

戦後ドイツにおける精神医療の展開

——精神医療改革とその後——

橋 本 明

I はじめに

わが国の精神医療を語る場合、比較の観点から海外とりわけ欧米諸国の状況が引き合いに出されることが多い。だが、不思議なことにイギリス、アメリカといった英語圏が中心で、わが国の精神医学の創設に多大な影響を与えたドイツの精神医療の動向について触れられることは少ない。もっとも地域精神医療に関しては、1950年代のイギリス、1960年代のアメリカでの変革が当時の世界の目を引いたことは確かである。さらにその後、イタリアがこの分野で脚光を浴びたのと比較すれば、欧米先進国に共通して見られる精神医療改革の歴史的流れのなかで、ドイツの改革はいかにも地味に映ったのかもしれない。

ところで、精神医療は極めて社会構造的、文化的な影響下にあることは忘れられがちである。今日の精神医療にとって中心的な概念のひとつである精神保健 (Mental health) は、アメリカという社会と密接に結びついている。それはアメリカの社会構造のもとでひとつの産業を形成しているのであって、例えばドイツ社会の文脈に沿って Mental health を翻訳するのは困難が伴う、否不可能である。もちろん、“psychische Gesundheit”等に訳すことは可能だが、これでは Mental health の持つ意味の多くが失われてしまう¹⁾。そもそも現代医学の特徴とはその知識・技術が文化の枠を超えて伝達されうることにある一方、文化的要素や制度の総体である医療として機能する場合には内容に差異が生じるのである²⁾。

このように、先進国共通の歴史的展開がある一方で、精神医療の文化的差異は無視できない。本稿ではこれまで紹介される機会が少なかった第二次世界大戦以降のドイツの精神医療の動向を概観し、その特徴を検討することで今後の精神医療に関する国際比較研究のひとつの資料としたい。

II 戦後の欧米の精神医療の展開

まず、戦後の欧米における精神医療をアメリカ、イギリス、イタリアを例にとって概観しておきたい。

精神医療が展開する社会的・文化的背景に注目すれば、第二次世界大戦後のアメリカの突出ぶりは無視し難い。戦前のアメリカにおいても精神衛生運動という形で、精神医療の変革に刺激を与えた要素もあったが、精神病院の根本的改革にはつながらなかった³⁾。戦後の精神医学界にアメリカが与えた影響は大きい、それは特定の理論や華々しい業績があったわけではなく、ヨーロッパの後追いという印象は拭えなかった。むしろ精神医療に与えた影響力は、戦後に超大国にのしあがったアメリカが獲得した覇権とも関係している⁴⁾。

アメリカで特徴的なことは、精神科領域での教育制度または研究環境である。脱医療化 (de-medicalization) を進めることで、精神科医以外の精神医療従事者 (心理、社会福祉、看護などのスタッフ) の数の充実が図られた。1946年の精神保健法 (Mental Health Act) に基づいて設立された国立精神保健研究所 (NIMH) は大学病院とは独立の研究機関としては、その人的、財政的規模に

において他国に類を見ない。NIMHにおいても精神科医以外の研究スタッフが主流となり、研究所の予算は、短期間に膨張し続けた^{4),5)}。

さらに1963年の精神保健センター設置法 (Community Mental Health Centers Construction Act) により地域精神医療重視の政策が決定的となった。アメリカの好景気、時の大統領であった Kennedy 自身が精神医療改革の遂行に義務感を感じていたこと、圧力団体の対立もなかったという好条件が重なり、この法案はあっさり議会を通過して成立してしまった⁶⁾。だが、精神病院と精神保健センターとは連携を欠き、センターが整備されるより早く病院が解体していくといったちぐはぐな事態が起っていた。退院患者の十分なアフタケアのめどもたたないまま、精神病院のベッド数だけは急激に減少したのである。「精神病は予防可能であり、深刻な行動障害ですら変えることができる」という盲目的なまでの信念、熱狂的なまでの楽天主義が支配的であった当時、現実を無視してひたすら地域精神医療というゴールをめざした代償を、アメリカはやがて負わなければならなくなる⁷⁾。

次に地域精神医療の発祥地であるイギリスについて概観したい。イギリスの精神医療は1948年の国民保健サービス法 (National Health Service Act) から、1959年の精神保健法 (Mental Health Act) の成立に至る11年間で大きく変貌を遂げている。この時期はイギリスの精神医療の移行期といわれ、1950年代を代表する精神医療の「3つの革命」が中心的役割を果たした。すなわち薬物療法の導入、精神病院の開放化運動 (open-door movement)、そして精神保健法により一応の完成を見る精神保健関連法規の整備である。

この精神保健法の成立には、1953年に出された WHO による地域精神保健に関する報告が大きな影響を与えた。「地域社会では病院も数あるサービスのなかのひとつの道具 (tool) にすぎない」という考え方は、当時のイギリスの現実からはかけ離れてはいたが、しだいに政策に反映させていくことになる。精神保健法の主眼は、精神医療を一般医療に統合し、各自治体が社会サービスの一環

