

日本の精神医療における「病院収容化(施設化)」と「地域で暮らすこと(脱施設化)」

浮ヶ谷幸代

北海道浦河赤十字病院精神科病棟の減床化と廃止の取り組みを中心に

Institutionalization and Deinstitutionalization in Modern Psychiatric Medicine :
A Case of Abolition of the Psychiatric Ward of Urakawa Red Cross Hospital in Hokkaido, Japan

UKIGAYA Sachyo

はじめに

- ①日本の精神医療における「病院収容化(施設化)」
- ②当事者活動の展開に伴う脱施設化―第一次減床のプロセス
- ③当事者と地域をつなぐ精神医療を目指して―第二次減床のプロセス
- ④海外比較と浦河ひがし町診療所の課題

【本文要約】

本稿では、まず日本の近代化のなかで「精神病」という病がいかに「医療化」されてきたのか、そして精神病患者をいかに「病院収容化(施設化)」してきたか、その要因について明らかにする。諸外国の「脱施設化」に向かう取り組みに対して、日本の精神医療はいまだ精神科病院数(病床数)の圧倒的な多さと在院日数の顕著な長さを示している。世界的に特殊な状況下で日本の精神科病院数の減少が進まない要因について探る。精神医療の「脱施設化」が進まない中、北海道浦河赤十字病院(浦河日赤)では日本の精神医療の先陣を切って「地域で暮らすこと(脱施設化)」に成功した。浦河日赤の「脱施設化」のプロセスには二度の画期がある。第一は、精神科病棟のうち開放病棟が閉鎖となったプロセスであり、それを第一次減床化とする。第一次減床化のプロセスについて詳細に描き出し、減床化に成功した要因について明らかにする。第二は、精神科病棟全体の廃止に至ったプロセスであり、それを第二次減床化とする。そのプロセスに起こった政治的なきごとや浦河町が抱える問題をもとに、第二次減床化に進まざるを得なかった浦河日赤の置かれた状況について描き出す。この二度にわ

たる「脱施設化」のプロセスを描き出すために、エスノグラフィック・アプローチとして、医師や看護師、ソーシャルワーカーなどの病院関係者、社会福祉法人(浦河べとの家)の職員、そして地域住民へのインタビュー調査を行った。精神科病棟廃止に対するさまざまな立場の人が示す異なる態度や見解について分析し、浦河日赤精神科の二回にわたる「脱施設化」のプロセスを描き出す。第二次減床化の病棟廃止と並行して、浦河ひがし町診療所という地域精神医療を展開するための新たな拠点が設立される。診療所が目指す今後の地域ケアの方向性を探る。そのうえで、診療所が目指す地域精神医療のあり方と海外の精神医療の方向性を比較し、浦河町の地域精神医療の特徴と今後の課題について考察する。最後に、今後のアプローチとして、精神障がいをもちながら地域で暮らす当事者を支えるための地域精神医療を模索するために、「医療の生活化」という新たな視点を提示する。

【キーワード】脱施設化、エスノグラフィック・アプローチ、地域精神医療、医療の生活化

はじめに

日本は近代化のプロセスで「狂気」を精神病として位置付け、精神病患者を暮らしの場から精神科病院へと隔離・収容してきた。ところが、二二世紀に入ると、精神障がい⁽¹⁾の当事者が暮らしの場で病気とともに生きることを支える地域ケアが模索され始めている。本稿の目的は、国家制度や社会的価値観を背景に、日本において「精神病」という病が政治的、社会的、歴史的にいか位置づけられてきたか、という病の社会的変遷のプロセスの一端を明らかにすることである。それは、近代における「狂気」の医療化から始まり、「精神病患者の病院収容化」から「精神病患者の脱施設化」に至るまで、ローカルな地域の一事例から、日本の精神医療の変遷のプロセスを描き出す試みとなる。

日本は海外と比べて、いまだ精神科病院数(病床数)の圧倒的な多さと在院日数の顕著な長さを示している。世界的な観点から国際社会は、特殊の状況にある日本の精神医療を「精神医療の歪み」として告発し、改善命令を出してきた。「精神医療の歪み」に対処するために、厚生労働省は二〇〇四年に精神障がい者の早期退院に向けての政策を発表した(後述する)。しかし、発表されはしたが、いまだ国際的には特殊な状況にある日本では、どれだけ地域が精神障がい者の地域移行を成功させているのか。そもそもいかなる状況をもって成功といえるのか。成功したとするならば、その地域の取り組みにはいかなる要因があるのか。詳細な検討がなされているわけではない。

対して、一九七〇年代の北部イタリアでは、当時の政治家や反施設化運動の精神科医、そして左派系政党、労働者運動との連帯を背景に精神科病院を解体していった経緯がある。政治的背景に加えて、イタリアで地域移行を可能にしたのは、人類学者の松嶋によれば「精神病院

の人間化」を目指す市民を交えた院内集会の開催、精神科医や精神科病院看護師の意識変革、そして地域精神保健への転換だったという(松嶋二〇一四:一五八-一九〇)。浦河町精神保健福祉を担う関係者の取り組みが精神科病院の解体に向けたイタリアの関係者の構えや実践に重なる点も見られるが、大きな違いは当事者活動の有無と解体を促す政治的経済的な要因である⁽²⁾。本稿では、北海道浦河町精神保健福祉の専門家がイタリアとは異なる政治的社会的背景のもと、いかに脱施設化に取り組んできたのか、そして現在いかに取り組んでいるのかについて議論を展開していく。

筆者は、二〇一二年から二〇一五年にかけて北海道浦河赤十字病院(以後浦河日赤)精神科棟の減床と廃止⁽³⁾という二度にわたる「脱施設化」のプロセスについてエスノグラフィック調査を行った。エスノグラフィック・アプローチでは、関係者の異なる見解や複数の意見を聴き取り、歴史的、社会的背景の中で「脱施設化」のプロセスがいかに複雑で多面的であったのかを描き出すことができる。その際に、精神障がい者の日常生活とその生活での主体性を取り戻すことを軸に、当事者が病気をもちながら地域で暮らすことを可能にする「精神医療を生活化する」(後述する)専門家の視点に着目していく。

