

精神衛生法下における同意入院・医療扶助入院の研究 ——神奈川県立公文書館所蔵一次行政文書の分析

後藤 基行

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 流動研究員)

安藤 道人

(国立社会保障・人口問題研究所 研究員)

本論文は、第一に、戦後日本の精神病床入院を入院形態と入院医療費財源という二つの観点から考察し、高水準の精神病床入院の成立にとって精神衛生法による同意入院と生活保護法による医療扶助の組み合わせ（同意-医療扶助入院）が重要だったことを論じた。その上で、第二に、神奈川県立公文書館所蔵の1959年の同意入院に関する一次行政文書を用いた資料分析・計量分析・事例分析により、同意入院の行政手続きにおいて医療扶助費の申請の検討が内在化されていたこと、医療扶助申請は幅広い層で行われていたこと、少なくない同意入院患者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を明らかにした。

1. はじめに

日本の精神科医療の現況として、2012年時点における精神病床数は34万床、入院患者数は30万人超であり、人口比でも絶対数でも世界最大である。こうした入院を中心とした医療から地域でのケアへの移行が、現在の精神保健医療福祉領域での喫緊の政策的課題となっている。

日本の精神病床入院は、1950年代から70年代にかけて急速に増加したが、同時期において生活保護法による医療扶助費が入院医療費の財源として最大の役割を果たしてきたことはそれほど知られていない。また、医療扶助入院者中で精神病床入院が占める割合も、1963年に37.1%となって結核を上回り、以降一貫して病名分類中で最多となってきた。またこの割合は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40%を切ったことがない¹⁾。さらに最近の2010年度において、生活保護費に占める精神病床入院に係る医療扶助費の割合は約10%となっている²⁾。

このように、精神病床入院の急増によって生活保護費は肝要であったと同時に、生活保護費においても精神病は特権的なカテゴリーを形成してきた。

また、1950年代から70年代における医療扶助入院は、精神衛生法下の「同意入院」と呼称された制度の利用後に大部分が適用された。この同意入院とは、患者本人ではなく家族が入院に同意することを意味しており、実質的に患者にとっては強制入院であった。同期間中において同意入院は入院形態として量的に最大であったが、それは、家族がこの制度を利用して患者のケアを病院に委託したいという需要の広範な広がり、それを受け止める制度体制があったことを意味している。また、保護者制度は2014年に廃止されたものの、同意入院は現在も精神保健福祉法下での医療保護入院³⁾として継承されており、制度的な骨格は精神衛生法が成立した1950年から変化がないとも言える。

このように、戦後日本の高水準の精神病床入院の成立にとって、精神衛生法による同意入院と生

活保護法による医療扶助の適用の組み合わせ（以下、同意－医療扶助入院と呼ぶ）は極めて重要であった。このことは、病気や障害を持つ世帯員に対するケアを規範的にも制度的にも家族に依存していると指摘される日本社会において、なぜ精神障害者の場合は、このケア負担の少なくない部分が精神病床への入院という形に転嫁されたのかという問いに繋がっている。

こうした問いを考察していくためには、精神病床入院の全体の分析に加えて、同意入院や医療扶助入院についての歴史的・制度的研究を踏まえる必要がある。本論文は、このような問題意識を背景にして、とくに精神衛生法下の同意入院における医療扶助申請の決定要因の分析を行う。すなわち、同意入院そのものではなく、同意入院における医療扶助申請に着目し、どのように同意－医療扶助入院が成立したのかを検証する。このことによって、戦後の精神病床入院において中心的地位を占めるに至った同意入院での医療扶助適用の実態を明らかにし、戦後の精神病床入院増のメカニズムの一端を明らかにすることを目的とする。

本稿が分析に用いるのは、神奈川県立公文書館に所蔵されている1959年度の精神障害者の同意入院に関する一次行政文書の個票である。このような歴史的な行政文書を利用することには二つの理由がある。第一に、1950年代は同意－医療扶助入院による精神病床入院が急増し、その制度的安定性を獲得した時代だからである。後述するように1961年からの措置入院の急増は一時的にこの同意－医療扶助入院を量的に上回ったが、わずか数年で同意－医療扶助入院が再び措置入院を上回ったと考えられる。従って1959年という時代において同意入院患者の医療扶助申請がどのように行われたのかを明らかにすることは、その後の現在に至るまでの精神病床入院の医療扶助適用の実態を理解する有力な手がかりとなると考えられる。第二に、統計の入手可能性である。精神病床入院は当事者や家族にとって非常にセンシティブな問題であり、現時点における詳細な個票データを入手することは日本では非常に難しいと考えられる。従って、歴史的な個票データを用いて分析することに

よって、その実態解明の一助とすることができる。

本稿の構成は以下の通りである。2節では戦後の精神病床入院の入院形態と医療費財源およびその下での同意入院と医療扶助入院について制度的検討を加え、同意－医療扶助入院が増加した制度的背景について考察する。3節では本稿の分析に用いる1959（昭和34）年の神奈川県行政文書である「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」（「保護申請綴」）やそれに関する行政運用について検討した上で、本統計の個票の記述統計の分析を行う。次いで4節では、「保護申請綴」の個票統計を用いた計量分析と事例分析によって、同意入院患者における医療扶助申請の決定要因について分析を行う。5節は結論である。

