

精神衛生資料

第 7 号

昭和 34 年

特集 各国の精神衛生

Annual Report on Mental Health

Number 7

1959

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

精神衛生資料

第 7 号

昭和 34 年

特集 各国の精神衛生

Annual Report on Mental Health

Number 7

1959

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

I	緒 言	1
II	アメリカ合衆国	2
	(1) 概 観	2
	(2) アメリカにおける精神衛生の近況	2
	(3) 精神病院	5
	(4) 精神衛生相談所	10
	(5) 児童指導クリニック	13
	(6) 精神薄弱者対策	17
III	イギリス	21
	(1) 概 観	21
	(2) 成人精神科外来クリニック	22
	(3) 精神病院	23
	(4) 精神障害者関係法規	25
	(5) 児童指導クリニック	27
IV	ヨーロッパ諸国	30
	(1) フランス	30
	(2) ドイツ (特にベルリン)	31
	(3) オランダ	33
	(4) スイス	35
	(5) イタリア	36
	(6) デンマーク	37
	(7) スウェーデン	43
	(8) ハンガリー	44
	(9) ポーランド	45
V	アジアおよび地中海東部諸国	48
	(1) ビルマ	48
	(2) タイ	49
	(3) 香港	50
	(4) フィリッピン	50
	(5) シンガポール	51
	(6) セイロン	52

(7)	インド	53
(8)	パキスタン	56
(9)	レバノン	57
(10)	エジプト	57
(11)	スダン	58
(12)	イスラエル	58
(13)	中華民国	60
VI	南米その他	62
(1)	カナダ	62
(2)	オーストラリア	63
(3)	ブラジル	65
(4)	キューバ	67
(5)	コスタ・リカ	67
(6)	ベネズエラ	68
(7)	パナマ共和国	69
(8)	エクアドル	69
(9)	ペルー	69
(10)	チリー	71
VII	日本	73
(1)	外国人の見た日本	73
(2)	精神病院	75
(3)	児童相談所・精神衛生相談所	82
(4)	精神薄弱者対策	84
(5)	本邦における臨床心理学の現状	91
(6)	本邦における心理検査の現状	93
(7)	わが国におけるサイキアトリック・ソーシャル・ワークの現状	95
	附 録	
(1)	1958年度学界動向	99
(a)	精神衛生関係図書一覧	99
(b)	精神衛生関係論文一覧	101
(c)	学会発表業績一覧	104
(2)	精神衛生関係年間主要記事	110

I 緒 言

沿 革

まず精神衛生の基礎をなす精神医学の歴史から述べるべきであるが、他の成書にも記述があるので¹⁾²⁾、ここには省略する。

今日の精神衛生運動が1908年、アメリカの CLIFFORD W. BEERS に始まったことは、すでに一般によく知られているであろう。この点についても、従来いろいろな所で述べられているので³⁾⁴⁾、事新しく述べるまでもないことと思う。精神衛生運動の発展の跡についてはBEERS の自伝⁵⁾ の巻末に載せられている。この自伝は今なお版を重ねつつあるが、BEERS の遺言により新版ごとにそれは書き加えられつつあるので、精神衛生に深い関心を有する方は参照されたい。

国際的な動き

BEERS によつて種をまかれた精神衛生運動は、アメリカのみならず、しだいに世界各国に広がつて行つた。かくして国際精神衛生委員会 (International Committee for Mental Hygiene) が結成され、1930年、その主催のもとにワシントン市に第一回国際精神衛生会議 (International Conference on Mental Hygiene) が開催され、50カ国の代表4,000名が出席した。第二回の国際会議は1937年パリに開催され、やがて第二次世界大戦を迎えたが、戦後1948年ロンドンに第三回国際会議が開かれ、その機会に国際委員会は「世界精神衛生連盟」(World Federation for Mental Health, WFMH) として改組され、この年を第一回として以後連盟主催のもとに2年おきに「国際精神保健会議」(International Congress for Mental Health) および毎年年度総会が開かれている。連盟は国連の外郭団体であり、ロンドンに事務局が置かれている。

同じく国連の外郭団体である世界保健機構 (WHO) も、また赤十字国際委員会もやはり精神衛生を重要なプログラムの一つとして取上げている。

かくして、明1960年は WFMH 主催のもとに「精神衛生年間」(Mental Health Year) として全世界を通じ行事が展開されることになっている。(高木四郎)

文 献

- 1) 村松常雄「精神衛生」5版、昭32、南山堂
- 2) 西丸四方「精神医学入門」7版、昭32、南山堂
- 3) 高木四郎、中野佐三「精神衛生」3版、昭32、金子書房
- 4) 高木四郎「精神衛生」——斎藤潔編修「公衆衛生学」下巻、昭32、金原出版
- 5) CLIFFORD W. BEERS: A Mind That Found Itself, 1953, Doubleday & Co., Garden City, New York.
(邦訳あるも絶版)

Ⅱ アメリカ合衆国

(1) 概 観

1909年、BEERS によつて設立された「全国精神衛生委員会」(National Committee for Mental Hygiene) は各種の事業を行い、順調に発展したが、1950年には Psychiatric Foundation, National Mental Health Foundation の2団体と合併し、「全国精神衛生協会」(National Association for Mental Health) として再組織され、その全国的な活動を続けている。

なお、1946年には「国民精神衛生法」(National Mental Health Act) が公布され、1949年同法に基いて保健・教育・福祉省 (Department of Health, Education, and Welfare) の公衆衛生局 (Public Health Service) に直属する「国立精神衛生院」(National Institute of Mental Health) が設けられ、精神衛生が各州および民間団体のみならず、新たに連邦政府の事業として取上げられた。同院はみずから精神衛生に関する各種の調査研究を行うのみならず、また精神衛生事業 (精神病院を除き、精神衛生クリニックその他予防的の事業) に対する補助金、精神衛生に関する研究の補助金、精神衛生に関係ある専門家の養成訓練の補助金の分配交付等、行政的任務をも有している。同院の詳細については「精神衛生研究」6号に述べたところを参照されたい。(高木四郎)

(2) アメリカにおける精神衛生の近況

アメリカにおける精神衛生の近況についてはすでに多くの紹介があり、またその全貌を伝えることは至難の業といわなければならない。ことに地方分権を特徴とするアメリカでは、各州、各施設がおのおのの独立した活動をもち、精神衛生に関しても同様である。したがつて比較的アメリカ全般に関連のある精神衛生活動の近況の若干を紹介するにとどめ、地方的な活動に関しては目に触れたものをあげるという不十分な方法をとらざるを得ないことをお断りしておかなければならない。

まず第一にあげなければならないことは1955年7月28日にアメリカ合衆国国会に所属する「精神病および精神衛生合同委員会 Joint Commission on Mental Illness and Health」が発足し、当面する精神衛生問題の検討ならびに研究に乗りだしたことである。この委員会は元マサチューセッツ州精神衛生部長で最近ボストン精神衛生研究所 Boston Mental Health Study Center (Boston Psychopathic Hospital) の所長となつた JACK R. EWALT であり、委員会のメンバーは元アメリカ精神医学会会長 DANIEL BLAIN, ワシントンのセント・エリザベス病院長 WINFRED OVERHOLSER など43名で構成されている。委員会本部はボストンにおかれ専任の職員が多数働いており (808 Memorial Drive, Cambridge 39, Mass.), 委員会発表の第2回年報 (1958) によれば、現在次の12の課題がとりあげられている。すなわち、

1956年の課題として

- Role of Schools in Mental Health.
- Patient Care in Mental Hospitals.
- Nationwide Sampling Survey of Mental Health.
- Research Sources in Mental Health.
- Current Concepts of Positive Mental Health.

1957年の課題として

- Mental Health Manpower.
- Non-Psychiatric Community Resources in Mental Health.
- Rehabilitation of Former Patients.
- Out-Patient Services.
- Economics of Mental Illness.
- Role of Religion in Mental Health.

このうち、MARIE JOHADA による「積極的精神衛生に関する現代の課題」と、RASHI FEIN による「精神疾患の経済」はすでに完成し、「精神衛生の人力」と「全国抽出調査」もまもなく完成するということであり、他の課題も1959年7月1日には完了することになっている。

この委員会は1955年の精神衛生研究法規 Mental Health Study Act により、国立精神衛生院から3年間の研究費 1,250,000 ドルと、他の資源から 170,500 ドルを与えられている。

課題のうちの主なものをみると、まず、MORRIS S. SCHWARZ を班長とする「患者治療の型 Patterns of Patient Care」では外来患者、入院患者および在宅患者の3種の対象に向けられ、患者自体の問題、治療体系およびコミュニティ活動の体系が検討されている。外来患者については、患者の日常生活で適応障害がいかにならわれるか、精神医学的にそれがどう定義されるか、患者が外来治療にくる経路、精神医学的体系が患者といかに連るかなど、日常の社会関係と精神医学的治療との相互関係が広汎に調査されている。とくに地域社会と結びついたコミュニティ・クリニックが単なる外来患者の治療だけでなく、家庭や学校・職場などの問題の consultation を行い、さらにリハビリテーションや里親的ケアと結びつく活動をする必要があるとする。

入院患者に関してとくに入院経路、社会組織としての精神病院、院内治療体系、退院に関する問題、入院治療からの切り替え、昼間および夜間病院、病院とコミュニティのつながりなど、多くの問題に関して、20カ所以上の病院が検討されている。

在宅患者 Ex-patient に関する問題は単にアフタ・ケアの問題のみならず、病院からコミュニティへの Ex-patient の動きに影響する対人関係、社会資源、その他社会力の種々の要因と関連を有する。とくに既存の形式の分析の上に精神医学的でないコミュニティ・エイジエンシーのサービスを活用するとともに、在宅患者を社会にとどめたり、病院に送りこむ社会的な力を分析する。その要

素としては(1)在宅患者自身の特徴,(2)患者と援助者との関係(職業的・準職業的援助者, 公的・私的の関係),(3)患者を援助する社会組織および特殊組織(治療グループ, ソーシャル・クラブ, half-way house, sheltered workshop),(4)コミュニティの特徴(労働市場, 住居状況, 社会階層, 民族などの集団の型)の4要素が検討されている。

この課題のほか、「精神衛生における非精神医学的社会資源」の課題は R. ROBINSON を班長に 1) 32カ所の国立施設の代表者および 27カ所の州施設の委員との面接, 2) 3,103の county における community service の分析, 3) 20の county についてさらにくわしく service の適正さ, いかにして症例を見逃すか, 相互の協力度, 各要因の county による差の検討, 4) 地方への consultation service の検討などを行つている。

R. V. McCANN による「精神衛生における宗教の役割」はロックフェラー財団の研究費をもらつて, コミュニティにおける重要な精神衛生資源としての教会, ことに pastoral counselling や社会奉仕の内容を検討し, さらに宗教的信仰一般がいかに精神衛生に寄与するかの問題をとりあげ, ミシガン大学の A. CABELL を班長とする「精神衛生の全国的サンプリング」は1956年夏以来, 地域社会の抽出されたサンプルの人が精神衛生上の問題をどこへもちこむか, また幸福および適応とはなにかをどう考えているかなどについて平均1時間半の面接を広汎に行つている。この結果が性, 年令, 都市・農村, 社会経済状態, 宗教などでいかに異なるかの問題は精神衛生上の問題解決にどういう資源を求めるかの問題とともに甚だ注目される。この調査のための面接者にはふつうの中年の主婦を訓練して当つている。

また G. W. ALBEE を班長とする「精神衛生の人力」は, とくに精神科医, 心理学専攻者, ソーシャルワーカーおよび精神科看護婦に重点をおき, 今後15年間に卒業するこれらの職業のものの推定と, 過去10年間の資料が検討されている。このさいとくに経済的援助の要求が大きく働いている。また精神衛生の専門家のみでなく準専門家が地域的にいかに分布し, いかに利用されているかの問題もある。

ハーヴァード大学公衆衛生学部と協同でやつている「精神病の疫病学と成因」の研究は現在のところ比較に堪える18州の統計および世界各国の統計を集めている。成因については精神医学および精神分析的立場から M. R. KAUFMAN, 宗教的立場から R. G. ANDERSON, 社会学的立場から N. POLANSKY, 人類学的立場から J. HENRY, 生化学および生理学的立場から R. GERAD, 児童発達の立場から N. SANFORD, 哲学の立場から C. MORRIS といった各専門家の協同研究を行つている。また精神障害(精神病・精神薄弱・自殺および他殺)のエコロジーおよび incidence と prevalence の問題を検討中である。

North Carolina 大学の R. FEIN を班長とする「精神病の経済条件」は直接費用および間接費用について州立精神病院の資料をまとめ, すでに出版されている。

この Joint Commission of Mental Illness and Health の設置された前年の1954年に, カナダの

トロントで World Federation for Mental Health の総会が開かれ、そのさいの Dr. T. P. REES と Dr. W. S. MACLAY の報告から英国におけるオープン・ドア病院への関心がたかまり、翌1955年に Dr. R. C. HUNT が W. H. O. のフェロウとして英国に派遣され、ついでニューヨーク州立病院の6人の院長がウオーリンガム・パーク病院に派遣されるなど、精神病院のあり方についての動きがたかまつてきている。この点は後章の英米における精神病院で詳細に述べるが、Milbank Memorial Fund 発行の「慢性精神病を無能から予防するための研究」(1958) 所載の HUNT の講演で次のように述べていることはアメリカ精神衛生の新しい方向づけをうかがわせるものがある。

「精神病を精神衛生教育と児童相談クリニックによつて防止しようというわれわれの希望はうちくだかれてきた。こういう方法で州立病院から1人の患者も退院させられようとは、全く信じられない」と。さらにかれば「多くの精神病者の無能が人工的に附加されたものであり、治療可能かつ予防可能であるという概念」にもとづくとしている。

この委員会報告にも示されるように、30年にわたるアメリカの精神衛生活動が、児童・教育・産業・司法など各領域にわたつて目ざましい発展をとげてきたのにかかわらず、肝心の精神障害者対策については、一部の私立病院や施設は別として、大部分の患者を収容する州立精神病院を真に治療社会とし、またいわゆる精神衛生クリニックを真のコミュニティ・クリニックとする点でヨーロッパに立ちおけていたことが問題となり、さらに開放病院、デイ・ホスピタル、リハビリテーション活動の一貫した体系が重要視されることとなつた。これはアメリカにおける精神衛生の新しい発展というべく、この点を次章にやや詳しく述べる。

なお、健康教育全国委員会によれば、現在アメリカにおける主要課題として、精神障害者約1,600万、麻薬中毒5万、問題酔380万、アルコール嗜癖・中毒95万、自殺16,200、離婚は4結婚に1ケース、7才から17才までの青少年で少年審判所にくるものが26万5千で、この年令の青少年の1.2%に当る。ことに、精神病院ベット数74万床は、全病院ベット数の54%に当り、州立病院の74.7%が定員過剰であつて、入院患者の97.8%が公立病院で、私立病院入院患者は2.2%に過ぎないなどの問題を指摘している。(加藤正明)

(3) 精神病院

国立精神衛生院(N. I. M. H.)統計部の最も新しい Patients in Mental Institutions の報告書は1955年のものであるが、その第2部「精神病に対する公立病院」および第3部「精神病に対する私立病院および精神科を有する総合病院」によれば、郡および州立精神病院275(長期治療病院265、短期入院病院10)であり、そこで働くスタッフは次の通りである。

1) 常勤スタッフ

a) 院長および医師	
院長・副院長	374
医長	158
精神科医	743
他の医師	1,530
精神科レジデント	350
インターン	94
(計)	3,249)
b) 歯科医師およびその助手	578
c) 心理学専攻者および心理測定者	649
d) 臨床助手	152
e) 精神科専門看護婦	6,868
f) 他の看護婦および助手	80,733
(計)	88,980)
g) 治療者および助手	
作業療法家および助手	1,956
水治療家・物療家および助手	349
他の治療家および助手	972
(計)	3,277)
h) ソーシヤル・ワーカー	
P. S. W.	1,106
他のソーシヤル・ワーカー	251
(計)	1,357)
i) 他の技術者	1,924
j) 事務長・世話係および助手	449
k) 事務員	7,200
l) その他従業員	39,956
<u>常勤者全員</u>	<u>145,392</u>

2) 非常勤スタッフ

a) 指導医師	1,186
b) 他の非常勤医師	289
c) 他の技術者	402
d) 他の従業員	606
<u>非常勤スタッフ全員</u>	<u>2,483</u>

このスタッフによつて1日平均在院患者数 555,016 名が扱われている。従つて常勤および非常勤医師は院長からインターンを含めて 120 名に 1 人に過ぎず、甚だ不足しており、看護婦は助手を含めて、6.3 名に 1 人である。ただこの不足を患者 409 名に 1 人のソーシャル・ワーカーと、172 名に 1 人の作業療法家その他の療法家および助手で補つている。これに要する年間経費は 714,145,625 ドルで、患者 1 名に年間 1,287 ドル、すなわち、1 日 3 ドル 53 セントであり、人件費は総額の 56% 強に当つている。(この点、Council of State Government によれば、公立精神病院の患者 1 名当りの 1 日支出分は 1954 年に 2 ドル 84 セント、1955 年に 2 ドル 97 セント、1956 年に 3 ドル 26 セントと上昇しており、1945 年の 1 ドル 6 セントにくらべ、3 倍に達している。)

また GREENBLATT によれば、1954 年度の精神病院数および平均患者数は次の如くであつた。

	州 立	郡 立	在郷軍人	私 立
病 院 数	226	47	39	324
平均患者数	2,043	267	1,343	30

アメリカ精神医学会がとくに問題にしていることは州立病院の規模が大きすぎることであり、最大は Pilgrim 州立病院の 14,700 床、次いで Jorgiana 州立病院の 14,700 床である。後者は精神薄弱者をも含んでいるが、こういう大病院は管理上十分に目がとどかないという欠点があり、これをいくつかの単位において副院長に独立経営させる方針を強調している。今後はこの方針で最大 2,000 床にとどめ、高層ビルはやめて、最高 4 階建までにさせる方針をアメリカ精神医学会は主張している。

また、1956 年度の公立病院在院者のうち、32% が再入院であり、州立病院における常勤勤務者 1 人当たり患者数は 1945 年に 6.8 名、1950 年に 4.5 名、1956 年に 3.6 名と次第に改善されており、医師数も 1945 年の 1,458 人から 1955 年の 2,659 人に、心理学専攻者も 1945 年の 69 人から 1955 年の 465 人に、精神医学的ソーシャル・ワーカーも同じく 410 人から 1,280 人に、精神科専門看護婦も同じく 2,583 人から 6,526 人に、一般看護婦も同じく 33,147 人から 77,234 人に増えているが、患者数も 1945 年の 461,991 名から 1955 年の 555,016 名に増加しており、医師、看護婦ともになお不足している。ことに、アメリカ精神医学会員 1 万人中、2,600 人が州立病院、400 人が在郷軍人病院に勤務するにすぎず、優秀な精神科医を州立病院に集めることが甚だ重要な問題になつている。

これらスタッフや設備の状況を検討したアメリカ精神医学会の最近の調査報告では、調査した 124 病院中、合格は僅か 8 病院であり、条件つき合格 31 病院、不合格 85 病院であつたという。患者の約 3 倍のスタッフをもち、小規模で管理のゆきとどいた一部の私立精神病院に比して、州立精神病院が不備であることは衆目の認めるところであり、B. PASAMANICK らは Ohio 州における 480 人の精神衛生スタッフとの面接から、州立病院に働く精神科医が他の職種よりも最も不満の状態にあるとしている。しかし 1 日約 40 ドルを要するような私立精神病院への入院は上層階級にのみ可能であり、大部分の人口が州立病院を利用せざるを得ないところに、今後の問題がある。

前述のように、Milbrank Memorial Fund の第34回会議で、N. I. M. H. の R. H. FELIX 所長、R. C. HUNT および英国の D. MACMILLAN の3人が、慢性精神病患者の社会復帰について講演を行ったのも主としてこの問題につながっている。以下その大要を述べてみよう。

R. HUNT は分裂病のプロセス自体の治癒は極めて疑問だが、医師の責任はその治癒のみでなく、症状を軽減させて社会復帰させることにあるとする。多くの精神病患者の無能の大部分は長期入院の産物であつて、リハビリテーション活動はこれを防ぐのに、きわめて重要である。

州立病院が第一級の治療の場だといわれ、その治療効果が宣伝されているにもかかわらず、多くの場合患者の入院は社会から隔離することを意味している。町から離れた巨大な病院の非人格的な機構に大量に移すということは、全く不適當なことには放りだされたという感じを与えている。さらにまた、入院後の過保護的なケアは患者を無能にする。起床・着衣・喫煙・作業・運動・入浴などのすべてが決められ指導される。精神安定剤は病院の状況を変えたが、基本的構造は変わっていない。患者の状況の改善が精神療法、作業療法およびレクリエーション療法の可能性を拡大したといえ、指導的な方針をとり患者の自己決定の方向を促進させないならば、依然として患者を無能にさせることになる。

だが、さらに重要なことは精神病院内の看視的な状況は社会が治療だけでなく、万全な看視を要求していることから避けられないことでもあるが、このことは病院内の操作だけの問題でなく、社会の精神病への態度が問題になる。

この点でノッティンガムの開放病院はきわめて刺激的であり、病院がコミュニティ・プログラムの中で果す役割は甚だ重要である。精神病患者を一時の入院治療以外は家庭や職場からはなさずに治療するためには外来、デイ・ホスピタル、Sheltered Workshop、総合病院内の病室などの完全なバツテリーが必要である。がこれらの施設をつくつて、精神病患者をコミュニティのなかで治療するためには、もつと社会的支持が必要であり、われわれとしてはまず精神病院内の状況を変えることから始めなければならないと思うと述べている。

次いで英国のノッティンガムのメイパライ病院長 D. MACMILLAN が精神病院を中心とするアフタケア・クリニックおよび予防クリニック活動、開放病院、患者治療の一貫方式、入院の短期化、自由入院制などによつて「精神病院とコミュニティ」の緊密な関係をつくりあげ、3年前の入院患者は6名にすぎず、完全な自由入院と開放治療が行われているとの報告があつた。(詳細は「英国における精神病院」の章参照) なお MACMILLAN への質疑で犯罪関係患者は別個に考慮されていること、自由入院についてはごく稀に17日間の観察期を越えることもあるが、開放病棟に収容されていること、アフタ・ケアにさいし病院自体のアフタ・ケアと、地方機関の衛生官によるアフタ・ケアの二重性がときに問題になることなどが議論された。

最後に N. I. M. H. の P. H. FELIX 所長が「リハビリテーションの法的小よび管理的意義」について述べている。第一に精神病院への入院が社会でどう受けとられているかということ、ことに自

由入院と開放病院の問題が重要である。アメリカ精神医学会が292公立病院を調査した結果によれば、全患者の23%が完全に開放され、46%が条件つき免除、31%が完全な拘束という状態であり、大病院ほど開放度が低い、それは主としてスタッフの態度によつてきまり、病院の新旧、スタッフの比率、コミュニティの態度よりも重要である。第二に患者の長期入院化を防ぐことであり、退院後のリハビリテーションの問題である。精神障害者のケア・治療およびリハビリテーションの全過程に関連して、7年前にできた Model Draft Act を再検討し、各州ごとの事情に応じた修正が行われなければならないと述べている。

この会議は世界健康組織の動きやアメリカ精神病および精神衛生委員会とも歩調を一にするものであり、1958年2月13日 W. H. O. の名において、フランスの P. SIVADON、イギリスの A. BAKER および L. DAVIES が Ground Plan for Psychiatry として発表した精神医学的プランとも一致している。

ことに精神病院と外来クリニックを連結する設備としてのデイ・ホスピタルの問題は、コミュニティと病院の関係で新しい意義をもつに至つた。1958年3月28～9日の両日、ワシントンで開かれたデイ・ホスピタル会議は、カナダのマクギル大学の E. CAMERON の司会で、同じくモンリオール総合病院の E. MOLL、トベカの R. MENNINGER、アメリカ精神医学会の C. GOSHEN などの講演を中心に討議された。CAMERON はデイ・ホスピタルが12年の経験から、新たに重要性をもつに至つた要因として、精神医学的治療対象の増大、病院建築費や経営費の騰貴およびデイ・ホスピタルの治療的効果の三つをあげている。

MOLL はデイ・ホスピタルの型として、総合病院精神科に併置された型、総合病院に独立して附属する型、外来クリニックのコミュニティ・サービスの一部としての型、精神病院に附属した型、完全に独立した治療センターの型の5型にわけているが、第1型としてはモンリオール病院のもの、第3型としてはニューヨークのブルックリンのもの、第4型としてはモーズレーやメニンガー・クリニックのもの、第5型としてはロンドンの BIERER のマールボロ病院などをあげることができよう。治療計画としては、個人および集団精神療法、身体療法、作業療法、教育的社会治療、リハビリテーション、家族の治療などが用いられている。費用の点で大体入院の3分の1の費用で済むというのが一般の見解であり、病院の既存の設備を利用するほうが経費はかからないが、地理的条件からすると総合病院附設または独立設備がよいとされている。

ナイト・ホスピタルはとくにアルコール嗜癖や非行の治療に利用され、モンリオールでは CAMERON も MOLL も、デイ・ホスピタルと併設して多数の患者を扱っているが、この活動はアメリカの精神病院に新しい活動の場を与えている。

1903年以來の全アメリカ精神障害者在院数をみると、1954年までに人口10万比ベツト数は180から400へと、ほとんど直接的に上昇してきているが、1954年以後は停滞の状態にある。N. I. M. H. の M. KRAMER 編の「精神安定剤使用に関する公衆衛生および社会問題」にもあるように、精神

安定剤の使用が精神病患者をコミュニティのなかで治療することに、はなはだ有効に働いていることも見逃せないことであり、病院内外の治療計画の促進と地方精神衛生機関との緊密な連繋が精神衛生対策の根幹であるとされている。(加藤正明)

(4) 精神衛生相談所

アメリカ国立精神衛生院統計部の A. K. BAHN および V. B. NORMAN 編「合衆国における精神科外来クリニック 1954～55」によつて、精神衛生相談所の現況を概観してみよう。

この報告書は保健・教育・福祉省刊行の公衆衛生モノグラフ49号として発表されているが、いわゆる精神科外来クリニックには大学病院クリニック、私立病院クリニック、在郷軍人クリニックなどさまざまなものが包含されており、必ずしもすべてがコミュニティ精神衛生クリニックといえる性格のものではない。

この報告書を総括すると、1954～55年にアメリカ合衆国にある精神科外来クリニックは合計1,234カ所であり、とくに1922年の Commonwealth Fund と、1946年の Mental Health Act 以来急激に増加した。その41.2%が州立(州立精神病院クリニック 21.7%、他の州立クリニック 19.5%)で、23.2%が州の補助によるクリニック、30.3%が州の補助を受けないクリニック、5.3%が在郷軍人クリニックである。このクリニックのうち、週35時間以上開設している常設クリニックが51.4%、週35時間以下のパートタイム・クリニックが48.6%である。

ここで働く専門家は9,521名であるが、常勤は2,967名(31.2%)、非常勤4,642名(48.7%)、研究生1,912名(20.1%)で、半数近くが非常勤である。その職種をみると、4,136名(43%)が精神科医、2,053名(22%)が臨床心理学専攻者、2,453名(26%)が P. S. W. である。アメリカ全国に約10,000の精神科医、約4,000の臨床心理学専攻者があり、その半数前後が精神科外来クリニックに関係しており、公立精神病院勤務の P. S. W. は約1,300である。しかし常勤・非常勤の点からみると、常勤者が精神科医では13%にすぎず、臨床心理学専攻者の40%、P. S. W. の58%が常勤であるのにくらべて著しく低い。従つて毎週の勤務時間の比率からみると、精神科医30%、臨床心理学専攻者25%、P. S. W. 38%となる。現在のスタッフはほぼ人口10万人に1クリニックをおくという1948年の Nation Health Assembly の規定に到達しているが、次の目標はこれを倍加して人口5万人に1クリニックにすることにあるという。

また、全クリニックの5分の2が成人および児童の両者を扱い、5分の2が児童のみで、残りの5分の1が成人のみ(その半数は在郷軍人のみ)を扱っている。成人および児童を扱うクリニックがおのおの半数ずつとすると、18才以下の人口10万人に対して毎週の専門家の勤務時間は200時間であり、18才以上の人口10万人に対してはそれが75時間となる。

専門家の勤務時間は各州によつて異り、全米では10万人に対し約64時間だが、50時間以下の州が

20州、100時間以上の州が19州で、優秀な順にみると、ワシントン（コロンビア地方）の467時間からニューヨーク、マサチューセッツ、カンサス、コネティカット、イリノイの順で、最低はネバダの0時間である。また人口5万以上の都会では88.4%がクリニックをもつのに比して、5万以下の町では、2.1%がもつに過ぎない。全米の59%が5万以上の都会に住んでいるのに対して、専門家の勤務時間の91%は都会のクリニックにあてられている。これは主として専門家の養成および専門家の供給が都会に集中し、人口密度が高く、経済条件も都会によいことや、農村ではクリニックへの交通機関の困難さなどがあげられている。

各クリニックの常勤・非常勤を合わせたスタッフの数は3人が21.3%、10~24人が16.8%、2人が15.0%、4人が13.4%の順で、全クリニックの69%が精神科医・臨床心理学専攻者・P.S.W.の臨床チームをもち、15%が精神科医とP.S.W.のみ、9%が精神科医と臨床心理学専攻者のみである。2種の職種しかもたぬクリニックの多くは、鑑別所または家庭相談所であるか、精神病院退院患者のアフタケア・クリニックか、クリニックが附属する大学や病院の臨床心理学専攻者やP.S.W.を顧問として用いているかであつた。総合病院に附属する小さな相談クリニックでは精神科医のみのところが多く、これが6%あり、精神科医をおいていないクリニックは全体の1%にすぎなかつた。

次にN. A. M. H.とN. I. M. H.の協同編集による「1954~5年度精神科外来クリニック指針」には、これら1,200のクリニックの名称、住所、所属、担当区域、対象の特殊性、年令制限、クリニックのスケジュール、専門職種数および常勤・非常勤の別などが詳細に記録されてある。なお、この指針で「精神科外来クリニック」とは「精神科医が一定時間参与して、クリニックのあらゆる患者に対して、医学的責任をとる精神科外来サービスをさす。不定期にときどき精神科医を呼んだり、顧問にしているだけのクリニックは含まれない。ただし、予算があつて一時精神科医が空席になつているものは含まれている」とされている。

次にニューヨーク市コミュニティ精神衛生委員会が1957年に出版した「ニューヨーク市における精神衛生資源」によると、次の如くである。精神科外来クリニックの問題は第二計画にはいつており、公立以外の精神科クリニックの資格審査がニューヨーク州社会福祉および精神衛生局によつて行われ、審査に合格したクリニックのみが補助金を与えられる。特殊なクリニックとして4カ所のアフタケア・クリニックがあり、Bronx, Brooklyn, Manhattan および Queens におかれ、州立精神病院の退院患者を年間約7,000名扱っている。この4カ所のアフタケア・クリニックはすべてD. M. CARMICHAELが所長をしており、Bronxでは精神科医が常勤1、非常勤6、P. S. W. 常勤16、Brooklynでは精神科医が常勤1、非常勤12、P. S. W. 常勤28、Manhattanでは精神科医常勤2、P. S. W. 常勤29、Queensでは精神科医常勤1、P. S. W. 6を有している。このうちBrooklynのアフタケア・クリニックにはデイ・ホスピタルが併設され、朝9.30から夕4.30まで毎日40~50人の患者を扱つており、これが成功すれば他の地区にも及ぼすことになつている。この4クリニックは州立病院の院外活動を独立して行つているわけだが、今後の発展が注目されている。

委員会の指摘している点は、低収入層のためのクリニックの不足、専門家の不足および地理的分布の不平均であり、1956年に約100の精神科クリニックがあるが、Manhattanの下町とBrooklynの下町に集中している。また、勤労者のための夜間クリニックの必要や、プエルト・リコ人のためのスペイン語の話せる精神科医が不足であるという。

人口10万人対毎週の臨床スタッフ勤務時間をみると、Manhattanが他地区の3倍であり、Bronx, Brooklyn, Queens, Richmondの順であつた。現在の外来クリニックが十分な要求を満しているかという点について、35カ所の公立、私立クリニックの1956年1月から8月までの資料をみると、合計32,766名（成人18,758名、児童14,008名）の患者が217,274回の面接を受け、実働時間67.27%を占めるクリニックが市委員会の資金を受けている。また、三つの地区で1956年の2~3月に584ケースの精神衛生資源への要望を、電話と面接で行い、約3分の1が精神科外来クリニックでの治療を求め、4分の1が開業精神科医を求めたが、精神病院に入院治療を求めるものは10分の1に過ぎなかつた。これが市全体の要望とはいえないが、今後さらにこのケースを追及するという。

最後に市委員会は認可を得たクリニック、すなわち臨床チームの協同治療の行われているクリニックについて、現在の状況を次のように批判している。まず精神科医については、多くが非常勤で治療における比重が低いが、その主な理由は経済的な点だけではないとはいえ、収入は開業医よりかなり劣っている。必要なスタッフ会議が行われなかつたり、精神科医が重症のものだけ見ているという欠点を補うために、常勤精神科医に十分な収入を与えなければならないとされている。

P. S. W. の大部分が常勤で治療的努力の多くがかれらによつてなされている。だが、十分な訓練、医学の尊重、スーパーヴィジョンへの要求が伴わないと、事態は実に危険なものとなるであろう。P. S. W. の不足から、訓練不足の人がやとわれるという危険があり、この事態はますます増大する可能性がある。一般にはP. S. W. は良好な水準にあるが、収入不足と人員不足がある。

臨床心理学専攻者はP. S. W. ほどその役割が確立されていない。かれらは心理テストと研究という伝統的な役割から、これらを治療と結びつけようとする立場への移行期にあると思われる。非常勤が多いこともP. S. W. ほどクリニックの管理や治療への参加が深くないことを示している。そのほか、精神薄弱や神経病のクリニックにおける小児科医、精神衛生指導看護婦、レクリエーション療法家、集団療法家、非医師精神分析家なども一部で働いている。

結論として市委員会は、クリニックにおける精神科医の究極的な医学的責任を強調し、大きいクリニックほどかえつて治療が不十分であり、一般医学との総合のうまくいつているクリニックもあるが、精神の追及に身体を忘れていくクリニックもあることに警告を発している。

次にマサチューセッツ州は精神衛生局のもとにクリニックや病院のみでなく、矯正施設、老人病施設などもその傘下にもち組織立つた動きを示している。1952年発行の「マサチューセッツにおけるコミュニティ精神衛生資源」によれば、州全体で90の精神科外来クリニックがあり、その半数はボストン市にある。1951年11月の1カ月に合計5,100ケースを扱っているが、50ケース以下の患者を扱

つているものが、そのうちの63クリニックであり、最高591ケースから最低1ケースまでの幅がある。しかし週30時間以上開設している常設のクリニックは18カ所にすぎず、48.6%が精神病院外来であり、児童相談所25.9%、在郷軍人精神衛生クリニック15.8%、アルコール・クリニック3.5%、成人および児童クリニック3.3%、その他2.8%となつている。このうち移動クリニックが34カ所あるが、はつきりした地域管理的な態度でコミュニティに働きかけているクリニックは全体の20%にすぎない。

