

#### 4. 精神衛生行政の動向

わが国の精神衛生行政は昭和27年の精神衛生法の制定以来、従来の医療保護中心のものが予防対策を含めた幅の広いものに変化してきた。この精神衛生法の制定により従来行なわれていた私営監置制度は原則として廃止され、精神病者は医療機関で医療保護を受けることになり、また鑑定医制度が採用されたこともあって、精神障害者の人権が尊重されることになった。さらにこの対象を精神病者のみならず精神病寛者や精神薄弱者等にもまで拡大し、3/31現在までに行なわれた精神障害者の全国実態調査の結果、非営利法人の精神病院の設置がまだ運営に要する経費に対して国庫補助の規定が設けられた。その後、精神医学の進歩と精神病床の飛躍的な増加と、20年の精神衛生法一部改正が行なわれるなかでこのままの入院治療中心のものが、地域精神衛生を含めた幅の広いものに変化した。また精神障害者の社会復帰対策の重要性が認識されるなかで、1971年に精神障害回復者社会復帰センターが予算化され、さらに人口の過密化、社会生活の多面化等の事態に即応して特別都市対策として保健所の精神衛生活動がいろいろ充実強化さ



れた。ところが精神障害者の人権問題や精神病院の  
運営管理の非近江性等が強く指摘され、精神病院の  
あり方について再検討が行なわれた。他方若人性精  
神障害者、アルコール等の中毒者、犯罪性の精神障  
害者や精神病患者などの特殊な取り扱いを必要とす  
る精神障害者対策の充実強化が必要となってきた。

精神障害という言葉は、精神衛生法の中で、その  
三条に、「精神痴」、「精神衰弱」、「精神病態」  
の三つを指すものと規定されている。入院治療によ  
る精神障害者の病院には、次の状況がある。

1 完全寛解、2 社会的寛解、3 不完全寛解、  
4 軽快である。その詳細は以下のとおりである。

### < 退院状況 >

- 1) 完全寛解 — 医学的、心理学的にも全く病的兆候を  
見えないなおり方（治癒）
- 2) 社会的寛解 — 医学的にはなお病的兆候を示すが、性質  
につき社会生活が可能な場合
- 3) 不完全寛解 — 医学的にはなお不充足ななおり方  
（社会的寛解を含む）



4) 軽快 — 悪化の時期よりは好くなったが、不定  
全寛解には達しなかつた。

次にあいつりん地区で問題のアルコール中毒について  
少し論じてみよう。

## 5. アルコール中毒

### 1) 中毒精神病

有毒物質に対する大脳の反応として理わかる精神障  
害を中毒精神病という。

中毒の作用する時期の長短により、急性と慢性とに  
分けられる。急性中毒の多くは偶発的事故（あるいは  
自殺の目的）で起る。その精神障害は概ね一過  
性で、ほとんど常に意識障害を中軸とする外因反応型  
となる。これに対して慢性中毒は、一部、職業中毒と  
して知られるものもあるが、その大部分は嗜癖（依存  
）のもとに起ってくる。嗜癖とは毒物（嗜好物）を長  
期にわたり摂取することによって習慣となり、その有  
害なことを知りつつも、止めがたいと心身に不快な症  
状が理わかるので、その使用が中止できず、つねに  
その毒物を用いようとする強い欲求の生じる状態をいう。



嗜癖と慢性中毒とは相互に助長しあ、て、定型的な悪循環を作り、放置すればその関係は果しなく悪化するのが通例である。慢性中毒に陥ると、種々の持続的な精神症状が引き起されるが、特殊な場合を除いて、一般に意識障害を認めることはほとんどなく、むしろ性格変化や知能低下の形が現われてくる。これらの個々の病像は、毒物の種類により、それぞれ明らかに特殊性がある。しかし、毒物のいかんにかかわらず、嗜癖ないし慢性中毒に陥りやすい人には、その個人の側に明らかに一定の条件が認められることが多い。それは体質的要因（その毒物に対する親和性）、性格的要因（意志薄弱のごとき精神病質人格）、さらに社会環境的要因（職場や家庭の不和、悪徳的な環境、毒物の入手しやすい環境）などが色々とからみ合っている。

## 2) アルコール中毒

アルコール中毒も急性と慢性とに区別される。前者は、われわれが飲酒したときの普通の酔いの状態（単純酩酊）、および酒くせが悪いと一般に言われている一過性の病的酩酊、ばういの状態（病的酩酊）とをいう。また慢



