

国立精神衛生研究所編

# 精神衛生研究

第 16 号

昭和 42 年

Journal of Mental Health

Number 16

1967

精神衛生問題研究会

# 目 次

## 原 著

- 重度精神薄弱児の処遇に関する研究  
——在宅重度精薄児問題に対する心理，社会的接近——  
…………… 桜井 芳 郎，高 乗 公 子 …… 1
- 集団精神療法の研究  
——夢の解釈からみた協同治療者の問題について——  
…………… 池 田 由 子 …… 29
- 双生児の人格発達の研究  
——双生児のロールシャッハ反応について——  
…………… 池 田 由 子，田 頭 寿 子 …… 37
- ソーシャルケースワークと crisis theory  
…………… 山 崎 道 子 …… 47
- 精神衛生における能力開発の研究  
——Sensitivity Training を素材に——  
…………… 横 山 定 雄 …… 59

## 資 料

- 児童期精神障害の分類について  
——第3回WHO国際疾病分類会議——  
…………… 加 藤 正 明 …… 79
- 精神衛生センター運営に関する試案  
…………… 加 藤 正 明，高 臣 武 史，玉 井 収 介 …… 95  
…………… 柏 木 昭，坪 上 宏，山 本 和 郎

所員研究業績一覧 …… 125

欧文抄録 …… 131



# 重度精神薄弱児の処遇に関する研究\*

—在宅重度精薄児問題に対する心理、社会的接近—

精神薄弱部

桜井芳郎<sup>(1)</sup> 高乗公子<sup>(2)</sup>

## 1. 緒言

最近、我が国において精神遅滞が著しい為に日常生活の常時介護を必要とするいわゆる「重度精神薄弱児」について一般市民の関心が高まり、それに伴い重度精神薄弱児をかかえている家庭に扶養手当（特別児童扶養手当）や年金の支給、公費による家庭奉仕員（ホームヘルパー）の派遣、また重度精薄施設の設立、精薄施設における重度精薄児収容棟の設置、措置費の重度加算など国及び地方自治体による重度精薄児対策が漸くその緒についてきた感じをうける。

しかし、昭和34年就学猶予免除児童の調査では重度精薄6才児が全国推計1672人、昭和36年金国精神薄弱者実態調査では15才以上の重度精神薄弱者が全国推計55,000人、昭和40年身体障害児実態調査では身体障害の程度が1級および2級の身体障害児であって重度の精神薄弱を合併している重症心身障害児が全国推計17,300人など各種の調査の結果かなりの重度精神薄弱児が存在しており、その多くが施設や病院から締め出され家庭で養護されている。

かかる在宅重度精神薄弱児の実態はほとんど把握されてなく放置されたままである。また重度精神薄弱の概念や定義の確立、重度精神薄弱児の処遇方法の問題など難問題が山積している。

我々は重度精神薄弱児の望ましい処遇方法の確立ならびに日夜、精神的身体的および社会的に苦悩している家族に対する接近方法などについて検討をおこなうために主として在宅重度精神薄弱児の実態の分析、処遇をめぐる諸問題に関し考察を試みた。

なお本研究は昭和39年度、厚生科学研究費による「重度精神薄弱児の判定規準に関する研究」（主任研究者菅野重道）の一部を発展させたものである。

## 2. 重度精神薄弱児をめぐる諸問題

重度精神薄弱児は施設や病院から締めだされ家族の犠牲によって家庭で養護されている場合が極めて多い。

したがって国及び地方自治体による援助の手は最近までほとんどさしのべられておらず適切な処遇方法もまったく確立されていない状態である。

かような点から重度精神薄弱児をめぐる諸問題としては次の諸点が考えられる。

\* Study on the care and training of severely retarded children.

(1)(2) Yoshiro SAKURAI, Kimiko TAKANORI, Psychiatric Social work., Division of Mental Deficiency.



まず第1に重度精神薄弱の概念や定義の不明確なことである。

諸外国における重度精神薄弱の概念や定義をみると次の通りである。

イギリスでは精神衛生法（1959年制定）の中で重度精神薄弱（Severe Subnormality）という言葉が使われ自分自身の身の始末ができないほど著しい遅滞をしめす者を指している。

また世界保健機構（WHO）による精神薄弱の程度別分類では知能を尺度としておける場合に重度はIQ0～19とされ、アメリカ精神薄弱協会では重度をIQ25以下としている。ケネディ大統領諮問精神薄弱委員会の大統領への報告書の中では重度をIQ20～35としている。

わが国では昭和39年9月1日施行の重度精神薄弱児扶養手当法（この法律はその後改正され現在では特別児童扶養手当法として精神又は身体に重度の障害を有する児童の生活の向上に寄与する趣旨で特別児童扶養手当が支給されている。）の中で重度精神薄弱児とは「精神の発達が遅滞しているため、日常生活において常時の介護を必要とする程度の状態にある者をいう」と定義され、その判定は児童相談所でおこなわれ、大むねIQ35以下で日常生活において介護を要する者がこれに該当するとされている。

かように現在、わが国では精薄対策の行政上の必要からうまれた行政用語として使われている。したがってその概念や定義は学問的裏付けを有することなく極めてあいまいな意味で福祉行政の中で用いられている。その為に児童相談所によって判定された重度精神薄弱児が地域によってまちまちであり、概念や定義の明確化の必要性が痛感される。なおそれに伴い重度精神薄弱児の判定規準の確立も早急におこなわれなければならない。

第2に行政対策の貧困があげられる。

知能障害の著しい児童に対する福祉行政が始まったのはごく最近のことである。

昭和32年に重度ならびに重複障害精薄児の国立収容施設の設置がきまり、昭和38年には重症心身障害児の療育についての通達が厚生省よりだされ重症心身障害児療育実施要綱がその年の4月1日から適用になった。また昭和39年3月には重度精神薄弱児収容棟の設置、収容棟の設備及び運営の基準についての両通達が厚生省より都道府県にだされている。

なお同年には重度精神薄弱児扶養手当法が制定され在宅の重度精神薄弱児に対し扶養手当の支給が開始された。

かようにして漸進的に重度精神薄弱児に対する厚生行政が進んできたわけである。

しかし現在でも重度精神薄弱児のための施設は極く少数であり、しかも在宅重度精神薄弱児に対する指導や養護についての援助はほとんどおこなわれていないといっても過言ではない。

かかる現状を打開するためには施設における指導や養護のための設備の拡充と専門技術の確立をはかるとともに在宅重度精神薄弱児のための対策として地域管理、在宅指導、デイケアセンターなどの活動に必要な行政措置が早急にはからなければならない。

第3に重度精神薄弱児の処遇方法の確立がなされていないことである。

特殊教育においては教育可能な精神薄弱児を対象としている。したがって学習能力の有無が重視され、おおむねIQ50以上の知能を有することが基本的条件となっている。

これに対し精薄施設においては過去にあっては精神薄弱児を一般社会から隔離し保護することが目的であった。その為に対象とされる精神薄弱児は特殊教育が困難な者が多かったが施設における受け入れ体制の問題から養護に極めて手のかかる知能障害の著しい身辺処理が困難な児童は多くの施設から排除されていた。その後、精神薄弱児の処遇についての考え方が指導訓練に変わり、さらに社会適応性の開発増進へと移り変わるにともない、ますます重度精神薄弱児は適切な養護をうける機会に乏しい存在になってしまった。

かようにして重度精神薄弱児は専門家による処遇または専門家の助言や指導にもとづく適切な家庭での取り扱いをうけることなく、精神的身体的ならびに社会的に苦痛や苦悩を感じている家族の犠牲の上に家庭で保護されているのが現状である。

では一体、彼等にはどのような様な処遇が、またどのような様な処遇の方法が必要であろうか。

重度精神薄弱児の処遇を考えるうえにまず第1に問題になるのが重度精神薄弱児に対する考え方である。

彼等はまったく保護されるべき児童（custodial child）なのであろうか、または彼等にも社会適応性の開発増進が可能なのであろうか。

この両者の考え方の相違から重度精神薄弱児の処遇のあり方が変わってくる。

我々は重度精神薄弱児をまったく保護されるべき児童として片付けてしまうことに大きな抵抗を感じる。

何故なれば知能障害は著しくても彼等の生活経験は知能程度を上廻っているわけである。即ち精神年齢にくらべ生活年齢は大きいわけであるから、知能よりも日常生活の経験を通じて獲得され習得される社会生活力に関してはその増進の可能性が存しているはずである。

事実、精薄施設退園者の社会的予後調査、全国精神薄弱者実態調査ならびに地域調査の結果をみても重度精神薄弱者の就労の事例が報告されており、また成人精薄施設における在園者の社会生活力調査の結果でも重度の者は数量処理は困難であるが身辺処理をはじめとしてある程度の生活力を有しており知能障害の程度と社会生活力発揮の状況とは必ずしも平行していない。

したがって重度精神薄弱児も望ましい生活環境のもとで適切な生活経験が与えられれば身辺処理をはじめとして社会生活力の開発増進をはかることが可能である。

第2に重度精神薄弱児に対する家族の取り扱い態度の問題である。

重度精神薄弱児の社会生活力は過去の生活経験の内容を反映してその能力発揮の状況は著しく遅れている者が多い。

かような点から彼等の生活経験の乏しさについて家族の取り扱いの問題が考えられる。

小さい時からあぶないとかできないだろうということ家族の不適切な取り扱いによって能力の発達芽がつみとられていることが考えられる。

また習慣形成や生活態度、人間関係のもち方などが家庭における重度精神薄弱児の存在をめぐっての親子、両親、同胞、嫁姑関係の悪化による家族員間の緊張関係、重度精神薄弱児と両親、同胞、祖父母などの家族との人間関係の緊張、また親子、嫁姑、夫婦など家族構成員相互

間における緊張などが原因で重度精神薄弱児の情緒安定、適応を阻害し不安、葛藤を生ぜしめ望ましくない性格行動の特徴となってあらわれていることも感じられる。

かように重度精神薄弱児の社会生活力のじゅうぶんなる發揮と望ましい人間関係の樹立を阻害しているものに家族の取り扱いと家族を中心とする種々の人間関係の問題が存在している。

したがって重度精神薄弱児の家庭適応、社会適応をはかるためには家族が望ましい育児態度をもって適切な処遇がおこなえるように専門家による援助が必要である。

第3に精薄関係専門職員の重度精神薄弱児に対する態度意識と処遇技術の問題が考えられる。精薄施設職員の重度精神薄弱児に対する考えは全国援護施設職員の態度意識調査の結果にみられるように多くの者が重度の者に対しては指導してもあまり効果がないと考えており、それでもなお指導が必要であると考えている者が多い。しかも専門教育を受けてない者は指導効果がないと考える者が多く、学歴の高い者ほど指導の必要性を感じている。しかし精薄施設の職員は高校卒程度の学歴の者が過半数を占め専門教育を受けた者は少なく経験年数も短い若い年令層が多い。

また在宅重度精神薄弱児を扱う福祉事務所や児童相談所の担当者は施設収容に重点をおいた考えに傾き在宅指導はほとんどなされていないのが現状である。

かように重度精神薄弱児問題に関する専門職員の考えや態度は彼等を無能力者として扱い愛情をもって保護するといった素朴な考えが強く社会適応性の開発増進に向っての方向づけがほとんどなされていない。

専門職員として重度精神薄弱児問題に対する資質の向上が望まれる。

以上、重度精神薄弱児をめぐる諸問題について考えてきたが以下われわれは家庭で養護されている重度精神薄弱児に焦点をしばって心理、社会的立場からの接近を試みることにする。

### 3. 在宅重度精神薄弱児の実態

われわれは精神発達が著しく遅滞している為に日常生活において常時介護を必要としている精神薄弱児のうち家庭で養護されている者の実態を把握し処遇のあり方を検討するために調査をおこなった。

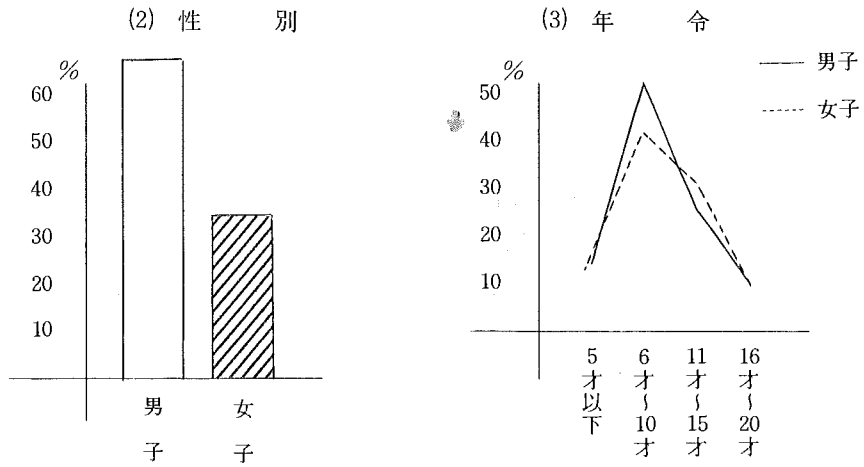
調査対象児は埼玉、神奈川、群馬三県に在住し、児童相談所によって重度精神薄弱児と判定された141名である。したがっていずれもIQ35以下の者ばかりである。

#### (1) 調査対象児

(実数)

地域 性別	神奈川	埼玉	群馬
男子	30	31	30
女子	11	19	20
計	41	50	50

彼等に対して児童相談所の協力を得て心身状況、家族関係、現在の状況などを調査した。調査対象の性別は男子65%（91名）女子35%（50名）で男子が多い。



年齢は6才~10才が男子51%、女子42%でもっとも多く、ついで11才~15才が男子25%、女子31%となっている。したがって6才~15才の学令該当児が全体の75%を占めている。

(4) 遺伝負因

(実数)

	住宅	農村	商業	工業	山村	計
近親婚	父母従兄弟 2	5			1	8
近親に精神薄弱	父知能遅滞 1	父 1	父、母、兄 1			父 2
	母 " 1	父母とも 3	母、兄 1			母 2
	(2)	弟+父母従兄弟婚 1				母、兄 1
		兄 1				父母 3
		母の妹+祖母自殺 1	(2)			父母、兄 1
		父の妹 1				弟+父母従兄弟婚 1
	母のまたいとこ 1	(8)				兄 1
						母の妹+祖母自殺 1
						父の妹 1
						母のまたいとこ 1
						(13)
その他の	父分裂病 1	兄ノイローゼ、自殺 1		祖父の兄弟精神病 1	父大酒 1	父分裂病 1
	父精神病質 1	1				父大酒 1
	姉聾啞 1	祖父アル中 1				父精神病質 1
	祖父精神病 1	母の姉てんかん 1			5	姉聾啞 1
	父の弟自殺 1	母の妹精神病 2				兄ノイローゼ、自殺 1
	父の妹の子神経症 1	父のいとこ、てんかん+母の叔母、自殺+父のいとこ精神病 1			1	祖父アル中 1
						祖父精神病 1
					母の姉てんかん 1	
					母の妹精神病 2	
					父の妹の子神経症 1	
					父のいとこ、てんかん+母の叔母、自殺+父のいとこ精神病 1	
					祖父の兄弟精神病 1	
					父の弟自殺 1	
	(6)	(6)		(1)	(1)	(14)



(1) 心身状況

遺伝負因についてみると近親婚では父母が従兄弟同志のものが6%みられ、住宅地では4%、農村では8%で農村に多い。父母、同胞に精神薄弱の出現している率は9%で住宅地では4%、農村では10%みられ農村に多い。

近親婚ならびに父母、同胞に精神薄弱の出現している率を他の調査と比較してみると次の通りである。

近親婚率は国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室開設以来満9年間に来所した精神薄弱児534名の調査では4%、沼津市3才児健診849名の調査では2%、松戸市3才児健診1979名の調査では5%で都市化の傾向の遅れている地域に近親婚の多いことがうかがわれ、本調査の対象地域が全般的に都市化の著しくない地域であることを考慮すれば他の調査とくらべ著しい差異はみられない。

父母、同胞に精神薄弱の出現している率については国立精研附属相談室来所精薄児調査の2%に対し著しく高率である。(x<sup>2</sup> = 1%)

医学的所見では精神薄弱の特殊型が18%を占め、ダウン症候群が多い。また伝染性疾患にもとづく精神薄弱では脳炎、脳膜炎の後遺症がほとんどであり、その他ではてんかんが13%、脳性マヒ後遺症が26%みられる。

(5) 医学的所見 (合併症を含む)

(実数)

医学的所見		地 域					計
		住宅	農村	商業	工業	山村	
精神薄弱の特殊型	ガルゴイズム	1					1
	ガルゴイズムの疑い		1				1
	結節性硬化症	1	1				2
	結節性硬化症の疑い	1					1
	ダウン症候群	6	5		1	1	13
	小頭症	1					1
	水頭症	2					2
	Sturge-weber氏病		1				1
伝染性疾患	脳膜炎後遺症		4				4
	脳炎後遺症		6	1			7
	結核性脳ずい膜炎		1				1
	パーキンソン氏病の疑い	1					1
	先天性白内障		1				1
	てんかん	7	9	1		1	18
	脳性マヒ後遺症	8	24	2	1	2	37
	進行性筋萎縮症		1				1
	魚鱗癬		1				1
	ろうあ		1				1
	四肢マヒ	1					1
	甲状腺機能低下				1		1

これを地域別にみると精神薄弱の特殊型については住宅地25%、農村9%で住宅地にその出現率が高い。(x<sup>2</sup>, P < 0.05) 伝染性疾患にもとづく精神薄弱はそのほとんどが農村にみられる。

(x<sup>2</sup>, P < 0.01)

かように農村においては脳炎、脳膜炎の後遺症などのいわゆる後天性の要因が目立っており公衆衛生知識の普及や医療対策の改善と推進の必要性が強く感じられる。また住宅地であっても精神薄弱の特殊型のうちダウン症候群、水頭症、小頭症、ガルゴイズムなどがかなりみられるところから遺伝、優生学上の問題の存在を無視できない。

次に本調査の結果を国立精研附属相談室来所精薄児の調査と比較してみると別表の通り大きな相違が認められ重度精神薄弱児の特徴がうかがわれる。

(6) 医学的所見 (合併症を含む) の比較

本 調 査			精 研 相 談 室 来 所 児 予 後 調 査		
	実数	%		実数	%
ガルゴイズム (疑わしいものを含む)	2	1.5	結節性硬化症	2	0.3
結節性硬化症 ( " )	3	2.2	ダウン症候群	22	4
ダウン症候群	13	9.2	小 頭 症 (疑わしいものを含む)	7	1.3
小 頭 症	1	0.7	水 頭 症 ( " )	7	1.3
水 頭 症	2	1.5	結核性脳膜炎後遺症	4	0.7
Sturge-weber 氏病	1	0.7	日本脳炎後遺症	2	0.3
脳膜炎後遺症	4	2.9	てんかん性精神薄弱	38	7
脳炎後遺症	7	5	脳性マヒを合併	11	2
結核性脳ずい膜炎	1	0.7			
てんかん	18	12.8			
脳性マヒ後遺症	37	26.3			
	$\frac{89}{141} = 63\%$			$\frac{93}{534} = 17\%$	

妊娠中の母体の異常は妊娠悪疽、妊娠中毒症、栄養障害、精神的ショックその他が全体の29%にみられる。

これを他の調査と比較してみると昭和34年就学猶予免除6才児(精薄児)<sup>(1)</sup>の全国調査の20%、国立精研附属相談室来所精薄児調査<sup>(2)</sup>の4%にくらべ高率を示しており重度精神薄弱児の特徴の一つとみられる。(x<sup>2</sup>, P < 0.05<sup>(1)</sup>, x<sup>2</sup>, P < 0.01<sup>(2)</sup>)

(7) 妊娠中の母体の異常

(実 数)

住 宅	農 村	商 業	工 業	山 村	計
熱性疾患	1		異常疼痛	1	熱性疾患
0	妊娠悪疽	2	0	0	0
	1				8
妊娠悪疽	6		心臓疾患	0	1
0	1		1		4
妊娠中毒症	2		バセドウ氏病	0	1
0	1		1		1
伝染病	1		夜盲症	0	0
0	精神的苦痛	3	1		0
	0				5
栄養障害	3				0
0	異常出血	1			0
	0				5
精神的苦痛	2				0
0	頭 痛	1			0
	0				1
異常出血	0				1
1	腎 臓 病	1			1
	1				1

ぜんそく	0	盲腸炎	1			異常疼痛	1
	1	神経痛	0			ぜんそく	0
		肋膜炎	0			頭痛	1
		胃けいれん	0			腎臓病	0
			1			腎臓病	1
15. 2. 17	13. 7. 20	0. 0. 0	1. 3. 4	0. 0. 0	盲腸炎	1	
					神経痛	0	
					肋膜炎	0	
					胃けいれん	0	
					心臓疾患	1	
					バセドウ氏病	0	
					夜盲症	0	
						1	
					29. 12. 41		

上 段……男 子

下 段……女 子

出産時の異常については32%でしかも仮死の出現率は全体の23%を占めている。  
 仮死の率を他の調査と比較してみると昭和34年の就学猶子免除6才児（精薄児）の全国調査の10%、国立精研附属相談室来所精薄児の調査の8%をいずれも大きく上廻っているのが特徴である。(いずれも  $\chi^2$ ,  $P < 0.01$ )

(8) 出 産 時 の 異 常

(実 数)  
 前者 男子, 後者 女子

地域 性別 出産時の異常	住 宅 地		農 村		商 業		工 業		山 村		計	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
仮 死	7	3	7	3	1				1	1	16	7
仮死・鉗子	1		3	1							4	1
仮死・早産		1		2								3
仮死・逆子	1										1	
鉗 子			2	2				1			2	3
逆 子			1	2							1	2
逆子・早産				1								1
早 産			2	2							2	2
計	9	4	15	13	1			1	1	1	26	19

既往症については罹患児は72%で他の調査と大差ないが疾患の種類が脳性マヒ, てんかん, 脳炎, 脳膜炎などの多いのが特徴である。



## (11) 始 語 開 始 時 期

(実 数)

地域	住宅地		農 村		商 業		工 業		山 村		計		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 才	5		2	3	2						9	3	12
2 才	2	1	3	5					1		6	6	12
3 才	2	1	4	2						1	6	4	10
4 才	2	2	3	1					1		6	3	9
5 才	2	1	3	4				1			5	6	11
6 才	1		1		1			1		1	3	2	5
7 才		1	1	1							1	2	3
8 才									1		1		1
9 才			1								1		1
10 才			2								2		2
不 能	15	6	18	13	1			1		2	34	22	56
不 明			2								2		2
無記入	5		9	2				1			15	2	17
計	34	12	49	31	4		1	3	3	4	91	50	141

前者 男子, 後者 女子

体の40%が発語不能の状態である。

始歩ならびに始語の遅れを他の調査と比較してみると国立精研附属相談室来所精薄児調査の始歩の遅れ38%, 始語の遅れ39%にくらべ著しい高率を示しているのが特徴である。(いずれも  $x^2$ ,  $P < 0.01$ )

母親の出産時年齢は20才代が38%で多く, 40才以上の高年齢出産は男子7%, 女子16%, 全体では10%みられ, イギリスにおけるTizardの調査にみられる著しい傾向は認められなかったがいくぶん高年齢出産の傾向がうかがえた。

同胞の数は2人が35%でもっとも多く, 平均して1人~3人であり, 出生順位は末っ子が40%を占めているが長子も25%と多く母親の精神薄弱児出現以後の出産拒否については著しい傾向は認められなかった。

## (12) 母 親 の 出 産 時 年 令

(%)

	男 子	女 子	計
20 才 ~	3 6	4 2	3 8
30 才 ~	3 2	2 8	3 1
40 才 ~	7	1 6	1 0
不 明	2 5	1 4	2 1

## (13) Percentage distribution of mother's age at birth

(%)

Age of mothers at maternity	mongols	Other defectives	all defectives	normals	
under 20 years		5	3	2	4
20-29 years	19	48	38	51	59
30-39	41	33	36	41	33
40+ years	40	12	21	6	4
Not Known		2	2		

Tizard &amp; grad : The mentally Handicapped and Their families 1961

調査対象児の性格傾向は落ちつきがない46%、あきっぽい20%、憶病19%、怒りっぽい18%、などが目立っている。

これを地域別にみると住宅地では落ちつきがないが61%を占めるのに対し農村では38%しかみられないのが特徴的である。このことは住宅地と農村の生活空間の広さの差異とそれに伴う取り扱い態度の影響と考えられる。

## (14) 性 格 傾 向

(%)

	住宅 (46)			農村 (80)			商業 (4)			工業 (4)			山村 (7)			計 (141)		
落ち着きなし	65	50	61	31	48	38	50	-	50	100	33	50	67	25	43	46	46	46
怒 っ ぽ い	18	-	13	18	23	20	25	-	25	100	33	50	-	-	-	19	16	18
あきっぽい	18	42	24	14	19	16	25	-	25	100	-	25	33	25	29	18	24	20
す な お	6	8	7	14	7	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	6	9
憶 病	20	33	24	16	23	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	22	19
なげやり	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
無 意 欲	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
反応に乏しい	-	-	-	-	-	-	25	-	25	-	-	-	-	-	-	1	-	1
無 表 情	-	-	-	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
不 機 嫌	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1

前者 男子, 中間 女子, 後者 全体

対人態度については周囲に無関心が47%を占めているのが目立つ程度で他に特徴的なことはみられない。

反及び非社会的行動では乱暴10%、夜尿20%が目立つ程度である。

しかし地域別にみると住宅地では乱暴(13%)、性的悪癖(4%)、暴食(7%)、自傷(11%)、汚物をいじる(11%)などがいずれも農村を上廻っており、徘徊、放浪(2%)が農村(6%)



を著しく下廻っているなど両者の差異がみられる。

これも性格傾向のところでも述べたような生活空間の広さとそれに伴う取扱い態度の影響と考えられる。

(15) 反社会的行動

(%)

	住宅 (46)			農村 (80)			商業 (4)			工業 (4)			山村 (7)			計 (141)		
	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後
乱暴	15	8	13	8	7	8	25	-	25	100	-	25	-	-	-	12	6	10
性的悪癖	6	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
徘徊, 放浪	3	-	2	8	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	4	
盗み	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	
いたずら	-	-	-	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	
交通妨害	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	

(16) 非社会的行動

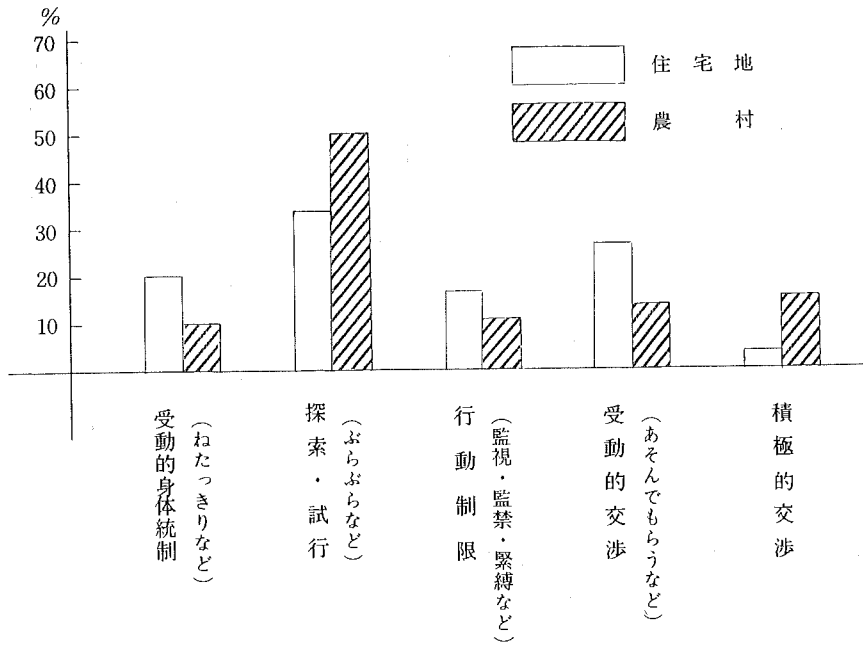
(%)

	住宅 (46)			農村 (80)			商業 (4)			工業 (4)			山村 (7)			計 (141)		
	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後	前	中	後
夜尿	9	25	13	23	23	23	-	-	-	-	67	50	-	50	29	15	28	20
失禁	-	-	-	2	7	4	25	-	25	-	33	50	-	-	-	2	6	4
暴食	9	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2
異食	-	-	-	2	13	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	4
偏食	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
指しゃぶり	3	-	2	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2
爪かみ	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
夜泣き	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	14	-	2	1
緘黙	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
自傷	9	17	11	-	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10	6
汚物をいじる	15	-	11	2	7	4	25	-	25	-	-	-	-	25	14	8	6	7
性器をいじる	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1

前者, 男子, 中間, 女子, 後者, 全体

次に日常生活の状況は寝たきりの受動的な身体統制の段階にあるものは13%と少なく, ふらふら歩き廻るなどの探索・試行の段階の者が45%を占めている。

(17) 日常生活の状況



(2) 社会生活力

重度精神薄弱児の社会生活力の測定は桜井式乳幼児社会生活力診断検査をもちいておこなった。

彼等の社会生活力発達指数の平均は20、標準偏差は12である。社会生活力発達年齢では2才以下が63%、社会生活力発達指数では30以下が81%を占めており社会生活力の低い者が多い。

(18) 社会生活力

(S Q)

		住宅	農村	商業	工業	山村	計
男 子	M	19	21	22	28	22	20
	S D	11	13	—	—	—	14
女 子	M	21	19	—	20	11	19
	S D	10	14	—	—	—	13
計	M	19	20	22	22	15	20
	S D	11	13	—	—	—	12

次に社会生活力の実態についてながめてみよう。

まず性差については全体としてはコミュニケーション(C)及び自己指示力(SD)に5%水準で有意差が認められ女子が進んでいる。性差を地域別にみると農村では移動能力(L)において男子が進んでおり(x<sup>2</sup>=5%)、住宅地では総合点で男子が女子を上廻っている。(x<sup>2</sup>, P

(0.05) 年齢段階別にみると5才以下では全体として食事の自立(SHE)は男子が進んでおり( $x^2, P < 0.05$ ) また農村では食事の自立及び総合点で男子が女子を上廻っている。 $(x^2, P < 0.01)$  6才~10才段階では全体として自己指示力は女子が進んでおり( $x^2, P < 0.01$ ) 農村でも同様な傾向が認められる。11才~15才段階では全体として着衣の自立(SHD)は女子が進んでおり( $x^2, P < 0.01$ ), 自己指示力(1)及び総合点(2)では男子が女子を上廻っている。 $(x^2, P < 0.05(1), x^2, P < 0.01(2))$  農村では着衣の自立(1)自己指示力(2)及び総合点(3)で男子が女子を上廻っている。 $(x^2, P < 0.01(1), x^2, P < 0.05(2), x^2, P < 0.01(3))$  住宅地では食事(1)着衣(2)の自立及び総合点(3)で女子が進んでいる。 $(x^2, P < 0.01(1), x^2, P < 0.05(2), x^2, P < 0.01(3))$  16才~20才段階では全体として女子が移動能力を除く全領域において1%乃至5%水準で有意差が認められ男子を上廻っている。農村でも同様な傾向がみられる。

かように性差は年齢段階や地域および社会生活力のそれぞれの領域によって種々の差異が認められ一定の傾向はみられない。

次に地域差についてみると全体では食事及び着衣の自立, 作業能力(O)コミュニケーション能力, 自己指示力, 社会関係(対人関係)(S)の能力ならびに総合点で農村が住宅地を上廻り1%水準で有意差が認められる。地域差について性別にみると男子では食事及び着衣の自立, 作業能力, コミュニケーション能力, 社会関係の能力ならびに総合点で農村が進んでおり, 一方女子では着衣の自立, 自己指示力において農村が住宅地を上廻っている。いずれも1%ないし5%水準で有意差が認められる。また年齢段階別では別表にみられるごとくかなりの領域にわたって農村が進んでいる。

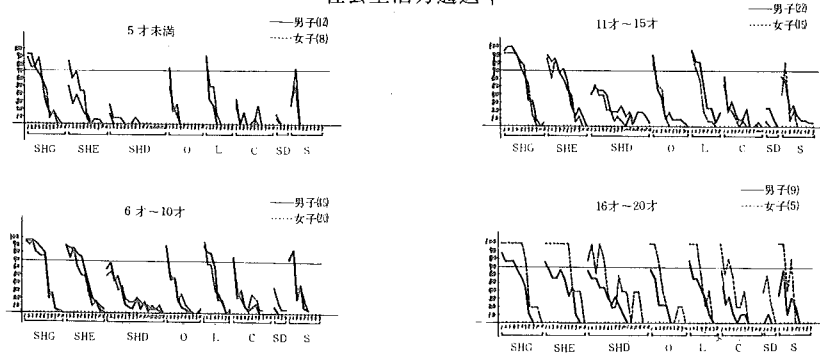
かように地域差はかなり認められ, いずれも農村が住宅地を上廻っているのが特徴である。

社会生活力の項目別の通過率を年齢段階別にみると別表の如くである。

通過率70%以上の項目をあげてみると次の通りである。

5才以下の段階では「寝返りを打つ」「頭のバランスをとる」「手のとどく範囲のものをつかむ」「支えられなくても坐る」(一般的自立)「たすけてもらってコップからのむ」(食事の自立)「床の上で手足を動かす」(移動能力)。

社会生活力通過率



(19) 社会生活力男女別比較

	5才以下			6才~10才			11才~15才			16才~20才			全			体 全 体					
	農村	住宅	全体	農村	住宅	全体	農村	住宅	全体	農村	住宅	全体	農村	住宅	全体						
SHG	-	-	-	-	-	-	男<女> P<0.05	-	-	男<女> P<0.01	-	-	男<女> P<0.05	-	-	-					
SHE	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	-	-					
SHO	-	-	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-	-	-					
O	-	-	-	-	-	-	-	-	男<女> P<0.05	-	-	-	男<女> P<0.05	-	-	-					
L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	男<女> P<0.05					
C	-	-	-	-	-	-	-	-	男<女> P<0.01	-	-	-	男<女> P<0.01	-	-	男<女> P<0.05					
S D	-	-	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-	-	-					
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
総合	男<女> P<0.01	-	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.01	-	男<女> P<0.05	-					
実数	5	5	2	12	8	7	20	13	9	8	2	22	15	8	5	34	11	46	30	88	48

(20) 社会生活力地域別比較

	5才以下			6才~10才			11才~15才			16才~20才			全			体 計				
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計					
SHG	農>住 P<0.05	-	農>住 P<0.05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	農>住 P<0.01	-	農>住 P<0.05					
SHE	-	-	農>住 P<0.05	-	-	-	農>住 P<0.01	-	-	-	-	-	農>住 P<0.01	-	農>住 P<0.05					
SHD	-	-	農>住 P<0.05	農>住 P<0.05	農>住 P<0.01	農>住 P<0.05	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01					
O	-	-	-	-	-	-	農>住 P<0.05	-	-	-	-	-	農>住 P<0.01	-	農>住 P<0.01					
L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
C	-	-	-	農>住 P<0.05	-	-	農>住 P<0.05	-	-	-	-	-	農>住 P<0.01	-	農>住 P<0.01					
S D	-	-	-	農>住 P<0.05	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01					
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
総合	男>住 P<0.05	-	-	農>住 P<0.05	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01	農>住 P<0.01					
実数	5	5	2	10	7	31	27	13	8	9	2	22	10	10	46	34	30	11	76	45

6才～10才段階では「寝返りを打つ」「頭のバランスをとる」「手のとどく範囲のものをつかむ」「支えられなくても坐る」「直立する」「簡単なじゃまものをどける」(一般的自立)「たすけてもらってコップからのむ」「よだれをたらさない」「食物をつかむ」「ひとりでコップからのむ」(食事の自立)「暫くの間ひとりで何かしている」(作業能力)「床の上で手足を動かす」「助けなしで部屋の中を歩き廻る」「家の中や庭を歩き廻る」(移動能力)「単純な命令に従う」(コミュニケーション)「大人の注意を惹こうとする」(社会関係)

11才～15才段階では「寝返りを打つ」「頭のバランスをとる」「手のとどく範囲のものをつかむ」「支えられなくても坐る」「直立する」「簡単なじゃまものをどける」(一般的自立)「たすけてもらってコップからのむ」「よだれをたらさない」「食物をつかむ」(食事の自立)「床の上で手足を動かす」「たすけなしで部屋の中を歩き廻る」「家の中や庭を歩き廻る」(移動能力)

16才～20才段階では「寝返りを打つ」「頭のバランスをとる」「手のとどく範囲のものをつかむ」「支えられなくても坐る」「直立する」「簡単なじゃまものをどける」(一般的自立)「たすけてもらってコップからのむ」「よだれをたらさない」「食物をつかむ」「ひとりでコップからのむ」「スプーンをつかう」「キャンデーのつつみ紙をはがす」(食事の自立)「ソックスを引張って脱ぐ」「排便を知らせる」(着衣の自立)「暫くの間ひとりで何かしている」「よく知っているものならとって来たりもっていったりする」(作業能力)「床の上で手足を動かす」「助けなしで部屋の中を歩き廻る」「家の中や庭を歩き廻る」(移動能力)「単純な命令に従う」(コミュニケーション)「親しい人の方へやってくる」(社会関係)

かように年齢段階別に社会生活力をみると年齢の進むに従って社会生活力の向上が認められる。(x<sup>2</sup>, P < 0.01), 連合係数は C = 0.450 で連合の強さは比較的ゆるやかである。

また社会生活力の通過率を項目別に検討してみるとかなり個人差がみられ生活経験の影響がうかがわれた。

しかしほとんどの者が適切なしつけや指導をうけておらずに放置されているか、または過保護的過干渉的な取扱いをうけている。

かような点から指導如何によっては社会生活力の向上の余地が感じられた。

### (3) 家族関係

家族構成員相互間の人間関係を親和関係にある親和型、人間関係に緊張のみられる対立抗争型、専制型、人間関係がばらばらな分離型の4型に分類してみると重度精神薄弱児の家庭は親和型が64%、対立抗争型30%、専制型4%、分離型2%で農村、住宅地を通じて親和型が多い。なお少数ではあるが農村では専制型、住宅地では分離型が特徴的にみられた。

一方、重度精神薄弱児に対する養育者の態度をいくつかの類型に分類してみると受容、あきらめ、苦悩煩悶、放任、服従などが目立っている。

家族構成員相互間の人間関係と養育者の態度を組合せると親和型では受容(25%)及び過保護(14%)が多く、対立抗争型では苦悩煩悶(26%)及びあきらめ(19%)が目立っている。(x<sup>2</sup>, P < 0.01, C = 0.397)

地域別に養育者の態度をながめてみると農村では受容がもっとも多く(21%), ( $\chi^2$ ,  $P < 0.05$ ) 服従(16%) 苦悩煩悶(14%)などが目立っている。家族構成員相互間の人間関係と組合せてながめてみると親和型では受容(33%), 対立抗争型では苦悩煩悶(21%)が多い。

住宅地ではあきらめ(20%) 過保護(13%) 緊張不安(13%)などが多い。なお親和型では過保護(20%) あきらめ(17%)が多く, 対立抗争型では苦悩煩悶(31%)が目立っている。かように親の態度に地域差が認められる。

### (21) 家 族 関 係

— 全 体 — (%)

親和型	8	2	8	1	2	—	11	10	14	2	11	3	1	2	—	25	64
対立・抗争	7	2	26	2	2	2	19	14	—	—	12	—	2	10	—	—	30
専制型	20	—	—	—	—	—	20	20	20	—	20	—	—	—	—	—	4
分離型	33	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	33	—	2
計	9	2	13	2	2	1	14	11	10	2	11	2	2	4	1	14	100
家庭内 相互 関係	緊張不安	焦燥	苦悩煩悶	要求過剰	反省後悔	矛盾不一致	あきらめ	放任	過保護	過干渉	服従	逃避	拒否	自己防衛	他力本願	受容	計
実数	12	3	18	2	3	1	20	16	14	2	16	3	2	6	1	22	141

### (22) 家 族 関 係

— 農村地帯 — (%)

親和型	8	4	12	—	—	—	6	8	8	—	17	2	—	2	—	33	64
対立・抗争	—	4	21	4	4	4	17	17	—	—	12	—	—	17	—	—	30
専制型	25	—	—	—	—	—	—	25	25	—	25	—	—	—	—	—	5
分離型	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
計	6	4	14	2	2	2	10	11	6	—	16	2	—	6	—	21	100
家庭内 相互 関係	緊張不安	焦燥	苦悩煩悶	要求過剰	反省後悔	矛盾不一致	あきらめ	放任	過保護	過干渉	服従	逃避	拒否	自己防衛	他力本願	受容	計
実数	5	3	11	1	1	1	8	9	5	0	13	1	0	5	0	17	80



(23) 家 族 関 係

— 住宅地域 — (%)

親和型	7	—	3	3	7	—	17	7	20	7	3	7	3	3	—	13	65
対立・抗争	23	—	31	—	—	—	23	—	—	—	15	—	8	—	—	—	28
専制型	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
分離型	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	—	5
計	13	—	11	2	4	—	20	4	13	4	8	4	4	2	2	9	100
家庭内 相互 関係	緊張不安	焦燥	苦悩煩悶	要求過剰	反省後悔	矛盾不一致	あきらめ	放任	過保護	過干渉	服従	逃避	拒否	自己防衛	他方本願	受容	計
実数	6	0	5	1	2	0	9	2	6	2	3	2	2	1	1	4	46