2. 戦後の精神病床入院における同意入院と医療扶助入院

(1) 先行研究の検討

本稿の分析対象である同意－医療扶助入院を研究対象とした先行研究は非常に限定的である。まず、同意入院については、これまでその患者にとっての強制性もつ人権上の問題が指摘され、その廃止が医療関係者や法律家、精神障害当事者などから訴えられてきた。たとえば刑法学を専門とする町野（1980）は、同意入院は運用のされ方によっては憲法違反になる可能性を指摘するなど、法的側面からの考察を行っている。同じく、竹中（1986）も同意入院と保護義務者の法的側面を検討し、憲法との関係や、賠償責任の成否について論じている。また、篠原（2013）は、同意入院やその後継である医療保護入院に関する議論の変遷を参照しつつ、これまで繰り返し人権上の懸念が指摘されてきたのにもかかわらず、その廃止が遅れたことを批判している。

このように、精神医療に関わる先行研究においては、同意入院は主に人権上の問題を生起するものとして議論が定立されることが多く、同時代的な批判が多く行われてきた一方で、研究論文の蓄積は浅く、実際の運用がどのように行われてきたか、また精神病床入院増にとってどのようなイン

パクトを持っていたかという考察が不十分であった。

その他、日本の精神医療の展開について全体的な考察を加えている代表的著作である岡田(2002)においても、入院形態としての同意入院についてはごく簡易な言及があるにとどまり、生活保護法の医療扶助入院についても考察の対象となっていない。

精神病床入院患者における医療扶助の役割に着目している例外的な研究としては、中山(1980)や安藤・後藤(2014)が挙げられる。前者は措置入院・医療扶助・社会保険別に戦後の精神病床入院の増加を考察している。後者は戦前から戦後にかけての精神病床入院をその財源に着目して「行政収容」型、「公的扶助」型、「社会保険」型の3類型に分けて分析しており、戦後の「公的扶助」型の精神病床入院として生活保護の医療扶助入院の推移を分析している。

(2) 精神病床入院における入院形態と医療費財源

(a) 入院形態と医療費財源の制度区分

精神障害者の医療及び保護を謳った精神衛生法は、戦前期に定められていた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1950年に制定された。この精神衛生法は、戦後の日本の精神病床入院の骨格を定めたものであり、以下では入院形態と入院医療費の財源という二つの区分から、精神衛生法及び関連する制度について検討する。

第一に、精神衛生法で定められた入院形態には、「措置入院」(第29条)、「同意入院」(第33条)、そして「仮入院」(第34条)があり、それ以外に精神衛生法には規定がない「自由入院」があった。まず、措置入院を規定している第29条の概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」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ければならないこととなった。また、同法は第33条において「保護義務者の同意による入院」という「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。この他に、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」(第34条)と、「自由入院」(精神衛生法に規定なし)が存在した。

第二に、入院医療費の財源については、精神衛生法では以下のように規定された。まず、精神衛生法が同法を根拠にして入院費用を公費で負担したのは、第29条による知事による入院措置、いわゆる措置入院についてのみであった。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。一方で、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⁴⁾。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。

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図表-1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(措置入院費)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社会保険・私費によって賄われる。第三に、自由入院の実態は明らかではないが、制度上は医療扶助費と社会保険・私費の双方の選択肢があり得たと考えられる。

(b) 入院形態別・医療費財源別の精神病床入院数

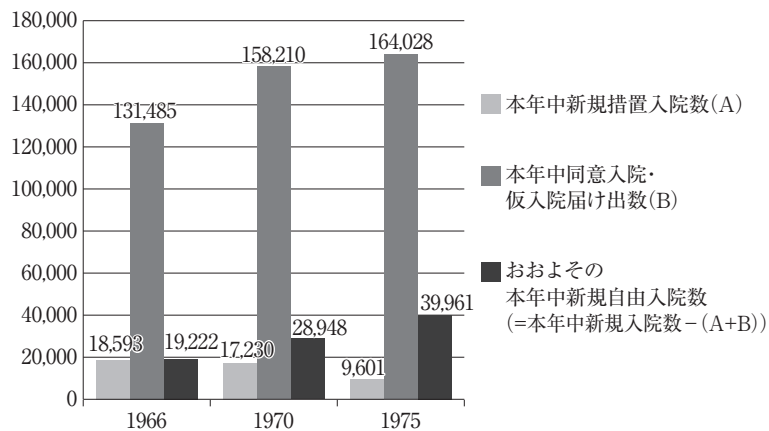
次に、入院形態別・医療費財源別の精神病床

図表-1 精神衛生法下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 (措置入院費)	生活保護法 (医療扶助費)	社会保険・ 私費
措置入院	○	×	×
同意入院	×	○	○
自由入院	×	○	○

注：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

図表-2 精神病床入院の新規措置入院数および同意入院・仮入院届け出数



注：吉川（1980：143）に基づいて作成。「おおよその本年中新規自由入院数」は著者による試算

入院の規模について検討する。戦後の入院形態別の統計については、厚生省（現・厚生労働省）刊行の資料でも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知ることはできない。しかし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さまざまな統計から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『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（厚生省 1955：246-

