	1,937	7

(昭和21年=100) 犯罪統計書 警察庁 昭和31年

第2表 賭博罪年次別発生状況

年次	発生件数	発生指数 (昭8年~10年) 年平均45,460=100	検挙件数	検挙人員
昭和8年	35,285	78	35,881	-
9	53,584	118	53,927	-
10	47,512	105	47,602	-
11	44,163	97	44,787	-
12	39,647	87	40,042	-
13	44,019	97	44,282	-
14	63,393	139	63,652	-
15	50,620	111	51,448	-
16	59,833	132	62,628	99,147
17	38,986	86	40,108	76,368
18	63,809	140	63,909	105,311
19	43,412	95	44,827	80,191
20	29,435	65	29,706	42,872
21	29,508	65	29,704	59,032
22	28,133	62	28,036	83,207
23	20,742	46	20,787	73,540
24	14,960	33	14,967	53,418
25	9,538	21	9,535	36,941
26	6,972	15	6,969	27,532
27	4,446	10	4,446	17,908
28	3,331	7	3,330	13,695
29	2,665	6	2,665	10,581
30	2,097	5	2,096	8,707
31	1,937	4	1,918	8,256

犯罪統計書 警察庁 昭和31年

第3表 賭博罪別被疑者の増減

種別	31年		30年		29年		前年比(31年)		前年比(30年)	
	件数	人員	件数	人員	件数	人員	件数	人員	件数	人員
開帳	28	280	22	229	47	571	6(+) 27%	51(+) 22%	25(-) 53%	342(-) 60%
伝助	19	57	35	107	15	31	16(-) 46%	50(-) 47%	20(+) 133%	76(+) 245%
麻雀	197	846	265	1,110	163	693	16(-) 26%	264(-) 24%	102(+) 73%	517(+) 60%
競馬	209	557	186	543	106	335	23(+) 12%	14(+) 3%	80(+) 75%	208(+) 62%
競輪	150	262	139	224	5	17	11(+) 8%	38(+) 17%	134(+) 100%	207(+) 82%
競艇	14	49	10	31	37	78	4(+) 40%	18(+) 58%	27(+) 276%	47(+) 187%
オートレース	21	48	12	25	1	3	9(+) 75%	23(+) 92%	11(+) 1,100%	22(+) 733%
富くじ	4	16	2	5	1	2	2(+) 100%	11(+) 220%	1(+) 100%	3(+) 150%
その他の賭博	407	1,792	365	1,475	412	1,565	42(+) 12%	317(+) 21%	47(-) 11%	90(-) 6%
計	1,049	3,907	1,036	3,749	785	3,295	13(+) 1%	158(+) 4%	251(+) 31%	454(+) 14%

防犯部年報 東京警視庁 昭和31年

1) 宝くじ——政府くじの第1回は昭和20年10月で1枚10円、1等10万円副賞キャラコ50ヤールの景品付きで8,600万円の売上があつた。政府はインフレ抑制の一石二鳥とばかり、その後、スピード・三角・七福・クローバー・三色等13種類の宝くじを当時貴重品だつた洋服生地・靴下・煙草・石鹼等の景品付きで売り出し、昭和29年地方自治体に移管するまで行つた。地方くじに移つたのは、当時政府予算が1兆円に近く、宝くじ収益がその僅か0.1%に過ぎなくなつたからである。地方くじでは、昭和22年3月東京都のが第1回で、昭和32年現在、単独にやつているのは東京都と福岡県だけで、その他は各県連合で行つている。東京都の宝くじをみると、最初の昭和22年には年3回で発行額は1億5,000万円であつたが、昭和31年には34回で8倍の11億1,000万円となつている。昭和32年5月迄の発行総額は約48億円で消化率は92%である。1等賞金も最初の10万円から、昭和26年9月には400万円くじが現われている。これらの収益金は、教育・都営住宅・保健所・民生病院開設等に主に使われている。

2) パチンコ——昭和30年3月末で連発式が禁止され、それ以後下火となつたが、最盛期の昭和29年末には全国のパチンコ屋総数が3万8,764軒、年間推定売上高2,400億円を示した。前年昭和28年10月の調査では、延1カ月東京都の利用者だけでも、2,000万人となり、この数は老いも若きも全市民が月に3回パチンコ屋に入つていることとなる。

3) 競馬・競輪・競艇・オートレース——第4表に示す通り、昭和27年以降31年迄、開催回数、売上額、入場者数、1人当り購買額、いずれも増加の傾向をとつている。とくに、新興の競艇・オートレースは施設も増し躍進が著しい。しかし、このうち競輪は一開催当り入場者数を除けば1人当り購買額をより高級な競馬にゆずる以外、その他で圧倒的に首位を占め、この種大衆賭博の王座に位する。昭和31年の競輪は、売上額、開催回数、入場者数において他の競馬・競艇・オートレースの合計に優に匹敵する。この競輪の第1回は昭和23年であるが、以後26年迄急激に発展し31年迄の総売上額は第1図の通り約4,030億で、その収益の主な用途は庶民住宅・教育費並びに施設費・土木費並びに都市計画・公共福祉施設費等である。

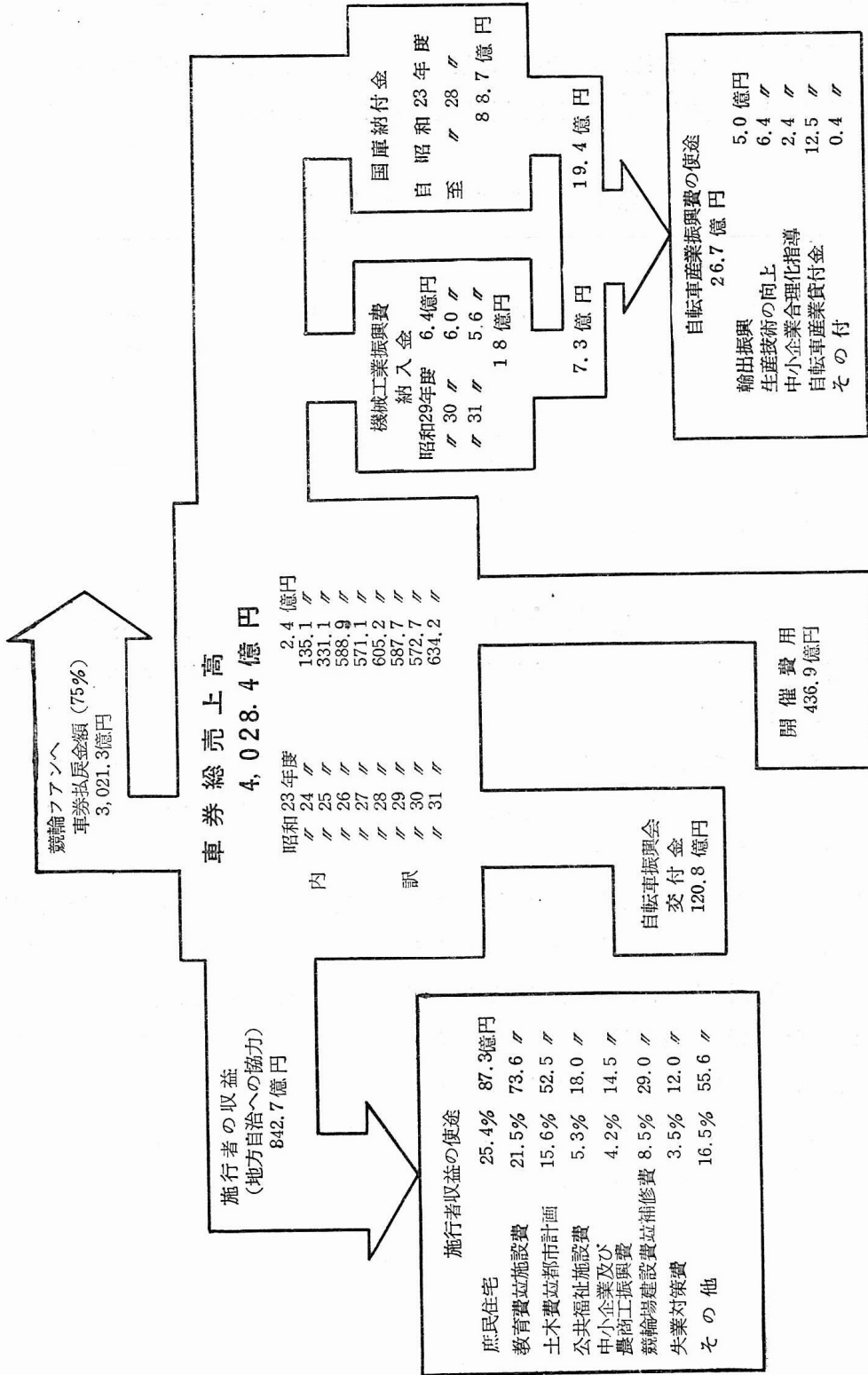
第4表 全国競馬・競輪・オートレース・モーターボートレース 各年別売上金額等一覧表

項	目	売上額	開催回数	入場者数	一開催約7日当り	
					入場者	一人当り購買額
27年	競輪	56,878,176,000	698	18,485,529	26,484	3,077
	競馬	27,933,944,400	426	7,325,331	17,196	3,813
	オートレース	897,497,300	25	560,826	22,443	11,601
	モーターボート	1,236,893,800	51	956,335	18,752	1,293
	小計	86,946,511,500	1,200	27,328,021	22,773	3,182
28年	競輪	59,043,814,490	724	17,501,706	24,174	3,316
	競馬	28,789,133,150	447	6,941,106	15,528	4,296
	オートレース	1,471,342,200	38	785,325	20,667	1,849
	モーターボート	8,719,045,700	215	3,836,555	17,844	2,267
	小計	99,020,335,540	1,424	29,064,692	20,411	3,307
29年	競輪	60,634,537,450	728	17,729,039	24,353	3,206
	競馬	20,177,671,600	435	6,431,407	14,784	4,529
	オートレース	1,570,275,050	46	927,011	20,152	1,693
	モーターボート	13,678,628,300	225	5,226,864	23,230	2,616
	小計	105,061,112,400	1,434	30,315,321	21,139	3,465
30年	競輪	56,315,225,000	721	16,598,681	23,022	3,393
	競馬	29,264,190,700	437	6,376,718	14,592	4,589
	オートレース	1,946,569,500	46	1,017,438	22,118	1,913
	モーターボート	15,743,308,700	272	6,411,658	23,572	2,455
	小計	103,269,293,900	1,476	30,404,495	20,599	3,397
31年	競輪	63,537,029,700	717	17,236,345	24,040	3,686
	競馬	35,888,779,300	409	6,707,276	16,399	5,351
	オートレース	3,153,496,600	52	1,608,329	30,929	1,961
	モーターボート	19,504,137,000	290	7,241,112	24,969	2,694
	小計	122,083,442,600	1,468	32,793,062	22,339	3,723

一開催当り入場者の小計は、入場者数 小計/開催数小計
 一開催当り一人当り購買額の small 小計は 売上額小計/開催回数小計

自転車振興会「業務年報」昭和32年

第1図 全国競輪収益の用途概況



東京自転車振興会「業務年報」昭和32年

〔註〕 昭和31年度の車券売上額収益及びその使途は推定により算出

4) マージャン——昭和29年末、全国のマージャン屋総数は 5,276軒であるが、東京都では30年末1,230軒、31年末1,252軒と漸次増加を示し、しかもその大半が賭博場化しているといわれる。

これらの賭けごとは、第5表からも大都市に集中しているのではないかと推定される。特に東京は圧倒的に多く、わが国の賭けごとの代表的様相を示していると言えよう。

第5表 府県別賭博罪発生検挙比較

県 別	発 生 件 数	検 挙 件 数	検 挙 人 員
全 国 総 数	1,921	1,918	8,256
1 東 京	599	599	2,705
2 兵 庫	103	103	384
3 愛 知	101	101	339
4 神 奈 川	96	96	387
5 大 阪	77	77	331
6 福 岡	72	72	282

犯罪統計書 警察庁 昭和31年

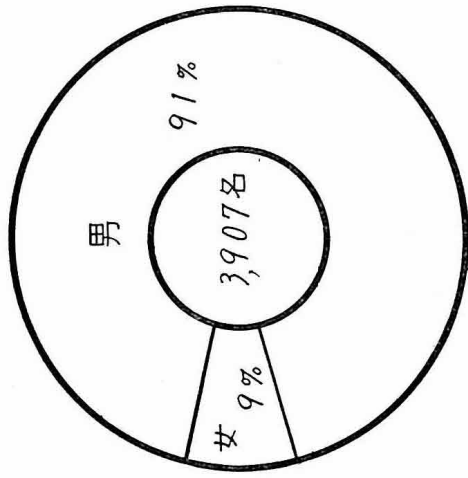
さて、どうしてこのように戦後、賭けごとが増加したかについては、(1)合法的公認賭博の開設、(2)道徳の頹廢——刹那的快樂の追求、(3)金銭的競争の激化とチャンスの獲得、(4)自由主義と現実のフラストレーション等の条件が考えられる。

賭博者のタイプとしては、(1)正常人、(2)神経症的賭博者、(3)職業的賭博者に分けられる。これらの賭博者がどういう層から構成されているかは、はつきりしないが、参考に警察庁及び警視庁統計をみると、第6・7・8表および第2図のごときものである。

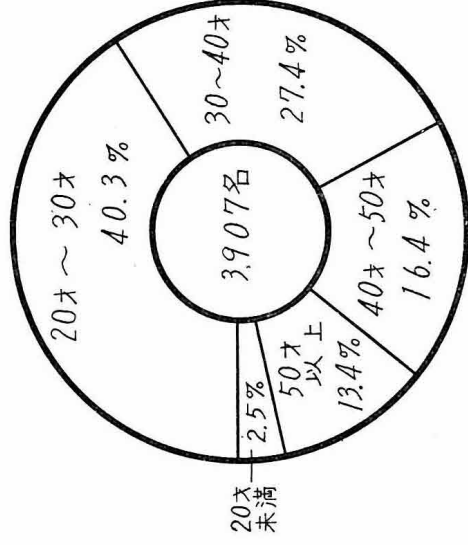
性別では男が圧倒的で、以下被疑者総数と比較すると、年令では中年者が多く、生活は比較的中流階層が多く、職業的には、自由労務者・職人・行商露天商人、次いで、小売業・銀行会社役職員がみられる。(警視庁統計にやや警察庁統計と違った結果が示されているが、警察庁統計に重きをおいてみた。また、これら被疑者統計は賭博犯の傾向を示しているのであり、広い大衆的賭博の傾向を直接示しているのではない。両者の間に相当の差があると思われる)

寧ろ、精神衛生的には、今日の大衆の賭博化をいかにして健全娯楽の範囲内に止め、耽溺から中毒への道を防止するかにあると思われる。

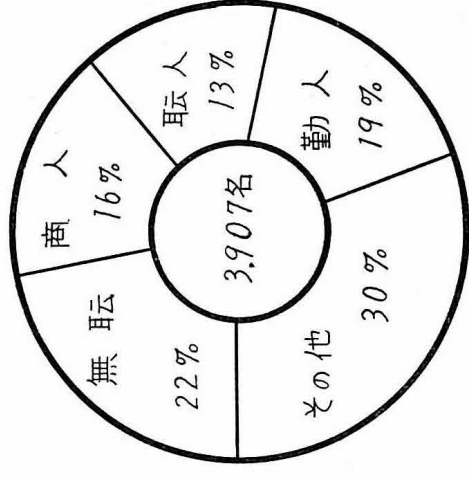
賭博被疑者
性別別 (東京)



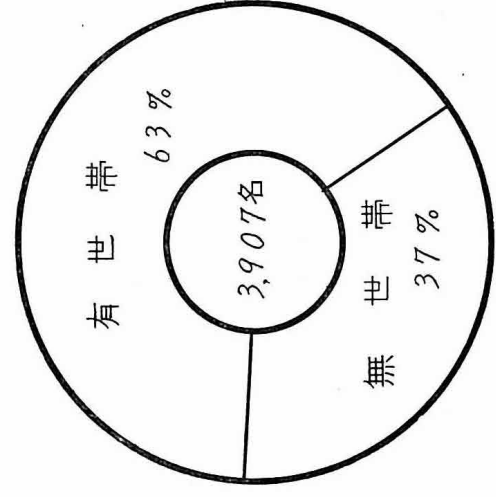
賭博被疑者
年令別 (東京)



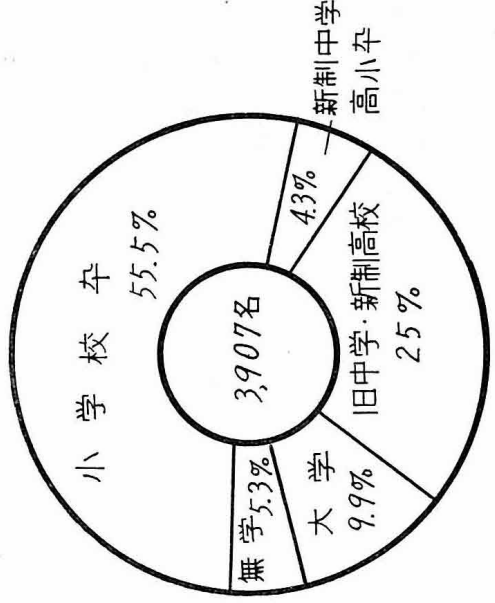
賭博被疑者
職業別 (東京)



賭博被疑者
世帯別 (東京)



賭博被疑者
学正別 (東京)



第6表 検挙人員年令別 (全国)

年令別	総数	賭博
14~16歳	22,316 (1,579)	16 (1)
16~18歳	30,141 (2,004)	28 (1)
18~20歳	48,301 (2,153)	132 (4)
20~25歳	145,213 (5,915)	1,141 (64)
25~30歳	100,292 (4,804)	1,488 (82)
30~40歳	79,333 (7,342)	2,181 (199)
40~50歳	51,979 (4,656)	1,622 (174)
50~60歳	23,253 (2,087)	1,035 (162)
60歳以上	9,122 (1,325)	613 (117)

犯罪統計書 警察庁 昭和31年
女子数は()で示す

第7表 被疑者生活状態

生活状態	総数	賭博
極貧	55,760 (3,962)	428 (30)
下流	294,899 (18,822)	4,320 (472)
中流	167,449 (9,105)	3,384 (295)
上流	6,014 (292)	120 (7)
極豊	193 (10)	-
アメリカ国連の軍人軍属及びアメリカの軍人軍属の家族	3,635 (52)	4

犯罪統計書 警察庁 昭和31年
女子数は()で示す

第8表 被疑者職業別 (全国)

職業別	総数	賭博
労働者 工鉱交土木自仲そ 業山運輸建の 通木由 労働者の 務送務 者者者者者仕他	31,093 (856) 5,745 (28) 40,650 (63) 41,243 (69) 29,185 (656) 3,981 (33) 16,284 (478)	312 (11) 90 184 451 (1) 662 (20) 117 242 (12)
従業員 商飲接客そ 食客事 店業 店使の 従従 業用 員員員人他	16,899 (497) 3,823 (996) 2,538 (1,360) 3,707 (757) 10,022 (592)	155 (5) 104 (31) 63 (36) 26 (2) 158 (15)
勤人又は自由業 銀行会社役職 団官教宗医医新芸興職外集そ 体公 寮問術業 社役庁育教 保文遊 誌誌 健記 芸芸 員員員家教師業者家人員人他	9,585 (173) 1,913 (59) 5,812 (120) 835 (75) 311 (18) 404 (7) 250 (67) 577 (4) 146 (4) 1,450 (123) 16,138 (120) 4,628 (102) 624 (16) 16,963 (794)	226 (4) 23 109 (1) 13 4 9 6 (2) 5 2 49 (6) 370 (5) 45 (1) 3 419 (25)
その他 農漁船卸小行仲不質古飲接客そ 商露産 通運 売介天商 取物店 商扱 夫夫員業業人業業屋商業業業他	44,516 (4,133) 8,351 (56) 3,745 (3) 2,635 (35) 7,308 (395) 8,075 (417) 2,141 (28) 470 (9) 141 (16) 3,903 (239) 2,731 (410) 1,278 (350) 4,601 (10) 19,663 (1,268)	908 (56) 188 (3) 85 89 (6) 322 (18) 383 (18) 55 13 3 78 (2) 176 (28) 91 (23) 35 478 (27)
学生 小中高大そ の	53 (9) 15,775 (952) 8,068 (214) 2,356 (22) 440 (58)	- 14 9 135 2
無職 失そ の他 業無職者	30,236 (1,061) 93,023 (14,389)	164 (11) 1,177 (435)
アメリカ国連軍隊の軍人・軍属及びアメリカの軍人軍属の家族	3,635 (52)	4

犯罪統計書 警察庁 昭和31年
女子は()で示す

(田村健二)

7. 自殺

Suicide

(a) ロンドンにおける自殺

P. SAINSBURY 著「ロンドンにおける自殺」1955年は、Mausdsley Monographの一巻として刊行されたが、最近の ecological survey として注目に価すると思われるので、その大要を紹介してみよう。その基礎となつた資料は1929~1933年のものであり、古い資料にもとづくものではあるが、多くの示唆を含むと思われる。

ロンドンにおける地区別自殺率（1929~33）を各地区の次の社会条件との関連において検討されたものである。

1) 社会経済状態との関連

(1) 貧困との相関係数は-0.27で関連がなく、最高位の自殺率の地区が週給2ポンド以下の貧困者18.2%であるのに対して、自殺率の最下位の地区にはそれが29.5%であつた。

第1表 社会的経済状態（百分率）

自殺率順位による地区別		貧 困	中産階級	密 集 度		失 業 度	
				1室3人以上	100室に対する人員	1931年度失業者	1929年登録失業者
地 区 別	第 1 群	18.2	39.6	25.1	-	23.7	18.5
	第 2 群	27.2	15.7	28.9	-	27.6	26.9
	第 3 群	25.1	23.0	28.1	-	25.1	28.1
	第 4 群	29.5	21.7	17.9	-	23.6	26.5
自殺率との相関係数		-0.27	0.27	0.02	-0.06	-0.14	-0.18
危険率1%で意識の有無		なし	なし	なし	なし	なし	なし

(2) 中産階級を週給5ポンド以上のものとし、7地区を比較すると、中産階級の占める比率と自殺率との相関は0.27に過ぎなかつた。

(3) 密集度の高いものを、1室に3人以上および100室に対する人員によつてみると、その比率と自殺率との関係は、おのおの0.02および-0.06に過ぎなかつた。

(4) 失業率との関係は、1931年度統計で相関-0.14、1929年統計で-0.18であつた。

2) 孤立との関係

「1室に独りで住むもの」の比率と自殺率との相関は高く、0.43であり、「独りで生活するもの」の比率との相関は0.56、「宿屋やホテルに住むもの」の比率との相関は0.50などいずれも高い相関を示している。

第2表 孤立 (百分率)

