

# 生活困窮からみる精神障害者支援の歴史的変遷

## —生活困窮者支援に精神医療の果たした役割—

酒 本 知 美

### Historical changes in support for people with mental disabilities living in poverty

- The role of psychiatric medical care provided to poor people -

Tomomi Sakamoto

#### Abstract

Support for people with mental disabilities in Japan focuses primarily on psychiatric medical care. Sometimes it went beyond medical care and affected people's lives. A system unique to Japan has been established, in which families are responsible for their care and financial burden. People with mental disabilities and their families are originally poor, and in some cases, poverty occurs due to employment loss or long-term medical expenses due to illness. Although poverty has been a longstanding problem, efforts to eradicate it remain insufficient.

Before World War II, 'seisinsbyoushya-jizen-kyuchikai' —a charity organisation for people with mental disabilities—provided support for people with mental disabilities living in poverty. This support is similar to modern social work.

**Key Words:** people with mental disabilities, poverty, charity organisation for people with mental disabilities, social work

#### 要旨

日本の精神障害者支援は、主に精神科医療を中心に支援が行われてきた。それは、医療の枠を超えて生活におよぶこともあった。こうした背景には、日本独特の家族に精神障害者のケアやそして経済的な負担をさせるという仕組みがあった。特に、本人や家族の経済的な負担に注目すると、もとより生活困窮であるだけでなく、労働力の損失や長期に渡る医療費負担のため、生活に困窮する家族も少なくない。精神障害者の生活困窮の問題とそこから派生する生活の問題は大きく、精神科医療の黎明期から課題となっていたが、十分な対策が取られてこなかった。

こうした中で、戦前に活動していた精神病者慈善救済会は生活困窮状態にある精神障害者に対して、支援を行っていた。さらには、精神障害について理解を深めるための普及活動を行うなど、精神障害者に対するソーシャルワークに近い実践が行われていた。戦前のこうした活動の意味を改めて検証する。

キーワード：精神障害者、生活困窮者、精神病者慈善救済会、相談支援

## I はじめに

精神障害者<sup>1)</sup>は「病気の治療」という視点から、明治期以降は医療を中心に様々支援が展開されてきた。海外において地域に治療や生活の場を移行していった1950年以降も日本の精神障害者は、入院という形態での治療や「生活」を強いられてきた。また、精神衛生法と精神保健法による支援が展開されていたため、1993年の障害者基本法の成立まで障害福祉の枠組みで支援が展開されることはなかった（眞野 2005）<sup>2)</sup>。

2003年に支援費制度が施行されるまで障害福祉は措置制度による運営であり、公的責任（財源）において支援が身体障害や知的障害のある人たちに行われていた<sup>3)</sup>。しかし障害福祉の対象ではない精神障害は、縦割り行政の中であって、障害福祉という枠組みで支援が提供されてこなかった。

戦後の精神障害者は医療によるサービスが主となっていたため、措置入院や医療扶助による入院を除くと、本人や保護者等に医療費の支払い負担があった。そのため、医療機関が多い地域や本人や家族に十分な財源がある場合や、事前に精神障害に関する知識などがあれば、受診する精神科病院を選択することは可能であったと思われる。そしてこのように選択肢があったのは、精神科病院の受診については、医療保険が適用されているため、本人が病院を選ぶことが「可能ではあった」という差によるものであった。しかし、入院について考えると、精神衛生法においては、措置入院と家族による同意入院という強制入院のみが法律に規定されており、精神障害者にとっては、退院を自由に選択できる状況にはなかった。

また、精神障害者が精神科の病院に入院するということは、家族をケアから解放し、措置入院や医療保護入院を利用することで、経済的な支援も受けるという状況が生まれた（後藤 2019）。法律や支出される根拠法の違いはあるが、精神科病院に入院するということは、他の障害者にとっての施設処遇と同様に、住み慣れた地域以外の場に生活の拠点を移すという構図があったといえる<sup>4)</sup>。

そこで、本研究では、精神障害者が1993年に障害者基本法に精神障害者が障害者の定義として含まれるまでの医療を中心とした支援について、明治期以降に医療と障害福祉の領域でどのような精神障害者支援が行われ、その中でも特に貧困問題をどのように捉えてきたのかということとを整理し、「生活困窮者としての精神障害者」の支援がどのように実践されてきたのかについて探っていく。

## II 日本の精神医療の歴史と精神障害者

### 1 近代精神医療の黎明期

古くから日本では精神障害者の治療は神社・仏閣や民間施設において行われていた。東京の高尾山や京都市の岩倉などは有名とされた場所で、伝統的な祈祷療法や灌水療法が行われていた<sup>5)</sup>。信仰などを中心として行われていた治療に、明治期に入り西洋医学の体系が持ち込まれたこともあり、こうした神社・仏閣や民間施設における治療から西洋医学による治療へと移っていく(金川 2012, 中村 2013, 岡田 2002)

