〈研究ノート〉

イギリス・フルボーン病院の物語を読む

― 日本における精神病院の改革と脱施設化を考えるために ―

大野　喜朗

はじめに

私は、イギリスの精神保健福祉とそこにおけるソーシャルワークのあり方について研究を進めていこうとしている。その中で大変に興味深い1冊の本に出会った。デヴィッド・H・クラーク著『21世紀の精神医療への挑戦―フルボーンは眠らない』（蟻塚亮二監訳、創造出版、2002年[1]）である。クラークはこの著書において、自らがその中に30年間の長きにわたって身をおきその改革を推進した精神病院の内実について、その変革の動と反動について、そこにおける人間模様について記している。この書の序文を書いたロイ・ポーターによると、イギリスで精神病院について内部の人間がその姿を明るみに出すことはほとんどなかった[2]。その意味で意義深い。クラークの記した精神病院の歴史をたどることは、イギリスの精神病院と精神障害者の歴史を表面的にでなく、きわめて具体的に、現場の状況に即して理解することに大いに役立つ。

クラークはWHOの顧問として1968年に来日し勧告を出した[3]。その後も何度か来日し、世界的にも先進的な取り組みを行なってきたフルボーン病院において長く院長として貢献したことで知られている。

本稿では、まずⅠ．において、本書に沿ってフルボーン病院の歴史とそのなかでのクラークの改革の取り組みを概観する。その際、本稿ではその内容を「開設からクラーク前」「クラーク時代」「クラーク後」と大きく三つの時代に分けて要約する。なお、最初の節では、100年近い長期にわたるその歴史の理解に資するよう、精神障害者の処遇にかかわる歴史的背景について、他の文献をも参考に、若干の補足を補1～4として活字を小さく記すこととする。

次に、Ⅱ．において、フルボーン病院の歴史を念頭に置きながら、私の勤める精神科病院を中心に日本における精神病院の改革と脱施設化に焦点を当てた歴史について振り返り、さらにいくつかの観点より考察を試みたい。

Ⅰ．フルボーン病院の歴史

1. 開設からクラーク前：1858年から1953年まで～1章、2章～

1858年にフルボーン癲狂院はケンブリッジ市の南東約3マイルの地に開設された。開院式典を

伝える地方紙の記事などから、当時の人々が精神障害者に対する人道的な処遇と治療を期待していたことが分かる（補1）。

（補1）ヨーロッパ諸国では19世紀を通して公的な近代的精神病院が次々と建てられ、やがてそれが20世紀に入る頃から巨大精神病院になっていった。イギリスでは1845年に精神病者法（Lunacy Act）が制定され、地方自治体に精神病院の設置が義務付けられた。それまでは、救貧院（workhouse または poor house）や私設癲狂院（private madhouse）、地方刑務所が精神病者の収容先の多くであった。そこでの患者の取り扱いはきわめて素人的かつ非人道的なものであった。その批判や啓蒙的な思想から、19世紀に入って州立精神病院が建設され、人道的処遇や道徳療法[4]、無拘束主義という考え方が出てきたのであった[5]。

開院当初は、無拘束を原則とし鍵も鉄格子もなかったものが、世紀の交代を前後するころにはすっかり様変わりし、陰気くさく刑務所のようになってしまっていた。そのスタイルは1880年頃からの60年間ほとんど変わらなかった。入院患者数は着実に増加していった（補2）。

（補2）19世紀前半の「道徳療法の時代（moral treatment era）」にあった精神障害者の治療とそのための癲狂院についての楽観主義は、19世紀の後半に「管理保護の時代（custodial era）」が始まるに及んで、悲観主義に一転した。多くの精神障害者が地域から癲狂院に移され、その過密と職員不足のために道徳療法的ケアは監禁、拘束的なものに変化していったのであった[6]。

1917年に施設の名称がフルボーン癲狂院からフルボーン病院に変わった[7]。

第一次世界大戦後看護婦寮が立てられ、これ以降、患者とスタッフの居住空間が分離されることとなった。それまでは患者も職員も一緒に住んでいたのである。

大半の精神疾患については、治療どころか治療の仕方についてもほとんど解明されていなかった。暴れ狂って取り乱した患者の大半は癲狂院に連れて来られ、なだめられて残りの生涯をそこで過ごすのが普通だった。

1940年代のイングランドの癲狂院の雰囲気は次のようであった。郊外にある古くて大きな建物、鍵穴の中でガチャガチャと鳴る鍵の音、たくさんの人間でごったがえし何の装飾もないむきだしの大部屋、尿と汗と床磨きの粉と煮たキャベツとクレゾール石鹸のにおい。大きな舗装された灰色の中庭があり、高い壁に囲まれ、壁にはたくさんの人々がひしめき合っている。団体行動と点呼。異性を目にする唯一の機会が日曜の教会である。患者には衣類も含めて私物の区別もなく、金銭の所持は禁止されている。看護婦の仕事は、離院したりお互いに傷つけたりしないように患者を監視することである。医師の仕事は、看護婦を監視すること、患者に対してスタッフが故意に行う暴力があまりにひどくならないようにバランスをとることである。病棟の処罰システムの中心の役割も担う保護室。居心地のいい病棟もあるが、その背後の「後方病棟」には「慢性患者」あるいは「後方

