

保健のしおり

1. 精神衛生
2. 蛋白尿検査

東北大学保健管理センター

昭和 4 7 年

われわれは健康がすべての存在と活動の基本であることを知っているし、社会的にも人の生命の価値はますます高く評価されてきた。また保健に関する情報もわれわれの周囲にかぞえきれないほど存在している。それでいて、いよいよ苦痛や不自由が始まるまでは健康のありがたさがわからないのが常である。

しかし、われわれは今日少なくとも、正しい知識にもとづいて行動すべきであり、また自分以外には自分の健康を真に考えるものはいないのであって、各自がその身体に責任をもたなければならない。

病気は当人にとって苦痛であるばかりでなく、社会にとっても損失が大きいので、病気にならないこと、すなわち予防が何よりも大切である。今日医学は予防と早期診断の時代となっている。保健管理センターは、この予防と早期診断を主たる目的として設置された。

医学はたえず進歩して医療の常識も変わっているので、新しい適切な助言を提供するために、センターでは今後このような小冊子を逐次印刷して配布する予定である。是非一読されて座右にそなえていただきたい。

なお身心について気がかりなことや、人にはいえないような悩みがあるような時は、保健室の医師をおとづれることをおすすめする。きっと諸君の味方となって相談にのってくれるはずである。

1972. 3

保健管理センター所長

島 内 武 文

4. 目 次

V 精神障害の種類

1. 性格とその異常
2. 神経症（ノイローゼ）
3. 精神分裂症
4. 躁うつ病

— されば悩みはわれにとどまれよ

地上の子なるわれには

愛し、また悩むはさだめなれば—

ヘルダーリン (小牧健夫訳)

ヘルダーリンは、1770年、ネッカー河畔のラウフェンに生れ、チュービンゲン神学校を卒業した。詩作の為、神職につきことを拒み、家庭教師をして暮らしているうちに32才頃から精神に異常を来し、其の後、「売られて天の俘囚となった」ま、40年を過ごし、73才で死んだ。

文 庫 内 容

精 神 衛 生

東北大学保健管理センター学医

石 井 厚

目 次

はじめに

I 精神の正常と異常

II 精神障害の発生

III 精神障害の現われ方—体験からみて

1. 意識障害
2. 知覚の異常
3. 思考の流れ、思考の内容の異常
4. 感情の変化
5. 意欲の障害
6. 記憶の異常

IV 精神障害の現われ方—行動からみて

1. 表情、服装、態度など
2. 日常生活—活動性
3. 学 業
4. 自 殺

V 精神障害の種類

1. 性格とその異常
2. 神経症 (ノイローゼ)
3. 精神分裂症
4. 躁うつ病

- 5. てんかん
- 6. 中毒性精神障害
- 7. 性の問題
- VI 精神衛生相談の実際

ヘルプーラン (小教健夫訳) コ 03 1

常員と常玉の幹解 I

主席の苦痛時解 II

ヘルプーランは、1970年、ハンカ一野野のブ... III

チェーピンゲン... IV

ことを読み、... V

精神に異常を来し、... VI

40年を過ごし、... VII

計画の附添 1

苦痛の知意 2

常員の勤玉 3

ヘルプーランの設計 一 式はは見の苦痛時解 VI

とる状態、発眼、附表 1

計備部一高主當日 2

章 幸 3

録 自 4

常員の苦痛時解 V

常員の苦痛時解 1

(3-10) (ト) 2

常員分幹解 3

附の(解) 4

はじめに

"HEALTH is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

これは、WHOの憲章草案の一部で、健康ということの意味を規定したものである。

こゝでは、人間という存在は、身体的、精神的、又社会的存在であるということの基本にして、健康というのは単に病気でないとか虚弱でないとかいうのではなく、心、身両面、更には社会的にも完全に健かな状態を指すのだと述べている。この考え方は精神衛生を考える場合にも当然当てはまるのであるが、この小冊子では精神障害に関する簡単なメモを記し、精神衛生相談の必要性、実際の様子を述べてみた。

何らかの形で諸君の参考になれば幸である。

I 精神の正常と異常

1. 平均的人間—平均的精神

身長が1 mしかなかったり、3 m以上もあつたりすると異常だと云われる。それは身長の平均値から余りにも隔っているからである。

精神にも平均的精神というものがあれば、精神の正常・異常の判断が楽にできるだろう。

平均的精神というものはどういふものか、多分、多くのわれわれと同様に、頭脳はそれ程明晰でなく、せせせと働くことよりは楽をして金をもうける方が好きで、多少こずるく、他人の苦痛に対しては冷淡で…等と余り好ましい人間像は出て来ないのではなからうか。

だから平均的人間とか、平均的精神を基準にして精神の正常・異常を論ずることはできない。

2. 理想的人間—価値ある人

そうすると、理想的人間を目標にし、それから遠い、価値の低い精神を不健康とし、理想に近い精神を健康と考えた方が良いということになる。さてその価値の高い、低いを誰が決めるかが問題である。時の権力者が、勝手に価値体系を変えて、価値の低いと思われたものを片端から処分したという実例がある。

だからこの価値基準も当てにはならない。

3. 病的過程

古来、精神障害者は、そのあるものは「神聖病」として拝められ、又ある時代には「悪魔に憑かれたもの」として惨殺され、「病む

者」としての正当な扱いをされなかった。

脳の中に、誰が見ても疑いようの無い疾病過程があれば（例えば進行麻痺、動脈硬化症、出血、脳炎など）、これを見て異常といわないわけには行くまい。たゞ残念ながら、このような疾病過程の見出されている精神障害は余り多くは無く、心因性精神障害では疾病過程の無いことが診断の条件である。

