

大都市行政のなかの 精神衛生

——その法制、実態と問題点——



萩原一郎

人は身体的<生物的>存在であると共に精神的<心理的>存在であることは周知のことで、古くは「人間とは考える葦である……」なる名言も残されている。W.H.O<世界保健機構>の、人の健康についての定義でも「身体的・精神的且つ社会的に……」という表現が用いられているように、健康不健康<疾病時>を考える時、身体面と共に精神面をも考慮しないならば、それはただ単なる“生物の健康問題に終始する”といっても過言ではあるまい。にもかかわらず、従来ややもすると身体と精神とは別次元下における別個の問題の如く扱われてきた感がある。確かに身体疾患のあるもの、精神疾患のあるものは精神・身体の場合如何にかかわらず発生するであろうが、精神状況により発生する身体疾患も極めて多く、また精神状態の如何により悪化し、あるいはより早く回復し、あるいは発病に至らぬこともしばしばあることを見ても判るように、別次元の問題ではなく、同次元のある種のものでたまたま両極端であるに過ぎないと考えるべきであろう<心身症的考え>。従来「精神衛生」というと、しばしば「人間の精神的側面についての…」と表現されてきている。人にとって生命がなければ精神の存在のあり得ぬことは当然ではあるが、生命の存する限り“身体は精神の具体的表現機関に過ぎない”という考え方は、かつて心臓移植当時の死の判定に関する論議や、日常生活における人の権利義務の制限<民法第4条・第7条、刑法第39条等>等からも理解し得ることであり、前述の“側面観”が精神衛生について身体衛生と別次元下の如き印象を作りあげ、誘導していたのではなからうか。

このような考え方から見れば、身体の衛生が、生から死までのよりよき健康や疾病の早期発見・医療・予防等の方策を考えるのと全く同様に、精神

目次

- 1 —はじめに
- 2 —人の精神面
 - 各期における傾向——
- 3 —精神疾病者の特徴
- 4 —精神衛生法の内容
- 5 —政令市行政の現状
- 6 —政令市の問題点
- 7 —おわりに

面についても考えるべきである。

2———人の精神面

——各期における傾向——

精神の衛生についての方策を考察するためには、人の一生の「各期における精神面の特徴」を見直す必要がある。

人間として考えるならば、出生以後が問題になるはずであるが、出生前すでに「母体内」にある時点から問題が発生していることは、古くは「胎教」なる言葉でも表現されている。しかし胎教のことはいざ知らず、妊娠中の母体の疾患、栄養状態、内分泌の問題、母体の体格上の問題等が、出産前及び出産時に生れるべき「人の精神面」に大いなる関連があることは種々報告されている。ちなみに精神薄弱児収容施設内の調査では、全収容児の約40%は出産時を含んだそれまでの問題が原因であったといわれている。

「乳幼児期」になると、出生時の脳重量約350グラムは、1年の終りには約2倍に、4～5年で約3倍に发育し、それにつれて精神機能の发育も著るしく、いわゆる人格形成の始まる時期といわれている。従ってこの時期における栄養・内分泌等の問題、高熱疾患や頭部の外傷等は脳機能の发育に極めて重大なる影響をもつため、十分な一般健康管理が必要である。そして、長ずるに従い、知的发育が見られると共に、「物」を通しての交流から人特有な「言語」を介しての交流となって、徐々に一般環境へその範囲は拡大されていくことになる。その最少かつ基本的な環境である家庭面での“在り方”は、性格や知能の发育への関連が強く、この頃しばしば見られる知能发育不充分、小児神経症、あるいは一般に自閉症児と呼ばれている群や、後年の性格上の問題、あるいは神経症

等に、この期の「環境上の問題」があること、また、あったことがしばしば指摘されている。

「少青年期」に入ると、前期の環境はますます拡大され、いわゆる「社会」と呼ばれる複雑な世界に足を入れるようになるが、身体面での体力増進と共に、精神面もまた著明な発達を見せ、特に具体的思考より徐々に「抽象的思考能力」の発達へと移り、社会構造等に対する適応問題、対人的な問題、あるいは性的問題等からんで神経症が発生し、あるいは薬物や自殺等の問題が発生したり、これ等に無関係に精神分裂病や、そううつ病等が見られるようになり、いわゆる「学校精神衛生」と称せられる分野が強調されている所以である。

