

# 都市における精神衛生

——過密都市の諸問題——



石原幸夫

「心の健康」ということを大きな目標に掲げている精神衛生は、人口の集中化と過密化の著しい都市地域において最も大きな問題をかかえている。都市地域において精神衛生問題を複雑にしている要因は、著しい人口の集中・過密化ということの外に、都市そのものが急速な社会変動の坩堝くるつぽ>と化していることである。今日の都市が持っているこの二重の条件は、都市における精神衛生問題を一層複雑かつ困難なものにしている。精神衛生というと多くのものは、精神障害の問題を頭に浮かべるかもしれない<狭義の精神衛生>。しかし、精神衛生の問題は精神障害者の問題だけではない。少年非行・家出・自殺・離婚・貧困などのいわゆる社会病理学的現象といわれるものの多くは、精神衛生と深い関係を持っている<広義の精神衛生>。都市における精神衛生問題は、むしろこの社会病理学的現象に問題の本質が露呈されており、広義の精神衛生こそ都市における精神衛生問題の重要な課題なのである。しかし、ここでは、狭義の精神衛生つまり精神障害の問題を取りあげることにする。

## 2. 都市社会における精神衛生の病源性

都市においては精神障害者はどのようになっているのであろうか。まず郡部農村との比較においてその状況をながめてみることにする。表1は昭和38年に実施された全国精神衛生実態調査の結果である。これは全国を3つの地域区分、すなわち「六大都市」「その他の都市」および「郡部」に分けて、精神障害者がそれぞれの地域にどのくらい分布しているかを統計的に分析したものである。

### 目次

- 1 — まえがき
- 2 — 都市社会における精神衛生の病源性
- 3 — 都市地域における在院精神障害者の実態
- 4 — いわゆる貧困階層と精神障害者
- 5 — むすび

表1 地域別精神障害者有病率<人口千対>

地域区分 疾病の種類	六大都市	その他の 都市	郡部
精神病	4.8	5.2	7.6
精神薄弱	1.5	3.7	6.2
その他	2.0	2.8	3.1
合計	8.3	11.7	16.9

ここで有病率<人口千対>とは、人口千人に対する精神障害者の数を表わし、表中、疾病の種類としてあげられている3つの精神疾患を合計したものの、つまり精神障害は、六大都市では人口千人中8.3人おり、その他の都市では11.7人、郡部では16.9人いるということになる。

この調査では、全国平均での精神障害者の有病率<人口千対>は12.9人であり、その総数は124万人という結果が出されているが、ここに掲げた地域分布をながめてみると、郡部での有病率が非常に高く、六大都市の有病率は郡部に比較すると非常に低く、おおよそ半分になっている。

ここで注目すべきことは、この表は有病率の比較であるから、六大都市での精神障害者の実数が郡部のそれにくらべてすくないということを言っているのではないことである。人口の流入・過密化によって著しい膨張を続ける六大都市では、そのもとなる人口母集団は増加しているのであるから、人口の流出・過疎化の著しい郡部と比較して、比すべくもなく精神障害者の実数が大きいことはいうまでもない。

実はこの表には別の重要な意味がある。それは精神障害の発生と都市環境との問題である。

この表は、有病率すなわち千人の人口のなかに含まれている精神障害者の数であり、その発生<発病>状況すなわち発生率については何もふれていない。この発生状況については、大都会は郡部・農村に比して遥かに多いといわれている。それでは有病率において大都市はどうしてすくないので

あろうか。それは都市地域のなかで発生した精神障害者の多くは、結局、都市環境から脱落し、生れ故郷の農村郡部に帰郷するためであった。このことは、職場で発病した精神障害者は、直ちに家族が呼び出され、故郷の地での療養生活が勧告されるという、日常生活でのわれわれ経験と一致する。

人口の流入・過密化と急速な社会変動の増埒くるつぽ>である今日の大都市は、精神障害の発病に直接関与する大きな病源地域でもあるといえよう。

### 3———都市地域における在院精神障害者の実態

神奈川県は、横浜・川崎の東京湾臨海地区を中心にして、古くから京浜工業地帯の中核として発展してきた。今日では、千葉、埼玉県とともにいわゆる首都圏の主要な一翼を担い、東京都とおなじく人口の集中・過密化と著しい社会変動の渦中にある。

昭和41年には約460万人であった県人口は毎年約5%の増加をつづけ、5年後の昭和45年には540万人となり、この間18.9%も人口が増えている。この人口増の最も大きな原因は、いうまでもなく転出入による移動人口であり、昭和41年には県人口の11.3%すなわち51万8千人が移動人口となっている。この傾向はその後とも変わらず続いている。

