

革新主義期アメリカにおける精神医学と移民制限

小野直子

富山大学人文学部紀要第64号抜刷

2016年2月

革新主義期アメリカにおける精神医学と移民制限

小野直子

はじめに

19世紀末から20世紀初頭にかけてアメリカ合衆国には大量の移民が流入し、かつては見られなかったような行政の取り組みが必要になった。この時期には、地方政府や私企業には背負いきれない難題に対処するために近代的官僚国家が形成されていったが、移民はこうした難題のうちでも主要なものであった。さらにこの時期には、健康問題は政府が責任を負うべき分野であると考えられる傾向が強まった。移民の健康と彼らがアメリカに与える影響が関心を集めるようになると、連邦政府は移民を管理する責任を引き受け、何百万人も移民の存在が引き起こすであろう公衆衛生問題に立ち向かうことになった。医学検査による移民の選別と公衆衛生問題は、医師とその専門的意見に対する信頼と敬意をもたらすことになった。本稿では、移民の医学検査の中でも特に精神医学に焦点を当て、革新主義期アメリカにおいて精神医学が精神病患者 (the insane, lunatic) の境界線だけでなく、国民の境界線を引くのに果たした役割を明らかにすることにより、身体・精神の管理と福祉制度の関係について考察する。

1960年代頃までの精神医学の歴史は、精神病患者を鎖から解放して人道主義的・医学的に対処するようになり、精神疾患が科学的・合理的に理解されるようになり、そして最終的に精神疾患に関する迷信を克服したという精神医学の発達と、著名な精神科医等の個人の偉業に焦点を当ててきた。その目的は主に、精神医学とその専門家を正当化することであった。1960年代以降、そうした伝統的な見方を修正するような研究が現れるようになった。精神疾患と精神医学は、社会的・文化的文脈において分析されるようになり、例えば社会的構築物としての精神疾患、精神疾患に対する社会的対応、社会的管理の道具としての精神病院などに焦点が当てられるようになった。さらに支配的な階級や集団だけでなく、従属的な階級や集団も重要な歴史の考察対象として導入されるようになり、医師や政治家だけでなく、患者とその家族・親戚・友人・隣人、施設の職員などの発言にも耳を傾けるようになった。

移民政策と精神科医の関係については、イアン・R・ダウビギン (Ian Robert Dowbiggin) が、アメリカとカナダにおける精神医学と優生学の関係を論じた著書の中で、移民政策にも言及している。ダウビギンによれば、精神科医の間で移民に関する意見はほぼ一致しており、精神科医には確かに大量移民流入の時代に外国人嫌悪の風潮を生んだ責任はあるが、彼らの移民制限の主張は単なる移民排斥主義や外国人嫌悪に基づいていたわけではなかった。事実、ほとんどの精神科医は、出身国別移民割当制度には関心を持っていなかった。精神科医が求めていたの

は、専門家としての自主性、医学的意見の尊重、労働条件や施設の改善、経済的依存者の本国送還に関する法律の改善であったという¹⁾。

ダウビギンの研究は、移民制限についての精神科医の発言や活動に主要な焦点が当てられているが、本稿では精神科医が移民制限を主張した社会的・経済的・医学的背景を明らかにすることを目的とする。そのために第一に、アメリカにおける精神疾患に対する処遇の変遷、及び精神疾患に対処する「専門家」としての精神科医が台頭する過程を明らかにする。第二に、アメリカの移民政策において精神疾患が排除の対処となった背景と、精神科医の移民政策への対応を検討する。なお本稿では、歴史的記述においては原則として、現在では不適切として使用されていない用語を訳語として使用しているが、それは用語の定義や変化が、当時の思想や政策に反映されていると考えるからである。

1. 精神医学の誕生

「精神医学 (Psychiatrie)」という言葉は、19世紀初頭にドイツの医師ヨハン・C・ライル (Johann Christian Reil) によって作られた。精神の疾患がそれまでなかったのかと言えばそのようなことはなく、その存在は古代から知られており、人々はそれに対して様々な観念を抱き、かつ何らかの対応をしてきた。今日で言う精神医学とは、一般に近代以降のヨーロッパで発生したそれを意味し、またそこに起源を持つ。18世紀末から19世紀初頭にかけて、ヨーロッパでは精神病患者の処遇に大きな転換が現れ始めた。それまでは鎖につながれて非人道的な処遇を受けてきた精神病患者が、鎖から解放されたのである。それは、鎖を解いても危険性が少ない精神病患者と危険な精神病患者を区分することがある程度可能になったこと、あるいは少なくともそうすることが可能であると主張する専門家が出現したことを、意味していた。

アメリカでは、植民地時代には、精神患者はそれほど関心をもたらしなかった。植民地初期の法律は、社会が貧困者や経済的依存者に対する共同責任を負うというイギリスの原則に基づいていた。疾病と経済的依存状態は密接に関連していたので、精神患者の世話は地域コミュニティの管轄下に置かれていた。精神患者のケアに関して様々な法律が制定されたが、いずれも精神患者の医学的治療については言及しておらず、精神疾患の社会的・経済的帰結に重点が置かれていた。実際、1800年以前に特定の治療法が言及されることはほとんどなく、瀉血や下剤のような一般的な治療がしばしば行われた。精神疾患と身体疾患の区別はほとんどなく、病人はしばしば医師ではなく聖職者や女性による治療を受けた。しかし、精神患者の行動が公共の安全にとって脅威と思われると、より厳しい行動が取られた。17世紀から18世紀の法律にはしばしば、他の住民を脅かす人々の自由を制限する権限を地方の役人に認める条項が含まれていた²⁾。

