

精神衛生研究

第 四 号

1956年6月

内 容

原 著

精神衛生の地域組織活動とその管理の方法に関する研究

——市川市における実験研究とその中間報告——

..... 横山定雄, 菅野重道, 玉井収介 1

心理療法による治療効果の測定に関する研究

..... 佐治守夫, 片口安史 65

英文抄録 113

所 報 120

国立精神衛生研究所

原 著

精神衛生の地域組織活動とその管理の方法に関する研究
——市川市における実験研究とその中間報告——

S. YOKOYAMA, S. KANNO and S. TAMAI :
A Study of Community Organization Method for
Mental Health Movement in a City

社会学部長 横 山 定 雄
生理学形態学部長 菅 野 重 道
児童精神衛生部 玉 井 収 介

目 次

ま え が き……………(2)

I. 研究の目的と方法……………(4)

 I・1 研究の趣旨と目的

 I・2 研究推進上の基礎理論

 I・3 究明すべき問題点

 I・4 研究推進の方法と計画

 I・5 市川市研究の経過大要

II. 市川市の社会的性格と精神衛生診断……………(14)

 II・1 市川市の概況と特性

 II・2 市川市の社会構造分析(地域分析)

 II・3 市川市の社会的諸資源

 II・4 市川市における精神衛生問題

III. 精神衛生問題をめぐる地域組織活動とその経過……………(41)

 III・1 精神衛生モデル地区「市川市」の選定と組織活動への胎動

 III・2 モデル地区の推進と調査活動

 III・3 地域組織活動の再検討と新出発

IV. 市川市における活動過程の反省と今後の問題……………(62)

 IV・1 活動過程の反省

 IV・2 今後の問題

ま え が き

当研究所では去る昭和28年度以来、総合研究テーマの1つとして、「地域社会の精神衛生管理の方法に関する研究」をもち、研究所の研究機能を総合的に動員して、今日まで継続的にこの研究に従事し、今後もなお研究を続行推進させる予定であるが、現段階ではこの研究を実際に推進するための実験研究地として、都市と農村の2つの研究地をもっている。その1はここに中間報告をする「千葉縣市川市」であり、その2は「千葉県印旛郡富里村」である。

われわれはここを研究地区としてとりあげることによって、各種の精神衛生の問題や事実が地域社会の中で、①どのように発生し、②どのように取扱われ、③どのように理解され、④どのような問題が残され隠されているか、⑤これらの精神衛生問題の解決や予防はどうすればよいか、⑥解決や予防のためには住民や関係者に対して、どのように呼びかけるべきであるか、⑦公私の関係機関はこのためにどのように活動すればよいか、⑧このための管理・指導・援助・監督のための行政機関はどうあるべきであるか、などについて地域社会の実態からその問題の「究明と対策の方法的基準」を生み出そうとして、この総合継続研究に従事している。

ところで、市川市についてはここを「精神衛生モデル地区」という名称をもって、市川市内外の関係者に呼びかけ、精神衛生運動を研究的に進めて以来、やがて3カ年を経過しようとするのであるが、今日までの経過や進め方或いは業績について反省し、今後のあり方を検討するため、さらにこれについて広く関係各位のご高評とご指導を得るために、ここにその中間報告を試みることになった。このような大きな地域社会という社会的組織体を動かすという運動や研究は、一朝一夕によって効果をあげることは困難であり、さらに、「精神衛生」とか「精神健康」とか或は「社会的不適応現象」とかいう考え方自体が、十分理解されていないという現実にあつては、この種の運動や研究を通じて「精神衛生ということが何か？」から進んで、「精神衛生は重要な問題らしい」、「精神衛生は国民のすべてに関係ある身近な大切な問題だ」という風になることが第1段階であり、問題の解決や予防、そのための住民（国民）の自主的参加協力、解決予防及び運動展開に関連しての管理の仕方などの研究成果は、今後なお多数の年月を経過させる必要があるであろう。従って本稿ではその第1報といういみで、

①どのような意図と方法によって、このような運動と研究に入っていったか、

②今日どのような段階までできたか、

の諸点を中心に記述報告することとし、この種の運動のすすめ方、管理の仕方、研究としてのあり方などについての結果または体系化は、後日の問題として残しておきたいと思う。

なお本研究は研究所の継続的総合研究である関係から、研究所の全職員の協力によって推進されてきたものであるが、研究を進める便宜から次のような研究組織（体制）（市川市と富里村の両方を合せて扱う）をもっている。

◇精神衛生モデル地区総合研究委員会（総合研究チームを組織し、研究の企画と推進に任ずる）

横山 定雄（社会学），岡田 敬蔵（精神医学），菅野 重道（児童精神医学），玉井 収介（児童心理学），片口 安文（心理学），田村 健二（社会学），柏木 昭（ソーシャルワーク）

◇研究協力メンバー（注）

高木四郎（児童精神医学），加藤 正明（精神医学），鈴木 育子（ソーシャルワーク），紀 幸子（ソーシャルワーク）

渡辺 実（八幡学園主事），吉野 正夫（市川児童相談所判定員），矢野 忍（市川市役所主事＝統計），鹿倉 操（市川二中教諭），大熊喜代松（真間小教諭），牛窪 浩（立教大学講師＝社会学），桜井 芳郎（立教大学出身＝社会学），荒井 康雄（北海道大学出身＝社会学），森 三郎（国府台病院＝ソーシャルワーク）

次に、このような地域社会の活動についての研究は、地元の千葉県下及び市川市内の関係機関や団体（特にこの報告については市川市の有力者・指導者・専門家・活動の関係者・関係ある市民諸氏）の協力支援とべんたつによつてはじめて可能であることを記し、かつ多くの面倒な問題について特別の便宜や高配を得たことを、衷心より感謝しなければならないと思う。

なお、この報告は早急にまとめる必要があった関係から、主に横山が執筆することになり、関係者の間で打合せや検討をすることが出来なかった。従つて、問題の理解や記述の仕方或いは表現の方法などについて不備があれば、ひとえに横山の責任であることをお断りしておかねばならない。

注 研究協力メンバーは、主として市川市についての協力者と、主として富里村についての協力者に分けられ、また、「常時的協力者」と「特殊課題についての協力者」とに分けることができる。

なお、上記の協力者の他に、調査・資料蒐集・集計整理などのために、種々面倒な作業について協力を得た方々があるので、次に記して深く謝意を表したい。

立教大学
日本社会事業短期大学
千葉県立国府台高校 } の教職員学生生徒諸氏

I 研究の目的と方法

I. 1 研究の趣旨と目的

「人間は考える芦である」という名句があるが、われわれ人間はこの世(社会)に生れそこに生きているという事態が、人間(われわれ)に「不満」を持たせ「不安」を感じさせ生み出す原因となっている。このような不満や不安(従って拘束と制限)を持ち感じることから、異常行動や葛藤的対人関係を生み出すものもあれば、自己を抑圧したり悟りやあきらめをもつ人びとも現れる。このような現実には、極端な表現をすれば「すべての人間の精神衛生は不健康不衛生である」ともいえる位であり、さらに極言すれば、社会の中で生きなければならないという人間の運命が、精神衛生問題発生の大基盤であるということが出来る。もちろん、現実には実際に於いて、不満も不安も持たず対人葛藤もないような人間や社会もあるかも知れない。だがそのことは、その人間や社会が精神の不健康という事実から全く解放されているということではなく、一時的にそうであるか、主観的にそうなのであって、人間であり人間の作る社会である限り、どのようなものであっても、精神衛生と無関係ということは絶対におこりえない。

筆者はこの稿で「精神衛生」とは何か、を論じようとするのではない。筆者のいいたいことは、精神衛生は精神障害者や性格異常者や行動偏奇者だけの問題ではなくして、むしろすべての人間や社会にとっての問題であり、日常の特別に何らおかしくない行動や生活をやっている人間全体、国民全般の「心や感情の問題」であり、社会的心理的ないみでの「対人関係のあり方の問題」であることを主張したいのである。もっと限定していえば、精神衛生は精神障害者個々の問題であるよりも、すぐれて社会的問題であり、現代の国民生活・社会生活の中に必然的に現れてくるあらゆる社会的心理的不適応の現象や緊張対立不和の問題を包含するものであり、これらの社会的心理的問題に対する解決・治療・取扱い・予防及びこれらの問題発生基盤の科学的究明または調整の問題として理解する必要があるのである。

もっと現実的にいえば、現代社会に発生する重要な社会問題のうち、家出・浮浪・離婚・別居・自殺・心中・売春・人身売買・長期欠席・貧窮・疾病・犯罪・非行・ノイローゼ・精神異常・性格異常・精神薄弱・身体障害などをはじめとして、職場能率低下・災害頻発・スラム街や特殊地区(同和・売春・不良住宅・非衛生などの地区)の問題・さらに階級対立・民族紛争・国際緊張・群衆の暴動化などが、すべて精神衛生の問題であり、小さくは個人の人格解体から家族解体・対人関係異常から、さらに社会解体・社会病理現象といわれるものの大部分が、現代の精神衛生課題である。しかもこれらの諸問題が近代資本制経済機構と近代文明の急激な発展を基盤(母胎)として、必然的に社会的に発生すると理解されるところに、精神衛生問題とその対策強化の社会的重要性があり、しかもその対策が諸問題の「対症療法的事後の個別的対策」としてではなく、「予防的事前的計画的対策」としてとりあげ、問題の発生基盤や発生過

程を科学的に(特に社会科学の問題として)適確にとらえることによって、抜根的組織的な対策活動の課題として、国家的国民的重要課題として、これを公的に社会的に或いは行政的に組織的にとりあげ、その対策を強力に推進しなければならない理由と根拠がここにある。

だが今日、精神衛生法(昭和25年5月施行)の内容にもみられるように、精神衛生対策は行政的公的には、精神障害者又は薬物その他の中毒患者の対策とされているか、或いは精神病関係の病院・診療所・精神衛生相談所などにおいて、患者 patient やクライアント client を個別に治療処置をしたりその相談助言に応ずることと理解されているにすぎず、強力的組織的対策活動の対象課題ともされず、国民の日常生活の中に発生する社会的心理的不適応現象の対策・予防・調整の問題であるとも理解されていないのは、まことになげかわしいところである。

なる程、犯罪や非行の取締・裁判・矯正については、警察・裁判所・法務省などに所管組織があり、失業・浮浪・貧窮・売春などについては労働省・厚生省などが関係する救済・保護・更生の諸機関があり、児童・老人・婦人の福祉のためには厚生省・労働省・文部省などの対策活動組織が設けられている。行政組織上からいえば、あるいはこれで十分であるという主張も出るかも知れないが、これらの対策や制度が多くは事後的か取締りの立場を大前提としており、問題発生の根本まで掘下げての対策活動もなければ、発生基盤を把握した上での予防対策もなく、また、各種の関係機関や関係者の相互の密接な組織的連携活動もあまり十分ではない、などの現状を見ると、『今日の精神衛生対策がいかに弱体でばらばらであるか』を指摘せざるを得ないのである。もしも今日の福祉行政のあり方が、「国民へのサービスとしての行政」であるべきであるとするならば、真実に国民生活の実態にねざした国民の側に立った行政体制が必要となり、少くとも精神衛生の問題については、行政的にはどのようなべきであるかを、真剣に検討することが、われわれの任務でもあるように思われる。(註)

以上の立場から、さし当り国民生活の実際の中に示される精神衛生問題の実態を、生きたままの状態で把握し、これの対策活動や行政機能のあり方を実際的実験的に研究するために、その第1段階として、「地域社会」という社会体制をとりあげたのである。地域社会は人間生活の社会的場としては、家族・国家・機能集団などと並んで最も重要な意味をもつものであり、各種の社会的機能や活動が総合的に活動的に行われているものであるから、地域社会における精神衛生対策や管理のあり方が究明されるならば、国民の精神健康は、一段と向上発展するであろうし、これによって、「国民へのサービスとしての行政」のあり方も必然的に生み出され

注 ここに主張し研究しようとすることは、行政機構や行政効果を政治的に批判検討しようということではなくして、どこまでも国民の精神健康を増進させるための対策のあり方について、純粋科学的立場から実際に即して研究を進めようというのであり、今日の行政機構が今日の状況にあることについては種々の事情や経緯がある筈であり、その問題は本稿の課題ではないのでふれることはできない。従って行政機構の分析批判ということにはならないことを断っておく。

る、ということができらるであらう。

要するに、本研究の目的とするところは、精神障害者を個々にどう処置するかということではなくして、正常ともみなされる国民の日常生活全般の中に存在する精神衛生的問題について（特に一定の地域社会という社会的場に限定して）、日常の社会生活全体と関連させて、問題や事件の解決・調整・治療・予防などを公的科学的に合理的に取計らう方法を見出そうとすることであり、特にこの場合、住民（国民）自身や地域社会（国民たち）自体の活動によってうまく処理する方法と、さらに公的行政的機関（町村役場、精神衛生相談所、保健所など）がどのようにうまく管理することによって問題を処理するか、の方法とを、「具体的に手順として或いは技法として見出したい」というのが、この研究の真実のねらいに外ならない。

I. 2 研究推進上の基礎理論

この研究が、単に精神障害者の治療やそのアフターケアを、地域社会を舞台として設計し実施しこれを管理するというのであれば、一定の地域社会を患者の治療や療護のため或いは職業補導のためのコロニー colony として設定し、その管理運営の仕方を研究すればよいのであるが、ここにいう地域社会の精神衛生管理とはこのような colony system の問題とは全く異なり、地域社会や住民のもつ精神衛生問題そのものを扱おうというのであるから、全く別個の立場・方法・根拠から推進する必要がある。

〔Community Organization の理論〕

本研究において、実験研究推進のための理論的方法論的根拠としているものは、いわゆるコミュニティオルガニゼーション community organization のそれである。コミュニティオルガニゼーション（以下これを C.O. と称する）の技法や理論は、主にアメリカにおいて発展し効果をおさめてきたものであるが、わが国でも戦後、社会福祉の分野を主流として、公衆衛生⁽¹⁾、教育或いは新しい村造り町造りの運動として着々と取り入れられ、次第に効果実績をあげ、特に日本という国がもつ社会的基盤や条件・日本人のもつ文化型や生活様式や民族的性格などに結びついた方法や手順が、次第に明かになりつつあるが、地域社会の精神健康を向上発展させるという問題も、役所などの公的機関や斯界の専門家が、一方的に（住民の意志や欲求とは関係なく）立案し実施に移すべきものではなくして、地域社会やその住民自身が必要性を自覚し、自らの問題として、解決・調整・予防へと住民自体が協働して立上り、自主的運動へ進めてゆくようにしむけるべきであり、その線にそった「サービス行政」としての管理や指導のあり方が、考えられ樹立されなければならないのである。

C.O. の概念や体系については、今日のアメリカにおいても、十分に成熟し統一化している

(1) 例えば、橋本正巳「公衆衛生と組織活動」（誠信書房、1953）など参照

とはいえない⁽²⁾のであるが、たとえば1939年の全米社会事業大会で C. O. についての研究推進委員会(Steering Committee) から宿題報告がなされ採択された3種の定義によると、次のように述べられている⁽³⁾。

- (その1) 「社会福祉活動を振興させ、社会事業の内容と分布を改善し、社会事業対象把握を促進するという目的のために、社会福祉活動や、その対象に関連する個人・集団を取扱うところの過程である」
- (その2) 「社会福祉ニードを発見し、社会福祉活動の手段を創り出し体系化する技能 art であり過程 process である。——この場合、そのグループの資源や才能をその社会理想の実現へ方向づけたり、成員のもつ潜在可能性を発展させるようにしむける技能であり過程である」
- (その3) 「ある地理的領域のもつ特殊な福祉ニードや総体の福祉ニードの方へ、社会資源を有効に結びつける種々の努力に関する社会事業の一種のタイプである。——この努力の遂行の中には、事実探究・調整・生活水準の改善・広報・福祉計画の展開・社会事業の型の変更・社会法制的促進などの活動が含まれている」

この3定義から結論できることは、筆者(横山)が他の論稿⁽⁴⁾で指摘しておいたように、「福祉ニードと社会資源と社会福祉活動とを結びつける」という性格である。このことは換言するならば、C. O. のねらいが地域社会や住民たちがもつ「解決すべき社会的福祉的問題」を社会的に解決するために、必要な社会資源を動員する(住民・問題・資源を結びつける)ということである。この場合、このような地域社会組織化活動が民主的に行われることをモットーとしている⁽⁵⁾ことはいうまでもなく、多くの学者研究家の指摘しているところであるが、そのことはC. O. の原則の中に「市民参加 citizen participation」の原則⁽⁶⁾があることによって十分知ることができる。即ちC. O. は市民住民の自発活動であり、地域社会の社会福祉活動は市民参加・市民協力の形と実をととのえることによって、正しいあるべき運動となるからである。

次にC. O. の技法的內容構成については多くの説があるがH. H. Stroup⁽⁷⁾はC. O. を方法又は過程 process と考えることによつて、

- ① The coordination of welfare activities (連絡調整)
- ② The cooperative financing of welfare enterprises (共同財政)

(2) H. H. Stroup : Community Welfare Organization 1952 (p.138)

(3) W. McMillen : Community Organization for Social Welfare 1945 (p. 37~40)

Proceedings of the National Conference of Social Work (p.495~511.) Univ. of Chicago Press. 1939.

(4) 横山定雄「社協活動のもつ真実窮極の目的と機能は何であるか」社会事業30年3月号

(5) 例えば 竹内愛二「コミュニティオルガニゼーションの技術」(全国社会福祉協議会)(p. 38 以下)等参照

(6) H. H. Stroup, *ibid.* (p.150 以下) 参照

(7) H. H. Stroup, *ibid.* (p.147~148)

- ③ Public relations (広報)
- ④ Method of appraising community needs and resources (調査・評価)
- ⑤ Welfare planning on a community basis (福祉計画)
- ⑥ The initiation of welfare services (福祉サービスの導入)

の6段階に分けているが、牧賢一氏⁽⁸⁾は、これを ①社会調査 ②共同計画 ③社会資源動員 ④連絡調整 ⑤合同財政 ⑥広報 ⑦社会行動 social action の7種に分けており、これらの諸原則・諸理論を、われわれとしては地域社会の内部に精神衛生運動を展開し推進することに活用しようとしたのである。

ところで、精神衛生の問題を C. O. の課題として考えるとしても、その前に問題となるのは、「精神衛生とか精神健康ということが、地域社会や住民の中でどのように理解されているか」「精神衛生問題をどの程度に重要視しているか」「その地域社会や住民たちは具体的にどのような精神衛生問題をもっているのか」「その精神衛生問題の存在をどの程度に自覚しているのであろうか」の問題である。

多くの場合、日本人の生活様式・生活態度・生活構造からいえば、日常生活の大ていの問題については、ボスの指導・支配に順応し保守的生活態度や生活慣習に従って、自己の欲求を独自に発表することも、合理的科学的民主的視野から問題を見直すことも、問題が存在することを率先して指摘することも、問題解決のために自主的に立上ることも、問題解決のための社会的組織的体制をもちあげることも、これらのいずれの方法も進んで採用しようとすることなく、ただかたかた近隣・仲間・親戚の集団行動に対し消極的習慣的におつきあいの行動・交際をみせるにすぎない。

わが国においては一部の進歩的階級や合理化した地域を除いては、特に農村的地域においては、社会生活の仕方や内容について国民や住民が自主的欲求をもつことさえも不自然であり、ましてやその欲求や問題の解決又は予防のために、自発的に社会的に組織的に立上るとか、仲間が自主的に互に協力しあうということは甚だ少いともいえるのであって、わが国民の生活様式や生活態度が民主化しておらず、案外に抑圧が強いということは否定できない事実（戦後はこの社会的抑圧を自覚するようになり、処によってはその抑圧を自主的に集団的に打破り乗りこえるという事態も発生するようになったが……）である。従ってここに、民主主義と合理主義を前提とする C. O. の問題意識と、日本人の生活構造の現実との間に大きなずれがあり、精神衛生を課題として C. O. の原理や技法を単純に日本人の社会の中へ移植しようとしても、それが簡単に無理なく育つような適当な土質が培養されていないことを知らなければならない。

(8) 牧 賢一 「コミュニティ・オーガニゼーション講義要綱」(社会事業研修所, 1954)
(P. 23~29)

だが、自由権 *civil right* の保障から生存権 *right to social security* の保障へと発展した20世紀半ばの民主社会では、自己の欲求を合理的合法的に主張しあうことも、欲求として出され積上げられた問題として自分達の力で解決すべきものであると自覚することも、解決のために協議しあい立上ることも、いずれも民主社会の成員の果すべき社会的責任となっているのであるから、制度上・理念上は民主化した社会を、実質的に民主化させるためにも、住民や国民の生活態度や性格を民主化させるためにも、自らの社会を向上発展させるためにも、すべてボスや指導者や官僚の命令・指示・活動にまつことなく、自らが主権者として自分自身の問題として、自覚し立上り組織的合理的活動をするようにしむける必要がある。換言すれば C. O. を手段として社会や国民を民主化し近代化するという啓蒙教化的活動、或いは民主的文化様式を作りあげるといふ文化変容 *acculturation of culture* の運動や対策が問題となってくる。

このようにして、いわばわが国での C. O. はそれが福祉であれ衛生であれ教育であれ政治であれ、いずれも民主化された社会を単に再組織化することではなくして、それぞれ C. O. という技法やその内容を手段又は拠点として、社会や国民を民主化させるために C. O. を利用し活用し、その後本来の正しい意味での C. O. が推進されるということ、この方面の専門家・関係者は十分理解しておく必要があるであろう。

従って、われわれの実験研究についても、最初から純粹の C. O. ではなく、C. O. を行うための準備的啓蒙的段階としての C. O. であり、それ故、第1次の段階では住民に問題を自覚させるという啓蒙教化活動と、自覚した問題を自分たちで解決策を協議し立案することの方法を理解させ体得させるという活動とが中心となるであろう。そしてこのような、社会を民主化させるための啓蒙教化活動と協議立案の慣習と方法を体得させる活動とを、側面的に援助し指導するような方法はいかにあるべきであるか、という行政的管理の方式を検討することになるであろう。このような自主的運動が出發し、そのためのサービスの管理のあり方が解明樹立されるならば、本研究の第1段階の目的は果されたことになるのであるが、果して実験研究の実際はどうであったであろうか。

1. 3 究明すべき問題点

以上の理由と説明から、本研究においてさし当り究明すべき問題点として、次のようなものが考えられる。(こまかい問題点はあとで考察するとして)

- ①地域社会や住民に対して理解を進めやすい「精神衛生概念」はどのようなものであるか。
「具体的精神衛生課題」としては、どんなものが理解されやすいか。
- ②地域社会や住民たちに対して、精神衛生の概念や実際の課題を、どのように理解させ体験させるか。精神衛生の重要性をどのように理解させればよいか。
- ③地域社会や住民の生活の中に、精神衛生問題が具体的實際的にどのように存在(顕在・潜

- 在)しているか。その問題がどのように自覚されているものであるか。
- ④実際の具体的に存在する精神衛生問題をどのような方法で調査するのがよいか。精神衛生問題が地域社会の日常生活や人間関係をどのように不調整に導き、福祉の向上増進をどのように阻害しているかについて、これをどのように調査し究明すればよいか。
- ⑤地域社会を成立させているところの環境的諸条件（社会経済的・歴史地理的風土的条件）の調査及整理の仕方はどうすればよいか。
- ⑥地域社会内部の生活様式・対人関係様式・文化型・社会構造等の構成及特性を調査し把握する仕方はどうすればよいか。（特に地域社会の社会的心理的文化的構造とその特性の調査方法及整理方法について）
- ⑦地域社会内部の部分社会（階層・階級・小地区・機能集団など）を分け、その社会的心理的特性を決定する仕方はどうすればよいか。
- ⑧地域社会内に存在する社会資源の分布及び活動状態の調査及び整理の仕方はどうすればよいか。
- ⑨精神衛生問題の解決・調整・予防のあり方（計画立案とその討議のあり方）はどうすればよいか。
- ⑩精神衛生運動展開の中核体になるべき人の職業・階層・年齢・性・教養・性格・経歴などは、どのようであるべきか。運動の中心人物・世話人・協力者をどのように発見し引き出し、役割を与えるべきであるか。
- ⑪運動展開のための財源・経費はどうあるべきであるか。
- ⑫運動の展開過程に応じて関係ある資源（公私のすべて）を、どのように動員し組織化すべきであるか。
- ⑬地域社会外の社会や集団あるいは上級機関への連絡広報はどのようになすべきであるか。
- ⑭必要な法制の制定・補助金の要求などについての社会行動 social action はどうあるべきであるか。
- ⑮予想外のまさつやあつれきや誤解が発生した場合には、それをどのように調整・解決すればよいか。
- ⑯運動を展開する地域の広さ・単位はどの程度がやりよいか。それは小地域から着手すべきであるか、広地域から始めるべきであるか。
- ⑰ 広地域運動と小地域運動とが重複または競合するときは、それをどのように調整すればよいか。
- ⑱思想的イデオロギー的問題はどう扱うべきであるか。
- ⑲地域社会の行政機関（特に市町村当局及び市町村長並に吏員・公職従事者）との関係はどうあるべきであるか。

- ㊸このような運動を促進し助言し援護するための、行政的管理や評価の方法はどうあるべきであるか。
- ㊹これらの諸問題点の相互の関係及びその体系化は、科学的・実的にどのように考えればよいか。

1. 4 研究推進の方法と計画

以上のべた諸点から、この種の研究は次のような性格をもっていることを知るであろう。

- ①地域社会という社会的組織体について、精神衛生の側面からこれを社会的科学的に診断する。
- ②診断に応じた対策・処置を講じる。
- ③対策や処置については、なるべく非指示的 non-directive であることを原則とし、精神衛生問題対策について地域社会が自主的に立上り、自らの手で解決するようにしむける。
- ④このような診断と解決のあり方の根柢に C. O. の理論と方法をもっている。
- ⑤このような運動の過程を、公的にどのように管理すべきかを明かにする。

ところでこのような研究は、地域社会に与えた刺激の効果についての測定、運動の進め方や管理のあり方の適否判定などについては、「試行錯誤」の過程で実験業績を積上げるといふ方法をとる外はなく、それだけに結論を生み出すまでに、かなりの長期間が必要であり、研究課題の規模が大きく複雑であるだけに、多額の研究費と同時に多数多種類の研究スタッフ及び研究協力者を必要とする。

従ってわれわれとしては、この研究遂行のためにまず次のような手順と計画をもつことにした。

(1)研究課題と研究性格

研究課題を「モデル地区設定による地域社会の精神衛生管理の方法に関する研究」と定め、これを研究所の総合テーマとして所員全体の協力によって実施する。数年間の継続研究テーマとする。

(2)研究担当者即ち研究チーム

主として市川市のこの研究に従事し、その計画と実施に当るものとして、次の研究チームを決定した。

研究主任 横山（社会学）

研究班員 岡田（精神医），菅野（児童精神医），玉井（児童心理学），片口（心理学）

(3)研究推進協力者

研究内容は、①地域社会において実際活動を進める面と、②地域社会や精神衛生問題及び実際活動の過程を調査・分析する面とに分けられるが、その何れについても研究所内外の関係者

または専門家に協力を求めることとし、特に実際活動の面について、八幡学園主事渡辺実氏、市川児童相談所吉野正夫氏、市川二中教諭鹿倉操氏等を協力者に依頼したほか、必要に応じて協力を求めた方々、相談に応じてもらった方々は数知れない。調査分析は必要に応じて臨時に協力者を委嘱することとし、今までに市川市役所主事矢野忍氏、立教大学講師牛窪浩氏、研究所研究員桜井芳郎氏、北大出身荒井康雄氏などの協力を求めている。

(4) 児童をとりまく課題を主要中心課題とする

「地域社会の精神衛生管理のあり方」というだけではあまりにも漠然としているので、問題の焦点をしぼる必要を感じ、市川市の性格から考えて、児童を中心にその家庭・近隣・学校などに関する精神衛生問題からとりかかることとし、これによって市民に対する精神衛生の啓蒙指導、市民の自主的運動への導き、精神衛生関係者の協力調整、精神衛生問題の解決などへ発展させてゆこうとした。

(5) モデル地区運動とその管理の公的性格

モデル地区運動を有志や関係者の私的な運動とせず、市川市において公認された全市民的全市民的運動とする必要性があるので、市川市長・市役所各部局機関・市議会・市内有力者・市内の関係ある機関・団体・施設とそれらの役職員の理解と支持を得るようにしようとした。

(6) 精神衛生運動の実行（推進）委員会の設定

実際活動は当研究所の活動とすべき筋合のものではなく、市川市や関係者又は市民の自主的運動でなければならないので、そのための実行（推進）委員会を設ける必要があり、研究所はその1員として参加し共に協力し、時には専門的助言や調査研究の委託を受ける程度にすべきものと考えた。

(7) 精神衛生関係者の相互協力と啓蒙指導

精神衛生については、直接の関係者でさえも十分な知識技能をもっていない現状であるので、運動の第1段階として、精神衛生直接の関係者（児童関係に結びつけていえば、教師・保母・児童委員・保護司・教育委員・社会教育委員・警察官などがいる）に対して、技能講習・研究会・座談会・実習指導・ケース相談などの方法で、精神衛生の知識技能を高めるための教育活動・指導活動を中心的活動とし、順次にその他の関係者の啓蒙・教化更に一般市民への啓蒙教化を行う。

なおこの場合、精神衛生の関係する領域は非常に広く、それらの関係者が互に密接に連絡協調しないことには、効果は上りにくいわけであるから、関係者相互の連絡協調がとれるように計ったり、連絡協調を積極化するようにしむける。

(8) 運動の計画的実施と推進

関係ある機関・団体・施設或いは関係ある専門家・従事者と結びつくため、かれらの研修・教育・研究に資するため、関係者同士の連絡協調をうまく進めるため、これらの目的を実現するために、すべての運動や活動を計画的に十分な準備をもって実施する必要があると考え、児童

委員・保護司・教師・保母等に対する講習会や事例研究会を中心とする教育行事計画を作製することにした。

以上のような手順と計画をもって、28年度第一四半期に、モデル地区研究委員会が設置され、早速モデル地区の選定などの問題からに着手することになったのである。

I. 5 市川市研究の経過大要

市川市における運動推進の実際過程をくわしく分析または記述する前に、出発以来現在までの経過過程の大要を次に記しておこう。

第1年次：昭和28年度

- ①当研究所の総合研究テーマとして採択（28年度当初決定）
- ②精神衛生モデル地区選定と精神衛生運動を展開することについての準備活動
- ③モデル地区の決定と実施——市川市全域を精神衛生モデル地区に選定
- ④保護司・民生委員に対する精神衛生講習会

注 昭和26年以来、市川精神衛生研究会が有志により結成され、毎月研究会が開催されていた。但しモデル地区活動とは別個の動きであった。

第2年次：昭和29年度

- ①運動（研究）目標の変更（調査活動に重点をおく）
- ②市川市各地区の社会経済的構造の分析（市川市の社会形態学的研究）
- ③市川市の精神衛生課題の探究
 - (I) 非行少年問題の調査（別稿にて報告の予定）
 - (II) 被生活保護者の調査
 - (III) 精神障害者及自殺の調査（但し国府台病院の加藤及森両氏による研究）
 - (IV) 社会資源の調査
 - (V) 青少年問題に対する市民の態度意見調査（別稿報告）
- ④市内の関係活動（夏休み前の中学生補導打合せ、町を明るくする運動—青少年保護育成運動—等）への参加

第3年次：昭和30年度

- ①精神衛生の組織化活動推進のための再検討
- ②市川精神衛生研究会その他諸機関の協力
- ③組織化活動の基盤としての「市川精神衛生協会の設立」

Ⅱ 市川市の社会的性格と精神衛生診断

Ⅱ. 1 市川市の概況と特性

市川市は第1図の「市川市配置図」にみられるように、東京都と千葉県の境界を流れる江戸川の左岸にあって、江戸川によって東京都と隣接し、市内の中心部を東西に千葉街道・国鉄（総武線）・私鉄（京成電鉄）が走り、この3交通網の重要な宿駅となっている。

国鉄ではお茶の水駅または千葉駅より「市川駅」までいずれも30分以内に到着し、梨・野菜を産し観光地をもつ田園都市として、また東京都に隣接する衛星都市・住宅都市として、千葉県下及び関東地域において、特徴ある地位を保っている。現在人口は133,960、世帯数32,885（31年2月現在）で、千葉市について県下第2位である。

市川市勢要覧⁽¹⁾によれば、市川市は出土品等からみると新石器時代にさかのぼることができるという、万葉集などに出てくる地名もみられる。西暦645年孝徳天皇の大化新政により、市内国府台に下総を統治する「国府」が設けられ、聖武天皇天平13年（741年）国分寺が設置された由緒をもつ。徳川時代は幕府直轄地と寺社領とに分れ、明治維新後は明治22年（1889年）町村制実施により、市川町・八幡町・中山村・国分村・大柏村・行徳町に分立していたが、昭和9年（1934年）市川・八幡・中山・国分の4町村合併して「市川市」を結成し、24年（1949年）には大柏村を、30年（1955年）には行徳町を、それぞれ合併して今日に至っている。

市川市を年齢構成からみると、20才前後が膨脹し乳幼児人口が少いことから、都市的構成に近いというべきであり、産業別構成（第1表「職業別人口」参照）からみると、農林等の第1次産業従事者は10才以上人口の5%であり、建設・製造等の第2次産業が19%、商業・金融・運輸サービス・公務自由等が17%弱、無職者が58%強というところからも都市的性格がみられる。なお昭和26年（1951年）春、中学卒業者の進学・就職状況をみると⁽²⁾、上級学校入学者は60%就職者は30%弱となり、進学者の比率が高いことも、都市的特性の1つであろう。

だが、市川市内には大規模工場事業場は1つしかなく（日本毛織市川工場—従業員2,200名）、大部分は従業員数名以下の小企業であり、市内南部地帯のいわゆる工場地帯の集中度⁽³⁾もあまり大したことはない。

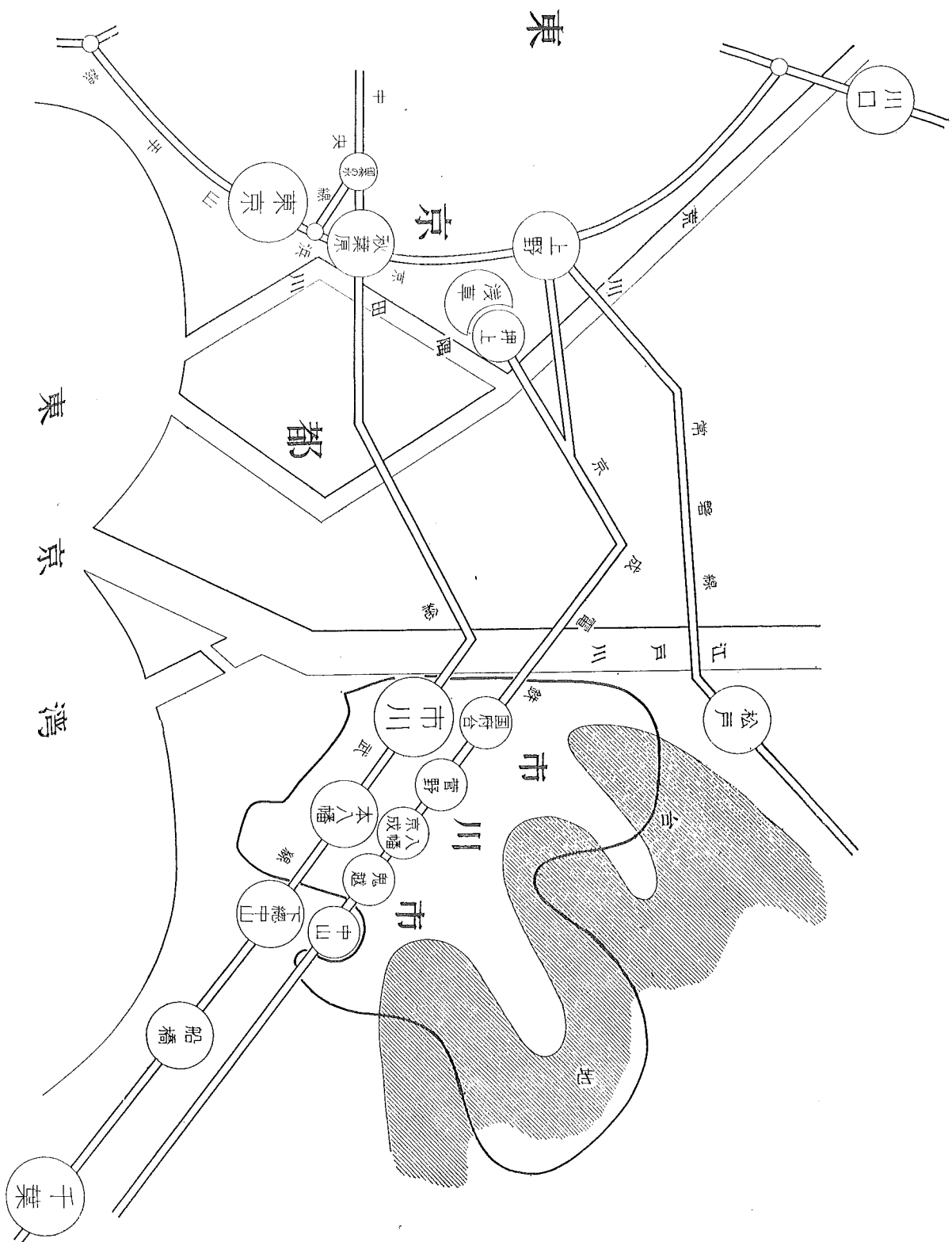
集落状況からみても「市政実施直前の地図」（第2図）でみられるように、3交通網の沿線に住宅が密集するだけで、沿線を離れると田園地帯であり、商店街・歓楽街というものも国電と京成電鉄の駅の周辺に限られ、密集地域の殆どは住宅地というべきものであり、商工鉦の産業都市的性格を認めることは不可能に近い。

(1) 市川市勢要覧1952年4月市川市役所発行

(2) 同上 市勢要覧第48頁

(3) 工場地帯の工場事業場の規模の小ささや密集率の低さについては、後の「市川市の社会構造分析（地域分析）」の部をみられたい。

第 1 图 市川市配置图



第1表 職業別人口構成(10才以上)

産 業 名	人 口	構 成 比
農 業	3,715人	4.573%
林 業	58	0.072
水 産 業	97	0.119
鉱 業	175	0.216
建 設 業	1,655	3.037
製 造 業	13,653	16.809
ガ ス・電 気 及 び 水 道 業	349	0.430
商 業	4,964	6.111
金 融 業	833	1.037
運 輸 ・ 通 信 業	1,694	2.085
サ ー ビ ス 業	1,913	2.355
自 由 業	2,330	2.869
公 務 及 び 団 体	1,984	2.381
そ の 他	601	0.732
無 職	47,206	58.118
計	81,227	100.000

(25年10月1日現在)

市民の数多くのものは、市川市において職業をもつというよりは、東京(都心部・江東地区等)・千葉などに職場をもつインテリ供給生活者・事業経営者・工場労働者・日傭労働者等が多いといわれ、無職者の中には学生層も多いという。

去る26年11月(1951年)市川市役所と市川市商工会議所の共催による「市民買物先調査」——貴方の御家では少しまとまったお買物は次の何処(市川・本八幡・中山・船橋・松戸・千葉・東京)でなさいませか——についてみると(この調査の対象を中学生の家庭〔2362世帯の世帯主〕としたのであるが)、東京に勤務する勤人1,270人のうち71%は東京で買物すると答え、商工業に従事する

500人のうち45%は東京で買物するといひ、その他の592人でさえも30%強は東京で買うと答えている(4)が、市川市民の生活や関心がどれだけ強く東京都と結びついているか、を知ることができ、市川市が東京都の衛星都市・周辺都市・住宅都市となっている特性を見出すことができる。