両親や家族の養育態度の特徴を地域別にあげてみると別表の通りである。

(24) 家 族 関 係

住宅地域(46)	農村地帯(80)	商業地域(4)	工業地域(4)	山村(7)
<p>精薄児の処遇をめぐるあきらめ的であり不安・苦悩が強い。夫婦家族が多い。</p> <p>○指導訓練をうけさせたいので施設へ入れたい。</p> <p>○母親が働きにでたいので施設へ入れたい。</p>	<p>封建的因習の家族関係が強く嫁の立場に精神的負担感じられる。直系家族が比較的多い。</p> <p><u>親和一受容</u></p> <p>現在は一応安定しているが人間関係の緊張が生じやすい不安定な状態にある。</p> <p><u>受容以外のタイプ</u></p> <p>精薄児に問題行動があるか又は非常に手がかかる。</p> <p><u>対立・抗争</u></p> <p>精薄児の存在をめぐる緊張が高まっている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同胞の結婚に及ぼす影響。</li> <li>2. 同胞が精薄児を嫌う。</li> <li>3. 両親間の問題(母親に責任転嫁をしたり、母親が悩んだりなど)</li> <li>4. 祖父母と夫婦との間のトラブルなど。</li> </ol>	<p>深刻な不安・葛藤などはみられない。</p>	<p>○親子関係の不和(精薄児の取扱いをめぐる)</p>	<p>○母親看護に疲れきっている。</p> <p>○嫁の責任にされ泣かされている。</p>

住宅地域においては重度精神薄弱児の処遇をめぐるあきらめ的であり、不安苦悩が強い。なお家族形態は夫婦と子供のみ夫婦家族が74%を占めている。

#### 症例1. 不安苦悩

K. T. 女子8才, S Q 16, 夫婦家族, 生活保護受給世帯。

本児は落つきがなく夜間さわぎまわり, しかも自傷行為がみられる。興奮しやすく片時もじっとしていないので家中の者が困わくし特に姉はその為におちつきがなくなりイライラし本児をじゃまもの扱いしている。両親は取扱いに苦しみ不安苦悩の感情をつのらせている。家族の希望は本児を施設に収容することである。

#### 症例2. 母親の就労が必要

M. M. 男子4才, S Q 11, 夫婦家族, 生活程度, 下, 親の職業 工具。

炭坑離職者の家庭で本児はほとんど寝たっきりであり, 常時, 日常生活の介護を必要としている。し

かように住宅地にあっては夫婦を中心とするいわゆる核家族が多いため複雑な人間関係のもつれは少なく, したがって人間関係の緊張は農村ほど高くはないが生活空間が狭いため重度精神薄弱児の養護に困難を感じ, また他の同胞が犠牲になっている場合が多い。その上に近所隣りへの気がねも強い。しかも親の職業が俸給生活者であるために経済的にほとんどの者が養育に苦しんでいる。

農村では封建的因習的な家族関係が強く嫁の立場に精神的負担が感じられる。家族形態は祖父母をふくめた直系家族が過半数を占めている。

家庭内の人間関係が親和型の者でも現在は問題がおきていないので一応安定してはいるが人間関係の緊張が生じ易い不安定な状態にある者が多い。

#### 症例4. 一応の安定

Y. M. 男子14才, S Q 31, 直系家族, 生活程度, 下, 親の職業 農業。

本児は憶病で1人遊びか又は小さな子とだけ遊ぶがとりわけて問題行動はみられない。本児の養育は

かも2才と1才の同胞がおり両親は経済的に困窮している。しかし家庭内の人間関係には特別な緊張はみられない。経済的に母親の就労を必要としているので施設収容を希望している。

#### 症例3. あきらめ

S. K. 男子5才, S Q 8, 夫婦家族, 生活程度, 下, 親の職業 工具。

本児は奇声を発するので近所から苦情がたえず住居を転々としなければならず, 一時は住居がみつからない為の本児と母親が実家へ帰り別居生活を余さなくされていた。現在はアパートの一室を借りて生活しているがこれまた本児のために立のきをせまられている。しかし家庭内の人間関係に緊張は認められず, 両親は本児のような子供の面倒は親以外にみてくれるものはないとあきらめきっている。

祖父母が主としてあたっているが取扱いは過保護的である。本児は家族の者からも保護的に扱われ, 家族の者は皆こまった, こまったといながらも本児を可愛がっている。近隣の人々も本児ならびに家族に同情的である。

なお家族構成員相互間の人間関係が親和型であって親の養育態度が受容以外の場合には重度精神薄弱児に問題行動がみられるか又は非常に手がかかる場合が多い。

一方, 対立抗争型では重度精神薄弱児の存在をめぐって家族員間の緊張が高まっている。

緊張をひきおこす原因としては同胞の結婚に及ぼす影響, 同胞が精薄児を嫌う, 両親間の間

題一即ち母親が精薄児出現の全責任を負わされたり、母親自身が自分の責任と感じて悩んだり苦しんだりなど一、租父母と夫婦との間のトラブルなどがあげられる。

症例 5. 両親間の問題

H. H. 女子4才, S Q 10, 夫婦家族, 生活程度中, 親の職業 国鉄職員。

本児は歩行言語共に不能で常時介護を必要としている。父親は本児に拒否的であり、母親に対しても本児出生の責任をすべておしつけ父親の住地へ妻子を迎えることを拒否し養育費の送金のみをおこなっている。母親は時には本児をうとましく感じることもある。なお母親は姑死亡までは半身不随で長い間病床におった姑の看護と本児が精薄児であるために姑から受ける精神的苦痛のために心身共に疲労しきっている。近隣の人々は母子に同情的である。施設収容を望んでいる。

症例 6. ひけめ

A. K. 男子9才, S Q 48, 直系家族, 生活程度

かように農村では地縁、血縁関係による結びつきが強く、人間関係の緊張が生じ易い土地柄といえよう。したがって因習的保守的な意識の強い地域だけに重度精神薄弱児をかかえている家庭ではさまざまな問題の発生が考えられる。しかし半面、住宅地と異なり生活空間が広く、経済的にも何とか受け入れていける余裕が感じられる。

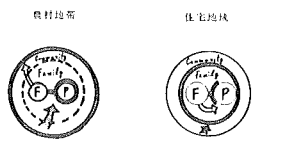
商業地域では家庭内人間関係に深刻な不安葛藤は認められない。

工業地域では重度精神薄弱児の取扱いをめぐって親子関係のトラブルなどがみられる。

山村地域では母親が重度精神薄弱児の看護で疲れ切っていたり、また重度精神薄弱児の存在を嫁の責任にされ泣かされている例などがみられる。

次に代表的な地域である農村と住宅地とを比較してみると次の通りである。

農村地帯住宅地域の比較



地 域	農村地帯	住宅地帯
地 域	目的地的統一の相対的	合理的的統一の個人主義的
家族の形態	目的地的の(世帯)を以てする	合理的的の(個人)を以てする
家族の構成	父、母、子、兄弟	父、母、子、兄弟、祖父母、下宿、家内
家族の中心	直系	大家
生活空間	広い	狭い

中, 親の職業 農業。

本児は怒りっぽく夜尿、汚物をいじるなどの問題行動がみられる。本児の養育は主として祖母がよく面倒をみているが、それがかえって同胞のやきもちをかっている。両親は近隣の人々に本児の存在についてひげめを感じており、姉も学校ではずかしいといて本児を拒否する。近隣の子供からも本児は時には馬鹿にされることがある。施設収容を望んでいる。

症例 7. 結婚に影響

T. F. 男子17才, S Q 16, 夫婦家族, 生活程度中, 親の職業 農業。

本児は憶病であり一人で家の中でぶらぶらしている。本児の兄と姉は本児の存在が結婚に影響して進展しないため母親を責めており本児の存在をいやがっている。

農村では相互扶助的干渉的な地域の特徴から家族は世間態を気にする傾向がみられるのに対し住宅地では地域の特徴が不干渉的個人主義的であり、またいわゆる核家族が多いために農村にみられる世間態を気にしての緊張や因習的な家族関係のもつれは少ないが地域と家族との間の壁は厚い。また生活空間の狭さから乱暴、自傷行為、落ちつきがないなど

の問題行動も多くみられる。したがって家族の関心は地域社会に向けられず、常に重度精神薄弱児の行動態度に焦点がむけられている。

重度精神薄弱児の性別による親の態度の相違もみられる。

住宅地では5%水準で緊張不安が女子をもつ親に多くみられ、また1%水準で男子をもつ親に苦悩煩悶が多くみられる。

このことは住宅地と農村の住民の社会経済的條件の相違からくる親の子供の性差による期待感の差異にもとづくものと考えられる。

農村では重度精神薄弱児を家庭内で何とか面倒をみていける余地が考えられるのに対し住宅地では子供の処遇は結局のところ社会保障制度に頼る以外にないことなどによるものと思われる。

住宅地にあっては住民の多くは親の老後の面倒をみてもらえるという期待感のそう失から男子をもつ親には苦悩煩悶が強く、女子をもつ親では良縁を求めてとつがせるといった希望が失せ、さらに将来、男にだまされ妊娠でもさせられたどうしようという不安感から緊張不安が強いものと考えられる。

かように重度精神薄弱児をかかえた家族には子供の心身状況のみならず地域社会の価値志向、文化的経済的社会的要因にもとづく影響が認められる。

したがって農村、住宅地を問わず施設入所による問題解決を求める声が強いうる表面にあらわれた共通的な現象面だけをながめて画一的な対策を考えるのではなく、その家族がどのような地域社会に生活し、そこからどのような影響をうけているかを考え、重度精神薄弱児の養護に苦悩している家族に具体的な身体的精神的援助の手がさしのべられなければならない。

#### (4) 社会経済的條件

調査対象児の居住している地域は農村が57%、住宅地が33%を占め、しかも大都会はみられず、地方の小中都市が多い。

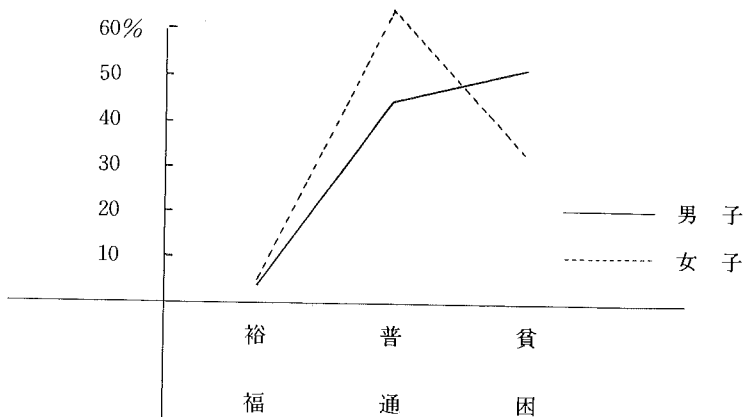
#### (25) 地 域 別

地域 性別	住 宅	農 村	商 業	工 業	山 村	計
男 子	3 4	4 9	4	1	3	9 1
女 子	1 2	3 1	—	3	4	5 0
計	4 6	8 0	4	4	7	1 4 1

経済状態は貧困家庭が43%を占め、それは男子の重度精神薄弱児をもつ家庭に多い。生活保護受給世帯は8%で我が国の保護受給率1.6%(昭和40年厚生省統計)を大きく上廻っている。

かように貧困家庭が多く、しかも大都会の居住者がみられないのは調査対象児の選択が地域的に農村部にかたよっていることや児童相談所で取り扱っている児童が主として経済的に家庭

(26) 経済状態



で養護に困難を感じている者が多いなどのことに原因していると考えられる。しかし調査対象児の選択が我が国における重度精神薄弱児の実態と著しいへだたりがないように標本抽出のさいにも十分な注意を払った。

近隣との人間関係は普通が60%を占めている。しかし地域別にみると農村では同情的好意的が34%、問題のあるものが3%であるのに対し住宅地では同情的好意的が20%、問題のあるもの（近隣の人々が冷たい、気まずい、嫌われるなど）が17%、近隣の人々が無関心11%で住宅地住民の態度に問題が感じられた。

(27) 近隣との人間関係

(%)

	住宅 (46)			農村 (80)			商業 (4)			工業 (4)			山村 (7)			計 (141)		
同情的	6	8	7	35	29	33	-	-	-	-	-	-	67	25	43	23	22	24
良好	9	25	13	0	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8	5
普通	50	59	52	63	61	63	100	100	100	33	50	33	75	57	59	60	60	60
無関心	15	0	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	4
冷たい、嫌われる、気まずい	20	8	17	2	7	3	-	-	-	67	50	-	-	-	-	9	10	9

重度精神薄弱児の処遇についての家族の希望は施設収容が62%、家庭保護が28%で施設収容を希望する家庭が多い。

また児童相談所の担当者の意見では施設収容が76%、在宅保護が16%で家族の希望を上廻って施設収容が圧倒的に多い。かような点から考えると児童相談所職員の見解の重度精神薄弱児対策についての態度に何か安易に施設収容による問題解決を重視しすぎるきらいが感じられる。

#### 4. 在宅重度精神薄弱児の処遇についての問題

在宅重度精神薄弱児の状態、家族および近隣の状況、専門職員の態度意識などの実態に立脚して在宅重度精神薄弱児の処遇に関する諸問題を考えてみたいと思う。

まず第1に重度精神薄弱児をとりまく人間関係の問題について考えてみよう。

重度精神薄弱児のうち寝たきりの受動的な身体統制の段階にある者は接触する相手は主として養育者を中心とする家族の者に限られるが本調査の結果ではそれは極く小数であり多くの者がかなりの行動範囲をもっているところから経験する人間関係はその巾が広いと考えられる。

また居住する地域によってもその人間関係は種々さまざまである。

かような重度精神薄弱児をとりまく種々の人間関係において彼等が知能障害が著しく日常生活に常時の介護を要するところから家族は、ともするとあきらめ、苦悩煩悶、緊張不安の感情を引起し易く、あるいは拒否的、あるいは過保護的な態度、または困わくのあまり傍観者の態度をとることが考えられる。また家族は地域社会の影響をうけていたずらに世間態を気にしたり、あるいは孤立してしまつて家族の関心がたえず重度精神薄弱児の現状ならびに将来に向けられ不安、焦燥にかられ重度精神薄弱児ならびに他の家族員に対する好ましくない態度、行動となつてあらわれる場合も多いことであろう。かような望ましくない感情や取扱い態度は敏感に重度精神薄弱児に反映し、性格傾向や及び非社会的行動の実態のところでも明らかにしたような問題行動の発生やまたは能力のい縮をもたらしことになろう。

かように重度精神薄弱児をとりまく望ましくない人間関係の存在は重度精神薄弱児の処遇上大きな影響を及ぼすことが考えられる。

したがって身体的精神的社会的に疲労しきっている両親やその他の家族の身体的精神的負担を軽減し望ましい親子関係、家族関係が維持できるような対策が講じられなければならない。

それには専門職員による家族間の緊張関係の調整、家族外の対人関係の調整、重度精神薄弱児の養護に関する援助などについての在宅指導や重度精神薄弱児のコミュニティケアなどの実施が必要である。

第2に重度精神薄弱児の取り扱いの問題がある。

本調査の結果をみても重度精神薄弱児に対し適切な取り扱いがなされておらず身体的養護に重点が置かれている。このことは重度精神薄弱児の社会的予後に関する家族ならびに専門職員の見通しの暗さが大きく影響しているといえよう。その結果、社会適応性の開発増進に向つての方向づけや努力が専門職員や家族ならびに地域社会の人々によつてまったく無視されてしまつている。

しかし成人の重度精神薄弱者の社会生活の状況をみるとかなりの者が社会生活を送っている。

全国精薄施設退園者の社会的予後調査によると知能障害が重度の者でも農家作男、瓦製造工、土工、日傭人夫、洗濯婦などの職業に従事している者が存在しており、その稼動収入も日給ながら月額最高3千円とかなりな実収を得ている。また埼玉県精神薄弱者実態調査の結果でも



重度の者で継続就労している者が4%、断続就労が12%みられ、東北地方の小都市（斜陽炭鉱町）の調査でも知能障害の著しい者が仕事に従事しており作業状況は必ずしも知能程度と平行していない。

かように知能障害の重い者でも特別な配慮が得られれば作業に従事できることを物語っている。

全国成人精薄施設在園者の社会生活力調査の結果をみると重度精神薄弱者では身辺の処理は男34%、女47%が自立し、全然できない者は男に1%みられるだけである。意志の表示と交換では男7%、女4%が可能であり、かなり自立している者が男女とも55%を占めている。移動交通では可能な者は女に6%みられるが男45%、女54%が狭い範囲で可能である。作業技術は男5%、女3%が普通人なみに可能である。数量処理の可能なものは男1%、女2%みられる。

かように知能障害が重度の者でも数量処理は困難な者が多いがある程度の社会生活力を有しており、知能障害の程度と社会生活力発揮の状況とはかならずしも平行していない。

また作業技術の内容をみても重度の者でも電気ドリルを扱ったり、カメラ部品の洗じょう、組合せなどかなりの作業技術を有し種々の作業に従事している者がみられる。

かように成人精神薄弱者の社会生活力は重度の者でもかなりの能力を発揮しており、その能力の有無は知能障害の程度よりは過去の生育過程における生活経験の内容に大きく関係しており幼少時から適切な生活経験を与えることの重要性が考えられる。

したがって重度精神薄弱児に対してもつとめて望ましい生活経験を通じて社会生活力の開発増進に努めることが必要である。

重度精神薄弱児の社会生活力は本調査の結果、明らかなように地域や年齢、性差によってさまざまな能力発揮の様相がみられ個人差が著しいことを考え、具体的な生活経験を通じて社会生活力の向上をはかるために専門職員による家族ならびに重度精神薄弱児に対する在宅指導やディケアセンターを中心とする地域管理の必要性が感じられる。

Charles Jubenville は1958年にデラウェアで開設された重度精神薄弱児の医療と訓練の為の地域ディケアセンターの州計画を紹介し、彼等の身辺の自立、性格行動上の問題の解消に好成績を収めていることを報告している。

重度精神薄弱児に対するディケアセンターにおける活動内容としては次の様なことが考えられる。

重度精神薄弱児に対してはまず栄養と保健に関する取り扱いが必要であり、保健婦、栄養士、小児科医ならびに精神科医、看護婦などの公衆衛生、医療関係者の参加がなければならない。更に重度精神薄弱児に対しては保母、教師、O. T. P. T. 臨床心理技師やソーシャルワーカーなどの専門職員による身辺の自立をはじめとする社会生活力の開発増進、問題行動の解消をはかるための生活指導、機能訓練、プレイセラピーなどが必要である。また家族に対する治療的教育的接近をはかるための活動も欠くことのできないプログラムの一つである。

なお重度精神薄弱児を対象とするディケアセンターの機能の一つとして重度精神薄弱児を取

扱うことはその時間内において日夜養護に疲れ切っている家族に身体的精神的なやすらぎを提供することができるわけである。かような機会をもつことが重度精神薄弱児の養護に及ぼす効果は大きいと考えられる。

かかる重度精神薄弱児のデイケア活動を成功さす重要な鍵の一つに輸送の問題がある。デイケアセンターと家庭との間の往復にはスクールバスの運行などをはかる配慮が必要である。

第3に重度精神薄弱児に対する家族や近隣の人々の態度意識の問題が考えられる。

本調査の社会経済的条件の実態のところでもみられるように近隣社会の人々の重度精神薄弱児ならびに家族に対する態度に地域差が認められ、その地域における住民の生活様式や感情が重度精神薄弱児やその家族に大きな影響を与えている。

精神薄弱児に対する一般市民の態度意識に関しては好意的理解の態度はかなりの地域に認められるようになってきたが自分に直接関連した問題として取り上げられる場合には好意的理解の態度を示す人々でも拒否的感情が働くといわれている。

身体的精神的に重度精神薄弱児の養護に日夜つかれ切っている両親や家族を地域住民が受容的態度で受け入れ、地域ぐるみで重度精神薄弱児の問題と取り組んでこそ始めて重度精神薄弱児の望ましい処遇は可能になるといっても過言ではあるまい。

かような点から地域住民の好意的理解的な態度や受容的感情を高めていくためのコミュニティケア、コミュニティオーガニゼーション（地域組織活動）の必要性が痛感される。

また家族の態度意識についても家族関係の実態のところでもみたようになかなか問題が存する。重度精神薄弱児の主たる養育者が安定した気持で養護にあたるように家族構成員間のさまざまな緊張関係を調整するためにはその家族および家族の背景にある地域の文化のもつ価値観や価値志向を変容させるための活動が必要である。

それが為にはおじいちゃん、おばあちゃん学級や両親学級の開設などの社会教育活動や地域青年団による若い世代の因習的な考え方に対する働きかけなどが望まれる。

第4に専門職員の態度と技術の問題である。

本調査の結果をみても安易に施設収容による問題解決を考え、在宅指導をおろそかにしている担当者が多いことがうかがわれる。これは専門職員としての態度と技術の不足からと思われる。

重度精神薄弱児に対する社会適応性の開発増進への方向づけにもとづく社会生活力の向上をはかるための援助や家族ならびに地域住民に対する種々の人間関係の調整、教育啓蒙活動などをおこなうことができるように現任訓練を積極的に行ない資質の向上をはかるとともに専門的知識をもつ職員の採用、配置が必要である。それとともに行政機構や組織、設備の拡充整備がともなわなければならないことは言うまでもない。

以上、重度精神薄弱児の処遇については子供の養護に苦悩している家族に具体的な身体的精神的援助の手がさしのべられるように重度精神薄弱児のコミュニティケア、とくにデイケアセンター、在宅指導の内容の検討とその方向づけの必要性が痛感される。そうすることにより重

度精神薄弱児をかかえた家族の精神的・身体的・社会的な負担の軽減と重度精神薄弱児の社会適応性の開発増進が期待できよう。

## 5. 今後の課題

今後の課題としてはまず第1に重度精神薄弱の発生予防と早期発見の問題である。

本調査の結果でも明らかなように都市化の傾向の遅れている地域では遺伝、優生学上の諸問題がみられ、また文化、経済的条件から生じる公衆衛生知識の不足、医療施設、設備の不備などの点も考えられる。かかる地域に対しては遺伝、優生に関する教育啓蒙活動、公衆衛生知識の普及、医療対策の改善と推進が考えられなければならない。それとともに因習的な文化的背景からもたらされる家族及び地域住民の生活志向や価値志向の望ましい方向への転換が必要である。

また乳幼児検診や三才児健診の内容を拡充して早期発見に努め適切な処置や対策が早期におこなえるようにしていかななければならない。

これらの活動をおこなう機関として保健所や児童相談所、精神衛生センター、教育委員会、学校、診療所、病院などをいかに機能分化ししかも統合された形で効果があがる活動をおこなわしめるかが今後の課題の一つである。

第2に重度精神薄弱児の社会適応性の開発増進の方法である。

これにはまず専門職員の態度意識ならびに指導技術の改善向上がはからなければならない。それとともに地域の実情にそった在宅指導やデイケアセンターなどを中心とする地域管理のあり方の検討がなされなければならない。なかでも在宅重度精神薄弱児処遇の中心となるべきデイケアセンターについて実験的臨床研究はぜひともおこなわれなければならない。

これらに関連して国としての重度精神薄弱児対策の姿勢の確立が必要であるとともに地域の社会福祉、医療、教育関係者ならびに地域住民の代表による重度精神薄弱児の地域管理に関する協議会の設立とその強力なる地域管理体制の確立が必要である。

第3に家族の問題が考えられる。

日夜、重度精神薄弱児の養護に疲れ切っている家族に重度精神薄弱児養護の方向づけをおこなうための接近方法の検討が必要である。それにはまず家庭内人間関係の力動の解明、重度精神薄弱児をかかえた家族の特性などに関する心理、社会的な分析が必要である。過去の精神薄弱児をかかえた家族に対する理解のしかたは表面的でありかつ概念的であった。今後の課題として精神薄弱児の領域における家族研究の一段の進歩が望まれる。

第4に地域社会対策に関する問題である。

重度精神薄弱児の処遇に関連する地域住民の態度意識の問題や社会、文化、経済的環境に関する過去のとりあげ方は極めて断片的であり典型的であった。地域ぐるみの重度精神薄弱児の処遇を考える上にいかに地域の人的物的な資源を活用して地域住民のための、地域住民の手による在宅重度精神薄弱児対策の確立をはかるべきかの究明が今後なされなければならない。

付記、終りにのぞみご協力ご援助を頂いた埼玉，神奈川，群馬各県の担当部課ならびに児童相談所職員各位，いろいろとご教示を頂いた精神薄弱部長菅野重道先生に心から謝意を表する次第である。

なお本稿の一部は第5回日本特殊教育学会大会，第8回日本児童精神医学会総会，第15回日本社会福祉学会大会において発表した。

## 文 献

1. 昭和34年，就学猶予免除児童調査報告，厚生省児童局，昭和34年。
2. 昭和36年，全国精神薄弱者実態調査報告，厚生省社会局，昭和36年。
3. 昭和40年，身体障害児実態調査報告，厚生省児童家庭局，昭和41年。
4. 精神薄弱者判定要領，厚生省社会局，昭和39年。
5. 重度精神薄弱児の判定規準に関する研究，昭和39年度厚生科学研究報告。
6. 菅野重道，桜井芳郎，湯原 昭，飯田 誠，山内洋子：国立精神衛生研究所付属精神衛生相談室に來所し精神薄弱と診断された児童の実態とその予後についての観察，精神衛生研究，第10号，昭和37年。
7. 桜井芳郎，菅野重道：炭鉱都市の精神衛生構造に関する研究—精神薄弱者（成人）の問題，精神衛生研究，第11号，昭和39年。
8. 菅野重道，桜井芳郎，山内洋子：精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報—最近10年間における全国精薄施設退園者の社会的予後調査—，精神衛生研究第12号，昭和39年。
9. 桜井芳郎，高乗公子：成人精神薄弱者の指導に関する研究第1報—全国成人援護施設職員の態度意見ならびに施設在園者の社会生活力調査—精神衛生研究第13号，昭和40年。
10. 桜井芳郎：精神薄弱者のためのソーシャルケースワーク—成人精神薄弱者指導の手引—，東京都民生局厚生部，昭和40年。
11. 桜井芳郎：青年期の精神薄弱，現代の精神衛生講座第3巻，青年期の精神衛生，誠信書房，昭和41年。
12. 桜井芳郎：社会療法，精神障害児の集団療法，中外医学社，昭和42年。
13. 桜井芳郎：乳幼児社会生活力診断検査実施の手引，岩崎学術出版社，昭和43年。
14. 桜井芳郎，高乗公子：沼津市内3才児の精神発達を中心とする集団健康診査，児童のケースワーク事例集第17集，厚生省児童家庭局監修，昭和40年。
15. 桜井芳郎：三才児の精神発達を中心とする集団健康診査—乳幼児社会生活力診断を中心とする三才児健診の試み—，精神衛生研修要録（医学科，精神衛生指導科）昭和40年。
16. Tizard & Grad: The mentally Handicapped and Their families, oxford univ. press 1961.
17. Charles Jubenville : A state program of Day Care Centers for Severely Retarded, American Journal of mental Deficiency, May-1962.



# 集団精神療法の研究

## 夢の解釈からみた協同治療者の問題について\*

優 生 部

池 田 由 子

### 1. ま え が き

集団精神療法を行う場合、治療者もまた複数であることがある。いわゆる、「協同治療者」がそれである。私自身の経験では、米国では、協同治療者についての論文はあまり多くないし、それについての議論をきくことも少い。

また、集団精神療学会で発表される演題の中にも、あるか、ないか位である。

ところが、わが国では、いろいろのクリニックで、協同治療者に関する議論をきくことが多いし、その問題もたびたび指摘されている。

事実、集団精神療法に関するコンサルタントとして、いくつかの施設で治療者たちの指導に当たっていると、協同治療者の問題が、彼らの大きな関心事であることがわかる。初心者のあいだでは、集団をはじめの場合、協同治療者というかたちをとることが好まれるが、誰とチームをつくるかということは大問題である。治療の進行中も協同治療者に関する直接的、あるいは間接的の訴えを聞くことが多い。そして、経験を少し積むと、協同治療者をもたず、単独で治療をしたいと希望する人の数が圧倒的に多くなる。

これは一体どのような理由によるものであろうか？ 患者側の要求が協同治療者を求めるのか？ 治療者の依存的欲求が強いのか？ 施設内の職員間の社会的地位、性別、年齢、職種に関する葛藤があるのか？ 治療チームの役割の未分化さの故か？ 管理体制に問題があるのか？

おそらく、見方によっていろいろの論議があると思う。

私はここで、私の関係した二、三のクリニックにおける集団精神療法の指導の間に提出されたいくつかの夢の解釈から、この問題を考察してみたいと思う。

### 2. 夢 の 内 容

#### 夢、その1.

次の夢はある治療者（男性、A）により、集団でのスーパービジョンのうちに、提出されたものである。彼はもう1人の治療者（女性、B）と、母親の集団の一つをもっていた。この母

---

\* Study on Group Psychotherapy.

Problems with Co-Therapists reviewed through Dream Interpretation.

Yoshiko IKEDA. M. D., Division of Eugenics.



親たちの子ども、つまり、問題児の集団はスーパーバイザー（女性）と、他の治療者（女性、C）によって受けもたれていた。

治療がしばらくすすんだあとで、Aは次のような夢を見た。

AはBと一緒に1台の自動車に乗っている。Aは運転をしているが、どうも車がうまくすすまない。Bは隣りに座っているが、必ずしもAに任せているわけではないらしく、2人の呼吸がぴったり合わない。2人の乗る車は、ガタガタ進んだ。

と、見る間に後から1台の車が追いぬいて行った。その車には2人の女性、スーパーバイザーとCが乗っていた。その車は軽やかに進んで行った。

Aは追いつかうとあせったが、距離はずんずん離れてゆく。AはBが批判的な視線を彼に投げているような気がしてならない。

#### 解 釈：

夢の解釈はいろいろ出来るが、ここでは集団精神療法の状況における関係においてのみ考えてみよう。この夢において、AとBは協同治療者として、集団の治療の責任をとっている。AとBはこのクリニックに相当長期間働いており、AはBが自分の部下として、比較的密接な、よい協働関係をもっていると信じていた。しかし、外部からコンサルタントが来るようになり、集団精神療法の計画がはじまるようになると、AはBの忠誠を前のように信じられなくなってきた。もっとも年長で臨床経験の長いAとBは、協同治療者として集団精神療法でチームを組んだが、Bは治療場面でAの協同治療者であるにもかかわらず、あまり発言しなかったし（全く発言しなかったセッションもあった）、Aの方法にも内心批判があるようであった。

コンサルタントは、集団精神療法のスーパーバイザーとなり、Cと一緒に子供の集団をもっていたが、この集団は一応うまく動いて治療効果も上っているようにみえた。

スーパーバイザーとCが乗った車は、両者の緊密なチームワークによるものか、スピードをあげてAとBの車を追いこして行く。はじめからこの道を走っていたのはAとBなのに、あとからチームを組んだ組の方が快調である。Aは一生懸命に前の車に追いつこうとする。（自分も集団をうまく動かしたい）。

しかし、思うようにゆかず、車は揺れるばかりである。さらに悪いことには、Aが悪戦苦闘をしているのに、Bは集団の中で協同治療者として、積極的に助けてくれないように、ここでもAを見つめているだけだ。いや、内心は批判をしているのかもしれない。Bは自分が運転すれば（主な治療者となれば）、もっとうまく動かせるのにと思っているのかもしれない。

このようなAとBの関係は集団精神療法が導入される前は、たとえ、一方が母親、一方が子供という形で、同一の親子を個人的に治療をすることがあっても、けっして、あからさまになったことはなかったのである。

夢の中でAはBが車をとめて、おりてしまいはせぬかと不安である。事実、こののちにBはAの協同治療者であることを、治療の途中でやめたのである。

夢. その2.

次の夢はある治療者D（女性、ソーシャルワーカー）から提出された。彼女は、あるセンターの外來クリニックで神経症の患者の集団を、男性の医師と一緒に受持っていた。

治療室には、木製の椅子がたくさん置いてあったが、肘かけのついた椅子は一つしかなかった。医師はいつも、当りまえのここのようにこの肘かけ椅子に座った。たとえ、彼がおくれて来たとしても、彼女はこの椅子を取ることはなかった。きめられた規則のように、彼女は患者たちと一緒に入室して、医師を待つという工合になっていた。夢の中で彼女は患者たちと一緒にいる。治療者は彼女だけだ。1人の患者があわてて入ってくる。彼は空いている、例の肘かけ椅子に座ろうとした。別の患者が制止する。「それはだめだ。D先生（ソーシャルワーカー）だってその椅子に座れないのに」という。

別の患者が真剣な表情で、「その椅子は、電気椅子だから危険だ」という。

途端にDははげしく哄笑する。他の人たちも笑い出す。Dは自分の笑いがとても荒々しく、無遠慮なことに気づく。彼女は立ち上って、その椅子の方に突進しようとするがうまくすすめない。

そして、目がさめる……………。

解 釈：

第1の夢は2人の治療者のうち、年長で身分の高いものが見た夢であるが、この夢は年少で地位の低い方の職員が見たものである。このクリニックでは、男は女より上、医師はソーシャルワーカーより地位が上である。たとえ、この新しい治療——つまり集団精神療法をはじめたのが同時であり、2人の経験年数がほぼ同じであるにしても、いや、むしろソーシャルワーカーの方がいろいろ勉強をしているにしていたとしても、彼女は医師のやりかたを批判してはいけなように感じていた。協同治療者としてのソーシャルワーカーの役割は、「主」な治療者である医師の「助手」に過ぎないと、他の職員たちも患者たちも思っているのにちがいないと彼女は考えていた。

彼女は患者たちが、医師に話しかけにくく（なぜなら医師は権威であるから）自分の方により親しく数多く話しかけることに、自分の方が患者たちに受け入れられているとして内心優越感をもっている。

しかし、一面において、患者たちは医師の発言を重視し、医師が「もったいぶって」入室しないと、「ほんもの」の集団精神療法のセッションがはじまらないようにも感じているらしい。Dにとって、この夢は非常に現実的に感じられた。この夢の中で彼女は「ほんもの」の治療者の椅子に突進しようとしても、すすめない。

それは「電気椅子」なのであり、さだめられた身分のきまりを犯すものにとって、危険一罪一死を意味する。彼女は自分のたけだけしい、無遠慮な笑いの中に、自らの攻撃と怒りのしるしをはっきりと感じて、愕然とするのである。

夢、その3。

この夢はある女性治療者Eにより提出された。Eは経験のある男性の治療者Fとともに、神

経症や境界例分裂病の患者たちの集団をもった。

FはEのスーパーバイザーでもあった。この集団には、いつもリーダー役を買って出る分裂病境界例の患者Kがいた。Kの幼時、彼の母親はあまりにも無力で母親としての役を十分とることが出来なかった。Kは弟妹に対して母親的な役割をとってきたが、ちょうどそのように集団を保護し、治療者に対してつねに援助者のな役割をとり、とくにEをかばおうとした。この患者は快方に向っていたが、なおしばらくの入院は必要であった。しかし、治療者や病棟医の意向に反して、他の理由で患者は退院しなければならなくなった。

治療者たちも看護婦や他の職員も、彼のいなくなったことに一抹の淋しさを感じていたが、そのようなときEは夢をみたのである。

夢の中でEはこの患者に会った。彼女は思いがけないことなので驚く。「Kさん、あなたはまだこの病院にいたの？」とたづねると、Kはゆっくり、ゆっくりとしゃべりはじめる。「私はここに帰ってきました」。彼女は再び、びっくりする。Kの声は女性のように甲高い声であったのに、今聞く声は、重々しく、沈んだ声であったから。

そして、そのうちに彼女は、その声が協同治療者の声に非常に似ているのに気付く。Eは他の人びとにKの帰還を告げようとして、目がさめる。

解 釈：

この夢はこの治療者Eの、経験ゆたかな協同治療者Fと、集団の中で援助者のな役割をとる患者Kへの依存を示している。

この患者を集団から失って淋しいという感情や、完全に回復していないのに退院させたということに対する罪悪感は、他の職員と分かちあえるものであったかもしれない。(Kの社会復帰の相談にのっていた、他のソーシャルワーカーも同様の感情を言明した)。

しかし、Eは単にそれだけでなく、Kを協同治療者Fと同一視しており、それは一種の転移状況とよべるものだったのである。

夢、その4。

次の夢は第1の夢に出てくる女性の治療者Cによって提出された。Cはスーパーバイザーと集団をうけもち、それは事なく終結に至ったが、そのあとで次のような夢を見た。

Cのスーパーバイザーでもあった協同治療者が外国に行くことになったので、Cは見送りのために協同治療者の家に行った。家族と共に協同治療者は、旧式のハイヤーに乗りこみ空港に向って走り出した。Cはま新しい車に乗り自らそれを運転して、すぐに空港に着いた。

飛行機が正に飛立とうとするときになっても、協同治療者はあられなかった。あんな古い車だったから、きっと故障したのかもしれない。Cは代りに飛行機に乗ろうとした。はっと気がつくと、Cはいつのまにか美しい和服を着ていた。そして、驚いたことに、足に靴、それも運動靴をはいていた。

解 釈：

この夢もいろいろに解釈出来るが、Cと協同治療者との関係に限って考えてみよう。

集団精神療法の場面で、Cは協同治療者とよい関係にあった。治療の技術もあまりよくわからぬままにはじめたものの、子供たちは自由に動き、互いに interact し、はじめに示した抵抗も次第にへり、日常行動の上ではいろいろな進歩を示した。そのチームワークは、第1の夢の中で、Aが羨んだ位である。また、C自身も、協同治療者に依存し、教えをうけるという態度でいた。しかし、この夢のなかでは、Cは協同治療者に同一化し、また競争している。協同治療者兼スーパーバイザーの車は旧式で、途中で故障したのか出発の時間に間にあわない。いつの間にか、Cは盛装をして飛行機に乗りこむ用意が出来ていた。

協同治療者の代りに、大空に飛立つことも可能である。しかし、かんじんの地面をふみしめる足もとは、着物に全くふさわしくない、洋式の、しかも粗末な靴であった。靴の意味はいろいろに解釈できるが、ここでは、彼女の準備のちぐはぐさをあらわすものと、理解できるのではなかろうか。

### 3. 討論及び考察

協同治療者に関する功罪をいろいろに考えられる。まず、治療者側にとって、プラスの点としては、(1) 初心者が観察者と治療者の両方の役割をとりながら学習出来る。(2) 2人の治療者がいることで、複雑な集団の力動を見落さず、客観的に把握できる。(3) 治療効果を減じないで大きな集団を取り扱える。(4) 自己及び相互理解の機会をもてるなどが考えられるであろうし、患者たちにとっては、(1) 2人の治療者がいることにより、集団が現実の家族の像に近づく。(2) 同一化の機会が二重に与えられる。(3) 2人の治療者がいることにより、1人の治療者がより近づきやすいとか、言語的によりわかりやすいとか、1人の治療者との関係がまづくなっても治療的關係が断絶しないとかの利点がある。(4) 集団内の interaction がより複雑におこり、単なる観察者をもつよりも、2人の治療者の転移状況が治療的に役に立つ。(5) 男と女、年長と年少、職業の差異にかかわらず、よき人間関係の見本を示すことが出来るなどである。

では反対に問題となりうることは、どんなことであろうか？ さきに述べた夢の中にあらわれた例によって考えてみよう。もちろん私はここで、ただ一枚の子供の絵から、その人格のすべてや精神病理を評価するように、これらの協同治療者たちの問題を、数少い夢から断定するのではない。これらの問題が奈辺にあるかは、長期間持続した集団での、あるいは個人的な指導を通じて確められたのである。しかし、彼らが言語化、意識化する以前に、これらの夢の中にその問題が生き生きと結晶化されていることに、私は興味をもつのである。

たとえば、第1の夢をみよう。ここではA Bの抗争がある。AはBが自分を支持してくれず、非協力的であり、しかも、それをはっきり言明してくれないと恨んでいる。Bはたとえ方向づけや技法がちがって、批判があるとしても、身分が上で管理者であり男性であり、しかも強引なAにはとても率直には話せないと感じている。

Aが休みBが1人で責任をとったとき、患者たちはよくしゃべった。しかし、Aが出るよう

になるとBは殆ど発言せず、たとえAが集団をうまく取扱えなかったり、患者たちの抵抗がひどくなくても沈黙がちであった。もし、Aが責任をとるなら、深入りしたくないという態度があった。ここでは施設全体の専門家同志の自由なコミュニケーションの欠如があり、治療者のチームワークは形式上はともかく、実質的には存在していなかった。

第2の夢も同じように、治療者同志のリーダーシップをめぐる争いがある。身分差、職種の差、性別、男女の差というものが、治療者としての役割においては同等であり、責任を分かちあうべき協同治療者の機能を混乱させている。このDはあるいは非常に活動的、攻撃的な人からであるかもしれない。しかし、そのような人から以前の問題として、ソーシャルワークと医学という方向づけや技法のちがいもあるのかもしれない。そして、このような、理論的、技術的、あるいは、より個人的な問題を、率直に話しあえるという雰囲気がないことが、このDをいらいらさせ、怒らせているのである。

このような状況においては、パートナーである医師がこの関係を認識しなければ、あるいは外部からの公平な第三者である集団精神療法の指導者が指摘しなければ、結果として治療者Dのサボタージュという事態もおこりうる。

ここでは、ソーシャルワーカー対医師であるが、米国のある病院では、年長の心理学者対若い医師という関係で、同じような言語化されない抗争を観察したことがある。なお、集団精神療法においては、患者も治療者も「椅子」に関する夢をみることが多い。

第3の夢では治療者Eは協同治療者Fに依存し、従属的關係をとっている。Fは外部からの指導者であるが、このような関係は、Eが女性であり年少であることから、どの文化でも容認されることが多い。しかし、このような関係がつづく、Eがいつまでも治療者としての責任をとり独立できないということがおきる。もし、協同治療者Fが休んだとき、あるいは、Eが将来同じように依存的、受動的な治療者と組んだときはどうなるであろうか？

他のクリニックの例でも、ある女性の治療者は自ら望んだ協同治療者でありながら、ノートをもちこみ、いそがしげにうつむいて会話を筆記し、(テープレコーダーで録音されているにもかかわらず)、ほとんど正面に顔を上げることがなかった。

