

精神衛生研究

第 6 号

昭和 33 年

国立精神衛生研究所

正 誤 表

頁	行	誤	正
16	4行	はとえ ^ば	たとえ ^ば
17	1行	児童 ^に ついのの	ついで ^の
19	14行	Probl ^e m	Probl ^e m
	下から9行	性 ^性	姓 ^姓
20	16行	継 ^継	継 ^継
23	16行	解 ^解	解 ^解
24	下から6行左段	青 ^青	少 ^少
27	下から6行	特殊 ^特 問題	特殊 ^特 欠陥
53	下から15行	子供 ^を 求め	子供 ^の 来 ^所 を求め
54	13行	存 ^存	在 ^在
58	下から11行	頓 ^頓 挫 ^挫 させ ^る	頓 ^頓 挫 ^挫 させ ^た
	下から6行	Gener ^a l	Gener ^a l

目 次

原 著

児童相談所の判定指導技術の標準化に関する研究（第1報）

序 論	高木 四郎.....	1
I 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室 運営の経験.....	高木 四郎.....	5
II 児童相談における精神科医 の役割について	高木四郎, 菅野重道, 池田由子.....	26
III 心理療法が中断する原因について	高木 四郎.....	41
報 告		
アメリカの児童精神医学と精神衛生（その二）.....	高木 四郎.....	57
英文抄録		73
所 報		77

原 著

児童相談所の判定指導技術の標準化に 関する研究(第I報)*

Studies on Methods of Diagnosis and
Treatment to be Used at the Child
Welfare Centers, (I. Report)

序 論

SHIROH TAKAGI; Introduction

児童精神衛生部長 高 木 四 郎

本研究の意義と意図

わが国の児童相談所は昭和22年児童福祉法の公布によって、昭和23年から開設されて以来、すでに10年の歳月を経、その内容も漸次整備されてきたが、この方面の先進国、ことにアメリカの同種施設に比べると、機構・職員・運営・技術等、あらゆる面において立遅れており、幾多の問題を蔵しているといわなければならない。これは一つには、わが国の児童相談所がアメリカの同種施設のごとく社会の要求に応じて自然発生的に生まれたものでなく、戦後の占領下という特殊な条件のもとに、かつ、おびただしい戦争孤児・浮浪児等の救済処理の必要に応じて、児童福祉法という制度が先行して生まれたという事情によるものであろう。伝統も経験もないところに制度が先行したのであるから、その業務を遂行するのに必要な専門的訓練を経た職員もきわめて乏しく、よるべき基準もなく、ただ当面の必要に迫られて発足したというのが実情であろう。

この間あって昭和25年、国際連合より児童福祉顧問として ALICE K. CARROL 女史が来朝し、大阪府・福岡県および宮城県各中央児童相談所において児童相談所業務についての実地指導を行い、それに基づいて厚生省児童局より「児童福祉マニュアル」、「児童福祉必携」等が出されたが、その内容は今日に至るまで十分に徹底しないうらみがある。これはその実施滲透をはばむ各種の困難隘路の存在によることはもちろんであるが、なお CARROL 女史の勧告、

* この研究は昭和30, 31 両年度にわたる厚生科学研究費によるものである。

あるいは「マニュアル」等に示された趣旨の因ってきたるゆえんが十分に理解されないことが大きな原因であると思われる。

他面、終戦直後の混乱期もようやく過ぎ去って、児童の精神衛生的問題に関して家庭・学校等からの相談件数がしだいに増加してくる傾向が認められ、かつ、昭和26年福祉事務所が開設されて以来、児童相談所に対してはより高度の技術をもって奉仕すべき専門的機関としての役割が要望されるようになり、児童相談所における判定指導の業務は他の業務に比して一層その比重を増してきたと思われる。

以上が厚生科学研究課題として、「児童相談所の判定指導技術の標準化に関する研究」が取上げられた理由であると思われる。

しかし、われわれはここに用いられた「標準化」という語の考え方については問題があると思う。それが単に機械的な形式上の標準化、画一化を意味するならば、かえって児童相談所業務の進歩を妨げるおそれがある。しかし、また他面、児童相談所現場においては、なにかその業務上よるべき基準を要望する声もあるので、その要望に答えることも必要であろう。われわれはこのような点を念頭におきつつ、この研究をまとめることにした。

さらに、今一つわれわれが深く考慮を払ったのは「判定指導技術の標準」をどの辺におくべきかということである。二三の例外を除いてわが国の大部分の児童相談所の現状は、欧米先進国における同種施設と比較するときはもちろん、「児童福祉マニュアル」等に示された内容ともあまりに距離がある。われわれがまず懸念したのは、われわれがこの研究の結論として示す標準が、それら現場の状況とあまりに距離があるならば、たとえそれがいかに正しいものであっても、実行不可能な案として顧みられないのではあるまいかということである。しかしまた、欧米においてはこの種の事業に関する技術がすでに非常に進んでおり、しかもなお日進月歩しつつあることを思えば、児童相談所の現状に拘泥して、これに焦点を合わせるということも考えものである。それはかえって児童相談所の進歩発展を妨げるような結果にもなりかねないと思う。そこで、われわれは児童相談所中でも進んだ各都道府県中央相談所を念頭におきつつ、本研究所における経験に基いてできるだけ理想に近い水準を考えつつ研究を進めることにした。同時にわれわれは進歩した行き方をはばむ困難隘路がどこにあるかを明らかにすることに努めたい。

問題の設定と研究計画

われわれは本研究を行うに当たっての基本的態度を上述のごとく定めた上で、いかなる点に問題が所在するかを考察してみた。まず、わが国の児童相談所、ことにその判定指導部に相当する欧米諸国の同種施設はなにかといえ、それは児童指導クリニック (Child guidance clinic, 以下C. G. C. と略記する) およびこれと類似の施設であろう。アメリカにおけるC. G.

C. 以外の類似施設の中、主要なものは青少年局 (Youth Authority) に属する青少年指導センター (Youth guidance center) であろう。これはわが国の児童相談所と少年鑑別所とを兼ねたような施設であるが、これに属する判定指導機関たる精神科クリニック (Psychiatric clinic) を取り出して見れば C. G. C. とほとんど差異はない。そこで以下「C. G. C.」なる語によって類似施設をも包含して代表せしめることにする。

欧米における C. G. C. と比較し、「児童福祉マニュアル」等に示された点を考慮しつつ、児童相談所、ことにその判定指導業務に関して研究検討を要するのは次のような諸点であろう。

I. クリニック (判定指導部) の組織および運営に関する問題

1. クリニックの組織はいかにあるべきか
 - (a) いかなる専門職員をおくべきか
 - (b) だれがクリニックの責任者になるべきか
 - (c) クリニック・チームを構成する精神科医・心理学者・精神医学的ソーシャルワーカー (Psychiatric social worker) のそれぞれの役割はいかにあるべきか
 - (d) 精神科医はなぜ児童相談所に必要か
 - (e) 精神科医がわが国の児童相談所で少いのはなぜか (精神科医はなぜ児童相談所に進出しないか。精神科医はなぜ児童相談所で歓迎されないか)
 - (f) 児童福祉司の機能はいかに考えるべきか
2. クリニック・チームは診断処置 (判定指導) に当っていかに協同すべきか
 - (a) いかなる会議を持つべきか
 - (b) それらの会議はいかに運営されるべきか
 - (c) 受付 (intake) から終結までいかに運ぶべきか

II. 診断処置 (判定指導) の技術に関する問題

1. 受理面接 (Intake interview) はいかに行うべきか
 - (a) 相談依頼者 (client) たる親または保護者は最初どのような態度をもって来所するか。
 - (b) 相談依頼者の有する感情的問題はいかに処理すべきか
 - (c) 受理面接の巧拙はその後の処置過程にどのように影響するか
2. 診断 (判定) はいかになさるべきか
 - (a) 児童の精神医学的面接はいかに行うべきか
 - (b) いかなる心理テストが用いられるべきか
 - (c) 心理テストは診断にいかに役立つか (心理テストの信頼度とその限界)
 - (d) 診断はいかに分類すべきか
 - (e) 問題児の発生原因をいかに考えるべきか (親子関係の重要性)

3. 治療（指導）はいかになすべきか

- (a) 児童をいかに処置（指導）すべきか（処置方法の種類）
- (b) 親または保護者に対する助言（recommendation）の方法とその限界
- (c) ケースワーカー単独による指導，その適用および限界
- (d) 家庭訪問の効用およびその限界
- (e) 心理療法はいかになすべきか，遊戯室およびその備品
- (f) 心理療法の適応と限界
- (g) 心理療法が中断する原因
- (h) 子供と親との協同治療（collaborative therapy）

Ⅲ. その他

1. 記録はいかに調製保管すべきか

2. 精神薄弱児に関する問題

- (a) 精薄児の親はどんなことを問題にして相談にくるか
- (b) 精薄児はどのように処置すべきか

3. 外部活動に関する問題

- (a) 各種社会資源をいかに活用すべきか
- (b) 巡回相談はいかに行うべきか

4. 職員の訓練に関する問題——個人指導（supervision）の方法とその効果

まだ他にもいろいろ問題はあろうが，重要な点はおおむね上に列挙した諸点に含まれると思う。しかし，これらの問題はそのいずれを取上げてみても，それぞれ深い研究を要する大きな問題であって，短期間の研究によっては結論に達することが困難なものが多い。そこで，この報告においては上掲諸問題の一部につき，われわれが有する資料を用いて統計的考察あるいは事例研究を行い，かつまた著者の在米中の経験を經とし，過去10年間における国立国府台病院児童相談室および国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室運営の経験を緯として，可能な範囲において種々の点を論じたいと思う。この報告に取上げなかった問題については，なお研究を続行し，別の機会に順次報告したい。

文 献

- 1) 厚生省児童局： 児童福祉マニュアル，日本少年
教護協会，昭26
- 2) 厚生省児童局： 児童福祉必携，日本少年教護
協会，昭27
- 3) 高田正巳： 児童福祉法の解説と運用，時事通
信社，昭27
- 4) 高木四郎： アメリカの児童精神医学，教育と
医学，慶応通信，5巻7号（昭32，7）～6巻1号
（昭33，1）（ことに6巻1号）

I 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室運営の経験

I SHIROH TAKAGI: Experiences of Administration of Our Mental Hygiene Clinic, especially Its Children's Unit.

児童精神衛生部長 高木 四郎

目 次

沿 革	記録および帳簿
現状の概要	そ の 他
受 付 け	(1) アポイントメントおよび時間の厳守
診察および検査	(2) 面接室、ことに遊戯室の設備
診断について	(3) 使用している心理検査
処 置	(4) 身体的検査の設備
会 議	個人指導

この章においては、主としてわれわれの精神衛生相談室を築き上げてきた経過ならびにそれを運営しつつ得た経験に基いて、クリニックの組織および運営その他に関する諸問題を論じた。そのうち精神科医の役割については別に取出して第Ⅱ章に論ずることとする。

沿 革

現在われわれが運営しつつある精神衛生相談室は——われわれの技術経験はなおアメリカ等の専門家に比して未熟であるにしても——その機能、運営形態においてアメリカ等のC. G. C. と等しいものといえる。しかし、この種の相談施設はわが国ではまったく新しいものであって、われわれが現在の段階に到達するまでには、さまざまなまわり道と一方ならぬ苦心を要したのであった。そこで現在に至る沿革を述べておくことも無用ではあるまいと信ずる。

(1) 国府台病院児童相談室の時代

著者の児童精神衛生相談に関する経験は昭和23年4月、国立国府台病院精神科内に児童相談室を開設したときに始まる。

開設に当り同病院勤務の看護婦中より保健婦の資格および経験を有する者1名を選んでソーシャル・ワーカーとし、精神医学的ソーシャル・ワークの訓練を与えた。^(注)これに加うるに一二

(注) これとても、われわれ精神科医が書物で得た 社会福祉の課程を履修せしめたのであって、十分知識に基いて指導すると共に精神医学上の知識を とはいいい難い。
与え、かつ、東京都社会生活学校において6カ月の

の医師の協力を得て児童相談室の仕事を続けた。したがって、当時はチームの中に心理学者を有しなかったわけである。この時期において、われわれは精神科医・ソーシャルワーカー・心理学者より成るクリニック・チーム (clinic or clinical team) の概念は持っていたけれども、チームの運営に関しては書物によって得た不完全な知識を有していただけであり、加うるにチームの重要メンバーたる心理学者を得ること能わず、模索時代であったといわなければならない。

この時期に扱われた症例は最初の時期においては、病院精神科の事業である当然の結果として、その大部分が精神薄弱およびテンカンであった。しかし、われわれが近傍の小学校等において講演を行ったり、精神衛生に関する調査を行ったりした結果、精神衛生的知識が普及するにつれて、それ以外の事例、いわゆる問題児の比率がしだいに増加してきた。

心理テストとしては、もっぱら各種の知能検査が医師あるいはソーシャルワーカーの手によって行われたのみであった。また、心理療法はほとんどまったく行われず、ごく少数の症例について試験的に行われたにすぎない。大部分の症例においては、ただ模索的に指示的助言が行われたにとどまった。

(2) 精神衛生研究所相談室

国立精神衛生研究所は昭和27年1月、国府台病院に隣接して設立され、附属精神衛生相談室は同年4月にその業務を開始した。

本研究所研究部門における主要職員の内訳は心理学・生理学形態学・優生学・児童精神衛生・社会学の5部を通じて、所長を除き精神科医6(現在は5)、心理学者3、ソーシャルワーカー7、社会学者1(現在は2)その他であり、これらの職員のほとんどすべては研究のかたわら、同時に相談室業務に従事している。すなわち、この時期に至って、はじめてわれわれは形式上、精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーより成る完全なクリニック・チームを持ったわけである。

相談室は児童部および成人部に分けられ、精神科医3、心理学者1はもっぱら児童部の事例を扱い、ソーシャルワーカーは全員が児童部、成人部の双方に関係している。両部で取扱う事例は大体において18歳を境として分けている。

以下には主として児童部の業務について述べる。

ちなみに国府台病院児童相談室は研究所開設と同時に閉鎖され、研究所相談室に吸収された。

研究所相談室開設以来の時期は大体において次の3期に分けることができる。

第1期(昭和27年4月—28年11月)——この時期は試験期ともいうべき模索時代である。形式的には精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーより成る完全なクリニック・チームができ上ったが、チーム各員の技術経験も概して不十分で、チームの有機的な統合もできていたとは言い難い時期である。

しかし、病院時代から徐々に増加してきていた問題児（性格行動上の問題を呈する児童）の比率は一層増加し、取扱い事例はますます変化に富んできた。

開設に当って精神医学的ソーシャルワーク（psychiatric social work）はわが国においてはまったく未開拓の分野であることにかんがみ、ソーシャルワーカーは、主席ソーシャルワーカーを除き、すべて社会福祉を専攻した新卒業者が採用されたが、その年齢的条件、未経験も手伝って、この時期においてはいわばチームの従属的存在であったといえる^(注)。

相談業務におけるその職務は(1)受理面接、(2)これに引続く親との診断的面接および(3)家庭訪問による調査ならびに指導が主であった。受理面接は時間を定めず、相談申込みがありしだい、随時行われ、また面接時間の長さにも一定の基準はなかった。

相談記録用紙には各種の調査項目が印刷されており、聴取または調査した事柄を該当欄に記入する方式が採られた。なるべく詳細正確な資料を収集することに努力が払われ、さらに資料の完全を期するために受理面接に引続き、選択された一部の事例については精神科医による児童の面接と並行して、ソーシャルワーカーによる親との面接が継続的に行われたが、その目的はもっぱら児童の問題およびその変化に関する情報を得ることであった。同時に、随時、ソーシャルワーカーあるいはその他の職員によって指示的助言も試みられたが、一定の指導形式があったわけではない。この時期における親との面接は、アメリカ等の C. G. C. で一般に行われ、また今日われわれも行いつつある親の心理療法あるいはケースワーク治療（Casework treatment）とはほど遠いものであった。面接の間隔もさまざま、かつ不規則であった。家庭訪問もこの時期には無方針に濫用された傾きがあった。

この時期に至りチームに心理学者が加わったので、知能検査以外に C. A. T., P. F. T.（絵画フラストレーション・テスト）等のいわゆる投影法（projective methods）が行われるようになり、この面においては大なる改善があったといえる。

児童に対する心理療法は一部の事例に試みられていたにすぎない。精神薄弱児はもちろん、問題児事例の大部分に対しても指示的助言あるいは他施設への紹介委託が行われるにすぎなかった。

相談室の責任者には精神科医の一人が当り、他の主要職員の意見を徴しつつもろもろの企画に当たったが、専門を異にする者の間における相互の理解と意思の疎通は十分とはいえず、真に統制のあるチームワークは行われなかったといわなければならない。

(注) 研究所設立に当り、各方面からソーシャルワーク以外の相当の学歴・経歴を有する人たちがソーシャルワーカーとして入所を志望されたが、すべて断り、上述の方針が採られた。このことは結

果においてもよかつたと信ぜられる。主席ソーシャルワーカーはアメリカの大学においてケースワークを修めた人である。

会議としては毎週1回の事例会議 (Case conference) が持たれたが、専門を異にする者の間に徹底した討議が行われることはまだ少なかった。この時期には要するに診断と調査に重点がおかれた時期ともいふべきで、指導の成果が十分にあげられた事例の数もきわめて少なかった。

第2期 (昭和28年12月—30年1月) ——この時期の大部分、すなわち昭和28年11月末から29年11月末までの1年間は著者が在米して不在であった時期である。この期間にも、相談室の責任者は形式的には精神科医の1人であったが、相談室運営の実務はほとんどまったく主席ソーシャルワーカーに委ねられた。その結果さまざまな工夫が行われたけれども、運営はかならずしも改善されず、ある点においてはかえって一層無統制になった観がなきにしもあらずである。

ソーシャルワーカーに責任の大部分が委ねられた結果として、相談室運営の重点がソーシャルワーカーに傾いたことは否定できない。そのために種々の弊害も現われた。たとえば神経症のごとき精神医学的症例なども精神科医が1回もみることなく、ソーシャルワーカーによって診断が附せられ、ソーシャルワーカーだけによって処理されてしまったような場合がある。

第1期にはソーシャルワーカーは一般に若年で未経験であるために、ある程度止むを得ないことながらチームの従属的存在であったことは前に述べたが、第2期はその反動期とも考えられる。しかし、この時期も第1期に引続き、いずれの領域においても職員の経験が深まり、技術の向上がみられたことも事実である。

昭和29年11月に著者が帰任してから翌年1月末に至る2カ月間は第3期に移行する準備期間である。精神医学・心理学・ソーシャルワークの各分野からそれぞれ2～3名の委員を選んで委員会を作り、アメリカにおいて行われているクリニックの運営方式を委員会において検討し、実行可能と思われる案を作製して、30年2月から実行に移した。それが第3期のやり方である。

第3期 (昭和30年2月～) ——この時期に至って相談室の運営ははじめて軌道に乗ったといふことができる。その詳細は項を改めて述べるが、この時期のおもな特徴は次の諸点である。

- (1) 受理会議が毎週1回開かれ、相談室の運営がこの会議を中心としてなされるようになったこと。
- (2) すべての事例の診断に精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーの三者が関与するという原則が確立されたこと。
- (3) 受付け (intake), 診断 (study), 処置 (treatment) の過程が確立されたこと。
- (4) 処置の方法が確立され、心理療法が基本的方法として行われるようになったこと。
- (5) 個々の事例ごとに面接時間を定め、いわゆるアポイントメント (appointment) の制度を採用したこと。
- (6) 心理療法ならびにケースワークに関して個人指導 (supervision) が行われるようにな

ったこと。

次に項を改めて、第3期における相談業務の様相を紹介する。

現状の概要^(注1)

すでに述べたごとく、相談室児童部の業務に従事している職員は精神科医3、心理学者1、ソーシャルワーカー7であるが、このうちソーシャルワーカーは成人部の仕事をも兼ね行っている。

成人部をも含む相談室全体の責任者として、「相談室長」には精神科医の1人が当り、主席ソーシャルワーカーおよび他のソーシャルワーカー1名がこれを補佐して相談室関係の事務処理に当たっている。なお、職員以外に常時数名の研究員・実習生が職員の指導を受けつつ相談室業務に関与している。

成人部をも含む相談業務のために、われわれが有する設備は次のとおりである。

面接を行うための「面接室」は(約2間×2間半)の広さを有するもの4室を有している。そのうち1室は遊戯室(playroom)で、児童に対する診断的面接ならびに心理療法に用いられる。これらの4室のほかに、透視鏡を備えた「観察室」2室(約2間半×2間半)があり、相談業務のためにも補助的に用いられており、そのうち、1室は遊戯室として用いられている。遊戯室を除く他の面接室は児童の親および年長児との面接にも、心理テスト、身体的検査にも、また成人患者との面接にも用いられている。

以上のほかにソーシャルワーカー事務室兼控室2室があり、記録室を兼ねている。さらに、別に脳波検査室^(注2)がある。

われわれの相談室の現況は、おそらく児童相談所現場の状況とはいろいろな点で相異があると思われる。したがって、われわれも本相談室のやり方がただちにそのまま児童相談所ないしはその判定指導部の業務の基準になるとは決して思っていない。しかし、われわれの経験はいろいろな点で十分に参考として役立つものと信ずる。

われわれの経験が児童相談所の現場に役立ち得るためには、われわれの相談室と現在の児童相談所との間に存在する条件の差異を考察する必要がある。それらの差異は以下のごとくであると考えられる。

(a) 児童相談所は行政ないしサービス機関であるのに対して、われわれの相談室は主として研究という目的をもって運営されている。したがって、児童相談所においては来所し、あるいは送致された事例は無選択的に扱う必要に迫られるのに反し、われわれの相談室においては、場

(注1) 第3期のやり方は3年間を経て、また一部のごとき高価な設備は不要であろう。アメリカの修正をみたが、それについては機会をみて述べる。C. G. C. においてもこれを有している所はほとんどない。

(注2) 通常の児童相談所においては脳波撮影装置

合によっては取扱い事例の数を制限し、あるいはその種類を選択し、余は他の施設に委託することもあり得る。

しかし、この点も絶対的な相異とは考えられない。われわれとしても、サービスを度外視しているわけではないし、また一方、児童相談所においても負担能力を越える事例数を処理し得るわけでもなからう。アメリカのC.G.C.においてもやはり次々と殺到する事例(Case load)をいかに処理すべきかということは大きな問題となっているが、これは無方針により加減に処理すべきではなく、科学的に研究すべきことであろう。

(b) 児童相談所で扱われる事例とわれわれの扱う事例との間には若干の差異が考えられる。児童の呈する問題そのものには差異はないと考えられ、われわれの扱う事例はあらゆる種類を網羅しているが、大部分が親または保護者が自発的に連れてくる事例であり、警察等から直接送致される場合はないので、著しく悪質な非行、家庭環境の著しく不良なものは少い。しかし、これは質的な根本的相異というよりも量的相異であり、児童相談所的事例もしいにわれわれの事例に近づきつつあるのではあるまいか。

以下受付から処置に至る過程について述べる。

受 付 け (Application and Intake)