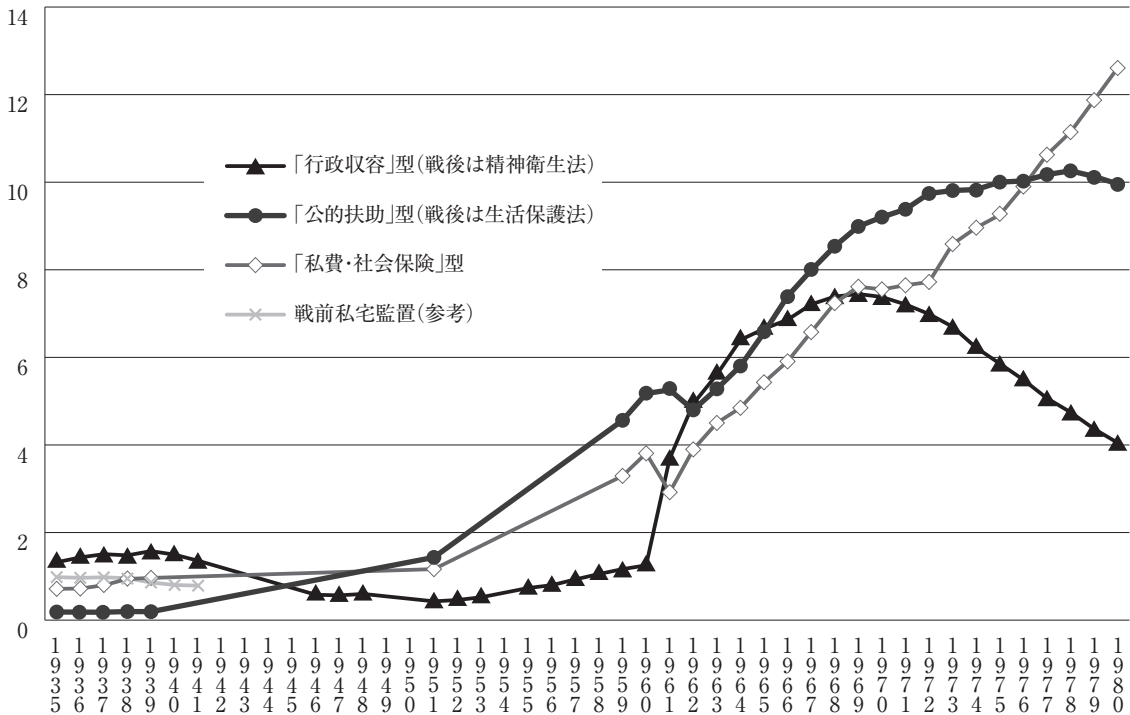
247）。また、図表-2は新規措置入院数と同意入院・仮入院の届け出数の統計であり一時点あるいは累積での入院数と解釈はできないが、1966年、70年、75年において措置入院数や自由入院数に比べて同意入院（仮入院は数が少なく、事実上大部分が同意入院だったと推定される）が非常に多かったことが分かる。

次いで、入院医療費の財源別にみると、図表-3に示されるように、日本の精神病床入院は、「行政収容」型、「公的扶助」型、「私費・社会保険」型の3つに分けられ、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）。この図において明らかのように、1950年代から70年代という約30年間のスパンにおいては、1961年以前の戦後直後期は医療扶助入院（「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⁵⁾。

また、図表-3は同意－医療扶助入院の動向についても一定の示唆を有している。図表-3の統計に基づくと、この期間において全精神病床入院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。よって、先の図表-2などから医療扶助入院の多くが同意入院であったと推測されることを踏まえると、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考えられる。

図表-3 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。各統計の出典および1935年以前の統計については安藤・後藤「精神医療データベース」(<https://sites.google.com/site/seishiniryoo>)あるいは安藤・後藤(2014)を参照

(3) 同意-医療扶助入院への制度的インセンティブ

以上より、同意-医療扶助入院は、戦後一貫して精神病床入院増において重要な役割を果たしてきたと考えることができる。そして、同意入院という入院形態から見ても、医療扶助入院という医療費財源から見ても、同意-医療扶助入院の利用を促す制度的仕組みが内在していたと考えられる。

第一に、同意入院という入院形態面からみると、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、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。つまり、「自傷他害のおそれ」という措置入院の条件を満たしていなくても、家族等に精神病床入院に対する同意があり、精神病院長も入院の必要性を認めた場合には、本人の同意なくして事実上、「強制的」に精神病患者を入院させることが制度的に可能であった。

第二に、「社会保険・私費」型は、1961年の国民皆保険化以前は国民全体をカバーしておらず財源保障機能は相対的に弱く、「行政収容」型としての措置入院も生活保護法下での医療扶助入院よりも都道府県の負担に対する国庫補助額が低かった。後者の点について、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1946年の旧法、50年の新法も共に10分の8であり、措置入院よりも補助率

が高かった。そのため、1961年の精神衛生法改正による措置入院に対する国庫補助率の引上げが行われるまで、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としたほうが財政的負担が小さかったのである⁶⁾。

つまり、図表-1に示された複数の精神病床入院のあり方において、同意-医療扶助入院というあり方は、行政手続き面、患者や家族の医療費自己負担、そして国庫補助という自治体の財政負担面など、多くの点で関係者に利用されやすい制度設計になっていたといえる。

