

精神医学，精神医療とは

1. 精神の健康

WHO（World Health Organization: 世界保健機関）の憲章前文に、健康とは「肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない」と定義されている。

精神（心）は脳の働き、身体の状態、さらには自我意識や思考、感情、意欲などとも深い関係がある。精神の健康（心の健康）とは、これらが正常に機能している状態といえる。

一般的に、健康と不健康あるいは正常と異常を区別する規準には、平均規準、価値規準、医学的規準の3つがある。

平均規準は、全体の平均値の周辺を正常とする見方である。多数者正常の原則ともいうが、多数者の判断が正常とは限らない。

価値規準は、その社会の常識や理念と合致すれば正常、合致しなければ異常ということになる。当然、個人、国、文化、風俗習慣によって正常と異常の規準が異なってくる。また価値規準は、時代によっても異なる。

医学的規準は、医学的見地から正常と異常の判断をするので、裁判などでは重要な意味をもってくる。しかし、精神の健康状態を判断する場合には、埼玉の少女連続殺人事件（1988～89）や大阪池田小児童連続殺傷事件（2001）のように鑑定あるいは診察する医師により微妙な判断の違いが生ずることがある。精神障害がないから精神の健康が保たれているということではない。不安・恐怖や苦悩が強くないこと、所属する社会や集団へ適応できること、自分の役割を果たす努力ができること、自己実現を目指して主体的、創造的に生きる努力ができることなどが、精神の健康を保つために必要である。

したがって、精神の健康と不健康あるいは正常と異常については、1つの規準だけで判断するのではなく、さまざまな角度から慎重に検討することが大切である。

21世紀に入ると、急速に進む高齢化社会、生活習慣病の増加、心の健康問題などは、喫緊の課題として国の重要政策になった。

1978年の第1次国民健康づくり対策、1988年の第2次国民健康づくり対策によって、健康づくりの基盤整備が推進された。2000年3月には、第3次国民健康づくり対策の健康日本21（21世紀における国民の健康づくり運動）がスタートした。この運動の基本は、第一次予防によって生活習慣病（がん、心臓病、脳卒中、糖尿病など）を予防するために、食生活、運動のみならず、こころの健康づくりにも目標設定を行い、国民の健康増進を図ることである。

2004年3月に厚生労働省は、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発研究会」

報告書と、「こころのバリアフリー宣言 ～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～」を発表した。さらに「こころのバリアフリー宣言」の内容を周知するためにポスターを作成・配布した。その他、「うつ対策推進方策マニュアル」「うつ対応マニュアル」の提供など、うつ病をはじめとする精神疾患の啓発普及活動に力を注ぐようになった。

2007年4月には、2005年から始まった健康フロンティア戦略に続き、10年間(2005～2014)で国民の健康寿命を2年程度伸ばすための新健康フロンティア戦略が策定された。こころの健康づくりについても、認知症やストレス、うつへの対策が取り上げられている。この戦略は、健康寿命延伸の具体的な数値目標と、重点的に政策を進めるための4つの作戦で構成されている。

2. 精神障害の概念

精神障害とは、平均規準からある程度偏った精神状態を包括した幅広い概念である。その境界は漠然としており、国や学説によって異なる。

精神障害として国際的に合意されているのは、ICD-10（国際疾病分類）第V章「精神及び行動の障害」に分類されている精神疾患である。しかし、精神疾患という概念と精神障害の関係については、専門家の間でも一致していない。

ちなみに、わが国では精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）第5条に、「**精神障害者とは統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう**」と定義されている。ここでも、精神疾患と精神障害の関係はあいまいである。

精神障害は、平均規準からある程度偏った精神状態で、かつ医学的治療を要する精神疾患を包括した概念と考えるのが常識的である。

3. 精神医学・医療の歴史

a. 欧米における精神医療の歴史

学問としての精神医学の起原は、19世紀後半頃である。精神障害はそれ以前にも存在したはずである。大切なことは、精神障害に対する見方や考え方は時代によって異なり、それに伴って処遇も大きな変遷を経てきたという事実である。

1) 古代

ギリシャの医学者ヒポクラテス Hippocrates (BC460～375) は、精神病は身体疾患、すなわち脳の病気であると、従来の「悪霊説」を否定した。

ヒポクラテスの影響で、ローマ時代には「仕事は最良の医師である」という観点で、現在の作業療法のような働きかけも試みられている。少なくともこの時代には、精神病も他の病気と同じに扱われ、極端な差別や偏見はなかったと考えてよいだろう。

