

## 20世紀前半イングランドにおける精神病院と患者—規律化から統治性へ

高 林 陽 展

**要旨** 本稿は、ミシェル・フーコーの規律化と統治性に関する議論を念頭におきつつ、20世紀前半のイングランドにおける精神病院とその患者の問題を検討するものである。フーコーは、18～19世紀のヨーロッパにおける精神病院の勃興について、非理性の代表格たる狂気を規律化し、理性を持つ者の側に復帰させるための啓蒙主義的試みとして論じた。このフーコーの議論をめぐっては、実証的な歴史学の立場から再検討が加えられ、実際の精神病院の現場では精神病患者とその家族の利害が考慮されていたことが明らかとなった。しかし、こうした実証的な研究は、20世紀の精神病院とその患者たちを視野の外に置いていた。それは、20世紀の精神病院には19世紀とは異なる特質が認められるためであった。19世紀末になって狂気の規律化が失敗に終わりつつあることが徐々に認識されると、精神病院という施設を通じた規律化を高コストなものとして退け、ソーシャル・ワークを中心とした施設外での取り組みが増えていった。このような歴史的展開は、フーコーが「生権力」「統治性」と呼んだ概念の下でより鮮明に理解することができる。フーコーは、近代社会の特徴を、集団レベルでの生命の特性を把握し、その調整を行う権力である生権力、人口集団を政治経済的に統制するための様々な制度や戦術の動員を意味する統治性という二つの概念の下で論じた。つまり、フーコーは、規律化とは異なる管理と統治の技法の存在を示唆している。本稿は、その新たな管理と統治の技法が実際の精神医療の現場においても確認できるものかを問うものである。具体的には、ロンドン近郊に所在したクライバリ精神病院の運営委員会記録を分析し、20世紀前半の精神病患者たちは果たして、生権力と統治性という、いわば精神医学の権力に服する存在だったのか。彼ら自身の主体性は認められないのかを検討した。分析の結果、精神病院と精神科医たちは多くの場合、患者とその家族の利害を汲んでいたことが明らかとなった。ただし、フーコーが論じた別の概念、統治手段としての家族、あるいは司牧的権力論を参照すると、患者の主体性を認めることは一概には望ましくないことも確認された。結論としては、20世紀前半のイングランドにおける精神医療は、ソーシャル・ワークという新たなサービス形態を通じて、患者とその家族の生活へとアプローチし、そのチャンネルを通じた国民生命と健康の管理を目指したことが論じられた。

**キーワード**：精神医療、規律化、統治性

## **Patients in a Mental Hospital in Early Twentieth-century England: From Institutionalization to Governmentality**

**TAKABAYASHI Akinobu**

**Abstract** The aim of this paper is to examine the power relations regarding English mental hospitals in the first half of the twentieth century, paying particular attention to Michel Foucault's conceptions of institutionalization and governmentality. Foucault argued that the enlightenment between eighteenth and nineteenth centuries brought about the sudden rise of mental hospitals in Europe, where insanity, which was regarded as human irrationality, could be cured in the specialized institution, the lunatic asylum, by the exercise of reason. Such an enlightenment approach to lunacy was called "moral treatment". By the late nineteenth century, however, moral treatment had apparently shown its failure, since incurable lunatic patients were accumulated in asylums. Hence, English psychiatrists and welfare administrators thought lunatic asylums represented a high cost approach to the problem of lunacy, and therefore they began employing a new measure for prevention and after care for mental diseases: social work. With such a medico-administrative network for the control of mental diseases, English psychiatry expanded its reach to the socially problematic families, which presumably corresponded to what Foucault called "governmentality"; a new technology of social control specialized for the social problems in the modern age. It was with this new technology that English psychiatry changed its way of control and mode of power from a vertical one in the institutional settings to a more ubiquitous one throughout the population. What this paper particularly argues for is to examine this historical model based on Foucault in the actual institutional and social work settings in the first part of the twentieth century. In doing so, it focuses on the Claybury Mental hospital, located in East London, whose surviving historical documents, particularly the minutes of the management committee, illuminate the practices of the mental hospital and social work. In so doing, it questions whether patients complied with the controlling power of psychiatry, and whether they negotiated with psychiatric authorities any agreements as to the conditions of treatment, social work and other welfare provisions. Furthermore, it also approaches another question; whether we can find any form of subjectivity regarding those who are suffering from mental diseases. To this end, this paper finds that psychiatric authorities, including mental hospitals, psychiatrists and social workers, considered well the interests of the patients and their families in providing services. However, it also argues that English psychiatry did not actually concede patients and their families free use of its services, but instead found an instrumental value in administering the problem of mental diseases

through the channel of the family. English psychiatry allowed for the subjectivity of patients and their families only when its detective network worked properly and permeated their objects. Any complete deviation from the network was not allowed. In conclusion, therefore, this paper argues that English psychiatry attempted to extend its controlling mechanism, social work, to the depth of the socially problematic population; those who suffered mental diseases.

**Keywords:** mental health, institutionalization, governmentality

## はじめに

かつてミシェル・フーコーが論じたように、18世紀から19世紀のヨーロッパにおける精神病院の勃興は、啓蒙思想の産物だった<sup>1)</sup>。啓蒙思想によって人間理性が確立されると、非理性の代表格である狂気は矯正すべき異常として認識されるようになり、精神病院に閉じ込められ、矯正措置としての治療を受けることとなった。これは、学校や軍隊、監獄などで行われていた身体の規律化と同様の事象である。近代特有の施設や機関を通じて、時間、飲食、衛生に関わる規律が各個人に促されるのと同様に、精神病院と患者もまた規律化の対象だった。

このようなフーコーの議論に対して、イギリスの歴史家たちは、19世紀イングランドの精神病院に関する実証的な検討を進め、精神患者の閉じ込めは、患者の家族、救貧保護委員、治安判事たちの間での利害交渉によって形づくられたものであり、精神病院の利用者たる患者とその家族の意向は必ずしも無視されなかったと主張した<sup>2)</sup>。精神病院に入院した患者はマクロに言えば正気を保つ者たちから断絶された一方で、よりミクロな局面においては、当局者との交渉によって、その垂直的な規律化の権力を緩和することができていたというのである。

本稿が問題とするのは、19世紀以後の精神病院、つまり20世紀前半の精神病院における患者の問題である。彼らは、依然として規律化の対象となっていたのか。患者は、精神科医に対して従属的な立場におかれていたのか。あるいは、家族の利害に基づいて、より穏健な対応が採られていたのか。こうした問題は、20世紀についてはほとんど検討されていない。

こうした歴史学的研究の乏しさは、20世紀前半の精神医療の特質に起因するものである。精神病院を建設し、この施設で患者の行動を矯正するというモデルは、19世紀末には破綻を迎えつつあった。この時期に精神病院は大規模化し、過剰収容という問題を抱えるようになった。その結果、精神病院の治癒

能力は疑われ、施設を通じた問題解決法（施設主義）に疑念が生じた。そして、施設主義のオルタナティブを求める動きが立ち上がっていった。

このような歴史的展開は、フーコーが「生権力」「統治性」と呼んだ概念の下で検討した問題である。フーコーによると、およそ19世紀前半から中葉にかけての西洋各国では健康状態、死亡率、寿命などの人口情報の収集態勢が整っていった。それに伴って、人間身体に関する生理、生殖、病理への介入によって人間の身体を経済的資本として適正化し、従順で均質化された労働力を確保することが目指されていった。