病棟患者」と呼ばれ不治で手に負えないとされている人々がいる。

第二次世界大戦後のフルボーン病院も他の平凡な州立癲狂院と似た状況だった。入院患者数950人は中規模の大きさであった。何もないむきだしの空間である閉鎖病棟は100人以上の患者であふれていた。

1920年を前後して、熱心な二人の院長によって作業の推進や外来診療、退院患者の訪問などいくつかの改革も試みられた。だが、1925年から翌年にかけての院長の交代によって、フルボーン病院は第二次大戦終了までの20年間の停滞の時期を迎えることになった（補3）。

（補3）1920年代になると、自発的入院や外来治療、アフターケアの試みがおこなわれた。その動きは、1930年に制定された精神疾患処遇法（Mental Treatment Act）によって促進され、州立精神病院でも自発的治療が可能となった。病院はより広い地域サービスの一環であると主張する新しい改革運動が起こったが、それは第二次大戦でいったん中断された。また、1930年代にインシュリン昏睡療法や電気痙攣療法など精神疾患の身体的治療法が出現し、病院精神医学は大きく変化し始める[8]。

第二次大戦終了後のフルボーンでの最初の課題は、長年にわたる病棟の混雑の改善、スタッフ不足の解消、それに適切な維持を施されてなかった建物の修理であった。外来患者の診療は戦後のもう一つの優先課題であった。

1948年に創設されたNHS（National Health Service　国民保健制度）にフルボーン病院も組み込まれていった。1951年になって、活動的な病院管理委員会が発足した。

精神医療の改革と刷新を求める医師たちの圧力によって、男女の病棟一つずつが「開放化」された（補4）。

（補4）戦後現れた精神科医の新世代は、あらゆる種類の「施設」や収容的治療という概念に対する嫌悪感を共有していた。NHSは、患者の誰もを同等に扱い、病院格差を是正し、病院ケアと地域ケアが統合的に進められるのに与って力をなした[9]。

1953年、前任の院長が引退し、新しい院長としてクラークが任命されたのである。クラーク32歳のときであった。

2. クラーク時代：1953年から1983年まで

この30年間を、クラークは社会療法の発展という観点から三つの時期に分けているが、その区分に従って見ていくこととする。

(1) オープン・ドア（開放化）～3・4・5章～

慢性病棟に収容され見捨てられ不当な処遇を受けている圧倒的多数の病んだ人々のために自分の

時間を費やすべきだと考える新しい院長として1953年8月に病院に到着した当初の様子をクラークは詳しく記している。不満を訴え士気の高くない職員たち、信頼がおけ改革の協力者になってくれそうな職員たち。病棟内で、倉庫で、洗濯場で、縫い物部屋で、野菜下処理室で、図書室で、働く患者たち。ほかにも様々な作業グループがある。「農場団」、「技師団」、「床磨き団」、「メイドたち」など。

クラークは改革にとりかかっていく。まずは、会議、しごと、開放化であった。

新任院長は、医師の間の、医師と病棟との間の、日勤者と夜勤者の間の、各病棟責任者の間の、看護と技師、庭師との間の、不一致や反目、意思疎通のなさを問題とした。それまでほとんど会議というものが開かれたこともなくて、皆が自分のことしか眼中になく、ほとんど誰も患者の要求を気にも留めない、まとまりに欠けた不幸な病院になっていた。クラークはすべての情報や計画を公開し、関係者が皆参加してオープンに会議を開き、そこで決定を下すことを原則とした。それぞれの管理者が他の管理者の考えを聞き、「何が患者にとって最も良いか」を吟味した。

治療共同体やオープンドアといった1953年当時の先進的な理論と実践を参考にしながら、取り組んだことのひとつが、患者が受身的にただ座っているのでなく、すべての患者を何かの「しごと」(occupation) に就けようという計画であった。抵抗を見せる職員もいる中、進められていくにしたがって、患者の顕著な改善に励まされ、職員たちの患者を見る目が変わっていった。

「全員にしごとを」運動に並んで取り組まれたのが、開放化であった。いくつもの議論を起こしながら順次開放化を進めていった。案ずるより生むが易しの面も少なくなかった。重症病棟を開放するにいたるにはかなり難儀したが、開放することによって病棟の緊張が低下し、暴力沙汰や隔離室の使用も減少した。患者も職員も快適さを感じた。1958年9月に最後の病棟の鍵が開けられた。