植民地における人口の増加は、それに比例して病人や経済的依存者の数の増加をもたらした。

た。様々な要扶養者を援助するために、いくつかの大きな町は救貧院のような福祉施設を創設し始めた。こうした施設は貧困者だけでなく、高齢者、障害者、その他の公的扶助を必要とする人々を受け入れた。例えばボストンでは、1662年に個人の遺産で最初の救貧院が設立されたが、最初の収容者が受け入れられたのは数年後であった。1729年にボストンの役人は、貧困者から精神疾患患者を引き離すために別の施設を認可した。1764年にはボストンの裕福な商人が、精神疾患患者のための専用施設を設立するために遺産を残したが、その目的に使用されることはなかった。町にはそれを補完するのに必要な資金を、調達することができなかったからである。精神疾患患者のための専用施設は、その後しばらくは実現しなかった。この時期に植民地の多くの地域で、イギリスのように公的福祉と私的慈善が相互に強化・補完し合う混合的な制度が発達した。このような制度から、18世紀半ばに最初の都市型病院が現れるが、最初の病院は近代的医療施設というより救貧院に近かった³⁾。

1800年以前には、アメリカの病院は1751年に設立されたペンシルヴェニア病院と、1791年に設立されたニューヨーク病院のふたつしかなかった。ある時点でどちらの病院も精神疾患患者を受け入れ始めたが、ニューヨーク病院は1808年に精神疾患患者のための独立した建物を設置するようになった。1783年から1813年までペンシルヴェニア病院に勤務していたベンジャミン・ラッシュ (Benjamin Rush) は、「アメリカ精神医学の父」と呼ばれている。ラッシュはペンシルヴェニア病院での経験をもとに、1789年から1798年にかけて、5巻の『精神の病気に関する医学的調査及び観察記録 (*Medical Inquires and Observation upon the Diseases of the Mind*)』を発刊し、それは1812年に1巻にまとめられた。本書はアメリカ最初の精神医学の大著で、19世紀のアメリカ精神医学を代表する本であった。彼は精神疾患に対して瀉血、下剤、発疱膏、水治療法などを推奨する一方で、患者の人道的処遇や精神的訓練等の必要性を述べていた⁴⁾。

精神疾患患者のケアと治療を専門とする最初の公立病院は、ヴァージニア植民地で設立された。ウィリアムズバーグに新しい公立病院を認可する法案が1769年に通過し、4年後病院は最初の患者を受け入れた。病院が医学的機能ではなく世話をする役割を果たしていたことは、病院の管理者に医師ではなく素人が選択されたことから明らかであった。この管理者は一般に、医学的治療に関しては往診医師に委ねた。1800年まで病院は小さく、1786年末から1790年の間に36人の患者しか入院しなかった。1873年にはアメリカに178しか病院がなく、そのうちの三分の一は精神病院で、55,000床しかなかった。入院患者の大部分は不払いで、管理権は医師ではなく、施設を後援している裕福な理事に属していた。病院と救貧院の境界線はあっても曖昧で、しばしば存在しなかった。後者は地域コミュニティの公的資金によって、前者は私的な慈善によって支えられていた⁵⁾。

19世紀に精神疾患患者や知的障害者のための病院や特殊学校が次第に発達するが、初期の施

設はほとんど民間の財源によるものであった。マサチューセッツ州のドロシア・L・ディックス (Dorothea Linda Dix) が精神患者の処遇改善運動に取り組み、彼らのための州立病院を設立する運動を推進した結果⁶⁾、慈善家、宗教団体、そして州議会が、公立及び私立の精神病院を建設する資金を提供し、1840年までに3州で公立施設が建設された。次の十年間に新たに8施設が運営され始め、1850年代には16の州立施設、1の連邦施設、4の地方自治体施設が開設された。アメリカの精神病院改革運動には、当初から医師が大きく関与していた。彼らは、精神病院の経営は医師に委ねられるべきであると、非専門家を納得させた。新たな精神病院での役割を確保した医師達は、すぐに専門家団体を組織化した。1844年に、アメリカ精神病患者施設長協会 (A M S A I I : Association of Mental Superintendents of American Institutions for the Insane) が設立された。こうして1860年代までに、精神医学は医学界において名声と利益をもたらし得る分野となった⁷⁾。

国勢調査によれば、1890年6月1日現在、アメリカには119の公立病院と43の私立病院、合計162の病院に74,028人の精神患者が収容されていた。それが1903年12月31日現在、226の公立病院と102の私立病院、合計228の病院に150,151人の精神患者が収容されていた。州立病院のうち1850年以前に設立されたのは20で、それらは名称や場所を変えながらも存続してきたようである。1850年から1859年に17の病院が、1860年から1869年に18の病院が、1870年から1879年に26の病院が、そして1880年から1889年に33の病院が設立された。1880年から1890年に病院に収容されている精神患者の数は、40,942人から74,028人に増加し、人口10万人当たり81.6人から118.2人に増加した。1903年には病院に収容されている精神患者の数は150,151人、人口10万人当たり186.2人に増加した。病院に収容されていない精神患者の数は、1880年に51,017人、1890年には32,457人と推計されている⁸⁾。

しかし、19世紀末までに精神医学は行き詰まっていた。精神医学は、他の医療専門分野と異なる専門職である。それは、精神病院という特殊な施設によって作り出されたと言える。精神病院の壁は、精神患者だけでなく、その中にある医師のアイデンティティにも境界線を引いていた。精神科医の多くは、意図的に遠隔地に建設された州立精神病院で雇用されており、その他の一部は家族経営の私立病院や大都市の地方自治体の病院で働いていた⁹⁾。精神科医の大部分は精神病院に集中し、精神病院は、治療の希望が幻想に過ぎないと考える精神科医の主要な溜まり場になっていた。他の専門分野の医師の間では、精神科医は偽医者よりも一歩進んでいるに過ぎないとしか評価されていなかった。かつては希望に満ちていた施設が荒廃状態に陥った理由のひとつは、患者の過密であった¹⁰⁾。

典型的な精神病院の年間入院患者数は、1820年の31人から、1870年には182人になり、精神病院の平均患者数は57人から473人になった。1870年代にはすでに、患者数の増加に恐れを感じて精神病院の増設を望む声が絶えなかった。1880年代以降、大部分の公立精神病院は、