4. 適応能力—現実処理の能力

理屈は兎に角、夫々の置かれた場で適当に現実を処理し、トラブル無くやっつけていける人は正常な人と云って良いのでは無からうか。

適応の能力が大きければ大きい程、その人の精神能力は豊かであるといえよう。

然し、適応にも様々のメカニズムがある。いつもまづい適応の仕方すればやがて破綻を招くかも知れない。それは異常であると云える。

こゝで良い適応とまずい適応を二、三あけて見よう。

(1) 昇華

生れつき肌色の黒い逞しい青年がいた。彼は肌の色によって差別される社会制度を憎み、ひいては肌色の白い人間全部を憎むようにさえた。やがて彼はボクサーになる。その攻撃性の総てをボクシングに傾注する。こうして全く合法的に肌色の白い人間を打ち倒す訳である。このように攻撃性のような社会的に承認されぬ欲求を、スポーツのように世に容れられる形で表わすのが昇華である。

(2) 代償

このように遅しくも、攻撃的でも無い人が何とかして人並に他人から尊敬され度いと思う。

学問の世界では自信が無いし、勿論スポーツも駄目だしという所で、歌の上手いことに気付いて、以来歌の道に精進し、ついには世人の尊敬を集めるようになる。というようにメカニズム。

(3) 投 射

原因が自分の側にあつて、その為欲求不満になった時に、自分の他に対する感情を他人の中に見出すもの。自分が他人にどう思われるか、気になって登校できずにいる人が、自分が他人の目を気にし過ぎることを棚に上げて、他人が自分をジロジロ見ているから学校へ行かないというようなもの。

(4) 逃 避

不満を現実的に解決しないで、非現実の世界に逃げこんでしまうもの。

悩み事の直後、目が見えなくなるとか声が出なくなるというような「病気への逃避」は、それ自体が不健康なものとして扱われる。—ヒステリー—

(5) 抑 圧

性欲とか、攻撃性は時とか場所を構わずに表に出す訳には行かない。するとこれを無意識下におしやってさし当り欲求不満を解消してしまう。然し意識下では不満・緊張がつのり、それが大きさに達すると神経症とかヒステリーのような精神障害となつて現われる。(3)、(4)、(5)はまづい適応の例である。

適応は、たゞのらりくらししていると良いというのでは無い。様々のテクニックをこらして、欲求不満の元になっている壁を取

り除き、自分の本当にやりとげたいものを獲得することである。

このようにして差し当り、適応が良いか、悪いかということに目をつけて精神障害を見よう。この考え方では、多少の精神症状があつても勤務には全く差し支えない場合は、精神障害として扱わなくても良いという考え方である。然し、多くの精神障害は放置すると多かれ少なかれ適応障害を起すものである。

II 精神障害の発生

昭和38年、厚生省が全国 203地区内の全世帯を調査して精神障害者の有無をしらべ、これによって次のような推計をしている。

第 1 表 精神病有病率

	人口 1,000対	
	昭和29年	昭和38年
精神病総数	5.2	5.9
精神分裂病	2.3	2.3
躁うつ病	0.2	0.2
てんかん	1.4	1.0
脳器質性精神障害	1.0	2.2
その他の精神病	0.3	0.2

注：脳器質性精神障害が増加したのは、頭部外傷によるものなどの増加による。

第 2 表 精神障害者数推計値

	昭和29年	昭和38年
総数	130万人	124万人
精神病	45	57
精神薄弱	58	40
中毒性精神障害	} 27	7
精神病質		5
神経症		10
その他		4

精神障害者は全国で 124 万人、その中、精神病に属するものが 57 万人、そしてその半数近くが精神分裂病ということである。

また神経症について見ると、全国推計が 10 万人、精神病質が 5 万人で、これは精神病についてはその症状の為に日常生活上著しい障害のあるもの、精神病質は、相当周囲に迷惑をかけるものとなっていて、云わば重症のものを指すから、実際の患者数はこれよりも遙かに多いと思われる。

年齢別に精神障害者数をみると、10～19 才、30～39 才が各 23 万人、40～49 才が 20 万人で青壮年層が多いといえる。

人口 1,000 対有病率 (1,000 人のうち、何人が病気に罹っているか) をみると、精神障害全体として 12.9、したがって人口 100 人に 1.29 人という計算になる。

こういう数は、アメリカ、イギリス、ドイツなど、どの国でも大体同じであろうと思われる。

このような精神障害の原因には、次の三つが考えられる。

- 1 内因性 (素質とか、いでん的原因によるもの) …精神分裂病、躁うつ病などがこれに属する。
- 2 外因性 (身体外からの原因、又脳の器質的障害によるもの) …中毒、頭部外傷などがこれに属する。
- 3 心因性 (心理的原因によるもの) …神経症などがこれに属する。

精神薄弱、精神病質、てんかんなどは原因が複雑で上の原因の二つ、あるいは三つを含むと思われる。

ところで、内因性の精神障害、たとえば精神分裂病についていうと、成る程、そのいでん性を支持するデータがあるが、また心

因との関連や、社会環境との関連を思わせる報告もあるので、内因性とか、いでん性とかいってもそれ以外の要因がないというのではなく、寧ろ正確には原因不明とでも云いたい所である。

これは外因性、心因性の精神障害でも同様である。

だから、ある精神障害がいでんするか、しないかを決定するにはその例についての具体的データに基づいて判断するのが良い。

参考のために、各種内因性精神病のいでん予後 (いでんするかかもしれない可能性) を表示する。(第 3 表)

第 3 表 精神障害の経験的いでん予後

血縁の程度	病名	精神分裂病	躁うつ病	真性てんかん
一般集団中の平均頻度		0.3～1.5	0.2～0.4	0.3
同胞		4.5～11.7	2.7～23	4.1
子供		8.3～9.7	6.4～24.1	11.0
両親		7.1～9.3	3.4～23.4	
いとこ		2.6	1.2	
甥姪		1.4～3.9		1.2
発病危険年齢		16～40才	21～50才	0～20才