「壮年期」では一部は家庭に、一部は職場——勤めるだけではなく自由業をも含めて——にあるようになるが、いずれの立場にあっても少青年期の個人の立場から徐々に集団の中での「責任」ある立場に移り、それにつれて対社会、対人的関係はますます複雑となり、個人の外部・内部からの絶えざる精神的緊張を要求される一方、身体諸器官の退行性変化等と相まって、動脈硬化性、更年期性の諸問題や神経症特に初老期うつ病と呼ばれ自殺傾向をもしばしば示すうつ状態や、薬物特に酒精への嗜癖から中毒状態などが見られるが、この期の人達は小は家庭から大は政治経済の社会のあらゆる分野において最も活動的かつ有機的存在として中枢的であるだけに、単なる「個人」の問題としても、「社会機構」の中の問題としても、極めて重大である。

「老年期」に入ると退行性の変化はさらに進み、社会への適応能力の減退や知能の減退、妄想化等を含んだいわゆる痴呆と称せられる精神症状のほか、種々の問題が生じてくるが、日本における平均寿命の伸びは、老年人口の増加を伴い、これはまた「政令市」〈保健所法第1条に基づく保健所を設置する市〉といえども例外ではなく、むしろ

核家族化などは「都市部」に著明である点から、今後取り組まねばならぬ重要な課題である。

以上、人の一生の各期の精神上の諸点について簡単にふれたが、何れの期にあっても精神的環境はもちろん、家、道路等の物理的環境もまた重要な関連をもっていることをあげておかねばならない。家屋狭少問題、道路問題等から発した「ノイローゼ」として新聞紙上に見られる例は「氷山の一角」にすぎない。

3————— 精神疾病者の特徴

“より健康な精神を” つくることが「広義」の精神衛生であれば、その不健康<疾病>時の問題をとりあげ、不健康を健康に向わしめるのは「狭義」のものであるが、その基盤をなすものは精神医学といわれる分野である。この医学が身体医学と最も異なる点は、精神上の疾病者<以下精神疾病者と呼ぶ>の大部分の人が平均的にはごく軽度、あるいは初期にのみ「病識=疾病を正しく認識すること」あるいは病識らしきものの存在はありながら、病状の進展に伴い、逆にそれを失っていく点であろう。例えば高血圧患者であれば、血圧の高低自覚症状の程度に応じて、自らの判断に従い医療を求め、一方また医療を批判するであろうが、妄想——事実でないことを事実と信ずる故に妄想と呼ばれている——をもつ精神疾病者では“妄想の内容・存在”は認めながらもその事実性はかたく信じ、第三者より見れば何等関係のない人を訪れ、訴え、見えざる敵に対応し不安・恐怖におののく言動が見られ、妄想の存在を否定し説得しようとする人の方が“異常者”と考えるもので、従って自ら医療を需めることはなく、他よりのすすめに対しても拒否的ですからあるが、これは全精神疾病者に永久に存在するものではなく病状の良

転につれて生ずるようになり、それにともなって身体疾病者の処遇と何ら異なることはなくなるものである<注>。このように、ある時期においてのこの病識を欠くこと=病識欠如=が疾病者の受療の在り方、また医療機関の在り方を変えている点一般疾病の際と異なり、例えば医療機関についてみれば“入院が必要”と考えられる際の「施設」については、法に定められた施設<精神衛生法第48条、医療法施行規則第10条・第16条>でなければならぬことになり、これがまた一般の人に対して精神疾病患者を特別視する一因にもなっている。

これらの特徴をふまえた上で、精神疾病者の医療及び人権保護の面から「精神衛生法」が制定され<昭和25年制定、40年一部改正>、この法について、とかくの論議が行われてはいるものの、制定以来精神衛生の法面での準拠するところとなっている。

