

「精神障害」についての課題

島 津 貞 一

はじめに

(1)人間性心理学について、これまで3回にわたり小論をつづって御参考にしました。また加えて「アメリカ西海岸における Mentally ill への Community care」について関心を持ち、すでに報告したように精神障害(碍)に対するその問題の重要さに注目しいよいよこの面に深いりするようになり、今回このような拙文を書くことになった。

(2)精神障害については、専門書や研究発表など汗牛充棟である。しかし自分の粗末な持ち合わせの資料、材料からまた心理臨床の立場からも、そしてますますこの領域の研究、調査や対処についての緊要さについても今あえて一筆とらざるを得なくなった。

(3)精神障害については大きな社会的事件やショッキングな話題、身につまされる人間性の側面を見せられる今日、常にマスコミの報ずる内容は、いつも同じパターンであり、世人に与えるマスコミの姿勢はこの「精神障害」についての知識やあり方など全くうたがいたくなるが多すぎる。加えて年を追って「精神障害」に関連する事件、話題は増加するばかりである。身体障害(碍)者に対する知識や関心、配慮は次第に人々の日常生活や自分自身の内部に浸透しかけているし、ために身障者(こういう言葉に些か抵抗をうけるが)への理解は少しはわれわれの生活領域にも受け入れられてきたが、精神障害についてはまだまだ遠い先のことにもなろう、と思う。

(4)たまたま今回のこの機に当たって宮崎某の

「快楽殺人」ともいわれ少女誘拐殺人事件がおり、少し前にはコンクリート詰め殺害事件やアベック殺人などなど、その数においても質(?)においても世人は連日のようなショッキングな報道に驚きを通り越して人間性についての疑問と不安を抱きはじめたと言っても過言ではない。

人間性の心理、人間の内なるものへの理解—これは「疑問と不安」から改めて考察されてよいと思う。

§ 1. 精神障害について

(英) mental disorder, (独) Geistes Strörung
(仏) trouble mental

「精神病とそして平均からある程度以上偏奇した精神状態とのすべてを包括する上位概念である。」「国際疾病分類 (ICD) 試案がかかげる亜型分類」として、

(1) 精神病: (a) 老年性および初老期性痴呆 (b) アルコール精神病 (c) 薬物精神病 (d) 進行麻痺、流行性脳炎にともなう精神病など頭蓋内感染に伴う精神病 (e) その他の脳性病態、つまり脳動脈硬化、てんかん、頭蓋内新生物、中枢神経系の変性疾患、脳外傷などにともなう精神病、(f) その他の身体的病態、例えば内分泌障害や代謝栄養障害、伝染病などに伴う精神病、(g) 分裂病、(h) 躁うつ病、(i) 妄想状態、(j) その他の例えば反応性抑うつ性精神病、反応性興奮などの精神病、(k) 詳細不明の精神病、となっている。

(2)神経症と性格障害とその他の非精神病性精神障害：(a)神経症、(b)性格障害、(c)性的変倚、(d)アルコール中毒、(e)薬物依存、(f)心因性と推定される、いわゆる心身症的な身体障害、(g)チックや睡眠障害や夜尿など、その他の項目に分類しがたい特殊症状、(h)青年期、成人期、晩年期のそれぞれに見られる一過性の状況性障害、(i)児童期にみられる不適応性の行動障害、(j)身体的病態に伴うところの精神病性でない精神障害、ついで

(3)精神薄弱：最も精神障害の構成は多層的、多元的であるので、上述の如き精神医学的診断の一面性を補うため、それと重複してチェックすべき別系列の項目として社会的要因についての項目（例えば苛酷な精神社会的 psycho-social 環境など）や非医学的要因についての項目（環境要因による事故、自殺自傷、他殺など）が加えられている。以上が一応の詳しい定義、解説であるが、今日の「司法精神医学的に精神の障害」と言う表現が使われる。つまり「責任能力」の喪失、あるいは限定を判定する標識として「精神の障害」と「是非を弁別する能力、もしくは弁別にしたがって行動する能力」の二つがあり、心理学的標識である後者に対して前者、すなわち「精神の障害」とは生物学的標識を意味する」と。（精神医学事典）

精神障害——について、今日においては厳密な定義はないと言われる。上記のように長々と紹介したが、全くあいまいに使用されるくらいがあり、当事者あるいは関係の人々にも人権上大きい問題を持っているので力を込めて理解の度を深めねばならないと思っている。

ここで唐突ではあるが以下のような話題、あるいは情報をのせたい。すなわちいま述べたように精神障害（者）についての理解、よりよき理解をどのようにして持てるのか、相当に難儀なことと思われる。

「重要なことは、精神障害者を一人切り離してではなく、われわれ自身の一員としてみることである。われわれは、彼らが精神病院というこの恐るべきゲッターにいたるのは、ただ、われわれが彼らをそこに押し込めたがゆえである、ということを経験しなければならぬ。彼

らは、われわれ——社会の正常な一員と見なされているもの——に代わり、身を持って、われわれの認めたがらぬ実存の苦悩を担ってみせてくれているのである。これらの患者をこの共同社会に取り戻すことによって、われわれもまたわれわれの人格にいくつかの部分を取り戻すのである。」（ヤン・ポール、1978、南ドイツ新聞より）。

以上は1960年代後半に起きた反精神医学とも関連のある情報の一つであるが、私が先に少し触れた、アメリカ西海岸における Community Care との関連はあるのかどうか、つまり、正統派精神医学の精神医療についてとの Connection などについて考え込んでしまったことは否めない。この面について、エルンスト・クレーの Psychiatric Report は精神障害者について、日常生活や病院における状況など興味はあるが、問題を多く含む提示をしている。（精神医療レポート・批評社、1989.6山本、山崎、山田訳）

§ 2. 精神障害者医療の現状について

小論をこのように精神医学の方面から導入したい。「わが邦十何万の精神障害者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」——呉秀三（1918）

「わが国の精神障害者は、戦後の精神医学の進歩にもかかわらず、医療・福祉の両面にわたって適切な処遇を享受しているとはいえない。その最大の原因は、精神障害者に対する国の施策がきわめて不十分であることと、それを許してきた社会の精神障害者に対する理解の欠如と偏見である。」と、秋元博士は慨嘆する。しかしいまわが国において、精神衛生法の改正、すなわち精神保健法へとその障害者の人権の回復と処遇の改善に進もうとしている。諸外国に比べてこの面におけるわが国の遅れを取り戻し医療と福祉の総合としての障害者総合ケアを目指して新しく変わろうとしている、が。

さて、わが国の精神障害者医療についてその

現状について少し瞥見してみたい。

(1)精神病床について……1985年6月の病床は333,570、人口万対病床数27.3。これはアメリカ、イギリスの万対10前後と比べると3倍近い、超満員という他はない。

(2)一般病院精神科と単科精神病院について……アメリカやヨーロッパでは、障害者医療の重点を一般病院におきかえる精神保健政策がとられている。わが国では依然として単科精神病院が多くを占めている。同じく8,000以上の一般病院の内有床精神科はその1割に満たない。

(3)国・公立病院と私立病院の有床精神科を比べてみると、国・公立施設数99,909(1008)に対して私立は(6,620)、また病床数は39,561・179,186(218,647)に対して(754,159)で一目瞭然、国立病院の有床精神科は少ないことがわかる。(註)別表参照