性中毒は、俗に“アルコール中毒”と呼ばれているもので、嗜癪のもとに発した障害で、著明な身体的、精神的な症状を持続的に来すものをいう。

病的酩酊は、飲酒によって引き起された異常状態で、激しい精神運動興奮を伴うもうろう状態をいう。一時的素直のあるもの（爆発性の性格異常、テンかん）あるいは後天的に大脳がアルコール不耐性になっているもの、あるいは脳に器質的な病変を起っている場合（たとえば脳外傷、脳動脈硬化、慢性アルコール中毒ですでに脳病変のあるもの、ヤウゼ、進行麻痺など器質脳疾患に罹っているものなど）に、しばしばこの状態をみる。しかし、普通のものでも、飲酒時の気分（不満、激怒興奮）、身体の調子（甚だしい疲労、衰弱）、気候的悪条件（厳寒、酷暑）などによって、突然に病的酩酊の状態が誘発されることもある。

病的酩酊の発生は、必ずしも摂取した酒の量に関係がなく、むしろほんの僅かの酒量によって理わかることが多い。その行為は、シラフのときの人格にはまったく認められないような狂暴性を示すことが稀では無いので、



犯罪行為として問題になり、しばしば精神鑑定の対象となる。発作のあとは深い睡眠で終り、覚醒後は追想の脱落を認めることが多い。

病的酩酊の治療法には特殊なものはなく、鎮静剤の注射などをして、ほとんど無効である。発作の際には、自他に危険のないように保護手段を講ずる方が一番よい。病的酩酊を繰り返さえずものでは、酒を飲まないことが最良の予防法である。

### ① 慢性アルコール中毒

我々は、常習飲酒により著明な身体症状及び精神症状を生じるに至り、そのために社会生活、家庭生活に著しい支障を来すとき、はじめてこれを慢性アルコール中毒という。慢性中毒者になると、その多くは飲めるも異常になり、朝から酒を飲まずにはおられないなり、一日中、酒の気のまわまわがないう状態に至ることすらある。借うは照っていても、夜中に目をさますと起き出して、一杯酒を口にしなければ「我慢できないう

### 。 症状

#### 1) 精神症状



一般に“知性の低格化”が次第に起ってくる。注意集中は困難となり、記憶が衰え、精神作業能力は減退し、遂には痴呆となる。感情は一見、爽快で上機嫌のこともあるが、しばしば気分不安定で、ある場合には不機嫌な刺戟性を示し、ある場合には鈍麻傾向がみられる。また意志薄弱となり、仕事に飽きっぽく、職務にだらしなくなり、高学感情の鈍麻と相まって、社会的な失敗、脱線を再三くりかえすようになる。又、家庭をかえりみず酒を飲むので経済的負担も重なり、またしばしば家後に対して手荒な行為に及ぶので、家庭悲劇の源となる場合が多い。

### (ii) 身体症状

その主なものは神経系、循環器および代謝の障害である。

### (iii) アルコールてんかん

時々慢性のアルコール中毒者でてんかん様の痙攣発作を来すものがある。

以上が普通の慢性アルコール中毒の症状であるが、しばしばその基礎の上には、諸種の急性あるいは慢性の著明な精神障害が出現する。これをアルコール精神病という。



## ② アルコール精神病

### (1) 病像

#### ① 振戦せん妄

ほとんど常に10年以上も大量の強い酒を飲み続けた中年以上のものに起る。全身の粗大振戦を伴った特有の意識障害がある。

しばしば前題が認められ、数日前から不眠、不機嫌があり、ことに夕方から夜間にかけて不安状態が起り、眠ると悪夢に驚わけて強度の発汗を来す。またこの頃すでに、酒を飲んで家に帰る途中などで、一時的に小動物の群を幻視するようなこともある。

症状の出現は突如夜間に起ることが多い。病像の前景にたつのは特有の夢幻様の幻覚、ことに幻視である。その内容は無数の小さな生物(鼠、南京虫、昆虫など小動物の群、こびと)が活発に動きまわり、急速に場面が変転するものが特徴である。幻視とともに錯視も多く、衣具の上の塵を虫と見たり、天井のシミを怪物の顔と見たりする。又壁が倒れかかってくるよう感じたり、床が不気味にゆれ動くように思える。ときには、小動物の群が



