

フランス精神保健政策の展開過程

永野仁美

第1章	はじめに	117
I	問題関心	117
1	『こころの問題』の問題認識化	117
2	『こころの問題』に対する国家の対応	117
(1)	「精神保健福祉法」制定までの過程	117
(2)	「精神保健福祉法」の内容および課題	118
II	本稿の目的	118
1	本稿の視座	118
2	比較対象国；フランス	118
第2章	精神疾患あるいは精神障害	119
I	精神疾患あるいは精神疾患とは何か	119
1	疾病概念あるいは障害概念の社会的構成	119
2	構成主義の有効性と限界	120
II	西欧社会における精神疾患あるいは精神障害概念	120
1	医学の対象としての精神疾患あるいは精神障害	120
2	精神疾患あるいは精神障害の認識の歴史	121
第3章	フランスにおける精神保健政策	122
第1節	現行制度の概観	122
I	精神病患者あるいは精神障害者を対象とする社会政策	122
1	障害者基本法	122
2	労働政策	122
3	公衆衛生法典	122
II	公衆衛生政策の一分野としての精神保健政策	123
第2節	1838年法前史	123
I	中世	123
II	絶対王政期からフランス革命期	124
III	フランス革命期	124
第3節	精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者に関する法律	125
I	1838年6月30日の法律	125

1	1838年法の背景	125
2	1838年法の内容	126
	(1) 収容施設	126
	(2) 収容形態（任意収容・職権による収容）	126
	(3) 身上の保護	127
3	小括	129
II	1990年6月27日の法律	129
1	1838年法制定から1990年改正法まで	129
2	1990年改正の背景	130
3	1990年法の内容	131
	(1) 入院施設	131
	(2) 入院形態（自由入院・第3者の要求に基づく入院・強制入院）	131
	(3) 精神障害を理由に入院する者の権利と保護，および，彼らの入院条件	133
	(4) 1990年法の定めるその他の規定	135
4	小括（主な改正点の整理）	135
第4節	精神医療地区化政策（地域精神医療の実施）	136
I	精神医療地区化政策の背景	136
II	精神医療地区化政策の端緒；1960年3月15日の通達	136
	1 1960年3月15日の通達の内容	136
	2 1960年3月15日の通達の評価	137
III	精神医療地区化政策の強化	137
	1 病床数および平均入院日数の減少・ショート・ステイ型の入院の増加	137
	2 精神医療地区化政策の法定化	137
IV	精神医療地区化政策の実施単位・実施主体	137
	1 精神医療医療圏（les secteurs psychiatriques）の設定	137
	2 精神医療地区化政策の実施主体	138
	(1) 基幹施設としての病院	138
	(2) 精神医療地区化政策を担うその他の病院および病院外施設	138
V	小括	139
第4章	終わりに	140
I	フランスにおける精神保健政策の特徴および課題	140
II	今後の研究課題	140

第1章 はじめに

I 問題関心

1 『こころの問題』の問題認識化

平成13年版『厚生労働白書』では、現代人の抱える『心の問題』が大きく取り上げられている¹⁾。そこでは、約44万人存在するという「うつ病」をはじめとする感情障害の患者への対応が、重要な問題として認識され、そのための環境整備の必要性などが確認されている²⁾。また、ストレス、自殺、児童虐待や「ひきこもり」についても『こころの問題』として認識し、医学的な対応に加えて、家庭・学校・地域社会との関係性をも考慮に入れた総合的な対応が求められるとされている。

現代社会が、『こころの問題』として認識しているものの中には、従来、精神疾患あるいは精神障害として認識されていなかったさまざまな現象が含まれていると思われる。そうした現象が、過度に医療の対象へと取り込まれていっているのではないか（医療化；medicalization³⁾）という懸念を感じなくはないが、その是非は別として、「うつ病」をはじめとする『こころの問題』は、現代社会の大きな関心事ということができよう。

2 『こころの問題』に対する国家の対応

以上のように、『こころの問題』が問題認識化されると、それに対する何らかの社会政策が求められる。福祉国家の進展した現代では、国家が国民の健康の増進のために努めることは、多くの国民の期待するところであり、国家がこの問題に無関心でいることはできないであろう。

現在、日本においては、この国民の側の期待に応えるため、1995年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」）」を中心とした施策が検討されている⁴⁾。この法律では、その第1条において、「精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保

健の向上を図ること」が目的として明記されている。しかしながら、精神保健政策に関する法が以上のような目的を獲得するまでには、長い時間と道のりが必要であった。

(1) 「精神保健福祉法」制定までの過程

現行法である「精神保健福祉法」は、1900年に制定された「精神病者監護法」にその起源を有しているが、この法律の制定目的は、治安の要請と不法監禁の防止にあった。「精神病者監護法」は、不法監禁の防止という点では保護的な側面を有してはいたが、以下のような内容を含んでいたため、もっぱら、社会防衛のための警察法規という性格が付与されている。その内容とは、すなわち、①社会にとって危険な精神病者あるいは精神障害者を隔離・監禁することの必要性の確認、②親族などに対する監禁義務の制定、および③監護上の監視ないし管理を警察の管轄とすることなどである。

その後、1919年には、啓蒙的な精神医学者などの影響により、精神病者あるいは精神障害者の救済を目的とし、道府県に精神病院の設置を命じる「精神病院法」が制定され⁵⁾、さらに、第2次世界大戦後には、1950年に、「精神病、精神薄弱、精神病質などの精神障害者の医療及び保護の方法を改善し、更にこれらの発生を予防するための施策を講ずること」を目的とする「精神衛生法」が制定された。

しかし、「精神病院法」に基づく公立精神病院の建設は財政難のため進まず、精神病者あるいは精神障害者の医療・保護に大きく貢献することはなかった。また、「精神衛生法」に関しても、1950年当時は、薬物療法などが未発達であったことなどから、収容保護が主たる対処方法となり、生活保護法の適応を受ける患者を措置入院患者として扱ういわゆる「経済措置入院」も多用されたようである。

さらに、1965年の「精神衛生法」一部改正に際しては、分裂病の青年によるライシャワー・アメリカ大使刺傷事件（1964年3月24日）が影響し、治安の確保という要請のもと、警察官の通報制度の拡大、緊急措置入院制度の新設などが精神衛生

法の中に取り込まれている。1960年代には、欧米諸国で地域精神医療の推進が図られるようになっていたことを考慮すると、この社会的にインパクトを与えた事件により、日本の精神保健政策は、立ち遅れてしまったとすることができよう。

以上のように、精神病患者あるいは精神障害者の人権保護という観点での施策は、遅々として進まなかったが、1988年になって漸く、入院中心の医療保護体制から地域中心の医療保護体制を確立し、精神科医療における患者の人権の確保を強化することを目的とする「精神保健法」が、精神衛生法の抜本的改正という形をとって制定されるに至った。この背景には、看護者による精神病院入院患者の撲殺という宇都宮精神病院事件（1984年）がある。この事件を契機に、国内外の批判に対応するため、「精神衛生法」改正が検討されたのである。

そして、1993年に、障害者基本法の制定に伴ない、精神病患者あるいは精神障害が基本法にいう「障害者」として位置づけられ（基本法第2条）、精神病患者あるいは精神障害者が福祉の対象となることが明確にされたことを受けて、「精神保健法」が改正され、前述の目的を有する「精神保健福祉法」が制定されるに至ったのである⁶⁾。

(2) 「精神保健福祉法」の内容および課題

以上のような経緯で制定されるに至った「精神保健福祉法」では、精神障害者保健福祉手帳制度⁷⁾、生活訓練施設⁸⁾・授産施設⁹⁾・福祉ホーム¹⁰⁾・福祉工場¹¹⁾の4種類の法的位置づけ、通院患者リハビリテーション事業の法制化、市町村の役割の明示、医療費の保険優先化などが新たに規定され、また、1999年には、精神医療審査会の機能強化、移送制度の創設、保護者の自傷他害防止監督義務の廃止、市町村を実施主体とするホームヘルプ・サービスなどの在宅福祉サービスの法定化が規定されるに至っている。

さらに、1997年には、精神保健福祉士法が制定され、精神病患者あるいは精神障害者の社会復帰に向けた自助努力を支援し、日常生活を営んでいく上での種々の相談・助言・指導などを行う精神保

健福祉士が国家資格化している。

しかし、以上のような努力にも関わらず、1999年患者調査によると、現在、日本では、精神病院などにおいて入院治療を受けている約33万人のうち約7万人が、条件さえ整えば退院できる状態にあるという。したがって、精神病患者あるいは精神障害者の地域でのケアを目的とする政策は、いまだ不十分であると思われ、その政策実現するために何が必要かをさらに検討する必要がある。実際、日本における精神病患者あるいは精神障害者のための施策は、著しく立ち遅れているとの認識は、社会的にも認知されているといえよう。

また、「精神保健福祉法」が、広く「国民の精神的健康の保持及び増進に努める」ことをも法の目的にしていることから分かるように、精神保健政策が適用対象とする者は、もはや、精神病患者あるいは精神障害者のみに限らず、全国民に拡大しているといえる。したがって、このように拡大したニーズに対しても心の健康づくりといった対策を推進していく必要がある¹²⁾。

そして、精神疾患あるいは精神障害を理由に、やむをえず本人の意思によらず入院を課す場合には、入院させられた者の人権について常に十分な配慮がなされるような体制を確保しなければならないことは言うまでもない。

II 本稿の目的

1 本稿の視座

以上のような問題関心と現行制度の抱える課題を前提として、本稿では、現代社会の抱える『このころの問題』に対し、国家はいかなる対策を行おうのかに関して、その可能性を探ることを目的とする。

この可能性について検討するにあたっては、他国での精神保健政策のあり方から、何らかの示唆をえるという手法が、一つの有効な手段と考えられる。そこで、本稿においても、他国で実施されている精神保健政策を研究することとする。

2 研究対象国；フランス

研究対象国としては、フランスを選択した。フ

ランスを選択した理由は、以下のことに拠るところが大きい。

まず、フランスにおいては、比較的早い段階の1838年に、近代精神医学の父と呼ばれるピネルの弟子であったエスキロールらにより、現行の精神保健法の前身たる法律が制定されていることである。この1838年法は、その後、ヨーロッパ各国のモデル的法律となったとされており、特にスイス（1838年）、ノルウェー（1848年）、ベルギー（1850年）そしてスペイン（1852年）に影響を与えたとされている¹³⁾。

次に、1960年以降、欧米諸国では病院中心の精神医療から地域精神医療への移行が見られるが、その際、フランスでは、精神医療地区化政策（la sectorisation psychiatrique）という興味深い政策が実施されていることである。

精神薬理学の発展と反精神医学運動に影響を受けた地域精神医療の名のもとに、たとえば、アメリカでは「脱施設化（deinstitutionalization）」が進められ、州立病院での入院の縮小と地域でのケア拡大が目指された¹⁴⁾。しかし、この「脱施設化」は、病院外施設や社会福祉体制の充実のないままに推進されたために、一方で、ホームレスの増加や重症の精神病患者あるいは精神障害者が入院治療を受ける権利を経済的理由から拒否されるという問題を新たに生み出した¹⁵⁾。

これに対し、フランスで実施された精神医療地区化政策では、「脱施設化」という形で地域精神医療を推進していく方法ではなく、精神病院を地域精神医療の基幹センターとして残しながら、地域精神医療を実現していくという方法がとられた。フランスにおいて精神病院は、地域精神医療の担い手の一つと位置づけられたのである¹⁶⁾。このことは、多くの精神科病床を依然として残している日本にとって非常に興味深い。

また、フランスでは、精神医療地区化政策のなかで行われる精神科治療に際して、さまざまな分野の専門家からなる医療・社会福祉チームが、お互いに協力しながら、一人の患者について一貫して対応にあたるというチーム医療が実施されてい

る。チーム医療の実施は、厚生労働白書で示された「医学的な対応に加えて、家庭・学校・地域社会との関係性をも考慮に入れた総合的な対応が求められる」という要求に答えるものであると予想される。したがって、この点においても、フランスから多くの示唆を得ることが期待できる。

最後に、フランスの有する歴史的・思想的背景を理由としてあげる。まず、フランスは、近代精神医学の父と呼ばれ、人道的精神医学の創設者の一人として考えられているピネルを輩出した国であり、フランス精神医学は、常にそれを誇りとしてきた。また、フランスは、そのピネルの業績をも、「道徳的サディズム」として批判したミッシェル・フーコーを輩出した国でもある。これらの影響を少なからず受けたであろうフランスの精神保健政策のあり方には、非常に興味を引かれるものがある。

第2章 精神疾患あるいは精神障害

I 精神疾患あるいは精神疾患¹⁷⁾とは何か

フランスにおける精神保健政策を検討する前に、本章では、精神疾患あるいは精神障害という概念の曖昧性について簡単に確認しておくこととする。この作業は、精神保健政策に関するより慎重な議論を実現するために必要な作業であると考えられる。なぜなら、精神保健政策が対象とする精神疾患あるいは精神障害の概念に関して十分な考察と深慮を行わずに、強制入院の実施やノーマライゼーション¹⁸⁾という言葉に象徴される社会的統合の実施といった施策を論じることは適切ではないし、場合によっては危険ですらあると思われるからである。

1 疾病概念あるいは障害概念の社会的構成

「精神疾患あるいは精神障害とは何か」という問いに答える一つの手法としては、社会学の提示する構成主義（constructionism）¹⁹⁾がある。ここでは、この社会学の一つの方法としての構成主義が主張する「精神疾患あるいは精神障害」概念について確認しておく。

構成主義は、疑いようがなく動かしようがない

と感じられる「事実」が、実は人びとの認識や活動によって歴史的社会的に構成されたものであるという認識から出発する。この構成主義の考え方を「疾病」あるいは「障害」に当てはめると、「疾病」あるいは「障害」というものは、動かしがたい「事実」として存在するのではなく、人間社会の慣習や力関係によって「構成」されたものであるということになる。したがって、構成主義の主張にしたがえば、慣習や力関係が変われば、現在の社会において「疾病」あるいは「障害」と認識されているものも、「疾病」あるいは「障害」と認識されなくなる可能性が見いだされることとなる²⁰⁾。

実際、西欧社会では、社会の中で平均から逸脱していると認識された現象の一部を病的現象としてとらえ、排除の対象としてきたのだが、西欧社会以外ではその同じ現象に対し、集団内での地位と役割（宗教的地位や経済的地位）を与えている社会も存在する²¹⁾。平均からの逸脱を「疾病」とみなすのか、あるいは、「尊敬の対象」とするのかは、まさに認識の問題であるといえる。

2 構成主義の有効性と限界

以上のことから、精神疾患あるいは精神障害を対象とする政策を行うにあたっては、当然に「精神疾患あるいは精神障害＝治療・保護の対象」と考えることはできず、常に、様々な様相を呈する精神病者あるいは精神障害者（と認識された者）の生活に国家が介入することの妥当性を検討する必要性のあることが確認される。

