

近代日本における公立精神科病院の役割(2)

——精神病患者監護法、精神病院法、改正医師法及び関連諸規則類分析——

宇都宮みのり

はじめに

本稿では、明治初年から昭和初期にかけての精神病患者処遇に関する法律及び関連諸規則類における、公立精神病院の役割の明確化プロセスを明らかにする。

第二次世界大戦前の精神病患者対策は、精神病患者監護法(明治33年3月9日法律第38号)と精神病院法(大正8年3月26日法律第25号)の2法に依っていた。精神病患者監護法はすべての精神病患者に監護義務者を定め、監護義務者しか精神病患者を監置することができないとして、その手続きを定めたものである。同法は監置の場所として、「私宅監置室」「公私立精神病院」「公私立病院の精神病室」を規定する(第9条)。しかし呉らの調査に代表されるように、精神科病床数の圧倒的不足からほとんどの精神病患者が放置あるいは極めて劣悪な状況で処遇されていた(呉ら 1918)。「憐れなる精神病患者」の治療及び収容のための特別法として、道府県に公立精神病院の設置を命ずることを規定する精神病院法が成立した。精神病院法による精神病院には、「道府県立精神病院(第1条、第6条)」「代用精神病院(第7条)」がある。第1条は主務大臣が道府県に対し精神病院の設置を命ずるもので、第6条は精神病院法公布前に設置されていた道府県立精神病院や任意で設置した道府県立精神病院が地方長官に具申して主務大臣が適当と認めれば第1条の規定によって設置したものとみなすものである。第7条は主務大臣が必要とした場合に期間を指定して適当と認める公私立精神科病院を第1条によって設置する精神病院に代用することを認めたものである。

1930(昭和5)年において、精神病院全体の数は91か所で、そのうち精神病院法による精神病院は23か所であり、そのうち第1条及び第6条による府県立(公立)精神病院はわずか3か所、第7条の代用精神病院が

20か所であった(内務省衛生局予防課 1929)。その後も国家財政は悪化の一途をたどり、公立精神病院は増えず、精神病院法による公立精神病院は、既存の2院を含めて1945年までに8院しか建設されなかった。結果として公立精神病院の役割はほとんど果たされなかった。精神病患者監護法と精神病院法は、1950年の精神衛生法(昭和25年法律第123号)によって廃止されるが代用・指定病院の考え方は継承され、国庫補助と精神科特例によって精神科病院は1960年代に爆発的に増加する。公立病院の必要性を認識しつつも、民間に依存しながら政策を進めてきた日本の特質を見ることができる¹⁾。

本来果たすべきであったが未完に終わった戦前の公立精神病院に、そもそもどのような役割が期待されていたのか。後に民間の精神病院が代用病院として担うことになる役割である。これを検討するには、法の実施・運用過程ではなく、立案・決定過程を知る必要がある。そこで、本稿は、明治初年から昭和初期にかけての精神病患者処遇に関する法律及び関連諸規則類から、公立精神病院の機能・役割の明確化プロセスを明らかにする。前稿においては、大阪府立中宮病院が必要とされた政策課題及び地域社会的要請を中心に検討し、精神病患者対策の社会問題化プロセスに両面的認識があることを示した(宇都宮 2017)。その際、精神病患者処遇に関する法律や諸規則の構造があまりにも複雑であるため、精神病患者の公的処遇を考える際に法構造の整理が必要であることを認識した。そのため本稿では法律及び諸規則の条項の分析を行う。近代以降の精神病患者をめぐる法的構造を理解する上で重要な法律は、精神病患者監護法、精神病院法、改正医師法及びそれを取り締まる行政警察の法規である。今回は行政警察法規についてはほとんど触れることができない。3つの法律及び関連諸規則類²⁾から、精神病患者の公

的処遇に関する考え方を抽出して時系列に整理し、社会的背景も踏まえて公立精神病院の役割を見出す。

なお、研究で用いる史資料には現在の価値からすると差別的な表現が含まれるが、法律用語として、また研究目的から外れない範囲における歴史的表現として、当時の用語をそのまま用いることにする³⁾。

1. 明治初年の精神病患者処遇

まず明治初年以降、精神病患者に対する処遇手続きが定められていく過程をさぐる。明治初年の公立精神病院としては京都癲狂院（日本最初の公立精神病院：明治4年設立）があるのみで、ほとんどの精神病患者は放置され、治療が必要な精神病患者は「治療の望みを加持祈祷に託し、寺社は病者の収容施設の観を呈している状態」であった（大霞会 1971：305-306）。監置を要する精神病患者は、近世には主として「入牢」「入檻」「溜預」という3種の方法によって処遇されていた（山崎 1933：399-412）。しかし、1871（明治4）年の「解放令」によって非人制度が廃止されたため、精神病患者を非人に預ける「溜預」はなくなり、また1872（明治5）年の「監獄則」施行により「入牢」も暫時廃止された。そして家の中に設置する「圍補理」に監置する「入檻」による処遇が残る。板原らによると、「入牢」は「乱心」による社会的問題行動への懲戒的側面の強い処遇として子弟らを対象に実施され、「入檻」は相続者や両親など尊属を対象とするときに実施されるという。身分制と儒教思想を背景に、対象者による処置の取られ方の違いを明確にした（板原ら 1999：109）。さらに3つの精神障害者の処遇の関係性として、非人に預ける「溜預」が前提として存在し、それを避けることが可能な人への処遇として「入牢」が行われ、さらにその中でも家督相続者や財産権所有者に「入檻」という処遇がいわば例外的に実施される（板原ら 2000：93）ことを明らかにした。

18世紀後半に幕府によって整備された「入牢」の制度は、明治政府によって継承され、基本的な処置方法となる。1874（明治7）年に、従来の処遇方法を下敷きにした「明治7年警視庁布達則第172号狂病ヲ発スル者ハ其家族ニ於テ嚴重監護セシム」が發布される。続けて「明治11年警視庁布達甲第38号精神病患者ノ届出ニ関スル件」、さらに「明治13年警視庁布達甲第16号」が出されたことによって、家族が精神病患者を監護する時の手続き方法が厳密に規定される。また1880（明治13）年、「旧刑法」（明治13年7月17日太布告第36号）の第322条「擅ニ人ヲ逮捕シ私室ニ監禁」する罪、第323条「擅ニ人ヲ監禁制縛シテ殴打拷責シ又ハ飲食衣服ヲ屏去死シ