表-1 一般病院精神科と単科精神病院の比較

	施設数	病床数
一般病院精神科	576 (33.0%)	73,404 (19.9%)
単科精神病院	1,172 (67.0%)	295,428 (80.1%)
計	1,748	368,832

(厚生省大臣官房統計情報編 昭和57年医療施設調査・病院報告、その他)

表-2 一般病院のなかの有床精神科

	施設数	病床数
一般病院	8,340	933,345
精神病床をもつ一般病院	576 (6.9%)	73,404 (7.9%)

(厚生省大臣官房統計情報編 昭和57年医療施設調査・病院報告、その他)

表-3 一般病院有床精神科と開設数別比較

	施設数		病床数	
	総数	有床精神科	総数	有床精神科
国立	99	21(21.2%)	39,561	1,453(3.7%)
公立	909	99(10.9%)	179,186	8,875(5.0%)
私立	6,620	576(6.9%)	754,159	63,076(8.4%)

(資料：財団法人地方財務協会編 昭和58年度地方公益企業年鑑第31集、その他)

(4)理由はいろいろあるようだが、そのうちの一つとして“何をしでかすかわからない精神障害者は精神病院でやればよい、一般病院で診療したくない、という文字通りの偏見が一般病院から精神科をしめだしている理由だとしたら、それはとんでもない時代錯誤である、と秋元博士は述べている。また博士は門戸解放の要をいい、身体障害者にしばしば精神障害が合併している、またその反対の例も多いことを述べ“精神科が一般病院のなかで市民権を得ることは、精神障害に対する偏見の克服に役立つだけでなく、一般病院の診療・教育(研修医・看護婦など)機能を高める上に大きく寄与するにちがいない、と。

さらに我々が最も関心の高い“入院形式、～すなわちどの様な状態で障害者が入院するかについて調べてみると、「同意入院が80%、措置入院14%、自由入院5%」である。この同意入院は現行精神衛生法(1988.7まで)第33条の規定によるもので一番多く用いられている。同意というのは本人の同意ではなく、保護義務者のそれを意味すると。つまり本人の意志を無視した入院の制度で、強制入院にほかならないといわれる。その入院の形は圧倒的に多数であり、本人の自由入院は全く少ない。いろいろな制度、法のあり方が問われてきたわけではあるが。

もう1つ見ておきたいところは、“開放・閉鎖病棟、の利用についてであろう。わが国に於いては、開放(25.4%)半開放(9.4%)閉鎖(64.1%)保護室(0.7%)不詳(0.4%)となっている。このことについては幾多の話題(宇都宮病院のことは有名である)があり、W・H・Oに勧告を受けた厚生省の当該部局も順次資料作成や処遇改善方、あるいは法の改正とともに力をいれだした状況である。

最も肝要な問題は“治療内容、であろう。秋元博士の著書をみると、一般に次のように述べられている。「入院・通院ともに薬物療法を97%とほとんどがうけている。入院では、生活指導、精神療法、レクリエーション指導、作業療法。通院ではカウンセリング、生活指導、精神療法を受けているものが多い」つまり薬物療法が97%もうけていることは一つの傾向を物語り、

「精神障害」についての課題

また「精神療法」が他の著名な「森田療法」とか「精神分析療法」、「集団精神療法」、「カウンセリング」などより多いのは、何ともはっきりしない。こういう数字は病院内における治療内容がもっと具体的な、たとえばO・Tとか他の専門職の仕事などが明示されていないようである。
(1973.12 現在の調査)

表-9 治療内容 (入院、通院)

治療内容	数	入院 通院	
		7,953人 (100%)	14,048人 (100%)
薬 物 療 法		97.1	96.9
電 気 け い れ ん 療 法		0.6	0.1
精神科通院カウンセリング		—	45.7
家族カウンセリング		—	7.6
精 神 分 析 療 法		2.1	1.5
森 田 療 法		0.3	0.1
精 神 療 法		57.1	13.5
集 団 精 神 療 法		4.5	—
そ の 他 の 精 神 療 法		3.5	1.4
精神科デイ・ケア(保健診療認可)		—	0.4
老人デイ・ケア(保健診療認可)		—	0.0
デイ・ケア(保健診療無認可)		—	0.7
作 業 療 法		41.5	0.3
作 業 訓 練		9.3	0.2
レ ク リ エ ー シ ョ ン 指 導		52.0	0.4
生 活 指 導		63.9	13.6
そ の 他		1.4	1.3

注1. 治療内容は1973年12月中に行ったもの。注2. 複数回答あり。

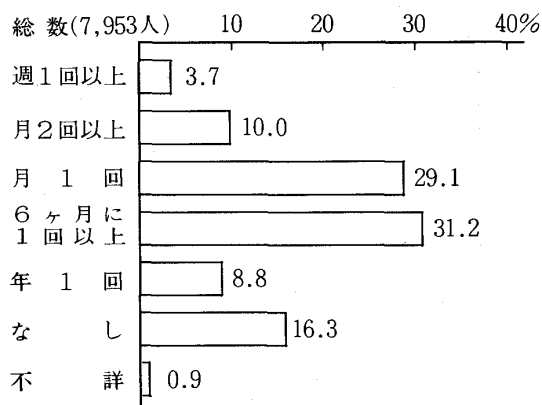


図-3 過去1年間の面会頻度(入院)

ついで「面接」について

半年に1回以上の面会のある患者の割合は74%とあるが、週1回以上を週1回程度(以下同じく)とするなら、半年に1回以下の面会は40%、1年を通じて面会のなかった者を加えると56.3%になり、半年以上にわたって面会のない人たちが入院者の半数以上という。精神病院が隔離収容所だと言われてもしかたないことか。

受療期間(入院)

5年以上は70.1%という。長期在院である。代表的といわれる都立松沢病院は在院期間4年以上が57.2%となっておりやや少ない傾向を示しているが、これは松沢における積極的なリハビリテーションのせいといわれる。しかし欧米のそれに比べて在院期間の長期化は著明である。

さらに重要とみられるものに他の病気との合併症であろう。著明なのは、3分の1が身体疾患を合併している。外傷、脳血管障害、また外科、整形外科、脳外科、神経内科などとの治療を要する合併症という。

「退院の見込み」について

現在34万に及ぶ在院患者の半数以上が主治医の判断では退院できる状態に回復しているのに、60%ちかくが未だ閉鎖病棟に入れている状況と聞く。どうなっているのかと思う。それは家族の受け入れ(75%)地域の受入態勢(25%)に問題があると。もう少し家族・地域の受け入れについて啓蒙促進、リハビリテーション態勢が急ではなかろうか。ついでわれわれは、そうしたリハビリテーションが(精神障害者の)どのように動いているのか、最大の関心事とならざるを得ない。医療施設内にはじまり、地域リハビリへ、そして通院患者のあり方と同じような相互作用を営んでいけるようになればと思う。

§ 3. 精神障害者リハビリテーションの現状

1) 医療施設リハビリテーション

入院患者に対して昼間作業療法、レクリエーション活動、集団精神療法、日常および社会生活指導、職業訓練などを行う。——厚生省の精

神障害者の社会復帰対策——に唱われている。
ただ現状は作業療法、デイケア、およびナイト
ホスピタルと職親制度による職能訓練というこ
このようである。もう少し各項目について調べ
たい。