治療努力を放棄したようである¹¹⁾。遺伝が精神疾患の原因であるという一般的な考えが、精神疾患を効果的に治療する能力に対する信頼感を失わせたことも影響を及ぼしていたと考えられる。特にそれは公立病院で顕著であったと思われる。それは、私立病院が主に救いようがない精神疾患者ではなく治療できる患者の受け入れを意図していたのに対して、公立病院は治療が可能であろうとなかろうと受け入れなければならず、従って死亡するまで収容しなければならない患者を比較的多く含んでいたからである¹²⁾。

精神病院の患者が増加した理由については多くの論争があるが、エドワード・ショーターはふたつの要素を指摘している。患者の分布状況の変化と、精神疾患の発生率の真の増加である¹³⁾。第一の患者の分布状況の変化というのは、19世紀に家庭や救貧院から精神病院に移される重篤な患者が増加したことである。患者を病院に入院させるか否かの決定権は家族が持っていた。従って、精神病院の患者数が増加したのは、家族が患者を精神病院に送るという決定を頻繁に行うようになったからである。精神病院がなければ、家族は精神疾患者を家に置いておくか、あるいは放浪させるしかなかった。裕福な家庭は、もし希望すれば外部の収容施設を利用することができたが、たいてい患者を家に住まわせていたことが知られている。

裕福な人々が精神疾患者の家族を精神病院に送るように変化してきたことは、家族生活における情緒的なパターンの変化に関係がある。18世紀以前には、家族は情緒よりも財産や血統の結び付きに基づいていたが、家族が次第に自らを情緒的な単位と考え始めるにつれ、家族を混乱させる家族成員はますます耐え難いものに思われ始めてきた。従って、かつては家族の中で扱われていた精神疾患者が、精神病院に委ねられるようになったのである。

容易に面倒から逃れられることは、おそらく認知症の高齢者にも当てはまった。かつて家族は認知症の高齢者と一緒に暮らすことに耐えていたが、遅くとも19世紀の終わりになると家族は外部のケアを求め始めた。以前には救貧院、あるいは彼らの面倒をみようとする家族や友人のもとにとどまることができた、認知症の高齢者を精神病院に移すことによって、精神病院への入院が増加した。これらは家庭から精神病院への精神疾患者の移動の例であるが、他の移動の例は、監獄や救貧院で精神疾患にかかっている人々を精神病院に収容したことであった。

精神病院の収容人数が増加した第二の主要な要素は、19世紀における精神疾患の発生率が真に増加したことである。19世紀の間に、特に神経梅毒、アルコール精神病、そしてそれほど確かではないが統合失調症が、明らかに増加した。19世紀の間に最も頻度を増した精神疾患は神経梅毒である。神経梅毒は18世紀の第四四半世紀になるまではあまり知られていなかったようである。なぜそうなのかは謎であるが、症例を初めて医師が報告したのは1780年代以降である。19世紀になり、性病感染がヨーロッパとアメリカに広がり、神経梅毒の感染は10年から15年遅れていたが、その遅れは最初の感染と精神症状出現までの平均期間に相当している。生涯を通じてみると、人口の5～20パーセントが梅毒に感染したと思われる、そのうち

6パーセントが神経梅毒にかかった。

精神病院への入院が顕著に増えた他の原因は、アルコールに関連した精神疾患である。大量のアルコール摂取は神経系統に種々の形で影響を与える。人々のアルコール消費量が増加したことが、結果的に入院患者数の増加をもたらした。1845年には、アメリカの成人は平均して純アルコールに換算して6.8リットルしか飲まなかったが、1910年になると9.8リットルに増加した。消費の増加が、アルコール中毒による精神病院入院の患者数の増加に反映された。しかし、神経梅毒とアルコール中毒を合わせても、入院全体の一部でしかなかった。そこで精神病院の膨大な入院患者のカルテをもとにした回顧診断に基づいた研究の結果、統合失調症の発生頻度が19世紀を通して増加したと推測されている。

患者の増加によって精神病院自体が荒廃していただけでなく、精神科医も同様であった。精神科医は、通常精神病院で孤立していた。1900年頃には、精神科医の社会的地位は低いものになってしまっていた。精神科医になった若い医師の大部分は、二流の商業的医学校を卒業した後、あるいは医師の徒弟をした後、精神疾患についての講義を聴いたり精神疾患を診察したりすることなく、精神科医になった。それは、医学校がある市や町は多くの精神疾患患者が収容されている州立精神病院から離れており、従って生体を使った指導の機会がほとんどなかったからである¹⁴⁾。

それでは、若い医師はなぜ精神科医になったのであろうか。多くの精神科医は、全く偶然にその専門分野に入ってきた。精神病院での仕事に空きがあり、一般個人診療では手に入れることができない安定した収入を得ることができた。給料は低く、平均して院長の給料の半分以下であったが、確実に一貫していた。さらに精神病院では、無料の部屋と食事が医師とその家族に提供された。そのような保証は、いつかは精神病院における家父長的な権限と施設外にも及ぶ社会的地位を持つ院長の地位に就くという夢と同様、多くの医師にとって魅力的であった。とはいえ、精神科医になろうとして医学校に行く若者はほとんどいなかった。不安定な個人診療とは対照的な安定した給料が保証されていたにもかかわらず、精神病院における「狂人 (the mad)」の治療は、最も望ましくない診療と見なされていた¹⁵⁾。

精神病院での任務は多くて一日中であり（医師は病院に住んでいたのが常に呼び出された）、地理的にだけでなく知的にも孤立しているのが普通であった。そのため、医学校卒業後は、新しい医学知識を入手したり習得知識を応用したりする機会が失われた。一般に外国の精神医学雑誌は、例えばニューヨーク医学アカデミー (New York Academy of Medicine) のような都市の専門家組織によってのみ定期購読されており、病院やそこに勤務している人々には定期購読されていなかった。特に地方の精神病院における長期的孤立は、ヨーロッパからの新しい思想が議論される専門家組織に参加することに対する無関心をもたらした。1915年にアメリカの医師助手 (assistant physician) の70パーセントは、当時唯一存在していた精神科医の全国組織