其他苛酷ノ所為ヲ施シタル」罪、第325条「擅ニ人ヲ監禁シ水火震災ノ際其監禁ヲ解クコトヲ怠リ死傷ニ致」す罪、第426条「癲狂人ノ看守ヲ怠リ路上ニ徘徊セシメタル」罪が処罰の対象とされ、さらに「明治14年12月28日警視庁布達甲第60号 違警罪目」に「擅ニ瘋癲人ヲ鎖錮シタル者」に対する処罰が明記されたことにより、ようやく精神病患者の私擅監禁が禁止されるに至る。

私擅監禁を取り締まる規定の厳密化は、1876（明治9）年から1892（明治25）年まで続いた相馬事件⁴⁾の進展の影響を強く受けつつ実施される。誰でも座敷牢に鎖でつなぐことができ、それを取り締まる規定がないことが国内外に暴露されていく中で、近代的法治国家を目指す明治政府は厳密な規定を整備することが求められた。

精神病院への入退院に関する規定は1884（明治17）年の「明治17年警視庁布達甲第15号」に見ることができ、同布達は前述の警視庁布達第38号と第16号を併せた「明治17年警視庁布達甲第3号」に精神病院への入退院規定を加筆したものである。「瘋癲人看護ノ為メ私宅ニ於テ鎖錮セントスル者又ハ治療ノ為メ私立瘋癲病院ニ入院セシメントスル者ハ其理由ヲ詳記シ最近ノ親属（ママ）二名以上連署ノ上医師ノ診断書ヲ添へ所轄警察署へ願出認可ヲ受け解鎖出院ノ時ハ其旨届出ツ可シ若シ違反シタル者ハ違憲罪ノ刑ニ処セラル可シ」と、私立精神病院への入院時認可と退院時届出が必要になり、もし違反した場合は罰せられる。そしてその入退院時の調査や毎月1回の病院の巡回視察は警察署が行うことも「瘋癲人取扱心得」（明治17年8月13日警視庁第56号達）として達せられた。「明治27年警視庁令第25号」には、私宅監置及び私立病院だけでなく、さらに官公立の精神病院への入退院手続義務も追加された。「精神病患者ヲ看護治療ノ為制縛若ハ鎖錮シ又ハ官公立私立病院ニ入レントスル者ハ其事由ヲ詳記シ親族（親族ナキトキハ縁故アル者）2名以上連署シタル書面ニ醫師ノ診断書ヲ添へ所轄警察署又ハ警察分署ニ届出認可ヲ受クヘシ其制縛鎖錮ヲ解キ又ハ退院セシメタルトキハ3日以内ニ該警察署又ハ警察分署ニ届出ツヘシ犯シタル者ハ1日以上10日以内ノ拘留又ハ5錢以上1円95錢以下ノ科料ニ処ス但明治17年1月甲3号布達ハ廃止ス」と、官立及び公私立病院も含めて私宅監置と同様の手続きが要求され、退院時届出の期限、違反者には罰則も設けられた。

精神病患者に関する職務は警察官署（警察署、駐在所、派出所）が担った。1874（明治7）年、内務行政の重要な担い手として警察の地位が確定した。内務省警保寮（警保局）のもとに各地方の警察本署を設置し、さらに

そのもとに警察署を配置する。それによって内務大臣が直接全国の警察を統括し、警察権を一手に掌握する仕組み⁵⁾である。東京には独立した警視庁が置かれ、長官たる警視總監が府下の警察事務を管轄していた。他府県では、内務大臣の指揮監督を受ける府県知事のもとに警察本部を設置、警部長を責任者として府県レベルの警察事務の執行にあたった。警察署は、管内の高等警察・行政警察・司法警察を担当し、国民全体の風俗・衛生・営業などの励行を監督する広範な役割を担った⁶⁾。

明治初年から精神病患者の私擅監禁を防止のための手続きが明確に指示されるとともに、私立精神病院への入退院手続き、さらに官公立精神病院への入退院手続きが徐々に厳格に定められてきた。精神病患者の保護と社会治安の予防を担ったのは警察の役割であった。この先に近代的法治国家を目指す明治政府が次に取り組んだのは、精神病患者監護にかかる全国統一的な法律の制定である。

2. 1900年の精神病患者監護法にみる精神病院の役割

本節では精神病患者監護法に見る精神病院の役割に焦点化する。「精神病患者監護法」は「監護義務者ニ非サレハ精神病患者ヲ監置スルコトヲ得ス(第2条)」ことを実現するために、すべての精神病患者に監護義務者を定め、監置の場所、手続き、罰則等を規定したもので、1900(明治33)年に第14回帝国議会にて成立した。

精神病患者監護法第9条は、精神病患者の監置⁷⁾の場所を「私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室」と定め、「精神病患者監護法施行規則」(明治33年6月28日内務省令第35号)第11条で「行政庁ノ職権ハ地方長官(東京府ニ在リテハ警視總監(第15条))之ヲ行フ但シ私宅監置室ニ関シテハ警察官署之ヲ行フ」としたため、地方長官もしくは警察官所の許可なくしては、精神病患者を誰でもどこにでも監置するということはできなくなった。手続きは、同法施行規則第3条により、医師の診断書を添え、警察官署を経て地方長官に願出又は届出ることになる。警察官署は、「精神病患者監護法施行手続」(明治33年7月警視庁訓令甲第63号)第2条に基づいて、「発病の原因」「発病の年月日」「発作中の挙動」「病者と家族・親族間の関係等」「発病後家族・親族等の病者に対する待遇」「診断者と監護義務者との関係」「監置当時の事情」「資産状態」を調査すると同時に、警察医又は警察吏員の診断を求め、その検診書を添えて意見を具して進達、さらに警察官署は、同法施行手続第10条に基づいて、必要に応じて随時主任官吏を派遣し、「看護方法」「給養等病者への待遇」「監置室の構造設備」「病者の容体及び感情」を視察し、処置を要するものには意見

を付して具申するのである。

上記「監置室の構造設備」については「精神病患者監護法施行規則」にも規定はない。私宅監置室の構造設備については、「私宅監置室ハ精神病患者ノ資産又ハ扶養義務者扶養ノ程度ニ応シ相当ノ構造設備ヲ為シ及之ヲ管理スルヲ要ス(同施行規則第8条)」と、各家の資産事情に応じるという規定だけである。この状況は1928(昭和3)年まで続くことになる。また、精神病院・病室の構造設備については、「精神病患者監護法ニ関スル精神病院及病室ノ構造設備標準ニ関スル件」(明治33年7月24日衛甲第99号各地方長官宛衛生局長通牒)が出されているものの、その内容は、当面は必要に応じて庁府県令や内規等を設けること⁸⁾とされており、1904(明治37)年に整備されるまでに4年を要した。