作業療法

作業療法とは文字通り作業を通し（詳しいこ
とは省くが）障害者に対して基本的な大切な役
割を持っている。秋元博士によれば、“歴史的
に人道療法（Moral therapy）の基本として精
神障害者治療の源流である。”と。わが国におい
てこの面の成績がさして良いようではない。これ
に当たる職員技能者が少ないといわれる。やは
りアメリカなどに比べるとおくれが目立つのは
なぜだろうか。いつも指摘されるように（社会
保険診療報酬点数）が少ないといわれている。
大切なことと知りつつも伸びない。“精神科入
院患者の長期化を防ぎ、社会復帰を促進させる
ためにも、精神科作業療法は必要不可欠な治療
で、”と作業療法士協会は力を入れているが。

OTの養成の遅れもあり、厚生省のこの面の
指導がさらによくなれば、また各病院の受け入
れが増加することにより問題解決の大きい助け
になりうるといえよう。

デイケア

デイケアは通院医療の一形態である。障害者
に対して、医療チーム（作業療法士、看護婦（士）、
精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者など）
によって、以下のように行われる。その内容
は、集団精神療法、作業指導、レクリエーション
活動、創作活動、生活指導、療養指導等である。
精神分裂病の重いものから神経症の軽いもの
まで幅広く適応される。外国、特にアメリカ
やイギリスのデイケアの歴史についてみると、
制度として取り入れられたのはまだ新しく1974
年という。精神科医師、作業療法士、看護婦（士）、
精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、
というメンバーで、クライアントの数とスタッ
フの比率でもって行われる。わが国では国立武
蔵野療養所、松沢病院などであるが、前にもふ
れたように診療報酬点数の少ない状況であつた。
今1986年では全国のデイケアは79ヶ所でま
だまだ全く少ない。

職能訓練

ナイトホスピタルと称せられ、外部に出て（施
設の）工場、商店などに通勤、職能を受け、社
会復帰のためのものである。社会復帰のための
制度で1982年より行われている。一般の事業所
で行われ、職親制度もあり、医学的リハビリテー
ションとして位置づけられ、患者の集中力、対
人能力、仕事に対する持久力その他の社会適応
訓練を行い、早い社会復帰を図るのが目的とさ
れている。

アメリカのリハビリテーションのP W I
（Project With Industry）は雇用促進プロジェ
クトで、他の障害者と差別をうけることなく参
加している、に比べるとわが国はまだまだ施策
は貧困であるといわれる。しかし新しく精神保
健法に盛り込まれて少しづつ明るい見通しに
なったともいわれる。

2) 地域リハビリテーション

イ) 社会復帰施設

これまで通所型、デイケア施設から名前が変
えられ日常生活指導、作業療法などについて行
われている、充分ではないがTeamを組んで指
導は行われている。

ロ) 保健所

昭和61年度531保健所で社会復帰に関する相
談指導が行われている。

ハ) 精神衛生センター

各都道府県においてこの面の知識の普及、調
査研究等など行われ、デイケア事業などをも実
施している。ついで以下のように各施策や施設
がある。これについては詳しいことは省略する
が、くり返すと、

(1) 地域デイケア

(2) ホステル（地方公共団体、民法法人、その
他厚生大臣が適当と認める法人）

(3) 保健所（その主な業務は、精神衛生相談、
訪問指導、患者クラブ活動等の援助、衛生教育
及び協力組織の育成）

(4) 精神衛生センター 1965年、法の改正があ
り又1988年7月に新しく精神保健法となり、地
域における精神保健機構で、（相談指導・技術
援助・知識の普及、調査研究、酒害相談指導事
業、心の健康づくり推進事業）となっている。

(5)草の根運動から生まれた施設

地域の障害者自身と関係者の「草の根運動」から——共同作業所、共同ホームが生まれた。

(イ) 共同作業所

全国で回復途上にある障害者のための作業所づくりはさかんで、ボランティアや家族らの力でできている。1976年、東京小平市に出来たのがはじめて今のところ300以上の作業所になろうとしている。これは障害者に必要、しかも役立つ施策であり、民意にもとづいて発展してきているのは大いに注目すべきことだろう。

(ロ) 共同ホーム

当然のことながら住む場所のことも働く場所と共に必要でこれも民意によるもので全国各地に出来ている。ただ作業所と共にまだまだ十分な予算、費用、人員の確保などが充されていない状況のようである。

以上で精神障害者についての医療とリハビリテーションの全くアウトラインのみを紹介したが、こういうことについてまだまだ社会では関心が持たれてないし、その知識も乏しいのが大分のようである。私達は他の病気、疾患や一般の医療のあり方は大よそ知っているつもりでいるし、例えば療養所とか、あるいは身体障害者の施設など、けれども精神障害者については知っていない。これは知らされていないのであり、わが国のこの面の施策の立ち遅れの甚だしいものといえるのではないか。こういう点から全く一片の知識ながら紹介を試みた次第である。

§ 4. 精神衛生～精神保健法について

1988年7月より精神保健法が施行された。長年、精神衛生法として国民に知られてきたが、これまでの主として「隔離」の方途としての精神障害者を見てきたものから、「保護」へと転換しようとして大いなる法の改正である。主な目的は「この法律の目的を精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進並びに発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増

進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることとする」となっている。これはつまり「保護」を打ち出し、また福祉の増進、社会復帰とともに「医療」の中に両者を併存している。これについては再び後でのべるつもりである。問題は障害者の福祉が少しあいまいに規定されている風だとみられるスキがある。ついで入院制度の事項、各種の審議会に関する事項、等などあり、われわれと関心を持ちたい大事な一つに、「社会復帰等に関する事項」がある。すなわち、(1)精神病院に入院中の者に対する相談・援助等に関する規定。(2)精神障害者社会復帰施設に関する規定～である。(1)については医師・看護婦(士)、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士について、またデイケア等についての配慮をどこまで「法」の中で解決、運用の実行力があるのか。(2)について、これは障害者、家族などの期待の大なるところである。いうところの「生活訓練施設」、「授産施設」の2つが打ち出されている。ただ明細な規定の裏付けに乏しいのは説明の不足ということなのだろうか。よくいわれるわが国の精神障害者の社会復帰の施策促進の大切なことはやはり(アメリカ西海岸でも見たが)国や地方自治体のこの面の整備、拡充の遅れを充すことであろう。日本の病院の国公立と私立との病院数対比はアメリカなどとの反対を示しているが、基本的な「障害者観」を改めない限りまだまだの感であろう。これは法で義務を打ち出し「人間観」を見据えることに力を注ぐべきものであろう。

なお、その他の精神保健法に新しく盛り込んでほしい規定、細則もいくつかある。これまで述べてきたように、(1)医療・地域リハビリテーション施設の充実である。たとえば地域リハビリテーション施設を医療施設とならべて明確に位置づけること。また共同作業所や共同ホームについても明確化されたいところである。

(2)精神障害者の処遇。精神障害者の人権擁護が治療、リハビリテーションとの関連の大なることを思いその規定の充実を求めたいということも一つ。また、(3)各種の会議体制、専門機関(審議)の設置、また研究センターなどの一層の充

