

精神衛生資料 第9号

昭和36年

特 集

精神衛生ゼミナール

Annual Report on Mental Health

Number 9

1 9 6 1

国立精神衛生研究所
National Institute of Mental Health
Japan

精神衛生資料 第9号

昭和36年

特集 精神衛生ゼミナール

Annual Report on Mental Health

Number 9

1 9 6 1

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

(精神衛生医学科ゼミナール日程表)

昭和 35 年 12 月 6 日～9 日

静岡県伊東市松原区猪戸1～539

光 風 閣

第 1 日	12 月 6 日 (火) 午後 1 時～9 時	
議 題	関係職員の機能と協力に関する諸問題について…………… 2	
	註) 医師, 保健婦, ソーシャルワーカー, 臨床心理担当者及び事務担当者などの機能, 役割分担及び協力について	
司 会	加 藤 正 明 (国立精神衛生研究所精神衛生部長)	
話題提供者	伊 藤 圭 一 (茨城県精神衛生相談所長) …………… 4	
	高 柳 信 子 (神奈川県中央精神衛生所) ……………15	
	小 松 源 助 (大阪府精神衛生相談所) ……………23	
	柏 木 昭 (国立精神衛生研究所) ……………35	
第 2 日	12 月 7 日 (水) 午前 9 時～正午 午後 1 時～5 時	
議 題	児童精神医学とその実際活動について……………66	
	註) 精神衛生相談所における児童の取扱いと児童相談所との関係について	
司 会	高 木 四 郎 (国立精神衛生研究所児童精神衛生部長)	
話題提供者	岩 谷 清 秀 (愛知県城山病院) ……………66	
	新 井 清三郎 (仙台市立精神衛生相談所長) ……………69	
	林 脩 三 (大阪市中心児童相談所長) ……………78	
	佐 藤 愛 (宮城県立精神衛生相談所 東北大学医学部精神科) ……………81	
第 3 日	12 月 8 日 (木) 午前 9 時～正午 午後 1 時～3 時	
議 題	精神病院における治療と精神衛生相談所における相談指導との機能的関係について ……………118	
	註) 入退院, 精神衛生相談, リハビリテーション及びアフターケアなどにおける協力について	
司 会	中 川 四 郎 (国立精神衛生研究所精神身体病理部長)	
話題提供者	松 井 好 夫 (群馬県立高崎療養所長)……………118	
	上 村 安一郎 (横浜脳病院長 神奈川県平塚保健所)……………127	
	石 川 準 子 (神奈川県曾我病院長)……………130	
	乾 憲 男 (岐阜脳病院副院長 岐阜県精神衛生相談所)……………133	
	錦 織 透 (京都府立洛南病院長)……………145	
	渡 辺 寛 一 (北海道立緑ヶ丘病院長)……………153	
	佐々木 重 行 (富山県中央病院神経科医長)	
	午後 3 時～5 時 特別講演	
	竹 谷 政 男 (大阪府精神衛生相談所長)……………177	
第 4 日	12 月 9 日 (金) 午前 9 時～正午 午後 1 時～3 時	
議 題	地域社会のニードと精神衛生活動のあり方について……………192	
司 会	横 山 定 雄 (国立精神衛生研究所社会精神衛生部長)	
自 由 討 議		

精神衛生ゼミナール出席者名簿

(敬称略 順序不同)

所 属	氏 名	所 属	氏 名
群馬県立高崎療養所	松井好夫	愛知県立城山病院	岩谷清秀
山形県立療養所金峯園	甲斐佑三	岩手県立南光病院	佐藤恵一
香川県坂出保健所	水谷佐喜子	神奈川県平塚精神衛生相談所	上村安一郎
茨城県精神衛生相談所	伊藤圭一	愛媛県立精神衛生相談所	鶴井雅
茨城県立友部病院内原分院	鈴木喬	東北大学精神科	佐藤愛
茨城県立友部病院	中村薇二	東京都中央児童相談所	大竹太郎
和歌山県立五稜病院	中村五郎	神奈川県平塚精神衛生相談所	野崎りう
北海道立緑ヶ丘病院	渡辺寛一	仙台市立精神衛生相談所	新井清三郎
徳島大学医学部	清水英利	東京都立 梅ヶ丘精神衛生相談所	託摩武元
徳島県立中央病院	久保晨男	〃	松崎喜美枝
岐阜県精神衛生相談所	乾憲男	神奈川県立 中央精神衛生相談所	高信柳子
富山県精神衛生相談所	松村清年	大阪府立精神衛生相談所	竹谷政男
富山県中央病院	佐々木重行	大阪府衛生部	高階経昭
礪波厚生病院	福井悟	福岡県立精神衛生相談所	安河内五郎
長崎大学医学部附属病院	川崎ナヲミ	大阪府精神衛生相談所	小松源助
兵庫県衛生部	榎木魚	神奈川県曾我病院長	石川準子
横浜市保健課	小松五郎	国立精神衛生研究所	高木四郎
宮城県立名取病院	菊地潤	〃	中川四郎
長野県中野保健所	多留真澄	〃	加藤正明
長野県南佐久保健所	木田松代子	〃	菅野重道
長野県佐久総合病院	神岡芳雄	〃	横山定雄
大阪府吹田保健所	松島寛	〃	津田信夫
大阪府藤井寺保健所	八瀬雷三	〃	高橋宏
大阪府中央児童相談所	三谷昭雄	〃	柏木昭
大阪府布施保健所	橋本周三	〃	鈴木浩二
大阪府中央児童相談所	林脩三	〃	岡田敬蔵
東京都本所保健所	小貫正之	〃	安食正夫
京都府立洛南病院	錦織透	〃	谷口幸輔

第 1 日

「関係職員の機能と協力に関する諸問題」

司 会 加 藤 正 明

高木 今回の研修会は研修会というよりは、セミナーという形で、ご一諸に研究し討議をしてゆきたいという主旨で、この企てをいたしましたわけです。幸い多数の方がお集まり下さいまして第一回を開くことができましたことは、主催者側として喜んでいる次第であります。普通の研修会と違いますので、まず話題提供者に最初にお話を願ひまして、それを土台としてご自由に意見を出し合つていただき、研究し合つてゆく、そういう主旨でございます。もし普通の研修を受けに来たおつもりの方がありましたらそうではないことを御了解願ひたい。隅のほうに引ッ込んで、話を聞いていたいというようなお気持はなるべくおすて下さいまして、討議の中に入つて、ご自由にご自分の立場からご意見を述べていただきたいのでございます。

私どもも初めての試みですからどういうことになりますか、一応4日間はわれわれ精研側でそれぞれ進行係を勤めることになつておりますけれども、その日その日の進行係の計画で、ある方には座長をお願いしたりいろいろやつてまいりたいと思います。そういう主旨でございますから、どうぞそのおつもりでお願いしたいと思います。

最初に4日間やつてまいりますやり方を少し時間をいただきまして話合つてみていただきたいと思います。その前にまだお互いにご存知ない方々もあるかと思ひますので、簡単に自己紹介をお願いしたいと思います。お名前と現在やつていらつしやいます仕事を簡単にお話しかただけたらと思ひます。

加藤 私は国立精神衛生研究所の加藤でございます。第1日目の進行係を仰せつかつておりますのでございますが、いま高木さんからお話がありましたように、私どもといたしましてはいわゆる講習会風ではなく、また学会風でもなく、まず話題提供者の話を聞いていただいてそれについてご討議ねがい、後半では小さいグループに分かれてお話し合うという形をとりたいと思ひます。(以下自己紹介は省略)

加藤 第1日の予定は「職員の機能と協力に関する諸問題」です。先ほどちよつと申し上げましたように、大体5時迄話題提供者の方に問題を出していただきまして、そのあと7時から小さいグループに分かれまして、その問題を突込んでディスカッションをやらうというふうに考えております。これについて何かご意見がありましたら出していただきたいと思ひます。

と申しますのは、今日はわれわれを入れましてお集りの方は40人近いと思ひます。もしできればグループを3つぐらいにできたらと思ひますが、グループをどういふふうにつつたらいいかお考へになつておいていただきまして、これが終りましたあとでもご検討ねがいたいと思ひます。例えば病院にいらつしやる方、相談所の方、保健所の方とお勤め先の違う点もありますから、ご一緒のほうがいいかどうかということや、今日は特に医者以外の方、ソーシャルワーカーや心理学専攻者の方もまじつていらつしやいますから、適当に中にまじつていただくほうがいいんではないか、そのへんのところをみなさんのご意見をうかがつてからと思ひます……。あるいはいまその点についてご意見がございましたら、第1日の日程に入ります前にお出しくださいませと思ひます。

○ 分けてやらなければいけないんですか。

加藤 いいえ、そういうわけではございませんけれども、全部一緒に討議できればいいのですが、小グループのほうがいいのではないかと考えてみたのです。あるいはご一緒のほうがいいというご意見もありましたがどうですか。

○ どうせ一緒にやっているのだから一緒のほうがいいんじゃないかと思えます。

加藤 何かご意見ございませんでしょうか。もしご意見がございましたらお考えおきいただきまして、これが終了した時にちよつと時間をいただいてご相談申し上げたいと思えます。

では第1日の議題に入ります。「関係職員の機能の問題」につきましては、この間病院精神医学会でも取上げられまして議論が途中迄でお終いになつたような状態でした。せつかくいい話が出たところでお終いになつたので、今日は病院も含めて相談所その他で、精神衛生を進めてまいりますチームメンバーの一番大事な方々との関係を討議したいと思います。プリントにはソーシャルワーカー、臨床心理士、保健婦さん、事務担当者だけが書いてございます。ナースの問題も大事な事でございますけれども、ここでは特に出してありません。問題をそこまで広げていただいてももちろん結構でございますが、チームワークの問題につきまして、例えばサイコセラピーやカウンセリングの問題というふうなことで、いま非常に議論が起つております。精神神経学会のほうでも臨床心理学との関係の問題につきまして委員会ができ、心理学会からもこの問題についての申し入れがございました。今日のテーマはそのへんの問題と非常に密接な関係があるわけでございますが、はじめに関係職員の協力関係の一般の問題につきまして、茨木県の伊藤先生にお話いただきます。それからサイコロジストのほうからは、神奈川の中央精神衛生相談所の高柳さんにお話をねがい、PSWのほうは大阪の相談所の小松さんと精研の柏木さんからお話いただきます。大体、考えておりますのは、一般的なことをお話いただいて、そこで一応ご議論ねがつて、それから高柳さんのお話のところではちよつと休憩を入れまして、後半をPSWの問題にしようというふうに思つております。あまり前おきが長くなりましてもいけませんから、話を進めながらご議論願いたいと思えます。時間はたつぷりございますから、お話し下さる方はゆつくりとねがいたいと思えます。

関係職員の機能と協力に関する諸問題について

茨城県精神衛生相談所長 伊 藤 圭 一

私たちに与えられたテーマは、精神衛生相談所をはじめ、精神衛生に関係ある機関、施設の中において、そこに勤務する各専門家または職員の機能は何か、いかなる内容または範囲の任務を分担すべきか、そしてそのおのおのが、お互いに協力して仕事を進めて行く上に、何が障害になっているか、どうすればその障害を取除く事ができるか、という問題を追究し、考察する事である。

* * *

関係職員の種類としては、精神科医、一般医、臨床心理担当者、ソーシャルワーカー、セラピスト、保健婦、看護婦、事務担当者など、その数が多いが、中でも精神科医、臨床心理担当者、ソーシャルワーカーの三者は、もつとも高度の教育を受けた専門家であつて、各機関、施設の指導的な役割を持つており、ことに精神衛生相談所においては、この三者の協力によつて任務を遂行すべきであるという事が、相談所の運営要領にも強調されているので、まずこの三者について、考えて見たいと思う。

第 1 表

	面 接	診 断	治 療	
P	1. 問診 2. 観察	1. 身体医学的 2. 精神医学的 (身体を含めた全人格) 3. 深層心理の究明	1. 医学的治療 (身体面よりの加療) 2. 無意識界への働きかけ	1. 物理療法 薬物療法 2. 精神療法 3. 精神分析療法 4. 指示的カウンセリング 5. 非指示的カウンセリング 6. 子供に対する心理療法 7. 集団療法 8. 態度療法, ガイダンス 9. 作業, レクリエーション, グループワーク 10. アフタケア 11. 社会資源の活用
C P	言語を媒介とする専門的インタビュー	1. 個人心理の重視 2. テストを通じて深層心理にも及ぶ 3. 全人格にわたり, 了解可能, 治療合能の立場	本人の Personality の自発的な立直りと成長を援助 (性格療法)	
P S W	1. インテーク (問題の把握) 2. 面接室の外でも 3. 家族を含めた環境構成員をも	1. 表層発, 意識的, 身体的レベル 2. 環境との関連 inter-personal の関係において理解	1. 問題の現実的解決 2. 環境調整 3. 自己決定による役割遂行の促進	

最初に、面接の仕方、診断の方法、治療のやり方について、三者の持っている機能と役割の違いを見ると、第1表のようになる。Pは Psychiatrist（精神科医）、CPは Clinical Psychologist（臨床心理担当者）、PSWは Psychiatric Social worker（サイキアトリック・ソーシャルワーカー）の略であつて、以下この略号を用いる事にする。

Pは診断に際して、身体医学的な検査所見と、身心の相関を考慮しながら、患者の心理状態を意識界、無意識界を通じ、脳幹の主宰する精神機能に到るまで、全領域にわたつた症状と所見の総合の上に、診断を樹立するもので、従つて面接の場合にも、言語の交換による問診と平行して、顔貌、表情の動き、姿勢、態度、全身の運動などの観察を、役立てている。

これに対してCPは、一応身体からも社会からも切離した、個人心理の独立性と尊厳を認め、言語を媒介とするインタビュー、並びに種々の心理検査によつて、その構造を明らかにしようとする立場を採つており、時にはテストを通じて深層心理にも及ぶが、全人格にわたつて、了解可能、治療可能という態度で、臨むのが常である。

PSWは前二者と異なり、原則として深層心理には立入らず、表層的、意識的、具体的レベルにおいて、clientの心理を把握し、ことに周囲の人と本人との人間関係から、その悩みなり、異常なりの原因を追求し、問題の解決を容易にしてやる事を、原則としている。

治療においても、診断に相応した差異が見られ、Pは理化学的な方法を用いて、身体面より加療することに重点が置かれ、分析療法や催眠療法では、無意識界へも働きかけるが、概して指示的、指導的、救済的な態度で、終始する事が多い。

それに反して、CPはあくまでも、本人の自覚と自発的な立ちなほりを信じて、決して外部から強制しようとはせず、その personality が円満に成長するように、傍から力を貸してやるという立場を、保持しようとする。

PSWは、問題を現実的に解決し、現実の場において、適応を援助することを主眼としており、環境調整など、周囲の人間や社会資源の変容と活用を図るが、あくまでも本人がみずからの力で、社会における役割を自覚して、それを果たす事を、楽にしてやるという態度で臨んでおり、この点CPの立場に近い。

第一表の最右端にあるのは、現在おこなわれているおもな治療の種類であつて、上述の三者の治療の態度に応じて、もつとも身体的、攻撃的な治療方法から、本人の立直りを援助する個別的、支持的なものを経て、環境との関係の改善、更に環境それ自体に対する働きかけに到るものまでを、その程度に応じて排列したのであつて、主としてその治療を担当する専門家の位置に配置してあるが、医師法に触れる一部の場合を除いて、大部分は他の専門家もおこなう事ができるのであるから、一応横の区分線は取除いたのである。

*

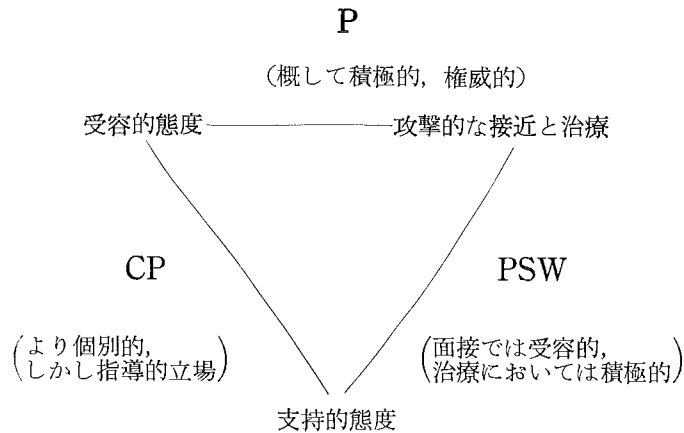
*

以上診断と治療における三者の相違は、主として人格のどの深さまで入るかという事を、判別の

基準としたが、次に client に対する働きかけの強さや態度から、考えて見たい。簡単に図示すると、第2表のようになる。

Pは、その扱う対象が、精神病の患者を中心としているため、治療に際して、たいていは本人の意志や要望を第二義的なものと考えねばならず、力によつて一方的に進める必要があるため、どうしても権威的な態度になり勝ちである。これは医師の社会的地位や、病院における医師の立場からもきている。

第 2 表



しかし、すべてのPがそうだというのではなく、ことにノイローゼを扱う場合などは、受容的態度を採る事もあるし、更に近來の病院の開放化、社会化に伴つて、Pの態度も次第に変化して来たが、CPやPSWに比べれば、この傾向は濃厚で、またこの強い態度や積極的な働きかけは、重症の精神病患者、兇悪犯罪者などを扱う場合は勿論、ノイローゼの患者、問題児、更に家族の指導の際にも、時によつて、欠く事のできないものである。

CPはこれに反して、受容的ないしは支持的な態度を採り、本人の自発的な立直りを信じて、その機会を与え、きつかけを作る事に努めるのであつて、Pのように強制的な働きかけは、おこなわない。

PSWはCPとかなり似ており、ことに面接の場では、受容的、支持的であるが、治療の段階になると「自己決定」とは言いながら、時には医師のように、積極的な治療態度で臨まなければ、ならない場合もある。

いずれにしても、診断においても、治療に際しても、ただ一種類の専門家の働きだけでは不充分であつて、たとえば精神病の場合でも、その治癒の段階に応じて、CPやPSWの協力がなければ、真に治療を完成させる事はできない。

*

*

次に、三者がお互いに対して持つている、あるいは持ち易い不満なるものを、まとめて見たの

が、第3表である。P→CP, P SW→Pなどの記号は、「PがCP, に対して持つている不満」, 「P SWがPに対して持つている不満」の意味である。

また〔Inf.〕は infringement, 即ち自己の専門領域を侵害されたという不満であり, 〔Res.〕は restriction, 即ち自己の専門的機能が, 充分発揮できないという不満の意味である。

第 3 表

P → CP	CP→P
1. テスト偏重の診断傾向に対する不満 〔Inf.〕 2. Pの診療に対して意見を言うことへの不満〔Inf.〕 3. Pのsupervision なしに治療をおこなおうとする傾向, 適応理論一辺倒である〔Inf.〕 4. 診断において器質的疾患のみに制限され, または精神病を排除するだけの任務を負わされる。 〔Res.〕	1. 安易にテストに手を出す傾向〔Inf.〕 2. テストだけしてくれれば良いという従属的立場 〔Res〕 3. 本人との面接を制約される〔Res.〕 4. 治療をやらせてくれない〔Res.〕 5. テストの中で, Pに都合の良いものしか採り上げない〔Res.〕
P→PSW	PSW→P
1. 自己の専門領域に, 口を出される事への不満 〔Inf.〕 2. 環境調整について, 主体的立場をとられる事に対する不満〔Res.〕	1. PSWを低く見る一般の風潮を,Pが助長している 〔Inf., Ref〕 2. 便宜的に扱われ, 雑用に追廻わされる〔Res〕 3. 仕事を環境調整のみに制限される〔Res.〕
CP→PSW	PSW→CP
1. 軽々しく人格テストを試たみり, 論じたりする 〔Inf.〕 2. CPの領域の治療に手を出す〔Inf.〕 3. 家族のカウンセリングはPSWの仕事だと言われ, 手が出せない〔Res.〕	1. 環境要因の軽視, すべてを人格構造から説明しようとする。〔Inf.〕 2. ケースワークには, 特に専門的技術は要しない と言う考え〔Inf.〕従つてCPより一段低く見られる事に対する不満〔Res.〕 3. ケースワークのプロセスから得た心理学的知見を採り上げてくれない〔Res.〕

〔Inf〕 = infringement

〔Res.〕 = restriction

元来, P, CP, P SWの間には, 地位の上下はないはずであるが, 専門家のできた歴史の古さや, ことに病院の組織, 社会的通念と言つたものから, Pが一番上で, 次に, CP, 次にP SWと言つた観念を, お互いの間でも, また周囲の人もち易い。

このため, 第三表においては, 左半分のように, 下位と見做されているものは, 下位のものから, 〔Inf.〕を感じる事が多く, 反対に右半分のように, 下位のものは上位に対して, 〔Res〕を感じる事が多くなるのではないかと, 考えられる。

*

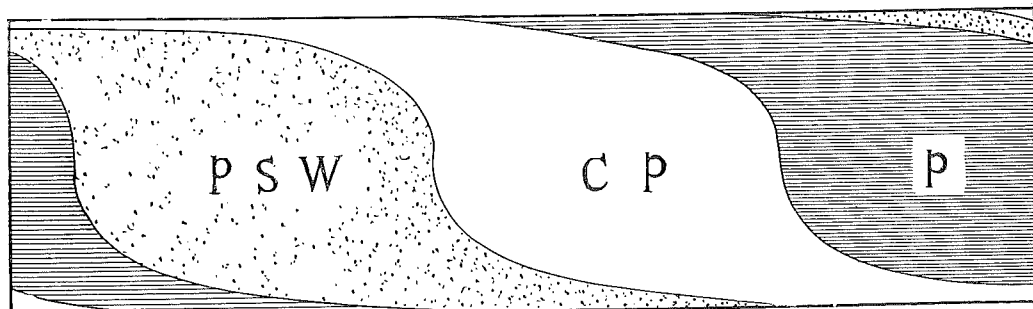
*

最後に, 三者が主として取扱う対象によつて分けて見ると, 第4表のようになる。おのおのの帯

の幅の広さは、その専門家の関与する程度の多い少ないを示しているが、この右端と左端を接合して、丁度かんづめのレットルのようなものを想像して頂くと、一層明瞭になる。

第 4 表

環境の欠陥	家庭、学校、職場 における適応障害	問題児	非行少年	犯罪者	性格の欠陥	神経症	ヒステリック	心因性精神病	内因性精神病	外因性精神病
-------	----------------------	-----	------	-----	-------	-----	--------	--------	--------	--------



それぞれの専門家は、自分の技能を最も発揮できる分野を持つていると同時に、一方三者は多かれ少なかれ、すべての分野に関連を持ち、すべての問題に発言権を持つているものと、解すべきである。

また、三者の関与する程度の差は、対象によつて異なるだけでなく、同じ対象でも、経過と治療の段階によつても、違つて来る。

たとえば、精神分裂病のような精神病の場合でも、初期の強力に物理療法、薬物療法をおこなつている時期においては、Pの活動が中心となる事は言うまでもないが、既にその時期でも、インシュリン覚醒時の心理療法など、CPが参加する場合もあり、回復期には、カウンセリング、集団療法など、CPの参与する領域が広がり、一方レクリエーション、グループワークを経て、退院後の訪問指導、就職のあつせん、適応の助成など、社会復帰の段階においては、PSWが主導的な役割を演ずるに到るのである。

以上診断の場合にも、治療の場合にも、またいかなる対象に対しても、P、CP、PSW三者の協力的には、機関や施設として、完全な機能を営むことができない。三者は、それぞれの専門技術を生かしながら、相補い、相助けて、一つの目的に合流すべきものとする。

*

*

次に、保健婦と看護婦について、主としてその不満を中心に考えて見たい。

まず両者に共通の不満としては、自分たちの地位が、医師に対して従属的な立場にあり、縁の下の力持的な存在に過ぎないこと、研究発表や発言の機会にめぐまれないこと、などが挙げられる。

前述のように、CPやPSWも、自己の専門技能と関係のない雑用に追い廻されるという不満を持ち易いが、看護婦は長年にわたる病院の伝統や習慣から、それ程屈辱的な事と考える者は少なく、また看護婦、保健婦ともに女性である事のために、この立場も比較的抵抗なしに、自然に受入れられるので、たいていは、表立つた問題にならなくてすんでいる。

ことに保健婦の場合には、看護婦とちがって、ほとんど独立して仕事をしているため、その不満は一層減少する。その証拠に、保健所に勤務している保健婦が、病院に転勤させられて、看護婦として働くようになると、上述の従属的意識を強く感じるために、長続きしない事が多い。

また、精神病院においては、一般の病院に比べて、看護者の任務ははるかに重要視されており、独立性を持つているばかりでなく、更に他科では見られない看護人という男の看護者を擁しているため、少く共精神病院に働いているCP、PSWの現在の地位から見ると、それ程軽く扱われているとは思えない。

従つて、逆にPの側からすれば、ただ看護者が自己の当然の任務を遂行するだけで、その領分を侵害されたと感じる向きがあるので、優秀な看護者が積極的に活動している場合には、生活指導や作業療法についての主導権を、看護者に奪われてしまったという不満が、漏らされる場合さえある。

*

*

最後に事務職員については、医師、CP、PSW、看護婦、保健婦等を、すべて技術職員として一括し、その双方がお互いに抱えている不満を、簡単に列記して見る。→印は、不満の表明される方向を示す。

I 技術職員→事務職員

1. 専門技術について、くちばしを入れ、干渉する。[Inf.]
2. 仕事についての理解がほしい。[Res.及びInf.]
 - 1) 専門技術の重要性と困難性を、認識してくれない。
 - 2) 研究の時間の必要性を、理解してほしい。
 - 3) 事務職員は勤務時間や書類など、余りに形式を重んじすぎる。
3. 事務職員は、技術職員の監督者だと言つた態度を採る。[Res.]
4. 気に入らない事があると、予算の面で圧迫を加えて来る。[Res.]

II 事務職員→技術職員

1. 事務職員の立場を無視する事が多く、事務職員の仕事にくちばしを入れる。[Inf.]
2. 技術職員は、経理に関する和識がなく、予算についての配慮がたりない。そのため、事務職員は後始末ばかりさせられている。[Res.]

3. 事務的な仕事は一段低いものだという考えを、改めてもらいたい。〔Res.〕
4. 技術職員は身分が保証されており、収入が高く、また出張が多いのは不公平である。
〔Res.〕

*

*

なお、今まで各種の専門家について述べて来たお互いの不満は、一応すべての場合に当てはまるのであるが、その不満の強さなり、内容なりに影響を与える次の factor を考慮に入れる必要がある

1. まず勤務している機関や施設の種類によつて、どの専門家が重んじられるかが、違つて来る。病院では医師が、児童相談所、少年鑑別所では心理担当者が、事務官庁では事務職員が、それぞれ優位を占め、指導権を握つているので、他の職種は軽視され易い。
2. 次に、同じ種類の施設でも、所属長の専門によつて相違が見られ、例えば、児童相談所長がPであるか、CPであるかによつて、それに相応した差異が出て来る。また、所属長の人柄や性格も大いに関係する。更に、他の専門についての認識の深さと理解の程度は、ほとんど決定的な影響力を持つている。精神病院長の中でも、CPやPSWの仕事をよく理解し、活用している人がたくさんある。
3. 最後に、本人の年齢、性別、経験年数、技能、その施設に来てからの年月、職場における地位、及び本人自身の性格、気質によつても、相互の評価が著しく変つて来るのは、当然の事である。

この意味で、精神衛生相談所は、その仕事の範囲が広汎、且つ多岐にわたつている所から、どの職種にも偏する事なく、各専門家の理想的な協力的体勢を樹立するのに、もつともめぐまれた条件をそなえていると言える。むしろ協力的体勢のモデルは、まず精神衛生相談所において、作り出すべきである。

この協力的体勢をもつと強くし、相互の関係を円滑にし、それぞれの不満をできるだけ解消させる方法の一つとして、私は次の事を提唱したい。それはおのおのの専門家が、相手の立場を尊重し、「ただ一種類の眼鏡を通して見ただけでは、不十分だ」という反省と謙虚さを持つことである。

それには、相手の仕事の困難さを理解できる程度の知識を、お互いに持つ必要がある。もし他人の仕事について、中途半端な知識を持った場合には、むしろ逆に理解の妨げになり、「医師の問診は、雑談に過ぎない」とか「心理テストなどは、誰にでもできる」とか、「ケースワークなんか、専門技術ではない」などと言つた、誤解や軽視を生むので、相手の専門領域を尊重できる程度に知識を広め、理解を深めるように、絶えず努力しなければならないと、考えるのである。

*

*

加藤 どうも有難うございました。ただいま協力関係の基本問題についてお話しがありましたが、これについて質問はありませんか。

- 職員の意見を聴くために病院が何ヶ所、相談所が何ヶ所という具合に廻られたのですか。

伊藤 一応はですね、私自身が体験したところでございますけれども病院は県立病院2つと、あとは院長さんだけのご意見ですけれども私立の病院2ヶ所です。児童相談所ではかなり心理の方のご意見をうかがっております。そのほか少年監別所、それから少年刑務所、大体このへんでそれ以外のところはこの前の松沢病院の病院懇話会でうかがったことや……。いろいろ雑誌などでケースワークのご発表なんかありますが、そういうのを拝見し、また私自身が感じていたこと、そんなことを総合したわけです。従つてペーパーを使つて不満をお書き下さいといった調査ではないわけです。

- そうしますと主に××県のほうと、それからいろんな資料からお考えになつた？
- そうなんです。それだけに数からしますと余り多くありませんが、お会いした方々からは生の声が聞けたと自負しているわけです。
- 伊藤さんの場合は保健所の保健婦さんですか、それとも病院保健婦といった保健婦さんですか。

伊藤 保健所です。

- 病院に勤めているいわゆる病院保健婦という人たちの意見ではないのですね。

伊藤 それはですね、保健婦で病院にいた人が2人ばかりあります。

- 保健婦さんは一般に看護婦さんの免許をもっているのです、看護婦さんとして勤めているのですか。

伊藤 それが県立病院の事情で、一時保健所の保健婦をやつたことがある人が、ちょうど2人おつたのです。従つて、普段私どもが医者として感じていないいろいろなことを聞かされたわけです。やめてから数年経つておりますけれども、その2人から聞いたことは役に立ちました。

- いろんな不満があると思うんですけれども、精神病院における不満が一番多いのではないかと思います。例えば精神衛生相談所とか児童相談所の間におこる不満よりも……。

伊藤 そうでございますね、それが一番多いんじゃないかと思うんです。精神衛生相談所の場合には、ある程度国立精神衛生研究所をお手本にしまして、どこでも理想的におやりになつているところが多いと思います。病院に新たにCPとがPSWが入つていられる場合、逆に今度はPがそれ以外の施設に例えパート・タイムでも勤務しなければならない。そういう場合に問題が多いんじゃないか。むしろ研究所とか相談所、保健所はあるべき姿に近いので問題が少ないのではなからうかと思ひます。

- そうすれば恐らく病院の発展過程の問題が相当大きいのではないかと思います。いま、日本の病院は医者が中心の病院ですが、向うの病院ですと看護婦さんとかそういう人たちがつた病院の中に医者が入つてくる。そういう立場の相違が相当大きくひびいているのではないかと思います。

伊藤 ええ、ですからそれは私、最初に申し上げましたように、本来精神病院が精神病の治療から始まつたものでしたから、医者が優位を占めていたところに、だんだん精神衛生の活動範囲が広

まつてまいりました関係から、一方ノンメディカルなスタッフの重要性が次第に高まつてきた。これは病院に限らずほかの場合にもいえることです。現在一番やかましくいわれている病院の近代化ということでも、この点が一番問題になつてくるだろうと思います。

○ 根本的に医者自体の問題ではないかと思いますが。

伊藤 あるいはそうかもしれません。

○ つまり病院というものは医者が作つたものじゃない。病院の性格というものは医者が中心ではないんだ、そういうふうなもつてゆき方のほうが妥当性があるのではないかと思います。

伊藤 なんのためにですか。

○ そういう不満を…

伊藤 なくすために？

○ つまり患者さんのための病院というのが本来の姿ではないかと思うのです。そうすれば患者さんにとって一番必要なのは看護婦さんじゃないかと思ひます。看護婦さんにはいろんな仕事があるので、いろんな病気に対する専門医が必要になり、専門医が指導するというゆき方のほうが普通ではないかと思ひます。

伊藤 病院のあり方としてですね。

○ そうなれば職種間のあつれきというものも、ずつと少なくなつてくるのではないかと思ひます。それぞれの専門を尊重して、おのおのの必要性を認めて病院内の役割をもつことです。

伊藤 つまり病院というものは本来そういうふうになつてゆくべきものである。いままでのあり方が間違つていふというご意見ですね。そうすれば不満がなくなるというご意見……。

○ いえ全然なくなるとは思ひませんですけども、はるかに少ないのではないか。

伊藤 病院にしかないような問題というのでしたら、それで少なくなると思ひます。

○ 病院のほうの不満が強かつたのではないかと思ひます。

伊藤 いずれにしましても、いわゆる病院の近代化ですね、その不十分なために両方とも——医者のほうも P S W、C P と共にいま困つていふのではないかと思ひます。本来はなんのために病院があるのかといふことが忘れられていふからだ、そういうご意見ですね。

○ ええ。

加藤 お話はまたあとで続けていただくことにして、とりあえず伊藤さんのお話について何かございましたらどうぞ。

○ C P とか P S W が自分自身の仕事の内容に対してハッキリした考え方をもつていない場合のいろいろな不満——そういうところからくるのが多かつたのではないかと思ひます。先生の場合は如何ですか。

伊藤 いえ、私はむしろ比較的程度の高い人のご意見をいれたつもりなんです。程度の高い人の意見を代表してあとでお二人の方がお話になりますけれども、むしろお互いになにもしないならば

衝突はないのです。それぞれあまり優秀すぎる方が三者集まった場合のほうが、本当に深い問題、高いレベルの問題が多く起るのではないか。ここに書きましたのにはもちろん雑用に追いまわされたとか、便宜的に扱われるという低いレベルのもございますが、診断治療に対するもつとも高いレベルの不満を大きく含ませたつもりです。むしろ、何をしたいかわからないというようなCPやPSWが病院にいても、そんなに不満はないのではないか。なんかやろうと思つて行なつたのにできないから、フラストレーションがおこつたり、自分がこれだけ専門的な知識をもっているのに、医者は活用してくれないという不満がおこるので、それは比較的高いレベルの場合ではないかと思えます。

○ 私どもは田舎ですけれども、心理の場合大学の臨床心理の人に来てもらい、PSWもそれぞれしかるべき学校から来てもらつていますが、その場合でも本当にそれぞれ自分の仕事を認識しているものはすくなくて無茶苦茶なことをするような場合がある。

加藤 ○先生のお話は、やはりCPにしてもPSWにしても訓練を受けた人でなければ、そういう職業分担という問題がハッキリしていないということですね。

○ 先生のお話で看護人の問題は全然ふれていないようですが、ナースと共通に考えられるんですか、それとも別問題なんでしょうか。

伊藤 今日は一応除外しました。

○ 精神病院によつてはPSWやCPを置かないで、看護人がそういうことをやつている病院もあります。また看護人にも免許をもっているものないものもあるので、いろんな不満があると思うんですが。

伊藤 仕事についての不満は、先ほど保健婦やケースワーカーについて申上げたことですが、それ以外の不満は準看が何年やつても成看の人に追い抜かれる。給料とかそういつた面でも、直接の協力体勢とか専門技術といった問題点とは別に問題があるのではないかと思います。何年勤めても医者みたいに給料は増えないし、職階制でも決められている。準看の資格のものが何年勤めても、正看であとから入つてきたちんぴらの人に追い抜かれてしまうという不満、そういつたことで本来の専門技術を競い合うといった高いレベルのことでなく、もつと実際的なこと、一般に低いレベルの問題があるのではなからうかと思うのですが、これは今日の議題からは省いたほうがいいのではないかと思います。

○ いまの伊藤先生のお話で、相手の仕事を尊重理解するということが出ましたが、私の病院でもPSWと医師がお互いの機能、役割というものを認め合つてゆく必要を感じています。そのため毎週、病院で懇談会を開き、むずかしいケースはもちろん、診断上の問題や治療に関する打合わせをし、その結果を報告し、討議する会合を頻繁にもつことが非常に大切ではないかと思えます。われわれのところは児童相談所あたりから大分児童の患者が来まして、20名以上の子供が入つております。

○ 先生のお話には医者が治療計画を樹てるさいの問題点についてのお話がなかつたのですが、一応の診断をつけるにしても、治療計画の責任者は医師ということになるのではないかと思います。

伊藤 その場合ですね、いまお話のありましたケース・カンファレンスが重要な役目をもつと思います。その場合、ケース・カンファレンスの主導権を誰がとるかが重要で、ここが非常に議論の分かれるところですが、病院の場合は医師が当然とらなければならない。精神衛生相談所の場合もPが主導権をとる。医師の主導権は病院の場合には比較的スムーズにゆくのですが、それ以外に例えば児童相談所に医者が嘱託医としていつた場合や、鑑別所にPが雇われていた場合の主導権の所在が問題になる。そこの所長さんが心理学専攻者だつたり事務官である場合、嘱託医が比較的若いお医者さんであれば、心理学専攻者の所長さんがリーダーシップをとる場合もある。嘱託医が非常に古い経験をもつた人なら、リーダーは嘱託医のほうがとる。これは実際問題を申し上げているので、あるべき姿としてどつちにしたほうがいいのかといつた点では問題があり、私の聞いた範囲では行政的な管理の点で困難なものがあるのです。

○ 私はケース・カンファレンスの場合にはあくまでも医師がイニシアチブをとる。精神医学的診断と治療のできる医者をリーダーにするべきだと思つています。しかし嘱託とかそういうことで行政上の責任ある立場に立てない時は、相談所や鑑別所の所長としての役割りはその人にまかせるのが当然ではないかと思います。もちろん診断や治療は医学的診断だけではなくて全体的な総合診断という立場に立つべきであることはいままでもないことです。

○ いまの段階ではが主導権をとるべきだということですね。

伊藤 ええ、診断治療の責任者としての立場をいつているのです。

○ それは鑑別所長とか児童相談所長とがいう立場になくてもそうすべきだと思う。あるいは、いまの段階では児童相談所の所長だつたり、判定課長だつたり、Pだつたりしている。

加藤 児童問題については明日のテーマになつていきますから、その時にまた討議をしていただくことにしまして、このへんで高柳さんにやつていただきますか。それとも休憩いたしますか（間）それじゃ神奈川県立精神衛生相談所の高柳さんにサイコロジストの立場からお話をおねがいします。

臨床心理学の立場から

神奈川県中央精神衛生相談所 高 柳 信 子

まえおき

ただいま伊藤先生から全体的なお話がございます、臨床心理学に関しても御説明がありましたので——お話にもられてありましたことは、結局私共の当面の問題ですので——改めて私が申しあげるのもおこがましい気がいたしますが、臨床常勤の P, CP, PSW のチームのできている精神衛生相談所が全国でまだ大阪と神奈川と2カ所しかございませんので、その意味で私なりに感じていることを率直に出させていただきます、先生方の御意見をおうかがいできたらと思つてのべさせていただきます。私の申しますことは必ずしも臨床心理学者全体を代表することにはならないとおもいますが……。まず臨床心理学とはどんなものか。

臨床心理学とは何かを考える時に、二通りの考え方があると思います。その一つは、もともと心理学という学問を基礎として、その応用体系であると考えられるもので、この場合には、「臨床」という言葉は、単なる形容詞であつて、いわば、「臨床的心理学」とでもおきかえられるものであり、他は、「臨床心理学」という形容詞ぬきの独自の学問体系であると考えられるもの、との二つであります。アメリカでは、すでに1935年に心理学会臨床心理部会において、「臨床心理学は、応用心理学の一つの形で、個人の行動能力および行動特性を測定し、分析し、観察することによつて明確にしようとするものであり、これらの所見の総合を身体的な検査や既往症から得たデータに加えて、個人の望ましい適応のための示唆 (suggestion) や、勧告 (advice) を与えるものである」⁽¹⁾と定義し、応用心理学の一部門という立場をとつております。

これはむしろ狭い意味であつて、personalityの理論的構成と、臨床心理学の応用的側面とが分離できぬ程密接な関係があることから、臨床心理学を臨床領域における行動や、その異常についての理論の応用と考えて、応用心理学の一部門にしてしまうことに対しては、反対する立場もあります。(2)

私は臨床心理学は、異常心理学、社会心理学、犯罪心理学、性格学、人格学、教育心理学、などとは区別することができ、しかも密接な関係をもつて、これらから多くの知見を与えられるものでありますが、学問としての理論的研究にとどまらずに、心理学的臨床活動という実践を目的として、理論と技術の向上をめざす所に特徴があることを強調したいと思います。

臨床心理学の対象

臨床心理学で扱う対象は、疾病や問題そのものではなくて、問題をもつ人間全体であるといわ

れ、personality の統一に必要な因子、personality dynamics が関心事であります。年令も乳幼児から老人に至る迄の広範囲にわたり、nosological にいうなら、normal から psychosis 迄すべてと申せましょう。その理論構成は、専ら適応の概念の上になされ、適応理論を臨床心理学の基礎理論と考える人が多いようであります。したがって、正常、異常の人間行動も、人格形成、人格特徴はすべて適応、不適応の問題から観釈することができるし、臨床心理学は特に不適応が課題であると考え人が多いのであります。しかし適応不適応とは、程度の差であつて、適応の反対概念として考えないで、むしろ不適応はレベルの低い適応として考えたいと思います。

では、具体的にどのような問題がとりあげられているかを申しますと、私共の相談所概要の相談理由も参考になるかと思いますが、次のようなことがあげられます。

幼児・児童・少年の環境適応：

家庭内の親子，同胞間の適応問題

近隣社会との適応問題

教育環境に対する適応問題

(早熟児，遅滞児，学業不振児，性格異常児，虚弱児，肢体不自由児，盲聾啞児，難聴児，言語障害児等)

精神発達に伴う問題

悪癖，生活習慣，言語知能，社会性の発達，反抗期の諸問題

青年期以後：

職場の人間関係，能力，結婚生活，心身欠陥者の職業や結婚，精神的不安，自信喪失，劣等感各年令層を通じて：

反社会的行動

(虚言，放浪，暴行，犯罪，自殺など)

など，羅列をすればぎりがありません。これらは組織的に分類することは極めて困難であり，かつ実際には問題が重複する場合が多く，いずれか一つということはむしろ稀であります。

このようにみてまいりますと，臨床心理学は，精神障害と精神的健康とをテーマにして，人間の行動を診断し，人間を環境によりよく適応せしめようとするものでありますから，精神障害の予防と精神的健康増進という，精神衛生の理想の実現を終極的な理想としなければなりません。時に臨床心理学が，精神医学と同じ対象，同じ処置をとつているかのように間違われ，錯覚をおこされたりすることがありますが，精神医学と心理学の中間領域ともいえる臨床心理学は，精神的不健康の原因探究と治療という側面から発展してきた精神医学と，対象と処置の方法について部分的に同じところがあつたとしても，同一の学問体系でないことは明らかであります。精神衛生相談所には，例えばあるノイローゼの人のように，あちこちの精神病院を歴訪し，どこの病院でも，何でもないといわれ，それでも納得せず，精神的異常感を訴えつづけたら，あるいは解決したいと思う問題を

かかえている人が数多く訪ねてまいります。このように、精神医学や精神病院の治療の対象にはならずとも、精神衛生の対象になるケースは、臨床心理学の対象として見逃すことができません。

臨床心理学の方法：

心理テスト

臨床心理学専攻者の、精神衛生相談における臨床チーム内での業務分担については、昭和31年11月にできた厚生省と国立精神衛生研究所との共同作業による。「精神衛生相談所業務指針（案）」に よりますと、次のように書かれてあります。(3)

「心理テスト、殊に近年発達した personality test の多くは、高度の技術経験を必要とするので、心理専攻者の職務の第一は、これらのテストをおこない、診断の確定に寄与するにある」と。臨床心理学者の仕事の一つは、心理テストを用いての精神測定にあることは、好むと好まざるとにかかわらず、否定することはできません。しかし単なるX線技師や脳波の技師と異なるところは、その解釈あるいは診断技術まで含まれることにあります。ここで問題にしたいのは、「診断」という言葉ですが、精神医学でいう nosological diagnosis を必ずしも意味するのではなく、臨床心理学では、personality 構造まで問題にするのでありますから、かなり広義に解釈していただきたいと思 います。この点は、ソーシャルワーカーがおこなう家族関係あるいは、環境調整のための psychosocial diagnosis と共通な考え方であろうと思 います。ですから臨床チームにおいて、「診断」という言葉を使う場合には、必ず前提もしくは、定義を明らかにしてからでなくては論じられないし、理解を誤るおそれがあると思 われます。もし「診断」を精神医学的な範囲で狭義にのみ用いる場合に、例えば personality test で personality を判定することは、「診断」といわないといつてしま うなら、それでもよい訳であります。

臨床心理学の場で、実際に用いられ、比較的有効な心理テストについては、ちょうどお手許にある長坂五朗先生の、「新しい精神科治療体系の中での医療チームの在り方」の中に報告された、病院臨床心理学者の実態調査の結果が参考になると思 います。

心理テストが普通の臨床検査技術と違うのは、その客観性、妥当性、信頼性の在り方であつて、同じ situation が、いつも同じ風に、あらゆる患者、被験者に対しても示されるのでありますから、テストを受けた他の患者と、それぞれの患者のテストの結果とを、直接的に比較することができま す。これは例えば、膝蓋腱反射のような、ハンマーの力が検者によつて違うかもしれないし、又反射があるとかないとか、その量についての報告が、実験者の主観的な評価の結果であつて、統一されたスケールから読みとられたものでないものと比べれば、その相違がわかります。したがつて、心理テストが用いられるまでには、必ずそのテストの信頼性、客観性、妥当性が検討され、実験的に明らかにされなければ有効とはいへませんし、捉えうる側面は、テストによつて違いますから、その時に測りたいと思 うものを測定するテストを用いなければなりません。知能検査は知的能力を、

人格検査は人格構造を捉えるのでありますから、いかに複雑なテストといえども、一を以て多くを兼ねることは難かしいといわねばなりませんし、それはむしろ危険でさえあります。

そこで、テストバッテリーが問題になつてまいりますが、残念ながら臨床心理学においては、まだ研究途上ですので今後の問題として残されております。

何でも沢山テストをすればする程よいというのではなく、また沢山のテストができる人ほど、便利なサイコロジストであるかもしれませんが、浅く広くということが必ずしも望ましいとはいえないと思います。心理テストは広く浅く用いられるより、一つでも深くきわめられるほど有効に利用できると思つております。

話を元へ戻すようですが、テストによる診断には、鑑別診断と人格診断の二面があります。人格テストの場合、いつも問題にされるのは鑑別診断であります。鑑別診断といつても、pathognomonic (診断の手懸りになり得る) な反応の特徴を示した場合以外は、少くとも現在の段階では、テストのみから病名を決定することは、危険があるとしか申せません。ときどき、私共はテストをやり終つた途端に、「結果はどうですか？分裂病ですか神経症ですか？」と迫られたり、あるいは、nosological な診断面のみしか、それもその時の診断に都合のよい部分しか、拾つてもらえなかつたりしてとまどうことがあります。チームにおける臨床心理学のこのような側面で果す役割は、ケースワークをあわせて、テストからの知見を精神医学的概念にあてはめていく診断の補助的役割、という目的からさらに発展して、一人の人間の全体像の把握、多次的な解明への発展への途上にあるのだと思います。

他の側面、例えば協同研究では、psychometric な研究法が、チームの協力の上に非常に役に立つてありましよう。

心理的処置

次に心理療法またはカウンセリング、プレイセラピーなど心理的処置の仕事であります。臨床心理学が、心理学的臨床活動を目的とする以上、処置、治療、特に予防と精神的健康増進の理論的技術的向上は、重要な課題であります。前述の「精神衛生相談所業務指針(案)」には次のように書かれてあります。

「また精神医学的素養を必要としない事例の心理療法(いわゆるカウンセリング)をおこなう。神経症などの精神医学的症例も精神科医の指導の下でならば、心理療法をおこなうことができる」

精神医学が精神病者の治療から発展してきたものと比べて、臨床心理学は、テストと実験という側面から発展してきたもので、診断の技術の研究が盛になると並行して、心理療法もいろいろなテクニックをつくり出したのであります。精神医学と臨床医学が最も密接に結びついたのは、世界第二次大戦の時で、第一次世界大戦では、専ら知能テストが利用されたのですが、第二次大戦に至つて、パーソナリティテストをはじめ、心理療法など、あらゆる方面に臨床心理学が利用されて、

精神科医の研究や活動までが、精神科医の不足を補うためにひきつがれ、今日の臨床心理学の発展の魁けをつくつたといわれます。臨床心理学でいう心理療法は、精神医学でいう精神療法とは異なり、精神衛生の実践に含められるところの異常特性の早期発見と心理的処置をさすものであり、適応異常を早期に発見してその再適応をうながし、重い障害に発展するのを未然に防ぐのが目的であります。

したがって、精神医学的症例の中では、軽度の精神障害者や、精神病者の場合でも、医学的治療をおこなつたのちの、アフターケア、あるいは医学的治療と並行しての心理療法および精神医学的素養を必要としない事例の心理療法——これは厳密に区別する場合は、カウンセリングともいいますが——などをおこないます。精神医学的症例に含まれないケースに、心理処置をおこなう場合でも、その心理的処置によつて心理的影響を与えるという意味で、広く心理療法という言葉が用いられることがあります。この場合は、心理学的素養は必要であつても、必ずしも精神医学的素養を必要としない事例でありますので、医者の上級監督を必要とするような精神障害者の場合とははつきり区別して、狭義の心理療法とカウンセリングとを別々に考えた方が、私は適当でないかと思ひます。

面接時間は原則的には一時間とつておりますが、面接に対する態度も、原因と結果という因果関係の事実よりも、むしろその瞬間の心理過程そのものをとりあげながら、問題解決の方向に援助することに努力いたします。

私はたまたま精神衛生相談所のサイコロジストであります。病院臨床心理学者の現況については、前述の長坂五朗先生が、第四回病院精神医学懇談会において報告されたアンケートの結果の資料がございますから、現況を知るのに参考になると思ひます。ただ仕事の内容の中で、心理療法についての回答は、どのような意味でアンケートに答えたのかは分かりませんし、おそらく心理療法とは何かについては、各人いろいろな解釈があつたのではないかと思ひますので、その点の曖昧さは考慮が必要でありましょう。

臨床チームの実際：

私共は相談に来所したケースを、便宜的に「相談ケース」と、「臨床ケース」とにわけとり扱つております。前者は家族その他が相談に来所した場合、後者は直接本人が来所した場合をさします。自分以外のことで相談に来たつもりだつたのが、自分に問題意識をもつようになり、臨床ケースに移行する場合もあります。

カンファレンスチームの機能を最もよく發揮させるのは、カンファレンスであらうと思ひます。カンファレンスは内容からいいますと、intake-, assignment-, case-, research-conference など幾つかありますが、時間の都合もあつてそれぞれ別の時間を設けてありませんので、すべての内容が週2回のカンファレンスにもりこまれます。直接にタッチしないケースについてもここで関与

することができますし、互に他の領域の見聞を拓めることにもなりますし、精神科医の supervision も、三者もこの場を利用することができる訳です。私共は精神衛生相談所というものが、病院に対する患者の単なる斡旋所でもなければ、人間の機械的な検査所に終らないよう努力しているつもりであります。

プレイセラピー

子供の場合は、遊びが生活でありますので、言語のみを媒介とする話し合いでは無理でありますし、大人をそのまま小さくしたものが子供ではないことは明らかであります。

子供に対する心理的処置は、「プレイセラピー」とよばれ、遊びを通じて接触を重ねています。

参 考

文 献：

- (1) The Definition of Clinical Psychology and Standards of Training for Clinical Psychologists.
APA Clini. Sec. Psychol. Clinic., 1935, 23, p.2~8
- (2) Shaffer G. W., Richard S Lazarus : Fundamental Concepts in Clinical Psychology. 1952, p29
- (3) 精神衛生相談所業務指針 (案) :
- (4) 長坂五朗：新しい精神科治療体系の中での医療チームの在り方——臨床心理学者とのチームワークを主として(臨床心理学者に対するアンケートより) 第四回病院精神医学懇話会報告

*

*

加藤 どうも有難うございました。高柳さんの話について質問がありましたらどうぞ。

○ 先ほどのお話といまの話とかみ合つたことになるんですけども、治療の範囲といいますが、そういう点について少し話していただいたら結構だと思うのですが。

高柳 さつきの伊藤先生のお話と重なつてしまうんですけども、狭義の精神障害に関しては、ドクターの診断を受けたものに対してやつております。私がやりたいと思うケースを勝手にやることはありませんで、精神科の医者から依頼されたものと、私どもの希望したものに対して許可が与えられたものについて医師の指導の下でやつております。しかし、しつけの問題とか教育上の問題とかです、ことに子供の場合、特にそうですが、オーガニックに何も異常のない夜尿の問題とか、勉強の問題を扱うカウンセリングを治療と考えるかどうか、そこでまた違つてくると思うんですけども、この広い意味での治療でございましょうか。

○ これは加藤先生にうかがつたほうがいいのではないかと思います、先生が欧米の「精神衛生の旅」の中でも書いておられたと思いますが、精神衛生という範囲で、治療というものをどういう範囲でお考えになつているのか……。

加藤 実は精神衛生相談所運営要領の場合も、治療という言葉を避けまして、心理的処置という

言葉を使つたわけです。ただトリートメントとセラピーの違いが日本ではどうも問題がありましてね。いま高柳さんのいわれたノイローゼなんかの場合でも、オーガニックな問題があるのではないかということ、われわれは治療をしながら考えている場合が多いんです。そこで非医師に任せられるかといういろいろな問題があると思うんです。いまいわれたように、これは任していいと決められるケースが、一体どつから線が引けるかというとは実際は非常にむずかしいのではないかと思います。現実におやりになつていらつしやるところで、どの程度任されているか、もちろん医学的診断はなさると思うのですが、つまりサイコロジストの能力に一番問題があつて、能力さえあれば安心して任せられる。私は結局その人の能力いかんではないかと思ひます。

○ いまもう一つ考えられるのは社会資源の問題として治療というものが必要ということです。その点をもう少し取り上げて、明確にすれば、いま問題になつている治療計画の問題点、つまり誰がリードをとつてゆくかという問題が解決してゆくと思ひます。

加藤 いま治療の問題について非常にいいご意見が出たんですが、なんかご意見ございせんか。サイコロジストばかりでなくてP S Wの場合もあると思うのですが、精神衛生相談所運営要領では心理的処置とケースワークという言葉を用い、トリートメントをはじめ治療という言葉でいれたのですが、日本語ではメディカルな治療の意味をもつからというので、ケースワークで切り、「心理療法」とあつたのを「心理的処置」という言葉にしたわけです。

○ 精神病院内におけるサイコロジストについて考えますと、私ども医者として患者との間のラポルトが一番重要だと考えるわけです。サイコロジストにお任せした場合、「あの先生はこう言つているのに」というくいちがいが起ると、あとの処置に困る場合が出てくることもあるわけです。精神衛生相談所のような場合にはかなり任せる立場でよろしいと思ひますが、精神病院の場合のいわゆるサイコロジストのあり方というもののはどの程度のもんでしょう。医者と患者とのラポルトをこわされますと、困る場合が出てくるわけです。

加藤 いま精神病院の中でのサイコロジストの役割ですね、ことに治療に関連したご意見が出たんですけれども、高柳さんに答えていただけますか。

高柳 私、先生方のいわれるラポルトをこわされて困るという、具体的なサイコロジストの治療に関してのご意見をきかしていただけたら参考になると思ひます。

○ ××市にある病院と市外にある病院の例です。前の病院では、心理学者にいろいろな患者さんの訴えを聞いてもらつており、それを医者の方に報告してもらふ。医者はそれに対して精神療法をやるというゆき方をしているのです。あとの病院では、ある病棟の慢性化した患者さんたちをほとんど心理学者に任して、心理的処置をさせている。私たちの病院ではどちらも全然やつておりませんけれども。

加藤 前の病院では患者から聞いたのをそのまま伝えるだけですか。

○ ええ、そうです。もつとも、その間に一言もはさまんかというちよつとわかりませんが。

○ あとのほうは全部任せつきりですか、そこで処理できなかつたら医師にまかせるわけですか。

○ 治療のほうの責任者はやはり医師で、治療計画と診断は責任を持ちます。私は医者でありませうけれども、児童相談所にいたとき、職種間の問題に非常に苦しませて、結局ある程度まかせたら却つてよかつた。病院でも一つの病棟をある程度お任せしてみたら、非常によかつた例があります。もう一つの点は、はじめはサイコロジストの先生が受持つていたのですが、入院してからは私のほうにもくるから受けてやつている。そういうふうなやり方で頭が二つあるけれどもやつているのです。その際にさつきいつた治療計画が立たないといけませんから、計画を立てて、それをみなさんに伝える。その協力範囲がどうなつているかということが大切ではないかと思います。

加藤 ただいまのことで何か問題はございませんか。もう少し問題を進めてまいりますか。

○ もう少し……。

加藤 じゃ、もう少し進めてまいりましょう。

○ ただいま心理学者の人とのラポールが問題になりましたが、医師の通知のしかたが不十分なことがあり、心理学者にこういう意味をもつて患者を扱つてほしいということを徹底させる必要がある。テストをやるにしても取扱う態度としてはできたら、こういう点に留意してほしいということ、心理学者の方にも考えてもらうというやり方がいいんじゃないかと思います。

鈴木 鈴木ですが、私もちよつと意見があるのです。先ほどのラポールが切れるということに対して私は疑問をもつております。というのは、私は米国の生活研究所（インスティテュート・オブ・リビング）という精神病院をもつた研究所に5年ほどいたのですが、そこで次のような研究をしました……。それは90約名の患者さんの精神療法に関して、心理テストを受けた人たちがどの程度治療的に成功しているか、その結果をまとめたことがあるのです。そうしますと、心理テストを受けた人のほうが受けなかつた人よりも治る可能性がある。インプルーブする可能性があるという一つの結果が出てきておりました。それをさらに検討してみますと、精神医たちが心理的な診断というものを非常に重要視し、またよく利用している。言葉をひらたくいいますと心理テストによつて治療の方向づけというものが与えられるようになったということです。そういう点からいつても、私はもつてゆき方によつてはラポールがきれるとは考えられないのではないかと思います。如何でしょう。

○ いまのことですが、患者の側からしますと精神病院内で治療してゆく場合、例えばいま高柳さんのおつしやつたようにオーガニックなものがない、そういうものに対してサイコセラピーを行う人が、心理学者であると、やはり不安になるのではないか、この点はどうですか。

○ 患者自心が自分の問題をとりあげてくれる人だと感じるようなになれば。サイコロジストだろうと、PSW だろうとラポールはうまくゆくと思うのですが。

加藤 PSWの問題もでてきたようすし、時間の関係もありますので、この辺で大阪府精神衛生相談所の小松さんをお願いしたいと思います。

精神衛生相談所におけるP.S.W.の役割と期待

大阪府精神衛生相談所 小 松 源 助

I

私に与えられました演題は「精神衛生相談所とその他におけるP・S・Wの役割と期待」ということになっておりますが、実は、加藤先生から以前にもよつと、こういう会を予定しているのでワーカーを代表して出てくれないかといわれていたものの、どういう役割をするのか、またどういふことを期待されているのか話し合う機会もなく、はつきりとしないうままでいましたし、演題を知らされましたのも極く最近のことであり、極めて準備不十分のまま、不安な気持ちで出て参つております。こう申しますのは、主催者側に文句をいつたり、自分の準備不十分の言い訳をしたりするという意味あいからではなく、自分に与えられた役割を遂行する場合、一体どういふことをするのか、またどのような期待をされているか理解できないとうまくやれないし、不安におとし入れられるということを経験したこと、それで、P・S・Wの役割と期待ということについても、そのような身近な経験に関係して考えられるのではないかと思つたからであります。

それで、役割とか期待とは何かということが頭にひつかかつてしまい、社会心理学の本を改めて読んだりしたわけですが、社会心理学でも、自分の役割とか期待は他人の役割とか期待との関係によつて必然的に規定される。そして、何よりも「自他の役割についての共有的理解」が大切だといふようなことを申しております。例えば、ニューカムは次のようにいつております。

「役割を熟知していることは、自分の『なすべきこと』を知るということ以上の意味をもつてゐる。……実際に、人は他人の役割について補足的に考えることなしには自分自身の役割について想像さえすることは出来ない。役割に共通するということは、このように厳密に言えば、相互の役割に共通していることである。何をなすべきかということだけではなく、他人の行為に何を期待すべきかということ、人は知らなければならない。……言語と同じく役割は共有的理解に基づいている。」(註1)

このようなことは、そのままP・S・Wの役割と期待についてもいえるだろうと思ひます。P・S・Wの役割と期待は、他の、psychiatryやpsychiatristの役割と期待との関係によつて規定されているし、それを離れては考えることが出来ない。それでpsychiatristの役割と期待について知らなければならないということになるわけであり、またその逆もいえるだろうと思ひます。

このようなことは今更いふまでもないことですが、P・S・Wの役割と期待について見ていく場合、改めて確認しておきたい基本的態度だと考えた次第であります。

私自身、まだ十分に皆様の役割と期待について熟知しておりませんので、果して正しくPSWの役割と期待について私自身の述ることが適切であるかどうかおぼつかないわけですが、ともかく共有的理解に達するための論議を素材を提供するというような意味で、二・三の点について話をすすめたいと考えております。

II

さて、いうまでもありませんが、P・S・W——精神医学的社会事業といわれておりますもの——は、アメリカにおいて20世紀に入ってから（1905年）成立を見せ、高度に発達させられて来ておりますが、わが国においては第二次大戦後において導入されているに過ぎません。

そのため、P・S・Wといつても一般にはまだなじみのない言葉ですし、専門家の間でも正しく理解されていないというのが現状のようであります。これはP・S・Wに限らず戦後アメリカから導入されてまいりました社会事業の技術、方法に関していえることであります。とくにP・S・Wについては著るしいように思われます。それは御存知のように、アメリカの社会事業は、精神医学——力動的な精神医学——の影響を強く受けまして精神医学的に方向づけられておりますが、それがそのまま、そのような伝統のないわが国に入ってきたため、アメリカ社会事業を受け入れようとする社会事業家にとって精神医学が万能のように受けとめられ、psychiatric という形容詞に権威を感じたということ、またアメリカ社会事業に批判的である者は、その基礎となつている精神医学的アプローチに反撥し、psychiatric というとそれはわれわれに関係のないものであるかのように排斥しようとしたこと、そのために正しい位置づけが与えられないでいたことによつていたといつてよいと考えられます。

このようなわが国における特異な事情は、P・S・Wの順当な発展にとつて不幸だつたといわなければならないのですが、しかし、よく見てみますと、アメリカ自体においてもP・S・Wの発達の過程において同じような混乱を経て来ておりますし、今もなお続いているようであります。

ともかく、このようなことから、まずP・S・Wという場合のpsychiatric という言葉の意味からはじめなければならないということになります。この点をめぐつて色々と意見があるわけですが、私は——というよりも代表的意見といつてよいだろうと思ひますが——P・S・Wという場合のpsychiatric という言葉は、psychiatric setting を意味しているというように理解していくのが正しいと考えております。

こういつてしまえば当り前の話になるかも知れませんが、P・S・Wについての混乱をとり除き、P・S・Wを正しく位置づけていくためには、まず、どうしてもはつきりさせておかなければならない点であります。

例えば、ギンスバーグは、これらの点について明確に次のように指摘しております。

「ある者にとつては、P・S・Wの意味は自明であり何ら再吟味を必要としないとはいへ、こ

れに関してここで更に明確化することを正当ならしめるに充分なくらい未解決な意見の不一致が存在している。それはある程度語義上のものであるけれども、“psychiatric”という言葉が“social worker”につけられた時のその正確な意味についての混乱から生じている。それは、そのように名づけられるソーシャル・ワーカーが他のソーシャル・ワーカーよりも精神病理学についてより多く知っている、あるいはより多く力動的に方向づけられているということを意味しているのだろうか。それは精神医学者と協同しておらないソーシャル・ワーカーに対比して、精神医学的ソーシャル・ワーカーは、精神医学者と協同しておるソーシャル・ワーカーであることを意味しているのだろうか。

あるいはそれは、精神医学的ソーシャル・ワーカーは、精神医学的場面において働いているソーシャル・ワーカーということの意味しているのだろうか。……結局……“psychiatric”という言葉は正確には場面 (setting) に関してのみ用いられるのである。それは「力動的」という言葉と混同されるべきではない。……精神医学的ソーシャル・ワーカーと同僚との相異は、質の相異ではなくて、場面の相異なのである。」(註2)

ここで、それでは psychiatric setting とは何か、どういう特質をもつかという問題が出て参ります。例えば、よくわが国で児童相談所を child guidance clinic になぞらえて、すぐに psychiatric setting として簡単に割り切っているようですが、果してそういえるかどうか疑問だと思えます。ここでこの問題についてほり下げていくことが出来ませんので、一つの問題として提起しておくことにします。

なお、言葉の表現上の問題になりますが、P・S・Wといつている点、すなわち psychiatric casework などと表現しておらない点についても注意しておく必要があると思えます。従来も、現在においてもP・S・Wはケース・ワーカーによつて行われ、P・S・Wの内容はケース・ワークによつて大部分が占められて来ていますので、P・S・Wすなわちケース・ワークとされがちであります。言葉の上からいえば、P・S・Wはケース・ワークだけを意味しておるのではないということになります。われわれ社会事業の世界では専門的方法技術としてケース・ワークと共にグループ・ワーク、コミュニティ・オーガニゼーションを体系づけ発展させて来ておりますので、P・S・Wという場合にはそれら三つの方法、と技術が含まれているという見解にたたなければならぬことになります。事実、近年になつて psychiatric setting においてもケース・ワーカーと共に、グループ・ワーカーが入つたり、また、ワーカーがグループ・ワーク計画を試みたり参加したりしていますし、更には、精神衛生協議会のようなコミュニティ・オーガニゼーションがとり入れられ、ワーカーも参画して来ておりますのでP・S・Wという表現の方がより適切であるということになるわけです。

それですから、P・S・Wとして、自分はケース・ワークをするので他のことは関係がない。臨床相談だけをしておればよいのだというように考えて、他の、例えば協議会活動に無関心だつたり

することはどうかと思われるのであります。まず、ケース・ワークというよりもソーシャル・ワークという立場に基本的にたつているのだということを、はつきりさせておくことが大切だと思います。

このように、P・S・Wと表現されているのはケース・ワークだけでなく、グループ・ワーク、コミュニティ・オーガニゼーションも含まれる。ワーカーは三つの方法のすべてを用いていくことを意味しているのだということを理解しておかなければなりませんし、また、P・S・Wの役割などを考えていく上においても必要な点であろうかと思えます。

さて、以上P・S・Wという言葉の意味を中心として述べて参りましたが、つまるところ、P・S・Wは、一言でいえば、ケネーが定義づけておりますように(註4)、psychiatric settingにおいて、臨床チームの諸活動の一環として、精神医学との直接的且つ責任ある関係において行われるソーシャル・ワークであるということになるわけであります。

III

それでは、このようなP・S・Wがどうして成立を見せたのか、なぜ臨床チームの一員として必要とされるのかという問題が出て参ります。くわしくはP・S・Wの発達の歴史、精神衛生の発達などについてみていかなければなりませんし、また色々の論議があるわけですが、結局、それは精神的疾病そのものでなく、そのような疾病をもつ人を取り扱つていかなければならないということ、そして、所謂“whole person”を問題にしていかなければならないということが認識されたためである。少くとも、そのような認識が共通の基盤になつていたといつてさしつかえないと思えます。

それでは“whole person”という概念は具体的にどういうことかということになりますと、なかなか表現しにくくなるわけですが、たとえば、精神障害は患者に対し、また関係者に対して色々な社会的困難を生み出してきますし、またその社会的困難が情緒的な問題を生み出したりあるいは促進したりしてくる。それで精神障害そのものでなく、そのような社会的側面を配慮し、そこから生み出されてくる情緒的な問題を解決していくことが必要であるという認識なり理解を指しているともいえるわけであります。