そして「私は協同治療者といっても、観察者のようなものですから」と弁解するのがつねであった。

また、別の集団では、協同治療者の1人が室外に出ると、他の治療者は不安でたまらず、つづいて口実を求めて室外に出たということがあった。これらの治療者たちがすでに個人精神療法の経験を相当につんでいながら、このような極端な依存的関係を示すことや、二人の関係を上下とか、主従というように分けてしまわぬと気楽にならないことは問題である。

Eの場合も単に協同治療者Fだけでなく、患者Kにも治療者の助手、援助者として頼りきっている。これはもちろん治療者の対抗転移である。Fに対しても転移的關係が考えられるが、これらの問題についてはむしろ、指導状況における転移や夢の問題として、将来、別に論じたいと思う。

第4の夢に出てくるCは、同性であり指導者でもある、協同治療者に対して、意識的には、「尊敬し、依存し」もっぱら丁寧に数えを乞い、模倣しているつもりであった。しかし、Cもやはり、治療の責任者として、リーダーシップをとりたいという気持や競争心が強くあることを自覚するに至った。Cのより新しく、スピードの出る車や、Cの日本代表としての服装や、待ちうけている飛行機などが、これを示している。もちろん、この夢はいろいろに解釈できるが、協同治療者に対して、幼時Cをいつもおさえつけていた3人の姉たちに対するような感情がむけられているのかもしれない。

このCは治療場面では協同治療者兼指導者より、多弁ではなかったが、もし2人の治療者が過度に多弁で、指示的で、活動的である場合、そして両者が解決されていない内的な問題をもっていると、どちらが患者たちをよりひきつけるか、どちらがうまいことばで指示や解釈を与えうるかという点で、子供っぽく競争的な立場になってしまうことがある。

もし、1人の治療者がある問題を深く追求したいと思ひ、他がその話題を打切ってしまうかと思ったりすると、会話は乱れたり中絶して、患者たちを不安におとし入れてしまう。

さて、これらの夢の分析を通じて、協同治療者というシステムをとる場合の問題点をいくつかあげてみた。まえがきに記した、いくつかの質問のうち、わが国において患者側がとくに協同治療者を要求するか？ という証拠はあまり観察されないと思う。南米などの国々のように、家長である父親なり、老人の権威が極端に強いとか、医師の身分が高いという事実は、わが国ではあまり存在しないようであるし、したがって、集団精神療法の場面で、長兄役の協同治療者が主たる治療者の年輩の医師と患者たちの仲介をするという必要性は、少くとも力動精神医学にもとづく集団では少ないように思われる。

むしろ、治療者たちがしかるべき訓練指導の機会を欠くゆえに、依存的になりやすく、そのため協同治療者を好むという見方がより理解しやすいようである。そして、また、施設内にとくに精神療法に関しての治療、管理、訓練指導体制が出来上がっていないことや、各プロフェッションの役割の分化、身分の保証、それらの上にたつ治療チームの確立が十分でないために、協同治療者という制度がうまくゆかなくなるということも考えられるのではなからうか？

わが国において近代的な精神療法の歴史は浅いから、上のような問題の論議は各施設内において十分つくされていないこともあろう。またこのように新しい領域においては年齢が高く、身分が上の職員が必ずしも治療者としての経験がよりゆたかであり、指導的立場をとれるとは限らないだろう。

この場合、地位の高いものの側のあせりや劣等感とか、低いものの側に内心の批判がありながらも不必要な遠慮があるということも推測されうらと思う。

このような点は、管理者なり、指導者なりが十分考慮しなければならぬことであろう。

なお、このような指導状況における夢の提出につき、私の経験を少し述べておきたい。

精神療法の場面において、治療者が夢の解釈に特別な興味をもっていると、たとえ、意識的に夢の提出を励まさないとも、患者たちはさまざまに夢の話をするといわれる。私自身は精神

分析と人類学の訓練を通じて、夢に関心をもつのは事実である。しかし、私の関係した集団精神療法の指導の場面で、私自身の方向づけは大体一定しているにもかかわらず、夢や空想の数多く語られる施設と、ほとんどそのような材料の提出されない施設とあることに、私は興味をもっている。私は、まだこれらの施設の差異なり特徴なりを十分検討しつくしてはいないが、治療者たちがとにかく集団精神療法に感情的に深く involve され、動揺したり、不安になったり、その経過に一喜一憂したりする施設では、夢や空想の提出が多いような印象をうけている。その反対に、扱う対象となる患者は不治であるという先入感が強くあって、若い職員でもそのような悲観論に影響されていたり、集団の治療そのものも、形式的、管理的であったり、長期間つづいていても惰性的であったりする傾向のある場合には、あまりこのような素材が提供されることは少ないのである。そしておそらく、そのような施設ではこれらの治療者の行う治療場面でも、同じ現象を示すのであろうと推測される。

#### 4. あ と が き

以上、私は私の関係したいくつかの施設において、集団精神療法の指導場面で提出された四つの夢の解釈を通して、集団精神療法における協同治療者の問題を考えてみた。そして、それらの問題の生ずる原因として、わが国における精神科関係施設や治療者の直面する困難について触れた。

(この報告は、集団精神療法の試みに協力していただいた東京都立教育研究所、昭和医大附属烏山病院、都立松沢病院、その他の施設の職員諸氏や、集団の研修コースの出席者との有益な討論に負うところが多い。深く感謝の意をあらわしたい。)

#### 参 考 文 献

- 1) 池田由子, 集団精神療法の発展と現況, 精神医学, 8巻2号, 1966年
- 2) 池田由子, 精神療法の理論と技法—人間関係と治癒像を中心に, 精神医学, 9巻7号, 1967年
- 3) 池田由子, 精神療法における管理者の役割, (菅野, 池田編, 精神障害児の集団療法, 中外医学社, 1967年)
- 4) 池田由子, 小泉英二, 中山和子, 藤島輝子ほか, 集団心理療法の研究, 第1報, 精神衛生研究, 第9号, 1961年
- 5) 池田由子, 小泉英二, 中山和子, 藤島輝子ほか, 集団心理療法の研究, (その5) 治療者の問題, 日本心理学会25回抄録, 1961年
- 6) 小泉英二, 教育相談における人間観, 学校教育相談, 7月号, 1967年

# 双生児の人格発達の研究

## 双生児のロールシャッハ反応について\*

優 生 部 池 田 由 子<sup>(1)</sup>      精神衛生部 田 頭 寿 子<sup>(2)</sup>

### I. はじめに

われわれは昭和27年以来、双生児を乳幼児期、思春期を通じて継続的に観察、追跡することにより、その人格の差異や類似がどのように形成されてゆくか、その現実の様相をとらえ、そこに関与するさまざまな条件を分析することにより、人格形成の力動的関連性を考察しようと試みてきた。この長期観察の間に、われわれは実験場面と、いくつかの心理テスト（知能、発達、言語、社会性、ロールシャッハ、CAT、PFT、TAT、SCT、その他）を用いてきた。

これらのテストのうち、今回はまず、ロールシャッハテストをとりあげ、ロールシャッハ反応という側面から、1卵性双生児と2卵性双生児を比較してその類似と差異を検討してみようとした。

### II. 研究対象

対象とした双生児は1卵性4組（異環境1組をふくむ）と2卵性4組の8組計16人で、いずれも学童期以後知能指数100以上のものである。幼児期（3才～5才）に第1回を実施し、13才から16才の間に最終回を施行したが、その間に、3～5回のテストを試みている。図版は原図版を使用し、整理は片口の方法によった。総施行回数は、1卵性4組に対して20回、2卵性4組に対して17回である。その対象及び実施年齢は表1の通りである。

表1 1卵性双生児と2卵性双生児テスト実施年齢

性 年令	1 卵 性 双 生 児					性 年令	2 卵 性 双 生 児				
A 男	4 : 1	6 : 6	8 : 0	12 : 10	16 : 1	E 女	5 : 6	7 : 5	9 : 10	13 : 1	16 : 6
B 女	5 : 2	7 : 0	9 : 0	12 : 8	16 : 0	F 男	4 : 6	7 : 1	8 : 8	12 : 8	
C 男	5 : 6	6 : 9	8 : 9	12 : 4	15 : 3	G 男	3 : 6	5 : 6	8 : 2	11 : 0	15 : 8
D 女	6 : 0	7 : 9	9 : 8	13 : 5	16 : 10	H 男	5 : 8		7 : 10	13 : 4	

表1に見られるとおり1卵性では、4組8人に5回ずつ総計40回、2卵性では4組8人に計34回を施行した。

### III. 形式分析の手續とその結果

通常の手続きに従って行われたロールシャッハ反応のスコアリングにもとづき、形式分析として、次の諸点の検討を行なった。

\* Study of Rorschach Test for Twins.

(1) Yoshiko IKEDA, M. D., Division of Eugenics.

(2) Hisako DENDO, Psychology, Division of Mental Health.



1) 反応総数R, 平均初発反応時間, 無色彩カードの初発反応時間, 色彩カードの初発反応時間及び全体の初発反応時間, さらに反応領域のうち, 全体反応W%, 部分反応D%, これらについては下記の方法により検討した。

1 卵性群, 2 卵性群のそれぞれの組において, 兄及び姉をAとし, 弟及妹をBとした。そしてAの子どもたちのグループ(A群)とBの子どもたちのグループ(B群)を比較した。それぞれのサインについて, A群, B群の中央値を求め, 個々の値のそれからのずれについて $\chi^2$ 検定を用いて比較した。反応数R, 全体反応W%, 部分反応D%については, 1 卵性双生児, 2 卵性双生児ともに有意差はみられなかった。

カードをあたえてから最初の反応が生ずるまでの時間を各カードごとに10枚計ったものの平均時間, すなわち平均初発反応時間と, 色彩カードだけの初発反応時間を平均した色彩カード初発反応時間に関して1 卵性双生児のA群とB群では有意差がなかったが, 2 卵性双生児のA群とB群の間では5%水準で有意差がみとめられた。ただし2 卵性双生児の無色彩カードの初発反応時間及び1 卵性双生児の平均初発反応時間, 色彩カード, 無色彩カードの初発反応時間には有意差はみられなかった。

この事実は, 1 卵性双生児は刺激に対して反応する速度が似ているが, 2 卵性双生児では, 刺激に対して反応する速度のばらつきが大きいことを示しているといえよう。

## 2) 反 応 決 定 因

人間運動反応M, 動物運動反応FM, 形態色彩反応FC及び色彩形態反応CFについて, 1 卵

表2 双生児双方が示した決定因  
(F M FM FC CF のみについて)

1 卵 性			2 卵 性		
Aのみ	A Bがともに示した	Bのみ	Aのみ	A Bがともに示した	Bのみ
M 1	3才~7才(7くみ)			3才~7才(7くみ)	
	M 3	M 2	M 3	M 2	M 1
	(ともに示さないもの1)			FM 7	
	FM 6	FM 1		F 7	
	F 7		FC 2	FC 1	
	FC 3	FC 2	CF 1	CF 3	
	CF 3	CF 4			
CF 1	8才~12才(8くみ)			8才~12才(6くみ)	
	M 6	M 2	M 2	M 2	M 2
	FM 8			FM 6	
	F 8		FC 1	F 6	
	FC 5	FC 3	FC 1	FC 4	FC 1
	CF 6		CF 1	CF 1	CF 4
	13才~16才(5くみ)			13才~16才(4くみ)	
	M 5		M 1	M 4	
	FM 5		FM 1	FM 3	
	F 5			F 4	
FC 5		FC 1	FC 2		
CF 5			CF 2		

性群と2卵性群の一致度を比較した。その方法は、同一時期に上記サイン、たとえば人間運動反応Mをとりあげると、Mが同一時期にAとB双方にそろって出現したか、いずれか一方だけに出現したかをとり出して、これを1卵性群と2卵性群の間で $\chi^2$ 検定により比較した。なお、双生児双方に、ともに出現しない場合も理論的にはありうるが、実際にはきわめて少なかった。検定にあたっては除外してある。なおMが出現したかしなかったかの比較であって、何コ出現したかは問題にしなかった。

動物運動反応FM、形態色彩反応FCには差がみとめられなかった。人間運動反応Mは、1卵性においてAが人間運動反応をしめしたときBもしめす傾向が統計的に5%有意でみとめられた。また色彩形態反応CFでも、1卵性においては、Aとも同様に出現する傾向がやはり5%有意でみとめられた。この2つの反応については、2卵性の方が不一致が大きいことがたしかめられたことになる。

なお形態色彩反応FCは、第2表にみられるように多少2卵性の方が差が大きいようであるが有意の差はなかった。

動物運動反応FMにも差がないということは、AB双方に同時に出現することが、両群ともに常に多いからである。これは、われわれの対象が正常な被験児童であることからみれば動物運動反応の出現は当然であり、1コでもあれば出現したとして、その数を比較しなかったため、差が出なかったものと考えられる。

### 3) 反 応 内 容

a) 動物反応A, b) 人間反応H, c) 平凡反応Pをとり、同一時期に同一カードの同

表3 ㊤ 1卵性双生児の双方が示した  
同一領域の同一動物反応

年令	4 : 1	6 : 6	8 : 0	12 : 10	16 : 1
A 男	III D <sub>3</sub> 蝶 3 VII D <sub>3</sub> 蝶 VIII D <sub>1</sub> ねこ	1 VIII D <sub>1</sub> ねずみ	2 V W 蝶 VIII D <sub>1</sub> ねずみ	4 V W 蝶 IV W こうもり VII D <sub>2</sub> うさぎ X D <sub>s</sub> 馬のかお	2 V W 蝶 VII D <sub>2</sub> うさぎ
年令	5 : 2	7 : 0	9 : 0	12 : 8	16 : 0
B 女	II D <sub>2</sub> 蝶 III W ありんぼ 5 V W 蝶 VII D <sub>2</sub> うさぎ VIII D <sub>1</sub> 虫	1 I W こうもり 4 II W 蝶 III D <sub>3</sub> 蝶 V W こうもり	1 V こうもり	1 D <sub>1</sub> かに	3 II D <sub>5</sub> かに 3 V W こうもり X D <sub>2</sub> らいおん
年令	5 : 6	6 : 9	8 : 9	12 : 4	15 : 3
C 男	1 V W 蝶	1 I W こうもり 3 VII D <sub>2</sub> うさぎ X D <sub>6</sub> いも虫	2 I D <sub>1</sub> かぶと虫 VIII D <sub>1</sub> ねずみ	2 I D <sub>1</sub> かぶと虫 V W 蝶	1 V W 蝶
年令	6 : 0	7 : 9	9 : 8	13 : 5	16 : 10
D 女	0	1 VII D <sub>2</sub> うさぎ	0	1 V W こうもり	0

表3 ㊸ 2卵性双生児の双方が示した  
同一領域の同一動物反応

年齢	5 : 6	7 : 5	9 : 10	13 : 1	16 : 6
E 女	0	0	1 X D <sub>2</sub> らいおん	0	<sup>2</sup> VIII D <sub>1</sub> 動物 X D <sub>1</sub> くも
年齢	4 : 6	7 : 1	8 : 8	12 : 8	
F 男	1 VIII D <sub>1</sub> くま	0	1 II D <sub>2</sub> 蝶	IV W こうもり 3 V W とり VI W ねこ しきもの	
年齢	3 : 6	5 : 6	8 : 2	11 : 0	15 : 8
G 男	0	0	0	1 VII W 毛皮しきもの	0
年齢	5 : 8		7 : 10	13 : 4	
H 男	1 X D <sub>9</sub> ねずみ		<sup>2</sup> IV W こうもり VIII D <sub>1</sub> とら	<sup>2</sup> I W こうもり V W 蝶	

一領域に、動物反応及び平凡反応を双生児のA B双方がともにみとめた場合をとりあげ、具体的に比較した。

a) 動物反応

さきに述べたように、動物運動反応FMが、双生児のA B両者に一致して存在したか、一方にのみ存在したかというレベルの比較では差がなかった。これは、2卵性においても、両者ともに存在する率が非常に高いからである。しかしより具体的にカードごとに、領域、動物の種類の一一致まで検討してみると、表3にみられるように、1卵性群の一致度の方がはるかに高い。また、同じ領域に別々の動物反応を表出したものをとり出して1卵性群と2卵性群の比較検討を試みたが有意差はみられなかった。

b) 人間反応

同一時期に同一カードの同一領域に人間反応Hまたは非現実的人間反応(H)をA B両者が示した場合をとりあげた。

人間反応の総反応量は動物反応よりきわめて少ない上に、同一カードの同一領域の人間反応は表4に示すとおり少ない。ここでみられることは1卵性群、2卵性群のひらきより、同環境の女子は1卵性、2卵性ともに同一領域に人間反応を表出しやすい傾向がありそうにおもわれる。(D、一卵性双生児、女は異環境に育っている)。

以上反応内容についての説明をわかりやすくするために、1卵性、2卵性の各1組の5才時の反応内容を具体的に紹介してみよう。このような年齢において、1卵性双生児の反応がきわめて類似していることがわかる。

表4 1卵性双生児が示した  
同一領域の人間反応

年齢	4 : 1	6 : 6	8 : 0	12 : 10	16 : 1
A 男	0	0	0	1 III D <sub>2</sub> M H	0
年齢	5 : 2	7 : 0	9 : 0	12 : 8	16 : 0
B 女	1 VIW F (H) M	1 IVW F H	1 IV d F Hd	3 IIIW M H VII D <sub>2</sub> F H H IX D <sub>1</sub> F H	3 IIIW M H VIIW M H H IX D <sub>1</sub> F H
年齢	5 : 6	6 : 9	8 : 9	12 : 4	15 : 3
C 男	0	1 II D <sub>3</sub> M H	0	0	2 II D M H IVW F (H)
年齢	6 : 0	7 : 9	9 : 8	13 : 5	16 : 10
D 女	0	0	0	1 IIIW M H	1 IW M H

表5 2卵性双生児が示した  
同一領域の人間反応

年齢	5 : 6	7 : 5	9 : 10	13 : 1	16 : 6
E 女	1 III D <sub>2</sub> F H	2 IIIW M H IVW F (H)	1 III D <sub>2</sub> F H	3 IIIW M H IVW M H H X dr M Hd	0
年齢	4 : 6	7 : 1	8 : 8	12 : 8	
F 男	0	0	2 IIIW M H VII D <sub>1</sub> M Hd	0	
年齢	3 : 6	5 : 6	8 : 2	11 : 0	15 : 8
G 男	0	0	0	1 IIIW M H	0
年齢	5 : 8		7 : 10	13 : 4	
H 男	0		0	0	

表6 幼児期におけるロールシャッハ例

1卵性 女子

5才2ヶ月 B

A  
カード I (20°)\*  
1. おばけ

B  
カード I (20°)  
1. おばけ  
2. 洋服

2卵性 女子

5才6ヶ月 E

A  
カード I (5°)  
1. 蝶  
2. とんぼ  
3. とんぼしっぽ

B  
カード I (70°)  
1. おにのかお

カードII (20°) 1. おばけ 2. 赤い蝶と黒い蝶	カードII (15°) 1. りす 2. 赤い蝶と黒い蝶けんかしてんの	カードII (10°) 1. 虫 2. 大根 3. お月様赤いみたい	カードII (60°) 1. コケッコみたい 2. 象
カードIII (15°) 1. ありんぼさんが何かもってんの 2. おばけ	カードIII (20°) 1. ありんぼさんが何持ってんのおばけだから早くにげよって言ってんの	カードIII (3°) 1. 人みたい 2. 虫みたい 3. とんぼみたい 4. 火事みたい 5. ガアガアなくあひるみたい	カードIII (60°) 1. 蝶みたい 2. 人間みたい
カードIV (15°) 1. はっぱ 2. 木	カードIV (30°) 1. はっぱ 2. 木	カードIV (3°) 1. 毒蝶みたい 2. ありごのたまご	カードIV (5°) 1. 熊みたい ねてるみたい
カードV (5°) 1. 蝶がとんでるの	カードV (10°) 1. 蝶がとんでんの	カードV (5°) 1. でんでん虫のつ 2. でんでん虫の足みたい 3. 木みたいのがもやもやなっている	カードV (10°) 1. 毒蝶とんでるみたい
カードVI (10°) 1. おばけ	カードVI (10°) 1. おばけ歩いてんの	カードVI (5°) 1. 長い棒みたい 2. でんでん虫ととんがった虫 3. おこたつのおせんみたい	カードVI ( ) 反応拒否 (だまってよこをむく)
カードVII (5°) 1. うさぎさんあそんでるのギッタンバツタンやって	カードVII (10°) 1. うさぎギッタンバツタンして遊んでんの 2. うさぎのおうち	カードVII (5°) 1. かにみたい 2. 廊下のひろいとこ 3. おてんとうさまがでたみたい	カードVII (120°) 1. 人間が逆立してるみたい 2. 蝶みたい
カードVIII (5°) 1. はな 2. 虫おばけ虫ははっぱたべてんの	カードVIII (10°) 1. 虫いじめてんのだ 2. はっぱ 3. お花 さぎんか	カードVIII (5°) 1. 火の玉 2. とんぼの棒 3. ねこみたいのぼてる 4. ふじのお山	カードVIII (5°) 1. 熊みたい 2. 蝶みたい 3. ふじ山みたい
カードIX (5°) 1. はな 2. おばけははっぱの上ののってあそんでるの	カードIX (10°) 1. 虫ははっぱの上であそんでんの 2. はっぱ 3. おはな	カードIX (5°) 1. 虫と虫けんかして 2. くさいろのはっぱ 3. てるてるぼうずのあたまみたい 4. 窓みたい	カードIX ( ) 反応拒否 (ソファーに横になってしまう)
カードX (10°) 1. 虫 花をいじめてんの	カードX (5°) 1. 虫 2. 花いじめてんのだべちやう	カードX (5°) 1. 虫と虫けんかして 2. 虫 3. おもたいから2人で持てるの 4. 何かいも虫もてるの	カードX (10°) 1. 虫

\*注 ( ) 内数字は初発反応時間。  
数字のない場合は拒否 rejection を示す。

### c) 平凡反応

平凡反応は、1卵性では総数160コ、2卵性110コ出現した。1回のテストに平均すると、それぞれ3コから4コである。このうち同一時期に同一カードの同一領域に出現した平凡反応を

とり出してみると、1卵性群では160コの中50組100コ、2卵性群では110コの中25組50コがそれに当る。1卵性の方に多いようにみられたが、この結果は有意差はみとめられなかった。しかし両群毎にそれぞれの全反応数（1卵性1080、2卵性756）に対して、それぞれの群の平凡反応の数（A Bがともに表出した平凡反応1卵性100コと2卵性50コ）がしめる比率を計算して比較した結果1卵性の双生児の比率の方が2卵性の双生児より、1%水準の有意差で大きいことを見出された。

このA、Bが一致して示した平凡反応の一覧は、表7、8に示したが、これらの表でも明らかにようにカードVIII D<sub>1</sub>領域の平凡反応がもっともよく出る平凡反応である。

表7 1卵性双生児 同一領域平凡反応

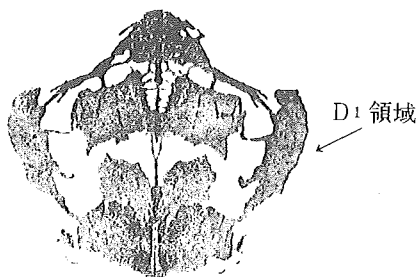
年令	4 : 1	6 : 6	8 : 0	12 : 10	16 : 1
A 男	VII D FM A • VIII D FM A	V W F A • VIII D FM A	I W F A V W F A • VIII D FM A	V W F A VII W F A VII D F A	III W M (A) V W F A VI W Fc (A) VII W M (A)
年令	5 : 2	7 : 0	9 : 0	12 : 8	16 : 0
B 女	V W F A VII D M (A)	I W F A V W F A • VIII D F A	V W F A • VIII D F A	II W M H III W M H V W F A • VIII D F A	II W M H II D F A VII D F A • VIII D F A
年令	5 : 6	6 : 9	8 : 9	12 : 4	15 : 3
C 男	V W FM A • VIII D FM A	I W F A VII D F A • VIII D F A	V W F A • VIII D F A	V W F A VII D F A • VIII D FM A	V W F A • VIII D F A
年令	6 : 0	7 : 9	9 : 8	13 : 5	16 : 0
D 女	0	I W FM A V W FM A VII D F A	VII D FM A	II D FM A V W F A VII D FM A • VIII D FM A	II D FM A VII D FM A • VIII D FM A

表8 2卵性双生児 同一領域平凡反応

年令	5 : 6	7 : 5	9 : 10	13 : 1	16 : 6
E 女	III D F H • VIII D F A	III D F A • VIII D FM A	III D M A • VIII D FM A	III W M H • VIII D FM A	VII D FM A W M H • VIII D FM A
年令	4 : 6	7 : 1	8 : 8	12 : 8	
F 男	• VIII D FM A	0	V W F A	VI W F Aobj	
年令	3 : 6	5 : 6	8 : 2	11 : 0	15 : 8
C 男	• VIII D FM A	• VIII D FM A	• VIII D F A	V W FM A VI W F Aobj VII D M A • VIII D FM A	VII W M H D FM A
年令	5 : 8		7 : 1	13 : 4	
H 男	• VIII D FM A		• VIII D FM A	I W FM A IV W F Fobj V W F A	

このカードVIII D<sub>1</sub>の領域は、形態と色調が適度に鮮明であり、幼児が動物イメージを思いうかべるのに容易ではないと思われる。そこに見る動物がどのようなものであるか、たとえば、「ねずみ」のようなよわい動物であるか、「とら」のようなたくましい動物であるかは、幼児の自己に対するイメージをしばしば反映するように思われるが、この点については今後更に追求してみたい。

図1 カードVIII



#### IV. 考 察

われわれが今回とりあつかった1卵性、2卵性双生児のロールシャッハ反応の資料は例数が少なく、不十分ではあるが、この資料の中で明らかなのは、平均初発反応時間（図形の提示から最初の反応が生ずるまでの時間の平均）において、1卵性双生児はA B両者の時間のばらつきが、2卵性双生児のA B両者の時間のばらつきより少ないということがたしかめられた。外

界への表出的反応の速さが1卵性対偶者同志が類似しているといえよう。

また、人間運動反応は1卵性のA Bに一致して出現しやすい傾向がしめされている。こどもが人間運動反応を生産する条件として Meili-Dworetzki は、(1) 構造を変化させる能力、(2) “人”の分化したイメージの構成、(3) 自己へ向う衝動の統制をあげている。

また Schachtel は人間運動反応の重要な要素の1つは、人間がその人自身、また他人、とりまく世界などに対する基本的態度を表現すると述べている。このように知能、想像性、内的安定性、共感性などの要素をふくめたものによって、外界に対しての感じ方、体験のし方が、1卵性双生児相互間では、2卵性双生児相互間より、人格の未分化な頃からより類似しているということが考えられた。色彩形態反応の出かたが1卵性双生児で一致しやすい傾向のあることも、未分化な情緒的反應水準できわめて類似していることを示している。

反応内容では、動物反応は1卵性、2卵性をとわず表出しやすいことは当然であるが、同一領域に同一動物が出現しやすいことは、双生児が同一環境でのよく似た生活経験をもっていることとも何らかの対応があるように思われる。

人間反応については、一般の児童よりやや早い時期から出やすいように思われるが、このことは1卵性、2卵性によらず双生児であるということと無関係ではないにも思われた。

以上をまとめると、ロールシャッハ反応からは、1卵性双生児では、(1) 外界に対する反応の速さ、(2) とりまく世界への基本的態度、(3) 未分化な情緒の表出や体験のしかたという、基礎的な人格機能の面で類似していることがたしかめられた。

発達的にみると、このような一卵性双生児の類似性は、人格の未分化な幼児期により顕著にみとめられ、その後は生活体験がひろがるにつれ、複雑かつ多様になる人格の様相がロールシ

チャッハ反応の中にも認められるようになる。

われわれはさらにこれらの事例が、動揺の多い思春期をこえて成人になるまでテストを継続し、同時にいろいろの社会階層、文化の双生児を加えて、双生児の人格構造や発達の問題を考えてみたいと思っている。

## V. ま と め

われわれは1卵性双生児4組、2卵性双生児4組を対象として、3才から16才までの間に3回ないし5回のロールシャッハテストを試みロールシャッハ反応の側面から、1卵性、2卵性の類似と差異を明らかにしようとした。

結果の整理にあたっては、ロールシャッハ反応の分類スコアリングを行い、それらの各種サインを形式分析によって検討した。主な結果をみると平均初発反応時間、色彩カードの初発反応時間は2卵性のAB間に5%水準で有意差が見られた。決定因では人間運動反応M、色彩形態反応CFが1卵性においてAB双方にともに出現する傾向が高いことがたしかめられた。

反応内容では、平凡反応の中で、同時期に同一カードの同一領域に平凡反応をみる傾向が、1卵性に高いことがみとめられた。

(終りにのぞみ、いろいろ御助言いただいた都立松沢病院の岡田敬蔵先生、当研究所の片口安史、玉井収介両氏に心から感謝の意をあらわしたい。)

## 参 考 文 献

- 1) 飯田 真「ヒステリーのふたごのロールシャッハ・テストについて——ロールシャッハ研究における双生児法の意義——」ロールシャッハ研究Ⅲ 149~160, 1960年。
- 2) 飯田美智子「ロールシャッハ・テストによる児童の性格発達の継続的研究」ロールシャッハ研究Ⅶ 71~94, 1964年。
- 4) 板谷美代子「幼児に施行したロールシャッハ・テスト——固執反応について——」ロールシャッハ研究Ⅵ 68~84, 1964年。
- 5) 片口安史「心理診断法詳説」1960年。牧書店。
- 6) 片口安史「ロールシャッハ法——その診断的考察——」異常心理学講座、第2巻、47~92, 1966年、みすず書房。
- 7) 児玉 省「児童のロールシャッハ反応の研究——Meili-Dworetzki 女史の批判——」ロールシャッハ研究Ⅰ 107~130, 1958年。
- 8) 村田正次、黒田健治「幼児のロールシャッハ反応の研究」ロールシャッハ研究Ⅳ 143~147, 1961年。
- 9) 中村 弘、中島昭美「双生児におけるロールシャッハ・テスト(戸川氏法)の検査成績」双生児研究第1集, 1954年, 日本学術振興会。
- 10) 越智信子「幼稚園児のロールシャッハ反応の推移について」ロールシャッハ研究Ⅶ 17~32, 1964年。
- 11) 小沢牧子、新井清三郎「正常児の followup Study 第5報, 5年間の Rorshach 反応を中心とした研究——」小児科臨床, 19巻7号 64~72, 1966年。
- 12) 玉井収介、小沢牧子「児童のパスナリティ・テスト」異常心理学講座2巻, 267~289, 1966年、みすず書房。





# ソーシャルケースワークとcrisis theory\*

児童精神衛生部

山 崎 道 子

## 1. 序論

ここ数年、アメリカのソーシャルワークや社会精神医学、精神衛生の関係誌に crisis の概念の研究や、crisis への働きかけの実践の研究がめだつてふえている。我が国においても、地域精神医学や地域精神衛生の考え方や活動がおこりつつあり、crisis への働きかけということが、ソーシャルワーク以外の領域でも、きかれるようになってきた。crisis の日本語訳は、まだ適切と思われるものがみつからないので原語のまま使うことにする。

crisis theory とか、crisis への働きかけというと真新しいひびきがあるが、ソーシャルワーカー、ことにケースワーカーにとっては、crisis 状況への働きかけは、まさに Richmond 以来、伝統的にその仕事であったのである。だが、ごく最近まで、crisis 状況に対する理論的根拠をぎんみすることなく、短期ケースワークをおこなってきたように思われる。

その結果は、ますます短期ケースワークの意義が、長期ケースワークに対し副次的になったことはいなめないように思う。

この論文の意図は、これまで、あまりに長期継続ケースワークに依存し、その効果を信じすぎたのでないだろうか。そのために、ウェイトングリストを設けることにもなり、結果は、ケースワークの援助をもっとも必要とする到達困難なクライアントや多問題家族などに実質的なサービスを行い得なくなったことへの反省とともに、ソーシャルケースワークにおける crisis theory の意義をあきらかにしようとした。次の内容について焦点をあてのべたいと思う。

- (1) crisis theory の展開した背景
- (2) crisis 状況の概念とcrisis の種類
- (3) 事例
- (4) crisis theory に志向された短期ケースワーク

## 2. Crisis theory の展開した背景

まず、crisis theory の展開した背景について考察しよう。

G. Caplan や、E. Lindemann は、crisis theory の理論化にもっとも貢献した人たちで

---

\* Social Casework and Crisis Theory. Michiko YAMAZAKI Division of Child Mental Health.

あるが、彼等は地域社会精神衛生の実践の中で、crisis への働きかけの方法論を開発したのである。その基盤になった彼等の地域精神衛生に対する考え方は次のようである。1) 地域社会全体が、精神衛生の問題に対処できる力を向上すること、2) 精神衛生の予防対策を講じることが基本であり、一次予防、二次予防、三次予防を含めた総合対策を展開することを目的としている。以上のような目的に向うためには、crisis への働きかけを避けられないものとしたのである。

次に、ソーシャルワークの領域でも、セントポールの多問題家族のプロジェクトなどが、その発火点となって、各地で到達困難ケースの積極的な働きかけが行われるようになった。その結果、到達困難ケースへのアプローチに必要なケースワーカーの基本的態度や技術、地域社会資源の組織化の問題などに目をむけさせたが、ここにも crisis theory にいち早く目をむける必然性があったのである。L. Rapoport は次のようにのべている。「インテーク後に、多くのケースがどうになってしまうかという<sup>(4)</sup>ことに系統的な関心が払われるようになった。そして、ケースワーカー自身が、それらのケースから脱落してしまうことに関心がもたれるようになった。クライアントのかなりの割合が、1度か2度の面接後にサービスを中断してしまうが、これらのクライアントは、「動機づけがない」、「非協力的」、あるいは、「サービスへの抵抗」とレッテルをはられた。だが、follow up 研究は、これらの個人や家族が、その経験から何ものかを得ていると感じていることをあきらかにした。彼等は、また状況の改善、や態度の改善をさえ主張していた。このような発見は、短期ケースワークに価値をおいていないケースワーカーにとっては、おどろきだったのである。

ウェイトिंगリストの問題についても、crisis と予防の見地から、また、ソーシャルサービスを利用する社会階層の見地から、自己批判がたかまってきた。アメリカ家庭福祉協会がおこなった調査報告<sup>(3)</sup>の結果は、「家庭福祉機関に援助をもとめてきたものの中で、2ヶ月以上待たせると、再び、機関がクライアントをよびもどした時に、もどって来ないものの%が急上昇し、50%はもどらない」ということをしめしている。

精神科医から精神療法をうける場合に、患者は、精神科医の時間の都合のつくまで待つことは当然のことのようになってきたが、ケースワーカーの間でも、心理療法的な接近に強調がおかれるようになると、クライアントのニードに合わせるよりも、ケースワーカーのスケジュールに合わせるようになった傾向は否定できないように思われる。ここで重大なことは、精神療法を待つことの意味とケースワークを待つことの意味の相違である。

精神療法をうけるために待っている人は、自分の意志で治療をうけることをきめた人であり、自分の中にある問題を認知した人である。また、アポイントメントをとって治療をうけるという契約的な考え方が可能であり、利用しうる資源にもケースワークを待つ人よりめぐまれている。他方、ケースワークを待つ人はどうであろうか。家庭福祉協会の報告によると、援助をもとめるクライアントの43%は下層階層、29%は下の中の階層<sup>(3)</sup>であることをしめしている。低所得階層やボーダーライン層の研究は、これらの人の価値志向や期待が現在にあること、彼は彼

が今必要とするものを、今すぐうけとることを望んでいること、いいかえると、即物的で即決的な援助をもとめていること、個人の中にも、家族の中にも、家族をとりまく周囲にも利用できる資源が乏しく、今、すぐ援助をうけることができないと、その圧迫に彼も家族も耐えることができないことをしめしている。このような価値志向や期待をもつ人は、ワーカークライエント関係の意味を理解することがむずかしく、インテークワーカーのあたたかい受客的な面接に反応しても、インテーク面接後、その機関の時間の都合のつくまで待たなければならないとつけられると再び欲求不満におとされるのである。家庭福祉機関で2ヶ月以上待たせられてもどってくるのは、中流階層の人たちであり、下層階層の人のもどってくる率は極めて低くなることをしめしている。

次に、精神分析家の中でも、いわゆる自我心理学の立場をとっている人たちの間では、crisis 状況を重視する傾向がめだってきた。M. Sarvis は、次のようにいっている。「治療をもとめてくる人は、治療をうける同等の権利をもっている。同等のサービスを与えるためには短期治療に向わざるを得ないが、短期治療は、かかる実践上の必要からの止むを得ない消極的なものだけでなく、患者が治療をもとめてきたその時の意味を重大にとり扱うことが必要なのである。」と。

短期治療を支持する哲学は、次のように云えるだろう。「生活の過程は、たえずいろいろなできごとに満ちている、それに順応し、あるいは順応し得なくなる、その持続する過程の中で生きている。だから、順応し得なくなった時には、心理療法やケースワークが必要になり、また有効に働くのである。このように、流動的に展開する人間の生活の中では、問題が完全に解決したといっても2度と問題がおこらないということとはできないということである。

以上、ソーシャルケースワーカーが、crisis theory に目をむけざるを得ない背景をのべてきたが、ここでもう一度要約してみよう。

1930年の後半から、心理主義に偏向したケースワークは精神分析を最上のモデルとしてきたそこで、ケースワーカーは、パーソナリティの比較的深い層に立ち入り、問題の原因をあかきみにだしていく長期継続ケースワークが価値のあるケースワークであるとした。

その結果は、小精神科医とか俗分析家の皮肉な呼称をつけられた。だが、次第に、ケースワーカーの中に、ケースワークをもっとも必要とするクライアントを援助していないという反省がおこってきたのである。このことが、crisis theory にいち早く目をむける動機となった。

### 3. Crisis 状況の概念とCrisis の種類

Webster の辞書によると、crisisとは、1) 患者が回復するか、死ぬかの病気の経過の分かれ路である。2) 決定的な何か、あるいは重大な時期、段階、できごとの経過の岐路3) その事の結果が悪い結末をもたらすかどうかきめる重大な状況であると説明しているが、いづれもある状況の結果をきめる分かれ目であることをしめしている。

次に、crisis theory を発展した理論家たちは、crisis 状況をどのように定義しているかみ

てみよう。

W. I. Thomas (社会理論家) は、crisis を古い習慣を妨げ、新しい反応を展開する触媒としてみており、<sup>(5)</sup>それは新しい発展をもたらすための主動因になるとした。この定義の中にふくまれている重大なことは、crisis は新しい行為への叫びであり、それがひきおこす挑戦 (challenge) は、新しい問題に対処する機制を要求するということである。そして新しい問題対処の仕方は、個人の適応能力をつよめ、精神衛生をたかめることにもなる。

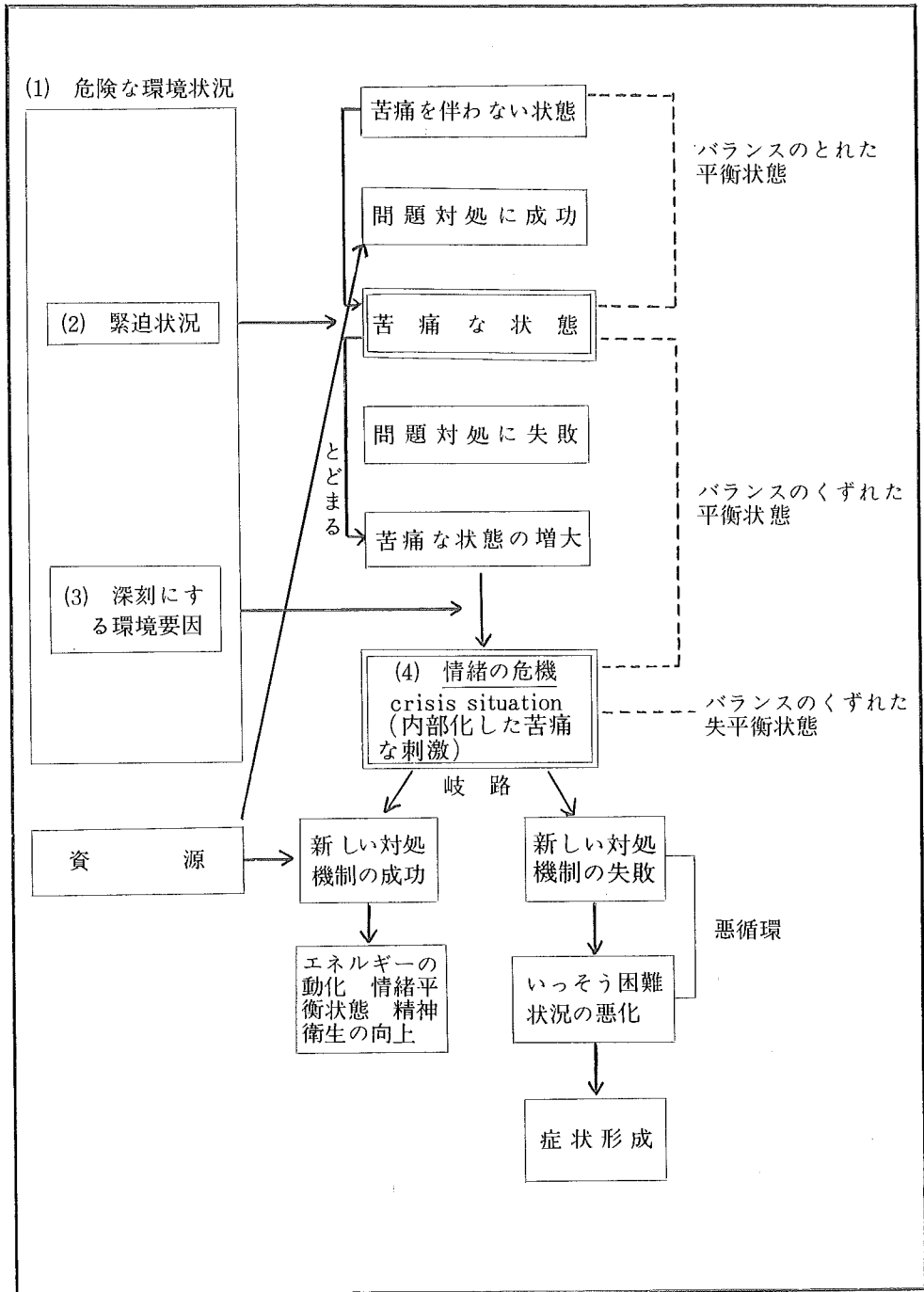
Parad は次のように定義している。「われわれが精神の健康あるいは不健康を評価するとき、<sup>(2)</sup>個人が環境に適応する際の個人の平衡 (equivalence) を評価している。この平衡は、心内のレベルと人間関係のレベルの両方に働いている複雑な一連の平衡化、あるいは恒常性の機制により安定的に保たれる。crisis は、個人の恒常的な機制が圧倒されて平衡の失われた期間である。」と。

