

「日本の近代化と健康転換」(日本学術振興会 科学研究費研究 2007-2009)

Working Paper 006

精神医療における場所の歴史

- 「そこにしかない」場所と「どこにでもある」場所 -

橋本 明

引用・参照の折には、必ず著者に確認してください。

If you want to quote from or refer to this work, please contact the author.

精神医療における場所の歴史 「そこにしかない」場所と「どこにでもある」場所

橋本 明

はじめに：精神医療における治療の場所と場所性

精神医療の歴史は、患者の「治療の場所」をめぐる歴史である、といっても過言ではなからう。患者をどこで治療するのか、という問題は昔から大きな関心事のひとつであった。家族や地域社会から、一時的にせよ長期的にせよ、何らかの形で移送や隔離を必要とするという精神病患者の処遇の性質からか、歴史的にみて特定の場所や空間が精神病治療と結びつく場合が多い。「冗談などで、何か突飛な話をすると、東京では『松沢行き』、京都では『岩倉行きだ』といいます」¹という記述は、そのような歴史の一端を示している。これは東京や京都に限らず、日本各地でみられる現象であり、国外でも事情はよく似ている。

しかし、「治療の場所」にはさまざまな意味が含まれている。大きく分けて次元の違う二つの空間を指している。一つは、部屋・施設・病院・治療に関わる建築物やモニュメントといったミクロな空間のことであり、もう一つは、このミクロな空間を含みつつ、それらが立地する周辺の一定の広がりをもつ自然・社会環境全体を包み込んだマクロな空間である。「松沢行き」の「松沢」は松沢病院という特定の精神病院を指している前者の例である。他方、「岩倉行き」の「岩倉」は、京都洛北・岩倉の地に集積していた精神病患者預かりを行う宿屋・保養所群と大雲寺やその霊泉などの個々の施設が点在するこの地区の環境全体を意味していると考えられるので、後者のマクロな「治療の場所」と言えるだろう。

ところで、「治療の場所」は、その歴史的起源という観点から見れば、その場所にとって本来は異質で何か奇異なものとして始まることが多い。その起源が伝説的なものであれ、確かな史実を伴っているものであれ、日常世界の中の非日常的なミクロな空間（設備、モニュメントや御神体など）として出現するのである。それが徐々に周囲と折り合いをつけながら、自然・社会環境全体を包摂するマクロな空間へと熟成していく。京都の岩倉がその典型例であり、類似の「治療の場所」は日本各地に存在していた。このような「治療の場所」は、新陳代謝をしながら成長していく一つの生命体のようなもので、さまざまな要素を取り込みながら、全体として一つの秩序を作り上げ、そこで展開する人間関係や自然・社会環境は、一体となって場所のオーラを放っていた。治癒を求める人々をひきつけ、彼らに想像力を与えてきたのは、それぞれの場所がもつ独特の性質や雰囲気、「そこにしかない」場所という認識、いわば「場所性」だった。

¹ 座談会・精神病はどう考えられているか。精神衛生, 83: 2 (1963).

一方、東京の松沢に代表される「治療の場所」としては新参者の近代的な病院は、ほぼ精神病院の敷地内だけで完結したミクロな空間に止まっていると言えるだろう。そもそも精神病院という空間は、その周囲にとっては異質で排他的なものであり続け、自然・社会環境全体を包摂するマクロな空間の一部に融合し発展することは難しいということなのだろうか。それとも、もっと時間をかければ、やがては周囲の環境に馴染むマクロな空間へと発展していくものなのだろうか。とはいえ、この精神病院という近代的なシステムは原理的にはどこにでも設置可能であり、実際、わが国のいたるところに普及している。その意味で「どこにでもある」場所である。

戦後日本における「治療の場所」の議論は、上記のような「治療の場所」に本来備わっていたマクロな空間性を、忘却ないしは排除したところから始まっている。もはや岩倉のような「治療の場所」が存在しえなくなった1950年代以降に、精神障害者の急激な施設収容化が行われた結果、「治療の場所」は精神科の医療施設というミクロな空間へとほぼ完全に集約されていった。このような状況で「治療の場所」の議論は、施設収容主義への批判と糾弾、そして地域生活支援への期待と憧憬を暗黙のうちに前提とした、「病院か、地域か」さらには「入院医療から地域生活へ」という単純な二項対立図式に閉じ込められてしまった。

本論文の目的は、「治療の場所」が備えていたマクロな空間性がいかにして排除され、忘却されたのか、言いかえれば、いかにして「場所性」を失っていったのかを明らかにすることである。だが、その前に精神病の「治療の場所」というものが、どのように発生し発展し、「そこにしかない」場所になっていったのかという、いわば「治療の場所」の自然史を描きたいと思う。とはいえ、それは容易な作業ではない。自然史として描けるだけの資料を残している「治療の場所」は、ほとんど見当たらない。

唯一の例外として、ヨーロッパの「そこにしかない」場所の代表格であるベルギーのゲール(Geel)をあげることができる。精神病者の巡礼地としての歴史をもつこの小さな街については、比較的豊富な資料が存在する。現在も続くゲールにおける精神障害者の里親下宿制度(家族的看護システム)をめぐっては、欧米諸国だけではなく近代日本の「治療の場所」の議論にも一定の影響を与えたという経緯もある。そこで、まずは巡礼地ゲールの形成と発展、近代的な精神医療の文脈の中で評価された家庭的看護の展開過程、さらには国際的に与えた影響の足跡を追ってみたい。

ゲールにおける場所性の形成

伝説と巡礼

ゲールはまず巡礼地として特別な場所となった。ヨーロッパ中世の巡礼地にとって、聖遺物の存在は欠かすことができなかった。聖遺物とは、聖人の遺骸、または聖人が生存中

に使用していたとして神聖化された物（たとえば衣服）、あるいは聖人の遺骸に触れて神聖化された物（たとえば花粉、花、墓の油、墓の上にかかれた布）のことである。² 11世紀ころには、守護聖人への需要が高まり、膨大な数の聖人と聖遺物が「発見」あるいは「再発見」された。また、エルサレム、ローマ、サンティアゴ＝デ＝コンポステラといった大巡礼地だけではなく、地方の小聖地も大いに活況を呈していた。こうしてヨーロッパにおける聖遺物信仰は最盛期を迎える。³ 聖遺物には治癒効果があるとされ、その聖遺物を核にして礼拝堂をつくり、クリプト（地下礼拝堂）をつくり、教会を建設し、巡礼者の訪問とともに街は繁栄していった。

ゲールの聖ディンプナ伝説は、このような背景の中で成立したものだろう。簡単にその伝説を紹介したい。

アイルランド王であり「邪宗」を信じていた父親は、妻を失い悲嘆に暮れ、キリスト教徒であった娘ディンプナ(Dimpna)に近親結婚を迫る。が、ディンプナは拒絶し、聴罪司祭ゲレベルヌス(Gerebernus)を伴って逃走する。海路アントワープ(Antwerpen)を経てゲールにたどり着くが追手に発見され、ゲレベルヌスの処刑に続いて、娘は怒り狂う父親によって処刑された。

遺体は、ゲールの住民たちによって埋葬された。次第に、彼らの墓が、癒しを求めてやってくる人々の避難場所になっていった。そのため、彼らの遺物を掘り出し、敬虔な信者たちの敬意に応えることになった。ところが、土を掘り起こしたところ、純白の石棺が二つ見つかり、それらはその地域では見かけない形と色をしていて、人々はそれを天使の仕業と考えた。

この二人の殉教者への信仰は、遠くの街の人々にも及んだ。クサンテン(Xanten、ドイツ・低地ライン地方の街)からも巡礼者の一団が毎年訪れていた。ある時、彼らがディンプナとゲレベルヌスの聖遺物を盗み去ろうとした。ディンプナの聖遺物は運び出せなかったものの、ゲレベルヌスの遺骨の大部分をクサンテンに持ち帰った。

以上の伝承は紀元600年頃の出来事とされているが、13世紀の前半に書かれたラテン語の著作に基づいている。伝承の信憑性には議論もあり、ヨーロッパで広く知られた民間伝承の形式を受け継ぎつつ、聖遺物信仰の高まりのエピソードをブレンドしたものとするのが妥当と思われる。いずれにしても、巡礼地ゲールは、聖遺物信仰に支えられた文字通り「場所のオーラ」によって人々から支持を得ていた。それは、他の多くの巡礼地も同様である。興味深いのは、究極的には聖遺物という物体が「場所のオーラ」の中核をなしていたため、伝説にあるように聖遺物を盗んででも別の場所にゲールの場所性を実現しようとした点である。このような場所性の転移という発想は、近代にも別の形で登場するが、

² 上智大学編纂：カトリック大辞典 . 81, 富山房, 東京 (1952).

³ 青山吉信：聖遺物の世界 -中世ヨーロッパの心象風景-. 67-68, 151-153, 山川出版社, 東京 (1999).

それは後ほど述べることにしよう。

聖ディンプナの精神病患者の守護聖人への特化が確認できる最初の記述は、15世紀の免罪符の中に見られる。1412年と1431年の免罪符には、ゲールにおいて貧しい精神病患者に施しをする者に100日間の免償が与えられること、その頃に多くの巡礼者が訪れたが、ほとんどが悪魔にとり憑かれたものであったこと、さらに、増えつづける患者に教会は対応できず、信者や住民に慈悲が求められたことなどの記述があり、不完全ながら家庭的看護の兆しがみられる。この頃までには、聖ディンプナの足元で悪魔が踏みつけられているというイコノグラフィが定着しているように、精神病患者の守護聖人への特化については、父親にとりついた悪魔をディンプナの殉教が克服したという観点から論じられるようになった。

さて、巡礼者の増加に伴い、次第に精神病患者の「受け入れ体制」が整備されていく。たとえば1349年に建設が始められたといわれる⁴ゲールの聖ディンプナ教会で行う9日間の治療の儀式(novena)のために、患者を宿泊させる病人部屋(ziekenkamer)の設置があった。この9日間の儀式といわれるものは、中世ヨーロッパではごく一般的な治療法で、主として、悪魔払い、食餌法や沐浴といった医学的治療、聖遺物の崇拜、という要素から成っていた。⁵ 伝えられるところでは、病人部屋は15世紀の半ばに建てられたといわれるが、現在残っているのは1683(あるいは1687)年に聖ディンプナ教会の南側に隣接して新たに建てられた病人部屋である(ただし1944年に戦災で破壊された後、再建されたものである)。⁶

里親下宿の進展と世俗化

ところが、上記で述べた病人部屋の収容可能人数は少なく、病人部屋の空きを待つ患者や、教会近くの民家に宿泊しながら教会に通って9日間の治療の儀式を受ける患者が増加した。さらに、治療の儀式のあとも民家に長期間滞在する患者も多く、次第に里親下宿が広がっていったのだが、このようなシステムは誰によってどのように運営されていたのだろうか。

聖ディンプナ教会による巡礼患者への支援体制が形式的に整ったのは1532年といわれ、これ以前の教会のやり方はよくわからない。1532年には教会に10人の司教代理で構成される司教代理会が作られ、後の教会参事会の前身となった。これが巡礼者の世話を公式に担当することになった。9日間の治療の儀式の窓口となり、里親つまり患者の下宿先もここで紹介された。彼らの仕事は、毎日、病人部屋に患者を訪問してミサを行い、患者をよく観察して治療の儀式を行うのに適切な瞬間をとらえ、定期的に患者の衛生状態に気を配るなどかなりきめ細かいものだったようである。

⁴ St. Dymrna and Hospital Museum Geel: St. Dymrna Church Geel, Geel (1998).