クリニックのスタッフはすべて医学的方向づけをもち、臨床心理学専攻者および P. S. W. の活用は全体の約2分の1である(42.4%および57.7%)。臨床心理学専攻者62名中常勤は17名、P. S. W. 102名のうち77名が常勤であり、精神科医は175名中常勤93名となつている。どこのクリニックも相談ケースが増加しつつあり、スタッフ不足が問題になつており、ことにボストン市内のクリニックでは待たされている患者が増えている。コミュニティ・クリニックの問題に関心をもつ精神科医その他は多いのに、経済条件が伴わない。これらの問題に関してボストン精神科クリニック所長会議では、広汎な調査と対策を検討しているという。

以上のほか、シカゴ市の精神衛生センターは、もと在郷軍人クリニックであつたものが、現在リハビリテーションとアフタケア・クリニックを併置している。主として州立精神病院および在郷軍人病院を退院した精神障害者のうち、本人または家族から要望のあつたもののみについて、外来面接、訪問指導ならびにリハビリテーションなどを行つている。

要するに精神科外来クリニックには、種々のものが含まれるが、特定のコミュニティを担当するコミュニティ精神衛生クリニックが精神病院と密接な関係を保ちながら、精神科医が臨床チームの責任者となり、アフタ・ケア、リハビリテーション活動を行い、デイ・ホスピタルを有効に活用していこうとするのが、新しい動きであり、それはさらにおのおののコミュニティの関係諸機関との連がりを密にして、地域の社会精神衛生へのニーズをつかんでいくことに重点がおかれている。

(加藤正明)

(5) 児童指導クリニック

沿 革

アメリカにおける児童指導クリニック (child guidance clinic, 以下 C. G. C. と略記する) は世界で最も古い歴史を有し、また、最もめざましい発達を示している。

児童指導クリニックはほぼわが国の児童相談所に概当するものであるが、それらよりも業務の範囲は狭く、より専門的な施設、すなわち、児童に対する精神衛生的・精神医学的施設である。

C. G. C. は、しばしば「児童精神科クリニック」(child psychiatric clinic or psychiatric clinic for children) の名をもつても呼ばれる。その名の示すごとく、本質的に精神医学的施設なのであるが、この点においてもわが国の児童相談所の現状とはやや趣を異にする。児童精神医学が関係

する施設はいろいろあるが、C. G. C. はその最も主要な発展ないし活躍の舞台である。

C. G. C. の歴史は今から50年前、すなわち、1909年の WILLIAM HEALY の事業に始まる。かれは Illinois 州 Cook 郡少年審判所の委嘱により、不良少年の精神医学的研究のために Juvenile Psychopathic Institute (現在の Institute for Juvenile Research) を Chicago に設立したが、これが今日の C. G. C. のさきがけである。この施設においては精神医学者のみならず、心理学者・ソーシャルワーカーをも職員として、後にいわゆる臨床チーム (clinical or clinic team) が結成されたが、このチームワークの形式は後に発達した C. G. C. で一般に採用されるようになった。

HEALY は後に Boston に招かれ、やはり少年審判所を助けるために、1917年 Judge Baker Guidance Center を設立した。さらに Boston における D. A. THOM の Habit Clinic の設立 (1921年) その他を経て、1922年には National Committee for Mental Hygiene が数カ所の都市に「模範 C. G. C.」(demonstration child guidance clinic) を設立したが、それらのクリニックにおいては HEALY の創始した臨床チームの形式が採用されて、今日の C. G. C. の原型となつたのである。

以上から明らかであるように、今日の C. G. C. の事業の原型はもっぱら少年審判所との連絡のもとに、主として不良少年の研究に始まつた。しかし、Institute for Juvenile Research, Judge Baker Guidance Center, あるいはその他の C. G. C. もすでに犯罪をした児童を処置するよりも、まだそこまでは至らないが、非行の傾向を示す児童を扱うことのほうが重要でもあり、効果もあがることを認めて、さまざまな性格行動上の問題を示す児童を多く扱うようになった。一方、1909年 CLIFFORD BEERS が始めた精神衛生運動の進展に伴つて、C. G. C. は一般にますます広範囲な性格行動を扱うようになった。それはアメリカにおける精神衛生が精神障害の発生あるいは人格形成の基盤として児童期の体験を重要視する ADOLF MEYER や FREUD の思想、すなわち力動精神医学の考えに基くことはいうまでもない。事実、アメリカの指導的な児童精神医学者は精神分析学派に属するものでなければ、MEYER の流れを汲む人々である。

C. G. C. において、初めに処置として行われたことは、児童を委託してきた少年審判所あるいは親に対して助言 (recommendation) を与えることであつた。しかし、助言を与えても、少年審判所は実行不可能の場合が多く、親も理性的には助言を理解し受け入れても、感情的にこれを受け入れて実行できるということは少いことが明らかになつてきた。

そこで、1930年代に入つてからは児童に対する心理療法が試みられるようになり、一方これと並行して親に対しても、その態度を変えるために一方的な助言に代つて心理療法的な面接が行われるようになった。

機 能

C. G. C. には (1) 治療, (2) 養成訓練, (3) 公衆教育, (4) 研究という四つのおもな機能があり、個々のクリニックはそのいずれに重点を置くかによつて、それぞれ特色を異にしている。

(1) 治 療

第一の、そして最も重要な機能は個別的な心理療法 (individual psychotherapy) による情緒的適応異常児 (emotionally maladjusted children) の治療である。

ごく少数の例外を除き、一般に C. G. C. は児童精神科医・心理学者およびソーシャルワーカーより成る臨床チームのチームワークによつて診療を行つている。そして、児童精神科医が子供の治療を行うと同時に、精神医学的ソーシャルワーカー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。また、心理学者は心理検査法によつて児童の正確な診断に寄与するのがその伝統的職能である。しかし、このほか、時にいろいろな変法が行われ、心理学者・ソーシャルワーカーも精神科医の個人指導 (supervision) のもとに、しばしば心理療法を行つている。

個別的な心理療法のほか母親の集団心理療法 (group psychotherapy)、子供の収容治療 (residential treatment) を行つているクリニックもあり、さらに少数のクリニックでは子供の集団心理療法も行われている。

(2) 養成訓練

C. G. C. の第二の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。この機能は1946年「国立精神衛生院」(National Institute of Mental Health) が創立されてから、その補助によつて一層刺激を受けることになつた。これとほぼ同時期に「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、同協会によつて児童精神科医の訓練の基準が定められた。現在約 30 のクリニックが AAPCC により養成クリニック (training clinic) として認可されている。

このほか、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それぞれの領域の訓練基準を定めており、各分野とも一層高い資格が要求されるようになった。

(3) 公衆教育

各種の方法により公衆教育も行われている。教育の対象としては親・教師・小児科医・一般開業医等に重点が置かれている。

(4) 研究

ことに大学附属の C. G. C. などでは研究に重点が置かれている。

種類

わが国の児童相談所のように画一的ではなく、さまざまな形態のものが C. G. C. の名のもとに包含される。

(1) 一般のクリニック

伝統的な C. G. C. で、数も最も多い。一つの地域社会内のすべての児童のためのものであり、多くの場合、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。ゆえに “Community Clinic” と呼ばれる。

Institute for Juvenile Research (Chicago), Judge Baker Guidance Center (Boston), Philade-

lphia C. G. C. (Philadelphia) 等はその代表的なものである。

(2) 病院附属のもの (hospital-affiliated)

第二は総合病院に附設され、ことにその小児科と連絡を保つて運営される C. G. C. である。この種のクリニックでは当然行動異常に伴つて身体的訴えを呈する児童に重きが置かれ、精神身体障害 (psychosomatic disorders) に特に関心が持たれている。さらにより重い急性の行動異常を扱うために小児科病室を置く病院がしだいに増してきた。

小児科と密接な連絡を有するこの種の C. G. C. としては Children's Psychiatric Service, Johns Hopkins Hospital (Baltimore); Psychiatric Clinic, Child Medical Center (Boston) 等がある。

(3) 収容施設 (residence services)

第三は収容治療施設 (residential treatment centers) (注) である。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が、その他数は少いが、重症の神経症児、非行児等を収容する施設があり、近年その数を増しつつある。

National Institute of Mental Health (Bethesda, Md.); William Healy School, Institute for Juvenile Research (Chicago); Sonia Shankman Orthogenic School (Chicago); Children's Division, Langley Porter Neuropsychiatric Institute (San Francisco) 等がこれである。

(4) 学校関係のもの (school-affiliated)

第四は学校関係の C. G. C., いわゆる school clinic 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。近来わが国でも数を増してきた教育委員会所属の教育相談室はこれに相当する。これらのクリニックは一般に児童の知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、近年はその業務を拡張して、一般の C. G. C. に近いものになつてきた。以前は教育心理学者だけいたのが、児童精神科医と学校ソーシャルワーカー (school social worker) を置いてチームを結成する所が多くなつた。

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、これらに対する訓練教育の方法にその努力を集中してきた。多くの場合、長期の心理療法を必要とする児童は近傍の C. G. C. に委託されている。

(5) 大学関係のもの (university-associated)

医学部関係以外のものである。大きな大学のいくつかは教育学あるいは社会科学 (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 C. G. C. を設置している。これらの C. G. C. における第一の重点は研究である。

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

(注) 収容治療 (residential treatment) については、高木「アメリカの児童精神医学と精神衛生」, 精神衛生研究 3 号, 昭30参照。

学の分野の人によつて管理され、兼任の精神科医によつて専門的助言（consultation）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、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、少年審判所に所属して不良行為だけを扱っている所、言語障害と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。強力な心理療法を必要とする子供は助言の結果、普通はもよりのクリニックに委託され、これらの非精神医学的施設はケースワーク、カウンセリング、ガイダンスによつて扱いうるような適応異常にその大部分の時間を充てる。（高木四郎）

（6） 精神薄弱者対策

アメリカにおける精神薄弱者対策もわが国と大体同じように特殊教育関係と福祉関係にわかれている。ただアメリカの場合は各州の独立性がつよいので、州による相違が大きいこと、それを所管する官庁が州政府だという点がわが国とは異つている。

I. 特殊教育

特殊教育（Special Education）は Board of Education の管轄下にある。盲児・ろう児・精神薄弱など対象の種類別にわかれていることはわが国同様であるが、わが国には全く、あるいはほとんどない種類として、Speech Correction, Gifted Child などがある。まだ、わが国にはない制度として、School Psychologist, Visiting Counselor, Visiting Teacher などがある。以下精神薄弱を中心にして概観することにする。

アメリカの教育制度はわが国のように全国同一でなく州によりかなりのちがひがあるが、6, 3, 3, 4 というわが国にもとり入れられた制度をもつところが多。High School までで12年という線は共通であり、これを8, 4にわけているところもある。精神薄弱の特殊教育はこの6, 3すなわち、わが国の小、中学校に当るところに集中しており、高等学校にはきわめて少ない。

わが国との類似点および相違点を示せば次の通りである。

1. Educable Class と Trainable Class の二つがあること

わが国の特殊学級はその項でのべたように、ほぼ I. Q. にして 50 から 80 ぐらいの精神薄弱を対象にしているが、アメリカでは、このクラスを Educable Class といい、それ以下、I. Q. 25 ないし 30 までの間を Trainable Class といつて別の特殊学級に編成している。

この兩者の間には、その教育目標にも内容にも大きな相違がある。

もともとは Educable Class だけであつたが、1951年に Ohio, Pennsylvania など4州で Trainable Class が設置されたのがはじめて、現在では全米で18州に及んでいるという。一部の州においては、この Trainable Class を Board of Education の所管でなく、Department of Welfare の所管にうつしているところもある。この場合は、わが国の通園指導施設にかなり類似したものになつてくると思われる。

2. 入級、退級の判定

次にわが国との大きな相違は、入級の判定が School Psychologist の手によつて行われることである。これはわが国にはこれにあたる制度が全くないが、一人で数校ないし最大16校ぐらゐを担当し、定期的に巡回訪問して問題児の診断にあたることを職務としている人である。School Psychologist というのは一般的な名称で、Qualified Psychological Examiner とよばれることもある。原則として Dr. の学位をもつた人であるが、適格者を得ることはなかなかむづかしいので Master プラス5カ年の経験ぐらゐに緩和されているところもある。いずれにせよ相当な訓練を経た人であり、この人が診断をして、あるものは特殊学級へ、あるものは施設へ、あるものは School Social Worker へという具合に助言をする。とくに特殊学級に関しては、この School Psychologist の助言がないと入級することも退級することもできない。もちろん助言があつても親が希望しない場合には強制されることはない。ただし、School Psychologist は個々の児童の特性およびその取扱について教師に助言はするが、学級のカリキュラムの設定などについては一切関与しない。このように、診断者と教育者が明確に区別されているので、誤つて精神薄弱以外のものを入級せしめたり、あるいは低すぎて不適當とわかつていても親の希望を拒みかねて入級させたりということがなく、クラスの構成を均一にすることが容易である。

School Psychologist の制度は特殊教育と密接な関係をもつて発達してきたもので、特殊学級の全くない町ではこれを欠くこともあるが、Chicago などの大都市では約90人といわれている。

3. 養護学校と特殊学級

つぎにあげられる大きな相違は、アメリカではほとんど全部普通学校の中の特殊学級であつて、精神薄弱だけを対象にした独立の学校(わが国の養護学校)は State School (Traing School) の中にあるもの以外にはあまりないということである。これはわが国で最近養護学校の新設が増加してきたのとむしろ対照的であるといえよう。その理由はアメリカでは IQ 50 以上の精神薄弱は将来経済的にも自立すべきであるということを目標にしているので、普通児との接触の機会を多くすることが必要であるとの考えからきているのである。

この目標は、アメリカでは必ずしも困難なことではない。それは人口が少ないために就職口が多いこと、時間給で働く場所の多いこと、機械的にできる単純な仕事が多いことなどの理由によるものである。したがつて、条件のこなるわが国においてこの考え方をそのまま適用することは適當で

はないかもしれない。なお、きわめて富裕な少数の人たちによる私立のものは別である。

II. 福祉関係

この面では大規模な State School あるいは Training School といわれるものが州政府の手によって設置されている。大体各州に1ないし数カ所ある。

これらの施設をわが国の精神薄弱児施設と比較すると多くの点で大きな相違がみられる。

1. 規模

わが国の精神薄弱児施設は最大200名前後であるが、アメリカのそれは少くとも1,000名以上、最大といわれる Illinois 州の Lincoln State School, Dixon State School では5,000名を越えている。したがって、それ自体がさながら一つのタウンであり、その中に学校・病院・発電所・製パン・洗濯などの各工場、教会から専用の消防隊まで備えているほどで、職員も当然600名、800名といった多数に達する。

2. 対象の範囲および年齢

わが国の施設は一部をのぞいて原則的に20才までしか収容できない。しかしアメリカでは年齢に制限がないので身寄りもない重症のものは終生保護されることになる。

また、わが国では極度の重症のものおよび二重障害者のために秩父学園という別の施設があるが、アメリカでは、普通の施設の中のいくつかの寮舎がそれにあてられるという形をとっている。

3. 入所の手続および費用

わが国では施設入所はすべて児童相談所の措置として行われるが、アメリカでは各施設において決定される。一般に程度が高く家庭もよい精神薄弱児は公立学校の特殊学級に入級し、程度の重いものおよび軽度でも家庭の悪いものが施設に収容されることはわが国と同様であるが、アメリカの各施設はその中に学校を持つているために就学を免除されてから入所する必要がない。

保護者はその収入の程度に応じてその費用を負担する。この制度はわが国と全く同じであるがその決定は施設のソーシャル・ワーカーによつてなされる。

4. 職員の構成

前述のように大規模で複雑なので職員の構成もわが国とは大いにちがっている。大きく分類すれば、専門職員として医師(各科をふくむ、6~8名、以下人数はいずれも筆者が訪問した Connecticut, Illinois, Texas の各州の State School のそれを総合したもの)、心理学者(3~6名)、ソーシャル・ワーカー(6~8名)、Occupational Therapist(数名)、Recreational Worker(数名)、学校教師(数名)看護婦などが主なものである。このほか attendant、農場指導員、炊事、消防、事務職員などがある。ここに興味あることは専門的知識技能をもつた職員が比較的少数であること、とくに日常生活でもつとも多くの時間を接触している attendant あるいは aid といわれる人達が概して素人である点である。これはもつとも多数を要する職種であるから訓練のある人にするには人件費の関係で不可能だということであつた。

5. 施設内の取扱

紹介または直接の申込によつて来所すると最初はソーシャル・ワーカーが Intake をする。そのうち、Medical Department, Psychological Department で必要な診断、検査が行われ、それらの結果を総合して、入所させるかどうか、させるとすれば、どこの寮舎にするかがきめられる。各寮舎は数十名から数百名を収容する大きなもので、年齢・性・程度その他を考慮して適当にわけられている。

入所すれば、学令にある児童は大体半日は所内の学校にその寮舎から通学する。そこでは特殊教育の免許状をもった教師がいて公立学校におけると同じような教育を行う。なお約1時間は Occupational Therapy をうけ、さらに午後から夕方に Recreation の時間がある。学令にないもので程度の高いものは半日あるいはそれ以上を職業指導を受けあるいは所内での作業に従事する。

Occupational Therapy はその専門家によつて行われる。finger painting, 粘土、やきもの、編物、ししゅうなど、集団で行うが、一人一人の程度に応じた課題が与えられ、これは自信をつけさせるという意味をもっている。

なお診断の上に疑点のあるもの、特別な問題をもつものについては、個人的な心理療法も行なわれる。

こうして、相当期間がたち、年齢も大きく程度も高いものには社会復帰のための職業指導がはじめられる。これには所内の売店、食堂、職員の宿舎などが利用され、一定の時間、一定の場所で作業に従うという訓練をする。もちろん、職員がその監督指導に当る。そして、さらに外に職場が見出されると就職していくが、その後は Social Worker が1週間に1回程度本人および雇主に面接のため訪問する。そして2年間無事故ですぎると完全に解除される。

このように極めて完備しているが、反面、あまりに大規模で、分業化がすすみすぎているので、職員は流れ作業式にある時期、ある例外だけを見ているという傾向がある。さらに、もつとも接触の多い attendant が、せいぜい数カ月の In-Service Training をうけただけの素人であるから、よほど例外的な事例でないかぎり、収容者と専門職員との間の人間的交流はなく、ただ書類のみのこつている、ということが多いようである。(玉井収介)

Ⅲ イギリス

(1) 概観

今世紀に入つて、特に第一次大戦後、おびただしい数の精神障害者が注目の的となつてきた。第一次大戦中の爆撃ショックについてのながい経験は、医師の処方を変えさせて、感情的原因による各種障害の存在を認識せしめ、その治療、ことに予防の必要性を痛感させた。また職場の「病氣」、欠勤の真の原因としての神経症に多くの注意が向けられるようになった。もちろん英国においても、心の衛生とかいうことになると、いろいろの偏見による抵抗があつて、公衆衛生の他のめざましい進歩に比すれば、精神衛生の領域の前進は徐々であつた。

しかし、諸有識者の努力によつて「精神衛生審議会」(National Council for Mental Hygiene)、「中央精神福祉協会」(Central Association for Mental Welfare)、「児童指導審議会」(Child Guidance Council)等の団体機関が設立され、これらが最近統合されて「精神衛生協会」(Association for Mental Health)が結成され、精神衛生に関する公衆の啓蒙に貢献している。

英国においても精神衛生活動にとつて重要な問題の一つは医学、その他人間の指導保護に関する諸領域における専門家の精神衛生に関する認識の改善であつた。すなわち、精神医学が医学教育の基本となるべきこと、精神病は精神医学的問題のたかだか一割くらいにすぎないこと、医師と教師その他の専門領域の者との協力が肝要であること等が漸次認められてきた。

適応をもたらす因子が幼少期に根ざしているという観点に立つて、幼時よりの教育、しつけの意義の重要性が一般にも承認されるようになり、特に次のような相談活動が活発になつた。

(a) 結婚相談：第二次大戦勃発数年前より活動を開始し、その重要な任務が認められて、私立の各機関にも国家補助が与えられるようになった。ここでは良い家庭をつくるために良い配偶者を定めるための相談に応じ、生まれてくる子供に良い環境を準備するために、結婚についての各種の指示、勧告が与えられる。生まれてくる子のために良い親の態度をつくらせるために、出産前に「妊婦相談所」(Antenatal Clinic)が働く。

(b) 児童クリニック：ここでは単に身体的な体重、栄養等の外に、家庭、子供の生活のエモーショナルな因子について多くの注意をはらうようになった。

その他育児所、幼稚園、学校、青年クラブ等の職員の教育に当つても、精神衛生の課題が重要視されてきた。

戦時、戦後の大きな社会問題の一つは孤児および私生児のおびただしい増加であり、ために新しい法律が制定され、不幸な子たちのより良い保護と、またこれに当る職員の養成のための国家的施

策が講ぜられ、心理学者、精神医学者、ソーシャル・ワーカーに多くの責任が委ねられた。

戦争による家庭の破壊の外に一般的不安、生活的不安定、道徳の低下、教会の機能停止等とも関連して、青少年非行の激増も大きな問題となつている。1948年制定の「犯罪者処遇法」(Criminal Justice Act)では特に精神医学者の協力による正しい診断と正しい処遇判定が強調されている。しかし、ここでも職員の不足に悩まされている。

産業関係でも、工場内の社会的不安、時間の浪費の底にエモーショナルな原因のひそんでいることが問題とされ、「Tavistock 人間関係研究所」(Tavistock Institute of Human Relations)および国立産業心理学研究所(National Institute of Industrial Psychology)では工場内の社会的緊張、その解消のための技術の研究が取り上げられ、また適性配置の問題も多く取り上げられている。また新就職者、職場で失敗した者に対する相談指導も問題となつている。今次大戦における軍隊での経験はこの問題に多くの寄与をした。すなわち、軍隊内での各グループの能率向上のための働きかけの効果についての研究、精神低格者の隊内での取扱い方の研究は軍隊のみならず、各種集団の健康な活動のために有用であつた。また、社会集団の構造、活動、その病理、集団内の緊張等についての研究も戦後活発になつた。

戦後、精神病院退院者の保護についての対策は著しく進歩し、ここでも戦時中疾病のために除役された者のための制度が一般の保護活動に拡大され、精神医学的ソーシャル・ワーカーの不足にもかかわらず、成果は大である。

精神病患者について一言すれば、各種治療法の進歩は、精神病院での患者の扱い方に革命をもたらした。「精神病」という言葉にまつわる悪い影を取除きつつあり、病者は治療を求めて早く病院に行くようになった。

制度については、国民保健事業(National Health Service)は精神衛生に多くの努力を示し、精神病院の業務は、特定ではなく、一般の健康サービスのための仕事となつた。国民保健事業により、Englandはいくつかの管区に分かれ、各管区には管区精神科医による委員会が活動し、精神医学的、心理学的な考え方が公衆衛生・公共・産業の諸領域での企画に働きかけている。(岡田敬蔵)(注1.2.)

(2) 成人精神科外来クリニック

Directory of Adult Psychiatric Out-patient Facilities in England and Wales 1957によれば、

注1: „Überblick über den Stand des geistigen Gesundheitsschutzes in Grossbritannien“ von Dr. med. J. R. REES (Honorary Physician, Tavistock Clinic, London)による。

本論文の著者 J. R. REES は世界精神衛生連盟(WFMH)の理事長で、昭和29年12月にわが国にも来朝した。

注2: 第3号のイギリスにおける精神衛生行政および精神衛生統計、第5号のイギリスにおける精神病院関係法規参照。

衛生管区14地区における分布は、第1区 Newcastle 3, 第2区 Leeds 37, 第3区 Sheffield 38, 第4区 East Anglian 23, 第5区 North-West Metropolitan 52, 第6区 North East Metropolitan 39, 第7区 South-East Metropolitan 50, 第8区 South-West Metropolitan 64, 第9区 Oxford 18, 第10区 South-Western 38, 第11区 Welsh 30, 第12区 Birmingham 40, 第13区 Manchester 34, 第14区 Liverpool 18 の合計524カ所であり、その大部分が週1~2回の午前または午後、地区精神病院の移動クリニックが各地区の総合病院に出むいて診療するというかたちをとり、モーズレー病院外来やタヴイストック・クリニックなどのように精神病院自体の外来が、毎日外来診療するというかたちのものは、ごく一部に過ぎない。

精神病院の医師が勤務時間の57%を地区外来クリニックの巡廻診療に費していることは、精神障害者の早期治療やアフタ・ケアを通じて病院と社会をつなげるのに役立つている。ことに患者を早朝に退院させて昼間は病院に通院させ、各種の集団活動と身体治療を行い、リハビリテーションを旨すデイ・ホスピタルが各地区につくられている。

その代表的なものは Malborough Day Hospital, Maudsley Day Unit, Bethlem Royal Day Hospital, Grove Road Day Hospital などである。Malborough Day Hospital は1948年に Social Psychotherapy Center として出発し、現在 J. BIERER を院長に5人のパートタイムの精神科医のほか、事務係1, P. S. W. 1, ソーシャル・ワーカー1, 臨床心理学専攻者1, 作業療法家3, 教師1看護婦1(ほかにパート・タイム2)に、パートタイムの絵画指導者とソーシャル・クラブ治療家のスタッフで、年間700人の患者を扱っている。Maudsley の Day Center では60%が Depression を扱い、そのほかに、神経症や老人のための通院センターをもつ精神病院も多数ある。

(加藤正明)

(3) 精神病院

The Registrar General's Statistical Review of England and Wales for the Two Years 1952~53(Her Majesty's Stationery Office 1958)によつて精神衛生資料第3号所載の精神衛生統計を補足すると、1953年度末在院患者数は146,643名(男62,413名,女84,230名)で、1949年度末の142,083名より約4,500名増加しているが、年令別新入院患者の人口100万に対する比率が30才~50才で男性は下降、女性は停滞したのち、50才ないし55才以後に上昇し、新入院以外の患者では60才以後減少している点は1949年度統計に近い。診断別新入院患者の対1,000人新入院比は1953年に精神病男631,女711;精神神経症男183,女178,行動性格知能異常男78,女25,その他男113,女86で、1949年度と大差なく、病名別、年令区分新入院患者対人口100万比では、精神分裂病男161,女145,躁うつ病男198,女312,老人性および初老期精神病男95,女167で、1949年度統計に比していずれも比率が低い、その理由は不明である。

また診断別、入院回数別新入院患者数は、初回入院が1949年度の男女ともに68%に対して、1953年度男64%、女63%とやや低下し、とくに精神分裂病では1949年度の男57%、女60%に対し1953年度には男52%、女51%とかなりの低下を示し、躁うつ病では1949年度の男62%、女58%に対し、1953年度の男60%女54%となり、老人性精神病では前者の男86%、女84%に対し、後者の男86%、女84%であつた

社会階層別新入院患者数では、対人口百万比が全般的に第V層の最下階層に増加し、診断別では次の如くである。精神分裂病、躁うつ病をはじめ、すべてにおいて第V層が高く、精神分裂病ではとくに男性の各年令にわたつて第V層が高く、アルコール精神病のみは第I層と第II層が高い。1949

社会階層別新入院患者数の診断別年度別（対人口百万比）

診 断 別	階 層	1949 年 度	1953 年 度
精 神 分 裂 病	I	160	164
	II	149	170
	III	287	332
	IV	330	365
	V	695	872
そ う う つ 病	I	340	436
	II	279	369
	III	316	392
	IV	365	442
	V	585	707
す べ て の 精 神 病 (産褥を除く)	I	805	843
	II	683	795
	III	842	972
	IV	957	1,081
	V	1,749	2,058
す べ て の 精 神 神 経 症	I	180	163
	II	145	201
	III	240	294
	IV	206	260
	V	313	407
す べ て の 行 動, 性 格, 知 能 異 常	I	116	217
	II	57	85
	III	72	91
	IV	94	89
	V	216	253

年度に比べ、1953年度には3,012名の男性精神病患者がふえているが、この増加の約3分の1は1953年度に未熟練職業の第V層が1,041名ふえ、そのうちの548名が精神分裂病であることによる。そのほかこの報告書ではとくに社会階層ないし職業と精神病院入院の問題がくわしく論ぜられている。

次に精神病院入院患者の時代的推移の研究として M. SHEPHERD の A Study of the Major Psychosis in an English County 1957 がモーズレー叢書の第3巻として出版されている。これは

バツキングダムシエアという人口約40万の小郡での、1931～33年および1945～47年の二つの時期の比較研究である。おのおの2年後のフォローアップのさいに退院していた比率は、1931～33年の43.9%から1945～47年の60.3%に上昇し、なお入院中のものは29.2%から15.9%に下つている。入院条件は強制入院は85.8%から36.1%に下り、自由入院が12.0%から56.2%に上昇している。初回入院者は10万人口中43.4人から39.5人に下り、再入院者が15.9%から23.0%に上昇しているが、これは退院の増加と関係がある。年齢別では初回入院患者では65才以上のみが増加し、他は減少し再入院者ではいずれの年齢も増加している。診断別では機能性精神病が10万人口中22.5人から17.6人に減じ、器質性および老人性精神病が14.4人から15.9人にやや増加している。2年目に退院していた比率は機能性精神病では62.0%から82.0%、器質性および老人性精神病では23.9%から51.8%に上昇し2年目になお在院していた比率は、前者では31.0%から16.5%に、後者では73.5%から66.5%に下つている。また再入院患者のほうが初回入院患者よりも長い間入院している傾向があるとはいえ、6カ月毎に退院者の比率をみると、いずれも1931～33年時よりも1945～47年時の比率が高くなつている。例えば初回入院患者では6カ月以内の退院者が50%から61.1%に、12カ月以内の退院者が59.1%から76.1%に上昇している。2年間の死亡率も改善され、65才以下では21.2%から11.6%に65才以上では66.7%から64.7%、全体で29.7%から26.5%と下つている。ことに機能性精神病では10.97%から3.1%に下り、器質性および老人性精神病では59.8%から61.3%と上昇し、その他では28.8%から6.1%に下つている。

以上は Bucks County Mental Hospital の統計であるが、14年間の精神病院改善のあとを示すものだと著者はいつている。(加藤正明)

(4) 精神障害者関係法規

精神衛生資料第6号に Lunacy Act (1890), Mental Treatment Act (1930) および National Health Service Act(1946)に関する N. A. M. H. の Notes on Legislation relating to Mental Patients (1954) の紹介がなされている。その後に出版された Her Majesty's Stationary Office 発行の Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency 1954～1957. および N. A. M. H. 発行の The Report of the Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency 1958 によつて若干補足する。

前者は1957年5月7日女王の命令によつて議会に提出された報告書であり、精神病および精神薄弱に関し、あらゆる問題を扱つた328ページにおよぶ報告書である。

冒頭に精神障害が一般大衆から身体疾患と同じようにみなされるようになり、監置についても常時危険なもののみに限られると考えられるようになった。鑑定(certification)による入院やそれにつながる考えが将来無用になることが期待されるとある。Lunacy Act, Mental Treatment Act お

よびMental Deficiency Act (1913~1938)は現在ではいずれも時代おくれで不必要に複雑なものになっている。多くの精神障害者は強制的に入院させなくても自由入院によつて入院治療することができる。ことに問題になるのは精神病質者であるが、これをふくめて、精神障害者を強制的に入院させてよいのは、本人の幸福または他人を保護する必要があるときに限るべきである。強制入院させるかどうかは、精神障害の性質やそのためにおこる異常行動によつて決めるよりも、本人の年齢、犯罪のおそれ、医療や社会的治療の必要性、本人が治療を受けられるかどうかなどによつて決めるほうが適切である。2人の医師（1人は精神科医、1人はできる限り患者を前もって知っている医師）の指示を必要とし、緊急のばあいは1人の医師でよいが、7日の入院をこすときは24時間以内に届け出なければならぬ。（両者に関する親族の署名や Duly Authorised Officer の署名、裁判所の認可などについては精神衛生資料第5号に述べられている）。そのほか、裁判所から送られた犯罪例や未成年者のばあいも、鑑定入院のばあいは前記同様2人の医師の鑑定が必要であり、1人は刑務所医であってもよいが2人ともそうであつてはならないとされている。そのほか親族の異議申立や転院に関する規定がある。

精神衛生サービスの管理的組織については、1944~48年に医療と社会福祉のサービスが協同するようになり、1948年以来精神病院・精神薄弱施設と地方衛生機関のコミュニテイ・サービスが、National Service Act によつて統合されるようになった。病院と地方機関との機能についていえば、病院が入院および外来患者サービスを行い、在宅患者は地方機関の責任となつている。従つて地方機関は入院を要しない患者および退院間近の患者に対する予防的サービスおよびあらゆる形のコミュニテイ・ケアを行う責任がある。また退院患者のみならず、病院治療を受けていない患者へのソーシャル・ワークも、病院の援助のもとに地方機関が行わねばならない。つまり病院の医師やソーシャルワーカーと地方機関との密接な協力が必要である。アフタ・ケアは必要なかぎり地方機関が考慮せねばならぬが強制力の持続に頼つてはならない。また児童および老人についてのサービスもとくに地方機関が考慮せねばならないが、この規準については National Assistance Act が規定している。しかし、この地方機関によるコミュニテイ・サービスは、強制力なしに適用されるものに行われねばならない。地方機関は当然その地域のどの人がコミュニテイ・ケアを必要とするかを知つていなければならない。

またアフタ・ケアについてこう述べている。患者が入院中拘置されていたか否かに拘らず、コミュニテイ・ケアは強制力なしに行われねばならない。精神病質患者も含めて、法規によらずに病院治療を受けていた患者も、病院または地方機関のアフタ・ケアの必要がある。……われわれは地方衛生機関が必要なすべての患者に対してアフタ・ケアを行う義務を有すると思う。だがアフタ・ケアは法規によらずに、法規による入院よりも長い間行われねばならない。National Health Service Act (1946) の第28条は、地方衛生機関に「疾病の予防のため、精神疾患または精神薄弱の患者を治療し、これらの患者のアフタ・ケアを行う」権限を与えている。

さらに王室委員会は、精神障害者に対するコミュニテイ・サービスの中心方向が、衛生課医官の手にゆだねられるべきだとしている。

すなわち、医官とそのスタッフ（医学的および管理的スタッフやソーシャル・ワーカー）が、このさい重要な位置を占め、一般開業医や病院と密接な協同のもとに働き、他の地方機関や青年職業安定官、身体障害更生官、児童福祉官、保護監察官、教育担当官などのソーシャル・サービスを行う政府の部局と連絡せねばならない。またこの中央機構ならびに個人的ソーシャル・ワークは衛生課医官の責任の一部とみなされるべきである。

また、中央政府の地方衛生機関に対する近密な統制は、1948年以後は National Assistance Act (1948)および National Health Service Act (1946) により、とくに National Assistance Act の第3部は地方機関の病院その他社会福祉サービスに対する法的統制を規定しており National Health Service Act によつて病院計画が地方的視野からではなくて、全国的視野に立って計画されることとなつた。しかし Lunacy Act, Mental Treatment Act および Mental Deficiency Act では Board of Control が病院施設の監査を行うという条項に変化はないので、1948年以後、すべての公立病院サービスを監督する責任をもつ政府の担当者としての衛生省と、精神衛生領域における監督機関としての Board of Control との間に一貫性を欠くところがあつた。この不一致は Board の事務官および監督官を同時に衛生省の吏員に任じ両者の代表として同時に監査することによつて一部克服された。現在なお事務官や監督官は、とくに精神病院および精薄施設のスタッフからみると、衛生省よりも Board の吏員だと思われている傾向があるが、今後は病院施設に関し衛生省が責任をもつという方向に赴き、Board of Control のような別の組織を残す必要はないだろうとされている。1913年以來 Board of Control が精神衛生の改善と発展に果してきた役割を誇らかにふりかえるとともに、現代にふさわしい新しい組織に変わることを希望している。（加藤正明）