このような地域の過密状況のなかで、精神障害者はどうなっているのであろうか。大きな病源地域としての大都市をかかえている本県では、精神障害者の問題が衛生領域の一つの重要な課題となってくるのは当然である。ここでは、神奈川県全域を対象にして入院中の精神障害者<在院精神障害

者人口>を中心にその状況をながめてみることにする。

### <1>ベット数の増加

精神障害の問題で、まず第1に考えられることは入院ベットの問題であろう。表2は昭和41年から5か年間の精神科ベットの推移を示したものである。

この表をみると、昭和41年末7,784床であった入院ベットは5年後の昭和45年末には10,189床に増加し、その増加率は約130%である<昭和41年を100%として>。このベット数を県人口1万人に対する割合<人口万対ベット数>でみると、昭和41年には16.8であったものが5年後には18.5となっている。人口増加に平行して入院ベットも増加し、したがって入院患者も増えている。

精神病院の数は昭和41年には41病院あったが昭和45年には48病院に増えている。このうち横浜市には16病院がある。

### <2>在院患者の特性

このように増加している入院ベットのなかに、どのような患者が入院しているであろうか。

昭和44年には表2に示してあるように、10,029ベットがあり、そのなかに10,539人の患者が入院していた。この10,539人の入院患者についてまず病気の種類をながめてみることにする。

表3はその入院患者の種類を示したが、群を抜いて多いのが精神分裂病であり、入院患者全体の

67.1%を占め7,081人もいる。つづいてアルコール中毒の7.6%—806人、器質性精神障害<動脈硬化による老人の病気が最も多い>が7.1%—754人入院しており、比率からみると分裂病に比すべくもなく小さい。つまり入院患者の大多数は精神分裂病であることがわかる。

この傾向は神奈川県だけに限らず全国的な傾向でもあって、狭義の精神衛生問題では精神分裂病が最も重要な対象疾患であることがわかる。

### <3>在院患者の居住地

このような在院患者の現住所はどうか。県内の状況を地域別にみると次のとおりである。

横浜市：3,432人<男子1,971, 女子1,461>——32.5%

川崎市：1,109人<男子630, 女子479>——10.5%

横須賀市：737人<男子445, 女子292>——6.9%

県下：3,019人<男子1,691, 女子1,328>——28.6%

県外その他：2,242人<男子1,330, 女子912>——21.3%

すなわち、横浜市の在住者が最も多く県全体の32.5%をしめ、つづいて川崎、横須賀を除く県下が28.6%である。川崎、横須賀市はそれぞれ10.5%、6.9%である。県下は28.6%で横浜市について多く第2位である。

表2 精神科ベットの変動

年	昭. 41	昭. 42	昭. 43	昭. 44	昭. 45
区分					
ベット数	7,784	8,706	9,579	10,029	10,189
<増加率>	<100.0>	<111.9>	<123.1>	<128.8>	<130.9>
人口万対ベット数	16.8	18.0	18.8	18.9	18.5
精神病院数	41	43	47	48	48

表3 入院患者の疾病分類<昭和44年10月>

疾 病	性	男子	女子	計<百分比>
アルコール中毒		766	40	806 < 7.6>
シンナー・睡眠剤などの中毒		46	40	86 < 0.8>
脳器質性精神障害		480	306	786 < 7.1>
てんかん		240	196	436 < 4.1>
精神薄弱		213	158	371 < 3.5>
精神病質		48	15	63 < 0.6>
躁うつ病		190	184	374 < 3.5>
精神分裂病		3,820	3,261	7,081 < 67.1>
神経症		159	162	321 < 3.0>
その他		137	110	247 < 2.3>
計		6,067	4,472	10,539 < 100.0>

以上、精神病院に在院中の患者について、その実状を3点からながめてみたが、本県は人為的な行政区分がそれぞれなされているが、交通機関の便利さも相まって、県全体が一つの都市社会を形成していると見做される。この意味では本県におけるこの現状は大都市における一つのモデルを示しているといえる。

#### 4 4.1 いわゆる貧困階層と精神障害者

都市における精神障害者を考える場合、一つの重要な条件がある。それは社会経済的な条件である。

ここで再び、昭和38年の全国精神衛生実態調査を引用してみると、表4のような結果が報告されている。生活保護を中心とした医療保険の加入状況

からみた精神障害者の有病率である。この表は精神障害者の社会・経済的状況を表わす一つの指標となりうるであろう。

この表の数字も、さきにのべた有病率を示すものであるから人口千人に対する患者の数である。

すなわち、生活保護をうけている人たち<生保その他を含む>千人のなかに、約180人の精神障害者がいることになり、これは一般人口の有病率12.9に比較してみると、実に約14倍にもなっている。日雇健保<本人および家族>についてみてもおなじようなことがいえ、その有病率は61.6で一般人口の約5倍である。このことの意味は極めて重要であろう。

