

一橋大学審査学位論文

博士論文

日本における精神病床入院の研究
—3 類型の制度形成と財政的変遷—

後藤 基行

一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程

SD081013

A STUDY ON PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN JAPAN
: INSTITUTIONAL FORMATION AND FINANCIAL TRANSITION
OF THE THREE TYPES

GOTO, Motoyuki

Doctoral Dissertation
Graduate School of Social Science
Hitotsubashi University

目次

序章	3
1. 日本社会にとっての精神病床	3
2. 精神病床入院の3類型	7
3. 先行研究	10
4. 利用資料	16
第1章 戦前期：「行政収容型」の精神病床入院	20
1. 先行研究—精神病患者監護法	20
2. 川崎市文書にみる精神病患者監護法の運用実態	22
3. 精神病患者監護法による監置患者の統計推移	38
4. 精神病院法の公費収容	43
5. 精神衛生法の措置入院と精神病患者監護法	47
小結	49
第2章 戦前期：「私費・社会保険型」の精神病床入院	50
1. 先行研究—私費・社会保険	50
2. 自費・公費入院の統計推移	52
3. 自費・公費患者の入院動態の差異	56
4. 私立医療施設の統計概観—結核、精神病、癩	60
小結	62
第3章 戦前期：「救貧・公的扶助型」の精神病床入院	64
1. 先行研究—救護法、生活保護法	64
2. 救護法並びに川崎市文書の収容救護患者の統計的観察	65
3. 救護法の施行状況	68
4. 川崎市公文書館所蔵文書にみる救護法での収容救護事例	70
小結	81
第4章 戦前期日本における公費での病床供給システム	83
1. 公費監置・入院に関する支出額とその推移	83
2. 公立病院設置のコストと府県財政	88
3. 1930年代における府県財政と衛生関連費用	90

第 5 章 戦後における精神病床入院の 3 類型の展開	94
1. 医療費財源の制度区分	97
2. 入院形態別・医療費財源別の精神病床入院数	99
3. 入院形態別・医療費財源別の精神病床入院の在院期間.....	105
第 6 章 戦後における「救貧・公的扶助型」精神病床入院の展開	110
1. 「経済措置」の導入と医療扶助入院.....	110
2. 精神衛生実態調査	119
3. 医療扶助入院の制度的優位性	126
4. 『昭和三十四年 精神障害者診察保護申請関係綴』	129
5. 「保護申請綴」の記述統計分析	138
終章	146
結論.....	148
一次資料	153
文献目録	168

序章

1. 日本社会にとっての精神病床

2012年時点における日本の精神病床数は約34万床、入院患者数は30万人超であり(1)、人口比でも絶対数でも世界最大、また入院患者の在院期間も最長である。このような過大な病床数の削減と共に入院を中心とした医療から地域でのケアへの移行が、精神保健医療福祉領域での長年の政策的課題となっている。しかし、2004年に厚労省が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が、10年間で35万床から28万床への減床という目標を掲げていたことを考えてみても、その進捗は芳しいものとはいえない。

こうした現況に至る過程として、戦前・戦中期の精神病床のピークであった約2万4千床(1941年)が、戦争による急落を経て、戦後の1950年代から70年代にかけて大きく増加し、1961年には10万床、79年には30万床を突破した。その後は、1990年代前半期の36万床を最大値とするまでは微増、以後は微減の傾向となり、今日に至っている(2)。

このような日本における精神病床数の変遷は、欧米諸国が抗精神病薬の開発にも促されて1960年代から70年代あたりから脱入院治療・地域医療化を図り、病床を削減してきた歴史とは逆の動きを示したことになる。たとえばアメリカでは、精神医療施設の入所患者数は1940年に既に57万人を超えており、1960年には63万人となったが、1970年には43万人、1980年には24万人と急減した(3)。つまり、欧米諸国が精神病床の削減を行い始めた1960年代から70年代頃が、日本における精神病床の拡張期とも重複しており、現在まで続く30万床の到達期なのである。

以上のような経緯を踏まえると、1950年代から70年代においてなぜ急激な病床ストックが形成されたのかということの考察は、現在の問題がいかようにして作り上げられてきたかを知ることであり、それは今日の精神保健医療福祉に

(1) [厚生労働省社会・援護局, 2014, ページ: 1-2]

(2) [日本統計協会編, 2006, ページ: 244-245]

(3) (Susan B. Carter et al., 2006, p. 1・669)

おける精神病床削減というミッションを遂行する上で重要な認識のはずである。しかしながら、戦後日本における精神病床入院は、他の欧米諸国とは異なる構造的性をもって戦後において展開したからこそ現在の状況があるが、この点についての考察は先行研究で深められているとは言い難く、また政策立案過程でもこうした歴史的経緯が真剣に考慮されることはないに等しい。

次節で整理するように、従来の先行研究では、戦前の私宅監置（座敷牢）や戦後の強制入院に象徴されるような公安的な日本の精神医療の性格と、精神病床が民間病院によって寡占されていることに伴う営利主義が、現在のような問題を招いたという考え方が根強い。しかし、約半世紀前におおよそ形成されたこうした認識は、体系的な事実によって支持されないケースが少なくなく、現在大幅な見直しを必要としている。

よって、本論文の目的は、先行研究が抱えている精神医療政策史についての認識の諸問題を乗り越え、日本の精神病床入院がいかなる構造的性を持って生じてきたのかというメカニズムについての、より実証的な歴史的視座を提示しようとするものである。精神病床入院とは、人が精神疾患を発症することで自動的に行われるものではなく、医師の診断、当事者や家族の意思、地域社会、法制度や医療費支払といった要素が絡み合った結果として帰結する現象である。これを本論文においては、精神病床入院メカニズムと呼称し、特に医療費支払構造と家族というファクターに着目してその日本における展開を考察するものである。

以上より、本稿は戦前戦後にまたがる各種の一次行政文書を利用した精神病床入院についての研究を行い、先行研究の視点に代わって、後に述べるように、3類型として把握される複線的な精神病床入院の形態、中でもその一つである救貧・公的扶助制度（生活保護法）と、家族の意思を中軸に展開された戦後の精神病床の増加とその社会的・歴史的意味を重視すべきと考える。

すなわち、戦後の急激な精神病床増を最も強く牽引したのは、精神障害者に対する公安的要素の濃い入院よりも、家族の同意というケアラーのディマンドに基づく入院（精神衛生法下の「同意入院」。病院施設長と家族の同意によって患者を入院させることが出来る。現行法における「医療保護入院」と、それを救貧・公的扶助的な体制によって引き受ける制度としての生活保護法（医療扶助）の拡充によってである、という新しい歴史的パースペクティブの構築を目指す。

日本における家族は、欧米とは異なり、世帯構成員に対するケアを原則的に一手に担う存在であることを期待されるため、家族は患者と強い情緒的関係性を形成しやすいと同時に、その負荷が高まるほどに患者のケアから離脱したいとする欲求も蓄積される構造となっている。このことから、同意入院と生活保護の組合せに主導された戦後日本社会における大規模な精神病床数と長期在院の成立とは、家族に課されていた世帯内の障害者のケアという倫理的・制度的・慣習的制約が、公的扶助の増進によって解放されていったことを意味している。つまり、戦後の精神病床は、公費での医療費支払制度としての生活保護の拡張に後ろ支えされながら、家族の患者のケアから離脱したいという欲求に広く応える機能を付与されてきたのである。

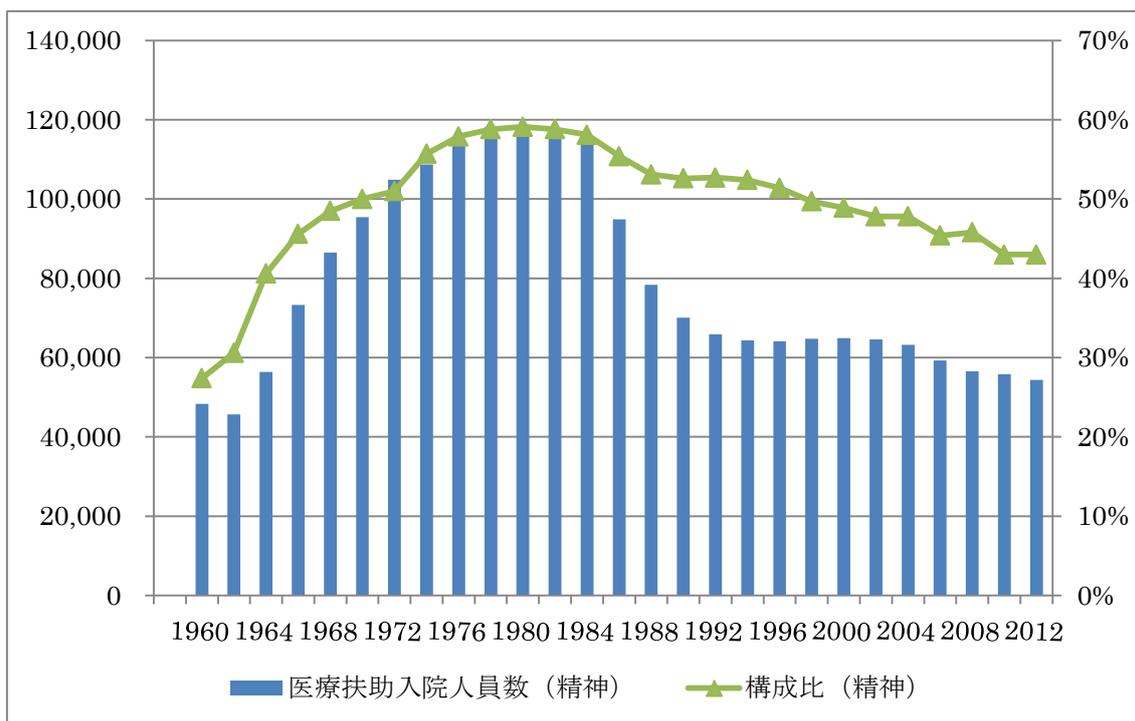
この点について先行研究では、生活保護での精神病床入院が 1950 年代以降に大幅に拡大してきた意味について正しく認識されてきたとは言いがたい。精神科の医療費というところまでの基調となってきた議論は、いわゆる精神科特例と呼ばれる低医療費問題に収斂することが多かった。つまり、精神科病院を特殊病院と規定し、医師の数は一般病院の 3 分の 1、看護婦数は 3 分の 2 を可とした 1958 年の厚生事務次官通達が、2000 年代に入るまで大きな変更がなかったことへの批判が長らく行われてきた(4)。少ない人員と経費で大量の患者を病院に受け入れることを可能にしたことで、医療の質が低く抑えられたというある意味で正当な批判である。だが一方で、医療費として生活保護法によって非常に多くの精神病床入院費用が賄われたことの意味は、正面から考察されず、言及されること自体も稀なことだったのである。

しかしながら、生活保護法による医療扶助入院者中で精神病が占める割合は、1963 年に 37.1% となって結核を上回り、以降一貫して一般疾病を合わせた病名分類中でも最多となってきた。その後、1964 年には 40.6% を超え、79 年に 58.8% となるなど、現在に至るまで医療扶助入院全体の 40% を切ったことがなく、2012 年度においても全医療扶助入院の 43% が「精神病」が理由となっている(図 1 参照)。入院患者実数でも、「精神病」による医療扶助での入院数は 1963 年に 1 カ月平均で 5 万人を超え(精神病床の総数は約 13 万 5 千)、1972 年には 10 万人超(総精神病床数は約 26 万)となりその他一般疾病の合計を上回った。このよ

(4) 例えば、[中山, 1980]、[昼田, 2001]、[仲, 2010]

うに、精神病床入院の急増によって生活保護法は医療費支払財源として肝要であったと同時に、医療扶助入院にとっても精神病は特権的なカテゴリーを形成し、現在なおその構成を維持しているのである。

図 1 医療扶助入院人員数（精神）・医療扶助入院に占める構成比（精神）



国立社会保障・人口問題研究所作成資料「入院・入院外別病類別医療扶助人員の年次推移」
www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seihoH26/H26-19.xlsx より作成

また、しばしば世論の攻撃の対象となりやすい生活保護予算であるが、精神病床入院への支出は政治的に問題化されたことは少なかったことについても着目すべきである。なぜなら、日本社会全体としても、こと精神障害者に関しては、公費をもって家族の役割を病院に積極的に代替させる道を戦後において選択したということだからである。このことは、精神障害者に対する入院の公費支出は社会的にやむをえないものとして認識されてきたことの裏返しであり、何故に精神病床入院は公費で支払うべきコストとして日本社会は受け入れてきたのか、という問いが背後に存在している。本論文はこのクエッションに直接解答を与え

るものではないが、こうした問いが戦後の精神病床増・入院増の問題を考察する上で重要であることを顕在化させる意味を持つことになるだろう。

もちろん、生活保護法での公費以外にも国民皆保険化などによる保険のカバレッジの拡大は、国民全体の所得の向上と共に社会保険での精神病床入院も増大させてきたし、1960年代には措置入院（公安的要素の濃い公費での強制入院）を、本来ならば生活保護の対象とはならない世帯に対する経済的な救済措置として代替させようとしたいわゆる「経済措置」による入院の急増もあった。社会保険の充実も、「経済措置」という発想の創出自体も、基本的には精神障害者の入院を増進しただけではなく、ケアを担う家族に対する政策効果を持っていたことは改めて指摘するまでもないことであろう。このような意味において戦後の精神医療政策は、患者という対象のみならず、家族の負担の救済という文脈においても理解されなくてはならないのである。

以上のように、本論文は、特に1950年代から70年代の日本における精神病床入院メカニズムの検証を射程に、同意入院の主体たる家族というファクターを考慮しつつ論じるが、そのためには同時代以前の分析が不可欠となっている。というのも、この時期における精神病床入院メカニズムそのものは、複線的な財政的経路の成立という意味で、戦後ではなく戦前に制度的な起源をもっているからである。この戦前において構築された精神病床入院に対する財政的・制度的な複線性は、戦後の制度に対して経路依存的な拘束性を発揮した重大な影響を持っていたのであるが、先行研究によっては検証されたことがないため、その論証が前もって行われる必要がある。よって、論文の構成は、まず戦前期における精神病床入院が、戦後にも構造的な影響を与えたことを実証するための考察を行うことになるが、そのために次に述べる精神病床入院の3類型化が必要となるのである。

2. 精神病床入院の3類型

前述のように、1950年代から70年代にかけて生じた戦後日本における急激な精神病床入院増であるが、その医療費の支払いは大きく3つの財源に整理可能である。まず一つが、精神衛生法による措置入院費、次に私費及び各種社会保険、そして生活保護法の医療扶助費である。これ以外の経路から精神病床入院の

医療費がカバーされることは原則的になく、戦後における精神病床入院増は、これら3つの複線的な制度体制がそれぞれ整備され財政規模が大きくなっていくことによって可能になっていた。もちろん、これ以外にも、厚生年金や医療金融公庫からの病院に対する融資などが病床増を促す効果をもっていたが、それは入院医療費に対する支出とは異なる。つまり、財政的な観点から見て、この3種の経路の成立と展開を考察することは、戦後日本における精神病床入院の急増を分析する上で不可欠なものとなっている。

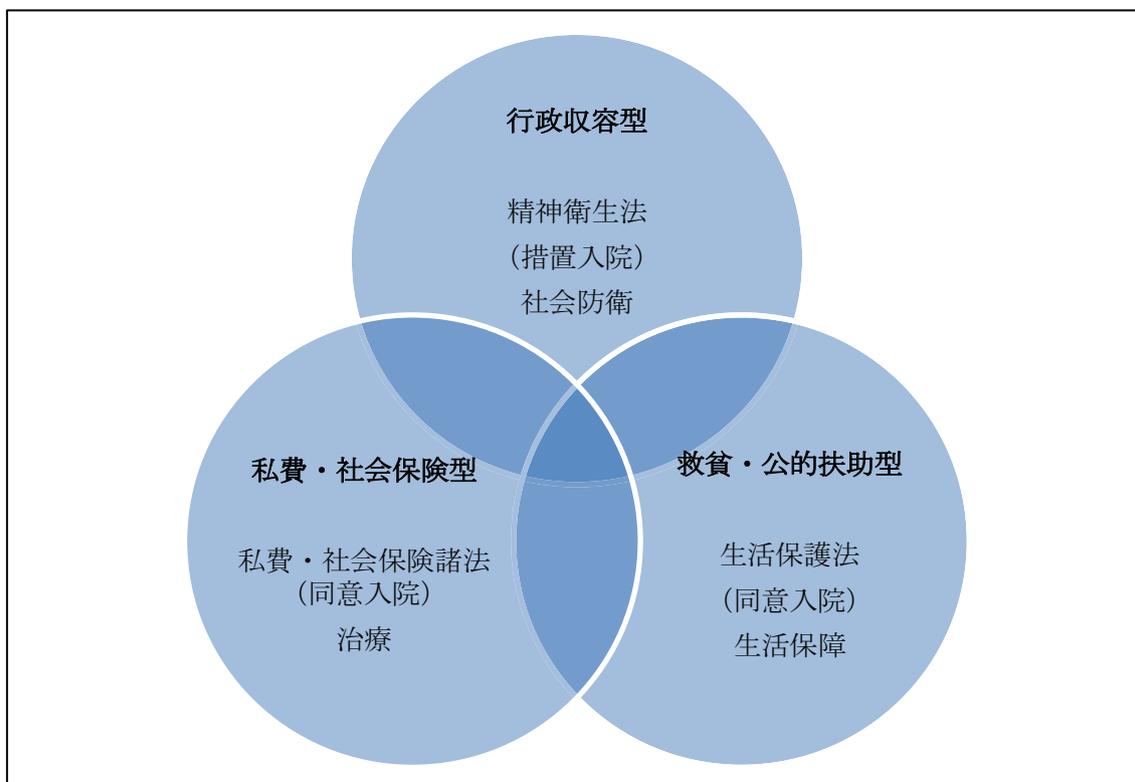
そして、本論文では、この入院医療費の3つの経路からの精神病床入院をそれぞれ「行政収容型」（精神衛生法－措置入院）、「救貧・公的扶助型」（生活保護－同意入院）、「私費・社会保険型」（社会保険・私費－同意入院）として整理する（なお、措置入院や同意入院といった入院形態については、後に詳述する）。このような区分に整備することの意味は、この3類型化により精神病床入院を戦前・戦後を貫通するメカニズムとして把握し、その歴史的推移を定量的・質的に新たな分析基軸によって考察するためである。その上で、この3類型をそれぞれ社会防衛的入院、治療的入院、生活保障的入院として大きくは解釈可能であることを示す。

こうした機能分類が概念的に成立可能であるのは、それぞれに対応する制度の趣旨と運用方法、財源別の在院期間、患者世帯の社会経済的条件によって全体的には裏付けられ、さらに戦前・戦後の一次行政文書から制度の運用実態を考察することで補強されている。

この3類型の関係性を表したのが下記の図2である。

留意すべき点として、精神病床は、これら社会防衛・治療・生活保障という3種の性格いずれか一つだけを体現するというよりも、図2に表現したように、どの要素が強く反映されるかというグラデーションの濃度の違いとなっていることがある。つまり、社会防衛的入院と整理するものであっても、そこには治療的要素や生活保障的要素も折り重なる部分があるのであって、どれか一つにのみ還元されるのではない。

図 2 精神病床入院の 3 類型・制度・機能別イメージ図



筆者作成

これに対し一部の先行研究は、特に精神衛生法時代における精神病床の公安的機能を強調する傾向がある。例えば、「精神衛生法は公安的精神障害者収容法だった」 [岡田, 2002, ページ: 204]とし、強制入院の問題が、患者の人権という観点から多く取り上げられてきた（ [大谷 中山, 1980]、 [竹中, 1986]、 [川本, 1990]、 [古屋, 2015]等）。

このような先行研究に対して、「行政収容型」、「救貧・公的扶助型」、「私費・社会保険型」として戦後の精神病床増を財政的に支えた入院を 3 類型化することで、精神病床入院の歴史的展開が先行研究の言うような単線的な理解によっては解釈できないことが明らかになり、かつ戦前期を含めた制度についての定説も一部修正されることになるであろう。

そして、精神病床入院の 3 類型化による最大のメリットは、戦後における高水準の精神病床ストックの成立にとって、財政的に最重要の役割を果たしたの

が「救貧・公的扶助型」の生活保護法からの医療費支出であることを示し、かつその制度的な原型となっているのが、戦前期の救護法であることを考察可能にするからである。なによりも、この「救貧・公的扶助型」の入院は、家族の同意による入院を前提にしており、国家権力や医療制度が公安事由をもって強制するようなものではなかった。

以上を踏まえ、精神病床入院を 3 類型化することにより、戦後日本において最も精神病床入院・病床増を牽引した体系だったのは、「救貧・公的扶助型」の生活保障的な機能を持った入院であったこと、そして常に家族という主体が重要な決定を行ってきたという歴史を、実証的に描くことを論文の重要な目的とする。

このように、精神病床入院の 3 類型化という分析枠組みは、戦後の精神病床入院の推移に重大な影響を与えた「救貧・公的扶助型」の原型としての救護法の存在を浮かび上がらせることを可能にするのである。同時に、「行政収容型」の入院は戦後の精神病床入院を代表する形態ではないことが明らかになることで、これまでの精神医療史の定説ともなってきた公安主義的な精神医療というものが、実は精神病床入院の歴史の一部を実像以上に大きく見せてしまっているものだということが理解されることになるだろう。つまり、本論に述べるように、戦後の急激な増床を支えた精神病床入院メカニズムは、社会防衛的な機能を主として展開したのではなく、生活保障的な機能に主導されたことが質的にも定量的にも導き出されるのである。

以上より、本論文における方法として、精神病床入院を 3 類型として把握することで、日本における精神病床入院メカニズムを複線的に考察する。かつ戦前・戦後を貫通する長期的なパースペクティブを獲得することで、これまでのような公安主義や隔離収容という理解に傾斜してきた先行研究の解釈を乗り越え、「救貧・公的扶助型」の入院体制と、その入院の急増に深く関与した家族の姿を中心とした、日本の精神医療の歴史像の構築を目指す。

3. 先行研究

先にも触れたように、戦後日本における精神病床入院、精神医療政策といったテーマに関連する歴史的整理を行っている先行研究には、大きく概略すると次のような傾向がある。つまり、戦前の私宅監置（座敷牢）に象徴されるように、

日本の精神医療には公安的な隔離収容の発想が濃厚であり、また公共的なコミットメントが少なく、家族の患者に対する監護・保護の責任が強調されてきた。そして、戦後は私宅監置の代わりに強制入院が行われ、また民間病院が病床を寡占しているため、その営利主義によって患者の囲い込みが生じ、長期入院・大量収容という現在のような問題につながったという歴史観である。以下は、その編年の具体的事例である。

「私宅監置は精神科医療の日本的原型として固定、精神病院も監禁主義をとらざるをえず……国は公立精神病院の設置・精神障害者の医療対策の推進という公的責任を一貫して果たさなかった(5)。」

「わが国の精神病院が必ずしも医療論理に基づき、一定の方針のものでその拡大を計ったものではなく、国家が求めつづけてきた治安性と、製薬資本の大動輪によって駆動された営利性によって無計画な拡大・強化をすすめてきた(6)。」

「精神障害者を社会防衛的に隔離収容することを旨とした精神衛生法体制に問題があり、人権保障に関して重大な欠陥を有していた(7)。」

「日本の精神病床は八五%が私的所有の病床と言われており、民間病院へ大きく依存しているのである。そのため病院経営者は、低い単価で収入を維持するための努力を強いられることになる。……病院にとって、入院患者は病院の固定財産なのである(8)。」

「私宅監置は、精神病者を医療ではなく、公安的隔離監禁の対象とし、それを個人の責任でおこなわせるもの・・・現在も精神科医療の底流にある(9)。」

(5) [吉岡, 1964, ページ: 33]

(6) [広田, 1981, ページ: 177]

(7) [山下, 1987, ページ: 206]

(8) [岡上, 大島, 他, 1988, ページ: 7]

(9) [岡田, 2002, ページ: 141]

「精神衛生法は公安的精神障害者収容法だった、というべきである(10)。」

「精神衛生法は……精神障害者自身の治療のためというよりも、社会からの隔離と施設収容を主目的とする社会防衛思想を色濃く反映させた「入院促進」法であったと評価できる(11)。」

「現在の日本の精神科病院に長期に入院している社会的入院者は、戦後精神衛生法の下で国策として進められた隔離収容政策により生み出された……諸外国と異なり、公的責任が果たされることなく医療産業として民間精神病院が整備されてきた(12)。」

ここまでの引用に明らかなように、大規模な精神病床ストックが形成された精神衛生法の時代について、先行研究は「公安」や「社会防衛」、「隔離収容」、「民間病院」「営利性」といった単語をキーワードとして、その歴史観を構築していた。また、こうした先行研究の系譜を整理すると、日本の精神医療政策について、「私宅監置（戦前）→強制入院（戦後）＝公安的隔離収容主義（＝人権問題）」という単線的な歴史観が形成され、約半世紀にわたって維持されてきたといつてよい。

以上のような精神医療史に関係する先行研究の問題点の一つは、その分析に際して、基本的に精神医療に直接関わる特別法（精神病者監護法や精神衛生法等）とその運用に考察が集中してきたことである。だが、日本の精神病床入院の推移にとって、精神医療の特別法のみならず、生活保護法や、国民健康保険法などの各種の社会保険関連法は、医療費の支払い源という観点からみて極めて重要な役割を果たしてきた。とりわけ戦後の1950年代から70年代の精神病床の拡張期においてその中心的な財源となってきたのは、精神衛生法だけではなく、生活保護法、各種社会保険であった。少なくとも財政的側面を見る限り、精神病床入

(10) [岡田, 2002, ページ: 204]

(11) [古屋, 2015, ページ: 51]

(12) [古屋, 2015, ページ: 95]

院の考察を行う上で、生活保護法と社会保険の重要性は極めて大きく、中でも1950年代から70年代という30万床を超える戦後の精神病床体制の確立期においては、生活保護法は最重要の役割を果たしてきたといえる。

また、本文において実証課題の一つとするように、この生活保護法による精神障害者の医療扶助入院は、その制度的原型を戦前期救護法にもち、同法に定められていた収容救護によって精神障害者の公費での精神病床入院が戦前期から行われていた。しかし、次に述べるように、先行研究は精神病床入院に大きな影響を持っていた生活保護法やその前史である救護法をはじめ、特別法以外での入院についてほとんど研究を行っていないのである。

例えば、日本の精神医療史について最も網羅的にカバーされている岡田靖雄の『日本精神科医療史』 [岡田, 2002]では、戦前期の救護法については事実上言及がなく、生活保護法の医療扶助入院についても戦後の大規模な精神病床体制構築に果たしたインパクトは考察の対象となっていない。社会保険と精神医療との関係については「もっとくわしく追跡しなくてなるまい」と述べるように、若干の言及があるにとどまる。

また、精神医療に関連した行政制度を歴史的にまとめた著書である広田伊蘇夫『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』 [広田, 2004]や、精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会『精神保健福祉行政のあゆみ』 [精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編, 2000]でも、救護法には言及がなく、生活保護法や社会保険諸法は関連法として扱われていないため章や節は用意されておらず、考察対象となっていない。その他、『精神保健行政と生活保障』 [加藤, 見浦, 滝沢, 1990]と題された著書は、公的扶助としての生活保護法と精神保健の関連性についての論説を含んではいるものの、その内容は生活保護法によってどのようなサービスが受けられるかという記述を中心としており、制度そのものの考察は深められていない。

さらに、社会福祉研究の分野でも、精神病床入院と生活保護法・救護法の関連性については同じく非常に不十分な言及しか行われてこなかった。救護法に関しては、寺脇隆夫による重厚な研究蓄積があるが、精神病床入院との関係については統計分析的な論考で患者取り扱い数が登場するのみで主題的には取り扱われていない [寺脇, 2007]。また、戦後の生活保護法については多数の先行研究が

あるが、たとえば厚生省による「正史」でもある『生活保護三十年史』[厚生省社会局保護課, 1981]や、副田義也 [副田, 1995]、岩永理恵 [岩永, 2011]などの秀逸な著作が全体的な流れをよく説明している。しかし、いずれも精神病床入院と生活保護法との関わりは、わずかに付随的に言及されるにとどまっている。

同様に、社会保険諸法とそれらの漸進的な改革と精神病床入院の増加の関係性についても、深い考察が加えられたことはないといってよい。吉原・和田の『日本医療保険制度史』[吉原 和田, 2008]は近年の重要な著作であるが、趣旨からしても精神医療との関わりは全体の中の一部の動きとしてしか着目されておらず、戦後の精神病床入院の増大と維持に果たした大きな役割についての分析は行っていない。

こうした先行研究の全体的な傾向の中、鈴木晃仁は近著において、国内ではほとんど方法論的に採用されたことがなかった症例誌（カルテ等）を利用し、戦前期精神病院の公費と私費患者の間には病院内での治療や処遇に大きな断絶があることを実証的に描き出した [鈴木, 2014]。粗略すれば、公費患者の場合はその在院期間の長さや投薬パターンからみて医療が軽視され収容に重きがあり、私費の場合は在院期間の短さや当時の先端医療の利用の多さなどから治療的なダイナミズムが発見されたといえる。鈴木による研究の成果は、本論文の分析枠組みの妥当性を補強する意味でも重要である。それは、精神病床は外形的な数だけによってはその意味を測れないという点であり、広義の意味において公費患者＝行政収容型入院は社会防衛的な要素を持ち、私費患者＝私費・社会保険型入院は治療的なものとして解釈可能であることを示しているからである(13)。

その他、中山宏太郎は生活保護法での精神病床入院患者の多さと保険入院の増加、措置入院の増減について個別に論じている [中山, 1980]。精神病床入院を財源に分けて考察するという点で、本論文の趣旨と共通項を持つ重要な先行研究であるが、叙述は戦後に限定され、また事実関係の推移に叙述の重点があるた

(13) なお、鈴木が利用しているのは主に 1930 年から 42 年までの王子脳病院のカルテであるが、少なくとも 1935 年の公的統計では同病院には 3 名しか救護法での入院患者はおらず [東京市社会局編, 1936, ページ: 29]、王子脳病院には救貧・公的扶助型の入院患者は少なかったことが伺える。よって、王子脳病院の公費患者としては、精神病者監護法・精神病院法という本研究では行政収容型として整理する患者が多かったことを意味している。

め、その歴史的・社会的背景や原因については簡易な説明にとどまっている。また、総じて公費入院の低下傾向に対し批判的であり、保険入院の増加について「公的扶助という富の垂直的分配を減じ、保険という水平的分配即ち労働者の相互扶助を増加せしめるという国家・総資本にとってより有利な方策」という観点に立っている。しかし、本論文が考察するような、そもそも何故精神病床入院はこの3つの類型から入院医療費が支出されているのかという歴史的分析は行われていない。また、何故病床にそのような変動が起きたのかということについては「細かな分析はできなかった」と書いている [中山, 1980, ページ: 123-124]。そのため中山の研究は、戦後の精神病床供給の分析に関する先駆的な研究でありながら、医療費支払別の入院の推移に対する考察は深められていない。

上記以外に、猪飼周平の著書は、国外も含む20世紀における医療供給パターンについて理論的な整理を行い、日本については民間病床の多さの理由を「所有原理」によって導かれたものとして歴史的に考察している [猪飼, 2010]。猪飼の理論は、なぜ日本の精神病床は民間によって大部分が占められているのかという疑問について極めて説明能力の高いものであり、また医療が公的セクターによって提供されないこと自体は、医療の質にとっては決定的な意味を持たないということ説得的に描いている。

その上で、本論文にとっての猪飼の研究の重要性は、精神病床に観察できる社会防衛、生活保障、治療という3つの性格について指摘していることである。猪飼は、一般病院・病床の歴史についてその展開の在り様を理論化し、20世紀の病床が原理的に治療に適した形で編成されてきたことを論じたが、同時に社会防衛という「治療とは異なる目的を持った設備・施設」の存在についても指摘している。これを「病院の世紀に並行する別の流れ」とし、伝染病床等を例として挙げているが(14)、そうした病床も総じて治療を重視していくという意味で一般病床化していったため、「病院の世紀」という表現の整合性が主張されている。一方で、精神病床については、「社会防衛・治療・生活(15)」という3つの性格が折り

(14) [猪飼, 2010, ページ: 59]

(15) 猪飼の「生活」という言葉と、本論文における「生活保障」的という言葉には若干の差があると考えられる。本研究における「生活保障」的入院とは、基本的には、精神障害者とその世帯の社会経済的な理由に着目して行われる公費での精神病床入院のことを示す。

合わせてきた」が故に、治療を動力とする病院の世紀の理論からみると「独自のもの」「重要な例外」だとしている(16)。ただし、「重要な例外」としつつも、猪飼による精神病床を主とした分析は2頁ほどの短いもので、戦後における病床推移の意味を総論的に言及するにとどまっており、その3つの性格の存在についても実証作業を経ているわけではない。

その他、海外の先行研究では、まずフーコー [M・フーコー, 1977] やスカルらが、近代以降の精神病院の発生と増大を、理性主義と資本主義の発展に結びつけて論じてきた。特にスカル (Scully, 1993) は、資本主義による「存在の商品化」によって、労働になじまない存在である精神病患者たちが浮かび上がり、病院に收容されるようになったとする議論を展開し注目された。しかし、フーコーやスカルらの解釈については、フォーサイスやメリング (Forcyclythe & Melling, 1999) といった実証研究を軸とする歴史家が反証となる事実を見出しており、現在ではかなり留保付きの評価がなされている。また、海外の精神医療史に関する研究は、本論文においてはいずれも重要な参考資料とは基本的にはなりえない。その理由は、特にフーコーやスカルらの研究は、精神病という疾病についての図式的解釈の側面が強く、日本の精神病床入院の歴史的動態を実証的に分析するには適していない。また、その他の先行研究(17)も、日本の精神病床入院の長期的な推移について実証的に論じているものはほとんど存在せず、直接の先行研究と位置づけることは困難だからである。

以上からも、20世紀の日本に生じた精神病床入院の推移についての堅実な分析のためには、国内2次文献のみならず、一次資料の調査・発掘・整理が不可欠であることが理解される。

4. 利用資料

上記のような先行研究整理を踏まえ、本研究の基礎資料となるのは、戦前・戦後の精神病床入院にかかわる一次行政資料ならびに一次統計資料、及び関連二次文献である。

(16) [猪飼, 2010, ページ: 247]

(17) [E・ショーター, 1999] は、中世から近現代に至るまでの精神医学の歴史について考察しているが、日本についての考察は行っていない。

まず、2011年3月に執筆者による文献調査の結果、神奈川県の川崎市公文書館に多数所蔵が確認された戦前期の精神病患者関連の一次行政文書がある(以下、川崎市文書)。川崎市文書は、戦前期の精神医療に関わる特別法たる精神病患者監護法によって公費で精神病院に収容された患者についての文書(一部は精神病院法の適用も)、ならびに戦前期の一般救貧法と呼びうる救護法によって同じく病院に収容救護された患者についての文書の2種に大別される。戦前期の精神病床入院の実態については、基本的に川崎市文書を基軸とした分析を行う。また、その全体像に対する検討は、戦前期日本の最も信頼できる医療統計資料である内務省衛生局(1938年以降は厚生省)『衛生局年報(衛生年報)』を中心に利用する。

これまでの精神病患者監護法に関する先行研究では、同法によって法文化された私宅監置(座敷牢)の検証が、橋本明による実証研究[橋本, 2011]を中心に進んできた一方で、同第6条に定められた行政が主導する患者収容については研究蓄積が浅かった。そのため、同条による精神病患者の収容事例を多数含んでいる川崎市文書は、この空白領域を埋める貴重なものである。

同様に、先述のように、救護法によって精神病患者が精神病院に公費で収容救護されていたことはほとんど着目されることがなかったが、川崎市文書は救護法での患者の収容についても記録しており、これらの分析を行った。救護法の収容救護は、当然ながら戦後の生活保護法の医療扶助入院に継承されており、1950年代から70年代の精神病床入院の大拡張をもたらした要因につながっていった。こうした点は、精神医療に関わる制度として、救護法に対するこれまでの先行研究の評価の修正を迫るものだと考えられる。

なお、残念ながら、3類型のもう一つの型である「私費・社会保険型」の精神病床入院について、戦前の私費・保険入院に関する一次資料は現在のところ鈴木によるもの[鈴木, 2014]以外にほとんど発見されておらず、同領域の資料調査は今後の課題であろう。よって、「私費・社会保険型」については、鈴木の先行研究の他に、内務省『衛生局年報』や戦後の厚生省発刊の各種統計を中心とした一次統計資料が分析の核となる。

次に、戦後の精神病床入院の研究は、各種統計資料の他、神奈川県立公文書館に所蔵されている文書群も重要資料とする(以下、神奈川県文書)。その内容は、生活保護法での医療扶助入院に関わる行政文書で、県が作成したものと、保

健所や社会福祉事務所が作成した公文書が中心となっている。「救貧・公的扶助」的回路である生活保護法での精神病床入院（生活保障的入院）についての運用実態を明らかにするものであり、世帯や生活環境についての情報も比較的多く含まれ、当時の貧困層の患者について多くのことを教えてくれる資料群である。

これら川崎市文書・神奈川県文書を利用することで、戦前から戦後の3類型中、救貧・公的扶助を通じた回路からの精神病床入院の制度的継続性と増床に与えたインパクトを考察する。

最後に、官公庁発行の一次統計について簡単に述べる。本研究の基礎となる川崎市文書・神奈川県文書の一次行政文書は、研究利用する上で非常に有益であるのはもちろん、資料そのものとしても歴史的に貴重であるが、戦後の神奈川県と戦前の川崎市という地域に限定されているという資料上の限界がある。これは端的に資料の現存が確認できない、あるいはあったとしても個人情報等の理由から研究利用が不可能だからである。

このことは、川崎市文書や神奈川県文書の希少性が高いことを意味する反面、各種の全国レベルの一次統計資料を多用することで、地域的な特殊性に考察が拘束されないよう留意する必要がある。その際、戦前期については当時の最も信頼できる医療関係の統計書である内務省衛生局『衛生局年報』、厚生省『衛生年報』を中心に利用した。戦後は厚生省の『精神衛生実態調査』等を参照した。こうした全国データを参照することで、川崎市文書・神奈川県文書に現れる制度的な運用や患者・家族の生活実態といった個別事例を、可能な限り全体的な位置づけからも観察できるよう留意した。

なお、重要な付記として、これらの一次行政資料の内、特に川崎文書については戦前期の精神障害者についての個人情報が多く含まれている。本論文では、個人情報が明かされないよう伏字にするなどの処理をし、公文書利用箇所については原則的に川崎市公文書館の担当係官による事前の了承を得て、利用を行った。

同様に神奈川県文書については、神奈川県立公文書館の対応として、閲覧申請があった資料で許可が下りたものに個人情報に記載されている場合、当該箇所にマスキングをしたコピーが利用者に渡される形式となっている。そのため閲覧者は、資料に登場する人物の個人情報を把握することはできなくなっている。よって、すでに個人情報に関わる部分については、神奈川県立公文書館が問題な

い形で処理したと判断でき、学術利用上の問題はないものとして扱った。

最後に、本論文は精神医療、精神疾患についての歴史的考察を主としているため、現在においては差別的とみなされる言辞も存在するが、当時の文脈に忠実であることを重視し、基本的に当時の表現をそのまま利用している。

第1章 戦前期：「行政収容型」の精神病床入院

1. 先行研究—精神病患者監護法

近代日本の精神医療史を語る文脈において、日本最初の関連法である精神病患者監護法（1900-1950）は、先行研究の間に相当程度の共通的な見解が存在するといつてよい。つまり、精神病患者監護法は私宅監置、いわゆる座敷牢を合法化した悪法であり、また家族に患者の監護の責任を一任して行政は精神障害者保護に公的な責任を果たさなかったという評価である。

これについて、たとえば『日本の精神衛生』[日本精神衛生会編, 1973]では「この法律は私宅監置を合法化したにとどま(18)」ったとし、山下剛利は「精神病患者監護法は精神障害者を家族の負担において私宅に監置せしめ、社会防衛を達成しようとしたものである(19)」と指摘している。また、戦後日本の精神医学界の権威であった秋元波留夫は、「この法律の目的は社会にとって危険な存在である精神病患者の監禁を家族に義務付け（「監護義務者」）、自宅に監禁すること（「私宅監置」）を警察の許可制にして合法化することであった(20)」と説明している。

あるいは青山良子は、「「監護法」は、自助努力を義務として規定し、家族を精神病患者を管理する主体として形成することにあつた」とし、私宅監置を中心とした同法による「精神病患者処遇は行政などの国家機関や精神病医などの医療機関の強制的な介入による管理と言うより、家族の主体性を利用した巧みな管理システム」だとしている(21)。他にも風間朋子は、同法における「公的機関（警察）は、家族によってなされる監護の現場へ積極的に介入することもなく、ただ、監置に関する事務手続きが正しく行われているか、その後の監置に逸脱がないか等、あくまでも虐待の防止など消極的な範囲内で、監護義務者を監督する(22)」程度の役割しかなかったと述べている。

上記以外にも、現在の精神保健福祉士養成用のテキストで精神病患者監護法は、

(18) [日本精神衛生会編, 1973, ページ: 4]

(19) [山下, 1985, ページ: 8]

(20) 呉秀三、榎田五郎『精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的觀察（精神医学古典叢書1）』創造出版、2000年、「刊行に寄せて」より。

(21) [青山, 2000年, ページ: 129]

(22) [風間, 2011, ページ: 11]

「私宅監置、親族の責務を規定したことが中心(23)」、「私宅監置が届出制となった(24)」などと説明され、精神医学の事典でも「私宅監置を公認したもの(25)」といったように、やはり私宅監置や家族の監護義務について簡潔に記述されて、総括されるというのが一般的である。

