

精神衛生法の研究

滝村 雅人

はじめに

精神障害者の抱える社会的問題は、長らく社会福祉政策の対象から除外されていた。当然、社会福祉の一分野である障害者福祉政策からも除外され、医療政策あるいは治安対策としての社会防衛政策の対象課題として取り扱われてきた。それは、施設(病院)による隔離収容政策であり、その延長線上における住民の差別と偏見の歴史であった。それゆえ「障害者基本法」(1993<平成5>年12月法律93:「心身障害者対策基本法」1970<昭和45>年法律84を改正)制定以降、精神障害者は「障害者」として、障害者福祉(障害保健福祉)政策の具体的制度対象となったが、そこでの社会福祉政策としての取り組みは、身体障害者や知的障害者と比較しても大きな遅れをとっているのである。

そのような状況下において、1999(平成11)年6月「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)」の改正(法律65)によって、市町村行政の役割強化や在宅福祉サービスなどの充実が明文化された。これによって精神障害者を対象とした政策主体の認識が、「隔離・収容」から「地域生活支援」へと移行したにも関わらず、実際に精神障害者が地域住民として独立・自活の生活を営もうとするには、依然として多くの困難が存在している。

その一つが、精神障害者に限らず障害者全体への地域住民の意識ゆえの抵抗感である。昨今、身体障害者や知的障害者への取り組みの広範な展開によって、地域住民の理解も一定限度進展してきたが、それでも地域での施設建設には相変わらず強い反対運動が起こっている。地域住民にとって日常生活の中で接する機会の少なかった、精神障害者の場合はなおさらである。その結果、地域住民の反対運動によって、地域生活支援事業の展開や施設などの建設が滞り、地域生活が可能な精神障害者であっても地域で生活することが困難な状況が継続し、精神病院での生活を余儀なくされている現状がある。もちろん、このような地域住民の反対運動は、政策的取り組みの遅れやマスコミ等での取り上げ方の問題などによる影響もあって、精神障害者への理解不足による誤解が解消していない結果といえる。施設の設置についても、まったく実践実績のない地域でいきなり「施設を造ります」といえば反対運動がおきるのは必至であり、また、十分な説明もないままに設置主体者側の一方的な設置計画の実施が行われれば、強固な反対運動が起きることは当然の結果である⁽¹⁾。このことは何も精神障害者だけに限った問題ではない。さらに精神障害者の地域生活にとってより大きな障壁は、精神医療や社会福祉専門家の旧態前とした意識、すなわち、精神障害者は長期入院・「収容」政策の対象という認識から自由になれていないという問題が横

たわっているのである。

拙論は、そのような状況にある精神障害者のおかれている現状を明らかにしつつ、そこに存在する社会的問題を科学的に分析し、障害者福祉論の立場から、精神障害者とその抱える問題を対象論的視点にたって考察するものである。そこで、まず隔離・収容主義を貫いてきた政策的意図を明らかにしつつ、社会福祉政策の対象課題として精神障害者問題が取り上げられてくる経過を明らかにしていく。

なお、ここで「障害者問題」や「精神障害者問題」という場合の「問題」とは、決して「障害者であること」「障害をもっていること」を「問題」としているものではない。この点について詳述することはできないが、この「問題」とは、後述するようにあくまで「社会的問題」としての「問題」であることを強調しておきたい⁽²⁾。

1. 社会問題としての障害者問題

わが国の障害者福祉政策は、その政策的対象認識も具体的制度対象も、ともに身体障害者を主たる対象において展開してきた。したがって、障害者福祉研究においても同様の対象認識が先行し、障害者福祉といえば、身体障害者を対象とした分野として長い間取り扱われてきた。それゆえ、精神障害者は社会福祉制度・政策の対象としては認識されてこなかったのである。当然、その抱える生活問題も社会的問題とはなりえず、すなわち精神障害者は精神病院への隔離・収容が当然視され、その問題は個人的問題にすり替えられ、障害者本人あるいはその家族の問題に矮小化され、精神医療政策の対象に押しとどめられ、生活保障機能もないままに病院や家庭の中に埋没させられてきたのである。それは戦前からの治安対策・社会防衛政策の対象として位置づけられた延長にあったといえる。長い間のこうした特殊な政策の展開によって、国民の意識もそれに見合ったかたちで形成され、精神障害者への偏見・差別意識が生み出され、今日まで一般的意識として継承されてきているのである。そのような状況によって、精神障害者に対する地域住民の抵抗感が存在し、精神障害者の地域生活支援の必要性は理解できても、自分達の地域でそれらの事業に取り組むことには反対するという傾向が生み出されてきたのである。

