

ヨーロッパ「小国」の比較精神医療

——オランダ、オーストリアそしてスイス——

橋 本 明

I はじめに

ヨーロッパの精神医療を理解するのは容易でない。確かに好奇心ある旅行者の立場としてヨーロッパを観察した場合、これほど興味深い地域はないだろう。今日に至るまでの過去数世紀にわたって世界の主導的な地位にありながら、およそ「ヨーロッパ的」などという粗暴な言葉では一括できない多様性が、この比較的狭い地理的領域を支配しているからである。が、この多様性こそが研究者の悩みの種なのである。例えば、イギリス一国の精神医療をもってヨーロッパを代表させることは不可能である。フランスでもイタリアでも同様である。つまり、ヨーロッパの精神医療の理解には比較精神医療という視点がどうしても必要となる。その際、筆者の考える比較精神医療の意義ないし課題は以下の3つである。

まず、第二次世界大戦後における欧米の精神医療改革の展開過程の分析のために、国際比較が不可欠である。概してこれまでの精神医療改革の分析の多くは、イギリスおよびアメリカの事例に基づいて行われてきたにすぎない。これには戦後に覇権を獲得したアメリカの影響下、英語が医療・技術分野で仏語、独語を凌いで国際語となったという事情と大いに絡んでいる²⁴⁾。ヨーロッパでは大国、小国を含めた包括的な比較精神医療に関する報告^{20), 35), 38)}も散見するが、わが国では海外の精神医療改革といえば英米のしかも進歩的側面に光を当てた、単なる紹介に陥りやすい傾向がある。そのため、精神医療改革および戦後の精神医療全

般の展開過程が各国のいかなる社会的、政治的背景を反映しているのか、という視点が育ちにくい。もっとも、ヨーロッパ諸国を包括的に扱っている論文²³⁾がわが国にもないわけではない。ただし主として数量的データに基づいた分析であるため、各国の精神医療の社会的背景にまでは踏み込めていない。そればかりか、既に実態を反映しているとはいいいがたいほど古くなったその資料が、近年においてもなおそのまま「諸外国における精神保健」として引用され^{18), 19)}、一般に流布しているのは問題である。

2番目として挙げられるのは、小国をも比較精神医療の研究の射程に入れることである。わが国における精神医療分野での研究状況を見ると、第二次世界大戦直後から整備が進んだイギリスの地域精神医療が、あたかもヨーロッパの精神医療を代表するかのようには語られる。急進的な精神医療改革で鳴らしたイタリア関連の文献も見られるが、大国のフランス、ドイツになるとそれも限られてくる。まして、他の小国は一顧だにされない。しかし、小国の精神医療は大国同様に記述に値すべき豊かな内容をもっている。小国の精神医療は大国の影響を色濃く受けながらも、独自のシステムを堅持してきているのである。また、小国は小国であるが故に国家の権力中枢と国民との間の距離が比較的小さい。そのため大国よりも一層明確に、国家と地域、官と民との関係を浮き彫りにする。また、小国では国家、地域の果たす役割はおのずと大国とは異質のものとなるだろう。いずれにせよ、精神保健サービスをめぐる国家、地域（自治体）と民間との間の役割分担とその調整は、地域

精神保健の中心課題であることを考えると、ここにも小国研究の意義があろう。

最後の点として、比較精神医療の最終的な課題はわが国の精神医療の理解にある。自国の精神医療の文化的、社会構造的な理解は、他国と比較した場合に初めての的を射たものとなる。また、わが国の精神医療は発足当初から「舶来もの」として、西欧諸国との深いつながりがあった。その後、現在に至るまで精神医療の発展の節目には、必ずといってよいほど他国の影響、圧力を受けている。このように、わが国の精神医療を国内問題としてのみ捉えるのは不十分であり、各国の精神医療をとりまく国際関係の中でこそより深く理解できるものである。

以上の比較精神医療の意義ないし課題のうち、本論では2番目の小国の精神医療を取り上げる。その理由は、これまでに紹介されることがほとんどなかった小国の精神医療に関するデータをここで提供し、大国と共通の分析の舞台に登場させることで、一部の大国のみに偏らない比較精神医療の研究環境をいち早く整備したいからである。そのほかの課題である精神医療改革の展開過程の分析と日本の精神医療の問題も重要であるが、紙面も限られているため別の機会に譲りたい。

さて、ここで取り上げたヨーロッパの小国とは、オランダ、オーストリアそしてスイスである。比較的資料が集まりやすいこの3国を選んだのは、筆者の活動の拠点と大いに関係している。まず各国の精神医療を社会的背景を変えながら描写してみたい。

II オランダ社会と精神医療

a. “つぎはぎ”の社会

オランダ社会の特徴を一口に言えば、カルヴァン主義の伝統に由来する自由と独立自尊の気風である。そのため国家の個人への介入を嫌う傾向があり、近隣諸国に比較して社会保険の整備が遅れたという経緯がある。一方、さまざまな宗派、業種などによって別々の閉じたサブ・グループを形成している (Verzuiling^(註1)) 極端な系列社会でも