以上に見てきたように、精神病患者監護法は、一部の先行研究の解釈というレベルにとどまるのではなく、国家資格でもある精神保健福祉士の教科書などにおいても、私宅監置と患者家族の監護・保護義務がほとんどセットで語られるまでに広く定式化されてきた。のみならず、国家により合法化された「私宅監置は日本の精神科医療の原型(26)」「私宅監置こそ日本の精神科医療の原型(27)」として、患者の看護や医療に公的機関が責任を持たず、家族にその責任を押し付けるという意味で、精神医療にまつわる歴史の重要な核としても位置づけられてきたのである。

しかしながら、現在の精神保健医療福祉の分野において長らく定着している精神病患者監護法に対するこのような評価は、実はそれほどこの法律の全体的な運用実態に対する綿密な検証に基づいて導かれたものとは言い難い。本章で実証的に論じるように、これまでの先行研究は、精神病患者監護法が戦前・戦後の精神医療に与えた歴史的な影響の評価について、いくつかの点において大きな問題を抱えている。

まず、第一にそれは、精神病患者監護法が第6条において行政機関主導による患者の収容を規定し、近代日本において初めて精神障害者に対する強制収容の体系を全国レベルで構築し、広く現場で運用されたことにほとんど言及しないことである。第二に、同法第6条の運用規定である明治33年勅令第282号が、市区町村長責任による患者監置を民間病院に公費を支払って委託可能とする「委託監置」の運用を一般化させたことである。前者は戦後の精神衛生法における措置入院の原型となり患者の強制入院の拡大を法的に担保することにつながり、後者は精神病院法の代用病院制度と戦後の指定病院制度に継承されて民間病院の公立病

(23) [精神保健福祉士養成セミナー編集委員会, 2005年, ページ: 71]

(24) [岡上 和., 2006, ページ: 23]

(25) [加藤 敏., 2011, ページ: 597]

(26) [吉岡, 1982, ページ: 41]

(27) [岡田, 2002, ページ: 141]

院に対する量的圧倒をもたらす一つの要因となったのである。共に、戦後の精神医療の趨勢に極めて重要な影響を持ったと考えられるが、これまでの先行研究において、こうした指摘がなされたことはない。

このように、先行研究における精神病患者監護法解釈の欠陥が生じた大きな理由の一つには、そもそも精神病患者監護法をはじめ、戦前期日本においてどのように精神病患者が具体的に扱われたのか、ということをも明らかにしてくれる一次史料が決定的に不足していることが挙げられる。こうした史料的制約の中、例外的な先行研究に、橋本明の「大分県公文書館所蔵『昭和十五年 監置精神病患者に関する綴』解題」(28)があるが、戦前・戦中期の大分県は病院そのものも少なく精神医療にとっては周縁部の地域のため、私宅監置に偏った病者処遇がほとんど(31件中23件が私宅監置、8件が病院監置で内5件が公費)であった。また同論文は、この少数例であった公費による監置、つまり精神病患者監護法第6条の適用事例に関しては、個別の事例分析にとどまり、精神病患者監護法の運用に関する全体的な文脈に位置づける形では言及していない(29)。

以上のような先行研究の諸状況にも鑑み、本章では精神病患者監護法第6条に規定された公的監置(公費監置)の制度と実態を、先の川崎市文書中の一次行政文書より考察する。その上で、その公的監置が精神病床入院体系の3類型のうちの一つである「行政収容型」の原型を形成し、戦前期の精神病床の公的供給システム的一端を担っていたことを明らかにする。それと共に、監護法の公的監置が戦後の精神衛生法の措置入院との連続性をもつことを論証することで、近代日本における精神障害者に対する公的強制収容の法体系は、精神病患者監護法第6条及びその運用規定によって初めて全国的に構築され、運用されてきたことを論じる。

2. 川崎市文書にみる精神病患者監護法の運用実態

(1) 法律上の規定—精神病患者監護法第6条(及び第8条)

これまで述べてきたように、精神病患者監護法には、家族に患者監護を義務付

(28) [橋本, 2006]

(29) [橋本, 2011]の第三章は主に公立監置室に監置された公費患者のケースを扱っているが、やはり公費監置の制度とその意義、あるいは病院監置の拡がりについての考察はそれほど行っていない。

け、私宅監置を統制するという機能だけでなく、市区町村長が直接の監置責任者となって監置を執行し、かつその費用を公費で支弁する公費監置の規定も存在した。なお、本稿において使用する「公的監置」とは、市区町村長が責任者となって患者の監置を実行することを指し、「公費監置」とは公的監置の費用が公費によって賄われることをいう。両者はほとんどの場合同一の意味であるが、厳密には「公的監置」の費用が稀に患者家族によって負担されることもあったため、用語として区別した。また、「公的監置」、「公費監置」は共に、精神病患者監護法第6条による市区町村長責任による患者監置のことを指示するために、便宜上の理由から造語したものである。

では、そもそもこの公的監置・公費監置とはどのようなものであったのか。まず、精神病患者監護法は全23条から成り、第1条は家族を中心とする患者に対する監護義務の規定、並びにその義務を履行すべき順位について、第2条は監護義務者以外は精神病患者を監置できないことを定めるなど、第5条までは基本的に私宅監置を想定したものである。

そして、第6条（及び第8条）に公的監置に関することが規定されている。全文は以下のようなものである。

「精神病患者ヲ監置スルノ必要アルモ監護義務者ナキ場合又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由アルトキハ精神病患者ノ住所地、住所地ナキトキ又ハ不明ナルトキハ其ノ所在地市区町村長ハ勅令ノ定ムル所ニ従ヒ之ヲ監護スヘシ」

これは、監置すべき患者に家族など監護義務者がいない場合、またはいても義務を履行できない時は、関係する市区町村長が代わりに監護せよ、というものである。このため、第6条による公費監置の対象者は主に貧困層の患者となるが、この点は後に触れる。

また第8条は、行政庁が患者監置の必要性もしくは監置の不適當を認めた時は、第1条の順位に関わらず監護義務者を指定し、監置を命じることができるが、「急迫ノ事情」の際は行政庁が代わりに監置できる。その際は第6条に準じよ、というものである。

さらに費用の支弁方法は精神病患者監護法第 10 条で、市区町村長の監護する場合は行旅病人及行旅死亡人取扱法（明治 32 年）成立を準用するとある。同法では、救護費用が当該者より弁償されない場合は公共団体が負担する（第 5 条）とあり、この公共団体は救護・取扱を行った地の道府県となっている（明治 32 年勅令第 277 号）。

こうして、精神病患者監護法第 6 条（第 8 条）での市区町村長による監護費用は、当該患者（及び扶養義務者）から支弁されなかった場合は、一旦市区町村が繰替支出し、後に道府県からの弁償という形になったのである。なお、公費による監置先はほとんどが病院への監置で、他に公立救護所、公立監置室等への監置があったがこれらの数はごく少数にとどまった。

そして、この第 6 条の具体的な運用に関する法規として、明治 33 年勅令第 282 号（「精神病患者監護法第六條及第八條第三項ニ依レル監護ニ関スル件」）が定められている。この勅令は公的監置の運用上極めて重要な法規であるが、これまでの先行研究ではほとんど言及されることがなかったため、一部直接引用したい。

勅令の第 1 条の規定は、「精神病患者監護法第六條ニ依リ市区町村長ニ於テ精神病患者ヲ監置スヘキ場合ニ於テハ地方長官ノ認可ヲ受クヘシ。前項地方長官ノ認可ヲ受クル暇ナキトキハ市区町村長ハ警察官署ノ同意ヲ経テ三十日内精神病患者ヲ監置スルコトヲ得但シ急迫ノ事情アルトキハ警察官署ノ同意ヲ経サルモ七日内假ニ之ヲ監置スルコトヲ得此場合ニ於テハ警察官署ニ通知スヘシ」とあり、内容は①市区町村長は監護法第 6 条適用で病者監置するときは知事の認可をとれ。②また、その暇がないときは市区町村長は警察官署の同意を経て 30 日以内は監置できる。③但し急迫の時は警察官署の同意がなくても 7 日以内は監置できる、この場合は警察官署に通知せよ、というものである。

第 2 条では、「精神病患者監護法第六條及第八條第三項ニ該当スル精神病患者アルトキハ地方長官ハ警察官署ヲシテ之ヲ市区町村長ニ引渡サシムヘシ但シ急迫ノ事情アルトキハ警察官署ハ假ニ之ヲ市区町村長ニ引渡シ直ニ地方長官ノ指揮ヲ請フヘシ」とあり、内容は④第 6 条 8 条該当者について知事は警察官署を通じて市区町村長に引き渡せ。⑤但し、急迫の時は警察官署は之を假に市区町村長に引き渡し、直接知事の指示を待て、となっている。

この勅令第 1 条、第 2 条は、後に川崎市文書を利用しながら具体的事例を検

証していくように、知事・市区町村長・警察の3者だけで患者の強制的な監置を可能にする内容である。つまり、日本で最初の行政機関による精神障害者の「強制収容」に類する全国法規といえ、本来ならば精神医療史上、もっと注目されてこなければならなかったものである。特に、第2条但書は、第1条のように市区町村長が監置実施をリードするのではなく、警察から市区町村長へ患者を直接引き渡すことで監置を開始することを想定した、警察が収容に直接コミットする手続きとなっていることに留意すべきである。

なお、家族等の監護義務者による私宅監置実施の具体的な運用規定となっていた精神病患者監護法施行規則（明治三十三年六月二十八日内務省令第三十五号）では、私宅等に監置する際はもちろん監置場所の変更時などにも医師の診断書を添付して地方長官に願い出ることが定められていた。しかし、公的監置の運用を規定していた明治33年勅令第282号では、医師の診断書は監置に際する必須要件とされていない。後にみるように、川崎市文書においても、市区町村長が知事に公的監置の最終的な許可を得るための申請文書を提出する際も、医師の診断書が添付されないケースは少なくなかった。つまり、監置の必要についての医学的判断よりも、警察や市区町村長による監置の必要性の決定が優先していたと推察されるのである。精神病患者監護法には、医学的な配慮が欠如していたと先行研究では結論付けられているが、それはこうした公的監置に際する手続きの規定からも首肯できるものである。

また、明治33年勅令第282号の第3条は、監置内容に変更があった場合に警察官署に通知すべき事項が挙げられている。そして最後の条文である第4条において委託による監置の規定が書かれ、全文としては「市区町村長ハ其ノ監護スル精神病患者ノ監置ヲ適当ナル公私ノ施設又ハ私人ニ委託スルコトヲ得」となっている。この明治33年勅令第282号第4条によって、公的監置が私立精神病院等に外部委託できることが法的に初めて認められたのである。これは当時「委託監置」と呼称され、管区に自前の公立収容施設のない自治体においては、精神病患者に対する公費監置の唯一の方法であった。この委託監置が重要であるのは、精神病院法の代用病院規定に継承され、戦後の精神衛生法では指定病院制度につながり、公立精神病院に対する民間病院の量的圧倒という現象を生む一つの要因になったことである。こうした点も合わせ、本章は、結果的ながら、強制力を持った

患者収容と、その委託措置という 2 点を定めた、精神病患者監護法第 6 条の運用規定である明治 33 年勅令第 282 号の日本の精神医療史における重要性を主張するものでもある。

(2) 川崎市公文書館所蔵文書群にみる公費監置事例

前節においては、精神病患者監護法第 6 条に関する法的な諸側面を概略したが、本節ではその運用実態を一次行政文書の分析から考察する。

2011 年 3 月、執筆者による文献調査の結果、神奈川県川崎市公文書館において、精神病患者監護法による公的監置に関連する文書が多数保管されていることが確認された。公的監置の運用を実際に行ったことが判明する行政文書が綴じられている史資料は、管見の限り以下の 7 つである。

(一) 大正十四年恤救書類第一種、(二) 昭和八年衛生書類、(三) 昭和八年恤救書類第一種、(四) 昭和九年恤救書類第一種、(五) 昭和十一年衛生書類 2 / 4、(六) 昭和十一年衛生書類 3 / 4、(七) 昭和十三、十五恤救書類。

文書群がカバーする時期は大正後期から昭和前期の約 20 年間にわたり、地方自治体レベルでの病者監置の実態を明らかにする貴重な一次史料である。本節ではこの川崎市文書を利用しながら、上述の精神病患者監護法による第 6 条適用での公費監置が、どのように具体的に運用されたかを考察する。

まず、上記 7 つの川崎市文書群で精神病患者に関連する行政文書の総枚数は、およそ 1900 枚弱であり、それらは 128 件の文書群によって構成されている。内 58 件（重複を除くと 53 名分）は「病院監置・入院」に関する事例であり、さらにその中で川崎市長が直接の監置責任者となっているのが 51 件〔監護法第 6 条による公費での病院監置、重複を除くと 48 名分〕であり、残りの 7 件は親族が病者の自費入院を市経由で申請しているもの（費用負担は家族）で、適用自体は救護法による例外的な入院である（第 3 章参照）。以降では、この前者の 51 件・48 名分の公費監置に着目していく。なお、先述した橋本 [橋本, 2011] の利用した大分県の文書群は、私宅監置が中心であったのに対し、川崎市文書には私宅監置の例はなく、全てが病院監置文書である(30)。

(30) 私宅監置の取り扱い文書がないこと自体は、行政上の管轄の問題であり、川崎市に私宅監置がなかったことを意味するのではない。ただし、例えば 1933 年

精神病患者監護法での公費監置例 1

ここでは、典型的な文書といえる最初の例を挙げたい。取り上げるのは、『大正十四年恤救書類第一種』中の文書番号 39 号「精神病患者□□ノ件」で、精神病者の取り扱い事例としては川崎文書中、年代的に 3 番目に早いものである。患者は 21 歳女性、本件は 1925（大正 14）年度の事案で、精神病患者監護法第 6 条に該当するとして、川崎市長が監護責任者として横浜脳病院に患者を委託監置したものである。全 8 枚の関連文書の中から、特に 3 つを取り上げたい(31)。なお、斜体字になっている部分は手書きであり、その他の部分は印字であったものである。

まず、川崎警察署から川崎市長に宛てられた、患者引き渡しに関する最初の文書である。

川衛発第 91号 大正十四年五月三十日

神奈川県川崎警察署長

地方警視□□□□

川崎市長□□□□殿

助役 課主任 (□□) 印 担任

精神病患者仮引渡ノ件

本籍 東京市□□区□□町□□番地戸主□□□□庶子女

住所 川崎市□□□□□□□□

□□□ 当二十一年

**右ハ精神病患者看護(ママ) 法第六条ニ該当スルモノニテ明治三十三年勅令第
二百八十二号第二条但書ニ該当スル事情アルモノニ付仮ニ引渡候也**

ここには、先にも触れた、監護法第 6 条及び明治 33 年勅令第 282 号 2 条但書に該当する事案だと書かれている。この勅令の内容は「但し、急迫の時は警察

の統計では、川崎市における私宅監置の人数は 1 名であった [神奈川県総務部統計調査課, 1935, ページ: 754]。戦前期においても、私宅監置は都市であればほとんど見ることは出来ず、郡部や農村部において行われているにすぎなかった。(31) 個人の特定につながりえる部分は全て□□の伏字とし、原文の引用箇所は太字としたが、これは橋本 [橋本, 2006]を参考にした。

官署は之を假に市区町村長に引き渡し、直接知事の指示を待て」というものであった。

次に、同日中に、今度は川崎市長から川崎警察署長に宛てられた文書で、私立病院に委託「仮監置」することに同意してほしいという内容である。

大正 14 年 5 月 30 日起案 市長 助役 (□□) 代 印 課主任 (□□)
印

大正 十四年 五月 三十日

市長名

□□署長宛 精神病患者仮監置同意願

本籍 東京市□□区□□町□□番

住所 川崎市□□□□□□□

□□□ 当 二十一年

右ハ大正 十四年 五月 三十日 付 発 第九一 号ヲ以テ 精神病患者 監護法 第六 条 該 当 者トシテ 御 引 渡 有 之 候 処 当 市 役 所ニ於テハ 適 当 ナル 監 置 施 設 無 之 候ニ 付 横 浜 市 青 木 町 字 広 台 横 浜 脳 病 院ニ 委 託 仮 監 置 致 度 候 條 御 同 意 相 成 度 此 段 御 願 致 候

次に、再度同日中に、川崎警察署長から川崎市長への委託仮監置の「同意書」が作成されている。

川 衛 発 第 二 〇 八 四 號

同意書

川崎市長 □□□□殿

大正 十四年 五月 三十日 付 願 精神病患者 □□□ヲ 横 浜 市 青 木 町 広 台 横 浜 脳 病 院
ニ 委 託 仮 監 置 ノ 件 同 意 ス

大正 十四年 五月 三十日

神 奈 川 県 川 崎 警 察 署 長

地 方 警 視 □ □ □ □

まず、この最後の二つの文書中に出てくる「仮監置」に関してであるが、後

に山形県知事なども歴任した警察官僚の川村貞四郎はこう解説している。

「精神病者ノ危険性ニ顧ミテ一刻モ早ク之ヲ監置スルノ要生スベキヲ以テ法ハ仮監置ノ制ヲ設ケタリ、即チ急迫ノ事情アルトキハ監護義務者ハ何等ノ手續ヲ要セスシテ仮リニ精神病者ヲ七日間監置スルコトヲ得ルナリ。此場合ニ於テハ市区町村長ハ警察官署ニ通知スルノ要アル……(32)。」

この解説から分かるように、精神病者の「危険性」からみて一刻も早く「監置」するため、特別の手続きなく期間限定で「監置」するのが「仮監置」とあり、社会防衛的な目的を色濃くもって作られた規定であることが明らかである。この仮監置は、家族などの「一般的監護義務者」も私宅監置などの方法で実行可能であったが、川崎市文書の場合は 51 件の公費監置中、49 件が警察と市長の主導で行われている。

上記の文書でも、警察から市長への引き渡し、市長の要請による仮監置の警察署の同意までが即日の間にスピーディーに行われており、家族の関与のない行政主導による監置である。そしてこの後、文書では市長が知事に監護法第 6 条での正式な委託監置のための許可申請を行い、それが認可されて完了となっていくのである。

つまり、川崎市文書中の公費監置は、ほぼすべてが警察による市長への患者引渡しと、仮監置の実行から、正式な（川崎市から他管区の私立精神病院に対する）「委託監置」が開始されたのであり、精神病患者監護法第 6 条の運用において警察と市行政の役割は決定的であった。なお、監護法第 6 条による公費監置が、警察から市区町村長への引渡しから開始されることが一般的だったことは、他の一次史料からも補強できる。

例えば、京都市社会課の調査報告書には、「現在本市区役所に於て精神病患者を取扱ふは主として右勅令第二条に依り、警察署より引渡しをうくる場合であり、その引渡しをうくるや、区役所は之を適當なる病院に收容する(33)」とあるし、

(32) [川村, 1926]。警察の同意を得た場合は 30 日間の仮監置が可能となり、この期間内に知事に正式に第 6 条の適用を申請するのが、川崎市文書の通例である。

(33) [京都市社会課, 1935, ページ: 37]

大阪市の救護事務担当者向けに書かれたマニュアル書には「本市の実情に於ては現在区長の監置して居る精神病者の殆んど大部分は之（勅令第 282 号 2 条但書）に該当する者であると謂ふも差支ない(34)」とある。また、同事務提要には「同法（精神病患者監護法）は主として公安上より精神病患者を監置することを目的としたもの(35)」とある。

以上からも、精神病患者監護法による公費監置は、明治 33 年勅令第 282 号 2 条但書での「急迫」の事情による警察からの引渡しによって開始される、社会防衛的な色調が強かったものが大部分だったことが判明する。これは川崎市文書の実例とも非常に適合的な説明である。

精神病患者監護法での公費監置例 2

先の事例では、精神病患者監護法第 6 条、並びに明治 33 年勅令第 282 号 2 条但書を適用した監置が、社会防衛的な要素を持った強制収容であったことを紹介したが、その点を類似の別の事例からも跡付けたい。

ここで紹介するのは、川崎市文書中『昭和八年衛生書類』の 49 号「精神病患者取扱費請求ノ件」で、患者は 30 歳男性、1928 年度の案件で、全 24 枚の文書である。以下には、監置開始に際する文書を挙げたい。

昭和三年九月十八日

川崎警察署長

川崎市長殿

精神病患者仮引渡ノ件

本籍 東京市〇〇区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

戸主 〇〇 弟

住所 川崎市〇〇〇〇番地 〇〇〇〇付

〇〇〇〇〇

明治三十三年〇月〇〇日生

(34) [大阪市救護事務協議会編, 1937, ページ: 243]、カッコ内は引用者

(35) [大阪市救護事務協議会編, 1937, ページ: 255]、カッコ内は引用者

右ハ精神病者ナル處監護義務者タル 戸主 □□□□□ アルモ其ノ義務ヲ履行スルノ資力ナク而シテ病状ハ狂暴性ニシテ自他ノ危害防止上此俛放置スル能ハズ精神病者監護法第六條ニ該当スルモノト認メラレ候ニ付明治三十三年勅令第二百八十二号第二條但書ニ依リ仮ニ及引渡候也

これは先に見たのと同様に、川崎警察が川崎市長に送付した文書で、やはり拘束した精神病者を「仮引渡」したという内容である。先の 1925 年の事例とほぼ同じ内容なのであるが、この文書で着目すべきは、「狂暴性」「自他ノ危害防止上」という文言が追記されていることで、かつ監護義務者は義務を履行する「資力」がないため、監護法第 6 条、勅令 282 号第 2 条但書が適用されたとの文章となっている。重要なのは、精神病者監護法第 6 条の適用に際しては、監護義務者の「資力」が監護の義務を履行する能力の有無の判断基準となっていたことである。

この文書に記載されている文言と内容は、例外はあるものの、1926 年以降の川崎市文書では表現をほぼ変えずに手書きから印字に変わっており、社会防衛的な要件の明記が監護法第 6 条適用の際に通例化していったと思われる。なお、現行の精神保健福祉法でも、措置入院要件は「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」となっており、この文言の登場は、これら川崎市文書の「自他ノ危害防止上」という表現にみられるように、精神病者監護法第 6 条と明治 33 年勅令第 282 号 2 条但書の運用過程においてその原型が作られていったと考えられる。措置入院要件としての「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」という表現は、解釈の余地を広く残すものであり、特に精神衛生法下の 1960 年代には安易に適用されたケースが多かったとされているが、この文言は精神病者監護法第 6 条の運用に関する文脈から派生されたと推定されるのである。

次に、先のケースと同様に、川崎市長から川崎警察署長に宛てた文書で、私立病院に委託「仮監置」することに同意してほしいという「同意依頼書」が作成され、同日中に警察からの「同意書」が送られ、病院への一時的な「仮監置」手続きが完了する。そして、この後、川崎市長が県知事に対し、監護法第 6 条での正式な委託監置のための許可申請を行い、それが認可されて監置事務完了となっていくのである。

これら 2 例以外の事例も検討した結果、川崎市文書における公的監置の実行プロセスを簡潔に記すと次のようになる。

- ① 警察署長から市長への患者の仮引渡し
- ② 市長から警察署長への仮監置同意依頼
- ③ 警察署長から市長への仮監置同意書
- ④ 市長から知事への委託監置許可願い
- ⑤ 知事から市長へ委託監置認可
- ⑥ 知事から警察署長へ患者の市長への引渡し命令

となって監置手続きの完了となる。本案件においても、このプロセスが手順どおりに実行に移されている。

重要なのは、こうした監護法第 6 条に関わる運用の手続きそのものが、患者の病院への収容を警察署長・市長・県知事の 3 者だけで実行可能な「強制収容」だったことを傍証しており（法的根拠は明治 33 年勅令第 282 条）、その最初のきっかけが警察による「狂暴性ニシテ自他ノ危害防止」という社会防衛的な要件を根拠にして始まっていることである。また、監護義務者たる家族の「資力」が、公費監置を適用するか否かに影響していたことであり、「狂暴性」のみでは公費監置は適用されなかったと推察される。なお、川崎市文書の場合は 48 名の公費監置中、判明するだけでも 46 名が警察による市長への引渡しから監置が開始されており、私宅監置の実行の際とは異なり、家族は監置手続きに法的には一切関与していない。

精神病患者監護法での公費監置例 3

川崎市文書中、ごく例外的に巡査による患者拘束の経緯に関する報告書が添付されているのが、『恤救書類 昭和八年第一種』中の第 10 号「精神病患者監護費請求書 □□□□」のケースである。

また、本件は、家族がどのように患者に向き合っていたかを示す内容も含まれているため、ここに巡査報告の抜粋を紹介したい。該患者は愛知県出身の 27 歳男性で、監置開始日（報告作成日と同じ）は 1928 年 10 月 30 日である。

右者……本月十七日午後九時頃当署前ニ不動ノ姿勢ヲ執リ居リタルヲ発見取調べタルニ松ノ宮殿下ノ命令ナリト称シ精神ニ異状アルモノト認メ……其後本月二十五日午後二時頃東京市麴町区憲兵分隊ニ出頭シー本ノ食料ノ昆布巻ヲ持参シ秩父宮殿下ニ献上スルモノナルガ有毒ノ有無ヲ調べテ貰ヒタイト言ヒ来リタル為当署ニ於テ引取……兄ニ引渡スベク交渉シタルモ……本人ノ乱暴ニ度々遇ヒ引取方ヲ拒ミタルヲ以テ仕方ナク……二男ニテ□□□□ナル者アルヲ以テ是ニ引取ラシムベク……□□（患者）ノ乱暴ニハ殆ンド手ヲ焼キ居リ……剃刀ヲ以テ殺スナド申シタル事実……本人ハ死ス共世話シ難シト申シタル……□□（雇主）ニ対シ乱暴ヲ働キ漸クニシテ取押ヘ辛フジテ本署ニ連行シタルモノナリ。……加ヘテ御大礼近ク……不敬ニ涉ルガ如キ事アラバ由々敷大問題……明治三十三年六月勅令第二百八十二号精神病者監護法第六条及第八条第三項ニ該当スル精神病者ト認メラレルヲ以テ川崎市長ニ引渡シ監置スルノ外ニ途ナキモノト思料候条此段報告候也（カッコの注釈は引用者）

この後、先のものと同様のプロセスを経て、患者の監置がただちに開始されるのだが、この事案で重要と思われるのは、第一に患者に明らかに暴力的な傾向が観察されていること、第二に皇室関係者に対する奇妙な言動で2度警察に保護されていること、第三に監護義務者である兄らが引き取りを強く拒否し、監置が認められていることである。

暴力性向と皇族に対する奇妙な言動は、公安的事由での監置が避けがたいものとして精神病者監護法第6条の発動を促したはずであるが、特に注目したいのは第三の点である。

本案件において、父親を含む患者の親族4人の扶養能力調査では、親族「何レモ赤貧無資産者」「家族ノ生活サヘ見ルモ悲惨」などの返答が各地自治体からあり、患者監護の経済的余裕がなかったのは疑いない。ただし、そうした実状とは別に、二人の兄はそれぞれ、「本人ノ乱暴ニ度々遇ヒ引取方ヲ拒ミ」「本人ハ死ス共世話シ難シ」などと、患者の監護に対する強い拒絶の意思を示しているのである。

精神病者監護法での公費監置例 4

上記の例では、公安的事由がはっきりと認められること、また家族親族がいずれも引き取りを拒否している事例をみた。次に見ていきたいケースは、やはり親族の反応についてである。取り上げるのは、『昭和八年衛生書類』中の第 23 号「精神病者取扱費請求ノ件 □□□□」で、本件の患者は 37 歳男性、その他の例と全く同じように川崎市長・警察・知事によって監置の手続きが行われ、1926 年 4 月 1 日に横浜脳病院に収容が認可されている。

これまでの事例と異なるのは、患者の監護義務者となっていた妻に対し、川崎市から患者の身柄引取りと、川崎市が負担した費用が請求されていることである。精神病者監護法第 6 条による監置は、原則的に公費負担を前提としていたが、扶養義務者に対する身柄引取りや費用請求を妨げるものではなかったため、その手続きが行われたのである。ただし、この妻は既に静岡県掛川の実家に帰郷しているため、その掛川町長に対する文書が添付されている。内容は身柄引取りと同時に、その引取り日時等を戸籍謄本並びに資産調査資料と一緒に返答することを川崎市が求めているのである。また請求額は、横浜脳病院への委託監置の費用として、1 日 1 円の計算で約半年間分の 184 円が請求されている。これに対して、妻の父親が掛川町長に対し、次のような手紙を送っている。

御願

三月一日御役場ヨリ引キ取方御達シ有之候へ共私事御役場ニテ御承知ノ通り戸数割等級ニ於テモ最下位ニシテ其ノ日ノ生計ニモ困難致シ居リシ矢先キ先年□□（患者の名前）儀精神病ヲ患ヒシ以来同人ノ妻及小供ヲ止ムナク私宅ニテ引取り居□ガ赤貧洗フ如キ状態故是レニテモ甚大ノ苦痛ヲ受ケ居□次第之ノ上厄介者ヲ預カルコトハ頭底堪エ難キ次第事情御了察ノ上……御願及ビ申候

静岡県掛川町□□□□□

□□□□

昭和二年三月一日

静岡県小笠原郡掛川町長□□□□□殿

このように、監護義務者である妻の父親は患者の引取り及び監護費用の支弁という川崎市からの請求に対し、その経済的困窮状況を訴えつつ、「厄介者ヲ預カルコトハ頭底堪エ難キ次第」とその嫌悪を隠さない。また、こうした家族・親族の訴えを受けてか、掛川町長から川崎市長に対する返答も非常に妻の実家に同情的であり、この家族が大変困っている旨の内容を代弁して伝えているのである。

その後、川崎市は患者の監護義務者たる妻への引き渡しや費用請求は断念したようで、患者はそのまま継続して川崎市の委託監置患者として扱われたようだが、患者本人は 1927 年 12 月 11 日に麻痺性痴呆によって死亡した。

先の事例とも合わせ、精神病患者監護法によって、家族に対する精神病患者の監護義務は明確に規定されたとはいえ、それは家族の監護拒否という意思の発露そのものを抑え込めたわけではない。また、委託監置が継続して行われたことにより、行政は、家族の監護義務について「其ノ義務ヲ履行スルノ資力」なしと判断したと考えられ、家族の監護義務を解除したといえる。

精神病患者監護法は、確かに家族に患者監護の義務を明記しているが、それが故に、第 6 条の存在はその義務の免除についても法的に指し示すことになったのである。そして、患者の監護を代行し、かつ公費が支出される精神病患者監護法第 6 条での公的監置の制度によって、家族は経済的な意味においても、患者の面倒を見ることに関連する各種の負担という意味においても、救済された側面があったのは否定しようのない事実であったと考えねばならない。

資産調査文書にみる家族の監護・扶養義務

川崎市文書では、川崎市長が監護責任者の公費監置が 51 件（重複を除くと 48 名）確認できた。つまり、これらのケースでは監護法第 6 条の「監護義務者ナキ場合又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由」により、公的監置に至ったということであり、家族の監護義務が解除されたケースであると言える。本節では、この対象となった監護義務者の経済状況について考察する。

精神病患者監護法第 6 条の公費監置例の文書中において確認したように、監護義務者の「資力」は患者の監護義務の履行能力の有無を判断する基準ともなっていた。そのため、公費監置の対象となった監護義務者の経済状態は、精神病患者監

護法第 6 条による公費監置は監護義務者がどの程度の資力であれば発動されたのかを、川崎市の事例という限定つきながら、ある程度教えてくれるものだといえよう。

まず、精神病患者監護法における監護義務者は順位として、第一に後見人、第二に配偶者、第三に親権を行う父または母、第四に戸主、第五に四親等内の家族となっている（第 1 条）。川崎市文書では、監護義務者に関する情報や資産調査の文書が添付されていないもの、あるいははっきりと義務者不明と書かれているものは、48 件中 5 件のみであり、残りの 43 件はすべて義務者について何らかの言及があった。

また、第一の後見人と、第三の親権を行う父または母に該当する監護義務者は、川崎市文書には登場例がなかった。そのため監護義務の順位が高く、法文上の主たる監護義務者だった第二の配偶者と第四の戸主に限定すると、監護義務者として直接名指しされているものだけで 43 件中 28 件（内、妻が 9 件）であった⁽³⁶⁾。また、両親・子供の一親等と、兄弟姉妹の二親等までが言及されているのが 43 件中 42 件と、ほとんど全てであった。

つまり、川崎市文書にあらわれる監護法第 6 条による監置患者は、「監護義務者ナキ場合」よりも、ほとんどは監護義務者たる家族・親族が把握されているが、「監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由」として、その大部分が資産調査によって「義務ヲ履行スルノ資力ナク」と判断されて、監護義務が免除されたことにより、公費監置が実行されていたのである。

では、ここで、具体的に監護義務者は、どの程度の資産ならば「義務ヲ履行スルコト能ハサル」と認定されたかを検討したい。ただし、川崎市が監護責任者となって患者を監置した上記 43 件では、多くが税務課による居宅調査を行って「搜索調書」等が作成されるのだが、この場合「何等差押フヘキモノナシ」あるいは「資産ナシ」という抽象的な表現で終わることが多く、どのような経済状況だったかを詳細に知ることが出来ない。そのため、患者の監置を行っている他の自治体から、川崎市に住む監護義務者についての資産調査依頼に対する川崎市の回答を参照した。

(36) 監護義務者として指名されている人物が戸主かどうかを確認できないケースもあるので、実際はこれよりも多いはずである。

この内で、監護義務者について「下位ノ生活」「生活悲惨ノ状態ノ如シ」「監護ノ義務ヲ履行シ得サル」など、監護義務が果たすことが出来ない旨を明白に記し、かつ義務者の月収、及び家族構成が記載されていたものに限定すると、川崎市文書では少なくとも 19 件確認できる(37)。年代としては、1933 年から 1940 年にまたがっている。

その結果、これらの監護義務者の平均の月収は 63.2 円(38)、平均世帯人員数は 4.3 人となっていた。正確な比較とはいえないものの、同じ 1933 年から 40 年の「全都市勤労者世帯」の平均値はそれぞれ 92.9 円、4.1 人であった(39)。これより、少なくとも川崎市においては、監護義務者の監護義務の順位に対する配慮と共に、監護義務者の月収が、当時の勤労者の平均月収の 3 分の 2 程度以下ならば、大体は監護義務履行不能と判断されたと考えられる。

ただし、例えば、1938 年の例では、監護義務者（患者との関係は兄もしくは弟）。2人世帯の月収が 100 円（家賃 30 円）でも「下流ノ生活」となっている(40)。その他、1936 年のケースでは、監護義務者（患者との関係は兄）の 7 人世帯の月収は 90 円だったが、子供が多く幼いため比較的困難と回答されていた(41)。

こうした事例は、監護法第 6 条経由での公費監置の場合、義務者の監護義務は、後述する救護法 [1932 年より施行] での収容救助ほどは資産基準によって判定されていなかったことを示唆しており、また監護義務者の世帯状況にも配慮が行われたことが伺われる。

以上、川崎市文書中の資産調査文書群から引き出せることは、精神病者監護法第 6 条の適用者は、鰥寡孤独や身元不明の浮浪の患者よりも、監護義務者であ

(37) 『恤救書類 昭和八年第一種』2 号。『恤救書類 昭和九年第一種』7、22 号。『衛生書類 昭和十一年 2 の 4、3 の 4』12、13、19、25 号。『恤救書類 1/2 昭和一三、一五年』5、6、8、10、11、13、15 号。『恤救書類 2/2 昭和十三、十五年』1、3、4、6、10 号。

(38) 記載が日収のみの記載の場合は、×20 で計算して月収をだした。

(39) [東洋経済新報社編, 1991, ページ: 112]月収は勤労収入の平均値で出した。

(40) 『恤救書類 昭和一三、一五年』5 号。東京市品川区長が監護している患者の監護義務者（兄もしくは弟・川崎市在住の資産調査依頼に対する川崎市の回答）。

(41) 『衛生書類 昭和十一年 2 の 4』12 号。東京市向島区長が監護している患者の監護義務者（兄）・川崎市在住の資産調査依頼に対する川崎市の回答。

る家族と何らかの接点の残る貧困層の患者がその主対象であり、監護義務者の収入は一般勤労者の平均月収の3分の2程度以下が中心だったが、例外的に監護義務者が中産層であっても公費監置はありえたということである。

3. 精神病患者監護法による監置患者の統計推移

前節においては、精神病患者監護法第6条の市区町村長による公的監置が社会防衛的な機能を付与されていたことを見たが、ではその量はどの程度に存在していたのかについて検証する。その際に、監護義務者による私宅監置と病院監置にも触れながら考察したい。利用する資料は、内務省衛生局（後に厚生省）発刊の『衛生局年報』（『衛生年報』）〔内務省衛生局, 1901-1936〕〔厚生省, 1937-1959〕に基づき、同年報が精神病患者に関する統計を統一的な形で掲載しはじめる1905年以降の年次のものを参照する。ただし、1911年度は病院監置の統計が欠落しているため省略した。

表1は年度内延人数、表2は年末現在人数の統計である。また、昭和2(1927)年以降は、『衛生局年報』の統計の表記方法が変更され、年度内合計の数値は掲載されなくなった（その代わりに昭和3年以降は全国の精神病院の名称・所在地・病床数と患者統計が載るようになるため、表1は1927年度までの統計である）。

年度内延人数の統計である表1をみると、まず、先行研究において重点が置かれてきた私宅監置数と、市区町村長による公費監置との関係は、おおそ後者が前者の3分の1から2分の1の範囲であり、両者の数値が最も近付いている。1920年では公費監置は私宅監置の約8割である。また、監護義務者の責任による病院監置と、市町村長責任による公費での病院監置の「病院監置合計」で注目すべきは、1918年から20年の間に私宅監置の合計数を上回っていることである。なお、次節で述べるように、1920年から21年の間の「病院監置合計」数の急減は、1919年に成立した「精神病院法」の影響でそちらに数字が流れたためであり、実質上は精神病患者監護法で既に監置されていた患者が、精神病院法の対象者に変更されたに過ぎない。

表 1 精神病患者監護法による監置（年度内延人数合計）

監置場所	官公私立病院に監置						その他の場所に監置						(E) 市区町村 長による 公費監置 合計	(F) 病院監 置合計
	市区町村長の監置(病院監置)			義務者の監置(病院監置)			市区町村長の監置(主に救護所、公立 監置室)			義務者の監置(主に私宅監置)				
年\性別	男	女	(A) 合計	男	女	(B) 合計	男	女	(C) 合計	男	女	(D) 合計		
1905	751	496	1,247	1,157	539	1,696	130	33	163	2,849	749	3,598	1,410	2,943
1906	650	713	1,363	1,159	854	2,013	177	54	231	3,103	775	3,878	1,594	3,376
1907	847	579	1,426	1,134	537	1,671	184	50	234	3,272	801	4,073	1,660	3,097
1908	1,040	603	1,643	1,121	464	1,585	177	52	229	3,401	803	4,204	1,872	3,228
1909	1,068	638	1,706	1,187	486	1,673	204	67	271	3,497	794	4,291	1,977	3,379
1910	1,016	676	1,692	1,168	495	1,663	231	71	302	3,659	826	4,485	1,994	3,355
1912	1,274	850	2,124	1,103	494	1,597	238	80	318	3,946	860	4,806	2,442	3,721
1913	1,474	972	2,446	1,318	502	1,820	255	85	340	4,019	866	4,885	2,786	4,266
1914	1,643	1,110	2,753	1,324	522	1,846	277	96	373	4,205	900	5,105	3,126	4,599
1915	1,956	1,258	3,214	1,309	511	1,820	304	99	403	4,422	968	5,390	3,617	5,034
1916	1,887	1,243	3,130	1,408	580	1,988	348	99	447	4,535	1,026	5,561	3,577	5,118
1917	2,035	1,342	3,377	1,455	602	2,057	372	128	500	4,529	1,011	5,540	3,877	5,434
1918	2,116	1,312	3,428	1,838	722	2,560	359	119	478	4,407	977	5,384	3,906	5,988
1919	2,156	1,279	3,435	2,017	857	2,874	341	122	463	4,154	938	5,092	3,898	6,309
1920	2,313	1,320	3,633	1,707	671	2,378	340	103	443	4,221	951	5,172	4,076	6,011
1921	936	440	1,376	1,700	660	2,360	391	130	521	4,389	956	5,345	1,897	3,736
1922	979	435	1,414	1,618	657	2,275	287	69	356	4,447	884	5,331	1,770	3,689
1923	1,115	519	1,634	1,720	651	2,371	349	104	453	4,499	937	5,436	2,087	4,005
1924	1,323	542	1,865	1,695	642	2,337	385	117	502	4,766	993	5,759	2,367	4,202
1925	1,431	665	2,096	1,651	626	2,277	380	146	526	4,944	1,061	6,005	2,622	4,373
1926	1,549	700	2,249	1,855	701	2,556	392	146	538	5,151	1,138	6,289	2,787	4,805
1927	1,748	796	2,544	1,625	609	2,234	471	164	635	5,485	1,183	6,668	3,179	4,778
合計	31,307	18,488	49,795	32,269	13,382	45,651	6,826	2,205	9,031	91,900	20,397	112,297	58,521	95,446

『衛生局年報』各年度より作成。「市区町村長による公費監置合計」(E)、「病院監置合計」(F)は筆者作成項目(以下同)。(E)=(A)+(C)、(F)=(A)+(B)

精神病患者監護法は、成立当初の時点では精神病院がほとんど存在しなかったために、病院監置よりも私宅監置を前提にして立案されていたが、施行から約 20 年で病院監置数が私宅監置を上回り、公費監置もほぼ一貫して増加していた。このような数字の推移は、監護法にとって病院監置・公費監置が次第に重要性を増していったことを意味しており、同法が運用上において動的な変化をみせていたと捉えられる。

年度末時点の統計である表 2 でも、市区町村長による公費監置の総計が、義務者による私宅監置のおおよそ 3 分の 1 から 2 分の 1 はあったことが確認できる。また、戦前期における監護法による公費監置の年末時点でのピークは、1937 年の 5,162 名で私宅監置の 8 割弱である。