本稿の構成として、1では「狂気」が国家制度に組み込まれ、精神科病院が増設され、その病床数が増加していくプロセスを通して、日本がなぜ増加の道をたどったのか、その要因を探る。そして、二二世紀の今日、なぜ削減の道に向かわないのか、その要因を探る。2では、精神科病床の削減に成功した浦河日赤の関係者による第一次減床化のプロセスを明らかにし、減床に成功した要因について示す。3で、浦河日赤精神科の第二次減床化のプロセス、つまり精神科棟自体の廃止に向かうプロセスを明らかにする。2と3では、インタビュー調査を中心に医師や看護師、ソーシャルワーカー、社会福祉法人職員、精神障がいの当事者、

病院経営者、町議会、地域住民など、異なる立場の人が示す態度や見解についてとりあげる。それらの分析を通して精神科病棟の減床と廃止を実現した要件について探る。そして4で、精神科病棟廃止に至った浦河町と海外との比較を通して、浦河町の取り組みの特徴と今後の課題を明らかにする。最後に、今後のアプローチとして、精神障がい当事者が「病気をもちながら地域で暮らす」ことを支えるために「医療の生活化」という新たな視点を提示しておく。

①日本の精神医療における「病院収容化(施設化)」

(1)「狂気」の医療化と施設化

日本で「狂気」が制度的に「医療化」⁽⁴⁾されたのは、一九〇〇年の精神病患者監護法によってである。この法律は「社会にとって危険な存在である精神病患者の監禁を家族に義務付け(看護義務者)、自宅に監禁すること(私宅監置)を警察の許可制にして合法化すること」(秋元二〇〇〇)を目的としていた。

精神科医の呉秀三らは日本の「私宅監置」という方法を、世界の精神医療に比べて「精神病患者が治療も施されず劣悪な環境に置かれている」と捉えて、全国各地における「私宅監置」の実態を調査した。その実態を踏まえて呉らは以下のように述べている。

我邦十何萬ノ精神病患者ハ實ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ。精神病患者ノ救済・保護ハ實ニ人道問題ニシテ、我邦目下ノ急務ト謂ワザルベカラズ。(呉・樫田二〇〇〇Ⅱ一九一八・一三八)

呉らは、日本の精神病患者は「精神病という病気を抱える不幸」に加え「日本に生まれたる不幸」という二重の不幸を背負っていると指摘し、「精神病患者の救済と保護は人道的問題にして国家が取り組むべき急務の問題だ」と主張したのである。

それまで「狂気」は民俗の範疇にあり、狂気を抱える人は家族や地域コミュニティの暮らしの場で社会生活を営んでいた。ここで注目すべきは、「私宅監置」の精神病患者が生計を営んだり、家業を助けたりしながら、家族や地域と関係性を維持していた事実である。呉らの報告一一五例のうち、「丁 甚不良ナルモノ」の第一〇五例目では、被監置者(精神病患者)は、上肢に障害をもつ息子との二人暮らしであるため、市より救貧者として手当を支給されるほか、草履、草鞋を作って売って生活の糧にしている様子が描かれている。その仕事ぶりは「其作業ハ以テ生計ヲ助クルニ足ル」と評されている。そしてこの親子の情に強く感動した視察者の様子が以下のように記されている。

家固ヨリ貧ニシテ衣食足ラズト雖、實子ノ病父ニ對スル孝情ハ視察ノ瞬間ニモ猶ホ之ヲ察スルヲ得ベク、視察者ニ一種ノ快感ヲ與ヘ又同情ヲ喚起セシメタリ(呉・樫田二〇〇〇Ⅱ一九一八・八四)

帰り際、視察者がこの不幸な親子のために幾ばくかの小銭を置いて帰った旨が追記されている。他にも、心身の状態が良いときには家業を手伝っている例(第三六例・菓仕事に従事、第四七例・菓仕事や他の手助けに従事、第九八例・室外の作業に従事)が記されている。こうした事例は、監置を受けながらも被監置者が家族や地域社会のなかで関係性を維持し、それなりの社会的役割を担っていたことを示している。

近代文化史学者の川村邦光が、座敷牢での監禁であっても「馴染んだ生活圏のなかで近親者の手厚い看護のもとで回復を見ることも往々にし

であった」(川村二〇〇七:三三)と述べているように、たとえ座敷牢のような劣悪な環境状況であったとしても、食事や入浴、着替え、掃除の際には家族と対面することは可能であり、家業の一役を担う人もいたのである。狂人ではあったが、地域を徘徊したりしながらも、家族や地域のコミュニティのネットワークの中に配置されていたのである。

呉らの主張に対応して国家が動くのは三〇年以上たった一九五〇年のことである。この年、私宅監置を廃止し、各都道府県に精神科病院の設置を義務付ける精神衛生法が制定された。ただし、都道府県立の精神科病院が整備されたわけではなく、この法律が代用病院として私立精神科病院を認可したことから、民間精神科病院の増設の口火を切ったのである。いずれにしても、この法律によって狂気をもつものは精神病患者として診断され、治療と称して精神病患者は家庭から病院へ収容されることにより、日本の精神医療の施設化への幕が切って落とされたのである。

たしかに、呉が主張した「人道的問題への対処」は、医療社会学者のコンラッドとシュナイダーが指摘した医療化のプラスの側面⁽⁵⁾として位置づけることができる。医療化のプラス面とは、逸脱を犯罪と捉える道徳の問題から治療を可能にした医療の社会化として機能したことを指している(「コンラッドとシュナイダー二〇〇三:一九九二:四六六」。しかし、本稿では逸脱の医療化と収容型精神医療がもたらした社会統制、そして専門家支配の構図をもたらしという「医療化」のマイナスの側面からの議論に軸を置くことにする(「コンラッドとシュナイダー二〇〇三:一九九二:四七一-四七三」)。

長期にわたる病院収容と社会的偏見・差別に晒される日本の精神病患者を取り巻く状況を見れば、先の呉が指摘した「精神病を抱える不幸と日本に生まれた不幸」という二重の不幸は決して過去の出来事ではない。むしろ、極度に推し進められた日本の収容型精神医療の帰結として、家族との関係が切断され、地域コミュニティからもはじき出されたまま

三〇万人以上が病棟内で暮らさざるを得ないという現実をもたらしているのである。これは呉のいう二重の不幸が今なお顕在化していることの証左である。

(2) 増える精神病院(病床)と長い在院日数

「狂気」の医療化を考える際に、精神病患者を入院させて治療するという「精神病患者の病院収容(施設化)」は重大の意味をもつ⁽⁶⁾。ここでは、精神病の治療は病院内で行うことを選択した日本の精神医療の実態について、海外の精神医療のあり方との比較を通して、その特徴を浮き彫りにしたい。