もっとも、以上のような構成主義の手法も完全なものではない。構成主義は、「何らかの慣習や力関係、およびそれへの『適応』がまったく存在しない社会などは考えられない。したがって、いかなる『障害』もない社会などありえないのではないか」という問いに対しては答えることができないからである。しかし、この構成主義が、現代社会におけるいかなる慣習や力関係（この中には国家権力も含まれよう）が、「疾病」あるいは「障害」を構成し、病者あるいは障害者を苦しめているのかを明らかにする有効な手段であることに間

違いはない²²⁾。したがって、この点からも、構成主義は、国家が何らかの社会政策を行うに際し、国家に対して重要な示唆を与えてくれるであろう。

II 西欧社会における精神疾患あるいは精神障害概念

Iにおいては、精神疾患あるいは精神障害という概念が歴史的社会的なものであることを確認し、それゆえ、国家の介入も慎重であることを要することを確認した。そこで、IIでは、本稿が研究対象として設定したフランス（西欧文化圏）において、いかなる歴史的社会的背景のもとに、現在の「精神疾患あるいは精神障害概念」が形成されてきたのかを確認しておくこととする。ただ、本稿は、精神医学史そのものを扱うわけではないので、既存の業績を基礎としながら、簡単に概観するにとどめる。

1 医学の対象としての精神疾患あるいは精神障害

まず、西欧社会において、精神疾患あるいは精神障害として認識されているものが、本格的に医学の対象とされるようになったのは、18世紀の終わりから19世紀の始めにかけてのことであった。実際、「精神医学（Psychiatrie）」という言葉は、1803年、ドイツのJ. C. ライルによっての初めて用いられた言葉である。この新語は、ギリシャ語のpsyche（魂）とiatreia（医療）の合成であるが、このことは、psysis（身体＝物質）には還元できない独自の位相をもった疾患の像、すなわち「精神疾患」が、この時期に新たに構成されたことを物語っているのだといわれている²³⁾。

古代ギリシャ時代のヒポクラテスにより、医学の対象とされた精神疾患あるいは精神障害は、ギリシャ・ローマ古典期以降の文化の衰退とともに、医学的なまなざしを失っていくが、18世紀の終わりから19世紀のはじめにかけて、再び、医学的なまなざしを受けることとなる²⁴⁾。すなわち、臨床精神医学の始まりである。そして、これ以降、西欧社会において、精神疾患あるいは精神障害は、「疾病」として認識されるようになったのである。

「疾病」概念は、前述したよう歴史的社会的に構成されるものであるが、精神疾患あるいは精神障害が、医学の対象となったことにより、その社会的構成の契機は見えにくくなっている可能性がある。なぜなら、近代医学は、自然科学モデルに依拠することで、呪術や宗教と結びついた説明を「非科学的」なものとして斥けていくからである。しかし、何が「疾病」で、何が「健康」なのかという認識の段階においては、社会における価値観が大きく影響しており、たとえ、医学という客観的で実証的な手続をふんでも、その意味での恣意性を完全に斥けることはおそらくできないだろう²⁵⁾。

そこで、次に、精神疾患あるいは精神障害に対する認識のあり方に影響を与えたと思われる西欧文化圏における過去の経験を振り返ることとする。

2 精神疾患あるいは精神障害の認識の歴史

まず、古代ギリシャ時代においては、医師であるヒポクラテスが現れるまで、精神疾患あるいは精神障害は、超自然的で神聖な病と考えられていた。そして、これらの病を治すのは、もっぱら、聖職者の役割であった²⁶⁾。

ヒポクラテスの登場により、この病の神聖性が否定され、その原因も他の疾患と同じく自然的なものであると考えられるようになった²⁷⁾が、このギリシャ・ローマ時代の医学的知識の進歩は、前述のようにローマ帝国の崩壊とともに失われ、313年にキリスト教が国教になると、精神病患者あるいは精神障害者の看護は僧侶の手に移り、精神医学は、再び超自然的な原因論に支配されるようになった²⁸⁾。

そして、中世においては、狂気に関する自然的な原因論が存在しなかったわけではない²⁹⁾が、カトリックの影響により、宗教上の罪・不道德・罰という概念が次第に広がっていった³⁰⁾。しかし、中世においては、後の西欧社会が有するようになる「正常対異常」の対概念が存在しておらず、むしろ、誰がより神に近いかが問題であり、今日精神病患者あるいは精神病患者と呼ばれる人たちに対する社会の許容度は、高かったという³¹⁾。

しかしながら、ルネサンス期を迎える頃には、

精神病患者に対する社会の許容度に変化が生じた。それは、次第に、異常なものに対する恐怖となり、精神病患者あるいは精神障害者を抑制、周辺化し、社会から排除するようになっていった³²⁾。その背景には、すべての精神病患者あるいは精神障害者ではないが、一部の精神病患者あるいは精神障害者が、悪魔に憑かれた者と捉えられ、流行病や自然災害、さらに、作物の不作などを引き起こす者と考えられたことがあげられている。このため、多くの精神病患者が魔女裁判の犠牲になったとされる³³⁾。また、14～15世紀頃には、その病者数を減らしていた癪施療院に、社会から邪魔者とされた者、すなわち、性病者、浮浪者、犯罪者、そして精神病患者あるいは精神障害者などが、癪病患者に代わって、収容されるようになっていた。そのため、癪病患者に向けられていた嫌悪感や恐怖感が、そこに収容されるようになった者に対しても向けられるようになったとも考えられている³⁴⁾。

最後に、17世紀半ばから19世紀初頭までの近代社会の形成期をとりあげる。この時期は、啓蒙主義の影響のもと、合理的な意識が強まるとともに、狂気が批判的に分析されるようになった時代であった。精神疾患あるいは精神障害は純粹に理性の障害と考えられ、「理性」の名のもとに、狂気が非理性として排除されることとなったのである。この時代は、一般施療院における「理性」に反する者の監禁の時代とも言われるが、その判定の基準は、もっぱら道徳的な要素にあり、特に家族の道徳にふさわしくないと判断された者は、「理性」に反する者として、監禁された。また、性病、同性愛、放蕩などの形で性の自由を表明していた人々、さらに、宗教革命ののち、神聖な行為とみなされるようになった労働を行わない者も、家族や社会から「理性」に反する者とみなされ、監禁されていた。その他、リベルタン、浪費癖のある者、神を冒瀆する者、親不孝者、娼婦、自殺志願者、錬金術師、無宗教者なども、非理性のカテゴリーに分類され、監禁されていた。以上のことから、この時代に、さまざまな〈非難すべき行為〉を概括する非理性、すなわち、狂気を定義したの

は、道徳的な意志であったことが窺える。この時代を、フーコーは、狂気という経験が精神疾患という「病」になる移行期と考えている³⁵⁾。

以上のように、現在、精神疾患あるいは精神障害と認識されているものは、超自然的な神聖な現象、悪魔による憑依現象、宗教上の罪・不道徳の問題、恐怖の対象、あるいはまた、理性・非理性の問題とみなされてきた。このことは、19世紀以降、精神疾患あるいは精神障害がもっぱら医学の対象として考えられるようになった後も、これらに対し重大な影響を与えていると思われる。

第3章 フランスにおける精神保健政策

さて、第2章で述べたことを十分に自覚しつつ、何らかの対策が必要であると思われる『こころの問題』に対し国家はいかなる対策を行うのか、その可能性を探るために、本章では、フランスの精神保健政策を具体的に検討していくこととする。

第1節 現行制度の概観

I 精神病患者あるいは精神障害者を対象とする社会政策

検討の前提として、まず、フランスの社会政策全体において、精神病患者あるいは精神障害者がどのような処遇を受けているのかを確認し、その中における精神保健政策の位置づけについて確認する。

1 障害者基本法³⁶⁾

まず、精神病患者あるいは精神障害者を対象とする社会政策の実施に際して、彼らに関係する法律としては、1975年6月30日の障害者基本法があげられる。この障害者基本法は、現代のフランスにおける障害者政策の基本的な枠組みをつくっており、身体障害者、感覚機能障害者、知的障害者、精神障害者など、すべての障害者を適用対象としている³⁷⁾。フランスには、社会保護システム領域における障害者類型別の法律は、存在しない³⁸⁾。したがって、精神障害者は、基本法の提供するあらゆる施策において、他の身体障害者らと区別されることなく、同一の扱いを受ける。

また、1975年法のもと障害認定³⁹⁾を行う職業指

導・職業再配置専門委員会(les commissions techniques d'orientation et de reclassement des handicapés: COTOREP⁴⁰⁾)および県特別教育委員会(les commissions départementales de l'éducation spécialisée: CDES⁴¹⁾⁴²⁾が用いる認定基準では、疾病と障害との区別をしていない⁴³⁾。したがって、精神障害者が、病者なのか障害者なのかをめぐる議論の煩わしさが無い。

もちろん、精神障害者が病者なのか障害者なのかをめぐる概念上の問題は、認識論上、非常に重要であるとも考えられ、疾病概念と障害概念の混乱については、批判もある⁴⁴⁾。しかし、疾病が原因で障害が生じうること、また、すべての病者が障害者となるわけではないこと、また、制度目的が、所得保障など経済的な理由にあることなどを考えると、概念上の問題はあろうが、制度の運営上、疾病と障害を厳格に区別する必要はないように思われる。本稿では、「精神疾患あるいは精神障害」という表現を使用することとしたのにも以上のような理由がある。

2 労働政策

次に、精神病患者あるいは精神障害者が関係する法律として、労働法があげられる。労働法は、障害者の雇用促進に関する法制度を整備しており、労働法典L. 323-10条は、その適用対象となる「障害労働者」について定義を行っている。そして、そこでも、精神障害者は他の身体障害者と区別されておらず、身体的あるいは精神的能力の欠如あるいは減少によって、就労あるいは雇用の維持の可能性が縮小されている者が、「障害労働者」と定義されている。したがって、障害者の雇用確保をめぐる各種の労働政策においても、精神障害者は、他の身体障害者などと区別されることはない。

3 公衆衛生法典

以上のように、障害者基本法に基づく障害者のための各種の施策においても、労働政策においても、精神病患者あるいは精神障害者は、他の障害者と同一の範疇で扱われ、精神病患者あるいは精神障害者のみを適用対象とする特別な制度は存在していない。

しかしながら、社会的事項に関する法律の中で、唯一、精神病患者あるいは精神障害者に関する特別な施策が、公衆衛生法典の中に規定されている。

アメリカの公衆衛生学者であるウインスローは、「公衆衛生とは、環境の衛生、伝染病の予防、個人衛生に関する衛生教育、疾病の早期診断と治療のための医療および看護サービスの組織ならびに健康保持に必要な生活水準を各人に保障する社会的機構の整備を目的とした共同社会の組織的努力を通じて、疾病を予防し生命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進を図り、すべての住民に生来の権利である健康と長寿を得させるため、組織的に上記の成果をとりまとめようとする科学および技術である」と定義づけている⁴⁵⁾が、フランスには、以上のような公衆衛生全般について定める公衆衛生法典 (Code de la Santé Publique) が存在している。

本稿が研究対象に設定したフランスにおける精神保健政策は、この公衆衛生法典第3巻第2編において規定されている。

本稿では、他の障害者と同様の取り扱いを受ける障害者基本法における各種の福祉政策や雇用保障などに関する労働政策についての検討は、その他の論文に委ねるとして、精神病患者および精神障害者に関する特別の制度を有している公衆衛生政策の一分野としての精神保健政策の内容を明らかにしていくこととする。

II 公衆衛生政策の一分野としての精神保健政策

現行公衆衛生法典は、全6巻からなり、病者の権利・臓器移植・保健行政・母子保健・保健機関・医療従事者・医薬品などについて規定しているが、そのうちの第3部が「疾病および依存症対策⁴⁶⁾」にあてられている。そして、その第2編が「精神疾患対策」について規定している⁴⁷⁾。

第3部第2編の規定は、主に1990年6月27日の法律⁴⁸⁾および1985年7月25日の法律⁴⁹⁾を公衆衛生法典内に編纂したものである。1990年法は、1838年6月30日の法律の改正法で、精神疾患あるいは精神障害のために入院するものの権利・保護およびその入院条件について定めたものであり、1985

年法は、1960年以降フランスで実施されていた精神医療地区化政策を法定化したものである。したがって、フランスの精神疾患対策は、主に、精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者の権利保障と地域精神医療を実施するための精神医療地区化政策からなるということができよう。

そこで、次節において、現行制度の源である1838年法が制定されるまでの歴史を簡単に振り返り (第2節)、その後、現行制度の一つ目の柱である病院に入院する精神病患者あるいは精神障害者のための制度についてその内容を明らかにし (第3節)、さらに節を改めて、二つ目の柱である地域精神医療実施のための制度の内容を明らかにしていくこととする (第4節)。

第2節 現行精神保健政策確立までの過程

フランスにおいて、国家が、精神疾患あるいは精神障害と認識された現象に対し介入を始めたのは、絶対王政期ルイ14世の治世下における一般施療院 (Hôpital général) の設立以降と考えられる。したがって、本節では、国家が何らかの形で介入を始める一歩手前の状況、すなわち、中世の状況からフランス革命期までの状況を振り返ることとする。

I 中世

国家が病院活動および保健衛生活動に介入するようになる以前、すなわち、中世においては、病院活動および保健衛生活動は、教会による独占状態にあった⁵⁰⁾。西欧社会における病院の起源が、キリスト教に求められる所以は、ここにある。しかし、中世における病院の主たる目的は、キリスト教の説く隣人愛の実践であり、そこに収容された者の共通点も疾病に罹患していることではなかった。したがって、労働による自活ができない者、あるいはそれを望まない者、また、彼らを世話する近親者がいない者が病院に集まり、病院の存在理由も病気の治療にはなかった⁵¹⁾。そして、以上のような者の一部として、メッツ、ブルブリヤック、ラルシャンなどの教会には、今日精神病患者あるいは精神障害者と呼ばれる者が収容されて

いたという記述が残っている⁵²⁾。

II 絶対王政期

中世においては、以上のように教会が重要な位置を占めていたが、中世封建制度が終わると、都市および国王権力が、慈善施設に対する影響力を発達させようと試みるようになった⁵³⁾。そして、絶対王政期には、宗教に起源を有する施設のほかに、国王によって設立された収容施設が登場した。それが、一般施療院 (Hôpital général) と呼ばれるものであり、女子専用のサルペトリエール施療院 (Hôpital de la Salpêtrière)、男子専用のビセートル施療院 (Hôpital de Bicêtre) が、それぞれ、絶対王政期ルイ14世の治世下にあたる1656年に設立されている⁵⁴⁾。

その後、このような施設はフランス全土に設立されていき、第2章で言及したようないわゆる「理性」に反する者が監禁されていった。それゆえ、施療院 (Hôpital) は、現在の病院とは異なり、「当時フランスにおいて組織化されつつあった君主制的でブルジョワ的な秩序の権力機構の一つ⁵⁵⁾」であったと考えられている。また、このような施設は、援護の意味はあったのかもしれないが、実際のところは、収容者を社会から疎外する意味しかなく、医学的な意味はまったくなかったとされている⁵⁶⁾。