として精神病患者のケアを行うことを定めたところにあった。これにより、精神病院はしだいにひとつの「道具」となり、地域精神医療の方向はゆるぎないものとなった。その後、この地域精神医療の考えはヨーロッパ、とりわけスカンディナヴィア諸国、オランダに広まっていった^{8),9)}。

ところで、ドイツと同じく第二次世界大戦の敗者であるイタリアの例は興味深く、またその精神医療がたどった歩みはアメリカ、イギリスとはかなり異なった様相を呈している。1970年代のイタリアでは学生・労働者による改革運動の只中にあり、その風潮のなかで精神医療改革が行われたという点は、ドイツと類似している。イタリアといえば、Basaglia と結びつけられる1978年の法・第180号 (トリエステ法) を軸とする改革がまず脳裏をよぎるであろう。州立精神病院への新たな入院は今後一切禁止し、理論的には精神病院の消滅を意図したことは確かに衝撃的であった。だが、精神病院のベッド数の減少については、トリエステ法は全く影響を与えていないといってもよい。というのも、すでに60年代の半ばからベッド数自体は減少し始め、これは州立精神病院のベッド数の上限、外来の設置義務などを定めた1968年の法・第431号に起因することは明らかであるからである。トリエステ法の本質はむしろ、国の保健行政機構のなかで精神医療を他科の医療に統合したことであり、精神病患者に対する政策の重点がいわば治安から医療へと移行したことにある。

しかし、トリエステ法を経たイタリアの精神医療にはなお解決すべき問題があまりに多い。将来新たな患者が入院することはない精神病院 (Ex-Ospedali)、いわば「死にゆく」精神病院の住環境は劣悪のまま、積極的な設備投資も望みにくい。公立病院とは対照的に、在院患者数が1970年代を通して横ばい状態であった私立精神病院には、概して問題が多い。とりわけ宗教団体が経営する病院には、高齢の慢性患者が多く入院しているが、ケアも設備も不十分で評判が悪い。また革新系が行政を司っているイタリア北部に比べ、南部にはそもそも精神医療改革は存在しないとさえいわれ、地域格差は大きな問題である^{10),11)}。

III ドイツ精神医療の戦後

a. 精神医療改革以前

第二次世界大戦後のドイツは、破壊された都市とどん底状態の経済を立て直すことから始まった。1948年の通貨改革のあと「奇跡の経済復興」を遂げたドイツではあったが、精神病院の改築にまでは手が届かなかった⁹⁾。もともと19世紀に修道院や城を改造して建てられた多くの大精神病院は老朽化し、過剰な入院患者を抱えていた。しかもスタッフ不足に悩んでいた。かつては精神医学の分野で世界の主導的地位にあったドイツではあったが、ナチ時代の荒廃を経て多くの精神科医が外国に流失した¹²⁾という事情も加わって、戦後の精神病院は危機的状態にあった。フランケン地方のある精神病院は1912年に600人定員で発足したが、その後これといった増築もないまま、1970年には1,200人の患者が入院していたという。また、同じ年にやはり600人定員で建てられたライヒェナウの州立精神病院では、1967年に約1,000人の患者を抱えていた。しかも、この間に12あった病棟のうち2つは倉庫と教会に改築されているのである¹³⁾。

1950年代前半に導入された薬物療法は、心理療法、社会療法と組み合わせることで、入院期間の短縮の前提となるものであったが、ドイツでは1960年代までは慢性精神病患者のホスピタリズムがなお支配的である。そのため1960年代の精神医療は「国家的な危機状態」といわれるほどであった¹⁴⁾。精神医療改革にとって薬物療法の登場は確かに重要な出来事ではあったが、精神医療の組織・管理的側面での変革なくしては、その変革は軌道には乗らなかったのである¹⁵⁾。

b. 精神医療に関するアンケート調査

精神医療改革が具体的に進められてくるのは1970年代以降になってからであり、アングロサクソン系の国、すなわちイギリス、アメリカに後れをとってしまったという一種のコンプレックスとなってドイツの精神医療関係者の意識のなかに沈

澱している^{16), 17)}。

1967/1968年の学生運動の嵐が吹き荒れた後、1969年に成立したSPD（社会民主党）とFDP（自由民主党）の連立政権のもとでの一般的な社会改革の機運の高まりのなかで、この精神医療改革が行われたことは確かであった¹⁸⁾。もっとも、当時の改革派のリーダーの1人であった精神科医Finzenは、「一般的な改革運動が、遅々として進まなかった精神医療改革を促進したかもしれない」としながらも、それ以前に改革の兆しはすでに出揃っていたと述べている¹⁹⁾。

精神医療改革を直接的に導いていったのは、精神病院での患者の処遇を改善しようという当時の世論である。1970年のドイツ医師会議（Der Deutsche Ärztetag）で、初めて精神病患者のケアがテーマとして取り上げられた。また同年のドイツ精神神経科治療学会（DGNP）では、精神医療の社会政策が中心課題になっている。このほか、新たにいくつかの学術雑誌も創刊され、マスコミでも精神病院における患者の処遇をめぐる議論が沸き起こっていた^{20)~22)}。