ある。例えば、カトリックの信者はカトリック系の会社に勤め、カトリック系の学校に通い、カトリック系の医者に診てもらい、カトリック系のテレビ番組を見る。当然、同様の図式は他の宗派にも当てはまる。この20年以来、宗教に無関心な世代の登場によって開かれた社会になりつつあるが^(註2)、この Verzuiling なくしては今日のオランダ社会は理解できない³⁷⁾。保健政策を見てもいまなお国家が医療システムに及ぼす影響は限られている。政府と政策実施レベルとの間には幾多の委員会があり、そこで民間の代表者、健康保険組織の代表らが実際の政策を決定してしまう。その結果、数多くの保健機関が併存するが、横のつながりを欠いたパッチワークのようなケアになっている³¹⁾。

だが、脱宗教化に伴う系列社会の解体と、国家の役割分担の拡大という社会的な流れの中で、オランダの医療システムも大きく変貌していきつつある。オランダは旧 EC 諸国の中では、もっとも内容豊かな社会保険制度をもっているが、80年代初めから社会保険の統合整理が繰り返されてきた。1987年には失業保険を軸にする大規模な改革が行われたが、引き続いて1989年には健康保険改革の第一段階が始まった。後者については、保健医療システムに市場経済的な要素の導入をさらに推し進めると同時に、個人保険と公的保険との併存を発展的に解消し、全国一律の基礎保険とそれを補う任意保険の創設を目標に捉えたものである³⁶⁾。精神医療の流れについても、このような系列社会の変化と国家の役割の拡大という視点から理解できる。

b. 精神医療の歩み

公が精神医療の主導権を握っている他のヨーロッパ諸国と異なり、オランダの精神医療の入院・外来サービスの大半は宗派をベースにした各民間公益団体によって設立運営されてきている¹²⁾。1955年に(大学病院、一般病院の精神科を除く)精神病院での在院患者数がピークとなっているが、それ以降70年代中盤までは徐々に減少している。ひとつには1971年の病院法に示されたように、地

域医療体制の整備への機運の高まりが影響している。が、実際には政府は脱施設化には慎重な姿勢を取り続けた。その結果、1955年から20年間で精神病院での在院患者数は17%減少したが、これはイギリスやイタリアほどの顕著な変化とはいえない。むしろ精神病院における在院患者の減少は、精神薄弱者や老人性痴呆患者が養護施設や他の専用施設に移管されたことが主たる要因といわれる^{15),16)}。

従来より、キリスト教系の民間公益団体が地域でばらばらに精神保健活動を展開していたオランダ社会では、その統合こそが60年代終わりから模索されている地域ケア実現のための前提であるといわれ続けたが³³⁾、遅ればせながら1980年代の開始をもって本格的な地域精神医療体制の整備が進められた。

c. 地域精神保健センター：RIAGG

とりわけ重要なのは、1983年から地域精神保健システムが全国にある60の地域精神保健センターRIAGG (Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)へと再編成されたことである。RIAGGは、それまで4つあった地域精神保健システム(社会精神医学サービス、小児指導クリニック、家族指導センター、精神療法研究所)をひとつにまとめたものである。それぞれの保健システムは歴史的成り立ちも守備範囲も異なるが、60年代以降の精神療法の隆盛とともに次第に治療方法、スタッフ、利用者の確保をめぐる競争関係となる。さらには、これらの地域精神保健システムの間だけではなく、地域精神保健システムと精神病院との根深い対立へと発展し、60、70年代の反精神医学の思想的影響のもとに、地域と病院という2つの核はそれぞれ独自の治療文化を形成していった。やがて時代とともに精神医療の重点が精神療法から社会精神医学的領域へと移ると、それぞれの地域精神保健システムは互いに独自性を維持できず、政府の圧力もあって統合に追い込まれる一方、その結果生まれたRIAGGと精神病院との間には依然として深い溝が残った^{26),31)}。

ところで、RIAGGの創設はオランダの医療システム全体にも重要な意味をもっている。入院ベッドをもたない外来専門施設としての各RIAGGは、全国60の診療地域をそれぞれ担当し、その利用者は家庭医の紹介を要する。治療の専門性と効率性を考慮に入れて、専門医の治療は家庭医の紹介を経てからという2段階診療システムと診療圏の導入という2つの原則に関しては、RIAGGは特別にうまくいった例である。パッチワークのようなまとまりのないシステムから、統合的な地域医療システムへと転換を目指していた70年代以降のオランダ医療にとって、RIAGGはそのモデルケースなのである³¹⁾。

d. 精神医療の現状と課題

精神病院の在院患者は60年代、70年代に減少し、精神薄弱者と老人性精神病患者の施設移管による影響が大きいにせよ病院の規模は小さくなった。精神科ベッド数は、80年代後半には1000人当たり1.6床であったが、さらに1000人当たり1.1床程度まで減少されることが期待され、同時に保護的住居、退院患者のケアを行う中間施設を増やすことが当面の課題である^{26),31)}。