（5） 児童指導クリニック

（a） 発達の歴史的考察

ヨーロッパの他の諸国やアメリカにおけると同様、イギリスにおいても、19世紀の後半、従来の精神病に対する考え方が変わり、より精神科学に基いた理解がなされるようになった。従つて、成人の精神病に対する社会的援助が発達する傾向が始まつたが、これと同時に社会の関心が精神薄弱者および精神薄弱者の持つ社会不適応の問題、特に青少年犯罪の問題に向けられるようになった。その結果、1908年イギリス最初の少年審判所が設立された。その翌年、the Royal Commission on the Care and Control of the Feeble-Minded が、青少年の犯罪において、どのような犯罪とどのような精神的な問題が相互関係を持つかということについての報告書を公にした。この仕事が刺激となり、1913年に精神薄弱法（Mental Deficiency Act）が設けられ、更に同年、従来この問題に従事

していた各地の篤志家達が協同してCentral Association for Mental Welfare を組織し、精神薄弱者の特殊教育等に関する社会的対策が強力に行われるようになった。

しかしながら、この時期までには、特に所謂知能には問題はないが、性格行動上の問題を持つ児童に対する特別な注意は払われず、ただ神経症様問題を持つ子供達が、一般の病院等を時折訪れるに過ぎなかつた。しかし、次第にロンドン、エヂンバラ等における大学附属病院で、この問題に関心を持つ人々が現われ始め、特に Prof. CYRIL BURT (当時ロンドン大学教育学部教授、心理学者) は第一次世界大戦後の青少年犯罪の増加に刺激されて、犯罪青少年の研究を行い、その結果を“*The Young Delinquent*”と題して1925年に出版した。この本の中で、かれは家族および社会的環境と青少年の反社会的行動との関連の重要性をのべると共に、イギリスにおいて始めて、後の児童指導クリニックともなるべき、特殊クリニックの必要をのべて、社会の関心を引いた。

以上の如く、社会の関心は精神薄弱から青少年犯罪へと発展して行つたが、その結果1926年、従来成人の神経症患者の精神療法を主目的としていた Tavistock Clinic が児童部を併設して、イギリスにおける最初の児童指導クリニックとなつた。翌1927年にはロンドンにおける Jewish Health Organization of Great Britain が児童のためのクリニックを作つた。

しかし、この当時は、この分野に働く人々に対する特別な訓練機関はなく、それがまずイギリスにおいて始められたのは、アメリカのコンモンウェルス財団の援助によるものであつた。すなわち、1926年シユーレイ少年審判所 (Surrey Juvenile Court) の一判事がアメリカを訪れ、フィラデルフィヤにおけるある児童指導クリニックを見学した結果非常に感銘を受け、帰国後、コンモンウェルス財団にアメリカにおける児童指導クリニックと同様の機関をイギリスにも設けるための援助を彼女個人で依頼した。この結果、同財団は彼女の依頼を受け、1929年 Islington に London Child Guidance Clinic and Training Center “for Training and Research” が設立され、ここにおいて、イギリスの児童精神衛生における精神科医、臨床心理学者、ソーシャル・ワーカーの訓練が一応正式に始まつた。更に幾人かの人々は、コンモンウェルス財団の援助により、アメリカ合衆国において児童精神医学の分野における訓練を受け、帰国後指導的地位に立つて活躍を始めた。

その後漸次、地方の教育委員会 (Educational Local Authority) 等により児童指導クリニック (C. G. C.) が設立され始めたが、1946年、国民保健奉仕法 (National Health Service Act) の下で、国民の精神衛生が重要視され、その結果、平均人口25万人の地区毎に C. G. C. が置かれる事が定められ、ここに至つて、イギリスにおける C. G. C. の数が急速に増加した。これらの C. G. C. のほとんどすべては各管区内の管区病院局 (Regional Hospital Board), または地方健康委員 (Local Health Authority) の管轄下にある。

以上を振り返つて見ると、イギリスにおける C. G. C. はアメリカのそれと比し、約10年の開きを持って、ほぼ類似した動きで発達してきたと想像される。しかし、アメリカの C. G. C. 分野に働く人々がフロイド、マイヤー等の影響を強く受けてきたのに対し、イギリスの現状は必ずしもそう

であるとはいえない。イギリスにおける精神分析学は第一次世界大戦数年前に既に、ロンドン精神分析協会 (London Psychoanalytical Society) が創立され、フロイドおよびその娘アンナ・フロイドは1930年代にイギリスに移り、また遊戯療法の創始者 MELANIE KLEIN も 1920 年代から幾度かロンドンで講演をし、遂にはベルリンからロンドンへ移住したのであるが、これら精神分析学派の人々の C. G. C. における活動の開始はごく最近の事である。しかし、環境と個人の連関に重要性を置く所謂ダイナミック・アプローチは広く一般に受け入れられ、中でも FAIRBARN の対称関係説 Object-relation Theory はよく知られているものようである。

(b) クリニツクの内容

(a) においてのべた如く、イギリスにおける C. G. C. の発展はアメリカのそれとほぼ同様な経路を経てきた。従つてその機構、機能等については、アメリカの児童指導クリニツクの項を参照されたい。ここでは簡単にイングランドにおける C. G. C. の概況をのべる。^{*}

イングランドにおける C. G. C. の総数は312であるが、このうち約3分の1が毎日開いているもので、残りは1週に数日、中には半日のみ開くといったクリニツクもある。また約4分の1のクリニツクは専任職員を全然持たず、その地域の代表クリニツク所属の職員によつて運営されている。ほとんどすべてのクリニツクが、前記の R. H. B., L. E. A. または L. H. A. の下に属しているが、病院内に設置された C. G. C. は病院の直接管理下にあるものが多い。

ほとんどすべての C. G. C. の所長または代表者は精神科医であるが、学校関係のクリニツクの中には校医 School Medical Officer が代表者になつているものもある。極く少数例を除き、ほとんどすべてのクリニツクに精神科医、心理学者、ソーシャルワーカーの三者がいるが、これらの人々の背景については不明である。更に、児童精神療法者 Child Therapist (non physician) が職員として働いているクリニツクが84もある点は、イギリスとして特徴的であると思われる。

(c) C. G. C. 分野に働く人々の所属団体

王室医学心理学協会、児童精神医学部 The Child Psychiatry Section of the Royal Medico-Psychological Association

サイキアトリック・ソーシャルワーク協会 Association of Psychiatric Social Workers

英国心理学協会 British Psychological Society

児童精神療法者協会 Association of Child Psychotherapists

児童心理学および精神医学協会 Association for Child Psychology and Psychiatry

(鷺見たえ子)

* Directory of Child Guidance Services in England and Wales also N. Ireland, Eire and Channel Islands. National Institute for Mental Health 1958 による。

Ⅳ ヨーロッパ諸国

(1) フランス

フランスの精神衛生の現況を報告することはたやすい問題ではない。

かの PINEL が精神病者をかれらの苦悩から自由にすることを旨としたような、フランス精神医学の理想に到達するためには、さまざまな困難が存在する。

定型的な困難のなかには、児童精神医学および非行児童の救護のための財源が乏しいことや、精神衛生の組織化の欠けていることなどが含まれている。精神衛生は現在のところでは少数の開拓者により創り出された断片的なものとして存在するに過ぎないのである。

大学における精神医学教育や、大戦によつてひきおこされた精神医学の発達の障害にもあまり関心が払われなかつた。

このような背景から何人かの開拓者、ANTHEAUME, RÉGIS, ことに TOULOUSE によつてフランスの精神衛生の歴史がはじまつた。

ANTHEAUME は雑誌“L'Hygiène”の発行者として、RÉGIS はフランスの精神病院に開放病棟を作つた最初の人として知られている。

EDUARD TOULOUSE は、フランス精神衛生の真の創立者ともいうべきで、長年にわたる努力によつて、パリに精神医学のセンターとして、「アンリ・ルツセル精神衛生センター」(Hôpital et Centre d'Hygiène Mentale Henri Rouselle)を作つたのである。

かれは驚くべき範囲の計画、すなわち治療・予防・保護・科学的研究・宣伝・国民衛生等にわたる計画をたて、精神病院は成人および児童のための開放病棟、移動治療やさまざまな特殊な外来治療のための部門を持つべきであると考えた。そして苦勞の末、1922年にこれらの建物の扉を開いたけれども、実現は進まなかつた。

精神医学領域の人々と TOULOUSE との間には意見の一致がみられなかつたが、その不和のおもな理由は次のとおりであつた。

すなわち、TOULOUSE が精神医学の生物学的側面を心理学的および社会学的側面と対立するものとして強調したことや、また強制、とくに道徳的強制(Moralische Zwang)を使用したことが非難される理由であつた。

また、かれは精神医学の拡張を企てたが、このことは精神医学を理想郷の範囲に拡張したと考えられ、またかれの仕事は精神医学の分裂という不安をひきおこしたと考えられた。

精神病院の精神科医は、かれらの仕事の大部分が取去られることを怖れた。このように最初、精

神衛生は精神医学と誤解されたために多くの問題が生じたのである。

しかし第二次大戦の後に、フランスの精神衛生の状況は進展し、1945年3月、Journées Psychiatriques Nationales にフランス精神医学の共同発表として、精神衛生に対する新しい見解が取り上げられた。

今日では、精神衛生奉仕事業 (Service d'Hygiène Mentale) として知られている定期的の Consultation が行われ、そこでは委託された患者を取扱い、また問題児童も治療され、可能な場合には適当なサナトリウムに委託されている。

なお、成人も児童も外来患者診療部でも取扱われ相談が行われており、公衆の教育も進んでいる。また集団療法の重要性も強調されつつある。

さらに精神医学的な処置をする際に予防的、衛生的な配慮がどのように重要であるかということも十分に認識されるようになり、精神医学者とその支持者との協力がより完全に行われるようになりつつある。(池田由子)

* „Die gegenwärtige Lage und die Aufgaben der Psychohygiene in Frankreich“ von Dr. med. LUIGEN BONNARÉ (Conseiller technique pour l'hygiène mentale au Ministère de la Santé, Publique) による。

(2) ドイツ (特にベルリン)

1945年の終戦以来3年余の間におけるドイツ、ことにベルリンの混乱と孤立の中での精神療法や精神衛生に関係する機関と制度の設立運営の状態が述べられている。地域的な分離と交通通信の困難のため、ドイツ全体はもちろん、ベルリンだけについての正確な記述も不可能に近く、著者の知り得た範囲で、おもにベルリンについての報告に終始している。

すでに1920年に、当時の「精神分析協会」(Psychoanalytische Gesellschaft) によつて外来診療所を持った教育機関が建てられていた。その後この機関は発展拡張されて行つたが、HITLER が政権を握るに及んで統合されて「ドイツ心理学・精神療法研究所」(Deutsches Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie) が建てられた。終戦の1945年以後、少数の生き残つた人たちが、かろうじてこの機関を維持していたが、現在の「心因性疾患中央研究所」(Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen) が創立された。組織的にこの機関は次のように分けられている。

成人のための外来診療所 (16才以上)

児童および青年のための外来診療所 (16才未満)

予防局

最後の部局の課題は次のようなものである。(1)外来診療の実際的な仕事の結果を再検討すること、それは将来の神経症の予防が有効な限界を知ることである。(2)使用されるいろいろな精神療法

の規準を批判的に比較して改良すること。(3)機関での多忙な業務のやり方を科学的に再検討すること、および(4)緊急に必要である精神療法の後進者を教育し養成すること。

この外来診療所の診断の中核は生活史的構成既往歴 (biographisch-strukturelle Anamnese) にあり、必要に応じて物語り、絵画、解釈テスト (Erzähl-, Bilder-, Deutungstest)、筆跡の測定などによつて補足される。児童と青少年には Sceno-Test が広く使われており、それは言葉を使わずに、意図せずに困難なことを遊びの中に表現することができるようにするものである。そしてこの機関による教育活動は医師に開かれているばかりでなく、教育相談員、社会事業家もこの児童外来診療所でのわれわれの経験を知ることが出来るのである。

この機関と共に「精神療法研究所」(Institut für Psychotherapie e. V.) は精神療法に関心を持つすべての医師と、一定の前提の下に医師でない人に対しても、基礎的な、理論的ならびに実際的な教育を授けている。この教育のために講習会は多くの講義、クルズス、セミナーから成っている。これらの会においては常に予防の問題が論ぜられており、また図書、パンフレットなどの出版も行われている。

少年保護局 (Hauptjugendamt) によつて作られている教育相談所 (Erziehungsberatungsstelle) の活動は大部分われわれの力によつて支持されており、また同じく少年保護局によつて設立された精神医学的保健所 (Psychiatrische Fürsorgestelle) がある。これは以前の精神病質者保護所 (Psychopathenfürsorgestelle) を分離したものである。また結婚相談所 (Eheberatungsstelle) が設立された。社会局 (Sozialamt) あるいはそれを管轄している少年保護局は教育相談所 (Erziehungsberatungsstelle) とともに、さらに精神的衛生の奉仕に関して広い調整を行つている。それは次のような課題である。すなわち里親、養子縁組、精神のおよび身体的に危険な状態に置かれた児童を適当な時期に送つてやる回復養護のための、少年の町の設立である。

また国民教育局 (Volksbildungsamt) は委員会を作つて、ことに仕事を持たない青少年に仕事を斡旋し世話をしている。少年の家 (Jugend-heime) では青少年のグループがスポーツや遊戯、作業、素人芝居、お話の会をやつており、それによつてかれらが放任状態に置かれないようにしている。また職業の種類について規則的な補習成人教育が行われており、差当つては医師、施設長 (Heimleiter)、保護司 (Fürsorger) などに対して教育が行われ、深層心理学的な観点が理解し易い形で説明されている。青少年犯罪者に対しては少年裁判所補佐 (Jugendgerichtshelfer) が援助を与え、少年裁判所 (Jugendhof) はアメリカの法廷によつて (最近はまだドイツの法廷によつても) 禁固刑の判決を下された青少年に対して、拘禁するかわりに仕事を与え、家庭の理想的な雰囲気の中に、青少年が社会へ再復帰できるように仕事場を与えている。また、少年保護法 (Jugendschutzgesetzgebung) はその規準によつて、精神的衛生の意味からみて、予防的な効果のあるように考慮されている。さらに広い意味での予防的な効果を持つものとして、アメリカによつて設立された青少年のクラブがあげられるであろう。そこでは、アメリカの教育者の指導の下に、青少年はスポ

一ツと遊戯、知識の交換および必要な問題の卒直な討論を行うことができる。また政党や労働組合も、それらが持つている青少年団体や他の青少年のグループと協力している。教会の施設で行われている仕事も熱心にやられており、その結果クエーカー教徒によつて設立された Mittelhof やいろいろな会議場、隣人愛連盟 (Garitasverband)、ドイツ福音主義的救済事業、国内伝道機関があり、その他教会によらない福祉事業の組合もあげられる。

われわれの研究所は上にのべた養成教育の外に、教育者と社会事業の実務家のため研修コースを作つた。すなわち、教師とくに心理学の教育助手 (Schulhelfer) と助教師 (Hilfslehrer) の養成を行つている指導的な人達、若い教師、治療教育者、教育相談員、施設長、施設の教育者 (Heimerzieher) 保母、幼稚園教師、少年補導官 (Jugendleiter)、保健婦と保護司 (Fürsorger)、社会的な裁判所補佐 (Soziale Gerichtshilfe) と収容者保護委員 (Gefangenenfürsorger) の協力者 および法律家と刑執行の保護委員 (Fürsorgestellte) に対して研修が行われている。(菅野重道)

* „Psychohygienische Arbeit in Deutschland, spez. in Berlin” von Dr. med. WERNER KEMPER (Direktor des Psychotherapeutischen Instituts, Berlin) による。

(3) オ ラ ン ダ

歴史的発達

精神病患者の収容施設は15世紀にさかのぼるが、18世紀までは施設も治療法も大部分は不完全であつた。1841年に精神病患者に対する最初の条例が議会を通過して以来、施設も取扱いも近代的になつた。

精神科医、看護婦、巡回指導婦 (Nurse social worker) による退院患者を社会生活に適応させるための方法は19世紀に入つて始められ、1926年以後軌道に乗つた。その後、入院していない患者をも取扱うようになり、さらに発展して精神相談所 (Consultation bureaux) となつた。

児童福祉法 (Children's Act) は1901年に制定され、1921年に改正された。これにより、必要に応じて児童をその家庭から離して養護家庭や施設に収容する道が開かれ、また、家庭においたままで監理者を任命して、その教育につき両親を援助することもできるようになつた。児童相談所 (Child Guidance Clinic) は1928年以来開設された。

アルコール中毒の撲滅には、1881年初めて法律が制定されて以来、非常な努力が払われてきた。衛生法 (Sanitary Act) の制定された1919年はその仕上げにあたる年ともいえる。現在ではもつともアルコール消費量の少い国の一つになつている。

国家機構からいうと精神衛生は社会保健省 (Ministry of Social Affairs and Public Health) の公衆衛生課 (Public Health Divison) の分野に入る。

文部省 (Department of Education) は精神薄弱その他の特殊教育を、社会事業省 (Ministry of

Social Work) は取扱いにくい家庭の問題を、軍務省 (Ministry of War) は軍隊内の精神衛生の仕事を管轄する。

精神病患者および神経症について

精神病院は2種に大別される。その一は診察と短期の治療のためのもので、大部分は大学附属病院である。他は長期の治療、療養のためのもので、全国で約40あり、約27,000人が入院している。設備も近代化され、治療法もシヨツク療法などのほか、再社会化療法 (Resocialization Method) や作業療法も用いられている。アフター・ケアも病院の仕事であるが、その運営は県や都市の当局者および各種施設の連合によつて行われており、狭義の治療は行われず、助言・指導・社会事業を行つている。神経症患者は上記の病院でも扱われる外、とくにその長期にわたる治療のために二つの療養所が第二次大戦の始まると同時に Amsterdam に設けられた。

予防には結婚および家庭相談所 (Marital or Family Guidance Centers) も貢献している。その構成はケース・ワーカーまたは精神医学的ソーシャル・ワーカーと医師または心理学者で、それに精神科医が助言している。大会社や大工場では適性配置や人間関係の改善、余暇利用等のため心理学者やソーシャル・ワーカーをおいているところが多い。

特殊教育について

一般的な目的は、精神薄弱児をなるべく家庭におき適切な教育を施すことにある。その内容は、精薄の程度により異なるが、軽いものは職業教育を中心とする。1953年現在、241校あり、約29,300人が通学しており、その教育は義務制である。教師のためには特別な課程が用意され、優遇されている。卒業後の職業生活指導も行われ、都市にはそのための工場もある。

重症者および他の欠陥のあるものには宗教団体の手による施設があり、約4,000人を収容しているが、その数は非常に不足している。

児童精神衛生について

乳児のためには乳幼児健康相談所 (Child Health Centers) があり、学齢児のためには学校で衛生管理が行われ、いずれも精神衛生上の諸問題について予防的な役割を果している。校医や乳幼児相談所の医師は児童心理学および精神衛生関係の科目の修得を含む6カ月の訓練を受け、乳幼児健康相談所の医師は精神衛生関係の科目を修得することになっている。

多くの都市に児童相談所があるが、これと乳幼児健康相談所とがよく協同しているところもある。児童相談所は精神科医、ソーシャル・ワーカー、心理学者、小児科医で構成されている。二三の大学には児童を対象とする精神科も設けられている。

その他精神医学の教授が初めて任命されたのは1896年にさかのぼるが、現在精神衛生が独立した講座になつているのは Leiden 大学だけである。(玉井収介)

* "Mental Health in Netherlands, A. QUERIDO (M.D., Prof. of Social Medicine, Director of Public Health of the City of Amsterdam, President of the National Federation for Mental Health) および

„Psychohygiene als Lehrfach in Holland” von Dr. med. BERTHOLD ST KVIS (Dozent an der Universität Leiden) による。

(4) ス イ ス

精神医学のみならず心理学、社会学など関連する諸科学にわたつての、広い観点に立つた新しい精神衛生の動きは、スイスでも、その他のヨーロッパ諸国におけると同様に、米国での精神衛生の動きに影響されて始まつた。その口火をきつたのは ANDRE REPOND である。かれはスイス精神医学会の会長として1925年にパリに開催された精神衛生関係の会合に招かれ、CLIFFORD BEERS と会い、その思想に深く共鳴して、1927年にはスイス精神衛生連盟の結成を提案し、同年スイス精神衛生委員会 (National Swiss Committee for Mental Health) が結成された。もちろんこの委員会が結成されるには、EUGEN BLEULER その他の、スイスの偉大な精神医学の歴史が大きな役割を果たしていた。

スイスでは、既にその以前から、例えば精神薄弱者、ろうあ者、非行青少年等のための多くの施設があつたが、残念ながら、精神医学者はこのような領域にあまり関心を抱かなかつた。あるいは精神疾患についてのいろいろの偏見もあり、あるいは精神衛生を論ずると、何かすべての人間を精神病扱いにしているととられたりするというようなこともあつた。精神衛生の仕事が、せまい医学の範囲のみでなく、人間の環境の諸事情にわたつて広く考えねばならないものとなると、その活動の実践はそれぞれの問題毎に、それぞれの社会毎にちがつたものでなければならぬ。この点、それぞれの村落、地方が言語、宗教、人種等の特色を異にしているスイスは、いはば精神衛生活動の好い実験場ともいえるであろう。

精神衛生委員会はスイス精神医学会の一分科をなして、その仕事は主に学問的な研究と一般の啓蒙に当り、具体的な実践活動は各州 (Canton, スイス国は22の州の連邦である) で推進されている。

既にスイスは輝かしい病院精神医学 (Anstalt Psychiatrie) の伝統をもつていたが、次第に各精神病院は地域に対する相談業務を開始し、その代表的なものは Zürich の Burghölzli 病院で、E. BLEULER に指導されて、病院を中心としての精神衛生活動が展開された。しかしその後、具体的な実践は、各州において、すなわち、まず Wallis 州で、ついで Nuenburg 州、Bern 州と、各州で盛んに行われるようになった。1930年には Wallis で REPOND により、アメリカの児童相談所にならつて医学—教育サービス (Services medico-pedagogiques) が始められ、この仕事は現在南部の伝説、または伊太利語系の地域で特に活発であるが、北部のドイツ語系の地域でも多くの児童精神医学相談所 (Die Kinderpsychiatrische Beratungs-und Beobachtungsstelle) が設立されている。

精神薄弱児、異常児のための施設はスイスにおいて初めて設けられたのであるが、この種の各施

設、団体によつて結成されているスイス虚弱児協会 (Pro Infirmis) は既に精神薄弱児等の保護のために活発な仕事をしている。例えば虚弱者のための保護司 (Pro-Infirmis-Fürsorgerin) が精神科医の指導の下に働いており、虚弱児保護所 (Pro-Infirmis-Fürsorgestelle) が家庭にいる虚弱児の発見と指導に当たっている。

社会福祉のための諸団体も近年精神衛生活動の意義を強く認めて、両者の協力が緊密となつてきている。すなわち青少年協会 (Die Gesellschaft Pro Juventute), 老人協会 (Die Gesellschaft Pro Senectute) 等は青少年、老人の各種の問題を精神衛生の考え方、方法を取り入れて扱っている。

1953年に公布されたスイス国刑法は特に犯罪の予防に留意し、殊に青少年犯罪に対しては広範囲にわたる教育的処遇を規定しており、REPOND はこの種の規定を「犯罪予防のための真の法典だ」と呼んでいる。

この刑法の具体的な施行の規定は各州によつて異つていて、例えばある州は特別の少年法廷をもち、ある州はこのような特別の法廷をもつていないが、多くの場合、医学—教育サービス相談所、精神科医が青少年犯罪者の治療、教育、行刑等の実際について勧告を求められている。スイス精神衛生委員会は青少年のみならず一般の犯罪の防止に多くの努力を傾け、W. MAIER の司令の下に、犯罪学者、刑法学者、裁判官、教師等をも含めた特別の委員会が設けられた。ほとんどすべての刑務所に精神医学診断の場が与えられ、ソーシャル・ワーカーが受刑者、その家族との接触を保つて、その更生指導に当たっており、Wallis 州の統計は、このような受刑者に対する精神衛生対策が強力に推進されるようになってから、再犯の率が著しく低下したことを示している。

今後このこされている問題としては、まず第一に、産業精神衛生の仕事がある。すなわち職員、労働者の仲間同志のあつれき、上長との間のあつれき、家庭の問題が職場にはこびこまれること、労働過程の間におこる心理的な葛藤の問題、事故防止、精神身体疾患の問題についての精神衛生的な取扱いが研究され、各職場で実践されねばならない。また学校精神衛生の仕事の中で、児童のための相談業務はかなりよく発達しているが、高等学校、大学での精神衛生相談が、次の時代を負うものの精神的健康の増進のために大に行われなければならない。

もちろん、このような広範囲の各般の問題を扱うためには、よく訓練された職員が必要であり、ソーシャル・ワーカーの数も決して十分ではなく、医師、看護職員の教育にも、精神医学だけでなく、もつと新しい精神衛生の教育が滲透されなければならない。(岡田敬蔵)

* „Die Psychohygiene-Bewegung in der Schweiz und ihre Zukunftsaussichten” von Dr. med. NORBERT BENO und Dr. med. KATE SCHUFFEN, Malévoz/Wallis による。

(5) イ タ リ ー

1949年6～7月、約50名から成る顧問団によつて、イタリアの衛生施設、衛生行政全般にわたる

調査が行われた。この報告は、そのうち精神医学・精神衛生に関する部分である。

イタリア精神医学の歴史と思想

イタリアにおける最初の精神病患者収容所の設立は12世紀にさかのぼることができる。すなわち Bergamo (1352), Florence (1387) 等である。現存する最古の精神病院は、1548年に Santa Maria Della Pieta として創立されたローマの精神病院である。

他のヨーロッパ諸国におけると同様、イタリアにおいても16~17世紀の文芸復興前期まではまじないがさかんに行われたが、生物学・生理学の科学的研究が始められて以来、生理学的精神医学が確立し、榮えるようになった。精神病患者取扱いの改革、すなわち無拘束法、人道的取扱いの実施は MORGAGNI およびその門下 CHIARUGI の手により Florence において、フランスの PINEL の改革とほぼ同時代に行われた。イタリア人はむしろ、この方が先であつたと主張している。

CHIARUGI は最初の精神医学教科書を著わしているが、同書は精神疾患はすべて脳への一次的侵襲によつて起るとする理論に基いて書かれている。これは MALPIGHI, VALSALVA, MORGAGNI 等によつて打立てられた器質的疾患観の影響である。

この傾向は19世紀に入り、唯物論的・機械論的思想の隆盛とともに、ますます確立した。VARGA はこの考え方を強く主張し、19世紀初期から精神病院には病理解剖学研究室が設けられた。また、1884年に死んだ MIRAGLIA はナポリにおいて、音楽療法や作業療法、演劇療法までも創始した。

上に述べたような伝統の帰結として、神経系統の組織学的研究が盛んとなつたが、それら大部分の研究の目的は KRAEPELIN の疾病分類を組織学的変化によつて説明づけようとするのにあつた。そして、それらの研究の多くはドイツで NISSL, ALZHEIMER, 後に SPIELMEIER, SPATZ の下で行われた。代表的な業績は GOLGI の鍍銀法 (1906年ノーベル賞受賞), MARCHI のオスミウム酸法である。その他、現在の、あるいは最近引退した教授、指導者たちは大抵ドイツで教育を受け、その思想もドイツの影響を受けている。幻覚が大腦皮質の局所的興奮から起るとする TAMBURINI の理論、前頭葉の機能に関する BIANCHI の業績も同じ伝統から発している。しかし、BIANCHI は同時に精神衛生・優生学にも関心を抱いた。TANZI および LUGARO は偏執状態をも器質的原因に基いて原始的思考に退行したものと考えた。

犯罪精神医学の分野においては、常に LOMBROSO, VIRGILIO の名とともに、イタリア人の研究が想起される。LOMBROSO の犯罪学的人類学・人体計測学は、今日ではその力を失つたが、かれの影響は今なお、社会精神医学と犯罪学との結びつきという形で残っている。また、古い体質学のなごりは最近における NICOLA PENDE の内分泌学的研究というような形で残っている。

以上のような伝統の中で、SANTE DE SANCTIS は心理学に興味を持つた。イタリアで考案された少数の心理検査法のうちの一つはかれが創始したものであり、かれは一時、ローマ大学で精神医学と心理学の教授を兼任していた。しかし、MINGAZZINI はこれに反対し、大学においては精神医学と神経学の教授が同一人であるべきだと主張した。イタリアにおいては、精神医学の教授内容は基

本的に神経学的であり、症候論と診断学が強調され、力動精神医学はほとんどまったく教えられない。大学のクリニックの病床数は伝統的に少い。したがって、その多くは神経疾患々々者によつて占められ、学生はごく少数の静穏な精神病患者を見うだけである。

心理学はさらに、SERGIの下で活発な研究が行われた。かれは WUNDT 以前から実験心理学の研究室を持つており、第1回国際実験心理学大会は1905年、ローマで結成され、開催された。しかし行動主義・ゲシュタルト心理学や精神分析学派の心理学はイタリーでは受入れられなかつた。

しかし、DE SANCTIS は精神病理学・社会病理学の重要性を強調し、一生の大部分をそのためにささげた。かれはその発生力動的 (Genetic-dynamic) な考え方の結果、児童心理学・児童精神医学に興味を抱き、イタリーにおけるそれらの分野の創始者といわれる。ローマ大学教授として、かれのあとを継いだ CERLETTI は心理現象の根柢にある生理過程を常に強調したけれども、ある程度かれの伝統を受継いでいる。CERLETTI は電気ショックの効果を恐怖防衛反応 (“terror-defense” reaction) として説明したが、これは神経学的な考え方をする人たちと力動精神医学との橋渡しをなすものであろう。

CERLETTI の電気ショックの発見は、もちろんイタリーの精神医学に深甚な影響を与えた。しかし、丁度この時期にイタリー精神医学は政治的理由から孤立化し、精神外科や脳波の導入は著しく遅れた。また、FIAMBERTI はアセチルコリン (acetylcholine) を用いるショック療法を考案したが、この国では広く用いられるに至らなかつた。かれはまた精神外科の指導者で、上眼窩法 (super-orbital approach) を行いつつある。

精神医学の教育

イタリーにおいては、医学教育は高等学校卒業後、6年の課程である。その課程中には心理学は含まれておらず、精神神経科の授業は第5学年になつて始められる。講堂には多数の神経学図譜が掲げられてあるのが印象的である。精神神経学の授業には、第5、6学年に各50時間づつが充てられている。若干の選択科目もある。大抵患者が提示されるが、学生は卒業前にはみずから患者を診察する機会を与えられない。

卒業後の教育はすべて大学で行われ、地方の病院では行われない。だれでも、指定された教師の下で病院において数年間仕事ができるが、それは大学の試験を受けた後でなければ専門教育とは認められない。専門教育は普通、一定時間講義に出席し、かつ3年以上臨床に従事した後、大学の行う試験を受けなければならない。かくして毎年約60名が専門医として認可される。専門医の全体数は不詳であるが、イタリー精神医学会の会員は約300名である。

入院に関する法規

イタリーの法規は1904年に公布されたもので、古い法律が行われている他の多くの国と同様、患者の福祉ということはまったく問題とされず、もつぱら公衆の保護を目的としている。この法律の施行規則は法律自体よりもゆるやかなもので、公安上の危険がなくても病気であることが明らかで

あれば入院させることができることになつている。入院退院は法的措置として行われ、裁判所と精神科医との了解がある場合を除き、患者の移動は医学的判定に基いて法的拘束力を受ける。ある地域においては、公衆衛生担当官が裁判所あるいは市町村長に申請して入院の手續きがとれることになつている。自由入院もできるが、この場合は24時間以内に必要な手續きをとらなければならない。

イタリア精神医学会は、もつと医学的見地から近代的条項を織込んだ法律の改正を提議している。イタリアは98の県より成るが、その案では入院のみならず、外来診療所に対しても県が責任を負うべきだということになつている。この新しい法律案によれば警察が入院の保証をすれば、医師の証明書によつて入院させることができる。病院内の移動および退院はまったく医師の決定にゆだねられている。国家の監督権は内務省（警察行政をもつかさどつている）を離れて、公衆衛生関係の委員会の手に移ることになつている。しかし、患者あるいはその家族に保護の必要があれば、司法当局が介入することもありうる。

ナポリ近傍の犯罪精神障害者の病院は、われわれが見た最も立派な病院の一つであつた。この種の病院は司法当局が運営している。

精 神 病 院

イタリアの精神病院は各県に設けられた県知事を長とする委員会によつて運営されている。隣接したいくつかの県が合同しているところもある。このような合同は現在全国にわたつて進行中であり、最後には9地方に統合されるだろう。公衆衛生・福祉その他の行政もすべて、結局は県単位よりも地方単位で行われるようになるだろう。しかし、まだ現在のところ精神衛生行政は県単位が一般の形である。そして精神病院を設置していないような県もあり、そのような県は私立病院（通常は宗教団体が経営している）と契約を結んでいる。

病院の維持費は地方によつてまかなわれているが、職員の免許等は国家の統制下にあり、精神病院の職員となるには国家試験を受けなければならない。また、中央政府に統計の部局があつて、すべての病院は報告することになつている。しかし、この統計部は職員数も予算も非常に乏しい。したがつて、その報告は、ことに精神薄弱児の分野においては、きわめて不完全である。

精神病院在院患者の数は近年非常な変動を示した。すなわち、1926年の約6万から年々急速に増加して1940年にはほとんど10万近くにまで達した。ところが、大戦中の数年間にその数は急激に減少して1945年にはわずか62,000になつた。その理由は大量に餓死したり、連合軍の侵入に伴つて精神病院の建物が必要なために釈放されたりしたことである。オーストリア国境に近い病院では、患者が北方に送られ毒ガス室で殺されたりした。戦後はまた急速に増加しつつある。

イタリアにおける在院患者の対人口比率は第1表に示すごとく、合衆国やフランスに比べて著しく低い。イタリアを南北の両部に分けると、北部は南部に比べて豊かで、工業も盛んであり、文化程度も高いが、在院率にもこの差が現われている。すなわち、ローマおよびそれ以北における対人

口10万の在院率は168, 以南 (Sicily, Sardinia を含む) は95である。

第 1 表 在院患者の対人口比率

国名	人口	在院患者数	対人口比率(対10万)
イタリア(1946)	45,778,000	61,128	133
イタリア(1941)	44,986,000	91,500**	203
合衆国(1946)	141,229,000	529,247	374
フランス(1938)	35,000,000	105,537**	301
フランス(1942)	38,000,000	94,030**	247

注: * 他の国との比較上精神薄弱者の数は控除してある

**私費患者を含まない

新入院患者の対人口比率は以上の差をもつとよく表わしている。第2表に見られるごとく、イタリアにおける入院率はその隣国や合衆国に比べると著しく低い。すなわち、イタリアにおける比率は合衆国の3分の1, スイスの4分の1以下である。この率はイタリアの南北でも異なり、北部の率は南部の2倍に近い。

イタリアにおける入院率が低い理由は明らかではない。アルコール中毒などは、イタリアではス

第 2 表 新入院患者の対人口比率

国名	人口	新入院患者数	対人口比率(対10万)
イタリア(1946)	45,778,000	26,930	59
イタリア(1941)	45,527,000	28,370	62
合衆国(1946)	141,229,000	271,209	170
フランス(1938)	35,000,000	33,926	97
フランス(1942)	38,000,000	21,230	59
スイス(1946)	4,450,000	11,547	259