3. 1959年神奈川県「保護申請綴」の分析

(1) 「保護申請綴」の背景と意義

前節までの議論では、全国レベルの制度的検討やマクロ統計を用いて、同意-医療扶助入院が戦後の精神病床入院の主たる一端を担っていたことを論じた。本節と次節においては、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)の個票統計⁷⁾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分析を行う。なお、1959年のものが抜き出されている理由は、神奈川県立公文書館においてこの年の文書のみが体系的に残されていたからである。本論に述べるようにそうした資料的限界を持ちながらも、「保護申請綴」は十分に当時の同意-医療扶助入院の実像に迫れる資料群だと考えられる。

まず、「保護申請綴」は全て精神衛生法第23条による「医療及び保護の申請」によって開始された同意入院の記録である⁸⁾。この「保護申請綴」では、所轄保健所によって多少の違いが存在しつつも、1人の患者について大体同じフォーマットに従った文書が複数作成されており、その文書の作成はおおむね以下の①から④のプロセスに伴って発生している。

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作成される。第2項より、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。

「保護申請綴」の性格をよく表すのは④の文書である。この文書は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、「医療及び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(知事が強制権を發動し強制収容)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。

すなわちこの文章は、第一に、保護義務者による入院の同意により、行政上の手続きとして、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なると記している。そして第二に、医療費の負担能力のない場合は生活保護（すなわち医療扶助）の適用を取り計らうよう指示している。これらは、2節（3）項で示したように、同意-医療扶助入院が行政手続きという観点からも一般的な運用となっていたことを示唆する重要な資料である。

また「保護申請綴」の文書中には「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おり、医療扶助申請が実際になされたかどうか分かる。さらに②の保健所による調査には、調査の共通項目として、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）、医療費の負担能力などが記載されている。また保健所や患者ごとに違いがあるものの、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が記入されている個票も存在する。これらの情報により、一定水準の統計分析や事例分析が可能な個票統計となっている。

すなわち、「保護申請綴」は、精神病床入院のあり方として同意-医療扶助入院を促すことがある程度一般的となっていたと推察される1959年時点の神奈川県において、どのような属性を有する同意入院患者が、実際に同意-医療扶助入院へと至ったかがある程度分かり得る資料である。

(2) 「保護申請綴」の標本特性

「保護申請綴」は1959年時点の神奈川県資料であり、当然ながら、そのサンプルの一般的妥当性には限界がある。本項ではその点について、(a) 神奈川県の特性、(b) 「保護申請綴」標本の特性、(c) 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という3つの観点から検討を加える。

(a) 神奈川県の特性

まず、神奈川県の1959年10月時点での統計（神奈川県民生部社会福祉課 1960: 52-53）と、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）を用いて、医療費財源ごとの入院患者数の割合を比較する。すると、措置入院患者数は前者で12.4%、後者で14.6%、医療扶助入院患者数は前者で38.9%、後者で43.9%、社会保険入院患者数は前者で40.8%、後者で31.3%、自費患者数は前者で5.8%、後者で8.5%となっており、大まかな傾向は似通っている。従って、神奈川県が措置入院・同意入院といった入院形態や措置入院・医療扶助入院・社会保険入院といった医療費財源において、他都道府県とは異なる特殊な運用を行っていた可能性は少ないと考えられる。

(b) 「保護申請綴」標本の特性

次に「保護申請綴」の個票154例の特性を、1956年に全国規模で行われた調査（厚生省 1960）と比較しながら分析する⁹⁾。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（1960）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（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¹⁰⁾。一方で、診断別割合もおおむね似通っているものの「保護申請綴」は「麻薬・アルコール中毒」が13.3%と、厚生省（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」の患者と厚生省（1960）の在院精神障害者の平均的な属性は似通っており、「保護申請綴」の個票は当時の入院患者の一般的特徴をある程度反映していると考えられる。

(c) 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

最後に、同意入院自体は第23条を経由せずに第33条により直接実施されることが可能であった。また吉川（1980: 141）が示すように、精神衛生法

図表-4 「保護申請綴」の記述統計

変数	サンプル全体 (欠損値除く)			分析対象サンプル (モデル II)		
	観測数	平均	標準偏差	観測数	平均	標準偏差
医療扶助申請あり	134	0.6567	0.4766	107	0.6355	0.4836
年齢	154	36.23	14.03	107	36.80	13.24
患者性別 (男性 = 1)	154	0.5909	0.4933	107	0.5607	0.4986
無職	148	0.7770	0.4177	107	0.7850	0.4127
入院歴あり	131	0.4885	0.5018	107	0.5421	0.5006
医療費支払い能力なし	154	0.4351	0.4974	107	0.4299	0.4974
保護申請者：家族	151	0.6490	0.4789	107	0.7009	0.4600
保護申請者：民生委員	151	0.1126	0.3171	107	0.1308	0.3388
保護申請者：自治体職員	151	0.0927	0.2910	107	0.0748	0.2643
保護申請者：その他	151	0.1457	0.3540	107	0.0935	0.2924
調査時の所在：自宅	148	0.5270	0.5010	107	0.5888	0.4944
調査時の所在：病院	148	0.2703	0.4456	107	0.2430	0.4309
調査時の所在：その他	148	0.2027	0.4034	107	0.1682	0.3758
世帯人数 (人)	53	3.8302	2.3594	-	-	-
世帯月収 (円)	30	10.326	9.648	-	-	-
世帯月収 (「なし」回答世帯を除く) (円)	24	12.908	9.088	-	-	-

