

# 優生および精神衛生政策の展開と 精神障害者の処遇の変遷

——1900年代～1950年代の日本において——

山 本 起世子

は じ め に

本稿は、1900年代～1950年代の日本において、優生政策および精神衛生政策がどのように展開されたのか、それに対応して、それらの政策の対象となった精神障害者の処遇がどのように変遷したのかについて、明らかにすることを目的とする。戦前から戦後にかけての優生政策の変化とその要因についての先行研究はあるが、その対象となった精神障害者がどのような存在として捉えられ、扱われたのかについての研究はまだ十分になされていない（松原 1998、同 2000、山本 2002、同 2005）。したがって、日本の優生政策と精神衛生政策の両方を取り上げ、それらの政策の関係を視野に入れ、精神障害者の処遇の変遷について考察する必要がある。

両政策を推進するための法律が制定・施行されたということは、すなわち、両政策の理論的基盤となった優生学と精神医学（精神病学）および、それらの専門家たちの社会的地位が上昇し、専門家たちに精神障害者の生殖をはじめとする人生全般に介入する「権力」が付与されたことを意味する。ここでの「権力」とは、ミシェル・フーコーが指摘したように、国家などが一元的・集中的に保持するものでも、どこかに固定的に存在するものでもなく、つねに至る所から生じる、無数の可動的な力関係として捉えられるものである（Foucault 1976=1986: 119-128）。

フーコーは、フランスにおいて「精神医学の権力」が形成されるまでの3つのプロセスを明らかにした。第1のプロセスでは、19世紀前半に制定された法律において、精神科医は、罪を犯したあるいは犯す恐れのある精神病患者を公的施設に医学的に監禁するために診断書を書き、継続的に病者を監視する役割を与えられた。この行政監禁が命じられるのは、病人としての精神病患者に対してではなく、その病が「公の安全にとって危険となる人物」に対してであった。そして第2のプロセスでは、家族が精神医学の知と権力に結びつけられた。病人の行政監禁を望む家族は、病人の「危険性」を医師に証明してもらうため、診断書を書いてもらう必要があった。第3のプロセスでは、19世紀後半に流行した骨相学と精神医学が結びつくことにより、罪を犯すおそれのある「危険人物」を探し出し、彼らを3種類——（1）死刑や施設への監禁すべき者、（2）治療によって改善が期待できる者、（3）潜在的な危険性があるため、断種や去勢を施すべき者——に分類することによって、社会から危険を排除しようとした（Foucault 1999=2002: 154-

179、同 1978=2000 : 38)。

本稿では、このようなフーコーの視点をふまえ、日本において精神医学の権力を基盤として制定された法律として「精神病患者監護法」(1900年)、「精神病院法」(1919年)、「精神衛生法」(1950年)を、優生学の権力を基盤として制定された「国民優生法」(1940年)、「優生保護法」(1948年)を対象として、優生政策と精神衛生政策における精神障害者の処遇の変遷について考察する。なお、本稿では、社会における疾病や障害の捉え方を研究対象としているため、対象時期に使用されていた用語をそのまま用いる。

## 1 戦前期における精神衛生政策の展開と精神病者の処遇

戦前期における優生政策の開始を示すのは、1940(昭和15)年の国民優生法成立であり、同法で規定された優生学的不妊手術(優生手術)の第1の対象となったのは遺伝性精神病患者であった。本章では、「精神病患者監護法」および「精神病院法」制定の目的、その制定過程における帝国議会での論点や、精神病患者に関する調査を検討することによって、精神病者がどのように捉えられ、処遇されたのかを明らかにする。

### 1.1. 精神病患者監護法の制定と精神病者の処遇

明治初期から1900(明治33)年の精神病患者監護法の制定まで、精神病患者についての全国統一の法令はなく、各道府県が「瘋癲人」の私的監禁に関する規則を定めていた。たとえば東京府では、1878(明治11)年より、私宅での看護のため監禁する際あるいは監禁を解く際には、親族が医師の診断書を添えて警察署へ願い出て許可を得ることを義務付けていた(厚生省公衆衛生局1965:8)。このように、精神病患者の私的監禁は、明治初期から無法状態に置かれていたわけではなかったが、精神病患者監護法の制定は、精神病患者に対する初の国家制度の登場を意味していた。以下、第14回帝国議会における議論から、精神病患者監護法の目的と内容について検討する。

精神病患者監護法は、帝国議会議員たちに「人権」に関する重い法案と受け止められ、慎重な審議が行われた。当時、精神病患者の財産上の保護に関する規定は民法にあったが、精神病患者が社会に及ぼす「危害」の防止と病者の身体保護についての規定はなく、彼らを収容する病院は著しく不足していた。したがって、この法律の目的は、合法的な私宅監置によって、精神病患者が社会に及ぼす危害を防止し、かつ病者の身体を保護することであった<sup>1)</sup>。精神病患者の監護は「一個人ノ身体権利ニ大ナル関係ヲ持ツ事柄」であり、地方令ではなく国の法律で規定すべきとされた<sup>2)</sup>。

同法で監置の対象となる「精神病患者」とは、公衆に危害を与える、または自殺を図るなど自己の身体を傷つける恐れのある精神病患者であった<sup>3)</sup>。そして、「監護」とは、精神病患者が社会に及ぼす危害を予防する義務を含んでおり、「看護」よりも広い意味である<sup>4)</sup>。また、「監置」という語については、精神病患者を一定の場所に留置する処置は、犯罪者を監獄に「監禁」することとは意味が異なり、また、同法中に病者の治療・保護に関する条項がないため「保護」と称すること

もできず、保護と監禁の中間を指す語として用いられた（呉 1918 a : 70-71）。

次に、同法の内容を見てみると、まず、精神病患者を監護する義務のある者の範囲と義務が生じる順序が定められ、精神病患者を私宅監置できるのは監護義務者のみであること、精神病患者を監置するときには行政庁の許可を受けること、また、監置方法や場所を変更したとき、精神病患者の治癒・死亡・行方不明によって監置を廃止したときには行政庁に届け出るべきことが規定された。さらに、行政庁の責任と権限が明確化され、精神病患者の監置が必要と認められるときなどには、行政庁は監護義務者を指定して監護を命じることができるとされた。

また、行政庁が必要と認めるときには、指定した医師を派遣して精神病患者の検診をさせ、または官吏もしくは医師によって病者に関し必要な尋問をさせ、病者のいる家宅や病院等の場所に臨検させることができると定められた。さらに、同法の後半には、不法監置を処罰するため、官吏や医師が法の執行に関し不正を行った場合の罰則、精神病患者を監置する際に虚偽の届出をした場合や、許可を受けずに監置した場合などの罰則規定が置かれた。

同法の制定後、各道府県では、この法の施行手続として、私宅監置の具体的な手続きや監置室の構造・設備（床面積、天井の高さ、床下の高さ、出入口とその施錠、畳など敷物、排便設備、採光、換気など）が詳細に規定された（橋本 2010 : 41）。私人が精神病患者を私宅監置するときには、監護義務者が医師の診断書を添え警察署を経て地方長官に願い出た後、警察官が病者の性質・素行・経歴、発病時期・原因、病者の容態・動作・資産、監置の場所とその方法、監置室の構造・設備、監護義務者の資産・性質・素行・経歴、家族・親族による病者に対する待遇、主治医と家族・監護義務者との関係などを調査し、その結果の報告を受けて、行政庁長官が監置の許可を与えるかどうかの判断を下すことになっていた。さらに、監置後の病者に対する看護・待遇、病症の様子、監置室の衛生状況などについては、警察の臨検において視察することになっており、臨検回数は道府県によって異なっていたが、概して、受け持ち巡査が毎月1・2回以上、巡査部長が毎月または3ヶ月に1回以上、警部または警察署長は毎年2・3回であった（呉 1918 a : 62-63）。

