

26 ハンセン病および精神病の比較法 制・処遇史

岡田 靖雄

ハンセン病も精神病の多くも、慢性の経過をとる疾患で、ともにいむべきものとされてきた。東京府癲狂院は、一八七五年に養育院にもうけられた狂人室が独立したものといつてよく、全生病院は一八九五年に養育院に設立された回春病室が移転したものともいえる。

一九〇〇年の精神病患者監護法制定の動因の一つは、条約改正にあたり、精神病患者の監禁がまったく無制約におこなわれているのではないことを、外国にしめすことであった。日本はハンセン病患者にたいし無策であるとの外国人の批判、また戦勝国としての体面が、一九〇七年に法律第十一号を制定させる推進力の一つであった。両者において、患者への憐みなどよりは対外的顧慮が、法制定にあずかったのである。一八七二年の養育院設立自体が、ロシヤのアレクセイ大公の来日

をまえにしての浮浪者狩りのためであった。

このように精神病患者およびハンセン病患者の法制史、処遇史には共通する面がおおい。両者の最大の相違点は、ハンセン病患者処遇のほとんどが公的経営によりなわれていたのたいし、精神病患者入院施設の大部分は私的経営のものであった。一九一九年の精神病院法は道府県立精神病院設置を中軸とするものであったが、敗戦時までに同法により設立または認定された精神病院は既存のものもふくめて八院にとどまる。ハンセン病患者は資本主義的経営にのるほどにはおおくなく、精神病患者は多数で、国や道府県で処遇の責任をおうには負担がおもすぎたのである。精神病院法は、代用病院という形で民間精神病院の発達を促進した。

全国の癲癪養所の最初期の所長のほとんどは警察官であった。東京府東鴨病院でも院長がおかれず医長―書記長の二頭制であった時期があり、また精神病患者監置室に嘱託医が往診するものを精神病院とみとめてよいたの行政指導もおこなわれていた。これらは、院長または診療施設管理者は医師でなくてはならないとの医

制、あるいはそれをうけた診療所取締規則をふみにじるものであった。癲療養所では患者看護の大部分が患者におわされることが、一九七〇年ころまでつづいた。

ハンセン病の特効薬であるプロミンは一九四六年から試用され、画期的向精神薬であるレルピンは一九五四年から、クロルプロマジンは翌年から薬価基準にのった。しかし、これら新薬は患者処遇をおおきくかえることはなく、ハンセン病患者の全面収容閉じ込めはつづき、精神科医療の入院中心処遇から地域医療への大転換もおこらなかった。指導的学者はともに、ハンセン病不治説を、そして分裂病不治説をまもりつづけた。ハンセン病患者および当局者は、ハンセン病患者について特別立法はいらぬなどとする国際会議の決議を無視しつづけた。精神科医療の関係者も、外国からの勧告は無視するか、あるいはうけいれても表面だけであった。

生活保護法による入院患者の日用品費は、精神病院入院患者では一般よりひくくおさえられ、癲療養所入所者への慰安費も一般の日用品費にみあう額であった

ものが差をつけられていった。精神病院の従業員数は、たとえば医師は一般病院の三分の一でよいとされており、癲療養所では従業員数の基準はさだめられぬままに、定員割れがつづいた。国民優生法のもとでは、ハンセン病患者は非合法の断種手術対象者とされ精神病者が合法的主対象者であったが、優生保護法のもとでは両者がともに受難者であった。

ハンセン病患者および元患者がらい予防法を撤廃させ、国家賠償訴訟に勝利した意義はおおきい。当初のとまどいは別にして、患者・元患者の団結がそれに加わった。またかれらがよってたつたのは、日本国憲法の理念であった。これにたいし精神疾患患者は十分な団結をまだしめしえず、違憲訴訟にたちあがるだけの力をもちえていない。