この絶対王政期、すなわち、フランス革命以前の特徴としては、今日精神病者あるいは精神障害者と呼ばれる人たちが、国家によって、精神病者あるいは精神障害者という特定のカテゴリーを与えられることなく、他の浮浪者、犯罪者、売春婦、孤児、乞食などの非精神病者あるいは精神障害者とともに同一の範疇で処遇されていたことがあげられる。

III フランス革命期

以上のような点を含め、フランス革命期⁵⁷⁾には、精神病者あるいは精神障害者に対する処遇が大きく変化した。

まず、第一に、従来の病院のあり方が根本的に改革されることとなった。18世紀中頃には、監禁制度に対し多くの批判がなされるようになってい

たが、フランス革命の改革者たちは、その隔離収容を古い圧制の象徴であるとして退け、貧民の救護の道を他に求め始めたのである⁵⁸⁾。すなわち、健康な貧民に対しては、労働の促進と怠惰の戒めを基本とする福祉政策を独自に行い⁵⁹⁾、病人には家族のもとで看護を受けられるような経済的援助と医療の形式を行おうとしたのである。

しかしながら、この当時の慈善意識が病院から解放したのは、精神病者あるいは精神障害者と呼ばれていた者を除いた他のすべての人であった。すなわち、精神病者あるいは精神障害者は、自由な身にもどされると、周囲の家族や集団にとって危険な存在となりうるという認識から、彼らを拘束しておく必要性が語られたのである⁶⁰⁾。

そして、1789年の人権宣言が、「何人も、法律が定めた場合で、かつ、法律が定めた形式によらなければ、訴追され、逮捕され、または拘禁されない。恣意的な命令を要請し、発令し、または執行させた者は、処罰されなければならない」と述べているにもかかわらず、精神病者あるいは精神障害者は、刑の宣告をうけた者あるいは犯罪の容疑をかけられた者とともに、拘禁される対象として残されることとなった⁶¹⁾。

そして、以上の医療改革の結果、精神病者あるいは精神障害者は、監禁されるべき対象として残され、その多くが、以前は、多くの「理性」に反する者を収容していたビセートル施療院およびサルペトリエール施療院に収容されることとなった。

次に、第二の重要な変化として、フィリップ・ピネルによって実施された「鎖につながれた精神病者あるいは精神障害者の解放」があげられる。ピネルは、その勤務先であったビセートル施療院およびサルペトリエール施療院において、鎖につながれ自由を奪われていた精神病者あるいは精神障害者を鎖から解放し自由にしたとされている。もちろん、革命以前にも精神病者あるいは精神障害者の人道的な扱いは存在しており、フランスにおける精神病院がことごとくピネルによって近代化されたわけではないことは指摘されていることではある⁶²⁾が、このピネルは近代精神医学の父と

も呼ばれ、狂人＝病者とすることで、彼らの名誉を回復したと評価されている⁶³⁾。

しかしながら、ここで注意しなければならないことは、フランスにおいて、近代精神医学の父と呼ばれ、精神病患者あるいは精神障害者を鎖から解放したとされるピネルにおいても、「道徳という鎖」から精神病患者あるいは精神障害者を解放することはなかったということである。すなわち、ピネルが解放した患者というのは、社会的なパターンにしたがって行動することができるようになっただけであり、「ピネルにとって、狂人の治療とは、道徳的に認められ、承認された社会的な型の中に、狂人を安定させること」にすぎなかったという点である。実際、ピネルが推奨する一連の治療法、すなわち、患者を労働へと連れ戻す「規則的作業と運動」、対話を通じて自分の考えのおろかさを患者に悟らせること、約束の遵守と引き換えに患者の処遇を改善すること、そして興奮する患者を萎縮させる「監護人のひとにらみ」、これらはいずれも道徳的訓育という色彩を強く帯びていたと考えられる⁶⁴⁾。以上の指摘は、また、今日の精神病患者あるいは精神障害者の社会復帰政策を進めていく中でも起こりうる危険性を示しており、極めて今日的な問題を含んでいると思われる。

ピネルの業績は、確かに限界を含んでいたかもしれないが、以上のような二点をとらえて、フランス革命は、精神病患者あるいは精神障害者の処遇に関する重要な分岐点にあたとされている⁶⁵⁾。

以上が、現行制度を支える2つの制度のうち、精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者に関する法律がフランスにおいて初めて制定されるまでの、精神病患者あるいは精神障害者に対する処遇であった。

第3節 精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者に関する法律

本節では、精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者に関する法律、すなわち、1838年6月30日の法律およびその改正法である1990年6月27日の法律について、その内容を確認していく。

19世紀前半に制定された法律といえ、一般的

には、すでに歴史に属するものであり、その詳細を記述する必要性は必ずしも高いとはいえないかもしれないが、1838年法は1990年に至るまで現行法としての効力を持ちつづけたこと、および、現行法である1990年法も1838年法を全面的に大改正するものでなかったことを考慮して、両法律について詳細に検討していくこととする。

I 1838年6月30日の法律⁶⁶⁾

1 1838年法の背景

第2節Ⅲで述べたように、フランス革命期には、精神病患者あるいは精神障害者の監禁という方向性および括弧つきかもしれないがピネルの実績による「人道的精神医学」の道が示された。

しかしながら、1789年以降の政治的な混乱の中、監禁に対する基本的な考え方は未だ曖昧であったため、精神病患者あるいは精神障害者の収容施設は、治療と同時に不法監禁の場にもなっていた。また、地方においては、受け入れ施設が存在せず、精神病患者あるいは精神障害者が、各家庭に任されたり、街中で見かけられたりもしていた。さらに、1789年から1837年まで、精神病患者あるいは精神障害者に関する取り扱い決定の最終裁断者は、パリでは警視總監、地方では県知事であったが、精神障害者の拘束に関する法的根拠に対する不安が当然のことながら生じてきていたという⁶⁷⁾。

こうした状況下で生じてきた諸問題を踏まえて、1818年、ピネルの弟子であったエスキロール⁶⁸⁾が、内務大臣宛に報告書を送り、810の国立の専門施設を作り、その財政は県が受け持つべきであるとの提案をおこなっている。そして、1835年6月17日に内務大臣から県知事宛に通達がだされ、この通達が、後の1838年6月30日の法律の前ぶれになったとされている。しかしながら、この1835年の通達は、人道主義的なものでも医学的なものでもなく、公共の安全を脅かす者に対して、いかに行政的、司法的に対応するか、またその財政的問題にどのように対処するかというものであった⁶⁹⁾。

そして、1837年1月6日には、内務大臣が、精神病患者あるいは精神障害者対策への政府方針を審議するために委員会を設け、その具体的内容の検

討が、フェリユスおよびエスキロールに委ねられることとなった。これに先立って内務大臣により公的秩序への配慮と逸脱行為を抑止する意図を有する法案が提出されたのだが、議会で拒否され、フェリユスおよびエスキロールといった医師に本案の作成が委ねられることとなったのである⁷⁰⁾。1838年法が、エスキロール法とも呼ばれる所以は、ここにある。

委員会では、裁判所の権威を越えて行政的権力が増大するのではないかという危惧、監禁に対する知事の自由裁量権が認められた場合に生じるであろう個人の自由の権利におよぼす秘密性保持への危惧が示されたが、綿密な審議を経て、1838年法は、ルイ・フィリップ治世下の1838年6月30日に賛成216、反対6の大多数で承認され、公布されるに至った⁷¹⁾。

2 1838年法の内容

立法に携わったエスキロール自身、精神疾患に対する最良の治療法は、隔離収容であると信じていたことから、この法律の内容も精神病患者あるいは精神障害者の収容に重点が置かれていたことは否めないが、1838年法には、以下のような性格が認められている。

まず、「援助法 (loi d'assistance)」としての性格である。この性格は、1838年法がその第1条において、「各県は、精神病患者を治療するための施設を設置しなければならない」と定めていることから導かれるが、このことは、精神疾患あるいは精神障害が、社会が責任を負わなければならない疾患として認識されるようになったことを指していると思われる。

次に、「保護法 (loi de protection)」としての性格である。1838年法は、各種の精神病患者あるいは精神障害者の身上の保護、および、後に民法典に移されることとなる彼らの財産の保護について規定をおいていた。

そして、最後に、「警察法 (loi de police)」としての性格である。これは、すなわち、精神病患者あるいは精神障害者に起因する危険からの社会の保護という側面である。この「警察法」としての

性格により、精神病患者あるいは精神障害者はその同意を伴わずに、精神病院へと収容されることが可能とされた。

以上のような性格を有する1838年法は、以下のような内容からなっている。

(1) 収容施設

まず、1838年法は、精神病患者あるいは精神障害者を収容し治療するための施設の設置を各県に義務付けている。そして、設置できない場合には、収容および治療のために、当該県あるいは他の県の公的・私的施設と協定を締結することを義務づけている(1条)。この規定により、精神病患者あるいは精神病患者を受け入れる施設は、各県の責任のもとに置かれることとなった。

これらの公的・私的施設は、以下のような、行政機関および司法機関による監査を受ける。すなわち、公的・私的施設は、共通して、知事、および、巡視のために知事・内務大臣・裁判長・王室検事・治安判事あるいは市町村長により権限を委任された者の訪問を受け、収容者の苦情や彼らに関する資料について調査を受ける。さらに、私的施設は、不確定日に3ヶ月に1回、郡の王室検事の訪問を、公的施設は、6ヶ月に1回、同じく訪問を受ける(4条)。

その他、私的施設は、精神病患者あるいは精神障害者を収容するために、必ず政府の許可を得なければならないことも定められている(5条)。

(2) 収容形態(任意収容・職権による収容)

収容形態として、1838年法は、任意収容 (placement volontaire) と職権による収容 (placement ordonné par l'autorité publique) を規定している。

i 任意収容 (placement volontaire)

任意 (volontaire) とは、家族や周囲の者の意思によるという意味であり、収容される者の意思ではない点に注意が必要である。任意収容を要求しうる者について、1838年法は特に言及していない。

任意収容は、①収容を要求する者と要求される者の氏名、職業、年齢、住所および両者の関係が

記載された収容許可申請書、②収容される者の精神状態、疾病の特徴および治療の必要性などを含む医師の診断書（提出の15日前までの日付が記してあるもの）および③収容される者の身元を証明するものが、公的・私的施設の長に提出されてはじめて可能となる。これらの複写は、最終的に、県知事（パリでは警視総監；以下省略）に送付されなければならない。

また、上記の診断書を書くことのできる医師には、条件があり、受け入れ収容施設の勤務医は、基本的に、診断書を書くことができない。また、施設の長・所有者あるいは入院を要請した者の2等親までの親族または姻族である場合も、診断書を書くことはできない。

ただし、緊急の場合には、医師の診断書の免除が認められている（8条）。

一方、任意収容の退院は、医師により治療が認められた場合（13条）、県知事により即時退院の命令が出された場合（16条）、および、①配偶者、②配偶者のいない場合には尊属、③尊属のいない場合には卑属、④家族会議で反対がない場合には入院を要請した者、⑤後見人や保佐人あるいは家族会議により権限を委任されている者からの退院の要請があった場合（14条前段）に実施される。

ただし、施設の医師が、収容者の精神状態が公的秩序および人々の安全を危険にさらしうると判断した場合には、その施設の所在地の市町村長（パリでは管区警察署長；以下省略）に対して、そのことを通知する。この場合、市町村長は、24時間以内に県知事にそれを報告することを条件として、直ちに退院の留保を命じることができる。そして報告を受けた県知事は、2週間以内に、任意収容から職権による収容への切り替えの是非を決定する。知事から反応がない場合には、退院の許可承認とみなされる。また、この市町村長の命令は記録簿に記載されなければならない。（14条後段）。

ii 職権による収容 (placement ordonné par l'autorité publique)

次に、職権による収容は、「精神錯乱状態が、

公共の秩序と人々の安全を脅かす」者を対象として行われる。これを命じることができるのは、県知事であり、県知事は、収容の理由、職権による収容を必要とする状況について明示した上で、収容を決定する（18条）。

ただし、急迫の危険のある場合には、医師の診断書あるいは市民からの通報だけでも、市町村長の権限で、一時的な職権による収容を命じることができる。この場合には、24時間以内に、市町村長は県知事の最終決定をおこななければならない（19条）。

職権による収容の退院は、職権による収容が命ぜられるのと同様に、県知事により、命ぜられる。その場合、県知事は、6ヶ月ごとに作成される医師の報告書を参照する（20条）。

以上が、1838年法の定める収容形態である。任意収容に関しては、特に、医師を介入させることで、収容の根拠を医学的理由に置こうとするところに特徴がある。しかし、医学的理由の正当性は、第2章で指摘したように危ういものである。また、職権による収容については、その開始時において、県知事の権能が大きいことに特徴がある。したがって、前者においては、医師による恣意的な収容、後者においては、県知事による恣意的な収容の危険性が存在することとなる。

そこで、1838年法は、この恣意的な隔離収容を避けるために、任意収容および職権による収容それぞれについて、数々の「個人の自由の保護」のための規定を定めている。

(3) 身上の保護

個人の自由の保護に関する規定⁷²⁾を概観するにあたっては、関係者の役割と義務の観点から整理していくこととする。1838年法18条最終文は、「12条のすべての規定は、職権で収容された者にも適用される」と規定しているので、特に、断りのない限り、それは、任意収容と職権による収容の両者に共通のものである。

i 医師の役割と義務

まず、1838年法は、医師に対し、収容から24時間以内に診断書を作成することを義務づけている

(8条3項)。この診断書作成の段階で、医師は、収容時診断書の記載事項の確認あるいは修正を行い、精神病患者あるいは精神障害者の収容の可否について結論を下す。

また、医師は、収容から2週間後に再び診断書を作成しなければならない。これにより、24時間後に作成された診断書の結論の確認、または補足あるいは修正が行われる(11条)。さらに、医師は、少なくとも1ヶ月に1回、各収容者の精神状態の変化を記録簿に記録しなければならない(12条)。

ii 収容施設の長の役割と義務

収容施設の長は、収容申請の24時間以内に、県知事あるいは副知事・市町村長(副知事・県知事は、直ちに県知事に転送)に対して、①収容報告書、②医師の診断書、③収容者の身元を証明するものを送付することを義務づけられている(8条3項)。また、収容から2週間後には、施設の医師により作成された新しい診断書を県知事に送付しなければならない(11条)。さらに、任意収容の場合には、退院の24時間以内に、県知事あるいは副知事・市町村長(副知事・県知事は、直ちに県知事に転送)に対して、①退院の事実、②退院する者の氏名・住所、③退院時の収容者の精神状態、④可能であれば退院者の退院後の住所を通知しなければならない(15条)。職権による収容の場合には、6ヶ月ごとに、収容者の状態、治療の結果などについて書かれた施設の医師の報告書を、県知事に送付しなければならない(20条)。この6ヶ月の間に、医師により退院の診断がなされた場合には、施設の長は、そのことについて、県知事に付託する義務を負う(23条)。