そこでは精神障害者が抱える諸問題が社会的問題として顕在化することなく、いかに精神障害者を隔離・収容し、その行動を制限するか、あるいはいかに医療的対応をするかという、機能論的・技術論的対応が先行していたといえる。機能論的対応は、問題の存在そのものとその内容を障害者個人の問題に帰結するだけであり、その結果、その抱える問題が社会的問題として認識されることを阻害しているのである。

しかし、精神障害者問題が個人的問題ではないことは明らかであり、それを社会的問題として捉え直すことが、科学的障害者福祉論の構築の上では必要不可欠なのである。すなわち、精神障害者といえども、その抱える社会的問題が社会福祉政策の対象として認識されるためには、精神

障害者が社会の構造的矛盾の集中的担い手として、他の障害者と同様に存在しているという位置づけを前提とする必要がある。「個人であれ集団であれ、またそこに提出せられている課題がどんな現象形態をとってあらわれるにせよ、社会制度の構造的規定を受けて存在する社会的障害の担い手であるという事実」⁽³⁾を基本認識としなければならない。

2. 対象論研究の視点

対象論研究自体が十分に成熟したものであるとは言い難いが、それでも、今日までの研究成果によって、「歴史的・社会的現実の貧困問題・生活問題の拡大・深化の実態とは逆に、政策主体は対象とする問題を狭く限定し、社会保障の前提条件や関連施策の整備・充実に建前に置きながらも、現実には対象を厳しく限定するか、縮小化傾向を強める方向に指向しているように観察できる」。そして、「社会福祉問題を担う階層と制度化の責任を担う国または自治体の政治的力学関係が、社会福祉の質と量と水準の枠を設定し、左右する」。それゆえ、「中央集権主義や官僚主義による合理化政策や適正化政策によって、社会福祉の対象と領域を狭隘化したり、限定化することを容易にしている」といえる⁽⁴⁾。

したがって、「社会的障害の担い手の種類によってではなく、社会的障害の問題のあり方によって社会福祉の対象を考える」⁽⁵⁾べきであり、社会的障害の担い手の種類による対象分析は、具体的なサービス対象としての機能論的对象把握であるといえる。もちろんそのような機能論的对象把握を無意味とするものではないが、より本質的な対象把握を基底にした上でのことでなければならないということである。

さらに臨調・行革の流れのなかで、「福祉」サービスの有料化と受益者負担の強化によって、公的サービスを最底辺の劣悪サービスに位置づけようとする政策課題が優先され、障害者はその対象に置かれたのである。とくに重度・重複障害者は、それこそ最底辺の障害者福祉対策の対象にされてきたのである。しかもその対象規定はあくまで医学的・心理学的判定基準に基づいた障害の種類と程度区分であり、「社会的不利」というレベルでの障害者の規定ではない。精神障害者も同様に扱われていた。これは、障害者福祉の政策課題と一致した障害者とその生活問題のみが社会福祉政策の対象として把握されることを物語っているのである。

社会福祉政策論の視点からみると、障害者福祉政策全体において、その対象認識・規定の基底的条件として労働能力を重視している。それによって、長らく身体障害者のみならず各種の障害者がその観点でのみ判断され、労働能力がない、あるいは少ないと判断された場合は、社会福祉制度の対象からも除外されてきた。このような「労働能力を有すると判断した者のみに限定する対象規定は、生活者の論理に立った生活保障の視点を逸脱するもの」⁽⁶⁾といえる。また、障害者の判定として、医学的判断基準に基づく障害の種類と程度の区分を社会福祉対象認識と規定の規範としていることによって、いわゆる障害の種類と程度の有り様を個人的レベルの問題に帰結さ