III 精神障害の現われ方—体験からみて

精神障害者の気持が、普通の人に分るだろうか。沢山の人のいる所で、裸で何の理由もないのにゲラゲラ笑っていると、人は彼をおかしいというだろう。それは彼の気持が分らないからである。この分るということ、別の言葉で云えば共感できるということが、正常の心理と異常な心理を分ける一つの目安になる。ただ分るとか共感できるといっても、様々な分り方があるだろうし、客観的

基準があるという訳ではない。

心因性精神障害、例えば神経症では、その動機なり、発病のメカニズムなりが、われわれの体験や感情に照らしてよく分ることが多い。われわれはこの分った事をもとにして、神経症の治療をする訳である。

ところで、精神障害ではどんな症状が起るだろうか。患者の内
の体験に現われるものを以下に述べる。

1. 意識障害

意識はあらゆる精神活動の舞台をなす。たとえば眠っているとき、酔っぱらっている時のわれわれの精神活動は貪しく、また普通の時の精神活動との間に貫したつながりが無い。そして意識ががはっきりしていないと、外部の世界を正しく認知できず、間違った判断をもとにして行動することがある。

例えば酔っていると、他人の言葉を自分への中傷、攻撃などと誤って受け取り、突嗟に相手をなぐったりする。

2. 知覚の異常

大きっぱらって二種類の知覚異常がある。一つは錯覚で、これは正常人にもある。もう一つは幻覚で、そこにありもしないものを見たり、誰も話しかけていなのに架空の声を聞くというのがこれである。

その声は、例えば自分の噂をしたり、悪口を云ったり、大低不快な感じを伴うものである。時にはその架空の声（患者には本当の声と思われる）が、命令したり、又患者が考えたことが直ぐ音になって聞えるという場合もある。こうなると単に知覚の異常というより、もの、考え方の異常の方がより問題になる。

幻覚があると、その人は精神的に異常だと云える。殊に自分の噂、悪口が聞えるという幻聴は精神分裂病の症状としてよく見られる。

3. 思考の流れ、思考の内容の異常

思考が非常に早く進み、そのテーマも次々に変る場合がある。これは躁病と云う、気分の爽快になる病気の時によく見られる。躁病でなくても感情が昂揚しているとこんな状態になるだろう。これは正常人にも共感できる現象である。反対に憂うつな時（例えばうつ病とか、様々の原因による抑うつ状態）には思考の流れが遅く、時には全然考えが浮んで来なかったり、思考のテーマも限られたものになる。

思考の流れが、断裂し滅茶々々になる場合、つまり連想が破壊され、滅裂になると、その考えは全く了解できなくなる。これは精神分裂病の場合に多い。

荒唐無稽な、あり得ないことを、事実であるかのように信じて主張し続けるとき、これを妄想という。これは思考の内容が誤っているもので、これが間違った考えであると指摘されても決して訂正しない。例えば自分が、イエス・キリストだと主張して、そうではないことを幾ら証拠をあげて説得してもきかないというのが妄想である。この場合も気分が爽快な時の誇大妄想（自分が大金持だ、万能だなどと誇大に考える）、憂うつな場合の関係妄想（自分に関係無いことを関係づけて考える）、被害妄想（誰かに悪いことをされる）、罪業妄想（過去に人には云えぬ悪い事をしたと考える）など、感情状態と妄想のテーマにはある関係がある。精神分裂病では、この他に今自分が考えているのは自分の意

志ではなく誰かに考えさせられているとか、(させられ思考)考えが誰かに奪い取られる(思考奪取)などという、正常人には理解できない体験を示すものもある。

4. 感情の変化

これという動機が無いのに嬉しくて仕方がないとか、悲しくて仕方がないという場合、その嬉しさ、悲しさの感情そのものは理解できても、何故それ程嬉しいのか、悲しいのか分らない。こういう動機のない愉快さは躁状態(躁うつ病で典型的に見られる)と考えられ、ただ気分が爽快な丈でなく、自信とか健康感にあふれ、行動が無暗と活潑になり、度が過ぎると人と衝突をしたり、喧嘩をしたりする。反対に動機のない悲しさ、つまり抑うつ状態は(躁うつ病のうつ病期に見られる)、自信の喪失、不健康感、意欲の減退が特徴で、時には良心に責められ、何となく申し訳ないという罪悪感を抱き、前途に希望を失って自殺を図ったりする。

感情の刺激性(恐れっぽい)、感情が無くなったという感じ、あるいは感情が鈍くなり、不潔だとか、みっともないとか、誰かを愛するとかいう感情が起らなくなる(精神分裂病の場合)ということもあり、感情の異常には多種多様なものがあるが、その正常・異常をきめる尺度は、われわれがそれを共感できるかどうかにかかっているのだから、それを見る人の感情が普通でなければ正しい判断は到底できない。

5. 意欲の障害

何かをしようとする気持が無くなる場合(意欲の抑制、無為)と、いつも何かをしないではいられないという場合(意欲の亢進)とがある。前者はうつ病とか抑うつ状態で、悲しい感情の時、又

は精神分裂病で感情も鈍くなってしまった人によく見られる。意欲の亢進は躁状態の時に多い。

この他に、何となく何もやる気がしないといって、長いこと家の中へ閉じこもっている例がある。感情がそれ程憂うつというのではなく、躁うつ病の様に気分が周期的に変ったりもしない。これには性格の異常(抑うつ性精神病質)と考えて良いものもあるが、何という病気なのか診断に困るものもある。

6. 記憶の異常

若い人の間で、本質的に記憶が悪くなるのは脳の病気の場合であろう。物覚えが悪いとか、本を読んでも頭に入らないといって来る人達の大部分は、注意が散漫だとか、自分の記憶力に過大な期待をかけ、要求水準が高過ぎる為に、普通の記憶力なのに記憶が悪いといっているようだ。

IV 精神障害の現われ方 — 行動から見て

1. 表情・服装・態度など

表情運動が少いとか、硬い、冷たい顔は精神分裂病の人で典型的に見られる。爽快な、愉快そうな顔は躁状態、悲しそうな苦悶に満ちた顔は抑うつ状態に見られる。躁状態では、大声で一時的休みもなしに雄辯に話し、抑うつ状態では無口で、人を却って避けるようにする。うす汚れた服装、身だしなみの悪さは感情の鈍くなった状態を暗示する。