1904(明治37)年に「精神病患者私宅監置室公私立精神病院公私立病院ノ精神病室ノ構造設備及管理ニ関スル取締規則」(明治37年10月警視庁令第41号)が発出された。ここにも私宅監置室の規定はないが、公私立精神病院及び公私立病院の精神病室設置にかかる手続き及び構造設備は定められた。それによると設置者が行う手続きは、「院名及び院則」「住所敷地坪数四隣状況図面」「構造仕様書図面」「患者収容数」「看護方法(運動、慰楽、作業方法含)」「夜警方法」「避難方法及び其準備品目」「清潔保持方法」「医員調剤員看護人数」「院長院主及び医員調剤員履歴書」「落成期日」を、所轄警察官署を経て警視庁に願出許可を受けることである(同取締規則第2条)。病院・病室の構造設備としては、防火壁、煉瓦瓦、非常口、男女別等の安全確保、普通室と躁狂室の用意、部屋の広さ(1坪半以上)、床高(2尺以上)、天井の高さ(9尺以上)の基準、採光・換気・照輝方法、運動場慰楽場作業場、良水供給等の、いわゆる「入院患者の保護慰安」の保障とともに、窓に金属の網や格子、出入り口には鎖等、「入院患者の逃走防止」の構造が定められた。

その後、「精神病患者私宅監置室公私立精神病院公私立病院ノ精神病室ノ構造設備及管理ニ関スル取締規則」(明治37年10月警視庁令第41号)は、「精神病院取締規則」(昭和3年警視庁令第10号)と「私宅監置室取締規則」(昭和3年警視庁令第11号)に分割される。「私宅監置室取締規則」によってようやく私宅監置室の構造が規定された⁹⁾。「精神病院取締規則」は、一般病院の規定である「病院産院取締規則」(昭和2年警視庁令第43号)の規定を準用したものであった。故に、私宅監置室と官公立精神病院との扱いが規程上分離されたことで、ようやく精神病院は「私宅監置室」と並ぶ位置づけから

「一般の病院・産院」と並ぶ位置づけへと変化した。

精神病院には精神病患者を診断・治療する医者があるわけだが、前述したように、手続き上は警察医又は警察官吏の診断を要している。衛生行政を担ったのは執行力・強制力を有する警察である。近代国家は、健康を個人の養生にゆだねる近世的な健康観を、衛生行政を通じて実現すべき国家的な課題へと転換させていった（成田1995）。そしてすべての国民の動きが「警察一手持ち」（長与1958）の仕組みの中に組み込まれ、精神病患者の処遇管理も同様に衛生警察による監視下に置かれていく。

3. 1919年の精神病院法にみる精神病院の役割

本節では、精神病院法制定に至る背景を衛生の視点及び医師制度の視点から概観したのち、精神病院法の概要及び施行状況、精神病院法の対象者及び精神病院長に与えられた権限に焦点を当てて、公立精神病院の役割を明らかにする。

まず、明治初年からの動きを衛生及び医師制度の視点から検証する。1873（明治6）年に内務省が設置され、1875（明治8）年に衛生行政が内務省の所管事務となつて以降、種痘規則（明治7年文部省達第27号）、天然痘予防規則（明治9年内務省布達甲第16号）を嚆矢とし、虎列刺病予防法心得（明治10年内務省達乙第79号）、伝染病予防規則（明治13年太政官布告第34号）、検疫停船規則（明治12年太政官布告第29号）等の防疫対策を中心として衛生行政が整備される。そして1897（明治30）年になり、伝染病予防法（明治30年法律第36号）と海港検疫法（明治32年法律第19号）の制定により国内外の急性伝染病対策が整備される。

大正期に入ると衛生局の課題は、国民体位向上への関心の高まりとともに急性伝染病から慢性伝染病及び慢性疾患へと範囲が広がられた。1916（大正5）年には保健衛生調査会を設置して大規模な調査を実施し、その結果を根拠にしながら、癩予防ニ関スル法律（明治40年法律第11号）、精神病院法（大正8年法律第25号）、結核予防法（大正8年法律第26号）、トラホーム予防法（大正8年法律第27号）、花柳病予防法（昭和2年法律第48号）、寄生虫予防法（昭和2年法律第59号）と、各種慢性伝染病、慢性疾患の予防法を次々と成立させた。

衛生上、社会政策上、人道上及び国防上において「一日も看過スルコトノ出来ナイ、極メテ緊要ノ問題」として人力政策としての意味づけ（村上2013）を持ちながら、精神病院法は、癩予防、結核予防とともに審議され、「療養ノ途ナキ者」に限定されながらも公費による対策が開始されたことに意義があった。

次に、明治初年からの動きを医師制度の視点から概観する。明治政府は、医制発布（明治7年8月18日文部省ヨリ東京京都大阪三府へ達）によって、西洋医学に基づく医学教育を確立し、衛生行政の確固たる基礎を築くことを目指す（大霞会1971：212-213）。医師制度は、1875（明治8）年以降、西洋医学の知識を問う医術開業試験の合格者及び帝国大学、医学専門学校の医学教育機関の卒業生に医師免許が与えられてきたが、医学教育機関からの安定的な卒業生が輩出されるようになると、試験のみで免許が与えられる仕組みは医学の発展に対応できないこと、また医師免許規則（明治16年10月22日太政官布告33号）は時勢に伴わないとして、1906（明治39）年第22回帝国議会において医師法（明治39年法律第47号）が成立する。

同法成立によって医師は医学教育機関から輩出されることとなり、開業免許から身分免許として身分保障がされることとなった。和漢方医の開業を保障しつつその自然消滅を待って西洋医学への移行を進めてきたことがここに至り、その後の開業医制度の発展の基礎となる。

1904（明治39）年、医師法が審議された第22回帝国議会衆議院に、山根正次他一名は「精神病学科設置ニ関スル件」を提出した。精神病の治療は国家もしくは社会の責任であり、そのための設備も国家が整備すべきことを前提とし、山根らは、精神病の鑑定診査にあたる医師を養成する官公私立医学校に精神病学科を設け、かつ文部省医術開業試験科目にも精神病学を加えることを建議した。これが可決されると同時に、あらためて精神病患者監護法は治療面において不備があり精神病院の設置が急務であることが確認された。

続けて山根は、1911（明治44）年、第27回帝国議会衆議院に「官公立精神病院設置ニ関スル建議書」を提出する。欧米においては国家または公共団体による設備をもって精神病患者の救済保護をしているにもかかわらず、日本において国家として何らの設備も有していないのは「聖代ノ一代欠点」であるため、国費をもって病院を設置することを求めるというものである。その議決を受け、同年10月13日に内務大臣の原敬が、内閣総理大臣西園寺宛てに「官公立精神病院設置ニ関スル建議ノ件」（内務省衛第3036号）を発した。漸次公立病院の設置を「促シツツ」あるが、これを公共団体に「強制」あるいは「国費ヲ以テ設置」するには財政不足のため、慎重な調査の上、「財政ノ許ス範囲」において採択される。そして同年12月23日、法務局長官から「官公立精神病院設置ニ関スル建議ノ件」の審査結果の報告がだされる。完全に認められる病院が乏しいことは政府の遺憾とする