実が望まれるところであろう。なおこの精神衛生法、精神保健法については後で再びより具体的に上げてのべることにしたい。

§ 5. 精神障害の定義

はじめに紹介して述べたように、精神医学においての定義や解釈はなかなか複雑、多岐にわたっている。心理学の方でのこの定義や解釈はどのように説明をしていくのかを見たい。以下はまず「心理用語の基礎知識」より引用してみた。児童、思春期の青年、及び老年に分けて説明している。

「児童心理のもつ未分化性、依存性という諸特徴が、精神障害の場合の症状形成や、治療過程に特有の色彩を加える。黒丸正四郎によると①児童の精神症状は人格発達の段階によってさまざまであり、成人の場合のごとく画一的でないこと、すなわち年齢が幼いほど精神—身体症状のような未分化で原始的な心理規制が働き、人格が成熟するにつれ、より分化した表現をとること。②さらに児童の精神症状にその親及び家族の心理と深い関係をもつので、診断も、治療も母親または家族の心理力動を無視出来ないこと、などである。児童期特有の精神障害として、小児神経症としての学校恐怖症 (School phobia)、子供の精神病としての早期幼児自閉症 (Early infantile autism, by L.Kanner) や幼児共生精神病 (Infantile Symbiotic psychosis, by W. Mahler) などがあげられる。ついで、「思春期においては、生理的に急性な成長や変化、特に二次成長の発現がみられ、心理的にも性衝動、自我や情動の発達、社会的にも独立と分離、といった過程が見られ、この際に情緒的な障害と適応異常がひきおこされる。この時期は特に精神分裂病、特に破爪型のように内因性精神病の好発年齢であるとともにそれに類似した思春期の危機症候群といわれるものが一過性に発現することもある。狭義の精神病のほかにも、この時期に特有の主我主義的傾向、虚無主義的傾向、非合理性、想像力の豊かさと論理の飛躍などの影響下に、正常と異常、ないし病理性の境界の

明瞭でない諸状態、すなわち神経衰弱様反応、自慰に対する神経症的反応、感動の危機的状态における原始反応、さらに重い場合は類破爪性の異常性格、青春期やせ症および肥胖症、先端肥大症性発達障害、青春うつ症、発達遅滞症などが発現する」と症状の経過説明も述べてある。

さらに、「老年期には、脳および全身の退行変化のために、精神的な衰過と退行があらわれ、正常な老化の場合でも、知能の低下、従来の性格特徴の尖鋭化はまぬがれず、自己中心的、猜疑的、保守的、心氣的となり、愚痴っぽくなる。病的な場合として、脳の限局的・全般的変性によるアルツハイマー病、ピック病のような初老期痴呆、退行期うつ病、老年痴呆脳動脈硬化症などがひきおこされる。さらに、退行マヒ、慢性アルコール中毒なども初老期、老年期になっておきてくることが多い。(小田晋)」。こうした年代別あるいは成長発達による特徴・特性による定義づけ、解釈はまことに明瞭であり親切で、(小田氏は精神医学者である) 以下に紹介する心理学者のと比べると興味ある比較が出来る。

§ 6. 精神衛生の意義

ここに高木四郎氏の精神衛生についての意義について見ることにしたい。

「精神衛生を理解し、これをその仕事や実生活に応用したいと思う人は、精神衛生とはどんなものか、何を目標としているのか、又それが教育や育児や社会事業などに対してどんな意義をもっているのか、ということをもまずはっきり会得しなければならない。しかし近來精神衛生を説くものが多くなってきたにかかわらずそれらの人たちの中にさえこれをはっきりと掴んでいない人が少なくないように見える。医師の扱う精神衛生と、教育者や心理学者の扱う精神衛生とは別個のものであるかのごとくに考えている人もあるかも知れない。そこで精神衛生に関する書物も少なからず刊行され、各種の啓蒙活動も行われているにもかかわらず、「精神衛生

というもののほど、わかりにくいものはない」という嘆声をしばしば耳にするのである」と述べている。人間の性格とかこころのことについての複雑な現象に掴みにくいと思われているのだろうかという。ついで、

「精神衛生とは、一口に云えば、精神の衛生、人間の精神的側面に応用される衛生学である。我々は普通人間というものを、便宜上、身体的側面と精神的側面とにわけて考える。そして身体にさまざまな疾病があり、健康不健康があるように、精神にも様々な疾病があり、健康不健康がある。われわれのもつ医学は、まず身体的疾病の治療を目的として発達してきた。そしていろいろな疾病の原因が明らかにされると共に、その原因を防止して、人間を疾病から守る手段、すなわち予防の方法が研究され、効果をあげるに至った。これが衛生学である」とわかりやすく説明し、これに対して精神についても「病気の原因は外部のみならず、人間の内部にもある。人間が真の健康、すなわち能率的、活動的で幸福的な生活を享受しうるには、外部からの病因を排除するだけでなく、内部にあるもの、すなわち体格と体質をも改善しなければならない。かくして今日の衛生学は、単なる疾病の予防という消極面から、健康の向上増進という積極面にも、意を用いるようになったのである」と、少し長く引用したがこのことについて、これほど詳しく述べてあるのは他に類をみない。続いて一般的に医師のこれらに対する態度について、「一般の医師が——たとえ素人に比べればはるかに衛生学の素養を持てはいても——必ずしも十分に衛生学の専門的知識は持っていないように、すべての精神医学者が精神衛生、特に今日の進歩した精神衛生に対して十分な関心と理解を持っていないということも事実のようである。特に平素精神病院などにあって、精神病の診療に従事している精神科医は、いきおい精神衛生に対して態度が消極的になり、理解も不足がちになり、時には偏見を抱く人さえあるということはやむを得ない」と。これは社会人にとって少し驚くべきことではなかろうか。この理解がなければ医学について、特に精神医学の何たるかさを知らない社会人にどのよ

うに説得できるのだろうかを危ぶむ。

「精神衛生とは、人間の精神的側面を主な対象とする衛生であって、a) 精神的疾病並びにもろもろの精神的不健康の予防および、b) 精神的健康の保持向上を目的とする科学研究ならびに実践である。」と述べ、それら精神衛生の実践に当たって、その努力目標は精神疾患の早期発見、早期処置などと、説明を加える。なお続いて「学校衛生や体育の当事者であって、自分達の仕事が、医学や疾病とは無縁のものだと考える人はいないであろう。それと同じように、カウンセラーは固より、一般教師、保母、ソーシャルワーカーの仕事も、それが精神衛生という見地からなされる限り、右の目的と関連していることを忘れてはならない」と結んでいる。あくまでも身体的健康と対比しつつ、精神的な健康保持、向上を併せ見なければならぬと説明に力を入れて述べる。そして、

「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的安寧(Physical, mental, and Social well being)の状態である」と結んで

「科学としての精神衛生は精神医学、心理学、医学、優生学、人類学、社会学など多くの科学分野の協力を必要とする。」と。なお高本氏は精神科医である。念のため。

§ 7. 精神障害の原因

ここで相場均氏の説をみたい。

原因をわけて次のように三つに説明をしている。すなわち、「1) 心因性 2) 内因性 3) 外因性

精神障害をその「原因」を明らかにしないでは精神衛生の対処も行えない。それでこの三つについての一応の説明をみると、第一の心因性は「心因性ということは心理的な原因、あるいは環境的な原因によって、つまり、心理的に精神に障害が起こるということである。これはたとえば幼児期に子供が何か心理的ショックを受けるとすると、それが心の傷となって環境の要因によって後々までいろいろな障害を引き起こす原因となって来るといったことである。——こ