⁵ Beek H: waanzin in de middeleeuwen. 215, De Toorts, Haarlem (1969).

⁶ Koyen MH: Gezinsverpleging van geesteszieken te Geel tot einde 18de eeuw. Jaarboek van de Vrijheid en het Land van Geel, 12: 35-39 (1973).

他方、多くの巡礼者がゲールに流入し、時には精神病患者が長期滞在することは、教会参事会と里親との関係だけでは済まない問題を含んでいた。ゲールの地方役人も利害関係の調整に介入している。彼らの関心事の一つは、貧困者の流入による財政負担の増大であった。そもそもゲールは 13 世紀から 18 世紀の末期まで自由都市として発展し、領主から任命を受けた地方長官(drossaard)と 7 人の参審人(schepen)によって統治されていた。彼らの憂慮は、貧困患者が当地に流入して、地方役人や聖職者などから構成されるゲールの「貧者の食卓」(Armentafel)の負担にならないかということであった。「貧者の食卓」とは中世に南ネーデルランドや北フランスで成立した救済組織の一つである。⁷ ゲールで援助(治療儀式や里親下宿)を受ける患者は、保証人の手紙が必要とされ、扶養費が払えなくなった場合でも「貧者の食卓」には費用負担をかけないことを示さなければならないなど、地方役人たちは水際でさまざまなチェックをして、ゲールへの患者流入をコントロールしていた。

17 世紀の終わりごろになると、「1532 年体制」に変化が生じ始める。それは貧困精神病患者のゲールへの流入によってもたらされたものである。この頃は、都市出身の貧しい精神病患者は行き場をなくすと、各都市の「貧者の食卓」を通じて近隣の街の農家などに下宿するといったことが行われていた。フランドル地方の中心都市アントワープやメヒェレン(Mechelen)などからは大量の患者が、近隣の村に移送された。ゲールもその選択肢の一つだったが、知名度もあり、歴史的な経緯から里親が発達していたので、患者を送る側には他の街より魅力的であったことは間違いない。こうして次々にゲールに貧困患者が送り込まれてくると、里親に下宿して 9 日間の治療の儀式を受けるというそれまでの宗教儀式を第一に考えていたシステムが維持されなくなっていった。というのも、各都市の「貧者の食卓」の目的は、貧困患者を教会の儀式に参加させることではなく、里親のところに滞在させることだったからである。貧困患者が儀式を受けない理由の一つには、送り込んだ都市の「公費」患者であるので、ゲール以外の村に送り込んだ「公費」患者とのバランスを考えると、ゲールの患者だけを優遇できないという配慮があったものと推察されている。このようにゲールへの巡礼は宗教的治療を受けるという本来の目的をなくしていき、以前は儀式を受けるための手段であった里親下宿が第一義的な目的になっていった。

ところで、役人たちのもう一つの関心事は、ゲールの治安であり、患者処遇の問題であった。地方長官と参審人は、住人と患者との良好な関係を保つ目的で 17 世紀から 18 世紀にかけて 3 回の規則(ordonnantie)を出している。これらの布告から、患者の行動や態度が住人の間に混乱をもたらしていたことが伺われる。最初の布告は 1676 年のものである。今後は「家に狂人や患者(sotten)を住まわせている者は、彼らが他人を傷つけないように手足を固定すること」と決められた。しかし、この規則は守られず、相変わらず里親は患者に自由を与えつづけたため、事件や事故はなくならなかった。そこで 1747 年に再び布告が作られる。その序文には「狂人や患者たちは混乱を引き起しているが、下宿先の家人は彼

⁷ 河原 温: 中世フランドルの都市と社会. 99-114, 中央大学出版部, 東京 (2001).

らを打たないどころか、徘徊させ、溺死させ、災難に合わせている」とある。また、教会内での混乱も多かったのか、付添い人がなければ患者は教会には立ち入り禁止とされた。それでもやはり規則に効果はなく、1754年にまた布告が出された。出された理由は前回とほぼ同様で、患者が多く混乱を起しているのに、忠告されると「うちの患者は誰にも危害を加えない、世界で一番よい人間だ」と里親は主張するばかりで、何の予防策もしていないというものである。1754年の布告にはこれまでにない要素が盛り込まれている。それは火災予防のため、絶対に患者には火のついたランプやパイプを持たせて外出させてはならないということと、夏季（復活祭から10月1日まで）は夕方7時から翌朝6時まで、冬季（10月1日から復活祭まで）は夕方4時から翌朝8時まで、患者は家から外出禁止とされたことである。なお、これまでの布告のすべてには、違反した場合の罰則が設けられていた。^{8,9}

しかしながら、従来の実施体制もやがて終焉をむかえる。フランス革命を経て、1795年にはゲールを含むブラバント地方はフランスに併合され、これまでの支配体制は反故になった。1797年にはついに聖ディンブナ教会が閉鎖され、教会参事会は解散され、病人部屋は使用できなくなった。教会参事会と地方役人によって維持されてきた里親下宿をコントロールする公式の組織は存在しなくなった。したがって、患者の監督は里親に全くゆだねられることになった。ただし、貧困患者を大量にゲールに送り込んでいた都市は、自前の里親紹介組織を持っていたので、自分たちの患者については監督を行っていた。他方、都市によっては患者をゲールから連れ戻すところもあった。いずれにせよ、この時期の混乱でゲールへの巡礼者およびこの地に滞在する精神病患者の数は減少せざるを得なかった。だが、これも数年間のことで、19世紀の初めには再びゲールに滞在する精神病患者は急速に増加していった。¹⁰ 19世紀のゲールの課題を一言で言えば、里親下宿の近代化であり、医学的な管理体制を確立することであった。

ところで、フランドル地方の代表的な精神病患者の巡礼地としては、ゲールのほかにロンセ（Ronse）、ニノベ（Ninove）などが挙げられる。これらの精神病治療の場所としての発展過程はゲールときわめて似ている。その意味でゲールは決して特殊な場所ではなく、少なくともある時点まではありきたりの巡礼地の一つに過ぎなかったのである。

ロンセは聖遺物を安置し崇拝するための地下礼拝堂（クリプト）で今日でも有名であり、その精神病患者治療の歴史は医学史研究者ベーク（Beek）らの研究に詳しい。それによると、ロンセの守護者、聖ヘルメスの聖遺物を安置している聖ヘルメス教会では、教会参事会がクリプトで行われる9日間（ないしは40日間）の儀式や患者の滞在などを取り仕切っていた。教会内の宿泊所の詳細については不明だが、近くの宿屋に泊まっていた患者は多かつ

⁸ Koyen MH: 前掲論文, 127-133.

⁹ Veraghtert K: De Overheid en de Geelse Gezinsverpleging, 1660-1860. *Annalen van de Belgische Vereniging voor Hospitaal Geschiedenis*, 7: 115-127 (1969).

¹⁰ Koyen MH: 前掲論文, 135-141.

た。宿屋に宿泊する患者と教会とのやりとりは記録に残されているが、ゲールのように民家が精神病患者を受け入れていたかどうかはわからないという。¹¹ しかし、1800年くらいには、人々の病気治療の意識も変容し、精神病の治療のために9日間の儀式に来る巡礼者はほとんどなくなったと考えられる。¹²

では、ゲールと同様の民家での患者預かりが、なぜロンセなどほかの巡礼地では発展せず、近代化への足がかりをつかむことができなかったのだろうか。これらの点については研究も立ち遅れている。今後、複数の巡礼地のデータを数多く収集し、比較検討する作業が不可欠であり、残された大きな研究課題となっている。

近代的な医学の実践場

最初にゲールを近代的な医学の枠の中で解釈し、この地を国際的に有名にしたのは、フランスの精神科医エスキロール (Esquirol) であった。従来のゲールに関する情報に満足できず、1821年8月に同行者二人とともにこの村を巡り、住民や患者の様子を見学したのである。この時の報告は1838年に出版されたエスキロールの著書の中に書かれている。¹³ 彼は「患者たちは、男も女も村の中を自由に歩き回っており、誰もそれを気にもとめない」と、ゲールに暮らす精神病患者の自由な雰囲気がある程度評価している。だが、同時にこの奇妙な制度に高い有用性を認めることはできないとしている。とりわけ、「ゲールの地に足を踏み入れて痛々しかったのは、農家の近くの路上で落ち着かない様子を見た時である。彼につけられた鉄の桎梏が、下肢の皮膚を深く傷つけていた。すべての家で、暖炉かベッドのところにリングが付けてあり、そこに患者を抑える鎖を固定するのである」といった手枷・足枷の使用を許容する患者の扱いの悪さを強調している。そこで、エスキロールは施設(病院)の設置とともにその施設のスタッフが村に散らばる患者の監督を積極的に行うことを(当時この地域を支配していた)オランダ政府に提言したという。

この時期、より正確に言えば1850年代の初めに至るまでのゲールの最大の弱点は、家庭看護を監督する公的な機関が存在しなかったことだろう。ゲールを訪れたことがあるドイツの精神医学者クラフト＝エーピング (Krafft-Ebing) が指摘しているように、ゲールにおける精神病患者の治療と看護は全く私的な事柄だったのである。拘束具の使用を日常化させていた原因の一つは、患者の世話が個々の里親の裁量に任されていたからであろう。だが、時代も移り変わり衛生的で科学的な要請がなされるようになると、私的な営為として里親下宿はもはや立ち行かなくなった。¹⁴ したがって、里親下宿制度の近代化、すなわち里親

¹¹ Beek H: De hulp aan geestesgestoorden rond St.-Hermes van Ronse. *Annalen van de Geschied- en Oudheidkundige kring van Ronse*, 14: 151-163 (1965).

¹² Willemyns R: De Sint-Hermescultus en de Fiertelommegang te Ronse. *Annalen van de Geschied- en Oudheidkundige kring van Ronse*, 20: 5-56 (1971).

¹³ Esquirol E: *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. 293-300, Librairie médicale et scientifique de J. B. Tircher, Bruxelles (1838).

¹⁴ Krafft-Ebing R: Ein Besuch in Gheel vom 27. bis 29. November 1866. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 24(6): 665-668 (1867).