先般、アメリカのOrthopsychiatryにおいて病院、クリニックにおける精神医学者、心理学者、ソーシャル・ワーカーの活動内容について調査検討された報告論文がのつており、各病院、クリニックでそれぞれのあり方は非常に異つていて、どのようなあり方がよいか結論は出されないが、ともかく、いずれにしても“whole person”として患者なりクライアントを見ていくという立場において共通しており、それが基盤になつてチームワークということが出てきているということが指摘されていたと記憶しております。実際のあり方それ自身よりも“whole person”という概念の重要性が改めて確認されていたようであります。

われわれの相談所でその抄読会をしたとき、結論としてそれだけしか出て来ていませんでしたの

で、正直にいつてわれわれ自身なんだが奇異の感を抱いたのですが、考えてみれば非常に大切な、応々にして見失われやすい点で、そのことを確認し合えただけでも意義はあつたと思いかえした次第です。

アプローチの仕方なりチームワークのあり方は異つても、このような基本的立場を見失わず、またおたがいに確認し合うことが出来ることが前提条件だと思います。このような判りきつたことを述べますのは、現実にはわが国の場合、まだそこまでいつていないからであります。皆さんを前にしていることはどうかと思いますが、精神科医の中にはまだまだ、疾病だけをみ、その処理だけに終つている。また、それだけでよいというような取り扱いをしている場合が多いのです。せつかくワーカーがおりながら活用できないような場合もあるわけです。

P・S・Wは psychiatric setting で直接精神科医と関係していくわけですから、精神科医が少くとも whole person という立場をとらない限り成立しないし、発展を期待できないと思います。

IV

それでは次に、そのような前提条件において一体、P・S・Wはどのような立場に立っているのかという点が明らかにされなければならないと思います。ところで、P・S・Wはソーシャル・ワークの一部門であり、専門職業としてのソーシャル・ワークの特徴を分有しているわけですから、P・S・Wの立場といつても、結局は、ソーシャル・ワークの立場なり原理原則に帰着するわけで、その点、まずソーシャル・ワークのそのような点について述べなければならないということになります。

しかし、その問題をここで取り扱うことはとても出来ませんので、P・S・Wに即して見てみたいと思いますが、問題提供という意味で、便宜上、ポーエムの挙げております諸点を参考までに示しておきます。

- (1)精神医学的ソーシャル・ワーカーは、総てのソーシャル・ワーカーと同じように、臨床的診断の如何にかかわることなく、情緒的障害及び精神的異常における心理学的要因 (psychological factor) に関心をもつ。
- (2)精神医学的ソーシャル・ワーカーは専門的な立場で活動していくべきであるかどうかを決定するために通例精神医学的診断に依らないし、また一連の徴候を既存の診断カテゴリーのうちに分類していくというしばしば遭遇する困難にもかかわらない。
- (3)精神医学的ソーシャル・ワーカーの理論的枠組は精神医学者や心理学者のそれとは異つて、ワーカーが心理社会的機能不全の社会的現われ (the social manifestations of psychosocial disfunctioning) をみていくことを前提としている。換言すれば、精神医学的ソーシャル・ワーカーは患者の社会的機能に影響をおよぼしてきている患者の生活における社会的そしてあるいは心理的な出来事に関心をもつ……。

精神医学的ソーシャル・ワーカーの理論的枠組は、更にワーカーは「敵意」「攻撃」あるいは「不安神経症」もしくは「分裂症」それ自体というような臨床状態もしくは本体の治療にかかわらないことを前提としている。ワーカーに活動を要請するものは、そのような状態の結果であるところの社会的機能不全の存在なのである。これは患者のみならず患者の家族の社会的機能不全を包含している。総ての場合において患者は家族のメンバー、患者の状態が家族のバランスに影響をおよぼし、かつそれによつて患者の状態が影響を受ける、この故に家族の総てのメンバーの社会的機能に関係をもっているメンバーとしてみられるのである。(註3)

V

P・S・Wは、基本的には以上のような立場に立つて活動していくわけですが、実際においてそれぞれの setting の性格、特質に応じてそのあり方は異つて参ります。たとえば同じ psychiatric setting といつても、精神衛生相談所や child guidance clinic と精神病院においてはその性格が異なりますので、同じ視点に立ちながらもそのあり方なり活動は異つてきているわけであります。

それで次に、精神衛生相談所と病院の場合に分けてみていかなければならないのですが、その前になお P・S・W の機能やあり方が、精神医学理論の発展やソーシャル・ワーク、特にケースワーク自体の理論の発展に応じて変化してきていることについて、ここでふれておきたいと思ひます。

当初、P・S・W はアドルフ・マイヤーの見解により発展させられたのですが、psychiatrist が診断をし治療計画をたてるため基礎となる証拠として、患者の社会的環境と行動についての資料を蒐集する、そして psychiatrist の手によつて立てられた治療計画なり勧告を伝えておくことに強調点がおかれていたとみる事が出来ます。たとえば、child guidance clinic において P・S・W は、親から子供の診断に必要な総ての資料を蒐集する、それに基づいて psychiatrist が診断をたて問題解決に必要な治療計画をたてる。その勧告を親に伝えていく。親はその処方箋に従つて子供に対する態度を変えていくだろうというように考えられていたのであります。

ワーカーは精神科医の指示のもとに、情報を蒐集したり精神科医の勧告を伝えたりするという役割にとどまっていたといつてよいと思ひます。

ところでその後精神分析の影響により、人間行動の力動に注意が向けられるにつれて、精神医学のみならずソーシャル・ワークそれ自体も変化をみせるようになるにつれて、従来のあり方が反省批判され、スタデイのためにのみ問題についての資料を蒐集したり、患者のために患者に対して治療計画をたて勧告する。なにかをしてやるということから脱皮して、援助過程それ自体に強調点がおかれるようになってきたのであります。患者あるいは家族の社会的な現実的な問題困難についてソーシャル・ワーカーがその専門的立場において彼らと共に、彼らが解決していくのを援助していくというような立場、いわば、よくいわれますように about とか for とかというのではなく、with という立場にたつて来ております。それですから、P・S・W の精神科医に対する関係とか情報を

蒐集あるいは社会的治療の側面が従来とは余程異つているわけでありませぬ。

この辺の詳細なことについて話をしていく余裕もありませんし、うまくまとめて言語化できませんが、少くとも現在のP・S・Wはそのような立場にたつて活動しようとしていることにしておいてもらわないといろいろと支障が出てくるのではないかと思います。

たとえば、精神衛生相談所においてワーカーがインテイクを致しておりますが、その場合、精神科医が診断をするのに必要な資料を得るという目的ではなく、来所者がワーカーと共に自分の問題を明きらかにし、それについてどうしていくか、相談所を利用していくか、他の機関を利用していくか決定していけるよう援助していくことに焦点をおいております。情報というものは、そのような過程から得られるし、また、必ずしも最初の、またインテイク過程で精神科医の必要とする全部の情報が得られるとはかぎらないわけです。ともかく、ワーカーは援助過程としてみていこうとしております。ところが、その辺のことをよく理解せずに、ワーカーに従来のようなことを期待して、P・S・Wの独自性をうばつてしまう場合がよくあります。

このようなことは他の場面においてもみられることであり、実際問題として非常に重要な側面になりますので、一つの問題点として、ここにおいてもほり下げて御討議願えればと思います。

VI

以上、P・S・Wの役割と期待という問題をめぐつて、いくつかの考慮しておくことが必要であると思われる側面について概説して参りました。現実の当面している問題をとりあげていく際、先づ何よりもこれらの諸点をはつきりさせ、共有的理解が得られておらなければならないと考えたからであります。

さて、これを基にして、現実の精神病院や精神衛生相談所におけるP・S・Wの機能とP・S・Wの直面している問題について、特に大阪府精神衛生相談所における状況を中心としながら説明をしていく予定でございましたが、既に前の演者によつても一部とりあげられておりますし、与えられた時間も大部経過しておりますので、一応このくらいにとどめておき、後は討論によつて補いたいと思います。

× × ×

註1 エーカム、(森東吾、万成博訳)、社会心理学、昭和31年、283頁°

2 E. L. Ginsburg, "Psychiatric Social Work". Orthopsychiatry, 1923~1948-Retrospect and Prospect, 1948-PP.470~472

3 Werner W. Boehm, "The Role of Psychiatric Social Work in Mental Health" Arnold M. Rose (ed.) Mental Health and Mental Disorder, 1955, PP.537~538

4 P・S・Wの定義；「P・S・W (Psychiatric Social Work) は精神医学との直接的かつ責任ある関係において行われるソーシャル・ワークである。それは患者の処遇及び精神医学的サービスの拡張に関係をもつ

精神医学者、心理学者、そして多くの場合精神医学看護婦、作業療法士、並びに他の専門職員を包含する臨床チームの諸活動の一部として病院、クリニック、あるいはその他の精神医学的場面 (psychiatric setting) において実施される。その目的は精神的健康を促進し、そして精神的及び情緒的障害を蒙っている個人の健康の回復に資するところの地域社会内にある諸々のサービスや活動に助力することである。」

(R. I. Knee, "Psychiatric Social Work", Social Work Year Book, 1954. P.387)

*

*

加藤 小松さんの提起された問題について、何か質問がありましたらどうぞ

○ 保健所での問題を考えてみますと、基本的には精神衛生というものがハッキリした形をとつてないわけです。むしろ精神衛生というのが邪魔物扱いされるくらいが非常に強いわけです。そういう点、保健所などで行われる精神衛生というものは非常に片手落ちなやり方でしかできない。だから行政措置なのか、あるいはそういうケース・ワークの仕事として行われているのが問題であり、保健婦の個々の仕事との結びつきをもう少し考えてやつていただければ、保健所における精神衛生というものがもつと明らかにされるのではないかと。

加藤 ただ今のご意見について何かございませんか。

○ そういう行政的な措置をなさるといいますね。その場合、保健婦さんがやることになっておりますが、保健婦さん自身がケースワーク的な関心をもつていなければならぬだろうと思うのです。保健婦さんで一応処置できればそれでいいのですが、できない場合は一応専門的な者——殊にPSWとかMSWなり——に相談するとか、あるいはコンサルテーションを受けるという形になってゆけばいいのではないかとと思うのですが、また相手によつてはPSWのほうにまわす。そんなふうにしていけばうまくいくのではないのでしょうか。

○ PSWにもつていけるような問題でない場合もあるのですね。保健婦には保健指導という仕事があるわけですから。むしろ家庭訪問とか、そういう点での技術を、指導してもらいたいと思います。保健婦の保健指導によつて家庭の状況が悪くなっているのか良くなっているのか、やはりその専門の者でないとわからない場合があるのです。

○ 結局、いまのお話を聞いておきますと、そういうことを行政的な立場で話されているように思います。精神衛生を発展させるためには、保健所の保健婦をはじめ関係職種の人に精神医学的な指導をする必要がある。それについてやはり、精神衛生相談とかリハビリテーションが、もつと一般に行われるようにしなければならぬ。そしてその相談やリハビリテーションも通り一ぺんのものでなくて、精神衛生相談所や精神病院の活動を中心にして、こういう機関をまず確立させていくことだと思います。

○ どうもわれわれの方では、やはり上のほうの方々の考え方がどうもそこまでいつておりません。今いわれたことは運営要領にも書かれておりますし、私どものほうでは来年から各地域から保

健婦さんを一名ずつ集めて、病院で2カ月ぐらい実習をさせ、一応精神病院の実態や近代的な動きというようなものを知ってもらいまして、それから今度は精神衛生相談所でケースカンファレンスに毎週参加してもらおう。そういうふうに主管課のほうにも了解ができています。

○ ××の場合は、精神衛生協議会で比較的専門的な教育をやっておるのですが、それが主に医者の教育の課程だった点で多少違うと思います。やはり大切な要点になかなか突込んでいけないくらいが非常に強いわけですね。

○ 実際県の部長さんとかあるいは課長さんのお考えによつてちがつてくるのではないですか。

○ ××××の精神衛生相談所長ですが、先ほどからPSWの方についていろいろおうかがいしました。私はそういうことをちつとも勉強してませんから、おうかがいするとますますむずかしくなつちやつて、どうもむずかしい職種だなアと思つた。私のほうは幸か不幸か心理学のほうの人もPSWもおられないわけです。ただケースワーカーといいますが、保健婦さんが2、3人いるわけです。これは非常に初歩的な質問かもしれませんが、私は普段仕事をするのにそんなにむずかしいことを考えてやれませんから、ごく簡単に考えましてですね、広い意味にとつてすべて医者が診断をすべきだと考えております。そこんところは簡単にいつてどうなんですか。それでよろしいんですか、それではいけないんですか。

例えばですね、なるほどさつきのお話の中に、精神病院にゆくような人と相談所に来るような人とは違うということがありましたが、たしかに違います。しかしその人で「私は相談所向きです」と胸に書いてぶら下げてくるわけでありませんから、まずそこでふるい分けなければならない。これは親子関係が問題なんだとか、これは会社でのゴタゴタが問題なんだという時でも、病気ではないということを除外しなければならない。私はそういうのはすでに診断の中に入っていると思ひますので、これはあくまで医者がすべきであると、こういうふうに考えておりますが、如何ですか。

加藤 その点、大阪、神奈川は如何ですか。

高柳 その点、私も異論ございません。ただ診断という言葉を使う時、その場合の診断というのは、一体どういうことを意味しているのか。むしろ診断という言葉の定義によつて変つてくるのではないかということです。いわゆるノソロジカルな診断という意味ではもちろん医者がすべきであつて、サイコロジストその他がしようとしてもできないことだと思ひます。私はそれに対しては異論ございません。

いろいろサイコロジストがやつていかなければならないことがあるし、いろんなことが現実にあると思ひますけれども、しかしある程度の限界はどうしてもあると思ひます。その限界を私はそんなふうに考えて今日までやつてきておりますけれども、どうなんでしょうね。

加藤 大阪でももちろんその点は……。

小松 はア、精神医学的な診断についてはお医者さんにしていただくことになつております。しかしその場合、診断をいわゆるケースワークのほうでいつております社会診断というのですか、そ

ういう面についての診断の意味ではケースワーカーなりの診断があるわけですがけれども、いわゆる精神医学的な診断はお医者さんをお願いしますし、またそのほかのものはすべきではないと思っております。

○ そうしますとね、相談所のお医者さんというのは非常に負担があるんですね。来るケース全部を一応みなければならぬということになるわけですが、そういうもんなんですか。それにしても非常に月給が安いです。(笑声) とにかく几帳面にすれば一応医者のところを通つてふり分けられるということになるわけですがね。

○ そこでナンていいですか、インテイク・ワーカーの役割が非常に重要になつてくるのではないかと思うわけなんです。しかし日本の場合にはケースワーカーそれ自身も充分な訓練を受けておりませんからできないわけですが、インテイク・ワーカーが経験もあり能力もあるのであれば、インテイク・ワーカーによつて大体ふり分けるというのですが、現実にまだそこまでいつておりませんからなかなか……。

○ 医者でも初診では決められないことが多い。自分のできないことをケースワーカーの人に頼めるでしょうか。

○ 私の経験でございますけれども、日本ではありませんが、送られてきました患者さんの3分1がインテイク・ワーカーによつてはねられている。カンファレンスに持ち出されるのが3分2になつている。

加藤 ××相談所の先生がおつしやるのは、すべてのケースをみなければまずいということですね。

○ ナンていいですか、まア私のほうは来る人に親切にしようという主義でやつておりますから。そうすればまずお医者さんがみて、いわゆる狭い意味の病気ではない、ということでふり分けなければならぬ。これが実際問題としてかなりむずかしいことがありますね。病気がはじまつているのかどうかだつてむずかしい場合があるわけですから、人に任せられないわけです。

小松 そういう意味で、大阪の精神衛生相談所は処置を含めまして専任のサイキアトリストが2名いるわけです。パートナーが1名来られておりますから、一応3名来られることになつております。しかし実際、毎日果して時間がとれるかといいますととれないような現状なんです。ですからわれわれ自身の立場からいくとサイキアトリストの必要を痛感しているわけです。しかし先ほど鈴木さんもちよつといわれましたように、相談所に来るケースのうちでインテイク・ワーカーによつてある程度ふり分けのできるようなケースもあります。その場合に、もちろんあとでサイキアトリストに相談したりいたしますけれども、ケースワーカーの立場によつてある程度処置できるケースもありますから、全部のケースをサイキアトリストがみなければならぬとはいえないのではないかと思うわけです。その場合、もちろんケースワーカーが相当の訓練を受けておらなければならぬ。

○ 費用の問題で相談に来る人なんかはいますね。どこに患者を入院させたらいいかというのがありますが、そういうのはわかりません。しかしやつぱりなんか問題がある場合に、医者が先にみないのでは困る。これは私のやり方が古いのかも思っているのですが、どうでしょうかなア。

○ やつぱりチームワークということですね、1人の人間を問題点で分けて、この部分はお医者さんがみるのが適当で、この部分は臨床心理学、この部分はケースワーカーがみるのが適当であるというふうに解釈しますと、1人の人間をすべてがみていなければならないことになると思うんです。非常に時間の労費だし、実際にできない。やつぱりチームワークというのはそうでなくつて、3者が協同して扱う場合に、1人の人がその3者のチームワークを代表する、という考え方はどうなんですか。そうしますと、必ずしもすべてのケースをサイキアトリストがみなくともいいというふうにも考えられる。チームワークというのは細かく分ければ分けるほどいいんですね。しかし本当のチームワークのあり方は、モザイク的な考え方ではない。わからなければ疑問をもてばよいのであつて、やつぱり1人の人が代表して仕事を行い得る体勢が必要ではないかと思うのですね。

○ チームワークについてですが、チームワークとはいいますが、やつぱり医者が中心になりましてね、それにが密接に連絡をしてやつてゆくべきではないかと思うのですがね。しよつちゆう連絡がつくように仲良くやつていけばいいんじゃないですかね。どうもそうじゃないかと思うんですがね。そうしないと今度は患者のほうになりますとね。一体誰が主になつてやつてくれるのかわかんなくなつちやつても変なもんじやないですかね。各々職分が違うんじゃないか。そういつたことが私の頭からどうしても抜けないのですがね。医者とケースワーカーとは職分がどうしても違うんじゃないかという気持ちがあるんです。そういうやり方は相談所としてはもつと将来変つていつてもいいのかもしれないかもしれませんが、いまのところは私のところではそんなやり方をやっている。それ以外のやり方はできないですなア。

○ もう1つの考え方は、3分の1をふり分けるということは、アメリカの話であり、日本ではそこまでインテイク・ワーカーに要求できないと思う。そこで、受理会議や診断会議のような会議を活用することによつて、すべてのケースをみなサイキアトリストがみなければ不安だという問題から、ある程度解放されるのではないかと思うのですがね。

高木 ○○さんね、私のところでは、ソーシャルワーカーはみんなベテランばかりですが、それが最初はインテイクをやるのですね。そのインテイクはカンファレンスに出てくるのです。それをわれわれは聞いておりますとね、大体の様子はわかるわけですが、時には私、医者のところにもまわしませんで心理のほうにまわしちやう時があります。それでおよそ間違いがない。どれもこれもみんな医者がみなければならぬということはないと思いますね。さつき鈴木さんのいわれました3分の1ぐらいインテイク・ワーカーがはねるということは、やつぱり有能なインテイク・ワー

カーでないとそこまでいかないと思います。しかしそれに近いことはわれわれもやっています。

加藤 われわれでも診断のつかないケースが多いわけですから。それを考えれば〇〇さんのご心配にわれわれも共感するんですが。

○ それから私のところだけのいい癖か悪い癖か知りませんが、いわゆる狭い意味の治療はしてない。だから広い意味で精神療法をやっていることになるかもしれませんが、なるべく言葉を実際にやっていることだけに絞って使っているものですから、私たちは「説明」といつているのです。やつぱり「指導」とはいえないので「説明してあげる」というふうになっているのですがね。ところが内科や外科と違ってますね。各々の人への説明というのは本当に困るんですね。例えば早い話が分裂病をどういつて家の人に説明したらいいか。分裂病をうまく説明するということが自身にむずかしいことになってしまってますね。しかもそれが相手にわかるように言わなければならぬ。「説明」もいい言葉だと思うのです。口で話してハッキリさせてあげるんですから、なかなかこれはむずかしい。うちのケースワーカーも私どものしやべつているのをみてだんだん慣れてきておられますけれども、そつくりは任せられないということが場合によつてちよつとあります。

○ その説明の少なくない部分がね、ソーシャルワーカーがいつもやっていることなんですが。

○ やつてもらえるでしょうね。そうだろうと思うんです、私も。しかし私のいう診断というものは医者の仕事だということにハッキリ線を引いておかないと具合が悪いのではないかと、と思います。

○ そこは皆さん異論はないと思います。

○ 異論ないでしょう。私も実は話の途中からうかがつていいのかどうか気になつていたので。

加藤 サイキアトリックな診断ですね。

○ 力動診断という言葉がありましてね、私の考えるところでは、臨床診断ということに関しては精神医が診断すべきで間違いない。しかし私としてはやはりサイコ・ソーシャルな診断も根拠をもつていると思います。また心理のほうでは心理的な診断があると思うんです。こういう職種の人びとの解釈を総合した力動診断がチームによつて立てられていかなければならないのではないかと、私はそういうふうに考えております。

加藤 時間も過ぎまして15分になりますが、ここらで一応終りたいと思いますが、論議をどううふうに始めますか、ちよつとご相談したいと思います。 (以下省略)

× × ×

加藤 これから御話し願うのは、精研の柏木さんたちが、治療的ソーシャル・クラブの活動をはじめましたので、新しい試みとして皆さんに聞いて戴きたいと思います。どうぞ。

治療ソーシャルクラブについて

国立精神衛生研究所 柏 木 昭

過去半年にわたつて、精神障害者の社会復帰プログラムの一つとして、治療ソーシャル・クラブを運営した経験を発表し、その中でのPSWの役割を略述する。

精神障害者の社会復帰プログラムにはいろいろの形のものが考えられるが、治療ソーシャル・クラブは病院の外部活動として、患者の自発的運営に俟つて発達してきたものであるが、これは欧米、特にイギリスの傾向であり、精神病院の地域社会の関係等といった点で異つた体勢があるだけに、発展し易い素地がもともと社会的条件の中にあつたわけである。

我が国においては、精神病院そのものが地域社会と必ずしも近接しておらず、患者個人の条件としても、退院してから再び病院に帰り、クラブ活動、グループ活動に参加することが容易にできる条件にない。いうなれば病院は孤立した存在であり、また地域社会の期待も病院をコミュニティの中から排除しようというネガティブな傾向が強い。こうした条件の中で、患者が自発的にソーシャル・クラブを病院の中に作ることはまず考えられないし、といつて地域社会の中に、彼らが進出していきうるようには、社会は方向づけられていない。

こういう隘路がある以上、PSWがそのグループの形成という点である程度リーダーシップをとつて、積極的に患者を参加させる必要は大いにあるわけである。

そこで開拓しなければならないのは、退院患者が比較的容易に接近でき、受入れ側でも特に理解を示すような社会施設である。クラブのメンバーが必要ならば、門戸が開かれた施設で、他の一般プログラムに自由に参加できうる体勢が望ましい。

不幸にしてこうした社会施設というのはごく限られているし、また施設側の精神障害者に対する理解も極めて否定的なものであるので、PSWとしては賢明なPRが必要である。

もしこうした社会施設が開拓できれば、メンバーとしても接近しやすし、いわゆる抵抗を回避していくことができるわけである。また家族の理解協力も引き出し易し、社会施設に出入りできるということから、患者に対する評価も改善できることが考えられるのである。

こういうわけで、私は今年(1960年)の初頭に、ある社会施設をこの治療ソーシャル・クラブの場所として利用することが望ましいと考え、機関の施設の使用および職員(グループ・ワーカー)の参加が出来るかどうかを打診した。

この社会施設は我が国でも有数な社会文化事業を営む団体であり、各地にその支部が置かれ、進歩的なプログラムでグループ・ワークを行つている。東京にその本部があり、このたびのころみは、東京の本部の協力を得て行われたものである。

まづP S Wとして動かねばならなかつたのは、本部グループ・ワーカーの確保である。たまたま報告者と同じ研究会に属していたグループ・ワーカーに、治療ソーシャル・クラブの計画を話し、主になつてグループを作りあげ、動かして欲しいと協力を要請した。このグループ・ワーカーはアメリカで大学院課程のグループ・ワークの教育および訓練を受けている。然も精神医学関係施設で実習した経験の持ち主である。

本年1月にこの交渉を始め、その属する施設長に報告者もあい、アフタケアの一環としての退院者に対する社会復帰プログラムについて説明し、治療ソーシャル・クラブの実施の可能性を尋ねたわけである。

たまたまその施設では精神薄弱児の生活指導を行つており、そういう意味で、施設長はわれわれの企図に対して同情と共感を寄せてくれたのである。それで1年間、実験的にこの社交グループを実施し、使い得る施設の設備をすべてと、職員の参加を提供してくれた。クラブがどういう目的で行なわれ、どういう人が来て何をするかは一切公表しないということでは双方の意見が合致した。これはわれわれの希望でもあつたが、施設側としても、このクラブを始めることでの他のグループへの影響を考へて、内輪のものにしたいという意向でもあつた。しかしこれが後に、ごく限られた職員即ち施設長と当該グループ・ワーカーと、このソーシャルクラブの事務を引きうけた幹事以外の職員にはP Rされなかつたので、このグループが、過度に特別視されたこともあつたことは反省しなければならぬ。

具体的にはこの治療ソーシャル・クラブは、その施設の中の家庭青年部のいくつかのグループのうちの一つということで発足することにした。

実際に始まつたのは6月であつて、スタートまで大分月日がたつているわけであるが、その間メンバーの選択や、われわれが始めてこういうP S Wの仕事を始めるとの不安の除去のため、いろいろの人の助言を得ねばならなかつた。

特に報告者が意外に渉々しくないと思つたのはメンバーの選択であつた。これがはかどらなかつた理由の一つには、P S Wの期待と患者に個人接触をもつていた医師の期待のずれにあつた。P S Wは個人接触の関係を破壊しないようなグループにする為には、その狙いを社会性の恢復、社会的機能の訓練においており、併行して個人治療を続けしめることを念頭においていたわけである。

従つてグループ・ワークは個人治療に全くとつて代つて実施されるものではないという点のP Rが足りなかつたようである。それが現在接触のある患者を積極的にグループに送る気持を減殺したのではなからうか。

次にこのグループのスタッフについてであるが、前述のグループ・ワーカーと、グループの事務を管理する該社会施設の幹事と、精神科医および報告者の4名である。おのおのの役割を略述すると次の如くである。

グループ・ワーカー (女) 治療ソーシャル・クラブのプログラム作製, 集会におけるグループ指導, ケース記録, 評価。

幹事 (女) 治療ソーシャル・クラブと該社会施設との連絡, 事務管理, 集会にあつてはメンバーとして動く, 評価。

精神科医 (女) メンバーの選択グループ水準での診断, 変動の評価, 必要あるメンバーの治療への導入, 集会時にはメンバーとして動く, 評価。

P S W (男) グループの構成, メンバーとして集会時に動く, 精神科医と交代で評価討議を録音し記録する, メンバーの家族との接触。

以上のうち精神科医は最近米国のワシントン D. C. にあるセント・エリザベス病院で, 諸種のグループ治療 (集団心理療法, 心理劇等) の訓練をうけて帰朝した。

以上 4 者による打合わせは前後 4 回行なわれ, 精神科医が説明とメンバー募集のため, 次の如きリーフレットを作製した。

治療のためのクラブ活動

(Therapeutic Social Club) のお知らせ

このクラブは心理的な葛藤から, ぬけ出して対人関係のいろいろの困難を解決し, 積極的に, 家庭, 学校, 会社等のグループに参加できる, よき社会人となれるよう, お互に助け合うことを目的としてつくられています。

そのためには, グループ討論, 心理劇, ダンス, 音楽, コーラス, ゲーム, スポーツ, 絵画, ピクニック, 映画等のいろいろな活動が精神医学, ソーシャルワーク, グループワークの専門家の援助のもとに, 数人のグループのメンバーによりすすめられています。

ところ 東京社会施設 (東京, お茶の水)

とき 毎週水曜午後

費用 1月 千円程度

その他, 女子は会員手続として 1年 5百円, 男子は会友として 1年 2百円いただきます。

これにより他の活動に参加したり施設を利用できます。

連絡先 東京都〇〇区

家庭青年グループ

結局集まったメンバーについての要約は次の如くである。第 1 表においてⒶ O, GMおよびKY は分裂性性格であり, Ⓐ Oは過去 2, 3 の病院に入院している。パーソナリティ特徴としては, 多分に母親に固着し, 異性との交渉が極めて拙劣である。かつて P S Wに語つたところによると, 将

TSC : Therapeutic
Social Club

P : Personality Neu : Neurosis
a : Reaction

第1表 TSCメンバー構成

メンバー	年齢	診断	出席回数	現職	入院	外来	出席率	備考
○印男 ㊸O	28	Schiz. P	16/22	芸術制作	○	○	.73	family
㊸K	20	Schiz.	5/5	求職中		○	×	〃
㊸W	23	Schiz.	20/22	〃	○	○	.82	〃
D I	23	Schiz. R	17/22	パートタイム病院勤務	○		.76	〃
EM	26	Neu.	2/8	無職	○	○	×	〃
F Y	21	Neu.	16/21	パートタイム会館勤務		○	.76	father
GM	26	Schiz. P	3/4	中学教師		○	×	夏休みのみ
H T	32	Neu.	2/10	元小学教師 塾指導		○	×	
㊸A	23	Neu.	15/16	学 生		○	.94	
㊸U	20	Schiz.	13/16	パートタイム	○	○	.81	family
K Y	23	未Schiz. P	13/13	パートタイム 病院		○	1.00	〃

来結婚しようと思う特定の女性とデートをしても夕食をとにも出来ない。母親が作ってくれた夕食を家でしなければいけないのではないかというような罪障感に圧倒されてしまう。また相手の女性が興奮しても、自分は心理的・肉体的に不能になつてしまつて女性はいつもいらだつ、欲求が満たされないままに自分を非難するという、等のことを語っている。明確な行為にはおよんでいないが、その他の言動から同性愛的傾向が幾分自己愛的水準にとどまつているというような印象を抱かせる個人である。入院の直接的動機は、父母および弟、ことに母親に対する乱暴である。なお家族が自分を強制的に入院させたと思ひ、自己の問題の原因をすべて家族に転嫁する傾向が強い。退院後3年を経ており、心理療法に通つていた。

GMは某女子大在学中は成績優秀であり、学生運動のリーダーシップをとつていたが、学友と協調できず、独走する傾向があり、多分に独善的であつた。家庭でも妹と折合わず、行動に偏りがあり、家人の訴えで某病院の外来に通院したことがある。現在は中学校の英語の教師であるが、教員室などの空気になじめず、学生時代と逆に自閉的傾向が強まつている。

KYは高校時代旅行した折、男性からいたづらされたという妄想体験をもつていたが、その時の診察では積極的に分裂病と診断する根拠はないといわれた。本人が某大学を卒業し、見合に失敗したことがショックで母親は入院した。こうした事柄から本人は超脱しており、全くひとりよがりの生活をしていたので家人が心配しPSWに紹介した。

㊸W、㊸Uおよび㊸Kは精神分裂病（破瓜型）で過去2年間入院の経験があるが、現在は寛解状態
㊸Wは短大卒で、卒業後しばらくたつと電車の中で人がジロジロ見るような気がするとか、人がか

げ口をいうような被害念慮や、自分の行きたくない学校にいれた母親が悪いという投射の傾向が強い。その反面は母親は極めて保護的なので、母親から一々指示されないと行動できないという依存性も強かつた。病院での診断は分裂病で、ESおよびインシュリン療法をうけた、退院後は家にいて、母親の手伝いをしたり、漢籍を読んだりしている。

①Uは某理科系大学を1年で休学し、分裂病で都立病院に入院し、寛解して、現在はパート・タイムの仕事についている。

③Kは不安憂うつ、反抗等の症状を示し、自殺未遂の経験がある。父親との関係が特に悪く、母親はこれをハラハラしてみているといった状況であり、友達は殆ど誰も居ない。高校卒業後国立病院に通院中、精神分裂病。

DIは高校卒業後、進学の希望がありながら親の賛成が得られず、某会社に就職したが、勤務地が遠く、且つ勤務が激しいため、極端に疲労し、対人関係上うまくゆかず Schizophrenic Reaction を起し入院。短期間で寛解し、現在は或る医院に看護助手として勤務している。

EM, FY, HTおよび①Aの4名は神経症であり、入院または外来に通院していた。

まづENは家族との葛藤激しく、始終病身の母親に当り散らしていた。数度見合い、恋愛などを重ねたが何れも結婚には至らず、週期性の貪食がある。いくつかの病院に外来或は入院し、インシュリン、森田療法の経験がある。

FYは16才頃から、不安、頭痛、肩こり等を訴えた。祖父が極めて権威的封建的であり、幼児期から反撥したが、服従を強いられた。父親も祖父と同じようで、一方的、母親は盲目的であるといっている。性格特徴は内気で強情なところがあり、極めて柔軟性に乏しい。社会性は豊かでなく、わずかに文学のサークルの中でファンタジーのレベルで現実を回避している。短大卒。心理療法で通院。

HTは家庭内の対人関係が悪く、特に母に対してアンビバレントであり、独立と依存の葛藤に悩んでいる。その為婚結に失敗し、現在は小学生の為の塾をひらいている。旧師範卒で小学校教員になつたが2年程で退職。心理療法に通院した。

①Aは人と気軽に話せない。話していても話が途切れると息苦しくなるという主訴である。現在某大学商学部4年生。虚弱質。現実から逃避し、とりとめなく空想してしまう。空想の中の自己は活潑で積極的。

さて以上のメンバーを選択したわけであるが、均一の病型にしなかつた理由は、グループの特徴が社会性にあること。分裂病に揃えてしまうと、動きが少く、話が抽象的、非現実的になることを予想したこと。などである。

次に次の如きフェース・シートを作り、個人資料として記録した。

第2表

(氏名)		No.
(生年月日)	(Ref)	紹介者
(住所)		
(問題)		
(診断)		
(家族)	構成	家族内人間関係の問題点
経済状況		
(性格特徴)		
(教育)	(職業)	
(治療的接触)		
(趣味)		
(社会性)		
(摘要)		

出席率の高いのは11名中7名で、70%以上を示している。㊸Kは国立病院に通院中、看護婦と親しくなり、このソーシャル・クラブに来るニードが消去したので、発会后5回で出席を止めた。ENはこのソーシャルクラブに対して極めてアンビバレントで、出席も母親との関係におけるその日のあり方に左右される。母親は積極的に本人を参加させようとするが、口実を作つて反抗しようとする。というわけで出席率は極めて悪い。GMは中学校の教師なので、ソーシャル・クラブの時間が昼間である関係上、夏休みだけ出席した。HTはソーシャル・クラブ発足当時から出席することを希望し、われわれにもその旨を伝えたが、ついに8回目まで出席のふんぎりがつかなくつた。

グループ・ワークの実際、第2回目の記録によりその要約を記す。

第2回治療ソーシャル・クラブ

1960. 6. 29. 午後2時より4時半 405号室

記録 AK (グループワーカー)

出席者 ㊸O, ㊸K, ㊸W, DI, EM, FY.

ワーカー YI (精神科医), AO (幹事), AK (PSW), AK (グループ・ワーカー).

主なプログラム トランプ・ゲーム, 歌, お茶

要約 1回目にくらべれば、かなりなごやかな雰囲気。ゲームの最中も笑い声がしきりだつたし、時たまメンバー同士の間で短い会話があつたり、まるくなつて笑っている時にメンバーから新しい話題が出てきたり、DIとFYがいつしよに帰るといふことがあつたりした。しかし全体としては非常に受働的である。

席とりや名前を覚えるゲームや、宝探しなどをして、少し動きまわつたので特に固い沈黙があつ

たわけではなく、前回より気楽に動けたと思うが、ピンポンでの玉送り等をして、分れたチームの中で協力したり、チーム同志で競争するというような高級なインテグレーションは全くない。グループ・メンバーの連帯感は何となくよい。(但し3人の女性メンバーの間には僅かながら表面的につながりができそうである)3人の女の人たちが「あと誰か茶碗を洗つたりするのを手伝ってくれないか」とのワーカーの求めに応じて残る。⑩K. ⑪W. EM会員の申込み。次回は2時から3時半まで体育館でピンポン、バドミントン、フオーク・ダンス等。3時から4時まで405号室でサンドイッチと冷い飲物の用意。

評価討議 これは毎回4人のワーカーが集つてその日のグループ・ダイナミックスについて話し合う。

6月29日 第2回グループの評価討議

出席者 AK (グループ・ワーカー), AO (幹事), YI (精神科医), AK (PSW).

その一部の討議を紹介すると、YIが先づ、EMについて困難な患者であるという印象をもつてグループ活動に積極的になれないのではないかという不安を表明する。EMが速中で手を洗いにいった時、どの人が治療者か、またAK (PSW)とはどんな関係があるか等を尋ねたと述べると、AOが誰が治療者かはつきりのべた方がよくないかと質問し、これに対しAK (PSW)がいずれわかると答える。次にメンバーの期待や動機について話合う。YIはDIが顕著であることを指摘。

このあとワーカーの役割が問題になり、受容の役割ばかりでなく、メンバーとしての自由な発言がよいという結論になる。

次にグループの中での個人の行動特徴の評価。本来の問題点との比較においての改変。度合などを討議する。

以上、今回は治療ソーシャル・クラブの実際を、生の素材として提供し、この新しい経験の中でのPSWの役割を略述した。PSWとしては、①治療ソーシャル・クラブの目的および機能を明確にPRすること、②メンバーと個人接触を保つ医師との連携に留意し、メンバーがグループの目的を理解するように方向づけなければならないこと、したがって個人心理療法との接触とソーシャル・クラブの出席との板挟みを感じないようにしなければならないこと、③社会施設に対して啓蒙の努力が必要であり、施設側が特別視することを軽減しなければならないこと、④PSWとしては社会機能の回復に目標をおくこと。⑤したがってメンバーの病型を統一しなかつたことなどを行動、役割の特徴として要約する。

今後の問題としては、グループ・メンバーの構成を特定の病型に統一するか。そしてグループ・ダイナミックスによる変化の評価を如何にするか。期間、退会後のメンバーをどうするか。家族の協力を更に強くする(単に拒否的な形で患者をグループに送り出すといった態度でなく)か。その為にPTAのような機能も考えられるが、そういう問題などについて、考察すべきことが残されている。

*

*

加藤 治療的社交クラブ Therapeutic Social Club または Therapeutic Patient Club の活動は欧米ではすでに大部まえから、患者の社会復帰のための有力な手段となつています。

アメリカにはファウンテン・ハウスというのがあり、これは竹谷さんがあとでお話になります。私もロンドンでデイ・ホスピタルをやつておりますピエラという人に会つたとき「われわれは金もなく、人もなくてなんにもできない」といつたら「やつぱりわれわれも金も人もなかつたが、患者クラブから始めた、それがいまのデイ・ホスピタルになつた」と言つておりました。それはPSWと2人きりで始め、ほうぼうに出掛けて行つて多くのペイシエント・クラブをつくつたということでした。日本ではまだなかつた新しい試みとして評価されたいと思います。時間は充分にございませんが、この試みで問題になる点がありましたら……。

○ クラブの重要な目的としているのはなんですか。

柏木 重要というのはですね、雑談からより深い問題へはいることですが、洞察というふうなことはあまり考えておりません。しかし別次的なものとしてそういうものがディスカッションの中から得られればそれはいいだろうと思うのですが、それを主目的としてはいません。

○ どういう場所でやられたのですか

柏木 そうですね。公共施設例えばYMCAとかYWCAとかああいふようなもの。

○ そういうクラブから離れてゆくものもあるでしょうが、いつまでつづかけるかという目標はどういうことになりますか。

柏木 大体それは機械的に決めていますが、いまのところ1年間ということをやつています。やはりもう少し考えて計画的にしなければいけないのではないかと思つていますが、まだその目安はついておりません。

○ そのメンバーですね、患者の選択はどうして決めますか。

柏木 最初、その選択を非常に広く考えまして、少なくともいま社会生活がまず普通にやつていける人ならばいいのではなからうか、という非常に大まかなワクで決めました。たとえば幻聴があつても生活に差しつかえないという人ならメンバーにしてもいいといった具合で、あまり厳密にはクライテリアを設けませんでした。

○ 例えば同じような症状とか、病気を集めるほうがよいか、それともそういうことをしない方がよいか、どうでしょうか。

柏木 これはほかの先生にも答えていただくといいんじゃないかと思うのですけれどもね。私の印象は、あまりそう症状そのものにこだわらなほいうがいいんじゃないかと思ひます。例えば、一番上に書いてある芸術家なんですけれども、やはり精神分裂病なんです。そういう診断がつけられたころは、家でもやつぱり非常に乱暴で、お母さんをこてんこてんにやつつけたり水をひっかけたり、そういうことがあつた。しかもそれでいて、非常にお母さんと強い結びつきがあつて、女の人と一緒に夕飯を食べることもできない。なんか罪悪感を感じちやつてお母さんと夕飯をともしな

ければいけないのではないか。そういうふうなことを言ったりする。どちらかといえばその人は動きがないといったほうがいいぐらいです。いまもちよつと申し上げたように、同性愛的な傾向がある。ですから女の人と一緒に集まるのはどうかと思いましたがフォーク・ダンスなんかもやる。あまりこういう診断にとらわれないほうがいいのではないかという気もいたしました。

加藤 私が以前に集団療法をやつたときのことで、ノイローゼのグループの中に同性愛患者をいれたところ、ある患者と急に親しくなつてそのために、2人とも来なくなつてしまつた例があります。私の失敗がどこにあつたかまだわかりませんが……。

○ そういうクラブの経験は私ないんですけども、グループ・ワークは非常に高度な技術を要するように思います。その点どういう風にやられましたか。

柏木 私もそれは非常に考えました。それでやつぱり、専門のグループワーカーにやつてもらわないといけないだろうという不安が、非常に強かつた。クラブの設備なんかも短期間にはできないのではないかという気持があつて、そういう専門家にゆだねました。

○ 臨床診断によつてグループを形成することはあまり重要視されないそうですが、その場合、家族構成とかその人の育つた家族歴といったものを規準にして、メンバーを構成するといったようなことは、お考えになりましたか。

柏木 ほとんど考えません。とにかく来るようにいつてもなかなか来ないんですよ。来るものはかまわずにやらないとメンバーが出来上らなかつたもんですから。

加藤 柏木さんね。性別の点はどうですか。

柏木 例えば女性が一人しかいないというのは大いに問題だろうと思います。グループワーカーが記録をとつていると、しよつちゆうそれが問題になるんです。そういうことをいうのは主に女性側なんです。男の人ばかりでやりにくいか、男の人が黙っているから不安だといつて。もちろんダンスなんかの時に女同士でやつていますが、そういうこと以外にもやつぱり問題になるだろうと思います。

○ お話を聞いていると、大体ダンスとか音楽などが中心で、集団のディスカッションなどは余りおやりにならないのですが。

柏木 まだそういうレクリエーションの段階ではないかと思つております。今後やつてみながら、考えていこうと思つております。

○ 一般的にいつて効果はどうなんですか。

柏木 やつぱり社会的機能の向上を目的にしてきました。その強化の方法は別にむりに作つたわけでないし、強制してないんですが、われわれの期待にそつてだんだん動いてゆくんじやないかという印象があります。もう22回やつておりますが、特に病院に入つたことのあるという人ですね、この人なんかまるで能面のような、そしてものを言う時は非常に皮肉な形で言う。そしてほとんどこちらの働きかけを聞こうとしないというような状況だつたんですが、いま17回目なんです。やつ

と人の話を聞くように変っております。このごろはわれわれが聞いていておかしくない程度の応答ができる。それから当番をやらせますとね、いままではたのしむというところのみえなかつたのですがね。いそいそと準備するといった動きがみえてきた。それが果してこのグループでよくなつたのかどうかわかりませんが、とにかくやつぱり非常に熱心ですし、自分が属している場というものをみつけているのではないかという印象があります。そのほかインプルーブしていると思われる人がおりますけれども、印象はいろいろです。

○ 構成メンバー相互間の協力はどうですか。

柏木 やはり協力的というほどではありませんね。ただ女の人同士、わりあいよく結びつきましてね、後かたづけするのも非常によくやつてくれるし、それから感想なんか、その人に応答を求めるといつた出し方で話してもらおう。そういつた女の人同士のコミュニケーションはわりあいにある。しかし男のほうにはずつと下を向いちやつている人もある。

○ 同病相いあわれむで、お互いに励まし合つていこうというところでは？

柏木 あんまりないですね。保健所で結核患者のグループ・ワークをやつた、非常に面白い記録がグループワーカーによつて書かれています。ほかのグループに比べまして、なんて違うのだろうと書いてあります。この人はいろいろのグループをもつておられるのですが、このクラブはいまにもこわれてしまうのではないか、この次の時には1人か2人しか来ないのではないかと思われるような場面があつた、というような記録をみました。私どもも毎回、毎回、今日もちやんとみんな来るかしらという気持をもつていた。やつぱり非常に不安定なものを感じていたのではないかと思います。

○ グループ・リーダーなり治療者に対して、患者のほうから見た場合どういうふうにとられていきますか……。

柏木 その点も私たちが不安に思つた一つなのですが、最初ほとんどリーダーという感じをもつていなかつたらしく、隣に座ると必ず話しかけるという患者がいたのです。話し合つていて、こういうグループのために私はちやんと給料をいただいているのですとお医者さんが言つたら、とつても驚いていた。だからわれわれからリーダーを紹介して、患者の承認を求めたことはない。でもそういうパーソナルな話合いを通じてだんだんわかつていつたようです。私自身のことを考えてみますと、ハッキリしたリーダーの役割はとりたくないと思ひまして、メンバーと同じようにさわい¹たり、アクト・アウトしたいと考えておりましたが、あまり動きがないのでやめちや²いまして、じつと黙つていた時があつた。そうしたらそれがやつぱり、いわゆる治療者のコンプレクスといった姿にみえたらしくて、ずつと前から私がリーダーということがわかつてしまつた。結局その点をハッキリはさせなかつたのですけれども、向うがどう思つていたかはどうもよくわかりません。やつぱりハッキリさせるべきだつたか……。ただグループ・ワーカーとして一緒にやつてゆきたいと考えていただけです。

集 団 討 議

加藤 まだお話はずつと続くと思いますが、一応ここで切らせていただいて、あと、先ほど一緒に話を続けてはというご意見もありましたのですが、われわれいろいろ話合いました、ためしにということで2つに一応わかれまして、少し突っ込んだお話合いをしたらと思います。(2グループの名前を呼びあげる。)

第 1 グ ル ー プ

高木 それではこれからグループ討議にはいいと思います。今日は関係職員の協力というテーマで話題が出されましたが、これに関連してなにか一つ、問題を出して載ければと思います。

○ まず心理療法という言葉ですが、その意味について教えて載せたいと思いますが、

高木 心理療法、つまりサイコセラピーは精神科では昔から精神療法といつた。これを私の友人の井村恒郎君が心理療法と訳したのです。その理由は、精神療法というと何か神秘的なおいがある。それをより科学的なものとしたい、という理由で心理療法とよんだ。ところがこの心理療法という言葉が広がりまして、一部の心理学者の間に、心理学の療法、あるいは心理学者の療法が心理療法で精神科の医者がやるのが精神療法というふうに受けとつている向きがある。それは大きな間違いで、療法である以上はあくまで医者がやるのが原則であると私は思うのです。ですから心理学者がやるカウンセリング、これはアメリカあたりでは多いのですが、このカウンセリングと精神療法とは変つたものではない。ただ対象が精神障害者である場合には精神療法で、これはあくまで原則的に医者がやるべきだ。しかし医者と密接な連絡をとつて心理学者がやる場合もある。そういう意味で心理学者が精神療法をやることもあり得ると思います。

○ それでは原則としては医者がやるのですか。

高木 ええ、そうです。心理学者が独立してやる場合にはこれはカウンセリングでしょう。そう考えていただければいいと思います。

○ サイコロジカル・カウンセリングというふうに現在使っている。サイコロジカル・カウンセリングとカウンセリングは違いますか。サイコロジカル・カウンセリングを心理療法と訳すとされていますが、それは精神療法とは全然違つたような印象を受けておりました。

高木 日本ではね。

○ 心理療法と訳しているのは日本だけでアメリカでは心理学者が開業しているわけですか、心理療法をやっているわけですか。

高木 やつている人もあります。

○ そうすると日本では違うわけですね。日本の場合、あくまで診断という立場は医者の領域で

すね。

高木 アメリカでもそうです。現実としてはやっぱり心理学者が診断とかやるわけですね。

○ それが心理学的診断ですね。いわゆる心理診断ですね。

○ 医師法からいえば、それは医師の医療行為に入っているわけですね。医学的な診断をしない時の治療というのは。

高木 ええ、そのへんが非常に微妙ですね。

○ アメリカの場合もですか。

○ ええ、そうすると日本の場合もいまのところハッキリさせる必要がある。

○ 日本ではやっぱり微妙じゃないんですか。

○ それは心理のほうかそういう言葉を使う、心理のほうから医師が必要だということにならないといけないのじゃないんですか。

高木 アメリカの病院やクリニックでも、実際に大体お話いたしますとね、責任はあくまで医者にある。もし心理学者が心理療法をいたします場合には、医者は必ずスーパービジョンをやる責任をもつ。心理学者の立場はあくまで心理学者で、その治療行為、診断行為というものの責任は医者にあるということを心理学者も認めている。それをスーパービジョンという形で解決しています。

○ それから精神治療法が必要な場合に、外科医者が診察してカウンセリングとか心理療法に適するものを、医者の方において心理の人におねがいしてやっている、というのは当然の事だと思うのですが。

高木 そうですね。しかし私の印象では、日本の最近の一部の心理学者みたいに、アメリカの心理学者はあまり心理療法をやりたがりません。むしろ心理測定などに本領を見出しておりますね。それだけじゃありませんけれども。

○ 日本の一部の心理学者に治療を独立でやっている人がありますね。

高木 ええ、かなりゆき過ぎが目立つんですけども、これはだんだん是正していかなければなりません。

高木 まだご意見ございますか。

○ 精神衛生法による措置入院に関して、その届出や鑑定は事務的にいついてまず問題は少ないが、退院後の管理というものはほとんど手がついていない。一部の病院が自発的にやっているに過ぎない。本当はそれをするのは保健所の仕事なんですけれども。

○ 一番問題になりますのはやはり精神病患者の訪問指導といったことですか、

○ やはり患者の把握ができる法的な届出があつてはじめて訪問指導ができるのですが、その範囲以上にはできない。それ以外の精神衛生の問題で相談にあずかるということが、法的にハッキリしていません。だけどやはり要求はある。保健婦が家の中のもめ事やなんかを相談されるというそういう問題が沢山あるわけです。

高木 さつきもちよつとお話が出ましたけれども、運営要領の中に技術指導ということがありますね。これはコンサルテーションの訳なんです。保健婦さん方も精神衛生的な問題にいろいろぶつかっておられるらしく、そういう知識をもう少しほしいという話をよく聞くんですがね。例えば一つの保健所なり数ヶ所の保健所で、関心をもった保健婦さんがグループを作り、そこに定期的に専門の精神科の医者が出席していろいろな相談を受けて助言をする。それによつて保健婦さんたちは実際に自分たちがぶつかっている精神衛生的な問題の知識を広ろめ、自分もそういえばそういう問題にぶつかっている、ということでだんだん実際に知識を身につけてめく。アメリカあたりでもそういうやり方をやっているわけで、これが必要だと思うのですが。

○ そこでもう一つ問題があるわけです。そういう保健婦さんを育てていこうとするときですね、所長や総務課がそういうものは必要ないと考えているのでは困る。そういう点に関してもつとほうぼうに宣伝してもらいたい。

高木 運営要領にですね、保健所は精神衛生の第一線の機関である、そして精神衛生相談所はその地方の精神衛生のセンターである。簡易な問題、単純な問題は保健所で扱うが、より高度なこみ入った問題はそこのセンターで扱うというのが厚生省の方針なんです。そこまでいくのはまだ時間がかかると思います。

○ 各保健所です。保健婦を中心にした精神衛生の集りを機会あるごとにもつ必要があると思います。

中川 私の経験ですが、ある保健所の精神衛生相談所に参りました。そこには精神衛生に関するいろいろな相談がまいます。保健婦さんからいろいろ聞いてみると、患者さんがいろいろな精神衛生上の問題をもっているわけですね。非常に困っている問題は、結核よりも患者さんの悩みをどうしたらいいかわからない。それを所長さんにいまして、実は保健婦さんのやっている問題でこういう問題が沢山あるのだ、これは正に精神衛生の問題なんだから、もつと保健婦さんに精神衛生を教育しなければいけないのではないかといいまして、非常に関心をもつていただいたことがあるのです。ですからそういう問題をつかまえて所長さんを啓蒙されることが、非常に大事ではないかと思うのですがね。そうしてこそ教育が可能になつてゆくのではないかと思います。

○ いまの問題で思うのですが、私どもは今年の6月から週2回精神衛生相談所をはじめております。最初は県立病院の外来でやろうということになつたのですが、神経科の外来がこんでいる。もう一つはいろんな理由でここでやつてもらつては困るといわれ、結局それが使えなくなりましたので、しょうがありません。県庁の4階の医務課の中に私たちの部屋をつくり、週2回行つてみましたが、いわゆる外来相談というものがほとんどない。僅かにありましたけれどもどうもしょがないので、医務室を使つてやっています。そういうふうで、何もしないでいては困ると思ひまして、まず保健所の保健婦さんの講習からはじめた。話を聞いておりますと非常にニードが強い。どうということかといひますと、私の県は比較的母子衛生が盛んで、これに向つてやろうと思ひまし

て、母子衛生の集会なんかには必ず行つて話をする。保健婦さんが非常に関心をもつてくると、従つて所長さんもつり込まれたような形で熱心になります。

と同時に、今度生活保護法が改定になりまして社会福祉事務所に生活保護に関係した精神科の医者をおくようになり、私に頼むということで、それと保健所と精神衛生相談所と集めまして、専門教育を3つばかりやっているわけです。大体こういうふうなことが私がやつてみたことなのですが。

問題は精神衛生のレールがないことです。むずかしいことは沢山ありますが、実際、私どもがやるのはない、そういうものが必要だと感じております。

高木 いま保健所長が理解がなくて困るというお話がありました。私どもそういう方面の方に接触しておりますと、一番ニードをもっているのは保健婦さんですね。所長さんはわりあい無関心な方が多いですね。市川は所長さんが熱心です。あすこにわれわれが時々行つて保健婦のグループにいまのコンサルテーションをやっている。そこを出発点としてわれわれはボツボツやつております。いまのお話なんかもそういうことでしたね。

○ いまのような形で具体的な問題を扱つていくことが必要だと思います。この間、厚生省の会議があつた時、保健婦さんの教育の例として、精神病院に保健婦さんを連れていつて何日間か実際に医者に付けてやらせるのが一番いいのではないかと、そういうことをこれからもつとやつてもらいたい、ということでしたが、たしかに非常に効果がありますね。精神病院に何日間か来ていただいてみていただく。

○ 大阪でもやつたことがあります。保健婦を精神病院につれてゆくことはよいのですが、精神病院自体が教育するのに手が足りない。だから現在受入れ側の病院にもつと理解させてからでないといふとダメではないかと思われました。

○ 現場の方にうかがいたいのですが、せつかく教育して精神科の知識を身につけた保健婦が実際には精神衛生の仕事ができない、ということがあるのですが、くわしい事情はやつぱりそうですか。

○ だからちよつと教育を受けただけでは、結局仲々身につかない。訪問指導一つ考えてもむずかしい問題がある。

○ 何軒も訪問してみると、保健婦さんを寄せつけないお宅がある。なんとかして相手の気に入りたいと思つても訪問する以前にそういう機会がなかなか得られない。

○ 保健所では訪問指導をほとんどやつている……。しかし患者さんが病気になる前の、精神障害の予防をも含めた精神衛生はなかなかむずかしい。

○ 学校では毎年身体検査がありますね、あの機会に行つて児童を診察する、あるいは児童相談所に年に1回行つてやられたら、わりによいのではないですか。

○ 実際やつているところもあります。はじめはやつていなかつたのですが、高等学校なんかは

そういう機会に行くと非常に喜んでくれる。病院で診療するとなると、親たちは、精神病というレッテルをつけられるといやだという。なんかいい方法ないかというので保健所に来ていただくことになった。

○ 身体検査でも精神医学的な検査が必要です。学校の先生なんかにもある程度の知識がほしい
高木 ずつと前ですが、市川市の小学校にまいりまして、精神衛生の調査をやつたことがあるのです。その時を境として学校の先生の理解が非常に進んできたのですね。その時の経験ですと学校の先生が「あれは精薄だ」という子供をわれわれがみますとね、精薄でもなんでもない。ただいい加減なテストをして「あれは精薄だ」と決めてしまう。また先生はそれほど問題にしていないのにわれわれがみますと非常に問題がある子がいる。定期診断までやればよいと思うのですが、たしかに必要ですね。市川保健所でも3才児コンクールをやつたとき、所長さんの注文で、子供を肉体的にだけみるのではなくて精神的にもみてくれ、ということでした。こういう運動がもつと全国的に広がりますといいのですね。

○ それからこの頃交通事故なんか起るけれども、自動車の免許試験に精神医学的に脳波などを調べたら。

高木 そういう問題も非常に大事ですけれども、主題のチームのことでなんかご意見ございませんか。

○ 私どもの相談所では、将来は単独の精神衛生相談所にもつてゆくか、いままで通り精神科外来を精神衛生相談所としてやつてゆくかという問題で、二三年前から議論があります。単独の相談所のほうが、脳病院よりも一般に来やすいからというので現在かなりの患者が来ております。さし当つて建物がまず決まつてからでないダメですが、やはり恒久的に考えると単独の精神衛生相談所を作つてゆくのがいい。いままでの実績をみまして……。

○ 精神衛生相談所運営要領にも当分は公立の精神病院におくことも考えられると書いてあります。しかし精神病院は町から離れたところが多いわけで、われわれの考えは、精神衛生相談所はあくまでセンターとしての相談所であつてクリニックとしての相談所ではない。そういうふうに決めました理由は、なんといつても精神科のお医者さんを確保するには、それがやはり一番だからです。例え町の中で、一般病院の中に相談所を作つたとしましても、時間をかけて行つてくれる精神科のお医者さんはいません。まア、精神病院の中におけば原則的に比較のみやすい。実際の相談活動、クリニックの仕事をする場合には、もし病院が町から離れたところがあれば町の中にある保健所なり公立病院、そういうところの一部を借りまして、そこでやつたらいいのではないかと、そういう考えです。理想としては単独の相談所であることが望ましいのですが、当分それが一番いいのではないかというのがわれわれの考えです。

○ いまの問題に関連してですが、××県は大きな市が東に2つあつて、大都市ではなく20万前後です。そこには精神病院が集まっています。ちよつと離れたところに、県立の精神病院があるだ

けで、あとは全部私立の病院です。そういう地理的条件で精神病院を作つて、さつき先生がおつしやいました単独の精神衛生相談所にしました。先生のおつしやいましたようなセンターとしての役割はかえつて保健所がいいのではないか。市の真中にございますから。けれども、クリニックとしての相談所は必要であろうかどうか。センターという考え方ならば、ほとんど私どもの外来を訪れる者はないのではなからうか。もちろん神奈川は開所早々にどつと来る。東京もそう、大阪もそうです。では、われわれのほうもそうかというとはなはだ疑問に思う、というふうな状況でございました。

高木 まア、地域によつてもニードがいろいろ違いますし、あり方もいろいろございます。それからさつきから問題になつているように、まだ当分は保健婦さんなり看護婦さんなりの勤務が大切だということでしょう。

まだ話もつきませんが、時間もなくなりましたので、このへんで終りたいと思います。

第 2 グ ル ー プ

司会 (伊藤) 先ほど議論になつたのは、それぞれCとPP、PSWの分担はあるけれども、いざ三者がコンファレンスをやつて治療計画を樹てる場合に、主導権をとるものが医師であるばあいと、そうじゃない場合がある。そういった問題だつたと思うのですが、いかがですか。

○ やはり仕事はCとCPとPSWがそれぞれ分担し、最も能力のあるものが主導権をもつのではないのでしょうか。

○ ですから、まア能力は各々が一人前といつた場合、問題はもちろんそれぞれの能力ですが、主導権になるとちがうのではないのでしょうか。

○ その場合にですね、いつも3人がメンバーを組んでチームを作るということと、それから各自は一緒に仕事をするのが、その主導権をもち責任をもつことは別ではないのですか。おそらく問題になることは、ここに集まつている方のすべてがそういう体勢をとれるとはいえないと思うんです。そういうためにですね。どういう形でやつてゆくのかの段階を分けて考えていかなければならない。ことに理想として考えることと、現状ではどうしてゆくかを別に考える。理想的な形をとれる場合にはやはり3者のチームでやつてゆく。

○ 完全に理想的な体勢じゃないんですがね、まあ理想的に近いのは○○と××だけで、あとは何かが足りないわけです。そういつれ場合には嫌おうなしにPが主導権をとつているが、今後○○や××のような形になつた時どうするか。ことにいかにしてPSWとCPの役割をこの活動の中で進展させ、能力を発揮していただくかという問題になりますと、精神衛生相談所は研究所の多少延長のような形をとつてゆけば間違いないと思います。それ以外のところで、例えば児童相談所とか鑑別所とか、所長さんが司法関係の人であつたり、教育畑の人であつたりした場合、みなさん方はどうしていらつしやるかお聞きしたかつたのですが。

○ その点につきまして、私は前よりも少しはまとまってきた。と申しますのは、先ほど治療とは何かということがとりあげられましたが、考え方にもよりますが、いわゆる治療的処遇の点で、施設や少年院にいる子どもの親と話すことが、非常に治療的効果を発揮することがあると思います。そういう問題の扱いは、もちろんPSWの立場から判断したほうがいいのではないかという考えをもっております。それで、精神病に対する治療は当然医者ですが、カウンセリングという意味だつたらサイコジストが担当するということになるのではなからうか。あと治療的処遇ということになりますとPSWがそれを扱うことになつてもよいのではなからうかと思ひます。しかし精神病、身体病全部含めてせんならんということになればやはり医者でなければいかんのではないか。それらのいずれも除外できないという、全部含めるというシステムだつたら主導権は医者ということになるのではなからうか。そんなふうな考え方しかございません。

○ 私どもの相談所では、さつきおつしやつたように所長が行政をやつて、判定関係を課長さんが審議して、その下にいるわけなんですけれどもね。先ほども出ましたけれども、結局精神衛生相談所でもそうだと思うんですけれども、県立病院でもそうだと思うのです。行政的な立場で仕事している場合には非常にノルマが多いわけです。そのノルマを消化するというのが税金の手前私たちの義務になるわけです。そういう場合には権利とかなんとかいつていられないのではないかと思うのです。私のは指導じゃなくて助言なんですよ、偉い人に言うんだから。そういう時にまず考えられるのは、私たちが公務員の義務として消化しなければならないノルマ、これは考えなければならない。私たちは技術屋ですからいくらでも消化することもできるはずなんです。だからそうやって、いわゆる数でもつて勤務評定されるぶんはそれだけでしょうが、それからもう一つ技術屋として、技術屋仲間と通用するようなケースは、やはり心ある人たちがチームを組み、それでやつていければ相当の数まで消化できるのではないか。そういうところでお互い同士のチーム、あるいはコミュニケーションかもしれませんけれども、そういうことが行われることによつて、先ほどもちよつとご懸念がありました、てんでんばらばらにそれぞれタッチすることはなくなるですね。どつかの施設にいらつしやる場合でも、チームで扱つた時にはトレーニングされることがでてくる。それから、その人たちが問題を感じた時、不安を感じた時に持ちよることになる。大阪あたりと違ひまして、東京ではまだ診断会議をもつていないのですが、そういうような重要なケースの処遇に対してはやはり必要な人のところにもつてゆくようになる。そしてそこでの決定によつて、相談して方針を樹てる。それは科学的方針なんですけれども、それを今度は税金を使つての実際のサービスに移さなければならない。この時には法律にもとづいて実際にやるわけなんです。そうすると結局科学的方針を行政の方針に翻訳する係が必要になり、これはやはりドクターがまア、〇〇先生のように所長ならばおそらくドクターがやる。これに所長の権限でやるわけです。それは行政屋さんがやつても、サイコジストである教育の行政的な立場にいらつしやる方がおやりになつても、さしかえないのではないか。いわばその人たちが科学的な方針を尊重してくれるかどうか、そこらへ

んに問題があるように思います。

○ ちよつとおうかがいしますが、いわゆる診断、治療は判定、処遇とどうちがうということですか。ことに診断治療の最高責任は医師にあるが、判定・処遇の責任とは別のこととお考えですか。

○ 少なくとも行政的な所長ということ、それからいま先生のおつしやつたのことは違うと思いますが。

加藤 診断治療に関しては、児童相談所ではどうなんですか。

○ ええと、児童相談所では診断治療という狭い意味の医療は行なわないわけです。

加藤 つまり判定処置というわくの中でやっているわけですね。

○ はい。

加藤 そのわくは動きやすいのではないですか。

○ ええ、しかし表には出てこない。児童相談所だけでなく、精神衛生相談所や保健所もそうだと思いますけれども、狭義の診断治療は診療所の許可をとっていないとできない。そうする診断書なり処方箋を出す時に、私どもは相談所の名前でもつて出すのはいけないのですけれども、患者さんが私どもの家に来られるといけないから、相談所の名前を使っているだけなんです。その責任は私どもが持ちますし、チームの中ではその点を尊重しています。

加藤 行政面での主導権では医師がリーダーシップをもたないということもあり得るわけですが、治療の責任ということと行政上の主導権とは別になつているわけですね。

○ たしかに私、行政機関というものと、クリニックとはあり方が違うと思います。

○ 先ほどのですね、××県の児童相談所の例を申し上げますと、私は囑託で一週間に一ぺん行つているわけです。その、学間的なといいますか、そういう立場からすると、ケース・コンファレンスがありまして、毎週月曜にやる。それには行政の問題も入ってくる。ですからケース・コンファレンスの結果にはあまり責任をもたないで、専門家として各自言いたいことを出すことにしております。例えば、これはここに通わせるのが一番いいという結果が出て、わりふりでアポイントメントがいつばいで受入れられなければ事前の策を構じる。

行政をぬきにした判定会議の段階において、私が年をとつているので主導権をとられますけれどもね。その場合に、これは小松先生や高柳先生にうかがいたいのですが、さつきお話のあつた狭義の医学的診断のほか心理の方の診断、それからP SWの診断がある。そういつた場合に、それをもとにして最後の各々の専門家を総合した診断をPがやつても——私にやれるかどうか能力はありませんけれども——本来あるべきPならばやつてもいいかどうか。それができれば主導権がとれるわけです。例え身柄は判定課長でなくとも、児童相談所の医師であつても、その場合にP SWの診断とC Pの診断を総合する能力をPがもつていれば主導権をもつてよろしいのでしょうか。

高柳 それは対象によつても違うんじゃないんですか。常にPがリーダーであらねばならぬとか常に3者は同じ権限であるとかいうふうな形成的なものでなくつて……。

○ 対象によつて……？

高柳 つまり診断の段階で、すでにサイコロジストが入り得ない領域があるわけですから、そういう場合には、例えばPだけでできるわけですね。たとえ入り得たとしてもその関与のしかたが問題であつて、入り得てもなおPがリーダーシップをとらなければならないことがある。その時、その対象がもしもサイコソーシャルな意味で問題になるケースとか、心理的診断が今後の処置の決め手になるという場合には、サイコロジストの診断というものの比率が大きくなる。そういう場合にはリーダーシップがCPに傾くということもあり得ると思います。

○ それはやはりカンファレンスで決定することですか。

高柳 ええ、もちろん。

加藤 ご承知のようにアメリカの精神衛生クリニックではカンファレンスのチェアマンはつねに医師がやつている。チェアマンはPでディレクターであること、これは確定的なことになっておりますけれども。