日本で最初に公立精神科病院として認可されたのは、1875(明治8)年の京都癲狂院である<sup>6)</sup>。また、1878(明治11)年には加藤瘋癲病院が明治時代最初の私立の精神科病院となった。金川によると、加藤瘋癲病院は私立であっても医師や施設の面で西洋式の精神科病院であることが評価されたためであるという(金川 2012:24)。このように、明治初期には西洋医学による医療を提供する精神科病院が設立されていたが、その数は不十分であった。

一方で、公立病院であった京都癲狂院は、1882(明治15)年に入院者数が増えていたにもかかわらず、財政的な理由により廃院となっている。岡田も「この病院の廃院は日本の精神科医療史にとって象徴的なことであった」(岡田 2002:150)と述べている通り、医療を必要とする人たちがいても、財政的な理由により公立病院は廃院になることがわかる。そして、京都癲狂院ができたために閉鎖されていた岩倉大雲寺の保養所の近くに1884(明治17)年、西洋式の医療を取り入れた私立の岩倉癲狂院が設立した。日本最初の公立の精神科病院の財政難による閉鎖後の患者を受け入れたのが民間の精神科病院であったという事実は、その後の日本の精神医療が民間の病院依存になっていく構図を予期させるできごとだったといえよう。

また、1874(明治7)年には東京衛戍病院<sup>7)</sup>に精神病室が建設され、各地に広がっていく。精神病室での対応は、医療を施すことを目的とせず「興奮している患者を保護するための個室で、外からカギのかかる部屋」(金川 2012:23)に隔離拘束することであった。富国強兵を目指した明治政府は、国策として陸軍病院や海軍病院を優遇していったが、その際に精神病を発症した兵士たちに対して行われたのは、治療ではなく隔離収容という形の処遇であった。精神病に罹患した一般の人たちに西洋式の医学を取り入れようと近代化を進める一方で、陸軍や海軍の病院では、精神障害者は隔離収容という形が治療よりも優先される状況がみられた。

### 2 精神病患者監護法と精神病院法下の状況(1900年～1950年)

1900(明治33)年に精神病患者監護法が施行された。この法律は、警察に届け出を行い、精神障害者を自宅もしくは精神科病院や精神病室に監置する手続きについて定めたものである。法律が提出された際には「伝染病とおなじように社会に害をあたえるが、精神病は経過がながいので公費負担は原則としてかんがえない」(岡田 2002:140)と説明されたという。そのため、費用は精神障害者や監護義務者や扶養義務者が負うことになった。治療を行うことを目的

とした近代的な病院を作ることを目指す流れがある一方で、治療ではなく監置を行う法律が成立したことになる<sup>8)</sup>。この法律の目的の一つは、精神障害者が不当に監置（監禁）されることがないように警察に届け出て、行政より許可を得るという側面もあったが、その根底には精神障害者が社会に害を与える存在という考えがあり、彼らを隔離収容することを求めたものであった。また、法が監置することを求めるものであるにもかかわらず、その費用を本人や監護義務者等に負わせることで、公費負担が生じない仕組みづくりが行われた。さらに、この時期は精神科病院も精神病室もほとんどないため、私宅監置が主流となっており、医療の対象ではなく、隔離をすること、またその責任を家族に担わせることが目的の法になっていた（岡田 2002:141、兵頭 2008:195、日本精神衛生会：36）。

こうした中、呉秀三らが全国の私宅監置の状況を調査し『精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』を著した。そこには、悲惨な状況に置かれている精神障害者が多く存在し、またその背景には貧困問題があることが呉らにより指摘された（呉・榎田 2000:106）。そして、この調査を経て、1919（大正8）年の精神病院法の成立に向かっていく。精神病院法では、精神障害者に医療を提供し、その医療に対して公的責任を持つことが示された。精神病院法により精神科病院に入院することで、監護の責任は監護義務者から精神科病の院長に移ることになるため、家族等のケア負担は大きく減少した。さらに重要なのは、この法律は費用を負担できるものは自費となるが、費用負担のできない貧困層については、医療費が公費で賄われることになった点である（岡田 2002:174-175）。私宅監置においても、生活困窮の状況にある精神病者の置かれている状況が劣悪であったことは呉らの報告書により明らかになっていたため、こうした精神障害で貧困状況にある層をターゲットとした法律が成立したことの意義は大きい。しかし、精神病院法が成立した後も、公立病院建設等のための十分な予算が割り当てられることは無く、私立の病院が代用病院としてされた。また、私宅監置の状況は続いたため、精神障害者が十分な利益を受けるという状況に至るまでにはならなかった。