下宿を公的で医学的な管理に委ねることは、ゲールの存続がかかる不可避の選択となってくるのである。

当時の精神病患者への虐待への国内的、国際的な関心に刺激されて、ベルギー政府は 1850 年に精神病患者法¹⁵を成立させる。この法 6 条によりゲールにおける精神病患者の里親下宿には特別の地位が与えられた。村全体が国立のコロニーとなったのである。コミュニティー全体が一つの開放型の国立精神病院と位置づけられたとも言い換えることもできよう。¹⁶

1850 年の法整備と前後して、ゲールの不十分な医療システムを建て直すための具体的な動きがみられる。まず 1848 年には、ブリュッセルの市民救貧院委員会(Commissie van de Burgerlijk Godshuizen, CBG)からゲールに専門医を派遣することが決まった。この CBG を通じて多くの精神病患者がゲールに送られていたのである。翌 1849 年、精神科医パリゴ (Parigot) がゲールに派遣されて、彼を中心に里親下宿の医学的管理体制の中核的機能を持つ中央精神病院の建設計画が進められていく。1852 年にはゲール・コロニーに院長制が敷かれ、パリゴは最初の院長になった。ただし、懸案であった中央精神病院は、建設費用、スタッフなどの問題で国や自治体との間で折り合いがつかず、紆余曲折のすえ 1862 年にやっと完成した。

さて、コロニーの院長となった 1852 年にパリゴはゲールについての著書『L'air libre et la vie de famille dans la commune de Gheel (『ゲールの自由な雰囲気と家庭生活』)』を出している。これは国外でも直ちに紹介されるほど人気を博した。同じ頃、パリの社会派ジャーナリストのデュヴァル (Duval) は、1856 年頃から好んでゲールの記事を書いている。1867 年にはそれらを著書にまとめたものが話題になり、人々の「ゲールへの熱望 (Gheelzucht)」を煽った。他方、デュヴァルと親交があったモラヴィア (当時はオーストリア=ハンガリー帝国に帰属) の男爵で医学博士のムンディ (Mundy) は、1860 年に半年間ゲールに滞在し、その里親での家庭的な看護をヨーロッパで広く知らしめようとしていた。1867 年のパリ万博では、デュヴァルの協力を得て家庭的看護のモデルハウスを出品している。¹⁷

こうして、いまや「近代化したゲール」は一躍国際的な注目の的となった。1860~80 年頃には、国や地域によって程度の差はあったが、マスコミや医学界を巻き込んでゲールへの国際的関心が最初のピークを迎えていた。国外の精神医学界に関してはドイツとフランスの反応が特に注目される。

これは、19 世紀に盛んに取り沙汰された精神病院の「コロニー化 (colonization)」の議論と関連させて検討する必要がある。慢性の、あるいは必ずしも保護を必要としない患

¹⁵ Loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés.

¹⁶ Matheussen H: The psychiatric foster family care (FFC) in Geel (Belgium). Ministry of Public Health, Flemish Community, Belgium (1988).

¹⁷ De Bont M: "The Gheel Question" De gezinsverpleging van geesteszieken in de internationale belangstelling (1821-1902). Jaarboek van de Vrijheid en het Land van Geel, 26: 159-174 (1989).

者が精神病院敷地内や近隣にある広大な農場に宿泊し、作業をしながら療養するのが「コロニー」システムであり、当時は開放的な治療を進める立場から、また増え続ける患者の入院経費節減のために推奨されていた。フランスのフィッツ・ジャメ (Fitz-James) では既に 19 世紀の前半にそのようなコロニーが設立され、一定の評価を得ていた。ドイツでは 1876 年に創設されたアルト・シェルビッツ (Alt-Scherbitz) のコロニーがモデル的な施設として特に知られている。ドイツの精神医学者グリージンガー (Griesinger) のコロニーに対する見解によれば、開放的な治療形態には二つのものがあり、一つは上記の農村型のコロニー (agricole Kolonie) であり、もう一つがゲールのような家庭的看護のためのコロニー (Kolonie zur familiale Verpflegung) であった。前者は、精神病院の敷地内またはその近隣に存在しており、患者は患者同志や看護人のみとのコミュニケーションしかないので限定的な自由を享受しているが、後者は一般住人との関わりを持つのでより自由な形態であると位置づけられた。¹⁸

19 世紀後半のヨーロッパでは、このような精神科治療の経済性や精神病院のコロニー化をめぐる議論と同一平面上に、ゲールや家庭的看護への関心が浮上してきていた。だが、1860 年代、1870 年代の各国の精神医学界はゲールの後進性をなおも強調し、家庭的看護の導入には慎重な態度を示していた。¹⁹

ところで、19 世紀の終わり頃までのゲールの家庭看護はどんな様子だったのだろうか。1900 年に刊行された “Gheel in Beeld & Schrift (『写真と記述にみるゲール』)” からその一端を知ることができる。

この本の中では、まず患者の受け入れ家族の一般的な役割について述べている。里親の大黒柱である家の主人である父親 (vader) は権威で、患者に畏怖の念をいだかせるものだが、その庇護を約束している。主人は筋骨隆々でたくましいが、とても親切で我慢強く、これが患者にはとてもいい影響を与えている。他方、患者は父親が身を粉にして働く姿を見ている。患者はこの勤勉さのお手本を見て働き、仕事が好きになる。この瞬間から里親家族と下宿人である患者との間の関係は緊密になり、患者は家族の有用な一員となる、と。

また、里親の母親 (moeder) が患者に与える精神的な力についても強調されている。彼女は関心と同情をもって患者の話に耳を傾ける。患者の話は長くて、繰り返しが多い。その不幸な話は本当のことなのか、あるいは創作なのか、よくわからないが、彼女は患者の運命を嘆き、患者を元気付ける。感情にあふれる彼女の心から、神秘的な流れが患者の不安定な心に注ぎ込み、患者をなだめる。彼女は何事があっても、患者の世話にひるむことはない。彼女は、精神病者の目に見える神の摂理である、と。

他方、里親家族の子供も精神病者の看護に大きな役割を果しているという。魅力的な無

¹⁸ Griesinger W: Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1: 8-43 (1868).

¹⁹ 橋本 明: Geel の精神医療史 -19 ~ 20 世紀に寄せられた国際的関心について-. 精神医学史研究, 4: 29-39 (2000).

垢の眼差し、弱々しい手でなでられること、無邪気な幼子の口を通してどもりながら語られる真実、それらはしばしば患者の緩んだ心の弦にふたたび張りをもたせ、くすぶっていた心の灯火を発火させる。里親の女主人がお菓子を家に持ってくれば、兄弟のように患者と子供たちはこれらを互いに分け合う。障害を負った患者の理解力は低下しており、発達段階にある子供の感覚と同調するこのような光景を目の当たりするのは興味深く、感動的である。

さらに、ゲールの住人の精神病患者に対する同情、受容、愛情は、若者の街中で出会う患者に対する振る舞いにも反映している。いたるところで、精神病患者はいたずら小僧によって、追いかけられ、やじられるが、そんなことはゲールでは起こらない、と。

続いて、地元の新聞“Het Nieuwsblad van Gheel”(1898年10月8日)に掲載された患者の記念パーティーの記事が紹介されている。それによると、件の患者は24歳の時からゲールの里親の家で暮らしはじめ、1898年10月の初めには50年を迎えた。患者は最初の里親の死に立ち会っている。いまはそのひ孫と遊んでいる。ゲールに来た当初から、患者は家族の一員として扱われてきたし、患者の側からすれば家族の息子として働き、その家族の世話をやってきた。この地区でその患者を知らぬものはなく、里親と近所の人がこの50周年をあたたく祝った、という。²⁰

「ゲールのような場所がどこにあるのか?」「自由と家庭生活を取り去ることなしに、患者を適切に看護することは容易ではないが、ゲールの人々は神の祝福と何世紀もの経験からそれを可能にしてきた」と書くこの本の記述は、国際的な評価が一つのピークに達する1900年前後の雰囲気を与えている。しかし「いまでもゲールの人々は祖先が行ってきたように患者を扱っている」とあるように、これまでのやり方を踏襲しているまでのことで、近代的な精神医療を実践しているという自負は見られない。つまりゲールの家庭的看護の評価は決して内発的なものではなく、変化の激しい外部の精神医学界から向けられたものと言えるだろう。精神医学者たちは、ゲールという場所で行われていることを近代的な医療の文脈で理解しようとし、そのエッセンスをなんとか自分たちの医療に取り込もうとしていたのである。

ゲールの模倣

1880年代以降になるとヨーロッパではゲールをモデルにした家庭的看護の導入議論が再び活発になってくる。ベルギー国内ではオランダ語圏にあるゲールと対をなす形で、1884年にフランス語圏のリエージュ近郊のアルデンヌ高地ある山村リエルヌ(Lierneux)に家庭的看護のためのコロニーが作られた。中心には病院(infirmerie)があり、村に到着した患者はここで何日間かを過ごしたあと、里親に引き取られていく。当初はこのコロニー建設に対して、患者とのつきあいに恐怖や不安を感じる村民たちは激しく反対し、村長は「私がこの職にある限り一人も狂人は村に入れない」と語っていたという。コロニー予定地に

²⁰ Janssens G: Gheel in Beeld & Schrift. 268-272, Joseph Splichal, Turnhout (1900).

リエージュから来た視察団は住民から手ひどい歓迎を受けた。それでも、1884年4月、ゲールから選りすぐられた4人がリエルヌに運ばれ、里親での家庭的看護がスタートした。この時、移送にあたった看護人は投石で迎えられたが、同年6月には既に患者は17人に増え、次第に家庭的看護は定着していく。家庭的看護に支払われる扶養費によって村が経済的に潤い始めるとコロニーへの抵抗は消滅し、1898年にはこの村(人口約2500人)で429人の患者が家庭看護の世話になるまでに発展した。²¹

リエルヌでの導入例などに刺激されて、他国でも家庭的看護を導入する精神病院が増えていく。その増加の背景は、精神病院に収容すべき患者の増大、それに伴う精神科ベッドの慢性的な不足と入院経費の負担増である。実際のところ、1900年前後には精神科に入院してくる患者数が過去数十年に比べて何倍にも拡大していたことは事実であり、精神病院の建設や増床だけでは対処しきれないほど問題が切迫していたと考えられる。

このような背景からゲールへの国際的関心は1900年頃には第二のピークを迎える。それを象徴するのが1902年にアントワープで開催された「精神科の家庭看護に関する国際会議」である。この会議の様子を、翌1903年に出された900ページにも及ぶ分厚い報告書が伝えられている。²² 報告書によれば、約250人の出席者はヨーロッパ、アメリカを中心とした医学、法律の専門家であった。会議は1902年9月1~7日にわたって開かれ、各国の精神医療の現況や家庭的看護の実施状況が報告された。ドイツ、フランス、スコットランドといった家庭的看護の「先進国」はこれまで成果を発表する一方、イタリア、オランダ、オーストリアでは小規模ながら実施が始まっている家庭的看護の状況を報告した。さらに精神医療の「後進国」であった周辺の北欧、東欧諸国は患者数の拡大と精神病院の不備を訴え、多くは家庭的看護の導入に前向きな姿勢を示していた。この現況報告を踏まえて、家庭的看護の創設および運用、家庭的看護の恩恵を受けられる患者と精神病院にふさわしい患者といった問題が討議され、結論として「家庭的看護を可能な限り適用する」という宣言が出された。会期中の9月4日にはゲール訪問も組み込まれ、約100人が現地を訪れた。

ドイツにおける家庭的看護の導入

ここで、ゲールに刺激されて家庭的看護を導入し、やがて衰退していったドイツの例を取りあげたい。ドイツの精神科領域における家庭的看護は、精神障害者に対する治療やケアの変遷に翻弄された歴史を持つ。先に述べたように、1860年頃のゲールへの国際的関心が高まっていた第一のピークには、ドイツでもゲールをモデルとする家庭的看護の導入に関する議論が学会レベルで盛んであった。近代的な精神医学を打ち立てたグリーンガーは、開放的な治療の一形態として家庭的看護を強く支持した。²³ しかし、多くの精神科医

²¹ Meeus F: St Dymphna's feesten Gheel -Gheel paradijs der krankzinnigen-. 121-130, Victor Delille, Maldeghem (1900).

²² Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Rapports et compte-rendu des séances. De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen (1903).

²³ Griesinger W: 前掲論文.

たちは「人里離れた」精神病院の推進に傾いていた。²⁴ グリージンガーが1868年に急逝したことも家庭的看護の推進には大きな打撃であった。また、1860年代にはごく初期の家庭的看護の実践が始められていたが、いずれも不成功に終わっている。たとえばヴェストファーレンのマルスベルク（Marsberg）精神病院およびヘッセンのホフハイム（Hofheim）精神病院が導入した家庭的看護は、経験不足からくる方法上の未熟さもあって間もなく挫折しているのだが、この失敗はグリージンガーの家庭的看護の構想が、「狂信的で非現実的な理想主義者の非現実的な考え」として嘲笑されるに十分な出来事であった。結局、「我々の近代的な社会関係のなかでは、家庭的看護を導入することは不可能である」というところに大方の精神科医の意見は落ち着いた。²⁵

ところが、19世紀も終わり頃になると、家庭的看護は精神医療の重要な柱の一つになっていた。精神病院の超過入院を背景にして、北部ドイツを中心に多くの精神病院が家庭的看護を積極的に採用していった。もっとも、ドイツでは家庭的看護があくまで精神病院に附属するもの（annex）と位置づけられ、里親下宿を主にしてそれを支える精神病院という形態をとるゲールのやりかたとは様相が異なっていた。家庭的看護という名の下でケアを受ける患者のかなり割合が、病院附属の小規模の療養施設（Pflegestellen）で、あるいは自分自身の家族の下で暮らしているケースであったという。²⁶ したがって、ザクセンのウフトシュプリング（Uchtspringe）精神病院の院長アルト（Alt）が、文字通りゲール式の家庭的看護を実践したことを除けば、近代的な医学が家庭的看護という概念で抽出したゲールの「上澄み」だけを精神病院を補完するものとして応用したと言えるだろう。そればかりか、むしろドイツで再解釈された精神病院主導の家庭的看護こそが本流であり、ゲールの施設は本来の施設基準から逸脱しているという意見さえ生み出すようになった。²⁷

だが、第一次世界大戦および戦後の食糧難、経済危機などにより、民家での家庭的看護の維持が難しくなり、衰退していく。一時的にはこの看護形態の下に置かれた患者数は回復したものの、1930年代のナチス政権下では家庭的看護の開放性が民族衛生学的に危険視され、その患者は断種の対象とされた。さらに精神病院の財政難から家庭的看護の維持が困難になり、最終的には精神障害者の「安楽死計画」の実施という形で、家庭的看護を含むドイツの精神医療そのものが壊滅状態となった。²⁸

ゲール・ブームの沈静化

再びゲールの話に戻りたい。

²⁴ Rössler W: Wilhelm Griesinger und die gemeindenahere Versorgung. *Der Nervenarzt*, 63: 257-261 (1992).

²⁵ Alt K: Die familiäre Versorgung der Krankensinnigen in Deutschland. In *Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Rapports et compte-rendu des séances*. 53-74, De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen (1903).

²⁶ Müller T: Community spaces and psychiatric family care. In *Madness, Architecture and the Built Environment*, ed. by Topp L, Moran JE, Andrews J, 171-189, Routledge, New York (2007).

²⁷ Müller T: 同論文.

²⁸ 橋本 明: ドイツにおける精神科家庭看護の盛衰史. *精神医学史研究*, 2: 9-18 (1999).

20世紀はじめ頃のゲールには世界各国からの患者が集まり、それまでのオランダからの患者に加えて遠方からの患者も散見するようになっていた。西ヨーロッパだけではなく、東ヨーロッパや、アメリカ、ブラジル、さらに日本の患者も滞在していたという記述もある。²⁹ 既に述べた1902年のアントワープの国際会議ではゲールの家庭的看護の成果が確認され、その国際的評価も高まり、当地における患者数の拡大にもつながっていった。また、各国・各地域における家庭的看護の導入・拡大が促進される契機となった。振り返ってみると、この頃が最も希望を持ってゲールが外国から受け入れられていた時期である。

しかし、ドイツの例で見たように第一次世界大戦が勃発すると経済的な理由などで家庭的看護はヨーロッパ全体で後退していった。ゲールについても、医療現場が混乱し、死亡する患者も増え、さらにオランダとの国境が閉鎖されるなどして、外国人患者の減少も見られた。しかし、大戦終了後は早期に正常化し、戦前の状態を取り戻していった。³⁰ ただし、ゲールへの国際的な関心はかつての熱狂を失っていたことは確かである。

ゲールが活躍した第二次世界大戦前の恐らく最後の国際舞台は、1930年にワシントンで開催された第一回国際精神衛生会議である。この会議のベルギー代表となったのがゲール国立コロニー院長のサノ(Sano)であった。サノは1919~1936年までゲール国立コロニーの院長をつとめた精神科医であり、1902年のアントワープの「精神科の家庭的看護に関する国際会議」では事務局をつとめ、会議の報告書を編集した。この国際精神衛生会議ではゲールに関する講演を行い、映画も上演するなどして喝采を浴びている。引き続いてサノはアメリカのいくつかの都市に招かれて、同じテーマで講演を行った。その結果、それまであまり盛んでなかったアメリカにおける家庭的看護への関心を高め、戦後のアメリカでの家庭的看護拡大に影響を与えた。³¹

1938年にはゲールのコロニーにおける精神障害者の数が3736人となり、規模としてはこれまでの最大になった。だが、第二次世界大戦は、ゲールだけではなくヨーロッパの家庭的看護に大きな打撃を与えた。大戦中にはベルギーはドイツ軍に占領され、ゲールでのドイツ軍とイギリス軍との戦闘で35人の患者が犠牲になった。³²

以上がゲールという場所の中世から第二次世界大戦までの歴史である。ゲールは精神病者のケアに関わる時代のニーズに巧みに応える形で発展し、存続してきた。聖遺物と伝説の時代から、教会組織と自治都市にコントロールされた里親下宿を経て、国際的な関心を呼ぶ近代的な家庭的看護の場所へと。とりわけ19世紀以降の西欧社会における精神医学の勃興と精神医療制度的な変革は、帝国主義や世界大戦という物資、人、知識、制度の全世

²⁹ Veraghtert K: Geel -Nationaal en Internationaal Verplegingsoord-. In Geel -Van Gisteren tot Morgen-, 492-508, V.Z.W. Lions, Mol-Geel (1976).

³⁰ De Bont M: De patiënten van de Rijkskolonie te Geel. Structurele aspecten van de gezinsverpleging van geesteszieken (1860-1970). Jaarboek van de Vrijheid en het Land van Geel, 13: 1-160 (1974).

³¹ Pollock HM: A brief history of family care of mental patients in America. American Journal of Psychiatry, 10: 351 (1945).

³² De Bont M (1974): 前掲論文.

界的な大交流という時流の中で、ゲールという場所にさまざまな解釈を与えた。

また、解釈を与えただけではなく、家庭的看護の導入というかたちの「ゲールの模倣」が世界各地で行われた。当然ながら、場所自体は別の場所で置き換えることはできず、医学的に解釈された「家庭的看護」というゲールのエッセンスが各地で模倣され、導入され、変更を加えられながら広がっていった。「家庭的看護」を聖遺物に見立てれば、聖ディンブナと聖ゲレベルヌスの聖遺物を争奪して、その恩恵を地元を持ち帰ろうとしたクサンテンの住人のエピソードとよく似ている。違いがあるとすれば、ゲールから持ち去られたという聖遺物を祭った教会がクサンテン郊外のゾンスベック (Sonsbeck) で今もなお存続している一方で、世界各地で導入された精神科家庭的看護のほとんどが時代の変化とともに消滅してしまったことである。

だが、ゲールの住民と患者の視点に立てば、この街の外からの評価や解釈がどうあれ、ゲールという場所の歴史や伝統あるいは記憶や経験に支えられた世界で彼らは日々暮らしていたはずである。1900年頃のゲールの様子を伝える“Gheel in Beeld & Schrift”の例で見たように、彼らは従来やり方をそのまま踏襲してきたまでであり、近代的な精神医学から与えられた「家庭的看護」という解釈によって支えられていたわけでは決していない。

わが国における治療の場所

では、ゲールやそれ以外のフランドル地方の巡礼地のように、わが国では精神病患者が治療を求めて集まる場所は、どこにあって、どのように扱われてきたのだろうか。実は、ゲールが19世紀の前半に直面した同様の問題（外側からの「近代化」）が、半世紀以上たったあとに日本にも起こったといえるのである。

明治期以降の医学の西欧近代化が、精神病患者の伝統的な治療の場所を駆逐しはじめると、そのような場所が意識され、記録として残されてくる。だが、西欧近代医学とは相容れないものであるがゆえに、その形成過程や治療の実態に関する資料は詳細とはいえない。その中で、もっとも重要で、かつもっともよく知られた文献が、呉秀三の「我邦二於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設」³³（1912年）と呉秀三・榎田五郎の「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」³⁴（1918年）の二つの論文である。

前者の論文は、当時における精神病学の教育研究機関、精神病患者を収容・処置する設備、精神病患者の処遇と待遇、精神病に関する法制度の変遷などを記述している。この中に「医療上ノ目的ニアラザル精神病患者収容所」の記載があり、関東地方とその周辺の神社仏閣や滝場を中心に21ヶ所の場所を簡単に紹介している。加えて、宿屋や農家での精神病患者預かりで知られた京都の岩倉については、その由来やなどのやや詳細な記述もある。

³³ 呉 秀三：我邦二於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設。東京医学会事務所，東京（1912）。

³⁴ 呉 秀三，榎田五郎：精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察。東京医学会雑誌，32：521-556，609-649，693-720，762-806（1918）。

後者の「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」は私宅監置患者の觀察事例を集めたものだが、6つの民間治療（伝統的な治療）の場所もとりあげられている。6つとは、高尾山薬王院（東京）、正中山法華経寺（千葉）、原木山妙行寺（千葉）、穂積神社（静岡）、大岩山日石寺（富山）、定義温泉（宮城）である。この論文では神社仏閣などにおける民間治療の状況やそれを行う患者と付き添い家族の様子が生き生きと描かれている。

しかし、このような患者、家族と地域社会、民間治療に関する豊富な記述にもかかわらず、日本の遅れた現状を克服しようとする医学者の態度を如実に反映したこれらの論文は、あくまで西欧近代医学の高みから日本の民間治療の処遇や治療を見下ろすものである。留学経験などを通じて「西欧近代医学の高み」に立つことができた呉や樫田の同時代の医学者は、忠実な西洋から東洋への知の伝播者であり、日本の医療の西欧近代化を担っていた。ヨーロッパに思考の主体を委ねた彼らの目の前にある日本の現実、ちょうどヨーロッパの「オリエンタリスト」が占有し開拓する未開の東洋とパラレルな関係にあったといえるだろう。