○ その場合には、結局誰が責任をもつかというよりも、チェアマンの責任というものがみんなに理解されなければ……またみんながこれでいいんだと思うようにもつてゆくのがリーダーシップなんであつて、決定してハンコを押すことではないと思います。ですから、もし本当にいいチームワークができればそういうことが大して問題にならない。またそういうことが問題になるうちは、おそらくチームワークができていないのではないかと思います。

○ その場合にですね。やはりチェアマンというものが全体のチームをまとめるような非常に重要な仕事なんですが、みんなが集まつてそこで一つの結論に達するとは限らない。いろんな立場がありますし、そういうふうなチームワークは非常に好ましい。しかしそれぞれ立場が違いますから、やはりこれはあるところで多少線を出すという…。そういう意味からして、本来のPというものの役割があるのではないか。現在の能力が十分でないとしても。

○ 基準が少し違うと思いますがなんかのご参考になればと思います。基準が違うという意味は、一つは私の精神衛生相談所が児童のみの相談所であるということと、私自身がベデイアトリック・サイカイアトリスト（小児科学精神科医）であるということです。

そういうふうな特殊の事情の2つが前提になる。いまの能力という問題は別として、私自身の感じではちよつと口はばつたいのですけれども、児童の身体問題が含まれているかぎり、私が決めてしまわざるをえないのです。

高柳 私、その問題で感じますのは、結局医師のほうでチームのリーダーシップということと、患者に対する責任とが一緒になつて、それが逆に不安のような形になつて、任せきれないという気持になる。それはこの2つが一緒になつているからじゃないでしょうか。たしかに病院では患者を治療するのが仕事でありますし、また医者の仕事はそれでありますから、当然、患者に対する責任、治療に対する責任は医者ということになりますが、それがだんだん広い意味で精神衛生という方面

に発展してきますと、そのへんの事情が少し変ってくる、にもかかわらずやっぱり医師の熟練というものが、精神障害者という対象から離れられない。そこに責任から離れられないという問題があるという感じがするのですが、これはサイコロジストからの立場ですが。

○ 相談所の医師ではすくないでしょう……？。

高柳 はア。

○ 病院においてそういった配慮があるんじゃないかといった…？

高柳 はい。病院の問題は逆に相談所にもそのまま……。

○ 及んでゆくかもしれない。

高柳 そのリーダーシップということ、法律的な意味も含めてですけれども、それが不安となつて混同されてくるのではないかと……。

○ ドクターの不安というものはさつきの質問でも感じたんですけども、ドクターが結局、患者だけにとりすがっているという態度から、ドクター自身発展していかなければいけないと思う。ですからドクターがいまのまんまでもつて、サイコロジストやP S Wのほうが向上してこいということじゃなくて、ドクターのほうが問題だと思ふんです。それでさつきのイニシアチーブの問題で、1つの例になると思うんですが、非常にアグレッシブな小児科のお医者さんと、サイコロジストがいた。それが非常にチームワークがうまくいつているんですね。身体のことになるとドクターのほうがちやんと責任をもつ、また子供のメンタルな面になると、60いくつかのサイコロジストがびしやッとやつて、ドクターのほうはお任せしますという。で、僕はサイキアトリストとして行つたわけだけでも立ち入るすぎがないわけです。だからそうやつてどつちにも理解がゆき、理解のゆく可能性があると面だね、やはり僕はPがチェアマンにならざるを得ない、ならしていただいてもいいのではないかと思います。

○ いまのリーダーシップの問題はややこしいと思うのですが、カンファレンスの時にはPがイニシアチーブをとつてもいいが、そのあとの処置になつた場合に、実際問題としてC Pが主として当つてゆく場合に、どつちにリーダーシップをもつてゆくかということですよ……。

○ ですからいまの問題は、どんな治療をやるかといったことで決定することなんです。

○ ドクターの不安とか、リーダーシップの問題とかいうことは非常に思い当りますし、辛いのですが、それとは別にこれはうちの課長の話ですけども子供の場合児童学というものが、すべてそういうもの全部を含めて確立されたら、そういう点に通用できる。この専門家がリーダーシップをとりチェアマンになつていいのではないかと、という意見があるわけです。おそらく精神衛生というものについてそういう形に発展していつていいのではなかるうかと思つているんです。現状としてはやっぱり治療ということで、じかに経験して苦しんできた人がチェアマンになるのがいいのではないかと思います。

○ この前、ドクター・レムカウがみえましたね。その最後のしめくくりの会の時に、あるサイ

コロジストが、うんと経験をつんでサイキアトリストと同じ能力をもつたら、サイコロジストがチエアマンになつてもいいのではないか、という質問をした。そうしたらドクター・レムカウは、もしその人がそれだけの能力をもつていれば、それはサイコロジストではなくてサイキアトリストだといわれた。

○ レムカウさんのゼミナールで感じたのは、レムカムさんはいい意味でも悪い意味でも自信をもっていることですね。

○ チエアマンになるのは総合的な理解が必要だ。今度の研修で感じたのですがCやCPのことはサイキアトリストの勉強になるが、初歩的なことすらまだ勉強していない……。

高柳 逆説みたいなものを出してみたいと思うのですが、精神衛生あるいは精神衛生相談所というものが治療をしないところ、治療をしてはいけないところであるというふうに決めた場合、その扱う対象が精神障害者には限らないで、治療ということよりもむしろ予防、あるいはもつと向上的なことに向けられ、特にそれを追求される場合に、やはりPがチエアマンでありリーダーシップをとらなければならないか、とつたほうがいいのか。もしそうだとしたらどういう面において、どこにそういう必要があるのか。いままで論じていたことは、精神衛生相談所が一応そういつた治療をするということが、暗々裏に前提になつているという感じがするんですが、これはむしろ法律的に言えば、治療はしないところであるというのが形式になつている。いまのような仮定を立てるとすればどういうふうな……？

○ いまおつしやつている治療ということは、カウンセリングということも含めてですか、それもしないというのですか……？。

高柳 ですからカウンセリングを治療というかどうかは……。

○ 医療としての治療ですね。

○ そうすると診断を受けるとか、そんな意味の？

高柳 はい、それは入ってくるかもしれませんが、それもごく限られた形式になると思うんですが。

○ でもいまここで現在議論していることは、治療をやるとかやらないとかは別として、診断についての最終的な責任をどんなふうにとるか。また治療という言葉が悪ければ処置ですね。処置をとるについてのリーダーシップはPがなすべきだということまでいつていると思います。先生のおつしやつたのは、そういう精神障害者以外のようなものを、しかも直接やらない治療の責任も医師が負う必要はない。こういうカウンセリングにおいてなおかつ医師がリーダーシップをとらなければならない理由はないのではないかということなのですね。少しまでも失礼ですけれども……。

○ 飛躍的に申し上げるとね、結局、治療の前に診断の段階があると思うんですね。そうするとまずいわゆる医療としての治療をやる必要があるかないかということは、やつぱりそのクリニック

でみなければならない。ですからナンていうか、そこでいま先生が一応除去した問題がまた出てくるんですよ。

高柳 逆説的に考えた、というのは撤回いたします。

○ ああそうですか。ですから先ほどから、夕食前に〇〇先生が必配しておつしやつたことは、診断の段階においても医者をもぎにすれば診断できないのではないかとということ、それに対してCPもPSWもそれぞれの専門領域における診断方法があるということ。それにしても一応精神病を除外しなければならないし、総合的な診断のできる人というのは医師しかないんじゃないかというふうに考えるのはいかがでしょうかと出したわけですが。ただそういうPがいるかないかはまた別問題ですが、Pがそこまでしなければならないのではないかと。

○ そうなのが望ましいと思いますね。理想というか、そういう形であつたほうがいいと思います。

○ 私がですね、大学の医局にいた時に、児童相談所の嘱託をやっていたのですが、ちょうどその頃に教育学部の教育心理の助教授だつた人もいつていた。その人がまいますとね、先に全部みてしまうんですね。そのあとに私が行つて残されただけみるというわけですね。自分は一体なにをやっているのかということになりました。ところがそこで片付けられたあとでまたそういうのが、今度は精神科の外来によく来るんですね。どうもよくみてくれない、先生がこなくてもいいつていつた、というふうなことでですね。そこでコンプライズとかインテグレーションというふうなことが全然できないわけですね。教育心理一点張りでやられちやう。それで意見の対立が出たりしましたんですね。結局その判定は所長がですね、しかし臨床をもぎにして行政上の仕事ばかりしており、パターンが形成されてしまつていましたから、われわれは口を出せなかつたわけですが。やはり児童相談所あたりで、両方でみてやつたほうがいいんじゃないか。そういうことを痛切に感じたことがあつたのです。そういう意味で3者協同のカンファレンスの診断をやつてみたこともあります。

これは高柳先生のところの優秀なお医者さんが、つくづく述懐された。病院で治療するのはいいと思うけれども、なるほどこういうふうに相談所に来てみていろいろ反省することがある。従つてやはりCPの診断とPSWの診断を考慮した上での診断というものをすべきだということをつくづく述懐されていた。これはPのほうの反省の言葉です。ただ現在、高柳先生のおつしやるのは、そういう場合に総合的な判断を、あるいはCPがとつてもいいんじゃないかという問題——家庭の問題にしても児童の夜尿の問題にしても——診断の決定権（権といつては悪いですが）について必ずしも毎回々々、どんな場合にもPがとるとするのはどんな現論的極拠があるのか、というふうにおたずねがあつたわけですが。そうじゃないんですか。

高柳 ええ、言葉にするとそういうことなんですけれども、別に気持はアグレッシブではないんですが…。

○ 理論の問題……。

○ いまの理論でゆきましたら、結局Pが責任をとらないでCPがとるという時には、精神障害の除外に関してほかのところをやつてもらわなければならない、ということになると思うんです。そういう面で相談所向きというか、そういうケースだけを扱えばそれでもいいと思うんですが、全部なんでも受付けるという立場からだつたら、いまのCPとPSWにだけでは全部は受けることができないという気持をもっているわけなんです。しかし一番問題になるのは、子供で、わりあいCPという人たちの考えが理解しやすいのですが、小松先生のお話を聞いておりますとPSWのほうはなかなか理解できない面もある。ただ両方を聞いていい加減に推測するということができない。そこでPSWのほうに学問的な進歩が生じてきた時に、はじめて児童相談所のPSWとして送るかどうかを決めることになる。われわれはいつも個人を対象にしているが、これを国家とか施設社会という立場から決定すべきではなからうか、という気がしております。そして結局、最終責任としては、おつしやつたように、すべてを含めた責任を考えなければいけないと思う……。

○ 結局、非常に勉強家のPがいて、CPの仕事やPSWの仕事をやるということはある得ると思う。CP、PSWに医師の仕事はできない。それは法律で決まった一定の線があるわけで、その点については全部できないし立ち入ることができないから、従つてPを除外した診断というのはいり得ない。病院なり、鑑別所にしてもどうしてもPが最後に出てゆかなければならないのではないのでしょうか。

○ CPとPSWの独自の診断があるということは何。大体さつきの時間でわれわれ了解したと思うわけです。それがPのリーダーシップにつながるかどうかという問題になるんじゃないですね。

高柳 ええ、そうです。

○ そこがどうも飛躍があるんですね。

高柳 いえ、ございません。お話申し上げて結論を出せませんもんで他の先生から突込まれる、そういう点をどうして触れないか……。これはむしろあとでゆつくりディスカッションしなければならぬ問題です。

○ 高柳先生はアグレッションじゃないといわれましたが、ノンフィジシャンが実際にケースに当たっている場合には、やはり法律的な責任といつたものが不安を感じているんだと思うわけです。そういう実際の気持からいえば、やつぱりリーダーシップは、Pがもっていてほしいという気持が非常に強い。それだけにやつぱりわれわれがPに期待するところは非常に大きいわけです。それに応えてくれるかぐれないかが問題ですが、そこらへんのナンていうか、それをもう少し明確にしないと、いつまでもこの不安が解消されない。不満が解消されないとアグレッションという形で残るのではないかな。そんなコンプレックスなんかあつてこれが問題になる。リーダーシップがどこにあるか、どこにおくべきかというような問題が続いてゆくのではないのでしょうか。

○ Pが必要ない場合の問題だと、高柳さんは治療ではないという意見を出されましたが。

○ 必要としないかどうかという判定の問題になるんですか。

高柳 いえ、いまの場合は結果論として必要なかつた場合。

○ 先生、あのね、結局どんなケースであつてもね、医者が最終責任を負わなければならないというのは、生命に対する保証——保証できるかどうかわからないけれども、一応そういうものだと思うのです。それがいくら軽いケースであり、どんな状態であつても人間の命はいつ途切れるかわからない。この点がある限り、やはり生命というものにつながっているのではないか。こちらへんがやつぱりどんなものでもということ医者の方ほうも手を出したいと思うんです。それから軽いといわれると医者が抵抗すると思うんです。サイキアトリー—と何か非常に首から上ぐらいの問題と感ずるんだけれどもね、やつぱり生命の保証というものと結びつけて考える必要があるのですから、いまいつたみたいにも、もし医学的な治療を必要としない場合、いわば医者が生命の保証という点で医者以外の者にゆだねるという形に——何か非常に話言葉的ですが、そういう形で何か…。

○ 気持はよくわかるんです。例えば児童精神医学でおねしよなんかどうですか。

○ やはりそういうことを苦にしてお母さんが親子心中するナンてことは考えられますが。

○ いまのお話で、こういうこともあると思うのですが。精神医学というものはですね、非常に大きな概念で、その中にいろいろな領域がふくまれる。従つてその問題も抱括的な意味で解決すべきではないか。その中に精神科の医者がどういふ具合にふるまうかという問題があるんですね。

そういう概念は応いものではないか。サイコロジカルなものや、身体医学的なものがすべて必要であり、そういう意味からも私は医師というものは広い視野に立つべきだと思うんです。それが最終的な決定権——権という言葉は悪いでしょうが——というものだと思う。

○ 先ほど実情を私言いましたけれどもね、お客さんに一番最初に会うのは私じゃないんですね。結局濾過されたものを結果的にはみる。一番はじめ言つたような、お互いのコミュニケーションはうまくできていると思うわけですけれども、そういう形でもつて、私がみないケースのほうがみるケースのほうよりずっと多いんです。

○ いまの夜尿というふうな問題の時に、夜尿という現象自体が、例えばサイコロジカルの面が原因で起る場合もあるかもしれませんけれども、いろんな可能性や多くのファクターをもっている。そういうものをですね、やつぱり医者としての責任上とりあげなければならない、と思います。

○ 都会の場合はよいですが田舎の場合、患者さんの側から医者にみてもらいたいという希望が多い。それに対して医者の代りにお会いすることに問題がある。そのさいこの問題はこういうふうにやつたらよいではないかといつて話しをすすめていくわけです。

しかし、なかにはPSWにもつていつたほうがよい場合もありますね。

○ 一般に病院の場合には医者を当てにしますけれども、相談所の場合には必ずしも医者が

が看板になつていられると考えられてないんじゃないか。

○ いや、精神衛生相談所にゆくケースで、どうしても医者にみてもらいたいということもある。しかしたいていは精神病院にめきたがらないから、相談所には来るといふ場合もあると思います。保健所にゆくのはまた別なものがあつて、身体の問題とか養育の問題などそういう面で行く人がかなり多い。

○ ただいまおつしやつていられるようなことはですね、児童相談所に教育相談を持ち込んでこられる。知能検査をしてくれというようなことですね。そういう際に果して責任を負うべきものは誰かということになれば、もつと教育相談に責任がもてるようにしなければならないということになります。しかしこういうケース自体を児童相談所なり精神衛生相談所の本来の機能だといふふうには考えがたいから、そういうふうな教育相談はが主になつてやつたらいいんじゃないかと思ひます。一番私が不安を感じていることは、児童相談所の場合には、P S Wの問題ですね。P S Wという仕事を本当にやれる方がないということが原因であると思うのですが、今後そちらのほうに進んでくれば、施設紹介だとかそんなことに関してまだ問題が出てくるのではなからうかと私は思つていのですが。

○ 結局いまの問題はC PやP Sの能力の問題じゃないかと思うのですけれども。それでむしろ逆の場合もあり得るのではないか。ドクターに相談するよりも、比較的話しやすいC PなりP S Wに話したほうがいいという場合だつて考えられるし、一概にはいえません。相手側の不安をとる場合もC PやP S Wのほうがよいこともあると考えられないではないと思うのです。

○ そうだと思います。それからクライアントの立場で、クライアントの素朴な訴えを分析していろいろな立場でもつて扱つていく、そういうケースが非常に多い。また、例えば私のところが田舎で本来はP S Wの仕事だと思ひますが、患者によつては非常にに上級のクラスとか県庁のお役人などの偉い人という場合には医者である私が話するほうが効果がある場合もあります。

○ 身体問題は医者、社会問題はP C Pといつたことは、そう簡単に決められないこともあるというわけですね。

○ Pの問題が少し長くなりすぎましたが今後もいろいろみなさんに考えていただきたい。なかなか出ないかもしれませんが……。

○ C PとかP S Wのほうに、結局どういう不安とか不満があるのか、Pに不満を抱いているというあり方について、そもそもどういう不満があるのかハッキリしてほしい。現実に現在のPが信頼を得ていないということはよくわかるのですが、信頼の問題をぬぎにしても、やはりそこに問題があるのか、それがわれわれPとして知りたいのですがね。

○ 柏木先生や高柳先生は現実には不満をもつておられないだらうと思ひますけれども。

○ Pの側にもいろいろ反省しなければならない問題が沢山あると思うんです。こういう機会にそういうことを代弁して聞かしていただきたい。

○ そういうPに対する信頼感がないということがね、根本問題なのか、そういうものがなくつてもいろいろ問題が残るのか。

○ それは僕、逆にいえばですね。Pの立場の問題と人がらの問題が関係があると思います。全体からみた場合に、3者が共通の立場に立ち得るかどうかの問題ではないでしょうか。

○ 率直に言えば、必ずしもすべてが全面的にうまくいつているとは思いませんが、これは患者には大切なことだと思います。

○ 私のほうのソーシャルワーカーもいまいつたように、Pの立場と人がらと両方が大切だといつています。ある医者に対しては、あの先生ならいいけれどもあの医者はわかってくれないといつた声もある。そういう点で両方が問題になる。

○ その問題はね、個人的な問題もあると思うのですね。それからもう一つ、わりあい客観的な問題の場合もあると思うのです。いまの林先生の問題に答えることにもなると思うのですけれども、そのお医者さんがですね、いわゆる非常にオーガニックな考え方をしているときと、ダイナミックな考え方をしているお医者さんに感じる感じ方は違うと思います。そういうことがチームを組む上の一つの要素になるのではないかと思います。もちろん人がらの問題もありますけれども、それを除外してもそういう点で問題は残ると思うんです。

○ しかし病院なんかでかえつて働きやすい場合があります。

○ ちよつと意見がちがうんですが、林先生がいわれている第二の問題は私なりに考えれば、医者には特権階級の主張と思える点がある。それに対してCPやPSWは少なくとも同等ぐらいの扱われることを要求しているが、それを医者が恐れている。そういう動きとしての反抗が出てくる可能性があるのではないかと考えたのですが、そういつた点どうでしょうか。

○ 病院なんかの場合あるんじゃないでしょうかね。例えばPがCPやPSWを理解しようとして、それぞれの立場を尊重しても、非常にむずかしい問題が残るのではないかと思いますね。

柏木 それはだいたい話が理想的だと思うのです。オーガニックな立場の人は、そういうコオポレーションの考えられない立場じゃないんでしょうか。もし考える立場だとしたら矛盾していると思うんですよ。

○ いまのちよつとつけ加えますとね、東京でも行政官庁の相談施設の中では、PSWにしてもPにしてもCPにしても、ちやんとクリニックをやつてきている人が案外少ないのではないかと。いままでほかで集団を対象にしてきた学校の先生とかそういう人が、個人を対象にして臨床的な場面をやることになると、なにかそこに自分の立場というものの安定感を求めるわけですね。いままでいたグループにくらべてクリニックの立場の人としてドクターがいる。そういう関係がいまの日本では特徴的であるような気がするんです。そういう関係がなんかもつれている。またドクターのほうでも、病院の中で患者の病気だけに興味をもつてきた。そういう立場と、全人格的立場、あるいは社会的立場に興味をもとうとするドクターとの間に違いがある。こういう個人的な経験のちがいが

例えば精神科の医者が相談所に来て電撃をかけて帰ってしまう。あるいはこれとこれは病院でみるけれども、ほかのヤツは興味ないといつて断つちやう。そういう経験によつておこるムードですかしらね。お互い同士が反発するようなムードができていないのではないか。これをどういうふうに分折してゆくか、今後の大きな問題じゃないんですか。結局、職場の問題として……。

柏木 われわれの期待する能力というものは、よくできるとかできないということじゃなくて、やつぱり考え方になるのじゃないかと思うわけですよ。この人はよりオーガニックであるとか、よりダイナミックであるということが、われわれのフィーリングまで左右されてしまうというところがあるのではないかと。

○ いま柏木さんのお話の中にもありましたがダイナミックな立場をとる医者として、オーガニックな考え方とのちがいが問題になる。しかしオーガニックなファクターが少ないと考えられるケースがあるとしても、身体と精神との関連というか、そういうものをどうしても考えざるを得ない。はつきりこれはオーガニックでないと断定できない。そういう場合もあると思うのです。やつぱり医者の立場として考えると身体条件を除外できない、同じ患者をみても、医者がみる場合と臨床・サイコロジストがみる場合とではやはり違つたみかたを当然するわけです。ですから必ずしも1つの専門のもので充分だとか、その人でなければできないというふうなことにはならない。しかしやはり医者としては全体を総合的にみななければならない。身体的なものを含めてみて……。

伊藤 身体的な面をぬぎにしたら医者でなくなるわけです。ただ柏木先生のおつしやるのは、そうであつてもいいんだけど、なんでもかんでもそういうことに結びつけて考えるという、ダイナミックなことを全然理解しないというお医者さんが多い。そういう方が問題になるということじゃないかと思ひます。

○ 先ほど先生のお話の中でいろいろなそういう問題の解決方法を3つお挙げになりましたね。その2つ目に「相手の仕事の困難さを理解できる程度の能力」ということをおつしやつたのですが、私、相手の立場の尊重ということを知っていて、実は抵抗を感じたんです。といひますのは、医者は相手を理解するだけでなく、自分が社会的立場に立つての自覚なり自分に対する責任を感じた場合、やはりPSWとかCPだとか、そういう人たちと協力しなければできない段階にきているような気がするんですがね。そういうような自己批判までいかなくとも、責任の自覚というふうなことで、やはりチームワークというのはできてゆくという感じがします。

伊藤 先ほどののはそういう意味が含まれたつもりなんです、そういうことがあるからこそ、医者だけではダメだということを知理解する。そういう壁にぶつかつてこそ、CPなりPSWがありがたくなるわけです。そこまで感じるぐらいまじめに取組めば当然必要性が出てくるのではないかと。ああいうことは医者の仕事で、今までも医者がやつていたのだし、本を1冊読めばできるんだという考えは安易な考えだと思ひます。

○ チームワークをとる時にですね。私たちラクビーをやる時にフワードが足りなければパッ

クがフォワードの代りになつてやるわけです。それを通じてフォワードの苦しみもわかるわけですね。お互いに理解しあいますよね。そして例えば1人、2人が怪我をして退場すれば残った13.4人がチームワークを作つて15人の力を出すわけですね。そこまでいかなければやはりチームじゃないと思うんですね。

伊藤 どうですか、表面的なチームじゃなく、あくまで追求するところは追求する。今日のリーダーシップの問題ももう少し時間があれば突ん込んだほうがよかつたかもしれませんが、時間もまいりましたし、Pのほうから皆さんのご期待にそうよう勉強するということになりますか。(笑声)

*

*

加藤 それでは明日は9時から始めることにいたします。一応解散にいたしますが、まとめというような意味で両方の司会をしていただきました方に、両方のグループの話の具合を話していただきまして、第1日目のまとめということにさせていただきたいと思ひます。こちらのほうのグループの伊藤先生、ちよつと簡単にですね、今日のディスカッションの大体のアウトラインをおつしやつて下さい。

伊藤 細かい記録はとりませんでしたけれども、私たちのグループでは、PとCPとPSWが3者そろつていないにしても、2者ぐらひはそろつている。そういう施設の方のご意見を聞きました。3者が診断においても治療においても協力しなければならないというところは、一応納得したわけです。それにしても診断の段階においてPの診断、CPの診断、PSWの診断、この3者の診断があつてそれをまとめ、かつその後の治療方針を立てるリーダーシップをとるのはPであるのではなからうか、あるいは誰がリーダーシップをとるのかという点につきまして、Pの方々は医者が最終的な診断についての責任をもつと申しますか、総まとめをし、且つ治療方針をたてるのだというご意見に対して、CPとPSWのほうは、なぜそれでは特に3者のうち医者だけがそういつたりリーダーシップをとらなければならないか、という問題がでました。つまりクライアントのなかで正常に近い者や明らかに精神病じゃないもので、CPやPSWが扱う領域においてすら、なぜPがリーダーシップをとらなければならないかということでした。

それに対しまして、アメリカでも医師がリーダーシップをもつていること、あるいは医者は生命を預つている、最終的には生命が問題になるので生命の鍵を握つている医者が責任をとるべきだという意見、あるいはオーガニックな、身体的な診断の意味で医者がリーダーシップをとるのが当然であろうというご意見に対して、それだけでは、医者が最終的な総まとめをする資格があることを論理的に認められないではないかというところまでつきつめた。とことんのところまでゆくべきであつたかもしれませんが、時間の関係もありまして最終のところは来年までの宿題ということであつた。

ただ現在において問題になつているのは、Pにも非常にオルガニックな色彩の強い立場から、ダイナミックなことに理解があり、CP、PSWの仕事についての認識の深い立場までいろいろ段階

がある。しかし問題があるとすればそういう立場のちがいにあるのではなくつて、むしろお医者さんの人柄にあるのではないかという意見。もう一つは、医者にはオーガニックな医者とダイナミックな医者と2通りあるのではないかという意見。このあたりで時間がきて打ち切つたとうことです。

加藤 どうもありがとうございました。それでは高木さん、もう一つのグループについておねがいします。

高木 私どものグループでも、最初にいまのようなことがちよつと問題になりました。医者の指導的立場つまり診断、治療について指導的立場をとるべきであることです。しかしその問題にはあまり深入りしませんで、昨日出ましたように、臨床心理学の立場は、ノゾロジカルな診断いかんにかかわらずパーソナリティ・ダイナミックスに目標にしていること、それからPSWのほうはサイコソーシャル・デイスファンクションを扱うというお話が出て、そのへんにわりあいそれぞれの仕事の本質が現わされているような気がいたします。医者というものは精神、身体を含めた総合的な人間を扱うことが使命であり、本質でありますから、医者がリーダーシップをとるのは当然であるし、アメリカでもそうであるというようなことで、その問題はそれ以上深く入りませんでした。

それ以外に、チームワーク以前の問題がいろいろ出ました。これも広い意味ではチームワークの中に入るかもしれませんが、保健所方面から保健婦の問題が出ました。保健婦さんは精神衛生的な問題にぶつかつていて、非常にニードが高い。しかしそれにもかかわらず、所長さんが比較的関心が低い。そういうところに一つの隘路がある。また保健婦さんをもう少し教育してゆくにはどうしたらいいかということが議論されまして、例えば精神病院の中にしばらく引ッ張つてゆく。しかしそれに対して、もう少し乳幼児の問題とか、結核の問題とか、そういうことを通して精神衛生の問題に突込んでいつたほうがいいのじやないか。そういう問題が論議されました。

それから学校へ出張して体の健康診断をする時に、精神的にも定期診断というようなことをやる必要がありやしないか。これは非常に効果的なんじゃないか。あるいは保健所で精神衛生相談をやつてもらおうと、その方面に対する認識を非常に高めることができる、といったようなお話が出ました。そのほか精神衛生のいい手引書がほしい、あるいは運営要領をもつと具体的にしたものがほしいというご注文も出ましたし、それから保健所の保健婦が5人いるなら、そのうちの1人は精神衛生専門の保健婦にすることを厚生省あたりで指令として出してもらおうと大変都合がいい。あるいは精研でやる研修に保健婦を必ず出せという指令を出してもらおうと大変都合がいいということでした。

最後に、精神医学には大学精神医学と病院精神医学と、それから精神衛生精神医学という3つの流れがある。それにつけ加えまして、社会的立場からみると大学にいる先生が一番遅れているのではないかというようなところまでゆきましたわけです。大体そういうようなお話でした。

加藤 どうもありがとうございました。これについて、なおここで議論するとなると、まだいく

らでも時間がかかってしまうと思います。この問題は明日の午後のディスカッションのグループでも展開されると思いますのでこの程度でとめまして、第一日目のバトンを第二日目の高木さんにお渡しして終りたいと思います。

あ　と　が　き

加　藤　正　明

第1日の議題「関係職員の機能と協力に関する諸問題」のうちで、最も重要な点は臨床心理学専攻者CPと、精神医学的ソーシャル・ワーカーPSWの2つの職種に対する精神科医の態度の問題であつた。伊藤氏のすぐれた考察に示される3者の不満と、高柳氏および小松氏の説明されたCPおよびPSWの役割との関係は、今後の精神衛生の発展に重要な意味を持つと思われる。また柏木氏のクラブ活動はPとPSWの見事な協力を示したものとついでよいであろう。

アメリカで発展した3者のチームワークのあり方が、日本でいかに発展し得るかの問題は、精神医学の今後の動向と密接に関連している。3者の協力と医療上の責任者としての医師の問題や、精神療法の指導の問題など、今後いかに発展していくであろうか。3者の協力の成否は、たんに精神科医のパーソナリティだけの問題ではなく、基本的な精神医学の立場と関連しているという指摘は、はなはだ重要なことであると考えられる。

ただ、精神医学の立場がダイナミックかオーガニックかという2者択一の考え方には、いささか感情的要素ははいっていないとはいえないように思われる。ダイナミックという意味が精神分析ないしはその方向づけをもつ精神医学に限られるとするならば、恐らく伝統的な日本の精神医学の主流からは受け入れられないであろうが、広義のダイナミクスは精神分析学派だけではなく、クレッチェマーも、バリュックもイワノフ・スモレンスキーも等しくダイナミックである。もしもPやCPやPSWがアメリカの精神分析的立場だけを頼りに、ダイナミックかオーガニックかという2者択一に考えるならば、そのこと自体が、ダイナミックではないのではなからうか。

関係職員の協力の問題を考えるとき、日本の文化的社会的条件のうに、日本の伝統的な精神医学の発展としての精神医学の立場を十分に考慮せずに、諸外国の精神衛生を直輸入しても、真の協力体制はできないのではないと思われる。この点を指摘して下さつた方は少数ではあつたが、今後さらに問題を発展させて載ぎたいと思つた。

また、保健婦への期待が多くよせられたが、もちろん保健婦とPSWとは異なる職種であり、保健婦の諸活動のうち、いかにして精神衛生の諸技術を導入するかは、大切な課題であると思う。

ともかく、多数の精神科医とCP、PSWなどが、膝をまちえて互いに相手を立場を理解し合うことに、1日を費したことは有意義なことであつた。欲をいえばいたずらに相手に迎合することではなく、対立すべき意見をもつと出して載けたらと思つたのではあるが、初対面の討議としては、これで満足しなければならぬのであろう。

第 2 日

「児童精神医学とその実際活動について」

司 会 高 木 四 郎

児童精神医学とその実際活動について

高木 それでは第2日の議題にはいりたいと思います。まず城山病院の岩谷さんから御願いた
いと思います。どうぞ。

精神衛生相談所の立場から児童の問題について

愛知県城山病院精神科

岩 谷 清 秀

児童の問題を、精神衛生相談所の立場より話す事になりましたが、ここでは、唯この問題にのみ
限局せず、次の様に進めて行きたいと思います。

- I 愛知県精神衛生相談所のあゆみ。
- II 愛知県西枇杷島保健所に併設されて居た時代と現在の2個所の精神衛生相談所における問題。
- III 問題のある児童に対して実際に行つた方法。
- IV 精神衛生相談所と児童の関係。
- V 相談所と他の児童問題を取扱つて居る機関との関係。

この中で、私が不審に思つている点、及び不満に感じている点を述べて行きたいと思います。簡
単にふれます故、いい足りぬ所も多いですが、お許しを願いたい。

I 愛知県精神衛生相談所のあゆみ

昭和27年愛知県西枇杷島保健所に、専属としてP S W 1名、嘱託として精神医学専攻者1名と臨
床心理学専攻者1名の3名のスタッフで発足した。P S Wは名古屋市立短期大学出身者で、名古屋
大学精神医学教室でP S Wとして教育された人で、医師は同教室児童部在籍者で、臨床心理学専攻
者は名古屋大学文学部心理学教室より精神医学教室に、臨床心理学を専攻する為に派遣された心理
学者である。P S Wを除いた2部門の者は、その後、人は変つても、この傾向に変化を来す事はな
かつた。

昭和35年4月に、上記併設相談所は、實際上2分され、愛知県城山病院と愛知県豊橋保健所に併
設され、それぞれ愛知県城山精神衛生相談所と愛知県豊橋精神衛生相談所として発足し現在に至つ
ている。

愛知県城山精神衛生相談所は、城山病院長が所長を兼任、P S Wは西枇杷島保健所以来の人が専
任として勤務している。医師は同病院精神科勤務医の有志に、臨床心理学専攻者も同病院勤務者に
無理を願つている状態である。

豊橋精神衛生相談所は、豊橋保健所長が所長を兼任、心理部門に1名の専属がいる他、同保健所

の保健婦の内3名がP.S.Wの任務を代行し、医師は城山病院より出張している状態である。

ここで問題となる点は、

1. 保健所及び精神病院に併設された場合、いずれがより有効な精神衛生活動がなされるか。
2. 嘱託、兼任ではどの程度活動が出来るか。
3. 保健婦及び臨床心理学専攻者がその専門分野を生かし得る職種を、当県では認めていない故人材を得る事の困難さがあるが、他の都道府県ではどうなっているか。
4. P. H. N. に精神障害者の家庭等の訪問を依頼したい場合、その旅費が予算化されていないようであるが、これでよいのであろうか。

II 愛知県西枇杷島保健所に併設されていた時代と現在の2箇所の精神衛生相談所における問題
職員の配置は前述のごとくで、3部門に専門職員が専属としている所は現在ない。

来所者数をみると次の様になつている。

昭和32年、33年、34年の3年間、西枇杷島保健所に併設された頃、旧新来所者 631名中児童291名(46.1%)。城山精神衛生相談所の昭和36年1月末までの新来所者 243名中児童74名(30.4%)。豊橋精神衛生相談所では、同年同月末までの新来所者108名中児童29名(26.4%)。

主な疾患別の児童人員は次の様になつている。

	西 枇 杷 島	城 山	豊 橋	
精 神 分 裂 病	17	4	1	これによると、児童の新来所者数は減少して来ているのがみられるが、これは児童に使い得る部屋のない故に、積極的に呼びかけないのも一因かも知れない。
て ん か ん	13	2	2	
精 神 薄 弱	84	21	7	
問 題 行 動	44	11	—	
神 経 症	9	6	1	
吃 音	31	2	—	
夜 尿	18	1	—	
チ ッ ク	4	1	—	
自 演 行 為 指	3	—	—	
し や ぶ り	∴	3	—	
∴		∴	∴	ここで問題な点は、
	291(46.1%)	243(30.4%)	29(26.4%)	1. 精神薄弱児の対策を如何にすべきか。
				2. 精神衛生相談所は診療所の許可を得ていない故、児童の遊戯療法等がなし得ないという事を如何にすべきか。

III 問題のある児童に実際に行つた方法

城山及び豊橋両精神衛生相談所においては、児童に対する遊戯療法等に使用する部屋がない関係上、ここでは西枇杷島保健所に併設されていた当時の事を簡単に述べる。

種々の経路をとつて来所した児童に対し、予診は、P. S. W. , 臨床心理学専攻者又は医師がとり、知能検査の目的の場合は、テストを予診終了後可能ならばその日に実施していた。

医師、P. S. W. 及び臨床心理学専攻者が同室にいる状態で診療する機会が多かった為、診察が一応終りしだい、3者が話し合つて、今後の方針を決定する事が多かった。

経続的に指導する場合は、児童を医師又は臨床心理学専攻者が担当し、家族等はP. S. W. が担当し、その経過を互に報告、検討し合つて来ていた。

ここであげたい点は次の様なものである。

- 1, 専用の遊戯室の必要性
- 2, 遊戯用具の充実

IV 精神衛生相談所と児童の関係

精神衛生相談所は、その業務内容の一つとして児童問題を扱っている。唯取扱う症例の質及びその方法が、児童相談所と若干異なる所がある様に感ずる。

児童期の問題を知る事は、成人の人格傾向の成立にも役立つ、更に精神障害の予防にも役立つものであろう。

唯精神衛生相談所では児童をどの様に扱つてよいか問題になると思う。

V 精神衛生相談所と他の児童問題を取扱っている機関との関係

名古屋市内で、児童問題を取扱っている所は、精神衛生相談所以外次の様な機関がある。

- 1, 名古屋大学医学部精神医学教室児童部
- 2, 名古屋大学教育学部
- 3, 福祉大学児童部
- 4, 愛知県児童相談所
- 5, 名古屋市児童相談所
- 6, 毎日新聞診療所精神衛生相談所

と、これ等6個所の機関とは、特に密接な関係がなく、時折児童を依頼する位である。

ここで問題としたい点は次の様なものである。

- 1, 児童相談所との関係

先にも述べた様に、精神衛生相談所と児童相談所とは、取扱う児童の質及びその方法に差がある様であるが、外来者にはこの点不明であると思う。児童を取扱う機関を一個所にする事は不可能な事であろうか。

- 2, 児童精神医学専攻者の不足。

児童精神医学の必要性は認められながら、専攻する医師の不足を如何に解決したらよいか。

以上の各点を諸先生は如何に考えておられるか、御高説をおうかがいしたいと思つております。

高木 どうもありがとうございました。今の話に直接関係のある御意見を伺わせて戴きたいと思いますが。(質問なし)

仙台市小児精神衛生相談所の実情及びその問題点

仙台市精神衛生相談所 新井清三郎

我々の相談所（以下SCGCと略）には色々な問題がある。そのあるものは一般的なものであろうし、又他のものは我々のおかれている特殊事情によるものと思う。そこで実情を紹介し、問題点に就いて我々の考えているところを述べる事は、何等かの意味で他の同種施設の運営上参考になるであろう。勿論筆者の独りよがりな独断や誤解も含まれているかもしれないので、その点は御寛恕を願いたい。

1. 成り立ちと性格

SCGCの性格を一口に言うことはむずかしい。強いて言えば、外的事情の変化に従つて或る程度変化せざるを得ない小規模のものであるとしても、第1に小児を対象にしたもの、第2に一応、小児精神医、心理学専攻者、ソーシャルワーカーの三者一体で行う診断治療方式をとつていること、であろう。筆者自身について言えば、小児科学から小児精神医学に興味を向けて以来拾数年になるが、その歩をたどると、初期には自学自習の時期を経て後、当地の児童相談所に勤務して得た現場の経験を過ぎ1953—4年1カ年間米国で精神衛生関係の勉強をして、クリニックを実際に運営してみたいと希望していたが、現在の大学病院の内では制度上でも人的な協力態勢の点でも殆んど動きがとれない事を痛感していた。丁度その頃東北大学精神神経科、小児科、文学部心理学科の諸教授及び児童相談所長の理解ある後援のもとに、仙台市長の積極的な支援で市の予算によりSCGCが誕生したのが昭和31年の春であつた。勿論私自身の描いていた夢はスタッフも設備も完備した米国で普通運営されている形態のものであり、我国で現在国立精研で行われている形のものであつたとしても、それは私自身の能力の点からも、又周囲の理解の点からも到底一朝一夕に出来るものでないことは、それ迄の10年間の経験で或程度判つていることではあつた。しかし結論から言うならば、現在では大学病院内でこの種の仕事を進めてゆくには、上に立つ人々が特に理解があれば別であるが、先ず不可能であらうと思う。又一方研究機関を全然離れて相談所を運営してゆくことも、別な意味で非常に都合が悪いと考える。即ち制度上確立している保健事業とは異つて何から何まで（職員の訓練を含めて）工夫してゆかねばならず、周囲の理解も行届いていないこの種施設では、ある程度研究所又は教育センター的な行き方をする事が必要ではないだろうか。ところがこの二者を両立させることも又かなりむずかしい。即ち役所機構の一環として一般の精神衛生活動に深入りすると、形式丈に流れて大切なクリニックの治療技術が一向に進まないし、専任でない時には行政面では殆んど発言権がない。又大学病院に於ける一般診療にも相当の時間を割かねばならない。ところ

が病院では、CP、ソーシャルワーカーとの三者一体のクリニック体勢がとれない。この様にして病院とSCGCとの両方にまたがった中途半端な立場をとらざるを得ない為、時間的にも大きな制約を受けることになる。この様な制約の下に我々ほとんどの5カ年を越してこられたものだとするのが偽らざる実感である。

以下主な問題点をあげてみよう。

2. 小児を取扱う相談所の問題

前項に述べた様な事情でSCGCを市の後援で計画したが、小児のみ取扱うクリニックとしてやってゆけるものだろうかと言う心配が初めにあつた。事務的な仕事ならいざしらず、心理治療を主体とするものが、成人の精神障害者と小児の問題とを両方同一場所で取扱うことはむずかしいのではないだろうか。この点は理解されてきて最近では成人だけの問題は、SCGCには持込まれなくなっている。しかしこの事は或いは、SCGCが組織の上では仙台市中央（現在は北）保健所併設で、事務の主なものはその予防課に依存していると言うようないわば寄生虫的な存在であるので風当たりが強くない為もあるかもしれない。

3. 職員及び運営

職員としては筆者が創設計画以来担当し（大学と兼任）、精神科医1（東北大神経精神科講師）、心理学専攻者（当初1、翌年より更に3名増員）、PSW1。その他市の職員として給仕1である。その内専任はPSW1、及び給仕1のみである。

小児精神医（P.P.）の問題：職員の内Pが最も大きな役割を演ずることは改ためて言うまでもないが、東京、大阪の様な教育研究機関の多いところは別として、地方の中都市では適当な人を得ることは非常に困難である。Pとして立つてゆくには現状ではあまりにも不利な点が多い為、この問題の解決はとて早急に望むことは出来ない。やはり児童精神医学で支配的な立場にある人々の力にまたねばならない。我々の出来る事はこの方面の火を絶やさないようにして、世の中の盛り上りを待つ外ないと考えている。実際上では児童精神医学のケーススタディーや研究について、現場で一番抵抗の大きいのは、成人を取扱っている今迄の精神科医ではないかと言うように思われる点もある。臨床心理学者（CP）、ソーシャルワーカー（PSW）は専任の人を置ければ現場で訓練してゆくことはあまりむずかしくないと思うが、SCGCではCPが非常勤である為もあり、平均2年間で交替している、従つてようやくこれから自分でケースを取扱える頃には辞めると言う様な事情で、この点でもクリニックの組織そのものと関係している。PSWはSCGCでは職員中唯一の専任者である為事務上の雑務も一切ここにかかってくる。せめてPSWが地位としても役所の事務員とは別な、保健婦程度にもその特殊性が認められなければ、一生止つていられる人は勤いのではないだろうか。

SCGCでは以上の様な事情で正規のクリニック運営、又はケースの取扱いをしたいと思つても中々理想通りには行かない。全員が集まれるのは木曜日の午後で、あとの日は火木土に各人がケースを取扱う他、PSWが毎日殆んど総てのケースを取扱っている。もしPSWに事故がある時にはクリニックの機能は半分麻痺しかねない。この辺で何とか組織上の改善を計らねばならないと苦慮している。

以上の様に見てくると、問題はむしろ自らSCGCの仕事に専任で挺身してゆかない、ふたまたをかけている筆者自身の責になるかもしれない。しかし(1)に述べた様な事情で、専任職員としては技術的に幼稚な今の段階で更に進歩が止つてしまうと言う問題がある。これらの問題は程度こそ異なれ、研究所でない地方組織の一環として動いているどこの相談所でも、或程度共通なのではなからうか。大学に児童精神医学の講座が設けられるとか、今の精神衛生相談所の一部のものが研究所又は教育センターの様な形のものになつたら、かなり問題が解決するのではないかと思うが、これは我々のはかない夢であらうか。

4. 保健婦の計練

我々のクリニックの様に保健所併設のところでは、上記の様な教育訓練の制約の下に行える一つの方法として、保健婦の訓練がある。勿論職員自身の訓練が充分でないところに、この様な点に迄手をのばすのは困難でもあるが、保健活動の一環としての精神衛生面の理解を深めることは、PSWを将来養える意味でも必要と考える。SCGCでは従来多数を集めて講義式のものは時折行つてきたが、最近極小人数のセミナーを週一回ごとに行つている。その成果に就いては未知数であるが将来に期待している。

5. 位置及び設備

SCGCは仙台市の略中央部に位する大ギムナジウム（名称レヂャーセンター）の一部を使用している。交通が便利である為乳幼児を連れた母親にとつては都合が良い。又保健所とは別な建物である為便利な点と不便な点とがある。内部の構造は第1表に示す如くである。

第1表

遊戯治療兼発達検査室（乳幼児用）	1
遊戯治療室（学令児用）	1
観 察 室	1
会議室兼職員室	1
待 合 室	1
観察ドーム室	1

乳幼児用遊戯室を大きくとつた為に、面接用の個室が少い点を改良すべきだと思つている。会議室は常時職員の居室となつていたので常に話し合いには便利である。建物は鉄筋であるが、大ギムナジウムの一部の区劃を占めている為、ギムナジウムでローラースケートをしている音がひびいてくる事がしばしば仕事を妨げるし、又各種催物が開催される時に入口及び部屋の外をふさがれるので、騒音等に悩まされることが多い。静かな専用の建物を持ちたいと望んでいる。会議室は職員室であると同時に受附、会計を行う。ファイル類もここに保管している。

6. 取扱う対象及び取扱い方

SCGCで取扱う対象はその年令的な分布が他の相談所と異つていて、乳幼児及び小学校低学年が多い。(第2表)これは同時に取扱われる問題の性質にも関係してくる。即ち乳幼児の場合には

第 2 表
年令別受付児童数及び外来延数 (昭31.4~35.10)

年令 昭	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	外来 延数
31	42	23	31	16	23	28	15	22	11	2	8	7	3	2	3	236	629
32	55	20	24	19	7	25	17	14	11	7	2	3	4	4	3	215	768
33	68	16	27	17	24	17	16	17	11	8	9	5	2	3	4	244	949
34	98	27	30	15	23	19	18	10	11	12	9	5	2	1	2	282	1118
35	22	25	19	14	13	10	5	3	3	5	3	4	1			128	650

発達診断及び習癖の問題が主になる。この場合には発達の診断及び指導ですます well baby clinic で取扱う様な例が多い。学令児になると神経症等も含まれる。(第3表)

第 3 表

問題の分類* 昭34年10月現在

。 知能 (発達) に関する問題		477
精神薄弱		252
検査のみ希望又は依頼されたもの (境界線級以上)		175
その他		50
神経質 習癖	1)	199
人格上の問題	2)	66
素行上の問題	3)	41
テンカンを含むけいれん疾患		88
精神身体疾患		94
	計	965**

註 * 問題の分類の内 1)2)3) は精神衛生研究第2号 (1954) 4頁による。

** 同一人各種の問題をもつているものがあるため延数で集計した。

筆者自身クリニック開設前数年間取扱っていた例が引続いて訪れるものもある。S C G C 開設後数年間は脳障害、精薄が多かったが、最近ではその比率が少なくなつて行動の問題が多くなる傾向がある。もつともそれにはクリニック自身の選択にも由つている。紹介されてきた機関の分類を第4表に示す。S C G C では受附けたケースを筆者と P S W で話し合つて適当に選択し、その内から特

第 4 表
紹介されてきた機関

年度	紹介	直接	小児科	他の病院	神経科	保健所	児相 相談所	其の他	計
昭 31	31	126	75	14	7	7	3	4	236
昭 32	32	69	89	21	11	9	2	14	215
昭 33	33	69	94	31	9	11	1	29	244
昭 34	34	79	91	51	1	12	1	47	282
昭 35	35	60	42	11	0	2	1	12	128
計		403	391	128	28	41	8	106	1105

に地理的、家庭的条件等も考慮して心理治療を行える見込みのあるものを少数えらんで、木曜日に全員相談の上治療を開始し、その経過も適時会議を行つて検討している。これは P S W を除く職員が非常勤である関係上、常時会合することが不可能である為とつている止むを得ない方法であり、筆者独りで大体の方針を決める事はあまり望ましいとは思つていない。結局大部分のケースは職員各自の目を通つていないで処置されることになる。その内、極一部を心理治療にまわすのであるが（諸検査及び処置の内訳は第5表に示す）週2、3例の継続治療でも短時間しか、P、C P、P S W の話し合いの時間が残されていない現状では、これも止むを得ないであろう。大体心理治療の方針

第 5 表
諸検査及び処置の分類

年 度	検 査					処 置					計
	知能	性格	発達	脳波	計	器質的	心理 治療	指 導	言 語 治療	其の他	
昭 31	72	23	77	20	192	13	8	177		38	236
昭 32	92	55	138	32	317	12	11	173		19	215
昭 33	179	88	158	36	461	14	1	165		64	244
昭 34	176	84	193	59	512	26	4	128		124	282
昭 35	94	37	84	42	257	8	6	74	8	32	128
計	613	287	650	189	1739	73	30	717	8	277	1105

に就いて、P、C P、P S W（ことに前2者）が十分に理解し合つて同じ線にそつてゆくことだけで

も、むずかしい段階であり、supervision の点に就いても常に抵抗が各員の間にあるのは、チームワークの初期の段階にある問題として早く解決したいと思つている。

精神身体疾患を含む小児科紹介患者の取扱い上の問題。SCGCは小児科からの症例が多いので、その様な症例をどう取扱つたらよいか考えさせられている。例えば喘息、心因性頭痛、腹痛等は小児科医の紹介でSCGCに依託されるが、面接するPSWは病院と関係を持っていないので、又SCGCの場所も全然病院と独立しているので、適時に身体的な診断をくり返す事は実際上困難である。それで単に性格テストだけして一応説明、指導して終つてしまう事がある。これには患者の側が病院と別のところで行う治療に対して協力、信頼が充分でない事もあるし、一方面接する側でも医師でない点に問題があろう。神経症的な身体的訴えをこの様にして処置してしまうことは、勿論望ましくないとと思うが、現状では筆者独りしか病院に直接関係を持つてクリニックとも常時連絡のつく職員がいない点から如何とも為し難い。結局精神身体疾患には色々問題があるとしても、やはり病院内にクリニックがなければ心理治療は行い難いと思う。一方紹介してくる小児科医の側にも問題があろう。色々身体的な診断及び治療を試してみたがあまり効果がないので、SCGCに紹介すると言うだけで、その後の処置については殆んど関心を示さないと言う態度は、現在小児科医があまりに患児の精神面の理解関心がすくな過ぎないだろうか。上に立つ人々の反省を要する点だと思ふ。

乳幼児の習癖相談等の問題。一方保健所の育児相談から依託されてくる症例には乳嫌い、言語の問題、等習癖の事及び脳障害の診断を求めてくるものが多い。SCGCでは一般の小児科医が簡単に指導出来る様な症例は、特にここで取扱う必要がないと考えているが、乳幼児ではこの様な例もかなり訪れる。この点無駄を省く為、育児相談担当の病院、保健所の医師との連絡を密にする必要を感じているので、今年初頭より月1回主として乳幼児の精神衛生に関する事を話し合う会合を持つている。

心理治療の為にSCGCに通う人の地理的条件の問題。この問題は大都市ではちよつと考えられない事かもしれない。SCGCは東北では殆んど唯一のこの種の機関である為に、汽車で1日2日を費して紹介されてくる症例があり、しかも他の医療施設を幾つか廻つてきたものがある。しかし岩手県から2日ばかりで仙台に来て、1日か2日で総ての指示を求めてくる様な場合、紹介した医師や患者の気持は判つても殆んど施すべき手段がない。切角長期の心理治療を行う体勢にありながら、地理的に交通不便な東北地方ではこの点唯傍観せねばならない事が多い。医師の理解とともに交通機関の点でも後進性の多いこの広い地域に、もう少し適当な施設を設けることは緊急な事ではないだろうか。もつとも最近岩手山形の方面から、ソーシャルワーカーの実習を希望するところが2-3カ所出てきつつあることは、将来に望みを囁するに足ると考えている。(来所者の地域別分布は第6表に示す)。

職員の移動による取扱いケースの変化。初めから安定した常勤職員を何人も置いている研究所等

第 6 表

来所者の地域別分布

仙 台 市 内	738例 (64.5%)
宮 城 県 内	244例 (21.5%)
県 外	153例 (13.0%)
不 明	10例 (1.0%)

計 1145例

では問題にならないことかもしれないが、SCGCでは職員の地位自体が永続的でない事が多く、従つて職員の移動に伴つて（開設当初から続いている職員は全体7名の内3名である）取扱うケースを適当に按配せねばならない。即ち比較的短期間の練習で習得可能なテスト類にたよる診断のみの例が多くなり、心理療法の例は小数に限定せざるを得ない。事務的な仕事をも兼務するのであつたらば、せめてソーシャルワーカーは2名の常勤が必要と考えている。切角6～7年も訓練した唯一人のPSWのが辞めたらば、クリニックの機能が麻痺してしまう様な状態では、心理療法は中々本格的に行えないと思う。職員によつて取扱うケースが多少左右される例としては、SCGCでは昨年度心理1名の移動に際して speech correctionist の適当な人がいた為に、その後 speech therapy の例をも取扱つている。本来の相談所の機能としては関係が薄いにしても地方都市ではこの方面でも幼児に対する speech therapy のニーズが多いからである。

他の同種施設との関係。仙台市及びその近辺にはSCGCと同種の施設として県児童相談所、国立仙台病院小児センター、県立名取病院児童病棟等があるが、相互の間にはケースワーカー等を通じて連絡がとつてあるので、心理治療のケース等随時適当な機関に依託することが出来る。

予約制の問題。SCGCは開設以来予約制をとつている。初めの2—3年間はこの点が十分に理解されていながつたが、最近では電話申込等によつて大部分のものはスムーズに行つている。ただ地方の人々では時間的にルーズな場合があり、ケースの予定を組む時にかなり余分な時間を考慮していなければならないので従つてケースの数が制約されてくる。

以上SCGCの実情を概観してみると悲観的な資料ばかり出てくる様で、将来に対する希望のみ多くなつてしまつたが、一方完全に独立した相談所や、現在の病院内のクリニックでは望めない様な利点もある。その1は、乳児期から診ている患児で予後の追求が比較的行い易い点ではなからうか。乳幼児期では身体的な障害や疾患に就いて診察を求めることも親にとつて切実な問題なので、病院で身体を診てもらえると言う安心感があると継続的な診察を求めるようになり、習癖、行動の問題の場合にも病院に関係の深いこの種施設を利用することが多くなる。従つて長期間の予後追求には便利なようである。2、心理治療に際して疑わしい身体所見の検査をする場合、病院の設備を利用するのに便利である。病院又は他の医師に身体的な診断検査を依頼した時、兎角その結果が充

分に連絡されない事がありがちなので、その点同一医師が身体所見も診る方が都合が良いことがある。3、病院内の現存の診療体系から独立しているので、それにわずらわされなくて心理治療を計画することが出来る。勿論これらの利点は絶対的なものではないので、もし病院内にクリニックの完備したものが出来れば更に都合が良いだろうし、又一方相談所として人的物的に完備したものが出来るならば、それも又望ましい事であろう。

以上考えてきてみると、SCGCは人的にも物的にもまだ安定した段階にはない。後者の内経済的な問題は欲を言えば限りがないから一応満足するとしても、特に人的に安定した人を得にくい事は我々自身の責任であると同時に、現在「児童精神医学」にあまりにも識者の認識が薄い点にも問題があろう。前述した様にこの事は決して短い間に解決出来る問題ではないにしても、東京、京阪神等の地域に比して全国的にあまり地域差がないよう、レベルをあげてゆく事が望ましいのではないだろうか。

最後に一言触れるべき問題としてチームワークの事がある。SCGCでは筆者が小児科出身の小児精神医である点に一つの問題があるように思う。即ち小児科の内に精神科医（成人）を依頼して構成しているクリニックでもないし、精神科の内て精神科医のみで児童精神医学を実地に行っているクリニックでもなくて、小児科出身の筆者が殆んど自学自習で児童精神医学を学びクリニックを構成してきた事が他のものと趣を異にしている点かもしれない。それで成人の精神医学を専攻している人にとっては、特にダイナミックな行き方を異質なものとして感ずる人にとっては、当然抵抗が出てくる様に思う。しかしこの抵抗をさける為に成人を対象にしている精神科医を避けるならば我々自身の発展に欠陥が出来てしまうであろう。これらの事もつと児童精神医学が専門的に育つて行つたならば解決してくることであろう。心理学者に対しても程度を異にしても類似の問題がある。PSWに就いてはこの点問題はない。

*

*

高木 ありがとうございます。

○ ちよつと質問します。今度私のほうの保健所に精神衛生相談所を併設するような機運があるのですが、新井先生のお話を聞きますと、精神衛生相談所が保健所と別個のほうがいいようなお話をうかがいましたが、これは仕事の上の面でいいんでしょうか。それとも行政的にいいのか、もう少し具体的にお話ねがいたいと思います。

新井 両方の面でプラスとマイナスの面があると思うのですが、仕事の上でのいい点と私が思っているのは、一応特殊な存在だ、保健所の中にその下に下部組織につながっているのではなく、なにか特殊な専門の機関だというふうにとられたほうが、来る人にとつてもわれわれにとつてもやりやすいという気がします。それから人的な問題では予算そのほかはこれもわれわれは特殊なものかと思うのですが、あらいざらい申し上げますと、ちょうど昭和30年頃に仙台に岡崎市長という前

の市長がいました。その方がそんなものを作りたいという希望があつて、市長じぎじきの話という風なことでもつていつて、はじめから独立した別なもの、特別な専門機関、保健所でない専門機関だというふうな見方をされていることが都合がいいということなんです、ただこれは大人でなく子供で、しかもこの年齢層だという特殊性があるので、一概にこれがいいとか悪いとかいえない。ただ私自身の経験としては、比較的やりやすいと思います。やりにくいという点ではこれは特にPRの面が当然やりにくいと思います。地域社会への働きかけ、保健婦への働きかけ、あるいはその教育ということになると、これは独立してはなんにもできない。われわれはもちろん専属のPSW 1人ではできない。これはむしろわれわれの能力では、その能力に相応しいことだけをしていたほうがいいのではないか。手を広げるよりも現在クリニックの仕事だけに専念したほうが仕事が雑にならないだろうと思います。

高木 ほかにどなたかございましたら……。

○ 保健婦は親だけの面接ですか。

新井 そうです、親だけのです。あるものは所謂育児相談でもできるのではないか。ほかに特に専門的知識をもつていなくともできる。時間的にも。サイコセラピーは非常に数が少ない。少ないというのはわれわれがなかなかできない。

高木 児童相談所とのちがいの主なるものは年齢ですか。

新井 年齢が1つと、当然それから来る子供の質がいい。いま先生がお話になりました点で、措置児童はない、いろいろな施設の子供が多い。それから来る子供の家庭状況ということからいえば比較的やはり上の子供のほうがわりあいに来てしまう。

高木 それでは次に大阪市児童相談所の林所長にお願い致します。

児童相談所における諸問題

大阪市児童相談所 林 脩 三

I 児童相談所の構成

1. 行政措置

児童相談所が児童福祉法に基く行政機関である以上、法第26条乃至は第27条に規定された行政措置をおこなわなければならない。わかり易くいえば、A) 児童又は保護者を訓戒する。B) 児童又は保護者を児童福祉司等に指導させる。C) 児童を里親に委託し、又は児童福祉施設に入所させる。

2. 判定指導

児童の判定をおこない、それに伴つて、必要な指導をする。即ち行政と治療である。

3. 一時保護

必要に応じて児童を一時保護する。

II 相談の内容

児童相談所で受付けた相談の種類例総計を全国（昭和33年度）と大阪市（昭和34年度）についてあげると次表の通りである。

相談の種類	全 国		大 阪 市		相談の種類	全 国		大 阪 市		
	実人員	%	実人員	%		実人員	%	実人員	%	
養 護 相 談	43,127	21.0	1,655	26.6	非 行	教護	25,247	12.3	1,922	30.9
保 健 〃	2,730	1.3	3	0.1		触法行為	22,137	10.8	826	13.2
し 体 不 自 由 児 〃	10,141	4.9	85	1.4	健全育成 〃	61,061	29.7	664	10.7	
視 聴 言 語 障 害 〃	2,902	1.4	39	0.6	その他 〃	22,334	10.8	642	10.3	
精 神 薄 弱 児 〃	16,016	7.8	388	6.2	計	205,698	100.0	6,224	100.0	

この表を要約すれば、相談の主な種類は次の3つである。

A) 棄児、迷児および親の死亡、受刑、入院等で親に代つて保護を必要とする児童の養護に関する相談。B) 非行に関する相談で、不良行為のある看護児童と、14才に満たないで刑罰法令に触れる行為（触法行為）をした児童とに対する相談である。C) 健全育成についての相談で、学校教育に関する相談と、家庭における問題行為や習癖に関する相談である。

Ⅲ 職員構成

重要なスタッフである判定員と児童福祉司についてみると、昭和34年度において、全国123カ所の児童相談所に対して、児童福祉司は470名、判定員は268名（そのうち72名は非常勤又は兼務）に過ぎない。

児童福祉司は人口10～12万位に1名設置するという基準によると、816名置かなければならない。従つてその充足率は58%に過ぎない。

一方、判定員も専任169名中精神科医は8名、小児科医は2名に過ぎず、心理科定員のうち1/3は大学の正規コースを通つていない。

Ⅳ 問題点

1, 児童相談所の機能が行政措置に偏している。

現在もなお、判定の機能をもたない児童相談所がかなりの数ある。又判定指導の機能をもつていない児童相談所でも、それが一部の行政措置のため使われているに過ぎない所が多い。

大阪市の現状では相談件数の約30%が判定をうけているが、治療（心理療法）の対象になる問題点はこの約20%である。

2, 臨床チームの編成

従来児童相談所におけるケースの処理は、主として児童福祉司が単独でおこなつていた。治療を求めて相談にくる上記ケース以外は、児童福祉司が積極的に判定にまわさない限り、単独で処理されてしまうのが現状である。もつとも前に述べたように、専門の判定員が不足している児童相談所で、完全な臨床チームを何組もつくることは極めて困難である。従つて、精神科医はコンサルタントとして、心理判定員とケースワーカーで組むようなことも、一つの行き方として考えなければならぬ。

とにかく、児童福祉司が単独でケースを処理することを少しでも減らしてゆくことが必要である。

3, 通所治療の困難な問題児に対する収容治療、従来、一時保護所は、主として緊急保護を必要とする児童と、施設入所前の児童との収容に使われていたが、収容治療の場としても活用しようとする傾向があらわれてきた。

もつとも、現状ではある程度区分されていなければ治療の場として適当とはいえないので、独立した収容治療施設を児童相談所に併設することも一つの考え方であろう。

勿論、日本の児童相談所は、本来問題児の治療だけがこの業務ではないが、ややもすれば、単なる行政措置機関に墮そうとする傾向を打破して、その全機能を充分に発揮するためには、児童精神医学の知識を導入して、総ての児童の問題に対応すべきことを強調したい。

Ⅴ 児童相談所と精神衛生相談所との関係

児童相談所は上に述べたように、今尚充分な専門サービス機関であるとはいえない現状である

が、精神衛生相談所についても臨床チームをもつものは現在全国に2カ所しかない。従つて児童相談所と精神衛生相談所との児童に対する役割を今直ちに峻別することないと考える。

両者が夫々相互に一つの社会資源として活用し合わなければならないことは当然であるが、現在最も必要なことは、両者が共に利用価値の認められるような機関に成長するよう努力することである。

*

*

高木 どうもありがとうございました。何か今のお話について……

○ 一時保護所を2種類にわけてみたらという考えがありますが……

林 そういう意味で分けるというんじやなくつてですね、いまの一時保護所というのは大体施設に収容するために待たされている子供とか、緊急に保護される子供も入っているわけです。そうしますと精薄もあれば非行児童もあれば、あらゆる種類の者が一緒になつているわけです。ですからそういうふうなところをですね、治療の場にしようということは非常に困難なわけなんです。これは予算的にはやはり一時保護所という形でやらなければさし当り困難だと思うんですけども、しかし実際にやる場合にはある程度それを分けてやらなければ。——同じ治療所の中で私ども実際やつてみたんですが——そのほか数カ所でやつた人がみんなそういうことを同じように感じておるようなんです。幸い私のほうは建物がまだ300坪ほど改装できる余地がありますので、それをそういうものに当てたいというふうにいま考えているわけなんです。

高木 ………ほかに何かございませんか。

○ 精神衛生相談所と児童相談所との関連性と役割について。

林 いま私のほうはとりあえず児童相談所がこういうあり方を一応目標にしておるということと、しかし現状はこんな状態だということを申し上げたので、その問題についてはあとで皆さんとお話できると思つて、申し上げていなかったわけなんですけれども、もちろん私自身も特に劃期的な意見は別にないわけなんです。

○ 私のほうも林先生のお話になつたように、こうあるべきだ、精神衛生相談所が子供を扱う時はこうあるべきだ、児童相談所の時にはこうあるべきだ、というふうなことはわからない。現実問題としてその地域で、あるいは人的資源そのほかで必然的にある色彩を帯びてくる。そうしたらそれを利用して、現状はそうであつて原則的にはどうしたほうがいいのか……。

高木 まだいろいろ問題があると思いますが、仙台の佐藤先生に次をお願いしたいと思ひます。

精神衛生相談所における児童の取扱い と児童相談所との関係について

宮城県立精神衛生相談所，東北大学医学部精神科

佐 藤 愛

宮城県精神衛生相談所は昭和33年10月から（最初は精神衛生相談室として）、県の児童相談所内に併設の形で発足したのであるが、仙台市内には既に市立精神衛生相談所が昭和31年に設立され、乳幼児、児童を相談対象にかなり活発な活動をしており、又それ以前に県の児童相談所が昭和23年から活動を開始していた。児童相談所は、失言を許していただくなら、現状としてはまだ child guidance clinic としてのレベルがそれ程高くない所もある様に思われるが、宮城県の場合は設立当初より精神科のベテランの所長がおり（現在精神衛生相談所長を兼任）、その下に現在専任精神科医1名、臨床心理の専門家4名あり、ケース・ワーカーも専門教育を受けたベテランを配して、人口40万の都市にある相談所としては、全国的に見ても、児童の精神医学的な問題の処理能力はかなり高いと思われるし、又他方市立精神衛生相談所の方も有能なスタッフを以て活動していた。そこへ県の精神衛生相談所が登場したので、児童問題に関しては、当相談所が後から割込む形になつたのであり、又児童相談所に併設の形であつたから、当然最初から当所を名指して来る児童の精神衛生相談ケースはなかつたし（受付—所謂で受付で intake ではない—は両相談所共通にして、そこから両方の intake へ廻すようにしていた、）又児童相談所の一隅を借りているだけで、当所にはプレイ・ルームその他児童精神医学的な診断治療の設備は全くなく、又開設当初の人員は兼任所長（精神科医）1名、嘱託精神科医（東北大学医学部精神科）1名、ケース・ワーカー1名、事務職員1名で、専任は後者2名というささやかな世帯では、やり得ることも限られていた（現在でもケース・ワーカーが2名になつただけである）。

児童相談所は機関の性質上、必ずしも精神衛生相談的なケースばかりを取扱うとは限らず、養護相談的なケース等も多く、かなりスタッフを擁していてもケースの処理に悩んでいたが、先に県の児童相談所にもおられたことのある新井先生を中心として、市立の精神衛生相談所が設立されると、特に乳幼児の相談ケースはそちらへ流れて行つたようである。しかし依然学童を中心とした児童相談所の方のケースは多く、県の精神衛生相談所が併設された当初は、こちらのケースも少なかつたので、児童相談所から児童の精神衛生相談ケースを廻してよこすことも比較的多かつたが、当所が本格的に精神衛生相談を行い出すと、今まで仙台市内に成人の精神衛生相談の機関がなかつただけに、所内相談では成人のケースがかなり多くなつて来たので、児童相談所の方でも当所へ廻してよこすケースを選択するようになり、現在大体次の様なケースにしばられている。

(1) 年令的に…受付で現在は児童福祉法該当であつても、1～2年で該当しなくなるような16～17

才のケースは大抵そのまま当所へ廻されるし、又児童相談所で長期間扱っていたケースで、17～18才となり、近いうち児童福祉法に該当しなくなるようなケースも当所へ廻される。

(2) 症状的に…精神分裂病又は精神運動発作性てんかん等精神病が疑われるような症状を示すものとか、年長児で精神病質が疑われるような高度の性格の偏倚や行動異常を示すものとか、思春期のneurosisのうちの或種のもの等、精神科医の取扱いを適当と認めるもの等は、最初児童相談所で行い、或いは暫くケースを取扱った後でも当所へ廻されることがある。

(3) 家庭環境の問題として…これは対象そのものは児童ではないが、児童相談所へ齎らされたケースの中で、児童の両親又は他の家族中に精神病又は精神病質と思われるものが存し、その為児童の精神衛生上問題があると思われる場合には、かかる精神障害者の診断、処置について児童相談所より連絡を受け当所で取扱う。

受付又は児童相談所のケース取扱過程においては、以上の様にしばつて当所へ廻してよこすので、現在所内相談においては児童相談所→精神衛生相談所という一方向のみであつて、逆の経過では取扱われるものは殆どない。

かかる状況であるが、所内相談に関する限りでは、当所の取扱う児童のケースはむしろ少い位かも知れない。又成人のケースも嘱託医の診療日には平均2～3件はあるが、坐して来所するケースを待つという消極的なやり方では、ケースも少いばかりでなく、郡部の精神衛生相談施設に恵まれない地方がそのまま放置される虞れがあるので、開設当初から、以前県南の一保健所で県立精神病院の医師が定期的（月に1～2回）に行つていた出張相談の仕事、当所の出張相談事業として吸収し、昭和34年度には更に県北で精神科の医療施設に恵まれない地方の保健所に1カ所、かかる定期出張相談（月に1回）を行うこととし、昭和35年度には県南にもう1カ所かかる場所を設けた。

この出張相談ではかなり児童のケースが多い。現在の段階ではてんかん、精神薄弱等のケースがまだ多いが、学校関係より行動異常児の相談を受けることもかなりあるし、2定期出張相談のみでなく、地区の希望によつては臨時に出張相談も行つているが、そういう精神衛生相談の機会に恵まれない地区においては、特に学校教師等の熱心な相談が目立つた。しかし遺憾ながらかかる場合は一時的な精神衛生相談なので、継続的な精神療法的取扱い等は出来ず、状況を判断して地区担当の児童福祉司へ連絡するとか、受持教師養護教諭や父兄に取扱い方の指示を与え、地区保健婦に巡回指導連絡の指示を与えて経過観察させている状態である。

坐して来所する相談者を待つという状態では、現在仙台市或いは宮城県においては、県の児童相談所や市立精神衛生相談所の方が児童精神衛生相談については一般に名が知られているし、スタッフや設備においてもはるかに当所よりはすぐれている。又外来相談だけでは扱ひ得ず、入院して観察治療を要する様なケースは国立仙台病院小児センターや東北大学病院の精神科、小児科又は県立精神病院等で扱われる。かかる点から当所として現在の立場では、精神衛生出張相談の状況にも見られたように、比較的広い地域における精神衛生活動という面で、児童の精神衛生相談の仕事を推

進して行くことの方が意義があると考えられる。

精神衛生活動といつても範囲が広いが、殊に郡部において精神衛生相談の機会に恵まれないことについては、今後児童相談所ともタイ・アップして出張相談の機会を増やすと共に、他方当所は県の衛生部の機関として、保健所との連絡が比較的容易に取れる立場にあるので、保健婦の教育を行い（具体的には講習会を開催したりして）、小児の問題についても、育児というようなことから更にもつと広い児童精神衛生の面で、保健婦の知識、技能の向上を計り、児童福祉司の活動と相俟つて児童の精神衛生相談ケースの訪問指導の成績を上げることを計りたいと思つている。これは当所のような一小機関だけで行えることではないが、県の精神衛生協会の事務所が当所内にあり、東北大学精神科その他の関係機関も、深い関心を以て協会を支援してくれているので、協会の協力を得て、昭和36年度は当所としてはかかる面から県の児童精神衛生の仕事に寄与して行きたいと思つている。

このことに関連して昭和35年12月初め当所及び宮城県精神衛生協会、県衛生部、仙台市衛生局等の共催で宮城県精神衛生研究協議会（3部会で）を開催したが、その中の第2部会は児童の精神衛生問題の部会として、活発な討議が行われ、児童問題に関心を持つ医師、保健婦、児童福祉司、学校教師、父兄等に多大の感銘を与えたことを附記しておく。

最後に参考までに当初開設以来取扱つた人員数を大まかな年令区分で示すと次の如くである。

年令別、病類別相談者数全相談者数 （昭和33年度及34年度実数）*

昭和 33. 10 ~ 34. 3

() 内は疑わしきもの

	14才以下	15~19才	20才以上	計
精 神 分 裂 病	1	4	10	15
そ う う つ 病	—	—	3	3
て ん か ん	4	4	7	15
精 神 病 質	(2)	1	6	9(2)
精 神 薄 弱	8	4	7	19
神 経 症	—	7	6	13
そ の 他 (正常者を含む)	3	—	3	6
計	18(2)	20	42	80(2)

高木 どうもありがとうございました。

加藤 大人の方ですね、子どものことで来ていて大人の方へまわるのはありますか。

佐藤 ございます。養護相談で来たのですか、子どもの養育に無関心でアブリーといつてよいよ

昭和 34. 4～35. 3.