具体的には、人口データから得られる身体・精神の不健康のリスクに対する予防的諸制度の構築である。19世紀後半から20世紀前半にかけて構築された、公衆衛生制度、学校衛生制度、医療保険制度、母子保健制度はいずれも、規律化を特徴とはせず、細かなネットワークによる監視と管理統制によって生命価値を最大限化しようとするものであった。フーコーの表現で言えば、医療保健政策は、「生命に対して積極的に働きかける権力、生命を経営・管理し、増大させ、増殖させ、生命に対して厳密な管理統制と全体的な調整を及ぼそうと企てる権力」（生権力）の表現形態であった<sup>3)</sup>。規律化が個人の身体と精神を対象とするのに対して、生権力は集団レベルでの生命の特性を把握し、その調整を行おうとするのである。

こうした人口集団を政治経済的に統制するための「諸制度、手続き、分析、考察、計算、戦術」の動員を、フーコーは統治性と呼んだ<sup>4)</sup>。生権力が生命と身体に関する統制の手段だとすると、統治性は生命と身体だけでなく諸々の人口集団を統制する制度や手続きの総体のことである。生権力と統治性は、規律化とは異なる方向性を持つ。前者の下では、過度な規律化（特に施設における規律化）はコストのかかる干渉行為として避けられる。その代わりに、一定の基準を超える異常のみが問題化され、そのリスクは予防によって軽減される。ここにリベラリズムとの親和性が生まれる。健康リスクを抱える人口集団を監視し、予防的対策を施すのは、市民が自由であること（国家に依存しない）ための条件を創出し、他方で彼らが自由に行動できる空間を管理するためである。これにより、施設内で規律化するという手間と費用を避けることができ、市民的自由もまた守られるのである。医療社会学者の美馬達哉は、これを「リベラリズム型統治性」と呼んでいる<sup>5)</sup>。

20世紀前半の精神医療は、生権力と統治性の原理の下で変容していった。19世紀末以降、イングランドの精神科医たちは、精神病院外に診療拠点を設けることで精神疾患を予防し、最終的に国家への保健コストを下げることを主張<sup>6)</sup>、施設主義による患者への過度な規律化を回避し、生権力と統治性の原

理に基づく保健医療の仕組みが整備されていった。その一つの動きが、精神科ソーシャル・ワークの導入である。ソーシャル・ワークとは、疾病、出産、育児、失業、非行に関する福祉給付の受給者に提供される補助的な社会福祉サービスである。ソーシャル・ワーカーなる専門職によって、病者の生活環境や家族の稼得状況が調査され、医療施設外、つまり本来の居住環境に留まりながら、福祉給付を受けられる環境が整えられた。その目的は、施設主義の悪弊、高コストを避け、不健康のリスクを軽減することだった<sup>7)</sup>。このような職種が、20世紀初頭以降、イングランドの精神医療に導入されていった。

本稿は、以上で述べた20世紀に特有の精神医療の展開を念頭におき、以下の問いを提起したい。すなわち、精神疾患を病む患者たちはこの新たな医の権力に対して受身の存在だったのか。彼らは監視され、管理され、精神医療が指し示す範囲内においてのみ生きることを許された存在だったのか。精神疾患患者に対する生権力・統治性は貫徹されたのか、ということである。

これらの問いに答えるために、本稿は、当時ロンドン近郊に存在したクライバリ精神病院を事例として取り上げる。まず、同病院の概要について説明し、次に患者に迫るための史料について説明する。その上で、規律化の場としての精神病院の機能を論じる。そして、ソーシャル・ワークの実態を分析し、患者に対する精神医療の権力という問題について結論を導いてゆきたい。

## 1. クライバリ精神病院

クライバリ精神病院は1893年、ロンドン北部のクライバリ・ヒルに設立された公立の医療施設である<sup>8)</sup>。19世紀前半まで、同地は、人のまばらな農村地帯であった。病院建設の端緒は1887年、ミドルセクス州治安判事が同地を買収したことにある。これは、同地に公立精神病院を建設するための買収だったのだが、翌年になると新地方自治法（Local Government Act, 1888）が成立したことにより、病院建設計画はロンドン州議会の管掌事項となった。同議会の監督の下、1893年、首都圏で5番目の公立精神病院が設立されたのである。

同病院は、男性患者1,050名、女性患者1,450名、合計2,500名を収容可能人数とする巨大施設であった。当時、首都圏の精神病院は過剰収容に悩まされており、その対策として同病院の建設が急がれていた。ただし、その建設自体は入念に進められた。アサイラム建築の経験を豊富に持つロンドンの建築家ジョージ・トマス・ハイン（George Thomas Hine, 1846-1916）が建築デザインを担当し、その設備と威容は当時としては最先端を誇るものに仕上げられた。建物内には水道やガス設備が設置され、全ての部屋が電灯で照らされた。648

平方メートルにも及ぶレクリエーション・ホール、800人収容のチャペルもまた圧巻の出来であった。最終的に費やされた費用は実に、579,303ポンドにも及んだ<sup>10)</sup>。

初代院長には、ロバート・アームストロング・ジョーンズ (Robert Armstrong-Jones, 1857-1943) が選ばれた。彼は経験豊富な精神病院勤務医であり、その選出にはほとんど異論は出なかった。ジョーンズは在任中各種メディアに登場し、クライバリの広告塔として十分な役割を果たした。彼は1916年に退任し、その後は医務官を務めていたガイ・フォスター・バーラム (Guy Forster Barham) が1938年まで院長職を務めた。

院長を補佐する医務官には通常5名前後の医師が任ぜられていた。医師患者比率はおおよそ1対500である。医務官たちの年俸は180ポンドから250ポンド程度であった。クライバリの医務官を務めた医師たちの多くは、クライバリのキャリアを踏み台にして、精神医学の世界で名を残していった。

彼らが出世できたのは、クライバリがイギリス最先端の精神医療施設だったという事情が関係している。クライバリが最先端というのは実験室設備を備えていたためであった。細菌学が感染症の病理を解き明かしていた19世紀末、精神医学においても実験室が必要だとする考えに支持が集まっていた。このような背景から、ロンドン州議会はクライバリに実験室を設置し、当時としては有数の病理学者であるフレデリック・ウォーカー・モット (Frederick Walker Mott, 1853-1926) を実験室担当医に任命した<sup>11)</sup>。

クライバリの医療スタッフには、看護婦 (nurse) と看護師 (attendant) が配されていた。看護婦の年俸は18~25ポンド、看護師の場合は29~36ポンドほどであった。彼らは (1) 主任、(2) 准主任、(3) 一般、(4) 夜間に分けられていた。その数は、(1)、(2) がいずれも約40名から50名、(3) が250名前後、(4) が40名前後であった。男女の内訳はほぼ半々であった。総勢としては400名前後、看護職患者比率はおおよそ1対6であった<sup>12)</sup>。

クライバリは、1893年5月より患者の受け入れを開始し、すぐに周囲の過剰収容問題を抱えていた精神病院から、開院後約7ヶ月間で約1,100名の新規入院患者がクライバリにやってきた。その後、1895年頃には年間の新規入院患者数は約1,200名から1,300名となり、1900年代には約500名前後に落ち着いた<sup>13)</sup>。