日本の精神医療の特殊性を描き出すために、精神科病院数(病床数)と在院日数という観点から検討してみたい。一つ目の精神科病院数と病床数であるが、図1によると、日本の場合、病院数は一九六〇年代から一九八〇年代まで急増し、一九九〇年代以後二〇一五年現在まで微かな減少はあるがほとんど変化していない状況にある。一九五〇年の精神衛生法による私宅監置から精神科病院への移行は、精神病患者にとって隔離・収容の場所が移行したに過ぎなかった。同時代、欧米諸国では精神医療の主流がコミュニティケアに移行することに伴い、精神科病床の減少化が進み、一九九〇年

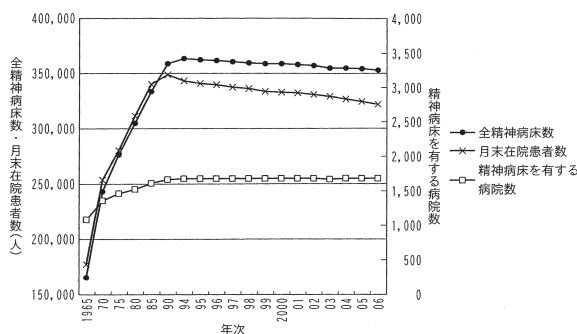


図1 日本の精神科病床を有する病院数と全精神科病床数・月末在院患者数 (各年6月末)
(「平成20年版厚生労働省白書資料編」厚生労働省HPの資料をもとに作成) 出典(浮ヶ谷2009)

代には日本のおおよそ三〇分の一となっている(図2)。

日本で精神科病床数が急増した背景として、以下の六点にまとめることができる。①戦後、疾病構造の変化によって結核病床が減少し、その穴埋めとして精神科病床が増加した。②精神科病院の設立を容易にした経済的措置による。一九五四年公立精神科病院のみに認めていた設置・運営費の国家補助を民間精神科病院に認めたことによる。そして一九六〇年には精神科病院設立の際には、医療金融公庫での低金利長期融資の特別枠を利用できるようにした。③病院スタッフに関する施策として、医療法特例という優遇措置をとった。人件費を抑えるために専門家の配置要件を一般病院と比べて医師数三分の一、看護師数三分の二でよいとした。④向精神薬の誕生によって入院患者を管理しやすくなった。「化学的拘束衣」としての役割をもつ薬物療法の導入である。⑤入院患者を確保するために措置入院患者が急増し、その増加は入院期間の長期化とともに病院経営を安定させることになった。同時に、それは精神科病院の閉鎖性と拘束性を強化し、病院収容化を促した。⑥精神病者によるライシヤワー駐日大使傷害事件により、社会秩序の防衛策がより強化された、という六点である

(川上編著二〇〇六・四一〇
一四一四・芹沢二〇〇五・
一八六一・一九三三)。

二つ目の在院日数について、日本の場合約三三〇日となっており、欧米諸国と比較して六倍から一〇倍の長さを示している(図3)。これが、日本において精神病者の長期の病院収容化を

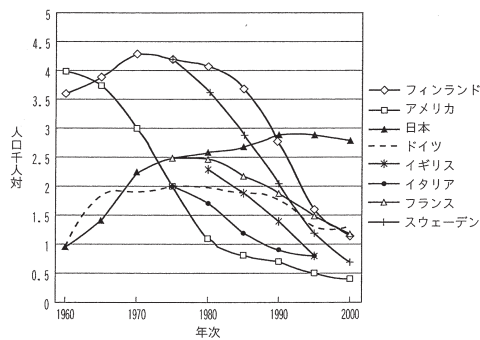


図2 精神科病床数推移の国際比較
(厚生労働省社会・援護局 HP の資料をもとに作成) 出典 (浮ヶ谷 2009)

推し進めた要因となり、「社会的入院」という現象を生み出した。それは社会秩序の防衛策として機能したのである。

一九六〇年代に精神科病床数が急増していく時期に、長期入院を強いられた男性がいる。時東一郎氏(仮名)は、『精神病棟40年』のなかで自身の入院体験を赤裸々に語っている。時東氏は、一六歳で発病、二二歳で強制入院させられ、現在まで四四年の入院生活を送っている。現在、寛解し、病状は安定しているにもかかわらず、地域での受け皿がないため、現在でも入院中である。彼は、精神科病院の内実について、「人間の捨て場所」であり、「電気ショック」が処置され、「入院不要の患者であふれかえる」場所であると述べている。「精神病院は牧畜業である」という元日本医師会長の言葉のように、「患者は病院の固定資産」として収容されていたのである(時東二〇二二)。こうした精神科病棟の非人道的な処遇については、ルポライターの大熊一夫による入院体験の記録によっても明らかである(大熊一九八七・一九八一・一九九九・一九八五)。

同時代に、欧米諸国は精神病者が病気を持ちながら地域で暮らすことを支えるコミュニティケア政策を選択している。イギリスでは一九五九年に精神保健法を制定し、これまでの施設収容から地域社会でのケアへ移行するという開放化政策を打ち出した。一九五六年から一九九五年の間に、一五万四千床から四万二〇〇〇床まで七四%の精神病床を削減している(吉川二〇〇三・三三三)。

また、イタリアでは一九七八

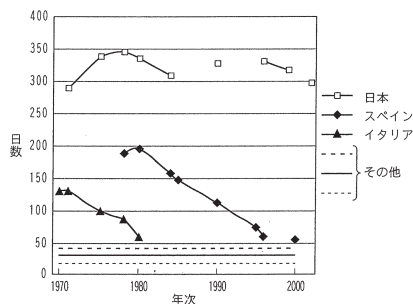


図3 精神科平均在院日数推移の国際比較
(厚生労働省社会・援護局 HP の資料をもとに作成) 出典 (浮ヶ谷 2009)

年に精神科病院への新たな入院を禁じる「法律一八〇号」（通称バザリア法）が制定され、イタリア政府の後押しのもと、二〇〇〇年にはイタリア政府保健大臣により国内の精神科病院の完全閉鎖が宣言された（ジルニ二〇〇五）。その特徴は、①精神科病院への入院と再入院の禁止、②各地区保健単位における精神科治療についての多職種チームの配置、③総合病院内に地域サービスと関連して設立された精神科病棟の設立（上限一五床）、④強制治療の要件に最大七日間という入院の制限期間を設けたことである（水野二〇〇三・四八）。法律一八〇号の機軸をなす思想は、松嶋によれば「患者本人の自発的な意思」という「本人原則」と「病院外で精神医療サービスの提供」という「地域原則」であるという（松嶋二〇一四・八三・八六）。この二つの精神とそれを具現化する精神保健システムの改革が、イタリアでの精神科病院の解体と患者の地域移行を可能にさせたといえる。