日本の「オリエンタリスト」とは、日本の「自己植民地化」³⁵を担う人々のことである。彼らが生み出されたのは、幕末から明治にかけての危機的な状況のなか、欧米列強から自国の領土を守るべく掲げた「文明開化」というスローガンのもと、国家自体を欧米列強の規範の枠組みに適合すべく作りかえる過程においてであった。呉・樫田論文に見られる医学者の自国の庶民に対する態度は、宗主国側の人間が被支配者社会の精神医療を西欧のそれに近づけることが人道的と信じて疑わない³⁶といった態度とまさに符合している。また、サイードの言葉をかりれば「西洋人にとって、オリエンタリストの事物はつねに西洋の何らかの側面と似たものであった」³⁷というのと同じく、西欧医学の学理に通じた日本の「オリエンタリスト」たる医学者たちは、西欧基準に合わない私宅監置や水治法を容赦なく否定した。その一方で、西欧医学の語彙で括ることが可能な部分には寛容であった。たとえば、千葉の日蓮宗系の寺院（正中山法華経寺や原木山妙行寺）における修法は宗教的精神療法であり、参籠所の配置は（この当時、西欧近代的な精神病院の建築様式とされていた）分棟（パビリオン）式病室と擬せられると讃えられ、³⁸ 宮城の定義温泉は西欧で理学的療法として推奨されていた持続浴（Dauerbad）にたとえられ、「精神病者の民間水治療方場として理想に近きもの」と評された。³⁹

西欧近代医学の語彙にかなうものとして、もっとも有望なものが京都の岩倉における伝統だった。少なくとも江戸時代後期から岩倉は宿屋や農家における患者預かりの場所として広く知られていた。⁴⁰ 明治維新の直後には西欧近代化の妨げとされた岩倉の患者預かり

³⁵ 小森陽一：ポストコロナル。7-15, 岩波書店, 東京 (2001).

³⁶ Basu AR: Historicizing Indian psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 47: 126-129 (2005).

³⁷ Said EW: *Orientalism*. Vintage Books, New York (1979). [板垣雄三・杉田英明監修 今沢紀子訳: *オリエンタリズム* (上). 158, 平凡社, 東京 (1993)]

³⁸ 三宅鑛一: 中山の法華経寺及び原木の妙行寺視察記. *神経学雑誌*, 16(12): 797-800 (1917).

³⁹ 呉 秀三, 樫田五郎: 前掲論文, 717.

⁴⁰ 中村 治: 洛北岩倉. 115-116, 明德小学校創立百周年記念事業実行委員会, 京都 (2007).

は、やがてゲール風の精神科家庭的看護と読み替えることで存在意義を与えられた。岩倉をゲールにたとえるという発想は、呉秀三の『精神病学集要・後編』(1895年)に既に現れている。⁴¹ 1906年に岩倉を訪れたラトヴィア(当時はロシア領)の無名医師スティーダ(Stieda)の「日本のゲール(Japanisches Gheel)」という言葉は、日本人(恐らく呉か?)の発想を受けたものであることは間違いない。⁴² こうして岩倉は「日本のゲール」またはゲールの擬態、さらにはヨーロッパの精神医療の擬態としての役割を負わされることになる。

現象的には、ゲールが19世紀の前半に直面した外側(周辺の西欧諸国)から迫られた近代医学化と、京都の岩倉が直面した西欧近代化とはよく似ている。だが、ゲールの里親下宿の制度は、一方的に近代医学から解釈されるだけではなかった。周辺からは遅れていると認識されていたゲールのシステムは、ひとたび精神科の家庭的看護という医学的な概念が与えられるや、それが逆に「先進的」な西欧諸国との間に強い「循環的交流と相互的な影響」⁴³を与えたという事実があるからである。世界各地から見学者がゲールを訪れ、各国が競い合ってゲール・システムを採用しようとした。⁴⁴ 一方の岩倉は西欧近代医学の概念によって一方的に解釈されるばかりで、「日本のゲール」という言葉に絡めとられてしまったのである。

西欧近代的な病院への憧憬と挫折

だが、日本の西欧近代化の本流は、決して西欧近代医学的な語彙で説明しうる岩倉のような既存の治療の場所を見出し、解釈しなおすことではなかった。精神医療の近代化とは、従来の治療の場所を排除し、新たな精神病者の処遇・治療の場所を西欧に倣って一から作り出すことだった。

京都癲狂院の設立と閉鎖

1875年7月に創設された京都癲狂院は、わが国最初の公立精神病院だった。これは京都の一府民であった栞政輔の建言および府官の明石博高の建議に発するものであるといわれる。栞政輔の建言は1875年4月22日に長谷信篤知事あてに提出され、その主張は岩倉・大雲寺と大日堂での精神病者の収容の中止と、欧米をモデルとする癲狂院(精神病院)を設立せよというものであった。この建言により、監察掛主任・山根真吉郎は知事の命を受けて、同年4月28日に岩倉・大雲寺と大日堂を調査し、報告した。山根によれば当地の治

⁴¹ 呉 秀三: 精神病学集要・後編. 549-550, 吐鳳堂書店, 東京 (1895).

⁴² 橋本 明: 岩倉は「日本のゲール」か -精神科家庭看護(Familienpflege)の認識論-. こころと文化, 2(1): 28-36 (2003).

⁴³ Ginzburg C: Il formaggio e i vermi. Giulio Einaudi editore, Torino (1976). [杉山光信訳: チーズとうじ虫. 7, みすず書房, 東京 (1984)]

⁴⁴ 橋本 明: Geelの精神医療史 -19~20世紀に寄せられた国際的関心について-. 精神医学史研究, 4: 29-39 (2000).

療根拠は曖昧であり、岩倉の宿屋と大日堂が不当な利益を得ているという。さらに同年 5 月には明石博高が岩倉を視察し、建議を行った。その中で「岩倉村の大雲寺や久世村の大日堂は、信仰に托して患者を集め、閑静なる土地柄のため一時的に病状はよくなったように見えるが、その実は患者を宿泊させて利益を得るだけである」と批判している。こうして、同年 7 月には、府は岩倉村と久世村における「狂人預り」を停止させ、同年 7 月 25 日の癲狂院の開業式に至った。⁴⁵

癲狂院の諸規則にはヨーロッパの病院を手本にした治療や療養の環境を整えることが定められ、すでに院内における運動や作業の方法についての言及もみられる。また、患者が暴れてもけがをしないように、弾力性のあるゴムで覆われた特別の護体室も設けられていた。⁴⁶ ただし、癲狂院とはいっても、南禅寺方丈を仮病院として京都府が借り受けたに過ぎない。一方、施設として選ばれた南禅寺は、京都府から方丈の明け渡しを言い渡され、貴重な文化財を癲狂院に使用されることを暴挙と捕らえていたようである。⁴⁷ 京都癲狂院の全体像は不明で、実際のところ、どの程度まで西欧近代的な病院だったかわからない。この頃、ドイツの医師フォン・デン・シュタイネン (Von den Steinen) がアジア・オセアニアの世界旅行の際に日本を訪れ、京都癲狂院も見学しているが、「ヨーロッパ的な意図とアジア的な怠慢さの奇妙な混合」という感想をベルリンの精神神経学会で報告するにとどまっている。⁴⁸ だが、早くも 1882 年に京都癲狂院は廃院となる。知事の交代による政策転換と財政的な理由による。患者や医療機器などは廃院の直後に作られた私立京都癲狂院に移されたが、以前の癲狂院の精神や目的と実践を引き継ぐことは困難だったという。⁴⁹

東京府癲狂院の発足とその後の展開

京都よりやや遅れて、1879 年には東京府癲狂院が発足している。この癲狂院はいくたびかの移転や拡張を経て、いまは東京都立松沢病院となっている。現在あるわが国の公立精神病院のうちでもっとも長い歴史を持ち、西欧近代化に直面せざるを得ない位置にあった病院の一つといえるだろう。

上野で東京市中の浮浪者を収容していた養育院の中に設置された狂人室が、東京府癲狂院のはじまりである。1879 年 10 月に養育院が上野から神田和泉町に移転すると、この建物全体を借り受けて東京府癲狂院が独立する (上野時代の癲狂院を「仮癲狂院」⁵⁰と呼ぶ文献も散見する)。⁵¹ 当時の患者処遇はひどいものだった。看護人の仕事は日に三度の食事を

⁴⁵ 小野尚香: 京都府立「癲狂院」の設立とその経緯。日本医史学雑誌, 39(4): 477-500 (1993).

⁴⁶ 京都府立医科大学百年史編集委員会: 京都府立医科大学百年史, 40, 京都 (1974).

⁴⁷ 京都府医師会医学史編纂室編: 京都の医学史, 825-826, 思文閣, 京都 (1980).

⁴⁸ Von den Steinen: Reisenotizen über einige Irren-Anstalten in Australien und Asien. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 13: 285-288 (1882).

⁴⁹ 小野尚香: 前掲論文.

⁵⁰ 例えば、呉秀三 (1912): 前掲論文, 62; 櫻田五郎: 我邦に於ける精神病院の発達及び現況, (杵淵義房編) 精神異常者と社会問題, 141-142, 中央慈善協会, 東京 (1918).

⁵¹ 岡田靖雄: 私説松沢病院史, 14-45, 岩崎学術出版社, 東京 (1981).

患者に与えるくらいで、入浴と部屋の掃除は週一回、病室も男女が雑居しており、まるで動物を飼養しているのと変わらない光景があった、⁵² という。

一方、同じ 1879 年、オーストリア出身の「御雇外国人」で精神科医のローレッツ(Roretz) が「東京府癲狂院建設計画案」を出している。提出先はこの癲狂院の院長を兼務することになる東京府病院院長の長谷川泰である。ローレッツは長谷川から諮問を受けていた。計画案のなかで当時のヨーロッパで注目されていた大庭園・農地を有するコロニー型の精神病院を推奨している。⁵³ これはイングランドの「平穏処置 (non-restraint system)」という開放的な治療を行うために適した病院を実現するために意図された。

だが、彼の病院建築様式は細部に至るデザインも怠らない徹底ぶりを示しているものの、必ずしも最新式のものではなかった。計画案で示された病院の見取図は、病棟が廊下で接続されたコリドール様式である。この様式は治療可能な患者と慢性患者とを同じ敷地で処遇するために考え出された様式で、“静かな”患者を真ん中に、“暴れる”患者を周辺の病棟に配置している。ローレッツの計画案は、当時の精神医療の先進国ドイツではすでに廃れていたこのコンセプトに忠実に従っている。ローレッツの来日は 1874 年であるので、1870 年代後半に始まるドイツの精神病院建築のトレンドを彼は直接には知らないことになる。そもそも、19 世紀後半のオーストリアにおける精神病院の治療体系や管理・運営体制は、同時代のドイツのそれに比べて大いに後進的であり、⁵⁴ ウィーンに学びその後来日したローレッツは従来のコリドール様式で計画案を描くほかなかったのだろう。ドイツでは 1840 年代からコリドール様式で建てられる精神病院が増えてきたが 1870 年代までには廃れ、やがてパビリオン様式にとってかわられる。広大な敷地と農園を有し、そこに小さな病棟(ヴィラ)を多数配置するパビリオン様式の当時の理想的な病院を実現しようとしたのが、1876 年に開院したアルト・シェルビッツ精神病院だった。同じ年には、マールブルクとデュッセルドルフにもパビリオン様式の精神病院が新しく設立されていた。⁵⁵

では、西欧近代医学の最先端を決して反映したとはいえない計画案は、東京府癲狂院の建設にどの程度活かされたのだろうか。田中英夫は、1881 年に上野から向ヶ岡に移転新築された際の東京府癲狂院の図面とローレッツの計画案とを詳細に比較検討している。⁵⁶ それによると、確かにこの新築の癲狂院は、単に独房を連ねただけの上野時代とは雲泥の差があり、建物の平面構成は男子病棟と女子病棟とが完全に左右対象になる H 字型のコリドール様式である。これは「一見、ローレッツの推奨したノン・レストレイント・システムの道具としてのコリドール様式癲狂院が、はや、明治十年代半ばの東京に実現したかと、思

⁵² 呉 秀三 (1912): 前掲論文, 133-134.