こうして、この時代は精神病者監護法と精神病院法という二つの法律が同時に存在することになった。一つの病院に、精神病者監護法（主に私費）の適用によって入院している人と精神病院法（主に公費）が混在する状況も生じるようになった。

明治から昭和初期にかけて、精神医療黎明期から続く西洋医学を取り入れた科学的な治療を行うことを目指しつつも、保安目的として治療ではなく監置が行われ始めた。また、家族に監置の責任を負わせるとともに、その費用さえも負わせるという、この時代の精神障害者支援の仕組みが戦後も維持されることになった。

### 3 精神衛生法の成立から障害者基本法まで（1950年～1993年）

精神衛生法は、1950年に成立した。それまで「精神病者」とされていた人たちは「精神障害者」という広い枠組みの中に定義された。また、「監護者」とされていた家族は、第二十条で「精神障害者については、その後見人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護義務者となる。」と「保護義務者」として改めて規定された。戦前からの家族が精神障害者に対する責任を負うシ

システムが維持されたのである。

そして、精神衛生法が制定されたことで、精神病患者監護法と精神病院法は廃止となった。精神衛生法の中に、措置入院、同意入院、仮入院<sup>9)</sup>という3つの入院形態が規定された。統合失調症等で病状が重篤な時には、家族は本人に振り回されるため、医療機関に結びつけるだけで疲弊してしまうことが多い。また、家族は病状の悪い時に対応しているため、退院後に引き受けることへの不安も大きいことや、負うべき責任も重かった。そのため、同意入院という「保護義務者の同意」で継続できる入院制度がある場合、消極的であったとしても、その制度を利用する家族の心理的な状況は想像するに難くない。しかし、精神障害者本人からすると、強制的に入院をさせられたという思いが強いこと、また退院の時期がわからないことなどの不安は大きく、医療機関だけではなく、家族への不信も大きくなる入院制度であったと考えられる。こうした家族に依存する日本の精神保健福祉のシステムは、一方で家族間の軋轢を生むものになっていた。

このように、精神衛生法はそれまでであった私宅監置という自宅における隔離から、精神科病院の隔離へとその姿を変えたといえる。また、精神病院法が廃止となったことで、生活困窮の状況にあった人たちの医療費の問題が発生するが、同年の1950（昭和25）年に成立した生活保護法の医療扶助がその役割を担うことになっていく。小山は、生活保護法が成立する過程において、精神障害者の医療扶助について、精神衛生法の措置入院による公費負担があることを示したうえで、精神衛生法の措置入院のための予算が十分に確保されていないことから、「精神衛生対策の責任の大半を生活保護制度に実質的に送り込む結果ともなり、この法律の趣旨からみても甚だ遺憾であると申さなければならない」（小山1975:138）と述べており、医療扶助の対象となる同意入院が選択されることを予見していた。

また、1961（昭和36）年に国民皆保険となるが、精神病は長期に及ぶ医療、とくに入院が必要になることもあり、その負担を本人や家族が負い続けることも難しく、1960年代から1970年代には措置入院制度を使い、経済措置と呼ばれる医療費を公費負担とすることも貧困政策の一つとなっていた（後藤2019:177-181）。

その後、1980年代に発覚した宇都宮病院事件等の精神科病院内での精神障害者に対する暴行事件等の発生により、日本は国連から精神障害者に対する人権侵害についての改善を求められた。そこで1987（昭和62）年に精神衛生法は、精神保健法に名称変更をし、法律の内容も改正された。この法律で初めて「任意入院」という精神障害者本人の意思による入院制度が法律上に規定された。さらには、精神障害者の社会復帰施設の設置が法律として設置することが可能になり、精神障害者のための地域移行が政策として動き出した<sup>10)</sup>。しかし、保護義務者については、通院医療費公費負担の申請や、入院患者についての退院等の請求の項目が定められたが、それ以外の義務に関する要件について大幅な変更は無く、家族の負担は相変わらず重いものであった。

この頃より、精神障害者が地域で生活する方向性が示されたと言えるが、1960年代に入院した人たちの中には、すでに20年近く入院が継続されている層が発生しており、家族だけではなく、地域社会と断絶された状況が生じていた。この時点において、すでに地域で新しい生活を始めるには様々な困難な層が生まれていたのである。



### Ⅲ 地域相談からみる精神障害者支援

#### 1 精神障害者の生活困窮の背景

民間信仰による治療が行われている頃から、精神障害者が医療等を受けるためには経済的な負担が生じていた<sup>11)</sup>。貧困状態の中で精神疾患に罹患するという状況だけに限らず、本人の精神病の罹患により、就労による将来的な収入を失うことに加え、長期に渡り医療費負担が生じることから、発病時点では貧困状態に無い層も将来的には生活が困窮する可能性がある。また、家族も精神障害者の監護にかかる費用や治療費の負担が長期に渡ることや、将来期待していた労働力を得ることが難しくなるため、その財産を使い果たすなどして貧困状態に陥ることもあり、生活困窮者としての支援も必要になることあった。しかし、恤救規則や救護法は対象も狭く、十分に機能していない状況であった<sup>12)</sup>。