また、施設の長は、各施設で記録簿をつけ保管する義務も負う。記録簿には、以下のような内容が記載される。

- ① 収容者の氏名・職業・年齢・住所；
- ② 判決が言い渡されている場合には、禁治産者宣言の記載事項、および、その後見人の氏名；
- ③ 収容された年月日；

- ④ 収容を要求した者の氏名・職業・住所；
- ⑤ 収容申請書に添付された医師の診断書；
- ⑥ 収容申請時に行政機関に送付したもの；
- ⑦ 収容から2週間後の医師の診断書；
- ⑧ 1カ月後との医師の医学的報告；
- ⑨ 退院・死亡(12条)

最後に、施設の長は、県知事により退院が決定された場合、裁判所により退院が命ぜられた場合、施設の医師が収容者の治癒を宣告した場合、14条に記載された者から退院の要請があった場合に、それに従うことを義務づけられている。それに違反すると、刑法上の罰則を受ける(30条)。

iii 県知事の役割と義務

県知事および県知事により権限を委任されている者は、精神病患者あるいは精神障害者を収容しているすべての施設を訪問する義務があり、収容中の者の抗議や苦情を聞き入れ、各問題について調査する義務がある(5条)。

任意収容の場合、特に私的施設に関しては、収容時に必要な書類の受理から3日以内に収容者を審査しなければならない(9条)。また、公的施設・私的施設に共通して、3日以内に、収容者の住所および施設所在地の管轄を有する検事に対して、収容者および収容を要求した者の氏名・住所・収容の理由を通知する義務を負う(10条)。また、県知事は、任意収容者の即時退院を命じることができる(16条)と同時に、任意収容を職権による収容へと切り替えることができる(21条)。収容施設内で収容者が危険な行動を示せば切り替えの正当な理由とみなされる。

職権による収容の場合、県知事は、3日以内にこの事実を、①収容者の家族(収容者の居住地の市町村長を介して行われる)、②検事、③内務大臣に通告しなければならない(22条)。また、県知事は、6ヶ月ごとの医師の報告書を受理し、6ヶ月ごとに職権による収容の精神錯乱者の状態に関して裁定を下す義務がある(20条)。

iv 司法の役割と義務

最後に、司法の役割として、まず、検事は、任意収容および職権による収容について情報を通知

される権利を有している（10・22条）。そして、収容に疑問があれば、検事は収容施設地の管轄を有する裁判所に訴えを提起することができる（29条）。また、私的施設に対しては、少なくとも3ヶ月に1回、また公的施設に対しては、半年に1回は訪問する義務がある（4条）。

また、裁判所は、収容に関し、収容者、その後見人、両親などから訴えを受けた場合に、必要な検証ののちに、理由があれば直ちに命令を命じることができる（29条）。

3 小括

以上が、1838年法の内容である。1838年法は、精神病者あるいは精神障害者の隔離収容を医学上有効な措置と考えた上で、各県に隔離収容のための施設の設置を要求し、そして、そこへの隔離収容の形態として、任意収容および職権による収容を用意している。

しかし、その一方で、1838年法は、単なる隔離収容のための法律にとどまることなく、その恣意的な隔離収容を防ぐためのさまざまな手段を用意している。その中で、特に、医師・施設の長・県知事および司法は重要な役割を与えられている。

まず、医師は、収容の医学的根拠を定期的に提示する役割を与えられている。医学的根拠の危うさは、繰り返し指摘しているとおりであるが、他の手段によるよりは客観的な根拠が与えられることは確かであろう。また、定期的に医師の診断を義務づけることで、精神病者あるいは精神障害者が収容施設の中で放置されることがある程度予防できると期待される。

次に、施設の長は、受け入れ施設内での状況把握し、それを行政機関（主に県知事）に通知する役割を与えられている。これにより、隔離収容された精神病者あるいは精神障害者の行政機関による状況把握は容易になる。また、通知の義務を課すことで、施設の杜撰な運営を防止することも期待できるであろう。

さらに、最も多くの役割を与えられている県知事は、収容の開始および終了（必要であれば、職権で退院を命令できる）に関与し、定期的に受け

入れ施設を訪問・調査する権限を与えられている。また、あらゆる情報を施設の長から受け取り、それを検事や内務大臣に通告する義務も負っている。職権による収容の命令権限を有していることから、県知事自身、恣意的な隔離収容の加害者となる危険性は存在するが、それについては、司法機関による事後的な救済が用意されている。また、行政機関の怠慢による不当な収容の継続に対する防止策も1838年法は用意している。

最後に、司法機関の有する事後的救済機能により、隔離収容された精神病者あるいは精神障害者の保護はより厚いものになっている。

以上のように、1838年法は、収容に多くの者に関与させることにより、個人の自由の保護を幾重もの形で保障していた⁷³⁾といっていよう。

しかしながら、やはり、1838年法が、収容施設への精神病者あるいは精神障害者の「大いなる閉じ込め」という側面を有することは否定できず⁷⁴⁾、これ以降、精神病者あるいは精神障害者に対する「行政と医療の共謀」という疑惑が、誕生することにもなった⁷⁵⁾。

II 1990年6月27日の法律

1 1838年法制定から1990年改正法まで

では、次に、1838年法の改正法である1990年法について検討していくこととする。

フランスでは、後述するように、1960年以降、精神医療医療圏（les secteurs psychiatriques）を単位とした精神医療地区化政策が実施されていくが、1838年法は、若干の修正を受けつつも⁷⁶⁾基本的には改正されることなく、現行法としての効力を持ちつづけた。もちろん、その間、一度も法改正が持ち上がらなかったわけではなく、13以上もの改革計画が検討されている（一番初めのは、1869年にまで遡る）が、これらの計画は、いずれも、達成されることはなかった。

その理由としては、1838年法は、個人の自由の尊重および同意をえない病者の保護（司法機関の介入など）と治療の必要性との間に、比較的満足できる均衡を確立していたということがあげられる。また、1838年法は、司法機関、公的秩序を保

障する行政機関および医療権威との間に均衡を創設することができていたとも強調されている⁷⁷⁾。

したがって、1990年になり、1838年法はようやく改正されることとなったが、1838年法に対する以上のような評価の高さもあり、その改正は、劇的な変化を伴うことなく制度を自由化し、治療法の進歩への適応と病者の権利の明示、および、彼らの保護の改善を目指すものであったといわれている⁷⁸⁾。

2 1990年改正法制定の背景

i 1838年法に対する批判

上述のように評価の高かった1838年法であるが、もちろん、これに対する批判が全く存在しなかったわけではない。まず、1838年法の下では、入院収容が濫用される虞のあることが指摘されている。たとえば、1838年法のもとでは、収容の決定に当たっては、医師の診断書が重要な位置を占めている。他方で、同法は、医師を完全には信用しないことに基づく措置（県知事による調査など）を置いているように見えるが、実際には、義理で診断書が与えられたり、十分な検査もせずと与えられたりしており、医師の診断書が精神疾患の確実な証明とはなっていなかったという。実際、医師の診断書には、病人の精神状態と収容を正当づける理由が記載されなければならないが、ほとんどの場合、精神異常と収容の必要があるという簡単な確認しかなされておらず、精神異常の症状を明確に述べることもなく精神病であると認定されていたようである⁷⁹⁾。

この点に関しては、多くの法律家が、入院収容の濫用を回避する手段として、「個人の自由の擁護者」である司法機関の入院時における介入の強化を提唱した⁸⁰⁾。決定権限の「司法化（judiciari-

sation)」である。しかしながら、この案は、議会において僅差で拒絶され（賛成147・反対170）⁸¹⁾、入院収容の濫用に関しては、別の手段による改善が図られることとなった。

以上は、収容決定に関する批判であるが、また別の批判として、1838年法の下では、入院収容後の個人の自由の保障が十分ではないことも指摘されている。たとえば、1981年2月2日の安全の強化と個人の自由の保護に関する法律⁸²⁾は、精神障害者あるいは精神障害者を受け入れる施設に適用される規定を定めて自由入院の精神障害者あるいは精神障害者の権利を列挙しているが⁸³⁾、これらは同意なくして入院収容した者に関しては、適用されないという欠点を有していた。そのため、この点を補う必要が残されていた⁸⁴⁾。

ii 精神医療地区化政策などによる状況の変化

以上の批判点に加えて、精神医療をとりまく環境も、1960年以降の精神医療地区政策の進展により変化していた。したがって、それに伴い、隔離収容を前提とした1838年法では対処できない状況が増大してきていたことも改正の背景にある。

たとえば、1838年法は、任意収容と職権による収容という2つの入院収容形態しか規定していなかったが、1990年の法律改正時には、入院のほとんどが、精神障害者自身の同意をとる自由入院となっていた（表1参照）。したがって、立法者は、この事実を承認し、施設内で精神医療の専門サービスを受けるにあたって、本人の同意のもとに入院する権利をすべての者に与えなければならなかった。そして、精神障害を理由に入院する者の社会復帰のためにとくに有用とされた試験的退院の実行を合法化する必要もあった⁸⁵⁾。

以上のような1838年法への批判点および精神医

表1 入院患者数統計

	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1988	1991
入院総数……	113,455	115,994	110,688	96,995	81,188	78,894	74,747	59,427
・強制収容……	32,504	19,906	9,292	4,103	2,657	2,573	2,544	2,771
・任意収容……	66,266	68,596	52,775	35,665	21,953	19,861	16,829	6,678
・自由入院……	14,685	27,492	48,621	57,227	56,578	56,460	55,374	49,978

1991年については、強制収容→強制入院、任意収容→第3者の要求に基づく入院⁸⁶⁾。

療を取り巻く環境の変化を背景として、1990年6月27日法は制定されるに至ったのである。では、次に1990年法の内容について検討していく。

3 1990年6月27日の法律の内容

1990年法の内容に関しては、改正点を明らかにするためにも、できるだけ1838年法との比較でその内容を整理していくこととする。また、条文を示す際には、現行公衆衛生法典における条文番号を記すこととする。

(1) 入院施設

精神病者あるいは精神障害者を受け入れる施設として、1990年法は、自由入院の患者のみを受け入れる施設と、同意を伴わない入院の患者と自由入院の患者の両方を対象とする施設の区別を設けている。

まず、同意を伴わない入院の患者を受け入れることのできる施設については、県知事が、各県において、少なくとも一つの施設にその資格を付与しなければならない (L. 3222-1条)。その場合に、資格を与えられる施設は、病院公役務を保障する公的施設でも私的施設でもよく、同じく、契約によってこの役務へ参加する非営利の私的施設でもよいとされている。実際に、この契約タイプの施設が5施設存在している。

自由入院の患者のみを受け入れることができる施設の長は、患者の状態が同意を伴わない入院を必要不可欠としている場合には、48時間以内に、資格を有する施設へ病者を移送するために、すべての必要な措置をとらなければならない (L. 3222-2条)。これを怠ると罰則に処せられる (L3214-3条)。

また、これらの施設は、定められた規則類型に則って作成され、県知事による承認を受けた内部規則を設けなければならない (L. 3222-3条)。さらに、これらの施設は、事前の告知を受けることなく、6ヶ月に1回、県知事あるいはその代理人、小審裁判所裁判官、大審議裁判所裁判官あるいはその代理人、市町村長あるいはその代理人による訪問を受け、また、少なくとも3ヶ月に1回、施設地の管轄を有する検事によって訪問を受ける

(L. 3222-4条)。

同意を伴わない精神病者あるいは精神障害者の受け入れを行うことのできる施設に関して、資格制を設けている点に特徴があるといえよう。

(2) 入院形態 (自由入院・第3者の要求に基づく入院・強制入院)

入院形態として、1990年法は、自由入院 (hospitalisation libre)、第3者の要求に基づく入院 (hospitalisation sur demande d'un tiers) および強制入院 (hospitalisation d'office) の3類型を定めている。

前述したように、1990年頃には、1838年法には規定のない精神障害を理由とする自由入院が、入院全体の約4分の3に達していたという事実を受けて、1990年法では、新たに、自由入院が法的に規定されている。

また、1990年法は、同意をともなわない入院形態について2つ規定しているが、その際、表現の仕方を変更している。すなわち、1838年法では、任意収容 (placement volontaire) であったものを、第3者の要求に基づく入院 (hospitalisation sur demande d'un tiers) と改め、volontaireでは不明確であった意味を明確にし、さらに、収容 (placement) という表現を、他の疾患の場合と同じになるよう入院 (hospitalisation) という表現に変更している。精神疾患を他の疾患と区別しないという意図が窺える。さらに、1838年法では、職権による収容 (placement ordonné par l'autorité publique) であったものも、強制入院 (hospitalisation d'office) という表現に変更している。

1990年法は、これら3つの入院形態のうち、自由入院を原則とし、例外として、一定の条件を満たす場合に、第3者の要求に基づく入院および強制入院が認められることを確認している (L. 3211-1条)。これにより、1838年当時、精神疾患治療の基本形態であった収容は、他の治療法では回避できない場合にのみ実施されるものと考えられるようになったことが窺える。

i 自由入院 (hospitalisation libre)

1990年法は、入院形態のうち原則を自由入院と

したうえで、自由入院で入院する者は、他の理由で入院する病者と全く同じ権利を有することを確認している (L. 3211-2条)。したがって、緊急の場合を除いて、自由入院の者は、治療を受け入れたくないときには、拒絶を証する書類に署名の後に退院することができるし⁸⁷⁾、また、病院改革をもたらした1991年7月31日の法律⁸⁸⁾に定められている入院する病者の権利について適用をうける。

ii 第3者の要求に基づく入院⁸⁹⁾ (hospitalisation sur demande d'un tiers)

第3者の要求に基づく入院は、①精神疾患あるいは精神障害のために同意を行うことが不可能であり、②その状態が入院環境における継続的な監視をともなう緊急の治療を必要としている場合に実施される。1838年法は、入院の要求のできる者について特に規定していなかったが、1990年法は、入院を要求できる者として、①家族、②病者の利益の範囲内で活動する者を挙げている (ただし、治療者が受け入れ施設で働いている場合には、その治療者は除外される)。

入院申請の際には、①入院を要求する者とされる者の氏名・職業・年齢・住所および両者の関係が記載された申請書、②2週間以内の日付のついた医師の診断書が2つ(1838年法のもとでは1つ)必要である。診断書を2つ要求したことには、医師の恣意性を排除しようとの意図が窺える。

これら2つの診断書を作成できる医師には条件があり、受け入れ施設で働く医師、4等親までの親族・婚族、施設の長、入院の申請者あるいは入院する者本人は診断書を作成することができない (L. 3212-1条)。ただし、病者の健康に急迫の危険がある場合には、施設の医師によって確認され、施設の長がその診断書のみを見て、入院許可を決定することが可能である (L. 3212-3条)。

また、第3者の要求に基づいて入院する者は、入院後2週間、その後は1ヶ月ごとに、受け入れ施設の精神科医によって医学的診断を受けることが義務づけられている。第3者の要求に基づく入院は、1ヶ月ごとに更新されなければならないが、この医学的診断が行われなければ、1ヶ月ごとの