市川市は30年に合併した行徳地区を除いて(5)、町内行政組織は66カ町、5中学区、13小学区(行徳町は13町、中学1、小学2区)に分れ、市役所の出張所が大柏にある(行徳には支所)。行徳を除く、この66カ町内は市川市誕生以前の歴史的沿革からみて、市川・八幡・中山・大柏の4地区に分けて考えることが可能であり、現在ではその境界線を引くことは困難であるとしても、この4地区が若干の性格差をもっていることは否定できないようである。また、市川市の発達史からみると、当初の中心地域は市川地区で官庁・銀行・組合等が集中していたのが、戦後になって八幡地区が中心地となり、公共物などが次第に中央の八幡地区に移りつつある傾向をみせている。もっとも、市内交通網や都市と連絡するバス網は、現在のところ中心地は市川駅前というべきであろう。

II. 3 市川市の社会的構造分析(地域分析)

(1) 分析の方法と問題点

(4) 市川市市勢要覧 第81頁

(5) モデル地区研究に着手した頃(28年)行徳町の合併は未定であったので、この研究としても、行徳を含めての地域を考えていなかった。

第2図 市川市(町村当時)分布図
 ——昭和9年市政実施直前——



市川市に精神衛生運動を展開する場合、市川市で活躍する教育関係者集団・社会福祉関係者集団・保健衛生医療関係者集団というような職業別集団や事業分野別専門集団を足場に進めてゆく方法もあり、インテリ層・市民指導層から入ってゆく方法も考えられるが、精神衛生運動を市川市民のもつ問題についての自主的市民運動とするためには、まず市川市という地域社会の構造を地区別に分析し把握する必要がある。

市川市といっても地域によって大きい差異があり、歴史的沿革や地理的自然的条件も異なるわけであるから、市川市内の各地区の特性にふさわしい市民運動のあり方を考慮し推進しなければならないわけである。また市川市における精神衛生運動も、市川市全体を1地域として進めるものと、市川市内の地区の特性に応じて地区を対象に各個に運動を進めてゆくべきものとの、2種類の運動が平行し且つ連携しなければならないものである。ここから市川市内の「地区別運動」の単位をどのように決定すべきか、市内の精神衛生問題の分析をするについても市内をどのような地区に分けて考察すべきであるか、を究明する必要がある、このため、市川市にある各種の資料から、社会的経済的に地理的歴史的に、或いは市民の生活様式や住民階層などから、市川市の地域社会分析を行った。

まず市川市役所に保存中の、或いは市役所において作製した資料から、経済的産業的にみた土地利用状況・土地売買価格状況・都市計画図・交通図などから一般的な地域差を見出し、次に66カ町（行徳地区を除く——以下同じ）について、人口密度・商店事業所調査票による商店分布・工場事業所分布をみ、農業委員会等の農家台帳から各戸別農家分布を、いわゆる精密図示化（mappingによるSocial Morphology）を行って町内別比較をなし、ここから市川市を歴史的条件に合せて4地区に分ける方法を見出した。これによって4地区別の地域性格診断と、総合的・地域性診断を行ったのである。

なお、第1次に町内単位で地域分析を行うことは、事実上種々の疑問や困難があった。同一町内であっても、その細部をみれば1町内が単一な性格をもっているわけではなく、表通りは商店街・横町や裏通りは住宅街・そして農家集落あり田畑山林ありというわけで、1町内毎に性格診断を下してはいるが、この判定にかなりの無理と困難のあったことを附記しておかなければならない。

（2）人文地理学的考察

市川市は地部に台地をもち、ところによってはこれが京成電鉄沿線近くまで迫っている関係上、市内は台地・低地いりみだれて起伏が多い。昭和9年市川市制施行直前（合併直前）の地図（第2図）をみれば、京成線をはさんだ両側に水田があり、北方部及び京成線附近に集落または果樹園がみられ、低地帯が前者、台地が後者となっている状況がみられる。集落が京成線と千葉街道に近く発達したことは、交通事情にもよるが、土地の起伏からも考えられる。

市役所にある「地域別土地価格図」からみれば、千葉街道と平行に市川市を分断するかのよ

うに、北部地帯（市内の60%）は農村地区となり、国鉄線の南側は工場地区となり、農村地区と工場地区にはさまれた中央帯状地帯に、普通又は高級の住宅地区があり、国鉄及京成の停車場駅附近に商業地区と繁華街地区が見られるという恰好になっている。従って市川市とはいえ、都市的地域は南半部にすぎず、それも住宅地区を中心とした農村的都市ということになる。

市内交通は千葉街道と京成・国鉄を大動脈とする外、国鉄市川駅前、本八幡駅前・中山駅（船橋市内）の駅前から北方へのバス交通網が開かれ、特に市川駅前からは東京都と結ぶバス網（都バス・京成バス）が発着し、また隣市（北隣接）の松戸と結ぶバス線も開かれており、交通学的にはやはり市川駅前が他の駅前よりも進んだ位置におかれている、というべきであろう。

次に、地域別（町内別）現住人口分布については、町内別の正確な面積が公表されていない関係から、人口密度を比較することが出来ないが、町内別に現住人口数（昭和29年5月）を図示すると第3図の通りである。この図を通じて、北半部農村地帯は人口密度が低く、街道に平行する中央地帯に人口が集中している事実を知ることができる。また南部の工場地帯も大した人口集中化がみられず、工場地帯というのも名目だけで、今後の発展の余地をみることができる。

（3）事業所（商工業）分布と地域性

27年9月市役所が実施した「事業所統計調査」の元票を借り受け、商店・事務所・工場・事業所等を、個別に所在地を図示化し、その種類別形態別の分布と集中及び町別性格・町別地域性を判定する手がかりとすることにした。

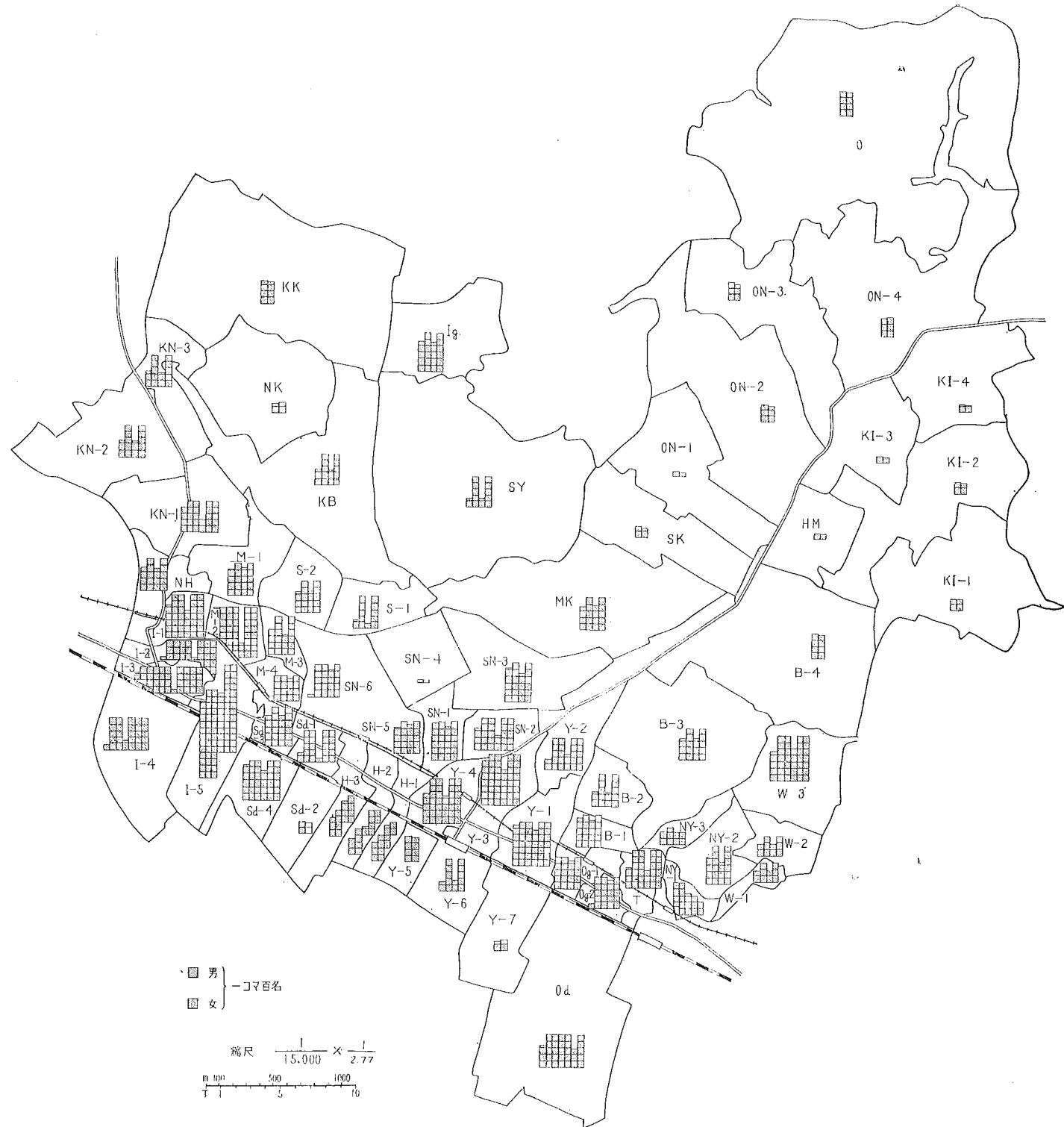
この資料によって得た数字は第2表以下の通りで、工業関係321、商業関係1,821であり、これはその後かなり変動しているとしても、地域性探究の指標となることに誤りはないと思われる。これによると、組織形態からいえば個人経営が6割以上を占めて株式その他の会社組織が少く、従業員数別では3人以下が工業で約6割を、商業では8割を占めており、市川市の商工業は小企業又は零細規模を主とするという性格を強く示していることを知る。この中、特に工業経営では金属機械器具が半数を占め、都内江東・葛飾その他の会社・工場の下請経営をするものが、非常に多いといわれている。

なお中企業以上のものとしては、日本毛織中山工場のほか、市川毛織（従業員450名）、北越製紙市川工場（従業員350名）位のものである。

第2表 組織形態別事業所分布

分類	個人		株式		有限		その他		計
工業	210	65.2%	88	27.0%	15	5.6%	8	2.2%	321
商業	1,631	89.5	103	5.6	54	2.9	33	1.8	1,821

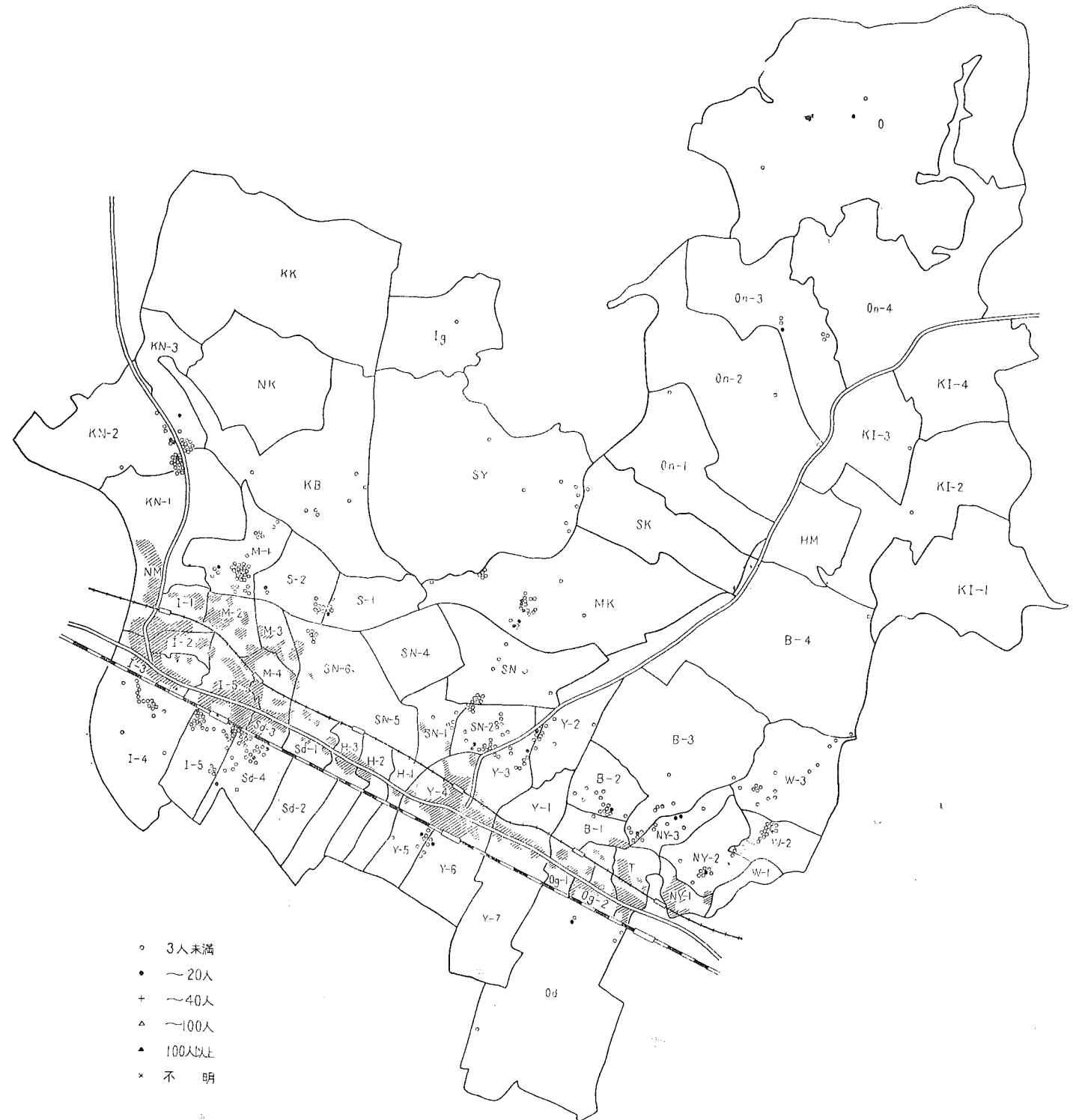
第3図 地域別人口分布図



第4図 事業所(工業)分布図



第5図 従業員数別事業所(商業)分布図



第3表 従業員数別事業所分布

分 類	3 人 以 下		4 人～20人		21人～40人		41人～100人		101人以上		不明	計
工 業	180	56.0%	87	27.1%	27	8.4%	20	6.2%	7	2.2%	0	321
商 業*	1,459*	80.1%	353	19.8%	6	0.3%	0	-	0	-	3	1,821

* 商業のうち3人以下は2人以下、4人～20人は3人～20人としてみられたい。

われわれがこれらの資料から作製したところの、地域性診断のための「事業所分布図」は、商業と工業とに分けて次の4種類である。

- ①組織形態別分布図（個人・株式・有限・合資・組合・財団・社団・その他）
- ②営業形態別分布図（製造・加工・修理・卸・小売・その他）
- ③営業種目別分布図（食料・趣味嗜好・繊維・雑貨・装身・卸業・木竹材・金属機械器具・化学薬品
建設・印刷書籍新聞文具・接客サービス・その他）
- ④従業員数別分布図（従業員3人まで・20人まで・40人まで・100人まで・101人以上）

なおこれら4種（工商別にいえば計8種）のモノグラフは、事業所が千葉街道に沿う中央地帯に集中したところから、数の多い商業事業所についてはさらに中央地帯だけ部分拡大し、4種類について商業事業所分布図の精密なものを作製した。これらの分布図作製作業は大変な難事業であったが、幸いにして完成することができた。

次に66カ町別に、町内現住世帯数（昭和29年3月現在）を分母とし、商業事業所・工業事業所を分子とする比率数字を計算した。ここでは以下これを「商業率」・「工業率」と呼ぶことにする。商業率・工業率の66カ町内別の比較一覧表は第14表の通りである。これによって根本町・市川5丁目・新田3丁目・八幡3丁目・同4丁目・中山1丁目・若宮2丁目などは、商店の集中する商業町といえることができる。また市川4丁目・真間1丁目・新田2丁目・八幡5～7丁目・北方2丁目・須和町2丁目などは特に工場町というべきであろう。この場合、南部工場地帯に入らない地区（例えば真間1丁目・北方2丁目・須和田2丁目）にも工業事業所分布率が高いことを注目すべきであろう。（第4図及び第5図参照）

これらの事業所の分布と集中の状況からみて、市川・八幡・中山の3地区に分れているようであり、国鉄の3駅及び京成の停留場を中心に密集度が高いようであるところから、また市川市の中央地帯及び南部地区が、3町村の合併からなりたち、その歴史性が今日も続いて、3地域のてい立状態が考えられるところから、これらの事業所を市川・八幡・中山の3地区に分けて考察したところが、次の諸表のような結果となった。（ただし、大柏<農村>地区を除く）

第4表 工業：組織形態別地区比較

分類	個人		株式		有限		その他		計
市川	99	66.8%	37	25.0%	9	6.1%	3	2.0%	148
八幡	68	62.4	35	32.1	3	2.7	3	2.7	109
中山	40	65.6	16	26.2	3	4.9	2	3.3	61
計	207	65.1	88	27.7	15	4.7	8	2.5	318

第5表 工業：営業形態別地区比較

種類	加工		製造		加工製造		その他		計
市川	54	36.6%	69	46.6%	16	10.8%	9	6.0%	148
八幡	30	27.5	49	44.9	15	13.8	15	13.7	109
中山	14	22.9	35	57.3	5	8.2	7	11.4	61
計	98	30.8	153	48.1	36	11.3	31	9.8	318

第6表 工業：営業種目別地区比較

種類	金属機械器具		身廻装身具		繊維品		趣味嗜好品		その他		計
		%		%		%		%		%	
市川	32	21.6	37	25.0	12	8.1	12	8.1	55	37.1	148
八幡	35	32.1	14	12.8	15	13.7	9	8.3	36	33.0	109
中山	19	31.1	7	11.4	5	8.2	9	14.7	21	34.4	61
計	86	27.0	58	18.2	32	10.1	30	9.4	112	35.2	318

第7表 工業：従業員数別地区比較

種類	3人以下		4人～10人		11人～20人		21人～40人		41人～100人		100人以上		計
		%		%		%		%		%		%	
市川	85	57.4	22	14.9	19	12.8	13	9.5	6	4.1	3	2.0	148
八幡	60	55.0	15	13.7	12	11.0	10	9.1	9	8.3	3	2.8	109
中山	33	54.1	10	16.4	9	14.7	3	4.9	5	8.2	1	1.6	61
計	178	55.9	47	14.7	40	12.5	26	8.2	20	6.3	7	2.0	318

第8表 商業：組織形態別地区比較

種類	個人		株式		有限		その他		計
		%		%		%		%	
市川	819	89.5	50	5.5	32	3.5	14	1.5	915
八幡	497	87.7	35	6.2	19	3.3	16	2.8	567
中山	299	92.9	16	4.9	3	0.9	4	1.2	322
計	1,615	89.5	101	5.6	54	2.9	34	1.8	1,804

第9表 商業：営業形態別地区比較

種類	小売		卸		小売・卸		その他		計
		%		%		%		%	
市川	693	75.7	16	1.7	25	2.7	181	19.8	915
八幡	454	80.0	11	1.9	19	3.4	83	14.6	567
中山	269	83.5	6	1.8	12	3.7	35	10.8	322
計	1,416	78.5	33	1.8	56	3.1	299	16.6	1,804

第10表 商業：営業種目別地区比較

種 類	食 料 品		嗜好・趣味		装 身 具		接客サービス		そ の 他		計
		%		%		%		%		%	
市 川	222	24.3	195	21.3	103	11.2	136	14.9	259	28.3	915
八 幡	135	23.8	153	26.9	68	12.0	60	10.6	151	26.6	567
中 山	69	21.4	94	29.2	36	11.2	24	7.4	99	30.7	322
計	426	23.6	442	24.5	207	11.5	220	12.2	509	28.2	1,804

第11表 商業：従業員数別地区比較

種類	2人以下		3人～10人		11人～50人		51人～100人		100人以上		不 明		計
		%		%		%		%		%		%	
市川	711	77.7	180	19.6	24	2.6	0	-	0	-	0	-	915
八幡	465	82.0	91	16.0	9	1.6	0	-	0	-	2	0.3	567
中山	272	84.5	43	13.3	6	1.9	0	-	0	-	1	0.3	322
計	1,448	80.2	314	17.4	39	2.1	0	-	0	-	3	0.2	1,804

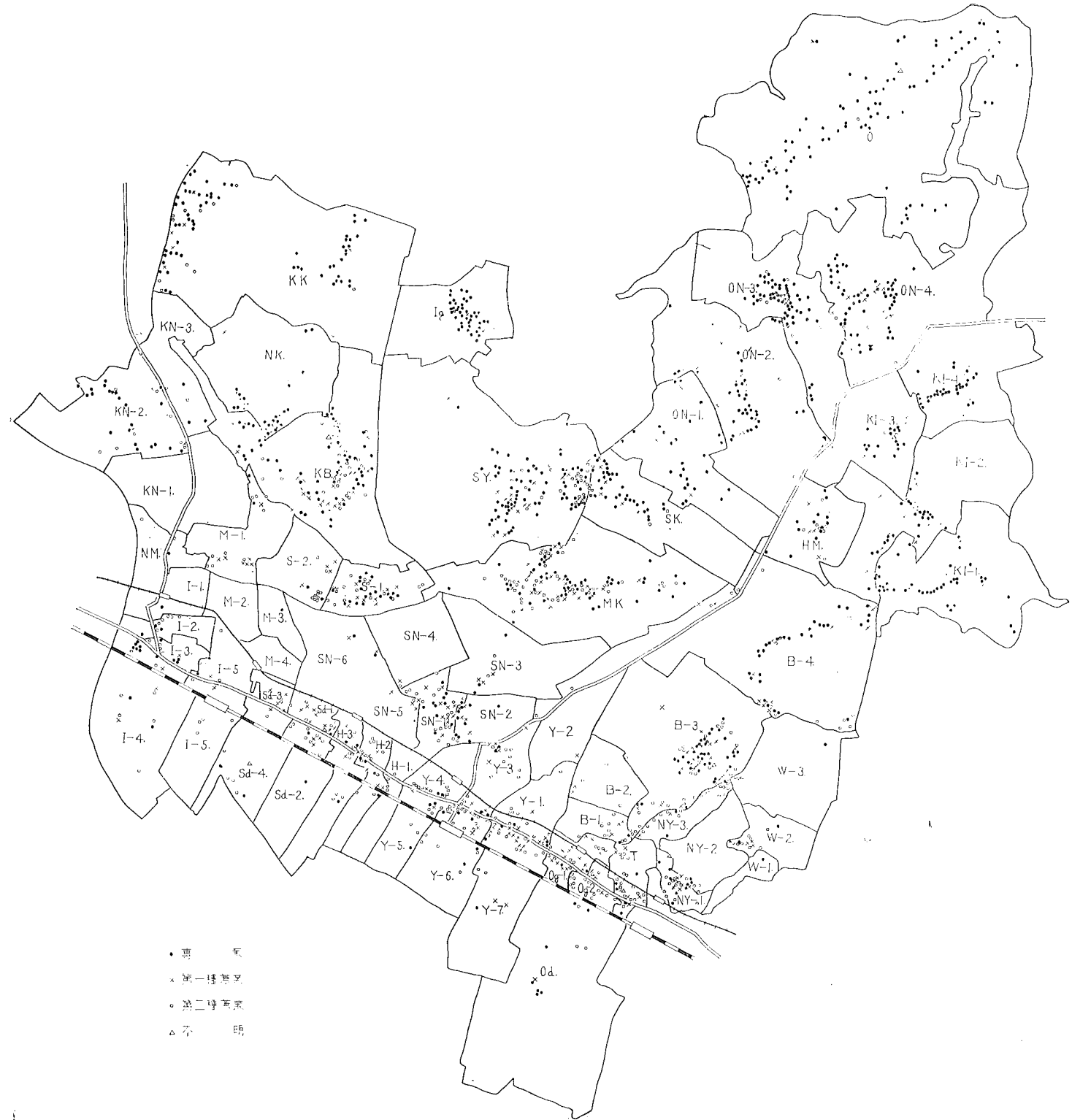
以上の統計表から市川・八幡・中山の3地区を比較するならば、工業については市川地区に最も数多く（45%近く）集中し、しかもどのような形態や規模についても市川地区が数多く、次いで八幡・中山の順となっており、市川地区が最も高度の工業化（industrialization）を示しているといえる。また商業については、半数を市川地区で占め、その形態・組織規模の何れからいっても、工業と同様またはそれ以上明確な特徴を見せており、市川地区が最高の都市化（urbanization）の特性をもっていることは、否定できないところのようである。

（4） 農家分布と地域性

29年2月実施の冬期農業調査票（千葉県庁調査）から、農家全部について、戸別に分布と集中度を図示化し、その内容別に地域特性の判定を行った。

市川市における田畑耕作面積は1,540町歩（梨畑が114町歩を占め市川の特産となっている）で、農家1戸当り経営面積は8反歩であるが、農業人口は全体の12%にすぎないから、農業の占め

第6圖 專業,兼業別農家分布圖



る比重は大きくはない。なお、経営規模別農家分布は次表（第12, 13表）の通りである。

第12表 経営規模別農家数

区 別	3反未満	3反～5反	5反～1町	1町～1.5町	1.5町～2町	2町～3町	計
自作農	121	57	128	215	167	27	715
自作兼小作	48	117	381	265	72	7	890
小作業自作	47	35	53	9	0	0	144
小作農	148	26	5	0	0	0	179
計	364	235	567	489	239	34	1,928

(25年現在)

第13表 経営耕地(自小作別)面積

区 別	田	畑	計
自作地	584,3	702,0	1,286,3
小作地	133,4	155,8	289,2

(25年現在)

先に土地利用の状況から、農村地区は北半部であることを述べたが、農家分布のモノグラフからこのことが、明確に示されている。まず専業・兼業(第1種及び第2種)別に見ると、専業は旧大柏村及び旧国分村の地区に集中し、特に旧大柏村は専業農家が大部分である。北部から中央地帯へ南下するに従って兼業農家が増加し、集落の中心部であるところの千葉街道の両側に沿う地帯(国鉄と京成の両線に挟まれた地帯)及び旧中山町地区のうち中山競馬場(給橋市)に通じる道路端には、兼業農家(特に第二種兼業)が非常に多い。このことは、街道に作られた市川市の中心集落(街村形態)がまだまだ充分には都市化していないことを示すのであり、都市化、産業化への過渡状態を示しているというべきであろう。なお曾谷・宮久保・菅野1丁目・須和田1丁目・国分の各町には第1種兼業がなく、市川市の中央部(八幡地区を中心とする地域)は中山地区と共に都市化の度合の低さを見せている。

兼業農家の兼業内容をみると、街道端では商業及び俸給所得が目立ち、北方に進むに従って俸給所得から雑多な副業兼業となっているが、このことは農家家族員が農業以外の通勤職業に出ていることを示し、兼業農家地域は一種の住宅(通勤労働者の)地域となっていると考えることもできる。

なお、われわれの農家の戸別図示化作業は、次の4種類についての地図作製を行った。

- ①専業兼業別分布図(第6図参照)(専業・第1種兼業・第2種兼業)
- ②兼業の種類別分布図(農業以外の産業・俸給及び賃金所得・その他)
- ③経営規模別分布図(1反未満・3反未満・5反未満・1町未満・1.5町未満・2町未満・2町以上)

④世帯員数別分布図（2人まで・5人まで・8人まで・9人以上）

また、町内別に農業率（世帯数を分母とし農家数を分子とする）を計算したが、それは第14表の通りである。この第14表の統計からみても大柏地区は完全に農村地区であり、国分地区がそれについており、市川1丁目・真間2～4丁目・新田2丁目などは農業率が殆ど零に近く、完全に都市化している地域とみることができる。

（5）町内別・地区別の総合判定

町内別に商業率・工業率・農業率を測定したが、さらに一般住宅の町別分布を推定することとし、

$$\text{商業率} + \text{工業率} + \text{農業率} + \text{住宅率} = 1000$$

の数式を設定した結果、町内別に第14表以下の通り住宅率を引出すことができた。

次に町内毎にこの比率を検討することによって、農業・工業・商業・住宅の何れかの性格を判定することになったが、客観的基準をきめることが困難であるので、市民たちがもつ基準を参考として、次の基準で66ヶ町を5分類することにした。

①農業地区……農業率700以上の町内

②農業兼住宅地区（兼業農業地区）……農業率250以上 住宅率500以上（但し曾谷のみは例外）

③工業地区……工業率30以上

④商業地区……商業率100以上

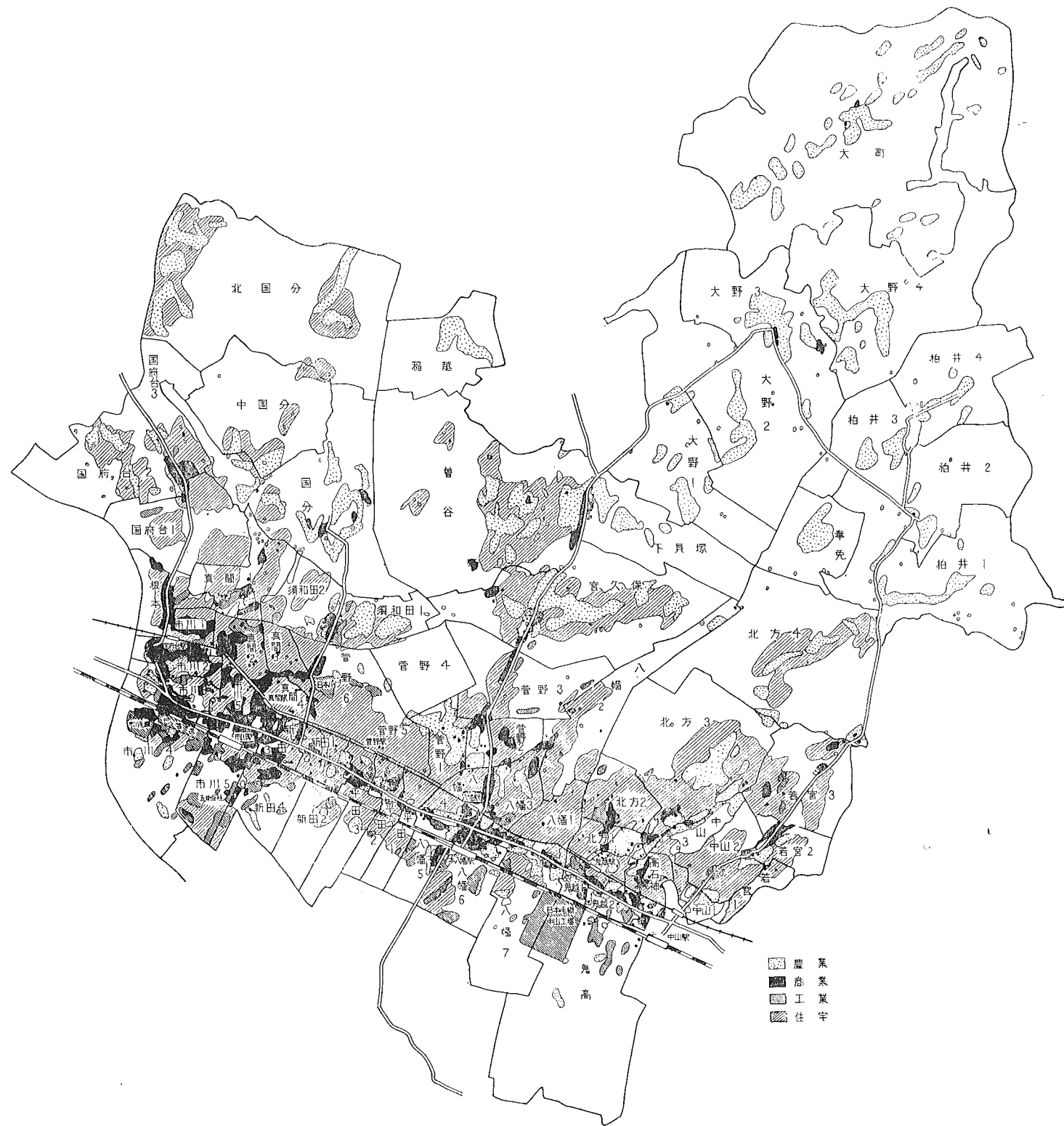
⑤住宅地区……（一般）住宅率800以上

以上の分類基準にあてはめることによって、66ヶ町は次（第14表①～⑥）のように、5分類されることになった。

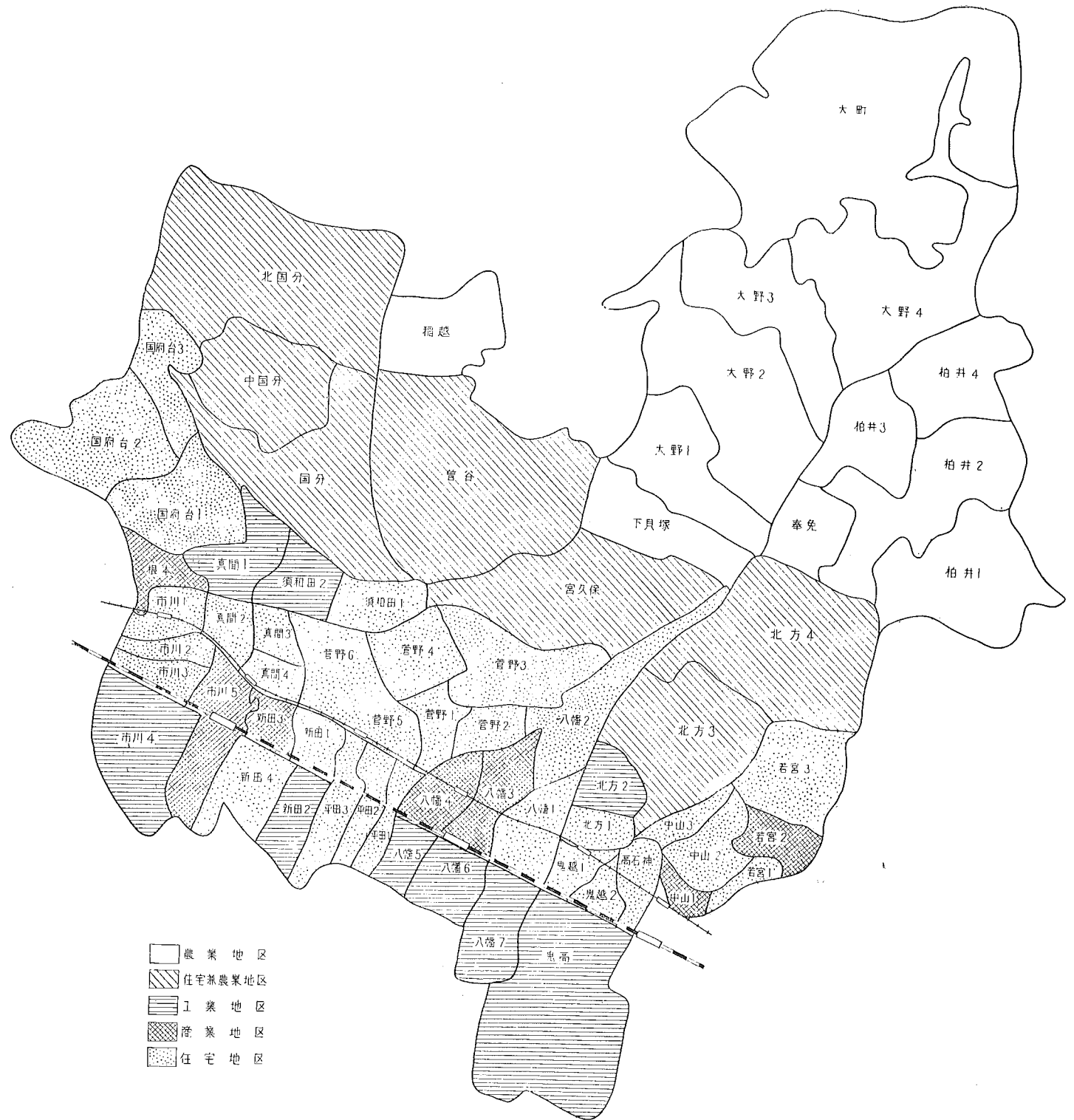
第 14 表 ① 農 業 地 区 （12カ町）

	農 業 率	商 業 率	工 業 率	住 宅 率
大 町	818.6	25.4	0.0	161.0
大 野 1	756.2	47.6	0.0	196.2
大 野 2	797.1	29.6	0.0	173.3
大 野 3	848.4	72.2	0.0	84.4
大 野 4	728.3	0.0	0.0	271.7
柏 井 1	795.7	0.0	17.9	186.4
柏 井 2	735.8	18.9	0.0	245.3
柏 井 3	766.7	33.3	0.0	200.0
柏 井 4	900.0	0.0	25.0	75.0
奉 免	862.1	0.0	0.0	137.9
下 貝 塚	729.8	33.9	0.0	236.3
稲 越	865.4	19.2	0.0	115.4

第7図 農商工及び住宅分布図



第 8 图 地区别地域图



第 9 図 町内別世帯数に対する農業及び商工事業所数の比率



(訂正：M-4のうち上部はM-3の誤り)

第 14 表 ② 農 業 兼 住 宅 地 区 (7カ町)

	農 業 率	商 業 率	工 業 率	住 宅 率
北 国 分	476.5	0.0	0.0	523.5
中 国 分	410.2	0.0	12.7	577.1
国 分	365.4	23.2	6.6	604.8
曾 谷※	560.0	35.6	8.9	395.5
宮 久 保	354.3	77.1	22.9	545.7
北 方 3	274.6	37.0	9.3	679.1
北 方 4	389.7	14.7	0.0	595.6

※ 曾谷町は住宅率 500に満たないが、農業率も 700未満となるのでその中間をとってこの分類へ含めた。

第 14 表 ③ 住 宅 地 区 (31カ町)

	農 業 率	商 業 率	工 業 率	住 宅 率
国 府 台 1	0.0	3.3	2.5	994.2
国 府 台 2	96.6	62.5	0.0	840.9
国 府 台 3	15.3	35.7	7.7	941.3
市 川 1	0.7	57.7	8.2	933.4
市 川 2	21.9	78.3	1.8	898.0
市 川 3	27.2	96.5	20.4	855.9
真 間 2	0.0	70.4	13.7	910.9
真 間 3	2.4	44.9	9.5	943.2
真 間 4	0.0	81.2	0.0	918.3
菅 野 1	85.2	49.2	0.0	865.6
菅 野 2	26.6	35.5	0.0	937.9
菅 野 3	13.2	22.7	13.2	950.9
菅 野 4	100.0	0.0	0.0	900.0
菅 野 5	10.7	5.4	2.7	981.2
菅 野 6	10.5	50.4	16.9	922.2
須 和 田 1	162.9	15.2	12.0	809.9
新 田 1	79.0	89.9	12.7	818.4
新 田 4	7.4	32.2	17.3	943.1
平 田 1	17.1	30.7	10.1	942.1
平 田 2	61.5	50.3	16.8	871.4
平 田 3	40.5	93.4	9.3	856.8
八 幡 1	48.8	41.0	14.4	895.8
八 幡 2	10.3	13.2	5.9	970.6
北 方 1	34.3	59.0	24.6	882.1
鬼 越 1	61.2	84.7	18.8	835.3
鬼 越 2	39.0	84.6	10.7	865.7
高 石 神	41.2	95.2	9.9	853.7
中 山 2	13.4	31.4	0.0	955.2
中 山 3	156.5	78.3	3.7	756.5
若 宮 1	4.7	4.7	0.0	990.6
若 宮 3	4.9	28.1	3.7	963.3

第 14 表 ④ 工業地区 (9カ町)