相談受付は月、水、金午前中に行っているが、毎日行わないのは本所が研究機関であり、研究業務のかたわら相談を行っているため、やむを得ないことである。

相談申込者はまず、玄関窓口にて備えてある「相談申込票」に記入の上、相談室窓口にて提出することを求められる。この申込票には児童氏名、年齢、保護者氏名、住所等を記入することになっており、一連番号および日付けを附した上、綴って保存される。

申込みに引続いてソーシャルワーカーにより受理面接(Intake interview or application interview)が行われる。アメリカ等のC.G.C.においては受理面接に当たるいわゆるインターク・ワーカー(Intake worker)はいずれも経験豊富な古参ワーカーであるが、本研究所においてはソーシャル・ワーカーの経歴、経験等に大なる差がないので、主席ソーシャル・ワーカーを除いた6名のワーカーがそれぞれ2名ずつ交代で受理面接に当たっている。

受理面接は1例につき、大体1時間を当て、児童の問題の概略(すなわち主訴)、発育歴、家族関係等を聴取する。1例につき相当の時間を費す関係上、1日に受理面接をする事例数はワーカー1名につき2例、計4例を限度としている。この限度を越える相談申込者に対しては、別の日にアポイントメント(Appointment)を与えることにしている。ただし、遠隔の地よ

(注) 現在においては1日2例、週6例に限定されている。それは心理療法の負担能力を考えてである。

り来所した者、また緊急を要する者に対しては適宜簡略な手続きによりその日のうちに処理している。

問題の性質上、明らかに他の社会資源へ紹介するのが適当と考えられるような事例は、受理面接後、場合によっては受理面接をなさずにソーシャルワーカーが紹介(referral)の手続きをとる。他に委託すべきか否かについて疑念が存する場合には、ソーシャルワーカーの独断によらず、医師と話し合いの上、処理するようにしている。しかし、このようにして、次の段階に移る前に他に紹介される事例はきわめて少数である。

受理面接は単なる事務的面接ではなく、事例取扱いの上からきわめて重要な過程である。また、通例病院で行われる予診のごとく、単に資料を集めることだけがその目的ではない。資料の収集以外に次の三つの重要な目的を持っている。

(1) 親子間の心理的力動関係(psychodynamics)を把握し理解すること。

問題児とその親との間には、さまざまな人間関係のゆがみが存在し、問題発生の大きな要因をなしている。また、子供の問題により、さらにその子供をクリニックに連れて相談にきたことにより、親自身にいろいろな感情がひき起されている。たとえば、自身の片寄った態度を子供に投射(project)して訴える親もあり、子供を連れて来所したことにより不安あるいは自責の念(guilt feeling)を抱いている親もある。それらの親の感情を面接を通じて把握することは、その事例を理解するためにも、またその後の処理を順調に進行せしめるためにも、きわめて重要である。

(2) 親の有する感情的問題の解決をある程度助けること。

これは親の積極的協力を確保して、処置を順調に進めるために必要なことである。親の心理的治療は後にも述べるように、その事例に対する治療の不可欠な一部をなすものであるが、それは受理面接の際にすでに始まるといってよい。

(3) 親にクリニックの機能を説明し理解させること。

大部分の親はチームワークによるクリニックの機能について何の知識も持っていない。また治療が始まった場合、毎週定期的に通い、自身も面接を受けることなどはあまり予期していない。子供をクリニックに委ねればなんとかしてくれるというような漠然とした期待を持っているだけである。したがって、クリニックの機能に関してある程度の理解を与えることが必要である。

受理面接は限られた時間内に、以上のような重要な目的をもって行われるので、そのためには豊富な経験と技能を必要とする。アメリカ等のクリニックにおいて、インターワーカーには古参の老練なワーカーが充てられる理由はまったくここにある。

受理面接を終った事例については、次の形式による記録が作製される。

番号 氏名

インタビュー面接記録 (Application Interview)

1. 来所経路 (Source of Referral)
2. 相談理由および経過 (History of Problem)
3. 従前の処置 (Previous Treatment)
4. 発育史 (Developmental History)
5. 既往症 (Health History)
6. 教育史 (School History)
7. 家族関係 (Current Family and Intrafamilial Relationship)
8. 親の治療に対する態度 (Evaluation of Parent's Attitude toward Treatment)

日付 署名

この記録はこのように大きな項目に分けて、その範囲において自由に書き下される。以前は細かい調査項目を印刷した用紙を用い、それぞれの該当欄に記入する方法をとったが、これは第3期に至って廃し、現在のような形式にした。調査項目を印刷し、該当欄に記入する方法は未経験者にとっては実行しやすいが、アメリカのクリニックにおいては一般に現在われわれが採用しているような方式によっている。ただし、項目の分け方はクリニックによりさまざまである。後の方式の利点は「ダイナミック」な記述がなし得るということである。

「来所経路」、「従前の処置」等の項目が要求されるのは、これが親の感情的問題あるいは態度を推定するよりどころになるからである。

診察および検査 (Study)

受理面接を終った事例は担当ワーカーによって、毎週1回開かれる受理会議 (Intake conference) に提出され、そこでスタディ担当者が決められる。スタディにはやはり月、水、金午前中が充てられているが、スタディは原則として、ほぼ1週間の間隔において2回行われる。1回のスタディに大体2時間あるいはそれ以上用いられるから、計4～5時間が費されるわけである。必要な場合には3回、4回と延長されることもあり、また精神薄弱等の単純な事例、あるいは遠隔の地から来所した場合には1回で終ることがある。

スタディの段階でなされることは次のようなことである。

- (1) 児童の精神医学的面接ならびに身体的検診
- (2) 児童の心理学的検査
- (3) 親との面接
- (4) その他必要な資料の収集等

児童の精神医学的面接ならびに身体的検診には精神科医が当る。精神医学的面接には思春期前の児童の場合には、もっぱら遊戯室が用いられ、また身体的検診には必要に応じて脳波撮影も含まれる。

児童の心理学的検査を行うのはもちろん心理学者で、児童の年齢、問題の種類によって、用いられるテストも選択される。

親との面接に当るものは主としてソーシャルワーカー（受理面接を行ったワーカー）であるが、時には精神科医が面接することもある。医学的に重要な問題を多く含んでいる事例では当然、精神科医が既往症その他について聴取する必要があるし、また児童に面接した精神科医が親にも面接することは親子間にはたらいっているダイナミックスをより明らかにし得る利点があるろう。しかし、ソーシャルワーカーがその職務の性質上、親と面接することは当然であるし、また受理面接をすでに行って親との間にある程度関係ができ上っているワーカーが面接を続けることは、一層問題を掘り下げてゆくためには何よりも有利であろう。面接の相手となるのは、多くの場合当然母親である。相談申込みに来所するのも母親が最も多いが、父親が来所することもあり、祖母等が附添ってくることもある。相談申込みに母親以外の者がきた場合には、次回（スタデイの段階）には母親の来所を求めるようにしている。母親以外の家族や学校教師、幼稚園保育等が共に来所する場合には、一緒に面接することもあり、それぞれ個別的に面接することもある。これにより、母親の心理的態度あるいは家族間の関係（たとえば親子間、父母間、しゅうとめと嫁との関係）を推定し得る。

その他、必要に応じて学校教師と連絡したり、必要な資料を収集する。ただし、資料を収集する目的で家庭訪問をすることはほとんどない。家庭訪問については後に述べる。

スタデイの段階における面接も単に調査あるいは検査だけを目的とするのではなく、根本的には心理療法的態度をもってなされる。言い換えれば尋問式ではなく、受身の態度で相手に自由に語らせ、あるいは遊ばせるというやり方をするのである。すなわち、治療はすでにスタデイあるいはインタークの段階から始まっているといってよい。ただし、目的が診断にあるので、相手の話し、あるいは遊びを妨げない程度で適宜質問をはさむことはある。

このように職員が受身の治療的態度をとれば相手はその感情の自由な表現を助けられ、診断にも役立つものである。性急な尋問式な質問はその表現をゆがめる。

スタデイを1週間ぐらいの間隔をおいて2回以上行うのは、治療的態度をもって接した後、その間の期間に親子関係あるいは子供の行動に変化を生じ、それが診断に役立つからである。

以上のごときチームワークにより、分担して得られた所見は三者それぞれ記録に調製するが、なお随時三者集って意見を交換し、討議する。ソーシャルワーカーは面接の結果を自由な形式で書き下し、心理学者はその行った検査について、その結果とそれに対する解釈(Interpretation)を記述する。精神科医はそれらを参照しつつ、次の形式によって「検診記録」を調製

する。

番号 氏名

検診記録 (Case Summary)

年齢, 性別, 学歴

1. 来所日付および回数 (Date and Number of Visits)
2. 主 訴 (Chief Complaints)
3. 既往歴 (Past History)
4. 現 症 (Present Illness or Problem)
5. 精神的所見 (Mental Status)
6. 身体的所見 (Positive Physical Findings)
7. 問題の解釈 (Formulation of Problem)
8. 診 断 (Diagnosis)

日付 署名

「既往歴」の項には家族歴, 発育史等も包含される。「問題の解釈」とはあらゆる要因を考慮に入れた原因の考察である。

このようにしてスタディを終った事例は受理会議に提出され, その後の処置方針が決められる。

診断について

精神科医を有しない相談所においては, 以下に述べるような診断を下すことは不可能あるいははなはだ困難であろう。しかし, これはきわめて重要なことなのである。

問題児の診断分類にはさまざまなものがあり, それぞれ一長一短があるが, われわれはニューヨーク州精神衛生部統計委員会 (the Committee on Statistics of the New York State Department of Mental Hygiene) が制定した, Brown, Pollock, Potter, and Cohenによる「問題児の精神医学的分類」(psychiatric classification of problem children) を採用している。それは次のようなものである。

診断分類

1. 精神薄弱 (Mental deficiencies)
2. 精神病 (Psychoses)
3. 精神神経症および神経症 (Psychoneuroses and neuroses)

4. 痙攣性疾患（テンカンを含む）(Convulsive disorders, including epilepsy)
5. 身体疾患または欠陥に伴う行動異常 (Behavior disorders with somatic disease or defect)
6. 精神病質 (Psychopathic personalities)
7. 教育上の特殊欠陥 (Educational disabilities)
8. 一次的行動異常 (Primary behavior disorders)
 - 性格異常 (Personality disorders)
 - 習癖異常 (Habit disorders)
 - 神経質性異常 (Neurotic disorders)
 - 素行異常 (Conduct disorders)
9. 社会的問題 (Social problems)
10. その他の問題 (Other problems)

上に掲げた診断分類は統計のための分類であって、実際にはたとえば「精神神経症」の外に「不安神経症」, 「一次的行動異常」の外に「夜尿症」, 「かんしゃく発作」, 「内気」等の精密な診断を附することはもちろんである。

診断はその事例のスタデイを担当したチーム各員の討議に基づき、ソーシャルワーカーの下した社会診断、心理学者による心理学的判定ならびに解釈を参照して、精神科医が下す。診断とは単にレッテルをはるのではなく、原因および処置方針をも内包したダイナミックなものとなければならない。すなわち、「検診記録」の「問題の解釈」はその総括であり、診断の基礎あるいはその一部である。

また、スタデイの結果、下される診断は暫定診断 (working diagnosis) であって、心理療法が継続されるにつれて事例の理解が深められ、その結果診断が変更される場合もある。

処 置 (Treatment)

処置は次の3種に分けられる。

- (1) 紹介 (委託) (referral)
- (2) 助言 (recommendation)
- (3) 心理療法 (psychotherapy)

委託も助言も広く児童相談所において行われていることであるが、ただ強調したいことは単に事務的に処理するのではなく、ある程度の心理療法的効果を目指して行いう点である。

子供を施設に送ろうとする場合、親は不安、ためらい、その他さまざまな感情をいただくものであるが、その際親が十分に納得し、進んで同意することは子供にも親にも必要なことであ

る。たとえば、精神薄弱児であって特殊学級に収容するのが得策なことが明らかであっても、親の感情的問題が解決され、進んで同意するのでなければ、それは好ましい処置とはいえない。

種々の理由から心理療法が困難な場合には助言が行われる。たとえば、精神薄弱児であって行動上の問題を有する場合、住所が遠く定期的に通えない場合等である。助言あるいは忠告を与えるということは児童相談所その他の相談施設ではなお一般に行われている方法であろう。たとえば、「あまりやかましく小言を言わない方がよい」といった式の指示的助言が一般に無反省に行われている。しかし、このようなやり方はわれわれの経験によっても多くの場合効果をあげ得ない。むしろ、助言を与える側の一時逃れの気安めに過ぎないのである。

なぜ、このような指示的、一方的助言が効果をあげ得ないか。それは親の態度のかたよりのものが親自身の感情的問題、換言すれば精神衛生的問題に発するからである。子供に対して支配圧制的 (dominating) な態度をもっており、細かな干渉をし、やかましい小言を言う親は、たとえ理性的には「あまりやかましく小言を言わない方がよい」という助言を受入れても、自身の感情的問題が解決されない限りは中々自分の態度を是正できないのである。したがって、後にも述べるように子供の心理療法と並行して親の心理療法も行うのが最も効果をあげ得る方法であるが、子供の心理療法が不可能な場合には、単なる指示的助言を与えるよりも心理療法的態度で行う助言の方がより好ましいわけである。もちろん、これは継続的な心理療法に比べれば姑息な方法であることは認めなければならない。

以上に述べたような理由により、委託の場合も助言の場合も1時間の範囲内で十分時間をかけ、1回で不十分ならば2回、3回にわたって面接が行われる。この面接にはスタデイを担当したソーシャルワーカー、あるいは、必要に応じ精神科医または心理学者が当る。

心理療法は米英等の C. G. C. におけるごとく、われわれの処置方法の根幹である。

最も普通に行われる方式は子と親に並行して心理療法あるいは心理療法的な面接 (ケースワーク治療 casework treatment) を行う方式、いわゆる協同治療 (collaborative therapy) あるいは同時治療 (simultaneous treatment) である。すなわち、思春期以前の子供に対しては遊戯室において、いわゆる遊戯療法が行われ、これと並行して親に対する心理療法、あるいは治療的面接が行われる。

その理由は問題児というものは児童の内部にある原因だけで生じてくるものではなく、むしろ親子関係 (parent-child relationship) のゆがみから生じてくるからである。われわれの経験によっても、問題児のほとんどすべての事例において親の態度のかたよりの親子関係のゆがみが認められる。換言すれば、問題児というものは児童だけの問題ではなく、一つの「家族病」と考えられる。

アメリカにおいて児童の心理療法が発達した初期には、もっぱら児童だけの治療が行われ

た。ソーシャルワーカーは親と面接をするが、それはただ児童についての情報を集めるための面接にすぎなかったわけである。しかし、経験が深められるにつれて親子関係の重要性が認められると同時に、子供だけの治療によってはしばしば効果が不十分であり、あるいは効果が得られてもしばしば逆行し悪化することが認められて、親と子の同時治療が一般に行われるようになったのである。^(注)

治療面接の対象となる親は多くの場合子供と最も密接な関係にある母親である。例外的に事情によっては父親の面接を行っている場合もある。また、時には父母共に面接を行っている場合もある。われわれの経験によれば、継母の場合には母子だけでは治療が中断されることが多く、父の面接も継続した方がよりよい結果が得られるようである。この点についてはなお研究を続行中であり、別に報告する機会があるろう。

子供の治療を担当するのは、もっぱら精神科医あるいは心理学者である。時にソーシャルワーカーが子供を担当することも試みている。これに反し、親との治療的面接にはもっぱらソーシャルワーカーが当る。そして時には精神科医が親を担当することも試みている。

親に対して、最初から心理療法を行うと明言することの可否については疑問がある。不用意にそのような宣言をするならば、感情的反撥を買い、心理的抵抗 (resistance) を強めるおそれがある。しかし、ただ漠然と面接を始めるとか、「お子さんの問題について御相談するために毎週お目にかかります」というような言い方は話題を子供のことに局限し、親自身の治療効果を十分にあげ得ない原因にもなろう。「心理療法」というような表現を避けつつ、しかも治療的な意味を有する面接であることならびにその理由を説明して始めるのがよいと考えられる。これも将来に残された研究課題の一つである。

精神科医が行うにしてもソーシャルワーカーが行うにしても、また心理療法と呼んでもケースワーク治療と呼んでも、その面接の内容には特に差異はないのである。

心理療法は普通には毎週1回であるが、時には週2回あるいはそれ以上行うこともある。1週間以上に間隔を延ばすことはない。1回の時間は1時間以内、すなわち45分～50分である。

児童の年齢が思春期を越えて17～18歳に達している場合には、親との定期的治療面接はなさず、多くの場合本人だけの治療を行う。児童の問題が軽く、むしろ親が問題にしすぎていると考えられる場合、親の態度が変化すれば子供の問題も解決すると考えられる場合、たとえば2～3歳以下の乳幼児の場合には、子供の治療をなさず、親の面接だけを続けることもある。

会 議

相談業務に関して、われわれは2種の会議を持っている。すなわち、受理会議 (intake conference) および事例会議 (case conference) で、いずれもアメリカの同種のクリニッ

(注) これはケースワークが精神医学の強い影響を受けたためでもある。

クになったものである。いずれの会議も毎週1回定期的に開かれ、1回は2時間である。

受理会議は単に受付のみに関する会議ではない。「マニュアル」に述べられている診断会議はこれに当る。アメリカでは一般に受理会議 (intake conference) と言いつらわされているが、むしろ運営会議 (administration conference) と呼ぶのがふさわしい。

受理会議には相談室業務に関与する全員が出席し、精神科医が座長となる。

受理会議にはまず二通りの事例が提出される。

第一は受理面接を終った事例である。受理面接に当ったソーシャルワーカーがその記録の概要を紹介し、それに基づきスタデイを行うべきか、それとも他の社会資源に委託すべきかを討議し決定する。その際、当然予想される診断 (社会診断も含めて) が考慮される。スタデイを行う場合にはその担当者が決定される。

第二はスタデイを終った事例である。まず、スタデイに当った精神科医から「検診記録」 (case summary) の概要が紹介され、心理学者からテストの所見解釈が提示され、必要があればソーシャルワーカーから親との面接結果が補足される。それに基づいて、紹介あるいは助言がなされるべきか、それとも心理療法が行われるべきかが決定され、心理療法を行うことに決した場合には子供と親との担当者の割当て (assignment) が行われる。

心理療法は相当の時間と労力を要するために、一時に扱いつ得る事例数にはおのずから限りがある。この負担能力の限界を越える事例は、たとえ心理療法の適応例であっても、当方に余裕が生ずるまでは治療の開始を延期するより仕方がない。これらの事例は一応帳簿に記載して待機せしめる。これがいわゆる「治療予約簿」 (waiting list) である。

第二の会議である事例会議は、個々の事例の原因および治療を中心とする研究会である。アメリカのクリニックにおいては治療査閲 (treatment review) などと称する所もある。

事例会議には心理療法がある程度 (数カ月) 進行した事例、あるいは終結した事例が1例だけ提出され、その診断、治療経過が研究討議される。

受理面接、スタデイ、子供の治療、親の治療の担当者からそれぞれの所見経過が提出され、それについて討議が行われる。

記録および帳簿

取扱った事例に関する記録および帳簿は非常に重要なものである。

(1) 事例記録

受理面接ならびにスタデイの記録の形式についてはすでに述べた。この記録綴りには受理面接記録・検診記録・心理テスト記録・スタデイにおける親その他との面接記録・児童の診断に必要な資料の一切 (たとえば学校の成績簿、図画等) ・子供および親の治療面接の記録・中間記録 (治療の中途におけるまとめ) ・終結記録 (終結の際のまとめ) ・事例に関する往復

文書あるいはその写し等一切を綴り込む。受理面接記録には黄色、心理テスト記録には青色の
罫紙を用いて区別している。

事例記録は事例番号を附し、事例番号順に整理保管する。

中間記録、終結記録は次の様式に従っている。

番号 氏名

中間報告 (Interval Note)

処置の経過 (Treatment Course)

(面接回数、治療の種類—集団療法等)

状態 (Condition)

日付 署名

番号 氏名

終結記録 (Closing Note)

処置の経過 (Course of Treatment)

問題の最終的解釈 (Final Formulation of Problem)

来所回数 (Total Number of Visits)

終結の理由 (Reason for Closing and Disposition)

診断 (Diagnosis)

状態 (Condition)

日付 署名

(2) 索引カード

索引カードは患者の姓の初め2音の抜書きを表記し、五十音順に整理してある。事例記録を
必要とする場合には、性の五十音によってカードを求め、これに記載された事例番号を知れ
ば、ただちに番号順に整理された記録を引出し得る。

(3) インテーク名簿

受理面接をなした事例の名簿で、通し番号を附してある。

(4) 事例名簿

スタデイをなした事例の名簿で、やはり通し番号が附してある。

相談申込からスタデイに至るまでの間に、他の社会資源に紹介される事例があるので、相談
申込票・インテーク名簿・事例名簿の番号には差異があり、事例の数は若干縮少する。事例名
簿の番号と事例記録の番号とは一致する。

そ の 他

以上、相談室の運営ならびにその経験について一通り述べてきたが、その他特記すべき点としては次のようなことがある。

(1) アポイントメントおよび時間の厳守

面接はすべて、あらかじめ日時の指定、すなわちアポイントメント (Appointment) を与えて行っている。アポイントメントによらないで面接を行うのは、ただソーシャルワーカーの負担限度内あるいは臨時の受理面接だけである。

アポイントメントは単に口頭で与えるだけでなく、その都度所定のアポイントメントカードに双方の氏名および指定の日時を記入して渡すことにしている。治療を続けている場合には親子各別にカードを作って渡している。これは担当者と相手との関係 (relationship) を尊重し、これを相手にも自覚せしめる点で意味があると思われる。文書でアポイントメントを与える場合にもカードを同封するようにしている。

由来日本人は時間を厳守する習慣に乏しいので、このアポイントメント制度を採用するに当っては多分に疑問があった。しかし、実行してみればそれは杞憂であり、むしろ大部分は懸念に反して時間を守るものである。

ひるがえって考えるに、心理療法を継継するためにアポイントメントの制度は必須不可欠のものであると考えられる。規則正しいアポイントメントを与えるのでなければ、心理療法を満足に行うことは不可能だとさえいえよう。それはなぜであろうか。

心理療法の際、しばしばその障害となるのは患者あるいは来談者 (client) 側に生ずる心理的抵抗 (resistance) である。抵抗はできるだけ早く発見して、これを除去しなければならないが、それは最もしばしばアポイントメントの時刻に遅刻するという形で現われる。したがって、アポイントメントは抵抗のバロメーターとしてぜひ必要であると考えられる。また、治療担当者の側においても約束の時間を厳守することは治療者对患者の良好な人間関係 (治療的關係) を維持するために大切であろう。

アポイントメントがこのように重要な意義を持ち、各自が1日に何人かの面接をしなければならない以上、クリニック全体の業務が円滑に進行するためにも、クリニックの全員が毎日一定の予定を持ち、時間を厳守する必要がある。われわれはそのために、各自が所定の時間表を携行することになっている。限られた数の面接室を有効に使用するためには工夫が必要であるが、それはここには省略する。

(2) 面接室、ことに遊戯室の設備

われわれが有する面接室の数はすでに述べたとおりだが、その設備については特記すべきこともない。ただ強調しておきたいのは児童相談所はかならず、いくつかの面接用小室を有すべきことである。この点は「児童福祉必携」にも指示されているにかかわらず、われわれの知っ