<注> 因みに、私自身が老人について調べたところでは、一般社会の中で生活をしている“老人クラブ”のグループと、養護施設内で介助職員より“かなり忘れっぽくなって遇するのが大変”といわれているグループについて、「忘れっぽさを感じますか？」という質問をし、得られた答をみると、前者のグループでは約40%が忘れっぽさを“自認”しているにもかかわらず、後者グループでは介助職員の表現とは反対に約30%が“自認”したに過ぎない数字を得ている。

4————— 精神衛生法の内容

精神衛生法第1条<目的>に「…精神障害者等の医療及び保護を行い…」とあり、また第3条<定義>に「…精神障害者とは精神病患者<中毒性精神病患者を含む>精神薄弱者及び精神病質者をいう」

と規定し、精神障害<者>なる語句がしばしば見られている。これについては、いささか異論があるが後述することにして、本稿ではしばらく法の語句をそのまま用いる。

法第4条<都道府県立精神病院>・6条<国の補助>・7条<精神衛生センター>は、国及び地方公共団体における「精神病院」，「精神衛生センター」等の設置・補助規定であり，さらに中央<国>及び地方における「精神衛生審議会」「精神衛生診査協議会」に関する条項<第13条~17条>，「精神衛生鑑定医」に関する条項<第18条・第19条>。「精神障害者の医療及び保護」に関する条項<第20条~51条>が規定されている。

このなかで最初に，精神障害者には「保護義務者」が必要であると，障害者の人権保護を強く主張している。

第20条<保護義務者>によれば保護義務者とは“精神障害者の後見人・配偶者・親権を行う者・扶養義務者”が当るが，順位はこれに従うとしているものの，本人<障害者>に対して訴訟をした者，している者は除外され，また絶対的権利者<後見人・配偶者・親権者>がない時には“家庭裁判所において選任された”者と規制されている。また第21条では，“前条に該当する者がいない時は本人の居住地または現在地の市町村長がこれに当る”とし，第22条ではこの保護義務者は“障害者が自身を傷け，他人に害を及ぼさぬよう監督し，本人の財産上の利益を保護し，医療——診断・加療・退院までを含めて——が行われる際の協力をする”ことが定められているが，これは入院のみならず通院中の者についても及んでいることは留意すべき点である。

医療に関しては当然，通院医療・入院医療に分けられ，「通院医療」については，第32条<一般患者に対する医療>により本人または保護義務者の申請によって通院医療費の公費負担を決め経費の

軽減化を図っている。

「入院医療」に関しては，本人の意志のみによる自由入院<一般疾病時の入院と同じ>，保護義務者の同意による入院<法33条>，扶養義務者の同意により“診断を確定するための期限をつけた”仮入院<第34条>と“精神障害のため自身を傷け他人に害を及ぼすおそれがあり，かつ精神衛生鑑定医2名以上による診察により一致した意見が出された際，知事は本人を都道府県立病院または指定している精神病院に入院させることができる<入院させねばならぬではない>”いわゆる強制措置入院<第29条>とがある。第29条による入院には，前段階として，第23条の一般人による申請，第24条による警察官，第25条の検察官・保護観察所の長，第26条の矯正施設の長・精神病院管理者の通報・届出等に基き，知事により調査のうえ必要ありと認めたものについて，第27条・28条の精神衛生鑑定医の診察結果から，はじめて前記知事権限による入院となるものである。しかし，本人及び家族がこの措置に不服であれば，行政庁への不服申立ては可能となっている<行政不服審査法第1条・2条>。

また，精神病院の管理者に対して，第33条<同意入院>・34条<仮入院>の入院者については知事への届出を義務づけ<第36条>，障害者が正しく処遇されているかを判じさせ，また知事は必要と認めれば，2名以上の精神衛生鑑定医をして入院者を診察させ，適正な処置をとることがきめられ<第37条>，さらに精神病院の管理者には入院者の行動制限を認めているが<第38条>，“精神医学上の判断に従って”としている。

このように「人権上・医療上の処遇」について，法では極めて慎重なる態度を示しながらも，かかる障害者が入院加療できる施設を，“精神病院または他の法律により精神障害者を收容することができる施設”以外には認めないとする第48条の