ところが、日本では精神病者の病院収容化が進むだけではなく、精神科病院での不祥事⁸⁾が相次ぎ、それが明るみに出されたことで国連人権小委員会が設置された。国際法律家委員会（JCI）と国際保健専門職委員会（ICHP）の調査団が一九八五年、一九八八年、一九九二年と三回にわたって日本に入っている。先の時東氏や大熊の報告にあるように、日本の精神医療の実態を調査し、日本の精神医療の改善について勧告がなされたのである（国際法律家委員会編一九九六）。

国際社会からの批判を受けて、一九八七年に人権保護を主題とした精神保健法が制定され、任意入院の創設、社会復帰の促進、入院患者に対する行動制限の規制、そして精神医療審査会の創設等の規定が盛り込まれた。その後、一九九三年に身体障がい、知的障がい、精神障がいの三障がいを一本化した障害者基本法が制定され、精神病者が他の障がいの者と同様に扱われるようになった。一年後の一九九四年に地域保健法が制定され、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の規定と法定

施設外収容禁止規定が廃止されるとともに、精神保健の権限が都道府県レベルから市町村レベルへと移行された。一九九五年になると精神病者を福祉の対象とする精神保健福祉法が制定されるようになる。しかし、一九九〇年代に入っても精神科病院での患者の拘束、監禁、多剤投与という、人権無視につながる精神医療は依然存続していた。呉らの想像を超えた「二重の不幸」を背負った精神病者が、一〇〇年たつてもなお三〇万人以上存在しているのである。

日本の精神科病院数／病床数ならびに在院日数の顕著な高さを受けて、厚生労働省は二〇〇三年に「新障害者プラン」を提唱し、入院患者の地域移行に取り組み始めた。入院の必要のない患者約七万二〇〇〇人の退院促進に動いた（精神保健福祉対策本部二〇〇四）。その際、施策のなかに当事者同士の支え合いを目的としたピアサポート事業が取り入れられたのである（浮ヶ谷二〇一五b）。しかし、その実効性は不確実であり、今でもなお病床数が減少していく傾向はない。

こうした実態は、精神障がいの当事者から見れば、治療の道は入院以外の選択肢はないかのように映る。また、家族もまた入院を選択した結果、身内の精神病者の存在を一般の人々の目から隠すことにもなる⁹⁾。長期にわたって精神病者を病院に囲い込む日本の精神医療のあり方が、当事者の病気をもちながら社会生活を営むことを困難な状況にしているのである。囲い込まれた当事者はその実態が隠されてしまい、社会にとって不安や恐怖の対象になる。それは症状への対処の道を閉ざし、当事者自らが心身症状を他者に語ることを阻み、当事者はますます社会から孤立することになる。

③ 日本で精神科病院数（病床数）が減少しない要因

コミュニケーションケアを取り入れたイギリスや精神科病院を廃止したイタリアに比べて、日本ではなぜ病院数（病床数）が減少していかないのだ

ろうか。その理由の一つとしてあげられるのは、日本の民間（私立）精神科病院数の多さである。ほとんどが国公立病院であるイギリスやイタリアに比べて、日本の場合、民間病院が八〇%近くを占めている（表1）。そのため、国家政策で早期退院や減床を掲げても、経営上の問題で民間精神科病院が減床に向かうことは困難なのである。

日本で病床数が削減しない理由について、浦河赤十字病院の元ソーシャルワーカーの向谷地生良氏（以後向谷地氏、現在北海道医療大学教授）は以下のように説明している。

日本の場合、総合病院の精神科病棟を廃止していくところは多い。このことが社会問題となり、一般の民間精神科病院は残すべきとなった。総合病院の精神科病棟を退院した患者は、通常は民間精神科病院に転院させることになる。日本の場合、「精神科病床の減少」が意味するのは、民間精神科病院に転院させることだった。でも、浦河では転院はしなかった（後述する）。例えば、総合病院の精神科病棟がベッド数を減らすと、札幌の民間病院がもろう。建て替えの費用を捻出するために民間精神科病院は増床するという結論になる。だから、札幌の病床数は現在でも減ってはいない。

（二〇二二／〇九／〇三（カフェぶらぶら）にてインタビュー）

表 1 病院種別・開設者別施設数

出典：厚生労働省病院経営管理指標（平成23年度）
（単位：施設）

区分	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	計
医療法人	190	147	124	81	542
自治体	257	77	9	21	364
社会保険関係団体	15	3	0	0	18
その他公的	120	23	1	1	145
計	582	250	134	103	1,069

向谷地氏によれば、日本では経営的に困難な理由で総合病院の精神科が閉鎖されるなか、単科の民間精神科病院が経営上の理由で病床を埋めるために入院患者を獲得する傾向にあるという⁽¹⁰⁾。したがって、日本全体の精神科病床数は依然変わらない現状にある。それ以外にも、精神保健福祉の専門職間の多職種連携が不備であること、いまだ監督責任を家族に置くことで家族が受け入れを拒否していることなど、入院患者を受け入れる体制が地域において整っていないことを指摘している。加えて、精神障がいをもちながら地域で暮らすための当事者活動の未熟さもまた影響していると述べている。

②当事者活動の展開に伴う脱施設化―第一次減床のプロセス

北海道浦河町にある浦河赤十字病院（以下浦河日赤）は一九三九年に「日本赤十字社北海道支部浦河療院」という名称のもと総病床数四二床で開設された。第二次世界大戦後の一九四八年に「浦河赤十字病院」と名称を変更し、一九五九年に鉄筋コンクリート二階建て五〇床（女子・二〇床、男子・三〇床）で精神科病棟がスタートした。その後、浦河日赤は全国精神科の病床数の増加と並行して、一九六二年に五六床、一九六九年に七二床、一九七七年に九〇床となり、一九八九年には一三〇床（閉鎖病棟六〇床、開放病棟七〇床）と増床してきた（図4）〔浮ヶ谷二〇〇九：五五〕。