のもっとも典型的な例が神経症である。第二の内因性の精神障害であるが、むしろ素質的なものであり、多分に遺伝的なということが背景に考えられる。直接脳の中に変化も認められないし、心理的な原因もはっきりしていないという場合の内因的ということが考えられているわけである。その典型的なものとして精神分裂病やそううつ病、真性てんかんなどが考えられているわけである。第三番目は外因性の疾患である。これは脳に器質的変化が起こってそのために起こる精神障害をいう。梅毒によって脳の損傷が行われるとか、自動車事故などによる脳に損傷をうけるとかの外因性の精神障害である。」ただこれらについて、どのようにして障害が起こったかの原因の追求が重要であるのは当然で、治療対策の問題が次で考えられるわけである。

精神障害の頻度と施設

人口当たりどの位の数が見られるのか、ということとは重要な意義あることと思われる。

「1935、6年におけるドイツでは頻度は、0.6～0.9%という、わが国においては、大体同じ頃の調査では0.68～1.22%という。全人口110人に1人。この数の者が精神病を患っていることがわかった。これは非常に意味あることでアメリカ、イギリス、等と日本も大差なく、文明国というか、一つの世界的現象といわれる」と。そこで、また、「収容施設はどうであろうか。人口より見て1億2000万とすると、0.9%として108万という患者が算出される」。これは大変な数字で、前出のように（秋元博士のDataのように）こんな精神病のベッドは充されていない。なお、狭義の精神病はいま見た通りであるが、「他の老年性精神病、伝染病性、中毒性、～また精神病質、精神薄弱、神経症ヒステリー等となるととても大変な数になるだろう」と。わが国の精神衛生・精神保健が新しい転機に（法の改正と共に）立っているわけで後に述べるが、最近の主訴を見ても Borderline class の通院の多いことも、この領域のグローバルな面と共に啓蒙、開発が進められねばならないだろう。

精神障害の状態

「精神障害と一口にいうが、その心理をよく

考えることが出来るだろうかと又しても思う。

「精神分裂病とか器質性の疾患のある精神障害の場合は“了解不能”といわれるし、ヒステリーの場合は“了解可能”といわれる」。つまり彼らの思っている、考えている思考内容とか観念とわれわれ健康人のそれとの架ける橋がない、というのが前者である、というわけである。感情移入の可能ということか。こうした精神障害には思考障害、連想の障害もあり、論理的につながらないという“了解、云々のことになるわけである。その他並べると「——知覚の障害¹⁾（幻覚——幻視、幻聴、や錯覚）、——思考の障害²⁾——（思考停止とか反対に連想の速い、思考の進み方の速い等々、又、判断、妄想）——感情の障害³⁾——（感情の亢進の極端な、逆に鈍麻、多弁、興奮など）——意欲の障害⁴⁾——（何もしたくない、昏迷の場合）——意識の障害⁵⁾——（ねぼけ、もうろう、うわごと等）——記憶の障害⁶⁾——（忘却、意識下の忘れ等）、知能の障害⁷⁾（精神薄弱、痴呆状態等）——その他の障害⁸⁾——（自我の障害、人格の障害等々）」ということになる。

精神障害の種類

これは重複のきらいもあるが簡単に列記してみよう。すなわち、

「1)精神分裂病 2)そううつ病 3)てんかん 4)外因性精神病 5)神経症 6)異常人格 7)精神薄弱 8)性行動の異常」と述べられる。このうち、8)の性行動の異常は他の専門書などにはこの領域に入れていないのもある。ここで少し述べると、「A)その量的異常と、B)質的異常に分けられ、Aの方には、性欲の減退、亢進をいい、性不能、冷感症、Bには自己愛とつながるリビドー、過度の自慰よりくる神経症とか同性愛とか、“クレッチメルによると分裂病質とは深い関係”があると指摘しているし、サディズム、マゾヒズム等も考えられる」。以上で相場氏のわずかの紹介を試みたが、なおついで織田氏らのものも紹介したい。

§ 8. 精神衛生（織田氏より）

1) 精神衛生とは人間の精神的健康(Mental health)の保持と向上を目指し、その一方では精神的疾病と精神的不健康の予防とその対策を目指す実践活動のことである」と。いうならば不健康な心的状態を問題にするわけで、その予防、早期発見、治療というのが問題であると述べ、いうところの精神障害はそうした面について理論、方法、技術を家庭、学校、職場など一般社会にまで及び、この精神障害は発達心理学、臨床心理学、社会福祉論へと広く関係あることを述べる。ついで、

2) 精神的健康について、「人間のもつ欲求と社会の欲求との間の矛盾、衝突が生じ人間はしばしば欲求不満とか葛藤と呼ばれる状態におかれるが」とし、平衡状態にどのように保ちうるかということに問題をおいている。「適応」という概念、状態が精神的健康を獲得するのに重要なモメントであり、W.H.Oのいう「健康とは身体的、精神的並びに社会的安寧(Physical mental and social well being)の状態である。」に該当する、と述べている。

3) 適応と不適当

ここで氏は生活体の適応 (Adjustment)とは、「生活体または、その器管が環境に都合がよいよう意識的变化によって環境との間に新しい関係を作り出すことである」とする。よく引用される説で、さらに E.G.Boring のいう Basic Needs をとりあげ Organic Needs と Personality Needs (A.I.Gates)を引合いに出し、いかに適応的解決をはかるかを述べる。さらに——社会的適応については、C.H.Warren のいう習慣的行為や行動の変化にふれている。ただ社会の障壁によりここでもいかに適応をはかるかにより精神的健康との問題が生ずると。かくして失敗することにより不適応 (Maladjustment) という状態を生じ、Frustration や Conflict という状態となる。K.Lewin のいうところの誘意性の説を出し、調整、適応について述べている。

以上、織田氏のいうところの精神的不健康はあまりにも基本的な点にとどまっている。しか

し後に述べる、中島氏、赤庄氏の所論との関連付けでみてゆけばよい、ということのように思われる。

§ 9. 精神障害について（小杉正太郎氏）

表 II-1 精神障害の主要なカテゴリー（村瀬，1977）

1. 精神薄弱
2. 気質的脳症候群（脳組織症候群、あるいはそれにともなう障害、老年性痴呆、アルコール精神病など）
3. 前期の身体的条件に起因しない精神病
 - 精神分裂病
 - 単純型
 - 破爪型
 - 緊張型
 - 妄想型
 - 急性分裂病性エピソード
 - 潜在型
 - 残遺型
 - 分裂—情動型
 - 小児型
 - 慢性未分化型
 - 主要な情動障害
 - 退行期うつ病
 - そううつ病（そう病、うつ病、循環型）
 - パノイド状態
4. 神経症
 - 不安神経症
 - ヒステリー型神経症（転換型、解離型）
 - 恐怖神経症
 - 強迫神経症
 - 抑うつ神経症
 - 神経衰弱型神経症
 - 離人神経症
 - 心気症型神経症
5. パーソナリティ障害と、その他の非精神病的な精神障害（パノイド、パーソナリティ、分裂的パーソナリティ、など）
 - 性的偏奇（フェティシズム、サディズムなど）
 - 性的志向性の障害（同性愛など）
 - アルコール中毒
 - 薬物依存
6. 心理生理学的障害（身体障害、たとえば心因性と推定される呼吸障害や胃腸障害）
7. 特殊症状（言語障害、チック、睡眠障害など）
8. 一過性の状況性障害（幼児期、児童期、青年期、成人期、老年期）
9. 児童期と青年期にみられる行動障害
 - （引きこもり反応、過度の不安反応、集団非行反応など）
10. 明らかな精神医学的な障害をともなわない状態など、非特異的な状態（結婚不適応、職業不適応など）