ここで注意すべきは、表 1 の年度内延人数では 1918 年から 20 年という病院監置合計が私宅監置を上回る期間でも、表 2 の年度末の統計ではそうした動きが表れず、一貫して私宅監置の量が大きくみえることである。この原因は端的に、年度内延人数統計では公費監置・義務者による病院監置ともに治癒・死亡退院の割合が私宅監置よりも相対的に高く、入れ替わりが多いために、年末時点での数が低く抑えられるためである。

表 2 精神病患者監護法による監置（年末現在）

年度	官公私立病院に監置						その他の場所に監置						市区町村 長の監置 合計	病院監 置合計	監置を要し ない患者
	市区町村長の監置(病院 監置)			義務者の監置(病院監 置)			市区町村長の監置(主に 救護所、公立監置室)			義務者の監置(主に私宅 監置)					
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計			
1905年	324	286	610	461	263	724	81	18	99	2,221	599	2,820	709	1,334	19,421
1906年	351	360	711	528	286	814	94	25	119	2,426	588	3,014	830	1,525	19,392
1907年	447	333	780	506	251	757	96	33	129	2,471	606	3,077	909	1,537	20,974
1908年	493	363	856	523	255	778	95	31	126	2,607	618	3,225	982	1,634	21,774
1909年	511	402	913	542	277	819	113	29	142	2,618	613	3,231	1,055	1,732	22,406
1910年	503	437	940	548	266	814	125	37	162	2,784	611	3,395	1,102	1,754	22,888
1912年	703	579	1,282	560	252	812	131	42	173	3,019	636	3,655	1,455	2,094	26,951
1913年	795	664	1,459	652	310	962	172	50	222	3,111	638	3,749	1,681	2,421	29,254
1914年	952	770	1,722	664	283	947	142	46	188	3,238	694	3,932	1,910	2,669	30,376
1915年	984	795	1,779	632	281	913	182	48	230	3,406	758	4,164	2,009	2,692	34,748
1916年	1,031	870	1,901	666	335	1,001	212	67	279	3,390	794	4,184	2,180	2,902	36,752
1917年	1,138	844	1,982	704	320	1,024	190	70	260	3,426	753	4,179	2,242	3,006	40,864
1918年	1,094	787	1,881	853	365	1,218	195	67	262	3,339	749	4,088	2,143	3,099	41,870
1919年	1,144	811	1,955	810	372	1,182	202	64	266	3,190	718	3,908	2,221	3,137	41,993
1920年	1,240	867	2,107	760	355	1,115	209	69	278	3,322	722	4,044	2,385	3,222	41,847
1921年	458	241	699	716	270	986	216	76	292	3,429	693	4,122	991	1,685	42,530
1922年	512	236	748	772	305	1,077	187	51	238	3,508	698	4,206	986	1,825	42,521
1923年	582	276	858	904	332	1,236	203	60	263	3,583	716	4,299	1,121	2,094	43,406
1924年	675	305	980	1,041	390	1,431	254	75	329	3,704	781	4,485	1,309	2,411	44,957
1925年	763	370	1,133	954	322	1,276	238	91	329	3,929	841	4,770	1,462	2,409	46,881
1926年	885	400	1,285	982	369	1,351	250	92	342	4,134	905	5,039	1,627	2,636	49,575
1927年	976	509	1,485	972	365	1,337	281	102	383	4,344	938	5,282	1,868	2,822	50,856
1928年	978	511	1,489	664	297	961	616	281	897	4,801	1,061	5,862	2,386	2,450	57,133
1929年	1,184	636	1,820	692	268	960	462	179	641	4,830	1,073	5,903	2,461	2,780	55,245
1930年	1,598	815	2,413	644	251	895	493	195	688	4,985	1,116	6,101	3,101	3,308	58,802
1931年	1,827	1,037	2,864	801	332	1,133	276	97	373	5,025	1,074	6,099	3,237	3,997	59,536
1932年	2,091	1,246	3,337	805	371	1,176	251	94	345	5,117	1,061	6,178	3,682	4,513	58,619
1933年	2,006	1,181	3,187	809	361	1,170	261	80	341	5,202	1,113	6,315	3,528	4,357	60,519
1934年	2,185	1,302	3,487	853	372	1,225	294	74	368	5,247	1,167	6,414	3,855	4,712	62,696
1935年	2,285	1,427	3,712	943	408	1,351	314	77	391	5,546	1,251	6,797	4,103	5,063	65,524
1936年	2,636	1,670	4,306	1,054	440	1,494	247	54	301	5,541	1,230	6,771	4,607	5,800	67,318
1937年	3,073	1,789	4,862	1,311	557	1,868	235	65	300	5,623	1,285	6,908	5,162	6,730	67,656
1938年	1,788	976	2,764	1,028	423	1,451	244	72	316	5,547	1,248	6,795	3,080	4,215	67,606
1939年	1,665	858	2,523	1,309	574	1,883	261	68	329	5,018	1,118	6,136	2,852	4,406	62,808
1940年	1,605	735	2,340	1,060	476	1,536	254	71	325	4,654	1,118	5,772	2,665	3,876	62,848
1941年	1,231	578	1,809	980	442	1,422	209	48	257	4,495	1,149	5,644	2,066	3,231	64,089
合計	40,084	24,085	64,169	21,717	9,017	30,734	7,681	2,525	10,206	127,703	28,098	155,801	74,375	94,903	1,515,780

内務省衛生局『衛生局年報』、厚生省『衛生年報』各年度より作成。1942年から45年までは戦争の影響で欠落する府県が多いため省略。

精神病患者監護法に関する一次統計である『衛生局年報』『衛生年報』を各年

度ごとに慎重にみていくと、同法にとって公的監置も義務者による病院監置も決して無視できる規模ではなく、時代が下るごとに法規上のインパクトを増大させていったのである。これは、先に川崎市文書を検証する中で明らかにしたように、地方自治体による強制収容としての公的監置が、戦前期においても相当程度拡大してきたことを意味している。

4. 精神病院法の公費収容

(1) 精神病院法による公費投入の規定

戦前期には精神医療に関する法律が二つ併存する体制が敷かれた。この理由は、最初の関連法である精神病者監護法に「医療」・「治療」に関わる条文がないことが発端になっており、公立精神病院の設置とそこでの治療を推進する目的で作られたのが精神病院法（1919年 - 1950年）である。

精神病院法は道府県立の公立精神病院の普及を第一義に目的としていたが、それは「療養ノ途ナキ精神病者」に対する施策の重視と一体であり、「本法ハ救済ヲ主眼トスルガ故ニ入院費ハ主トシテ道府県ニ於テ負担セシムルヲ目的」としていた(42)。このように、精神病院法は、貧困患者に対する入院拡大による「救済」を意図していたことなどからも、その法理念などに着目すべき点は多いのだが、ここではさしあたり精神病院法による公費投入の仕組みに限定して論を進めたい。

まず、精神病院法では、患者の入院・収容などの維持管理に関わる経費は基本的に病院を設置した道府県の負担となり、公費患者が入院者の中心となるよう謳われている（「精神病院法施行ニ関スル件」1919年8月13日内務次官通牒(43)）が、同時に第5条によって負担力ある患者からの自費入院・費用の一部徴収に関する内容も規定されている。

次に精神病院法は、その対象となる病院に関して規定があり、第1条の主務大臣によって設置が道府県に命令された病院、第6条の道府県が設置した精神病院で主務大臣が適当と認めたもの、第7条の主務大臣が適当と認めた私立精神病

(42) 精神病院法施行ニ関スル件（大正八年八月十三日内務省発衛第一七一九号各 地方長官宛内務次官通牒中の「(別冊一)、精神病院法制定理由」。全文は、[後藤 安藤, 「精神医療データベース」, 作成 HP]を参照。

(43) 全文は、[後藤 安藤, 「精神医療データベース」, 作成 HP]を参照。

院（代用）、の三つがあった(44)。

そして、これら対象となる精神病院に係る費用として道府県が支出したのに対して国庫補助を定めたのが精神病患者監護法との大きな違いなのだが、この国庫補助の仕組みは若干複雑である。なお、国庫補助に関する規定は、大正 12（1923）年 6 月 30 日勅令第 325 号（「精神病院法施行令」）によって定められている(45)。

同令は、病院法第 1 条の規定で設置する精神病院に対し、「創設費及拡張費並之ニ伴フ初度調弁費」の 2 分の 1、「其ノ他ノ諸費」の 6 分の 1、また第 7 条の代用精神病院に対し道府県が支出した「入院費ノ積算額」の 6 分の 1 を国庫補助するとした。

この内、「其ノ他ノ諸費」とは道府県が負担した病院収支の赤字分のことである。一方、後者の代用精神病院に対する道府県の支出というのは、仕組みとして精神病患者監護法における「委託監置」と全く同じといえる。つまり、道府県が、代用精神病院に対し、貧困等の理由で入院費用を本人・扶養義務者から徴収できない精神病患者の入院収容を、一日いくらという形で委託するのである。

制度としての違いは、精神病院法での委託収容は代用精神病院に限定されたのに対し、精神病患者監護法の場合は、「適当ナル公私ノ施設」であればどこでも可能であり、委託先の自由度が高かったことが挙げられる。

では、ここで精神病院法での入院者はどのような患者だったかについて考えたい。精神病院法は第 2 条の規定で入院対象者を説明しているが、第 1 番目として「精神病患者監護法により市区町村長が監護すべき者」が挙げられ、2 番目以降に罪を犯し特に危険な者、療養の途なき者、それ以外に特に入院が必要と認められる者となっていたが、この内、特に第 1 番目に定められた精神病患者監護法による市区町村長の監置患者が、相当の規模で精神病院法に移管されたことが『衛生

(44) ただし、精神病院法の立法趣旨は公立精神病院の設置を推進していたが、実際に第 1 条によって設置された公立病院は 1945 年までに 6 つに過ぎず、残りは既設であった東京府立松沢病院と鹿児島県立保養院の 2 カ所が第 6 条によって認定されたに過ぎなかった。このように、公立病院の設置がすすまない代わり、同法の実際の運用で最も重要な役割を果たしたのは、この第 7 条に規定された「代用精神病院」であった。

(45) 法成立は 1919 年だが、国家予算のひっ迫により国庫補助に関する規定の施行は遅れた。

局年報』から読み取れる。

表 3 精神病患者監護法の市区町村長の監置から精神病院法への移管（東京・大阪

府県	年度	精神病院法によるもの				合計	精神病患者監護法によるもの				
		精神病院に収容した者		代用精神病院に収容した者			官公私立病院に監置				
							義務者の監置		市区町村長の監置		合計
		男	女	男	女		男	女	男	女	
東京	1920	-	-	-	-	-	133	77	829	622	1661
	1921	415	299	764	580	2058	10	4	1	1	16
大阪	1937	297	188	484(171)	243(99)	1212(270)	476	267	1385	946	3074
	1938	256	181	1220(1100)	948(745)	2605(1845)	187	128	166	97	578

『衛生局年報』各年度より作成。()内の数字は代用範囲。合計欄は筆者作成項目。

表 3 にあるように、東京府と大阪府は 1920 年から 21 年、1937 年から 38 年にかけて監護法の適用だった患者が精神病院法に大量に移管された形跡が明らかである。例えば、1920 年の時点における東京での精神病患者監護法第 6 条による公的監置は、男 829 名・女 622 名の計 1,451 名だったのが、翌年の精神病院法施行後はわずか 2 名に激減した。一方で、前年まではなかった精神病院法による収容患者が 2,058 名となっており、これは前年まで監護法により公的監置されていた患者の大部分が、精神病院法に医療費の支払い財源が切り替えられたということである。大阪でも 1937 年から 38 年にかけて、同様の患者の移行が読み取れる。これはそれぞれ東京府松沢病院の精神病院法の認定と府下私立病院の代用認定、大阪は 38 年度に府内全ての私立精神病院が代用精神病院に認定されたことに大きく影響されている。

つまり、精神病院法による入院者中に、大きなスケールで元々は精神病患者監護法第 6 条での市町村長による監置患者が存在したことが窺われるのである。このような切り替えが行われた背景には、先述のように精神病院法には道府県に対する国庫負担が 6 分の 1 定められていた一方で、精神病患者監護法第 6 条での公的監置には道府県に対する国庫補助は存在しなかったことがある。つまり、財政上のインセンティブとして、道府県は、同じ精神病患者の収容であれば精神病患者監護法よりも精神病院法の利用を愛好しやすい状況になっていたのである。

このような制度的インセンティブを背景に、精神病患者監護法第 6 条の適用患者が、その後に積極的に精神病院法へと移管されていたことは、一次行政資料である川崎市文書からも裏付けられる。例えば、『恤救書類 昭和九年第一種』中の 8 号「委託監置精神病患者本県代用精神病院入院ノ件」では、次のような警察部長の指令が各市町村長に出ており、ここでは川崎市長宛てのものを紹介する。

八衛発第四四二号

昭和八年五月三十一日

神奈川県警察部長 [□□] 印

川崎市長殿

委託監置精神病患者ヲ本県代用精神病院ニ收容ノ件

精神病患者監護法ニ依リ貴市（区町村長）ノ監護ニ係ル病者ニシテ現ニ横浜脳病院ニ委託監置中ノ者ノ内ヨリ総計六拾名ヲ限り近ク□□（増築？）セラルヘキ本県代用精神病院ニ收容セラル、見込有之候条病者ノ氏名、年齢、住所、委託監置年月日及監置認可指令番号、並ニ其ノ年月日等ヲ具シ精神病院法施行規則第二条ニ依リ本県代用精神病院ニ入院方申請書（本年四月 1 日付）至急御提出相成候用致度此段及照会候也

神奈川県の公立精神病院だった芹香院は 1929 年に 150 床で開設され、上の文書の作成された 1933 年に 234 床への増床が行われている。つまり、上の指令は、84 床の増床に対して、その約 7 割にあたる 60 床分は精神病患者監護法第 6 条の患者を精神病院法に切り替えて收容せよということを各市区町村長に指示しているのである（その後、川崎市からは 13 名の患者が精神病患者監護法から精神病院法に移管された旨の文書が存在する）。

この資料からも、芹香院は精神病院法によって建設された公立病院であったが、実際の機能として精神病患者監護法第 6 条の患者が大量に流れ込んでいたことが分かるものである。なお、1933 年 12 月 31 日現在における芹香院の在院患者の等級は、1 等が 2 名、2 等が 5 名、3 等が 61 名、免除が 158 名の合計 226 名と

なっていた(46)。1等から3等までは私費患者であり、免除が公費であるがこの多くが元々は精神病患者監護法第6条の患者だったと推察されるのである。

また、こうした精神病患者監護法第6条から精神病院法への切り替えが頻発していたことは先の大阪府の事例についての研究からも補強できる。例えば、板原は1940年の大阪府会の議事録を分析しつつ、「府の監護費（精神病患者監護法第6条）に関する公費負担に係る負担は大きかったようで、病院の経費の6分の1が国から補助される代用精神病院へすべて切り替え軽減策を図った」(カッコ内は引用者)と指摘している(47)。

このように、精神病院法は、精神病患者監護法に欠如していた貧困患者に対する公費入院と医療の拡大を目指したのだが、当初の目的はおそらくほとんど達成されなかった。こうした事態が生じてしまったのは、精神病院法の適用に際して精神病患者監護法第6条での監置患者を対象としたのみならず、監護法が規定していなかった国庫補助を定めたためと考えられる。そのため、精神病院法は精神病患者監護法第6条の患者を多く引き受けることとなり、精神病院法による公費入院の機能は、実質的に精神病患者監護法と同一化することとなり、強制収容という社会防衛的な意味合いが色濃くなったと考えられる。よって、重要なことは、後に述べるように、精神病院法を適用された患者も、行政収容型の精神病床入院として解釈されるべきである、ということである。

5. 精神衛生法の措置入院と精神病患者監護法

以上、ここまでに精神病患者監護法、並びに精神病院の運用実態について考察してきた。そして、戦後、1950年にこの2つの法律を発展的に解消する形で、精神衛生法が1950年に制定され、精神病患者監護法、精神病院法は廃止された。この精神衛生法に「措置入院」が定められていたが、その29条第1項では、診察の結果、精神障害者であると判定された者が、「医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、本人及び関係者の同意がなくても、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院（精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む）。

(46) [神奈川県立芹香院, 1936, ページ: 78]

(47) [板原, 2010]を参照。

以下同じ。又は指定病院に入院させることができる」(傍点引用者)とされた。

29 条はいわゆる強制入院に関連するものであるが、先行研究では、この措置入院の起源として、1919年に制定された精神病院法を挙げるものが少なくない。例えば、岡田 [岡田, 2002, ページ: 202]は「知事の命令による強制入院である措置入院制度は、精神病院法の知事命令による入院」を踏襲したとし、山下 [山下, 1987, ページ: 208]も精神病院法は「行政権力によって、精神障害者を精神病院に隔離収容しようとしたもので、現行法における措置入院に相当する」と書いている。

しかし、これまでの精神病患者監護法第 6 条ならびに、明治 33 年勅令第 282 号の法制度的な分析、及び川崎市文書を利用した公的監置の運用実態の検討からも、精神衛生法の措置入院の制度上の原型としては、精神病院法よりも精神病患者監護法を重視すべきなのは明らかである。その理由は、精神病患者監護法第 6 条のもつ以下の法的側面である。

- 原則的に行政機関による患者の強制的な病院収容体系であること。
- 原則的に収容に関わる経費が公費負担であること。
- 最終的に知事の認可によって正式に実行されること。

このように、人権上の拘束に関わる監護法第 6 条の公的監置が強制収容、公費負担、最終責任者としての地方長官という 3 つの要素をもつことは、措置入院の本質的機能との連続性を措定することを可能にするものである。この 3 要素はやはり措置入院の運用上でも不可欠なものとなっているが、これらはすべて精神病患者監護法第 6 条と明治 33 年勅令第 282 号によって制度的に用意されていたのである。精神病院法にも類似した規定は存在するが、監護法は精神病院法に史的に先行する。さらに、監護法第 6 条を措置入院の雛型とすべき理由は以下の点からも補強できる。

- 精神病院法と、それに関連する運用規定である「精神病院法施行ニ関スル件」、「精神病院法施行令」、「精神病院法施行規則」(48)のいずれにも、患者に対する強制収容の具体的手続きに関する規定が存在しないこと。
- 精神病患者監護法第 6 条の運用規定である明治 33 年勅令第 282 号第 1・2

(48) 精神病院法、精神病患者監護法の関連法規は、[後藤 安藤, 「精神医療データベース」, 作成 HP]に全文掲載している。

条には、行政による患者の強制的な収容を可能にする具体的な手続きが定められていること。

これらの点からも、患者の強制収容に関する運用上の行政手続きは、精神病院法ではなく、精神病患者監護法によって定められていたことは明らかである。

また、先の川崎市文書の分析の際にも紹介したように、精神病患者監護法第 6 条の適用の際には、「自他ノ危害防止上」という文言が踏み台となって公的監置を実行する手続きとなっており、精神衛生法第 29 条の措置入院における「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」という要件とごく似通っていることも、2 つの法律の類縁性を傍証しているだろう。

以上から、精神病患者監護法第 6 条の公的監置は、行政による強制収容・入院という意味において、精神衛生法第 29 条たる措置入院に継承されたと考えるのが自然であり、それは一部の先行研究が主張する精神病院法よりも重要な制度的原型だとみなすことができると認められる。

小結

本章では、行政収容型の精神病床入院が、いかに歴史的に生成されてきたかについて考察してきた。

まず、川崎市文書にみる精神病患者監護法第 6 条での公的監置とは、明治 33 年勅令第 282 条に運用を具体的に規定された行政機関の直接的な介入によって始まる強制収容であり、定型化した文言での社会防衛的な目的が、公的監置の適用に際する重要な論理的踏み台になっていた。また、警察は、私宅監置の際のように行政上の許認可手続きや実施状況の確認に関わるというだけでなく、「仮引渡」という「精神病患者ノ危険性ニ顧ミテ」実行される患者の収容に直接関与していた。こうした運用は、先にも触れた京都市社会課の調査報告書【京都市社会課, 1935】や大阪市の業務マニュアル書【大阪市救護事務協議会編, 1937】の内容からも、川崎市のみにとどまらず、全国的にも同様だったと考えられる。

また、少なくとも川崎市の場合は、監護義務者の収入が全国勤労者の平均月収の 3 分の 2 程度以下ならば公費監置の一般的対象となる資産状況とみなされていた。その意味において、公費監置は社会防衛的な目的を主としつつも、救貧的な機能も補助的にあわせもっていたと考えられる。これは、精神病床が社会防衛・

生活保障・治療の機能をグラデーションとして持っていたことの証左であり、どれか一つの機能だけには還元しきれないことを意味している。ただし、精神病患者監護法第6条は、監護義務者が中産層であったとしても、場合によっては公費監置の対象となりえたと考えられた。

以上のことから、精神病患者監護法第6条の適用による市区町村長の公的監置は、行政が主導する社会防衛的な目的を色濃く持った強制入院として整理可能なものであったことが実証された。

また、精神病院法の運用実態並びにその法制度的内容を検討することにより、同法には精神障害者の強制収容を規定する条項が、その関連の運用法規にも定められておらず、強制収容の法体系は精神病患者監護法第6条と明治33年勅令第282号によって構成されていたことが明らかになった。

その上で、精神病患者監護法の公的監置遂行に際する諸要件は、戦後精神衛生法の措置入院と共通しており、措置入院の制度的原型は精神病患者監護法に遡ることが認められた。このことから、重要な点は、近代日本における精神障害者に対する公的強制収容の法体系は、精神病患者監護法第6条及びその関連規定（明治33年勅令第282号）によって初めて全国的に構築され、運用されてきたということである。

本小結において考察したことは、精神病患者監護法について私宅監置の合法化や家族の監護義務を強調する先行研究や教科書では、これまで全く言及されたことがないものといってよく、その歴史的評価に際しては、同法第6条での公的監置を正当に位置づけた形での修正が必要であることを示している。

そして、本論文における問題設定に引き付けて論じるならば、この精神病患者監護法によって構築された精神障害者に対する社会防衛的目的を主とした精神病床入院は、3類型の一つである「行政収容型」の原型であり、戦後精神衛生法における措置入院に継承されたと考えることが可能なのである。

第2章 戦前期：「私費・社会保険型」の精神病床入院

1. 先行研究—私費・社会保険

前章では、戦前期日本において、精神病患者監護法ならびに精神病院法によって形成された「行政収容型」の精神病床入院が、戦後の精神衛生法下の措置入院

へとつながっていったことを論じた。本章では、同じく戦前期における「私費・社会保険型」の入院を検証し、戦後との連続性について考察する。

ただし、この私費・社会保険型の入院については、戦前期東京における私費（自費）入院を鈴木が一連の実証研究（Suzuki, 2003）[鈴木, 2014]によって明らかにしてきた一方で、精神病床入院に対する社会保険給付については一次資料がほとんど確認されておらず、有力な先行研究も存在しない。従って健康保険法（1927年施行）や国民健康保険法（1938年施行）、職員健康保険法（1940年施行）等に代表される戦前の社会保険法に基づく保険給付が、どの程度、どのように精神疾患の入院医療に投じられたのかは不明である。

数少ない例外として、先の川崎市文書中には少なくとも3件の健康保険法の適用による入院事例が記録されている。いずれも当時の健康保険法の期限である180日間を満了して退院となるが、すぐに生活が行き詰まり、後に救護法での収容に切り替えられている。これらの事例は、戦前においても社会保険による精神病床入院が一定の役割を果たしたケースがあることの証左であるものの、全体像を伺い知ることはできない。

しかしながら、全体量としての社会保険での入院は、当時は自費入院のカテゴリーの中で扱われていたため、後述するように、時代が下ると共に増加していったことも事実だと考えられる。ただし、当時の社会保険の状況を見ると、国民健康保険法や職員健康保険法の施行前は、公的な社会保険の被保険者数は1935年時点でも約303万人（政府管掌が209万人、組合管掌が94万人）に過ぎず[吉原 和田, 2008, ページ: 63]、さらに戦前の社会保険の給付範囲は戦後と比べると限定的であった。これらを勘案すると、戦前における精神病床入院に対する社会保険給付は、私費入院費用のごく一部を補うにすぎない規模であったと推測される。

このような状況は、戦時下の社会保険制度の拡大と戦後の国民皆保険の実現により大きく変化する。この戦前から戦後にかけての社会保険制度の展開については吉原・和田[吉原 和田, 2008]等の先行研究があるため詳述は避けるが、社会保険の制度的骨格は戦前から戦後へと継承された一方、その規模は国民皆保険の実現によって大きく拡大した。精神病床入院に限っても、戦後の皆保険化によって精神病床への私費入院は社会保険による入院に徐々に置き換わり、精神衛生(措

置入院)や生活保護(医療扶助入院)による公費投入の対象とならなかった精神病床入院を財源的に支えたといえる。

すなわち、「行政収容型」に加えて、「私費・社会保険型」の領域においても、戦前から継承された制度をベースとした制度の拡大と支出増が実現し、精神病床入院もその影響下で増加していったと考えられる。戦後の病床数の推移については後に改めて論じるが、確認すべきことは、戦後における「私費・社会保険型」もその原型を戦前に持っていたということである。

2. 自費・公費入院の統計推移

戦前期の精神病床入院に特徴的だったのは、先述した公費入院に対する制度の段階的な拡大と同時並行的に、私費による入院も一貫した増加をみせていたということである。そして、私費のカテゴリーの一つであった社会保険の給付の実像は不明確である一方で、私費入院の全体数については、当時の一次統計より分析が可能となっている。よって、この統計分析と鈴木の先行研究とを組み合わせることで、公費入院と対照させつつ、私費による精神病床入院が戦前期においてどのような広がりを持っていたかについて考察し、戦前期において「私費・社会保険型」の精神病床入院が、公費のそれとは明らかに異なる入院メカニズムとして成立していたことを論じる。

まず、当時の精神病床入院の全体像について、例外的に管修の資料(49)より1935年度分が入院形態別で判明する。この統計によれば、全国の年末在院精神病患者総数は15,306人で、私費患者は5,796人、公費患者は9,510名(内、精神病院法に依るものが4,865人、精神病患者監護法が3,226人、救護法が1,092人、その他が327人)となっていた。

それ以外に、正確な内訳まではわからないのであるが、『衛生局年報』が1928年度以降、公私立の個別の精神病院に関する具体的な統計を掲載するようになり、そこから入院・監置された患者の自費・公費区分の全体数を知ることができる。

これに代用病床数(精神病院法の対象である代用精神病院の全病床中で、公費が投入される)を知るために、他の資料を組み合わせで作成したのが表4であ

(49) [菅, 1937]

る。

表 4 公立病院及び全私立病院の自費公費別統計推移

年	病院数(精神病院法による公立病院数)／病院名	年末病床数	代用精神病院の病床数合計(代用範囲)	自費公費区分	患者数					入院患者延数
					前年より越	本年入院	退院	在院中死亡	年末現在	
1928	公立精神病院	1,082	—	公費	837	141	71	72	835	307,376
				自費	216	290	259	25	222	88,518
	私立精神病院	7,632	3941(1885)	公費	3,227	3,175	1,504	987	3,911	1,249,318
				自費	2,699	7,544	6,558	754	2,931	908,592
	74(2)	8,714	—	公費	4,064	3,316	1,575	1,059	4,746	1,556,694
				自費	2,915	7,834	6,817	779	3,153	997,110
総計	6,979	11,150	8,392	1,838	7,899	2,553,804				
1930	公立精神病院	1,421	—	公費	1,106	308	142	165	1,107	407,764
				自費	261	331	286	43	263	101,817
	私立精神病院	9,539	4386(2068)	公費	4,010	3,009	1,544	889	4,586	1,487,236
				自費	3,011	7,864	6,898	772	3,205	1,158,225
	91(3)	10,960	—	公費	5,116	3,317	1,686	1,054	5,693	1,895,000
				自費	3,272	8,195	7,184	815	3,468	1,260,042
総計	8,388	11,512	8,870	1,869	9,161	3,155,042				
1933	公立精神病院	1,978	—	公費	1,300	674	303	162	1,509	527,890
				自費	322	442	380	40	344	127,779
	私立精神病院	14,018	7138(2799)	公費	5,604	3,150	1,681	1,068	6,005	2,027,181
				自費	3,969	10,180	8,360	1,063	4,726	1,710,659
	120(6)	15,996	—	公費	6,904	3,824	1,984	1,230	7,514	2,555,071
				自費	4,291	10,622	8,740	1,103	5,070	1,838,438
総計	11,195	14,446	10,724	2,333	12,584	4,393,509				
1935	公立精神病院	2,066	—	公費	1,547	512	299	133	1,627	586,649
				自費	413	426	349	60	430	148,543
	私立精神病院	16,915	8847(3254)	公費	6,611	4,005	1,996	1,365	7,255	2,418,424
				自費	5,315	13,094	11,169	1,171	6,069	2,248,369
	143	18,981	—	公費	8,158	4,517	2,295	1,498	8,882	3,005,073
				自費	5,728	13,520	11,518	1,231	6,499	2,396,912
総計	13,886	18,037	13,813	2,729	15,381	5,401,985				
1937	公立精神病院	2,516	—	公費	1,605	607	185	188	1,839	630,173
				自費	497	547	441	56	547	188,244
	私立精神病院	18,809	6941(3440)	公費	7,776	3,966	2,122	1,532	8,088	2,607,371
				自費	6,500	15,413	13,311	1,532	7,070	2,949,169
	151(7)	21,325	—	公費	9,381	4,573	2,307	1,720	9,927	3,237,544
				自費	6,997	15,960	13,752	1,588	7,617	3,137,413
総計	16,378	20,533	16,059	3,308	17,544	6,374,957				
1940	公立精神病院	2,684	—	公費	1,906	740	253	575	1,818	696,825
				自費	605	670	445	119	711	231,688
	私立精神病院	20,871	5961(5961)	公費	8,049	5,134	2,635	2,337	8,216	2,928,153
				自費	8,914	19,608	16,625	2,505	9,387	3,795,372
	163(7)	23,555	—	公費	9,955	5,874	2,888	2,912	10,034	3,624,978
				自費	9,519	20,278	17,070	2,624	10,098	4,027,060
総計	19,474	26,152	19,958	5,536	20,132	7,652,038				

『衛生局年報』各年度、菅修「本邦ニ於ケル精神病者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査」『精神神経学雑誌』1937、内務省衛生局『精神病者収容施設調』1937、岡田靖雄『日本精神科医療史』2002年、181頁より作成。

まず、表 4 より読み取れることは、1920 年代後半から 30 年代にかけて、特に私立精神病院の数が急増し、全体の病床数も 1928 年度の 8700 床強から 40 年度の 23,500 床強と、12 年間で 1 万 5 千床近い伸びを示したことである。

また、自費患者は年末時点での数を見ると、1928 年の 2,931 名から 1940 年の 10,098 人と 3 倍超となっており、この増加は同時期の公費患者の 3,911 人から 10,034 人の増加率よりも高くなっていた。また、特に量的に目を引くのは、1 年間の間に入院した患者総数である「本年入院」の項目で、自費患者は 1928 年の 7,834 人から 1940 年の 20,278 人となった。これに対して、公費患者は 1928 年の 3,316 人から 1940 年の 5,874 人の微増にとどまった。

一方、1928 年度における公費での病院収容患者数は、年末現在の場合には公立病院が 835 名、私立病院が 3,911 名、延数(50) でみると公立は 307,376 名、私立は 1,249,318 名である。どちらも 4 倍以上で、私立病院が公費患者の処遇を担っている。この傾向は、1937 年では一層強くなり、この年の公費患者は年末で公立が 1,839 名、私立が 8,088 名、延数はそれぞれ 630,173 名、2,607,371 名である。こうした推移から明らかなように、公費患者の大半は私立病院に収容されていたのである。

3. 自費・公費患者の入院動態の差異

上述のように、1928 年から 40 年の間において一貫して自費患者の数が伸び続けたことは、公費患者の動態とは違った視点から考える必要がある。以下の表 5 は、上記表 4 を抜き出して、一部項目を追加したものであるが、顕著な違いは、私費患者は入院数と退院数が公費患者に比べて圧倒的に多かったことである。

この表 5 における退院率、死亡率は筆者作成項目（それぞれ「前年より越」＋「本年入院」に対する退院、死亡の割合）であるが、ここからも明らかなように私費は公費に対し、退院する割合が 3 倍から 3.6 倍、一方で死亡する割合は 0.5 倍から 0.6 倍となっていた。つまり、私費患者は公費患者に比べて非常に流動性が高く病院への出入りが激しかったのに対し、公費患者は退院する確率が低く死亡する割合が高いため相対的に長期入院化する傾向にあったのである。

(50) 患者 1 人が 1 日入院した場合、1 とカウントされる。たとえば、10 人が 30 日入院すると 300 となる。

表 5 公費・私費収容患者数推移

年度	公費						
	前年より 越(a)	本年入院 (b)	退院(c)	在院中死 亡(d)	年末現在	退院率 (e) =(c)/{(a) +(b)}	死亡率(f) =(d)/{(a) +(b)}
1928	4,064	3,316	1,575	1,059	4,746	21.3%	14.3%
1931	5,634	3,488	1,915	982	6,225	21.0%	10.8%
1934	7,431	4,001	1,985	1,272	8,175	17.4%	11.1%
1937	9,381	4,573	2,307	1,720	9,927	16.5%	12.3%
1940	9,955	5,874	2,888	2,912	10,034	18.2%	18.4%
私費							
年度	前年より 越(g)	本年入院 (h)	退院(i)	在院中死 亡(j)	年末現在	退院率(k) =(i)/{(g) +(h)}	死亡率(l) =(j)/{(g) +(h)}
1928	2,915	7,834	6,817	779	3,153	63.4%	7.2%
1931	3,476	8,615	7,639	810	3,642	63.2%	6.7%
1934	5,023	11,197	9,448	1,130	5,642	58.2%	7.0%
1937	6,997	15,960	13,752	1,588	7,617	59.9%	6.9%
1940	9,519	20,278	17,070	2,624	10,098	57.3%	8.8%
年度	(k)/(e) 私費患 者:公費患 者の退院 率	(l)/(f) 私費患 者:公費患 者の死亡 率	病院収容 患者合計 (年末				
1928	3.0	0.5	7,899				
1931	3.0	0.6	9,867				
1934	3.4	0.6	12,584				
1937	3.6	0.6	13,817				

1940	3.1	0.5	15,381
------	-----	-----	--------

各年度『衛生局年報』より作成

その他のデータとしても、松沢病院の1924年から1933年の10年間に退院した公費患者の統計によれば、1204名中736名が死亡退院であり、公費入院者の実に6割超は病院内で死亡していたことが分かっている(51)。

こうした公費・私費別の患者の動態の違いは、鈴木晃仁が王子脳病院という特定の病院の膨大なカルテの分析から結論付けていることとパラレルである。例えば、その在院期間については下記の表6のようになっている。

表6 王子脳病院入院患者の在院期間、入院年コホート別

私費	1930年入院		1935年入院		1940年入院	
	男	女	男	女	男	女
患者数	216	93	186	102	333	189
平均(日)	114	95	85	79	84	73
中間値(日)	42.5	44	35.5	46	40	43
公費	1930年入院		1935年入院		1940年入院	
患者数	39		54		42	
平均(日)	788		683		558	
中間値(日)	959		770		499	

[鈴木, 2014, ページ: 102]より転載

この表6からも明らかなように、公費患者の在院期間は長くなっているのに対し、私費患者の場合は短くなっているのである。また、鈴木はその治療内容についても私費・公費別に大きかったことを明らかにしており、「大きな構造としては、治療を目的として精神病院の生活が構造化されていた私費患者と、入院生活に秩序をもたらすことを目的として薬剤や治療法を施されていた公費患者の違い」(52)があったという。

つまり、戦前期の日本社会には、治療の為に精神病院に入院する行動パターン

(51) 「東京府立松沢病院公費患者中年別退院者在院日数及転帰別表」『精神衛生』第9号(1935年3月)

(52) [鈴木, 2014, ページ: 127]

をもった有資産患者層がそれなりの規模で形成されていた(53) 一方で、長期入院し病院で死亡することの多かった公費患者という、両極的な患者層が並行して増大傾向にあったと考えられる。これらのことから、戦前期日本における精神病院入院は、短期間しか入院しないが単価が高く最新の治療もおこなう私費患者層と、入院料は安いながらも長期入院する公費患者層という、性質の異なる患者の両輪によって行われていたのである。

4. 私立医療施設の統計概観—結核、精神病、癩

ここまでに、「私費・社会保険型」の精神病床入院を公費患者との比較から考察してきたが、ではこうした入院形態は、戦間期の日本において同じように重大な保健衛生上の問題となっていた結核やハンセン病と比較した場合、どのような構造になっていたかを検証したい。

表 7 で着目すべき項目は第一点目に精神病院・結核病院における 1930 年度から 1939 年度にかけての私立病院数の大幅な増加と、精神病院入院患者中の自費患者の多さであり、第二点目に癩療養所の入院患者中の自費患者の少なさである。

また、私立の精神病院は、1930 年から 39 年にかけて 83 院から 151 院と 68 院の増加である。私立結核病院も 37 院から 137 院と 100 院もの増加をみる。こうした現象は 1919 年に公布された結核予防法や、精神病者監護法や精神病院法による公費入院の増加によって促進された部分はあるにしても、私立精神・結核病院の急激な増加はそうした要因だけでは説明できない。

(53) (Suzuki, 2003).