であるアメリカ医学心理学会（AMP A：American Medico-Psychological Association）に所属していなかった¹⁶⁾。

一般に新しい知識は、地方の協会や組織のエリート会員から精神病院の医師や精神科医に伝わった。ニューヨーク市、ボストン、フィラデルフィア、シカゴ、ボルティモア、ワシントンDCのような都市には、外国語を読むことができる精神科医がおり、ヨーロッパの思想が地域の協会の会合で議論された。しかし、多くの精神病院はこうした都市に近接しておらず、雑誌が広く読まれることもなく、従ってヨーロッパからの知識の伝達は、もしそれがあったとしても、時間がかかった¹⁷⁾。

1844年にフィラデルフィアでAMSAI Iが設立されていたが、この組織は施設長のみを会員として認める排他的なものであった。彼らはしばしば政治的に任命され、専ら運営だけで医学的任務は行わず、多くは患者や職員と会うこともなかった。しかし、施設の壁の中では施設長の権限は絶対であり、臨床に関与する施設長は、医師助手の医学的意見を無視して診察、治療、退所の決定を行った。精神科医は医学的、科学的、そして人道主義的課題に対応していないという神経科医や患者支援団体からの非難を受けて、このエリート組織は会員に、精神疾患の患者と直接日常的に接する精神病院の医師を含めることを決定した。1885年から、5年間の経験があれば医師助手は準会員と認められた。1892年にAMSAI Iは新しい規約を採用し、医師助手が準会員になるまでの期間が、3年間の精神病院での経験に短縮された。その年、組織は名称をアメリカ医学心理学会に変更した。この組織はさらに1921年に、名称をアメリカ精神医学会（APA：American Psychiatric Association）に変更した¹⁸⁾。

しかし、AMP Aは名称のみの全国組織であった。実際には、学会には知識や医療行為の範囲を設定する権限も予算もなかった。唯一の機能は、1894年以降年次大会を開催し、『アメリカ精神疾患雑誌（*American Journal of Insanity*）』を発行することであった。1930年代までは、神経科医と精神病院の医師から混成される地方の協会や組織が、精神科医に実質的な影響力を及ぼした。『アメリカ医学心理学会年次記録（*Annual Proceedings of the American Medico-Psychological Association*）』には登録会員が記載されていたが、1896年の記録では、アメリカの施設に所属する219人とカナダの施設に所属する17人の会員、そしてフランス、イングランド、イタリア、ベルギーの15人の「名誉会員」と3人のアメリカ人「名誉会員」が列挙されていた。アメリカ人の大多数は北東部や中西部の州の会員で、西部や南部の会員はあまり登録されていなかった¹⁹⁾。

自分自身を精神科医と特定していた医師の数について信頼できる統計は存在しないが、1895年に148の公立の精神疾患施設、2のてんかん患者施設、42の精神薄弱者施設、そして42の私立の非営利的サナトリウムにおける医師の数に基づいて行われた推定によれば、745人の医師が精神科医であった。実際の数はおそらくもっと多かったと思われる²⁰⁾。

19世紀末までの一般的なレッセ・フェール政策の時代において、精神病院に公的資金が利用されるようになったことは、福祉政策の目覚ましい業績であった。しかし、精神病院は長期にわたる慢性疾患や高齢者であふれるようになった。このことが、精神疾患の問題と「退化」理論を結び付けた。「退化」理論とは、フランスの精神科医ベネディクト・A・モレル（Benedict Augustin Morel）が導入した理論である。モレルによれば、「退化とは、正常な人間の型からの逸脱であり、遺伝によって受け継がれ、漸進的に悪化して絶滅に向かうこと」である。これは、徐々に機能が低下していく病気の進行という現代的理解から離れて、より低級で非文明的な状態に退化していく傾向を持つ悪性の遺伝的特質ということを意味していると認識されるべきである²¹⁾。

こうした考えは、優生学運動以前に現れていた。すなわち、優生学や遺伝学の時代よりも前に、精神疾患を遺伝に起因するという考えは存在していた。しかし、19世紀末までは、遺伝的懸念が精神疾患者の施設収容の決定における重要な要因ではなかった。医師は、精神疾患者の施設収容に関して決定的な発言権を持ってはいなかった。精神疾患に関しては素人の裁判官や弁護士、家族がより大きな影響力を持っており、ケアの可能性の問題や、精神疾患者の暴力的なあるいは危険な行動が、施設収容の決定における重要な要因であった²²⁾。しかし、革新主義期にこうした状況は変化する。精神疾患や知的障害の遺伝に関する懸念が、施設におけるケアの拡張と専門化の必要性に関する議論の重要な要因として浮上してきたのである。

1890年代半ばまで、多くのアメリカ人にとって「psychiatrist（精神科医）」「psychiatry（精神医学）」という言葉は馴染みがなく、「alienist（精神科医）」「alienism（精神病の研究と治療）」という言葉が使用されていた。しかし、その後の20年間に言葉だけでなく、専門職自体も変化する。アメリカの医療専門職に起こっていた近代化の流れが最終的に、閉鎖された精神病院の医師の中にも入り込んでいくのである。

2. 精神疾患と移民制限

以上のような状況において、なぜ精神科医は移民制限を主張するようになったのであろうか。精神科医が移民問題に関心を寄せた理由のひとつとして、精神病院に収容されていた患者の比率が考えられる。国勢調査によれば、1903年12月31日現在精神病院に収容されていた患者の人種は、白人140,312人（93.4パーセント）、有色人種9,839人（黄色人種78人、先住民27を含む）（6.6パーセント）であった。精神疾患者に占める有色人種の比率は地域によって大きく異なり、それぞれの人口に占める精神疾患者の比率を反映しているわけではない²³⁾。