患者の診断としては、躁病が半数弱、うつ病と若年性痴呆が15%ほど、梅毒による進行性麻痺が約10パーセント、老年性痴呆と癲癇が5%前後であった。年齢層としては、25歳から54歳までの成人層が最も多く6割強を占める。25歳以下は10%強、55歳以上は25%弱であった。ここからは躁病の多さが指摘

できる。躁病は暴力や不眠状態、過活動などを特徴としており、日夜家族を悩ませるものであった。つまり、家族の手に負えない患者たちが入院していたのである。

以上を見ると、クライバリは、本稿の検討対象として適当であると言えるだろう。19世紀型の精神病院が大規模化と過剰収容に悩まされるポスト規律化時代に設立された精神病院である一方で、家族利害もまた垣間見える施設でもあったのである。

## 2. 患者への接近法

20世紀の精神医療における患者の問題を検討する上でもっとも直接的な史料は、患者の臨床記録（カルテ）である。19世紀の精神病院研究においては広く用いられている史料であり、本稿にとってもその使用は望ましい。しかし、イギリスにおいて臨床記録は作成時から100年間は非公開とされるのが原則（以下、100年ルールと略記）であり、現時点で20世紀初頭の患者臨床記録の多くは公開されていない<sup>14)</sup>。

となると、患者へ接近するには臨床記録ではない史料を参照する必要がある。幸い、イギリスの病院記録は非常によく整理されており、臨床記録以外にも入院簿、処方記録、運営委員会議事録などが存在する。本稿では、クライバリ精神病院の運営委員会議事録という史料を用いてみたいと思う。

クライバリ精神病院の運営委員会議事録は、月ごとに開催される運営委員会の議事が記された、1年間あたり約300ページから成る文書史料である。この委員会には、ロンドン州議会の精神病院委員会の委員たちが5名から10名程度出席している。その多くは治安判事たちであった。議事は、財政、病院建物、医師、看護婦、看護師らの人事などの一般的な運営事項に始まり、患者の入退院、看護状態とその問題点、スタッフの規律に至るまで、実に細かな問題が議論されている。

議事は、院長（Superintendent）、事務長（Clerk）、用務長（Steward）からの報告とそれを受けた運営委員の決定によって成り立っている。院長からは医療・看護にかかわる事項、事務長からは入院費などの財政、法務、外衝などにかかわる事項、用務長からは院内設備や運営にかかわる事項が報告され、運営委員は基本的には彼らの提案をそのまま承認する。議論が戦わされることはほとんどなかった。

この議事録を用いる上で、本書は以下6つの年代の記録をサンプルとして取り上げた。(1) 設立時の1893年～94年、(2) 1900年前後、(3) 1910年前後、(4)

1920年前後、(5) 1930年前後、(6) 1940年前後である。

その時系列的な特徴を記しておく、設立初期の議題の多くは病院建物の建築や設備設置等であり、建築業者が運営委員会にほぼ毎回出席していたことが確認できる。1893年においては患者数もまだ少なく、施設の立ち上げのために若干混乱しているところがある。そのため、患者に関する記録は比較的少なく、看護体制の一つ一つを確立することに注力している。1900年ごろになると、設立当初に見られた建築上の問題などは影を潜め、看護に関する問題が多くなった。在院患者数も概ね2,500名程度で安定した。また、運営の経験を重ねたためか、入退院の決定やスタッフの人事などの定例の議題については次第に簡素になっていった。患者に関する記述が増え、院長からの報告内容が詳細になっていったのは、1910年ごろのことである。アームストロング＝ジョーンズが院長としてのキャリアの頂点にあった時期である。その後、1920年代から1930年前後となると、運営委員会議事録はさらに簡素化され、患者に関する詳細な報告は添付資料ファイルに別途収録されるようになる。しかし、この添付資料ファイルは、第2次世界大戦の空襲の影響から、1937年から1948年の記録しか残存していない。そのため、この時期の患者に限っては比較的詳細な記録を参照可能である。

### 3. 患者の逸脱行動と規律化

クライバリ精神病院の運営委員会記録に記録されている患者像は、まず何よりも、医師や看護職従事者が御しきれない逸脱者としてのそれである。患者の逸脱行動は多岐に渡って記録されている。例えば、病院からの脱走である。クライバリの脱走事例はほとんど定期的に発生するものであった。1893年から1940年前後に至るまで、月に数件程度は必ず発生し、その度に脱走した患者たちは近隣地域で捕捉され、院に戻された。

脱走事例の記録に関して興味深いのは、脱走後の患者の行動は格段の干渉を受けなかったことである。身体的な拘束や鎮静剤の投与、その他懲罰的な措置も無かった。もちろん脱走以後、その患者に対する監視の目は強まるのだが、脱走事例を記録する運営委員会が注意を払ったのは、厳密に言えば、患者ではなかった。1894年3月の運営委員会の記録では、男性患者アダムが病院の窓から脱走したことが記録されている（患者の氏名については、本稿では仮名とする）<sup>15)</sup>。この記録において運営委員会が問うたのは、この「狂人」の異常性でもなく、行動を矯正する必要性でもない。看護職従事者たちの監督状態である。

脱走自体の異常性が問われなかったのは、脱走自体は管理者側にとってイレ



ギョーナーな事態ではなかったからである。正気の状態にあるならば正常への復帰の必要性は感得できるはずであり、精神病院を拒否することなどあり得ない。しかし、狂気であれば、病院が正常な精神状態への復帰を支援していることなど知るに及ばない。回復の場から逃げ出すこと、それ自体が狂気の徴だったのである。

であれば、管理者側が看護職従事者の監督状態だけを問うたことも理にかなったものである。正気の側にある彼らの任は理性的な患者の看護であり、彼らを家族に替って適切に監督することであった。その監督の適切さこそが正気の証明なのである。患者の脱走とは、適切な監督を怠ったという正気の不徹底を意味するものであり、だからこそ監督責任のみが問われたのである。

脱走事例に続いて頻繁に記録されている患者の逸脱行動は、暴力や揉め事である。これもまた明確に狂気の兆候であり、その記録は患者の狂気性の確認と言ってよいだろう。具体的な事例を述べると、1910年2月、男性患者ジョンは、中庭から院内に移動をうながされたときに異常な興奮状態となり、院長ジョーンズに暴力的なまでに抵抗した<sup>16)</sup>。ジョンはその際、院のスタッフともみ合いになり、顔と左腕に軽いけがを負っている。このような暴力や小競り合いの事例は、ほぼ毎月のように発生していた。同年4月には、幻想を抱く男性患者クリストファーが朝食の席でわめき始めたとのことで退席させられている<sup>17)</sup>。さらに、1910年6月の記録からは、男性患者ウィリアムが中庭にいた患者と面会者に向けて罵詈雑言を浴びせかけ、それを制止しようとした看護師を蹴り、叩き、首元を掴んだとの報告がみられる<sup>18)</sup>。同年同月の別の記録からは、以前クライバリに入院しており、その後他の精神病院に転院した男性患者アランが面会時間にクライバリを訪れ、顔見知りの患者に対して脅迫的な行動をとったことも記録されている<sup>19)</sup>。こうした事件は男性患者だけに限られたものではない。同年8月、女性患者メアリは、自傷防止用の部屋で院長ジョーンズのコートを引きちぎり、殴りかかっている。メアリは、自傷に加えて、自殺衝動をもっていたことが記録されている。