以上のように、精神病患者監護法が制定された第1の意義は、精神病患者でない者あるいは監置の必要がない軽度の病者を強制的に監禁する行為や、精神病患者を劣悪な環境の下で監禁し、虐待を加える行為を国家が禁止し、精神病患者を適切に監置し扶養する「義務者」を確定したことである。この監置義務者には、精神病患者を定められた一定の環境の下で扶養し看護する義務と同時に、病者が社会に危害を与えることがないように予防する義務が課せられた。そして、精神病患者に対する監置義務者の処遇方法が詳細に規定され、それを義務者が遵守しているかどうか警察によって監視された。すなわち、監置義務者が精神病患者を監視し、さらにその監置状況を警察が監視するという、二重の監視装置が確立されたのである。

このような精神病患者監護法の施行は、精神病患者の待遇の劣悪化を防ぐ効果をもたらしたと考えられる。1910（明治43）～1916（大正6）年に、364箇所（監置室）を実地視察した呉秀三（東京帝国大学医科大学精神病学教室主任）は、家人の被監置者に対する待遇は不良なものが少数で、

「普通」が多数を占めていたのは最も「欣ぶべき現象」だと述べている。しかし、「普通」の待遇とは、被監置者をせいぜい人間として扱っているに過ぎず、その待遇を見た人が嫌悪の念で顔を覆うことがない程度のものだという（呉 1918 a : 64）。呉は、当時の監置が被監置者の逃亡や自殺を防ぐことに重点が置かれていたため、府県によっては被監置者を室外に出す場合はそのつど警察署の許可を要し、沐浴の際に警察官の立会いを定めるなど、大多数が被監置者に運動や作業、娯楽の機会を与えることなく、狭隘な室内に閉じ込め桎梏を施していたことを強く批判した（呉 1918 a : 65）。このような批判から、私宅監置を監視する現場において最も重点的に遂行された任務は、精神病者が社会に危害を加えることを防ぐことであつたと考えられる。1905（明治 38）年から 10 年間に、被監置者数は 1.6 倍に増加したが、精神病院における病床の増設は進まなかつた（精神医療史研究会編 1964 : 14）。

このような状況において、呉は、私宅監置の状況を国家の恥辱と捉え、監置室を速やかに廃止し、病者を収容して治療を行う精神病院を整備すべきだと訴えた（呉 1918 a : 74）。この主張は、精神病院法の制定に大きな影響を及ぼした。

## 1.2. 精神病院法の制定と精神病者の処遇

前節で述べたように、呉は、私宅監置室の視察調査の結果にもとづき、被監置者が室内に監禁されている悲惨な状況を明るみに出し、精神病院を整備し、適切な時期に治療を施すべきだと訴えた。1901 年以降、精神病院法制定を強く働きかけ続けた呉が提示した精神病患者像とは、「最<sup>○</sup>モ<sup>○</sup>憐<sup>○</sup>ム<sup>○</sup>ベ<sup>○</sup>キ<sup>○</sup>病人」であり、「同情心」により病院において保護し治療を施すべき人々であると同時に、自己または周囲の財産・生命に対して「危険」を及ぼす人々であつた（呉 1918 b : 3-5）。そして、精神病院は私宅監置よりも、(1) 構造・設備、(2) 治療・看護、(3) 患家の物質的・精神的利益、(4) 社会の安寧・秩序の維持、病者の危険・犯罪行為の防止、の 4 点において多大な利点があると主張した（呉 1918 a : 75-76）。(2) に関して呉は、精神病は不治の病だと世人に誤解されているが、適切な時期に適切な方法で治療すれば、全治することも少なくないと強調した。さらに (4) について、刑法では精神病患者の犯罪は罰せず放免としているが、そのような「危険」な精神病患者を取り締まる規定はなく、彼らを収容する所はほとんど皆無であること、「浮<sup>○</sup>浪<sup>○</sup>者<sup>○</sup>乞<sup>○</sup>食<sup>○</sup>者」は「犯罪ノ淵藪」であり、その中には多数の精神病患者、神経病者がいると警告した（呉 1918 b : 5）。

このように呉は、精神病患者を「同情」すべき「病人」と捉え、精神病が治療可能な病気であることを根拠として、精神病院における「治療」の有効性を強調すると同時に、社会に放置されている「危険」な精神病患者を隔離収容するための病院整備の必要性を訴えたのである。

以上のような批判を受けて、「精神病院法」が 1919（大正 8）年に第 41 回帝國議会に提出された。まず、同法に対する衆議院における審議について検討する。法案を提出する背景について、内務省衛生局長・杉山四五郎は、社会の複雑化に伴う精神病患者の急増を挙げた。日本の精神病患者数は、1911（明治 44）年には 25,773 人だったが、1918（大正 7）年の保健衛生調査会による調

査では 64,934 人に増加した。その中で、病院等の施設に収容されている者は 4000 人余りに過ぎず、私宅での被監置者は約 4500 人に上る。しかも、私宅での被監置者が、家畜に対する扱いよりも酷い扱いを受けている現状は、数千年来一つの民族であり、互いに「相倚り相助ケテ」今日に至った「美風良俗ノ大和民族」において、「国家ノ一大不祥事」だという。また、杉山は、精神病患者の中には殺人等の危険な罪を犯した者が 150 人を下らないため、公安上の観点から放置できないと述べた<sup>5)</sup>。

この説明から、同法制定の目的は、急増する精神病患者を保護し治療すること、および重罪を犯した精神病患者を隔離収容することであったことがわかる。しかし、あくまで同法の第 1 の目的は、「精神病患者ノ憐ムベキ状態」を脱却させるための精神病院における「保護治療」であることが強調され、病院収容の結果、公安上の「危険」を防止できると説明された<sup>6)</sup>。このような政府側の言説は、先述した呉の主張と合致している。

次に同法の内容を見ると、主務大臣が道府県に対して精神病院の設置を命じることができ、病院の設置経費に対して国庫補助を行うこと、地方長官は次の 4 区分の者、すなわち (1) 精神病患者監護法により市区町村長が監護すべき者、(2) 犯罪者のうち司法官庁が特に危険の恐れがあると認める者、(3) 療養の途なき者、(4) その他、地方長官が特に入院を必要と認める者を、医師の診断があれば、精神病院に入院させることができると規定された。精神病院に入院する者の「権利」を保障するため、同法に基づく行政官庁の処分不服のある者は訴願することができ、行政官庁の違法処分により権利を傷害されたとする者は行政裁判所に出訴することができるという規定が置かれた。また、精神病院の不足を補うため、適当と認められる公私立精神病院を、大臣命令によって設置する病院として「代用」する制度（代用病院）を創設した。

同法案が審議された衆議院の精神病院法案委員会を構成する委員たちは医師や弁護士が多かったが、弁護士出身委員たちの発言には、精神病患者の「人権」を守ろうとする言説が目立った。その筆頭は横山勝太郎である。横山は、(1) 同法は、精神病患者個人の「人権」を尊ぶ主義なのか、それとも人権は省みず、社会の安全を図ることを最優先するのかが明確ではないこと、(2) 病院収容の期間が定められていないため、あたかも「無期ノ刑ノ宣告を受ケタト同一」であること、(3) 精神病患者に対する病院への入院命令の権限を行政官に与えているが、「人権尊重」の意味から、司法裁判所での「鄭重」な手続きを経て入院させるべきであること、(4) 「人権擁護」の観点から、精神病患者の入院の必要がなくなったときには、本人または後見人、親族など関係者が入院解除を裁判所に請求することができる条文を追加すべきことを主張した<sup>7)</sup>。

また横山は、生活問題に「煩悶」して精神に異常を来たす者が非常に速度で増加している現状から、精神病患者監護法や精神病院法によって、精神病患者が発生したのち彼らを監置する措置を講じるだけでなく、精神病の原因（生活難、遺伝、梅毒、酒精など）を探究し、救貧防貧の制度をつくるなど、それらの原因を除去するよう国家が努めなければならないと主張した<sup>8)</sup>。

同じく弁護士の清水市太郎もまた、地方長官が精神病患者を精神病院に入院させる権限をもつことに対し、精神病でない者を精神病として扱う事例が多数発生しており、病院に入院させるべき