Adapted from American psychiatric association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.) Washington, D.C.:American Psychiatric Association, 1968)

(1)

「精神障害とはなにか？の問いかけの答えはきわめて困難である。」なんらかの意味でパーソナリティの統合がうまくいっていない状態である、とされる場合がある。正常・異常、健康・不健康の基準でもはっきりしない。精神障害の

規定には困難な問題が生ずる。一方では精神障害を精神の病気としてとらえ、身体の病気と対比させて規定することがある。各種の臨床検査により支障部分は補足されうる。一方精神障害は臨床所検査で補足できないものがほとんどである。また症状（精神病理）が出現するにしても、その症状から明らかに病気、精神障害であると断定することは不可能な場合も生ずる。身体的病気では病気としての自覚があり、医師に訴えることが多いが、精神の場合は病気としての自覚（病識）がない場合もある。逆になぜ自分が治療を受けねばならぬかと抗議する場合すらある。」ということは、精神障害については、はじめに紹介したように全く複雑な定義、解釈がされている、ということの一般的、通念的な意味を表しているといえる。個人の特定の異常な状態だけ取り出して云えるものでないといえよう。個人とその環境との総体的な相互交渉、適応過程を含めてみる必要があるといえる。ここで、（異常、正常についての概念、その規定を引合いにしなければならないか、一応今のところ措くとして）別表のようにアメリカ精神医学界による精神障害のカテゴリーは包括的で全く詳しい。（参照、表2-1）

(2)精神障害原因について

2-1 身体的原因

生物学的身体上の原因により、とされるもの（災害、交通、その他の事故により身体にうける障害外傷など、また他の原因によるもの）である。さらに遺伝・素質よりとする身体障害のもの。これらは精神病理学のこれまでの方向であり、まず一般的であるが、内因性の精神障害、または精神分裂病など、まだ身体・内因性の問題について確証をうるにいたっていないようだ。

2-2 心因性的原因

たとえば神経症やヒステリーなど、Freud.S.による心理的な発達とからみあわせて解釈しようとする立場などの精神分析学。また行動心理学では適応失敗、学習の不適切、パーソナリティの未成熟、妨害構成によるもの、いわば家族環境より引き出された障害、といわれる。いずれに

しても心理的原因による精神障害の説明をいう。

ただ行動論においては、当然精神分析学と対立する。これは一連の不適切な学習結果と見なし、また社会的側面からみれば家族内力動の結果によるパーソナリティの統一の失敗とみられる、という。「発達途上の障害、不適切な学習行動、家族内力動による障害などの心理的原因により精神障害を説明しようというのである」とのまとめを加えている。

遺伝と環境

精神障害の遺伝性についてよく「血は争えぬ」とか「血筋の悪い家系」との俗言を引き合いにだし、また、「氏より育ち」とのことわざも述べる、われわれはこの遺伝、環境について検討したいとしている。

イ) 遺伝のしくみ、「染色体」より論をのびし、「ある形質の決定は複雑である。複数の遺伝子が重なって初めて現れ、また遺伝子の表現型への相対的強さにより、決定される」と、優生遺伝病、有害遺伝子についての顕在化と反対に顕在化しない潜在的に子孫に伝わることについても述べ、身体的な、たとえば全色盲とか、血友病などについても述べる。これら遺伝学、遺伝子工学の発達により遺伝子の解明には著しい解明は見られるとしながら、しかしまだ人間の段階には程遠く、精神障害の遺伝的側面を追求するにはと案じ、臨床的、記述的に検討する以外に方法はないであろう、と結んでいる。

ロ) 素質と環境

形質の発現についてふれ、遺伝説、環境説と前項の論より進め、「知能発達遅滞を引き起こす原因の一つにフェニールケトン尿症がある。

（略）しかしフェニールアラニンの量を制限すれば知能は正常に保たれ、（略）医学的介入による遺伝病のコントロールといえと述べる。常に言われているように、今は遺伝、環境と言うような対立概念は認められていないし、むしろその結びつき、あるいは Dynamic に互いに働きかけることの意をとるべき、としている。相互作用説というべきか。このことに関しての研究は大切である。以下に「研究方法について並べてみると、a) 家系研究法、これには有名なカリカック家、ジューク家の話、b) 双生児

法、一卵性、二卵性双生児の差異、類似について、c) 里親法、双生児の研究に養育・環境の因子を調べる」等となっている。ついでとりあげたいのは、精神障害と遺伝——についてである。この表でみられるように、「精神分裂病の場合一卵生双生児は二卵生双生児よりも全く高い。(相関が) その他みられる通り精神分裂病

さて、以上で精神障害等についての心理学的知見や報告、研究のものを紹介した。再びこの辺りで精神医学の論述に戻りたい。

§ 10 精神衛生の歴史(中島元一氏による)

これまで精神障害についてどのように扱われてきたか、これからの精神的健康を維持するにはどういう処置、対策、又そのことのための運動はいかに展開されてきたか、ということも省くわけにはいかない。ただ紙数のこともあり、概略紹介しつつ、述べることにとどめたい。すなわちヨーロッパにおける精神衛生の歴史、アメリカ、及び日本においての展

開をおおよそ見ることにする。

1) ヨーロッパの場合

ヒポクラテス(医学の祖といわれる)は「科学的見解をしめした唯一の人といわれ、——所謂聖なる病(てんかんなど)とは、決して他の疾患に比してより神的であるとか、神聖であるとかいうことではなく、他の疾病と同様に自然の原因によっておこるもののようである——」と。以後作業療法や娯楽療法も行われたが、ローマのガレノスにより教条化され中世になって次第に科学的なものから後退したようだ。とのべる。

いわゆる「魔女」の時代である。「医学から僧侶の手に移り、——というジルボーグの説——「ヒューマニズムの時代にありながらも、教会は魔女狩りをやめないし、1775年までつづいたという。精神障害者収容施設はアラビアでは700年頃からヨーロッパでは1100年頃からと。1247年、ロンドン市の長官が自分の土地をベツレヘムに寄進しイギリスの公立精神病院として

表 II-2 血縁者間の知能の類似 (Burt, 1966)

			Burtの研究		他の学者による研究	
			組数	相関係数	研究の数	相関係数の中央値
			374	.49	12	.50
双 生 児	1 卵生	いっしょに育てられた 別々に育てられた	95	.92	14	.87
			53	.87	4	.73
	2 卵生	同 性 異 性	71	.55	11	.52
			56	.52	9	.52
きょうだい		いっしょに育てられた 別々に育てられた	264	.53	35	.55
			151	.44	2	.47
他 人	養父母と子		88	.19	3	.20
	いっしょに育てられた子		136	.27	5	.23
	別々に育てられた子		200	-.04	2	-.01