⁵³ 田中英夫: 御雇外国人ローレッツと医学教育. 6-15, 名古屋大学出版会, 名古屋 (1995).

⁵⁴ 橋本 明: ゲール見学と 1900 年前後のオーストリアの精神病院改革. 精神医学史研究, 9(2): 117-128 (2005).

⁵⁵ Faulstich H: Von der Irrenfürsorge zur „Euthanasie“ -Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945-. 32-34, Lambertus, Freiburg i. B. (1993).

⁵⁶ 田中英夫: 前掲書, 252-256.

わせる平面計画であるが」⁵⁷、内実はかなり様子が違っていた。そもそも向ヶ岡という立地は、東京府が示したいくつかの建設予定候補地の中ではローレッツが「喧鬧(さわがしい)」として最低の評価を下した「不忍池ノ加賀邸(注：現在の東大本郷キャンパス附近)ニ近接スル地」とほぼ同じ地点であった。つまり、「患者の健康上要請される第一の前提条件 良好な自然環境の確保 がまず、満たされなかった」⁵⁸のである。また、H字型平面構成をなす男女の病棟・病室は、病状の異なる患者によって住み分けられるべきものだった(つまり、“静かな”患者を真ん中に、“暴れる”患者を周辺に)。だが、新築の癲狂院の病棟配置は、「自費」患者か「施療」(あるいは「行旅」)患者かという所得階層による区分が前面にでており、患者の病状把握による空間配置への配慮が少ない。以上のようなことから、田中はこの癲狂院では、H字型平面の外形だけが模されたのであり、そもそもローレッツの提案がわが国の精神医療には尚早であったと結論づけている。⁵⁹ さらに踏み込んで言えば、西欧近代医学の文脈の中ではすでに前時代的なものであったローレッツの提案さえも日本にとっては尚早であり、当時の医学者や行政関係者たちは、「御雇外国人」の提案の良し悪しを判断できる十分な情報を持ち合わせていなかったということであろう。

1886年に東京府癲狂院が巣鴨へ移転した時にも、このH字型のコリドール様式は継承されている。残された図や写真によれば、和風の木造平屋建てである。1889年に東京府癲狂院から東京府巣鴨病院へと改称され、1901年にヨーロッパ留学から戻った呉秀三が病院医長(1887年から1904年にかけては院長制ではなく、病院には医長と事務長との二人のトップがいた)になると、病院の面目は一新したという。呉は手枷・足枷などの拘束具を撤廃し、病室構造の改良や作業療法や持続浴療法などの新しい治療法を導入した。また、敷地も拡張し、ドイツのアルト・シェルビッツ精神病院の構造に倣ってレンガ造りの洋式病室4棟を新築した。⁶⁰ これがコリドール様式脱却の第一歩であり、極めて不十分ながら1870年代のドイツにやっと近づきつつあった。

再び病院の移転計画が持ち上がり、さらに西欧の水準に追いつく機会が訪れた。1919年、巣鴨病院の周辺は次第に都市化され、患者の静養に不適當になったことや、敷地がせまくて病院拡張の余地がないことを理由に、郊外の松沢村(現在の世田谷区)に移り、東京府立松沢病院となった。松沢病院の特徴は、比較的小規模の病棟を敷地内に分散させて配置する分棟(パビリオン)式を採用した点である。ただし、建物自体の多くは、木造平屋で、その病室は日本間造りの畳敷きであった。敷地は広大で、作業場、農園、豚舎、鶏舎なども備えられていた。このような松沢病院のプランに、呉のアルト・シェルビッツへの思いが反映しているのは確実である。呉は論文や教科書なかでしばしばこのドイツの病院を紹介しており、巣鴨病院では敷地の狭さにはばまれた理想的な病院建設が松沢でなら可能と

⁵⁷ 田中英夫: 同書, 254.

⁵⁸ 田中英夫: 同書, 254.

⁵⁹ 田中英夫: 同書, 256.

⁶⁰ 榎田五郎: 前掲論文, 147-148.

考えられたのである⁶¹（とはいえ、アルト・シェルビッツは300ヘクタールの敷地を有していたが、松沢病院は20ヘクタールあまりしかなかった）。1919年10月3日に行われた松沢病院の開院式で呉は挨拶し、巣鴨病院が老朽化し手狭になったこと、病棟を連続することなく（つまりコリドール様式ではなく）個々独立としてパビリオン様式にしたことを述べている。さらに、将来的には「此茫漠たる敷地を利用して村落療法を試み或は又附近村民に謀て、輓近最も声価ある家族療法を企てんことを期す」と付け加えている。⁶²

東京府立松沢病院のコンセプト

呉は、村落療法についてはアルト・シェルビッツを、家族療法（家庭的看護）についてはゲールを念頭に置いていることは間違いない。ともに彼自身がヨーロッパ留学中に訪れた場所である。とすれば、いまや「廣大」になった松沢病院内の農園附近に小さな家を建てて、症状の落ち着いた患者に農作業に従事させる一方、病院周辺の一般民家と提携してやはり症状も安定した患者を下宿させる、といったことを構想したのだろう。だが、呉の願望は結局のところ実現しなかった。財政的あるいは病院組織上の問題があったのかもしれない。だが、より本質的には、アルト・シェルビッツやゲールといった固有の場所で展開しているものを松沢という場所で再現すること自体の困難性があるだろう。

既に見たように、ゲールの模倣にはじまる西欧精神医療における家庭的看護は、導入はされたものの長く定着することはなかった。ドイツの例に見るように、精神科病床の不足を補うという社会的な必要に迫られた家庭的看護は、いったん戦争などの社会的な危機にさらされると衰退を余儀なくされた。

他方、アルト・シェルビッツ精神病院の農村コロニーで行われていた村落療法も、その立地条件に深く依存していた。トップ（Topp）が指摘しているように、アルト・シェルビッツは単にパビリオン様式の病棟が敷地内に点々と建っている精神病院ではなく、病院全体として開放的で快適な村落のイメージを体現していた。しかも、ここでは人工的に村落が再現されたのではなく、病院は以前からあったアルト・シェルビッツの村落をも敷地の中に取り込んで広がっていた。⁶³ 19世紀の終わり頃から40年以上もここで院長職にあったペッツ（Paetz）の1893年の著作によれば、村落には患者や病院の看護者以外にも174人の住民が住んでいた。病院は村落内の空き家になったいくつかの農家の建物を徐々に購入していき、患者用の住居（ヴィラ）へと改修し、患者を住ませた。⁶⁴ このような村落との一体化、および敷地の縁を曲がりくねるようにして流れる川、周囲の草地という自然

⁶¹ 岡田靖雄（1981）：前掲書，432-446.

⁶² 東京府立松沢病院の開院式. 東京医事新誌, 2147: 1915-1917 (1919).

⁶³ Topp L: The modern mental hospital in late nineteenth-century German and Austria -Psychiatric space and images of freedom and control-. In *Madness, Architecture and the Built Environment*, ed. by Topp L, Moran JE, Andrews J, 241-261, Routledge, New York (2007).

⁶⁴ Paetz A: Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz. 179-180, Springer, Berlin (1893).

の地形を生かした病院構造は、アルト・シェルビッツという固有の土地でこそ実現可能だったといえよう。他方、トップはその固有の場所に根を下ろしながら周囲の環境に合わせてアルト・シェルビッツ精神病院と好対照をなすものとして、1902年に低地オーストリア（Niederösterreich）に設置されたマウアー・エーリング精神病院を検討している。この病院が示している近代的な合理性とは、それが設置される場所とは独立に自己完結しており、どこでも複製可能な構造している。⁶⁵ 現代にまで引き継がれた精神病院の建築様式とは、マウアー・エーリングのタイプだろう。

アルト・シェルビッツは、設立後の一時期、精神病院建設のモデルとなるものだった。農村コロニー型の病院は人家もまばらな辺鄙な場所にある広大な土地を必要とするが、ベルリンのダルドルフのように都市部にある狭隘な精神病院（といっても松沢病院をはるかに凌ぐ敷地面積46ヘクタール）も少しはなれた場所に土地を確保して患者に農作業を行わせていた例もあった。しかし、1900年にケルン郊外の114ヘクタールの土地に農村コロニー式として新設されたガルクハウゼン（Galkhausen）精神病院は、工業従事者人口の増加という社会的な変化を受けて、時間とともにごく普通のタイプの精神病院に近づいていった。⁶⁶ 遅かれ早かれ農村コロニーという形態は衰退していく運命にあったのである。

一方で村落的な環境での作業治療とはまったく異なる患者処遇の考え方が1890年ころから徐々に広がり始めていた。それは、日本語では「就褥療方⁶⁷（Bettbehandlung）」などと訳されているもので、要するに十分な監視のもとベッドで静養させて治療を行うことである。従来の精神病院では、患者は部屋の片隅やうずくまり、廊下や中庭を徘徊するなど、一般病院とは異なる光景が日常的にあった。ドイツの精神科医ナイサー（Neisser）は、精神病院（Anstalt）を普通の病院（Krankenhaus）に近づけるべきであり、一定期間ベッドに寝かせることで治療効果があることを強調した。⁶⁸ 精神医学の泰斗クレペリン（Kraepelin）も述べているように、この治療法の利点が認められて、ドイツでは急速に広まった。彼自身のミュンヘン大学の大学病院もこの方式を採用している。⁶⁹

19世紀末以降のベッドサイドでの治療の重要性への認識は、電灯、温水、スチーム暖房の導入といった病院設備の技術的な進歩とこれを維持するための経済効率性とあいまって、病院建築の流れを大病棟へと回帰させる。もはや農村コロニーは過去の遺物として表舞台から消えていくほかなかった。⁷⁰

結局のところ、1919年の松沢病院の開院式で呉が述べた村落療法と家族療法のアイディ

⁶⁵ Topp L: 前掲論文。

⁶⁶ Panse F: Das psychiatrische Krankenhauswesen -Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft- . 36-37, Georg Thieme, Stuttgart (1964).

⁶⁷ 呉 秀三: 精神病学集要 第二版・前編. 871-875, 吐鳳堂書店, 東京 (1916). [復刻版: 創造出版, 東京 (2003)]

⁶⁸ Panse F: 前掲書, 39-41.

⁶⁹ Kraepelin E: 100 Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. Springer, Berlin (1918). [岡不二太郎訳編: E . クレペリン 精神医学百年史 人文史への寄与 改訂第2版. 162-164, 創造出版, 東京, (1998)]

⁷⁰ Faulstich H: 前掲書, 35.