身体疾患は大部分が神経系疾患である

	14才以下	15～19才	20才以上	計
精神分裂病	1	10	39	50
そううつ病	—	1	6	7
てんかん**	20	12	21	53
中毒性精神病	—	—	2	2
精神病質**	—	4	5	9
精神薄弱	42	13	20	75
神経症***	4	6	30	40
その他の精神障害	1	1	9	11
一次性行動異常	2	2	—	4
その他の (身体疾患, 正常者, 未定等)	3	8	17	28
計	73	57	149	279

*昭和33, 34年度の方は所内相談及び出張相談を合算して示してある。

**19才以下のものもかなり多く、その中でもてんかん、精神薄弱等の相談が多いのは、出張相談での取扱件数がかかなり高い比率を占めていることを示している。

***青少年児童の神経症のケースは成人のそれに比べるとやや少ない。

昭和33, 34年度の方は既に整理済のデータによつたが、35年度の分については所内及び出張相談を分け、更に児童福祉法での境界年齢18才を境として成人児童を分けて示すと次の如くなる。

昭和 35. 4～35. 10.

全相談者数

区分	成人			児童			計
	男	女	計	男	女	計	
新規	33 (35)	17 (32)	50 (67)	13 (37)	5 (36)	18 (73)	68 (140)
継続	68 (62)	28 (56)	96 (118)	29 (21)	15 (61)	44 (82)	140 (200)
計	101 (97)	45 (88)	146 (185)	42 (58)	20 (97)	62 (155)	208 (340)

()内は出張相談での取扱件数である。成人、児童共に出張相談での取扱件数の方が多くなつてい
るが、特に児童では所内相談より出張相談での件数の方が多い。

うな親でした。分裂病の欠陥状態で、子どもの相談にくるのを幸いに親の治療が必要だということになって、生保で入院させた例が一例ありまして、そのほか離婚の問題でトラブルのおこつた奥さんはヒステリッシュな人で、旦那さんの方は学歴も高かつたがお酒の問題などもあつて別居していました。家庭裁判所の問題となり、その後サイコセラピーをやり、男の方は私がやり、女の方はケースワーカーがやりました。最近ではこの2ケースです。

高木 精神衛生相談所は衛生部で、児童相談所は民生部でその点は問題ありませんか。

佐藤 その点、現実にはトラブルございません。比較的うまくいつています。

高木 児童相談所からまわってくる子どもの種類はどうですか。

佐藤 数として現わしてきませんでした。診断区分では必ずしも精神病ではなく、家族の治療の必要なもので、或る場合にはてんかんのサイコモーター型のものなどがあります。大体が行動異常の問題です。

高木 児童相談所にも精神科医がいてどういうのが廻されてきますか。

佐藤 1つは忙かしいこと、もう1つは親の問題のある場合にまわしてきます。

尚以上のうち児童だけについて所内、出張をコミにして相談ケース（実数）の問題別区分、診断別区分を見ると次の如くである。

問題別区分	所内	出張	計
教育上の問題 (特に限界線級知能児の)	3	8	11
行動異常	9	12	21
診療の問題 (特にてんかんの)	4	49	53
居宅取扱の問題 (重症精薄、脳性小児麻痺等)	1	4	5
その他	1	—	1
計	18	73	91

診断別区分	所内	出張	計	診断別区分	所内	出張	計
精神分裂病	2	1	3	その他の精神障害	—	7	7
てんかん	2	24	26	行動異常	6	3	9
神経症	4	9	13	その他(正常及未定)	3	1	4
精神病質	—	1	1				
精薄弱	1	27	28	計	18	73	91

高木 ほかに問題はありますか。

○ 保健婦を教育していただくことに対しては、非常にいいことだと思つて別に反駁することはないのです。しかし昨日からの議論を聞いておりますと、いわゆる精神衛生にたずさわる直接の人たち、たとえば CP、PCW であるにもかかわらず、現在の人的の面だけにおいて保健婦でカバーしようというふうな解決方法というのは、現在の一時的な解決になりましても、将来の精神衛生の機能の面においてあまりプラスにならない方法ではないんじゃないかというふうに思います。そういう点どういうふうにお考えになつているか。それからもう一つ、いろいろの制度の関連性、解決方法が行動の面でのみすべてのものを解決しようとする傾向が非常に強いのではないかというふうな気がいたしました。そういう欠点が業務の上に現われてきているような気がします。というのは一つの精神衛生の流れというものはやはり行政的な面で流れているにもかかわらず、そういう行政措置を度外視した面で解決しようとしているところに、なんか齟齬をきたしているという感じが非常にいたしております。それをどういうふうにご考へておられますか。

高木 それはどなたにお聞きになるのですか。

○ 保健婦の問題は佐藤先生です。佐藤先生のお話の中で非常にそういうものが強く感じられたような気がします。だから熱心な先生がおられる間はまず事業が進むけれども、その人がその場を去つた場合に、その事業というものは果して継続されるかどうかという問題は別ですが、そういう点である程度制度化しておくことは非常に必要ではないかというふうに感じるのです。そういう点、もしなにかお考へがありましたら……。

高木 それじやまず佐藤さんから始めていただきます。

佐藤 制度化というふうな問題になると私はなほだ微力なんですけど…。いまの保健婦のことで問題がございましたが、保健婦を、いわゆる PSW の人員が足りないからその代りに使うというふうには私、原則的には考へるべきではないと思つております。といいますのは、保健所の経験は全然ございませんので的外れの点もあるかと思ひますが、PSW というのは保健婦と違つた専門職だと考へております。保健婦は一つの公衆衛生的な啓蒙という面で、地域の指導という面をもつていますが、PSW がやるような形でのケース・スタディまで保健婦に要求するということは、もちろんそういうふうな能力のある保健婦がいるとは思ひますが、業務の面からみても非常に多くのものを保健婦に要求することが無理ではないかと考へております。PSW あるいは、CP、P という3つのチームで、実際にもしも移動クリニックでも出来れば理想的なわけですが。ただしこの3つのチームがじっくりとケースを扱つてゆくということになりますと、当然1週間に1ぺんあるいは1月に2へんぐらいゆくということも不可能なのであります。私たちが移動相談にまいりますと、少ないところは1日に5～6件になるということですが、やはり10件前後ございます。そうしますと、とてもそういうふうな扱い方ができません。従つて精神科の外來でやるようなさばき方でやるのも、事情としてやむを得ないと思つております。そういう際に医学的な知識をもち、こういう相

談をやることの意味というものを、相談に来る家族に説明する仕事ですと、私は PSW が行う仕事よりも医師の仕事になると思うのです。こういうことすらも末端ではできていないわけです。こういうことを大いにやっつけていかなければなりません。仕事としては私、そう考えておりますが、ですから、理想的な3者のチームということから現在としては1つの変形になりますけれども、現在の段階としてはそれでやむを得ないと思います。

それからもう1つ言われたことは、結局そういう形で保健婦にいろいろな精神衛生的な知識を与え、地域社会における指導——PSW ほどのレベルのものでなくとも地域社会の指導——などをやらせる場合に、そういうことを熱心に指導する人がある場合はいいけれども、いなくなつた場合どうするかというふうな問題があります。それは土地々々によつて事情が違ふと思いますが、なかなかそういつても県の中でどうこう、行政機構の中でどうこうといつてなかなかできないのですが、精神衛生協会というようなものを育ててきました。また結成後日も浅いのですが、保健所長の方たちの中にこの仕事に賛同してくれる人もあり、また保健婦の養成ということで保健婦の講習会の問題につきましても……旅費の問題もからんできてますが……精神衛生協会が予防課のほうに勧告する。予算がない予算がないといいますが、私たちみておりますと（お前たちはそのことに理解ないといわれるかもしれませんが）ある程度やろうというような所長のところでは仕事をやっているわけです。行政関係の人たちの理解が非常にむずかしいことはわかりきつておりますけれども、外郭団体を通じてそういうものをやつてゆくより、いまの段階では仕方ないのではないかと思います。これは中央の精神衛生研究所からさらに本省をつついでいただいて、指令を流していただくことを私たち当然おねがいもしなければならぬし、おねがいたいところでもあります。また地方においてはそういう形で、なにか永続的なものとして残してゆくということではなればいけぬのではないかと考えております。

○ いま保健婦の問題でお考えを承つたわけですが、そこでお聞きしたいのは、じゃ、そういう場合に看護婦はいないのか、保健所の中に看護婦がおる場合がある。私のほうも……。

佐藤 ちよつと経験がないので申し上げられませんが……。

○ そういう、ナンていいますか、比較的病的な感じで「予診的」という言葉を使つていいかどうかわかりませんが、できたらそういう程度の看護婦を教育していただいたほうがより完成しているのではないかと。というのは、そういうふうなクリニックに携る者が主体的に、保健婦よりも看護婦がおれば看護婦というふうな形になりますので、もしできたらそういう人をお置きになればそのほうが将来のためにも少し安定があるのではないかと、という気がいたします。というのは、保健婦の場合は本来の業務の面が非常に強く出ておりますので、そういう点でとくに……。

○ いまの看護婦と保健婦の問題なんですが、私のほうには看護婦を置いております。いろいろ使つてみまして、ナンかやはり保健婦をおいたほうがよかつたという気持を非常にもつておるわ

けです。というのは、やっぱり看護婦のほうがやっつけてきている仕事は狭いモンですからね。それと、私厚生女学院のほうに講義にいつておりますが、やはり保健婦のほうがそういう機会に看護婦以上に勉強をある程度してきておりますから、実際問題として、いまのような養成をしてゆく場合に保健婦を養成してゆくほうがらくだと思います。ただ個人的な能力だとかなんかもありますから、看護婦を養成することが不可能とは思いませんが、やる場合には保健婦のほうがらくだというふうに思っております。

○ 今後、病院というもののゆき方は、どなたでもご承知になつてはいるのですが、メディカル・センター、ヘルス・センターというふうになりつつあるのですね。それからまた看護婦の視野は非常に狭い、とじ込められておつた世界ですが、保健婦というのは非常に社会というものをよくみつめている。そういう意味でこれをもつと教育すれば優秀な者が出てきます。

私、10年間ばかり保健所に関係したことがありますのでよく体験しておりますけれども、結核の時も不安をもつておつた。しかし結核、乳幼児、母性保護というような面に保健婦がどれだけの努力をしたか。医師ばかりでなく、保健婦の努力が今日の公衆衛生学の進歩発展に寄与しているのです。これからの高校を出て来た者が保健婦としてどんどんやっつけていけば、その能力はあると思います。保健婦の分野というものは精神衛生部面においても、今後は病院において教育するなり、相当の処置費を与えるなりしていけば、ある程度一般大衆の中に入つていつて、早期発見といったようなこと、遅れた農村などに隠れている者も早くみつつけ出してこれを病院に送り込む、という非常に広い仕事があると思います。

それからまたアフターケアの問題になれば、病院と絶えず連絡をとつてやっつけていける、その保健婦は地域でもつて非常に家庭に滲透しておりますから、保健婦のことをよく聞くのです。なんでも相談します。そういう人が家庭とよく連絡をとつて、退院してきた者を病院とよく連絡して、もしこれが再発したり、家庭環境が非常に悪かつたり、病者を刺激するような不良な環境における場合、ある程度の知識をもつておればこれを防ぐことができます。よくよくなればすぐに病院と連絡して医師の診断をおおぐ、そして入院させるなりすることができます。私は保健婦の仕事はアフターケアの問題においても早期発見の面においても、病院との連絡などで非常に役に立つと思います。保健婦をあまり過少評価することは非常に危険だと思います。

高木 さつきおつしやつたあとのほうの問題2つで、ナンか行動面があまり重んじられているんじゃないか、もつと医者のな立場を出されてもいいんじゃないかというご発言がありましたが、それについてどなたかのご意見ありましたらどうぞ。

○ 林先生におうかがいがいたほうがいいのではないかと思います。先ほど児童相談所の中の診断治療というものと行政措置と2つに分かれた時に、感覚としては診断治療の立場から行政措置をとればよいという考え方はよくわかると思います。ところが現実の問題として、児童相談所は児童福祉法にもとづいて設置されていて、その運営というものの一部を児童相談所が兼ねていると

いうことで、大きい流れはやはり児童福祉法というものの行政措置が表面に出てきます。その中で児童相談所という1つの面に限れば、治療診断が重要視されるであろうけれども、流れの面においては児童福祉法という行政措置のほうが大きいのではないかと。そういう面で行政的な感覚との間に差といいますか、問題といつたものが残されているような気がいたします。

林 児童福祉法による行政措置というのは非常に広いわけですが、その中で児童相談所長が権限を委任されている行政措置というものは、結局全体の中の一部になるわけです。私たちは児童相談所で仕事をしているわけですから、それについてだけいま考えているのですが、その場合にも結局、児童相談所の中だけにおいても行政措置ということが児童相談所の目的になつておるという考え方に対して改めてゆきたいということを申し上げたわけです。児童相談所長に権限を委任されて以来、行政措置についてはちよつといまのところ私も考えていないわけなんです。

○ だから僕の考えでは、制度化しておいたほうがより今後の精神衛生の動きにいいのではないかと。診断治療というものをなんかの形で制度化した要素をもたせられないだろうか、というふうに考えるわけです。

林 その点で先ほど児童相談所の中の行政措置を3つ申し上げたのですが、その中に、児童福祉法というケースワーカーに指導させるという行政措置があるわけです。それを私実は2～3日前三谷さんが厚生省に行つた時にもですね。児童福祉法を全面的に改正するという考え方が強くありまして、それと一緒に、あるいは私の気持としてはそれより先に判定員に治療させるということをごそに入れることを主張しておりましたし、厚生省の案に大体そういうことは入ることになると思うのです。そういう点で判定員の診断治療ということ、ハッキリ相談所の業務として強く打ち出してゆきたいということを考えているわけです。

○ そういう点で考えられるのは、児童福祉法といわゆる PSW との関係ということが非常に密接な意味をもつてくるような気がするんですが、現在の段階ではどうですか。

林 これは一部の児童相談所かと思いますが、判定の中にできれば PSW をおいて、そこでハッキリした形のチームを作つてゆきたい。それから児童福祉法を、先ほどの保健婦の問題と同じように、なんとかわれわれが訓練していつて精神衛生に対しての考え方をだんだん身につけていかせる、ということも現在でも考えているわけです。

○ 児童福祉というものの考え方なんですがね、これは戦後の言葉でして、昔の子供というものに対する考え方は児童保護——要するに「弱者を救う」という考え方でやつてきたのです。これは一般にもチャイルド・ウエルフェア—というふうな考えられると思うんですけども、ウエルフェア—サービスというのは、結局、健康な生活を保障する、あるいはより健康にするというふうに変つてきているので、児童福祉法にもそういうふうなうたつていると思います。従いまして、児童の福祉をはかることを中心とする各班の問題、これはおそらくすべてに関連する問題だと思いますが、非常に間口が広いのです。それからいまの職員の問題ですけども、PSW を

もしとるにしても、昨日もちよつと出ましたけれども、現在クリニカル・サイコロジストのデスクは児童福祉法で決められているわけですが、PSW のほうのデスク現状は実際には決められていません。むしろこれに準ずるものが当っている。実際、東京あたりのアレをみますと、一般行政職の試験を通らなければ、いくら優秀な PSW であつても行政機関の職員になれないんですね。結局クリニカル・サイコロジストは技術屋として特別なワクの中で採用してもらっているけれども、ケースワーカー、児童福祉司にしてもあるいは相談員にしても、みんな一般行政職の試験（役人の試験ですが）を通つてこななければそれになれないのです。そこらへんにむしろ隘路があるのであつて、何が必要であるかというよりも、どういう試験に通つた者がいるかということが当分の間解消されないのではないかと思うんです。

○ 児童福祉司なんか明らかに児童福祉法にうたわれていますね。だから同じような形で、もし、CP にしても PSW にしても児童相談に必要な人員だということがうたえられれば、児童相談所で扱えるということになると思うんです。

○ 児童相談所長の資格は福祉法にはうたつてあるんですか。

○ はい、所長の資格ですか、あすこのところで判定云々をうたつてあるわけですが、歴史的な発展をみてみますと、児童相談所が初めに出来ます時に、現場というので大体役所の中で格付けが低かつたわけです。ことに民生関係の現場は。それで何かを拠点として相談所の格を上げようかというので、児童福祉司を狙つたわけです。2 級官というと昔の高等官ですが、2 級官でなければ児童福祉司になれないとして児童福祉司を高くして、それを使いこなすものとして児童相談所をその上に築きあげようとした。ところが役人でもつて埋めちやつたものですから、俺は 2 級官であつて児童相談所より上なんだというので分裂しちやつたわけです。そこらへんで行政的な計画が齟齬をきたしたのであつて、うたわれている点では児童福祉司であつてもケースワーカーであつても判定員であつても、法律の中でのうたわれ方にはそれほど違いはないのです。むしろ相談所の格付けをする計画が失敗した、そういう結果が現在なのではないかと思ひます。

高木 まだいろいろあると思ひますけれども、食事が用意してありますので、1時から5時まで討議一応休憩いたしまして、あと6時半から懇親会をいたします。

集 団 討 議 (第1グループ)

高木 先ほどいろいろなお話が出ましたが、例えば岩谷さんからは精神衛生相談所では件数を上げろということをお願いすること。それから名古屋市内では児童を扱う施設が7箇所あり、互いに1つにまともでないものかというようなお話。また児童相談所との関連については、扱い方に差があるのではないかと。つまり精神衛生相談所のほうでは保健だとか予防だとかに重点があり、児童相談所は問題児の処理ということが主ではないだろうか。そういうようなお話がありました。それから新井さんからは、反対につとめてケースを増やさないようにしている。特長は7才以前が多いということ。問題は子供の量よりも質の問題だということ。それから職員の質の問題。PSW がいない。それからチャイルド・サイキアトリストがいない。林さんからは児童相談所の内容についてのご説明がありまして、児童相談所でもつと医学というものを打出す方法がないものだろうか。従来行政措置が優先するというような考え方が強かつたんだがということ。それから児童相談所では通所治療が困難なケースが多い。現在収容治療施設の計画をしているということ。従来は児童福祉司が単独で処理していることが多かつたが、それをチームワークということでだんだん増えてきているというお話。それから最後に佐藤さんからは児童相談所と精神衛生相談所が一緒になつていますが、それは結果的にはかえつてよかつた。それからその特長として、児童相談所から一方交通で子供がくる。その他移動クリニックをやつている。そのクリニックで扱うケースの特長といつたような問題。まア、そんなことを、まず話題の出発点としてゆきたいと思います。

○ 先き程のケースの数の問題ですが、児童相談所ではさき程の新井先生もいわれたように、ケースを選択的にやるということは非常に大きな問題があるわけです。それでも現状では私たち一応クリニック・ケースといつておりますけれども、多少とも治療の可能性のあるケースや判定員が中心になつて扱うようなケースのほうがやりよい。これはアポイントシステムをとつてある程度制限してやつております。ところが實際上、児童相談所全体としての仕事のウェイトというのは、やはり従来から扱つております通告されてくるケースの方が数では圧倒的に多いわけです。それはどうしてもなんかの形で処理しないと行政的にけりがつかないのです。そのウェイトが重すぎるのが現在の仕来を困難にしている一つの理由です。そういう点が多少違うのではないかと。

○ 少ないほうがいいか悪いかは別問題なんですけれども、いま林先生のいわれたように、ケースを選択することができないということですね。というのは語弊があるかもしれませんが、ことわるということなんです。あるいは児童相談所に任す場合、措置児童、そのほか精薄の一部。それからできないということはソーシャル・ワーカーが専任が1人しかいないということで、これは必然的にそうなつてきてしまう。児童相談所のように7~8人おります場合と違つて、専任のPSWが1人しかいないと、初めから選択せざるを得ない。してもよいという2つのことがあるのです。

○ これは林先生がおつしやつたように、拒めないということと、もう一つは他所の機関との関連ですが、これが違った意味で関係してくると思います。相談所をバック・アップしてくれる。これは精神衛生相談所にしてもそうだと思いますが、バック・アップしてくれるか、あるいは掃きだめみたいにして使われるか。それによつてお客さんの質が大分変つてくるようです。それから、いまケースワーカーが多いとはおつしやつたんですけれども、東京なんかの場合1人の児童福祉司が1月にもつている手持のケースが100件以上ある。これで大体、人が豊富であるといえるかどうか一応想像がつくと思うんですけれども……。

○ 絶対的には。……

○ 大体、人口10万につき1人という基準は出ておりますけれども、東京の場合18万人に1人ぐらいですね。

○ 先生のところでは？

林 はじめにいました10万から12,3万に1人置けば全国で800くらいいなければならないのが、400人ぐらいしかいないわけですから、ほとんどその倍近くのケースをもつているわけです。ですからよく「ケースワーカーでなくてケース・ワーカーだ」といわれる。とにかく若い者でないとい体もたない、なにをさせているのかわからない状態になつています。

○ 私の感じでは、児童相談所で子供を扱うのに高木先生がおつしやつた困難を感じているのではないか、取扱い上云々というのは、むしろそういうシステムができていない未分化のために協力が得られない。これが単に相談所の中だけでなく外の問題だとか、そういうふうなことがはいつていることが、より大きいというように感じるんですが。

○ 例えば通学している子供でプロブレム・ビヘイビアをもつている。そうすると学校のほうは相談所でどうにかならないか。どうにかなつたらもう1回来てもいいけれど、それまでは相談所のほうへすつかりお任せするというふうな形でもつてこられる。実際に扱いにくいというのは子供を扱うことよりも、その子供の治療、例えばそれをすすめて行くとき学校のほうから送りにくくなつちやつているということが、非常に扱いにくい感がするのですね。セラピー以前のそういう問題が感じられます。

高木 それだけ沢山の子供を扱つて、一体取扱いの効果という点ではどうですか。

○ やつぱり効果を上げるためにはそういうあり方では無理だ。もう一つは、治療が不可能といつてしまえば語弊があるかもしれませんが、はじめからやつても非常にむずかしいだろう。非常に長期かかるだろうというのがかなり多いわけです。そういう考え方を公にいうことは問題があるかもしれないけれども、そういうものは一応匙を投げておいて、もう少し前の段階でやれば効果が期待できるものに手を伸ばしたほうがいいのではないかと、という気も最近しているわけです。例えば兄弟でそういう問題があつた場合、上のほうはわれわれ考えても無理で下のほうはいまならできるといふ場合、下の弟をなんとか救つてやつたほうがいいのではないかと。そういうつきつ

めた気持になることもあります。

高木 私よく、児童相談所の人に、1,000例扱って999人効果がないよりは、100例扱って99人効果をあげたほうがいいんじゃないかというんですがね。いまの相談所はただ数だけあげれば成績が上がると、上のほうからもそういつている。

○ それは行政官庁のとして宿命みたいなものだと思うのですが、やり方としてはそういうほうが要領よく点教をかせいにおいて、それにあまりこちらとしては労力をとられないようにしていこう、というようなことしか現状では工夫の余地がないわけです。

高木 新井さんのほうはあまりそういうことはいわれぬのですか。

○ はじめの2年ばかりはちょうどそういうことがありました。例えば新聞にでると非常に沢山くる、そうすると断わるわけにもいかないというのでちよつと困つたことがあります。それは約2年間ぐらいで、その後精薄関係の手をつなぐ親の会なんか相当PRができたりなんかしたり、そういう点は考えなければいけないということになつてきて、だんだんスペシファイされたというか、専門分化された。われわれのクリニックは大体こんなものを扱うところなのだ、というふうに……。特に仙台市内が対象ですから、一般の人がそういうふうに考えてきてあまり断わる必要がなくなつた。大人のこともはじめの1年ぐらいの間は、もちろん放り出す意味でなくて連絡をするんですが、連絡をするにしてもちよつと心苦しい点があつたが、最近になつてくるともう来る人がない。来るということは、ここはこういうクリニックがある、来たほうがいいんだと選択されてきている。仙台という比較的小さい都市でわりあい徹底しやすいのかもしれない。

高木 まあ精神衛生相談所のほうはなにかさういつた親しみやすい感じがしますね。児童相談所のほうに来るケースで、精神衛生相談所やその他の児童相談施設にまわせるようなのはどのぐらいありますか。まわしてもさしつかえないというのは。

○ まわせるということは児童相談所でやつてもできるんだけどということですか。

高木 そうです。

○ 昨年の数字ですと、大体が3分の1の判定ですから、これの20%ですから大体400前後がそういう対称になつております。

高木 ほかにまわせる……？。

○ そうです。

高木 それだけまわしたらケースの負担が減りませんか。

○ 私たちの気持としてはそれをまわしちやうと、児童相談所に私達いなくともいいようになる気がします。

○ その場合、児童相談所で扱うべきだけれどもまわすという場合と、児童相談所で扱えるけれどもまわすというのではだいぶ違つてくると思うのですね。それからもう1つ精神衛生相談所で扱つていただきたいもの、こういうものもたしかにあると思うんです。まあ、事実おねがいする

のもありますし。

高木 例えはそれはどういう……？

○ 例えはてんかんとか、一番直接的なのは病院に入院させたいもの。こういうものは東京なんかの場合、精神衛生法の鑑定をとらなければ、生活保護法で入院させてもらえませんから、そういう形でもつててんかんとか自殺企図、これは一時保護所の職員がサービスできない、する能力がないということから、そういうものを措置の方へまわす。

高木 まあてんかんのようなものは、単純なてんかんはまわしても児童相談所はいいわけですね。

○ そういう意味で現在ほかの機関に紹介する場合がありますが、狭義の医学的治療を必要とするようなものは全面的にやる。それから逆にいわゆる教育相談の形でできても、ただ智能検査してほしいといったものは教育研究所の相談のほうにまわします。それからさつきちよつといいました、いろんな治療的な扱いをしてゆく必要があるとしても、それほど専門的な人がタッチしなくともいいという程度であれば、YMCA のグループワークに参加させるとか、そういうふうな意味で社会資源の利用はしておるわけなんです。

高木 この間、私、横浜の精神衛生相談所でこういう経験をしました。てんかんの子供でビヘービヤの問題をもつております。その子供は大学に通つてくすりを貰っている。大学のほうではビヘービヤの問題は取扱っていない。ただくすりだけいただいでくる。そこで精神衛生相談所のほうへ通わせて、そこでプレイ・セラピーをやる。このへんに大学精神医学の欠陥があると思います。

○ われわれのほうでは発作がなくなつても、或はその親のほうのメンタルな問題ですか、あるいはビヘービヤに対する処置をやります。それを大学では沢山来ているので結局発作がなくなれば後、それで中断してしまふ。問題を解決してしまつてないんで、われわれのほうでやつたほうがいいというので、てんかんをかなり入れております。CP なんかも一部そういう意味でわれわれのところやつております。元来は病院でやつてもかまわないし、それが普通なのかもしれませんけれども、むしろ親や当人としてはメンタルな問題の治療が大事な場合がある。

○ ちよつと教えていただきたいのですが、児童相談所へまわすべきだというものを決めたほうがいいのか、決めることができないのか。すべきであるとすればどういうものをまわしたほうがいいのか、ということですが。

○ それは先生、逆に精神衛生相談所にどういうものをまわしたらいいか……。

○ 例えは措置児童なんかであれば私たち措置できない、児童相談所でやる。ところがわれわれのほうではちよつとまた性格が違います。地域社会の特色なのかもしれませんけれども、児童相談所のほうの判定部が、最近教育相談が比較的多い。そういうものをやりたいという希望がある。というと、同じような例を両方でなにかやつている。で、もちろんああいうところですから児童相談所をまわつてもよく治らない。われわれのほうでもよくなるので国立病院に行く。国立病院か

ら児童相談所、児童相談所からまたわれわれのほうにまわってくる。もちろんソーシャル・ワーカー同士の連絡を密にしているのですが。

○ 両方で同じようなケースを取扱うということが必然的にできちやつたわけですか。

○ 新井先生が地域社会からの要望で精神衛生相談所が扱わなければならないとおつしやいましたけれども、これは先ほど林所長のお話の中で問題別にお挙げになつていらつしやつて、健全育成の前に非行直報の問題が出てきましたが、非行直報の問題というのはたいてい行政的に予防措置のほうから取上げられる傾向があります。警察が非常に強くなりまして、児童相談所にも通告が3分の1あります。数をみてみますと、昨年度で16,000人の相談ケースのうち3分の1が警察からの通告です。これは波をみてみますと検挙コンクールだとか、ああいうものが起ると問題がどつと多くなります。それからこの前、議事堂を取り囲んだことがありましたね。あの時はお巡りさんがみんな動員されまして非行少年の検挙がぐつと減つたんです。そういうような法律の伝票でパッパッと放り込まれるという点では、警察が地域社会の代表的な面を果しているとするれば、相談所はそれに相当煽られている。ことに相談所ができました時から考えてみますと、おそらく最初の浮浪児対策からずつときまして、むしろ健全育成相談がその中へ割り込んで少しずつパーセンテージを伸ばしてきた。それはどうなのかという、おそらく先生のほうは年令をわりあい小さいほうに絞つていらつしやるようですけれども、児童相談所のほうでもやはり先生のほうで扱つていらつしやるようなものもおそらく増えてきているのではないかと。実際に扱う年令別をみましても中学前後が一つのピークで、もう一つは小学校の5～6年から中学1～2年ぐらいです。そこらへんが第2の山です。先ほど先生のお話を聞きながら、ああ、この下のほうを先生がおやりになつていらつしやるのかなという感じがしたんです。

○ 両方のピークをうまく処置できている、しかも治療効果を挙げられるならあるいはそれだけの能力があつたら望ましいのではないのでしょうか。

○ それと、もう一つはここには出ていませんけれども、少年鑑別所の問題もあると思います。少年鑑別所では外来相談を受取つてもいいことになつておりますね、少年院法で。いまのところあまり手をお入れになつていらつしやらないが、やはり同じようなサービスをする能力をもつていらつしやるのではないかと。

林 いまの非行児のことですが、私の場合をみますと非常にその傾向が強いわけですが。というのはまだ35年は6カ月分しか整理しておりませんが、32年からの傾向について、どういう経路で相談所に問題が持込まれたかという数字を見ますと、警察関係からの相談が、32年度は、36.3%、33年は38%、34年は43%、35年は46%と、逐年そういうものが増えていきます。極端にいきますなら児童相談所の約半数は警察からの問題です。大阪市では特にこういう傾向が強いのだと思いますが、そういうことで厚生省も予算を非行対策ということでとろう。そしてとつた予算を児童相談所の全体の整備のために使おうというような考えをもつてきているようすけれども、現実にはそう

いうふうになっております。

○ 私のところはね、児童相談所が非常に弱体なせいもあるのですが、非行の問題でお宅のほうに治療をおねがいしたいといつてまわってくるのがあるのです。少しですけれどね。

○ さつき保健所内に併設するよりも、保健所外のほうがいいというご意見、あれにちよつと関係するんじゃないか。おそらく保健所内にあると、いまのような通告があつて、かなり語弊があるかもしれませんがけれども圧力がかかる。具体的にいえば、保健所内に併設される場合には保健所長あるいは予防課長の下にある。例えばソーシャルワーカーが専任1人いても、予防課長からいわれると直属のような形でなんとかしなければならぬ。ところがちよつと独立していればその点かなりこちらのほうも強く出られる。いいか悪いかは別問題ですが、精神衛生相談所の側でいえばそのほうがやりやすい、そんな意味が含まれていると思います。

○ そうですね。警察から児童相談所に行き、それから更に精神衛生相談所や保健所にゆく、ということは……。

○ いや、保健所はちよつと関係がないかもしれない。一応独立している。

○ そういう独立した立場というのはたしかにあると思うのです。これは児童ではないのですが、精神衛生相談関係で、おそらく保健所であつたならばもつと多いただろうというケースはありますね。

高木 いま〇〇さんのところはデリンクエンシイだとか、ビヘービァ・プロブレムの中のデリンクエンシイといわれるようなものは相当ありますか。

○ 非常に少なかつたように思います。

高木 盗みだとか学校をずる休みするという、そういうデリンクエンシイの問題。

○ 私のほうはちよつと特殊なんです。児童相談所の嘱託医といつた形でいつておりまして、大部分がこちらが利用されているという形で、行政的な問題からなにからみんな手伝っています。それでちよつと私も面白いし向うも扱いにくいというのを、少しもらつてくるというような形になつております。

高木 あそこの児童相談所は現在精神科の医者がいないのですか。

○ いないんです。

高木 そういう意味であなたを利用されているのですか。

○ ええ、まあそうですね。またその上の色々の機関、学校とか警察なんかには児童相談所が利用されている。さらにこちらが利用されているという形になつているわけです。ですけれども将来はいわゆる健全育成のほうでだんだんパーセントが増えてきまして、例えばプレイ・セラピーなんかもアポイントメントの日がないぐらいにぎゅうぎゅう詰まっています。その分をだんだん精神衛生相談所でやつてくればいい。少なくとも子供は児童相談所で扱つても、親のほうの治療なり指導なりはそちらに別に通うようにしたらいいのではないかという段階にきております。

高木 ○○の児童相談所は現在サイキアトリスはいますか。

○ ええ、××君が。

高木 両方ともサイキアトリストとして、強力な人がいるわけですね。××あたりは精神衛生相談所に医者がいるけれども児童相談所にはいない。

高木 名古屋はどうですか。

○ 市のほうにはたしか市立大から1人行っているはずですが。市のほうとは僕らあんまり関係ないんですが。

高木 そういう地域によつて児童相談所のほうには精神科のえらい先生がいるけれども、精神衛生相談所は非常に弱体で閉店の状態だ。また逆に精神衛生相談所のほうは非常に立派な先生がいるけれども児童相談所にはサイキアトリストがいない。あるいは両方揃っているところもありますし両方だめだということもありましようね。こういうこともかなり影響してくるのではないでしょうか。

○ 私、やはり123の全部の児童相談所をそれだけに整備するということとはできないと思います。そうするとやはり2通りのあり方で、一つはやはり完備したもの、一つはそこまで考えないでやらなければ無理ではないか。

高木 福岡の状況はどうですか。

○ 児童相談所との関係ですか。福岡は皆児童相談所に精神科の医師がおります。私のほうにまいつたので、一応こちらのほうがやつたほうがいいというのは、薬物治療を主としたものであつて、大体、児童相談所のほうにおねがいするようにしているのですけれども、サイキアトリストもいますしケースワーカーもおりますし、大部分の子供は児童相談所にお願して……。

○ ××の場合ですけれども、××先生に圧倒されているという形です。××先生が児童相談所にもよつと顔を出しておつた当時は相当のケースがあつたのですが、大学に帰られた途端に大学のほうの児童相談が多くなつて、ほかのほうがガタッとくるということがありまして(笑声)。非行少年なんかでも僕が大学におつた当時は相当しておつたのですが、××先生がいらつしやらなくなつてからガタガタと少なくなつた。それでなるべく精神衛生相談所のほうに行つてみたいというような……。最近もおそらく多くなつていのではないかと思います。

高木 ある程度は人ですか。

○ やつぱり僕ではいけないんですワ。(笑声)

○ 人であるとする、その人が本当に長くできるような体勢でないとはだめですね。具体的な問題になると待遇の点だとか、比較的研究的な仕事もできるとか、そういう裏付がないとなかなか現状としてはむずかしい。というのは、非常に個人的な問題になるのですが、私が精神衛生相談所の専任であつたならば、かえつて精神衛生相談所で仕事ができないと思います。市の職員になれば選択なんてことが到底できない。必然的に治療効果があつてもなくても無理に引受けなければなら

ない。自分でもどうしても興味が薄れてくる。それに対する待遇はどうしても普通のいわゆるアルツトには及ばない待遇だという条件になると、ほかの方もおそらくそう考えられるのではないかと思います。

○ それはたしかにあると思います。実際のところ、県なんか僕が大学におつた当時のほうがよく待遇してくれるのです。ところが県の職員になると途端にこちらの意見は聞いてくれない。

高木 まアこれは××君なんかもよくいつているのですがね。児童相談所にいくらいても医者を経歴としてはプラスにならない。待遇を与えてくれないということもある。精神衛生相談所もある程度同じことがいえる。

○ ××県の場合、児童相談所のほうから1人頼むと……。ところがその所属のほう为民生部で、所長が医者じゃないと、医者の発言権が非常に弱いといつてみんないかなかつた。それで物凄い条件をつけて週3回パートで出ると、それでいいかといつたら、それでは駄目だというんです。そういうふうなことがあつたのですが。

○ もう一つの問題はいまのクリニックの仕事を中心としてゆく場合はそういうほうがやりやすいし、実際活躍できるんだ。PRの問題なんか、それから地域社会への働きかけということになると、やはり専属で、自分である程度「ウォーカー」にならなければ動きがとれないのではないかと。わはわれのほうでほとんどできないし、していない、というのはそういうことにもあると思います。

○ 昨日もちよつと出たと思いますが、それについては私ちよつと問題があると思います。ということは現状は私率直に認めるのですが、その一つの理由として医者の発言があまりにも現状を無視した発言である場合が多いんですね。もう少し、児童相談所に勤務するのであれば児童福祉司のこともやはり頭に入れて、もう少し福祉司が受入れられるような意見をのべればもつと実現するという場合があると思います。最後にどつちも意見が合わないで、私のほうに持込まれるケースにそういうのがずいぶんあるわけですね。私は自分のポストの関係でやむを得ず、ある程度両方のことが頭に入っているもんですから、それじゃこういう次善の策でこうしたらどうかという、その程度ならそれで結構ですというわけですね。それで結局、両方の意見がうまく合うような方法がかなりあるわけです。ですからやはりそういう点はアルツトの側も多少考えていかなければならない問題があるのではないかと。

高木 この問題に何か意見ありますか。

○ いま林先生がおつしやつたのは、その通りだと思うんですが、昨日の伊藤先生の出された問題で迷つてばつかりいるんですけどもね。結局、医者がいまの児童福祉社でもあるいは精神衛生相談でも、そういう行政機関的なもの、いわゆるサービスのものの中で自分の技術を果すためには、いまもつているものをそのままもつていつてもサービスにならないのではないかと。殊にチームワークなんかを組む場合には、CPを理解しあるいはPSWを理解するといつておりますけれど

も、むしろこつちのもつているものを向うに理解できるように翻訳してもつてゆく。そういう努力が医者側から必要なのではないか。もしそれができていれば林先生のところで行われているように所長さんがわざわざ訳して聞かせなくとも、あるいはその前の段階でいわゆるチームワークというか、お互いの理解ができるのではないかと思います。最近こういうことをやっているドクター連中は社会福祉の言葉も相当使っておりますし、あるいはサイコロジカルな言葉も随分使うようになってきたのも、やはり向う側からの要望と私たち自身の感じた向うに対するサービスとして、こつちのもつているものを向うの言葉で表現しようという形でだんだん機運ができてきたんだと思うんです。まだまだ医者側のほうでそれが足りないのではないか。むしろ一番勉強しているのはケースワーカーだと思うのですがね。

○ それはもつともなご意見です。結局、大学における連中は大学の研究機関の考えをそのままほうぼうにもつていこうとする。そうすると病院に来た途端にとまどつちやうわけだ。それで事務員とぶつかつてみたり看護婦さんとぶつかつてみたりする。それはどこに行つてもそうじゃないでしょうか。

○ その点で一番欠けているのは、私やつぱり社会意識というか、福祉までいかなくともすべて社会意識ということ……。

○ その点につきましては、私どものほうは逆にむしろ悩んでいるわけなんですけれども。と申しますのは、児童の領域は成人の精神医学では判断することができない。それでもなんとかリーダーシップをとらねばならぬというわけで、結局彼らの知識を得るということになる。ことに横文字なんかあまり読まない関係もあるんです。ですけれども、教育学だとか発達だとかそういうようなことから勉強していつたわけです。児童の精神医学という問題に対してどういうふうにやつたらいいか、その方法論がわからない。それで自分の立場を見失つた、ナンカチームワークの犠牲というとおかしいのですが、そういう具合にだんだんなりつつあるのではないかと考えております。児童精神医学というものがどこに基準をおいてどう考えていつたらいいか。いまのところ目標がなくつてどうしたらいいかわからないところがあるんですけれどもお教えねがえたらと思います。

○ 私も同じような悩みがあります。以前、佐藤先生が児童相談所の専任でおられたのですが、その当時に比べて例えばパートでいくということが、新井先生がおつしやつたように、大学からゆくということと同じで、大事にはしてくれませう。例えばケース・カンファレンスなら議長に祭りあげられる。そういつた場合に、つくづく自分は児童精神医学をなんにも知らないと感じましてね、まあ本を読めばいいでしょうけれど、それだけでは足りない……。何か高木先生のところで実習でも受けたいという気がしておりますが。

○ それも私お教えねがいたいのですが、大学で児童精神医学の糧になるようなものを教わつて、それからその応用の領域として児童相談所に出てゆくというのではなくつて、日本では逆に児童相談所へ行つて、そこでまず児童精神医学に類するものを自学自習で勉強しはじめる、その逆な

ゆき方からくる不自然さ……。これは不自然さといつてもやむを得ないと思います。そういうことを現実としてどう解決してゆかなければならないのか、というのは適切な教育者がいないこと、あるいは実習の場がないこと。ある面で児童相談所がそれに相当力を入れることができるんじゃないでしょうか。できるとすればお教えねがいたい。私自身は先ほどお話したように PP なのです。自分の勉強もやはり児童相談所に行つてから切実に感じています。まわり遠く7年も8年もかからなければならず、米国で半年ぐらいでできるわけがない。そんな状態にいつまでいてもいいのか。

高木 お教えねがいたいのではなくて、ここにおられる方々が若い人たちを引張つて教えていかなければいけないんじゃないでしょうか。この間、児童精神医学会の時に堀さんがいろいろ昔の苦心談をされましてね、自分が何年かかかつて積み上げたことを、あとから鷺見さんが来て1年で覚えてしまったという話をされたのですね。われわれは何年間かかかつてまです土台石を積み上げる役を負わされているのではないのでしょうか。

林 私たちが苦勞してきた同ンなじ苦勞をさせないで、もう少しうまく養成する。数の上からも、いまからそんなにかかっているのではとても需要に応じられないから、もう少しそういう方法がハッキリとられてもいいのではないかと、ということだろうと思うのですがね。

○ そういう意味は、児童相談所は教育機関ではないということ、精研のような研究所、あるいは教育研究所なんてところでやる場合と、児童相談所で勉強する場合と、いまでも相当ギャップがある。ある程度まで教育センターというような役割を、児童相談所なり精神衛生相談所なりの仕事として果していかなければならない。

高木 アメリカでチャイルド・ガイタンスクリニクが出来たとき、クリニックばかり増えちやつて人の供給が追つかない。あれはニューヨークのナンとかいいました、名前をちよつと忘れましたが、職員のトレーニングをやつた。そして人を供給している。日本ではやたらに役人が施設ばかり作つて人を供給することをちつとも考えない。

○ 今朝、新井さんが、苦心してPSWを養成されても外にいつてしまうという話をされたのですが、それもやつぱり同ンなじようなことだと思ふんです。私たち自分でそういうのを1人ぐらい作つていつても、その1人じやどうにもならないわけなんで、ナンかそういう養成機関というものをどつかで——どつかでというとナンか虫がいいと言われればそれまでなんですが——現実にナンかそういう方法をとられないと、いわゆる手工業的にあちらこちらで1人、2人養成しているのではどうにもならないのではないかと思うのです。

○ その点ですけれども、結局、私たちが習つてきた医学というのは病院の中で行われている。患者の心構えが違うと思います。患者の期待というか……。それから相談所というものと病院というものに対するペイシェントとクライアントと名前が違うくらいずいぶん違うと思う。そういうものをいまの病院なりあるいは大学のシステムでもつて、相談所に来るような気構えでクライアントを来させるようなことが、はたしてどの程度までできるかということが1つあります。

それからいまの実習の点ですけれども、これは広い意味で児童相談所というものを1つの社会資源として考えた場合、はたしてベテランを養成するところまでできるかどうか。個人的にやると非常に手工業的になりますけれども、マス・プロダクションでやるんなら児童相談所なりでやれる。ベテランというのはトレーニングされる人のうちのほんのわずかでよいと思います。特に関心をもっているのはご婦人が多い。となると児童相談所が将来のお客さんの種といいますか、将来の利用者をトレーニングする。そういう相談所の地域社会に対するサービスとして相当程度までできるんじゃないかと思います。私は相談所の中では実習というものをそういうふうに考えて進めるようにしているのですが、そう考えればどの程度できるかわかりませんが、やつてやれないことはない。またそれも相談所の仕事として考えてもいいんじゃないかと考えているんですが。

高木 アメリカのチャイルド・ガイダンスクリニックのうちで20カ所か30カ所、クリニック・センターやそういう仕事を兼ねてやつております。

○ 普通実習に来るといいますと、行政機関では人夫という悪いけれども、ニコヨンの代りに使つちやうわけです。これはむしろお客さんであつて継続してやつてくるお客さんだと、しかも現在は問題ないけれども将来の利用者だという形で僕なんか考えているんです。

○ 私ども小使さんを入れて11人、小さな児童相談所では非常勤で行っているわけなんですけど、そこでは児童相談所と言う所では、県のいろんな機関のなかではあんまり格が高くない。そういうところでは福祉司が2人ぐらいしかおりませんから、インタークと言うのは事務員が全部代り合つて順番でしているわけです。それでは1番困りますから、なんとか教育して、なんとか、まちがいなくできるようなところまでもつていきかけると、すぐによそに希望して転勤していらつしやる。それが1番私たちには困るのです。もう少し児童相談所を専門機関として高く評価していただきたい。所長さんなんか大抵、全部行政官でいらつしやるので2～3年してすぐ変る。で、私ども少しずつ所長さんを教育してわかつて下さるようにしていただくと、ああいうところも小し厚生省のほうで熱をもつていただきたいと思います。

高木 これはどこでも聞かされる話ですがね、私厚生省の人たちと話合つていますとね、厚生省自身はもう最初から児童相談所というものを、チャイルド・ガイダンスクリニックにもつてゆこうという計画をもっている。ところがなかなか厚生省の思い通りにならない。やつぱり府県の当事者の考えをなんとかして切りかえるということが大事ではないでしょうか。これは厚生省の役人でもダメですし、私ども個人の力でもダメですし、どうしたらいいか。

○ それは私考えますと、いまの現状のままで相談所の格付けを高くする。そうするとそういう高いところには行政官しか来なくなつちやう、逆に。しかも行政官であつてもその人の格は高いけれども、ほかのポジションでは具合が悪いという人がくる、そうなると、それから辞令1本でまた変つて行つちやうということは私もずいぶん経験しているんですけれども、場合によりますと、昔教育した人がまた帰つてくる。辞令1本で向うにゆくけれども、辞令1本でまた帰つてくる。そ

ういう形で少しずつ向上するんじゃないでしょうか。

○ 私はなんだかだんだん老いぼれがたまつて来るような……(笑)

○ それは要するに福祉行政の弱さですね。

○ いまのトレーニングの問題で、PSW や CP のほうは比較的児童相談所やなんかでトレーニングしやすい。非常に大切なのは一番重要であるべきPがチャイルド・サイキアトリーの勉強する場所です。ところが児童相談所で、それを本腰を入れて勉強するPは非常に少ない。一番強力、あるいは主導権を握らなくてはならない人が他に比べて弱体だ。

高木 私のところの実情をお話して教えていただきたいのですが、ご承知のように私5～6年前にWHOでアメリカにやつてもらったのですが、WHOのフェローになつたものは、もともとその国の公衆衛生のレベルを上げるという目的でフェローをとつたり顧問を派遣したしています。しかし、せつかくチャイルド・サイキアトリーを勉強をして帰つてきましても、それぞれ利用はしていただいているのですが、私のところに研究生として見習いに来る人がある。医者ほとんど来ないのです。来るのは多くがCPかPSWです。若いお医者さんの中にチャイルド・サイキアトリーをやりたいという人がぼつぼつあるんですけども、やはりどうも自分の教室を離れたくない。ですから私のところではトレーニングを受けた心理学者はどンドンふえてきている、ところがお医者さんはちつともふえてきていない。私、まことにさびしい。これは一体どうしたらいいでしょうか。

○ 私のように地方におりますと、そういうことがあることすらわかりませんが、そういう機会があつたら是非と思つておりましたも、知らないもんですから……。もう少し先生のほうでそういうことをして下さるとずいぶん私ども勉強しやすいと思います。

高木 どうしてPRしたらいいのですか。

○ それはほかの面との関係が非常に重要な意味があると私は思うのです。例えば児童精神医学会というものの強化とか、それから実際に質的にチャイルド・サイキアトリーに勝れた人が出て、その人の仕事が全国に拡がる。結局、個人的な問題がかなり大きい。個人的な能力のある人。ところがそういう人はあまり恵まれない立場で、かなり長い年月をかけなくちゃならないんじゃないか。これは非常に個人的なことになってしまうのですが、私自身大学に非常に長くいて、一応こういう場でいつていいかどうかわからないのですが、アシスタントがプロフェッサーになる可能性があつたとする。ところが、お前はちよつと変つた仕事をしているから、その仕事を専任にやるためにはそんな立場なつちやっいけない、もつと下のほうでやつていたほうがいいだろうという話になつてくるわけです。個人的な話を挙げたのは、おそらくそういう事情が全国各地にある、そういうことが言外に含まれてなかなか本腰をいれてやる人が少ないんじゃないかという意味で、あえて個人的なことをちよつとお話しました。

高木 それと関連しているんですけども、私、チャイルド・サイキアトリーを、例え専門に

やつてもその人の将来は必ずしも保証されない。それなら一般の精神医学をやつていたほうが将来、院長になれるし、あわよくば教授にもなれる。ところがチャイルド・サイキアトリーにはそういうことが全然望めそうもありません。このへんに私は一番大きいウィーク・ポイントがあるのではないかと思います。

○ 何箇所かトレーニングセンターというものが非常に必要ではないかと思う。そしてそこでCPも養成する。

○ しかし、その場合、子供だけを扱つてトレーニングを受ければ、それでいいのかどうか。あるいはサイキアトリストとして大人のブシヨーゼなんかについてもトレーニングを受けて、その上に積み重ねるべきなのか、そんな点はどうなんですか。

高木 まあ、成人の精神医学を何年かやつて、それから児童の領域にだんだん入つてゆくということでしょうね。かたわら大人もやつていくというのでは訓練上弱いと思います。

○ 私それで感じますのは、診断・治療の対象、つまりお客さんに対する問題でなくつて、相談所内のチームワークの上で、成人に慣れておくことが児童を扱うのに相当役に立つような気がするんですがね、いろいろな意味で。

○ それは私自身、一番ウィーク・ポイントだと思つております。成人の精神医学を長年して、それから子供をしたということになしにね。米国ではチャイルドサイキアトリストのトレーニングはどういう風になつているんですか。ある期間、例えば5年間、サイキアトリストの専門、あるいはそれを通つて、それから2年なり3年なりチャイルドサイキアトリストの訓練を、その上にやつてチャイルド・サイキアトリストになるのか、あるいはサイキアトリの訓練のうちにチャイルド・サイキアトリの訓練を初めからうち出すのか。

高木 それは大学によつて違うのですが、全国的に一つの基準があるのです。それによりますとね、チャイルド・サイキアトリストになるにははじめ2年間、一般の精神医学、それからチャイルド・サイキアトリ、その年限は一般のサイキアトリストより短かいのです。

○ これは別のことですけれども、サイキアトリカル・オリエンテッド・ベデアトリシャン、これは小児科医の教育をして、それから2年間チャイルド・サイキアトリストについて専門に勉強する。しかしこれはチャイルド・サイキアトリストでなくてベデアトリシャンなんです。ですけれどもサイキアトリカル・オリエンテッド・ベデアトリシャンは専門的にそういう名前としてうちだせるかどうかは私は知らない。これはその次の段階の問題なのかもしれない。日本ではある程度まで我々のような不完全型のようなもので仕方ないと思います。

高木 チャイルド・サイキアトリで開業出来るようになればまた違うでしょう。いまわれわれは子供を専門に開業してもメシを食えない。

○ クリニカル・サイコロジストが子供を目当てに開業しているのではないですか、東京都では。ことに精神衛生法で精神衛生相談の名前を一般に解放しましたね。あれからサイコロジストが

精神衛生相談の看板を掲げて、保健にはしばられない……。

高木 あれは聞いてみると大部分は教育相談だそうですね。つまり学校に入るから知能検査をしてくれというので、どんどんやつている。

○ もつとも検査あたりでやめておかないと儲けがなくなってしまうと思うんです。(笑声)

○ 世間の需要はあるんでしょうか。

○ 需要はあるんですね。つまり全然広告しないでも、どこからか伝え聞いてくるのか、最近では直接やつて来るんです。全然 PR しない。この間わたしのところの看板を盗まれて、そのまままなんです。小さな紙を貼つてやつているのですが、看板なんか無くてもいいように思っているのですけれども、自然に来るんで。

○ しかし、その場合、何回か継続して治療しなければならない。そういうケースを持ちだしたらそう沢山は持てないですね。果してそれでメンが食えるかということが問題だと思うんです。

○ メンは食えない……。 (笑声)

高木 アメリカのようにね、1時間10ドルとか20ドルとか……。 (笑)

○ 精神科の医者の中から、そういう人を養成するのが必要ですけれども。

○ ただ一般的にいうと、どうも小児科の医者というものはソマテカリ・オリエンテッドで、このことは若い医者のほうが切実に感じている。一番困るのは大学の教授です。そこがダメなんで結局トレーニングがどうにもうまくいかない。最近、小児精神神経学研究会というのを始めたのもその盛り上がりは実は若いほうで、いわゆるボスといわれているような大学の教授はまずちよつと理解もできないし敬遠される。おそらくどこの教室でも大部分の若い人はやりたい気持はあつても上から抑えられ、あるいは自分の将来が非常に暗くなるということでやれないという状態だと思います。

○ 現実に患者が相当増えていますね。教授も関心をもたざるを得ない状態になつてきている。

○ 数カ所では、上のほうから積極的なところがあります。しかしむしろ全体的にみると例外なんです。

○ 関心をもつてやつてきても何ケースかをぞんざいに扱われたら、やつぱり来なくなるのではないのでしょうか。だからどつさり来るというのは、やはりそれだけいいサービスしているんだと思う。

○ 大阪の市内の一つの保健所ですが、そこに勤めている女医さんが小児科の医者で、この人が保健所で色々な保健相談をしている。そのクラブの中に相談所で扱っているような訴えを持った子供が出てきている。そういうことを少し保健所でもしなければいけないということを相談にきまして、一緒にやりました。そして半年位の間にケースばかり集めて座談会をしようといつたのですが、そういう人は大阪では1人なんですけれども、多少はそういう人が出てくるのではないかと

思うんです。そこでやはり保健所で扱えないようなケースであれば児童相談所に紹介する。そういうルートができてくればわたしは本当にいいんではないかと思います。先ほどもちよつとお話がありましたように、ただ熱心だとか顔がきくということだけでは、非常に怖いと思うんですね。その人が動けばお終いなんです。

高木 大学の神経科のほうにも問題行動の患者が増えてきていますよね。実際にはどういうふうに扱っているのかわかりませんが。ただどもそういう刺激で関心をもつ人が増えてきたのは事実ですね。

○ その場合に、やはり適切な指導者がいないということが一番痛なんです。結局、自分自身で勝手なことをやる危険が多くなってくる。

○ 同んなじような問題のこどもを大学に通わせて精神科と小児科と協同でプレイ・ルームをもっていますからそこで扱うし、地理その他の関係で児童相談所からも来ます。ところが大学へ来るのは長つづきをするけれど児童相談所へ来るのは長つづきしないのです。これはどういうふうな関係なんでしょうか。同んなじふうに扱っていて設備も大して変わらないと思うんですが。ナンカやはり来る子供の親の心がまえというものがちがつてくるんでしょうか。

高木 大学の方に権威を感じているんでしょうか。

○ われわれのほうもそういう感じをもつんです。大学が人的にもとぼしくつてサービスも悪くて、本当の仕事をしていないのに大学に行く。これは××地方のずつと農村のほうからでも、ただ大学という名前だけで集まってくる。東京だとか大阪というところとはちよつと違うところが相当あるんじゃないですか。

○ 僕の方でもやつぱり大学のほうに来たがるんです。

○ 一つはそういう聞えとね、それから私、病院の生活と比べて一番困難を感じますのは、ただでお客さんを引ツ張るということはむずかしいということですね。しかもこつちが医者らしくふるまわないで引ツ張ってくる。そういうことを私ども実際、病院あたりでは全然感じないのですが、外に出て非常に感じます。

○ お金をとるという場合に、その点になんかあるような気がします。

○ この点、成人の場合も子供の場合もそうですが、プラセボでもいいからくすりをやつておいて引ツ張ってくるのですよね。全然くすりをやらないでサイコセラピーをやつて引ツ張ってくるのはむずかしい。子供の場合なんか、例えばてんかんの子供なんかなんとか治るくすりをあげて、今度はサイコセラピーに移るととたんに来なくなる。

○ てんかんなんか処方箋で追ッ払おうと思つても……。

○ いままで、やつぱりサイコセラピーといつていても、そこになんか権威的な態度がある。それが治療効果として存在しているならばそれはあつてもいいと思うんですけども。

○ こつちはそういうふうに振るまうつもりはなくつても患者の方がそうで……。

高木 どうもいろいろ悲観論で。これをどう打開してゆくのが一番望ましいか。

○ これはまだ実現するかどうかわからないのですが、大阪の市内にいろいろなそういう相談機関があるのですが、極端にいますと、そういう相談機関同士でもお互いの性格さえ充分に知らない。せめてそういう問題を無くそうというので、まだ3回集まつただけですけれども、その中でもう少しお互いにどういうケースを扱っているのかということでも話し合い、最初にどつかに行けば全部そういうことが集められていてカードがある。そういうふうなものでもなんとかできないだろうか、というので、幸いに大阪の場合には少年補導協会という財団がございまして、そこがもしスポンサーになれば、市内のあらゆる相談機関で扱ったもののカードが全部1カ所そこに行けばわかるというふうなものでも作つて、一度どういう問題をどこが扱っているのかということ进行分析してみようではないか、というふうなことを、こんど出てくる前に話合っておつたのですけれども社会事業のほうでソーシャル・サービス・エクステンジというのがありますが、そういうふうな形で児童相談機関の扱っているケースを集めて、まずそこを出発点に考えてみようではないか、ということをおつたと話しておつたのです。金がかかるのでできるかできないかは別ですけれども。

高木 東京でもまだそこまでととのつたものではないけれども、教育相談連絡協議会というのができておまして都下の関係施設の者が一応全部集つています。

○ いままで集まつても、例えばナンカ所長だけ集まつてそのまま別れてしまうとか、そういうふうな事務連絡的な会合はあつてもちつとも成果が出てこないものですから、そういう扱っているケースを集めてみるだけでも、それで一つ形ができるのではないかとこの間話しておつたわけですけれども。

○ その場合ちよつと危険なのは、林先生が所長でいらつしやるから、そういういわゆる偉い人たちが集まることができる。そうでない場合にはかえつてそれは危険だと思うんです。例えば××で、各警察署ごとに補導連絡会というのがありますね。そこは警察単位です。これは青少年問題協議会が作つておりますが、民生委員、児童福祉司、保護司、それから学校の先生、それから警察で、ほとんど警察が予算をとつて警察がサービスする。そこではお互いに素人だといつていいと思うのですが、一応専門家と目されている素人が集まつて、それでああでもないこうでもないというように地域の傷を突つきつこしてお互い同士で押しつけつこしている、そういう形になつてしまふのではないかと思うんです。

○ いまのお話ですすね、できれば IBM を使つてそういう一定のカードでも、各相談機関がどういう問題を扱っているかを集計してみようではないか、そんなふうなことを考えております。

○ そうすると、まずそれはそういう集計を記録のような形で残して誰にでもわかるようにするというので、別に懇談会とかなんとかを。

○ そういうのじゃないんです。まずお互いに、そんな中で簡単な統計はしよつちゆう出して

おつても、大阪市全体でどんな問題がどれぐらいあるのか、どこでそういう問題を扱っているのかということもわからないわけなんです。ですからそういう基礎的なデータを一度出してみようではないか。それによつて今後どういうふうな動きをとつたらいいかということをも多少考えられるのではないか、ということをお話つたわけです。

○ それからもう一つは児童相談所と保健所などは身体的なものと教育の診断とか、そういうものでは連絡がついている。学校の養護指導などでも、結局健康診断ということでは連絡がついている。実際に個々ばらばらです。末端の実際働く人たちがみんなばらばらですが、その問題ではやはり一つの官庁の中で社会に対してそれぞれ必要な資料を集め、そこに研究する連絡会みたいなものを作れば非常にいいと思う。そこのポスト、ポストの長が扱うのではなくて、実際にやつているケースワーカーというような人たちが集まる研究機関を組織して、横の連絡をつける。お互いの持つべき役割を……。

○ いま高木先生のおつしやつた、東京都教育相談連絡協議会ですか、これは大体東京都の中は各区市毎に教育委員会がある。それが教育相談室というものを持つのが流行つてきた。それを都でもつて統合したい、トレーニングをやりたい。で、東京都の教育相談所の教育室が主催しましてそれに各大学の研究室でやつている相談室を入れて。それから児童相談所にも呼び掛けて、それでそういう協議会を作つた。これは毎月もたれてはいますが、会員の半分ぐらいは小学校の先生、教育相談に興味をもつていらつしやる先生方の集まりです。そこでもやはり矛盾だと思うのですが、初歩的なものをやると不平が出るんです。高いものをやるとむずかしくつてわからない。

○ 残りの半分の中で医者のおつてあるわりあいはどのぐらいですか。

○ 医者は非常に少ないです。精研と私と平井先生と。

○ わたしたちでも、その点、学校の先生とかソーシャル・ワーカー、施設関係の人たちは比較的集りやすいし、呼び掛けると出てくると思う。この点ではやはり医者が一番集まりにくいし、実際問題として一番大切なのは医者ではないかと思つておりますが。われわれのところは仙台でして、小さいんで、問題がずつと簡単といえば簡単ですが、医者だけの集り、しかも相当程度責任のある地位で実際に自分でやつている人たちです。3～4人ぐらいのグループになることがしばしばありますが、数は少なくとも一番大切な活動の一つではないかと思ひます。