こうした中で、監護にかかる費用や医療費（以下、医療費等）については、精神病患者監護法の第10条の「監護ニ要シタル費用ハ被監護者ノ負擔トシ被監護者ヨリ辯償ヲ得サルトキハ其ノ扶養義務者ノ負擔トス」<sup>13)</sup>や精神病院法の第5条「地方長官ハ入院者ヨリ入院費ノ全部又ハ一部ヲ徴収スルコトヲ得地方長官入院者ヨリ徴収スルコトヲ得ズト認ムルトキハ其ノ扶養義務者ヨリ之ヲ徴収スルコトヲ得」にあるように、まずは自身が医療費等を負担することが求められるが、難しい場合は監護義務者や扶養義務者がその責を負うことになるため、本人に加え家族も生活困窮の状況になる可能性があった。

そして、ここで問題としたいのは、精神障害者のいた家族の経済状況である。『精神病患者私宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察』では、被監置者の資産に関する記述があるが、そこで一番多いのは「下等」であり、全体の50.8%を占めていた。より細分化した数値によると、最貧困とされる層が26.3%となっていることがわかる（呉・樫田 2002：45）<sup>14)</sup>。扶養義務者に経済的なゆとりがある場合は、監置費用は扶養義務者が負うことになるが、上記に示されている通り、扶養義務者も貧困状態にある場合も多い。その上、長期に渡る私宅監置や私費による治療は、その「イエ」の経済状況を悪化させることもあった<sup>15)</sup>。つまり、精神病患者監護法の時代から、精神障害者本人やその家族の経済状況は、被監護者の監置の状況に影響していたのである。

#### 2 地域で展開された相談

##### (1) 救済会が目指したもの

こうした社会状況の中、呉秀三がドイツやオーストラリア留学中に退院患者を支援する活動をしていた救護会<sup>16)</sup>に出会った。帰国後、この救護会の活動を大日本婦人衛生会で講演したことが始まりとなり、1902年に精神病患者慈善救済会（以下、救済会）<sup>17)</sup>が設立された。救済会の『救済会の趣旨及規則』の趣旨及沿革には「貧困不遇な精神病患者の救済慰安を主な目的として創立せられたものでありまして」とあり、貧困状態にある精神障害者への救済を目的として結成された団体であることがわかる。また、その第三条には、「本会ハ不遇ナル精神病患者ノ治療、保護、

慰安、其他精神衛生ニ関スル社会事業を以テ目的トス」としていて、医療（治療）の提供にとどまらず、経済状況という生活を見据えながら活動していることが救治会の趣旨と規則からみることができる（岡田ら 2011:3）。

この救治会は、①診療部として、公費になるまで救治会が入院の費用負担を行うベッド事業、②慰安部として、精神科病院に入院している患者等への物品の寄付や余興の実施、③保護部として、生活困窮者を対象として、他府県在住者への退院後の旅費の補助や家族看護、④相談部、⑤作業部として、入院している患者に対する作業療法の提供、⑥精神衛生知識の普及、⑦編集部による会報等の作成という各部があった。また、これらの活動報告が『救治会々報』に掲載されている。これらの活動の中に生活困窮の状態にある精神障害者に対して無料診療や無料入院や入院料の補助、退院者に現在でいうところの福祉的就労の機会の提供や就職あっせん、精神障害者収容のための医療施設の建設や精神障害者のうちの無縁病死者慰霊債への寄付などが含まれていた（岡田ら 2011:3）。

## （2）社会事業としての相談部の役割

相談部でその活動内容が報告されている相談所は、関東大震災後に精神障害者の救済のために臨時の救護所とともに 1923（大正 12）年に設立された。臨時の救護所<sup>18)</sup>では、軽傷及び回復期の精神障害者を収容した。また、相談所については、精神障害に関する治療や看護に加え、法律などの相談を受けることを目的とした（岡田ら 2016:155）。

ここで重要なのは、末田も指摘している通り「相談部の機能は「治療」とは異なる位置付け」（末田 2023:97）であったことだ。相談部の報告の記載が始まる第 53 号の会報には 14 件の事例が記載されている。その相談内容は、①公費医療費の申請手続き、②他の病院や施設への転院調整、③公費医療費の申請、④救護法の利用申請、⑤生活困窮の状況にある精神障害者に対する医療費支給、⑥精神病に関する相談、⑦受診や入院のための運賃の支給などで、現在の精神保健福祉士等が行う業務と同様のものが実施されていた。この 14 件に相談を受けたのち救治会の「無料ベッド取扱」<sup>19)</sup>になったものは含まないと記載されていることから、実際には 14 件よりも多くの相談があったと考えられる（岡田ら 2016:258）。