白人の入院患者140,312人のうち、アメリカ生まれは90,297人、外国生まれは47,078人、不明は2,937人であった。出生地が判明している白人入院患者のうち、65.7パーセントがアメリカ生まれで、34.3パーセントが外国生まれであった。精神病院の患者はすべて10歳以上で

あったため、年齢による不公平を考慮して10歳未満の子供を除外すると、1900年時点で10歳以上の全白人人口のうちアメリカ生まれが80.5パーセント、外国生まれが19.5パーセントであった²⁴⁾。

そして精神患者の82.6パーセントが完全に公費で扶養されていた。完全に私費で入院していたのは8.6パーセントで、その大部分は私立の精神病院に入院していた²⁵⁾。このように、精神病院に収容されていた患者は圧倒的に白人で、外国生まれの比率が人口比よりも高く、精神病院の患者の大部分は公費で扶養されていたため、精神科医は移民がアメリカの納税者や公衆衛生に与える影響について意見を述べ始めた。

アメリカの精神科医の多く、特にニューヨーク州の精神科医にとって、移民の医学検査は大きな関心事であった。ヨーロッパからの移民を受け入れるための移民局が存在していたニューヨーク州は、外国人に食事、衣服、住居、そして医療ケアを提供するために不公正な財政的負担を負っていた。ニューヨーク州はアメリカに来る移民の少なくとも80パーセントを受け入れ、そのうちの26パーセントがニューヨーク州の住民になった²⁶⁾。そこで、ニューヨーク州における精神患者に対するケアの歴史を概観しておく。

1736年にニューヨーク市立感化矯正院（Publick Workhouse and House of Correction of the City of New York）と呼ばれる施設が建設され、そこに乱暴者、貧困者、高齢者、虚弱者と共に精神患者も収容されていた。精神患者にケアと治療を提供するための最初の病院はニューヨーク病院であるが、1771年にイギリス国王の勅許を受けて1773年に建設が開始されたものの、完成前に火災で崩壊した。その後独立革命のために建設が遅れ、病院が開設されたのは1791年であった。1830年に州の人口は約200万人に増加していたが、ニューヨーク病院以外に精神患者のケアをするための特別な公立施設はなかった。そこで1839年に、ブラックウェルズ島（現在のルーズヴェルト島）に最初の郡立精神病院が建設された。1871年にワーズ島に新しい精神病院が建設され、ブラックウェルズ島から男性患者が移された。1852年にはキングス郡にフラットブッシュ精神病院が、救貧院に隣接して建設された。600人の患者を収容することが可能であった。さらにモンロー郡も1863年に、ロチェスターにモンロー郡精神病院を建設した。これらの郡立病院は最終的に州立病院になった²⁷⁾。

1865年時点でニューヨーク郡とキングス郡を除いて、約1,400人の精神患者が救貧院に収容されており、彼らは貧困者として対処されていて医学的ケアを受けていなかった。州立精神病院の患者収容可能数は、わずか600人であった。そのため、1865年に貧困で慢性的な精神患者のためのウィラード精神病院を建設する法案が、議会で通過した。ウィラード精神病院は1869年に開設され、最初から2,000人の患者を収容できるようになっていた。これは議論を引き起こしたが、それは精神病院の医師の大多数の見解では、精神病院は収容可能人数が600人を超えるべきではないというものであったからである。しかし、新しい建物を

建設してもすぐに満杯になり、すべての申請者のためには部屋は十分ではなかった。その後、他にも州立精神病院が設立されていった²⁸⁾。

1873年に州精神疾患委員会 (State Commissioner in Lunacy) が設立された。その任務は、精神病患者等の状況と、精神病院その他の施設の経営と運営について調査・報告することであった²⁹⁾。州医師会と州慈善協会は、郡によるケアを完全になくす運動を開始し、1889年に3人(精神病患者施設の経営の経験がある医師、弁護士、名声の高い市民) から成る新たな州精神疾患委員会を設立する法律を通過させた。委員会は、翌年の州ケア法の成立に貢献した。この法律は、その後6年以内に州立病院になるニューヨーク、キングス、モンローの三つの郡を除いて郡によるケアを完全になくし、2年から3年以内にすべてを州のケアに移した³⁰⁾。法律では、法的に病院に支払う義務のある患者の親戚には、支払うことができる時にそうするよう要求していた。料金は長年週3.5ドルであったが、19世紀末に週5ドルに値上がりし、年間50万ドルに達していた³¹⁾。

1903年12月31日現在で入院中の精神患者数は全国で150,151人、そのうち外国生まれと判明していたのは47,078人(31.4パーセント)であった。これに対してニューヨーク州では、精神患者数は26,176人でそのうち外国生まれは11,858人(45.3パーセント)と、精神患者者に占める移民の比率が全国平均よりかなり高かった。言い換えると、外国生まれの精神患者者の約四分の一はニューヨーク州の病院に収容されていたのである³²⁾。ニューヨーク州における精神病院の患者数は1890年の16,006人から、1900年には23,778人と48.05パーセント増加し、1910年には32,658人と37パーセント増加した。1912年には31,432人の患者のうち、41.09パーセントが外国生まれであった。1911年9月30日までの1年間に州が精神患者者のケアのために費やした金額は、約7,378,000ドルであった³³⁾。

アメリカでは1882年までは、連邦移民法は存在していなかった。一部の州や市の当局は、特に移民の入国が多いところでは、生活保護者になるかもしれない移民の入国を阻止するために様々な手段に訴えていたが、1876年に連邦最高裁判所がこうした法律は違憲であるという判決を下した。連邦法が存在しないことに抗議してニューヨーク州がキャッスル・ガーデン移民局(エリス島に移民局ができる以前、1855年から1890年までの移民局)を閉鎖すると脅すと間もなく、船会社や企業からの反対にも関わらず、議会は1882年にアメリカで最初の移民法を可決した。1882年の移民法は、犯罪者、精神病患者、白痴者(idiot)、あるいは生活保護者になりそうな者を排除していたが、精神患者者の定義や法律施行の手段が規定されておらず、またそれに従わなかった者に対する罰則も科せられていなかった³⁴⁾。