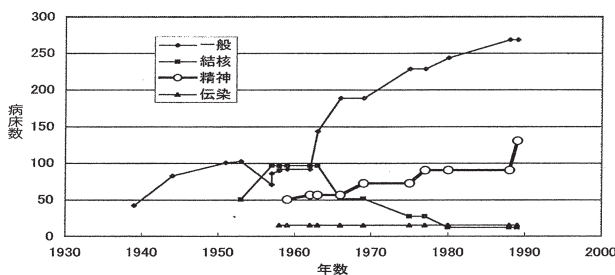


図 4 浦河日赤病床数の変化
（浦河日赤 1989：99；浮ヶ谷 2009）

表2 病床再編計画のプロセス 出典（向谷地 2003）

2000年	5月	「精神科の今後を考える会」発足（6回の討議）
2001年	1月	病院長に答申、「病棟再編を進める委員会」発足
2001年	4月	入院患者への説明と地域への移行プログラムの開始
2001年	10月	1病棟閉鎖、130床から60床へ
2002年	6月	精神科デイケア開設（旧病棟）

表3 対象となった入院患者の内訳
(2001年1月現在：進める会発足時) 出典（向谷地 2003）

以下の表は、精神科病棟に入院中の患者109名を「退院可能群」と「要入院継続群」に大別分類し、さらに細分化した表である。

—入院患者109名の内訳—

◎入院継続が必要	22名	病状安定後即座に退院可能 (受け入れ先あり) 調整が必要	20名 2名
◎他科での治療が必要	11名	他科に転科予定	
◎社会的入院患者	76名	老人ホーム入所待機 共同住居&GHの待機 身障施設等の入所待機 その他（自宅&AP）	37名 23名 6名 10名

—病名の内訳—

統合失調症	49名	アルコール依存症	3名
そううつ病	6名	うつ病	1名
抑うつ状態	14名	症状性精神病	3名
老人性痴呆	24名	その他	9名

ところが、二〇〇〇年に病床種別の見直しを図る医療法の改正を受け、経営上の問題を解消するために精神科病床数の削減が決定された。その後、表2と表3に示すように、二年半にわたって病棟を改編するための準備委員会を発足し、入院患者への説明と地域移行プログラムを開始した（向谷地 二〇〇三：六六、七〇）。そして、社会福祉法人（浦河べてるの家）（以下「べてるの家」）との協力体制のもと、二〇〇二年三月に開放病棟七〇床を閉鎖し、患者を他の精神科病院に転院させることなく、一三〇床から閉鎖病棟六〇床へと減床させたのである。本稿では、浦河日赤の減床に向けたこの一連のプロセスを第一次減床のプロセスと呼ぶ。

(1) 地域で暮らす当事者を支える取り組み
第一次減床期の状況について、元浦河日赤精神神経科部長、川村敏明医師（以下川村医師）は以下のように語る。

浮ヶ谷：一三〇床から六〇床に減床したときの話を聞かせてください。
川村医師：全国の日赤病院で、また北海道でも経営上の理由でベッドの削減を進めていた。浦河でも五〇床か六〇床を目指していた。二〇〇一年にベッドが削減されたが、それ以前から浦河では二〇年以上、当事者活動の歴史があったことが他の地域とは違った。これまで病床削減の場合、転院が一般的だった。ここでは発言する患者意見をもつ患者がいた。ローカルな地域で転院、つまり他の病院に行くということは、地元を失うことになりかねない。それまでの当事者活動と矛盾した形であってはいけない、というのが我々の与えられた大きな課題だった。地域活動なんて視野にない病院の幹部たちは患者を他の病院に移せると思っていた。そのとき私は「本人の望まない転院はさせない」と断言した。二〇〇〇年に検討委員会をつくり、主治医の判断を最優先することを武器に「受け皿のない状況では転院させないことを条件にする」といったら、幹部たちはがっかりしていた。

地域、とくに「べてる」が率先して反応してくれた。「べてる」が体験者として、その思いを伝えていた。毎週、入院患者向けの勉強会を開き、それを一年間続けた。当事者活動を基本的に行っていた。例えば、病名、薬の名前、相談ができるか、友だちができるか、SOSが出るか、自分はどうしたいのか、自分のためにはどうするのか、など。患者は、他人任せでは暮らしていけない、ということを考えるようになったし、具体的に取り組んだ。退院している人

たちが生の声を伝えた。そのプロセスで、地域で暮らすかたちが見えてきた。ベッド削減のために〈べてる〉の取り組みが資源として使えることがわかった。

(二〇二二／〇九／〇五浦河日赤精神科外来にてインタビュー)

また、川村医師に大きな影響を与えてきた先の向谷地氏は、精神科の減床化という取り組みについて、別の角度から以下のように話す。

一九八八年に浦河日赤の精神科病棟は九〇床から一三〇床になった。当時、院内でも「増床の時代ではない」という反対があった。しかし、この頃、老朽化する建物を改修する費用を確保するための増床ということになった。二二、〇〇〇床という北海道内での基準があり、「増床は認められない」となったが、アルコール依存が多いことを理由に「特例許可病床」によって増床した。当時の七病棟(閉鎖病棟)、八病棟(開放病棟)時代は黄金時代で八病棟は退院病棟といわれていた。ソーシャルワーカー三人、訪問看護師三人態勢だった。

その後一〇年たつて精神医療の状況が変わり、院長が精神科病棟のベッド数を減少させると言い出す。当時、静内に二八〇床、浦河に一三〇床あって、日高管内で四一〇床は多いということになり、院長を含め、各科の部長、看護師長、事務局を交えて「病棟再編を進める委員会」を発足させた。基本的には、医師と看護師を中心とした精神科スタッフに任せられた。その頃、減床を意識して一三〇床のところ一〇人くらいの入院患者になっていた。

それと同時に、退院患者の在宅訪問を開始し、デイケアを立ち上げる。受け皿として〈べてる〉が住居を用意するための予算を捻出した。資金のための援助を銀行に頼んだところ、銀行は前向きに取

り組んでくれた。当時の行政はホームヘルパーという考えはなかった。精神障害者が地域に出ることが不安で「何か起きたら責任取りたくない」「精神の人は外に出したくない」という気持ちがあったのだと思う。検討委員会は月一回進捗状況を報告し、寄付を募ったり、建物を買上げたり、住居の問題に取り組んだ。当時、最終的に八、〇〇〇万円を個人名義で借用した。〈べてるの家〉は二〇〇二年に法人化された。

浦河で退院していく患者の中には、昭和三〇年代から入院している人がいた。Aさんは「退院させないでくれ」といつて自分でほかの病院を探していた。でも、退院プログラムを作って病棟の空気が変わると、退院する気になっていった。

(二〇二二／〇九／〇三〈カフェぶらぶら〉にてインタビュー)