ところであるが、やはり財政の許す範囲において、漸次所期の施設を完成させるということで、原の意見の通りに閣議決定されたものである。そして「官公立精神病院設置ニ関スル建議ノ件請議ノ通」とする指令案が出された。

上記の背景を踏まえて精神病院法の概要を検証する。精神病院法案は、当初は保健衛生調査会による精神病患者監護改正法案として構想された。1912（大正元）年、衛生局は、国民の健康を毀損する原因や制遏除去に必要な事項、国民の健康保持と増進に必要な事項の調査考究を目的に、保健衛生調査会を設置する。保健衛生調査会内に精神病対策を練るための第5部会（精神病患者）を置く。第5部会は、日本全体の精神病患者調査（精神病患者収容実況調査、本邦全体に亘る精神病患者調査、精神病の原因其他及び統計的調査）を実施した（宇都宮 2014）。その調査結果を根拠とし、1918（大正7）年7月、第5部会から本会議へ精神病患者監護法改正案を本会議に提出する。同法案は本会議にて協議の結果、「満場一致」（東京日日新聞1918年7月14日付 1918）で可決される。

精神病患者監護法改正法案を見ると、内務大臣が道府県立精神病院を設置する規定を設け、代用精神病院は認めないこととしている。また、公立精神病院に入院させる精神病患者は、「(1)療養ノ途ナキ者（監置ヲ要スルモノハ勿論、監置ヲ要セサルモノヲモ含ム）」、「(2)監護義務者ニ於テ其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル者」、「(3)監護義務者ヨリ入院ヲ出願シ地方長官ニ於テ必要ヲ認メタル者」の3種とする。そして強制入院規定の必要性と、道府県立精神病院への国庫補助、さらに官立精神病院を設置するための規定を設けることを要旨とした（保健衛生調査会 1919）。当初、精神病患者監護法改正法案は、代用病院を認めておらず、公立のみでなく官立精神病院設置を規定すること、療養監護を要する精神病患者を法の対象としていた。

翌1919（大正11）年、第41回帝国議会で「精神病院法」として提出され、同年3月に成立する。同法は精神病患者監護法を存続させ、その不備を補う特別法である。その要旨は、「主務大臣ハ北海道又ハ府県ニ対シ精神病院ノ設置ヲ命スルコトヲ得ス」（第1条）を主目的とし、対象者は「(1)精神病患者監護法ニ依リ市区町村長ノ監護スヘキ者」「(2)罪ヲ犯シタル者ニシテ司法官庁特ニ危険ノ虞アリト認ムル者」「(3)療養ノ途ナキ者」の3種である（第2条）。精神病院設置のための国庫補助（第3条）を設けた。

精神病院には、(1)道府県立精神病院（第1条）、(2)その他道府県立精神病院（第6条）、(3)代用精神病院（第

7条）がある。(1)は精神病患者監護の実況に鑑み、府県立精神病院の設立を必要とし、主務大臣において道府県に対してその設置を命じうることを規定したもので、設置に要する費用の2分の1、維持管理費用の6分の1を国庫が補助する。設置を命じられた道府県は内務大臣の認可を経て精神病院の設計・収容人員等を定める。(2)は、精神病院法施行前に道府県が設置した精神病院や同法施行後に同法によらずに、任意で設置した公立精神病院である。道府県がこれを精神病院法による精神病院とする意思があり、その設備等を主務大臣が適当と認める場合は同法第1条によって設立したものとみなされる。松澤病院が第6条による精神病院として認定されている（「精神病院法第6条ニ依ル精神病院認定ノ件（大正10年東京府告示第116号）」）。(3)は、主務大臣が必要と認めるときに期間を限定して認めた場合に、第1条による精神病院に代用することができるものである。道府県が支出した患者入院費の6分の1について国庫補助がある。

精神病院法制定の趣旨は、衛生局長杉山四五郎による説明によると、「欧米では精神病患者は官公立精神病院に収容され治療を受けている」のに、現行精神病患者監護法は「不法監禁防止のために監護義務者に監置の機能を与えた」が、「監護すべき場所設備について何ら規定がなく」、「名は監護であるが、実は監置の法であって救護の法ではな」く、精神病患者監護法の制定以来20年が経過しても東京巣鴨病院以外は私立病院しか建設されておらず、監置を要する患者は、「最も不完全な自宅監置」で「殆ど其惨状は見るに忍びないやうな実況」であるために「国家と地方団体と協力し、是が施設を為すこと」にあった（杉山 1919）。重要なのは、杉山は公立精神病院だけでなく官立精神病院の必要性を認識していることである。杉山は治療を要する精神病患者を2分して、公立精神病院には、「保護治療の上から療養の途の無い精神病患者」と「監護の必要のある精神病患者」を収容し、官立精神病院には「危険性の甚だしい所の犯罪性精神病患者」と「公立精神病院にて監護困難の精神病患者」を収容するという（杉山 1919）。

社会治安のために公権力をもって精神病患者を収容する機能は官立に持たせようとしたことが、官立と公立との違いである。さらにいうと法律をもって公立精神病院を建設するとする意図には、公立精神病院が私立精神病院との違いがあるわけで、前者には公的責任かつ公権力を発揮するという機能の明確な違いがあった。しかし「目今国家多事にしまして、財政上已むを得ぬと云ふ実況」であるために「直ちに国立精神病院はできない」ために、「既存の精神病院を代用病院として利用する考」え

であると明かしている（「精神病院法制定理由」）。

保健衛生調査会による精神病患者監護法改正法案と比べると、精神病院法では、代用病院を認めており、官立精神病院設置の規定はなくなり、対象として犯罪性の精神病患者が追加されている。

さらに、精神病院法の施行状況を見ると、「国家財政ノ都合」により、法律の一部である第7条（代用精神病院）のみを同年8月10日に施行している。第1条から5条及び第8条は、第7条の施行に必要な範囲において、同日施行することになった。1923（大正12）年6月29日の「勅令第324号」が、精神病院法中まだ施行されていないところを同年7月1日より施行する旨公布したために、ようやく精神病院法全体が施行されるに至る。つまり国家財政の都合でやむを得ないとしながら、公立精神病院建設を推進するどころか、代用病院に完全に依存する形をとった。精神病患者救護の理念との大きな乖離がみえる。