この間、他にも地域への広報活動や、ハーフウェイハウスの開設なども取り組まれている。

1957年には、病院にとってもクラークにとってもすべてが順調に見えていた。しかし、翌年にはそうでなくなった。この数年の急な病院の改革に対する反動があったのである。病院管理委員会との確執、若い医師たちの不満と院長に対する攻撃など。クラーク自身に、活動的であり続けたことの気分的反動もあった。次に何をすればよいのか、これから進むべき道についての大きな目標、指針を示すことができないこともあった。

だが、クラークは、この「挫折と後退の日々」を乗り越えていった。

クラークはこの「挫折」のときに、病院外の事業であるハーフウェイハウスでの仕事に力を得、支えられた。病院から移り住んだかつての入院患者が生き生きと変わっていくさまに接して、多くを学んだ。また、病院内の多くの作業プロジェクトの成功から次の教訓を得た。責任や判断力、自発性を発揮すること、また皆から認められることが精神障害回復者の心理的重荷を振り払うのに大いに役立ったということであった。彼らは働く機会や役割があれば能力や責任感を発揮し、互いに助け合う力があると考えるようになった。そのように患者に対する基本的な態度が変わるのに伴い、自分たちの仕事は彼らの自発性を押さえつけるのではなく、むしろ自発性を引き出すことだと考え

るようになった。そして次なるスローガンとして「活動」、「自律」、「責任感」を使い始める。そのスローガンには看護者や職員たちがそれぞれ創意工夫し自発性を発揮していくことが含まれており、クラークはその後押しに励んだ。

また、看護職員の教育、研修に力を注いだ。折りしも、1957年から1960年は、精神科看護教育について国家をあげて取り組んだ時期であった。

1957年の王立諮問委員会報告書とそれを受けた1959年の精神保健法[10]について、クラークは、自分たちの仕事に決定的な影響を持つものであったと述べる。

この法律の主な内容は、私たちがすでに行ってきたことをより容易にする（ある場合にはもっと法的に整備する）ものである。患者が自由に病棟を出入りしたり外出するのが「非公式の活動」や変則的な状態でなくなった。法的な認定による入院命令は、病院の精神科医に何の相談や、まして予告もなく、時には非常に不適切に行われていたが、ついに精神病院にいる私たちが一般病院同様に誰を入院させるか決められるようになった。退院予定患者のリストを病院管理委員会に提出する必要もなくなった。

この時期は、治療共同体の取り組みが始まった時期でもあった。

社会心理学者の報告では、開放化によって病棟は非常に見栄えが良くなったが、病棟の対人的構造に変化はなく、管理と抑圧とがまだ生きており、長期入院患者は回復に向かっていないと言われていた。患者からすると、親しみにくく「横柄」で不愉快であるという。暴力に訴える患者のいる重症病棟では行動制限に頼っていた。病棟ミーティングは、患者と職員全員が丸くなって座り誰でもが話したいことは何でも話せるというものであった。病棟ミーティングと職員ミーティングで徹底的に話し合うことを通じて、お互いの理解を深めそれぞれが主体的に考えていくようになった。何人かの「問題患者」の暴力や対人的接触も次第に改善された。

(2) 治療共同体～6章～

1962年から63年にかけて1年間アメリカに研究のために滞在したクラークは、新たな意気込みと展望を持ってフルボーンに戻った。たくさんの課題があったが、重要なものに新しい入院施設のオープンと、病棟および看護機能の再編があった。

数年をかけて計画を進めてきた新しい95床の入院施設が1964年1月に運用開始にいたった。新しい建物は普通の病院の建物でなくリゾート・ホテルのようにすべきというのがクラークの考えだった。また、広いデイルームを設けて日中活動の場、男女混合の空間とした。それは快適であり、とりわけ患者と家族が喜んでくれた。これをひとつのてこにして、男女に完全に分かれていた看護職員の組織を統一し、男女混合病棟をいくつか設けた。

フルボーンでは60年代から70年代にかけて、治療共同体ないし治療共同体的アプローチが最も急激に進展した。1959年の精神保健法の後1960年代をとおして院長の役割は徐々に消滅していった。そのためクラークは、最も重症な長期在院患者に治療共同体的アプローチを試みるという、ほ

かのどこにも経験のない仕事に集中できた。クラークは、そのありさまを生き生きと記し、「私たち専門家の人生にとって、最も解放的で刺激的な実験のひとつであった」と言う。

患者がスタッフとともにオープンに話し合い、自分自身の生活に責任を持ち、病棟運営に関する決定に参加した。患者の状態は改善し、その後退院していった。平等の雰囲気（患者も職員もファーストネームで呼び合い、白衣も含めて制服は廃止となった）や変革の文化が、この時期の特徴として挙げられる。

オープン・ドアに始まりここまで取り上げてきた改革について、そのすべてをクラークは「社会療法」という言葉にくくる。それは社会的構造[11]を通して患者を支援するすべてのものである。長期入院患者とその生活に変化を与える力は、医学的なものというよりも社会的なものである。患者に対する薬物療法や精神療法だけでなく、むしろ医師は病棟の士気や機能を考えるべきだ。