おどおどした態度、つかつかするような態度も、平生のその人の態度と違っていると、病気を示す症状として受け取ることが出来る。

2. 日常生活 — 活動性

行動量が無暗に増える場合（躁状態など）、反対に減少する場合（抑うつ状態とか精神分裂病）がある。その人の生活史をふり返ってみて、ある時期から著明に活動性が変わった場合、そこに病的原因があったのでは無いかと疑うことができる。

去年まで勤勉に学校に出ている人が、全く学校へ出て来なくなったとすると、その原因が何なのか、精神的に問題はないのかを探る必要がある。所で高校時代まで内気で消極的だった学生が、大学へ入ったら一変して活潑になったという例もある。又、その反対の場合もある。これは病気かとも考えられるし、又青年期に起った性格の発達の变化とも考えられる。

遊びに耽ること、酒や耽溺性の薬物をのむことも時として問題になるが、勿論一概に病気だという訳にはいかない。

3. 学 業

学校に出ない人にも様々のタイプがある。専攻が自分に不適だから、教官との折り合いが悪いから、アルバイトの方が面白いから、何となく怠けたいから等々。所が、学校へ出て行くと皆が自分の顔をジロジロ見るから嫌だとか、他人が当てこすりを云うから嫌だとかいう場合があり、この場合は精神衛生的な対策が必要なが多い。

学生自身が学業不振を訴えて来ることは余りない。教官側から見て、急激に学業成績が低下した学生がいたら、単にその点数丈を問題にするのでは無くて、日常生活から精神的健康までも問題にした方が良いでしょう。

自分から学業が振わないと云って来る学生は、大抵それ程成績

が悪い訳ではないようである。

自分の記憶とか、理解力に対する要求が過度に厳しい人が多いし、又、勉強の態度が、高校と大学で違うことへのとまどいであることもある。学生が研究生活に入ろうとする場合、多くは活潑に花々しい研究をしている（ように見える）所へ行ききたがる。然し、その研究室の気風とかアクティビティーのあり様にうまく自分を合わせられぬと挫折感を覚えるようだ。これは能力がないのではなく、充分能力を発揮できるような場所に行きつかなかったということである。これという理由の無い留年も精神衛生の立場から考えて見る必要があるが、未だ手をつけていない分野である。

4. 自 殺

昭和30年から32年にかけての調査では、わが国の大学生の自殺率（人口10万対）は31で、国民全体の平均よりは高いが、同年令の青年よりは低いという。わが国では青年層の自殺が多く、昭和27年の統計では20～24才の青年の自殺率が60であるから、こういう数よりは少ないが、それにしても前途有為の大学生の自殺を何とかして予防したいものである。ところが自殺した学生をみると家庭の経済状態は中位、成績も普通、性質も普通、課外活動にも参加しているものが多いというので、余り自殺の危険性を示す特徴は無い。自殺の原因として「特に無し」というのが最も多く、次いで「神経衰弱」となっているが、これも余り信用できない。

然し、全く予防できないとだけは云えないので、その自殺がうつ病によるものは適切な手段を講じておけば充分防げられると思われ

る。ある時、「自殺を考えて〇〇山橋の傍まで何度も行ったけれど

も怖くてとても飛びおることができませんでした」と云う学生が来たことがある。話を聞くとうつ病のようなので直ぐ入院をすすめた所（うつ病は入院治療が原則である）、「毎日でも通って来るから母に丈は知らせないで下さい」というので、うかつにもそれを信じて外来治療をしていた所、1週間目に自殺してしまった。

原則に従って入院治療をしていれば未然に自殺を防げた筈である。親にも、教師にも、その胸中をもらすことなく自殺を執行する学生も、友人には何となく死を仄めかすものらしい。それと気付いたら事態を甘く考えることは禁物で、直ぐ万全の策を樹てるべきだと思う。

カウンセラーも勿論、動員すべきだろう。今、自殺を考えている人も同様で、今一度、自分の考え方を友達なり、カウンセラーに打ち明けて、現状を打開する方法を共に考えたら如何だろうか。

V 精神障害の種類

1. 性格とその異常

性格の偏り、異常性格は病気では無いのだが精神障害の枠の中に入れて考える。

「体格と性格」の関連を認め、更に精神障害とか天才人の業績とも関連づけようとしたのはクレッチェメルである。彼の考えの根底には、肥った人は循環気質（気分が快活と憂うつとの二極の間にあり、柔らかい、人情味のある性質）、痩せた人は分裂気質（感受性が過敏と冷淡の間にまたがり、理知的で冷たい、変屈な性質）という図式的な関係以上の深い思想があるように思われるが、こ

こではこれ以上述べない。このような気質が極端になると性格の異常ということになるが、正常との境界は別でない。また、これらの気質が直ぐ精神分裂病とか循環病（躁うつ病）と直結するものでもない。クルト・シュナイダーは、もっと実際の立場から性格を10種の類型に分けた。彼はこれを精神病質と名付け、「性格の偏りの為に自分自身が悩むか、社会がその為に迷惑を蒙るかするものである」と定義している。だからこの定義の根拠は医学的とは言い難いものである。

- a 感情亢揚性のもの…躁状態の軽いようなもの。快活、活動的、世話好き、干涉的、攻撃的、無思慮が特徴。
- b 抑うつ性のもの… a と正反対のもの、不快、厭世的、悲観的、不平家。
- c 熱狂性のもの…理想を掲げて、決して妥協しない。この為にどんな犠牲を払っても意に介しない。
- d 爆発性のもの…些細なことで猛烈に怒る。
- e 自信欠乏性のもの…何事にも之で充分だという安心感、自信が無い。——強迫神経症と関係。
- f 虚栄性のもの…見栄をはる。人から注目されたい。——いわゆるヒステリー性格。
- g 気分易変性のもの…1年のある時になると急に気分が変り、憂うつになったり、突然、遠くへ旅行に出たりする。
- h 情操欠如性のもの…道徳感の少い、冷酷な人。
- i 無力性の人…いつも心身の故障を言いたて、活気の無い人。
- j 意志欠如型のもの…自分の意志をもたない、環境次第に流される人。