本県での状況を、さきにあげた10,539人の在院患者についてみると表5のようである。

この表は在院患者の医療費の支払区分であるが、生活保護法による入院が全体の24.8%をしめてい

表4 医療保険加入別の精神障害者有病率<人口千対>

疾病	保険別	健保	日雇健保	国保	生保	その他
精神病		6.4	22.2	14.4	119.2	9.3
精神薄弱		4.4	—	2.6	36.7	3.9
その他		2.8	35.8	8.4	23.7	6.9
合計		13.7	61.6	31.3	179.6	20.1

る。この表で精神衛生法とあるのは、精神症状の悪化による法の強制入院を意味している。この法による強制入院の方法〈措置入院制度〉では、医療費が免除または軽減されているのであるが、現在では本来の意味が大分くずれて、医療費給付的な意味で使われている場合がすくなくない。もしそのように使われている在院患者が法による入院の70%近くあると仮定すると、生活保護による入院を合せて、在院患者のおおよそ40%が経済的に困窮状況にあるといえるであろう。

表5 入院費用の支払区分

区分別	総数	百分比
精神衛生法	2,417	22.9
生活保護法	2,619	24.8
国保	2,327	22.0
社保	2,979	28.2
自費	102	0.9
その他	95	0.9
	10,539	100.0

この貧困階層の問題は、精神障害者に限らず、近代都市社会にとっては古くして新しい重要な課題であり、かつては結核についてもおなじような問題があった。貧困階層と強く結びついた精神障害者問題は、特に都市においては、ぬきにして考えることはできない。

この問題には更に重要なことが含まれている。それは精神障害の発生と貧困の問題である。精神障害者になったが故に貧困階層に落ちこんでゆくのか、あるいは環境の貧困さの故に精神障害者が発病してくるのかの問題である。この二つの関係は、現状では確かに悪循環の関係にある。鶏か卵かの論争に似て、二者択一的には決められない問題でもある。

なお、参考までに述べれば、さきにとりあげた10,539人の在院患者についてその婚姻状況を調べてみると、結婚して家庭を持っている者は全体の17.9%〈1,890人〉にすぎず、全体の61.6%〈6,496人〉は未婚者である。また全体の10.2%〈1,081人〉が離別しており、6.2%〈655人〉が死別している。これらの人たちの年齢は30才以上が全体の72%をしめ、とくに結婚適令期を過ぎさった人たちである。家庭の崩壊現象は著しいといえよう。

われわれは精神病院の入院について、一度入院するとなかなか退院させてもらえないものだという先入観を持っているのでなかろうか。そこで、精神病院の退院についてその実態をながめてみることにする。この退院の問題はいろいろな意味で重要である。

表6は昭和41年から5か年間における神奈川県下の在院患者の入退院の状況である。表中在院人口とは、その年の年末に病院にいた患者数であり、入院人口とはその年1年間に入院した患者の延べ総数である。退院人口とはおなじく1年間の退院した患者の延べ総数である。入退院率とは退院人口を入院人口で割ったもので、この数が多くな

表6は昭和41年から5か年間における神奈川県下の在院患者の入退院の状況である。表中在院人口とは、その年の年末に病院にいた患者数であり、入院人口とはその年1年間に入院した患者の延べ総数である。退院人口とはおなじく1年間の退院した患者の延べ総数である。入退院率とは退院人口を入院人口で割ったもので、この数が多くな

表6 入退院人口の変動

区分	年	昭. 41	昭. 42	昭. 43	昭. 44	昭. 45
在院人口		8,223	9,025	10,037	10,489	10,199
入院人口		7,454	7,186	9,084	9,594	9,465
退院人口		6,767	7,060	8,105	9,264	9,755
入退院率		90.7	98.2	89.2	96.5	103.5

ればなるほど退院患者が増えている、つまり在院人口が減少し病院にいる患者が少なくなっているという、一つの望ましい傾向を表わす指標である。

さて、この入退院率を昭和41年から5か年間にわたってみると、昭和43年には入退院率が最も低く<89.2>望ましくない状況を呈していたが、その後は漸次上昇し、昭和45年には遂に100%をこえるという最も望ましい状況が現われた。100%をこえるのは1年間を通じて入院患者より退院患者が多かったということの意味している。この上昇傾向がどこまで続くかどうかはこの表だけではわからないが、精神病院の一つの変り方を示す新しい傾向であるといえよう。

この内容を昭和44年について更に詳しく分析してみると、この年は12月末現在10,489人の在院者がいたが、1年間では9,264人のものが退院し、空席になったベットに9,594人が入院している。したがって入退院率は96.5%となり、入院者の方が多くなっている。この年のベットの数は10,029であるから<表2>、実にその99.4%が一度は空席になったことになる。精神病院でのベットの回転は、意外になされていることがわかる。