暴力事件に対する運営委員会側の姿勢は脱走事例とはほぼ同様であった。患者が暴力をふるったことは問題とされない一方で、それを合理的に、適切に監督したかは厳格に問われたのである。その点において、運営委員会議事録は、精神病者を診る側がいかにして正常性を担保するのか、どうすれば理性的な存在でいられるのかを記したものとも言える。

患者の危険行動もまた、運営委員会記録に頻繁に登場する事項の一つであるが、管理者側の捉え方はここでも一貫している。例えば、1910年6月、男性患者アーサーはクライバリ精神病院の建屋の屋根にのぼり、2階ほどの高さから

落下する事故を起こしている<sup>20)</sup>。その際、医療従事者たちはひどく混乱した。何人ものスタッフが梯子やロープによって救出作戦を繰り返し続ける騒ぎとなったのである。同年7月には、女性患者エマが、面会に訪れた友人を追いかけまわし、転んで腕を折ってしまったことが報告されている<sup>21)</sup>。さらに、同年8月には、またしても患者が屋根に上がる騒動が起こっている。男性患者エドワードはパイプを伝って病院建物の屋根の上へと登り、ピアノを弾く権利を看護師に要求した。最終的に、ピアノの使用を許可する約束が交わされ、エドワードは屋根から自主的に下りた<sup>22)</sup>。いずれの事例においても、患者が律されることはなかった。その代わりに、監視態勢のあり方が問われたのである。

クライバリの運営委員会記録においては一貫して、管理者側の合理性が問われた。その際、狂気が故の非合理的な行動は原則として問題化されることはなかった。ここで、フーコーが、精神病院によって精神病はリアリティを増すと主張したことを思い返したい<sup>23)</sup>。フーコーによれば、精神病院は病者の異常性を病院内で確認し、同定することをその本義とするものである。「疾病のもともとの本性、本質的な諸性格、個々の疾病に特有の発達は、病院への収容の効果によってようやく現実となることができる」。そこでは、「病的な意思が、医師のまっすぐな意思に対する抵抗を通じて、自分の病気を白日のもとに生産することになる」のである<sup>24)</sup>。こうした観点からみると、クライバリにおける患者の逸脱行動は、その病的性格を同定する上で、非常に重要なものだったと理解できるだろう。フーコーは言う。「完璧な病人」とは、医師が病と「認識すべきものを差し出した」ものであると<sup>25)</sup>。屋根の上のほり、看護師に罵声を浴びせ、院長に暴力をふるう彼らは、完璧な病人であり、その完全さがゆえにそのままにされたのである。

以上をまとめると、まず、精神病院側は、コントロールしがたい逸脱行動を狂気が故のこととして当然視する一方で、病者の馴致や正常化へは触手を伸ばさなかった。管理者の側が気にかけてのは患者を合理的かつ理性的に監督することであった。「狂人」たちが異常行動をとることは狂気の徴であり、むしろ彼らを監督する側の規律こそが病院運営としては関心の核にあったのである。逸脱行動への規範的措置を受けたのは患者だけではなく、管理者側のモラルもまた正されるべき問題であったのである。

#### 4. 看護職従事者への規律化

精神病院という空間において規律化の対象になったのは入院患者だけではなく、医師以外の精神病院の看護職従事者（看護婦と看護師）もまたその対

象だった。彼らは精神医療の政策やあり方についてはほとんど何も語らず、専門的な技能も知識を主張することもほとんどなかった。精神科医たちも彼らの発言を望んでおらず、精神病院の管理者の一部ともみなしていなかった。看護婦と看護師たちは、入院患者ではないにもかかわらず、モラルを欠く存在として規律化の対象となったのである。

それは、クライバリの運営委員会議事録には、看護職従事者たちの問題行動が多数記録されていることから理解できる。彼らに対しては、ほとんど毎月のように、医療過誤や暴力行為などの疑いが持ちあがり、厳しい処分がくだされた。これを読み解く鍵は階級にある。クライバリの患者の多くは救貧法の下で入院してくる下層階級であったが、看護婦や看護師たちもほぼ同じ階級に属していた。運営委員の眼には、彼らの振る舞いが理性的とはいいがたい野蛮なものに映った。彼らの振る舞いは合理的な精神の執行者としてのそれではなく、道徳性を欠く病者のそれに近かった。運営委員会はこれを矯正しようとしたのである。

規律化の対象となった看護職従事者たちの問題行動の一つは、暴力行為である。患者の暴力行為に対して罰が与えられなかったことは既に見たとおりである。しかし、看護婦と看護師たちに対しては、必ずと言ってよいほど、査問が行われ、多くの場合で懲戒処分が下された。それは、開院当初から1940年代に至るまで変わることはなかった。

1893年8月、看護婦フローレンス（看護職従事者についても本稿では仮名とする）は配ぜん中に女性患者グレッタのほほを平手打ちし、運営委員会の査問を受けている<sup>26)</sup>。この事例では、特に目立った怪我が残るほどではなかったため、現在で言う戒告程度の処分に収まった。もう少し目立った暴力行為の場合、処分は厳しかった。同年9月、看護師バリーが男性患者ハロルドの首を絞めたとの報告が運営委員会に寄せられた<sup>27)</sup>。バリーは疑いを否定し、ハロルドを連れ出す際にコート首元をつかんだだけだと運営委員会で述べた。しかし、病院の医務官ウィリスはハロルドが耳から出血していたことを運営委員会で証言し、最終的にバリーは同月末で解雇となった。

他の時期の暴力行為に関しても同様である。1894年2月、女性患者イザベラは、退院の際、看護婦キャロラインがイザベラの腕を殴りつけ、頬を引っ叩いたと告発した<sup>28)</sup>。この申し出を受けて、運営委員会はキャロラインを査問した。先に述べたバリーと同様に、キャロラインは暴力行為を否定した。バリーの事例と異なり、他の看護婦や看護師たちは暴力的なのはイザベラだったという証言を行い、院長ジョーンズもこれに同意した。しかし、運営委員会の出した結論は、キャロラインに対して非常に厳しいものであった。かの女にかけられた

疑いは否定されず、かの女の行動が監視対象となった。看護婦と看護師たち、加えて院長の証言は、ここでは、患者のそれよりも軽く扱われたのである。同様の事例はその後も続いている。

看護職従事者たちに対しては、暴力行為だけではなく、場合によっては患者に対してよりも些細なことが咎められた。例えば、1894年1月の運営委員会記録からは、複数の看護師が酩酊状態でクライバリに現れ、解雇となったことが確認できる<sup>29)</sup>。さらに、同年3月には、実にささいなことではあるが、看護師が院に備え付けのスプーンとフォークを頻繁に持ち去っていることが問題となり、その管理体制の徹底が指示されている<sup>30)</sup>。その後も、半日程度の遅刻（1899年5月）<sup>31)</sup>、勤務時間中にトランプに興じていた事例（同年同月）<sup>32)</sup>、患者から看護婦が借金していた事例（同年同月）<sup>33)</sup>、勤務中の睡眠による減給処置（1910年9月）<sup>34)</sup>などが、患者の逸脱行動にもまして頻繁に記録されている。こうした問題も20世紀中葉まで減少することはなかった。看護職従事者への規律の徹底は、患者に対してよりも、明らかに細かく執拗だったのである。