せ、社会的生活上の問題の視点を欠如させてきた。さらに言えば、特に精神障害者の場合、「治療・保護」あるいは「治安対策」の対象下に置いてきたことで、保健・医療政策に限定し社会福祉政策の対象から除外してきたのである。

このように障害者をめぐっては、その政策の基底に「労働能力」の有無を置き、医学的・生理学的判定基準によって、障害の種別と程度を決め、本人の生活能力とは別の次元において、障害者として判断し、政策主体の政策課題に合致した場合のみ社会福祉政策の対象として位置づけてきたのである。その政策的認識の有り様は、身体障害者、知的障害者、精神障害者といった、障害の種類に関係なく一様であり、精神障害者においても本質的にはこのような位置づけによって、社会福祉政策の対象としては認識されてこなかったといえる。さらに精神障害者の問題が保健や医療的であるがゆえ社会福祉政策の対象とならなかったのは、結果的にはそのような「病気」としての表面的な障害の政策的認識によって、「治療」の対象であることだけが強調され、その生活者としての視点を欠落させてきたからである。

一方、このような政策論的考察のなかで忘れてはならないのは、社会福祉サービスの臨床現場でのソーシャルワーカーの実践をふまえた問題へのアプローチにおける主体的契機の重要性である。「臨床現場におけるソーシャルワーカーらが社会福祉対象の限定化や合理化、安上がり政策や監査、通知・通達について、その政策的意図を検討し、的確に把握すると共に、その問題の所在を明らかにしていく理論を装備することが重要である」。それは、「サービス供給主体としてのソーシャルワーカーは、日常の職務過程の上で社会福祉対象者と具体的・個別的に接触し、地域の貧困・生活問題の深化や拡大化の実態を把握する厳しい認識の眼を持っているはずであるからである。社会福祉対象にやさしい政策策定と実施・運営に対して、生活者の論理にたったアドヴォカシー(advocacy)と提言は、今後すぐれて重要さを増すものと認識している」⁽⁷⁾といわれるように、臨床現場の実践者としての眼の重要性を認識し、その実践の有り様を検討し、特に過去において早くから精神障害者のいわゆる地域生活支援を展開してきた実践の軌跡から、今日の有り様を再検討する作業が求められているといえる。

3. 精神保健福祉関係法による対象規定の変化

第二次大戦後の精神障害者をめぐる政策対象認識の展開は、基本的には大戦前の明治・大正期の認識を継承している。その意味で、戦後の対象の変化を検討する上では戦前の動向から把握していく必要があるといえる。

(1) 戦前の動向

明治期の新政府の方針は、天皇制を柱とした中央集権体制の確立と欧米列強と肩を並べるための富国強兵と殖産興業の展開にあった。そのような中であっては、「精神衛生」領域への政策的対応はきわめて不十分な状態にあったといえる。とくに明治期初頭においては、全く法的規制の

ない状態に置かれていたといえる。その後1874(明治7)年8月の「医制」によって衛生行政が本格的に展開することになる。しかし具体的精神障害者への対応策はもっぱら地方自治体による規制にまかされていた。

その後、相馬事件⁽⁸⁾等によって社会的関心が高まったことも関係して、精神障害者への国家政策的対応が、治安対策的意味を持ちながら展開することになる。

ところで、明治期の精神障害者保護立法として「行旅病人及行旅死亡人取扱法」(1899<明治32>年3月法律93)があげられることがあるが、本法は産業資本の確立期にあつて、農村の窮乏によって都市への人口流失が活発化し、それによって行旅病人・死亡人が増加したことから、さらには扶養義務者の規定を設けることで、それまでの貧困者への公費負担による支弁を削減するのが目的であり、窮民救助法の一環であったといえる。したがって、本法によって精神障害者が保護の対象となったとするのは決して正しい認識ではない⁽⁹⁾。その意味では、精神障害者保護の最初の法律といえるものは「精神病者監護法」(1900<明治33>年3月法律38)である。もっともこの法律も、保護とはいってもいわゆる監督的保護であり、その自由を拘束する監置規定を中心にしたものであった。