自殺率順位による地区別		単独居住者	1室単独居住者	下宿・ホテル居住者	下宿のハウスキーパー	移民者	1日の地区出入者	外国生れの者	ロンドン生れのもの	離婚率	出生率	青少年非行
地区別	第1群	35.1	36.1	64.8	57.2	34.9	37.4	37.5	19.0	48.8	36.7	-
	第2群	25.2	27.5	12.8	17.2	20.7	21.8	20.8	27.4	19.9	25.6	-
	第3群	22.0	21.9	14.1	16.1	23.4	23.4	34.4	26.1	18.9	21.8	-
	第4群	17.7	14.5	8.3	9.5	21.0	17.4	7.3	27.5	12.4	15.9	-
自殺率との相関係数		0.56	0.43	0.50	0.44	0.37	0.35	0.52	-0.33	0.56	0.57	0.07
危険率1%で意識の有無		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし

3) 移動性との関連

外国生れのものの比率と自殺率との相関は高く、0.52であり、これに対しロンドン生れのものの比率との相関は、-0.33となつている。また、1日の人口の出入りの比率との相関は0.35でやや高い。

4) 社会崩壊との関係

第3表 5地区の社会的特徴

自殺率順位による地区別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	自殺率人口10万人比	
	中産階級	貧困	失業	密集	単独居住	下宿人	移民	区内1日の出入り	庶子	非行	離婚	老年人口	F/M	結婚率		
地区別	1. Hampstead	+	-	-	-	±	+	+	-	+	-	+	+	+	18.4	
	2. St. Pancras	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	16.7	
	3. Islington	-	±	+	+	+	-	-	+	±	±	±	±	±	13.3	
	4. Hackney	±	±	±	±	-	±	±	±	-	-	-	±	±	±	11.6
	5. Stoke Newington	+	-	-	-	±	±	±	±	±	-	±	±	±	+	11.3

+ ロンドンの平均以上 - 同平均以下 ± 同平均

離婚率と自殺率の相関は高く0.56であり、また庶子出産率との相関も高く0.57に達する。しかし、青少年非行発生率との相関は低く、0.07に過ぎない。

またこれを1936年より1938年に至る5地区（Hampstead, St. Pancras, Islington, Hackney, Stoke Newington）についてみると、各地区の社会的特徴は次の如くであつた。（第3表）その結果は大體前者と同様、自殺率をたかめる社会的特徴として、移動性、孤立および社会的崩壊と関連があることを示唆する。

とくに、社会階層の点を男性の202例についてみると、次の如く第4層がすくなく無職が自殺者に多いことが認められた。

第4表 自 殺 率

自 殺 率	ロンドン市人口の比率 (20—65才, ステイブソン1950)	自殺者の比率 (同, 202例)
第 1 層	3.4	6.5
第 2 層	13.7	14.0
第 3 層	53.2	53.0
第 4 層	11.1	4.5
第 5 層	17.0	16.0
無 職	1.6	6.0
合 計 (%)	100.0	100.0

このことは同地区の無職者中の自殺率が10万人比73.4人で、平均人口の同自殺率55.9人に比して高く、その差は有意であつたことと相通ずるものである。また、自殺を行つた失業者のうち、失業が自殺の原因の一因子となつていたのが73%であつた。

そのほか、単独居住者の比率をみると5地区中の、地区を除いてはいずれも自殺率の高い地区ほど単独居住者の比率が高く、その差は有意であり、外国生れのものの比率は、最高の自殺率を示すHampsteadに最も高く、有意の差を示した。

同地区における390例について、自殺をひきおこす要因を検討すると、次の如くであつた。まずこれを関連要因と主要因にわけて考察すると、経済的ストレス（失業、職業上の問題等）では、関連要因とみなされるものが37.7%、主要因とみなされるもの21.0%、個人的対人関係の障害（愛情問題、家族葛藤等）では、前者が19.7%、後者が13.9%、社会的対人関係の障害（孤独、警察問題、環境変化など）では、前者が22.0%、後者が13.6%、身体疾患では前者が28.5%、後者が18.0%であつた。また、精神障害者および異常性格者を検討すると、老人性精神障害および脳動脈硬化症10.3%機能性精神病（その大部分が抑うつ病である）19.0%、神経症6.0%、その他精神病12.3%で、合計47.3%という高率を示した。そのほか、アルコール中毒6.2%、酩酊2.3%であり、残りはすべて異常な人格傾向とみなされており、このうち、面接により診断されたもの27.4%、しからざ

るもの16.7%となつている。この判定は従来の報告よりも著しく精神障害の比率が高い。

そのほか、かつて自殺企図の経験あるもの9.0%、家族に自殺者のあるもの2.6%となつている。

手段別では、ガス自殺が40.6%で最も高く、服毒20.6%、飛降り12.1%、溺死8.1%、縊首7.9%、刃物5.0%、轢死3.1%、銃器2.0%、放火0.3%、電気0.3%となつており、ガス自殺が著しく高い。

また、男女の比はいずれの地区でも大体男2対女1の比であり、年齢階級別では高年者ほど自殺率が高く、55才以上の老年層は15才から34才の年齢層の2倍ないし6倍であり、35才から34才がこの中間に位している。

以上の SAINSBURY の研究は、孤立、移動性、社会崩壊が自殺の主要因である点を強調するとともに、半数近くに精神障害を認めているが、両者の関連についての課題はなお残されていると思われる。

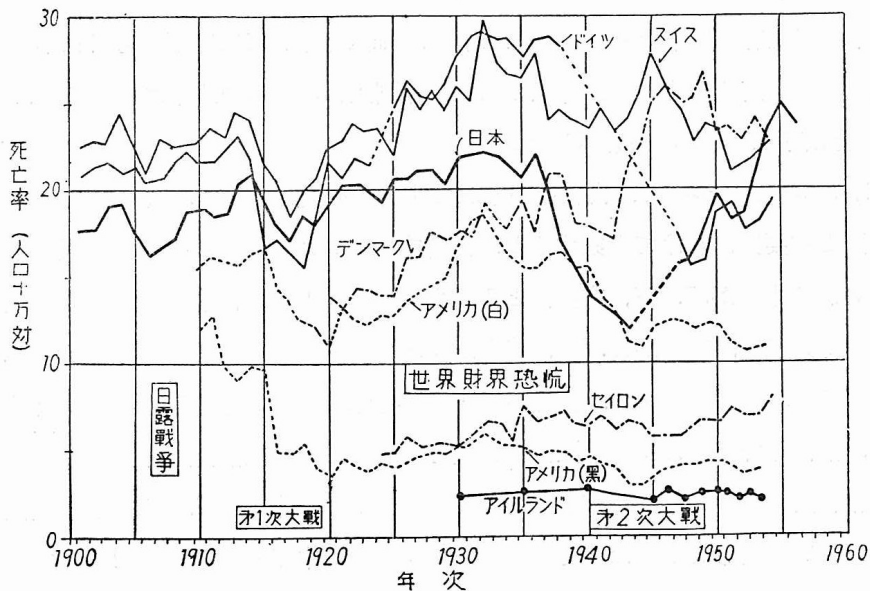
(b) 日本と諸外国との比較

日本における自殺の特徴は、青少年層および女子に著しくたかい点にあるが、これは寿命学研究会の渡辺定氏の統計的考察によると、次の如くである。

1) 主要各国および日本の自殺の推移

第1図に示すように、戦時中ならびに経済変動に伴う自殺率の変動が見られる。日本は第2次大戦前は上位の下にあつたが、戦後は世界第1位を示すに至つた。各国は1, 2の国を除いて、すべて自殺率は下降の傾向にあるのに、日本は急激の上昇を示している。

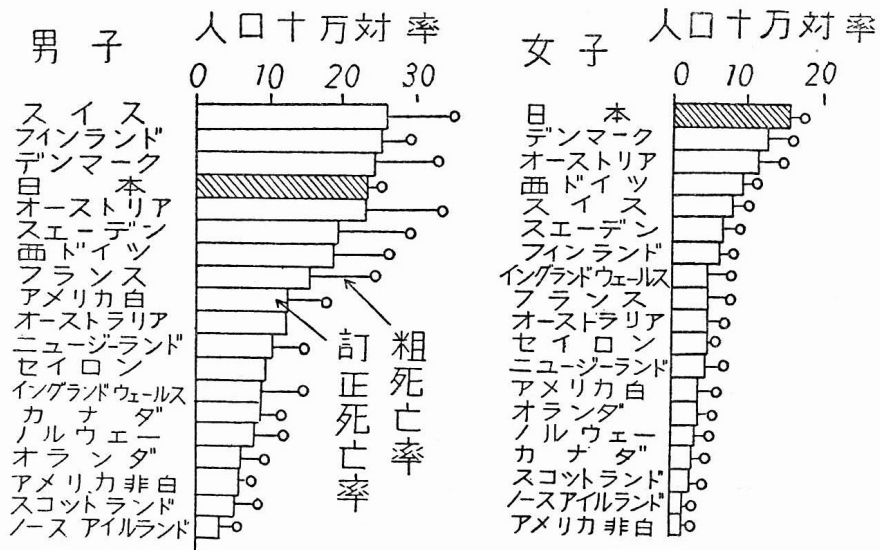
第1図 主要国における自殺死亡率の年次推移



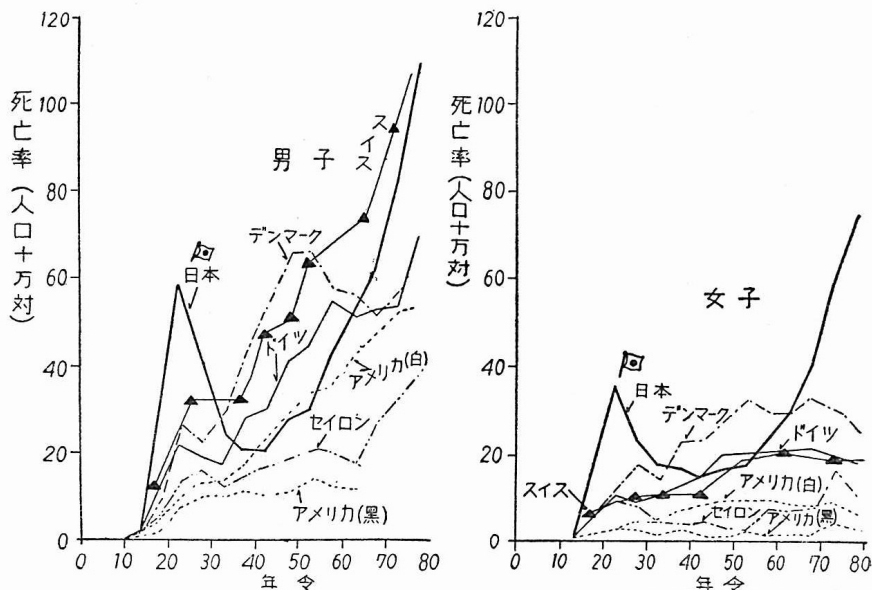
2) 各主要国および日本の自殺率（訂正率）ならびに年令別自殺率の比較

各国の自殺率を昭和10年の日本人口構成に訂正の上比較すると、第2図の如くである。すなわち、日本人の最近の自殺は、各国中で男子は第4位、女子は第1位である。これをさらに男女別、年令階級別に見ると、第3図に示すように、15才より20才台の自殺率は、各国よりはるかに高いが、壮年層では中位にあり、老年層で再び上位となつている。これを23カ国の位置についてみると、青年層は男女とも第1位であるが、40才台は男子10位、女子第3位にあり、70才台の高年で再び第1位となつている。なお、中年の自殺率が最も高いのは、デンマーク、次いでフィンランドおよびスイスである。

第2図 各国自殺率比較



第3図 主要各国の男女別年令群別自殺率比較



第5表 1953年各国自殺粗死亡率および訂正死亡率 (人口10万対)

男

国名	訂正死亡率	粗死亡率
スイス	25.8	34.4
フィンランド	25.2	28.5
デンマーク	24.4	32.3
日本	23.3	24.4
オーストリア	22.9	32.7
スウェーデン	19.0	28.2
西ドイツ	18.4	25.7
フランス	15.3	24.0
アメリカ(白)	12.6	17.2
オーストラリア	12.0	15.6
ニュージーランド	10.6	14.0
セイロン	9.5	9.5
イングランドウェールズ	9.1	14.2
カナダ	9.0	11.0
ノルウェー	8.0	11.0
オランダ	6.2	8.5
アメリカ(非白)	5.9	6.4
スコットランド	5.3	7.7
ノーサイルランド	3.6	4.7

女

国名	訂正死亡率	粗死亡率
日本	15.6	16.4
デンマーク	12.1	16.0
オーストリア	11.1	15.3
西ドイツ	8.3	11.7
スイス	7.5	10.0
スウェーデン	6.6	9.0
フィンランド	6.0	7.3
イングランドウェールズ	4.7	7.6
フランス	4.6	7.2
オーストラリア	4.6	6.0
セイロン	4.5	4.2
ニュージーランド	4.3	5.7
アメリカ(白)	3.5	4.6
オランダ	3.5	4.6
ノルウェー	2.9	4.3
カナダ	2.8	3.2
スコットランド	2.4	3.5
ノーサイルランド	1.6	2.0
アメリカ(非白)	1.3	1.3

第6表 各国の年齢階級別自殺率（人口10万対）

男

国名	年次	15~19	20~24	25~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~	
南阿連邦	1951~3	9.7	16.0	20.8	26.2	35.2	34.1	27.5		
カナダ	1952~4	3.8	7.3	9.1	11.3	18.8	25.8	03.8	26.2	
チリ	1950~1	7.6	10.2	12.2	9.8	12.5	16.2	13.0	20.0	
米 国	白人	1951~3	4.2	9.7	12.3	15.5	25.4	34.1	44.6	54.5
		1951~3	1.7	7.8	11.3	10.5	9.2	12.8	13.4	12.6
セイロン	1952~4	5.9	16.1	17.7	11.7	12.4	17.5	22.2	44.3	
日本	1952~4	26.1	60.0	42.0	23.8	23.8	36.8	58.1	96.4	
ドイツ(西)	1952~4	12.1	22.5	20.3	23.8	34.5	47.4	49.4	62.8	
オーストリア	1952~4	11.7	27.4	30.8	28.8	45.7	60.3	56.9	73.6	
ベルギー	1952~4	5.5		10.4		23.5	36.6	49.6	73.5	
デンマーク	1952~4	8.3	25.4	29.9	43.3	62.0	64.3	59.5		
スウェーデン	1951~3	3.8	6.4	9.7	7.2	13.2	19.6	26.5	33.3	
フィンランド	1952~4	12.3	33.5	38.7	39.7	56.9	64.0	59.7	47.7	
フランス	1952~4	4.4	7.4	11.5	16.9	34.9	52.8	55.6	78.5	
アイルランド	1952~4	0.6	1.6	2.3	3.7	6.0	6.1	9.3	7.7	
イタリア	1951~3	2.9	7.4	7.6	7.7	15.0	23.5	23.6	29.5	
ノルウェー	1952~4	2.0	7.2	9.1	11.1	17.1	23.3	29.8	17.2	
オランダ	1952~4	2.3	4.4	4.8	6.1	9.9	18.5	31.4		
ポルトガル	1947~9	6.9	11.1	12.2	14.7	15.0	39.6	46.9	65.8	
英 国	1952~4	2.9	6.0	7.9	10.1	17.1	26.9	38.8	42.8	
スコットランド	1952~4	1.9	3.4	4.1	5.5	11.1	17.5	21.2	24.6	
北アイルランド	1952~4	1.3	3.3	2.2	2.6	10.7	14.5	8.7	11.1	
スエーデン	1951~3	6.0	15.5	19.9	27.6	37.6	51.2	55.8	54.9	
スイス	1952~4	16.9	32.6		30.2	42.2	62.4	72.6	85.4	
オーストラリア	1951~3	6.2	11.2	13.5	15.8	24.3	26.9	41.1	37.9	
ニュージーランド	1952~4	5.2	6.5	13.2	12.7	16.0	34.9	33.1	48.4	

女

国名	年次	15~19	20~24	25~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~	
南阿連邦	1951~3	2.8	5.0	5.9	7.5	11.3	6.7	6.2		
カナダ	1952~4	0.7	3.0	3.2	4.0	7.2	7.5	8.2	4.5	
チリ	1950~1	4.3	5.1	3.6	1.4	1.2	1.1	2.5		
米 国	{ 黒人 { 白人	1951~3	1.6	2.8	4.5	5.8	8.3	9.4	9.4	7.7
		1951~3	1.4	2.4	2.4	2.5	1.9	2.3	1.6	1.7
セイロン	1952~4	6.6	12.4	9.7	5.5	5.4	6.9	6.8	17.0	
日本	1952~4	18.7	35.5	22.4	16.3	15.8	20.9	34.6	65.9	
ドイツ(西)	1952~4	6.8	10.0	9.2	11.3	17.2	21.0	20.5	20.0	
オーストリア	1952~4	8.1	16.1	11.2	15.6	21.4	23.2	23.5	26.6	
ベルギー	1952~4	2.3		3.7		8.4	12.5	18.7	15.7	
デンマーク	1952~4	5.9	9.1	14.6	20.3	29.1	31.4	25.4		
スベイン	1951~3	2.0	3.5	3.5	3.1	4.3	4.6	6.2	7.4	
フィンランド	1952~4	2.6	6.2	8.3	9.4	11.5	17.5	12.4	6.6	
フランス	1952~4	2.4	3.4	3.6	4.6	8.5	14.0	16.6	16.8	
アイルランド	1952~4	1.1	0.3	1.0	0.9	0.8	1.9	2.4	1.9	
イタリア	1951~3	3.3	4.4	3.4	3.6	5.4	6.6	6.8	6.8	
ノルウェー	1952~4	1.0	0.7	2.8	2.5	5.6	9.1	6.9	5.5	
オランダ	1952~4	0.8	1.5	2.0	3.5	5.9	11.2	14.1		
ポルトガル	1947~9	6.0	8.5	4.5	3.7	6.7	5.9	6.2	13.5	
英 国	1952~4	1.1	1.9	3.9	5.2	9.8	15.1	17.4	14.3	
スコットランド	1952~4	0.4	2.1	2.5	3.1	5.0	6.7	8.4	7.0	
北アイルランド	1952~4	-	0.6	2.0	2.5	2.5	4.9	3.0	2.0	
スエーデン	1951~3	3.3	6.6	5.9	8.8	12.6	14.5	13.2	10.8	
スイス	1952~4	6.4	10.1		11.3	13.1	19.3	22.3	19.7	
オーストラリア	1951~3	1.9	2.7	4.2	7.0	9.4	11.8	9.6	8.6	
ニュージーランド	1952~4	0.5	1.1	5.4	4.4	6.0	14.3	14.8	9.9	

第7表 主要各国の自殺率の推移 (人口10万対)

T=both sexes M=male F=female

Year				UNION OF SOUTH AFRICA			CANADA			CHILE			U			S			A			CEYLON						
				T	M	F	T	M	F	T	M	F	All races			White			Non White			T	M	F	T	M	F	
													T	M	F	T	M	F	T	M	F							
1	9	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10.4	15.5	5.3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	9	0	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	13.5	20.2	6.8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	9	1	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15.4	23.0	7.0	15.5	.	.	12.0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	9	1	5	9.6	15.2	3.4	.	.	.	3.8	...	...	16.2	24.3	7.6	16.5	.	.	9.5	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	9	2	0	10.5	16.3	4.3	.	.	.	3.1	5.0	1.2	10.2	14.5	5.7	10.8	15.4	6.1	3.6	5.2	2.0	.	.	.	.	.	.	.
1	9	2	5	11.1	17.7	4.1	8.7	13.4	3.7	2.7	4.4	1.1	12.0	18.0	5.8	12.7	19.1	6.2	4.0	6.1	2.0	4.8	6.0	3.6	.	.	.	.
1	9	3	0	11.8	17.5	5.9	9.9	15.3	4.2	5.8	9.1	2.6	15.6	24.1	6.9	16.8	25.9	7.4	5.1	7.8	2.5	5.2	6.5	3.9	.	.	.	.
1	9	3	5	10.3	15.9	4.5	8.4	12.8	3.7	5.2	7.5	3.0	14.3	21.7	6.8	15.4	23.3	7.2	5.1	7.4	2.7	7.4	9.9	4.5	.	.	.	.
1	9	4	0	9.2	14.6	3.7	8.3	12.2	4.3	4.6	6.3	3.0	14.4	21.9	6.8	15.5	23.5	7.3	4.6	7.2	2.1	6.3	8.7	3.6	.	.	.	.
1	9	4	5	7.4	10.5	4.3	6.3	9.2	3.4	4.5	6.8	2.2	11.2	17.2	5.8	12.1	18.5	6.3	3.5	5.7	1.5	5.8	7.3	4.0	.	.	.	.
1	9	4	6	8.3	12.5	4.1	8.2	12.1	4.1	3.4	5.3	1.6	11.5	17.4	5.8	12.4	18.7	6.2	3.9	6.1	1.8	5.8	7.7	3.7	.	.	.	.
1	9	4	7	9.7	14.4	5.0	7.6	11.1	3.9	3.0	4.2	1.8	11.5	17.6	5.5	12.4	18.9	6.0	4.1	6.5	1.6	5.8	7.7	3.7	.	.	.	.
1	9	4	8	11.1	16.7	5.3	7.8	11.8	3.7	3.8	5.7	2.0	14.1	17.2	8.8	12.0	18.4	5.7	4.1	6.9	1.5	6.3	8.3	4.2	.	.	.	.
1	9	4	9	11.3	18.1	4.5	7.7	12.0	3.1	3.8	5.9	1.9	11.4	17.9	5.1	12.3	19.1	5.5	4.3	7.1	1.5	6.7	8.8	4.2	.	.	.	.
1	9	5	0	9.4	14.3	4.5	7.7	11.9	3.5	4.2	7.1	1.5	11.4	17.8	5.1	12.2	19.0	5.5	4.3	7.0	1.7	6.6	8.5	4.4	.	.	.	.
1	9	5	1	10.1	15.4	4.8	7.4	11.1	3.6	4.6	7.3	2.1	10.4	16.2	4.7	11.1	17.3	5.0	4.1	6.6	1.7	7.4	9.5	5.0	.	.	.	.
1	9	5	2	9.4	14.2	4.5	7.3	11.1	3.4	...	...	...	10.0	15.8	4.4	10.7	16.9	4.7	3.7	6.1	1.3	6.9	8.5	5.2	.	.	.	.
1	9	5	3	11.9	19.4	4.4	7.1	11.0	3.2	...	...	...	10.1	16.1	4.3	10.8	17.2	4.6	3.8	6.4	1.3	7.0	9.5	4.2	.	.	.	.
1	9	5	4	...	...	...	7.3	10.9	3.5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.0	10.2	5.5	.	.	.	.