クライバリの運営委員会が看護職従事者に対して規律の徹底を図った直接の背景は、医療過誤や不法監禁に関する訴訟やスキャンダルを避けるためであった。当時の精神医療法制である1890年狂気法（Lunacy Act, 1890）は、入院先施設での看護の状態などの病院当局の決定事項に対して異議申し立てを行う権利を患者に与えていた。例えば、1894年2月、男性患者ルイスが当局に不法監禁の告発を行っている<sup>35)</sup>。一つ間違えばスキャンダルとなりかねない事態であったが、院長ジョーンズが、ルイスは意思に反した結婚を強制され、陰謀により精神病院に監禁されたという幻想を抱いているという診断を当局に提出し、不問に付されている。これは、メディアに出ることもなく内々に処理することができた、病院当局側としては成功例であった。しかし、一つ判断を間違えばスキャンダルとなりかねない。精神病院は患者からの告発に日々脅えており、それが看護職従事者への規律徹底につながったのである。

一方で、看護職従事者への規律の徹底はやはり、彼らの階級に帰されるべき問題であった。看護婦と看護師たちの出身階層は下層階級であり、労働者としての社会的ステータスは極めて低かった。彼らの定着率は非常に低く、短い場合は数日の勤務の後、辞職の旨が記された手紙が届き、姿を消してしまった。つまり、彼らは、近世の遍歴職人さながらの労働者であった。例えば、20世紀初頭のセベラルス精神病院の研究からは、1913年から1929年の期間において、看護師の約3割が1年以内に辞職すること、看護婦の場合は、特に第1次世界大戦以降は6割強が1年以内に辞職していることがわかる<sup>36)</sup>。後者については明らかに大戦による労働希釈のためであったが、それを勘案しても、看護

職従事者の離職率は高かった。

以上の点からは、精神病院という場における規律化が、一様に患者に向けられたものではなく、患者と同じ階級に属する看護婦と看護師たちに対してもより包括的になされたということが確認できる。この包括的規律化のレジームの下では、患者に対しては人道的な看護が一定程度は保証されることになるが、それは彼らの異常性を前提としたものであり、それと同時に患者の多くと階層を同じくする看護婦と看護師に対しては行動の規律化が強く求められたのである。

## 5. 精神病院と患者・家族利害

本稿の冒頭でも述べたように、19世紀イングランドにおいて精神病院は必ずしも患者に対して強圧的な措置をとるものではなかった。特に、患者の入退院に関しては、病院当局と患者側との交渉によって柔軟に決定されていた。これは、19世紀末から20世紀前半のクライバリ精神病院においても同様であった。クライバリの病院当局は、過剰収容という問題に悩まされており、施設財政の観点から自宅看護が可能な患者はできるだけ院外におこうとした。また、病院当局は、家族側から寄せられる家族紐帯維持の希望に対しても、寛容に応じていた。

具体例を見てゆきたい。まず、1894年7月の運営委員会議事録に記載された、男性患者ネイザンをめぐる事例である<sup>37)</sup>。ネイザンは、ロンドン東部ハックニーに暮らす高齢の男性であった。具体的な経緯は不明であるが、ハックニー教区と治安判事は精神疾患に病む彼を捕捉し、救貧患者としてクライバリ精神病院に送致した。この時点で教区と治安判事がネイザンの家族に接触していないことからすると、ネイザンは路上徘徊時に警察に捕捉された可能性がある。路上を徘徊する精神病患者の多くは、教区の貧民救護員か警察によって拘束され、教区によって精神病院に送致されることが一般的だったからである。

しかし、入院後になって、彼の家族との連絡が繋がった。そしてネイザンは元警察官であり年金が支給されていること、彼の家族はこれを原資として自宅での介護を行いたいという申し出があったのである。この申し出に対するクライバリの運営委員会の判断は極めて柔軟であった。すぐに申し出に応じ、退院の決定を下したのである。この判断には二つの思惑があった。一つは、過剰収容問題を緩和するために、自宅看護が可能な患者は出来るだけ退院させようというもの。もう一つは、扶養することのできる家族がおり、自宅看護を希望している場合に、その家族紐帯を慮ることであった。

病院当局側による家族紐帯への配慮は、その他の事例においても確認できる。患者の家族側から、家族の居住地に近い精神病院へ患者を移送するよう申し出を受けた場合、ほとんどの事例において快く応じている。開院当初は移送費用について患者負担とするなど制約が多かったのだが、1910年代頃からは無料の移送の申請に応じるようになった。

例えば、1910年4月の女性患者ジェーンの事例である。かの女の母はロンドン南部のフォレスト・ヒルに居住していたのであるが、クライバリまで直線距離にして20キロメートルほどあり、面会に向くことに困難さを覚えていた。ジェーンは救貧患者であり、クライバリへの入院は教区の決定であった。そのため、このような困難が生じていたのである。こうした事情から、ジェーンの母は、かの女を居住地に近い施設に移送するようクライバリの運営委員会に申し出た。この申請に対して運営委員会は、クライバリと同様にロンドン州議会監督下にあるケーン・ヒル精神病院へジェーンを移送することを速やかに決定した<sup>38)</sup>。ケーン・ヒルはロンドン南部クロイドンに所在し、クライバリに比べれば交通の便は格段によかった。この事例においてクライバリの病院当局は移送のコストよりも家族の利害を優先したのである。ちなみに、家族の申し出による患者の移送は1920年頃になると常態化し、ほとんどの申請が許可されるようになっていった。

このように、クライバリの病院当局は家族からの申し出に対して無慈悲な態度は示さなかった。家族紐帯へ配慮することは通常のことだったのである。それがもっともよく表現されているのは、1910年2月の運営委員会記録に示されたドイツ国籍を持つ男性患者デビッドの事例である<sup>41)</sup>。バーデン出身の彼は1875年からロンドンのつえ職人の下で働くようになった。イングランド人の妻を得た彼は3人の子どもをもうけた。20世紀初頭にはロンドン北部のイズリントンに居住していた。しかし、1909年頃から精神的なバランスを崩してしまう。病的状態に陥った当初は故郷のバーデンで保養するなど私費での治療手段に頼ったのだが、治癒にはいたらなかった。そのため、家族は財政的な困難を覚え、デヴィッドはイズリントン教区の入院費負担の下でクライバリに入院することとなったのである。

デヴィッドの入院に関して、問題は、1905年外国人法（Aliens Act, 1905）にあった<sup>40)</sup>。同法は、19世紀末から20世紀初頭にかけて東欧系移民が増加し、移民排斥運動が激しさを増したことを背景として、保守党政権下において成立したものである。その特徴は、入国管理官制度を創設するなど移民統制のための行政機関を整備したこと、これによって移民の入国により厳しい審査を課したことである<sup>41)</sup>。デヴィッドにかかわってくるのは、12ヶ月以内にイングラ

ンドに入国した外国人が公的な福祉給付を必要とする疾病にかかった場合、不適格移民として国外退去とすることを同法が規定していた点である。デヴィッドは1909年に一度出国し、その後ロンドンの家族の下に戻り、1910年2月までにクライバリに入院した。つまり、クライバリに入院した時点では再入国から1年は経過しておらず、国外退去に相当する事例だったのである。