ている範囲でも、小室をほとんど、あるいは全く有しない相談所がある。心理療法はもちろん、心理検査も受理面接もその他すべての面接が小室がなくていかにしてできるであろうか。広間の一部を衝立で仕切ったくらいでは不適當である。

設備の点で特に問題になるのは遊戯室 (Playroom) である。これは遊戯療法 (play-therapy) にも、児童の診断のための面接にも用いられる。

遊戯室の構造設備については、われわれは大體アメリカの基準に従っている。その内容には固定した基準があるわけではなく、クリニックによってそれぞれ多少ずつ相異があるけれども、それらを参考にしている。文献としては ALLEN, AXLINE の著書にそれぞれ記述がある。

遊戯室の床にはリノリュームを敷き、室の一隅には手洗台および水道が備えてある。水道は遊戯療法を行うためには一般にぜひ必要だといわれている。それは水は児童がその攻撃的衝動を表現するのに有力な素材だからである。

次にわれわれの遊戯室に備えてある遊具類の主なるものをあげる。

- 1 人形の家 (dollhouse) 一木製。立体的、二階のものと、平面的なもの2種類を試作し、用いている。
- 2 人形の家族 (doll family) 一木製のものと同製市販のものを混用している。
- 3 その他の人形一布製、ゴム製の人形数種、ミルクのみ人形等。
- 4 家具類一人形の家の大きさと釣合った玩具の家具類 (ミニチュア・セット)。
- 5 ままごと道具類。
- 6 鉄砲の玩具。
- 7 電話の玩具。
- 8 自動車、汽車等の玩具。
- 9 積木。
- 10 粘土一油粘土。
- 11 クレヨン、紙。
- 12 黒板一大きなもの。
- 13 コリントゲーム。
- 14 チェッカー。
- 15 輪投げ等。

文献には玩具の兵隊が推賞されているが、現在のわが国では入手し難いし、今日のわが国の児童に適しているかどうか疑問なので、われわれは使用していない。

その他、遊戯室には以上の品を納めるためのたな、抽斗つきの机、椅子数脚、掃除道具等が備えてある。

遊戯室の内部は乱雑になりやすいから、ことに注意が必要である。備付けの遊具類が破損紛

失したり、備付以外の余計なものが持込まれないよう、治療者各自が注意するのみならず、時々点検している。

(3) 使用している心理検査法

現在使用されている、おもなテストは次のようなものである。

(a) 知能検査

1. 田中ビネー
2. WISC
3. 愛育会乳幼児精神発達検査

(b) 投影法

4. C. A. T. あるいは T. A. T.
5. ロールシャッハ (原版)
6. P. F. T. (Rosenzweig) — 外林氏試案

(c) その他

7. 社会的成熟度評定尺度 (試案)

事例に依り、これらの中必要あるいは適当なものを適宜選択使用している。

(4) 身体的検査の設備

身体的検査のために、われわれは聴診器、打診槌等ごく普通の診察用具の他に、ただ脳波撮影装置を有するのみである。脳波撮影装置を有するのは本研究所在研究機関だからであって、児童相談所にはこのような高価な装置は不必要であろう。

昭和30年度における厚生省児童局調査によれば、全国の児童相談所で脳波測定装置を有するもの2カ所、レントゲンを有するもの1カ所、精神電流計に至っては34カ所に及んでおり、その他各種の実験心理学的装置を有する所が相当数に及んでいる。

これらの装置を有するからとて、児童相談所の業績があがるとは考えられない。アメリカの C. G. C. においては、大学附属の研究を目的とするクリニックを除いては、これらの装置を有する所は皆無であり、わが国相談所のこれらの傾向は好ましいものとはいえない。

個人指導 (supervision)

個人指導 (supervision) に当る指導者 (supervisor) は「児童福祉マニュアル」には「監督者」と訳されており、スーパーバイジョンについてはわが国には一般にかなり誤り伝えられているように思われる。そこで、著者はこれを「監督」と訳さず「個人指導」と訳すことにした。

個人指導の意味については「精神衛生研究」3号中の「アメリカの児童精神医学と精神衛生」に述べたとおりである。個人指導とは要するに指導者が被指導者のために行う一種の心理療法であって、心理療法またはケースワークの修得には不可欠のものとしてとされるくらい重視され

るものである。心理療法およびケースワークは講義・ゼミナール・事例会議等によっても教育し得るが、微妙な治療的関係 (therapeutic relationship) の推移を体得せしめることはそれらの方法によっては不可能であって、どうしても個人指導のような方法が必要になってくる。外科手術を習得せしめるには手術の現場を見学せしめ、さらに先輩の執刀する手術の助手を勤めさせ、最後には本人が執刀し先輩が助手の役に廻って指導する。あらゆる必要な手技を目のあたり目撃し、手をとって教えてもらうことができる。しかし、心理療法やケースワークは第三者がその場に居合せたのでは行い得ないので、これと同様の方法は行えないのである。そこで採用されるのが、自身指導者から心理療法を受け、治療過程、その際用いられる技法の自身に与える影響を体験せしめるという方法、すなわち個人指導である。

個人指導は一種の心理療法であるから、心理療法の方式、技術が用いられる。ただし、普通に治療者が患者のために行う面接とはその目的が違うので、その内容にも当然相異がある。それは個人指導における話題は被指導者が現に受持つて治療を続けている事例の治療過程が中心になるということである。心理療法なのであるから、指導者は被指導者に対して、被指導者の面接場面における言動に対して批判したり、指示的 (directive) な指導をすることはまずない。しかし、経験の浅い被指導者は一方において自身事例を受持つて心理療法あるいはケースワーク治療を行いつつ、これに伴つて生ずる不安、あせり、動揺等の感情的問題の解法を個人的指導によって指導者から助けられつつ、大過なく面接を続け、経験を積むことができるのである。

個人指導は一般心理療法と同じく規則正しく定期的に行われる。毎週1~2回、1時間づつ行われるのが普通で、2年ぐらい続けるのが必要とされる。また、指導者の負担し得る人数、時間にも、おのずから限度がある。

本研究所において正式に個人指導を始めたのは昭和30年2月以後、すなわち第3期になってからである。個人指導もやはりクリニック全体が時間的に正しく動かなければ実行不可能である。心理療法に関しては著者が、ケースワーク治療に関しては主席ソーシャルワーカーが個人指導に当たっている。

個人指導については他日また詳しく論ずる機会があろうが、個人指導を行ってきた結果、心理療法やケースワークに当る職員の技術が著しく向上したことはいなめない。

個人指導を開始してから約1年後に、著者の個人指導を受けている数人の精神科医・心理学者に感想を述べてもらった。興味あり参考になることであるから以下に紹介する。

- (1) 個人指導が始まったころは、どんなことをされるのかと一種の警戒心を感じた。指導者の感情の動きを理解しようというあせり、いわば競争心のごときものを感じた、
- (2) 従来は年少の子供しか扱っていなかったが、個人指導を受けるようになってから幅の広い年齢層、さまざまな種類の事例に手をのばしてみようという気が起きてきた。

- (3) 以前は治そうというあせりがあったが、それがなくなった。治療が行き詰った場合動揺を感じなくなった。
- (4) 患者（児童）との人間関係をよく理解し、視野が広がったように思う。相互の関係を患者の側からも眺められるようになったような気がする。個人指導を受けるのがいやになったりすることによって抵抗の心理がよくわかった。
- (5) 治療の際の自己の態度を自覚し、理解（self-awareness, self-understanding）する上に非常に助けになる。
- (6) 治療場面を再構成して反省するのによい機会になる。

著者自身、在米中個人指導を受けていた間の経験もこれと大同小異である。著者自身は初め2～3カ月の間は指導者が何も具体的な批判や教示をしてくれないので、何となく物足りない気持を味わった。それは個人指導の意味をよく知らず、具体的指示的な指導を期待していたからであろう。その間に指導者が繰返し示唆してくれたことは、ただ一つ「心理療法の目標は患者を理解することだ」ということで、それが支持的（supportive）な効果を与えてくれたと思う。後に至って、しだいに指導者のやり方を理解し始めると共に、心理療法の真髄を理解するようになったように感ずる。この理解は講義や読書によってはとうてい得られないものであり、心理療法に関する書物文献の内容もこの理解が進んだ後にはじめて真に理解できるようになったと思う。

著者の指導を受けている人たちの感想は、いずれも心理療法に必須な理解ないし心構えが個人指導によってはじめて得られたことを示している。

わが国において、心理療法あるいはケースワーク治療を普及発達させるためには、個人指導をどうしても普及させる必要がある。そのためには個人指導をなし得る人、すなわち1年ないし2年にわたって個人指導を受けた人をしだいに増加せしめるより仕方がないと思う。

以上述べた、われわれの相談室の経験の検討によって、序論にあげた問題の大部分に対して答え得たと思う。

以下においては残された問題に対して、今少し異った観点から突込んだ検討を加えてみよう。

引用文献

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 厚生省児童局：児童福祉マニュアル，日本青年教護協会，昭26 2) 厚生省児童局：児童福祉必携，日本少年教護協会，昭27 3) 高木四郎：アメリカの児童精神医学と精神衛生（前編），精神衛生研究3号，国立精神衛生研究 | <ol style="list-style-type: none"> 所，昭30 4) 高木四郎：アメリカの児童精神医学，教育と医学，慶応通信，5巻7号(昭32,7)～6巻1号(昭33,1) 5) 高木四郎：児童精神医学——内村，笠松，島崎編：精神医学最近の進歩，医歯薬出版，昭32 |
|---|--|

- 6) 児童相談所, (C)設備器具, 精神衛生資料 4 号, 国立精神衛生研究所, 昭31
- 7) Basic Concepts in Child Psychiatry, Group for the Advancement of Psychiatry, Topeka, Kansas, Report No. 12, 1950
- 8) Psychiatric Social Work in the Psychiatric Clinic, Group for the Advancement of Psychiatry, Topeka, Kansas, Report No. 16, 1950
- 9) L. M. FRENCH: Psychiatric Social Work, Commonwealth Fund, New York, 1940
- 10) G. S. STEVENSON and G. SMITH: Child Guidance Clinics—A Quarter Century of Development, Commonwealth Fund, New York, 1934
- 11) H. L. WITMER: Psychiatric Clinics for Children, Commonwealth Fund, New York, 1940
- 12) GEORGE E. GARDNER: American Child Psychiatric Clinics, Mental Health in the United States, The Annals of the Amer. Academy of Political and Social Science, 1953
- 13) LEO KANNER: Child Psychiatry, 2nd ed., Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1950
- 14) S. A. SZUREK, A. JOHNSON and E. FALSTEIN: Collaborative Psychiatric Therapy of Parent-Child Problems, Am. J. of Orthopsychiat., 12, 1942
- 15) F. H. ALLEN: Psychotherapy with Children, W. W. Norton, New York, 1942 (ことば p. 130~134)
- 16) V. M. AXLINE: Play Therapy, Houghton Mifflin, Boston, 1947 (ことば p. 55~58)
- 17) M. ROSENBAUM: Problems in Supervision of Psychiatric Residents in Psychotherapy, Archives of Neur. and Psychiat., 69, 1953
- 18) L. R. WOLBERG: Supervision of the Psychotherapeutic Process, Am. J. Psychotherapy, 5, 1951

Ⅱ 児童相談における精神科医 の役割について

Ⅱ S. TAKAGI, S. KANNO and Y. IKEDA:
On the Function of Psychiatrists in
Child Guidance.

児童精神衛生部長 高 木 四 郎
児童精神衛生部 菅 野 重 道*
池 田 由 子

序 説

米英等における児童相談施設である児童指導クリニック (child guidance clinic, C.G.C) は精神科医を中心とする精神医学的施設として発達してきた。そして、そこを舞台として児童精神医学も発達してきたのである。精神医学的施設といっても、もちろんそこでの業務は最初から心理学者およびソーシャルワーカーの協力を得て、クリニック・チームの手により行われるという形が採られたのであった。

わが国の児童相談所も法規の上では精神科医を中軸とし上述の各職種の職員を置くことになっている。同じ趣旨のことは「児童福祉マニュアル」等にも述べられている。

第Ⅰ章に述べた、われわれの相談室の運営状況はアメリカの C. G. C. に準じているので、クリニック・チームがいかに業務を分担し協力すべきかということは、その記述によって明らかであろう。したがって児童相談における精神科医の役割もおのずから明らかであると思う。

しかし、わが国と米英等では事情が異なる点も多いので、米英等の C. G. C. あるいはわれわれの相談室のやり方をそのまま現在の児童相談所に取入れることには多大の無理があろう。最大の難点は、わが国では児童精神医学がまだ十分な発達を遂げておらず、児童精神医学の素養を有する精神科医がきわめて少いということである。成人精神医学の素養はそのままでは児童相談に十分に役立つとはいえない。

現在のところ、児童相談所でその職員に精神科医を有する所はきわめて少く、また、その機能に対する理解は精神科医自身の側においても、他の職員の側においても、はなはだ不十分のようである。それは結局児童精神医学の未発達ということに帰せられよう。

本稿において児童精神医学について詳細に論ずる余裕はないが、ここにはもっぱら診断 (判定) の面において精神科医のになうべき役割について検討してみよう。治療 (指導) の方法と

*現在は日本医科大学講師

して最も有効であり、その根幹をなすものは心理療法であるが、それが主として精神医学の領域において発達してきたものであり、これもまた C. G. C. においては精神科医の主要任務であることを述べるにとどめておこう。

診断（判定）業務の際、精神科医は脳の器質的疾患あるいは精神病等の医学的問題および狭義の精神医学的疾患だけを扱うべきだという考えは相当多くの人が持っているであろう。したがって、そのような事例だけを精神科医の手に委ねればよい、他の職員が主訴によってこれを選び出せばよいという意見がある。しかし、結論を先に言えば、これはきわめて困難な問題である。確かに児童の問題行動のうちには純心理学的環境的な原因によって生ずる、いわゆる一次的行動異常（Primary behavior disorders）と呼ばれるものが多い。そして、これらの事例は心理学者等の手によって判定され、扱われても少しも支障はない。しかし、主訴から精神科医の診断が必要か否かを、あらかじめ判断することはきわめてむずかしい。

そこで以上の問題をわれわれの有する資料によって検討してみよう。

主訴と診断との関係

まず、そのために受理面接の際陳述された主訴と、精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーのチームワークによって下された診断との関係を検討してみた。資料としたのは相談室開設以降、昭和30年10月末までに扱った927例である。

診断分類として、われわれは第Ⅰ章に述べたように Brown 等の「問題児の精神医学的分類」を用いているが、これを狭義の精神医学的問題と考うべきか否かによって3群に分けてみた。第Ⅰ群はかならず精神科医の診断を必要とするもの、第Ⅱ群は精神科医の診断を経ることが望ましいが場合によっては臨床的訓練を十分に受けた心理学者ならば扱い得ると考えられるもの、そして、かならずしも精神科医の診断を経なくても心理学者等の手によって扱い得ると考えられるものを第Ⅲ群とした。これら3群の内訳は次のごとくである。

第Ⅰ群——精神病、痙攣性障害、身体疾患または欠陥に伴う行動異常、精神薄弱の一部（頭部外傷や脳炎、脳膜炎の後遺症、モンゴリズム、その他内分泌障害を持つものなど精神薄弱の特殊型）

第Ⅱ群——神経症、精神病質、精神薄弱の一部（内因性精神薄弱）

第Ⅲ群——一次的行動異常、社会的問題、教育上の特殊問題

精神病はその大部分（22例）が精神分裂病であり、青年期に入ってからには少数ながら（3例）躁鬱病も含まれる。また、テンカンの精神運動性発作もかなり存在する。われわれの資料中には1例もなかったが、若年性麻痺性癡呆が知的障害や言語障害を呈するものうちから発見されることもあるであろう。

精神病質という診断は青年期以後にはじめて下し得るものであって、われわれは思春期以前

の児童にこの診断を下すことはほとんどない。したがって、性格上の問題を呈する幼少年はほとんど全部が一次的行動異常のうちの性格異常に含まれている。われわれの資料のうち、精神病質の診断が下されたものは 972 例中 5 例にすぎない。

資料とした 972 例を上述の 3 群に分けた結果は第Ⅰ群 152, 第Ⅱ群 597, 第Ⅲ群 198 である。これらの事例についての主訴は多種多様であるが、それらを整理して次の 12 項目に分類した。

(1) 反社会的な問題

嘘言, 盗癖, 金銭持出, 家出, 浮浪性, ずる休み, 夜遊び, 火いたずら, 破壊性, 乱暴, 傷害, けんか早い, 弱い者いじめ, 意地悪, 反抗, いたずら, 性的いたずら, 不良交友等,

(2) 非社会的な問題

集団行動不能, 社会性がない, 登校をいやがる, 発表力がない, 興味の欠乏, 無気力, 孤独, ひきこもりがち, 母から離れない, 対人恐怖, 無口, 空笑,

(3) 生活習慣に関する問題

食欲がない, 寡食, 拒食, 偏食, 異食, 遺尿, 夜尿, 尿が近い, 自分で排尿できない, 大便をもらす, 極度に潔癖, 入浴しない, 朝起きない, 身のまわりの始末ができない, 指しゃぶり, 爪かみ,

(4) 言語に関する問題

言語の発達遅滞, どもり, 緘黙, 独語,

(5) 知覚に関する問題

耳が遠い, 強度の近視, 斜視, 四肢の疼痛, 四肢の感覚鈍麻,

(6) 運動機能に関する問題

四肢の不自由, 歩行障害, 顔面の不随意運動, 首が坐らぬ, 動作緩慢,

(7) その他の身体的問題

便秘, 腹痛, 悪心, 心臓発作, 胸内苦悶, 体が冷える, 疲れやすい, 不眠, ひきつけ, 小発作,

(8) 注意・記憶・思考・判断に関する問題

注意散漫, ぼんやりしている, 根気がない, 気にする, 記憶力が悪い, 忘れっぽい, 考えがまとまらない, 理解が悪い, 疑問癖, 善悪の分別がつかない, 成績低下,

(9) 精神運動的な問題

おちつかぬ, 多動, 授業中歩き出す,

(10) 知能の発達に関する問題

知能発達の遅滞, 学業不振, 教育相談, テスト依頼,

(11) 感情・情緒・性格に関する問題

感情不安定, 気まぐれ, 怒りっぽい, 不機嫌, かんしゃく, 恐怖的, おびえる, 臆病,

小心, 劣等感, 自信欠乏, 自主性なし, 積極性なし, 元気がない, 意志が弱い, 内向的, 神経質, 気になる, 几帳面, イライラする, しつこい, 当りちらす, 勝気すぎる, 虚栄心が強い, 自己中心的, 幼児っぽい,

(四) その他

身体発育の異常, 進学相談, 指導法相談, 施設入所相談

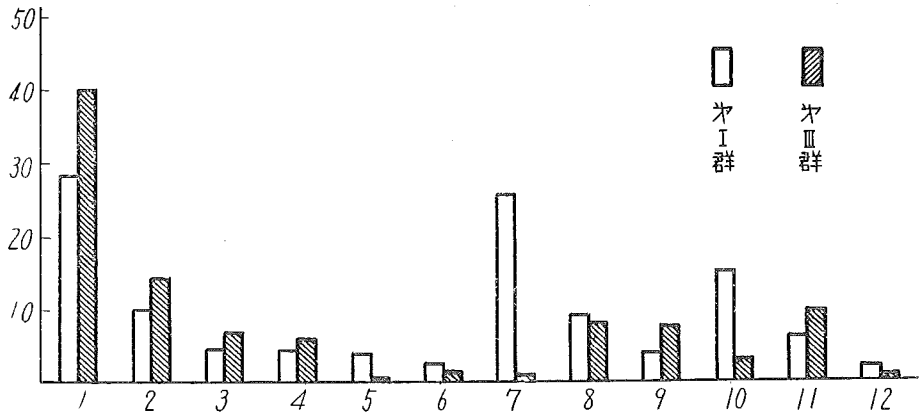
主訴というものは実に種々雑多であって, 上に引用したような事柄にとどまらない。同じような事柄であっても陳述者によってその色彩を異にし, また, 職員の側の受取り方によっても違うものである。したがって, 主訴を分類するのは非常に困難なことであり, 上の分類についても種々問題点はあるが, 一応このように分類した。

まず, 第Ⅰ群と第Ⅲ群における主訴を比較してみると第1表および第1図のごとくであり, 2群共すべての問題が全体に広がっている。第Ⅰ群には(7)その他の身体的な問題および(10)知能の発達に関する問題が多く, 第Ⅲ群には(1)反社会的な問題が多い傾向が認められるが, その他の問題については著しい差異は認められない。したがって, 第Ⅰ群と第Ⅲ群とを主訴だけによって分けることは不可能といってよいであろう。

次に第Ⅰ群のうち比較的数の多い精神分裂病(22例)およびテンカン(93例)について主訴の分布をみると第2表および第2図のごとくである。すなわち, 両者共に主訴は全体にわたっている。ただ精神分裂病では(2)非社会的な問題が多く, (8)注意・記憶・思考・判断に関する問題がこれに次ぎ, (3)生活習慣に関する問題も比較的多い。テンカンにおいては, ひきつけを含む(7)身体的な問題が最も多いのは当然であるが, (1)反社会的な問題も多く, (10)知能の発達に関する問題, (11)感情・情緒・性格に関する問題も比較的多い。

主訴別 群別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計
第Ⅰ群 実数 (152例)	69	38	19	18	15	9	96	26	16	38	24	7	375
%	18.40	10.13	5.06	4.80	4.00	2.40	25.60	6.93	4.26	10.13	6.40	1.86	100
第Ⅲ群 実数 (198例)	223	82	39	31	1	7	4	33	43	33	55	6	557
%	40.03	14.72	7.0	5.57	0.18	1.25	0.72	5.92	7.71	5.92	9.87	1.07	100

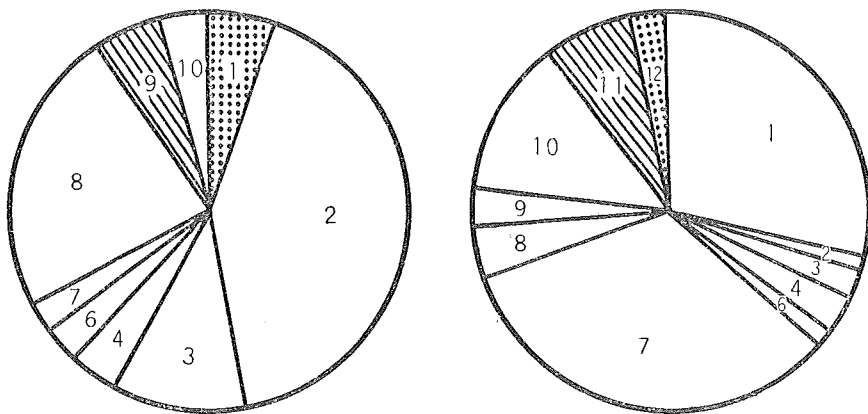
第1表 第Ⅰ群と第Ⅲ群との主訴別比較(A)



第1図 第I群と第III群との主訴別比較 (B)