そのため、1884年のAMSAIIの年次大会で、ミシガン州の医師フォスター・プラット(Foster Pratt)は次のような決議を提案し、議論の結果最終的に満場一致で採用された。それは、全人口における「欠陥階級(defective class)」の統計を比較した結果、(1)全人口に占める精

神病患者の比率は急速に増加している、(2) この増加の主要因は、1847年から1848年にアメリカに移民してきた「外国生まれ」の間で見られる欠陥者であり、彼らは全人口の八分の一を構成しているが、アメリカの犯罪者の三分の一、貧困者の三分の一、精神患者の三分の一を占めている。従って、健康で自立した移民の障壁にならないように、ヨーロッパとアジアのいわゆる「欠陥階級」の移民を効果的に阻止するような移民法を制定するよう、連邦議会に要請するというものであった³⁵⁾。1882年には、かつてないほど多くの移民がアメリカに到着しており、たとえ彼らが不釣り合いに多くの精神疾患をもたらさなかったとしても、彼らの到着は州の慈善担当者や医師にとって重大な関心事であった。

1890年の『アメリカ医師会雑誌 (*Journal of the American Medical Association*)』では、海員病院局 (Marine Hospital Service) のジョン・B・ハミルトン (John B. Hamilton) 博士が議会に対し、もし精神疾患の状態ではアメリカへ来たり、アメリカへ来た後1年以内に精神疾患にかかったりした人々を本国に送還すれば、「政府の療養施設の入院患者の三分の一が減るであろう」と証言したことが報告された³⁶⁾。こうしてさらなる移民制限が提案され、1891年の移民法が制定された。それは法律の違反者に罰金1,000ドルを課し、さらにアメリカに上陸する前から存在していた原因によって1年以内に生活保護者になった者を、本人、船会社あるいは入国に責任を負う会社の費用で本国に送還すると規定していた³⁷⁾。

精神科医と公衆衛生局は、連邦政府が特に移民の医学検査と精神患者の本国送還という国家的に重要な公衆衛生問題に介入すべきであるという、革新主義的見解を共有していた。ニューヨーク州精神疾患委員会の委員を務めていたグッドウィン・ブラウン (Goodwin Brown) は1902年に、精神疾患の移民を病院に収容するためのニューヨーク州の財政負担に対する救済を、ワシントンDCに求めた。彼は、移民問題を完全に連邦権限の範囲とし、アメリカの入国検査で拒否された乗客を帰国させるよう船会社に強いる1891年移民法に満足していなかった。ブラウン達は、議会が十分な資金を認めなければ、入国検査官は国境に到着する群衆を効果的に検査することはできないと理解していた。さらに、アメリカとカナダの間の辺境地は実質的に無防備であり、アメリカに入国することができなかった精神疾患の移民が、もしカナダの検査官が見落とせば、カナダからアメリカに入国することができた³⁸⁾。

ブラウンは、本国送還について特に不満を感じていた。1891年法に精神疾患の外国人を本国に送還する規定があったが、本国送還が合法である期間が1年間というのは短過ぎると彼は主張した。さらに法律では、入国1年以内に生活保護者になった外国人の経済的依存状態は、上陸前からの原因によるということを証明することができる場合にのみ、本国に送還することができる規定していた。これを証明するのは連邦移民局の責任であり、移民局は過度な負担を負わされており、それが法律の効果を失わせていた³⁹⁾。

ブラウンの見解では、問題は、「精神科医はたとえ精神疾患の原因が発前に存在していた

と道徳的に確信していたとしても、絶対的な情報がなければその事実を認めようとはしない」ことであった。アメリカの精神衛生の専門家によれば、明確な解決法は、証明する責任を政府から移民に移すことであった。ブラウンその他の精神科医は、上陸後「生活保護者」になった精神疾患の外国人が、その精神状態が上陸前の原因によるものではないということを示さなければならないように、法律の改正を望んでいた⁴⁰⁾。

1903年に、議会は移民の管理を財務省から商務労働省に移管した。同年、医学的根拠を含む詳細な入国拒否の根拠を39項規定した移民法が制定された。これは、白痴者、痴愚者(imbecile)、精神薄弱者(the feeble-minded)、てんかん患者(epileptics)、精神疾患者、上陸前の5年以内に精神疾患を負っていた者、これまでに2回以上発作を起こしたことがある者、貧困者、その他生活保護者になりそうな者を排除していた。また、到着前から存在していた原因によって2年以内に生活保護者になれば本国に送還された⁴¹⁾。1907年の修正法では、さらに生計を立てる能力に影響を与えるほどの精神的・身体的障害を負っている者も排除の対象となった。そして本国送還が可能な期間が3年間に延長された。他方で、その外国人の精神的・身体的状態がケアを必要とする場合には、商務労働省がそのためにふさわしい人間を雇うことを認めていた⁴²⁾。

1912年のAMP Aの年次大会で、移民委員会の議長エドワード・N・ブラッシュ(Edward N. Brush)医師は、次のような決議を提出した。「多数の精神疾患者及び知的障害者の移民の入国は、現世代及び次世代における国家の精神衛生にとって脅威となり、重税による公立施設はケアの水準を低下させる傾向にあり、連邦法は精神疾患者と知的障害者の移民の排除を規定しているが、彼ら及びその家族が国内に住居を定めるまで待つよりも、そのような精神疾患者や知的障害者を入国した港で拒絶する方が、効果的であるだけでなく、より人道的でもある。到着した移民の精神検査のための施設は不十分であり、本国に送還される移民に対する人道的なケアの対策も不十分であることが示されている」⁴³⁾。