また、80年代にはそれまで各宗教団体が運営し、活動もオーバーラップしていた外来施設がRIAGGという形で統合されたことは系列社会オランダを考えたとき、大きな進歩である。が、RIAGGと精神病院との間の溝を残したままの進歩は、RIAGGの位置づけと病院との関係を厄介なものにしている。一般市民、財政当局、政府からは、RIAGGの扱う対象が広範囲にわたり拡散しすぎている、あまりに官僚的、積極的に地域に出て活動しようとしなさい、といった批判を受けている。一方、概して精神病院は外来施設の充実に積極的であり、病院と競合関係にある領域ではRIAGGは押され気味である³¹⁾。しかし、RIAGGは地域精神医療を統括できる総合ネットワークであることには変わりない。確かに、アムステルダムのような大都市部では慢性精神病患者のための美術工房が成功を収めていたり、ニューヨーク・ファウンテンハウス (Fountain House) のオラ

ング支部が創設されたといった話題には事欠かないが、国土の他の地域ではRIAGGがほとんど唯一の社会資源なのである¹¹⁾。その意味で、RIAGGの盛衰にオランダ精神医療の今後がかかっていることは間違いない。

III オーストリア社会と精神医療

a. 精神医学の伝統と精神医療の停滞

オーストリアの精神医学の歴史をたどると、皇帝ヨゼフ2世(Kaiser Josef II)の“狂人塔”(Narrenturm, 1784年)の設立が有名であるが、近代的な学問的な成果には輝かしいものがある。発熱療法で精神科医として最初のノーベル賞受賞者となったワグナー・ヤウレック(Wagner-Jauregg)、当時の学会からは異端視されていたが精神医学の巨匠であることには間違いないフロイト(Freud)、アドラー(Adler)などが挙げられよう。

だが、このような業績と精神病院での治療とは別問題である。ナチス占領時代にはドイツと同様にオーストリアでも精神病患者が多く「安楽死」の犠牲になった。第二次世界大戦後の精神医療改革という点については、他の西ヨーロッパ諸国に比べて明らかに後発である。70年代の終わりまではいずれの州でも大規模な州立精神病院の入院治療が中心で、全国の総ベッド数の4分の1が精神科ベッドであった。1000人当たり1.6床という数字は同規模の他国と比較してさほど変わりはないが、精神病院はどこも満杯で老朽化し、長期入院患者の割合は大変高く、その他、開業精神科医、中間施設の不足は著しかった。

70年代の中盤には主導的な精神科医によって精神医療改革について意見や提案がなされたが、国レベルでの統一的な議論にはなっていない。1971年に設立された保健省には精神医療問題の諮問委員会があるが、これまで改革のための具体的な指針を示したことはない。また他のヨーロッパ諸国と比較して違う点は一般病院での精神科の設置が著しく遅れていることである。1974年には医療施設法(Krankenanstaltengesetz)の改正に

よって、精神病院への精神科入院治療の集中化を解消し一般科医療への統合を目指した。が、1990年の時点において、一般病院で精神科があるのは全国に2カ所、ウィーンでも1986年になって初めて登場しているありさまで、この法にはあまり実効力はなかったようである^{9),27),28)}。

b. ウィーン精神医療改革

オーストリアの精神医療を国家レベルで語るとは極めて困難である。国全体としての保健政策が存在せず、各州独自のプランがあるだけである。そこで、全国でもっとも精神医療が進んでいるといわれるウィーンの例を見ることにしたい。

ウィーンは約150万人の人口を抱える都市であると同時に、オーストリアを構成する9つの州(Land)のひとつでもある。国内の2番目の“大都市”グラーツの人口が、25万足らずであることだけを考えてもウィーンの突出した地位が浮き彫りにされよう。70年代終盤までのウィーン精神医療は、他の州と同様に旧態然としたもので、精神病院はご多分に漏れず人手不足と劣悪な建築環境に甘んじ、病院外施設も不足の極地に達していた。

ウィーン精神医療は70年代終盤から改革へと動き始めた。1979年に議会で決められた「ウィーン精神科ケア計画」(Zielplan für die psychiatrische Versorgung in Wien)では、市域を分割した診療圏の設置、2州立精神病院の組織刷新、外来およびアフタケア施設の早期建設の3点に重点が置かれ、以下のように進められた。市域から100キロ離れて建っている州立精神病院は1980年から新規の患者は受け入れず、市街地にある州立精神病院に患者を集中させる。ウィーンを8つの診療圏に分割し、7診療圏についてはその市街地の精神病院がそれぞれの部局を作って各地域を管轄し、残りの1診療圏は一般病院の精神科が担当する、というものである。

これら一連の試みの結果、ウィーン州立精神病院のベッド数は、2255床(1978年)から820(1988年)に減少し、後者に大学病院、一般病院の精神科ベッド数を合わせて計1160床、1000人当たり0.75床という数字になった。