更新を行うことはできず、第3者の要求に基づく入院は終了することとなる (L. 3212-7条)。

一方、第3者の要求に基づく入院の退院は、施設の精神科医がその入院条件が満たされていないと証明した場合 (L. 3212-8条1文)、県知事により即時退院の命令が出された場合 (L. 3212-8条3文)、および、①保佐人、②配偶者 (事実婚を含む)、③配偶者のいない場合には尊属、④尊属のいない場合には成人した卑属、⑤家族会議で反対のない場合には入院を申請した者、⑥家族会議で権限を与えられた者、⑦精神医学上の入院に関する県委員会から退院の要請があった場合 (L. 3212-9条) に実施される。ただし、①から⑦の者から要請があったときに、施設の医師が、病者の精神状態は公的秩序および人々の安全を危険にさらしうると判断した場合には、それはただちに、県知事に報告されなければならない。県知事は、それを受けて一時的な退院の延長あるいは強制入院への切り替えの是非を決定する。県知事の決定が行われない場合には、第3者の要求による入院は、2週間の期間満了をもって終了することとなる (L. 3212-9条)。

iii 強制入院 (hospitalisation d'office)

強制入院は、1838年法と同じく、「その精神状態が公的秩序および人々の安全を危険にさらす」者が対象となる。そして、詳細な医師の診断書を見たうえで、県知事が、「命令 (arrêté)」の形で宣告する。

その際の医師の診断書も、受け入れ施設の医師は作成することができない。また、「命令 (arrêté)」には、強制入院を正当化し必要とする状況が、正確に記載されなければならない (L. 3212-1条)。ただし、急迫の危険のある場合には、医学的見地あるいは市民からの通報によって、市町村長が、明白な精神障害を示している者に対して、あらゆる必要な一時的措置を命令することができる。この場合には、24時間以内に、県知事の最終決定をおおがなければならないが、県知事の決定がない場合には、この一時的措置は48時間の期間満了をもって無効となる (L. 3213-2条)。

また、強制入院の病者は、入院後、2週間、1ヶ月、その後は毎月、施設の精神科医によって医学的診断を受けなければならない。精神科医が作成した病者の症状についての詳細な診断書は、施設の長によって、県知事および精神医学上の入院に関する県委員会に送付されることとなっている（L. 3213-3条）。さらに、強制入院は、入院後、1ヶ月、3ヶ月、その後は6ヶ月ごとに更新されなければならないが、更新がない場合には、強制入院は終了することとなっている（L. 3213-4条1・2文）。

また、県知事は、精神科医の意見を聞いた後、あるいは、精神医学上の入院に関する県委員会の提案に基づき、常に、強制入院を終了させることができる（L. 3213-4条3文）。

以上が、1990年法の定める入院形態である。自由入院を規定したことが最大の特徴であるが、第3者の要求による入院、強制入院それぞれについても、入院の更新手続に関する規定が強化されていることがわかる。ここからは、同意を伴わない入院が、医師や行政の怠慢により継続することを防止する意図が窺え、入院後の精神病患者あるいは精神障害者の保護を強化しているといえる。

(3) 精神障害を理由に入院する者の権利と保護、および、彼らの入院条件

入院の更新手続の強化以外にも、1990年法は、以下のように医師・施設の長・県知事および司法の役割と義務を強化するとともに、精神医学上の入院に関する県委員会を設置し、精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者の保護の改善を図っている。

i 医師の役割と義務

施設の医師は、同意を伴わない者を受け入れた場合、24時間以内に、入院者の精神状態を確認し、その入院を維持する必要性を認定する診断書を作成しなければならない（ただし、医師は、4等親までの親族・婚族、施設の長、入院を要求した者あるいは入院者本人であってはならない）（L. 3212-4条、L. 3213-1条）。また、入院の2週間後、その後は、1ヶ月ごとに医学的診断を行い、診断

書を作成する義務を負う（L. 3212-7条、L. 3213-3条）。

以上の具体的な義務に加え、1990年法は、精神医学において実施されるすべての治療は、医師としての職業倫理および一般倫理を厳格に尊重してなければならないことも医師に対して課している（L. 3211-4条）。また、同意を伴わない入院者の司法機関あるいは行政機関への要求や苦情を禁止あるいは抑制した医師や上記の診断書を作成することを拒んだ医師には、罰則も用意されている（L. 3214-4条）。

ii 収容施設の長の役割と義務

施設の長は、第3者の要求に基づく入院の申請がなされた場合には、入院決定の前に、申請書が法律の規定に従って作成されているかを確認し、入院者および要求者の身元、医師の診断書の有効性を確認する義務を負っている（L. 3212-2条）。

また、施設の長は、第3者の要求に基づく入院を許可した場合には、24時間以内に、①入院報告書、②入院申請書に添付された医師の診断書、③施設の医師が作成した診断書を（L. 3212-4条）、強制入院の場合には、施設の精神科医によって作成された診断書を（L. 3213-1条2文）、県知事および精神医学上の入院に関する委員会に送付しなければならない。

さらに、第3者の要求に基づく入院条件が満たされなくなった場合には、24時間以内に、そのことを、県知事・精神医学上の入院に関する県委員会、入院者の住所地の管轄を有する大審裁判所検事および施設地の管轄を有する大審裁判所検事、入院を要求した者に通知しなければならない（L. 3212-8条2文）。また、退院の場合にも、24時間以内に彼らに対し、退院する者や退院を要求できる者（L. 3212-9条）の氏名および住所を通知しなければならない（L. 3212-10条）。

強制入院の場合には、施設の医師が退院の可能性を指摘すると、施設の長は、それについて、24時間以内に県知事にその裁定を委ねなければならない（L. 3213-5条）。

さらに、施設の長は、同意を伴わない入院に

ついて記録簿をつけ、それを保管しなければならない。そこには、特に、入院者の氏名・職業・住所、入院者に関係する医師の診断書、試験退院の日時と様式、入院の撤回、場合によっては、死亡などが記載される（L. 3212-11条, L. 3213-1条3文）。

施設の長にも、県知事や大審裁判所裁判官の退院命令にしたがわなかった場合や、以上の義務にしたがわなかった場合に、罰則が用意されている（L. 3214-1条, L. 3214-2条）。

iii 県知事の役割と義務

県知事あるいはその代理人は、6ヶ月に1回、精神病患者あるいは精神障害者の受け入れ施設を訪問し、入院者の苦情を受け、また、あらゆる調査を実施しなければならない（L. 3222-4条）。

第3者の要求に基づく入院の場合には、県知事は、入院後3日以内に、入院者および入院を要求した者の氏名・職業・住所を、入院者の住所地の管轄を有する大審裁判所検事および施設地の管轄を有する大審裁判所検事に、通知する義務を負う（L. 3212-5条）。また、第3者の要求に基づく入院が病院公役務を保障しない私的施設で行われる場合には、県知事は、入院報告書の受理から3日以内に、入院者の状態を確認するために、精神科医を2名その施設に派遣しなければならない（L. 3212-6条）。さらに、県知事は、第3者の要求に基づく入院条件が満たされていない場合には、即時退院を命令することもできる（L. 3212-8条3文）。

強制入院の場合には、県知事は、入院後1ヶ月、3ヶ月、その後は6ヶ月ごとに、強制入院の更新を行わなければならない。これがなされない場合には、強制入院は終了することとなる。また、県知事は、精神科医の意見および精神医学上の入院に関する県委員会の提案に基づき、強制入院を終了させることもできる（L. 3213-4条）。強制入院の実施、更新および退院についてはすべて、県知事により、施設地の管轄を有する大審裁判所検事、入院者の住所地の市町村長およびその家族に通知される（L. 3213-9条）。

また、県知事は、第3者の要求に基づいて入院する者の精神状態が、公的秩序および人々の安全を危険にさらしうる判断した場合には、仮の強制入院命令を出すことができる。ただし、その後、仮の強制入院命令の是認がなければ、この措置は、2週間の期間をもって無効となる（L. 3213-6条）。

iv 司法の役割と義務

小審裁判所裁判官、大審裁判所裁判官あるいはその代理人は、6ヶ月に1回、施設地の管轄を有する検事は、3ヶ月に1回、精神病患者あるいは精神障害者の受け入れ施設を訪問し、入院者の苦情を受け、また、あらゆる調査を実施しなければならない（L. 3222-4条）。

また、施設地の管轄を有する大審裁判所裁判官は、同意を伴わないで入院をさせられた者、あるいは彼らの後見人、保佐人、配偶者、両親など、さらには、検事から、同意を伴わない入院に関する訴えを受理できる。その場合、大審裁判所裁判官は、公開の法廷における対審審理および入院の必要性に関する審理の後、必要な理由づけを行ったうえで即時退院の決定を下すことができる。また、大審裁判所裁判官は、いかなる場合でも、職権により、同意を伴わない入院を終了させることができる（L. 3211-12条）。

1990年法の制定過程で、司法機関が入院の開始において関与することは、退けられてしまったが、大審裁判所裁判官の職権による退院命令が導入されたことで、司法機関の権限は、強化されたといつてよいだろう。

v 精神医学上の入院に関する県委員会 (commission départementale des hospitalisations psychiatriques) の役割と義務

1990年法は、精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者の保護の改善を図るため、新たに、精神医学上の入院に関する県委員会も設置している。この委員会は、個人の自由と人間の尊厳に関して、精神疾患あるいは精神障害を理由として入院させられた者の状況を審査する責任を負う非常に重要な機関である（L. 3222-5条）。

その具体的活動内容には、同意を伴わない入

院について報告を受けそれを把握すること、必要な限りにおいて入院者の状況を調査すること（第3者の要求に基づく入院が3ヶ月以上続いている時には、調査は義務となる）、同意を伴わない者を受け入れる施設の訪問および調査、施設地の管轄を有する大審裁判所長官に同意を伴わない入院の即時退院を命令するよう提案すること、などがある。また、この委員会は、毎年、報告書を作成し、それを県知事、検事、および精神保健県評議会に提出する義務を負っている（L. 3223-1条）。

この委員会に設置により、恣意的な入院および入院延長の防止が図られるとともに、1838年法のもとでは、県知事の権能が強すぎる印象が拭えなかった関係機関間の力のバランスがより均衡のとれたものになったのではないかと思われる。

(4) 1990年法の定めるその他の規定

さらに、1990年法では、1838年法には見られなかった新しい規定がいくつか増えている。

i 同意を伴わないで入院させられた者の権利

1990年法は、1981年2月2日の法律では保護の対象とされなかった同意を伴わないで入院させられた者の権利について規定している。健康状態と治療の実施により必要とされる限度で、個人の自由の行使が制限されうることを認めつつも、いかなる場合にも制限されない権利として、①県知事・小審裁判所裁判官・大審裁判所裁判官・市町村長・検事との連絡をとる権利、②精神医学上の入院に関する県委員会に申立をする権利、③自ら選んだ医師あるいは弁護士の助言を得る権利、④郵便物を発受する権利、⑤施設の内部規則に関する説明を受ける権利、⑥選挙権を行使する権利、⑦宗教および思想の自由に関する権利、⑧自らの法的状況と権利について説明を受ける権利を列挙している（L. 3211-3条）。

ii 試験的退院

さらに、1990年法では、管轄の精神医療医療圏の中で保障される医学的監視と調査をとまう試験的退院が完全に法定化された。

試験的退院の期間は、3ヶ月ごとに更新される

ことが義務づけられている。

第3者の要求に基づく入院の場合には、試験的退院は、受け入れ施設の精神科医によって決定される。その場合、施設の長は、試験的退院に関する報告書を県知事に送付しなければならない。また、入院の要求者もそのことについて知らされる。

強制入院の場合には、施設の精神科医の提案により県知事はその決定を行う（L. 3211-11条）。

4 小括

1990年法は、1838年法が収容者の身上の保護のために用意した手段を継承しつつ、それを改善し、さらに、精神医学上の環境の変化に応じた対応を行ったものといえる。

1990年法の内容については、1838年法のものと同なる部分も多いが、1838年法との比較において、特に、次のことが1990年法の特徴として指摘できるであろう。

まず、1990年法では、精神医学上の環境の変化に対応するために、自由入院および試験的退院の制度が新たに設けられている。これらは、1990年法制定以前において、すでに、実施されていたものを法定化したものであるが、法定化されることで、曖昧であったそれらへの権利や実施方法が明確化されるという利点があったと思われる。

次に、医師による恣意的な診断の防止の強化（2つの診断書）、入院の更新手続の厳格化（定期的な病者の検査・同意を伴わない入院の自動的撤回など）、および、入院後の司法機関の介入権限の増大が図られていることがあげられる。また、1990年法では、新たに、同意を伴わない入院について調査を行う精神医学上の入院に関する県委員会も設置されている。これらは、いずれも、恣意的な入院あるいは不必要に長期化された入院を防止するために設けられた規定であり、精神病患者あるいは精神障害者の人権保障をいう観点から導入されたものである。また、同意を伴わないで入院する者の権利についても列挙しており、人権保障の側面が強化されたといっていよう。

しかし、一方で、「その精神状態が公的秩序および人々の安全を危険にさらす」者を対象とする

強制入院制度が残され、依然として警察法としての性格は残されることとなったことも指摘しておく。

第4節 精神医療地区化政策（地域精神医療の実施）

本節では、フランスにおける精神保健政策をささえるもう一つの精神医療地区化政策（la sectorisation psychiatrique）について検討する。

I 精神医療地区化政策の背景

1838年法が制定された当時は、精神疾患あるいは精神障害の治療といえば隔離収容であったが、20世紀初頭、精神医学が神経学と、そして、医学が心理学と結びつくようになると、精神医学において新しい考え方が出現してきた。そして、それを受けて、精神病者あるいは精神障害者の「監禁からの開放」が謳われるようになる。すなわち、回復期にある患者、精神疾患あるいは精神障害が強制収容を要しない程度の患者、特に障害が数日のうちに進行する急性の患者を対象とする開放病棟の開始である。

フランスでは、この考え方に影響を受けたツールーズにより、1922年には、サン・タンヌの構内にあるアンリ・ルーセル病院で、フランスで初めての自由サービス（service libre）が創設されている⁹¹⁾。そして、このサービスは、その後、フランスにおいて急速に広まっていき、それを後追いつる形で、政府により精神医療における自由サービスあるいは開放サービス（service ouvert）の提供について言及する通達⁹²⁾が出されていく。

このような動きは、1950年代の初めに、有効な精神薬理学（神経弛緩剤・抗鬱剤）の開発が進み⁹²⁾、病者の症状を抑えることがより容易になったことに伴ない、ますます強化されていった。また、単に他の治療手段の開発というだけにとどまらず、思想的にも、1960年代以降は、従来の疾病論や治療学に異議を唱え、社会・政治的所産として精神障害を捉える（精神障害の社会的原因仮説）「反精神医学」運動⁹³⁾が社会学などの影響で湧き上がっていた。これらはいずれも、精神病者あるい