	農 業 率	商 業 率	工 業 率	住 宅 率
真 間 1	44.7	86.8	34.7	833.8
須 和 田 2	40.8	88.3	35.7	885.2
市 川 4	21.9	89.4	48.1	890.6
新 田 2	0.0	0.0	36.0	964.0
八 幡 5	12.5	29.2	33.3	925.0
八 幡 6	21.9	13.0	41.6	927.2
八 幡 7	106.4	0.0	63.8	829.8
北 方 2	16.6	44.7	35.1	903.6
鬼 高 ※	5.0	2.2	4.5	988.3

※ 鬼高町は工業率は低いが日本毛織など大工場があり、現地的にみても工場地区とみられるのでここに入れる。

第 14 表 ⑥ 商業地区 (7カ町)

	農 業 率	商 業 率	工 業 率	住 宅 率
根 本 1	7.7	147.1	10.4	834.8
市 川 5	6.9	196.6	19.4	777.1
新 田 3	14.9	181.2	4.3	799.6
八 幡 3	39.7	153.9	8.9	797.5
八 幡 4	29.0	187.0	1.3	782.7
中 山 1	69.9	142.4	2.6	735.1
若 宮 2	66.3	123.4	9.5	800.8

以上の総合判定を図示化すると、第7図(農商別及び住宅分布図)となり、町内別性格を図示化すれば、第8図となる。なお、これを町内別世帯数に対する農商工の比率を図示化すると、第9図の通りとなる。

Ⅱ・3 市川市の社会的諸資源

コミュニティオルガニゼーションにいうところの地域組織活動は、地域社会の社会的問題を解決し市民の社会的要求に答えるために、地域社会の、関係ある社会的諸資源を動員し、これを組織的有機的能率的に活用したり、資源の協調連絡をはかることが、その重要課題の1つであるから、市川市においても市民の自主的な精神衛生運動を組織的能率的に推進させるためには、市川市の中にある関係社会的諸資源にはどのようなものがあるか、その資源はどのように社会的に活動し存在しているか、それはどのように動員・活用することができるか、その資源は社会的にどのような要求をもち、どのような問題の解決に悩んでいるか、などについて解明し把握していなければならない。

精神衛生運動の展開や推進に関係ある社会的機関・団体・施設・専門家・市民は、いろいろと幅広く数多く存在するものである。市川市の運動は、さし当りの目標又は領域として「児童」及び児童の生活に関係するもの——児童・少年・青年・学校・近隣社会・家族・親子・交友仲

第10图 社会福祉事業関係諸施設分布图



間等々——を中心として運動することになったので、児童及び児童の生活に関係ある社会的諸資源を第1に究明しなければならぬことになった。以下公私の両域にわたって、関係ある諸資源を調査解明することしよう。なお、これらの図示化については第10図乃至第14図を参照されたい。

(1) 一般行政機関及市議会関係

- 1 市役所（八幡町 1～148）
- 2 市役所出張所——大相出張所（大野町 2～1,877）
市役所支所——行徳支所（本行徳 343）
- 3 市川市公安委員会（警察署内）
- 4 市川市警察署（市川 5～545）
自治体警察廃止により30年初より千葉県警察市川警察署となる。市内に派出所11ヶ所、駐在所6ヶ所、検問所1ヶ所あり。
- 5 市川市議会（議長富川進）
議員定数36名、常任委員会7

(2) 社会福祉関係施設

- 1 市川市社会福祉事務所（市役所内）
市川市長、助役の下に配置され、所長の下に庶務・社会の3係からなっている。
外に社会福祉関係施設の主なものは次の通りである。

社会福祉施設	経営主体	所在地	職員又ハ 管理人	内 容
市営共同作業所	市長	平田 2～143	職員 2	縫製作業・洋裁補導
市営公衆浴場	市長	国府台 3～372	職員 5	大人 10円 小人 8円・5円
市立公営住宅（第2種）	市長	若宮 3～837 八幡 2～874	管理人 0	9室 9世帯 5室 5世帯
県立公営住宅（第1種）	知事	若宮 1～90 国分官有地	管理人 2	10室 10世帯 35室 35世帯
県立引揚者住宅	知事	若宮 3～290 若宮 3～812 八幡 2～881	管理人 2	37室 37世帯（3棟）
市立市川厚生寮	市長	国府台官有地 4ヶ所 真間 4～984 1ヶ所	管理人 5	207室 211世帯（5棟）

(3) 児童福祉関係

有名な「八幡学園」（精薄児施設）をはじめ、市立保育所4、私立保育所3、私立養護施設1、市立母子寮1などの他、児童遊園地30ヶ所あり、さらに「千葉県市川児童相談所」が設けられ、児童福祉施設の数が多い。それらを一覧表にすれば次の通り。

児童福祉施設	経営主体	職員	定員	実員	所在地
市立第一保育所	市長	保母 2 使丁 1	幼 50	50	平田 2～143
〃 第二保育所	〃	保母 2	幼 50	38	国府台町第一厚生寮内
〃 第三保育所	〃	保母 2 使丁 1	幼 60	90	北方 1～77
〃 第四保育所	〃	保母 2 使丁 1	乳 10 幼 50	3 47	市川 3—481
私立東台保育園	エンネ・パウラス	保母 2 他 2	乳 10 幼 50	7 50	国分 1,930
〃 国府台保育園	〃	保母 4 他 6	幼 160	160	国府台官有地
〃 いずみ保育園	〃	保母 2	幼 65	50	鬼越 2～85
私立 (養護) チルドレンスパラダイス	〃	保母 6	30	30	国府台 2～80
私立八幡学園 (精薄)	久保寺光久	指導員 2 保母 4 書記 1	40	53	北方 3～492
市立母子寮	市長	寮母 1	世帯 9	10	平田 3～1,353
千葉県市川児童相談所	知事	福祉司 2 判定員 1 相談員 1 事務員 1	—	—	市川 3～484

(4) 医療保健衛生関係

主なものとして次のものがある。

国立国府台病院 国府台 1～2

国立精神衛生研究所 国府台 1～2

県立市川保健所 八幡町 5～651

私立式場病院 国府台 3～2,418

私立中山病院 中山 2～229

市川市医師会 真間町 4～20 会長高橋統閏, 会員数178名, 約30年前設立

(5) 民生 (児童) 委員

28年12月現在で85名, これを6地区 (大柏・国分・中山・八幡・第2・第1) に分け, 役員として市民生委員会正副会長各1名, 各地区常務委員正副各1名, 及び市常務委員協議会正副会長各1名をもっている。

民生委員の居住地分布は第13図の通りである。なお役員 (地区常務を除く) 氏名次の通り。

第11図 医療機関分布図



第13図 民生,児童委員分布図



市川市民生委員会々長	日比野弘道
同 上 副会長	渡辺彦太郎
同 常務委員会々長	
同 上 副会長	太治堯海

(敬称略)

(6) 社会福祉関係の各種団体

社会福祉に関係ある民間団体にはいろいろあるが、市川市社会福祉事務所を団体の事務所または連絡所とするものは次の通りである。

1 市川市社会福祉協議会

各地の社会福祉協議会はその地域社会の社会福祉を自主的に増進するために、関係機関・関係団体の連絡協調機関として生れたもので、いわば社会福祉のためのC.O.を推進する団体であり、各関係機関や団体の代表者が会員又は役員に加っている。市川市のそれは昭和26年8月27日に設立し、社会福祉事務所をその事務所として、各界の関係者を役員として、特に一般社会福祉に関する事業や法外援護活動を推進している。因みに役員の名前は次の通り(特に31年3月現在のもの)であり、C.O.をめざしているという性格をうかがうことができる。

役員構成

	氏 名	本 職	他 の 公 職
会 長	伊 東 教 順	僧 侶	
副 会 長	日 比 野 弘 道	同	民生委員会会長, 保護司
同	内 田 安 右 衛 門	商 工 会 副 会 頭	社会教育委員長
理 事	宇 田 川 祐 蔵	炭 業	市 議 (厚生委員長)
同	藤 沢 勇	化 粧 品 店	市 議, 民 生 委 員
同	吉 原 実	真 間 小 校 長	
同	山 本 ヒ メ 子	日 赤 奉 仕 団 委 員 長	市 議
同	野 本 良 夫	市 川 市 民 新 聞	
同	監 物 正 三 郎	農 業	保 護 司 会 々 長
同	坂 井 泰 俊	僧 侶	保 護 司
同	森 谷 領 子	日 赤 奉 仕 団 副 委 員 長	民 生 委 員, 保 護 司
同	古 川 智 徳	医 師	市 議
同	大 野 智 徳	僧 侶	保 護 司
同	渡 辺 実	八 幡 学 園 主 事	民 生 委 員, 保 護 司
同	田 辺 昇	市 役 所 厚 生 課 長	
監 事	長 田 多 一	土 地 会 社 々 長	保 護 司
同	森 下 一 郎	不 動 産 売 買	保 護 司

2 市川市愛の運動協議会

引揚者の引揚促進・引揚者の援護を目的に昭和24年6月29日設立。(委員長内田安右衛門——商工会議所副会頭)

3 市川市留守家族会

未帰還者の引揚促進と留守家族相互の親睦をはかるために、昭和28年4月29日結成。(会長 丹内房子)

4 市川市未亡人会

未亡人相互の親睦・慰籍・救済をはかることを目的に、昭和25年10月29日設立。(会長山本ヒメコ—一市議, 日赤奉仕団委員長)

5 市川市戦没者遺族会

遺族相互の親睦と生活の再建をはかることを目的に、昭和27年2月17日設立。(会長内田安右衛門—商工会副会頭)

6 市川市中央生活協同組合

組合員の生活の文化的経済的改善向上をはかるために結成。(組合長 西前徳松) 事務所 菅野町1~51

7 若宮生活協同組合(組合長 大山直久) 事務所 若宮町3~285

8 八幡厚生会 生活品の廉価購入, 要保護者援助等を目的に昭和26年4月1日結成。(会長 加藤優) 事務所 八幡町1~285

9 日本赤十字社市川支部奉仕団(委員長山本ヒメコ)

10 市川市身体障害者福祉会(会長藤河義和) 26年8月設立。事務所 平田町3~118

11 市川市仏教連合会(会長小林智光) 9年11月発足。事務所 中山町3~561

12 国府台児童福祉の会

国府台町に住む児童の福祉をはかり, 災害防止・不良化防止・衛生保護指導のために, 昭和26年6月結成(会長 日比野弘道—西捷院住職・民生委員会々長), 下部組織として「国府台少年自治会」をもつ。

(7) 市川市教育委員会(八幡町 4~1339)

①教育委員長 広瀬安之(医師), 副委員長 大原留吉(新聞発行), 委員 山越高治, 岩間義定(医師), 古川智(医師)

②教育長 島津新治

③校長会

④学区組織 6 中学区, 13小学区

⑤特殊教育研究部会 29年10月設置, 部長会(二中)高橋幸夫, 委員(二中)鹿倉・中根,(真間小)塩野・宮沢, (市川小)眉山, (国立精神衛生研究所)菅野・玉井, (市川児童相談所)吉野

第12図 行政機関・教育機関分布図



- 官公庁
- 文学校・幼稚園
- × 駐在・派出所
- 校区

(8) 公私立諸学校及び幼稚園

1 市川市立学校

名 称	所 在 地	学 生 生 徒
一 中	国 府 台 1 ~ 1	1,036
二 中	須 和 田 2 ~ 347	773
三 中	曾 谷 22	544
四 中	中 山 3 ~ 45	933
五 中	大 野 2 ~ 1893	154
行 德 中	本 行 德 442	682
市 川 小	市 川 3 ~ 460	2,508
真 間 小	真 間 1 ~ 717	2,807
国 府 台 小	国 府 台 3 ~ 439	955
八 幡 小	八 幡 4 ~ 1233	1,858
中 山 小	中 山 3 ~ 20	2,937
平 田 小	平 田 3 ~ 1362	925
国 分 小	曾 谷 1529	580
宫 田 小	新 田 4 ~ 1306	755
大 柏 小	大 野 2 ~ 1877	368
大 町 分	大 町 2 ~ 1877	43
富 貴 島 小	八 幡 2 ~ 784	1,109
若 宫 小	北 方 3 ~ 463	1,016
行 德 小	本 行 德 3 ~ 3	1,043
信 篤 小	原 木 137	373
稻 荷 木 小	稻 荷 木 583	170
鬼 高 小	鬼 高 1 ~ 323	495

2 国立県立学校

名 称	経 営	所 在 地	学 生 生 徒 児 童
国 府 台 高 校	県 立	国 府 台 1 ~ 1	573
市 川 工 業 高 校	県 立	平 田 2 ~ 1462	675
東 京 教 育 大 国 府 台 分 校	国 立	国 府 台 1 ~ 1	26
同 上 附 属 ろ う 学 校	国 立	国 府 台 1 ~ 1	218

3 私立大学

名 称	所 在 地	学 生	学 長
東 京 歯 科 医 科 大	菅 野 6 ~ 1910	約 300	奥 村 鶴 吉
千 葉 商 大	国 府 台 1 ~ 373	約 300	森 志 久 馬
千 葉 短 大	国 府 台 1 ~ 373	約 100	森 志 久 馬
和 洋 女 子 大	国 府 台 1 ~ 1	約 60	稗 方 弘 毅
和 洋 女 子 短 大	国 府 台 1 ~ 1	約 100	同 上
昭 和 学 院 短 大	菅 野 3 ~ 1453	約 60	伊 藤 友 伸

4 私立高校

名 称	所 在 地	生 徒	校 長
日の出学園高校	菅野 5～194	37	近藤 時司
昭和学院女子高校	菅野 3～1459	480	伊藤 友作
市川高校	八幡 2～2076	443	勝見 豊次
国府台学院女子高校	菅野 6～234	355	平田 華蔵
和洋女子大附属女子高校	国府台 1～1	151	稗方 弘毅
千葉商大附属第一商業高校	国府台 1～373	391	森 志久馬

5 私立中学校

名 称	所 在 地	生 徒	校 長
日の出学園中学	菅野 5～184	141	近藤 時司
昭和学院中学	菅野 3～1458	1,086	伊藤 友作
市川中学	八幡 2～2076	762	古賀 米吉
国府台学院女子中学	菅野 6～234	475	平田 華蔵
和洋女子大附属中学	国府台 1～1	271	稗方 弘毅

6 私立小学校

名 称	所 在 地	児 童	校 長
日の出学園小学	菅野 6～1891	479	近藤 時司
昭和学院小学	菅野 3～1458	94	伊藤 友作

7 私立幼稚園

名 称	所 在 地	児 童	園 長
日の出学園幼稚園	菅野 5～170	200	近藤 時司
村井幼稚園	中山 3～60	110	村井 資長
聖マリア幼稚園	八幡 4～1273	167	松本 正雄
自然幼稚園	市川 5～105	95	石田 緋子
文化幼稚園	菅野 2～480	78	石渡 ヲ子

(9) 市川市PAT連合協議会

事務所 市川市教育委員会社会教育課内

会 長 大野正義(会社々長)

設 立 26年10月

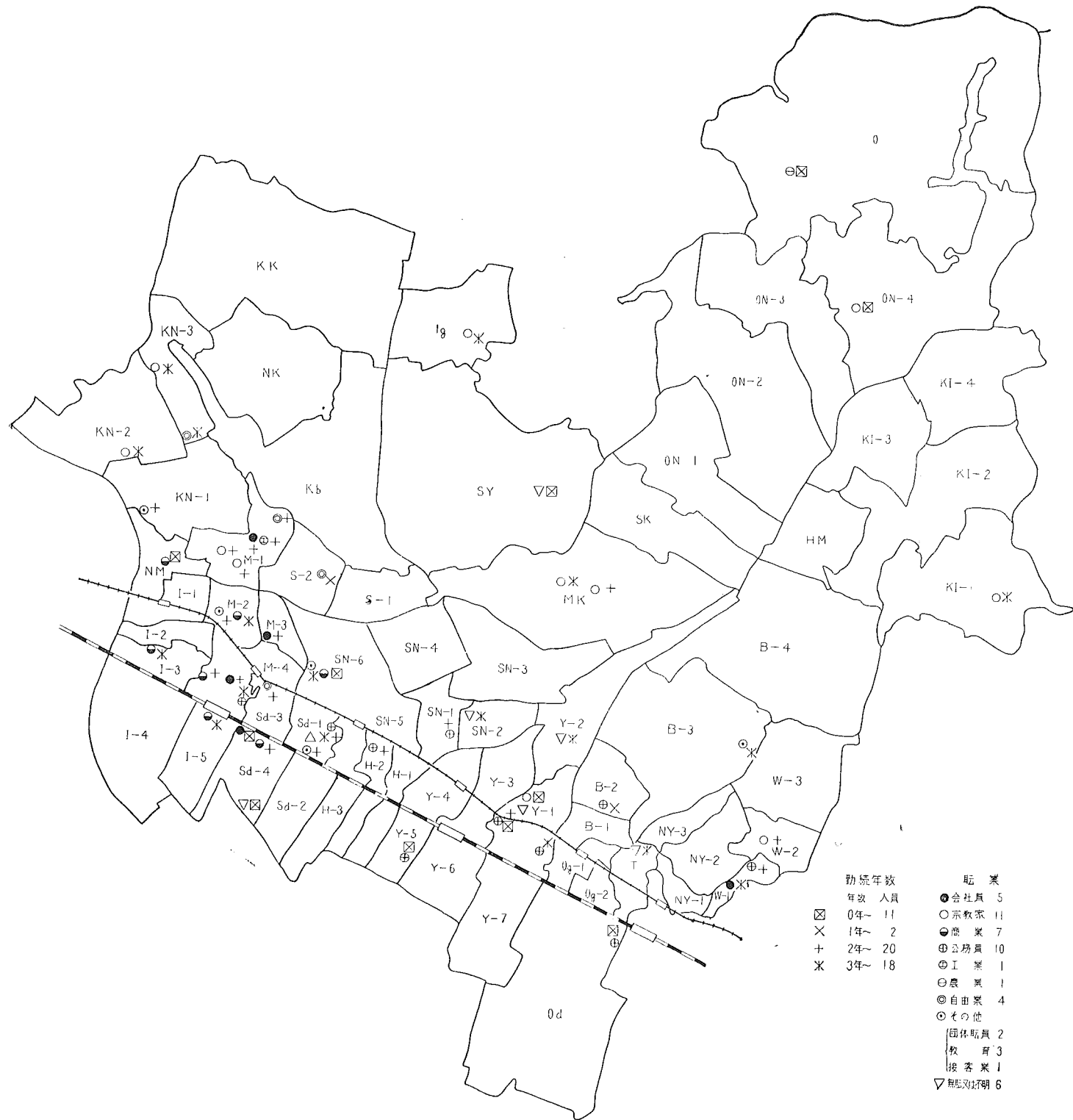
(10) 公民館(八幡 1～1758)

25年5月開設, 館長 中島弁智

(11) 日教組市川支部

21年3月設立, 委員長 小嶋好彦(平田小校長), 書記長 堀和夫(国府台小教頭)

第14図 保護司分布図



(12) 社団法人 善行会市川支部

昭和25年10月結成，市教育委員会に事務所をもつ。会長 古賀米吉一市川学園校長

(13) 青少年クラブ関係団体

- 1 ボーイスカウト日本連盟市川第一カブスカウト隊
市川5～105 自然幼稚園を事務所とする。指導者 石田弘
- 2 ボーイスカウト日本連盟市川第一隊
市川5～105 自然幼稚園を事務所とする。
- 3 いづみ日曜学校
高石神51，泰福寺内，指導者 影山堯雄
- 4 泰福寺信行会
高石神51 泰福寺内，指導者 同上
- 5 良寛友の会
鬼越2～250，指導者 山本東
- 6 市川市連合青年団
- 7 新田町青年団 新田1～212，新田町クラブ内（胡録神社境内），指導者 後藤一郎
21年8月3日結成
- 8 若宮児童文化会及び同後援会
若宮3～491 深野隆太郎方，25年3月25日結成

(14) 特殊教育関係の施設及び団体

- 1 市立真間小学校（精薄児特別学級）開設25年9月，児童数 19
- 2 市立第二中学校（精薄児特殊学級）開設24年4月，児童数 12
- 3 市立市川小学校（学業不振児促進学級）開設30年2月，児童数 10
- 4 市川市手をつなぐ親の会
事務所 市立第二中学校内，28年2月設立，会長 吉岡英夫，副会長 前川峯雄 赤間英夫
- 5 東京教育大学附属ろうあ学校国府台分校（再出）26年4月設立，校長 荻原浅五郎
生徒数 218（幼 28，小 105，中 35，高 50）
職員 85（教諭 52，寮母 4，事務 29）

(15) 更生保護関係

市川市地区を管轄する保護観察所は千葉保護観察所で千葉市にある。

- 1 保護司及び市川保護司会
28年10月現在 保護司52名（第14図参照）
市川保護司会事務所 市川市社会福祉事務所内，会長 監物正三郎

(16) 市川精神衛生研究会

26年9月設立，事務所 市川児童相談所内，精神衛生に関する有志の研究会

(17) 報道関係

社名	所在地
市川市民新聞社	市川町 5-1674
千葉新聞社	市川町 5-541
朝日新聞社	真間町 2-670
毎日新聞社	真間町 4-87
読売新聞社	市川町 3-3015
産業経済新聞社	市川町 5-584

○市川市議会記者クラブ 八幡1-548 (市役所内)

(18) その他

- 1 市川市商工会議所 市川5-1068 (会頭 塚本清三郎) 23年11月設立, 会員数 950
- 2 千葉県経営者協会市川支部 平田1-200 (会長 林磯吉 会員数800)
- 3 市川市地区労組 真間4-20
- 4 市川公共職業安定所 八幡5-651 (所長 金沢伍一郎) 昭和5年4月設置, 13年7月市営
- 5 市川職業補導所 市川5-1669, 洋裁・謄写・筆工の補導

他に各種の婦人団体・青年団・文化・娯楽・趣味・研究等々の団体があるが, 詳細は略すことにする。

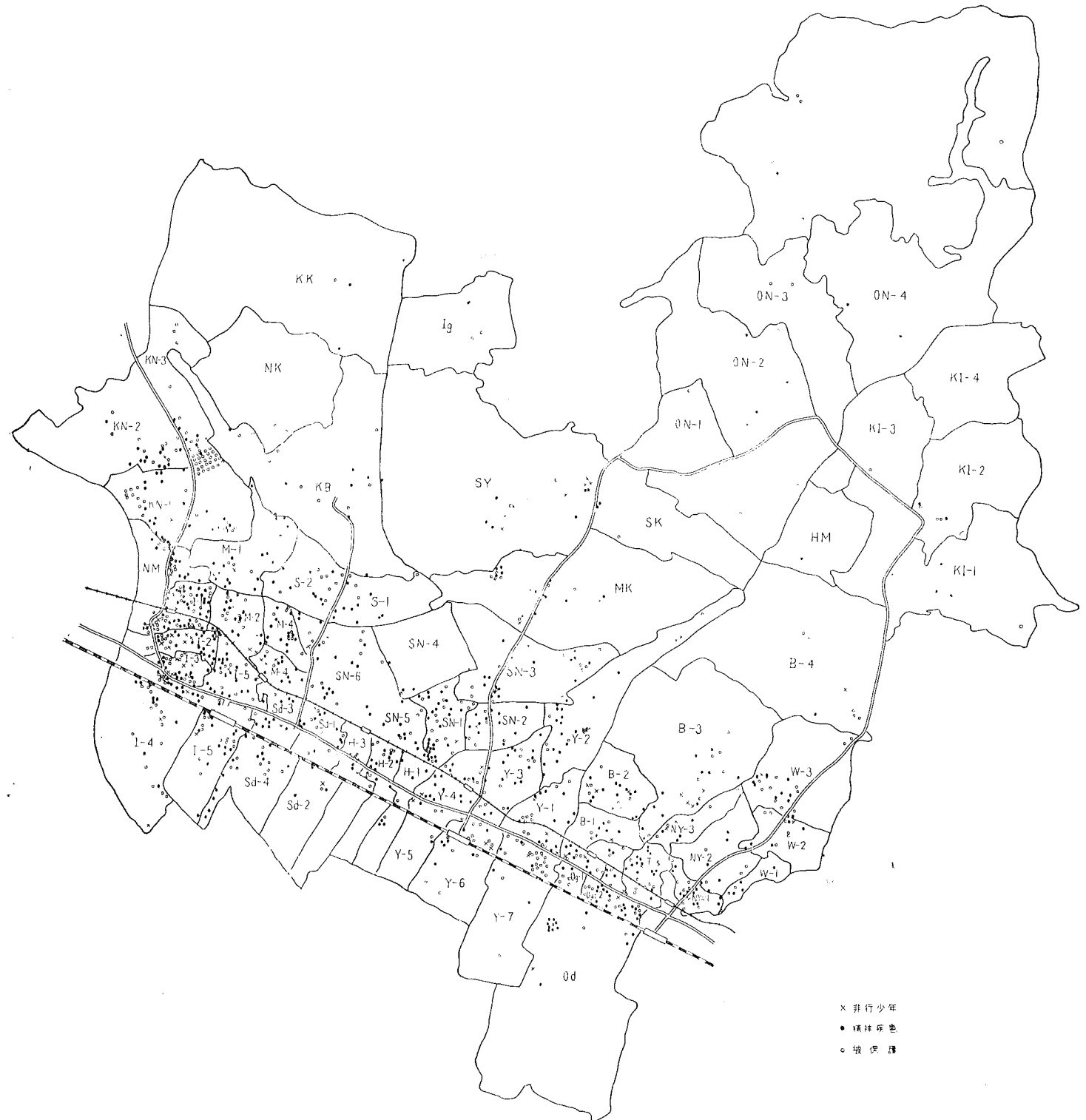
Ⅱ・4 市川市における精神衛生問題

精神衛生問題は社会的に顕在化し住民や関係者から自覚されているような問題と, 潜在化していて住民や関係者から自覚されず重要視されていない問題とがある。精神衛生問題は本来, 社会的には種々雑多の領域に括っており, 精神衛生以外の他の問題としてとりあげられるものもあり, また住民の生活様式や生活態度や社会的価値観体系などによって, 精神衛生問題として重要なものと重要でないものとの区別ができてくる。

精神衛生問題を C. O. の課題としてとりあげるためには, 地域社会や住民たちの精神衛生的ニード (要求) としてもりあがってきたものを, 「問題」としてとりあげることが第1でなければならない。それは, ニード解決のための C. O. であるからである。従って専門家や学者が第三者的にその社会を調査分析し, そこからその社会にとって解決すべき問題を引き出したとしても, それが C. O. のための社会的ニードであるということにはならない。いわば客観的科学的に把握され究明された問題も, それが地域社会によって住民たちによって「自分たちが解決すべき重要な課題であることを自覚し追認する必要がある, その課題の意味や重要性が自覚され追認されることによって, その地域社会のニードということになるのである。

ところで, 「精神衛生とは何か」「精神健康がどのように重要であるか」が充分理解されていない今日, 精神衛生上の問題を地域社会の「解決を要する重要ニード」であるという状況へ導くことは非常に困難なことである。むしろ今日では「精神衛生とはどういうことであるか」

第15図 社会病理関係総合図



「それがどのように重要な問題であるか」「その発生原因・発生基盤・発生過程はどのようなものであるか」などについて、住民一般に理解されるようにつとめるべき段階であり、精神衛生ということについての理解ができてはじめて、精神衛生に関する課題をC.O.のためのキーワードとして表明するようもりあげるようになるのである。だが、精神衛生の理解を高めるためには、具体的問題や実際ケースを通して、住民や関係者を教育し啓蒙することが必要であり、それが最も効果的であるわけであることから、やはり地域社会や住民生活に対して、客観的科学的に調査し、調査によって得たデータ（事実や問題）とそのデータの解決・調整・治療のための方法及びその経過・技術を通じて、精神衛生そのものの理解を高め重要性を認識させることになることを知った。

市川市についても、精神衛生の理解についての前提事情は上と同様の程度であるところから、まず市川市がもつ精神衛生的課題を科学的に第三者的に調査することとし、特に児童とそれに結びつく領域の問題から運動を展開しようとした申合せ（専門家たち関係者たちの協議による）に従って、市民に最も了解し易い問題として「青少年非行犯罪問題」を中心に調査分析することとし、次第に不良児・虞犯児・長期欠席児から、教室や学校での問題児に拡げてゆくこと、また、非行や犯罪のみならず、貧困・疾病・精神障害・自殺・能率低下などの主として成人や社会一般の精神衛生問題に拡大してゆくことによって、市川市の精神衛生の現状と性格を分析し、この分析究明しえたデータによって、市川市民や関係者たちを啓蒙してゆく、という方法・手段をとったのである。

なお、以下にのべる諸点の総合図として第15図を参照されたい。

(1) 青少年児童の非行問題

われわれは昭和29年3月以来、この問題の究明に着手した。問題究明の第1段階として、市川警察署管内の少年事件統計・市川児童相談所取扱児童相談統計について、数年間の傾向を分析し、ついで警察署少年事件のうち、昭和28年の「少年補導カード」に記載された補導ケースについて、出来る限り詳細な monograph (mapping) を作った。その項目の主なものは次の通りである。（但し残念ながら印刷技術の都合から、ここへはその一部しか登載しえなかった。）

- ①非行少年居住地分布図
- ②非行少年非行地分布図
- ③居住地からみた非行地分布図
- ④非行地からみた居住地分布図
- ⑤罪種別分布図（居住地・非行地のそれぞれと結びつけて）
- ⑥性と年齢別分布図（居住地・非行地）
- ⑦教育程度別分布図（同上）
- ⑧職業別分布図（同上）
- ⑨初再犯と単独集団の別による分布図

なお、これらのモノグラフは、市川・八幡・中山・大柏等の地区の差異を究明するために、地区別に整理・図示を試みている。

第2段の研究事項として、少年非行（警察）ケースについては1ヶ年分を追加し、昭和27年7月より29年6月までの少年ケースについて、（mappingによるモノグラフまでは作れなかった）前と同様な項目について66ヶ町別にケースを整理し、地区別特性を把握することにつとめた。

注 なお、これらの警察補導ケースのサンプル若干と、保護観察中の少年ケースについて、他方に同数のコントロールケースを中学卒業生中から選び出すことによって、比較ケーススタディーを実施する計画をもったが、残念ながら諸種の事情からこの実地研究にはいることができなかった。お世話になった千葉保護観察所と市川警察署および市川市教育委員会事務局に対して、心からの感謝と共におわびを申上げる次第である。

続いて、第3段の研究として、青少年問題に対する市川市民の態度や意見を調査し、市民の階層別関心度を知ると共に、青少年問題をめぐっての市民運動のあり方を検討することになった。

調査の方法・項目については、次の「調査票」の通りであるが、調査対象としては市の有権者名簿から市民（成人）を5地区（農、兼農、商、工、住）に層化し、5分の1のサンプルをランダムに抽出して、29年8月に訪問による聴取り調査を実施した。

青少年児童問題に対する市民の態度意見調査票（見本）

Q I あなたは今後、事情が許せば市川市にずっと長くお住いになるおつもりですか。

1. 肯 定 2. 否 定 3. 何ともいえない

Q II 毎日の新聞やラジオについて、市川市についてのニュースや事件があるかないかということに注意していらっしゃいますか。

1. 肯 定 2. 否 定 3. どちらともいえない

Q III あなたは市川市に住んでおられて、誰が市会議員になったとか、誰がなるだろうかということについて、注意していらっしゃいますか。

1. 肯 定 2. 否 定 4. どちらともいえない

Q IV 子供は親の意見に従うべきであるとか、子供はいつまでも親の考え通りになるものではないとかいう考え方がありますが、あなたは親の立場に立った場合、自分の子供があまり好ましくない相手と結婚しようとしているときには、これに対してどうなさいますか。

1. 絶対に思いとどまらせる
2. いろいろ調査した上で、親戚その他から故障が出そうな事情があればやめさせたいと思う
3. 子供の考えや、やり方がまじめであれば、少々難点があつてもこれを認めてやりたいと思う
4. 子供の自由意志にまかせて、それに従つていこうと思う
5. (その他)

Q V あなたはご自分のお子様（特に長男に対して）には、どんな職業や地位についてほしいと思ひ

ますか、その理由もおきかせ下さい。(子供の自由意志にまかせるという方も一応考えて下さい)

1. 商人
2. 芸術家
3. 大会社社長
4. 大臣 (政治家)
5. 司法官
6. 大会社技師
7. 職人
8. 農民
9. 安定した会社員
10. 科学者
11. 芸能人 (俳優, 落語家, 軽音楽家等)
12. ()

Q VI 子供が健全に育つためには家庭教育や、しつけの仕方が大切であるといわれているようですがたとえばあなたがからだや気持ちが大変疲れていたり、いらいらしているような時に、あなたのお子様 (満6才位) ——お子様のない人はあると仮定して——が、一寸したおもちゃを「今すぐどこそこへ行って買ってきてほしい」と、しきりにねだってきかないようなことがあれば、あなたは次のどれをとりますか。

1. 叱りつけてやめさせる
2. 何とかいいきかせて次の機会まで待たせる
3. 結局は子供のねだりにまけてしまう
4. どんなときでも何とかして買って与えたい
5. 子供のいい分をよくきいてみて、それがわかままや無理でないことがわかった時には、なんとかして買い与える
6. (その他)

Q VII あなたの住居の近くに、附近の小さな子供達をそそのかして、家からいろんなものを持ち出させるような困った少年 (中学2年位) がいるとすれば、あなたはその少年に対して次のどの態度をおとりになりますか。

1. 自分とは関係のないことだからそのまましておく
2. 少年の親が反省しないことには、どうも仕方のないことだから、そのまましておく
3. 近所の子供や家庭が迷惑するから、警察が学校へ申し出る
4. 近所の子供や家庭が迷惑するから、その少年の家庭へ注意に行く
5. その少年にとって何か深い原因や事情がある筈であるから、みんなと一しよにその原因や事情をよく調べて適当な対策を立てたい
6. その少年は気の毒でならないから、自分が遊び相手になつて出来るだけ善導してみたい
7. (その他)

Q VIII 市川市では20才以下の青少年達による犯罪不良事件は、最近目について多い方でしょうか。

1. 多い
2. 少い
3. どちらともいえない
4. わからぬ

Q IX 青少年達 (特に中学生以上) が犯罪をおかしたり不良行為をしたりする原因や事情はいろいろあると思われませんが、その原因は、次にあげるものの中で最も大きい (最も多い) と思われるものはどれでしょうか。

1. 家庭が貧しくてほしいものが十分に手に入らないから
2. 親や保護者が青少年の心の動きに無関心であるから
3. 不良の仲間や友人がいるから
4. 青少年達が自分の将来に明るい希望がもてないから
5. 一時の出来心や好奇心から
6. 青少年達自身の性格がゆがんでいるから
7. 映画や不良雑誌などの悪影響が強いから

8. (その他)

Q X 犯罪少年や不良少年の発生防止や暖い補導が大切であるといわれていますが、市川市では今日までにこれについてどんな運動や対策活動が行われてきたでしょうか、思いつくままに答えて下さい。

Q XI 犯罪少年、不良少年が善良な市民になってゆくためには、その本人も、家庭も、近隣も、社会も、それぞれ努力しなければならないようですが、これらの中でも特に次のどの種類の活動が大切でしょうか。

1. 両親や家庭
2. 本人の意志や努力
3. 友人や近隣の環境
4. 社会的制度やしきたり
5. 犯罪不良少年を指導する立場にある人
6. 本人の職場
7. 世の中の経済事情

Q XII 青少年の補導や教化のために全国各地には次のようなものがおかれています。ご存知でしょうか、以前から知っていたものをあげて下さい。

1. 児童相談所 (十士一)
2. 児童委員 (十士一)
3. 児童福祉司 (十士一)
4. 保護司 (十士一)
5. 社会教育委員 (十士一)
6. 警察防犯係 (十士一)

Q XIII 次にあげる団体や機関は、青少年の補導や教化のために必要なものであるといわれています。これらの中で特に活発な活動をしてほしいと思うものを3つ選出して下さい。

1. 公民館
2. PTA
3. 児童遊園地
4. 青年団
5. 各種研人会
6. 教育委員会
7. 小中学校
8. 少年団、子供会
9. 幼稚園、保育所
10. 警察防犯係

Q XIV なんでもないようなことについて、いつでもすぐかっとして、いきなり物をなげつけたり、おこり出したりするような人が、もしあなたの家族の中にいたとしたら、あなたはこの人に対してどんな態度をとるでしょうか。

1. そつとしておけばおさまるだろうから、あまり心配しない
2. 人生にはこんなことはありがちなことだから、別に問題にすることはない
3. 家族全員でその原因や事情を調べて、いたわつていきたいと思う
4. 心配だから、新教師やうらない師のところへ相談にゆく
5. これは捨てておけない病気であると思うから、専門医に相談してみる
6. 一日も早く治るように、自分が親身になつて世話をしたいと思う
7. (その他)

Q XV 最近の新聞の社会欄には失業、破産、一家心中、強盗、傷害など暗い事件が多く、なんだか希望のない時代であるといわれるようですが、今日のわれわれ国民生活をもっと明るい希望のある状態に切りかえてゆく必要があるとお思いになりますか。

1. 肯定 (十 一)
2. 否定 (十 一)
3. よくわからない

Q XVI 今日の国民生活を少しでも明るい希望のある状態に切りかえるためには、次のうちどれが最も必要であるとお思いになりますか。

1. 今の政治家がもつと国民生活を真剣に考えるようにならなければならない
2. 国民生活の改善についてわれわれお互いがもつと熱心にならなければならない
3. 偉大な英雄や政治家が出なければならぬ
4. 日本国民がどんだん海外(国外)に進出できるとか、日本商品がどしどし輸出できるようにならなければならない

5. (その他)

QXVII 誰でも暮しに困るものに対しては、国家は公の経費によってその人達の最低の生活を保障するという制度があります。これは国民にとって当然の権利として憲法にきめられています。あなたはこの制度の考え方(制度のあり方)に心から賛成していらっしゃいますか。

1. 賛成(十) 2. 反対(十) 3. よくわからない

QXVIII われわれわれの生活には身体の健康と共に、精神の健康が必要であることは当然のことですが、心の健康や精神の健康を増進させるために近頃「精神衛生」ということばを用いるようになりました。あなたは「精神衛生」ということばを今までにどこかでお聞きになったり、文字をご覧になったことがありますか。

1. ある(時、場所、誰から、何から) 2. ない 3. よくわからない

さて、われわれの研究の出発は、市川市において特に青少年児童の非行問題が重要であり特徴のある問題であるからというのではなかった。われわれがこれを取りあげた理由は、①青少年児童問題は市民全体が関心をもち易く理解し易い問題であること、②青少年児童問題対策が市川市の中で組織的有効的に実施されていないこと、③市川市の中でも地区的に階層的に、非行事実と問題理解との間にズレがあること、④市川市が教育問題について関心度が高いといわれていること、などがそれであり、特にわれわれとしては、青少年児童の非行問題についての地域差を究明することによって、地域的性格の差異(担っている精神衛生問題そのものの差異と地域の社会的性格の差異との両者を合せて)に応じたふさわしい C. O. のあり方を究明することになった。

ところで、青少年非行問題を中心とするこれらの研究は、一応の結論を引き出すことができたのであるが、本稿では枚数の関係からこれを割愛し、他日別稿において詳細を取りまとめ発表することになった。それにしても、以上の研究による結論の中から、問題点の概要を拾うならば次の通りである。

(I) 青少年非行分析から

- ①非行率は東京都や大阪市に比較して半分程度であること。
- ②罪種では「せつ盗」があつとりの多く、性別では殆ど男子、年齢では18~19歳がピークであること。
- ③職場を転々とする不安定職業の青少年と、中学生及び小企業や不安定企業に従業し労働する青少年(年少工具)、或いはそれらの企業に従業する者の子弟に、問題が多く発生していること。
- ④市川・八幡・中山・農村の各地区にそれぞれ検討すべき問題があるが、特徴としては市川地区は都内江東地区の影響があり、農村地区では非行率は低いが累犯非行がめだつこと。