診断	主訴別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計
精神分裂病 (22例)	実数	4	32	9	3	0	2	2	18	4	2	0	0	76
	%	5.26	42.1	11.82	3.95	0	2.63	2.63	23.68	5.26	2.63	0	0	100
てんかん (93例)	実数	58	1	6	7	0	1	86	6	8	30	15	4	222
	%	26.12	0.49	2.70	3.15	0	0.49	38.73	2.70	3.60	13.51	6.75	1.80	100

第2表 精神分裂病とテンカンの主訴別 (A)

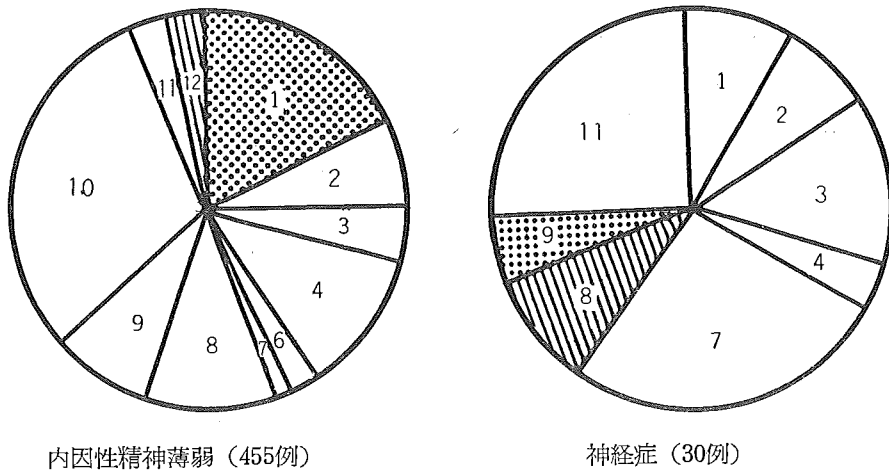


精神分裂病 (22例)

テンカン (93例)

第2図 精神分裂病とテンカンの主訴別 (B)

さらに第Ⅱ群のうちで比較的数の多い内因性精神薄弱（455例）および神経症（30例）について主訴の分布をみると第3図のごとくでやはり全体にわたっている。精神薄弱においては当然(10)知能の発達に関する問題が最も多いが、(1)反社会的な問題も多く、(4)言語に関する問題、(8)注意・記憶・思考・判断に関する問題、(9)精神運動的な問題がこれに次いでいる。神経症では(7)身体的な問題が最も多く、(11)感情・情緒・性格に関する問題がこれに次ぎ、(3)生活習慣に関する問題、(8)注意・記憶・思考・判断に関する問題も比較的多い。



第3図 内因性精神薄弱と神経症の主訴別

以上のごとく、診断別にみても主訴は各種類にわたっているが、しかし診断によつておのずから特徴的な傾向は認められる。さらに、しさいにみるならば、同じ項目に属する主訴であっても診断別によつておのずから特徴が認められるので、この点を少し詳しく検討してみる。

精神分裂病に最も多い非社会的な問題は、頻度の順にあげれば、登校をいやがる、ひとり笑い、孤独、友だちと遊ぶことができない、ひきこもりがち、自分勝手なことをしている等であり、これらは分裂病の中核的な症状である自閉の現われである。しかし、ひとり笑いを除いては一次的行動異常等にも見られる訴えであり、主訴だけから診断を推定することは困難である。注意・記憶・思考・判断についての問題の内容は、まとまった話しができない、考えがまとまらない、ボンヤリしている、人に見られている、人にうわさされている等で、これらは分裂病の自閉、思考障害、妄想的念慮等の現われであることは明らかであるが、精神医学の素養のない者には主訴だけから診断を推定することは困難と考えられる。

テンカンに最も多い主訴である身体的な問題のうちでは痙攣が大部分を占めているが、その他にも時々ボツとする、疲れやすい、頭痛、ねぼけ等の訴えもみられる。時々ボツとするというのは小発作に関する訴えであるが、精神医学的素養のない者には見逃されるおそれもある。

反社会的な問題も多いが、そのうちでは衝動的で興奮しやすい、乱暴、破壊性行動というのが最も多い。これはテンカン性格の特徴の現われであるが、これも発作の存在が見免されれば一次的行動異常等と誤られやすい。反社会的な問題としては、この他にも盗癖、遠出、浮浪性、反抗等がみられる。知能の発達に関する訴えが多いのはテンカン性知能障害の結果である。

純精神医学的問題、すなわち第Ⅰ群に属する精神分裂病とテンカンについて主訴の内容を検討してみたが、以上のごとくテンカンにおいて痙攣発作がはっきりと訴えられる場合を除き、それぞれ特徴は認められても、主訴だけから診断を推定することは困難である。ことに精神医学的素養の欠けた者にとっては、はなはだ困難であろう。

医学的常識としては自明のことであるが、診断とは総合的な過程である。精神医学の専門的経験豊かな者ならば主訴によって、ある程度診断を推定することも可能であるが、確定はもろんできない。また、事例史の聴取 (history taking) というのも専門的技能であるから、精神医学的知識の有無、経験の多寡ということによって、得られる訴えの内容がある程度左右されるということもある。

事 例

主訴のみによって診断が推定し難いということを、さらに具体的事例をあげて解説してみよう。

事例1は児童相談所で単なる心理学的問題と誤られ、後精神科医により精神分裂病と診断されたものである。

事例 1

来所時の年齢7才3ヶ月、小学校1年生の女兒。検診の結果小児分裂病と診断され、現在心理療法を行っている事例である。

父は52才で会社員、母は40才、共に再婚同志で、母の実家には2人精神病と思われる者がいる。1人は母の父の兄の娘（現在55才ぐらい）で、20年以上ぐあいが悪く、一時精神病院に入院したこともあるようで、現在家にいるが家事も何もできない。他の1人は母の姉の娘で、約7年間患っていたが、31才ごろ入院中に死亡した。2人とも結婚後に発病しているが、いずれも精神分裂病と推定される。

胎生期に異常なく、在胎期間9カ月半、出産時体重700匁で、人工栄養だったがなかなか肥らなかつた。生後50日頃ベットから落ちたことがあるが、そ

の際頭部は打たなかつた。オムツがなかなか取れず2年ぐらい当てていたが、入らなくなつたら急にまつたく必要としなくなつたという。何かにつけて他の子より育てにくかつた。生後2年間は風邪をよくひき医者にかかり通しだつた。神経質で夜間なかなか眠らなかつた。歩行の開始は1年3カ月で、ほとんどはいはいせずにすぐ歩いた。発語の時期も著しく遅れていたとは思われなかつた。1才1カ月ごろ耳下腺炎にかかつた。当時流行性脳炎が流行しており、隣家の子供が疑似脳炎になり、心配したが、医師は否定した。3才のときに2日間ほど、食事をしなかつたが医者にも原因がわからなかつた。6才のとき麻疹に罹患した。

来所時の両親のおもな訴えは口をきかないこと、

元気がないこと、友達と遊ばないことなどであつた。

5才の4月に幼稚園に入つたが、なかなか友だちと遊ばず、7月ごろから絵をかかなくなつた。元來恥ずかしがりやで人前で口をきかなかつたが、幼稚園でも口をきかなかつた。団体行動がとれず、一緒に写真をとるときにかけ出したりした。

そのころ某児童相談所に相談に行つたところ、一人つ子のせいで、だんだんよくなるだろうと言われ2回ほど行つたが、もうくる必要はないと言われた。

翌年、幼稚園で受持の先生が変つたが、熱心に指導してくれ、7～8月ごろ、たびたび自宅にもきてくれた。その結果、9月30日にはじめて絵をかき、それからどんどんよくなつたという。口はきかなかつたが動作もはきははきてきて、見違えるように元気になつた。

6才で小学校に入つたが、引続き同様な状態であつた。幼稚園ではなるべく表面に出しているいろいろやらせてくれたので自信ができてきたように思うが、小学校の先生ははじめて1学年を受持つた先生らしく、当らずさわらずのようであつた。5月に友だちに顔をひつかかれたことがあつた。また、そのころ学校が増築中で、1週間ほど二部授業が行われ、運動場に放任されていることが多かつた。それで初めは学校にも喜んで行つていたが学校が嫌いになり、幼稚園のほうがよかつたと言ひ出した。12月に近所の仲よしの友だちが引越し、それも失望の種になつたようであつた。

入学前は1年生になることを非常に楽しみにして、アイウエオをひとりて全部覚えたほどであつた。

一時口をきいていたのが、6月ごろ再び家庭でも口をきかなくなつた。7月末、某医科大学小児科で診察を受けたが精神病ではないだろうと言われ、さらに同大学の神経科で診察を受けた結果、精神分裂病と診断され「口をきくようになる注射」（アミタール？）をされ内服薬ももらつた。翌日は元気がよすぎて乱暴であつた。そして薬をのむようになって

からニヤニヤ笑い始め、1週間で服薬をやめたが、まだ笑いが続いている。

8月に父母と3人でトランプをしようとしたら、始めて「できる」と口をきいた。

1年生としては中以下の頭脳と思うが、やらせてみると学校のこともできる。最近自転車を習い出した。家庭ではボンヤリ本を見ていることが多いが、字は読んていないらしい。なるべく元気づけるようにいろいろ注意している。自分から外に遊びには行かないので、お友だちを頼んで連れてくると一緒に絵をかいたりするが、時々ニヤニヤ笑うだけで口はきかない。しかし言われたことはわかっているらしい。

以上のような経過で来所し、3回にわたつてスタデイが行われた。これを要約してみると次のようである。

精神科医との面接に際しては周囲に無関心な態度で、時々無言のままニヤニヤ不自然な笑い顔を示す（空笑）。精神科医が母と面接している間も静かに傍に無言で坐っている。遊戯室に連れて行く際に別に拒みはしないが、ちよつと母の傍を離れたくない様子を示し、ドアの前で振返つて母の顔を見ている。促すとおずおずと遊戯室に入つたが、玩具や人形をテーブルの上に並べて見せても終始無言で、時々空笑を示すだけで手を触れようもしない。話しかけてもまつたく無関心である。その後の面接も同様な状態で、時々精神科医の顔を不思議そうに見守る。

身体的には著変なく、自閉・緘黙・空笑・無関心・感情鈍麻等の症状が認められ、精神分裂病と診断された。心理テストは施行不可能であつたが、発育歴やその後の観察からも知能障害は一次的のものではなく、分裂病による二次的なものと推定された。

また、精神分裂病と診断されても、環境の心理的な問題も十分考慮されるべきであつて、診断過程において母親との面接から得られた問題点は次のようなことであつた。すなわち、母親はむしろ勝気な人で、この子供が皆から馬鹿にされ劣等感を持つようになるのではないかと心配し、一面非常に過保護的

な態度をとりながら、反面干渉的になり神経質な扱い方をしている。また、子供のしつけや教育はもっぱら母親に任されてきたため、責任を強く感じていると共に、ことに問題行動がはつきりしてきてからは、父親の放任的な態度に強い反感を持っている。

この責任感が母親の不安を強めているが、また母親の系統に精神病患者のあるということも母親の態度をより防衛的なものとする結果となり、この問題に触れられることを避けようとする態度が認められる。

事例1の来所までの経過をみると、親は一応精神病ではないかということを感じていたようではあるが、幼稚園の先生も児童相談所でも大学病院小児科でも明確な診断が下されず、精神科医の診断によってはじめて精神分裂病であることが確定されている。幼稚園の先生に診断がつかないのは無理もないが、問題なのは児童相談所で診断がつかず、「一人っ子のせいで、だんだんよくなるだろう」と言われ、2回ほどで「もうくる必要はない」と軽く片付けられたことである。この相談所は職員に精神科医を有せず、心理判定員では診断がつかなかったのである。某大学精神科ではじめて精神分裂病と診断され、さらにわれわれのところでもその診断が再確認された。

この事例における主訴は口をきかない、元気がない、友だちと遊ばないといったことで、これらは純粋に心理的・環境的な問題にも見られることである。したがって、主訴だけから精神分裂病を推定することはできない。

精神分裂病の症候ないし診断について述べることは本稿の目的ではないが、その診断には精神医学の分野における相当な知識と経験を要することはいうまでもない。

事例2も児童相談所で心理学的問題と誤られ、われわれの手によって精査の結果テンカンと判明した例である。

事例 2

7才9カ月の男児で、主訴は友人に対する乱暴、落着かぬこと、団体行動への参加不能、教師への反抗である。これらの主訴をもつて母親、担任教師、児童福祉司に伴われて来所した。

家系に精神医学的遺伝的負荷は証明されない。家族は56才の父親、43才の母親、12才および11才の兄6才の弟で、すでにとついでいる異母姉3名があり、父方の祖母は別居はしているが頻繁に訪れてくる。父親の職業は僧侶で、種々の名誉職を兼ね、村の旧家である。

満期出産、出生時体重900匁、母乳栄養で一般的発育は良好であつた。2才のとき麻疹に罹患、重症で高熱が続ぎ、脳症状を起し、2日間ぐらゐ意識障

害著明、痙攣発作頻発し、さらに生理的食塩水の注射部位が化膿し、全治するまでに3カ月を要した。

その後母および祖母に大切にされて育つたが、入学前後より時々頭痛を訴え、顔面を蒼白にし呼吸がやや速くなり、不快そうな発作が起るようになった。しかし、1～5分ぐらゐですぐ元気そうに遊び出すので、両親は気にとめなかつたが、入学後医師の診察を受けたところ、神経からくるものだと言われ、そのまましておいた。その他には痙攣発作もなく食欲や睡眠も良好であつた。

脳症状を起した後、父母共に本児を特別扱いにし、ことに祖母はかれの要求が無理なときでも通してしまふことが多かつた。そのため他の同胞からは嫌わ

れ、仲間外れにされるが多かつた。弟とは仲悪く、いじめることが多い。家庭内の空気は異母姉と母の関係を除いては大体円満で、母が最も権力を持っている。

就学前にも友人と遊ぶことができなかつたが、入学後も同様で自分の要求を通そうとし、それが不可能であるとすぐに友人を打つたりして協同作業はまったく不可能であつた。理解力や記憶力はあるが、一般に飽きやすく、気が向かないと課業を受けないで帰ってしまう。父親が村の名誉職で人の出入りが多かつたためか、教師や校長にもなれなれしい口をきき、説得や叱責しても感じないようだという。

このような状態のため某児童相談所に相談したが、問題行動は主として幼少時の疾患により母、祖母等が過保護したため、情緒的に未成熟な点があり、それが原因となつているのではないかという意見であつた。児童福祉司が指導し、学校側も種々工夫して指導していたが、攻撃的、衝動的な行為にあまり変化は認められなかつた。

われわれの相談室にきての所見は次のようである。

幼児的な口のきき方をする元気のよい男児で、面接者になれなれしく甘えるような身振りで接近してくる。弟に対する強い嫉妬を示し、弟が生まれるまでは母と添寝をして甘えられたことを強調する。欲

求不満に対する耐容力が低く、自分が中心にならないとすぐに暴力を振う。知能は田中ビネー式で知能指数90で、飽きやすいので途中で中止した。実際にはこれよりやや高いと思われる。依存的ですぐ検者に教わろうとする点が著明である。他の心理テストでも情緒的に未成熟な傾向が認められた。

身体的発育はきわめて良好で、身長・体重・胸囲共に約2才年長児の平均に近い。肥満型の体格で、視力・聴力・胸部・腹部等にみるべき所見はない。ただ運動がぎこちなく拙劣で、走ることがのろい。頭痛発作についてはよく記憶しており、おもに昼間起り学校よりも家で起ることが多い。自覚的に頭が痛く吐きそうになるがすぐ治るという。学校の教師はこの発作を心理的なものと解し、あまり注意をしていないようである。

既往歴および現在の頭痛発作から脳の器質的疾患が疑われたので、3回にわたり脳波撮影が行われた。その結果によると、明らかな異常所見、たとえば高圧徐波、棘波、小発作変形等が認められ、テンカンであることが判明し、この頭痛発作がテンカンの小発作であることがわかつた。

脳波所見によりテンカンと診断されたので、環境的・心理的指導とともに、テンカンに対する投薬治療が行われた。

事例2における主訴は友人に乱暴すること、落着かぬこと、団体行動に参加できぬこと、教師への反抗である。そして本児の問題行動は児童相談所および学校側では心理学的な問題と解され、児童福祉司の手により指導が行われたが、効果をあげ得なかつた。児童相談所の意見は幼少時の疾患により母、祖母等が過保護したため、情緒的に未成熟な点があり、それが原因となっているのではないかということであった。

この解釈は部分的には当たっているといえよう。そして家の社会的経済的地位、弟との関係等も考慮に入れられよう。しかし、既往歴と、近来頻発するようになった頭痛発作は無視され、それらと問題行動との関係はまったく考慮されなかつた。教師もこの発作を心理的なものと解し、注意を払わなかつた。しかし、本相談室で既往歴と頭痛発作を考慮し、脳波検査を行った結果、テンカンの診断が確定したのであった。

テンカンには通常の痙攣を呈する大発作のほかに、種々の型がある。本例はそのうちの小発作と称せられるものであることは脳波所見からして明らかである。そして、2歳のときかかった麻疹がその原因となっているものと思われる。当時見られた高熱、激しい痙攣発作、意識障害は麻疹後脳炎を推定せしめる。その後、6歳前後までは何の異常も見られなかったが、脳炎や頭部外傷等の後、しばらくは異常を認めず、時を経てテンカン発作を呈するのは珍しいことではない。テンカン児に特有の性格変化が見られ、しばしば行動異常が認められることは周知のごとくである。ことに本児に見られるごとき乱暴、落着きのないこと等はむしろテンカン児に特有であるとさえい得る。

もちろん、親たちの過保護的養育態度が本児のパーソナリティの発達に影響を及ぼしてきたことは否定できない。しかし、それらの心理的要因のみによって解釈することは明らかに誤りである。テンカンという脳疾患が基本的原因となり、さらに上述の環境的、心理的要因がこれに加わって問題行動を助長しているものと解すべきであろう。児童の問題行動というものは、このように各種の要因が重なり合って成立しているものであるからこそ、チームワークによる多面的な見方が必要になってくるわけである。

このようなテンカン発作が継続していると、その結果しだいに脳に器質的变化を生じ、ために痴呆や性格変化が進行して行きやすいものである。本児の場合も基本疾患が発見されず、いたずらに心理的教育的指導によって扱われてゆくなれば、上述の運命をたどる可能性が大であろう。

事例3は某教育相談施設において神経症ないし心理学的問題のごとく考えられ、われわれの手により脳腫瘍であることが判明した例である。

事例 3

4才1カ月の男児。眠いといつてゴロゴロしている、元気がない、神経過敏等を主訴として来所し、検査の結果脳腫瘍と判明した例である。某教育相談施設から、住所が本研究所に近く「遊戯療法でもやっていたら地理的に便利だから」という理由で紹介され来所した。

家族は、父系祖父、父母および弟(2才半)である。

出産時には陣痛微弱で、鉗子分娩、仮死状態で生まれた。母乳栄養で幼時の発育は普通。既往に著患はない。

2～3カ月前から鼻血が時々出た。頭が痛いとか、

眠いと云つてゴロゴロ寝てばかりおり、以前に比べて元気がなくなつた。戸外に遊びに行かず、勤めて連れ出してみても皆の遊ぶのを黙つて見ているだけである。来所の3週間ほど前、某大学病院小児科に連れて行つたところ、鼻腔の中にポタンが入つているのを発見され、除去してもらつた。その際身体的には異常がないと云われたが、その後も引き続き元気がなく、ゴロゴロしている。

その後もビクビクしていて、ちよつとした物音にも体をビクツとさせる。小石のゴロゴロした道や階段等、こわがつて普通に歩けない。しやがんでしまつたり、足さぐりしたりする。眼が悪いのかと思つ

て眼科の診察を受けさせたが、軽い斜視と遠視程度で、眼底にも異常はないと言われた。その後、2～3回夜尿があつた。

物事に興味を持たず、注意を集中できないようで、絵本など見せても1～2枚パラパラとページをめくただけである。また、感情的で母などが涙ぐんでいると、「お母ちゃん、かわいそうね、けんちゃんも泣いちゃう」と云つて泣いたりする。

どうも子供の神経衰弱のような状態に思われて、某教育相談施設へ連れて相談に行つた。その施設で知能検査を行つたが、知能指数は鈴木ビネーで65(?)、乳幼児発達検査で70。ただし「テストに積極的に応じないので信頼度はあまりない」と紹介状には附記してある。

本研究所に来所してソーシャルワーカーが母と面接し聴取した内容の概略は以上のごとくであるが、ワーカーは子供を一見して精神薄弱という印象を受けている。

小児科的にも異常はなかつたというが、軽い斜視、頭痛、視力障害らしきものの存在にかんがみ、あらためて精神科医が母に面接した。その結果、次のようなことが判明した。

某大学病院へ行く少し前から頭痛を訴えるように

なり、時には激しい頭痛を訴えることもあつた。

また、時に嘔吐することもあつた。最近足がしびれるといつて、しやがんでしまうことがある。

子供は面接時には力のない様子で、坐つたまま、あくびをする。面接時間中、椅子に坐つていることが多い。室外に出ると階段の所で、ひどく慎重に、足さぐりをし、しやがんでしまう。全般的印象では精神薄弱とは思われない。

心理学者の手によつて知能検査およびCATが行われた。乳幼児発達検査が2回にわたつて試みられたが、2回共テスト不能。しかし、検者も精薄級の知能指数の持主とは認めなかつた。CATも無気力のため検査が行えなかつた。

脳腫瘍が疑われ、国府台病院に精査が依頼され、次のごとき所見が得られた。

脳写においてはトルコ鞍が開いている。視力、視野は測定不能。眼底所見においては乳頭部やや蒼白。脳波検査においては高圧、不規則な徐波の連続が見られ、左前頭部には異常な徐棘波が認められる。以上により脳腫瘍が推定された。

脳外科を専門とする某大学病院外科に紹介し、さらに精査が加えられた結果、脳腫瘍(脳下垂体腫瘍)の診断が確定した。

事例3の主訴は元気がないこと、神経過敏等である。最初某大学病院小児科へ行き、鼻腔にボタンが入っているのを発見されたが、他には異常がないと云われた。次いで親は眼に異常があるのではないかと思い、某眼科に連れて行つたが、軽い斜視、遠視があると言われただけであつた。感傷的であるために親はさらに子供の神経衰弱ではないかと思い、某教育相談施設へ連れて行つた。

この施設では一応当方に検査をも依頼してきたが、「遊戯療法」を希望して紹介してきたのである。ということは脳腫瘍その他の器質的疾患はあまり考慮されず、心理的原因による問題であると判定されたことである。これはすでに小児科、眼科の診察をも経ているので無理のないことでもあつた。

元気がない、神経過敏、感傷的などという問題も心理的環境的な原因によって起り得ることである。本事例においては、これらのほかに頭痛、嘔吐、斜視等に注意が払われ、検査が進められた結果、脳腫瘍であることが確かめられたのである。

脳腫瘍の診断は相当経験のある専門医でなければむずかしいことが多い。早期、あるいは部位によっては、ことにそうである。脳腫瘍はしばしば精神症状を伴うが、本例のごとき脳底腫瘍にはとりわけ性格、機嫌の変調が見られやすいものである。

脳腫瘍というものは進行性経過をとり、しだいに発育し、これに伴い、状態も悪化するものであるから、これを心理学的問題などと誤り、心理療法等の心理的指導を行っていけば、その間にも増悪の一途をたどり、取返しのつかぬ結果にもなるものである。