病院外の施設に注目すると、1982年からは8つの各診療圏に精神科外来、デイ・クリニック、宿泊施設などを備えた心理社会ステーション (Psychosoziale Station) が設置されている。このステーションは法的には医療施設であるため医師の監督下にあり、社会復帰部門については新たに作られた心理社会サービス局 (PSD: Kuratorium für psychosoziale Dienste) が担当し、施設の運営を行うことになった^{27), 28)}。

c. 精神医療の現状と課題

先ほども述べたように、オーストリア全体の精神医療についての評価は困難ではあるが、いくつかの傾向を以下にまとめてみたい。

病院自体は近代化され、その中での生活条件の向上が図られ、単なる収容ではなく治療およびリハビリが前面に出るようになった。在院患者の減少の一部は、長期患者の退院と養護が必要な患者を他施設に移管することで達成された。

この10年で地域精神保健サービスが成長してきたが、主として州の補助金に頼っているため財政基盤は弱く、まだ発展途上である。これらのサービスは大きく分けて、①病院や開業医が組織しているタイプと、②多職種からなるデイ・クリニックと結びついて、相談機能、患者家族・自助活動などを支援するタイプ (ウィーンの PSD が最大規模) とがある。①は全国的に存在するが、経済効率を考える医師が多いため概してレベルは低く、②は特定の地域に限られている。

また、地域精神保健サービスがこれまでの精神医療を補完するようになったが、これらは国家レベルの計画ではなく、州、各市町村レベルの改革の結果である。改革と呼べるような改革が行われたのは、ごく限られた州の特定地域であって、精神保健に消極的な州もある。例えばブルゲンラントには精神科の入院施設が1つもなく、他の州の精神病院に患者を送るほかない。州政府は相談サービスや宿泊施設によって入院患者の数を抑えようとし、一般病院に精神科を設置する計画はない、という^{9), 27), 28)}。

IV スイス社会と精神医療

a. スイス的な精神医療の風土

20世紀初頭に始まるスイスにおける力動精神医学の伝統の重みは、プロイラー (E. & M. Bleuler), ユング (Jung), ビンスワンガー (Binswanger), ボス (Boss) といった同国出身者の名を並べるだけで十分理解できよう。そのためスイスでは伝統的な生物学的精神医学と精神療法とが他国と違った形で融和している。例えば、専門医の称号では精神医学と精神療法とがひとつになっているし、大学教員は伝統的な精神医学に加えて精神療法、さらに精神分析の教育を受けているのが通例である。

次に、スイスの精神医療のうち精神科ベッドに注目すると、60年代、70年代初期にはたいていの精神病院は1000床程度であったものが、現在では300~600床あるいはそれ以下になっている。だが、1980年ごろからは目立つ変化はない。一方、70年代ごろから社会精神医学的な考えが、大学都市を中心に発展してきた。バーゼル、ベルン、ジュネーブ、ローザンヌ、チューリヒの5つの都市に大学付属の精神科クリニックがあり、これらのクリニックは教育・研究活動のほかに、地域の中核病院として地域精神保健サービスの推進に大きく貢献してきた。このうち核はスイス西部のローザンヌを州都とするヴァート州とジュネーブ州、および北部のチューリヒである^{5), 6)}。

b. 精神医療の先進地帯

スイスには国家レベルの保健省といったものがなく、州ごとに独自の保健システムが機能している。したがって国全体の精神医療の詳細を述べることは難しく、ここでは一部の精神医療の先進地帯を例に挙げることにしたい。

フランス語圏に位置するヴァートはスイスの地域精神保健のパイオニア的存在であり、同時に精神医学の古い伝統ももち合わせている。19世紀初めには当時としては進んだ200床からなる精神病院が建てられた。1873年には500床の州立精神病

院が創設されたが、その後の過剰入院は避けられず 1950 年ごろには 760 人の患者が在院していたという。それから 15 年を経て病院は完全に改築され、ベッド数は縮小、病棟の開放化、中間施設の設置といった変化が起こる。60 年代の中心課題はフランス的な意味での地域精神保健システムの確立であった。つまり、人口 10 万～20 万人ごとに診療圏を設定し、その中では医師、看護婦・士、ソーシャルワーカーらがひとつのチームとして予防、治療、リハビリを一貫して担当する (unité des soins) というものである。

ここでヴァートの精神医療の変化を数字で見みたい。1964 年には精神科ベッド数は 1315 床、人口 1000 人当たり約 2 床であったものが、1974 年には全体で 1122 床、1000 人当たり 1.8 床に減少している。また、後者の 1.8 床という数字のうち、老人性精神病が 0.6 床、精神薄弱が 0.1 床を占めており、いわゆる精神病患者のみでは 1.1 床となる。1990 年には、全体で 790 床、1000 人当たり 1.3 床となっているが、上記のようなベッドの内訳は不明である。また、デイ・ホスピタル、保護的住居、作業所は 1964 年の時点でほとんど皆無であったものが、1974 年には数カ所が設立されて、200 人以上の患者に受け皿が提供された^{3), 22)}。

c. 精神医療の現状と課題

このように 60, 70 年代の変化は顕著であり、繰り返すようにまず最初にローザンヌ、ジュネーブといったヴァートおよびその周辺で、やや遅れてチューリヒで社会精神医学的考えの兆しが現れる。それらを起点にして、70 年代後半にはさらに広い地域に広がっていったが、80 年代に至って一応の水準に達した感がある。1980 年ごろより精神病院の縮小化も頭打ち状態にあり、チューリヒでは増加する老人性精神病患者にベッド数が追いつかない事態まで発生している。