表 7 精神病院、結核病院、癩療養所比較（1930年、1939年）

年次	精神病患者総数	年末病院収容率	精神病院				平均一院の病床数	平均一患者の在院日数	入院患者総数 中自費患者	精神病院入院患者内訳							
			公立数	私立数	計	病床数				自費公費別	前年より繰越	本年入院	退院	在院中死亡	死亡率*	年末現在	入院患者延数
1930	73,166	12・5%	7	83	90	10,960	121・78	158・54	57・62%	公費	5,116	3,317	1,686	1,054	12.5%	5,693	1,895,000
										自費	3,272	8,195	7,184	815	7.1%	3,468	1,260,042
										合計	8,388	11,512	8,870	1,869	9.4%	9,161	3,155,042
1939	92,502	21・8%	12	151	163	22,642	138・91	165・87	64・63%	公費	10,063	5,221	2,972	2,392	15.7%	9,920	3,453,104
										自費	8,428	19,503	16,090	2,255	8.1%	9,586	3,714,819
										合計	18,491	24,724	19,062	4,647	10.8%	19,506	7,167,923

年次	結核患者総数	年末病院収容率	結核病院				平均一院の病床数	平均一患者の在院日数	入院患者総数 中自費患者	結核病院入院患者内訳							
			官・公立数	私立数	計	病床数				自費公費別	前年より繰越	本年入院	退院	在院中死亡	死亡率*	年末現在	入院患者延数
1930	100万超	約0・3%	17	37	54	4,412	81・70	117・03	48・27%	公費	2,225	3,216	1,347	1,830	33.6%	2,264	825,238
										自費	1,125	3,952	3,045	872	17.2%	1,160	405,683
										合計	3,350	7,168	4,392	2,702	25.7%	3,424	1,230,921
1939	100万超	約1・5%	48	137	185	18,671	100・92	108・41	54・10%	公費	6,313	13,928	6,712	5,281	26.1%	8,248	2,771,670
										自費	5,030	18,823	13,128	4,210	17.6%	6,515	2,008,597
										合計	11,343	32,751	19,840	9,491	21.5%	14,763	4,780,267

年次	癩患者総数	年末病院収容率	癩療養所				平均一院の病床数	平均一患者の在院日数	入院患者総数 中自費患者	癩療養所入院患者内訳							
			官・公立数	私立数	計	病床数				自費公費別	前年より繰越	本年入院	退院	在院中死亡	死亡率*	年末現在	入院患者延数
1930	14,261	24・7%	5	8	13	3,333	256・38	300・08	2・40%	公費	3,186	924	442	234	5.7%	3,434	1,235,504
										自費	80	21	13	2	2.0%	86	28,120
										合計	3,266	945	455	236	5.6%	3,520	1,263,624
1939	-	-	11	7	18	8,858	492・11	291・07	0・24%	公費	7,639	2,192	858	629	6.4%	8,344	2,865,559
										自費	18	6	4	3	12.5%	17	2,954
										合計	7,657	2,198	862	632	6.4%	8,361	2,868,513

*は「前年より繰越」+「本年入院者」数に対する「在院中死亡者」の割合として計算

内務省衛生局『衛生局年報 昭和五年』:70-73、192-213;厚生省人口局『衛生年報 昭和十四年』:128-130より作成

それは以下の表 8 である、私立病院中で、自費患者のみの入院によって経営されていた病院数の推移から証明可能である。

表 8 私立病院中自費入院患者のみ受入病院数の推移（1930 年、1939 年）

精神病院／年次	私立病院中自費患者のみ受入	結核病院／年次	私立病院中自費患者のみ受入	癩療養所／年次	私立病院中自費患者のみ受入
1930	27	1930	28	1930	0
1939	49	1939	77	1939	0

内務省衛生局『衛生局年報 昭和五年』:192-213;厚生省人口局『衛生年報 昭和十四年』:126-153より作成

まず、表 7、8 より、癩療養所は、入院患者に占める自費患者の割合は極端に低く、自費患者のみを対象とした療養所は存在しなかった。このことは、ハンセン病の絶対数が他の 2 つの疾病と比べて少なかったことと、都市住民に少なく郡部の貧困農民層に偏って発生したことに起因しているが(54)、日本の歴史においては経済合理性に適合したハンセン病患者向けの私立病院は全く成立しなかったことを意味している。

一方で、表 8 からは精神病院と結核病院中、自費患者のみによって運営されていた私立病院の増加がはっきりと見て取れる。つまり、公費患者なしでも利潤を生む経営が成立するだけの量的な自費患者の入院需要があったということである。

小結

本章では、公費患者と比較しつつ、戦前期における自費での精神病床入院を考察し、自費入院も 1930 年代にかなりの増大があったことを確認した。このことから、戦前期の日本においては、精神病院に自費入院を行う中産階層が既にある程度形成されていたことが明らかになった。

そして、重要なことは、こうした自費患者の入院パターンと、公費患者の入院パターンの間には構造的な違いが存在したことである。この点について、再び

(54) [後藤, 「日本におけるハンセン病「絶対隔離」政策成立の社会経済的背景－戦前期統計からの考察－」, 2011]参照

鈴木の考察を引用したい。

「くっきりと浮かび上がってきたことは、私費患者と公費患者の生活の強烈な対比であろう。インシュリン療法をはじめ、最新式の治療を受けるために短期間だけ精神病院に入院する、〈治療を目的とした入院〉という特徴を鮮明に持つようになった私費患者に対して、公費患者の生活の構造はまったく違うものであった。数年にわたって精神病院に在院し、いったん入院したら病院内で死ぬことが定められていたかのように見える公費患者は、極端に高い割合で死亡していた。……治安のための監禁という性格は必ずしも鮮明ではないが、それほど遠い先ではない死に至るまで在院させ続けることだけが、公費患者の生活のプロジェクトであった(55)。」

鈴木は、東京にあった王子脳病院という個別の私立精神病院の分析をすることでこのような結論を導いたわけであるが、上述したようにこうした動態は、当時の全国統計であった『衛生局年報』(『衛生年報』)に表れる退院率や死亡率の推移を検討することでも論証することが可能であった。私費患者と公費患者の間の在院期間の明白な差に示されるように、精神病院に入院することには、医療費の支払区分によって社会的な意味の違いが存在したのである。

つまり、治療的な意味を持った私費入院と、病院で長期にわたって生活を送るための公費入院という構造差である。そして、私費入院の中に社会保険も含まれていたことから、このような性格を持った入院形態を、本稿は「私費・社会保険型」の精神病床入院として整理する。このように把握することで、医療費区分というインデックスによって指し示される精神病床入院の社会的機能の違いが明らかになるだけでなく、こうした患者層の分離が決して戦前期にのみ生じていた現象ではなく、戦後においても同様に発見できるものだということが理解可能になるであろう。

戦前から戦後にかけて、社会保険の制度的骨格は戦前から戦後へと継承された一方、その規模は国民皆保険の実現によって大きく拡大した。精神病床入院

(55) [鈴木, 2014, ページ: 128]

に限っても、戦後の皆保険化によって精神病床への私費入院は社会保険による入院に置き換わり、措置入院や公的扶助入院による公費投入の対象とならなかった精神病床入院を財源的に支えたといえる。

すなわち、「行政収容型」に加えて、「私費・社会保険型」の領域においても、戦前から継承された制度をベースとした制度の拡大と支出増が実現し、精神病床入院もその影響下で増加していったと考えられる。なお、この医療費支払区分別精神病床入院の長期的な推移や在院期間の差については、第5章に検証を行う。

第3章 戦前期：「救貧・公的扶助型」の精神病床入院

1. 先行研究—救護法、生活保護法

前章においては、戦前期における私費による入院患者の動態が、公費での入院患者のそれとは明らかに別種の構造を持っていたことを論じ、それが「私費・社会保険型」の入院として成立していたことをみた。本章では、「救貧・公的扶助型」の精神病床入院の成立として、救護法の運用を検証する。

先にも述べたように、精神医療制度史に関連する先行研究では、特別法たる精神病患者監護法や精神病院法、精神衛生法については研究蓄積がある程度進んでいる一方で、救護法によっても精神病床入院が行われていたということは、その事実自体がさほど知られていない。例外的に、救護法と精神病患者の関係に触れているものとして赤倉の研究 [赤倉, 2003]があり、救護法が「貧困な精神病患者に医療保護を受ける途を開いたことを示している」と本稿と同趣旨の記述がある。しかし、これは刊行された一次資料 [京都市社会課, 1935]の統計数字を引用した後の数行で触れられた程度であり、十分な考察が行われたものではなく、当然のことながらその運用実態について明らかにしたものではない。

しかしながら、救護法による精神病患者の収容救護は、量的なインパクトは小さいものだったとはいえ、戦後の生活保護法での医療扶助入院の前史でもあり、精神病患者監護法第6条に代表される行政収容型精神病床入院のような社会防衛的目的と親和性の高いものとは、明らかに別種の意味を持っていた。つまり、救護法での精神病床入院は、社会防衛・公安的な要件は適用に際して必須ではなく、当然ながらも患者及びその世帯の経済状態がその収容の判断基準の中心となった。

精神病院法が、精神病患者監護法第6条の患者を主に引き受けてしまったことで機能しなくなっていたと推察される貧困精神病患者に対する制度的対応が、量的限界を持ちつつも、救護法によって初めて齟齬なく回り始めたと考えられるのである。

そして、前章でも利用した川崎市文書には、精神病患者監護法による処遇のみならず、救護法での対応事例を含んでおり、その内容は運用実態と貧困患者世帯の生活の一端を明らかにするものとなっており、これまで史料的制約によって未解明だった領域の一部を埋めるものでもある。

まず、ごく簡単に救護法につき解説すると、同法は1929年に制定され、32年より施行された。その実施機関は原則として市町村であり、救護方法としては居宅と収容があり、さらに救護種類として、「生活扶助」「医療」「助産」「生業扶助」、並びに「埋葬」が定められた。対象者は扶養義務者の不在もしくは無能力を前提に、①65歳以上の老衰者、②13歳以下の幼者、③妊産婦、④不具廃疾、疾病、傷痕その他精神または身体の障害で労働できない者、とされた。費用負担は基本的には市町村（一部事例は道府県）だったが、これに対して当初は国庫補助が2分の1以内、かつ4分の1については道府県の補助が規定された。以上からも救護法は、疾病（精神病）のために労働できない者に対する医療救護での収容が法律上可能だったことが確認できる。

なお、救護法での医療救護による施設収容は、当時の行政用語として「収容救護」と呼称されていた。後述するが精神病患者監護法による「監置」を含め、治療的効果が十分に目的とされていなかったという意味で、戦前期の公費での精神病床「入院」は基本的に「収容」と呼ぶのがふさわしい。よって本論文では、戦前の公費入院は基本的に収容と並列に扱った。また、1930年代前後の精神(科)病院は脳病院との名称が付されることが多いため、両者は同義に併用する。

2. 救護法並びに川崎市文書の収容救護患者の統計的観察

本節ではまず、川崎市文書に現れる救護法での収容救護患者の社会経済的状況について統計的分析を行う。なお、川崎市文書にみる、精神病患者の救護措置は、大別すると収容救護もしくは医療券交付、生活扶助、埋葬、あるいは救護廃止という分類となる。執筆者はこの内で収容救護に至った患者に関しては全てエクセルファイルに基本情報を入力し、その他典型的事例や特徴的な事例等の一部のケ

ースは全文テキスト化した。

その結果を集計すると、川崎市文書中救護法によって病院に収容救護された患者総数は、重複を除いて 50 名（男 33：女 17 名）、平均年齢 35 歳、関連簿冊数 33 冊、関係する紙数にして大体 800 枚程度の量となった（56）。なお、川崎市文書中で精神病患者監護法第 6 条による公的監置患者の合計は重複を除くと 48 名だったので、両者を合わせると少なくとも 98 名の精神病患者が川崎市によって公費で精神病院に監置・収容されたことになる。

そして、救護法による収容患者 50 名中、世帯収入や支出、家族人数等が数値として把握できる数は 35 名（57）で、年代は 1932 年から 40 年にかけてのものである。この 35 名分について、その統計分析を行うと次のような結果が得られた。

平均年齢＝36.6 歳、男 23 名：女 12 名、平均世帯人員数＝4.5 名、世帯収入平均＝13.7 円、世帯支出平均＝28.2 円、本人の収容救護以外に妻子などへの生活扶助＝4 件、本人の収容救護以外に子供に医療券配布＝1 件、本籍が川崎市以外＝17 名であった。

また、1937 年を例にとると平均年齢＝37.7 歳、男 3 名：女 3 名、平均世帯人員数＝4.7 名、世帯収入平均＝17.5 円、世帯支出平均＝28.5 円となった。これに対し、同年の勤労者世帯（全都市）の平均世帯人員数＝4.12 名、世帯収入＝98.09 円、世帯支出＝83.93 円となっていた【東洋経済新報社編，1991，ページ：112】。両者の関係を比率で表すと、被救護精神病患者世帯は、勤労者世帯に対し人員数は 114%、世帯収入は 17.8%、支出は 34.0%となる。

なお、少し時期が前後するが、救護法による要救護の認定基準は、法施行前の 1928 年の調査において客観的な数値が示されたことがあり、川崎市が該当する「六大都市以外の市部」では、4 人世帯で 37 円以下、5 人世帯で 44 円以下となっていた【寺脇，2007，ページ：129】。

その他重要な情報として救護申請者があるが、親族の申請が 38 件、社会委

（56） 資料の確認には慎重を期したつもりだが、関連のある簿冊とそこに含まれる資料の量は膨大であり、見落とし等がある可能性は否定できない。

（57） この 35 名の中には、4 章に紹介する、親族自ら費用負担を申し出た 6 件のケースは含まれていない（調査が行われていないため世帯収入など不明）。

員（方面委員）が 6 件、本人が 3 件、不明 1 件、その他 2 件となっている。この内、社会委員からの 6 件の申請がいわゆる路上生活の患者の収容救護であるがこれは全体の 12%であり、家族と同居していることが確認できる患者が約 8 割だった。

以下では、上記の川崎市における 1932 年から 40 年の被救護精神障害者世帯の数字を、前章において検討した 1933 年から 1940 年の精神病者監護法第 6 条での公費監置対象となった世帯と比較したい。

その結果、救護法による被救護世帯の月収は、精神病者監護法第 6 条の監護義務者の平均月収（63.2 円）の 21.7%、監護義務者の平均世帯人員数（4.3 人）の 105%となっていた。ただし、救護法の資産調査は患者がいる世帯に限定されているのに対し、精神病者監護法第 6 条は患者が世帯内にいない監護義務者の資産調査も含んでいるという違いがあり、必ずしも完全な比較とはいえない点には留意が必要である。

このような留保があるとはいえ、被救護世帯が一般世帯と比較して困窮状態であるのは当然のことながら、精神病者監護法第 6 条の対象となった監護義務者の経済状態と比較しても平均世帯月収が約 2 割という数字は極めて低いのは事実である。よって、監護法第 6 条の適用条件である「監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由」の中には経済的事由も含まれていたことは先にも見たが、上記の数値の比較から、救護法での収容救護対象となった患者及びその世帯は、監護法第 6 条の適用患者の監護義務者世帯よりもさらに低位の資産状況であったことが明らかになった。

さらに、確認すべきことは、インフレが進みつつあった 1937 年の被救護患者世帯の平均収入が、1928 年の救護法認定基準に対しても半分にも届いていないことであり、救護法は本来救護されるべき患者層を全く掬い取れていなかったことである。

また、精神病者監護法第 6 条では家族が法的に関与せずに行われるものだったのとは異なり、救護法には申請者が原則的に存在しており、不明を除くと約 8 割が親族によって収容救護が申請されていたことは重要である。このような一連の制度的な流れは、戦後の精神衛生法下における同意入院と生活保護（医療扶助）の適用と類似しており、ケアラーとしての家族が患者の公費での病院収容を経済

的理理由等から自ら申請するという構造になっているのである。その意味において、戦後の同意入院＋生活保護の組合せによる精神病床入院は、戦前期における救護法による精神病患者の収容救護にその原型が実証されたといえる。

3. 救護法の施行状況

上にみてきたのは、川崎市文書に発見される精神病患者に対する救護法の「医療」での「収容」に関する統計である（58）。本節では、そもそも救護法による精神病患者に対する収容は全体で何件あり、また、それは救護法全体の中でどの程度の数字になるのかを検討したい。

まず、救護法による精神病患者収容の件数は、正確な推移が不明で、唯一 1935 年末の数字だけが信頼できるものとして残っている。そこでは、植民地を除く全国精神病院在院患者数の合計が 1 万 5127 名であり、その支払別内訳を示したのが表 9 である。

表 9 1935 年末全国在院精神病患者支払別状況

1935年12月31日	私費	公費					総合計
		精神病院法	精神病患者監護法	救護法	その他	公費合計	
実数	5687	4865	3226	1090	259	9440	15127
公費入院患者総数に対する百分率	60.2%	51.5%	34.2%	11.5%	2.7%	100.0%	160.2%
入院患者総数に対する百分率	37.6%	32.2%	21.3%	7.2%	1.7%	62.4%	100.0%

(出所)菅[1937:823-824]より作成

表 9 より、救護法による精神病院への収容患者数は 1935 年末時点で 1000 名程度であり、全入院者数に対し約 7%、公費入院患者の合計 9440 名に対しても 11%程に過ぎなかった。では、こうした数字は、救護法全体の統計からみるとどのようなものであろうか。救護法は 1932 年から施行されるが、その実施状況の推移を示したのが表 10 である。

(58) 正確には、すべての収容患者には「生活扶助」費が同時に支給（併給）されており、その合計額（大体 80 銭）が原則道府県より委託先の病院に支払われている。

表 10 救護法実施状況 1933-39 年

年月日	人数 比率	救護人員総数	方法別		種類別					
			居宅	收容	生活扶助		医療		助産	生業扶助
						うち收容		うち收容		
1933	実数	110,563	103,334	7,229	105,688	6,916	4,559	313	252	0
9.30	比率	100	93.5%	6.5%	95.6%	6.3%	4.1%	0.3%	0.2%	0.0%
1935	実数	132,332	120,644	11,688	121,575	7,625	10,459	4,049	150	148
3.31	比率	100	91.2%	8.8%	91.9%	5.8%	7.9%	3.1%	0.1%	0.1%
1937	実数	141,368	127,769	13,632	131,605	9,608	9,659	4,021	39	65
3.31	比率	100	90.4%	9.6%	93.1%	6.8%	6.8%	2.8%	0.0%	0.0%
1938	実数	132,440	118,063	14,377	121,018	9,990	11,374	4,386	22	26
3.31	比率	100	89.1%	10.9%	91.4%	7.5%	8.6%	3.3%	0.0%	0.0%
1939	実数	118,319	103,978	14,341	107,487	9,998	10,821	4,340	8	3
3.31	比率	100	87.9%	12.1%	90.8%	8.5%	9.1%	3.7%	0.0%	0.0%

〔寺脇, 2007, ページ: 572〕より

救護法は 1932 年から施行されるが、救護法は圧倒的に居宅救護が中心であり、1935 年を見ると救護総人員 13 万超に対し收容者数は 1 万 2000 弱で、うち医療での收容は約 4000 名である。若干の時期のずれはあるが、同年末の救護法での精神病院への收容者数は約 1000 名であるから、救護法による收容救護の約 25% を精神病者が占めていたことになる (59)。

精神医療制度史に関連する先行研究では、救護法による精神病者收容は言及されることさえも少なかった。しかしながら、本節でみたように、その数は確かに少なかったとはいえ、同法施行 3 年後の 1935 年には医療での收容救護全体の 25%、精神病者公費收容の 1 割を超える程度の制度的インパクトを保持するようになっていたのである。

つまり、量的な限界性は持ちつつも歴史的に重要なのは、遅くとも 1930 年代半ばには、公安的目的を多分に含んだ精神病者監護法の監置や治療的な私費入

(59) [東京市役所、1935]によると、1935 年の東京市における救護法での医療による收容救護は総計 1187 名で、その内の 523 名は精神病院に收容されており、全体の 44% と高率だった。

院とも異なる、救貧的経路からの精神病床入院の形態が、救護法により生成されたことが発見できることである。

とはいえ、救護法による精神病收容救護者数の統計分析から改めて明らかなのは、当時においても全精神病患者の数は14～15万人と見積もられていたのであり（戦後に行われた実態調査 [厚生省公衆衛生局, 1959]の精神病有病率を基準にして推定すると約40万人）、この内のわずか1000人程度しか救護法で收容されていなかったということは、ほとんど全ての貧困精神病患者は都市に農村に放置されていたということである。戦前期において患者が地域の中で生きるということは、收容や隔離をされずに平穏に暮らしていたというものではなく、非常な困窮と生活破綻の危険と隣り合わせの中にあっただけというのが実像であったと考えられる。

少なくとも川崎市文書中の被救護精神障害者に関する一次資料から見えてくるのは、その日を生きるのにも苦勞する患者とその家族の困窮した姿であり、救護法はその命綱のような役割を果たしていたということである。そして、このことは、裏返していうならば、それだけ多くの患者と家族が医療や福祉へのニーズを潜在化させていたということである。これは、公費での精神病床入院を望む患者家族の需要を水面下に大量に抱え込んでいたことを示唆しており、戦後における爆発的な生活保護での入院の増加につながっていったと考えられる。

4. 川崎市公文書館所蔵文書にみる救護法での收容救護事例

3章では、川崎市文書に登場する救護法の適用事例を統計的に分析し、それを全国の救護事例との比較で考察したが、本章ではその実際の運用について考察する。

(1) 患者收容に伴う世帯枠組みの維持・調整・再編に関する文書①

ここでは、川崎市文書中の收容救護精神病患者に関わる典型的、かつ情報が豊富な文書を取り上げたい。『社会事業書類 十の三 昭和十一年』(A252)中の6号「救護法ニ依ル救護開始之件伺」で、患者は34歳男性、9人世帯（妻、母、弟、子供5人の世帯主）、元職工、1936年4月1日より私立鎌倉脳病院に收容救護が開始された。申請者は妻である。

この患者世帯の月収は、社会委員（1937年の方面委員令施行後は方面委員

に改称)の調査によると職工である25歳の弟の22円のみ、支出は月32円(1人当たり4円で内訳は食糧費15円、住宅費7.5円、被服費2.5円、薪炭灯火代2円、医療費0円、その他5円)となっている。「要救護ノ事由」では、「幼少ノ頃ヨリ仕上職工トナリ各地町工場ヲ転々勤務……疾病ノ為メ昨年十月解雇トナリ収入激減シ親族ノ補助ト弟トノ収入ニヨリ生計ヲ営ミツ、アリタルモ最近親族補助絶エテ困難スルモノナリ」とあり、「収容救護可然モノト被認候」とされている。

この次に、警察署詰の衛生技師(医師)により「精神病者診断書」が作成され、病名は破瓜病、入院監置必要無となっている。この診断書は、川崎市文書中の精神病者監護法第6条の適用例と比較すると、制度運用上の重要な分岐点の役割があることが判明する。

先の監護法第6条の適用ケースでは、警察勤務医(同一人物)の診断で「監置ノ要」有とされると強制的な公的監置へと移行するのだが、本件では自傷他害傾向がさほど認められなかったと思われ、「監置ノ要」無として救護法の適用へと流れていくのである。先述のように、監置は公安的ニュアンスが強いものであり、医師の「監置ノ要」の有無の判定は、有ならば保護室への監置、無ならば一般病室への収容か、あるいはそもそも施設収容の必要なしかという分かれ道となっていた。

本ケースでは、医師により保護室への監置の必要はない精神病との診断を受けており、かつ資産調査を行った社会委員の意見によって精神病院への収容救護相当とされたため、一般病室へ患者は雑居となったと思われる。収容救護実施後、親族である3人の兄弟に対する扶養義務者調査が行われ、扶養能力無しとされた。

本事例にみたように、川崎市文書における救護法での収容救護開始のおおまかな過程を記すと以下のようなものである。

- ① 親族等からの救護申請
- ② 社会委員による資産調査+「収容救護ヲ要ス」内容の市長への意見具申
- ③ 医師の診断で「精神病」+「監置の必要無」の認定
- ④ 市長による救護認定+病院に対する収容救護の委託
- ⑤ 親族等への資産調査、となって収容救護の一連の手続きの完了となる(ただし、③の作成が最初にくることも多く、必ずしも固定的な手順とはいえない)

ない)。

本事例の情報を簡潔にまとめると、北関東の鉾山町出身の患者は義務教育を終了後すぐに働きはじめ、その後しばらくして地方から都市に出て各地を職工として転々とする中、精神病を発症した。勤務先から健康保険の適用を受けて治療と入院を行うがその保険期間も終わり退院せざるをえなくなったが、症状も改善しないことから会社から解雇された。その後、親族の援助で何とか生活していたが、親族の援助も限界となり、妻による救護申請を受けた結果、同法の適用により精神病院への再入院となった。

まず、確認すべきことは、経済的理由から妻が患者の救護申請（収容救護）をしたことによって、公費での収容が認められた点である。先にも触れたように、こうした経過は、戦後の同意入院＋生活保護法の適用と同様の構造を持っている。そして、この患者世帯は弟が主な家計維持者のため、患者の収容により、家族は患者に対する看護や生活費負担から解放されたはずであり、患者収容前の収入（22円）と支出（32円）の関係から推測すると、世帯収支は厳しいとはいえ何とかバランスを取りうるものになったと考えられる。とはいえ、患者の弟が、兄の妻とその子供5人の扶養を課されたと思われ、同一世帯を構成していた親族に対する負担は強く、この状況が長く維持できたかは疑わしい。

とはいうものの、ここには「崩壊に直面した要保護世帯を以前の生活枠組みとの関連で家族として維持することを可能にした救護法体制」[中川, 1997, ページ: 31]としての側面が観察できるのも事実であろう。また、社会委員という、医師ではない救護事務担当者による市長への意見具申が、収容救護のプロセスの一部となっていることも注目すべき点である。精神病者監護法では運用の主体にいるのは警察であり、救護法の場合には警察の関与がなく病院収容が可能だった点も大きな違いであった。

このように、世界恐慌後の1930年代の日本は、少ないながらもある程度の精神病床の蓄積の下（1937年に精神病床は2万超）、救護法の施行により、公安的な意味合いが強い精神病者監護法の監置とは異なる、救貧的回路からの病院収容が制度化しつつあったことを示している。

(2) 患者収容に伴う世帯枠組みの維持・調整・再編に関する文書②

(a) 医療費支出と子供の親族への引き渡し事例

次に見ておきたいのが、『救護関係書類 昭和九年』(A174)中の74号「救護法ニ依ル救護開始ノ件」である。患者は横浜市出身の32歳男性、元菓子行商、妻とは別居中で叔父方に居住、その叔父が川崎市に救護申請を出し1934年3月31日より鎌倉脳病院に収容が開始されたケースである。

本件は、まず医師(県衛生技師)の診断書が最初(34年3月26日)に作成され、病名は「精神病」で「監置ノ要ヲ認メズ」とされ、その後は前記例と同じプロセスとなっている。本事案で着目したいのは、社会委員の報告に記載された次の2点である。

まず、この患者は世帯(本人と5歳の娘)としては収入がゼロであり、遊廓で働かす同居中の叔父の月収26円ほどが命綱となっていたと思われる。おそらくこの中から支出されたと考えられるが、世帯の支出内訳は食糧費5円、住居間代4円、被服費1円、薪炭灯火費5円、医療費(売薬治療)4.5円、その他3円で合計19円である。つまり、僅少な収入から、全体の24%にあたる医療費を支出したことになり、これは1934年の全都市「労働者」が保健衛生費に支出した平均月額6.02円(平均月収86.66円)の約7%[東洋経済新報社編, 1991, ページ: 114]と比較してかなり収入に占める割合が大きいことがわかる。

次に、この患者には妻がいるが、妻は「夫婦ノ間柄不如意ノ為メ別居シ□□(患者)ヲ顧ミズ」、遊廓で働く叔父にはとても扶養能力はなく、他に扶養義務者も判明しない。そのため、社会委員は収容救護の意見具申と共に、5歳の娘について別居中の妻に扶養を依頼している。患者の収容に伴い、被扶養者の保護が社会委員によって調整されたのである。なお、この叔父は患者の看護のため仕事に支障をきたしていたとあり、患者の収容救護により貧しいながら生活は若干の安定を取り戻したと考えられる。

同様の事例として、『救護関係書類 昭和十二年』(A302)中の36号「救護法ニ依ル救護開始之件伺」は、53歳の6人世帯の世帯主の収容である。妻と死別した本人は、12歳から6歳の子供5人を抱え操縦工として働いていたが、分裂病を発病し労務不能となった。医師の診断は、入院の必要はあるが現時点では監置の必要はない、というもので、収容救護に伴い、5人の子供全てが弟らに引き

取られた。なお、子供の処置は社会委員の自由記述に頼る所が多く、取扱い件数などの全体像は不明である。

(b) 家族・本人へ生活扶助の事例

『昭和八・九 社会事業書類 2の1号』(A175)中の2号は、5人世帯の世帯主(46歳)男性が患者で以前は紡績会社の職工だったが、精神病で労務困難となり、妻からの救護申請をうけ収容救護となった。その後、駄菓子屋小売業の妻(収入見込月額6円)以外の13歳以下の子供3人に対し、1日当たり1人13銭(計39銭)が居宅での生活扶助として行われた。社会委員が川崎市長に提出した報告書には、次のようにある。

救護ニ関スル調査報告並意見具申書

第二号様式

神奈川県社会課

要救護ノ事由

世帯主□□□ハ元□□紡績会社ノ職工ナリシガ昭和七年三月??少ノ為メ退職シ当時退職金六百五十円ガ支給セラレタルモ当時ヨリ多少脳ニ疾患アリ労務意ノ如クナラズ退職金ハ生活費ニ費消シ生活困難ニ陥リ本市失業救済事業ニ従事セルモ病勢昂進シ労務不能ナルノミナラズ監視ヲ要スル状態トナリ且扶養義務者扶養ヲ為スコト能ハザルニ因ル

救護ニ関スル意見

□□□ヲ収容 世帯員ニ生活扶助ヲ要ス

右調査報告並ニ意見具申候也

昭和 8 年 12 月 14 日

社会委員 □□□□

川崎市長 □□□□ 殿

世帯主の精神病が悪化し、労働不能になって収入が途絶したばかりでなく、家族の「監視ヲ要スル状態」となったため、生活が破綻状態になったことが伺われる。こうした世帯にとって、患者が公費によって病院に収容され、しかも子供3人に対し生活扶助が支給されたことは、家族の生活の救済として救護法が機能したと考えられる。経済状態に限定して考えても、この世帯の平均支出月額が27円50銭とあり、患者の収容に伴う節約が可能になったと仮定すると、月額12円の生活扶助は妻の収入6円と合わせて非常に貧しいながらも何とか生活を維持できるレベルになったと思われる。

また、『昭和十 社会事業書類 9の9』(A217)中38号は、6人世帯の世帯主(38歳男性・とび職)が精神病となり、妻が申請者となって収容救護が開始された。医師の診断は、やはり「入院監置必要」は「無」となっている。患者は1935年12月3日より戸塚脳病院に収容にされ、同時に3人の子供と高齢の母親(72歳)に生活扶助が実施されている。ただし、子供と老母への生活扶助費は、1人1日5銭の計20銭(月額約6円)であり、前者の例と比較すると低い額に抑えられている。これは22歳の妻が喫茶店女給として月額15円の収入があったことによるのかもしれない。同世帯の患者の同居時の平均支出月額は30円50銭だったため、扶助によって収入は21円となったはずで、患者の収容により、ぎりぎりの収支となったと思われる。

他にも、『社会事業書類 昭和九年 6の6号』(A183)中の27号は、患者退院後に本人に生活扶助が実行された唯一の例である。患者(34歳)は日雇人夫で、妻と子供の5人世帯で世帯収入6円、支出は19円弱であった。本人は脳梅毒で東京慈恵会医院に救護法により収容救護されていた。その後、軽快退院した日付で自宅療養の必要性ありとの同医院の診断書が書かれ、その後1か月以内に居宅救護として川崎市より生活扶助費を1日30銭支給されることになった。なお、この生活扶助の救護申請は患者本人によってなされていた。社会委員による市長への報告書は下記のようなものである。

救護状況ノ通知及意見具申書

一、救護状況ノ通知

川崎市 □ 町 □□□ 番地

被救護者 □□□□

右 救護法ニ依リ本年十月十三日ヨリ慈恵会病院ニ收容救護中ノ處病氣輕快ニ依リ十一月十五日退院セルモ尚別紙診断書通り居宅救護必要ト認ム

二、意見具申

前記ノ事由ニ依リ十一月一日ヨリ居宅救護相成可然モノト被認候

右状況通知及意見具申候也

昭和 九 年 十 二 月 一 日

社会委員 □□□□

この患者に対する居宅救護としての生活扶助費は、後日 1 日 30 銭から 50 銭に増額されており、月額では約 15 円の扶助となった。非常に貧しいとはいえ、患者收容前の世帯支出は 19 円弱、収入は 6 円だったため、収支のバランスは取れるようになったと思われる。頼れる親族はおらず、経済的に非常に貧しいながらも、患者の退院後、自宅での生活が可能になったことが伺われる稀有な事例である。

上記では、社会委員調査から医療費の支出が観察できるケースと、子供の引き取りや家族・本人への生活扶助によって、家族の生活枠組みが再編・維持・修復される事例をみた。ここには、救護法が利用されることで、患者世帯に対する生活保障的な側面が観察された。

その他、川崎市文書中の收容救護患者全体の 50 名中、医療（売薬）費支出が確認できるのは 2 割弱であるが、これは、戦前期から精神病に対し貧困層の中にも医療費を捻出しようとする家計行動が少なくなかったということである。食料にも困難をきたすはずの家計状況から医療費を支出するというのは、精神病がもたらすダメージの大きさを物語ると同時に、医療に対する強い需要がこうした貧困階層にも醸成されていたことを意味している。

そして、上の事例から、患者の收容救護が行われた場合、その後の世帯ではおおまかに 3 つの展開をたどることになったことが明らかになった。一つは家計

維持者が他におり患者収容により看護・生活費負担が軽減されるケース、次に患者自身が主たる稼ぎ人であったため被扶養者の生活が社会委員の仲介により親族に委ねられるケース、または患者が生計維持者でかつ頼れる親族もないため残りの家族に対し生活扶助が行われる例である。この他に、患者の退院後に患者本人に対し生活扶助が行われたケースや、単身世帯の患者が収容されるケースも少ないながらもあった。

また、世帯収入を月額 20 円前後でやりくりする行商や職工など、都市細民・労働者として戦前期川崎に暮らしていた階層の人々にとって、主たる家計維持者が精神病を発症することは、即座に生活の破綻と家族の崩壊につながったことが上記の例からは伺える。そうした中、世帯主の収容救護の後に家族に生活扶助を実施したケースから推測できるのは、給付額を合計しても、労働者世帯の平均収入約 100 円の半額に満たない月収に抑えつつ、支出とのバランスを勘案するものだったと考えられる。

以上、前節で取り上げた事案やその他のケースからも考察できることは、救護法による精神病床入院は、「医療」扶助という形式をとりながら、治療を目的とするよりも、精神病院に患者の生活空間を移すことによって患者世帯の生活枠組みの修復や再編、維持に制度の運用の目標があったということである。言うなれば、患者の収容と世帯の微調整が行われることで、家族の生活が救済される生活保障的メカニズムとして救護法が機能していたのである。

この点は、精神病院への収容救護は基本的に入院費用のみしか支払われず、治療のための費用は原則的には計上されないことから裏付けられる(60)。1930年代頃の精神病院の入院費用の下限の平均は3等の1日1円であり、川崎市の収容救護の委託費1日80銭を上回っており、通常公費患者は高価な治療を施される可能性は低く(61)、そもそも抗精神病薬なども存在していなかった当時、救護法による脳病院への収容は基本的には治療を目的にしていなかったといえる。

つまり、治療にもまして、家族の生活の安定という生活保障的機能が救護法

(60) ただし、麻痺性痴呆患者に治療費計上(67円50銭)を行ったケースが1件ある。

(61) 先述の鈴木論文[鈴木, 2014]は、この点を実証している。

の目標の内に含まれており、そのため患者が公費で病院に收容されること自体が重要となっていた。このような生活保障的機能にこそ、生活保護法での医療扶助入院にまでつながる、精神病床入院の長期在院化をもたらす制度的要因が埋め込まれていったと考えられるのである。

(3) その他の收容救護文書

(a) 收容費用について家族が負担を申し出たケース

最後に取り上げたい事例の一つが、『恤救書類 昭和十三・十五年』(A406)中の12号「脳病患者□□□退院ノ件」(62)である。患者は東京市出身の43歳の男性、早発性痴呆で1938年8月16日に收容、翌9月8日に退院しているケースである。

本事例はこれまでの救護案件とはその性質を異にしている。救護法は原則的には被救護者側の費用負担はゼロだが、この事例では妻を中心とした親族が自ら入院費を負担することを申し出る代わりに、正規の料金よりも安い救護法での委託を受けようとしたケースなのである。川崎市文書にはこれと同様に、親族等が費用負担をする代わりに救護法の扱いを求めて適用された事例が6件あり(全50件中の12%)、こうした事例は救護法施行翌年の1933年から発見できる、本事例はその一つである。

これは現代的に言うならば、不正支給・不正受給にあたる特殊なパターンであるためか、これら患者の收容救護プロセスや添付資料は通常とは異なっている。たとえば、社会委員による資産調査の文書が作成されていないケースの方が多い。また、医師の診断書は警察勤務医や精神病院医師ではなく、一般の開業医の手になると思われる。本ケースでも、開業医の診断書を添付し、妻から市長に対し「入院願」が出されており(1938年8月16日)、その内容は次のようなものである(一部省略)。

(62) 執筆者は同文書の解釈について、2011年10月29日の精神医学史学会において、精神病者監護法の適用と説明したことがあったが、同文書は病院への委託費が1日80銭であること、市役所から病院への依頼が「委託監置」ではなく「委託入院」や「收容治療」であること等から、救護法の適用であることが判明した。

……本病者ハ未タ暴力等ヲ為ササルニヨリ今ノ内ニ入院加療セハ必ス全
治スルトノ事ナルカ……個人ニテ入院ヲ依頼セム其ノ費用著シク高額ニテ…
…誠ニ困却仕リ候若シ之ヲ御庁ヨリ委託ニテ入院スルトセハ其費用カ著シク
低額……御庁ヨリ本病者ヲ入院加療出来得ル様……要シタル費用ハ必ス御庁
ニ納付シ郷モ御庁ニ対シ御損害御掛ケ申間敷ニ付何卒御取計ヒノ御願致度…
…

要約すると、夫が精神病となったが正規料金では入院させるだけの資力がな
いため、川崎市の救護法での委託患者にしてもらい、その料金に関しては親族が
負担することを市に約束するものである。なお、自傷他害傾向はないため、監護
法第 6 条での公費監置の対象とはなりえない。

これに対して、妻からの「入院願」の提出日と同じ 8 月 16 日の市役所文書
には、願書を受けて調査した結果、「事情止ムヲ得サルモノト認メラレ候而シテ入
院料其他ノ費用一切ハ凡テ義務者負担ニ付市予算ニハ何等関係無」として、同日
中に病院宛に「収容治療」を依頼している。

また、これとほぼ同様の内容の文書をもう 1 点紹介したい。『恤救書類 昭
和九年第一種』中の第 17 号「私費脳病患者依託入院ニ関スル件」であり、1934
年のものである。申請者は母親で、その「救護願」には次のようにある。

右者客年十二月中旬頃ヨリ脳疾患ニ罹リ爾来治療中ノ處病勢益々増進シ
到底入院スルニアラザレバ全治ノ見込無之而シテ本人ハ勿論扶養義務者ニ於テ
モ普通入院費支払困難ノ実情ニ有之候ニ就テハ御諒察ノ上市依託患者トシテ適
当ノ病院ニ入院方御取計相成度尤モ入院料一日金八拾錢ハ市ニ納金シ尚ホ□□
一切市ニハ御迷惑ハ相掛ケ申間敷保証人連署此段奉願候也

普通入院費は支払うのが難しいが、救護法の委託患者としての 1 日 80 銭な
らば負担することが出来るので患者を適当な病院に入院させてほしいという内容
である。この事案には、むしろ例外的に、ミーンズテストを兼ねていたと考えら
れる神奈川県社会課の文書である「生活状況調査票」が添付されており、家族の
経済状況が一部判明する。

それによると、無記載が多いものの、患者の職業は農業、4人世帯（患者が世帯主 29 歳、母親 69 歳、実姉 35 歳、長女 4 歳）、部屋数は 4 つ、台所 2 坪、同居人なし、畳数 20 畳、便所は専用と書かれている。職業が農業であり、高齢の実母との同居であることから、川崎の工業エリアへの出稼ぎ人などではなく、元から川崎に住む農家だったと思われる。部屋が 4 つで 20 畳（33 m²）＋台所 2 坪（6.6 m²）という家であるのも、中産層とは言えないが、救護法の通常の適用対象とはならなかったと思われる。この患者は、過去に既に 3 か月ほど横浜脳病院への入院歴があり、退院したものの再発したとある。

上記の 2 例を解釈すると、通常の社会委員によるミーンズテストが行われた場合、家族に扶養能力ありとして救護法の適用にならなかった可能性があり、それを避けて低額の救護法での委託患者となるために、直接市に掛け合ったものと思われるのである。

また、ここに挙げなかったその他の同様の 4 例についても、その「救護願」の内容が非常に似通っていることが注目される。それは、「入院をすれば治る見込みがある」→「しかし、一般入院費は払えない」→「ただし、委託患者としての安価な救護費ならば自分たちで負担することができる」→「保証人を立てた上で、市には迷惑をかけないので救護法での委託患者としてくれるようよろしく取り計らいを頼む」、と文章の構造がほぼ同じになっているのである。これはおそらく保証人となっている社会委員等のアドバイスを、家族が受けた可能性が高いと考えられる。

この方法ならば、市としては、上記のように「市予算ニハ何等関係無」く費用負担がゼロだったため、救護法の委託患者とすることはさしたる問題はなく、家族の「救護願」は通りやすかったと思案されるからである。

なお、1930 年半ば頃の脳病院（精神病院）の一般私費入院料は、大体 3 等が 1 日 1 円、2 等以上はそれぞれ 1 円ずつ高くなっていき、これに看護料や治療費、雑費が加算されることが多かった。よって、仮に 1930 年代の都市部の脳病院に私費入院しようと思った場合、最も安価な 3 等の雑居室への入院でおおよそ月額 40 円程になったと思われ、これは 1935 年の全都市「労働者」の平均世帯収入月額 86.99 円の半分近く、「給料生活者」の 97.64 円に比しても 40%程度になった [東洋経済新報社編, 1991, ページ: 113-114]。長期間の入院が想定される精

神病の場合、こうした費用を負担できるのは限られた階層だった。これに対し、救護法での委託患者となった場合は、川崎市が支払う委託費用は一律に通常 1 日 80 銭で月額約 25 円となっていた。

つまり、これらの事案の場合、この月額約 25 円は親族らで負担するということであり、3 等への私費入院に対して 15 円程の節約だったと考えられる。よって、上述した 6 件のケースから理解できるのは、月額約 25 円ならば入院料を負担可能な、極貧ではない、救護法のボーダーラインの世帯の需要を反映していると考えられる。

川崎市文書では、このような利用のされ方が救護法での収容患者 50 人中の 1 割強の 12%を占めるが、他の自治体においての広がり是不明である。しかし、ここで重要なことは、通常の入院費では入院をためらう、潜在的な需要層が救護法ボーダーラインに大量にいたことを示唆していることである。家族としては患者を入院させたいが、私立精神病院に一般の自費入院をさせることはできない、ただし値段が下がれば費用負担が可能だったということである。

小結

ここまで、戦前期における救護法による精神病床入院がどのように行われていたか、またその患者家族の実情について考察してきた。ここで内容の考察に入る前に、救護法が生活保護法の前身となっていたことについて簡単に確認したい。

現行生活保護法を策定した中心的な厚生官僚であった小山によれば、戦後の生活保護法は「その法技術的構成の範を昭和四年（1929）年の救護法に採つて」いる [小山, 1951, ページ: 3]。また、寺脇は、「救護法と言え、現行の生活保護法（1950 年）制定のいわゆる新法に代表される公的扶助制度の前身として位置付けられる」 [寺脇, 2007, ページ: 24]と述べている。

このように、救護法と戦後生活保護法の制度的連続性は明らかである。また、本稿の主題上重要であるのは、数は少ないとはいえ、この救護法の適用により戦前期においても精神病患者の病院収容が行われていたことである。そしてその後継制度である生活保護法は、1950 年代から 70 年代において入院患者総数の約 35%から 50%をカバーし、同時期の精神病床入院増に最も大きなインパクトを持っていたのである [桑原, 1997]。

ただし、この救護法による入院が持っていた歴史的意味を考えるに際し、救護法以前から存在した精神病患者監護法、精神病院法についての整理が必要である。第1章でこの精神病患者監護法、精神病院法の運用実態を検討したように、両法は基本的に暴力的傾向の強い患者を中心に収容を行っていたため、適用に際して患者世帯の経済状況を第一要件としておらず、実際の運用においても救療的な形態としては第一義的に機能していなかったことが判明した。特に精神病院法は、貧困患者層に対する公費での医療と入院を提供しようとしたにもかかわらず、監護法での監置患者を多く移管したためその目的は十分に達せられていなかったと考えられた。

また、精神病患者監護法、精神病院法による病院収容の手続きが、家族の法的な関与を経ずに実行可能だったのに対し、救護法の場合は救護の「申請者」という形で家族の存在が原則的に運用に組み込まれていたことは重要である。なぜなら、この形式こそ戦後の精神病床入院の中軸となっていた、同意入院と医療扶助の適用の母型とみなすことが可能だからである。

そして、本章において検証してきたように、各種の調整によって家族の生活構造を維持・修復しようとする救護法での入院には、患者の治療という目標よりも、家族の生活の安定という生活保障的機能が重要性を持っていた。