精神病院法の対象者及び精神病院長に与えられた権限に焦点を当てて検証する。まず法の対象者に焦点を当てると、保健衛生調査会の精神病患者監護法改正原案にあった「国立精神病院の設置」は精神病院法には含まれていないため、杉山が帝国議会で述べたところの、「犯罪性精神病患者」「監護困難ノ精神病患者」を官立精神病院に収容するという構想は頓挫した。その機能は公立精神病院及び代用病院の役割へと移し代わっている。公立精神病院に入院するのは、「保護治療ノ上カラ療養ノ途ノ無イ精神病患者、其他監護ノ必要ノアリマスル所ノ精神病患者」に加えて、本来官立精神病院が担うべき「犯罪性精神病患者」「監護困難ノ精神病患者」ということが決定づけられた。すなわち、「(1)精神病患者監護法ニ依り市区町村長ノ監護スヘキ者」とは、精神病患者監護法によって監護する必要あるも監護義務者がいない精神病患者、監護義務者がその義務を履行できない事由がある精神病患者、精神病患者の監護を命じても監護義務者がその命令を履行しない精神病患者をいう。そして「(2)罪ヲ犯シタル者ニシテ司法官庁特ニ危険ノ虞アリト認ムル者」とは、罪を犯したが刑法第39条によって処罰の対象とならない精神病患者、罪を犯した後に精神病を患い司法官庁が特に危険の虞ありと認めた精神病患者をいう。「(3)療養ノ途ナキ者」とは、監置を要しないが療養を要し、その途のない精神病患者を含む。さらに上記以外にも、地方長官が必要と認めた精神病患者、私宅監置されているが精神病院に入院させるのが適当である精神病患者、関係者が入院を希望し地方長官が入院の必要を認めた精神病患者をいう（精神病院法制定理由）。

精神病院法案審議過程においては、「危険ナル症状」「怖ルベキ狂人」の収容取締論は背面に置かれ、「可憐ナル精神病患者」の医療保護立法であることを強調して審議が進められた。そしてわずか1か月というスピード審議で可決された（宇都宮 2017）。しかし、犯罪性精神病患者の収容取締という役割を公立精神病院に負わせることは議論の前提として存在していた。

精神病院長の責任と権限という視点で見ると、精神病院法は精神病院長に、入院患者の「保護治療の責任」を負わせる代わりに「医療上必要ナル行為」に加えて、「監置上必要ナル処置」の権限を与えている（精神病院法第4-7条・同法施行規則第7-9条）。「監置上必要ナル処置」とは、保護室に入れること、手枷・手錠を用いること、縄紐などによって身体四肢を連鎖・制縛すること等である。ただし「監置上必要ナル処置」は「放火逃走煽動其他公安上危害ヲ生スル虞アル患者」に限る（精神病院法施行ニ関スル通牒（各地方長官宛内務次官通牒大正8年8月13日内務省発衛第1719号））ことになっている。この危険を生ずる虞ある患者は杉山の説明では官立精神病院が担うべき対象者である。

「監置上必要ナル処置」とは、すなわち国家が公権力を持って取るべき措置ということになる。保健衛生調査会原案では犯罪性精神病患者を対象とすることも「監置上必要ナル処置」を設けることも想定しておらず、「強制入院規定」を盛り込んでいた。精神病院法では「監置上必要ナル処置」の権限に入れ替わり、さらにそれを公立精神病院、ひいては代用精神病院に与えた。

4. 1933年の改正医師法にみる精神病院の役割

精神病患者監護法・同法施行規則では公私立精神病院は精神病患者の「監置の場所」という位置づけであったが、精神病院のあり方を「医療を為す場所」と明確にし、その後を方向づける転機となったのは1933（昭和8）年の医師法の改正にある。本節では、改正医師法を中心に公立精神病院の役割を整理する。

1906（明治39）年に成立した医師法（明治39年法律第47号）は、「時勢の進展、医業の発達に伴日、現行医師法を以てしては尚ぎ不備の点がある」（山本 1933）ために、1933（昭和8）年4月に、5回目の改正医師法が成立した（昭和8年法律第45号）（以下、「医師法」とする）。医師法を成立させることで公衆衛生上及び医事衛生上の監督をするため（大島 1933）、診療所の開設、管理、構造、設備に関し必要な事項を命令を以て定めることにしたこと、医業に関する広告を医師に非ざる者が為す場合に制限したこと、無免許医師業者が医師を称

することに對し刑罰を加重したこと等、現在につながる医療制度に関する制度の基礎が確立した。

「診療所取締規則」(昭和8年内務省令第30号)は、医師法4条の2「診療所ニ関シ必要ナル事項ハ命令ヲ以テ之ヲ定ム」に基づいて定められた。「診療所取締規則」は6章37条に亘る。第1章で診療所の定義と広告に対する制限、第2章で診療所開設の手続き、第3章で診療所の管理に関して必要な事項、第4章で診療所の構造設備、第5章で診療の監督、第6章で罰則が規定されている。それによると、「診療所」とは「公衆又ハ特定多数人ノ為医業ヲ為ス場所」を言い、「病院」とは「診療所ニシテ患者十人以上ノ収容施設ヲ有スルモノ」を言う(同規則第1条)。取締りの対象を、①医師の開設する診療所、②公共団体の開設する診療所、③医師に非ざる者の開設する診療所、と開設者によって分類する。

「医師に非ざる者にして疾病の治療行為を業とする者」とは、歯科医師、産婆、看護婦、按摩術・鍼術・灸術営業業者等をいうが、医師に非ざる者が開設する診療所も取締りの対象にし、診療所や病院など紛らわしい名称をつけることを禁じた。つまり診療所や病院という名称を用いて医業、つまり「人の疾病を治療する行為」を為すことを公告できる条件が明確にされた。医師法第7条にある、医業に関して標榜できる専門科名については、「医師法施行規則」(昭和8年10月内務省令第28号)第10条に列挙される。その中に「精神科」を見出せる。ここに初めて精神科病院が、医業を為す場所、人の疾病を治療する場所として明確に法的に位置づけられ、他科の一般の病院と同じく一つの科である「精神科」を標榜して開業する、「医業を為す場所」であることが明確になった。

その後、内務省令で「診療所取締規則」が発出された以上、「精神科病院取締規則」も「病院産院取締規則」と同様の趣旨で改正すべきであろうと衛生部が改正に着手し、精神科病院の規定は「診療所取締規則」(昭和8年11月1日警視庁令第47号)の「第2章 精神病室」として組み込まれた。「診療所取締規則」の施行により、同規則第30条によって、「病院産院取締規則」(昭和2年9月警視庁令第42号)、「診療所取締規則」(昭和2年9月警視庁令第43号)、「伝染病者取締規則」(昭和3年7月警視庁令第32号)、「癩患者ヲ収容スル病院又ハ病室ニ伝染病舎取締規則適用ノ件」(昭和3年10月警視庁令第40号)、「仮設私立病院産院取締規則廃止ニ関スル件」(昭和4年2月警視庁令第5号)、「精神科病院取締規則」(昭和3年4月警視庁令第10号)が廃止された。