アは、同時代のドイツ（や西欧）では既に実践の結果限界を経験し、むしろ衰退傾向にあった。アルト・シェルビッツやゲールという特定の場所で行われていた実践を導入しようという試みには困難性があったことに加えて、これら導入の動きも西欧社会の動向と連動した精神医療の一つのモード（流行）であったということだろう。それでも西欧の村落療法や家族療法というモードは、19世紀後半にはじまる精神病院の過剰入院を解消するという緊急性や実利性も伴っていた。しかし、わが国では精神病院を増やすことが第一で、過剰入院はまったくなかった。村落療法や家族療法を導入する必然性に乏しい状況では、その導入を具体化できなかったのも当然だろう。

確かに、東京府の松沢病院は西欧近代医学の実験場として、「広大な」敷地にパビリオン式病棟と農場などを備えた西欧近代的な病院を限定的にせよ実現できただろう。しかし、これはごく特殊なケースである。とすれば、そもそもわが国の精神病院に西欧近代化がどの程度影響を与えたのか。たとえば、戦前に建てられた数少ない各地の公立精神病院の規模（敷地、収容定員、職員数）は松沢病院よりも格段に小さく、⁷¹ 私立病院の平均的な規模はなおも小さかった。多くの精神病院は、西欧近代医学の潮流を追いかける余裕もなく、とりあえず精神病患者を監置するため小規模な収容施設であったといわざるを得ない。実際、病院とは名ばかりの貧弱な設備しかない精神病院も少なからず存在し、徳島県の鳴門脳病院⁷²や三重県の宮川脳病院⁷³のように、戦後になってGHQから即座に閉鎖を命じられたものもあった。

だが、それでも明治・大正・昭和初期には精神病院の設置はなかなか進まず、別の精神病患者収容システムに頼らざるをえなかった。それが私宅監置である。

「どこにでもある」場所の普及 近代的な制度としての私宅監置

私宅監置制度は、1900年の精神病患者監護法の第9条ではじめて規定された。監置を必要とする患者の収容先として、精神病院も精神科病床もごく限られていた状況で、登場した苦肉の策といえるだろう。この制度の目的は、自宅の一室や物置小屋の一角に部屋を作り、患者を厳重に監置することだった。医学者のなかには、私宅監置室を批判して制度の廃止を求める者もいた。既に掲げた1918年の呉秀三・樫田五郎の論文「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」では、患者が立てないほど低い監置室や鍵が錆びて入口が開かない監置室など、各道府県が定めた基準を満たしていない劣悪な監置室の存在を強調している。だが、実際の私宅監置室の状況や患者の処遇はどうだったにせよ、各道府県が精神病患者監護法にもとづいて監置室の構造や監置の手続に関する標準を厳密に決めていたこと自体に

⁷¹ たとえば敷地面積を比べると、アルト・シェルビッツ精神病院：300ヘクタール、東京府立松沢病院：約20ヘクタールに対して、愛知県立精神病院：約5ヘクタール、福岡県立筑紫保養院：約6ヘクタール、神奈川県立芹香院：約6ヘクタールなどであった。

⁷² 桜井図南男：人生遍歴. 181-183, 葦書房, 福岡 (1982).

⁷³ 井上正吾：日本精神医学風土記-第2部-第9回 三重県. 臨床精神医学, 16(10): 1461-1470 (1987).

むしろ注目すべきだろう。

もっとも、1900年より前にも各道府県は精神病者を取り締まる規則（「瘋癲人取扱規則」などと呼ばれていた）を独自に決めており、精神病者監護法に定める私宅監置に相当する「(自宅)鎖錮」も、多くの規則で言及している。野田武志は、全国の精神病者監護法以前の法令を瘋癲人への処遇の観点から比較検討し、第1期（明治初年[1868-1876]）、第2期（明治10年代[1877-1886]）、第3期（明治20年代から監護法制定まで[1887-1900]）の三つの制定時期に分けている。それによると、各地の瘋癲人の規則はそれぞれ異なっているものの刑法や民法の制定に影響を受けながら、明治初年の「(瘋癲人の)苛酷な取締を戒めている」規則から、やがて「(瘋癲人の)取締」に力点を置いたより厳しい処置を定めたものへと変化しているという。⁷⁴

このように、明治の初期から準備されていた精神病者の監置制度の骨格は、地方ごとに、また制定の時期ごとに内容にばらつきのあるものだった。それが、1900年の精神病者監護法で全国的に流通するひとつの規則になったのである。同時に各地の瘋癲人取扱規則は廃止され、新たに精神病者監護法に関する施行手続が道府県の府令、県令、あるいは訓令として順次規定された。

私宅監置の実際

私宅監置はもはや国家的な制度である以上、その実施にあたって詳細な規定と手続を必要とした。各道府県の精神病者監護法に関する施行手続のなかで、私宅監置の具体的な手続や監置室の構造・設備について細かく規定されていた。

たとえば、1921年6月に出された山梨県の施行手続（山梨県訓令甲第28号）⁷⁵の第3条にある監置室の構造は以下のように標準化されている。

- 一 監置室ノ面積ハ一坪半以上トシ換気採光ヲ良好ナラシムコト
- 二 天井ノ高サハ床上ヨリ六尺以上トスルコト
- 三 床ノ高サハ地上一尺五寸以上トシ厚サー一寸以上ノ板ヲ以テ張詰メ床上ニ八畳其ノ他ノ敷物ヲ敷クコト
- 四 出入口ハ幅二尺縦四尺以上トシ堅牢ナル鎖鑰ヲ付スルコト
- 五 監置室内ニ便所ヲ設クルトキハ排便ノ都度除去シ得ル装置トスルコト

この施行手続にある私宅監置室の設備の留意点は、床面積、床上より天井までの高さ、床下の高さ、出入り口（とその施錠）、畳などの敷物、排便設備、採光および換気、となる。このような留意点は各道府県でほぼ共通しており、また呉・樫田の「精神病者私宅監置ノ

⁷⁴ 野田武志: 精神病者監護法以前の国と地方の法制度. 第11回精神医学史学会(2007年10月, 東京武蔵野病院)でのプレゼンテーション.

⁷⁵ 山梨県訓令甲第28号(1921年6月13日)

実況及び其統計的観察」の事例にみる監置室の構造で着目している項目と極めてよく似ている。⁷⁶ 当時の視察者が書き残しているように、この東大精神病学教室あげての調査では私宅監置室の調査の前に県庁や警察署を訪れ、私宅監置に関する台帳を参照している。⁷⁷ 彼らは、そこで監置室の許可に関する書類を書き写したのだと考えれば、施行手続にある監置室の構造上の留意点と、呉・榎田論文の記述の仕方に類似点があるのは当然であろう。

ところが、私宅監置の手続きを記した台帳（行政文書）は現在ほとんど残されていない。数少ない資料のうち、大分県公文書館が所蔵する1940年の『監置精神病者に関する綴』に収められた書類から、同県における私宅監置の状況を知ることができる。その中から私宅監置の許可に関する一事例を紹介したい。

31歳の女性患者の事例である。1938年3月ころ（当時29歳）、三回目の分娩の後、肥立ちが不良で精神に異状をきたす。産後80日あまり経ったとき、分娩した女児を自宅の井戸に投げ込んで殺害した。それ以来、精神状態は不安定で、非監置精神病者として（警察が）注意視察していた。1940年5月ころから急に病勢が悪化する。監護義務者である患者の実姉は、雑貨店を営んでいる。患者と同居している姉は、「常に『出て行け』とどなる」「食器、飯櫃、硯箱、三味線の破片などを手当たり次第に投げつける」といった患者の暴言や暴力を監置の理由にあげて、大分県から監置許可を受ける手続を開始する。まず、8月4日に医師の診断書が作られた。医師は躁鬱病と診断しており、「治癒的予後不良なるべし」とし、監置の必要性を書いている。姉の「精神病者私宅監置願」には、監置の理由以外にも、監置の方法について詳細な資料がついている。監置室の詳細な構造を記した資料によれば、監置室は自宅敷地の北東隅の独立した建物である。広さは一坪半（5m²）で、南西向きの一面には出入口と、採光と物品の差入れ口を兼用した格子窓が作られている。残りの三面は松板張りである。床は地面から1尺5寸（45cm）の高さで畳数枚を敷いてある。天井は畳から8尺（242cm）の高さで、杉板を張ってある。便所は床の一部を3尺（91cm）四方に切り、下に便器を差入れ、取替え自在になっているが、ここから患者が逃走する危険はない、などと書かれている。他方、監置患者への日常的なケアを記した資料には、「精神病者一週間献立表」として、日曜日から土曜日まで、朝・昼・夜の三度の食事すべての献立が、また、「衛生慰安方法」として、「機嫌のよい時には、注文に応じて頭髪を結び、化粧などをする」「時々見回り、機嫌のよい時には、慰安の言葉をかける」「ラジオで浪曲や歌をやっている時には、それを聞かせる」など、患者の暴力行為にさんざん悩まされ続けたであろう姉から妹への気づかいとも思われる処置が書かれている。

こうして、姉が作成した精神病者私宅監置願は、診断書などとともに所轄警察署に提出された。同年8月22日には警察署から県警察部に「精神病者私宅監置許可願ノ件」が出さ

⁷⁶ 橋本 明：精神病者私宅監置に関する研究 -呉 秀三・榎田五郎『精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』を読み解く-。愛知県立大学文学部論集, 53: 149-168 (2005).

⁷⁷ たとえば、氏家 信：精神病側面史(十七). 精神と科学, 16(8) : 13-18 (1942).

れた。次いで、9月11日には県警察部から知事への「精神病者私宅監置許可ニ関スル件伺」が作成され、その結果、監置室構造設備などに問題はないということで、9月12日には、県知事から私宅監置の許可証（指令書）が交付された。この患者の私宅監置の許可に関する書類はここまでだが、間もなく私宅監置の許可証が、県庁から管轄の警察署を通じてこの家に届けられ、その後は警察官が私宅監置室を臨検するために定期的にこの家を訪れたはずである。

1940年に大分県内に存在した精神病院は別府脳病院（私立、別府市）と佐藤脳病院（私立、大分市）の二つだけだった。同年1月時点の時点で、前者の現在収容人員は46人、後者は11人であった。しかも、精神病者監護法による監置手続を必要とした入院患者は、このうちのごく一部だったと考えられる。というのも、病院が保有する監置室の数が限られていたからである。一方、県内の私宅監置患者は159人であり、こちらが大勢を占めていた。⁷⁸

全国的にみれば、1920年代には精神病院の入院患者が私宅監置患者を上回りはじめたと推察されるが、⁷⁹ 大分県のように精神科ベッド数が限られていた大都市圏の周辺地方では、なおも私宅監置に頼らざるを得ない状況があった。逆から言えば、私宅監置制度は、いかなる僻地においても浸透しえたことになる。それはなぜなのだろうか。