次に、Lindemann や Caplan の弟子である Sifneos による情緒的 crisis の概念を図式的に説明しよう。<sup>(7)</sup>

まず、<sup>(1)</sup>危険な環境状況が発生する。これは、家族員の死亡、疾病、不慮のけが、失業、こどもの非行、新しい地域への転居、こどもの入学など、様々な状況が想定されるが、これらは普遍的に誰にとっても困難な状況あるいは危険な状況になりうるものである。だが、このような状況の発生に対し、ある個人や家族は、緊迫した状況とうけとらない、彼等は、おそらくそのような事体以前にも遭遇して対処機制を体得しているのかもしれないし、自分自身の内的資源、あるいは、家族、地域社会の資源などにめぐまれて問題にうまく対処している。したがって苦痛な状態にいたっていない。そこでは、バランスのとれた平衡状態が保持されている。ところが、ある個人や家族は、その状況を<sup>(2)</sup>緊迫した状況とうけとり、不安、怒り、恐怖で反応し、苦痛な状態を経験している。問題に対処する機制はうまく働かず、不安、あせりなどは、いっそう激しくなり、苦痛な状態はますますつよまる。そして平衡状態はバランスを失う。そのような状況下に、さらにその事体を<sup>(3)</sup>深刻にする環境要因 (Precipitating factor) が発生すると、その衝撃により、それまでや、潜服していた不安状態が一度に開かれて、急激な不安状態においこまれる。この状況に対処して、さらに対処機制を働かすが、うまくいかず、さらに苦痛な状況は深刻化する。

<sup>(4)</sup>この状況が情緒的 crisis の状況である。平衡状態は失われて、バランスもくずれる。

援助を求めて社会機関をおとづれるのはこの時期である。この状況で、クライアントは、彼がこれまで使ってきた、いわば習性になっている問題解決の仕方では、事体をのりこえることはできないと感じているのである。ここで、いかに問題に対処するかによって、改善の方向をたどるか、いっそう悪化する方向にむかうかの岐路になるのである。いいかえると、新しい問題対処の仕方に成功すると、そのcrisis をのりこえ、再び平衡状態を回復する、だが、処理機制がうまく働かないと状況はいっそう深刻になり、苦痛はさらに加わり、精神医学的症状の発現にいたる場合もある。



次に crisis の種類についてのべてみよう。crisis の分類は、なお不十分な段階であり、今後にはこされているが、要約すると2つに分類されるであろう。1) 特殊な圧力下において発生する crisis, あるいは、偶然に発生する crisis であり、状況的 crisis (situational crisis) あるいは、偶発的 crisis (accidental crisis) とよんでいる。洪水、大火、けが、疾病、失業、未熟児の誕生、死別などから、もっと頻繁に生ずるものまで多岐に渡っている。

2) 発達の過程、あるいは成熟の過程の特別な時期に発生する crisis であり、すべての人間存在が経験する性質のものであり、developmental crisis あるいは、maturational crisis とよんでいる。Erikson, Anna Freud, Hartmann などの自我心理学の諸概念や、さらに行動科学や社会科学によって支えられている。

Erikson や Bowlby などは、発達過程の crisis が発生しやすい時期に、状況的な crisis にいたるような緊迫したできごとが発生すると、非常に重大な crisis になることを実証している。

#### 4. 事 例

以上のべた crisis 状況の概念をはっきりさせるために事例をあげて説明しよう。

事例(1)偶発的 crisis 状況あるいは状況的 crisis 状況 (accidental crisis situation or situational crisis situation)

55才の祖母と中学1年の女兒が、綜合病院の精神科外来より「問題が複雑で処置しかねるから扱ってほしい」とまわされてきた。直ちに2人に面接したが、彼等はまさに crisis 状況の頂点にあった。祖母は混乱状態で、きいてくれる人さえあれば止めどなく話しつづけたいというようすだった。こどもの方がはっきりしていて、祖母の話しが混乱してくると、筋道をつけたり祖母を支えていた。

まず2人の間柄について説明しておこう。

こどもの実母は、この子がうまれるとすぐ他の男をつくって家出し、その後は、父方の祖母であるクライアントがこの子をひきとってママとよばせ養育してきた。祖母の生活史は奇偶と波瀾に富み、正式な結婚だけでも3回しているが、離婚されたり、死別したりで実質的に正式の結婚生活は正味3年位だったという。その間、2児をもったが、長男は、この子供の父親であり、次男はうまれるとすぐ養子にだしたが、青年期に精神病になり、現在どうにか結婚して生活している。祖母自身も数年前に抑うつ状態になり、3ヶ月精神病院に入院したことがある。祖母の血縁には、精神病の遺伝負因が濃厚であるという。現在、祖母は70をすぎた隠居している男性と同棲し、経済的に援助をうけているが、その関係は10年になる。祖母は本屋をしている。

祖母とその長男、すなわち、祖母とこどもの父親との関係は、祖母が戦時中から引揚まで、長男を実家の母親のもとにのこし単身外地で生活していたので、長男のことも手塩にかけて育てたこともなくお互いにしっくりしない関係である。

こどもの父親は、その後再婚し、後妻との間に2児がいる。父親は、このこどもが中学に入る時にはひきとると再三祖母に申し渡していた。もしそうでないと養育費は今後一切ださないと強硬な態度をしめしていたので、祖母も、こどもも中学に入学する日のくるのをおそれていた。祖母は冷静な時には、自分は病歴もあるし、年をとっているから、こどもを父親に渡した方がよいと思うが、またこどもが手許にいらなくなったら生きていく張り合いもないと思っていた。この祖母と孫の分離不安が<sup>(1)</sup>危険な環境状況と考えられるであろう。

小学校の卒業式がすんで、父親はこどもをひきとっていった。だが、こどもは、祖母のもとに毎日のようにかえってきた。祖母は、この間、知人、家裁、児童相談所などを歴訪し、祖母の許にある方が、このこどもは倖だということを保証してもらおうべく歩きまわっていた。こどもはやがて祖母のもとにもどった。しかし、父親からの<sup>(2)</sup>圧迫もつづき、こども、祖母も緊迫状況がつづいていた。この頃、このこどもと極端に仲のよい女友達と激しい仲互いをした。祖母は、沈んで、悲しそうなこどもの表情をみていると、たまらなくなって、その友人の家庭にどなりこんだりした。そうしているうちに、こどもは腹痛や疲労感を訴え、貧血がひどくなって学校を欠席しはじめた。この状況で、祖母はこどもを小児科につれていった。ところが納得する説明は何も与えられず、直ちに精神科にまわされた。この精神科に委託されたことが、crisisへかりたてる<sup>(3)</sup>深刻にする環境要因 (precipitating factor) として働いたのである。つまり、祖母は、こどもが精神的に異常だから精神科に紹介されたものと即断、つよい脅威にさらされ、不安、混乱状態をしめした。これが<sup>(4)</sup>情緒的crisis状況である。祖母は、二男の精神病に対し、罪の意識をつよくもっていた。また、二男とこのこどもの性格がそっくりだと祖母は常日頃感じていた。祖母はこの crisis 状況から性急に逃れようとするもがきが強く、今日にでも、こどもをつれて2人だけで静かにくらせる山奥にいくつもりだといったり、同時に、こどもの友人とその親をはげしくうらんでいた。こどもの方が冷静で祖母を支えていたので、こどもに祖母は極度に疲労しているから今は休養させることが先決であること、今後のことはワーカーが相談相手になるから、今、直ぐ性急な結論はださないこと、祖母の下痢がひどいから、先にワーカーを紹介した精神科の医師からくすりをもらうように指示し、何か急変があったら、直ちにワーカーに連絡するように指示した。

5日後に2回目の面接をおこなったが、祖母は、なお下痢がつづいていたが、ずっとおちつきをとりもどしていた。そして、自分が、なぜ、こどもが精神科にまわされたことで、あんなに激しい脅威にさらされたかをいっそうあきらかにした。祖母は、本児との出あいを運命と考えており、本児の父親に最初のこどもが女の子であつたら、ぜひもらいたいと話していたが、赤んぼの時からこの子を育てるようになってしまったこと、赤んぼの時から手塩にかけて育てたのは、このこどもだけであり、この子どもの痛みやつらさは、すべて、祖母自身の痛みやつらさになって感じられるそんな間柄であることをあきらかにした。

また5日おいて、3回目の面接をおこなったが、祖母は下痢も止まり、おちつきをとりもどした。こどもも登校を開始した。祖母は、この回にも波瀾に富んだ祖母自身の生活史を生き生



きとのべたが、その陳述から、祖母には、愛情や安全への欲求不満が根ぶかく存在し、常に充足感に欠け、強い不安が潜在しており、緊迫した状況に遭遇すると、不安状態が一度に開かれて、crisis 状況にいたるその過程がかなり明確になった。

crisis 状況において、過去の体験がもっとも鮮かによみがえってくると言われているが、この事例でもまさにそうであった。

5日後に、4回目の面接を約束していたが、祖母から電話があり、本の仕入れが多忙で出かけられないこと、今は2人ともすっかり元気をとりもどしたと報告があった。

この間に、こどもの学校の担任教師に面接し、問題の友人関係について情報を聴取し、友人関係の調整に協力をもとめた。

以上で crisis 状況の発生から、その取扱い経過を要約したことになる。

3ヶ月後に、担任教師と連絡し、こどものその後の様子を聴取したが、こどもは、その後すっかり元気を回復し、前よりいっそう積極的になり、問題は全々ないと報告をうけた。

その頃、祖母にも面接したが、祖母は、元気を回復し、完全に冷静さをとりもどしていた。将来への不安はなお存在したが、しかし、生活の前向きな態度や意欲がようやく感じられた。そして、crisis 状況におこまれた彼女自身の情緒的な過程を再びくりかえし明確にした。そして、これからは、そこまでいかない前に何とかできるのでないかという自信をもったとのべた。

この事例は、こどもの方からみると、発達のcrisis (developmental crisis)あるいは成熟の過程でおこるcrisis ( maturational crisis ) 状況とも言えるであろう。

事例(2)発達の過程、あるいは成熟の過程の特別な時期に発生するcrisis 状況 (developmental crisis situation あるいはmaturational crisis situation )

この事例は、児童福祉施設でよく遭遇する問題を示している。

本児は、高校1年在学中の男児であり、養護施設に在園中である。

(1)危険な環境状況は、あきらかに、青年期の混乱、動揺期にあり、愛情欲求や安全への欲求がもっとも高まっている状況である。

本児は高校入学のために、中学2年の半ばに現在の養護施設に転入園したが、自己中心的で、集団の中にとけこまない、職員にちかづかない、すぐに感情的になるなどの理由でまわりのものからあまりよく思われていなかった。

本児は、夏休に鼻の手術をすることになった。この状況が(2)緊迫状況とみなされる。

本児は、受持の若い保母のもとに頻繁に手術の不安や恐怖を訴えあまえるようになった。手術の前後4週間入院したが、その間、保母は本児を度々見舞った。本児は急速に保母に情緒的に近づき愛情を感じていった。その頃、保母は発病し、現在の医学では難病と診断された。本児はそれをしてしまった。これが、(3)深刻にする環境要因とみなされる。本児は、非常な衝撃を受け、混乱状態になった。勉強も頭に入らなくなった。

保母にできるだけ休養をとってもらおうとして保母に代って労働をひきうけたりして手伝い

もしていたが、保母が他のこどもの世話をやいたりしていると、保母の病気が悪化するのではないかという不安と、自分の気持ちをわかってくれないといういらだちがつまより、また、保母を独占したい気持ちも増大し、さらに性衝動も手伝って、保母に対し、2、3度亢奮的になり、見さかひもなく物を投げたりこわしたりした。この状況が(4)crisis状況とみなされる。本児の情緒的crisisの頂点にあった時に、激しい感情の爆発が乱暴になってあらわれたが、そのcrisisは、1週間が頂点とみられ、その間1度園をとびだしたり、学校を欠席したりしたが、保母の適切な取り扱いによって、本児は徐々に平衡状態を回復しつつある。そして彼自身の感情をもっとみつめることができるようになっていく。本児は、幼少時期から両親とほとんど情緒的交流はなく、おそらく本児にとり、保母に対する感情は、はじめての生き生きした肯定的な感情だったと思われる。この保母の本児に対する態度やとり扱い方のいかに、彼の今後の人間関係のあり方に決定的な影響を与えるであろう。ここにおいて、crisisは、まさにturning point 岐路としての重大な意味が存するのである。

#### 5. crisis theory に志向された短期ケースワーク

次に、crisis intervention のkey points を明確にしつつ、ケースワークの実践とのかゝりあいにおいてのべてみよう。

Caplanは、crisisの状態は、1週から6週間持続するといっている。この間がcrisis状況の頂点とみなされるが、クライアントや家族は、援助をうけようとする要求が最も高まっている時でもある。したがって、その時点で、クライアントや家族に十分に接近し、援助の努力をすることが要求されるのであり、また、ワーカー側の最少限の働きで効果をあげる可能性も大きいのである。したがって、ずっと後になってから、もっと積極的な包括的な働きかけをおこなっても影響性は(accessibility)減じているから効果があがらなくなる。

crisisの時点で、crisisにおいこんだ環境因子(precipitating factor)や、それが、その個人や家族にもつ特別な意味をあきらかにすることにより、治療的効果があがり、それ以上の援助を必要としなくなる場合もある。現在の混乱状態と解決のついていない古い葛藤との関係をあきらかにすることが、しばしば必要になるが、この関係を明確にするための必要な材料は、crisis状況の時点で、おどろく程あざやかにでてくることがある。このような材料は通常、抑圧抑止されていて、表現されないが、crisisの状況では、防衛は弱められており、表現されやすくなっている。(以上、事例(1)参照) crisisへの働きかけの方法は、弾力的な融通性にとんだものが要求される。まず、1) Open intakeの方式をとることが必要である。機関をおとづれたクライアントについては、すぐにその場でインテークをおこなう。その後の面接の頻度は、クライアントの必要により、非常に緊迫した状況では、毎日でも短時間会うことが要求されるかもしれないし、順次、週に1度、あるいは月に1度で充分になるかもしれない。クライアントの問題解決の見込みがついてきたら、彼が再び援助を必要とする時には、いつでももどって来れるということで終結にする。2) 迅速な診断評価が要求される。クライアントが現在直面

している問題に焦点をあて状況分析をおこなう。crisis の性質、その契機、いかなる人間関係の中でおきているかをはっきりさせる。さらに、クライアントをとりまく家族成員および関係、集団のcrisisとして把握する。そして、このcrisisをのりこえるために活用できる人間、および社会資源を発見し、それをどのように活用させたら、クライアントや家族に有効であるかを検討する。また、ここで同時に重要なことは、クライアントが問題に直面し、何とかしようとする動機づけをもたせることである。最初の面接者が、クライアントの働きかけに対し方針をきめる権威と責任をもっていることが大事である。3) 目標にそって焦点をおき働きかける。4) ワーカーとクライアントのコミュニケーションの強化につとめ、自我支持にむける。5) クライアントのパーソナリティについては、自我の防衛の構造や適応の構造にむける。6) 積極的、指示的介入(助言の利用、ワーカーの権威の利用など)がケースワークの技法として強調される。

これまで短期ケースワークというと、あんちよこに考えられがちで、むしろ初歩のケースワーカーにまかせられる傾向があったが、crisis theory にもとづいた短期ケースワークの働きかけは、1回1回の面接が、クライアントの重大な岐れ目に対して積極的な方向に向わしめる勇気と力をあたえるものが要求されるのである。そこでは、ワーカーのクライアントに対する誠実な援助へのねがい、適確な診断評価、トリートメントに対する技術など、ワーカーのすべての力が結集されて、はじめて、crisis 状況にあるクライアントに岐路に直面させる勇気とエネルギーをあたえることができるのである。ワーカー自身の援助へのきびしい態度が何よりも要求される。

## 6. あ と が き

以上、crisis theory の展開した背景、crisis 状況の概念と種類、crisis に志向された短期ケースワークについて大まかにのべた。

今後、crisis theoryは、ソーシャルケースワークの実践の中で、いろいろの角度から明確にされ、さらに理論化されていかねばならない。

このことは、即、ソーシャルケースワークの真のサービスの向上に寄与するところが大きいと確信する。

(この論文の要旨は、第15回日本社会福祉学会総会において発表した。)

## 文 献

1. Caplan, G. : Principles of Preventive Psychiatry. New York, Basic Books, 1964
2. Parad, H. J. and Caplan, G. : A Framework for Studying Families in Crisis, Social Work, Vol 5, No.3 (1960)
3. Perlman, H. H. : Some Notes on the Waiting List. Social case work, Vol. XLIV, No.4 (1963)
4. Rapoport, L. : Crisis-Oriented Short-Term Case work, Social Service Review,

march 1967.

5. Rapoport, L. : The State of Crisis :  
Some Theoretical Considerations, The  
Social Service Review, vol. XXXVI, No.2  
(1962)
6. Sarvis, M., Dewees, S. and Johnson,  
R. : A Concept of Ego-Oriented Psycho-  
therapy, Psychiatry, Vol 22, No.3 (1959)
7. Sifneos, P. : A Concept of "emotional  
crisis". Mental Hygiene, Vol 44, No.2 (19  
60)
8. 加藤正明 : Community Psychiatry の動向と  
問題点 精神衛生研究15号 (1966)
9. 山本和郎 : 地域社会精神衛生と臨床心理学  
臨床心理学研究第6巻2号 (昭和42年)
10. 山本和郎 : 精神衛生コンサルテーションの方法  
と日本における問題点 精神衛生研究1967,  
第15号。



# 精神衛生における能力開発の研究\*

—Sensitivity Training を素材に—

横 山 定 雄\*\*

## 1. はじめに—精神衛生の焦点的課題をめぐって—

現在、精神衛生の専門領域では多岐にわたる研究や実践が進められているが、わたくしはこの状況に対して、いろいろと深い疑問をもっている。

その疑問の第一は、精神衛生の対象領域が狭義から広義へ、消極面から積極面に幅広く拡げられているということの理論的根拠が不明確であり、特にこれらの全体領域に対してもつ（精神衛生の）焦点的課題は何なのか、が明確にされていないこと、第二は、現在、広範囲な対象領域の中で特に精神障害(者)対策に主力が注がれているが、そのことの社会科学的根拠や現代社会的意義（変動激しい現代社会や現代人の中核的精神衛生課題との関連性などについて）があいまいのままにされていること、第三は、総合科学方式（inter-disciplinary method）が主張されながらその具現化に対してはあまり真剣でなく、しかもそれが、研究や実践の技術的課題としての認識にとどまり、社会科学的認識と結びついてはいないこと、などが疑問の主要なものである。

わたくしとして特に疑問であるのは、現代社会の人間と社会にとっての精神衛生という現代社会的課題に対する以上は、何よりもまず社会科学的現実認識から出発し、現代社会と現代人の内面的主体的立場に即して、現代社会との関連性の中で対象課題を選定しそれと取組むべきものであるのに、実際は専門家や精神衛生関係者の立場や関心から精神衛生問題をとりあげ、しかも現実社会の動きや構造やそこに生きる人間や人間生活と切離した恰好で、研究や実践を進めていることに対する疑問である。しかもそこには、何を精神衛生の焦点的課題としてその対象や現象をとりあげているのか、その理論的根拠は何なのかなど、基本的問題が置去りにされたままにあることについてである。

もしも精神衛生の焦点的課題を“精神障害や精神疾患の発生要因や治療技術の究明についての医学的・生物学的活動にある”と考えるのであれば、障害や疾患を担う人間（対象者）が同時に社会的・心理的存在であるために社会学や心理学などの協力が必要となり、また社会的・経済的条件や行政法制と関連をもつことから精神衛生という社会的・生活的概念体系の中で取り扱う必

\* Research on a Training Effect of the Sensitivity Training concerned with Mental Health.

\*\* Sadao YOKOYAMA, Ed. D., Chief of Division of Socio-environmental Research.

要がある、という論理が成立つかも知れない。だがこの論理では歴史性社会の認識を忘れたままに、人間を単純に社会生物体とみる立場に立つことになり、現実生きて動いている社会や人間やその主体的立場についての理解は、まことに非歴史的・非現実的で非科学的なものになってしまう。したがってそこには、現実社会の歴史性をふまえた社会科学が参加協力する必要性も場面も存在しない、ということになる。

だがすでに、フランスのピネルやアメリカのピアーズなどによる精神衛生運動をみても、人間（精神障害者を含めて）を尊い主体性と生命をもった、人倫的処遇を受けるにふさわしい価値ある存在とみなす思想にもとづいている。そして今日では、多くの社会思想家や社会学者たちが、現代社会における人間の主体性喪失や自己の抑圧といういわゆる「人間疎外問題」を訴えている<sup>(1)</sup>ところにみられるように、人間は単に社会の客体でも社会生物体でもなく、人間としての主体性や主体的自己をもち、主体的機能の主体的発揮によって歴史性社会に参加し、その社会を形成・維持・発展させるところに、人間の本態を認めるようになっていく。したがって現代社会の中核的な精神衛生問題は、現代社会と現代人にみられる主体性の喪失や、自己や社会からの疎外状況そのものをおいては存在しない。このことは単に、精神障害者や適応障害者についてだけ見出される問題ではなくて、現代社会とそこに生きる人間全般にかかわる歴史的社会的な重大課題なのである。

したがってわたくしの認識や論理からいえば、精神衛生の焦点的課題は、“歴史的現実社会やその生活構造の中での人間ひとりひとりの創造的・主体的活動機能の回復と強化”であり、そのための必要な“社会的・人間的技術的援助協力の推進”にあるということになる。これを簡単にいえば、“人間の主体的能力とその立場〈自己自身〉の回復と強化”ということになるが、そのねらいは現代社会の危機的課題である人間疎外問題の解決要請にこたえる、ということにある。それ故に精神衛生の実践活動としては、取扱う課題や領域が精神障害者対策であれ、犯罪非行者対策であれ、産業における人間問題であれ、それらはすべて現代社会の構造や特性と結びついて生まれる人間疎外問題の関連事象として取りあげるものであり、そして、これらの研究や実践の焦点的課題は、それぞれの問題や事象にかかわる人間や社会の主体性能力の回復または強化をめざすところにあり、さらに、その効果をあげるに必要な援助や方策を研究しそれを実践するところにある。

このような論理や認識は、必然的に精神衛生が歴史性社会と結びついた社会科学の対象領域であることになり、現実社会（変動機能を含む）、人間の心情と行動（身体的条件を含む）、具体的問題事象（精神障害その他）の3領域と、これら3領域の相互間に作用する関係や力動性などを縦貫的総合的にふまえた研究や実践が進められることになる。したがってここでは、真実の総合科学的研究と活動の方式が必要となってくる。

---

註(1) これについては、マンハイム (K. Mannheim)、フロム (E. Fromm)、アレキサンダー (F. Alexander)、リースマン (D. Riesman)、ホワイト (W. H. Whyte) など多数いる。拙著「センシティブティ・トレーニング」(同文館、1965年) PP. 17~26. 参照。

ところで、精神衛生における「人間や社会の主体性能力の回復強化」とは、いわば人間の行動や生活における能力の開発または完全機能化〈ロジャース, C. R. Rogers〉<sup>②</sup>の展開, ということにもなる。そして精神衛生の領域においては, すでに能力開発の視点につながる活動として, 個人的・集団的な心理(精神)療法や作業療法や専門カウンセリングなどの分野において, すでに着々と成果や業績をあげていることを忘れてはならない。また, 内因性精神病患者に対しても, 新しい向精神剤の開発と投用によって, 能力回復に著しい効果をあげつつあることも見逃してはならない。

つまり精神衛生の現実活動は, すでに現に人間の能力開発や主体性回復の方向に向って動いている, ということである。ただ問題となることは, 精神衛生の焦点的課題が現実の社会的人間の要請課題であるところの人間能力(主体性)の回復や開発にある, という認識が明確にされておらず, さらに社会科学的な認識や体系や理論の中で進めることを忘れてはいる, という点である。

そこでわたくしとしては, 精神衛生において, 能力開発課題が社会科学的にどのように取扱うことが可能であるか, の明確化をめざして, 集団力学や行動科学にもとづく新しい能力開発訓練法として注目されている「センシティブティ・トレーニング」ないし「ラボラトリ・トレーニング」の研究を参考までにとりあげて, 検討してみたいと思う。

## 2. センシティブティ・トレーニングとその基本的特性

いわゆるセンシティブティ・トレーニング (Sensitivity Training, 略称「ST」または「LT」) は, 1946年夏アメリカにおいて, 集団力学 (Group-dynamics) 研究の創始者として有名なレヴン (Kurt Lewin) とその仲間たちによって開発された, 実験室方式をもつ新しい人間関係訓練である。その名称は Laboratory Training in Human Relations (略称「Lab. », 「LT」) とも, T-Group Training とも, Human Relations Training とも呼ばれ, 固定した名称はない。

だが今日では, アメリカ各地や大学はもとより, イギリス・西欧各国・インド・アフリカ・東南アジア・オーストラリア・ニュージーランド・日本など, 世界各地の教育(社会教育を含む)・企業・医療・衛生・宗教などの諸領域に広く導入されつつあり, その研究や実践に際しては, 集団力学や社会心理学のほか, 精神医学・精神分析・臨床心理・社会学・教育学・経営学・社会福祉などの多面的関係領域や関連科学からの協力参加があり, 社会と人間に対する新しい主体的変革と変革体の育成をめざす世界的国際的運動になりつつある。

このような動きや背景をもつセンシティブティ・トレーニング(以下「ST」または「LT」と呼ぶ)の目的・理念・方法・構造・理論・効用などの基本的内容や性格をはじめ, 沿革・現状・問題点などについては, わたくしは先に拙著「センシティブティ・トレーニング——指導

註② C. R. Rogers ; On Becoming a Person, Houghton Mifflin, 1961.



能力の開発」(同文館, 1965年)において, 体系的・実証的・社会的に論述してあり, その外, 幾つかの雑誌や単行本にもその要点や概要をまとめたものを提示してある(3)ので, ここではこれを再述するつもりはない。

ただここで明確にしておきたいことは, このSTがもつ基本的特性と, 精神衛生における能力開発課題との関連性についての, 次のような諸点(4)である。

①STは, 変動激しい現代民主主義社会とそこに生きる主体的人間とに直結する危機的変革的課題をめぐって, 「人間疎外」に象徴される現代社会の再建のための「計画的変革」(Planned Change)の推進や, それを担う「変革体」(Change Agent)の育成という, 社会と人間の変革に関する現代の基本的な主要課題問題と取り組んでいること。

②STは通常, 一般社会から人為的に隔離された「文化的孤島」(Cultural Island)の集団生活を設定し, その中で「人間関係(小集団)の実験室」による訓練方式を通じて, 参加者たちの主体的な自己洞察体験による人間の成長変革と, それにつながる柔軟な対人行動技能の習熟化とを生み出そう, という特異な教育方式や考え方をもっていること。

③この訓練における洞察発見や成長変革の課題の焦点は“既成概念その他にとらわれ自己自身を抑圧し喪失しつつある自らの現実状況のフィードバックとその自己発見”であり, それにもとづく“その状態からの脱出”であり“主体的にとらわれのない自己自身への成長変革”である。したがってこの訓練経験によって, このような人間変革(自己成長)が可能であるとの仮説や理論にもとづいていること。

④このような仮説や理論は, 精神療法やカウンセリングにおける仮説や理論と同一または近似していること。このことは, 教育活動を目的とするSTが, いつのまにか精神衛生の基本原則のひとつを自ら発見体得し, 主体性能力の開発成長という精神衛生の焦点的課題や仮説や効果などを, 教育活動の中にとりいれていることになる。したがってこの範疇に関する限り, STもまた精神衛生の領域や体系の中に十分にはいりこんでいるということになる。

⑤STの方式の中で最も特徴的といわれる「T-Group」(5) (小集団実験室方式のひとつ)は, 日常生活では経験することの少ない未構成集団(unstructured group)であることから, メンバーたち(訓練参加者, Trainees)は理解しがたい不安・とまどい・不満・怒りなどの

---

註(3) 横山著前掲書(同文館, 1965年)

横山著「機能主義経営管理法」(経林書房, 1965年)

横山著「新しい部下管理読本」(日本経営出版会, 1968年)

横山稿「新しい人間関係訓練の方法と意義」(その1)(その2), (金子書房「児童心理」(1967年11月号, 12月号連載))

横山稿「創造性開発の方法としてのセンシティブティ・トレーニング」(明治図書, 恩田彰編「講座 創造性の教育」第2巻 所載, 1967年9月)

横山著「Laboratory Training」(日本経営管理教育協会, 1968年)

L. P. Bradford & Others ; T-Group Theory and Laboratory Method — Innovation in Re-education ; John Wiley & Sons, 1964.

註(4) 拙著「センシティブティ・トレーニング」, (前掲書)第3章〜第6章及び第10章。

註(5) Tグループの構造・性格・目的・効用などについては, 同前書, 第4章を参照。

心的重圧を感じ、さらに予期しない側面からのトレーナー（Trainer, Training-staff）の介入（Intervention）<sup>⑥</sup>による心的衝撃などによって、参加者たちの心情や行動は混乱葛藤をおこすことが多い。この事態についてのSTとしての理論や意義や、参加者にとっての先行き効果は別として、教育訓練の名のもとに人間をモルモット扱いしているように参加者から感じとられたり、人間をわざわざ混乱に追込み精神衛生状態を悪くさせる（という風にとれる）構造や方式をもっているということ。

⑥この訓練に対して一定の名称がつけられていないように、STやLTの実際的方法も構造も、訓練対象の種類や性格、訓練スタッフたちのもつ訓練についての目的意識、作業仮説、訓練理論、現実の物的時間的条件などの差異によってかなり異なっており、また次々と改善され創造されていくのが現状であり、そしてこのような固定化や定型化のない姿が、この訓練の重要な特性であると考えられていること。

以上の諸特性はこの小論各所の「註」をはじめ、多くの関係文献やSTやLTの研究者や参加者などによって述べられているところである。

このような訓練特性から考えられることは、STがめざす訓練課題やその目標は、現代社会とのつながりの中で、現実の社会や組織の再建、人間行動や対人関係の成長変革をめざすことではあるが、その実際の内容や方法は小手先の技術指導や単なる理論提示でもなければ、特定の思想や価値観の押し売りやそれによる洗脳工作でもない、ということである。

STのもつ基本的思想としては、人間個々の絶対的尊厳性を互いに深く洞察し、それにもとづく人間主体の民主的な社会と生活の形成や展開を意図しているところにある。だが、そのような意図や思想を現代社会に押し売りするのではなくて、現代に生きる人間自身の願望や本性に合致した期待と希望のもてる社会建設（変革）のあり方を、心ある人々と共に主体的に真剣にとらわれなく考え、歴史性のもとに動いている現代社会と人間性に結びつけながら、それをできるだけ自立的共同的に推進したり援助したりしていこうとして、このような新しい人間関係訓練の方式や実践を提示している、ということが理解される。

もちろん、STの展開過程の実際状況や訓練効果や訓練スタッフの習熟性などについては、いろいろと検討すべき課題や疑問があり、現在のSTが必ずしも完成されたものでないことはいうまでもない。それにしても、現代社会の人間疎外や主体性喪失という社会的人間的危機問題を出発点に、人間の人格の内面深層に抑圧された主体的自己そのものをゆり動かし、喪失状態の自己を回復成長に導き、主体的行動変革や能力開発をもたらそうという人間心情活動の「ミクロの領域」から、人間の自己回復や行動変革をよりどころに、人間が主体者となり中核となって現代社会の組織・制度・規範・行動方式・対人関係などを合理的民主的組織的に改善・変革したり、そのような方向や方式を創造し展開していこうという、つまり現実社会の変革や再

註⑥ トレーナー介入は、特にTグループにおける重要問題であるが、その意味、効用などについては、同前書、PP. 142～146を参照。

建という「マクロの領域」にまでまたがっているのは、まことに壮大で野心的であるというほかはない。

ところでこのS Tの実際や理論の中には、大幅に精神衛生領域のもの——特に力動精神医学、臨床心理学、心理療法、集団療法、カウンセリングなどにおける機能主義的精神社会的力動理論（psycho-social dynamics theory）——が取り込まれており、また現実には先述のS T特性の④や⑤からも推察されるように、人間（訓練参加者）の精神的混乱や人格解体を生む場面もあり、まさに精神衛生の専門家が参与しないでは許されない状況をもっている。

このことは、S Tの活動が人間の能力開発や社会変革をめざして、いわば精神健康の向上増進に当たる精神衛生領域についての、社会科学的で総合科学的な実践活動になっている、ということになる。これは、現実社会の必要性に支えられてS Tが発展しているという意味と実状から、精神衛生の専門家たちがこれをどのように否定しようとしても否定しきれないところである。またそれ以上に重要なことは、元来、精神衛生の専門領域において意図し推進すべき思想や理論や方法を、S Tが先に現実に見本を見せてくれており、精神衛生関係者たちはこのS Tから大いに学ぶ必要がある、ということである。

S Tは、現代社会とのつながりの中で主体的変革の問題をとりあげ、社会科学その他の諸科学を動員し総合することによって、特に人間の主体性や自己の回復成長すなわち人間能力の開発をめざし、そこから人間自らが現実社会に生き現実社会を生かし変革に導くあり方を生みだそう、ということになってきているわけである<sup>(7)</sup>。

他方、専門領域における精神衛生運動が、精神障害（者）の医療や保護の課題から出発したのは当然のところである。だがそれにしても、その運動の思想的背景には、“精神障害者もまた人間として現実社会の中で処遇され生きる権利がある”，ということがあったわけである。このことは、“すべての人間は現実社会の尊厳的な主体者であり”，“このような人間の実態にふさわしい社会の建設に寄与しよう”との思想的前提から、“ともかく専門家たちの直接責任対象である精神障害者の問題を、自らの社会的専門運動の中心課題にとりあげた”といえよう。

したがって精神障害者対策を現代社会における重要な精神衛生運動の課題であると（専門家たちが）みなすのであれば、その現代社会的意義を明確に提示する必要がある。特にその対策策や運動の焦点の本質的課題が何であるかを、実際資料をもとに明確化することが必要となる。そしてこの焦点的課題は“主体的能力の回復成長”であり、これはさらに広く深く考えるときは、現代社会と人間すべてが求めてやまない人間疎外の克服や人間中心社会の建設や変革の課題につながるものであることを、現実の対策推進資料から証明できるはずのものである。

もしも現在の精神衛生活動のように、中核的焦点的課題やその根拠を明確化せず、単に消極的領域から積極的領域まで広範囲に拡がるという説明の中で、精神障害（者）対策に主力を注

註(7) S Tの訓練課題とその効果効用については、同前書第9章などのほか、拙著「機能主義経営管理法」(前掲)第10章「センシティブティ訓練の効用」(PP. 141~156)を参照。

いでいる状態のままでは、精神衛生の活動は専門家たちだけの専門技術的処理活動の状況にとどまり、一般社会や国民各層からの理解や協力はえられず、精神衛生本来の理念や目標とはずれた片よった、非社会的な専門活動に終わってしまうように思われる。

ところで、現実の精神衛生の活動や体制はともかくとして、実際に精神衛生の問題領域の中に入りこみ、その原理や方法を活用しているSTについて、特にその焦点的課題となっている人間の主体性能力の開発成長の実際的な過程と現実的效果を中心に、STと精神衛生との関連性をできるだけ具体的科学的に検討し、解明してみたいと思う。

### 3. STにおける開発効果測定

STによる、参加者の能力開発の過程や効果の分析は、ST生活参加期間中と一般社会への復帰後とに分けて考察する必要があるが、しかも重要なことは、一般社会（日常生活）への復帰後の能力開発の動きとその現実的效果がどのように現われているか、ということであろう。だがどちらの場合にしても、人間の主体性能力やその発動状態は、その人間の内外心身機能を含む複合的全人的深層状況にかかわるものであるだけに、これを単純な外在的観察測定方式や被検者による主観的内観測定方式では、科学的な現実状況の深い把握はできないことになる。

望ましい把握方式やその条件としては、測定者と被検者との間に相互に心的自己防衛機制が作用せず、いわゆる共感的理解関係が設定され、深層の内面状況をも透明にリアルに表明でき理解しあえるという相互関係が構成されるということと、さらに、そこで得られた現実状況を誤りなく客観的科学的に記録化でき資料として活用できるという条件が必要となる。だが実際にはこのような理想的な方法や条件は、容易に実現できるとはいえない状況にある。そこでやむをえない次善策として、主体性能力の抑圧阻害や開発成長に関する作業仮説を設定し、これをできるだけ多面的実際の資料から検討または検証するという方法をとっているのが、今日のSTの効果測定の段階である。

ところで、ここにいう「主体性能力」とは、“社会や相手など自己以外からの作用や圧力にも、また自己の内面的衝動的な欲望や感情などにも一方的に支配されることなく、自己自身の内面にある真実の欲求や主張や意思にもとづいて、自己自身が判断し決定し行動する能力”をさしている。そしてこのような主体性能力は、すべての人間が本来的基本的にその人間なりに持っているもの、という仮説をもつ。

ところで実際の現象の状況としては、精神衛生の学説にいう心的防衛機制や、人間心情と社会的規制力との力動関係から、現実社会の中で人間は自己の心的安定均衡を求めて、社会や外部の要求や規範や行為様式に順応して自らの主体性能力を抑圧することになりやすい。しかもこのような社会順応や能力抑圧による安定性獲得の経験や、その反対行動による社会的非難や制裁を受ける経験を重ねることによって、自己抑圧の態度が自己の真実を偽り自己自身を失う状況であっても、自らの自己防衛や合理化の機能によって自己が守られて、ついに自己抑圧の態度が習性化し常態化してしまうことにもなる。

したがって主体性能力を自己開発に導くためには、カウンセリングや心理療法における自己発見や洞察成長と同様に、社会生活や対人関係場面における自己の現実の姿をリアルにフィードバックし、そこから何らかの自己洞察展開が生まれるような場面を設定することが必要となる。このような仮説にもとづいて設定されているのが、人間関係実験室方式であり、文化的孤島の集団生活である。

主体性能力の開発に関するこのような作業仮説は、S Tが明らかに精神衛生や精神健康の領域の中で教育訓練作業を進めつつあることを示している。しかもS Tの最も特徴的中心的方式といわれる「Tグループ」の場面では、参加者たちはつかみどころのない精神的混乱や重圧感の人間関係と、混乱や葛藤の克服経験とを通じて、主体性能力の開発や成熟した効果的対人関係や集団機能の状況やあり方を、次第に発見し体得していくようである。

それでは、(1)S T参加過程（特に「Tグループ」過程）にみられる精神衛生的諸問題、(2)そこでの主体性能力開発の過程と効果、(3)一般社会復帰後の能力開発効果、に分けて、できるだけ実際のS T資料にもとづき作業仮説を検証し検討しながら、S Tのもつ能力開発効果を分析してみようと思う。

#### (1) 「Tグループ」における精神衛生問題

S Tにおける「Tグループ」は、トレーナを含む10名前後の固定メンバーによる小集団であり、会合の時間、場所、メンバーのほかは、テーマ、課題、メンバー役割、集団活動基準などすべてはメンバーとグループの動きにまかされている。このような未構成集団の中でメンバー（特にトレーニー）たちは、意味や理由のつかめぬような思いもかけぬ不安・重圧・葛藤・混乱の感情や事件や対人関係に遭遇（経験）するようである。

これは一般に、すべてのTグループの初期段階において特に共通に現われることであるが、たとえば拙著「センシティブティ・トレーニング」に提示した2つのTグループ<sup>(8)</sup>（ここでは「Sグループ」または「Tセッション」と呼ぶ；Sとはスモールの意味）の初期段階では、グループ会合開始時の異様さによるまごつき；リーダーやテーマのないことによる困惑；メンバー全員の沈黙による重圧感と不安感；トレーナーの強い介入による衝撃と反発などが、トレーニーの態度や言葉やグループ雰囲気などから、明確に汲みとることができる。

トレーニーたちの心情状態や耐性限界には個人差があることはもちろんであるが、このようなグループ状況やトレーナー態度などのために、トレーニーたちの内面心情は深い不満感・反発心・無意味感・重圧感・しょうそう感・不安感などに包まれ、やがては混乱や葛藤の耐えがたい極限状態から、ついには感情的爆発状態や相互闘争状態に進展することが多い。

Tグループ活動の発展過程の理論づけについては、有名なベニス（W. G. Bennis）の「2相6支相説」（Theory of 2 phases & 6 subphases）のほか多種類の理論がある<sup>(9)</sup>が、

註(8) 拙著「センシティブティ・トレーニング」(前掲)、第7章、第8章。

註(9) W. G. Bennis & H. A. Shepard : A Theory of Group Development, Human Relations, 1956, Vol. 9, No.4.