考察および結語

われわれは児童精神医学が未発達であるわが国の現状を考慮し、児童精神医学の訓練を経ない一般精神科医が児童相談においてになすべき役割について考察してみた。児童相談施設における治療（指導）の根幹をなすものは心理療法であるべきであり、C. G. C. においてはそれが精神科医の主要任務の一つであるが、心理療法ということは特別な修練経験を要する専門的技能であることにかんがみ、ここでは取上げないことにした。

本稿で問題にしたのは診断（判定）の面において精神科医のになすべき役割である。精神科医は医学的問題あるいは狭義の精神医学的疾患のみを扱うべきである、精神科医の手に渡すべき事例は精神科医以外の者が選択すればよいという、かなり広く存在する考え方が果して実行可能かどうかを統計的に、また事例研究によって検討してみた。

統計的に検討するため、われわれの資料を第Ⅰ群（医学的問題および狭義の精神医学的疾患）、第Ⅱ群（精神医学的問題ではあるが、十分な臨床的訓練を受けた心理学者ならば扱い得ると考えられるもの）、第Ⅲ群（かならずしも精神科医の診断を経なくても心理学者等の手によって扱い得ると考えられるもの）の3群に分けた。

第Ⅰ群と第Ⅲ群の主訴を比較したが、多少の差異は見られても、あらゆる種類の主訴が両群に一樣に見られる。

次に第Ⅰ群のうち、比較的数の多い精神分裂病およびテンカンを取上げ、その主訴を検討してみた。その結果はテンカンにおいて痙攣発作がはっきりと訴えられる場合を除き、やはり主訴だけによって診断を推定することは困難である。さらに第Ⅱ群のうち、内因性精神薄弱および神経症を取上げたが、やはり同様のことがいえる。

さらに、児童相談所あるいは教育相談施設において心理学的問題と誤られ、精神科医を含むチームの手によって器質的疾患あるいは精神医学的疾患と診断された事例を三つあげた。

以上を要するに主訴だけで精神科医の診断が必要か否かを決定することは、きわめて困難である。もちろん、主訴の内容をしさいに検討すれば、診断によって色彩の相異が認められることは当然である。しかし、その色彩の相異を見分けるためには精神医学に関する相当の知識経験が必要である。

上にあげた3事例に似た過失は精神科医のいない児童相談所では間々起り得るであろう。精神科医のいる児童相談所でも、精神科医がかれ以外の職員によって選択された一部の事例だけを診ているような場合には、やはり事情は同じである。したがって、弊害を避け、危険を犯さないためには全部の事例に精神科医が眼を通すのが望ましいということになる。しかし、精神科医が1名しかいない場合、専任の精神科医が得られない場合にはこれは無理であろう。

この点を解決する途は二通りあると思う。

第一の途は受理会議（診断処置会議と呼んでもよい）、事例会議等の会議を励行して、すべての事例を提出するようにし、精神科医はかならずこれに出席することである。アメリカでも二三流の C. G. C. では精神科医のいない所があるが、そのような所でも兼任の精神科医がいて、このような方法によって補っている。精神科医はいわゆる専門的助言（Consultation）をするのである。

第二の途は精神科医以外の職員、すなわち、臨床心理判定員・相談調査員（ケースワーカー）等ができるだけ精神医学的知識経験を身につけることである。児童精神医学が未発達なわが国において、児童を扱う十分な能力を有する精神科医の数はきわめて少い。しかし心理学者・ソーシャルワーカーの側についても同じことが言えよう。単に現在のわが国の大学等において心理学・ソーシャルワークを専攻したというだけでは、児童を扱う資格があるとは言えない。アメリカのごとく臨床的実習を含む臨床心理学、精神医学的ソーシャルワークの課程訓練を経てこそ、はじめてそれぞれの立場において十分な能力が発揮できるであろう。その課程訓練によって、かれらはそれぞれ相当度の精神医学的知識経験を有しているのである。このような知識経験は、たとえ正式の課程訓練を経なくても、前記の専門的助言ないし精神科医との非公式の話し合いによっても、ある程度得られるであろう。

われわれは神経症、精神病質等を第Ⅱ群に含め、十分な臨床的訓練を受けた心理学者ならば扱い得るものとしたが、あくまで「十分な臨床的訓練を受けた」ことを前提条件とするのであって、これらが本来精神医学の領域に属する問題であることはいままでもない。

精神薄弱は外因性か内因性かによって、第Ⅰ群と第Ⅱ群に分けたが、その原因診断も医学的素養のない者には不可能であろう。

一次的行動異常に属するもののうちでも、習癖異常（habit disorders）、神経質性異常（neurotic disorders）の両者、ことに神経質性習癖（nervous habits）と呼び慣らわされる一群、すなわち夜尿・どもり・チック等は医学の関心事でもあり、器質的原因に因る場合もある。その他、非行（delinquency）をはじめ、第Ⅲ群に含めた諸問題は精神医学上の問題でもある。これらは心理学者等の協力をも必要とする隣接領域を形成するものであることはもちろんである。

そもそも精神医学とは、ただに精神病・神経症等、狭義の精神疾患を扱うものではなく、広

く人間の性格行動の異常を扱うものである。児童精神医学も同じく広く児童の性格行動の異常を扱う専門領域である。

精神科医を中軸とする精神医学的施設として発達してきた米英等の C. G. C. の行き方は妥当なものであると思う。しかし、わが国の現状においては、上に述べたことを考慮において精神科医を活用するよりほかはあるまい。

文 献

- 1) 厚生省児童局：児童福祉マニュアル，日本少年教護協会，昭26
- 2) 厚生省児童局：児童福祉必携，日本少年教護協会，昭27
- 3) 高木四郎：アメリカの児童精神医学と精神衛生(前編)，精神衛生研究3号，国立精神衛生研究所，昭30
- 4) 高木四郎：アメリカの児童精神医学，教育と医学，慶応通信，5巻7号(昭32.7)～6巻1号(昭33.1)
- 5) 高木四郎：児童精神医学—内村，笠松，島崎編：精神医学最近の進歩，医歯薬出版，昭32
- 6) 高木四郎：国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室運営の経験，精神衛生研究6号，昭33
- 7) G.S.STEVENSON and G.SMITH: Child Guidance Clinics—A Quarter Century of Development, Commonwealth Fund, New York 1934
- 8) H. L. WITMER: Psychiatric Clinics for Children, Commonwealth Fund, New York 1940
- 9) GEORGE E. GARDNER: American Child Psychiatric Clinics, Mental Health in the United States, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1953
- 10) J. V. COLEMAN: Workers in the Field of Mental Health, Mental Health in the United States, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1953

Ⅲ 心理療法が中断する原因について

Ⅲ SHIROH TAKAGI: On Technical Failures which Interrupt Continuation of Psychotherapy.

児童精神衛生部長 高 木 四 郎

心理療法を行うに当って最も不快なのは効果を十分あげ得ないうちに先方が来所しなくなり、治療が中断することである。心理療法は多大の労力と時間を要するものであり、しかも児童の場合には本人だけでなく親の治療をも必要とし、2人あるいは3人の協力によらなければならないのであるが、治療の中断は関係者のそれまでの努力の大部分を水泡に帰せしめるものである。ゆえに、心理療法を開始した以上、最大の効果をあげて首尾よくその事例を終結に導くことは治療者の最大の念願でなければならない。

近来、わが国においても心理療法ないしカウンセリングに対する関心が高まり、各所で試みられているが、ここに論ずるような治療中断の問題には多くの人々が当面しているのではあるまいか。まだ、わが国においては児童の心理療法に関する文献は数が少ないが、そのうちたとえば安原および畠瀬の論文をみると、報告されている11例中、実に7例が中断している。そして、かれらもこれを重視し、治療中断の原因について考察を加えている。

著者がアメリカのクリニックに在任したほぼ1年間の経験によれば、治療が中断した例は皆無であった。時には中断することもあるであろうが、それが非常に少いことは事実である。

われわれの相談室においても安原および畠瀬の報告ほどではないにしても、治療が中断する事例はいまだに跡をたたない。安原および畠瀬も「中断の原因は単一ではなくて、さまざまな原因が複合していると考えられる」と述べているが、そのとおりである。

治療中断の原因にはいろいろな場合があると思われる。そこで、ここでは事例研究の形で2例を取上げて考察してみよう。治療者の名はあげないが、いずれも第3期の初期に取扱った事例で、その後われわれの技術も大いに改善されていることはいうまでもない。

第1例 笹井二郎（仮名）、11才の男児、小学5年生。

母親は43才の一見神経質そうな婦人で、相談室の機能等についてはまったく予備知識なく、子供の問題についてみずから進んで来所したのではなく、父兄会の際教師から当研究所に行く事を勧められ、半ば教師に対する義理から来所したものである。とこ

ろが最初まちがえて隣接した国府台病院の精神科外来に行き、そこで精神病患者にまじって長時間待たされた。一応診察を受けたが、この経験は母親に深刻な打撃を与え、もう来所しないつもりだったが、教師から病院と研究所とはちがうことを告げられ、今一度行くことを勧められて来所した。

母親は受理面接の際から興奮気味で「うちの子供

は異常者ではない」ことを強調し、教師から「精神鑑定」に行くことを勧められたことを述べて、教師に対する強い感情的反撥を示した。母の語るところによれば、二郎は学校では甘ったれ、わがままで、あきっぱく、怒りやすく、けんか早い。宿題などをよく忘れ、家でも少しも勉強しないという。

母は受理面接のときから、初対面のソーシャルワーカーに対し自分の結婚前の境遇、結婚以来今日に及ぶ苦勞、夫に対する不満等を休むことなく雄弁に語った。また某誌所載の著者出席の座談会の記事を読み、子供の問題は親に原因があること、そのために親子共に治療の必要がある旨を知ったと語った。母親の以上のような態度から、ソーシャルワーカーは母がむしろ治療に対して積極的な気持をいだいているという印象を受けた。

二郎は4人同胞の末子で、3人の姉とは年令も離れており、母は二郎の問題も両親や姉たちが面倒をみすぎたためではないかと反省しつつ、同時に入学以来担任教師が数回も変つており、その教師たちの教育方針や態度が著しく違い、それが二郎の学業に対する興味を失った原因と思うと、教師たちを批判している。

スタディは2回行ったが、その第1回面接の際も母自身の生活史に関する話に終始し、しかも休みなく理路整然と語る。第2回は親戚の者が泊りがけできているという理由で母は来所せず、姉1人が来所した。

スタディ終了後、約20日間を経て治療を開始したが、約3カ月後治療が中断するまでの間に精神科医は二郎に11回面接したが、母親はアポイントメントにもかかわらず、わずか4回だけ来所したのみである。

治療に入ってから最初の2回は母子とも定刻に来所した。第1回面接の際、母は父が「二郎は別に異常児ではないのだから研究所に行く必要はない」と反対しているが、ようやく納得させて来所したと語った。母はさらに前記座談会の記事を読んで治療に

母が参加しなければならないことは知っているが、現在は娘の結婚等で忙殺されており、二郎のことだけにかまっておれないので、毎週1回はとてもこれられない、1月に1度ぐらいはきたいと思うと述べた。ワーカーは母の態度に圧迫を感じ、ただこれを聞き流した。母はさらにまた、学校の方では研究所に行く日も出席してくれるが、同じ時間ばかり休むと学業にも影響するから、毎週木曜と土曜を交互にしてほしいとの希望を述べ、ワーカーはこれに対して、二郎の担当医と相談しようとした。

第2回面接の際には口を開くや否や、治療の曜日を変えてほしいとの要求を繰返し、さらに自分は多忙になるから毎週こられるかどうかわからないと再び述べる。そして二郎に4~5才前後まったくみられなかった夜尿が最近3回ほどあったと告げる。そこで自分の神経質な性格に話を転じた。

次の週も、さらに次の週も母は無断で来所せず、二郎だけが来所した。第4回面接の際、担当医がアポイントメント・カードに指定の時刻の1時を2時と誤って記入したために、二郎は1時35分ごろ、一人でやってきた。この日は特に約30分ほど延長したので、面接時間は変りはなかった。

その次の週には二郎も無断で休む。これに対しては、ただちに手紙で来所を求めたところ、次の週に二郎だけ来所。治療者が会議の都合で約25分遅れ、その旨二郎に詫言ると、二郎は「僕も今きた」という。次回(第6回)はやはり二郎だけ定刻に来所。

第7週になり、約40日振りによく二郎と共に母も来所し、ワーカーの第3回面接を受ける。母はまず、娘の結婚式がようやく済み、今日は二郎と一緒にきてくれとせがむのできたと断る。そして、二郎は研究所に喜んで出かけるが、母が研究所での様子を尋ねても黙っている。先日1回休んだのは受持の先生が変り、二郎が母から研究所に行くことを話してほしいと云っていたが、用事があって学校に行けなかった、そのために二郎は帰宅してから研究所に行けなかったと怒っていたという。母はさらに

「私は毎週家をあけるのはむずかしい。経済的にいっても、毎週2人でくと電車賃だけでも相当かかる。私も一緒にこななければならないということはわかるが、3週間に1回ぐらいしかこられない。二郎は毎週こさせるからよろしくお願ひしたい」とワーカーが口を挟む余裕がないほど一方的な態度で述べる。母はそれから約1カ月来所しなかった。

次の週は二郎も無断で休んだが、それ以後は治療が中断するまで定期的に定刻に来所。第9回面接の際には、やはり二郎が一人で来所したが、この時間は二郎の興味が転々と移るのが印象的であった。時間の終り、遊戯室を出ようとして、二郎は急に「お母さん二三日中にきますって」と云う。治療者はこれに対して黙っていると、二郎はさらに続けて「僕もうこないかも知れない」と言い、「お母さんがそう云った？」と聞くと「ウン」と答える。これにより、家庭で治療の中止が話題に上っていることが推察され、この日の二郎の落ち付きのない態度はこれと関係があると考えられた。

それから3週間を経ても母が来所しないので、ソーシャルワーカーはただちに母あてに手紙を送り、来所を促したところ、次の週には母も共に来所した。これが母の第4回面接である。

この日、母は表面的には以前と同じく鄭重な態度をとっていたが、ワーカーは何となく相手が好感をいただいていないことを感じた。面接室に入るや、母は「いつもお手紙をいただきながら」と型通りのあいさつをした後、ことばを切らずに治療に対して否定的、懐疑的な話を続ける。「二郎に変化が見られない。研究所に通い始めてから、こちらの御意見に従って勉強を強いるようなことを言わなかったが、いい気になって一層勉強しなくなった」うんぬん。そして「研究所では二郎をどのように見ているのだろうか」という質問を再び繰返した。ワーカーはこれに対して前と同様の説明を繰返し、「二郎は家族、ことに母の考えや態度に適応が困難なので、無意識的に母の希望に反抗していると考えられる」旨を答

えると、母はこれに対して強くうなづく。

時間の終りに近く、ワーカーが母も毎週来所しなければ治療効果が上らない旨を述べると、母はこれに対し「毎週こられないことは再三お断りしてきたのに、この間もお手紙をいただいて非常に不愉快だった。ここにきて、自分の欠点や至らない点を話すと、後でとても自己嫌悪に陥る。自分の欠点や至らない点は自分でもよく知っており、このような自分を自分で切り開いて前進させなければと思っています。しばらく黙ってほしい。ここへきて、自分がいろいろ話すことは、二郎に決してよい影響を与えないと思う。二郎は先生を尊敬しているので、毎週続けてこさせたいと思っている。毎週親子2人でくことは前にも云ったように経済的に大変だ。」と感情的になって述べた。ワーカーはこれに対し、二郎の担当医と相談したいと述べて、面接を打切った。

その日の二郎との面接には特に変わった点もなく、時間の終りに担当医が「君続けてくるかい？」と聞くと「ウン、くる」と答えた。次の週二郎はやはり単独で来所したが、これが最後の時間であった。

その一兩日後、二郎の担当医はワーカーと打合せた上、二郎の指導に関し母に来所してもらう件について打合せたいからとて書面で母の来所を求めた。母は指定時間より30分も早く来所したので、精神科医はただちに面接した。母は最初感情をおさえている様子で固くなっていたが、やがて感情もゆるんでいろいろと話しはじめる。その大部分は従来ワーカーの面接のときに述べたことの繰返しであったが、要点は次のようなことである。

(1) 通いはじめてしばらくたってから、どういうことであったかハッキリ記憶しないが、二郎が奇蹟的に変わったと感じたことがあった。しかし、その後ますます勉強しなくなったので、どうしたものかと迷っている。

(2) 新学期になって受持になった先生は二郎をそんなに変った子とは思わないと言っており、家庭でももっと勉強するように言う必要があるとの意見で

ある。今度の先生は前の先生の自由主義に対してはかなり批判的である。(母は明らかに新しい先生の意見に動かされている様子を示す。)先生は研究所で子供を毎週1時間ぐらいいみたからとて、どんな指導ができるだろうと言っている。

(3) もう相当期間通わせてのに、はかばかしい効果が見られない。今後どのくらいかかるか不安である。

(4) 前の先生はあの子は異常児かも知れないから、研究所でみてもらうように勧めたので連れてきたのだが、どうなのだろう。

(5) 自分は自分の治療のために通う必要があるとは思っていなかった。むしろ、あの子の指導につい

てもっといろいろ御教示をいただけたらと思っていた。しかし、何も指示が無く、ただお話するだけなので、毎週きてお話しすることがなく、ことに自分のことを話した後は非常に不愉快であった。

(6) 自分も家庭や娘の婿のことなどで、いろいろ悩みがあり、新興宗教にすがろうかと思うほどだ。

(これに対して「それが二郎君に影響があると思うか?」と質問すると強く肯定する。)

以上に対し、担当医の側では必要な説明を与え、治療を続けるべきかどうかは母が決定すべきだと述べた。母は近日中、返事すべき旨を答えたが、その返事はなく、そのまま治療は中止になった。

第1例が中断した原因は子供よりももっぱら母およびその治療者の側にあると考えられる。以下、中断に至らしめた要因について考察してみる。

(1) 第一に、この事例において問題になるのは治療に対する母親の動機づけ (motivation) が不十分であったこと、さらに受理面接から治療の開始へかけて母親の感情を処理して治療への意欲を助長する準備が十分になされなかった点である。

この母親が受理面接を受けた時には、種々の原因から相当に強い抵抗を感じていたと思われる。このような抵抗は多くの親が最初に来所する時にいただいているものであって、そのゆえにこそ、インターワーカーはこれを処理するために豊富な経験と技術を要求されるのである。

この母親は学校の教師に勧められてきたのだと述べて、受身の態度を示しているが、このような態度はこの母親に限らない。他から勧められたにせよ、とにかく来所したのはある程度の動機づけをみずから有していたからである。この動機づけの程度を見きわめ、必要ならば母親が進んで治療に参加協力するよう、その気持が強められるように助けるのがインターワーカーの責務であろう。この母親には自分の不十分な動機づけを教師に投射 (project) して、「勧められたからきたのだ」と合理化 (rationalize) している傾向がみられる。それは教師が二郎を「異常児かもしれない」と言い、「精神鑑定」のために来所を勧めたことに関係がある。さらに来所に先立って、誤って病院の精神科に行き、精神的にショックを受けたことが、母親の抵抗を一層強めている。

インタークからスタデイへかけての段階に一応心理療法の説明はなされたが、毎週1回母子共に定期的に通所しなければならぬことの具体的な説明はなされなかった。たいていの母親は、最初来所するとき心理療法の何たるかを知らないのはもちろん、自分自身が治療を受ける必要があろうなどは予期していない。子供をさえ「治療」を要する「病氣」とは考えてい

ない。いわんや、自分自身が治療の対象になるなどとはまったく考えていない。時には、内心自分に子供の問題に対する責任があることをおぼろげに感じてはいても、そうは考えたくない場合もある。

したがって、親に対して治療のことをいかに説明したらよいかということは簡単には言えない。親の態度を理解しつつ、その場合々々に応じて、適当な言い方を選ぶべきであろう。ただ、その必要なゆえんをよく説明しないで不用意に「心理療法」、「精神療法」等の語を用いるべきではないだろう。この事例では、ワーカーが以上の説明を怠り、担当医が治療の開始に当り「二郎君の精神療法を○日から始めたいと思う」旨書面で申送っているが、これも母親の抵抗をますます強める結果になったと思う。心理療法が普及していない現在では、この語は多くの人にとってはいまわしい「異常者」、「精神病」等を連想させることになる。

しかし、いずれにしても治療的な意味で親も毎週定期的に面接を受ける必要があることは、インタークから治療が始まるまでの段階において明瞭に相手に伝え、そしてその同意を得ることが必要である。それには親自身の感情的問題と子供の問題との関連について話し合い、かつ心理療法ないしは治療的面接の意味を説明しなければならない。この点がある程度明らかにせず、漫然と面接を開始するならば、親はただ過去1週間における子供の様子を話すためにきているという気持をいだきがちで、話題は子供のことに限局され、治療の効果を十分にあげ得ないことになる。

以上の話し合いの後、相手の納得と同意を得てから、治療を始めることはきわめて必要である。成人の場合でも患者が心理療法を受けることに同意すること、あるいは進んで受けようという気持を持つことは心理療法の絶対的必要条件である。相手が拒否的な気持を強く持っておれば心理療法は成立しない。児童と親との同時治療を始める場合に大切なのは親の態度である。

第1例では以上のような点で大きな不備があったと考えられる。

(2) 第二にソーシャルワーカーが母親の感情を十分に理解せず、その態度の評価を誤ったことは上述の失敗の大きな原因をなしたと思われる。

受理面接からスタデイへかけての2回の面接において、この母親は雑誌の記事で子供の問題は親に関係があること、親も治療を受ける必要がある旨を読んで知ったと述べ、自分自身の生活史を熱意をもって理路整然と述べた。ワーカーは相手のこの態度に惑わされ、この母親が子供の治療に対して積極的な熱意をいただいているという印象を受けている。

しかし、最初から子供の問題、それにからむ自分の心配等の問題が傍に押しやられ、母親自身の生活史、ことに結婚前の問題、夫に対する不満等が羅列されたのは、むしろ警戒を要する信号であったろう。母親が子供の問題について真に心配しているのならば、初期の面接においては当然子供の問題が話題の中心となるべきはずである。しかるに、この母親が子供の問題よりも、自分自身の生活史について熱心に語ったのはなぜであろうか。

この母親は子供の問題が親も治療を受ける必要があるほどに親の責任であることを雑誌の記事で知っていた。しかし、それは単に表面的な知識であって、もちろん感情的に裏付けされた自覚ないし洞察 (insight) ではなかった。もちろん、心理療法の何たるかも知らず、それに対する不安の念もいだいていたろう。教師が二郎を「異常児かも知れない」と言い、病院に行つて多くの「神精異常者」を見て、この感情はますます強められたであろう。そのために、受理面接の際から興奮気味で、「二郎は異常者ではない」と強調したのである。「二郎が異常者でない」ということは「自分も治療を必要とするような異常者ではない」ということである。