同時に、病床が安価に供給されれば、あるいは無料で供給されれば、それに反応する、救護法対象の様な極貧ではないが中産層に届かない貧困世帯・家族の存在が川崎市文書の中には発見された。言うまでもなく、戦後の生活保護法は戦前期救護法に比べてより公的扶助としての性格を持つこととなり、はるかにその保護対象数を広げたわけであるが、それは例えば上記に取り上げたような家族こそが、戦後の生活保護法を適用した公費での精神病床入院＝同意入院利用者となっていたと考えるべきである。

少なくとも、上記に取り上げた事例からは、制度の「裏道」を使ってでも、安価な病床を求める家族のニーズが読み取られねばならない。このことは、精神病院・脳病院という存在が極めて強く負のイメージを付与されていた戦前期において、経済的に豊かとはいえない階層の人々の中にも、入院への需要が形成されていたことの証左であり、戦後への爆発的な精神病床入院への伏線となっていたのである。

以上のことから引き出せることは、量的な限界を持ちつつも、救護法は日本の歴史において初めて、救貧的経路から精神病床入院への公費投入を運用として実体化したものであり、その本質は、患者の治療のための入院というよりも、家族世帯への生活保障的機能だったということである。この救護法による精神病床入院が制度化されていった 1930 年代に、生活保障的機能を持った「救貧・公的扶助型」として整理可能な入院形態が形成され、これまで論じてきた社会防衛的機能としての「行政収容型」、治療的機能としての「私費・社会保険型」と共に、日本における精神病床入院の 3 類型が構築されたのである。

第 4 章 戦前期日本における公費での病床供給システム

1. 公費監置・入院に関する支出額とその推移

ここまでに、戦前期日本において公費患者、自費患者の入院の双方が共に増大してきたことを見た。自費患者の数は 1940 年においては、年末時点での公費での精神病床入院数を上回るだけでなく、年内の入院者総数、入院延日数すべての項目において自費患者が公費患者に比べて多くなっていた。のみならず、精神病院に入院した自費患者の数は、明治期から私立のサナトリウムが隆盛した結核の自費患者数を上回っており、慢性疾患における自費患者の数としては最大規模となっており、「私費・社会保険型」の精神病床入院が戦前期に構築されていたことを見た。一方、公費患者に関しては、公立精神病院の数こそ少なかったが、私立精神病院に収容された患者も合わせると、時代が下るごとに増加し、1930 年代後半には 1 万人規模に上った(63)。

本章では、こうした収容精神病患者に対する公費の支出額はどの程度のものだったのかを、私立精神病院へ投入された公費額も含めて検証する。このことの意味は、これまでも触れてきたように、先行研究においては精神病患者監護法による私宅監置が強調されることが多く、戦前期における行政の主導による公費入院の拡大が、軽視、あるいは無視されることが少なくなかったからである。

ただし、こうした精神病患者関連費用に関する一次資料は、管見の限り非常に

(63) 1937 年の年末時点で 9927 人であるが、この数字は「絶対隔離政策」として悪名高い癩予防法下でのハンセン病患者の収容者数(6549 名、『衛生年報』よりもかなり大きい)。

断片的であり、全体像を知ることは不可能で、データとしては不完全であることは否めない。

まず、保健衛生調査会による 1910 年から 1913 年までの精神病患者監護法による公的支出の統計からみてみたい。

表 11 精神病患者監護法による監置費用（公費監置に関わる支出）

年次	被監置者数	府県支出監護費 (円)	扶養義務者弁償 額(円)	合計額(円)	東京府支出額 割合	他府県支出額割 合
1910	1994	158,946	10,275	169,221	0.80	0.20
1911	-	269,368	10,442	279,810	0.88	0.12
1912	2442	189,599	12,139	201,738	0.72	0.28
1913	2786	267,858	14,985	282,843	0.77	0.23
1914	3126	318,595	19,744	338,339	0.77	0.23
合計	-	1,204,366	67,585	1,271,951	0.79	0.21

『精神病患者慈善救済会々報 第二九号』1918.8(『精神障害者問題資料集成 第5巻』所収)より転載。

表 11 から判明するのは、1910 年代前半においては、精神病患者監護法第 6 条（8 条）での公費支出総額は年 15 万円から 31 万円であり、この 8 割近い部分を東京府が占めていたことである。これは東京に精神病院が集中していたことに起因する。また、一旦監護法第 6 条（及び第 8 条）の適用を受けて公費監置となった場合、扶養義務者に対する費用徴収は基本的にほとんど実行されなかったということである。次は昭和期である、1926 年から 35 年までの病院法と監護法、両法による公的支出額を参照したい。

表 12 精神病院法並びに精神病患者監護法による公費支出額推移

年度	精神病院法による道府県経常費(円)	精神病患者監護法による監護費(円)	計(円)
1926	757,967	不明	不明
1927	763,767	392,046	1,155,813
1928	1,080,014	386,352	1,466,366
1929	798,490	684,900	1,483,390
1930	1,074,137	809,085	1,883,222
1931	1,083,159	879,520	1,962,679
1932	1,146,042	1,057,289	2,203,331
1933	1,461,508	1,266,247	2,727,755
1934	1,464,919	1,386,922	2,851,841
1935	1,292,575	1,478,361	2,770,936

管修「本邦ニ於ケル精神病患者並ビ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査」『精神神経学雑誌』1937より転載

表 12 より、両法による公費支出はほぼ一貫して増大傾向にあり、10 年間の間に 115 万円から 277 万円と 2 倍以上に増えている(64)。精神病院法がなかった時期である表 11 と比較すると、かなりの伸びといえよう。なお、1934 年度の精神病関連支出中、東京府の負担割合は 29%、大阪 28%、神奈川 9%、兵庫 8%、京都 7%、その他となっており、1910 年代前半と比べて、東京への集中度は低くなっている(65)。

問題は、こうした精神病患者関連の公費負担の内、どの程度が私立精神病院に対する委託料として支払われたかである。管修の資料には、1934 年度における精神病患者監護法による監置に 1 日 1 人あたりいくらの費用がかかったかを、全国の道府県の統計から平均値を出しているが、そこでは 1 円 04 銭となっている。一方、精神病院法による代用精神病院への委託料も、神奈川県公立文書館所蔵文書によると 1936 年度で 1 人当たり 1 日 1 円とあり(66)、内務省衛生局予防課長だった高野六郎も大体費用は 1 人当たり 1 日 1 円である旨を記述しており(67)、この値段は 1930 年代の代用精神病院への委託料の平均程度だったと思われる。よって、病院法と監護法による私立病院への委託収容・監置は、どちらも概ね 1 人当たり 1 日 1 円程度だったと考えられる。このことより、先の表 4 を利用することで、

(64) 1935 年度の総費用 277 万円がどの程度のものかといえば、たとえば同年の福井県や佐賀県などの総歳出額の半分程度であり、沖縄県よりも 100 万円程度多い。

(65) [菅, 1937, ページ: 829]

(66) 神奈川県立公文書館所蔵、県会-1936-5『昭和 11 年 11 月通常県会議案・諮問案原稿(歳出経常部)』中の「衛生及病院費」内訳より)。

(67) [高野, 1934, ページ: 4]

私立精神病院への公費投入額を推測できる。表 4 より、入院患者延数を取り出したのが、以下の表 13 である。

私立精神病院中の公費患者というのは、先にも述べたように、精神病患者監護法、精神病院法、救護法その他による委託患者であり、この内、監護法と病院法での収容・入院が中心であった。病院法・監護法も委託費は 1 人当り 1 日約 1 円だったので、患者延数に 1 円をかけたものが道府県の精神病患者関連支出額合計とほぼ一致する。よって、私立精神病院の公費による入院患者延数が、そのまま公費支出額とほぼ等しいと考えられる。

表 13 公私立精神病院別 病床数・入院患者延数

年	病院数(公立病院数) ／病院名	年末病床数	自費公費区分	入院患者延数
1928	公立精神病院	1082	公費	307376
			自費	88518
	私立精神病院	7632	公費	1249318
			自費	908592
1930	公立精神病院	1421	公費	407764
			自費	101817
	私立精神病院	9539	公費	1487236
			自費	1158225
1933	公立精神病院	1978	公費	527890
			自費	127779
	私立精神病院	14018	公費	2027181
			自費	1710659
1935	公立精神病院	2066	公費	586649
			自費	148543
	私立精神病院	16915	公費	2418424
			自費	2248369
1937	公立精神病院	2516	公費	630173
			自費	188244
	私立精神病院	18809	公費	2607371
			自費	2949169
1940	公立精神病院	2684	公費	696825
			自費	231688
	私立精神病院	20871	公費	2928153
			自費	3795372

各年度『衛生局年報』『衛生年報』より作成。

つまり、表 13 より、1928 年で 125 万円前後、1935 年で 240 万前後、1940 年で 292 万前後の公費が、民間の私立精神病院に対する精神病者監置・入院の委託費として支払われたと推定されるのである。

これは例えば、1935 年度の癩予防費（5200 名超の患者を公私立の療養所に収容で、9 割超が公費の総合計である約 185 万円）と比較すると、これを 50 万円以上を上回る公費が民間精神病院に支出されていたことになる(68)。癩予防に関しては、1931 年に癩予防法が制定され、感染の危険のある患者すべての公費での隔離の方針が示されていたのであるが、これを大きく超える公費が私立精神病院に投入されていたのである。

(68) [癩予防協会, 1935, ページ: 3]

また、表 13 の統計の推移で目を引くのは、1928 年度以降の私立精神病院に公費入院した患者延数の伸びが著しく、公費支出額もこれに伴って増大したことである。このような公費投入額の堅調な増加は、1930 年代における全国的な民間精神病院の急増という現象の原因をある程度説明するものといえる。当時は、患者数に比して精神病院は非常に少なく、かつ相当量の公費が私立病院に流れ出したことで安定的な収益の確保が見込まれ、こうした経営環境が精神病院の増加を促したといえるからである。

と同時に、この 1930 年代頃に、日本における精神医療政策は、公立精神病院の増設よりも、私立病院の経営にインセンティブを与えて精神病床全体を増大させ、かつそこに部分的に公費を支出することで公的精神病床を確保する、という運用方法にシフトしていったとみることができるだろう。

こうした精神病の公費病床に関する行政対応は、ハンセン病がほとんどを国公立療養所によって、結核が小規模で多数の自費サナトリウムとごく一部の大規模公立療養所によって、病床供給をされたケースと比較すると、その特徴が理解される。このような病類別の病床供給の差異は、おそらくその疾病発生の社会経済要因の強弱に一程度平行と思われる。ハンセン病の場合、罹患者が郡部の貧困農民層に集中したため、自費入院者を中心にした私立病院は成立せず、公的機関以外には病床供給が困難であった(69)。一方、結核は、感染力が強力で社会階層を広く貫いて発生したため、上流階層向けの自費サナトリウムが早くから成立したが、都市貧困患者層は公立療養所を俟つほかなかった。とすると、精神病の場合、ハンセン病と結核の中間的な性格をもつ病床供給体制となっているのである。

2. 公立病院設置のコストと府県財政

これまで述べてきたように、精神病院法の意図に反して、戦前期の日本では公立精神病院はほとんどつくられず、1945 年までに合計 8 院が認定・設置されたにとどまった。その一方で、特に 1930 年前後から民間精神病院は急増し、同様に代用病床や公費患者の数の伸びも、公立病院よりもはるかに大きかった。再

(69) [後藤, 「日本におけるハンセン病「絶対隔離」政策成立の社会経済的背景—戦前期統計からの考察—」, 2011]参照

度確認するが、近代日本の精神医療において、公費収容を担った中核は、私立精神病院だったのである。

公立病院が増えなかった最大の理由は予算の問題であったと考えられるが、戦前期の財政状況を慎重に検討すると、民間精神病院中に公的病床を設置していくという行政上の運用体制は、貧弱な保健衛生財政という縛りを前提にすると、それなりに合理的な公費投入の仕組みだったともいえる。これにより公立病院設置に伴う多額の経費と運営コストを軽減し、同時に公安的、または施療的な病者対応を間に合わせようとしたのである。

それでは、實際上、この公立精神病院設置に伴うコストとはどれほどのものだったのか。以下では公立精神病院の新設費用を表 14 より検討したい。

表 14 公立精神病院総工費と当該府県の財政

府県名	病院名	完成年	収容定員	総工費(円)	初年度病院運営費(円)
東京府	府立松沢病院	1919	700	1,050,000	※228,926
大阪府	府立中宮病院	1926	300	420,000	132,991
神奈川県	県立芹香院	1929	150	280,000	71,870
福岡県	県立筑紫保養院	1931	100	174,880	10,909
愛知県	県立精神病院	1932	100	160,995	10,387
兵庫県	県立光風寮	1937	400	421,464	?

※は1920年度経常費用。『衛生局年報』各年度、『東京府統計書 大正10年』、松沢病院『自大正九年至大正十三年 東京府立松沢病院年報』1928、松沢病院医局『東京府立松沢病院ノ歴史』1925、『大正十五昭和元年大阪府立中宮病院概況報告書』1927、『大阪府統計書 大正15年・昭和元年』、『神奈川県立芹香院概況要覧』1936、『神奈川県統計書 昭和4年』、『福岡県統計書 昭和6年 第1編』、『愛知県統計書 昭和7年』、菅修「本邦ニ於ケル精神病者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査」『精神神経学雑誌』1937、『兵庫県統計書 昭和13年 上巻』より筆者作成

まず、東京府松沢病院は 1919 年に、それまでの東京府巣鴨病院より移転を果たし、全 700 床の大規模公立精神病院としての完成をみるのであるが、表 14 より、この建設に東京府が要した費用総額は 105 万円（国庫補助 15 万円(70)）にのぼった。

次に日本で最初の精神病院法第 1 条による公立精神病院である大阪府立中宮病院は、1926 年に定員 300 名として開院し工費は 42（国庫補助 21）万円、さらに 1932 年度に 150 名の増員のため 5 万 9 千円余が追加支出された。神奈川県

(70) [国勢院編纂, 1921, ページ: 566]。松沢病院は病院法第 1 条による大臣命令での設置ではなく、第 6 条での認定病院のため、国庫補助額も低かった。

立芹香院の場合、1929年に開院し患者定員150名、総費用28（国庫補助14）万円で、同じく1932年に84名の定員増加のため増築費5万6880円が追加計上された。

また、福岡県の筑紫保養院は、100床として開院、初年度の運営費こそ1万円前半であるが、翌年度以降は全て3万円を超え、翌々年度には4万円を超えた。愛知県立精神病院も病床が100床に到達する1935年度には運営費は4万円を超えた。

これらの例をみると、仮に他の府県において100床規模の公立精神病院を作るとすると、精神病院法からの設立費用の2分の1の国庫補助を考慮しても、府県の負担は建設費だけで優に10万円近くの出費になり、毎年の運営費用も4万円を超えることが当然推測される。つまり、100床という比較的規模の小さい公立精神病院であっても、開院して病院が動き出すまでに最低10万円超の財政投入が必要ということになり、かつ土地購入から病院の建設計画はもちろん、医師や看護人・各種雇人の調達、そういった諸務すべてを府県が率先して行わねばならなかった。

ここで重要なことは、精神病院法による公立病院は、その法理念や先述した内務省の通牒内容（貧困患者への公費での入院治療を優先せよ）からも、自費患者を多くしての入院や治療費用を主軸にした運営が基本的に許されていなかったことである。つまり、公立精神病院を設置するとなると、入院費用を払えない公費患者の収容が中心となることで、巨額の赤字経営が長期にわたって常態化することを前提せざるを得なかったのである。

3. 1930年代における府県財政と衛生関連費用

上に述べたように、公立精神病院の設置に関わる道府県の負担は、100床クラスの小規模のものでも10万円近くの支出になることが既設の病院例より判明する。こうした支出は、当時の地方財政にとってどの程度の負担となったであろうか。1930年度と1935年度の府県の財政状況とその衛生関連予算を、公立病院を設置した府県と、そうでなかった府県とに分け、比較検討したい。

表 15 1930、1935 年度府県財政状況と関連項目

年次	区分	府県名	(A) 歳入合計額(円)	(B) 歳出合計額(円)	(C) 衛生及病院費(経常部)(円)	(D) 府県歳出に占める衛生(及病院費)割合	(E) 10万円が歳出合計に占める割合	(F) 精神病患者100人中 監置した人員割合	(G) 精神病院数(代 用病院数)
1930年	公立精神病院を持たない県	宮城	8,725,234	8,008,046	118,648	1.48%	1.25%	17.01%	1(1)
		群馬	9,427,983	8,948,523	30,539	0.34%	1.12%	14.36%	1(1)
		新潟	19,924,160	16,289,323	75,954	0.47%	0.61%	9.38%	2(2)
		千葉	9,183,364	8,545,452	82,698	0.97%	1.17%	25.52%	2(1)
		三重	9,157,129	9,033,993	82,981	0.92%	1.11%	7.82%	0(0)
		岐阜	10,239,039	7,987,826	53,719	0.67%	1.25%	15.69%	1(1)
		奈良	5,383,951	4,359,700	41,126	0.94%	2.29%	14.04%	0(0)
		広島	12,107,806	11,548,749	139,738	1.21%	0.87%	7.03%	2(0)
		香川	4,849,517	4,327,333	49,273	1.14%	2.31%	10.17%	1(1)
		熊本	10,259,397	8,830,382	63,691	0.72%	1.13%	22.49%	2(0)
	平均	9,925,758	8,787,933	73,837	0.84%	1.14%	14.35%	12(7)	
	公立精神病院を持つ、持	東京	54,504,057	49,384,503	1,134,002	2.30%	0.20%	2.98%	15(8)
		大阪	30,025,645	24,762,582	466,049	1.88%	0.40%	39.83%	15(0)
		神奈川	12,546,578	12,512,459	388,785	3.11%	0.80%	19.80%	2(0)
		福岡	20,098,269	17,089,865	226,988	1.33%	0.59%	13.04%	6(0)
		鹿児島	9,299,256	9,097,327	112,232	1.23%	1.10%	20.52%	2(0)
		愛知	24,099,647	18,846,646	173,833	0.92%	0.53%	10.16%	6(0)
		兵庫	28,237,019	22,955,567	324,305	1.41%	0.44%	14.23%	5(2)
		京都	14,033,873	11,365,595	184,800	1.63%	0.88%	18.58%	4(3)
平均	17,292,536	14,578,755	234,624	1.61%	0.69%	17.39%	55(11)		
1935年	公立精神病院を持たない県	宮城	14,502,970	13,707,243	113,420	0.83%	0.73%	10.18%	2(1)
		群馬	12,851,780	12,370,686	59,680	0.48%	0.81%	12.52%	1(1)
		新潟	27,084,981	25,891,881	98,032	0.38%	0.39%	11.54%	2(2)
		千葉	13,714,601	10,496,874	97,166	0.93%	0.95%	23.59%	3(2)
		三重	11,875,159	10,289,653	92,943	0.90%	0.97%	15.19%	1(1)
		岐阜	13,335,764	11,873,341	75,282	0.63%	0.84%	12.88%	1(1)
		奈良	7,063,289	6,376,370	51,618	0.81%	1.57%	19.03%	2(0)
		広島	17,748,632	15,062,596	184,021	1.22%	0.66%	6.92%	4(1)
		香川	7,436,774	5,200,520	55,551	1.07%	1.92%	10.61%	1(1)
		熊本	13,151,629	12,204,814	76,875	0.63%	0.82%	17.94%	3(1)
	平均	13,876,558	12,347,398	90,459	0.73%	0.81%	14.04%	20(11)	
	公立精神病院を持つ、持	東京	79,631,491	64,351,882	1,836,630	2.85%	0.16%	8.72%	17(9)
		大阪	47,645,523	35,724,494	762,523	2.13%	0.28%	40.29%	15(5)
		神奈川	16,725,233	13,029,135	398,774	3.06%	0.77%	6.71%	8(2)
		福岡	28,779,906	23,838,775	254,772	1.07%	0.42%	14.86%	9(0)
		鹿児島	14,538,824	13,979,531	104,017	0.74%	0.72%	15.48%	2(0)
		愛知	31,972,620	24,907,608	297,347	1.19%	0.40%	9.33%	8(0)
		兵庫	33,320,994	30,333,883	231,562	0.76%	0.33%	16.08%	6(2)
		京都	20,332,594	17,338,264	235,291	1.36%	0.58%	21.97%	5(3)
平均	34,118,398	27,937,947	515,115	1.84%	0.36%	16.68%	70(21)		

各年度『府県統計書』、『衛生局年報 昭和5年』、『衛生局年報 昭和10年』より作成。平均、(D)・(E)・(G)項目は筆者作成。(D)=(C)÷(B)、(E)=1,000.00÷(B)。

まず、表 15 の「衛生（及病院費）」というのは、当時の道府県統計において共通に定められていた歳出項目の一部であり、例えば 1930 年度の東京府の内訳を参照にすると、「精神病患者救療費、娼妓病院費、屠畜検査費、獣疫予防費、伝染病予防費、癩予防費、結核予防費、衛生諸費」であり、精神病患者関連費用はここに組み入れられた。ただし、府県や時期によっては、この表には取り上げなかった「社会事業費」の中にも精神病患者関連の支出（特に精神病患者監護法による公費支出が出されること）があること、また臨時歳出を除外していることなどから、完全な比較にならない面があることには注意を要する。

こうした問題があるものの、表 15 より判明するように、公立精神病院を設置しなかった県は、設置した府県に比べ財政規模が小さい傾向にあるのは当然ながら、衛生及病院費（経常部）が歳出総額に占める割合も総じて低く、平均が 1930 年で 7 万 3 千円、1935 年は 9 万円であり、100 床でも毎年 4 万円程度の支出が予想される精神病院設立は困難である。

さらに、1930 年度と 35 年度を比較すると、公立病院を設置しなかった県の歳出に占める衛生関連予算割合の平均値は 0.84% から 0.73% となっており、衛生予算は削減される方向に圧力がかかっていた。また、設置しなかった県では 10 万円程度の支出でも、衛生及病院費の経常費を超えるものが多く、公立病院を設立するとなると相当の臨時歳出を組まねばならなかったことになる。

ここで重要と思われるのは、同時期の『衛生局年報』中の「精神病患者百人中監置シタル者」の割合においては、公立病院を設置しなかった県と設置した府県との間には大きな差がなく、精神病院数も少なかった未設置県でもそれなりの監置率だったことである。これは端的に、公立病院未設置県の精神病患者総数に対する私宅監置数の多さに起因するのであるが、当該県において精神病患者問題が火急の対策を要するものとはなりにくかったことを意味している。

こうした条件を考慮すると、公立精神病院設置の命令権自体は形式上内務大臣にあったにしても、地方政治の論理としては、大規模支出かつ赤字支出の固定化となる公立精神病院設立に関して、優先的な予算配分を行うことは容易に正当化されなかったと考えられる。以上からも、戦前期日本の多数の府県が抱えていた財政状況及び患者監置の状況などは、精神病院法という理念的な法規が施行

されていたとはいえ、府県にとって公立精神病院の設置・拡大に適合的な環境ではなかったのは間違いない。

つまり、精神病患者の病院収容の量的拡大自体は私立精神病院に任せ、必要とあれば委託監置・収容を依頼し臨機応変に公費を投入することでやりくりしたほうがよい、という政治状況にあったといえるだろう。これは、私立精神病院の全国的な急増があった 1930 年代において、限られた府県の衛生予算の中での精神病患者処遇ということを考えてみると、受動的ながらも必然的に採用される政策的対応だったはずである。そして実際においても、第 1 章以降で検討したように、戦前期日本の精神医療に対する公的支出は、私立精神病院への公費注入を構造化してきたのだった。

第 5 章 戦後における精神病床入院の 3 類型の展開

前章までに、私立精神病院への公費での患者委託が一般化したことをみた。また、戦前期の 1930 年代における救護法の制度化に伴って「救貧・公的扶助型」の精神病床入院の仕組みが形成され、それ以前から存在した精神病患者監護法・精神病院法による「行政収容型」、自費や社会保険での「私費・社会保険型」と合わせ、本論文が主張する精神病床入院の 3 類型が成立したことを論じた。

そして、戦後に入ると、精神病患者監護法と精神病院法を発展的に解消させる形で、精神衛生法が 1950 年に制定された。この精神衛生法は、新時代にふさわしいものとなるように構想され、精神障害者の医療及び保護を積極的に謳い、戦後の精神衛生行政の中核となっていたものではあるが、重要な点は、精神病床入院の 3 類型の構造そのものは変わらなかったということである。

本章において詳述するように、精神衛生法は精神病床入院の「入院形態」を一元的にコントロールしようとする体制を新しく作った一方で、「入院医療費支払財源」については戦前のままだったのである。このような、戦前から戦後の入院医療費への公的支出の法的根拠についての推移を表したのが表 16 である。

表 16 戦前・戦後の精神病床入院における 3 類型

	戦前	戦後
	「行政収容」型	
入院形態	公的監置	措置入院
入院医療費支払の財源	精神病患者監護法 精神病院法	精神衛生法
	「救貧・公的扶助」型	
入院形態	医療収容救護	医療扶助入院
入院医療費支払の財源	救護法	生活保護法
	「私費・社会保険」型	
入院形態	私費・社会保険による入院	社会保険による入
入院医療費支払の財源	健康保険法、 国民健康保険法等	健康保険法、 国民健康保険法

著者作成

この表 16 から理解されるように、精神病床入院に対する医療費支払い財源は、精神衛生法が制定されたとはいえ、戦前と同様に「行政収容型」「救貧・公的扶助型」「私費・社会保険型」として整理可能なものであり、経路依存性の拘束として理解することが出来る。

このように入院医療費支払財源が 3 類型として維持されたままだったことを整理した上で、以下では精神衛生法に定められていた入院形態について説明する。まず、精神衛生法にとって重要な規定となっていたのが、第 29 条による知事による入院措置、いわゆる強制入院である「措置入院」であった。第 29 条の枢要となっている規定は第 1 項であり、診察の結果、精神障害者であると判定された者が、「医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、本人及び関係者の同意がなくても、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院（精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。以下同じ。）又は指定病院に入院させることができる」（傍点引用者）という箇所である。そして、この措置入院を実行するにあたっては、2 人以上の精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でな

ればならないこととなった。

次に、同法は第 33 条において「保護義務者の同意による入院」(同意入院)を規定しており、「精神病院の長は、診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」としている。同条について、1955 年に厚生省担当官によって刊行された精神衛生法の運用マニュアルでは、次のように説明されている。

「精神病院の長が第三十三条に規定する要件を満たして入院させる場合の手段としては、即時強制のような絶対的な方法は認められないが、真に必要なやむを得ない限度において、身体の拘束、麻酔薬施用又は欺罔等の手段を用いることが許される(71)」。

もちろん、33 条による入院の全てがこのようなものだったわけではなく、こうした手段も採用可能だったという意味ではあるが、この解説からも分かるように、精神病院の長が入院させる必要を認め、保護義務者が同意すれば、患者の身体を拘束したり、麻酔薬の使用や、欺罔、つまり患者を欺いても入院させることが出来たのである。この「同意入院」と呼ばれ、強制力を担保された入院形式は、主に自傷他害のような暴力的な傾向の比較的少ない、しかし医療及び保護が必要な精神障害者の入院の大部分を占めた。

また、精神障害者かどうかの診断に時間がかかると想定される際に、扶養義務者の同意があれば、本人の同意がなくても 3 週間を限度とした入院を認めた「仮入院」の制度も第 34 条に定められた。

この他に、患者自身の意思による入院は精神衛生法の条文の中には明文化されておらず、患者にとっては事実上の強制入院(措置入院と同意入院、仮入院)のみが定められた外形になっているが、実態としては「自由入院」と呼称されて存在していた。

(71) [樋上, 1955, ページ: 181]

1. 医療費財源の制度区分

上記にみたような入院形態に対し、入院医療費の財源については次のようになっていた。精神衛生法では第 29 条の措置入院とされた場合に限り、公費入院となった。そのため、精神衛生法では、医学的に入院が必要である場合でも、自傷他害のおそれという「暴力」の可能性が医師に認められなければ公費で入院は出来ないこととなった。また精神衛生法制定時の 1950 年の時点では、第 29 条による措置入院が行われた場合、同法第 30 条においてその費用は都道府県による負担とされ、その 2 分の 1 の経費については国が補助をするとされた。

次に、同意入院が行われる際に、その患者が生活保護法による医療扶助入院に相当すると認定された場合は生活保護法での公費入院、そうでなければ各種の社会保険もしくは私費での入院となった(72)。仮入院や自由入院の場合には、状況に応じて社会保険や私費、あるいは医療扶助費が用いられたと考えられる。

つまり、分かりにくい構造なのであるが、医療費の支払い区分に着目してみた場合、精神衛生法成立の 1950 年以降における精神病床入院は、精神衛生法による措置入院(行政収容型)、生活保護法での医療扶助入院(救貧・公的扶助型)、その他は社会保険もしくは私費(私費・社会保険型)という 3 類型が柱となり、入院形態に着目すると精神衛生法第 29 条の措置入院、同第 33 条の同意入院、同第 34 条の仮入院、そして精神衛生法の規定外である自由入院という形態が構築されたのである。

このような精神衛生法下の精神病床入院における入院形態と医療費財源のあり方を整理したのが表 17 である。その特徴は以下の三点にまとめられる。第一に、入院形態が措置入院であった場合には、入院医療費の財源もまた精神衛生法によって賄われる。第二に、同意入院の場合には、生活保護法による医療扶助費あるいは私費・社会保険によって賄われる。第三に、自由入院の実態は明らかで

(72) 医療費の支払い方法は、入院後に変更されることも少なくなかった。また、こうした特別法と医療扶助入院の組み合わせによる入院体制は結核予防法においても同様となっており、結核予防法では結核を伝染させる恐れがある場合に、都道府県知事が入院もしくは従業禁止を命じた場合に公費が支出される形態であり、それ以外の入院で患者が経済的な困窮だった場合には生活保護が適用された。

はないが、制度上は医療扶助費と私費・社会保険の双方の選択肢があった。

表 17 1950-70 年代における入院形態別の医療費財源

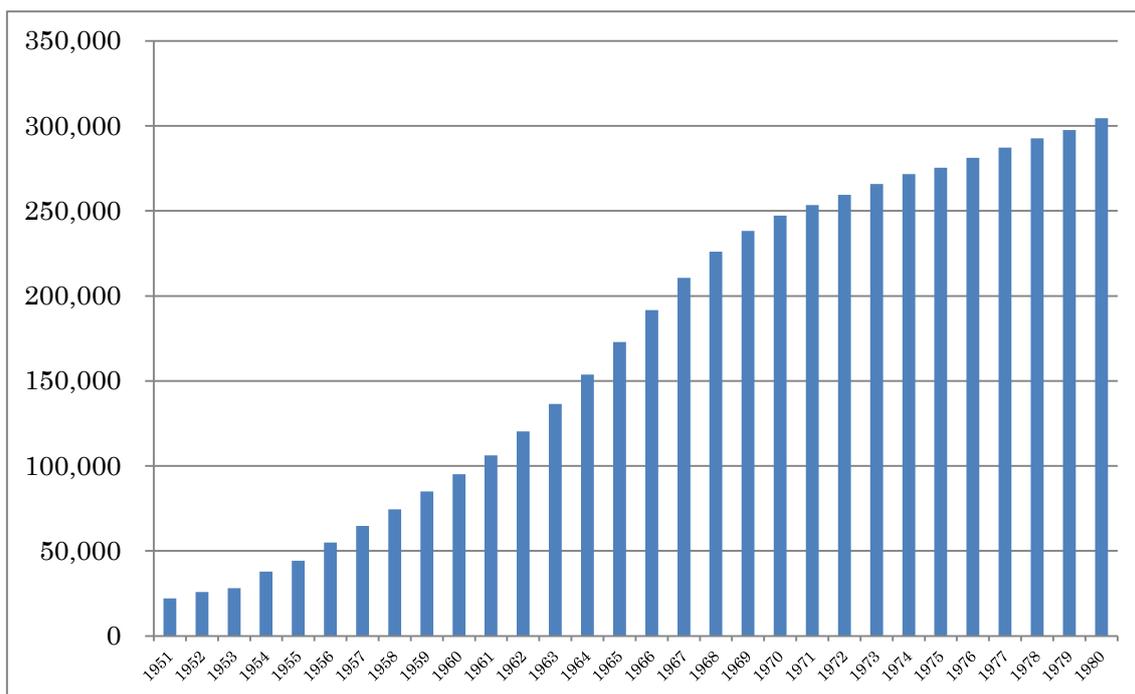
入院形態	入院医療費の財源		
	精神衛生法	生活保護法 (医療扶助費)	私費・社会保険
措置入院	○	×	×
同意入院	×	○	○
自由入院	×	○	○

□筆者作成。仮入院は、一時的な入院のため、他の入院形態に振り替えられることを前提としているため省略

2. 入院形態別・医療費財源別の精神病床入院数

次に、入院形態別・医療費財源別の精神病床入院の規模について検討するが、その前に、1950年代から70年代の精神病床の実数の推移がいかに関激なものだったかについて確認しておきたい(図3)。このように、1951年に2万2千床だったのが、1979年には30万床を超える病床増が起きたのがこの時代である。

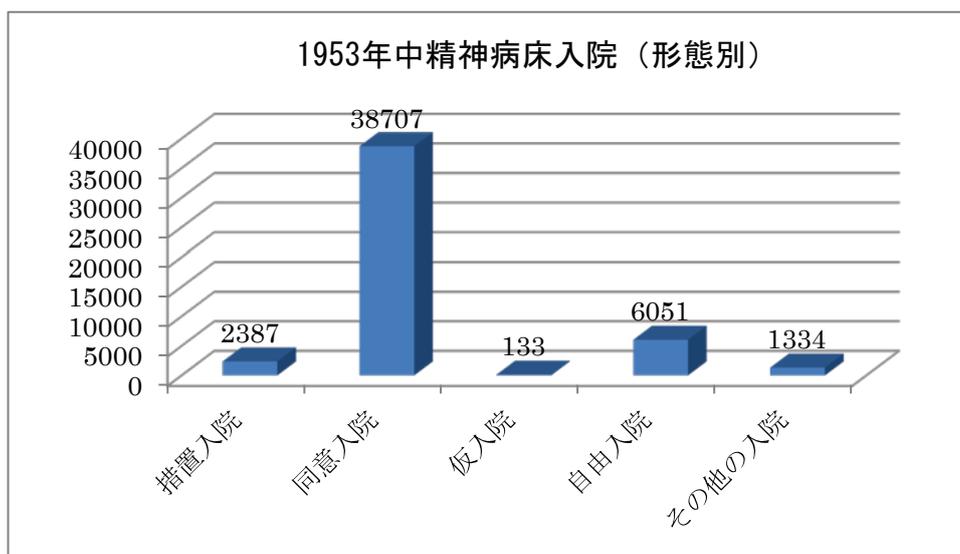
図 3 精神病床数実数推移(1950-1980年)



そして、入院形態別の統計についてであるが、厚生省刊行の資料では統一した形で毎年度作成されておらず、長期統計としての全体像を正確に知ることは出来ない。ただし、1950年代初期については統計が掲載されるものがあり、また1966年以降は同意入院・仮入院の届け出件数を知ることができる。一方、医療費財源別の精神病床入院数については、様々な統計を組み合わせることで一定程度整理することができ、[安藤 後藤, 2014]で報告されている。

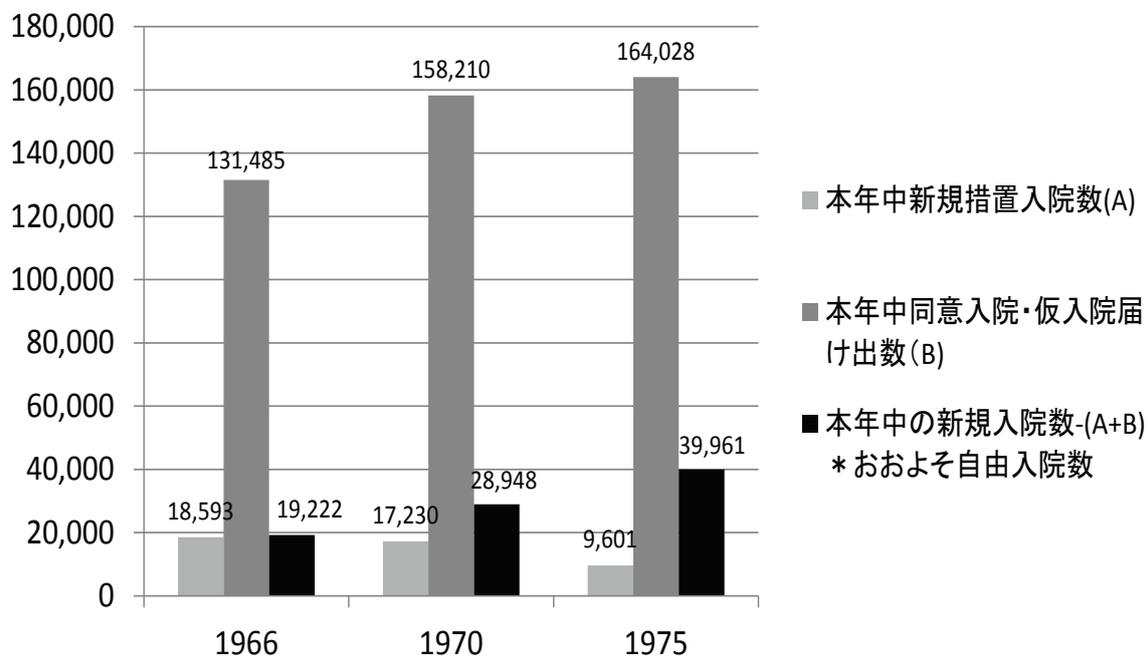
まず、入院形態別の精神病床入院の水準については、1953年の厚生省『衛生年報』によると、1953年に生じた46,612件の入院のうち約80%にあたる38,707件は同意入院であった(図4)。また、吉川[吉川, 1980, ページ: 143]によると、新規入院数に対する同意入院・仮入院の届け出数の割合は、1966年、1970年、1975年において一貫して約77%であり、措置入院数や自由入院数に比べて同意入院・仮入院の届け出数が非常に多かったことが分かる(図5)。なお、仮入院の総数は、その制度的なあり方からも、また図4からも非常に適用数は少なかったため、図5における同意入院・仮入院の統計のほとんどの部分は同意入院だったと考えられる。

図4 1953年中精神病床入院(形態別)



『衛生年報 1953年』(246-247頁)より作成

図 5 各年度精神病床入院（形態別）



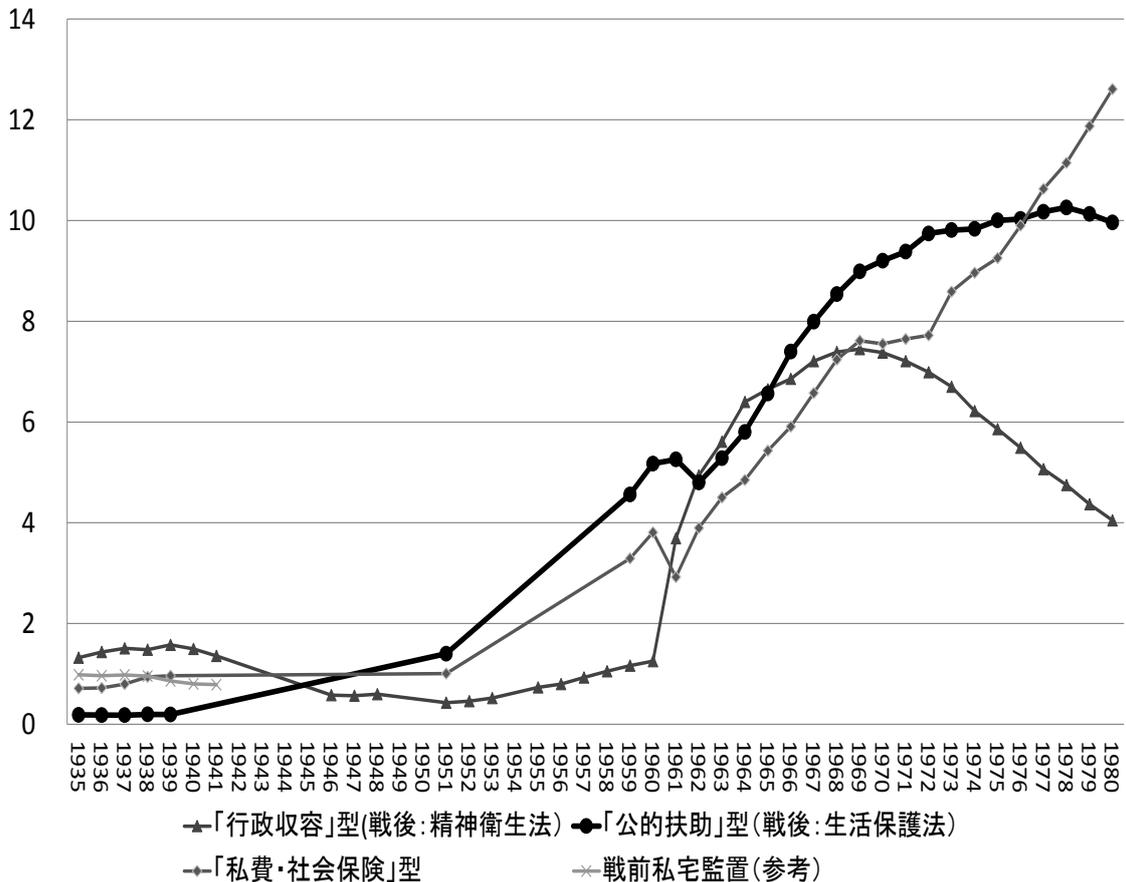
出典： [吉川, 1980, ページ: 143]より作成

次いで、入院医療費の財源別にみると、図 6 に示されるように、「行政収容

型」、「公的扶助型」、「私費・社会保険型」別にみると、戦後においては精神衛生法、生活保護法、そして国民健康保険に代表される皆保険制度がそれぞれを制度的に担ってきた [安藤 後藤, 2014]。この図 6 において明らかなように、1950年代から 70年代という約 30年間のスパンにおいては、医療扶助入院（「救貧・公的扶助型」）が最も大きい精神病床入院の財源となっており、その後、措置入院が急増するものの、1960年代中ごろからは再び医療扶助入院が最大となっている（73）。