(3) リハビテーション～7章～

患者の退院を促進するにつれて、長期入院患者の社会的能力を回復するプロセスは、当初の予想をはるかに超えた難しいものであることに気付くようになった。多くの長期入院患者は（長期にわたる監禁やもともとの精神疾患により）、自らの意思で生活の場を変えていくにはあまりにも能力が低下していた。また、50年代から60年代の精神科医は、最新の治療により精神病の急性期症状を治すことができるので、長期入院患者が将来発生することはないと考えていた。だが、1972年のある調査によると、フルボーンは毎年17名にのぼる「新しい長期入院患者」を生み出していた。

病院内でのリハビテーションの必要性が次第にテーマに上るようになり、やがて1969年に始められた社会療法部門がリハビテーション・プログラムの中心となった。当時の「階段モデル」にとらわれず、まったく低い階段にいるものの退院も促進した。退院して地域にいる長期患者に、彼らをよく知っている病棟スタッフが訪問するというシステムをつくりあげた。1965年に最初のグループホームが開設され、その後数年をかけて一連の住居群をつくりあげた。障害の重い人たちの退院に向けて「リハビテーション・コテージ」を設け、彼らをそこに住まわせ、数ヶ月間以上も作業療法士が張り付いて、一緒に買い物に行ったり、調理の仕方を援助したりして世話をした。

社会療法部門は後にケンブリッジ・精神科リハビリテーション・サービスと称するようになるが、地域ケアのモデルとなる取り組みとして評価され、政府の公式の政策に採用される。

広く病院外に目を向けると、1971年に設置された自治体の社会サービス局が発展するなど、地域全体で、患者に対する再発防止と支援体制がとられるようになった。精神科外来部門の活動が拡大していった[12]。精神保健分野で様々なボランティア・グループの活動が展開された。他方、1974年以降、オイルショックと経済不況によって政府の資金はカットされ、また繰り返し行なわれた再編とあいまって、NHSは中央政府による管理的色合いを濃くしていった。

3. クラーク後（1983年以降）～8章、あとがき～

クラークは1983年にフルボーン病院を定年退職する。その後のフルボーンとNHSの歴史はクラ

ークの意にそぐわないものであった。

1990年までにフルボーンには治療共同体と称する病棟はなくなる。イングランド全体でも同様に治療共同体病棟は1980年代に衰退し、NHSの組織の中からは消滅していった。理由の一つは、その成功によって長期入院の活動的な患者たちの多くが退院したことである。しかし、根本原因は、平等主義的で民主的な病棟文化と、NHSが変質して権威主義的で官僚的な組織になったこととが両立しがたいことである。まだ盛んである治療共同体の大半は、金勘定中心の官僚主義に束縛されない小さな住居ユニットで行われていた。

1990年代に英国の精神医学は社会療法への関心も失ってしまい、診断や処方の技術の上達に熱中し、自分たちの診察室へ引っ込んでしまった。

サッチャーによる公的サービスの誹謗中傷、公的病院の民営化によって、フルボーン病院が受けた被害は甚大であった。治療的理由というよりも管理的理由によって、患者は移動させられ、病院運営はずたずたにされ、ケンブリッジ・精神科リハビリテーション・サービスがつくりあげたネットワークは分裂し、スタッフの活動を制限した。

こうした状況を目の当たりにしながらも、クラークは誇りをもって次のように述べる。

だが、社会療法はけっして時代遅れではない。看護等の文化・精神も含め、それらのいくつかは今も引き継がれており、次の世紀（21世紀）にも続くであろう。

Ⅱ．A院の歴史と日本の脱施設化

フルボーン病院の歴史を念頭に置きながら、筆者の勤める精神科病院（以下、A院）を中心に日本における精神病院と脱施設化に焦点を当てた歴史と現状について振り返りをおこないたい。

1. A院の歴史を振り返って

日本では、1875年（明治8年）に南禅寺境内に建設された京都府癲狂院[13]が最初の公立精神病院であった。だが、公的責任として精神病院を設置する方針が採られたのは1919年（大正8年）の精神病院法以後である。昭和初期においては人口当たり病床数が諸外国に比して10分の1の低さであった[14]。精神病院の建設が本格的に推進されたのは1950年代半ば以降である。

精神病院ブームに乗って1966年に定床84床で開設されたA院は20年後に400床を越えるまで増築され続けた。定床を1割オーバーしてすし詰めにされた患者たちにあふれ、それはまさしく収容の時代を体現しているのであった。開設時より1996年に新病棟がオープンするまでの30年間、部屋の仕切りのない病棟があった。「野戦病院のようだった」と当時を知る職員は振り返る。