Year				JAPAN			GERMANY			AUSTRIA			BELGIUM			DENMARK			SPAIN			FINLAND		
				T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1	9	0	1	17.6	...	...	20.8	33.6	8.2	.	.	.	12.7	21.3	4.3	.	.	.	2.0	3.3	0.7	6.1	9.9	2.4
1	9	0	5	17.3	...	...	21.3	33.4	9.5	.	.	.	13.0	21.7	4.4	.	.	.	2.3	3.8	0.9	5.9	10.2	1.7
1	9	1	0	18.9	23.7	14.1	21.6	33.2	10.3	.	.	.	14.2	22.4	6.1	.	.	.	4.5	7.0	2.1	8.7	13.4	4.2
1	9	1	5	19.1	24.2	13.9	16.6	22.7	10.7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6.2	9.5	3.2	8.9	12.8	5.1
1	9	2	0	19.1	23.2	14.9	21.7	29.3	14.6	22.4	31.4	14.1	13.2	19.9	6.7	13.9	20.6	7.5	5.1	7.9	2.5	10.6	17.2	4.2
1	9	2	5	20.6	25.2	16.0	24.5	36.4	13.3	32.3	.	.	12.8	21.4	6.5	13.7	21.0	6.7	5.8	9.2	2.6	16.1	26.3	6.3
1	9	3	0	21.8	27.4	16.1	27.8	40.6	15.7	38.3	53.2	24.4	16.8	26.3	7.5	17.6	25.7	9.9	5.7	8.9	2.6	23.1	39.7	7.2
1	9	3	5	20.5	25.1	15.8	27.6	39.7	16.2	37.1	.	.	16.8	26.7	7.1	19.4	27.0	12.0	4.6	7.4	2.0	17.2	29.8	5.2
1	9	4	0	13.8	16.3	11.3	.	.	.	.	.	.	18.1	27.6	8.9	17.8	23.9	11.8	6.1	9.5	3.0	20.9	35.0	7.6
1	9	4	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	14.7	21.9	7.7	24.8	26.1	23.5	5.0	7.5	2.6	17.0	28.4	6.5
1	9	4	6	.	.	.	.	.	.	20.4	28.1	13.8	14.6	22.2	7.2	25.9	28.2	23.3	5.5	8.3	2.9	17.1	29.2	6.1
1	9	4	7	15.7	18.7	12.9	17.7	24.9	11.7	20.4	28.8	13.2	14.6	22.2	7.3	24.9	30.0	19.9	5.1	7.8	2.6	16.1	28.0	5.2
1	9	4	8	15.9	18.6	13.3	15.6	21.4	10.7	22.7	31.7	14.9	15.0	23.3	7.0	25.1	32.4	18.0	6.2	9.6	3.2	16.3	28.2	5.4
1	9	4	9	17.3	20.8	13.9	15.8	21.1	11.2	24.4	34.0	16.1	13.6	20.7	6.7	24.8	32.9	16.9	6.2	9.8	2.8	17.2	28.6	6.9
1	9	5	0	19.6	24.1	15.3	18.8	26.5	12.0	23.8	34.2	14.7	12.9	19.3	6.7	23.3	31.7	15.0	5.4	8.5	2.6	15.6	26.7	5.4
1	9	5	1	18.3	21.8	14.9	19.2	27.4	11.9	22.7	32.4	14.2	13.8	20.4	7.5	23.6	32.1	15.1	5.9	9.0	2.9	15.7	26.4	5.9
1	9	5	2	18.5	21.8	15.2	17.6	24.5	11.5	22.7	30.6	15.9	13.1	20.1	6.4	22.9	31.4	14.5	5.9	8.7	3.3	17.6	30.0	6.3
1	9	5	3	20.5	24.5	16.5	18.2	25.7	11.7	23.4	33.7	15.3	13.5	19.7	7.4	24.1	32.3	16.0	5.9	9.1	2.9	17.4	28.5	7.3
1	9	5	4	23.4	29.2	17.8	19.3	26.6	12.8	23.1	33.1	14.4	13.8	20.5	7.3	23.3	31.4	15.4	...	...	...	18.9	31.2	7.6

Year				FRANCE			IELAND			ITALY			LUXEMB OURG			NORWAY			NETHER LAND			PORTUG AL		
				T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1	9	0	1	.	.	.	2.9	4.6	1.2	6.2	9.9	2.6	.	.	.	5.5	9.6	1.5	5.8	8.8	2.9	.	.	.
1	9	0	5	.	.	.	3.6	5.4	1.8	7.2	11.4	3.0	.	.	.	5.0	7.4	2.8	7.1	11.6	2.8	5.0	7.1	3.1
1	9	1	0	21.8	.	.	3.6	5.2	2.0	8.4	13.0	3.9	.	.	.	5.5	8.8	2.3	6.2	9.1	3.4	6.0	9.2	3.1
1	9	1	5	16.7	.	.	3.1	4.9	1.3	8.5	12.8	4.4	.	.	.	5.3	9.3	1.5	6.1	8.8	3.4	7.5	11.2	4.1
1	9	2	0	17.3	.	.	2.1	3.6	0.6	7.3	10.3	4.5	.	.	.	4.8	7.6	2.1	7.3	10.8	3.8	6.2	9.1	3.7
1	9	2	5	19.3	30.4	8.9	2.9	4.4	1.4	9.4	14.0	4.9	9.3	16.0	2.3	5.4	8.7	2.2	6.2	9.1	3.2	6.9	10.6	3.7
1	9	3	0	19.0	29.8	9.0	2.8	4.5	1.1	9.6	14.7	4.7	16.8	29.4	3.5	7.2	12.5	2.2	8.1	12.1	6.0	6.9	10.7	3.4
1	9	3	5	20.1	32.1	8.9	3.1	5.1	1.0	7.7	11.5	4.1	13.3	23.1	3.3	6.4	9.9	3.1	8.0	11.2	4.8	11.9	19.0	5.2
1	9	4	0	6	6	6	6	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
1	9	4	0	18.7	28.4	10.3	3.3	5.1	1.5	5.9	8.9	3.1	14.5	22.2	6.8	6.9	11.4	2.5	10.8	13.9	7.6	11.6	18.7	5.0
1	9	4	5	6	6	6	6	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
1	9	4	5	12.3	19.3	6.3	2.4	3.7	1.1	4.8	6.9	2.7	16.6	26.8	6.3	9.2	14.7	3.9	9.4	12.7	6.2	9.6	14.9	4.8
1	9	4	6	11.2	16.4	6.5	2.7	4.5	0.8	5.3	7.8	3.0	12.9	18.9	7.0	6.1	10.9	1.5	7.8	10.0	5.6	9.8	15.3	4.8
1	9	4	7	12.7	19.3	6.6	2.4	3.6	1.2	5.8	8.8	3.0	11.1	18.0	4.1	6.5	10.1	3.1	6.6	9.0	4.2	8.8	13.4	4.6
1	9	4	8	14.2	22.2	7.0	2.3	3.9	0.6	6.3	9.3	3.4	13.0	22.6	3.4	6.9	11.4	2.6	6.6	8.6	4.5	9.6	15.2	4.4
1	9	4	9	15.2	23.4	7.6	2.6	4.0	1.3	6.6	9.8	3.6	12.2	23.1	1.4	6.7	10.0	3.4	6.2	8.3	4.1	10.6	17.1	4.6
1	9	5	0	15.2	23.8	7.2	2.6	4.2	0.9	6.5	9.5	3.6	14.5	21.5	7.4	7.4	12.4	2.6	5.5	7.4	3.7	10.1	15.7	5.9
1	9	5	1	15.5	24.0	7.6	2.6	4.0	1.1	6.8	10.3	3.5	11.0	17.3	4.7	6.5	10.2	2.8	6.0	7.9	4.1	10.2	15.4	5.3
1	9	5	2	15.4	24.0	7.4	2.2	3.5	0.9	6.3	9.3	3.6	10.9	16.6	5.3	6.9	10.3	3.5	6.3	8.2	4.4	...	...	...
1	9	5	3	15.3	24.0	7.2	2.3	3.3	1.2	6.4	9.2	3.9	8.9	12.5	5.3	7.7	11.0	4.3	6.5	8.5	4.6	...	...	...
1	9	5	4	15.8	24.7	7.4	2.0	3.2	0.8	...	...	...	10.4	15.1	5.8	7.4	12.2	2.7	6.2	8.2	4.3	...	...	...

Year				UNITED KINGDOM						SWEDEN			SWITZER LAND			AUSTRALIA			NEW ZEALAND					
				England and wales			Scotland		Northern Ireland	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
1	9	0	1	9.6	14.7	4.8	5.3	8.1	2.6	.	.	.	13.1	22.5	4.2	22.4	37.5	7.8	.	.	.	10.2	16.1	3.5
1	9	0	5	10.4	16.3	4.9	6.6	9.7	3.7	.	.	.	15.3	26.2	4.8	22.5	37.7	7.8	.	.	.	10.2	15.0	4.9
1	9	1	0	10.0	15.5	4.8	6.1	9.2	3.1	.	.	.	17.8	29.3	6.9	22.7	38.5	7.4	11.8	19.1	4.0	10.1	16.4	3.0
1	9	1	5	7.8	11.3	4.8	5.0	7.7	2.4	4.4	.	.	15.4	24.8	6.4	21.5	35.2	8.8	13.2	20.9	5.0	10.2	18.2	1.9
1	9	2	0	9.0	13.4	5.1	4.9	7.1	2.8	2.7	.	.	14.7	23.7	6.1	22.6	35.0	11.1	11.9	18.9	4.6	11.2	18.0	3.6
1	9	2	5	10.5	15.3	6.6	7.6	10.9	4.7	6.0	7.7	4.3	13.5	21.8	5.6	21.9	35.6	9.1	11.8	18.8	4.5	13.0	20.4	5.4
1	9	3	0	12.7	18.5	7.4	10.3	15.0	5.8	4.9	8.9	1.3	15.8	25.8	6.2	26.1	40.8	12.4	14.6	24.0	4.8	13.6	21.5	5.3
1	9	3	5	12.9	18.1	8.0	9.4	13.8	5.3	4.0	6.1	2.0	15.5	24.9	6.4	26.4	42.5	11.3	11.8	17.9	5.4	10.1	15.2	4.8
1	9	4	0	11.3	15.9	7.5	7.9	10.5	5.4	4.6	6.6	2.7	17.1	27.2	7.1	23.6	36.8	11.2	10.6	16.0	5.0	10.9	17.0	4.7
1	9	4	5	9.6	13.6	6.6	6.2	8.0	4.6	2.1	4.0	0.4	15.3	23.1	7.7	27.8	39.1	17.3	7.7	10.6	4.7	11.0	15.2	7.0
1	9	4	6	10.6	14.4	7.5	6.1	8.4	4.0	3.5	6.0	1.2	15.5	23.2	7.9	26.0	37.4	15.4	9.8	13.7	5.9	10.0	13.7	6.4
1	9	4	7	10.5	13.7	7.6	5.6	7.8	3.6	3.4	5.2	1.6	14.8	22.7	7.0	25.2	37.0	14.3	9.8	14.4	5.3	8.0	11.7	4.2
1	9	4	8	11.0	14.5	7.9	6.6	9.5	3.9	4.2	6.5	2.0	14.5	22.6	6.5	22.6	35.1	11.0	9.6	14.9	4.1	10.5	15.2	5.8
1	9	4	9	11.0	14.7	7.5	5.7	7.5	4.0	4.1	5.4	2.9	16.3	23.5	9.1	23.8	35.7	12.6	9.8	15.1	4.4	9.7	12.9	6.5
1	9	5	0	10.2	13.5	7.0	5.2	6.7	3.7	3.5	5.3	1.7	14.9	22.8	6.9	23.5	34.8	12.9	9.3	13.7	4.8	9.2	13.4	4.9
1	9	5	1	10.2	13.4	7.2	5.4	7.2	3.7	4.1	5.5	2.7	16.2	24.9	7.5	21.1	30.9	11.8	9.5	14.3	4.7	9.9	14.8	5.0
1	9	5	2	9.9	13.2	6.8	5.5	7.7	3.4	3.0	4.5	1.6	16.7	26.3	7.2	21.5	32.0	11.5	10.6	15.8	5.3	10.1	15.0	5.1
1	9	5	3	10.8	14.2	7.6	5.5	7.7	3.5	3.3	4.7	2.0	18.6	28.2	9.0	21.8	34.1	10.1	10.9	15.6	6.0	9.9	14.6	5.7
1	9	5	4	11.4	14.9	8.1	5.9	8.3	3.7	3.5	5.3	1.7	...	...	...	22.6	33.9	12.0	...	...	...	8.9	13.4	4.4

3) 日本における青年層の自殺の増加

もつとも注目すべきことは、日本の青年層の自殺率の増加が、他国にその比を見ない点である。第8表に示すように、15才から24才までの男女青年層の死因の第1位は自殺であり、死因の24%ないし31%を占めている。

第8表 日本人の青壮年の第3位までの死因比較

年令別, 男女別, 昭和30年

第1位		人口	10万	死亡率	第2位	死亡率	第3位	死亡率	死亡率
男女	対	死	亡	%	〃	%	%	%	%
15—19歳	男	自殺	自殺	37.6	不慮の事故	31.4	結核	13.5	10%
	女		自殺	26.4		21.5		10.0	9%
20—24歳	男	自殺	自殺	84.8	不慮の事故	59.0	結核	40.9	15%
	女		自殺	47.2		46.7		15.0	8%
25—29歳	男	結核	結核	72.7	不慮の事故	59.7	自妊	54.9	19%
	女		結核	70.8		28.0		* 22.4	10%
30—34歳	男	結核	結核	87.3	不慮の事故	52.9	自殺	30.3	10%
	女		結核	75.8		* 24.0		23.5	9%

注 * 妊娠分娩および産じよくの合併症

また、各国が第2次大戦時の減少のあと、むしろ低下の傾向を示す国が多く、上昇してもその割合は僅少であるのに対し、第9表に示すように、日本では戦争直後の3.4倍に達し、ことに男子の自殺率の増加が著しい。すなわち、昭和22年度の自殺率に比して、青少年層では約3.4倍に達している。

第9表 日本人の自殺死亡率推移比較指数

昭 22=100

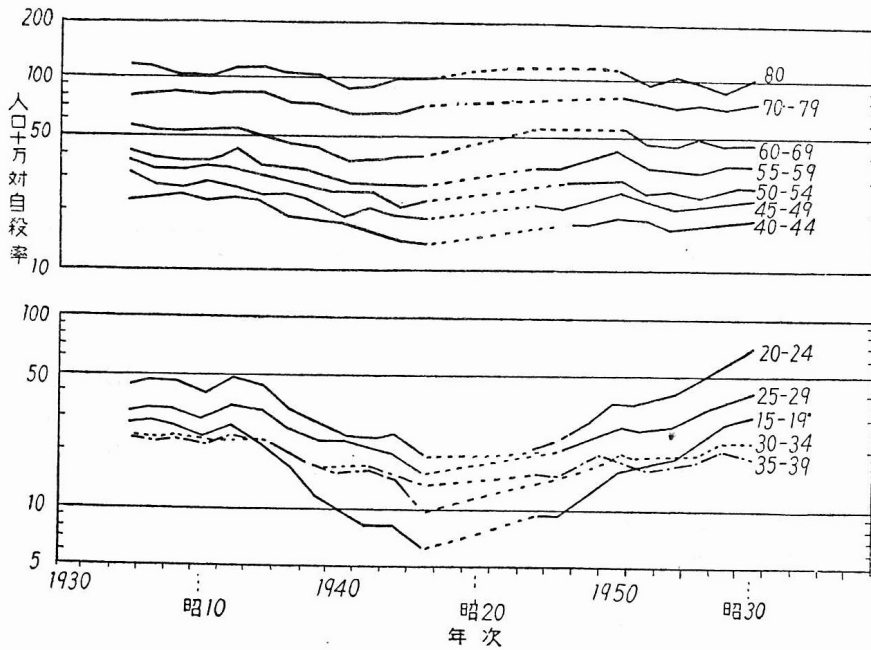
男

年令	年次	大正14	昭和10	昭和22	昭和23	昭和24	昭和25	昭和26	昭和27	昭和28	昭和29	昭和30	昭和22年の自殺率(十萬対)
15	~ 19	200	263	100	106	141	182	193	210	261	248	392	9.6
20	~ 24	214	244	100	123	169	228	221	243	299	373	431	19.7
25	~ 29	142	157	100	100	118	155	141	143	178	219	237	23.2
30	~ 34	147	134	100	95	120	133	126	115	130	164	166	18.3
35	~ 39	179	163	100	105	125	140	118	123	130	164	152	16.0
40	~ 44	134	126	100	99	103	117	110	89	97	113	113	20.8
45	~ 49	138	129	100	93	100	113	98	89	95	97	113	28.7
50	~ 54	124	119	100	102	104	104	87	82	77	87	98	38.3
55	~ 59	118	109	100	104	110	115	98	87	89	95	99	48.6
60	~ 64	-	99	100	93	94	102	79	73	77	87	84	66.4
65	~ 69	-	95	100	97	101	99	81	81	72	77	81	85.6
70	~ 74	-	93	100	90	88	94	81	78	73	77	76	112.3
75	~ 79	-		100	98	85	95	89	78	85	82	87	127.2
80	~	-	90	100	104	116	90	76	81	82	74	81	151.4

女

年令	年次	大正14	昭和10	昭和22	昭和23	昭和24	昭和25	昭和26	昭和27	昭和28	昭和29	昭和30	昭和22年の自殺率(10万対)
15	~ 19	285	241	100	99	128	151	164	175	203	271	304	8.7
20	~ 24	148	154	100	107	113	136	142	143	175	201	230	20.5
25	~ 29	143	132	100	111	119	118	121	126	139	154	172	16.3
30	~ 34	146	162	100	107	128	131	125	140	136	150	146	12.3
35	~ 39	153	148	100	112	124	136	130	131	152	142	150	10.6
40	~ 44	148	139	100	110	116	119	113	120	123	119	122	12.1
45	~ 49	131	133	100	105	115	138	126	113	115	129	115	14.5
50	~ 54	126	138	100	104	106	113	102	121	106	114	111	16.8
55	~ 59	94	105	100	98	107	116	110	114	110	113	106	21.5
60	~ 64	-	84	100	96	98	95	85	81	83	85	88	35.2
65	~ 69	-	82	100	106	105	115	96	87	87	89	87	46.9
70	~ 74	-	86	100	106	111	92	89	85	92	81	88	64.9
75	~ 79	-		100	82	88	93	81	74	83	77	73	89.9
80	~	-	78	100	88	74	94	84	87	79	71	85	108.5

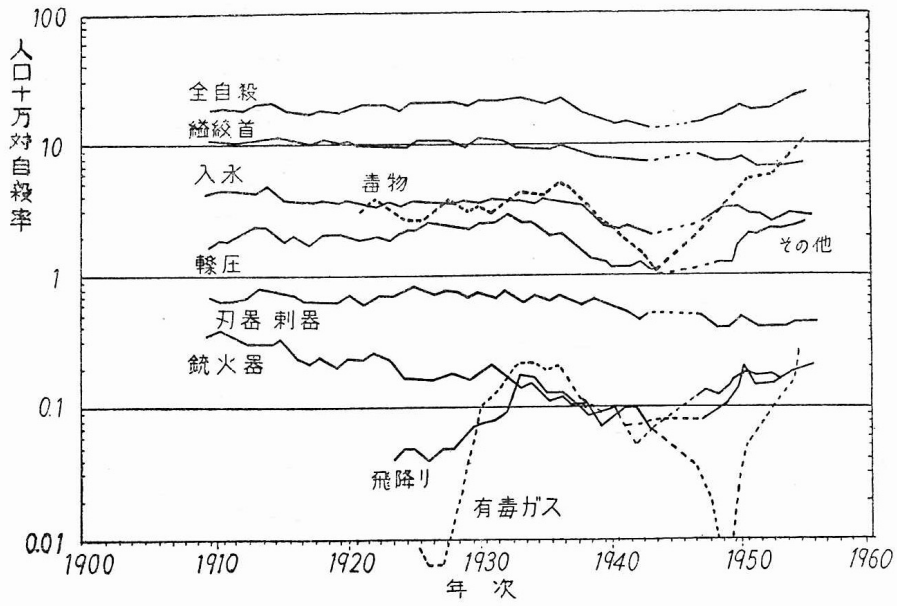
第4図 年令階級別、自殺死亡率年次推移



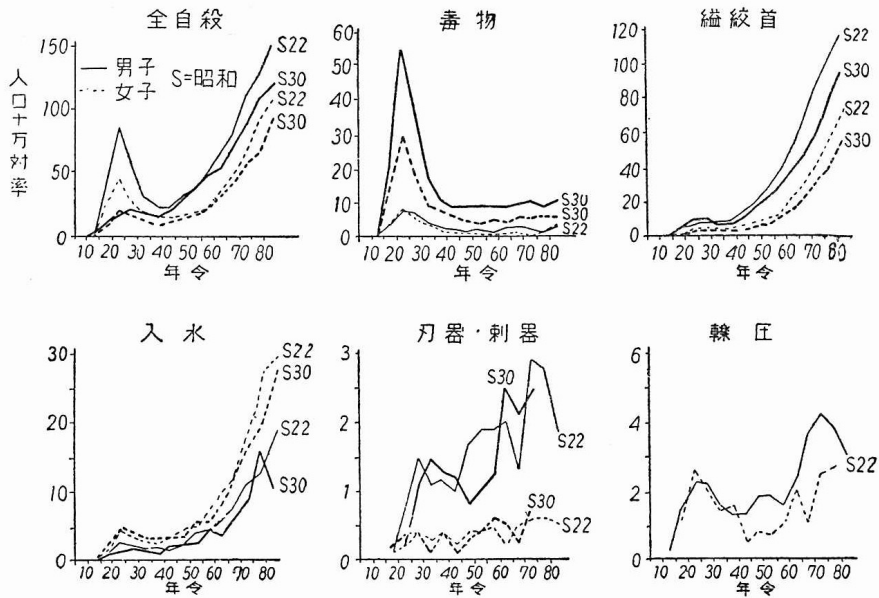
4) 自殺の手段

日本における自殺手段の年次推移をみると第5図の如くで、縊首、入水、刀器のいずれもが減少を示すのに対して、毒物の著しい増加が認められる。これを昭和22年と30年について、年令別、男女別に比較すると、毒物が青年層に多いことが明らかとなる。

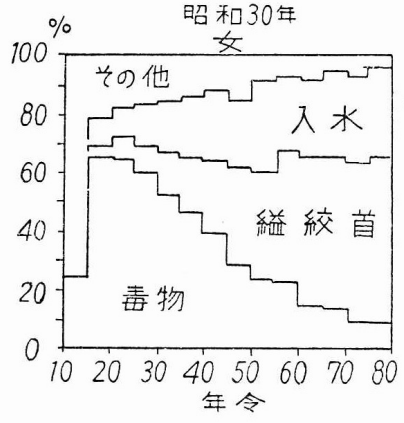
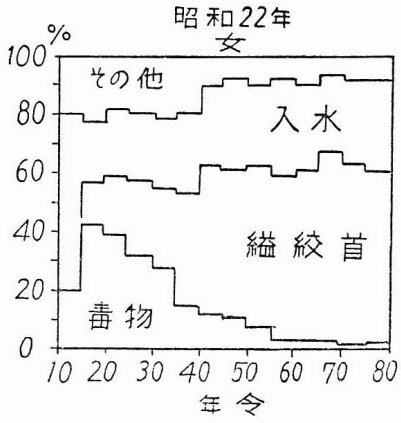
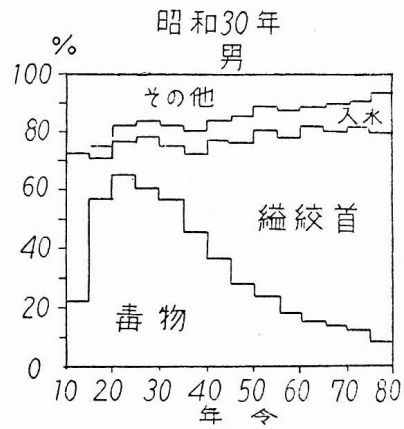
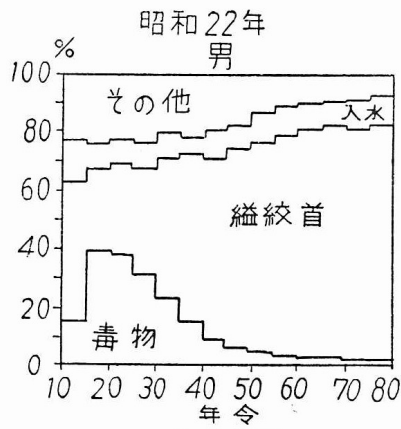
第5図 (その1) 自殺手段別, 自殺死亡率年次推移