イス等よりもはるかに少いことが認められているが、精神障害者全般が少ないという資料はない。母子衛生の分野を調査した委員はイタリアにおいては他の国に比し、母子関係ははるかに不安の要素が少く、愛情の表現が自由であるという印象を受け、そのために精神疾患が少ないのだという感じを抱いた。これは興味のある仮説ではあるが、統計的根拠はない。高齢患者の率は少いが、家族的結合が強く、ことに南部のような農村地帯では当然のことである。たとえば、合衆国では1946年における新入院患者の23%が65才以上であるのに対し、ローマ病院では1948年、60才以上は14%であった。

イタリアにおいては病院で働く精神科医およびその志望者には不足はない。たとえば、ローマでは最近2名の募集に対して16名の志望者があつた。また、補助看護員 (attendants) のクラスにも不足していない。ナポリでは養成課程が公開されており、現在150名の志望者が待機している。

病院における医師対患者の比は1対146であり、かれらの多くは十分な訓練を受けている。ただ

し、そのほとんどすべては余暇に開業している。力動的な考え方が普及してゆくことは期待でき、現在一部の病院では集団療法が実験的に試みられている。

精神科看護婦の専門的養成はほとんど教団の手で行われている。彼女らの訓練程度はまちまちであり、その程度は概して高くない。ローマ病院においては、2,400名近くの患者に対して、94名の看護婦および600名以上の補助看護員その他の職員がいた。われわれが視察した17カ所の病院における全職員対患者の比率は1:4.2であつた。

イタリアの精神病院では、知能検査、投影法とも、心理検査は相当に行われているにもかかわらず、医師以外に心理学者は働いていない。精神医学的ソーシャル・ワークはあまり発達していないけれども、少数の保健婦および一般のソーシャルワーカーが訓練を施され、ある程度その職務を行つている。イタリアの学校には精神医学的ソーシャル・ワークの課程はないが、スイスでその教育を受けつつある者もいる。

精神病院の建物は一般に非常に清潔、かつよく整備されている。その理由を指摘することは非常にむづかしいが、合衆国に比べて興奮患者は少く、保護室の使用にはあまり重きを置かれていない。FIAMBERTI が院長としている Varese の病院は全く保護室を欠いていた。ここには450名の患者中、中等度の興奮患者がわずか2名だけだつた。その2名には、それぞれ附添看護員が附いていたが、拘束は全く加えられていなかった。見受けられた拘束はせいぜい患者の手首と足首をベッドに固定するバンドだけだつた。興奮患者はしばしば、このような方法で扱われる。興奮患者が少い理由としては、訓練された職員の豊富なこと、病院の風紀の良好なこと、全職員が患者を大事にすること等が考えられる。

外来診療施設、その他

大学のクリニックはすべて、また病院の多くも外来診療所を有している。少くも1カ所、すなわち Varese では病院の医師が全県下のあちこちでクリニックを運営し、成人、児童の双方を扱っている。合衆国におけるような、精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーから成る完全なチームを持つクリニックはないが、そのようなやり方には関心が払われつつある。たとえば Messina クリニックにおいては、特別に選ばれ訓練された6人の教師が事実上、精神医学的ソーシャル・ワークの仕事をしている。ローマでは近く職員の養成をも目的とする児童指導クリニック (child guidance clinic) が設立されることになっている。

外来診療所で行われる治療は大部分投薬等、医学的なもので、せいぜい時たま、力づけが行われるにすぎないようである。全般的な印象によれば、取扱われている神経症の最も普通の病型は心気症のようである。児童の症状において病因的に重要と思われる家族関係の治療は SANTE DE SANCTIS によつてイタリア精神医学に導入された。

児童のための精神医学的施設はどこでも職員数が不十分であり、また十分な訓練を受けた職員を持つていない。そして、その充実の度は地方によつて差がある。

学齡以下の児童は通常、精神医学的施設では扱われない。精神病院においては、ごくまれに水頭症、小頭症の白痴や精神薄弱の不具者が見られるだけであるが、かれらの大部分が教団経営の慢性症のための小児科病院に収容されているといわれる。学齡に達すると、精神医学的問題を持つ児童はまず学校によつて取上げられる。それらの症例は「真性」、「仮性」に分類されるが、これは器質性、官能性と同意語である。

特殊学級は理論的にいつて永続的に特異児童を教育するのではなく、むしろ普通学級に復帰させる準備を目的としている。「真性」の欠陥を有する児童は、その欠陥が知的なものであつても行動異常であつても、寄宿制の特殊学校に収容される。これらの学校の方針は医学的、精神医学的であると同時に、職業指導が行われている。これらの学校は適当な年齢に就職させることをめざしているが、これらの学校に不適当な児童は県立精神病院の特別病室に収容される。

脳炎後遺症のための特別な施設もある。

精 神 衛 生

イタリーにおいては、精神疾患を予防するという考えは1902年、TAMBURINI によつて始まつた。この年、「精神疾患の原因の探究」を目的として国際会議が開かれ、22カ国の代表が出席した。精神衛生連盟 (National League for Mental Hygiene) は1924年、医学団体として結成された。この団体はきわめて最近になつて医学以外の一般人、とくに教師の加入が奨励されるようになった。そして、正常児童も精神障害者も対象として、精神医学的概念を法律にも、児童施設にも、産業にも、公衆教育にも導入することに関心が払われてきているが、この事業はまだあまり進んでいないといえない。(高木四郎)

* "A Survey of Italian Psychiatry, 1949." by PAUL V. LEMKAU and CARLO DE SANCTIS, Am. J. of Psychiatry, Vol. 107, No.6, 1950 による。著者のうち、LEMKAU は米人、DE SANCTIS はイタリー人である。

(6) デ ン マ ー ク

N. F. S. GRUNDTUIG, A. LEHMAN, C. LANGE などを生んだデンマークではあるが、この10年間教育学・精神医学・心理学で見べきものはない。ただ、ようやく第二次大戦後に力強い動きが生じつつある。

(1) 精神医学：デンマークは七つの国立精神病院を有し、5,760のベッドをもっている。この外 Kopenhagen の St. Hans 病院は 2,147 のベッドを有している。また犯罪精神病質者のための施設もある。診断に際してはレントゲンやE E Gも用いられているが、心理学的な技術は緒についたばかりである。治療としては一般の医学的な方法は一通り行われているが、心理療法はまだ行われていない。Kopenhagen には児童精神医学の部門もあるが、まだ独立した診療所はない。また、

すべての病院にはソーシャル・ワーカーがいるが、まだその数は不十分であり、その養成が必要となつている。精薄施設はすでに一般病院から独立したのもできています。

(2) 心理療法：これはまだデンマークでは確立されておらず、今日までのところ、ちゃんとした訓練を受けた精神分析家は1人もいない。精神分析に対する権威ある精神科医の抵抗のために、心理療法や精神衛生の発展は阻止されていた。しかし Dr. REITER は1933年には E. HARNIK のもとで教育分析を受けたが中断となり、有名な Wien の児童精神分析家（デンマーク出身の人）の E. HOMBURGER はアメリカ追放となつた。しかし最近ではまだあまり積極的ではないが、E. STRÖMGREN, P. J. REITER E. GEERT-JÖRGENSEN らによつて支持されている。

(3) 心理学：デンマークではアカデミックな心理学は発達しているが、臨床心理学の分野は未発達である。しかし、Kopenhagen には、現在13名の学校附の心理学者と2名の学校精神科医がいて、教師の求めによつて問題児を研究し、その解決に努力している。そして精薄や盲聾などの特殊学校や、問題児のための観察学校などがある。（片口安史）

* „Der gegenwärtige Stand der Psychohygiene in Dänemark” von Dr. med. PAUL J. REITER und EWALD B. HM., Kopenhagenによる。

(7) スウェーデン

スウェーデンにおける精神衛生の先駆者は、FREY SVENSON (1866~1927) という精神科の教授である。かれは1905年に、Upsala 大学で精神衛生の講義をし、それを1906年に書物として出版した。この「精神衛生」と題する本は、1) 社会衛生、2) 遺伝的素質の衛生、3) 個人の精神衛生という部分から構成されている。かれは、犯罪者を処罰せずに治療し、ことに予防するという考えをもつていた。そしてこの本の第2版では、刑務所の制度の改善を主張している。ことにかれは青少年犯罪者の処置を論じ、15才までのものには刑を科さないように主張した。

スウェーデンは1919年には国際精神衛生運動にある程度参加していたのであるが、1931年にいたつて初めてストックホルムの精神科教授 VIKTOR WIGERT が中心になつて、「スウェーデン精神衛生協会」が設立され、これは1948年に至つて世界精神衛生連盟に加入している。この協会は、最近20年間に精神衛生に関する小冊子や講義を通じて活動をつづけている。この間になされた講義は、400~500にもものぼつている。最近では協会の世話で、二つの家庭相談所が建てられた。

学校精神医学的活動の先駆者は ALFHILD TAMM と ALICE HELLSTRON である。すでに1910年に TAMM はストックホルムにあるいわゆる補助学校で子供を研究し始め、1919~1932年には、ストックホルムにあるすべての国民学校の補助学級の女医となつていた。また1919年には Dr. TAMM は言語障害の病院を建て、1932年までその院長であつた。ALICE HELLSTRON は、TAMM とともに、ターマンやピネ・シモン知能検査のスウェーデン改訂版をつくつた。また彼女はスウェーデン

に Rorschach Test を紹介した最初の人でもある。

1933年には、ストックホルムの児童保護省の教育相談所が建てられた。C. W. HERLITZ 教授を中心として、学制の上級官庁は、精神衛生や発達心理学、それに児童精神医学の補習学級を約10年この方運営してきた。

1939年には、青少年保護に対する国家的委員会がおかれた。児童に生じてくる精神的障害に関して、この委員会が出した1944年の意見はとくに重要なものであり、青少年の精神的保護のための中央の組織をつくるという決議がなされた。ここでは児童精神科医、児童心理学者、社会保護司、児童治療家、教育者などが仕事に従事している。現在(1952年)、このような施設は全国に約10くらいしかないが、間もなく増設されるであろう。またストックホルムのはずれに、重い精神障害をもつ約50名の児童を収容している子供村がある。

開業医を訪ねる人々のうちの3分の1から2分の1までは神経症であるといわれているし、リウマチスや結核と同様に国民病といえるかもしれないが、その対策に国家は目をつぶっており、個人がこれを取扱っているが、この分野での先駆者は神経科医 OTTO WETTERSTRAND (1845~1907) であり、かれは催眠術を主な方法として用いた。そのほか、暗示療法の ERNST WESTERLUND (1839~1924)、精神分析の EMANUEL A. F. GEJURSTAM (1867~1928) なども先駆者の中に入る人々である。

スウェーデンにはじめてフロイドの精神分析学を導入したのは POUL BJERRE であるが、ストックホルムには、キリスト教的ならびに精神分析的な基礎に立つて、心情の保護と心理療法とを行っている設備がある。しかし、スウェーデンにおける真の意味での精神分析学の先駆者は、上述の Dr. TAMM であり、強い抵抗と長い間戦つてき、現在では医師たちは、精神身体医学や精神分析学に多大の関心をもっているのである。

以上を概観してみると、国民の精神的健康に対して価値あることをなしてきたのは個人であるが、当局も多くの社会的改革をなしてきている。同様に主として精神衛生的な内容をもつた雑誌や本も出ている。しかしスウェーデンには、精神衛生に関するアカデミックな教職も、精神衛生の専門誌もないのである。(片口安史)

* „Stand und Probleme der psychischen Hygiene in Schweden,, von Dr. med. GOSTA HARDING. による。

(8) ハンガリー

1945年以前はファシヨ的な政府によつて精神衛生的活動はおさえられ、たとえば Dr. L. SZONDI の心理学研究所は政府の命令で解散させられ、進歩的な少年審判所の所長は転任を命ぜられた。しかも精神分析学会のゼミナールや講演会などは警官立会いのもとで進行させられた。しかし戦争後、戦争と窮乏を通じて経験された前代未聞の外傷的体験を吟味し、これを救済しようとする動きが急速に発展したのである。そして子供時代の障害や多くの病気から守つてやることが、

一般精神衛生の中心問題として取上げられるようになり、精神科医・分析家・心理学者が共同して教育者や両親たちを援助しようとしたのである。

(1) 1947年の精神医学会は広く医師と官吏とを集めて精神病管理の問題を討議した。そして今まで Buda-Pest にあつた四つの精神療法外来診療所では、子供をも含めて問題にするようになった。ここで仕事をしている医師は精神分析あるいは精神分析的な方向をもつた方法に従つており、かれらの活動は精神衛生的あるいは心理療法的なものである。

ここで確められた経験は、住民の精神衛生は社会経済的問題であるということであつた。永続的な物質的不確定と社会的不安、身体的窮乏と精神的な低下はノイローゼ、性格異常および知的な退行の温床である。

St. Johann 病院は精神衛生部 (Mentalhygienische Abteilung) を開放し、次のような計画を発表した。すなわち神経症者、精神病質者、テンカン病者、麻薬常用者は精神分析的ないし精神分析的な方向をもつた治療を受けるべきであるというのである。

(2) 戦争の終結に続く差迫つた問題はまつたく疲弊し、見捨てられた子供たちの養育ということだつた。そのための組織と物質的な援助が厚生省 (Gesundheitsministerium) と二つの新たに作られた労働団体を代表する組織から与えられた。献身的な活動の結果、これらの組織は保護所ならびに幼稚園 (Heime und Kindergarten) を作り上げた。またほとんどすべての工場はすでに託児所 (Tagesheime) を持つており、さらに中央託児所の設立は特記すべきことである。この所長は精神分析学の素養のある心理学者である。

母親に対する教育相談的なグループ活動が強力に行われており、よく考慮された社会的精神衛生的教育が数百の子供たちに与えられている。(佐治守夫)

* „Psychohygiene in Ungarn” von Dr. med. ENDRE PETÖ (Leitender Arzt der Psychotherapeutischen Ambulanz der Landeskrankenkasse) による。

(9) ポーランド

1933年来設立されていた精神衛生のための施設はヒットラー政権に永く支配されていたが、1950年1月1日をもつてワルシャワにある中央精神保健機関と Lodz, Kraukau, Pasen, Danzig 等にある12の州立診療所にうつされた。これらの機関の活動は、ソヴィエトの学者 PAWLOW によつてつくられた条件反射学にもとづいて行われている。この立場から、患者の環境条件が考慮され、独自の近代的検査法および治療法に努力が払われている。ここ二三年の報告書によると、これらの機関の発展は著しく、一方戦争の結果、神経症の増加もあり、1950年から51年にかけてその仕事は50%の増加を示している。中央保健機関は、戦後55室からなる建物を持ち、かつ約10名の協力者を雇つて、その機構は州立診療所のモデルとなつており、それらの業務に対し権威ある統制を行つて、職

員の業務成績、診断治療法の撰択等に関して注意し、絶えず各診療所の活動に関する報告を受取つている。また各診療所の医師および協同研究者たちは時々ここに来て再教育を受けている。

この保健機関は次の五つの部門からなつている。

青少年を対象とする部

この部門の目的はノイローゼ、精神病質、精神薄弱、言語障害、それにテンカンによる性格障害のごとき、精神障害や精神病の治療と予防である。患者は家族調査をはじめ、心理テストおよび身体的検査によつて確められ、特に600のベットがあつて、長期の観察および治療がなされる。ここでの治療は心理学的、医学的、教育学的の方法および薬物等による患者自身に対する直接治療と、環境に対する心理学的治療等である。

成人を対象とする部

ここでは18才以上の成人を扱つており、ノイローゼ、精神病、生活不適應などの精神的障害者を対象としている。ここでも青少年の部と同様の治療法が行われ、必要に応じて電気ショック、インシュリン・ショック、催眠分析、エーテル注射などがほどこされる。また環境への働きかけも行われている。

アルコール中毒者を対象とする部

アルコール中毒者に対して適当な近代的な心理学的、医学的治療がなされ、特に治療期間には詳細にわたる監督がなされる。

以上のどの部門においても必要があれば入院させることが出来るか、また適当な病院に紹介することもある。

これら三つの部以外に、積極的な十分な検査と治療を、特殊な指針にもとづいて実施する診断および治療部、また救済部と称して保健機関に来ていた患者および精神病院を退院した回復期の患者を対象として、各種の治療法の完遂に努め、患者およびその周囲の人達と連絡を保ちながら監督してゆく部門や、再度悪化した場合の指導および日常生活に困難を生じた時に助力を与えるアフター・ケヤーの部門等がある。

以上の五つの部門により中央保健機関の基礎的機構が作られているが、更に3才から14才の精神病、神経症および性格異常者の心理学的検査および教育のあらゆる近代的方法が利用される部門がこの機関の近くに設置されている。

以上のごとく精神保健のための保健所網は、ポーランド国内にほとんど完成し、すべての協同研究者はできる限り多くの患者の良い助力者たらんと努力している。しかも現在あらゆる年齢層の患者約1万名が保健機関の保護のもとにある。このような所で働く職員は高度に専門化された人で、しかもワルシャワにある精神衛生大学で主として勉強した精神医学者、心理学者ならびに教育者よりなつている。

この機関では病院ではなし得ない大きな仕事を実施し、いまや医学的精神医学的事業の機構で

は大きな役割を果し、懸命に保健の問題ととりくんでいるのである。(竹村和子)

* „Der gegenwärtige Stand der psychohygienischen Hilfe in Polen“ (“Offener Dienst”) von Dr. med.
K. KANCEWIEZOWA, Warschau.

V アジアおよび地中海東部諸国

(1) ビルマ

ビルマ精神病院 (The Burma Mental Hospital at Tadagale) は戦前は 1,050 の病床を有していたが、戦時中、日本軍が占拠していたため爆撃され大破した。現在その一部が再建され、1954年、45名の患者を収容して再開された。現在は収容定員 300 であるが、訪問当時は 612 名の患者が収容されていた。

退院率は極めて高く、新入院患者の回復率は60%以上に達しているが、明らかに十分な訓練を受けた精神科医および看護婦が不足している。建物も旧式で、作業療法の適切な設備もない。主として行われているのは電気ショックで、インシュリン療法はあまり行われていない。

この病院で示された病名別分類の数字はいささか驚くに足るものであつた。ことに、これをわずか数百 mile を隔てるにすぎないタイの Dhonburi 病院の同じ1953年の数字と比較すると興味深い。

Dhonburi 病院は規模もはるかに大であるが、年間の入院数は1953年度には Tadagale 1,104, Dhonburi 1,440 で大なる差はない。

	Tadagale (ビルマ)	Dhonburi (タイ)
精神分裂病	311	1,013
躁病	305	27
進行麻痺	225	41

この差違を生ずる社会的・経済的・文化的原因を究明することは興味あることであろう。

この病院とは別に、Nimbu に定員 160 の犯罪精神病患者のための病院があつたが、空襲によつて完全に破壊された。

この国においては、その必要は明らかに増大しつつあるにもかかわらず、精神病患者の保護および心理的社会的障害の予防のための事業は非常に不足しているようである。よき訓練を受けた精神科医・精神科看護婦・臨床心理学者をもつと多く必要とし、児童および精神薄弱者のための事業を必要とすることは明らかである。(高木四郎)

(2) タ イ

精神衛生団体

この国には世界精神衛生連盟の加入団体として「タイ精神医学会」(The Psychiatric Association of Thailand)がある。

精神病院

精神病院は5カ所あり、定員総数は3,500である。それに対し必要とする病床数は18,000と推定されている(同国の人口は18,000,000)。

Dhonburi 病院(The Main Hospital at Dhonburi)は Bangkok 市内にあり、1,600以上の患者が収容されているが、はなはだしく定員超過の状態にあつた。敷地は比較的狭少であるが、美しい庭園と適当な作業場を有している。

病院には成人ならびに児童のための外来診療所がある。医師数も適当で、かれらの大部分はアメリカで訓練を受けた有能な人たちであつた。この国には十分な訓練を受けた精神科医は全部で約30名いるとのことである。

行政組織

精神衛生に関する事項は現在公衆保健省(The Ministry of Public Health)精神病院課(Division of Mental Hospitals)が管轄している。目下これを精神衛生部(Department of Mental Health)に昇格する計画ができています。

計画中の精神衛生部には(1)精神病院(Mental Hospitals),(2)精神衛生教育(Mental Health Education),(3)精神衛生(Mental Hygiene)および(4)研究(Research)の各課をおくことになつている。同部は一方においては法務、教育文化の関係各省、他方においては民間精神衛生団体、社会事業学校、UNESCO、WHO、FOA(The Foreign Operation Administration of the U. S.)派遣の技術援助チームと連繫をとることになつている。

これによつて現在まだあまり発展していない予防の仕事を促進し、医師以外の専門家たちの関心を育てることが期待できよう。

国際児童研究会(The International Institute of Child Study)

この研究会は、タイと北米の児童の発達および教育の比較研究を目的として UNESCO が計画し、タイ政府が主として財政的負担をして開かれている。

Toronto の Prof. WILLIAM LINE がこのために派遣されており、すてにはなはだ興味ある成績をあげている。(高木四郎)

(3) 香 港

精神衛生団体

世界精神衛生連盟はまだこの地に加盟団体を持たないが、最近精神衛生協会が発足して、連盟はある程度これに援助を与えている。

精神病院

精神病院は山腹にある古い建物で、設備も不完全である。中国革命以前には香港の患者の大多数は広東の精神病院に収容されていたが、もちろんそれは現在では不可能である。現在、病院ははなはだしい定員過剰で、定員 300 のところに 500 名が収容されている。院長の外に 2 名の医師がおり 2 名の優秀な英人男子看護人が監督に当たっているが、看護婦長（英人）は仕事の困難さに失望して辞めようとしている。

われわれは現在の建物を一部分、昼間病院（day hospital）に転換することの可能性について話し合ったが、患者の 60% は家がないとのことであつた。このことは、人々が家を持たず、また一室に多勢で住んでいるような国々での精神病院について考える際に記憶すべきことである。

1,000 の病床を有する精神病院を設立する計画がある。しかし、予定されている敷地は本土、すなわち九龍側で、九龍から 21 mile あり、危険な曲折した道路に沿っているので、適切か否か疑問である。

病院所属の 1 名の看護婦は目下英本國で訓練を受けており、なお 3 名が間もなく派遣される。

非行少年の問題

香港の人口は本土から避難民が流入したので、一躍倍以上に増加した。生活状態は不良で、さまざまな種類の非行が多数に存在している。われわれは九龍にある定員 100 のすぐれた男子少年院（residential club for delinquent boys）を視察した。この施設は自治制をとっており、少年たちには多大の自由が与えられているが、逃走しようとしなない。

われわれはなお、救世軍が経営している 2 カ所の非常に優秀な少年院（1 カ所は男子、他の 1 カ所は女子）を見た。（高木四郎）

(4) フ イ リ ッ ピ ン

精神衛生団体

フィリッピン精神衛生協会（Philippine Mental Health Association）が連盟の加入団体である。

医療事情

フィリッピンには人口 20,000,000 に対し 4,000 名の医師がいるが、その大部分は都市に集中して

いる。

精神科専門医は7名で、すべて California 大学で教育を受けた人たちである。

精神病院は1カ所で、定員1,200に対して3,750名を収容しており、定員過剰の状態にある。

多数の外国婦人を会員に含む二つの婦人会が奉仕をしており、うち1団体は資金を集めて近代的模範的な治療病棟を建てた。

診療所 (Clinic) はわれわれの知る限りただ1カ所で、精神衛生協会が小さいガイダンス・クリニックを運営している。精神病院から各1名の精神科医、心理学者、ソーシャル・ワーカーが兼任して、1週3回、2時間づつ仕事をし、成人、児童の双方を扱っている。

陸軍は合衆国陸軍から引ついだ大きな設備の立派な病院を持つており、精神科病室もあり、数人の精神科医を有している。しかし、ここでは神経外科に重点がおかれているようである。

児童研究所の計画

最近、精神衛生協会はフィリピン健康教育協会 (Philippine Health Education Association) と合同会議を開いて、精神薄弱の原因と予防の研究、その教育指導の促進を目的として、教師、ソーシャル・ワーカー、医師、研究者、その他精神薄弱児の教育と更生に関心を持つ人々より成る国立児童研究所 (National Institute for Child Study) を設立すべきだという決議をした。(高木四郎)

(5) シンガポール

精神病院

シンガポールの人口は1,000,000に達するが、その60%は中国人が占めており、その他マレー人、インド人、欧亜混血児、ヨーロッパ人等から成っている。そして優秀な職員と多くの学部を有する大学がある。

精神病院は市の中心部より9 mile の地点にあり、360 acre の敷地を有しており、よき作業療法設備を持つている。

幹部看護婦は英本国で教育を受けた人たちで、病院には看護婦および男子看護人のための正規の教育課程が設けられている。

病院敷地内に精神薄弱部を設ける計画があり、また市内から神経科を移転することも考えられている。

市内の総合病院には精神科ベットがあり、外来もある。今日のところチャイルド・ガイダンス・クリニックはまだない。

医科学生に対する精神医学の教授時間数は極めて少く、記憶に誤りがなければ、わずか15時間である。

入院患者の一部はマレー連邦から来ている。連邦における精神病院の状態は良好ではなく、

Johore には 1,000 名の慢性患者を収容する病院があるが、専門医はいない。また Kuala Lumpur には定員 3,500 の病院があるが、その設備は貧弱である。

その他の精神衛生問題

青少年の非行は比較的少いという。しかし、青少年の養護については大きな問題が存している。売春と阿片吸煙とは共に大問題である。

現在精神薄弱者のための施設はないが、その設立が計画されている。

問題児、盲者のためのいくつかの良い施設があるが、その多くはカソリック系である。

(高木四郎)

(6) セイロン

医療事情と精神病院

セイロン島の人口は 8,500,000 で、8,000 の医師を必要とするが、現在 2,000 名を有するに過ぎない。

精神病院はただ 1カ所で、定員 1,800 であるが、現在 4,000 名を収容している。

英国本土で教育を受けた 5 名の精神科医がおり、なお 4 名が London に留学中である。5 名のうち、1 名は正規の資格を有する精神分析医であり、なお数年間この病院で働いている 1 人の Vienna から来た精神神経科医がいる。看護婦長は英本国で精神科看護の教育を受けた人であり、その下に約 30 名の看護婦がいるが、特別な養成課程はない。

この病院は Angoda 病院と呼ばれ、Colombo の中心部から 6~7 mile の地点にある。建物の多くは貧弱で、高い塀で囲まれているが、その塀は次第に除去されつつある。作業療法の設備も不完全である。一部には回復期患者のための新しい病棟および私費患者のための快適な病棟もある。

本院から 70 mile を隔てて分院があり、150 名の慢性患者が収容されて農耕作業に従事している。この分院は近く定員 500 名にまで拡張されるはずである。

さらに本院から 2 mile 離れた所に新しい治療病院が建設されるはずであり、500 名の定員が予定されている。

その他

Colombo 総合病院の外来に属するチャイルド・ガイダンス・クリニックがあるが、心理学者はいない。

Rotherfield Society という団体があり、毎週会合を開いて主として精神衛生問題を扱っているが、現在のところ、セイロンには WFMH 加入団体はない。(高木四郎)

(7) イ ン ド

(a) インドではBangalore, Bombay, Dehli の3カ所を訪れた。

Bangalore

当地には新たに設立された「全インド精神衛生院」(All India Institute for Mental Health)がある。これは W. H. O. 顧問の援助の下に計画されたインド政府の事業であつて、Bangalore 精神病院内にあり、近代的建物を有している。その目的とするところは精神医学の系統的教育と関連領域の基礎的研究である。

生化学、心理学の研究者はすでに集まつており、神経病理学その他関係領域の研究者も近く任命されるはずである。

2年間の教育課程はすでに始まつており、十数名の学生がインド各地から集まつている。

現在、精神科看護の課程はないが、近く W. H. O. の援助で指導者が到着し、課程が開始されるはずである。

児童精神医学あるいはチャイルド・ガイダンスも非常に必要とされているので、その教育も次第に行われるようになるだろうと推測される。

Bombay

当地には WFMH の加入団体である「インド精神衛生評議会」(Indian Council for Mental Hygiene) の事務所がある。

師範大学の婦人学長は模範チャイルド・ガイダンス・クリニックと積極的に協力しており、精神衛生の原則の教授に関しても賢明な態度を有しているようである。

この地方には精神分析家のグループもあり、その多くは非医者であるが、精神疾患の治療および予防の問題についても少からぬ関心を持つている。

Bombay 地方においては多くのよい事業が始められている。2カ所の教育病院 (Teaching Hospitals) には精神科の病室も外来も設けられている。

チャイルド・ガイダンス・クリニックは4カ所あるが、その職員構成はやや不完全である。

Tata 社会事業学校 (Tata School of Social Work) においては長年にわたつて精神衛生の原理に関する講義が行われてきている。

われわれは2カ所の民間施設、すなわち、精神薄弱児のための学校と小さい収容施設とを見たが、それぞれ良好な事業であるように見えた。

Bombay 州には5カ所の精神病院がある。その中、最もよいのは Poona の病院だとのことである。

精神薄弱者または問題児のための施設はない。

われわれは Bombay 市外の Thana にある Bombay 精神病院を訪れた。この病院は定員400床に対し、1,200名が収容されていた。院長は若い精神医学専門医で、西洋医学の訓練を受けたいま1名の医師とともに、病院の改善のために最善を尽している。医師はこの外にさらに2名の土俗医（漢方医のごときものでインドには多数いる）がいる。そして薬草による治療が広く行われている。看護婦の数は少く、作業療法の施設はなく、建物も古く不潔である。

Thana 病院はあまり良好でない病院の一つかもしれないが、明らかにインドにおける病院の典型的なものであろう。良好な病院は Bangalore および Ranchi の2カ所で、それらは建物のみならず職員も良好であるという。

Dehli（この地区については特記すべきことは報告されていない。）

以上の3地方において、すべての事がいかに発展をとげつつあるかということは非常に印象的であつた。

精神病院は全部で15カ所あるが、病院自体に関しても入院患者に関しても一般の関心は薄い。また正規の訓練を受けた職員もはなはだしく不足している。予防および一般的な社会的改良については、おそらく精神科医以外の人々の力にまつところが多い。

Ahmedabad におけるキャラコ工場においてなされつつあるすぐれた事業、Jamshedpur の製鉄工場における人間関係の事業、あるいは精神医学、精神科看護の訓練を行いつつある Lucknow における精神科等についての話を聞いたが、時間の関係で実見できなかつたのは遺憾であつた。

（高木四郎）

(b) インドには世界で最も富めるものと、最も貧しいものが並存している。一方では偉大な哲学と認識論があるかと思うと、他方では無知と迷信が存在している。インドの土地は豊かだが、慢性の栄養不良と飢餓が拡がっている。幼児死亡率は高く、産褥熱や結核が拡がっている。だが精神身体医学の思想である、慢性の情緒的緊張が心身におよぼす影響については、古代インドの思想に述べられている。

インドの変遷過程

民族間の競争、教育の不備、言語の多様性などが、精神医学的了解を妨げている。また農業経済から工業化への転換に伴つて、社会的、職業的、家族的秩序に問題が起り、不安がひき起されている。例えば紡績工は不満への反応として、昔の神の代りに、酒と映画による空想生活にはけ口を求めている。

初等教育の不足と、大学不足のための超満員の学生がある。また、早婚による結婚への準備不足から妊婦の精神障害が多く、精神科クリニックを訪れる患者の10%を占め、結婚相談が精神衛生プログラムの重要課題である。多産と栄養不良を防ぐには産制が必要であり、Bangalore に人口問題研究センターがつくられた。

精神障害と精神医学的施設

精神障害者の統計はできていない。現在、総人口 375,000,000 人のうち、精神障害者は大体 1,000 人に 2 人とみなされ、ほぼ 1 千万人が治療を必要とするとして、ことにてんかんは 200 人に 1 人と推定される。従つて少くとも 200 万床のベットが必要であるが、現在のベット数は 5 万床に過ぎず、20 の公立病院のほか、精神科クリニックの名に値するものは僅か 6 カ所に過ぎない。これにいられるのは、Ranchi, Poona, Madras および Bangalore 等である。さらに神経症を加えると 600 万床は必要である。現在のところ、狂暴患者と犯罪者だけが収容されているに過ぎず、患者の家族も警察による収容ということから、世間をはばかっている。また一般に精神病は悪魔の憑依によると考えられ、医療を求めない。精神医学の専門家も少ないが、一般医師の精神障害に対する知識も低い。上級の医学コースでも精神医学の基礎知識が教えられていない。精神障害の原因には、慢性の栄養不良、熱帯病、貧血、多産、早期の老人現象などがあげられ、ことに栄養障害はプロテインとアミノ酸の欠乏をおこし、肝障害による錯乱、不安、分裂思考などが見られ、インシュリン・ショック療法が危険なことがしばしばある。

工業化と都会化に伴い、青少年犯罪、組織的な犯罪、ことに窃盗、強盗、暴行などが目立ち、自殺の比率も高く、殊に Madras, Bangalore, Bombay などに多く、3 分の 2 が精神障害を示し、半数がアルコールに起因している。

世界の精神医学への貢献

しかし、インドには古来の精神衛生の思想がある。最近ではアメリカの精神医学が拡がり、力動的な思考が強調されてきたが、インドや極東の習慣や文化は、欧米とは異つており、インド固有の思想と、医師対患者の關係に立脚せねばならない。最近の研究は古代インド的方法から導かれた深い洞察にもとづいている。こういう基本的な態度が、世界の精神医学に貢献すると信ずる。例えば最近のヨガの思想や、サイバネティックスの基本的な考えはインドの思想からおこつている。

精神衛生サービスの組織

- 1) 栄養状態の改善、人口統制、結婚相談の必要性。
- 2) 熱帯病、結核、乳児死亡、産褥熱の防止。
- 3) 精神医学クリニックをさらに 7 カ所増設し、精神障害者のコロニーをつくること。
- 4) Bangalore の全インド精神衛生研究所の発展をはかること。
- 5) 精神科看護婦の養成、作業療法士の養成 (Bombay および Baroda)、臨床心理学専攻者の養成。
- 6) 幼児の問題、栄養、伝染病等の予防をはじめ、職場問題や犯罪者対策。(加藤正明)

* „Psychohygiene in Indien” von Dr. med. M. V. GOVINDASWAMY による。

(c) インドの精神衛生の中心となつていのは 1944 年 10 月に設立されたインド精神衛生委員会であり、この委員会によつてインド精神医学および精神衛生研究所(1943 年設立)がインド精神衛生

および人間関係研究所として1951年に改組され、精神衛生活動の中心となつている。この研究所長は昨33年来日した Dr. K. R. MASANI であり、かれが残していつた研究所報によれば、現在のスタッフは13名(精神科医7, 精神分析家3, P. S. W. 1, 心理学専攻者1, 保健教育者1)であり、臨床サービスとしてはまず、児童相談クリニックがあり、年間約100名を扱い、最もよく見られるのは盗癖、家出、激しい羞恥、神経質または気分易変、言語障害、夜尿などである。そのほか、Worli の移動病院におけるコミュニテイ精神衛生クリニックでは、ボンベイ市および郊外の下層階層に対して無料サービスを行い、1人の精神科医と2人の精神分析家がパート・タイムで、年間約100名の患者を扱い、その半数は系統だつた精神分析療法を受け、他は支持療法を受けている。