2) 中世

ローマ帝国滅亡から、ルネッサンスに至るまでのヨーロッパ社会は、社会的文化的に暗黒時代とよばれている。

この時代には、精神障害を流行病や天変地異などの災害とともに悪魔のしわざと考えられるようになる。悪魔を発見するための診断法や診断用器具がみ出された。この方

法で「魔女狩り」が行われ、発見された魔女や魔法使いの多くが、精神障害者だったといわれている。

「魔女狩り」は15世紀ごろがピークで、少なくとも15万人の精神障害者が魔女裁判にかけられ、虐殺されたといわれている。集団殺戮の道具になったのが、魔女狩りのマニュアルとしてドミニコ派の僧侶クレマーとシュプレンガーによって書かれ、ローマ法王の承認まで得た「魔女の槌」である。

16世紀から17世紀にかけて、精神病の研究も始まり、ヨーロッパ各地には精神病院が設けられるようになった。しかし、入院患者への処遇は、非人道的なものだった。

3) 近代

18世紀に入ると、啓蒙思想の影響で、精神病に対する今までの考え方が取り除かれ、精神病者を人道的に処遇しようとする実践家が現れるようになった。

イギリスのウィリアム テューク Tuke W (1732 ~ 1822) は、ヨーク救護所を設立、患者に休息と自由労働の場を提供した。

フランスのフィリップ ピネル Pinel P (1745 ~ 1826) は、パリのピセートル病院で精神病者を鎖から開放し、道徳的、人間的処遇 moral management を提唱した。

イギリスのジョン コノリー Conolly J (1794 ~ 1864) は、無拘束治療運動を推進した。

アメリカのドロシア リンド ディックス Dix DL (1802 ~ 1887) は、州立病院の改革運動を展開した。

一方、19世紀は精神病を科学的に解明しようとする動きが、イギリス、フランス、ドイツなどで活発になり、精神医学の黎明期ともいわれている。

4) 現代

19世紀末から20世紀初頭にかけて精神医学史上で重要な存在は、クレペリン Kraepelin E (1856 ~ 1926) とフロイト Freud S (1856 ~ 1939) である。

クレペリンは、疾患の経過、転帰、治療上の経験などを参考にして、早発性痴呆（後の統合失調症）と躁うつ病の概念を明らかにした。彼の考え方や方法論は記述精神医学とよばれ、ドイツを中心にヨーロッパの精神医学の発展に大きく寄与する。

この時代には、現在は使用されることはなくなったが、マラリヤ療法（1887）、インスリンショック療法（1933）、カルジアゾールけいれん療法（1935）、電気けいれん療法（1938）などの身体的治療法が開発され、治療面では新しい発展がみられた。

フロイトは、自由連想法を考案して精神分析を始めた。フロイトの精神分析は、アメリカでアドルフ マイヤー Meyer A (1866 ~ 1950) の精神生物学と結びつき、力動精神医学へと発展していく。

力動精神医学を土壌にしてアメリカで生れたのが、ビアーズ Beers CW (1876 ~ 1943) による精神保健運動である。精神科病院改革から始まったビアーズの運動は、やがて全国的な精神保健運動となり、国際精神保健会議として結実することになる。

その後、フロイトの精神分析は、新フロイト派（サリヴァン Sullivan HS, ホルナイ Horney K, フロム Fromm E ら）によって社会科学と結びつき、社会精神医学の発展やマックスウェル ジョーンズ Jones M の治療共同体活動に大きな影響を与える。

20世紀の後半になると、向精神薬クロルプロマジンや地域精神医療の登場により、

精神医療の新たな展開が始まる。

向精神薬クロルプロマジンは、1952年にフランスのドゥレイ Delay Jとドゥニケル Deniker Pによって発見された。これをきっかけに、現在に至るまで次々と新しい抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬が開発されている。電気けいれん療法を除く身体的治療法は姿を消した。

精神科病院の雰囲気は開放的になり、現在では薬物療法と、精神療法、作業療法、レクリエーション療法などとの組み合わせ、さらには外来治療が精神科治療の主役となってきている。地域精神医療は、第二次世界大戦後に台頭した精神医学の新しい分野で、代表的なのが**キャプラン Caplan Gの予防精神医学**である。

キャプランは、環境条件の改善により精神障害や情緒障害の発生を予防する一次予防、早期発見と早期治療の二次予防、慢性患者の社会復帰と再発防止の三次予防の必要性を強調した。

アメリカの地域精神医療は、まず情緒障害児や神経症に対する一次予防から始まり、統合失調症患者の大部分は、州立精神病院で長年放置されたままだった。1963年に当時の**ケネディ大統領が、《精神病及び精神薄弱に関する教書》**を発表、入院中心から地域中心の医療への転換を図った。