(II) 態度意見調査から

結論的なものについて、めだつ傾向のものを拾いあげると、①青少年児童の不良化対策や補

導保護のための施設・機関・活動が殆んど知られていないこと（例えばQⅦにおいて、児童福祉司や保護司・児童委員の存在をあまり知らない）②青少年問題対策として期待することも少ない（例えばQⅩⅢにおいて、40%の人々が警察防犯係やPTAに期待しているという程度）③但し、青少年非行の主要原因を「親や保護者が青少年の心の動きに無関心であるから」とのべ、④非行少年補導や予防のためには、「両親や家庭」が努力し活動しなければならないと答えている。

要するに、市川市民は教育についての関心度が高いといわれている割合には、青少年児童の非行問題や予防・対策補導については、あまり高い関心を示していないことが指摘せられるのである。

（２）精神障害者及び自殺の問題

これは主として国立国府台病院神経科医長加藤正明氏（現・国立精神衛生研究所心理学部長）と同病院ソーシャルワーカー森三郎氏の研究になるものである。（なお、28、29年当時はこの2氏はわれわれの研究委員会の研究協力者であった関係から、この研究成果を今後のわれわれの精神衛生活動の資料として借用したいと考えている。）

研究結果の詳細は別に報告をまつとして、その大要をみると、まず、精神障害者については、シカゴ市の研究にみられるように、市内の人口移動の高い地区・繁華街・工場労働者居住地区などに分布度が高いようであるが、シカゴ市における程明瞭な特性がみられず、住宅地区や農業地区にも高い分布を示すところがあった。（1）

次に、自殺については既遂・未遂を含めて、20才台と50才以上にピークがあって外国の例と異なり、自殺場所から考えると市川市の観光地的特性が現れており、また、市川市民の数が外来者（市川市以外の居住者）のそれより多いのは、予想と反するところであったという。（2）

（３）生活保護からみられる問題

29年4月現在、被保護者1,589人（502世帯）を世話する市の福祉事務所の資料を詳しく分析するとによって、市川市の生活保護者の特性を捉えようとした。これについて概要をのべると、市川市の保護率は千葉県全体や全国平均に比べて低いが、扶助種別の内、医療扶助が圧倒的に多く、その6割は呼吸器系統のものである。これは市川市が医療療養施設を数多くもっていることが大きい原因といわれている。男世帯では傷病者世帯が多く、女世帯では日雇内職のものがめだっており、労働力をもつ世帯は男世帯で37%、女世帯で46%を占めている。

（1） 加藤正明他10名「小都市における精神障害者の生態学的研究」医療（9の4）、1950年及び国立精神衛生研究所編「精神衛生資料」第4号（P.15～P.22）等参照。

（2） 同上「精神衛生資料」第4号（P.72～P.76）参照。

Ⅲ 精神衛生問題をめぐる地域組織活動とその経過

Ⅲ・1 精神衛生モデル地区市川市の選定と組織活動への胎動

〔精神衛生モデル地区実行委員会の結成〕

当研究所が昭和27年2月開設されるその前から、研究所の創設に努力した関係者の一部や国立国府台病院幹部などの間で、「市川市に研究所が設置される以上は、市川市を精神衛生のモデル地区として、地域社会の精神衛生問題の究明や、その解決のための活動を進めようではないか」という意味の意見が出されていたらしい。(もちろん、これは非公式私的な話であって、その目的、方法、理論的背景などの検討まで進んでいなかったであろうが、モデル地区研究の考が研究所誕生以前からあったことについては、名古屋大学教授村松常雄医博<精神衛生研究所顧問、もと国立国府台病院院長>や、市川市社会福祉協議会理事阪井泰俊氏などの説明によって推察される。)

当研究所において、この研究課題「モデル地区設定による地域社会の精神衛生管理の方法に関する研究」が、総合研究として正式に公式に採択されたのは、昭和28年度の初めであった。さし当りこの研究を当研究所全員による継続的総合研究として、既述の通りの5名が研究担当者として指命された。

モデル地区の選定については、当初から「市川市」が予定されていたわけではなく、千葉県内で研究推進上の好適地を自由に選び出すことにして、主に横山(筆者)が中心となって千葉県社会福祉協議会事務局をはじめ、県下や関係者の意見を探り集め、これらの情報を診断した結果として、①地理的・交通的条件(研究所の地元であり、地元へのサービス活動を考えるべきであるとして)、②経済的・財政的条件(研究所の財政と予算費目からみて出張旅費、交通費、出張調査費、調査員雇上費、会合費などに相当額の出費が困難である——従って研究所の近辺である必要がある)、③精神衛生関心度の条件(市内に精神衛生に関連する社会資源が多く、特殊教育などについての市民の関心度が高い)④地域的規模の条件(研究や実際活動を進める対象としては、地域的規模が大きすぎではやれない)などの諸条件から、実験研究のためのモデル地区としては、市川市が最適であるとの結論に達した。

なお、最初横山が千葉県の社会福祉協議会を訪ねたのは、この種のモデル地区運動はいわゆるC.O.の原則に則ってやるべきであるとの考があったのと、社会福祉協議会はC.O.を原則にして結成されたものであり、且つ下部組織として、県内の郡・市・町村・部落などの活動や組織の事情、地域社会そのものの事情を知ることができる、と思ったからである。

当研究所として市川市をモデル地区にすることを決定した後も、市川市の関係者全般に対して、正非公式に呼びかける前に、本来C.O.をねらいとして発足した市川市社会福祉協議会(市川市社協)とその事務所の所在地である市川市社会福祉事務所へ出かけて、モデル地区運動の可能性を打診し、市川市内関係者への提案の仕方を検討した結果、市川市社協がC.O.を原

則とするたてまえから、市内各関係領域や関係団体の代表者をもうらしての役員構成をもっている、このことは精神衛生の問題についても踏襲することができると考え、市川市社協の役員全体に対し個別に当研究所長名をもって、「来る（28年）8月25日、精神衛生モデル地区活動の実施方法につきご意見を拝聴したい……」の招待状を発し「市川市精神衛生モデル地区」実施のための準備懇談会をもった。

モデル地区実施の準備懇談会

日 時 8月25日（午後2時～5時）於国立精神衛生研究所講堂

出席者 15名（他に研究所より数名）

出席者内訳

市川市議会議員	4 名
教育委員・教育長	2 名
校長・教員	2 名
市川児童相談所	2 名
社会福祉事務所	1 名
保護司・民生委員	2 名
民間社会事業	1 名
新聞報道	1 名

講 演 「精神衛生について」

児童精神衛生部長 高木 四郎 氏

配布資料 ①国立精神衛生研究所要覧

②雑誌「精神衛生」2号及3号

③精神衛生モデル地区実施要綱案（試案）（1）

協 議 「精神衛生モデル地区実施について」

この懇談会では、参加者は精神衛生のめあたらしさに興味をもったが、「精神衛生」ということがよく理解できないからまずそれについて啓蒙してほしいこと；児童関係からとりあげてゆくとするならば、学内の問題行動児・不良児の問題についてとりあげること；この種の運動には国家の援助が必要であること；実行委員会を作りあげ事務局というものをもたねばならないこと；などが話題となり、結局当日出席者に実行委員を委嘱、数人に幹事を委嘱した。

（1）なお、精神衛生モデル地区実施要綱（試案）は、その後者若干補正されて次頁の要綱案が出来た。

精神衛生モデル地区実施要綱案

1. 目的及び趣旨

地域社会における精神衛生諸問題の分析及び対策に関する研究をなし、その地域社会の精神的健康の増進に寄与するため、一定地域を選定して、精神衛生モデル地区と呼び、地区の自主的活動のもとに、これを実施推進しようとする。

2. 選定地区

28年度は第1候補地を「市川市」とする。

3. 実施期間

第1期を2カ年とし、第1期の成績如何によっては適宜に期間を延長するものとする。

4. 実施方法の原則

所謂「社会福祉協議会活動」community organization の原則に従うことにつとめ、地区内の市民関係機関、関係団体の代表によって構成された「実行委員会」(仮称)を中心に運営推進する。

5. さし当りの活動領域

精神衛生の課題や領域は、市民の日常生活の中に多面的に複合的に存在するものであるが、さし当り、児童及び家庭(学校及び近隣関係を含む)の精神衛生諸問題(注)に主眼点をおき、次第にこれ以外の問題に拡充発展させてゆくものとする。

注 日常の社会生活にうまく素直になじめない児童や家庭をいう。例えば ①家庭や学校を喜ばない、学級でいやがられている、遊び仲間に入れない、手癖がよくない、ような子供、②精神薄弱児、精神遅滞児、③親子のそりがあわない、極端な方針をもつ家庭、相互に仲が悪いような家庭などをいう。

6. 具体的活動内容または事業

(1) 精神衛生思想(知識)の啓蒙普及活動

- (イ) 講演会、座談会、映画スライド会等による活動
- (ロ) ケース研究会、共同研究会等による活動
- (ハ) 展覧会、移動展示会等による活動
- (ニ) 新聞、ラジオ、広報機関等の活用または委嘱による活動
- (ホ) パンフレット、小冊子、ビラ、ポスター等による活動

各種啓蒙活動は、各機関、団体の首脳部、第一線の直接関係者からはじめ、次第に住民全般に及すように配慮する。啓蒙普及のための集会は地区内の各種施設や機関を利用して、少くとも毎月1回以上開催する。

(2) 「精神衛生センター」または「モデル施設(校)」の設置

- (イ) 精神衛生センターの設置

地区精神衛生活動の実際的拠点として、地区内の適当な施設（教育、社会福祉の施設等）を委嘱して、ここに「精神衛生センター」を設置し、この施設内外の精神衛生問題に対して実際的活動（注）を実施する。このセンターには、センター運営を担当する各種委員のもとになるべく適切な専従職員を配置し、その活動にあたるようにする。

注 実際活動の例として ①モデル施設や精神衛生相談室の運営、②子供会、家庭懇談会、老人や病人慰安会など、クラブ活動の指導または協力など、をいう。

(ロ) モデル施設（モデル校）の設置

精神衛生活動に必要な知識と熱意をもつ施設または学校を指定して「モデル施設(校)」となし、特に精神衛生活動を推進するように協力する。

なお、モデル施設（校）はなるべく、精神衛生センターの活動可能範囲の地域内に存在するものである必要がある。

(3) 精神衛生問題に対する相談、助言、対策等の奉仕活動

(イ) 個人または家庭或いは関係の機関施設団体より持ち出された問題に対する相談協力

(ロ) 精神衛生の知識と技術に関する訓練・指導またはこれに対する協力

(ハ) 精神衛生問題についての現地調査等をねらいとして、右のセンター及びモデル施設関係機関等を足場として、次のような精神衛生活動を行う。

① 精神衛生相談室の設置によるもの

② 巡回出張を目的とする精神衛生相談班の設置によるもの

③ 各種調査班の設置によるもの

(4) 地区内の精神衛生に関する実態把握とその対策についての研究

例えば ①学内の問題児、不適応児 ②家庭及近隣社会における問題児・非行児及び不良児、③問題を持つ家庭及び近隣社会、④犯罪・非衛生・貧困・浮浪等の社会病理現象、⑤精神薄弱児、⑥その他各種精神障害者、等々。

(5) 関係機関団体及び専門家並びに関係者の分布とその活動状況の調査

(イ) 学校、幼稚園、保育所、公民館、病院、保健所、児童相談所、福祉事務所、特殊学級、行政機関、教育委員会、警察、社会福祉施設等の諸機関及び施設

(ロ) P T A、婦人会、青年団、子供会、少年団、民生委員会、保護司会、宗教団体、社会福祉関係団体等の諸団体及び組織

(ハ) 医師、保健婦、教師、養護教諭、保母、警察官、保護司、民生委員（児童委員）、看護婦、助産婦等の関係者

(ニ) 各種機関及び団体等の役員

(6) 地区の構造並びに社会的経済的文化的特性に関する調査

(イ) 地区全体の構造及び特殊 (ロ) 地区内の特徴ある地域

(7) 精神衛生対策の社会的組織的実践活動

提示された精神衛生問題に対する対策の内、特に地区全体の問題として、世論を背景にした社会的組織的実践活動を必要とするものがある。これに関する実際の活動方法の検討とその実践活動とを進める。

7. 実際運営のための組織

(1) 実行委員会及び協力委員会（何れも仮称）の設置

実施運営の中心を「実行委員会」となし、市民、各種機関団体の代表者によってなる委員会を結成設置する。委員は「実行委員」と「協力委員」とに分ける。実行委員は、各種機関団体、地区組織の長、または、代表者の中より選任する。実行委員の下に、実際活動について率先協力する協力委員をおく。

実行委員及び協力委員は、それぞれ何れかの活動分野を担当し、責任感を持ってその企画、運営にあたる。但し運営の責任は、実行委員会にあるものとする。

実行委員会及び協力委員会はそれぞれ長1名、副若干名をおき、全委員に何らかの専門係を委嘱する(必要に応じて専門委員会を組織する)。専門の係としては、一応次の如きものか考えられる。

①学校（小・中・高）、②幼児教育（保育所、幼稚園）、③社会教育（青年、成人、婦人等）、④児童福祉、⑤更生保護、⑥保健衛生医療、⑦社会福祉、⑧広報連絡、⑨会計経理、⑩書記

(2) 小地区委員及び地区委員会の設置

地区を数区の小地区に分け、それぞれの小地区を担当する「小地区委員」若干名（内1名を常務とする）を委嘱し、小地区内の問題は、小地区委員（小地区委員会）の協議と実践によってとりあげ、小地区活動に挺身する。

小地区内にセンター及びモデル施設のある時は、これらを活動の拠点とすることはいうまでもない。

小地区委員は小地区住民より選定するが、男女、年令、職業、階層等においてバラエティを持つように務める。小地区活動は必要度の高い地区から順次発足する。

小地区委員の全員によって、小地区委員会を組織する。各小地区委員会の代表若干名によって「全地区総合委員会」を組織し、小地区相互の連絡調整協力にあたる。

小地区総合委員会の代表若干名は、市民代表として実行委員に加わる。

8. 運営上の問題点

(1) 実施については市当局、市議会をはじめとして、各種機関団体や地区有志の自発的支持と協力を前提とする必要がある。従って活動に必要な計画の作製、人的物的資材の供出については、実行委員その他有志の自発的な協力が得られるように配慮すべきである。

- (2) 地区内各種の、新聞、広報、連絡の機関とは積極的に連携を保ち、その支持が得られるように務める。
- (3) 地区内各種の機関、施設団体、人物等との連絡を密にし、円満な社会的組織的活動として発展するように務める。
- (4) 必要な経費、予算等及び財源については、実行委員会において立案推進する。

以上

ついで、この運動実施に対して地元市川市長の協力支援を必要とするので、翌9月初め、当研究所長と横山は市長(深谷氏=現市長)と面会懇談した結果、「市の社会教育と結びつけて推進させるがよからう、大いに協力したい」という市長のこたばを得たので、この旨を実行委員に連絡し、モデル地区運動が展開されることになった。

Ⅲ・2 モデル地区の推進と調査活動

〔モデル地区運動の推進と停滞〕

モデル地区推進のための実行委員会が結成され、市行政当局や市内有力者や精神衛生関係者の協力体制ができ、C.O.を原理とする地域社会の精神衛生運動を展開することにはなったが、実際には次のような障害や問題があり、これらを克服して、あるべき運動を展開し自主的な市民運動へもってゆくにはどうすればよいか、当面の活動方針や活動方向及び順次に手がけてゆくべき実施企画はどうあるのがよいか、など、モデル地区運動推進の前途は容易なものとは思われなかった。

克服すべき障害または問題というのは、主に次の通りであった。

- (1) この運動が財政的裏付けをもっていないこと。
- (2) この運動推進のための事務局を欠いていること。
- (3) この運動について、地元からの社会的要望がもり上っていないこと。
- (4) 関係者はそれぞれ多忙な本務やその拘束があり、この運動に専念できる人物がいないこと。
- (5) 当研究所が呼びかけた関係上、研究所の一方的推進になるか、研究所の外郭団体的性格をもち易いこと。
- (6) C.O.を原則とするこの種の運動の進め方について、専門家やベテランはいないこと。
- (7) 精神衛生について、及び、精神衛生の地域社会活動について、地元の有力者関係者専門家たちがまだまだ十分な理解をもっていないこと。
- (8) 行政上の関係者(主に行政官吏)も、精神医学や社会学などの研究家や実家も、この運動の意味を正しく理解していないこと。
- (9) 当研究所内部について考えても、協同研究や協力運動のあり方が確立しておらず、この種の研究や運動の必要性の理解はまちまちであること。

(10) 運動提案者である研究所の予算構成から考えると、出張調査費・謝金賃金・啓蒙普及用経費などの出どころが殆どないこと。

ところで、予算や財政の裏付けが明確でなかったこと、地元関係者の理解が不十分でニーズも明確でないこと、専任で推進役を買って出る人がないこと等については、予め当然われわれ研究委員会においても知っていたし覚悟していたのであり、これらの諸問題の基盤は精神衛生とということの理解の困難さや、日本人の生活様式や生活態度などにあることについても、一応の理解をもっていたのであるから、以上のような障害は当然克服すべき当面の第1課題であり、或いは最終までつきまとう問題であるかも知れないのである。

そこでわれわれ委員会としては、さし当り次のような活動方針をもつことになった。

- (1) 実際的には研究所が推進力の役目を引受けること。
- (2) モデル地区研究委員会へ適宜専門家の出席を求め、共に研究と推進の企画をねること。
- (3) 精神衛生の実際活動は、精神衛生の知識技術の啓蒙普及教化指導に重点をおくこと。
- (4) 実際活動領域を当分の間、児童・家庭・学校・近隣に置き、教師・保母・民生児童委員・保護司などに対する研究会・講習会の活動を毎月のように実施すること。
- (5) 学校・学級・福祉施設・地区などで、精神衛生モデルセンターが生れるよう働きかけること。
- (6) 市民を直接にねらう前に、精神衛生に関係の深い領域の人々に働きかけること。
- (7) 市民運動・自主的地域運動とするために、関係者や専門家たちの連絡協調につとめること。
- (8) なるべく経費のかからない問題や方法から着手して、まず何らかの業績を生み出すこと。
- (9) 研究所において、有能な臨時職員を1名雇入れ、coordinator の役割を担当させること。(記録・連絡・企画・情報蒐集などの仕事を含む)
- (10) 半カ年乃至1カ年間の実施プログラムを作り、これについて関係者や実行委員の確認と協力が得られるようにしておくこと。
- (11) 活動推進上において分科会の必要があれば、適宜設置すること。

このような基本方針に従って、次のように実際活動が進展した。

- (1) 渡実実(八幡学園)吉野正夫(児童相談所)加藤正明(当時、国府台病院)の各氏に、適時に研究委員会に出席を求め、研究や実際活動についての意見開陳・討論を願った。
- (2) 29年末まで(1カ年余)の実施プログラム案を作製し、①学校教師・保母・保護司・民生児童委員などに対する研究会・講習会を各部それぞれ2カ月に1回、全体としては毎月2つずつの集會と、時々実行委員会を開催する、②学校学級・幼稚園保育所内の問題児や特殊児の調査研究、③市川市の社会経済的精神的な地域分析調査活動など、を適宜もりこんだ。
- (3) 研究資料をまとめ、運動の企画原案を作製し、地域社会内の関係者の間を coordinating するところの、専任臨時職員を雇うことについては、研究所予算の費目に該当項目がないことと、臨時職員採用の必要性について直接の経理担当者に十分の理解をもってもらえなかったところから、遂に coordinator 雇入れの件はうやむやとなった。

このようにして、研究所内の coordinating さえも充分でなく、地域精神衛生研究の重要性が十分に認識されない段階においては、有能な coordinator を持つことが許容されないことから、この種の運動の急激な展開や、一般市民及び関係者をなっとくさせ満足させるような、目についた効果をあげることはまことに無理なこととなった。しかも先に作製した実施プログラム案は有能な coordinator をもつことを前提として作られたものであるから、この案の実施は coordinator がえられるか、関係者間の体制が大きく前進するか、の何れかが実現するまでは不可能となってしまった。(2)

以上の障害で思わぬ日時が経過したが、12月7日研究所において実行委員幹事会と研究委員会とを同時に開催し、次のような具体的方法が論議された。

- (1) 学校内の精神衛生問題を調査するについては、やはり教師の理解と関心がなければならず、調査の前に教師の教育を直ちに実施すること。

この具体的方法としては ①講習会形式 ②認定講習の形式(児童心理・教育心理などの科目に入れてもらう)、③校長会の席上で提案し、校長先生方の啓蒙からはじめる、④PTAの連絡協議会にうったえる、などの方法をとる。

- (2) 現在、民生委員会は地区毎に毎月1回あり、出席率はよいから、この機会を利用すること。委員たちの間で問題になっているものは、児童に関しては長欠児問題・貧困家庭問題などである。

具体的方法としては、まず民生委員委員会の会長(日比野氏)に連絡し依頼する。

- (3) 公民館の成人講座に組み入れて行く。現在、成人講座は年2回あり、科目は料理・裁縫・美術など

民生児童委員・保護司の講習会

1. 主催 国立精神衛生研究所及び市川市民生委員会
2. 期日 29年1月27日 午前9時半—午後4時半
3. 場所 国立精神衛生研究所講堂
4. プログラム
 - (1) 主催者代表挨拶
 - (2) 精神衛生について—精神衛生に関する一般的知識を具体的に分かり易く— 心理学部長 井村恒郎
 - (3) 児童問題と地域社会—児童問題を精神衛生の問題として扱うに際して理解しておくべき
地域社会や一般の社会的問題について— 社会学部長 横山定雄
 - (4) 児童ケースの診断と治療—児童ケースの精神衛生的取扱方法について、具体的詳細に解説—
児童精神衛生部技官 菅野重道
 - (5) 問題児童ケース研究会及び自由座談会—非行少年ケース事例— 保護司 土岐 中
(司会) 社会学部技官 平賀 孟
5. 出席者

市川市民生児童委員 25名	船橋市民生委員 6名	市川市保護司 4名
市川市社会福祉主事 4名	市川市児童相談所 1名	八幡小学校教員 1名
県立生実学校 1名	市川市役所職員 2名	千葉市某私立幼稚園長 1名

(2) 出発早々に遭遇したこの障害については、反省分析すれば種々の問題が引き出され、それ自身重要な課題を含んでいるものであるが、ここではそれにふれないことにする。

が主であり聴講者は母親が多い。

この協議の内、(2)の民生委員会とタイアップする件は、日比野氏を通じて問題が急に具体化し、1月下旬研究所において、「民生児童委員・保護司に対する精神衛生講習会」——前頁参照——を開催することとなった。

この講習会によって、精神衛生の知識及び技術について、出席者は大いに得るところがあったようであるが、研究所の考える「サイコダイナミックス psycho-dynamics の考え方」は、まだまだ理解されなかったようである。今後は民生委員会の地区別集会に出席したり、事例研究会を開催することによって、精神衛生の知識技術を身につけること、研究所の技能を適宜活用すること、などを話しあった。

これに先立ち、過日の委員会の決定方針に従い、校長会と連絡をとるため、28年12月に市川市教育委員会と打合せを行い、特に教育委員長岩間氏を訪ねて、学校及び教育の場へ積極的に精神衛生知識技術を注ぎこむことを協議したが、その初段階として29年の新年校長会に出向いて、校長諸氏にうったえることを申し合せた。

市川市立学校長会議への働きかけ

1. 期日 29年1月13日午後
2. 会場 市川市公民館
3. 目的 精神衛生モデル地区実施の趣旨とそれに対する協力を依頼する
4. 出席所員
研究所心理学部長 井村 恒 郎
同 社会学部長 横山 定 雄
同 児童部技官 菅野 重 道

このようにして、社会福祉・更生保護・教育・学校等の領域への働きかけの「通路と体制」が作られていったのであるが、研究及び運動のための内外の協力体制の不備と専任の coordinator の得られないことと、更に関係者が精神衛生についてもう一步積極的になり得ない現状などから、モデル地区運動としての実際活動は停滞することとなった。

ところで、地域社会の人々に対して精神衛生の問題をうったえ啓蒙するにしても、市川市にどのような具体的課題があるのか、それがどのように重要な問題になるかを示さないことには、容易に活潑な運動展開ができないであろう、ということも考え合せ、運動の方向を若干変更し、市川市における具体的精神衛生問題を調査し究明するという活動に、力を注ぐことになった。

その結果として、既に先にのべたように、次の調査研究活動を企画し実施した。(注→50頁)

- (1) 市川市の社会経済的・地理歴史的条件の調査——地区別構造分析を含む
- (2) 市川市における精神衛生に関係のある諸社会資源（機関、施設、団体、専門家、関係者、文化財、生活様式など）の調査——その分布・機能・協力関係を含む

(3) 市川市の精神衛生諸問題の調査と診断

- ① 青少年非行問題
- ② 非行・青少年問題に対する市民の態度と意見
- ③ 被生活保護者問題
- ④ 精神障害者の分布
- ⑤ 自殺者の調査（未遂を含む）

これらの調査結果の概要については、6月上旬、研究所において「市川市社会調査報告会」を開催した。

市川市社会調査報告会

1. 日時 29年6月4日午後2時半—5時
2. 会場 精神衛生研究所講堂
3. 報告 (スライド使用)
 - (1) モデル地区市川市に関する社会的ニード調査第1次中間報告 モデル地区研究委員会
 - (2) 市川市の精神障害者の調査 国府台病院 加藤正明

以上の調査はいずれもまことに面倒なintensiveな調査研究であり、特に青少年非行問題については、今後の対策活動のための有力な資料を提供したことになるが、それにしても問題をもつ人々やその行動の心理的構造が明かにされたというわけではなく、また、心理的構成が社会的自然的歴史的条件とどのように結びついているか、を明かにするところまで進んではいないので、今後はもっとintensiveに、つっこんで調査研究を行う必要性を感じた。

市川市「町を明るくする運動」(青少年保護育成運動)への参加協力

6月上旬には、法務省管轄の保護観察所と保護司・警察官を中心とする「町を明るくする運動」に加って、市の教育委員会と保護司会の共同主催の会合が開かれ、学校側からは補導担当教官、保護司会から各保護司及び教育委員会、社会教育課長外係官、市川警察署防犯課長、さらに千葉保護観察所長と精神衛生研究所から筆者(横山)が出席した。なお教育関係者側にとっては夏休み中の生徒児童の補導の方法や体制を整える必要もあった。

この席上で問題になったこと及び感じたことの、主なものは次の通りである。

- (1) 参会者の多くは、児童福祉法と少年法及び更生保護行政との同異点が理解されていない

注 特にこれらの調査と研究には、市役所主事の矢野氏(統計)・立教大学の牛窪氏・北大出身の荒井氏・立大出身の桜井氏及び立教大学と日本社会事業大学の学生諸氏並びに市川市内関係各位の並々ならない協力によるところ大であり、また、資料集計作業の一部については、厚生省統計調査部の大きな援助があった。これらについて謝意を表しておきたい。

こと。

- (2) 青少年問題対策活動の理解に縄張り意識がひそんでいること。——あるものは保護司関係者の主催を主張し、あるものは社会教育か学校教育（補導）の問題と考え、あるものは児童福祉や民生児童委員の仕事として理解していたからである。
- (3) 青少年対策活動には地区の差異に応じて地区別に、しかもC.O.の原則で実施する必要性について、理解が十分でなかったこと。
- (6) 青少年非行とその対策活動についての各種の統計やグラフがありながら、それが十分に広報活動されていないこと。
- (5) 青少年問題対策は、常時体制において平素から準備し検討した上での不断の活動が必要であるが、それが不十分であること。
- (6) 非行少年補導の技術や態度のあり方が、関係者（参会者）たちによって十分にマスターされていないこと。

Ⅲ・3 地域組織活動の再検討と新出発

〔市川市の「精神衛生協会」の誕生〕

28年8月に当研究所が市川市を精神衛生モデル地区に指定し、市川市の中に精神衛生運動が展開されるように提案し、関係者各位からそれが受け入れられて以来、29年末に至るまで、遂に精神衛生運動らしいものは盛りあがらないままに終わってしまった。研究所としてはモデル地区研究委員会において、主に市川市の社会的性格や精神衛生問題についての調査活動に重点をおき、しかもそれによって得られた調査資料も、精神衛生運動の中で充分活用されないままになっていた。

このような状況に至った原因については、いろいろ指摘できるのであり、既に述べた当初の事情からも推察されるであろうが、それよりも、われわれの「問題のとりあげ方」「研究のすすめ方」についての方法や見解に偏りがあり、地域活動の推進に本腰が入っていたかについても反省する必要があった。そこでわれわれ研究委員会としては、29年3月以降毎週定例日（月曜午後2時—3時）に委員会を開催し真剣な討議を重ねた結果、5月中旬に、大要次のような方針をまとめることができた。

モデル地区研究委員会の推進案

- (1) 精神衛生の地域組織活動そのものは、市川という地域社会自体の自主的運動であって、研究所の外部活動でもなければ指導推進すべきものでもない。従って（モデル地区指定）という方法をとりやめ、新たに運動のための世話人を中心に、関係各方面の機関・組織・団体・市民をもうらした組織（活動母体）を作るよう話しかけるにとどめ、研究所はその単なる1メンバーとして参加する
- (2) 研究所はこの自主的運動が推進し成功するように、可能なサービスを提供したり、サービスを求め

られた問題に対する助言協力に加わるが、表面に立って指導することはひかえる。

(3) 研究所としては、市川市の精神衛生運動に参加することによって、行政的要望に基く研究課題として「精神衛生相談所その他の精神衛生サービス機関の社会的精神衛生的活動のあり方(そのひな型)」を明かにすることにつとめ、そのため「地域社会や住民のもつ精神衛生的ニードのとりえ方」「ニードに対する応え方・サービス活動のあり方」「関係ある他の社会資源との協調・相互利用の仕方」「地域社会の精神衛生的管理の仕方」などを究明する。

(4) 研究所としては、研究所の相談室を仮に1つの精神衛生相談所と見立てて、市川市地域を1つの地域社会とみなして、地域社会への働きかけ(相談所の外部活動)のあり方を検討してゆく。

(5) 市川市の精神衛生運動のあり方に対する参考意見として、次の諸点がまとめられた。

①運動は一応「成人関係」と「児童関係」に分けて、まず後者からとりあげることがよいであろう。そのためさし当り市川市教育委員会教育長に話しかけ、組織活動展開のための母胎となる委員会を設立せられるよう、その世話役を依頼するのが一案であろうこと。

② 関係機関や関係団体も持っている要望(ニード)を適確に把握し、これに応えることから考慮し企画を立て運動を進めること。

③ 活動母胎となる委員会は、関係ある機関団体をもうらすることは勿論であるが、その場合、各関係資源から代表者として役員級(理事管理職級)と実際活動担当者との2種に加わってもらうよう勧め、次のような2段階組織を結成するのが望ましいこと。

(i) 企画委員会(各関係機関の役員級によって構成し運動の最高責任に任ずる)

(ii) 活動委員会(各関係機関から実際活動の担当者を参加せしめ、企画委員会の委嘱委任により実際活動に任ずる)

④ 研究所のサービス活動としては次のものが考えられること。

(イ)民生委員会・保護司会・特殊教育運営委員会などの会に出席し意見をのべ、コンサルテーションの役割を果す (ロ)精神衛生研究会(26年有志によって設立・毎月1回定例研究会を開催)に参加し、精神衛生のP・Rにつとめる (ハ)研究所等で行われた精神衛生調査研究の資料を公表しP・Rに資する。なお、④の多くのものは、前記活動委員会の部会その他へ統合吸収してよらしい。

以上の結論は当研究所研究委員の外、協力研究委員として、渡辺(八幡学園)吉野(児童相談所)鹿倉(市川二中)大熊(真間小)等の諸氏が参加された結果生れたものであり、今後の方針として

(1) 児童関係から入ってゆく

(2) 教育長にまず働きかける

(3) 上記四氏と研究所より2名(横山・菅野)が、個人的に中心となって活動母胎が生れるよう、関係者にうったえてゆく

ことなをどを確認し、上記6名が私的立場で、精神衛生運動の同調者・協力者・援助者を開拓してゆくことを申し合せた。

ここに、市川市の精神衛生地域活動の新生面へ歩みが開始されたのである。

教育長との面接・懇談

29年5月23日、上記の渡辺他5名は市の教育委員会において教育長島津氏と面会、市川市における精神衛生運動の新しい進め方について説明し、これについての協力方と意見を求めた。これについて教育長の（私的）意見要旨は次の通りであった。

- ① 各界をもうらした総花組織は、實際上動かないことが多い。
- ② ある特定の団体が提唱すると、他の団体・機関の協力は實際上消極的となる。
- ③ 熱心な有志が中心となって任意団体を作り、その有志で実際活動をやるのが最もよい。
- ④ 任意団体に加わる有志が、次第に増加するようつとめる方法を忘れてはならない。
- ⑤ 任意団体が出来れば、教育委員会も福祉事務所も他の団体も公的に共催活動ができる。
- ⑥ 任意団体を作るのなら教育長も有志の1人として参加したい。

以上の教育長の意見はC・O.の原則に合致したところが多くまた、日本の行政組織網の現状からみて、福祉事務所は厚生省社会局系統、教育委員会は文部省系統、児童相談所は厚生省児童局系統、保健所は厚生省公衆衛生局系統という風に分断され、精神衛生の立場や住民（国民）の生活力やニードの立場から、これらのセクションを越えての協調や融和を求めても、独自の法令を根拠にしない限り実効は薄く、従ってたとえば公民館活動には福祉行政関係者の積極協力は薄れ（私的に協力はしても、公的には責任は少い）、児童委員の活動に対して学校教師は低知識不協力となりやすい（これは悪意による結果ではなく、行政上の欠患というべきである）等々、精神衛生の課題は現在の行政セクションの多数領域にまたがっているところから、必然にセクションにとらわれないC・O.が要望される、と同時に、単に関係機関が形式的に参加しただけではC・O.の実が上らないということとなり、そのような障害をどのようにして取り除くかが、われわれの課題として提案されたことを理解したが、これについてわれわれにおいて協議の結果、次の方針を生み出した。

- (1) 有志による任意団体を作ること。
- (2) 既存の関係機関のどれかに重点・中心を置くことをやめること。
- (3) 児童関係に偏らず、成人関係や一般社会的問題（神経症・結核・更生保護＝特に成人等）も合せて考慮すること。
- (4) C・O.の Snowball Technique (3)を原則にして有志を説得して廻り、発起人を作り、「精神衛生協会」（仮称）を設けること。
- (5) 任意団体（精神衛生協会「仮称」）の設立趣意書・活動対象・団体規約の原案を至急作製すること。
- (6) 発起人は関係団体の長や理事者級・管理職級（A級発起人と呼ぶ）に限らず、実際活動を担当して

(3) 「雪ダルマ技法」ともいう。問題提案者が中心になり、問題解決のために協力者・同情者を次第に獲得し増加させてゆくやり方をいう。例えば C. King, Organizing for Community Action. 1948 (P.14, P.50) 参照。

ゆこうという人びと（B級発起人と呼ぶ）からも出てもらうこと。

このようにして、各自に協力者・賛同者の開拓を分担し、協会設立の趣旨をとりて廻った結果、次第に多くの賛同者有志を得ることができ、30年6月22日、市川児童相談所において、第1回の準備世話人会を開催する運びとなった。

市川精神衛生協会（仮称）設立準備会についてご案内

拝啓 時下愈々ご清適のことと存じます。さて今般市川市に関係をもつわれわれ有志相計りまして、別紙趣意書（案）のような趣旨をもちまして近く「市川精神衛生協会」（仮称）を設立し、市川市民のための精神衛生運動を展開することになりました。これにつきましては特にご造詣の深いご尊堂に発起の世話人として、親しくご指導頂きたいと存じますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

つきましては早速ながら、別記の要領により準備の世話人会を開催し、今後の方針方法等につきご協議頂きたいと存じます。ご繁忙のところまことに恐縮ですが、まげてご承諾の上ご出席を頂きたく、お願い申し上げます。

先はご依頼とご案内まで

敬 具

6 月 16 日

設立準備有志一同（氏名略）

殿

準備世話人会の件

1. 日 時 6月22日（水）午後2時—4時
2. 場 所 市川児童相談所二階
3. 議 題 ① 趣意書の件 ② 規約（案）の件 ③ 発起人の件
④ 設立手順の件 ⑥ その他

第1回準備会における賛同者

市会議員	議長外4名	保健所	所長（代）1名
児童相談所	所長外2名	教育委員会	教育長外 1名
福祉事務所	所長 1名	警察署	署長外 1名
社会福祉協議会	会長外1名	医師会	1名
精神衛生研究所	4名	学校関係	1名
福祉施設関係	1名	病院関係	1名
記者クラブ	1名	（計）	25名（注）

注 以上の賛同者の中に、民生児童委員・保護司・特殊教育関係者・日赤奉仕団が加わっていることをことわっておく。

この席上、参会者たちによって精神衛生の市民運動の第1歩として協会設立の必要性が承認され、全員が発起人となること、発起人は必要により関係方面に勧誘しふやすこと、事務上の世話人として渡辺・吉野・鹿倉・大熊・横山・菅野の6名を選出し、会則・会の運営方法・会員・発起人・活動内容について検討を加え、近き将来に発起人総会を開き、さらに結成式をあげること等が決定された。

第1回準備会は、協会設立のための有志をつのり、それを確認することが1つの目的でもあったが、われわれが個人的に働きかけた関係各位は1名の反対もなく賛同され、いよいよ新たな段階に進んでいった。

なお第1回準備会の参加者は、市川市内の精神衛生に関係する各領域での有力者（団体機関の理事または管理職級）すなわち各界の指導者が大部分であり、いわゆるA級の人々であるが、A級発起人を多数獲得できたことは、この協会が単なる「私的団体」ではなく『実質的には公的団体の機能をもっていること』が承認されたことになったのである。C・O・活動としては有志を中心にして結成された私的性格の組織が、やがて公的性格の組織へと発展することが大切であり必要であるが、われわれの組織は苦勞のすえ、やっとこの段階にたどりついたのである。

A級発起人の獲得に続いて、それ以上に重要なことは、B級発起人の人選・説得・勧誘・獲得である。実際の推進力に任ずるB級発起人の構成と性格によって、この協会やC・O・活動のあり方が大きく左右されるからである。

ところで、B級発起人の獲得はA級以上に困難があった。それは、まず適任者の所在がわからないこと、A級者の理解・援助がないと参加できないこと、本人にとってプラスの点が明確でないと勧誘しにくいこと、B級者が活潑でありすぎるとはA級者の反撥不信を買うおそれがあること、B級者相互の協調親和がえられなければならないこと、等のむつかしい条件や要素を克服しなければならなかったからである。

A級者たちは、平素から市川市における指導者として互に親交・接触があり、今回のように、動員は比較的可能であるが、B級者たちはA級者の配下にあつて、私的行動を自由にとることは許されない立場にあり、且つB級者相互が平素から接触融和しているような社交・研究の団体は存在しない（小さなサークルは存在しても、精神衛生関係全域をもうらするものはない）ところから、B級の適任者を見出すことには大変な努力が必要であつた。

そこで ①学校や教育関係 ②保育所や幼稚園関係 ③特殊教育関係 ④児童福祉・少年保護関係 ⑤社会福祉や成人保護関係（更生を含む） ⑥医療・保健関係 ⑦身体障害関係 ⑧レクリエーション・文化運動関係 ⑨産業・事業所関係 ⑩警察治安関係 ⑪新聞報道関係等に分けて検討し、各方面に適任者の発見と推せんを求め、各領域毎に打合会を開催した結果、次第に有力で熱心な同調者・支持者が増加していった。