ところが、ベットはかなり回転しているが<退院者が多いが>、それは在院患者の全体に及ばず、一部の人たちによってなされている現象であるところ大きな問題がある。

昭和44年の在院患者10,539人について、その在院

期間を調べてみると表7のとおりで、1年以上の在院者が全体の61.1%もいる。このことは、その1年間に退院しなかったものが61.1%いたことを意味している。しかし一方では、年間を通じ在院患者の99.4%のものが一度はベットを空けているのであるから、これは在院期間が1年未満のもの<新しい入院患者>が入退院を繰返しているということになる。そして在院期間の長い古い入院患者は殆んど退院していないことを意味している。これを「上澄層は交替するが沈澱層は交替していない」と表現しているが、このことの意味は重要である。

更に詳しくこの状況をながめてみると、在院期間が3年以上のものからは4.5%しか退院者はなく<1年間に>、6年以上になると僅かに1.7%しか退院していなかった。

一度入院したら退院できない、というイメージの源もこのあたりにあるのではないと思われるが、在院期間が長びけば長びくほどますます退院の機会が失われてゆき<統計的な見方ではあるが>、精神科の入院ベットは、医療のためのベットよりは宿泊のためのベットのような用のたちかたに変化してしまうことになりかねない。精神病院のあり方が問われている現在、このことは注目に値する問題であろう。

## 5 ————— むすび

表7 在院人口の在院期間

性	在院期間	1年未満	1～3年	3～6年	6年以上	計
男子		2,504	1,344	913	1,306	6,067
女子		1,599	967	755	1,151	4,472
計		4,103	2,311	1,668	2,457	10,539
<百分比>		<38.9>	<21.9>	<15.8>	<23.3>	<100.0>

都市における精神衛生という課題のもとで狭義の精神衛生を取りあげ、主として精神障害者の問題を中心にして考えてみた。すでにふれたように精神衛生の問題は精神障害者問題だけではない。しかしこの問題は、今日の都市社会において避けることのできない重要な問題の一つである。

今日、精神障害者の対策は、それが人口過密な都市にあっても、あるいは人口過疎な農村郡部にあっても、共に地域対策であるといわれている。

精神障害といえば、多くの人たちはすぐに暗いイメージの閉ざされた精神病院を思い出すであろう。しかし精神病院という閉鎖社会のなかだけでの精神科治療の時代はもう終わったのである。

最近では精神科治療という言葉も余り使われなくなった。それに代って精神医療という言葉が使われるようになり、この言葉は、これまでの伝統的な隔離収容的な精神科治療法を捨てた新しい内容のもられた医療という意味である。

では、新しい医療の内容とは何か。

それは予防・治療・リハビリテーション・アフターケアという一貫した医療の流れを組織し、その組織を通じて精神障害者のコミュニティ・ケア〈地域対策〉を考えることである。この新しい精神医療の流れの中で精神病院は、入院医療を中心にした一つの医療資源の役割を担うことになる。この一つのという意味が重要である。「社会的・医学的な孤立絶縁状態、そこでは医療の連続性を失い、しょせん精神障害者の医療は、精神病院のなかだけで完結し得るものではなかった」のである。

一方、地域対策のためには、早期に退院して来た人たちに対する新しい医療施設の設立が必要である。そこは生活訓練、作業訓練を主体とした総合リハビリテーションセンターである。そのなかでは患者は、社会復帰のために必要な訓練をつみ重ねてゆくのである。鍵のかかった閉鎖された社会

の中では、働ける能力も月日と共にさびついてゆくことは明らかである。そして、この施設には退院した患者が、家から通いながら訓練をうけられるものもある〈デイ・ケア施設〉。

予防活動およびアフター・ケア活動のためには、保健所の活動が今よりもっと充実されなければいけない。保健所は何時も窓を開いて、地域の人たちの精神衛生相談に応じ、在宅している退院患者に対しては、アフター・ケアとしてもっとたびたび家庭訪問指導を行なわなければならない。

このように、まず精神病院の変革、ついで新しい総合的リハビリテーション・センターの誕生、そして、予防およびアフター・ケア活動のための保健所の充実などが行なわれてはじめて、さきにふれた精神医療の流れは一貫した組織となり、精神障害者の地域対策は確立され、効果のある第一歩がふみ出されることになる。

かなしいことに現状は、それぞれが各個ばらばらであり、それぞれの主張が対立さえしている。一日もはやこの現状が解決され、一致したコンセンサスのもとに、真の意味の精神医療が一年、一年積みかさねられてゆける日のくることが望まれてならない。

〈神奈川県立精神衛生センター所長・医学博士〉