5. 考察

本稿では、入院施設もなく治療を受けることが出来ずに放置あるいは劣悪な場所で処遇を受ける精神病患者が多数いた時代、公的な治療施設が急務だった明治初年から昭和初期にさかのぼり、精神病患者監護法、精神病院法、改正医師法及び諸規則の法構造を整理し、精神病院に関する規定が整備される一連の動きをまとめ、以下3点を析出した。

5-1 「医業を為す場」としての精神科病院

精神病患者監護法制定以前には私宅鎖錮も癲狂院も警察による取締の対象であった。1900(明治33)年の精神病患者監護法においても「私宅監置室」と「公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室」は並べて位置づけられ、病院も私宅監置と同様に警察医・警察官吏の診断を要し、取締はいずれも警察官署が担うという「監護の場所」に過ぎなかった。その後医学教育機関において精神病学を学科として設置し、西洋医学を学んだ医師が安定的に輩出されるようになる。そして1933(昭和8)年医師法改正によって「医業を為す場所」として位置づけられていった。

5-2 公立精神科病院の対象者と権限の拡大

精神科病院法制定は、欧米諸国を意識した「官公立精神科病院建設」の法律を国が制定することと、国内事情を鑑みて収容・治療施設を揃えることを主眼としていた。保健衛生調査会が提示した精神病患者監護法改正案では官立精神科病院と公立精神科病院の役割を分離し、かつ代用病院を認めない設計であった。しかし第41回帝国議会に提出された精神科病院法案は官立精神科病院が担うべき役割を公立精神科病院が担い、また国家が持つべき公権力を公立精神科病院及び代用精神科病院に与える仕組みとして設計される。すなわち「犯罪性精神病患者」「監護困難ノ精神病患者」を官立精神科病院に収容するという構想は、法律上は反映されておらず公立精神科病院及び代用病院の役割に移し代わっている。法案審議過程においては「危険ナル症状」「怖ルベキ狂人」の収容取締論は背面に置かれ、「可憐ナル精神病患者」の医療保護立法であることを強調して審議が進められたが、犯罪性精神病患者の収容取締という役割は議論の前提として存在しており、犯罪性精神病患者の収容をする主体がどこであるかが重要な点であった。警察官署が取り締まるべき公立及び代用精神科病院に求める施設構造基準は、私宅監置室の施設構造基準と比べて、逃亡防止に力点が置かれたものであった。

さらに地方長官は、精神科病院長に精神病患者の「治療上必要な処置」以外に、「監置上必要な処置」の権限を与えた。すなわち精神科病院の役割は治療であるが、治療以

外の監置上必要な処置を行う場であることを意味する。ただし「監置上必要ナル処置」は犯罪性精神者に限られている方法である。繰り返しになるが、犯罪性精神者は本来であれば官立精神病院が担うべき想定である。治療の役割の他、国家が担うべき機能を公立精神病院に持たせた。さらにこの機能を代用精神病院にも認めていき、公私立・代用精神病院に責任と権限が集中していくことになる。犯罪性精神者は、2005年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」が施行され、国の責任で、刑事責任を問えない状態で重大な犯罪を行った精神障害者を対象とした処遇決定手続き及び医療と援助の確保が図られるまで、86年にわたって民間の精神科病院がその役割を担ってきた。

5-3 公立精神病院が役割を果たしにくい構造

精神病患者監護法、精神病院法、診療所取締規則によって精神病院には一般の病院を設置する際に求められる手続きに加えて、特殊な構造と手続きを求められる。伝染病予防法や精神病患者監護法のような他の法律で伝染病室や精神病室の構造の定めがある場合、「診療所取締規則」「診療所取締細則」と各特別法の両方の法律が適用される。矛盾がある場合は特別法に優先権がある（土屋1933：4）。「診療所取締規則」「診療所取締細則」は、公的な要素が強い精神病患者監護法と伝染病予防法との整合性を持たせる構成になっている。そのために、精神病院に関する規定は依然として公的な要素が残り、かつ一般病院よりも相当に複雑な手続きを要することになった¹⁰⁾。

日本では、公私立精神病院は内務省、大学付属病院は文部省、私宅監置室は警察官署の所掌という複雑な構造になっていた。官立精神病院（医学専門学校附属精神神経科病室など）は精神病患者監護法に含まれないが、官立精神病院に精神病患者を收容しようとする場合には、監護義務者は監置に関する警察の許可を受ける必要があった（精神病患者監護法適用上疑義ニ関スル件（大正6年2月16日保発第38号））に対する衛生局長回答（衛生局回答（大正6年3月9日衛新第33号））。精神病患者監護法、精神病院法及び医師法の各法律及び関連諸規則の精神病院取締りの規定は生きており、手続きは複雑・煩雑になっていった。複雑さ・煩雑さは患者の病状に対応できるものではなかった。

1930（昭和5）年にアメリカで開催された第1回精神衛生会議に出席し、国際的な動向を学んできた植松七九郎は、精神病患者の入退院法はどの国も相当煩雑だが、日本ほど煩雑なものはないとして、精神病患者の劣悪な処遇

を避けるためには現状のものは不向きで、同一官庁の監督統制を受けるべきと問題視した（植松1931）。植松は、東京府下で公費患者を入院させる場合、まず所管警察に届け出て、警察医の診断を受け、その診断書を添えて警視庁に提出する。警視庁はこれを東京府に回してしかるべき部署を通じたうえで知事の認可が下がる。この間早くても1、2か月、長ければ1年を要する場合もある。退院時も同様で、精神病院長から警察に届け出、警察医が病者を診察し、診断書を添えて警視庁に提出し、府庁に回して認可となる。これも2か月ほどかかる。その間病者は院内で待っている必要があると指摘する（植松1931）。「療養の途なき精神病患者」「憐れな精神病患者」の治療保護のために建設を急ぐ趣旨で精神病院法が成立したが、その機能を果たすことが困難な構造的な歪みが存在していた。