なお、この種のB級関係者を募り勧誘する場合のわれわれの気持ちやねらいには、次のようなも

のがあったので、参考のために記しておきたい。

- (1) 互に市民の精神衛生の向上のために一しょになって挺身してゆこう。
- (2) お互の職責を十分に果たすために、それぞれの技能教養をスムーズに利用しあえるようにしたい。
- (3) 社会的にひとりよがりになったり孤立したりして職責を果たすというやり方をやめよう。
- (4) 従来の（或いは現在の）職務上の縄張りをのりこえて、市民生活の立場で考え、市民からどんなサービスが求められているかを考えよう。
- (5) さらに精神衛生上の知識や技能を高め、そのために研究を共にし奉仕活動をしあおう。

以上のようにして3カ月間の地味な活動がくり返された結果、遂に30年11月8日待望の発起人総会及び協会創立総会があげられることになった。

かくして（i）発起人名簿の仕上げ（発起人承諾可否の問合せ）、（ii）発起人総会の案内状、（iii）協会設立趣意書案（57、58頁参照）の最終決定、（iv）精神衛生運動の対象事項案の決定、（v）市川精神衛生協会会則案の最終決定、（vi）発起人総会及び創立総会次第及び議事の決定、（vii）創立総会の祝辞及び余興（counseling に関する映画提供）の検討、等々の諸準備を整え、同時に、関係方面に対する創立総会出席の案内状、協会入会の勧誘状等（58頁参照）を作製し発送し、めでたく11月8日午後2時より、市川市立公民館において、発起人総会及び創立総会が開催され、会則その他の案件は予定通り全部可決採択され、ここに「市川精神衛生協会」が新発足することになった。

市川精神衛生協会会則

- 1.（名 称）本会は市川精神衛生協会と称する
- 2.（事務所）本会は事務所を千葉県市川児童相談所内におく
- 3.（目 的）本会は市川市における精神衛生問題の解決と予防に寄与し、精神衛生知識の普及を計り、以て市川市の福祉を増進することを目的とする
- 4.（事 業）本会は前条の目的を達成するために左の事業を行う
 - (1) 精神衛生に関する講演会、講習会、研究会等の開催
 - (2) 関係ある機関団体との連絡提携
 - (3) 精神衛生問題に対する相談指導
 - (4) 精神衛生問題に関する研究調査
 - (5) 精神衛生に関する機関紙印刷物の刊行頒布
 - (6) その他必要な事業
- 5.（会 員）本会の目的達成に賛同し支持するものは会員となることができる
会員は左の種別からなる

- (1) 個人会員 会費年額金100円を納める個人
- (2) 団体会員 会費年額金1,000円以上を納める団体
- (3) 賛助会員 (イ)本会对し5,000円以上の寄附をしたもの、(ロ)理事会において推挙したもの
6. (役員) 本会に左の役員をおく
- 会 長 1名, 理 事 長 1名, 常務理事 若干名,
理 事 若干名, 監 事 2名, 顧 問 若干名
7. (役員選任) 会長、理事及び監事は総会において会員の中より選任する
- 理事長及び常務理事は理事の互選とする
- 顧問は理事会の議決を経て会長が委嘱する
8. (役員職務) 会長は会務を総理し本会を代表する
- 理事長は会長を補佐し会務を掌理する
- 常務理事は常務に任じ内1名は会計を司る
- 理事は理事会を組織し会務を執行する
- 監事は会務を監査する
- 顧問は本会の運営につき会長の諮問に答える
9. (役員任期) 本会の役員任期は2カ年とし再任を妨げない
10. (会 議) 本会の会議は総会及び理事会とする会議の議決には出席者の過半数の賛成を必要とする
11. (総 会) 総会は毎年1回以上会長が招集し事業の計画、収支の決算予算、会則の変更等の事項を審議決定する
12. (理 事 会) 理事会は会長が随時招集し会務を審議執行する
13. (会 計) 本会の会計は会費、寄附金及び事業収入等をもって支弁する
14. (会計年度) 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終る
- 附則 本会則は昭和30年11月8日より実施する。

市川精神衛生協会設立趣意書

近時、世情の複雑化にともないヒロポン、トバク、犯罪、不良雑誌などの横行をはじめ、精神障害者、家庭不和、その他職場、学校、家庭等における葛藤問題などの各種の精神衛生問題が各所に発生し、これに対する適切強力な対策や指導のあり方について或いはまた青少年児童に対する正しいしつけ教育指導のあり方や健全な人間関係、社会生活のあり方について、精神衛生的指導や実践が要望されている現状に鑑みまして、今般特に市川市に関する問題について、その解決や予防に寄与し、正しい精神衛生知識及び技術の普及をはかり、もって市川市の福祉をいささかでも増進するため、ここに「市川精神衛生協会」を設立し、関係各機関との密接な協力の下に強力且つ組織的な精神衛生運動を展開することになりました。

この運動がとりあげるべき問題や事項につきましては、別記例示の通りかなり広い分野にわたる

ものであり、従って全市民各位はもとより市政、産業、経済、労働、教育、福祉等に関係するあらゆる機関や関係者各位の積極的な理解・支持・協力の程を、特にお願い申し上げます。

この運動の対象とすべき精神衛生問題（例示）

1. 青少年の不良化及び犯罪対策の問題
2. 学校における学業不振児、性格異常児その他の問題
3. 精神薄弱者の問題
4. 長期欠席児・不就学児の問題
5. 肢体不自由・盲ろう啞その他身体障害者の問題
6. 校外生活指導・学生相談補導の問題
7. 児童青少年のしつけ・保育及び教育一般の問題
8. 職業指導及び進学就職の指導に関する問題
9. 児童文化及び健全娯楽（漫画、映画、パチンコ、雑誌等）並びに遊びの指導の問題
10. 性教育・社交教育、その他社会教育と精神衛生の問題
11. 保健問題と精神衛生の問題
12. 職場事業場の事故防止・能率増進・人事管理・人事相談に関する問題
13. 家庭生活・夫婦生活に関する調整問題
14. 社会福祉と精神衛生に関する問題
15. 地域社会における精神衛生に関する問題
16. 各種性格異常者、精神障害者の問題 等々

市川精神衛生協会へのご入会おすすめ

並に創立総会ご出席のご案内

11 月 4 日

市川精神衛生協会設立発起人会

拝啓 菊花の候、いよいよ清祥のことと存じます

さて本年も近く精神衛生週間を迎えることになっていますが、この度、市川における精神衛生活動を目標に、別紙趣意書の趣旨をもって、有志相はかり左記の通り来る8日（火）午後2時より、市川市公民館において「市川精神衛生協会」を設立する運びに相成りました。つきましては精神衛生の問題は関連する領域まことに広いものがありますので、多数広範囲の方々のご入会を頂くと共に、種々ご指導協力を得たく存じますので、まずはご臨席の榮を賜わりたく、ここにご案内申し上げます

敬 具

記

市川精神衛生協会創立総会

1. 日 時 11月8日（火）午後2時—4時
2. 会 場 市川市立公民館（八幡神社境内）
3. 会次第 経過報告 会則審議 役員選任 来賓祝辞 等
4. 映 画 （アメリカ文化センター提供「精神衛生映画」上映予定）

市川精神衛生協会設立発起人名簿

(○印は総会出席者)

氏名	役職・勤務先	氏名	役職・勤務先
A 赤間英夫	市議(文教委員)	○小平芳良	真間山幼稚園長
秋元重一郎	市議(文教委員長)	○小山広義	教育委員会学校教育課長
○秋庭陽	教育委員会社会教育課長	○代古賀米吉	市川学園校長
D ○土岐中	民生委員・保護司	景山徳二	市川工業高等学校長
F ○藤河義和	身体障害者福祉会々長	小嶋好彦	平田小学校長
藤沢勇	市議・民生委員常務会長	木島与一郎	市川小学校教頭
○藤原豊次郎	県議・医師会代表・眼科医	金子善二	国分小学校教頭
福原健夫	国府台小学校々長	M 前川峯雄	東京教育大学教授
H 林正次	市川市福祉事務所	増田勇司	市川警察署々長
林次一	教育大学国府台分校	三木正平	童話家
日比野弘道	市川市福祉協議会・保護司・民生委員	森志久馬	千葉商大学長
○広瀬安元	教育委員会委員長	○森谷領子	民生委員・保護司
平田華蔵	国府台女子高等学校々長	村山貞夫	愛育研究所員 日本女子大助教授
平田俊雄	八幡小学校々長	○松村文一郎	朝日新聞社
堀和夫	国府台小学校教頭 教職員組合書記長	N 錦織了介	宮田小学校長
堀切国太郎	市立第一中学校々長	○野本良夫	市川市民新聞社
I ○石川八郎	市川市福祉事務所長	能勢一雄	中山小学校長
石田締	自然幼稚園長	○代内藤寛一	県立国府台高等学校長
○伊東教順	市川市福祉協議会長	長尾俊成	即随寺
○伊藤みよ	市川市保健所医師	O 小笠原貞夫	教育委員会指導課長
伊藤友作	昭和学院高等学校長	岡野四郎	市川警察署防犯課長
飯塚隆	市立第五中学校長	岡野ちよ	市川市保健所保健婦長
井口忠司	国分小学校長	小川英子	母子相談員
石渡修平	若宮小学校長	大佐和健	富貴島小学校長
○市村尚久	早稲田大学学生	小倉貞二	行徳小学校長
K ○川野専之助	民生委員常務	大熊喜代松	真間小学校教諭
○監物正三郎	保護司会々長	岡野節二	国分小学校教諭
久保寺光久	八幡学園長	大井清	教育大学特殊教育学科学生
○楠田匡介	保護司・作家	太田清	市川市保健所総務課長
○黒沢良臣	国立精神衛生研究所長 国立国府台病院院長	S 佐藤貞吾	市川市担当児童福祉司
○菅野重道	国立精神衛生研究所部長	作田淳	中山病院長
○菊地清行	市川市福祉事務所	式場隆三郎	式場病院長

氏 名	役 職・勤 務 先	氏 名	役 職・勤 務 先
○島 津 新 治	市川市教育長	○戸 田 新	市川第三中学校長
○進 藤 重 雄	身体障害者福祉会	高 橋 武 司	行徳中学校長
菅 谷 希 易子	市立第一保育所保母	○鳥 海 宏 常	市川第三中学校教諭
四 関 武 雄	信篤小学校長	竹 井 輝 章	ママ幼稚園長
佐 藤 均	大柏小学校長	U ○字田川 祐 蔵	市議(厚生委員長)
○鹿 倉 操	市川第二中学校教諭	内 田 毅	市川小学校長
洪 谷 寿 光	日本パイプ工場長	宇 田 幹 雄	市川第四中学校長
T ○太 尾 喜代太	チルドレンズパラダイス 総主事	W ○渡 辺 実	八幡学園主事
高 塚 大 吉	市川市保健所長	○分 島 俊	国府台病院医長
田 中 鳳 雄	千葉家庭裁判所調査官	Y 山 本 ひめ子	日赤奉仕団委員長 市議(文教委員)
○玉 井 収 介	国立精神衛生研究所技官	○横 山 定 雄	国立精神衛生研究所部長
田 代 康 雄	千葉新聞社	○吉 野 正 夫	市川児童相談所判定員
塚 本 伴 治	市川児童相談所長	吉 岡 英 夫	手をつなぐ親の会々長
富 川 進	市川市議長	○吉 原 実	真間小学校長
高 橋 幸 雄	市川第二中学校長		

市川精神衛生協会役員名簿(順不同)

(役員種別)	(氏 名)	(勤務先または役職名)
会 長	古 賀 米 吉	市川学園校長
理 事 長	日 比 野 弘 道	民生委員会々長 保護司
常務理事	渡 辺 実	八幡学園主事 保護司
同	吉 野 正 夫	市川児童相談所判定員
同	横 山 定 雄	国立精神衛生研究所社会学部長
同	菅 野 重 道	国立精神衛生研究所生理学形態学部長
同	石 田 締	自然幼稚園長
同	楠 田 匡 介	作家 保護司
同	野 本 良 夫	市川市民新聞社
同	赤 間 英 夫	市議 手をつなぐ親の会副会長
理 事	伊 東 教 順	社会福祉協議会々長
同	広 瀬 安 之	教育委員会委員長
同	島 津 新 治	教育委員会教育長

理事	吉原 笑	真間小学校長 市教組委員長
同	秋元重一郎	市議 文教委員長
同	宇田川祐藏	市議 厚生委員長
同	内田安右衛門	商工会議所副会頭
同	監物正三郎	保護司会々長
同	藤沢 勇	市議 民生委員常務会長
同	高橋統閔	市川市医師会々長
同	久保寺光久	八幡学園々長
同	エンネ・パウラス	チルドレンスパラダイス園長
同	広田 豊子	市川市婦人団体連絡協議会々長
同	山本ヒメ子	市議 日赤奉仕団委員長
同	吉岡英夫	手をつなぐ親の会々長
同	渋谷寿光	日本パイプ市川工場長
同	藤河義和	身体障害者福祉会々長
同	増田勇司	市川警察署々長
同	石川八郎	社会福祉事務所長
同	塚本伴治	市川児童相談所長
同	高塚太吉	市川保健所長
同	分島 俊	国府台病院第二神経科医長
監事	土岐 中	民生委員 保護司
同	森谷 領子	日赤奉仕団副委員長 民生委員 保護司

Ⅳ 市川市における活動過程の反省と今後の問題

Ⅳ・1 活動過程の反省

市川市における精神衛生運動も、C・O.の立場からみれば、当初から2カ年余りを経過してやっと第2の段階に到達したばかりといえるようである。C・O.にはその原則から考えて「3段階」(1)が考えられるが、第3の段階において初めて正しい意味でのC・O.であるというべきであり、それ以前の段階は正しいC・O.に導く前提段階または予備的段階といわねばならないであろう。

だがわが国において、社会構造や生活様式が必ずしも十分に民主化されず、個人の社会的近代的自覚が育てあげられていない今日、直ちに住民や市民による自主的な地域組織活動が展開されるのを期待することは、あまりにも無理であり、むしろC・O.は今日の日本の社会や国民の生活構造を民主化する1つの手段として利用しながら、第1の段階から順次正しい理想のC・O.の段階へ押進めるべきであろうし、さらに「精神衛生とは何か」「精神衛生が国民の日常生活でどのような重要性をもっているか」を正しく十分に理解されていない現状においては、精神衛生を看板とする地域社会運動の自主的もり上りや組織活動を期待するのは、期待する方がむりである。むしろ、市民全体の自主的もり上りよりも、指導者・先覚者や精神衛生に直接関係のある機関・団体・専門家たちの組織活動体制こそが先決必須の問題であり、従ってここに市川市が2カ年余を経過して、やっとC・O.の第2段階に入ったということは、それだけでも喜ぶべきことであり、また意味のあることといわねばならないであろう。市川市が第2段階に進んだということによって、中小都市社会のC・O.のあり方や進め方に1つの基準や先例を生み出したものとして、注目すべきところであろう。

市川市の場合「精神衛生協会の設立」という形式をとったが、それが生かされるか、C・O.というべきものになるか、市民運動に成長するか、などすべては今後のあり方如何にかかって

(1) 筆者のいうC・O.の3段階とは、簡単にいえば次のようなものである。

第1段階 解決すべき問題を発見した先覚者や指導者が、その問題解決の必要性を社会・住民・関係者にうたえて、問題解決のために地域住民や資源を民主的に再組織化してゆく。

第2段階 先覚者や指導者に限らず、多くの関係者或は関係機関が解決すべき種々の地域社会問題を発見し知覚し、その問題解決のために関係機関団体が互に提携協調し、互に利用しあうという方法過程を通じて、さらに一般住民や地域全体にうたえ、問題解決のために民主的な地域の再組織化へと押進めてゆく。

第3段階 先覚者指導者に限らず、関係機関団体だけでなく、住民すべてがそれぞれ地域社会の解決すべき問題を発見し提示しあい、民主的科学的にこの問題を掘下げ、その解決のために住民や関係者が一致協力して、地域社会の再組織化に挺身してゆく。

なお、ここでいう「再組織化」とは地域社会住民の自主的な協同連携または社会的諸資源の民主的動員或いはこれらの連携動員がスムーズに行われるような、民主的体制を作りあげてゆくことをいう。

いるのであるが、ここにくるまでにこれを導き出した原因にはいろいろのものが考えられる。だがそれは、果して何であるとひとびとは批評することであろうか。これについて筆者及び直接の関係者たちの見るところとして、次のようなものが指摘されている。

- (1) 国立精神衛生研究所・国立国府台病院・児童相談所・特殊学級・精薄児施設等々、精神衛生に直接結びついた施設や機関が市川市にめぐまれ、その関係機関の指導力を利用することができたこと。
- (2) 市川市に特殊学級施設や精薄児施設が早くから設けられたため、精薄を中心とした精神衛生問題についての市民の関心度と協力度が高く強かったこと。
- (3) 26年から「精神衛生研究会」という私的研究団体が同志的な地味な研究団体として、4カ年余にわたって毎月のように研究集会をもち、それによって精神衛生問題の知的水準を高めたのみならず、研究集会の持続によって、精神衛生に関係ある種々の領域の人びとや専門家たちが互に親しくなり、信頼感と安心感をもって、協力しあい利用しあうような間柄が出来ていったこと。
- (4) 信頼感をもつ広領域の人びとが、年齢の上下、専門領域の差異を越えて、自己の損得や利害を忘れて、市民の福祉のために、自らの職責の遂行のために、お互を積極的に利用しよう、問題解決のために協力しよう奉仕しようとしたこと。
- (5) 第1線に立って関係者たちを積極的に引きずってゆこう、自分のために関係者をうまく利用しよう、抱きこもう、というような政治的な変な野心家がいなかったこと。
- (6) 関係者の同志群の中に、けんきょな民主的な世話好きなお人好しの、民主的指導者達が若干名いたこと。この指導者は自らを指導者と考えず、世話人または下働き人という自覚をもち、縁の下の役割に甘んじてきたこと。
- (7) 市川市の地元の指導層や先輩たちが、問題展開に当たった中心的世話人たち(30才台)を素直に受入れ信頼し、積極的に好意的に援助協力したこと。

このような反省や検討については、直接間接にいろいろの点をあげて考察しなければならないのであるが、直接の原因としては以上の諸点の中でも、割合に関係機関が市川市に揃っていたことと、運動に挺身した関係者たちの人間関係が案外に民主的で良好な信頼関係で結ばれていたことに集約せられるようである。特に後者の条件はC. O. 運動にとって何よりも必要な何よりも恵まれた条件といわねばならないのであり、このようなよき人間関係は、瞬時において或いは短時日の中に作りあげられたものではなく、第1は精神衛生研究会という活動によって、第2はモデル地区を提案して以後の2カ年余りの経過が、この事情を生み出したものであるとしなければならない。地域組織運動には何よりも関係者相互間の人間関係、即ち精神衛生的に良好な人間関係が必要であり、精神衛生的な良好な人間関係を生み出すための「下地ならし」に、まず時間をかけなければならないという1つの収穫は、精神衛生研究の関係者であるわれわれにとっては、思わぬ皮肉でもあり教訓でもある。このことは精神衛生活動に対する管理のあり方にとっても、学ぶべき1つの原理であるといえるかも知れない。

Ⅵ・2 今後の問題

ところで、このような良好な人間関係を基盤とする市川市の精神衛生地域活動にとっての、今後の問題はどのようなものが考えられるであろうか。

その第1は、運動の課題を特に「どこ」に「何」に重点をおくか、ということであり、それが具体的に市民の生活に結びつき市民に身近なもの重要なものとし、理解されるかどうかによって、市民運動・住民の自主的活動となるかどうかの分岐点が決定する、と思われるからである。「精神衛生」ということが一般に充分理解されていない今日では、それが市民や住民に自分のものとして理解されることが、第1の要件であるからである。

その第2は、運動の具体的方法として、どのような階層・対象・組織から働きかけてゆくか、どのような層の市民を味方に引き入れてゆくか、それをどのようにして進めるかの問題である。市民運動・住民の自主的活動である限りは、関係者層のみでなく、次第に市民一般に浸透してゆかなければ意味がないが、一挙に派手な市民運動を展開できるものでないとするれば、特にいわゆる snowball technique によって、どの市民層を捉えてゆくか、その方法はどうか、が主要な課題といわねばならない。

その第3は、運動や活動の推進力を無理なく中断することなく生み出し、それを民主的に発揮してゆくには、どうすればよいか、その推進力そのものをどのようにして作り出すべきであるか、が問題となる。1人の強力なボスが存在しない合議体制による民主的同志仲間の集りであり、獲得するものよりも奉仕すべき面が多いとみられる現段階では、下手をするとよき推進力が消えたりゆがめられたりする心配がないとはいえない。われわれはこれを、どのように解決し創造し前進してゆくかが主要な課題である。

その第4は、どのような将来の理想があり、その実現が将来において可能であっても、とにかく現在においてこの組織や運動に魅力があり利用価値があり、自らにとって与えられるものがなければ、永續きするものではない。それならばその現代的利用価値は何であるか。いわば相互に各機関団体が無理なく偏りなく利用しあい、利益があり、それによって自ら（個人も団体も機関も）成長することが出来ることをねらいにしたのであるから、このねらいが具体的実際的に生かされねばならないわけであり、それが今後直ちにどのように生かされるか、どういう風にすればそれが効果的であるかが、第4の最も差し迫った課題であるということが出来る。

以上、今後の課題として種々考えられるのであるが、これに対する解答と経過は、次回の報告をまつことにしよう。

原 著

心理療法による治療効果の測定に関する研究

Morio SAZI and Yasufumi KATAGUCHI :

A Study on the Measurement of the Effect of Psychotherapy

心理学部 佐 治 守 夫
心理学部 片 口 安 史

『序 論』

心理療法について語る際に、心理療法はそのテクニックに関しても、又治療の推移を語る際にも、科学的な取扱いは許されない、或はそれが不可能であるとの批判が多くなされてきた。この批判は、心理療法が実験室内の操作的にコントロール可能な条件の下での実験的研究と異なって、患者の側のコントロール不可能な要因と、同じく生きた人間としての治療者の複雑なパーソナリティの要因との相互交渉によって生ずる過程であり、未知の要因をあまりに多く含みすぎている故に、この過程を操作的な条件変化の下で分析していくことなど、およそできないことだという前提にもとづいている。治療に際して用いられるテクニックが、治療状況下での反応としてあらわれる1人1人の患者のパーソナリティの特性や、一回毎の面接状況の変化にもなって柔軟に変えられねばならぬ故、この方法の選択は治療者の熟練にまたねばならぬとの意見も強調されてきた。治療が一回限りの、二度と反復が許されぬ事態であり、あとで別の方法が用いられるべきであったらうとの批判は許されても、その妥当性をたしかめる方法が存在しない点なども、治療状況に対する科学的接近を拒んできたと思われる。

この批判は確かに正しい。だが上にあげたような事実からおして、治療過程の推移に一定の法則性が存在しないと結論づけるのは、又別の事であると考えられよう。心理療法に対する科学的接近の道筋として、治療状況において働いている種々の要因を分析し、その相互関聯の厳密な法則性をみきわめるのは、現在のところ、たしかに不可能なことであろう。だが、その故に心理療法に対する科学的な取扱いが全く閉ざされていると考えるのは誤りである。心理療法のテクニックに対して要求される柔軟性は、治療の最終目標である患者のパーソナリティの望ましい変化を生ぜしめるためにこそ要求される。このことはすでに、成功に終わった治療過程においては、適応可能な人格への変化という一定の傾向をもつ推移が患者の中に生じているという事実を予想せしめる。或は、患者の中にはなくて、患者と治療者との人間関係の中に、その変化が生じているのだという人もあるだろうが、この場合にしても、その一定の方向への推移

が存在するという前提には変りがない。心理療法による治療という事実が、個々の患者のもつ問題の相違、個々の患者のパーソナリティの相異によって、又治療者のパーソナリティやテクニックの相異によって、一見1つ1つがユニークな推移を通じて生ずるごとく見えるにしても、その表面的な相違の基底には、すべての患者の治療過程に共通した推移があるであろう。

この推移はこの意味である法則性をもつであろうというのが、われわれの研究の出発点である。この治療過程の推移の法則性の研究から出発して、もし将来の研究の目指すべき、「治療に参加している種々の要因」の把握への道が少しでも開かれはしないだろうかとの希望が、この研究を支えるわれわれの意図でもある。

さて焦点をこのようにしぼってくると、心理療法による治療過程を今まで科学的に把握しなかった、或はしようとしても不可能だと考えられてきた最大の理由は何か、という問題が生じてくる。それは治療状況の本質的な推移を把握するための方法、即ち個々の治療過程の相異の基底にある共通性をとらえるための尺度を、われわれがもたなかったことにあるといえるだろう。心理療法の効果の判定は、今までひどく曖昧な形で行われてきていた。たとえば初期の症状が消失したとか、家人や同僚がよくなったと報告するとかの尺度にもとづいたり、治療者の印象にもとづいて、「明白な治療」「著しい改善」「やや改善」「変化なし」といつた区別をしたりするのが通例であつた。症状の消失が治療効果判定の確定的な尺度となり得ないことは、今までも多くのべられてきたことだし、われわれの経験にもとづいても、症状の消失という事実は、人格の再編成によって裏づけられていない限り、新たな症状をつくりだすことを決して妨げはしないのである。表面的な症状消失の事実を、治療効果判定の尺度としてとりあげるのは危険であるといわねばならぬ。家人や同僚の報告にしても、その言葉をいろいろな患者を通じて、同一の尺度の上におきかえることがまことに困難である。彼等の主観的な判断が、個々の患者によっていろいろ異った側面からの資料を利用し、それを異った表現で示しているのである。治療者の主観的な判断にしても、その信頼性においては上の場合と程度の差があるにすぎぬ。だがこれらの主観的で直観的な印象の把握の中に、整理した形でとりあげうるなら、治療過程の推移や治療効果の程度を測る有効な尺度を拾い出すことができるはずである。このような尺度とは、次の条件にもとづいて選択されねばならないであろう。

①すべての患者における治療的変化を多少なりとも共通にとらえ得る尺度でなければならない。

②このためには、個人によってあらわれ方を異にする表面的現象的変化であるよりは、この現象的変化の力学的対応と考える基本的元型的な側面的変化をはかる尺度でなければならない。

③このような側面を捉えるための尺度は、パーソナリティの構造の力学的把握をめざすものであるか、或は治療状況における治療者との対人関係のありかたの把握をめざすものでなければ

ばならない。

このような治療効果或は治療過程を通じての、人格変化を測定する尺度を選択する前に、今までのこの側面の研究をふりかえてみよう。そのなかから、われわれの目的に役立つ考え方を見出しうると思うからである。

『従来の研究の概観』

心理療法による治療効果の測定に関する研究は、心理療法の歴史に比較して、さらに新しいといわねばならぬ。個々のケース記録にもとづいた治療過程や効果の報告を別とすれば、ROGERS, C. R 一派の研究が治療過程の研究の先鞭をなしたものであり、今日でもかかる研究の主張をなしていると言えよう。治療効果をパーソナリティテストを用いて測定しようとする試みは、これよりもやや古くから行なわれているが、治療効果を治療過程の推移の中で測定しようとする研究は、やはり近年になって始めてあらわれているにすぎぬ。治療過程の記述法や、治療効果の測定の研究と共に、治療者と患者の相互交渉の分析が、ROGERS 達の研究と並んで、新フロイド派の人達によって最近試みられ初めている。

ROGERS 達の研究は大きく2つの方向に分けることができる。1つは治療過程を、1つは治療前後の人格変化を問題にするものであるが、前者の治療過程の研究は、PORTER (1943) SNYDER (1945) SEEMAN (1949) などによって代表される。これは、カウンセリング過程を記述する為の分類カテゴリーの研究及びそのカテゴリーを用いて、治療過程を量的に表現しようとする試みである。PORTER の研究は、非指示的方法とその他の方法との間の技術的な差異をとりあげるために、治療技術の2つの極として考えられる「非指示的」—「指示的」の2つの方法をつなぐ連続の上に、方法を分類するカテゴリーを選択し、非指示的方法の特色がどのテクニックの使用の上にみられるかを、量的に示そうとしたものであった。彼の研究は、カウンセラーのテクニックが首尾一貫した形で用いられており、さらにこのテクニックを分類するためのカテゴリーが妥当な信頼しうるものであることを示した。この研究から出発して、SNYDER 及びSEEMAN は、治療過程の推移を、カウンセラー及びクライアントの両者の反応の側面からみようとしたものである。非指示的オリエンテーションをもつ治療者が用いるテクニックはどのようなカテゴリーで表現しうるか、一貫してどのようなテクニックを用いているか、ある特定のテクニックの使用頻度が、治療の進行にともなうどう変化するか、さらにクライアントの発言がどのようなカテゴリーで表現され、そのカテゴリーの出現頻度が、治療の推移にともなうどのように変化していくかが研究の対象となる。治療者及びクライアントの発言や陳述は、数人の判断者によってカテゴリーに分類され、そのカテゴリー分類の信頼性が検討される、患者の側の治療過程の中での推移として、患者のもつ否定的な感情の消失とそれに代る積極的肯定的な感情の出現、問題についての発言の減少、洞察の出現、生活計画の発言の増加などが、すべての患者に共通な事実と考えることを見出したのである。

このような基礎的研究を主軸として、多くの研究が発展していった。CURRAN (1945) の研究は、「古い事実を新たな関係のもとで見る意味での洞察」「自己理解の増大の意味での洞察」「以前には防衛的否定的抑圧的であった自我の再認及び承認の意味での洞察」等の洞察のあらわれ方に関して、あるケースにもとづいて考察したものである。彼の研究は、学習理論を採用しながら、治療過程で患者の学ぶことを法則的に理解しようとするものであった。広く人格理論一般の立場からの興味ある研究として、RAIMY (1948) の自我の概念 (Self Concept) と治療過程をとりあげた研究がある。患者の自我に対する承認、不承認、両価性等の態度の変化が、治療過程における人格変化の重要な側面として把握される。自我の不承認の態度は、治療初期の人格のゆがみや障害をなす尺度であり、後期における自己承認の態度の増加は、治療初期にみられるゆがんだ対人関係の中で形成され学習されていた人格特性が、健康な方向に発展していくことを示す尺度である。SHEERER (1949) 及び STOCK (1949) の研究は、この同じ線に沿ってさらに発展したものである。自己承認の態度と並行して他人への承認的な態度が発展していくことを、彼等の研究は示している。この際には5点法による評定によって、この2つの態度がいかに並行しつつ発展していくかを、治療過程の推移に伴って測定しようとの試みがなされている。HOFFMAN (1949) の研究も、患者の陳述の中からあらかじめ1つの側面を示す箇所をとりだしておいて、評定者にその重みを評価させている点ではSHEERER 達と同一である。彼は患者によってのべられる患者の行動を、未成熟—成熟の三段階尺度の上で評定することで、治療による変化をみようとした。治療が成功に終わった例では、治療が未成功の例に比べて、行動の成熟度の著しい増大がみられている。治療の成功未成功の判定は、ここでは判断者の評定にもとづいて決定されている。

RASKIN (1949) は、やや変った側面から自我の成熟を測定しようとした。彼の研究は、治療を通じて、患者がより自分独自の判断にもとづいて、自己の行動や態度を評価しうるに至るであろうとの仮設にもとづいている。未成熟な自我をもつ患者は、自己の行動の枠組として、他人の評価や批判に多く左右されてしまい、彼自らの判断をもたない。RASKIN は、自己に対する最大限の信頼という1つの極と、評価者としての他人に全く依存してしまうという他の極との間に、四段階尺度を定め、これにもとづいて、あらかじめ選択された該当する箇所を数人の判断者に判断させている。その結果は、上述の種々の測定尺度と正の相関を示し乍らこの測定尺度も得点を増大していく過程が示されたのである。

患者の自己発展の側面をとらえようとした研究は他にも数多い。KAUFMAN と RAIMY (1949) は、先に MOWRER と DOLLARD (1947) の発表した DRQ (Discomfort-Relief Quotient) 及び RAIMY の発表した PNAVQ (Positive-Negative-Ambivalent Self-Reference Quotient) の緊張或は自我感情測定の尺度を、治療過程での患者の陳述にあてはめて、その推移をとらえようとしたし、HAIGH (1949) 及び HOGAN (1948) は患者の防衛的態度の減少を治療過程評価の尺

度として利用し、多くの患者に共通な推移のあることを示した。

他に FIEDLER (1950, 1951) の研究を代表的なものとする、治療状況の雰囲気分析が為されているし、この種の研究は、後にのべる治療者と患者の相互交渉の分析の上に示唆を与えることが多いのであるが、(BLOCKSHA; OUIINN; HEINE; BOWN その他) われわれの研究と間接的なつながりしかないので、ここで詳細は省略する。

上にのべてきたような、治療過程に沿った治療効果を、主として患者の側の変化を尺度として捉えようとする研究と同時に、治療状況における治療者と患者の相互交渉のあり方を治療の進展を規定する力と考え、その相互交渉のあり方を治療の進行をはかる尺度としてとらえようとする研究が為されてきた。この場合に種々な相互交渉をいかなる観点から整理していくかが、研究者の仮設のたて方によって異なってくる。

BERGMAN (1951) の研究は、患者の現在提出している問題解決への努力が、同じ段階に止ってしまうか、さらに進歩した段階でなされているか、それとも中絶したり、他の問題にうつってしまうかなどの観点から、治療の進行を考えようとする。そしてこの進行を直接にひきだした刺激としてその直前になされた治療者の反応を考え、この結びつきを単位として、いかなる結合が治療の最も望ましい進行に寄与しているかを分析せんとするものである。治療者の反応は、非指示療法で用いられるテクニックの言葉を中心として分類され、患者の問題解決が一層進展し洞察をみちびきだすような反応は、患者の反応を反映する (Reflection) 仕方であることなどが見出された。

DITTMANN (1952) の研究は、ROGERS, FENICHEL, SULLVANの、非指示的、分析的 (正統分析的—新フロイド派) の3つの立場に立つ人の理論を比較しながら、この理論的要請にもとづく治療のテクニックの相異を考慮している点で、BERGMAN の研究と異っている。しかし、どのような治療者の反応が治療効果を促進するのに役立つのかをみようとしている点で、目標は類似している。治療者の反応はその向けられる側面と患者に対する関与の水準 (Participant Level) によって評価される。患者の感情的側面に対する反応、対人的行為に対する反応、その両面への反応、いずれに対してでもない反応のどれが治療的な動きを促進するか、さらにその関与が、分析学でいう解釈或は患者の無意識的な層への関与の深さの程度によって、治療的にどのように異ってくるかを見ようとする。判断者は各々独立に、その関与の側面と深さを判断し、その治療的な意味を決定する。その結果は、感情或は対人的行為への反応、及びその両者への反応が、単なる相手の陳述への反映よりもやや深い層でなされている時に、患者の治療的進歩が促進されることが分った。

ELDRED その他 (1954) は、同じく治療状況での対人関係を問題にしているのであるが、この際に、患者の話題の転換が研究の中心となる。患者の話題がより一層進展するか、或はその進展が阻止はされているかは、治療者とのより直接的なコミュニケーションとより間接的な

コムミュニケーションというカテゴリー分類によって測定される。そして話題の変化や転換もこのコムミュニケーションの直接性という点で考察される。ここに働いている要因は、治療者の介入の仕方、患者の側の不安をひきおこす話題からの回避、患者の洞察、治療者と患者のよいラポールの確立の意図などである。この研究は著者達ものべているように、まだ多く不備な点を残しており、その成果は将来の発展にまたねばならぬのだが、このような側面からの、治療にあづかる因子分析の試みは注目されてよいであろう。

今までのべてきたような研究は、治療過程に沿って、治療状況の中から、治療効果を担う要因をとりだそうとする試みであった。だが次にのべる第二の研究方法は、治療効果を治療前後の患者の人格変化の点でとらえようとするものである。

このような治療効果判定の試みも多く治療者の主観的な判断にゆだねられてきた。しかし次第にその治癒の程度を、治療にもなって生ずるパーソナリティの変化の仕方とその程度を、客観的に評価する方法によって知ろうとするようになってきた。この試みの代表的なものが、心理テスト特にパーソナリティテストを用いての測定がある。一例をあげるならば、RASHKIS & SHASKIN (1946) は M. M. P. I を用いて、集団心理療法をうけた22名の患者（戦争神経症）が、治療後に次の諸点で変化がみられたことを報告している。鬱うつ状態、ヒステリー、神経衰弱、パラノイアの項で得点が減少し、軽躁状態の項目の得点にわずかながら増加の傾向がみられている。COWEN (1948) は非指示療法をうけた12名の患者が、パーソリューター人格検査の上で、有意な治癒の方向への変化がみられたことを報告している。こうした質問紙法の形式での人格検査が多く用いられている他に、ロールシャッハ・テストや TAT などの投映法を用いたものも少くない。ことにこの分野におけるロールシャッハ・テストの適用は、最も興味あるものの1つである。このテストを施行することが、治療的な意味で有効であるとか妨害になりはしないかといった問題は、ここでは特に立入らないことにするが、そのテストを可能な限り治療者と別にするとか、テスト施行の時期、教示の与え方などに注意するなどの考慮が払われるならば、治療期間中にテストを施行することはさして問題にはならぬといってよいだろう。

治療前後の人格変化を、ロールシャッハ・テストによって研究するのに、2つの方法が用いられてきた。1つは心理療法が有効であると思われる患者を、治療の開始に先立って選択すること、つまり治療可能性の予言の問題であり、1つはわれわれがとりあげようとする、治療過程を通じてのパーソナリティ変容(改善)の測定の問題である。最初の方向にそって為されてきた研究としては、ROGERSY & KANAUS (1951) KOTKOW & MEADOW (1953) ROGERS & HAMMOND (1953) GIBBY, STOTSKY & HILLER (1954) などの研究がみられるが、その結果は必ずしも満足なものではなく、ロールシャッハ・テストのみでこのような目的を果すことは困難であるという感じである。この研究は将来にまつこととして、現在われわれの関心である第二の方向の研

究に触れてみたい。

1939年、精神医であり心理療法に携っていた SCHREIBER は、心理療法の結果生じてくる症状の変化にもとづいた治癒と、性格の変化にもとづいた治癒との間を区別するための一般の考え方に不満を述べ、その主観性をついた。この SCHREIBER の意図に沿って、PIOTROWSKI (1952) は、ロールシャッハ・テストを用いて治癒の客観的判定を試みようとしたのである。彼の研究の目的は、このテストが性格学的な水準における治癒の方向を示すのに有効な道具であることを証明すること、及び2つの違った形式の心理療法（精神分析的な方向のものと非分析的なもの）による治療結果の相異を客観的に評価することにあつた。彼の対象とした患者は、若干の例外を除いてはすべて神経症と診断されたものであり、そのうち13名は精神分析的な心理療法を、10名は非分析的な心理療法をうけて、いずれも軽快したものであつた。治療期間は2年～6年という長期にわたるものが多く、この間3回～6回のロールシャッハ・テストがくりかえし施行されている。結果は、治癒にもなつて、M（人間運動反応）の増加とその質の変化ΣC（色彩反応の重みづけられた合計）の増加、FC（形態一色彩反応）の増加がみられたが、これは分析的な治療群に特徴的なもので、非分析的な治療群には、ロールシャッハ・テストで測定しうる変化はみられなかつたという。

また LORD (1950) は、短期間の心理療法によって治癒した2名の患者のプロトコルを詳しく分析して、基本的なパーソナリティはあまり変化しないが、パーソナリティの知的・情緒的要素間の内的平衡がより適切となり、健全な常識が発生することを指摘している。HAMLIN (1952) 達は MUENCH の記号や BRS (Basic Rorschach Score) を用いて治療効果を測定し、前者の方法では統計的に有意ではなかつたが期待された方向への変化がみられ、BRS ではきわめて明瞭に+の方向への変化が確かめられた。また HAIMOVITZ & HAIMOVITZ (1952) は、HARROWER-ERICKSON の Neurotic Signs を用いて、治癒にもなつてこれらの記号が減少することをたしかめた。この研究は更に PETERSON (1954) によって支持されたが、MUENCH の記号の有効性については、CARR のような否定的な結果もみられている。一般にロールシャッハ・テストを用いての治療効果の判定は、まだ確立されてはいないけれども、有効なものといえると思われる。