救治会会報で相談件数が事業報告として掲載されるようになったのは、第 53 号（昭和 7）年からである。表 1 に示したように、その件数は、最大で 30 件となっていて、年間の数としては決して多くない。しかし、第 53 号の事例や、第 57 号以降は「本会ベッド収容或は警察署方面委員へ紹介」（岡田ら 2016）と記載されているように、相談所から救治会のベッド事業に結びつけたり、精神病患者監護法や精神病院法による処遇のために警察につなげたり、方面委員<sup>20)</sup>へ紹介状を発送するなどの業務を行っていたことがわかる。こうした相談部の機能は、現在の精神保健福祉士の役割に近いものであったといえる<sup>21)</sup>。

表 1 救済会会報事業報告 相談部事業の相談件数<sup>22)</sup>

年度報告	会報	相談件数	注
1930（昭和 5）年	第 51 号	—	精神衛生相談所開設
—	第 52 号	—	欠番
1932（昭和 7）年	第 53 号	14	事例あり
1933（昭和 8）年	第 54 号	27	
1934（昭和 9）年	第 55 号	24	
1935（昭和 10）年	第 56 号	16	第 55 号には 1~9 月 13 件の記載あり
1936（昭和 11）年	第 56 号	9	
1937（昭和 12）年	第 57 号	30	相談所の対応の記載あり
1938（昭和 13）年	第 58 号	15	相談所の対応の記載あり
1939（昭和 14）年	第 59 号	23	相談所の対応の記載あり
1940（昭和 15）年	第 60 号	15	相談所の対応の記載あり

（救済会会報 第 51 号～第 60 号 事業報告より筆者作成）

## IV 障害者福祉と精神障害者支援の歴史

### 1 障害福祉における精神障害者の位置づけ

「精神障害者」という呼称は、1950（昭和 25）年の精神衛生法第 3 条に「この法律で「精神障害者」とは、精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう。」と定義されたことに始まる。それまでの精神病患者監護法や精神病院法においては「精神病患者」とされていたことからの呼称変更であった。しかし、呼称変更はあったが精神障害者は障害福祉による枠組みではなく、医療中心の枠組みの中で支援がその後も続いていった。

1970（昭和 45）年に制定された心身障害者対策基本法<sup>23)</sup>の「心身障害者」の定義には、精神衛生法が定義する精神障害者が含まれることはなかった。そして、精神障害者が「障害福祉」の対象になるのは、障害者基本法が制定される 1993（平成 5）年まで待つことになる。

この間に、精神衛生法は 1987（昭和 63）年に精神保健法に改正され、精神障害者社会復帰施設（精神保健福祉法第 10 条）が定められ、当時の社会福祉事業法の中について第二種社会福祉事業としてこれらの施設が明記され、社会福祉を背景とする法的な根拠を持つ事業になった。このように地域の精神障害者支援の場ができたことの意義は大きいですが、この時点でも精神障害者は障害者福祉の枠の外側に置かれ、また精神障害者を地域で支えるためには、圧倒的にその数が不足していた。一方で、医療機関では 1974（昭和 49）年度にデイケアの診療報酬点数化が実施され、精神障害者の地域生活の際の日中活動の場として提供された。つまり、地域生活における支援という点においても、医療の対象としての精神障害者という枠組みが制度上では先行していた。



## 2 地域における精神障害者支援

医療中心に精神障害者支援は展開されていたが、精神障害者が政策的に障害者福祉として扱われる前から、地域では福祉的活動は展開されていた。その一つは、精神障害者の家族会である。全国組織として、1970年代の終わりごろから精神障害者の社会復帰施設の設置を含む精神障害者福祉を政策に盛り込むための活動を開始していた。また、同時に当事者同士の支え合いであるピア活動も行われてきていた。ピア活動は、精神障害者同士が病気の経験を通して相互に支え合うだけでなく、自らの経験を生かしながら他の精神障害者に働きかけることで自らが社会資源となり活躍し、組織化していくという活動につながっていった。そこでは、支援を受ける精神障害者像だけではなく、支援者としての精神障害者という形を示されていた。