だが、政界を巻き込んだ要因として個人の影響力も無視できない。当時の保健相 Schwarzhauptならびに連邦議会議員の Picard および Martin もまた、身内の経験から精神医療に関心を深めることになった。こうして政界レベルでも積極的に精神医療問題が取り上げられるようになる。その成果の1つが1971年に設立されたドイツ連邦議会の超党派の議員と精神科医らが中心となってつくられた登録法人“精神病患者アクション（Aktion psychisch Kranke e. V.）”である。その活動目標として、現代の医学と社会にふさわしい精神科ケアの実現を挙げ、精神医療改革の一翼を担った¹⁶⁾。

もう1つの成果であり、70年代で最も注目すべきことは、政府の諮問に基づく専門委員会による「精神医療に関するアンケート調査（Psychiatrie-Enquête）」²³⁾が実施されたことである。これは、1971年にドイツ連邦議会が青少年・家族・保健省に精神医療の実態についての調査を指示したことに基づく。1973年の中間報告および1975年の最終報告では、不十分な精神科ケアの実態が具体的に

明らかにされている。例えば精神病院が大規模であり、その結果として生ずる建築構造上の問題によりホスピタリズムが助長されていること、約6割の入院患者が2年以上、さらに約3割が10年以上の長期入院となっていること、などが指摘されている。病院でのデイケア、ナイトケアについては、財政的問題および病院の立地条件の悪さからごく一部で実施されているにすぎず、またスタッフに関して、医師不足、看護師（看護婦）のうちの半数以上が無資格であること、ソーシャルワーカーの不足が極めて深刻であること、などが挙げられている。この調査結果に基づいて、最終報告のなかで主として、①大規模精神病院の構造転換、②地域精神医療の推進、③精神科ケアの一般科ケアへ統合、④精神病患者も身体的疾患の患者と同等の権利を有すること、⑤精神医療従事者の質の向上、といった提言がなされた。

c. 精神医療改革の進展と停滞

精神医療改革の機運は高まり、アンケート調査によって精神医療の方向は明らかにされたが、人々は70年代の改革ムードの恍惚感に浸りつつ、ビスマルク時代以来の伝統と皮肉られる“上から(von oben)”の改革を待ち望んでいただけであった。実際、景気後退がひびいて小規模な施策以外は見るべき成果はない。アンケートの最終報告で出された提言に対する政府の具体的な施策が世に示されたのは、1979年になってからである。夢から醒めた80年代になって初めて、政策目標として精神病患者の基本的権利を保障することが具体的に掲げられたといってもよからう²⁴⁾。

政府によって示された具体的な施策とは、1980年から1985年にかけて実施されることになったモデルプログラム (Modellprogramm) である。このプログラムを一言でいえば、ドイツ国内の14ヵ所のモデル地区を選んで、その地区全体の精神医療の向上を図るべく援助するというもので、いわば地域精神医療推進プログラムである。政府は精神医療を公衆衛生に組み込む方向で、その際の管轄権と財政上の負担義務に関する新立法の確立を意図していたといわれる。しかし、政府の示したプ

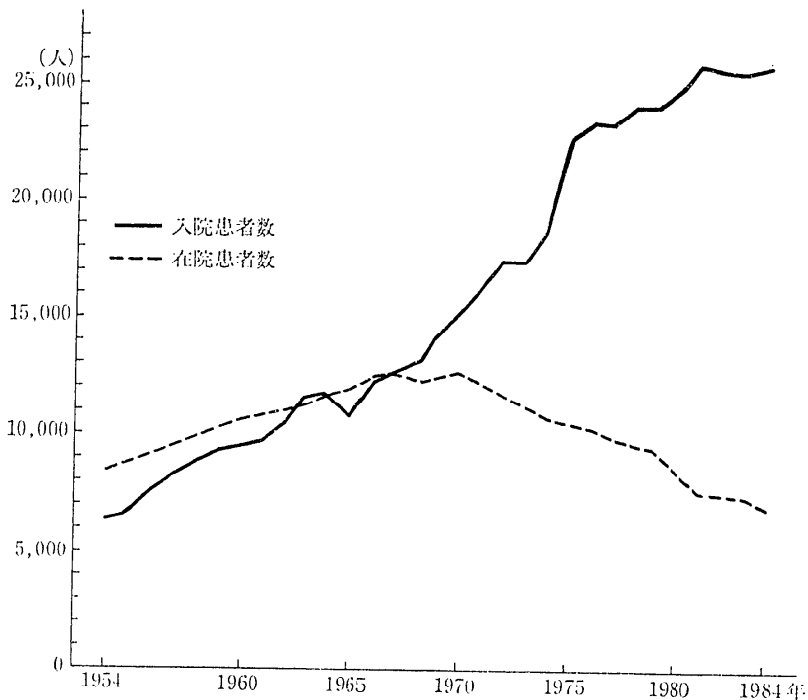
ログラムを受けて実際にそれを実施するか否かは各州の権限に任されており、当時野党であったCDU (キリスト教民主同盟) / CSU (キリスト教社会同盟) が政権を担当していた州からはこのプログラムは拒絶されてしまう。しかも、1982年には SPD/FDP 連立政権が崩壊し、モデルプログラムの変更を余儀なくされた地区もあった。また当初は5億マルクの予算が計上されていたが、緊縮財政のあおりを受けて2億1,000万マルクに削られ、最終的に支出された額は約1億9,000万マルクにとどまった^{18), 25)}。