高木 教育相談に関連してですね、あつちこつち呼びかけまして、私もその中の一つに入つていきます。行つてみますと相当医学的、専門的な人でなければ扱つてはならないようなケースを抱えてノンデレかなんかをやつている。それをこつちにまわしてくれといつてきたのですが、やつぱり医者がぼやぼやしているからだ……。

○ 特殊教育研究会なんかでいつも感じるのは、非常に専門的知識を要するようなのを学校の先生がただ熱意で、不可能なケースを取扱つて七転八倒している姿ですね。

高木 そろそろ終りたいと思いますが、私、今度は児童精神医学会を中心になつてつくりあげた

のですが、その一つの狙いは、そういう研究の場を持ちたいということと他になんか発言権を持ちたい。あちこち関係方面に、学会の名でいろいろ建議し進言をする。そういう意味もあつたわけですね。いま出ましたことについても皆さんのご意見があるとすればお役に立ちたいと思っております。いろいろな問題が出ましたがそろそろこのへんで終りたいと思います。

○ 小児科の××先生なんかが中心になつて別に学会を……。

高木 あれはね、最初から××さんなんかを通じまして一緒にやりましょうと呼び掛けたんですが、ところがどういふのですかね、いまお話出ましたけれども、大学のプロフェッサーの人がどうも精神科と一緒にやりたくないというような空気が強いものですから……。

○ おうかがいした時は1本になるかもしれませんが……。

高木 ××さん、××さんを理事にお願いしまして、××さんも心よく承知してくれた。ですから将来はだんだんうまくゆくのではないかと思います。

○ 尚早な感じがしたんですが、なんとかしてベデアトリック・サイキアトリストでもいいから養成してゆくということ、一つの苦肉の策でもある。

高木 それではこのグループを打ち切りにして、第2グループと合同の討議にはいたいと思います。

それでは第2グループの討議の様子を加藤さんからお願いします。(児童の第2グループはテープ・レコーダー不備のため録音なし)。

合 同 討 議

(高木グループと加藤グループが一緒になる)

加藤 問題が広がつちやつたもんですから。もし私、落したところがあればご追加ねがいたいのです。最初に問題になりましたのは、精神病院の中の児童病棟の問題で、特にこの中で、児童病棟を大人の中に入れるということの問題と、その中のグループ治療の問題。そこで続いてその家族の扱いですが、特に長期化する傾向にある子供に対してどうしたらいいか。家族がなかなか引きとらない。家族をどうもつていつたらいいか。家族に対するケースワークの問題がそこに出てまいりました。具体的な例がいくつかそこで出たわけではありますが、そこでさらに問題が広がりまして、地域の、例えば社会資源との関係をどうつけてゆくか。どうも日本的な社会資源の問題になりますと、なかなかケースワーカーの個人の努力ではうまくいかない場合が多い。例えば病院長あたりから電話一本で話しがついてしまうが、ケースワーカーが努力してもなかなかむずかしいというような問題がある。これはどうしても地域問題として問題を展開しないと、例えば児童委員との問題などもなかなかつながらない。ことに事業の問題になりますと民生関係にながれてゆくということもあつて、なかなか民生関係とのつながりがむずかしいというような問題。

それからさらには、大人の問題にも関連してまいりますが、施設あるいは救護施設も含めてですが、そこへ送るというような問題がこのごろ注目されているが、こういう点についてどう考えたらいいか、というようなこと。さらにはそれに関連して精神衛生相談所のいろいろなあり方。とくに小さい規模でやつてきましたものがアフターケアの問題も含めて、どういうふうな発展が可能かというところまで問題が展開したわけです。非常に大ざっぱに申し上げましたが。もしたりない処がありましたら追加願います。

高木 私のほうは、まず児童相談所ではケースの選択ができにくいということからお話が始まりまして、数が多いだけでやはり効果をあげることはどうしても困難になつてくるというようなことで、精神衛生相談所では児童相談所にまわしたほうがいいものはありはしないか。それはある、例えばてんかんのようなもの。それから、ただ知能検査をしてもらいたいというようなケースは、大阪でも教育相談所のほうに、というようなお話ができました。そこで一つ私が経験しました問題をお話したんですが。

それはてんかんの子供でビヘービアの問題をもつた子供です。これがある精神衛生相談所でプレイセラピーをやつたんですが、その子供はその最寄りの大学の精神科に通つてくすりをもつた。大学のほうでは、てんかんに対してはただくすりだけやれば医者の仕事はすむと考えている。ビヘービアの問題はちつともかまわない。それを切り離して精神衛生相談所でプレイセラピーをやつた。このへんに大学精神医学の一つのあり方が暗示されていると思うのですが、そういうお話をしました。結局、やはり精神衛生相談所と児童相談所とどちらのほう为重んぜられるかということは、ど

らしてもそれを行う人の問題だろう。しかし有力な人がいても、その人がそこで長続きしないような待遇を受けている、これが問題であるというようなお話になりまして、またそういう施設の中で医者が発言が無視されるというような不満も出ましたが、しかし医者の発言がまた現状を無視するような発言であるというような反省もなされました。やはり医者に一番欠けているのは社会意識である。

それから大学で教わったことを相談所にいつて実際に応用するんじやなくつて、むしろチャイルド・サイカイトリーに関しては現場で、自分の独学で手さぐりで積み上げたものでやつていかなければならない。それが場合によつては、大学に持ち込む逆の方向をたどつてゆく、まことに不自然である。そこからどうしても人を養成する機関が欲しい。どうも精神科の医者がいま弱体である。その弱体な理由は将来の保証がないせいである。トレーニング・センターといつたものが是非ほしい。多くの大学には適当な指導者がいない、というようないろいろなお話がありました。最後には、なんか研究協会のようなものをやるにしても、医者が一番集まりにくい。それから小学校の先生なんか、専門家が扱わなければならぬものをただ熱意だけがかかえて、なんかわけがわからずにやつている例がある。結論は医者が一番封建的だということで終つたわけです。結論らしいものは出なかつたわけです。

高木 で、どういたしましょうか。まあいろいろ話題が出たわけですが、もう1ぺんご一緒になつて討議したら。どなたかごさいませんか。児童精神医学と申しましてもいろんな面がございませぬ。相談所で行われる児童精神医学、あるいは精神病院の児童病棟に必要な児童精神医学、そのほか少年院や鑑別所や、その方面に必要なものがいろいろあると思うのですが。しかし要するに児童精神医学としては1つのものであるはずなのに、これがどうも我国ではまことに弱体である。適当な指導者もないし若い人たちの間では関心をもつて勉強したいという人はあちこちあるようですけれども、どうもトレーニングする適当な施設もない。現在 CP などに比べますと、内容は別といたしましてまことに弱体である。これをどうしていつたらいいだろうか。弱体であるために児童相談所でも精神衛生相談所でも、医者の専門的の立場というものが社会からもどうしても軽く見られがちである、どうしていつたらいいかということでしたね。

○ それのご返答でもナンでもない、逆に質問みたいなことになりますが、児童精神医学はサイカイトリストが一生かかつてやらなければならないほどの龍大なボリュームがあるということですね。そういうことを果してサイカイトリストが理解しているでしょうか、一般的にいつて。例えばカナーの本をみても、乳幼児期の問題行動からデリンクエントに至るまで含まれる。日本ではチャイルド・ガイダンス・サイキアトリー、あるいは一部の乳幼児、そういうふうに限定した断片的な知識をもつ人はあつても、それを総括して自分の一生の仕事としているサイカイトリストがまず非常に少ないのではないか。それだけの特殊領域、サブ・スペシャリティだということは一応わかっているんでしょうか。というのは、片手間仕事でできるというふうに考えている人が普通

だかどうだか。どうでしょうか。

○ 大学の先生ですが指導的立場にある人たちがどうも……。

○ 私、大学に2年ばかりいて精研に来たのですが、従来、大学では一つは大学の精神科のチャイルズ・サイキアトリイというよりも、なんかそういうことに興味をもつてやろうという人がいて、そしてどんな子供が集まってくるかという段階だと思うんですね、大学に関しましては。だからそういう興味のないところにはあまり子供が集まってくれない。従つてそういう必要性をプロフェッサーのほうが全然感じない。ですから何かそういう人が出てくるということがまず第1で、あとは如何にして子供をみるかというフィールドをそこの中に作り出すかということが一つの問題だろうと思うのです。だから新井先生みたいに、色んな段階でいろんなことをやつておられるんだけれども、そういう人たちが何かお互いに相互的な連絡をもつようになれば、小さな子供の問題でも、小児科に来てくれ、あるいは精神科のほうに小児科の人が来てくれとか、あるいは保健婦とか、いろいろな人との話合いやなんかですね。そういうものが活発化してくれば、大学としても黙つていられないというような状態になり、プロフェッサーも意識をもちだすのではないかと。全般的にはまだまだ精神科で扱われる子供は限られておりますし、第一来る者がよほど熱意をもつて、その人のネームバリューかなんかで子供が集まってくるといったような状態にならないというと、ほとんどてんかんと精薄ばかりやつて来る。それが大学の精神科の現状じゃないんでしょうかね。そういうことがあると思うんですけどもね。

○ ただその場合に一番大切なこと、即ち、垣根をとつて話合うとか、あるいは実際にみて経験するとかということが組織上できない？組織というよりも……。

○ 組織じゃないと思うんですよ。人の問題。

○ 人の問題ですね。

○ 僕の場合ですと、××医大には×××教授という有名な人がいる。もう1人××教授という小児科医がいますが、神経科は××教授と同じ病院の中にあるわけです。××教授のほうは、はじめから私と協力的でしてね、そういう点で一緒に話合つたり一緒に子供をみたり、また私のほうで小児科に行つたりしています。それから小児科を通過した子供をみるチャンスがずいぶんあつたわけです。×××先生のほうは病院も離れていましたし、向うはオーソリタティヴだもんですから、そういう点ではあまり協同はできなかつたわけですね。

○ 児童の心の健康というものを地域で考えてゆく時に、いろんな系統が先ほどからの話を聞いておりますとあるわけです。児童相談所、精神衛生相談所、あるいは精神病院の児童の係とかいろいろあるわけです。あるいはもつと大きく考えれば非行については、警察あたりの防犯など関係があるわけですが、そういうものがある一方、誰がそういうもののお互いの関係をもちあつたり、また、ある一人の児童について、その心の衛生を高めるためにどうやつていつたらいいか。そういうことが実際、地域の保健所としては非常に問題があると思うんです。そういうふうな点で何

かみなさんからご示唆がいただければいいと思うのですが、子供という人格を通して、その地域の者がかれの精神衛生についてどういふうにお互いに連繋し保つ上に、誰が指揮をとつて誰が提案し、誰が音頭をとるのか、というふうなことが、結局、必要になつてくるのではないか。そういう点のご示唆がいただければ……。

高木 中心になるのは、やはりチャイルド・サイカイトリストですね。ところが日本ではチャイルド・サイカイトリストの名に価いするような人がほとんどいない。それをどうしていつたらいいだろうかということをお話しよう……。

○ 具体的な例でそういう問題を取扱っているのは、地域社会におきましては社会福祉協議会ではないかと思ひます。そこで問題になるのは一応福祉という面で、あらゆる部面を含んでおります。まあ、いまの問題であれば児童の非行の問題なんかしよつちゆう出ている問題です。そんな点でそこらに働きかけるのが一番具体的ではないかと思ひます。そのリーダーに果して誰になるかというふうなことになりますと、やはり問題がありますから、'なかなか医者関係はリードをとるといふのはむずかしい組織だと思ひます。

で、それともう一つは、社会のニードという問題があると思ひますが、考へた時にナンていいうますか、社会が求めているそういう問題は、特に乳幼児に限りますと、しつけどかそういう問題のニードが高くて、それから大きくなりますと精薄だといつたことです。精神科医たちが考へているニードと、現在のニードとにはずれがある。かえつて心理学とかそういう人たちへのニードのほうが非常に強いわけです。ですからそういう点では現在の精神科医の、お医者さんの考へ方がそちらのほうに移行していかない限り、なにか、うまくやつていけない感じが非常に強い。私第三者からみておりますと、そういう感じを受けます。というのは、現実に保健所なんか、PR する時に直接そういう感じを受けます。

高木 それはたしかにそうですね。私も時々経験するんですが、昔、私どもがやつたおぼえがあるんですが、ビヘービアの問題があつて、大学の精神科に來ます。そうすると医者は O.B. という診断をつけるのです。しかし O.B. じゃないんです。問題があるんです。けどもいままでの古いタイプの精神科の医者が知つているどの病気にも該当しないから O.B. なんです。

横山 先ほどの、誰が問題をいい出すか、取上げるかということで、最初から理想形態を考へてやろうという、そもそも無理があるのではないかと思ひますが、非常にわり切つた考へ方でいいますと、そういう必要性を感じた人が言い出しつ屁になるのだというふうに考へたらどうでしょうか。

○ ところが問題の出どころが實際社会におきましてはそういうふうな社会的な声として上つてくるのはそういう場所だということです。だからその場所におられる方が、實際体験した人が発言されるわけです。だからその時に運営してゆくのは医師ではない。

横山 必ずしもお医者さんが最初に言い出しつ屁でなくともいいと思ひます。ただそれを勝手

におやりになること自体に問題があるわけですね。どんどん勝手な方向にいかれると困るわけですから。そこでやはりチームワークという原則があつたと思うのですが。そういう原則に沿って、やはり現実の問題としては、精神衛生相談所があるなら精神衛生相談所の所長さんが中心になつて、そして各病院と提携してやるということ……。

○ いいのが児童相談所なんですネ。

○ そういうニードから出てくる。

○ だからいわゆる精神衛生相談所とは少し毛色が違つてくる、そのへんの……。

○ そういう場合は児童相談所からそういう活動をやろうという提案が出せるわけですね。例えば精神衛生相談所に向つて、同時に各学校や教育機関や、あるいは社会福祉関係に提案が出てゆくと思うんです。それがナンかいいろいろやられているうちに整理されて、児童精神医学がそこから生まれてくるような気がするんですね。いきなり児童精神医学のわく組みを考えちやつて、それに合わせたものをやろうとすると、現段階では無理があると思います。

○ 茨城県は特殊かもしれませんが児童を扱う機関としては児童相談所と精神衛生相談所と2カ所しかなくつて、先ほどの部会でお話しましたように、だんだん健全育成、その他正常に近い問題で非常にニードが高くなりました。児童相談所のほうはお手上げでだんだんこちらにもきて、もつと手伝つてくれというようなことで、一般の人の認識の程度、ニードはかなり高まつていっていると思いますが、それに対する受け入れ体制ができていない。その受け入れ体制を作るには、先ほどのトレーニング・センターかなんかで——Pの中でそういう人たちを養成するということでしたが——さし当りの段階として、大学なり、あるいは少なくとも都道府県立の病院でそういうものを実際に、とにかく始めていただく。CP や PSW をやとつて、実際にまず始めていただく。そういうニードを直接その病院にいらつしやるお医者さんが、その場面へのぞんで、いろいろ考えたり悩んだり研究されたりしてゆくうちに、だんだん、お医者さん自身の、Pの関心も高くなりますし、できれば興味をおもちになる方もその中から出てくるのではないかと。それにしても、先ほどから指導ができるような医者がいないじゃないかというお話がたびたび、こちらのほうの部会で出ましたけれども、いい加減なことをやるにしても、Pがやるのはまだいいんではないか。先ほどのように、学校の先生が非常にむずかしい問題を抱えるよりは、まだ一応、大人の精神医学を研究された病院の先生なり大学の先生が、そういう必要に応じてとにかくやらなければ、こういう問題を持ち込まれたから処理しなければならぬというふうなごつてもつて、さし当り発足していただく。それには高木先生の児童精神医学会からなんか、要望を出していただくという形で、とにかく始めなければならぬ段階ではないかと思うのですが、如何ですか。

これは茨城のように非常に相談機関が少ないようなところと、東京、大阪のように教育相談所的なものが沢山あるところとは違うかもしれませんが、少なくとも私たちの田舎では、そういう必要性にせまられていると申しますか、これは「精神衛生相談所から精神病院に望む」という

ところでもおねがい申し上げたのですけれども、そういつた方法でとにかく、開店していただく、まず、そつから始めていただくということはいかがでございましょう。

高木 私、1つの提案をしているのですけれどもね、それは全国の大学なり、数カ所でトレーニング・センターを作つて、そこでPということだけでなくCPもPSWも一緒にそこでトレーニングをする。ところが、大学ではなかなか、医者以外の人を置くことがむずかしいというような現状ですね。しかし、それは名古屋大学ですとか九州大学の小児科のように、心理学者やPSWを入れているところがある。要するにその教授の熱意ですね。

○ 大学だけではどういふふうな……。

○ 地方に行きますと、やはり大学のいいところもありますし。

○ 仙台の国立病院ですが、最近、そこで厚生省の費用をとつて小児センターという小児科と、それから精神科ですね。精神科の医者が非常に興味をもっている。そこではPSWそれからCPととれて、何年継続ですか、はじめられた。病院だと比較的やりやすいんじゃないかと思えます。ただやはりその場合にPがそこでトレーニングを受けるということは、やりにくいというところにまだ隘路が出てくる。

高木 それからこの間、児童精神医学会の時にですね、心理学側から出てきたことですが、若い人たちで、まじめに教育相談をやつておられますと、サイキアトリックなケースが非常に多い。だから是非チームが必要だという声が心理学者の側からも出ていますね。これは非常にわれわれにとつて貴重だと思う。しかしそれに応え得るようなサイキアトリストはこれまた非常に少ない。

○ 私その児童相談所の仕事はどういふふうなものかよく知らなかつたりしたものですから……。先ほど途中から来て伺つておられますと、サイキアトリックな、メディカルなものから離れたソーシャルなものが非常に多かつたり、その他でむしろ精神相談所が、児童の精神相談を主になつてやつたほうがいいのではないかと、いふふうな前提でのお話があつたように、私の間違いかもしれませんが、そういうふうにお聞きしたんですが。そのところをですね。私、どちらが本当なのかお聞かせねがえたらと思うんです。と申しますのは、1両年のうちには私共のほうでも独立した精神衛生相談所を作らうと思つておられます。その場合に現在あちこちでやつていらつしやるようなチャイルド・ガイダンス・クリニックのようなものも、精神相談所でやるべきだとすれば、そういう施設を揃えていかなければならぬと思います。私いままで、その部分は児童相談所がおやりになるんだろうと思つて、そういうものを考えない施設を考えていました。建物の予定計画としてはそういうものしか考えていなかつたのですが、これは自分だけの考えでそういうことを考えていたのですが、してるみるとそうでもないようなんです。いかがでしょうか高木先生、やはり将来、精神衛生相談所も児童相談所と一部重複したような仕事をやつてゆく、従つてそのための施設をもつていなければならないということになるのでしょうか。そのところをお話いただけたらと思うのですが。

高木 私は本省のお役人じゃないものですから、国の方針をどうこうということはできないのですけれども、私の感じとしましては、やはり児童専門の施設も当然なければならないし、それから大人も子供も両方扱う施設がなければならないし、また大人だけ扱う施設があつても……。必ずしも画一に考える必要はないと思います。

○ 原則的にはどうですか。各地の事情でも違うでしょうが、原則としてはどういうものが正しい姿だろうかということは私わからないのですけれどもね。

高木 原則的にはですね、メンタル・ヘルスの基礎は、やっぱり子供の時代にあるわけですから、両方扱うのが一番、普通の形ではないでしょうか。

○ 私はいままでは、チャイルド・ガイダンスのほうは児童相談所で扱い、そして精神衛生所がイニシアティブをとつて、児童相談所とかあるいは警察の相談所、あるいは教育相談所、婦人相談所というふうな、あらゆる精神衛生関係の相談機関のイニシアティブをとつた連絡協議会は精神衛生相談所がもつ。そういう連絡機関の中で子供に関するもう1つのグループ。例えば、教育相談所とか児童相談所はもちろんですが、警察の相談所が、非行少年の問題なんかを取上げて、その中で小さな連絡協議会をやつて、特にその子供については、そのグループでやつてゆく。ただ具体的な処理の拠点は児童相談所——そういうふうなシェーマテツェな考え方もつていたのでね。そうするとやはり児童相談所にはその他の里親とか里子とか、あんなふうな仕事が多いんですね。むしろ精神医学的な狭いメディカルの仕事は精神衛生相談所のほうでというふうなお話のようにさつきからお聞きしていたのですが。それであればそういうふうな子供の精神医学的な面は、精神衛生相談所でやつてゆくのがむしろ原則としてもいいのではないか、というふうな気がしたんですが。

○ 先程、高木先生からお話があつたのですけれども、児童相談所、精神衛生相談所というものが各地によつて非常に事情が違いまして、どちらか一方が、かなり整備されているところもあれば、両方整備されているところもある。それからまた両方とも全然ダメだということもあるわけなんです。その場合に、理想的な充分なスタッフをもつたセンターができるのであればこれまた別の問題ですが、その場合に無理に制度の上で、どつか一つにというふうに決めてしまいますと、私の感じではおそらく大きく発展しないと思うんです。現状ではむしろ少しでも児童に関心をもつて、児童を扱う機関があちらこちらに出来て、全体として子供に対する関心が高まつてきて、いつかの時代にそれが大きく発展するのであれば、一つのものにまとまつていく思うのですが。いまの役人のセンスでは、はじめからそういう大きなものができるということは期待できないと思うんです。そうすると制度で一つにしてしまうと、結局小さなものが一つしかできなくなつてしまう。だから大きく将来発展するためには、むしろ今すぐにそういうことを考えるよりも、あちらこちらで多少オーバーラップしても、子供の問題を扱つていつても、それが自然に大きく一つのものにまとまる気運が出てきた時に考えたほうがいいんじゃないかというふうに、私は思っているわけです。

高木 では大体5時になりましたが、このへんで打ち切りましょうか。もし、よろしければこれで一応打ち切りといたします。

あ と が き

精神衛生セミナーの第2日「児童精神医学とその実際活動について」における4人の話題提供者のうち、岩谷清秀氏（愛知県立中央精神衛生相談所）は最も一般的な精神衛生相談所の代表者として、新井清三郎氏（仙台市精神衛生相談所）は小児科医として、また小児の精神衛生問題を専門とするやや特殊な性格の精神衛生相談所の代表者として出演を乞うた。林脩三氏（大阪市中央児童相談所）は数少ない精神科医たる児童相談所長であるが、児童相談所側より参加を乞うたものである。また、宮城県精神衛生相談所は同中央児童相談所内に併設されて所長も双方を兼任し、児童と成人を分担しているが、佐藤愛氏はその双方に関係している人である。

けだし、精神衛生相談所の諸活動のうち、児童を対象とするものは、児童相談所に精神科医が少ない現状にかんがみ、ゆるがせにできぬものである。したがって、精神衛生相談所と児童相談所との関係にはいろいろな問題があろう。それらの問題はここには論じ尽されてはいないが、いくつかのヒントは得られよう。

なお、児童相談所側より大竹太郎氏（東京中央児童相談所）も参加されたことを付記しておく。

（児童精神衛生部長 高木四郎）

第 3 日

「精神病院における治療と精神衛生相談所における相談指導との機能的関係について」

司 会 中 川 四 郎

精神衛生に関する記録

群馬県立高崎療養所

松井好夫

〔I〕緒言

わが国における精神衛生面の活動は、身体衛生面の活動に比べて、非常におくれている。従つて一般民衆の精神衛生に関する知識の低さと無理解なことは、まことに驚くばかりである。

こうした無知から、如何に多くの感情的混乱や不安や犯罪や自殺が生れていることであろう。青少年の不良化にしても、単に法律だけでは、解決されないのである。それは精神衛生の見地から、個人の素質と環境（家庭的、社会的）とに鋭い洞察の眼を向けなければだめである。

実に、精神衛生は人間生活の平和と幸福につながる問題なのである。それ故、高遠な理想による欧米なみのスタッフを揃えての精神衛生活動こそ、われわれの望むところであるが、現在のわが国状では、仲々そこまではずかしいので、先ず何よりも精神衛生教育による啓蒙運動が最も大切であると思う。

この意味から、私は昭和25年以来、ここに重点をおいて、精神衛生活動を行つて来た。すなわち私の仕事は最初保健所における衛生教育に始まり、爾来精神衛生相談、移動クリニック、精神病及び精神衛生的調査等を行つた。これは現在精神病院併設精神衛生相談所において、ひきつづき実施している。次に当時の概況を記してみよう。

〔II〕(1)保健所における精神衛生相談（群馬県立藤岡保健所）

（昭和25年～同33年）

病類別	実数	病類別	実数
分裂病	42	慢性アルコール中毒	2
躁うつ病	6	ナルコレプシー	1
進行麻痺	10	ヒロポン中毒	2
てんかん	23	脊髄癆	1
初老期抑うつ症	1	脳性小児麻痺	1
老人性痴呆	10	小舞踏病	1
老人性精神病（妄想型）	1	神経性嘔吐	1
動脈硬化性精神病	1	粘液水腫	1
神経症	40	夜尿症	1
精神病質	18	どもり	1
精神薄弱	70	物言わぬ子	3

(2) 精神病調査（群馬県多野郡）昭和30年度

(a) 入院患者（153名）

分裂病	93	脳梅毒	1
躁うつ病	4	潜伏梅毒	1
進行麻痺	10	器質性精神病	1
うつ病	5	ヒロポン中毒	1
てんかん	5	神経症	1
心因性精神病	6	精神薄弱	18
老人性精神病	2	精神病質	1
アルコール性精神病	2	計	153名
梅毒性精神病	1	(病名は各精神病院の診断による)	

(b) 在宅患者（151名）

藤岡市	14	美原村	8
新町	6	万場町	24
小野村	4	中里村	1
美土里村	17	上野村	4
三波川村	3	多胡村	7
吉井町	9	八幡村	5
入野村	1	美九里村	3
日野村	4	鬼石町	38
平井村	3	総計（入院及在宅）	304名

(3) 精神衛生教育

私の精神衛生教育は、広範囲に亘り、あらゆる階層に及んだ。しかし主としてその重点を婦人層、特に母親学級、栄養教室、保健婦、養護教諭、保健担当教師らにおいた。各年度別による聴講者数は次の如くである。

25年度	520名	30年度	885名
26年度	760名	31年度	635名
27年度	1,345名	32年度	1,020名
28年度	1,021名	33年度	1,234名
29年度	2,310名	計	9,730名

(4) 精神衛生的調査

(a) 自段に関する調査（自殺の統計的観察）

群馬県における4ヶ年間（昭和23年～26年）の自殺者について、その数、性別、年令別、月別、

手段（年齢と手段、季節と手段）保健所別等を観察した。

i) 性別 4ヶ年間の自殺者総数は1142人であり、男子630、女子512で、男子が幾分多い。これを年次的にみると、男女共に漸増の傾向にある。特に女子において著しい。

ii) 年齢別 自殺者の年齢関係は、20～29才迄が圧倒的に多い。次に多いのは、30～40才、40～50才、50～60才、60～70才までで、この4区間は略々同様な数を示している。15～19才までの数は、この4区間と大差をみとめない。75才以上が少ないのは、そうした高令者の数が少ないのだから、そのうちから出る自殺者の少ないのは当然であろう。

iii) 月別 自殺と季節との関係については、一般に春夏に多く、秋冬に少ないといわれているがここにもその傾向が見られる。即ち、4月～8月までが最も多い。しかし、これは自殺の諸相のうちで最も不規則である。

iv) 手段 自殺の手段は、縊首が最も多く、次で毒物、第3に入水、第4に轢圧である。その他の刃器、銃器、高所飛降等は非常に少ない。なお、ここに注目すべきは、縊首が男子に多く、女子の2倍に相当している。入水は女子に多く、男子の約3倍に当たっている。毒物の使用は、幾分男子に多いが、大差はない。

v) 年齢と手段 年齢と手段との関係を見るに、縊首は中年以後（45～70才）に多く、青年層（20～30才）には、男女共に毒物が多い。また若い女に入水が多く見られる。

vi) 季節と手段 季節と手段との関係には特記すべきものはない。ただ入水が6、7の2ヶ月間に他の月に比して、いくらか多いようである。

vii) 保健所別自殺者数保健所別に見ると、人口に比較して、沼田、渋川、中之条、高崎の4保健所管内の自殺者数が非常に多い。特に沼田及び高崎保健所管内において著しい。これは決してその土地の人々の自殺が多いのではなく、東京その他県外の者が、これらの地域に来て自殺することが多いのである。即ちこれらの地区が自殺に好適な環境をもっているからである。（厚生科学、自抄）

(b) 一農村部落の精神医学的分析

本調査の対象となつた多野郡吉井町池部落は、農業を主なる生業とし、生活程度は他部落に比べて幾分高い。人口は1,014名で、その人口構成はピラミッド型を示し、略健全な状態を呈している。一斉調査により発見された現存の精神異常者は、28名であり、全人口に対する比率は2.76%である。その内狭義の精神病は7名で、後者の全人口に対する割合は0.69%である。これを内容の点から見ると、精神分裂病4、てんかん2、進行麻痺1である。この一斉調査の各精神異常につき、補正疾患発現頻度を求めると、分裂病0.9%、てんかん0.28%、進行麻痺0.38%、精神薄弱2.12%、精神病質0.22%という価が得られた。

なお、遺伝調査の結果、分裂病家系において、母方の叔母に分裂病、祖父に不明の精神病が発見された。また他の一分裂病家系において、姪に分裂病及び母の従同胞にんてんかんが1名見出された。さらに精神薄弱では、白痴の一家系において曾祖父母、祖父母、父母いづれも精神薄弱であり、そ

の同胞5名中3名まで精神薄弱であつた。

血族結婚調査により、10組の従同胞結婚1組の同胞結婚を発見した。しかもその6組において、精神異常者の発現を見ている。また1従同胞結婚において、その子供7名中精神病質者1名、白児3名、粘液水腫1名を出している。

さて、上記の所見より、本部落においては、分裂病、精神薄弱等の疾患頻度が、他部落に比して甚だしく高率であることが注目される。この現象は恐らく永い年月に亘る血族結婚によるものであり、精神衛生上重大な問題であると思う。よつて今後の対策としては、本部落に対する精神衛生教育の必要性が痛感されるわけである。(日本医事新報、自抄)

(c) 一養老院収容者の精神医学的調査

私の調査した養老院収容者を、精神的にみると、真に精神健康者で、やむにやまれぬ不幸な境涯のために入院したというものは、そう多くはないということになる。即ち第一群は精神異常者であり、第二群及び第三群の3分の1ほどの人々は、多少の差こそあれ、精神素質に欠陥のある性格異常者である。

このように、その収容者のなかには、精神病者ばかりでなく、異常精神的な素質をもつてゐるものが、かなり多数存在することがわかつたのである。そこで今後、一般の養老院に生活している人々を観察する場合には、単に貧困とか、孤独とか、死別とか、家庭不和とかいつたような表面的な現象のみにとらわれることなく、もつと深奥な人間精神の探求にまで進まなければならないと思う。

(日本医事新報、自抄)

〔Ⅲ〕 精神病院における治療と精神衛生相談所における相談指導との機能的関係

群馬県立高崎精神病院は、昭和33年9月1日開院、病床数230、現在入院患者数220名である。

精神衛生相談所は、これに併設され、人員構成は、医師1(院長兼務)、外来看護婦1、ケースワーカー1、受附兼書記1、計4名である。相談室は院内において、精神衛生相談室、第二診察室、心理検査室、児童相談室の4室を使用している。

(a) 相談業務

私のところでは外来者がくると、その日の外来担当医師、或は私が面接して、病院で取扱うべきものと、相談所で処置すべきものとをえりわけて、別々のカルテを作成する。そして、相談所関係のものは、各医師との連絡ができていて、全部私がみる。私だけで処理できるものは、そこですませ、諸検査や脳波検査の必要なものは、夫々の担当者に渡して、その結果をまつ。私が両方の長であるため都合がいい。医師も看護婦もよく協力してくれる。なお治療の場合、病院外来ですませられるものは、そこで行ない、入院加療を要するものは、入院をすすめる。この点病院に併設されているためすこぶる便利である。

現在までに取扱つた相談者数は次の通りである。(昭和34年8月～35年12月)

病 類 別	実 数		
分 裂 病	25	慢性アルコール中毒	5
接枝分裂病	1	幼児自閉症	1
躁うつ病	2	小 頭 症	1
退行期憂うつ症	1	脳性小児麻痺	1
神 経 症	14	学校ぎらい	3
森田神経質	6	性的非行	1
精神薄弱	22	ね ぼ け	1
てんかん	8	高血圧症	3
心因反応	2	顔面神経麻痺	1
精神病質	2	そ の 他	19

〔註〕 ここにその他というのは、主として家庭のいざこざ、親と子や嫁と姑の争い、血族結婚、できない子供、等の問題が含まれている。

(b) 精神衛生教育

現在わが国における一般民衆の精神衛生に関する知識は《保健所以前の結核知識》と同様である。それ故、これが普及、啓蒙の教育は最も必要である。それには保健所を中心として、重点的に婦人層特に母親、教師、保健婦、保母らによびかけると同時に、栄養教室、母親学級等を利用することが効果的である。さらにまた、今後の病院の在り方は、medical center であると共に health center でなければならないので、病院自体としても、大いに民衆の精神衛生教育に力をそそがねばならないと思う。この意味において、病院に相談所が併設されることは、運営さえうまく行けば、非常に好都合である。

そこで、われわれは相談所の重要な仕事として、精神衛生教育に鋭意努力しているのである。また実地教育としては、移動クリニックを保健所単位に開いて、精神衛生相談に応じている。

今日まで、短時日ではあるが、私の行つた衛生教育の聴講者数は、昭和34年度において3,363名、昭和35年度において、3,803名である。

なお、精神衛生教育の内容は、総論と各論とに分け、総論においては、精神衛生の意味、精神衛生の基礎となる学問、精神衛生の重要性、精神衛生の目的、脳の話、人間の性格、遺伝問題等を話し、各論においては、乳児、幼児の精神衛生から始めて、学童期、青年期、成人期、老年期等、夫々の時代における精神衛生を述べる。さらに、精神薄弱及び精神病質の予防、青小年の不良化防止、犯罪及自殺の防止、医療看護面における精神衛生的配慮、社会環境の改善、精神障害を来すような原因（アルコール、モルヒネ、ヒロポン等の慢性中毒、梅毒感染）の除去等に及ぶのである。

(c) 保健婦の精神衛生活動

保健婦の公衆衛生活動における顕著な業績は、すでに一般の認めるところである。即ち、結核予防に、乳幼児保護に、母性の健康のために、その働きには素晴らしいものがある。それ故、その実績から見ても、今後の保健婦事業の一環として、その精神衛生活動には、大いに期待すべきものがあると考えらる。

従つて、これを活用するためには、先づ保健婦に対する精神衛生教育を徹底的に行う必要がある。それには精神衛生の根本となる精神医学を最初病院において、看護を中心として体得せしめ、併せて精神衛生思想の涵養を計る。その後訪問指導の実際を教える。

これにより、保健婦の任務として、(1) 精神異常者の早期発見、(2) after-care の指導、(3) 再発防止（家庭及び社会環境の調整）、(4) 病院との連絡、(5) 社会復帰に協力し、その後の就職状態を観察する等の役目を果すことができる。

このようにして、精神衛生専門の保健婦が養成されれば、市町村の保健婦として活動するばかりでなく、特に病院併設の精神衛生相談所における専属の保健婦としての活動分野も開けるわけである。例えば、入院患者のあつた場合相談所保健婦は患者居住地の保健所保健婦（精神衛生担当）に直ちに連絡する。保健所保健婦は、時を移さずこれを患者居住地の市町村保健婦に通知する。市町村保健婦はこれを記録しておいて、当該患者が退院した際（退院時も入院時と同様の経路で通知を受ける）に訪問指導を行なう。これによつて、前述のように、再発防止、アフター・ケア、社会復帰、就職状況等の問題に協力することができるのである。

精神衛生相談所専属保健婦の仕事としては、その他、相談所内においては、医師の助手として働く。即ち、相談者の来訪の目的訴え等の内容を予め所定のカルテに詳細に記入し、医師の相談の場にも立合い、医師の質問に対する相談者の答を記録する役目も果すのである。

IV 結 語

以上私は自分の貧しい経験と皮相的、独断的な意見を述べたのであるが、要は精神衛生活動に情熱を燃やしているからであり、今後のこれが発展に絶大なる期待をよせているからである。そして、それには医師も、保健婦も、看護婦も、小さな殻のなかに閉ちこもることなく、さらに広い視野に立つて、精神衛生活動は、公衆衛生学の一分野であり、強く人間社会とむすびついていることを認識すべきである。

*

*

中川 松井先生は長く保健所長をされていまして、いまのようなお考えも先生のご体験から出たことですが、ご質問ありましたらどうぞ。

○ 相談所の保健婦と病院保健婦との関係はどうか。

松井 理想からいえば精神病院に勤めている看護婦は全部保健婦学校でも出ておつて、そしてやつてくれることが一番都合がいいんですが、病院内部における相談所と、その看護婦の関係というものは、実をいいますとその密接な連絡というものはあまり考えておらなかつたのでござ

いますが、ただいまのご質問のアレから申しますと、たしかに看護婦と、それから相談所の保健婦それから保健所の保健婦、町村保健婦というものの連絡ということでゆきますので、病院内における、例えばその病院から退院した患者でございますね、そういうようなものになりますというと、沢山の保健婦がおりまして、それがみなその病院独自に訪問指導ができるならばアレですが、とてもそういうことは不可能でございますので今のところそういうものは考えておりません。その病院内における相談所のものと、看護婦というものは、その連絡といいますと、どうしても入院患者だけの——いまの状態ゆきますと病棟に入っている看護婦でありますので、それが退院する場合にはもちろん私のほうではできるだけ広い社会的視野を看護婦にもたなければいけないから、そういう意味では医師ももちろんその人が退院する時には看護のことについて十分にその後の問題、再発や何かの防止というようなことを注意しますが、看護婦も自分が今まで看護してきた患者さんに対しては、家庭のものを通じて刺激を与えないようにするというようないろいろ家庭の患者に対する注意が肝要だから、そういう面を強調して各受持った看護婦が全部それを家庭の人に退院の時にいい聞かせるわけです。それと、今度は相談所といいますと、それが退院の時にその看護婦とこの相談所の保健婦との連絡というものをどうしたらいいか。そのところは私まだ考えが及んでおらないのですが、何かいいことがあれば……。

○ 看護婦ぢやなく病院の保健婦です。

松井 病院の保健婦と病院の看護婦との関係ですか。ああ、相談所の保健婦との。病院の保健婦でございますか。それはいまのところ病院の保健婦でなくて相談所の保健婦だけのことを考えておりまして、病院にはただ保健婦の教養をもつた者が必要だと、公衆衛生学を体得した者が必要だというだけで、病院にも保健婦がいい、相談所にも保健婦が必要というそれはまだ考えておりません。

○ あの精神科専門の保健婦というと。

松井 精神科専門ですね、いま高度のものは考えておりません。例えば精神病院に長く勤めて、——もちろん大学病院を出れば高等看護学校を出ておりますから、そういう人たちは一通りは各外来にまわり、そのうち自分が好きで専門にやってみたいというので精神科に入つて来て5年なりいく年でも充分そういう教養を積んだ看護婦、そういう意味なんです。

○ 現在保健所にいる保健婦さんですね、それを教育するというふうには考えておらんですか。

松井 それは考えております。それは徐々に私のほうでもやり、1月1回ぐらい各保健所の保健婦を講習しております。今度はその保健婦を、私の考えでは、泊り込みさせて、実際に患者というものを知ってもらはなければ困りますので、看護の面を体得させるためにいま出しております。

○ 保健所にいる全部の保健婦さんを教育すればなおよいわけでは。

松井 いや、それは私の考えでは、各保健所から全部にできればいいわけですが、なかなか仕掛

の量が多いですからそうできませんから。さつきいつた特定の相談所の保健婦と保健所の保健婦との連絡、そういう意味で保健所に1名ないし2名ぐらいの精神衛生を担当する専門の保健婦というものを養成しよう。そういうわけです。

○ 現在、先生のプランですね。

松井 ええ、まだそこまでいつておりません。それは県のほうでも意気込んでおりますから、やがてできると思います。

○ 問題から外れるかもしれませんが、専門保健婦という制度についてお考えになつてのお話でしょうか、それとも単なる便宜的なお考えの上でのお話なのでしょう。保健婦制度についての考え方をどうぞ。

松井 実を言いますと、私は保健婦の仕事というものを結核や、そのほかずつとみてきておりまして、公衆衛生的に大きな力を尽してきておりますから、これは精神衛生に大いに活動してくれる能力があると思います。しかしま申し上げることは、今までお話のありましたような高度のものを要求することはできない。それは日本の現在のところでは、なかなか厚生省でも予算がこういう方面にとりにくい。日本の政治家の頭というものが外国の政治家に比べて非常に保健衛生に対する感覚がにぶいということでありまして、どうしても現在あるものでなんとか一番うまくやつていくという方法はないかどうか考えるより仕方ない。高度のものは私望んでいません。現在の低い精神衛生思想というものを如何に高めるかというので。ものはすべて一足飛びに高度のものを望めないから、現在ではそういう専門といひましても、もちろん限度がございますけれども、本当の理想をもつた高いものを望んでいる方々からすれば非常に不安もあるし、これに能力を疑われるということがあるかもしれませんけれども、そうかといつて手をこまぬいていて、果して日本の精神衛生活動がうまくいくかどうか。そういう高度のものはまただんだんと養成していく。そしてその間にいろいろな予算も獲得できるような方針にもつてゆくということは厚生省の先生方にやつていただく。またわれわれも側面的に大いにそういう世論を起すということで、高度なものを理想としますけれども、現在では私はこれによつて幾分でも一般の知識が向上し、何かの役に立てばいいのではないか。そういう考えですので、それは別に高いものを考えておりません。

○ わからないことはないのですけれどもね。現在の保健所自体の業務を考えますと、すべての分野においてそういうことが要求されているわけなんですね。そうしますと成人病に対しても、結核についても、母子についても、同じようなことが各分野から要求された場合、保健婦というのはどういうふうなあり方であつたらいいかわからない。何かそういう専門の保健婦の制度を作るなら作るとして、そういう仕事をさせる、というふうな形にもつていかないと、いつまで経つても保健婦は保健婦という業務がありながら専門家に——例えば医師にしても、先生方、精神科の専門医である方を、医者が足らんから小児科をやれとか外科をやれというのと同じになるのではないかという気がします。だからやはりやるならある程度専門保健婦という制度を作つた上で現実にそう

いうふうなものにタッチさせてゆく、というような形態でやつていただけたらと思うのですが。

松井 ええ、それで私最近特に保健婦制度に疑問をもっておりますのは、厚生省で最初に出しました保健所運営指針というものには、保健婦というものは工場に働く保健婦にしても町村保健婦にしても、保健所の保健婦にしても、全部保健所長の管轄下にあるという考え方が打ち出されていたわけですね。ところが最近みますと、どういうわけか少し曲つてきて、国保の保健婦というもの、これはほとんど町村保健婦ですが、これと保健所の保健婦の間に溝ができてきている傾向がある。ですから私は、かつて聖城さんが高知県で部長をやつておられる頃に全部あれは県にもつてきたらよいのではないかと思つて、保健婦の駐在制をとつたわけですね、この間、各部落に。精神衛生問題は高知県で非常にうまくいつているというお話をききましたが、それは保健婦の駐在制で保健所のも町村保健婦もおそらく一体になつているのではないかと思います、その後どうなりましたか。この間の厚生省の会議でもおうかがいしたところによると、大分うまくいつている。で、私は群馬県でも町村保健婦とか国保保健婦とか区別しないで、とにかく全部県で吏員にしてしまつて、そして保健婦は保健所長の管轄下で自由自在に活用できるように、ということをやつたことがある。やはりそれは金がかかりますから、全部県で賄うのは人件費がかかるのでついにできなかつた。おそらく厚生省がその当時一本化して、保健婦は全部一本でゆくということになつていたら、現在よほど違つていないか。その点で社会局とか保健局とかセクショナリズムが横行していますから、私は日本の衛生問題はこういうことでは困るのではないか。これがその当時うまくできておれば、保健婦の制度が一貫して全部うまく行つたんじやないかと思うんです。

中川 それはまた午後のディスカッションで……。じやあ時間がございませんので、誠に失礼ですが次に移りたいと思います。

併設平塚精神衛生相談所に勤務して

紫雲会横浜病院

上村安一郎

私が担当する相談所は昭和32年に開設し、神奈川県下唯一の相談所として発足した。本年5月に初代の石川準子氏と交代し今日に及んでいる。当地域の概況は相模湾に面し、本県の略々中央に位し、人口約10万余の中都市である。平塚保健所の規模はA級であるが、管内に現在精神科専門の医療機関は存在しない。相談所の内容は長以下凡て兼務で直接実務にたづさわっているのは社会事業系のケースワーカー一人に非常勤の相談医の私だけである。相談日は毎週一回午後を実施している。

運営要領や業務指針に方針は示されているが、とに角白紙で臨み、地域の要求と相談者の希望を出来るだけ取入れてみようと努力した。

〔1〕 所内相談について

(a) 相談件数と相談状況

33年、34年、35年の同一期間の利用者数を比較すると本年度に入つて倍化し、毎回平均件数は凡そ10件余になる。

件数(5月~11月)

年次 月別	33年	34年	35年
5月	23	24	23
6	26	33	39
7	27	22	71
8	34	31	113
9	29	37	68
10	22	20	61
11	44	20	86
計	205	187	461

相談者状況(5月~11月)

年次	33年	34年	35年
アフタケア	44(22%)	44(23%)	126(27%)
家庭問題	24(11%)	32(17%)	43(9%)
教育上の問題	17(8%)	24(13%)	44(10%)
入院関係	92(45%)	67(36%)	47(10%)
治療	28(14%)	20(11%)	201(44%)
計	205	187	461

相談者の問題別ないしは処置別を表示すると上の如く、入院問題(入院治療を必要とし家人の同意又は希望したもの)と治療(主として外来薬物療法を実施したもの)の項に著しい差異を生じ

た。入院紹介は1/4の約1割に減少し、いわゆる外来治療は約4倍に増加し総件数の約4割に実施した。入院治療と外来治療とが略々逆の現象を呈したことになる。この解釈は日尚浅いので他日に譲りたい。ただし此処で問題になることはいわゆる外来治療であろう。処方箋を発行し経過を観察することにも躊躇した。しかし医療機関の外来治療を受けさせるためには鉄道またはバスで少なくとも30分以上を要し、手近に治療し得られる要求を解決しなければならぬ状況になり、処方箋を発行してみた。ところがこの薬は無いとか、或いは薬量を加減されたりする事例を生じたので試みに所内で調剤し投与することにした。漸次投薬件数は増え到底医師とワーカーとの二人では処理しきれなくなり、現在では処方箋を病院に持帰り、病院の調剤室で調剤させて翌日相談所に届ける方式を実施している。もちろんサービス機関であるので規定の薬価以外にメッセンジャーボーイ費等を徴収し得られず、病院に負担奉仕してもらっている。

この方式が妥当なりや否や、大いに問題のあるところと考えているが、相談医の治療方針が確実に実施し得られることには間違いない。

(b) 病 類 別

上述の様に治療行為が自と活発になつてしまつたので新規と継続に、いわゆる新患と再来とに分けて、病類別に表示すると次の如くである。

病 類 別 35 年 度 (5 月 ~ 11 月)

病類	分 裂	てんかん	躁 う つ	中 毒	精 薄	神 経 症	性 格 行 動	そ の 他	計
新	44	12	3	3	10	13	6	25	116
継	56	177	0	1	13	16	3	79	345

すなわち分裂病でさえ過半数は継続治療を要求し、治療を可能ならしめている点にまた問題があるのではなからうか。

(c) 年 令 別

特に申述べることもないが参考迄に表示しておく。

年令別年度 (5月~11月)

10 才 未 満	79 (17%)
11 ~ 20 才	258 (56%)
21 ~ 30 才	64 (14%)
31 ~ 40 才	39 (8%)
41 才 以 上	21 (5%)

〔2〕 所外活動について

相談所周辺の保健所を利用し、予め当該担当者によつて連絡された当該地区の主として在宅患者或いは退院患者のアフターケア等について相談を受けた。しかし年間1ヶ所1回程度の指導であるのでどの程度の効果があつたか疑はしい。むしろ定期の相談日に周辺の保健所保健婦なりワーカーの来所を求め、相談要領を見学させたり受持ケースについて討議したりして、身近な助言者となつて間接に所外活動を推進するようにならなうかと考えている。

〔3〕 教育について

前任者から引続き隔月に講演会を開催し、主として保健婦、ワーカーを教育している。一流の講師をお願いし、特に造詣深いお話をうかがつている。

〔4〕 そ の 他

地域の児童施設或いは特殊学級の児童の精神医学的診断治療並びにこれ等の指導者の相談にも応じ、またある時は母親学級へ出張している。

大体以上が当相談所最近半ヶ年余の現状であるが、この様な姿が決して妥当なものだとは考えていない。冒頭にも述べた様に偶々この地区に専門医療機関が存在しなかつたために何時とはなしに外来診療所的作業に追まわられているというべきであらう。私はこう思う。成人病相談や育児相談などを定期的実施している様に何処の保健所でも精神衛生相談も開けるように早く成長して欲しい。現場の精神衛生相談は保健所活動の中に包含されなければならない。相談所はこの仕事にたづさわの方々——保健所医師、P. S. W., 保健婦——の身近なよき助言者であり、よき指導者になればよいと思う。乏しい病院勤務の精神科医を保健所にかりだし、これに凡てを任せざる在り方には反対である。

*

*

中川 有難うございました。今のお話に続けて平塚相談所の前任の石川準子先生に補足的にお話をお願い致したい と思います。先生は 前松沢病院医長で、現在曾我病院長を されておられる方です。

精神衛生相談所の機能について

曾我病院

石川 準 子

上村君が今平塚相談所の概括についてはお話になりましたが、わたくし、具体的な問題でお話致したいと思います。わたくし、私立の病院の院長で、上村君も私立の病院の院長ですが、この私立の病院の院長が県立の精神衛生相談所の大將格で、これで、精神病院の患者さんを処理する場合にはなかなか問題があります。まア、保健所といつたところに併設されまして、私が平塚にまいりました時には県で唯一の精神衛生相談所でありました。現在、中央に県立相談所ができて、その後、上村先生が平塚の方を担当されているわけです。併設されている相談所の機能、それから独立した精神衛生相談所の機能は、自ずとそのあり方が現在変りつつあるようです。神奈川県ではだんだん各保健所に相談所をもつと手広く設けようじやないかという案があるように聞いております。独立の精神衛生相談所という、その機能からいうと研究的な色彩をいくぶんもたなければならぬ。それからまたやる範囲の仕事も非常に多いと思います。併設の相談所の場合には具体的な問題を如何にうまく処理するかというような範囲にせよめられてきているような感じがいたします。それでこの相談所の（神奈川県の場合）所属しているのは衛生部ですが、それからいつとう、精神病の患者さんにとつてあとどうなるかといつたような問題で関係のあるのが民政部で、全然別個な部が所轄している。そこに今度、病院というものがからんできて、病院のうちには私立あり官立、官公立あり、それから診療所あり、神経科をもつた一般の病院といつた具合で、その関係がなかなか複雑になつてまいります。ここに一人の患者があつて私が処理しようとする場合に、入院の話なんです、これをどういう具合にどこの病院に紹介しようか、具体的な問題があると頭を悩まします。官公立のもつ良さ、私立のもつ良さは、お互いに具体的に違つてきています。そのところに患者さんをふりわけるといつた時に、私たちがみておきますと、どうも利害関係があわない、福祉関係でいいのか保健所関係でいいのか——保健所というのは措置や何かの場合であります——それから一般に診療されている診療所の形式をおとりになつているところにこれを送つたらよいか。それから地域の関係も入つてまいります。例えば横浜の方が平塚に相談に来る。川崎の方が平塚に来る、小田原の人が平塚に来る、といつた具合でいろんな箇所からおいでになります。その場合に、必ずしも近い場所で処理できるものならいいのですが、いろんな関係で横浜に住まつていて小田原を希望される。というふうなところで、なかなか一人の患者さんを最もいい条件の場所においてあげるといつたことについては、ずいぶん担当者は頭を痛めております。福祉関係と衛生関係とが非常にグラツトに疎通をもつてやつている場合にはよろしいのですが、患者さんが措置対象であるとか生保対象であるとかいつたような問題が起きると、必ずなわ張り争いでごた

つく。と一番困るのが患者さん自体です。保健所と福祉事務所との関係が現在の様な状態では、医者は十分な治療は出来ません。それで中川先生、あるいは江副先生など病院懇話会なんかの席上で、病院の実情はどんなものか、どういう具合に精神病院はあるべきかということをいろんな線で調査された。ですから私の県でも是非第三者的な方たち——県下に28ばかり精神病院がございますけれども、その病院の特殊性というものを何か打ち出していただいて、色をつけしないで、ここの病院にはこういう患者さんといった資料が実は欲しいのです。うちの病院で処理しにくい患者さんで、どうしてもほかの病院のほうに出すのが悪いような気がして、自分の病院についつれてくる、といったような問題がございます。こういう問題についてはいままで白い紙でみた、学問的な、といえますか、評価がされている。そういつた点について中川先生あたりから出していただいて、病院の特殊性というようなものを、やっぱり精神衛生相談所の研究テーマとしてやつていただきたいものだとは現在では考えております。

何かちよつと主題から離れるようではありますが、実際の処理問題として、病院の内容についてよく知らないとな無責任になりがちです。その点が私、いままでの悩みです。

*

*

中川 ありがとうございます。それでは上村、石川両先生のお話にご質問がありましたらどうぞ。

○ 上村先生にお伺いしますが、外来相談の場合の料金を要するものの取扱いを……。

上村 自分の病院の患者を取扱うような手続きを相談所においてやつております。従つて例えば保健請求とかですね、そういつたものは月末に全部まとめたものをカルテにして、自分の病院に持て来まして病院から請求する。病院の外来患者と同じような形でこんなふうにしてやっております。これも今件数がふえてきまして現在のような方法ではまかないきれない状態で、どうしようかと悩んでおります。

○ 質問というより、私も先生の話をお伺いして同感だつたのですがね。実は私宮城県におきまして仙台市内の児童相談所をやつておりますが、移動クリニックを地方の保健所に月に1回ないし2回やつておりますが、宮城県の場合ですと病院が皆仙台に集中して地方にあまりない。従つて地方でやる場合には精神衛生相談といひましても、実際は精神科の外来に近いものになつている。仙台市内でやつている場合には病院が沢山あるので、精神科的なものは病院などで充分タッチしているのです、むしろ精神衛生関係の措置の問題とか精神衛生関係の組織の問題などは、病院で充分出来ないから相談所でやつてもらいたいという希望で、本来の精神衛生相談所にふさわしい問題を取扱うわけです。ところが地方では、精神病院の外来といった形になります。その際一番困るのはてんかん児等の薬物の使用ですが、それだけではなくて小児のビヘヴィア・プロブレムの指導とか処置という時ですね。その際処方箋を書いてやるとそれを握つて薬屋さんに行つて薬をのむ。これは恐らく私どもの方からすれば毎月でもくる。先生の場合は御自分の病院から薬を持つてくるとい

うことですが、私の場合、まさか大学病院からもつてくるわけにゆきませんので、どうしようかと困っているわけです。てんかん児ばかりではありません。精神分裂病といったものも色々の事情で自宅で薬物療法で取扱わなければならない場合があるわけですね。これはなかなかむづかしく、そこで指導するだけでなく保健婦などのようなものに個々に指導させておりましたが、丁度今先生がおつしやつたと同じようなことが起りましてね。レセルピン2ミリグラムと書いて渡したんですが、そうしますと薬屋へ行つたら、この薬はこんなに沢山のむものではないといわれた。高血圧の治療か何かと間違えたらしい。0.4ミリグラム位にしたらしい。私も知りませんが、どうももう少しよくなつてもよいと思っていたんですが、さつぱり良くならない。半月程してよく聞へと薬屋で勝手に処方を変えたらしい(笑声)。それから私も内科の方の先生に紹介しまして、こういうわけだからこういう薬を出してほしいとお願いしたこともあります。

上村 私もそれに似たような処方箋の問題があるのです。PZCを何人かの患者に、それを2ミリ1日量と書くのを忘れて、ただ分3と書いて何日間服用とした。1回に沢山のんで事故をおこすといけないと思つたものですから2日分宛投与してくれと書きましたが、患者がその次に来た時に薬屋でこんなに大量のむと中毒をおこすから、これはおそらく2日分だろう、そうしておくといつたそうで、従つて患者さんは半量しかのんでいなかったわけです。

それから今の処方箋の問題も好んでやつているわけではなく、今の平塚市内に精神科がないもんですから止むを得ず患者さんの要求からやり出したことです。それも今先生がいわれたように一般内科の病院にでも連絡して、そこからでも出していただければと思います。

中川 この問題は相談所における治療が何処まで行なわれるべきか、その限界とか可能性とかいう問題になりますし、病院とのつながりということになりますが、午後にまたお願いしまして次の乾先生のお話に移りたいと思います。

精神病院と精神衛生相談所との有機 的関連を中心として

岐阜県精神衛生相談所 社団法人 岐阜精神病院

乾 憲 男

私は社団法人岐阜精神病院から毎週1回(半日)保健所併設の岐阜県精神衛生相談所に嘱託として勤務しているものでありますが、相談所には他に精神科専門医もいませんし、相談所としての活動も極めて低調で、ほんの所内の相談に終始しているという極めて貧弱な内容であり、このような席上でご報告申上げる様なものは何もありませんが、折角の御指命でありますので、我々が今日迄細々とやつて参りましたこと、あるいはやろうと努力しながら実施出来ないでいること、及び将来の計画という様なものを精神病院の側と関連させながら御報告いたし、諸先生方の御批判、御指導を仰ぎたいと思います。

1 精神衛生相談所

〔I〕 現状について

- (1) 位 置：市のほぼ中央、伊奈波保健所内
- (2) 相談開始：昭和33年4月25日、なお昭和34年2月18日より多治見市県立病院精神科において出張相談を実施
- (3) 相 談 日：精神衛生相談所：毎週金曜日 県立多治見病院毎週：水曜日
相談所では専用の相談室、テスト室等はなく、午前中保健所の方で母子衛生クリニック、結核クリニックに使用したあとを使用、また多治見病院の場合は精神科医師（専任1名）が相談と外来診察とを併せ行っている。相談は無料であるのに外来は診察券を必要とするので、同一医師に診察を受けながら或者は無料、他の者は有料という奇妙な現象を生じている。
- (4) 職 員：所長は保健所長が兼務し、精神科医師2名、social worker 1名、clinical psychologist 1名、何れも兼務である、他に兼務の事務吏員1名
- (5) 予 算：昭和33年度12万円、年34度7万9千円、35年度14万円
内 訳：殆んど大半が人件費であり、その外は若干の図書、心理テスト用紙等が買えたにすぎず、訪問指導に要する費用、会議費等は全然みとめられていない。
- (6) 啓蒙方法：新聞、パンフレット、リーフレット、ラジオ、座談会、保健所職員による広報活動等によつて来たのであるが、本年7月より、「岐阜県だより」（全県下各戸毎に毎月配布されるもの）を利用し、相談所で実際に取扱つたケースを掲載し、早期相談の必要性を P. R

している。

(7) 利用状況

(i) 年度別，新規再来別，本人家族別

	岐阜精神衛生相談所					多治見出張相談					合計
	新規		再来		計	新規		再来		計	
	本人	家族	本人	家族		本人	家族	本人	家族		
33年	53	15	19	3	90	—	—	—	—	—	90
34年	34	18	11	8	71	24	7	3	4	38	109
35年 10月末	44	27	17	10	98	21	7	—	2	30	128
合計	131	60	47	21	259	45	14	3	6	68	327

(ii) 性別，年齢別

	岐阜							出張							合計
	九才以下	一〇～一九	二〇～二九	三〇～三九	四〇～四九	五〇才以上	計	九才以下	一〇～一九	二〇～二九	三〇～三九	四〇～四九	五〇才以上	計	
男	15 (8)	21 (2)	28 (13)	22 (7)	18 (11)	12 (9)	116 (50)	9	10	5 (2)	3	3 (3)	3	33 (5)	149 (55)
女	9	9 (3)	23 (5)	24 (6)	9 (4)	1	75 (18)	10	8 (2)	5 (1)	3 (1)			26 (4)	101 (22)
計	24 (8)	30 (5)	51 (18)	46 (13)	27 (15)	13 (9)	191 (68)	19	18 (2)	10 (3)	6 (1)	3 (3)	3	59 (9)	250 (77)

(註) ()内は再来を示す。

(v) 診断別

	精神病	中毒性	精神障害	精神薄弱	精神々経症	性格又は行動異常	教育上の問題	社会的問題	その他	計
岐阜	49 (5)		7 (1)	30 (10)	54 (25)	10 (7)	1 (4)		40 (16)	191 (68)
出張	15 (4)		3	24	3		5		9 (5)	59 (9)
計	64 (9)		10 (1)	54 (10)	57 (25)	10 (7)	6 (4)		49 (21)	250 (77)

(二) 処理, 指導別

		医 療 指 導	心 理 指 導	環 境 指 導	紹 介			本 を 人 す の す 受 め 診 る	そ の 他	計
					医 院 病 院	特 施 殊 教 育 設	児 童 相 談 所			
精 神 病	岐 阜	3		1	39			3	3	49
	出 張	1		1	10			3		15
中 毒 性 精 神 障 害	岐 阜			2	5					7
	出 張				3					3
精 神 薄 弱	岐 阜	2		11	11	5	1			30
	出 張			16	2	6				24
精 神 々 経 症	岐 阜	3	31	7	12			1		54
	出 張			2	1					3
性 格 又 は 行 動 異 常	岐 阜		1		6	1		2		10
	出 張									
教 育 上 の 問 題	岐 阜			1						1
	出 張			2	1	2				5
社 会 的 問 題	岐 阜									
	出 張									
そ の 他	岐 阜	2	2	5	8	1		6	16	40
	出 張		1					5	3	9
計	岐 阜	10	34	27	81	7	1	12	19	191
	出 張	1	1	21	17	8		8	3	59

(三) 地 域 別

岐阜市及び伊奈波保健所管内が圧倒的に多い, これに反して相談所から遠距離で交通の不便なところからの来所は極めてすくない, それ故, 遠隔地への巡回相談の必要性が生じて来るのであるがこのためには人的配慮, 予算的処置がどうしても早く考えられなければならない。この様な障害を幾分でも緩和する意味で通信相談にも応じているが, 現在迄にはあまり利用されていない。

以上の如く開設以来約2年半間は殆んど所内の相談に終始して来たにすぎず, 誠に遺憾なことといわざるを得ないのであるが, この間に我々が経験したことについてすこしふれることにする。

- (1) 田舎では精神障害者をかくす傾向が強くなり, 又正しい医療を受けることなく, いかかわしい宗教, 占師等によつて, 反つて症状をわるくしているものが相当数にのぼっている。例えばてんかんの場合でも単に薬局に相談したり, 一般開業医に診察してもらつただけで, どん

発作型に対しても Aleviatin を服用し、かつ、その服薬の方法等も適切でない者が多い。精神衛生相談所は精神病院、保健所等と協力して大衆は勿論のこと、一般開業医に対しても精神障害に対する正しい治療のあり方をもつと強力に且つ具体的に P.R しなければならないと思う。

(2) 精神病の遺伝性を重視する傾向が非常に強く、「気狂いは遺伝であるので入院しても治らない」とか、「精神衛生等やかましくいうより断種するのが一番先決問題だろう」等という考えがかなり根強い。殊に残念なことには精神衛生の行政にたづさわっている者の一部にすらこの様な傾向がみとめられることで、こういう考え方が岐阜県における精神衛生活動の低調な原因となつていのはみのがせないことである。この様な宿命論的な考え方に対しては精神衛生相談所といわず、精神病院といわず、精神医学にたづさわっている者はすべて相ていけいして、新しい精神医学の考え方を教育しなければならないと痛感する次第である。

(3) 次に精神病院に対する一般大衆の偏見であるが我々が、田舎に鑑定に行つた場合よくこんなことを耳にする。即ち「精神病院に入院すると殺される危険がある」「よくなつてもなかなか出してもらえず一生病院にいななければならないそうだ」等々、この種の偏見は僻地に行く程ひどいものである。これが更に交通の不便なこと、経済的な問題等とからみあつて早期入院をはばんでいる。早期治療がおくれることが慢性化の原因となり、それが更に「精神病は治らない」という考えに発展さすことになつている。精神衛生相談所としては相談を通じ、あるいは広報活動をとおして、機会ある毎にこの種の偏見の打破にとぼしいながらも努力を重ねて来たのであるが、精神病院側においても、すこしでもこの種の偏見の温床となる様なものがあつてはならない筈である。しかし残念なことに岐阜県の場合には、最も強力な治療の必要な措置入院患者の治療費が1日僅か2点におさえられていることである。このために大部分の措置入院患者が折角入院したものの十分な治療を受けることが出来ずに、みすみす慢性化して行く傾向にある。私共はこれまで、数年間にわたつてこの不合理なことを県当局に訴えて来たのであるが、未だにすこしも解決されていない現状である。

(4) 精神衛生相談所において、現に県下の精神病院に入院中の患者の家族等から相談を受けることがある。その内容を1~2紹介すると次の如くである。

- i) 受持の医師が忙がしくてなかなか相談に乗つてくれない。
- ii) パートタイムの医師の間の意見が一致していないのでどれを信用してよいかわからない。
- iii) 脳手術を簡単にすすめられたがどうも不安である等々。

これ等については、精神病院で治療に当る医師個人にも勿論反省しなければならない点もあると思われるが、病院側(殊に民間病院)においても診療態勢が充分にととのつていないのに、もうけ主義でやたらに入院患者をふやさないこと、更に全般的に精神科専門医の数は不足しているので、これを P.S.W. の増員、あるいは婦長、病棟主任等の再教育によつてすこしでもカバーする様にとめる事等の手段方法が、相談所と病院とで話し合いの場を通じて講ぜられる様にならなければな

らないと考えられる。

以上はこれまでの所内活動（相談）の概況であるが、我々も所内活動だけで事足りると思つていたわけではなく、なんとかして所外活動を活発にやりたい。殊に県下の在宅患者の実態を知り、早くこれ等に対する訪問指導を実施したいと考えていたので、34年度においては先づ併設保健所管内の在宅患者で保健所に登録されている者30名あまりに手紙を出して、退院後の状況を尋ねてみたのであるが結果は全く失敗に終り、僅か1名の返事があつたにすぎなかつた。これは調査の対象になつた患者の入院中からすでに相談所と病院との間で密接な連繋がなかつたためであらうと考えられる。在宅患者の訪問指導の必要性についてはすでに約1年位前から考えていたのであるが、我々の相談所の現状ではとても単独でこれを全県下にわたつて実施することは不可能であるので先づ保健所の保健婦を教育し、それぞれの保健所でその管内の在宅患者の訪問指導をまずやつてもらい、更にそれを相談所で統轄指導したいと考え、機会を求めて、保健婦長、あるいは保健婦達の教育を実施して来たのであるが、僻地の町村保健婦達から活発な意見がきかれたことは、彼女達が訪問指導だけでなく精神衛生活動全般にわたつてかなりつよい need をもっているものと考えられ、我々は大いに気を強くしたところである。それで各保健所に、精神衛生活動を担当する保健婦を置いてもらう様に県当局に要望し、現在その話をすすめているところであるが、予算その他の面で困難な問題もあり、いまだ実施の段階には到つていない。しかし明年早々には実現可能でかつ明年3月頃より、それ等の保健婦達に対して、約1カ月間我々の病院において教育を実施すると精神衛生主管課長の確約を得ている。

精神衛生活動を強力に推進するためには主管課の中に精神科専門医を置くか、もしそれが不可能な場合には、精神衛生に理解のある医師を置いてもらうように、かねて主管課長に要望してあつたところ、35年8月より、精神衛生活動に深い理解と関心のある、若い保健所長が主管課々長補佐として、勤務するようになったので、この人を通じて相談所と病院とが互に相関連しながら、しかも精神衛生の行政面にもつながりがもてるのではないかと考えられるに到り、これからは大いに希望もてることになつたわけである。