か否かを地方長官がどのように判定するのか疑問であるとし、入院の必要性の判定は、本人の「権利義務」に非常に大きな影響を及ぼす事柄であるため司法官に委ね、検事や弁護士もそこに介入すべきだと主張した。また、精神病患者が病院において「惨酷」な待遇を受けていることをしばしば耳にするが、政府はどのように病院を監督しているのかと批判した<sup>9)</sup>。

このように、弁護士出身議員からは、とくに精神病患者の入退院の許可が地方長官によって適切に行われるかどうかに対する強い疑問が出されたのだが、それに対して内務省衛生局長は、同法は国家が「憐ムベキ同胞」を保護治療するために制定するのであるから、患者の入院命令を出す際には、精神病学を専攻した医師2名以上の診断を得て行い、入院命令に対する不服申し立ての制度を設けることによって人権を擁護していること、退院については、憲法が保障している「自由」を確保するため、病気が治癒した症状が現れたときには速やかに医師の診断を行い、一刻も早く地方長官が退院を許可すると答弁した<sup>10)</sup>。

さらに、横山と高木益太郎（弁護士）は、法案に対する希望条件として、第1に、必要に応じて、検事ならびに市町村吏員・府県市参事会員等は、精神病院に出張して患者の現状を臨時に視察し、「人権保護」の実をまっとうすること、第2に、面会・差し入れ・通信等、病院による精神病患者の取り扱いに関して不満を訴える者が多いため、当局は常にこのことの監視に努めるべきことを提起した。その理由は、精神病院の小使いや給仕等が患者を殴打したり、外部との通信を妨害したり、差し入れられた飲食物を詐欺するなど、「刑事ノ問題」となるべき事柄が多数発生しており、病院を信用することができないため、行政官だけでなく、「公益」を代表する「検事」が病院への詳細な視察を行い、病院を監視することが不可欠だからである。これらの希望条件は、衆議院の同法案を審議する委員会の採決で賛成多数を得た<sup>11)</sup>。

このように、衆議院での審議を見てみると、とくに弁護士出身議員たちによる精神病院への不信感が強く表現されている。横山は、日本では病院が、医師ではない財産家によって「営利本位」に経営されていることが多く、そのような病院で患者の人権が守られるのか疑問を呈した<sup>12)</sup>。そのため、横山らは、患者が不当に精神病院に監禁され続けたり、病院において不当な扱いを受けたりすることを防ぐ措置をとるよう、政府に強く迫ったのである。これに対抗して政府側は、同法の目的はあくまで「憐ムベキ同胞」の「保護治療」であることを強調することによって、行政が個人に精神病院への入院命令を出す権限をもつことに対し、国民が恐怖心を抱くことがないようにしようとしたと考えられる。

同法案の衆議院通過後、貴族院の審議では「人権」に関する質問や意見は出なかったが、政府側の説明には、衆議院と同様、同法によって「憐ムベキ同胞」を保護治療するというレトリックが度々使われた。たとえば、精神病院から患者が逃走して病院の隣家に迷惑をかけるという事例もあるが、病院をどのような場所に建設するつもりなのかという高木兼寛の質問に対して、政府委員（杉山）は、精神病院の設置目的は、患者を院外に出さないように監置することではなく、患者を「救護」して治療することであるから、病院は市街地で交通の便がよく比較的閑静な土地に建設したいと答弁し、患者の隔離監禁という精神病院のイメージを払拭しようとした<sup>13)</sup>。

表1 戦前期 精神病患者収容施設数・収容者数・私宅監置者数の推移

	1926 (大正 15)		1931 (昭和 6)		1934 (昭和 9)		1937 (昭和 12)	
	施設数	収容者数	施設数	収容者数	施設数	収容者数	施設数	収容者数
公立精神病院	6	926	9	1,487	10	1,877	11	2,268
大学医学部等附属病院	13	639	14	708	15	693	15	838
私立精神病院	58	5,176	93	7,798	118	10,595	137	13,587
公私立精神病患者収容所等	46	363	88	515	29	494	44	644
計	123	7,104	204	10,508	172	13,659	207	17,337
社寺、瀑布、温泉等保養所	21	228	50	265	22	103	34	147
総計 (収容定員総計)	144	7,332 (9,189)	254	10,773 (14,426)	194	13,762 (17,981)	241	17,484 (21,222)
私宅被監置者数						6,504		7,104

注) 内務省衛生局「精神病患者収容施設調」各年度(岡田靖雄他編 2011: 106-184)より作成。

以上のように、1900(明治33)年の精神病患者監護法制定、1916(大正5)年における内務省に設置された保健衛生調査会(第5部)での精神病に関する調査の開始、1919年の精神病院法制定の過程において、まず、国家が精神病患者数を統計的に把握し、その中で社会に「危険」を及ぼす恐れのある精神病患者を国家が定めた施設に隔離収容し、治療の対象とすることが企図された。その結果、表1に示されるように、精神病患者収容施設における収容者数は増加したものの、国家および自治体財政の限界から、収容者数の7~8割を私立精神病院が担い、私宅監置は存続した。

これらの収容施設の中で、歴史的に大きな役割を果たしてきたのが「社寺、瀑布、温泉等保養所」である。表1によると、保養所の施設数・収容者数は1931(昭和6)年にピークを迎え、その後は減少しているが、1931年に「保養所」に分類されていた施設の中には、1934年には「私立精神病患者収容所」として分類され存続したものも含まれていた。そのような施設の中で、歴史の長さとして収容者数の多さで群を抜くのが、京都府岩倉の保養所および農家であった。

岩倉では、18世紀半ば頃に、大雲寺での病氣治癒を祈願するために参詣した精神病患者を茶屋や農家において受け入れ始め、18世紀後半にはその受け入れが定着して有名となり、明治以降も、太平洋戦争中の食糧難によりほぼ消滅するまで存続した。岩倉では他の地域と異なり、家族・親族の付き添いなしで患者を預かるという特徴があったという(中村2010: 183)。

また、岩倉では、1884(明治17)年に私立精神病院(岩倉癲狂院、1905年に私立岩倉病院と改称)が設立され、昭和初期には患者数が急増し全国有数の精神科病院に成長したが、保養所(茶屋)や農家での精神病患者預かりも同時期に最盛期を迎え、両者は共存共栄の関係にあった(中村2013: 47-55)。その第1の要因として、予算不足により、患者の増加に比べて病院が不足していたこと、第2には、患者の症状に応じた、精神病院と開放型の保護治療施設との役割分担が治療上有効とされたことである。内務省衛生局長・大島辰次郎によると、精神病院は治療上入院が必要な者、および社会保安上「危険」な者を収容すべき場であり、保安上危険のない者、回復期の病者で院外での治療が適する者は、精神病院と連携した開放型の保護治療施設で療養す

ることが理想だという（大島 1934:4）。岩倉では患者預かりの歴史が長く、患者は村人たちと接触しながら、日常生活でのさまざまな作業を行いつつ療養した（中村 2013:86）。第3の要因として、19世紀半ばから第2次世界大戦勃発まで、ベルギーのゲール（Geel）という村が、精神病者を家庭で預かって看護を行うコロニーとして、ヨーロッパ各国を中心に国際的関心を集め、コロニー建設の理想的モデルとなっており、ゲールの状況に岩倉が似ていたことから、保養所・農家での患者預かりが国内外の精神科医たちに支持された（橋本 2010:6-28、中村 2013:55-57）。