また、ヴァート、ジュネーブといった州には地域精神保健の体制が整っているが、中央部、山岳部の小さな州にはそのネットワークはない。チューリヒ州でも地域精神保健は整備されているが、州内の診療圏ごとの社会資源には大きな違いがあ

るといわれる。このような地域格差をどの程度縮められるのかといったことが課題である^{6), 10)}。

V 「小国」精神医療の構造的課題

——考察に代えて——

a. 大国の精神医療

本論で取り上げた 3 国が西欧で「小国」である主な根拠は、その人口規模である。オランダ、オーストリア、スイスの人口を順に示すと 1500 万人、760 万人、670 万人である。それに対して、統一後に他の西欧諸国をさらに引き離して最大人口を擁するドイツが約 8000 万人、イタリア、フランス、イギリスの 3 国が 5700 万～5800 万人でほぼ肩を並べている^{14), 25)}。人口規模はおのずと国力に跳ね返る。ヨーロッパ、とりわけ西欧における精神医療改革も大国を中心に展開してきた。ここで大国の動向を見てみたい。

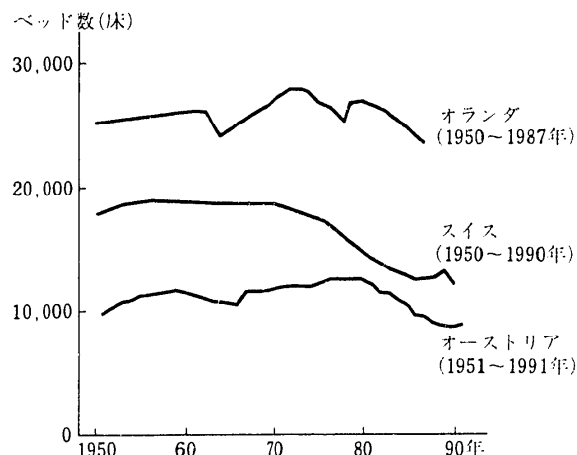
ヨーロッパの精神医療政策には時期的に 2 つのピークがあるといわれる²¹⁾。第一期は 1960 年前後である。1948 年に国民保健サービス (National Health Service) を導入し、地域精神保健の基盤を着々と固めつつあったイギリスでは精神保健法が制定 (1959 年) され、精神病院在院患者数も激減していく。また、フランスでは 1 つの診療圏を 1 つのチームが担当する今日の地域精神保健体制が発足 (1960 年) している。これは、診療圏 (catchment area) として後にイギリスを中心に広がっていくシステムである¹⁾。第二期が 1970 年代の後半である。イギリスでは「精神病患者のためのよりよきサービス (Better services for the mentally ill)」白書 (1975 年) が出されて精神医療の「劇的ではない進歩」の時期を迎え²⁾、フランスではこの時期にそれまでの地域精神保健体制の見直しが行われる。一方、(旧西)ドイツでは精神医療改革の指針となる「精神医療に関する報告書 (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Psychiatrie-Enquête)」が完成 (1975 年)、イタリアでは精神病院の閉鎖を目的とした法・第 180 号 (トリエステ法) が成立 (1978 年) している。

b. 小国の精神医療

これら大国の精神医療改革あるいは改革への動きが、すべて思惑どおりに成果をあげたわけではない。だが、それぞれの国の精神医療の歴史に新たな一頁を開いたことは確かである。これに対して小国はどうであったのだろうか、結論からいえば、少なくとも本論で取り上げた3国では精神医療改革を直接進めるような国家レベルの法制度の改変といったものは行われなかった。

例えば、精神医療改革の基本的要素を考えてみたい。西欧共通の現象として挙げられるのは、①ベッド数および在院患者数の顕著な減少、②精神病院の小規模化および入院部門の縮小、③在院期間の短縮、再入院の増加と強制入院の減少、④精神科医の増加と、ソーシャルワーカー、心理スタッフなどの職種の参入による治療領域・方法の拡大、⑤さまざまなタイプの病院外施設の設立により、初期介入、リハビリなどが容易になったこと、そして最後に、⑥以上の変化は概して新立法に負うところが大きで、その法は患者の待遇改善とサービスの提供に重点が置かれていること、といったものである⁹⁾。

この中でとりわけ基本的な指標と思われる、精神科ベッド数の変化を取り上げ、図1に示した^(注3)。それによると、スイスで精神科ベッドが最大値を示したのが1956年、オーストリアはそれより四半世紀遅れて1980年であり、オランダの精神科ベッド数の変化は1950年から1980年代まで多少の振れがあるがほぼ横ばいである。また、近年の人口1000人当りのベッド数では、スイスが1.7床(1990年)、オーストリアが1.2床(1991年)、オランダが1.6床(1987年)となる。この図1では表れていないが、オーストリアとスイスの州ごとの差は実に大きい。特定の州に精神科ベッドが集中し、それらの州の動向が国全体の数字を左右しているといってもよい。スイスの場合は、60年代初めからヴァート州がフランス精神医療の影響を受けて地域精神医療体制を整備したことが大きく影響している。一方、オーストリアではもっとも改革が早かったウィーンが国の動向を決定している感がある。