川村医師は、浦河日赤精神科の病床数の削減を進めた要因として、外圧と内圧と二つの要因を指摘している。外圧として、当時日赤病院が経営上の問題から全国レベルで病床数の削減を進めていたことである。それを後押ししたのは、向谷地氏が指摘しているように、精神科病床数の地域全体でのバランスと精神科病床数の増加の時代は終わったという認識であった。

しかし、外圧以上に開放病棟の廃止を可能にしたのは、当事者活動の展開である。これまで総合病院の精神科病棟を廃止したとしても、入院患者は地域に出ることもなく民間精神科病院に転院していった。つまり総合病院の精神科病床数は減少しても、入院患者数に変化はないという結果をもたらしていた。こうした状況を受けて、川村医師は「ローカルな地域で転院、他の病院に行くということは、地元を失うことになりかねない。それまでの当事者活動と矛盾した形であってはいけない」ということを肝に銘じ、「私は本人の望まない転院はさせない」と断言し、「受

け皿のない状況では転院させないことを条件にする」ことを明言したのである。

なかでも川村医師の意思表明を確信させたのは、二〇〇年以上にわたって当事者活動を展開していた〈べてるの家〉の取り組みであった。「ここでは発言する患者、意見をもつ患者がいた」「べてるが体験者として、その思いを伝えていた」というように、〈べてる〉の当事者活動が入院患者の地域移行に大きく貢献したのである。退院に向けての当事者主体の活動とは何か。病名、薬の名前、相談ができるか、友だちができるか、SOSが出せるか、自分はどうしたいのか、自分のためにはどうするかということを当事者自身が考えることであった。こうした取り組みは、これまで〈べてるの家〉では朝ミーティングや幻聴ミーティング、住居ミーティングで取り組んできたことでもあり、普段からの取り組みの一端であった。メンバーにとっては何ら特別なことではなく、馴染みのあるやり方でもあった。

また、当事者主体の活動を支える医療福祉の専門家（医師・看護部長・看護師長・訪問看護師・ソーシャルワーカー・作業療法士・事務局など）で構成する「病棟再編を進める委員会」の取り組みも見逃せない。浦河日赤では病床を再編成するために、二〇〇〇年五月「精神科の今後を考える会」を発足し、延べ六回の討議を行った。その結果をまとめて、二〇〇一年一月に病院長に答申を提出し、「病棟再編を進める委員会」を組織している（向谷地 二〇〇三：六六）。この委員会は月一回の頻度で開催し一年間を通して継続的に開催された。基本的には、精神科医と精神科看護師に任せられたこととなった。入院患者を二つのグループに分けてリストを作り、それぞれのグループに必要な支援は何か、サポートがあれば退院できるグループにはどのようなサービスが必要かについて検討した。そのとき、並行して看護師による在宅訪問とデイケアとを立ち上げている。

（2）退院予定患者と退院患者への支援の取り組み

精神科病棟の閉鎖という現実に取り組んだのは、退院予定患者の出口となる精神科病棟のスタッフと、入り口としての共同住居での受け入れ態勢をつくった（浦河べてるの家）のスタッフである。

当時、精神科開放病棟（八病棟）の師長であった竹越靖子氏は、退院予定の患者一人ひとりに対応した退院プログラムを組み、患者が地域で暮らしていくために抱える課題を一つ一つクリアしていった。当時を振り返り、自分が取り組んできたことについて以下のように語る。

当時、病棟看護師は入院患者の退院先の住居に向いて、地域で暮らすためのスタートを切る準備を手伝った。例えば、Iさんという患者は退院先の住居がごみ屋敷のようになっていた。当時男性看護師は一人しかいなかったため、営繕課（ボイラー室）の職員に頼んで片付けに行ったりした。また、〈べてる〉の金曜日ミーティングに病棟から患者を連れ出し参加した。当時の看護部長からスタッフをかけられたが、看護部長の休みの日を狙ってミーティングに連れ出した。当時の病棟看護師たちは、これまでの精神科看護のやり方の常識を破るようなことをやっていたが、仕事は「楽しい」と思っていた。だから、看護師を辞めるものはだれもいなかった。でも、他の科では辞める看護師がいたため、そのたびに精神科看護師がそこに回されていった。精神科にやっとなれた看護師が病院全体の事情で異動せざるを得ないため、「精神科看護師として育たない」という課題も抱えていた。¹³

退院後、当事者の住居に訪問看護をしていくうちに、長期に入院する患者は次第にいなくなった。再入院してもせいぜい一〇日間ぐらいで、最短の患者は五日間だった。入院と退院とが切れないでつ

ながっていたから。早めに入院することで、悪化するのを回避することができた。川村先生からも「早めに休みに来たね」と言われた。

かつて八病棟では、外出や外泊のときは二週間前から申請し、許可をもらうというシステムだった。また、朝六時と夕方六時に検温、体重測定、刃物の有無などの持ち物チェックというのがルーティンになっていた。でも、こうしたやり方は医者や看護師にとって都合でしかなく、拘束は絶対やりたくないという思いのもとで、向谷地さんと相談し「今までのルールをやめようか」と提案した。病棟の鍵もかけるのをやめるという意見が出たが、「普通の家でも夜間は鍵をかけるわけだから、夜間だけはかけよう。その代り、朝早くから開ければいい」ということになった。こうしたことをやっていたら、他の日赤からも見学に来るようになった。

(二〇一五/五/二〇 神奈川県藤沢市内ホテルにてインタビュー)

当時、開放病棟は七〇床あり、看護スタッフは一五人体制で六五人が入院していた。これは先に述べた、看護師は一般病棟の三分の二でよいという精神科特例に準じたスタッフ配置である。しかし、竹越氏によれば、共同住居の片付けや訪問看護など、当時の病棟看護師は病院の外に出ていくことを厭わず、退院予定の患者や既に退院した患者の暮らし方のペースに合わせたケアを行っていた。病棟内での細かいルールを一つ一つ見直し、「普通の家ではどうなのか」と自問し、より普通の暮らし方に近づけていった。

竹越氏は、開放病棟の廃止に至るまでの九年間、川村医師や向谷地氏と相談し、病棟スタッフや〈べてるの家〉のスタッフ、そして当事者メンバーとの情報交換を密にすることで、入院患者が地域で暮らすことを実現させていったのである。注目すべきは、浦河日赤では看護師が高い離職率を示すなか、開放病棟で退院促進に取り組む看護師に退職者は出