おわりに（結論）

明治政府は明治維新以降、近代国家のモデルをヨーロッパに求め、富国強兵策を推進してきた。富国強兵の推進のためには国の大半を占める貧民層の生活を守る体制を整備せざるを得ない。そのため明治政府は生活困窮者への対応として、旧来から続く慣習的な規則を恤救規則として全国統一化し、また困窮者の都市流入と浮浪化にともなう治安悪化への対応として、戸籍法を制定し、さらに刑法、民法、そして1889（明治22）年に明治憲法を制定した。明治憲法制定により、議会制による「法治」体制を未熟ながらも構成し、日清・日露戦争に向かう国際情勢下、「軍事国家」体制を、西洋諸国をモデルにおきながら整備しようとする。国民の生活全体を守るための「衛生国家」体制の整備は、富国強兵の原点となる民の生活全体を守るためのものであり、近代国家の基盤の一つとなる行政である。衛生行政を担ったのは警察である。内務省警保寮（警保局）のもとに各地方に警察分署を設置し、そこに警察署を配置することで中央集権的な行政警察制度が確立されていった。精神病患者に限らず一般国民の日常生活の細部にまで権力による規制を加え、国民の衛生を維持・管理する機能を持っていた。

精神病患者の公的処遇としての精神病院の役割がどのように規定されていたかを析出するために、法律の側面から分析した。近代日本の精神病患者処遇にかかる重要な法律である精神病患者監護法、精神病院法、改正医師法は以下のような構造にあったと理解できる。精神病患者監護法は、精神病患者監置の場所として私宅監置室以外にも「公私立精神病院及び私立精神病院の精神病室」を規定し、公私立精神病院の設備構造基準も示した。

しかし精神病患者監護法に「治療」「医療」に関わる条文がないために、私宅監置が優先され、精神科病院の建設は進まない。精神科病院法は、精神病患者監護法の不備を補うために主務大臣が公立精神科病院の建設を命ずる目的で成立した。公立精神科病院（第1条、第6条）は道府県が所有する設備であるが、国の事務を行う（第1条、第2条、第5～8条）機関であるとして、精神病患者の公的処遇の責任を明確にした。公立精神科病院に入院する患者は官立が担うべき犯罪性精神病患者を含め、療養の途なき精神病患者、監置の必要な精神病患者等である。公立精神科病院の役割に、精神病患者の人道的救済のための治療だけでなく、公安保持のための精神病患者収容の役割が付加された。内務大臣は、犯罪性精神病患者に限定して「監置上必要ナル処置」を用いる権限を公立精神科病院長に与え、役割の遂行にあたらせた。

そして改正医師法によって精神科病院はそれまでの「監置の場」から「医業を為す場」として一般医療の中に位置づけられ、精神病学を修める医師によって精神科を標榜し、開設し得ることになった。ただし精神科病院・精神科病室の施設構造は、精神病患者監護法由来の取締規則を基礎にしているため、公安的要素が強い入院患者の逃亡防止策が求められた。

以上のような法構造の中で、公立精神科病院には、治療および収容そして保護という次元の異なる役割を担うことが、各法律によって期待されていた。しかし「国家財政の都合」により、公立精神科病院の建設は推進されなかった。精神科病院法による公立精神科病院は、既存の2院を含めて1945年までに8院しか存在しない。結果として公立精神科病院に期待されたこれらの役割は民間の代用精神科病院が担う医療構造ができあがっていくことになる。

謝辞

本研究はJSPS 科研費19K02238の助成を受けたものです。

注

- 1) 日本の精神科病床数の多さは、諸外国が精神障害者地域生活施設や長期ケア施設を「施設」に分類していることにも一因がある。日本では現在も民間の医療機関に依存し、治療の場と生活の場の役割が分離されず、医療機関が精神障害者の地域生活の機能をも担っている現状がある。
- 2) 法律・諸規則類に関しては、原則として国立公文書館所蔵の文書、国立国会図書館所蔵の官報、廃止法令関係等を使用した。
- 3) 2006年に「精神科病院」へと変更される前までは「精神病院」という用語が用いられていた。変更の趣旨は、精神障害者施策が精神科病院への収容主義の下で行われてきた歴史的経緯があり精神科病院という用語には医療を行う施設ではなく精神病患者を収容する施設というイメージが残っているため、精神科医療機関に対する国民の正しい理解の深化や患者の自発的な受診の妨げになっていることにある。そのため、患者や患者の家族が心理的抵抗を感じ

ることが少なく、且つ、専門的医療を提供する施設であることが明らかな精神科という診療科名を用いて、精神科病院と改められた。（第164回国会参議院厚生労働委員会第28号平成18年6月15日西島英利厚生労働委員長「精神科病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律案に関する件」（厚生労働委員会提出）の議事録より）。本論文題目は、2006年の用語変更に係る議論の意義を認め「精神科病院」としたが、「精神病院」が法律用語として使用されていた時代を扱う研究であるために本論中では歴史的表現として「精神病院」を用いる。

- 4) 元相馬藩主相馬誠胤が1876（明治9）年ごろから精神病を患うことに端を発し、1892（明治25）年に死亡するに至るまで、当時のそうそうたるメンバーが関係しながら、法学、医学、また社会に影響を与え、鎖錮・入院の手続きの妥当性や診断書の真偽が問われた事件。
- 5) 初代衛生局長長与専齋が構想した地方衛生自治の仕組みは1886（明治19）年に頓挫し、その後内外細大の事項は尽く警察官吏の管掌となる。長与は「警察一手持ちの衛生行政」となったことを嘆く（長与 1958：61-62）。
- 6) 1885（明治18）年に内務省警保局が編纂した『警務要書』は警察の執務に関する参考書（大日方 2000）(49)のようなものであり、この下巻第1篇が「安寧警察」に充てられている。中身は、集会、出版及新聞紙写真、贓造貨紙幣、嘯衆暴動、銃砲弾薬附刀劍類、燃質物及発火物、火技、変災、人命急変、癡癲、棄児迷児及失踪者、難航及漂流物、猛悪獸、群衆喧噪であり、それぞれに関する取締方法が指示されている。これらが当時の「安寧警察」として考えられた事柄である。その第10章に「癡癲」があり、「癡癲人ハ自衛ノ道ヲ會得スル能ハス又人ヲ害スル恐アルヲ以テ宜ク之ヲ取締ルヲ為シ且保護ヲ与フヘシ」から始まる8点の指示が示されており、その後半4点が精神科病院の管理に関する指示である。すなわち「癡癲人ヲ私宅ニ鎖錮シ又ハ私立癡癲院ニ入院セシムルニハ予メ警察署ノ認可ヲ要スヘキモノナレハ若シ窃ニ鎖錮シ又ハ入院セシメタル者アルヲ見聞シタルトキハ之ヲ上官ニ申報スヘシ」「私欲私怨ノ為メ名ヲ癡癲ニ拓シ入院鎖錮ヲ要セサル者ヲ拘禁セントスル者ナキニ非サレハ鎖錮若クハ入院ヲ願出タル者アルトキハ警察官ニ於テ病状ノ軽重及出願人ト病者トノ身分ノ関係等ヲ取調タル上之ヲ許否スヘシ」「警察署ノ認可ヲ経テ入院鎖錮シタル者ト雖モ既ニ平癒シタルモ尚拘禁シ又ハ癡癲人ニ対シ非道苛酷ノ取扱ヲ為スモノアルヲ見聞キタルトキハ速ニ上官ニ申報スヘシ」「警察官ハ規則ニ從ヒ病院又ハ私宅ヲ巡視シ病者ニ対スル取扱方及食物ノ粗悪室内ノ不潔等ナキヤニ注意スヘシ」とある。精神病患者は「安寧」に関わる司法警察の管轄事項であった。大日方（2000）は埼玉県を例にして地方警察の展開状況がいかに広範な担当領域に関わっていたかを説明する。警察官の管轄事項には、行政警察、司法警察、高等警察それぞれが担う事項があり、癡癲者は司法警察が関わっていた。
- 7) 監置とは、客観的には一定区域を限って外部との交通を禁止することを意味し、主観的には監置者の側で監置の意思の存すること勿論で、身体的自由を制限することを内容とするものである。精神病患者監護法という監護とは、監置と保護を合わせたものであり、運用上保護には医療を含む場合と含まない場合がある。これは片山國嘉が作った言葉であると榎田五郎が公立及び代用精神科病院院院長会議で語っている。監置の意義が定まっておらず解釈に困り監置の手続きが煩瑣になるという土屋榮吉の質問に対して榎田が、「監置の字義に対する疑義は立法当時よりあった。片山博士に御聞きしたが、時の法制局長梅博士、片山博士等が監置という文字を作られたが、結局は監護して一定の場所に置くという