ここではこれにふれない。ここで問題にしたいことは、Tグループの中でトレーニーたちが、このような精神的行動的混乱や葛藤や重圧感や、さらに感情爆発や対人闘争などの、精神衛生に関する諸経験をもちその中に入りこむということと、それをこの訓練が人間の能力開発成長の自己啓発訓練に活用しているという事実である。

もちろんSTのトレーナー(スタッフ)たちは、人間(トレーニー)を物的な操作的対象とすることについては、STの基本思想(人間の尊厳性を絶対視する)にもとることとして強く戒めており、Tグループの設定やトレーナー行動のすべてにおいて、「共感的理解」の行動や態度で終止するよう、それにふさわしい倫理と行動技能が身につくよう、自戒し努力していることは確かである<sup>100</sup>。また、ST場面への参加やTグループにおける行動化などをトレーニーに対して一方的に強制することを避け、特に参加者(トレーニー)は心身の健康者に限ることを表明したり、ST会場やスタッフの中に医師(特に精神科医)や専門カウンセラーを用意するように、種々慎重な配慮と準備につとめていることも確かである。

それにしても現在の段階では、STが实际的に精神衛生活動と深い関連性があることについては、精神衛生専門領域や専門家たちに十分に理解されていないうらみがあり、精神衛生専門家たちのSTへの的確な批判や協力が少ないのは、精神衛生の現代社会への寄与や積極的進展のためにも、まことに残念なことといわねばならない。

#### (2)-1 トレーニーの変容成長の過程

ところで、Tグループは会合を重ね、メンバーやグループが葛藤や混乱やその処理などに苦闘していくうちに、Tグループ活動をはじめメンバー行動やメンバー相互関係などが次第に成熟変容していくが、その中でメンバー(特にトレーニー)たちも次第に経験的に自己洞察発見を生みだし、自己観念や社会的慣習などによる深いとらわれや自己喪失状態から脱却し、主体的で共感的で柔軟な対人行動や集団活動を無理なく展開するようになる。このことは、Tグループの異様な精神衛生的経験が、参加者たちの能力成長や主体性開発の力強い基盤や源泉になっていることを物語る。

Tグループにおけるトレーニーたちの成長変容の過程と効果については、具体的には次の別表から証明することができる。

---

註<sup>100</sup> I. R. Weschler, R. Tannenbaum, & J. H. Zenger ; Yardsticks for Human Relations Training, Adult Education Association, 1957, P. 11.

D. H. Jenkins ; Ethics and Responsibility in Human Relations Training, N. T. L., 1962, PP. 108~113.  
NTL ; Democratic Ethics and Human Engineering, 1958, PP. 11~18.

拙著, 前掲書, PP. 149~152.

別表：コンベンショナリズムの変容状況  
〔第1支相〕〈権威依存・服従—逃避〉

	S (1)	S (2)	S (3)	S (4)	計
① 一般社会	8	7	11	10	36
② 行動意見	25	25	12	29	91
③ 価値感情	29	19	21	9	78
④ フィードバック	0	0	1	0	1
合計	62	51	45	48	206

〔第2支相〕〈反依存・闘争〉

	S (5)	S (6)	S (7)	S (8)	計
① 一般社会	16	1	3	0	20
② 行動意見	26	15	21	16	78
③ 価値感情	8	4	4	5	21
④ フィードバック	2	0	1	0	3
合計	52	20	29	21	122

〔第3支相〕〈解決・相互依存〉

	S (9)	S (10)	S (11)	S (12)	計
① 一般社会	1	0	0	0	1
② 行動意見	19	12	7	5	43
③ 価値感情	16	16	13	11	56
④ フィードバック	0	4	8	6	18
合計	36	32	28	22	118

〔第4・第5支相〕

支相段階	〔第4支相〕 〈恍惚〉			〔第5支相〕 〈覚醒—闘争〉		
	S (13)	S (14)	計	S (15)	S (16)	計
① 一般社会	0	0	0	1	0	1
② 行動意見	2	0	2	0	0	0
③ 価値感情	6	4	10	14	3	7
④ フィードバック	5	1	6	0	3	13
⑤ 自由柔軟	0	2	2	6	7	13
合計	13	7	20	21	13	34

〔第6支相〕〈共感・一致〉

	S (17)	S (18)	計
① 一般社会	0	0	0
② 行動意見	0	0	0
③ 価値感情	0	1	1
④ フィードバック	1	11	12
⑤ 自由柔軟	1	6	7
合計	2	18	20

この図表は前掲拙著にも提示してあるが<sup>11)</sup>、もう一度ふれることにすれば、これは、ある7日間STのTグループの発展段階をベニスの理論に従って6 phasesに分け、各会合のテープ録音をもとに、トレーニーたちの表現した反応（言葉や声になっているものを主に）を、①一般社会生活におけるコンベンショナル（社会慣習的、社会規範的）な行動様式・態度・意見を説明するもの、②自らのコンベンショナルな行動・態度・意見・感情を表明または主張しているもの、③自らのコンベンショナルな価値感情をその表現や説明の中に含んでいるもの、④コンベンショナルな意見や態度にとらわれず、自らの姿や相手の状況をフィードバックしているもの、⑤コンベンショナリズムにとらわれず主体的で柔軟な態度で行動しそれを表明している状況を示すもの、の5種に分類して各会合ごとにそれぞれを計算し、その変容過程を比較提示したものである。

これによって明らかなのは、①、②、③の社会的慣習的なコンベンショナリズムに拘束された非主体的反応が第3支相まで圧倒的または強力に支配していたものが、順次減少して、第4支相以降は零に近くなっており、それと反比例して④フィードバック行動や⑤柔軟な主体的行動が、第3支相以降から順次増加し第6支相では、④と⑤が反応の殆んど全部であるぐらいに変化している。これは言葉や声になったものを中心にしての集計であるが、音にならない行動・態度・表情などの反応までを計算するときには、この変容カーブがさらにもっと明確になり、恐ろしい位の変容効果を見ることができる。

もっとも、録音によるこのような判定と数量化の作業基準には、評価者の主観や誤解が伴う可能性があり、Tグループ場面に参加し観察していた多数の熟練した評価者による集団的評価方式をとることが、より科学的であることはいうまでもない。

#### (2)ー2 自己開放性の変容作用効果

数年前から日本へも数回渡来し、われわれと共同研究関係をもっているカリフォルニア大学のマサリック（F. Massarik. Ph. D., 社会学・心理学教授）は、STの効果を対人関係における自己開放性（openness）の変容度によって測定する方法を研究中であり、これによって日米その他の国際比較を試みている<sup>12)</sup>。

わたくしはこの方式を検討する意味で、単純に同一様式のまま試用したところ、いろいろ面白い効果傾向を見ることができるようであるので、その一部資料〈別表(1), (2), (3)〉をここに紹介することにする。なおこの調査票は、マサリックの依頼により産業能率大学が翻訳し実施した様式を借用している。

註(1) 拙著、同前書、PP. 265～266。

註(2) F. Massarik, "Saying What You Feel"; Reflections on Personal Openness in Japan, International Understanding, Vol. 2, No. 4, 1964～1965。



(調査票)

Sensitivity Training アンケート

期	日	年	月	日
氏	名			

(I) 以下の対人関係の項目について

- 全く賛成する時は左の欄に……………A
- おおむね賛成の時には左の欄に……………B
- おおむね反対の時には左の欄に……………C
- 全く反対の時には左の欄に……………D

を記入してください。


1. 自分のしたことに満足をおぼえた時には、その事を他の人たちに楽な気持ちで話す方がよい
2. 上司が明らかに間違っているでも反対意見をのべない
3. 同僚からある距離を保った方がよい
4. 結果がどうなることも自分の本当の気持ちを表現する
5. 人々を最も良く指導するためには、自分自身のことをあまり知らせない方がよい
6. どのような状況の場合でも礼儀正しくするのが大切である
7. 自分が失敗したと感じた時には、そのことを他の人たちに楽な気持ちで話した方がよい
8. 同僚が明らかに間違っているでも反対意見をのべない
9. 自己理解を深めることが、より効果的な指導者になる方法である
10. 自分の部下からある距離を保った方がよい
11. 自分の本当の気持は決して表わさない
12. 自己理解を深めることが他人を一番よく理解する方法である
13. 部下が明らかに間違っているでも反対意見をのべない
14. 自分の本当の気持を表わすことは、時には危険だから減多にしない方がよい
15. より効果的指導者になるためには、他人をうまく使うことを学ぶ方がよい
16. 上司はその部下からある距離を保った方がよい
17. 大抵の場合、自分の本当の気持を表わす方がよい

(II) あなたはどの程度の範囲まで話し合おうとする気がありますか、それぞれの間について、右側の適当と思われる枠内に、レ印を書いて下さい。

問	あなたの上司と				
	いつも	屢々	時々	殆んどしない	決してしない
1. あなたは個人的問題を話しますか					
2. あなたは一身上の問題を話しますか					
3. あなたは仕事の成功を話しますか					
4. あなたは上司に対する好感情を話しますか					
5. あなたは上司に対する悪感情を話しますか					
6. あなたは同僚に対する好感情を話しますか					
7. あなたは同僚に対する悪感情を話しますか					

問	同 僚 と				
	いつも	屢々	時々	殆んどしない	決してしない
8. あなたは個人的問題を話しますか					
9. あなたは一身上の問題を話しますか					
10. あなたは仕事の成功を話しますか					
11. あなたは上司に対する好感情を話しますか					
12. あなたは上司に対する悪感情を話しますか					
13. あなたは同僚に対する好感情を話しますか					
14. あなたは同僚に対する悪感情を話しますか					

問	部 下 と				
	いつも	屢々	時々	殆んどしない	決してしない
15. あなたは個人的問題を話しますか					
16. あなたは一身上の問題を話しますか					
17. あなたは仕事の成功を話しますか					
18. あなたは上司に対する好感情を話しますか					
19. あなたは上司に対する悪感情を話しますか					
20. あなたは同僚に対する好感情を話しますか					
21. あなたは同僚に対する悪感情を話しますか					

〔Ⅲ〕 下記の項目を読んで職場の中のあなたの気持ちに一番近いものを、1つだけ○で囲んで下さい。

- 他の人達と一緒にいる時、その場を左右しようとする  
いつも しばしば 時々 殆んどしない 決してしない
- 親密な対人関係を持つようとする  
誰とでも 多くの人達と 若干の人達と 少数の人達と 1人位ならば 誰ともしない
- 決定を他の人達にまかす  
いつも しばしば 時々 たまに 殆んどしない 決してしない
- 他の人達から親密にしてもらいたい  
誰からも 多くの人達から 若干の人達から 少数の人から 1人位ならば 誰からも欲しくない
- 他の人達から仲間入りするように誘ってほしい  
いつも しばしば 時々 たまに 殆んどしない 決してしない
- 自分自身なり他人に対する私の本当の気持ちを表わす  
誰にでも 多くの人達に 若干の人達に 少数の人に 1人位ならば 誰にもしない

◇開放性態度の集計結果（平均指数）◇

——管理者群と監督者群の比較——

別 表 (1)

問題	時 期	管 理 者	監 督 者	問題	時 期	管 理 者	監 督 者
1	前	3,260	3,450	12	前	3,782	3,450
	後	3,565	3,565		後	3,956	3,957
	フォローアップ	3,391	3,305		フォローアップ	3,739	3,739
2	前	1,608	1,696	13	前	1,734	1,957
	後	1,739	1,304		後	1,651	1,391
	フォローアップ	1,565	1,696		フォローアップ	1,696	1,348
3	前	2,391	2,913	14	前	2,000	2,565
	後	2,000	2,261		後	2,043	1,739
	フォローアップ	2,261	2,826		フォローアップ	2,087	2,217
4	前	2,956	3,217	15	前	3,652	3,409
	後	2,913	3,522		後	3,347	3,227
	フォローアップ	2,870	3,087		フォローアップ	3,305	3,696
5	前	1,913	2,491	16	前	2,260	3,000
	後	1,608	1,217		後	1,956	2,452
	フォローアップ	1,565	2,435		フォローアップ	2,174	2,870
6	前	3,478	3,826	17	前	3,260	3,541
	後	3,260	3,609		後	3,434	3,870
	フォローアップ	3,348	3,870		フォローアップ	3,348	3,545
7	前	3,260	3,450	(註) 別表(1)~(3)は、すべて某社製造工場現場の中間管理者と監督者(共に23名づつ)について、アンケートテストを実施した結果の平均指数である。 各欄の指数は、各問題ごとに解答欄が4つのときは、左から順次1点、2点、3点、4点の点数を与え、各問題ごとの全員の合計点数をテスト員数で除したものである。 別表(2)、(3)とも計算方法の原則は同一である。			
	後	3,608	3,615				
	フォローアップ	3,261	3,522				
8	前	1,913	1,726				
	後	1,608	1,261				
	フォローアップ	1,739	1,783				
9	前	3,869	3,450				
	後	4,000	4,000				
	フォローアップ	2,305	4,000				
10	前	2,695	3,000				
	後	1,956	2,130				
	フォローアップ	2,435	2,783				
11	前	1,913	2,000				
	後	1,651	1,245				
	フォローアップ	1,652	1,957				

別 表 (2)

問題	時 期	管 理 者	監 督 者	問題	時 期	管 理 者	監 督 者
1	前	2,782	3,217	12	前	2,695	2,435
	後	3,217	3,783		後	2,957	2,391

	フォローアップ	2,957	3,130		フォローアップ	2,565	2,348
2	前	2,304	2,827	13	前	2,826	3,130
	後	2,739	3,452		後	3,652	3,391
	フォローアップ	2,522	2,783		フォローアップ	3,305	3,043
3	前	3,000	3,348	14	前	2,173	2,340
	後	3,391	3,565		後	2,609	2,261
	フォローアップ	3,043	3,305		フォローアップ	2,391	2,078
4	前	2,608	2,783	15	前	2,957	3,217
	後	2,042	3,609		後	3,217	3,304
	フォローアップ	2,648	3,136		フォローアップ	2,826	2,913
5	前	2,213	2,345	16	前	2,391	2,345
	後	2,695	2,478		後	2,782	2,827
	フォローアップ	2,435	2,305		フォローアップ	2,739	2,435
6	前	3,913	3,348	17	前	3,120	3,565
	後	3,130	3,438		後	3,739	3,609
	フォローアップ	3,348	3,261		フォローアップ	3,174	3,391
7	前	2,170	1,957	18	前	2,913	3,174
	後	2,565	2,130		後	3,652	3,130
	フォローアップ	2,261	2,261		フォローアップ	3,043	3,130
8	前	2,913	3,217	19	前	1,912	2,043
	後	3,478	3,522		後	2,217	1,957
	フォローアップ	3,000	3,043		フォローアップ	2,174	2,087
9	前	2,608	2,522	20	前	2,913	2,913
	後	3,086	2,827		後	3,304	2,913
	フォローアップ	2,783	2,565		フォローアップ	2,913	3,043
10	前	2,695	3,217	21	前	1,870	1,896
	後	3,304	3,261		後	2,173	1,739
	フォローアップ	2,826	3,305		フォローアップ	2,087	2,000
11	前	2,957	3,130	(註) 別表(1)の(註)を参照のこと			
	後	3,478	3,304				
	フォローアップ	3,174	3,130				

別 表 (3)

問題	時 期	管 理 者	監 督 者	問題	時 期	管 理 者	監 督 者
1	前	3,174	3,087	5	前	4,522	4,435
	後	3,609	3,565		後	4,957	4,870
	フォローアップ	3,348	2,957		フォローアップ	4,304	4,696
2	前	4,913	4,565	6	前	4,261	4,609
	後	4,957	4,913		後	4,261	4,783
	フォローアップ	4,870	4,870		フォローアップ	4,174	4,826
3	前	4,087	3,652	7	前	3,348	4,348
	後	4,000	3,452		後	4,130	4,522
	フォローアップ	4,130	3,782		フォローアップ	3,913	4,478

4	前	5,130	4,870	(註) 別表(1)の(註)を参照のこと
	後	5,217	5,174	
	フォローアップ	4,957	5,348	

この方式は別紙アンケート「調査票」につき、STの開始直前と終了直後と、さらに後日のフォローアップ時やその他の機会において、同一対象者(参加者)にその都度自己記入を依頼する方法である。

ここに紹介する資料は、地方に工場を2つもつ(本社は東京)ある製造企業において、工場現場の管理者(課長係長)と監督者(職長)約60名に対してこれを4集団に分けて1集団(約15名)ごとに3日乃至5日間のSTを実施した時の調査資料である。これはまだ精密な分析を終わっておらず中間報告的に述べると、別表(1)、(2)、(3)ともに大部分の項目が訓練直後に開放性を高める方向へ変容しているようであるが、管理者群と監督者群とを比較すると、そこにはかなり差異がみられるのは興味深い。

これについては、その一部を科学技術庁の「人間科学に関する総合研究報告書」(Ⅲ)に報告してあるが、前と後の変容をみると、たとえば別表(1)「対人関係意見」については、管理者群で大きな変動を見せなかったのは2問、4問、6問、9問、12問、13問、14問、17問であるが、監督者群では1問、6問、7問、15問であり、監督者群に対しては管理者群よりも大きな作用を与えているといえよう。

別表(2)「話合う気」については、変化の少ないのは管理者群では3問、12問、15問、19問、20問、21問、監督者群では3問、5問、6問、7問、10問、11問、12問、13問、14問、15問、17問、18問、19問、20問、21問であり、この方は管理者群の方に大きな作用を与えている。

別表(3)「職場行動の気持」では、変化の少ないのは管理者群では2問、3問、4問、6問であり、監督者群では3問、6問、7問であり、両群の傾向は似ている。

なおこの調査はフォローアップ訓練の開始時の指数も提示しておいたが、これらの集計方法などについては目下検討段階でもあるので、ここでは結論を急がず、とりあえずこの程度の記述にとどめる。

### (3) 社会復帰後の効果と発展

STの重要な訓練目標が「変革体」の育成であり、変革体による社会と組織の「計画的変革」の社会的推進にあることは、先に述べた。この目標からいえば、トレーニーたちが社会復帰後どの程度の「変革体」的行動を示し計画的変革の推進に寄与しているか、の調査資料が必要となる。

だがこの調査や測定は大がかりな計画となるので、目下のところ十分な資料はできていない。

註(13)及(16) 横山外共同執筆「精神的ストレスを中心課題とする労働能力とその開発方法に関する精神医学的、社会学的研究」——科学技術庁研究調整局「人間科学に関する総合研究」研究報告書Ⅱ及びⅢ、昭和40年12月、昭和42年2月。

また、変革体の役割を果しているかどうかの前に、トレーニーたちは一般社会や組織の中でどのような状況にいるか、そこでかれらはどのような効果を認めているか、それについての他者や組織による評価はどうか、などから検討することが先に必要であろう。これについては、アメリカのバンカー（D. R. Bunker）による、訓練経験者群と訓練未経験者群との比較による大規模な調査<sup>04</sup>があり、両群に有意の差があることは証明できたものの、具体的内容や側面については明確化すべき点がかかり残されている。

わたくしは先に（1964年）、訓練経験者250名と未経験者55名に対して、郵送法による効果調査（別紙「態度調査票」参照）を実施したことがある。その結果は前掲拙者にも発表してある<sup>05</sup>

（別紙）「人間関係訓練」についての態度調査票

（前文は省略）

（その1） フェース・シート

あなたのことについて、次の各項目ごとに適宜「○印記入」または「空欄の補充」をお願いします。

- I. 性別：① 男                      ② 女
- II. 年齢：① 29才以下    ② 30～39才    ③ 40～49才    ④ 50才～59才    ⑤ 60才  
          ⑥ 60才以上
- III. 最終学歴：① 旧小学 旧高小 新制中    ② 旧制中等 青年学校 新制高校  
              ③ 旧制専門学校 新制短大    ④ 日本の大学 大学院    ⑤ 外国の大学  
              またはそれ以上    ⑥ その他（              ）
- IV. 外国留学または、外国旅行（3ヶ月以上）の経験の有無  
          ① 有（              ヶ月）    ② 無
- V. 現在の職業および、その地位と職名（    ）
- VI. あなたが、「訓練」（合宿7日間以上のもの）に参加した年月（2回以上の場合——スタッフとしての参加を除く——は、そのすべてを記入）
- VII スタッフとしての参加経験（合宿7日間以上のもの）の有無  
          ① 有（              回）    ② 無

（その2）対人関係と生活態度について

対人関係の考え方について、次にいろいろのものが並んでいます。それらの考え方は何が正しいか正しくないかは、簡単にはきめられませんが、それぞれ、a 肯定    b 否定

註<sup>04</sup> D. R. Bunker ; The Effect of Laboratory Education upon Individual Behavior, NTL, 1963, PP, 1~16.

拙著, 同前書, PP, 423~425.

註<sup>05</sup> 拙著, 同前書, PP, 426~436.

c. どちらともいえぬ, のどれかに○印をつけ, さらに「②あなたの考え」の「答」についてその理由を簡単に述べて下さい。

(参考例) ほんとに空腹で困っているときは, 他人のおもわくなど気にしないですぐ腹を満たした方がよい。

- ① 世間一般の考え      a. 肯定   b.  否定   c. どちらともいえぬ  
② あなたの考え      a.  肯定   b. 否定   c. どちらともいえぬ

(その理由: 他人のおもわくを気にするのは, ばかっているから)

(この質問項目は全部で13問あるが都合により省略)

(その3)「訓練」の体験と効果について

次に「訓練」に参加されたあなたの体験と効果について, お尋ねします。次の各項について, それぞれあなたの感想やお考えを, 自由に記入して下さい。

- (1) この「訓練」に参加されて, ①何か学ぶことができたとお思いになる(なった)ことや, ②あなたの生活にとって, 何か役に立っている(役に立つと思う)ことについて, いくつでも具体的に簡単に列記して下さい。
- (2) この「訓練」に参加されて, この訓練はどうも疑問だとか, あなたにとってはマイナスだとお感じになっていることがあれば, それをいくつでも簡単にお書き下さい。
- (3) 「集団の力動性」(group-dynamics)ということについて, 何か感想があれば自由にお書き下さい。(集団の圧力・基準・ノーム・変容・成長・過程・機能・リーダーシップ・人間関係など, どのような側面や立場からでも結構です)
- (4) この「訓練」でいわれている「体験学習」の効果と価値について, 何か感想やご意見があればお書き下さい。
- (5) この「訓練」に参加すると「自分をみつめるようになる」といわれることが多いのですが, もしあなたにそのような体験(訓練を終えた後の体験でもよい)があれば, その時の状況をできるだけ具体的に簡単に記入し, できればそれについての感想をお述べ下さい。
- (6) 「固定観念や習慣的考えにとらわれる」ということについて, 何かお感じになった(なっている)ことがあればお書き下さい。
- (7) 「行動場面でのフィードバック」ということについて, 何かお感じになった(なっている)ことがあれば, お書き下さい。
- (8) 「自分の今の気持をあるがままに表現する」ということについて, 何かお感じになった(なっている)ことがあれば, お書き下さい。
- (9) 「自発的, 自主的に学びとる」ということについて, 何か感想があればお書き下さい。

(10) 「訓練」の後、あなたの日常の行動や考え方が「どこかしら、変わったな」と思われることや、周囲の人からあなたについて何かいわれたことがあれば、それについていくつでも列記して下さい。

(11) この「訓練」の後におきた、あなたの何かの体験（講習会、講演、読書、事故、傷病など）がきっかけになって、この「訓練」の効果が確認されたり検討されたりするような機会が何かあった方は、それを具体的に簡単にお述べ下さい。

◇ どうも大変ありがとうございました。この調査や訓練に関連して、何かご意見やご希望がありましたら、どうぞ次にご遠慮なく書き加えて下さい。

が、職場行動、社会生活、対人接触、問題解決などの諸場面において、とらわれの少い効果的行動がとれるようになった、変革体として所属組織やその位置や職責の中で、組織的計画的または実験的研究的に活動を進めている、などが一般的傾向として指摘できる。もちろん、この訓練の理解や体得およびその活用や適用はまことにむずかしい、という感想があったことはいうまでもない。なお現在、新しい調査フォームによって職場や生活の現場における訓練効果状況を調査中である。

次に訓練効果を具体的に深く把握し検討する手段として、わたくしは先般来、トレーニーおよびその所属組織の関係者たちに対する個別的または集団的面接調査を実施しつつある。これについてたとえば、先述の某製造企業に関して、フォローアップ訓練を実施した後に工場現場へ出張し、職長（監督者）10名に対する個別面接（60分ずつ）と、直属上司（課長係長）との集団面接（120分間）、直接の部下（組長）との集団面接（120分間）を行った。

これらについても、科学技術庁の「研究報告書」(III)に報告記述した<sup>(10)</sup>が、その要点としては、トレーニー経験をもつ職長、その上司、部下ともに何らかの効果を認め、この訓練を継続進展させることを要望していること、この訓練は知識や技術の教育と異なり、人格内面に入って熟成した後に表面的な変化として効果が生まれるものであることへの理解と期待、訓練経験後の職長たちは自らの成長変化を認めると共に、職場や生活の変革体として活動しようとしているが、一部の人を除いてその現われは今後の問題であること、などを、企業内の関係者（各種の面接対象者）たちが表明している状況にある。

#### 4. ま と め

以上は、精神衛生領域に直接関連性をもつに至っているSTやLTの、能力開発訓練とその効果測定に関する現状でありその大要である。もちろんこの訓練は、参加者の深層心情や全人機能の中に作用するものであることから、その効果の程を測定する技法はもとより、測定の可能性についても疑問のあるところである。少なくとも現段階では何らかの側面についての資料作りが検討されている状況であり、効果についての結論は容易ではない。

さらに訓練参加者が現代の社会や組織の変革体になるとか、それによる計画的変革を生みだ



すとかについては、その測定は時間的にも対象についても方法的にもまことに大がかりなものとなる。したがってこれは今後の課題というほかはない。

それにしても、Tグループ参加に伴うトレーニーたちの洞察発見や変容過程の事実からいふと、かなりの程度において主体的能力の開発成長に明確な効果がある、といえそうである。もっとも、このような効果の深度や持続性についても今後の検討課題であるが、それ以上に重要な問題は、このSTが明確に精神衛生の活動領域にはいりこんでいることについてであり、精神衛生の原理や方法を能力開発訓練にうまく活用しているという事実である。そのことは、この小論における記述によっても明確になったことと思われる。

したがって精神衛生関係者としては、精神衛生の焦点的課題が、人間の主体性能力の回復、開発、成長であることを、STが先に代って明確化し教示してくれたことに敬意を表わすと共に、STの研究や実践における社会科学的な総合科学方式を、逆に精神衛生の専門領域へととり入れる必要があることを忘れてはならないであろう。精神衛生の研究と実践を、歴史性の現実社会との密接な関連性の中で進められるものへ進展させ改善に導くためにも……。

なお、STの能力開発効果の解明問題の、社会科学的総合科学的結論については、今後の研究進捗をまって、稿を改めて報告したいと考えている。

#### ◇ 追 記

この小論文のうち、センシティビティ・トレーニングに関する資料の大部分は、科学技術庁の特別研究促進調整費（昭和38年度、39年度、40年度）による「人間科学に関する総合研究」のうち、精研分担課題「人間能力と精神的ストレスに関する研究」について多数の共同研究者と共に実施した調査研究資料から借用していること、および、調査研究に際しては、立教大学キリスト教教育研究所や産業能率短期大学のほか多数の研究者・専門関係者・産業人および企業組織とその関係者などから、種々のご高配とご指導を頂いたことを附記して、各位に厚く謝意を表しておきたい。

# 児童期精神障害の分類について\*

—第三回WHO国際疾病分類会議—

精神衛生部

加 藤 正 明

昭和42年10月、パリで開かれた第3回WHO精神疾患分類会議では、第1回の精神分裂病(ロンドン)、第2回の反応性精神障害(オスロー)にひきつづいて、児童期精神障害がとり上げられた。常任の委員は前年通りで、J. Ewalt (アメリカ)、M. Kramer (全)、φ.φdegård (ノルウェー)、H. Rotondo (ペルー)、R. Sadoun (フランス)、Z. Serebrjakova および A. Sneznevskij (ソ連)、M. Shepherd (イギリス)、H. Strotzka (オーストリア)、加藤(日本)の常連に、S. Lebovici (フランス)と、M. Rutter (イギリス)が加わり、児童精神医学者としては、フランスからの P. Bourdier, M. David, D. Duché, C. Kohler, C. Kupernik, R. Misès と、A. Cazzullo (イタリア)、N. Dierkens-Dopchie (ベルギー)、R. Henny (スイス)、L. Kamp (オランダ)、J. dos Santos (ポルトガル)、J. Soria (スペイン)の12名、それにコンサルタントとしてアメリカの L. Eisenberg, WHO から Baan 部長、林, Brooke などが参加した。

この会議に先立ち、WHOの主催で Eisenberg, Levobici, Rutter らによる仮の10分類案がつくられ(第1表)、これによって12例の臨床記載事例の診断 Written-exercise が各国で行われ、会議中はこれと併せて5例の事例のビデオTVが検討された。なお前者の12例の診断についてはWHOからの要請もあり、日本で15人の児童精神医学の専門家のご協力を載くことができた。アメリカの198人、フランスの45人、イギリス30人、ノルウェー20人、ペルー5人と併せて6カ国の専門家の診断資料については、会議までに整理が終らず、なお検討中であった。従って今回は分類規準に関する1週間の討議についてとくに報告したい。

この会議の目的は国際的に有用な児童精神障害の分類を行うことにあり、基本的には6才から12才の児童を対象としているが、同時にこれよりも若い児童についても問題にした。また青春期の障害は本会議の範囲外としたが、児童期の問題が年長のものとうどう関連するかをも検討した。

第1表 児童精神障害診断分類案(第1次)

0. Normal variation (normal variation の範囲での一過性情緒・行動障害、正常なパーソナリティの偏りを含む。) ……Norm.
1. Reactive disorders (有害な環境条件に起因する障害のみを含み、環境の正常化ののち完

\* Diagnostic Criteria of Child Behavior Disorders. Masaaki KATO, M. D. Chief of Mental Health Division.

- 全に快復すると思われるもののみを選ぶ) ……Reac.
2. Specific developmental disorders (発育上の言語問題, 特殊な学習欠陥, 夜尿, 行為障害などであって, 主として心因によると考えられないものを含む) ……Dev.
  3. Neurotic disorders. ……Neur.
  4. Personality or character disorders (主な病的傾向としてのあらゆる性格累常であって, 比較的固定した人格異常を有する児童を含む) ……Pers.
  5. Psychotic disorders (幼児自閉症, 前青春期分裂病など。精神病以前の障害 pre-psychotic disorders は含まない) ……Psychos.
  6. Somatic disorders of presumably psychogenic origin (転換ヒステリーの症状を有する障害はこれに入れず, 3に含まれる) ……PSM.
  7. Disorder directly due to demonstrable acute or chronic organic brain condition ……Org.
  8. Mental retardation ……Ret.
  9. Antisocial behavior not classifiable elsewhere (非行のみならず, 非行以外の行動障害も含まれる) ……Antis.
  10. Disorders not classifiable under 0-9 ……Unsp.

記載事例の検討は会議の6ヶ月まえから開始され, 選ばれた12例は診断的に典型例, 境界例または不確定例を, フランスの専門家が選んだ。各国からの診断報告はBrooke(英国の統計専門家)とSadoun(フランス国立衛生研究所精神衛生部長)が分析した。国によるちがいや児童精神医学と成人精神医学の専門家によるちがいが出たが, 神経症, 発達障害, 人格障害, 精神病では一致度が高く, 分類不能はすくなかった。主要診断の細分類については異論が多く, 被検者の経過(第2部)をみてから, 人格障害と精神病では一致した事例もある。12例中3例が診断や予後の点でとくに一致せず討議がこれに集中した。すなわち, 第3例では中核メンバー(委員, 成人精神医学者)が全員神経症としたものを, フランスおよび欧州の児童精神医学者は11名中7名が神経症, 3名が反応性障害, 1名が心身症とした。また第6例では中核メンバーでは反応性障害6名, 正常のはんい3名に対して児童精神医学者は前者8名, 後者3名であった。ことに第12例では中核グループの成人精神医学者が8割まで人格障害としたのに対して, ヨーロッパの児童精神医学者は8割が神経症としていた。すなわち, とくに問題になったのは反応性障害 reactive disorder の意義, 正常の範囲, 神経症と人格障害の関係などの問題であった。その他問題になったことを整理すると次の如くであった。

### 1. 名称および符号化

同じ診断でも異なった符号化がされることがあり, 診断術語を検討し意味のちがいを区別する必要がある。またいくつかの障害が重複した場合, 診断上の不一致が生ずる。例えば9才の男児でチック, 睡眠障害, 夜驚とともに, 学業不良, 破壊行動を伴っていた例がこれに当る。それは成人でも神経症と人格障害の区別で同様の問題があり, 将来1970年および1971年に論じられる課題の基礎となるものである。

また、診断と予後の関係についてかなりの議論があった。長期の十分な予後が明かな事例もあれば、短期の不明確な予後しかわからない事例もあった。完全な診断基準は予後の意味をもつべきであるが、予後を分類基準に直接導入することには制約があることが承認された。

## 2. 成人精神障害の分類との関係

成人と児童の精神障害の分類は、全年令群を包括する1つの分類に統合されることが望ましい。そこで次の3つの原則が承認された。

(1) 児童の精神障害の分類では、とくに児童に特有な状態で、成人の状態におきかえられないもののみに対してなされるべきである。

(2) 児童期の状態で成人期と基本的に同一であるばあいは、同じ術語が用いられるべきである。このことは両者を単一の型の分類にまとめ、それを異なる年令期間別にわけることができるという意味である。

(3) 同じ術語が年令を異にする障害で、ちがった意味に用いられてはならない。

## 3. 個々の診断基準

この発表ではとくに、次の診断基準について討議された。

### (a) “Reactive disorders”

成人精神医学に関し、“reactive”という言葉は第8回修正ICDのなかで、種々の性質の精神病群に対して用いられた。この群の精神病はICDの298項で「その他の精神病」という頭書きをもっているが、成人精神医学など“reactive”という言葉が精神病に結びついているのに対して、児童精神医学ではふつう精神病ではない障害に用いられているというある種の混乱の危険がある。児童期の reactive disorders の概念についてかなりの時間議論されたが、この言葉は次の2つのいささか異なった意味で用いられていると思われた。

(1) 明かな環境条件に関連するストレス反応であり、その反応が時に重たくであっても、迅速に反応のおこった以前の精神状態に回復するという特徴がある。こういう反応は成人にも児童にも現われる（例えば悲哀反応 grief reactions）。

(ii) 著しい基礎障害を伴わず、児童の心身発達に著しい偏りを伴わない比較的軽度の障害  
この障害は正常範囲内の偏り以上のものではあるが、一般に可逆的であり、多くのばあい（そうでないこともあるが）持続期間も短い。

会議参加者に配布された事例の1つで、“reactive disorder”という診断が最も高い肯定度を示した例は、2年間つづいた食思不振と不安をもつ幼児の例であった。

大部分の参加者が考えたことは、こういう事例に対して使用される符号が必要だということであったが、十分に使用に堪える定義を見出すことが困難であった。なお、この言葉は次の理由で、外因 exogenous factors にもとづく障害という意味で用いられるべきではないとされた。

(1) 心理的発達はつねに外因によって影響され、障害を外因によるものと、内因によるものとに分けることはできない。むしろ障害の原因としてどの程度の影響を外因からえたかとい

うことが問題であり、それは分類に適当な基本的より所とはならないと思われる。

(2) 主として環境的事件への反応とし起った障害でも、児童の素因に影響されている。

(3) 結実因子は内的なものである。(例えば青春期中における内分泌機能の変化)

また、診断は児童の発達のある点に関してのみ論ぜられることが強調された。reactive disorder を有する児童が長期間、偏った、はく奪された状況におかれたとすると、この reactive disorder がのちにもっと重い状態に発展する可能性がある。さらに、児童に対して用いられる reactive disorder と成人に用いられる transient situational disturbance との同一性と相異性が議論された。reactive disorder の概念および理論については相違があったが、実際の事例の診断をするさいにはかなりの一致がみられた。この reactive disorder という概念にふくまれる言葉の定義の内容を検討するために小委員会が設けられた。

#### (b) Normal variation

児童の発達はめいめい非常に異っており、その多くが両親の注意をひくような一過性の「問題」を示すが、それは全く正常の発達のうちにふくまれるものであるという点で、Normal variation というカテゴリーが必要であることが承認された。その例としてよちよち歩きの子どもにおける分離不安があげられた。normal variation の範囲についてのわれわれの知識の限界のため、ときに normal variation と reactive disorder との区別が困難なこともある。このことは睡眠障害を有する20カ月の女兒の事例で明かにされた。即ち、参加者の半数が normal variation と診断、他の半数が reactive disorder と診断した。この20カ月の児童に関する討議の結果、乳幼児における他の障害を分けることが考慮され、この問題をさらに検討するための小委員会もたれた。

#### (c) Neurosis

Neurosis については、堅い食物を食べることの恐怖を示した6才の女兒の事例について示されたように、診断が一般に一致したため、長い討議はなされなかった。

#### (d) Psychosomatic disorders

心身障害の分類については簡単にふれられたにとどまった。この問題は重要であるが、児童も成人も同じように討議されるべきであると考えられた。このセミナーは児童の障害の分類に関連する特殊問題を論ずることにあるので、この問題はそれ以上議論しないこととした。

#### (e) Conduct disorders and disorders of personality

12の事例のうちに、社会的に承認されないような行動を示す児童の例が数例あった(例えばけんか、弱いものいじめ、反抗、学校での破壊行動など) こういう児童の多くは、他の児童との関係で長期の困難を示しており、personality disorder という診断が適切であることが多いという点で意見が一致した。そのほかの長期にわたる行動上および人間関係上の異常の例についても、personality disorder という診断が適切であった。例えば15才の少女で数回家出をし、何回も自殺を試み、人間関係の困難があり、その行動は衝動的で統御に貧しいという事例では、大部分の参加者が personality disorder と診断した。

しかし、personality の異常に全く関係がないと思われる行動障害をいかに分類するかという非常にむずかしい問題が議論された。参加者のうちには、こういう障害は精神科医の領域外にあると感じるものもあったが、こういう事例を分類する方法が必要なことは認められた。この問題についても分類に関する討議のための小委員会が設けられた。

#### (f) Developmental Disorders

8才の男児で言語の著しい遅滞があった事例は、殆んど全部の参加者によって developmental disorder とされた。分類中にこの符号が必要なことは承認されたが、さらに細かい分類が必要であり、実際例でこの言葉を用いることは十分承認されたが、この障害の性質についてはかなり理論的なくい違いがあった。分類から理論的概念を全く除外することの適切さ、妥当さについて異なった意見が述べられたが、理論上の対立があるとしても、満足できる分類があればこれを受け入れられないというのではないことが認められた。

#### (g) Psychoses

4才の女児で完全な緘黙があり、他人との接触が全くなく、手袋につよい愛着をもつ事例を含めて、精神病の分類が数例に関して論じられた。大部分の参加者はこの障害を、infantile psychosis と呼んだ。成人分裂病とは異なり、成人精神病の分類のどれにも入れられない児童の精神病に対して、特別のカテゴリーを設ける必要が、一般に承認された。4才ごろに発現して高度の退行におちいることがある精神病についても注目されたが、それは infantile psychoses とは異なりしかも分裂病ではないことが多いので、この精神病の sub-group に合うほかの分類が必要とされた。年長の児童では成人と同類の分裂病や、まれだが躁うつ病がおこり、それは成人に用いられるのと同じカテゴリーに分類できることも承認された。児童の精神病についてはまだ研究されるべきことが多数残っていることが承認され、この分類は将来さらに細分類が必要になるにちがいないが、現在のところこれを試みるのは早すぎることも認められた。このカテゴリーは、現段階での理論的討議による行動的な言葉によって定義された臨床症状にもとづくべきであるとされた。

Pre-psychotic disorders をいかに分類するかの問題も討議された。これらの障害が明瞭な精神病に発展しないことが多く、むしろ性格または personality の持続的障害に至ることが多いことが参加者から指摘された。大体多くの参加者は現在の知見の範囲では、こういう障害を精神病に含めないほうがよいという考えであった。“disorders of personality” という小分類をつくったらという提案もあったが、このことは決定しなかった。精神病の辺縁の診断がむずかしいことは、ある事例で参加者の半分が神経症、半分が精神病と診断したことにも示されている。

#### 4. 分類の枢軸 Axes

分類に当って、複合診断をいかにするかという問題が何回も長時間議論された。複合診断が行われるのは、(a)診断が不確実なとき、(b)1事例中に存在する2つの異なった症状に注意を向け

るときにおこる。どちらの場合にもできるだけ1つの言葉だけを用いることがきわめて望ましく、診断が疑わしいときは「仮の」という形容語でこのことを示すことが望ましい。

しかし、診断の枢軸 axis が2つ以上含まれていることを示すために、複合診断をも用いることができる。この議論はビデオによる診断の議論に関連して生じた。参加者は5人の児童（及び1人の母親）の面接、遊戯およびサイコドラマを示したビデオに関して、個々の行動に対する評価を行い、診断をくだすことを求められた。その評価の一致度は高いことが多かったが、ある項目ではきわめて低かった。一般に行動の領域（例えば感情や関係）を全体的に評価する時のほうが、個別により微細な項目について評価するより一致度が高かった。

分類に当って多数の枢軸が必要だという議論は、とくにてんかん発作を有し、機能水準は精神薄弱の範囲にあり、行動、情緒および人間関係で極めて重い障害を示した事例に関連して、生じた。参加者のなかには精神病とするもの精神薄弱とするもの、器質的脳障害とするものなどいろいろであった。

つまり、精神薄弱児もあらゆる種類の精神障害を示し、それは精神発達水準や感情行動障害の型とは必ずしも関係がない。従って精神薄弱の問題は、独立した枢軸で扱い、他の診断とは2者択1にはしないことが提案された。これは現行の修正ICDでは不可能だが、次の第9回修正では考慮されることが指摘された。成人精神医学における精神薄弱に関する問題も同様の問題がある。