第5図 (その2) 手段別, 年令別, 自殺死亡率昭和22年と30年の比較



第5図 (その3) 自殺の年齢別, 手段別割合 (百分比)



(加藤正明)

8. アメリカの児童指導クリニック*

American Child Psychiatric Clinics

児童の保健施設のうち、児童指導クリニック (Child Guidance Clinic)^(注1)は最も新しいものであるが、それはアメリカで発達し、西欧諸国に波及したものである。Dr. WILLIAM HEALYが1909年に最初のクリニック^(注2)を設立して以来、同様のクリニックは米欧の主要都市に波及し、アメリカだけでも数百の多きに達した。

(a) 機能

一般的に言つて、今日の児童指導クリニックには四つのおもな機能がある。そして、そのいずれに重点が置かれるかはクリニックによつて異なる。

1) 治療

第一の、そして最も重要な機能は主として個別的な心理療法 (individual psychotherapy) による情緒的適応異常児 (emotionally maladjusted children) の治療である。治療を受ける子供の種類は食事の問題、恐怖心、不良行為、情緒的原因による学業不振、教育上の特別欠陥、攻撃的行動、小心な逃避的態度等から分裂病に至るまで広範囲にわたっている。これらの問題以外に、精神薄弱児、てんかん児等の保護治療に関心をいただいているクリニックもある。

器質的原因によると考えられるものを除き、用いられるおもな治療法は心理療法である。大部分の場合には子供の心理療法と並行して母および父が他の治療者によつて扱われる。児童精神科医が子供の治療をすると同時に、精神医学的ソーシャルワーカー (psychiatric social worker) が親に対するケースワークを受持つというのが伝統的な形である。

クリニック・チームの第三のメンバーは臨床心理学者である。その伝統的職能は知能検査および投影法を用いて、児童の正確な診断的評価をするにある。

クリニックにおけるソーシャルワーカーおよび臨床心理学者の経験が幅広く豊富になるにつれ、この人たち自身も精神科医の個人指導 (supervision)^(注3)のもとに児童の心理療法を行うことが珍しくなくなってきた。

* GEORGE E. GARDNER: "Americam Child Psychiatric Clinics" The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1953, Mental Health in the United States による。

注1: Child Guidance Center, Child Psychiatric Clinic 等とも呼ばれ、この論文中でもそれらの語が同義に用いられている。ここにはそれらをすべて「児童指導クリニック」と訳すことにした。

注2: シカゴの Juvenile Psychopathic Institute, 現在の Institute for Juvenile Research

注3: 高木四郎「アメリカの児童精神医学と精神衛生」, 精神衛生研究, 3号, p113, 昭30; 高木四郎「アメリカの児童精神医学」(その三), 「教育と医学」, 5巻9号昭32.9), P94, 慶応通信参照。

2) 養成訓練

児童指導クリニックの第二の重要な機能は児童精神科医・精神医学的ソーシャルワーカーおよび臨床心理学者の臨床的訓練である。このような機能は約40年前初めてクリニックが開設された当時からあつたのであるが、1946年「国立精神衛生院」(National Institute of Mental Health)が創立されてから、その補助によつてさらに刺戟を受けることになつた。

また、ほぼ同時期に「アメリカ児童精神科クリニック協会」(American Association of Psychiatric Clinics for Children, 略称AAPCC)が結成されて以来、同協会によつて、必要かつ有益な訓練の基準が定められ、養成クリニック(training clinics)によつて受入れられるようになった。かたわら、精神医学的ソーシャルワークおよび臨床心理学の専門団体もやはり臨床的訓練の基準を定め、クリニック・チームの各メンバー共、一層高い資格を要求されるようになった。現在約30のクリニックがAAPCCにより養成クリニックとして認可されている。

訓練計画の中心をなすものは心理療法および診断に関する、毎週長期にわたつて継続される個人指導(individual supervision)である。これに加えて、講義・セミナーおよび教育を目的とする事例会議(case conference)が行われる。あるものは専門別に、またあるものは合同で行われる。

3) 公衆教育

児童指導クリニックの職員は常にその責任の一つとして、児童の行動異常の意味、それらの適応異常の予防に必要な措置、また適応異常が起つた場合の適当な手段と、これを扱う施設について、一般公衆を教育することを引受けてきた。

教育の対象として特に重点が置かれてきたのは親・教師(師範大学の課程と現在訓練との双方によつて)・牧師・小児科医・一般開業医および保護司(probation officers)^(注4)である。これらの教育計画は出版物・講演・ラジオ・テレビおよびクリニック内の会議に出席させることによつてなされてきた。

このような教育の効果を正確に評価することは容易ではない。しかし、クリニックの職員はそれが価値があるという証跡を数々感じている。たとえば児童指導クリニックで扱われるケースの大部分は20年以前のように社会事業施設(social agencies)や病院から委託されてくるのではなく、今日では親自身が連れてくる。すなわち、20年の間に親たちはしだいに児童の適応異常の徴候に注意するようになり、それを解決する施設としてのクリニックについて知識を持つようになってきたのである。

4) 研究

ほとんどすべてのクリニックは、程度はさまざまであるが、児童の種々の面に関して研究を行っている。

注4：保護司と訳したが、わが国の児童福祉司、家教の少年調査官、保護司を兼ねたようなものである。

いうまでもなく、地域社会が設立経営しているクリニック (community-sponsored clinic) は研究のための予算設備に乏しいが、一方大学附属のクリニック (university-sponsored clinic) は予算の大部分をこの方面に向けている。

しかし、とにかく研究は児童指導クリニックの四大機能の一つである。

この分野が比較的新しいこと、対照資料を得ることが非常に困難なことにより、大部分はまだ記述的研究にとどまっている。しかし、この欠陥は児童指導クリニックが附近の大学の医学あるいは社会科学研究室と密接な連絡を保つて研究チームを作ることにより克服されつつある。

(b) クリニックの種類

児童指導クリニックは種々のタイプがある。そして、それらは取扱う児童の種別、あるいは治療対象の重点にそれぞれ特異性ある。

1) 一般のクリニック

伝統的な児童指導クリニックで、現在では最も一般的なものである。取扱われる対象は児童期のあらゆる情緒的障害を含み、年齢も幼児から 16~7才まで広い層にわたっている。

多くの場合、このようなクリニックは部分的には地域社会の基金 (community fund) によつて維持されている。そして、その地域社会内の他のすべての児童のための施設、たとえば学校・裁判所・社会事業施設 (ここには protective and placement agencies, adoption services とある) 等と密接な連絡をとるべく努力が払われてきた。

5年前までは、大学や病院と特別な関係を持たないという意味において、それは独立したクリニックであつた。しかし、今日においてはこの分野における新しい発達の刺激によつて、この状態は変つてきた。この点については後に述べる。

チームで診療する方法 ("team approach") ができ上り、進歩してきたのは、この伝統的な児童指導クリニックにおいてであつた。

2) 病院附属のもの (hospital-affiliated)

第二は総合病院に附設された児童指導クリニックである。過去10年間、ことに5年間にその一部として児童指導クリニックを設立する病院が増してきた。このようなクリニックは伝統的な児童指導クリニックの線に沿い、これに必要な修正を加えた外来診療所である。ただし、その病院の小児科の方針により、扱われる児童の年齢、問題の種類等に差異がある。これに加えて、より重い急性の行動異常を効果的に扱うために小児精神科病室を置く病院がしだいに増してきた。これはこのような児童を長年扱ってきた小児科医の要求、また修練生 (intern) や医学生を教育しようという要求に基いたものである。

この種のクリニックで扱われるケースは当然行動異常に伴つて身体的訴えを呈する児童が置かれている。当然精神身体障害 (psychosomatic disorders) に特に関心が持たれている。また身体疾

患に対する児童の反応、外科的あるいは内科的処置に対する妥当な感情的準備に関する研究、さらにこれらに基いて職員の児童に対する扱い方に関心が持たれている。

養成訓練の面では、この種のクリニックは広範囲にわたる訓練を与え、観察の機会を与えるために一般のクリニック (community child guidance clinics)、保育所あるいは精神病院を扱う部門と連絡を保つてきた。

3) 収容施設 (residence services)

第三は収容施設である。これは今日この国では非常に要求されている。ここに、あまり適応異常が重くはないが、長期の治療を必要とする児童のための収容施設に対する要求は大である。

重症の神経症児を扱う少数の収容治療施設 (residential treatment centers) ^(注5) は各所にあるが、現在ある収容施設は主として精神薄弱児・てんかん児・精神病児の処置に手を奪われている。

病院の小児精神病室についてはすでに述べた。そこでは重症ではあるが精神病ではない児童が扱われるが、その数はあまりに少く、扱われる児童の数も少い。このほかに、いくつかの児童指導クリニックも収容施設を附設している。しかし、これも数は少い。

児童の精神医学的診療でもこの方面が一番遅れている。これらの収容施設の最も注目すべき進歩は、最近それらが養成センター (psychiatric training center) および医科大学と連絡を持つようになってきたことである。

4) 学校関係のもの (school-affiliated)

第四は学校関係の児童指導クリニックである。多くの大都市においては学校組織自体がその内部に児童精神医学的施設またはカウンセリング施設 (child psychiatric or counseling service) を有している。これらの施設は一般には児童の知識的能力を評価するテスト施設として発足したものであるが、近年はその人員においても、実際の仕事においても伝統的な児童指導クリニックの機能を修正して取入れ、その業務を拡張するようになった。以前は教育心理学者だけがいたのが、これとチームワークを行うように、児童精神科医と学校ソーシャルワーカー (school social worker) を置く所がしだいに増してきた。

これらの施設で行われている処置はいろいろである。しかし、多くの場合、長期の心理療法を必要とする児童は、もし可能ならば近傍の児童指導クリニックに委託されている。

学校関係のクリニックは伝統的に学業不振・教育上の特殊欠陥・言語障害等に多大の関心を持ち、これらを克服する訓練教育の方法にその努力を集中してきた。しかし、これらの障害の発生に情緒的適応障害が重要な役割を演じていることが、しだいに認められた結果、その機能はだんだん広いものになった。

注5：高木四郎「アメリカの児童精神医学と精神衛生」前出，p 110；高木四郎「アメリカの児童精神医学」前出，p 52参照。

これらのクリニックの最大の効果は教師および管理職員（teaching and administrative personnel）の現任訓練である。

5) 大学関係のもの（university-associated）

大きな大学のいくつかは教育学あるいは社会科学，ことに臨床心理学・社会学・人類学の授業あるいは訓練の一環として児童指導クリニックを設立している。このような施設では治療の重要性を軽視しはしないけれども，第一の重点は研究と教育に置かれている。

研究においては特に児童の発達に興味が持たれている。そして現在，これらのクリニックでは正常児の長期にわたる，多くの有用な研究がなされている。

多くの場合，この種のクリニックは児童精神科医の所長によつて管理されないで，むしろ社会科学の分野の人に管理されている。そして兼任の精神科医によつて専門的助言（consultation）^{注6}を提供されている。

6) その他の特殊な施設

上述のもの以外に他の特殊な児童精神医学的施設もある。これらの施設は，たとえば幼児だけというふうに特別の年齢層の子供だけを扱っている所もあり，また少年審判所に所属して不良行為だけを扱っている所もある。言語障害および教育上の特殊欠陥の研究と治療を目的とするような施設もある。

上述の各種の施設のほかに，さらに地域社会における非精神医学的児童施設に対し，これらのクリニック自体あるいはその個々の職員によつて提供される助言サービス（consultation service）をもあげなければならない。これもまた最近になつて発達した事業で，ますます普及しつつある。この仕事において，児童精神科医は家族の中の子供を扱っているケースワーカーに対して診断治療に関する印象および示唆を提供し，さらに親についても助言を与える。

強力な心理療法を要する子供は精神科医の勧めによつて，普通はもよりのクリニックに委託される。そして非精神医学的施設およびその顧問（助言者 consultant）はケースワーク，カウンセリング，ガイダンスによつて扱い得るような適応異常にその大部分の時間を充てる。

(c) 機構と経営

児童指導クリニックの設立経営の主体はさまざまであり，資金の出所もいろいろである。

最初のクリニックが設立された当時の最も普通の形としては，ある特殊な問題，こと少年の不良行為に関連して精神医学的サービスの必要を認めた関心ある人たちが団体を結成して，同志の間で金を集め，専門家である知人を通じて職員を集め，そしてクリニックを始めた。これらしろうとのグループが後には法人組織によつたクリニックの理事になり，寄附募集および外部の財団への補助

注 6：高木四郎：「アメリカの児童精神医学」（その五），教育と医学，5 巻11号昭32. p 11参照。

申請によつて財政をまかなつた。このような努力をするうち、間もなく新しく結成された「アメリカ精神衛生委員会」(National Committee for Mental Hygiene)の援助が受けられるようになった。同委員会はクリニックの設立経営の補助、児童精神科医のために、多くの財団、ことに Commonwealth Fund を関与させることができるようになった。

これに加えて、最初から同委員会と Commonwealth Fund の協力によつて、児童精神医学に必要なとみなされる養成基準はかなり高いものになつた。今日のAAPCCはその結実である。

この初期の形態に引続き、他の施設、たとえば少年審判所・一般病院・小児病院・精神衛生団体・州の精神衛生部、または共同募金団体等の附属として、またはその管理下にクリニックが設けられてきた。

また、過去5年間にクリニックの事業の継続拡張には国立精神衛生院(National Institute of Mental Health)は多大の補加を与えてきた。

伝統的な形の児童指導クリニックは通常理事会によつて管理され、理事会は医師たる所長(medical director)を選任し、計画と方針を遂行せしめてクリニックを設立する。所長としての児童精神科医に加えて、通常主席心理学者と主席精神医学的ソーシャルワーカーがいて、それぞれその専門の職員を選び、監督し、その訓練計画を樹立遂行する。

クリニックの方針およびケースの選択、診断、治療とその終結に関する手続きは三種の専門の代表者の手により、通常は職員会議の形式で遂行される。

(高木四郎)

9. アメリカ児童指導クリニック協会(A.A.P.C.C.)について

The American Association of Psychiatric Clinics for Children

ここに「アメリカ児童指導クリニック協会」として紹介する団体は正式の名称は「アメリカ児童精神科クリニック協会」(American Association of Psychiatric Clinics for Children, 略称A. A. P. C. C.)という。児童指導クリニック(Child Guidance Clinic)は近來”Psychiatric Clinic or Children”あるいは”Child Psychiatric Clinic”の名をもつて呼ばれることが多いが、ここにはA. A. P. C. C.を「アメリカ児童指導クリニック協会」と訳したのである。

児童指導クリニックは約50年前 WILLIAM HEALY の事業が先駆となり、発達した、児童のための精神衛生施設であり、そこでの業務は精神科医・ソーシャルワーカー・心理学者のチームによつて行われることは周知のごとくであるが、このA. A. P. C. C.はクリニックの向上充実を目的として1948年、結成された団体で、個人ではなくクリニックを会員とするものである。この団体は児童指導クリニックの向上を目的とするものであるから、これに会員として加入するためには、同協会の規定によりそのクリニックは一定の基準に達していなければならない。また、加入クリニックのうち、特に充実し、所定の条件を満たすクリニックは同協会により養成クリニック(Training Clinic)として認可される。

ここには同協会刊行の”History, Purpose and Organization of the American Association of Psychiatric Clinics for Children.”なる小冊子から、入会資格および養成クリニック認可の基準の規定を抄訳する。これらの規定はアメリカの児童指導クリニックの現状および動向を知る参考になろう。

(a) 入 会 資 格

1) 正会員(Full or active member)たる資格

- (1) 会員たるクリニックは児童に対し適当な精神医学的治療および地域社会に対し関連あるサービスを提供する目的で運営されるものでなければならない。
- (2) 会員たるクリニックは精神科医・臨床心理学者・精神医学的ソーシャル・ワーカーの統合的サービスを提供するものでなければならない。治療目標・治療過程・クリニックの方針・効果的運営するために、全職員が会議をする十分な機会がなければならない。職員は各自の職分を統合された全体の中に溶け込ませる能力を持たなければならない。
- (3) 会員たるクリニックはその所在する地域社会に対して責任ある専門施設としての関係を有しなければならない。

(4) 建物は治療および助言の秘密を保つために職員数に応じ適当な広さを有し、また適当な設備を有しなければならない。記録の調製保存のための妥当な組織を有し、また適当数の事務職員を有しなければならない。

(5) クリニックの職員は次のごとき資格を有しなければならない。

a. 精神科医

児童を扱う精神科医は2年間精神医学の基礎的訓練を受け、これに次いで(1)2年間児童精神医学の訓練を受けた上、さらに1年間経験を積むか、(2)1年間児童精神医学の訓練を受けた上、さらに2年間経験を積んだ者でなければならない。これら3年間の経験の中、少くも1年間のそれはクリニック・チームの統合的サービスを提供するクリニックにおけるものでなければならない。

b. 心理学者

首席心理学者(1人しか心理学者を有しないクリニックでは当該心理学者)はマスターの学位を有するものでなければならない。これに加えて4年間の full-time の臨床的経験を有しなければならない。その中2年間は個人指導(supervision)を受け、1年間はクリニック・チームの統合的サービスを提供する児童精神科クリニックにおけるものでなければならない。マスターの学位獲得後の大学院課程(graduate training)および臨床心理学における修練(internships and externships)は2年間までは上述の経験に代替し得る。

1952年以降は長年の経験を有する人を除き、Ph. D. の学位あるいはA. B. E. P. P. (American Board of Examiners in Professional Psychology) (注1)の免許書を必要とする。

c. 首席精神医学的ソーシャル・ワーカー

首席精神医学的ソーシャル・ワーカーはA. A. P. S. W (American Association of Psychiatric Social Workers) (注2)の入会資格を有しなければならない。また、所定の課程修了後、個人指導下における3年間の経験および少くとも1年間、個人指導を与えた経験がなければならない。その中少くも1年間はクリニック・チームの統合的サービスを提供する児童精神科クリニックにおける経験でなければならない。

d. 上述の職員の資格に十分合格しない場合でも、入会申込は考慮される。協会規定の基準に概して達しているクリニックは例外的に入会を認められることがある。

(6) 入会の資格と協会が児童精神医学の養成を行うクリニックとして認定する資格とは同一ではない。

A. A. P. C. C. の養成委員会および評議会(Training Committee and Council) によつて認可されない会員クリニックは同意なくして児童精神医学の専門家の資格を与えるような訓

注1: 精神衛生資料2号, 昭29年, p 106 参照。

注2: 精神衛生研究3号, 昭30年, p 105 参照。

練を始めてはならない。

2) 準会員 (Associate member) たる資格

現在のところ上述の条件のすべてを満してはいないが、比較的短期間にその見込みのあるクリニックは厳重な審査の上、入会審査会および評議会 (Membership Committee and Council) の推薦によつて、準会員として入会を認められる。

(b) 養成クリニック (Training Clinic) として望まれる基準

以下に養成センター (training center) として児童指導クリニックを認定する際の必要条件を述べるが、これは児童精神科医の養成だけに関するものである。ソーシャル・ケースワークおよび臨床心理学の養成センターを考えているわけではない。これらの両分野における臨床的訓練の基準については、これを規定できる、また規定している、それぞれの団体がある。

児童精神医学の養成クリニックとして認可されるのに必要な最低基準は次のごとくである。

- (1) 養成クリニックはその専任職員として、少なくとも児童精神科医・精神医学的ソーシャル・ワーカー・臨床心理学者各1名を有しなければならない。
- (2) ソーシャル・ワークおよび臨床心理学の分野の職員の資格についていえば、児童精神医学の訓練について好ましい条件をそなえたクリニックは、同時にまた、ソーシャル・ワークおよび臨床心理学の養成センターとしても好ましいものであることが必要である。したがつて、これら両分野の職員はそれぞれの分野の専門団体の入会資格を有し、学生を指導訓練する資格を有するものでなければならない。
- (3) 指導に当る児童精神科医は次のような資格を有することが望ましい。

a. 指導に当る精神科医はアメリカ精神神経学評議会 (American Board of Psychiatry and Neurology) が要求する基礎的修練を積み、同評議会が行う専門医試験 (Board examination) に合格し、あるいは受験資格を有しなければならない。

b. 指導に当る精神科医は

- 1) 児童指導クリニック (なるべく認可されたクリニック) において1年間訓練を受け、さらにこの分野で2年間の経験を積んだ者である。
- 2) なるべくならば、児童指導クリニックにおいて2年間訓練を受け、さらに少なくとも1年間経験を積んだ者でなければならない。

しかし、以上の基準は今日では必ずしも実情に適しない。次のようなクリニックが認可を申請する場合もあると思う。すなわち、所長あるいはそれに代る精神科医が

- a. 2年間の精神医学における基礎的訓練を経ず、小児科に加えて精神分析の訓練を経、さらに児童指導クリニックにおいて1年間訓練を受けたか、
- b. 精神分析の訓練を経ただけで、小児科の訓練も、児童指導クリニックでの訓練を受けてい

ない、

という場合である。

(4) そのクリニックのクリニック・チームは少くも1年間一緒に仕事をしたものでなければならない。それは仕事の安定と管理の規則正しき、円滑さを保証する最低年限である。

(5) 養成クリニックは扱う事例の問題の種類ににおいても、年齢・性においても片寄らず、変化に富んでいなければならない。

a. 種々の事情で事例の種類が片寄っている場合には、もよりのクリニックと提携することによつて、この欠陥を補わなければならない。

b. 訓練期間中は若干の親の治療をも経験せしめなければならない。

(6) 養成クリニックはその地域社会の他の児童施設、たとえば家庭相談所 (family services) ・医療施設・教育施設・収容施設・委託施設 (placement agencies) ・保護施設 (protective agencies) 等と協力し、これに専門的助言 (consultation) を与えるものでなければならない。