このような感情があったればこそ、また子供の問題は親の問題と関係があることを知っていたからこそ、防衛反応として最初から「自分の問題」を初対面のワーカーに陳列してみせたのである。相手のワーカーに口を挟む余裕を与えないほどに、雄弁で理路整然とした母親の態度がこの間の機微をよく物語っている。ワーカーは話の内容のみに惑わされず、それを語る際の相手の態度に鋭い注意を払うべきだったのである。ワーカー側から要求されていると期待している自分の身上話を2回の面接で一通り急いで陳列してみせた後では、母親の抵抗は一層強くなったと思つた。自分はこれで一通り言うべきことは言い、責任を果たしたという内心の口実が、母親の殻をますます固くしてしまっている。さらにこの母親の防衛的な態度を側面的に物語っているのは、教師に対する批判である。これが母親の感情の投射 (Projection) であることはもちろんである。

以上の点を総合すれば、この母親は二郎の問題を本当に心配して来所したというよりは、むしろ多分に自己中心的な防衛態度をもって来所したと考えざるを得ない。ワーカーがこの点を見誤り、それに対する処置を誤ったことが最後まで影響している。

(3) たとえ、初期の面接で失敗を犯し、また不利な条件が重なったとしても、面接が規則的に続けられれば、それを取返す機会はいくらかもある。しかし、この事例においてワーカーはさらに失敗を重ねている。

治療に入ってから最初の2週間母親は続けて来所しているが、その2回の面接において母親は「娘の結婚の準備などのため忙しいから」毎週はこられない、月に1回ぐらいきたいと一方的に宣言している。ワーカーは母親のこの態度に圧迫を感じ、無言のうちに同意を与えてしまっている。ワーカーは母親が毎週こられないことの理由としてあげた事情をもっともなこととして受取り、これを抵抗の表現とは考えなかった。その態度の根底をなすものは母親への同一視 (identification) であって、心理療法に際し治療者が厳に自戒しなければならないものである。この同一視の態度が無言の同意を与え、母親の抵抗を合理化 (rationalize) せしめた結果になっている。ワーカーが相手によって自分の態度を動かされさえしなければ、たとえば表面的には同じように開流したとしても相手にはまったく異った効果を与えたであろう。(註)

(註) ワーカーは母親の宣言をうなずきながら聞いたという。

母親のこのような「宣言」に対しては、さらにその根底にある来所を渡る感情を取上げるべきであったろう。止むを得なければ、忙しい間一時は間隔が開いても、用件の片付きしだい、毎週定期的に通うべき旨の取決めが行われるべきであったろう。母親が子供の問題をよくしようという熱意を有するなら、あるいはこの母親のように強い抵抗を感じていなければ、少々家事が忙しくても都合して来所するはずである。「忙しくて二郎のことばかり構ってられない」というのは口実に過ぎないのである。この口実にワーカーが同意を与えた結果になって、さらに後には「二人で通うのは電車賃だけでも大変だ」というような薄弱な理由まで持出されている。多くの親がそうであるように、この母親も最初は子供の問題をよくしたい、同時に、毎週通うことはできるなら逃れたいという両価的 (ambivalent) な気持をいただいていたであろうが、電車賃を理由にあげるに至っては、もはや二郎の治療に協力する意志はほとんど失っていたと思われる。

3週間に1回、1月に1回では心理療法に必要な感情的疎通 (emotional rapport) ができ上る暇がないのはいうまでもない。後に母が告白したように、自分のことを話した後で強い自己嫌悪を感じたのは無理もない。感情的疎通のできていない相手に対して、内心の欲求に基づいて突込んだ個人的身上話をした後で抵抗を感じるのは当然である。この場合ワーカーは何よりも毎週面接が続き、感情的疎通ができ上るための努力をすべきであったろう。

最後の第4回面接の際には母親の抵抗は、もはや動かし難いまでに強まっていた。そしてその抵抗をワーカーに強く投射している。「こちらのご意見に従って勉強しろということを止めたら、ますます勉強しなくなった」というのがそれである。そのような指示をワーカーはまったくしなかったのである。

ここで、ワーカーはさらに二つの失敗を重ねていると思われる。第一は二郎が「家族、ことに母の考えや態度に適應するのが困難」な旨指摘したことである。このような解説的な言い方は面接の初期の段階においても注意して避けるべきだろう。母は表面的にはうなづいているが、内心はどうであったかわからない。自尊心を傷つけられたことは確かである。

第二は止むを得なかったことと思われ、必ずしも失敗とはいえないが、時間の終りに近く母も毎週来所するのではなければ効果がない旨を述べたことである。母は強い感情的反応を示し、消失しかかっていた母の意欲に止めを刺す形になった。

最後に担当医が母の来所を求めて面接したのは、最後の努力ではあったが、これで面接が続くという期待は当方でもほとんど持っていなかったのである。

(4) 終りに附言したいのは、母親にマイナスに作用した外部の力である。父親が「二郎は異常児ではないから通わせる必要はない」と言っていることは母も述べており、姉たちも同様な気持であった。母の気持が負の方向に傾いた場合に、このような周囲の態度はこれをますます強めるものである。家族以外に、新学期から変った受持教師の意見も強く影響している。受持

教師は「毎週1時間程度子供をみたからとて、どんな指導ができるだろう」との意見を述べているが、これはこの教師に限らず、多くの教師がいただく考えである。毎週1時間の面接で、親も教師もあげ得ないような効果をあげ得るのが心理療法であって、ただ時間の長短だけで評価するのは心理療法の何たるかを知らないからである。心理療法を順調に進行せしめるためには、時に学校教師の理解協力も大いに必要である。

第1例の治療が中断した原因はもっぱら母およびこれを扱ったワーカーにあったが、次にあげる第2例では子供の治療者にも一半の責任があると考えられる。

第2例 小野八郎(仮名),13才の男児, 中学1年生。

最初、父親が祖母と共に子供の「精神鑑定してほしい」とて来所した。八郎の問題というのは、半年ぐらい前から金銭をごまかし、うそをつき、学校をサボって映画や買喰いにふけること、勉強が嫌いで夜尿があること等である。

父の語るところによれば、八郎の実母は自制心の乏しい女であったので、八郎の幼時に離婚した。父は同じ町であるが、八郎の学校とは別の中学校に勤めている教師である。父は毎週1回ぐらいなら通ってくるとして積極的な態度を示した。

スタディは2回行われ、その間精神科医は八郎に1回、ワーカーは父および継母に1回ずつ面接している。

第1回目には再び父が八郎を連れて来所した。この日、ワーカーは次回には母(継母)が来所するよう希望したところ、次回には母が八郎と共に来所した。

継母は最初やや固い態度で、俯向いて自分からは容易に話さなかったが、しだいに話し始めて自身の身の上及び、自身も義母に育てられたので、夫に2人の子供のあることも承知で結婚し、実子と変りなく育てている。八郎もまだ自分が継母であることも知らないと言ふ。母の態度は父ほどに積極的ではない。これに次いで、八郎と継母の来所を求めて治療が始められ、中断するまでに2カ月余の間に子供には8回、母には6回の面接が続いた。

精神科医による八郎の面接

(第1回) 初め、遊戯室でピンポンの話などをしていたが、その中に卓球をやりたいと言い出し、担当医が講堂(ピンポン台のある)に行くかというとき、先に立って講堂に行き、残りの時間ピンポンを続ける。

(第2回) 非常に口数が少なく、話しかけられなければ坐ったまま黙っている。「何か話したいことはないか」と担当医が聞いても「何もない」と答えていつまでも黙っている。そこで、担当医は次々に質問を発して会話をリードしている。そのうちに「何をしたい?」という質問に対して「卓球」と答え、急に元気そうな顔をして自分から講堂の方に行くので、約20分担当医はその相手をする。

(第3回) 母より先にきて待っており、朗らかそうな様子であるが、やはり自分からは話をしない。話しやチェッカーに飽きたようなので、担当医が「ピンポンやるか?」というとき、やはり元気になって20分ばかりピンポンをする。

(第4回) この日、八郎は15分ほど早くきて待っている。初めから講堂の方に行き、ピンポンをやりたいような素振りを見せるが、遊戯室に伴う。笑顔を見せて、質問に応じスラスラ話をできるようになった。その話の中で「お母さんはここへくるのは足代がかかって不経済だと言っていた。お母さんは今日くることを忘れていた。僕がおぼえていたのでできた」という。その後引き続き、学校でのピンポンの話をする。例により講堂に行き、30分ほどピンポンを

やる。

(第5回) 相変わらず無口であるが、ピンポンの話だと自発的にするようになった。やはり20分ほどピンポンをやる。

(第6回) 母とは別に一人で先にやってくる。「お母さんは？」と聞くと、「先に行けと言ったから先にきた。後からくる」と答える。ポケットから自分のピンポンの球を出してピンポンをやりたそうな様子を示す。遊戯室に伴って、担当医が「この時間は君の時間だから、何でも話したいことを話してよいのだ」と説明すると、「何も話すことなんかない。ピンポンをやりたい」と答える。「先生は君のことを理解したいと思っているんだ。いろいろなことを話し合おう」といっても、うつむいて黙っている。15分ほどピンポンをやる。

(第7回) 新しく買ってもらったバットを持って30分ほど早くやってくる。遊戯室で次のような会話が行われた。

治療者「話すことはないか？」

八郎「なにもない」

治 「話すことがないのではなくて、話したくないのではないかと」

八 「……………」(答えず)

治 「ピンポンをしていれば、話さないですむと思っているのではないかと」

八 「……………」(ニヤニヤ笑って答えない)

この日担当医は意図的にピンポンをやらなかつた。

(第8回) この日は治療者と八郎との間に冒頭次のような対話が行われた。

治 「話したいことがあったら話してもいい」

八 「何もない」

治 「話したくないの？」

八 「話したくない」

治 「話すの嫌いか？」

八 「嫌い」

治 「家でもだれとも話さないのか？」

八 「ウウン、そんなことない」

治 「どんなことを話すの？」

八 「……………」

治 「先生とは話したくないのか？」

八 「話したくない」

治 「どうして話したくないの？」

八 「……………」

八郎は会話中、ソワソワして、だんだん落ちつきがなくなり、帽子をいじったり、腰掛を叩いたりする。残りの時間中、担当医の方から質問しなければほとんど口をきかなかつた。この日も意識的にピンポンをしなかつた。八郎もピンポンをしたいという希望を口にせず、また不満を表面には表わさなかつたが、面接終了後、室を出るやいなや、「チェッ」と舌打をする。

ワーカーによる母の面接

(第1回) 八郎の第1回面接の週、ワーカーは病気で休んだため、その旨八郎の担当医の口を通じて母に伝えた。したがって、母の治療面接は八郎に比べて1週間遅れて開始されたわけである。

冒頭ワーカーは母に対して先週休んだことを謝した。すると母は「先週はピンポンをしただけであったが、今後はどういうことをしてもらえるか」と尋ね、不満の色を示した。ワーカーはこれに対して、治療について大体の説明を行い、ピンポンについては担当医が八郎と仲よくなるという意味でやったものと思うと述べた。母はむしろ本人に訓戒を与えてもらうことを期待していたようである。

(第2回) 八郎は定刻に来所したが、母は用があったと言って30分ほど遅刻した。初め母が沈黙しているの、ワーカーが「どうですか？」と口を切ると、2日前に動物園に連れて行って帰途学用品を買ってやった話などをし、時間の終りに、来週は知人の息子が受験のため泊りがけでくるので、こられるかどうかわからないと述べた。ワーカーはこれに対し、明確な意見を述べなかつた。

次の週も、さらに次の週も母は来所せず。

(第3回) 母は八郎と共に定刻に来所したが、バスに酔ったとて顔色が悪く、休み休み話し出したが、以前よりはよく話す。「八郎は今度ピンポン部の部長になり、会計の責任者になった。先生の考えらしいが、前にも使い込みをしているのに」と迷惑らしい様子を見せた。

この日の次の週は学校の行事のため休ませたい旨の連絡が父からあり、その次は祭日のために2週間抜けた。

(第4回) 30分ほど遅れて、眠っている乳児を抱いて来所した。「八郎は一時は少し勉強するようになったと感じられたが、最近はおそくまでピンポンばかりやってくるし、また学校をサボり出した」と困惑の表情で語り、学校の先生が積極的に努力してくれないと云って先生に対してはげしい不満を表明した。そのうちに膝の上で眠っていた赤ん坊が泣き出したが、母は「この子は家中の人気者です」とて、その子のことを時間の終りまで話し続ける。母子は別々に、八郎が先に帰る。

(第5回) 1時間近く遅れて来所したので、ワーカーは特に時間を延長して1時間ほど面接、母は顔色悪く元気なく、ワーカーは母が来所することが気が進まないのではないかと感じた。母は暗い表情で、八郎がまた学校をずる休みし始めたと話し、「八郎のために家中が不愉快になる」とて八郎に対する感情を激しく表現した。ワーカーは八郎に対する母の気持を問題にしたが、母は「通ってきても本人に何の変化も認められないし、自分も忙しいのに何のために時間を割いて通ってくるのかわからない」と述べた。ワーカーは一般的な親子の問題を取り上げ、さらに「継母の場合は一層苦労がある」と指摘した。母は従来継母という立場に一向触れなかったが、この話し合いに続いて実母のことが話題に上り、さらに実母に対する自分の気持、祖母と自分との関係、祖母と実母との関係、祖母と八郎との関係等が語られた。さらに最近実母が現われて八郎を遊びに連れて行き、家では八郎が行方不明になったとて大騒ぎ

したことを話し、「実母の気持もわかるが、八郎の問題でこんなに苦しんでいる際に出てこられたりすると本当にいやになってしまう」と語って口をつぐんだ。ワーカーは治療の意味を繰返して説明し、「今後一緒に考えてゆきましょう」と力づけて面接を終わった。

(第6回) この日も約1時間遅れて来所した。八郎は学校をサボるのは研究所にきているのが原因だという。研究所にきて、遅れて登校すると皆にいろいろ聞かれると返事に困るので、サボるのだという。「八郎が今まで通ったことは本人には何も役に立っていない。私もこちらには済まないと思ったが、家と一緒に出かけることは近所の目もうるさいので、お約束の時間に一緒に来ることを控えて別々に来た。そして忙しい時間を割いて通ってきたし、いろいろお話しにくいようなことも話した。私自身はそれで救われたような気もしたが、八郎がよくなってほしいと思えばこそお話ししたのに、それがちっとも役に立ってないと思うと情なくなる。」と母は述べて涙を流す。

八郎がここに通ってくるのが逆に本人の問題を増長しているように思われるので、父がよく相談してみるように云っていたというので、ワーカーは八郎の担当医と相談しておくから、一度父も来所してもらえるかと念を押すと、母は連絡をいただいたら伺いますと答えて帰った。

3日後に父から次のような内容の手紙が届いた。

「八郎が研究所に伺った日に学校をサボり、学校に持たせてやった遠足の費用を使って映画や買喰いにふけていたので、家に連れ戻したら、夕方再び逃げ出して映画に行き、夜半に帰宅した。担任教師とも相談したが、研究所に通うことが逆効果になりそうなので当然通わせることを見合せ、学校と共に指導してみたいと思う。その中にまた何うつもりである。」

これが最後であった。

第2例では子供の治療にも種々の難点があり、継母の治療が順調にゆかなかったことと相まって悪循環をなして中断に終わっている。以下、子供の治療と母の面接とに分けて考えてみる。

(1) 八郎の治療で最も問題になると思われるのはまず治療者が八郎の沈黙の取扱いを誤ったことである。八郎はとにかく沈黙がちであり、質問されなければ自分から話すことはまずなかった。これが治療者にあせりの感情をいだかせ、質問を發して会話をリードしてゆくことになった。こうなると、もはやそれは心理療法とはいえない。これは未熟な治療者が最も陥りやすい誤ちで、受け身と受容(acceptance)という心理療法の根本原則に反している。相手が沈黙しているときには、相手のその欲求ないし感情を受け容れて、口をきかせるためにこちらからむやみに質問したりしないことが必要である。ところが、未熟な治療者は相手の沈黙が続くと動揺し、うろたえてしまって、事態を打開しようとして余計な発言をし、ますます相手の口を封じてしまう。この治療者もまったく同じ誤りを犯している。

第6回面接の際には治療者のあせりはますます強くなり、「先生は君の事を理解したいと思っているんだ。何でも話ししよう。」と相手に話すことを強制し、相手の抵抗をますます強める結果になっている。「君のことを理解しようと思っている。」「君と仲よくなりたいと思っている」などということばは、子供にとってはしばしば当惑し、迷惑に感ずる申出でなのである。そのようなことばはむしろ感情的疎通の成立の妨げとなり、むしろ自分の気持を受容れ、黙って自分の思い通りにさせてくれる治療者との間に早く感情的疎通ができてゆく。第7回、第8回の会話は治療者が解釈(interpretation)を与えようとして行ったというが、かえって相手を追い詰めて行った感を与える。それは治療者の側に受容の態度が欠けているからであろう。

(2) 第二はピンポンの問題がある。

この治療者には子供と遊んでやることは子供との親しみを増すのだ、だから遊んでやる必要があるという誤った考えがあった。治療者対患者の関係(therapist-patient relationship)は単なる友だちの関係とはちがう。遊んでやるのが遊戯療法ではない。遊んでやるだけでは決して治療にはならない。

詳細はここに述べないが、心理療法は治療者対患者という特殊な人間関係と遊戯室という制約された場面で行われるものである。たとえ、子供がそれを望んでも、むやみに時間中に遊戯室の外に出ることは心理療法の原則に反することが多いのである。この治療者はある場合には、治療者の役割を放棄して自分から子供をピンポンに誘っている。

どうしてこんなことになったのであろうか？

この治療者はすでに述べたように、八郎の沈黙の処理に苦しんでいた。いろいろな質問を試みても局面は容易に打開されない。ピンポンをしていけば、沈黙して向い合っている間の悪さから、治療者も解放される。ピンポンは治療者にとっても逃避の場だったのである。

ところが、このピンポンの問題が個人指導 (supervision) の時間に取り上げられた。そして治療者はピンポンの時間を徐々に短縮しよう、そして最後には止めようと決心し、それを実行したのである。しかし、一方において治療者に受容の態度が欠けていたことが、ますます相手の抵抗を強めて行ったと考えられる。このようにして、2カ月余を経ても八郎に変化が見られず、その非行がむしろ悪化した観を呈したことも、父母が中止を決意した理由になっている。

(3) 八郎の父は初めから十分に積極的な気持を持っていた。教師としての勤務があるにもかかわらず、毎週定期的に通うだけの熱意も示している。

これに比べて継母の方は意欲が劣るだけでなく、継母の立場に起因する防衛的態度が強かった。

この事例に限らず、一般に継母の場合には元来防衛的態度が強いのが普通であり、親のうち、継母だけを治療的面接の対象にするということはその態度をますます強めることになりやすい。できるならば、父の面接も行う方が中斷のおそれを減ずるであろうと思われる。この事例においても、父がせっかく十分な熱意を有していたのであるから、継母と共に父をも治療に参加させるべきであったと思われる。

(4) この母親の抵抗は第2回から遅刻という形で現われており、ワーカーはその抵抗に対して何の処理をも施さなかった。第5回には1時間近くも遅刻しているが、ワーカーはみずから面接時間を延長して相手の遅刻を是認するような措置をとっている。第6回にも母親がやはり1時間ほど遅刻したのは当然である。

このような場合には、なるべく早く遅刻のことを問題として取り上げるべきである。そうすれば、最後の第6回面接の際、母が話した「近所の目がうるさいので家を別々に出る」という理由も早く話題に上ったであろうし、母子別々の時間を指定するという処置もとりに得たであろう。

治療が中斷する原因は以上2例の考察に述べた以外にもいろいろあろう。そして、それらの諸要因は上の2例にも示したごとく、複合的なものであって、互に重なり合い、からみ合って、その事例を中斷に導くのである。

安原および畠瀬は治療中斷の原因を(A)治療者(子供の)の技術に問題のあったもの、(B)親に対するカウンセラー(治療者あるいはソーシャルワーカー)の技術に問題のあったもの、(C)その他の原因の三つに大別している。

そして(A)に属する2例については、「親子の分離に対する技術未熟のため」をあげている。われわれの経験によっても、治療の開始に当り親と離れて遊戯室に入ることをいやがる子供は時々ある。このような事例において、われわれは多くの場合最初の数回はむりに引離さず親子と一緒に面接し徐々に引離すか、時には最初から引離すか、いずれかの方法をとってたいてい成功している。いずれにしても、その際大切なのは受容の治療的根本態度であって、こ

れなくして分離の技術を取り上げることはあまり意味がないと考える。われわれの第2例のごときは子供の治療者にこの態度が欠けていたために、分離の問題などはないにかかわらず、治療は失敗に帰している。

親の治療が順調に進行している場合はともかく、親とその治療者との関係がまだ確立されず、親自身にも不安や動揺が残っている間に子供の治療が円滑に進んで、ある程度の変化あるいは効果がみられなければ、それがしばしば親の意欲減退あるいは来所中止の決意の動機または口実となる。それは第2例にもみられたとおりである。したがって、子供の治療が円滑に進むことはもとより必要なことである。ただし、いたずらに効果をあげようとしてあせることが禁物であることはいうまでもない。

(B)、(C)の原因について安原等は「これらの親は治療に懐疑的であったか、治療への意欲に欠けたかのいずれかであったと想像される」と述べている。親の治療に対する態度はもとより重要であって、むしろ子供に対する治療技術よりも治療の成否に対する影響は大であるとも考えられる。第1例の考察において述べたごとく、親が治療に対する意欲をある程度有し、治療を受けることに同意するのでなければ、心理療法は成立しない。したがって、治療の開始に先立って、その意欲の程度を正しく評価し、その理解と同意を得ることが治療成功の前提条件であるといわなければならない。

しかし、親の態度といっても、それが動的なものであることはいうまでもない。また、大部分の親は心理療法ということに十分な理解を持っているとはいえない。アメリカはわが国に比べるならばはるかに心理療法が普及しているようであるが、この点は同じことである。むしろ、クリニックに子供を連れて行けばなんとかしてくれるだろう、診断を下した上でなんらかの指示を与えてくれるだろう、子供に訓戒を与えてくれるだろうといった依存的な態度をもって来所するケースが多いのである。しかし、これらの場合は心理療法の可能性がないわけでは決してない。問題となるのは子供の問題行動を解決したいという意欲をどの程度に持っているかということである。この意欲を正しく評価し、治療に対する理解を与え、治療参加の意欲を助長してゆくのも職員に要求せられる治療の技術の一部なのである。

この点については別の機会に論ずるつもりであるが、インタビュー面接からスタデイの段階へかけて、主としてソーシャルワーカーの手によってこの準備がなされなければならない。しかし、それでもなお不十分なので、スタデイを終り心理療法を行うに決した場合、治療を開始する前に改めて両親および子供を求め、父母子、スタデイ担当者（精神科医およびソーシャルワーカー）、子供および親の治療担当予定者が相会し、その際スタデイの結果および治療のことを説明し、治療者を紹介し、治療日の取決めを行い、それから治療を開始することを最近試みている。これは著者が存任した Langley Porter Clinic におけるやり方であるが、父の理解および協力を得られるという点でも結果はよいようである。

また、治療開始後、治療が難関に遭遇した場合には随時両親の来所を求め、問題点を話し合うことにしている。これは Philadelphia Child Guidance Clinic および Child Study Center (Philadelphia) 等で行われている連絡会議 (integration conference) に相当する。

このほかに子供あるいは親の心理的抵抗はできるだけ早く見きわめて、これを軽減し取除く手段を講ずることは心理治療者に要求せられる当然の技術であって、治療の中断を防ぐためにも必要である。