[詫摩, 1970] より

の発病には遺伝的要因は高く関与していると思わなければならない。又家族・血縁関係のものを見ても肯づけられる。ただ一卵性双生児の場合の罹患率は60~70%、遺伝形質が等質なら100%一致率になるところだが——これには遺伝以外の要因も加わっているべき——という。その他まだ参考にしたい項目もみられるが、まとめていうと「分裂病は単純な遺伝様式でうけつがれ発病するものでないといえる。環境内に発病を促進したり、抑制したりする要因が存在することをこれらの研究は示している」と。

表 II-3 双生児の一致例

疾 患	1 卵 性	2 卵 性
精 神 分 裂 症	0~71%	0~17%
そ う う つ 症	33~100	0~39
て ん か ん	52~67	3~12
精 神 薄 弱	85~100	7~82
神 経 症	42~50	33~40

(上出弘之ら, 1966) を修正

つづいており、今慈善病院として存在していると述べる。

2) ピネルについて

あまりにも有名な人物でくわしい紹介は省くが、「後年サルペトリエール付きの医師、パリ大学の教授（衛生学、病理学）、ナポレオンの侍医もつとめた。この時代は病者は、鉄の鎖、手枷、足枷で拘束されていた。彼はルソー、ロックの精神を学び、「精神病患者は処罰に値するようなものではなく、悩める人間にふさわしい配慮をもって取り扱うべき病人である」といわれる。後、フランス革命の只中であり、彼の実践活動が後世の障害者開放の第一革命者たらしめたともいわれるとつけ加え、ピネルの業績を高くのべる。

3) ピネル以後

ピネルの改革以後、各国ともにこれにならう動きがあった。しかしたとえば分裂病などは不治の病という風にとられてきたためか又々もとの隔絶された病院に閉ちこめられることになってきている。「ダーウィンの『進化論』の影響も大きいのではないかといわれる。フロイトは、正常、異常の考え方から、病的なものではなく、「正常な心と連続した偏りとして示し、一つの基盤を与えた。その後マイヤーなどの説や、宿命論や人間の精神的健康の点に立って行われる試み等種々見られてきた。神谷美恵子 Dr の「ピネルの歴史的意味は何といっても精神病患者の解放の象徴となったことだが、この解放事業はその後彼の弟子たちや諸外国で多くの努力が試みてきたにもかかわらず今なお完成していない」と。神谷 Dr については後で述べたいことが山積みしている。

4) アメリカの場合

Beers.C.W のことは歴史に残る人物であろう。彼はエール大学卒業後、うつ病になり、「1900年に自殺を企てたので入院をさせられ、幾つかの病院を転々とした。しかしこれらの病院で暴力等ひどい仕打ちをうけ、州知事に訴えた文書のために退院できるようになった」と。後彼は、W.James に体験談を書いて送り又、「A Mind that found itself」という本を出した。これから精神障害者のいわゆる「精神衛生運動」が

はじまった、といわれている。このことについてはくわしく述べたいが他の機会にゆづりたい。

5) ビアーズ以後

彼の運動以後こういう精神障害に関する社会の目は大いに啓発され世界的に拡大したが、その運動も目標がいろいろ変わったことは歪めない。「(イ) 優生学への影響、(ロ) 環境の調整、という（非行、犯罪等の反社会的行動の現象への注目）ことに非常な関心を持ったのは当然である。今日の精神衛生（Mental Hygiene）より精神健康（Mental Health）への道のりも、この当時にも気付かれはじめたわけである。ただこのメンタルヘルスは今日のような汎社会病理」の立場には至っていないようだ。ただ1963年の有名な J.F. ケネディ 大統領の教書を引き出すような重要な要素、意味をつちかっていたことは当然の動きであろう。少し長いが大切な教書なので引用したい。「……病院施設は職員の不足、入院患者数の超過、居心地の悪い環境といった点でまことに恥づべき状態にあり……監置主義の施設にいる多数の精神障害者や地域社会にあって援助を必要とするさらに多くの人々を十分な治療もせず放置しておいて、資金が足りない、将来の研究にまつ、今後を約束するといった口実であまりにも長い間正当化されてきた。我々はもう一刻の猶予も許されない。……われわれは国民として今まで長い間、精神病患者及び精神薄弱者を無視してきた。このような無視はわれわれが同情と尊厳の理念を守り、人的能力を最大限に活用しようとするならば、すみやかに是正しなければならない……」と。

「こうしてアメリカ議会は『コミュニティ精神衛生センター法』を通過させ、10～20年以内に、56万人の入院患者の半数を社会復帰、各地に施設を建設する」という事態になった（このことについては昨年の小論文に報告）のは世界的な大きい進歩、開発といえよう。

しかし、である。（昨年の報告のように）「精神障害者の精神的健康の改善あるいは、治療のメドまた、社会病理現象との接点、というか精神障害の治療と社会問題の対象というか、精神医学や臨床心理学は特定の個人をみるが、しか

し社会病理にみられるこの問題の焦点、角度にかみ合わないところも多く個人の問題と社会構造のかかえる問題とを融合、調整してゆくのは大変な材料をかかえている」といわねばならない。これは思想、哲学と国の政策、イデオロギーにも関与してゆくのではないかと思われる。

6) 日本の場合

古いところでは「狂気」は勿論重い病気として在り、702年(大宝2年)の大宝令に「てん狂」があげられている。しかし先に述べたあのヨーロッパの「魔女」のような「悪魔」の考えはなかったようだし、迫害も大して認められていない。これらは日本人の特徴の一つの面を物語るものといえよう。「ただ1970年京都岩倉で「保養所」があり、精神病患者のための集まるところのようだったと。そしてそこで加持、祈祷、説教が行われた。

さて明治時代に入って1900年「精神病患者監護法」があり、不法監禁の防止とともに、私宅に監置したり、病院に入院させること、警察に委せられていた。(座敷牢の公認か)それより先1875年京都、1879年東京に精神病院設立。しかし呉秀三(この小論の冒頭に紹介した)が患者の人間的処遇をおし進めた。つまりいかにひどい処遇がおこなわれてきたが想像されるところである。呉秀三の人間的、ヒューマニズの立場と科学する心は歴史にのこる業績を残している」と。ここで新しく法の設立について、1950年(昭25年)精神衛生法が設立し、後に1964年(昭39年)ライシャワー事件がおこり一部改正が進められ(1965年)今日にいたり(1988・7・精神保健法が成立)精神障害者の処遇全般にわたって大巾な改正と進歩をみるにいたっている。

7) 問題点

日本のこの面においての現状をふまえて、この精神衛生面の課題にふれたい。すなわち諸外国と比べてのあり方を考慮してみるとなおよくわかると思う。「たとえば、アメリカでは力動犯罪精神医学の発展によって、精神障害者の治療や社会復帰に限定せず、犯罪者や非行少年の対策、育児、教育、社会福祉、人種問題、家庭問題、職場不適応」等に取り組んでいる。日