注:「モデル II」とは、4節の計量分析におけるモデル II を指す

第23条下の「医療及び保護の申請」は、1959年時点では多くが同意入院へと繋がったが、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、少なくとも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¹¹⁾、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と至っている。第二に、「保護申請綴」における医療扶助申請率は約65%であり、図表-2の統計から示唆される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¹²⁾。これらの検討や(b)での厚生省(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-医療扶助入院は、1950年代から60年代にかけての同意入院あるいは同意-医療扶助入院の標本としてある程度の一般的妥当性はあるものと考えられる。

(3) 「保護申請綴」の記述統計分析

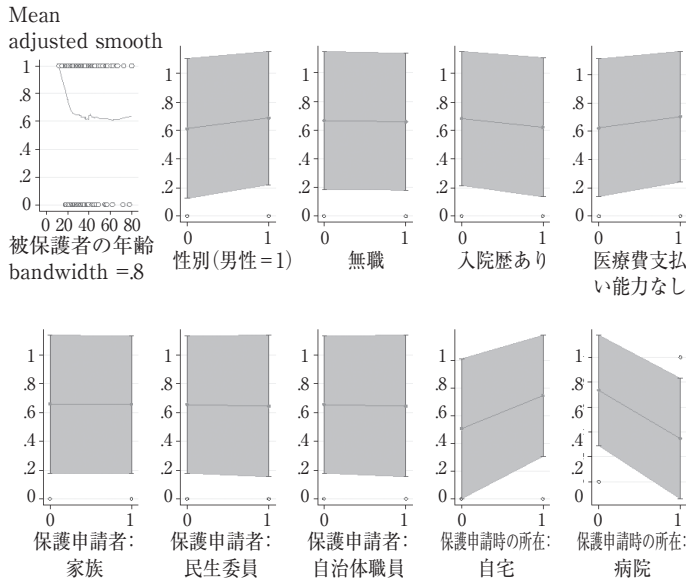
次に、「保護申請綴」の記述統計について検討

を加える。図表-4の「サンプル全体」(154の全個票)による記述統計からは、以下の点が指摘できる。まず、約66%が医療扶助を申請しており、平均年齢は約36歳である。患者の約60%が男性であり、約77%が無職である。また約49%に入院歴があり、少なくとも約44%が医療費の支払い能力なしと判断されている¹³⁾。また家族による保護申請が約65%を占め、民生委員からの申請が約11%、自治体職員による申請が約9%である。調査時の本人の所在は約53%が自宅であるが、約27%は病院であり、約20%はその他(警察、浮浪、刑務所を含む)である。

次いで、「分析対象サンプル (モデル II)」は、次節の計量分析に用いる変数が全て揃っている107の個票における記述統計である。ここでは全154の個票からさらに約30%の個票が除かれてしまうものの、図表-4に示されるように、「サンプル全体」と「分析対象サンプル (モデル II)」における変数の平均値と標準偏差はおおむね近い値となっており、この段階でのサンプル脱落はシステムチックなものではなく分析結果に深刻なバイアスを与えないものである可能性も高い。

最後に、世帯人数と世帯月収については、観測数が相当減少してしまうが、世帯人数の平均値は

図表-5 医療扶助申請と諸変数の関係



3.83人であり、世帯月収の平均値は10,326円であり、「なし」と答えた世帯を除いた場合の世帯月収の平均値は12,908円である¹⁴⁾。総理府統計局の家計調査（東洋経済新報社 1991: 109）によると、1959年における都市勤労者世帯において、平均世帯人員数は4.41人、実収入（月収）は36,873円であるため、「保護申請綴」の世帯は平均的にみると非常に低所得であったと考えられる。

4. 「保護申請綴」における医療扶助申請の分析

4節では、計量分析と事例分析によって、「保護申請綴」の同意入院事例において医療扶助申請がどのようなケースにおいて行われたのかを検証する。医療扶助申請は保健所によって行われており、また世帯の経済状況により医療扶助申請は多くの場合に受理されていたと推定される。従ってここでの分析は、戦後の精神病床入院増において中心的な役割を担ってきた同意-医療扶助入院が、どのような場合に成立したかの検証である。

「保護申請綴」におけるサンプリング、サンプル

サイズ、回答状況の精度、そして観測可能な変数の種類には多くの制約があるため、本個票統計を用いた計量分析結果の解釈には相当程度の留意が必要である。一方で、3節(2)項や3節(3)項で検証したように、一定程度の妥当性は確保されていると考えられる。さらに1959年時点での医療扶助入院の個票統計を用いた計量分析は他に類がなく、本稿の分析結果およびそこから得られる示唆については一定の意義がある。

また、計量分析では世帯月収や世帯数の統計を用いることができず、かつ「保護申請

綴」にみられる自由記述等の情報を活用できない。従って、比較的統計が揃っているサブサンプルに絞って事例分析を行い、同意入院における医療扶助入院の申請についてさらに検証を行う。