A院では、おそらく1970年代の半ばごろ以降、病院内外の作業、開放化、ハーフウェイハウスやアパート退院援助、治療共同体的なアプローチ、男女混合、看服の廃止などが、取り組まれてきた。クラークのこの書では直接はふれられていないが、ほかに通信・面会の自由をはじめとする人

権の保障、金銭自己管理などもあげることができる。先にみたようにもともと標準的な収容中心の精神病院であったが、熱心な医師と看護者をはじめとしたそのような取り組みも開始されていた。1980年を前後する頃には「熱く燃えた」時期があったという。ただし、必ずしも病院をあげてというわけではなかった。フルボーンからするとざっと20年の時差である。

1970年代後半から80年代にかけての反「閉鎖・収容」、開放化を柱とする改革を第1の画期とすれば、第2期は、入院処遇の適正化を課題とした1990年代前半をいうことができよう。A院は1991年に医療法人となったが、その認可を得るために稼動病床数の減少＝適正化が図られ、在院患者数が定床の1割オーバー（450～60名）から1割少ない（360名前後）状態に移行した。1988年に施行された精神保健法によって処遇改善が重要な課題とされていた事情も指摘できるだろう。他方、入退院の回転は90年代を通して速度を増していった。平均在院日数は、ピークにあった1990年のおよそ560日から1995、6年には320日前後にまで下降した[15]。ここでは新入院患者を長期入院させないこと、長期在院患者・社会的入院者の退院を促進することに努力が傾注された。

入院収容中心からの脱却がそれを保障する体制作りを伴って進められるようになり、またリハビリテーションに力を入れるようになるのが第3期であるといえる。すなわち、1996年以降の数年間に渡って、従来の精神病院のイメージを一新しアメニティやプライバシーに配慮した新病棟のオープン、看護職員の増員とレベルアップ、コメディカル部門の充実、グループホーム、デイケアセンターの開設、訪問看護室の開設などが相次いですすめられていった。やはりフルボーンとは20年から30年の時差がいえそうである。

フルボーンとの大きな違いは、長期入院患者がなくならないこと[16]である。また、病床数が減らないこと[17]である。あるいは、われわれはまだまだ鍵に頼っている。今でも全開放病棟は7病棟中ふたつに過ぎない。

A院では、改革当初の熱気がずっと続いたとは必ずしもいえない。看服は次第に復活した。病棟ミーティングはむしろ形式的な風である。改革の1期および2期において収容主義的なところの多くを廃止してきたのだが、「ぶらり開放[18]」という様相も呈していた。それに対して、各職種の専門性と技術の向上を指向し、治療的アプローチをしっかりするという意味で「病院らしい病院に」と指向することが強くなってきたといえよう。だが、先にあげた取り組みの多くは続けられており、また比較的に自由で平等な文化や友好的な雰囲気はなくなっていない。

2. 日本におけるここ10年間の脱施設化

私が精神科ソーシャルワーカーとして働き始めた頃のことである。1993年12月、障害者基本法が制定された。それは予防や訓練、保護を旨とする心身障害者対策基本法に代わって、障害者の自立と社会参加の促進、そのための施策の総合的かつ計画的な推進を目的とするものであった。1975年の国連障害者の権利宣言と1981年国際障害者年に象徴されるノーマライゼーションの国際的な動きに沿ったものであった。その中に、精神障害者が身体障害者、知的障害者と並んでこの法の対象となる障害者として位置づけられた。おぼろげながらに大きな変革を予想させられ、これは入院

を主柱とした医療の時代からの画期となると感じたものであった。1995年12月には「障害者プラン～ノーマライゼーション7ヵ年戦略～」が策定され、障害者施策の分野で初めて数値による施策の達成目標が掲げられた。社会復帰関連の施設数やマンパワーの数値目標も示された。

それから10年余を経て、一体どのくらい精神障害者のノーマライゼーションとリハビリテーションは進んだであろうか。ここではいくらか単純化してハード面を中心に見ていくことにすると、一方においては、地域における様々な資源が進展を見せた。社会復帰施設[19]とグループホーム、小規模作業所の数は大きく伸びた。入院以外の医療資源も精神科診療所や精神科デイケア施設の数が格段に増えた。他方、1980年代以前精神保健においてきわめて大きな位置を占めていた精神病院を見ると、病床数はピークである1993年の36万2千床からごくわずかしか減っておらず2003年現在で35万5千床となっている。在院患者数はピークの1991年34万9千人から2003年32万9千人に2万人の減少を示している。ちなみに精神科の入院施設を持つ病院数はほとんどまったく減っておらず、1993、94年の1672病院が2003年現在では1667病院である[20]。