そして、精神障害者への対応が曲がりなりにも医療政策の対象となったのが、「精神病院法」(1919<大正8>年3月法律25)であったといえる。この法律では、精神病院の設置に国庫補助の規定が盛り込まれ、政策的に精神病院の設置が進められる基盤を形成したといえる。しかし現実には精神病院の設置が進んだとはいえ、多くの精神障害者が家庭での監護にまかされていた現実には変わりはなかった。

この2つの法律による精神障害者の拘束や私宅監置の対象に押しとどめる政策は、社会防衛的政策として、その後の精神障害者対策の性格を形成することになり、それは戦後まで引き継がれることになるのである。

(2)「精神衛生法」の制定とその特徴

第二次世界大戦以前の障害者対策の主たる対象は身体障害者であり、精神障害者は知的障害者と同様に、前述したように、治安対策的・社会防衛的政策対象に押しとどめられ、「隔離・収容」政策の対象としての位置づけは、終戦後も根本的には変わることはなかった。

終戦直後の経済的破綻と国民生活の広範な荒廃によって社会秩序の混乱と混迷、飢餓のなかで、当時の政策主体の問題認識は生活困窮者や孤児・浮浪児の存在にあつたといえる。そこでは障害をもつ者やその抱える問題の所在が政策主体の認識対象となることはなかったのである。1950(昭和25)年の「生活保護法」によって救護施設等の保護施設が規定され、精神障害者はそこでの対象規定に含められ、これは当時唯一の社会福祉制度による対応であったといえる。また、1948(昭和23)年12月には「世界人権宣言」が採択されるが、わが国の精神障害者は、そこでいう

「尊厳と権利とについて平等である」存在ではなかったのである。

このような状況を背景として、少なくとも表面的には精神障害者への適切な医療・保護の機会を提供する意味で、前述した二法(「精神病患者監護法」「精神病院法」)を廃止して「精神衛生法」(1950<昭和25>年5月法律123)が制定されるのである。

この「精神衛生法」の主たる内容は、以下のようなことであった。

- ①精神病院の都道府県設置義務を規定。
- ②一般人からの診療、保護の申請規定と警察官等の通報制度を規定。
- ③措置入院制度と費用の公費負担。
- ④保護義務者の規定。
- ⑤保護義務者による同意入院制度。
- ⑥保護義務者による保護拘束制度。
- ⑦私宅監置制度の廃止。
- ⑧精神薄弱者、精神病質者を法対象に含める。
- ⑨精神衛生相談所の規定。
- ⑩精神衛生審議会の設置。
- ⑪精神衛生鑑定医制度。などである

そして、法第1条(目的)では、「精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図る」とされている。ここでは、その前段では、精神障害者の保護と発生予防がいわれるのであるが、後段では、その対象を国民全体としている。すなわち、精神障害者の隔離・収容的保護と発生予防によって、国民の健康の保持・向上が目的であって、精神障害者の「福祉の増進」という意味にはなっていないのである。したがって、法の本質的目的は、まさしく国民全体の「精神的健康の保持及び向上」であるといえる。一般的に「身体障害者福祉法」や「障害者基本法」などにおいては、当該障害者の「福祉の増進」を目的とするのが通常であり、その点からも、「精神衛生法」の持つ性格が、従前の精神障害者の存在を否定する意味を持つ制定されたものであると理解できる。

また、法第3条には「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」と規定しており、精神医療政策の対象として位置づけているのみであり、いわゆる社会福祉政策の対象として生活保障をめざす対象ではないといえる。前条の内容からすると、精神病患者や知的障害者を保護し、それによって国民の「福祉の増進」を図るものということになり、知的障害者も含めて「隔離保護・収容」政策の対象に押しとどめたものとなっているといえる。

この「精神衛生法」によって、精神衛生に関して国・地方公共団体の責務が述べられたが、一方で、家族の保護義務を規定することで治療協力者という位置づけがなされ、この法律によって