(1) 計量分析

まず図表-5には、個々の被説明変数をX軸、医療扶助申請率をY軸にして両者の関係を示している。第一に、X軸が「被保護者の年齢」の場合（図の左上）は、Lowess (locally weighted scatterplot smoothing) 曲線により、年齢が変化した際の医療扶助申請率の変化を示している。Lowess曲線によると、被保護者の年齢が若い場合には医療扶助申請率は高いが、20歳前後からは医療扶助申請率は約6割程度で安定していることが分かる。サンプルサイズが限られており、10代において医療扶助申請率が高いのが偶然かどうかは判断できないが¹⁵⁾、20歳前後からは医療扶助申請率が安定的に推移しており、年齢と医療扶助申請率の間には有意な相関がないことが示唆される。第二に、X軸が残りの変数の場合は、全てbinary変数であるため、それぞれ0および1のときの医療扶助申請率の平均値（ドット）および標

図表-6 医療扶助申請の線形確率モデル・ロジットモデルの推定

変数	(1)	(2)	(3)	(4)
	モデル I		モデル II	
	線形確率モデル	ロジットモデル	線形確率モデル	ロジットモデル
年齢	-0.003 (0.003)	-0.003 (0.003)	-0.001 (0.004)	-0.001 (0.004)
患者性別 (男性 = 1)	0.089 (0.090)	0.090 (0.089)	0.044 (0.102)	0.045 (0.113)
無職	0.030 (0.108)	0.032 (0.110)	0.015 (0.116)	0.016 (0.137)
入院歴あり			-0.052 (0.090)	-0.069 (0.106)
医療費支払い能力なし			0.086 (0.095)	0.108 (0.105)
保護申請者: 民生委員			-0.035 (0.151)	-0.039 (0.156)
保護申請者: 自治体職員			0.357* (0.186)	0.412* (0.234)
保護申請者: その他			-0.048 (0.156)	-0.057 (0.175)
調査時の所在: 病院			-0.475*** (0.116)	-0.499*** (0.141)
調査時の所在: その他			-0.115 (0.146)	-0.104 (0.154)
定数項	0.680*** (0.156)		0.753*** (0.184)	
観測数	129	129	107	107
Adjusted R-squared	-0.010		0.093	
Pseudo-R-squared		0.0107		0.140

注: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. 括弧内の数値は、線形確率モデルの場合にはロバスト標準誤差、ロジットモデルの場合には標準誤差。ロジットモデルの係数値および標準誤差は、各変数の平均値における限界的变化のものに変換されている

準偏差（縦線の幅）を示している。多くのケースの場合、サンプルサイズが小さく標準偏差は大きいものの、属性の違いにかかわらず医療扶助申請率は約65%程度であり、これらの属性が医療扶助申請率の違いには繋がっていないことが窺われる。一方で、保護申請時の所在が自宅の場合にはそうでない場合よりも医療扶助申請率が高く、保護申請時の所在が病院の場合には医療扶助申請率が低くなっている。

次に図表-6には、医療扶助申請の有無を被説明変数（申請している場合を1とする）、その他の変数を説明変数として、線形確率モデルおよびロジットモデルで分析した結果を示している。モデルIでは、記入脱落が少ない基礎的情報である年齢、性別、無職の3変数を説明変数とし、モデル

IIではそれら以外の変数も説明変数に加えた分析を行った。

これらの分析結果によると、第一に、年齢、患者性別、無職、入院歴、医療費支払い能力などの多くの変数は医療扶助申請の有無とは有意な相関がない。これらのうち、医療費支払い能力については回答の不完全性が一因であると推察される（注13参照）。一方で、それ以外の変数については一定の信頼性があると考えられるため、これらの変数は医療扶助申請を決定づけるものではなかったと考えられる。第二に、保護申請者が自治体職員の場合には医療扶助申請率が有意に高くなっている¹⁶⁾。これは自治体職員が保護申請しているケースは経済的・社会的状況がより深刻なケースである可能性が高いため医療扶助申請率も高いことが考えられる。一方で、モデルIIにおいて自治体職