また、この精神衛生委員会は結婚相談所や育児相談所をもち、後者には年間400人の母親が来所しているという。

さらにまた精神衛生関係職員の養成にも力をいれ、有資格の精神科医に対する児童精神医学の2年間の訓練が1953年来行われ、ソーシャル・ワークへの助言指導もこの研究所によつて行われている。

最後に、現在フルブライツ基金によつて研究しているテーマとして、「教育における創造的表現の利用」「学校との関連における家庭の文化的規準の分析」「青年非行をひきおこす社会的要因」などがあげられていることを附記する。(加藤正明)

(8) パキスタン

一般的事項

Karachi には Pakistan Association for Mental Health, Pakistan Institute for Mental Hygiene という二つの WFMH 加入団体がある。

パキスタンは著しい変貌をとげつつあり、Karachi の人口は主としてインドからの避難民の流入により30万から150万にふくれあがった。インドとの分離以来、すべてのことを第一歩から始めなければならず、加うるに何百万という避難民に住居を与えるという難問題に当面したパキスタンは、いまや精神衛生の諸問題(治療予防ともに)を取上げるべき段階に到達しつつあるように思われる。そして多くの事が効果的になされつつある。

精神病院

精神病院は Hyderabad (Sind), Lahore, Peshawar の3カ所にあるが、どこでも職員は不足しており、看護員も不適當である。2カ所においては院長は精神医学の専門的訓練を受けているか、あるいは相当の経験を有している。

以上の外、さらに Karachi の医科大学に近接して、精神病院を建設する計画がある。

(高木四郎)

(9) レバノン

学 界

レバノンには WFMH の加入団体は目下のところない。

ここには米国系の American University of Beirut (A.U.B.) があつて、そこでは精神医学、心理学、社会学、教育学、人類学、一般医学の密接な協力によつて、この国の精神衛生問題について興味ある研究がなされつつある。

アラブ諸国におけるこの大学の影響は精神医学、精神衛生の領域においても極めて大である。すべてのアラブ諸国から医師、看護婦が Asfuriyeh の精神病院および大学病院の精神科外来において訓練を受けている。学生たちは96時間の授業を受け、その半数は精神病院において2カ月の訓練を受けている。

精神病院

Beirut は英国の経営による Lebanon 精神病院、フランスのカソリック教団経営の Hôpital de la Croix という二つのすぐれた精神病院を有しており、レバノンのみならず隣接諸国の人たちのためにより治療を提供しているだけでなく、専門家に訓練の機会を与えている。

Lebanon 精神病院は長い歴史と優秀な医師、看護陣を持つており、建物も立派で、作業療法も行われ、近代的治療も十分行われている。定員は450名であるが、その4割はレバノン以外からの患者で占められている。

この病院では最近アラブ諸国からの看護婦の教育がその国語で行われ始めた。

Hôpital de la Croix は最初は1人のカソリック神父によつて老人と困窮者のための福祉施設として始められたが、次第に精神病院に変貌してきたのである。

この病院には約500人の患者と6名の医師がいる。院長はパリで精神医学および精神分析の教育を受けた人で、他に現在1名の医師が W. H. O. フェローとしてパリで訓練を受けている。

(高木四郎)

(10) エジプト

エジプトには WFMH の加入団体として「エジプト精神衛生協会」(Egyptian Association for Mental Health) がある。

精神病院としては、Dr. B. Behman が経営する Helwan の私立精神病院を訪れた。この病院は定員約100人で、この国の最良の病院の一つである。院長の外に4名の医師が働いている。精神衛生協会の経営する児童クリニックは残念ながら時間の都合で訪れることができなかった。(高木四郎)

(11) ス ダ ン

スダンは850万の人口を有し、その大部分は単純な人々であるが、精神医学的にみても遅れており、ただ1人の精神科医がいるにすぎない。

犯罪精神病患者のための小さい病院があるけれども、それ以外に精神病院というものはない。しかし大家族制度をとるこの回教国では精神病患者を家族内におくことが次第に困難になつてきているので、精神病院の必要が次第に感ぜられてきており、近く設立されることになつている。

この国唯一の精神科医である Dr. Tigani el Mahi によつて北 Khartoum に精神科診療所が経営されている。医学校においては同医師によつて精神医学の授業が行われているが、その時間数はわずか15時間である。

この国においては精神病患者はたいていその種族あるいは地域の宗教的療術者のところにゆく。

Dr. Tigani はこれらの療術者と緊密な連絡をもつており、療術者たちは重症の患者はかれのところへ送り、Dr. Tigani のほうでも、ある症例はかれのところへ送り返す。というのはかれらの行う精神療法はしばしば効果をあげるからである。数人の若い医師たちが現在、外国で精神医学の訓練を受けており、近い将来には精神医学的治療と予防が普及する機会があろう。(高木四郎)

(12) イ ス ラ エ ル

イスラエル国家の急変以来、精神衛生を改善しようとする動きが急速に発展してきた。これは、驚くべき大量移民、少くとも2倍以上のユダヤ人の人口増加の結果の故であり、この動きは公私何れの機関においても益々促進されている。

精神病の治療は非常に自由な条件の下で行われている。強制手段は稀で、多くは短期間の隔離が適用されている。大概是持続浴(Dauerbad)をしなくても済み、患者の周囲に刺激的な原因がないように努力するのである。例えば、患者が自分の要求を全く充たす事ができないとか、あるいは自分の家族に会えないとかいうようなことはなくなつた。その上患者の入院中に家族に対してケースワークが行われ、家族達は患者の状態に合わせて、患者を受容れることを学ぶ。治療の重要な着眼点は正常の社会環境とできるだけ同じような病院環境を形造ることである。従つて患者は本来の作業療法他に、お祭やその他の準備に関心をもつのみならず自分もまたできるだけ病院で共に準備をしたり、定期的に映画や芝居を見に行つたりする。最近の物理的、精神外科的治療法もおざりにされてはいない。

患者は社会的適応が困難であるために、退院後のアフターケア(Nachbehandlung)は再発の予防上さぶる重要であり、同様にケースワークもまた必要である。このことから厚生省精神衛生課

では3大都市に、精神科医、心理学者、精神医学的ソーシャル・ワーカー、管理人各1名ずつのメンバーを擁する精神病のアフターケアのための精神衛生センターを作った。

神経学と精神医学はヘブライ大学医学部で、それぞれ、L. HALPERN 教授、H. Z. WINNIK 教授によつて講義されている。医学部の学生は2カ月間ずつの臨床的な仕事が課せられ、その学期の終了後には試験を受ける義務がある。

青少年の精神衛生のためには、いま Haifa と Tel-Aviv に、社会福祉省 (Ministerium für Soziale Fürsorge) の児童相談所 (Child Guidance Clinic) があり、問題児 (および不良児) が治療されている。1949年11月から “Albert Lasker Mental Hygiene and Child Guidance Center of Hadassah” は妊婦と若い母親たちのための相談所として活躍し、神経症の子供を治療している。

私立団体や半官の施設でも、実際的研究的な精神衛生の仕事をしている。“Israel Neuropsychiatric Society” は60人の精神科医と神経外科医で組織されている。国際機構につながる精神分析会は20人の医師と二三の非医師から成り、少数の精神分析家と治療家とがこれに加わっている。精神衛生の分野には、精神科医や熟練した専門家の不足が叫ばれている。(例えば熟練した精神医学的ソーシャル・ワーカー、看護婦、教師等々)

“Israel Society for Mental Hygiene” は1946年に設立され、教育と移住の問題に主な関心を向けている。

Haifa にはロータリークラブにより近頃新たに “Society for the Rehabilitation of Mental Convalescents” が回復期にある精神病患者の復職を促進する目的で設立された。

また所謂、Malben というのは、1949年以来、アメリカユダヤ人共同地区委員会 (American Jewish Joint Distribution Committee), Jewish Agency および政府によつて共同に運営され、慢性病や病弱な勤労不能者たちを取扱う機関である。1950~52年に250人の回復の見込みのある子供 (内約40%は虚弱児、60%は肢体不自由児) が Malben に委託された。1951年には50人のこの種の子供たちのために、Malben ではイエルサレムに施設を作り、精神病の研究や、神経症とか慢性的な不具の移民の治療処置を講じた。1953年5月末までに3,300例を扱い、いまなお約850人の病院看護をしている。

イスラエルにおいて緊急の解決を要する精神衛生上の問題は山積しているが、何よりもまず移民の問題であり、条件の許す限りにおいて、最も可能な適応を助長することが主な仕事であろう。現在総人口の89%を占めるユダヤ人の住民数は、既に建国当初の3倍以上となり、ユダヤ人口の4分の3近くは世界各地よりの移住者で、文化的にも社会事情も人類学的にもそれぞれ異なっているのである。既にたくさんが行われ、更に多くの事が計画されているにも拘らず、精神衛生の分野における体系的な研究に欠けている。まだまだ経済的社会的分野や新移民の吸収の点で、心理社会的に精神衛生の体系的な適用が不足している。(加藤正明、高柳信子)

* „Stand und Aufgaben der Psychohygiene in Israel” von Dr. med. ABRAHAM A. WEINBERGによる。

(13) 中華民國(台湾省)の心理衛生

一般事項

中華民國は世界精神衛生連盟(WFMH)の加盟国である。中国心理衛生協会は創立以来すでに20年の歴史があり、毎年1回全体会員大会が開催される。会員の資格は精神科医・心理学者・教育家・公共衛生専門家およびソーシャルワーカーである。

台湾省の医学教育機関には公立の台湾大学医学院、国防医学院(軍医の養成学校)と私立の高雄医学院(本年夏、第一期卒業生を送り出される)がある。

今日までのところ、専門医の制度はない。精神科の医師はみな大学の精神科あるいは精神病院で臨床の経験を積んだ後、精神病患者に献身するのである。台湾全省の精神科医の総数は軍方と民方とを合わせて約60名である。そのほか漢方医(中医)も精神病患者の診療をやっている。

精神科医のサービス範囲は大学の精神科、精神病院、Child Mental Health Center(児童心理衛生中心)で、そのほか刑務所、各地の Guidance Clinic には兼職の者が多い。

比較していえば心理学者が心理衛生に対して多く貢献している(ことに学校の心理衛生方面)。

精神神経科の学術研究発表は毎年1回の台湾総会と台北地区の精神神経学会で行われている。

精神病院

台湾省立錫口療養院は25年の歴史を有し、病床数は480、うち200床は1959年2月から患者を収容する。収容患者の85%以上は精神分裂病で、陳旧例が多い。

台湾最大の精神病収容機構は東部花蓮地区の玉星医院で、約1,200名の患者を収容している。

台湾大学精神科は28床、また高雄医学院と台湾省政府衛生処合作の精神病院は120床で本年開院する予定、軍方の総合病院には120床の精神病患者病棟がある。

その他各地の開業精神病院(平均20床)と総合病院の精神科病棟合計約4,000床がある。

心理衛生有關事項

麻薬嗜癖者の問題——政府は1955年6月に法律を公布して根除の苦心を計った。全省の嗜癖者557名を強制的に入院脱癖させ、その後警察の監視下に再吸食者を犯罪人と認めて収容治療している。

社会救済機構——公立10カ所、私立19カ所が全省各地に設立されている。収容人数は7,771人(1958年1月)。業務内容は安老、貧民習芸、児童教養で、うち2カ所が精神病患者の収容治療をやっている。

精神薄弱者——精神薄弱者のための施設と教育機構はまだない。

非行少年——特殊学校はおもに反社会的の少年を収容教育する学校で、台北市の近郊に1カ所ある。

問題児童，非行少年（太保——太陽族あるいは月光族の意味），犯罪少年は近年増加の傾向にあり，有識の士の関心をひいている。

中国は農業社会の国家で，数千年の歴史があり，家族制度は比較的に完善で，いわゆる「父慈子孝兄友弟恭」の伝統美德により少年犯罪の問題は非常に少かつた。しかし，近年商業発達のため農業社会は破産の境介に陥りつつあり，小家族制度の勃興突起は台湾各階層の社会を通じて見られる。父母は朝出晩帰のため子女は経常的管教を失い，悪友との交遊のため犯罪に陥る。これが少年犯罪の最大原因であろう。

1953～1955年3年間の司法当局による過失少年，犯罪少年の統計は次のごとくである。

(1) 過失少年（虞犯少年を含む）

年次別	1953年	1954年	1955年
過失少年	5,802	7,936	9,443
うち窃盗少年	3,140	4,111	4,830

(2) 犯罪少年（第一審結ケース）

年次別	1953年	1954年	1955年
犯罪少年	1,974	1,347	1,620
うち窃盗少年	1,654	952	1,220
保安処置したもの	75	109	96

矯正保護施設——少年感化教育機構は感化院と称し，高雄，彰化，台北の3カ所がある。少年監獄は新竹に1カ所がある。

その他——問題児童の純精神医学的サービスは台北児童心理衛生中心でやっている。外来だけであるが，本年小病棟を開設する予定である。

学校の心理衛生はおもに心理学者が各地区の学校で実験的にやっている。たとえば基隆扶輪社(Royal Club)のメンバーなどが熱心に試みている。(台湾省立錫口療養院心理衛生科主任医師楊宝文)

Ⅵ 南 米 そ の 他

(1) カ ナ ダ

カナダ全体にわたる最近の資料が不十分なので、主としてケベック州およびオンタリオ州に限って精神衛生活動の現況を述べる。ケベックではモントリオール市にマクギル大学附属アラン・メモリアル精神医学研究所の E. CAMERON 教授を中心に、精神衛生研究所、モントリオール総合病院精神科、ヴェルダン・プロテスタント精神病院などがある。

アラン・メモリアル研究所は1930年に創設されて以来、CAMERON 教授が中心となつていて、1946年にはじめてデイ・ホスピタルを開始し先鞭をつけたので有名である。毎日平均30名前後の患者が交代で通院し、朝、昼、夕と三つのタイムがあり、合計200人近くの患者が扱われている(週1回のもも月1回のももある)。勤務者は常勤看護婦が学生を含めて5~6名、雑役2名、書記1名、精神科医とレクリエーション療法家は病院と兼任し、作業療法や集団療法は入院患者と合同して行い、そのほかに電撃療法、インシュリン療法(亜昏睡)、個人精神療法、精神安定剤などの投与を行つている。とくに週2回の患者社交クラブと心理劇が新しくとりいれられている。また副教授の E. D. WITTKOWER は Transcultural Psychiatry のセミナーをもち、ロンドンで発行されている「国際社会精神医学雑誌 International Journal of Social Psychiatry」の副主幹であり、慢性分裂病患者のレクリエーション療法や、ガンおよび結核の精神身体医学的研究など、幅広い活動をしている。

モントリオール総合病院精神科の A. MOLL も、CAMERON とともに1946年にデイ・ホスピタルをはじめ、同年に夜間病院をもはじめている。

この精神衛生研究所は、B. SILVERMAN 副教授が所長であり、1919年に第一次大戦の在郷軍人の精神衛生のためにつくられ、1923年に社会福祉省の補助金を受け、1949年以後、州の予算が与えられるようになった。所属する30人のスタッフは精神科医、臨床心理学専攻者、P. S. W. のほか、精神衛生看護婦、結婚カウンセラー、Parent educator などで、年間1,612名の患者を扱い、そのうち81%が20才以下のものである。ロイヤル・ビクトリア病院および Y. W. C. A. にある二つのクリニックは“*Well-being clinic*”と呼ばれ、主に20代の健康な女性を中心に、セミナー、レクリエーションなどを行つている。1952年にできた結婚相談部は1954年に現在の結婚相談センターとなり、カウンセラーの養成、結婚前のカウンセリングおよび結婚問題などをとりあげており、経済的援助は社会福祉事務所および赤い羽根基金から受けている。90%は既婚者、10%が未婚者のカウンセリングであり、平均の料金は1回約5ドル、1年間214例中、自発的に来所したもの154例、問

題点は性格の問題48例，一般の困難44例，不貞23例，結婚前の問題21例，別居か離婚かの決定18例，性的困難17例，その他となつている。

そのほか移動クリニック，学校および産業カウンセリングなど多角的な仕事をしている。

ヴェルダン・プロテスタント精神病院は，ROBERT 院長以下13名の精神科医がおり，1,700名の患者を収容し，薬物療法，ショック療法，集団治療はかなり盛んである。

モントリオール児童病院の児童精神医学部は1950年以来開設され，昼間治療センターではとくに小児分裂病に対し，個人，集団療法と両親の集団療法を行つているほか，年間450例の新患がある。

マクギル大学を中心とするこれらの精神衛生活動は英系プロテスタントに属するが，これと並んで仏系カソリックに属する精神衛生活動がある。精神薄弱児700名のためのMt. Providence病院，精神障害者6,000名を収容するSt. Jean de Dieu病院，青少年非行者85名を収容するボスコビル矯正院などが，このカソリック系の施設であり，修道看護婦，ヴォランティアの活用，教父を施設長とするボスコビルの開放矯正施設などが特徴的であるといえる。

そのほか8地区に1カ所ずつのFamily Service Centerや，アルコール嗜癖者のためのクリニックなどがあげられよう。なおオンタリオ州ではトロント大学精神科のStokes教授を中心にデイホスピタルや集団治療の問題などがとりあげられている。

以上のようにケベック，オンタリオ両州では，アメリカ精神医学の影響がつよいが，精神分析や深層心理学に対する抵抗は，イギリス系プロテスタント，フランス系カソリックにぞくするいずれの病院や大学にもつよいようである。

なお，カナダ精神衛生協会1957～58年度年報によれば，協会はカナダ各州に支部をもち，おのこの独自に活動しており，会員資格はすべてのカナダ市民に開放されている。1958年5月に開かれたケベック支部総会報告によれば，クリスマスに8精神病院の患者に11,000個の贈りものを集め，精神病院入院患者と社会をつなぐためヴォランティアの活動が重視されている。また地域社会の精神衛生に対するニード調査が，精神障害者の治療およびリハビリテーション活動の進展と並行して行われているという。基金はすべて寄附金により，参加団体は精神病院，大学，研究所のみでなく宗教団体，婦人会，P.T.A.，青年会，ヴォランティア団体などきわめて広汎にわたっている。（加藤正明）

(2) オーストラリア

オーストラリア

当地は一つの大陸であつて，風土の著しく異なるいくつかの州を中に含み，地理的に他の諸大陸と切離されている。人口は全土で約900万，その大部分はいくつかの主要都市に集中し，特に東南部の4都市に全人口の3分の1が集つている。西部の唯一の大都市であるパース(Perth)の人口は

約20万である。歴史的に新しい国であるが、気候、資源に恵まれ、広大な地域を少数の白人で独占し、人々は平穩、安逸な生活を楽しんでいる。社会施設は完備し、労働条件も良く、貧富の差は少い。

概 観

最近10年間に精神衛生の発展は著しく、各種の団体の設立、活発な活動がみられた。殊に成人教育の普及が特筆される。しかし、一般に主要都市に比して地方での普及進歩は劣っている。当地の他の文化と同様にこの分野に対してもイギリスの影響が大きい、アメリカのそれも無視できない。

精神衛生に関する専門教育

精神衛生の講座のおかれている大学はないが、精神医学の訓練課程によつて、学生は精神衛生の諸問題を学ぶことができる。各大学における福祉司、心理学者の訓練や教師たちの訓練においては精神衛生の問題が強調される。

教育との関係

州立学校においておこなわれている“自由教育”では、その助けとして、心理学者によつて、すべてのこどもに心理テストが規則的に施行されている。これらの心理学者はまた、こどもたちの職業指導の仕事にもたずさわっている。この他児童の読書教育は、特に移民の問題とも深い関係があり、児童図書館や移動図書館が整備されている。

精神薄弱児のための生活学校設置の運動も活発である。

関連諸施設、諸団体とその活動状況

a) 各種一般組織

全オーストラリア精神衛生連盟は1930年ごろアメリカから来訪した Dr. R. NOBLE や C. BEERS. によつて設立への気運が促進された。現在パースその他で設立への努力が行われている。

精神病患者の福祉のために病院の看護人 (Helper) の組織が作られ公認されている。

ロールシャッハ協会も設立された。

精神分析のオーストラリア研究所が1940年にメルボルンにでき、教員・社会福祉司・医師・心理学者の参加の下に教育、社会問題をとりあげて、研究や啓蒙活動が行われている。

b) 問題児、非行少年のための児童相談所——そのいくつかは少年裁判所に附属している——の他に1944年に司法児童診療所が設立された。青少年の性的違反に関する裁判所の活動や、精神衛生の部課の分類、術語の改正が論議されている。その他、問題児を都市生活に適応させるために、あらかじめ特別の田舎の家庭に預ける試みも行われている。

c) 性と結婚の問題

組織の面の進歩と相まつて、各関係分野の専門家による相談や啓蒙が行われ、その内容の一部は出版されている。相談所には多くの青年が結婚前に訪れる。例えば1951～52年の間にある相談所を訪れた195人の中75人は医学的な診察の必要を知つた。結婚の問題はまた後述する民族精神衛生とも関係をもっている。

d) 成人教育

全オーストラリアにわたって活動している新教育団体は精神衛生知識の普及に貢献している。例えばシドニー (Sydney) で教師・医師・福祉司・教授による連続講演に150人の参加者が定期的に集まり討論にも加わっている。議題は“心の健康と現代生活の諸問題”である。

また二三年に一度催される全オーストラリア協議会によつて多くの分野の人々が教育学の進歩と精神衛生の考え方に習熟せしめられる。

両親教育に関して種々の方法による試みが行われつつある。

e) その他新しい活動分野としては、この国に流れこんできた何千もの移民 (New Australians) を同化させる試みが注目される。かれらがうまく適応できるかどうかは精神衛生上大きな問題であり、結婚や言語習慣、その他の面で種々の試みがなされつつある。(佐治守夫)

* Einige Beobachtungen zum Thema „Psychohygiene in Australien” von Dr. med. LOTTE A. FINK Sydney NSW. による。

(3) ブラジル

広大な国土に5,200万(1950年)の人口を擁するブラジルは、人種的には白・黒・黄色人・インディアンおよびこれらの混血人種を抱いており、文化的には近代的なものと原始的なものが入り混り、経済的には貧富の差が極度に甚しい。しかも米国および西欧との距離は最近の技術的経済的発展と共に刻々と縮まつて、その影響からくる社会的家族的構造の変革はまた注目すべきものがある。この国内の不斉一性・不安定性は、最新の治療法の使用にかかわらず現在、組織的公衆予防対策や十分な隔離を含む組織的治療を困難にしている。

しかし、高率な精神病や神経症の保護対策が年々改善されつつあるのも事実である。(同国は行政的には20の連邦各州と連邦政府直轄地区から成っている)

現在、精神病患者隔離用施設は120以上あり、そのうち50は連邦または州政府の管理下にあるが、全部で36,000名の隔離患者を収容し、そのうち31,000名は公の基金の援助を受けている。統計によると人口1,000名に2.5のベッドを要するのに、隔離されている患者数は全人口の1,000分の1にもおよばない。

連邦政府の機関としては教育保健省保健局が精神衛生に関し監督・協力・助成を行つており、また二三の州でもこの種の公的機関を有しているが、連邦政府は特に外来診療所に意を注いでいる。この外来診療所は治療機関であるが、同時に精神衛生の予防・実地応用の場で、患者の治療・看護を通じ医師やその社会的協力者 (Sozialmitarbeiter) は患者の家族や環境にかなり接触できる。連邦政府は15の地方に診療所を有し、首都リオ・デ・ジャネイロに5を有し、これらにおいて1946年、約14,000名の患者が治療され、1951年にはその数は更に52,000名以上にのぼつた。

また私的機関としてはブラジル精神衛生連盟が1946年創立され、同じく外来診療所を通じ活動し若干の私的機関においてはアルコール中毒にも対処している。

なおサン・パウロやベロ・オリゾンテ等の大都市の小学校では精神衛生は医師やソーシャル・ワーカーによつて扱われている。

さらに未成年の精神障害者対策としては、既に10以上の公立の精神病施設に特別の科が設けられており、また児童については特別の医学的教育施設がある。そして年少期に通学の機会をえなかつた成人に対しては「読み書き」の教育が行われ、これは精神衛生のため甚だ有効である。

麻薬に対しては特別法で取締っているが、既に警察と医師の協力で今日麻薬中毒者の数は僅少である。二三の病院では麻薬およびアルコール中毒者のために特別の科がある。また犯罪を犯した異常性格者のために精神病施設に特別の科があり、若干の地方にはこの種の異常性格者に対する専門の施設がある。

連邦諸州における66の臨床施設および専門外来診療所呈出の資料によると、1950年の精神病罹患率は次の通りである。

伝染病および消耗性疾患による精神病	1.25%
梅毒性精神病	4.52%
外因性障害（アルコール中毒等）による精神病	6.66%
身体毒による精神病（Körpereigene Intoxikation）	4.47%
脳障害による精神病	4.52%
精神薄弱	6.01%
てんかん	10.11%
精神分裂病	25.04%
躁鬱病	10.61%
混合および二次的精神病（Misch und Sekundärpsychosen）	1.06%
ヒステリー性精神病	0.97%
神経症	7.77%
異常性格者	2.48%
診断なしまたは診断中	10.19%
精神錯乱のない隔離患者	4.26%

神経症患者のパーセンテージは実際にはこれよりも遙かに高率だが、上の表は精神病院や同外来診療所で扱つたものに限られ、また神経症は治療のため通常は一般の病院で扱われている。

（横山定雄，田村健二）

* „Die besonderen Probleme einer psychischen Hygiene in Brasilien” von Dr. med. ADAUTO BOTLHO und Dr. med. WERNER KEMPER, Rio de Janeiro. による。

(4) キ ュ ー バ

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。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、職員も不足していた。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た。私の訪問中、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、ここでは多くの医師が限られた時間と施設の中で仕事に従事していた。しかし、私が先に1951年にここを訪問して以来、専門家の、または公共的な支持において、たいして変つていないような印象を持つた。これらの病院には一層よい施設が必要な事は明らかである。島の長さ700mile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科治療に対する設備も病院もない状態である。それゆゑ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公式の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、このよう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、このような事によつて、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。(竹村和子)

(5) コ ス タ ・ リ カ

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人いるにすぎない。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、精神病院長である Dr. FERNANDO QUIRÓS MANDRIGAL、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。やや定員を超過しており、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. QUIRÓS 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業員、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。ここでも従業員に不足している。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。

郊外に精神病患者のための収容施設があり、250人の慢性精神病患者が収容されており、かれら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。

大学の管理研究部は国連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、活発に動いている。コスタ・リカその他諸地方の知事や隣国の知事を、人間関係を含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ゆえに、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。

ただ訓練された従業員に甚だ不足していることは難点である。(山崎道子)

(6) ベネズエラ

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、かれら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、前者はベネズエラ精神衛生連盟の幹事で、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。かれ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連盟は種々の専門分野からの約100人の会員をもっている。議長は精神衛生に深い関心をもっ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。

ベネズエラには三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、よい精神科医をもっているが、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。(山崎道子)

(7) パナマ共和国

精神衛生事情は著しくおくれしている。

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人の患者が収容されている。設備は全く貧弱で、おそろしいほどの状態である。

指導者 Dr. LAGUARDIA は医学部長で外科医であるが、医学の全分野、精神衛生にも非常に広い関心をもっている。GORRIZ 教授とDESJARDINS 嬢はおどろくほどの努力をしている。

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。かれ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激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、パナマ協会は有用な組織になることを暗示していた。(山崎道子)

(8) エクアドル

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おり、さらに建増されることになっている。しかし、この病院は町から30kmもあり、交通も不便で、家族との密接な接触は困難である。病院長はワシントンのセント・エリザベス病院で訓練をうけた 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。(山崎道子)

(9) ペルー

ペルーにおける精神衛生活動はまさに着手されたばかりで、Dr. REES の訪問は大きな刺激になっていることが印象づけられた。

リマで、Dr. REES は5回講演する予定であつたが、実際には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、ペルー精神衛生連盟、ペルー医学会の年次総会の夕食会、

大学医学部、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、精神身体医学会、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、ペルー精神医学会の会合などにおいて、講演や討論をおこなった。

保健大臣に会った際、かれはインディアンの問題について該博な知識を示した。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%は私生児であるが、これは一部分は結婚費用がないことによるのである。

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回の会合には教育省の長たちも招待され、会合がおこなわれた。これは二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った。

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が認められ、かれは現在リマに三つの児童相談所を開設する準備をしている。

この国全体としての精神医学的設備を準備する方法を討論したが、地方官庁によつて表明されたようなサービスが実際に必要である。二つの他の主要な都市、Trujillo, Arequipa に精神医学的施設が準備されなければならない。さらに省は、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、これらの病院に小さい精神科病棟を作つたらよいのでないかとすすめた。保健省では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美しい家を建築するために、非常に健全な都市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。

リマのある精神病院は、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。かれ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、ペルー精神衛生連盟の議長である 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。かれはコカイン産業の課税から、およそ毎年50万ドルの収入を期待している。

あきらかに最も要求されるのは、十分な訓練を受けた心理学・精神医学・社会事業の専門家を獲得することである。そのためにかれは外国に人々をおくことを計画している。そして、やがてはリマに精神衛生研究所を建てたいと考えている。リマ市に五つの児童相談所を建設することも企画されている。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ことが必要である。(竹村和子)

(10) チ リ ー

チリーには精神科医が80人おり、その大部分はサンティアゴに居住している。

6,000,000人のこの国の人口に対しては、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。その数は公立病院、大学のクリニック、私立のクリニックを包含している。

精神薄弱児のためには、二三の特殊学校がある。しかし精薄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、古くて一部分は役にたたず、いま、改築が行われつつある。

1,200人から1,400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、すばらしい五つの開放病棟がある。教授はそこに全部で約300の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住宅があるが、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。

以上の三つの施設は大学の一般病院、児童病院、他の医学施設に隣接した敷地にある。

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、七八人の精神分析家をも包含している。

いま、MATTE 教授は、大学クリニックの周囲のコミュニテイについて、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している。チリー連盟 (the Liga Chilena) の立役者として、おどろくほど真剣に、精神衛生の啓蒙活動に取り

でいる。放送，新聞，講演を通じて，大衆に対し絶えざる宣伝をし，また社会事業や他のちがっ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。

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ことを認識している。(竹村和子)

Ⅶ 日 本

(1) 外国人の見た日本

精神衛生実態調査

精神疾患の発生頻度については従来いくつかの地域的な調査がなされたが、この調査は1954年7月に全国的な規模においてなされた。目下中間報告が発表され、なお調査結果が分析検討されつつある。

中間報告の序言には、これは日本の精神衛生の歴史における画期的な事業であると述べられているが、私はこれは他のいかなる国においても画期的ではないかと思う。この計画を企てた日本の同僚たちは大いに賞讃されるべきである。(中間報告による数字がいろいろと紹介されているが省略する)。

専門医およびその訓練

日本には84,000の医師がおり、そのうち精神科医は1,200である。(注：これは日本精神神経学会の会員数であろう。)

精神分析家の状態については、これを詳かにする時間的余裕がなかつた。それは恐らくかれらの多くが医師でないことと、大多数が日本の北部、仙台周辺に活動しており、東京にいないためでもあつたと思う。

精神病院は患者50名について1名の精神科医を有しているが、これは非常に高い数字である。卒業後の専門医養成について欧米諸国のような訓練が行われていないことは、いささか不思議である。精神病院施設が増加すれば当然より多くの精神科医が必要となり、組織的な養成が行われなければならないであろう。

精神衛生相談施設

精神病院以外の外来クリニックの数は比較的少いが、保健所に精神衛生相談所が併設されて以来、この面も発達しつつあると推測される。

若干の児童クリニックもあり、その中には米英で一般的となつているクリニック・チーム(精神科医、心理学者およびソーシャル・ワーカーより成る)を有する4カ所のチャイルド・ガイダンス・クリニックが含まれる。(注：仙台、名古屋、大阪、福岡の相談所を指すものである。)

覚醒剤中毒について

われわれが聞いた多くの興味ある事柄のうち、最も著しいものは青少年の間におびただしく蔓延している、いわゆる覚醒剤中毒であろう。9才から20才までの多数の青少年がこれらの薬物を闇で

手に入れて、静脈内あるいは皮下に注射している。はなはだしい場合には一日に10~25回注射するという。

われわれが、国立精神衛生研究所で手に入れた報告によれば、これらの薬物には Philopon, Hospitan, Agotin, Sedrin などがあるという。

厚生省の推定によれば、これらの中毒少年の数は100万に達するという（国立精神衛生研究所池田による報告の内容を紹介しているが省略する）。

このような問題については、さらに多くの専門分野の協同による研究がなされて然るべきだろう。

国立精神衛生研究所

この研究所は1952年厚生省によつて設立され、世界保健機構（WHO）はその図書室その他につき若干の経済的援助をなした。

極めて適当な建物を有し、ここで成人ならびに児童のためのクリニックを運営している。そして心理学、生理学形態学、優生学、児童精神衛生および社会学の各部を有している。

同研究所は精神疾患および社会的適応異常の領域および精神的健康の増進におけるさまざまな実際的問題を取り上げて研究している。さらに精神衛生の分野における人員の養成を旨ざしており、比較的少額の予算をもつて広汎な問題を扱い、異なる専門家のチームによつてよい仕事をしている。その職員は終了した調査について、すでに若干の論文を発表しており、将来においても相当多数の研究計画を有し、その一部はすでに着手されている。

同研究所は非常に進歩的な印象を与えた。そして全職員はその仕事に十分な興味を有し、また専門的に十分な資格も持つているので、よき業績を今後あげ得るであろうことは明らかである。

精神薄弱児施設

われわれは、ある宗教団体が経営している精神薄弱児施設（注：滝野川学園）を訪れた。われわれが見学した教育活動は良好かつ近代的な線に沿つて行われていたし、教師たちもすぐれた献身的な人たちで、児童たちは楽しそうに見えた。大きな問題の一つは現在日本では18才以上の精神薄弱者を取扱う途がないことである。このことは近く制定される新しい法律の中で考慮されるように聞いた。

見学が終つてから、東京その他から参集した、この領域の学識経験者たちと長時間にわたり、精神薄弱者の問題について懇談した。

精神病院

われわれは日本最大の精神病院たる都立松沢病院を訪れた。われわれが見た病室の大部分は3人または6人用の小病室であつた。家具が少いために床面積が経済的に使用されており、かつ快適である。興奮患者病棟も狂躁の痕跡が少なかつた。患者と医師・看護婦との間には和やかな空気が見られた。（全国精神病院に関する数字もあげられているが省略）。（高木四郎）

(2) 精神病院

いずれの国でも、精神衛生事業は、まず精神病院のなかから発祥し、精神病対策から外延的に漸次その活動範囲を拡大しているけれども、精神病の問題は常にその中心的課題であり、精神病院の整備状況、その動向の如何は精神衛生全般の諸活動とも密接な関連があり、その改善のために常に最大の努力が傾けられねばならない。

近来、特に今次大戦終了後、わが国でも精神衛生に対する社会各方面からの要望が急激にたかまつてきたことに対応して、また最近の精神科治療のめざましい進歩と相まつて、精神病院は改善すべき多くの問題点をかかえ、今や大きな改革の時期に当面しているといわれているが、その方向への前進のいくつかのきざしも現れてきている。