(7) a. 養成クリニックの訓練教育計画の細部についていえば、その中心をなすものは個人指導 (supervision) でなければならない。これに代り得る方法はない。個人指導は年間を通じ、週2時間を必要とする。

b. 第二の種類の方法は職員会議 (staff conferences), すなわち、(1) 受理会議 (intake conference), (2) 診断会議および(3) 処置会議による方法である。

c. 第三の種類の方法はセミナーによる方法で、それは最少限次のようなセミナーを含まなければならない。(1) 心理療法の理論と実際、(2) 児童指導クリニックの運営 (administrative child psychiatry), (3) チームワークに対するケースワーカーおよび臨床心理学者の寄与、(4) 抄読会 (児童精神医学・児童の発達・児童精神分析等に関する古典および最新の文献を含む)。

(8) 養成クリニックはその近傍に必要なに応じて事例を紹介委託すべき医学施設、または言語障害、読字障害 (reading disabilities) 等の矯正施設を持つていなければならない。

(9) 養成クリニックは事例記録を整備保存する適切な組織設備とその保管の任に当る責任ある職員を有しなければならない。

(10) (略)

(11) 養成クリニックは図書室を有しなければならない。その図書室は関連する三分野に関する重要な図書、文献および雑誌を備えなければならない。

(12) 養成クリニックは適当な設備を有する身体検査室を有しなければならない。

(13) (略)

(c) A.A.P.C.C. 会員名簿一覧

以下に同協会の会員名簿を掲げる。52カ所の正会員クリニックはアメリカにおける一流の児童指導クリニックとみなしてよいのであろう。* 印を附したのは認可を受けた養成クリニックであるが、これら20カ所のクリニックは最も高い水準に達した代表的クリニックといつてよい。

括弧内の人名は所長 (director), 所長代理 (acting director) またはこれに準ずる代表者である。(この名簿はやや年代が古いので、多少の異動があることを断つておく。) (高木四郎)

正 会 員 (Active Members)	Hartley-Salmon Clinic, Inc.
Child Guidance and Consultation Service of San Mateo County Burlingame, California (Dr. S. L. Sheimo)	Hartford, Connecticut (Dr. Henry B. Moyle)
Long Beach Mental Hygiene Clinic Long Beach, California (Dr. John A. Russel)	New Britain Society for Mental Hygiene Clinic New Britain, Connecticut (Dr. Mildred H. January)
Child Guidance Clinic of Los Angeles Los Angeles, California (Dr. Forrest N. Anderson)	* Psychiatric Service in the Community Now Haven, Connecticut (Dr. William B. Curtis)
* Pasadena Child Guidance Clinic Pasadena, California (Dr. Marion B. Durfee)	Child Guidance Clinic of the Waterbury Society for Mental Hygiene Waterbury, Connecticut (Dr. Katherine J. Hawley)
* Children's Hospital Child Guidance Clinic San Francisco, California (Dr. Maurice Kaplan)	Washington Institute of Mental Hygiene Washington, D.C. (Dr. William L. Granatir)
Mount Zion Hospital Psychiatry Clinic San Francisco, California (Dr. Norman Reider)	D.C. Child Guidance Clinic Washington, D.C. (Dr. Leopold Wexberg)
* The Langley Porter Clinic San Francisco, California (Dr. S.A. Szurek)	* Institute of Juvenile Research Chicago, Illinois (Dr. George L. Perkins)
* Mental Hygiene Clinic, Colorado Medical Center Denver, Colorado (Dr. J. Cotter Hirschberg)	* Mandel Clinic, Michael Reese Hospital Chicago, Illinois (Dr. Doris Phillips)
Bureau of Mental Hygiene, Department of Health Hartford, Connecticut (Dr. Elias J. Marsh)	* Louisville Mental Hygiene Clinic Louisville, Kentucky (Spafford Ackerly)
	* The Guidance Center New Orleans, Louisiana (Dr. Milton E. Kirkpatrick)

- * The Psychiatric Clinic, University Hospital
Baltimore, Maryland (Dr. H. Whiteman Newell)
- * The Habit Clinic for Child Guidance Clinic
Boston, Massachusetts
(Dr. Eveleen Rexford)
- * Judge Baker Guidance Center
Boston, Massachusetts
(Dr. George E. Gardner)
- Psychiatric Service for Children,
Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts
(Dr. Lucie Jessner)
- * James Jackson Putnam Children's Center
Boston, Massachusetts (Co-directors:
Dr. Marion C. Putnam, Mrs. Beata Rank)
- Child Guidance Clinic of Springfield
Springfield, Massachusetts
(Dr. Oliver A. Cooper)
- Youth Guidance Center of Worcester
Worcester, Massachusetts
(Dr. Joseph Weinreb)
- Children's Center of Metropolitan
Detroit
Detroit Michigan (D. James M. Cunningham)
- Saginaw Valley Children's Center
Saginaw, Michigan
(Dr. Norman C. Westlund)
- * Amherst H. Wilder Child Guidance Clinic
St. Paul, Minnesota
(Dr. H. S. Lippman)
- Kansas City Child Guidance Clinic
Kansas City, Missouri
(Dr. George Frankl)
- Community Child Guidance Clinic of
Washington University St. Louis,
Missouri
- Northern New Jersey Mental Hygiene
Clinic
Greystone Park, New Jersey
(Dr. Earl M. Fuller)
- Clinic Mental Hygiene Society of
Union County Plainfield,
New Jersey (Dr. Phyllis Schaefer)
- Brooklyn, Juvenile Guidance Center
Brooklyn, New York
(Dr. Abraham A. Fabian)
- Guidance Center of Buffalo
Buffalo New York
Bureau of Child Guidance
New York, New York (Dr. Jean A. Thomson)
- * Child Guidance Institute of the Jewish
Board of Guidance
New York, New York
(Dr. Maurice Friend)
- Rochester Guidance Center
Rochester, New York
Child Guidance Clinic of the Board of
Education Rochester
New York (Dr. Murray D. Lewis)
- Division of Mental Hygiene, Westchester
County Dept. of Health
White Plains, New York
(Dr. A. T. Kazan)
- Child Guidance Association of Akron
Akron, Ohio
- * The Central Mental Hygiene Clinic
Cincinnati General Hospital
Cincinnati, Ohio
(Dr. Maurice Levine)
- * Cleveland Guidance Center
Cleveland, Ohio (Dr. Claire M. Ness)
- Psychiatric Clinic for Children,
Western Reserve University
Cleveland, Ohio
(Dr. Elizabeth Bremner)
- Guidance Center for Dayton and
Montgomery County
Dayton, Ohio (Clyde B. Simson)

- Community Child Guidance Clinic
Portland, Oregon
(Dr. Carl V. Morrison)
- Lehigh Valley Guidance Clinic
Bethlehem, Pennsylvania
(Dr. Rachel Winlock)
- Tri-County Child Guidance Center
Harrisburg, Pennsylvania
(Dr. Paul F. Dunn)
- The Guidance Clinic
Lancaster, Pennsylvania
(Dr. Herman Staples)
- * Philadelphia Child Guidance Clinic
Philadelphia, Pennsylvania
(Dr. Frederick H. Allen)
- Child Study Center, Institute of the
Pennsylvania Hospital
Philadelphia, Pennsylvania
(Dr. Norman Nixon)
- Pittsburgh Child Guidance Center
Pittsburgh, Pennsylvania
(Dr. Edward A. Tyler)
- Guidance Institute of Berks County,
Court House
Reading, Pennsylvania
(Dr. William F. Finzer)
- * Children's Service Center of Wyoming
Valley
Wilkes-Barre, Pennsylvania
(Dr. J. Franklin Robinson)
- Providence Child Guidance Clinic
Providence, Rhode Island
(Dr. Gertrude L. Muller)
- Community Guidance Clinic
Dallas, Texas (Dr. Don P. Morris)
- The Guidance Center of the Bureau
of Mental Hygiene
Houston, Texas (Dr. Harr M.
Little)
- * Children's Service Center of Charlotte-
sville and Albemarle County
Charlottesville, Virginia
(Dr. Frank J. Curran)
- Fairfax County Guidance Clinic
Falls Church, Virginia
(Dr. Thomas A. Harris)
- Memorial Guidance Clinic
Richmond, Virginia
(Dr. William H. Kelly)
- Psychiatric Clinic for Children, David
Hall Health Center
Seattle, Washington
(Dr. S. Harvard Kaufman)
- Milwaukee County Guidance Clinic
Milwaukee, Wisconsin
(Dr. Sara G. Gerger)
- 準会員 (Associate Members)
- The Child Center, Catholic University
of America
Washington, D.C.
(Dr. Robert Odenwald)
- Minnesota Psychiatric Institute
Minneapolis, Minnesota
(Chief of staff: Dr. Eric Kent Clarke)
- Jewish Child Care Association of
Essex County
Newark, New Jersey (Consulting
psychiatrist: Dr. Ruth Ravinovitch)
- The Guidance Center
New Rochelle, New York
(Dr. Mark Kanzer)
- Northside Center for Child Develop-
ment
New York, New York
(Mamie Phipps Clark, Ph. D.)
- The Martha H. Beeman Clinic
Niagara Falls, New York
(Dr. William G. Ferguson)
- 特別会員 (Special Members)
- The Southard School
Topeka, Kansas
(Dr. Edward D. Greenwood)
- Hawthorne-Ceder Knolls School
Hawthorne, New York
(Norman V. Lourie)

10. 産業精神衛生

Mental Health in Industry

産業における精神衛生については、各種事務所工場・商社等において最近関心を高めつつあるが、それらの実際の制度活動・効果等について全面的資料を蒐集することは困難であるので、これらの見本として、電信電話関係二社で実施されている産業人事相談の現状について紹介することにする。

1) 産業人事相談について (Industrial Counseling)

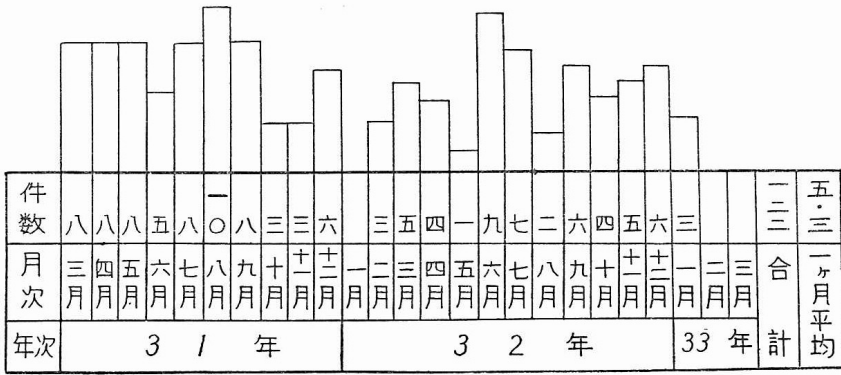
(1) 国際電信電話株式会社

1956年初頭以来、社内に人事相談室を開設、専任の人事相談係一名（男）が純然たるスタッフの立場（会社側の人事労務、業務等のライン組織から独立して）から、人事相談活動を実施してきている。

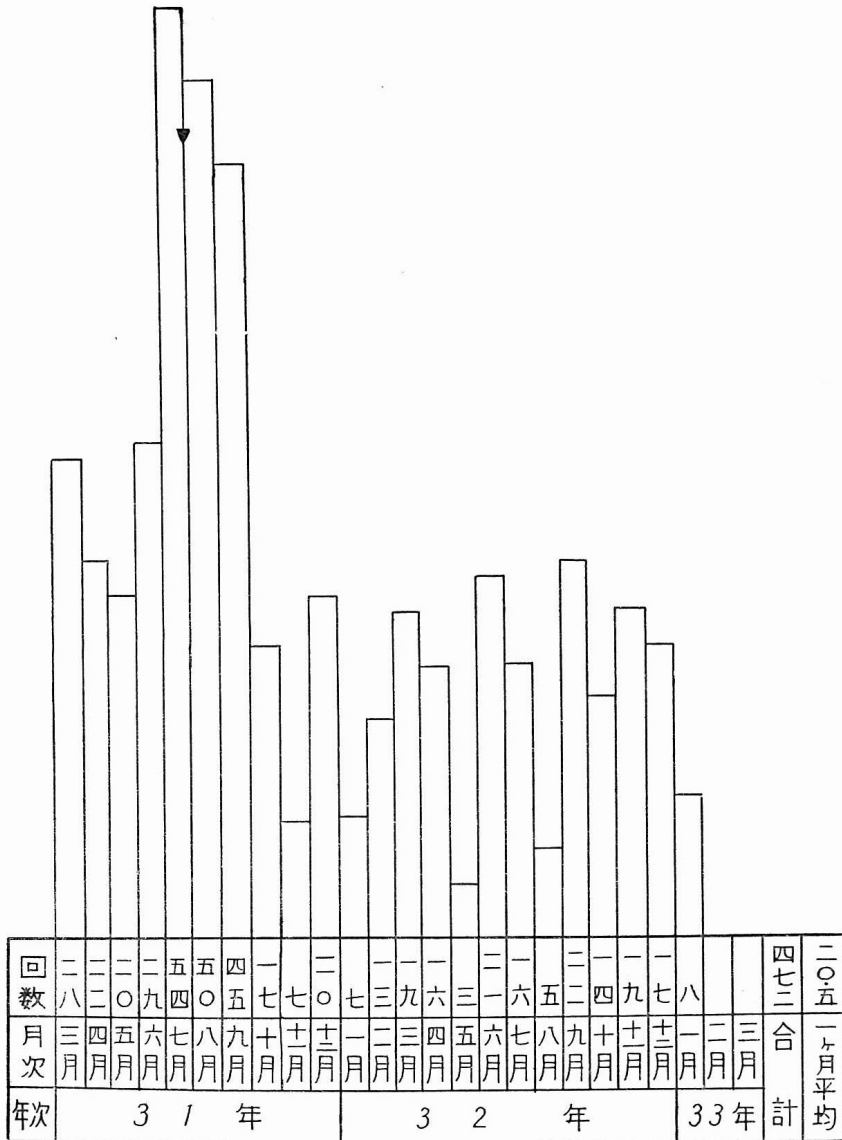
第1表 相談内容別種類

種	類	件	数	百	分	比
ア	配 転 離 職		22			18.0
イ	勤 務 態 度		10			8.2
ウ	神 経 症 状		16			13.1
エ	親 族 夫 婦		5			4.1
オ	賃 金 手 当		3			2.5
カ	結 婚 関 係		15			12.3
キ	法 律 知 識		16			13.1
ク	修 練 学 習		13			10.7
ケ	そ の 他		12			9.8
コ	金 銭 貸 借		10			8.2
合	計		122			100

第1図 新規相談受付月別件数



第2図 月次別相談面接回数



第2表 年令別来談者

19	～	24 才	18 名
25	～	29	28
30	～	34	23
35	～	39	14
40	～	44	12
45	～	49	10
50	～	54	9
55	～	59	8

第3表

現業・非現業別にみた相談室の利用状況

区 別	現 業	非 現 業
従 事 員 数	1,035	525
同 上 割 合	66%	34%
利 用 状 況	78	44
同 上 割 合	64%	36%

第4表 男女従業員利用状況

区 別	男	女
従 事 員 数	1,280	280
同 上 割 合	82%	18%
利 用 状 況	102	20
同 上 割 合	84%	16%

(2) 大阪中央電報局(電信電話公社)

1956年以来専任の人事相談役一名(女)がスタッフの立場から、人事相談活動を実施している。

1. 職員総数(臨時作業員を含む) 1,600名
(32年4月現在)

2. 職員年令別割合

年 令 別	10才代	20才代	30才代	40才代	50才代	平均年令
人 数	64	976	256	176	128	30.09
%	4	61	16	11	8	21歳が最も多く9%

3. 男女別割合

{ 男 1,312名 92%
 { 女 288名 8%

4. 昭和31年度における相談事項別内訳

事 項 別	負債問題	異性問題	法律問題	家庭雑事	上下関係	経済問題	配置転換	人生理想問題	就職進学	病氣療養	組合問題	職場雑事	共済関係	宿舍問題	その他
件 数	25	19	14	12	12	8	8	7	5	5	5	5	3	3	4
%	17	14	11	9	9	6	6	5	4	4	4	4	2	2	3

5. 相談者の内訳および処置

(1) 相談者の男女別比率（昭和31年度，以下同年度）

男 128件～95% 女 7件～5%

(2) 相談者の未既婚別

未婚 82件～61% 既婚 53件～39%

(3) 相談者の年齢別

年 令 別	20 歳 代	30 歳 代	40 歳 代	50 歳 代	10 歳 代
件 数	86	25	13	7	4
%	64	17	10	6	3

(4) 相談者の環境別

自宅 75件～55% 公社寮 47件～53% 下宿 13件～10%

(5) とくに負債問題のみの内訳（合計25件につき）

環 境 別	年 令 別	未 既 婚 別
自宅 6件～24%	10才代 1件～4%	未 20件～80%
寮 14件～56%	20才代 23件～92%	既 5件～20%
下宿 5件～20%	30才代 1件～4%	

(6) 負債問題処理に対する特殊施策

職員相互の友愛心の発揚から会員組織で醸出した醸金を資金として人事相談制度とあわせて運営し経済問題の解決から職員の援助更生をはかった。

当時会員約 290 名で醸金総額約30万円であつたが，その後この会を発展的に解散し，引続いて三井銀行から好意的な融資（最高30万円）をうけ有効に運営管理してきた。

さらに相談制度の利用が増加するにしたがい昭和32年6月から融資の枠を50万円に拡大し，現在平均30件前後の更生貸付を行っている。

（横山定雄）

11. 臨床心理学者の現状

Current Activities of Clinical Psychology in Japan

(1957年末本所調査)

近年、臨床心理学者の各領域への進出にはめざましいものがあるが、今回の調査では、もつとも多くの臨床心理学者を備えている施設を対象として、かれらの職務内容、現状に対する批判、将来に対する希望などについてアンケートを出してみた。この調査は予備的なものであり、対象のえらび方、質問の構成などに多くの不備な点をのこしていると思うが、これによつて大略の現状を知つていただければ幸である。

調査対象は、児童相談所、精神衛生相談所、精神病院、少年鑑別所、その他少年院、少年刑務所、刑務所、拘置所、保護観察所の311名の臨床心理学者である。このうち回答のあつたもの130名で、約42%であり、その内訳は第1表に示す如くである。

1) 回答率

第1表 回答率

施設別	全調査数	回答人員	回答率
児童相談所	136	60	44.1%
精神衛生相談所、精神病院	26	16	61.0
少年鑑別所	86	37	43.0
矯正施設	63	17	27.0
合計	311	130	平均 41.8%

2) 性別

第2表 性別

性別	児童相談所	精神衛生相談所 病院	少年鑑別所	矯正施設	計
男	56	12	36	17	121
女	4	4	1	0	9
合計	60	16	37	17	130

3) 年 令 別

第 3 表 年 令 別

年 令 別	児 童 相 談 所	精 神 衛 生 相 談 所 病 院	少 年 鑑 別 所	矯 正 施 設	計
24 才 未 満	4	0	0	0	4
25 才 ~ 29 才	22	11	12	7	52
30 才 ~ 39 才	29	4	16	7	56
40 才 ~ 49 才	4	1	5	2	12
50 才 以 上	1	0	4	1	6
合 計	60	16	37	17	130

4) 臨 床 的 経 験 年 数

第 4 表 臨 床 的 経 験 年 数

年 別	児 童 相 談 所	精 神 衛 生 相 談 所 病 院	少 年 鑑 別 所	矯 正 施 設	計
1 年 未 満	3	0	0	1	4
1 年 ~ 3 年	15	9	6	2	32
4 年 ~ 6 年	24	5	15	6	50
7 年 ~ 9 年	9	2	12	8	31
10 年 以 上	7	0	4	0	11
無 記 入	2	0	0	0	2
合 計	60	16	37	17	130

5) 公 的 な 講 習 会

第 5 表 公 的 な 講 習 会

主 催 別	児 童 相 談 所	精 神 衛 生 相 談 所 病 院	少 年 鑑 別 所	矯 正 施 設	計
厚 生 省 の 講 習 会	45	1	3	0	49
法 務 省 の 講 習 会	0	0	11	5	16
受 け て い な い	14	15	23	12	64
無 記 入	1	0	0	0	1
合 計	60	16	37	17	130

6) 臨 床 的 な 訓 練

本邦には、まだ一定の臨床的訓練を与える機関がないため、それぞれの勤務場所において経験を
つんでゆくというのが現状である。

7) 研究のための時間

第 6 表 研究のための時間（1週間に）

研究時間	児童相談所	精神衛生相談所 病 院	少年鑑別所	矯正施設	計
研究時間は全く与えてくれない	13	2	2	9	26
研究時間ない	14	4	11	1	30
決つてないが時間はある	6	4	3	0	13
5 時間 以 内	4	1	4	3	12
10 時間 以 内	8	3	11	2	24
10 時間 以 上	15	2	6	2	25
合 計	60	16	37	17	130

8) 心理検査

第 7 表 心 理 検 査

心 理 検 査 名	児童相談所	精神衛生相談所 病 院	少年鑑別所	矯正施設	計
知 能 検 査					
W I S C	70	20	48	9	147
田 中 B 式	31	8	32	11	77
鈴木ビネー	43	8	15	2	68
田 中 ビネー	29	2	17	4	52
田 中 A 式	6	0	10	1	17
山下乳幼児	14	1	0	0	15
性 格 検 査					
ロールシャツハ	51	15	34	13	113
T A T	40	12	27	10	89
クレペリン	31	6	28	11	76
適応性診断検査	29	0	14	2	45
P F T	22	4	15	2	43
心情質検査	10	0	25	5	40
S C T	7	5	19	6	37
C A T	28	5	1	2	36
向 性 検 査	12	0	14	7	33
絵 画 検 査	19	3	9	1	32
ゾ ン デ イ ー	1	2	12	2	17
矢田部自己診断	1	0	10	1	12
z 検 査	2	0	7	1	10
文章完成法	1	2	7	0	10
要求水準検査	1	1	7	0	9
色彩象徴法	1	1	4	2	8
社会的な生活能力検査	7	0	0	0	7
家庭環境診断検査	6	0	0	1	7
社会成熟度検査	5	0	0	0	5
道徳性検査	5	0	0	0	5
ベースナリテイ・インベ イントリー	1	2	2	0	5

職業適性検査	労働省職業適性検査	35	0	7	5	47
	一般標準職業適性検査	9	2	6	13	30
	職業興味検査	11	1	0	5	17

9) 心理療法の施行

第 8 表 心理療法の施行

有 無 別	児童相談所	精神衛生相談所 病 院	少年鑑別所	矯正施設	計
心理療法をやっている	43	8	12	8	71
現在は続けていないが心理療法をやっている	0	2	3	2	7
やっていない	16	6	22	7	51
無 記 入	1	0	0	0	1
合 計	60	16	37	17	130

10) 心理療法の方法・理論

第 9 表 心理療法の方法・理論

方法・理論別	児童相談所	精神衛生相談所 病 院	少年鑑別所	矯正施設	計
非指示療法	29	3	7	8	47
主として非指示療法精神分析を取り入れている	8	2	3	2	15
総合的折衷法	1	3	4	0	8
精神分析	3	0	0	0	3
集団療法	1	1	1	0	3
F. Allen 等の関係治療に近い方法	1	0	0	0	1
指示療法や doll play	0	1	0	0	1
合 計	43	10	15	10	78