喊声をあげるような幻聴や皮膚の上を虫がはいまわって、  
いるような幻触を感じる。このような幻覚、錯覚によって  
、患者は恐怖にめづめづ、絶えまのなりの運動不穩に陥る。  
たとえば、皮膚やベットの上をしまりに打ち抜く動作を繰  
りかえず。

本病の持続期間は通常3〜5日で、深い眠りとともに終  
るものが多い。ときには幻覚、妄想が、あとで長く続くこ  
ともあり、コルコフ精神病に移行することもある。患者の  
一部は、発病中に心臓衰弱や肺病で、あるいは、仮性肺炎  
への移行で死亡する場がある。本病が回復したあとも、  
飲酒を続けると再び再発はまぬかれない。

### 11) 急性アルコール幻覚症

振戦せんをもつ稀であり、発病年齢も一般に、より若い  
人(30〜35才位)に起りがちである。

不眠の前駆症状の後、好んで夜間、突然に現われること  
が多い。その際、意識はだいたいのりて清明で、見当識  
もおおむねよく保たれている(しかし病識は欠如している)。  
さかんに幻聴が起り、たとえば鐘声、戸をたたく音、人の  
足音などさまざま、次第に罵りあうような人々の声となる。



しばしば被害的内容をもっており、声同志が、たがいに患者を迫害し密談してゐるやうに聞える。

そのため、患者は二次的な被害、迫害妄想を抱き、危害から身を守るために逃げ回ったり、防衛のため攻撃したりする。感情はやはり不安(苦悶)が著明で、しかも同時に“酒家ユートピア”が稀ならず認められる。

身体症状は著しくなるのが常で、わずかに睡眠障害を認められるにすぎない。やがとも振戦せんきの際のように高度なものではない。

これらの症状は大部分、一過性で、身ければ一圓筒以内(長くとも2圓筒)で徐々に消失する。禁酒にせかかわらず、このような幻聴が2ヶ月以上も続くような場合は、精神分裂病の誘発が考えられるなければならない。

本病も酒を続けると再び再発しやすい。実際には振戦せんきとの混合や移行型も決して稀でなく、厳密に区別することの難しい場合が多い。

Ⅲ) コルサコフ精神病(多発神経器性アルコール精神病)  
平素、とくに強い酒に親しく慢性アルコール中毒者に発  
生に起つてくるが、振戦せんきに引き続いて、その欠陥



状態として理ゆつてくることもある。

本病の精神症状のうち、最も目立つものは Korsakow 症候群（記銘障害、失見当識、作語症）であるので、この名がある。意識は清明で、知覚や臆解も必ずしも悪くはないが、記銘が甚だしく得せぬのが特徴で、極端な場合には、ある瞬間の体験を次の瞬間に忘れてしまうほどである。見当識も著しく障害され、甚だしきは自分の氏名すら忘れてしまうものがある。記憶の欠損は、だんをよ思いつき、口からずまかせの作り話でうめていくから、その話の内容はその時、その用だえが変っている。

### 3) 療法

アルコール嗜癖に対する療法はなかなか難しく、だんに医師が忠告程度に禁酒を命じるぐらいではだんの効果もない。できれば強制的に施設に收容するのが最も確実である。しかし、だんに長期入院せしめても、大抵長期病はもたず、退院せしめば、在院中の堅い誓いにもかかわらず、その日からでも、またまた飲酒する例が非常に多い。

重要なのは、患者をだんにアルコールから隔離することではなく、嗜癖を形成するに至る個人側の要因に対する



対策である。それにはまず身体的に酒を飲まないように  
する(抗酒癖の扱方)こと、性格改善的な意味で、相対  
的よい精神療法を試みること、さらにはまた患者をとりに  
く悪環境を調整することなどを併せ考えられる。最近では  
断酒グループが各地に出まており、これに加入して自己  
をまたえてゆく方法もある。

4)

大衆の成人の社会的責任者対策において、慢性アル  
コール中毒者対策を放棄して、その行政効果を期待する  
ことは不可能といっても過言でない。

#### 1) 慢性アルコール中毒者の判定基準

1. 慢性アルコール中毒の診断名で、精神病院に入院し  
た経験の有無。
2. 禁断症状など、身体、精神上の徴候の有無
3. 泥酔保護(いわゆるトラップ)、過量の飲酒の歴が  
仕事をはじめとして、朝酒などの社会的なものは  
日常生活上のトラップの有無。