家族の負担が軽減されたものではない。そして「精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について…(略)…知事に申請することができる」とされている。これらの規定によって、精神障害者は家族からも地域からも監視される存在と位置づけられたのである。

(3) 「精神衛生法」1954年改正

先の「精神衛生法」が制定されたことで、少なくとも表面的には精神障害者への社会的対応が制度的に整備されたことになる。1952(昭和27)年には「国立精神衛生研究所」が設置され、精神衛生に関する総合的な調査研究を行う基盤ができあがる。それに連動するかたちで、後述するよう1954(昭和29)年6月に「覚せい剤取締法」(法律177)や「精神衛生法」が改正(法律179)されるのである。

終戦直後の社会的混乱が収まる経過のなかで、青少年を中心して、覚せい剤、麻薬、あへん等の慢性中毒による精神障害者が増加傾向にあり、特に覚せい剤は、国民の間での使用の拡大が懸念されていたのである。また1954年の「全国精神障害者実態調査」によって、精神障害者の推定数は130万人とされ、そのうち要入院者は35万人であるが、しかしそれらの精神障害者を受け入れる精神病院の病床数は10分の1にも満たない数字であることが判明したのである。このような精神病院の病床数の不足は、精神衛生政策の一層の強化をめざす政策主体にとっては、重要な問題となったのである。

このような状況を背景に、1954(昭和29)年6月に「覚せい剤取締法」改正(法律177)、および「精神衛生法」改正(法律179)が行われ、精神障害者でなくとも覚せい剤の慢性中毒者であれば「精神衛生法」の対象とすることが規定されたのである。「精神衛生法の一部改正について」(1954<昭和29>年9月厚生省発衛268)には、この法改正の目的を、「覚せい剤、麻薬又はあへんによる慢性中毒が、青少年等の心身を甚だしく害して、その大多数を精神障害者たらしめつつあり、特に覚せい剤については、その使用による弊害がますます拡大しつつある現状にかんがみ、これら慢性中毒者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防を図る」としている。

また、先の病床数の不足に対しては、非営利法人が設置する精神病院の設置費及び運営費の一部を国庫補助する規定を設け、病床数の増加を図ろうとした。これによって、政策的意図を反映して精神病院は激増するのである。

この1954年改正によって、精神衛生・医療政策の具体的対象の拡大とそれを引き受けるべく精神病院の増加が展開することになるのであるが、このことは、医療保護政策による保護対象としてのみ精神障害者を位置づけ、精神障害者は常時医療を必要とする人であり、それは医療保護という名の下に行われた取り締まり政策としての対象化を一層進めるものであったと言える。

(4) 「精神衛生法」1965年改正

わが国は、1950(昭和25)年の朝鮮戦争の勃発によって戦争特需による好景気を迎え、1960年代の高度経済成長の基盤を形成してきた。1956(昭和31)年には「日ソ国交回復」や「国際連合」への再加盟が認められるなど国際的な表舞台へ登場する足がかりを構築した時期である。そして同年の『経済白書』では、「もはや戦後ではない」という文言が使われ、1961(昭和36)年に「所得倍增計画」「全国総合開発計画」などの経済政策が打ち出され、都市部への人口流動化政策が展開する時期を迎えるのである。しかしそれによって、障害者は、その一部を除いてますます「保護・収容」政策の対象として位置づけられていくのである。

1958(昭和33)年12月に「国民健康保険法」(法律192)、1959(昭和34)年4月「最低賃金法」(法律137)・「国民年金法」(法律141)、そして1960(昭和35)年には「老人福祉法」、1963(昭和38)年に母子福祉に関して「母子福祉法」(現行「母子及び寡婦福祉法」)が成立する。さらに1962(昭和37)年には「社会保障制度の推進に関する勧告」(社会保障制度審議会)によって、わが国の社会福祉政策の方向付けをしていく。こうして社会保障制度や社会福祉制度の充実の時代を迎えるのであるが、しかしそこには未だ社会福祉政策の対象にはならず放置されたままになっていた精神障害者とその家族の存在があったのである。