なかったという点である。患者を退院させるためのケア実践は、看護師にとつても生き生きとしたやりがいとなっていたのである。

では、退院患者の入り口となる〈浦河べてるの家〉ではどのような取り組みをしていたのだろうか。〈べてるの家〉のスタッフである向谷地悦子氏(以下悦子氏)は、減床化のプロセスで取り組んださまざまな具

体策について、以下のように述べる。

病院では地域準備委員会を立ち上げ、〈べてる〉でも準備委員会を立ち上げた。七〇人の入院患者(開放病棟)をどうするか、ということが課題だった。〈べてる〉は社会福祉法人化され、有限会社べてるショップでお金を借りて、まずは共同住居という「箱物」を用意した。

K君がいる潮騒荘、そして武田ハウスはTさんという当事者が二階に住んで、お姉さんが一、〇〇〇万円を用立ててくれた。他にも、グループホーム(浦河べてるの家)、共同住居のリカハウスを用意した。リカハウスに暮らすAさんは、四〇年という長期入院の人で、布団の買い方がわからない、ストーブのつけ方がわからない、部屋の中が暑かったら消したり、あるいは点けたり、調節の仕方がわからないという人だった。また、枕やカーテンをピンクでそろえるなど、こだわりがある人。地震や津波があっても動かない人なので高台のリカハウスに入居した。家具や電化製品もすべて〈べてる〉でそろえた。K君の場合、生活支援をしているお母さんに賄いを頼み、ボランティアに入ってもらったり、週一回のミーティングをしたり、訪問看護を入れたりした。

作業療法士の先生が「病棟に帰りたい」という患者に対して、「いつでも病棟に来ていいよ」といつてくれた。病棟は風通しが良かった。看護師も医師も患者の情報を共有していた。次第に〈べてる〉

の社会資源が充実し、病棟で過ごす必要がなくなった。そのうち、「重度の人も退院できるかな」と思うようになり、病棟と〈へべてる〉との交流が盛んになると退院していった。

当事者も当たり前の苦勞をしていく。専門家ではない人の暮らしやかかわり方が大事。今、共同住居のセミナーハウスで月一回の夕食会をやっている。権利擁護（「管理される」から「自分から利用するサービス」）を取り入れた。例えば、Sさんは訪問販売に応じずしてしまつて、どんどんお金を使つてしまふ。社協で権利擁護のための支援員を用意して、最初はどなつたり、怒つたりしたが、今は週一回と週二回でやっている。

〈へべてる〉だけじゃなく、いろんな人（ヘルパー、権利擁護、訪問看護、民生委員など）がかかわるのがいい。世話人は主婦だが、全部で四人から五人で一日四時間から六時間ほど働いている。だいたい当事者五人対世話人一人で配置した。発達障害や統合失調症の人の家族は、本人と切り離すのではなく、支援する人としてかかわるようにしている。たとえ離れていても、家族と同じ思いをもつた人が必要だから。二四時間支援体制で、夜は睡眠薬を飲むまで支援した。Nさんの場合、夕方六時に幻聴さんが来る。夕暮れ時が不安だから、仕事帰りに寄つてみたりした。（括弧内は筆者）

（二〇一三／〇三／二七〈カフェぶらぶら〉にてインタビュー）

悦子氏によれば、地域での受け皿としての共同住居とグループホームの用意、長期入院患者の退院サポート、病棟と〈へべてるの家〉との良好な関係など、さまざまな支援に取り組んだという。まずは「『箱物』を用意した」というように、受け皿としての共同住居の準備である。⁽¹⁴⁾〈浦河べてるの家〉が二〇〇二年に法人化された後、家事援助も含めた共同住居が一六ヶ所に増えている。そのとき、〈へべてる〉のメンバーの関係

者からの寄付金、地元金融機関からの融資、地域住民から下宿の提供、そして浦河保健所、民生委員、地域の自治会からの協力を得て、入院患者が地域に出ていくことが可能になったのである（向谷地二〇〇三：六九―七〇）。

長期入院患者の退院はそう簡単ではない。「布団の買い方がわからない、ストーブのつけ方がわからない、部屋の中が暑かったら消したり、あるいは点けたり、調節の仕方がわからない」というように、日常生活を成り立たせる基本的な思考や動作が奪われているAさんの場合、四〇年間の社会生活を取り戻すためにスタッフに伴走されながら退院した。また、最後まで病棟に残っていたHさんの場合、退院生活を全く想像できないまま不安を抱えていた。そこで、退院予定患者の勉強会を週一回開き、退院を嫌がる患者や退院ができないと思つている患者と一年間にわたり話し合いに取り組んだのである（向谷地二〇〇三：七二）。

入院患者の退院を実現するために、病棟の専門家スタッフの支援も欠かせない。作業療法士や看護師長、病棟看護師たちが入院中と退院後の患者の情報を共有していることが重要であり、そのために病棟と〈へべてるの家〉との連携を密にしていたのである。

〈へべてるの家〉による支援のなかで、退院した患者と直接かかわる場面が多いのは生活支援スタッフ（通称世話人）である。地域の主婦がパートの仕事として支援している。それ以外に〈へべてるの家〉のスタッフや訪問看護、ヘルパーが加わり、必要ならば二四時間体制で当事者を支援する体制を作つていったのである。

（3）第一次減床が実現した理由

以上のように、浦河日赤精神科では二〇〇二年に一三〇床から六〇床へと病床の減少に成功した。この第一次減床が可能となった要因として、以下の四点についてまとめることができる。

まず、①直接的には浦河日赤の経営不振、間接的には浦河町の経済不況、過疎化という地域が抱える社会的状況があげられる。そして、浦河日赤が精神科の入院患者に対応する力がなくなったことである。

また、②受け皿としての〈へべるの家〉が社会資源として多角的に機能していたことである。共同住居やグループホームを提供し、生活支援員を配備し、住まいと食事という日常生活の基盤となる基本的な活動が確保できたことである。加えて、作業所やカフェなどの働く場所を用意し、地域で仕事を留意したことである。安定した日常生活や仕事を遂行するために、権利擁護の利用や多種多様のミーティングを留意したり、ピアサポートを中心とした日々の助け合いや一人ひとりのサポート体制を充実させていったことによる。cf.〔浮ヶ谷二〇一五b〕。特徴的なのは、当事者メンバーの親子関係、生活支援員と当事者との関係について、ミーティングを通して人間関係の組み直しにも挑戦していったことである。