さて、被私宅監置者の待遇はどのようなものであったか。これについては、呉による調査の他に、愛知県での調査がある。1934（昭和9）年に愛知県立精神病院が行った愛知県下の精神病患者・精神薄弱者調査によると、その総数2431人の内、入院している者は342人、私宅監置されている者は160人であった。調査ができた私宅被監置者150人の待遇については、「中位」のものが半数以上を占め、非常に待遇のよいものが4分の1、待遇の悪いものは18%と、「意外にも」良好な結果を得たと調査者によって評価された。これによって、調査を実施した病院長は、「精神病患者は必ずしも画一的に病院に収容する必要なく、場合に依っては私宅監置を善導発達させる方が、患者にとっても社会にとっても都合がよいのではないか」と考えるようになったと述べている（児玉 1934:8-12）。さらに、私宅被監置者の調査で「意外」だったのは、病院への入院希望者の少なさで、たとえ経費または無料であっても入院を希望しない者が7割弱に上ったという。その理由としては、精神病院に対する不信に関わる理由、たとえば「脳病院ではどんな扱いを受けるかわからぬ」、「これまで病院へ入れたが、却って病気を悪くされた」といったものが多く、次いで、「血縁者が自分の手許で看病したい」というものが多かった（児玉 1934:12）。

このように、精神病院の設置が急がれたものの、財政上の問題、病者の症状に応じた効果的な保護・治療法の模索、そして、国民の精神病院に対する不信感あるいは恐怖心から、戦前においては、歴史性をもつ保養所や私宅監置が重要な役割を担ったのである。

## 2 戦前期における優生政策の展開と精神病患者の処遇

前章で考察した精神病患者に関する二法の成立後、出生率の低下および精神病患者の激増という「切迫した現象」を「民族変質の徴候」と捉える見方が登場し、1930年代には「民族優生」（国民素質の向上）の必要性が主張されるようになった。厚生省（1938年設置）の技師、青木延春によると、民族優生の目的を達するためには、精神病患者や精神薄弱者等を対象とした4つの社会政策、すなわち（1）隔離（精神病院等の拡充）、（2）結婚制限、（3）人工妊娠中絶、（4）断種（不妊手術）、が必要だという（青木 1938:41）。このうち、断種を合法化する法案は、1934（昭和9）～39（昭和14）年に5回にわたって帝国議会に議員より提出され、これらはいずれも成立しなかったが、後年になるほど議会での議論は盛んになり、1940（昭和15）年には政府が提出した国民優生法が成立した。断種の第1の対象が精神病患者であったため、1930年代には、精神

科医の間でも断種法に対する議論が盛んに行われるようになった。本章ではまず、精神科医たちの断種法に対する議論の争点は何であったのかを検討し、国民優生法の成立過程および優生政策の効果について明らかにする。

## 2.1. 断種法に対する精神科医たちの論争

1930年代から国民優生法成立までの、精神科医たちの断種法に関する言説を見てみると、断種法について全面的に反対する者はいなかったが、断種を実施する目的や条件に関して、反対を強く主張する精神科医は少なからず存在した。賛成を表明する者も、積極的な反対理由がないから賛成という意見や、断種による優生学的効果は小さいが、全く実施しないよりは僅かの成果でもあった方がよいという意見など、消極的な意味での賛成が多かった（植松他 1938: 12-35）。

それでは、反対を表明した精神科医たちの言説を検討していこう。彼らの意見を集約すると、民族の素質の向上という優生学的な目的で断種を行うことに対する反対であった。その主な理由として、(1) 断種を行う科学的根拠となるべき、精神病に関する遺伝学が十分に発達していないこと、(2) 精神病の原因は単一ではなく複合的であること、(3) 精神病の診断自体が極めて難しく不確実であること、(4) 精神病者の断種によって優生学的な目的を達成することは不可能であること、(5) 断種の実施によって精神病学の意義が低下し、精神病の治療が妨げられること、が挙げられた（金子 1938 a: 14-16、金子 1938 b: 158-162、三浦 1938 a: 33-35、三浦 1938 b: 18、小峰 1938: 18、植松 1939: 15、菊池 1938、秋元 1940: 55-56）。

上記の反対理由 (4) に関して、三浦岱栄（慶應義塾大学講師）は、以下のような、断種の優生学的効果に関する研究者の諸説を紹介し、その効果に疑問を呈した。ある研究者の計算によると、精神病を根絶させるためには、病者だけでなくその家族も断種しなければならないため、全人口の20%の人々を断種する必要があるという。また、ドイツの精神科医たちに対する調査によると、彼らの多くが、優生学的断種の効果によって精神病者が減少するまでに、数十年あるいは数百年を要するかもしれないと答えた。ドイツは1934年に約20万人の断種を行ったと発表したが、「血の浄化」を実現するための断種者数の目標は1年間に40万人であった。1933年のドイツでの断種法制定以降、三浦がドイツにおける複数の大学精神科教室を訪問した際、2つの大学の教室員は断種法を「困った法律」だと嘆息したという（三浦 1938 a: 34-35）。戦後の調査によると、ナチズム期に実施された断種件数は36万～40万件に上ると言われているが、第2次世界大戦が勃発した1939（昭和14）年に断種は中止され、それ以降1945年の敗戦までに、精神病患者を含む障害者7万人以上が殺害された（市野川 2000: 94-100）。

日本の精神科医たちが、断種に対して最も強く抗議したのは、上記 (5) の理由に関してであった。たとえば、金子準二（警視庁衛生技師）は、最近20年の精神病学の進歩はめざましく、さまざまな治療法が開発され効果を挙げていることから、精神病が治れば断種は不要と主張した。もし断種が推進されると、精神科医は、断種の審査機関の命令によって刑を執行する「死刑執行人」のような存在となってしまう、それは決して「医師としての本分」を尽くすものではない

いという。また、金子は、断種法により、人々が精神科医の診断を受けることを恐れて病気を隠蔽するようになり、精神病の早期治療が妨げられると警告した（金子 1938 a: 16）。三浦も、断種の実施は「精神病学者に対する大なる侮辱であり治療医学を無視するもの」と憤った（三浦 1938 b: 18）。

また、秋元波留夫（東京帝国大学医学部精神病学教室）は 1940 年に、精神病患者に対する断種の推進は、精神病学および精神病治療に重大な「危機」をもたらすと警告した。秋元は、ナチス・ドイツの断種政策を推進した著名な精神病遺伝学者、エルンスト・リュディンが、1940 年の第 5 回全独逸精神神経学会総会での演説において、ドイツの精神病学が精神病患者に対する社会からの誤解によって「重大危機」に直面していると述べたことを紹介している。リュディンによると、その危機とは、断種法の遂行によって精神病患者は早晚絶滅するから、精神病患者の治療は必要なく、精神科医および看護法の訓練を受けた看護者も不用となり、単に精神病患者収容所だけがあればよいという、誤った世論を生み出してしまったことだという。そして、彼は、この危機を乗り越えるためには、断種法は「精神病対策の消極的一面」に過ぎないこと、精神病学には遺伝疾患以外に広大な領域があり、遺伝疾患にのみ注目すべきではないことを社会に訴え、精神科医は断種法の適用において真摯に努力し、精神病学に対する信頼を裏切らないよう努める必要があると述べたという。このようなドイツの現状を踏まえ、秋元は、もし日本で断種法が実施されるならば、「充分その機能の限界性を認識した上でなければならぬ」と訴えた（秋元 1940: 55-56）。先述したように、ナチスは 1939 年には優生学的断種策を放棄し、精神病患者を含む障害者の大量殺害に転換したのであり、リュディンのこの演説は、自らの学問にもとづき推進した政策が終焉したことに対する危機感を反映したものだっただけかもしれない。

精神科医という専門家の立場からの反対論に加え、金子はさらに、断種が日本の国情に適合しないことを指摘した。金子は、「日本は皇室を大宗家として尊崇して居る家族を土台として成立している家族制度主義の国で欧米の個人を土台として組立てられた個人主義の国家とは全く趣を異にして居るので、断種の影響は家族は勿論、その血族まで及ぼす、そして家族制度崩壊の禍因となる」と警告した（金子 1938 a: 16）。このような主張は、帝国議会での議論等においても登場したのだが、それは次節で詳しく論じることにする。