本での精神衛生という言葉について、たとえば、三宅鉦一氏は「精神衛生」ということは、精神病患者に対する取り扱い、精神病予防その他精神健全者の能率増進等を目的とするものであって、遺伝とかアルコール中毒、梅毒、学校衛生学に関することや、又放縦なる生活等を矯正するというようなことに関する手段方法を講ずるを目的とする……」という解釈、説明のしかたは一つの代表的なものか。さらに「泰井俊三氏によると精神衛生に関する理論と応用を研究する応用科学である。その目的は 1) 人格の発達と人生経験との間になり立つ関係を理解することによって、精神障害を予防すること。2) 個人及び集団の精神的健康の養護。3) 精神障害を治療する方法手段の発見と利用。の3つがある……」との説である。

「精神衛生の考え方の違いは、時代の流れ、問題解釈のこと、よりも文化、社会構造の変化によって異なる、とすべきであろう」と。いづれにしてもピアーズ以後の世界のこの運動の拡がりは今、社会の各種の領域に必至の思想であり常識であろう。日本はこの面は相当の遅れを示している。このことについては後で再び述べたい。

§ 11 精神衛生の対象

この対象ということになると、前項でも述べたように社会心理的問題から一般正常者の範囲にまで広がる。とくに現今の社会変動のはげしい現象の下では、障害と健康、正常と異常等あまりにも問題が複雑多岐にわたる。しかし大まかに分けて4群に述べて紹介したい。

1) 社会心理的対象

登校拒否と家庭内暴力である。「神経症的なメカニズムによるものに登校拒否が多くみられる。家庭内暴力は登校拒否と合併もある。よくみられる例は、平素おとなしい子どもがさ細なこと(と他人はみるが)から暴力、器物を壊したりという型である。

両者に共通する社会心理的にみた背景は、家長父制の崩壊で、父親のアイデンティティの喪

失、そのための父親なき社会、家庭、という形であり、子どもの目にうつる父親の存在感は全く薄い」と。また次のように、

「ついでアルコール中毒があげられる。わが国は飲酒に対して寛容で社会生活上、習慣上多く接することになる。慢性アルコール中毒また依存症へ、つづいてアルコール幻覚症、コルサコフ病等々の発症をみるにいたる非社会的な行為や反社会的な犯罪行為と結びつくことも多い」と。

薬物依存と薬物乱用

「1960年代後半から覚醒剤乱用の再燃

シンナー・ボンド等の有機溶剤、接着剤吸引の青少年、これがために精神的依存のみだが次第に身体的不健康から疾病にいたっている。

(ヒロポン、大麻) また、

自殺。「その行為の結果を予測しつつ、自ら意図して自らを殺す行為である」といわれるが、動機が問題で、直接動機とその準備状態形成とが要素で、主として厭世、病苦、家庭不和。後者には環境的な要因と精神不健康などが考えられよう」と。そして、

非行。これはもう各種の社会相におけるの常識的少年期の逸脱行為で(少年法でいうところの法にふれる行為)いろいろな話題がある。しかし精神障害との関連についてはにわかに論じられないし、むしろ社会変動とともに(たとえば戦前はシンナー・ボンド等による問題行動は皆無だった)起こるもので原因は早計に論じられないし、定義や特徴も説明には確信を持ってないとする説が多い。

2) 個人心理的対象

イ) 神経症(ノイローゼ)、この定義は全くむづかしい。以下に簡略に紹介にとどめたい。

「神経衰弱、頭痛、めまい、耳鳴り等の症状を持つものに多い。不安神経症：不安発作とか予期不安、がこれに入る。心悸亢進、胸内苦悶等、こういうことから外出恐怖、乗物恐怖を伴う。発作のない時は情緒的に過敏、神経衰弱に移行しやすいという。ヒステリー：自己顕示的自己中心的等、幾分の変動がはげしい。困難な状態に遭遇すると、さまざまな症状を示すと。又精神症状としては仮性痴呆、身体症状として

はけいれん等もある。強迫神経症：自分ではこんな考えや行動をするのはばかばかしいとの考えがあるのにやめられない、こうした症状をいう。自分のことにこだわるのが主症状であろう」と。

ロ) 子どもの神経症的な問題

子どもの神経症の問題は、「おとなの神経症」という概念をそのまま子どもに当てはめることはできず、神経症的なメカニズムがはたらいっている問題として理解するのが妥当であろう」と。いわゆる、偏頭痛、失神、チック、夜尿など、また拒食、悪夢、夜驚、夢中遊行、どもり、爪噛み、そして登校拒否などである。

ハ) 心身症、心理的要因が主となり、身体症状を主とする身体疾患で近代の新しい領域である。独立した疾患単位ではなく、各科(内科、小児科等)においても心因がその発症と経過に主役を演じているものである。そのために相当多くの疾病が含まれる。

ニ) 他には青春危機、思春期やせ症、神経性無食欲症その他の症状がある。

3) 身体医学的対象

イ) 精神薄弱、今日英米では精神遅滞と呼ばれている。先天性とか出生時等に何らかの原因による知能低下、遅滞あるいわ停止した状態という。段階に広じて境界、軽度、中度、重度、最重度に分けられる。ダウン症候群も含まれる。

ロ) てんかん、発作によるものとけいれんや意識喪失など諸症状あり、又精神運動発作(表情、言語などに奇異な自動運動を示す)を伴うもの。

ハ) 老年期の精神障害、老化現象、つまり更年期である。この期にうつ病、妄想症、あるいは幻覚など、脳動脈硬化症、老人痴呆がある。

4) その他

精神分裂病、躁うつ病、及び自閉症がある。特に自閉症は1943年 Kanner, L.により幼児自閉症の精神障害の報告があり、幼児の脳障害が原因とみる考えが多かったが近時発達障害は情緒、言語、そして対人関係よりみようとの見方が多くなりつつある。

これまで紹介しつつ、述べてきたところは「精神障害」、「精神衛生」について、医学の面から、

すなわち現症、あるいはその症状、治療および対策などについて、それと共に心理学などの面からの説明をあわせ進めてきた。しかしこれが、どのように、たとえば精神障害者が生活しているか、社会でどのように理解されているかについても一般の資料や報告材料から見ていかなければならないと思う。次回にこのことについて述べることに責任あるものと考えている。

引用・参考文献

- 1) 精神医学事典：弘文堂・昭50
- 2) 精神障害者の医療と人権：秋元波留夫著・ぶどう社・1986. 6.
- 3) 精神衛生序説：相場均著・前野書店・昭33
- 4) 精神衛生：織田正編著・学苑社・昭56
- 5) 精神衛生：小杉正太郎編著・川島書店・1979・9
- 6) 精神衛生：高木四郎、中野佐三著・金子書房・昭51
- 7) 精神医療レポート：エルンスト・クレー著・山本、山崎、山田訳・批評社・1989. 6
- 8) 障害者は、いま：大野智也著・岩波新書・1988・8
- 9) リハビリテーションを考える：大島貞夫編著・相川書房・1985・10
- 10) こころの科学 19こころの危機への援助：日本評論社・1988. May
- 11) 精神保健1988.No.1：日本精神科看護技術協会
- 12) 更生保護：1989. 1・法務省保護局
- 13) 「アメリカ西海岸における精神障害者のためのCommunity Careを観る」のTourに参加して：島津貞一・東海女子大学紀要第8号・1988