わが国での精神障害者の隔離収容政策が主流をなす一方で、1950年代初頭からの精神医療の進歩によって、抗精神病薬等による薬物療法が普及し精神症状の鎮静化が可能になるとともに、精神療法・作業療法等の治療方法の導入が図られたことで、入院ではなく自宅で生活する前提条件が整備されつつあった。しかし地域社会での受け入れ条件が整備されているわけではなく、結果的に、精神障害者は入院生活を継続させ、それに依存しなければ生きることができない存在として位置づけられていたことに変わりはない。

さらにこの高度経済成長期に社会問題化したひとつに「アルコール問題」がある。この問題はアルコールに依存することを個人的問題に矮小化し、その問題状況の社会的認識が欠落し、単に「アルコール依存者」は、労働市場に参加し、社会・経済の発展に寄与することができない存在として位置づけられていくのである。

そしてこの社会・経済的な未曾有の発展を遂げている時に、「ライシャワー事件」⁽¹⁰⁾が発生するのである。この事件を背景として、精神障害者に対しては、「保護収容」の強化や社会防衛的観点が強調されてくる。このことは、精神障害者の存在が、再び社会防衛的隔離収容政策の対象課題となったことを示しており、精神障害者に対する従前の認識から自由にはなりえなかったことの証左でもある。

このような社会的動向を背景として「精神衛生法」の改正がおこなわれるのである。もっとも「精神衛生法」の改正作業は、1963(昭和38)年におこなわれた「精神障害者実態調査」の結果を受け、そこで明らかになった在宅精神障害者が多く存在することや、精神医療の進歩という社会

精神衛生法の研究

的動向に、従来の「精神衛生法」が対応できなくなってきたことによって着手されたものであった。この改正作業の途中で、前述した「ライシャワー事件」がおこったのであり、警察庁から厚生省への要望も出され、それが改正作業に影響を与えながら、1965(昭和40)年6月に制定されたのである。

この改正の主たる内容は、

- 1) 精神衛生センターの設置⁽¹¹⁾。これは精神衛生における総合的技術センター的存在であり、その業務は、精神衛生に関する知識の普及、実態調査などによる精神障害者の実態や訪問指導に対する技術的調査研究、保健所への技術的援助などが位置づけられており、直接の訪問指導などの機能はもたされていなかった。
- 2) 精神障害者に関する通報・届出制度を強化⁽¹²⁾。
- 3) 精神衛生相談員の配置。この相談員の設置によって在宅精神障害者への対応を広め、訪問指導や相談事業を強化した⁽¹³⁾。
- 4) 通院医療費の国庫負担。前述したように在宅精神障害者の医療対策を充実させ、受診率を上げる意味で、通院医療費の国庫負担を開始する⁽¹⁴⁾。
- 5) 緊急入院制度の設置⁽¹⁵⁾。

などである。

1960年代は、障害者福祉領域においては、障害者生活圏拡張運動などが活発におこなわれる時期であり、この運動に精神障害者が直接的に含められていたとは言い難いが、少なくとも、障害者をめぐるこのような動向が在宅精神障害者への対策を具体化させることに連動しているといえる。

この1965年改正以降、精神衛生センターの充実によって地域精神保健活動の整備が図られ、また社会復帰施設等の各種施設の運営要綱なども制定され施設対策が充実していくのである。さらに、1970年代半ば以降には、医療面での各種療法や指導が点数化され、保健所による社会復帰活動等も活発化することになる。こうして、1965年の改正は、その後の精神障害者を対象とした様々な具体的援助事業の足がかりを作ったものといえる。

おわりに

1981(昭和56)年の国際障害者年は、わが国の障害者をめぐる様々な分野で多くの進展をもたらすきっかけとなった。とくに障害者に対する国民的認識を大きく変えてきた。しかし、その中心は身体障害者や知的障害者であり、精神障害者は相変わらず旧態然とした認識の域を出るものではなかった。それは、これまで検討してきたように、「精神衛生法」の範疇にある限り、精神障害者はあくまで医療・衛生政策と社会防衛政策の対象でしかなく、当初から労働能力が「欠如した」存在であるが故に、社会的に排除されてきた歴史的結果であったといえる。1960年改正にな