一方、1970年代には大精神病院の縮小は徐々に進められていった。確かに精神医療従事者のモラルの変化から、長期入院者を退院させていったという面もあったが、財政的理由も無視できない。政府は赤字に苦しむ病院の財政負担の軽減を図るため、1972年に病院財政援助法 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) を制定し、急性患者のケアの領域に限って財政援助を行うことを決定した。これにより精神科でも治療の短期化が促進され、結果としてベッド数も減少していった²⁶⁾。この時期、精神病院から大量の長期入院患者が私立の施設に移管されたといわれ、安上がりな収容施設への強制退院であると後々まで批判されることになる^{16), 17), 27)}。

d. ラインラントにおける州立精神病院の事例から

ここで具体的なデータをもとに精神医療がどのように変化したかを見てみたい。ただし、ドイツ全土を掌握できる資料がないため、精神医療改革以前からのデータが比較的整っている、ドイツ北西部のノルトライン・ヴェストファーレン州の西半分を占めるラインラント行政区 (Landschaftsverband Rheinland) の状況を報告したい。

1953年以来ラインラントは、ドイツのなかでもとりわけ自治意識が高いといわれるノルトライン・ヴェストファーレン州の政策に基づいて、州東側のヴェストファーレンとともに独自の行政組織を形成している。Landschaftsverband と呼ばれるこの行政単位は、公的扶助、児童福祉、保健医療、交通、文化政策などを独自の権限で統括して



注：* 数値は各年末の状態を表す。

出典：Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1954-1964, 1964-1975 および 1975-1985 をもとに作成。

図1 ライン州立精神病院 (Rheinische Landeskliniken für Psychiatrie) における入院および在院患者数の推移*

いる。ラインラントはその名のとおりライン川に沿ったドイツ最大の工業地帯で、ケルン、デュッセルドルフ(州都)、エッセン、ボンなどの都市を含み、人口は約900万人である。現在ラインラントには9つの州立精神病院があり、ラインラントはドイツ最大規模の精神病院の運営主体となっている^{28)~30)}。なお、ラインラントに限らずドイツでは私立の精神病院の数は少なく規模も小さいため、ここでは州立病院を中心に見ていきたい。

ラインラントの州立精神病院における1954年から1984年までの30年間の患者の動向を図1に示した。戦後増加の一途をたどっていた在院患者数は1970年にピーク(1万2,554人)を迎え、その後は減少していく。この図にはないが、精神病院のベッド数も1970年がピークで約1万3,000床であった。反対に入院患者数は増加し続け、1981年には2万5,000人を超えた。1970年以降の精神医療改革が在院患者数の減少と入院期間の短期化による入院患者の増加という形となって現れていることがわかる。

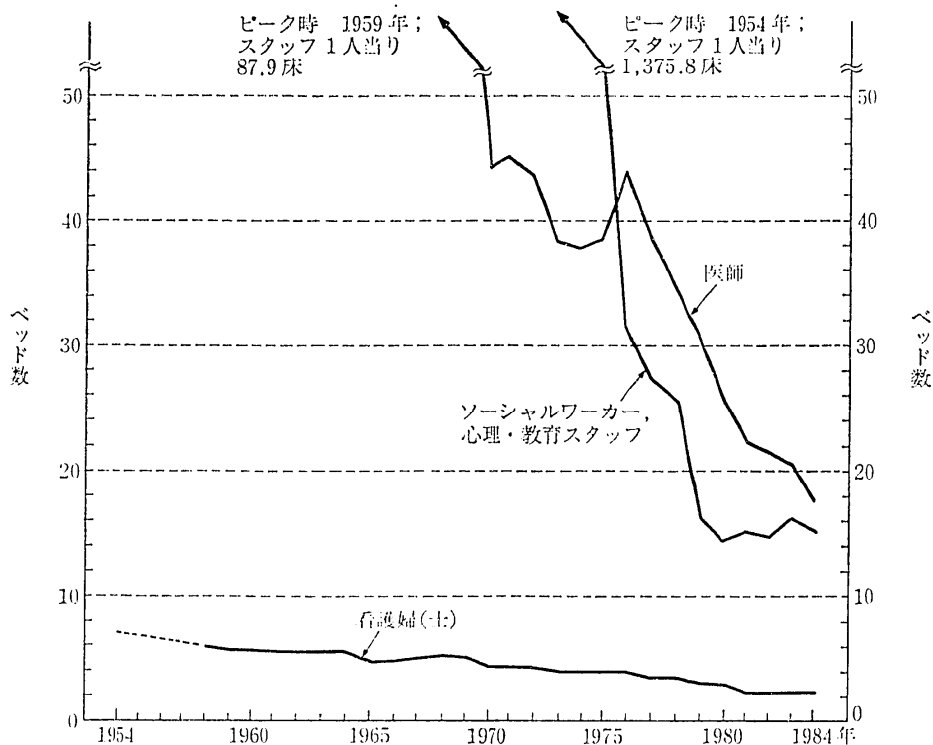
またマンパワーの動向を、職種ごとにスタッフ1人当たりのベッド数の推移で示したのが図2である。1954年から30年間でスタッフの配置は大幅に改善されている。とりわけソーシャルワーカーおよび心理・教育スタッフ、医師の変化が著しい。