出典：*Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1979, 1984, 1987/1988, 1991-1993. Bundesamt für Statistik.
 *Statistisches Handbuch für die Republik Österreich 1951-1957, 1959, 1963-1971, 1973, 1974, 1976-1991. Österreichisches Statistisches Zentralamt.
 *World Health Statistics Annual: Health Personnel and Hospital Establishments 1962, 1965, 1972, 1973-1976, 1977, 1980. WHO.
 *World Health Statistics Annual 1983. WHO.
 *Richartz, M.: Entwicklung und Bewährung psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in den Niederlanden. In: Thom, A. u. Wulff, E. (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 510-527.

図1 オランダ、オーストリア、スイスの精神科ベッド数の年次推移

これらの国のベッド数の変化は緩やかなもので、イギリス、イタリア流の大規模な精神医療改革はなかったといえよう。では、なぜそのような事態になっているのか、精神医療改革を阻んできた構造的問題について考えてみたい。

c. 「小国」精神医療の壁——連邦制と補完性原則——

確かに連邦制という国家形態は、地域精神保健の展開にはメリットがある。とりわけオーストリアやスイスといった小国ではそれが強調される。地域の事情にあったサービスの提供が可能であるし、狭い国土と少ない人口をさらに分割するわけだから、地域全体の状況把握は容易となろう。精神医療に関わる行政、医療関係者や患者が互いに

顔見知りの関係でいられる、といったこともある⁹⁾。だが、各州の独立性は相対的に連邦政府の力を弱め、国としての大規模な精神医療改革が実施できず、地域格差が広がるのは避けがたい。実力のある地域は改革を推し進め、経済力、社会資源にとばしい地域は旧態然としたまま取り残される。

このような連邦制の壁は小国に限らない。連邦政府の精神医療改革の進展がスムーズにいかなかった大国としてドイツの例を挙げておきたい。ドイツでは1971年に精神医療に関するアンケート調査が行われ、1975年に出された最終報告はその後の改革の指針となるものであった。だが、連邦政府としてできることはここまでで、実際の実施権限は各州にある。1979年になると政府は、最終報告の指針に沿う形でドイツ各地の30ヵ所のモデル地区を選び、重点的に精神医療改革を財政援助することを決定した。ところが、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)が政権をとっていた州では、州の健康政策の自律性が中央政府から侵害されるものだとし、このプログラムを拒否し、最終的には14ヵ所の地区で実施されたにすぎない^{7),13),17)}。

しかし同じ連邦制とはいえ、大国ドイツと小国オーストリア、スイスとの違いは明らかである。例えば、今日のドイツの連邦制は各州の社会的異質性を基盤としているのではない。ナチス・ドイツ時代の苦い教訓から、権力を中央に集中させないという考えのもとに成立している面が大きい。オーストリアも全人口の98%がドイツ語を母国語とするオーストリア人であり、民族的にはほぼ均一という点に関してはドイツと類似の州の形成基盤をもつ。だが、国土の62%がアルプス地帯という特徴から、地域ごとに独特の文化圏を形成してきたという歴史をもっている。他方、スイスはもともと民族・言語・文化的に異なった州が、防衛やひとつの経済圏を確立するために1848年以來あえて連邦の形でまとまっているにすぎない。連邦国家としてスイスは自立意識の強い22の州(Kanton)と4つの準州(Halbkanon)からなり、人口規模にすると最低7万人のユーラ州から最高120万人のチューリヒ州まで、ばらついている。加

えて、4つの公用言語の存在、歴史的・社会経済的な地域的差異はスイスが文字どおり文化的複合国家であることを示している。州の独自性が極めて高いのも当然である^{6),10),14),32)}。

さらにいえば、ドイツの州の規模はスイスやオーストリアの州より格段に大きい。オーストリア、スイスの総人口よりもドイツ一州の方が人口が多い場合もあり、政府の精神保健プログラムは拒否しても、州自前の計画を立て、実施していったという経緯がドイツにはある¹⁷⁾。ところが、オーストリア、スイスでは精神病院がひとつもない州もある。一部の地域にせよ、このような社会資源の不足は地域精神保健を州独自で進める際の大きな障害であり、小国での連邦制の弊害といわざるを得ない。

ところで、福祉国家への傾斜とともに中央政府の役割が強化され、従来の連邦制は新たな展開を見せている。ドイツでは連邦間の協調、調整の強化による協同的な連邦制(kooperativer Föderalismus)という形でこの事態に対応してきた。コール政権のもとでその傾向もピークをすぎたといわれるが、このような連邦制に対しては州の独自性が侵される、州のトップ同士だけの協力関係は政治的決定の偏向を招く、といった不満も聞かれる。が、批判はあるにせよ、連邦国家の中央政府の果たす役割の増加は世界的な傾向であり²⁹⁾、今後オーストリア、スイスの精神医療もその影響を受けることになるだろう。