同様の議論が原因となる要因を扱う診断に関しても生ずる。このことは慢性の器質的脳疾患に関して主に論ぜられた。伝統的に成人精神医学ではふつう、第1次診断にさいしてこれがとりあげられる。しかし、慢性脳症状がそれ自体で十分診断として用いられるならば、脳性麻痺で精神医学的問題をもつ児童と、精神病や神経症をも示す脳性麻痺児童との区別ができないことになる。第1次診断はつねに問題の臨床的、記述的側面をとりあげ（例えば精神病、神経症など）、次いで可能な原因的要因（例えば慢性器質的疾患）を別の枢軸としてとりあげるならば、最も満足できるということが議論された。

多元診断の問題は personality disorder の診断に関しても生ずる。この診断もまた、他の診断と併在しうる—personality の障害をもつ患者が神経症その他の状態に発展しうる、personality disorder も独立した枢軸として扱うべきだと考える参加者もあったが、この問題は成人および児童精神医学両者の問題であり、この討議は将来のセミナーで討議することが承認された。

しかし、(a)臨床症状、(b)精神薄弱の存否、(c)原因および関連要因という異った枢軸の設定は、児童精神医学の要望にこたえ、一般に承認される図式としてまとめられることが示された。

## 5. ビデオによる診断

このセミナーのビデオによる診断では、事例史が配布された。このことによって確かに参加者は診断に当ってより確実に考えることができたが、事例史にもとずく判断と、ビデオで観察

第 2 表 第 2 次兒童精神障害診斷分類案

PROPOSED CLASSIFICATION SCHEME

Old	New	Clinical Syndrome	Code No.	Intellectual level	Code No.	Associated or Etiological Factors
0	0	Normal variations	0	Normal or above	0	No known associated or etiological factor
1	1	Difficulties of adaptation	1	mild subnormality	1	Environmental factor
2	2	Specific developmental disorders	2	Moderate subnormality	2	Somatic factor (not including any brain disorder or disease)
		. 1 Hyperkinetic disorder	3	Severe subnormality	3	Epilepsy without other brain condition
		. 2 Speech and language disorder			4	Other brain condition without epilepsy
		. 3 Other specific learning disorders			5	Epilepsy and other brain condition
		. 4 Abnormal clumsiness or developmental dyspraxia			6	Other factor
		. 5 Tics				
		. 6 Enuresis (as isolated disorder)				
		. 7 Encopresis (as isolated disorder)				
9	3	Conduct disorder				
3	4	Neurotic disorder				
5	5	Psychosis				
		. 1 Infantile				
		. 2 Disintegrative				
		. 3 Schizophrenia				
		. 4 Other				
4	6	Personality disorder				
6	7	Psychosomatic disorder				



- 10 8 Any other clinical syndrome
- 8 9 Difficulties of adaptation associated with mental subnormality but NOI including any of the listed syndromes

したものにもとずく判断とを区別することが困難であった。次のセミナーでは、事例史はビデオ観察による評価が終ったあとで配布されるべきであることが提案された。

以上が今回の第3回精神障害診断分類会議の概要であるが、今回の会議は開催国がフランスであり、診断事例も同国で選ばれた。とくにEisenberg (米), Rutter (英) Misès (仏) の3人が純粋の児童精神医学者として、最も充実した議論を述べた。分析学的児童精神医学者のLebovici は議長に選ばれて、主張を抑えられたようであった。いずれにせよ、第1次案を修正し、第2次案を提示したかたちになったが、この後者に関し、世界各国からの意見を1月中に報告することになっている。

#### 備 考

記録に当って、(i)臨床症状 (ii)知的水準および(3) 併合または原因となる要因の3者について必ず記入する。例えば正常児は0 : 0 : 0、となり、中度の精神薄弱を示し情緒行動の異常のない蒙古症児童は9 : 2 : 4となる。正常知能の神経症児で母親の過保護によると思われる疾患は4 : 0 : 1となる。

臨床症状による記入は原因や理論的根拠に関係なく臨床状態のみにより、知的水準はその性質いかんに関係なく評価し、併合または原因となる要因はそれが特定原因でなくてもこれに含まれる。

当初の分類案にくらべて変わった点は、Code No.2 にDifficulties of adaptationがreactive disorders に変わってはいる、その定義も「正常の偏り以上の障害で根底の障害はなく、児童の心身発達に著しい偏りはないもの。一般に可逆的で多くは(そうでないものもあるが)短期に終るもの」となっている。

また Developmental disorders を7項目にわけ、

1. Hyperkinetic syndrome として、過動、気が散る、注意集中困難、衝動性を主症状とし、ときに異常な気分変動と攻撃性があるものとしている。
2. Speech and language disorders として、脳器質障害にも心因にもよらない言語障害。
3. Other specific learning disorder として、特殊な読書遅滞、発達の計算不良、などの学習困難であって、他の精神神経疾患から起ったものでないもの。

4. Abnormal clumsiness or developmental dyspraxia

脳組織の疾病によらない協同運動における不器用や困難

5. Enuresis 及び 6. Encopresis

他の精神医学的症候によらぬもの

7. Tics

Gilles de la Tourette's syndrome を含む。

次に、Conduct disorder という言葉で、当初の Antisocial behavior が変更されている。

Neurotic disorder は変更ないが、Psychosisとして、次の4つに分けている。

1. Infantile psychosis

Infantile autism および幼時に初まる精神障害を含む。(大体2才ぐらいまで)

2. Degenerative psychosis

2~3才までは正常な発達をしたあとで、言語その他の獲得した機能を失い、重い情緒、行動、人間関係の障害を含む発達上の著明な崩壊である。

3. Schizophrenia

成人と同じ分裂病の臨床症状を示すもの

4. Other

また、併合または原因となる要因について次の6つにわけると。

0. No known factor

1. Environmental

これは(a)物質的困難およびストレスと(b)児童の情緒的環境に影響する因子にわけると。

2. Somatic 脳疾患以外の身体要因で、生来性の奇型や疾病、不具がふくまれる。

3. Epilepsy, 脳疾病に関連しない各種のてんかん

4. Other brain condition without epilepsy

5. Epilepsy any other brain condition

6. Other

なお、附表1は12例の事例記録による診断の結果であり、Nuclear とは初めに書いた常任委員の12名中1名が不参加で11名、French は前記6名、European も6名だが1名不参加で5名、それにJapanの15名の診断を比較したものである。診断は第一次試案によりOrgは7、Neur. は3、Psychosは5、Dev. は2、Persは4、Retは8、Reacは1、Antは9、PSMは6、Normは0、Unspは10である。

日本の診断の特徴で比較が目立ったことは、第2例でNeur. が5あったこと、第5例でNorm. が3あったこと、第6例でもNeur. が4、第7例でもNeur. が3あったこと、第8例はほとんどPsychos. に移動したのにPers. がなお3残り、第9例でUnsp. 2、Norm 2、第10例でRet. 2、第12例でReac. が5あったことなどであった。この細部に関してはなお分析を要する。

また、附表2はビデオTVによる診断の結果を示したものである。第1例は精神病としたものが多く、治療者との関係で分れた以外は比較的まとまった結果を示した。第2例も精神病としたものが多く、知的機能、治療者との関係でやや分れた。母親のMrs. Lでは表情と感情がやや分れた。第3例も精神病の診断が多く、ほとんど分れていない。第4例は精神発達上の障害が多く、行動、言語思考、表情感情などでいずれも分離した結果を示している。第5例は診断上也に分れ、人格障害が多かったが、行動、言語思考、知的機能、治療者との関係などでも分離した結果を示している。

#### 事例記録による診断

略号は第1表による。\*おのおの1名欠。

#### Case 1. (Francoise)

##### Part I.

		Org	Neur	Psychos	Dev	Pers	Ret
Nuclear	(11)	③	3	5	0	0	0
French	(6)	1	0	5	0	0	0
European	(5)	0	0	5	0	0	0
Japan	(15)	⑥	0	⑦	1	1	0

##### Part II.

Nuclear	(11)	④	0	7	0	0	0
French	(6)	1	0	5	0	0	0
European	(5)	0	0	5	0	0	0
Japan	(15)	④	0	⑧	1	1	1

#### Case 2. (Pascal)

##### Part I.

		Reac	Dev	Pers	Psychos	Uusp	Neur	Org	Ret	Antis
Nuclear*	(11)	7	2	1	0	0	0	0	0	0
French	(6)	0	3	2	0	1	0	0	0	0
European	(5)	2	3	0	0	0	0	0	0	0
Japan	(15)	3	0	2	1	0	⑤	②	1	1

##### Part II.

Nuclear	(11)	0	0	0	⑪	0	0	0	0	0
French*	(6)	0	0	2	③	0	0	0	0	0
European	(5)	1	0	2	②	0	0	0	0	0
Japan	(15)	0	0	0	⑧	1	⑤	0	0	1

#### Case 3. (Joan)

##### Part I.

		Neur	Dev	Reac	PSM	Unsp
Nuclear	(11)	⑩	1	0	0	0
French	(6)	③	0	2	1	0
European	(5)	⑤	0	0	0	0
Japan	(15)	⑫	0	1	1	1

Part II.

Nuclear	Ⓘ	0	0	0	0
French	3	0	2	1	0
European	4	0	1	0	0
Japan	Ⓘ	0	3	②	0

Case 4. (Denise)

Part I.

		Dev	Ret	Org	Reac	Psychos	Neur
Nuclear	(11)	6	4	1	0	0	0
French	(6)	3	2	0	1	0	0
European	(5)	3	2	0	0	0	0
Japan	(15)	3	Ⓘ	1	0	0	0

Part II.

Nuclear	(11)	5	4	1	0	1	0
French	(6)	3	2	0	1	0	0
European	(5)	3	2	0	0	0	0
Japan	(15)	3	Ⓘ	0	1	0	1

Case 5. (Dominique)

Part I.

		Neur	Pers	Antis	Psychos	Dev	Ret	Norm	Org
Nuclear	(11)	5	4	2	0	0	0	0	0
French	(6)	2	3	1	0	0	0	0	0
European	(5)	2	1	0	0	1	1	0	0
Japan	(15)	2	⑦	2	0	1	0	1	2

Part II.

Nuclear	(11)	5	3	1	2	0	0	0	0
French	(6)	2	3	1	0	0	0	0	0
European	(5)	2	1	0	0	1	1	0	0
Japan	(15)	4	4	2	0	1	0	③	1

Case 6. (Sylvie)

Part I.

		Reac	Norm	Neur	Dev
Nuclear	(11)	6	3	1	1
French	(6)	3	3	0	0
European	(5)	4	1	0	0
Japan	(15)	9	0	⑥	0

Part II.

Nuclear	(11)	6	3	1	1
French	(6)	4	2	0	0
European	(5)	4	1	0	0
Japan	(15)	(11)	0	④	0

Case 7. (Claude)

Part I.

		Peac	Norm	PSM	Org	Pers	Dev	Neur
Nuclear	(10)	6	1	1	1	1	0	0
French	(6)	6	0	0	0	0	0	0
European	(5)	5	0	0	0	0	0	0
Japan	(12)	5	1	1	1	0	1	③

Part II.

Nuclear	(10)	6	1	1	1	1	0	0
French	(6)	6	0	0	0	0	0	0
European	(5)	5	0	0	0	0	0	0
Japan	(12)	8	0	1	0	0	0	③

Case 8. (Georges)

Part I.

		Neur	Pers	Psychos	Der
Nuclear	(10)	8	1	1	0
French	(6)	6	0	0	0
European	(4)	3	0	1	0
Japan	(12)	4	6	1	1

Part II.

Nuclear	(10)	5	0	⑤
French	(6)	3	0	③
European	(4)	2	0	②
Japan	(12)	3	③	⑥

Case 9. (Alain)

Part I.

		Dev	Reac	Org	Unsp	Norm
Nuclear	(10)	10	0	0	0	
French	(6)	5	1	0	0	
European	(4)	4	0	0	0	
Japan	(12)	8	0	②	②	

Part II.

Nuclear	(10)	9	1	0	0	0
French	(6)	5	1	0	0	0
European	(4)	4	0	0	0	0
Japan	(12)	5	3	0	②	②

Case 10. (Thierry)

Part I.

		Pers	Autis	Reac	Neur	Ret
Nuclear	(10)	⑥	3	1	0	0

French	(6)	④	1	0	1	0
European	(4)	③	1	0	0	0
Japan	(12)	⑨	1	1	0	1

Part II.

Nuclear	(10)	⑥	3	1	0	0
French	(6)	④	1	0	1	0
European	(4)	1	1	0	1	0
Japan	(12)	⑨	1	0	0	②

Case 11. (Pierre)

Part I.

		Neur	Org	Pers	Antis	Reac	Unsp
Nuclear	(10)	4	3	2	1	0	0
French	(6)	1	2	2	1	0	0
European	(4)	0	3	1	0	0	0
Japan	(12)	1	④	⑤	0	1	1

Part II.

Nuclear	(10)	2	2	5	1	0	0
French	(6)	1	2	2	1	0	0
European	(4)	0	3	1	0	0	0
Japan	(12)	0	3	⑧	0	1	0

Case 12. (Genieve)

Part I.

		Pers	Neur	Psychos	Dev	Unsp	Reac	Antis
Nuclear	(10)	5	4	1	0	0	0	0
French	(5)	1	3	0	0	1	0	0
European	(4)	0	1	1	1	1	0	0
Japan	(12)	①	3	④	0	0	④	1

Part II.

Nuclear	(10)	8	1	1	0	0	0	0
French	(5)	1	3	0	0	1	0	0
European	(4)	1	1	0	1	1	0	0
Japan	(12)	5	1	0	0	0	⑤	1

附表 2

ビデオTVによる診断

Case 1 (Anne)

	Neur	Psychos	Org	Ret	Total
	1	11	5	4	21
A. Behavior, general and motor				24 Abnormal	0 Normal

1. Activity	11 Over	13 Normal	1 Under
2. Impulsive	21 No		
3. Mannerism	22 Yes		
4. Involuntary movements	20 Yes		
5. Bizarre	21 Yes		
B. Speech and thinking		23 Abnormal	1 Normal
C. Facial expression and affect		23 Abnormal	2 Normal
D. Intellectual function		23 Abnormal	
E. Other symptoms		21 abnormal	1 Normal
F. Relationship with therapist	9 good	10 mildly impaired	5 severely impaired

Case 2 (Oliver)

	Reac	Neur	Pers	Psychos	Total
	1	5	2	15	23
A. Behavior, general and motor				17 Abnormal	3 Normal
A. Behavior, general and motor				17 Abnormal	3 Normal
B. Speech and thinking				16 Abnormal	4 Normal
C. Facial expression and affect				22 Abnormal	
D. Intellectual function				6 Abnormal	12 Normal
E. Other symptoms				20 Abnormal	2 Normal
F. Relationship with therapist			12	mildly impaired	8 severely impaired
Mrs L					
A. Behavior				2 Abnormal	18 Normal
C. Facial expression and affect				7 Abnormal	9 Normal
E. Other symptoms				1 Abnormal	4 Normal
F. Relationship with therapist			14 good	4 mildly impaired	

Case 3 (Carole)

	Psychos	Organic	Ret	Total	
	18	1	4	23	
A. Behavior, general and motor			21 Abnormal	1 Normal	
B. Speech, thinking			21 Abnormal		
C. Facial expression and affect			22 Abnormal		
D. Intellectual function			15 Abnormal	1 Normal	
E. Other symptoms			21 Abnormal		
F. Relationship with therapist			2 good	2 mildly impaired	16 severely impaired

Case 4. (Pascal)

	Dev	Ret	Total
	18	5	23
A. Behavior, general and motor		10 Abnormal	13 Normal
B. Speech, thinking		8 Abnormal	12 Normal
C. Facial expression and affect		9 Abnormal	12 Normal
D. Intellectual function		16 Abnormal	1 Normal
E. Other symptoms		19 Abnormal	3 Normal
F. Relationship with therapist		15 good	6 mildly impaired

Case 5. (Daniel)

	Norm	Neur	Pers	Psychos	Ret	Total
	3	2	9	6	1	21
A. Behavior, general and motor				15 Abnormal		8 Normal
B. Speech, thinking				14 Abnormal		6 Normal
C. Facial expression and affect				17 Abnormal		5 Normal
D. Intellectual function				11 Abnormal		7 Normal
E. Other symptoms				16 Abnormal		4 Normal
F. Relationship with therapist				10 good	7 mildly impaired	3 severely impaired





# 精神衛生センター運営に関する試案

精神衛生部	優 生 部
加 藤 正 明(1)	高 臣 武 史(2)
児童精神衛生部	社会精神衛生部
玉 井 収 介(3)	柏 木 昭(4)
社会精神衛生部	優 生 部
坪 上 宏(5)	山 本 和 郎(6)

## ま え が き

### 1. 精神衛生センターと地域社会の特殊性

昭和40年の精神衛生法改正に伴い、地域精神衛生活動の第一線の実務機関は保健所と定められるとともに、従来の精神衛生相談所は精神衛生センターと改称され、保健所の技術指導機関と規定された。しかし、現在の精神衛生センターの活動をみると、その業務内容は各センターによってかなりの違いがみられ、精神衛生センターの位置づけは必ずしも明確ではない。

精神衛生法によれば精神衛生センターは、

- (1) 地方における精神衛生に関する知識の普及をはかり、<sup>(1)</sup>
- (2) 精神衛生に関する調査研究を行い、
- (3) 精神衛生に関する相談及び指導については、保健所その他の精神衛生に関係ある機関等に技術指導、技術援助を行い
- (4) 特に複雑又は困難なものはセンターにおいて相談指導を行う施設であり、都道府県における精神衛生の向上を図るために設けられた精神衛生に関する総合的な技術中枢機関である。

ところが現実の精神衛生センターの活動をみると、このような業務がすべて確實且つ有効に行われているとは思えない。その原因はいろいろ考えられよう。専門職員の定員の不足や設備の不完全なためもあろうし、精神障害者に対する世人の偏見や、無理解もあろう。また、たとえ精神衛生の重要性は認められても、結核、伝染病、乳幼児問題とちがった方法論や技術の困

(注1) この場合、「地方における精神衛生」の「地方」という表現は、行政的な地域、ことに「都道府県」を指しているように思われる。もしそうであるとすれば、これからわれわれがしばしば用いる地域精神衛生における「地域社会」とはかなり違った意味をもつことになる。すなわち、地域精神衛生における地域とは、後にのべるように、精神衛生活動を行うにあたって、有機的な結合を持ちうる、そして統合的活動の可能な単位であり、都道府県が果して、そのような一つの地域社会と考え得るか否か疑問だからである。ここで、これを殊更に問題にしたのは、精神衛生センターのあり方について、今後いろいろ問題になるからである。

(1) (2) Masaaki KATO, M. D., Takeshi TAKATOMI, M. D., Psychiatry.

(3) (6) Susuke TAMAI, Kazuo YAMAMOTO, Psychology.

(4) (5) Akira KASHIWAGI, Hiroshi TSUBOGAMI, Psychiatric Social work.

難や、未発達のための対策遂行の難かしさもあるであろう。これらの問題については後に改めて述べるが、ここでは次の一点だけを強調しておきたい。

それは精神衛生活動といっても、その範囲は極めて広汎であり、狭義の精神障害者の問題から、児童、青年、老人、家庭の問題、産業衛生、アルコール、薬物嗜癖、自殺、非行等の社会病理現象の対策等々重要な問題が山積している。しかもそれは都市と農漁村あるいは山村により、さらにそれぞれの地方の社会的経済的条件や文化的歴史的背景により、それぞれの特質であろう。さらに都道府県の行政の重点によっても、精神衛生の具体的活動は影響を受けようし、精神衛生センター職員ことに所長や医師の考え方によっても、その活動の方向は違ってくるであろう。

こうして、各地の精神衛生センターあるいは精神衛生相談所の現実の活動をみると、精神衛生法にかかげられた4項目の活動業務のうち、ある所では相談指導業務に、他のセンターでは啓蒙宣伝に、あるいは保健所の精神衛生活動の指導に重点を置いており、それぞれ特殊性が示されている。それは現時点において、それぞれ意味のある活動といえよう。しかし、現在のあり方で果してよいものであろうか。われわれはそれぞれの地域の特殊性を十分考慮しなければならないことは当然のことと考えるが、その特殊性に立った上で、改めて精神衛生センターのあるべき姿を再検討してみる必要があると考える。

これが今回、精神衛生センター運営に関する試案を提出した第一の動機である。

## 2. わが国の精神衛生センターの将来像と現状について

われわれは現行の精神衛生法の趣旨と各地の現実の活動状況をできるだけ考慮した上で、精神衛生センターのあり方について検討した。そして現在の我が国の政治的、経済的、医療行政の実情の下で、精神衛生法の精神を如何に生かしうるかを考えた。

しかし討論を重ねるに従い、さまざまな疑義と障害に直面した。そして、精神衛生センターの問題は精神医療体系全体の中で考えなければならないということとわが国の精神衛生センターが欧米諸国の似た機関とは（あるいは似た機能を持つべき機関とは）、全く異質のものであり、現在のままでは、到底精神衛生法にかかげられた業務を十分に果すのは不可能であろうという結論に達した。

そこで、第一部において、我が国の現状では多くの障害があり、現時点では実施困難な点はあるとしても、とも角精神衛生センターは本来かくあるべきであろうというわれわれの考え方をのべることにした。したがって、そこでは現行の精神衛生法あるいはその他の関係法規に抵触する点もないわけではない。それは今後は是非改正し、あるいは補足してほしいという願望から出ているのである。

勿論、われわれは法規を全く無視しようというわけではなく、前にものべたように、可能な限り、それを守りたいと考えている。そしてその運営が行政的に充実されることを望んでいるのである。第二部はそういった意味で現行法規内でも行いうる、そして行うべきであろうと考えた業務内容を中心にして述べるつもりである。その点精神衛生に関する指導要綱ともいえる

かもしれない。しかし、われわれの本心は、第一部で述べる精神衛生センターのあるべき姿の上に、そのような業務が有機的な関連性をもって行われることを期待していることを改めて強調しておきたい。

つまり、われわれが期待する精神衛生センターの将来像と現実のセンターの要望事項について述べるわけである。そのために論旨の一貫性を欠き、これを読む人には読みづらい所があるかもしれない。これは試案を書くに当ってわれわれの中でも、理想案と現実問題がくりかえし論議され、いずれとも決めかねたためであり、一貫性の欠如こそ、わが国の精神衛生センターの苦悩をあらわしているともいえよう。

たとえば、われわれは1.でのべた精神衛生センターの4項目の業務をセンターの現在も、将来も行うべき業務と考える。しかし現時点でそれを如何なる方法で、どのような対象に、どの範囲で行うかについては、なかなか解答は出しにくい。つまり、センターの現状で全体的にこの4つの業務を十分に果すことはできないし、特定の狭い地域できめの細かい活動をすれば、センターに期待されている役割を果しえないことになる。

われわれは将来像としては、精神衛生センターは地域精神衛生活動の中核として、地域の個人々の精神衛生についての需要を満すとともに、つまり直接の臨床サービスをするとともに、地域全体を一つの有機体とした精神衛生計画を実施すること、ことに公衆衛生活動を実行することを期待している。しかし、現時点でそれを満すことはできない。それでわれわれは直接臨床サービスの重要性は認めながら、現在のセンターとしてはその業務は二義的なものとせざるを得なかった。

また、調査研究は地域精神衛生計画の基礎として絶対必要なものであるが、われわれの期待するような研究を今のセンターで行いえないであろう。しかも、それはしなければならない。

他の業務についても同様である。われわれはこれらの問題について論議し、現在のセンターに求められている役割と、将来のあるべき姿へ向っての活動を、二者択一ではなく、共に行いえないであろうかを求めたのである。

そして、将来の精神衛生活動に対する国策を確立するためのモデルとしての活動、いわば実験的研究を特定地域をえらんで行い、そこでは臨床活動から地域計画まで十分に行い、その反面、全県的レベルでの活動も限界をおきながら実施するようにするにはどうすべきかを考えた。

たとえば特定地域でのなすべき調査研究はこのようなものであり、全県的にはこの程度のものである。

以下、このような考え方を基礎にして、話をすすめていきたい。

## 第一部 精神衛生センターの将来像

### 1. 地域精神医療計画における精神衛生センターの位置

#### (1) 地域精神医療と精神衛生センター

近年精神衛生計画あるいは精神医療において、地域精神衛生あるいは地域治療の重要性が強

調されるようになり、その研究のための学会もつくられるようになった。このばあい、「地域」とは如何なる内容をもつものなのかについては、多くの学者の見解が発表されており、必ずしもそのすべてが一致しているわけではない。われわれ自身の中でも研究者間に多少のくいちがいがある。そこで今回は一応次のような意味で、地域という表現をつかうことにしたい。すなわち「地域とは或る一定の地理的広さと境界を持ち、その中の住民は行政的あるいは機能的に共通の基盤を持っているもの」である。この場合の「或る一定の地理的な広さと境界」については後に詳しく限定するが、精神衛生計画においては人口が約40万人以内が望ましいと考える。そして「行政的基盤」としては一応保健所管区あるいは隣接した数カ所の保健所管区を想定し、「機能的共通の基盤」とは診療圏や産業的機能集団や地域で特殊な結びつきを持つ集団を考えている。地理的な条件で他と区画されている場合は、多くはこの両者の条件を満していると思われる。

(2) 精神衛生センターは地域精神医療活動の組織化の中核的な機関である。

われわれも地域精神衛生活動の重要性を認めているが、精神衛生センターこそ、その活動の中核になるべきであると考えている。いかえれば、精神衛生センターの最も重要な業務は地域精神衛生活動であるといえよう。しかもそれは「公衆衛生における疾病予防の立場」から、地域精神衛生を展開する中核的な機関として、精神医療計画及び技術指導を行うことである。

ここで精神障害に対する予防について一言ふれておきたい。われわれは予防には次の三段階があるという分類を先づ認めたい。すなわち、

1) 発生予防（第一次予防）これには生物学的あるいは遺伝学的な立場からの予防は勿論であるが、社会心理学や発達心理学において主張されている危機理論（crisis theory）による神経症や情緒障害あるいは問題、行動の予防対策も地域精神衛生計画を論ずるばあいには含めるべきであると考えている。ただ内因性精神病についてはアメリカの一部の学者が主張するような第一次予防の確信はわれわれにはない。

2) 早期発見ならびに早期治療（第二次予防）精神障害者のばあい、急性伝染病や結核あるいは成人病のような身体疾患にくらべて、早期という言葉自体にも未解決な問題が内包されている。ここでは一応、診断可能な初期症状を発呈した時期における発見と解しておくが、その時期に如何にして発見するかは確かに極めて大切なことであろう。そしてその患者に適切な医療をほどこすことは、将来の重大な結果を予防するのに有意義であろう。第二次予防とはこのような意味に解している。

3) 社会復帰活動（第三次予防）精神障害者が社会復帰後、しばしば症状が再発していることは周知のことである。その再発を予防するために、社会復帰について治療当初から後保護に至るまで、熱心な治療が行われるようになって来たことは、極めて喜ばしいことである。第三次予防とはこの再発予防の意味である。

(3) 精神衛生センターの当面の主要目標は精神障害の第二次予防である。

われわれが精神障害者の予防対策を行うばあい、これらの段階のうち、どれから着手すべき

かにはいろいろ問題があろう。そしてその重点は病院や精神衛生センターや保健所等それぞれの機関の特徴によって、それぞれ違って来よう。

公衆衛生における疾病予防の立場からいえば、当然第一次予防が最も重要といえよう。

しかし理論的にはそうであっても、精神障害の第一次予防については、今日未だ未解決な問題が多い。したがって、われわれは精神衛生センターの今日の主要目標は第二次予防にあると考える。そしてその上で第一次予防と第三次予防に目標を発展させていくべきであろう。

われわれが第二次予防すなわち疾病の早期発見、早期治療という医療との密接な協力、いいかえれば精神障害者の治療体系の確立のために、その一翼を担うことを、公衆衛生の立場に立つセンターの第一義的職務としたのは、単に第一次予防が困難だからという理由だけではない。これは公衆衛生自体の理念的発展だからである。すなわち、急性伝染病から慢性疾患へ、さらに成人病や精神障害へと、たえず医療と結びついて発展して来たのが、公衆衛生本来の予防医学の基本原則だからである。

また精神科医療の歴史的発展という見地から考えても、精神衛生センターが医療体系の一翼を担う必然性がある。すなわち、精神科医療は精神障害者に対する社会防衛という立場すなわち病院への隔離から、個々の患者の疾病に焦点があわされた個別治療という段階を経て、さらに予防を含めた包括的、総合的治療へと発展していこうとしている。このばあい、患者の治療は病院のみの仕事ではなく、在宅患者、社会において生活している患者に対する早期発見、再発防止が重要であり、それはとりもなおさず地域精神衛生だからである。

#### (4) 関連領域との協力の必要性

地域精神医療の発展のためには、その関連領域として、医療一般のみならず、教育、社会福祉、矯正保護、産業、警察など広汎な領域があり、これら医療関係以外の分野との協力による組織網が必要である。これら関連領域との身体疾患に関する予防対策はすでに着手されているが、精神障害の予防には従来の身体疾患に対する保健指導活動を基盤にしながら、さらに異った角度からの接近も必要であり、そのあり方の検討が重要な課題となろう。この点については後で改めて論ずることとする。

#### (5) 地域精神医療計画におけるわが国の精神医療の問題点

今まで地域社会における精神医療における精神衛生センターの位置についてのべて来たが、地域医療の中核的機関であれば、当然地域住民の需要に応えなければならない。

この需要に応えるのに、大きくわければ二つの方法がある。その一つは地域住民個々人の精神衛生に関する相談援助等の直接サービスであり、他は公衆衛生的見地に立って、地域全体を一つの単位とする精神医療計画実現に対する指導である。勿論この両者は密接にからみあっていて、切り離すこともできないし、同時に行われてこそ、効果を挙げることができる。諸外国においても、極く一部の例外を除いて、一つの機関がこの両面の活動を平行して行っている。

ところがわが国の現状はこのような地域活動をするには、いろいろな障害や隘路がある。

その第一が医療行政における公衆衛生と医療の分離である。患者の個別的治療から予防を含

めた包括的、総合的治療に発展する方向に進もうとしている精神医療が発展するためには、当然個人に対する治療と共に地域全体に対する計画が実施されなければならない。しかし現在の医療機関は個々の患者の臨床的治療サービスは行っているが、地域を一つの有機体として取扱う地域対策を行ってはいない。他方、公衆衛生機関は具体的な臨床的治療サービスを行うように規定されてもいないし、その設備もない。第二次予防、さらに第一次、第三次予防の重要性を強調しても、十分な治療サービスと地域活動の有機的なむすびつきがなければ効果をあげることはできない。公衆衛生と医療を如何にむすびつけるかが今後の重要な課題である。

第二の問題点は医療体系の欠陥である。わが国の精神医療は今まで精神病院を主体として行われて来た。あるいは精神病院のみによって行われて来たといっても過言ではない。これは社会防衛の見地に立った対策の名残りであるともいえよう。勿論今の精神病院の治療はその段階を超えて、患者の社会復帰をめざし、治療当初から多くの努力が払われるようになった。しかしそのような病院関係者の努力にもおのずから限界がある。退院患者や通院患者の直接指導や把握は患者あるいはその関係者の自発的な行動がなければ、現在の病院では十分できない。ことに地域治療の見地からみると、病院が適正に配置されていない現在、遠隔地からの患者は脱落してしまう危険も多いし、脱落した患者がその後どのようになったかを把握することも困難である。

病院以外に地域に密着した診療所、たとえばソ連の精神神経科デイスパンセルのような医療機関の充実や、入院しなくても治療可能な患者のための施設たとえば昼間病院や夜間病院、退院患者の社会復帰のための施設たとえば昼間病院、夜間病院、ハーフウェイハウス、患者クラブ、保護工場等もなければならぬであろう。近年このような、いわゆる中間施設（最近一部の人は中間施設を狭く使用し、厚生宿泊施設あるいは米国その他のハーフウェイハウスの如き施設を指して使用しているようであるが、われわれは病院と社会の中間にある諸施設を総称するものとして用いている）がつくられる傾向ができたことは望ましいことである。

しかし最も重要なことはそれらの諸施設をただつければよいということではない。それらが病院を含めて有機的に体系づけられ、地域における患者が望ましい一貫した治療を受けることができ、しかもその治療過程がいつも適確に把握され、調整されていなければならない。この機能が果されてこそ、精神医療体系が確立されたといえるのである。問題はこの役割をどの機関が果しうるかである。われわれは後述するように、この役割を精神衛生センターに期待するのである。

第三の問題点は病院の偏在であり、経営主体の問題である。地域精神医療は本来地域住民のための活動である。医療体系が上にのべたように組織されたばあい、精神病院の役割は当然変わるであろうが、しかもなおその体系の中で極めて重要な役割を持つことは疑いない。

そして体系の重要な部分として他の諸施設と有機的な関連を持ち、地域病院としての機能を積極的に果さなければならない。

そのためには病院が適正に配置されていなければならないし、さらに患者の病状や疾患の種

類、あるいは精神医学の将来の発展のために、それら病院の機能分化も必要であろうし、一定地域群に基幹病院ともいべき病院も必要であろう。

このような地域精神医療を推進するのに最も好都合なのは精神病院が公立機関であることである。地域医療対策を積極的に推進している国の殆んどが公立精神病院が病院の主体を占めていることも当然といえよう。

それに較べて、わが国の実状は私立、法人立病院が大部分であり、しかも公立病院との比率がますます差を大きくしていることは周知の通りである。そのため、病院の適正配置を強力に進めることもできず地域精神医療の中心的機能を果すのに大きな障害になっている。

現在の病院の経営主体を急に改めることは不可能であろうが、今のままにしてよいわけではない。これらの病院をどのようにして地域精神医療活動の一環として組織化するかが今後の大きな課題の一つといえよう。

#### (6) 特にわが国の精神医療行政について

上の項でのべた精神医療の問題点は、一言でいえば、従来の都道府県に対する医療行政の貧困といえよう。

精神病院が公立が少く、私立法人立が多いことや、その配置の適正を欠いていることはその明らかな例といえよう。勿論われわれは何故このようにならざるを得なかったかについて、止むを得ない事情があったことも知っている。精神衛生法が患者の人権の尊重と望ましい積極的な治療の線にのせようという精神から制定された当時、患者を収容すべき病床が全国で1万数千床しかなかった。何はともあれ、精神病床を急速に増す必要から、補助金の支出による指定病院の増床と新設が行れたわけである。わが国の政治経済事情や精神科のみならず医療一般のあり方がこのような方策をとるより仕方がなかったのであろう。

しかし、その時に現在の重大な欠陥の原因の種がまかれたのである。その当時精神障害者対策に対する国策的な大局から、長期計画を建て、国の直接の指導の下に、企業としての精神病院でない、住民のための病院を建てていたなら、今日の医療の進歩にも、より円滑に適応できたであろう。

現在厚生省において、都道府県単位の病床数の不均衡を是正しようと努力しているようであるが、根本的な問題はそのような所ではない。都道府県内での適正配置と有機的な運営に対する適切な行政指導こそ急務なのである。

これは病院以外の診療所や中間施設の問題についてもあてはまることである。前項で強調したように、これら諸施設はただつくるのでなく、適正に配置し、有機的な関連をもって組織化されなければ、その十分な効果は期待できないのである。もしこれらの諸施設の設置に対する適切な行政指導なしに、唯新設することだけに援助するとすれば、精神病院の病床を増加させた場合と同様の結果を招くであろう。

さらに又、施設の問題ばかりでなく、医療活動そのものに対しても、行政指導の欠陥がある。前項の第一にのべた公衆衛生と医療の分離の問題はその代表的なものである。精神医療行為に



対する指導が医務局にあり、あるいは児童局や社会局にあり、しかも医療費の中で大きな比率を占める措置患者の費用は公衆衛生局が持っている。しかも、今まで繰返しのべたように、地域精神医療を実現するためには、公衆衛生的見地と医療、さらに社会福祉等が総合的包括的に長期計画にもとづいて実行されなければならない。その統一された行政指導は各局に責任が分散しては、いろいろ問題が生ずるであろう。

その最良の解決策は、われわれがかねてから主張している、精神衛生省乃至は精神衛生局の新設である。そこで長期計画にもとづく統一された総合的な計画立案と、各都道府県の実状に測した適切な行政指導が行われることを希ってやまない。

## 2. 地域精神衛生活動における精神衛生センターの役割

第一章において主として精神医療における問題点を考え、その中での精神衛生センターの位置について、暗示的な補足を加えた。これは我が国の精神衛生行政あるいは精神衛生対策の中で、精神障害者の問題が極めて重大なものであり、緊急を要すると考えたからである。ただここでは問題の提起に留り、精神衛生センターの具体的な活動については、詳しくは触れなかった。その理由は、精神障害者に対する精神衛生センターの役割は重要ではあるが、その役割はそれだけに限局することではなく、もっと広い視野に立った広い精神衛生活動での分野があるべきであり、その点を考慮した上で、その役割の概略をまとめたいと考えたからである。

### (1) 地域精神衛生活動の意義

地域精神衛生活動は地域住民の精神衛生に関するあらゆる需要を満すことを本義とする。それは単に狭義の精神障害者対策だけではない。教育、家庭、職場等の諸問題や社会病理現象の対策など極めて広範囲である。また精神障害者対策に限っても、第1章にのべたように、第二次予防（さらに第一次、第三次予防においても）を行うためには、単に医療関係者の努力だけでは、十分な解決はできない。一人の患者の周囲には家庭的、経済的、教育的、社会的な複雑な問題がからんでいる。それらの諸問題を解決してこそ地域精神衛生であり、医療が生きてくるのである。

そのためには福祉事務所、民生委員、学校関係者、地域の厚生関係者、警察、職場関係等医療関係機関以外の人たちの有機的なむすびつきが不可欠の条件である。

精神衛生の業務の第一にあげてある精神衛生に関する知識の普及とは、先づ第一にこれを指しているものとする。つまり単なる講演や講義によって知識の普及の効果は挙げられるものではなく、その集団（第一次集団であると、第二次集団であるとを問わない）や個人の精神衛生に関する需要にこたえ、そこでの現実の問題処理に役立って、はじめて知識の普及の効果をあげることができるからである。

ところがわが国の現状をみると、この地域におけるこういった組織化は極めて不十分といえよう。教育関係者は教育関係者で、福祉関係者はその人たちの集団で、それぞれ組織をもって活動しているが、精神衛生に関して総合的な統合は行われていないし、医療機関との結びつきも十分ではない。従来から各地に精神衛生協会が存在しているが、その活動も不活発であった

り、極く一部の活動に限られているものが多い。又熱心な組織づくりがはじめられている所もあるし、病院等の医療機関と密接なつながりを持っている所もあるが、その多くは特定の個人的なものであって、その個人がいなくなれば、活動も衰えてしまうのが現状ではなからうか。

このような関係諸機関の組織化と、精神衛生活動計画をどのように進めていくかが、これからの課題である。

以上地域における精神医療あるいは精神衛生について、いくつかの問題点を挙げた。それぞれが極めて困難なものであり、その目的達成には多大の努力が必要であろう。しかし地域精神衛生の確立のためには、そのいずれの問題も解決しなければならない。

この点から、改めて精神衛生センターの役割について考えてみたい。

## (2) 精神衛生センターの役割

地域精神衛生活動が地域住民の需要に応えるには、はじめにのべたように、まづ住民のための直接サービスがなされなければならない。直接サービスを通じてこそ、はじめて地域の組織化が行われうからである。精神衛生センターが地域精神衛生活動の中核機関であるならば、当然直接サービスをすべきである。

### (i) 精神衛生センターと地域住民に対する直接臨床サービス

ところがわが国においては前にのべたように、医療機関と公衆衛生機関は分離されていて、十分な直接サービスを公衆衛生機関が行うようになってはいない。従来の精神衛生相談所は精神衛生に関する相談と指導を行うことになっていたし、改正された精神衛正法では保健所がその任に当り、精神衛生センターはその技術指導、技術援助を行い、特に複雑又は困難なものはセンターにおいて相談指導をすることになっている。

しかし現在のセンターあるいは保健所で、ここにうたわれているような機能を果しうるものであろうか。現在（あるいは近い将来を考えても）精神衛生センターは都道府県に各一カ所あるに過ぎない。現在それすらない県の方が多い。しかも職員の数も少なく、診療施設も不十分である。したがって、一カ所のセンターで全府県下の直接サービスを十分且つ持続的に行うことは、地域的にも人的にも不可能である。また保健所は一名の嘱託医と「精神衛生相談員」しかいないのであり、保健所で直接の臨床サービスをすることも困難な状態にある。つまり、地域の住民の需要に応えられる広い直接サービスのすべてを行うことは、現在の精神衛生センターでも保健所でもできないわけである。

この住民の需要に応えるためには、一応二つの方法が考えられよう。その第一は精神衛生センターなり保健所がその機能を果しうる能力を持てるように拡充されることである。つまり、センターは都道府県に一カ所ではなく、適当な地域を設定して、県下に何カ所かつくることであろうし、保健所であれば精神医学や精神衛生の専任の専門家を十分に備えなければならない。このような、「地域の公衆衛生機関であると同時に臨床サービス機関である機関」が法的に確立されることが、最も望ましいことである。

第二の方法はセンターや保健所と密接な有機的関連を持った他の医療機関を持つことである。

これは地域内の精神病院や精神科クリニックを十分に活用できるような適切な行政指導を行うことができれば、より現実的な方法といえよう。

要するに、現在の時点においては、精神衛生センターと保健所の住民に対する直接サービスについて、われわれは次の結論に達した。

地域住民に対する直接の医療サービスは地域精神衛生活動において、極めて重要であるが、現在は住民の臨床的需要に十分応えることはできない。したがって

保健所は地域精神衛生の「行政」の第一線機関として活動すべきである。その活動の重点は、地域の実情把握とその分析、地域の組織化、及び精神障害者を適正な医療のルートにのせることである。そして、