さて、先述したように、帝国議会における断種法制定の機運の高まりに対応して、厚生省は、全国の精神病院長によって組織された日本精神病院協会に対して、「断種法制定の可否」について意見を求めた。協会では委員会を設置してこれを協議し、1939 年に「断種法制定に関する決議」をまとめた。決議は、現在の非常時において、民族優生に関する施策の充実は急務であるから、断種制度の趣旨に関する限り否定する理由はないが、ただし、「立法及び実施に際し出来る限り慎重を期し科学を十分に尊重し社会的影響を顧慮し一切の弊害を排除し有効適切にして而かも過激に亘らざるを要す。」と注文を付けた。そして、断種の対象として最も重要となるべき「精神異常者」が年々激増している現状において、彼らに「保護治療」を受けさせ、速やかに全治させて「有用なる社会人として再起奉公」させることが最も肝要だが、我国の保護治療施設は

極めて不十分で、多数の病者に対して科学的な早期治療を施すことは不可能である。したがって、精神病院等の収容保護施設の拡充を図るべきと主張し、16項目に及ぶ要望を出した。たとえば、断種は主として自発的な希望により行うこと（強制的断種の抑制）、断種は遺伝性疾患の中でも特に遺伝発病する危険が大きいと認められる場合に限ること、遺伝性疾患者のいる家系でも、優秀な才能を有する者がいる場合は断種の可否を慎重に判断すること、精神病はすべて遺伝病であるという誤解が生じないように努力すること、断種法は民族優生政策の一部であり、他の優生方策（優生結婚、健常者の多産の奨励等）と併せて実施すること、等を挙げた（日本精神病院協会 1939 : 39-41）。

このように、日本精神病院協会の決議は、先述した精神科医たちの反対論をふまえた内容となっており、科学的根拠にもとづき、断種法の効果と限界を十分に認識した上で、限定的な範囲内で法を運用することが強く要望されたのであった。この決議をまとめた内村祐之（東京府立松沢病院長、東京帝国大学教授）は、断種を合法化した国民優生法について、主として精神医学者から、行き過ぎのないようにと様々な注文をつけたため、断種を強制とせずに任意とするなど、細かい配慮を法に採り入れることになったと証言している（内村 1968 : 199）。

それでは、次節において、国民優生法をめぐる帝国議会での議論について検討しよう。

## 2.2. 国民優生法の制定と精神病者の処遇

国民優生法制定に大きな影響を与えた勢力の中心は、医学者・生物学者・法律家等によって構成され、1930（昭和5）年に設立された日本民族衛生学会（1935年より日本民族衛生協会と改称）であり、会長は生理学者・永井潜であった。この団体は、遺伝的に優秀な者が減少し、劣等な者が増加してくるという「逆淘汰現象」に強い危機感をもっていた。永井によると、「文明国」では、自我の観念が強まると同時に犠牲的精神が薄くなり、個人の欲望が肥大化し、子どもを少なく産んで高い教育を授けるべきだという思想にもとづく産児制限が知識階級において行われる結果、逆淘汰現象が促されるという（永井 1929 : 342-386）。日本においても、1920年代から都市部で産児制限運動が盛んになり、出生率の低下傾向が現れ始めていたため、産児制限を批判する優生学運動が勢力を強めつつあった。日本民族衛生協会は、議員提出の断種法案に大きな影響を与え、政府が提出した「国民優生法案」の立案に携わった。協会には、三宅鏝一や吉益脩夫といった精神病学者も参加していたため、先述した精神科医たちの断種に対する懸念は、同法の立案に反映されたと考えられる。

優生目的の断種を定めた法案は、1934～39年に5回にわたり議員提出されたが、成立には至らなかった。断種が家族制度を破壊するという批判や、人権問題に配慮して、慎重な審議が行われたためである。厚生省は、1938年に同省予防局優生課に民族衛生研究会を設立、優生政策の調査研究に着手し、1939年には精神病者の家系調査を実施するなど、優生法制定に向けて着々と準備を進めた。ところが、法案提出前の関係各省との交渉において、司法省から、断種が「人権毀損、家族制度の破壊に陥る危険」のあること、悪疾それ自体が遺伝するのかどうか学説が帰

一していないこと、精神病者と天才との区別が困難である等の異論が出て、一時、議会提出がでなくなる事態が生じた。しかし、司法省側が「重大なる時局」と国民の現状とに鑑みて譲歩したので、急遽、1940（昭和15）年3月、政府は第75回帝国議会で「国民優生法案」を提出するに至った（土井1941:92-93）。

国民優生法の目的は、国民素質の向上のため、「悪質ナル遺伝性疾患ノ素質ヲ有スル国民ノ増加ヲ防遏」すると同時に、「健全ナル素質ヲ有スル者ノ増加」を図ることであった。したがって、それらに対応して同法は2つの部分、すなわち、第1に、悪質な遺伝性疾患の素質をもつ者に対する優生手術（不妊手術）に関する規定、第2に、健全な素質をもつ者が不妊手術や人工妊娠中絶を行うことを禁止する規定によって構成されていた。第1に関する規定では、優生手術を受けることができる疾患として5種類挙げられたが<sup>14)</sup>、その筆頭が「遺伝性精神病」であった。ただし、それらの疾患に罹る者の子または孫に同じ疾患が遺伝する危険が特に著しく高いときに優生手術を受けることができるが、その者が特に優秀な素質を併せもっている場合は対象から除外された（第3条）。一方、第2の規定に関しては、健全素質者の不妊手術は原則として禁止された（第15条）。ただし、医師が医療の目的で不妊手術や妊娠中絶を行うときには、緊急を要する場合を除き、予めその要否に関する他の医師の意見を聴取し、かつ行政官庁に届け出なければならぬとされた（第16条）。従来、医療目的に藉口して、産児制限を目的に不妊手術や中絶を行う者が少なくなかったため、医師が不妊手術や中絶を行う際の手続きを一層慎重にすることによって、「国民を漸次蝕みつつある産児制限の思想を根本的に打破し」、その結果として、健全素質者の減少を防止し、その増加を図るため、この規定が置かれた（厚生省予防局1940:42-43）。

帝国議会における国民優生法の審議過程では、断種について強い反対論が出された。これについては、かつて拙稿で論じたことがあるので、ここでは要点のみを述べることにする（山本2002）。反対理由の中でとくに強く主張された論点は、断種による家族制度の破壊、および断種と家族国家観との矛盾、の2点であった。前者については、「子種」を失うことによって、先祖の祀りをする者がいなくなり、日本固有の家族制度の精神が破壊される、というものであった<sup>15)</sup>。後者の意見は、以下のようなものである。日本は「一元的ノ家族国家」で、「邇レバ総テ同一血統カラ出テ居ル」のだから、国民全体は「投網ノ目」のようなもので、全国民は濃かれ薄かれ、全部つながっている。悪質遺伝をもつ者の子であっても、邇れば神代から伝わった血筋を持って生まれてくる。その血筋が絶対に「浄化」されないと断言はできない。断種ではなく、病気を治療する機関を完備し、数代にわたって「其ノ血統ノ浄化ヲ図ル」努力をすべきである<sup>16)</sup>。

議会でこのような意見が出たのは、家族国家観と優生法との整合性の問題が、当時の日本の国体に関わる重大問題であったからである。家族国家観とは、日本は君民一体の家族国家で、民族は同一の血統より生じているという観念である。昭和の戦時体制期になると、天皇の現人神化が行われたが、このことは、天皇のみの神格化ではなく、日本民族が神聖性を付与されたことを意味する。したがって、血統を同じくする者に対して、悪質遺伝を持っているという理由で断種を行うことは、他民族に対する日本民族の神聖性および優越性を否定することになりかねないので

ある。

このような議論の結果、国民優生法は成立し、翌 1941 年より施行されたが、優生手術の実施は著しく制限された。その原因の 1 つは、強制的に子孫を絶やす行為が人権蹂躪にならないよう、慎重な取り扱いが必要であるという、議会における慎重論を受け、強制的優生手術を規定した条文（第 6 条）の施行が保留されたことである。また、優生手術の申請は本人が配偶者の同意を得て行うが、本人が 30 歳に達しないか心神耗弱である場合、その家にある父母の同意が必要であるとされた。優生手術は、その家の子孫を絶つ行為であったため、父母の同意が不可欠であった。

