

## 社会変動と精神障害

寺嶋, 正吾  
福岡家裁

<https://doi.org/10.15017/2231559>

---

出版情報 : 九州人類学会報. 3, pp.38-40, 1975-10-20. Kyushu Anthropological Association  
バージョン :  
権利関係 :



# 社会変動と精神障害

福岡家裁 寺嶋正吾

## 1. 精神病院、精神病床の増加

厚生白書によると、最近の10年間だけをみても精神病床は13万6千床から27万床へおよそ倍増している。(昭和48年9月末で1,432病院, 26万7,343床, 入院患者は27万2,116人)。

第二次世界大戦前最も精神病床の多かったのは、昭和16年の2万4千床(人口万対3.3床)であった。戦争の影響を受けて激減した精神病床は、昭和27年ごろまでに回復したから、今日の精神病床の伸びは社会変動を経験している最近20年間の現象とみることができる。

単科精神病院の数は20年前には多い県でも10病院くらいのもので、たいていの県ではわずかに数病院にすぎなかった。人口万対病床数では九州各県と高知、徳島両県が多く40床前後に達している。この病床数の伸びについては20年前には多くの県が万対5床にも達していなかったのに、その後の10年間でアンバランスを生じたことがわかる。ここで人口移動、特に過密、過疎との関係を考えねばならない状況が生じてきた。

20年前、昭和29年には約3万床、人口万対4床の精神病床であった。この年、1954年にミッシェル・フーコーは日本の精神医療にふれて、次のように書いている。「日本ではアメリカと違って狂人の存在に対する社会集団の耐容度ははるかに大きく、入院は決して習慣となっていない。」当時とまったく違ってしまった今日の状況からみて、彼のこのような認識が誤りであったのか、その後、日本の社会の狂気に対する対応が変化したのか、ここにも提起されている大きな問題がある。

## 2. 精神衛生法のインパクト

### (1) 措置入院

昭和25年施行の精神衛生法の本質は、精神障害を疑われる者の強制入院を法的に正当化したものであった。現在約7万5千人がその適用を受けて「自傷他害」のおそれある患者として収容されている。最近の傾向は一般申請が減少してきて、警察官、検察官通報が増加してきていることである。特に東京、大阪のような過密県では治安機構による収容が増加してきているが、同じ傾向が過疎県でもみられる。

### (2) 生活保護法による精神病院入院

現在入院患者の約39%はいわゆる生保患者である。措置患者の27%よりはるかに多くなっている点に注意すべきである。しかも、ここ10年あまりの変化は措置数が停滞しているのに反し、

生保患者は激増していて、およそ倍増し、最近では年間120万人もの生活困窮者が入院医療を受けているのである。

生保患者の増加したのは過疎県である。九州各県、あるいはその他の過疎県についてみると10年前の3倍前後増加している。しかし、過密県あるいは過密都市でも激増していて中には4倍以上に増えている都市もある。

以上のように、今日わが国では1,400余の精神病院があり、27万床の病床をもち、諸外国に比べても決してひけをとらぬ整備状況になった。しかし、諸外国と比較して決定的な違いは精神薬物の出現のインパクトがまったくみられぬ点である。過密収容は改まらず、20年間いぜんとして病床利用率は100%を割ることはない。平均在院日数の短縮は起こらず、むしろ逆に延長し続け、461日に達している。諸外国では精神薬物の登場によって治療理念、治療目標の転換が起こり、リハビリテーションが正当な目標となり、ホスピタリズム、拘禁的保護に対する徹底した反省がまき起こったというが、わが国では理念転換を跡づける証拠がまったくない。

### 3. 考 察

ミッシェル・フーコーの精神医学史を読んでみると次のような記載がある。「17世紀半ばに突然変化が起こった。……大きな施設がヨーロッパ全土に作られ、それらはただ狂人用だけでなく、互いにひどく異なった人々を受け入れるためのものであった。……肢体不自由の貧困者、困窮老人、乞食、頑固な怠け者、性病患者、各種の風俗壊乱者、家族の意向または王権により公の刑罰を加えるわけにはいかない人々、濫費家の父親、破目をはずして騒ぎ回る聖職者など。要するにすべて理性、道徳および社会の秩序に関して「変調」の徴候を示す人たちが閉じ込められた。……これらの施設には医学的な使命はまったくない。人は医療を受けるためにそこに入るわけではなく、もはや社会の一員としてやってゆけなくなったか、または、やっていってはいけなから入るのである。このように古典時代には狂人が多くの他の人々とともに隔離収容されたわけだが、この時の問題として浮びあがるのは狂気と病の関係ではなく、社会が自らに対してどのような関係を持ったかということである。つまり、社会が個人の行為のうち何を認め、何を認めないか、そのこととの関係が問題なのである。隔離収容はたしかに公的扶助の一手段である。……収容施設に住むすべての人を一括する共通なカテゴリーは富の生産、流通および蓄積に参加できないということであった。……かくて狂気は姿を消してしまった。狂気は今や沈黙の時期に入り、長い間そこから出て来ないことになる。狂気はそのことばを奪われ、他人が狂気について語り続けえたとしても狂気は自らについて語ることは不可能となった。」

われわれはいまヨーロッパの18世紀的状况と同じ状况のなかにいるように思われる。このような状况のなかで仕事を進めようとする精神科医、心理学者、ソーシャル・ワーカー、保健婦たちの役割のパラ・ポリス的機能は強化され、精神病院は治療的機能を失って、収容所的機能が強まる危険があ

る。18世紀末の状況をフォーコーは次のように書いている。「狂人の行動は監視され、その主張はおとしめられ、その妄想は反対され、そのあやまちは嘲笑されるべきものとなった。ある正常な行為に対する逸脱には間髪を入れずに制裁が加えられなくてはならなかった。しかも、これが医師の指導のもとに行われ、その医師たるや治療行為よりもむしろ倫理的監督の任務を担っているわけであった。つまり医師は収容施設において道徳的総合機能を行う者なのであった。」現代の精神科医もいぜんとしてこの18世紀末に負わされていた使命から抜き出しえずに継承しているように思われる。