現在(1992年)では9つの病院の全病床数は約6,500で、1970年の水準の約半分である。マンパワーの充実もさらに進み、医師1人当たり患者13人となっている。さらに患者40人に対して、臨床心理士、ソーシャルワーカー各1人、作業療法などの各種療法士2人、看護婦(士)20人である。

e. 精神医療改革の評価

ラインラントの州立精神病院の動向を見る限り、過去20年間に精神医療はホスピタリズムの回避およびスタッフの充実の点において劇的に向上していると評価できよう。

しかし、ドイツの精神医療改革についてはさまざまな評価があり、それは地域事情によってもか



注：＊ 1955～1957年のデータがないため、グラフではこの間を点線で示した。

出典：Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1954-1964, 1964-1975 および 1975-1985 をもとに作成。

図2 ライン州立精神病院 (Rheinische Landeskliniken für Psychiatrie) におけるスタッフ1人当たりのベッド数の推移*

なり異なってくる。改革直後には精神病院の改善が急速に進んだものの、近年ではその改善も停滞気味で、場合によってはむしろ悪化しているという報告もある。例えば Reimer³¹⁾は、1969年から1984年までのヴァインスベルクの州立精神病院における精神医療改革の進み具合を分析している。1970年前後にはベッド数が顕著に減少するのに伴い入院患者数は増加したものの、70年代後半以降には入院患者数が横ばい状態であること、入院期間がほとんど短縮されていないこと、医師・ソーシャルワーカー・臨床心理士の増員も芳しくないこと、を指摘している。

一方、1990年のドイツ政府の専門委員会による報告³²⁾のなかでは、1970年代後半以降急性または短期入院の精神病患者の医療は大いに改善されているとされる。しかし、約50万人と推計される慢性の精神病患者については十分なケアを受けていない。そのうち約6万人が長期病院入院患者、10万人以上が治療やリハビリテーションが不十分な

施設に暮らしている。また、施設居住以外の患者の多くは家族と同居しており、家族の患者ケアに関する経済的、精神的負担がかなり大きい。さらに、慢性患者の約90%は仕事をもたず、わずかな年金と生活保護に頼っている。これは、福祉国家の理念から見て、国家の恥であると指摘されている。このような状況から、地域精神医療の充実が重点的に進められるよう提言された。

f. 旧東ドイツの精神医療

以上の記述は旧西ドイツの状況に限られているため、ドイツ統一後の今となっては片手落ちの感がある。そこで旧東ドイツ地域（以下 DDR）の精神医療について概観してみたい。

精神医療改革への取り組みを代表するものとして、1963年の精神病患者の社会復帰施設の設置を定めたローデヴィッシュ・テーゼ (Rodewischer Thesen)、1974年の治療共同体に関するブランデンブルク・テーゼ (Brandenburger Thesen) が挙げ

られる。これらのテーゼはその内容として、地域に開かれた精神医療、社会復帰の促進による治安的精神医療の解消、外来治療およびデイケアの充実、強制入院を極力抑える、精神医療の民主化などを掲げていた。その後、国際的な動向やライプチヒやベルリンなどの地域精神医療の経験から、保健省による精神科ケアの発展に関する5ヵ年計画（1981～1985年）が採択され、さらに1990年まで延長されることになった³³⁾。

しかしDDRの改革の進展は、実際にはそれほど芳しいものではなかった。1984年にDDRから旧西ドイツに逃れてきた精神科医Trenckmannは、新世界に期待を膨らませつつDDRへの未練も隠せないといった複雑な心境のなかで、その翌年以降DDR精神医療に関する一連の報告をしている^{34), 35)}。それによれば、DDRの精神医療は、中央集権的な大病院中心主義を志向する一方で、時流となった地域精神医療をも実現しようとする矛盾のなかにあった。つまり、大病院の占める特権的地位ゆえに、地域精神医療の進展には限界があった。上に挙げた2つのテーゼも最初から行き詰まっていたという。1980年代後半でも精神科のベッド数は改革前の10～20%ほどしか減らすことができず、一般病院での精神科の開設も大きく立ち遅れた。精神医療の改善が進まなかった原因の1つは、経済状態の悪さである。病院は物質的・人的に逼迫した状態で、とりわけ近年では危機的であったといわれる。けれども、DDRの精神医療の改善にとって最大の障害は国家の政治機構にあった。旧西ドイツでは精神医療政策がオープンに批判・討議されることで改革が進められたが、DDRでは患者やその家族、マスコミによる精神医療批判は期待できなかった。精神病患者のセルフヘルプ組織すらアナーキーな政治体制批判と受け取られる状態では無理もないことである。

1989年にベルリンの壁が壊れて初めて、DDRの精神科医は精神医療の悲惨な状況について語る勇気を得た。それと呼応するように、DDRの精神病院での患者に対する処遇のひどさがメディアを通して暴露され始めた³⁶⁾。1990年10月3日にドイツ統一が実現した後は、DDRはドイツ基本法