図表-7 「保護申請綴」の事例表

整理番号	所轄保健所	ケース番号	医療扶助申請の有無	等価所得 (月収/世帯人数)	世帯月収合計	年齢	患者性別	世帯人員数 (本人含む)	本人職業	入院に反対の場合、その理由	生活状況や経済状況に関する記述
11	藤沢	1	○	0	0	37	男	5	無職	患者が働かないと収入がなく、妻も結核で働けないため	結核の妻、59歳母、10歳以下の子供3人
12	藤沢	2	○	0	0	34	男	2	植木職	患者が入院すれば生活が困る	
14	港北	3	○	0	0	42	男	3	無職		生活保護適用中
67	鎌倉	4	○	0	0	63	女	1	無職		申請者の夫は生活保護
135	厚木	5	○	0	0	56	男	1	無職	経済的理由	
6	藤沢	6	○	1,414	2,000	18	女	2	織物内職		生保申請中。一定した職になかった
96	厚木	7	○	1,667	5,000	28	男	9	無職		家族は民生委員に頭を下げ、福祉事務所まで行かないでも済むと保健所側に精神鑑定その他を頼んだ、との記述あり
92	小田原	8	○	2,000	4,000	21	男	4	無職		多量に飲酒
23	鎌倉	9	○	2,298	3,250	57	男	2	無職		
94	鎌倉	10	○	5,196	9,000	25	男	3	無職		
111	秦野	11	○	5,307	13,000	21	男	6	無職		
55	鎌倉	12	○	5,545	12,400	18	女	5	無職		
72	鎌倉	13	○	6,030	20,000	32	女	11	無職		本人は離婚し、帰家。長女出産後、精神分裂病。離縁される
41	相模原	14	○	6,708	15,000	43	女	5	無職		
144	厚木	15	×	6,708	15,000	62	男	5	農業		19歳のころ発病して、横浜の精神病院にて1年8カ月入院加療していた。その後の経過はよく、農業に従事していた。しかし、一つの仕事は長続きせず、20～30分仕事すると、すぐ飽きてしまい、満足な仕事はしなかった。お金を見ると、皆飲酒してしまい、生活をほとんど顧みることはなかった。他人のお金でも自分の手にすると使ってしまう
125	横須賀	16	×	7,603	17,000	26	女	5	無職	経済的理由により入院に対して消極的である	
4	藤沢	17	×	9,449	25,000	56	男	7	無職		
91	鎌倉	18	○	10,205	27,000	61	男	7	無職		医療扶助(一部)を受けて入院予定。7人世帯・患者が父親。子供5人。うち3人は就職。しかし、母の生活は容易でない。郵便局で働いていたが、病気で退職。その後脳溢血で半身不随に。その後精神障害。昭和33年に精神病院に入院。半年で退院。ある程度落ち着いていたが、再び悪化
52	中野	19	○	10,607	15,000	57	女	2	無職	経費の面で一応反対している	
101	秦野	20	○	13,789	39,000	26	女	8	農業		家人は農業および勤務者のため、保護が十分にできないことが、申請の主たる理由とされている

員が保護申請しているケースは全8ケース（うち6ケースにて医療扶助申請あり）のみであるため、その統計的妥当性には一定の留意は必要である。第三に、保護申請場所が病院の場合には医療扶助申請率が有意に低くなっており、これは図表-5の結果とも整合的である¹⁷⁾。その原因は確定できないが、病院において保護申請を行っている場合には、すでに医療扶助申請を行っているケースも多いためと考えられる。すなわち、病院において保護申請をしている場合になんらかの社会的・制度的要因によって医療扶助申請をする確率が下がるというわけではなく、すでに医療扶助申請を行っているために同意入院時に新たに医療扶助申請を行っていないという事実を反映している可能性がある。

以上の分析よりもまず示唆されるのは、医療扶助申請が年齢、性別、職歴、入院歴などにかかわらず幅広い層において行われていたことである。観察可能な多くの基礎的な変数が医療扶助申請の有無と有意に相関していないという結果は、同意入院対象者に対する医療扶助の申請および適用が幅広い層に対して適用されていたことを示している。むろん、世帯情報や所得情報などの基本的情報が欠落した分析であることには留意する必要があるものの、図表-5にみられる医療扶助申請率の安定性や図表-6の分析結果を踏まえると、同意入院患者に対する医療扶助申請の適用は、比較的幅広い層に対して65%前後（図表-4および図表-5を参照）の確率で行われた可能性が高い。

(2) 事例分析

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。このうち、調査段階ですでに医療扶助入院の申請を終えてしまっている可能性のある個票（病院にて「医療及び保護の申請」を行った個票）を除いた20件について、等価所得（所得を世帯人数の平方根で除したもの）が低い順番で「保護申請綴」の情報を整理して掲載したのが図表-7である。

これによると、等価所得が低い患者世帯は全て医療扶助申請を行っており（ケース1から14まで）、

比較的等価所得が高い患者世帯では3件のみ医療扶助申請を行っていない（ケース15～17）。また、ケース18は医療扶助費を受け取っているものの、「一部」であるとの記述がある。ケース19、20はこのサブサンプルの中では比較的所得は高いものの医療扶助申請を行っている。

これらの少数のケースの検証から頑健な結論を導くことは困難であるものの、「保護申請綴」における同意入院患者の世帯所得は一般世帯よりも低く偏っている可能性が高く、それゆえに多くの世帯が医療扶助申請を行っていたと考えられる。また入院に反対の理由や自由記述欄においても、経済的困窮を示唆する情報が散見され、同意入院患者の世帯の経済的困窮の実態の一端が明らかとなっている。

5. 結論

本論文は、第一に、精神衛生法下の精神病床入院について、入院形態と入院医療費財源という二つの観点から整理した上で、1950年代から70年代にかけての同意-医療扶助入院の規模や制度的特徴を考察した。その結果、戦後日本の高水準の精神病床入院の成立にとって、精神衛生法による同意入院と生活保護法による医療扶助の適用の組み合わせ（同意-医療扶助入院）が重要であったことが明らかとなった。

第二に、神奈川県立公文書館所蔵の1959年の同意入院に関する一次行政文書を用いた資料分析・計量分析・事例分析により、同意入院の行政手続きにおいて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、医療扶助申請は年齢、性別、職歴、入院歴などにかかわらず幅広い層において行われていたこと、そして少なくない同意入院患者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。

これらの分析結果は、戦後の精神病床入院急増のプロセスの一部に救貧的な側面が含まれており、またその規模が入院全体の中で重要な位置を占めていたことを意味するものである。この戦後

の精神病床入院における救済的側面は、措置入院や同意入院の「強制性」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。