(73) 1961年以降の措置入院の急増は、精神衛生法の改正による措置入院に対する国庫補助率の増加、そしていわゆる「経済措置」（保護義務者の経済的状況に配慮して公費入院である措置入院の適用を決めることを指示した公衆衛生局長通知）によるものである。

図 6 医療費財源別の精神病床入院数の推移（人口 1 万人当たり）



注：全ての統計は、年内のある一時点での数値と概ね解釈される。各統計の出典及び 1935 年以前の統計については [後藤 安藤, 作成 HP]を参照。

そして、図 6 の統計によると、この期間において全精神病床数に占める医療扶助入院数は約 49%(1951 年) から約 38% (1979 年) に推移している。医療扶助入院の適用のためには同意入院であることが原則的だったことを踏まえると、同意－医療扶助入院という組み合わせの入院は、この時期に一貫して精神病床入院の中心を占めていたと合理的に考えられるのである。

以上のように、1950 年代から 70 年代にかけての精神病床入院に占める医療扶助入院の割合は高率なものとなっていたことを見たが、こうした数値は他の疾病と比較しても際立っていたことを示したのが以下の表 18、図 7 である。

表 18 病院の種類・入院・治療費の支払い方法別にみた病院の患者百分率

年	病院種類(入院)	私費・社会保険合計	生保利用	精神衛生法	
1955	精神病院	36.5%	52.0%		
	結核療養所	55.1%	41.4%		
	一般病院	72.4%	20.6%		
1960	精神病院	37.4%	52.6%		
	結核療養所	55.3%	37.6%		
	一般病院	70.1%	21.9%		
1965	精神病院	29.5%	38.3%		32.2%
	結核療養所	45.6%	7.9%		N/A
	一般病院	67.7%	12.1%		1.9%
1970	精神病院	31.5%	37.5%	30.3%	
	結核療養所	44.2%	8.6%	N/A	
	一般病院	73.5%	12.7%	2.0%	
1975	精神病院	36.9%	38.4%	24.9%	
	結核療養所	48.9%	4.0%	N/A	
	一般病院	80.5%	11.7%	1.6%	
1980	精神病院	46.2%	36.6%	17.5%	
	結核療養所	68.6%	4.9%	N/A	
	一般病院	86.1%	10.0%	1.0%	

各年度『患者調査』より作成。

1955～1960年:「私費・社会保険合計」=「全額自費」+「健保・船保・共済・日雇健保」+「健保・船保・共済・日雇健保の家族」+「国保と健保・船保・共済・日雇健保の家族」+「国保」、「生保利用」=「生活保護と健保・船保・共済・日雇健保の家族」+「生活保護」+「国保と生活保護」。

1965年:「私費・社会保険合計」=「全額自費」+「健保・船保・共済」+「日雇健保」+「国保」、「生保利用」=生活保護法(再掲、以下同様。)

1970年:「私費・社会保険合計」=「全額自費」+「政管健保」+「組合健保」+「船保」+「共済」+「日雇健保」+「国保」+「労災」

1975年～1980年:「私費・社会保険合計」=(「全額自費」+「政管健保」+「組合健保」+「船保」+「共済」+「日雇健保」+「国保」+「労災」)/総数、「生保利用」=「生活保護法(再掲)」/総数、「精神衛生法」=精神衛生法(再掲)/総数

図 7 病院の種類別・生活保護(医療扶助)での入院患者百分率

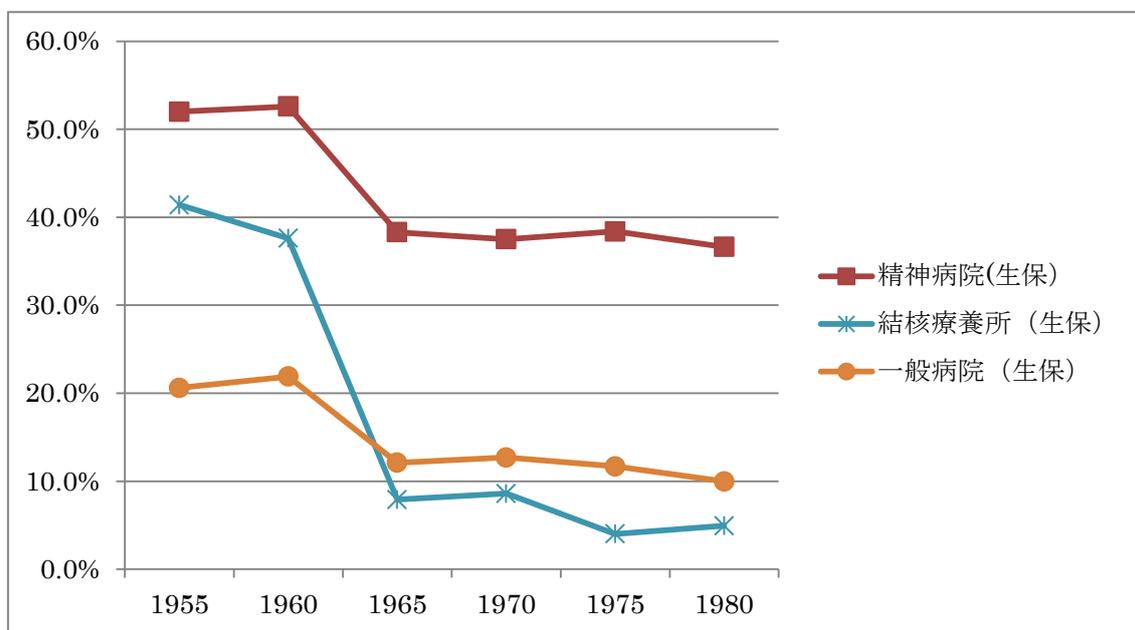


表 18(各年度『患者調査』)より作成

表 18、図 7 より明らかなように、精神病院に入院する患者中の生活保護(医療扶助)での入院の割合は、一般病院よりも一貫して約 3 割高く、結核療養所に比べても 1965 年以降はやはり約 3 割高くなっていた。こうした統計からしてみても、精神病床入院における生活保護法の財政的な後支えは、非常に強力であったということと同時に、他の疾病と比較して特異的なものであったことが明らかである。

なお、1960 年から 65 年にかけて精神・結核・一般のいずれにおいても数字が下がっているのは、1961 年の国民皆保険化による社会保険入院の全体的なボトムアップが主因である。

3. 入院形態別・医療費財源別の精神病床入院の在院期間

ここまで、入院形態別及び医療費財源別の精神病床入院の数の推移がどのようなものであったかを見てきた。そこで明らかとなったのは、1950～70 年代の急激な精神病床入院増の中心となっていたのは、同意－医療扶助入院のセット

だったということであり、こうした医療扶助による病床増の形態は精神病に特徴的だったということである。

このような精神病床入院の増大のメカニズムを理解するためには、入院医療費の支払財源に着目することが必須であり、病床数だけの増加についての公的統計を見ることでは把握不可能なものであった。そうした理由もあり、先行研究ではこれらの側面は丁寧に検証されてこなかった(74)。その上で、では、このように精神病床入院を医療費支払財源別に考察した際に、その在院期間にはどのような差があったかを検証したい。

表 19

(74) [宗像, 1984, ページ: 186]は、公費患者の長期在院傾向について言及しているが、その実証は不十分であるのは否めない。

退院患者数累積百分率 治療費支払方法在院期間別(精神病)

年	治療費支払方法	10日未満	30日未満	2ヵ月未満	6ヵ月未満	1年未満	2年未満	5年未満
1955	健保等の本人	5.1	26.3	62.7	96.6	98.3	100.0	100.0
	国保	10.3	41.2	80.9	92.6	98.5	98.5	100.0
	生活保護		7.2	27.5	69.9	75.4	89.9	95.7
1960	健保・船保・共済・日雇健	9.2	22.7	59.7	92.9	95.8	99.6	100.0
	国保	9.3	29.8	65.4	95.8	97.4	99.0	99.0
	生活保護	4.9	11.1	28.5	70.8	79.2	88.2	95.1
1965	健保・船保・共済の本人	8.5	21.6	36.6	75.8	89.2	97.1	100.0
	国保世帯主	18.8	33.3	57.3	83.3	93.8	100.0	100.0
	生活保護	2.9	7.5	17.3	48.0	64.7	80.9	94.8
	精神衛生法	0.9	0.9	6.5	25.2	53.3	80.4	96.3
1970	組合健保本人	17.6	37.6	57.6	82.4	89.4	92.9	98.8
	国保世帯主	14.5	37.3	60.0	82.7	87.3	94.5	97.3
	生活保護	3.1	9.2	16.2	41.2	61.0	78.9	92.5
	精神衛生法		2.0	4.6	28.9	48.0	63.8	86.2
1975	組合健保本人	11.8	32.7	49.1	80.9	95.5	98.2	100.0
	国保	10.1	33.0	54.1	80.3	90.4	94.1	98.5
	生活保護	3.7	13.0	22.2	49.6	66.3	79.5	89.9
	精神衛生法	1.4	6.3	10.6	32.4	46.5	64.1	81.7
1980	組合健保本人	13.9	33.7	55.4	84.2	93.1	99.0	100.0
	国保	8.8	31.5	50.5	79.6	89.2	94.9	98.0
	生活保護	3.7	13.8	23.0	48.9	65.5	81.0	92.2
	精神衛生法	1.1	8.9	12.2	26.7	46.7	61.1	74.4

各年度『患者調査』より作成。

图 8 1960 年：退院患者数累积百分率 治療費支払方法在院期間別（精神病）

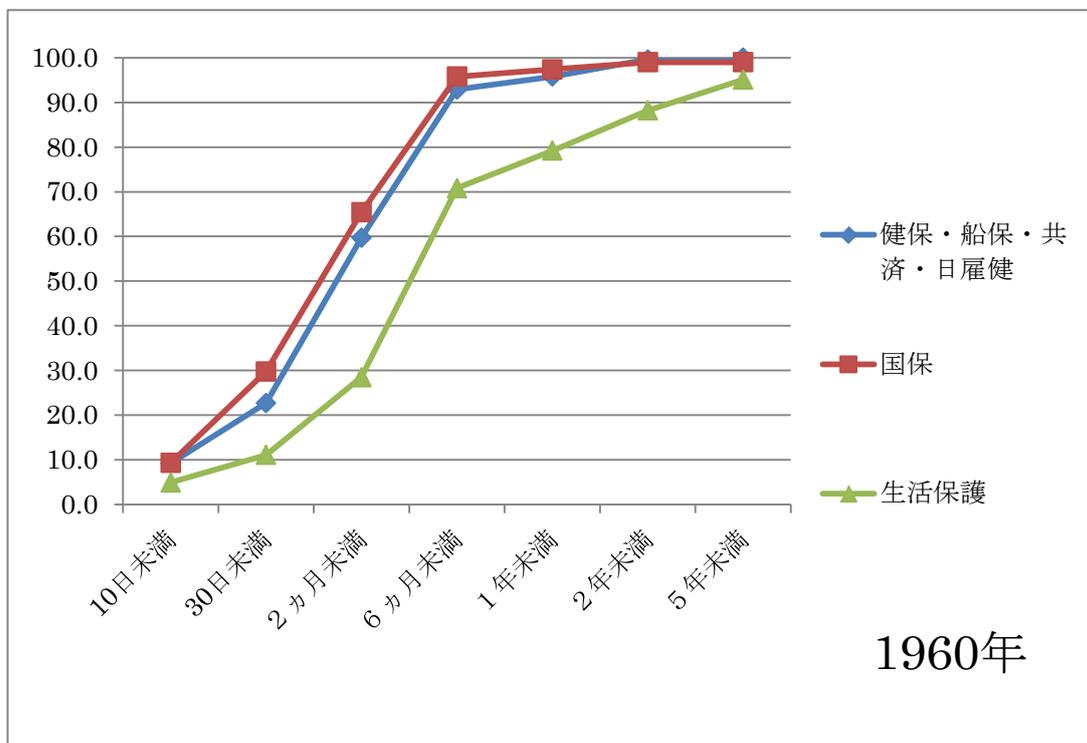


图 9 1970 年：退院患者数累积百分率 治療費支払方法在院期間別（精神病）

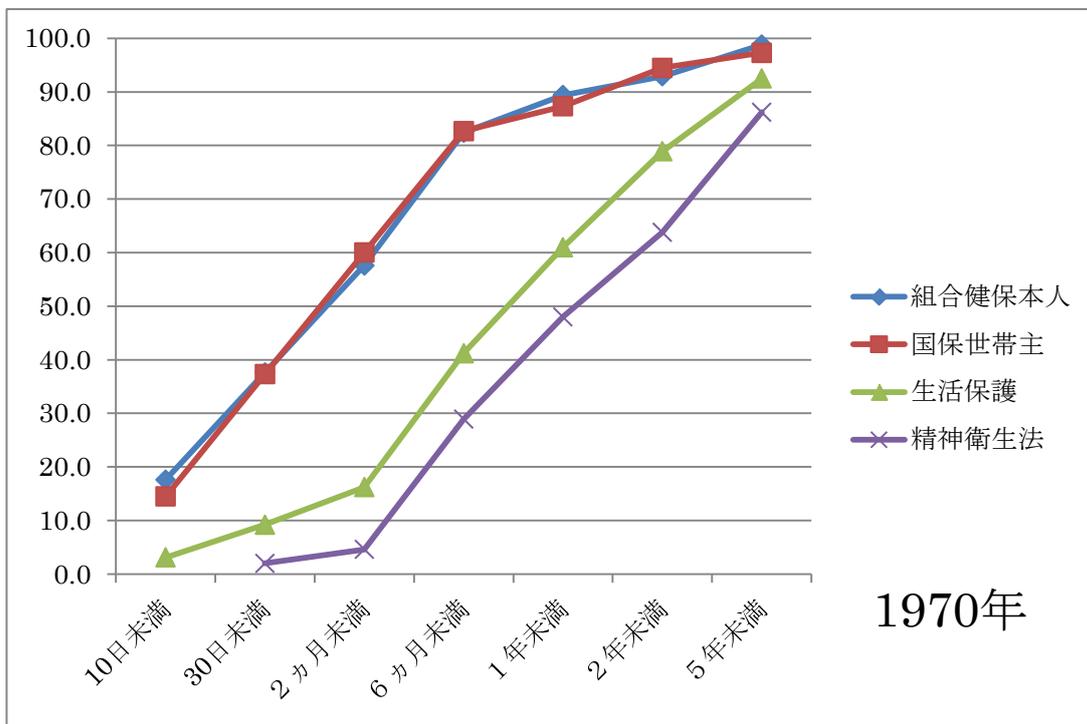


図 10 1980年：退院患者数累積百分率 治療費支払方法在院期間別（精神病）

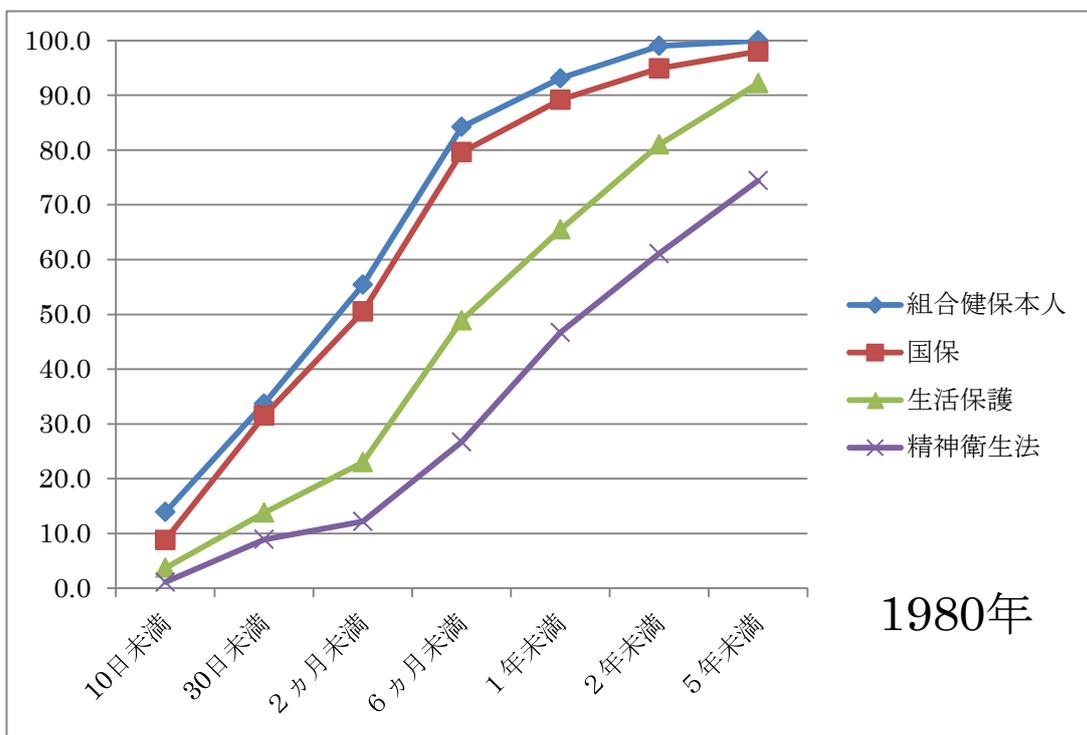


表 19、図 8・9・10（それぞれ表 19 より作成）より判明するように、国保や組合健保等の各種社会保険での精神病床入院は、在院期間が相対的に短く、おおよそ 1 年以内での退院が 9 割を超えることがほとんどである。一方で、生活保護での入院（医療扶助入院）は 1 年以内の退院は 1960 年までは 7 割を超えるものの、1970 年以降は 6 割台に落ち込み、かつ 5 年経っても退院できない患者が 1970 年以降は 1 割ほどとなっていく。また、精神衛生法での措置入院は、その生活保護よりも退院する割合は少なくなっている。

以上のことから、医療費支払財源別に検証すると、退院しやすい順に、各種社会保険（私費・社会保険型）→生活保護（救貧・公的扶助型）→精神衛生法（行政収容型）となっていた。そして、この結果を先の図 6 と合わせて検討すると次のように整理可能である。1950 年代からいち早く生活保護法での入院は増加を見せるが、1960 年代以降は精神衛生法、社会保険の入院も急増していく。しかし、精神衛生法は 70 年代以降に急減し続ける。一方で社会保険での入院は堅調な増加となるが、表 19、図 8・9・10 より社会保険での入院は在院期間が短く、入院数は多くなったものの病院内に蓄積されていくタイプの患者層ではなかった。

すなわち、1950 年代から 70 年代という急激な精神病床入院増が起きた時代において、生活保護法は、最大の医療費支払財源であっただけでなく、長期入院化するリスクの高い患者層を最も多く抱える性格を形成していた。そして、生活保護法による医療費支払は、原則的に同意入院後に適用されるものだったため、同意入院と医療扶助の適用の組合せによる精神病床入院こそが、日本の戦後の高水準の精神病床ストックを構築した最重要の入院メカニズムだったと結論づけられるのである。

第 6 章 戦後における「救貧・公的扶助型」精神病床入院の展開

1. 「経済措置」の導入と医療扶助入院

ここまで、精神病床入院に構築された 3 種の医療費の支払い体制中で、特に生活保護法による公費入院（救貧・公的扶助型）は、1950 年代に他の類型に比しても急激な伸びを見せたことを論じてきた。そしてここには、制度構造に起因す

る財政的な理由があげられる。

まず、私費・社会保険型は 1961 年の国民皆保険化以前であり社会保険の国民全体のカバレッジが低かったことが第一の理由である。次いで行政収容型としての措置入院は、1961 年に精神衛生法が改正されるまで、生活保護法よりも都道府県の負担に対する国庫補助額が低かったことである。この国庫補助率の格差について、先述のように 1950 年の精神衛生法制定時においては、措置入院に対する国庫補助率は 2 分の 1 であったのに対し、生活保護法での医療扶助入院は 10 分の 8 であり、措置入院よりも補助率が高かった。都道府県としては、同じ精神病床入院であっても、措置入院よりも医療扶助入院の方が経済的コストが低かったのである。

こうした補助率の格差は、財政的に豊かでなかった戦後の都道府県財政上、措置入院予算が足りないため、措置を差し控えるという行動につながりやすかった。その他にも、措置入院の場合は、国または都道府県の設置した精神病院もしくは指定病院の病床でないと入院させることができず、こうした点でも運用が柔軟に行えないケースがしばしばあった。そのため、厚生省としても措置入院に該当する患者を入院させられない問題に対処する必要が生じ、措置入院に対応するための病床が足りない場合、もしくは措置予算が不十分である場合に限り、措置入院の要件に合致している患者であっても医療扶助での入院を認めることになった。これが正式な形で各都道府県に通知されたのが、1952 年の厚生省社会局長・公衆衛生局長の連名通知（昭和 27 年 10 月 25 日、社乙発第 146 号）である(75)。こうして 1950 年代においては、都道府県の経済的事由並びに、措置入院用の病床の慢性的な欠乏から、本来ならば措置入院となる患者が、措置入院ではなく医療扶助入院によって入院するという制度的なダブルスタンダードが生じることとなった。

そして、このような状況に対し、当時急増する保護費の圧縮を迫られていた厚生省社会局には、精神衛生行政に関して、生活保護法での入院医療費負担分が大きすぎるという不満が蓄積されていた。そのため、社会局が管轄する医療扶助の患者構成から精神障害者の分離を図ろうとする動きが 1953 年頃からあった。

(75) この点は、[実本, 1952]を参照のこと。

当時の社会局保護課の職員は次のように述べていたという。

「本来ならば精神衛生法が出来た以上、すべての精神病者に対しては精神衛生法が優先すべきものであるから、其の様に公衆衛生局で実施して貰いたいと思ふ。保護課としては現在生活保護法の費用のうち精神病者の為に支払つて居る金額は、全部公衆衛生局に引渡して仕舞つて、今後精神病者のことは一切手を切つて仕舞い度いと思つて居る(76)」

つまり、精神衛生法という特別法が出来たのであるから、精神障害者に関する收容費用は社会局の管轄する生活保護法ではなく、公衆衛生局の精神衛生法によってカバーされるべきであると主張しているのである。その他にも、社会局保護課長は、こう書いている。

「周知のように生活保護法は、他の法律による扶助が、この法律による保護に優先して行われるべきであるという建前をとっている。従つて……精神衛生法による公費で行う措置入院の規定に該当する場合には、まずこれらの制度によって医療乃至医療費の救助を行うべきものである。にもかかわらず、現実には、これらの事案についての地方公共団体の予算不足という理由から、明らかにこれらの制度によって救済されるべき者が、医療扶助を受けざるを得ないという事態を生じている。

この原因は、生活保護法における保護費についての国庫負担率が8割という高率であるのに対して、公衆衛生関係の諸法規による救助費の国庫負担率が多くは5割以下という低率であるということにある(77)。」

社会局保護課長は、生活保護法の第4条には、「他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする」という規定があり、これを根拠に精神障害者の公費での收容については、生活保護法ではなく精神衛生法が利用されるべきだとしているのである。しかし、現実には、当時措置入院

(76) [藤井, 1954, ページ: 9]

(77) [黒木, 1955, ページ: 25]

に対する国庫補助額が生活保護よりも低額に抑えられていたため、医療扶助で精神障害者を公費収容していたことを批判しているのである。同じような言説は他の厚生官僚も度々繰り返していた。

「生活保護法における医療扶助の現在当面する問題点は、急激に増加している医療費に如何に対処するか、ということである。……医療費増加の原因は結核と精神病の入院に存する……精神病についても精神衛生法が存在するものの、地方自治体の予算計上も意にまかせず、いきおいそのしわよせは生活保護法に転嫁され、そのしりぬぐいを余儀なくされているのが実情である(78)。(傍点はオリジナルのまま)

このように、当時の厚生省は社会局を中心に、生活保護法から支出される精神障害者に対する入院費を削減するために精神衛生法の活用を訴え、そのためにも生活保護と精神衛生法の間には存在した国庫補助額の格差を均衡化することを求めていたのである(79)。

こうした厚生省社会局からの突き上げもあり、1961年の精神衛生法改正によって措置入院に対する国庫補助率の引上げ(10分の8へ)が行われ、生活保護での医療扶助入院への国庫補助と同率となった。1950年代においては経済的な要因によって措置入院の利用が差し控えられていたと考えられており、この改正によって改善が図られようとしたのである。そして、この改正に際しては、単に国庫補助率が医療扶助入院と措置入院が同等になったのにとどまらず、同年9月16日の公衆衛生局長通知により以下のように指示された。

「患者の保護義務者等の関係者が入院それ自体には賛成しているが経済的理由から措置を希望している場合には原則として所得の低い階層に属するものを優先すること、この際措置以外に利用できる制度(被雇用者保険、国民保険等)によって入院した場合におけるその家計に及ぼす影響を考慮すること(80)。」

(78) [袖木, 1954, ページ: 6]

(79) この間の経緯については、[岩永, 2011]第3章も参照されたい。

(80) [中山, 1980, ページ: 122]

これによって、いわゆる「経済措置」が公認されたのである。つまり、先述したように、同意入院であった場合は、その医療費支払は原則的に医療扶助もしくは社会保険しかありえなかったが、「経済的理由から措置を希望している場合」は「家計に及ぼす影響を考慮」した上で、措置入院での公費入院として取り扱ってよいというものである。本来は同意入院であっても、経済的事情を勘案して、措置入院を運用できたということである。

こうした経済措置の導入によって、1950年代の状況とは逆の事態が進行した。つまり、1950年代は措置入院予算が少なく国庫補助率も低かったため、本来ならば措置入院に該当したはずの患者が、生活保護の対象となっていたのが、今度は本来ならば措置に該当しない患者が経済的事由によって措置入院となったのである。このことは、措置入院という「行政収容型」の精神病床入院の社会防衛的機能が弱まり、「救貧・公的扶助型」の精神病床入院のタイプに近づいたことを意味する。経済措置の導入過程から判明することは、1960年代における措置入院の急増をもって、当時の精神医療政策が公安的な機能を強化したとは簡単に結論づけられないということであった。

そして、こうした観点からの措置入院の拡大運用は、1963年5月17日の公衆衛生局長通知により一層促された。この通知により、「特に現在生活保護法で入院している患者のうち措置症状のある患者はすべて法第二九条の規定による適用患者とされること」〔中山, 1980, ページ: 123〕と指示され、生活保護から精神衛生法での入院へと切り替えが進められていくことになったのである。

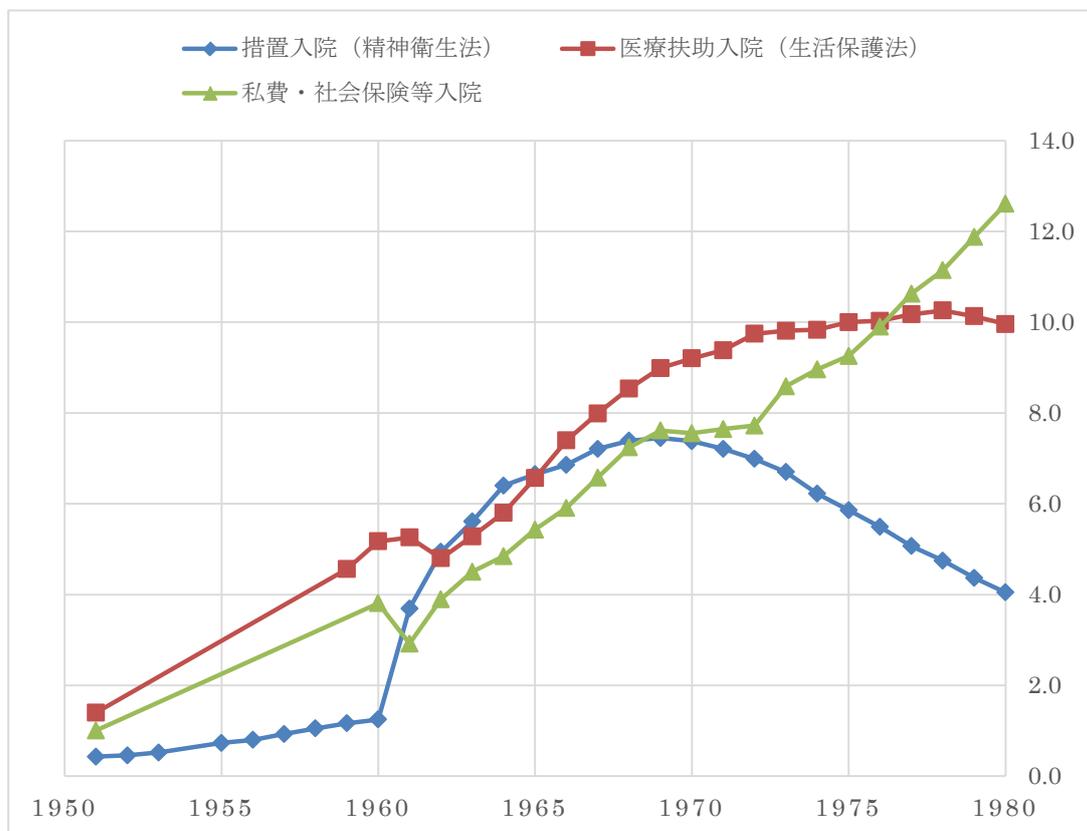
このような経済的な救済の観点から拡大が指示された措置入院であったが、改めて3類型による医療費支払別の精神病床入院の推移を図11で見てみたい。

図11より判明するように、精神衛生法改正に伴う国庫補助費の増額と、「経済措置」の運用を指示した公衆衛生局長通知があった1961年において、措置入院による精神病床入院は急激なジャンプアップを果たし、1963年には生活保護での入院患者数を超えた。上記に言説を引用してきたように、こうした展開は、1950年代における厚生省内部にあった、生活保護法の枠での精神障害者の入院が拡大し続けてきたことを嫌った官僚たちの意図に即した結果であった。

しかし、生活保護と国庫補助額が同率になり、公衆衛生局長の「経済措置」

運用の通知があったにもかかわらず、措置入院の増加は早くも 1965 年には鈍化をはじめ、1970 年にはピークアウトしていった。他方、厚生省が望んでいた医療扶助入院からの精神障害者の切り離しは、1961 年からわずか 2 年で失敗に終わったと解釈でき、社会保険による入院と共に医療扶助入院は増加を続けていき、1950 年代同様に 70 年代までの精神病床入院の急増を支え続けていったのである。

図 11 医療費財源別の精神病床入院数の推移（人口 1 万人当たり）



[安藤 後藤, 2014]より

このように、1960年代から70年代における措置入院の数には、患者世帯の経済的な救済を図るための経済措置による入院増の影響が強く社会防衛の目的は弱められており、かつ生活保護での入院患者数はより一貫した力強い伸びを示していた。すなわち、同時代における精神病床入院の増加を支えていたのは、「救貧・公的扶助型」の機能であったということである（このイメージを図式したのが図 12、13である）。

図 12 1950年代の精神病床入院のイメージ

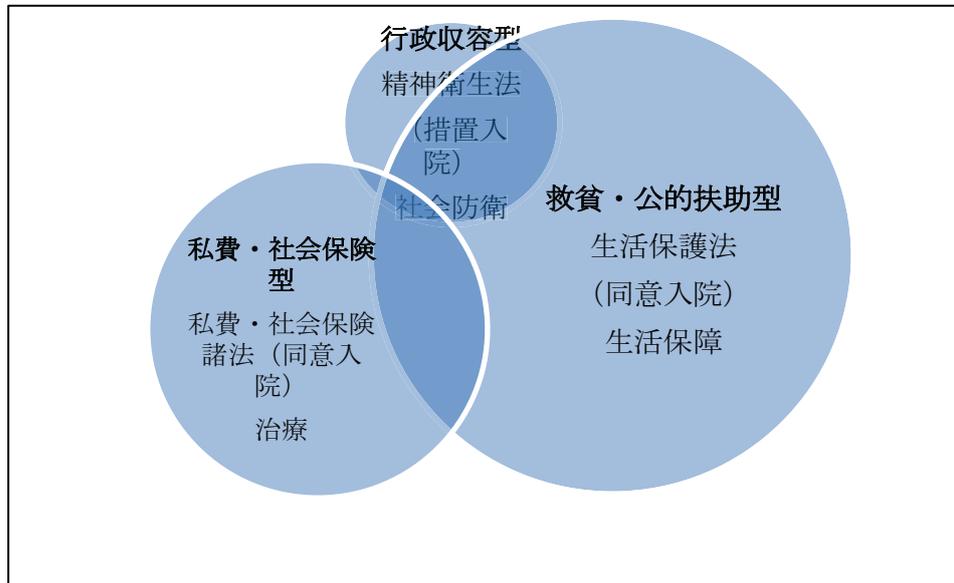
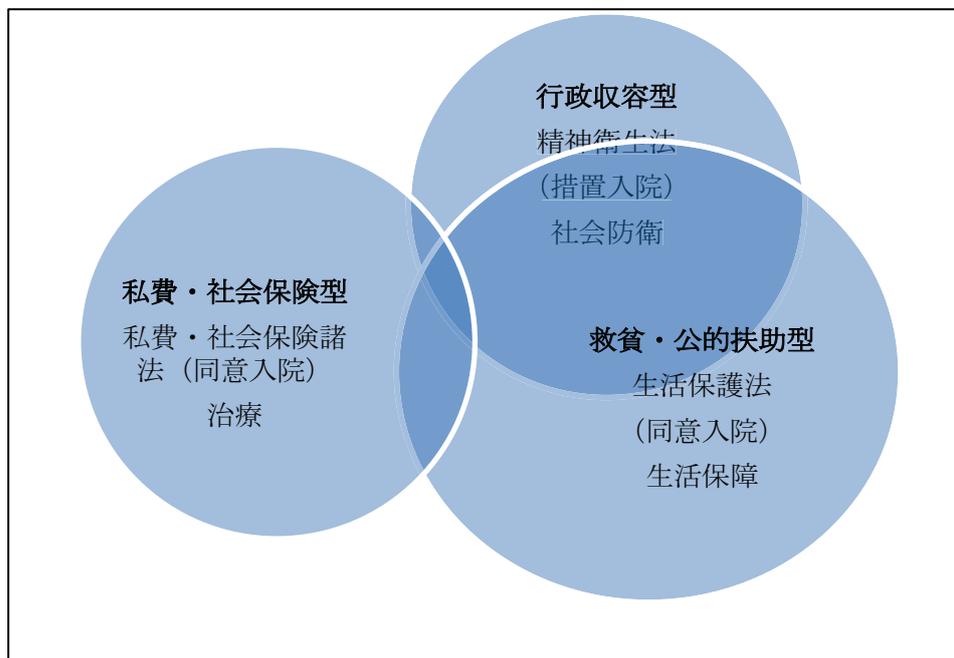


図 13 1960年代の精神病床入院のイメージ



以上より、先行研究において、戦後の精神病床増が公安的なものだったとされる根拠として 1960 年代の措置入院の増大が言及されるが、こうした解釈には留保

が必要であるのは言うまでもない。また、図 11 の推移からも明らかなように、先行研究が強調してきた社会防衛的機能を軸とする行政収容型の入院は、経済措置による増加分を含めても、戦後から 1970 年代の期間中においては、3 類型中で最も小さい病床供給能力しか持っていなかった。この 3 類型別の推移を捉えてみただけでも、戦後の精神病床入院増を支えていたのは社会防衛的な機能ではない、ということが実証されたと言える。

さらに、これまで見てきたように、1961 年以降の精神病床の動きには、過剰になってきた生活保護での精神病床入院患者を切離そうとした厚生省の意向と、また生活保護対象とはならない中産層下位の世帯に対する「経済措置」の導入が背景にあった。これらはいずれも、精神病床入院の性格として、措置入院の中に社会防衛的機能よりも生活保障的な機能が拡張されたと考えるべきである。しかしながら、図 11 に示された病床の推移が示しているのは、こうした生活保障的機能はやはり「救貧・公的扶助型」の本質であったため、最終的にはこの類型である生活保護での医療扶助入院に還流していったということである。

ここには、戦前期救護法によって形成された「救貧・公的扶助型」の入院形態の経路依存的な発展があったと考えるべきであり、さらにそれを構造的に不可避にしていたのが、後述する精神障害者世帯を取り巻く貧困だったのである。患者世帯の経済的貧困は、保険の人口に対するカバレッジが低く、病床が少なかった時代においては精神病床入院のハードルになっていたが、戦後の生活保護法の制度的拡大は、こうしたたがをはずしていき、「救貧・公的扶助型」入院を膨張させていったのである。

なお、この「救貧・公的扶助型」としての生活保護法での精神病床入院の多さは、1964 年における精神衛生法の改正が精神衛生審議会に諮問された際も議論され、同意入院に対する公費入院の導入が検討されたが、最終的には実現しなかった(81)。ここまで繰り返し見てきたように、生活保護法によって精神病床入院の入院医療費が支払われる体制となっていたのは、戦前期の救護法の仕組みが戦後にそのまま継承されたからである。「救貧・公的扶助型」の入院の基となった救護法は、戦前期においてはごくわずかな量的意味しか持っていなかったが、戦後においては同意一医

(81) [岡田, 2002, ページ: 224]

療扶助入院の形態として爆発的な増加となり、度重なる抑制や改革の試みによっても変えることのできない構造となったのである。

同時に、精神病床入院における生活保護法の精神衛生法に対する量的優位性を支えていたのは、当時の官僚が考えていたような、1950年代に存在していた国庫補助率の格差だけでは説明が不可能だということが判明した。つまり、措置入院と医療扶助入院の国庫補助率が同一になった1961年以降においても、医療扶助入院の増加のペースはほとんど変わることがなく、医療扶助から措置への切換えは進むことが出来なかったのである。よって、同意一医療扶助のセットによる精神病床入院のメカニズムには、国庫補助率によるインセンティブを上回る、独自の入院増をもたらす駆動因があったということである。

2. 精神衛生実態調査

上記では、1950年代から70年代にかけて、生活保護法による医療扶助での精神病床入院の増加が、1961年の精神衛生法改正による国庫補助率の均衡化、「経済措置」の適用による措置入院の拡大運用によっても止めることが出来なかったことをみた。本節では、ここにはいかなる要因があったのかについて検討するため、1954年と63年に行われた精神衛生実態調査について考察する。

まず、厚生省は、戦争によって混乱を極めた各疾病分野の医療政策を一新して立て直すために、1950年代から60年代を中心に基礎データ収集を目的とした各種疾病の実態調査を実施した。主だったものだけでも、1953（昭和28）年の第一回結核実態調査、57年成人病実態調査・歯科疾患実態調査、58年がん実態調査、61年循環器疾患実態調査などがあり、1954（昭和29）年に行われた精神衛生実態調査は結核調査と共に初期のものにあたる。当時の公衆衛生局長は、同調査を次のように評している。「精神衛生対策を革新的に進展させるために極めて有意義なものであり、精神衛生対策上知るべき諸事象の解明の第一歩を印したものと云うべきであらう(82)」。

本調査の結果、推定された全国精神障害者数は130万人（精神病45万人、精神薄弱58万人、その他27万人）、有病率は14.8（人口1,000対）、「要収容治療」

(82) [厚生省公衆衛生局, 1959]、尾村偉久公衆衛生局長による序。

とされたのは 46 万人であった。このように同実態調査は、その後の精神衛生政策立案に大きな意味をもったが、「精神衛生対策上知るべき諸事象の解明の第一歩」とあることから示唆されるように、本調査の第一義的な目的は「わが国における精神障害者数を推定する」こと、「精神障害の種類、精神障害者に対する処遇の状況、必要とする措置」についての調査が主であった。

そのため、この第一回の精神衛生実態調査は、患者の社会経済的バックグラウンドに関する調査項目は限定的であったが、収入区分別のデータとして以下の表 20 のような結果が出た。この表からも、支出区分が低い世帯になるほど精神障害者が多い傾向がうかがわれた。

表 20 診断別、世帯人員一人当たり実支出階級別精神障害者数

疾患別	総世帯数	2000 円未満の 世帯	2000 ～ 3000 円の世帯	3000 円以上の 世帯
全精神障害者	1.48	2.05	1.46	1.10
精神病	0.52	0.63	0.58	0.39
精神薄弱	0.66	1.11	0.57	0.41
その他	0.30	0.31	0.31	0.30

[前田, 1954, ページ: 18]より転載

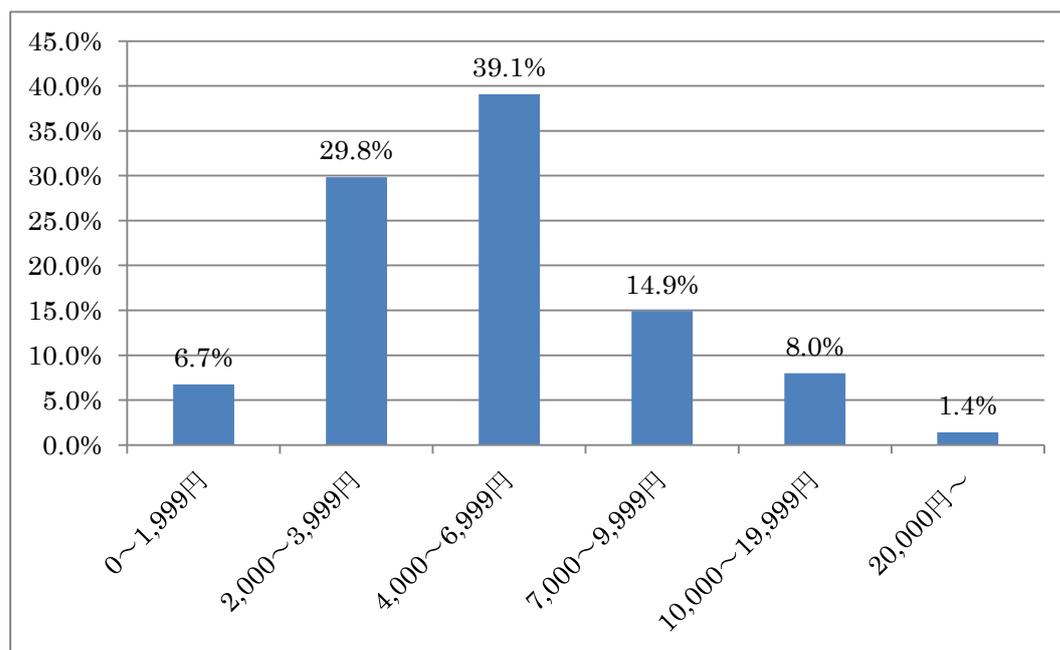
そして、在宅の精神障害者に対する全国一斉調査としては第 2 回目となる精神衛生実態調査が 1963 年に行われたが、本調査はより「社会経済的背景」に着目したもので、調査項目も増え、刊行された報告書 [厚生省公衆衛生局, 1965]も 29 年のものに比べてかなりの大部となっている。結果としては、全国精神障害者数は 124 万人 (精神病 57 万人、精神薄弱 40 万人、その他 27 万人)、有病率は 12.9 (人口 1,000 対)、「要収容治療」とされたのは 35 万人であった。その他、発見された精神障害者の社会経済状況についての調査結果は、次のようになっている。