精神病院の現況さてはそこでの最近の動きを概観してみよう。

精神障害者の実態

最近、厚生省は精神障害者に関する全国的規模をもつ二つの重要な調査を実施した。その一つは1954年実施の「精神衛生実態調査」である。それは医療保護を要する精神障害者が一般国民のなかにどのくらいいるのか、かれらがどのような状況の下におかれているかを知つて、精神障害者対策樹立のための基礎資料を得ようとしたものである。本調査のように、精神障害の全般に亘つて、全国的規模をもち、統計的にも検討されて実施された精神医学的調査はまだ他国にその前例をみないものである。WHO主催の世界精神衛生年（1960年）の計画の一つにも精神障害者の出現頻度に関する調査が考えられていることを考え合わせると、その意義は一そう大となる。

もちろん調査技術上の理由から、本調査では精神障害の程度の相当顕著なもののみに限つて行われたが、その結果には重要ないくつかの事実が示されている。

すなわち、精神障害者の全国推定数は「精神病」45万人、「精神薄弱」58万人、「その他」27万人、総数130万人であり、しかも、現在精神科専門医の指導を受けている（入院もしくは在宅のまま）は全体の3.9%にすぎず、ほとんど大多数のものは何等の専門的指導を受けずに放置されている状態である。また診断の結果は、これら精神障害者のうち43万人が施設に収容を要するものであり、39万人が在宅のまま精神科専門医の治療または指導を要するものであることが示された。

精神病院の施設数および病床数

今次大戦前（1941年）には全国に精神病院数167、精神病床数23,958であつたが、戦災および施設転用のために、精神病院数32、精神病床数3,995にまで減少した（1945年）。その後徐々に回復してきており（第1表）、特に最近数年間の増加の様子は著しく、施設数の増加率、病床数の増加率ともに、各種病院のなかで最高の値を示している（第2表）。そして、1958年3月31日現在の病床数は、精神病院53,072床、その他の病院の精神病室13,293床、合計66,365床（厚生省公衆衛生局精

神衛生課資料による)に達している。

第 1 表 精神病床数の累年比数

	精 神 病 院	そ の 他 の 病 院 (精 神 病 室)	計
1 9 4 9	15,928	1,737	17,665
5 0	17,676	2,254	19,930
5 1	19,482	2,589	22,071
5 2	22,975	2,793	25,768
5 3	27,617	3,989	31,606
5 4	30,447	7,402	37,849
5 5	35,841	8,409	44,250
5 6	43,888	10,978	54,866
5 7	51,196	13,529	64,725

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

第 2 表 精神病院数, 精神病床数の年間増加の様様

	精 神 病 院 数			精 神 病 床 数	
	年 末 現 在 数	年 間 増 加	増 加 率	年 間 増 加	増 加 率
1 9 5 5	260	36	16.1%	6,401	16.9%
5 6	322	62	23.8	10,616	24.0
5 7	371	49	15.2	9,859	18.0

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

しかし、全病床のなかで、各病床種別毎にどのくらいの割合を占めているかをみると、1957年(全病床数559,249床)には、結核病床(261,375床)43.6%、一般病床(237,162床)39.6%で、精神病床は全病床の10.8%である。欧米各国(カナダ、アメリカ、オランダ、スウェーデン、イングランド・ウェルス、スコットランド)では全病床の約3分の1以上を精神病床にあて、結核病床は10%以下である点とくらべると、わが国のそれは全く逆の割合である。

第 3 表 人口10万対精神病床数の累年比較 (各年末)

年 次	精 神 病 床
1 9 5 1	26.1
5 2	30.0
5 3	36.3
5 4	42.9
5 5	49.6
5 6	60.8
5 7	71.1

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

第 4 表 各国の精神病床数(人口10万対)

国 名	年 次	病 床 数
ア メ リ カ	1 9 5 3	433.4
オ ー ス ト ラ リ ア	1 9 5 3	155.1
ス ウ エ ー デ ン	1 9 5 3	403.9
オ ラ ン ダ	1 9 5 4	261.3
フ ラ ン ス	1 9 5 3	217.0
西 ド イ ツ	1 9 5 3	174.8
ス イ ス	1 9 5 3	360.4
イ タ リ ヤ	1 9 5 1	176.7
イ ン グ ラ ン ド ・ ウ ェ ー ル ス	1 9 5 3	353.2
ニ ー ジ ー ラ ン ド	1 9 5 3	454.3

* Statistics Relating to Hospital Facilities (Nov., 1955: WHO)による。

精神病床の人口10万対率は、第3表に示すように、次第に増加してきているが、ここでも欧米各国のそれにくらべると(第4表)、かなりの低率である。WHOの精神衛生に関する専門委員会の報告(1953年)によると、欧米各国では大体人口10万につき300の精神病床が必要だが、特に公安上もしくは本人の安全のために緊急に入院させなければならないものために最少限人口10万につき100の精神病床が必要であるという。国情、民度を異にするわが国では、ただちにこの値が妥当であるとは断定できないが、精神病床の全体的不足はなお深刻である。

精神病院数、精神病床数が経営主体別にどのような割合を示しているかをみると(第5表)、わが国では国立および地方公共団体立の占める割合は精神病院数では約10%、精神病床数では全体の約20%であり、しかも、その比率は減少の傾向を示し、欧米諸外国の精神病床が主として官公立であるのに対比的である。なお、医療法人立の占める割合の増加が目立つ。

第5表 経営主体別精神病院数、精神病床数 (各年末)

	年次	総数	国		都道府県	市町村	日赤	済生会	農協	社会保険 関係団体	公益 法人	医療 法人	会 社	その他 の法人	個人
			厚生省	その他											
精神病院数	1955	100.0	1.5	—	10.8	1.5	—	—	—	—	11.5	25.8	—	3.8	45.0
	56	100.0	1.2	0.3	8.7	1.6	—	—	—	—	10.6	34.2	—	2.5	41.0
	57	100.0	1.1	—	7.8	1.3	—	—	—	—	10.8	35.8	—	2.4	40.7
精神病床数	1955	100.0	7.0	2.7	15.5	1.4	0.2	—	—	0.1	16.5	22.9	—	5.6	28.5
	56	100.0	5.7	2.4	14.2	1.9	0.6	—	—	0.1	16.3	29.1	0.1	4.0	25.6
	57	100.0	4.9	1.9	13.7	2.0	0.5	—	0.3	0.1	15.1	30.6	0.1	5.2	25.7

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

各精神病院がどのくらいの病床をもつかというと、第6表にみるように、精神病院の半数は100床前後(50~149床)の規模のものであり(第6表)、全精神病院の1病院当りの病床数は138床(1955年)、136床(1956年)、138床(1957年)と、大体130床台である。そして全精神病床の半数は

第6表 精神病院の規模別構成の累年比較 (各年末)

年次	総数	20床~29床	30~39	40~49	50~99	100~149	150~199	200~299	300~399	400~499	500~
1955	100.0	3.8	5.4	5.0	38.5	20.0	8.5	8.5	4.2	3.5	2.7
56	100.0	3.4	6.5	5.0	34.5	22.0	11.5	7.5	4.0	3.1	2.5
57	100.0	5.9	4.5	4.6	30.2	26.1	11.6	7.8	3.5	3.5	2.4

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

第7表 精神病床数の規模別構成(累積百分率) (1957年末)

総数	20床~29床	30~39	40~49	50~99	100~149	150~199	200~299	300~399	400~499	500~
100.0	1.0	2.2	3.5	18.9	41.3	55.8	68.9	77.7	88.9	100.0

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

200 床未満の病院に属している（第7表）。このように、わが国の精神病院が小規模のものが多いということは、その点を最も有利に活用し得るよう努力せねばならないであろう。

患者数

最近3カ年の精神病院における在院患者数、新入院患者数、退院患者数、外来患者数の1日当り平均は第8表に示すように、精神病床数の増加に対応して、特に在院患者数が急増している。年間病床利用率（ $\frac{\text{在院患者1日当り平均数}}{\text{6月末病床数}} \times 100$ ）をみると、依然として定員を超過して患者を収容しているが、1954年ごろをピークとして、二三年来漸次その率が下降していることが注目される。

第8表 1日当り平均患者数

年次	在院患者数	新入院患者数	退院患者数	外来患者数
1955	36,517.0	121.4	106.2	1,427.8
56	42,119.4	132.4	116.6	1,698.7
57	50,135.2	157.5	133.3	2,073.4

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

第9表 病床利用率の累年比較

年次	精神病床	年次	精神病床
1951	104.7%	1955	111.1%
52	109.2	56	106.9
53	112.8	57	103.4
54	110.4		

* 厚生省大臣官房統計調査部 病院年報による。

職員

医師法第6条にもとづく医師調査（毎年12月31日現在）によると、診療に従事する精神科・神経科医師数は第10表に示すとおりである。また、1施設当り、および100床当りの医師、看護員数を第11表に示しておく。

第10表 診療に従事する精神科、神経科医師数

（各年末）

年次	医師総数	精神科、神経科医師数		
		総数	男	女
1954	92,442	1,067	978	84
55	94,563	1,167	1,085	82
56	96,139	1,331	1,246	85
57	98,268	1,470	1,368	102

* 厚生省医務局総務課資料による。

第 11 表 1 施設, 100 病床当りの精神病院医師看護員数

(各年末)

	年 次	医 師			看 護 員						看 護 婦 生 徒
		総 数	常 勤	非 常 勤	総 数	助 産 婦	看 護 婦	看 護 人	准 看 護 婦	看 護 業 務 補 助 者	
実 数	1954	1,068	797	271	4,891	7	2,598		—	2,286	174
	55	1,177	823	354	6,137	8	3,216		—	2,913	298
	56	1,446	972	474	7,199	3	2,384	859	664	3,289	481
一施設当り	1954	4.8	3.6	1.2	21.8	0.0	11.6		—	10.2	0.8
	55	4.5	3.2	1.4	23.6	0.0	12.4		—	11.2	1.1
	56	4.5	3.0	1.5	22.4	0.0	7.4	2.7	2.1	10.2	1.5
一〇〇床当り	1954	3.5	2.6	0.9	16.1	0.0	8.5		—	7.5	0.6
	55	3.3	2.3	1.0	17.1	0.0	9.0		—	8.1	0.8
	56	3.3	2.2	1.1	16.4	0.0	5.4	2.0	1.5	7.5	1.1

* 厚生省大臣官房統計調査部 医療施設調査による。

次に精神病院における医師(歯科医師も含む)および看護員1人1日当りの患者数を第12表に示す。

第 12 表 医師, 看護員 1 人 1 日当り患者数

年 次	医 師			看 護 員		
	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来
1954	36.8	35.5	1.3	6.4	6.2	0.2
55	35.0	32.8	2.2	7.0	6.6	0.4
56	33.6	32.1	1.5	6.1	5.8	0.3
57	34.5	32.9	1.6	7.5	7.2	0.3

* 厚生省大臣官房統計調査部 患者調査による。

このように、医師・看護員と患者との比率は欧米の精神病院に比して、決して低くないのであるが、欧米では、臨床チームの構成員として、臨床心理学者、精神医学的ソーシャル・ワーカーが重視されているのに、わが国ではまだこれらの職員の数は微々たるものであり、また、後述するように、作業療法などが病院治療体系の一環として、重視されはじめてきているが、よく訓練された作業治療士などのグループ・ワーカーの数が少ない。英国などでは、国内に作業治療士養成のための特殊の学校さえある。

在院患者の実態

いままで述べてきたのは精神病院という機構の輪廓的なことである。つぎには、そこに入院する患者の実態を、厚生省が1956年に実施した「在院精神障害者実態調査」をもとにしてながめてみよう。本調査は精神病院およびその他の病院に併設された精神病室に入院している精神障害者について診断別、状態像あるいは入院費の負担別などの実態を明らかにし、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。

1954年実施の「精神衛生実態調査」では全国民中の精神障害者の男女比は男50.8%、女49.2%でほとんど差がないが、在院精神障害者では男61.4%、女38.6%で、大体3対2の割合であり、欧米の精神病院では男女同率あるいは女子の方が多いのにくらべて特徴的である。また老人層の少いこと（50才以上は全体の14.1%）も、欧米と事情を異にする。

在院および退院精神障害者について、その主なる入院理由とみなされる精神障害の診断別は第13表のとおりであり、在院者について精神分裂病が最も多く70.0%を占め、つ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。

第 13 表 診断別在院退院精神障害者数比率

診 断 別	在 院 精 神 障 害 者	退 院 精 神 障 害 者
総 数	100.0	100.0
精 神 分 裂 病	70.0	51.5
躁 う つ 病	3.7	10.1
て ん か ん	3.8	2.9
梅毒性精神障害	8.3	5.9
慢性アルコール中毒	1.0	2.3
アルコール性精神病	0.6	1.7
麻 薬 中 毒	0.1	0.7
覚 醒 剤 中 毒	0.6	1.2
その他の中毒性精神障害	0.0	0.4
症 状 精 神 病	0.1	0.3
脳器質性精神障害	0.8	0.9
初老期精神障害	1.0	2.4
老年期精神障害	1.7	2.4
脳動脈硬化性精神障害	0.7	1.3
そ の 他 の 精 神 病	—	0.0
精 神 病 質	1.4	1.5
神 経 症	2.9	11.8
精 神 薄 弱	3.0	1.8
そ の 他	0.5	0.8

* 厚生省、在院精神障害者実態調査報告による。

在院期間をみると、現在在院中のものの約半数（48.1%）は入院以来1年以内のものであるが、全体の35.4%は2年以上の在院患者によつて占められている。在院患者の7割を占める精神分裂病では、その6割が2年以上在院していることも注目される。一方、退院患者をみると、その46.2%は在院期間3月以内に、87.0%は1年以内に退院している。したがつて退院精神障害者の大部分は短期在院者であり、在院が長くなるほど退院の見込が少くなる訳である、このことは予後または治療効果の調査結果からも裏付けされる。すなわち2年以上在院しているものの82.9%は「おそらく不変または増悪」と判定されている。

退院精神障害者について退院後の治療結果をみると、「寛解した」38.0%、「軽快した」40.7%、「不変又は増悪」21.3%である。これら退院者の退院事由をみると、その71.7%は治癒又は軽快して、そのために退院しているが、経済的事由による退院も8.8%ある。なお死亡退院は6.1%である。

なお在院者の治療費支払区分をみると、生活保護法にもとづく医療扶助によるものが、全体の44.0%を占めており、全額自費は8.5%にすぎないことが注目される。

精神病院における新しい動向

これまで精神病院の現況の概略を統計的にながめてきたのであるが、精神病院に対する社会的要望の急増と精神医学の進歩とを反映しての、精神病院のあり方についての新しい動向について若干述べておこう。

最近の精神疾患に対する身体的治療の発達はまことにめざましいものであり、殊にクロルプロマジンを先頭とする各種薬物の登場により、今でも一般人は精神病院の特徴と考えている狂躁は現実には精神病院内では珍しい現象となつている。にも拘らず、特に問題となる精神分裂病にとつて、これら身体的治療の効果は限られており、数多くの病者が陳旧化し、病院に沈滞して行く。他方精神病者を取りまく心理的環境、その意義についての専門的関心が高まつてきたことから推進されて、既に先覚者たちによつて先鞭をつけられていた「作業療法」や「生活指導」のもつ意義が新しい学問的照明にてらされて、強く再認識され、具体的に各種の研究、試みがいくつかの精神病院において活発に行われるようになった。

作業療法の歴史はわが国でも古いものであるが、ともすれば軽快した患者に形式的に作業を課するという消極的な意味にとどまつていることが多かつたが、精神病院治療体系の主要な一環としての、その積極的な意義が強く主張され始め、作業治療のあり方、その組織化、作業グループの人間関係の意味などについての研究が発表され、1954年には厚生科学研究費によつて、国立精神衛生研究所を中心に精神障害者に対する作業療法についての研究班が組織されるに至つた。

同研究班においても、作業療法は軽快患者の社会復帰促進のためのみならず、その原理と技術は全入院患者の日常の治療看護の全般に応用されるべきであることが主張され、単に身体的作業を課するという狭義の作業療法から、生活指導を含めた、病者に対する広義の働きかけとしての意義が主張され、荒廃患者・興奮不潔患者等に対しての生活指導についての経験の発表も多くなり、またレクリエーション療法、絵画療法などもいくつかの施設で積極的、体系的に行われるようになり、生活指導、レクリエーション療法、作業療法などを包括しての体系化、組織化への関心が興りつつある。

これらの療法の実施には当然それが行われる病院内の雰囲気、人間関係が治療的に正しく構成されていなければならない。従来のように患者をただ病棟内に閉鎖的に収容しているという雰囲気の中では、これらの療法の効果は期待されない訳である。このような治療の雰囲気をつくり出す手段

の一つとして、Open-door system も次第に採用されるすう勢にあり、1959年には厚生科学研究費により国立武蔵療養所を中心に開放療法に関する研究班も組織された。

以上のような傾向は学会にも反映し、1958年の第55回日本精神神経学会総会での精神衛生懇話会では精神病院その他精神衛生関係施設での社会的治療に関するシンポジウムが開催された。また、1957年には精神科治療の場としての精神病院がその機能を最善に発揮できるよう、そこでの治療のあり方について精神医学を根幹とする研究を推進するために、病院精神医学懇話会が設立された。

更に精神科治療は精神病院内にとどまるべきものでなく、また病院内治療も病者が背後にもつコミュニティを包含すべきであるということから、院外活動 (extramural activity) にも関心が徐々に向けられ、1957年の第12回日本公衆衛生学会では精神障害者の訪問指導に関する討論もたれ、いくつかの施設では day hospital の計画ももたれているときく。

以上のような動向は WHO の精神衛生に関する専門委員会の精神病院のあり方についての第3回報告書 (1953年) において強く主張されているところでもあり、病院内の治療的コミュニティの構成、その院外への展開、精神病院と地域社会との結びつきの強化は今後地域社会のための精神病院として最も力を傾けるべきことであろう。もちろん、ここに述べたような新しい動きは、わが国の精神病院の中でも、まだいくつかの施設において見られるにすぎず、その全国的展開のためには、幾多の困難があるが、この方向への推進こそ、全精神病院に課せられた時代的使命であろう。

(岡田敬蔵)

(3) 児童相談所・精神衛生相談所

児童相談所

わが国の児童相談所は児童福祉法 (昭和22年公布) に基いて、各都道府県によつて設置されたものである。十余年の間、その数には著しい増減はなく、昭和31年現在各都道府県に1ないし数カ所ずつ、計122カ所、他に大阪・京都・名古屋・神戸・横浜の5都市に市立相談所がある。

開設後間もない昭和25年、国際連合より Miss ALICE K. CARROL が顧問として派遣され、5カ月にわたつて大阪府・福岡県および宮城県各中央児童相談所において実地指導を行つた。厚生省児童局より刊行された「児童福祉マニュアル」(昭和26年)はその結実である。その後も児童局は「児童福祉必携」(昭和27年)、「児童相談所執務必携」(昭和32年)を刊行して相談所業務の指針を示した。のみならず毎年のごとく判定員、児童福祉司の講習会を行つて現在に至つている。欧米各先進国の児童指導クリニックにはまだ及ばないが、10年前に比べれば相当の向上が認められるといつてよいであろう。

終戦直後発足し、戦後の混乱の中にあつて戦災孤児・浮浪児等の処理に追われた児童相談所は年とともに取扱児童の様相に変化をきたし、家庭等より委託される要教護児等の比率がしだいに増

し、諸外国の児童指導クリニックに一步近づいたといつてよいであろう。指導方法としても最近は心理療法を試みる所が各所に出現し、進歩のきざしを示している。

しかし、全体として見るときは未だ米英等の児童指導クリニックに比して職員の素養、運営の状況等において著しく劣っていることは否めない。ことに第1表に示すごとく、精神科医あるいは心理学専攻者等の専門家を職員に有する所は半数にすぎない。

しかも精神科医の大部分は大学・病院等に勤務するかたわら嘱託として兼任している現状である。

第1表 児童相談所の主要職員

(昭和28年4月1日現在)

専門別	専任	嘱任	計
精神医学	11	46	57
心理学	55	8	63

る。米英等の児童指導クリニックが精神医学的施設として児童専門の精神科医が所長あるいは中心的地位にあるのとは大きな相違である。これはわが国では児童精神医学が十分な発達を遂げていないこと

と、精神科医で児童問題に関心を持ち専門的素養を有する者の数がきわめて微々たること、したがって精神科医の役割が正しく評価されぬこと、精神科医の待遇が他に比してよくないこと等々が原因になつていると思われる。

心理学専攻者も概して児童の臨床心理学について十分な素養を有しているとはいへぬであろう。そのような職員の素養不足は主として実習を含めた教育訓練の課程ないし施設を欠いていることによるものである。また、専門家の不足は児童局の指導にもかかわらず、地方行政当局が児童相談所を専門サービス機関としてよりも単なる行政機関として考える傾向があることにもよるであろう。

児童福祉司は別として、ソーシャル・ワーカーに至ってはクリニックの重要構成メンバーとしての意義役割(P. S. W.としての)が正しく評価され、発揮されていないし、ケースワーカーとしての素養も不足であるといえる。これまた、教育訓練施設が必要なゆえんである。

以上要するに、過去十余年間、相当の進歩はあつたが、欧米の児童指導クリニックの域に達するにはなお今後相当の年月を要するものと考えられる。

精神衛生相談所

精神衛生相談所は精神衛生法(昭和25年公布)に基いて設置されたものである。都道府県立を主

第2表 精神衛生相談所数

(昭和32年2月末現在)

年 度	都 府 県 立		政 令 市 立	私 立	合 計
	単 独	併 設			
昭 和 27 年	3	21	—	1	25
28 年	3	27	—	3	33
29 年	3	28	2	4	37
30 年	3	28	3	4	38
31 年	2	30	6	—	38

体とするが（ただし東京都にはまだない）、その他のものもその後認められるようになった。児童相談所が一応都道府県全部に設置されているのに反し、このほうはまだ設置されていない県もある。しかし、徐々にではあるが、第2表のように多少の増加を示している。ただし、その大部分は保健所に併設されたものである。

精神衛生相談所の指導については昭和29年以降、ようやく所長会議、その他所員・関係者の研修会が催され、昭和31年「精神衛生相談所業務指針案」が示されたが、いまだに運営方針は確立されていないのが実状であろう。

精神衛生相談所の最も主要な職員たる精神科医（あるいはその他の医師）は第3表のごとくである。すなわち、精神科医の大部分は兼任であり、それさえ欠く所もあるのである。これは相談所の

第 3 表 精神衛生相談所の主要職員

（昭和 30 年 1 月 1 日現在）

職 種 別		専 任	兼 任	計
所 長	精 神 科 医	2	9	25
	精神科以外の医師	—	14	
精 神 科 医		1	21	28
精 神 科 以 外 の 医 師		1	5	
計		4	49	53

方針が確立されないのと相まって精神科医の大部分が相談所の業務に魅力を感じないことにもよるのである。

他の主要職員たる心理学専攻者、精神医学的ソーシャル・ワーカーは表にも示し得ないほど、その数は微々たるものであると推定される。

精神衛生相談所（精神衛生クリニック）は「精神衛生研究」6号にも述べ、また本号「アメリカの精神衛生相談所」の項にもあるごとく、精神科外来クリニック（Psychiatric out-patient clinic）なのである。ただし、その業務は精神病院外来のそれとはおのずから異なるものであるべきであろう。入院施設をそれ自身持たないというだけで、それぞれその存する地域社会のニーズに応じてその業務の性格重点を異にし、広範囲の活動をすべきであろう。すべては今後の発展を期待して努力が注がるべきである。（高木四郎）

（4）精神薄弱者対策

わが国における精神薄弱者対策は大きくわけて二つになる。一つは文部省に属する特殊教育関係であり、他は厚生省に属する児童福祉関係である。

(a) 特殊教育関係

1 概 観

まず、文部省関係から概観しよう。わが国における最初の精神薄弱児のための特殊学級は明治29年4月に長野市長野小学校(校長 三村安治)に設けられ、その後相当な発展をとげたのであるが、あの第二次大戦の間に大幅に後退し、ほとんど壊滅してしまつた。そして戦後、23年あたりから復興しはじめたといえる。ここでは、戦後における変遷のみをとりあげることにした。

学校教育法には、その第6章、第74、75条において精神薄弱者を特殊教育の対象にする旨を規定している。文部省ではこれを管轄するのは初等中等教育局であり、一時特殊教育室という専門の室がおかれたが、その後、行政整理により一切の室が廃止されたときに解消した。昭和34年1月現在、特殊教育主任官は辻村泰男氏である。

また、特殊教育の対象とすべき精神薄弱児の判別の基準については、昭和28年文部省より公表された「教育上特殊な取扱いを要する児童の判別基準について」に示されている。

それによると

1. 白痴：I. Q. にすれば20～25以下
2. 痴愚：成人になつても知能年令6～7才ぐらい，I. Q. にして20～25から50程度
3. 魯鈍：知能年令で10～12才程度，I. Q. にして50から70程度

の三にわけられ、この1は就学を免除し、3は特殊学級または養護学校に、2は就学猶予あるいは養護学校か特殊学級かでの教育を相当とするのとされている。

この基準にしたがうと、魯鈍程度の子供が主で、これに場合によつて痴愚の軽い程度のものおよび境界線児の一部を加えてもよいことになる。

I. Q. でいえば、おおむね40～50から80までくらいである。すなわち、アメリカにおける Educable Class にだいたい相当するものである。

2 養護学校・特殊学級数の変遷

精神薄弱児のための特殊学級、養護学校は年々増加しつつある。文部省の調査によれば昭和33年5月1日現在の特殊学級数およびその児童・生徒数は第1表のとおりであり、同じく同日現在の養護学校およびその児童・生徒数は第2表のとおりである。

第 1 表 精神薄弱児のための特殊学級数および児童数

精神薄弱のための 特殊学級	学 級 数	児 童 生 徒 数			
		同 立	公 立	私 立	計
小 学 校	799	146	8,880	86	9,112
中 学 校	408	75	5,145	—	5,220
計	1,207	221	14,025	86	14,332

第 2 表 養護学校の現状

経営主体別	学校数		学級数	児童・生徒数				計
	本校	分校		幼稚部	小学部	中学部	高等部	
国立	1	—	6	—	124	—	—	124
公立	17	3	168	—	1,423	705	97	2,225
私立	5	1	23	26	185	78	32	321
計	23	4	197	26	1,732	783	129	2,670

また、昭和23年度以降における特殊学級の数の増加の状態は第3表に示すとおりであるが、これは肢体不自由および身体虚弱などをふくむものであつて、昭和33年度現在、人員の比率は56.7%、学級数にして67.4%にあたる上記の14,332人、1,207学級が精神薄弱である。過去の年度における割合もこれに準じて考えられよう。

なお、養護学校は昭和34年度には、さらに4校の増加が予定されて計15校になるはずである。

第 3 表 特殊学級、児童・生徒数年次別推移

年次	学級数			児童・生徒数		
	小学校	中学校	計	小学校	中学校	計
昭和23年	222	17	239			
24年	484	26	510	15,321	901	16,222
25年	602	49	651	17,451	1,655	19,106
26年	712	118	830	20,146	2,865	23,011
27年	705	123	828	18,744	3,285	22,029
28年	650	146	796	17,595	3,093	20,688
29年	808	174	982	18,103	2,823	20,926
30年	930	242	1,172	20,497	3,983	24,480
31年	1,004	314	1,318	19,765	4,559	24,324
32年	1,036	395	1,431	17,276	5,702	22,978
33年	1,253	538	1,791	18,621	6,670	25,291

学級数および児童数比率からだいたい察せられることであるが、1学級当りの人数は約15人を限度としている。なお、昭和34年度設置予定の養護学校は上記の精神薄弱4のほか、肢体不自由5、病弱1である。

3 対象児の範囲およびその判定

前述のように、養護学校あるいは特殊学級で教育される精神薄弱児はだいたい Educable Class であるが、実際にはいろいろの事情で、これよりも広くなつてきている。その事情というのは、一般に程度の高い精神薄弱の親は普通学級にとどめたがつており、遅滞を自覚して特殊学級をのぞむ親の子には、非常に低いものが多いこと、入級判定のための適当な第三者（たとえばアメリカの School Psychologist）がいないことなどで、このため極端に低い子供が入級して、学級の運営の上に支障をきたすことが少くない。

アメリカにおいて Educable Class のほかに Trainable Class (おおむね I. Q. 50 以下) が設けられたのも、このような点からであつたといえる。わが国でもこの Trainable Class にあたるものを考えることおよび、アメリカの School Psychologist の如き入級判別のための責任ある第三者を設けることを考慮されるべきであろう。

昭和34年度から学校保健法の規定により就学時に健康診断を行うことが義務化され、その中に知能検査を含むことになつた。もとより、この知能検査はその性質上簡単なもので、その疑のあるものを発見するにとどまるであろうが、早期発見のための一つの重要な発展であることはまちがいないであろう。

(b) 児童福祉関係

1 概 観

児童福祉関係の精神薄弱児のための施設は精神薄弱児施設および精神薄弱児通園施設の2種類がある。

わが国の精神薄弱児施設のはじまりは石井亮一氏の手によつて明治24年(1891年)に作られた滝野川学園である。

戦後、児童福祉法が公布されるとともに、これらの施設は、この法による児童福祉施設の一つとなつた。したがつて厚生省児童局が所管する。昭和23年当時は全国に16カ所であつたが、昭和32年には、93カ所になり、さらに本年度には4カ所の新設が予定されている。この間の施設および収容児童数の増加を第4表に示す。

第4表 精神薄弱児施設年次別推移

年 次	施 設 数			収 容 人 員	
	公 立	私 立	計	定 員	現 在 員
昭和 23 年 7 月			16	945	716
24 年			20	810	677
25 年			32	1,357	1,425
26・4	12	24	36	1,283	1,548
27・4	26	20	46	2,343	2,334
28・12	33	32	65	3,326	3,173
29・12	38	34	72	3,850	3,752
30・12	39	36	75	4,281	4,382
31・12	44	42	86	5,033	4,816
32・12	44	49	93	5,645	5,407

2 対 象

児童福祉法はその第42条で「精神薄弱児施設は、精神薄弱の児童を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設である」と規定している。また

その第48条では、その施設の長は保護者に準じてその収容の子供を就学させることになっている。

しかし、実際には施設の数が極めて不十分なので、I.Q.の非常に低いもの、あるいは欠損家庭または困窮家庭などの子供が優先され、それだけで手一杯というのが実情である。したがって、重症でも家庭的にめぐまれた子供は後廻しにされ、一方施設に入った子供はほとんど就学を免除されるものにかぎられている状態である。

すべてこれらの施設は、児童相談所より措置される子供を収容しており、個人的な契約は一切行っていない。保護者は、その収入の程度に応じて費用を負担し、場合によつては全額免除される。その認定は児童相談所が行うが、最高額は府県により多少の相違はあるが、だいたい6,000円台であり、この額が子供1人当りに、府県から支出される額でもある。

わが国の精神薄弱児施設における重要な問題点の一つは、それが児童福祉法にもとづいているため、18才を過ぎると退所しなければならない点である。重症の精神薄弱者は18才を過ぎても自立することは困難なので、成人の施設をつくるのがのぞまれている。現在20才まで延長することを認められているが、根本的には同じである。

3 秩父学園

これらの精神薄弱児施設のなかで、昭和33年4月に設立された国立秩父学園（埼玉県所沢市）はいろいろな意味で異色をもっている。

すなわち唯一の国立施設であること、重症の精神薄弱および精神薄弱で聾あるいは盲などの、二重の障害をもつものを収容していること、年齢に制限のないことなどである。

収容定員は100人にすぎないが、従来、普通の施設で収容できなかった重症者、二重障害者などのための対策として一歩をすすめたものといえよう。

わが国の精神薄弱児施設は一般に規模が小さい。最大のものでも収容人員は200名前後にすぎない。そのため、全体をあわせても5,745名の収容能力しかない。

特殊学級の対象にもなりえない重症の精神薄弱児の数は、本年度に行われる実態調査の結果をみるまでは明らかではないが、少なくとも数万名はくだらないものと考えられており、これらの施設の数は、まだまだ不十分ということができよう。

4 精神薄弱児通園施設

これは、もつとも新しい種類の施設で、昭和32年度より発足した。昭和33年度現在12カ所で、収容定員420名、昭和34年度にさらに7カ所の増設がみこまれている。

6才以上で特殊学級の対象となるものよりも低く、I.Q.50以下の就学を猶予または免除されたものを対象とする。

すべて児童相談所よりの措置として入所するが、その在所期間は施設により適当に決めることができる。

18才以上のものも入所させてもかまわないことになっているが、現在ではない。

(c) 精神薄弱の実態調査

この問題については、いくつかの大規模な調査がすでに実施され、あるいは予定されている。

一つは1953年度に厚生省の手により行われた精神衛生実態調査である。この調査は厚生行政基礎調査地区より層別任意抽出により選定した全国100地区について行われたものである。これについては、本資料第3号(1955年)に詳報したから、ここで再録はしないが、その結果精神障害者の数は全国で130万と推定され、そのうち44.5%が精神薄弱と考えられている。ただし18才未満についてみれば、精神薄弱の比率は81.2%の高さを占め、一方、精神障害者全般についていえば、18才未満は35万と推定されている。したがって、その81.2%、すなわち、28万あまりと推定されている。

一方、文部省でも、同じ1953年に、全国の小・中学校に在学する児童・生徒の中における精神薄弱児の実態調査を行った。これは「読み・書き能力」の調査にもとづき、民度から、大阪・群馬・高知の3県をえらび、その中から、さらに学校を抽出し、個別的知能検査と精神科医による診断を併せて行ったものである。これによると、知能指数75以下のものの出現率は、それぞれ小学校において、徳島8.2%、群馬6.2%、大阪4.5%、全国平均5.6%、中学校において、徳島7.7%、群馬14.6%、大阪5.7%、全国平均9.4%となつている。一方精神科医による診断では、小学校4.53%、中学校7.2%といずれもやや低くなつており、I.Q.75以下で、精神薄弱でないと言われたものが若干あることを示している。

もとより、この二つの調査は方法も対象も重なるから、その点かならずしも一致しないのは無理からぬことであろうが、それよりも大きな理由は、厚生省の調査では、白痴・痴愚程度を対象とし、魯鈍級は一応除外してあることであろう。

なお、就学時に、種々の事情で就学を延期または猶予されていくもの、その後長期欠席となつていくものの中に、精神薄弱が相当数ふくまれるであろうことは容易に想像できるが、その数

第5表 就学免除・猶予者の理由別および学令児童・生徒数に対する割合

(昭和33年度)

理由別	就学免除			就学猶予		
	児童	生徒	計	児童	生徒	計
盲・弱視	—	—	—	267	27	294
ろう・難聴	—	—	—	522	49	571
肢体不自由	1,804	435	2,239	3,268	193	3,461
病弱・虚弱	1,037	335	1,372	8,257	499	8,756
精神薄弱	2,918	1,036	3,954	5,185	275	5,460
教護院または少年院にあるため	42	83	125	103	222	325
その他	599	187	786	1,708	198	1,906
計	6,400	2,076	8,476	19,310	1,463	20,773

は第5, 6, 7表および第8表のとおりである。

第6表 実数と全児童数に対する百分比

区 分	学令児童・生徒数	就学免除者(A)	就学猶予者(B)	A + B
実 数	18,530,189	8,476	20,773	29,249
百 分 率	100%	0.046%	0.112%	0.158%

第7表 欠席者数と在学者数に対する比率

区 分	1 9 5 3 年 度		1 9 5 4 年 度		
	児 童	生 徒	児 童	生 徒	
欠 席 者 数	男	65,582	79,412	61,502	77,694
	女	65,977	78,464	59,926	76,841
百 分 率 (%)	男	1.16	3.11	1.04	2.79
	女	1.20	3.23	1.05	2.90

第8表 欠席理由別欠席率 (%)