ひるがえってみると、91年度厚生科学研究「今後の精神医療のあり方に関する研究」報告書では、36万床を27万床にまで削減することを提言していたが、遅くともこのころまでにはすでに精神科入院者の2割かそれ以上は社会的入院で地域での支援体制があれば退院できるという認識が形成されていた[21]。その後、たしかに一面においては在院患者数が2万人減りまたアルツハイマー型や老年性の認知症による在院患者数が3万人から4万人に増えている[22]ので、認知症を除くと3万人すなわちおよそ1割近く在院数が減少したといえる。また、同じ期間の年間平均在院日数[23]の変化を見ると、470.9日から363.7日まで22.8％の減少である[24]。これは平均の入院期間が短くなったこと、在院者数が減ったと共に入退院数が増えたことを意味している。こうしたことから、長期在院患者の退院がいくらか促進されたこと、または新たに長期在院患者を生まない取り組みが一定進展したことが推定される。しかし先に見たとおり10年を経ても精神科の病床数はわずかしか減っていない。脱施設化の進む世界の流れに反した日本の精神医療・精神保健福祉状況を象徴するものとされてきた人口万対病床数は、ピークであった1993年の29.2が2003年には27.9であり、依然として突出している。在院者数の絶対数でも最多である日本は、世界一の精神病院大国でありつづけている。2002年12月の社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」は「今後10年のうちに、〈受入れ条件が整えば退院可能〉な約7万2千人の退院・社会復帰を目指す」という数値目標を示しかつ精神病床の削減についても言及したという点で画期的であった。またそれは、その後の新障害者プランや2004年秋の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を経て現在にいたる政策の土台をなしている。そこにおいては、「最近入院した者については比較的短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと」「これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進めることが重要」と社会的入院者の退院・社会復帰が遅々として進まなかったことを認めている。

3. フルボーンに照らして

精神保健医療福祉の現場は障害者自立支援法の施行をめぐる状況に直面しその対応に追われている。こうした中にあって、現状をいかに捉え、将来をどのように展望すればよいのだろうか。いうまでもなく、問題は数合わせにあるのではない。精神障害者の人権や社会参加、自己実現が阻害されてきた歴史の変革にあるのである。

クラークによるフルボーン病院の歴史を概観した。それを念頭においてA院を振り返り、また日本の入院医療中心からの転換が進まないことをみた。そうしたとき、何が見えてくるだろうか。

(1) 大きな違い—脱施設化が進まないこと—とその理由

まず、フルボーンとA院および日本との間の大きな違いを指摘しなければならない。

フルボーン病院ほどでないが、A院も精神病院改革の先進的な取り組みを行ってきた[25]。似ているところも少なくないといえる。むしろ、フルボーンの改革、とりわけケンブリッジ・精神科リハビリテーション・サービスは、「〈バンクーバー・モデルか、ケンブリッジ・モデルか〉と世界を代表する二大モデルとして私たちの目を開いてくれた[26]」と監訳者が述べているように、A院でも多少なりとも手本とされたのかもしれない。だが、同時に、大きな違いもある。Ⅱ－1に記したとおり、A院では長期入院患者がいくらか減ったとはいえ、なくならないことである。また、病床数もやや減ってからそれ以上は減らないことである。Ⅱ－2に見たように、それは日本の全般状況でもある。1970年代初めに23あったフルボーンの病棟は、現在では急性期が2つ（一方は24床）とリハビリテーション病棟が1つである[27]。病床数は80床である[28]。病棟数、病床数とも最大時のおよそ10分の1になる。この違いはどこからくるのだろうか。仮説の域ではあるが、その理由として次の3点を考えた。

第1に、収容と抑圧をやめ、積極的に人間の尊厳を実現しようとする意志と実行力の強さに違いがあったのではないか。クラークは、活動の原動力となった自らの哲学に繰り返しふれている。「ひどく重症で精神病的な水準にある患者（例えば暴力的で狂人と呼ばれる人）たちにこそ、医師としての生きがいがある[29]」。「豊かな階級の人々の悩み事にかかわり高給を得て高い地位に就く[30]」のではなく、「苦しんでいる貧しい人たちを助けるために自分の仕事を捧げるべき[31]」であるとの信念。「よその病院で見てきた患者への残酷な仕打ちにひどい嫌悪感を抱いていた[32]」。もちろん、日本でもA院でも同じ志は少ないわけではなかった。しかし、おそらくその市民的ないし国民的な広がりや基盤の強さが違ったのではないだろうか。歴史的文化的なものや時代精神といったものの違いも少なからずあるかもしれない。

社会的入院者と病床数が減らない理由として、欧米の公的病院が主流であったことと日本の民間病院が大半であることの違いをあげる説を耳にする。だから、精神障害者の社会からの隔離は正当化できるのか？精神障害者のために精神病院をつくってきたのなら、どうして精神障害者の利益とわかっていることに力を傾注しないのか？

精神病院が地域社会と地域の精神保健サービスに拡散し溶け込んでいったようなかの国と異なり、日本では別社会としてのあり方を変えられていない。収容施設としてのアサイラム（asylum）