これらの類型は、普通何種類か組み合さっており、又犯罪行為と関連があるものもある。但し、精神病質というのは一寸した性格の偏りと言うようなものではなく、又単に社会にとって邪魔になるものというようなものでもないことをクルト・シュナイダーは力説している。

2. 神経症（ノイローゼ）

心因性の病気で、器質的変化のないもの、したがって完全に治癒可能な病気ではあるが、環境とか性格（素質）との係わりも問題なのでこの定義通りに行かない事が多い。

この病気の起り方については適応の所で述べた。代表的な型について要約する。

a 神経質（森田）

心気症的（些細な心身の異常を気にする性質）な人で、内省的、理知的で完全を追求するようなタイプの人、些細な心身の症状をも敏感に感じとり、それを除こうとする。するとその為、その症状に注意が集中し、些細な故障が益々大きく感じられ、ついには不眠、頭痛、注意散漫、記憶減退などの神経質の症状とか、発作的な心臓の苦しみ、心悸亢進、呼吸停止感などの不安神経症を起す。

b 強迫神経症

aと同じように完全欲の強い人が、不合理かつ不必要と思っても汚れた手を何度も洗わないと強い不安が起ると言うようなもの。不合理と思ふ考えがどうしても頭から離れないのを強迫観念といい、この為、何でも数えないではいられなかったり、どうでも良いことを穿索しないではいられなかった

り、物の置き場所、順序がいつも一定でないと安心できなかったりする。あるいは人と対面していると自分が変に見えるのではないかと、自分の目つきが異様に見えるのではないかと、悪い病気ではないかなどという考えが打ち消しても打ち消しても起って来る。

c 妄想反応

敏感で、自信が無い反面、名誉心の強いような人は、例えば教室に遅れて入って行くと、入った途端に皆が自分を見たり、嘲笑ったりしたように思うだろう。こういう考え方が長い間続き、段々確信の度を強めると敏感関係妄想というようになる。

自分の体から悪い臭いが出て、その為、皆から嫌われるという妄想もこの類であろう。

場合によっては精神分裂病との区別が困難になる。

d ヒステリー

古典的には、意識下の願望が象徴的に身体症状として現われた（転換ヒステリー）病気ということになり、弓なり緊張（体を弓のように反らす痙攣）、ヒステリー球（のどに球のようなものがあると訴える）ヒステリー性の意識障害、感覚障害、胸痛、乳房痛、視野の縮小、失声、失立、失歩などの症状が見られるとされている。たゞ、こういう古典的な現われ方は現在では余り見られない。

神経症の治療は、精神療法が本筋だが、同時に精神安定剤をよく使う。

3. 精神分裂病（症ともいう）

治り難い、奇怪な、謎のような恐るべき病気として知られていると思う。これは精神科医の責任であるが、このような考え方は間違っているのではなかろうか。

第一、可成りよく治るのであり、奇怪で、謎に満ちているといっても、そうではない人も沢山いるし、冷たい共感性の乏しい人も確かにいるけれども、極くありふれた普通の感情の持主の方が寧ろ多いように思う。

殊に大学生の精神分裂病では、このような感じを強く受ける。この病気は、意欲の減退と感情の鈍麻を主とし、様々の思考障害（思考の流れ、内容 — 妄想）、幻覚を示し、究極的には、情・意の鈍麻の為に荒唐状態に陥るものとされている。

これに対して情意の鈍麻が余り無く、たゞ妄想だけがあるもの——妄想反応との区別が困難。情意の鈍麻だけで其他の症状が全くないもの——性格異常との区別困難。

幻覚、妄想があり、奇妙な行動があったが全く一時的で情意の鈍麻を残さないものなど、要するに精神分裂病としては典型的でない例が沢山ある。これが大学生特有の現象かどうかはもっと検討する必要があるが、「誰が見ても余りおかしくない精神分裂病」というようなものがあることは注意すべきである。

この病気の治療も精神安定剤がよく使われる。登校しながらでも治療はできるが、ケースによってはじっくり入院して治療した方が良いものもある。このような病気の人の将来の進路は可成り問題がある。特に医・歯・薬学部とか教育学部で、将来、人命にかゝる仕事とか教育にたづさわる人の場合、慎重な考慮が必要である。

4. 躁うつ病

躁状態とうつ状態が周期的に繰り返すので循環病ともいう。然し、躁だけとかうつだけが繰り返す場合もある。

この病気では劣性いでんの可能性が大きい、心因性のうつ病もあって、症状の上では余り区別できないし、精神病質の抑うつ性のももこれとよく似ている。そして躁状態よりはうつ状態の方が多く見られ、学業を妨げることが多い。

この治療も精神安定剤や抗うつ剤を用いる。治療をすると可成りよく治る。うつ状態の場合は、自殺の危険性があるので、原則として入院治療をした方がよい。

5. てんかん

突然、意識障害（意識喪失、もうろう状態）を起し、また痙攣を起す病気である。

昔、ギリシヤで神聖病と呼んだというのが、勿論、神聖でも何でも無い。意識を失って倒れ、呼吸が止るので顔色は青くなり、目がすわる。全身が硬く緊張し、やがて大きく何回も痙攣する。その様子がすさまじいので何か神聖なものでも宿ったかというので神聖病としたのであろう。上のような痙攣を大発作といひ、全身の痙攣でなく体の一部丈の痙攣、意識の瞬間的な喪失（アブサンス）を示すものを小発作という。その他にももうろう状態になるもの、歩き廻るもの、激しく怒るもの、幻覚の起るもの、嘔吐、腹痛などを起す自律神経発作などがあり、又、てんかんの人は、鈍重、粘着性、廻りくどさ、生真面目、爆発性などの性格特徴（粘着気質ともいひ、クレッチュメルは斗士型の体型と関係するといひ）をもっていることがある。脳波の検査をし、抗てんかん薬で