〔II〕 将来の計画について

これ迄やりかけて来たことを更に強力に推進すること以外に次の様なことを考えている。

- (1) 相談所に専任の精神科医師をおく様にする事、これは名大精神科において現在人選中である。
- (2) 次には health center としての保健所の活動の中には mental health の問題が当然含まれるべきであるので、保健所長達にもつと精神衛生についての理解と関心をもつてもらふと共に实际的に活動してもらふ様に県当局に要望することである。これまで岐阜県立医大公衆衛生学教室には保健所長の研究会がもたれて来ているので、この会を利用して行きたいと思つている。更に保健所長に随時、病院を見学してもらつて、診療の実態をよく把握してもらふと共に

に、前述の精神衛生担当保健婦が病院の case conference に、定期的に、且つ継続的に、参加して、病院の現状、管内入院患者の実情を正しく把握すると同時に、精神医学の新しい知識を身につけることが出来るようにするつもりである。かくすることによつて精神衛生相談所 ←保健所←精神病院の有機的関連が一層つよくなることと信じている。

(3) 精神病院、保健所のブロック形成と巡回相談の実施、岐阜県下には13の保健所と9つの精神病院（うち3つは公立病院の精神科）があるので、これを地域別に、いくつかのブロックにわけ、精神病院の医師は同一ブロック内の保健所の精神衛生活動の consultant としての役割を演じてもらう様に、精神病院協会及び後述の精神衛生協議会（仮称）とも協議相談を行ないたいと思つている。相談所としても現在の出張相談を拡大して、各ブロックへの定期的な巡回相談を行ない、同一ブロック内の保健所、病院と三位一体となつて現場における実際的な活動を展開したいと思つている。

(4) 精神衛生相談所の Social Worker について

現在、social worker が保健所と兼務で衛生統計や結核予防審査会等の仕事に関係しているので、非常に多忙で所内相談と毎週1回の出張相談とで殆んど手一杯である。それ故、これを精神衛生業務一本とし、且つ多治見病院に social worker を別に配属してもらう考えである。又 social worker の教育については、病院の case conference に参加することは勿論、名大精神科における social worker の meeting にも出席させたいと計画している。

(5) 以上の他に P. R のための映画の製作、相談所内に児童行動分析室を設けること、臨床心理担当者の勤務回数の増加（現在1週1回半日）等が計画されている。

2 岐阜精神病院

〔I〕 現状について

(1) 病院は岐阜市の東端に近く位置し、昭和3年10月に設立され、病床数 499（内50床は県立代用指定病床数）、昭和35年10月末現在で入院患者数480名、（精神衛生法による措置入院48名、生活保護法によるもの233名、社会保険185名、私費13名、その他1名）である。

(2) 職 員 総数131名

内 訳	医 師		薬 劑 師	看 護 婦 (人)	准 看 護 婦 (人)	看 護 助 手	栄 養 士	ソ ワ ー シ ャ ー ル	心 理	X 線 技 師	検 査 技 術 者	調 理 士	事 務 員	そ の 他	計
	常 勤	非 常 勤													
	7	3	2	43	28	13	2	1	1	1	2	9	12	7	131

(3) 入院患者中精神分裂病が306名でその大半を占めている。480名中保護義務者が市町村長となつていて、退院後受け入れ態勢が非常に問題であるものが約30名ある。入院患者の経済状態

は全般によい方ではなく、入院費の未納者が多く、35年10月末現在で徴集殆んど不可能な額が約300万円にのぼっている。

(4) 治療について

特殊治療の外に、作業療法、レクリエーション療法、生活指導、night hospital 等を行っている。35年10月末現在で作業療法参加患者は279名、院内開放患者49名、night hospital 患者10名である、night hospital には院内各種作業療法を終了した者のうちから、主治医、social worker 病棟主任の合議により、更に患者及びその家族の希望も併せ参照して選定し、自動車塗装工場、養鶏場、縄製作工場、果樹園、機業工場、農家等に約3カ月間を標準として通わせている。本人及び受入れ側の希望によつて、終了後そのまま、そこに就職する場合もある。このnight hospital を実施している病棟の看護婦(人)はcase worker も兼ねており、それぞれ患者の行先に定期的に出張して、受入れ側とも連絡し、患者の作業状態その他を観察の上、主治医、social worker、病棟主任に報告する。週1回全患者を休ませて、主治医、social worker、病棟主任、担当看護員も列席してdiscussion を行う。又夜間帰院した患者に対してはそれぞれ受持の看護員が交代でinterview を行いcase record に記入し、主治医はこの記録と、discussion の記録等により今後の方針を決定する。

(5) 相談部

入院相談、入院中の患者の一身上の相談、退院してもひきとり手のない者、あるいは受け入れ態勢の不十分な患者の更生施設へのあつせん等を行つている。この様なsection が県下各精神病院に次第に強化されて来ると、相談所で行つている所内相談は大半ここに吸収されて来ると考えられる。

(6) 地域社会に対する働きかけ

(イ) 直接診療に従事する者は勿論のこと、事務労務職員等をも含め、病院全体が一つとなつて患者及びその家族を中心として次第にその周辺の地域社会全体に対して、新しい精神病院のあり方を浸透させて行く様に指導している。このため、患者の家族を院内の運動会、演劇会等に招待し、出来るかぎり、病院の実情を直接みてもらう様に努めている。

(ロ) night hospital の患者を引き受けてもらつている事業主に対しては、作業治療の必要性を中心とし、新しい精神病院の治療等についてP.Rにつとめている。

(ハ) ひきとり手のない、寛解状態に達した患者を、出来るだけ福祉施設にあつせんすると共に当該施設の職員に対してはsocial worker が随時出張して精神衛生的な啓蒙を行つている。岐阜市内某更生寮に対しては相談所のsocial worker と協同して病院のsocial worker が随時訪問して、退院患者で入寮中のもののafter care service について職員を指導している。

(ニ) 入退院に関して

入院及び退院に関し、とくに農村ではいろいろと抵抗があつてなかなか事が smooth に運ばない場合がしばしば経験される。家族が相談部に来る場合、あるいは診察後入院をすすめられてからもなかなか入院の決断がつかないことが多い。その理由にはいろいろあるとは思われるがその主なるものを拾つてみると次の如くである。

- i) 入院費がとても支払えないという経済問題。
- ii) 自分の家族が入院して気狂いと一緒になると余計にわるくなるのではないか。あるいは他の気狂いから乱暴されるのではないか、入院をあれ程いやがつているのに1人残していつてはあとで恨まれる様なことはないだろうかという心配。
- iii) 入院して精神病患者というレッテルを貼られると娘（あるいは息子）の縁談にもさしつかえるし、隣近所の手前もわるいという問題、等々。

又退院に際しても、

- i) 入院時のはげしい精神症状（興奮、暴行等）に関する印象が何時迄も残つていて周囲に又迷惑を及ぼすのではないかということをおそれている親達。
- ii) 引取つても就職先がなく、家でぶらぶらされていては世間体がわるいという同胞達。
- iii) 一度気狂になつたからにはたとえよくなつても結婚生活を続けることはいやだ、自分は引きとりたくないという夫、等々。

これ等もろもろの問題と social worker は日夜取組んで患者の一番幸福になる様な途を見出すべく努力をつづけているわけであるが、病院側だけではとても解決の出来ない問題も多く、関係各機関の一層緊密な連けいを必要とすることはいう迄もないことであるけれども、又病院側の一寸した努力によつて、容易に問題が解決された case もあるわけである。例えば病院に対する誤つた偏見からどうしても入院の決断のつかかなかつた家族が入院患者達の自治活動の状況、social worker の活躍、コーラス、鼓笛隊、テニス、バレーボール等の recreation の実情等を social worker より説明してもらつたり、あるいは自分の眼でこれ等の実態を直接ながめることにより、すつかり精神病院に対する認識をあらたにし、直ちに入院に踏切つたという例もしばしばみられる。これは相談所に来た家族に対しても同様である。更に又田舎では「精神障害は精神科専門医に相談すべきである」ということすら知らない人が多く、散々あちこちの占師や新興宗教、「虫封じ」、「お払い」、「行」等の非科学的な方法を遍歴してそのあげく、最後に来院する場合もよく見うけられる。この様に入退院をはばんでいる色々の問題の解決に当つては、精神病院は先ず第一に相談所と一体となつて、「狂人隔離収容所」ではない、新しい精神病院のあり方を一般大衆に P. R. すると共に、各関係機関と協力して、すみやかに患者の幸福、家族の安心が得られる様に努力すべきではあるのは勿論のことであるが、その場合なんといつても、最も大切なことはその病院の総合診療能力及びその成果の実態が家族の信頼を得るに足りるものでなければならぬと考えられる。

[I] 将来の計画について

(1) 院内に関する問題

(イ) 精神科専門医及び Social Worker の増員

受持患者約 100 名に対して医師 1 名、500 名にちかい入院患者に対して social worker 1 名では、到底現代精神医学が要求する様な治療を良心的に行うことは出来ず、更に地域社会の Mental Health Center としての活動は不可能に近いので、上述の要求を理事会に申入してすみやかにその実現をはかること。

(ロ) 各種治療を終了し、社会復帰可能の段階にある患者を同一病棟に収容し、case work, group work 等を更に intensive に行い、将来は現在各所で試みられている様な社会復帰学校の線までもつて行くこと。

(ハ) 福祉課の新設

これ迄、庶務課、管理課等でバラバラにしかも事務的に行われ勝ちであつた福祉関係の業務を一元化し、入院相談から退院後の after care service に到るまで一貫したものとし、social worker を責任者として医局の管轄下におき、精神衛生相談所及びその他関係各機関との連絡を密にする。

(2) 対外的な問題

(イ) Case Conference の公開

我々の病院で従来医師、薬剤師、social worker、脳波レントゲン技師、臨床検査技術員等の合同で行つて来た病院研究会、case conference を拡大して、単に診断、治療の問題にとどまらず、rehabilitation、職業補導、退院後の受入れ態勢の問題等一切の after care service についての meeting、case conference を行い、これを院外の精神衛生業務に関係している人々に公開する。これには精神衛生相談所の職員は勿論のこと、保健所、福祉事務所等の人人の参加を得、精神病院の実情、治療の実態を把握してもらつておくと共に、それ等の人々に、case を通じて精神衛生に関する知識を普及し、地域社会の精神衛生センターとしての役割を十分に果し得るように努力する。

(ロ) 患者の入退院届は必ず精神衛生相談所を経由する様にすること、これによつて相談所では県下の患者の入退院の状況を常に適確に把握することが出来る。

(ハ) 保健所の精神衛生担当の保健婦が定期的に県下の精神病院を訪問し、自分の管内の入院患者を、病院の social worker、医師等の協力の下に、すでに入院中から、その実態を把握し将来の問訪指導にそなえることが出来る様にすること、これには主管課と精神病院協会とがよく協議して実施する。

(ニ) 精神障害者の職業補導 center をつくること、前述の如く、我々の病院において退院後の受入れ態勢に支障のある者が約 30 名あり、更に入院したことによつて、元の職場に復帰困

難なものを加えると、相当数の者が退院後の職業の問題で悩んでいると想像される。我々の病院だけでもこの様な現状であるのでこれを県下の全精神病院について調査すれば、かなりの多数に達するものと考えられる。これ等の人々が退院後適当な職業を得て自立して行ける様にするためには、現在我々のところでやっている作業療法ではとてもその様なことは期待出来ない。しかし、もつと高度のものを計画しようとしても、民間病院では自らそこに限度があり、とても充分なことは実施出来ないで、どうしても公立の施設の設置がのぞまれるわけである。この様な施設が出来、相談所が各病院の協力を得て、その管理に關係して行くという形をとれば、いわゆる第2種病院あるいは緊急救護施設の二の舞となる恐れはないだろうと想像される。

3 精神衛生協議会（仮称）について

これ迄述べて来た如く県下全体にわたつて精神衛生活動を強力に且つ組織的に展開するためには単に相談所と病院との協力關係だけでは不充分であることはあきらかなことで、その業務上精神衛生的知識を最も必要とする各機関、殊に保健所、児童相談所、精薄更生相談所あるいは精神衛生主管課は勿論のこと、県厚生衛生部内の關係各課等の縦横の緊密な有機的關連が不可欠の問題となつて来る。それで以前から相談所と我々の病院との間で、精神衛生協議会（仮称）を作りたいという動きがあつたのであるが、更にそれに主管課の課長補佐も加つてもらい、本年11月7日その設立準備会ともいふべき第1回の会合をもつことが出来た。出席者は大学の精神科及び心理学科關係者、県下各精神病院長、刑務所長、鑑別所長、県及び岐阜市衛生部長、県防犯、厚生生活課、婦人児童課、予防課、（精神衛生主管課）の各課長、教育長、県中央児童相談所長、精神衛生相談所長等30名余りであつた。その席上協議会の性格、今後の運営方法等についてそれぞれ活発な発言があつた。この会の当面の活動目標としては次のものが考えられる。

(1) 精神衛生活動に關係の深い県厚生、衛生、各課の横の連けいがこの会を通じて一層緊密になる様に計ること。

(2) 民間精神病院經營者に対する啓蒙

民間精神病院においては經營者側の理解がないことには、地域社会の精神衛生としての活動を活発に行うことはなかなか困難であり、且つ院内よりの啓蒙だけでは充分にその成果をあげ得ないと考えられるので、この会合に随時經營者側の人々も出席してもらつて、話し合いの場を通じて次第に啓蒙して行く様にする。

(3) 医師会に対する働きかけ

地方においては精神障害者を最初に診察するのは我々専門医よりはむしろ、一般開業医である場合が非常に多いということはいうまでもないことである。この際の処置如何によつて、その後の患者の運命が左右されるといつても決して過言ではないと考えられる。しかし最初から精

神病という線をはつきりとうち出すと彼等の関心を得られないだろうし、又抵抗さえも受ける場合もあると想像されるので、先ず医師会の有志に呼びかけて精神身体医学研究会の様なものを作り、それから次第に、浸透して行く方針がよいではないかと思う。尚本会の第2回目の会合からは医療関係出身の県市会議員にも参加を要請したいと考えている。本会の活動が smooth に進んで来ると、単に精神衛生相談所と県下各精神病院との間に緊密な関連が生ずるだけでなく、より高い次元で県下全般にわたつて、精神衛生活動をより一層活発に且つ強力に展開することが出来るものと考えられる。これから先、いろいろの障害が我々の行方に待ちうけていることは想像にかたくないのであるが、県当局も、我々も、かつてヒロポン中毒撲滅に示した様な、あの熱意と協力があれば、それ等の障害を克服してすすむことは決して困難なことではないと確信している。

岐阜県に限らず、何れの県でも、県下全般にわたつて精神衛生活動を強力に推進するのは、県の衛生行政の最高責任者及び精神衛生主管課の課長等の方々のこの運動に対する強い関心と深い理解があり、且つ、それを実際の行政に反映してもらつてはじめて、その成果をあげうるものである。それ故、これ等の方々に対しても、今回の様な meeting を計画される様希望する。

*

*

中川 何かご質問がございましたらどうぞ。

○ 先生のお話をうかがっておりますと、精神衛生の具体的な範囲がわかりました。それから先生の場合のように、精神衛生相談所が保健所に併設されている場合の具体的な仕事をおきぎしておりますと、精神衛生相談所としての働きが少しわかつたのですが、その中で簡条書にあげてみます。当っているかどうかわかりませんが、その中で簡条書にあげてみます。

まず相談するということが一つの仕事になる。それから先生のお話では入退院患者のいわゆる登録というふうな形を考えまして、それに加味して訪問指導というような事柄が具体的な精神衛生相談所の仕事だ、というふうに理解したのです。そうしますと、精神衛生相談所の職員が保健所の職員を兼ねているという前提の下に仕事をされた時に、最初のお話では兼任という苦しさは邪魔するのではないかというふうに考えられるんですがその点どうお考えになりますか。具体的な仕事をやれといった場合に誰がその仕事をするのか。

乾 訪問指導は大体保健婦の方にやつてもらおう。精神衛生相談室としては巡回相談という形で各ブロックを廻る。各ブロック毎に精神病院がございまして、精神病院はその先生方に相談してある程度やつてゆくというふうなことでなんとかカバーしてゆく。

○ 相談所事務は？

乾 それは精神衛生相談所では事務の吏員がおりますから。これをもう少しその……。

○ 兼任ですか。

乾 ええ、兼任ですから、精神衛生活動にということでなんとかやれないかと考えております。

○ いわゆる現在までの併設の形態というものは、保健所で再三いろんな形がとられているわけですね。例えば優生保護相談所という形や併設相談所という形がとられておりますが、現実の問題としてこういう併設の時には兼任されて、あつて無きがごとし、ということになるのが普通だというにがい経験をしたのですが、できたら相談所というものは独立した形で立てられたほうが将来の精神衛生活動がうまくできるのではないか。

乾 独立する話もありましたのですが、いままで、体勢が整っていないのに独立するということは困難だつた。次の段階では独立するという事です。

○ 何時も苦い経験をしているんですが、そういう職員を後から配属するから引受けてくれというけれども、それだけの職員は保健所に来ないので、長い年月のうちにごまかされるということですね。

乾 メンバーを揃えるということは岐阜県の場合困難です。

○ いろんな努力をされているのに、独立のほうに多少ともしていかなければならない。いろんな方面から運動していただかないと、そうしませんと併設というのはどうしても人員のカバーといたしますか、ナンカそういうふうな感じが非常に強い。もう少し根本的に確立しておかないとあとになって弊害が生じてくるかもしれませんね。

中川 精神衛生相談所は独立、併設など色々の形があると思いますが、午後の討論でその形について考えていただきたいと考えておりますが。

○ いま病院の院外活動としてのリハビリテーション、アフターケアの問題が出ましたが、ナイト・ホスピタルで夜帰つてからのやり方ですが、先生の方はどうしておられますか。もう一つは病院自体が行っているアフターケアの量ですね。どんなものがあるか。ごく簡単におねがいたします。

乾 先ほど申し上げましたように、ナイト・ホスピタルの患者が夜帰つてまいりますと、その晩の当直員で担当の者がインタビューする。そしてそれを記録に書き、次の日に主治医に出す。さらに病棟の主任に出すわけです。

乾 その晩の当直員です。

○ お医者さんですか。

乾 いえ、看護婦です。担当のです。全部ではないわけですがけれども1週間なら1週間の間に当るわけです。

○ アフターケアを希望するのはどのぐらいありますか。

○ 数ですかね。

○ 内容もですが、それは午後にしていただいても結構です。

乾 病棟からすぐ退院させてほしいという者もありますし、われわれのほうで、もう少し作業やいろんなことをして退院したほうが良いとすすめる者もかなりあります。病院自体がやつている

訪問指導はほとんどありません。

○ 先ほどの、保健所の地域の精神病院の先生にコンサルタントになつてもらつて、一つの精神衛生相談事業を保健所でもやり、同時にまたこちらからも出張してやるようにご説明があつたのですが、現実にやつていらつしやるのですか。

乾 いえ、まだです。

○ その場合に重複ということが起るようにも思いますが、保健所にそういう機能が与えられれば巡回ということはあまり意味がないように思います。

乾 巡回の場合には、もし来年度あたりからすぐ実施されるにしましても、最初はそういう人が保健婦さんたちを指導してやる。またコンサルタントになつている先生がよけてこられるとも限りませんから、重複しましてもいつたほうがいいのではないかというふうな気がいたします。

中川 じゃ、このへんで次のお話に移りたいと思います。京都府立洛南病院長の錦織先生にお願いいたします。

精神病院と精神衛生相談所との機能的関係について

京 都 府 立 洛 南 病 院

錦 織 透

精神衛生相談所の機能とその運営方針については、既に厚生省から「相談所運営要領」が出され明確にされていますが、かかる「運営要領」を実践的活動として具体化する場合には、特に「単独」でない「併設」の相談所の水準があまりに低く、徒らに高嶺の花の嘆を洩らしているのが、吾々の今置かれている現実の姿です。京都府下にある舞鶴宇治、及び京都市内の洛東の3つの「併設相談所」の精神衛生相談を兼務しつつ、府立の精神病院の管理業務に携つて来た私は、この様な厳しい現実を体験させられて、今日に到つた訳ですが、今回は、之までの体験を通して、どうすれば「病院」と「相談所」が機能的に接近出来、両者を結びつける方向に近づける事が出来るかと云う問題を考へて見度いと思います。

則ち両者の Sein の中から Sollen を探求し、尚「要領」の理想からは遠くても、この理想に一步でも接近できる様な現実的な課題として、どの様な問題が提起できるかと云うテーマを今日の精神病院の内からのニードの面から採り上げて見度い。病院のニードが地域社会のニードと手を繋ぐ場が精神衛生相談所であるとの立場に立ち乍ら、1. 精神病院は退院患者のアフターケアについて相談所に何を望むべきであるか、(精衛法、訪問指導の問題) 2. 寛解退院患者の社会再適応について両者はどの様に協力したらよいか、等々の如き今病院が持つている身近かな問題の中から、殊にどの様な問題点が採り上げられねばならないか、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

まず私どもの病院では、退院と同時に薬を中断した患者は決まって悪くなつたり、よその病院に入っております。そういう結果が出ております。それから家族のほうは、患者が退院してから区別して考えているかどうかではありますが、やはり家族自身は患者に対しては他の者と同じようにみている。ところがその隣人がやはりうるさくて、特に丹後の漁村あたりにゆきますと、私調査に行きまして一々探すのは厄介だろうと思いましたが、病院から帰られた人は一つ山向うの部落の患者でも直ぐにぱつと指さすのです。病院に入つたということがその部落はもちろん、3つか4つの部落でも分かっている。こういう点が特に家族に対して非常に大きな関心を与えている。この問題をなんとかしてやらなければならないということを痛感します。

それから他所の病院でロボットミーをやつて来た患者で、インシュリンの後のレセルピンが非常にききまして、退院させたのですが、母親と本人の2人暮りで、まだ軽いデュフェクトはあるのですが、別に病的体験もない。それで舞鶴の会社の臨時工になつている。重労働ですが、1週間位すると臨時工で首になつては、また別の会社に行く。こういうケースが多いようです。何か良い仕事はないかという。

先ほどお話もございましたように、たとえ社会的寛解に入つた精神障害者についても安定した職業指導を考えてやらなければならないと思つております。それからアフターケアで巡回相談にまわつた機会に、この両保健所を中心にして入院患者の家族を20名ぐらいつつ集めて、患者家族と懇談会をもつた。この時には患者の職務状況なんかを話しまして家族の要望を聞いたのでありますが、家族の側から自発的に病院に患者を預けて、病院に全部患者の世話を頼むというのは非常に多い。「われわれとしても何か援護組織を作つて病院の動きに歩調を合わせた動きをしたい」という申し入れがありまして、期せずして病院の要望と患者家族の要望が一致した点から、患者家族の一つの自治会、患者家族の患者援護会という組織が舞鶴保健所を中心としてできました。この月の中旬位には一つ発会式をやるとうとうところまでできました。こういうふうに家族を一つ組織して、それで一つの地域社会に対するコミュニケーションの一つの拠点がもつと推進され、その第1回の橋頭堡として、こういう患者家族の組織が、例え人数は20何名でありましても、一つの保健所を中心にして生れたということを喜んでおります。私としては今後は保健所単位として、保健所管下の入院患者家族を、保健所を媒介として病院との間に一貫した組織を持つ。こういうふうに思つております。

その外、京都でおきた特殊な問題と申しますと、いわゆる救護施設の問題が一昨年一べん出たんがあります。これはある私立の精神病院が、その病院に併設して、ある程度よくなつた患者をその施設で生活保護によつて処理する。そして作業指導などをどんどんやつてゆく、そういう動きをしたのであります。その時、京都では精神病院協会という病院だけの協会があるのですが、その会側から第2種病院になるおそれがあるといつて、猛烈な抵抗をうけそのまま潰れたのです。最近になりまして生活保護の入院患者につきましては入退院基準がはつきり出されまして、私も府の審査委

員をやらせられたのですが、あれからの民生部の動きとしては医療法のワクの外に緊急救護施設が必要である。そういう線が次第に具体化してきた。これは全国的な問題かと思いますが、これに対してそれが第2種病院に似たものでも困るし、医療法の枠外に出て、ただ単なる生活保護法で格下げするようなものでは反対である。ただそれが結局、精神医学的な管理下におかれて、しかも社会に向けられた一つの窓であれば、われわれとしてはあまり積極的ではないけれども、消極的には協力せざるをえない、ということに追い込まれた次第であります。ですから病院精神医学の動きとしては、京大の精神科の同門の勤めている病院が京都を中心としまして大体20ぐらいあるわけです。これが大体1年に1回ずつ病院精神医学の懇話会を持つというわけで、昨年度は夏和歌山県立病院に集まりまして、特に作業療法の問題、オープン・ドア・システムの問題を討議した。今年5月に私どもの病院が当番病院になりまして、病院精神医学の問題をやっておりますが、それ以外に京都市を中心とした討論会を5つぐらいの病院だけで、大体大学の精神科を中心として約3ヵ月乃至2ヵ月に1回ぐらい、病院精神医学の懇話会をして、病院の精神科の問題を討議してゆく動きがあります。

それから精神衛生についての組織であります。残念ながらきわめて低調でありまして、各府県で持つておりますような精神衛生協議会というものはいまのところ全然できておりません。これについては、準備の集まりの会さえももたれておりませんが、これも大体具体化するという動きであります。

相談所の問題でございますが、大体京都市内の東山に五条というところがあります。そこに府立の洛東病院という病院があります。以前は性病専門の病院でしたが、最近この院長が交代しまして京大の結核研究所の所長が来た関係で、結核患者が100床、その他の内科、外科などを一緒にして合計150床のものがあります。ここにわれわれのほうでは2～3年前から神経科の外来を作りまして、私のほうから医者が大体午前中に週2回半日ずつ行つております。そこが大体精神衛生相談所の看板を昨年の12月にかけて、合計3つ相談所があります。このうち一番近いのが宇治の相談所でございますが、地元でもっと私どもの病院との間にコミュニケーションをつけたいという意図は持っているのですが、まだついておりません。結局、そこにおりますところの予防課のほうで処理する。聞いてみますと精神衛生法の措置入院に対する相談ばかりであります。特に医者に指導してもらいたいとか、診断してもらいたいというのではなくて機械的に書類が作られます。

それから丹後でございます舞鶴の相談所は、大体相談件数は1ヵ月に5件ぐらいございまして、月に1回ずつ私のほうの医局から交代で行つておりますが、ほとんどは、自分のところの子供は措置になるかどうかという相談が多いわけです。5件に1件ぐらいは児童相談所の児童の精神障害についてしています。私のほうがウエイトをおいてやっておりますのは、京都市内の洛東病院の相談所だけです。今日はちよつと資料を持つてきておりませんが、外来が前にありまして、その外来に出来た相談所ですので、どこまでが外来であつてどこまでが相談所であるか、はつきりした

線が出ない。

先程から色々話が出ておりますように相談であつても、われわれは患者の家族あるいは患者に満足を与えるためにはある程度協力をしなければならない。はじめは外来と相談を分けまして、相談は相談、外来診療は診療と2本立てでいつたんでありますが、そうしますと1回きりの相談でわれわれとしてはもう少しでんかん等も続けたいし、精薄などの指導もみたいけれども、1回でもう来ない。結局、いまもしこれを診療というものを全然ぬきにしてこれを全部相談に切り変えますと、現在大体1回に7名ぐらい、1カ月に50~60人ぐらいの患者が来ておりますが、おそらく一遍ですばつと来なくなると思います。われわれとしては精神衛生相談所という看板を神経科の外来とごつちやにして投薬までやつていことは心苦しいのでありますが、やむを得ずしております。その点でここは丁度神経科の外来がありますので、処方通りの投薬は行われているのでありますが、患者の対象というものについて私は疑義を持つております。何ういう患者が神経科の外来において扱われるか、何ういう患者が相談所で対象になるか。神経科の対象と相談所の対象についてはつきり定義が出来るのかどうか。そういう点をお教え願いたいと思います。それから相談所におけるアフターケアをいいますと、これも現在のところそういうわけで、私どもの病院の退院患者で、しかも京都市内に居住している患者、しかも退院時に医師から、とにかく退院してももうしばらく相談所の方に通うように指示をうけた患者が大体1年に10名ぐらいいます。これは相談所でやる以上、市内全域のアフターケアをやらなければいけないと思つていのですが、他の病院の退院患者まで手をつけますと、また手をつけかけたのですけれども、やはり病院が相談所という名前を利用してなわ張りを荒らすといふことでこれは面白くないといふので引込めたのです。従つていまのところ病院だけの非常に狭い意味の相談指導に限定されたアフターケアしかできていない。従つてこの点にまた問題があります。

それからもう一つ私の病院で扱つてい問題は、現在の精神病院が非常に全部満員でありまして、1割オーバーが一番少いので、後は大体2割程度です。しかも新聞でご承知の方もあるかと思いますが、去年ある私立の病院が2つばかり、生活保護法の患者の入院の取扱いで大きな事件をおこしまして、監査の直前まで5割をオーバーしていました。監査があるといふので急にあわてまして、患者を病院の従業員のところにかくして(笑声)……。これが反対側の病院からとんでもないといわれて、病院の炊事場のおつさんなどに化かしまして(笑声)……。またある病院はてんかんという名前で患者を入れておいて、その患者に薬を使つたわけです。しかし負担金があまり大きいので入院料が滞納になつてい。病院側が家族に納得させまして、その患者を警察の前にわざと捨てて帰つた(笑声)。警察の方がそれを行路病者で保護した。後からゆきまして、これは精神病患者だからと生活保護の本人にしまして収容した。従つて滞納患者が1人について……。しかも1人は全く架空の患者である。こういふ大きな事件がおきました(笑声)。これが大体府会とか市会とかで非常に問題になりまして私立精神病院は信用できない。従つて市としては徹底的に監督行政しなければ

ばならないということになった。実はこの間集まりがあつたのですが、今月の12日から鑑別病院という病院を2カ所指定しまして、この病院が、私立の病院と府立医科大学の精神科の分院と2つの病院が、生活保護の申請が出た患者の鑑別病院に市が指定する。申請患者については家族であろうと行路病者であろうと一応鑑別病院に全部収容する。従つて入ってくる経路は警察と保健所と民生安定所から入る場合と3つあります。それによつて1週間位は保護してその間において鑑別し、精神障害であるかないか。精神障害である場合には生活保護法による入院基準に合致したところの精神病患者であるか、この2点について鑑別しましてやつております。それにもとづいて全部の病院の定床とオーバー率を市のほうがみまして、ベットのすいているところから公平にまわしてゆく。大体、京都で今われわれの扱っている件は以上のような点であります。

結局、考えてみますのに、病院の中としてはどういふ問題があるか。それからもう一つおとしたのでありますが、ナイト・ホスピタルにつきましては、大体、宇治に職業安定所がありまして、そこを中心にして宇治地区の事業主の懇談会が毎月1回持たれています。これはこういう仕事だが誰かいい人はないかという人探しの集りです。この職業安定所長のほうに連絡して、こういうふうに良い患者がいるが何んとか使つてみてくれないか。しかも責任は全部病院がもつ。泊るのはまた病院へ帰えす。朝出て行つて夜帰る。報酬なんかについては、治療の一環としてやるのだから心配はいらないというようなことで話をすすめてまいりました。現在、男子のほうから、PSW が間に入りまして2名の患者を養鶏場にやつていますが、これが始めて1カ月経ちまして、収入はいらないといつたのですが、収入をもらつて帰りまして、8日間で2人が行きまして100円ほどもらつた。どういふふうに分けるか相談しましたが、結局、長野県の佐久病院や松沢病院の前例に学び、1割はレクリエーション、作業資金として寄附する。あとの9割を現物給付、タバコだとか、衣服の消耗に対する補給であるとか、実際に働いた患者にもどす、これを患者自治会に図りまして了解を得て致しました。ケースワーカーとして1人しかおりませんので、1人のケースワーカーで処理出来るナイト・ホスピタルという意味の所外の作業療法はせいぜい5~6名です。あと、4~5名を追加してもつてゆきたいと思つております。

以上のような状況の中から問題点をさぐつてみますと、結局、現在のところ薬物療法が非常に発展して、病院の相貌というものが過去とは一変しています。特にオープン・ドア・システムの発展につれて、従来は地域社会からの非常に厚い壁を隔てて孤立しておりましたところの、いわば地域社会とはヘテロゲーンの異常社会でありました精神病院の内部というものが、構造においても地域社会とホモゲーンなセラピューティックなものに切り変えられるということは、私の病院でもささやかながらいえるのではないかと思つています。従つて地域社会とタイアップの問題が真剣に取り上げられなければならない状況に追い込まれてきております。特にサイキアトリック・ケース・ワーカーの採用と共に、ナイト・ホスピタルの問題、あるいは従来なら閉鎖病棟のホスピタリゼーションの中で荒廃に陥つていたであろうところのクローニッシュな患者のリハビリテーションとかアフ

ターケアというようないわゆるポスト・ホスピタルの問題が表面化しつつあるわけです。精神病院はこれらのものを通して地域社会に向つて窓を開けようということがいえるのであります。この窓の開け方には、国立の武蔵療養所でやっているような PSW を中心とした社会復帰学校というものも考えられます。あるいは長野県の佐久病院がやっておりますような地域社会と病院の密接な結びつきという歴史的な強みの上に立ちまして発展したナイト・ホスピタルで、こういう社会再適応の努力も認められております。私のほうではまだできておりません。病院では非常に地域社会とタイアップすることを認めながらも、まだこの問題があまり大きくて手がつけられない。あるいは手をつかけてもまだ地域社会からかなりわれわれの地区では抵抗がある。あるいは無関心によつて迎えられている。わずかに病院の問題に関心をもっております PSW の好意という、いわば個人的なものによつて行われているという点に一つの問題があります。結局、精神病者のアフターケアについては、生保をみましても、42条ですか、訪問指導の義務がうたつてありますが、これだけでありまして、ポスト・ホスピタルという施設についての規定が精神衛生法のどこをみてもありません。病院自身の内部から地域社会に対する欲求というものが成長しつつあるのですが、これに応えるところの機構であるとか組織であるとか人員であるとか予算が伴わない。事実というものが先行している点に問題があるのではないか。一方、厚生省の社会局で民生部というふうなところが主に管理行政の上から生活保護法にもとづいて入院基準を引き上げまして、いわゆる精神病患者であつても入院によつて治療の目的を達し難い慢性の精神障害者を対称として緊急の救護施設というものを具体化しつつあります。しかもこの施設は医療法のワク外にある。しかも病院としてはこれが一つの社会に向つて、病院よりさらに大きな窓を開く厚生施設である。しかも管理が精神医学的な管理において置かれる場合には、われわれもとにかく認めざるを得ないような状況です。ここに一つ問題があります。

それから保健所との関連であります。京都の保健所の問題であります。相談所の外郭施設の中で一番インソニッヒな機能的な関係をもたなければならない保健所でありながら、精神病院に比べまして、しかも京都としましては地域社会との密接な連繫をもっている。この長所が現在のところ精衛相談に関してはなんら満されていない。保健所長さん自身もそうですが、保健所があげて精神衛生というものには今のところそつぽを向いています。このそつぽの向き方なんですが、保健所の予防課というものは非常に課員が少ない。しかも結核と母子と精神衛生と3つをやらされている。前の結核と母子だけでも手いっぱいである。

これも精神衛生が取上げられない大きな要因だと思いますが、何よりも精神病者の訪問指導をしなければならぬ保健婦が非常に低調である。しかも年令的に40才以上の保健婦がおりますが、大体家庭を持つていて家から通つているので人事の交流がほとんど行われていない。従つて仕事をやるというファイト、新しい問題までやるというファイトがありません。ただ今まで慣れている結核や母子などにどうしても仕事がゆく。従つて精神障害者を持つている家族自身の問題点を把握

するというような、指導運営要領にうたつてあるような仕事をするにはあまりに保健婦の教養、修練が未熟である。従つて保健所が何か丸い形になつて精神衛生にはデフェクトがある状態です。それに対して精神病院は丸であつて、それからタコの足のようなものが出ている。ところが相談所は丸まで行かない三角のような状態で現在おかれている気がしてならんのです。指導方針や性格は運営要領でハッキリうたつてありますけれども、実際はわれわれのような併設の相談所では、何か高嶺の花のようなもので、欲しいのは現在の低いところの水準にマッチした要領の中の要領といったものを望んでいるわけです（笑声）。

それから人的資源が相談所にはない。精神科の専門医、PSW、あるいはこれに代るべき必要な精神科の経験を持つた保健婦もございませんので、所外活動をやろうと思つたら結局全部県立精神病院のほうからやらなければならない。ここにも問題があります。それから洛東の相談所のように府県立相談所が兼務しました相談所の場合には、相談所の対外活動、殊に在宅障害者の訪問指導というようなアフターケアというもの、あるいは所内活動というふうなところまでで、他の精神病院の退院患者のアフターケアまで相談所が取り上げようとすると、精神病院から抵抗を受ける。こういう点に、もつと相談所というものは行政機関の性格がある程度いまの段階ではいるのではないか。相談所の性格はやはりサービス機関だと思つていますが、こういう抵抗をおしのけてまでやろうとすればどうしてもある程度サービス機関というような性格の上に行政機関の性格が加味されなければ、広い意味のアフターケアなど望めないのではないのでしょうか。結局、私どうしたらいいか、いろいろ考えておりますが、大体いまのところ新しい精神病院で相談所を併設している場合、精神病院のほうが相談所より精神医学的な臨床チームというものを形成するのが必要なことは分つている。いまの段階では平行してやらなければいかんのではないか。このためには単に精神病院の医者というものは医療法に限られたところの定数だけではやれない。その上にプラス・アルファとして余分の専門医、PSW、こういうふうなものを精神病院の側がもつている。この点、相談所よりも精神病院のほうが予算の面で、特に特別会計の病院において黒字を持つておりますところは融通がつくのではないか。それによつて相談所の活動をしてゆく。精神病院は自分の最も身近な問題であるところの患者の社会的再適応、アフターケアの問題については、院内でこうしてわれわれがやつていっている仕方よりもむしろ相談所という形で相談所のほうに出している精神科医、PSWによつてやるのがいつそう望ましい。

第3点は、精神病院は保健所の保健婦というものの精神医学的な実地修練の場として自分自身を提供する必要がある。病院の中で長期の講習をやりまして精神医学的な臨床を積んだ保健婦を養成しこれを相談所のアシスタントの要員として元の保健所に復帰させたら、もう少し保健所の保健婦が動いてくるのではないかという印象をうけました。相談所は精神病院によつて提供されたチームである臨床チームと精神病院によつて養成修練された保健所の保健婦を密接に連繫させまして、いわば保健婦というものを媒介として精神病院のリハビリテーション、アフターケア、あるいはいま

起つております緊急教護施設，こういう病院の1番内側からの問題に対して病院と連携をもつ必要があるのではないか。

さらに第4としましては，精神衛生相談所は緊急救護施設に対してある程度，行政機関としての権威をもつてその運営を指導監督してゆくべきではないか。単に精神衛生相談所は，私どもがやつておりますような精神病院の外来窓口であつてはならない。ただこの場合対象としては外来の対象と相談所の対象とどういうふうに区別したらいいかという問題があります。

第5には，相談所の中，少なくとも1カ所は単独相談所である必要がある。所長も病院長の兼務でなく専任の所長がいる。そして府県立精神病院のような純粋な機関であるよりも，ある程度の行政機関であるためにも専任の所長が必要である。そういうことによつて病院のリハビリテーションアフターケア，保健所の保健婦の指導をもう一步前進できるのではないか，こういうような印象を持つております。

いろいろ申し上げましたが，よろしく。

*

*

中川 ありがとうございます。ご質問はありませんでしょうか。なければ屋食に間がありませんので渡辺先生のお話は午後にお話し致しまして，これで休憩したいと思います。

精神病院と精神衛生相談所の未分化の段階から

——後進地域における一精神病院のあゆみ——

北海道立緑ヶ丘病院

渡 辺 寛 一

1. 北海道の精神衛生の夜明け

終戦後のこんとんとした状態も、やや落つきを取りもどし始めた昭和25年、新時代を劃する精神衛生法が施行された。当時、北大の医局で新聞をみた感想は、何か新しいものができたという程度で、医局の連中も、ただひたすらにアカデミックなものみに情熱を燃していた。

終戦により植民地を失った日本が、再び開拓のホープとしてとりあげた後進地域、それは北海道であつた。当時北海道の精神病院は主として札幌、小樽並に函館に集中し、他に旭川の一院を数えるのみで、その病床も数百に過ぎなかつた。従つて病床の不足はいうまでもなく僻地から一昼夜或はそれ以上の日時を要して、辛うじて北大の精神科外来を訪れる患者も少なくなかつた。「当時はこのような家族の苦勞にたいしても、無関心のまま、ただ患者の治療のみを考えていたようである。

昭和26年、北海道衛生部は精神病院皆無の北海道東部地方にたいし、帯広と網走の両市に道立精神病院設置の計画をすすめる一方、北大精神科に依頼して、北海道各地の在宅精神障害者の訪問指導を実施した。医局の若手の面々が広く北海道の各地を歩いたのであるが、地元新聞に、「北大精神科教授来たる」と書かれ、始めにして終りのプロフェッサーになつた医局員もいたのである。当時十勝地方、三ヶ町村の巡回を担当させられたのであるが、数日間、トラックに乗せられ、朝の8時から夜の8時まで、毎日40数軒の患家を訪問し相当へたばつた想出も懐しいものである。如何なる裏づけの下に訪問指導が行われるや」と問われ、「われわれは道精神衛生部の依頼により患者を診るものであつて、その趣旨は知らず」と町吏員と珍問答を行つたものであつた。さらにひきつづいて、帯広市への道立精神病院設置の計画は、順調なはかどりをみせ、その間のつなぎとして、帯広保健所へ月1回、医局より医師が派遣され、患者の診療にあたりだしたのである。

2. 無病床地域への道立精神病院の設置とその運営の経験

このような過程を経て、網走市にひきつづいて、昭和28年、帯広市に道東南部唯一の精神病院としての道立緑ヶ丘病院と帯広保健所併設の精神衛生相談所が発足したのである。病院の位置は、帯広市の西方に位し、市街のはづれより更に十数分も歩かなければならぬ不便さがあり、通院は勿論遠方からくる患者の入院、或は退院などに著しい障碍を感じたものであつた。診療圏は十勝、釧路、根室地方その他、北海道各地に及んでいたので、冬期間吹雪のため自動車連絡もできなくなることも度々あり、或は雪どけ時には、道路はまさに泥濘悪路と化し、辛うじて遠方より辿りついた患者も更に担架にのせて病院へ収容するなど、すべてが困難に満ち満ちていた時期であつた。

このような事情もあり、病院設置とともに、病院外来の社会的進出の場として、保健所の利用が

考えられ、週2回の相談日がきめられ、病院の出店としての診療がつづけられることになったのである。病院設置後、約3年間はこの定床以内で、病気はみれど病人はみざる殿様診療がつづけられたが、病院内部の整備もすすみ、やがて入院患者は増加の一途を辿り、遂に超満員となり、或る時は140%に達するなど、病院の運営は根本から考え直さなければならない事態に立ち至つたのであつた。ここにおいて、限られた病床をもつて、数十万の人口の広大な地域にたいし、如何に全般的且つ効果的に診療を行うかに重点がおかれることになった。以来現在までの5年間の経過は、極端な入院制限と在院患者の退院促進に力がそそがれ、しかもこれでも間に合わずに、毎年在院患者の30名ないし50名を遠隔の地の新設精神病院に転院せしめるなど、甚だ実施困難と思われることを強引に行なわなければならぬことになったのである。勿論道側にたいする増床の要求は、機会あるごとに繰り返されることになった。無理な入院制限と無謀に近い退院、転院等の強行は、患家と病院の信頼関係を喪失せしめるおそれもあり、「ここは病院に非ず、患者取りさばき所なり」と痛嘆せしめることにもなつたのである。

3. 精神衛生相談所の在宅患者訪問指導の経験

不便であつた病院、市街地の連絡も、3年後には、バス路線の開通があり、ために保健所において実施してきた週2回の病院の外来出張的相談は意味を失つた如く思われてきたので、これは病院の外来にもどし、精神衛生相談所は坐して待つべきではないとの決意の下に主として在宅患者の訪問指導に目標がむけられることになった。しかし今にして思えば、たしかに病院外来とは違つた面もあつたのであり、その廃止は惜しまれることであつた。この訪問指導で問題になつたことは年に一回の行事であつても、各地の保健所、町村等の協力で患家を巡回することは、要治療の患者を発見することになり、これは直に精神病床の超過に一層の拍車を加えることになることである。苦肉の策として、当時最も精神衛生面で未開の地であつた釧路、根室地方に訪問指導の重点を置くという逃げ道をみいだしたのである。地元を放置して、わざわざ遠隔の地に出かけるという情けない結果になつたものである。しかし毎年秋に行つた釧路地方の開拓地の訪問指導では、得られた経験も少なくはなかつた。保健所や市町村の担当者、民生委員、保健婦などと、一軒ずつ患家を訪問し、皆で考え合つたのである。このことは病院には得られない貴重な広い視野を与えられたし、また精神衛生関係者の啓発には大いに役立つつもりではある。ただごく少数の患者の入院はとりはからつたが大部分の患者にたいしては相談のしつばなしという結果になり、これはむしろ有害とも考えられたことであつた。また1日の大半を自動車の中で過し、時々降りて患家に入るというような地域の広大さには、今さらながら驚きを新たに、またこのような地域での患者発生にさいし、病院へ収容することの困難性を強く感じたのであつた。

患者の取りさばきに悩む病院と、相談のしつばなしともいえる相談事業の経験から、後進性の強い地域では、病院の受け入れ体勢あつての相談事業であることを痛感したのである。

4. 訪問指導の経験から得た精神病院脱皮の必要性

在宅患者の訪問指導にさいして、患者やその家族の眼を通じて、外部から精神病院の現状を考える機会を得た。また一般に精神病院にたいする偏見も根づよいことを知り、どうしても精神病院の増床並に改善を実現しなければならないとの決意をかためた次第であつた。ゆきづまつた事態を打開するために、強引に増床要求をくりかえした結果、遂に昭和35年5月、100ベット増床が決定されたのである。同時に雪国の精神病院に必須のものとして要求してきた屋内運動場も実現できたことは、うれしいきわみであつた。1年後に増床完成の見通しが立つとともに、昭和35年は精神病院の改善に様々の躍進がみられた。入院患者の大半が農家出身者であるため、本格的な農作業が3里程離れた道立農業試験場で行われることとなり、自動車で患者を送り迎えすることとなつた。患者は病院を離れて仕事することに非常な喜びと解放感を示し、始めは危惧の眼でみていた試験場側も、間もなく患者にたいする誤つた考えを捨ててしまつた。秋には130名の患者がハイキング兼作業療法でバス3台で試験場に出かけ、たのしい一日を過し仕事の面でも大変好評であつた。このように精神病院が敷地内にとどまることをせず、積極的に地域社会の既存施設の中に第一歩をふみ入れることができたことは、非常に意義のあることと思われるのである。このことは、精神衛生相談事業に効果的に影響することが期待できるのである。また一部病棟の開放、保護室の廃止なども、相談事業との関連の上で考慮され、実現したのである。

病床増加の見通しが立つとともに、これまで遠隔の地に逃避していた訪問指導も、釧路市等にできた新設病院の活動にゆだね、いよいよ地元の十勝地方にたいし、全町村の巡回訪問が秋に実施された。これまで十勝地方では芽室町のみが、町の熱心な要望により6カ年、継続して訪問指導が行われてきていたことは特記に値することであろう。

さて今回の地元にたいする訪問指導は、大体の方針の下に、各町村が選択した患家にたいし行われた。5保健所管内、12カ町村を巡回し、143件の指導が行われた。精神分裂病85、精神薄弱30、その他である。指導区分は、特に今後訪問を要しないもの38、経過観察を要するもの89、要治療16である。

確かにこのような試みは、大いに参考になることであるが、やはり裏づけのない相談事業という問題もあり、また将来の事業の効果をも考慮すれば、ここに病院診療と相談事業との一貫性が要求されてくることになる。

5. 病院診療と訪問指導の一貫性の必要

現在の精神病院の実際の姿は、坐して患者の来たるを待ち、そして外来診察を行うという受身の体勢にある。患家の訪問の経験では、患者を取りまく生活環境から受ける印象が、それぞれの家庭で非常に特徴的であるが、これに比べると、外来での患者は、はるかに劃一化されている傾向がみられる。また入院患者の退院の判断にさいしても、患者自身の精神症状と病院内での生活態度等が主要な手がかりとされている。実際このようにして退院を決定しても、差支えのない患者も少なく

ない。しかし入院患者の大多数が所謂陳旧患者があり、様々な理由で、これらの患者が未治のままあるいは軽快状態で退院してゆくことも多いのであり、更には積極的に患者の家庭復帰を考慮すべきであることを思えば、われわれはもつともつと、患者の生活環境に注意をむけなければならないと思うのである。現在の精神病院での治療は何か片手落ちなものを感じられる。私共が日常、予後に危惧の念を抱いた患者が案外無事に家庭生活を過していたり、あるいは逆に病院内では良好な精神状態にあつたものが、退院後間もなく再入院してくるなどの経験も少なくない。従つて訪問指導を通じて退院後の患者の状態を把握し、経験をつみ重ねることは、精神病院での治療、退院の判断などにたいして貴重な資料となろう。また同じことが患者の入院についてもいえるのであつて、患家での診断は治療の目的を明確ならしめるといえよう。

これらのことから、家庭、病院、家庭と一貫した取りあつかいがなされることが、患者のためにも、精神病院の医師のためにも望ましいことと思われるのである。

この目的のために、幸にして自動車を一台確保することができ、増床完成と共に、漸次つみあげてゆきたいと考えている。

6. む す び

後進地域の精神病院が、広大な地域に僅かに一院という特殊な事態の下に、診療と相談事業を行つてきた。その過程において様々な困難な事情にぶつかり、その経験から様々な工夫が行われてきた。すべてが単純であり未分化であるが、将来に希望もあり、今後の活動の中からスタッフの育成、強化とともに、自然に高度化され、専門分化されてゆくことが期待されるのである。

*

*

中川 渡辺先生のパイオニア的な非常に熱の入つた御報告に感銘いたしました。ご質問がございましたらば……。

○ ちよつとおうかがいしますが、巡回相談をして、最近、ほかの精神病院もベッドの増設ができるというので患者も出てきていいという含みで始められたそうなのですが、そうすると出てきたらと思うのです。浮び上つてきた者はなんとか入院させるべきものは、先生の活躍で処理できるという状況でございますか。

渡辺 これはですね、現在のところでは処理できないのです。病床の増加が完備するまではできないのです。143件のうちで、今後行かなくともいいという社会的要請が充分で、いかになくともいいという患者が38件あつたわけです。それから、とにかくこれは治療を要する、入院なり通院なりの治療を要する患者さんが16名。てんかんの服薬もありまして、これは通院すればいいのですが、大部分は入院させなければならない。それ以外の89名というのは立派な病人であつて時々困つてはいるんだけどいまのところ経過観察をしていこう、特に問題があればその時すぐさまなんらかの処置をとらなければならないかもしれない、というような程度にしか分けておりません。

この巡回相談をしてつくづく思つたことはやはり医療費のうらづけの問題がないために在宅して

いる患者が圧倒的なのです。ですからなんとかしてやりたいと思っても国保で5割給付されているところでも、あとの5割は負担できない。ただし生保にも該当しないというふうなことになるわけです。ですから長年月病院に入っている患者をみますと、完全に貧困な階層かレベルの高い富裕な患者だけであつて、ボーダーラインの患者というものは長い間入院できないというふうなことになるわけですね。だんだん低所得層に転落してしまうというふうなことで、なんかやはり家庭の懐具合も充分考えて患者の入院治療ということをやつてやりませんと、知事が盛んに中所得層の転落防止をやれといつて叫んでいるのに、道立精神病院が一生けんめい患者を入れて集金取立で転落に拍車をかけているというのじやおかしいではないかと思ひまして、非常に痛感したわけですね。

全 体 討 議

中川 他にございませんか。(質問なし) では時間もだいぶ経ちましたので一応話題提供者の先生方のお話はここで終りまして、竹谷先生におねがいがいたしまして3時半まで時間をいただきましたので、総合的な討議に入りたいと思います。

それで今朝から先生方のお話を承つてまいりますと、一応次のような問題に整理できるのではないかと思いますので、申し上げさせていただきます。

まず、相談所における相談指導の問題、特に外来相談の問題ですね。これが精神病院における外来診療とどう違うか。例えば投薬の問題なんかにしてもいろいろ出たわけでございます。この問題が一つございます。それからもう一つは入院の問題ですけれども、例えば地域によつて非常に無理解である。精神病乃至精神病院に対する誤解がある。それから入院する場合の取扱いに注意しなければならない。それに対して啓蒙が必要だとか、入院する場合の精神病院の選択ですね。どういふような病院に入院したらいいか。それは一応精神衛生相談所が把握して適当に紹介する必要もあるんじゃないか、というふうな問題も出ました。

それからその次には、リハビリテーションの問題だと思います。ただいまの渡辺先生の時にも出ましたが、リハビリテーションのための活動に対して精神衛生相談所がどのぐらい関与できるかという問題です。次に、リハビリテーションも含みますが、退院後のアフターケアの問題が非常に重要な問題になつてくると思うのです。それにはその病院で指導が行えない場合には精神衛生相談所なり保健所から訪問指導にゆく、という問題があると思うのです。その場合ソーシャルワーカーが得られない時は訪問指導を保健婦がやつたらいいのではないかと、保健婦にやつてほしいという希望が大分出たのでございますが、この場合、保健婦がやるとすれば、その教育の問題。またどのような形でやるのか。保健婦がどこまでやつたらいいのか、またやれるのかという問題が充分討議されていないように思うのでございます。それから、訪問指導をした場合の記録がどう活用されたいか、その訪問指導のあとの記録の整理の問題、活用の問題ということがあります。

それから退院後に精神衛生相談に来た場合に、その相談したあとの紹介の問題があると思うのです。退院後の患者の紹介先の問題であります。元の病院の外来に通つたほうがいい患者、あるいはリハビリテーション・センター、ファミリー・ケア・ホームとか、治療的クラブ、シェルタード・ワークショップというようなものがあれば、そういうふうなところに紹介したほうがいいのか、そういう紹介先の問題も充分考える必要がありますし、あるいは相談所自身で扱つたほうがいいのか、というような問題もあると思います。それから、その場合の入退院の把握であります。入院は一応届出がありますので把握されておりますが、退院の把握が不十分ではないかと思うのです。これをどうしたらいいかというふうな問題があると思います。

以上のような問題がいろいろ出てきていると思うのであります。昨日も一昨日もいろいろディスカッションがあつたのですが、非常に問題が多岐にわたつておりまして、これをみな論じますと散漫になつてくると思います。それで先ほど二三の方とご相談したんですが、本日のこれからのテーマは退院後のアフターケアの問題にしぼつてはどうか、精神病院の院外活動にしぼつて論じていたきたい。ことに精神病院の側から、退院後のアフターケアについてこういうふうに考えているのだけれどもこれについて一体相談所や保健所がどういうふうな立場から関与していただけるか、という問題。そういうふうな立場から論じたら問題も深められてゆくのではないかと、というふうに思ふんでございます。その点にしぼつて一つご討議ねがいたいと思います。

この場合、病院と相談所との関係が非常に地域によつていろいろございまして、病院内に併設されている相談所もありますし、病院のランチとして出ているという相談所もありますし、あるいはその病院が民間病院だったり公立病院だったり、また全く独立の相談所もありますし、いろいろな形態があると思います。これは各地でかなり特殊性があると思います。そういう特殊性を考えながら充分ご討議ねがつたら話合いがうまくゆくのではないかと思いますので、その点をご考慮ねがひまして一つよろしくおねがいたします。どなたからか一つどうでしょうか。

○ 病院に入院した患者のアフターケアは病院の機能としてそなえておくのが一番望ましいと思います。相談所があろうとなかろうと病院が本来やるべきではないかと思ふんですけれども、公立の病院には私それが期待出来ると思ふんですけれども、私的な医療機関には現在の診療報酬の体系からいうとそういうものは一文にもならんということで、恐らく期待出来にくいと思います。そうなりますと、そういう病院に入院したらその病院から退院した患者のアフターケアというものも考えなければなりません、それは精神衛生相談所というものがあつてですね、今のところはそういう機関がやつてゆく。そしてさつきいつたように病院が本来は全部やつてもらわなければならない。精神衛生相談所というのはその病院に入院しなかつた、あるいは病院に最初から行かずに、その精神衛生相談所で把握され病院に行かずに済んだ、あるいは行かない方がいい、そういうようなケース、そういうものを扱つて行くものと元来、原則的には考えられていますけれども、病院のアフターケアもやらなければならぬ、しかも私的な病院のアフターケアは期待出来ないとすれば、それは相談所です。そういう関係から行きますとですね、今までお話いただいているのは病院に併設された相談所がアフターケアとして訪問されているのが、全部といつていい位その病院の患者のアフターケアだけやつてると思ふんです。ですから私は、そういうところは独立すべきだという論拠があると思うのですけれども、相談所というのはそういう意味からも独立していないと、どうしてもその病院の精神衛生相談部になつてしまいます。その病院専用の附属精神衛生相談所になつてしまふ。公的精神衛生相談所としては非常に偏つたものになつてしまふように思ふんです。それで、もちろんいまも公的な精神病院に併設された精神衛生相談所がその病院のアフターケアを担当していらつしやることは結構だと思うのですが、しかしそれだけで終つてしまわないで、全般の、すべての

ターケアをやつていただければ一番いいと思うのですがそこまでいかない。そういうことからして、望ましい形は精神衛生相談所、そのランチである保健所に附属した精神衛生相談所というものがある、すべて一般的に退院患者のアフターケアはそこでやつてゆく。精神衛生機関の仕事の一つとして病院からの退院患者のアフターケアも取上げてゆく、というふうに、いまのところしなければならぬ。将来、病院のすべてそういう診療報酬体系が改善されて、個々の機能としてそういうものが整備されてくれば、どんな精神病院にも期待してもいいと思います。それができない限りは精神衛生相談所の仕事として一般的にアフターケアというものを……。ただできれば公立のものは公立でやる、一般の病院のアフターケアは精神衛生相談所が受け持つてやつてゆく。その場合に県下に1ヶ所相談所があつたのではとても全部をやれないから、早く保健所の相談機関を整備してゆく。そしてまあねくそういうことが可能なような体勢を作つてゆくべきではないだろうかというふうに考えるのでありますけれども。

○ 少し話題が外れるかもしれませんが、私はある私立の精神病院の方の計画されたアフターケア・センターというものをお手伝いいたしております。ここは5人のケースワーカーが1人の精神科の医師と共にチームを組みましてアフターケア専門にやっています。これは有料でやっております、1回の面接は500円から3,000円のワケでやっています。まだ3カ月でございましてあまり好ましい状態に至っておりませんが、私どもは収入ということを考えないでいこうではないかということでやっております。会社にありますところの衛生管理課のお医者さん方からアフターケアの必要なような患者を送つていただいて引き受けるとかいうことをして、会社のほうからそのための寄附金というものをあおいで、私どものセンターを営んでいこうというような考えでやつてゆく。先ほどのお話に加えて私設のそういうリハビリテーション・センターというものがあるということをおききして申し上げます。

○ ただいまのお話をおききしておりますと、ただこれは非常に地域差があると思います。つまり宮城県からゆくと、まず私的な病院にそういうことを期待するということは絶対といていい位不可能なことです。しかし一二の病院はそうでなくて、やはりアフターケアの問題まで真剣に考えているところが出てきておりますが、まず大部分のものが期待できません。これで仕事が多少オーバーワークするところが出てくるのではないかと思います。相談所の実際の機能としまして、例えばこれは現在まだ考えているだけで実行にも移せないんですが、入院は一応保健所で把握できますが退院をどうして把握するか。これは現実に私たちの精神衛生研究協議会でも議題になつたのです。これは連絡表みたいのを作ろうと。これは私、少し精神病院に呼びかけてやればできないことはないと思うのです。しかしそれをどうさばくかというふうなことになりますと、まだ実は私たちのほうはそれだけ能力はないわけです。現在の段階では書類でもまだいい。少なくともどういふような患者がいつこの病院を退院して、その患者が帰宅後も継続して訪問指導を行うとするならば、どういふ点に問題があるのかということなどを書類としてどつかで集めて管理する

場所がほしい。そう考えますと結局精神衛生相談所ということになると思うのです。

その際、例えば県の病院あるいは官公立の病院、あるいは私立の病院でもそういうことができるところなら報告だけでいい。できないでこちらに依頼したいという場合に、その中でまずどれかを、そんなに多くのケースはできませんが、まずこれとこれを是非やつてほしいというのを私どもとしてやると、現在の段階ではそれぐらいしか能力がありません。

○ 私は、いまそこまでいつていないのをこうしたらいいではないかということをお願いしたのですが、おつしやつたようなことはある程度やつてみたわけなのです。私のところはまだ各保健所に相談機関ができていないわけで、ある相談所だけですからその附近だけしかできないと思つたもんですから、福岡市内に退院しておいでる患者さんで適当と思われ、あるいは訪問指導をやつたほうがいいのかと思われる患者さんがあつたら報告してくれ、ということをお願いして、書式を印刷してお渡ししたんですね。はじめはだいぶぎてましてね、まア少しいつたのですがだんだん関心がうすれてしまつたんですけれども。これは、そういうふうにするものだというふうになつてしまえばある程度いいのではないかと思うのです。いまおつしやつたような、どういふ点を注意したらいいかというようなことを書く欄などをこしらえて、やつとある程度はやつたのですが、先ほそりで、いまんとこ来ておりません。特殊な病院だけは熱心で、やはりちよこちよこ連絡して下さるのですが、結局その病院が遠いことから、福岡市内に退院しておいでるケースが少ないので報告のケースも少ない。ないことはない。しかしやつぱり問題はそういうことが一文にもならないということが、私的な病院のそういうものに対する関心のうすい原因だろうと思います。これはやつぱり啓蒙で、こちらがやつてあげるのだからといえはる程度いくんではないかと思ひます。

いま佐藤先生がおつしやつたように、報告を何かやはり制度化してしまえばいい。行政官庁のほうで法的な根拠がないから強制はできないかもしれませんが、とくにおねがいするという形で、退院されればすぐそれを報告しなければならん、とするのが当たり前だという形で習慣づけられてしまうと違つてくると思ひます。いま試験期であまりこちらもそうたびたび催促はできません。一寸催促するとまたポロポロと出てくるのですが、また出てこなくなる。そういうことで、どつかでまとめてということはいいと思ひます。将来保健所などにそういう機関ができた場合には、その地区に報告してもらつてもいいし、あるいは中央の相談所にまとめて相談機関のほうに連絡して、どつかにいつてもらふということをしてもいい、そこはまたいずれかに考えられたらいいと思ひのですが。

中川 そういふまとめる場所としてはどういふところが一番良いと考えられますか。

○ そうですね、いま佐藤先生のおつしやつた保健所など。それから午前中どなたかのお話にあつた相談所にそういうものをまとめるということもいいかと思ひのですが。ただ中央の相談所から全般をまわれないわけですから、どうしてもランチとしての保健所が第一になるでしょう。そうするとそこでショートカットで、その地区はその保健所に通知していただいて、保健所から

すぐゆく、そういうショートカットでもいいと思うのですが。中央で統制というようなことも必要なものがあると思います。その管内に帰らない方については相談所に通知して、相談所からその患者さんがお帰りになる保健所に通知するというでもいいでしょうし、あるいは直接その病院からそちらの保健所に通知していただく、それはどちらかいい方法を考えて……。

○ 退院前から訪問すべき予定者、例えば地域によつては保健婦が予定されているし、また地域によつてはソーシャル・ワーカーが相当揃つておつてその人が予定されているとすれば、そういう地域の保健婦なりワーカーを入院中からコンタクトをつけるような何か方法をとつていらつしやる場所があれば承りたいと思います。

中川 どうぞ。入院中から……。

○ 私は神奈川ですが、いまお話になつたようなことが大体実行されているのではないかと思います。退院届というのは大体保健所を通じて中央の予防課にゆくことになっております。ですから中央の予防課では退院した人がわかるわけです。それですからわれわれのほうで経済的にもし不利な条件があつてあんまりよくない状態だけれども退院したいという時には、前もつてその地域の保健所、それから福祉事務所のケースワーカーに通知しておく。そしていろいろ状況を調べさせて、わたしたち実はこういうわけで退院させるんだが、退院させたあとは、中央相談所はまだ動いておりませんが、その附近の、少なくとも専門の先生方に協力してくれということをお願いしております。ですから入院している間からすでにそういう心の準備はもつて退院させております。その退院した患者は具体的にどうなるかといいますと、わたしさつき申し上げましたとおり、私立病院の院長をやつておりますもんですから、そう広範囲にみることはできませんが、予防課なら予防課で巡回相談の姿を毎年定期的にきかして、ブロックごとにその地域の大体指定病院の院長がまわる、院長がまわれなければほかの方がケースワーカーと一緒にまわるというようなことをやっております。ですから、少なくとも中央集権という意味ではございませんが、連絡はわりあいにお互い同志の病院がついているのではないかと。実際に出掛けるにはお医者さんの人数が足りなかつたりなんかして不備なこともございますが、心掛けとしてはそのくらのことは神奈川では大体やりつつある、ということをちよつと申し上げます。

○ 先生のところでは退院の時にはですね、ケースワークをおやりになるとすればその退院者を受取るべき地域の誰かケースワーカーとか保健婦とかいう人を同席させたということ……。

○ 大体私のところでは民生の関係、それから保健所関係で、年に365日のうちケースで割つて、各区から2日に1回ぐらい大体連絡があります。ケースワーカーが、私の病院だけかもしれないけれども。それで時々病状を話してやるというようなことをしております。ですから退院直前とは必ずしも限りませんが、それは続けて連絡的にわれわれのところでは行われていると私は思っております。

○ 先程退院届の制度の問題が出たものですから、それに関連してご質問申し上げているんで

すが、退院届といったような法律的な制度的な問題の前にやつぱり事実を作りあげないといけないという気がしているものですから。例えば 800 の保健所に法律か何か作つて全部退院者名簿を置かなければならないというものを作つても、その全部がこれをこなしていただけるかどうか。おそらく保健所の 8 割ぐらいはえらい迷惑だ、とてもじゃないがこれ以上また仕事がふえたということになるのではないかと。ですからやつぱり求められた状態が起つてからでも遅くはないのではないかと、また現にそういう法律的な手続などは、とられていなくても、やはり入院中からコンタクトをとつて、少なくとも入院は、これは現在の制度でも、本庁及び保健所に、あるいは本庁だけでも知れませんが、入院患者のリストはなければならぬはずになっている。これは義務ですから。入院だけを把握しておけばそれを基にしてコンタクトをとることもできると思います。

○ 入院前からずうつとフォローアップしてアフターケアというようなことを考えないか、やつていないかというお話がありましたので、それに関連して私がさつき申しおとしたことですが。相談機関、相談所あるいは保健所の相談室を通じて、入院した者については相談所が中に立つてやつて行く。相談所を通じなかつた、直接病院に入った者のアフターケアは相談所に依託するか病院がやつてゆくかということにしたら、というふうに考えたことがあるのですよ。相談所を通じてあれば最初の入院の時からわかつておりますし、入院中も時々保健婦がその病院と連絡をとつてどういふふうになっているか把握しておく。そして退院後のフォローアップをやつてゆく上にも万事都合がいいんではないかと思つて、実は私のところでもそういうケースで少しはやつてみております。やはりそれは望ましいことではあります、全然相談所を通じないで入院した者は入院の時から把握する方法がないものですから、その点は 2 通り考えられるのではないかと思います。それから神奈川県では退院届というものはどういふ……。何か法的な根拠なしに慣例として行われているのですか。

○ そこんところは私知りませんが。

○ 措置入院のことじやありませんか。

○ いいえ、違います。入退院のことはすべて予防課に……。

○ 以前そういう時期があつて、いまは退院は届けなくてよくなつていふのですね。ですから昔の慣例がそのまま残つているところもあるわけでございますよ。私どものところは退院の届出なんかされなないんですが、いまの津田先生のおつしやつたように、入院の届は保健所で把握されているはずですから、最初からその気持があれば、そのあと患者がどうなつていつたかということは、相談機関が保健所にできれば、そこが把握して、その後がどうなつていつたかということを追求めてゆくということは考えられますね。