ところが、退院患者が増えたが、ホームレスや入退院の繰り返しなどで、結果的には問題が残されている。

一方、ヨーロッパでは、インスティテューショナルリズムの原因は長期入院との観点から、原因不明の内因性精神病患者の二次、三次予防を中心にした地域精神医療に力が注がれた。

代表的なのが、ジョーンズによる社会復帰病棟の全開放（1947）、ビエラ Bierer Jが設立したデイホスピタル（1953）などである。その後、デイケアセンター、ナイトホスピタル、保護工場などの中間施設が数多くつくられ、入院中心の医療から地域中心の医療へと移った。またフランスでは、早期発見、早期治療、社会復帰のネットワークづくりがすすめられた。

b. 日本における精神医療の歴史（精神科看護の歴史を含む）

1) 古代

わが国においても、古代から精神障害が存在したことは間違いないが詳しいことはわからない。わずかに、大宝律令（702）に精神病の記載があるだけである。

当時の状況から、社会的な差別や偏見はなかったと思われる。特別な収容施設はなく、どのような処遇を受けていたかも不明である。

2) 中世

この時代になると、精神障害者は、「狐つき」「犬神つき」などの迷信的な見方をされるようになり、「物狂い」「癡狂」とよばれていた。反面、ヨーロッパ諸国のような組織的な差別や迫害は受けていなかった。

治療は宗教的な加持祈祷、灌水が中心で、お灸や漢方薬も用いられていた。東京の高尾山薬王寺、新潟の慈光寺、千葉の厚木妙行寺、京都岩倉村の大雲寺は、治療や祈祷のために多くの精神障害者が集まったので有名である。病院とよべるようなものはなく、収容施設としては、応永時代（1394～1428）に、三河羽栗の灸寺、泉州七山の浄見寺

などが創設されたぐらいである。大部分の精神障害者は、そのまま自宅に放置されていた。

江戸時代には、精神障害者の犯罪を乱心として軽減される時期もあった。しかし、その後は、牢獄への「入牢」、自宅での「檻入」、非人溜りへの「溜預け」などの処置が取られるようになった。幕府が公認した座敷牢の始まりである。

19世紀になっても、公立の収容施設は、京都府癲狂院（1875～1882）と**東京府癲狂院（1879）**だけである。前者は、7年後に廃院となり民間に移管、現在の岩倉病院の前身である私立京都府癲狂院に引き継がれる。後者は、現在の都立松沢病院である。

民間では、安芸の武田癲狂院（1808）くらいで、大部分の精神障害者が放置されていた実態には変わりがない。

3) 近代

1900年には精神病患者監護法が施行される。この主旨は、**私宅監置**の合法化と治安的な意味合いが強く、むしろ私宅監置される精神障害者の数は増加していく。

1900年にドイツに留学していた**東京大学教授 呉 秀三（1866～1932）**が帰朝した。この時期よりわが国の精神医学は、ドイツ精神医学によって統一されることになる。

呉らは私宅監置の全国的な実態調査を行い、1918年にその結果を「**精神病患者私宅監置の実況及びその統計的観察**」として公表した。

彼の努力により、**1919年に精神病院法**が制定される。この法律で都道府県立精神科病院の設立が可能になった。しかし、当時の日本は、莫大な国防予算で財政的ゆとりがなく、鹿児島（1924）、大阪（1926）、神奈川（1929）、福岡（1931）、愛知（1932）の5カ所に公立精神科病院が設立されたにすぎない。したがって、最盛期には5万床程度まで増加した病床も、その大部分は民間に依存していた。

1938年に厚生省が設置されるが、精神科病院は内務省（警察）の管轄下に置かれ、治療より治安維持が重視されていた。

わが国の精神医療体制は、質量ともに未整備なまま第二次世界大戦に突入することになる。精神科病院の大部分は、軍病院として接收されたので、終戦時には4,000床程度まで減少する。

こうした意味で、本格的なわが国の精神医療・看護の歴史は、終戦後の1945年から始まるといってもよいだろう。

4) 現代

第二次世界大戦の終結とともに、わが国の精神医療は、民主主義の根幹である人権思想とともに、米国で発展した力動精神医学の影響を受けることになる。同時に、心の健康の予防と向上のための精神衛生思想も取り込まれていく。

1947年に精神医療行政は、内務省（警察）の手を離れ厚生省に移される。1950年には、精神病患者監護法ならびに精神病院法に代わる**精神衛生法**が施行される。

精神衛生法では、私宅監置は禁止され、都道府県に公立の精神科病院と精神衛生センターの設置が義務づけられた。反面、措置入院や同意入院などの実質的な強制入院制度が創設される。したがって、本質的には精神病患者監護法や精神病院法の治安的側面と、入院中心主義の思想は引き継がれることになる。