安原等はまた、治療者の交代は治療の進捗を阻害すると述べている。治療者が交代するときは、前治療者との間にでき上っている関係がいったん断たれ、新治療者との間に新たに関係が樹立されなければならないので、それが治療の進行に負の作用をすることは事実である。新治療者に対しては当然抵抗が生ずるので、治療者がその取扱いを誤れば、治療中断の原因ともなるろう。

職員の側においては相当期間にわたる病気、出張、退職等の事故によって、治療者の交代は避けられないものである。著者が存任したアメリカのクリニックにおいては、被訓練者 (trainee) が半年あるいは1年交代で治療に参加するので、治療者交代の必要はしばしば起った。著者も他人が数カ月扱った親を引継いで、著しい抵抗に遭遇したが、指導者 (supervisor) の示唆の下に無事これを切抜けた経験を持っている。現在もわれわれは時に治療者交代の必要に迫られるが、たいていこれを切抜けている。もとより、いたずらなる交代は避けるべきであるが、交代の際にはそれに対する技術があるので、われわれはこれを治療中断の原因としては、あまり重視しない。

安原等はさらに (B)、(C) の原因について「われわれの経験では天候、家事の都合、親の病気などで欠席したことが中断を招く契機となることが多いようである」と述べているが、天候、家事の都合などというのは多くの場合、自己の抵抗を合理化する口実に過ぎないものである。先方が欠席した場合、そのまま放置しておいたのでは中断する結果になりやすい。そのような際にはただちに電話あるいは手紙で連絡し、次回の来所を促し、こちらの熱意を示すと同時に、次の面接に際し抵抗を除去する手段を講ずるべきである。

抵抗を除去する手段は、その場合々々によりいろいろであろうが、要するに相手の抵抗の心理を理解し、それに基いて相手にも洞察を得るように助けてやることである。

治療が中断するのは、まったく止むを得ざる外的条件による場合もある。したがって、すべての事例を首尾よく終結に導くことは理想ではあるが、それは不可能なことである。しかし、技術の欠陥による中断は、その因ってきたる点を研究することによって避け得られるものである。

以上に述べてきたことから、治療中断の原因となる技術上の欠陥あるいは注意すべき点は大体次のように要約できよう。

- (1) 子供の問題行動を解決しようという親の熱意の程度および子供に対する親の態度を正しく評価すること。
- (2) 親に治療的面接の意味と必要なゆえんとをよく理解せしめること、
- (3) 毎週定期的に来所することを相手に納得せしめること、その上で治療を受けるべきか否かは親に決定させること、
- (4) 親および子供の心理的抵抗はできるだけすみやかに除去すること。

附記——本稿に引用した2例の治療担当者の名はことさらにあげなかったが、事例記録の取りまとめはその人たちの手をわずらわし、また、その人たちと討議を重ねた。ここにその協力に対し謝意を表する。

文 献

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 安原, 昌瀬: 遊戯療法の研究 (第 I 報), 児童心理と精神衛生, 5 卷 3 号, 昭30, 9
親の扱い方, ことにインテークの技術については次の文献がある (2, 3)。 2) Basic Concepts in Child Psychiatry, - Group for the Advancement of Psychiatry, Topeka, Kansas, Reports No. 12, 1950 3) Psychiatric Social Work in the Psychiatric Clinic, Group for Advancement of Psychiatry, Topeka, Kansas, Report No. 16, 1950
児童の心理療法については次の書がよいであろう (4~6) | <ol style="list-style-type: none"> 4) F. H. ALLEN: Psychotherapy with Children, W. W. Norton, New York, 1942 5) V. M. AXLINE: Play Therapy, Houghton Mifflin, Boston, 1947 6) H. L. WITMER: Psychiatric Interviews with Children, Harvard Univ. Press, 1952
心理療法一般 (ケースワーク治療を含む) については次の書がよい (7, 8) 7) P. SCHILDER: Psychotherapy, W. W. Norton, New York, 1938 8) LOVE and INGHAM: Process of Psychotherapy, McGraw Hill, New York, 1954 |
|--|--|

報 告

アメリカの児童精神医学と精神衛生(その二)

児童精神衛生部長 高 木 四 郎

後編 精神衛生 (I)

は し が き

前編「児童精神医学」において、筆者はもっぱら child guidance clinic (C. G. C.) について述べたが、後編においては C. G. C. 以外の児童のための事業、その他精神衛生一般に関する見聞について述べたい。

前編「児童精神医学」、後編「精神衛生」と分けたのは単なる叙述の便宜のためであって、児童精神医学は精神衛生の最も重要な基礎部門であり、C. G. C. はその研究、実践の中心であるから、とくに一括して述べたに過ぎない。

また、精神衛生と一口にいつても、その範囲はきわめて広いので、アメリカの精神衛生の全貌を短期間の視察で正しく掴み、これを一報告の中に述べ尽すことは不可能に近い。この報告においては、中央における行政、研究ならびに筆者が一つの標本としてできるだけ多面的に視察したカリフォルニア州の精神衛生事業を中心として述べよう。

I 行政機構と国立精神衛生院

国立精神衛生院およびその行政的任務¹⁾²⁾

連邦政府において精神衛生行政を担当している機関は国立精神衛生院 (National Institute of Mental Health) である。この精神衛生院は機構上からいえば、連邦政府の一省である保健・教育・福祉省 (Department of Health, Education, and Welfare) の一部である。保健教育福祉省は1953年4月、連邦保障庁 (Federal Security Agency) が昇格した官庁で、日本の厚生、文部両省を合併したようなものであるが、保健医療行政を担当する公衆衛生局 (Public Health Service) は連邦保障庁からそのまま保健教育福祉省に移管された。その公衆衛生局に直属する機関に国立衛生院 (National Institutes of Health) があり、精神衛生院はその一部をなしている。

国立衛生院はその原名が複数をもって呼ばれているごとく、七つの施設から成るが、精神衛生院はその一つなのである。七つの施設とは次のとおりである。

国立衛生院 (National Institutes of Health)

癌研究所 (National Cancer Institute)

心臓研究所 (National Heart Institute)

微生物研究所 (National Microbiological Institute)

精神衛生院 (National Institute of Mental Health)

歯科研究所 (National Institute of Dental Research)

関節炎・新陳代謝病研究所 (National Institute of Arthritis and Metabolic Diseases)

神経疾患・盲研究所 (National Institute of Neurological Diseases and Blindness)

この他になお臨床センター (Clinical Center) と研究交付金課 (Division of Research Grants) がある。

国立衛生院は現在、首都 Washington 市の郊外、Maryland 州 Bethesda にある。その創設は1930年であるが、1937年から1950年までの間に現在のごとき機構にまで発展した。

その中、国立精神衛生院は1946年公布された「国民精神衛生法」(National Mental Health Act) に基いて、1949年4月に設立された。筆者が「精神衛生院」と訳したのは、それが純粋な研究機関ではなく、多分に行政機関的性格を帯びているからである。

アメリカ合衆国はその行政事情から、精神衛生施策は元来各州ならびに民間団体に委ねられていたが、1929年、公衆衛生局の中に麻薬課 (Narcotics Division) がおかれて薬物中毒に関する調査を行い、中毒症のための施設2カ所を管理することになった。同課は翌1930年精神衛生課 (Mental Hygiene Division) となり、各州と協力して、しだいに包括的な精神疾患対策を講ずることになった。

研究を主とし、強力なプログラムを推進し得るような連邦立施設の必要は1940年にはじめて唱導された。そしてアメリカ精神医学会は公衆衛生局内にこのような施設をおくことを勧告した。第二次大戦はこのような計画を頓挫させるが、また同時にその重要性を一層強く感ぜしめた。というのは兵役適齢者の中2百万以上が精神神経疾患に悩んでいることが見出されたからである。

かくして1946年、国民精神衛生法が公布されるに至り、同法によって国立精神衛生院に附与された権能を進展せしめるために、同法に基いて精神衛生審議会 (National Advisory Mental Health Council) が設置された。同審議会は公衆衛生局長官 (Surgeon General of the Public Health Service) によって任命された精神衛生に関連する医学ならびにその他の科学分野の6人の指導者たちから構成される。

精神衛生審議会を助けるために次の委員会が設けられている。

研究委員会 (正式には Research Study Section と呼ばれる) —— 精神衛生に関連する科学諸分野の代表者より成る。その任務は研究の方針を定め、連邦立以外の機関ならびに

個人に対する研究補助金の配分について勧告することである。

養成委員会 (Training Committee)——神経学, 精神医学, 臨床心理学, 精神医学的ソーシャルワーク, 精神科看護等の教育における有力者によって構成される。精神衛生に関係のある要員の補充訓練の問題を議し, 各地の養成センターへの補助金の配分について議する。

地域社会サービス委員会 (Community Services Committee)——各州の精神衛生事業への助言について審議会を助ける。各州の精神衛生事業に対する補助金は各州の人口, 精神衛生的問題の重要度, 財政状態によって支給される。その配分は審議会の承認を要しない。

国立精神衛生院の機構および事業

精神衛生院は研究機関であると同時に行政機関としての性格を有しているのである。その機構は次のとおりである。

国立精神衛生院 (院長 Dr ROBERT E. FELIX)

- (1) 地域社会サービス科 (Community Services Branch) (科長 Dr SOUTHARD)
- (2) 養成助成金科 (Training Grants Branch) (科長 Dr. VESTERMARK)
- (3) 研究補助金科 (Research Grants Branch) (科長 Mr. SAPIR)
- (4) 専門事業科 (Professional Services Branch) (科長 Dr. BOBBITT)
- (5) 統計科 (Biometrics Branch) (科長 Dr. KRAMER)
- (6) 出版広報科 (Publications and Reports Branch) (科長 Mr. HALPERT)
- (7) 臨床研究科 (Clinical Investigation Branch) (科長 Dr. ROBERT A. COHEN)
- (8) 基礎学科 (Basic Science Branch) (科長 Dr. KETY)
- (9) 心理学集団 (Psychology Group) (主任 Dr SHAKOW)
- (10) 社会環境研究室 (Laboratory of Socioenvironmental Studies) (主任 Dr CLAUSEN)
- (11) 庶務科 (Administrative Branch)

以上各部局の業務は以下の如くである。

(1) 地域社会サービス科

地域社会サービス委員会を助け, 各州の精神衛生事業に対する補助金に関する事務をつかさどっている。科員は精神科医, ソーシャル・ワーカー, 心理学者から成っている。

最初の3年間に各州あるいは地方自治体の精神衛生事業に対する補助金として議会が可決した額はほぼ一千万ドルに達する。すべての州, 領土 (Territories), Columbia 区はこの補助金を申請することができるが, 各州が受ける額はそれぞれの財政事情, 人口, 精神衛生上の問

題の必要度によって決定される。また、州あるいは地方予算1ドルに対し、連邦予算2ドルの割合で交付される。この方式に従って各州が受けている年額は2万ドルから28万3千ドルまである。

この補助金は精神衛生、すなわち予防の目的に沿うために、精神病院やその他の収容施設を除いては各種の事業に使用することが認められる。すなわち、クリニックの経営、クリニック外部での事業、州ならびに地方で精神衛生事業に従事する人員の養成、予防的教育的活動、行政的業務等がこれに含まれている。

第一年度には43州、Alaska, Hawaii, Columbia 区がこのプログラムに参加し、第2年度にはさらに3州、Puerto Rico および Virgin 諸島が参加し、第3年度の終までには1州を除き、全国がこれに参加した。これら諸地域の半ばにおいては従来全く存在しなかった精神衛生事業が、連邦政府の補助金によって開始されたのである。それでも、東部および都会地には大部分の精神衛生施設が集中しているが、地方および従来も精神病院、精神薄弱者施設以外に精神衛生施設を持たなかった多くの南部、西部諸地域では現在でも、その施設数はきわめて少い。

最初の2年間、補助金の53%はクリニックの事業に使用された。その結果106カ所のクリニックが新たに開設され、既設の186カ所のクリニックが拡張された。実際にはさらに、多数のクリニックが必要とされているけれども、専門職員を得ることが困難なために、種々の補助的方法を用いる州がしだいに増している。それらの補助的方法とは次のようなものである。

数カ所の州では補助金の一部を積立てて精神衛生映画評議会 (Mental Health Film Board) (非営利的な民間団体) を設置し、精神衛生に関する教育用の記録映画を製作した。それら最初に製作されたものの中には児童のガイダンス、学童の精神衛生、青年期、児童の恐怖心、老年期の精神衛生、その他精神衛生全般に関する映画等がある。公衆教育の他の方法としてはパンフレット、ポスター、ラジオが用いられている。

精神衛生に関する公衆教育はグループ活動あるいは個人的接触によって最も効果をあげ得るので、公衆衛生関係者またはその他地域社会の指導者たち (開業医、教師、牧師等) に、研究あるいは討論のためのグループを扱い、個人的面接によって精神衛生知識を広め訓練を与えることに重点がおかれてきた。そのためには、これらの人たちのために短期間の精神衛生講習会が開かれて効果をあげてきた。これらの講習会は1~2週間にわたり、講義や討論のほかに、パーソナリティ発達の基本的原理を理解せしめ、かれらの日常の仕事に精神衛生の原理を応用する経験のある程度得させ、精神的健康に対する対人関係の影響を自覚せしめるための臨床的実習も含まれている。

さらに、合衆国全体にわたって、クリニック外部の活動に従事する精神衛生専門家の数は従前に比し、ほとんど3倍に達した。そしてかれらは学校・裁判所・教会・企業体およびその他

の団体に対して専門的助言（consultation）その他のサービスを提供している。

1948年、国立精神衛生院は Maryland 州衛生部と協力して、同州 Prince Georges 郡に模範クリニック^(注)を設立した。その目的は地域的な衛生事業の中に、いかに精神衛生の仕事を織り込むべきかという模範を示すことであった。

今日のところ、この模範クリニックも、全国にわたって発達して来たクリニックも試験期にあるものと考えられよう。時日が経過し、また相互の経験が交換さへるにつれて、それらの事業は発展し、ついには身体疾患に対してわれわれがかち得た予防法にも比肩し得る精神疾患の予防法が期待できると考えられている。かくして、研究ならびに各州・各地域社会の活動を通じて、今日なお未解決の精神疾患の予防法が探究されつつある。そして、精神衛生審議会ならびにその地域社会サービス委員会は、各州の精神衛生事業を検討し、より効果的と思われる方法を勧告することによって各州を援助しつつある。

さらに精神衛生院が各州に与えている援助としては、すべての精神衛生施設の調査および精神病院・精神薄弱者施設の特別調査がある。1947年以来、精神衛生院は48州におけるあらゆる精神衛生業務（精神病院・クリニック・開業医による）の調査を行ってきた。また州政府の要請に応じて、州立精神病院39カ所、精神薄弱者施設14カ所、テンカン児のための学校2カ所の調査が行われ、その結果、これらの施設において幾多の改善が行われた。

(2) 養成助成金科

養成委員会を助け、精神衛生専門家の養成訓練に対する助成金に関する事務をつかさどっている。

精神衛生事業に直接関係のある専門分野としては精神医学ならびに神経学・精神科看護・臨床心理学・精神医学的ソーシャルワークの四つが挙げられるが、増大する精神衛生事業に比して、それら専門家の数はまだはなはだしく不足だと考えられている。

精神衛生審議会は精神衛生院の養成訓練計画においては、それぞれの専門分野において教育に従事し、必要な研究を行い、地域社会において精神衛生業務に貢献し、中核となり得るような高度の訓練を受けた精神科医・臨床心理学者・精神医学的ソーシャルワーカー・精神科看護婦の養成を優先すべきことを勧告した。その勧告に従って、最初助成金は以上四つの分野において高度の教育を行い大学およびその他の養成センターにのみ交付された。さらに、それらの学校の推薦する卒業生（graduate students）に対し年額1,200ドルないし3,600ドルの奨学金が支給されてきた。

上述の審議会の勧告は今日でも尊重されており、最初の3年間に総額3,366,908ドルの助成金が大学その他の養成機関に交付された。また同じ期間に980口、1,959,421ドルの奨学金が

(注) 同クリニックについては、後にさらに詳しく述べる。

交付された。

この計画が進むに従い、その範囲も拡大され、公衆衛生従事者に対し精神衛生の訓練をするため、大学の公衆衛生学部に補助金が与えられ、また1949年以後は、学生に対する精神医学の教育 (undergraduate training) およびレジデントに対する神経学の訓練 (postgraduate training) のために、医学部に補助金が支出されてきた。

医師、公衆衛生従事者等に対して精神衛生の再教育をなし得るような指導者の養成についてはいくつかの問題がある。従来、精神衛生専門家に与えられた教育の大部分は個々の患者の取扱いに関するものであった。かれらが予防の仕事の指導をするためには、かれら自身さらに別の素養を必要とする。すなわち、この種の仕事にとっては治療法の知識と同時にコミュニケーションならびに公衆衛生における方法の知識も等しく重要なのである。精神衛生院はこの点に問題を認め、精神衛生に関連する四つの分野の専門団体に対して補助金を交付した。これらの補助金によって各分野の教育における指導者たちは1週間以上の会合を開いて学校における課程を強化する方法を討議することができた。精神衛生ならびに精神科看護、精神医学的ソーシャルワーク、臨床心理学の教育に関する会議は1949年に開催され、精神医学教育に関する会議は1951年に開かれた。

(3) 研究補助金科

研究委員会を助け、研究補助金の配分交付に関する事務をつかさどっている。

精神衛生に関する研究の促進は精神衛生院の主要関心事であるが、それは次の三つの方途によって実施されている。

- (a) 研究者ならびに連邦立以外の機関に対する研究補助金の交付
- (b) 研究技術について一層の経験と訓練を必要とする研究者に対する奨学金の交付
- (c) 精神衛生院自体および附属機関における研究計画の遂行

従来は研究補助金ならびに奨学金の交付に重きがおかれてきた。最初の3年間 (1947—50) には全国から申請のあった257口の中、66口の研究計画に対して総額1,668,460ドルの研究費が交付された、その内訳は次のごとくである。この比率は現在のアメリカの精神衛生の分野における重要度ないし関心の度合を示しているとみてよいであろう。

- 27% 児童の発達および適応に関する研究,
- 24% 神経学の領域における研究,
- 15% 精神身体障害 (psychosomatic disorders) に関する研究,

残余は精神外科・催眠術・その他の治療法、疫学 (epidemiology)、多発性硬化症・精神分裂病等特殊な疾患、診断用テストの考案ならびに改良に関する研究等に交付された。

研究者養成の奨学金は最初の3年間に精神医学、神経学、神経生理学、心理学、生理学、生化学、社会科学その他を専攻する69名に支給され、その総額は242,541ドルであった。この奨

学金を受けるフェローはその経歴に応じて年額1,200ないし3,600ドルを支給される。

精神衛生院自体および附属機関における研究については後に述べる。

(4) 専門事業科

科員は精神医学, 臨床心理学, 精神医学的ソーシャルワーク, 精神科看護, 社会科学の専門家から構成されている。この科の仕事は全体の事業を絶えず検討し, 計画方針を立てることである。

(5) 統計科

他の公衆衛生部門におけると同じく, 精神衛生においても統計は事業遂行の基礎である。ある疾患を予防する効果的な方策を立てるには, その疾患がどこで, いかにして, だれを冒すかを知る必要がある。そして予防対策がその効果をあげたか否かを確かめるためには, 定期的にこれを検討する必要がある, そのためには統計資料が必要となる。

統計科は全国から入院精神病患者に関する統計資料を集め, 年報を刊行している。その資料に含まれるものは患者数, 疾患の種別, 医療費用, その他である。ただし, 診断の基準は州によってまちまちなので, 各州との間に統計に関する会議を持っている。

統計的調査が精神衛生対策上, 真に効果的であるためには, 単に以上のような入院患者に対する資料を収集するだけでは足りない。クリニック(精神衛生クリニックを含む外来診療所を指す)や開業医によって扱われている精神疾患患者(精神病患者や神経症者など)はどれだけいるか? さらに診療を受けていない患者はどれだけいるか? クリニックの, あるいはクリニック以外の精神衛生事業が精神疾患を減少せしめるために, どれだけの効果をあげているか? それらの事業の1人当りの費用は? 等, なお, さまざまな資料が必要であるが, それらについては, まだなんの抛るべき資料もない。

であるから, 統計科は現在のごとく, 資料を収集するだけでなく, 上に掲げたような種々の問題の研究をも目指している。これらは長期にわたるべき事業で, その価値は将来しだいに発揮されてくるであろう。

統計科においてはすでに, いくつかの重要な研究がなされている。たとえば, 1903年から1946年に至る精神病院・精神薄弱者およびテンカン患者施設の収容者増加に関する調査, 国民精神衛生法が施行された1947年における全国精神衛生クリニック事業の調査等がそれである。創立以来2年間に6項目の調査研究が「精神衛生統計」(“Mental Health Statistics—Current Reports.”)と題するシリーズとして刊行されている。

(6) 出版広報科

BEERSの精神衛生運動が始められて以来, 啓蒙活動も随分行われてきたにもかかわらず, 国民の少からぬ部分の間には依然として精神障害に関する無知と偏見とが支配している。これらの無知と偏見とは, 人々が必要な医療保護を受けることを妨げ, さらに回復した精神障害者が社会生活に適應することを困難ならしめ, 予防計画に対する無関心を招くものである。そこ

で、出版広報科は民間団体、専門団体と協力し、精神疾患とその予防に関する科学的知識を学術的、通俗的な刊行物として刊行している。とくに、「全国精神保健協会」(National Association for Mental Health)^(注)ならびに精神衛生関係の4専門分野(精神医学・臨床心理学・精神医学的ソーシャルワークおよび精神科看護)の専門団体とは緊密な協力を行っている。

これら諸団体および各州、地方自治体との提携の下に、さらに広報活動の一環として1949年以来、毎年「精神衛生週間」が催され、ラジオ放送、雑誌記事、映画等が利用されている。

通俗的ならびに専門家養成用映画の製作もこの科によって行われ、計画されている。

(7) 臨床研究科

前に述べた国立衛生院に属する7機関は広大な敷地内に3ないし4階建の建物として分散しているが、その一画に地下2階、地上14階の巨大な「臨床センター」の建物がそびえており、7機関の臨床的研究はすべてここで行われている。そして2階から13階までは、すべて研究室附属の病室に充てられているが、そのうち2階から4階までは精神々経患者が收容されており、精神衛生院と精神疾患・盲研究所とが共用しているわけである。臨床研究科の仕事はここで行われている。ただし、臨床センターには外来診療所はないので、收容患者はすべて他から送られてくるのである。

臨床研究科を構成する部門とその研究状況は次のごとくである。

(a) 児童研究室 (Laboratory of Child Research, 主任 Dr. FRITZ REDL)

筆者は自分の専門であるので、この部門を特に詳しく視察した。

この部門の定員は8床であるが、筆者の視察当時は攻撃的な不良傾向のある男児ばかりがわずか5名收容されていた。これに対して、職員は精神科医5、ソーシャルワーカー2、心理学者2^名(兼任、うち1人は近く専任になる予定という)、研究助手1、教師2、カウンセラー(Counselor, 看護婦・補助看護婦をここではこう呼んでいる)1交代に3~5人ずつ、秘書4という豊富な陣容である。

この部に限らず、すべて臨床センターは外来患者は扱わず、児童研究室においても、これらの児童を收容治療(前編参照)の形で扱っているわけである。そして、ここでは親の治療は行っていない。それは、この種の不良傾向のある児童の親は非協力的だからという。むしろ、ここでは児童に対する環境の影響に重点をおいた研究がなされている。すなわち、病室主任(父代理者)、カウンセラー(母代理者)、治療者と児童との人間関係およびその影響の刻明な観察が行われている。教室で児童に対しカウンセラー、病室主任等が立会って集団心理療法を行い、

(注) 全国精神衛生委員会 (National Committee for Mental Hygiene), 全国精神保健財団 (National Mental Health Foundation), 精神医学財団 (Psychiatric Foundation) が1950年統合されたもの。

透視鏡を通じて2～3名の観察者が刻明な記録をとる。1時間観察した結果を整理するのに10時間ぐらいかかるということであった。

主任の REDL 博士は医師ではない。California 大学の ERIK ERIKSON (旧名 HOMBURGER), Chicago 大学の BRUNO BETTELHEIM とともに、アメリカに移住した ANNA FREUD 門下の三羽鳥で、教育心理学畑の分析学者である。

(b) 成人精神医学研究室 (Laboratory of Adult Psychiatric Studies, 主任 Dr. DYSINGER)

急性期にある分裂病者の心理療法の研究が行われている。

(c) 精神身体医学研究室 (Laboratory for Psycho-somatic Studies, 主任 Dr. CORDON)

心臓血管系疾患の患者を主として扱っている。

以上3研究室の他に、Dr. CHOLDEN を主任とする新しい研究室の設置が計画中であり、ここでは慢性の荒廃状態にある分裂病の心理療法による研究が予定されていた。

(8) 基礎学科

主としてテンカン、その他の痙攣疾患に関する神経生理学・生化学的研究が行われている。

(9) 心理学集団

いまだ正規の機構にはなっていない。

(10) 社会環境研究室

これもいまだ非公式のものである。主任の Dr. CLAUSEN は社会学者であり、室員には人類学者もいる。

(11) 庶務科

事業全般が能率的、かつ経済的に運営されるよう事務をつかさどっている。

精神衛生院の職員は300名以上にのぼり、以上述べてきたところからも推測されるように、なお膨張しつつある。

国立精神衛生院の附属施設

国立精神衛生院は3カ所に附属施設を有し、各施設においてそれぞれ特殊な研究が行われている。

(1) Mental Hygiene Study Center, College Park, Md. (所長 Dr. STANLEY YOLLES)

(注) 前編の Sonia Shankman Orthogenic School の項参照。

Washington 市郊外にある。これは元来国民精神衛生法の精神に基き、各州に対し精神衛生クリニック (mental hygiene clinic) の設置を奨励する意味で、メリーランド州衛生部 (Maryland State Health Department) の協力を得て、一つの模範クリニック (demonstration clinic) として1948年設立されたものである。当初は Prince Georges County Mental Hygiene Clinic と称したが、一まず模範クリニックとしての役割を果たしたので、現在のように改名したのだという。

筆者は一日この施設を訪れたが、その詳細は後に「精神衛生クリニック」の章に述べることにしよう。

(2) Mental Health Center, Phoenix, Ariz.