治療すると、可成り効果的に治療できる。

6. 中毒性精神障害

無力性一、意志欠如性の精神病質と関係するが、アルコールとか睡眠薬のような中毒性物質を求め、それから到底離れられない(依存性)という人がある。

アルコール中毒という程、年季が入っていないので嗜癖とか依存性とか言うことになるが、飲まないと言い度い事も言えないというタイプの人が多いので、飲まなくても自分の考えを述べられるような訓練が必要だろう。

睡眠薬中毒も同様で、のまないと思えないときめてか、ったり、眠らないと体が参ってしまうと思う一方、睡眠薬は劇薬で危いと不安がりながらのむという人が多い。

自分の意志で治せる病気ではあるが、専門家に治し方を教わりながら、治す法が良い。

7. 性の問題

性に関する問題は、教科書の中でも抑圧される傾向があるが、年頃の学生にとって無関心なものではあり得ないと思うので一言する。

性器の大・小に関する悩みの大方は誤解に基くようだ。性器の大きさを身長の大きさと同じように考える必要はないので、外形がどうでも機能が保たれていれば問題は無いと考えて良い。オナニーの害悪とか、自分はインポテンツではないかという悩みも十中九から十中十まで事実無根のようである。

VI 精神衛生相談の実際

東北大学に、学生の精神衛生相談の窓口が開設されたのは昭和

38年9月である。

この窓口の性格が、たゞ受身の、つまり学生諸君が自分から相談所へ来た場合の相談に限られる為に、相談所があるということも充分には知られていなかったようである。

昭和44年にそれまでの健康相談所は、保健管理センターと改称され、名前だけはや、積極的な姿勢が感じられるようになったが、未だ従来の態勢から脱脚しきれないでいる。然し、遠からず精神衛生相談の窓口が広く学生諸君の中に広げられ、健康な学生生活を送る為のアシスタントとして役立つようになるであろう。

相談にあづかるカウンセラーは、精神科の医師である。そこで、精神科医の所で何かをいうと直ぐ精神病とか神経症とか診断をつけられるのでは無いかというおそれを持つ人もいるかも知れない。然し、実際はそうでは無いので、それ所か、たとえ容易に診断がつく場合といえども、精神科医自身、診断には、随分迷うものである。決して複雑多岐な学生諸君の悩みを快刀乱麻を断つごとく診断し、解決することなど到底出来るものではない。

カウンセリングでは、学生諸君が、その悩みをカウンセラーに吐き出すことによって、自分から問題の展望とか解決の方向を見出すことが多いので、カウンセラーは、所々もつれた糸をほごしたり、解決の為の手がかりを与える助言をしたりする。学生諸君が、ある一つの考え方しか出来なくて、その為に進退極った時に、別の立場から考えるとどうなるかというヒントを与えることもあろう。

カウンセリングを受ける学生諸君は、事務の窓口で都合の良い時間を申し出て、アポイントメントをとっておいた方が良い。同

じ時間にカウンセリングがかけると大分長い時間を待たされるだろうから。

カウンセラーは、問題によって学生諸君を心理学者の方へ手渡すこともあろう。また病院での精密検査（心理学的・神経学的）をすすめることもある。カウンセリングと共に軽い薬物療法が必要な場合は、保健管理センター内でも実費で診療できる。

精神障害のある学生が、自分からその障害を自覚して相談に来ることは減多にない。

友人や、教官、家族の協力が無いと、みすみすその学生の精神障害を見過ごし、益々難治なものにしてしまうこともあろう。

身近にそれらしき学生を見たならば、一度カウンセラーに話をし、て頂き度い。

第4表以下に、これまでの相談ケースのあらましを整理してみた。

第4表 学部別分類

学 部	相談件数	%
法 学 部	28	8.2
文 学 部	34	9.2
経 済 学 部	14	4.1
教 育 学 部	27	7.9
理 学 部	58	17.0
工 学 部	124	36.4
医 学 部	26	7.6
農 学 部	15	4.4
歯 学 部	2	0.6
付属学校など	13	3.8
	341	

第4表は、学部別に、どの学部の学生の相談が多かったかをみためので、数だけからすると工学部、理学部学生が多い。然し、各学部の学生数との割合でみると理学部、教育学部の学生が多い。相談件数が少ない学部は、問題が無いから少いかというと決してそうではないので、悩みをもつ学生が、どこへ行けば良いか知らないでいるかも知れないし、友人や教官が無関心な為かも知れない。

第5表は、年度毎に病名別分類をしたもので、第二段の敏感状態、幻嗅症は神経症のうち強迫神経症とか妄想反応に相当するも

第5表 病名別分類

	38.9-	39	40	41	42	43	44	45	計 (%)	
精神分裂病	4	13	18	5	1	8	12	9	70(20.5)	
敏感状態		4	4	2	3	10	4	5	32(9.4)	
幻嗅症		1	4	0	2	2	0	1	10(2.9)	
てんかん	1	3	1	5	1	3	1	1	16(4.6)	
躁うつ病 (循環性のもの)					1		4	6	3	24(7.0)
うつ病・うつ状態	1	1	2	2	4					
神経症	3	9	15	21	17	22	21	7	115(33.7)	
精神病質	3	6	6	6	2	5	1	3	32(9.4)	
軽い性格偏倚			1	4	3	1			9(2.6)	
性に関する訴え				1	1				2(0.6)	
健康・雑		1	6	1	1	10	10	2	31(9.0)	
計	12	39	61	46	33	64	55	31	341	

のである。(第5表) 軽い性格偏倚というのは、精神病質という程ではないという意味だが、見方を変えると神経症の類型に入れることも出来るだろう。最も多いのは神経症であるが、昭和40~41年、43年~44年と、大学が激動の渦の中にあつたときに神経症も増え、また分裂病も増えているように見える。