そしてAMP Aに、精神疾患と知的障害に関する診察の訓練を受けた公衆衛生局と海員病院局の医師によって精神検査を行うこと、知的障害が疑われる移民の拘留・診察のための適切な施設が提供されること、そして排除された人々を自宅まで安全に人道的に送還することを、議会に要請すべきであると勧告した。また、アメリカに入国を許可されて少なくとも3年以内に精神疾患にかかったり知的障害の徴候を示したりした外国人は、その精神疾患や知的障害が入国後に生じた原因によるものであることを示さない限り本国に送還されるが、そのような精神疾患者や知的障害者も、上陸を求める精神疾患者や知的障害者も、精神科の経験があり訓練を受けた医師によってきちんと判断されるべきであるとされた⁴⁴⁾。

他方で、精神疾患や知的障害のある外国人を、ケアの経験がある同性の看護者や適任の付添人を同伴させずに本国に送還するという野蛮な慣習は、アメリカにとって不名誉であり、即座

に阻止されるべきであるとされた。AMP Aで決議が採用される前に、本国に送還される不幸な精神患者に提供されるケアがひどく不足していることについては、特に議論が行われていた。1907年まですべての精神疾患の移民はその健康状態を考慮されることなく、最初に帰国する船で乗船した港に送還された。彼らが帰宅することができるかどうかは、船会社の人道主義や良心次第であった。このような状況において、多くの精神患者が自宅にたどり着くことができず、苦情を受け取ったニューヨーク州慈善協会はその問題に関する調査を行った。調査の結果何らかの行動を取る必要があることが明らかになり、ニューヨーク州慈善協会の要請で1907年に移民法が修正されたのである⁴⁵⁾。

しかし、法律を制定することと、それを実施に移すことは別問題であった。1902年にエリス島に上陸した497,791人の三等船室客と68,192人の一・二等船室客を検査するのに、公衆衛生局の8人の医師と、1人の客室係しかいなかった。3年経っても、医療検査とエリス島の移民のための病院の運営を行うのにわずか16人の担当官しかいなかった。1914年までにその数は25人に増加したが、それでも不十分であった⁴⁶⁾。

それでは、実際にはどのくらいの数の精神患者が、連邦法に基づいて入国拒否及び本国送還されたのであろうか。1905年までは、精神疾患のために入国を拒否された移民は年間せいぜい35人であったが、その後その数は年間200人近くに増加した。これは、1905年以前から行われてきた行政手段の必要性がその後認識されるようになり、熱心な法律施行努力によって、法律を特別に変更することなく起こったことである。過去数年間、エリス島における移民の精神検査が注目されてきた。その結果、1905年までであればそうとは認識されずにアメリカに入国を許可されていたであろう精神患者及び知的障害者が、2,000人以上排除されてきた。この結果が示しているのは、精神患者と知的障害者を排除する移民法の効力は、施行手段次第であるということであった⁴⁷⁾。

さらに、到着時における精神患者の移民の排除と同じくらい重要なのは、精神疾患であることが発覚せずに入国を許可された人々、あるいは入国前から存在していた原因によって精神疾患となった人々の、本国送還である。1905年以降、連邦法を根拠に、そのような外国人が1,448人ニューヨーク州の病院から本国に送還された。1903年の移民法では、上陸前から存在していた原因によって生活保護者となった者は2年以内であれば、そして法律に違反して上陸した者の場合は3年以内であれば、本国に送還することを認めていた。この法律の下で、ニューヨーク州の病院から、年間最大222人の外国人が本国に送還された。1907年には、両者とも3年以内であれば本国に送還することが可能になり、この法律の下で1910年9月30日までの1年間に本国送還者数は399人に増加した。1910年にニューヨーク州の病院から本国に送還された人々は、アメリカにおける公立精神病院から本国に送還された全外国人の約60パーセントを占めていた⁴⁸⁾。

しかし、移民の医学検査官や医師にとって、精神疾患や精神薄弱の診断ほど厄介なものではなかった。精神疾患なのか精神薄弱なのかをどのようにして決定するかは、依然として明確ではなかった。そこで1910年に公衆衛生局は、到着した移民の中から、一見正常で、未熟な検査官の目を逃れたものの多くの社会問題を引き起こすと信じられていた精神疾患患者を確認できないかと、ニュージーランドヴァインランド精神薄弱者施設の研究所のヘンリー・H・ゴダード(Henry Herbert Goddard)を招いた⁴⁹⁾。ゴダードは、1908年にフランスのビネー・シモン式知能検査をアメリカへ導入した人物である⁵⁰⁾。公衆衛生局の中には知能検査に批判的な人々もあり、他にも移民の精神的適性を決定する検査がいくつか開発された⁵¹⁾。精神疾患に関心のある研究者にとって、移民局は実験の場としても機能していたのである。

おわりに

19世紀末までに精神科医は、荒廃した精神病院で孤立し、医学の専門分野において偽医者よりも少し上の位置を占めているに過ぎないと低く見なされていた。従って、公共政策において自らの専門知識を世間に認めさせるために移民に関する議論を利用し、それによって社会に影響力を及ぼそうとした。革新主義期の精神科医は、「欠陥のある」外国人の流入を防ぎ、医学の専門知識や診断技術を利用して、移民法が改善されるべきであると確信していた。彼らは、より多くの医師が移民の医学検査官に任命され、すべての医学検査官が精神病院で訓練を受けるべき時が来たと主張した。その主要な一歩は、海員病院局によって運営される精神病院の建設であった。それは、精神疾患の外国人を収容し、医学検査官に対する精神医学の訓練のための学校としての役目を果たした⁵²⁾。

それまで精神病院に閉じこもり、他の専門分野の医師から見下されていた精神科医にとって、移民政策における医学検査は、影響力を精神病院から一般社会に拡大して、精神の専門家としての承認と権威を獲得する機会をもたらした。精神疾患や知的障害の移民の流入が国家の精神衛生にとって脅威であるという精神科医の主張は、確かに移民排斥主義者や優生主義者のそれと重なり合っていた。しかし、累積的に患者数が増加する精神病院で、特に治療できる患者の受け入れを意図していた私立病院と異なり、治療が可能であろうとなかろうと受け入れなければならず、従って死亡するまで収容しなければならない患者を比較的多く含んでいた公立病院で、日々直接患者と接していた精神科医にとって、それは単なるレトリックではなく、まさしく実感であったのではないだろうか。19世紀末の一般的なレッセ・フェールの時代において、精神病院の建設と精神疾患のケアに公的資金が利用されるようになったことは、福祉政策の目覚ましい業績であったと言えるが、それ故に、公的資金によるケアに値する国民とケアに値しない外国人の間の線引きが厳格化されていったのである。