は精神障害者の地域でのケアという地域精神医療の推進に大きな影響を与えた。

また、フランスでは、第2次世界大戦中のドイツ占領下という非常時において、施設内に収容されていた約5万人の精神障害者が、餓死してしまったという事件が起きている⁹⁴⁾。このことも、戦後、人道的な精神病者あるいは精神障害者のケアという考え方に重大な影響を与えたと思われる⁹⁵⁾。

II 精神医療地区化政策の端緒；1960年3月15日の通達

以上のような背景から、フランスでは、1960年、フランス特有の地域精神医療が開始されることとなった。すなわち、精神医療地区化政策の実施である。精神医療地区化政策は、フランスにおける精神病者あるいは精神障害者に関する公的援助体系の基本と考えられており、これ以降、フランスでは、精神医療地区化政策を軸に、精神病者あるいは精神障害者の社会的統合が目指されることとなる。

しかし、この精神医療地区化政策は、大々的に開始されたわけではなく、その出発は、以下のような内容を有する官報にも公表されないような簡単な通達（精神疾患対策のための県の組織・設備計画に関する1960年3月15日の通達⁹⁶⁾）に依拠していた。

1 1960年3月15日の通達の内容

1960年3月15日通達は、まず、新しい治療法の開発による精神史医学上の環境変化を受けて、精神病者あるいは精神障害者を可能な限りその家族および環境から引き離さないことを基本原理とすることを確認している。そして、そのために、自由サービスの開始および医療関係スタッフの増員などにより、入院する病者の生活および治療条件を向上させること、精神病院を通院による治療やアフターケアを行う病院外の施設と統合していくことを目標とすることを定めている。その具体的内容は、以下のようなものである。すなわち、

- ① より早期に精神病者の治療を開始する；
- ② 疾病の再発を防止するために有効な医学・

社会的支援を元患者のために行う；

- ③ 同一の医療・社会福祉チーム (équipe médico-sociale)⁹⁷⁾が同一の病者について入院からアフターケアまでの責任を引き受ける；
- ④ 病者の本来の環境からの隔離をもたらす不適応を防止する；
- ⑤ 医療圏 (secteur) 内の住民の施設への容易なアクセスを保障する；
- ⑥ 治療の継続を実施しつつ、入院あるいは再入院を可能な限り回避し、最良の条件のもとで精神病者あるいは精神障害者の社会復帰を図る；
- ⑦ 入院サービスと結びついた病院外施設の設置する；

などである。

さらに、この1960年通達は、多くの精神病者あるいは精神障害者が、入院によっては解決されない医学-社会的な重要な問題を有しているという点を忘れてはならないと指摘している。

2 1960年3月15日の通達の評価

以上のことは、もともと、1954年以降、パリ13区でPh. ポーメルの指導のもとに実施されていた施策をモデルとしている⁹⁸⁾。それを全国レベルで実施しようとしたのが、この通達である。

そして、この通達に対しては、「確かに、この通達のみ効果では新しい組織や構造が合理化されることはなかったかもしれないが、この通達により、文化的・イデオロギー的な急激な変化をもたらされた」という評価がなされている⁹⁹⁾。

Ⅲ 精神医療地区化政策の強化

1 病床数および平均入院日数の減少・ショート・ステイ型の入院の増加

以上のような背景と内容を伴って開始された精神医療地区化政策であったが、これが実際に機能し始めたのは、1970年半ばからであった。

その後押しをしたのは、1975年に制定された前述の障害者基本法であるといわれている。同法により、精神病者あるいは精神障害者の財政的な自立性が保障され退院が容易になったというのである¹⁰⁰⁾。

実際、精神医学上の入院に利用される病床数は、1970年以降、急激に減少し、それは、他科における病床数の減少と比較すると特に顕著であったとされている。また、平均入院日数についても1970年以降減少している¹⁰¹⁾。それに対し、ショート・ステイ型の入院 (Hospitalisation partielle) は増加した。このショート・ステイ型の入院は、精神病院と比較して病床数の少ない一般病院で特に拡大していったことから、一般病院の提供する精神医療サービスが、精神医療地区化政策をより実効性のあるものにしたと評価されている¹⁰²⁾。

2 精神医療地区化政策の法定化

以上のような発展をみせた精神医療地区化政策は、しかしながら、政令や通達によって推進されてきたため、特に、病院外での活動については、その法的根拠が長らく曖昧なままであった。これらの活動に法的基盤が与えられたのは、1985年になってからである。

社会的領域の諸問題に関する1985年7月25日の法律8条は、「精神疾患対策は、予防・診断・治療を含む¹⁰³⁾」こと、そして、「これらの活動の実現のために、精神医療医療圏内で、病院公役務および国家に属する役務を保障する施設、および、目標・受益者の範囲・具体的手段などを明確にした協約を国家と締結したすべての公法人・私法人が、その使命を実行する」ことを確認している(公衆衛生法典L3221-1条)¹⁰⁴⁾。

これにより、精神医療地区化政策は、ようやくその法的基盤を与えられることとなった。その後、この法律は、精神医療地区化政策に関する1985年12月31日の法律¹⁰⁵⁾、および、1986年3月14日のデクレ¹⁰⁶⁾によって補完されている。また、現在、精神疾患対策に関する責任を負っているのは、国である¹⁰⁷⁾。

Ⅳ 精神医療地区化政策の実施単位・実施主体

では、1960年3月15日の通達が目標としたことを実際に行う実施単位および実施主体について確認する。

1 精神医療医療圏 (les secteurs psychiatriques) の設定

精神医療地区化政策は、精神医療医療圏を基本単位として実施されている。この精神医療医療圏は、当初、約67,000人の住民を一単位として始まった¹⁰⁸⁾。今日では、保健医療医療圏(les secteurs sanitaires)と同一になっており¹⁰⁹⁾、その境界は、地域性(行政区の人口、地域規模の将来予想、交通手段など)を考慮に入れた上で、関係する県の県知事の勧告をうけて、州病院局(l'agence regionale de l'hospitalisation)の長により決定されることになっている。その人口の上限は、省令によって決定されるが、現在は20万人である¹¹⁰⁾。また、人口がこの数値に達していない県では、県全体で一つの医療圏(secteur)が設置されることとなる¹¹¹⁾。

この精神医療医療圏として、1986年3月14日のデクレ1条は、以下のものを定めている。

- ① 一般精神医療医療圏(secteurs de psychiatrie générale)；基本的に、16歳以上人口の精神保健に関するニーズに応える。
- ② 小児・若年者精神医療医療圏(secteurs de psychiatrie infanto-juvénile)；児童・青少年の精神保健に関するニーズに応える。各小児・若年者精神医療セクターは、一つまたは複数の一般精神医療セクターから構成される。
- ③ 刑務所に関する精神医療医療圏(secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)；刑務所に投獄された者のニーズに応える。

2 精神医療地区化政策の実施主体

(1) 基幹施設としての病院

地域精神医療が進展していく中、アングロ・サクソン諸国では、多くの精神病院が閉鎖されていったが、フランスでは、病院は、特に成人の精神病患者あるいは精神障害者のための治療組織として、重要な位置を保ちつづけた。そして、他の入院設備を有する施設に対して、病床数においても優位を維持しつづけている¹¹²⁾。

なお、病院が優位を保ちつづけた背景には、フランスでは、「精神疾患」とストレスなどからくる「精神的抑うつ」という二つの相対する概念が存在しており、前者には医学的な対応が、後者に

は心理学的な対応が求められたことがあるようである。したがって、フランスには、精神保健に関する政策だけでなく精神医療に関する政策が存在しているのだともいわれている¹¹³⁾。

以上のような理由から精神科治療において重要な位置を保ちつづけた精神病院は、各医療圏と結びついて、精神医療地区化政策実施の基幹センターとしての機能を果たしている。また、一般病院の中にも基幹センターとしての機能を有するようになったものもある¹¹⁴⁾。

一般病院が精神医療地区化政策の推進に重要な役割を果たしていることは、すでに指摘した通りであるが、その重要性の増大は、他科の治療と区別して精神医療を特別に扱うことをなくしていきこうという姿勢の現れの一つとも思われ、精神医療地区化政策の示したイデオロギーの効果ということもできよう。実際、精神病患者のためだけにあてられた病院施設の存在は、保健衛生政策上の正当性の大部分を失ったとの指摘もある¹¹⁵⁾。

(2) 精神医療地区化政策を担うその他の病院および病院外施設

次に、精神医療地区化政策を担うその他の病院および病院外施設の種類とその機能について確認する。これは、精神病患者あるいは精神障害者の地域でのケアという目的を考えた場合、極めて重要である。

精神医療地区化政策の中で、予防・診断・治療が保障される場所については、1986年3月14日のデクレ9条が規定している。それによると、予防・診断・治療の保障される場所は、「患者の自宅(2項)、患者の居住する保健衛生施設、社会施設、あるいは、医学・社会施設(3項)」とされているが、この規定は、さらに、1986年3月14日のアレテ¹¹⁶⁾によって具体化されている。

1960年3月15日の通達で示された病院外施設は、精神保健無料診療所・昼間病院・アフターケアホーム・保護作業所の4つのみであった¹¹⁷⁾ことを考えると、1986年までの発展がよくわかる。

i 宿泊サービスを提供しない施設(およびサービス)

まず、宿泊サービスを提供しない施設（およびサービス）としては、以下のものがある（1986年アレテ1条）。

- ① 医学・心理学的センター（Centre Médico-Psychologie）；開放的環境のもとで、調整および受け入れを行うユニットであり、住民の意向に即して、予防・診断・通院治療・在宅での処置を行う。精神医療の提供あるいは心理学上の援助を必要とする機関・施設のそばに、支部を有することができる。
 - ② 常時受け入れセンター（Centre d'Accueil Permanent）；精神医学的救急に対応する資格を与えられた医学・心理学センターで、24時間開業している。緊急医療援助機関と結びついた終日の電話相談、引き受け、指導、場合によっては、通院あるいは在宅での必要な緊急治療を行う。48時間を超えない引き受けのためにベッドを有している。
 - ③ 昼間病院（Hôpital de Jour）；昼間、場合によっては、一定の時間、多目的で個人的な集中的治療を保障する。
 - ④ 治療のための作業所（治療工房）（Atelier Thérapeutique）；グループでの作業療法など特別な治療技術を利用し、職業活動・社会活動の再訓練を行う。
 - ⑤ 一定時間の治療受け入れセンター（Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel）；集団療法および支援活動によって、自立した生き方を維持賦活することを目指す。
 - ⑥ 在宅入院（Service d'Hospitalisation à Domicile）；在宅での治療を行い、場合によっては、患者の依存状態により必要とされる生活費の給付に関与する。
- ii 宿泊サービスを提供する施設（およびサービス）

次に、宿泊サービスを提供する施設（およびサービス）としては、以下のものがある（1986年アレテ2条）。

- ① 全日制入院施設（Unité d'Hospitalisation à Temps Complet）；

- ② 救急センター（Centre de Crise）；救急および急性の発作に対応するため、短期の集中的な引き受けが可能な、いくつかのベッドを有する常時受け入れセンター。
- ③ 夜間病院（Hôpital de Nuit）；夕方・夜間の治療および医学的監視を行う。また、場合によっては、週末の緊急対応を行う。
- ④ 治療アパート（Appartement Thérapeutique）；社会的再統合を目指す。滞在期間は限定され、常在でなくとも治療スタッフがいることが重要とされ、入所者は数名である。
- ⑤ アフターケアセンター（Centre de Post-cure）；急性期症状がおさまった後、自立生活に戻るために必要な積極的治療を長期にわたり行うことを保障する。
- ⑥ 里親治療（Service de Placement Familial Thérapeutique）；あらゆる年齢層の精神病患者を対象とする。自らの家族のもとで生活することや自宅に帰ることが望ましくない、あるいは、不可能な病者のために、受け入れ家族のもとで治療がなされる。

以上のような病院外の施設¹¹⁸⁾により、病院への入院という手段によらず、精神病患者あるいは精神障害者の抱える多様な問題への対応が可能になっている。しかしながら、これらの病院外施設の設置状況には、地域間の格差が大きく、今後は、これらの施設のさらなる充実が求められている。

V 小括

精神医療の世界的な流れでもある地域精神医療への移行は、フランスでは精神医療地区化政策という形で推進されていった。その最大の特徴は、政策の名前が示すように、全国を精神医療医療圏という一定の地理的区分で分割し、その中で、様々なサービスを提供してきたことであろう。

そして、この政策の枠組みでは、病院が精神医療医療圏の基幹施設としての機能を果たし、チーム医療と結びつくことで、精神病患者あるいは精神障害者の病院への入院から病院外施設での治療やケアへの移行を容易にしているともいわれている。病院外施設の多様性も精神病患者あるいは精神障害

者の多様なニーズに応えるのに貢献しているものと思われる。

しかし、精神医療地区化政策は、決して医療関係機関だけで実施されるものではなく、他の関係機関（たとえば、地方自治体・教育機関・司法機関など）の協力があってはじめて成立するものである。また、精神病患者あるいは精神障害者の経済的生活に関しては、特に、障害者基本法などにより提供される各種福祉給付に負うところが大きい。精神医療地区化政策は、このような他の関係機関の協力および経済面での支援があったからこそ可能であったことを最後に付け加えておく。

第4章 終わりに

I フランス精神保健政策の特徴および課題

本稿では、現代社会の抱える『こころの問題』に対し、国家はいかなる対策を行おうのかという問いに応えるために、比較法の観点からフランスにおける精神保健政策をとりあげた。そこで明らかとなったフランスにおける精神保健政策の特徴は、以下のようなことであろう。

まず、フランスでは、主に国家による治安対策として、精神病患者あるいは精神障害者が他の浮浪者や犯罪者などと区別されることなく一般施療院に隔離収容されていた時代を経て、1838年に「援助法・保護法・警察法」としての性格を有する1838年法が制定された。現行法である1990年法は1838年法を大々的に改正するものではなかったことを考慮すると、フランスにおいて精神疾患あるいは精神障害を理由に入院する者を対象とする制度は、依然として上記の性格を有していると思われる。すなわち、1990年法のもとで目指されているのは、治療施設の提供を公的に保障することであり、入院する者の権利を保障することであり、一定の場合には厳格な条件のもと同意を伴わない入院を課すことができるということである。

その一方で、1960年以降は、精神医療地区化政策が実施され、精神病患者あるいは精神障害者の地域でのケア（地域精神医療）が目指されるようになった。そこでは、精神病患者あるいは精神障害者

の社会参加という新たな視点が組み込まれている。

1990年法および精神医療地区化政策は、全体として、治療の必要性、精神病患者あるいは精神障害者の権利保障、治安維持（強制入院は、公的秩序および人々の安全を危険にさらす者を対象としている）および精神病患者あるいは精神障害者の社会参加など多様な要請に応えるものとなっている。そして、これらの要請を重視して定められた個々の規定もこの目的達成に資するものであろう。また、以上のそれぞれの要請が、全体に均衡の取れた形で制度化されているといえよう。

しかし、特に、精神医療地区化政策については、精神医療医療圏ごとの病院外施設の不備および地域間の不均衡が存在し、自分の居場所を見つけることのできない精神病患者あるいは精神障害者が数多く見捨てられているとの批判がある¹¹⁹⁾。