(Grundgesetz)のもとに置かれ、旧西ドイツ地域と同様の医療水準が実現されるよう取り決められた。1991年にはDDRの精神医療に関する現状が“精神病患者アクション”から報告されている³⁷⁾。それによると、DDRの精神病院の現状を概観すれば、旧西ドイツの1970年代の初頭に相当している。すなわち、旧西ドイツで精神病院改築のために巨大な投資が行われる前の状態に留まっており、前世紀または今世紀初めに建てられた施設は老朽化し、いまだに大病室があるなど入院環境は劣悪である。また、患者の処遇については、長期入院患者の3分の1から3分の2は入院治療が適当ではなく、「誤った場所」に置かれている。さらに、精神病、精神薄弱、アルコール依存症、老人性痴呆など異なった疾患、障害をもつ患者が同じ病棟に入院していることは重大な欠陥であると指摘している。調査に基づき、①精神病院の建築、衛生、内装上の劣悪な状況を早期に打開する、②慢性精神病患者の脱ホスピタリズムを進める、③精神病院内の組織改革、④患者の疾病・障害に応じた治療、援助を行う、などの提言がされている。

以上の記述からはDDRの精神医療の問題性のみが浮き彫りにされるが、DDRの精神医療がもっていたよきも見逃すことができない。例えば、1968年の「社会復帰途上者のための労働権の保障に関する法令 (Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden)」によって、すべての郡 (Kreis) に社会復帰委員会 (Rehabilitationskommission) がつくられ、精神障害者は他の障害者・患者とともに企業内に職場が用意されることになった。おまけに、DDRでは産業のオートメーション化が遅れ、企業間の競争も限られていたことが幸いして、ほとんどすべての社会復帰途上者は職にありつくことができたという。また、大病院中心の医療は、充実した外来が地域ケアの中心としても機能したため、治療の一貫性・継続性という面ではメリットがあった^{34), 35), 38)}。

IV 考察——精神医療の比較と ドイツの特徴——

精神医療改革にとって共通の鍵となるのは、精神病院における変革であるといっておくであろう。Finzenによると、この改革は国の違いをこえて3つの段階を経て変化していく³⁹⁾。第一に入院患者の退院が促進される「開放段階」、次に開放後の新たな病院内組織づくりのために、専門的知識と経験が不可欠となる「テクノクラート段階」、最後に新たな治療理論の発展によって精神医療改革の理論的枠組みが完成し、それまでとは別の治療文化が定着していく「調整段階」の3つである。第一段階の開放化の時期については、イギリスが1950年、アメリカが1960年、そしてイタリアとドイツは1970年とされている。だが、病院の開放化自体は共通の流れであるにしても、開放化の中身やその後の展開は国により相当の開きがあるといえよう。

もともと精神病院はドイツ語で Heil-und Pflegeanstalt (治療・養護施設) といわれたように、医療的機能と社会(保護)的機能を併せもっていた。戦後の欧米における一連の精神医療改革とは、精神病院の機能が医療に一本化されることで、その社会的機能を他の施設が担うことになったことと解釈できる⁴⁰⁾。その際生じる問題とは、慢性精神病患者のケアを誰が担うのかということである。この意味で、アメリカでは精神病院のもっていた社会的機能を代替すべき社会資源の不備に問題の中心があり、一方イギリスでは地域精神医療の時流から取り残された精神病院の荒廃ぶりが指摘される⁴¹⁾。

ではドイツの精神医療改革はどう考えればよいのか。50年代の薬物療法の導入と関係が深いアメリカ、イギリスの場合とは違って、精神病院を閉鎖するなどしてベッド数を急激に減らすということではなく、退院患者が路頭に迷うといった光景は見られなかった。ドイツのとった道はまず病院のベダンティックなまでの環境整備であり、世界に比類なき精神病院の出現となった⁴²⁾。もっとも、

慢性患者の安上がりな私立の施設への移管という犠牲を払っている、という批判も免れない。また、イタリアと同様に60年代終わりから、70年代の学生運動・社会改革の風潮のなかで精神医療改革が展開していったことはドイツの特徴として挙げてもよからう。しかし、80年代になって具体的な施策を進めようという段になって、緊縮財政のおおりに受けて地域精神医療の推進が停滞してしまった。これはアメリカが60年代に好景気をバックに地域精神医療の具体化に走ったのとは対照的である。

一方、精神医療に関わるマンパワーの面からドイツでの精神医療改革を見てみたい。一般的にドイツの精神科領域での精神科医以外の職種には問題があった。精神病院に限らず、病院ソーシャルワーカーが本格的に認知されてくるのは、70年代後半以降、社会改革の時期を通過した後である⁴²⁾。また、看護者の多くが無資格であるといった問題もあった。もともと学業を半ばで放棄した者が社会からの逃げ場として精神病院の看護職に就くというイメージが強く残っていたといわれる⁴³⁾。ラインラントの例でも見たように、精神医療改革を経て全般的なマンパワーの改善は進んでいるが、職業的地位の改善と同時に人手不足の解消のために看護に携わる者の教育、再教育は常に課題となっている⁴⁴⁾。