第6表では、他の3つの大学と比較してみた。精神医学的診断は、医師によって相当の食い違いがあるものなので、大学間で可成り似たデータが得られたことは寧ろ奇妙にも思える。東北大精

第6表 他大学との比較

	東北大	T 大	K 大	R 大	東北大 精神科
精神分裂病	20.5	33.3	33.6	30.3	21.0
敏感状態	9.4				
幻嗅症	2.9				
てんかん	4.6	4.3			27.0
躁うつ病 (循環性のもの)	7.0				
うつ病・うつ状態			6.8	9.0	
神経症	33.7	22.2	20.0	29.4	20.0
精神病質	9.4	11.2			4.6
軽い性格偏倚	2.6				
性に関する訴え	0.6				
健康・雑	9.0				
総数	341	S .37-38 162	S .35-37 190	S .37-40 201	

神科とあるのは、同科で大学生とほぼ同じ年齢層の患者について病名を調べて見たもので、てんかんと精神病質について差異が見られる。印象だけからすると東北大学では、他大学よりも精神分裂病が少く、神経症が多いといえるようだ。

第7表は、余り完全なものではないが、精神分裂病と診断された学生が、その後どのような経過を辿ったかを見たものである。

この追跡は、10年、15年後をも見てみないと余り価値が無い。

この時点では約半数は兎に角卒業している。これはドイツの大学から発表されているデータにくらべると可成り良い結果と云える。何とか卒業だけはさせてやりたいという教官側の努力の賜物

とも解釈できる。45例中3例が自殺しているが、ドイツの報告では1割強が自殺しているという。

第7表 分裂病の子后 43.9現在

	総数	45
在学、治療観察中	14	19
卒業、治療観察中	5	
卒業、就職	5	22
卒業、不明	12	
退学	6	
自殺	3	

付言するが、ドイツの大学生でも自殺が問題になるようで、同年代の一般の若者よりも自殺率が高いと云う。(男子大学生26.7/10万対し、20~25才の若者(男子)23.5)

これでも日本の大学生よりは低い。

東大精神科における第(蛋白)検査の目的は腎疾患や早期発見にあるが、学校教師で発見される腎疾患のうち、最も頻度の高いものは慢性腎炎(正確には慢性糸球体腎炎と称される)で、東北大学の場合は毎年発見される腎疾患10~20名のうち90%以上が慢性腎炎によって占められている。このため本学における第(蛋白)検査は慢性腎炎の発見を中心に企画されている。

このほか、頻度は低いが、急性(糸球体)腎炎、腎盂腎炎(一腎炎)、腎結核、尿管結石、本態性血尿、その他の腎疾患が第(蛋白)検査によって発見される。

尿（蛋白）検査について

東北大学保健管理センター学医

磯野 恒雄

従来、学校、職場における健康診断は肺結核の発見を中心に実施されてきた。しかし、近年、結核の減少とも関連して他の疾患にも注意がむけられ、従来のツベルクリン反応や胸部X線撮影のほかに種々の検査法が取り入れられる傾向がみられる。かかる背景から、東北大学でも昭和38年度より、腎疾患のスクリーニング検査法として尿（蛋白）検査が学生定期健康診断に導入されている。以下、尿（蛋白）検査について、目的、意義、実施方法など、その概略を説明し、受検者の便に供したい。

1) 集団検診における尿（蛋白）検査の目的

集団検診における尿（蛋白）検査の目的は腎疾患の早期発見にあるが、学校検診で見出される腎疾患のうち、最も頻度の高いものは慢性腎炎（正確には慢性糸球体腎炎と呼ばれる）で、東北大学の場合も毎年発見される腎疾患10～20名のうち90%以上が慢性腎炎によって占められている。このため本学における尿（蛋白）検査は慢性腎炎の発見を中心に企画されている。

このほか、頻度は低いが、急性（糸球体）腎炎、腎盂腎炎（＝腎盂炎、＝膀胱炎）、腎結核、尿路結石、本態性血尿、その他の腎疾患が尿（蛋白）検査によって発見される。

は、同様に... 腎疾患の発見... 尿（蛋白）検査... 集団検診... 目的、意義、実施方法...

表 1 尿（蛋白）検査の結果の比較

検査項目	1970年	1971年	1972年	1973年	1974年
尿（蛋白）陽性率	2.5	3.2	2.8	3.1	2.9
尿（蛋白）陽性者数	62	104	78	98	84
尿（蛋白）陽性者のうち慢性腎炎	58	98	74	92	80
尿（蛋白）陽性者のうち急性腎炎	4	6	4	6	4
尿（蛋白）陽性者のうち腎盂腎炎	0	0	0	0	0
尿（蛋白）陽性者のうち腎結核	0	0	0	0	0
尿（蛋白）陽性者のうち尿路結石	0	0	0	0	0
尿（蛋白）陽性者のうち本態性血尿	0	0	0	0	0
尿（蛋白）陽性者のうち原因不明	0	0	0	0	0
検査人数	2480	3250	2750	3160	2896

腎科とみるのは、同科で大学生とは、同じ年齢層の患者について別名を調べて見たもので、でんかんと精神科病に... 慢性腎炎... 尿（蛋白）検査... 集団検診... 目的、意義、実施方法...