11) 心理療法の習得方法

主として読書による知識の習得が多いが、最近では研究会に出席することによつて技術や知識を学ぶ傾向が目立つてきているようである。

12) 心理療法の対象

児童相談所では、いわゆる問題児や神経症的な児童、病院関係では神経症、少年鑑別所、矯正施設では非行少年を主として心理療法の対象としている。また児童相談所や少年鑑別所では、親と子供とを併行的に治療しようと試みている人が若干みられる。精神薄弱や精神分裂病に対して、心理療法を試みているものは皆無に近い。

13) 心理療法の有効性

回答者のうち60%は、"かなり有効" "有効" "ケースにより有効" のどれかにチェックしており、20%は "やっているが分からない" と答えている。

14) 現状についての意見

第 10 表 現状についての意見の分析

現 状 に つ い て	児童相談所	精神衛生相談所・病院	少年鑑別所	矯正施設	計
心理学としての技術の十分な体系をつくる必要がある	22	4	20	0	46
研究時間がない	14	2	5	9	30
所員間で心理学者として理解されていない	9	6	0	6	21
雑用が多く、兼務をしなければならない	15	3	0	0	18
心理学者として社会的に認識されていない	8	0	4	1	13
ケースが多く心理療法をしたいが時間がない	0	1	5	6	12
所長が専門外の人で理解がない	6	0	1	1	8
Clinic Center として発展できない現状である	8	0	0	0	8
現状では単なる処置しかできない	4	0	4	0	8
指導者がいない	5	0	0	0	5
Case Worker が足りない	3	0	0	1	4
そ の 他	7	5	6	4	22
無 回 答	4	3	9	1	17

15) 将来に対する希望

第 11 表 将来に対する希望の分析

将来に対して	児童相談所	精神衛生相談所・病院	少年鑑別所	矯正施設	計
資格について					
国家試験又はインターン制度にし医師の様な法的な資格を国ですべき	32	9	8	2	51
専門職として社会的認識を高め資格の確立が必要である	6	6	4	1	17
待遇について					
専門職として他の待遇との調整をすべきである	26	5	7	2	40
養成について					
基礎的臨床的な専門職の養成や講習訓練を受けたい	28	8	10	5	51
心理学者の増員又は他の専門家の増員が必要	19	1	8	3	31
心理療法、心理検査法の技術習得のため定期的に他への参加や内地留学制度の必要	8	3	6	1	18
専門職として専門的な養成施設の確立	6	5	3	3	17
心理療法について					
現状では他の雑用に追われ職員の増員がなければ研究時間とれない	6	1	6	3	16
各専門分野によるチームワークが必要である	10	0	0	0	10
心理療法は各分野との共同研究がなければならない	4	0	3	1	8
所内関係について					
所員間で心理学者としての理解が全くなされていない	2	1	0	0	3
所長は臨床学者が必要である	1	0	0	0	1
予算について					
研究のための予算の増額（図書費、学会出張費）	24	2	6	3	35
庁舎の独立、研究室、治療室、面接室等の設備の充実	12	2	0	0	14
現法による強制収容でなくコロンニーのスケールを持つ方法の施設が良い	0	2	4	0	6
検査器具の設置（使用できる器具）	4	0	1	0	5
心理測定の検査用紙の登録制の必要	1	0	0	0	1
無 回 答	3	2	9	2	16

(片 口 安 史)

特 集

世界各国の精神衛生事情(続)

Present Conditions of Mental Health in the World

ま え が き

我々はすでに第4号(1956年)において、Dr. REESによつて、ビルマ、タイ、日本、香港、フィリッピン、シンガポール、セイロン、インド、パキスタン、レバノン、エジプト、スダン、等アジアおよび地中海東部諸国の精神衛生事情についての報告があつた。今回はさらに1954年に出版された彼の「ラテンアメリカの指導者の視察」という報告にもとづいて、中南米諸国の精神衛生事情を紹介しようと思う。

彼のこの報告は訪問中の各国の美しい風景の印象および、その時彼が行つた色々な仕事など、ひろい範囲の発表であるが、特に我々はその中で精神医学および精神衛生に関係のある事柄に焦点を合せてまとめてみた。

旅 程

Dr. REESは7月2日にロンドンを発ち、キューバ、コスタ・リカ、ベネゼエラ、パナマ共和国、エクアドル、ペルー、チリー、リオデジヤネーロ、サンパウロ等を視察した。

彼の中南米諸国への訪問の目的は、夫々の国の中の精神衛生の活動にたずさわっている人達に会い、その状態を知る事であつた。また彼自身持つていた希望は中南米諸国と連邦との間に一層親密なよい関係を作り出す事であつた。

* World Federation For Mental Health, Annual Report, 1954 年度より紹介する。

(1) キューバ——ハバナ

ここにきて初めて見学したのは、マスウラの精神病院であつたが、その建物は非常によいが、その病院で収容している患者数は過剰であり、インシュリン病棟には、蠅除けのあみもなく、職員も不足している。しかし指導者は病院の改良に対して多くの計画を持つている。彼の訪問中、リガでは病院の中に外来診療所を建築中であつた。またリガ市で管理している外来診療所も見学したが、そこでは多くの医者が限られた時間と施設の中で仕事に従事している。しかし私が先に1951年にここを訪問して以来、専門家または公共的な支持において、たいして変つていない様な印象を持つた。これらの病院に一層よい施設が必要な事は明らかである。島の長さ700マイルというキューバでは、その島のいかなる所においても精神治療に対する設備も病院もない状態である。それ故に治療を求

める者は遠い所まで行かなければならない。

リガでは精神科医が非常に権威があるが、ユネスコの地方支部の指導者 Dr. FRANCOVITCH の発案で、社会学者および教育者も一緒になつて非形式的な集りで意見のとりかわしをしたし、その国の精神病や精神衛生の問題を議論し、この様な問題に一層の興味を集めた。

この事は人々の賛成を集めたが、この様な事によつて、ぜんぜん、精神衛生の面で開けていないキューバに対して、精神衛生の仕事の発展と統一に導いていく事が可能と思える。

(2) コスタ・リカ——サアンホセ

精神衛生の仕事に着手したばかりで、専門家に甚だ不足している。国中に、精神科医が5人にすぎない。精神衛生の中心的な指導者は、精神衛生の国の委員会の議長であり、大学の教育学部の精神衛生の教授である Dr. MARIANO CORONADO と、精神病院長である Dr. FERNANDO QUIRÓS MANDRIGAL、と保健サービスの長である Dr. VARGAS などである。

Dr. QUIRÓS の精神病院は、市の中央部に位置し、一般病院に隣接している。やや定員超過しており、約800人の患者を収容している。病院の環境状態はよく、衛生状態や、作業場の条件もよく、また、給食も十分だが、職員には著しく不足している。

一般の訓練をうけた看護婦4人、精神医学的訓練をうけた看護婦2人、その他に、補助看護婦が若干名いる。ソーシャル・ワーカーは1人で、心理学の専門家はいない。医師は、Dr. QUIROS の他に4人いるが、低給料のために全員がパートタイムである。近代的な治療を行つており、かなりの効果をあげているが、最も要請されるのは、訓練をうけた従事者、全時間勤務の医師である。

Dr. QUIRÓS は、最近児童のクリニックをはじめた。ここでも従事者に不足している。職員は、Dr. QUIRÓS と、遊戯室ワーカー play room worker 1人であり、精神医学に興味をもっている小児科医1人の援助をうけている。

欠陥児、聾啞児のための学校が、サアンホセにある。また指導教師のための二つの正規の学校があり、心理学、臨床的な諸問題、社会事業などの教科をあたえている。

郊外に、精神病者のための収容施設があり、250人の慢性精神病者が収容されている。彼等は農業に従事している。

大学の健康サービス部では、精神衛生の面を認識している。図書館には精神衛生に寄与する多くの書物がある。

大学の管理研究部では、UNからの技術援助をうけ、フランス、その他の国からの顧問をもち活潑に動いている。コスタ・リカその諸地方の知事や隣国の知事を、人間関係をふくむ公衆行政のためのコースに参加させていることは、他の国の模範になると思われる劃期的なことである。

Dr. REES は、この国に滞在した間に、精神衛生協会の専門家のグループ、コスタ・リカ医学会の会合、アルコール中毒の委員会など講演や討論の機会をもつた。

コスタ・リカは、国土が小さくまとまつており、自給自足が可能で、かつ、海岸から離れている風土的条件の故に、コスタ・リカ保健サービス、精神衛生団体などは、非常によく活動している。ただ訓練された従事者に甚だ不足していることは、難点である。

(3) ベネゼエラ——カラカス

ベネズエラの精神科医の数は30人であり、そのうち2人は、精神分析医で、彼等の殆んど全部が首都のカラカスに住んでいる。

社会事業学校はあるが、精神医学的ソーシャル・ワーカー (Psychiatric Social Worker) は、1人もいない。

精神衛生の中心的な指導者は、Dr. MATEO ALONSO, Dr. QUINTERO MURO であり、前者は、ベネズエラの精神衛生聯盟の幹事で、保健省の精神衛生部長であり、私設の診療所をも経営している。彼の妻は、社会事業学校の校長である。後者は、カラカスの精神病院長であり、最もすぐれた職員をあつめている。

ベネズエラ精神衛生聯盟には、種々の専門分野からの約100人の会員をもつている。議長は、精神衛生に深い関心をもつている実業家である。精神衛生週間が、ここでも設けられており、一般大衆への精神衛生の普及、宣伝が行われている。

ベネズエラには、3つの精神病院がある。その一つは、今なお建築中で、一部には、慢性患者を収容している、大きな新しい精神科のコロニー、Barlula である。建物は、十分に設備されているし、よい精神科医をもつているが、ただ患者の家庭から、非常に遠距離にあるので、その点は極めて問題である。

(4) パナマ共和国——パナマ

精神衛生事情は著しくおくられている。

精神病院は、250人の学生を収容するために建てられた建物で、今は1,200人の精神科の患者が収容されている。設備は、全く貧弱でおそろしい程の状態である。

指導者として、大学の医学部の部長、(the Dean of the Medical School) Dr. LAGUARDIA は、外科医であるが、医学の全分野、精神衛生にも非常に広い関心をもつている。GORRIZ 教授と、DESJARDINS 嬢はおどろく程の努力をしている。

Dr. REES が、この国を訪問していたとき、まさに精神衛生協会が発足し、役員を選出し、非常に多くのメンバーが登録した。彼は、精神衛生協会のためにも、かなりの援助をし、また、一般大衆に、精神衛生に対する関心を刺戟するために講演したが、パナマ市の講演会には、ドシャ降りの雨にもかかわらず、1,000人以上の聴衆があつまつて、盛んに質問がなされた。パナマ協会は、有用な組織になることを暗示していた。

(5) エクアドル——キトー

精神衛生協会は、いまだ結成されていない。しかし、専門家の集りはおこなわれており、まさに準備期である。

キトー市には、ただ一つの精神病院があるにすぎない。それは、救貧院 Hospice であり、約 400 人の慢性の精神病患者と老人が収容されている。最近、Point Four Found で建てられた病院は、150 のベッドをもっている。これらの最もすばらしい建物は、回復期の患者に用いられている。さらに建増する事になつている。しかし、この病院は、町から 30 軒もあり、交通も不便で、家族との密接な接近は、困難である。病院長は、ワシントンのセント・エリザベス病院で訓練を受けた、Dr. FERNANDO CASARES である。

エクアドルには、多くのインディアンがおり、交通が未発達なことは、全体として、その国の組織を困難にしている。

(6) ペル —— リマ

ペルーにおける精神衛生活動は、まさに着手したばかりで、Dr. REES の訪問は、大きな刺激になつている事が印象づけられる。

リマで、Dr. REES は、5 回講演する予定であつたが、実際は 16 回の機会に講演した。

保健省や教育省の役人たちとの会合、ペルーの精神衛生聯盟、ペルーの医学会の例年総会の晩饗会、大学の医学部、カソリック大学の学生部、精神病院の職員たちとの会合、小児科医や児童精神病院にいる学生の大きなグループ、精神神経学会、精神身体学会、社会福祉病院の医師たちとの会合、英国文化振興会の会合、陸軍病院での軍医将校たちとの会合、ペルーの精神医学会の発会の会合などにおいて、講演や討論をおこなつた。

保健大臣に会つた際、インディアンの問題について該博な知識が表明された。インディアンは、主として、田舎に住んでいるが、都会にでてくると、種々の問題をおこす。重要な問題の中にはコカイン中毒や、私生児の問題がある。ペルーの子供の約 75% は私生児である。一部分は、結婚費用がないことによるのであるが。

公衆衛生局長、公衆衛生局の課長等と、精神衛生の諸問題について討論した。第 1 回目の会合には、教育省の長たちも招待し、会合がおこなわれた。これは、2 つの省の指導者たちが定期的に会合する最初の機会になつた。

Dr. REES が、リマにいた間に、Dr. CARAVEDO の精神衛生計画の最初の段階は認められ、彼は、現在、リマに、3 つの児童相談所を開設する準備をしている。

全体としての、この国の精神医学的設備を準備する方法の問題を討論した。地方官庁によつて表現されたようなサービスのための実際の必要がある。2 つの他の主要な都市、Trujillo, Arequipa

に、精神医学的設備が準備されなければならない。さらに省は、田舎の地方に、小さい一般病院を建てることを計画している。それで、これらの病院に所属している小さい精神科の病棟をもつたらよいのではないかとすすめた。保健省で現在、貧民窟に住んでいる住民を新しい住居に移住させることを計画している。その責任を負っている建築士は、貧民窟の大部分を破壊して、新しい平屋の小さい棟の美しい家を建築するために、都市計画の非常に健全な計画にもとづいて仕事をすすめている。また、この仕事に着手する前に新しい住居にうつされる集団の中に、病気、アルコール中毒、コカイン中毒、非行などの減少があるかどうか、はつきりさせるための社会調査がなされた。

リマの一つの精神病院は、慈善団体の経営であり、建物は古くて、しかも満員である。入院費用を支払えない新患は、ここ数年間入院させていない。

Dr. ALBERTO SEGUIN は、訓練を受けた精神分析家で、社会福祉病院 the Social Security Hospital で、積極的にすばらしい講義をしている。彼は、精神科医をはじめ、一般医学のグループの人たちから信頼をうけている。

ペルーの精神衛生協会は、むしろ不活発である。Dr. REES の訪問を機会に積極的な精神衛生活動をおこなうために、専門の人たちのグループ、専門以外の人たちのグループをつくるように、精神衛生のペルー聯盟の議長である Dr. ROTONDO やその他の指導者たちと会合する機会がもたれた。その際、リマの在留外人をそのグループに参加させることもすすめた。

精神衛生サービスを発達させるための Dr. CARAVEDO の計画は、やや支持されていた。彼は、コカイン産業の印税から、およそ毎年50万ドルの収入を期待している。

あきらかに最大に要求されるものは、十分に訓練を受けた心理学、精神医学、社会事業のワーカーを獲得する事である。そのために彼は外国に人々をおくことを計画している。そして、やがては、リマの精神衛生研究所を建てたいと考えている。リマ市に、5つの児童相談所が建設される事が企画されている。重要な問題は、個人の訓練と建物にかかっている。ペルーは、非常に大きい国であるが、あまねく地方においても、精神病棟や外来クリニックを通じて、精神病の管理のための設備を確立する事である。

(7) チリー——サンティアゴ

チリーには、精神科医が80人おり、大部分は、サンティアゴに居住している。

6,000,000人のその国の人口に対し、18,000の精神科のベッドが必要であるが、僅か4,000のベッドをもっているにすぎない。その数は、公的病院、大学のクリニック、私的なクリニックを包含している。

精神的に欠陥のある子供のためには、2、3の特殊学校がある。しかし欠陥児のための収容施設は、精神病院以外にはない。

精神病院は、古くて一部分は、要にたたず、いま、現在の敷地に再建が行われつつある。

1200人から1400人の患者を収容していたが、近代的な新しい建物ができると、僅かに750の患者を収容しうるにすぎない。

大学のクリニックは病院に隣接している。ここで IGNACIO MATTE BLANCO 教授が、古い精神病院の建物を再建している。その建物の中には、素晴らしい5つの開放病棟がある。教授は全部で、そこに約300ベッドをもっている。また精神病院のある場所の他の側に大きな私的の住宅があり、そこに Dr. NASSAR の児童相談所があり、現在、教育や作業などのための多くの設備をもつ、200ベッドのクリニックにするために建築中である。

以上の3つの施設は大学の一般の病院、児童の病院、他の医学施設にそつた敷地にある。

チリーの保健大臣は、精神科医であり、精神衛生に深い関心をもっており、この国の精神医学の発達に寄与する事はあきらかである。また公衆衛生の副部長も精神科医である。

特筆すべきグループは精神分析家である MATTE 教授を中心にした若い研究者のグループで、7、8人の精神分析家をも包含している。

いま、MATTE 教授は、大学のクリニックの周囲のコミュニティについて、すぐれた社会調査を計画中である。ここでの仕事や教授の一般的なレベルは優秀で、チリーの心理学的医学 psychological medicine の将来には、あかるい見通しがある。

Dr. NASSAR は、教育学部の精神衛生の教授であり、精神衛生活動には、非常な貢献をなしている。チリー聯盟 the Liga Chilena の立役者としておどろく程真剣に、精神衛生の啓蒙活動に取り扱んでいる。放送、新聞、講演を通して、大衆に対し、絶えざる宣伝をし、また社会事業や、他のちがつた専門のグループの人たちに教えている。

サンティアゴには社会事業の学校がある。また進歩的な教育者たちは、学校の教師や幼稚園の教師のために、秀れた訓練をしている。

サンティアゴは、主に実務の都市であり、その風土は、疑いもなく、この傾向を助長している。

保健大臣や保健省の役人たちは、精神衛生の発展のためには啓蒙活動が必要である事を認識しているが、さらに多面の問題をもっている種々の局面にすすんで義務をとるように専門家の運動や、市民の運動にもつと訴えるところがあれば、おそらくみのり多い事であろう。

(山崎道子、竹村和子)

12) 1957年度学界動向

Tendencies of Research for Mental Health in 1957

(a) 精神衛生関係図書一覧

(1) パースナリティと人間関係

- 1) 心理学入門, 依田新, 社会思想研究会
- 2) 心理学事典, 梅律八三, 相良守次, 宮城音彌, 平凡社
- 3) 臨床心理学事典, 植松正他編, 岩崎書店
- 4) 青年心理学, 猪股佐登留, ミネルヴァ書房
- 5) 青年心理学, 千輪浩監修, 誠信書房
- 6) 心理学的力の概念的表示と測定, レザイン, 上代晃訳, 理想社
- 7) 人間の歴史一火と性の祭典, 安田徳太郎, 光文社
- 8) 人間のタイプ, ユング, 高橋義孝訳, 教文社
- 9) 人間, ゴールドシュタイン, 西谷三四郎訳, 誠信書房
- 10) 人間の問題—現代思想 2, 務合理作他, 岩波書店
- 11) 人間関係の診断—講座教育診断法, 阪本一郎, 牧書店
- 12) 日本人の生活心理, 高木正孝, 創元社
- 13) 現代人の心理構造, アードラー, 山下肇訳, 教文社
- 14) 現代人は狂っている, フアンテイ, 宮城音彌, 毎日新聞社
- 15) 現実の逃避, ルカーテ, 真下真一訳, 平凡社
- 16) 人格転換の心理, ロージャース, 友田不二男他訳, 岩波書店
- 17) 安全の心理, 西川好夫, 法大出版局
- 18) 日本人の性生活, クラウス, 安田一郎訳, 河出書房
- 19) 性教育無用論, 大槻寛二, 黎明書房
- 20) 性格学の基礎, クラークス, 千谷七郎, 詫摩武之訳, 岩波書店
- 21) 才能と性格, 小口忠彦, 社会思想研究会出版
- 22) 性格形成と性格分析, 霜田静志, 誠信書房
- 23) 行動の機構, ヘップ, 石井常訳, 岩波書店
- 24) 相談心理学, 沢田慶編, 朝倉書房
- 25) カウンセリング, 鍋島友龜, 同学社
- 26) カウンセリングの原理と方法, ロビンソン, 伊藤一博訳, 誠信書房
- 27) 2才から5才まで, チュコフスキー, 南信四郎訳, 三一書房
- 28) ことばの生活事典, 林四郎, 福村書店
- 29) ことばの発展, 宮島逸夫, 福村書店
- 30) 幼児画の指導, 後藤藤二, 博文社
- 31) 生きている児童画, 湯川尚文, 龍南書房
- 32) 児童画と性格—児童心理選書, 中野佐三編, 金子書房
- 33) こどもの性格教育—児童心理選書, 中野佐三編, 金子書房
- 34) 子供のものの見方, 桂広介編, 金子書房
- 35) 日本の子供たち, 岩波書店編, 同店
- 36) 日本人の形と玩具, 西沢留敬, 岩崎書店
- 37) 昔の子供, 今の子供, 小沢昭己, 理論社
- 38) こんな子供はどう育てるか, 平井信義, 婦人画報社
- 39) 児童精神医学の技術, ベンダー, 高橋省己訳, 関書院
- 40) 子供の反抗, 上武政二編, 金子書房
- 41) 問題を持つ子の指導法講座 1・学業と知能, 2・性格と行動, 3・身体とくせ, 鈴木清他, 明治図書
- 42) 知能の診断, 教育診断法講座, 阪本一郎他, 牧書店
- 43) 環境の診断, 教育診断法講座, 阪本一郎他, 牧書店
- 44) 問題の子らと40年, 宮城たまよ, 講談社
- 45) 精薄児とお母さん, 主婦之友社編, 同社
- 46) お母さんのための心理学, 山根薫, 刀江書院
- 47) しつけの責任はだれた, 松丸志摩, 明治書院
- 48) 新しいしつけと道徳教育, 宮島肇, 明治図書
- 49) 道徳教育—現代教育講座, 梅根悟, 勝田守一, 河出書房
- 50) 子供相談室—子供をしつける前に, 佐瀬恒, 文雅堂
- 51) できる子供, ・できない子供, 中脩三, 水口通信社
- 52) 受験コンディション, 加藤正明, 玉井収介, 実業之日本社
- 53) 教師への母親の抗議, 鈴木道太, 国土社
- 54) 賞の与え方, 小見山栄一, 金子書房
- 55) 幼児教育心理学, 高橋省己, 関書院
- 56) 教育心理学, 堀七蔵, 福村書店
- 57) 教育とヒューマニズム, 国際新教育協会編, 理想社
- 58) 視聴教育の手帖, 久保浩他, 誠文堂新光社

(2) 心理測定に関するもの

- 27) GSR研究の手引, 新美良純, 相場均, 山越製作所

(3) 児童および教育に関するもの

- 28) 児童心理学, 松村康平他, 誠信書房
- 29) 児童心理学, 平野政二郎, 誠信書房
- 30) 児童心理学, シヤルデユク, 柴田義松, 明治図書
- 31) 臨床児童心理学, 大伴茂, 同文書院
- 32) 児童集団心理学, 田中熊次郎, 明治図書
- 33) 図説児童心理, 阪本一郎, 岩崎書店
- 34) 学級経営と児童心理学, 中野佐三編, 金子書房
- 35) 幼児の心理と保育, 乾孝他, 博文社
- 36) 幼児期の心理と導き方, 山本真市, 新元社