さて、オランダはオーストリア、スイスとは別の意味で国家としての精神医療改革を行いにくい要素をもっていた。繰り返すように、国家の果たす役割は小さく、各宗派ごとに存在する閉鎖的な系列社会の壁は、国レベルの統一事業の妨げとなってきた。さらに踏み込めば、この系列社会を支えるひとつの原理がある。が、それに言及するまえに、再び大国ドイツの事例を引き合いに出すのが好都合である。ドイツの精神医療は基本的には精神病院と精神科の開業医に依存してきた。精神病患者の社会復帰活動や宿泊施設の運営などの「穴埋め」を行ってきたのは、おもに民間の慈善事業組織である。これはドイツ社会保障のひとつの

柱である補完性原則 (Subsidiaritätsprinzip) に沿うものである^{7),13)}。社会的援助は個人あるいはより小さな社会集団の行為が先んじるというこの原則は、連邦制を支える精神的支柱のひとつでもある^{8),30)}。ところが、いざ公的な精神保健活動を導入すると、それと競合関係となる開業医や民間組織からの反発を買い、協力体制を基盤にする地域精神医療の進展は阻害されることになる。

オランダもドイツの状況に似ている。「神学者の民」といわれ³⁴⁾、教会の権威が絶大であったオランダ社会にしてみれば、本来キリスト教神学の社会理論に発するこの補完性原則が社会に根を深くおろしていたことは理解できる。小国であればこそ、宗派グループごとの力は国家の力を遠ざけることが可能であったのだろう。精神医療においても国家の介入は回避されえたわけである。しかし、脱宗教化とともに国家の役割は大きくなる傾向にあり、この原則にも変化の兆しが見られる。精神医療に関しては RIAGG の創設が重要であり、これを出発点にして国家としての改革を行う基盤がやっと整ったといえるであろう。

VI ま と め

ヨーロッパの「小国」の精神医療を、オランダ、オーストリア、スイスを例に挙げ、その社会的背景を変えながら比較検討した。これらの国ではヨーロッパの「大国」で行われた法制度の制定・改革を伴うような大規模な精神医療改革は見られない。オーストリア、スイスの連邦制のもとで、先進的な地域精神医療体制を導入している州もある反面、国全体としての精神医療改革は実現を見ず、国内での地域格差を生みだしている。が、中央政府の役割の増大という流れの中で、これら連邦国家の精神医療の変貌が予測される。一方オランダでは、独立自尊の価値観あるいは宗派ごとに形成された伝統的な系列社会の壁により、地域精神医療体制の統合が遅れてきた。これも、脱宗教化の進行と国家の役割の増大によって、国家としての精神医療政策へと大きく動きだしているといえよう。

注

- 1) Verzuiling: 語源的には zuil (柱) に由来するオランダ語。「統一化、規格化する (verzuilen)」の名詞形。比喩的には、「意見をひとまとめにすること」といった意味になる (cf. Langenscheidts Taschenwörterbuch Niederländisch)。
- 2) オランダの脱宗教化は次に示す数字にも表れている。オランダ国民の信仰宗派に関する統計によれば、1966 年にはローマ・カトリック派: 33.4%, オランダ改革派: 19.1%, カルヴァン派: 9.9%, その他の宗派: 12.0%, 信仰なし: 25.6% であった。1979 年になると、それぞれ順番に 30.1%, 16.4%, 7.4%, 3.4%, 42.7% と変化し、60, 70 年代に「信仰なし」の割合が大幅に増加したことを示している (cf. Gout, F. P.: Het socio-culturele leven in Nederland 1945-1980. Algemene Geschiedenis der Nederlanden 15 Nieuwste Tijd. Fibula-Van Dishoeck Haarlem (1982) 337-368)。
- 3) そもそも、ヨーロッパ全体の精神科ベッドあるいは患者の動向を 1 つの資料としてまとめたものは極めて少ない。そのうちの 1 つが WHO の統計年鑑 (World Health Statistics Annual) だが、1980 年代以降この種のデータが途絶えているうえ、これより過去 10, 15 年と遡るうちに集計方法も異なり、当該国のデータの欠損も目立ってくる。したがってオーストリア、スイスは国の統計局のものを採用したが、独自の集計方法によるためか、これと WHO の資料を突き合わせると数字が多少異なっている。オランダについては、国独自の統計資料が入手できず、WHO の資料にデータの欠損がないため後者を採用した。

参考文献

- 1) Bauer, M.: Sektorisierung. In: Frießem, D. H. (hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Wilhelm Fink Verlag München (1979) 513-516.
- 2) Bennett, D.: Großbritannien: Psychiatrie im Wandel. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 479-489.
- 3) Bundesamt für Statistik (hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1993. Verlag Neue Zürcher Zeitung Zürich (1993).
- 4) Ciompi, L.: Die Behandlung des psychisch Kranken in der Schweiz und in Europa. Schweizerische Ärztezeitung 68/9 (1987) 357-362.
- 5) Ciompi, L.: Sozialpsychiatrie in der Schweiz. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 138/6 (1987) 11-24.
- 6) Ciompi, L.: Zur Entwicklung des sozia-