また、フォーマルなサービスとしては、精神科デイケアに加え、保健所が地域相談や居場所の提供を行っていたが、こうした活動に加えて地域の無認可の居場所としての作業所なども作られていった。こうした作業所などは、法的な根拠が無いために財政的な支援を受けることは無かったが、その代わりに活動の自由度は高かった。こうしたインフォーマルな活動は、社会（地域）に基盤を置き、社会との接点を持つことを重視しながら支援を提供していた。しかし、このような活動を組織的に続けるためには、財政面は作業所で作ったものを販売して収入を得たり、会員制度を取っていれば会費や寄付を徴収したり、さらには自費で賄う必要がある。インフォーマルな活動では、その作業所等を利用する際の利用費を徴収しないことなどは可能だったと思われるが、生活困窮の状況にある精神障害者やその家族を、生活保護制度や障害年金の申請など公的な支援に結びつけることはあったとしても、生活困窮者支援という視点で見るとその影響力は弱かったといえる。

## V 結論

日本は精神障害者支援については、長期に渡って精神医療がその役割を担ってきた。精神病患者監護法が成立した際の社会防衛の観点から隔離収容することが目的とされたことが、その後の精神障害者施策に大きく影響した。そして、戦後はその隔離収容政策を精神科病院が担うことになり、現在に続く精神科病院の長期入院の問題となった。さらに、戦後の精神衛生法の成立から、精神医療が治療だけにとどまらず、広く地域生活も含めて支援を行ってきた。現在でも問題となっているが、精神科医療のうち特に入院に財源が多く投入され、地域医療や地域の社会資源への財源の比重の割り当ては少なくなっている。

また、根本的な問題として、本人だけではなく、家族などに障害がある場合、生活全般に制限が生じることは多い。特に精神病の治療が必要な人たちは、医療費負担が生じるだけでなく、その後の収入の見込みがたたなくなることや、福祉的就労や障害年金など限られた収入のため、生涯収入が少なくなること多い。赤松も「障害問題は、一般の生活問題や所得保障の文脈で

とらえなおす必要があって、そうだとすると障害問題は貧困問題といえる」(赤松 2021: 27-28)と指摘している。

生活困窮に関する問題について、精神病患者監護法のように、家族にその負担を丸投げするのではなく、精神医療にかかる費用について、経済措置のように措置入院を活用することや、医療扶助により入院に要する医療費を国が負担していたことの意味は大きかったと考える。つまり、医療費による支援は、国が行った精神障害者やその家族に対する生活困窮者支援の一つの形態であったといえる。しかし、こうした入院による医療の偏重は、精神障害者本人の社会参加や労働する機会を奪い、経済活動を規制する事であり、生活困窮に関する根本的な問題解決には至らなかったといえる。

一方で、救済会のように社会事業を行う慈善団体が地域で精神障害に関する相談を受ける活動をしていたことは、評価される。国の支援が行き届かない貧困層の精神障害者やその家族に対して、医療の提供や相談や移送費の支給など、現在に通じる様々な社会事業が行われていた。また、この慈善活動は上流階級の女性の活躍の場であり、民間団体として運営できたのもこうした人たちの広い人脈や政治力、そして何よりも経済的な余裕があったことで実現できたといえよう。救済会は社会事業を展開し、良心的な目的意識をもった団体であったが、戦時下の統制強化の中で、日本精神衛生協会や日本精神病院協会と統合することになり、1943(昭和18)年に精神厚生会となった。戦時下であったことに加え、医療を中心とする二つの組織との統合であったことから、救済会のやってきた現在のソーシャルワークにつながるような社会活動が十分に行えなくなったことは想像に難くない。

「“精神病患者の救護・治療・予防・社会的処遇改善等のため社会事業団体”という意味では、戦後救済会は復活せずに終わったといってもよい」(日本精神衛生会 2018:62)と述べられている通り、貧困対策の一つとして運営されていた救済会の活動が終わり、精神衛生法による入院偏重の医療政策が展開されていくこととなった。

## VI おわりに

戦前は恤救規則や救護法、そして戦後は生活保護法により、生活困窮者には十分に行き届かなかったとしても、こうした法律の中で神障害者に対する一定の経済的支援があった。しかし、戦前は特にイ工制度を中心とした家族負担が大きく、その役割は十分ではないどころか、かえって生活困窮を招くような仕組みになっていた。そして、戦後は、生活保護法の医療扶助や精神衛生法の措置入院による経済措置が活用されていたが、それらを利用するために、精神障害者は精神科病院に入院することを強いられた。

精神障害者の入院という「できごと」が、生活困窮の状態にある家族にとって、そのケア負担の軽減や責任からの解放されることになった。しかし、ケアや責任からの解放がどの程度それぞれの家族の生活困窮を改善させたのかということは十分に見出すことはできなかった。今後は、こうした入院制度の活用により、家族の経済状況が改善されたのかなどその意義について明らか