農業・漁業地区、商業工業地区、その他の地区と 3 区分された有病率では、農業・漁業地区が人口千人対でみると 16.8 人で、商業工業地区の 11.5 人、その他の住宅地区の 11.0 人よりも高かった。また、6 大都市、その他の都市、郡部に 3 区分

した場合でも、有病率は6大都市が最も少なく郡部が最も高かった。

この他にも、一人当たり支出階級別の精神障害者構成比は以下の図14のようになっていた。

図14 一人当たり支出階層別：精神障害者有病率（構成比）



[厚生省公衆衛生局, 1965, ページ: 370]より作成。不詳分を除外して計算

本実態調査と同年の、被保護世帯の1人当たり消費支出の平均は5,883円(83)であり、これを図14と比較すると、少なく見積もっても全国の在宅精神障害者の37%以上、おそらくは50%以上が被保護世帯人員の消費支出以下の生活を送っていた。要するに、全精神障害者世帯の半数以上が、生活保護水準以下の経済状態だったことになる。このことから、精神病は社会経済状態と有意な相関関係を持っており、貧困階層に有病率が有意に高くなっていたことが、第2回精神衛生実態調査によって明らかとなった。

すなわち、1950年代から70年代における「救貧・公的扶助型」の生活保護法による精神病床入院の一貫した増加は、当時の日本社会の精神障害者世帯を広範に覆いこんでいた経済的困窮状態によって構造部分を規定されていたためであり、生

(83) [岩永, 2011, ページ: 182]より

活保護制度が地方行政の現場において通常業務として機能する限りにおいて、必然的にもたらされてしまうものだったのである。

以下では、この実態調査に関する報告書の記述、並びに本調査に関わった厚生技官の言説を拾ってみたい。まず、貧困世帯に患者が多く発生していたという結果を受けて、1963年の調査報告書は次のように繰り返している。

「低収入階層において精神障害者の有病率がたかく、収入が増すのにつれてけん著に有病率が低くなってゆく(84)。」

「貧困と精神障害の関係は、何れが因であり、何れが果であるかというより、何れも因となり果となって、相互に悪循環を繰り返す関係にある……したがって、精神障害者対策は精神障害そのものに対する施策と貧困に対する施策の両者とが相まってはじめて悪循環をたちきり、効果を上げることができると考えねばならない(85)。」

「環境の差は精神障害の有病率と相関関係があるだけでなく、病気の状態像ともつよい相関関係があり、地域別でいえば、農漁村、社会階層別でいえば貧困階層ほど精神障害の状態像がわるい(86)。」

そして調査の全体的な要約の箇所においては、以下のように結論付けたのである。

「基本的には精神障害と貧困との悪循環がもっとも注目すべき事実として認められた(87)。」

この 1963 年の精神衛生実態調査の計画立案・実行に厚生省技官として深く関

(84) [厚生省公衆衛生局, 1965, ページ: 77]

(85) [厚生省公衆衛生局, 1965, ページ: 79]

(86) [厚生省公衆衛生局, 1965, ページ: 85]

(87) [厚生省公衆衛生局, 1965, ページ: 94]

わった大谷藤郎は、本調査開始前のパイロット調査に参加した際の記録にこう記している。

「治療に明るい希望のもてる今日の時点において、なお、ほんとうに精神障害者の9割もが治療をうけないで放置されているのは事実であろうか。もしそうだとすれば、それはなんともヒューマニズムにもとることである(88)。」

「病院のあたたかい環境で、最新の薬物療法などやれば、きっとよくなるだろうと私も思う。そして人生の働き盛りはすでに失われたけれども、今からの残り少ない人生でも、孫たちとなごみ、人間としての心を少しでもとりもどせることができるならば、それはすばらしい近代医学の成果ではなかろうか(89)。」

「精神衛生実態調査の結果にかけられる一つの期待は、在宅のまま放置されている精神障害者の治療費が、現在の「措置入院費」だけでなく、すべての精神障害者の治療に対して、公費で厚くカバーされるという方向に、世論の支持が得られるようになることである(90)。」

そして、調査の結果については、以下のように要約している。

「わが国にはなお多くの在宅精神障害者がいるが、いずれも十分な医療と治療を加えることができるならば、相当程度の改善が期待できる。問題はこれらの人びとに医療を普及できるような医療体制（施設および医療費）の整備がおくれていることであり、これらの整備によって在宅精神障害者の社会適応が十分期待できる(91)。」

実態調査の報告と大谷の文章からも、引き出された結論は明らかである。つま

(88) [大谷 藤., 1965, ページ: 32]

(89) [大谷 藤., 1965, ページ: 35]

(90) [大谷 藤., 1965, ページ: 36]

(91) [大谷 藤., 1965, ページ: 49]

り、精神医療の治療技術は進歩した。しかし、未だに日本には多くの患者が放置されている。そして、その理由として重大なものに貧困と病床不足がある。ゆえに、公費入院を拡大して、在宅患者に「病院のあたたかい環境」で治療を施すべきである、ということである。

また、1963年の精神衛生実態調査に際する厚生省その他の「関係者の意気込みは大変なものがあり、かつて結核実態調査が結核行政の飛躍台となったように、この調査をてことして、陽の目をみていない精神衛生を公衆衛生の前面に押し出し、精神障害者の医療福祉対策を一挙に推進したいという意気込みであった(92)」という。

このようにして行われた1963年の精神衛生実態調査が、その後の精神衛生行政にどう直接的に反映されたかについては慎重な検討が必要ではあるが、1964年に約15万だった病床数は、15年後の79年には2倍となり30万床を超したのである。大谷は、2000年に行われた座談会でも、1963年の実態調査について次のように語っている。

「発表した統計を見てくださいよ、精神障害者のいる家族の貧困状態というのはその当時の他の所帯に比べたら圧倒的な違い……いかに経済救済が必要かということはこの調査は表している(93)」

そして、こうした「経済救済」の意図は、先に検討した経済措置の導入につながった。つまり、厳密には措置入院に該当しない、自傷他害傾向が少ない患者であり、かつ生活保護の対象ともならない患者に対し、公費入院を可能とするために措置入院を拡大解釈して適用していったのである。大谷はこの経済措置の導入を主導した当事者であり、そのことについては次のように語っている。

「当時はみんな貧乏だったので経済のために措置するので、患者さんのためにも家族のためにもなると思っていた(94)。」

(92) [大谷 藤., 1965, ページ: 31]

(93) [精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編, 2000, ページ: 170]

(94) [精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編, 2000, ページ: 178]

「患者さんの家族が「娘をともかく入院させなければ息子の嫁の来てがない。入院させれば金がかかる。福祉事務所は田んぼを売ったら生活保護の受給ができるというけれど、売ったら家中飢え死にではないか」と。「だからなんとか措置入院にかけてくれ」と、おじいさんが三日三晩の間、粘っておられたのです。僕はそれをみていたから、措置入院というのは家族に経済負担をかけないからいいんだと考えた。もちろん、大蔵省に同意入院の公費負担の要求はしたんだよ。けれども大蔵省は同意入院というのは同意して入っているのだから国が金を払う理由はない、と(95)。」

生活保護の対象とならなければ、同意入院に対し公費が支出されないことはこれまでも度々触れたが、こうした生活保護の対象とならない世帯層に対して経済措置は行われ、それが 1960 年代以降の措置入院の増大にもつながっていた。よって、1960 年代以降の急激な措置入院の拡大は、社会防衛的な目的の下に行われたものではなく、むしろ生活保護法の対象とはならない中産層以下の患者・世帯に対する経済的救済という政策目標があったのである。

この経済措置が、患者のみならず家族に向けたものだったことは、大谷の「家族に経済負担をかけない」という言葉からも明らかである。とりわけ 1960 年代から 70 年代にかけての公費での精神病床入院の拡大とは、常に家族に対する政策効果が目標に組み込まれていた。すなわち、家族の負担の救済という社会的機能が、精神病床入院に付与されていたのである。そして、1960 年代の精神病床の急増は、生活保護と経済措置での公費入院の拡充と共に、国民皆保険化も同時期に達成されたことで、巨額の公的支出が精神病床入院に流れ込んだことが背景にあったのである。

なお、大谷は厚生技官として精神病のみならず結核やハンセン病政策にも深く関わった人物であるが、とりわけハンセン病問題については後年の 1996 年のらい予防法廃止に関わったことから、国立ハンセン病資料館に胸像が設置されるなど、元患者を含め今も広い尊敬を集めている人物である(2010 年没)。その大谷が、1960

(95) [精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編, 2000, ページ: 180]

年代という日本の歴史上最も精神病床の急増が起きた時期において、精神衛生行政を統括する一人だったのであり、精神障害者とその家族の経済的な苦境を明らかにした精神衛生実態調査を主導した人物だった。いずれにしても、この時代における精神衛生行政の中核にいたのは、決して公安主義や隔離収容主義者ではなく、貧困層に偏在していた精神障害者とその家族に対する「救済」、つまり「経済措置」の導入も含め、「救貧・公的扶助型」の精神病床入院をいかに充実させることができるか、という発想を持つ人材だったのである。

3. 医療扶助入院の制度的優位性

(1) 世帯分離

前節までに、経済措置の導入によって急激に増えた措置入院数は社会防衛的機能よりも経済的救済の機能を持っていたことや、精神病床入院中の「救貧・公的扶助型」の精神病床入院体系としての生活保護法の量的優位性について考察してきた。その生活保護法による精神病床入院は、1960年代以降に度々行われた生活保護法そのものの制度改変によっても、入院が促進されてきたことが分かっている。本節では、そうした制度改革の内、特に世帯分離規定に関するものを取り上げる。

生活保護法では、扶助の決定に際し世帯単位を原則にするため、世帯の家計が保護基準を上回っている場合は生活保護を受けることはできないのだが、特別な理由が認められる場合は、世帯員を分離することで保護の対象に組み込むことができた。ここで想定しているのは、精神障害者がいる世帯で、世帯としてはそこまで貧しくなく、本来であれば生活保護を受給することができないが、患者を世帯分離することで患者に医療扶助入院を適用するケースである。

世帯分離規定の推移については牧園 [牧園, 1999]の重要な先行研究があるが、例えば1961年の「保護の実施要領」の改正により、「6箇月以上入院を要する者が出身世帯員のいずれとも生活保持義務関係にない場合」は、世帯分離可能になった。つまり、半年以上の入院の見込みがあれば、保護基準を上回る家庭であっても、患者を世帯分離し医療扶助入院とすることができるようになった(96)。

さらに、1971年には精神病患者等の入院患者に対し、「出身世帯に配偶者が属し

(96) [牧園, 1999, ページ: 57]

ている精神病患者であって入院期間がすでに1年をこえ、かつ、引き続き長期間にわたり入院を要する場合（世帯分離を行わないとすれば、その世帯が要保護世帯となる場合に限る。）も世帯分離が可能になった(97)。配偶者の場合は、生活保持義務関係が生じ世帯分離のハードルが高かったのであるが、この要件も緩和されたということである。71年の改正の場合は、医療費支払として例えば社会保険で1年以上入院していた患者が、生活保護での支払いに切り替えることを可能にしたと考えられる。

そして、1970年代以降にならないと統計が存在しないが、医療扶助入院をしていた世帯中、単身世帯の数・割合を抜き出したのが表21である。

表 21 医療扶助受給開始世帯数、入院・疾病分類・単身世帯別（9月分）

年	疾病分類	総数	単身世帯	単身世帯割合
1972	総数	8151	3781	46.4%
	精神病	1991	1383	69.5%
	結核	327	180	55.0%
	悪性新生物	643	174	27.1%
	その他	4109	1702	41.4%
1974	総数	6083	3084	50.7%
	精神病	1798	1266	70.4%
	結核	248	135	54.4%
	悪性新生物	380	99	26.1%
	その他	3060	1376	45.0%
1980	総数	5677	3156	55.6%
	精神病	1703	1246	73.2%
	結核	112	64	57.1%
	悪性新生物	345	112	32.5%
	その他	2882	1479	51.3%

各年度『生活保護動態調査報告』より作成。

(97) [牧園, 1999, ページ: 60]

1976 年度については、当該統計が掲載されていない。

表 21 から、精神病で医療扶助入院となっている世帯は、他の疾病に比較して単身世帯の割合が高くなっているのが分かる。ここには生活保護法の実施要領の改正によって世帯分離を適用されたケースがあったと考えるべきであろう。ただし、他の疾病でも世帯分離要件は精神病同様に緩和されていたため、精神病の場合は他の疾病患者よりも医療扶助入院中に単身世帯の割合が優位に多かったと認められる。

このように単身世帯での医療扶助入院が精神病床入院に多かったことは、全体的に生活保護患者の在院期間の長期化につながった一因と考えられるが、この点は先に論証した考察と一致する。

(2) 入院形態面

上にみたように、生活保護法の制度改革の中で度々行われてきた世帯分離の対象の拡大が、精神病床入院にも影響を持っていたと合理的に解釈できることが明らかになった。しかしながら、こうした生活保護法の運用上の優位性は、世帯分離以外にも入院形態についても着目する必要がある。

先述のように、措置入院の適用に際しては、2人以上の精神衛生鑑定医によって、医療及び保護のため入院させないと患者に自傷他害のおそれがあるという診察結果の一致が必要だった。一方で、医療扶助入院のほとんどは同意入院の結果として行われていたが、同意入院の場合は精神病院長が「医療及び保護のため入院の必要があると認め」た上で保護義務者の同意があればよく、自傷他害のおそれは条件から外れており、なおかつ精神衛生鑑定医の診断自体も不要であった。そのため、業務上においても診断の条件においても、同意入院は措置入院よりも適用要件のハードルが低かったのである。にもかかわらず、入院が患者にとって強制力を持つという点では、同意入院も措置入院も同じであった。

つまり、精神衛生法の措置入院（行政収容型）と、同意入院という入院形式を経て行われた生活保護法の医療扶助入院（救貧・公的扶助型）を比較すると、入院に際するプロシージャや行政的な運用面においても、後者が利用されやすい制度設計

になっていたのである。なお、精神衛生鑑定など複数の手続きを踏まなければならない措置入院よりも、同意入院が行政側に選好されていたことについては、神奈川県立公文書館所蔵資料の一次行政文書を利用して改めて触れる。

以上より、1950年代における生活保護法の医療扶助入院に牽引された精神病床増のパターンは、先述したような高い国庫補助率という財政上の側面、並びに同意入院の運用のしやすさという両輪によって導かれたと合理的に推論可能となる。そして、次節においてはこの1950年代の後期である1959年に作成された、同意入院を中心とした一次行政資料を分析し、実際の同意入院の運用実態、ならびにその患者・家族の生活実態について考察を行っていく。

4. 『昭和三十四年 精神障害者診察保護申請関係綴』

「保護申請綴」の意義

ここまで、同意—医療扶助入院による精神病床入院メカニズムが、戦後の精神病床ストックの構築に重大な影響を与えてきたことを論じてきた。本章においては、神奈川県立公文書館に所蔵されている『昭和三十四年 精神障害者診察保護申請関係綴 第一号、第二号』（BH6-512、BH6-513、以降は「保護申請綴」と呼ぶ）を利用して、1959年中に神奈川県が関わった精神障害者の同意入院による精神病床入院について実証的な分析を行う。

この保護申請綴は、後述するように、その構成を家族を中心とした保護義務者による同意入院の申請と、医療扶助が適用された精神病床入院のついでに資料を中心としており、前章までの統計を中心とした分析に対し、質的分析を可能とする一次資料といえる。これまでの先行研究では、こうした地方自治体が作成した一次行政文書を利用した、戦後の同意入院による精神病床入院に関する研究は管見の限り存在しないため、本研究がその最初のものとなると思われる。

「保護申請綴」の標本特性

では、保護申請綴の分析に入る前に、当時の神奈川県精神医療の諸状況が、全国的にみてどのような位置にあったのかを俯瞰しておきたい。厚生省の統計によれば、1959年末における全国の精神病床数は84,971床であり、神奈川県は3,519

床（4.1％）となっていた。この数字は、千葉県の3,246床に近く、東京都の9,796床、大阪府5,472床、福岡県4,895床、北海道の4,474床に次ぐ全国で5番目の規模だった(98)。

また、神奈川県統計(99)によれば、1959年の10月時点での県内の精神病床数は3,550床となっており、生活保護での入院患者は1,432名（38.9％）、社会保険は1,504名（40.8％）、措置入院は456名（12.4％）、私費212名（5.8％）、減免71名（1.9％）、その他9名（0.2％）で合計3,684名だった(100)。この医療費支払い内訳について、1956年に行われた全国規模の在院精神障害者の実態調査〔厚生省、1960〕をみると、次のようになる。調査実数9,066名、生活保護3,983名（43.9％）、社会保険2,839名（31.3％）、措置入院1,322名（14.6％）、全額自費772名（8.5％）、その他150名（1.7％）であった。この両者を表にしたのが以下の表22である。

表 22 医療費支払区分別在院患者 1956年全国調査、1959年神奈川県調査

医療費支払 方法	1956年の全国在院 調査		神奈川県(1959年10 月)	
	調査対 象実数	百分率	実数	百分率
総数	9066	100.0%	3684	100.0%
生活保護	3983	43.9%	1432	38.9%
社会保険	2839	31.3%	1504	40.8%
措置入院	1322	14.6%	456	12.4%
自費	772	8.5%	212	5.8%
その他	150	1.7%	80	2.2%

〔厚生省、1960〕、〔神奈川県民生部社会福祉課、1960〕より作成

(98) 厚生省大臣官房統計調査部編『衛生年報 昭和34年』厚生省衛生局、1961年、259頁

(99) 〔神奈川県民生部社会福祉課、1960、ページ: 52-53〕

(100) カッコ内のパーセンテージは入院数に対する割合。なお、病床数よりも入院患者数が高くなっているが、これは当時の病院は基本的に大部屋の和室が多く、届け出された病床数よりも患者が多く入れられていたことを意味しており、神奈川県のみならず全国的な傾向であった。

表 22 から分かるように、調査年に若干のずれがあるとはいえ、1959 年における神奈川県精神病床入院患者の医療費支払いの割合は、全国調査のものと比較してもそれほど大きな差はなかったといえ、神奈川県が全国と比して特別な精神病床入院の構造を持っていたとは考えにくい。

次に、保護申請綴は、神奈川県が関与した精神障害者の入院に関する資料群で、対象時期は 1959 年 1 月から 12 月まで、取り扱われた患者の総数は 154 名である。この個票 154 例の特性を、1956 年の在院精神障害者調査と比較しながら分析する。まず「保護申請綴」の男女比率は 59.1 : 40.9 であるのに対し、厚生省の調査では 61.4 : 38.6 とほぼ同じである。また「保護申請綴」と厚生省 [厚生省, 1960] の年齢階級割合も似通っており、35~39 歳の年齢階級割合は保護申請綴が 11.0%、在院調査は 11.8%であった(101)。一方で、診断別割合も概ね似かよっているものの「保護申請綴」は「麻薬・アルコール中毒」が 13.3%と、厚生省 [厚生省, 1960] の「中毒性精神障害」の 2.3%と比べて相対的に多いなどの違いは存在した。しかし全体的な傾向としては、「保護申請綴」の精神病患者と厚生省の在院精神障害者の平均的な属性は類似しており、「保護申請綴」の個票は 1959 年当時の在院精神障害者の一般的特徴と大きな乖離はないと考えられる。

その上で、この保護申請綴の文書に共通しているのは、一連の行政上の対応が全て精神衛生法第 23 条である「診察及び保護の申請」に関わる文書によって開始されていることである。かつ、そのすべてが保護義務者の同意を最終的に得た、同意入院に限定された資料となっている。

また、保護申請綴の文書中に「医療扶助申請中」、あるいは「医療扶助にて入院決定」など直接的に医療扶助に言及がなされているのは 88 件(約 57%)となり、全 154 名に対し半数を超えている。その他文書中に言及がない場合でも、医療費負担能力がなしと記入されているケースも少なくなく、保護申請綴は、同意入院後に生活保護での医療扶助入院となったケースが中心となっている。

(101) なお「保護申請綴」の平均年齢は約 36 歳であるが、[厚生省, 1960]では平均年齢は不明である。

1959年時点の精神衛生法第23条下の同意入院であることの特性

保護申請綴は全て精神衛生法第23条の申請によって開始されていることを前述したが、この第23条は次のような内容から構成されている。

第二十三条

精神障害者又はその疑のある者を知つた者は、誰でも、その者について精神衛生鑑定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

一 申請者の住所、氏名及び生年月日

二 本人の現在場所、氏名、性別及び生年月日

三 症状の概要

四 現に本人の保護の任に当っている者があるときはその者の住所及び氏名

3 虚偽の事実を具して第一項の申請をした者は、六月以下の懲役又は二万円以下の罰金に処する。

この第23条の規定により保護申請綴には、精神障害者の疑いのある者についての精神衛生鑑定医による診察もしくは保護を望む、患者以外の「申請者」が全ての事例において存在する。後に詳述するように、この申請者の多くは親族であり、結果的に精神病院への同意入院、そして医療扶助の適用となったケースが大部分である。また、保護義務者が当初は入院に反対であっても、最終的には同意入院になったケースのみが綴じられている。

とはいえ、本来この第23条による「診察及び保護の申請」は必ずしも同意入院にのみ帰着するわけではなく、「申請を受けた都道府県知事は、必要があると認めれば精神衛生鑑定医を派遣して診察させ、場合によっては公権力をもつて強制的に措置入院させることと(102)」¹⁰²⁾なっていた。よって、この申請綴は、最終的には保護義務者による同意が得られたものに特化した文書群だと判断できる。

さらに、留意すべき点として、同意入院自体は第23条を経由せずに第33条に

(102) [公衆衛生法規研究会編, 1976→1977, ページ: 52]

より直接実施されることが可能であった。また吉川 [吉川, 1980, ページ: 137]が示すように、精神衛生法第 23 条下の「医療及び保護の申請」は、1961 年の精神衛生法改正以降は措置入院へと繋がる割合が急増し、その後第 23 条に基づく申請自体が減少していった。その意味で 1959 年時点での「保護申請綴」は同意入院の全体というよりもその特殊なあり方を示した統計である可能性がある。

しかし第一に、1953 年の時点においては全国の同意入院の約 3 割程度が第 23 条経由と考えられ(103)、規模的には少なくない精神病患者が「保護申請綴」の標本の患者と類似したプロセスで同意入院へ至ったと推定される。第二に、「保護申請綴」における医療扶助申請率は約 57%であり、図 6 の統計から示唆される 1951 年及び 1959 年から 1970 年代初頭までの同意入院に占める医療扶助入院の割合である約 55-64%と大きく乖離はしていない(104)。これらの検討や厚生省(1960)との比較結果を踏まえると、「保護申請綴」における同意入院や同意－医療保護入院は、1950 年代から 60 年代にかけての同意入院あるいは同意－医療保護入院の標本としての一般的妥当性はあるものと考えられる。

「保護申請綴」に表れる行政手続き

そして、この保護申請綴では、1 人の患者について所轄保健所によって多少の違いが存在しつつも、大体同じフォーマットに従った文書が複数作成され、その内容はおよそ次のようである。

(103) 1953 年の厚生省『衛生年報』(260 - 261 頁)において、第 23 条での申請件数は全部で 13,245 件あり、この内で「鑑定を受けた者」中で「精神障害者と鑑定された者」の措置入院とはならなかった「その他」の 8,088 名と、申請件数総数から「鑑定を受けた者」を引いた 2,867 名(後年の『衛生年報』の同項目調査の「調査により鑑定の必要がないと認めた者」に該当し、「保護申請綴」ではこの該当者が多く同意入院となっていた)を合計した 10,955 名が、一般からの申請により同意入院に至ったケースが多いと考えられる数字である。これは図 4 の同意入院患者総数の約 3 割弱に相当する。

(104) この約 55-64%という数値は、1951 年及び 1959-1970 年代初頭までの医療費財源別の入院統計を用いて、医療扶助入院数/(医療扶助入院数+社会保険・私費入院数)から計算されている。すなわち自由入院が当時少なかったため、医療扶助入院と社会保険・私費入院の合計値が同意入院の値に近いと仮定した上での試算値であり、一定程度の幅をもって理解する必要がある。

- ① 神奈川県知事に対し、「精神障害者の医療及び保護の申請について」という精神衛生法 23 条に基づいた申請書が、親族等の申請者によって作成される。申請書はいったん保健所長を経由して県に届けられる。
- ② この申請を受けて管轄保健所が行った調査結果が、神奈川県衛生部長に対し報告される
- ③ 衛生部長らが知事に対し、「□□保健所長よりの進達があったので調査した結果つぎのとおりであるので精神衛生法第三十三条による同意入院として」回答してよいかを尋ねる文書が添付される。
- ④ 衛生部長が、保健所長と、福祉事務所長もしくは民生安定所長に対し、医療及び保護の申請に対する回答として当該患者の同意入院を指示する文書が作成される。また、その文書には、経済的事由により医療費負担能力がない場合については生活保護法を適用するようにとの注意書きが毎回必ず添えられている。

では、まずこの①の申請書につき、最初に説明したい。この文書は、申請者の氏名、住所、生年月日と共に、病者の情報、症状の概要、保護義務者の情報、その他の参考事項からなっている。オリジナルは次のようなものである(黒塗り部分は、神奈川県立公文書館の職員によるマスキング作業の結果であり、閲覧者は患者の個人情報を知ることが出来ない)。

次に④について説明する。ここには、前記のように、神奈川県衛生部長名で、管轄保健所と、福祉事務所長もしくは民生安定所長に対し、2通作成される。その内容は一部を除いてほぼ全く同文となっており、「医療及保護の申請に対する申請について（回答）」として、申請者の住所氏名、患者の住所・氏名・生年月日の欄の後に、次のように書かれている（斜体は手書きの箇所）。

□月□日づけ □保発第□□号 により申請のあつた右について保護義務者が入院治療に対して同意しているので精神衛生法第二十七条による精神鑑定には該当しない。従つて法第二十九条による措置入院（知事が強制権を発動し強制収容の対象）とならないので、法第二十二条による保護義務者の義務を履行させ、法第三十三条によつて同意入院として取扱いされたい。

なお、本人及保護義務者が経済的理由により医療費の負担能力のない場合は生活保護法の定める規定にもとづいて取り計うことになつているので保護の実施について何分宜しくお取計い願いたい。

精神衛生法施行について留意事項

厚生省発第一一八号昭和二十五年六月十九日

厚生事務次官通ちょう

生活保護法による医療扶助と公衆衛生法規との関係について

昭和二十九年十二月二十日 二九保護第一四四二号

民生部長 衛生部長 通ちょう

なお、オリジナルは以下の図 15 のようになっている。

図 15 神奈川県文書「医療及保護の申請に対する回答」見本

一月三十日づけ保健局長より申達のおつた右については保護義務者が入院治療に同意しているので精神衛生法第二十七条による精神鑑定には該当しない、従つて法第二十九条による措置入院（強制）の対象とならないので法第三十三条によつて同意入院として取扱はるべきであらう。

なお、本人及保護義務者が経済的理由により医療費の負担能力のない場合には生活保護法の定める規定にもとづいて取計りことになつてゐるので保護の支給について何分宜しくお取計り願はたい。

精神衛生法施行について留意事項

厚生省発第一一八号 昭和二十五年六月十九日

厚生省事務次官通ちより

生活保護法による医療扶助と公衆衛生法規との関係について

昭和二十九年十二月二十日 二九保護第一四四二号

民生部長 通ちより

衛生部長

この文章からも理解されるように、保護義務者による入院の同意により、行政上のプロシージャとして、第 27 条による精神衛生鑑定が不要になり、自動的に措置入院の適用とはならず、第 33 条による同意入院として保健所等に取扱うよう求めている。これは、県としては精神衛生鑑定+措置入院の 2 つの手続きを省略できたということである。また、最後にわざわざ、経済的理由がある場合は、生活保護の適用を取り計らうよう指示し、関連規定についても留意を促している。

次に、最も重要な情報を得られるのは②の保健所による調査結果である。

この調査結果に関する文書により、患者やその家族などについての様々な情報が把握可能になる。調査の内容項目として共通しているものは、申請者・保護義務者・本人についての氏名、住所、生年月日、続柄、職業、患者の治療履歴（発病経過）、症状の概要、調査時本人の所在、外見上の症状の区分、入院についての同意の有無（反対の場合はその理由）、医療費の負担能力等である。その他、保健所や患者ごとに違いがあるのは、一カ月収入金額・世帯月収、世帯構成員、調査結果による総合意見等であり、これらは保健所によって記入欄があるものとないものがある。

5. 「保護申請綴」の記述統計分析

「保護申請綴」の結果概要

以下は、主に上記②の保健所による調査により明らかになる、154名の患者の情報について集計した結果である。一部先述の部分と重複となるが、まず154名の内訳は、男91名、女63名であった。平均年齢は36.2歳、中央値は33歳で、最高齢は80歳男性（病名記載なし）、最年少は12歳の小学5年生男児（先天性梅毒の疑い）であった。

保健所の調査資料などに病名の記載があるのは83件で、精神分裂病が55件（66.3%）、麻薬・アルコール中毒が11件（13.3%）、精神薄弱が8件（9.6%）、進行麻痺が5件（6.0%）、その他の躁うつ病や癲癇・老人性精神病は4件（4.8%）であった。

医療扶助申請等の記述が明記されているのは、154件中88件（57.1%）であった。

精神障害者の医療及び保護の申請者は、両親・子供・配偶者の直系親族が75件（48.7%）、兄弟等の傍系親族が24件（15.6%）、民生委員が17件（11%）、警察が7件（4.5%）、保健所職員・福祉事務所長・ケースワーカー等が14件（9.0%）、隣人や知人が10件（6.5%）、医師が2件（1.3%）、検察官が2件（1.3%）、判読不能が3件（1.9%）だった。また、保護義務者として親族がおりながら、申請者が親族以外の民生委員や隣人等だったケースは25件（16.2%）だった。

保護義務者の同意については、親族等による同意は120件（77.9%）、市区町村長による同意は17件（11.0%）、記載なし及び判読不能は4件（2.6%）、当

初は入院に反対もしくは消極的であったが最終的に同意をしたのは 13 件(8.4%)であった。この 13 件中、入院に反対の理由として、入院費用などの経済的問題に言及しているのは 10 件 (76.9%) であった。また、この 13 件中、申請者が親族ではない民生委員や隣人等であったのは 9 件 (69.2%) であった。

「保護申請綴」の各事例結果

世帯月収の調査を行ったことが分かるケースで記入があったのは 30 件であった。うち 24 件はそれぞれ月収額が記入され、6 件は月収「なし」と記入されていた。また、この 24 件中、医療扶助の申請もしくは適用がなされているのが分かるのは 17 件であり、残りの 7 件には直接そうした記載はなかった。しかし、その 7 件中 1 件の世帯月収が 18 万円であった他は、最大で 25,000 円(7人世帯)程度であり、文書においてもいずれも「生活困窮」「医療費負担能力なし」などと書かれており、医療扶助の適用についての記述が文書にはなくとも、実際にはおそらく医療扶助となったと思われるものである。

ここでは、同意—医療扶助入院のケースを検証するために、医療扶助の申請もしくは適用が記入されている 17 件についてのみ統計を参照するが、それを表にしたのが以下の表 24 である。平均世帯人員数は 5.18 人、世帯月収平均は 13,211 円、平均年齢 36 歳となった。また、一人当たりの収入額では 2,550 円であった。親族以外が「診察及び保護の申請」者であったのは 5 名であり、うち 4 名が民生委員であった。全ての保護義務者が、患者の入院について、保健所による調査の時点で同意していた。本人に職業があったのは 3 名であり、残り 14 名は無職であった(105)。経済状況に関連する具体的な記述は、例えば、「S33 より失職。わずかな仕送りで生活。病者の父母・実兄は結核で死亡。タクシー運転手として借金して車を買うもうまくいかず、相当苦しむ。」、「S33 年に横須賀共済病院に入院歴有。本人は離婚し、帰家。長女出産後精神分裂病。離縁される。」、「生保受給者。入院中。S23 年 5 月頃より肺結核で静養中、精神障害をおこし入院。」などとなっていた。

(105) 表 24 に鎌倉や秦野保健所のケースが多いのは、これらの保健所における調査項目として世帯月収の具体的金額を記載する文書が定式になっていたからであり、この両保健所が多かったことに大きな意味はないと考えられる。

表 23 医療扶助申請・適用が明記されている精神障害者世帯（17例）の詳細

NO	オリジナルに記載されている整理番号	所轄保健所	世帯人員数(本人含む)	世帯月収合計(円)	年齢	患者性別	申請者の続柄(患者からみて)	保護義務者の続柄	発病時	申請者職業	本人職業	病名(記載がある場合のみ)	入院経歴の有無	同意の有無
1	96	厚木	9	5,000	28	男	兄	兄		農業	無職		○	○
2	130	厚木	9	10,000	35	男	母	弟		無職	農業	精神分裂病、生来てんかん		○
3	92	小田原	4	4,000	21	男	近隣者	父	生来	農業	無職		×	○
4	23	鎌倉	2	3,250	57	男	民生委員	妻		旅館業	無職		○	○
5	55	鎌倉	5	12,400	18	女	父	父		古物商	無職		○	○
6	72	鎌倉	11	20,000	32	女	兄	父	S26	駐留軍要員	無職	精神分裂病	○	○
7	91	鎌倉	7	27,000	61	男	妻	妻		日雇	無職		○	○
8	94	鎌倉	3	9,000	25	男	民生委員	実父		民生委員	無職	精神分裂病	○	○
9	119	鎌倉	4	22,000	37	女	夫	夫	S34.6	洋服修理	無職	精神分裂病	○	○
10	142	鎌倉	2	4,940	80	男	妻	妻	S31ごろ	無職	無職			○
11	41	相模原	5	15,000	43	女	民生委員	母	S26	民生委員	無職			○
12	52	中野	2	15,000	57	女	夫	夫		大工	無職		×	○
13	111	秦野	6	13,000	21	男	解読不能	父	S29		無職		○	○
14	118	秦野	3	7,000	32	女	民生委員	解読不能	S27.3	農業	無職		○	○
15	123	秦野	6	16,000	20	男	母	母	S31	農業	無職		○	○
16	101	秦野	8	39,000	26	女	叔父	叔父		農業	農業		○	○
17	6	藤沢	2	2,000	18	女	父	父		無職	織物内職		×	○
平均値			5.18	13,211	36									

空欄は記載がなかったことを意味する

次に、保健所調査による患者の暴力行為についての明確な記述は、154件中67件(43.5%)となっていた。また、この67件中、家族(直系親族・傍系親族)が保護申請者であったのは、59件(88%)となっていた。暴力行為の具体的内容は、「妻への暴行が顕著」、「妻に暴行」、「家人に対する乱暴が度々」「多量に飲酒しては妻に乱暴働いております／暴行癖がある」、「時折、発作的に大声をあげ、家の中でも外でもかまわず火をもやす」、「狂暴性行動に危険性を帯びている。周りの人が落ち着いて生活できないので即時入院を希望している」、「きつねを退

散させる手段として昼夜を問わずマッチを使用する。強度ではないが、きつねのお告げといいつつ包丁を振り回す」、「家の者に対しては鎌を持って暴れまわる。父親に対して、早く死ねなどと口走り乱暴をはたらく。衣類は、自分のものでも家族のものでも見境なく鎌で切り裂く」などとなっていた。

同じように、保健所による調査での近隣住民についての直接的な言及は、154件中51件(33.1%)となっていた。具体的には、「隣家に行き、ご飯の要求、裸にて外を徘徊。隣人は犯罪を恐れて駐在に連絡」、「恐怖心、警戒心特に強く、落ち着きない態度を常にもつ。時としてガラガラ大笑いし、何も聞き入れてくれず、家人はもちろん近所の人も手こずっている」、「アパートの住人が悪口を言っていると言って、サンダルをぶついたり水をかけたりしている。近隣住民はそれを恐れている」、「近所の娘さんが結婚すると、俺の妻をとったと刃物を振り回して婚家へ暴れこみ近所の無関係の者が被害にあっている」などとなっていた。

保護申請綴の考察

以下では、保護申請綴にみられる154例につきその特性を分析する。まず、性別と年齢について、保護申請綴は全国の在院精神障害者[厚生省, 1960]と同様の傾向を示しており、平均年齢が30代半ば過ぎで男性が多いという保護申請綴の患者像は、在宅での患者の生活を家族や地域が許容できなくなる属性の一面であると考えられた。

次に診断別の割合でもだいたい同じとなっていたが、保護申請綴は麻薬・アルコール中毒が13.3%と、在院精神障害者の「中毒性精神障害」の2.3%と比べて相対的に多かった。これは、神奈川県に特徴的だった可能性と共に、麻薬・アルコール中毒の場合、入院期間は短い一方で、急性期に家族に対する暴力行為が激しいものになることが多いことと関係している可能性も考えられ、家族側に一時的な同意入院の需要が強いことが推測された。例えばあるケースでは、「平常は普通であるが、酒を飲むと酒乱になり、家族を殺すと言って追いかけたり、家の柱を鋸で切断して警察に保護された」(106)とあった。

精神障害者の医療及び保護の申請者の内訳については、比較対象となるも

(106) 神奈川県文書『昭和34年 精神障害者診察保護申請関係綴 第2号』整理番号136。

のが存在しない統計となると考えられる。本項目は、精神衛生法第 23 条による申請であるが、同条の件数の統計は、1960 年以降は厚生省大臣官房統計調査部が刊行する『衛生行政業務報告』（それ以前は『衛生年報』）に、第 24 条「警察官通報」、25 条「検察官通報」、26 条「矯正施設の長からの通報」と共に掲載されるようになる。しかし、『衛生行政業務報告』では、第 23 条の統計は、「一般からの申請」という形でまとめられるため、その内訳に家族だけでなく、隣人や民生委員、医師、警察や検察官等(107)からの申請までも広く含まれてしまい、その統計の意味を正しく読み取ることが困難である。そのため、先の保護申請綴の結果をみると、申請者の内訳として直系及び傍系親族の合計が約 65%であり、残りの約 35%を民生委員、保健所職員等、隣人・知人、警察・医師等が占めていたことは重要な事実である。このことは無論、全国的にも同様の傾向だったとは即断できないものの、精神衛生法第 23 条による申請は、親族以外の第 3 者からのものが無視できない割合で含まれていたと考えるのが自然である。親族以外の申請者としての民生委員（全体の 11%）や、保健所職員・福祉事務所長・ケースワーカー等（9.0%）の存在は、患者とその家族に対する「行政」的な介入とも捉えられる。一方で、隣人や知人（6.5%）というのは、地域社会が患者を許容できなくなった事例とも言えるだろう。

次に、保護義務者の同意については、市区町村長による同意が 11%だったのを除くとすべて親族となっていた。また、保健所による調査で当初は保護義務者が同意入院に反対・もしくは消極的だったが最終的には同意したケースは約 8%あり、その約 80%が入院に伴う費用の支出が可能かどうかを懸念していたためであった。これらは医療扶助入院により、経済的負担がかからないことが判明したことで同意に変わったと考えられる。さらに、これらの医療費負担を懸念して患者の入院に反対・消極的だったケースでは、約 7 割が親族以外からの第 3 者によって第 23 条の申請が出されており、世帯の経済状況が芳しくない場合、患者の病状が進行しても医療費の問題から入院をためらう家族が少なからず存在したことを示唆している。

(107) 第 24 条には「警察官通報」、25 条には「検察官通報」が用意されているが、第 23 条は警察官及び検察官からの申請を妨げるものではない。

世帯月収については、総理府統計局の家計調査と比較する(108)。同調査によると、1959年における都市勤労者世帯1カ月間の家計収支を見ると、平均世帯人員数は4.41人、実収入は36,873円、一人当たり収入額では、8,361円であった。これと、保護申請綴に記載されている医療扶助の申請もしくは適用が記入されている精神障害者世帯17件の数値との関係を比率で表すと、精神障害者世帯は全国の都市勤労者世帯平均に対し、世帯人員数で117%、世帯収入は35.8%、一人当たり収入額は30.5%となる。また、患者の平均年齢が36歳であることから、一般世帯であれば男性は主たる家計維持者、女性ならば家庭生活の中心となって活動する年齢層であり、それが17名中14名が無職であることの影響は大きかったと思われる。このようなケースにおいては、同意入院と生活保護のセットによる救貧・公的扶助型の精神病床入院は、その世帯・家族にとっては、患者のケアにかかる負担を軽減したのは間違いない。

患者の暴力行為については、43.5%に明確な記述があり、保護申請綴全体の約半数近くにのぼった。また、この内で家族が保護申請者だったものが88%という高率となっており、申請者全体に占める家族の割合の65%を有意に上回っていた。このことから、家族・親族への患者による暴行が、家族が患者との生活を断念し、入院を望む大きなきっかけとなっていたことが考えられた。