革新主義期に連邦政府は、海外から流入してくる移民がもたらす心身の疾患から国民を保護

する役割を自ら引き受けることになった。この変化は、細菌理論が広く受け入れられるようになったことを反映していたが、それはまた、特に南東欧やアジアからの移民の激増がアメリカ全体の公衆衛生上の脅威になるという懸念に対する防衛的反応でもあった。「不健康で劣等な」移民と彼らがもたらす諸問題に対処するために、医学の専門知識と問題に対処する手段を統率する権限と組織力を持つのは、連邦政府であるべきだという認識が生まれてきたのである。

注

- 1) Ian Robert Dowbiggin, *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940* (Ithaca and London: Cornell University Press, 2003[1997]), chap. 4.
- 2) Gerald N. Grob, *The Mad among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill* (New York: Free Press, 1994), 5-17.
- 3) *Ibid.*, 17-18.
- 4) 風祭元『近代精神医学史研究－東京大学・合衆国・外地の精神医学－』中央公論事業出版, 2012年, 101頁。
- 5) Grob, *The Mad among Us*, 18-21.
- 6) Henry M. Hurd, ed., *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1916), Vol.1, 101-136.
- 7) Dowbiggin, *Keeping America Sane*, 6-8.
- 8) Department of Commerce and Labor, Bureau of the Census, *Insane and Feeble-Minded in Hospitals and Institutions, 1904* (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1906), 4-6.
- 9) Richard Noll, *American Madness: The Rise and Fall of Dementia Praecox* (Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press, 2011), 15.
- 10) エドワード・ショーター (木村定訳)『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, 1999年), 66～67頁。
- 11) 同上, 87～91頁。
- 12) Department of Commerce and Labor, *Insane and Feeble-Minded in Hospitals and Institutions*, 14.
- 13) ショーター『精神医学の歴史』, 66～87頁。
- 14) Noll, *American Madness*, 19.
- 15) *Ibid.*, 20.
- 16) *Ibid.*, 21.
- 17) *Ibid.*, 21.
- 18) *Ibid.*, 24.
- 19) *Ibid.*, 25.
- 20) *Ibid.*, 23-24.
- 21) J. David Smith, Steven Noll, and Michael L. Wehmeyer, "In Search of a Science: Intellectual Disability in Late Modern Times (1900 to 1930)," in *The Story of Intellectual Disability: An Evolution of Meaning, Understanding, and Public Perception*, ed., Michael L. Wehmeyer (Baltimore, London, and Sydney: Paul H. Brookes Publishing, 2013), 132.
- 22) Mathew Thomson, "Disability, Psychiatry, and Eugenics," in *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, eds., Alison Bashford and Philippa Levine (Oxford and New York: Oxford University

- Press, 2010), 116-117.
- 23) Department of Commerce and Labor, *Insane and Feeble-Minded in Hospitals and Institutions*, 19.
 - 24) Ibid., 20.
 - 25) Ibid., 40.
 - 26) Hurd, *The Institutional Care of the Insane*, Vol.1, 362.
 - 27) Ibid., Vol.3, 110-115.
 - 28) Ibid., Vol.3, 116-117.
 - 29) Ibid., Vol.3, 118.
 - 30) Ibid., Vol.3, 121.
 - 31) Ibid., Vol.3, 127.
 - 32) Department of Commerce and Labor, *Insane and Feeble-Minded in Hospitals and Institutions*, 96-97, Table 4.
 - 33) Hurd, *The Institutional Care of the Insane*, Vol.1, 362-363.
 - 34) Ibid., Vol.1, 356.
 - 35) Ibid., Vol.1, 355-356.
 - 36) "Medical Aspects of Immigration," *Journal of the American Medical Association* 14 (1890), 688.
 - 37) Hurd, *The Institutional Care of the Insane*, Vol.1, 356-358.
 - 38) Dowbiggin, *Keeping America Sane*, 198.
 - 39) Ibid.
 - 40) Ibid., 199.
 - 41) Hurd, *The Institutional Care of the Insane*, Vol.1, 357.
 - 42) Ibid., Vol.1, 356.
 - 43) Ibid., Vol.1, 358.
 - 44) Ibid., Vol.1, 358-359.
 - 45) Ibid., Vol.1, 359.
 - 46) Dowbiggin, *Keeping America Sane*, 202.
 - 47) Thomas W. Salmon, *Insanity and the Immigration Law* (Utica, N.Y.: State Hospitals Press, 1911), Reprint from *N. Y. State Hospitals Bulletin* (1911), 6.
 - 48) Ibid., 10.
 - 49) アラン・M・クラウト (中島健訳)『沈黙の旅人たち』(青土社, 1997年), 110頁。
 - 50) ゴダードと知能検査に関しては以下を参照。Leila Zenderland, *Measuring Minds: Henry Herbert Goddard and the Origins of American Intelligence Testing* (Cambridge: Cambridge University Press, 2001[1998]).
 - 51) 例えば以下を参照。Howard A.Knox, "A Scale, based on the Work at Ellis Island, for Estimating Mental Defect," *Journal of the American Medical Association* 62 (1914): 741-747.
 - 52) Dowbiggin, *Keeping America Sane*, 214.

【本稿は、科学研究費助成事業基盤研究（C）「優生学運動における市民規範－アメリカの断種政策を中心に－」（課題番号 25350379）及び基盤研究（C）「20世紀アメリカ医療史の展開－望ましき身体と機構－」（課題番号 25360019）による研究成果の一部である。】