にしていくことが課題である。

## 注

- 1) 本論文では、歴史的な文献も引用しながら論述を行っていく。戦前は「精神病者」という表現が一般的であった。しかし、時代によって言葉が混在することになるため、基本的には精神障害者として統一を行う。ただし、文献からの引用の場合はそのままの表現を用いる。  
また、精神病院についても同様に基本的には精神科病院と記述するが、法律や引用については精神病院と記す。
- 2) 身体障害や知的障害についても、福祉施設による隔離収容政策はとられていたが、身体障害においては青い芝の会などの自立生活運動など、早い時期から地域生活を目指す運動が展開されていた。また、知的障害者の領域でもノーマライゼーションの考えが導入されるなど、福祉の枠組みの中での地域の生活を支えるための社会資源の数の増加や地域移行に向けた取り組みがあった。
- 3) 措置制度のため、そのサービスにかかる経済的な費用についても一部自己負担はあったが、基本的には行政の負担であった。障害者本人に対するサービスに加え経済的な費用を行政が負担する仕組みは、精神科医療の経済措置と呼ばれる 1960 年代から 1970 年代に増加した措置入院にも似たものである。
- 4) 保護者制度による家族の負担はとても重いものであった（太田 2011）。2014 年に保護者制度は廃止になったが、医療保護入院では、家族の同意が求められている状況は続いている。後藤はその著書の中で貧困状態にある精神障害者に対して、戦後は医療扶助や措置入院による経済措置を利用することで医療費の負担が生じない仕組みを活用してきたことを指摘している（後藤 2019）。
- 5) 京都の岩倉では、1796（寛政8）以降に淹行などを行う精神障害者が滞在するために近隣の農家や茶屋を利用した。こうした茶屋の中には旅館として営業をしたものもあり、この地域は精神障害者の保養所となり多くの精神障害者が集った。そしてこの保養所に西洋医学による治療が取り入れられ、岩倉癲狂院へと発展していった。
- 6) 京都癲狂院は、南禅寺に設立された。しかし、1882（明治 15）年には、財政的理由により廃院となった。東京府では、1872（明治5）年に精神障害に限らず、身体障害や生活困窮の状況にある人たちを対象とした東京会議所附養育院（後の東京府養育院。1879（明治 12）年には東京府癲狂院に名称が変更される）が開設された。
- 7) のちに陸軍病院になる。海軍病院も含め、兵士となる青年期は、統合失調症の好発年齢であり、入隊後のストレス等による発病もあったことが想定されることから、このような精神病室が必要であったのではないかと考えられる。
- 8) 精神病者監護法の第 11 条には、行政が必要だと認めた場合は、医師が派遣されることの記載はあった。
- 9) 同意入院は、本人の意思ではなく、保護義務者が同意することで行われる強制入院の制度

であった。また、自由入院と呼ばれる精神障害者の意志による入院制度もあったが、法律には規定されていなかった。

- 10) 精神障害者のための施設としては、緊急救護施設（1958（昭和 33）年）が、慢性的な精神障害者を「収容」するための施設として作られていた（浅野 2009, 伊藤 2009）。
- 11) 1900（明治 33）年の精神病者監護法により、精神障害者の監護については法に則って行われなければならないことになったが、岩倉では、旅館や農家による患者預かりが継続されていた。地域で精神障害のある人たちが自由に暮らしながら治療を受けるという形が継続されたが、その理由の中には病院に入院させるよりも安価な旅館や農家預かりを選択するものもあったと考えられる。中村は、このような理由に加えて私宅監置という形をとることは世間体が気になるため旅館や農家預かりを利用していたのではないかと述べている（中村 2013:19-20）
- 12) 恤救規則では障害があり、身寄りがいないことや家族があっても 70 歳以上や 15 歳以下で障害がある場合が対象となっていた。救護法においては、障害者の他に、65 歳以上や 13 歳以下に加え、妊産婦が含まれやや概念は広がったが、どちらの法律も就労することが難しいことが基本となっていた。また、これらの法律を適用する前に家族等の扶助は当然のように求められていた。
- 13) 「市區町村長ニ於テ監護スル場合ニ於テ之力爲要スル費用ノ支辯方法及其ノ追徴方法ハ行旅病院及行旅死亡人取扱法ノ規定ヲ準用ス」（第 10 条の 2）とあり、公費により精神病者監護法が適用されることもあった。
- 14) ここでいう最貧困は、調査上では「下ノ下等」に当たり、「赤貧」で糊口をしのぐことができるものであり、「雇人・小作人・日雇人等」の生活状態に該当している。また、この中では、扶養義務者の経済状況についても記述があり、経済状況について被監置者と扶養義務者とを分けて考えている点は注目に値する。
- 15) 呉らの報告書の第 51 例および第 52 例は、親子で監置されているもので「○八八病者ヲ監置スル以前ニハ相當ノ資産ヲ有セシ者ナルモ、監置後ハ扶養ノ爲漸ク家産ヲ蕩盡シ、現在ニテハ往時ノ門限屋ノ一部ニ住シ、下級農民ノ生活ヲ營ムニ過ギズ。」（呉・樫田 2000:45-47）とある。監置は父が 10 年以上、息子が 5 年以上と同時期、また長期に渡ることから考えても、家族の経済的な負担が大きいことがわかる。
- 16) 救護会（Hilfsverein）はドイツ等にあった公立病院の圏域ごとに置かれた退院患者を支援するための組織である。
- 17) 岡田はこの活動を「貧困精神疾患およびその家族救援、精神衛生啓蒙が目的で、それは日本で最初の精神衛生運動体であった」（岡田 2002:164）としている。
- 18) 臨時救護所については、1926（大正 15）年 3 月 15 日にその役目を終えて閉鎖している。その一方で、会報 45 号以降の末尾には相談部の相談についての広告が記載されるようになった。
- 19) 救済会の主たる活動で、東京府内の病院に入院している生活困窮の状況にある精神障害者の治療費を公費申請中に救済会が負担するものである。