さらに、厚生省予防局長より道府県長官宛に発せられた「国民優生法施行ニ関スル件依命通牒」（1941 年 6 月 28 日）を見ると、優生手術の対象はかなり限定されていたことがわかる。同法で優生手術の対象となる「遺伝性精神病」とは、遺伝が確実と認められた精神病であり、かつ治療困難かまたは再発するなど、「経過不良」のものに限るとされた。他の対象疾患についても、遺伝性でかつ症状が強度であり、「反社会性」または「社会不適応性」があるものに対象が限定された。

その結果、1941 年～47 年に優生手術を受けた人は 538 人、手術該当者 21,580 人の 2.5% であった。そのうち、遺伝性精神病の者は 380 人（男 167、女 213）と、全体の 7 割を占めた（厚生省医務局編 1955 : 828-829）。

このように、精神科医たちや司法省、帝国議会議員たちの間に存在した、優生手術に対する強い懸念を払拭するために、国民優生法における手術の対象や申請方法にさまざまな条件が付与された結果、優生手術の実施は抑制された。

### 3 戦後における優生および精神衛生政策と精神障害者の処遇

本章では、戦後における優生政策および精神衛生政策が展開される中で、精神病者の捉え方や処遇がどのように変化したのかを、優生保護法および精神衛生法の制定過程から明らかにする。

#### 3.1. 優生保護法の制定と精神病者の処遇

国民優生法の内容が大きく改正された優生保護法案は、1948（昭和 23）年に超党派議員たちによって国会に提出され、成立した。戦前の国民優生法の下では、遺伝性精神病患者等に対する優生手術の実績が全く上がっておらず、同法が「死法同様の空文にすぎない」と厳しく批判されたためである（谷口他 1948 : 36-37）。優生保護法の目的は、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ことと、「母性の生命健康を保護する」ことであったが、前者の目的を達成するために、国民優生法よりも優生手術の適応範囲が拡大された。すなわち、本人または配偶者が癩疾患（ハンセン病）という非遺伝性疾病や、「現に数人の子を有し、且つ、分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下する虞れのあるもの」が対象に含められた。さらに、公益上の必要が認められ

る場合には、医師の申請にもとづき、「優生保護審査会」の決定によって、本人の同意を得ずに遺伝性精神病患者等への優生手術ができることが規定された（第4条）。諸外国と同様、日本での強制的優生手術の対象は主に精神病患者であった（稲田 1997）。

1949年の同法改正では、貧困者が妊娠・分娩によってさらに厳しい困窮状態に陥ることを救済し、急激な人口増加を抑制するため、中絶の適応条件に「経済的理由」が導入された。さらに、1952年の改正では中絶の審査が簡略化され、遺伝性のもの以外の精神病または精神薄弱に罹っている者について本人の同意を得ずに優生手術ができるなど、優生手術の適応範囲が拡大された。このように、優生保護法では、戦前の国民優生法よりも優生政策がより強化されたことは明らかである。

このような優生保護法の成立（および改正）の要因は、第1に、優生政策を抑止する機能を担っていた家規範および家族国家観が、戦後において否定されたことである。家族制度および家族国家観が優生手術の実施を抑制したことは、前章で述べたとおりである。第2の要因は、人口収容力の増大や海外移民など、他の解決策が実施困難という認識から、人工妊娠中絶の容認と不妊手術の推進によって、急速な人口増加を抑制しようとしたことである。第3は、戦前期以上に、人口の逆淘汰への危機感が強まっていたこと、第4に、生活難により、中絶に対する国民の需要が増大したことである（山本 2005）。

この中でも逆淘汰論は、優生保護法案の提出者の1人で、産婦人科医でもあった谷口弥三郎によって最も強調された。谷口は国会において、精神病患者や先天性視覚障害者が増加し、浮浪児収容所の調査では浮浪児の8割が「低脳児」であるとして、すでに「逆淘汰」の傾向が現れていると訴えた。したがって、「先天性の遺伝病者の出生を抑制することが、国民の急速なる増加を防ぐ上からも、亦民族の逆淘汰を防止する点からいっても、極めて必要」である、と<sup>17)</sup>。谷口が逆淘汰現象を説明する際、その筆頭に挙げられたのは精神病患者であり、その数は1931（昭和6）年までは人口1万人に対して9.98人程度だったが、1937（昭和12）年以降は12.77人に増加したと訴えた（谷口他 1948: 35）。

ここで注目すべきは、優生保護法に対する国会の議論において、優生手術の推進が「人権蹂躪」となる可能性があるという問題が、全く提起されなかったことである。前章で述べたように、戦前には、精神病患者等に優生手術をさせることが「人権蹂躪」に当たるのではないかという懸念や、家族の連続性を維持できなくなるという批判が強く主張されたのに対し、戦後の優生保護法の議論では、それらの問題は全く論じられなかった。戦後においては、戦前よりも逆淘汰論が強まったことによって、「悪質遺伝の徹底的防止」が重要課題となり、その対象とされた精神障害者に対して、戦前においては人権侵害と捉えられた政策が、戦後には推進されたのである。

また、筆者の調査では、戦前、優生学的断種に反対していた精神科医たちによる、優生保護法に関する発言を見出すことができなかった。戦前に反対を主張していた植松七九郎は、1948年の著書において、精神病患者に対する優生的処置（結婚制限、避妊、隔離、断種）の中では、施設への隔離収容が最も有効な方法だという。つまり、彼らを施設で保護・治療することによって、

優生学的な目的も達することができるため「一石二鳥」で、日本が「文化国家と云ふからには何よりも先ず此の方面に対して最大の努力を致すべき」と述べた（植松 1948 : 358-360）。戦前に断種政策を強く批判していた金子準二は、次節で述べるように、精神衛生法案の作成に中心的役割を果たした。

このように、人権問題を顧慮することなく、優生政策が推進された要因としては、先述した逆淘汰論の隆盛のほかに、アメリカによる占領政策の影響があるかもしれない。アメリカは世界の中で断種政策を強力に推進した国の1つだった。1890年のアメリカ国勢調査の結果、精神病患者や犯罪者が増加したことから、その解決策として断種が主張されるようになり、1907年にはインディアナ州で世界初の断種法が成立、その後、1920年代にかけて32州で断種法が制定された。アメリカで最も断種件数が多かったカリフォルニア州での実績は、1933年のナチス断種法制定の際に参考とされた。第2次世界大戦後もアメリカでは、1970年頃に優生学への批判が現れ始めるまで、精神障害者に対する強制断種が推進された（米本 2000 : 34-47）。

占領期の日本においてGHQの影響力は大きかったとはいえ、GHQは表面上、日本の人口政策に干渉しない姿勢を保っていた。しかしながら、GHQが間接的にそれに関わっていたことを窺わせる事実がある。それは、戦前から活動していた産児制限運動家であり、戦後は国会議員として優生法案を提出した加藤シヅエとGHQとの深い関係である。加藤は戦前から、優生学的な産児制限を推進したアメリカ人運動家、マーガレット・サンガーの信奉者で、サンガーを「生涯の師」と仰いでいた。加藤は1945年9月に、連合国軍総司令部民間情報局より依頼されて婦人問題非公式顧問に就任、1946年4月には、GHQ将校からの勧めで総選挙に立候補、最高得票数を獲得して当選した。当選後、加藤は優生政策の強化と産児制限の合法化をめざし、1947年第1回国会に優生保護法案を提出するが、それに先立ち、GHQ公衆衛生福祉局長クロフォード・サムスに了承を得たと証言している（加藤 1997 : 127-162）。