この同意-医療扶助入院、すなわち困窮世帯の精神障害者に対する同意入院と医療扶助入院の適用という入院形態のインパクトは、これまでの精神病床入院の研究で十分に着目されてきたとは言えない。本研究によって示された同意-医療扶助入院についての認識は、現行法たる精神保健福祉法下の医療保護入院による入院の削減という政策目標についても、有意義な視点を与えうると考えられる。そうした観点からの研究は今後の課題としたい。

謝辞

本稿は、公益財団法人家計経済研究所の2014年度研究振興助成事業による助成を受けた研究成果である。また、データの入力作業は、山田理絵氏（東京大学大学院）、前田克実氏（一橋大学大学院）の協力を得た。それぞれ厚くお礼を申し上げたい。ただし当然のことながら、本稿の内容に関する一切の誤りは筆者らの責に帰するものである。

注

- 1) 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」(<http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seihoH26/H26-19.xlsx>, 2015.3.30アクセス可能)より。
- 2) 財務省主計局資料「社会保障予算（生活保護、年金等）」（平成24年10月）による。本資料によると、事業費ベースでみた生活保護費は平成22年度で33,296億円であり、そのうち15,701億円が医療扶助費、さらにその中の約3,500億円（医療扶助費の約22%）が精神病棟の入院に係る医療扶助費である。
- 3) 精神衛生法を大きく改正した精神保健法制定後に定められたもので、同意入院と同様の性格を持つ。
- 4) 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おそれがある場合に、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法が適用された。
- 5) 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。
- 6) さらに、医療費支払いの財源として精神病床入院に対する生活保護法の適用も、それを促進する運用上の改変が1960年代以降に度々行われた。それは生活保護法における世帯分離規定に関するものが顕著である。この点については牧園（1999）を参照のこと。
- 7) この個票統計の取得は、著者（後藤）による神奈川県立公文書館への閲覧申請が認可されたことによる。
- 8) 精神衛生法第23条の1項は「精神障害者又はその疑のある者を知った者は、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」と定めている。1959年時点では第23条に基づく「医療及び保護の申請」の多くは同意入院へと繋がっていた（吉川 1980: 136）。
- 9) 網羅的な記述統計は次項に掲載する。
- 10) 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。
- 11) 1953年の厚生省『衛生年報』（厚生省 1955: 260-261）において、第23条での申請件数は全部で13,245件あり、このうち「鑑定を受けた者」の中で「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られた者」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1953年の同意入院患者総数の約3割弱に相当する。
- 12) この約55～64%という数値は、1951年および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。
- 13) 医療費の支払い能力については「調査中」との回答もあり（14件）、また未記入の個票も多かったため、実際に医療費の支払い能力がなかった被申請者世帯はさらに多かったと考えられる。
- 14) サンプル脱落は保健所による偏りがあると想定され、地域バイアスが生じていると考えられるが、特定の所得階層が集中して脱落しているわけではないものと考えられる。
- 15) 医療扶助申請率のLowess曲線が10代において高率であるのは、そもそも被保護者の年齢が10代のケースは8ケースのみであり、うち6件が医療扶助申請をしているためである。
- 16) 係数値を限界効果と解釈するのであれば、他の変数が一定のときに、自治体職員による保護申請であった場合には、家族による保護申請であった場合に比べて医療扶助申請率が約36%（線形確率モデル）あるいは約41%（ロ

ジットモデル) 高くなる。
 17) 係数値を限界効果と解釈するのであれば、他の変数が一定のときに、病院における保護申請であった場合には、自宅における保護申請であった場合に比べて医療扶助申請率が約48% (線形確率モデル) あるいは約50% (ロジットモデル) 低くなる。

文献

安藤道人・後藤基行, 2014, 「精神病床入院体系における3類型の成立と展開——制度形成と財政的変遷の歴史分析」『医療経済研究』26 (1) : 27-42.
 岡田靖雄, 2002, 『日本精神科医療史』医学書院。
 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。
 吉川武彦, 1980, 「精神衛生統計」『現代精神医学大系 23C 社会精神医学と精神衛生』中山書店, 41-246。
 厚生省, 1955, 『昭和28年 衛生年報』厚生省衛生局。
 ———, 1960, 『昭和31年 在院精神障害者実態調査報告』厚生省。
 篠原由利子, 2013, 「医療保護入院・保護(義務)者制度をめぐる論議の変遷」『佛教大学社会福祉学部論集』9: 99-121。
 竹中勲, 1986, 「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: 19-48。
 東洋経済新報社, 1991, 『完結 昭和国勢総覧 第三巻』東洋経済新報社。

中山宏太郎, 1980, 「公衆衛生法的増床政策の展開——精神病院形成史」大谷實・中山宏太郎編『精神医療と法』弘文堂, 116-128。
 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。
 町野朔, 1980, 「精神医療における自由と強制」大谷實・中山宏太郎編『精神医療と法』弘文堂, 26-58。

ごとう・もとゆき 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 流動研究員。主な論文に「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), 2012)。医療社会学専攻。(mgoto@ncnp.go.jp)

あんどう・みちひと 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 研究員。主な論文に“Dreams of Urbanization: Quantitative Case Studies on the Local Impacts of Nuclear Power Facilities Using the Synthetic Control Method” (*Journal of Urban Economics*, 85, 2015)。公共経済学専攻。(andou-michihito@ipss.go.jp)