精神衛生センターは直接医療サービスは後にのべる調査研究における医療以外は第二義的のものと考え、上にのべた保健所の活動に対する技術指導と第二部の精神衛生センターの業務の項でのべる諸活動に重点をおくべきであろう。

#### (ii) 技術援助および技術指導

精神衛生法によれば、精神衛生センターは「精神衛生に関する相談及び指導については、保健所その他の精神衛生に関係ある機関等に技術指導、技術援助を行う」と規定している。このばあい、技術指導と技術援助をどのように定義するかは、なかなか難しい。しかし、われわれは議論を進めるに当って、一応次のように区別することにした。すなわち、<sup>(注2)</sup>

保健所の精神衛生に関する諸活動に対して行う専門的助言<sup>(注3)</sup>あるいは指導監督<sup>(注4)</sup>を技術指導とよび、

その他の関係諸機関に対する専門的助言を技術援助とよぶ。

#### (iii) 精神衛生センターと保健所との関係

さて、精神衛生センターが保健所の活動に技術指導を行うばあい、どのような関与のあり方が望ましいかについては、われわれの間でもまだ結論に達していない。そこでその中の代表的な意見を列記することにする。その中には現行法規に矛盾するものもある。それを敢えて述べるのは、今後その方向に進むことが望ましいと思うからであり、あるいは現にそれに似た方法を採用している県があるからである。

第一の方法は、保健所が精神衛生行政の第一線業務の実施当事者であるが、精神衛生センターの職員を保健所職員として併任し、保健所職員の技術指導にあたるというかわり方である。

ここで重点をおかれているのは、精神衛生センターの職員が保健所のスタッフとして、他の保健所職員に強力に働きかけることができなければならないということである。従来から「精神衛生センターは保健所に対して技術指導ができる筈である。法律にそれがうたわれており、センター長から知事、衛生部長等を通じ、彼らの命令によって指導するという形がとられるか

(注2) これはわれわれだけの定義づけで、本省の意図とは異なるかもしれない。

(注3)、(注4) 専門的助言 (Consultation) 及び指導監督 (Supervision) については第二部業務の章でのべる。

らである」という意見が出されている。

論理的にはたしかにそうであるが、しかし、わが国の行政機構（あるいはわが国の社会全体といかえてもよいが）は縦社会であり、上下の関係が法的に明確に規定されていないと、円滑な活動は望めないのが実情である。精神衛生センターから保健所に技術指導をするよう働きかけても、保健所がそれを実行しなければならないという義務がないために、円滑な共同活動が行われていない例も少なくないのである。

われわれは保健所が主として身体疾患に関して培った地域に密着した公衆衛生活動の実績と能力に深い敬意を払っている。保健所長を中心に保健所全体が精神衛生行政の第一線に立って活躍することを期待した理由も、センターとのかかわりあいで、センター職員を保健所の職員としたこの第一案の根拠もそこにある。

しかし、上にのべたように、センター職員の技術指導が円滑に行われるためには、どうしても法的に「技術指導に関する権限と義務」を明確にする必要があると考えるのである。たとえば精神衛生法だけでなく、保健所法に保健所長は精神衛生に関しては精神衛生センターの技術指導をうけることを義務づける等の形で法的根拠を明確にすることが望ましい。あるいは論理的には不必要にもみえるが、保健所に対して精神衛生に関する行政指導を行うばあいは、公衆衛生局長通達に加うるに精神衛生課長と保健所課長とが共同の名において通達をするのも、より効果的であろうという意見もある。これは日本的過ぎるかもしれないが、効果をあげるため<sup>(注5)</sup>には、細かい配慮が必要と考えるからである。

このような権限と義務が明確にされることを前提として、保健所職員の役割をのべてみたい。

保健所長は地域精神衛生活動計画の責任者であることは当然であるが、その計画立案には嘱託医及び精神衛生センターの積極的な参加を求めることが望ましい。

「精神衛生相談員」は当該保健所における精神衛生活動の計画及び実情を熟知し、センターとの連絡を緊密に保ちながら、保健婦に対する技術指導に協力することを本務とする。

すなわち、この第一案においては、活動の実際の担い手は精神衛生相談員のみでなく、保健婦、医療社会事業従事者等保健所職員全体であり、過去から培って来た地域活動に精神衛生的側面を加えて行くことが望まれるのである。すなわち精神衛生活動は住民の全生活と関連をもち、住民の需要を熟知していなければならないからである。したがって、「精神衛生相談員」は精神衛生に関して保健婦の期待に応える専門的知識と技術を持っている必要があり、さらに精神衛生センターにおいて、絶えず指導監督をうけることが望ましい。

嘱託医は保健婦、精神衛生相談員、医療社会事業従事者の精神衛生活動業務について専門的助言を行うことを第一義とし、上にのべた保健所長の計画立案にも積極的に参加する。そして具体的な症例についての診断を行うことがあっても（これが現在の主な業務であるが、それは

(注5) なお、これらに対する反論として保健所と衛生研究所の関係を例にあげる人もある。しかしこの場合は保健所が行わねばならない諸検査を衛生研究所に是非依頼しなければならない密接な関係があり、且つ技術指導をする衛生研究所職員と保健所職員は同種の職種のことが多いのであり、今まで殆んど無関係であった保健所と精神衛生センターの間とは比較できないのである。

第二義的なものであり、原則としては保健所長と協議して、診断及び治療のために適当と考える他の医療機関施設に紹介する。ただこのばあい、嘱託医は紹介先の選択方法、経路およびその過程について、保健所の他職種の実際に業務を行った職員に対して精神科医の立場から助言を与える必要がある。また入院中の患者の家族の問題や社会復帰の際の問題も、嘱託医は直接サービスの実施者ではなく、専門的助言者の立場に立つ。以上の業務を行うために精神衛生センターの職員が嘱託医の業務を行うことが望ましい。このためには、センターの医師を現在よりも増員し、各保健所の需要に応えうるようにすべきである。

このように、第一の方法は保健所における精神衛生業務の実施当事者を保健婦を中心とする保健所員としたのである。保健所長を中心に全保健所員が地域内の精神衛生問題に取り組み、結核その他で挙げたような業績をこの領域でもあげることがその最大の念願である。

ただこの方法では、如何にして速かに精神衛生に関する知識と技術を保健婦その他にもってもらうかという技術の問題や、センターの協力が課題となる以外に、現在でも多くの業務をかかえている保健所に、どれだけ精神衛生業務を行う力があるかが問題である。ことに今まで縦割り行政の中で運営されていた保健所業務のあり方が大きな隘路となる危険があるといえよう。

第二の方法は、保健所を精神衛生の第一線業務の実施当事者とする点では第一の方法と同じであるが、精神衛生相談員と嘱託医を精神衛生センターの職員とし、保健所に併任し、保健所に分駐せしめる。つまり全保健所をセンターの分室とし、精神衛生の専門家がチームとなって活動しようとする考えである。

この場合の利点はセンターの職員と嘱託医、精神衛生相談員といった専門職員が中心となって、きめの細かい活動ができることと、若い職員に対する指導監督が容易になり、地域の組織化のための専門職員の養成ができることである。

しかし、その反面この方法の大きな欠点は、保健婦や医療社会事業従事者が精神衛生問題を避けたり、関知しないという態度をとり易くなる危険があることである。また現在程度の精神衛生センターの人員では、精神衛生関係の職員のみでは、第二部にのべるような業務を十分に行うことは不可能である。

ただ、第一の欠点すなわち保健所内で遊離する懸念に対しては、保健所長を中心に保健所内に小委員会をつくって運営する方法もあろう。

また第二の問題に対しては相当の人員の増強が必要であるが、保健所において結核対策において、数人の事務職員によって事務が支障なく行われている事実は専門的技術者の不足を解決するための一つの暗示を与えることであろう。

第三の方法は数ヶ所の保健所を一単位としてまとめ、その一つを精神衛生に関する中央保健所とし、そこに精神衛生相談員と嘱託医を集める。精神衛生相談員は各種の専門家をあつめることが望ましいが、それらの職員によってチームをつくり、3～4ヶ所の保健所管区を一地域として精神衛生活動にあたる方法である。このばあい精神衛生センターはこのチームの専門的助言者になる。

この方法は現在のように、一保健所に一名の相談員、しかもその専門が社会福祉学専攻者でも心理学者でも、医師でも、さらに保健婦でもよい精神衛生相談員の活動の際の欠陥を補おうとするのが第一の理由である。すなわち、現在及び将来の地域精神衛生活動は、関連職種の専門家のチームワークがなければ、その円滑な運営は望みえない。それを一職種の一人だけにすべての業務の責任を負わせることは、それ自体が無理な注文である。もし数ヶ所の保健所の相談員を集結すれば、それぞれの専門をもった精神衛生相談員をおくことも、チームワークを組むことも可能であり、機能的に活躍できるであろう。

この方法の第二の根拠は精神衛生行政の単位はどの程度のものかという問題から出発したものである。精神衛生行政を考えたばあい、その一地域をどの程度の大きさにすべきかについてはいろいろの意見がある。そして、それは地理的条件、交通、経済、風習その他いろいろの要因により、画一的に決めることは困難であろう。しかし一般的にいて、欧米諸国の経験では人口40万乃至50万を最大限とすることが、大体の趨勢と思われる。わが国の保健所管区は30～40万の大世帯から10万以下の人口の所までいろいろあるが、平均すれば1管区の人口は10万から15万である。したがって3～4カ所の保健所管区を一単位とすれば、人口は大体50万になろう。そうすれば第一の条件を満しながら、一応精神衛生行政の可能な地域が設定できるわけである。

この精神衛生に関する中央保健所案の利点は、現在厚生省が予定している一保健所に一名の相談員をおく方針を、その運営方法を変えることにより、大幅な変更や増員なしに実現できる可能性のあることである。ただそのような中央保健所ともいべき特殊な保健所をつくり得るか否かが行政上大きな問題となろう。また専任の精神科医を必要とするであろうことも一つの障害となるかもしれない。

しかし、都道府県の精神衛生を主管する所、例えば県予防課、あるいは精神衛生センターの職員として、その上で上記の3～4カ所の保健所の1カ所にその人たちを分駐させれば、この行政的問題は解決できるかもしれない。

第四に考えられた方法は、たとえばソ連の精神神経科デイスパンセルのように、精神衛生のみをその業務とした、精神衛生保健所ともいべき、他の保健所とは全く別個に独立した機関をつくることであつた。しかし、これは精神衛生相談所がはじめてつくられた頃の子定ではあつたとしても、その後の精神衛生行政のあり方、すなわち保健所をその第一線機関とする方向とはあまりにもかけはなれているのでくわしく検討することは避けた。

以上、技術指導の問題を中心に、精神衛生センターと保健所との関係についてのべた。しかもそれについて、やや冗長のきらいがあるとわれわれ自身も考えたが、あえてそれをのべたのは、センターと保健所の連けいがきわめて重要であるのかかわらず、その関係が法律的にかならずしも明確ではなく、技術指導が十分に行われていない所が少くないからである。ここでくりかえし、保健所の義務と権利に関して、一日も早く法的に明確にするよう要望したい。技術指導と援助の区別をして、保健所に対してだけ、技術指導なる表現を定義したのも、このた

めである。

(iv) 複雑又は困難な事例の相談指導について

精神衛生法によれば、精神衛生センターは原則的には精神障害者に対して直接の臨床サービスをしませんが、特に複雑困難な事例に対しては相談指導に当たると規定されている。この場合の「複雑又は困難」とはどのような意味をもっているのでしょうか。法律の文脈から考えれば、それはおそらく「保健所では相談指導に応じえないばあい」という意味であろう。しかしそのような事例とは一体どのようなものでしょうか。

狭義精神病で症状のはげしいものは、当然病院治療を受けるであろうし、生物学的精密検査を必要とする診断の複雑困難な事例は現状程度のセンターの設備では診断できないことも多いであろう。今までの精神衛生センターの活動から考えると、相談のばあいには、家庭環境や本人の性格等から、入院が必要でありながら、どうして本人や家族を納得させたらよいか、保健所であつかいかねている場合や、家庭内の夫婦関係調整のような、主として何らかの精神療法的処置を必要とするものであり、治療としては、成人の神経症の精神療法、退院精神障害者のデイケア、アルコール中毒者の集団療法、あるいは児童の情緒障害者や自閉症者の治療等のように思われる。つまり、専門的な精神療法を必要とするが、入院しないで治療しうるものが対象といえよう。

前者の相談指導は別として、後の治療について考えてみたい。精神病院以外には外来診療所やクリニックの少いわが国の現状では、このような診療施設は確かに必要である。さらにまた精神病院とは別の、むしろ昼間病院に併設された夜間病院も必要であろう。精神衛生センターはこの必要にせまられた診療を行っているともいえよう。

しかし、このような診療にセンターが重点をおくのはどうであろうか。われわれはセンターは「技術指導、技術援助」に重点をおき、住民への直接臨床サービスは行わないのを建前にすべきであると主張した。その理由はそのような直接サービスが必要ではないということではない。逆に、地域精神衛生活動にはこのような臨床サービスが伴わねばならないことはいうまでもない。しかもなおそれを主たる業務とすべきでないというのは次の理由からである。

個人あるいは集団精神療法は相当の労力を必要とする治療であり、もしこれを十分に行おうとすれば、現在の精神衛生センターの人員では、他の業務を相当犠牲にしなければならない。またこのような治療を受けうる患者は地理的にもかなり制限され、全県下に及ぶことは不可能である。つまり、今の状態の精神衛生センターすなわち、各都道府県に一カ所の、10数名の職員では出来ないことである。

勿論、われわれはその活動を否定しているのではない。そのような直接的な診療サービス機能がなければならないことは、今までくり返しのべたことである。ただ、それを業務として行うのであれば、十分機能を果せるように、精神衛生センターの規模と、その活動地域を考慮しなければならない。

わが国の地域精神医療、精神衛生はこれからはじめられるといってもいいであろう。そのば

あい、現在特に欠けているのは、通所通院施設であり、中間施設である。これをどのような形でつくり、病院、保健所その他関係機関とどのように関連づけるかは、地域精神衛生活動の発展に重大な影響を与える。われわれはこれら諸機関は周到な計画の上に、適正に配置されなければならないと考える。そうでないと、前にのべたような精神病院対策とおなじような過ちをおかすことになるからである。

その周到な計画をたてるためには、十分な調査研究がなされなければならない。しかもそれはそれぞれの地域の特殊性によって、異った方法が考えられなければならないであろう。たとえば精神病院の分布状態や規模ばかりでなく、他の社会的経済的文化的な諸要因も重要な関係があろうし、保健所活動も大きな影響をもつであろう。

われわれは、このような未知の領域を開拓するための調査研究こそ、現在の精神衛生センターの重要な業務と考えるのである。

#### (v) 精神衛生に関する調査研究、ことに特定地域における実践活動を伴った研究

地域精神衛生活動を進めるばあい、住民の需要を知り、地域の特性を把握し、精神障害者の実態や医療の実情を熟知していなければならないのは当然である。その点から、精神衛生の主要な業務として調査研究があげられていることは望ましいことである。

ただこの場合、その調査研究が必ず地域精神衛生活動計画の立案の基礎となるよう十分認識していなければならない。統計のための統計、調査のための調査であってはならない。

そのためには、調査を単にある時点だけの調査に終わらせず、継続的な、活動しながらの調査研究が最も望ましいといえよう。これは精神衛生センターのもう一つの主要業務にあげられている「精神衛生活動の知識の普及」にもあてはまることである。知識の普及度をたえず評価しながら、その上にたって普及活動の計画立案をしなければならないからである。この点については改めて後にのべる。

ここで、われわれは精神衛生センターの現時点での主要な業務として、(特定地域における精神衛生活動)を提案したい。先にのべたように、わが国における地域精神衛生のあり方がまだ確定していない現在、充実した地域精神衛生活動を行うにはどのような計画をたてたらよいか、どれだけの人たちが必要か、地域の組織化はどのような過程を経て展開するものか、どのような働きかけをすべきか等々多くの未知の問題がある。それらの実体を調査し、研究し、評価することは、今後の精神衛生に関する計画立案に欠くことができないものといえよう。この意味で、特定地域における調査、ことに直接臨床サービスも必要ならば加えた、活動しながらの調査研究は是非必要と考えるのである。

勿論、これ以外に、全県的な調査、統計の整理等もなければならない。

以上の調査研究の具体的な業務内容については、第二部でのべる。

#### (vi) 精神衛生に関する知識の普及について

住民に対する精神衛生の知識の普及は、地域の組織化活動の一部として大切なことである。

このばあい、単なる講演やパンフレットの配布だけでは、十分な効果を挙げることができな



い。地域住民の需要にもとづいた啓蒙でなければならない。住民の需要が精神障害者でなく、学校精神衛生について強ければ、まず学校における諸問題を中心とするのがよいであろうし、精神薄弱に関心があれば、まず精神薄弱の啓蒙から手がけるべきであろう。つまり、上にのべた調査研究とあいまって、たえず住民の現状を把握した上で、知識の普及をはからねばならないし、それが地域精神衛生活動に反映されなければならない。つまりすべてが組織化活動につながっている。

(vii) 地域の組織化及び他施設機関との関連

以上、精神衛生センターのあるべき姿について、いくつかの論議をしてきた。われわれは精神衛生センターは将来地域精神衛生活動の中核的機関の一つであらねばならないと考えている。そのばあい精神衛生センターがどのような位置を占め、どのような活躍をすべきかについて論じたわけである。そして、その業務は現在の精神衛生法に規定されていることと大体において一致し、異論はなかつた。ただそれを如何に行うか、また行いうるかについて、今後十分検討する必要があること、及びこれらの業務を行うためには、現在のセンターの規模と機能は極めて不十分であり、それを明らかにするために、特定地域での調査研究が必要であることをのべたのである。

なお、この論文では、すべて精神衛生センターを中心に話をすすめて来た。しかし、われわれの中心課題は、地域精神衛生活動についてであり、その一部として、センターについて考えているのである。したがって、われわれは病院や保健所その他の医療衛生関係の諸施設、諸機関の位置や相互の関係も十分考慮しなければならない。それらの有機的なむすびつきがあつてこそ、地域精神衛生は発展しうからである。

このばあい、極めて大雑把にいえば、地域精神衛生活動は次の二つにわけることができよう。すなわち、その第一は地域精神医療体系の確立であり、第二は地域の住民及び医療機関以外の、しかし精神衛生に関係の深い諸機関の組織化である。すなわち、第一は医療機関の組織化、第二は地域のその他の機関の組織化である。

精神医療体系の確立の必要性についてはすでにのべた。そして、精神病院の適正配置や地域に密着した診療所、中間施設の新設と、その有機的な関連の必要性についてのべた。ことに厚生行政について、単にこれらの諸施設をつくることではなく、その組織化の重要性を強調したのである。

そこで、ここでは主として、第二の点についてのべたい。

精神衛生は先にものべたように、精神障害の予防である。現時点では第二次予防に主眼がおかれているが、将来は第一次予防も次第に可能になるであろう。たとえば精神薄弱のある特殊型については、すでにその発生機序も明らかにされている。その予防が第一次予防であれ、第二次予防であれ、その活動が十分に行われるためには、単に医療機関が整備されただけでは不十分である。予防のためには従来の医療機関が行って来たような受身の立場ではなく、積極的な住民への働きかけと、住民の積極的な協力が必要である。

精神衛生法の通報制度によって、誰でも精神障害者が診断をうけるように、通報できるようになってはいるが、真に患者のためにも、地域のためにもなるように、それが運営されているかどうか、つまり第二次予防に役立っているかどうかは疑問である。すなわち措置申請患者の過半数が発病后相当長期間経っているからである。

われわれはそのためにも、地域住民の精神衛生に関する組織化が必要であると考え。たとえば福祉事務所や民生委員は日常住民のいろいろな心配事の相談に応じているし、学校や職場でも問題児や問題職員、職員間の問題で頭を痛めていることが少なくない。このばあい、それぞれの関係者が精神衛生についての知識と医療体系の実情をよく知っているならば、その程度が深ければ深いほど、精神障害者を早期に発見し、適切な医療のルートにのせることができるであろう。また発生原因の明確な疾患であれば第一次予防のための処置をすることもできうであろう。

つまり、これらの地域において、精神衛生問題にかかわりあいのある人たち、いわば地域の指導者たちの精神衛生に関する知識の向上が地域精神衛生活動では重要なのであり、それらの人たちに対する技術援助が大切なのである。われわれはこれら地域指導者に対する技術援助が精神衛生センターの一つの大きな役割と考えている。そして、その人たちが相互に密接な関連をもちながら、精神衛生に関する諸問題を自らの手によって解決し、さらに医療もふくめて、精神衛生活動計画の推進者になった時こそ、真の地域精神衛生が確立されたと考えるのである。

われわれが精神衛生センターが地域精神衛生の中核的存在とした最大の意味と役割はここにあるのである。

ここで、これらの地域内の諸施設、諸機関とどのようなかかわりあいを持つたらよいかについて一言したい。

現在精神医療に関して存在する施設は、国公立、私立、法人立の精神病院、大学病院をふくめた総合病院、精神科あるいは神経科の診療所である。それらの規模はまちまちであるが、地域精神医療の体系化の第一歩としてこれらをどのように統合し、有機的にむすびつけるかが問題となる。ことに診療所は個人のもが多く、地域の第一線の診療機関としての役割を果たしてもらうためには、いろいろな配慮が必要であろう。その他の中間施設としては、現在緊急救護施設や厚生施設が僅かにあるが、社会復帰のための一貫した施設はこれからの問題である。

次に、地域精神活動の計画立案に役立つと思われるものには、上記施設以外に、精神衛生審議会、精神病院協会、精神衛生協会、大学精神科等がある。ただ現在大部分の地域では、これらの機関が総合され、強力な活動をしているとはいいい難い。ことに精神衛生審議会は本来、地域精神衛生の計画の大綱を検討するのに最もふさわしい機関と思われるが、そのために必要な権限もない。われわれはイギリスや北欧諸国のように、地域から選出された各方面の代表者による委員会が強い権限をもって、長期計画を立案し、遂行できたらと願っている。

---

(注6) これらの施設ことに緊急救護施設がわれわれの念願している社会復帰のための中間施設ではないことは周知のことであろう。

このように直接医療に関係ある機関ばかりでなく、児童相談所、精神薄弱者更生相談所、福祉事務所、教育委員会、学校、警察、家庭裁判所、保護観察所、公共職業安定所、労働基準局、商工会議所、婦人相談所等、教育、福祉、司法、産業その他の領域で、日常精神衛生に関する諸問題に直面している機関がある。これらに対する精神衛生活動の普及も大きな仕事であろう。

われわれは、上記の各施設、機関が全体として有機的に関連をもち、組織化が行われることが大切と考える。そのために、それらの施設機関から、「地域精神衛生運営委員会」ともいうべき、地域精神衛生活動の推進母体となるべきものを組織し、総合的な計画立案と活動の展開をはかるのが望ましいと考える。これら施設機関には国公私立のいろいろな母体があり、その統合にはそれぞれ困難があろうが、それぞれの地域の特殊性にしたがって、柔軟な態度で組織化を行うべきであろう。

この「地域精神衛生運営委員会」の組織化と運営の中心になるのが、精神衛生センターであろう。つまり、精神衛生センターは保健所ならびに市町村当該部門のみならず、一般病院、開業医師等の医療機関、福祉、教育、司法、産業等の各機関に対して、専門的助言、啓蒙活動等を行う一方、通院諸施設（病院の外来、外来診療所、通園施設等）、収容施設（精神病院、総合病院精神科、その他の収容施設）、社会復帰施設等の連けいを密にして、直接の臨床サービスが円滑に行われるように努力する。さらに精神障害者家族会、断酒会、精神薄弱児育成会、自閉症親の会等精神衛生関連諸団体の発展にも協力することが望ましい。そしてそれらの諸活動の推進母体が「地域精神衛生運営委員会」である。

このばあい、地域の基準をどこにおくかが問題になろう。都道府県を単位とすると広すぎるかもしれないし、各市町村や一保健所管区では狭すぎるばあいもある。またそこに存在する医療機関の特殊性もある。それらを考えて組織化が行われるべきであるが、そのために、まず特定地域における実験的研究が必要であることを強調したわけである。

なお、この委員会の性格についても、いろいろ問題がある。われわれは単なる諮問機関ではない、計画推進、評価のための機関としてかなりの権限をもつようにすべきであると考えている。そして、わが国においては、例えば公安委員会が一つの参考になるであろうし、又保健所運営協議会を活用することも考えられよう。ただ地域精神衛生の本質から考えて、その強力な推進力として精神衛生センターが活躍するとしても、その主体はつねに地域から選ばれた委員会に、したがって地域住民にあるということを念頭におきたい。

### 3. 精神衛生センターの設置基準

以上、地域精神衛生活動と、その中で精神衛生センターの位置及び役割についてのべた。このような役割を果すためには、どのようなセンターが必要であろうか。

現在精神衛生センターは一都道府県に一カ所の割合でつくられようとしている。しかも人口300万を限度としてA級とB級のセンターがある。しかし現在の規模のセンターで、果して地域の精神衛生の需要に応えることができるであろうか。たとえそれが、上にのべたように、さしあたり精神障害者の直接サービスを積極的に行わないとしても、精神衛生法に規定された業務

を総合的に、地域及び保健所に密着して行いうるものであろうか。

精神衛生センターは設立後まだ日が浅いが、今までの精神衛生相談所の活動を見ても、関係諸領域のセンターへの期待を考えると、現在のような精神衛生センターのあり方では、その大きな成果を期待することはできない。

そこで、われわれは上にのべた役割を果すための精神衛生センターのあるべき姿として、次のような設置基準を提案したい。

- (1) 現在のA級B級等の基準を廃し、以下の基準に従う。
- (2) 人口、診療圏、地理的条件その他を考慮して、各都道府県に数カ所のセンターを設ける。
- (3) 一精神衛生センター内の人口は60万以下とする。
- (4) 専門職員（精神科医、心理技術者、精神医学ソーシャルワーカー）は必ずチームを構成し、協力しなければならない。（その他の専門職員例えば保健婦、看護婦等はそれぞれのセンターや地域の特殊性に応じて、上記3職種の職員と共にチームを編成する）
- (5) 上記3職種及び保健婦の専門職員は原則として対人口5万に1名の割合とする。ただし人口60万以下であっても、一精神衛生センターは、これらの職員については最低12名は確保する。(注7)

以上が精神衛生センターの設置基準の大綱である。これはセンターが地域精神衛生活動を行いうるための基準であるが、現在すぐこれが実現しうるとは考えてはいない。そこでわれわれは、現在のセンターが上記活動をなすいうる限度を、特定地域で実証し、それをもとに、この基準を改めながら、十分な活躍ができる基礎をきづいてくれることを切望するのである。

4. 精神衛生センターの組織及び職員構成上記の役割を果すために、精神衛生センターは次の4部1課で組織されるのが望ましい。

すなわち

- (1) 技術指導部
- (2) 組織広報部
- (3) 調査統計部
- (4) 研修部
- (5) 総務課(注8)

である。

- (1) 技術指導部

技術指導部は地域精神衛生行政の第一線機関である保健所の行う精神衛生活動に関して、必要に応じて技術指導を行うことを、その第一の主要業務とする。

(注7) 事務職員や次にのべる他の専門職員はこの人数以外に計上することは当然である。

(注8) この名称はできるだけ業務内容をそのまま示そうとしたものであるが、必ずしもこれだけがよいとは考えていない。

必要に応じて診断、処置（精神療法、カウンセリング、ケースワーク等を含む）を実施するが、前に述べたように、他の医療機関の有機的な活用をはかり、自らの診療は他の業務に支障を来さない程度に行うことを原則とする。

なお、現時点においては、技術指導部は精神衛生に関する特定地域を設定し、組織広報部、調査統計部等と協力して、地域内の福祉、教育、矯正、産業その他の分野に対する専門的助言（コンサルテーション）活動を行う。

以上の業務を行うために、技術指導部は精神科医、心理技術者、ソーシャルワーカー保健婦の各職種を少くとも1名ずつをふくむ医療チームを編成する。さらに診断、処置を行うために、看護婦、技術士が必要であろうし、他の分野に対する専門的助言活動に、衛生教育担当者等ものぞましい。

## (2) 組織広報部

組織広報部においては、精神衛生に関する啓蒙活動と地域の組織化を主要業務とする。特に精神衛生特定地域においては、精神衛生活動の計画及び組織化活動の中心となる。専門的助言活動は地域組織化に附随して行われるものであり、技術指導部と常に密接な関係を保ちながら活動する必要がある。またこの地域内の直接臨床サービスにも協力してもらうことになる。

広報啓蒙活動としては福祉、司法、警察、学校、産業等の分野で、専門家ではないが、絶えず精神衛生の問題に直面する職員や篤志家のための教育が地域の組織化のためにも特に必要である。しかし、センターが一都道府県に一カ所がおかれているに過ぎない現在としては、広報啓蒙活動は全県的に行わなければならない。

これらの業務を行うために、精神科医、心理技術者、ソーシャルワーカーのチームが必要であるが、その他に精神衛生活動計画のためには社会学者、社会心理学者等が、組織化には保健婦が必要である。なおケースワーカーはこの部では特に必要で2名以上いることが望ましい。

## (3) 調査統計部

調査統計部においては、精神障害者の記録の整備保管と、精神衛生に関する調査研究及び評価活動を行う。

精神障害者の記録は全県の範囲において行うが、現時点では措置入院及び同意入院患者を中心に行うことが適当であろう。

なおこの記録により、患者に対する医療が適切に行われているかを検討したり、社会復帰活動の積極的な計画、再発予防のための地域管理を行うことも、調査統計部の重要な業務である。

また、特定地域では技術指導部、組織広報部と協力しながら、第二部で述べるような、調査研究を行うことは、地域精神衛生活動の発展のために、調査統計部のみならず、センターにとって極めて重要な業務といえよう。

これらの業務遂行のため、精神科医、ケースワーカー以外に、評価活動のために心理技術者が、調査統計のために、社会学者や統計学者が是非必要となる。

## (4) 研修部においては、次の教育訓練ならびに研修の計画

研修部においては、次の教育訓練ならびに研修の計画立案及び実施を行う。

(i) 精神科医に対するリフレッシャーコース（再教育）ならびに専門的助言活動に関する訓練

(ii) 精神衛生相談員、医療社会事業従事者および保健婦等、保健所で精神衛生業務を担当する職員に対する現任訓練

(iii) 保健婦、看護婦、開業医等、医療公衆衛生分野の専門職者に対する教育

(iv) 福祉、教育、矯正、司法、産業等の分野で直接精神衛生業務に従事し、もしくは関与している者に対する教育

(5) 総務課

精神衛生センターにおける庶務および会計を司る。

## 第二部 精神衛生センターの業務

第一部において、精神衛生センターのあるべき姿について、現実を考慮しながら、しかも今後の期待についてのべた。ただ、それらの中には、今すぐ果し得ない役割もあろう。しかし、現実とはも角、その遂行すべき業務は現在も今後も同じであろう。そこで、これから行政的なものでなく、専門職員として行うべき業務について、個別的にのべてみたい。勿論これらはそれぞれ別々に切り離し得るものではなく、全体が関連しあって、はじめて所期の精神衛生活動の効果があるのである。

### 1. 専門的助言（コンサルテーション）

専門的助言活動は精神衛生センター業務の中心的なものの一つである。保健所ばかりでなく関係諸機関が地域住民の精神衛生の需要に即応して活動するばあい、それら各機関施設の職員が「自ら直面している問題の解決ができるように」専門的立場からの助言によって、「技術指導及び技術援助」を行うことである。つまりそれは地域精神衛生計画の一環として行う地域組織化活動の一つである。

専門的助言の際の対象者（コンサルティ）は通常他職種の専門家である。たとえばわれわれが精神衛生センターで行う専門的助言では、助言を与えるのが精神科医で、助言を受けるのが保健婦であったり、助言者がソーシャルワーカーで、助言の対象者が看護婦であったりする。したがって専門的助言をするばあいには、対象者の持つ能力、特殊性を最も効果的に発揮できるように、援助しなければならない。いいかえれば、自らの立場から自らが行う活動をそのまま対象者に期待したり、要求するのではなく、常に相手の職種を考慮し、その能力に応じた助言をすることである。

これに対してスーパービジョン（指導監督者）はスーパーバイザー（指導監督者）が同一職種の専門家を対象として行う指導を指す。したがって、この機能は多分に教育的、管理的なものである。

なお、全県の範囲において、精神衛生センターは、現在の所、「技術指導」を行わなければな

らない。それを円滑に行うためには、センターの技術指導部員はたえず保健所の精神衛生相談員との連絡を密接にし、計画的に技術指導活動を運営する必要がある。

保健所においては、精神衛生業務は保健所長の指揮及び権限のもとに、精神衛生嘱託医、精神衛生相談員、保健婦、医療社会事業従事者により実施される。しかしこの中で特に嘱託医は、第一部でのべたように、診断治療業務の他に（あるいはそれよりも）、他の三職種の職員の行う精神衛生業務について、専門的立場から助言を行うことが大切である。

要するに、精神衛生センターによって行われる技術指導の方法には、

- (1) 異なる専門職種間で行われる専門的助言と、
- (2) 同種専門間においておこなわれる指導監督

の二つがあり、両者が活用されて、はじめてチーム活動が円滑となるのである。

## 2. 地域組織化活動

専門的助言が専門職員に対する技術指導であったのに対して、これは専門機関や施設ばかりでなく、その他の関係諸機関や人的資源に働きかける活動であり、地域精神衛生活動の主体ともいうべきものである。

すなわち地域組織化とは、地域住民の精神衛生需要を把握し、地域における精神障害者の実態を明らかにした上で、医療体系の確立をも含む包括的な精神衛生計画を立て、それを推進させるために必要な関係諸機関を有機的に組織することである。

このばあい、住民の精神衛生需要は地域によってそれぞれ特色があろう。精神薄弱の問題とか、学校教育、乳幼児の精神衛生、犯罪非行、アルコール中毒、家庭問題等が関心をもたれ、狭義の精神病対策が主要な問題にされないこともあろう。又後にのべる啓蒙活動によって、それまでは潜在していた問題が顕現することもあろう。つまり、その時その場で新しい問題が提起されるのであり、その需要に応えるためには、たえず新しい活動がなされなければならない。そしてそれは啓蒙活動や調査研究と平行して行われなければならないのである。

この地域組織化活動は、専門家、非専門家を問わず、きめの細かい組織化と適切な運営が行われなければならない。そのためには、第一部第二章でのべたような、地域内の重要な人的資源による「地域精神衛生運営委員会」のような組織をつくり、そこで地域精神衛生計画を立て、実行することが望ましい。その中には例えば「社会復帰委員会」や「精神薄弱対策委員会」等の部会もできるであろう。

なお、この委員会は地域住民のために、地域住民が主体的に運営すべきものであり、精神衛生センター職員はその一員となるとしても、できるだけ専門的助言者の立場に立つべきである。

さらに、このような地域組織化活動は永続的且つ積極的に推進されなければならない。現在の精神衛生センターとしては全県下でこれを実施することには多くの困難があろう。われわれが第一部で「特定地域における実践活動」を提案した所以である。

## 3. 広報啓蒙活動

これは地域の一般住民、非専門的な地域指導者に対して精神衛生の知識の普及をはかる活

動であるが、地域の組織化活動の一環として、精神衛生センターの重要な業務の一つである。この活動においては、常に住民の需要に応え、さらに潜在的な需要を顕現化するようにつとめなければならない。たとえば、精神障害者に対する無用な不安の除去や偏見の是正、患者の社会復帰に対する理解の増進、育児や青少年の健全育成のための精神衛生の知識の増加、精神薄弱児の予防、非行防止、老人問題、アルコールや薬物乱用問題への関心の増加、職場の対人関係問題に対する措置等いろいろの課題があろう。それらに対して、あらゆる機会をとらえ、地域の実情に即した方法で、持続的な努力を払わねばならない。

このような活動は現時点では二大別できよう。すなわち全県的規模における精神衛生の普及啓蒙活動と、特定地域における地域組織化活動の一環としての活動である。

前者、すなわち全県的な普及啓蒙活動においては、保健所に協力して、パンフレット、映画等による広報活動や講演会形式で行われることが多いのであろう。しかしそれらは一方交通的なものになりやすく、住民自体の活動を喚起しにくいものである。われわれはその点を十分に考慮して、できるだけ有意義な活動をしなければならない。たとえば、講演会や座談会が企画されたばあい、その企画者に対して助言する態勢をつくり、できるだけ自主的な運営をはからせるとか、保健所における衛生教育を補強しながら、精神衛生に関する知識を深めることなどである。

特定地域では、前にものべたように、特に精神衛生問題に関係ある諸機関、施設における重要な人たちに対する具体的な活動のための助言や、主体的行動の受容と指導に重点をおくべきであろう。

#### 4. 精神障害者の記録

精神障害者対策の第一の基礎は患者の実体の把握である。そのためには精神障害者をできる限り記録し、その現況を知らなければならない。しかしその場合、患者及びその家族の不利益になる危険性に対しては、深甚な注意を払わねばならないことは当然である。ことに精神病に対して、未だ多くの偏見が残っている今日、無理をして記録を多くしようとすることは危険である。さしあたり、記録の対象となり得るものは、措置入院患者と精神衛生法第33条による入院患者であろうが、このばあいにも、患者の秘密の保持は関係者の当然の義務である。

この記録が患者及びその家族にとって不利益なものでなく、爾後の精神障害者対策に有用であることが一般に認識されれば、上記以外の入院患者や通院患者にも適用できるようになろう。そのためには、精神病院協会、精神病院、診療所、大学病院、保健所、都道府県衛生部等と絶えず緊密な連絡をとりながら相互理解を深める必要がある。

なお、この記録は全県的に行う必要がある。これは全体的に分析、検討し、全県下における医療体系の整備のための対策をたてるために必要だからである。したがって、将来県内に数カ所のセンターが設置された場合にも、その中の一カ所が中心となり、そこにすべての資料が整備されていることが望ましい。

この記録は、少くとも氏名、年齢、性別、入院種別（措置、同意等）、診断名、発病時期、経



過、治療、入院施設名、退院時転帰等を記入し、地域別に区分し、たえず新しい情報を入手し、訂正しながら、次に精神障害者対策の資料とすべきである。なお諸外国の例では、通常人口の1%（長年月の積極的な活動が行われている所では3%）の患者が把握されているが、これも一応の目安となろう。

## 5. 調査研究

地域精神衛生活動を組織的に計画し、現実の状況に妥当した形でその活動を推進するために欠くことができないのが、調査研究である。上にのべた患者の記録もその一つである。

調査研究はまずその地域社会の構造特性を把握した上で、その地域社会住民の精神衛生に関する需要を分析し、さらにその需要に応える可能性をもつ社会資源の分析を行う。そして精神衛生の需要と社会資源が現実にもどのような関連をもって働いているかを分析把握する必要がある。

以上の観点に立って、これからいくつかの研究課題をあげてみたい。勿論これらが研究のすべてではなく、それぞれの地域での多くの研究が考えられるであろう。

### (i) 地域社会の精神衛生に対する需要の分析

この精神衛生の需要を分析するばあい、特に注意してほしいことは、顕在化された面と潜在的な面の両面について把握する必要があることである。

前者についての調査としては、精神障害者に対する意識、態度調査、負担能力の調査（都市では次第に精神障害者を家庭において看護し、保護する能力が減ずる傾向があり）、精神障害者の実態調査、情緒障害、登校拒否の実態調査等を含む精神障害者の発生分布の把握や家族の動態、一般住民や地域指導者の精神障害者及びその家族の受け入れ方の実情把握がその例である。後者については、地域の文化、社会、経済的背景の分析から、その社会的緊張がどのように顕現し、あるいは内蔵されていて、それが今後どのような現象をあらわすかといった研究などが含まれよう。

### (ii) 地域社会の精神衛生に関係した社会資源の分析

地域社会の住民は、たとえ現在は精神衛生活動に無関心と思われる人がいるとしても、潜在的な社会資源と考えられる。その意味において、地域社会の住民の精神障害に対する態度、知識の程度を把握する必要がある。とくに、仕事の上で精神衛生的問題に日常直面している地域の指導者の精神衛生に対する理解、知識、態度及び彼らの現実の場面でのとり扱い方の実態の把握は大切である。

精神病院、総合病院の精神科外来クリニック、精神衛生相談室、児童相談所、福祉機関の相談所、その他の収容施設等の医療、福祉、教育、矯正等に関係した専門家の資源や、機関、施設の資源の実態把握も是非必要である。そして、これらの専門家資源の相互関係、協力関係がもし円滑にうまく行われていない場合には、何故そうなのか、その原因を明らかにする努力も必要である。

### (iii) 精神衛生の需要と社会資源との関係把握

地域社会の精神衛生の需要とそれに応える社会資源とは必ずしも適切に対応しているとは限らないのが現状であろう。したがってまずその関係の実態を把握する必要がある。

精神衛生の問題をかかえた人とその家族がどのような経路を経て精神医学の専門家までやって来るか、どの程度の問題はどこで処理されているか、医療、福祉のサービス網から脱落するケースがどの位あり、それが如何なる理由でそうなったのか、そしてその後どうなったか、等を追跡し、分析する必要がある。

精神衛生の問題をかかえている個人あるいは地域指導者の病院や専門家に対する期待とその期待に応えるべき病院や専門家側の受け入れ態度のずれや、役割の限界、そしてそのずれをどのようにして修正するか、さらに医療福祉のサービス網とそこにいくケースに対する処置の過程に問題がないかを明らかにすることは最も大切である。