しかし、クライバリの運営委員会は同法の手続きにしたがわないことを決定した。それは、イングランド人の近親者がいる病者を強制送還することは家族紐帯の維持という理念に反するものと判断したためであった。公立精神病院は本来、住民の税金によって運営される公的な施設であり、外国人患者の治療に対する出費を躊躇うことのほうが一般的であった。そして、1905年外国人法の精神もそれであった。ロンドン東部のスラム街に貧しい東欧系ユダヤ人が多数居住するようになり、貧しい外国人がイングランド人の税金によって生活することへの反発が芽生えた結果、同法は成立したのである。しかし、デヴィッドの事例では家族を引き裂くことへの抵抗感が勝った。このことの意味は決して小さくない。精神病院は権力的な側面を持つ一方で、コミュニティや家族の紐帯を壊してまで、そうはしなかったのである。

## 6. 精神医療とソーシャル・ワーク

ここまでの議論は、精神病院において患者は規律化の対象だったのかという点に関するものであった。これに対して以下では、生権力と統治性の原理によって変容する精神医療の下で患者はどのような立場に置かれたのかということを検討してゆく。具体的には、クライバリが実施したソーシャル・ワークと仮退院制度の運用実態を見てゆくのだが、まずは仮退院制度とソーシャル・ワークについて予備的な情報を確認しておこう。

まずは仮退院制度である。仮退院とは文字通り、一時的な退院、試行的な退院のことである。その制度的な起源は1857年スコットランド狂気法（Lunacy (Scotland) Act, 1857）にあった。同法は、入院患者数の25%を上限として、仮退院制度の下での自宅療養を推奨した。その結果、1859年には1,472名が仮退院制度を利用していたのが、1908年には2,907名へと大幅に増加した<sup>42)</sup>。

しかし、19世紀中葉から20世紀初頭までのイングランドでは、仮退院制度は一般化しなかった。多くの著名な精神科医たちが推挙したにもかかわらず、全国的な運用には至らなかった。施設によっては仮退院制度を運用するところもあったが、あくまで実験的な試みに留まるものであった。それは、クライバリにおいても同様であった。1910年代以降に運用が開始されたものの、本格

的な運用は1930年代を待たねばならなかった。

なかなか一般化しなかったことは事実だが、仮退院制度は、精神病院が抱える問題に対する処方箋の一つとして、徐々に注目されていった。仮退院という言葉からは、回復の途上にある患者に対する措置と見えるだろうが、実際には、そこに重きはおかれていなかった。この制度の本旨は、入院コストの削減を目的として、容体が安定した患者を自宅看護に切り替えることであった。

既に述べたように、19世紀末イングランドの精神病院は大規模化と過剰収容の問題に悩まされていた。その結果、財政状態は悪化する一方であった。飲食、リネン、薬、人件費など、患者一人あたりの入院にかかるコストは決して少なくない。しかし、容体が安定しており、自宅で看護可能な患者を仮退院とすれば、その費用のほとんどを削減することができる。仮退院制度の推進には、救貧患者を病院に預けている教区の意向も働いていた。教区は、患者が暴れたりしないのであれば、家族の下に返し、入院費の負担額を削減したいと考えていた。つまり、仮退院を増やすことは入院患者を減らすための方策であると同時に財政健全化の方策であった。

こうした流れを促進したのは、支援団体の登場と精神科ソーシャル・ワークの定着である。まず前者についてであるが、1879年に精神アフターケア協会 (Mental After Care Association)、1913年に精神福祉中央協会 (Central Association for Mental Welfare) が設立された。これらの支援団体は極めて小規模であり、その活動も極めて限定的であった。しかし、20世紀初頭以降徐々に活動範囲を広げていった<sup>43)</sup>。

イングランドの精神科ソーシャル・ワークは、これら任意団体の活動をアメリカに倣って再定義したのものである。患者とその家族の生活面を支援すること自体は、右記の団体の活動内容と一致するものである。しかし、アメリカ発のソーシャル・ワークとは、単なるアドホックな助言には留まらず、より体系的な方法によるものであり、イングランドのそれよりも専門的な装いを持っていた。そうした背景のためか、1929年になって、ロンドン経済学院 (London School of Economics) に精神科ソーシャル・ワーカーのコースが設置され、精神科ソーシャル・ワーク協会 (Association of Psychiatric Social Work) も設立された。そして、1944年までに257名の精神科ソーシャル・ワーカーがイングランドに誕生したのである。彼らは主として、青少年非行問題に関するクリニックや精神病院入院患者の社会復帰を支援する職域を担っていった。特に、1950年代以降は精神医療に欠かせぬ専門家としてその地位を確立していった。



## 7. クライバリにおけるソーシャル・ワーク

クライバリ精神病院におけるソーシャル・ワークもまた、前節で述べた歴史的展開と重なるものである。同病院は1900年前後から、過剰収容問題による財政事情という観点にたつて、仮退院制度の運用を開始した<sup>44)</sup>。本格的な運用にいたったのは1930年代中葉のことである。クライバリでは1936年9月からソーシャル・ワーカーが雇用され、およそ1年で132件の事前調査報告がまとめられた。ソーシャル・ワーカーの調査報告とは、仮退院に必要なとされる家族からの支援の有無、稼得状況、自宅の構造、隣人の協力などをまとめたものである。実際の仮退院に関しては、医師の推薦も添えたうえで、運営委員会が議論し決定することとなっていた。以下では、調査報告から実態を検討してみたい。

まず、36歳の女性患者アレクサンドラの事例である<sup>45)</sup>。職業は裁縫工、居住地はロンドンのハマースミスであり、明らかに下層階級の女性であった。かの女は、母親、姉（もしくは妹）と同居していた。これに加えて、2人の兄弟がいたが、彼らは家を出て自活していた。母親の生活は、週10シリングの未亡人年金と姉の稼ぐ週25シリングの給料によって支えられていた。また、アレクサンドラに対しては、国民健康保険から週3シリング6ペンスが給付されていた。一家としては、週あたり40シリング弱の収入であった。これは、日雇い労働者よりは上であるが、熟練労働者一人の収入には及ばない。つまり、彼らが明らかに貧困階層であることを示している。また、自宅は週あたり9シリングの家賃であり、これも貧困階層の住居と言ってよい。

このソーシャル・ワーカーの調査はアレクサンドラの母親からの仮退院の申し出を受けたものであった。ただし、かの女の母親は狭い住居での看護に大きな不安を覚えていた。そのため、クライバリの病院当局は、アレクサンドラを自宅で看護することが可能かどうか、その判断を院専属のソーシャル・ワーカーに託した。そして、ソーシャル・ワーカーは自宅を訪問し、調査報告をまとめたのである。自宅訪問の結果、クライバリのソーシャル・ワーカーは、仮退院に関して前向きな見方を示した。自宅は狭いもののよく片づけられており、家族に精神疾患の既往歴は無かった。また、患者自身も過去に重篤な症状を起こしたことが無かった。十分な稼ぎではないものの、自宅看護は可能としたのである。この報告を受けた運営委員会は仮退院を許可した。

この事例をごく簡単に評価するならば、コスト削減という目的を持つ病院側と患者を身近なところにおきたいという家族の要望が合致していたことが指摘できるだろう。双方に利益があったからこそその仮退院決定であった。しかし、