テストによる治療効果判定の他に、治療前後の人格構造を、患者自身の自己評価、或はその患者を治療者や判断者が評価する手続きで比較しようとの試みもなされている。例えば、自己及び他人の望ましい特性や、自己の現実の特性を患者自身に評価させることで、自己及び他人に対する患者の態度を知り、この手続きまで治療前後の変化を比較しうるのである。ROGERS 達 (1954) の Q Sort による研究が代表的なものである。この研究の意図は、Q Sort によるならば、色々異つたテストや評価手続きによって得られた尺度の異なる評価を、同一次元において比較し検討しうる点を利用して、今までいろいろ異つた言葉で表現されてきた人格特性の変化

を同じレベルにおきかえ、その相互の関聯をみようとするものである。STEPHENSON (1953) の Q Technique がここで有効な道具として用いられている。この方法は、臨床的研究に附随する方法論的な不備を解決する1つの口である点で、ROGERS 達のこの研究は興味深いものである。

このようにみえてくると、治療過程の研究と治療後の人格変化の研究の2つの側面が、今までの心理療法の効果の測定への主な足がかりであったといえよう。

『研究方法と手続き』

今迄の研究をふりかえってみると、そこで問題にされてきた中心点が明らかになると同時に、今後問題とすべき点や方法論上の欠点なども明らかになる。それらを次にまとめてみたい。

①治療の効果を測定すると考えられてきた個々の要因相互の関連性に対する考察が充分ではなかったことが指摘できる。今までの研究が治療理論の相異性を問題にしたり、その特徴をみいだそうとする傾向があったりしたためと、未熟な方法論的段階において試行錯誤を重ねてきたことなどもあって、治療過程の推移に關与している要因が、個々別々にとりあげられてきた。そのため総合的な把握に欠ける所があったのも当然のことである。

②治療過程の分析と治療過程の分析、いいかえれば、治療にともなう治療効果の測定と、治療過程に働らく要因の分析との結びつきが、十分に考慮されていなかったことも反省されねばならない。治療過程の推移はそれが十分に把握できるとき、そのまま治療効果を測定する尺度として用いられうる筈である。何故なら、治療の進行を規定する要因は、当然患者のパーソナリティの改善を規定し、それを支持する要因である筈である。患者のパーソナリティの法則的な変化がとらえられる過程は治療過程の推移に対応していなければならないというのがわれわれの仮説である。

③治療の結果としての治療効果の測定と治療過程の分析とが、対応して考えられねばならない。前にのべた如く今までは治療過程の研究に重点がおかれるか、そうでなければ治療の結果としての人格変化の側面に焦点がおかれて、この2つの面を同時に比較検討することに欠けていた。治療過程の研究は、治療の推移を知る概念的な枠組を与えてくれたし、治療の効果の研究は、人格の変容の様相と、その際の個人差に関する知識を提供してきた。しかし反面、今までの研究が断片的であったことの当然の結果として、治療過程でのどの側面の推移が、治療後のどのような行動や態度の変化を患者にもたらすのかについての解答は得られなかったのである。この意味で今までの研究は、科学的な予測性については欠ける点があった。

このような反省にもとづいて、われわれは研究計画を次の2つの段階に分けることとした。

①治療前後の患者のパーソナリティの変化を、予じめ選択したカテゴリーにもとづく評定と、ロールシャッハ・テストへの反応によってとらえ、この2つの方法の間の關聯性を吟味す

る。これは、治療効果の判定であるが、単にパーソナリティ変化としてとらえられる効果を測定するだけでなく、その変化にあらわれる患者の個人差を知り、この各々異なる患者が、治療過程でどのように反応してきたかを吟味する際の準備をここでしようとする。これらの測定尺度の上で、治療前後に有意な変化をそのパーソナリティの上に生じた患者を操作的に選択できるならば、このような人格変化と、治療過程での推移との対応を考察しようのである。

②このようにして選択された患者の治療過程にみられる推移の法則性をとらえようとするのが第二段階である。ここでは序論で考察したように、治療状況における患者の言葉やその言葉に表現される態度の変化を捕えようとする努力がなされた。ここでわれわれがとらえようとした側面は、事新しいものではなく、今までの研究の中に多少なりとも言及され或は十分に研究されたものも含まれている。しかしここで1つの新しい考慮がなされる。それは治療形式の相異と治療過程の推移の対応をみようとする試みである。異った治療形式に拘らず、一定の推移がとらえられるかどうか吟味がなされる。いままでの研究は、ROGERS 達の研究にみられるごとく、ある治療原理にもとづく治療方法の妥当性の検討や、その原理の正当性の保証のための研究であるとみられないでもない。われわれの治療のテクニクは ROGERS 達の方法の如く一定して確立したものではない。そこには良きにせよ悪きにせよ、われわれの暗中模索の意味での折衷主義が入りこんでいる。しかしそれにも拘らず、後に示すごとき治療過程の推移に一定の傾向或は法則性を見出すことができた。これはわれわれの治療法への反省を促すとともに、予期せざる収獲でもあったといえよう。われわれはここに、患者というよりも、人間一般における人間性の自主的な発展への信頼をつよめることができたのである。

第一表は、この研究の資料となった5人の患者についての一覧表である。当研究所に治療を求めて来所した患者との治療的面接を、テーブコーダーによって録音したもののうちから選ばれたこの5人の患者面接記録が、研究の対象である。

前にのべた目的に従って、治療過程における法則性の分析に役立つカテゴリーをつくりあげることが最初の出発点であったので、あらかじめ、治療によるある程度的人格変化を来した患者を選択する必要がある。その故に、治療前後の効果の判定をかねて、次の方法をとった。あらかじめ、治療効果を判定する尺度として有効であると考えられた5つのカテゴリーを選ぶ。このカテゴリーは、「症状の消失並びに症状に対する患者の態度」「行動及び情緒面の成熟」「人間関係の円滑さ」「治療状況に対する反応」「洞察のあり方」の5つである。このカテゴリーにもとづいて、治療的面接の初期及び後期の各五分の一の面接記録をとりあげて、(20回の面接ならば、初めと終りの各4回の記録)、該当する箇所を4人の判断者が独立に選択し、その箇所について各々7段階の評定尺度で評価する。その4人の判断者の各一回毎の面接において評価した各カテゴリー毎の得点を、平均値の検定にかけて、すべてのカテゴリーについて前後に有意な変化をみた5人の患者が選択されたのである。さらにこのうち、テストが可能で

第1表 研究のための原資料

患者 No	No I (♂)	No II (♂)	No III (♂)	No IV (♂)	No V (♂)
年齢	27 ~ 28	18 ~ 19	21 ~ 22	27	20
学歴	大学専門部	新制高校卒	専門卒	高小卒	大学1年
職業	無	学生	会社員	鋳型士	学生
治療期間	55年~11月 54年~4月	53年~10月 55年~8月	54年~10月 55年~8月	54年~12月 55年~8月	55年~2月 55年~5月
面接回数	29	120	22	25	10
治療者	A	B	B	B	B
治療形式	自由連想	自由連想	対面法	対面法	対面法
状態像	不安緊張状態	不安状態	抑うつ状態	神経衰弱状態	強迫状態
症状及び態度	吃音, 自殺企図, 不安, おちつきなし, 攻撃的態度	動悸, 硬直感, 劣等感, 不安, 競争的態度,	胸部圧迫感, 性的不能感情, 罪悪感,	頭重感, 対人恐怖,	強迫観念, 行動制止,
テスト日		53年10月26日 55年5月26日	55年3月13日 55年8月19日	55年3月10日 55年8月18日	55年3月10日 55年6月15日
検査者の性		M ~ F	M ~ F	M ~ F	F ~ M

あった4人の、治療の初期及び後期のロールシャッハ・テストによる人格変化の測定がなされ、前の治療効果との比較検討がなされる。

表1にみるごとく、年齢学歴職業もさまざまであり、治療形式も異なるし、又患者の症状や状態像などもさまざまな患者が含まれている。学歴は高小卒から大学卒迄様々であるし、職業も工具から会社員まで様々である。治療期間は最長2年近いものから、最短3カ月にわたる。症状や状態像も、神経症の範囲で種々である。ここで最も問題になる治療形式は、対面法の場合は所謂「簡便法」(Brief Method) とよばれるのがその骨子であるが、自由連想法では、殆んど治療者の介入が行なわれない実験的な方法がとられているし、簡便法の場合も、時に ROGERS の非指示的方法の色彩が濃い場合もある。前にものべた如く、この意味でわれわれの治療法が確立していないことは認めねばならぬ。

次に、このようにして治療前後の人格変化が測定された患者についての治療過程の分析を3つの側面から行った。

- ①患者の発言内容の治療期間の推移にともなう量的変化の分析
- ②患者の言語的表現にもられている患者の態度の、治療の時間的経過に伴う質的変化の分析
- ③治療者と患者の相互交渉の分析

この3つの治療過程の分析にあたって、すべての場合に5人の患者の資料を利用することが

不可能な場合もあったが、可能なかぎり多くのデータを用いたのである。

①患者の言語内容の分析にあたっては、患者 No. 1 が自由联想による治療の、時間的推移による5つの段階で表現した内容、及び No. 3 が対面法による治療の同じく5段階で表現した内容の量的変化がとりあげられる。内容の分析が主観的なものとなることをさけるために、3人の判断者が予じめ選択された47のカテゴリーにしたがって、各々独立の判断によって面接記録の内容を分析しあてはめる。そしてこの判断の信頼度が検討され分析される。カテゴリーのあてはめられる単位は、原則として完結した文章をとった。

カテゴリーの選択は、次の第二表に示す如く、症状に関する敘述、自己の生活計画に関する敘述の他、日常生活や治療状況における対人関係に関する敘述に重点をおいた。対人関係の敘述は、そこに含まれる感情的色彩によって、Positive, Negative, Ambivalent, Neutral に分けて判断される。かかる選択の理由は、治療状況における治療者患者の対人関係の変化が、治療の進行に必然的なものであり、さらにそれは、日常生活における対人関係の変化と、なんらかの対応をもつてであろうとの仮説にもとづいている。

第二表 言語分析のカテゴリー

- 1) 生活経験の描写 1 1. 過去 1 2. 現在
- 2) 症状の記述 (症状に対する処置対策を含む)
- 3) 症状以外の身体的関心 (身体的不安)
- 4) 治療状況における物理的環境の記述
- 5) 生活の計画, 義務感 5 1. Positive 5 2. Negative 5 3. Ambivalent
(この各々を過去及び現在にわけ)
- 6) 治療状況に対する反応 6 1. 忠告助言を求める 6 2. 積極的肯定的な反応
6 3. 否定的な反応 6 4. Neutral な反応
(この各々を過去及び現在にわけ)
- 7) 他人に対する自己の反応 7 1. Positive 7 2. Negative 7 3. Neutral
(この各々の過去及び現在に分ける)
- 8) 社会に対する自己の反応 8 1. Positive 8 2. Negative 8 3. Neutral
(この各々を過去及び現在に分ける)
- 9) 他人が自己に対する反応 9 1. Positive 9 2. Negative 9 3. Neutral
(この各々を過去及び現在に分ける)
- 10) 自己評価 10 1. Positive 10 2. Negative 10 3. Ambivalent
(この各々を過去及び現在に分ける)
- 11) Insight Self-understanding
- 12) 単純な心理描写 (嘆声などを含む)
- 13) 単純な事実の描写 (4以外の)
- 14) その他

②表現されている態度の分析にあたっては、次の点が考慮された。言語分析の際の判断の категорияは、患者の言語的表現そのものを即事的にとらえるのが目的であったが、ここでは単に表面的な表現内容ではなくて、そこに含まれている表現の意味を分析しようとする。このため患者の態度を示す категорияが選択されねばならない。この categoria は次の5つである。

- a. 評価の自主性の categoria — これは自己の行動や判断のよりどころが他人依存的か自己の確信にねざしているかの態度を測る categoria である。
- b. 自己承認の categoria — これは自己の行動や判断或は自己のひととなりについて、自分がどう思っているか、それに対して否定的であるか肯定的であるかの態度を知る categoria である。
- c. 他人の承認の categoria — 他人の行動や判断或はひととなりを自分がどううけとっているか、それらに対して否定的であるか、羨望的であるか、承認的肯定的であるかについての態度の categoria 。
- d. 生活への適応の categoria — 職業、学校生活、家庭生活などの、種々の生活環境に対して、より適応的であるか或は非適応的であるかの categoria 。
- e. 防衛的 attitude の categoria — これは自己の内的葛藤からくる不安や恐怖、或はその具体的な担い手として、自己に対して、脅威を与えているものの存在を認めているか、自己の防衛の形式の非合理性を知っているかどうか、等の不安に対する防衛の態度を知るための categoria である。

この5つの categoria を、4人の判断者が予じめ共同の討議によって選択した。面接記録中の問題の箇所について、他の4人の判断者が独立に、5段階評定法によって評価する。

③第三の治療者—患者の相互作用の分析については、患者の反応—治療者の反応—患者の反応の一系別を一つの単位として、そこで患者の話題が問題解決の方向に一層進展するか否かを測定する尺度を考案しようとした。そのために選択される categoria は、当然、A) 患者の問題解決に対する態度を示す categoria、B) その問題解決の態度に対する治療者の反応の categoria、C) 治療者の反応によって患者が問題解決の態度をどう選択するかのカテゴリ、の3つに分れる。このような categoria にもとづいて、前の5人の患者のうち、治療者の反応が意図的にのぞかれている自由聯想法による二例をのぞいて、対面法による治療を行った3例の全面接記録を整理した。3つの categoria の連続 (A—B—C) を一単位として、4人の判断者が予じめ選択された箇所について、討議しながらその categoria 分類を決定した。このようにして、どのような治療者と患者の結合が、治療の進行に役立つのかを決定しようとするのが

この第三の研究の目的である。第三表に示すのが、この為の 카테고리である。

第 三 表

治療過程における治療者と患者の相互作用の分析の為の 카테고리

- | | | |
|----------------|---|-------------------|
| A | 患者からの働きかけの 카테고리 | |
| A ₁ | 問題の解決を依頼する | (依 存 的 受 動 的) |
| A ₂ | 問題の対策の教示を乞う | |
| A ₃ | 自己の呈出した問題解決法の選択評価を求める | |
| A ₄ | 問題のより以上の探究を試みそれに対する治療者の反応を期待する | (自 主 的 ・ 積 極 的) |
| B | Aに対する治療者の反応 | (分 析 的 ・ 指 示 的) |
| B ₁ | 解釈を与える (Interpretation) | |
| B ₂ | 問題の意味やその際の相手の感情を明らかにしてやる。治療状況をその意味で設定してやる。(Clarify and Structuring) | |
| B ₃ | 問題やそれに伴う感情の明瞭化を患者に求める (Request for Clarification) | |
| B ₄ | 問題の探究について元気づけてやる (Reassurance) | |
| B ₅ | 単純な受容 (Simple Acceptance) | |
| B ₆ | 問題やそれに伴う感情を反映し反応してやる (Reflection) | (非 指 示 的 ・ 許 容 的) |
| C | Bにつづく患者の反応 | |
| C ₁ | 初めの問題を繰り返さず | |
| C ₂ | 初めの問題の探究がそれ以上行われない (Silence, 話題の転換, Rejection) | |
| C ₃ | 更に問題の探究を続ける | |
| C ₄ | 理解或は洞察に達する | |

『結果の整理及び考察』

1. 治療前後のパーソナリティ変化の態度評定による分析

治療効果判定のための5つのカテゴリは、今までの理論的或は実証的研究を参考にして選択されたことは前に述べた如くであるが、その評定にあたって用いられた7段階の尺度は次のようなものである。

治療効果（態度変化）判定のための評定尺度

①症状の程度及び症状に対する態度

- +3 症状完全に消失
- +2 症状殆ど消失、時に症状のことを考えるがそれには全くこだわらない。
- +1 症状はあるが、時々こだわる程度で、日常生活への影響は少ない。
 - 0 症状がひどくならぬかと不安であるが症状の事を忘れていることもある。
- 1 症状のことがいつも頭にあり、日常生活が時に妨げられている。
- 2 症状の事がいつもひどく不安をよびおこし、日常生活への障害が著しい。

- 3 症状のことばかり頭にあり、ひどく悩まされていて、日常生活が全く妨害されている。

②行動及び感情面での成熟

- + 3 自己評価を感情的になることなく受け入れる。他人並びに自己の欠陥や長所を正しく認めることが出来る。
- + 2 自己並びに他人の欠点の一部は正しく評価出来る。問題があると時に感情的になるが、それだけに拘わることなく、全事態に目をむけることが出来る。
- + 1 自らの行動の決定に感情的な基礎のあることを知っている。その決定はまだ局限された事態に依存している。自己の欠点に対しては感情的な防衛がみられる。
 - 0 自己並びに他人への批判は理論的には正しいが、感情的にそれが左右される。自己の長所や欠点を時に認めるが、すぐ又否定される。
- 1 自己や他人の欠点や長所に全く感情的に反応し、自分の行為の評価は多く他人の評価に依存している。
- 2 他人への好意や敵意の生じてくる理由を全く知らぬ。感情的に常に動き易く、例えば自己以外の人に注意がむけられることに不満である。
- 3 他人への明らかな敵意或は極端な依存的傾向がみられるが、それが言葉には全く表現されていない。自己の神経症的な衝動の阻害に関しては、感情的な子供っぽい反応がみられる。

③人間関係の円滑さ

- + 3 家族及び友人と困難なしに交って行ける。
- + 2 多くの領域においては割に円滑であるが、他の一部の領域ではある程度の困難がある。
- + 1 人間関係は時に円滑さを欠くが、それが全体的な適応を困難ならしめてはいない。
 - 0 人間関係は多く円滑でなく、症状がその為に悪化することがある。
- 1 人間関係が円滑でなく、それが神経症的な人格構造にもついている。
- 2 特定の個人（多くの場合家族の一員）を除いて、正常な交渉は不可能である。
- 3 人間関係が全く阻害されて居り、他の人との円滑な交渉は不可能である。

④治療状況に対する反応

- + 3 治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応についての理解をもっており、それと平行して治療に対して積極的、能動的な態度である。
- + 2 治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応に対する理解があらわれ初め、協力的となってくる。
- + 1 治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応がかなり意識的となるが、まだ積極的な協力はない。
 - 0 治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応の最初の変化があるが、まだそれは意識されていない。
- 1 治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応のキザシがみられるが、治療に対して全く受身で、時に抵抗が強い。

- 2 治療に対して抵抗がつよく、自主性は全くない。
- 3 治療に対して否定的消極的で、治療状況に対する参加が全く表面的にすぎない。

⑤ 洞察の水準

- + 3 人格の広い領域での深い層での洞察がある。
- + 2 人格のある領域で、深い層での洞察がある。
- + 1 人格のかなり広い領域で、浅い洞察がある。
- 0 人格の特定の領域に浅い洞察がある。
- 1 洞察があらわれ初めるが、確立したものではなく、すぐ否定され易い。
- 2 洞察のきざしはあるが、まだ明確化してはいない。
- 3 全く洞察がない。

このような評定尺度にもとづく評定は、次の第四表に示される如くである。各患者の治療初期及び後期の各5分の1の面接記録を、4人の判断者がそれぞれ独立によんで、該当する箇所を文脈を単位として選択し、独立に評定した値の平均値がこの表に示されている。各カテゴリーの該当箇所が各回の面接記録中に出現する頻度は、最小6回、最大18回である。初めは7例の患者を選んだが、表以外の2例は、3つ或はそれ以上のカテゴリーで、有意な態度の変化をみなかったため、今回はこれを除外した。表には除外してあるが、4人の判断者間の一致度

第4表 心理療法の初期及び後期の態度の変化 (4人の判断者の平均値)

Case No. 態度のカテゴリー	No I		No II		No III		No IV		No V		Total	
	初期	後期	初期	後期	初期	後期	初期	後期	初期	後期	初期	後期
症状の程度及び症状に対する態度	-2.7	+2.3	-3.0	+1.1	-2.8	+2.5	-2.5	+2.5	-1.5	+3.0	-12.5	+11.4
差	+5.0**		+4.1**		+5.3**		+5.0**		+4.0*		+23.9**	
行動及び感情面の成熟度	-3.0	+1.5	-3.0	+0.5	-2.8	+2.1	-1.8	+2.5	-2.5	+3.0	-13.1	+9.6
差	+4.5**		+3.5*		+4.9**		+4.3**		+5.5**		+22.7**	
対人関係の円滑さ	-2.5	+1.8	-3.0	+0.8	-1.5	+2.5	-1.0	+2.5	-1.5	+3.0	-9.5	+10.6
差	+4.3**		+3.8*		+4.0**		+3.5*		+4.5**		+20.1**	
治療状況に対する反応	-2.0	+2.5	-2.0	+2.5	-2.5	+2.8	-1.8	+2.5	-2.0	+2.0	-10.8	+11.3
差	+4.5*		+3.5*		+5.3**		+4.3**		+4.0**		+21.6**	
洞察の水準	-2.0	+2.0	-2.5	+2.0	-2.0	+2.5	-1.5	+2.5	-2.8	+1.5	-10.8	+10.5
差	+4.0**		+4.5**		+4.5**		+4.0**		+4.3**		+21.3**	
Total	-12.2	+10.1	-13.5	+5.9	-11.6	+12.4	-8.6	+12.5	-10.3	+12.5	-56.2	+53.4
差	+22.3		+19.4		+24.0		+21.1		+22.8		+109.6	

** t 検定により 1%の危険率で差は有意

* // 5%の危険率で差は有意

は、判断者間の相関が、平均・86（最低・59最高・79）で非常に高く、この4人の判断者の判断は、信頼できると思われる。

この表についてみるなら、この5人の患者はすべて、5つのカテゴリーで代表される態度の変化が、治療の初期と後期を比較した場合に統計的に有意であり、この明らかな差は態度の改善の傾向を示しているといえる。症状の事がいつも不安のたねとなり、日常生活がそのためにひどく妨げられていたのが、症状は殆んど或は完全に消失し、時に症状の事を考えはしても全くそれにはこだわらないか、或は時にこだわる程度で、もはや日常生活には殆んど影響をもたなくなってくる。他人への敵意や不安が、理由も分らぬままにいつも自己を左右し、自己の行為や感情のよりどころは全く他人に依存していた患者が、自己への評価を感情的になることなく受け入れ、他人並びに自己の欠点や長所を正しく理解しうようになり、或は時に感情的になってもそれに左右されなくて、全局面を見わたすことができるようになる。人間関係も全く阻害されており、他人と交際するのをいつもさけているか、全く衝突ばかりしていた患者が、家族及び友人と困難なしにまじわれるようになる。治療状況に対する反応も、初めは懐疑的否定的で抵抗がつよく、治療への自主性に乏しかった人達が、治療状況及び治療者に対する自己の感情的反応の意味を理解し、或は少くともそれを理解しようとし始め、積極的な治療への参加がみられてくる。当然初期には存在しなかつた洞察が、人格の広く深い層で生じ、或はそこまではいかずとも、特定の人格の領域でのあるていど深い洞察が得られるに至るのである。

勿論このような治療前後の変化には、個人差が著しい。患者No. 3は、5つのカテゴリーの平均値合計において、初め-11.6であったのが終りには+12.4に上昇し、その差は+24.0の変化を示している。一方No. 2は、初めも適応障害の著しい-13.5であったが、治療の終り近くになつてもようやく+5.9の位置に昇り得たにすぎず、その変化は+19.4である。No. 3が24回、10カ月の治療期間の変化であるのに対して、No. 2が2カ年近い120回の面接を重ねた上での変化である点など、注意しなければならぬことである。しかし程度の差はあれ、この5人の患者に共通の一定の方向への変化は、この表から知りうるであろう。

2 治療前後のパーソナリティ変化の、ロールシャッハ・テストによる分析

2.1 治療前後におけるロールシャッハ・プロトコルの比較

心理療法によって明らかに治癒或は軽快したと判定されるNo. 2, No. 3, No. 4, No. 5の4名の神経症患者のロールシャッハ・プロトコルを、治療の前後の2回について比較してみよう。分類体系は、主として KLOPFER 法 (1942) にもとづいて行い、すべてのデータは筆者のうちの1人が目を通し、分類者の主観にもとづいて生じてくる不可避免的なくいちがいを防ぐことを意図した。

No.2 (不安状態)

	治療前	治療後		治療前	治療後
R	30	51	m	3	1
T/R ₁	6"	17"	FC	3	5
W	17	8	CF	2	8
D	13	34	C	3.5	3
Dd	0	9	FK	2	1.5
S	0	0	K	2	2
W%	56.5	18	Fe	3	2
D%	43.5	67	c	1	0
Dm%	0	15	F%	33	50
M	1	1	A%	33	45
FM	3	4	P	2	3

この事例では、W反応のいちじるしい減少がみられ、色彩反応でC優位からCF優位に変化し、陰影反応にやや減少の傾向がみられ、mが少くなっているほか特記すべきことはないようである。MやPが相変らず少く、第Ⅱカードでの反応のくずれ(色彩ショック)がのこっていることが問題であり、「火がもえている」「血が流れている」「破れたマスト」といった反応は消えていない。しかし「嵐のよう」「夜の暗い雲」「虫がケンカしている」といった反応が後ではみられなくなっている。

No.3 (抑うつ状態)

	治療前	治療後		治療前	治療後
R	22	31	m	2.5	0.5
T/R ₁	37"	15"	FC	1	6
W	14	13	CF	1	0.5
D	8	17	C	0.5	1
Dd	0	1	FK	0	1
S	0	0	K	2.5	0.5
W%	64	42	Fe	1	4
D%	36	55	c	1	0.5
Dm%	0	3	F%	7	21
M	3	6	A%	40	25
FM	5	5	P	6	5

反応数が増加しているにしても、MとFCの増加はいちじるしい。またmとKFの減少も目立っており、不安感や内的緊張の減退を推定しうる。同時に、「夜の黒い雲」「やぶれた舟の帆」などの不快な反応もあとでは消失している。

No.4 (神経衰弱状態)

	治療前	治療後		治療前	治療後
R	29	35	D	16	19
T/R ₁	30"	20"	Dd	3	3
W	10	13	S	0	0

	治療前	治療後		治療前	治療後
W%	34	37	C	0	0
D%	55	54	FK	2	1.5
Dm%	11	9	K	1	0
M	8	11	Fe	0	0
FM	6	6	c	0	1
m	1.5	2.5	F%	31	25
FC	2	4	A%	31	28
CF	1	1	P	8	10

ここでは反応領域での変化は全くみられないが、MやFCの増加、Kの消失に注意すべきであろう。「誰それがケンカしている」「性器」といった反応は、残存してはいるが減少してきており、Mの質は明らかによくなっている。

No. 5 (強迫状態)

	治療前	治療後		治療前	治療後
R	24	25	m	0	0
Rej	1	0	FC	3	2
T/R ₁	19"	16"	CF	1	0
W	7	7	C	0	0
D	17	18	FK	0	1
Dd	0	0	K	0	0
S	0	0	Fe	2	1
W%	30	36	c	0	0
D%	70	64	F%	58	38
Dm%	0	0	A%	62	50
M	1	4	P	6	5
FM	0	3			

Mの数の増加とFMの出現はいちじるしいが、F%の減少も自発性の増加したことを暗示するものである。また第1回にみられた重篤な“色彩ショック”は、あとでは完全に消失している。反応内容は全般的に、活気をおびてきている。

以上の大ざっぱな比較(治療前後)からも明らかのように、治療によるパースナリティの変化がロールシャッハの上に反映されていることが分る。これをさらに検討してゆくためには、2つの方向が考えられると思う。その1つは PIOTROWSKI(1952)が試みたように、個々の記号の変化をとり上げてゆく方法であり、他は MUENCH(1947)やBUHLER(1949)の用いたような標準化された適応性診断のリストに従って採点・評価してゆく方法である。

2.2 MとFCなどの増加について

PIOTROWSKI(1952)の方法は、統計的処理にもとづいてはいないが、われわれの経験からみて有効なものであると判断されたのでとり上げてみた。

彼は心理療法によるパースナリティの変化が、次のような記号によって捕えうることを指摘

している。すなわち

- 1) Mの増加
- 2) Mの質の変化 (“extensor”Mの増加)
- 3) ΣC の増加
- 4) FCの増加

これらの4項目について、われわれのデータを検討してみよう。

1) Mの増加

この記号は、PIOTROWSKI によってもっとも重点的にとりあげられているが、Mは RORSCHACH (1921) によれば、創造的想像力を反映するものであり、同時に抑うつ的な気分においては減少がみられ、安定した統制ある行動を示す人は多くのMを生ずるということである。このMに関する仮説は、その後多くの人々によって支持されてきているが、KLOPPER (1954) は、知能、想像力、安定性、共感性などとMとの関係を論じている。

従って、形態質のよいMがかなり多い——もちろん多すぎる場合には再び問題になる——ことは望ましいのであって、パーソナリティの改善にともなってこれが増加することは、当然期待されることなのである。われわれの事例においては、Mの増減は次の第5表のような関係を示している。

第5表 M の 変 動

事 例	治 療 前	治 療 後	増 減
	実 数 M/R	実 数 M/R	実 数 M/R
No. 2	1 (13.3)	1 (1.9)	0 (-1.4)
No. 3	3 (13.7)	6 (19.4)	+3 (+5.7)
No. 4	8 (27.6)	11 (31.5)	+3 (+3.9)
No. 5	1 (4.2)	4 (16.0)	+4 (+11.8)

この表から、No. 2を除いてはすべての事例においてMの増加（実数並びに総反応数との関係において）が生じている。

2) Mの質の変化

RORSCHACH, H (1921) は、Mを “extensor” 型（伸張筋型）と “flexor” 型（屈筋型）とに分けて考察しているが、PIOTROWSKI (1952) は治癒にともなって “extensor” Mが増加することを見いだしている。そして治癒にともなって生じてくるMの増加は、“extensor” Mによるものであると云っている。われわれの事例では、Mの2型は次の第6表のような関係を示している。

このように、われわれの被験者では、“flexor” Mを示すものがはじめから少なかったので、

第6表 型による M の変容

	治 療 前		治 療 後	
	Me*	Mf**	Me	Mf
No. 2	1	0	1	0
No. 3	2	1	6	0
No. 4	7	1	10	1
No. 5	1	0	4	0

*Me="extensor"

**Mf="flexor" M

この表からはとくに何も云うことはできない。ただNo. 3で“flexor” Mが消失しているのがみられるだけである。また増加した新しいMには，“flexor”型のもは1つもみられなかったことをつけ加えておこう。

さてここで、Mの内容の情緒的ニュアンスをとりあげてみよう。たとえば「攻撃的」な内容をもったM（「ケンカしている」「戦っている」など）の増減をとり上げてみるならば次の第7表のようになる。

第7表 Mの内容の情緒的な分析

	治 療 前		治 療 後	
	攻撃的	非攻撃的	攻撃的	非攻撃的
No. 2	0	1	0	1
No. 3	1	2	0	6
No. 4	2	6	1	9
No. 5	0	0	0	4

この表から、No. 3とNo. 4において、「攻撃的」な内容をもったMは、治療後に消失または減少していることが分る。また、新たに加えられたMには、1つも「攻撃的」なMがみられなかったことは注目してよいと思う。

3) ΣC の増加

PIOTROWSKI (1952) は、「 ΣC は、他の人と結びついたり、関係をたったりする個人の欲求を示す」といっており、内閉的で逃避的な状態にあるものは ΣC が減少することを暗示している。色彩反応の内容や形態質を無視して、ただ ΣC の増加という量的な側面だけを取りあげることには疑問があるが、われわれの事例について ΣC の増減をみれば第8表の如くである。

第8表 ΣC の 増 減

	治 療 前	治 療 後	増 減
No. 2	8.7	15.0	+ 7.3
No. 3	2.3	5.0	+ 2.7
No. 4	2.0	3.0	+ 1.0
No. 5	2.5	2.0	- 0.5

ここで明らかに ΣC は一般に増加の傾向を示すことがわかる。しかしNo. 2の $\Sigma C = 15.0$ というのは、一般の平均を遙かに上まわるものであり、必ずしもバランスのとれた状態であるとは思えない。従ってこのような場合、単純に増加することが望ましいとは言い切れない。

4) FCの増加

FCは、よく統制された情緒的表現のできることを反映する記号とみられ、一般に情緒的統制のとれた人は、 $FC > CF + C$ の関係を示すといわれている。そこでわれわれの被験者についてみるならば、第9表の如くである。

第9表 F C の 分 折

	治 療 前		治 療 後		増 減	
	実 数	FC/R	実 数	FC/R	実 数	FC/R
No. 2	3	(10.0)	5	(10.0)	+ 2	(0)
No. 3	1	(4.5)	6	(19.3)	+ 5	(+14.8)
No. 4	2	(2.9)	4	(11.5)	+ 2	(+ 8.6)
No. 5	3	(12.5)	2	(8.0)	- 1	(- 4.5)

実数の上からはNo. 2, No. 3, No. 4 にFCの増加がみられるが、FC%の点からみればNo. 3とNo. 4にのみ増加がみられている。

以上4項目についてみると、例数が少ないので結論的なことは云えないにしても、ほぼPIOTROWSKIの結果と一致していると思われる。ただし、長期にわたる精神分析学的な方向をもつた心理療法でなくては、ロールシャッハ・テストの上に変化は生じないという点については、われわれの結果とPIOTROWSKIのそれとの間にくい違いが生じてくるわけである。この点についてはさらに検討する必要があるように思う。

5) mの減少

さてここで、PIOTROWSKI自身はあまり重要視していない1つの記号を問題にしなければならぬ。すなわちそれは“m”であって、KLOPPER (1954) が「内的緊張」或は「葛藤」を反映するとみたものである。この反応は、神経症の治癒にともなって減少する——もしKLOPPERの仮説が正しければ——ことが予想されるのである。われわれの得た結果は次の第10表の如くである。

第10表 m の 分 折

	治 療 前		治 療 後		増 減	
	実 数	%	実 数	%	実 数	%
No. 2	3	(10.0)	1	(2.0)	- 2	(-8.0)
No. 3	1.5	(5.2)	2.5	(7.0)	+ 1	(+1.8)
No. 4	2.5	(11.4)	0.5	(1.6)	- 2	(-9.8)
No. 5	0		0		0	

この表の限りでは、はじめに多くの m を示したものでは減少がみられる、ということである。しかし m は、すぐれた知能をもった正常な被験者に 0.5—2 の範囲でみられるのが普通であるから、 m がとくに多い場合（3以上）に問題にすればよいと思う。と同時に、 m の内容や形態質を考慮することが必要である。この点については、まだまだ検討を要することが多い。

2.3. B-R Score による評価

前節においては、個々の記号を独立に扱ってきたが、ここでは BULLER ら (1949) の考察した Basic Rorschach Score (B-R Score) によつて、各プロトコルを総合的に評価することにした。この評価法は、正常成人や精神病者のサンプルにもとづいて作成されたもので、めいめい密な統計的処理を加えてある。この採点リストは、102 項目から成っているが、そのうち83項目については、診断上の重要性によって+或は-の方向にウェイトがつけられている。われわれは結局、このウェイトのつけられている85項目を問題にすることになるので、以下その項目とウェイトとを記述しておくことにしたい。

① $R=24$ 以下	-3	②7 $Fc=0$	-4
② $R=25$ 以上	+3	②8 $Fc=\frac{1}{2}$	+1
③ $Rejection=1$ 以上	-3	②9 $Fc=1\sim 5\frac{1}{2}$	+2
④ $T/R_1=30''$ 以上	-2	③0 $Fc=6$ 以上	+1
⑤ $M=0\sim 1$	-3	③1 $c\geq Fc$ 以上	-1
⑥ $M=1\frac{1}{2}\sim 2$	-1	③2 $c=3$ 以上	-1
⑦ $M=2\frac{1}{2}\sim 3\frac{1}{2}$	+1	③3 $C'=0$	-2
⑧ $M=4\sim 12\frac{1}{2}$	+3	③4 $C'=\frac{1}{2}\sim 4$	+2
⑧a $M=13\sim 15\frac{1}{2}$	+1	③5a $C'=5$ 以上	+2
⑧b $M=16$ 以上	-2	③5 陰影反応の合計=20%以下	-1
⑨ $FM=0\sim 1$	-3	③6 $FC=0$	-3
⑩ $FM<M$	+2	③7 $FC\leq(CF+C)$	-2
⑪ $FM\geq M$	-1	③8 $FC>(CF+C)$	+2
⑫ FM が M の2倍以上	-2	③9 $(CF+C)=3$ 以上	-1
⑬ $m=0\sim\frac{1}{2}$	-2	④0 $\Sigma C=2\frac{1}{2}$ 以下	-3
⑭ $m=1\sim 2\frac{1}{2}$	+2	④1 $\Sigma C=3$ 以上	+3
⑮ $m=3$ 以上	-1	④3 色彩カード T/R_1 と無色彩カード T/R_1 の差が $10''$ 以上	-1
⑯ $(k+K)=\frac{1}{2}\sim 1\frac{1}{2}$	+1	④0 $W\%=31$ 以上	-1
⑰ $(k+K)=2$ 以上	-1	④5a $W:M=1:2$ 或は M がより大	-1
⑱ $FK=0$	-1	④2 $W:M=2:1$	+1
⑲ $FK=\frac{1}{2}\sim 2\frac{1}{2}$	+1	④3 $W:M=3:1$ 或は W がより大	-1
⑳ $FK=3$ 以上	-1	④4 $D\rightarrow W$	-1
㉑ $F\%=20$ 以下	-3	④7 $D\%=56$ 以上	-1
㉒ $F\%=21\sim 40$	+3	④8 $d\%=15$ 以上	-1
㉓ $F\%=41\sim 50$	+2		
㉔ $F\%=51\sim 75$	-3		
㉕ $F\%=76$ 以上	-4		

- ⑥4 S = 3 ½以上 -1
- ⑥5 A% = 20以下 -1
- ⑥6 A% = 21~45 +1
- ⑥7 A% = 46以上 -1
- ⑥8 To : De = 1 : 1 或は De がより大 -1
- ⑥9 To : De = 2 : 1 +1
- ⑦1 P = 4 以下 -2
- ⑦2 P = 5 以上 +1
- ⑦3 F- = 1 ~ 2 -1
- ⑦4 F- = 3 以上 -3
- ⑦6 Repetition = 3 以上 -1
- ⑦7 Repetition = 5 以上 -3
- ⑦7 Confabulation (作話反応) } -3
- Contamination (混合反応) }
- Reference (関連反応) }
- ⑦8 Cn, インク, よごれ, こぼれた絵具, しろ -1
- ⑧0 血液, 火, 煙 +1
- ⑧1 爆発, 噴火 -1
- ⑧2 雲, X線写真, 岩, 影 -1
- ⑧3 At = 3 以上, 人間の内臓や動物の骨 -1
- ⑧4 Geo = 3 以上 -1
- ⑧5a 性的倒錯, 拷問, 病的なもの, -1
- 外傷をうけた器管 -2
- ⑧6 3 以上のケンカしている人間や動物の反応 -1
- ⑧8 1つの記章或は面の反応 +1
- ⑧8a 2 以上の記章或は面の反応 -1
- ⑧9 3 以上のマンガ, 戯画, おとぎ話の人物などの反応 -1
- ⑧9 記念碑或は彫刻の反応 3 以上 -1
- ⑧9 死体, 死, けがした動物, ヘビ, クモ, ゴリラ, 魔物, 魔法使, 幽霊, きみのわるい空想的人物, 破れた, 毛むくじゃらの, きたならしい, とりみだしたといった対象, 以上のもの 3 以上 -2
- ⑧9 M = 3 以上であると同時に $\Sigma C = 3$ 以上 +3
- ⑧9a Mが (FC+CF+C) の 2 倍以上 -2
- ⑧9 11(12)+22(24, 25, 26)+37 -2
- ⑧9 11(12)+13 -1
- ⑧9 11(12)+38 -1
- ⑧9 14+17+20 +2
- ⑧9 15+18+21 -1
- ⑧9 7(8)+27 -5
- ⑧9 7(8)+74 -5
- ⑧9 7(8)+77 -5