〈施設以外の収容禁止〉条項は、医学の進歩から見ても留意すべき条文であるといわねばならない。

この入院医療についての条文に対し、通院を含んだ地域における精神衛生関係の条文としては、在宅障害者に対する相談を受け社会復帰への援助するための「職員」を、都道府県及び保健所を設置する市〈以下政令市という〉は保健所におくことができる〈第42条〉とし、さらに保健所の長は必要に応じ、この「職員」、または都道府県知事もしくは政令市長の指定する「医師」をして精神衛生に関する相談あるいは訪問指導をさせなければならない〈第43条〉としており、一方、保健所法による「保健所業務」の中では、“精神衛生に関すること”と規定している〈保健所法第2条〉。

5———政令市行政の現状

以上のような精神衛生法の規定からみると、医療を実施する医療機関、この面における研究・調査・広報活動などを行う機関〈精神衛生センター〉等の設置・補助に関することや、精神鑑定業務にかかわる種々の問題も、前述のように「都道府県」段階にとどまり、「政令市」〈保健所法により保健所を設置する市〉においては保健所での第23条〈診察及び保護の申請〉・24条〈警察官の通報〉・26条〈精神病院の管理者の届出〉・32条〈一般患者に対する医療〉・36条〈届出〉についての知事への申達業務〈経由事務〉と第43条による相談・訪問指導業務の規定が該当している。このため、各政令市とも保健所を第一線機関として取り組んではいるものの、その「在り方」にはかなり大きな幅がある。ある政令市では独立した精神衛生相談所〈法の規定によらない〉を設けたり、精神障害者の社会復帰に関する施設や保健所へ多く

の人員・予算を配して対処している一方、保健所法による保健婦業務の中に入れるだけで専任者〈精神衛生法第42条〉すら充分おかず、在野の資源を活用することによって業務を遂行している政令市までである。即ち行政とはいいながらも「政令市」においては独自の方法をとらぬ限り全体としての施策は困難であり、ほとんど当面のサービス業務にならざるを得ないのが現状である。しかし、少くとも公衆衛生的見地から精神障害者の相談や医療への導き、after care等については、法の規定如何にかかわらず保健所が第一線機関として動いているのは共通である。

精神障害者に対する「治療効果」は、昭和30年前後より開発されてきた、いわゆる向精神薬の使用により著明に改善されてきている。表1は精神分裂病と診断され、新しく入院した人達の向精神薬使用による退院までの期間についての表であるが、昭和30年当時6ヶ月内での退院が約27%であったのに対し50%、12ヶ月では40%に満たなかったのが70%という数になっている。

表1 精神分裂病患者の退院までの期間比較

退院時	年	昭和30年当時	昭和36年当時
1ヶ月内退院		5%	15%
3ヶ月	〃	17%	30%
6ヶ月	〃	27%	50%
12ヶ月	〃	38%	70%

しかし、この退院者の増加が即完全社会復帰ではなく、「退院後」も何らかの形での医療が必要であることは専門家間ですでに指摘されているところである。昭和44年の神奈川県調査〈表2〉によっても1ヶ月間の新入院患者754名中約60%の429名が再燃している。

この時点での「本市出身入院患者数」は全県下の入院精神障害者10,539人中の32.6%に当る3,432人を占めているが、当時すでに本市出身患者のか

なりの数が調査対象地域外<神奈川県外>の施設に入院していたことは人口比からみても確実であるといえる。<この時の一般人口は、神奈川県人口525万人のうち本市人口は214万人で県全体の

40.7%を示す>。

ちなみに本市の昭和47年調査によると生活保護関係の入院中の精神障害者数1,521人中県外施設には201人<13%>の在院となっている。

表2 新入院患者のそれ以前の入院回数<神奈川県衛生部>

分類	入院回数	総数	0	1回	2回	3回以上	不明
総数		754	310	207	91	131	15
精神分裂病		349	110	99	55	81	4
アルコール中毒		155	62	43	14	28	8
その他		250	138	65	22	22	3

また、ここ数年間の「在院患者数」と「通院医療費公費負担患者数」の変遷は表3の通りであるが、前述の退院月数の短縮化や再燃等の問題からみて在宅精神障害者数の漸増は確かなことである。