2) 尿(蛋白)検査の意義

その意義として、第1にあげられることは腎疾患の多くは自覚症状が乏しく、尿検査によって始めて発見される率の高いことである。とくに慢性腎炎は自覚症状が極めて乏しく、一般に腎炎の症状として知られる浮腫(むくみ)も慢性腎炎ではむしろ稀である。また、自覚症状の有無は病状の軽重とはかならずしも関係なく、末期の重症な患者で自覚症状を欠くものも少なくない。したがって、慢性腎炎の発見には集団検診による尿(蛋白)検査が重要な意義をもつことになり、今日、多くの健康診断で尿検査が実施される所以でもある。

慢性腎炎は青年期、壮年期を中心にみられる慢性疾患で、その経過は病状の軽重によってさまざまであるが、典型的な重症例では年とともに病状は進行し、やがて腎臓機能の低下のために社会生活が不可能となり、遂に尿毒症を起して死の転機をとる予后不良の疾患であるが、現在、これに対する有効な治療もなく、安静、食事を中心とする治療がおこなわれているに過ぎない。したがって、かかる重症例では早期に発見して、生活の規制、さらに休学、入院など必要な措置を講じ、病勢を抑え、病状の固定化を計る必要がある、集団検診による早期発見の意義は少ない。

また、腎盂腎炎、腎結核、尿路結石など、有効な治療が可能な腎疾患の場合も早期発見、早期治療の有利なことは言うまでもない。

慢性腎炎のうちには、上記の重症なもの他に、病状が比較的固定した軽症なものも少なくない。かかるものでは一定の生活規制

によって社会生活が可能であるが、職業の選択を誤り、生活規制が困難な場合には、これが腎炎の再燃、増悪の原因ともなり、また病状の進行防止のために長期に亘って課せられる社会生活の制限のために、自からの能力を発揮する機会を失うことにも連る。かかる軽症のものでは在学中に疾患の存在を明らかにし、病状を充分に考慮して将来の職業を選択することが必要で、かかる意味からも尿(蛋白)検査の意義を数えることができよう。

慢性腎炎の極めて軽症なものでは将来の病状進行を殆んど考慮する必要もなく、健康人と同一の社会生活が可能であるが、かかるものに対しても尿(蛋白)検査は意義をもっている。現在、多くの企業で入社試験の身体検査にさいし尿検査がおこなわれていて、慢性腎炎の患者は、軽症でその職に充分耐えられるものでも、不利な立場に立つことを免れず、腎炎の存在を理由に不採用となるものも少なくない。勿論、多くの場合、然るべき医療機関での精査を待って採用の適否を決定する形がとられるが、一回の検査で腎炎の予后を決定するには多くの限界があり、「疑わしきは採らず」といった決定がなされる可能性も少なくない。学生時代に疾患の存在を明らかにし、在学中の数年間であっても、経過を観察し、病状が既に固定し、進行の徴のみられぬことを明らかにしておくことは、かかる際に有利な影響を及ぼすことが期待できる。

3) 尿(蛋白)検査の実際

検査は第1、2、3次検査の3段階に分けて実施される。

第1次検査——健康診断の受診者全員におこなわれる。健康診断の当日、会場で氏名、検尿番号を登録して、採尿用試験管の配布をうける。ツベルクリン反応判定日に早朝起床後、直ちに尿を採取し、ツベルクリン判定会場で提出する。提出された尿は尿蛋白の有無が検査され、蛋白陽性の場合、第2次検査を受けるよう受検者に連絡される。

第2次検査——第1次検査の尿蛋白陽性者におこなわれる。予じめ配布された採尿用試験管に第1次検査と同様に起床直后尿を採取し、指定された期日に受検者が持参し、その場で検査と判定がなされ受検者に知らされる。検査は尿蛋白の有無と尿沈渣の顕微鏡検査がおこなわれ、この段階で区別された緊急の処置を要するもの、慢性腎炎以外の腎疾患の疑がわれるものについては、夫々に応じて必要な検査、処置がとられる。その他の異常者は日を改めて第3次検査をうけるように奨められる。

第3次検査——予約した期日に空腹の状態で検査場に赴き、腎機能検査（クレアチニン・クリアランス）がおこなわれる。同時に前日の午後3時、就寝時、当日の起床直后、および検査場で採取した4回の尿について、尿蛋白の有無、沈渣の顕微鏡検査がなされる。以上の結果によって一応の判定がなされ、更に精査の必要なもの、結論を下すために経過観察の必要なものには、夫々に応じた措置がとられる。

4) 尿(蛋白)検査に関する注意事項

尿(蛋白)検査をうけるに当って、次の事項を理解し、また注意していただきたい。

その第1は第1次、第2次検査における尿蛋白(+)の成績はかならずしも総て病気を意味するものでないことである。青少年期には健康者であっても屢々蛋白尿がみられる。これは病的なものでなく、生理的な種々の身体的条件によって、間歇的に出沒するもので、頻度も少くない。かかる「病的でない蛋白尿」のために第1次検査の蛋白尿を総て病的と決論しえず、病的か否かの判定は第2次、さらに第3次検査の結果を待って、はじめて可能となる。このため受検者に多くの時間的負担をかけるわけであるが、この点を理解して、最後まで検査を続けていただきたい。

上記の如く、「病的でない蛋白尿」は種々の身体的条件の影響をうけて出現する。このため採尿の前日は充分に睡眠をとり、また検査期間中は過激な運動を避けていただきたい。とくに尿の採取を起床后ただちにおこなうことは大事で、この注意が守られないと「病的でない蛋白尿」の頻度が著しく高率になる。

尿道分泌物、膣分泌物の混入は偽の尿蛋白(+)の結果をきたす。また精液の混入による蛋白尿も少くない。尿の採取にあたっては、これら分泌物の混入を避け、出来れば排尿の中間部のみを採取し呈出していただきたい。また女性では、尿道開口部を充分に清拭したうえで尿を採取していただきたい。

東北大学で学生定期健康診断に尿(蛋白)検査を行って8年になるがこの間の経過を省みると、第2・3次検査の受診率が、第1次検査に較べて低いことが気付かれる。尿(蛋白)検査は、その性質上、正確を期すためには2次、3次と繰返し検査を重ねることが必要で、受検者に多くの時間的負担をかけ、これが受検

率を下げることに連がるわけであるが、尿（蛋白）検査が医療上の理由は勿論、将来の職業の選択、さらに就職試験とも関連して、多くの意義をもつことから、受検率を高めるよう受検者、関係者の協力をお願いしたい。