私宅監置から精神病院へのバトンタッチ

私宅監置が普及しえたのは、精神科ベッドが不足した状況下で単にそれを補完したからという理由だけではないだろう。

まずは、近代国家が私宅監置を制度化し、明文化し、標準化したことが、その普及に大きく貢献したと考えられる。これはフォーコー（Foucault）のいう「規律・訓練装置の漸進的な拡張」に重ね合わせることもできよう。すなわち、過去の「周辺部で確立される閉鎖的な」「緊密にまとまって重々しい」規律から、「ますます広範な表面をおお」う、「しなやかな取締方式、移し替え取込みうる取締方式」への歴史的な変化である。⁸⁰ 私宅監置制度いったん標準化されると、その制度は至るところに移転し、実行され、どこにでも私宅監置室が出現可能となった。なるほど、私宅監置の制度的な原型は少なくとも江戸時代にまでさかのぼることができるが、⁸¹ それは全国的な標準にもとづいて実施されていたわけではない。また、既に述べたように、明治初年の精神病者監護法以前に定められていた各地の瘋癲人規則にある自宅での鎖錮も、各道府県でばらばらの対応をしていた。しかし、精

⁷⁸ 厚生省予防局：精神病者収容施設調査 昭和十五年一月一日現在。厚生省、東京（1940）。

⁷⁹ 橋本 明：治療の場をめぐる精神医療史 - 「癒しの場」から「普遍化された場」へ -。（芹沢一也編著）時代がつくる「狂気」-精神医療と社会-，49-84，朝日選書（2007）。

⁸⁰ Foucault M: Surveiller et punir -Naissance de la prison- . Gallimard, Paris (1975). [田村 俣訳：監獄の誕生 監視と処罰。211-212，新潮社，東京（1977）]

⁸¹ 昼田源四郎：疫 病 と 狐 憑 き。みすず書房，東京（1985）。

精神病者監護法が制定されると事情は一変した。岡田靖雄らは呉・榎田論文（1918年）に載せられた103例の私宅監置事例の開始年を分析し、精神病者監護法制定後に私宅監置が促進されたことを指摘しているが、⁸² これは制度の急速な普及を示唆しているだろう。

また、近代国家のなかでこの制度が受け入れられた別の理由は、私宅監置という方法は、国家による精神病者の隔離という思想を体現しつつ、アルト・シェルビッツやゲール、あるいは岩倉といった特定の場所での大掛かりで、時には伝説を伴うような荘厳な舞台設定を何一つ必要としなかった。つまり法令で定める基準を満たしていれば（私宅監置室を設置する家の資産によっては、基準以下でも許容された）、どこにでも設置しうる合理性と簡便さ（コンビニエンス）を持ち合わせていたのが私宅監置制度だった。

したがって、私宅監置制度のもつ、どこでも展開可能で標準的な監置・収容の場所という性格は、呉秀三ら医学者たちがその早期の設置を提唱してきた精神病院のそれと酷似している。つまり、彼らがもっとも批判した私宅監置と精神病院とは皮肉にも共通の思想に立つものだったといえよう。しかも、戦前の精神病院での処遇が治療ではなく監置に偏っており、⁸³ むしろ患者の家族からは私宅監置のほうがマシだという主張⁸⁴もあったことを重ねて考え合わせると、精神病院と私宅監置との違いは、「悪い場所」か「もっと悪い場所」という程度の違いに過ぎなかつただろう。

だから、戦前の精神病者監護法に規定する私宅監置から、戦後の精神衛生法に定める精神病院への移行は、制度的な連続性を保持しながら比較的スムーズに行われたのである。戦前にあった精神病者に関わる二つの法律（精神病者監護法と精神病院法）を廃止してできた精神衛生法の第48条には、精神病院（および、他の法律に定める施設）以外での患者収容を禁じた規定があった。同条第二項により、精神病者監護法による私宅監置制度は精神衛生法施行後一年以内に廃止となった。ただし、精神病院以外への患者収容を禁じるとは言っても、同条第一項には「第四十三条の規定による保護拘束を行う場合の外は」という限定がつけられていた。「第四十三条の規定による保護拘束」とは、「やむを得ない事情があるときは、精神障害者の保護義務者は、都道府県知事の許可を得て、精神病院に入院させるまでの間、精神病院以外の場所で保護拘束をすることができる」もので、事実上、私宅監置制度の継続を条件付で認めたものであった（保護拘束の規定は、1965年の精神衛生法の改正ではじめて削除された）。精神科ベッドの不足などから、当面入院させることができない患者を地域社会に放つことを回避しようとしたのである。これと同時並行的に、精神衛生法で規定された全国の精神衛生鑑定医は、私宅監置など地域で暮らす患者を病院に入院させるための鑑定に奔走していた。⁸⁵ あとは、精神病院という容易に移転可能なシステムが、全国津々浦々に普及するのを待つだけである。

⁸² 岡田靖雄, 吉岡真二, 金子嗣郎, 長谷川源助: 私宅監置の運命. 精神医学, 7(6): 510-516 (1965).

⁸³ 永井順子: 戦争と優生の時代における精神病者. (芹沢一也編著) 時代がつくる「狂気」-精神医療と社会-, 115-119, 朝日選書 (2007).

⁸⁴ たとえば, 児玉 昌: 愛知県下に於ける精神病者, 精神薄弱者調査報告. 精神衛生, 1(6): 6-14 (1934).

⁸⁵ 橋本 明 (2007): 前掲論文.

精神衛生法が制定された1950年の精神科ベッド数は、1万7千床あまりに過ぎなかった。

⁸⁶ 当時は、私宅監置からの解放と精神病者の隔離という保身的な立場から、精神科ベッドの設置が強く望まれていた。1953年、WHO（世界保健機関）の顧問として日本の調査にあたったアメリカのジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生学教授のレムカウ（Lemkau）および同じ年に来日したカリフォルニア州精神衛生局長のブレイン（Blain）は、在宅医療の推進を重視し、保健所を地域精神保健の中核とすること、精神科病床はとりあえず10から20万床を目標とすることなどを進言した。しかし、二人の勧告はほとんど活かされることなく終わる。^{87, 88}

1954年に厚生省が行った全国精神障害者実態調査は、戦後の精神医療行政を動かす資料であるが、精神科病床を増やす必要性を裏づけるために利用されたと言えるかもしれない。調査対象者は、調査地区の公務員や有力者などからの情報聞き込みなどによって見出された。その結果、全国の精神障害者数は130万人と推計され、そのうち要収容治療とされた者は46万人と見込まれた。1954年の精神科病床は4万床に満たず、その絶対的な不足が示された。また、必要な精神科病床の数は、人口一万人あたり20床とされた。⁸⁹ これに伴い、精神衛生法の一部が改正され、公私立精神病院への国庫補助の道が開かれた。さらに1960年には、医療金融公庫が創設され、精神病院の設立に優先的に融資が行われるなどした結果、民間が経営する精神病院は急増していった。⁹⁰ その後の国の統計⁹¹によれば、精神科ベッド数のピークは1994年に36万3千床あまり、入院患者数のピークは1991年に約35万人であった。こうして日本の精神病院への患者収容は、やっと20世紀の終わり頃に完成し、「治療の場所」は精神病院にほぼ完全に集約された。

明治・大正期を思い返せば、中央では西欧近代医学に開かれた近代的な精神病院と治療法が不完全ながらも用意される一方、地方では私宅監置と伝統・新興の民間治療がリアリティを持ち続けていた。このような差異には、多様で豊かな「治療の場所」が展開する可能性も秘められていたかもしれないが、それは医学者にとっては西欧近代化の過程でどうしても埋めなければならないギャップだった。その結果として、「治療の場所」を支配したのが「どこにでもある」精神病院だった。だが、ここで生み出された「治療の場所」とは、精神病院の部屋・施設・治療設備といったミクロな空間であり、地域社会や周囲の環境といったマクロな空間とは決して融合することのない閉ざされた場所ではなかっただろうか。

⁸⁶ 厚生省医務局：医制八十年史。823、厚生省、東京（1955）。

⁸⁷ 加藤正明：社会精神医学概論。現代精神医学体系 第23巻A 社会精神医学と精神衛生、11-12、中山書店、東京（1980）。

⁸⁸ 岡田靖雄（2002）：前掲書、215。

⁸⁹ 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編：精神保健福祉行政のあゆみ。644-649、中央法規出版、東京（2000）。

⁹⁰ 中山宏太郎：戦後精神医療の展開。（大谷 実、中山宏太郎編）精神医療と法。119-121、弘文堂、東京（1980）。

⁹¹ たとえば、精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉 平成12年度版。厚健出版、東京。

おわりに：ゲールのその後

「そこにしかない」場所としてゲールはその後どうなったのか。第二次世界大戦後のゲールでは、家庭的看護の患者数は一貫して減り続け、次第に国内からの患者のみを受け入れるようになった。⁹² その後も、減少が止まない患者数からゲールの危機が語られるようになった。⁹³ ゲールが国際的に再び注目されたとすれば、かつての西欧の精神病院における過剰入院によって高まった家庭的看護システムへの関心というよりも、精神医療における脱施設化と社会療法・地域精神医療の推進という文脈においてであった(この意味で、「常に外部から解釈され、意味づけされるゲール」という19世紀後半からつづく「伝統」が引き継がれていると言えるかもしれない)。

その一つが、アメリカのコロンビア大学とベルギーのルーヴェン・カトリック大学が、ゲール国立コロニーの協力のもとで行った学際的な共同研究である"The Geel Family Care Research Project"(1966～1975年)であった。その研究成果は様々な形で出版され、今日のゲールに対するイメージはこれらの成果に負うところが大きい。なかでも、ルーヴェン・カトリック大学のローゼンス(Roosens)による著書"Geel: een unicum in de psychiatrie (『ゲール：精神医学のなかのユニークな存在』)"(1977年)はよく知られている。これはゲールでのフィールドワークに基づく文化人類学的な研究である。オランダ語原本の英訳を和訳した『ギールの街の人々』(1981年)⁹⁴は、わが国の精神医療関係者にゲールを強く印象づけた。ローゼンスの文化人類学的なアプローチは、ゲールを医療現場に応用可能な時代の先端をいく普遍的なシステムとしてではなく、この街の住民と患者との間で繰り広げられていることを一つの文化として捉えているという意味で示唆的である。ゲールでは何世紀にもわたって重度の障害をもつ人たちと一緒に暮らすことに成功してきたと述べるローゼンスだが、それにもかかわらず「ごく普通の街」であること、それ故に特別であるとする。⁹⁵ それから30年の歳月を経て2007年にゲールに関するローゼンスの共著⁹⁶が再び刊行された。ゲールはリハビリテーションの一つのブランドに成長し、その未来を支えるのはゲールにある「社会的遺伝子(social gene)」であることが強調されている。それはとりもなおさず、「どこにでもある」場所であることを拒絶し、歴史的・社会的な環境に支えられた「そこにしかない」場所として生き残ることを表現したものだらう。

⁹² De Bont M (1974) : 前掲論文.

⁹³ Dumont MP, Aldrich CK: Family care after a thousand years – a crisis in the tradition of St. Dymphna. *American Journal of Psychiatry*, 119: 116-121 (1962).

⁹⁴ Roosens E: Geel: een unicum in de psychiatrie. De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen-Amsterdam (1977). 邦訳は寺嶋正吾訳: ギールの街の人々. 精神医療委員会, 東京 (1981).

⁹⁵ 寺嶋正吾訳: ギールの街の人々. 246-247.

⁹⁶ Roosens E & Van de Walle L: Geel revisited. Garant, Antwerpen-Apeldoorn (2007).