本 人 に よ る も の				家 庭 に よ る も の			
		児 童	生 徒			児 童	生 徒
		本人の疾病異常	男			46.5	18.0
	女	43.6	19.3		女	27.0	30.1
勉強嫌い	男	12.3	22.6	家庭の災害	男	0.2	0.4
	女	6.3	11.0		女	0.3	0.6
友人にいじめられる	男	0.3	0.2	家庭の疾病異常	男	1.8	2.9
	女	0.2	0.2		女	3.8	6.1
学用品がない	男	0.4	0.3	教育費が出せない	男	3.9	5.4
	女	0.3	0.2		女	4.6	7.2
衣服や履物がない	男	0.5	0.2	家計の全部または一部負担	男	2.4	13.4
	女	0.5	0.2		女	3.4	12.8
学校が遠い	男	2.5	1.4	そ の 他	男	4.6	6.4
	女	2.1	1.1		女	6.2	9.1
そ の 他	男	1.9	1.7				
	女	2.5	2.1				

昭和34年度より学校保健法の規定により、就学前に健康診断を行うことが義務化され、その中に知能検査をふくむことになった。これを機会に、厚生省児童局では、この未就学児の実態調査を34年度に実施することになったので、この中にふくまれる精神薄弱の実態については、さらに明らかになることが期待されている。

(d) そ の 他

最後に、以上でふれなかつた二三の点についてのべておきたい。

1 全日本特殊教育研究連盟

これは精神薄弱児の特殊教育についての研究者、現場の教師たちの連絡研究のための組織である。昭和27年に発足し、機関誌として「児童心理と精神衛生」をもっていたが、現在は、これにかわり「精神薄弱児研究」を発行している。昭和34年現在、理事長は東京大学教授 三木安正氏である。

2 精神薄弱児育成会（手をつなぐ親の会）

これは精神薄弱児をもつ親たちの会であり、昭和27年5月に結成された。機関紙「手をつなぐ親たち」を発行するほか、研究会、講習会などを開催し、啓蒙運動を行うとともに、相談事業も行っている。また、直営精神薄弱児施設として、名張育成園（三重県）をもっており、ここはアフターケアをも行っている。現在の会長は前田多門氏である。（玉井収介）

(5) 本邦における臨床心理学の現状

第二次大戦以前の、日本における臨床心理学一般の発展は、戦後のそれと比較するとき、ほとんどみるべきものがなかつたといつてよい。ごく限られた領域、少年院・病院その他で活躍していた心理学者がいたけれども、その活動が個人的な興味につながっていたり、相互に連絡のない孤立したものであつたりした。社会的な要求と、臨床にたずさわる心理学者の内部からの要求とが一致し、相互に連絡をもつて、まとまつた活動がみられるようになったのはここ10年足らずの動向であり、特に最近の数年間の動きが注目されるであろう。

日本心理学会総会の過去3年間の臨床心理学部門での研究発表およびそれと関連する領域で特に臨床心理学と直接関連する研究発表をとりあげて、その動向に注目してみたい。発表演題数は総計200以上の多数におよび、全発表数の約7分の1に相当する。この中には心理測定や人格テスト関係は直接の臨床的活用に関するものを除いては含まれていない。（この側面については別項「本邦における心理検査の現状」の項参照）

これらの研究の方向を次のいくつかの題目の下にまとめて、わが国における臨床心理学者の関心をさぐつてみたい。

最も中心にある関心事は神経症・問題児・非行少年・犯罪者等に対する心理療法およびカウンセリングの実際の経験についての検討およびその効用や限界についての研究である。心理療法の実施の形式は自由連想を用いる精神分析的な立場や対面法を用いての簡便法や非指示的方法、折衷法などである。児童に対しての遊戯療法の経験も多く発表されている。成人児童を問わず、個人療法も

集団療法も適用されている。この点での研究は過去3年の学会で約40にのぼっており、実際の心理療法やカウンセリングの経験が次第につみ重ねられつつある点がかうかがえる。ただ、そのような個々の経験が方法的検討や心理療法やカウンセリングの意味を厳密に考察する点にまではまだ発展していないうらみがある。心理学者がこの領域に関心を持ち始めてから日の浅い現状では一面やむを得ぬことではあるが、やはり現実の経験と理論的な検討とが同時に行われなければ、いくら個々のケースを積み重ねても、得るところは僅かであることを反省しなければならない。

この問題への接近は京都大学教育学部の幼児のグループ・セラピーの過程を把握しそれを測定するための一連の研究、国立精神衛生研究所心理学部の成人心理療法の過程を量的に把握しようとする一連の研究、神戸大学心理学教室での相談助言の技術を体系化しようとする試み、横浜市立大学、御茶の水女子大学、日本社会事業短期大学などのメンバーを中心とする心理劇やロールテクニクにもとづく人間関係の理解と治療の意味の追求、品川児童相談所や東京家庭裁判所の研究にみられる非行少年の診断型と処遇効果との関係をみいだそうとする試みなど、ごく僅かである。これらの研究も、その方法論的な興味と共に、結果の妥当性について今後の検討がまたれる。

第二の大きな研究方向は神経症・不適應者・非行者などをとりあげ、その人格特性あるいは特徴を種々の面から考察しようとするものである。ここではこのアプローチに用いられる種々の心理学的な測定法や人格診断のテストの妥当性や信頼度の検討がなされていると同時に、心理学的な不安のもつ意味の検討、いわゆるパーソナリティ理論との関連において適応異常を位置づけようとする試み、さらにはこのような何らかの偏りをもつパーソナリティが社会的な集団の中でもつ対人関係の特徴の探究などもなされている。この面での研究は発表数としてはむしろ第一の研究方向を上廻る約60を算えることができる。その内容を一瞥するなら、テストの臨床面への応用というに止るものがあまりに多いことに失望を禁じ得ない。われわれが知りたいのは、そのテストがパーソナリティのどの側面を、どのような程度にとらえることができるのかに関してである。パーソナリティの反応を何等かの道具を媒介としてとらえることだけが、ここでの目的であるならば、ここでは科学的な方法は全く無用のものとなる。テストの科学的な検討、標準化の試みなどは臨床心理学の領域ではないとして斥けることは許されぬ筈である。(「検査」に関する研究発表では当然この方向での研究がみられている。)何をはかっているかを知らずに、たとえば神経症者のテストをした所で何の意味があるのか。この点ではむしろ生理学的な面からの接近に興味ある検討が多い。例えば、早稲田大学心理学教室の「緊張異常に関する研究」の系列、慈恵大学古閑内科教室からの神経症の作業負荷による生理学的な反応の研究、脳波や光電的プレティスモグラフを利用した研究などである。ただ、ここでも生理学的なメジャーの意味が更に検討されねばならぬことはいうまでもない。生理学的なスケールの上ののせることで、心理学的なスケールにのせるよりも、より妥当性と信頼度をそなえた結果が得られると考えることは全くの錯覚であるにすぎぬ。その生理学的な指標の意味についての検討がなされねばならぬのは、心理学的指標における場合と全く同様である。さらに、神経

症的パースナリティをコントロール群と比較してとらえようとする試みが、神経症理論に対する貢献を意図してなされてもいるが、この古典的な問題は相変わらず結論のないままである。臨床心理学者の貢献はむしろ、テストを用いて、個人の特定の状況に対する反応の特性を知ること、あるいはテスト状況のある種の対人関係がみられる場面としてとらえて分析しようとする試みである。例えば香川大学心理研究室における、危機場面における性格検査の特徴をとらえようとする一連の研究はテストの施行さるべき状況への具体的な示唆を与えると同時に、テストが施行される場面の相違が、どのような反応の変化を生ずるかを示すものであろう。名古屋大学のロールシャッハ・テストにおける人間関係に関する一連の研究も、将来の成果に期待したいものの一つである。人間関係の診断ということや、対人関係の調整ということが形式的に唱えられても、現実にこの問題を取りあげた実証的理論的な検討が少ないのは遺憾である。社会的場面あるいは家族やその他の特定の集団の中での個人の行動を問題とする研究も、あまりみるべきものがない。ここでも明確な研究計画と資料の収集に関する良心的な扱い方が要求される。特定の異常行動をもつ個人の家族間対人関係、親子関係の研究なども、このような資料についての反省をもたぬ限り無意味なのである。

第三の臨床心理学者の主要な関心事は、既にのべた第一および第二の研究領域と部分的に重なっている。それは健康なパースナリティについての研究と名づけることができよう。その中には神経症、その他の異常なパースナリティが治療によつて変化していく過程を追求する試み、その理論的方法論的な試みがある。この領域では人格テスト（ロールシャッハ、TAT、SCT、PFT、その他のプロジェクトブテクニク。矢田部ギルフオードなどのインベントリ形式のテストなど）を用いた研究が最も多く、約30ほどの発表がなされている。他に治療過程にあらわれる種々の側面を、治療場面に即してとらえようとする試みや、新しい評定尺度を考えようとする動きなどもかなりみられている。本来パースナリティの理解が、単一のアプローチによつては不可能である故に、このような色々のアプローチが、相互にどのような関連をもつかが問題にされねばなるまい。これは、アプローチの特殊性が、どのような観点に立つ場合にどのような利点をもつかということと結びつけて考えられることなしには不可能なことである。たとえば、個人内の意識的な変化と、その意識を他人が知覚するときでは、その内容が異つて理解されるはずである。このような問題は、たとえば他人の知覚と、知覚する人の自己についての知覚との関係をぬきにしては考えられないであろう。治療がクライアントを理解する場合の治療者各個人による相異なども当然問題としてとりあげられねばならぬし、この点をぬきにして、人格変化の問題を論ずることはできない。かかる点も今後の研究課題であるだろう。（佐治守夫）

（6） 本邦における心理検査の現状

われわれは、「精神衛生資料」の前号（6号）において、「臨床心理学者の現状」と題して、アン

ケートによる調査結果を報告し、そのなかで各種心理検査の使用率に関する一覧表を掲載しておいた。そこですでに明らかなように、知能検査ではWISCの使用が圧倒的で、田中B式、鈴木ビネー、田中ビネーがこれに次いでおり、また性格検査ではロールシャッハ・テストが圧倒的に多く、TAT、内田クレペリン検査がこれに次いでいる。また知能、性格両検査を通じてみるとWISC、ロールシャッハ、TAT、田中B式、内田クレペリン検査の順となり、現在の臨床心理学者が心理検査に何を期待しているかについての一端を知ることができた。

われわれはここで、学会報告その他の資料から、心理検査研究の概況を眺めてみよう。

1 日本心理学会第22回(1958)大会から

臨床部門の発表のうちから、心理検査に関したもののみを抜き出してみると、まずロールシャッハ・テストに関するものが圧倒的に多いが、そこには二つの主な研究方向が示されている。その一つは、このテストの基礎的な研究であり、他は臨床的適用についてのものである。これに対して、WISCやTATのように、使用率ではロールシャッハに劣らないテストについての研究は皆無であるか非常に少ない。知能検査はつねに実用的なものとして用いられ、研究対象としての魅力に乏しいためか、つねに報告数が少ないのは一応納得できるとして、TATのように興味深い問題を多く含んでいるテストが研究対象としてえらばれていないわけではないと思われるが、報告数は意外に少なく、理論的・基礎的研究が二三認められるだけである。またあまり実用化していないゾンデイ・テストについては、いくつかの基礎的研究が報告されている。性格検査に関する限り、現在は投射法の全盛時代ということができると思うが、いわゆる質問紙法の研究も地味な形ではあるが、堅実な歩みをつづけており、MMPIに関する基礎的ならびに臨床的研究がその一つである。また発表数こそ少ないが、矢田部ゴルフオード検査の出現は注目しておいてよからう。

2 日本応用心理学会第25回(1958)大会から

主として臨床および検査の部門から心理検査に関連したものをとりだしてみると、ここでもロールシャッハに関する研究がもつとも多いが、その他TAT、PFT、SCT、Y-Gテスト、ゾンデイ、さらには知能検査にいたるまで、さまざまな心理検査が用いられている。ここでは、心理学会におけるよりも、もつと実際の臨床につながる応用的研究がさかんであり、非行少年、事故頻発運転手、精神疾患などを対象として、それらのパーソナリティ特性を把握しようという努力がはらわれている。しかしここでも、TATの標準化の問題、知能検査の信頼性の問題、各種テストの因子分析的研究など、かなり基本的な問題がとりあげられている。

以上、最近の心理検査の研究状況をごく大まかに、二つの学会発表を通じてとらえてみたが、ここからいくつかの印象をひき出してみよう。

もつとも目につくのは、ロールシャッハ・テストに関連のある研究が多いことで、この傾向はここ数年来の現象である。このように一つのテストが、これほどまでに関心をあつめたことはかつてなかったことである。しかし、このテストに関する数多くの発表は、内容的にみて必ずしも高い水

準にあるとはいえない。たとえば、正常者と異常者とをグループによつて比較し、ロールシャツハ記号のどれかに有意な差がみられた、といった報告が多い。しかし、この種の研究から、差のみられた因子について、はたして解釈上の知見が深められる結果になつているかどうか疑わしい。また標準化の研究もいくつか試みられているが、テスト状況の問題、技術上の問題などに、もう一步工夫が必要と思われる。すくなくとも従来解釈仮説を実証し、確立してゆくためには、厳密な行動評定尺度を併用する方法、実験的な研究、発達的な研究が必要であらう。また因子分析などの数学的に厳密な方法を導入する試みをはじめられているが、この際、スコアリングの信頼性を高める努力がもつと真剣に考えられない限り、自己満足に終つてしまうだろう。ロールシャツハ・テストは本来臨床の実際的要請にこたえるものであるとしても、その解釈仮説に関する基礎的研究が不可欠であることを強調しておきたい。

ロールシャツハ・テストが研究者の関心をあつめていることは、それだけの理由のあることだろうが、他のテスト、ことにTATなどのようにポテンシャルな有効性を持ち、実際はかなり広く用いられているテストに関する研究があまりに少なすぎるような気がする。ことにTATはパーソナリティ力学に関して重要な知見を与えることが期待されるものであり、たとえば行動の現実水準と空想水準との対応関係について、もつと多くの研究がなされてよいのではないかと思われる。

パーソナリティの諸相あるいは諸次元をとらえてゆくためには、一種類のテストでは不可能であることは言をまたない。ここにテスト・バッテリーの問題が生じてくる。臨床心理学者たちは、実際にはいくつかのテストを併用していることが多いけれども、それをどのように組合せて解釈をしていけばよいかにとまどうことが多い。この意味で、もつとテスト・バッテリーについての基礎的、臨床的研究が必要であらう。ことに、投映法と質問紙法との組合せに関してもつと関心がむけられてよいだろう。Y-G 検査は臨床的に有効な質問紙法とみられ、投映法と併用することによつて今後発展さるべき検査として注目してよい。

知能検査はすでに確立されたものとして研究の対象となつていながつたが、最近再び新しい形式の知能検査の標準化や、さらにテスト状況や検査者の影響が研究されるようになってきており、これは今までほとんど無視されてきた、しかも重要な問題として、注目に値する。(片口安史)

(7) わが国におけるサイキアトリック・

ソーシャル・ワークの現状

国立精神衛生研究所では、昭和31年(1956)に、わが国におけるサイキアトリック・ソーシャル・ワークの現況調査を行つた。その結果は精神衛生資料第4号にその詳細を既に掲載したが、ここにそれを簡単に要約すると次のおとりである。

この調査の対象になつたのは大学附属病院精神科、精神科または神経科を有する総合病院、精神

病院および精神衛生相談所であり、児童相談所は含まれていない。調査に対する回答率は62.3%で回答のあつたのは174の施設であつた。そのうち、サイキアトリック・ソーシャル・ワーカーを置いているのは42の施設である。これはだいたい全体の3分の1にしかあたらぬ。またこれらの施設に勤務するソーシャル・ワーカーは全国で67人、未解答の施設を入れても、たかだか70人という数は全国精神科・神経科の医師の総数約1,000人と比較してもいかに少いかかわかる。アメリカ合衆国国立精神衛生院の統計では、州立長期精神病院における1951年のソーシャル・ワーカーと精神科医の割合は約1対2である。わが国では、これがだいたい1対15という割合になる。

次に、これらソーシャル・ワーカーが何を仕事として行つているかを、調査から得られた業務内容の回答をならべてみると次のとおりである。即ち患者の環境ならびに身上調査、環境調整および家族に対する心理的指導、レクリエーションの指導、グループ・ワーク、医療扶助に関する事務、他機関との連絡、アクタ・ケア (after-care)、教育者その他に対する専門的助言、公衆教育等になつてゐる。然し中には医療費の徴収がその主な仕事となつてゐるような施設もあつて、ケース・ワーカーが患者よりも経営者の利益に利用されているような印象を受ける回答もあつた。

いまだわが国のサイキアトリック・ソーシャル・ワークが十分に発達しておらず、専門化のレベルには程遠いことがうかがわれる。

さて、この部門に必要な不可欠な、教育および訓練の現況はどうだろうか。回答のあつた67名についてしらべてみると、ソーシャル・ワークの専門教育を受けたものはわずか8名にすぎない。またソーシャル・ワークに関する講習会には全体の約3分の1しか参加していない。勿論、この講習会もサイキアトリック・ソーシャル・ワークという専門的に分化したプログラムではないので、それだけで受講者が直ちに、この分野での専門化された機能を確立し、その仕事を推進してゆくことは決してたやすいことではない。

さて、次にこの調査では除外した児童相談所の現況についてその概略を記す。わが国には現在122カ所の児童相談所があり、その職員総数は昭和31年現在で約1,200人の職員が配置されている。その中、医師が50人あまり、精神科の医師が36人、心理学専門職員が約120人、児童福祉司等の社会福祉専門職員が450人あまり、その他、看護婦、保健婦が約20人で、これらが技術職員として働いている。ここで主なる関心事であるソーシャル・ワーカーは、児童福祉法による措置指導を行う。この仕事の詳細は省略するが、現在の段階では、いわゆるクリニックとしての本来の機能を発揮させるようなソーシャル・ワークの仕事はほとんど行われていない。然し、二三の児童相談所では、情緒的障害や性格行動上の問題を持つ児童について、その援助過程（診断および治療）におけるソーシャル・ワークの役割を認識して、チーム・ワークによる総合的治療への貢献が見られる。

さて、サイキアトリック・ソーシャル・ワーク本来の機能についての一般の理解は、年々徐々にではあるが増加していると見てよいだろう。昭和33年にはサイキアトリック・ソーシャル・ワーク担当職員のためのいわゆる伝達講習会が行われ、その席上、各地の情報の交換が行われた。いまだ

活発とはいえないが、実際的な必要に応えるための研究活動が地域的に自主的に行われていることがわかった。九州では宮崎市を中心とした保健所、精神病院、一般病院等からのソーシャル・ワーカーが、横の連絡、地域における資源間の相互関係の強化、技術の伸長といった目的で、自主的な集りを持っている。

東京にはサイキアトリック・ソーシャル・ワーク研究会が昭和32年11月に発足した。これまで16回の月例の研究会を開催したが、ここでは主に、種々のサイキアトリック・ソーシャル・ワークをその機能の中に含む施設から出される事例を中心として、この専門の一般性および特殊性について深い討議が行われてきた。一般的に、精神障害についての新しい考え方にもとづく、分化された仕事としてのソーシャル・ワークとは如何なるものかについて、何等かの方向を見出そうという傾向が見られる。例えば、サイキアトリック・ソーシャル・ワークの中で、患者と援助者（ケースワーカー）との間で打ち建てられなければならない治療の人間関係の特質の検討も、その考慮にもとづく援助のあり方の具体的な考察などは東京の精神衛生普及会から提出された事例によつてある程度明確にされた。

最近では国立武蔵療養所のサイキアトリック・ソーシャル・ワーカーによる慢性長期化した精神病患者の社会復帰についての一つの試みとして社会復帰学校の紹介があつたが、精神障害についての総合治療として、ソーシャル・ワークが集中的に機能を十分に働かせることによつて、慢性化した病態からの解放を示唆するところ大であつた。

名古屋近辺では、名古屋大学神経精神科を母体として、名古屋市内にある施設、保健所、精神衛生相談所、婦人相談所および児童相談所等からソーシャル・ワーカーが集り、日本福祉大学の職員の参加を得て、やはり研究会を持っている。

大阪では、東京や名古屋のように分化したサイキアトリックという特殊性はないが、医療社会事業家協会が研究会活動を活発に行つている。サイキアトリック・ソーシャル・ワーカーはその他の研究会にも参加していて、いわゆるソーシャル・ワークにおける一般的基本性 (generic) への洞察を發展するという方向をとる点では東京、名古屋、その他の各地の研究会とは違つた立場をとつている。因みにアメリカにおけるソーシャル・ワークの趨勢は、特殊性 (specific) を強調するよりも一般的基本性を拡大し、掘下げるといつた傾向にあつて、サイキアトリック・ソーシャル・ワーク協会などは發展的に解消し、すべて AASW (アメリカ・ソーシャル・ワーク協会) の中に、他の専門分野別の協会とともに統合され、その中で一つのセクションとして、サイキアトリック・ソーシャル・ワークの特殊性を生かすという方向に変つている。

日本社会福祉学会における最近の傾向は、行動診断の基本的理解を単に親子関係に求めるという考え方を反省し、家族の持つ力動性をいわゆる小集団の機能として診断することによつて、複合的力動性の断片化 (たとえばいままではこれが親子関係ということによって代表されてきた) を避ける方向を見出そうとしている。これは単にサイキアトリック・ソーシャル・ワークのみの関心事ではない

が、臨床の診断および治療の実践において、いわゆる家族診断を考察することにより、家族中心療法を確立する一つの階梯としての意義が深いと思われる。

（柏木 昭）

附 録

(1) 1958年度学界動向

(a) 精神衛生関係図書一覧

- (1) 精神衛生全般に関するもの
- 1) 子供の精神衛生, 平井信義, 同文書院
 - 2) 児童精神衛生講座 (1) 児童期における適応の問題, 加藤正明, 長島貞夫, 松村康平編, 明治図書
 - 3) 児童精神衛生講座 (2) 学級社会の精神衛生, 加藤正明, 長島貞夫, 松村康平編, 明治図書
 - 4) 児童精神衛生講座 (3) 児童生活の精神衛生, 加藤正明, 長島貞夫, 松村康平編, 明治図書
 - 5) 教師の精神衛生, 堀内敏夫, 刀江書院
 - 6) 標準保母講座 (4) 精神衛生, 堀要, 六月社
- (2) パースナリティと人間関係
- 7) パースナリティ, 外林大作, 異常心理学講座(8), みすず書房
 - 8) パースナリティ, 瀧永重次, 第一評論社
 - 9) 自我と防衛, フロイド, 外林大作訳, 誠信書房
 - 10) 抑圧と自由, ウェーユ, 石川湧訳, 東京創元社
 - 11) 劣等感の克服, 関計夫, 牧書店
 - 12) 劣等感の心理, 関計夫, 牧書店
 - 13) 臨床心理学, 千輪浩監修, 誠信書房
 - 14) 医学的心理学史, ジルボーク, 神谷美恵子訳, みすず書房
 - 15) ヒューマニズムの心理学, 永丘智郎, 松沢書店
 - 16) 人間—それ自らに背くもの—, マルセル, 小島威彦, 信太正三訳, 創文社
- (3) 心理測定に関するもの
- 17) ロールシャツハ・テスト, 第1巻および2巻, 村松常雄他編, 中山書店
 - 18) 精神診断学, ヘルマン・ロールシャツハ, 東京ロールシャツハ研究会訳, 牧書店
 - 19) ロールシャツハ研究 (1), 東京ロールシャツハ研究会編, 牧書店
- ハ研究会編, 牧書店
- 20) 主題構成検査 (TAT) の評価方法, 佐野勝男, 槇田仁, 精神医学研究所
 - 21) 性格診断法, 大伴公馬, 黎明書房
- (4) 児童および教育に関するもの
- 22) 児童心理学, 現代心理学体系(5), 三木安正編, 共立出版
 - 23) 児童の異常心理, 異常心理学講座(8), 黒丸正四郎, みすず書房
 - 24) 問題児の診断, 講座教育診断法(5), 坂本一郎, 佐藤正, 品川不二郎編, 牧書店
 - 25) 問題児の生活指導, 坂本一郎, 佐藤正, 沢田慶輔, 鈴木清, 間宮武, 牧書店
 - 26) 岐路にたつ子ら—危険期の心理, 村田宏雄, 刀江書店
 - 27) 子供の見方, 一小学生の心理相談, 吉田司, 井川清, 日本文化科学社
 - 28) 日本の母子関係—その心理的な問題—, 津留宏, 黎明書房
 - 29) ひとりつ子の心理と教育, 山下俊郎, 牧書店
 - 30) 人間形成の社会心理, 教育社会心理学講座(1), 牛島義友, 明治図書
 - 31) 人間の発達課題と教育, ハヴァイガースト, 荘司雅子訳, 牧書店
 - 32) 児童理解の方法, 松村康平編, 誠信書房
 - 33) グループ・ダイナミックスの研究, 日本グループ・ダイナミックス学会編, 理想社
 - 34) 教師の人間関係, 石田潔編, 東京創元社
- (5) 精神病理学・神経症に関するもの
- 35) 心理療法, 異常心理学講座 (8), 佐治守夫, みすず書房
 - 36) 精神療法, クレンツチマー, 新海安彦訳, 岩崎書店
 - 37) 道徳療法, バリュック, 稲葉信竜訳, 誠信書房

- 38) 分析的集団心理療法, スラプソン, 小川太郎, 山根清道, 遠藤辰雄訳, 誠信書房
- 39) 感覚, ピエロン, 島崎敏樹, 豊田三郎訳, 白水社
- 40) 異常児—医学的研究—, 石橋俊実, 診断と治療社
- 41) 神経症, 異常心理学講座 (8), 中川四郎, みすず書房
- 42) 神経症—ヒステリー・神経衰弱・不眠症・ノイローゼ, 三浦岱栄, 東京創元社
- 43) ノイローゼの治療と現代生活, 野村章恒, 日本教文社
- 44) 病気と心, 精神身体医学講座 (4), 井村恒郎, 懸田克躬, 笠松章, 杉靖三郎, 三浦岱栄, 山口与市, 日本教文社
- 45) 社会精神医学, 異常心理学講座 (8), 懸田克躬, みすず書房
- 46) 精神医学・精神科看護法, 精神衛生, 高等看護学講座 (21), 高木四郎, 羽生りつ, 井村恒郎, 医学書院
- 47) 精神科看護の研究, 国立武蔵療養所編, 医学書院
- 48) 日本の精神病院, 日本精神病院協会編, 四季社
- 49) 保育のための健康管理, 平井信義, 恒星社厚生閣
- 50) 精神分裂病の心理, アリエッテイ, 加藤正明, 河村高信, 小坂英也訳, 牧書店
- 51) 精神分裂病, 中脩三編, 医学書院
- (6) 社会病理に関するもの
- 52) 人間の社会心理, 佐々木, 平井, 早坂, 牛窪, 誠信書房
- 53) 社会心理学読本, 南博, 東洋経済新報社
- 54) 社会心理学入門, ブロンデル, 清水幾太郎, 武者小路公秀訳, 日本評論新社
- 55) 家族の心理, 依田新編, 培風館
- 56) 生活心理の錯誤, フロイド, 浜川祥枝訳, 日本教文社
- 57) 環境の診断, 講座教育診断法, 阪本一郎, 佐藤正, 品川不二郎編, 牧書店
- 58) 社会構造の心理的測面, リーダーシップ, 集団問題解決とその過程に関する実験的研究, リーケン, ホーマンズ, 松原治郎訳, みすず書房
- 59) スラム, 磯村英一, 講談社
- 60) 自殺の国, 岡崎文規, 東洋経済新報社
- 61) 正気の社会, フロム, 加藤正明他訳, 社会思想研究会出版部
- 62) 社会的人間論, 清水幾太郎, 日本評論新社
- (7) 社会福祉事業に関するもの
- 63) 日本社会事業現代化論, 黒木利克, 全社協
- 64) 社会福祉事業一般, 仲村優一, 六月社
- 65) 社会事業の知識, 青木秀夫, 全社協
- 66) コミュニティ・オーガニゼーション概説, 谷川貞夫, 全社協
- (8) ケース・ワークに関するもの
- 67) 児童のケース・ワーク事例集, 厚生省児童局編, 厚生省
- 68) ケース・ワークの原理と技術, 仲村優一, 全社協
- 69) ソシアル・ケース・ワーク, 一問題解決の過程, パールマン, 松本武子訳, 全社協
- 70) 医療社会事業, 吉田ますみ, 医学書院
- (9) 産業に関するもの
- 71) 産業心理ハンドブック, 桐原葆見他編, 同文社
- 72) リーダーシップ, 松井資夫, ダイアモンド社
- 73) 人事配置—その心理学的考察, 豊原恒男, 誠信書房
- 74) 職場集団の理論, ゼイルズニク, 野田一夫, 堀城治訳, 誠信書房
- (10) 犯罪に関するもの
- 75) 非行少年—その本態と治療教育学—, 青木延春, 全社協
- 76) 青少年犯罪の社会心理学, 村田宏雄, 刀江書院

(b) 精神衛生関係論文一覽

(1) 精神衛生全般に関するもの

- 1) 青少年の精神衛生一実例とその理解一, 玉井収介, 青少年問題, 4巻9号
 - 2) 母と子の精神衛生, 高木四郎, 厚生, 13巻11号
 - 3) これからの精神衛生対策, 津田信夫, 厚生, 13巻11号
 - 4) 児童相談——児童精神医学, 高木四郎, 教育と医学, 6巻2号~
 - 5) 臨床チームについて, 高木四郎, 精神経誌, 60巻13号
- ### (2) パースナリティと人間関係
- 6) 思考傾向の個人的型について—パースナリティにおける指向性的研究, 楨田仁, 精神医学研究紀要, 5集
 - 7) 自己概念の発達の研究, 福島正治, 村山登, 教育心理, 6巻1号
 - 8) 人間存在とコミュニケーション, 宮司正男, 心評, 2巻1号
 - 9) ソシオメトリの再検討, 広田君美, 心評, 2巻1号
 - 10) 選択行動と対人的知覚の研究—関係知覚における集団構造化の要因, 大橋正夫, 心研, 29巻4号
 - 11) 人間関係とは, 村松常雄, 厚生, 13巻3号
 - 12) 集団の自己調整機構の研究, 続有恒, 太田雅夫, 心研, 29巻4号
 - 13) P・G・Rによる性格の基礎要因に関する研究, 大平勝馬, 教育心理, 5巻2号
 - 14) 非組織的場面における反応傾向, 葛谷隆正, 教育心理, 5巻2号
 - 15) 態度の“変化に対する抵抗”についての実験的研究, 古谷妙子, 心研, 28巻5号
 - 16) 総合研究・労働と人間形成, 名大教育学部, 名大教育学部紀要, 4号
 - 17) 恐怖反応の型と刺戟事態との関係, 松山義則, 同志社大文化学年報, 7号
 - 18) 精神的に健康な人格の特性に関する考察, 上田吉一, 教育心理, 5巻3号
 - 19) 臨床心理の科学的意義, 津島忠, 心評, 1巻2号
 - 20) 自我障害の一生起機序—精神分裂病の場合一,

立津政順, 精神経誌, 60巻7号

- 21) カウンセリングにおける誘導の技術, 岡村輝志朗, 新潟大教心論集, 5号

(3) 心理測定に関するもの

- 22) ロールシャツハ分裂病得点 (RSS), 片口安史, 田頭寿子, 高柳信子, 心研, 28巻1号
- 23) ロールシャツハの運動反応と知能との関係, 田中富士夫, 教育心研, 6巻1号
- 24) 最近におけるロールシャツハ・テストの決定因に関する文献, 本明寛, 富田正利, 湯本泰道, 心研, 29巻2号
- 25) 就学前幼児におけるロールシャツハ・テストの研究, 市村潤, 教育心研, 6巻1号
- 26) ロールシャツハ・テストの心理療法への適用, 片口安史, 心評, 2巻2号
- 27) ロールシャツハ・テストに現われた非行少年とその両親のパースナリティ, 市村潤, 心研, 29巻4号
- 28) 非行少年の脳波とロールシャツハ反応の関係, 田中富士夫, 心研, 29巻4号
- 29) 作業成績におよぼす実験者—被験者関係の影響, 続有恒他, 心研, 29巻2号
- 30) 心理臨床における描画テスト法—特に Family Drawing Test. 深田尚彦, 心研, 28巻2号
- 31) 鈴木ビネー知能検査の地域差による検討, 江川亮, 教育心研, 6巻1号
- 32) 僻地児童のパースナリティ研究—PFTを中心として—, 宮脇二郎, 教育心研, 6巻1号

(4) 児童および教育に関するもの

- 33) 児童の自己表現, 児童心理特集, 児童心理, 12巻4号
- 34) 子どもの反抗, 教育心理特集, 教育心理, 6巻4号
- 35) 特殊児童とは何か, 三木安正, 児童心理, 12巻9号
- 36) 普通学級における特殊児童の問題, 辻村泰男, 児童心理, 12巻9号
- 37) 小学校における学業不振児の研究, 千葉県教育研究所, 千葉県教研紀要, 38号
- 38) 夏休みにおける問題児の指導, 水島恵一, 児童