また、1990年法についても、精神病患者あるいは精神障害者に対し保障されている権利は、実質的というよりも形式的であるとの批判がなされている。さらに、自由入院の者に認められる医師および施設の選択の自由は、実際には、施設の不足から実行が難しいという指摘もある¹²⁰⁾。すなわち、理念と現実の乖離である。

したがって、フランスにおける精神保健政策は、その目的および理念においては非常に均衡のとれたものであるが、現実がそれに追いついていないという点で課題を残しているといえよう。

II 今後の研究課題

本稿では取り上げなかったが、精神病患者あるいは精神障害者に対し適切な医療・福祉サービスを提供するには、「精神保健福祉法」の見直しのみならず、医療法などその他の法律の見直し¹²¹⁾も必要となってくる。

フランスにおいても状況は同じである。たとえば、精神医療地区化政策において実施される地域でのケアは、病院改革をもたらした1970年12月30日の法律¹²²⁾にしたがって作成される計画のもとで提供される。したがって、その計画の作成主体、作成手段および作成手続きなどは、精神病患者ある

いは精神障害者の処遇に関し重要な意味を有する。

フランスが抱える精神保健政策における理念と現実の乖離を解決するためには、1990年法および精神医療地区化政策自体の改革で行える部分もあるだろうが、それだけでは不十分な部分もあるだろう。本稿は、フランス公衆衛生法典第3巻第2編の検討に限ったが、今後は、精神疾患あるいは精神障害対策に関係するその他の法制度（病院法・財政・各種福祉手当など）に関しても視野を広げていこうと考えている。

- 1) 平成13年版『厚生労働白書』11-18頁。
- 2) 「うつ病は身近な病気」という表題のコラムは、精神疾患あるいは精神障害がかつて有していた陰惨なイメージを払拭しようという厚生労働省の意気込みの現れであると思われる。前掲・『厚生労働白書』15頁。しかしながら、精神疾患あるいは精神障害と呼ばれるものの内部で、身近なもの・身近ではないものという差異化を行っている側面があることも否定できない。したがって、その意味での危険性・問題は残るであろう。
- 3) 道徳を前提とした逸脱の「医療化」の積極的側面としては、逸脱者（本稿でいえば精神病患者あるいは精神障害者）が人道的に処遇されること、病人役割によりその人に科せられるべき社会的責務・非難が免除・軽減されること、司法よりも柔軟かつ効果的に制御できることなどがあり、否定的側面としては、逸脱者の責任が不問になること、医療が道徳的に中立であるという仮定が生じること、医療によって社会が統制されること、社会問題は個人的なものになってしまうこと、逸脱行為が脱政治化されてしまうことなどがある。佐藤は、これを受けて、「『逸脱の医療化』という問題構成は、ひいては医療化という問題構成は、政治的な問題構成として捉える必要がある」と述べる。佐藤哲彦「医療化と医療化論」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』122-124頁（世界思想社、1999）。また、野口は、「医療化は、それまで何らかの『悪』としてとらえられ、宗教、司法、警察、教育などの社会セクターの管轄とさ

れていた現象を、『病気』として再定義する過程である」とし、「医療化は『悪』に関する統制権をめぐる政治に医療セクターが進出し占有しようとする過程として描きうる」とする。野口はさらに、「病いは、それ自体アプリアリに存在するものでもなければ、生物学的な定義によってのみ存在するものでもない。それは、定義をめぐる人々の共同作業の所産、すなわち、social constructとして存在する」という。野口裕二「臨床のナラティブ」上野千鶴子編『構築主義とは何か』46頁（勁草出版、2001）。

- 4) 大谷は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の性格について、「この法律は衛生法規として保健衛生法規に属するが、医療を行う人および場所に関しても定めているから、医事法規としての性格をも有しており、さらに、精神障害者の福祉など社会復帰についても定めているから、福祉関連法規としての性格も有している」と述べる。大谷實『精神保健福祉法講義』9頁（成文堂、1996）。
- 5) 1919年から1950年までは、「精神病患者監護法」および「精神病院法」が併存。
- 6) 大谷・前掲13-22頁。
- 7) 精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患あるいは精神障害があるために、長期にわたり日常生活あるいは社会生活に相当な制限を受ける者を対象として、精神障害者福祉の枠組みをつくり、社会復帰を促進し、その自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。手帳に基づく具体的な支援施策としては、①通院医療費の公費負担、②各種税制の優遇措置、③生活保護の障害者加算などの申請および認定手続きの簡素化、④公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引などがある。
- 8) 精神疾患あるいは精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障のある精神病患者あるいは精神障害者に日常生活に適応できるよう訓練を提供する。
- 9) 雇用されることが困難な精神病患者あるいは精神障害者が自活することができるように、必要な訓練を行い、職業を提供する。
- 10) 住居を求めている精神病患者あるいは精神障害者

- に対して居室その他の設備を提供するとともに、日常生活に必要な便宜を供与する。
- 11) 通常の事業所に雇用されることが困難な精神病患者あるいは精神障害者を雇用し、社会生活への適応を行うために必要な指導を行う。
 - 12) 『国民衛生の動向—厚生指標』49巻9号115-120頁(厚生統計協会, 2002)。
 - 13) 小俣和一郎『精神病院の起源—近代篇』156-157頁(太田出版, 2000)。
 - 14) 「脱施設化」という施策は、1962年、大統領命令として打ち出された。これにより、精神病患者あるいは精神障害者の保護は、隔離された施設で行うよりも、地域の中で行う方が望ましいという視点からの社会政策が展開されることとなり、施設数を3分の1にまで削減するよう努力がなされた。白石大介『精神障害者への偏見とスティグマ—ソーシャルワークサーチャからの報告』29頁(中央法規出版, 1994)。
 - 15) 新福尚隆「世界の精神保健医療に関する基礎知識」新福尚隆・浅井邦彦編『世界の精神保健医療』11頁(へるす出版, 2001) および大谷・前掲p. 23など。
 - 16) もちろん、フランスにおいても病院中心主義に対する警告は、常に存在する。たとえば、Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, J.O. 3 avril 19, p. 4060)。
 - 17) フランスでは、“maladie mentale”(精神疾患)という表現が一般的であるが、アングロ・サクソン諸国の分類に起源を有する国際分類では、“mental disorder”(精神障害)という表現が使われている。Prévention et Soins des Maladies Mentales: Bilan et Perspectives, Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, 1997, p. 40. また、日本語にすると、どちらも「障害」となり分かりにくいのが、“disorder”は、1980年に世界保健機構が作成した国際障害分類(ICIDH)により示された、“impairment”(機能障害)、“disability”(能力障害)、“handicap”(社会的不利)とも異なる。したがって、“maladie mentale”(精神疾患)や

- “mental disorder”(精神障害)が、“disability”(能力障害)や“handicap”(社会的不利)となる場合の条件についても、別途考える必要がある。これらの表現の仕方には、それ自体、考えなければならない多くの概念上の問題を有していると思うが、それに関する考察は他の論文に譲り、本稿では、それらをまとめて「精神疾患あるいは精神障害」という表現を使っていくこととする。ちなみに、国際障害分類は2001年に改訂され、その改訂版は、ICIDH-2と呼ばれている。ICIDH-2は、障害を①身体の諸機能や諸器官、②個人の水準における諸活動、③社会における参加の3つの次元でとらえる。武川正吾『福祉社会—福祉政策とその考え方』226頁(有斐閣, 有斐閣アルマ, 2001)。
- 18) ノーマライゼーションは、1950年代のデンマークで知的障害者の処遇をめぐる論争のなかから生じたものである。その基本的考え方は、「ある社会で当たり前と考えられているような生活については、障害者も健常者と同じように営むことができるようにすべきだ」というものであるが、そこには、障害者を含む多様な人々から成る社会こそが正常な社会の姿なのだという含意もある。武川・前掲237頁。しかし、安易なノーマライゼーションは、障害者に対し健常者と呼ばれる者たちへの「同化」の圧力をかけることともなりかねない。この点につき、大津留は、「現代において障害者であるということは、すべてを『健常者』という基準で推し量る社会に身を置き、その基準を満たすことができない、あるいは、満たすことが容易でない自分に出会うという形においてである。そこでは、障害者は、『健常者』という基準を持つ社会に『適応』していくように、自分でも知らず知らずの内に決断をせまられている」と指摘している。大津留直「障害者と健康 障害との健康な関係はいかにして可能か」『特集 健康とは何か』現代思想28巻10・9号184頁(2000)。最近では、社会統合やノーマライゼーションに対抗するものとして、「障害学」の視点が確立されつつある。石川准・長瀬修編『障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ』(明石書店, 1999)。

- 19) 構成主義に関しては、上野千鶴子編『構築主義とは何か』(勁草出版, 2001)を参照。
- 20) 前掲・大津留論文184頁。
- 21) ミッシェル・フーコー(神谷美恵子訳)『精神疾患と心理学』105-111頁(みすず書房, 1970)。
- 22) 前掲・大津留論文184頁。
- 23) 市野川容孝『思考のフロンティア 身体/生命』80頁(岩波書店, 2000)。
- 24) ハリー・スタック・サリヴァン(中井久夫・山口隆訳)『現代精神医学の概念』14頁(みすず書房, 1976)。
- 25) 市野川容孝・松原洋子「対談 病と健康のテクノロジー」『特集 健康とは何か』現代思想28巻10・9号79-80頁(2000)。
- 26) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 45.
- 27) *Ibid.*, p. 45. 神谷美恵子「精神医学の歴史」『神谷美恵子著作集8 精神医学研究2』16-20頁(みすず書房, 1982)。
- 28) 神谷・前掲27頁。
- 29) 実際、中世のパリのホテル・デュー(L'Hôtel-Dieu de Paris)には、精神病者用のベッドがあったという。しかし、治療の対象となった精神疾患は限られたものであり、その周辺に広がる疾患に対し、医学的な支えは欠けていた。フーコー・前掲『精神疾患と心理学』116頁。
- 30) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 45.
- 31) 中井久夫『西欧精神医学背景史』24頁(みすず書房, 1999)。
- 32) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 45.
- 33) もちろん、魔女狩りの犠牲になった者は、精神病者あるいは精神障害者のみではない。また、すべての精神病者あるいは精神障害者が、魔女狩りの犠牲となったわけでもない。魔女狩りの社会的背景については、中井・前掲24-39頁に詳しい。
- 34) 神谷・前掲「精神医学の歴史」30-38頁。ミッシェル・フーコー(田村俣訳)『狂気の歴史—古典主義時代における』21-25頁(新潮社, 1975)。
- 35) 中山元『フーコー入門』40-45頁(筑摩書房, ちくま新書, 1996)。
- 36) Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, J.O. 1^{er} juill., p. 7371.
- 37) 1975年法1条は、障害の予防, 検診, 医療, 教育, 職業訓練と指導, 雇用, 最低所得保障, 社会統合, 余暇・スポーツ活動へのアクセスの保障を国家の義務としているが、その対象者として、身体障害者, 感覚機能障害者および精神障害者(mineur et adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux)をあげている。
- 38) 大曾根寛「障害者政策」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6 フランス』269頁(東京大学出版会, 1999)。
- 39) 基本法は、「障害者」(personne handicapée)の意味を定義しておらず、障害の認定は委員会に任せている。大曾根・前掲267-268頁。
- 40) 成人障害者のために、施策の全体を調整する責任を負う。大曾根・前掲266頁。
- 41) 障害児, 障害青少年(20歳未満)の教育を確保するための諸活動を調整する責任を負う。大曾根・前掲266頁。
- 42) 職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)および県特別教育委員会(CDES)に関する批判としては、それぞれの責務が異なることから、後述の精神医療医療圏との接続が存在していないことが指摘されている。Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 105.
- 43) 大曾根・前掲272頁。
- 44) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 105.
- 45) 森岡清美・塩原勉・本間康平編『新社会学辞典』423頁(有斐閣, 1993)。
- 46) 2000年6月15日のオルドナンス(Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique, J.O. 22 juin 2000)以前、この第3巻は、「社会的害悪対策(La lutte contre les fleaux sociaux)」というタイトルであったが、このオルドナンス以降、「社会的害

- 悪」という表現が消え、「疾病および依存症」という表現が使用されるようになってきている。「害悪」というマイナス・イメージを彷彿させる表現を避け、よりバイアス・フリーな表現に変更したものと思われる。
- 47) その他、伝染病・アルコール依存症・薬物依存症・ニコチン依存症・ドーピング対策などが同部では規定されている。
- 48) Loi n°90-572 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, J.O. 30 juin 1990, p. 7664.
- 49) Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, J.O. 26 juillet, p. 8471
- 50) J. Moreau et D. Truchet, Droit de la Santé Publique, 5éd., Dalloz Mémentos, 2000, p. 20.
- 51) 市野川容孝「医療倫理の歴史社会的考察」井上俊・上野千鶴子・大澤真幸・見田宗介・吉見俊哉編『岩波講座現代社会学第14巻 病と医療の社会学』10頁（岩波書店、1996）。
- 52) 小俣・前掲146頁。
- 53) J. Moreau et D. Truchet, *op. cit.*, p. 20.
- 54) これらの施設は、パリの治安対策として誕生し、当初は1649-53年のフロンドの乱（反ブルボン貴族の一揆）によって生れた多数の浮浪者を収容する目的から整備されたものであった。それゆえ、ここには国王の権力のもとに、精神病患者のみならず、浮浪者、犯罪者、売春婦、孤児、乞食などの非精神病患者も収容されていた。小俣・前掲148頁。
- 55) フーコー・前掲『狂気の歴史—古典主義時代における』70頁。
- 56) 神谷美恵子「構造主義と精神医学—Michel Foucaultを中心に—」『神谷美恵子著作集8 精神医学研究2』113頁。フーコー・前掲『精神疾患と心理学』120頁。
- 57) 革命期における精神病患者あるいは精神障害者に関する立法については、菅原道哉・飯塚博史・岩成秀夫「1838年法（フランス精神病患者法）の成立過程」精神医学28巻12号1397-1401頁（1986）および秋葉悦子「処遇困難者施設について—フランスの制度との比較法的考察—」上智法学論集35巻3号38-41頁（1992）などが詳しく述べている。また、英語文献として、Jean-Simon Cayla, The French Law of 30 June 1838 on lunatics: the first 150 years, International Digest of Health Legislation, 1988, 39, pp. 153-157がある。
- 58) 神谷・前掲「構造主義と精神医学—Michel Foucaultを中心に—」114頁。フーコー・前掲『精神疾患と心理学』123頁。
- 59) 市野川・前掲「医療倫理の歴史社会的考察」10-11頁。
- 60) フーコー・前掲『精神疾患と心理学』124頁。
- 61) フーコー・前掲『狂気の歴史—古典主義時代における』445頁。
- 62) 小俣・前掲145-146頁。
- 63) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 46.
- 64) 市野川・前掲『思考のフロンティア 身体/生命』87頁。
- 65) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 46.
- 66) 1838年法は、1953年に公衆衛生法典に編纂される。
- 67) 菅原・飯塚・岩成・前掲論文1399-1400頁。
- 68) エスキロールは、当時、評価が極めて悲惨であった病院 (hôpital) という表現のかわりに、保護院 (asile) という表現をつかった。G. マッセ・X. ウッサン（桑原寛・菅原道哉・松石竹志訳）『フランスの精神科医療』39頁（EXP, 2001）。この保護院 (asile) という表現は、その後、1938年に、精神病院 (hôpital psychiatrique) という表現なり、さらに、1970年以降は専門病院センター (centres hospitaliers spécialisés) という表現に変わっている。Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 73.
- 69) 通達の原典は確認できなかった。菅原・飯塚・岩成・前掲論文1400頁。
- 70) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 47.
- 71) 菅原・飯塚・岩成・前掲論文1400-1401頁。

72) 1838年法は、民法典上の制度の不備を補うため、財産の保護に関する規定をも身上の保護に結びつけて定めている。しかし、この身上と財産を結びつける保護の方法は、1968年1月3日の法律 (Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, J.O. 4 janvier, p. 114) により廃止され、このうち財産の保護に関するものは、民法典に移され、身上の保護に関するものだけが、公衆衛生法典に置かれることとなった (同法22条)。これにより、両者はそれぞれ独立し、治療の選択は民法上の制度によって制約されず、また、民法上の制度の選択も治療の内容によって制約されないこととなった。寺沢知子「フランスにおける精神障害者の身上の保護と権利—精神障害を理由に入院する者の権利と保護及び入院の要件に関する1990年6月27日の法律」阪大法学第43巻4号1371頁 (1994)。なお、1968年1月3日の法律の法律に関しては、太田博昭「フランス精神衛生法とその問題点」臨床精神医学17巻11号1714-1720頁 (1988) などに詳しい。

73) 寺沢・前掲論文1371頁。

74) 太田・前掲論文1706頁。

75) Le rapport au conseil économique et social de M.P.Joly, *op. cit.*, p. 47.