○ アフターケア、リハビリテーションに関して、病院と相談所あるいは保健所の関連というテーマですが、お話をうかがつて、すぐ保健所の方々の訪問指導、あるいはまた退院患者の届出の話になつて、その実際の退院患者のアフターケア、リハビリテーション・サービスの中で、病院が

なし得る、なさねばならない、あるいは病院がなすべきだけれどもできないので、精神衛生相談所に委託するという場合に、どういうふうなところからは、相談所にわれわれはおねがいしているのか、こういう点についてももう少しやられたらと思うのですがいかがでしょうか。原則的にはなるほど退院の問題としては病院が責任をもつべきであると思いますが、しかし病院によつてはできないところもあると思うのですが、しかし一応そういうふうなことで病院が公的機関であるとか私的な機関であるとかによつて違うと思いますが、しかし一応そういう条件をぬぎにしてもこの程度のとりらば相談所におねがいしてもよいのではないか。あるいは相談所にどういうふうな活動をおねがいたらいいたらうかという点ですがどうでしょうか。それをすぐ訪問指導という形に……。訪問指導も一つの形ですが、その他にもいろいろの相談所としてやれることもあるのではないか。どういうふうな種類の人にどういうふうな活動を相談所におねがいたらいいたらうか。いかがでしょうか。

○ 原則論は私もわかりませんが、私のほうでしたのは病院のほうのご判断にまかせて、相談所のほうで訪問指導をしたいと思うから適当と思われるケースがあつたら連絡して下さいという書面を差し上げた。その判断は病院のほうにおまかせして、これは相談所にやつてもらおうというのだけをやつたのですが、患者の質によつてそれが分けられるかどうか私存じません。

○ そういう問題も重要だと思えますが、それ以前の問題として、大体入院していた患者が外に出た場合に、その責任というものは病院の側でもたないというふうなケースが多いのではないかと思います。その点いかがなもんなんでしょうか。例えば内科的疾患にしても、入院でここまでよくなつて、出たあとの悪くなつた責任は、いわゆる養生が悪いという形にすりかえられるというケースがよくあるわけです。そういうふうなところの問題はどういうふうに……？ そうしないとあとで、例えば他の機関に依託された場合に、悪くなつた時の責任は依託を受けた側に転化されるおそれがあると思うのですが、そういう点、少し考慮していただければと思うのですが。

○ さつき神奈川県の方がおつしやいましたが例えばブロック別とおつしやいましたがね、中央相談所を通じましてAという病院に依託されたとしますね、入院の時。それから今度、退院後は例えばBという病院に依託された場合に、AとBとの間の関係はどうなりますか。いまのご質問と関係があると思えますので。

- どういう関係でございますか。
- ブロック別とおつしやいましたが。
- ええ、あれは訪問指導やなんかに関してですね。
- 退院の時なんか関係してありませんか。
- ええ、関係してありません。

○ いまの問題なんですけれども、やはり一つは経済問題ですね。退院してアフターケアをしなければならぬというふうな症例としては、やはり経済的に退院をしなきゃならない場合もある

りますし、あるいはそういうふうな場合もありますし。あるいは退院させてアフターケアにもつていつたほうがいいのかという場合もあるわけです。いろいろそこに要因があると思うのですが。やはりそういうアフターケアをやつてゆくには私3つのことを考えてみたのですが。

一つは経済問題、もう一つは地域的な問題、例えば病院から遠いとか、あるいは相談所に近いか遠いかというふうな問題ですね。もう一つはやはり病状の問題ですね。病状の種類あるいは程度というふうな問題があるのではないかと。例えばてんかんなんかの患者さんで、退院後も引続き薬を服用しなければならない。あるいは検査も時々続けてゆかなければならないというふうなフェールがあつて、これは病状の面からの問題ですけれども、やはりこれは病院としてアフターケアしてゆく。それからケースによつては精神衛生相談所でやれるというふうなケースがあると思いますが、やはり現状には順位的な問題や、あるいは病院における順位的な問題もあるものですから、いま申し上げたような3つの要因というようなものから、その地方、地方の特殊性をいかしてやつてゆくほかないと思うのですが、みなさんのご意見はいかがでしょうか。

○ 地域と経済という問題ですが、平面的には分けられないでしょうね。私はそういう感じがするんですが、例えば精神衛生の問題を取上げた場合に、それをフォローしてゆくのは一体精神病院活動の延長と考えなければならないのか。そうじゃなくて精神医学的活動の延長でいいのではないかとこのように考えております。例えば地域的な問題でももう少し精神医学的なスーパーヴィジョンを続けなければならないとしても地域的にどうにもならんとすれば、当該病院以外の精神医学的な施設に受け渡さなければならないのではないかと。

○ 私がいつたように3つの要因が非常にからまり合うもんですから、その場合どういふふうな……、いろいろの面がある。

○ 私さつき申し上げたのはあくまで現状はですね、そういうふうないわゆる精神衛生相談機関というものに整理されておりませんが、将来の保健所などにですね、各地区あまねく精神衛生相談網が張りめぐされた状態を想定したところでの話です。ですから実際は僕、福岡地区しかやっていないというようなことで、従つて全部の退院患者ではなくて福岡市内に退院してくる人だけをセレクトして報告してもらつたりしている形なんです。そういう点で全体が整備している状態を想定していえば地域の問題というのはなくなつてくるだろうと思うのです。

それから病状によるというのは、つまり病状によつて病院がアフターケアしていかなければならないというのはもちろん病院がやらなければいけないでしょうし、具体的にどういう病状がよくわかりませんが、相談所でもやれるなら相談所でやる。その判断は病院に任せていいのではないかと。それから経済的な問題というのは、経済的に相談所か病院かということはどういうことかよくわかりませんが、どうでしょうか、経済的に病院がいいとか相談所がいいとか4つの問題でございませうか。

○ そうですね。例えばいま患者が県下いろんなところ各方面にばらまかれている。そうなり

りますとね、例えば地域的に近く、あるいは経済的に家庭に問題がない場合ですと保健所に集ってもらったり児童相談所でやればいいわけです。あるいは病院にきていただいて、そこでまあデイ・ホスピタルの恰好でやることできる。またいろんなそういうふうなこともあるのではないかと。

○ 実際は私考えておりましたのは、患者さんがですね、保健所に集まっておいでるとか、そういうのは特殊なデイ・センターがある場合であつて、普通は保健所の相談機関はあくまで機動性をもつた保健婦のパトロールの能力を——そういう機能を活用した訪問指導ばかり頭にあつたものだから、あくまでやつぱり患者はその自宅に在宅している形での訪問指導ばかり考えていたものだからアレですが。ですから必要があればその地区の精神病院の先生が日にちを決めて保健所にいらつしやる。そこに患者さんが来ていただくこともあると思うのですけれども。あるいはまたごくまれな場合には出向いていつていただくこともあると思うのですが、その時は保健所の嘱託の先生としてあくまで公的な精神衛生相談機関の医師としてですな、というのが将来あるべき姿ではないかと思う。

○ 私は松沢病院の事を考えていますが、今、社会復帰の促進という大きなテーマに沿つてやっている。そのため特別の小切手を作つてやっている。そこに現実に扱われている病院の院外活動としてのアフターケア。それにのせられているケースは家庭が引きとらないという患者です。今いつているのは病院の周辺から病院の患者さんに対する考え方がダンダン変つてゆく。求人申込がある。そこに通勤の形で、あるいは住込の形でやっている。中には7人ばかり、あるセンペイ屋さんに、そこはいわば中小工場の形になつている。そういうのは病院の社会復帰委員会にのせられた。特殊な家庭事情のものですが、それ以外の者を考えると、家庭ですぐ引きとつても、今のところ病院としては何もできていない。だからそういうケースはどうなつているか、当然家庭に帰つてから家人との間の感情がうまくいかなかつたり、あるいは家人が不安になつたという事もあると思う。それを支え励まし緩和するような活動を、もし相談所のようなところで続けてやつていただければいい。具体的なあり方としては……。その時、もしできるならば病院から相談所に巡回クリニックのような形で職員がまわつて行く。あるいはいまだやつていないのですけれども柏木さんから話があつたと思いますが、ある所で治療的ソーシャルクラブをやつてますが、これは松沢の患者と全く別ですが、その職員に松沢病院に来てもらつている一つの理由は、もし将来できたらあそこを病院外のソーシャルクラブにもつていけばいい。そういう形が相談所にも出来たらと思います。パトロールの件についても、東京都で、保健所の保健婦さんに対する講習を始める。それが軌道にのればその中からパトロールできる保健所の保健婦さんが出てくるのじやないかと期待しているわけなんです。

○ 先生のところでは公的な機関でもそういう意味のアフターケアは相談所でやつてもらつたほうがいいというお考えですか。

○ いままでの現状では病院のほうでは手が廻らない。

○ これは理想的なスタッフがいますで、できればいいのですけれども、宮城県の場合なんかは相談所といえども専門の医者が2人ですか、所長も含めて。所長が児童相談所のほうもやっておりますような、それにケースワーカーが2人、そんなような状態のところなものですから、アフターケアをやつてゆく患者の範囲とかです、そういうふうなものはある程度しぼつて少しずつやつてゆく、それからだんだん体勢を整えてゆくというゆき方でないととてもできないのではないかと思います。相談所と手分けしていかないと、保健所にも協力していただく、保健所では保健婦教育ということを前提としながら協力していただく。相談所でもやる、病院でもやるということではいかないととてもできないのではないかと思います。

○ 結核の場合は届出があつて、それが保健所に集まつて、それにもとづいて保健婦さんが訪問しますね。あれでもやはりやりきれんもんだから、やらなければならん程度やつていなくて、ごく一部しかやつていないわけです。おそらく精神衛生に関しても一応体勢ができててもそう全部はやりきれないだろうと思うのですが、そういう体勢にもつてゆくべきじやなかろうかということをおま考えているわけです。現在はとてもやれないことはよくわかつておりますですけれども、将来の姿だけはこう描いておいて、できるだけそれに近寄つてゆくようにすればいいんじゃないやなかろうか、その将来の姿がそんなふうなもんでなかろうかということをおま考えて……。

○ いま非常に積極的にやつていらつしやるところの話が出たので大分注目していらつしやる方が大分あるのですけれども、訪問指導と巡回相談だけに問題を、アフターケアを限りますととてもできないということになるだろうと思うのです。もつとアフターケアということをおま考えていただいて何かご発言していただけたらどうかと思います。対象の問題もありましようが、方法がいま訪問指導と巡回相談にばかりしぼられているために非常に沈黙している方が多いのではないかと感じます。もう少し意味を広げていただいて……。

中川 さき程申上げましたように例えば紹介するにしても退院後の紹介先が色々あると思うんですが、そういう点についても考えていただいて……。色々な形のアフターケアを出していただきたいのですが。

○ 今年の7月まで、高知県の県立病院の精神科に勤務していたのですが、その時、私がやつていた病院のアフターケアについてお話ししたいと思いますのですが、高知県の精神衛生相談所というのは精神科医がただ1人、別にCPもなしPSWももちろんありません。しかしアフターケアについては精神衛生法の精神に則つてやるべきだということで、退院後、通知書を作つてありまして、退院患者がありますとそれに主治医が病名と入退院の月日、それから入院中の治療、退院後の指導方針というのを書きます。例えば投薬とか、それから1週間に1回あるいは月に1回外来通院しなければならぬとか、いうのを3通作ります。医務課の中に精神衛生相談所長が一緒におりまして課長補佐として兼務しております。そこに1通、それからその患者の管轄保健所に1通、病院に1通というふうにおま保存します。実際に患者が退院しましても精神医学的な観測が必要でありますから、

私たちの場合は全患者に、主にブスコゼ、分裂病が主ですが薬物少量持続投与しております。それで外来通院してもらっております。だから患者のほうはその薬も取りに来るし、その時にこちらがいろいろ家庭の事情を聞いてやる。

アフターケアは非常に意味が広いのですが、私たち病院に勤務している医者としてやれる事は、退院後の患者の家族の扱い方の指導です。退院した者がまた悪くなるのではないかという、何かバクダンをかかえているような感じで怖がつている。そういった雰囲気はまた再発をおこすのではないか。そういうものでないという、指導のそういう簡単なことからやる。そういうことから外来に患者を来さしておりますし、家族も感心に来さしております。しまいには患者さんたちが自発的に精神科へ来ています。最初は退院するとしりきれとんぼになつて、病院と連絡が消えてしまうのがあつたのですが、だんだん外来患者がふえて、一般のノイローゼより退院患者のブスコゼの方が多くてうれしくなつた。それから病院の位地ですが高知県の県立病院は東の方にあり県の真ん中ではないので、アフターケアの指導をするにしても外来でできないもの問題につき当りまして、その時は大体県下に散在しております私立病院に宛てて退院の時、紹介状を書きまして、遠くて外来に来られないから、それぞれのところで薬をもらいなさい、指導を受けなさいと患者にはそういうふうに話す。そして紹介状を持たしてそういう一般のプライベートの医師にもらつています。プライベートと公立病院との関係は精神病院協議会というのがございまして、精神衛生相談所長なんか音頭をとつて連絡をとつていましたから、県立病院から遠方の患者さんについてのアフターケアもしていた。私立はアフターケアをすれば損であるということで止めるのではなくて、取りあえず外来へ来るという形で助言を行う。そういう狭い意味のアフターケアですが、そういうところからはじたらと考えて、現在もやつていると思います。

○ 岩手県なんですけど、私どもの県立病院はほとんど宮城県との県境一の関にあるわけです。ほかの県立病院が全県内に30数カ所ございます。非常に特殊性があつて、昔の病院なんか全部総合して県で一つの形の県立病院として医療地区をおきまして、その管轄下にあるものですから。大体私どもの県には相談所というものがありませんので、私ども県立病院の医者及び私立の病院のお医者さんにもおねがいしまして1月に一ぺんずつ自分の所属している保健所のほうに相談日を開設していただいているわけです。私どもの方は大体病院から100キロぐらいのところはその受持の場になつているわけです。大体一の関市内は1週間に一ぺん、あとほかの地区は4つばかり保健所がございまして、大体週を決めて第何週の木曜日なら木曜日どこことというふうに決めてありまして、そこに出掛けていつてやつているわけなのです。大体精神病院の数が非常に少ないので、盛岡市に3つあるだけでして、あと私どものところと釜石に1つ、それから温泉の花巻に1つです。ただそれだけしかございませんので、大体私どもの病院から退院した患者さんはほとんどほかの病院にゆくことはあまりない。1つの病院に集中されてきているというふうな格好はとつているわけです。それで退院されますとどこへいつているかということがすぐわかりますし、結局、私ども相談日になる

べく通うようにというふうに退院の時に指示を与えております。それから退院する時には1カ月に一ぺんは必ず病院に顔を出すようにと申していただいている。大体これが実行されているような形で、1カ月目になりますと「先生、今日は」というふうに入ってくる例が非常に多いようです。それから来れなかつた時には保健所に来るようにさせます。私どもの地域が非常に広がりますので相談にまいりまして保健所、あるいはその日によつてその地区のどこかに合併になつた場合には役場の本庁のある場所、あるいは医者のある場所に相談を開設しておりますので、大体そこに来るように連絡はしておいてあるわけです。その他に、結局薬物を続けなければならない患者さんがおりますので、それはそういうふうな県立病院におねがいしまして、そつちから投与してもらつて、私どもが行つた時にそちらの担当の先生からお話を聞くというような形にしております。また遠距離の場合、それも不可能な場合には薬物はずつと郵送で続けております。大体そうしますと14日間しか投与できませんが、14日に一ぺん自分の様子を書いて薬を下さいというふうにきております。それに対してそういう状態だつたら一ぺん病院に来なさいとか、私どものほうで返信してやるというふうな形をとつてささやかなアフターケアをやつているわけですが、案外1日の薬の輸送が——もちろんてんかんの患者を含めてなんですが、大体7通から多い時は20通ぐらい毎日発送しているというような状態です。

中川 佐々木先生如何でしょうか。本日お話しうわけだつたのですがご都合が悪かつたようで。

○ この前の精神衛生大会の時にも出席しませんでしたし、今回の会も。ほかのところではもう皆様がおつしやつたように盛んですが、私のところは全く体制が整つておらない状態です。従つてまあこれからどういうふうにしていつたらいいかということはこの会合から学びまして、これから実行にこいつをしてみようというふうな考えしかないわけです。はじめは僕らも大体病院に精神衛生相談所というものを設置するというふうな考えの下に県の条令を改正しましてやつたんですけれど、話が変りまして県の医務課長が所長を兼ねている。それでまあその間の連絡が現在のところ円滑にいつておりませんので、結局僕らのところで精神衛生相談部といつた形で、ささやかに退院した患者のケースワークの考えも入れてワーカーも研究所のほうの講習も受けてまいりましたが、半分は県庁のその本当の名前の相談所にいつておりますし、半分は僕らのところにおりまして、その半分の時間を僕らのところで退院した患者についての予後とかアフターケアとか、あるいは最近アルコール中毒のアフターケアをぽつぽつとやつております。そういうわけでございまして……まことにどうも。

中川 アフターケアに色々な形があると思いますが、色々な形をもう少し出していただけたらと思います。

○ 先生方が発言を遠慮していらつしやるのは、お互いに病院も相談所も保健所もそれぞれ人手不足で仕事が沢山で、うつかり言い出すと「それはできない」とすぐいわれるのではないか。(笑声) といつて今度、「私のところでやるのが本当だ」というとそういう仕事をしよい込まなければな

らないということだろうと思うのです。いまちようど、先生方のお話を総合してこういうことを考えたのですが、退院後の指導といますか、監視といますか、それに3通りあるのではないか。

第1のものは、まだ病院で治療が充分終わっていないで狭い意味の医療を継続する必要がある。例えばクロルプロマジンとかアレビアチンとか、アトロピンとかそういうものと、第2番目には、治療はいらないけれども、いわゆるリハビリテーションに必要な色々な広い意味の医療。例えば患者クラブのようなものが必要な場合。第3番目には、ほとんど社会復帰できるだろう、けれども、この頃よく問題になります退院後の患者の犯罪や事故を監視しなければならない。あるいは狭い意味の医療も広い意味の医療もどこしてもそう病状は変わらない、しばらく家においておかなければならないというふうな患者。それを第3のグループといたします。そうすると第1のグループの、狭い意味の医療を必要とする場合、あるいは精神療法やカウンセリングにしても、病院の先生が非常にインニッシな関係ができている場合には、それは病院でやっていただく。それから第2のほうは患者クラブとか精神療法、カウンセリングなどというのが相談所と、これはその保健所で保健婦さんにまわつていただいて報告書を出していただく。あるいは少し保健婦さんがなれてこれればこれは相談所にいつたほうがいい、これは病院にいつたほうがいい、これは精神衛生鑑定の申請を出したほうがいい、これは職業斡旋所にいつたほうがいいというような分類をしていただく。そういうふうに3つに分けてみたのですが、これはいかがでしょうか。

○ 私もね、どうも少し混同するというか、メデイカルなアフターケアとですね、それからむしろソーシャル・ワークのようなアフターケアとごちゃごちゃになつているために、それはやりきれるとかやりきれんとか、それはまわりきれんとか……。というのはつまりあんまりメデイカルなものを離れて考える。だから保健婦の活動を中心にしたようなアフターケアのことを申し上げて、それが中心の立場が1つあるわけです。つまり訪問活動を中心としたものですね。

中川 大阪のほうじや、こういう点非常にうまくやつていらつしやるということですが、高階先生、いかがですか。

○ 大阪の場合には非常に範囲が広いと思うのですが、その中で医師のメデイカルな立場でというのは保健所の保健婦さんと、それから相談所のケースワーカーでやっているわけです。それから保健婦さんにおねがいしていますのは、法に指定されました措置患者の退院後の指導訪問。それから相談所でやつておりますのはその他の同意入院の患者さんで、届出がありましてそのリストからはずした、予後調査というのを相談所でやられまして、その予後調査で比較的そのような援助を求めておられるような内容のことが書いてあつた場合は相談所は独自の立場でやっている。もう1つ相談所に相談にみえまして、そのあと家に帰つたりなんかして退院された方、というふうな方だけを重点的にやる。数は極く僅かです。そういうような重点的な訪問指導という形でアフターケアをやっております。もつとリハビリテーションで社会へ帰る前の段階という、大阪ではもちろんまだ手をつけられていないという現状です。これは私、希望なんですけれども実際、精神病院からいきなり

家庭へ帰るといふことにいろいろ問題もある。また一方生活保護だとかあるいは措置入院なんかで長年入っておられる一応精神病院では治療を尽したというような患者はずいぶん多い。こういう点、いまの本当の社会復帰させるために、これはまあ現在の法律では民生関係の緊急救護施設しかないわけですが、もつと精神科医の監督の下に行われる職業指導とか生活指導とかが完全に自立したものとして行われる施設がほしいと思います。たまたま大阪で今年の予算で、一応現在の法律のままの緊急救護施設というものが出来ることになつて今作りつつあります。これには所長は精神科医にしてそういう方面の優秀なものにしたいと考えております。まだこれはこれからの問題です。

中川　みなさんになるべくご発言ねがいたいと思いますが、時間も迫つてまいりました。保健所の中におられる先生からの御発言はございませんでしょうか。先ほど保健婦さんの活動に大分期待があつたのですが、アフターケアの問題につきましても、そういうことが実際どの程度できるだろうかという問題が今朝も出ました。どこまでやつてもらいたいという期待があるのか、どこまでやるべきか、いろいろ問題があると思います。

○　保健所の立場として考えられますことは、先ほどらい伊藤先生のおつしやいました第3の範囲でございますが、そういう一般的な患者がもし保健所で把握できておれば、それは保健所の、例えばそういう、もしも専門的な保健婦的なものの指導ができてくれば、そういう人たちがそれを把握しておりまして、管内の町村の国保の保健婦のほうへ、ちょうど結核の届出がありました治療について、病状やアンケートを書いてやるように出して、その指導を頼む。それは直接できればその管内の精神病院から一応患者の病状とか指導の方針とか観察の目標などについて、もしそういうものを保健所のほうに出していただければ、退院届と一緒に出していただいて、そういうものを把握するというふうにしていただければ非常にやりいい。また実際地域の保健婦はそういう指導をしなければいけない立場が再々あるわけでございます。そういう点で、もしそういうものが実際に病院として出していただければ非常にいいし、また私どもの管内も佐久病院の神岡先生、いまおみえになつていらつしやいますが、そういうふうにやろうという病院のご希望もありまして、私どももそういうご期待にそつてゆきたいと思つております。ただその場合に保健所のほうで把握されますのは先ほど津田技官がおつしやいましたように、入院患者について県へ報告しますので入院の患者についてはほとんどわかるわけですが、退院患者についてなかなかわからない。それからもう1つは地域外へ入院した患者は、その地域の保健所に出ますので、もしそういう人が自分の管内にもどつてきましてもそういうものの把握ができないという点があるわけでございます。

それともう1つは、保健所の立場の中で精神衛生相談所のある場所の、併設してある保健所と、あるいは私どものように全く離れた農村の保健所という立場の2つの場合、非常に違うことがあるわけでございます。そんな点で私どもとすれば保健婦は少ないんでありますけれども、できるだけその保健婦の1人を、ちょうど母子の例えば愛育会で教育を受ける、あるいは結核予防会で保健看護学院の教育を3カ月受けるといつたものをやはり1人おきまして、それに相当する保健婦の教育を

する。そういうことを地域の精神病院におねがいしてやつていただいて、それをできるだけ地域の病院の先生に密接な関係をもつて、業務のかたわらその精神衛生活動という面で協力していければ、ある程度理想的にゆくのではないかという夢をもっているわけですが、いかにいたしましても私ども約9万の人口に、主任保健婦を入れて保健婦が5名でございます。地域の保健婦は資格をもっているもの、もたないものを入れても町に約5名、村部は殆んど1名でございますから、全体で保健所の保健婦を加えましても非常に沢山というわけではございませんので、果してほかの仕事とのつりあいで十分なことはできないと思いますが、今日お話をうかがいまして、そんな線で、全くの普通の知識しかもたない保健所の保健婦としては、さつきのお話の第3ぐらいのものについて、なんかお手伝いができるのではないか、そういうふうな感じがしました。

中川 佐久病院の神岡先生、いまのお話と関連していかがでしょうか。

○ 私たち病院としてはいろいろ就職や斡旋のようなことをしてアフターケアということでやっておりますが、さらに直接家に引取られた患者さんについて私たちができれば訪問したいと思うのですが、私どもそういう暇もありません。去年の夏頃、一寸計画だけして、保健婦さんに依頼書のようなものを出そうということになったのですが、どうも忙しくてまだやっておりますが、そのうちはじめられたらというふうに考えております。

中川 時間がだいぶ迫つてまいりましたんですが、アフターケアをやるとすればいろんな要請があるわけですが、それに対して精神衛生相談所としてはどういう性格機能をもつたらいいかということをございましょうか。

○ アフターケアはいろいろあるとおつしやつたんですが、職業補導とかいうようなものは1つの施設がいりまして、相談所ではできないと思うんですね。先ほど大阪の先生の構想のようなものが是非必要だと思うのですよ。しかしこれは相談所ではできない。職業斡旋もわれわれ知つている範囲でごく機会的にしかできない。制度として精神障害者のアフターケア、庇護的な雇傭というような制度でもできて、職業安定所とのしつかりした結びつきができればそれもできますが、いまのところできない。結局、精神衛生相談所が精神障害者のアフターケアにタッチできる部分は、いまのところはメディカルなものを離れてむしろ PSW 的な後の観察指導というものが主になるのではないかと思うのですよ。そういうものは相談所の仕事の全部であつてはいけな。その間いろいろ相談所の仕事はあるべきだけれども、相談所の仕事の1つとしていまのところ取上げてゆくべきではないか。その対象はやはり病院のほうでもできるだけそういうことはやつてゆくべきだけれども病院でいろいろな事情でできないで、相談所のほうに委託する。そういう連絡を密にしていかなければならない。私どものほうでお願いしてもなかなかそれが出来まいらない。いつとはなしに忘れられてしまつて連絡ができないけれども、もう少しその面が精神病院のほうも PSW 的なアフターケア、訪問指導というものを重視されて、相談所を活用してゆく。それから別にメディカルなアフターケアについては本来病院がおやりになるべきでしょうけれども、これについてもできる範囲

をお手伝いして、そういうものについてやはりお手伝いしていただかなければならないと思うのですが、どうしても限定されると思うんですね。特殊な場合でないところから出向いてもなかなか歩くところはいけませんし、医者が動かなければならんような仕事を相談所が受け持つと非常に制約されてしまうのではないかと思います。現在もそうですが将来とも、やはり保健婦とかそういう職能の人たちが動いて解決できるような仕事は相談所の保健婦さんがするべきだと思うのです。

○ それが先生のおつしやいました問題と逆に、精神病院はどこまでやつてゆくべきものか、どうも最近、社会精神医学とか病院精神医学の中でもリハビリテーションとかアフターケアとか論じておられますが、具体的に疑問があつて教えていただきたいと思うんです。

中川 先般の病院精神医学会でも出たのですがアフターケアにしても、そこまで現在の精神病院でやるべき問題か。やらなければならんということはわかるけれども、実際問題としてできないではないかという話も出たと思うのですが、どうぞございましょうか。

○ 精神病院それ自体としての活動の問題と、精神病院に働いていらつしやるお医者さん方の医者としてのいろいろな抱負だとか意見だとか熱意だとか関心だとか、そういうことに基づいて行われる全活動との区分の問題があると思います。精神病院という1つの建造物の中でたまたま働いていらつしやる精神科のお医者さん、その他の患者に当つていらつしやるそういう人たちの全体の活動、それとは分けるべきか、分けられないのか。あるいはいま働いているがほかに施設ができればそれとカバーしてゆくものかどうか。そういう問題はどうか。それから先ほどのファターケアをとりあげた時相談所はどう働くべきか。そういうお話したつたと思いますが。先程から病院と保健所だけ出ているように思うんですが、実際問題としてはアフターケアになつていない、かえつてマイナスになつているかも知れませんが、特にサイコチックなケースが一番良くコンタクトを保たれている場所というのは実際問題としては福祉事務所だとか民生委員とか、ああいうところだと思います。昭和29年の調査でもああいつたところで把握されているケースが圧倒的に多い。医療機関で把握されているケースは少なかつたと思う。従つて何とかいわれながらもああいつたところで扱われている。おそらくアフターケアだけでなく、プレホスピタルの問題までも取扱われていると思うんです。従つてそういうところのアフターケアに対して何処かがスーパーバイズする機能を持たなければならんと思うのですが、それはやはり相談所が持つべきでしょうか。あるいは何処も持たないとすれば一体何処が持つべきか。こういう問題があると思います。

○ いまのお話は、むしろ現在はそういう状態でありませけれども、将来なるべく早い時期に、保健婦さんが、その地域にも滲透している活動力をもつた保健婦さんですから、事例の把握もプレホスピタルの時期から把握して、そういう民生の、民生部の問題は元来経済的なバックアップをする機関ですからね、そういうものに結びつけてやる。そういうものの必要があれば、それから入院させてやる。それから入院中のことも充分ケアしてやるし、退院後もケアするというふうにしていただくのが一番いいのではないかと思います。

○ ただですね。個々の立場に立つて見ると、これはメディカルなアフターケアを受けるんだからあつちへ行け、これは経済的な問題だからこつちだというセンスはないと思うんです。出たとこ勝負で一番近いこへ行くとするんです。そういった場合、私は素人だから減多なことはいわんといつても、どこか一寸出るんでしょうね。

○ 現実にはね。

○ 私達決して1人の人間がすべき問題ではないと思うんです。ソーシャルにも、エコノミカルにも、メディカルにも。

○ ちよつとおねがいたします。そういう点で私どもも実際横の連絡がなかなかしにくいことが多いわけでありますが、例えば福祉事務所あるいは民生委員という人は昔からのままで、そこにいつでも経済的なものが結びついているので、相談といいますと体のことなら保健婦さんだけでも、お金のことになればどうしても民生委員さん、福祉事務所です。精神病者を扱っておりますと、つい自分が精神科医のような錯覚を起しまして、例えば鑑定医の先生と一緒に調査に行くような場合にも、保健所の精神衛生吏員と一緒に行きましても、たまたまさきに前調査のような時にゆきました時に、福祉事務所の人はちよつとみてなんでもなければ、これはなんでもないではないか、なんで鑑定が必要か、というような意見が実際には起ることがあるわけですよ。そういう点で私どもも連絡が悪いと思っておりますが、それはできるだけお互いに連絡をよくするということが以外にはいまのところどうしようもないんじゃないでしょうか。

中川 どうでしょうか。

○ そちらの問題に入りますとまだ2時間位かかりそうですが(笑声)。ただ私一言。さきほど上村先生がおつしやつた精神衛生相談所で外来的になつてしまう場合とアフターケアの問題とあるわけで、一方はインタビュー的なアフターケアの問題——保健所的なもの。それからメディカルな問題になれば精神科外来になつてくる。そうすると精神衛生相談所というものはどういうふうになるかということは、そこに非常に問題があると思うのですが、とても今日は時間がありませんし、明日にでものばしたら。

○ それで学会の問題ですが、大学精神医学から独立して病院精神医学会という形ができつつあるわけなんです、さらに相談所精神医学会、もできるのではないですか。(笑声)。

○ 精神科外来と保健所の相談、いわゆるメンタル・ヘルス・ウェルフェアとの違い。その辺をはつきりさせませんと問題がはつきりしないと思うんです。

○ いまの××先生のお話、保健婦さんのなになが主になつてしまつて、相談所の影がうすくなつてしまうというご心配ですが。私はですね、末端の保健所が第一線はやる。そのスーパーバイズを相談所がやるのだと書いてありますが、そこにいわゆるレーゾン・デートルがあるんじゃないかと思えます。

○ さつきもソ連のことはどうかという話がでましたが、ソ連では精神科ディスパンスールが

そういう役割をしているようですが、結局地域の精神衛生センターですね。相談所という名前がどうもひつかかるんですが、このディスパンスールは高度の機能を持つものようですね。これはまた次にでも……。

中川 時間もまいりましたんですが、結局いろいろお話を聞きますと、やはり病院、家庭、地域と保健所の間に精神衛生相談所というものが位置しているようで、これがどういう性格機能をもつかということは今後非常に重要な問題だろうと思います。精神衛生センターという形にすれば一番いいかもわかりませんが、これは明日の問題とも関係がありますので、一応今日の討議はここで切りたいと思います。どうもありがとうございました。

あ と が き

中 川 四 郎

第3日目のセミナーは精神衛生相談所と精神病院のそれぞれの立場から現場における生々しい体験や意見が提出されたが、この両者を併任している医師が多く、そのため両者の制度的なあるいは組織上の不備が、その間に板挟みになつている医師個人の悩みとして出されていることが看取される。精神衛生相談所は歴史も浅く、多くはその組織や人員も不備であり、地方差が著しい。従つて現状ではわれわれの要求はほんの僅かしか満されていない。このセミナーではかなり高度の機能をそれに期待する向きが多かつたが——ことにアフタケアに関して——しかし一方その現状での困難さというものを認め、現在可能な範囲のものを最も効果的に行なうにはどうしたらよいか、あるいは何が可能かという探求も、各人の体験の上に立つて論じられたと思う。その中で現在の精神障害者治療体系の中で何が隘路になつているかも明確にされて来たようである。医療保健制度の不備や、保健所の欠陥、関係諸機関のセクショナルリズム、地域社会の偏見等々数えあげればまだ沢山あるであろう。しかしそれらの困難にもめげず、われわれは既定事実を作りあげて行こう、そうすることによつてこの問題を関係方面に認識させて行くより仕方がない、という医師の情熱も吐露された。

ただ私はこのセミナーの中でもある程度論じられたが、もう少し明瞭にしておきたかつたことは保健所が行う精神衛生相談事業と、保健所あるいは精神病院に併設の相談所と、独立の相談所との機能を現状ではもつと明確に分けて論ずるべきではないかと思う。保健所における相談事業は現状では来所者の単なる相談指導的な仕事が主となるであろうし、それに加えて、せいぜい少数の問題者に対する保健婦の訪問指導に止まるであろう。これに対して精神病院に併設の相談所は患者のアフタケア、リハビリテーションの仕事に主力をそそぐべきであろうし、保健所併設の相談所は近くの保健所の精神衛生相談事業の協力指導或は巡回相談、プレホスピタルの患者の把握指導等を行なうべきではないか。しかし独立の相談所はこのような外来相談は余力があれば行われることはもちろん望ましいが、主力は病院、保健所、福祉事務所などに対してもつと広汎に社会資源を活用させるための連絡斡旋の役割、管轄下の地域にある種々な機関の連絡協調の役割を演ずるべきではない

か。そのためには石川先生もいわれたように各関係機関の特色性格などをよく把握して、それを活用するための資料を用意する必要がある。と同時に研究機関乃至は精神衛生センター的な性格を持ち、その他の相談所では種々な理由で不可能な高い程度の技術を要するものを扱うと共に、種々の調査活動、精神衛生技術者の養成、地域の関係職員の啓蒙などの仕事を主とすべきではないかと考える。現状では性格の異なる種々の相談所を画一的に運営しようとする多くの困難が生じるものと思われる。

しかしこのセミナーを通じて最も痛感したことは、全ての公衆衛生的活動がそうであるように、政治的経済的な制約というものが、個々の人々の善意や熱意に大きなブレーキをかけており、これをはねのけて行く努力なくしては問題は進展しないであろうということである。このためにわれわれは絶えず発言し、広汎な各方面との提携が必要である。さらにこれは現在の医療や医学研究の問題ともつながる事柄であり、精神病院や相談所の医者の大部分がパートタイムで運営されているという事態を決して無視出来ないものと思う。

ニューヨーク州の精神障害者 のアフターケア制度

大阪府精神衛生相談所

竹谷 政 男

加藤 本日の特別講演に大阪精神衛生相談所長の竹谷さんをお願い致しました。竹谷所長は最近ニューヨークを中心に、精神障害者のアフターケアと、産業精神衛生関係の近況を見てこられました。御帰りそうそうでお疲れのところを、無理にお願いして「ニューヨーク州のアフターケア制度の問題」をお話し下さることをご承諾いただいて誠に有難うございました。

ではどうぞお願い致します。

竹谷 ニューヨーク州政府の精神衛生局から一度見に来いということで招待をして頂きまして、10月、11月と2カ月間、役所の費用でやつて頂きました。

出発前にいろいろ一応デスクプランでスケジュールを組んで出ましたが、精神衛生という広い領域をデスクプランのように端から端までいろいろな専門をかけずりまわつてみるよりも、幸い私に続いて数名の方が招聘されておりますので、そういう方にも分けて見て頂くということで、私の今回の視察の範囲といえますか対象を、私に多少経験のある精神障害者のアフターケア制度にしぼること、それに加えまして、今度大阪に精神衛生研究機関を作つて頂くのですが、その中に大阪が産業都市であるので、なにか産業に関連した精神衛生の運動の実際、その研究の状況なども出来るだけ見ることに、焦点を大体二つにしぼりましてプログラムを組みかえました。本日はとりあえずその内のアフターケア制度がどんな実状にあるか、それがどんな考え方でなされているかということ、私が得た見聞をもとにして、私の解釈できました範囲内で御報告したいと思います。

さて州立のアフターケア・クリニックですが、これはニューヨーク市の5つの区に1つずつ、厳密には4つと、他の1つ、リッチモンド区のはマンハッタン区の支部で少し格の落ちる規模の小さいものでしたが、その内の代表的な、一番力を入れてやつているブルックリン区にあるのを訪ねました。これはニューヨーク市民を対象としてやつており、市以外の州のカウンティにはまだ手をつけておりません。おそらく少数のアフターケア・クリニックを設けるのに、ニューヨーク州としては州の住民の大多数が住むニューヨーク市でまず手をつける。患者とか家族がクリニックに通つたりするのに都会地の方が利用しやすく、施設の効率がよいというような見地からだと思いますが、ニューヨーク市の各区に一つずつクリニックを作つております。1954年に作つたもので、訪ねていつた所の所長はドナルド・M・カーマイケルという人で、この人がブルックリンだけでなく4つの支所まで入れると5つのクリニックの所長を兼ねております。非常に精力的な人で、1週間1日ずつ各クリニックをかけずりまわつているわけです。このカーマイケルの所を、彼のいる金曜日

を訪ねて、そこでアフタケア・クリニックの現状を見たり聞いたりして来ました。

大体ニューヨーク州には19の州立の精神病院があり、それぞれ2千ないし7、8千の患者を収容しております。平均4千強としますと大体8万収容しています。州立病院以外に個人の病院もありますが、それはごく数の上では少い患者を収容しています。

(非常に贅沢な病院が私立病院になつていて、そこでは数10名、アメリカ全体で平均すると一つの病院に30名だと前にきいておりましたが、私立病院はそういう風に少数の患者に対し、精神分析医、精神科の医者も患者の数の $\frac{1}{3}$ 、1人で3人の患者を担当すれば良いというぐらゐの医者がおり、その他に看護婦、ケースワーカーはもちろん作業療法士 (Occupational therapist) とか 娯楽療法士 (Recreational therapist) それに看護助手とかも入れますと大体患者の数の2~3倍の職員を抱えてやつているので、非常に贅沢な病院で、1日50~60ドルの入院費をとつていますので、アメリカでも1~2%の人しか利用出来ないと、私立病院の経営者がいつておりましたぐらゐで、全体の患者数からいうと1%あるかないかですから州立病籍に入院している患者の数が、大体アメリカの精神病院入院患者の数とみて間違いないと理解しています)

ニューヨークの19の州立病院に8万前後の患者が入院しています。その外に精神欠陥即ち精神薄弱を中心とした施設とか特殊学校があつて、全部で20数施設から退院してくる回復患者達を、ニューヨーク市内の各区に居住するものを対象にアフタ・ケアを組織的に、計画的に進めようという目的で開設されたように聞きました。なるほど数の上ではとても各区に1つの施設で多くの患者を完全に扱うことは出来ないでしょうが、6年前に、現状よりは良くするのに役立つという見込みではじめたようです。ニューヨーク市在住の回復期の精神障害者及び精神欠陥者はおよそ8千あるといつていましたが、ブルックリンは人口が最も多いので2,600ケースあるとのこと。2年後の1950年にアフタ・ケア・クリニックにつけ加えてデイ・センター又はデイ・ホスピタルと言うのを、回復患者の中から適応症を選び出して収容能力50名ではじめてから、施設の活動の効果があがつて来たと言ふ自信ありげにいつています。

このブルックリンのアフタケア・クリニックの状況を少し、具体的に御報告しますと、かねがね聞いてはいたのですが驚きましたのは、ブルックリンの商店等のズラッと並んだ繁華街で、前にバスの停留所のある三叉路の角の所に、一種のアパートメントハウス、下が商店で上が住宅ないし貸オフィスになつている、10階ほどのワンブロックをしめるほどの相当大きな建物で、入口のところは家具屋さんです。大きなソファだとかテーブルだとかショーウィンドウにならべてある一寸した家具屋さんで、その通りの名前と番地をきいていつたからわかつたのですが、アフタケア・クリニックだという表札とか看板が全然かかげられておらず、まして州立の施設だという印しもかかげられてありません。そういう何でもない街の商店街の貸ビルの家具屋に入るとすぐ右手にエレベーターがあり、それで上つて3階で降りると受付のデスクがあり、その前に10数坪のフロアがそのま

ま待合室になつておりまして、20~30脚のほどほどの椅子がならべられ、私が10時頃に伺つたときにはすでに10数人の患者や家族が待つておりました。受付と待合室はそういう状況ですが、アフタケア・クリニックとして占めている広さは、この待合室のフロアを6つ~8つないだぐらいのところ、約100坪のところを窓よりには大部分スタッフのオフィスになつており、各々ゆとりのある12畳ぐらいの部屋が所長カーマイクルの部屋、次いで副所長ウイルナーの部屋、その隣りが上級ケース、ワーカーの部屋もその位で、自分のデスクの他にもよつとした面接用の応接セットがあつて落ちついて話が出来るとなつています。これらがフロアの周辺にあつて、真中の広間の中心部が半透明のガラス張りで10ぐらいに仕切られ、その1つ1つが6畳ぐらいの面接用の部屋になつていて、そのかたまりと周囲の先程のスタッフの部屋との間が、建物の周囲に沿つて四角に廊下になつています。ガラス張りの部屋は仕切りが背丈の少し上までで、あれでは部屋で話すことが隣の部屋まで聞こえるのではないかと気になるぐらいの割に開放的な部屋で、しかも、ガラス張りの囲いも、入口の部分は開けつ放しで、廊下を通つていると中でケースワーカーが面接している姿がチラチラと見える仕組みになつています。

これがアフタケア・クリニックの構造ですが、これに引き続いて、統計などをやつたり、タイプをうつたりする大部屋の事務室がありますが、これも含めて約100坪から150坪ですが、そのうしろにさらに百坪位の部分があつて4つの部屋に分かれています。ここには入口に鍵がありますが、やはり周囲を廊下が取りまき、その外側にスタッフのオフィスがあります。ここがデイ・ホスピタルといわれている施設で（これについては後で詳しくお話しますが）これも含めると広いビルの3階全部を占めていたようです。

話を元に戻して、カーマイクル及び途中カーマイクルが約束があるからと出ていつたあとは、やはり精神医の副所長ウイルナーが主に解説してくれましたが、それによると、ブルックリンでは州立病院を退院した翌週の金曜日の午後に退院患者達は家族づれ、あるいは家族だけで訪ねて来るように病院からすすめられています。これは決して強制ではないようです。それで、退院患者の約半数がすすめを受けて訪ねてくるそうです。金曜日に新ケースが20~30来るそうです。

そこでは、まずオリエンテーション・ミーティングといつて、新しく退院した患者及びその家族が一堂に会し得るようになつています。そして上級ケースワーカーがそこでアフターケア・クリニックはどういうことをするところか、皆はこれをどのように利用出来るのかというようなことを一応説明し質問にも応えたりしたのちに、各ケース担当のケースワーカーが家族も一諸に面接をして帰す訳です。大部分はこれで見当をつけ、問題のありそうなものだけを、また面接を約束して帰します。大部分のものは1回だけで必要な記録を作つたりして今後の指導に備えることが出来るようですが家族の訴えがあつたり、ケースワーカーがみて問題のありそうなものはもう一度面接をしたあとで、更に必要が認められるような場合には、その月のうちぐらいに精神科医があらためて会つて診断なり措置をきめるようです。ここではあまり心理専攻者は参加していなかつたようです。

いろいろいい落しましたが、そのスタッフは所長以下2人の精神科医、カーマイクルは1週間に一度しか来ないので、実際の仕事を主になつてやつているのは副所長のウイルナー1人です。その他にスタッフとしましては上級精神医学ケースワーカー1人、精神医学ケースワーカーが6人です。その他に訓練生というのが各学校の卒業生で、訓練期間中のものが何人かいつも出入りして手伝つております。そのほかに職業補導のカウンセラー、それが心理学専攻者ですが、専任1人とパートタイマーが1人います。パートタイマーは州の職業補導所の職員で各クリニックをまわつているので週1回しか来ないそうです。その他に看護婦が2人、事務系統の人がざつと10人以上います。主に女性です。いろいろの記録をケースワーカーはその場で一々書かずに面接が済んでから記録をつくるし、スタッフは自分の記録をテープに吹き込んでおくと事務室の方でタイプに打つて記録を届けてくれます。そういうことで専門家の時間もフルに使うようにやつているのですが、そのため、事務室にはたくさんのタイピストとか、統計的な作業をする部門も一部あつて、意外なほどの事務員がおります。そういうのを加えますと、20人以上の職員になりますが、技術的なスタッフはそれほどでもない数でやつております。

デイ・ホスピタルの方の職員は別で、それについては後ほどお話します。

彼等は、オリエンテーション・ミーティングの効用を力説していました。まず、そこでオリエンテーションを与えるということが非常に家族にも喜ばれるし、同行して来た元患者達も非常に自分の孤立した感じがしなくなつて安心するようです。精神病院から退院して家に帰るとなんとなく自分だけが周囲の人たちとは別の人間であるといった感じをやはり皆持つようです。クリニックを訪ねてくるときも皆やや不安を覚えながら訪ねてくるのですが、そこで、なんというか自分だけではない、同じような人がこの地に、こうしてたくさんいるということを感じて安心するというような効果が非常にあるようです。家族もまた、自分の家だけが不幸だ、中途半端な厄介者を抱えて、再発でもしなければいいが、というような不安に対して、ここで待ち合わせる時間中に隣の人と話し合つたりすると、お互に同じような悩みをもつていることが判つて、同病相憐れむ式のくつろぎというか気安さが持たれて、その施設がどういうことをしてくれるかということも後で説明を聞くので、自分たちのために役立つとして一生懸命やつている人達を理解して力強く思うようですし、家族間のグループ・ミーティング、グループ・ワークというか集団療法にもなるのでしょうか、その効用をドクター・ウイルナーが最初に強調しておりました。そこで家族同志の知り合いが出来るということ、患者自身にも閉鎖的なものの扉をゆるめるような働きをするということをいつていました。個人個人のケースワーカーが担当して聞く前にこういうオリエンテーション・ミーティングをやつているのだということを強調しておりました。

継続のインタビューをどのくらいやつているかというと、あまり頻繁にはやつていません。月に2回くらい会うのがどうも最も頻繁なようです。そして、回復期というのは大体9ヶ月だと経験的に説明していました。9ヶ月のうちに数回またはそれ以上の面接をしているといつていました。詳し

い数字を欲しくて喰い下つたのですが、実は昨年から来年の6月まで2年間の統計をいま研究期間として作業しているが、まだ正確な数字は発表出来ないのだといっていました。いろいろな数字をその後も聞きましたが、どうも我田引水的な強調の仕方ではないかと思つて気がまわるので、なにも全体の数字でなくていい、今週とか今月とか先月の数字でいいからくれといつたのですが全部断られました。まあ、向うのいうのを信用しますと、現在、ニューヨークに限らずアメリカ全国の率だそうですが、それによりますとここ数年間、州の病院を退院した患者の3分の1が更に治療を受けに病院へ帰つてくる。結局、再発して入院するという傾向にあるのに、ブルックリンだけにかぎらず、他のクリニックでも強力にアフターケアをやつた所では、全体の再入院率ではなく、そのうちで職業補導をやつた患者ですから、退院した患者の中からすでに選択がなされているはずですが、その患者の再入院がに20%なつているそうです。それは一部じゃないか、職業紹介までいく患者だから再発が少ないのではないかという意味で一部じゃないかとたずねると、いや、全国で職業紹介をした者の再入院は30~50%あるというのです。30~50%が10~20%になるというのは、3分の1ぐらい縮小しているのですから大した効果があがつているということになるので、10~20%とか30~50%という実際の数が知りたかつたのですが、さつきいつたような理由でもらえませんでした。来年には発表するからそれを見てくださいということでした。

そういう効果があがつているとか、それから、ニューヨーク州だけで見ましても、ニューヨーク市内は、いま申しましたように4~6年前から相当強力にアフタ・ケア・サービスをやつていますが、市をはずれたニューヨーク州内は在来通り州立病院でやつているアフタ・ケアだけです。各病院にソーシャルワーカーがそれぞれ20~30名前後いるそうで、退院前から家族との連絡をとつたりして、病院自体でアフタケアを相当心配しているのですが、これはやはり地域的にも遠隔であるし、ワーカーが訪問することも出来なくて、家族が訪ねて来たときにケースワークをやる方法でしていますが、十分には行かない様子でして、そことの比較をやると相当の差がある。再入院率が市内で30%、市外で45%で差が15~20%あるといっていました。これは、月々の報告をしていますからその数をいつてくれているのだらうと思うのですが、どうもはつきりした数字が聞けなかつたので、私はちよつとその正確さが気になります。

これと関連して、これは他の所でもらつた資料ですが、アメリカ全体として、1956年を境として全国の州立病院に入院している患者の総数が前年度よりも減るという現象がある。今までの増加曲線がその2年ほど前からゆるくなりまして、56年から増えなくなつた。前年度より少ない患者が在院するようになっていきます。その理由に、トランクライザーの活用で、トランクライザーを継続投与して退院さす患者が増えたこと、その他に病院を開放するプログラムが始まつたり、自発的早期入院が増えたら、病院の処置が短期間に出来るようになったというような理由をあげていました。在院患者が減つてきているということは一面、新陳代謝が相当活発になつてきている。そして病院もアフタケア・クリニックその他のクリニックでも、医者その他のスタッフの手が足らなくなつて

非常に忙しいということを知っていました。

大分時間を費してしまいましたが、ちよつとさつきのデイ・ホスピタルについて申しそえますと、さつきいきましたように30坪くらいの部屋が4つあつて、その1つは非常に快適な長椅子だとかソファ、周囲にテレビや電気蓄音機等が備えてあり、レクリエーションをやつたり休憩したりする部屋で、そこでは又、毎日午前11時から30分集団療法と称して全患者が輪になつて坐り、精神分析医、上級ケースワーカー、作業療法士、ボランティアも加わります。

(このボランティアの制度は内地でも聞いていましたが、あちらへいつはじめて具体的にを見せていただいて理解したのですが、ボランティアも日本より大分徹底したもので、新聞広告をして応募者の中から選択をし、3つか4つ位の講座の短期間の講習をやり、ちやんと訓練をすませた人を登録しておいて、作業療法や、見学旅行の場合とか、タイプライターを習いたい、事務系統へ行きたいというときに人が足りないと、ボランティアを電話で呼ぶと来てくれるそうです。絵画きさんとか、音楽家とか、手工芸をやる人とかいろいろ登録したものがあつて、そこに登録してもらうことが一つの肩書きになつて榮譽になるので志望者が多いそうです。たいていは、未亡人とか何某夫人という名前が多いですが、ちやんとクリニックなり、施設でもボランティアの名簿の印刷されたものが案内書のうしろについていたりします。)

このボランティアが、この種の仕事を市民一般に理解させ浸透させるのに大いに役立つのだとも力説していました。また1つの部屋は家事で、炊事とか洗濯とかアイロンをあてるとかで、炊事はおやつや昼食をこしらえたりして、皆の食べるものをつくる日課を入れておりましたが、それが1つ。もう1つの部屋は、事務的な仕事をやるところで、タイプライターやらガリ版をこしらえる仕事とか、速記を習うとかで、もう1つの部屋は、手工芸的なものや木工などをやる部屋で、動力でやる機械のこぎりなどの備わっている部屋でした。それら全体を前職業的に指導する作業療法士がさきにいきましたように2人でした。これとさつきいつたミーティングの部屋とで4つで、各部屋で元患者達が3々5々なにかやつていました。それはブルックリンの2,600人の回復患者達のうちから50人選んでいるのです。

2,600名のうち、この施設へ来るのが半分で1,300名。大体どういう訪ねて来たかをしているかという、ケースワーカーが50人づつ担当すると7人で350人、この350人を1人の医者でやつていきます。カーマイクル以外に、ウイルナーが1人でやつているという意味だと思ひます。それが1,300人をやれるのは、何ヶ月かで新陳代謝するから年間そのくらいになるのだと思ひます。

そういうアフタケア・クリニックに訪ねて来る患者の中から、適切なものを50人選えらんでその人たちがこのデイホスピタルへ本人の希望があれば通うのです。作業療法、職業指導、集団療法が主です。ここでは、昼食は外からとつたり、或は中でキッチンを使つて患者さんが料理したものを安い実費で食べたりしてやつています。その期間は、限度として3ヶ月にしております。しかし中

にはそれをオーバーしている人もいます。私が2度目に訪ねた時、ちょうど集団療法をやつてい
るのに当りましたので、私もいろいろと質問されました。日本にもこういう精神病患者は大勢いるの
かというようなことを、2、3人の患者が質問しましたが、その質問の仕方に、非常に日本の精神
病患者とちがって、このデイ・ホスピタルに何ヶ月かいたためですか、精神病について冷静に関心
を示し、平気でひがんだような態度などは全然見られません。こちらもたずねたのですが、1年以
上いるケースが1人いました。6ヶ月以上いる人は3人ほどで、あとは大体3ヶ月かそれ以内で
した。大体3ヶ月を目標にしていますが、オーバーする人がそれくらい出るようです。

私は、この集団療法場でいろいろ聞かれたお返しに患者さんにたずねました。「あなた方はこの
施設にいて、どんなことが役立つと思うか」とききますと、数名の人が手を挙げていつてくれまし
たが、やはりここで一番いいのは仲間が出来ることとか、訓練されたためですか「人間関係が出来
るから」といつた言葉をつかつて、そういうものがここで覚えられるとか、まるで我々が講義でそ
の効能を説明するのと同じような工合に患者達がいつています。それから何が不自由かとききま
すと、ピアノを1台ほしいとか、レコードをもつと欲しいとか、その程度で大分レベルの高い要求
をしておりましたが、皆が相当満ちたりた思いでいるのは事実のようです。

中には相当ひどい破瓜病型のぼけたような人がいて、その一例などは非常に印象深かつたので
すが、事務室の作業をする部屋の隅で小さく区切つた棚が三列ほど並んでいる前に立つて、なにか紙
片をその棚へ一つ一つ入れるのですが、仲々活発にはやれません。ちよつと入れては手休めしてい
ますが、あれは何をしているのだとききますと、あれは郵便物を区分けして棚に入れさせるただそ
れだけの練習だということで、1回に手でつかめるだけでもつて仕分ける仕事で、1日にどれだけや
らなきやいけないというのでなく、すきなだけやりなさいといつてるそうですが、集団療法に出ま
しても何の発言もせずにはボーッとしているだけで、精神病院にいないと無理じゃないかと思われ
るケースがやはり50人中10人位いました。

こういうデイ・ホスピタルでは、禁忌といいますが、ここに向かないのは、非常に激しく攻撃的
な精神病患者と、IQ70以下の精神薄弱と16才以下の少年は扱わない、と3つの制限が出来るよう
にききました。それ以外の人は3ヶ月の間に一応退院した当時よりは社会復帰能力の高い、再発す
ることの少ない状態に仕上げるのが過半数において成功すると言つておりました。

次にファウンテン・ハウス（泉の家）というのを見ておきます。これはやはり州の精神病院を退
院した患者の有志が集まつて集会するクラブハウスのようなものです。これが出来たのは、まだ数
年にしかならないのですが、やはり篤志家がいってマンハッタン区の下街のうすぎたない街でしたが
その街並の中に1軒、間口も3間あるかないかくらいの狭い、5階建てのビルを寄贈されて、その
2階以上に小型の作業療法の仕事場のようなもの、レクリエーションなもの、集会室のようなも
のを設けたり、また小さな食堂を設けています。そのビルの1階のオフィスのうら庭に10数坪の小
さい中庭といつかビルの谷間のようなものがあります。その突当りのところに小さな噴水がありま

す。手洗い場のようなちよつとした噴水があるのです。これが象徴されてファウンテン・ハウスと
いつていました。ここにはやはり50~60名の元患者がいつも出入りして、1人の上級ケースワカ
ーの青年ピルミック氏が、患者の日常生活のプログラム・ディレクターとして働いており、秘書の
婦人が2、3人それぞれ部門によつて分けておりました。作業療法士が2、3人、その他にボラン
ティアーが数人。皆私服ですので、ボランティアか患者かわからないのですが、ボランティア
はいつも数名いるようです。

中の設備とか部屋の構造はさつきいつたような仕事をしているということからご想像願うとし
て、それ以外に私が興味を覚えたのは、とくにピルミック氏が強調していたことですが、分裂
病などはやはり家庭から離してやらなければいけないケースが相当ある。そこで財団法人ファウン
テン・ハウスが、2年ほど前からアパートメントハウスをあちこちに借りてあるそうです。こ
れらの患者はそこへ、費用のないものは金額財団で負担して泊めてやる。そしてそこからファウン
テン・ハウスへ通つて来させる。思い当たるのが私にもありますが、精神病患者の家庭は、非常に
対人関係がわるいというか、時には精神病質的な親などがいたりして、そこへ帰つたのではまた悪
くなるが、経済的にも他に帰すことが出来ないケースについては、そういう下宿を世話してやつて
そこへまず泊める。それも1人1部屋でなく、必ず2人づつ組にして入れるということを強調し
ていました。大体意味はわかると思いますが、そういうのが16部屋くらい、ブルックリンのあちこ
ちに点在しているということです。来年はもう10部屋ほど増すことができるのだといつていました。
そして就職できた暁には、収入に応じて下宿料を払わせてやるという仕組みになつていました。

それからもう一つ面白く思いましたのは、ファウンテン・ハウスやはり応援者が出来て、その中
に事業主なども獲得している。現在会社及び工場で10社あるのだそうです。そのマネージャーを
集めて教育をするそうです。日本では教育というようなことはやりにくいと思うのですが、自分の
ところを応援してもらうために応援者を集めて教育するのです。そしてその事業場に「うちは2人
うちは3人」と引き受けてくれて、3ヶ月を限つて元患者の中の希望者を、職業もいろいろありま
すから希望によつて、そこへ預けるといふか仮りに雇つてもらふ。給料はほとんど出ないか、ある
いは仕事に応じて一部分出るといつていました。3ヶ月間弁当をもつて通わせるわけです。そして
その大部分は、最初のうちは一部はケースワーカーが、大部分はボランティアがついていつてや
るそうです。そして一緒に並んで仕事をする、そのうちに、昼食の時間だけに行つて「今日はどう
だつた」と話相手になつてやるという風にして、3ヶ月やるのです。そして3ヶ月たつと、不完全
であつてもそれで打ち切つて新しい元患者の希望者に席をゆずります。この3ヶ月のあとで、職業
輔導のカウンセラーが本人の能力や志望を聞き、普通にやる職業輔導をやつて、今度は本式に本人
の社会復帰をさせます。その前に、前・職業輔導的なコースをやるために、ちやんとボランティアも
あればシンパもいるわけです。ファウンテン・ハウスではこの二つが興味をもてたことです。

この他に庇護的作業場 (Sheltered Workshop) というところがあつて、これはひとかどの工場

のようです。そこへはやはり退院患者が希望によつて通います。ここでは給料も働きに応じて貰えるということで、1日3時間以上働いてよいという診断がいたらそこで働かせてくれるそうです。私の見たブロンクス区にあるアルトロという作業場がニューヨークでは一番活発なのだそうです。ここは精神障害者だけではなく、主に結核とか心臓障害の患者が社会復帰するための庇護的作業場です。主に裁断とか、裁縫、プレス、梱包とかの一連の作業をやっています。公立の機関のユニホームを下請けで作っているそうです。ここには職人の指導者がいて、2~300人の人がブルックリンのアフターケア・クリニックぐらいの床面積が4階ぐらいある所で仕事についています。1階から4階まで工場が分業になつていて、その一部には、裁縫系統の上つ張りとか簡単な服をつくる作業以外に、手軽な金属作業を若干していましたし、印刷も一部でしていました。

その工場の屋上ちかくに医務室があり、食堂が5階にあります。そのちよつとした特徴は、食堂の前とか屋上に、たくさんのデッキチェア式の寝椅子がおいてあつて、患者が毛布をもつて来て昼の時間とか休憩時間に休めるようにしてあることです。医務室もありますが、ごく平凡な診察器具もあまり揃っていない活用されていないような医務室で、看護婦が常勤していますが、医者はパートタイマーです。

ここでは元精神病患者が他の内科患者の社会復帰志望者に混つて作業に習熟させられているということが私の興味をひきました。他の元患者達から非難も不平もなしにここでは本人さえよければ、何ヶ月でも何年でも働かせてくれるのだそうですが、多くの元患者達はここで働く自信をつけて、他のより一層収入のよい、本人の能力、好みにあつた本格的な就職へと移つていく由です。

こういう制度が一連にあつて、ケースワーカーが活躍して、施設のどこかにつながるの出来た人は、そういう施設を活用出来るように連絡がとれているように見えました。しかし、全体のケースからみますと、まだまだ一部しか扱えていませんし、ニューヨークでも社会がまだまだ「元患者」という焼印をはりつけて、退院患者をひき受けることを嫌がるということもあるので、もつと一般のPRをやつてわかつてもらわないといけないとか、もつと患者の家族をとり込まなければならないし、一般開業医ももつと協力してもらわねばならないし、職業補導の分野を拓めることも努めなければならないと訴えていました。

その他、カーマイクルの所では、3年間こういうデイ・センターの操作をやつてみて知つたことが三つあるといつています。その一つは、本当に重症な、再発するような患者を再入院させずに社会でうまく処置できることを知つたこと。次に慢性の精神分裂病患者の社会復帰する潜在能力をわれわれは今まであまりに過少評価していた、もつとあるということが確信できたといつていました。それからもう一つはセンターがヴァラエティに富んだ回復期の患者に対する地域社会の調整に成功して、護衛の役目を果しているということ、自慢するように話していました。

結局、全体的に系統的にあまりよく検討できないままに、又郵送しました資料もまだ届きませんし、まだ頭の中で整理も出来ていません。いろいろの印象が重なりあつて、漠然としています。

とりあえずアフターケアのことについて、これだけのことしか御報告できませんでした。

*

*

加藤 どうも有難うございました。竹谷さんのお話しについて何か質問がございましたら、時間は十分ではありませんが、どうぞ。

○ 病院の院外活動としてのアフターケアはどうでしょうか。

竹谷 はア、それも見たかつたんですが、1、2しか見ておりません。あまり活発にはいつていないようです。さつきちよつと申しましたトランクライザーによつて、最近退院の比率がだいぶ上つている。病院の入院患者がここ3、4年前からですか減つてきておりますから、おそらくトランクライザーを用いながら退院するというふうなのが増えてきているためだと思います。そのアフターケアを、病院もやつているはずでございますが、ニューヨーク市に居住する患者についてはそのクリニックで指導しているわけですね。私が一番良く見てきたほうに入るのはロックランド・ステイツ・ホスピタルと申しまして、ニューヨーク州のステイツ・ホスピタルですね。ニューヨーク市に一番近いロックランド郡というところにある州立精神病院です。ここには患者がたじか4000人ほど入院しておりましたが、その中でアドミッション・ウォードといつておりましたが、入院した人たちが一応そこに入るところには5~600人収容している病室があります。そこに半年ぐらい入つているのがザラなんです。ここには相当力を入れまして、ケースワーカーをよそのウォードより沢山おいてございまして、ケースワークを入院当初からやつており、そこから相当退院しているのではないかという感じがいたしました。ほか病棟にはケースワーカーが二人ぐらいですが、そのケースワーカーは8名か9名で、そのほかにオキュペーション・セラピストだとか、リクレーショナル・セラピストが他のウォードより沢山おります。入院してきた新しい患者を退院させるほうにだいぶ力を入れているという感じがしたんですが、2時間かそこらで走りまわつただけで詳しいことはわかりません。何回もその病院には行つておつたのですが、どこかを見に行く時ちよつと寄つたり、資料を貰いに行つたりしまして、さつき申しましたようなほうにウエイトをおいてみることにいたしましたので、あまり沢山みておりませんが。

○ アフターケアの費用は。

竹谷 費用は詳しく聞きませんでしたがいくらですか取つておりまして、それを払えない者は、あちらの社会福祉のほうの証明をもらつてくれば取らないでもできるのだ、ということを知りただけでございまして、1日幾らだか聞いたのですが覚えておりません。

加藤 デイ・ホスピタルは大体入院費の3分の1位だつたと覚えていますが。

竹谷 ああそうですか。

○ 財団その他の援助はないのですか。

竹谷 アフターケア・クリニックはニューヨーク市立でニューヨーク市の各区に分けてあるんですね。ファウンテン・ハウスというのが財団法人です。

申し落しましたが、この家を寄贈してくれた人があります。それは金持が住んでいた家なんです。うですが、昔のことなんでしょう、いまはうす汚い下町です。そういうものを貰つたり、それから国や州や市から、それぞれ補助金を貰つております。音楽会からの収益金がきましたり、各種の募金、寄附金というものもまいて……。私この予算書をもらつてきておりますので、いずれ御目かけられると思います。

○ 今朝ほどからの私どものディスカッションで出ましたアフタケアでは、保健婦が非常に重要視されていたのですが、米国ではケースワーカーが中心になつて活動しているとのことで、具体的にはどういふふうにやつておりますか……。米国の場合に訪問看護婦がホームワーカーという名でよばれ、この人たちがケースワーカーと働いていると聞いております。しかし具体的にどういふふうにといいことは……？

竹谷 私5、60日走り回つてきただけで、結論をだすというほどのものでもございませんし、みなさんと一緒に考えなければいけないのかもしれませんが、日本では数の上からいつて保健婦さんが非常に多い。ケースワーカーは全国で毎年何百人かの卒業生ができますが、ケースワークの勉強をした大部分の人が生かされないという状況を考えまして、ケースワークの学校を出た人がすぐケースワーカー、サイキアトリック・ケースワーカーになれるかというところはいかないと思うのです。そのトレーニングのコースを（日本では今年から精神衛生研究所でお始めになつたのが始まりみたいなものですが）継続してやることもやさしくない、という現状だと思います。保健婦の中から作るというのは、数の上で非常に多いからだと思いますが、これも保健婦のなかでそういう仕事に興味をもつてくれる人でないと、形だけはやらせてもできる仕事ではないという気がいたします。大勢の保健婦の中から、精神衛生の仕事をやりたいという人があればもちろんその人におねがいする、そういう人に少し教育をつけ足しますとヴィジティング・ナースのホーム・ワーカーに該当するのですが、3ヶ月講習でもPSWに近いものを即製できるのではないかと思います。他方には社会事業のほうの勉強をなすつた人の中にもこういう志望者があるようにききます。そういう人たちをトレーニングしていただく。そしてこれに欠けていることはやはり制度化することでしょう。私、昨日きいたことですが、今度大阪にケースワーカーのアソシエーションができたそうですから、そこいら団体から厚生省なりに陳情していただいてですね「ケースワーカー」と仮名で書くのでなしに、やはり児童福祉司とか社会福祉司といった名称のちやんとした職業として認められるように早くしてあげて、それをできるだけ採用する。つまり条文のどこかに、児童福祉司、社会福祉司などあるいは家庭裁判所の調査官というふうに、早く制度を切り替えてあげることでですね。そういう運動をしなければならぬ。また過渡期ですし、正規の教育のできた人だけからつくるというよりも、やはりいまやつている人の中から、あまり安易に作つてしまわないようにして相当手厳しくトレーニングして、その人たちで10年ぐらいは持ちこたえてゆくという方法もいいんではないか。そんなことぐらいいいか私考えておりません。