また、地域住民に関する情報が記載されていたのは保護申請綴の全体の約3割となっており、これらはほぼ例外なく患者の存在に対しネガティブな記述として判断可能だった。近隣住民に代表される地域社会は、精神障害者の存在に迷惑や危険を感じていたケースも少なくなく、中には刃物を持ち出すなど状況的には措置入院に該当すると思われる事例もあった。こうした近隣住民からの苦情や視線が、家族や民生委員を中心とした保護申請と、その後の同意入院につながったこともしばしばあったことが伺われる。重要なことは、少なくとも1950年代後半の日本社会（神奈川県）は、多くの精神病床を抱える現代よりもはるかに精神障害者が地域に暮らしていたが、その地域社会は現代と比較して精神障害者に対し特別に寛容であったわけでも、共感的な理解があったというわけでもなく、やはり「裸にて外を徘徊」したり、「サンダルをぶついたり水をかけたり」、「刃物を振り回」したりする患者に不安や迷惑を感じていただろうことである。

(108) [東洋経済新報社編, 1991, ページ: 109]

保護申請綴についての結論

神奈川県立公文書館に所蔵されている『昭和三十四年 精神障害者診察保護申請関係綴 第一号、第二号』（BH6-512、BH6-513）に登場する 154 例のケースについて分析した。

その結果、精神衛生法第 23 条による患者の「保護申請」により同意入院を行う行政手続きでは生活保護の医療扶助費の申請の検討が内在化されていたこと、同意入院となるケースとして 30 代無職・男性・家族への暴力という患者像が一般的であったこと、地域住民への迷惑行為などがあったこと、同意入院患者の多くの世帯は経済的困窮の問題を抱えており医療扶助申請を行うことが比較的一般的であったことなどが明らかとなった。

これらの分析結果から、1950 年代から 70 年代の精神病床入院において量的な中心を占めていた同意入院の背景には、主に、身内にしばしば暴力をふるう 30 代無職の患者を抱え、また近隣住民からも白眼視されるなど、患者との共同生活に耐えきれなくなった貧困世帯の家族の需要が読み取られなければならない。そして、このような同意入院患者に対し、医療扶助の適用が行われていた。つまり、こうした貧困世帯の入院需要に対し、精神衛生法は同意入院を用意し、生活保護法は公費給付を行ったのであり、その機能として家族に対する生活保障的な側面が観察できるということである。

すなわち、公的扶助制度は、精神衛生法の同意入院（精神保健法以降は医療保護入院）と連動して利用されることで、精神障害者の入院と精神病床の増加に重大なインパクトを持ったのである。このことに付言すべき重要なこととして、こうした同意—医療扶助入院の入院プロセスの中に、国家による社会防衛的・治安的要素を見出すことは基本的には不可能だということである。

この戦後の精神病床入院における生活保障としての救貧的側面は、措置入院や同意入院の「強制性」の問題や民間中心の精神病床供給体制などに着目した既存の研究では詳細な検討はなされておらず、戦後の精神病床入院の成立メカニズムの解明のための重要な視点を提供するものであると考えられる。

終章

本論文では、日本における精神病床入院のメカニズムがどのように構築されてきたかについて、長期の時間軸に立って考察してきた。その際に、特に入院医療費支払区分に着目して「行政収容型」「私費・社会保険型」「救貧・公的扶助型」の3類型として区分することで、精神病床入院には戦前・戦後を貫く性格の異なる3つのタイプが抽出可能であることを論じた。その上で、本論文から得られる新たな知見を約言すると、主に以下のとおりである。

1. 「行政収容型」の原型として整理可能である精神病患者監護法第6条での公的監置は、知事・市区町村長・警察の3者のみで実行可能な、日本で最初の全国法規としての精神障害者に対する社会防衛的な強制収容体系であり、戦後の措置入院に継承されていったことが明らかとなった。これにより、精神病患者監護法について、先行研究が強調してきた私宅監置に偏った歴史観は修整されるべきだと考えられた。また、少なくとも川崎市の場合は、監護義務者の収入が全国勤労者の平均月収の3分の2程度以下ならば公費監置の一般的対象となる資産状況とみなされていた。その他、精神病患者監護法は、家族の監護義務を法文化したにもかかわらず、川崎市文書では、家族が患者の身柄引き受けを拒絶し、患者のケアに対し嫌悪感を表明することがしばしばあった。
2. 戦前期における「私費・社会保険型」の精神病床入院の特徴として、社会保険入院は量的にごくわずかだったと考えられたのに対し、精神病院へ自費入院を行う中産階層は当時から既にある一定規模で形成されていたことが明らかになった。また、当時の一次統計及び鈴木 [鈴木, 2014] の研究から、自費入院は公費収容に比べて在院期間が短く、治療的な意味合いの濃いものであったことが判明した。このような性格を持った、「私費・社会保険型」入院は、戦後の皆保険化によって拡大し、措置入院や公的扶助入院による公費投入の対象とならなかった精神病床入院を財源的に支えた。
3. 生活保護法の前身である救護法によって、戦前期から精神障害者の病院収容が行われていたことが明らかになった。この収容に際しては、親

族らによる救護申請後の公費収容が一般的であったが、このプロセスは戦後における精神衛生法での同意入院と、生活保護法の医療扶助の組合せによる精神病床入院と同じ構造を持っていた。このことより、救護法によって生活保障的機能を持つ病院収容が初めて制度化され、「救貧・公的扶助型」の精神病床入院の原型が構築されたことが明らかとなった。

また、病床が安価もしくは無料で供給されれば、それに反応する、救護法対象の様な極貧ではないが中産層に届かない貧困世帯・家族の存在が川崎市文書の中には発見された。これは、経済的に豊かとはいえない階層の人々の中にも、入院への需要が形成されていたことの証左であり、戦後への爆発的な精神病床入院への伏線となっていたと考えられた。

4. 戦前期日本における病床供給システムを検証した結果、特に 1930 年代頃から地方自治体が精神障害者を私立病院に公費で委託収容するケースが一般化していったことが明らかになった。これは、道府県が自前で公立精神病院を設置した場合、長期にわたる赤字経営が前提となっており、当時の府県が持っていた衛生関連予算からすると現実可能性が低いものであったことが判明した。
5. 戦後において、財政的に 3 つの経路（精神衛生法、生活保護法、私費・社会保険）からの精神病床入院が行われるようになったのは、戦前期の制度が継承された経路依存性を持っていたことが明らかになった。また、その 3 類型中、「救貧・公的扶助型」の生活保護での入院が、1950 年代から 70 年代の間において量的に最多となっており、かつそれが精神衛生法の同意入院とセットになって行われていたことが実証された。在院期間としては、医療費区分別では精神衛生法→生活保護→社会保険の順に長期化していた。この救貧・公的扶助型の入院は、私費・社会保険型に比べて在院期間が有意に長かったという点、行政収容型に比べて量的規模が大きかったという点で、戦後の急激な精神病床増が起きた時代における最も中核的な入院形態であった。
6. 1960 年代における措置入院の拡大運用（経済措置）は、生活保護法での医療扶助入院から精神障害者の切離しを厚生省（社会局）が企図した

ことが背景にあったが、最終的に生活保護での入院の増加を止められなかった。これは経路依存性に拘束されていたと共に、実態調査で明らかになったような、当時の日本社会における精神障害者世帯の経済的困窮状況の非常な広がり背景に存在した。また、1950年代から1970年代の期間中においては、行政収容型の入院は3類型中で最も小さい病床供給能力しか持っておらず、戦後の精神病床入院増を支えていたのは社会防衛的な機能ではなかった、と結論付けられる。

神奈川県は保護申請綴は同意一医療扶助入院のセットの具体的事例であり、近隣住民からの苦情を受けたり、家族に暴力を振るう無職の30代の患者について、貧困世帯の家族が主導して保護（入院）してくれるよう行政に求めているケースが多かった。こうした貧困世帯の入院需要に対し、精神衛生法は同意入院、生活保護法は公費給付として利用されることで、家族に対する生活保障的な側面が観察できた。また、こうした同意一医療扶助入院の入院プロセスは、「国家による治安対策」といった観点から説明することは不可能なものであった。

結論

本論文では、日本の精神病床入院がいかなる構造的な発展してきたのかというメカニズムについて、一次統計・一次行政文書を基礎資料としつつ、20世紀初頭から1970年代頃という長期の時間軸で考察してきた。1970年代までとした理由は、現在と大差のない30万床という高水準の精神病床ストックが構築されたのがこの時代までであり、また戦前期にまで遡ったのは、戦前期に戦後の急激な病床増を支えた3種の入院医療費支払の財政的経路の成立があったからである。

この3種の財政的経路について、本論文は、それぞれに社会防衛的機能を中心とする「行政収容型」、治療的な「私費・社会保険型」、生活保障的な「救貧・公的扶助型」と名付け、精神病床入院の3類型として概念的に整理した。ただし、精神病床の機能は、これらのどれか一つのみを体現するのではなく、どの要素が強く反映されるかという濃度の違いである。そして、この3類型に従って、日本の精神病床入院を検証することで、これまでの先行研究で主張されてきた「私宅監置（戦前）→強制入院（戦後）＝公安的隔離収容主義（＝人権問題）」という単

線的な歴史観によっては見えてこなかった、精神病床入院の複線的な展開が観察可能となったと考えられる。

まず、この 3 類型は戦前に構築されたものでありながら、戦後の精神医療制度を強く拘束していた。そして、戦後における「行政収容型」の入院は、3 類型中で最も小さい病床供給能力しか持っておらず、戦後の精神病床入院増を支えていたのは社会防衛的な機能ではなかった。1950 年代から 70 年代という急激な精神病床増に最大のインパクトを持っていたのは、救護法によって生成された「救貧・公的扶助型」の入院であり、これは精神衛生法の同意入院という入院形態と、それに対する医療費支払としての生活保護法の組合せ（同意—医療扶助入院）によって構成されていたことが明らかになった。

このことが指し示している結論は、戦後の高水準の精神病床ストックの成立とは、貧困層に偏在していた精神障害者世帯の家族というケアラーによる入院需要を、公的扶助としての生活保護（医療扶助入院）が広くカバーしてきたことによって最も牽引されたものである、ということである。精神病床入院における生活保護の重要性（図 1 参照）とその特異性は、他の疾病との比較においても明らかであり（図 7 参照）、公的扶助が入院増に果たした役割は十分に強調されるべきである。

このような同意—医療扶助入院の量的規模を考えると、先行研究やメディアが度々論難する民間精神科病院の営利主義とは、患者を病院に収容し長期にわたって入院させる根本的な要因だったというよりかは、家族の需要と公費の投入に対して、資本の原理が病床供給という素直な反応を起こしたものに過ぎないと考えられる。

また、日本において家族は、戦前期の精神病患者監護法時代においては監護義務者、戦後の精神衛生法以降の時代においては保護義務者（保護者）として、長らく精神障害者の生活とケアの最も重大な責任者とされてきた。その一方で、とりわけ戦後における生活保護法の拡充や各種の制度改革は、精神病床入院を増大させることによって、家族に課されていた世帯内の障害者のケアという倫理的・制度的・慣習的制約を解放してきたとも言えるのである。戦後における大規模な精神病床の成立には、精神障害者世帯を覆う貧困を背景に、家族に負荷されていた義務からの救済という文脈があったことが理解されなくてはならない。

ただし、重要なことは、このような必要から行われた精神病床入院は多くの場合、患者の治療のためという目的が減じ、最低限の生活を保障する空間としての精神病床という機能が中心化し、家族にとっては患者のケアから無償で解放される病床となっていく。「救貧・公的扶助型」の精神病床入院の在院期間が、「私費・社会保険型」よりも長期化するのはそのような理由からであり、この病床には治療の必要の少ない患者の沈殿と低い QOL が常態化しやすくなる。よって、こうした病床に入院することは、家族の経済的負担やケアの負担は大幅に解消されるにしても、しばしば患者自身にとっては病院での管理的で緩慢な生活を余儀なくされるということでもある。

そのため、日本の地域精神医療化と脱施設化、つまりは在院期間の短い治療的な精神病床へのスムーズな移行の失敗は、日本の精神科医療の公安主義や民間病院の営利主義といった理由によってというよりも、生活保障的な病床の解体の失敗の一つは起因し、同時に生活保障的病床を大量に必要とした戦後の日本社会全体の問題に帰着するのである。つまり、貧しく、地域からの冷たい目にさらされる家族が、面倒を見きれない患者の行き場として精神病床しか用意できず、そこで低い生活レベルでの生活保障を与えてよしとしてきた日本社会の問題なのである。

また、こうした社会的機能を持って成立してきた日本の精神病床が、現在なお減床に非常な抵抗力を保持しているという事実は、患者が帰るべき先として当然のごとく想定されている家族自身が、家族に賦課されてきた精神障害者のケアを担う主体であることを拒絶したいという願望を反映しているとも考えられるのである。

そして、そうであるならば、21 世紀の日本社会において、精神障害者のコミュニティケアは家族のサポートを前提に構想されてはならない、という必要性を強く示唆しており、今後の政策立案においても十分に配慮されなくてはならないものと認められることになるだろう。日本における家族は、コミュニティケアを先んじて推進してきた欧米とは異なる社会的・歴史的位相において、ケアのキープレイヤーとして位置してきた。このことはひとり精神医療の問題に限定されないものであり、日本のあらゆる制度や慣習の中に、家族に対して、病気や障害を持った世帯員への生活を保障する義務が深く埋め込まれているのはいうま

でもない。そのため、家族が、障害者の生活を支えることについて、どのような感情を表出してきたかという問題は、実は極めて政策的な課題なのである。

最後に、戦後の精神病床入院の展開を考察するにあたり、本論文で重視した同意入院（医療保護入院）に関して、先行研究は主に患者の人権侵害という観点から論じてきたが、そのこととは別に、改めてここには家族の意思こそが重要な精神病床入院の駆動因だったことが読み取られなくてはならない。この同意入院（医療保護入院）そのものは、生活保護だけでなく、各種社会保険での支払いの両輪で行われていたのであり、戦後の精神病床入院の中心となった入院形態であった。そして本論中においてみてきたように、戦後の精神病床入院に関わる各種の制度や改革が、入院を望む主体としての家族の意向を増幅する形となっていたことに着目すべきである。

例えば、最も端的には生活保護費の増大であり、あるいは世帯分離規定の緩和であり、あるいは同意入院に際する簡素な手続きであり、その他にも「経済措置」の導入、保険のカバレッジの増大などである。いずれも、患者の病院への入院の拡大を図ると同時に、家族の経済的負担やケアにかかる負担の軽減という目標や効果が織り込まれている。すなわち、戦後の精神病床入院メカニズムを根本において駆動させていたのは、社会保険入院を含めて、同意入院（医療保護入院）を主導してきた家族なのであり、戦後の精神医療政策もこの家族に働きかけるものを一つの軸としてきたのである。

しかし、では何故、家族は同意入院という仕組みでもって精神病床入院を主導できたのか。ここにおいて、この問いは反転しながら、あくまでも障害者の入院の決定主体として家族を位置づける日本社会とは何か、という問いを定立させることになる(109)。また、この反転した問いは、なぜ日本社会は医療扶助入院の約5割を占めてまで精神障害者を持った家族の負担を救済し病床供給という形で対応しようとしたのか、あるいは精神障害者のみならず高齢者やその他の障害者のケアの決定権を家族が強く保持しているのはなぜか、ということにも敷衍

(109) このことは、精神保健福祉法の改正により2014年4月1日以降、保護者制度が撤廃されたにもかかわらず、医療保護入院の同意者として「家族等」が挿入されていることに端的に象徴される。家族は患者の法的な保護者ではなくなっても、患者の入院に家族の決断をはずすことが出来ない日本社会という問題は解消されていない。

されていかねばならない。だが、本論ではこの問いに対する回答は用意されていない。しかしながら、本論文を通じて日本の精神病床入院の歴史的なメカニズムを考察することで、精神障害者のケアにとって当事者と家族の関係こそが、今後の精神医療福祉領域でのコミュニティーケアの問題を考えるにあたっての重要な論点であることが理解されるに至ったと考える。この点については、執筆者の今後の課題としたい。

一次資料

川崎市公文書館所蔵：精神医療・精神障害者関連文書

「精神病患者監護法（精神病院法）関連史料 簿冊・文書名別」については史料名・文書番号・文書名・患者名・調査依頼元役所名は、原則的に川崎市公文書館における管理形式のままであり、その他は執筆者が追記したものである。「救護法関連史料 簿冊・文書名別」は整理番号、登録番号は川崎市公文書館の管理形式であり、「精神医療、患者に係る文書番号」の列のみ利用者が作成したものである。

以上は、本論において直接的に利用した文書以外にも、何らかの形で精神病に関連する文書が含まれていた全ての文書を抜き出したものである。ただし、関連する簿冊とそこに含まれる文書群は膨大であり、漏れがある可能性は否めない。

「精神病患者監護法（精神病院法）関連史料 簿冊・文書名別」

*管理番号、文書分類、文書枚数、文書中戸籍謄本枚数は、執筆者が追記したものである。

史料名	管理番号	文書番号	文書分類	文書名	患者名・調査依頼元役所名	文書枚数	文書中戸籍謄本枚数
大正十四年 恤救書類 第一種 (A18)	1	4号	監置	精神病患者取扱費請求書 不詳啞者女	啞者女	3	0
	2	19号	監置・請求	精神病患者□□□□郎 ノ件	□□□□郎	3	0
	3	39号	監置・請求	精神病患者重□	重□	7	0
	4	53号	監置・請求	精神病患者□□□□子 ノ件	□□□□子	13	0

	5	58号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□夫ノ 件	横浜市	2	0
	6	67号	義務者調査依 頼	精神病患者□□□次ノ 件	川崎市役所	5	0
	7	72号	監置・請求	精神病患者□□□さノ件	□□□さ	9	0
	8	76号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□□郎 ノ件	東京府豊玉 郡□□町役 場	4	0
	9	79号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□メノ件	横浜市役所	2	0
恤救書類 大正十五年 第一種(A22)	10	2号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□保ノ 件	東京府荏原 郡□□町	3	0
	11	4号	被・救護施設等 質問	精神病患者行旅病者救 護状況ニ関スル件	門司市長	2	0
	12	8号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□夫ノ 件	横浜市	2	0
	13	17号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□□郎 ノ件	横浜市	2	0
衛生書類 昭和八年(A131)	14	1号	監置・請求	精神病患者取扱費請求 ノ件	□□□□□ 郎	22	0
	15	23号	監置・請求	同上	□□□造	25	1
	16	49号	監置・請求	同上	□□□□郎	24	7
	17	74号	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者ニ関スル件 回答	大阪市	2	
	18	76号	被・救護施設等	精神病行旅病人癩患	高松市役所	4	

	号	質問	者収容ニ関スル件回答			
	19	80号 監置・請求	監置精神病患者死亡報告	□本□	23	
	20	104号 義務者願書など	委託患者引取方照会	□□□□シ	2	
	21	106号 病院作成文書	精神病患者引渡書	□□□□シ	1	
	22	107号 義務者願書など	精神病患者救護願	□□□サ	1	
恤救書類 昭和八年第一種(A133)	23	1 監置	私費脳病患者入院ニ関スル件	□崎□	4	
	24	2 被・資産および扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者調査ノ件	八王子市役所	4	
	25	3 被・資産および扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産状態調査ノ件	県立芹香院	4	
	26	4 被・資産および扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産状態調査ノ件	県立芹香院	4	
	27	5 被・資産および扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産状態調査ノ件	県立芹香院	2	
	28	6 被・資産および扶養者調査依頼	繰替金徴収ノ件	浅草区長	6	

29	7	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査	滝野川区役 所	3	
30	8	被・救護施設等 質問	精神病患者監置室二関 スル件	鹿児島市長	2	
31	9	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□政	16	2
32	10	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□助	72	13
33	11	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	唾者女	31	
34	12	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□□郎	23	3
35	13	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□助	27	5
36	14	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□造	29	9
37	15	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□原□	30	10
38	16	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□吉	23	2
39	17	監置・請求	精神病患者監護費請求 書	□□□吉	40	2
40	18	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 二関スル件	滝野川区役 所	6	0
41	19	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	県立芹香院	4	0
42	20	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	県立芹香院	5	0

	43	21	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	県立芹香院	4	0
	44	22	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	県立芹香院	6	0
	45	23	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病者扶養義務者 調査ノ件	目黒区役所	4	0
	46	24	請求	監置精神病者監護費 請求	横浜脳病院	12	0
	47	25	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本並ニ資産調 査ノ義二付回答	県立芹香院	5	0
恤 救 書 類 昭 和 6 年 第 一 種 (A18)	48	1	監置・請求	精神病者□崎□監護 費用請求書	□崎□	18	1
	49	2	監置・請求	精神病者□宮□□費 用請求書	□宮□□	15	0
	50	3	監置・請求	精神病者□藤□費用 請求書	□藤□	39	2
	51	4	監置・請求	精神病者□田□□費 用請求書	□田□□	35	3
	52	5	監置・請求	精神病者□井□□監 置料徴収ノ件	□井□□	20	4
	53	6	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病者□□□リニ関 スル件回答	□□□リ	3	0
	54	7	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病者扶養義務者 調査ノ件	□野□	3	0
	55	8	その他	委託監置精神病者本 県代用精神病院入院ノ 件	神奈川県警 察部長	4	0
	56	9	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病者監護義務者 調査ノ件	浅草区役所	2	0

57	10	監置・請求	精神病者□□□寿費 用請求書	□□□寿	30	3
58	11	監置・請求	精神病者□□□つ費 用請求書	□□□つ	50	2
59	12	監置・請求	精神病者□□□郎費 用請求書	□□□□郎	27	4
60	13	監置・請求	精神病者□□□吉費 用請求書	□□□吉	40	5
61	14	監置・請求	精神病者□□□ヨ費 用請求書	□□□ヨ	21	4
62	15	監置・請求	精神病者□□□代費 用請求書	□□□代	21	2
63	16	監置・請求	精神病者□□□重費 用請求書	□□□重	25	8
64	17	監置・私費	私費脳病患者依託入 院二関スル件	□□□吉	14	0
65	18	監置・請求	精神病者□□□ツ費 用請求書	□□□ツ	20	6
66	19	監置・請求	精神病者□□□郎費 用請求書	□□□□郎	18	1
67	20	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	□□□治	5	0
68	21	その他	精神病者監護費徴収 ノ件	川崎市衛生 課長	1	0
69	22	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求並資産 状態調査ノ件	□□□松	6	0
70	23	監置・請求	精神病者□□□郎費 用請求書	□□□□郎	12	2
71	24	監置・請求	精神病者□□□雄費	□□□雄	16	3

			用請求書				
	72	25	監置・請求 精神病患者□□□松費 用請求書	□□□□松	19	2	
	73	26	監置・請求 精神病患者□崎□費用 請求書	□崎□	23	7	
	74	27	監置・請求 精神病患者□□□吉費 用請求書	□□□□吉	15	2	
衛生書類 昭和二年 2/4(△247)	75	1 号	監置・請求 監置精神病患者□□□ □請求書	□□□□く	28	2	
	76	—	監置・請求 オリジナルの目次では この患者一人分の文書 がスキップされている	□□□ヨ	32	2	
	77	2 号	監置・請求 監置精神病患者□□□ 吉請求書	□□□吉	27	5	
	78	3 号	監置・請求 監置精神病患者□□繁 請求書	□□繁	33	6	
	79	4 号	監置・請求 監置精神病患者□□□ ル請求書	□□□ル	48	7	
	80	5 号	監置・請求 監置精神病患者□□□ サ請求書	□□□□サ	52	4	
	衛生書類 昭和二年 3/4(△248)	81	5 号 つづ き	監置・請求 監置精神病患者□□□ サ請求書	□□□□サ	35	8
82		6	監置・請求 監置精神病患者□□□ 助請求書	□□□助	24	4	
83		7	監置・請求 同上	□□□治	32	6	

84	8	監置・請求	同上	□□□助	67	13
	9	監置・請求	同上	□□次	20	2
	10	監置・私費	脳病患者私費入院二 関スル件	□□□ル	24	
85	11	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□義務 者調査ノ件	東京市浅草 区長	6	
86	12	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 □□□	東京市向島 区役所	4	
87	13	被・資産および 扶養者調査依頼	同□□□ニ関スル件	岡山県久米 郡	7	3
88	14	被・資産および 扶養者調査依頼	資力調査ノ件□□□ 他五名		3	
89	15	被・資産および 扶養者調査依頼	資産状態調査ノ件□ □□		12	5
90	16	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者入院取下願 □□□		4	
91	17	その他	精神病患者監護申請二 戸籍謄本添付ノ件		1	
92	18	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		5	
93	19	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
94	20	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		2	

	95	21	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
	96	22	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
	97	23	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
	98	24	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
	99	25	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件		3	
恤救書類 昭和13・15年(A406)	102	1	監置	脳病患者□□□入院 二関スル件		13	
	103	2	監置	脳病患者□□□入院 二関スル件		22	
	104	3	監置	脳病患者□□□入院 二関スル件		23	
	105	4	監置	脳病患者□□□入院 二関スル件		17	
	106	5	被・資産および 扶養者調査依頼	扶養義務者調査ノ件	東京市品川 区長	3	
	107	6	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 資力調査ノ件	大阪市此花 区長	4	
	108	7	監置・請求	精神病患者□□□監護		25	3

			費請求書			
	109	8	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	八王子市長	8
	110	9	その他	精神病患者ノ取扱ニ関 スル件	岐阜市役所	3
	111	10	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者□□□ニ関 スル件	麻布区役所	3
	112	11	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	世田谷区	6
	113	12	監置・請求	脳病患者□□□退院 ノ件		13
	114	13	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	世田谷区	5
	115	14	監置・請求	脳病患者□□□退院 ノ件		21
	116	15	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	世田谷区	7
	117	16	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者入院費納入 義務者其他調査ノ件	大阪市南区	3
	118	17	その他	精神病患者監置ニ関ス ル件	和歌山市社 会課	3
年(4406) 追加の2文書	119	1	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	荒川区長	2
	120	2	被・資産および 扶養者調査依頼	同	大正区長[大 阪市]	2

121	3	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病院入院費納入 義務者資力調査ノ件	北区長[大阪 市]	4	
122	4	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	荏原区長	2	
123	5	監置・請求	精神病患者委託費廃止 二関スル件		10	
124	6	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病院入院費納入 義務者資力調査ノ件	北区長[大阪 市]	4	
125	7	被・資産および 扶養者調査依頼	扶養義務者調査ノ件	品川区長	4	
126	8	被・資産および 扶養者調査依頼	戸籍謄本請求義務者 調査ノ件	芹香院	2	
127	9	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	荒川区長	4	
128	10	被・資産および 扶養者調査依頼	精神病患者扶養義務者 調査ノ件	豊島区長	4	

「救護法関連史料 簿冊・文書名別」

*精神医療、患者に関する文書番号は、執筆者の追記分である。

整理番号	登録番号	完結年度	簿冊名	旧所管課	精神医療、患者に 関係する文書番号	
A	109	S07-永 18	昭和 07	社会 事業書類 5 の 4	社会 課	15, 20
A	140	S08-永 27	昭和 08	社会 事業書類 11 の 5	社会 課	4
A	146	S08-永 33	昭和 08	社会 事業書類 11 の 11	社会 課	31

A	174	S09-永 22	昭和 09	救護関係書類	社会 課	51, 61, 74, 77, 79, 82, 89, 92
A	175	S09-永 23	昭和 08・ 09	社会事業書類 2 の 1 号	社会 課	2, 17, 18, 34, 42
A	176	S09-永 24	昭和 09	社会事業書類 2 の 1	社会 課	28 号の直後,
A	177	S09-永 25	昭和 09	社会事業書類 2 の 2	社会 課	5, 22, 26
A	178	S09-永 26	昭和 09	社会事業書類 6 の 1	社会 課	25, 27, 52, 53, 59
A	179	S09-永 27	昭和 09	社会事業書類 6 の 2	社会 課	52, 87
A	183	S09-永 31	昭和 09	社会事業書類 6 の 6	社会 課	11, 15, 27, 35, 48
A	209	S10-永 20	昭和 10	社会事業書類 9 の 1	社会 課	3
A	210	S10-永 21	昭和 10	社会事業書類 9 の 2	社会 課	57, 71
A	212	S10-永 23	昭和 10	社会事業書類 9 の 4	社会 課	16
A	215	S10-永 26	昭和 10	社会事業書類 9 の 7	社会 課	84, 85, 93, 94, 102
A	216	S10-永 27	昭和 10	社会事業書類 9 の 8	社会 課	79
A	217	S10-永 28	昭和 10	社会事業書類 9 の 9	社会 課	5, 10, 31, 38, 48
	250	S11-永	昭和 11	社会事業書類 10 の 1	社会	3, 27, 49, 51, 72

A		25			課	
A	251	S11-永 26	昭和 11	社会事業書類 10 の 2	社会 課	11, 64
A	252	S11-永 27	昭和 11	社会事業書類 10 の 3	社会 課	2, 3, 6
A	254	S11-永 29	昭和 11	社会事業書類 二号救 護 10 の 5	社会 課	32, 51
A	255	S11-永 30	昭和 11	社会事業書類 10 の 6	社会 課	40
A	296	S12-永 25	昭和 12	社会事業書類 弐号救 護 2 の 1	社会 課	16, 24
A	297	S12-永 26	昭和 12	社会事業書類 弐号救 護 2 の 2	社会 課	15, 45, 63
A	302	S12-永 31	昭和 12	救護関係書類	社会 課	24, 26, 36, 39, 40, 41, 47
A	333	S13-永 26	昭和 13	救護関係書類 2 冊の 1	社会 課	12, 20, 33
A	334	S13-永 27	昭和 13	救護関係書類 2 冊の 2	社会 課	74, 77, 103, 129, 135
A	336	S13-永 29	昭和 13	救護関係書類	社会 課	11, 12, 15, 18, 19, 20, 26, 31, 41, 63
A	376	S14-永 25	昭和 14	救護関係書類	社会 課	54
A	404	S15-永 15	昭和 15	救護関係書類 2 冊の 1	社会 課	16
A	405	S15-永 16	昭和 15	救護関係書類 2 冊の 2	社会 課	66, 67

A	417	S16-永 07	昭和 16	保護事業書類	社会 課	31, 37
A	425	S17-永 07	昭和 17	保護事業関係書類	社会 課	文書番号がつけられていない

神奈川県立公文書館所蔵：精神医療・精神障害者関連文書

- 神奈川県立公文書館蔵『昭和 34 年 精神障害者診察保護申請関係綴』No.1.
BH6-512
- 神奈川県立公文書館蔵『昭和 34 年 精神障害者診察保護申請関係綴』No.2.
BH6-513

参考一次統計資料

- 大阪市救護事務協議会編.(1937).『救護事務提要』.大阪市救護事務協議会.
- 神奈川県総務部統計調査課.(1935).『昭和八年 神奈川県統計書』.神奈川県.
- 神奈川県民生部社会福祉課.(1960).『被保護精神障害者実態調査』.神奈川県民生部社会福祉課.
- 神奈川県民生部保護課.(1965).『生活保護統計年報』.神奈川県民生部保護課.
- 神奈川県立芹香院.(1936).『神奈川県立芹香院概況要覧(第三号)』.神奈川県立芹香院.
- 菅修.(1937).「本邦ニ於ケル精神病者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査」.『精神神経学雑誌』.41(10).
- 京都市社会課.(1935).『京都市に於ける精神病者及其の収容施設に関する調査』.京都市社会課.
- 厚生省.(各年度).『衛生年報』.厚生省.
- 厚生省.(1960).『昭和 31 年 在院精神障害者実態調査報告』.厚生省.

- 厚生省公衆衛生局.(1959).『精神衛生実態調査報告 昭和 29 年』. 厚生省公衆衛生局.
- 厚生省公衆衛生局.(1965).『わが国における精神障害の現状：昭和 38 年精神衛生実態調査』. 厚生省公衆衛生局.
- 厚生省公衆衛生局.(各年度).『わが国の精神衛生』. 厚生省公衆衛生局.
- 厚生大臣官房統計調査部編.(各年度).『衛生行政業務報告』. 厚生省統計協会. 厚生大臣官房統計調査部.
- 厚生大臣官房統計調査部編.(各年度).『患者調査』. 厚生大臣官房統計調査部.
- 厚生大臣官房統計調査部編.(各年度).『社会福祉行政業務報告』. 厚生大臣官房統計調査部.
- 厚生大臣官房統計調査部編.(各年度).『病院報告』. 厚生大臣官房統計調査部.
- 厚生省社会局保護課.(1981).『生活保護三十年史』. 社会福祉調査会.
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・傷害保健課、(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所.(2014).『精神保健福祉資料 平成 24 年 6 月 30 日調査の概要』.(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部.
- 国勢院編纂.(1921).『日本帝国統計年鑑 第 40 回』. 国勢院.
- 東京市社会局編.(1936).『救護法に依る被救護世帯調査 昭和 10 年度』. 東京市社会局.
- 東洋経済新報社編.(1991).『昭和国勢総覧 3 巻. 第 1 版』. 東洋経済新報社.
- 内務省衛生局.(各年度).『衛生局年報』. 内務省衛生局.
- 日本統計協会編、総務省統計局監修.(2006).『新版日本長期統計総覧』. 日本統計協会.
- 癩予防協会.(1935).『癩予防施設概観』. 癩予防協会.

文献目録

- E・ショーター. (1999). 『精神医学の歴史 隔離の時代から薬物治療の時代まで』. 青土社.
- Forcythe, B., & Melling, J. (1999). *Insanity, Institutions and Society: New Research in the Social History of Madness*. Routledge.
- M・フーコー. (1977). 『監獄の誕生』. 新潮社.
- Scull, A. (1993). *The Most Solitary of Afflictions ; Madness and Society in Britain, 1700 - 1900*. Yale Univesity Press.
- Susan B. Carter et al. (2006). *Historical Statistics of the United States: earliest times to the present. volume1, Population*. Cambridge University Press.
- Suzuki, A. (2003, sep). A brain hospital in Tokyo and its private and public patients、 1926-45'. *History of Psychiatry, 14*(3).
- 赤倉貴子. (2003年7月). 「大正8年「精神病院法」運用過程における問題点」. 『六甲台論集 法学政治学篇』.
- 青山良子. (2000年). 「精神病者の家族の役割—「精神病者監護法」における管理システム—」. 『解放社会学研究』, 14.
- 安藤道人, 後藤基行. (2014年10月). 「精神病床入院体系における3種類の成立と展開—制度形成と財政的」. 『医療経済研究』, 26(1).
- 猪飼周平. (2010). 『病院の世紀の理論』. 有斐閣.
- 板原和子. (2010年3月). 「戦前のお大阪府における代用精神病院の増加について」. 『大阪体育大学短期大学部研究紀要』(11).
- 岩永理恵. (2011). 『生活保護は最低生活をどう構想したか—保護基準と実施要領の歴史分析』. ミネルヴァ書房.
- 大阪市救護事務協議会編. (1937). 『救護事務提要』. 大阪市救護事務協議会.
- 大谷実, 中山宏太郎. (1980). 『精神医療と法』. 弘文堂.
- 大谷藤郎. (1965). 『地域精神衛生活動指針』. 医学書院.
- 岡上和雄, 大島巖, 他. (1988). 『日本の精神障害者—その生活と家族—』. ミネルヴァ書房.
- 岡上和雄他編. (2006). 『精神保健福祉士の基礎知識 下』3訂. 中央法規.

- 岡田靖雄.(2002).『日本精神科医療史』.医学書院.
- 樋上貞男.(1955).『精神衛生法事務提要』.医学通信社.
- 風間朋子.(2011).「社会保障制度の担い手としての精神障害者家族—精神病者監護法を中心に」.『人間の福祉』(25).
- 加藤正明,見浦康文,滝沢武久.(1990).『精神保健実践講座⑧ 精神保健行政と生活保障』.中央法規出版.
- 加藤敏他編.(2011).『現代精神医学事典』(第1版).弘文堂.
- 神奈川県総務部統計調査課.(1935).『昭和八年 神奈川県統計書』.神奈川県.
- 神奈川県民生部社会福祉課.(1960).『被保護精神障害者実態調査』.神奈川県民生部社会福祉課.
- 神奈川県立芹香院.(1936).『神奈川県立芹香院概況要覧(第三号)』.神奈川県立芹香院.
- 川村貞四郎.(1926年3月).「精神病者ノ取扱」.『警察研究』(3), (岡田靖雄、橋本明解説『精神障害者問題資料集成』戦前編第4巻所収).
- 川本哲郎.(1990).「強制入院の正当化根拠」.『法と精神医療』(4).
- 菅修.(1937).「本邦ニ於ケル精神病者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査」.『精神神経学雑誌』,41(10).
- 吉川武彦.(1980).「精神衛生統計」.著:懸田克躬編,『現代精神医学大系23C 社会精神医学と精神衛生』.中山書店.
- 京都市社会課.(1935).『京都市に於ける精神病者及其の収容施設に関する調査』.京都市社会課.
- 黒木利克.(1955年4月).「生活保護法による医療扶助」.『公衆衛生』,17(4).
- 桑原治雄.(1997).「これからの精神保健福祉の展望のために」.『社会問題研究』,47(1).
- 公衆衛生法規研究会編.(1976→1977).『精神衛生法詳解』第2版.中央法規出版.
- 厚生省大臣官房統計調査部編.(1961).『衛生年報 昭和34年』.厚生省衛生局.
- 国勢院編纂.(1921).『日本帝国統計年鑑 第40回』.国勢院.

- 後藤基行.(2011).「日本におけるハンセン病「絶対隔離」政策成立の社会経済的背景－戦前期統計からの考察－」.『年報社会学論集』(24).
- 後藤基行.(2012年11月).「戦前期日本における私立精神病院の発展と公費監置－「精神病患者監護法」「精神病院法」下の病床供給システム－」.『社会経済史学』,78(3).
- 後藤基行.(2012年10月).「戦前期日本における精神病患者の公的監置－精神病患者監護法下の患者処遇－」.『精神医学史研究』,16(2).
- 後藤基行,安藤道人.(作成HP).「精神医療データベース」.
<https://sites.google.com/site/seishiniryyo>.
- 小山進次郎.(1951).『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』.中央社会福祉協議会.
- 実本博次.(1952).「生活保護法の医療扶助における補足性の問題(一)－特に精神衛生法及び結核予防法との関係について－」.『社会事業』,35(12).
- 篠原由利子.(2013年3月).「医療保護入院・保護(義務)者制度を巡る論議の変遷」.『佛教大学社会福祉学部論集』(9).
- 鈴木晃仁.(2014).「脳病院と精神障害の歴史-昭和戦前期の精神病院における患者デモグラフィと治療の構造」.著:山下麻衣編,『歴史のなかの障害者』.法政大学出版局.
- 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編.(2000).『精神保健福祉行政のあゆみ』.中央法規.
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会.(2005年).『精神保健学 第2巻』改訂第3版.へるす出版.
- 袖木崎次郎.(1954).「生活保護法における医療扶助の問題点」.『社会保険旬報』(398).
- 高野六郎.(1934年5月).「精神病患者に対する施設の概況」.『精神衛生』,1(7).
- 竹中勲.(1986年3月).「同意入院・保護義務者制度の法的検討」.『論集神戸大学教養部紀要』,37.
- 寺脇隆夫.(2007).『救護法の成立と施行状況の研究』.ドメス出版.
- 東京市社会局編.(1936).『救護法に依る被救護世帯調査 昭和10年度』.東京市社会局.

- 東洋経済新報社編.(1991).『昭和国勢総覧 3 巻. 第 1 版』. 東洋経済新報社.
- 仲アサヨ.(2010).「精神科特例をめぐる歴史的背景と問題点」.『Core Ethics』, vol.6.
- 中川清.(1997 年 10 月).「救護法の社会政策的意義」.『経済学論叢』, 49(2).
- 中山宏太郎.(1980).「精神衛生法の諸側面」. 著: 大谷実編,『精神医療と法』. 弘文堂.
- 日本精神衛生会編.(1973).『日本の精神衛生』. 日本精神衛生会.
- 橋本明.(2006 年 3 月).「大分県公文書館所蔵『昭和十五年 監置精神病者に関する綴』 解題」.『愛知県立大学文学部論集 社会福祉学科編』, 54.
- 橋本明.(2011).『精神病者と私宅監置』. 六花出版.
- 昼田源四郎(編).(2001).『日本の近代精神医療史』. ライフ・サイエンス.
- 広田伊蘇夫.(1981).『精神病院—その思想と実践』. 岩崎学術出版.
- 広田伊蘇夫.(2004).『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』. 批評社.
- 副田義也.(1995).『生活保護制度の社会史』. 東京大学出版会.
- 藤井綏彦.(1954).「所謂第二種病院等の問題」.『精神病院』(2).
- 古屋龍太.(2015).『精神科病院脱施設化論—長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』. 批評社.
- 前田正久.(1954 年 12 月).「数字でみた精神障害者—精神衛生実態調査から」.『厚生の指標』, 1(15).
- 牧園清子.(1999).『家族政策としての生活保護—生活保護制度における世帯分離の研究』. 法律文化社.
- 宗像恒次.(1984).『精神医療の社会学』. 弘文堂.
- 山下剛利.(1985).『精神衛生法批判』. 日本評論社.
- 山下剛利.(1987 年 8 月).「精神衛生法の戦後史」.『法学セミナー』増刊 総合特集シリーズ(37).
- 吉岡真二.(1964).「精神病患者監護法から精神衛生法まで」. 著: 精神医療史研究会編,『精神衛生法をめぐる諸問題』. 病院問題研究会.
- 吉岡真二.(1982 年 10 月).「私宅監置調査の現代的意義」.『日本医史学雑誌』, 28(4).

- 吉原健二，和田勝.(2008). 『日本医療保険制度史 増補改訂版』. 東洋經濟新報社.