(4) 精神病理学・神経症に関するもの

- 69) 心と身体—精神身体医学講座 2, 井村恒郎監修, 教文社
- 70) 小学生の心とからだ, 波多野完治, 木田文夫, 牧書店
- 71) 病気と心—精神身体医学講座 3, 井村恒郎監修, 教文社
- 72) 脳と心, 西丸四方, 創元社
- 73) サイコソマティックス, 松本胖, 加藤正明, 医学書院
- 74) 病める人間像, 島崎敏樹, 講談社
- 75) 現代病, 藤井尚治, 村山書店
- 76) 青春の生理, 宮本忍, 社会思想出版部

- 77) 生命の起源, オバーリン, 近藤洋一訳, みすず書房
 78) 異常心理学, 加藤正明, 光文社
 79) 眠りと夢, 懸田克躬, 岩波書店
 80) 精神分析の発達, ソンプソン, 懸田克躬, 角川書店
 81) 精神分析の理論と実際, ラガーシュ, 荻野恒一他訳, 白水社
 82) 性と精神分析, フロイト, 性問題研究会訳, 河出書房新社
 83) 性的倒錯—恋愛の精神病理学, ボス, 村上仁, 吉田和夫訳, みすず書房
 84) 心理療法の26章, フランクル, 宮本忠雄訳, みすず書房
 85) 脳と化学, ションヤール, 岡本彰祐訳, 白水社
 86) 人工頭脳, パークレー, 高橋秀俊訳, みすず書房
 87) 人類遺伝学, ニール, 大倉興司他訳, 医歯薬出版
 88) 人類を主とした遺伝学, 駒井卓, 培風館
 89) 遺伝と結婚, 宇田一, 北隆館
 90) 精神医学の最近の進歩, 内村祐之編, 医歯薬出版
 91) 実存分析入門—死と愛, フランクル, 霜山徳爾訳, みすず書房
 92) ノイローゼ, ハーバート・リード, 勝見, 前田他訳, みすず書房
 93) ノイローゼ, シュルツ, 太田, 笠原訳, みすず書房
 94) 天候ノイローゼ, 大後美保, 講談社
- (5) 社会病理に関するもの
- 95) 人間と社会, 川島武宜編, 中山書店
 96) 現代社会と人間の自由, 武藤光朝, 創文社
 97) 民族と文化, シュミット, 大野俊一訳, 河出書房
 98) 社会心理学, 安倍淳吉, 共立出版
 99) 社会心理学講座, リンゼイ, 清水, 日高, 池内, 高橋監修, みすず書房
 100) 個人と社会の心理学, 加藤千代司他, 理想社
 101) 体系社会心理学, 南博, 光文社
 102) 社会階級の心理学, アルヴァックス, 禪俊雄訳, 誠信書房
 103) 士族と士族意識, 福地重孝, 春秋社
 104) 職業と階層, 尾高邦雄編, 毎日新聞社
 105) 産業の社会心理—工業における人間関係, ブラウン, ダイアモンド社編, 同社
 106) 社会人類学, ブリッチャード, 難波紋吉, 同文館
 107) 文化社会学, アルヴァックス, 禪俊雄訳, 誠信書房
 108) 家への歴史, 中村吉治, 角川書店
 109) 家族問題と家族法, 1. 家族, 2. 結婚, 3. 親子, 中川善之助編, 酒井書店
 110) 近代日本における家族構造, 玉城肇, 酒井書店
 111) 家族制度の研究—上巻, 日本法社会学会編, 有斐閣
 112) 新家族関係, 山本キク, 光生館
- 113) 家族の扶養—現代家族講座6, 磯村英一他編, 河出書房
 114) 現代の結婚, 日高孝次他, ダヴィット社
 115) 結婚に関する案内, ボドルスキー, 武神輝夫, 平野武雄, 金園社
 116) 大衆社会—講座社会学7, 日高六郎他編, 東大出版会
 117) マス・コミュニケーション, 加藤秀俊, 講談社
 118) マス・コミへの抵抗, 水野正次, 虎書房
 119) マス・コミュニケーションと教育, 重松敬一, 教育弘報社
 120) 国民生活白書, 経済企画庁編, 日本経済新聞社
 121) 日本社会運動史表, 渡辺義通他編, 大日本書店
- (6) 社会福祉事業に関するもの
- 122) 児童福祉法の解説, 高田浩運, 時事通信
 123) 生活保護法の運用, 厚生省社会局監修, 社会福祉調査会
 124) 生活保護手帳—生活保護事業辞典, 社会福祉調査会編, 同会
 125) 嘱託医職務提要, 厚生省社会局編, 社会福祉調査会
- (7) ケース・ワークに関するもの
- 126) 児童のケース・ワーク事例集, 厚生省児童局編, 日本児童福祉協会
 127) ケース・ワークの原理の技術, 仲村優一, 社会福祉調査会
 128) 面接, 堀川直義, 光文社
 129) 問題解決の技術, ボドネット, 佐瀬隆夫訳, ダイアモンド社
- (8) 産業に関するもの
- 130) 産業心理学, 豊原恒男, 共立出版社
 131) 職業心理学, 岸戸護, 日刊工業新聞社
 132) 臨時工, 北海道労働科学研究所, 日本評論社
 133) 労働白書, 労働省労働統計調査部編, 労働法令協会
- (9) 犯罪に関するもの
- 134) 偽証—上・下, マツソウ, 橋口稔訳, 雄渾社
 135) 罪の心理とその救い, シュニル, 平賀徳造, 気仙三一訳, 日本キリスト教団出版部
 136) 犯罪都市化, 前田信二郎, 有斐閣
 137) 強制収容所における人間行動, コーエン, 清水幾太郎他訳, 岩波書店
 138) フレンチ警部最大の事件, クロツツ, 長谷川修二訳, 東京創元社
 139) 死刑囚は逃げた, ドヴィニ, 田辺貞之助訳, 紀伊国屋書店
- (10) その他
- 140) 麻薬と嗜好品の中毒, ポーロ, 小林龍男訳, 白水社

(b) 精神衛生関係論文一覧

(1) 精神衛生全般に関するもの

- 1) 学校における精神衛生, 児童心理特集, 児童心理, 11巻5号
 2) 学校の精神衛生, クラベゼット, 比留間訳, 社会事業, 40巻

(2) パースナリティと人間関係

- 3) 双生児間の相互関係と共同体意識について, 三木安正, 天羽幸子, 東大教育学部紀要, 2巻1号
 4) 知覚の枠組効果と人格特性, 藤野武他, 北大紀要, 7巻2号

- 5) ある問題決に及ぼす不安の効果, 西沢愷, 心理研究, 27巻4号
 6) 精神作業に及ぼすフラストレーションの効果, 横山雅臣, 教育心理, 4巻5号
 7) 精神分裂病者における作業中断の効果, 台利夫, 教育心理, 4巻5号
 8) 類乗離性気質者の自我の流動化について, 立大心理教育学科研究年報, 1号
 9) 情緒研究法についての実験的考察, 橘寿郎, 教育心理, 5巻

1号

- 10) 性格類型学的研究, 沢田忠治, 教育心理, 4巻2号
- 11) いわゆる女性的性格とその変化について, 泰井俊三, 布施邦之, 北野病院紀要, 2巻1号
- 12) 労働と人間形成, 名大教育学部総合研究, 名大教育学部紀要, 3号
- 13) 沖縄青少年の心理研究, 文沢義永, 人類科学, 9号
- 14) 奄美島民のパーソナリティ概観—支論島を中心として, 森重敏, 安倍北夫, 山口孝道, 人類科学, 9号
- 15) 親子関係について, 望月循, ケース研究, 42号
- 16) 親子関係の心理学的研究, 中西昇, 大阪市大児童学, 4号
- 17) 生活慣習についての心理学的研究, 大宮録郎, 茨城大文理学部紀要, 7号
- 18) 集団思考矯正に於ける集団組織の効果, 大藪寿一, 人文研究, 8~11号

(3) 心理測定に関するもの

- 19) ロールシャツハ・テストに於ける反応の質的評価に関する研究, 本明寛, 富田正利, 湯本孝道, 心理研究, 28巻2号
- 20) ロールシャツハ・テストによる知能診断に関する研究, 村上邦男, 野田寛隆, 心理研究, 27巻5号
- 21) 集団ロールシャツハ・テストによる形体水準の診断的価値について, 高橋雅春, 心理学評論, 1号
- 22) ロールシャツハ反応の数学的分析によるグループ比較のこころみ, 藤岡喜愛, 心理学評論, 1号
- 23) ロールシャツハ・テストの Pattern Analysis, 池田徹太郎, 河合雄雄, 教育心理, 4巻3号
- 24) ロールシャツハ検査方法についての研究, 高橋茂雄, 香川大学芸学部紀要, 1巻9号
- 25) 内因性精神病におけるロールシャツハ・テストの研究, 杉本直人, 精神誌, 59巻7-8号
- 26) ロールシャツハ・テスト文献解題(2), 鈴木清, 立命館大文学4号
- 27) CATに関する研究, 大内五介, 東北大文化, 21巻3号
- 28) CATに関する研究, 丸井澄子, 東北大文化, 21巻3号
- 29) TATに関する研究, 藤戸せつ, 精神誌, 59巻9号
- 30) TATの投影機制に関する実験的研究, 木村駿, フィロソフィア, 32号
- 31) 児童画による親子関係の診断についての吟味, 石川英夫, 東京経大会誌 18
- 32) 指筆法による幼児の性格診断, 石井哲夫, 社会事業の諸問題 5集
- 33) 矢田部 Guilford 性格検査, 辻岡美延, 心理学評論, 1号
- 34) 人間関係の診断, 松村康平, 心理学評論, 1号
- 35) フラストレーション状況におけるコミュニケーションの実験的研究, 本多一郎, 心理学評論, 1号
- 36) 言語連想検査について, 山本研一, 瓜生武, フィロソフィア 31号
- 37) 知能測定の内容の化を酌めぐつて, 印東太郎, 心理学評論, 1号
- 38) 精神的能力の発達に関する逐年的研究, 狩野広之, 労働科学 33巻10-11号
- 39) 社会性発達テストの因子構成, 倉石精一, 京大教育学紀要, 3

(4) 児童および教育に関するもの

- 40) 盗みをする子供の治療, 玉井収介, 柏木昭, 国立精研紀要, 5号
- 41) 幼児恐怖症の心理療法, 池田由子, 田村満喜枝, 国立精研紀

要, 5号

- 42) 問題児の診断と治療—症例集, 千葉県教育研究所紀要, 32号
- 43) 児童中心遊戯の初期における治療関係の吟味, 佐藤棟男, 東北大文化, 21巻3号
- 44) 乳幼児の行動発達, 田原太郎, 人類科学, 9号
- 45) 僻地児童の人格特性, 藤野武, 北大僻地教育研究紀要, 3巻7号
- 46) 兄弟性格・弟的性格と双生児における兄弟の取扱いについて, 三木安正, 天羽幸子, 東大教育学部紀要, 1号
- 47) 双生児のしつけに関する考察, 大槻憲, 東大教育学部紀要, 1号
- 48) 双生児のいる学級集団, 三木安正, 天羽幸子, 東大教育学部紀要, 1号
- 49) 環境と適応, 児童心理特集, 児童心理, 11巻4号
- 50) ホスピタリズムに関する研究, 前田榮, 吉沢英子, 社会事業 40巻5号
- 51) 精薄児の心理と指導, 三木安正, 青少年問題, 3巻10号
- 52) 精薄児の人格的適応に関する研究, 大西憲明, 大阪市大文化 8巻3号
- 53) 精薄児に対する地域活動, 渡辺実, 社会事業, 40巻2号
- 54) 精薄児施設児童の社会生活能力(自立性)に関する調査, 柳崎達一, 40巻10号
- 55) 精薄児の教育と心理学, 近藤浩一郎, 中部社会事業, 6号
- 56) 児童福祉法, 徳永寅雄, 社会事業, 40巻8号
- 57) 児童相談所の指向するもの, 三宅守一, 社会事業, 40巻11号
- 58) 少年保護, 森田守一, 社会事業, 40巻8号
- 59) 児童の売春問題, 田村幸雄, 社会事業, 40巻9・10号
- 60) 優秀児の心理と指導, 教育心理特集, 教育心理, 5巻6号
- 61) 勉強のさせ方, 児童心理特集, 児童心理, 11巻5号
- 62) 興味と科学教育, 児童心理特集, 児童心理, 11巻6号
- 63) 小学校における学業不振児の研究, 千葉教研, 千葉教研紀要 34号
- 64) 学業成績に対する努力と家庭環境との関係, 原岡一馬, 教育心理, 4巻3号
- 65) 親と教師の問題, 教育心理特集, 教育心理, 5巻2号
- 66) 偏食児童に関する研究, 山本勝朗他, 大阪市大児童学, 4号
- 67) 聾児に関する研究, 中村秀, 教育心理, 4巻3号
- 68) 盲の幼児と心理の育て方, ノラギブス, 小川訳, 社会事業, 40巻2号, 9号
- 69) 早熟及び晩熟少年の後歴, ジョーンズ, 品川不二郎訳, アメリカーナ, 3巻10号

(5) 精神病理学・神経症に関するもの

- 70) 緊張異常の研究—不安と運動のメカニズム, 清原健司, 山本美津, フィロソフィア, 31号
- 71) 疲労の自覚症状と情意不安との関係, 伊吹山太郎他, 労働科学, 33巻10号
- 72) 遊戯療法を経験とその問題, 昌瀬稔, 京大教育学紀要, 3号
- 73) 自由連想法の研究, 小此木啓吾他, 精神分析, 4巻3・4号
- 74) 心理学と精神分析学—神経症と心理療法に関する理論的解釈について, 丸井澄子, 岐阜大人文科学, 5号
- 75) 神経症と精神分析療法に関する学習心理学的解釈について, 丸井澄子, 精神分析, 9巻5・6号
- 76) 非指示療法による面接記録, 佐治守夫, 国立精研紀要, 5号
- 77) 神経症における「心因」の問題, 加藤正明, 国立精研紀要, 5号
- 78) 疾病とノイローゼ, 横山定雄, 現代社会学
- 79) 男女共学に基づく精神神経症について, 泰井俊三, 北野病院紀要, 2巻4号

- 80) 精神障害受刑者の精神衛生的調査, 蔵原推光他, 矯正医学, 6巻1号
- 81) 意識障害に関する シンポジウム, 司会 秋元波留夫, 精神経誌, 59巻11号
- 82) 性に関するシンポジウム, 矯正医学会, 同会誌, 5巻4号
- 83) 時計失認について, 成瀬浩他, 精神経誌, 59巻9号
- 84) 先天語言症について, 小尾いね子, 精神経誌, 59巻10号
- 85) 笑の中樞性機制について, 上野陽三他, 精神経誌, 59巻10号
- 86) 第一次操作反能研究の意義, 小此木啓吾, 精神分析研究, 4巻3・4号
- 110) ケース・ワークの効果測定法, 木田徹郎, 社会事業の諸問題 5集
- 111) 老人ケースにおける心理的接近について—その問題点と原則, 小松源助, 浜田淳子, 熊本社会福祉研究, 3巻4号
- 112) 自己決定原則の貫徹のために, 横山定雄, 生活と福祉, 9号
- 113) 相談面接における言葉の機能について, 北脇雅男, 心理研究 27巻6号
- 114) 公的扶助とケース・ワークの本質, 仲村優一, 生活と福祉, 9号
- 115) 公的扶助とケース・ワーク (再論), 仲村優一, 社会事業の諸問題, 5集

(6) 社会病理に関するもの

- 87) 性格構造と社会構造, 早阪泰次郎, 東北大文化, 21巻3号
- 88) 特定集団における成員の社会的地位と性格特徴, 新田健一, 東北大文化, 21巻3号
- 89) 現代社会の病理現象, 横山定雄, 現代社会学
- 90) 家族的緊張, 田村健二, 現代社会学
- 91) 家族関係の心理学的研究, 石黒大義, 中部社会事業, 5号
- 92) 家庭における伝統的規範とその崩壊, 川越淳二, 愛知大学学論叢, 3月号
- 93) 未解放部落をめぐる社会的緊張の測定, 山本登, 人文研究, 7巻8号
- 94) 服従的行動の研究, 大藪寿一, 人文研究, 7巻10号
- 95) コミュニティオーガニゼーション, 横山定雄, 社会事業, 40巻8号
- 96) 都会人の精神衛生, 加藤正明, 都市問題, 48巻9号
- 97) 都市生活とストレス, 杉靖三郎, 都市問題, 48巻9号
- 98) 集団は精神衛生か? (アメリカの精神教育), 吉田昇, 社会教育, 12巻8号

(7) 社会福祉に関するもの

- 99) 社会事業と人間関係, 村松常雄, 中部社会事業, 1号
- 100) 人間と環境・福祉対策とこれをおこなうもの, 庵峻義等, 生活と福祉, 11号
- 101) 専門社会事業の経済学的社会学心理的発達, 竹内愛二, 生活と福祉, 7号
- 102) 身体障害者の心理と更生指導, 高瀬安貞, 社会事業, 40巻4号
- 103) 肢体不自由児の保護と指導, 高木憲次, 青少年問題, 3巻10号
- 104) リハビリテーションの動向, 小池文英, 青少年問題, 3巻10号

(8) ケース・ワークに関するもの

- 105) ケース・ワークの現状と将来 (座談会) 社会事業, 40巻1号
- 106) ケース・ワーク, 仲村優一, 社会事業, 40巻8号
- 107) グループ・ワーク, 鷲谷善教, 社会事業, 40巻8号
- 108) 社会的役割関係の展開とケース・ワーク, 竹内愛二, 熊本社会福祉研究, 3巻4号
- 109) ソーシャル・ケースワークの基本的課題としての Worker-Client Relationship の紐帯, 土井正徳, 家裁月報, 8巻6号

- 116) サイキアトリック・ソーシャル・ケースワークについて, 柏木昭, 生活と福祉
- 117) 人々を助ける事—職業の成長, ゴールドン・ハミルトン, 松本武子訳, 社会福祉シリーズ, 2
- 118) 米国における学校社会事業の展開について, 寺本喜一, 西京大学紀要, 8号

(9) 産業に関するもの

- 119) 職場カウンセリングの方法, 横山定雄, 精神衛生, 3巻24号
- 120) 労務管理における人事相談の意義, 横山定雄, 労務管理研究 3号

(10) 犯罪に関するもの

- 121) 戦後10年における犯罪非行現象の分析, 犯罪問題研究会, 社会学評論, 7巻2号
- 122) 最近における少年非行の傾向とその実例, 山下力, 青少年問題, 3巻11号
- 123) 警察統計に見る少年非行の傾向, 刑政編, 同67巻11号
- 124) 少年犯罪とその対策, 佐藤信一郎, 都市問題, 48巻6号
- 125) 戦後における問題児童の数の動向について, 徳永富雄, Human Relations 5号
- 126) 東京都における非行少年の生態学的研究, 家裁月報, 8巻3号
- 127) 少年非行と人間関係, 橋本重三郎, 青少年問題, 4巻1号
- 128) 親子関係と少年非行, 東京家裁少年調査室編, ケース研究, 39号
- 129) 非行少年の家族的背景, 牛窪浩, 刑政, 67巻11号
- 130) ある非行少年の環境, 山本晴雄, 児童心理, 11巻4号
- 131) 非行少年の社会的予後に関する研究, 水島恵一, 教育心理, 4巻2号
- 132) 青少年非行の社会的背景, 正木亮, 青少年問題, 3巻11号
- 133) 社会的弱者の犯罪, 横山定雄, 法律時報, 29巻8号
- 134) 少年非行と地域社会, 牛窪浩, Human Relations 5号
- 135) 虞犯少年の問題をめぐって, 森田守一, 法律時報, 29巻8号
- 136) 射幸心賭博犯罪, 村田宏雄, 現代社会学
- 137) 非行少年処遇 (治療) 方法, 水野恵一, 刑政, 65巻11号
- 138) カウンセリングの実情, 沢田慶輔, 刑政, 68巻7号
- 139) カウンセリングの技術, 久山照息, 刑政, 68巻7号
- 140) 矯正施設とカウンセリング, 遠藤辰雄, 刑政, 68巻7号
- 141) 矯正施設におけるガイダンスの実際, 松富哲, 刑政, 68巻7号

(c) 学会発表業績一覧

第54回 日本精神神経学会

昭和32年7月(北海道大学において)