#### (iv) 地域社会の構造、特性の分析

調査研究に際して、その地域が果して一つの地域として研究対象にふさわしいものであるか、文化的、経済的、社会的背景にどのような特徴があるか、家族形態、生活様式はどうか、その地域の診療圏、医療圏はどのようになっているか等の地域診断は是非行っておかねばならない。このばあい狭義の疫学的方法だけでなく、より幅の広い人間生態学的方法をもちこむ必要がある。

なお研究調査はセンター内の各部の共同あるいはそれぞれの特色をいかして行う必要がある。

#### 6. 医療、福祉等のサービス網の調整

これは一人一人のケースが医療、福祉等のサービス網に入って来て、様々の専門機関や施設、専門家の治療や処置を受け、やがて次々と次の段階の機関や施設に移されて、治療及び福祉のサービスを受けるばあい、その過程をたえず把握し、その過程をより適切且つ機能的に円滑にすすめるように管理することを目的としている。

一人のケースについて、二つ以上の専門機関が関係し、協力して行く必要がある場合、その相互間で情報が適切に伝達されているか、話しあいが十分に行われ、望ましい協力ができているかを明確に把握していなければならない。もしそれが十分でなく、医療や福祉のサービスが沈滞したり、打切られることがあるときには、精神衛生センター職員は当該関係機関の責任者や治療やケアをしている担当者、ケース等の間に立って、それらの人たちの話しあいを促進するような働きかけをする必要がある。

この仕事は第一部でのべた地域社会の組織化活動と専門的助言活動と密接な関連がある。

#### 7. 評価活動

地域精神衛生活動はその方法においても、それから生れると期待される成果についても未知のことが極めて多い。われわれはこの活動にあたって、その技術をいかに開発していくかを研究することが先ず必要である。如何なる方法で、どのように動いたら、どのような成果が得られたかということを絶えず明確化し、評価し、その上で次の活動計画を立てる必要がある。さらに又こういう目的にそった評価を行う方法自体についての研究もまた必要である。

このような評価活動はすべての研究においても当然なされなければならないが、未知の問題の山積している地域精神衛生活動では特に欠くことができない。そしてこれこそ、精神衛生センターの仕事といえよう。

たとえば、評価活動は、ある活動の結果、ある疾患の発生率が低下したとか、入院日数が短かくなったとかという最終的結果のみに対して行われるだけでなく、地域社会の人々の精神障害者への理解知識の程度の向上、地域社会の指導者の精神障害者に対する取りあつかいの変化または見かたの変革、地域住民の訴える問題の内容の変化、専門家集団の態度の変容、患者の把握率の向上、脱落例の減少、関係機関の協力の程度の変化、それらのコミュニケーションの質や頻度の変化等々の面にも目をむける必要がある。そして、活動を通じて生じた結果（よきにつけ、わるきにつけ）をできるだけ明確化して、次の活動の資としなければならない。

この評価活動は調査研究の仕事の中に組み入れることも可能である。あるいはその中での活動しながらの評価でなければならないともいえよう。また、必要に応じて、精神衛生センター以外から専門家の援助を仰ぐのもよいことであろう。

#### 8. 直接臨床サービス

精神障害者のうち「複雑困難な事例」については精神衛生センターが自らこれを扱うことになっているが、これには診断、処置などがふくまれる。特に、第一部でのべたように、精神障害者の早期発見（第二次予防）が当面の重要課題であり、センターの直接臨床サービスもここに重点をおくべきであろう。ただ現状で全県的にこれを行うことは無理である。したがって、特定地域内において、関係病院、施設、保健所と協力して、センター自身が直接サービスを行う地域を設定し、そこで強力な働きかけを行うことが有効であろう。

ただし、他方において、センターは他の地域に対しても、保健所の技術指導を行う義務が課せられている。もしこれを行うとすれば、センターの力が分散してしまうおそれもある。現時点では、直接臨床サービスについて、いずれに重点をおくかが問題であり、それは各センターの自由意志にまかされている状態であり、それが又センターの活動に対してさまざまな批判を生む一つの原因にもなっているように思われる。

第一部でのべたように、直接の臨床サービスを除いては、十分な地域精神衛生活動の実を挙げることは困難である。しかも保健所に技術指導を行うとしても、診療活動に制限のある現在の保健所では、十分な診療は出来ないであろう。また現在、地域精神衛生活動の一環としての役割を果し得る診療所は極めて少い。

われわれは精神衛生センターが、一部のセンターで試みられているように、特定地域での精神科診療所の役割を果していることに特に否定するわけではなく、それ相当の理由があることも想像できる。しかし保健所への技術指導業務を考える時には、それをすべて肯定することもできない。

そこで、第一部でも強調したように、人口5万に対して職員1名の割合で、各種の専門家の医療チームをつくり、4乃至6名を一チームとし、直接臨床サービス班と、技術指導班にわけ、

前者は特定地域の直接臨床サービスに協力し、後者は全県的な技術指導を用うことができれば望ましいと考える。そして後者はいくつかの保健所を集めた人口に対するセンターの技術指導を行えば、有効であろうと考える。なお、このばあい、そのいくつかの保健所にセンターの分室をつくることも考えてよいであろう。

なお、ここで一言付記しておきたいことは、従来の精神衛生相談所が精神衛生センターと改組されたことは、技術指導を当面の第一義の業務とし、直接サービスを第二義的にしたことである。ただ保健所における精神衛生活動が今日なお極めて不十分であるため、止むを得ず、精神衛生センターが自ら早期発見早期診断の業務に参与しなければならないのである。したがって、現行法規と現状に即応しなければならない間は、センターが直接サービスを行うとしても、それは保健所その他学校、福祉関係機関等と協力して、早期発見、早期診断を行い、それを速やかに地域の医機関関係の医療ルートにのせ、適切な医療の線にのせることが、有効な現実的な処置といえよう。

ただ、われわれは精神衛生センターであれ、その他の診断所であれ、地域社会内に、他の診療機関と緊密な関係を持つ診療所の充実を期待したい。そして前にも強調したように、それらの医療機関が有機的な密接な関係を持ち、医療体系の確立にむかって協力する態勢の実現を祈って止まない次第である。

## 9. 教育 訓練

これは医師、精神衛生相談員、保健婦、医療社会事業従事者、精神医学ソーシャルワーカー、心理技術者等精神衛生関係職員の現任訓練、講習会等を通じて精神衛生の技術的水準の向上をはかるのが目的である。また、保健所が自主的に行う教育訓練計画に対して、その立案ならびに実施についても、積極的に援助すべきである。

なお、精神衛生活動がいろいろ異った専門職種チームによる活動であるという特殊性から、その教育訓練は他の大学その他教育機関による教育とはかなり異った性格をもっている。すなわち、それぞれの専門別に、それらの職員に欠けている点を特に教育訓練する必要がある。

たとえば、保健所の医師は公衆衛生に関しては深い造詣を持っているとしても、精神医学に対する知識と経験は一般的にいて少い。ことに精神医学はこの10年来急速な進歩と基本的な考え方に大きな変化がみられる。さらに地域精神医学はこれからの研究領域であり、今後の比較的短時日の間に大きな変革を来すであろう。こういった意味から、医師に対しては、精神医学及び精神科における治療の再教育がまず必要であろう。またチームワークのばあい、他の職種の人たちに対する専門的助言が医師の重要な仕事になる。このばあいにもそれは特殊な技術を要する。すなわち、医師同志の間の技術教育とちがって、相手の立場を理解し、その考えをまず受け入れ、その上で相手のとるべき態度を自ら決定するように仕向けなければならない。これは精神障害者に対しても同様であるが、他の医学領域において、直接的に指示するのと異り、寛容の精神を基盤とした受容的態度をもって自主的な意欲の向上を指導するのが、最善の方法である。

すなわち、単に知識を深めさせることだけでなく、精神科医としての基本的態度を修得させること、いいかえれば指示的態度でなく、非指示的態度を身につけるようにすること、相手の気持ちをできるだけ受け入れ、理解しようとする態度を修得することが、医師に対する教育の主眼目の一つとなろう。

保健婦に対しても、これとはほぼ同様のことがあてはまる。ことに保健婦は従来、結核、乳幼児問題、母子教育その他、知識のない人たちに対して、知識の普及や指導が中心の仕事であったために、直接且つ指示的な指導を行って来た場合が多い（勿論例外的に受容的態度で身の上相談によって来ている保健婦もいるが）。したがって彼女等に対しては、精神障害者に対する面接の仕方が従来の指示的態度と本質的に異った非指示的なものであることを十分体得させることが最も大切であろう。

また彼女達は精神医学に対しても、知識が乏しいのが一般であり、中には精神障害者に必要以上の不安とおそれをもっている人もある。したがって、精神医学の教育と、できれば病院その他での学習を行うことが望ましい。

心理技術者は面接方法にはかなりの訓練を最近ほうけているが、精神医学の知識と実際の経験に乏しい。したがって、精神障害者ことに精神病者の深刻な欠陥を、ともすれば楽観的にみる危険が多く、あるいはすべての問題を心理的原因に帰する傾向がしばしば見受けられる。これが医師との間の意志の疏通を欠く一つの原因となることにもなる（他方、医師は疾病の身体因を重視しすぎる傾向があるが）。

したがって、心理技術者にはまず精神医学を十分に教育する必要がある。ことに心理技術者は精神衛生活動で専門的助言活動や評価活動に関与することが多いので、特にこの点には十分留意してほしい。

また、心理テストの実施者であり、ことに対人関係の問題に関与することが多いので、専門職として、その方面の高度な技術を身につけなければならないことは当然である。

ケースワーカーは社会福祉学を専攻して来ているが、現在の大学教育では精神医学の訓練は殆んど受けていない。したがってまず精神医学を修得しなければならない。またこの人たちは、患者のみならず、家族に接することも多いので、面接技術も高度の熟練を要するし、その際精神医学に限らず、医学全般のこともかなりの素養を身につけておく必要がある。ことに公衆衛生の知識は是非必要であろう。

さらに、ケースワーカーの業務の上から、他の関係者との接触や、それらの人たちへの働きかけや協力が必要であるので、精神衛生法規やその他の関連法規、あるいは第一部でのべた福祉事務所、児童相談所、その他関係諸機関の性格、業務内容も熟知している必要がある。

精神衛生相談員は現在の法律では特定の学課の修得者ではなく、上記の職種のいずれの人でもよいことになっている。その可否は別として、その人たちの教育には、それぞれ上にのべた配慮が必要であり、これらをまとめて教育すると、いろいろの欠点が露呈される。したがって、教育にあたっては、それぞれ専門別に行うのが望ましいであろう。

以上、それぞれの専門別に問題点をあげたが、精神衛生活動が包括的、総合的な活動であるだけに、その教育も難かしい。そしてそれぞれ単なる研修では不十分なことは十分推察できるであろう。したがってその教育は短期間の研修会などではなく、日常の実践活動の中での専門的助言やスーパービジョンが絶対に必要になるのである。熟練した上級者の指導が今後、専門家養成の重要な業務といえよう。

以上、精神衛生センターの業務について一通りのべた。勿論これらは原則的なものであり、今後精神衛生活動の発展によって、漸次補足され、改められるものも多いであろう。われわれも実践活動を通じて、これを改訂して行くつもりである。

#### (附) 精神衛生センター職員の資格

以上、精神衛生センターの業務についてのべたが、その職責を果すために、最少限必要と考える資格について次にのべる。これは勿論、採用時の資格であって、その後の研究と研さんが必要なことはいうまでもない。

(1) 精神科医：医師の資格取得後、2年以上の精神医学の臨床経験を有し、精神衛生に学識経験を有する医師。

(2) 心理技術者：学校教育法にもとづく大学及び大学院において心理学の課程を専攻し、卒業後2年以上の臨床経験を有するもの。

(3) 精神医学ソーシャルワーカー：学校教育法にもとづく大学において社会福祉学の課程を専攻し、卒業後2年以上の精神医学の臨床経験を有するもの。

なお、いずれの職種においても、上級職員となるには、臨床経験が5年以上であることが望ましい。

#### あ と が き

この試案は厚生省公衆衛生局精神衛生課の要望に応じて作製したものである。

われわれはわが国の精神衛生活動のあり方、今後の発展に深い関心を持っている。そして長期間にわたる継続計画を立てて、地域精神衛生についての研究班をつくり、研究しようとしている。その主なテーマは地域精神衛生活動に関する計画（調査研究、評価に関する研究もふくむ）と地域組織化に関する実践的研究である。

このばあい、精神障害者の医療に対してもその体系の確立、関係諸機関の有機的な結びつきが大切であり、それを如何に発展させるかについてが、われわれの現在の主要な課題の一つである。

そしてそのためには医療関係の諸機関について、それぞれを検討し、全体の中の一環としてのそれらの役割を考察しなければならない。たとえば地域病院の役割、保健所の課題、あるいは診療所や中間諸施設は如何につくるべきか等々である。

また福祉事務所や民生委員その他の機関をどのようにして、地域の組織化にくみ入れるかも、もっと具体化しなければならない。保健所は県の機関であり、且つ公務員であることが、民生

委員との間に感情的な疎隔を生じ、円滑な関係を持たない事態を生じたり、保健所の保健婦と市町村保健婦の間にも同様の問題があることもある。

また本文でものべたように、国の行政指導あるいは県の指導が末端まで徹底しなかったり、国策自体に問題があることすらある。たとえば、精神衛生措置費が年間200億を越えているし、医療保護費や健康保険のうち精神科関係のものも、それぞれ200億を越えている。しかもその大部分が精神病院入院患者の治療費としてつかわれている。つまり消耗されている。われわれはその減額をのぞむわけではなく、さらに増加すべきと考えてはいるが、その上にもしも僅かその10%の60~70億を積みあげて、年々設備費として、国策的見地から計画的に、医療諸施設をたて、必要なら各自治体にわたすようにすれば（ $\frac{1}{2}$ 国庫負担でなく）、10年20年后にはもっと精神衛生行政は円滑に行われるようになるであろう。要するに、北欧諸国その他でみられるように、10年計画、20年計画をたてて、精神衛生に関する大きな構想に立った行政が行われることを期待して止まない。

今回は精神衛生課の要望に応じて、精神衛生センターを中心にのべたが、上へのべたように、センターだけを切り離して、地域精神衛生を論ずることはできない。全体の中の一環として、その役割をみるのが大切である。その意味で本文を読んで頂きたい。

なお、現在の精神衛生センターにはかなり多くの批判がある。その中にはセンター自身の欠陥を正しくついたものもあるし、現在のセンターでは止むをえないものがある。またセンターの実情や趣旨が十分認識されていないばあいもあり、特定の一、二のセンターの状態から全センターを類推したと思われるものもある。

われわれも今のセンターが十分な活動をしているとは考えていない。しかしその原因は、第一にセンターの行うべき活動がわが国ではまだ未発達の領域、未知の分野であることであり、第二にそれにふさわしい人材が質量ともに不足であり、第三に国の方針が十分センターの役割を認識していないこと、第四に医療と公衆衛生の分業による諸問題等であろうと考える。

これがわれわれがこのような試案を提出させた動機である。

われわれは今後さらに研究をつづけるが、国においても、少くとも、ここへのべた方向への努力を続けられるよう祈って止まない。しかもそれは単に精神衛生課、あるいは公衆衛生局のみではなく、わが国の政治、経済、産業、社会状態等々の変化を予測した上で、その中の一部としての医療、公衆衛生に関する計画、そしてその一部としての精神衛生計画を建てるように、他省、他局とも緊密な連絡をとれるようにしてほしいものである。

所員研究業績一覧 1967年度

- Down's Syndrome に関する二、  
三の知見  
飯田 誠，栗田威彦  
(第7回先天異常学会，1967年7月)  
精神薄弱児に対する能力検査の方法  
論に関する考察(第2報)  
—田中、ピネー式知能検査について—  
飯田 誠，河辺せつ子  
(第8回日本児童精神医学会)  
精神療法の理論と技法  
—とくに人間関係と治癒像を中心に—  
池田 由子  
(第3回日本精神病理，精神療法学会シムポジウム，  
精神医学9巻7号，1967)  
精神障害児の集団療法  
池田 由子  
(菅野重道，池田由子編著，“精神障害児の集団療法”  
総論)3頁—81頁，中外医学社，1967)  
総論(1)精神障害児収容治療施設の発達(2)収容治療  
施設のいろいろ(3)どのようにして収容施設ををつ  
くるか(4)管理及び職員の構成(5)建物と設備(6)収容治  
療の原則(7)委託するための基準(8)施設入所の治療的  
意義(9)治療計画にどのように親を参加させるか(10)収  
容治療の内容(11)いろいろの障害児に対する収容治療。  
遊戯集団療法  
玉井収介，池田由子  
(菅野重道，池田由子編著，“精神障害児の集団療法”  
各論)82頁—111頁，中外医学社，1967  
双生児の人格発達の研究 第2報  
—双生児に対する態度—  
池田由子，村手保子，成田年重，中川 幸  
(第8回日本児童精神医学総会，1967)  
双生児の人格発達の研究 第3報  
—双生児のロールシャッハテスト—  
池田由子，田頭寿子  
(第8回日本児童精神医学総会，1967)  
双生児の人格発達の研究 第4報  
—二卵性双生児の問題—  
池田由子，田頭寿子  
(第8回日本児童精神医学会総会，1967)  
トリクロリール乱用に関する研究  
加藤正明，高橋伸忠，今田芳枝  
(1965年，厚生科学研究成果報告書，厚生省薬務局，  
1967年3月)  
睡眠薬から逃れるまで(上)親と子  
今田 芳枝  
(14巻6号，東京民生文化協会，1967年6月)  
睡眠薬から逃れるまで(下)親と子  
今田 芳枝  
(14巻7号，東京民生文化協会，1967年7月)  
鎮痛剤の副作用に関する研究  
加藤正明，高橋伸忠，今田芳枝，神谷のぶ  
(1966年度，厚生科学研究成果報告書，厚生省薬務  
局，1967年9月)  
薬物乱用少年の実態  
—とくに非行等との関連について—  
今田芳枝，加藤正明  
(第8回，日本児童精神医学会総会，1967年10月)  
地域指導者の精神衛生についての意識  
柏木 昭，坪上 宏，今田芳枝，高乗公子  
松永宏子  
(第3回精神医学ソーシャル・ワーカー全国大会，  
1967年4月—同抄録集—)  
心理技術者資格認定機関の発足をめ  
ぐって  
—パネル・ディスカッション—  
ソーシャル・ワークの立場から—  
柏木 昭  
臨床心理学の進歩  
柏木 昭  
(1967年版)1967年10月，誠信書房)  
家庭教育事典(品川孝子他編)  
—きょうだいの問題他—  
柏木 昭  
(1967年，第一法規出版)  
分裂病診断における自己像の把握  
加藤正明，目黒克巳，山上竜太郎  
(精神医学，第9巻第2号，1967)



## 精神障害者の病院外治療の動向

加藤正明

(第64回日本精神神経学会総会シンポジウム, 精神神経学雑誌第69巻, 第2号, 1967年)

## 精神障害者の家族研究の意義

加藤正明, 高臣武史, 鈴木浩二

(精神神経誌, 第69巻第9号, 1967)

## 精神障害児の集団療法

菅野重道

(菅野重道, 池田由子編著, 中外医学社, 1967年)

## 重度精神薄弱児の処遇に関する研究

—在宅重度精薄児の社会生活力と家族関係—

桜井芳郎, 高乗公子, 菅野重道

(第8回日本児童精神医学会, 1967年)

## 日本の精神薄弱の管理機構の現状と

問題点 — 第17回日本医学会総会シンポ

ジウム, 精薄の成因と対策—

菅野重道

(医学第III巻(1967)日本医書出版協会)

## 精神薄弱者の社会復帰の一般的傾向

菅野重道

(社会福祉研究創刊号,

鉄道弘済会発行, 1967年12月)

## 精神薄弱者の治癒的集団活動に関する

研究 第2報

—職業的態度意識にあらわれた治療効果—

桜井芳郎, 渡辺映子

(精神衛生研究, 第15号, 1967年3月)

## 従業員の意見態度調査, 聴取面接調

査の方法にもとづく研究

桜井芳郎

(精神的ストレスを中心課題とする労働能力とその開発方法に関する精神医学的社会学的研究, 人間科学に関する総合研究研究報告書III, 科学技術庁研究調整局, 1967年3月)

## 精神薄弱者の診断処遇に関するPS

Wの役割 第1報

桜井芳郎, 小瀬村和子

(第3回日本精神医学ソーシャルワーカー全国大会抄録集, 1967年4月)

## 福祉、社会諸学会における精神薄弱

者研究の動向と展望

桜井芳郎

(日本精神薄弱研究協会会誌,

第1巻1号, 1967年6月)

## 精神薄弱者の心理的特性に関する研究

その1 —ロールシャッハテストに示さ

れる特性について—

渡辺映子, 桜井芳郎

(日本心理学会第31回大会発表論文集,

1967年7月)

## 社会療法

桜井芳郎

(精神障害児の集団療法, 中外医学社,

昭和1967年9月)

## 家族の集団療法

桜井芳郎, 岡本聡美

(精神障害児の集団療法,

中外医学社, 1967年9月)

## 重度精神薄弱児の処遇に関する研究

第1報

—在宅重度精薄児の実態と問題点—

桜井芳郎, 高乗公子, 菅野重道

(日本特殊教育学会第5回大会発表論文集,

1967年9月, 特殊教育学研究第5巻1号)

## 重度精神薄弱児の処遇に関する研究

第2報

—在宅重度精薄児の社会生活力と家族関係—

桜井芳郎, 高乗公子, 菅野重道

(第8回日本児童精神医学会総会発表抄録集,

1967年10月)

## 重度精神薄弱児の処遇に関する研究

第3報

—在宅重度精薄児の家族関係—

桜井芳郎, 高乗公子

(日本社会福祉学会第15回大会発表論文集,

1967年11月)

## 精神薄弱者の結婚問題

—社会福祉の立場から—

桜井芳郎

(日本精神薄弱研究協会第2回総会シンポジウム, 1967年11月, 日本精神薄弱研究協会々誌第2巻1号)

## 臨床心理学講座第3巻「家族治療」

鈴木浩二

(誠信書房)

性格行動上の問題をもつ精神薄弱者の  
家族に関する研究

鈴木浩二, 桜井芳郎, 高乗公子, 内藤静子  
橋本千鶴子

(第15回日本社会福祉学会研究発表)

カウンセリング過程の実験的生態研究

鈴木浩二

(第15回日本基督教社会福祉学会研究発表)

休退学と精神疾患

高橋徹

(精神衛生, 106~107, 1967年4月)

ババンスキイ: 「ヒステリーの定義」

高橋徹訳

(精神衛生研究第15号, 1967年)

対鏡症状にみる社会性の病態

高橋徹

(精神医学, 第9巻11号, 1967年)

対人恐怖症者のある集団の考察

高橋徹

(精神病理・精神療法学会, 1967年,

精神医学シンポジウム特集に集録予定)

恐怖反応

高橋徹

(懸田, 加藤, 井村編「神経症」

医学書院, 1967年)

精神障害者に対する地域対策

高臣武史

(第17回日本医学会総会, 衛生関係6分科会連合学  
会, 1967年4月)

精神衛生対策に関するシンポジウム(司会, 村松  
常雄)における発表。

精神医学における家族研究および家  
族治療の意義

高臣武史, 加藤正明, 鈴木浩二, 山本和郎

(第64回日本精神神経学会総会, 1967年4月,

精神医学における家族研究に関するシンポジウム  
(司会, 村上仁))

精神衛生センター運営に関する試案

加藤正明, 武臣武史, 玉井取介, 柏木昭,  
坪上宏, 山本知郎

家庭の精神衛生

高臣武史

(ノイローゼと心の健康百科, 1967年保健同人社)

精神障害者の診療に関する研究

高橋宏

(医療研究助成補助金による「精神障害者の地域綜  
合医療に関する研究」分担研究報告, 1967年)

臨床進理学の進歩(1967年版)

玉井取介

(玉井取介編著, 1967年, 誠信書房)

遊戯療法「精神障害児の集団療法

玉井取介

(菅野, 池田編, 1967年, 中外医学社)

遊戯療法過程の研究

玉井取介

(日本臨床心理学会第3回大会,

大阪市立大学, 1967年)

精神薄弱児に対する集団的話し合い

高乗公子

(精神障害児の集団療法, 中外医学社, 1967年)

医療社会事業の理念と展開

坪上宏

(戦後日本の社会事業, 勁章書房, 1967年2月)

勤労青年の心理

坪上宏

(産業カウンセリング手引, 労働者婦人少年局年少  
労働一般資料第25集, 昭1967年3月)

身体運動によって誘発される筋強直,  
不随意運動発作

中川泰彬

(精神神経学雑誌, 69巻1号, 1967年)

K-complexの研究(第2報)

中川泰彬, 高橋信介, 中川四郎

(日本脳波学会, 1967年10月)

精神障害者の発見活動における公衆  
衛生関係者の認識と態度

—沖繩における実態調査の経験から—

中川四郎, 目黒克巳, 佐藤壱三, その他

(第1回地域精神医学会, 1967年11月)

精神薄弱における脳波検査の意義

中川四郎

(国立病院療養所総合医学会, 1967年10月)

心身医学と学校保健

中川四郎

(学校保健, 202号, 1967年12月)

精神衛生(学校保健事典)

中川四郎

(世界書院, 1967年6月)

覚醒状態の脳波学的研究

—24時間連続記録脳波—

中川泰彬, 高橋信介, 中川四郎

(意識障害研究会議報告, 1967年11月)

Acetylcholine Synthesis from  
14C-labeled Substrates

成瀬浩

(Brain Research 3, 384, 1967)

脳酸性アミノ酸と解糖呼吸原

成瀬浩

(第17会医学会総会講演集1巻, 1967年)

T. C. A サイクル中間物質のガスク  
ロマトグラフィーによる分離

成瀬浩

(神経化学, 6-Supplement 1967年)

国府台自己像尺度の作成と適用

村瀬孝雄

(医療, 21巻2号, 1967年)

精神科における新開放病棟の経験

村瀬孝雄, 佐々木四郎

(医療, 21巻2号, 1967年)

「精神療法における治癒機転」指定  
発言

(精神医学, 第9巻4号, 1967年)

村瀬孝雄

精神療法

—分裂病の精神療法と限界—

小川信男, 村瀬孝雄

(第64回日本精神神経学会総会発表, 抄録, 精神神  
経学雑誌, 69巻2号, 1967年)

親子間のコミュニケーションの研究

(第3回日本臨床心理学会大会発表)

精神衛生コンサルテーションの方法  
と日本における問題点

山本和郎

(精神衛生研究, 15号, 1967年)

地域社会精神衛生と臨床心理学

山本和郎

(臨床心理学研究, 第6巻2号, 1967年)

カウンセリング関係の実験的研究

永島恵一, 佐治守夫, 山本和郎

(立正女子大学研究紀要, 第1集, 1967年)

学校恐怖症児に対する教師の態度

山崎道子

(精神衛生研究, 15号, 1967年)

長期学校恐怖症児に対する働きかけ  
の方策: crisis theory の導入

山崎道子, 神谷のぶ, 矢木雅子

(第8回日本児童精神医学会総会抄録)

ソーシャルケースワークと

crisis theory

山崎道子

(第15回日本社会福祉学会総会抄録)

論文訳IV. 社会事業の実践の明確化  
と進歩の方向

(ハリエト, M. バートレット)

山崎道子

論文訳IX. ケースワーク理論におけ  
る家族の概念(サンフォード, N.  
シャーマン)

山崎道子

(ケースワークの基礎, ケースワーク論集1, 松  
本武子編訳, 誠信書房, 1967年)

創造性開発の方法としてのセンシテ  
イビティトレーニング

横山定雄

(講座, 創造性の教育2巻, 創造性の開発と評価,  
明治図書, 1967年)

新しい「人間関係訓練」の方法と意  
義(一)及び(二)

—いわゆる「センシティブ

イ・トレーニング」について—

横山定雄

(児童心理, 第21巻11号~12号, 1967年11月~12月  
金子書房)

精神的ストレスを中心課題とする労  
働能力とその開発方法に関する精神  
医学的、社会学的研究(第三年次研

究報告)

中川四郎, 高橋 宏, 横山定雄, 田村健二  
桜井芳郎, 山本和郎, 小林幸一郎  
(静岡県立女子大学) 人間科学に関する総合研究,  
科学技術庁研究調整局, 研究報告書Ⅲ, 1967年3  
月)

新しい部下管理読本

横 山 定 雄  
(日本経営出版会, 1967年12月, B 6 版221頁)

児童神経症の精神療法的研究

米 沢 照 夫  
(千葉医学会雑誌第42巻第6号)  
精神病者の自殺～入院中の自殺

吉川武彦, 亀井清安, 米沢照夫

(病院精神医学42年春号)

地域社会の変貌が児童に及ぼす影響  
に関する社会精神医学的研究

松本 胖, 野沢栄司, 米沢照夫, 他  
(第8回日本児童精神医学会総会発表)

肥満児の研究

— 家族史的・心理的側面を中心として —  
野沢栄司, 米沢照夫, 渡辺 福  
(第8回日本児童精神医学会総会発表)

抑うつ状態に対するamitriptyline—  
diazepam 併用療法について

野沢栄司, 米沢照夫, 根岸敬矩  
(精神医学第9巻第10号)



# STUDY ON THE CARE AND TRAINING OF SEVERELY RETARDED CHILDREN

Division of Mental Deficiency Research

YOSHIRO SAKURAI    KIMIKO TAKANORI

We investigated the problem of the desirable methods of care and training of children sheltered at their homes who need constant care in daily life owing to severe mental retardation. In this connection we conducted a survey.

We also investigated the problem of the therapeutic approach to families of the above children.

The main problems pertaining to these severely retarded children are :

- (1) Indistinct definition of the nature of the severely retarded children.
- (2) Inconclusive administrative measures.
- (3) Unsettled methods of care and training.

The first important problem to consider regarding the care and training of severely retarded children is the general outlook concerning the nature of these children. It is improper to consider them merely as in need of protection. We must understand that there is the possibility of improvement of their social adaptability.

The second problem is the families, attitudes toward the care and training of severely retarded children. It is necessary to aid the families in taking desirable attitudes toward those children.

The third problem is the attitudes and techniques of care and training of the professional personnel.

It is necessary to train the personnel and enhance their abilities and understanding of the problems of severely retarded children.

Now we shall focus the study on the severely retarded children being cared for at home and the endeavor to achieve the psycho-social approach to the problem.

In order to discover the actual conditions of these children we carried out a survey on 141 severely retarded children in the child guidance centers in Saitama, Kanagawa, and Gunma prefecture.

Their ages were mostly concentrated in the 6-15 years age bracket.

The diffusion of knowledge of public health and the improvement of medical measures should be carried out in rural communities. In urban communities

we should not disregard the problems of genetics and eugenics.

Disturbances during pregnancy and on delivery, retardation and disorders of walking and speech were found to be more prominent than had been the case in other surveys. As regards the anti-social and asocial behavior of the severely retarded children, a difference was found between the rural and the urban communities.

Concerning the social adjustment ability of the severely retarded children, individual differences and regional differences were noted and it was found that proper home instruction was not given to these children.

With regard to the families attitudes, regional differences were found. The influence of the family's outlook, based upon the traditional culture of the community, is important in the family's attitude toward these children.

As to the care and training of severely retarded children, a large Percentage of the families want to send their children to residential institutions.

The following are some important points regarding the care and training of severely retarded children:

Firstly, it is necessary to manipulate the human relations around the severely retarded childrens.

Secondly, it is necessary to change the pessimistic views of the professional personnel and of the families regarding the social future of the severely retarded children and to try to enhance the social adjustment ability of these children.

Thirdly, a favorable change in the family's and the community s attitudes toward these children is needed.

Fourthly, it is necessary to enhance the abilities of the professional personnel engaged in caring for these children.

Thus, concrete support should be given to the families. Moreover, the quality of community care for the childrn and home-visiting guidance need further consideration.

As to future problems, it is necessary to consider the prevention and early discovery of severe mental retardation in children, community organization work, the therapeutic approach to the families and the practical application of the social resources in the community.

## Problems of the Co-Therapist in Group Psychotherapy reviewed through Dream Interpretation

Yoshiko Ikeda M. D.

### Summary

In group psychotherapy it is said that the co-therapist system has many advantages and disadvantages for the therapists as well as patients. Through my experience as a supervisor, I learned that various latent problems of therapists were revealed to us by adopting the co-therapist system. I wonder, from time to time, why we, Japanese group psychotherapists are inclined to discuss problems regarding the co-therapist system much more frequently than do our counterpart in America. The beginners in group psychotherapy are eager to have co-therapists to work with. However, actually when they do, differences in social status, sex, age etc. in the clinics and institutions hamper the proper function of the co-therapist. Before the therapists are aware of them and give voice to them, these are often revealed in dreams. The following dreams were presented by four therapists in group supervision.

#### Dream 1.

This dream was presented by a male group psychotherapist A, during a group supervision. He conducted a mother's group with his female co-therapist, B.

Two other therapists, that is to say his supervisor and another therapist C were treating the children of these mothers for their behavior problems. Shortly after the first session began, A had the following dream. A rode a car with B. Although he drove carefully, his car did not run smoothly. Another car soon overtook them. It was driven by his supervisor and C.

A tried to follow it, but the car went off quickly and disappeared. A felt that B looked at him in a critical manner.

Until group psychotherapy was introduced, A had never realized B's inhibited criticism towards A.

During therapy, A thought that B never helped him, nor took responsibility.

It seemed to him that B was critical of A's ability as the main therapist and B might think if B had taken full responsibility for the group, the group would have made more progress. Meanwhile, C and her supervisor treated children in



good cooperation.

Dream 2.

The next dream was reported by a female social worker D, who was conducting a therapy group for neurotic patients with another male psychiatrist. In the therapy room, there was an arm chair which was always occupied by that psychiatrist. In her dream, she was the only therapist, without a co-therapist. A patient came in late and tried to take the chair.

Someone stopped him by saying, "Even Miss D can not take the chair." Another one seriously told him that the chair must be an electric chair. D stood up and tried to rush to the chair, but could not. D laughed loudly. Her voice sounded rude. She then recognized that there was something aggressive and mocking in her own voice.

In reality, D was younger in age and lower in social status than her co-therapist. Even though both started group psychotherapy at the same time, D always felt that she could not speak up and she was merely an assistant to the other.

Dream 3.

A female therapist C dreamed the next dream.

C went to her co-therapist, F's home to see her off because F (also her supervisor) planned to go abroad.

F got on an old-fashioned car with her family and started slowly for the airport. C took a brand new car and arrived at the airport sooner than F.

When the airplane was ready to take off, F still had not appeared. C tried to get on the plane instead of F. However, she suddenly realized that she wore western shoes, shockingly sneakers, though she was wearing a beautiful formal Japanese Kimono.

During the therapeutic session, C believed that she was submissive to and dependent on her co-therapist and supervisor, F. But she did not realize that she had been transferring her competitive feelings towards her elder sisters to her co-therapist. In the dream C could be a representative of the Japanese therapists, except for her shoes which meant she was not ready for the role.

Dream 4.

A young female therapist E was conducting a group for psychotic patients with an experienced male therapist. The group had a patient, named K who tried to help the group in a motherly fashion. K had a high-pitched voice. Although K had not completely recovered, he had to leave the hospital. The group as well as the staff missed him.

After that, K appeared in E's dream. E was surprised and said with great joy. "Are you still here, Mr. K?" He answered slowly. "I am always here." E was again shocked, because E's voice was deep and low as if K's co-therapist was speaking.

This dream revealed the strong dependency need of a young therapist on her co-therapist (also her supervisor) and on her patient. She identified K with her co-therapist.

She transferred her complicated old feelings towards her lost parent to them.

## Study of Rorschach Test for Twins

Yoshiko Ikeda, M. D.

Hisako Dendo

The subject of this study were normal twin children, 4 pairs of monozygotic and 4 pairs of dizygotic twins, including one pair who had been brought up in different environments. The first child in each pair was designated A and the second, B. With other psychological testings, we gave them Rorschach Test three to five times during infancy, latency and adolescence.

Usually the first examination was at the age of three, the last at the age of sixteen. We tried to investigate the similarities and the differences in personality structure from formal analysis on Rorschach scoring.

The differences in the average of the first reaction time in A and B of dizygotic twins was statically significant at 0.1 level of confidence. The first reaction time for the colored cards showed the same tendency.

Among determinants, M (human movement response) and CF (color-form response) had a tendency to appear more or less in the same manner in both A and B in monozygotic twins. The monozygotic twins tended to show the same popular response, in the same location, in the same card and at the same time. In Rorschach responses, in many respects, these identical twins showed remarkable similarities during infancy.

As their life experiences became broader later in adolescence, the complicity and diversity in personality structure showed itself in Rorschach responses.

## SOCIAL CASEWORK AND CRISIS THEORY

Michiko YAMAZAKI

Recent several years social workers, social psychiatrists and other mental health workers have been interested in crisis theory and crisis intervention. Social workers, however, treated the clients who had been confronted with crisis situation traditionally, since Richmond era, but they were not based upon crisis theory. The emphasis of social casework has changed historically. Since 1930, social caseworkers have been much concerned with psychological approach. They emphasized the client's motivation to take casework therapy. As the results of this trend they have become to neglect hard-to-reach clients. But gradually self-criticism of themselves has aroused among caseworkers. Some projects such as the St. Paul project for hard-to-reach clients and families have been developed and they extended their approach and became to emphasize social phase again. At such circumstances they directed immediately upon the crisis theory and crisis intervention which was theorized by E. Lindemann and G. Caplan, .

I will focus on the following points in this paper.

1. The background in which crisis theory has developed.
2. The concept of crisis state and the kinds of crises.
3. Two cases.
4. Crisis-oriented short-term casework.

Firstly, I examined very briefly the background in which crisis theory has developed through the following three fields. 1) From the practice of community psychiatry. 2) Social caseworker's self-criticism of their own approach to hard-to-reach client or multi-problem family. 3) Practice of ego psychology.

Secondly, I examined the concept of emotional crisis which P. E. Sifneos schematized. By his scheme of emotional crisis, it was described as follows. At first an individual is in an unpainful state, but exposed to stress he enters a painful state. A successful reaction to this stressful situation will eliminate anxiety, thus eliminating the painful state. An unsuccessful reaction will intensify the painful state. It is possible that an individual may temporarily reach a precarious balance and remain in a painful state. The individual who fail to return to an unpainful state, because of their inability to utilize environmental resources successfully and to mobilize adequate reactions, remain vulnerable. Additional

stresses, arising either from within or from without, act as precipitating factors giving rise to an intensification, or a change for the worse, of the painful state. It is then that the individual is in a state of emotional crisis. Here again, there are two ways of reacting to a crisis successfully, by eliminating it and returning to a state of emotional equilibrium, or unsuccessfully, by further aggravating and intensifying it. The emotional crisis thus has become an internalized painful stimulus demanding alleviation or satisfactory adjustment for the better, or leading to a further deterioration for the worse.

The kinds of crises will be classified into two. First, there are the developmental crises which are bio-psycho-social in nature and which have been well identified by Erikson. These refer to the maturational stages and developmental tasks that are linked with them. Secondly, there are accidental crises, often called situational crises that occur in the life of any individual or family. These are adventitious or chance matters such as the loss of a job, the death of a loved one, and so on.

Thirdly, I examined two cases which I treated. First one exemplified an accidental (or situational) crisis and the second one exemplified a developmental (or maturational) crisis.

Last, I attempted to clarify some points in crisis oriented-short-term casework. It is goal-focused and time-limited treatment. The goals of it are to promote the motivation for problem-solving and the enlargement of the client's sense of autonomy and mastery as promptly as possible.

First, in order to achieve the above goals, it is more effective to access to the client in a state of crisis, that is, at a period of high emotional accessibility. This suggests that the caseworker should make use of anxiety, when it is at its height. Therefore, the initial interview is extremely emphasized. When the client visits an agency, the caseworker sees him as soon as possible, if possible, immediately. He sets a schedule to meet the client's needs, not caseworker's convenience or schedule. Whenever the client needs frequent interviews, caseworker should accept them, but, as his needs diminish, less frequent interviews are held and terminated.

It needs rapid diagnostic evaluation. It focuses on the present problems and evaluates various resources which are available at the problem-solving process. The approach needs to be more active and directive than traditional casework.

## 編集後記

「精神衛生研究」も16号をかぞえることになった。この間、本誌に掲載された論文は、非常に範囲がひろい。それはまさに本研究所の特徴を反映しているといつてよいであろう。しかし、そのために焦点がぼけるという批判があることもたしかである。それをどのように調整していくかが今後の問題となるであろう。

(玉井記)

第16号編集委員 玉井 収 介 山崎 道子  
高橋 徹 佐竹 洋人

### 精神衛生研究

— 第 16 号 —

発行人	井村 恒郎
発行所	精神衛生問題研究会 千葉県市川市国府台1-7-3 電話 市川(0473) ㊟ 0141
印刷所	株式会社 弘文社 市川市真間4-5-7 電話 市川(0473) { ㊟ 4007 ㊟ 3157



JOURNAL  
of  
MENTAL HEALTH

---

Number 16

March 1968

---

Contents

Study on the Care and Training of Severely Retarded Children .....	<i>Y. Sakurai, K. Takanori</i> .....	1
Problems of the Co-Therapist in Group reviewed through Dream Interpretation .....	<i>Y. Ikeda, M. D.</i> .....	29
Study of Rorschach Test for Twins .....	<i>Y. Ikeda, M. D., H. Dendo</i> .....	37
Social Casework and Crisis Theory .....	<i>M. Yamazaki</i> .....	47
Research on a Training Effect of the Sensitivity Training concerned with Mental Health .....	<i>S. Yokoyama, Ed. D.</i> .....	59
Diagnostic Criteria of Child Behavior Disorders .....	<i>M. Kato, M. D.</i> .....	79
A Proposal of Administration of Mental Health Center .....	<i>T. Takatomi, M. D., M. Kato, M. D., S. Tamai, A. Kashiwagi, H. Tsubogami, K. Yamamoto</i> .....	95
List of Research Works .....		125
English Abstracts .....		131