って、ようやく保護・収容の対象から地域生活支援の対象へと転換し始めてはいるが、それでも精神病院内での医療的処遇が中心であったといえる。

拙論は、「精神衛生法」に焦点を当てて論述してきた。「精神衛生法」自体、幾度かの改正を経てきたが、精神障害者への基本的認識とその対応には大きな変化はなく、社会的動向として障害者の権利保障、生活保障の観点が言われた時期にあっても、精神障害者への本質的認識は、治安社会防衛的観点が濃厚であったことは明らかである。最後の1965年改正を経て、ようやく地域社会で生活していく条件が整い始め、精神障害者の退院後の生活保障が政策課題となってきたといえる。しかしそれが本格化するのには、1987(昭和62)年の「精神保健法」の登場を待たなければならなかったといえ、その意味で、拙論では、この「精神保健法」制定以前の状況について整理し考察してきたものである。今後、精神保健福祉法制定までの動向や、同時に今回触れることができなかった政策的譲歩を引き出す運動や研究の動向についても別の機会に検討することにしたい。

註

- (1) 施設設置にかかる地域住民との関係づくりについては、滝村雅人編、『地域の中で暮らしを支える』、さんえい出版、2004年3月、参照。
- (2) 社会問題としての障害者問題の位置付けについては、滝村雅人著、『対象論的視点による障害者福祉制度』、さんえい出版、2003年11月、参照。
- (3) 考橋正一著、『全訂社会事業の基本問題』、ミネルヴァ書房、昭和52年11月、153頁。
- (4) 中垣昌美編、『社会福祉対象論』、さんえい出版、1995年3月、はしがきV頁。
- (5) 中垣前掲著、はしがきV頁。
- (6) 中垣前掲著、311頁。
- (7) 中垣前掲著、312頁。
- (8) 相馬事件とは、1879(明治12)年、旧相馬藩主相馬誠胤が精神病を発病し、父充胤に監禁された。これをのっりの陰謀だと考えた錦織剛清は、1886(明治19)年に東京府癲狂院侵入し、入院中の誠胤を連れ出したが途中で取り押さえられた。錦織は、ことの顛末を新聞に投書し世間の注目を浴びた。錦織は、誠胤が死亡すると、毒殺であると主張した。この間10年以上に渡って起訴が乱発された。(精神保健福祉研究会監修、『我が国の精神保健福祉』平成12年度版、16頁。
- (9) この法律による対象は、その第1条において「此ノ法律ニ於テ行旅病人ト稱スルハ歩行ニ堪ヘサル行旅中ノ病人ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキ者ヲ謂ヒ行旅死亡人ト稱スルハ行旅中死亡シ引取者ナキ者」と表記されている。したがって、精神障害者を直接対象とした法律ではないといえる。もっとも、この「歩行ニ堪ヘサル行旅中ノ病人ニシテ療養ノ途ヲ有セス」という中に精神障害者が含まれていたことは推測できる。
- (10) 1964(昭和39)年3月。当時の駐日アメリカ大使ライシャワーが精神分裂病の少年に刺されて負傷した事件。
- (11) 改正法第7条。「都道府県は、精神衛生の向上を図るため、精神衛生センターを設置することができる。2 精神衛生センターは、精神衛生に関する知識の普及を図り、精神衛生に関する調査研究を行い、並びに精神衛生に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行う施設とする。」旧法第7条は精神衛生相談所の規定となっている。

精神衛生法の研究

- (12) 改正法第24条(警察官の通報)、第25条(検察官の通報)、第25条の2(保護観察所の長の通報)、第26条の2、第27条の規定が改正ないしは追加された。
- (13) 改正法42条(精神衛生に関する業務に従事する職員)及び第43条(訪問指導)に規定。
- (14) 改正法第32条(一般患者に対する医療)において、「都道府県は…(略)…病院又は診療所へ収容しないで行われる精神障害の医療を受ける場合において、その医療に必要な費用の二分の一を負担することができる」と規定された。
- (15) 改正法第29条の2から第29条の5に規定。