- 20) この時期、保健所や保健師は母子保健と結核対策が重要な役割であり、身近な方面委員が貧困問題を抱える精神障害者やその家族の相談の窓口になっていたと考えられる。
- 21) 日本で初めて精神科病院にソーシャルワーカーが置かれたのは、1948（昭和 23）年の国立国府台病院の社会事業婦である。戦後にソーシャルワークの専門職が置かれたが、それ以前にソーシャルワーカーの役割を担う活動がされていた。
- 22) 当該の資料集に第 52 号が欠けていた。
- 23) 心身障害者基本法 2 条の定義は「この法律において「心身障害者」とは、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能障害若しくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸器機能障害等の固定的臓器機能障害又は精神薄弱等の精神的欠陥（以下「心身障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。」となっており、精神障害者という文言は含まれていなかった。

## 文献

- 相川章子（2013）精神障がいピアサポーター——活動の実際と効果的な養成・育成プログラム．中央法規出版．
- 赤松英知（2021）障害問題は貧困問題．精神保健福祉ジャーナル響き合う街で 97 号．やどかり出版，27-32．
- 浅野弘毅（2000）精神医療論争史 わが国における『社会復帰』論争批判．批評社．
- 後藤基行（2019）日本の精神科入院の歴史構造 社会防衛・治療・社会福祉．東京大学出版．
- 橋本明（2019）ワシントン、1930 年 5 月：ドイツの精神衛生運動と優生学の転換点．社会福祉研究．愛知県立大学『社会福祉研究』編集委員会，11-21．
- 兵頭晶子（2008）精神病の二本近代 憑く心身から病む心身へ．青弓社．
- 伊藤哲寛（2009）退院施設問題 中間施設論争と障害者の権利保障．岡崎伸郎編．精神保健・医療・福祉の根本問題．批評社，119-135．
- 金川英雄（2012）日本の精神医療史 明治から昭和初期まで．青弓社．
- 公益財団法人 日本精神衛生会（2018）呉秀三「私宅監置」論文発表 100 周年事業 図説 日本精神保健運動の歩み 改訂増補版．
- 小山進次郎（1975）改訂増補 生活保護法の解釈と運用（復刻版）．全国社会福祉協議会．
- 中村治（2013）洛北岩倉と精神医療—精神病患者家族的看護の伝統の形成と消失．世界思想社．
- 眞野元四郎（2005）精神障害者のおかれた社会的状況の変化—精神障害者施策と支援—．石上文子，遠塚谷富美子，眞野元四郎編著．精神障害者福祉の実戦—当事者主体の視点から—．ミネルヴァ書房，21-44．
- 岡田靖雄（2002）日本の精神科医療史．医学書院．
- 岡田靖雄，小峯和茂，橋本明（2011）救治會の趣旨及規則．編集復刻版精神障害者問題資料集成 戦前篇 第 5 巻．六花出版．
- 岡田靖雄，小峯和茂，橋本明（2016）編集復刻版精神障害者問題資料集成 戦前篇 第 10 巻．



六花出版．

太田順一郎(2011)保護者制度と非自発的入院の見直しに向けて．岡崎伸郎編．精神保健・医療・福祉の根本問題2．批評社．71-85．

精神医学・神経学古典刊行会編集 呉秀三・榎田五郎著（2000）精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察．創造出版．

末田邦子（2023）戦前日本における精神衛生相談の設立 理念形成から活動の展開まで．春風社．

田中英樹（2001）精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク．中央法規出版．

全家連保健福祉研究所編（1993）精神保健福祉への展開—保健福祉ニードからみた到達点と課題一．相川書房．