BUHLER らの研究 (1949) によれば, 健康な成人は, 上述のリストにもとづいてプロトコルを採点すると +15~+30の間に分散し, 分裂病者は -5~-25の間に分散することが見いだされている。そして神経症者はこの中間に入り, +20~-5の間に分散する。この B-R Score の意味するところは, パースナリティの統合水準 (integration level) を評価するものだとということになっているが, 現実に対する適応性を評価する判定表とみてもよいと思う。B-R Score は, +の方向に大になるほど適応性が高いということになるわけだから, もしパースナリティが望ましい方向に変化したとすれば, B-R Score は大とならなければならないはずである。

ここでわれわれの 4名の被験者をこの方法によって評価してみると第11表及び第1図の如くである。

第11表 B R S による分析

	治 療 前	治 療 後	増	減
No. 2	- 8	- 2	+ 5	
No. 3	- 1	+ 20	+ 21	
No. 4	- 5	0	+ 5	
No. 5	- 19	+ 8	+ 27	

第1図 BRSによる治療前後の変化

		B R S による 判 定																	
		40	35	30	25	20	15	10	5	-	0	+	5	10	15	20	25	30	35
No.	2									-	→								
No.	3												-	→					
No.	4									→									
No.	5					-	→												

すなわち、これらの表から、B-R Score においては、すべての事例において+の方向への変化がみられることが分る。ことに No. 3 と No. 5 の変化はいちじるしいものである。治療前の B-R Score は、すべての事例においてマイナスであることは、この標準が米国におけるサンプルにもとづくものであるため、いちがいどころ云うことのできないものであるが、治療前後の相対的变化に重点をおいてこれをみれば、この評価法はかなり有効なものであると云えるように思う。この B-R Score による治療の判定の有効性については、すでに H-AMLIN, R. M.ら (1952) の研究も支持しているところである。

以上、ロールシャッハ・テストをこうした目的に用いることがある程度可能であるという印象をもったのであるが、この研究の限りでは例数が少ないので、見透しをつけるということ以上のものではない。

態度の評定及びロールシャッハ・プロトコルの分析の2つを最後に関聯させて考えてみよう。いづれも治療効果を測定する上に妥当な信頼できる方法であるといえる。そしてこの2つの方法は、患者の側の変化を一致した方向でとらえていると考えるだろう。態度評定の尺度といったものが、今まではロールシャッハ・テストのような投射法による評定尺度に比べてより表面的なものであり、この二つは対応し得ないものだと考えられてきたことが多かった。しかしこの場合、この評定のやりかたに問題があるのであって、例えば自己評価という手続きをとるなら、当然そこに投射法による評価との差異が生ずるのであろう。この意味で、治療過程での陳述はかなり投射法における反応の層に近いのではないかと考えることができる。このような層での反応を、評定者が適当なやり方で評価するなら、投射法による評価とかなり近い評価をうることができるという予想を、われわれは以上の評定分析にもとづいて持ちうるのである。もとよりこの点の検証は今後にもたねばならぬ。

3. 患者の表現内容の言語分析

上述の如き治療前後の態度の変化、或はパースナリティの変化を示した5例の神経症患者が、どのような側面で、いかなる変化を示しながら治療が進行していったかを知るための分析

が、以下に示す研究である。まず第一に患者の種々の言語的表現内容が、治療の時間的経過に伴ない、どのように量的な変化を示していくかが研究の対象となる。

言語的表現の内容を分析するカテゴリーは、第二表に示した如くである。3人の判断者が、各面接記録の文章をすべて、独立の判断でカテゴリーにあてはめる。各回の面接記録ごとにとった3人の判断者の判断による、47のカテゴリーの出現頻度に関する相関は、最高.93、最低.71、平均.86で非常に高く、正の有意な相関が存する。各判断者による判断に偏りが無いことは、各カテゴリーの出現頻度の全面接回数を通じての平均値の検定によってもたしかめることができた。即ちこのようなカテゴリー別の判断は、高い信頼度をもっていることがいえる。

第12表は、患者 No. 1 の自由聯想を主とした面接による言語内容の分析であり、第十三表は、患者 No. 3 の対面法（簡便法）による面接の際の言語内容の分析である。なおこれらの表では主なカテゴリーのみをあげて全部のカテゴリーはあげなかった。それらは出現頻度も僅かで分析の対象とならなかったの、「その他」の項に一括してある。治療期間を便宜的に5段階に分けて、その各段階における各カテゴリーの出現頻度を、3人の判断者による各々の段階における出現頻度の平均値として示したのがこれらの表中の数字である。この表を χ^2 検定にかけて、治療の各段階における出発頻度の推移をみると、患者の症状や治療法の相違、治療者の相違にかかわらず、この2人の間に共通した傾向がみられている。

a. 症状に関する敘述は初めの段階に多く終りの段階に少い。No. 1 においては、第一段階（初めの6回の面接）に多くあらわれ、第五段階以後（25回目以後）に少いことがいえる。一般的傾向として、No. 1 では症状に関する敘述が、治療段階が終局に近づくにつれて例外なしに減少していつている。No. 3 においては、同じく第一段階（最初の4回の面接）で著しく多い症状に関する敘述が、第四、第五の段階（13回目以後25回迄）で有意に減少している。全般的傾向も No. 1 と同じで、各段階ごとに減少がみられている。No. 1、No. 3 の両者とも、症状に関する発言が次第に減少していく傾向がたしかめられた。初め症状についての訴が陳述の大半をしめており、そのことにのみかかづらっていた患者が、次第にそれについて語らなくなり、症状を問題にしなくなったことを示している。このことは第四表に示された、治療前後の症状の程度及びそれに対する態度の変化に対応しているのである。

b. 生活計画、或は自己の生活格律についての陳述の分析の結果、No. 1 において特定な傾向はみられないが、No. 3 において次の傾向をたしかめることができた。生活計画についての積極的な発言が、初めの第一第二の段階で（最初から12回目位の面接で）はごく僅かであり、第四第五の段階で（19回目以後）急激な増大をみていることが分る。生活に関しての否定的、消極的な発言の頻度は、これと逆に終局近い第四の段階で有意な減少をみている。即ちこの患者の場合、初め消極的・否定的であった自己の生活に関する発言が、積極的・肯定的な発言におきかえられている。この態度は第四表の行動及び感情面の成熟、その他のカテゴリーで

第12表 (Case No. 1)自由連想における患者の表現内容 (量的分析)

治療段階		1	2	3	4	5	計
カテゴリー							
生活経験の描写		52.6	61.5	59.2	40.7	39.4	253.4
症状一般		* 100.2	99.6	81.4	64.5	○ 37.3	383.0
生活計画, 格律	pos	9.8	9.4	7.5	8.7	3.2	38.6
	neg	4.3	5.5	0.9	3.0	0.3	14.0
治療状況治療者 に対して	Dep	3.6	2.8	0	0.3	0	6.7
	pos	7.2	4.9	0.3	0.8	4.0	17.2
	neg	3.5	* 12.3	0.8	0.3	5.8	22.7
	neu	3.1	4.8	1.0	2.7	2.4	14.0
自己対他人	pos	10.0	11.7	6.9	12.7	16.0	57.3
	neg	24.3	27.3	25.0	23.3	31.5	131.4
	neu	0.8	2.9	0.4	0.7	* 3.0	7.8
自己対社会	pos	○ 0.6	4.3	21.8	11.8	18.0	56.5
	neg	7.7	4.2	5.7	4.0	4.2	25.8
	neu	0	3.8	4.6	9.5	11.3	29.2
他人對自己	pos	2.8	10.0	3.5	6.1	* 11.8	34.2
	neg	17.3	6.3	0.5	1.0	3.9	29.0
	neu	0	0.5	0.1	0.2	0.2	1.0
自己評価	pos	○ 44.8	○ 32.5	75.0	69.1	* 108.8	357.2
	neg	* 22.9	9.2	1.8	5.8	6.6	46.3
	amb	22.3	19.5	15.0	15.7	6.7	79.2
Insight understanding		7.0	14.5	20.8	* 27.7	20.6	90.6
その他		133.3	93.1	144.6	161.4	117.8	650.2
計		478.1	440.6	476.8	497.0	452.8	2 345.3
χ^2 検定 * 5%以下の危険率で有意に大 ○ 5%以下の危険率で有意に小							

第13表 (Case No. Ⅲ) 簡便療法における患者の会話内容(量的分析)

治療段階		1	2	3	4	5	計
カテゴリー							
生活経験の描写		42.2	65.4	** 75.8	29.5	61.1	274.0
症状一般		** 168.5	84.2	39.1	○ 38.4	○ 27.3	357.5
生活計合格律	pos	○ 6.2	○ 12.8	33.0	** 102.6	* 98.7	253.3
	neg	64.3	49.1	24.9	○ 14.9	25.6	178.8
治療状況及び治療者について	dep	3.3	* 12.5	* 13.9	0.6	3.4	33.7
	pos	○ 2.2	18.6	17.4	22.6	17.3	78.1
	neg	3.2	** 18.2	5.0	4.3	0.8	31.5
	neu	0.8	6.1	1.5	4.7	2.5	15.6
自己対他人	pos	8.1	13.9	2.9	18.9	19.9	63.7
	neg	* 21.0	* 19.9	4.3	5.5	○ 1.6	52.3
	neu	0.5	1.6	4.8	15.6	* 29.7	41.5
自己対社会	pos	○ 2.7	5.3	14.0	24.5	* 19.0	76.2
	neg	** 33.4	13.5	3.3	4.9	○ 1.9	57.0
	neu	0.3	0.9	2.5	2.5	6.6	12.8
他人對自己	pos	0.5	9.8	9.8	13.9	16.2	50.2
	neg	* 30.3	11.0	3.8	5.5	4.3	54.9
	neu	0.3	0.3	0.3	0.3	11.8	15.7
自己評価	pos	0.5	5.0	2.8	* 19.0	18.5	45.8
	neg	* 30.3	11.8	13.3	7.3	6.8	69.5
	amb	** 30.8	21.3	5.3	4.3	5.7	67.4
Insight understanding		4.8	15.5	17.0	22.5	15.0	74.8
その他		99.9	100.7	92.4	81.0	111.9	485.9
計		554.1	497.4	387.1	446.0	505.6	2 390.2
χ^2 検定 ** 1%以下の危険率で有意に大 * 5%以下の危険率で有意に大 ○ 5%以下の危険率で有意に小							

第14表 2人の患者 (No I とNo II) の人間関係についての表現(量的分析)

治療段階 カテゴリー		1	2	3	4	5	Total
自己対治療者	dep	6.9	15.3	13.9	○ 0.9	3.4	40.4
	pos	9.4	23.5	17.7	23.4	21.3	95.3
	neg	6.7	* 30.5	5.8	4.6	6.6	54.2
自己対他人	pos	18.1	25.6	9.8	31.6	* 35.9	121.0
	neg	45.3	47.2	29.3	28.8	33.1	183.7
自己対社会	pos	○ 3.3	9.6	35.8	36.3	* 47.7	132.7
	neg	* 41.1	17.7	9.0	8.9	6.1	82.8
他人対自己 (他人の自己に対する評価)	pos	○ 3.3	19.8	13.3	20.0	* 28.0	84.4
	neg	* 47.6	17.3	4.3	6.5	8.2	83.9
自己評価	pos	○ 45.3	○ 37.5	77.8	* 115.1	* 127.3	403.0
	neg	* 53.2	21.0	15.1	13.1	○ 13.4	115.8
	amb	* 53.1	40.8	20.3	20.0	○ 12.4	146.6
Total		333.3	305.1	252.1	309.2	343.4	1 543.8

χ^2 検定 * 5%の危険率で有意に大

○ 5%の危険率で有意に小

代表される、積極的否定的な態度の増大と対応するであろう。

c. 治療状況及び治療者についての発言は次のような推移をたどっている。No. 1 の場合、治療状況及び治療者に対しての否定的な感情をもった発言が、第二の段階（7回目～12回目）で有意に多くあらわれていることがみられる。No. 3 の場合にはもっと明瞭な量的な変化がみられている。まず興味あることには、治療者への依存的な態度を反映する発表が、第二第三の段階で増大している。これはその前後の段階と著しい対比をみせている。治療状況にややなれてくると同時に、この依存的な態度があらわになってくるのであるが、その時期がすぎると、このような発言内容は再び少くなる。これと対応して、治療者や治療状況に対しての積極的肯定的な発言が、第一の段階で有意に少いこと、統計的な有意性はみだせなかったが、第二段階以後第五段階に至るまで、積極的肯定的な発言が多くみられていることがいえる。なお前の依存的な態度と一見矛盾する否定的な態度が、前者の多くあらわれている第二段階で同じく多く発言内容に示されている。このことは、この前者にとって5回目から8回目位の時期が、治療者への依存的な態度と否定的な態度が共存している Ambivalent な時期であったことを示すも

のと考えられる。この否定的な態度が第二段階で増大し、その前後との対比が著しいことは、No. 1 及び No. 3 に共通なことである。

d. 他人に対する患者の態度を示す発言は次のような特徴的な推移を示す。No. 1 においては、Neutral な態度を示す発言、すなわち感情的色彩をまじえない公平な発言が、最後の第五の段階で増加していることがみられる。No. 3 では、他人に対しての否定的な感情をともなう発言が、治療初期の第一第二の段階で多く、最後の第五の段階で少ない。この第五の段階では No. 1 と同じく公平な態度での発言が増大している。この発言の推移でうかがえる態度の変化は、治療状況及び治療者に対する態度についての発言と、内容的に平行しており、又このあとで示される、社会一般に対する態度、他人からみた自己についての発言、自己評価などの発言における推移にもともなっている。これは第四表に示された、対人関係の円滑さ、行動及び感情面の成熟、治療状況に対する反応などのカテゴリーで代表される治療前後の人格変化に対応するものであり、ROGERS 達のいう、自己承認や他人への承認の態度が増大していく法的な過程を示しているものであるといえよう。

e. 社会一般に関する発言は、No. 1 においては、最初の第一段階において積極的肯定的な態度の表現が少いことが特徴的である。No. 3 ではこの同じ態度の表現が、第一段階で少く、最後の第五の段階で増加している。これは No. 1 と同じ推移がより強調されてここに示されているといえよう。No. 3 ではさらに、社会に対する否定的な態度が最初の第一段階で著しく多く、最後の第五の段階で少くなっているのも、同じ傾向を示すものである。患者の目につく社会一般の様相が、始め否定的な発言をのみ多く促していたのが、治療の終りに近づくにつれて、積極的肯定的なものとなっている点、他人に対する患者の発表内容の変化と軌を一にしているのである。

f. 他人對自己という項は、他人が自己をどうみているか、他人が自己をどう評価しているかということに関しての患者の発言の推移を示す。他人から批判されている自己についての、或は他人からこうみられているという患者の発言は治療がすすむにつれて著しい変化をみせる。これは患者自身の態度が治療の経過と共に変化し、対人関係のあり方の行動面での変化が生ずるために、他人の患者についての実際の評価が変化することもあるだろう。しかしそれだけではなく、患者自身が、他人の自己への否定的な態度や評価にひどく敏感であり、そのためこのような側面だけを強調しやすいことも事実であろう。このような患者自身の態度が、より安定したものになっていくにつれて、他人の否定的な評価のみに拘泥することなく、感情的にならずに他人の批判をうけ入れ、それを肯定することが可能になるであろうと予想される。だから、ここでこのような患者の発言をとりあげたのは、実際に他人が患者をどうみているかということの問題にするためではなくて、他人の言葉を選択的にうけとって、そのことで自己評価をしている患者自身の態度を問題にするためである。

かかる他人を通じての自己評価は No. 1 では、自己が肯定的に評価されているとの発言が最後の第五の段階で増大しており、No. 3 では否定的にみられているとの発言が第一段階が多い。これは両者とも同一傾向を異った側面から示しているのであって、同じ推移を示すといえよう。

g. 患者自身の自己評価に関する発言も、始め否定的であり Ambivalent であるのが、治療の後期に肯定的に変化するだろうとの仮説が支持された。No. 1 についてみれば、肯定的な評価が第一第二の段階で少く、第五の段階で増大しているといえる。丁度対照的に、否定的な自己評価が第一段階で著しく多い。殆ど同じ傾向が No. 3 の分析でもみいだせる。自己肯定的な発言が治療の終り近く第四段階で増加しており、自己否定的な発言或は自己に対する Ambivalency の感情をこめた発言が、いずれも第一段階で多いといえる。この変化は、前の対社会・対他人・対治療者等の発言と同一の線にそった患者の自己成長の動きであるといつてよいだろう。

h. 洞察或は自己理解を示す発言は、No. 1 の場合に第四段階で有意に増大していることがいえるが、No. 3 の場合には統計的にその推移を示し得なかった。洞察的な表現はむしろ質的に把握すべきなのであって、これを示す文章の出現頻度という点で問題にすることに無理があるのかもしれない。しかし No. 3 の場合も No. 1 と同じ傾向がみられ、第一段階ではごく僅かであり、順をおって第四段階迄増大し、そこで最大の頻度を示し第五段階でやや減少している。洞察的表現が多くなるのは最後の段階ではなくて、そのやや前段階であることも示唆的である。最後の段階はむしろ得られた洞察を Working through (仕上げ) によって確立する時期であるのだから。

このような言語表現の量的分析は、上にのべた 2 例以外には行っていないので、この傾向がわれわれの患者すべてに、或は他の患者一般にみられるものであるかどうかは不明である。だがこの No. 1 と No. 3 にみられる傾向が、僅かの変動を除いて殆んど一致している点から考えて、他の患者の場合も、治療前後の人格変化がある程度一致している場合には、言語的表現に示される推移もほぼ同じ線を進ると考えてよいのではないかというのがわれわれの予想である。

今まで個々にみてきた No. 1 と No. 3 の発言内容を、特に対人関係の発言を主としてまとめて整理したのが第 14 表である。ここでは前述の一般的傾向がさらに著明にみられている。

治療形式、治療者の相違、患者の例の種々な相違を覆って、治療の時間的経過にともなる患者の発言内容が、一定の方向に量的に変化するのだが、一言にしていえば、次のようにいえるだろう。症状の叙述の減少、生活計画の積極性の増大が、外面的な患者の変化を示すと同時に、対人関係に関してより肯定的積極的な態度がのべられるに至る。他人から肯定的に評価されているとの感情をもつようになり、同時に他人を肯定しうるに至る。又患者自身の自己に対する態度も承認的肯定的となっていくのである。

これらの態度の変化は、治療効果の測定でとりあげた別の尺度での態度評定及びロールシャッハ・プロトコルの上での人格変化と矛盾なく対応する。しかしこのような治療状況での反応の変化を示す患者が、よい治療効果を示す患者であるといえるかどうかは、まだ多くの研究が重ねられねばならぬであろう。

4. 言語的表現を通しての態度分析

言語内容の分析は、その判断のカテゴリーが示す如く、患者の言語的表現そのものを即事的にとらえることを目的としたのであった。しかしこのような分析方法に対して次のような批判ができるかもしれない。患者の述べる表面的な言葉の分析だけでは、患者の実際の感情や態度の変化をそのままとらえることは不可能であるか、もし可能であるとしても不十分なものである。何故なら言語的表現を独立した文章を単位としてとらえる場合、その言葉を表出せしめた感情の真の文脈は失われてしまい、場合によってはその文脈とは全く異なるものだけがとらえられてしまうかもしれないのだと。このような点に関する不安は言語分析のカテゴリー分類を行っている間に、いつもわれわれの考の中にあった。又実際面からの制約として、言語分析のカテゴリー分類がまことに繁雑であり、5例のすべての患者にこれを施行することが困難であったので、もう少し簡単でしかも患者の感情的態度をとらえうる尺度を考察する必要があったのである。もとよりわれわれの言語分析は、たとえば感情的色彩を考慮したことで示されるごとく、既にそこに含まれる感情的態度の分析に一步入ってはいた。しかしその態度の質的な相違を評定するまでは立入ることができなかった。たとえば、他人に対する肯定的積極的な態度といっても、そこにある程度、分類可能な段階的相違が存在する。このように患者の表現の中からとりあげることができるある感情的態度が、治療の推移とともに変化する過程がとらえうるように思われたのである。

ここでとりあげる態度分析がなされるに至った理由は、このような考慮にもとづくものであり、この為を選択された5つのカテゴリーは前に示した如く、a) 評価の自主性のカテゴリー、b) 自己承認のカテゴリー、c) 他人の承認のカテゴリー、d) 生活への適応のカテゴリー、e) 防衛的態度のカテゴリー、である。

このようなカテゴリーで示される言葉は、そのまま患者の言葉の中にはあらわれてはこない。これをとらえるには、ある程度まとまった文脈を1つの単位としてその中から理解しなければならぬが、その文脈の選定が適当である場合には判断は割合に容易になされ、言語分析の際の繁雑さはここでは避けることができたのである。

この5つのカテゴリーが感情的態度の評定のために選択された理由は、今のところこれではなければならぬという必然性はなかった。もとよりこのカテゴリーで患者の感情的態度をすべて拾い得ると考えてはいない。将来は、治療状況における態度の分析に必要にして充分なカテゴリーを、たとえば因子分析的研究によって見出し得るようになるのがわれわれの希望ではある

が、現在のところは試行錯誤的に、現在のわれわれの知識に応じて決定していくより他ないのである。この5つのカテゴリー選択にあたっては、研究史を概観したときに取あげた諸研究を参考して、治療の進展に意味のあると思われる態度のカテゴリーを選択したのである。

このカテゴリー分類を実際に行うにあたっては、言語分析の際の如く、各面接毎の出現頻度を扱うのは無意味である。態度を示す文脈を問題とする故、その出現頻度は一般に僅かである。そこでこの5つのカテゴリーのそれぞれに、5段階の尺度を設定し、その尺度の上で、問題になる文脈に示される感情的態度の重みづけを評価し、その重みづけの上での推移をとらえようとした。この5段階尺度とは次のようなものである。

a. 評価の自主性の5段階

5. 自己及び他人の行動や態度が、一貫して患者の自主的な判断にもとづいて評価される。他人の意見や評価を感情的になることなく受け入れて、その上で自主的な評価の基準にもとづいて判断がなされる。
4. 自己及び他人の行動や態度の評価がおおよそ患者の自主的な判断にもとづいてはいるが、時に動揺する。しかし全く自主性を失ってしまはいはしない。
3. 自己並びに他人の行動や態度の評価が、時に自己の判断によるかと思うと、すぐ次の場合には他人の評価に左右されてしまう。その変動が著しく、患者の自主的な態度が全く失われているかに見えることもある。
2. 自己並びに他人の行動や態度の評価が、他人の判断によってなされ、又それによってすぐうごかされる。自主的な判断が時にあらわれても他人の判断の前に姿を消してしまう。
1. 自己並びに他人の行動や態度の評価が全く他人の意見や判断に左右されてしまい、そのことに疑念や不満をもたない。しかし自主性がないための不安は甚しい。

b. 自己承認及び他人の承認の5段階

5. 自己（他人）の長所や欠点を、感情的色彩なしに承認し、その人格を理解した上で自己（他人）の行動や態度を批判し評価しうる。
4. 自己（他人）の長所や欠点を共に認めはするが、それについて語る際に、時に防衛的否定的或は自己主張的な感情の混入がさげられない。
3. 自己（他人）の長所や欠点を時に認め得なくなる。一般に感情的な拒否や自己主張がその基礎にみられており、公平な態度をとりうるのは稀である。
2. 自己（他人）の行動への批判が、感情的にのみなされる。長所或は欠点に触れることを遅けているか、或は一方のみが強調される。だが次の1の段階程極端ではない。
1. 自己の場合には欠点のみが、他人の場合にはその長所のみが強調され、自己卑下的自己劣等的な感情か、他人が優れているとの感情があらわである。その半面非合理的自己主張や他人への感情的な否定がともなう。この二面性が混乱をひきおこし、公平な判断は全く存在しない。

d. 生活への適応の5段階

a b c の 3 つのカテゴリーは、人格の内面的なあり方を、患者の表現をとうして捉えようとするものであった。この内面的態度が、職場学校家庭生活などの実際の生活環境に対処するうえで、どう動揺するか、この際の緊張や不安の実際の処理の仕方を見るためのカテゴリーが、この d のカテゴリーである。

5. 患者をとりまく殆んどすべての生活環境に対処して、殆んど何等の不安や緊張、葛藤を経験することなしに処理できる。
4. 時に特定の状況において不安や緊張を経験するが、それが全体の人格の安定をくつがえしはしない。
3. 時に著しい適応の困難を感じ、その回復のためにかなりの時間と努力を必要とする。しかしある生活空間の領域では全く安定していただける場所もっている。
2. 強い適応の困難のために症状がたまったり再発したりする。この障害は特定の領域（家庭内の特定の人、職場の特定の人など）で特に著しい。
1. 殆んどすべての生活空間内の現象が不安や緊張をよびおこす。そのためいつも不安定で、症状は固定し或は悪化する。

e. 防衛的態度の 5 段階

自己の不安や恐怖或はその原因となる事実の存在への認知の有無、自己のその不安に対する防衛のあり方への洞察の有無をするためのカテゴリーで、前の尺度とは逆にこの 5 段階尺度は点数の低い程適応的である。

5. 自己の不安の原因について無知であり、それに対する自己の防衛ももちろん認知されていない。不安もつよいが防衛も強固であり、1 つの明らかなシステムがつけられている。
4. 自己の不安の非現実性にきづき、ややその原因に目をむけている。防衛の非合理性にもきづいていて時にその態度をゆるめようとする努力がみられる。
3. 自己の不安が非現実的なものであり自己の防衛的態度の非合理的なことを認め、それに対して現実的な態度で向う努力が認められる。だがその対策は確立しておらず、すぐ不安におしながされる。
2. 不安が時によわまり、それに応じて防衛的態度を解くことができる。やや洞察的な態度で自己をみているが、まだ確固たるものではない。時によって動揺はしても、その不安におしながされはしない。
1. 不安の意味並びにその生ずる理由を理解している。不安に脅かされることがあっても、そのために防衛の体系がつよめられることはなく、意識的にそれを処理するテクニックを用いることができる。殆んどいつも、不安なしにいられる。

このような 5 段階にもとづく評定を、あらかじめ決定されていた箇所について 4 人の判断者が独立に行う。問題になる箇所の選定は討議によってなられ、その箇所が評定さるべきカテゴリーも決定されている。場合によって同一文脈が 2 つのカテゴリーにわたって評価されるように決定されたが、3 つ以上のカテゴリーにわたることは避けた。4 人の判断者間で判断のかたよりのないことは、各面接毎の評定点の平均値の検定（各カテゴリー毎）及び各面接毎の一人一

人の判断者の評点の平均値(各カテゴリー毎)をとって、その全面接回数を通じての相関を算定する方法で便宜的にたしかめた。前者はすべての面接及びすべてのカテゴリーを通じて、平均値の差の有意性は認められず、後者の相関(順位相関)では、すべてのカテゴリーを通じて、四人の評定者間に、最低.73, 最高.95, 平均.82で高い相関があった。このような評定は評定者による偏りは少いといえる。なお各面接毎の各々のカテゴリーの評価すべき箇所の出現頻度は、最小3回最大9回であった。

四人の評定者の各カテゴリー毎の得点を、各治療段階毎に平均値としてあらはしたのが第15表であり、それをグラフであらわしたのが第2図である。治療段階はすべての5人の患者を通じて20回とし、それ以上或はそれ以下の面接回数の患者の場合は、同じ20回の長さに投影する方法をとった。この方法は、学習曲線を得る際に用いられるVINCENT法の操作に基本的に同一である。但し各段階を平均して同一面接回数となし得ない場合には、便宜的に最終の治療段階の面接回数を増減する方法をとった。このような方法については色々問題もあると思われるし今後適当な方法を研究する必要がある。このようにして、同一の治療段階に各カテゴリーの得点をあてはめることで、第16表第17表の相関の計算を可能にし、患者やカテゴリー間の相関をすることができた。

第15表, 第16表, 第17表及び第2図について考察してみると、

a. カテゴリー毎の得点が直線的な上昇或は下降を治療期間の推移にともなって示しているかどうかを知るために、先づ回帰係数の直線性の検定を行い、第2図のすべての場合に、その直線性をたしかめることができた(危険率1%以下)。次にこのことにもつづいてTrendの検定(趨向性の検定)を行ってみると、自己承認におけるNo. 5の患者と、生活への適応におけるNo. 4の患者の場合をのぞいて、他のすべての場合に、評価の自主性, 自己承認, 他人の承認, 生活への適応の得点は上昇傾向, 防衛的態度の得点では下降傾向のあることをたしかめることができた(危険率1%以下)。

これらのカテゴリー得点の治療の時間的進行にともなう推移は、すべての5人の患者において、殆んど例外なしに共通して一定の変化をみせているといえる。すなわち治療の時間的経過とともに評価の自主性は上昇し、自己承認の傾向はたかまり、他人への承認許容の傾向もつよまる。自己及び他人を自己の評価基準でみることができるようになるとともに、自己及び他人を許容的承認的にみることができるようになり、感情的な反撥や拒否は影をひそめる。環境内の事実に対しても安定した態度でのぞみ、不安や緊張はより減少する方向に向う、自己の防衛的傾向に対してはより洞察的となり、その非合理性は減少し、現実的な態度が増大する。この推移は、治療段階のある時期においてかなりの増大或は減少をみることはあっても、全体としてみたときには直線的な上昇或は下降を示しているといえるのである。

これらのカテゴリー間の相関を各患者ごとにとったのが第16表であり、各患者間の相関を各

第15表 態度分析における評定点の変動（4人の判断者の平均値）

評価の自主性

Case \ 治療段階	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I	1.2	2.2	1.7	1.8	1.4	1.5	2.0	2.2	2.4	1.9	2.5	1.5	2.4	3.0	2.9	3.1	2.9	2.8	3.2	2.5
II	2.5	1.9	2.3	1.5	1.4	1.2	1.5	2.5	1.9	1.5	2.4	2.7	3.0	3.0	3.1	2.9	3.0	3.2	3.1	3.5
III	1.1	1.2	1.3	1.1	1.2	1.5	1.6	2.0	1.5	2.0	1.2	1.3	1.9	2.0	2.8	2.7	2.5	3.0	2.8	3.5
IV	2.5	2.7	2.4	2.2	1.9	1.8	1.7	2.0	1.9	2.0	1.5	1.5	2.6	3.0	3.1	2.0	3.1	1.9	3.4	2.0
V	1.1		1.2		1.4		1.5		1.7		1.8		2.0		2.0		1.9		2.5	

自己承認

Case \ 治療段階	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I	2.2	3.4	1.9	2.9	1.5	2.8	3.1	2.9	3.0	2.1	3.5	2.8	3.3	3.5	3.8	3.9	4.2	3.1	4.4	4.1
II	1.3	1.4	1.2	1.5	1.8	2.4	2.4	2.8	2.7	3.1	2.2	3.2	3.4	3.1	3.0	3.5	3.9	3.7	3.8	3.8
III	1.5	1.4	1.1	1.0	1.3	2.2	1.9	1.5	2.0	2.2	3.0	3.1	2.7	2.4	3.0	2.9	2.5	3.9	3.4	3.0
IV	2.1	2.2	1.8	1.9	2.4	2.4	3.0	3.1	3.2	3.0	3.1	3.5	3.8	3.9	3.1	4.2	4.1	4.2	3.8	4.3
V	2.5		3.2		4.0		2.8		3.8		4.2		3.5		4.1		4.3		3.9	

他人の承認

Case \ 治療段階	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I	1.7	1.9	2.3	2.8	1.7	3.0	3.2	3.4	2.8	2.5	3.2	4.0	3.1	2.9	3.1	2.4	3.0	4.2	4.1	3.8
II	1.6	2.0	2.4	2.3	2.8	3.1	2.5	2.7	2.1	2.2	3.5	2.8	3.9	2.8	4.0	3.9	4.1	4.6	4.5	4.2
III	1.2	1.1	1.4	1.5	2.0	3.1	1.4	1.2	1.8	2.4	2.7	3.4	2.7	1.9	3.4	3.5	2.8	3.4	3.2	3.8
IV	3.0	3.1	1.9	1.8	1.9	2.0	1.5	2.3	1.8	2.5	3.0	2.8	3.0	3.5	4.1	3.2	3.9	4.1	3.4	3.5
V	2.1		2.0		2.1		3.0		3.1		3.1		2.9		2.8		3.7		3.8	

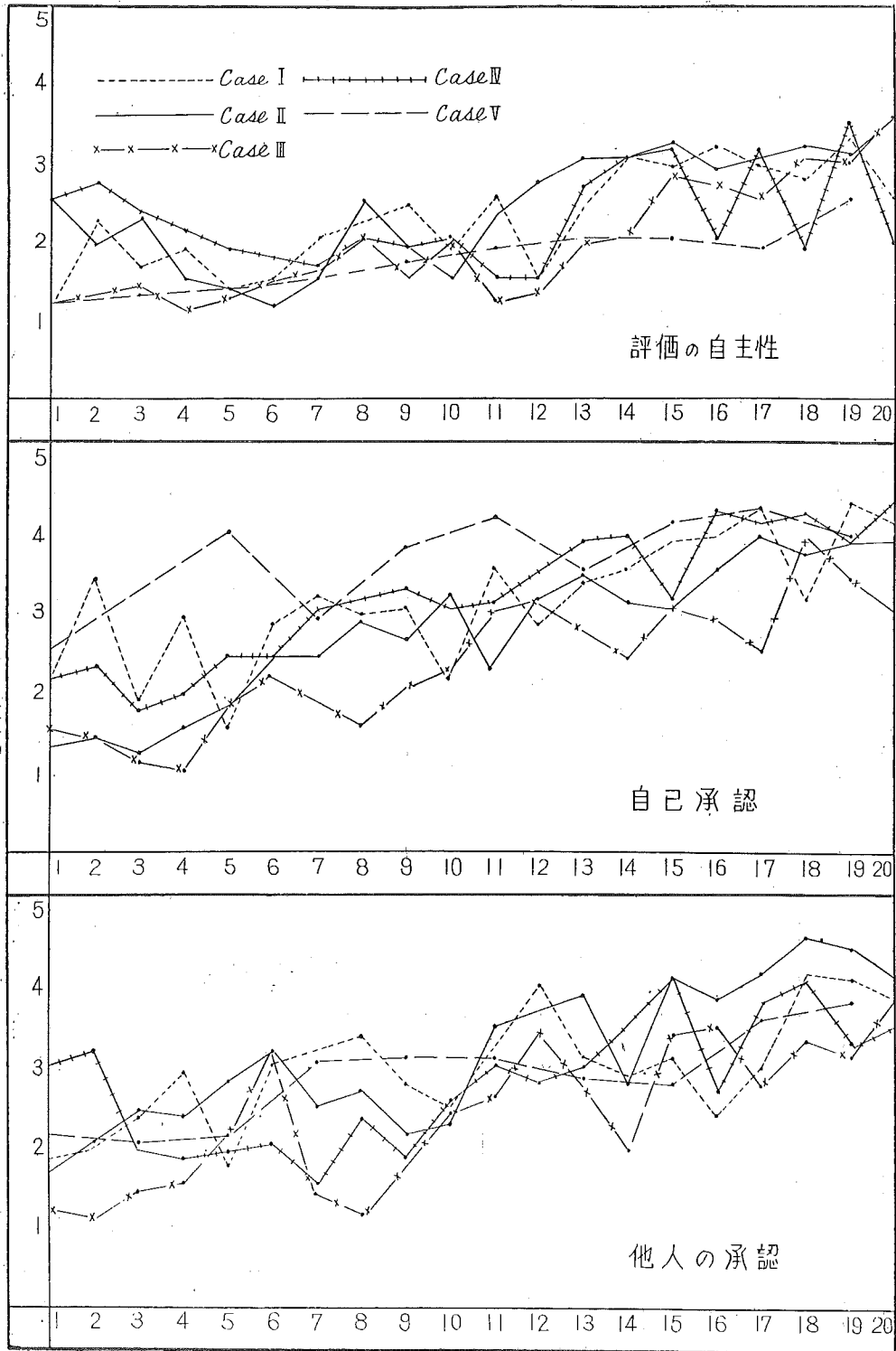
生活への適応

Case \ 治療段階	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I	1.2	1.1	1.4	1.3	1.5	1.8	2.0	2.4	1.9	2.8	3.1	3.5	4.0	3.2	2.9	3.5	3.0	4.2	3.8	4.1
II	2.0	1.3	1.7	2.2	1.8	2.5	3.0	3.2	3.4	3.0	2.9	3.1	3.8	2.6	3.0	3.2	3.1	3.9	4.2	3.9
III	1.5	1.4	1.7	2.6	2.4	3.3	3.4	3.6	3.1	3.8	3.7	3.4	3.5	3.8	3.5	3.1	2.8	3.5	3.4	2.8
IV	1.3	1.6	1.4	1.7	2.2	1.8	2.0	2.2	1.5	1.9	2.0	1.8	3.0	2.7	1.8	3.2	1.5	2.0	3.4	2.9
V	2.5		2.3		3.4		3.8		4.0		3.8		4.2		4.1		4.5		3.4	

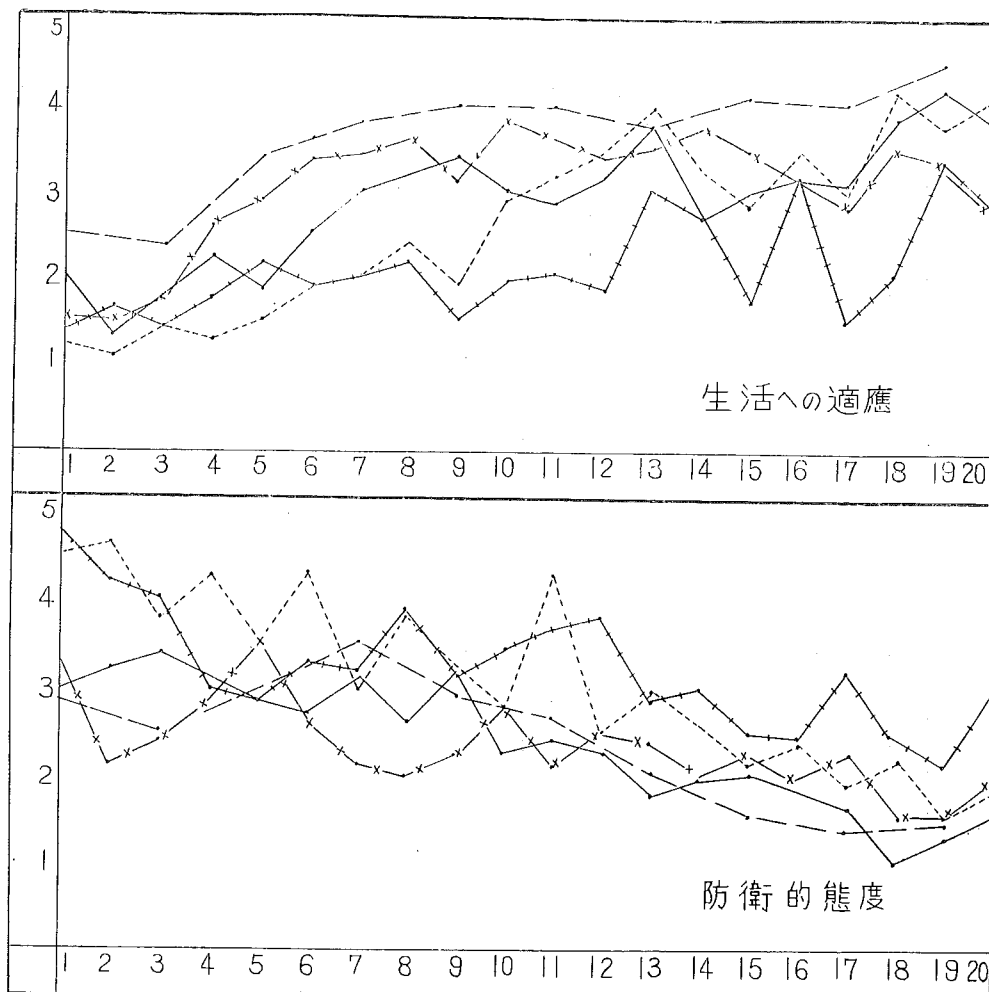
防衛的態度

Case \ 治療段階	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I	4.5	4.6	3.8	4.2	3.5	4.1	3.0	3.8	3.2	2.8	4.2	2.5	3.0	2.6	2.1	2.3	1.9	2.1	1.5	2.3
II	3.0	3.2	3.3	3.1	2.9	2.8	3.1	2.7	2.5	2.3	2.4	2.3	1.8	1.9	2.0	1.8	1.7	1.0	1.3	1.5
III	3.3	2.1	2.4	3.3	3.5	2.7	2.1	2.0	2.2	2.8	2.1	2.5	2.4	2.0	2.2	1.9	2.1	1.5	1.5	1.9
IV	4.7	4.2	4.0	3.0	2.9	3.3	3.2	3.8	3.1	3.4	3.6	3.7	2.9	3.0	2.5	2.4	3.7	2.5	2.1	2.8
V	2.9		2.5		3.0		3.5		2.9		2.7		2.0		1.5		1.3		1.4	