- lpsychiatrischen Denk- und Behandlungsansatzes in der Schweiz. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 551-562.
- 7) Cooper, B.: *Mental Health Care Models and Their Evaluation: The West German Experience*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 99-104.
 - 8) Creifelds Rechtswörterbuch 11. Auflage. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung München (1992) 1129.
 - 9) Forster, R.: Wo steht die "Psychiatriereform"? Anmerkungen zur aktuellen Transformation der Österreichischen Psychiatrie und zur sozialwissenschaftlichen Psychiatrieforschung in Österreich. In: Forster, R. u. Pelikan, J. M. (hrsg.): *Psychiatriereform und Sozialwissenschaften: Erfahrungsberichte aus Österreich*. Facultas Universitätsverlag Wien (1990) 19-48.
 - 10) Fuchs, W. J. u. Uchtenhagen, A.: *Rehabilitationsmodelle und -methoden in der Schweiz*. In: Hippius, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Haut, L. (hrsg.): *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1989) 157-160.
 - 11) Gersons, B. P. R.: *Community Based Rehabilitation in the Netherlands*. In: Hippius, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Haut, L. (hrsg.): *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1989) 145-148.
 - 12) Giel, R.: *Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden*. In: Drucksache 7/4201 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode (1975) 654-664.
 - 13) Haerlin, C.: *Community Care in West Germany: Concept and reality*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 105-110.
 - 14) Harenbergs Weltreport Länder Städte Reiseziele. Harenberg Lexikon-Verlag Dortmund 1990.
 - 15) Haveman, M. J.: *Dehospitalization of psychiatric care in The Netherlands*. *Acta psychiatr. scand.* 73 (1986) 456-463.
 - 16) Haveman, M. J.: *Trends in der intramuralen Versorgung von psychiatrischen Patienten in den Niederlanden: Ein quantitativer Rückblick*. *Nervenarzt* 60 (1989) 236-242.
 - 17) Kardorff, v. E.: *Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland*. Sozialpsychiatrische Informationen 2 (1984) 18-36.
 - 18) 加藤正明監修, 見浦康文・滝沢武久編『精神保健実践講座 8 精神保健行政と生活保障』, 中央法規出版, 1990 年, 34-54 頁。
 - 19) 厚生省保健医療局精神保健課監修『我が国の精神保健 (精神保健ハンドブック) 平成 4 年度版』, 厚健出版, 1993 年, 339-353 頁。
 - 20) Mangen, S. P. (ed.): *Mental Health Care in the European Community*. Croom Helm London (1985).
 - 21) Mangen, S. P.: *Mental Health Policies in Europe: An Analysis of Priorities and Problems*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 76-82.
 - 22) Müller, C.: *Die Entwicklung vom Großspital zur gemeindenahen Psychiatrie: Ein Beispiel*. *Nervenarzt* 47 (1976) 295-299.
 - 23) 宗像恒次『精神医療の社会学』, 弘文堂, 1984 年, 357-373 頁。
 - 24) Pichot, P.: *Ein Jahrhundert Psychiatrie*. Überreicht durch: F. Hoffmann-La-Roche & Co., A. G. Basel, Schweiz, Editions Roger Docosta, Paris (1983) 151-153.
 - 25) *Rheinische Post*, 5. Oktober. 1993 (Nr. 232).
 - 26) Richartz, M.: *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in den Niederlanden*. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 510-527.
 - 27) Rudas, S.: *Evaluation sich verändernder psychiatrischer Versorgungssysteme-Beiträge zur Versorgungsforschung am Beispiel Wiens*. *Psychiat. Prax.* 17 (1990) 206-215.
 - 28) Rudas, S.: *Zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich*. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 528-537.
 - 29) Rudzio, W.: *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland*. 3. Auflage. Leske + Budrich Opladen (1991) 352-359.
 - 30) Schäfers, B.: *Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland*. 4. Auflage. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart (1985) 220-221.
 - 31) Schrameijer, F.: *New comprehensive mental health authorities in the Netherlands*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 132-136.
 - 32) Schultze, R.: *Föderalismus*. In: Nohlen, D. (hrsg.): *Wörterbuch Staat und Politik*. 2.

- Auflage. Piper München Zürich (1993) 139-146.
- 33) Sektorisierte Versorgung in Holland: Bericht über eine Informationsreise (April 1974). In: Drucksache 7/4201 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode (1975) 1009-1023.
- 34) Stolk, P. J.: Über die Anstaltspsychiatrie in den Niederlanden. 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) 33-40.
- 35) Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie Verlag Bonn (1990).
- 36) Weber, A., Leienbach, V. u. Dohle, A.: Soziale Sicherung in Europa: Die Sozialversicherung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden (1991) 123-136.
- 37) Weidemann, S.: DuMont Reise-Taschenbücher Holland. DuMont Buchverlag Köln (1991) 40-54.
- 38) WHO Regional Office for Europe: Constraints in Mental Health Services Development: Report on a Working Group. WHO Regional Office for Europe Copenhagen (1978).
(はしもと・あきら デュッセルドルフ大学)