の性格を保持していると言ってよいかもしれない。

第2には、経済的側面を指摘しなくてはならないだろう。フルボーンでは、1948年に始まる国民保健制度（NHS）によって自治体を母体とするものからNHSの管轄に入ることとなった。100年近く設立・運営の責任を負ってきた、治安判事や地方自治体からの代表、州議会議員などからなる巡視官委員会は、病院管理委員会に代わられることになった。いずれにしても病院の運営に当たる公的な委員会であって、日本の一般的な私立病院とは性格を異にする。すなわち、地域住民のまた国民の公的な資源であることが強く意識される。精神障害者のための公的な資源であるから、病院は病院でなければならないわけではなく、その財源および人的等の資源を入院に向けるものを減らして地域精神保健サービスに振ることができる。そのうえ、そのほうがコストの節約になるのであれば、納税者の利益をまず考えるものにとっても良い。私立病院では、病院の経営が第一に考えられる。日本の診療報酬制度の下にあっては、入院患者を減らすと経営が成り立たない。

第3に、急激な退院促進によって行き先のない患者が出ることを恐れる考えが日本では強かったのではないか。1960年代に進められたアメリカの精神病床の急減を反面教師にしてきたこともあるだろう。

この3点は密接に関連し、あるいは重なっている。

(2) 改革と地域ケアの一定の前進

フルボーン病院の歴史を概観しわれわれのある状況を点検して言えることの2点目は、社会療法やリハビリテーションがこれまで取り組まれ、たとえそれが今十分でないとしても、その方法および基本的精神は形成されてきたというプラスの側面である。クラークの指摘するとおりであるが、それはA院についても日本についても同様である。

例えば、精神保健法およびそのいくたびかの改正により、患者の人権擁護や入院環境はずいぶん改善されてきたといえる。宇都宮病院や大和川病院が公然と存在できる余地はもうほとんどない。例えば、精神病院に真の意味でノーマルな生活を期待するのは無理なことだが、それ以外の施設や事業では生活モデルやノーマライゼーションの考え方が浸透している。私も、精神障害者生活訓練施設での1年間の仕事において、当事者自治や「入居者ミーティング」に取り組んだことがある。治療共同体については言葉を聞いたことがある程度であったが、当事者の自己決定や主体性、自立を重んじるのは当然のことであった。例えば、地域包括支援という、重度の精神障害者の地域生活を多職種からなるチームで支えようという取り組みが一部で始められているなど、いくつものことが挙げられる。

おわりに

他人を知ることは、自分を知ることである。

クラークの書をとおしてイギリスの精神病院と精神障害者の歴史を学び、それと比べて日本では病院ケアから地域ケアへの転換がいかに進んでいないかを見た。その理由について考察を加えたが、

この仮説は今後検証していきたい。また、地域ケアなどの一定の前進についても確認できた。

20世紀に行われたフルボーンの改革物語に世紀を超えた普遍的価値を見出し、「この本の邦題を『21世紀の精神医療への挑戦』とすることにあえてこだわった[33]」――本書の監訳者がそのあとがきにこう述べた。そう信じて前に進む勇気もまた、この書から与えられたように思う。

【注】

1) 原著は、"The Story of a Mental Hospital : Fulbourn 1858-1983"（Process Press、1996年）である。

2) さらに、この書は、ポーターの指摘するとおり、大規模な公立精神病院の運営に費やしたクラークの生涯の個人的な思い出が書き綴られている。クラークは非常に率直かつ大胆に書き記しており、自伝としてまた物語としてもひきつけられるものとなっている。

3) クラークは1967年から翌年にかけての4ヶ月間にわたる調査の結果、長期収容を改め入院患者の増加を防ぐこと、地域精神保健活動やリハビテーションに力点を移すこと、さらにそれらのためのいくつもの具体的方策を勧告した。しかし、この勧告は、日本政府によって顧みられることがなかった。

4) 道徳療法の原則について、クラークは次のように説明する。「人道的な癲狂院をつくった人たちは、病棟は小規模で、家庭的で、友好的な雰囲気が良いとし、患者のために、遊びと仕事などを用意して活気をもたせ、スタッフは、患者の理性的で責任を果たせる部分に働きかけ、不合理な部分を最小にとどめ、強制や拘束は最小限とし、暴力や残忍な行為、もしくは抑圧や逸脱行為があってはならない、とした」（本書p.405）。

5) 本書（pp.11-15）のほかに以下のものを参照した。
ジェフ・シェパード著、斉藤幹郎・野中猛訳『病院医療と精神科リハビリテーション』（星和書店、1993年）第2章
小俣和一郎著『精神病院の起源　近代篇』（太田出版、2000年）3章5節
J. K. ウィング／B. モリス編、高木隆郎監訳『精神科リハビリテーション～イギリスの経験～』（岩崎学術出版社、1989年）1章1節
新福尚隆・浅井邦彦編『世界の精神保健医療～現状理解と今後の展望～』（へるす出版、2001年）p.43
なお、文中に示す法律は基本的にイングランドのものである（以下同じ）。