このように、ドイツでは精神病院における環境整備やマンパワーの充実が進められたものの、地域精神医療の進展は停滞気味である。入院医療から地域精神医療への変化が戦後の精神医療改革の本質だとすると、イギリス、アメリカに遅れて70年代以降に始まり、緊縮財政のもとで進められた精神医療改革が「改革」ではなく「現代化 (Modernisierung)」である、と評されるところにドイツ精神医療の特徴があらう⁴⁵⁾。

ところで、かつての東西ドイツの比較は、他の欧米諸国を見ていただけでは気がつかない一面を提供してくれる。治療共同体の理念が受け入れられたのは社会主義にふさわしいからであり、反対にソーシャルワーカーという職種を認めないのはそれにふさわしくないからであった³⁴⁾。社会体制

が精神医療の方向を左右するのである。しかし同時に職業リハビリテーションのように西側の精神医療で実現できていないことが、社会主義という枠のなかでうまく機能していた部分も見逃すことができない。また先ほどの看護の問題に関して、DDR では旧西ドイツと違い看護教育は中央の統一的な制度のもとに置かれ、看護を大学教育として学ぶことが可能であった。このようなカリキュラムは看護職の発展に貢献したといわれる⁴⁶⁾。

脇道にそれるが、最後に日本の精神医療について少し言及しておきたい。先ほどの Finzen の精神医療改革の展開過程に照らせば、1980年当時の日本の状況は第一の段階にも達しておらず、「西側諸国の1950年以前の傾向に相当する」⁴⁷⁾とも評されている。日本の精神医療は、いわば病院改革なき地域精神医療の導入という奇妙な形態をとっている。すなわち、1965年(昭和40年)の精神衛生法改正では、精神衛生業務に関する保健所の第一線化および精神衛生センターの設置が定められた。これでわが国の地域精神医療が法的にも位置づけられたのだが、その後も精神病院の建設ラッシュは続くのである。いずれにしても、戦後の日本における精神医療の展開に関する分析・報告は意外に少なく、欧米の動向との比較も含めて今後の課題としたい。

V 今後の展望

ドイツの精神医療は70年代以降の改革を経て、入院患者のケアおよび病院の住環境に関してかなりの部分は改善している。しかし、慢性精神病患者に対するプログラムや地域の社会資源はいまだに不足し、長期入院を生み出す背景となっている。患者の脱病院化を図るために、地域で生活する環境を整えることが今後の重点目標である。なかでも保護的な住居の設置が緊急の課題とされている。

ところで、70年代に盛んに議論された精神医療が、90年代になって再びドイツ連邦議会の議題となっている²⁵⁾。地域精神医療に関して、慢性精神病患者に対するケアが思わしく改善されていないこともあるが、とりわけ DDR の精神医療の窮

状が目にあまるためである。事実上これまでのDDR には、精神医療改革は存在しなかったという政府の立場から、この地域での改善が緊急の課題となった。

現在のドイツは財政危機に加え、DDR を中心に失業、外国人排斥などの困難な社会問題に直面しており、今後地域精神医療の推進およびDDR での精神病院改革がどの程度進められるのかが注目される。

文 献

- 1) Keupp, H.: Vorwort zur deutschen Ausgabe, In: Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik Urban & Schwarzenberg: München/Berlin/Wien (1975) (Mental Health and Social Policy. Prentice/Hall Inc., Englewood Cliffs/New Jersey, USA 1969).
- 2) 波平恵美子編『講座 人間と医療を考える 第4巻 人類学と医療』, 弘文堂, 1992年, 1-6頁。
- 3) Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik Urban & Schwarzenberg: München/Berlin/Wien (1975) 73-75. (Mental Health and Social Policy. Prentice/Hall Inc., Englewood Cliffs/New Jersey, USA 1969).
- 4) Pichot, P.: Ein Jahrhundert Psychiatrie. Überreicht durch: F. Hoffmann-La-Roche & Co., A.G. Basel, Schweiz, Editions Roger Dacosta, Paris (1983) 151-162.
- 5) Mechanic, D., *op. cit.*, 67-68.
- 6) Mechanic, D., *op. cit.*, 71-72.
- 7) Bassuk, E. L. & Gerson, S.: Deinstitutionalization and mental health services. Brown, P. (ed.): Mental Health and Social Policy. Routledge & Kegan Paul Boston/London/Melbourne/Henley (1985) 127-144.
- 8) Jones, K.: A history of the mental health services. Routledge & Kegan Paul London/Boston (1972) 283-305.
- 9) Winkler, W. T.: Das psychiatrische Krankenhaus; organisatorische und bauliche Planung. In: Kisker, K. P., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömberg, E. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart Forschung und Praxis Band III Zweite Auflage. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg/New York (1975) 221-260.
- 10) Weber-Unger, S.: Wahnsinn und Politik zur Neuen Psychiatrie in Italien. Campus Verlag Frankfurt/New York (1984) 75-103.
- 11) Ernst, K. u. Ernst, C.: Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei. Nervenarzt 57 (1986) 494-501.