○ アメリカの場合は精神衛生相談所で就職の斡旋までいろいろするんですか、それとも日本みたいに労働省などの機関を通して……？

竹谷 ベ이스メントというのがそれなんですね。お役所的にやはり職業指導所か相談所か斡旋所ですが、ベイスメントという名前の付いたお役所がございますね。それが職業補導とか職業指導をやっております。そこからボケイショナル・カウンセラーというのがいまのカーマイクルのところにも来ております。それからシエルタードワークス・ショップにアフタケア・クリニックから手の切れた人で職業訓練に出たい人が行く。また立派な工場みたいな施設がございましたが、そこにも職業補導の役所に籍のある専門家が尋ねてきて、その人たちの職業福祉を世話しております。またそれと同じような資格をもつた人が、施設にも専属としております。カーマイクルの4つのクリニックには、たしかニューヨーク市の役人（あそこは州とか市が非常にこだわりなくスッと入つてきておりますが）ですね、市のボケイショナル・ディビジョンかボケイショナル、リハビリティションのディビジョンの役人が、週1回ぐらい尋ねてきて、そこで就職したい人に面接して、何の職に向くかということで本人にも充分自信ができるように何回か面接してやつています。そして必要があればテストもしましてテクニカル・テストにもとづいて職業を選ばせ、不安のなかにも適応してゆくように指導してゆく。このケースワーカーは、ボケイショナルに関する限りはボケイショナル・カウンセラーないしケースワーカーですが、本人たちが引続いてやつてくれというならつけて面接しております。

おそらく郡にありますメンタル・ヘルス・センターとかメンタル・ヘルス・クリニックを利用できるとききましたが、そつちに橋わたしをうまくするためにもボケイショナル・ケースワーカーが働く、その問題については病院のケースワーカーが走り回らなくとも、お医者さんがそんな問題を心配しなくともやつてくれる人がちやんとできてるようですね。

○ 日本の場合、小さい工場などでは労働時間が非常に長い、そういう場合に受入れ側が時間の問題などに理解をもっていないと困るのではないか。そういう点はどうしておりますか。

竹谷 それはさつき申しましたファウンティン・ハウスではうまくやつているなと思つたのですが、そういう働きかけをしてシンパを獲得するわけですね。その人たちが「よろしい、それではうちに5人入れてやろう」とか「うちに3人入れてやろう」とかいふふうにもつていかせて、あまり事業所に負担にならないように頼みこんでいく。だから報酬も有つたり無かつたりですね。軽い患者ならとにかく3ヶ月間みんなと一緒に仕事をする場を提供してもらう。仕事の邪魔になる恐れが多分にあるかも知れないがそこでやらせてもらう。みなと同じように朝は弁当を持つて出掛け、時間になると帰つてくるという生活を、まず患者だつた人にさせてあげることからはじめていますね。

○ アメリカの相談所を日本の相談所の理想的な姿とすると、いわゆる病院の外来というものとどう関係があるか。それから、そういうコンベア・システムないしはオートメーション・シ

システム式にですね、患者を社会復帰にもつていくことは本人の自由が無視されていることがあるのではないかということです。それからもう一つ、公共の相談所と病院との関係はなんでもないとはいえますが、私立病院が入ってきた場合に、やっぱり利害関係がおこってくる。そういう点を考慮する必要がないものかどうか。この点について先生のご感想をちよつとうかがいたいのですが。

竹谷 いまちよつとわからなかつたのですが……。

○ 相談所はある一つの機能をもつていて、病院の外来との関係はどういうものか、病院外来の役割も、先ほどおつしやつたアフタケアを相当やつていると思うのですがね。

竹谷 カーマイクルがやつているのは、おそらく地域的にああいふクリニックが必要になつたからではないかという感じを受けました。ニューヨーク州とを地図で見えておきますのと実際に行つて見た大きさは、やはり違います。やはり大陸なんですね。ニューヨーク市内なら小1時間かかれれば地下鉄、バスなどが発達しておりますからたいがい行き来ができます、ちよつと離れるとニューヨーク州でも飛行機で行つても2時間も3時間もかかるようなところがあり、相当広いのですし、19の州立精神病院には大きいのは、7,000人、8,000人、小さくて2,000人、3,000人という患者を収容しております。そこを退院したのがニューヨークに帰つてきますから、その人たちのアフタケア・クリニックとして発達したのではないか。クリニックは州のアフタケア・クリニックで、ニューヨーク州全体の以口のうちニューヨーク市が7割くらい占めている。そこに重点をおいて州立クリニックを作るということから始めまして、ニューヨーク市以外にはまだアフタケア・クリニックは設けておりません。おそらく人口が一番多くもつとも患者が沢山いるところですね。州の病院に行けといつても実際はなかなか大変で行けない。そこが配慮されたのではないか、という気がしています。そしてもちろん病院の外来でもやつており、近くの患者さんなんかを指導しておりますが、それはごく一部の患者です。

○ 病院の外来患者の、一部なり大部分を集めてアフタケア・クリニックをやるとなると、そこに矛盾が起きてくるということはないのですか。例えば日本でいいますと、東京に1ヶ所アフタケアのクリニックがあるというふうな形になつてうまくゆくものかどうか。

竹谷 おそらく行政的に担当区域を決めるとか、あるいは手続をした人がそこへ行くということをしなければならないでしょう。しかしなにか社会の要求としてクリニックが発展したのでなければ、こういうふうにはいかないのではないのでしょうか。私その発達過程を知らないので想像でございませうけれども、なにかそういうクリニックが欲しいという社会の要求からできたのであつて、希望者が利用できるクリニックという限りは、病院のほうのアフタケアも町のクリニックも同じ根底に立っていると思うのです。先ほど申しましたように町並の家具屋さんの2階ですから、おそらくそこに出入りしておつても近所の人ですらそれが患者だと気づかれないですむ。そういうところにカーマイクルはクリニックをこしらえているのですね。そういうやりかたはやはり地域の人の要望にそぐよくやつているのじやないかと思ひます。別に州の「アフタケア・クリニック」などという

看板は1つも掛けていない。これは日本のあり方と非常に違うと思いましたが。

○ そのクリニックの医師と患者との関係ですが、具体的に、組織的にといいますか、いわゆる人間的な関係ですね、それをどうふうにやっていますか。

竹谷 私のようにちよつと行つてみたものではよくわかつていないと思いますが、私は何も機械的にとか自動的にという感じを受けておりませんですけれども。おつしやることはわからないこともございませぬけれども、そういう恐れはなしにかなりやれるのじやないか。それはかれも強調しておりましたがね。個人個人のニーズに応じてやらなければいけないからやっているのだといつておりましたが。あるいはそこにウイーク・ポイントがあるから強調したのかもしれませんが、私もそのところは短時間の訪問者として実態を知っておりません。そこでどんな成果が上つているかによつて批判の仕方が変わるのではないのでしょうかね。

加藤 わたしが聞いたところでは、最初はブルックリン州立精神病院のアフタケアをやっているうちに、そういうクリニックを開くことになつたといつてましたがね。大体、州立病院でやっていたアフタケアが、そのままつながつてずつと続いているということでした。

ではこのへんで。

竹谷先生、お帰り早々御多忙中のところを、大変有益なお話を聴かせて載き、誠に有難うございました。

第 4 日

「地域社会のニードと精神衛生活動の
あり方について」

司 会 横 山 定 雄

地域社会のニードと精神衛生活 動のあり方について

研究討議の進め方について

横山 「地域社会のニードと精神衛生活動のあり方」について研究協議して頂くことになっていますが、地域社会のニードといいましても、精神衛生に関連した問題なり、対象なり、多岐にわたつていて非常に複雑なものだと考えられます。又、行政関係の組織にしても、日常生活の領域にしても、いろんな分野に分かれています。こういった問題を精神衛生の立場から、さらに専門家の立場で、あるいは又、専門家でない人たちにも協力してもらい、そういういろいろの立場でこの問題を取上げてみる必要があるように思われます。

時間は午後3時迄5時間位しかなく、充分とは申せませんが、最大限有効に使つていただきまして何らかの成果を挙げていただきますようお願いいたします。昨日までのところでは話題提供者という方々の話題を中心にしていろいろディスカッションを進めてきたわけですが、4日目ともなればむしろ自由に発言していただいたほうがいいのではないかと勝手に考えまして、特別の話題提供者は予定しておりません。全員のみなさま方が話題提供者になつていただけるだろうと考えております。みなさま方から積極的にいろいろな問題をお出しただいて、お互にディスカッションを展開していただきますと非常に効果があるのではないかと思います。なおできるだけ楽な姿勢で、気楽な雰囲気を出して進めていつたら……と思いますのでよろしくお願い致します。とにかくお互いに一しよになつて気易く話合う雰囲気を醸成していただいた方がよいのではないかと思います。なお進行についてのご希望もディスカッションに含めてお出しいただきますようお願いいたします。

それではディスカッションに入りたいと思います。先ほど申しましたように、特に話題提供者を決めておりません関係上、ここで考えられるいろいろな問題——地域社会のニードについてどんなニードがあるか、どうつかまえるか、それに対してどういうふうな精神衛生的な働きかけ、あるいは活動を進めてゆくか、というようなことの中で、どういう事柄からでも結構だと思います。それからさらに第1日以来、地域社会に関係した問題、あるいはその取上げ方の問題なんかが出ておりますから、改めてここで取上げていただいて、この問題は掘下げ方が足りなかつたからここでやるうじやないか、というふうなご提案から始めていただいてもいいと思います。

それから参考資料としまして「精神衛生地区組織の現状」(今年の6月現在のもの)、それから「精神衛生相談所の活動状況に関するもの」の2種類がお手許の資料袋の中に入つていると思います。又、ただいまお配りいたしましたのは、私自身の小さな書き物「精神衛生から地域社会への接近方

法」です。これらをディスカッションの参考にして頂ければ幸いです。

ではどんな問題からでも結構です。どなたからでもどうぞ。

地域社会のニードとはどういうことか

○ ニードというのはどういう地域社会でも大なり小なりあると思いますが、その掴まえ方を自分たちは一番知りたいのですが。

横山 地域社会のニードのつかまえ方について、どういうつかまえ方があるのだろうか、ということですがみなさまいかがでしょうか。

○ テーマについてなんですが、今日の主題の1つは精神衛生活動のあり方ということなんですが、いま一応問題になる精神衛生相談所というものが、精神衛生活動の中でどのような位置を占めるべきか。あるいは関係するいろいろな資源の中でどのような地位にあるべきかというような基本的な性格の問題、そういうふうなことを明確にさせていただいてディスカスしてほしいと思います。

横山 精神衛生相談所が精神衛生活動の中に占める位置の問題、それを明確にさせていただきたいということですね。

○ いまニードのことでお話が出たのですけれども、ニードというふうな問題が出てしまうと非常に広いものになってしまうんですね。やつぱり広い意味の治療的な観点から問題を取上げていただくほうがいいのではないかと思います。ということは、結局、精神衛生センターというものがなんであるか、そういう仕事はなんであるか、というぐらいに相談所も含め、病院も含めていいと思うのですが。あまりそと（精神衛生活動の周辺）のほうへ問題をもつてゆきますと、話が中ぶらりんになりはしないかと心配するんです。

横山 治療的な問題についてということ？

○ まあ、治療といつても広い意味のですね。社会治療ということも含めていただいて、そのへんに問題をしばつて……。まあ結局相談所に焦点がくるかもしれません。

横山 広い意味の治療的な問題にしばつて、あるいはそれに結びつけて考えていただいたほうがいいのではなからうか、というご意見ですが如何でございましょうか。

○ それからもう1つ、夜廊下を歩きますと、昨日など11時頃までほうぼうでディスカッションを続けている声が聞えておりましたので、当然たくさんディスカスがあつたに違いないのですが、その夜の分を昼のほうに持込んでいただきたい。(笑声)

○ ○さんのおつしやつた社会的なものも含めての治療の問題ですが、どういうふうにお考えか、念のためもう少しハッキリうかがいたい。つまりそれ以外の精神衛生の問題とはどういうことをさしていらつしやるのかについて、ちよつとお話をお出しいただきたいと思います。

○ 治療以外の問題ですか。それは例えば、協議会の作り方ですとか、あるいは行政当局との間の問題とかですね。そういうことまで広げていつてもいいのですけれどもね。それを治療という

ことに関連づけて拡げていつていただきたい。そうしませんと、単にそういう協議会の作り方の問題だけになつてしまつて、それが治療的な意味をもたない、単に1つの運動というふうなことになつてしまうと……。それも必要なことではあるのですけれども、せつかくいままで話がずつとそこへきているのが、間がとんでしまわないかという感じがするんです。第1日目から細い糸でつながつて続けているのは、やつぱり社会的治療を含めたものだろうと思うのですが。

ドクターの立場と患者の立場と

○ テーマから判断したのですけれども、いままでの討議では大体治療する側のほうからの問題提起というふうな感じを受けたのですが、それと反対に、このテーマは治療される側の立場ですね、あるいは精神障害を起す側の立場というふうな意味にもとれるのですがね。そういう問題の領域というようなことについて如何でしょうか。

横山 地域社会のニードというのは一体どういう意味でいつているか、ということですね。

○ 治療される側を問題にしなくていいかどうかということですよ。

横山 ああそうですか。地域社会のニードということですが、司会者として又テーマをきめたひとりとして私の考えを申しあげますと、精神衛生という面からの地域社会への働きかけとして、一体どういう問題を精神衛生に結びつけたニードとして取上げ考えたらいいのかという問題なのですが、こういう問題が精神衛生に結びつけたニードであるということがらが、ナンかはつきりされていないように感じているわけです。従つて精神衛生の面から取上げるような地域社会の中にあるいろいろな具体的な問題はどれとどれで、どの領域の問題がこれに当るのだろうかということが、私自身にまだハッキリしてこない。そういう意味でむしろここでそういう問題をディスカッションしていただいて、その領域なり土俵なりを決めていただいたらいいのではないかと。

抽象的ない方をしますと、さらに精神障害というふうな問題から日常生活の対人関係とかいろいろな問題があります。また、顕在しているものもあれば潜在下、意識の下にあるものもあるだろうと思います。そういうもの、つまり取扱う対象が大体決まつたところで、そういうものを扱う扱いはそれぞれの立場で、専門職乃至地域によつて、あるいは活動のあり方によつて、能力によつて扱い方が違つてくるだろうと思うのです。従つてどういう扱い方が一応現状では考えられるか。あるいはそれを段階的に考えれば、第1段階はこういうふうな問題、第2段階はこの範囲とか、第3段階以降はこういうふうな拡がり方とか、いうふうな考え方もできるかもしれませんが。しかしそれも私自身まだハッキリしたものをもつていないのですが、みなさん如何でしょうか。

○ 私がいまご質問申し上げたのは社会的な治療というもの、つまり治療の面に限定するということは、やはりドクターとしての立場というふうな受取つたのですが、広い意味の精神障害者という問題になりますと、社会的ないろいろな原因があるわけなので、従つてその原因を取り除くことが精神衛生の問題ということ……。例えば広く考えてゆく専門職としてのケースワーカーとい

う職種がありますけれども、これは現在の教育過程なんかからいろいろ考えてみまして、問題の多い、スペシャリストだと思うのです。

私共の身边を考えますと、取立ててケースワーカーというものは専門職でなくとも、対人関係の中から自然的にケースワーカーの働きをしているようなばあいもあるわけなので、そういう広い場を問題にしたらどうかという含みがあつたわけなのですけれども。それから地域社会の問題についても「地域社会」という意味もいろいろ問題だと思うのですが、私、朝から晩までの生活を考えてみますと、じつにいらいらすることが多いわけです。精神病という治療の対象になるものでなくとも問題があり、問題がいろいろと多くあるのではないか、広いのではないか、というふうなことを考えてご質問したわけなんです。

横山 なる程ね、ところで○先生、そういう広い立場からのとりあげ方はこの場では不適當だということでしょうか。

○ 私はドクターですからドクターの領域に立つてみているというふうにとられるかもしれませんが、初日から問題になつていたのはそういうものでなくて、やはりあらゆる領域の方々が一緒になつてこの問題を考えていかなければならん、そういう意味の治療ですね。従つていまおつしやつた一般社会の態度がそういう面でどういうふうに出てくるか、根本的な問題になると思います。

横山 必ずしも専門家の立場だけに立つて問題を取上げようとしているのではない、というふうに考えていいわけですか。

○ 精神医学だけの狭い意味で即ち、メデイカルな問題だけではないということは、これはそういう議論できているのですから、いまさら申し上げるまでもない。そしてやつぱりさつき○さんがおつしやつたように、問題をしぼらないと社会時評みたいなものになつてしまう……、ということとはあまり意味がないと思うのです。

経済問題のからんでくる精神障害ケース

○ 問題提起になりますかどうか……。現実活動に携わつている時に、治療を要することはもちろんですが、その前段階で経済問題とからんでくる場合が非常に多いわけですね。その数字もいろいろお話が出たと思うので、そういう点で精神衛生相談所ということも含めまして、そういう経済問題への配慮を必要とするような精神病患者の取上げ方という事で、最初問題をしぼつていつたほうが話が進むように思います。

横山 経済問題のからんでくる精神障害者の取上げ方、というふうにしぼつたほうがいいのか。

○ これも社会学の立場としての理解ですけれども、経済問題そのものを抽象的に取上げると経済学みたいになつてしまう。そこから何が起るかという問題ですね。

例えば日本の場合は非常に特徴的だと思うのですが、患者と医者が対立しているということですね。日患同盟のような組織的なものもありますけれども、とにかく一般的に患者がお医者さんに対して対立感をもっているのではないかと、そういうものが治療の場合にどういうふうにマイナスになっているのか、どういうふうに処理すればいいのか、そういう点は如何でしょうか。

○ 先程私の云つた意味はちよつとそれと違つているように思うのですが……。といいますのは、患者さんが発見された場合にですね、例えば「この子がおかしいから」といつて相談に来られる前段階にですね、貧困という経済問題がからんでいて、入院の必要があつても入院させられない、というふうな問題の時には、現在の精神衛生相談所ではそういう問題は解決されないで社会福祉事務所やその他の違つた機関との結びつきにおいて仕事を進めてゆかなければならないことがあるわけですね。こういうところに患者を扱うについての具体的問題が出てくるという意味で申し上げるのです。

低いレベルの地域を考えよ

○ 率直に申し上げますと、非常にハイ・レベルの仕事をしていらつしやる方は、これはこれで結構だと思います。1日目にPとかCPとかPSWという話が出ましたけれど、現実はそのどころではない。末端の現場に参りますと医師が3者を兼ねなければならないというのが実情です。そして病院に入りたくても金がない、どうするかという場合、それに応えてやらなければならない。それで例えばアメリカでこういうことをしているということのアフリカの地域の人が聞いても参考にならないと思う。そこで自分たちの場合、いろんな機構を動かしてもう少しやつていけば——私はM県ですが、M県よりちよつと進んでいらつしやる方の話を聞きますと、ああこれならばこういうふうにしていけばできるだろう、ということが一番参考になると思います。そういうふうな意味で、いまの横山先生なんかのいわれたことはよくわかるのです。例えばいろんな書類や文章を1つ1つなるべく私が書くんですがね、私の所は予防課が主管で、文書は一旦予防課を通過して出るのでですね。文書が出されてみると私の書いた文章が換骨奪胎されてまるつきり違つた文章になつてしまつているのです。こつちが意図して、ニードということをなんとか引ッ張り出してやろうと思つて考えて、こちらが苦心して書いた文章がですね、出された時にはお役所的に命令の文章で、まずこういうことをやるから集まれということになる。そうしますといろんな方面の人がワーワー、ワーワー集まりますが、そこで精神衛生に関する何を何か1つ、たとえば協議会の問題1つやろうと思つてもなかなかうまく進まないのです。そういうこともありまして、一番そういうことで悩んでいるわけです。又、例えば児童の精神衛生の問題なんかにしましても、関連する人たちのお互いの意志疎通をはかることが一番大事だと思つてやつているわけです。私はこれは社会事業という問題ではなくて社会的治療につながる精神衛生の問題だと思つて、私は私なりに解釈してやつてきたわけです。

横山 あまりハイ・レベルの立場で考えてはいけない、いろんな問題が混然として整理されていない進んでいない段階で考えなければいけないということですが、如何でしょうか。

○ どのテーマでやろうかというので一番最初にニードの取上げ方というお話が出ました。たしかに○さんがおつしやいましたように、この問題は地域の中で潜在顕在の両方のものがあるという事はよく承知していますが、その中でわれわれは何についてどこまでできるのか、それを考えた上でニードということを考える。ニードの問題をわれわれのできる範囲で動かしてゆく、少しずつ1歩1歩展開する。そしてニードを考えた場合、もうちよつとやればどこまでできるか、その可能な限界というものを考えた上でもつて……。先ほど位置づけということを申し上げましたが、われわれの活動で利用しうる資源を利用したとして現在どこまでできるか、というふうな点にもう少ししぼつて取上げたらどうかと思うのですが。

横山 どこまでできるか、つまり、できそうな問題からやつたらどうかというご意見ですね。

○ さつき申し上げたのはそれと関連するのですけれども、○先生のおつしやつた位置づけという問題なんです。その医療する側の位置づけ、それから治される側の位置づけと2つあるわけですね。

農民の精神衛生についての関心度

○ 地域社会のニードというふうなことのそれ以前の問題としてですね、特にわれわれM県の場合、田舎の農民の精神衛生に対する関心度を調べたことがあるのですが、やつてみますと大体精神衛生という言葉を知らない人が非常に多いのですね。

去年の「病院精神医学」に載せた実態調査ですが、50名ばかりの入院患者を調査したことがあるのです。その時それと一緒に、1つの保健所轄内の集団結核検診の際に、精神衛生に関する関心度の調査をアンケートとしてやつてみたことがあるのです。340人ぐらいですが、精神衛生という言葉を知ることがないという者が3分ノ1ぐらいいました。アンケートをよこした人はわりあい関心のある人だろうと思うのですが、全然どうということかわからないというような返答がある。精神病の名前なんかについてですね、神経衰弱とかてんかんという言葉を知っているのが、40%ぐらい。分裂病、ノイローゼを知っているのが50%ぐらい。精神病の原因なんかについても「狐がつく」とか「宗教と関係がある」というふうな回答をする人は20%近くもある。また「病気になるつ時にそつとしておく」とか「搦んで治す」とかいうふうな人がいたりする。つまりそういうふうな、非常に精神衛生というものに対する関心度、レベルが低いということ。そういうことに対する働きかけというふうなものがまず地域社会のニードを引出す前段階になるような気がするんですけども。

横山 精神衛生や精神障害について理解が低いということから出発して、ニードを意識のレベルに引上げるにはどうしたらよいかということを考えてゆく……。

○ 潜在化したままのニードを意識的なものへ引上げてゆくというところに、やはり精神病院や精神衛生相談所の機能を活用するということが非常に切実な問題ではないか。精神衛生では精神病の早期発見とか早期治療ということをいいますから……。

○ 例えば精神病に対する考え方といいますか態度といいますか、あるいは精神病ということでもなくとも心の悩みというふうなものをどういうふうに処理したらいいか、具体的な方法よりもどこにもつていつたらいいかということが、ほとんどわからないというのがずいぶんいるんじゃないですか。

横山 そういうところに働きかけの焦点を合わせる必要がある……。

○ そういうことも必要ではないかということです。

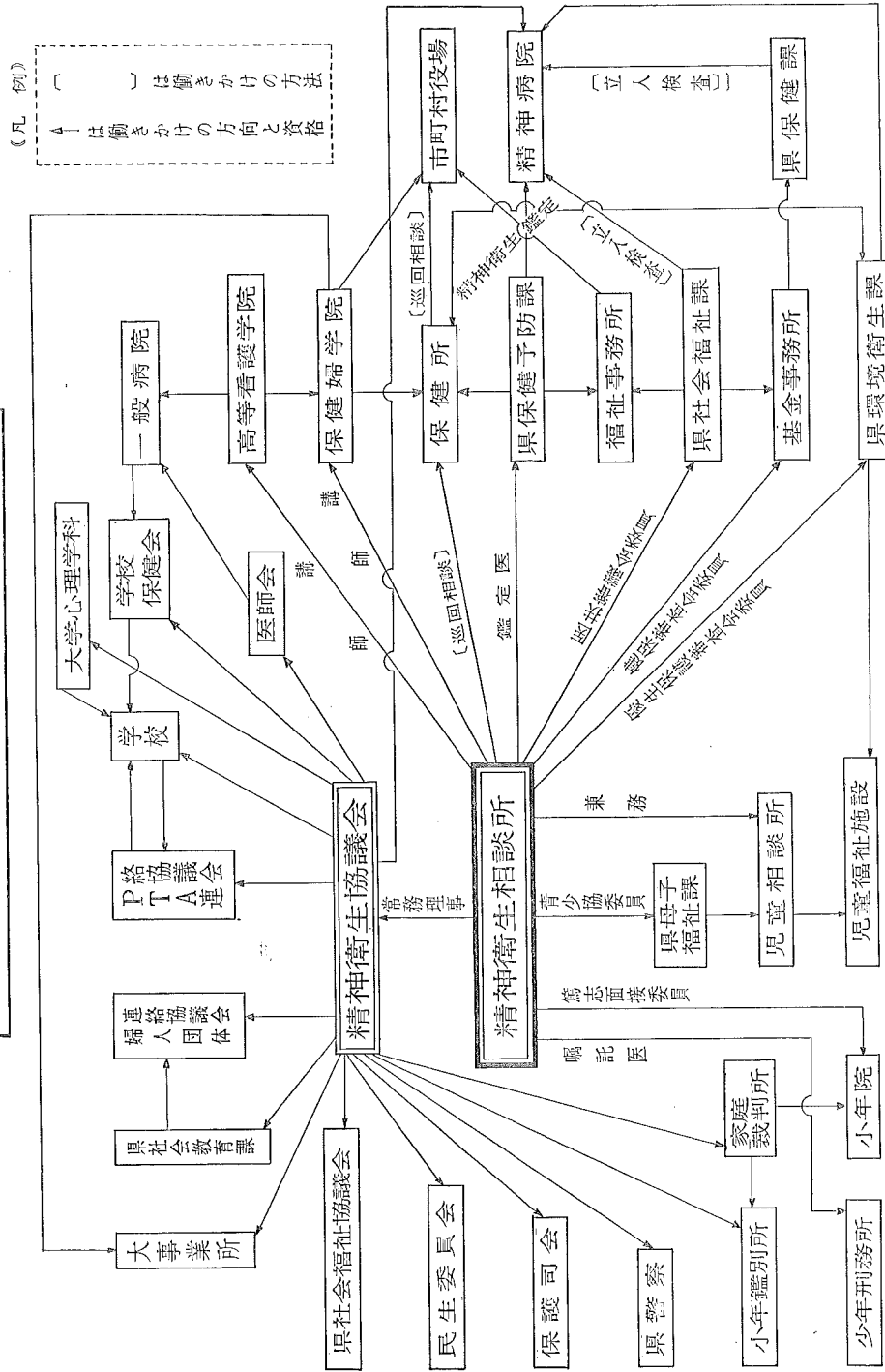
3 つ の 地 域 型 が あ る

○ いまのお話に関連いたしまして、第1日目からのお話の流れを聞いておきますと、ただ相談所を作つただけで相談がどッと来るという地域があるわけですね。私ども夜のゼミナール（自由雑談）のほうでは大都市型というふうに（笑声）いつておりましたが、それに次いで中都市型と称するものがございまして、それからまた患者とりさばき所式な農村型というものもあります。そういうふうに型が大まかに3つぐらいに分けることができるのではないかと、そして、これらの型によつてはんであり方が違ってくるのではないかと、そういうふうな印象を受けております。

○ いまのお話で面白かつたのは、私のところはいわゆる中都市型ですが、私たちの精神衛生相談所は、ある程度患者さんがやつてくるわけです。これは病院で扱うよりも相談所の方が適当のような気がして、治療を要する患者が相談所へ来るわけです。ただ私は、精神衛生相談所ではそういう仕事、つまり患者がくるのをただ待つていただけではいけないと思ひまして、地方の、いわゆる精神衛生知識の水準の低いところへこちらから出かけていつて、どうしてよいかわからないでいる者に知識を与える、というふうなことをやつております。つまり二またかけた仕事をしております。精神衛生活動の考え方はいろいろあると思ひますが、放置されている者を引ッ張り上げるということまでやらなければならない。つまり保健所活動的な面、そういう面を全然放置して精神衛生相談所のあり方ということはいけないと思ひます。私どもではハイ・レベルとまでゆきませんが、あり方としてはやはりハイ・レベルに近いあり方にしていかなければならないと思ひております。そうすると結局、両方にふんまえた格好になつてしまう。

伊藤（茨城県） ハイ・レベルじゃなくつてもいいというお話で安心したのですが、茨城県でのちよつと印刷物をごらんいただいて……。茨城県ではどんな具合にして地域社会とのつながりをもつてきたかということについて、ありのままをお話してご批判を受けたいと思ひます。

茨城県における
精神衛生相談所と社会資源との関係



茨城県精神衛生相談所

茨城県の精神衛生活動

茨城県の精神衛生活動の一番始まりは昭和25年に県立病院が出来まして、その精神科が出来た時に相談所ができた。その頃は医者も少なく、又県民たちのニーズももちろん低い。それから精神病院を作つても採算がとれるかというふうな状態だつた。28年になりまして私が病院に赴任しましたが、鑑定医の資格をもっているのが非常に重宝がられた。その頃、茨城県では、28年には4人しか鑑定医がいなかつた。そのうちの2人は非常にご老人であり外に出られない。副院長と私と2人でもつて、その頃から非常に活発になつた精神衛生鑑定をやりました。1週間に2回ぐらい、1日多くて10人ぐらい鑑定させられる。つまりどんどん申請が出てまいりまして鑑定を次から次にする。その分を県立病院に収容する。病院はまたたく間にいっぱいになりまして、超満員です。県立のほうでは少しずつ病棟を増やしておりますがとても間に合わないということです。

(このところ録音不明のため1部省略)

現在のところ茨城県の保健婦のうち100名ぐらいは自分の教え子で、保健所にいる医師を手づるにして、保健所や市町村役場などへ出張する巡回相談に力を入れることができて、1カ月に4回乃至5回、各保健所を回っております。

で、その次の段階としてはどうしたらいいか、大体このへんで相談所で、しかしまだPSWの採用ができたのが今年になつてからであり、相談所としては医者1人ではとても活動できかねる。これ以上運動を進めるにはどうしても協議会というものが必要だ、ということで、1昨年(昭和34年)の12月に県立病院と相談所とそれから私立の古くからやつている院長さんらが中心になりまして協議会が出来上りました。立上りが遅れたわりに早く結成ができましたのはI先生という方がおられたからで、この先生は教育者として長年教育界におられ、児童相談所長を10年ばかりやつて非常に顔の広い方です。この方がいまでも1カ月に数回婦人会なんかに講演しておられる。その方を会長に選びました。そのために社会教育とか婦人団体その他との連絡がつきまして、共同募金からも5万円もらえました。いまのところは1年に1回の展覧会と、それから平素の巡回相談とは別に、1年4回乃至5回の特別の巡回相談というのを別個にやつております。

結局ここまで来て行き詰まりました。一応県の上層部だけは網羅し連絡がついたわけですがけれども、下層に滲透するにはどうしたらいいかというので支部を結成する。それにはどうしたらいいかこの前の研究協議会でおうかがいしましたところ、K県のほうから、やはり保健所というものを単位にして、そこを中核にして作るべきだということでしたので、先月末に担当者が1泊で会議を開いて、その間2時間ばかり、大会で仕入れました新知識を披露しまして、それから支部結成を話しましたところ、非常に前から似たような組織や活動をもっている保健所が3カ所あり、もう1つ加つて、4つのところでなんとかしてやつてみようというところまでいつたわけです。結局、初めから明確な方針を立ててしようというのではなくて、いろんな役所なり関係機関や団体の要望で、本

当に受身的に動いたわけでございますけれども、一応これから以後どんなふうにしたらいいのか、ということをおうかがいしようと思つてこういう質問をしたわけです。

それからニードのことでございますが、本当は統計資料をもつてくれればよかつたのですが、一応茨城県だけのことを申し上げますと、5つやかましくいわれていることがございます。

精神衛生に関する5つのニード

1番目は、精神科の患者で入院させる必要があるとき、入院費用のことをまず考えるということ。生活保護に該当しないようなものの費用は、役場、福祉事務所のみならず一般の方々が非常に関心をもっている。巡回相談で50人ぐらいありますと、そのうち5人は入院費の相談です。2番目が精神薄弱者を入れる所を作つてくれ、という要望です。これは鑑定医協議会でしたか、東京の先生からご要望なされたことと同じでございます。

3番目が、茨城県は比較的教育が熱心なので育児や教育について適当に指導してくれるところ、始終相談をしてくれるところが近くにあつてほしい。4番目は少し高い要求なんですけれども、通つて治す診療所というものが欲しい。これは相談所から病院に望むということで、病院側でもCP、PSWをおいて児童の相談、治療もやつていただけないか、ということが要望されたわけです。5番目はノイローゼの治療です。大体、巡回相談の3分の2ぐらいは広い意味のノイローゼで、結局その行き場所がない。これを全部相談所で引受けるわけにはゆきませんし、地域的にも遠いところの人が多いわけですから病院に行きましても非常に先生方がお忙しくつて薬をくれるだけで、私たちの悩みを聞いてくれない、カウンセリングとかいのあるそうだけれどもそういうものを受けみたい、精神療法を受けるところが少ないということですね。

この5つは一応茨城県だけの事情ですが、役所や一般の方々も含めてこういつたところがニードではないか。実情をお話して、今後どうしたらいいかというようなことを教えていただきたいと思つています。

横山 ただ今、茨城県の相談所の活動と協議会結成のいきさつについてお話を伺い、それから茨城県で考えられるニードとして5つの問題をご提議いただいたのですが、いまの茨城の活動に対してご質問がございましょうか。

○ ニードの2番目なのですが。

伊藤 それは精神薄弱を入れるところですか。それも巡回相談のたびに吊し上げを食うことです。特に協議会で行つた時の巡回相談は役場、民生委員、婦人会などから「何をしているのか、協議会を作つていながら精薄の施設ができないとは何ごとだ」といわれるのですが「厚生省に行つてくれ」とも云えませんが、おつぱら謝つてるところです。

横山 5つのニードということをおうかがつておりますとかなりレベルが高いようにも思いますが。

伊藤 まあ地域にもよるのですが、例えば日立市あたりですとおそらく東京と変りありません。

児童相談やなんか精神衛生相談の時には、この前もお話しましたように、子供を連れてきまして「わたしは未亡人だ、この子がいま何才何カ月で弟がいる、こんな生活だ、子供にとって母子家庭は悪いといわれるけれどもどんな点を気をつけたいか、もし私がこれから結婚しようとした場合にはこの子が何才何カ月になつたら結婚したらよいか」という質問をするのですね。(笑声) そういう方もありますし、またいまでも福島県に近いほうとか山のなかでは遅れた地域がありまして、精薄同志の血族結婚を平気で行つているところがあるわけです。一概にはいえないと思いますけれども、従つて先生方のお話をうかがつて、大体、全国の真ん中ぐらいではないかなと思います。いろいろな民度、認識の程度をありのままお話し上げて、今後こういうふうにしろということ是非お教えいただきたいと思います。

横山 今後のあり方はどうしたらいいか、教えてほしいというご要望ですが、如何ですか。

○ 日立その他大会社や事業所からのニードはどうでしょうか。

会社事業場のニードについて

伊藤 それはですね、少し具体的に申しますと、日立製作所と日立鉱山とあと交通機関があるのですが、そこはあまり積極的でなくて、日立製作所は、カウンセリングといったものをむしろこちらが受身になるぐらい熱心がいい、「展覧会は職場の精神衛生を議題に取上げてくれないか」という要望があります。むしろ関西からの働きかけで、この問題をなんとかしなければならぬと熱心にいつてまいります。それから労働安全週間というのがございまして、その時には2人ばかり話しに来てくれというので、私が2回、会長が1回まいりました。いろんな職場や工場に分かれていてそれぞれ3,000人から5,000人ぐらいの工員がおります。

○ 日立の病院は

伊藤 病院は日立病院というのがあります。これは精神科はございません。そこの小児科の先生が非常にご熱心で、茨城県で初めてですがいままでなかつた「手をつなぐ親の会」をお作りになっています。

それから工場や会社へいろんな調査なんかまいりますと、経営者のほうは賛成するのですが、どうも労働組合のほうは数年前からやはり不景気になりまして、なにか人員整理されるんじゃないかというので非常に敬遠される。今回も経営者とか労務管理者、人事管理者といった人たちとのコンタクトがついたという程度です。

○ いまのところでは私の主観的興味ですがけれども、つまり職制側の方が従業員について何か変なものを見つけて首切りの道具にするんじゃないか、という不安感、対立感ですね、そういうものをやわらげる方法は考えていらつしやるでしょうか。

伊藤 ええ。ですから職場にはカウンセラーをおきなさい。パート・タイムでいいから私たちを使つてくれ、というふうについております。具体的に大阪方面ではこうだというふうなことをいつ

て。

○ われわれの方へ日立の川崎や亀戸の工場から採用の問題が出てきました。つまり採用にテストを使ってくれという意見が出まして、集団ロールシャッハテスト等を採用試験に使ってみました。まず一応テストをやつておいて、それで何か問題が出てきたものにはさらに精密に個人テストなどをやってみるということにしましてね。そこで、臨時工を含めて半々ぐらい一緒にしましてテストしたんですね。もちろんカウンセラーも誰か置かなければいけないということもいつているのですが、まだそこまでいつておりません。これらの中に、どうしても詳しくみてくれというものがありましてね、相談室のほうに来てもらつてやつたりしていますが、東京や川崎からのそういうふうな影響が、こつちの日立のほうに何かきていないかと思つたのですが。

○ おそらくそういうことから、オレたちはこうしてはいられない、ということいろいろと云い出してきたのだらうと思うのですが。

○ 会社や工場などで一部のわかつた方は、人事管理でなく人間管理だというふうに感じているわけです。

横山 茨城県の相談所の協議会の活動問題から日立の問題に発展したんですが、この辺で話題をもとへ戻していただいたほうがいいんじゃないでしょうか。

会社と地域社会とは異つている

○ 私、鶴見の保健所に長くいたんですけども、会社でやる精神衛生と地域でやる精神衛生とは違う。会社のをそのまま地域でやることができない。会社は営利が目的ですから、悪い者は排除していいものだけをとつている。入社する時に精神衛生のテストをやつているところもあるんです。そういういいのばかり採つて、その中で異常の出た者はしょうがないから会社が面倒をみる、というような方法をやるんですが、地域で精神衛生をやる時には優秀なものだけというわけにいかない。結局、精薄とかそういうものをどうやつて地域社会にうまく適応させていつて社会の役に立てるか、それは一般の地域社会で非常に大事なことではないかと思ひます。

横山 地域でのあり方と会社でのあり方は、精神衛生活動のあり方が違うのではないか、地域の場合はいいものだけ選んでどうするということとはできない。それならどうしたらいいだろうか、というふうなお話でございますが。

○ 会社工場の話が出ましてそれから、会社の問題と地域の問題とは違うというようなことで会社の問題が少し触れられたままになつていますが、私の感じたことを言わせていただきますと、戦後、精神衛生運動が起りまして、会社などから精神衛生の問題について興味や期待をもち込んでくる。それをわれわれがどのように受取るべきかということにも関連しまして、なるほど地域の問題と会社の問題は違うというふうに感じておりました。ところで、労働組合では精神衛生からの会社への働きかけを非常に警戒するというか、敵対的にみるという傾向があることを大阪方面では感

じます。これをこのままにしていると将来精神衛生運動が国民的なものとして拡がる場合にこれが大きな厄の元になる。そこでわれわれは産業の精神衛生運動というものを1番最後まで取上げることをちゅうちよし、もう少し研究してからということの問題を伸ばしておりました。ここ2~3年来、ようやくカウンセリングというものをとりあげ、あとは会社の人事、労務とか経営者側からの関心に対しては、災害防止、安全衛生という立場から協力しようということにいたしました。安全とか災害とかになりますと採用の時の問題にからんできますが、そういう立場から事故多発を阻止してゆくということを通して、さらに会社工場の人間関係に関する知識や理解を深めてゆく運動。それから事故多発ならその人たちを見つけ出してクビにするということではなくて、その人の個人的な問題を解決するように努力してあげたり、あるいは職場を変えてあげるようにする。そういうことでいけるのではないかと思います。

さつきもお話に出ておりましたように、交通機関で事故がふえて社会に不安を与えますので、そういう方面も事故や災害の防止から入っていけば世論も受け入れてくれるし、会社もそれを受け入れますし、従業員や労働組合のほうも、それならというのでうまくいくと思う。そこから入っていつて精神衛生は必要だというので、もつといろいろな職場に入っていつたらいいのではないかと、というふうに考えておりますので、ちよつとご参考になりましたらと思います。

○ 最初からいろいろ偉い方々のお話をうかがっておりますと、抽象的には重要なことだとよくわかるような話が沢山出ている。そういう中で具体的な問題として取上げてゆくというふうに入っていくと大衆は乗ってこないのですね。そんな中で、大体一番要望が強いのが入社の際の試験の問題ですね。採用のあとをみているとどうも良くないもつといい方法はないか。会社ではこれがいま一番ニーズが高い。そういう点でカウンセリングというのでもよく納得しないように思うのですね。それから何か具体的な解決をみせてやる。具体的にケース・バイ・ケースで実績を見せてやるのが一番いい。

産業精神衛生の基本線は何か

○ その必要性はあるけれども、やはり最終的な運動に発展させる場合には、便宜的なものではなく、最終的にどういう方向にゆくべきか見極めた上で入っていけばいい。ただ悪いヤツをはねるという気持でゆくのではなく、もつと突つ込んだ解決にもつていけるような1つのアレを……。

○ それはあるでしょうがね。やはり組合などが、精神衛生を経営者や理事者の側の、経営のほうに利用するものだという印象を深めますと……。一昨年もある会社で、精神衛生の月例研究会をやりたいと申入れると組合の幹部が妨害して会合を開かせない、というふうなことで、こういう傾向は今後もでるのではないかと思います。あるいは生産性運動に対する抵抗と同じように、精神衛生も労働組合が嫌つてくると、日本の精神衛生運動の発展に大きな障害を生みはしないか。

○ 組合の人と話をする、会社によつてずいぶん違うと思うのですね。日立なんかわりあい

に、いまの場合は安全係が身体検査というような形で個人々にテストをやらせて、自分の長所を生かしてゆく、そういう形にもつてゆく。上から押し付けられてやつているという感じはもつていないのです。そういう形でやる。

○ 大阪では産業方面で精神衛生の定例会をもつ時には労働組合の参加や協力を求めている。

○ 会社事業場の精神衛生をとりあげるときは、ハッキリと経営とは別なんだということにする。

横山 私、そこで少し疑問があるのですが。例えば労働組合が精神衛生について、それは資本家のものだ、といつてきた場合、実はそうではない、従業員の福祉を考えているのだ、とかりに弁解しますと、その時は一応なつとくしても、精神衛生の別の会合で経営者が出してきた問題に協力してやるということがあると、そこに矛盾がおきてくる。つまり精神衛生の根本的な立場、態度方向付けでしつかりしたものをもつていないで、出たとこ勝負で適当に技術的にやるというのならば、それは正しい精神衛生活動ではないんじゃないか、ごまかしになるんじゃないかという疑問をもつのですが。

○ そうですね。かりに人間関係というと、会社事業場ではそれについて管理ということを考えますからね。ところで管理者の便宜だけでとりあげられるのではその運動は立つていかない。その点アメリカはいかがですか。

横山 いかがでしょうか……。ところで大体、10時30分になりますので、ここで一応休憩して、いよいよ本論に入つていただきたいと思います。ただ今のところ産業精神衛生について話が進みましたが、これもある意味で社会的な問題でニードの問題だと思われます。それが重要テーマであるとなればそれをもつと掘り下げていただいても結構だと思います。しかし、それよりこういう障害問題があるのだ、というふうな調子で自由に発言していただいている間に、いつのまにか新しい展開が生れたり重要な問題が取り上げられたりすることになるのではないかと思いますので、休憩後もよろしくお願い致します。

——休憩——

一般社会からの反応がない

横山 それでは再開させていただきます。先程は工場や会社の精神衛生ニードにどう応えるか、ということではいろいろとご意見をお出し頂いたのですが、これからはどういうテーマをとりあげてゆけばよいでしょうか。どなたからでもご自由にご発言をお願いしたいと思います……。

○ ハイレベルのニードか、最低レベルのニードかということについてですが、昨日もお話しましたように、問題以前の問題ですが、精神衛生活動が殆んど手をつけられていないような地方で、何か活動をやり出すとどんな反応が起つてくるかということで、非常に面白い問題ですが、私たちも関心をもつていたわけです。

最初から、やる時はなんか言われたら困るなという配慮もあるものですから、考え考えやつてい

たんですが、そんなことをいつておれない。どんな悪いことをしても、それが批判されないうちはやつていいのだという最低レベルの考えにならざるを得ないというようなわけで、相当無理な形をとってきたのですが、それでも追いつけない。しょうがないので、なんか批判されたことが手かかりとして、これはなんとかその問題を解決しなければならないのではないかとということで、私、そこに行きまして病舎がなくなつて困る、新しい患者さんが入つて、重症患者をおろさなければならぬというので、公言して歩いたわけです。

どつかで批判されないかと思ひまして、新聞記者に会うとそんな話をした。新聞記者はまさかそれを取り上げないので、なんか切実な、私たちが本当に困つたという反響が、これだけやつても起つてこないという経験をしたわけです。もつとも良くなつた患者さんでなかなか引き取らないのを強引に説得してやつとの思いで帰しましたら、その父親が首を切つて死んでしまつた、ということがありました。これは新聞の端にちよつと出ても一切病院に関係ないわけです。これをみてどうも精神病院に対する反響がないということを感じた。民度が低いかという決してそうでなく、保健所長の話を聞くと高く高く困る。そういうことを考えてみますと、私たちが精神衛生の中でも精神障害のことにおぼれているからそうなのだ、精神病者に対する病院側の関心が低いのだ、という感じもしたわけです。

それでこんなことをやつているうちに、自然に役所関係で気運が盛り上つてきて、市長なんかは陳情に行つてくれる。毎年々々予算はダメだということで相手にしてもしょうがないというので知事に体当りしたわけです。精神病院はベットも予算もなく困つていますと申し上げたら「それはそうだろう」という「だからこれはどうしても予算措置をしなければならぬものだ」という返事がない。そのあとで初めて陳情が成功してから「なるほど変な抜け道があるものだ」という気がいたしました。

それから農村のいろんなニードの問題がありますが、保健婦さん側からもいろんなものが出てくるわけです。保健婦さんが家庭に入つてみますと、精神病院に入つてもお金がかかる、この家庭ではどうもこれはやれない、というような非常に生活に結びついた実際的な考え方をしてくれるわけです。保健婦さんは受胎調節に関心をもつてやつておりますが、私たちがみますとあまりピンとこないのです。しかし現地をまわつてみますと、これはやらなければならない。非常に貧困な、傾いたような家で母親が精神病で、子供が7、8人もいる。これはなんとかしなければならぬアと切実に思います。

横山 いろいろ具体的なニードがありながら精神病院のほうに反映してこない、というようなことでしたが、これに対してはいかががでしょうか。

精神病についての低い理解度

- 私の方は岩手県で、本当に最低レベルのほうですが、患者さんに対して患者さんの家庭が

診断を終わったあとで「家の娘たちは狂っていないでしょうね」という。おかしいのと狂っているのとその2つぐらいしかないので。精神病にはこういう種類があるのだといつても納得できない。狂っているといわれると初めて「それじゃ入院させなければならない」と思う。「少しおかしいんだ」というような形で言うと、それじゃ何も入院させる必要がない、というふうな形にしかとらない場合が多い。そういうところ、もう少しなんとかというふうに私たち考えているわけです。

実際、私たち精神衛生巡回相談にまいりまして、保健所のほうからの通知が役場の村長までゆくが、その他の人には結局、電話だけで、精神病患者の対策ぐらいにしかとっていない。精神病患者を揃えて、あとは相談も何もしない。いままでそういうことをくり返してきているわけです。外に出る時にはなるべく前の日に行つて、前の晩あたりに精神科の人たちとか母親学級という人たちと懇談して関係をもつようにとりはからっているわけです。

農村などへ実際に行つてみますと、農繁期で非常に忙しい時には猫の手も借りたい。子供を留守番にしてもみんな出てゆく。実際、農村では、病院に入院している患者さんたちでも農繁期になりますと外泊させて下さいというふうにいつてくるわけです。あまりよくならない患者でも、これぐらいなら留守番ができる、といつて連れて帰る。生活保護を受けている患者さんですから、1週間か10日ぐらい経つて連れてきて「2、3日経つたらまたお借りします」といつてくる。全然ダメですといえないわけです。忙しい時には精神病患者でもなんでも借りてしまう。従つて私も、外来の統計からみましても、10月、11月、12月の初めまではほとんど患者が来ない。それが終るとまたごそごそ来る、というケースが非常に多いわけです。

また経済的な問題になりましてこういう例があるのです。殺人——出刃で母親を殺した、そして刑事問題になつたのです。病院に入院させる。そうすると、この人は婿に入つたわけですから、結婚して10年になるのにその医療費は実家のほうでもつ、というケースが多いのです。結婚して何年も経つて子供もいるのに、1ぺん病院に入れると、お前のほうで生まれたんじやないか、お前のほうでもつのが当然ではないかという傾向があるわけです。

○ 私の方では、6人乗りぐらいの小さな船で長崎まで出るのに10何時間かかりますが、精神病患者なんか乗せてくれないから、患者が出ると放つておく。発病して20年よりもつと経つのがいて大抵、生活保護すれすれぐらいですから保護を受けられない。

横山 保護の対象にはならないわけですね。

保健婦さんの使えるテキストを

- 精神衛生関係というと……。
- それは、狂っているけれども経済的な事情でとりあげられないのですか。
- はい経済問題だと思います。
- その場合に、保健婦さんがいろいろ指導します。子供の問題ならしつけのやり方というよ

うなことを母親からきかれた時に、いろいろ本を読んで……。でもどのように指導してよいのか困つてしまう。

それから、結核で療養中のお母さんなんか家庭や子供のことが心配で、長い間寝てられない。このような精神的な問題をどういうふうにしたらよいのか、具体的な問題を聞かれて困つた。そういう時に保健婦さんに読ませる精神衛生に関する総括的な指導書があると……。

もう1つ、大阪で今年の夏、公開座談会をしたのです。その場合に非常に沢山の人が来た、われわれが心配しているよりも一般の人たちが精神衛生に対して同情的なものがある。そこでは適切な指導法というふうなものを求めているのではないか。そういうふうな点をもう少し精神衛生の問題で取り上げていつてほしいものです。

○ 私はある人に対してはある答があるのではないと思います。こう聞かれたらこう答えるという一般的な答はないのであつて、相手がなぜそういうものを出したかが問題になる。

○ それはよくわかります。

○ 東京でもそういう要求がございまして、例えば、こう訊かれたらこう答えるようなものを保健婦さん向きに作つてくれといわれるのですが、しかし同じ間で題もその人によつて出し方が違うんだから……。

狭義から広義へ拡げる方法

○ わたくしたち、精神病院で患者の治療に従事していて、現実としては経済的な問題やなんかで十分な治療ができないことが多い。あとは精神衛生活動かなんかで、精神病院や病気に対する理解や関心を高めるということですね。たまたま患者や家族に働きかけてもあきらめたといつてしまう。どうせ精神病はダメなんだから、家の息子はこういう状態でダメなんだというふうにマイナスのほうにもつてゆく。だからそういうものをつかまえて、できるだけそういうものを救つてあげるといふ活動、そういうものからやつてゆく、というふうなことで大きな面で精神衛生活動を拡げてゆけるのではないか。ですからアフタケアの問題、あるいは社会復帰というものをとりあげるといふことは、非常に大切ではないかと思つてますね。

○ 効果が上がりやすい。

○ 病院の側から精神衛生活動に、ナンカそういうものを理解してゆくには、そういうものをつかまえてゆく。そしてそれが各病院で5人でも10人でもつかまえて治療してゆく。なんか全般から広く精神衛生活動をしても解決にならないのではないか。

○ 狭いほうから入つていけば広いほうにいくわけですね。私、どうもそこんところが気になつているのですが。

○ そこで1つ取りまとめて、それから広いほうに拡がつていくんではないか。

○ 私どもの県は比較的まとまつた条件にあるわけですが、いまおつしやいましたような、ど

ういう行き方をすればいいかを考えている次第です。一方ではなんとか患者の処置をしなければならぬという問題、片っ方では保健婦さんからの要望。それからまた一方では精神病治療法を新しい行き方にもつてゆきたいという面。そこで実は相談所という名前よりも精神衛生試験所的な考え方、ある意味での行政味をもたしていただけないのか。なんとかまずそれから始めてゆく。

(午前の部途中まで)

(残念で申しわけないことながら、録音テープの保存策が不備であつたため、この後の経過——主として午後の部——を記録化することができない。司会としておわびを申しあげる次第です。)

4 日 目 あ と が き

横 山 定 雄

3日目までの進め方と違つて、4日目は予めリポーターを準備せず、むしろ出席者全員が自由に気楽に発言し共に考えある雰囲気（場面構成）の盛りあげにつとめた。つまり司会者はできるだけ出席者のリードや感情を中心とする「グループセンタード・リーダースhip」を採用したつもりであつた。

これについては4日目のセミナーを準備し企画した司会者の方に、若干の意図的理由があつた。……それは大要次の通りである。

- (1) 地域社会を舞台とする精神衛生活動には地域や関与者のもつ条件や性格によつていろいろの型式があるであろうし、現在のところ定型的なものが生れているとはいえない段階であろうこと
- (2) このセミナーでは出席者がそれぞれに、自らの地域活動を成立させている条件や性格を、他地域との異同点を、自分なりに検討整理し、そこから地域活動の方向・手順を自分なりに見出すことが必要であろうこと。
- (3) このためには、知的洞察のレベルでの討議に止めず、できるだけ深層的洞察が生れるような討議場面や雰囲気をもつことが、司会者の場面構成の役割として要請されること。
- (4) 従つて討議の話題や内容や順序を、予め考慮・準備したり、司会者が方向づけをしないようにする必要があり、討議の経過過程や出席者の討議態度こそが重要であり、討議が知的に深く掘下げられないままに課題が次々と転換してゆくことに気づかひをする必要のないこと。
- (5) 発言者及び出席者全員の刻々の感情受容につとめ、かれらが自分で考え自由に気易く発言主張ができるように、全員が対等平等に討議に参加し責任を感じるようにもつてゆく必要性のあること。
- (6) 精神衛生がもつ考え方としてのダイナミックス理論を、地域住民や関与者にできるだけ理解してもらうためには、知的教育よりも洞察指導の方が効果的であり、その実践方法としては「対象者中心的教育法」ないし「集団中心的指導法」の採用がのぞましいであろうことを、司会者が意図したこと
- (7) セミナーも4日目となれば出席者も司会者も共に親和感を増し、特別にリポーターをもうけてその提出話題から入るやり方をとらなくても、出席者お互が持つている問題を、共同責任の気持の下に、気易く自由に提示したり討議したりできるのではあるまいか（即ち3日目までに作り出された親和感や人間味がどれだけのものがあつたかを測定するにも役立つであろうこと）という想定に基いたこと。
- (8) セミナー参加者を20名に限定するという企画からいつても、グループセンタード・リーダースhipの討議法は採用できるであろうという考であつたが、実際は40余名となり、この出席

者人数の点が若干心配になる事項であつたこと。

このような司会者の意図や配慮は、それ自体1つの方向づけであり押しつけであり、出席者各位に対して失礼な条件（計画）であつたかも知れない。それと共にこれらの意図や計画が果してどの程度予定通りに実践できたか、どの程度の効果をあげることができたか、出席者各位はどのように評価し感得されたか等々について、いろいろとご批判にまつべきものが多いように思っている。

それにしても、討議経過を見て下ざるとわかる通り、自発的にリポーターの役を買って下さつた方も2、3あり、テーマも地域社会のニードは何かという「対象論」から、どのような地域社会の型があるかという「活動舞台論」に入り、どのようなとりあげ方、進め方があるかという「方法論」が論議され、それも広義から入るか狭義からがよいか具体的な経験的問題に結びつけて討議され、会社事業場における「産業精神衛生」の進め方から、経済的文化的貧困性におしつけられている農山漁村地域での問題点やとりあげ方、さらに中都市や文化的地域における問題までにまたがる討議が、真剣に公正に展開され、かなり深く追究されている——午前の部だけでもこれらの経過がみられる——ことは、種々の経験と立場と期待とをもつて参加された出席者各位に、かなりの満足感を与えることができたのではないかと思われる。

なお最後に、集団討議における司会者のこのようなはなはだ頼りないようなリーダーシップのあり方が、出席者各自に自発性と自由性を抱かせるという論理が果してうまく実践し実現できたかどうかについて、体験的にフィードバックして頂き、そしてそれらについての感想なり批判なりをご遠慮なく寄せて頂ければ、司会者として幸甚であると思う。

精 神 衛 生 地

都道府県名	会 の 名 称	事務所の所在地	会長名及びその職名	会の性格
北海道	北海道精神衛生協会	札幌市北3条西5丁目 北海道衛生部保健予防課内	石橋 猛 雄 (精神病院長)	任意団体
宮 城	宮城県精神衛生協会	仙台市北8番丁206 宮城県精神衛生相談所内	石橋 俊 実 (東北大学医学部精神科教授)	〃
茨 城	茨城県精神衛生協議会	水戸市裡五軒町 茨城県精神衛生相談所内	今 宮 千 勝 (茨城大学講師)	〃
栃 木	栃木県精神衛生協会	宇都宮市塙田町 栃木県衛生民生部公衆衛生課内	森 玄 俊 (精神病院長)	〃
埼 玉	埼玉県精神衛生協議会	(未 報 告)		
千 葉	千葉県精神衛生協議会	千葉市玄鼻町313 千葉大学医学部精神科教室内	荒 木 直 躬 (千葉大学医学部教授)	〃
東 京	東京都精神衛生会	(未 報 告)		社団法人
長 野	全県的なものなしブロック別(諏訪地区, 南佐久, 湖北地区に精神衛生協議会設置)			
大 阪	大阪精神衛生協議会	大阪市東成区森町5の1 大阪府精神衛生相談所内	和 田 豊 種 (大阪大学名誉教授)	社団法人
兵 庫	兵庫県精神衛生協会	神戸市生田区下山手通5の1 兵庫県衛生部予防課内	今 田 恵 恵 (関西学院理事長)	任意団体
徳 島	徳島県精神衛生協会	徳島市万代町1丁目 徳島県厚生労働部衛生課内	今 泉 恭 二 郎 (徳島大学医学部教授)	〃
愛 媛	愛媛県精神衛生協会	松山市一番町15 愛媛県衛生部医務課内	浜 田 彪 (愛媛県衛生部長)	〃
高 知	高知県精神衛生協会	高知市中新町 高知県厚生労働部医務課内	町 田 昌 直 (精神病院長)	〃
福 岡	福岡県精神衛生協会	(未 報 告)		
熊 本	熊本県精神衛生協会	熊本市大江町渡鹿800 熊本精神病院内	宮 川 丸 平 太 (熊本大学医学部教授)	任意団体

備 考 昭和 36. 4. 1. 現 在

青森県	青森県精神衛生協会	岩手県	準 備 中	秋田県	秋田県精神衛生協会
山形県	未設置	福島県	準 備 中	群馬県	群馬県精神衛生協会(会長 松井好夫)
神奈川	神奈川県精神衛生協会	新潟県	準 備 中	福井県	未 報 告
富山県	富山県精神衛生協会	石川県	石川県精神衛生協会	静岡県	検 討 中
長野県	準備中(3ブロック に精神衛生協議会あり)	岐阜県	未 設 置	三重県	三重県精神衛生協議会 (会長 黒沢良介)
		愛知県	準 備 中		

区 組 織 調

厚生省公衆衛生局精神衛生課
(昭和35年 6 月20日)

地区組織の範囲	会員数	会員の種別	会費(年間)(円)	事業予算(円)	助成金(円)	備考(設立年月日)(会誌発行)
全道	60	公務員, 精神科医 団体役員及び職員	一般 300	101,000	0	昭和28年 9月19日
全 県	282	精神科医及び関係者 大学関係(医学部, 文学部, 教育 学部, 教養学部)教職員, 財 界人, 公務員, 一般	特別 10,000以上 一般 200	266,371	0	昭和34年 11月4日
"	婦人会28 PTA31 一般?	市郡婦人会及びPTA(団体) 精神科医 公務員, その他	団体 500 病院(1床当り) 100 個人 100	347,110	県費 50,000 共同募金 50,000	昭和34年 8月15日 精神衛生 シリーズ
"	35	精神科医, その他	病院 500	72,000	0	昭和33年 2月13日
全 県	72	精神科医及び県職員	1施設 500	114,000	0	昭和26年 1月10日
全 都						
全 府	231	医学, 心理, 教育, 司法, 社会 福祉企業体, 保健所等関係者	団体 2,000 特別 10,000 一般 400	1,696,700	大阪府 大阪市 共同募金 650,000	昭和30年 3月18日 機関紙発行
全 県	60	大学, 精神科医, 警察, 施設, 病院, 教育, 社会福祉, 労働衛 生, 県市厚生衛生関係	団体 2,000 特別 20,000 一般 200	324,000	0	昭和35年 4月12日
"	46	精神科医 19人 精神病院経営者 20人 県関係職員 7人		未定	0	昭和29年 11月
"	800	市町村吏員, 保健所, 精神病院 企業体, 民生, 教育, 児童, 法 務, 警察, 社会福祉関係	一般 200	698,000	0	昭和32年 5月25日 機関誌発行
"	48	精神病院医師, 事務長, 高知大 学, 心理学教室職員 県関係職員	団体 一般 100	569,510	県助成金 予定 100,000	昭和31年 4月11日
						機関紙発行
全 県	34	大学, 小中学校教職員, 司法関 係, 婦人相談所職員 県職員	一般 300	未定	0	昭和35年 2月19日

奈良県 未設置
島根県 精神衛生業務連絡協議会
山口県 未設置
長崎県 長崎県精神衛生協会
(会長 仁志川種雄)
滋賀県 未設置

和歌山県 未設置
岡山県 未設置
香川県 未設置
大分県 大分県精神衛生協会
鹿児島県 鹿児島県精神衛生協議会
(会長 佐藤幹正)

京都府 未設置
鳥取県 未報告
広島県 未設置
佐賀県 佐賀県精神衛生協会
宮崎県 宮崎県精神衛生協会

昭和33年度精神衛生相談所事業実績調

厚生省精神衛生課

		取扱延件数		所内指導回数		所外訪問		取扱延件数の内訳	
		新規	継続	本人	家族等	回数	面接人員	成人	児童
1	北海道	632		500	15	31	121	552	110
2	青森	22	14	22	17	8	17	15	21
3	岩手								
4	宮城								
5	秋田								
6	山形	50	15	14	47	77	133	54	11
7	福島								
8	茨城	832	65	141	105	651	617	436	461
9	栃木	88	21	13	119	104	152	100	9
10	群馬	51	12	47	38	52	77	52	11
11	埼玉	132	162	97	120	79	81	190	104
12	千葉	102		26	222	127	394	99	3
13	東京都								
14	神奈川県	287	37	204	120	7	59	241	83
15	新潟								
16	富山	64		4	60	9		61	3
17	石川								
18	福井	23		4	19			21	2
19	山梨								
20	長野	120	28	39	15		94	117	31
21	岐阜	88	27	91	24(48)	6	6	80	35
22	静岡県	117	5		96	27	47	106	17
23	愛知県	229	266	420	419	39	44	190	305
24	三重	20	5		48	100	150	24	1
25	滋賀	46	1	5	5	17	37	42	5
26	京都	48	6	6	24	24	24	50	4
27	大阪	467	1,014	1,240	214	17	290	1,354	1,270
28	兵庫県	95	92	105	56	26	26	180	7
29	奈良								
30	和歌山	104		31	31	12	42	68	36
31	鳥取	39	44		24	59	59	83	—
32	島根	75	5	38	48	30	30	76	4
33	岡山	138	323	317	84	10	60	397	64
34	広島	69			69	44	44	68	1
35	山口	43	4		65	47	64	44	3
36	徳島	50	2	31		33	30	52	—
37	香川	168	173	220	121	6	6	290	51
38	愛媛								
39	高知	190	19	55	33	136	122	190	19
40	福岡	286	331	245	267	105	189	594	23
41	佐賀	198	33	47	125	64	59	180	51
42	長崎								
43	熊本								
44	大分								
45	宮崎								
46	鹿児島	15		10	5	3	6	13	2
北海道、東北、関東、小計		1,909	289	860	683	1,129	1,592	1,468	730
六大都府県小計		1,126	1,415	1,975	860	113	443	2,015	1,669
中部・近畿小計		582	66	174	298	171	376	519	130
中国・四国小計		772	570	661	444	365	415	1,200	142
九州小計		499	364	302	397	172	254	787	76
総合計		4,888	2,704	3,972	2,682	1,950	3,080	5,989	2,747

編 集 後 記

国立精神衛生研究所が精神衛生技術者の研修を開始したのは、昭和35年1月からであり、同年1月および4月の2回の社会福祉学科は、おのおの3ヶ月間、研究所研修室で行われた。医学科コースをいかに行なうかについて、当初から種々の意見があつたが、医師が長期間現職を離れることには制約があるので、第1回医学科は単期のゼミナール形式をとり、いわゆるかんづめの講習で起居を共にし、併せて集団討議の方法をとることになつた。

精神衛生年の諸事業がつずいたため、開催は12月6日より9日の4日間という寒い時期になつたので、場所は伊東市の公務員保養所で行うこととした。4日間の議題は前記の如くで、おのおの精神研の部長が進行係となり、話題提供者の選択、議事進行、集団討議などをまとめることになつた。出席者は別紙の如くで、ほとんど全員が精神衛生相談所に関連をもち、大部分が精神科医であつた。

精神衛生の基礎科学としての精神医学の重要性は改めて強調するまでもないことだが、精神科医の間に精神衛生への関心が比較的乏しく、却つて非医師の間にその関心がたかいことは、日本の精神衛生の将来にとつてはなほだ望ましくないことである。ゼミナールに参加された方々は、いずれも精神科医として精神衛生の第一線に活動しておられ、現実にも多くの困難に当面されている。精神衛生がたんなるかけ声やムードにおわらないようにするには、欧米の精神衛生の直輸入ではなく、日本の社会経済的条件の上に、精神医学を基盤とするわれわれの精神衛生を礎きあげる必要のあることはいうまでもないことであらう。

単期のゼミナールではあり、問題提出のかたちにとどまつて、十分議論をつくし得なかつた点多々あるが、われわれを合せて数十名の精神科医が、関係職種の人たちとともに4日間、膝を交えて精神衛生の現状やあり方について討議できたことは、今後の精神衛生の発展のために有意義なことであつた。御多忙中をきわめて遠方からも御参加載いた全員の方々に御礼申上げるとともに、テープ記録の不備から発言内容を完全には整理できなかつたことを御詫びしたい。(また話題提供者の原稿は口語・文語体さまざまであるが、そのまま掲載した。)

なお、今年度も第2回医学科ゼミナールを開催するはずであり、多数の方々の参加を希望する次第である。

昭 和 36 年 3 月

加 藤 正 明

精神衛生資料

—第 9 号—

編集責任者

加 藤 正 明

発行所

国立精神衛生研究所
千葉県市川市国府台町1の2

印刷所

有限会社 弘文社
千葉県市川市真間町1の716

(非売品)