6) 本書（序文および2章）のほか、ジェフ・シェパード前掲書第2章、J. K. ウィング／B. モリス前掲書1章1節、新福尚隆・浅井邦彦前掲書p.43を参照した。

7) 癲狂院の原語はlunatic asylumである。Asylumとは、もともと安全な避難所、保護所を意味する言葉であるが、補2のような事情の中で、拘禁的な長期収容施設の意味を持つように変化した。

8) 注6に同じ。また、イギリスの 'Mind'（The National Association for Mental Health）のホーム

ページを参照した（2006年9月16日）。
http://www.mind.org.uk/Information/Factsheets/History+of+mental+health/Key+Dates+in+the+History+of+Mental+Health+and+Community+Care.htm。

9) 本書（2章）のほか、ジェフ・シェパード前掲書第2章、J. K. ウィング／B. モリス前掲書1章1節、新福尚隆・浅井邦彦前掲書pp.43-46を参照した。

10) 「Mental Health Act」。病院医療から地域における医療への転換を図ることを強く促した。本書（5章）のほか、ジェフ・シェパード前掲書第2章、Mindのホームページ（前掲）を参照。

11) ソーシャルワークでいう環境ないし社会環境の意味に近いが、それと人との相互作用をも含むように思われる。クラークが例えば「病棟の社会的構造」と言うとき、病棟のハードソフト両面の仕組みと共に、そこにおける人の様々なやりとりや交流、ダイナミズムを指しているようである。

12) この時期は全国的にも、NHSによる地域における精神保健サービスの展開が進んだときであった。新福尚隆・浅井邦彦前掲書pp.43-46、Mindのホームページ（前掲）を参照。

13) 文献によって「京都府癲狂院」とされたり「京都癲狂院」とされたりするが、いずれにしても京都府立である。7年後の1882年、財政難から民間に譲渡される。これが私立「京都癲狂院」であり、のちの川越病院となる。小俣和一郎前掲書p.26参照。

14) 精神保健福祉研究会監修『我が国の精神保健福祉　平成16年度版』pp.16-19。

15) 平均在院日数は、その後も減少を続け、21世紀に入ってからは220～230日台に落ち着いている。

16) 例えば、5年以上の在院患者数を見ると、1990年7月には218名で在院患者全体のちょうど5割を占めていたのが、15年後の2005年6月には111名で全体の3割強である。減ってはいるのだが、ここで強調するのは、フルボーンにおけるのとは違って「なくなっ」ていないということである。

17) 運用病床は先に見たように減少したが、定床は402床より減らない。

18) 開放化が進み拘禁的抑圧的処遇からは脱したものの、リハビテーションなど積極的な働きかけがあまりされていないというA院の状況について、やや批判的な意味合いを込めて言われていた。

19) 精神保健福祉法に定める社会復帰施設すなわち精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場、精神障害者地域生活支援センターの5類型を指す。

20) 精神障害者社会復帰促進センター他編集『精神保健福祉白書2006年版　転換期を迎える精神保健福祉』（中央法規出版、2006年）付属のCD-ROM内「精神保健福祉資料」より。千未満を切り捨てた。

21) 1983年の厚生省による患者調査や1991年の日本精神・神経学会による報告を参照。

22) 同注20

23) 平均在院日数とは、ある期間をとり、次の式で求められたもの。在院患者延数÷((新入院患者数＋退院患者数)÷2)。一回の入院期間の平均を推定する方法といえる。

24) 同注20。ちなみに、ピークは1982年の529.8日である。

25) 例えば、A院と同一県内に所在しA院の前に私が勤めたB院は、1990年代前半当時閉鎖的な病院が周囲にまだまだ少なくない中にあって開放化のすすんだ精神病院であり、県の西半分にあっては最も先駆的な病院であると自他共に認めていた。だが、男女混合はなく、医師の、スタッフの、病棟の、少なくとも定例的なミーティングはなく、社会復帰活動もあまりなかった。筆者が1996年にB院からA院に移ったとき、外来部門のにぎわいや病院全体とくに診療部門の自由さと活気に大きな違いを感じたことを記憶している。

26) 本書p.417

27) 南ケンブリッジ州精神保健サービスのホームページを2006年9月6日に見た。
http://www.cambsmentalhealthinfo.nhs.uk/services/sthcambs/hospital_services.html

28) 青戸忍「イギリス・ケンブリッジの精神保健活動」『精神保健福祉』第37巻第2号（通巻66号）2006年、p.184

29) 本書p.328

30) 同p.322

31) 同上

32) 同p.320。濡れタオルで息をできなくする「タオル療法」や「げんこつ療法」もあったという(同pp.329-330)。

33) 同p.415。なお、原題は、注1に記したとおりである。