- 12) Acron's Topics Kongreß Zeitung für Ärzte, Nr. 9/1 1992.
- 13) Finzen, A.: Das Ende der Anstalt: Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn (1985) 23-25.
- 14) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 30.
- 15) Mechanic, D., *op. cit.*, 73-75.
- 16) Häfner, H. u. Rössler, W.: Die Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik: Versorgungskonzepte und Versorgungsstrategien für psychisch Kranke und Behinderte seit der Veröffentlichung der Enquête 1975. In: Kulenkampff, C. u. Picard, W. (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Rheinland-Verlag Köln (1989) 17-54.
- 17) Keupp, H., Koenen, E., Kraus, W., Naggl, M. u. Rerrich, D.: Psychiatriereform in der Bundesrepublik: Die Verfallsgeschichte einer Reform und was die Perspektive von Scull zu ihrer Einschätzung beitragen könnte. In: Scull, A. T.: Die Anstalten öffnen? Campus Verlag Frankfurt a.M. (1980) 239-254.
- 18) Kardorff, v. E.: Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialpsychiatrische Informationen 2 (1984) 18-36.
- 19) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 38-39.
- 20) Finzen, A.: Psychisch Kranke immer noch im Getto. Frankfurter Allgemeine Zeitung 2.12. 1970.
- 21) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 32-39.
- 22) Finzen, A.: Sozialpsychiatrie für Festansprache. Sozialpsychiatrische Informationen 3/92 (1992) 2-6.
- 23) Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland-Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn. Bundestagsdrucksache 7/4200(1975).
- 24) Bock, T.: Strukturen der Psychiatrie, ihre Mängel und deren Überwindung. In: Bock, T. u. Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (1991) 539-557.
- 25) Die Not der psychisch Kranken endlich wieder Thema für den Bundestag. Psychosoziale Umschau 1/92 (1992) 3-13.
- 26) Zumpe, V.: Die Krankenhausgesetzgebung in der Bundesrepublik und ihre Auswirkung auf Psychiatrische Krankenhäuser. Psychiatrische Praxis 5 (1978) 1-13.
- 27) Bauer, M. u. Enger, R.: Psychiatrie ohne Anstalt: Wege der Auflösung. In: Bock, T. u. Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (1991) 509-521.
- 28) Der Landschaftsverband Rheinland: Aufbau & Leistung/Daten & Fakten 1977.
- 29) Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1975-1985.
- 30) Zeitschrift des Landschaftsverband-Rheinlandes. Nov. 1992.
- 31) Reimer, F.: Psychiatriereform am Psychiatrischen Landeskrankenhaus: Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren. Nervenarzt 56 (1985) 161-165.
- 32) Deutscher Bundestag: Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht. Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung. Bonn, Bundestagsdrucksache 11/8494 (1990).
- 33) Weise, K.: Konzeptionen zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen 3/90 (1990) 13-16.
- 34) Trenckmann, U.: Die andere deutsche Psychiatrie-Zur Struktur der psychiatrischen Versorgung in der DDR. Sozialpsychiatrische Informationen 4 (1985) 5-26.
- 35) Trenckmann, U.: Vom Unterschied der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik. In: Hippus, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Hout, L. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychiatrie. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg (1989) 224-227.
- 36) Eichhorn, H.: DDR-Psychiatrie: Skizze eines Rückblicks. Sozialpsychiatrische Informationen 1/92 (1992) 9-13.
- 37) Auszug aus dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Sozialpsychiatrische Informationen 1/92 (1992) 38-49.
- 38) Seidel, C.: Rehabilitation in der ehemaligen DDR. Öff. Gesundheitswes. 53 (1991) 191-195 Sonderheft 3.
- 39) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 38-53.
- 40) Kunze, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 48 (1977) 83-88.
- 41) Keup, W.: Entwicklungstendenzen der klinischen Psychiatrie im benachbarten Ausland. In: Kranz, H. u. Heinrich, K. (Hrsg.): Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie: 100 Jahre Rheinisches Landeskrankenhaus-Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf 1876-1976 2. Düsseldorfer Symposion 1976. F. K. Schattauer

- Verlag Stuttgart/New York (1977) 17-32.
- 42) Mehs, M.: Entwicklung, Grundlagen und Praxis des Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Deneke, V., Roessler, W. u. Swertz, P. (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Sozialmedizin. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer Bochum 1985.
- 43) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 36-37.
- 44) Prognos AG (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Ed. Sigma Bahn Berlin (1992) 7-15.
- 45) Bonß, W., Kardorff, v. E. u. Riedmüller, B.: Modernisierung statt Reform. Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats. Campus Verlag Frankfurt/New York (1985) 9-10.
- 46) Schön, S.: Krankenpflege in den neuen Bundesländern im Prozeß der Umgestaltung. In: Prognos AG (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Ed. Sigma Bahn Berlin (1992) 223-236.
- 47) Häfner, H. An der Heiden, W. Buchholz, W. Bardens, R. Klug, J. Krumm, B.: Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. Nervenarzt 57 (1986) 214-226.
- (はしもと・あきら デュッセルドルフ大学・ライン州立病院客員研究員)