1948年設立され、地域社会における精神衛生問題ならびに対策の研究が行われている。他の地域社会における精神衛生事業の推進に助力を与えるために、臨床家その他の研究者が精神衛生プログラムとそのプログラムの効果を評定する方法について考究しつつある。その事業には (1)当該地域社会住民の精神的健康の評定, (2)精神衛生的問題発生要因の研究, (3)住民が精神衛生施設を利用する際の感情ないし態度の研究等が含まれている。全計画は既存の施設を利用して、住民の精神的健康に好ましい要因を最大ならしめ、好もしからざる要因を最少ならしめるよう計画されつつある。

(3) Public Health Service Hospital at Lexington, Ky.

この病院においては、もっぱら麻薬および睡眠剤中毒の臨床的ならびに神経生理学的研究が行われている。ある特定の薬物の嗜癖に陥りやすい体質、嗜癖の個体に及ぼす影響のみならず、嗜癖の基礎的原因と考えられる性格傾向についても研究がなされている。二三の麻薬中毒治療剤の合成にも成功している。特にこのような研究に力が注がれているのは、国立精神衛生院の前身が「麻薬課」であったことから推測されるように、薬物中毒が合衆国内の重大問題であるという事情からであろう。

国立精神衛生院は以上の3施設を有するほかに、なお各方面と協力して、合衆国およびカナダの各地域で多発性硬化症の疫学的研究も行っている。

法 律

(1) 国民精神衛生法 (National Mental Health Act)

1946年公布されたこの法律は、わが国の精神衛生法とは異り、精神障害者の医療保護の手續きに関する規定などはまったく含まない。その内容は以上に述べてきたところに尽きている。すなわち、(a)精神衛生に関する研究の促進と総合調整、研究補助金の交付に関する件、(b)精神衛生事業職員および研究者養成のための各施設への補助金ならびに個人への奨学金の交付に関する件、(c)各州その他地方自治体による精神衛生事業の指導ならびに補助金の交付に関する

る件、(d)精神衛生審議会および国立精神衛生院の設置に関する件が規定されているのである。

(2) 精神障害者の入退院手続に関する法律

これは各州に委ねられており、その内容も州によりまちまちである。しかも欠陥のある法律を有する州が多く、近年に至って各州の当事者間には、その改訂を企図する動きが強く、公衆衛生局も意見を求められることが多くなった。そこで精神衛生審議会の要請によって委員会が設けられ、その討議に基づき、国立精神衛生院および法制局 (Office of the General Counsel) が調製し、1952年公衆衛生局の名で発せられた「精神病者入院規程草案」(A Draft Act Governing Hospitalization of the Mentally Ill.) なるものがある。これは各州の参考に供するための草案であって、各州を規制する法律ではない。この草案については別の機会に紹介しよう。

II 精神衛生クリニック

精神衛生クリニックの概念

C. G. C. と相並んで精神衛生活動の第一線に立つ施設は精神衛生クリニック (mental hygiene clinic, 以下 M. H. C. と略記する) である。

現在のわが国においては、精神衛生の概念についても少なからぬ混乱が存するごとく、M. H. C. なるものについても、関係者間の理解は十分ではない。わが国において M. H. C. に相当する施設は精神衛生相談所であるが、当事者がその運営方針を決しかねているのは、M. H. C. なるものの実情が、わが国に紹介されておらぬことにもよるものと思われる。そこで本章では、M. H. C. に関し述べてみたい。

前編「まえがき」にも記したとおり、筆者は Langley Porter Clinic (L.P.C.) 在任中に研究の余暇を利用して San Francisco 市内外の精神衛生関係施設を努めて広く視察した。まず視察したいと思ったのは M. H. C. であり、その希望を指導講師に表明したところ、かれは答えて「L.P.C. だって立派な M.H.C. だ」と言うのである。L.P.C. はすでに述べたとおり、カリフォルニア大学の精神科教室である。最初はこの講師は筆者の言ったことを誤解しているのではないかと思った。ところがだんだん事情が判明するにつれて、そうではないことが明らかになってきた。L.P.C. の外来診療所 (Outpatient Clinic, 以下 O.P.C. と略記する) は一つの立派な M.H.C. なのである。

いうまでもなく、M.H.C. なる概念なり施設なりはアメリカで発達したものであるが、アメリカ人の考えによれば、M.H.C. とは精神科の外来診療所なのである。M.H.C. に関する文献、冊子等には至るところ、M.H.C. なる語の代りに「精神科外来クリニック」(Psychiatric Outpatient Clinic) なる語が用いられている点からも、このことは明らかである。C.G.C. がしばしば児童精神科クリニック (Child Psychiatric Clinic) と呼ばれるごとく、C.G.C. も M.H.C.

も共に精神医学的施設 (Psychiatric Setting) なのである。

しかし、だからといって、わが国精神病院の外来と同一視してはならない。それはかならずしも入院を前提とする精神病院外来のごときものではない。精神衛生クリニックという以上、あくまで精神障害の予防ということを念頭に置き、軽度の精神障害あるいは情緒的障害をもっぱら心理療法によって扱う施設なのである。その実際の活動状況は項を改めて述べる。

筆者が実際にその状態を知っており、あるいは訪れたのは L.P.C. を始め、San Francisco の Mt. Zion Hospital の Psychiatric Clinic, 国立精神衛生院附属の Mental Hygiene Study Center, カリフォルニア州立クリニックの一つである Berkeley State Mental Hygiene Clinic 等である。

以下には Mental Hygiene Study Center およびカリフォルニア州立精神衛生クリニックについて述べよう。

国立精神衛生院附属 Mental Hygiene Study Center

この施設は前章にすでに述べたごとく、1948年、一つの模範クリニック (demonstration clinic) として設立されたものである。

職員の内訳は精神科医 2 (所長を含む)、心理学者 1、ソーシャルワーカー 2 および保健婦 1 で、他はメリーランド大学から心理学科の学生が実習にきて、職員の仕事を助けている。

このクリニックの特徴の一つは職員がその時間の半分を外部活動 (extramural activity, community services ともいう) に充てていることであるが、これは創立以来変っていない。

第二の特徴は職員に保健婦を有していることである。今日ではソーシャルワーカーはほとんどまったく家庭訪問をしないことは前編にも述べたとおりであるが、このクリニックでは家庭訪問の必要がある場合には保健婦が行うのである。

扱われる事例の内訳は児童 70%、成人 30% であるという。これらの事例は大部分 Prince Georges 郡の学校、公衆衛生部 (Public Health Department)、少年審判所等から委託されてくるのであるが、それは外部活動の結果である。したがって、このクリニックでは現在では親が連れてきたり、自身でくる患者はほとんど扱われていない。これはこのクリニックが農村地区を相手にしている結果だと思われるが、やがては親が連れてきたり、自身でくる患者が増加してゆくことであろう。

C.G.C. では児童だけが扱われるのに反し、M.H.C. ではこのように成人、児童の双方が扱われるのである。ただし、成人・児童の比はクリニックにより、それぞれ異なる。

カリフォルニア州立精神衛生クリニック

カリフォルニア州精神衛生部はその施設として L.P.C. 以外に 7カ所の M.H.C., 10カ所の

精神病院、3カ所の精神薄弱者施設を有している。精神病院や精神薄弱者施設については後に述べることとして、ここではもっぱら M.H.C. について述べる。

7カ所を一括表示すれば第1表のごとくである。

第1表 カリフォルニア州立精神衛生クリニック

名 称	開 設	職 員
Berkeley	1948	精2, 心1, ソ3, 事3
Chico	1952	精1, 心1, ソ3, 事3
Fresno	1948	精2, 心1, ソ3, 事3
Los Angeles	1946	精4, 内外1, 心2, ソ8, 事7
Riverside	1950	精2, 心1, ソ3, 事3
Sacramento	1948	精2, 心1, ソ4, 事3
San Diego	1948	精2, 心1, ソ4, 事3

注; 表中「精」は精神科医, 「心」は心理学者, 「ソ」はソーシャルワーカー, 「事」は事務職員, 「内外」は内外科兼務医師を示す。

ちなみに、所長はすべて精神科医である。これらの所長は、M.H.C. が成人・児童共に扱うものであるために、みな児童精神医学の訓練を経た人たちである。

これら7カ所の M.H.C. 以外に州立精神病院中、Camarillo, De Witt, Modesto, Napa, Patton, Stockton の6カ所は、なんらかの形で、M.H.C. を持っている。すなわち、Camarillo は Ventura 郡衛生部が Oxnard という所に開設している M.H.C. に職員を派遣して援助しており、De Witt 病院では週1回午後だけ、クリニックを開いており、これは拡張の予定である。また、Stockton 病院も週1回午後だけクリニックを開いているが、これは診断だけに仕事を限っている。

精神薄弱者施設中、Pacific Colony, Sonoma Home の2カ所もクリニックを持っているが、後者は精神薄弱者だけを扱うものである。

州立 M.H.C. の機能は次のごとくである。

(1)診断および外来治療を行うこと, (2)症例を委託してきた施設あるいは個人に対し、それらの症例の妥当な処置 (disposition) に関し助言すること, (3)個々の患者を適当な他の施設あるいは社会資源に委託紹介してやること, (4)問合せに対して情報 (information) を与えること, (5)人間を扱い、精神衛生的問題に当面するような職業人、たとえば教師・医師・保健婦・ケースワーカー等のグループ、あるいは一般公衆に対して精神衛生の原理を教育すること, (6)

精神医学的助言を必要とする施設、たとえば学校等に対しコンサルテーション(Consultation)を与えること、(7)精神衛生に関するコミュニテイ・オーガニゼーション(Community organization)に参加すること。

取扱いの方針(intake policies)は次のごとくである。

(1) いかなる患者でも、人種・信仰あるいは診断の故に診療から除外されることはない。(2) いかなる患者でも医師による身体的状態の診断を経ないで扱われることはない。ただし、クリニックに勤務する精神科医はその仕事を精神神経学の専門的業務に限っている。(3) クリニックは外部の施設のために心理検査を行うことはない。クリニックで扱われる患者に対してだけ行う。(4) 個々のクリニックは申込患者および他の社会資源の多寡、およびその地域社会の要求に応じて、その方針に手加減することを認められる。

いかなる種類の症例も受付られるが、M.H.C.で行っている外来治療に適した成人患者の大多数は精神病以外のもので、その大部分は精神神経症である。また、扱われる児童の種類はC.G.C.とまったく同じで児童の症例で最も普通なのは一次的行動異常(Primary behavior disorders)、たとえば夜尿等の習癖異常(habit disturbances)、盗み等の素行異常(Conduct disturbances)、あるいは神経症的傾向を有するものである。

診断業務はあらゆる精神病および精神病以外の情緒的障害について行われる。

M.H.C.で行われる治療の種類は

1. 個別的心理療法,
2. 集団心理療法,
3. 遊戯療法(年少の児童に対し)

である。上述のごとく、M.H.C.はC.G.C.と同じく児童をも扱っており、前編に述べたように親の一人あるいは双方も治療の一部として面接を受ける。

M.H.C.で行われる治療は上掲のごとき心理療法に尽きるものであって、看護婦もいないし、適当な設備もないので、ショック療法は行われない。

各クリニックにおける受付事例数は1951—1952年度の統計によれば、最低はChicoの122から最高はLos Angelesの875である。7カ所の合計は3,778であるが、その内訳は、

2,784	成人
429	青年
565	児童

である。筆者が訪れたBerkeley Clinicでは大体成人70%、児童30%ということであった。すなわち、Mental Hygiene Study Centerとは逆である。

個別的な心理療法はどのクリニックでも根幹をなす治療法である。ただし、それに充てられる時間はクリニックによって異なり、Fresnoでは患者の26%に行われているが、Los Angeles

では44%に行われている。

集団心理療法は、Chico, Fresno 以外のクリニックで行われている。Los Angeles では延 939時間（時間×患者数）が費されているが、一方 Riverside のごときは1集団だけが扱われている。

遊戯療法はどのクリニックでも行われている。

これらのクリニックで扱われる患者のうち、成人は開業医、友人の紹介で、あるいは自分からやってくる。青年児童の場合、紹介してくるのはたいてい学校、社会事業施設（social agencies）およびその他の公共施設（other public agencies）である。統計によれば60%は来所前どこでも診療を受けなかったものであり、15%は診断だけの目的で紹介されたものである。

わが国の精神衛生相談所、児童相談所は無料で業務を行っているが、アメリカの M.H.C. も C.G.C. も有料を原則とする。アメリカにはわが国の健康保険のごとき制度はないが、それに代り病院でも、これらのクリニックでもスライディング・スケール（sliding scale）の制度が採用されている。つまり、支払能力に応じて減免する制度である。そのために受理面接（intake interview）、すなわち最初の面接の際にソーシャルワーカーは相手の家計の状況を聴取して、料金の取決めをする。1回の面接時間は50—60分であるが、カリフォルニア州立 M.H.C. の規定では最高1回8ドルである。

料金を徴集するという事は単なる経済的理由からではなく、患者と職員との間に健全な治療関係を作り上げるのに重要と考えられている。

さて L.P.C. は別として、第1表に掲げた7カ所の M.H.C. にはおのおの特徴がある。

Berkeley Clinic は L.P.C. 以外の唯一の養成クリニックである。Chico Clinic は北部カリフォルニアを管轄する移動クリニック（traveling clinic）であって、Marysville および Redding に出張所を有し、職員が定期的に出張している。（つづく）

文 献

- | | |
|---|---|
| (1) National Institutes of Health, 1951, Public Health Service Publication No. 81. | (4) A Draft Act Governing Hospitalization of the Mentally Ill, Revised, 1952, Federal Security Agency (Public Health Service, National Institutes of Health), Public Health Service Publication No. 51. |
| (2) National Institute of Mental Health, 1950, Public Health Publication Series No. 20, Mental Health Series No. 4 (Revised). | (5) Biennial Report for 1950—1952, State of California Department of Mental Hygiene. |
| (3) Commitment Procedures. 1948, Group for the Advancement of Psychiatry, Report No. 4, Topeka, Kansas. | |

ABSTRACTS

Studies on Methods of Diagnosis and Treatment to be Used at the Child Welfare Centers (I. Report).

By

SHIROH TAKAGI, SHIGEMICHI KANNO, AND YOSHIKO IKEDA.

Introduction

SHIROH TAKAGI

There are approximately one hundred and ten "Child Welfare Centers" in this country. These Centers include, as their integral parts, Diagnostic and Treatment Units, which correspond to child guidance clinics.

These Centers were established after the end of the World War II. Hence they lack historical background and there are very few well-trained professional workers. Child guidance work is still on the way of its development in this country.

The author enumerated difficulties which hindered the efficient functioning of the Centers.

I. Experiences of Administration of Our Mental Hygiene Clinic, especially its Children's Unit.

SHIROH TAKAGI

The author stated the way of administration of our Mental Hygiene Clinic, especially its Children's Unit, and our experiences thereof. The structure and the way of administration of our Clinic does not differ from that of child guidance clinics or mental hygiene clinics in the United States and many other countries, though "team approach" by the clinical team is quite a recent attempt in this country.

The author stated first the history of our Clinic, because we had made great efforts to arrive at the present status.

The predecessor of our Clinic is the Child Guidance Service of the Psychiatric Department, Konodai National Hospital, which is adjacent to the Institute. This Guidance Service started in April, 1948, and the staff of the Service consi-

sted of a few psychiatrists and one social worker. We had no psychologist at that time

The National Institute of Mental Health was established in January, 1952, and the Guidance Service of the Hospital was absorbed by the Mental Hygiene Clinic of the Institute. We organized then for the first time a complete clinical team at the Institute.

At present five psychiatrists, three psychologists, seven psychiatric social workers and others are engaging in clinical work at the Clinic. Among them three psychiatrists and a psychologist are chiefly dealing with child cases. Seven social workers are dealing with both child and adult cases.

Besides the history the author stated concretely the procedures from intake to treatment. Furthermore, experiences of supervision were stated.

II. On the Function of Psychiatrists in Child Guidance.

SHIROH TAKAGI, SHIGEMICHI KANNO, AND YOSHIKO IKEDA

There are very few formally trained child psychiatrists in this country, and neither general public nor non-psychiatric people have sufficient understanding and appreciation of child psychiatry.

The opinion is prevalent that only cases which are neuropsychiatric in a narrow sense such as mental deficiency, epilepsy and so forth should be referred to the psychiatrist by other staff members of the clinic on the basis of chief complaints.

The author indicated first statistically that it was impossible to do so. We divided our material of 927 cases into three groups.

I. Group: cases which need to be examined and diagnosed by the psychiatrist; i. e. psychoses, convulsive disorders, behavior disorders with somatic diseases or defects, and exogenous mental deficiencies.

II. Group: cases which may be dealt with by psychologists who have taken sufficient clinical training; i. e. psychoneuroses, psychopathic personalities, and endogenous mental deficiencies.

III. Group: cases which are not considered to be absolutely necessary to be examined and diagnosed by the psychiatrist, but may be dealt with by psycholo-

gists; i. e. primary behavior disorders, social problems (delinquencies), and specific educational disabilities.

We also classified chief complaints of the same cases into the following twelve categories: (1) antisocial problems, (2) asocial problems, (3) problems related to habits, (4) speech difficulties, (5) complaints about sensory functions, (6) complaints about motor functions, (7) other somatic complaints, (8) problems related to attentiveness, memory, thinking, and judgement, (9) psychomotor dysfunctions, (10) problems related to intelligence development, (11) problems related to affectivity and personality, (12) others.

We compared the distribution of chief complaints mentioned above between I. and III. Groups, and found that all sorts of complaints were likewise found in both groups, though there is a certain different tendency. We therefore conclude that it is impossible to judge whether examinations by psychiatrists are necessary or not merely on the basis of chief complaints.

Next we presented and discussed three cases which had been by mistake treated as cases with psychological problems by non-physicians at Child Welfare Centers or other counseling services, and were diagnosed to be psychiatric or organic by our clinical team including psychiatrists. The first case was childhood schizophrenia, the second epilepsy with petit mal, and the third brain tumor.

III. On Technical Failures which Interrupt Continuation of Psychotherapy.

SHIROH TAKAGI

The author presented and discussed two cases of disturbed children, in which the therapists, including social workers, failed to terminate the psychotherapy.

The author considers that points to pay attentions in order to continue psychotherapy successfully to the end are as the following.

1. To appraise exactly the extent of parents' wish to resolve their child's problem, and parental attitudes toward him.
2. To give the parents the sufficient knowledge and understanding about psychotherapy in which both child and parent should participate.
3. To get consent of the parents to coming to the clinic regularly with

their children every week, provided the parents themselves decide to participate in therapy or not.

4. To remove the resistance of the parent or child as soon as possible.

所 報

人 事 異 動 (昭和32年4月から昭和33年3月まで)

新 任

高 橋 宏	昭和32年4月1日付	児童精神衛生部
佐久間 栄 二	昭和32年8月16日付	総務課
山 内 所 栄	昭和33年3月15日付	総務課

転 任

竹 下 禎 美	昭和32年8月16日付	厚生大臣官房総務課へ
平 山 八重吉	昭和33年3月15日付	厚生省公衆衛生局へ

精神衛生研究

—第 6 号—

編集責任者

岡 田 敬 蔵

発行所

国立精神衛生研究所
千葉県市川市国府台町 1 の 2

印刷所

株式会社吉田次作商店 東京支店
東京都台東区浅草鳥越 2 の 4

(非売品)

JOURNAL

of

MENTAL HEALTH

Number 6

March 1958

Contents

Studies on Methods of Diagnosis and Treatment

to be Used at the Child Welfare Centers (I. Report)

- Introduction.....*Shiroh Takagi* 1
- I Experiences of Administration of Our
Mental Hygiene Clinic, especially
Its Children's Unit *Shiroh Takagi* 5
- II On the Function of Psychiatrists in
Child Guidance*Shiroh Takagi,*
Shigemichi Kanno
& Yoshiko Ikeda 26
- III On Technical Failures which Interrupt
Continuation of Psychotherapy..... *Shiroh Takagi* 41
- Childpsychiatry and Mental Health in the United States
.....*Shiroh Takagi* 57
- English Abstracts 73

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