無闇に仮退院とすれば、すぐに看護に無理が生じてしまい、再入院となりかねない。そのリスクを回避する上で、ソーシャル・ワーカーの役割は意味あるものであった。コスト削減と家族紐帯維持の欲求の両立を助けること、それが彼らの任務であった。

続けて、もう一つ事例を見てゆきたい。1937年2月、22歳の男性患者マシューに関する記録である<sup>46)</sup>。彼に関する記録は、それまでの人生について詳しく記している。少し脱線となるが、見ておこう。マシューは、そもそもは精神疾患とは無縁の人生を送っていた。鉄道客車のボーイであった父と市場で働く母の下に生まれた彼は、2人の姉妹と兄を持ち、ロンドンに暮らしていた。初等学校を経たのちブーツ製造の職人となり、その後は鉄道会社のメッセンジャーとして働いていた。しかし、世界恐慌の影響を受けて失業の憂き目にあうと、交際していた女性とも破局し、彼は人生のどん底に落とされた。彼は信心深く、地元の教会でもよく知られた存在であった。また、趣味は楽器演奏と読書であり、労働者としては品行方正な部類に入る人物であった。失業と失恋を経験していた時期に、もう一つの不幸が彼を襲った。母親が食中毒に倒れ、家事や看護に追われることになったのである。その日々の中で、彼は精神的なバランスを崩していった。彼の仮退院に関して、ソーシャル・ワーカーは、肯定的な見解を示した。それは、自宅の生活環境が整っていたためである。マシューの自宅はきれいに整備されており、調度用品にはピアノやラジオを持っているほどであった。また、部屋数も十分であり、一家の収入も週当たり2ポンド9シリング6ペンスと、これまでに見てきた患者のなかでも比較的裕福であった。

マシューの仮退院決定に関しても、当然のことながら、クライバリ側の思惑が介在していた。先に述べたように、病院当局としては、過剰収容の問題を解決するために、自宅看護が可能な患者を仮退院制度の対象としていた。そのため、クライバリのソーシャル・ワーカーは、患者や家族からの希望が無い場合にも、仮退院に向けた調査を実施していた。マシューの事例はこれに該当する。

ただし、仮退院の決定の上では家族の協力が必須であった。1936年11月の調査記録からは、41歳の女性患者ルイーゼの父親が仮退院を拒否していたことが確認できる<sup>47)</sup>。かの女は家庭内で家事労働をしていたのだが、同年7月にクライバリに入院した。ロンドン北部の自宅には父親と兄（もしくは弟）が同居していた。父親は年金生活者であり、兄から週1ポンドの収入を得て、なんとか生活をしのいでいた。自宅は、4部屋を有する賃料11シリングの借家であった。やはり貧困階層に位置づけられるだろう。ソーシャル・ワーカーの見立てでは、この父親には特に問題は無く、娘のためにできるだけのことをする意思を示していた。しかし、過去に何度か発作的に精神状態を悪化させたことも

あって、父親は退院を望まなかった。その結果、ルーズはクライバリに留まることになったのである。

また、患者と家族の明らかな不和によって、入院継続が余儀なくされた事例も存在した。1936年10月の女性患者スーザンの記録では、患者の近隣住民たちから、かの女と夫との性格の不一致が指摘された<sup>48)</sup>。そして、彼らをよく知る者たちは一様に、仮退院に関して否定的だった。クライバリの最終判断は、入院継続であった。

仮退院の成否は近隣住民の意向にもかかっていた。近隣住民と友好的関係が築かれていれば、それは仮退院を薦める理由ともなりえた。1936年11月の記録に登場した女性患者ヴェラの場合、近隣にかの女の友人が複数おり、子どもの面倒を見てくれるほど仲が良いことが報告されている<sup>49)</sup>。この調査結果を基に、かの女は仮退院となっている。しかし、多くの場合ではその逆であった。1936年12月の記録では、家族側が「不穏な近隣住民」について不満を漏らしている<sup>50)</sup>。この「不穏な」とはどういう意味か。翌年1月の女性患者マーサに関する記録がヒントになる。この事例では、同居人の夫が同居への不安を口にしているのだが、その記述に続いて、近隣住民が患者のことをゴシップ話にしていたことが記録されている<sup>51)</sup>。

以上の事例からは、仮退院の成否は、自宅看護に専念できる家族や近隣住民の協力の有無にもかかっていたことがわかる。ソーシャル・ワーカーが係わった調査事例の多くは平日日中に看護要員が確保できる家族に限られており、それは逆に言えば、身寄りがない患者や家庭内に余剰人員がない患者は仮退院すら難しかった。1935年12月の記録にある女性患者シャーロットをみてみよう<sup>52)</sup>。かの女の父親は年金生活者であり、母親は既に死去していた。かの女自身は一人っ子であり、38歳で独身であった。親族の中で頼りとなるのは従妹であったが、シャーロットへの支援には否定的であり、そのため仮退院は断念されている。

クライバリ精神病院はコスト低減化のためにソーシャル・ワーカーを介在させた仮退院制度を活用し、家庭内あるいは地域コミュニティにおける患者の看護を展開していった。これは、20世紀後半のイギリス精神医療が辿ることになる道であった。イギリスは、精神病院の外にその活動の手を伸ばし、「医学の名において病者とその家庭を監視・統制するネットワーク」をさらに磨きあげていくのである。

## おわりにかえて

序論部の問いに立ち返ろう。本稿が掲げたのは、20世紀前半のイングランドにおいて精神病院の患者の立ち位置はいかなるものだったのか、患者とその家族たちはソーシャル・ワークを通じて「統制」されていたのか、精神科医と精神病院の論理に対して従属的な役回りを迫られたのかという問いであった。これらの問いに答えるために、本稿はクライバリ精神病院の実態を検討してきた。その結果として言えることは、個々の事例においては患者とその家族の利害が汲まれていたということである。さらに言えば、近隣住民の意向もまた、ある程度は汲み取られていた。そこから、家族と地域コミュニティの紐帯への配慮から、生権力・統治性は貫徹されなかったとも言えるだろう。であれば、規律化をめぐる議論と同様に、精神医療の権力性は限定的だったと評するべきなのだろうか。

本稿では、家族紐帯への配慮を理由として生権力と統治性に否定的な立場をとることはいささか安易なものと主張したい。それは、国家統治における家族モデルと人口モデルというフーコーの考え方を参照してのことである<sup>53)</sup>。フーコーによると、17・18世紀の古典的な政治経済学における経済概念は「家族全体の共通の善のために家をかしく統治すること」、つまり家政経済であった。統治モデルは家族であった。しかし、19世紀以降は統計学が発展し、死者、病人、事故における法則性が発見されるようになり、人口集団を対象としてリスク予防に焦点をあてた統治法が主流となっていった。統治性の議論である。

ここで家族は統治モデルであることを止め、人口を構成する単位として統治の道具となっていった。例えば、1890年代のイングランドでは、貧困問題への対策として、女性巡回保健婦が労働者の家庭を巡回指導するようになった。似たような先例として、1860年代のオクタヴィア・ヒルによる貧困家庭への生活指導に言及することもできるだろう。ここでなされていたのは、あるべき家庭の生活を教えこむことにより、労働者人口全体の馴致を行うことであった。つまり、家族は統治のモデルから統治の道具となったのである。