- 心理, 12巻8号
- 39) 言語障害児—主として吃音の子供—, 佐藤則之, 児童心理, 12巻9号
- 40) 祖母と母親の育児態度の比較, 石黒大義, 久世妙子, 土方康夫, 日本福祉大紀要, 1号
- 41) 母親の性格と育児態度の比較, 石黒大義, 久世妙子, 土方康夫, 日本福祉大紀要, 1号
- 42) 精薄児に対する母親の態度の調査, 石黒大義, 重盛貞夫, 日本福祉大紀要, 1号
- 43) 精薄児の欲求, 近藤益夫, 児童心理, 12巻2号
- 44) 精薄者の教育的治療法に関する一試論, 川田貞次郎, 精神経誌, 60巻5号
- 45) 精薄児の人格的適応に関する研究, 大西憲明, 大阪市大人文研究, 9巻4号
- 46) 児童生徒の問題行動に対する教師の態度に関する研究, 小川一夫, 教育心理, 5巻2号
- 47) 児童と教師の人間関係の研究, 岸田元美, 教育心理, 5巻2号
- 48) 小児の精神病, 高木四郎, 小児科診療, 21巻11号
- (5) 精神病理学・神経症に関するもの
- 49) 外傷性神経症の臨床心理学的研究, 鯨島拓弥, 精神経誌, 60巻2号
- 50) 覚醒アミン中毒症の予後とその治療, 青木義治, 精神経誌, 60巻4号
- 51) 精神薄弱の非行と再犯予後の研究, 樋口幸吉, 精神経誌, 60巻4号
- 52) 秩父山村における一斉調査による精神医学的考察ならびに他農村との比較, 新井尚賢他, 精神経誌, 60巻5号
- 53) 放火犯の社会的予後, 中田修他, 精神経誌, 60巻6号
- 54) 内因性鬱病と強迫症, 恐怖症, 栗野竜, 精神経誌, 60巻6号
- 55) 神経質の精神病理—特に「とらわれ」の精神力学について, 土居健郎, 精神経誌, 60巻7号
- 56) 心理学と精神医学, 新心理学講座, 加藤正明, 河出書房新社
- 57) 躁鬱病の病態学, 千谷七郎, 精神経誌, 60巻11号
- 58) 内因性うつ病とヒステリー, 赤田豊治, 精神経誌, 61巻13号
- 59) 女子殺人者の精神医学的研究—50例の女子殺人受刑者の観察とその犯罪予後について, 広瀬勝世, 精神経誌, 60巻12号
- 60) 犯罪生活曲線から見た殺人者の研究, 吉益脩夫, 精神経誌, 60巻12号
- 61) 精神分裂病患者の絵画についての一考察, 安永浩他, 精神経誌, 60巻12号
- 62) 分裂性体験の研究, 西丸四方, 精神経誌, 60巻13号
- 63) 老年者の犯罪生物学的研究, 菅又淳他, 精神経誌, 60巻13号
- 64) 精神分裂病集団に於ける対人関係の研究 (第2報), 坂部先平他, 精神医学研紀要, 5輯
- 65) 精神分裂病集団に於ける対人関係の研究 (第3報), 松井紀和, 精神医学研紀要, 5輯
- 66) 精神薄弱の性的非行に関する研究, 樋口幸吉, 矯正医学, 7巻1号
- 67) 女子同性愛行動についての考察, 杉山佳行, 矯正医学, 7巻2号
- 68) 刑務所—その機能と精神医学とのからみあい—, 久山照息, 矯正医学, 7巻2号
- 69) 精神分裂病の犯罪性並びに反社会性に関する考察, 蔵原惟光, 矯正医学, 7巻3号
- 70) 最近のヨーロッパにおける分裂病の精神病理学の動向について, 村上仁, 精神医学, 1巻1号
- 71) 退院後の分裂病のケース・ワークについて, 竹村堅次, 精神医学, 1巻1号
- 72) Thematic Apperception Test による精神分裂病患者の人間学的研究, 浦島誠太, 岐阜医科大学紀要, 6巻2号
- 73) 精神分裂病の作業方法, 藤原豪他, 日本医事新報, 1807号
- 74) 精神疾患の生活療法, 小林八郎, 日本臨床, 17巻1号
- 75) 適応異常とリハビリテーション療法, 一特に覚醒剤中毒症を中心としての考察—, 青木義治, 病院精神医学, 1集
- 76) 環境療法, 菅修, 病院精神医学, 1集
- 77) 精神病院に於ける患者の自治活動について, 台弘他, 病院精神医学, 1集
- 78) 精神分裂病に対する集団精神療法, 一特にChlorpromazineを媒介として—, 松本胖, 病院精神医学, 1集
- 79) 不安の精神病理, 池田数好, 九大教育学紀要, 5号
- (6) 社会病理に関するもの
- 80) 施設と児童の教育社会学的研究, 横山定雄, 社

- 会事業, 41巻3号
- 81) 漁村における親族関係の社会学的研究, 佐藤文男, 社会事業, 41巻3号
- 82) 社会生活とパーソナリティ, 横山定雄, 講座社会学, 1巻
- 83) 臨床過程における社会学技術の検討, 横山定雄, 立大応用社会学紀要, 6号
- 84) スラムに生きる青少年の課題, 磯村英一, 青少年問題, 4巻10号
- 85) 特殊環境, 横山定雄, 現代教育心理学体系中山書店, 13巻
- 86) 浮浪者の精神医学的研究—浮浪者と犯罪との関係について—, 藤原豪, 東京都衛生局業務報告書, 20号
- 87) 夜間に学ぶ定時制課程の生徒の生活実態について, 鈴木英市, 文部時報, 968号
- 88) 都市の親族関係, 大橋薫, 市政研究, 4号
- 89) 都市の老人問題—家族と老人の問題を中心として—, 齋藤昌男, 都市問題, 49巻3号
- 90) 老人の健康について, 村田嘉彦, 東京都衛生局業務報告書, 20号
- 91) 自殺傾向について, 佐藤寧子, 人口問題研究, 71号
- (7) 社会福祉事業に関するもの
- 92) 保育に欠ける問題点, 鷺谷善教, 生活と福祉, 3号
- 93) 専門社会事業の教育, 松本武子, 全社協研紀要, 1号
- 94) 母子家庭の生きる道, 井上哲男, 母子福祉, 6号
- 95) 大都市の生活相談, 村田松男, 社会事業, 33巻9号
- 96) 社会福祉教育の問題, 谷川貞夫, 厚生, 13巻9号
- (8) ケース・ワークに関するもの
- 97) ケース・ワーク指標としての自己決定原理, 柏木昭, 社会事業, 41巻1号
- 98) ケース・ワークにおける機能主義の特質, 小松源助, 社会事業, 41巻7号
- 99) ケース・ワーク・カウンセリングおよび精神療法, 竹内愛二, 社会事業, 41巻7号
- 100) 精神分析の技術とケース・ワーク, 本出祐之, 社会事業, 41巻7号
- 101) 児童期における適応の問題, 柏木昭, 児童精神衛生講座, 明治図書,
- 102) サイキアトリック・ケース・ワーク, 柏木昭, 生活と福祉, 5〜9号
- 103) ケース・ワーカーの教育, 松本武子, 社会事業, 41巻7号
- 104) ケース・ワーカーの訓練, 松本武子, 社会福祉研究, 7号
- 105) 児童ケース・ワーク序説, 奥山典雄, 社会事業, 41巻7号
- 106) 保健・医療におけるケース・ワーク, 浅賀ふさ, 社会事業, 41巻7号
- 107) グループ・ワークの集団づくりの問題, 牛窪浩, 社会事業, 41巻11号
- 108) 施設内におけるグループ・ワーク, 瓜巢憲三, 社会事業, 41巻11号
- 109) 社会治療の新しい課題, 水島恵一, 社会事業, 41巻11号
- 110) 社会事業方法論の盲点—心理劇の紹介—, 石井哲夫, 社会事業, 41巻8号
- 111) 児童福祉収容施設におけるケース・ワークの役割, 大谷嘉明, 社会事業, 41巻7号
- 112) 続, 福祉事務所とケース・ワーク, 仲村優一, 生活と福祉, 10号
- 113) 医療社会事業家の質的向上について, 松本武子, 済生, 10号
- 114) 査察指導の諸原則—査察指導員のなすべき仕事—, 三和治, 生活福祉, 11号
- 115) 社会事業における行動診断の枠組—アメリカ社会事業関係理論の動向に関連しながら—, 木田徹郎, 日社大紀要, 12号
- (9) 産業に関するもの
- 116) 職場青年学級の実際, 進藤一, 社会教育, 13巻3号
- 117) 都市近郊地域の勤労青少年問題, 岩谷隆存, 社会教育, 13巻2号
- (10) 犯罪に関するもの
- 118) 詐病の心理, 佐野愛, 矯正医学, 6巻4号
- 119) 都市の青少年問題, 神崎清他, 市政, 7巻5号
- 120) 非行少年の欲求, 土井正徳, 児童心理, 12巻2号
- 121) 少年非行と地域社会, 石田博, 都市問題, 49巻8号
- 122) 少年非行の予防と少年警察について, 森田宗一, 警察研究, 29巻2号
- 123) 不良化防止と映画対策, 前川春雄, 社会教育, 13巻6号

(C) 学会発表業績一覧

第55回 日本精神神経学会

昭和33年5月(千葉大学において)

- 1) 精神分裂病者の家族指導について, 加藤正明, 柏木昭(国立精神衛生研究所)
- 2) 放火犯の社会的予後, 中田修, 山上竜太郎(都立松沢病院)
- 3) 精神薄弱非行者の再犯予後に関する研究, 樋口幸吉, 栗原徹郎(中野刑務所)
- 4) 早期非行性から見た累犯非行少年の犯罪生物学的研究, 河村信義, 坪井孝幸(東大脳研), 菅又淳, 上出弘之, 小木貞孝, 安永浩(東大神経科), 樋口幸吉, 逸見武光(中野刑務所)
- 5) 精神分裂病双生児について, 井上英二, 上出弘之(東大脳研), 足立博(順天堂大), 栗原雅直(東大脳研)
- 6) 浮浪者の精神医学的研究, 藤原豪(都立松沢病院)
- 7) 飲酒嗜癖者の精神病理学的研究—第1報—, 青木義治, 清水寿, 下田秀夫, 有安孝義, 中川保孝, 小田高梧郎, 野崎次郎, 川久保貞彦(総武病院), 鶴岡俊明(湘南国際病院)
- 8) 吃音児に関する研究—第1報—, 岩谷清秀, 棚橋千賀子, 石井高明, 依田明(名大神経科), 天野さき子(城山病院)
- 9) 内科患者の病態心理学的観察—第3報—コーネルメダイカルインデックスを中心として, 深町建, 金久卓也(九大第一内科)
- 10) MMPIの研究—第1報—, 精神分裂病および神経症患者について, 黒田正大, 佐藤愛, 田山琴, 熊谷秀夫, 山田旭(東北大神経科)
- 11) 小児の恐怖症について, 菅野重道(日本医大神経科), 青木美亜子(多摩児童精神衛生相談所)
- 12) 小児自閉症(小児分裂病)の言語について—特に小児失語との比較—, 黒丸正四郎(大阪市大神経科)
- 13) 神経質における「とらわれ」の特異性について, 土居健郎(聖路加病院)
- 14) フアミリーダイナミックスより見た神経症, 金久卓也, 菅正明(九大第一内科)
- 15) 妄想患者の環境分析, 柴田洋子(東邦大神経科)
- 16) 妄想型精神分裂病の経過について, 河合博(根岸国立病院)
- 17) 精神分裂病集団における対人関係の研究—第2報—, 坂部先平, 松井紀和(精神医学研究所)
- 18) 疎通性に関する精神生理学的研究—分裂病と神経症の比較—, 木戸幸雄, 椿政司, 堀田澄子(日大神経科)
- 19) LSD 実験精神病の精神病理学的研究—第7報—, 加藤清, 藤縄昭, 篠原大典, 西山昭夫, 由良了三, 藤田聞吉(京大精神科)
- 20) 離人体験と妥当強迫, 新海安彦(信州大精神科)
- 21) 離人症症状の構造, 萩野恒一(南山大)
- 22) 時空間体験の精神病理—離人症と妄想知覚—, 越賀一雄(大阪医大神経科)
- 23) 離人症における意識野の構造, 西丸四方(信州大精神科)
- 24) Allopsychische Depersonalisation について, 島崎敏樹(東京医歯大神経科)
- 25) 分裂病の体型指数について, 富永一, 松岡栄一, 堀口良男, 逸見光昭, 小林陽一郎, 小山主公, 前川益夫, 安部昭二, 岸満信, 平林一泰(国立東京第一病院神経科), 三辺義久(芹香院)
- 26) LSD-25 による精神分裂病患者の状態像変化について, 中久喜雅文(自衛隊中央病院神経科)
- 27) TATの精神療法的応用—特に精神療法前後のTATについて—, 井村昭三(大阪市大精神科)
- 28) 神経症に関する臨床的研究, 池田数好, 西園昌久(九大精神科)
- 29) いわゆる間脳症と精神症状, 本多裕, 原田憲一, 戸嶋豊, 古閑永之助(東大精神科)

第3回 日本人類遺伝学会

昭和33年10月(名古屋大学において)

- 1) 神経症の臨床遺伝学的研究, 溝田久敏, 堺俊明(大阪医大神経科)

- 2) 同胞分裂病の妄想について, 新井尚賢, 柴田洋子, 戸田賀子(東邦大神経科)
- 3) Phenylketonuria の二症例, 松永英, 村田敏

- 4) その後の精神分裂病の集団遺伝学的研究, 岸本鎌一, 中村三雄(名古屋大環境医研)

第13回 日本公衆衛生学会

昭和33年10月(九州大学において)

シンポジウム

司会 桜井 図南 男

1. 行政面より見た精神病院管理, 安河内五郎(福岡県精神衛生研究所)
2. 開放治療を中心とした精神病院管理, 伊藤正雄(国立肥前療養所)
3. 開放自治を中心とした精神病院管理, 江副勉(都立松沢病院)
4. 集団作業療法を中心とした精神病院管理—特に公立病院の立場から—, 伊藤篤(福岡県立筑紫保養院)
5. 集団作業療法を中心とした精神病院管理—特に私立病院の立場から—, 佐々木勇之進(福岡県福岡病院)

第4回 日本精神分析学会

昭和33年10月(慶応義塾大学において)

- 1) 心理療法の現象学的研究, 堀淑昭(明大心理)
- 2) ロールシャッハ・テストの精神分析学的研究—その3—, 木村礼子, 小此木啓吾(慶大神経科)
- 3) 同性愛の研究—その4—, 高橋進(慶大神経科)
- 4) 自由画の精神分析的研究, 柴田出(聖ルチア病院)
- 5) 視線恐怖の心理力動的分析, 萩野恒一(南山大), 水谷孝文(名古屋大精神科)
- 6) 所謂境界線症例の一例, 武田専(慶大神経科)
- 7) 精神分裂病の心理療法, 阿部正(慶大神経科)
- 8) 精神分析療法中に分裂病状態を呈した強迫神経症の一症例, 西園昌久(九大精神科)
- 9) 自由連想法の研究—その7, S. O. R. 第三群, 第四群の研究と導入期操作目標実現過程における抵抗分析の技法的考察—, 小此木啓吾(慶大神経科)
- 10) 赤面恐怖症患者の一分析例における治療契約と感情転移の発展の関係について, 鹿野達男(慶大神経科)
- 11) 赤面恐怖症の研究, 鈴木謙次(慶大神経科)
- 12) 外傷時自我状態の定時的反覆とその健忘を伴う心因反応を呈した6才女児の分析, 佐藤紀子(日吉病院)
- 13) 同性愛患者の精神分析—アングルと円—, 蔵内宏和(九大精神科)

シンポジウム

我々はどんな風に精神分析学を学んできたか
 座長 懸田 克 躬(順天堂大精神科)
 前田 重 治(九大精神科)
 土居 健 郎(聖路加病院)
 小此木 啓 吾(慶大神経科)

特別講演

1. 神経症の社会心理的側面, 金久卓也(九大第一内科)
2. 小児精神医学について, 牧田清志(慶大神経科)

第5回 矯正医学会

昭和33年9月(東京都虎の門共済会館において)

- 1) 拘禁心理, 橋本健一(中野刑)
- 2) 少年院収容者におこなつたシエルドン氏体型の研究—2—, 後藤陸郎, 富田正夫(八王子医刑)
- 3) 非行少年多発地域についての研究, 櫛田利彦, 杉田稔(名古屋少鑑)
- 4) ゾンデイ・テストに関する研究(27報)—犯罪者にみられる ゾンデイパターン出現頻度の比較, わが国と欧州—, 1. 8 要因における4選択方面の比較 2. 4ベクターにおけるパターンの比較, 佐竹隆三, 高桑益行, 空井健三, 木村泰人, 打田茉莉(千葉少鑑)
- 5) 精神薄弱受刑者の強姦について(1報)—その心理学的研究, 久山照息, 加藤英彦(八王子医

- 刑)
- 6) 性的非行の個別および集団の発生について, 篠原清彦, 臼田由人(岡山少鑑)
 - 7) 特別・中等少年院 実態調査報告—精神医学班一, 樋口幸吉, 逸見武光, 栗原徹郎(中野刑)
 - 8) 少年院実態調査心理班報告(3報)—1. 個別的側面を中心として 2. 社会的側面を中心として, 武田慎二(矯正局), 酒井敏夫(中野刑), 佐藤望, 井部文哉(東京医少), 能美陽一, 袴田明, 佐伯克, 税所篤郎, 奥村晋(東京少鑑)
 - 9) 病的体験に対する抵抗としての放火, 杉山佳行(大阪少鑑)
 - 10) 酩酊について—主として血中アルコール濃度との関係について—, 藤井滄, 久山照息(八王子医刑), 西尾伸介(桜ヶ丘保養院)

第22回 日本心理学会

- 1) 面接治療の前後に施したロールシャツハ・テストの比較, 篠田勝郎(静岡県中央児相所)
- 2) ロールシャツハ反応の標準化に関する研究—第1報—, 村上英治, 植元行男, 秋谷たつ子, 江見佳俊, 西尾明(名大精神科)
- 3) 自閉的だと思われる態度を中心とする問題児の心理療法の経験, 後藤毅, 巽昭子(大阪日赤病院神経科), 長尾憲彰(大阪市中央児相所)
- 4) 幼児におけるGroup Therapy(第4報)過去4年間の全治療事例の多角的考察, 森脇要(立大), 権平俊子, 盛美富, 木津川家久(愛研)
- 5) 非行少年の総合的研究(第3報)個体的側面について, 井部文哉(東京矯正科学研究会), 佐藤望, 税所篤郎(矯正心理学会)
- 6) 家族関係の研究—両親のトラブルの子供に及ぼす影響—, 近藤貞次, 太田雅夫, 林英夫(名大教育学部)
- 7) 集団生活への適応—女子学生の Selforientation について—川中勝(広島女子短大)
- 8) MMPI 標準化のための研究, 肥田野直, 長塚和弥, 平田久雄(東大), 堀久(都立小石川高校)
- 9) TAT の標準反応について, 丸井文男(名大教育学部), 近藤信義, 関根忠直, 妹尾久(名大精神科)
- 10) 親子関係診断テストによる親の態度と子供の

- 11) 分裂病様状態の人格異常者に対する非指示的心理療法の2例について, 前田正典, 酒井汀(京都医少)
- 12) 関東医療少年院における集団補導—グループ・カウンセリングの2, 3の実験的経験—, 久山照息(八王子医刑), 藤井正夫, 入塩弘二(関東医少)

- シンポジウム 司会 新井尚賢
精神障害者の刑事政策に関するシンポジウム
1. 総論, 新井尚賢(東邦医大神経科)
 2. 精神薄弱の非行と再犯予後, 樋口幸吉(中野刑)
 3. 精神病質, 佐竹隆三(千葉少鑑)
 4. 精神病, 久山照息(八王子医刑)
 5. 精神鑑定, 中田修(都立梅ヶ丘病院)
 6. 保安処分, 平野竜一(東大法学部)

昭和33年7月(慶応義塾大学において)

- 問題の考察, 品川孝子, 品川不二郎(田中教育研)
- 11) 親子関係診断テストによる治療効果の事例分析, 品川不二郎, 品川孝子(東京学芸大)
 - 12) 親子関係調整事例における冷却期間, 冷却場所の効果, 三宅守一(厚生省児童局)
 - 13) 学生のフラストレーションについて, 中村弘道, 末永俊郎, 富田悟, 杉本敏夫(東大)
 - 14) カウンセリングの技術に関する研究, 増田幸一(阪大), 高橋省己(神戸大)
 - 15) Zテストに関する研究—Instruction の効果と Location Choice の問題, 酒井靖一郎(金沢少鑑), 市村潤(金沢家裁)
 - 16) 家族関係に関する基礎研究—父母のしつけ態度と子どもの性行等との関係, 山下俊郎, 三浦武(都立大), 森重敏(家政大), 三輪正(早大)
 - 17) 家族関係に関する基礎研究—父母子関係と Rorschach 反応, 滝沢清子, 青木孝悦(都立大)
 - 18) 投影法による親子関係の一考察—幼児の母親に対する態度について, 稲田準子(安田女子短大)
 - 19) 親子関係の研究—母親に対する態度の型—, 東貞夫(広島大)
 - 20) 親子間の同一化について—社会態度に関して—, 矢吹四郎(大阪学芸大)

- 21) 親子関係調査法の検討, 石黒大義, 久世妙子, 土方康夫 (日本福祉大)
- 22) 家庭生活における親と子の接触, 長岡弘芳 (都立大)
- 23) 家庭における「要求充足・行動統制」状況と児童の行動傾向, 山下俊郎, 和田陽平, 辻正三, 中村陽吉, 今井省吾 (都立大), 島津一夫, 外林大作 (横浜市大)
- 24) Personality の認知と選択行動との関係, 佐野勝男 (慶大), 関本昌秀 (星薬科大)
- 25) 自己態度 (Self-Attitudes) の比較的研究, 星野命 (国際キリスト教大)
- 26) 要求水準関係尺度の再考, 帆足喜与子 (川村短大)
- 27) 欲求体制に関する領域的研究, 木村駿, 岩下豊彦 (早大)
- 28) 目標行動における人格の硬さに関する考察, 板垣葉子, 松村康平 (お茶の水女子大)
- 29) Self-Conceptualization の表出測定について, 内山喜久雄 (群馬大)
- 30) 自己意識の分析による人格適応性の一研究, 齋藤久美子 (京大)
- 31) 自己評価に影響する枠組効果, 福島正治 (北海道学芸大)
- 32) Q テクニクによる 適応の研究—投影水準におけるパースナリティタイプについて, 佐治守夫, 竹村和子 (国立精研)
- 33) Stress 事態における rigidity 研究, 沢文治 (早大)
- 34) 精神的特性と身体的特性との関連について, 宮城音弥, 多湖輝ほか (東京工大)
- 35) Personality Test 実施に伴う GSR の変化—P-F Study の場合—, 大沢博 (岩手大)
- 36) F スケール得点の高い者と低い者との臨床面接による研究, 藤沢祐, 浜田哲郎 (九大)
- 37) ロールシヤツハ・カードの刺激価の検討, 片口安史, 田頭寿子, 空井健三, 高柳信子, 重野晴子 (国立精研)

第11回 日本保育学会

- 1) 幼稚園におけるカウンセリングの一方式, 日名子太郎, 多勢豊次 (東京栄光幼稚園)
- 2) 幼稚園におけるカウンセリングの一方式—第2報—, 日名子太郎, 多勢豊次 (東京栄光幼稚園)

第31回 日本社会学会

- 1) 未解放部落の生活と意見—岡山県 赤磐郡熊山町および高知県安芸郡良川町調査報告—, 諏訪園岩雄 (大阪市盲学校), 上田一雄 (阪大), 中川喜代子, 山本登 (大阪市大)
- 2) 労働組合内部におけるテンションについて—N工場の婦人労働者の場合—, 萩原一義 (早大)
- 3) 組織の有効性について—電機産業従業員の間人間関係調査より—, 萬成博 (関西学院大)
- 4) 我が国家長制家族組織原理と戦後の変化, 北村達 (北海道学芸大)
- 5) 夫婦および親子関係を中心とする 家族意識の分析, 1. 制度と意識と形態, 小山隆, 岩井弘融 (都立大), 2. 親子関係—とくに親の意識について—, 山室周平 (横浜大), 柏熊岬二 (大正大), 大塩俊介 (都立大) 3. 夫婦の分

昭和33年5月 (広島大学において)

- 園)
- 3) 遊戯療法について, 砂田恵一, 相馬均, 村松功雄, 砂田穰二, 齋藤茂太 (昭和女子大児童教育研究所)

昭和33年10月 (中央大学において)

- 析, 青井和夫, 田村喜代 (東京学芸大), 篠原武夫 (東洋大)
- 6) 夫婦関係の緊張とその諸条件, 日上恭輔, 古谷昭, 湯沢雍彦 (東京家裁)
- 7) 家族内緊張関係の発生とその調整—ファミリー・カウンセリングより—, 田村健二 (国立精研), 田村満喜枝 (浅草寺相談所)
- 8) 山村における農民の生活構造—一家関係の Sociometry を中心として—, 島本彦次郎, 牧野由朗 (愛知大)
- 9) 集団住宅の人間関係, 中島竜太郎, 大藪寿一 (大阪市大)
- 10) 漁村社会の非合理性, 益田庄二 (大阪電通短大)
- 11) 老後の生活と老人ホーム—老人ホームの実態調査から—, 齋藤昌男 (東京市政調査会)

- 12) アパートにおける老人の世帯上の地位, 駒田栄
(国立公衆衛生院)

- 13) 隔離された環境内の自殺, 近沢敬一 (山口大)

第10回 日本教育社会学会

昭和33年10月 (国際キリスト教大学において)

- 1) 中学校における学級づくりとその実践—新しいモラルの発生過程—, 東久保勇 (奈良県月瀬中)
- 2) 集団活動の発達段階的考察, 片岡徳雄 (広島大)
- 3) 人間形成における役割理論の問題, 溝上脩 (東京教育大)
- 4) T. Parsons におけるパーソナリティ構造発展の中心問題, 永田陸郎 (奈良学芸大)
- 5) 精神身体発達停滞現象の教育社会学的考察, 石崎恒次郎, 土田英雄, 宮谷憲, 中西重美 (大阪学芸大), 西尾伸一 (大阪市教研), 羽生隆美 (大阪市姫島小)
- 6) 農村青年の教育と進路, 1. 中学校卒業生の進路とコース別課程, 中村元昭 (山形大), 2. 在村青年の実態と出稼, 川辺重彦 (山形大), 3. 在村青年の教育—とくに青年団—, 佐藤茂男 (山形大)
- 7) 遊戯集団の指導に関する実験的研究, 1. 遊戯の興味構造の分析と実験計画の概要, 菊地幸子 (川崎市教研) 2. 自然発生的地域集団での実験, 小林信雄 (同市浅田小), 3. 同一学年で構成した地域集団での実験, 山本照子 (同市東高津小), 4. 同一学年, 同一学級メンバーでの構成した地域集団での実験, 斎藤公昌 (同市西中原中), 5. 集団指導実験の理論的基礎について, 豊沢登 (東京農工大)
- 8) 遊戯集団に関する指導の研究, 石崎恒次郎, 横田澄司 (大阪学芸大), 一井好男, 今西貞一, 三宅多馬 (大阪市石橋小)
- 9) スラムの社会環境と教育の問題, 赤堀正宜 (東京教育大), 角谷文昭 (東京都足立福祉事務所)
- 10) 大都市における長欠児童・生徒の問題, 大田卓 (国学院)

- 11) 都市青年層の地域団体活動について, 奥田道大, 世良民平 (東洋大)
- 12) 勤労青年のパーソナリティと都市社会教育, 小西定雄 (川崎市教委)
- 13) 農民の社会的性格の研究, 武藤孝典 (東京教育大)
- 14) 放送とこどもの生活, 1. 聴取習慣と家庭環境興味型等との関係, 布留武郎 (NHK 放送文研), 2. 余暇活動におよぼすテレビの影響, 吉田潤 (NHK 放送文研)
- 15) 試験地獄についての一考察—就職に関する学生の意識調査を中心として—, 一川島淳一 (国際キリスト教大)
- 16) 児童漫画に現われた暴力, 千葉果 (国際キリスト教大)
- 17) 小集団の役割分析, 加藤好男 (東京・日野小) 山口和久 (東京・十思小)
- 18) 学校社会における人間関係—その役割とモラル—, 大道安次郎 (関西学院大), 芝野昭男, (神戸・芦屋高), 土井博己 (神戸・橋本高)
- 19) 賞罰の類型と家庭環境, 橋瓜貞雄 (愛知学芸大), 岩内亮一 (名古屋高蔵小)
- 20) 家庭のしつけに関する研究—教育優良家庭の面接を通じて—, 稲井広吉 (香川大), 溝口謙三 (山形大)
- 21) 集団の問題解決行動におけるパーソナリティ要因と社会的風土の関係, 西側明和他 (大阪学芸大)
- 22) 農村青年就職者の不適応現象についての研究, 岡美智子 (香川大)
- 23) 正誤のコミュニケーション効果に関する推移過程—特にプレステイジの変化の場合—, 田守祥治 (大阪学芸大)

第6回 日本社会福祉学会

昭和33年10月 (関西学院大学において)

- 1) 米国社会事業理論の新転回, 木田徹郎 (日本社事大)
- 2) 地域社会と社会福祉, 中本博道 (大阪社事短

- 大)
- 3) 地方行政と社会福祉, 神岡浪子 (東京市政調査会)

- 4) 結婚態度に関するパイロット・スタディー—日米の比較研究を中心として—, 嶋田津矢子 (関西学院大)
- 5) 老人のパーソナリティの特性について, 大間知千代 (東海大)
- 6) 都市における老人生活の一考察, 塚本哲 (都立生活館)
- 7) 老後の生活について, 服部克己 (東京都民生局)
- 8) 施設老人の欲求不満について—TAT 検査を通じて—, 前田栄 (日本女子大)
- 9) 現代家族の生活の社会的扶養の問題, 上田千秋 (大阪市民生局)
- 10) 不良密集住宅における生活構造ならびに意識について, 矢島博, 竹中和郎 (日本社事短大)
- 11) 漁家里子の 実態—千葉県安房郡の実態調査を中心として—, 三吉明 (明治学院大)
- 12) 学級社会における不適応児の調査研究—京都市K中学校において—, 岡部照子 (西京大)
- 13) 戦後米国人による日本児童養子縁組について—児童養子縁組の原則的立場からみて—, L. B. グレアム (関西学院大)
- 14) 精神病と社会環境, 見浦康文 (岐阜精神病院)
- 15) スラムにおける人間形成の異常—青少年犯罪の温床として—, 磯村英一 (都立大)
- 16) 家族診断の研究 1. 家族診断の意義について, 柏木昭 (国立精研) 2. 家族診断の準拠と治療の関係について, 山崎道子 (国立精研) 3. 家族中心治療について, 西内育子 (国立精研)

第11回 全国社会事業研究発表会

昭和33年10月 (日本社会事業短期大学において)

- 1) 文献を通じてみた社会事業技術論の動向, 牛窪浩 (立大)
- 2) 身体障害者福祉における専門技術機関の統合と協力, 中川義宣 (国立身体障害者実生指導所)
- 3) 大人の精薄対策は如何に在るべきか, 仲野好雄 (全国精神薄弱育成会)
- 4) 生活保護とケースワーク, 押川泰夫 (逗子福祉事務所)
- 5) 農村における保護廃止世帯の生活実態, 青柳欽識 (日本社会事業短大)
- 6) 保護廃止世帯の生活と意見, 中村俊彦 (日本社会事業短大)
- 7) 不良密集住宅居住者の生活実態, 加納悦郎 (日本社会事業短大)
- 8) 密集住宅居住者の生活構造, 黒川和真 (日本社会事業短大)
- 9) 我国里親委託制度の発展方策について, 三吉明 (明治学院大)
- 10) 収容施設における保母児童関係, 米川尚之 (甲ノ原学園)
- 11) 団地生活に現われた児童問題, 吉沢英子他 (日本女子大)
- 12) 少年非行の諸問題, 野坂勉 (警視庁防犯部少年課)
- 13) 父親の幼児養育関与度に関する調査, 高橋種昭 (愛育研)
- 14) 児童施設における人事管理についての考察, 後藤正紀 (愛隣会目黒若葉寮)
- 15) 保健所における医療社会事業の現状と将来について, 牛場みわ (中野保健所)
- 16) 結核療養所における医療社会事業, 久保照子, 坪山宏 (白十字会村山ナトリウム)
- 17) 結核回復者の社会復帰について, 須山修二 (医療社事協会)
- 18) 共同治療における感情的経験, 須藤憲太郎 (国立精研)
- 19) 両親が死亡した子供の入籍について, 田戸八寿子 (日赤病院産院)
- 20) 家族にみはなされた精神障害者の医療について, 亀井道子 (桜ヶ丘保養院)
- 21) ヒステリー性格患者の一症例, 中田和子 (聖路加病院)

(2) 精神衛生関係年間主要記事

(昭和33年1月～12月)

4月1日 国立精神薄弱児施設の開設

国立精神薄弱児施設「秩父学園」が厚生省児童局養護課主管のもとに埼玉県所沢市下新井に開設された。この施設は精神薄弱の程度が著しい児童および盲ろうあ児の精神薄弱児を収容し、必要な保護指導を与えるものである。

11月23～27日 第2回国際児童福祉研究会議の開催

第2回国際児童福祉研究会議 (International Study Conference on Child Welfare) は国際児童福祉連合 (I.U.C.W.) 主催、厚生省児童局共催のもとに世界各国から多数の参会者を得て東京産経会館で開催され、児童の精神衛生に関連のある演説および討議が行われた。

11月30日～12月6日 第9回国際社会事業会議の開催

第9回国際社会事業会議 (International Conference of Social Work) は同会議日本国内委員会主催によつて広く世界各国からの参会者を集め東京産経会館および産業会館で開かれた。会期中第10研究部会として、「工業化の遅れている国における社会的ニードを満たすために必要な精神衛生事業」を主題として精神衛生の諸問題が討議された。

12月4日 第6回精神衛生全国大会

日本精神衛生連盟主催の第6回精神衛生全国大会が東京第一生命ホールおよび朝日新聞社講堂で開かれた。研究協議会は第一分科会「精神薄弱者対策の盲点」「精神薄弱対策、特に成人精神薄弱に対する職業補導」、第二分科会「ティーンエイジャーと精神衛生」「学校と精神衛生」を主題として行われた。

12月4日 精神衛生国際シンポジウム

日本精神衛生連盟、日本精神衛生会、世界精神衛生連盟共催のもとに精神衛生全国大会に引き続き、精神衛生国際シンポジウムが「家庭と精神衛生」を主題として開かれ、CHARLES E. HENDRY (カナダ、トロント大学社会事業学部長)、MARGARET MEAD (ニューヨーク自然科学博物館、前世界精神衛生連盟会長)、高木四郎 (国立精神衛生研究所) の3氏の演説が行われた。

あ　と　が　き

今回は6号までとまつたく趣を変え、「各国の精神衛生」を特集した。

その理由は二つある。第一には本資料の4, 5, 6号にわたつて「世界各国の精神衛生事情」を連載してきたが、各方面の好評を博したので、この際一冊にまとめ、増補を加えたならば、便利でもあり、有意義でもあろうと考えられたことである。

また、従来統計を主とした年鑑式のものも有意義であるには違いないけれども、それは数字に充分な分析と吟味を加えてはじめて真に有意義なものとなる訳である。しかし、前年度の数字に対して年度末にそれを行う余裕をわれわれは持たない。少くとも1年間の余裕が欲しい。そこで本年度は従来形式によらず、1年間見送ることにした。これが本特集を企画した第二の理由である。

見らるとおり、本特集の内容はほとんど全世界各国を網羅することができた。ただ、ソ連はいくつかの国がもれたことは残念である。ドイツについてもその全貌を伝えることができなかつた。

その代り、アメリカ合衆国・イギリス・カナダ等については所員の直接の見聞および集めた資料によつて増補を行つた。また、中華民国から楊氏の寄稿を得て、隣国の事情を紹介することができた。韓国にも寄稿を依頼したのであるが、今回は目的を果すことができなかつた。

各項のうち、イギリス概観・フランス・ドイツ・デンマークの項は MARIA PFISTER-AMMENDE (Zuerich) 編 “Die Psychohygiene, Grundlagen und Ziele,” 1949, Verlag Hans Huber, Bern, スイス・スウェーデン・ポーランド・インド (b) ・イスラエル・オーストラリア・ブラジルの項は MARIA PFISTER-AMMENDE 編 “Geistige Hygiene, Forschung und Praxis,” 1955, Benno Schwabe & Co., Verlag, Basel より抄訳したものである。また、中華民国・イスラエル、インド (b), (c) を除くアジアおよび地中海東部諸国、中南米諸国および外国人の見た日本の各項は World Federation for Mental Health 会長 Dr. FRANK FREMONT-SMITH および理事長 Dr. J. R. REES の視察報告によるものである。

本特集の内容については、あまりに精神医学中心で、その方面に多くの紙数が費されすぎ、他の事項がもれているとの不満をいだかれる向もあるかも知れない。しかし、われわれは上述のごとく世界精神衛生連盟の責任者、その他外国で編集された図書雑誌の寄稿家の考に従つただけである。もれた事項および国については資料が入手できれば今後おいおい紹介してゆきたい。

1959年3月

高　木　四　郎

編集委員：高木四郎，鷺見たえ子，今田芳枝

精神衛生資料

—第 7 号—

編集責任者

高 木 四 郎

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

奥村印刷株式会社

東京都千代田区西神田1の10

(非売品)