ことであります。監護とは監禁と保護とを併せたる意味合いであるとの事でありました。斯くの如く余り明確な意義を持って居りません。」と答え、運用上は病院入院を監置とする府県もあり、保護室に入れることを指す府県もあった。

- 8) 「精神病者監護法ニ関スル精神病院及病室ノ構造設備標準ニ関スル件」(明治33年7月24日衛甲第99号各地方長官宛衛生局長通牒)「精神病者監護法第9条第2項ニ関スル規定ノ義ニ付キ往々問合ノ向モ有之候処右ハ省令第35号ノ規定セラレタル外差当り別段標準等設ケラレサル筈ニ有之就テハ貴庁ニ於テ其必要有之候ヘハ庁府県令又ハ内規等ヲ設ケラレ便宜御措置相成可然此段及御通牒候也」
- 9) 「私宅監置室取締規則」(昭和3年警視庁令第11号)によって、精神病者監護法制定から28年経ってようやく私宅監置室の構造設備及び管理の規定ができた。同規則第4条に「監置室ノ構造設備ハ左ノ制限ニ依ルヘシ、但シ精神病者ノ資産又ハ扶養義務者ノ扶養ノ程度若ハ建物ノ構造ニ依リ之ヲ斟酌スルコトアルヘシ」とあり、「監置室は1階に設ける」「監置室は病者の監護上適当な位置に設ける」「監置室の広さは病者一人につき7.16平米以上」「監置室の床高は0.61メートル以上、天井の高さは床上2.42メートル以上」「監置室は逃走を防止し得べき構造とし出入口は外開戸とし鎖鑰を設ける」「監置室には便所を付置」「監置室は保安上衛生上適当な構造設備とする」等の事項が定められた。精神病院の規定ほどではないが、逃亡防止の鍵についても指示された。精神病者監護法の運用上は、「警察官も視察に際して動もすれば逃亡の防止に重きを置きすぎる」傾向があり、「肝心の保護と世話とが十分に加へられていない」「臭気が余り甚いので扉を開けさせ様としたところが、鍵が錆びついてどうしても開かない。一遍も開けたことがないと言ふ」「足枷を嵌めておいたところが1ヶ月位後になって足枷を外してみると、其の跡が傷んでみて結局そこから両足を切断」した等、精神病者に対する劣悪な処遇が警察官からも報告される。「警察官が施策の目的を履き違えた」ために、このような私宅監置にまつわる「人道事実上由々しき問題にして悲しむべき結果」は各所で見られ続けた(中村 1933)。

引用文献一覧

保健衛生調査会 (1919)「本会議事要領(第1号議案精神病者監護法改正案)」『保健衛生調査会第3回報告書』, 14-16.
 板原和子・桑原治雄 (1999)「江戸時代後期における精神障害者の処遇〔2〕」『社会問題研究』49(1), 93-111.

板原和子・桑原治雄 (2000)「江戸時代後期における精神障害者の処遇〔4〕」『社会問題研究』50(1), 79-94.
 厚生労働省 (2014)「第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会・参考資料(平成26年3月28日)」.
 厚生労働省 (2018)「第1回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会・資料2(平成30年12月18日)」.
 呉 秀三・樫田五郎 (1918)『精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的視察:附・民間療方ノ実況等』, 保健衛生調査室.
 村上貴美子 (2013)「結核予防法の成立要因に関する考察」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』17(1), 27-36.
 長与専斉(山崎佐校訂) (1958)「松香私志」日本医史学会編『医学古典集(Ⅲ)』医歯薬出版.
 内務省衛生局予防課 (1929)「社会衛生 府県立精神病院現況調査(昭和4年1月末現在)」『社会事業彙報』昭和4年12月号, 16-8.
 中村四郎 (1933)「監置精神病者の視察と警察官の品性」『警察協会雑誌』399, 17-19.
 日本医師会 (2021)「病床数の国際比較」.(https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120_1.pdf)
 大島辰次郎 (1933)「第64回帝国議会貴族院医師法中改正法律案特別委員会(昭和8年2月23日)」議事録.
 杉山四五郎 (1919)「第41回帝国議会衆議院精神病院法案委員会第2回(大正8年2月26日)」議事録.
 大霞会 (1971)『内務省史第3巻』, 地方財務協会.
 東京日日新聞1918年7月14日付 (1918)『保健調査』.
 土屋忠良 (1933)「診療所取締規則の研究」福島県医師会法編輯部発行.
 植松七九郎 (1931)『精神衛生運動 精神衛生パムフレット第1輯』, 日本精神衛生協会.
 宇都宮みのり (2014)「保健衛生調査会における「精神病者」対策の検討過程分析」『社会福祉学』55(1), 23-35.
 宇都宮みのり (2017)「近代日本における公立精神科病院の役割(1) 中宮病院1916-1928」『社会福祉研究=Social welfare studies』19, 1-11.
 山本達雄 (1933)「第64回帝国議会貴族院金本会議第16号(昭和8年2月21日)」議事録.
 山崎 佐 (1933)「精神病者処遇考四—精神病者監護法処置—」『神経学雑誌』34, 399-412.