この観点に即してソーシャル・ワークを考えると、家族への接近は当世の統治手法の本質に合致したものと評価できるだろう。精神医療はもはや精神病院という閉鎖的空間には留まらない。医学の名において「各家庭にどんな設備が備わっているかを見に来る」。この「見に来る」ことにこそ、統治手法の本質的な変化がある。家族紐帯を重視したか否かは二義的とも言えるだろう。

患者とその家族の意向に全く意味がなかったとは言ってもできない。再びフーコーに依拠して述べるならば、司牧者権力の介入を指摘するべきであろう。

司牧者権力とは、共同体のそれぞれの構成員に対する個別的な配慮を前提とした個人を見守る権力のことである。ソーシャル・ワークが導入された当時、この権力が発揮される政治的条件は整えられつつあった。戦間期には参政権は女性に拡大され、1924年には初の労働党政権が誕生した。その結果、労働者階級は明確に政治的保護の対象となっていた。こうした観点からは、ソーシャル・ワークの対象となった患者とその家族は司牧者の保護を強く要求する存在だったと見ることもできるだろう。

以上をまとめると、ソーシャル・ワークの下では、患者がその家族ごと、生権力と統治性の対象とされ、病者をめぐる監視と統制のネットワークに組み込まれたことは否定しがたい。しかし、彼らは家族紐帯の維持を理由として、必ずしもソーシャル・ワークの目的に従順に対応したわけではなかった。ソーシャル・ワーカーの側も、こうした家族の意向を無視したりはしなかった。精神病患者とその家族たちもまた、共同体の一員であり、彼らに対する配慮もまた権力の一形態だったからである。

## 注

- 1) ミシェル・フーコー、田村俣訳『狂気の歴史』新潮社、1975年。
- 2) 精神病院の勃興過程に関する研究書として、Peter Bartlett, *The poor law of lunacy: the administration of pauper lunatics in mid-nineteenth century England*, London: Leicester University Press, 1999, Akihito Suzuki, “Lunacy in Seventeenth- and Eighteenth-Century England: Analysis of Quarter Sessions Records”, parts I & II, *History of Psychiatry*, 2, 1991, pp. 437-56 & 3, 1992, pp. 29-44を挙げておきたい。前者は、その過程における救貧法行政の役割、後者は治安判事の役割を強調している。
- 3) ミシェル・フーコー、渡辺守章訳『性の歴史 知への意思』新潮社、1976年、173頁。
- 4) ミシェル・フーコー、廣瀬浩司ほか訳『ミシェル・フーコー思考集成 知/身体：1978』筑摩書房、2000年、270頁（以下、『フーコー思考集成 知/身体』と略記）。
- 5) 美馬達哉「生権力を開く」『現代思想』、2009年、180-191頁。
- 6) 高林陽展「精神衛生思想の構築—20世紀初頭イングランドにおける早期治療言説と専門職利害—」『史学雑誌』120編4号、2010年、1-35頁。
- 7) ミシェル・フーコー、西谷修ほか訳『ミシェル・フーコー思考集成 権力/処罰：1974-1975』筑摩書房、2000年、381頁（以下、『フーコー思考集成 権力/処罰』と略記）。
- 8) 同病院の設立経緯については、Eric H. Pryor, *Claybury, 1893-1993: a century of caring*, Forest Healthcare Trust, 1993, pp. 13-25を参照。
- 9) *Ibid.*, p. 31.
- 10) *Ibid.*, pp. 67-70.

- 11) Ibid., pp. 38–47.
- 12) Ibid., pp. 27–28.
- 13) 患者臨床記録に関する「100年ルール」は2004年に一部修正されている。その利用法については以下を参照。Colin Gale and Catherine Redfern, *After the hundred year rule: guidance for archivists and records managers on access to medical records under the Freedom of Information Act*, Taunton: Society of Archivists, 2004.
- 14) LCC/MIN/00919: Claybury Asylum: Signed minutes of Committee of Middlesex Justices and of Claybury Sub-Committee of LCC Asylums Committee, Jan 1894 – Nov 1894/May 1885 – Jan 1887, March 1894, p. 69, London Metropolitan Archives.
- 15) LCC/MIN/00939: Claybury-signed minutes, February 1910, p. 8, London Metropolitan Archives.
- 16) LCC/MIN/00919, July 1894, p. 229.
- 17) LCC/MIN/00940: Claybury-signed minutes, June 1910, p. 100, London Metropolitan Archives.
- 18) Ibid., June 1910, p. 101.
- 19) LCC/MIN/00919, July 1894, p. 229.
- 20) LCC/MIN/00940, July 1910, p. 152.
- 21) Ibid., August 1910, p. 185.
- 22) 『フーコー思考集成 権力/処罰』、261–262頁。
- 23) 『フーコー思考集成 権力/処罰』、262–263頁。
- 24) 『フーコー思考集成 権力/処罰』、264頁。
- 25) LCC/MIN/00918: Claybury Asylum: Signed minutes of Committee of Middlesex Justices and of Claybury Sub-Committee of LCC Asylums Committee, July 1893, p. 102, London Metropolitan Archives.
- 26) Ibid., September 1893, p. 190.
- 27) LCC/MIN/00919, February 1894, pp. 53–54.
- 28) LCC/MIN/00919, January 1894, p. 6.
- 29) Ibid., March 1894, p. 94.
- 30) LCC/MIN/00925: Claybury Asylum: Signed minutes of Committee of Middlesex Justices and of Claybury Sub-Committee of LCC Asylums Committee, May 1899, p. 10.
- 31) Ibid., p. 30.
- 32) Ibid., p. 35.
- 33) LCC/MIN/00940, September 1910, p. 204.
- 34) LCC/MIN/00919, February 1894, pp. 31–32.
- 35) Diana Gittins, *Madness in its place: narratives of Severalls Hospital, 1913–1917*, New York; London: Routledge, p. 113.
- 36) LCC/MIN/00919, July 1894, p. 229.
- 37) LCC/MIN/00940, April 1910, p. 35.
- 38) Aliens Act, 1905, 5 Edw. VII, Ch. 13.
- 39) 1905年外国人法については、Jill Pellow, “The Home Office and the Aliens Act, 1905”,

*The Historical Journal*, 32(2), 1989, pp. 369–85 を参照。

- 40) LCC/MIN/00940, February 1910, p. 1.
- 41) Harriet Sturdy and William Parry-Jones, “Boarding out insane patients: the significance of the Scottish system, 1857–1913,” Peter Bartlett and David Wright (eds), *Outside the walls of the asylum: on “care and community” in modern Britain and Ireland*, New Brunswick; London: Athlone Press, 1999, pp. 86–114.
- 42) Vicky Long, “‘Often there is a good deal to be done, but socially rather than medically’: the psychiatric social worker as social therapist, 1945–70,” *Medical History*, 55, 2011, pp. 225–227.
- 43) LCC/MIN/00925, July 1899, p. 120.
- 44) LCC/MIN/00966: Claybury; Presented Papers, Vol. 1, 1937–39, London Metropolitan Archives.
- 45) Ibid.
- 46) Ibid.
- 47) Ibid.
- 48) Ibid.
- 49) Ibid.
- 50) Ibid.
- 51) Ibid.
- 52) Ibid.
- 53) 『フーコー思考集成 知/身体』、264–266頁。