第2図 態度分析における評定点の変動



第2図 態度分析における評定点の変動



第16表 (第2図の相関表) (カテゴリー間の相関)

Case I					
	a	b	c	d	e
a					
b	.64*				
c	.61*	.89*			
d	.52*	.73*	.43		
e	-.21	-.32	-.47*	.10	

Case II					
	a	b	c	d	e
a					
b	.58*				
c	.72*	.79*			
d	.49*	.68*	.53*		
e	-.52*	-.31	-.38	-.22	

Case III					
	a	b	c	d	e
a					
b	.54*				
c	.51*	.64*			
d	.40	.57*	.16		
e	-.65*	-.62*	.01	-.04	

Case IV					
	a	b	c	d	e
a					
b	.14				
c	.52*	.64*			
d	.23	.64*	.29		
e	-.20	-.63*	-.48*	-.66*	

Case V					
	a	b	c	d	e
a					
b	.87*				
c	.88*	.81*			
d	.91*	.85*	.76*		
e	-.61*	-.52*	-.58*	-.48*	

* 有意な相関 (危険率1%以下)

第17表 (第2図の相関表) (Case間の相関)

a 評価の自主性					
	I	II	III	IV	V
I					
II	.68 [*]				
III	.73 [*]	.73 [*]			
IV	.91 [*]	.69 [*]	.63 [*]		
V	.65 [*]	.71 [*]	.92 [*]	.61 [*]	

b 自己承認					
	I	II	III	IV	V
I					
II	.59 [*]				
III	.70 [*]	.63 [*]			
IV	.61 [*]	.54 [*]	.73 [*]		
V	.58 [*]	.71 [*]	.59 [*]	.72 [*]	

c 他人の承認					
	I	II	III	IV	V
I					
II	.54 [*]				
III	.41	.56 [*]			
IV	.42	.57 [*]	.81 [*]		
V	.61 [*]	.62 [*]	.83 [*]	.79 [*]	

d 生活への適応					
	I	II	III	IV	V
I					
II	.69 [*]				
III	.53 [*]	.67 [*]			
IV	.42	.71 [*]	.41		
V	.57 [*]	.77 [*]	.79 [*]	.58 [*]	

e 防衛的態度					
	I	II	III	IV	V
I					
II	.47 [*]				
III	.39	.65 [*]			
IV	.41	.59 [*]	.73 [*]		
V	.57 [*]	.42	.68 [*]	.83 [*]	

* 有意な正の相関のある箇所
(危険率1%以下)

カテゴリーごとにとったのが、第17表である。一般に期待される方向に正又は負の有意な相関がみられた。すなわち、自己承認他人への承認、評価の自主性の傾向は、相ともなって高い相関を示しながら上昇する。この3つの態度は高い関連性をもっていることがすべての患者を通じていえる。ただ、生活への適応のカテゴリーと上の3つのカテゴリーとの相関は、必ずしも高いとはいえず、有意水準に達しない場合がみられる。日常生活における種々の原因による感情的不安の出現は、治療状況で示される態度の変化と対応して減少してはいくにしても、単にそれのみではない。この態度は日常生活での個々の事情に左右されて変動することが多いことがここに示されていると考えてよいかもしれない。防衛的態度は、上の4つの態度と一般に負の相関をもっているが、時に殆んど相関が0に近い場合もあり、負の相関ではあっても有意水準に達しない場合がみられている。患者No. 5においては、前の四つの態度との逆相関がすべて有意であり、この患者の場合には典型的な推移がみられているが、No. 1においては、他人への承認、No. 2及びNo. 3においては評価の自主性と有意な逆相関がみられているのみで、他は明瞭ではない。5人を通じて、評価の自主性と逆相関が最も著明であるが、No. 4における如く、他の3つの態度とは逆相関が有意であっても、評価の自主性とは有意な逆相関を示さない場合もあって、かかる患者による相異は、治療過程における態度の変化の個人差を考える上で興味ふかいものである。表17に示される5人の患者間の相関がこの事を更に明示する。評価の自主性及び自己承認の態度の変化は、すべての患者間に有意な相関をもっている。この点に関する治療過程の推移はどの患者の場合も殆んど類似の過程をたどるといえる。しかし他人の承認及び生活への適応は前者でNo. 1とNo. 3、No. 1とNo. 4の間では有意な相関はなかったし、後者では、No. 4とNo. 1、No. 4とNo. 3の間で同じく有意ではなかった。又防衛態度は、No. 1とNo. 3、No. 1とNo. 4、No. 2とNo. 5の間での相関は正の方向ではあるが有意ではなかった。何故これらの点で相関が低かったかは、まだ解決されぬ問題である。しかし、この5人の患者間では、ここにあげた5つのカテゴリーの得点の推移に、すべて正の方向の相関がみられていることは、治療の進行の法則性を示唆するものと考えてよいだろう。

以上の分析方法には種々の問題が残されているけれど、ここで得られた分析の結果に、治療過程の推移を言語的表現の量的変動によって検討した場合と本質的に対応する変化が、患者の感情的態度の変化の上でも存在すること、そしてこれは、治療効果の測定の際の、治療前後の態度やパースナリティ変化の事実を、治療状況における患者の陳述をとおしてうらづけるものであるといえる。

5. 治療過程における治療者と患者の相互作用の分析

今までの分析は、治療前後の人格変化の考察にせよ、治療過程の推移の言語分析或は態度分析による評価にせよ、すべて患者に生じている変化をとらえようとしたものであった。このよ

うな変化の分析は、その変化にみられる法則性を明確にしうるならば、治療における患者の変化の一般的な方向を知り、治療の有効性を明示するのに役立つことは明白である。しかしこのような患者の側の変化が、何を原因として生じているのか、いかなる刺激に対する反応として、言語表現や態度の変化、ひいては人格の変化が生ずるのかは、以上の分析からは知り得ない側面である。治療過程を分析することの意味は、治療の必然性を担っている事実を指示することができなければ、まことに不十分なものになってしまう。このような治療過程を支えるものとして、われわれは治療者の、患者からの働きかけに対する反応、或は治療者の治療状況に対する介入のありかたをとりあげようとするのである。この立場でこの問題が解決され得るか否かは将来の研究にまたねばならぬが、一応われわれの作業仮説は、治療者と患者の相互作用の解明がこの問題の解決への寄与となるとの予想から出発するのである。

治療過程が治療者と患者の話しあいによって進行する以上、治療状況を言語を媒介とする治療者患者の人間関係として把握するのに異論はないだろう。この考えを許すなら、治療の進行がこの人間関係のあり方に依存していると考えられる。この関係の中でどのような相互交渉が行なわれているかを分析し、そのなかで患者の成長をたすけている治療者の反応をとりださうなら、治療の進行に働いている力の、少くともある一面はとらえられる筈である。

この意味から治療者と患者の相互交渉のあり方を分析するために、その介入が基本的には非指示的な形においてはあがあるが、治療者の介入が多くみられている対面法による治療状況下での、No. 3, No. 4, No. 5 の3人の患者の面接記録が利用された。相互作用分析のためのカテゴリーは、第3表に示してある如く、④患者からの働きかけのカテゴリー、⑤Aに対する治療者の反応、⑥Bにつづく患者の反応の3つの面から考察した。この際前述の仮設にしたがつて、患者自身の治療状況の中での成長ということに重点をおき、この患者の成長をはかる1つの側面として、患者が自らの問題に対してどのような態度で対しているかをとりあげようとした。この意味からすれば治療過程とは患者の問題解決のための治療者との連鎖反応であると考えられる。前に問題にした態度のカテゴリーとはやや趣を異にするが、ここではこのような問題解決への態度がより自主的に発展するかどうかに関心があかれる。この問題解決における患者の態度が、前にあげた態度のカテゴリーとどのように対応するかは、この研究ではとりあげることができなかった。この研究は、治療の進行を支えている治療者—患者の相互交渉の分析のための、初歩的な足がかりであるにすぎない。

分析は次のようにしてなされた。No. 3, No. 4, No. 5, の3人の患者の全面接記録中から、4人の判断者が共同の討議によってA—B—C連続の1単位の文脈をぬきだし、そのA・B・Cの各々について第3表の如きカテゴリー分類を行う。この際に4人の判断者間でカテゴリー分類の意見が一致しなかったものは、すべてのぞいて、明瞭な一致をみたものだけとした。この結果A—B—Cの連続を一単位とする反応の連鎖は患者1人あたり僅かとなり、統計的な操作

が困難となったので、今回はこの3人の患者の記録をすべて一括してあつかうことにした。治療段階を四段階にわけたのも、この単位となる反応連鎖の頻度が少なかったことによる。

第18表及び第19表はこの結果を整理したものである。

第18表はA—B—Cを1単位とする反応連鎖の、カテゴリー別の出現頻度を示す表である。この表では、総計において偶然或はそれ以下の出現を示すカテゴリー間の結びつきは除外してある。

患者が問題解決を治療者に依頼する働きかけ(A₁)につづいて、治療者が明瞭化或は構造化の反応(B₂)によって相手の感情や治療状況の意味を説明してやる場合、問題の探究が一層進められる(C₃)という連鎖が偶然以上の頻度で生じている。この治療者による明瞭化構造化のあとに患者が問題解決への努力をつづけるという推移(B₂—C₃)は、初めから患者が問題解決への努力を続けている時(A₄)にも、それにつづいて生起し易い。これはむしろ当然なことであり、B₂—C₃—B₂—C₃……の連鎖と考えてもよい。

患者が同じく依存的な態度で、治療者への問題解決を依頼してくる場合(A₁)、患者の感情や問題のあり方の明瞭化を患者にもとめても(B₃)、それだけでは問題解決は進行せず、前と同じ依存的に態度がのべられるにすぎない(C₁)。

しかしこの依存的な態度を治療者が反映してやる場合(A₁—B₆)に多く生ずる患者の反応は、1つは再び同じ問題のくりかえしにおわってしまう(A₁—B₆—C₁)にすぎぬが、それ以上にさらに問題解決の努力が進み、問題への探究が継続される場合(A₁—B₆—C₃)が多くみられている。この治療者側の Reflection の反応が、患者の例の問題の解決の発展をよびおこすのは(B₆—C₃)、それに先立つ患者の発言が何であろうと一般に生起しやすい場合であることがいえる。問題解決の依頼(A₁)、問題対策の教示を求める(A₂)、問題解決方法の選択を求める(A₃)、問題探究をさらに継続する(A₄)のすべての場合、それにつづいて(B₆—C₃)の結合が生じている。問題対策の教示を求める患者の働きかけ(A₂)は、治療者側で Reflection 以外の方法をとった場合、明瞭化を相手に求める反応(B₃)であろうとも、単純な受容(B₅)の反応であろうとも、患者の問題解決にはあまり役立たず、同じ態度での反応を継続させているにすぎない。(A₂—B₃—C₁, A₂—B₅—C₁)

患者の洞察に直接先立つ反応は、患者の側でまず呈出した問題解決の方法に対する評価や選択を求めて、それに対して治療者が Reflection の形で反応した場合である(A₃—B₆—C₄)。

以上のような形での場合が、治療のどの段階で多いかは明瞭にいけないが、A₂—B₃—C₁が第3段階の、治療の後半に入った時期に多くみられている傾向と、A₁—B₆—C₃が治療の最初の時期に多い傾向が示されている。しかし患者によっては種々であるらしく、この点も今後の資料を重ねた上でないと結論づけられない。3人の患者で共通している傾向は、洞察にむすびつく結合が、第1段階にはなくて第4段階に多くなるということであるが、これも統計的な

第18表 患者—治療者の相互作用 (Case III IV Vの総計)

Chance 以上の頻度で生じていると認められる結びつき (1% Level)					
治療段階 相互作用	1	2	3	4	計
A ₁ — B ₂ — C ₃	3	4	5	7	19
A ₄ — B ₂ — C ₃	1	4	7	4	16
A ₁ — B ₃ — C ₁	8	13	8	2	41
A ₂ — B ₃ — C ₁	3	8	15	4	30
A ₂ — B ₅ — C ₁	4	3	5	1	13
A ₁ — B ₆ — C ₁	2	3	4	6	15
A ₁ — B ₆ — C ₃	15	5	6	10	36
A ₂ — B ₆ — C ₃	8	8	8	5	29
A ₃ — B ₆ — C ₃	9	8	9	6	32
A ₄ — B ₆ — C ₃	3	3	9	7	29
A ₃ — B ₆ — C ₄	0	2	3	8	13

一度も生じなかった結びつき		
A ₄ — B ₁ — C ₁	A ₁ — B ₁ — C ₄	A ₁ — B ₆ — C ₂
A ₁ — B ₁ — C ₂	A ₃ — B ₂ — C ₂	A ₃ — B ₆ — C ₂
A ₄ — B ₁ — C ₃	A ₃ — B ₃ — C ₄	A ₄ — B ₆ — C ₂

(A, B, Cの各カテゴリーについては、第3表参照)

第19表 B (治療者の反応) と C (患者の反応) との結びつき (χ^2 検定)

	C 1	C 2	C 3	C 4	Total
B 1	7	9	13	3	32
B 2	32	6	73*	6	117
B 3	91**	9	21	4	125
B 4	17	15*	46	7	85
B 5	37*	10	12	5	64
B 6	43	2	119**	42*	201
Total	227	46	284	64	624

** 危険率1%以下

* 危険率5%以下

差はみいだせない。

総括していえることは、患者の側の洞察やその前提となる問題解決の態度をみちびくものとしての治療者の反応は、患者の感情や問題のあり方への反映的態度であり、或は治療状況を構造化し設定してやることであり、相手の感情的態度を明瞭にしてやることであるといえる。この結論はROGERS 達のいう非指示的方法の有効性を示すに止るだけではなく、このような治療者の態度を、前にのべた患者の態度やパーソナリティの変化と対応させて考えるなら、興味あることであろう。このような治療者の態度は、治療者の中における自己承認、他人(患者)の承認、自主的な評価等が治療状況で示されていると考えるかもしれない。治療者との相互交渉が、このような治療者の態度を前提としてなされるとすれば、患者の新しい問題解決のための学習の成立が、前にのべたような態度やパーソナリティ変化をとまなうのも当然であろう。もとよりこの推論は仮説の域を脱していない。この方向への実証的な研究が試みられねばならない。

第19表は治療者の反応(B)と患者の反応(C)との結合のみをとりだしたものである。ここでは、 B_1 につづく特定のCの反応はみられず、われわれの与えた解釈が特にどのような働きをしたかは明示されない。傾向としていえることは、さらに問題の探究が継続される反応がその後につづくということだが、問題の探究が中止されたり拒否されたりする反応も多く続いており、解釈の与えられ方に問題があることを暗示する。解釈につづいての洞察の生起がごく僅かであることも、この理由によるのであろう。 B_2 の明瞭化或は構造化の後には、 C_3 が多く継起することがいえる。この治療者の態度は患者の側の問題解決の態度を促進するのに有効であることを示している。しかし、単に前と同じ態度がくりかえされる反応を、患者によびおこすにすぎぬ場合の多いことは、注意されねばならない。患者の感情の明瞭化を求める場合は患者が前と同じ問題をくりかえす場合が大半である(B_3-C_1)。問題解決への元気づけの態度は、かえつて患者の問題解決を中断してしまう結果をみている(B_4-C_2)。単なる元気づけの無意味な場合が多いことを示している。又単純な受容は患者の側の問題のくりかえしをよびおこしやすい。Reflectionの反応は、前に論じたと同様に、患者の話題を進展させ洞察をよびおこしやすいことがいえる。

A—B, A—Cの結合には特に有意味な傾向はみいだせなかつたので、ここでは省略することにする。

以上を総括するならば、治療者と患者の相互交渉の中に、治療の進行を規定する要因をとらえることが可能であるとの見透しが得られたといえる。治療者の患者への働きかけの要因がここでは問題にされたのであるが、相互作用の分析を研究する手段や方法がより充実し、その方向に研究がすすむる時に、さらに多くの事実が明らかになりうるであろう。われわれのこの研究は、人間関係を分析する為の 카테고리も不備であるし、資料も不足である。この点を将来補つていきたい。

『総括』

1 心理療法による治療効果を測定し、さらにその効果をもたらした治療的面接の過程を測定することによって、心理療法による治療の法則性をみいだそうとするのが本研究の目的である。

2 このために次のような方法が考案された。まず治療前後の患者の態度の変化をとらえるために、症状の程度及び症状に対する態度、行動及び感情面での成熟、人間関係の円滑さ、治療状況に対する態度、及び洞察の水準の5つのカテゴリーを選択した。これらの各々について、5段階の評定尺度をつくり、治療的面接の初期及び後期の面接記録中の該当する箇所を4人の評定者が評定する。評定者間の一致度は、高い相関によって示され、判断の信頼性が保証された。このようにして得られた評定の結果、前の5つのカテゴリーのすべてにおいて治療前後に有意な変化をみた5例の患者が選択された。患者はすべて男子の神経症患者であり、状態像、学歴、年齢など様々である。

3 これらの患者の治療効果を、投映法によるパーソナリティ把握によってとらえるために治療前後のロールシャッハ・テストの結果が比較検討された。患者の治療前後のプロトコルを比較した結果、治療によるパーソナリティの改善を示すサインとして、PIOTROWSKI の示すような、Mの増加、Mの質の変化、 ΣC の増加、FCの増加などがみられ、又BUHLERのB-Rスコアの上で得点の上昇がみられた。この結果、彼等のいうように、治療による人格変化をロールシャッハ・テストによってとらえることが可能であると推測される。これはまた、ロールシャッハ・テストが治療効果を客観的に把握するための有力な道具であると考えうることを示すものでもある。このようなロールシャッハサインの上での変化は、態度評定によってとらえられた、症状及び症状にこだわる態度の消失、未成熟な感情の成熟、治療状況に対する態度の自主性や積極性の増加、洞察の達成などの変化と何等かの対応をもっと考えられる。面接記録を通じてのこのようなカテゴリーにもとづく評価が改善を示している点で、ロールシャッハによる人格の評価とかなりよく一致することがみいだされた。

4 このような治療前後の人格変化或は態度の変化がみられた患者が、治療過程の推移にもなってどのような変化を示しているかを次に分析する。治療の時間的推移にもなう「言語的表現内容の量的変化」及び「言語的表現にもられている態度の質的な変化」の分析がこれである。次にこのような治療状況での患者の変化を規定する1つの側面をとらえるために、「治療者と患者の相互交渉」のあり方が分析される。これらの研究はすべて、治療前後の人格変化との対応において考察される。

5 言語内容の量的分析の資料は、あらかじめ選択された47のカテゴリーに、完結した文章を単位として、面接記録を分類することによって得られた。このカテゴリーは、症状に関する敘述、生活計画の敘述等の他は、すべて治療状況或は生活状況での対人関係の敘述に中心をお

いて設定されたものである。対人関係の敘述における感情的色彩も分類の対象となる。評定は3人の判断者が独立におこない、分類の信頼度が検定されて、高い信頼度がたしかめられた。この分析は、自由聯想法による治療をうけた患者一名及び非指示的な色彩の簡便法による治療をうけた患者1名の、計2名に対してなされた。その結果、治療法、治療者、患者の状態像などの相違にかかわらず、治療段階の時間的経過にもなって、共通な一定の量的変化がみられた。症状に関する敘述は減少し、生活計画に関しての積極的肯定的な発言が増加する。治療状況及び治療者に対しては、初め否定的な発言が多いが、途中で依存的な発言が増加し、その後次第に積極的、自主的な発言が増加する。他人に対する態度を示す発言は、初め否定的な色彩が濃い、次第に許容的承認的となる。これは自己に対する態度を示す自己評価、社会に対する態度を示す発言と類似の過程である。他人が自己をどのようにみているかについても、初め否定的であったのが、後に肯定的承認的となる。一般に症状の消失にもなって生活の意欲が増大し、自己及び他人への肯定的承認的な態度が増加していることが共通である。

6 態度の分析は次のようなカテゴリーにもとづいてなされる。a 評価の自主性、b 自己承認、c 他人の承認、d 生活への適応、e 防衛的態度の5つがそれである。面接記録中のこのような態度を示す文脈について、4人の判断者が独立に、各々のカテゴリーについて設定された5段階尺度にもとづいて、質的な評定がなされた。この評定は5人の患者のすべての面接記録に対してなされた。判断者間の相関は高く、信頼できる資料であることをたしかめることができた。結果は次の如くである。a b c dの4つの態度は殆んどすべての患者で治療の進行にもなって直線的な上昇を辿り、eは直線的な下降を辿る傾向がたしかめられた。更に相関分析によって、どの患者の場合も、評価の自主性、自己承認、他人の承認の3つの態度は相もなるとして上昇すること、生活への適応はこの3つのカテゴリーと有意な相関を示すことが多く防衛的態度は、他の態度と負の有意な相関を示すことが多い事実がたしかめられた。この態度変化にみられる共通性及び法則性は、言語分析の際の一定の変化の過程に対応しており、又治療前後の人格変化の理解に役立つものである。

7 治療者と患者の相互作用の分析では、治療状況において、患者の態度の変化を生じている刺激としての治療者の反応を中心として、それとその前後の患者の反応との結合に一定の傾向が存在するか否かが研究の対象である。このため、①患者からの働きかけ②Aに対する治療者の反応、③Bにつづく患者の反応の3つのカテゴリーが選択された。この各々のカテゴリーは、患者の治療状況における問題解決の態度を知りうるように細分されている。この結果、治療者の一定のやりかたでの介入が、患者の例の一定の反応をみちびく傾向のあることがみいだされた。患者の自主的な問題解決の態度をつよめていくのは、患者の感情に対する反動的な反応(Reflection)感情を明瞭化してやる反応(Clarification)治療状況の設定(Structuring)等であることが統計的にたしかめられた。この治療者の態度が、治療者自らの、自己並びに他

人に対する承認的許容的態度を現実に反映しているとの仮説が許されるならば、このような態度での介入が患者の同じ態度の学習を促進することとなるとの推察ができるかもしれない。治療状況での患者の態度の変化の過程や、治療前後の人格変化の程度を規定する要因としてこれを確言しうるには、しかしまだ多くの実証的研究が必要である。

(附記) 本研究は著者達のみの手によったものではなく、当研究所の多くの所員の協力によるところが多い。特に井村恒郎前心理学部部長の指導と、田頭寿子、山崎道子、竹村和子の諸氏の、カテゴリー分類その他の種々の面での協力がなくしては、このような形にはまともならなかったことを考え、あつく謝意を表すものである。

文 献

- PORTER, E.H. The development and evaluation of a measure of counseling interview procedures. *Educ. & Psychol. Meas.*, 3, 105-26, 215-38. 1943.
- SNYDER, W.U. An investigation of the nature of nondirective psychotherapy. *J. Gen. Psychol.*, 33, 193-223. 1945.
- SEEMAN, J. A study of the process of nondirective therapy. *J. Consult. Psychol.*, 13, 157-68. 1949.
- CURRAN, C.A. Personality factors in counseling, 1949.
- RALMY, V.C. Self reference in counseling interviews. *J. Consult. Psychol.*, 12, 153-63. 1945.
- SCHEERER, E.T. An analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect of others in ten counseling cases. *J. Consult. Psychol.*, 13, 169-75. 1949
- STOCK, D. An Investigation¹ into the² inter-relationships between the self-concept and feelings directed toward other persons and groups. *J. Consult. Psychol.*, 13, 176-80. 1949.
- HOFFMAN, A.E. A study of reported behavior changes in counseling. *J. Consult. Psychol.*, 13, 190-95. 1949.
- RASKIN, N.J. A objective study of the locus of evaluation factor in psychotherapy. (Success in Psychotherapy WOLF.W & PRECKEY J.A. ED.) 1952.
- KAUFFMAN, P.E. & RAIMY, V.C. Two methods of assessing therapeutic progress. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 44, 379-85. 1949.
- DOLLARD, J. & Mowrer O.H. A method of measuring tension in written Documents (Psychotherapy. theory and research. Mowrer O.H. ED) 1953.
- HAIGH, G. Defensive behavior in client centered therapy. *J. Consult. Psychol.*, 13, 181-89. 1949.
- HOGAN, R. A measure of client defensiveness. (Success in Psychotherapy WOLF W. & PRECKEY J.A. ED.) 1952
- FIEDLER, F.E. A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *J. Consult. psychol.* 14, 436-45. 1950.
- FIEDLER, F.E. Factor analysis of psychoanalytic, non-directive, and Adlerian therapeutic relationships. *J. Consult. Psychol.*, 15, 32-38. 1951.
- DITTMANN, A.T. the Interpersonal process in Psychotherapy. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 47, 236-44. 1951.
- BERGMAN, D.N. Counseling method and client responses. *J. Consult. Psychol.* 15, 216-24
- ELDRED, S.H., HAMBURG, D.A. et al. A procedure

- for the systematic analysis of psychotherapeutic interviews. *Psychiatry*. 17, 337-45, 1954.
- RASHKIS, H.U. & SHASKIN, D.A. The effects of group psychotherapy on personality inventory score. *Amer. J. Orthopsychiat.* 16, 345-49 1946.
- COWEN, E. An evaluation of client changes in non-directive therapy with the Bernreuter Scale. Unpublished. 1948. (Diagnostc Psychological Testing. 1950)
- ROGERS, L.S. & KANAUS, J. Predicting continuation in therapy by means of the Rorschach test. *J. Consult. Psychol.* 15, 368-71, 1951.
- KOTKOV, B. & MEADOW, A. Rorschach criteria for predicting continuation in individual psychotherapy. *J. Consult. Psychol.* 17, 16-20, 1953.
- ROGERS, L.S. & HAMMOND, K.R. Prediction of the results of therapy by means of the Rorschach test. *J. Consult. Psychol.* 17, 8-15, 1953.
- GIBBY, R.G., STOTSKY, B.A. & HILER, E.W. Validation of Rorschach criteria for predicting duration of therapy. *J. Consult. Psychol.* 18, 185-91, 1954.
- PIOTROWSKI, Z. & SCHREIBER, M. : Rorschach percept-analytic measurement of personality changes during and after intensive psychoanalytically oriented psychotherapy. (Specialized Techniques in Psychotherapy. 1952).
- LORD, E. : Two sets of Rorschach records obtained before and after brief psychotherapy. *J. Consult. Psychol.* 14, 134-39, 1950.
- KLOFFER, B. & KELLEY, D.M. The Rorschach Technique. 1942.
- MUENCH, G.A. An evaluation of non-directive psychotherapy by means of the Rorschach and other test. *Appl. Psychol. Monogr.* No.13, 1947.
- Bühler, C. et al. : Rorschach standardization study I. 1949.
- KLOFFER, B. et al. : Developments in the Rorschach Technique. Vol I. 1954.
- RORSCHACH, H. : Psychodiagnostik. 1921.
- HAMLIN, R.M., BERGER, B. & CUMMINGS, S.T. Changes in adjustment following psychotherapy as reflected in Rorschach signs. (Success in Psychotherapy. 1952)
- HAIMOWITZ, N.R. & HAIMOWITZ, M.L. Personal changes in client-centered therapy. (Success in Psychotherapy. 1952)
- PETERON, A.O.D. A comparative study of Rorschach scoring methods in evaluating personality changes resulting from psychotherapy. *J. Clin. Psychol.* 190-92, 1954 (No.2).
- STEPHEN, W. The study of behavior. Q Technique and its methodology. 1953.
- ROGERS, C. R. & DYMOND, R. F. Psychotherapy and Personality change. 1954.
- 水野担他, 統計数値表の使い方, ノンパラメトリック検定 1954
- 林知己夫, 心理学研究に必要な統計的方法。心理学講座 9 VII 1953.
- 畑村又好, 奥野忠一, 実例による農事試験のまとめ方 1949.

ABSTRACTS

A STUDY OF COMMUNITY ORGANIZATION METHOD FOR MENTAL HEALTH MOVEMENTS IN A CITY

By

Sadao YOKOYAMA

Shigemichi KANNO

Shusuke TAMAI

1. Purpose :

This study on the problem of mental health in a city aims at clarification of (1) procedures of social studies, (2) sociological diagnosis, (3) findings in preventive procedures and (4) control of processes in community organization. Further more, it is attempted to produce new formula in standardized sociological study of Japanese community through findings of this research work.

2. Plans :

Plans to achieve above stated goal sociological principles and procedures include :

- (1) Principles of community organization pertaining to its effect on mental health.
- (2) Sample area : Ichikawa City, Chiba Prefecture (populated about 130,000)
- (3) Overall organizations of the research group (technical coordinators)
 - i) Include such research workers and practitioners as sociologists, statisticians, psychologists, psychiatrists, psychiatric social workers, etc.
 - ii) Control and analysis (team of researchers) : Researchers in charge : committee members of the Mental Health Model District.

Assistant researchers : several workers consisted of the staff members of the National Institute of Mental Health and some outsiders.

3. Community activities so far.

- (1) Deligates of various agencies and organizations as well as the specialists in the related field were invited in August, 1953 to the institute to discuss the way in which they could promote the community activities. It was then

decided that the city be selected as a model district for the mental health movement and that they start developing the program of community organization for mental health.

- (2) They were concerned first of all with the problem of "juvenile disturbances in mental health" and made a plan to expand the area of the proper research activities.
- (3) They became interested in the manifested problems of mental health and needs for it and took a survey in relation to this problem. Items for the survey were as follows :
 - i) Problem of juvenile delinquency.
 - ii) Attitudes and views of general public toward the problem of juvenile delinquency.
 - iii) Distribution and characteristic of the mentally disordered in the city of Ichikawa.
 - iv) Distribution and characteristic of cases of suicide.
 - v) Distribution and characteristic of the families under public assistance.
 - vi) Socio-economical structure of the city and the analysis of characteristic of its devided areas.
 - vii) Distribution of social resources and the way in which they are likely to cooperate on the problems.
 - viii) Distribution and activities of volunteer workers helping within the scope of social work and the education for problem child.
- (4) Through the program of public education for teachers of the graded school as well as the day nersery, volunteer workers in social work and also in the function of probation, some efforts to help them gain understanding in the technique and information in mental health has been paid by the committee members.
- (5) "The Society for Mental Health of the City of Ichikawa" was organized in December, 1955 to make the movement a more extended function and to help develop interagency coordination for the movement. Thus it is likely able to draw an inference that the ground work of community organization activities for mental health has been achieved by the establishment of the society.

4. Some study items with which the authors have been concerned will be summarized as follows :

- (1) Ways in which adult education programs in relation to mental health could be undertaken.
- (2) Procedural study of social research and sociological diagnosis.
- (3) Procedural study of community organization pertinent to mental health problem.
- (4) Ways in which agencies and organizations concerned keep close contacts each other.
- (5) Ways and means of mobilizing social resources.
- (6) Procedural study of planning and execution of the program.
- (7) Ways in which agencies and organizations concerned give service to the communities and the problem of administration of and leadership in the community organization.
- (8) Ways of making use of news services in the city.
- (9) Community organization recording.
- (10) Procedural study of each item listed above in accordance with the type of cities, towns and neighbors.

5. The study has been conducted since August 1953, and it is to be finished with the completion of the study made in Tomisato-mura, Chiba Prefecture as a study in a rural district, besides the study in Ichikawa City as one in a city. So this may be called the first report of the study.

A STUDY ON THE MEASUREMENT OF THE EFFECT OF PSYCHOTHERAPY

By

Morio SAZI

Yasufumi KATAGUCHI

1. It is the purpose of the study to find out the regularity in the course of psychotherapy, by means of measuring effects of treatment and evaluating processes which brought about the therapeutic effects.

2. For this purpose, five categorical criteria were prepared with the intention of seeking changes in patient's attitude affected by the treatment :

- (1) Degree of development of the symptom and patient's attitude toward the symptom.
- (2) Degree of emotional maturity as well as conduct adaptability.
- (3) Extent of the harmony of inter-personal relationship.
- (4) Patient's attitude toward the treatment.
- (5) The level of insight.

Then the movement scale which included five values was for the use of valuation of the movement in the patient in a particular term of the treatment course both in the beginning and termination. The case record was prepared for the judgements. And in this work with the movement scale the validity of judgement was assured because it had been found that the correlation between the independent judges tended to be around .86. On the basis of results from the appraisal of movement five cases which showed meaningful change during the therapeutic contacts in each of the category listed above were selected for the study. Those cases were of the patients with some kind of neurosis and the symptomatic picture, educational background, age, etc. varied.

3. By the application of Rorschach Test to each of these patients before and after the therapeutic contacts and the comparison of the results in each time of testing, the effects of psychotherapy with those patients were assessed. Indications of improvement by the treatment were manifested in several Rorschach responses such as increase in those of M, change in contents of M and increase in response of ΣC and FC as Piotrowski had suggested, and also in increase of values in Bühler's B-R

score. Accordingly, we might well be able to draw an inference that it would be possible to seize by means of application of Rorschach Test the personality change in the patient affected by the treatment. Because of this inference, it has become a useful tool to make possible of an objective evaluation of the treatment effects. It has been observed that the changes in Rorschach responses corresponded to those of the factors about the patient's attitude which were valued according as each of the five criteria mentioned in the section 2 (of the conclusion).

4. The quantitative change of verbalized contents as well as the qualitative change of attitude in the patient with the progress of the treatment were then analyzed. The authors were then engaged in the analysis of factors of the interaction in the treatment situation to grasp different aspects of the change.

5. The category of forty-seven criteria selected for the use of the quantitative analysis were applied to each of the complete sentences in the case record. The category had its basis around the patient's statements on his relationships with the therapist in the treatment situation as well as other persons in his life situation. The categorical classification was made up by three independent judges and its reliability was assured by the validity test. The test was carried out by dealing with a patient under the treatment of free association type and a patient under face-to-face type of brief treatment. Definite quantitative change common to both of the cases was observed with the progress of the treatment in spite of the difference in the therapist who was engaged in the treatment, the type of treatment or the symptomatic picture between the two. The number of times of appearance of patient's sentences about his symptom decreased, and on the other hand, times of appearance of favorable statements about his life planning showed a remarkable increase. As for his attitude toward the treatment itself as well as the therapist, while there was observed in the beginning to a considerable extent negative tone in his statements, his statements increasingly included dependent shade in the midst of treatment course and finally, positive remarks showed a great increase. Although statements implying negative attitude toward others outside the treatment situation first appeared dominant, they showed a gradual change in contents with permissive and accepting shades. The change in attitude of the patient toward others was brought about in the process similar to that in which the change of his valuation of himself and the general public was produced. And also appraisal of what others think of himself in the beginning of the treatment course was negative, and later appeared progres-

sively positive and accepting. Common to the both cases were, along with disappearance of the symptom the growing tendency of patient's maintaining a consistent eagerness for his living and tolerant attitude toward himself and others.

6. In analyzing patient's attitude, the following five aspects were prepared.

- a. Patient's independent estimation
- b. Acceptance of himself
- c. Acceptance of other persons
- d. Adjustment to the life situation
- e. His defensive attitude.

Considering all of the five case records, the four judges were asked to choose independently the established category that best described the degree to which aspect of the patient's attitude was evident from the sentences that patient had stated. The fairly high intercorrelations between the ratings of the four independent judges suggest that the material should be proper. The result obtained were as follows. In so far as four of the above stated aspects of patient's attitude, a, b, c and d, almost all of the patients showed a rising tendency in a straight line in conjunction with the progress of the treatment. On the other hand, it was assured that the aspect of e. of the patient's attitude tended to fall straight. Moreover, it was predicted that the three aspects of a, b and c would rise simultaneously and that the patient's adjustment to the life situation would significantly related to the three of these aspects. On the a, negative correlation was found between the defensive attitude and this is the same for the other three of the five aspects. The common characteristic and legitimacy in the valuation of attitude change suggest the propriety of making analysis of manifested statements in any process. They also are beneficial for understanding in personality change by therapies.

7. It is the purpose of analysis of the interaction between the therapist and the patient to see if the therapist's response as a cause that brings about changes in patient's attitude is distinctive in terms of its influence on the patient's reaction. Three aspects of the therapist-patient interaction were selected to carry out this analysis. They were a. the patient's taking initiative in treatment situation, b. the therapist's response to a., and c. the patient's reaction in consequence of b. The analysis was resulted in predicting that the potency in the therapist's intervention of certain forms in the treatment situation would induce some patient's response. Some techniques relevant to this intervention are those which reflects patient's feelings, clarifies his emotional attitudes, and

makes a framing of treatment situation. And the relevance has a statistical basis. It is assumed that the intervention by the therapist who is tolerant toward himself as well as other persons would give the patient a chance in which he acquires the same quality of attitude as the therapist.

An adequate evaluative study is indicated to yield factors which are causally related to some of the changes in patient's attitude in the course of treatment and his personality changes by the treatment.

所 報

年 間 主 要 記 事 (昭和30年4月より31年3月まで)

- 30年6月4日 日本社会福祉学会関東部会第二回大会 当研究所講堂において開催
30年10月24日より27日まで 全国児童相談所判定員講習会, 当研究所講堂及び研究室において
30年10月28日 W・H・Oアジア局次長ガン博士視察のため来所
30年11月10日 W・H・Oよりソーシャルワーカー, ローズ嬢視察のため来所
31年3月7日 岡田技官(優生学部長)西欧各地における精神衛生行政の視察研究(約6ヶ月間の予定)のため, 英国に向け出発

人 事 異 動 (昭和30年9月より31年3月まで)

新 任

- | | | |
|---------|-----------|-------|
| 河 添 安 雄 | 30年9月1日付 | 総務係長 |
| 加 藤 正 明 | 30年10月1日付 | 心理学部長 |
| 忍 田 貞 吉 | 31年3月1日付 | 総務課長 |

転 任, 退 職

- | | | |
|---------|-----------|-----------------|
| 深 沢 幸 正 | 30年9月1日付 | 厚生省社会局保護課に転任 |
| 井 村 恒 郎 | 30年9月30日付 | 日本大学医学部精神科教授に就任 |
| 倉 永 円 清 | 31年3月1日付 | 国立栄養研究所総務課長に転任 |

精神衛生研究

— 第 4 号 —

編集責任者	横 山 定 雄
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	五宝堂印刷株式会社 東京都北区滝野川町3の17 電話王子(91)6105番

(非 売 品)

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 4

June 1956

Contents

A Study of Community Organization Method
for Mental Health Movement in a City
.....*Sadao Yokoyama, Shigemichi Kanno & Shusuke Tamai* 1

A Study on the Measurement of the Effect of Psychotherapy
..... *Morio Sazi & Yasufumi Kataguchi* 65

English Abstracts 113

Published by
National Institute of Mental Health
Konodai, Ichikawa, Chiba-Prefecture, Japan