76) たとえば、1985年7月25日の法律8条による精神医療地区化政策の法的基盤の明示、1968年1月3日の法律による精神病者あるいは精神障害者の財産保護に関する規定の民法典への移転、1981年2月2日の安全の強化と個人の自由の保護に関する法律など。

77) Xavier VANDENDRIESSCHE, Le droit des hospitalisations psychiatriques: derniers développements, *Rev. dr. sanit. et soc.* 28 (1), janv.- mars 1992, p. 2.

78) Jean-Simon CAYL, La protection des malades mentaux (Commentaire de la loi du 27 juin 1990), *Rev. Droit sanit. et soc.* 26 (4), oct.- dec. 1990, pp. 618-619.

79) 寺沢・前掲論文1371・1390頁。

80) 「司法化」の支持者は、1958年憲法66条をその根

拠とした (1958年憲法66条; 何人も、恣意的に拘禁されてはならない。司法機関は、個人の自由の守護者であり、法律によって定められる条件にしたがって、この原則の尊重を保障する)。また、ヨーロッパ評議会閣僚級委員会のだした1983年2月22日の勧告 (R. 83-2) は、「患者は、精神障害のために、本人および他者に対し重大な危険を示す場合においてのみ、施設への非自発的収容の対象となりうる。……収容の決定は、司法機関あるいは法によって任命された適切な他の機関によって行われなければならない」と述べており、これも、「司法化」の議論に影響を与えている。さらに、ヨーロッパ評議会のメンバーである多くの国家 (ドイツ・オランダ・スペイン) が、収容決定権を司法機関に託していたという事情が「司法化」の議論の背後にある。Jean-Simon CAYL, *op. cit.*, pp. 620-622.

81) 「司法化」の反対の理由としては、以下のことがあげられている。司法機関は個人の自由の守護者であるが、不当に収容され留置された者を解放する最近の判決をみると、司法機関が事後的にその統制の役割をよく果たしていることが認められる。また、犯罪の嫌疑をかけられた者、あるいは、犯罪が認められた者の自由を奪うことを決定する裁判官に、精神病者の収容決定を託すことは、精神病者を軽犯罪者と同一視することになり、このことは、進歩ではなく後退である。さらに、「司法化」に賛成の者は、ヨーロッパ評議会のメンバーである国家の例をあげているが、人身保護法の国であるイギリスは、精神病者の収容を裁判官に託しておらず、それらは、必ずしも説得的とはいえない。Jean-Simon CAYL, *op. cit.*, pp. 621-622.

82) Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, J. O. 3 février, p. 415. 詳細は、森下忠「フランスのいわゆる《治安と自由》法」ジュリスト740号106-110頁 (1983) を参照。

83) 1981年法74条IV; 入院者の権利と義務について入院の際に知らされること、自由に電話や郵便を利用すること、訪問を受けること、治療を拒否す

ること、治療の決定のために自ら選んだ医師の助言を受けること、施設内での活動の自由（ただし、施設の内規を遵守することを条件とする）、宗教の自由。1981年法の背景には、精神医療地区化政策の推進により、1838年法による規制を受けない民間病院への「自由入院」が一般に行われるようになっていたが、自由入院の者の退院は、医師あるいは近親者等の意思に依存していたため、患者の人権侵害の問題を惹起していたという事情がある。秋葉・前掲論文46頁。

84) 以上の議論は、人権保護に関する国際的な動向にも影響を受けている。まず、「人権および基本的自由の保護のための条約（以下、ヨーロッパ人権条約）」（1973年12月31日の法律（Loi n°73-1227 du 31 décembre 1973, J.O.3 janvier 1974, p. 67）により批准）1節5条1項は、「すべての者は、身体的自由及び安全についての権利を有する。何人も、次の場合において、かつ、法律で定める手続に基づく場合を除くほか、その自由を奪われない」と定め、次の場合として、「e）伝染病の蔓延を防止するための合法的な人の抑留、精神錯乱者、アルコール依存症者、若しくは薬物依存症者又は浮浪者の合法的な抑留」を挙げている。また、同条4項は、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを迅速に決定するように及びその抑留が合法的でない場合には、その釈放が命ぜられるように、手続をとる権利を有する」とも定めている。さらに、前述の1838年勸告は、「患者の個人の自由の制限は、健康状態および治療効率によって必要とされるものに限定されなければならない」とし、いかなる場合にも制限されない権利として、「a）適切な機関、信頼する者および弁護士と連絡をとる権利、b）開封されることなく手紙を送る権利」を挙げている。Jean-Simon CAYLA, *op. cit.*, p. 620.

85) *Ibid.*, pp. 619-620.

86) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 80.

87) Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers

et des hôpitaux locaux, J.O. 16 janvier, p. 603, Art. 42 et Art. 60

88) Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. août 1991, p. 10255. この法律には、施設と医師の選択の自由（現行公衆衛生法典L1111-1条）、医療情報の説明などに関する権利（L1112-1条）、優れた治療のための手段（L6113-1条）などが規定されている。

89) 第3者により要求された同意を伴わない精神病患者あるいは精神障害者の入院は、同意を与えることを妨げられた者の入院治療に関するより一般的な問題の特別なケースでしかなく、精神病患者あるいは精神障害者の同意を伴わない入院を「特別化しない」ことが必要であると考える者もいる。しかし、これに対しては、精神病患者あるいは精神障害者の入院およびその継続には、行政権の濫用と行政の怠慢によって彼らの人権侵害が生じる危険性が存在するため、依然として、彼らには固有の保護ニーズがあるとの反論がある。Jean-Simon CAYLA, *op. cit.*, p. 626.

90) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, pp. 45-46. ピエール・ピシヨー（佐藤隆信訳）『精神医学の二十世紀』122頁（新潮社、1999）。

91) Circulaire n°125 du 13 octobre 1937 concernant la prophylaxie mentale, bulletin du ministère de la Santé Publique, 2^e semestre 1937, p. 17. Circulaire n°210 du 2 septembre 1946, Réorganisation de l'assistance psychiatrique, bulletin du ministère de la Santé Publique et du ministère de la Population, 1947, p. 398. Circulaire du 2 février 1960 relative à la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire, Recueil des Textes Officiels intéressant la Santé Publique et la Population, n°6, 1960, p. 1など。1937年の通達では、一般医の役務の軽減が、開放サービス実施の効果の一つとして示されている。精神医療地区化政策においては、逆に、一般医の役割の増大が要求されているのだが、これとは反対の動きが、この時代には見られる。

92) 現在の薬物療法は、1952年に、クロルプロマジ

- ンが抗精神病作用を有することが認められたことによりはじまる。クロルプロマジン開発には、パリ・サンタンヌ精神病院のジャン・トレーとピエール・ドニカーが関与しており、クロルプロマジンは、1952年以降、直ちにフランスの精神医学体系の中に広がっていったとされる。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』297—307頁（青土社、1999）。
- 93) 前掲・『新社会学辞典』853頁。その中心となったのは、イギリスのR.D.レイン、D.クーパー、アメリカのT. サスらである。
- 94) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p75.
- 95) なお、フランスでは、国家政策としての優生政策は実施されていない。髙島次郎「フランス—家庭医の優生学」米本昌平・松原洋子・髙島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会—生命科学の世紀はどこへ向かうのか』141-167頁（講談社、講談社現代新書、2000）。
- 96) Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Recueil des Textes Officiels intéressant la Santé Publique et la Population, pp. 1-14.
- 97) 医療・社会福祉チームは、1972年以降は、学際チーム（équipe pluridisciplinaire）と呼ばれるようになる。Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p 86. 医療・社会福祉チームは、医師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、看護者などからなる。
- 98) G. マッセ・X. ウッサン前掲46頁。
- 99) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 77.
- 100) *Ibid.*, p. 77.
- 101) 1970年には235日だったのが、1987年には70日となっている。Xavier VANDENDRIESSCHE, *op. cit.*, p. 2.
- 102) Le rapport au conseil économique et social de M. P. Joly, *op. cit.*, pp. 78-79.
- 103) 1990年6月27日の法律により、「社会復帰（réadaption et réinsertion social）」活動が加わる。
- 104) 1985年7月25日の法律は、精神保健県評議会（le conseil départemental de santé mentale）についても定める。その主な職務は、各精神医療医療圏における設備計画や、精神疾患対策のための設備・サービスの組織・機能に関連する問題全般について、また、障害者基本法によって目指される社会施設および医療・社会施設が、精神病者あるいは精神障害者を受け入れる場合には、その設立計画について、諮問を受けることである（公衆衛生法典L. 3221-2条）。
- 105) Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, J.O. 1^{er} janvier 1986, p. 7. この法律は、精神医療地区化政策にかかる費用および精神疾患対策活動を行う地域共同体の公務員・研修員などの地位について定める。
- 106) Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, J.O. 19 mars 1986, p. 4612. このデクレは、精神医療医療圏の種類、精神保健県評議会、精神疾患対策・精神医療地区化政策に関する公役務を実施する専門組織について定める。
- 107) J. Moreau et D. Truchet, *op. cit.*, p. 232. Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, J.O. 23 juillet, p. 2286. 49条；精神疾患対策にかかる費用は、国の責任となる。
- 108) 住民1000人につき3病床という世界保健機構（WHO（フランス語表記ではOMS））定めた基準による（1960年3月15日の通達）。
- 109) C. Paire, M. Dupont, C. Esper et L. Muzzin, Droit hospitalier, 2^{éd}, Dalloz, 1999, p. 59.
- 110) Arrêté du 5 mai 1992 fixant la population minimale du secteur sanitaire, J.O. 21 mai 1992, p. 6861.
- 111) C. Paire, M. Dupont, C. Esper et L. Muzzin, *op. cit.*, p. 126.

- 112) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 85.
- 113) *Ibid.*, p. 40.
- 114) 一般精神医療医療圏に関していえば、基幹センターの59%が精神医療専門病院センター (CHS), 32%が一般病院センター (CHG) あるいは大学病院センター (CHU), 9%が病院公役務を実施する民間病院 (HPP) である。*Ibid.*, p. 86 ちなみにフランスで精神科治療を提供している病院の内訳は、1993年の時点で以下のとおりである。専門病院センター (CHS) 100 (病床の54%, スペースの55%), 一般病院センター (CHG) あるいは大学病院センター (CHU) 181 (病床の17%, スペースの24%), 公的機能を果たす民間精神病院 (HPP) 27 (病床の13%, スペースの9%), 非専門の民間診療所22 (病床の1%, スペースの0.003%), 精神病者のための民間健康施設およびアフターケアホーム252 (病床の15%, スペースの12%)。 *Ibid.*, p. 97.
- 115) C. Paire, M. Dupont, C. Esper et L. Muzzin, *op. cit.*, p. 60.
- 116) Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement, J.O. 19 mars 1986, p. 4620.
- 117) Circulaire du 15 mars 1960, Recueil des Textes Officiels intéressant la Santé Publique et la Population, pp. 7-8.
- 118) 以上のような施設に加えて、フランスでは、精神医療地区化政策外の施設として (Décret du 14 mars 1986, Art. 12.) 処遇困難者を受け入れる処遇困難者病棟 (Les Unités Pour Malades Difficiles: UMD) が全国4ヶ所の専門病院センターに設置されている (Villejuif, Monfavet, Sarreguemines, Cadillacの4ヶ所)。このような施設を有していることは、フランスの精神病患者あるいは精神障害者に関する施策の特徴でもある。この処遇困難者病棟は、1950年6月5日の通達 (原典は確認できなかった) で、処遇困難者のための専門的サービスの創設が指揮されたことに端を発する。処遇困難者病棟は、そのモデル内規を定める1986年10月14日のアレテ (Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, J. O. 23 novembre 1986, p. 14136) による規制を受け、以下の3つの条件を満たす者の受け入れを行う。①強制入院の患者、②特別に組織された施設のもとで実施される適切な集中治療方式および特別な安全措置を必要とするほど他者に対し危険を示す者、③通常の入院施設内においては入院を維持するのが困難な確実かつ急迫の重大な危険を示す者。刑務所と同様の構造を有する処遇困難者病棟は、基本的に、危険を示す患者および刑法典の適用によって精神錯乱と認定され刑務所には収容されない者を受け入れる。受け入れ病院施設による直接の管理を受ける処遇困難者病棟は、医学・行政的書類を考慮して、県知事の発する許可、入院維持または退院に関する医学的検査を行う委員会の勧告といった特別の規制に服するとされる。Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, p. 100. 処遇困難者病棟について扱った日本語の文献としては、菅原道哉・福田修治・高橋紳吾・小峯和茂「フランスの処遇困難者対応」精神医学35巻5号535-542頁 (1993), 秋葉・前掲論文29-88頁などがある。
- 119) Le rapport au conseil économique et social de M.P. Joly, *op. cit.*, pp. 121 et suiv.
- 120) *Ibid.*, pp. 145-146.
- 121) 実際、2000年の医療法第4次改正まで、精神病院における医療従事者の定数について、医師については一般病床の3分の1, 看護婦・准看護婦については3分の2でよいとするいわゆる「精神科特例 (1958 (昭和33) 年10月2日厚生省発医132号)」が認められていた。
- 122) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, J.O. 3 janvier 1971, p. 67.