さらに優生政策が強化された、1952（昭和27）年の優生保護法の改正内容について詳しく見ておこう。第4条の「公益上必要」な強制的優生手術の審査申請について、医師が「申請することができる」という表現から「申請しなければならない」とし、申請が義務付けられた。優生学的理由による中絶の適応が拡大され、本人が「遺伝性精神病」「遺伝性精神薄弱」に罹っている者から、「本人又は配偶者が精神病又は精神薄弱であるもの」に変更された（「遺伝性」の削除、「配偶者」の付加）（第13条）。任意断種の適応でも、「配偶者」が精神病または精神薄弱である場合が加えられた（第3条）。さらに、「遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱に罹っている者」について、精神衛生法で定められた「保護義務者」の同意と、「優生保護審査会」の決定によって、本人の同意なしに優生手術ができる規定が新設された（第12条）。このような、優生手術の対象拡大という重要な改正にもかかわらず、国会での手術対象者の「人権」に関する質問や批判は皆無であった。優生保護法と深い関わりをもつ精神衛生法については、次節で検討する。

優生政策が強化された中で、優生手術の実績はどの程度あがったのだろうか。本人の同意による優生手術の実施率は、優生保護法施行以降、1956年まで急上昇し、1956年には44,485件の優

生手術が行われた。ただし、そのうち9割以上が「母体保護」を理由としたもので、大部分は産児調節を目的としたものと推測される。1956年における遺伝性疾患（本人の同意あり）の手術件数は454件だった（それ以降は減少）。医師の申請による、本人の同意を得ない優生手術（第4条、第12条によるもの）は、最も多かった1955年と56年には年間1200件を超えたが、それ以降は急速に減少した（市野川他1996:380-384）。

### 3.2. 精神衛生法の制定と精神障害者の処遇

次に、戦後における精神障害者に対する法律制定と、そこにおける精神障害者の処遇、優生政策との関わりについて検討する。1950（昭和25）年に精神衛生法が制定されるまで、第1章で取り上げた精神病患者監護法と精神病院法が並存しており、精神科医たちにとって、両法を廃止し、新たな精神衛生に関する法律をつくることが懸案となっていた。そのため、彼らによって1947年頃から法案の準備が始まり、1949年には私立精神病院が集まって日本精神病院協会を設立、そのメンバーであった金子準二、植松七九郎を中心に法案が作成された。こうして、同協会顧問であった参議院議員ら15名により、1950年に精神衛生法案が第7回国会に提出され、成立した（精神医療史研究会編1964:29-31、厚生省公衆衛生局1965:13）。提出者の中には、優生保護法提出の中心メンバーであった谷口弥三郎も含まれていた。

精神衛生法の目的は、「国民の精神的健康の保持及び向上」を図るため、「精神障害者の医療及び保護」を行い、かつ、「その発生の予防に努める」こととされた。ここでの「精神障害者」とは、旧二法（精神病患者監護法、精神病院法）が対象とした「精神病患者」に加え、「精神薄弱者」と「精神病質者」を含み、「正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般」が対象とされ、334～400万人と推定された<sup>18)</sup>。

精神衛生法が旧二法に比べて異なる重要な点は、第1に、精神障害者を発見し、保護治療するために国民全員が協力する体制がつけられたことである。精神障害者（およびその疑いのある者）を発見した場合は、だれでも、都道府県知事にその者の保護・診察を申請することができることと規定された（第23条）。さらに、警察官・検察官・矯正施設の長に対して、精神障害者（およびその疑いのある者）に関する職務上の通報を義務付けた（第24～26条）。

第2に重要な点は、「精神衛生鑑定医」制度が新設されたことである。精神衛生鑑定医（以下、鑑定医と略記）は厚生大臣の指定を受け、精神障害者の入院が必要かどうかの判定を行うとされた（第18条）。また、鑑定医は、国民から保護申請があった者、警察官・検察官・矯正施設の長から通報があった者を診察する役割が与えられた（第27条）。そして、2人以上の鑑定医が診察した結果、その精神障害者を入院させなければ「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」と知事が認めた場合、「本人及び関係者の同意がなくても」精神病院に入院させることができるとした（措置入院、第29条）。

第3に重要な点は、監護義務者による私宅監置が廃止された一方で、精神病院長に対して、「保護義務者」の同意があるときは、本人の同意がなくても、精神障害者を入院させる権限が与

えられたことである（第33条）。そして、病院長には、医療・保護に不可欠な範囲内で、入院者の行動の制限を行う権限も与えられた（第38条）。

第4に重要な点は、精神障害者の人権への配慮が後退したことである。旧二法では何れにおいても、法の執行に関して不服のある者が「訴願」する権利を保障していたが、精神衛生法における訴願の権利は、措置入院の場合のみしか規定されていなかった（第32条）。

以上のような精神衛生法案に対して、国会では、ある野党のみから法案への反対が表明された。その内容は、精神病院長あるいは知事が入院させる権限をもつのでは、人権蹂躪が起こる恐れがあるため、人の自由を拘束することは、行政機関から独立した裁判所によって扱われるべきだ、というものであった。それに対しては、訴願や鑑定医による診察、人身保護法による救済など、「万全の対応策」が備わっているという反論があり、法案は賛成多数で可決された<sup>19)</sup>。

このように、精神衛生法は、法の対象者を拡大し、正常な社会生活を破壊する「危険」な精神障害者を国民全体で発見して、精神病院に収容する体制を構築することを企図し、精神科医、とくに精神病院長および精神衛生鑑定医に法的地位と、入院のための診察と入院を決定する権限を与えた。そして、家族（保護義務者）には、精神障害者が自らを傷つけ、または他人に害を及ぼさないよう監督し、病院長が入院を必要と認めたときには、入院に同意する義務が課せられた。そして、前節で述べたように、精神衛生法に規定された「保護義務者」の同意によって、「遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱に罹っている者」に対する優生手術の実施が可能となった。こうして、精神衛生法と優生保護法の連携により、優生政策の強化が目指されたのである。

## お わ り に

戦前期に制定された精神病者監護法は、近代以前から存在していた私宅監置を維持しつつ、近代国家として他国に恥じぬよう、国が監置方法を詳細に規定し、警察が日常的にそれを監視することによって、監置される精神病者への待遇を近代化＝標準化した。そして、精神病院法制定により、精神病者の病院収容を促進しようとしたが、財政上の限界や、国民の精神病院・精神科医への不信感から収容が進まず、太平洋戦争終結まで歴史的保養所は存続し、精神衛生法施行まで私宅監置は大きな役割を担い続けた。精神医学や遺伝学への国民の不信、精神病者等の人権擁護および家族国家観・家族制度の維持への社会的要請が強かったことにより、戦前・戦中における優生政策の成果は挙がらなかった。

精神医学および優生学の権力が確立したことを示すのは、1950年前後における逆淘汰論の高まりを背景とした、優生保護法と精神衛生法の制定である。社会に害を及ぼす「危険」な精神障害者の発見、隔離、治療を行うため、精神衛生法は、精神医学および精神衛生鑑定医に法的地位を与え、危険な精神障害であるか否かを判定する強大な権力を付与したのである。そして、精神障害者に対する不妊手術の実施も促進された。

しかし、1950年代後半になると、精神医学の権力の揺らぎが見え始める。それを表す出来事

が、ある女子大学の元教授に対する精神病院への不法監禁事件である。元教授が大学免職後も、大学の研究室を6年間占拠し続けたことに対し、大学が、精神衛生鑑定医でもあった精神病院長と結託し、占拠をやめさせる目的で、元教授を精神病院に措置入院（強制入院）させたとして、元教授が大学長を不法監禁罪で告訴した。これに関して、1956（昭和31）年の第24回国会衆議院法務委員会において、元教授とその関係者が参考人として事情聴取された。そこでの論点は、精神衛生法は、精神病ではない者を強制的に入院させることができる「絶大な権力」を精神衛生鑑定医に与えているため、人権蹂躪が起りかねないという欠陥をもっていることであった。調査の結果、法務委員会は、同法改正のために、強制入院の際には裁判所の許可を必要とするなど「人権擁護」のための措置を講じること、入院患者の行動を制限する際の条件を明確化することなどについて、速やかに検討することを政府に要望する決議を可決した<sup>20)</sup>。この事件は当時、新聞・雑誌などメディアでも取り上げられ、社会問題となった<sup>21)</sup>。