このような状況下にもかかわらず、本市内の医療施設としては入院設備を備有するもの国・公・私立で17施設、精神神経科を標榜する診療所あるいはそれに準ずる所は僅か18施設に過ぎず、一方、行政側としては市内15保健所に精神衛生業務担当者として「医療社会事業員」の配置がきめられ

表3 在院・通院患者数の変遷<神奈川県衛生部>

区分	年	44年	45年	46年	47年
病院病床数		10,029	10,185	10,114	10,348
在院患者数		10,489	10,199	10,153	10,268
通院医療費公費負担件数		17,248	20,199	27,696	35,775

<昭和42年衛生局長通達>、昭和48年度で全保健所が補充され、また保健所の「保健婦」も地域よりのneedsに徐々に応えるようになった。その数的な変化は第4、5表の通りである。

表4 医療社会事業取扱数<本市衛生年報>

年	分類	結核	精神病<取扱総数に対する%>	成人病	乳幼児	その他	総数
44年		812	1,507 <47%>	118	307	472	3,216
45年		807	2,233 <51%>	130	642	545	4,357
46年		1,057	3,806 <56%>	143	1,053	757	6,816
47年		1,003	4,334 <62%>	149	928	579	6,993

<注> 昭和47年——本市人口243万、医療社会事業専任12名、兼任3名

表5 保健婦家庭訪問状況<本市衛生年報>

年	分類	結核	精神	成人
44年		9,539	214	259
45年		7,914	280	501
46年		6,325	563	470
47年		6,193	760	610

<注> 昭和47年——本市人口243万、保健婦等168名

この4、5の表で判るように医療社会事業及び保

健婦の精神障害者にかかわる数の伸びは著しいが、特に医療社会事業の総取り扱い数の伸び及び全数の中で精神障害に関する数の比率が昭和45年以後は50%以上を占めている。これは既述の他疾病に比して本人の病識欠如や家人すら正しく理解していないうえに、医療場の少ないことなどから、応接時の必要時間は他分類に比して極めて長くかかるなどを考慮に入れるならば上記の50%以

上の率は注目すべきものである。このような数字の増加は果して市民の needs にすべて応えているものであろうか？人口 100 万の A 政令市における“市民 needs”に応じた数を表 6 にあげてみる。

表 6 A 市の精神衛生取扱数

職員	数	人員	取扱回数
保健婦等		107名	2,000余
医療社会事業等		21名以上	4,900余

<注> 昭和47年—A市人口100万

この表 6 と表 4, 5 と人口その他を比較してみると、本市の場合さらに多くの“needs”があることが予想されるが、これは狭義の精神衛生の場のみである点が問題である。また、医療施設の不足は医療職職員の不足でもあり、種々の条件とあいまって相談指導業務は裏付の乏しいものとなり、それらの困難性が痛感されている。

人口 120 余万の B 市を見ると行政関係の関係職員数こそ本市と比して大差はなく、入院可能な施設もまた 9 ケ所であるが、診療所数は圧倒的に多く 23 ケ所以上を数えている。従って保健所業務運営についてもこれらの施設及び人の「協力」を得られ易く市民の精神障害に対する考え方の是正にも

役立ち、また市民の考え方の一般化は早期発見や早期受医療へと結びつき、これがまた「社会復帰」への道を容易ならしめている。

6 政令市の問題点

保健所業務を中心として概略を述べてきたが、「問題点」としていくつかあげられる。

まず、従来精神衛生を保健所業務内にとどめて他分野との横の連携に乏しかったこと、即ち、衛生面・教育面・民生面でも単独でそれぞれの施策を考えるならば必ず壁につき当る筈で、いわゆる「縦割行政」のあり方であろう。

続いて、狭義の保健所業務量<申達業務・精神鑑定業務等を含めて>の増加に伴う関係職員の増であり、その「内容分析」によっては医療機関問題から社会復帰の問題を有機的にとりあげるべきであろう。これらの諸問題に対応して、法では県段階に「精神衛生センター」設置を要請し<精神衛生法第 7 条ほか>、政令市はその中に包含されている見解をとっているが、県段階保健所と政令市