- 1) 宿題報告—1—
 1. 精神疾患の薬物療法, 佐野勇, 阪大神経科
 2. 精神疾患の薬物療法—自律神経遮断剤を中心として—一顧訪望, 北大精神科
- 2) 宿題報告—2—
 1. 知覚の臨床, 祖父江逸郎, 名大一内科
- 3) シンポジウム「意識の障碍」
司会 秋元波留夫 金沢大精神科
 1. 脳循環からみた意識障害, 相沢豊三, 慶大内科
 2. 頭部外傷による意識障害, 荒木千里, 京大外科
 3. 意識障碍の臨床概念とその神経生理学的基礎, 笠松章, 鳥蕙安雄, 東大神経科
- 4) 年少精神障害者の示す分裂病性症候とその特異性, 朝山種光, 朝山病院
- 5) 精神分裂病集団における対人関係の研究, 阪部先平, 松井紀和, 精神医学研究所
- 6) 小児精神病に関する研究(第2報)小児精神分裂病について 品川浩三, 広島大神経科
- 7) 素因に基礎をもつ反応性鬱病について, 井上晴雄, 東京医歯大神経科
- 8) 神経症の診断と予後, 特に慢性神経症について, 加藤正明, 真下弘, 国立精研, 野上芳美, 日大神経科, 前沢孝衛, 東京医大神経科
- 9) 精神病者とその絵画, 中川保孝, 総武病院
- 10) 台湾における麻薬中毒患者の臨床統計的観察, 楊宝文, 台湾省立錫口療養所
- 11) 嫉妬妄想の構造と成立機制, 荻野恒一, 南山大, 福島幸雄, 日永病院, 田伏日出雄, 名市大
- 12) 妄想気分について, 島崎敏樹, 東京医歯大神経科
- 13) 妄想体験について, 西丸四方, 信州大神経科
- 14) 精神分裂病者に見られる神経症候症状について, 野上芳美, 日大神経科
- 15) 神経質症の適応不安, 藤田千尋, 与良健, 中江正太郎, 慈恵大神経科
- 16) 神経質の精神病理, 土居健郎, 聖路加病院精神科
- 17) L・S・D実験精神病の精神病理学的研究(第2報)加藤清, 篠原大典, 藤岡昭, 西山昭夫, 由良了三, 藤田聞吉, 京大精神科, 中井脩三, 洛南病院
- 18) 頭部外傷後のいわゆる神経衰弱症候状態について(その1)ロールシャッハ・テストによる臨床特徴, 井村恒郎, 日大神経科, 近藤駿四郎, 東京労災病院, 高臣武史, 東京歯科大神経科, 片口安史, 国立精研, 丸山芳也, 鈴木浩二, 日大神経科
- 19) 更年期の精神医学的研究—更年期犯罪の特殊性について, 新井尚賢, 大塚勉生, 戸田賀江, 東邦大神経科, 永沼一孝, 横須共済病院神経科
- 20) 一般家庭老人の精神医学的調査, 杉村史郎, 奈良医大神経科
- 21) 鑑定を受けた犯罪者の精神医学的調査, 向井彬, 九大神経科
- 22) 無期受刑者の精神医学的研究, 小木貞孝, 菅又淳, 上出弘之, 武村信義, 栗原雅直, 東大脳研
- 23) 累犯非行少年の総合的研究, 樋口幸吉, 東京医療少年院, 逸見武光, 府中刑務所, 武村信義, 小木貞孝, 東大脳研
- 24) 同性愛の研究—Szondi Test を中心として, 野田輝雄, 筑紫少女苑, 小川鶴也, 金久卓也, 九六一内科
- 25) 在宅精神障害者実態調査について, 菅修, 三辺義久, 知識兼行, 石田芳子, 高橋彰彦, 本郷勇, 入江棟一, 石川淑郎, 野村博, 神奈川県立岸香院
- 26) 地域社会における精神障害者の研究—市川市在住の精神分裂病患者について, 分島俊, 河村高信, 清水寿, 岡庭武, 中島三之丞, 森三郎, 国立国府台病院精神科, 加藤正明, 柏木昭, 国立精研
- 27) 双生児法による乳幼児パースナーティ研究—双生児共同体の形成過程について, 岡田敬蔵, 池田由子, 田頭寿子, 須藤憲太郎, 重野晴子, 国立精研
- 28) MMP I の研究ヒステリー患者について, 金光紀郎, 若久病院菅正明, 金久卓也, 九六一内科
- 29) 非定型急性精神病のロールシャッハ・テスト, 加藤みゆき, 名市大精神科
- 30) 神経症患者のロールシャッハ・テスト—MMP I との関係について, 小川鶴也, 桑原寛, 金久卓也, 九六一内科
- 31) 内科外来患者の病態心理学的観察—自覚症状を中心として, 金久卓也, 野田輝雄, 杉町庄蔵, 菅正明, 小川鶴也, 金光紀郎, 桑原寛, 九六一内科
- 32) TATに関する研究, 藤戸せつ, 阪大精神科
- 33) 躁鬱病における昼夜のリズム減弱の生物学的研究, 千谷七郎, 南沢茂樹, 田口孝源, 末田田鶴子, 東京女医大精神科
- 34) 精神身体反応の生物学的研究, 桜井図南男, 十河実, 西岡康伸, 石川俊輔, 徳島大精神科
- 35) レクリエーション療法における「遊び」の構造, 小林八郎, 小林清男, 国立武蔵療養所
- 36) 精神分裂病に対する集団精神療法の研究—特に Chlorpromazine を媒介として, 松本胖, 鈴木秋津, 佐々木司郎, 渡辺位, 田中穂積, 国立国府台病院精神科

第12回 日本公衆衛生学会

昭和32年10月(大阪大学において)

- 1) 在院精神障害者実態調査の結果について,
 - (1) 調査の概要と Hospital Population, 山口正義, 大橋六郎, 宗像文彦, 厚生省公衆衛生局
- 2) 在院精神障害者実態調査の結果について,
 - (2) 診断・在院期間・治療, 山口正義, 大橋六郎, 宗像文彦, 厚生省公衆衛生局
- 3) 在院精神障害者実態調査の結果について,
 - (3) 看護程度・家庭との関係等, 山口正義, 大橋六郎, 宗像文彦, 厚生省公衆衛生局
- 4) 自殺の疫学的観察, 若林俊郎, 福島医大公衆衛生
- 5) 地域社会における自殺の研究, 加藤正明, 田頭寿子, 森三郎, 国立精研
- 6) 精神衛生行政の問題点, 三木芳男, 西滋夫, 大阪市東区保健所
- 7) 保健所から見た精神障害者の入退院状況, 井上房江, 鈴木乙松, 川崎市中央保健所
- 8) 神奈川県足柄郡における在宅精神障害者の実態について, 白戸三郎, 牧田耕二, 入江棟一, 神奈川県松田保健所
- 9) 大阪府下公費精神病患者の退院後一年における予後調査成績 竹谷政男, 門田健, 大阪府精神衛生相談所

第 4 回 矯 正 医 学 会

昭和32年9月(東京都, 虎の門共済会館において)

- 1) 特別少年院収容者に行つた Sheldon 氏体型測定の研究, 後藤陸郎, 八王子医刑
- 2) 非行少年の自殺企図について, 杉田稔, 名古屋鑑
- 3) 精神分裂症の反社会性ならびに犯罪性に関する2・3の考察, 久山照息, 八王子医刑
- 4) 殺人少年の精神医学的研究, 鯉崎徹, 東京鑑
- 5) L・S・D・略前時におけるロールシャッハ検査所見, 佐藤愛宮城刑
- 6) ロールシャハ・テストに関する研究(第34報) Tafeln Z Test の有効性について, 佐竹隆三, 酒川靖一郎, 金沢鑑
- 7) 非行少年のMMP I テストの結果について, 黒田正大, 仙台鑑, 伊藤たまき, 青葉女子
- 8) MMP I による受刑者の特性に関する研究, 柏村二郎, 京都刑
- 9) 非行反復少年の診断および矯正に関する医学的・心理学的総合研究(第2報) 窃盗型・非窃盗型の亜型を中心とした考察 山根清道, 福田雅夫, 佐伯克, 合利夫, 西村秀雄, 税所篤郎 横浜鑑
- 10) 少年院実態調査心理班報告(第2報) 武田慎二, 矯正局, 能美陽一, 袴田明, 東京鑑, 佐伯克, 税所篤郎, 横濱鑑 奥村晋, 浦和鑑, 佐藤肇, 井部文哉, 東京医少, 酒井敏夫, 東京拘
- 11) 非行少年の実態調査について, 村田隆興, 小野道磨, 木村登出島昇, 和歌山鑑
- 12) 少年収容施設における同性愛的行為について(第2報) 質問紙法による調査結果について, 杉山佳行, 大阪鑑
- 13) 性的非行ならびに暴力的非行の集団性について, 山中麟次郎 藤川達明, 池川三郎, 山本昭二郎, 太田博子, 京都鑑
- 14) 精神薄弱者における性的非行の特殊性について, 樋口幸吉, 東京医少
- 15) 受刑者に対する心理治療過程についての2・3の考察, 久山照息, 八王子医刑
- 16) 非行少年に対する実験的心理療法(第2報) 久山照息, 八王子医刑, 加藤正明, 原山晶子, 関東医少, 原山晃, 多摩少
- 17) 精神障害受刑者に対する心理療法(第3報) 芹野陽一, 披野医研

第 2 回 日 本 人 類 遺 伝 学 会

昭和32年5月(奈良県吉野町において)

- 1) シンポジウム「人類の遺伝生化学」
司会 岸本鎌一 名大環境医研
- 1. 特異な精神薄弱の遺伝生物学, 岸本鎌一, 竹原一雄, 名大環境医研
- 2) 精神分裂症の遺伝圏と遺伝様式, 山口弘三, 名大環境医研
- 3) 脳波より見られるてんかんの遺伝学的研究, 栗田敦子, 名大環境医研
- 4) 秩父山村における近親結婚および精神障害についての考察, 新井尙賢, 丸山俊夫, 飯島泰彦, 杉浦伸雄, 柴田洋子, 赤羽晃, 戸田賀江, 石川幸重, 東邦大神経科
- 5) 近親結婚における病者率, 後藤源太郎, 熊本大理・生物

第 21 回 日 本 心 理 学 会

昭和32年10月(九州大学において)

- 1) 乳児における行動発達因子分析的研究(3,4) 丸山康則, 村井潤一, 京大
- 2) 知能発達の因子分析的研究(5,6) 一谷壘, 住田勝美, 京都学芸大
- 3) 幼児の判断に対する欲求の影響, 林貞子, 東海大
- 4) 家族関係の研究(2) 母親の行動観察規準の設定について, 杉溪一言, 横濱大 小島謙四郎, 身論科研 竹下由紀子, 東大
- 5) 親子関係についての研究(2), 石田恒好, 応用教研
- 6) TPTによる親子関係の発達研究一特に青年期を中心として 高橋正臣, 佐藤修策, 岡山教研 奥山典雄, 岡山中央児童相談所
- 7) 母親の養育態度と性格特性との関係について, 稲田準子, 安田女子短大
- 8) 親子関係の心理学的研究(9) 親の態度の因子分析研究, 中西昇, 浅田ミツ, 谷嘉代子, 大阪市大
- 9) 親子関係の心理学的研究(10) F P B S 法による検討, 中西昇 小西勝一郎, 大阪市大
- 10) 幼児の社会性一施設児と家庭児の比較, 石黒大義, 久世妙子 日本福祉大
- 11) 乳児の精神発達に及ぼす育児態度の影響, 津守真, 愛育研
- 12) 精分析学的概念の心理学的解釈について一とくに人格と神経症に関して, 丸井澄子, 岐阜大
- 13) ヒステリーと診断された一症例の10年間の推移, 霜山徳爾, 上智大, 相馬均, 慶大, 新海安彦, 信州大
- 14) 精薄児の人格形成に関する研究一信楽寮を中心にして, 1・問題と方法, 2・人間関係の側面より, 3・人格の主體的側面より 4・総括と検討, 正木正, 京大, 黒丸正四郎, 大阪市大, 高瀬常男, 安原宏, 西岡忠義, 鐘幹八郎, 京大, 詫摩武俊, 学習院大, 田中昌人, 近江学園
- 15) 問題児の徴候研究, 酒井清, 都立教研
- 16) 学生のフラストレーションについて(4), 中村弘道, 杉本敏夫, 末永俊郎, 東大
- 17) 教育心理学的診断の予見性に関する追跡研究, 1・知能検査について, 中嶽治磨, 名大教心研究室, 2・向性検査及びクレペリン検査について, 村上英治, 名大教心研究室, 3・交友関係調査について, 塩田芳久, 名大教心研究室, 4・適応性テスト及び悩みの調査について, 続有恒, 名大教心研究室
- 18) 喘息児童の身体的精神的特徴と精神作業療法の効果, 高木俊一郎 九州厚生年金病院
- 19) 精薄児の思考について, 鈴木三郎, 三重大
- 20) 神経症に対するフロイド理論と森田理論と基本的自我の防衛機制との関連について, 阿部正, 慶大
- 21) 児童の神経症の問題行動一具体例を中心として, 福田果正, 滋賀中央児童相談所
- 22) 児童の劣等感とパースナリティーTAT診断と指導の事例, 依田英夫, 信州大
- 23) 遊戯療法一H・K・7才児の場合, 後藤毅, 巽昭子, 日赤大阪病院

- 24) 遊戯療法と親の Counselling の関係, 1・Case Study, 2・同 Case の量的測定, 畠瀬稔, 森野礼一, 京大
- 25) Play Therapy の事例研究, 権平俊子, 愛育研究所
- 26) 幼児における Group Therapy, 1・事例研究, 2・治療経過測定の一つの試み, 森脇要, 立大 権平俊子, 盛富美, 小林治夫, 木津川家久, 愛育研究所
- 27) 孤立児の対人認知—役割の決定に及ぼす親の影響, 外林大作 横浜市大 松浦田鶴子, 川村短大 石井哲夫, 日本社短大
- 28) 役割技法 (Role Technique) について—人間関係の診断と調整に関する臨床技術, 松村康平, お茶の水女子大
- 29) 矯正場面におけるグループの研究—Leader Ship の問題, 佐藤和夫, 神奈川少年院
- 30) 矯正施設における心理療法, 酒井汀, 京都医少年院
- 31) Q テクニクによる適応の研究, 1・自己体系の統合と分離について, 2・自己概念を中心とするパーソナリティタイプについて, 佐治守夫, 竹村和子, 国立精研
- 32) 緊張異常の研究(4), 戸川行男, 清原健司, 橋本仁司, 上田雅夫, (同5) 戸川行男, 清原健司, 三輪正, (同6) 戸川行男, 清原健司, 三輪美津, 早大
- 33) 受験場面におけるロールシャツハ・テストの結果について—特に正常者と神経症患者との比較について, 高橋艶子, 末木美保子, 木村礼子, 安治川智子, 栗岡治子, 慶大
- 34) 分裂病患者的のシヨシク療法前後におけるロールシャツハ・テストに現われた効果の研究, 原祥子, 日本女子大
- 35) 精神分裂病者ロールシャツハ特徴(2), 片口安史, 高柳信子 国立精研
- 36) 神経症の研究(2)—ロールシャツハ・テストによる Prognosis の検討, 宇佐晋一, 河合隼雄, 三聖病院 山本昭二郎, 京都少年鑑別所
- 37) ロールシャツハ・テストによる人間関係に関する研究, 1・M 反応の分析, 2・特に不安反応の分析, 村上英治, 植元行男, 秋谷たつ子, 江見佳俊, 名大 十河一, 名少年鑑別所
- 38) 集団ロールシャツハ法の研究(5), 太田博子, 京都少鑑 澄川智, 京都市児相談所 高橋雅春, 神戸少鑑
- 39) 日本人のロールシャツハ反応の研究(22)—異常者診断の角度について, 児玉省, 司直子, 日本女子大
- 40) TAT とロールシャツハ・テストとの関係, 高橋茂雄, 香川大
- 41) TAT に関する 2・3 の問題, 1・児童・生徒の標準反応, 特に親子関係について, 2・高年令者の標準反応について, 丸井文男, 関根忠直, 近藤信義, 妹尾久, 名大
- 42) 精神病に実施せる精研式TATの結果について, 大島貞夫 天羽大平, 佐野勝男, 桜ヶ丘保養院
- 43) Psychoneurosis に実施せる精研式TATの結果について 大久保康彦, 慶大
- 44) CATの研究(3), 井原法嗣, 金平輝子, 東京中央児童相談所
- 45) 不安テスト標準化について(4), 松永一郎, 武庫川病院
- 46) MMP I の研究, 1・改訂ミネソタ版による研究, 児玉省, 日本女子大
- 47) 危機場面における性格検査について, 1・クレペリン作業検査 2・ロールシャツハ・テスト, 水口芳明, 佃範夫, 香川大
- 48) 児童画による人診格断の臨床実験的研究, 守屋光雄, 姫路工大
- 49) 小学生を対象とした活動集団療法—活動集団療法の効果(2) 大賀一夫, 福岡学芸大
- 50) テストにおける実験者—被験者関係(1), 続有恒, 久世敏雄 江見佳俊, 名大 安雄奏, 日本福祉大
- 51) 作業成績に及ぼす実験者—被験者関係(2), 続有恒, 久世敏雄, 江見佳俊, 名大, 泰安雄, 日本福祉大
- 52) WAIS 知能診断検査の標準化—テスト問題と統計的処理, 児玉省, 日本女子大 品川不二郎, 東京学芸大, 印東太郎, 慶大
- 53) WAIS の標準化に関する研究—WAIS の診断的利用, 品川不二郎, 東京学芸大, 児玉省, 日本女子大, 印東太郎, 慶大
- 54) 技能の心理的構造—機械的技能の因子論的研究(2), 古賀行男, 日大
- 55) ロールシャツハ・テストの間隙反応, 辻悟, 阪大
- 56) ロールシャツハ・テスト・コンテンツアナリシスに関する研究 藤井久和, 阪大
- 57) ロールシャツハ・テストに関する基礎的研究(8・9・10), 長坂五朗, 栗林正男, 武川圭弘, 松岡昭子, 堺脳病院
- 58) ロールシャツハ・テストにおける形体水準評定法の基礎的研究, 本明寛, 富田正利, 湯本泰道, 早大
- 59) 多相的集団ロールシャツハ・テストの作成(2), 大西憲明, 石川啓, 大阪市大
- 60) TAT の Self-interpretation, 高石昇, 阪大
- 61) TAT の Apperceptive Norm の発達の研究, 深山富男, 京都市児童院
- 62) MMP I 標準化のための研究—予備検査の概要, 肥田野直, 平田久雄, 長塚和彌, 東大 堀久, 都立小石川高校
- 63) 矯正施設においてグループワークを施行して, 越智勇次, 高松矯正管区
- 64) 非行少年の役割知覚について—MAPS 法の Figure を素材として, 奥村晋, 吉田寛, 浦和少鑑
- 65) 非行消失の指標について, 高桑益行, 壺井健三, 千葉少鑑
- 66) 非行少年の臨床的研究(3)—情意发育不全性に関する考察, 丸岡理, 松山少鑑
- 67) 非行発生の社会心理学的考察—矯正施設における調査条件の吟味, 遠藤辰雄, 矯正科学研究会
- 68) 非行少年の総合的研究(2)—特別少年院実態調査心理班報告 佐伯克, 奥村晋, 袴田明, 井部文哉, 矯正科学研究会 能美陽一, 税所篤郎, 佐藤望, 矯正心理学会 武田慎一, 酒井敏夫, 犯罪生物学研究所

第 30 回 日 本 社 会 学 会

昭和32年8月(北海道大学において)

- 1) 非行少年の集団構成ならびに犯罪成熟過程に関する一考察, 柏熊岬二, 日本医大
- 2) 少年非行と地域社会, 牛窪浩, 立大
- 3) モデル衛生地区に関する総合研究, 千葉裕典, 順天堂大
- 4) 臨床過程における社会学技術の検討—職場ノイローゼ治療の一事例, 横山定雄, 国立精研
- 5) 発達心理学における社会学的傾向—J. Piaget と H. Wellon

- の場合, 岡野静二, 早大
- 6) 老人社会学の課題, 大道安次郎, 関西学大
- 7) 世代の葛藤と老人の社会的地位, 耶須崇一, 中大
- 8) 或る老人 Community の調査報告, 大間知千代, 関西学大
- 9) 墮胎および避妊と日本民族の将来, 西野入徳, 早大
- 10) 価値および価値指向の社会学的使用, 松本榮二, 関西学大
- 11) Decision Making の社会心理学的分析, 富永健一, 東大

- 12) Urban Personalities Approach について, 奥田道大, 東洋大
- 13) 家族関係における Parent Situation Test, 田村健二, 田

- 村瀧喜枝, 国立精研
- 14) インテリゲンチヤ革命, 山本新, 神奈川大

第 9 回 日 本 教 育 社 会 学 会

昭和32年10月 (東京教育大学において)

- 1) 集団学習におけるコミュニケーションの研究, 末吉伸次, 新潟通也, 片岡徳雄, 森神, 大塚忠剛, 広島大
- 2) 母子寮における子どもの生活, 町田正義, 東京教育大
- 3) 漁村家族の児童に対する期待についての研究, 川田豊弘, 香川大
- 4) 性的早熟性についての研究, 壺井琢磨, 香川大
- 5) 漁村家族における人間形成の特色に関する研究, 福井広吉, 香川大
- 6) 我国におけるグループ・ワークの沿革, 岩本一美, 早大
- 7) 漁民の生活意識と社会構造, 小林文人, 九大 田中一生, 熊

- 本商大
- 8) 農民の意識の型について, 飛田徳三, 赤司政雄, 東京教育大
- 9) 日本人の価値指向に関する一研究, 原喜美, 国際キリスト教大
- 10) 学校教育における小集団指導の問題, 葛巻政雄, 中野4中
- 11) レクリエーションと農村の人間関係, 米林富雄, 東洋大
- 12) リーダーシップの安定性と社会的状況の推移との関係, 横田澄司, 西側明和, 田守祥治, 大阪学芸大
- 13) 遊びの形態と児童の欲求満足—生活環境との関連において, 菊地幸子, 川崎市教研

第 5 回 日 本 社 会 福 祉 学 会

昭和32年10月 (明治学院大学において)

- 1) ケースワークにおける可能性と限界性の問題について, 奥山典雄, 岡山県中央児童相談所
- 2) 継母を含む問題児家庭の構造について, 山崎道子, 今田芳枝, 国立精研
- 3) 産業人事相談におけるケースワーク, 大阪中央電報局における人事相談制度をとりあげて, 溝淵富仁子, 大阪中電

- 4) ゴールド・ハルミトンのソーシャル・ケースワークにおける業績, 松本武子, 日本女子大
- 5) 或る老人 Community における老人の諸問題について, 大間知千代, 寿命学研究会
- 6) ボーダーライン層の家族構造とケースワーク的治療の可能性, 東田英夫, 大阪社事短大

第 10 回 全 国 社 会 福 祉 事 業 研 究 発 表 会

昭和32年10月 (日本社会事業短期大学において)

- 1) 精神医学的社会事業の一課題, 小林秀, 明治学院大
- 2) アメリカ養護施設におけるケースワークについて, 松本武子, 日本女子大
- 3) 施設緊張について, 瓜巢憲三, 社会事業研
- 4) インテーク面接の録音について, 須藤憲太郎, 国立精研
- 5) 被保護母子世帯の問題, 渡辺正治, みかえり母子寮
- 6) 労働災害者の社会復帰を通して見たる社会政策と社会事業の関係, 中川義宣, 国立身障指導所

- 7) 米国のモデルホームで老人は如何に処遇されているか, 大間知千代, 寿命研究会
- 8) 都内老人クラブ実態調査, 前田栄, 深沢典子, 下重和子, 岩橋三木子, 日本女子大
- 9) 生活保護家庭の児童の実態調査, 荒木登, 日本社短大
- 10) グループワークと心理療法, 牛窪浩, 立教大
- 11) 社会事業施設の社会集団類型と社会集団構造の研究, 本間新一, 社事研

あ　と　が　き

精神衛生資料もこれで第6号を迎えることになった。今年は編集委員会の相談にもとずいて、かなり趣きを変えることになった。それはいままで5冊の資料を出してきて、いつも感じることは、毎号の記事が次第に固定されて、資料の積み重ねが一種のマンネリズムにおちいつてきたことであつた。前号の統計に1年分を補足するというのでは、資料を改めて出すだけの意味がないと思われる。

そこで本号では、5号までの紋切り型の項目にとらわれずに、最近の資料で有意義だと思われるもののみを、とりあげることにした。したがつて、記事の大半が外国資料の紹介というかたちをとることになった。おそらく、この試みから次のステップを踏みだすことになるとと思われる。

私たちも2年間、資料編集の責任をもたされ、この仕事が紋切り型にならぬようにするには、どうすればよいか、今後も考えてみたいと思う。これで一応、責任をまぬがれたようなものの、諸賢の御意見を伺いたい。

なお、今後この資料とは別に、「精神衛生シリーズ」のようなものも出したいという所内の声があることを附記する。

また、この資料を各方面から希望なさる方が、年々増えている。これに応えるにはどうすればよいかという問題も残されている。

最後に御協力戴いた所外および所内の各位に御礼申し上げる。

1958年3月

加	藤	正	明
片	口	安	史
今	田	芳	枝

精神衛生資料

—第 6 号—

編集責任者

加 藤 正 明

発行所

国立精神衛生研究所

千葉県市川市国府台町1の2

印刷所

株式会社吉田次作商店 東京支店

東京都台東区浅草鳥越2の4

(非売品)