しかし、精神衛生法施行以降、精神病院および病床数は急激に増加し<sup>22)</sup>、同法や精神病院に対して、人権擁護の観点から本格的な議論がなされるのは、1970年代のことである。その後の展開については、今後の課題としたい。

#### 注

- 1) 『第14回帝国議会 貴族院議事速記録 第21号』1900年2月10日、399頁。
- 2) 『第14回帝国議会衆議院 精神病患者監護法案特別委員会議事速記録 第2号』1900年2月16日、10頁、内務省参事官・窪田静太郎の発言。
- 3) 『第14回帝国議会貴族院 精神病患者監護法案特別委員会議事速記録 第1号』1900年1月31日、1頁。
- 4) 『第14回帝国議会衆議院 精神病患者監護法案特別委員会議事速記録 第2号』1900年2月16日、18頁、内務省参事官・窪田静太郎の発言。
- 5) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第2回』1919年2月26日、3頁。
- 6) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第2回』1919年2月26日、11頁、内務省衛生局長・杉山四五郎の説明。
- 7) 『第41回帝国議会衆議院議事速記録 第16号』1919年2月23日、3頁。『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録第4回』1919年2月28日、28-29頁。
- 8) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第2回』1919年2月26日、4頁。
- 9) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第2回』1919年2月26日、7頁。
- 10) 『第41回帝国議会 衆議院精神病院法案委員会議録 第4回』1919年2月28日、30頁。
- 11) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第3回』1919年2月27日、20頁。『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第4回』1919年2月28日、30-33頁。
- 12) 『第41回帝国議会衆議院 精神病院法案委員会議録 第3回』1919年2月27日、19頁。
- 13) 『第41回帝国議会貴族院 精神病院法案他二件特別委員会議事速記録 第3号』1919年3月11日、20頁。
- 14) 5種類の疾患とは、「1 遺伝性精神病、2 遺伝性精神薄弱、3 強度且悪質ナル遺伝性病的性格、4 強度且悪質ナル遺伝性身体疾患、5 強度ナル遺伝性畸形」である。
- 15) 『第75回帝国議会衆議院議事速記録 第25号』1940年3月13日、581頁。
- 16) 『第75回帝国議会衆議院議事速記録 第25号』1940年3月13日、583頁。
- 17) 『第2回国会衆議院 厚生委員会議録 第13号』1948年6月19日、1頁。

- 18) 『第7回国会衆議院 厚生委員会議録 第22号』1950年4月5日、5頁。  
 19) 『第7回国会衆議院会議録 第37号』1950年4月16日、88-883頁。  
 20) 『第24回国会衆議院法務委員会議録』第19・38・41・42号、1951年5月30日～12月5日。  
 21) 『婦人公論』40(7)、1955年、64-73頁において元教授の手記が発表され、『朝日新聞』（東京）1956年5月31日（11面）、『週刊新潮』1(35)1956年、20頁においても、事件に関する記事が掲載された。  
 22) 1948年の精神病床数は15,333床であったが、1955年には44,250床、1961年には10万床を超えた。精神病院数も、1948年には123、1955年には260、1960年には506と増加した（厚生省医務局編1976:566-569）。

## 文献

- 秋元波留夫 1940「断種法と精神病学－所謂ナチス精神病学の危機－」『日本医事新報』（904）、55-56  
 青木延春 1938「我が国に於ける断種立法運動の経緯」『精神衛生』（12）、39-43  
 土井十二 1941『国民優生法』教育図書  
 Foucault, Michel 1976 *Histoire de la sexualité Vol.1 La volonté de savoir*, Gallimard. (=1986 渡辺守章訳『性の歴史I 知への意志』新潮社)  
 ——— 1999 *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Gallimard. (=2002 慎改康之訳『異常者たち』筑摩書房)  
 ——— 1978 “About the Concept of the ‘Dangerous Individual’ in 19<sup>th</sup> Century Legal Psychiatry”, *Journal of Law and Psychiatry*, vol.1, pp.1-18. (=2000 上田和彦訳「19世紀司法精神医学における『危険人物』という概念の進展」蓮實重彦他監修『ミシェル・フーコー思考集成Ⅶ』筑摩書房)  
 橋本明 2010「精神医療における場所の歴史」橋本明編『治療の場所と精神医療史』日本評論社  
 市野川容孝 2000「ドイツ－優生学はナチズムか？」米本昌平他『優生学と人間社会』講談社  
 市野川容孝他 1996「『優生保護法』をめぐる最近の動向」江原由美子編『生殖技術とジェンダー』勁草書房  
 稲田朗子 1997「断種に関する一考察－優生手術の実態調査から－」『九大法学』（75）、183-225  
 金子準二 1938 a「精神病者の断種問題に就て」『日本医事新報』（817）14-16  
 ——— 1938 b「精神病は癒し得る」『経済マガジン』（創刊1周年記念号）、158-162  
 加藤シヅエ 1997『加藤シヅエ ある女性政治家の半生』日本図書センター  
 菊池甚一 1938『断種問題小論』日本犯罪学会出版部  
 児玉昌 1934「愛知県下に於ける精神病者、精神薄弱者調査報告」『精神衛生』1(6)、6-14  
 国民優生連盟 1941「国民優生法の施行について」『精神衛生』16(4)、31-42  
 小峰茂三郎 1938「非人道的な旧思想」『医事公論』（1346）、18  
 厚生省医務局編 1955『医制八十年史』印刷局朝陽会  
 ——— 1976『医制百年史』ぎょうせい  
 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－』大蔵省印刷局  
 厚生省予防局 1940『国民優生法積義』厚生省予防局  
 呉秀三 1918 a「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察（4）」『東京医学会雑誌』312(13)、38-82  
 ——— 1918 b「精神病者保護ニ関スル意見」内務省衛生局  
 松原洋子 1998「戦時下の断種法論争」『現代思想』26(2)、286-303  
 ——— 2000「日本－戦後の優生保護法という名の断種法」米本昌平他『優生学と人間社会』講談社  
 三浦岱栄 1938 a「断種法と世界の動き（2）」『東京医事新誌』（3099）、33-35  
 ——— 1938 b「精神病学者の侮辱」『医事公論』（1346）、18  
 永井潜 1929『人性論』人文書院  
 中村治 2013『洛北岩倉と精神医療』世界思想社

- 2010「精神病者預かりを可能にしたもの」橋本明編『治療の場所と精神医療史』日本評論社  
日本精神病院協会 1939「日本精神病院協会で断種法制定の支持を決議」『精神衛生』14(4)、39-42  
岡田靖雄 2002『日本精神科医療史』医学書院  
岡田靖雄他編 2011『編集復刻版 精神病者問題資料集成 戦前編 第8巻』六花出版  
大島辰次郎 1934「精神衛生運動について」『精神衛生』1(6)、2-6  
精神医療史研究会編 1964『精神衛生法をめぐる諸問題』松沢病院医局病院問題研究会  
谷口弥三郎他 1948『優生保護法解説』研進社  
内村祐之 1968『わが歩みし精神医学の道』みすず書房  
植松七九郎 1939「断種法制定に就て」『日本医事新報』(893)、15  
——— 1948『精神医学』文光堂  
植松七九郎他 1938「断種問題に関する理事懇談会」『精神衛生』(12)、12-35  
山本起世子 2002「近代日本における優生政策と家族制度に関する歴史社会学的考察」『園田学園女子大  
学論文集』(37)、99-110  
——— 2005「戦後日本における人口政策と家族変動に関する歴史社会学的考察－優生保護法の成立・  
改正過程を中心に－」『園田学園女子大学論文集』(39)、85-99  
米本昌平 2000「イギリスからアメリカへ－優生学の起源」米本昌平他『優生学と人間社会』講談社
- 

[やまもと きよこ 社会学]