表 7 精神衛生センター設置状況<厚生省精神衛生課資料 48.3>

県名	人口	竣工	県名	人口	竣工
* 北海道	520万	43.3	福島	194万	47.3
東京	1,144	41.3	宮城	185	43.5
* 大阪	779	40.6	岐阜	179	42.3
* 神奈川	587	42.3	岡山	174	46.3
* 愛知	559	46.3	鹿児島	169	42.3
* 兵庫	474	43.3	熊本	168	47.3
埼玉	426	40.5	栃木	162	43.3
* 福岡	406	42.2	長崎	155	44.6
千葉	366	45.12	山口	151	47.2
静岡	317	41.3	愛媛	142	47.3
広島	251	47.3	山形	121	46.8
<横浜>	<245>		富山	104	42.11
新潟	235	43.3	石川	102	42.3
茨城	220	42.7	福井,山梨,香川,徳島,高知	100万以下	
長野	197	47.3			

<注> * は指定都市を含む。

保健所の業務内容の違いから、“県立センター”が必ずしの政令市一特に指定部市一の期待を充分満たしているとはいえない現状がある。表7は各都道府県と精神衛生センターの設置状況であるが、本市人口に及ばぬ県が圧倒的に多いことに注目すべきである。

このような観点から、現在の精神衛生法や医療法等で県段階にとどまっている条項のいくつかは、政令市一特に「指定部市」〈横浜など9大都市〉への権限移譲によって保健所業務は円滑となり、住民の精神衛生上好ましい施策が行われるのではないか、と考える。

7 おわりに

法の説明及びそれ以下において法とのからみから、不本意ながら“精神障害者”なる語を用いてきたが、この語の濫用が精神衛生の進展を阻害した一つの大きな因子ではなからうか、と考えている。従来から、身体についてしばしば“障害”なる語が用いられているが、一般的にはいかに医療を加えてもその機能の原状復帰は困難で、長期あるいは半永久的に機能を失ったものと解されている。例えば腕を事故等により受傷し結果的には切断せねばなるまいと思われるような例でも、診断時直ちに“身体障害”としては扱われず、社会復帰の段階で身体障害者として呼ばれるにしても、その障害の度に応じての等級が決められるようになってきている。にもかかわらず何故に“精神”の場合のみ診断されると同時に“精神障害者”と呼ばれ、一括して医療に、労働に差別されなければならないのであろうか？〈精神衛生法第20条・48条、労働安全衛生規則第61条〉これは多分に“精神障害”と呼ばれている一群の精神疾患の中の代表的と思われていた精神分裂病

がかつて遺伝的言辭をもって遇され従って不治感が強く、これは保護収容すれば足りるとの発想、即ち発病→不治感に基いたものであろう。しかし、遺伝的研究はしばしば一卵性双生児を用いてなされているが、かつてその一致率<一方が精神分裂病になった時他方も同病になる率>が60~80%であるとされていたものが、コンピューターの利用により正確さを増すと共に一致率は20~30%内に下っていることや、医療の発達によって精神分裂病患者であっても正常に復し、社会の有用な立場で活動し、結婚しても家庭的に平穏な生活を送る人々がいかに数多くあるかということを強調したい。身体疾病でも早期の加療は治癒を導き易いが、仮りに早期であっても不幸な転帰をとる例はしばしば見ると全く同じく、精神上の問題もまた加療によっては不幸な転帰—即障害を残す—をとることもあり得る。

従って、私は法にいう“精神障害”なる語は“精神疾病<あるいは疾患>—疾病観—と考え、“精神障害”は精神疾病<疾患>の下での症状に応じた一分類であると主張したい。

〈衛生局副主幹・医学博士〉

〈参考文献〉

- 〈1〉精神衛生法逐条解説
- 〈2〉厚生省精神衛生課資料
- 〈3〉神奈川県衛生部資料
- 〈4〉横浜市衛生年報
- 〈5〉精神医学：笠松章
- 〈6〉精神医療の展望
- 〈7〉精神衛生：村松常雄
- 〈8〉横浜市民生局資料