他方で、③多職種連携を密にし、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士などの専門家自身をサポートする体制を作っていた。減床化と同時に、地域で暮らす当事者を支えるために看護師が在宅訪問を開始し、またデイケアをスタートすることによってミーティング中心のプログラムを充実させた。ミーティングの場で、患者の苦労とともに看護師やソーシャルワーカーなど、専門家が抱える日々の苦労をも共有していった。同時に、病棟と〈へべるの家〉との連携を強化したことである。

そして、減床を決定づけたのは、④「転院ではなく地域へ」というスタップの「回復(リカバリー)」へのこだわりである。当時、日本の精神科病棟の減床や廃止が意味するのは、他病院への転院でしかなかった。そうした中で、転院ではなく地域で暮らすことを選択するには「覚悟」が必要である。しかし、その「覚悟」を決めたのは、これまで〈へべるの家〉が取り組んできた当事者同士のつながりの構築であった。これは、後に当事者研究へと結実していく。¹⁵⁾

厚生省は二〇〇四年に精神障がいをもつ入院患者の約七二、〇〇〇人の早期退院を目指すと発表した。その取り組みに先駆けて浦河日赤ではおよそ七〇人の入院患者の退院を実現したのである。この経緯について、後に川村医師は厚生労働省からヒアリングに呼ばれている。

③当事者と地域をつなぐ精神医療を目指して

―第二次減床のプロセス

第一次減床から一〇年後、二〇一二年に浦河日赤では再び精神科病床の廃止という問題が浮上した。先に述べたように、二〇〇二年に開放病棟(七〇床)が閉鎖されて、ピーク時一三〇床あった病床数が、閉鎖病棟六〇床を残すのみとなっていた。それが、二〇一三年八月病院の経営上の問題を理由に、閉鎖病棟をも廃止する旨が浦河町に向けて正式に発表されたのである。閉鎖病棟が廃止されるということは、浦河日赤では精神科病床数はゼロになるということの意味する。こうした事態に対して病院関係者や地域住民、政治家等はさまざまな反応を示した。ここでは病院関係者として精神科医の川村医師、ソーシャルワーカーの高田大志氏(以下高田氏)、そして地域住民の声を紹介しながら、浦河日赤精神科の第二次減床のプロセスを描き出すことにする。

(一)病棟廃止のさまざまな理由と方向性の模索

浦河日赤が病棟廃止を発表した経緯について、川村医師は次のように説明している。

浮ヶ谷…病棟が廃止されるかもしれないということを耳にしました
が？

川村医師・経営コンサルタントから、病院の経営上、七病棟(閉鎖病棟)を廃止せざるを得ないといわれた。「えっ!」と同時に「ついに来

これからが本格的な地域移行といえるのではないか。これまで培ってきたノウハウをすべて総動員して新たな方向性を探している。(括弧内は筆者)

(二〇一三/〇三/二五浦河日赤相談室にて立ち話)

高田氏によれば、精神科病棟の廃止が取り沙汰される理由として、「病棟力」の低下を指摘する。先に述べた第一次減床期の精神科病棟の「看護力」と比べれば、病棟看護師の一人一人の力や病棟全体の「看護力」が低下しているというのだ。たしかに、筆者が二〇〇六年の八月から九月にかけて一ヶ月の病棟調査のときにいた看護師は、二、三年でほぼ入れ替わっている(浮ヶ谷二〇〇九)。そのときの「看護力」と比較しても低下しているようだ。しかも、「社会的入院」という長期入院患者への退院促進は並みの看護力では太刀打ちできない困難さがある。そこで、第一次減床期に残された課題であった「長期入院患者が地域で暮らすこと」への取り組みの時期が来たと指摘するのである。

さらに、「長期入院患者」の地域移行を実行するに当たり、第一次減床期の(浦河べてるの家)との連携のあり方も異なってくるという。開放病棟の入院患者は、閉鎖病棟の患者に比べて比較的軽症である。それだけに、地域に共同住居や作業所など受け皿さえ確保できれば社会復帰への道は期待できる。しかし、働き盛りの四〇年間で病棟で過ごしたYさんのように、社会から隔離された空間で暮らさざるを得なかった当事者にとって、受け皿を用意しただけでは「地域で暮らす」ことにはつながらない。暮らし方のノウハウをいかに身につけるか、暮らしの場がいかに居場所となるか、それを実現させるためには従来の退院促進の取り組みだけでは不十分であり、かなりの創意工夫が必要となる。このことを指して、高田氏は「べてるのやり方ではないやり方」「新たな方向性を模索している」というのである。

二〇一二年九月の時点で「病院力」「看護力」の低下について川村医師もまた以下のように語っている。

「病院の力」「看護師の力」が弱くなった。ベテランがいなくなり、男性看護師もいないことで、患者さんが暴力的になったり、不安感を増したりしている。当事者研究のきっかけとなった「爆発の研究」の当事者K君は、病棟での「爆発」に対して看護師が対応しきれなくなりS病院へ移っている。病院は経営的に困難であるだけでなく、マンパワーが困難な状態。一方、(べてる)は力が強くなっている。地域の受け皿として(べてる)が経営すれば二四時間職員配置できるし、必要であれば専門的センターに行くというふうにすればいい。また、日高地域全体で認知症が増えて、老人ホームに頼るという状況にある。町の人口も一三、〇〇〇人台になっている。人間の暮らしの基本として、基本にかえることが必要。地域自体も弱くなっているのだから。

(二〇一二/〇九/〇五浦河日赤精神科外来にてインタビュー)

川村医師は減床化を促す原因として「病院力」「看護力」の低下を指摘している。「病院力」の低下とは、病院の慢性的な看護師不足と医師不足という問題を指している。かつては症状の激しい重症患者にも対応できる「看護力」を有していたが、いまでは看護のマンパワーの問題として限界が来ているという。さらに、地域全体の問題に目を向けて、認知症者の受け入れとして老人ホームに頼る現状など、「地域の力」が弱体化していることも指摘している。

高田氏と川村医師の言葉から、浦河日赤精神科病棟の減床を促進する背景として、①病院経営の不振という経営上の問題、②看護師の不足と男性看護師の不在による「看護力」の低下、すなわち「病院力」の低下

という問題、そして③増加する認知症高齢者をホームなどの施設入所
対処するという、^①地域の力の低下という問題があるといえる。

しかし、地域医療の中核を担う総合病院の精神科病棟を廃止するとい
う問題は、そう簡単には済まされなかった。メディアが浦河日赤の病棟
廃止を正式に発表した後、日高管内に波紋が巻き起こり、地域住民によ
る「病棟廃止」反対の動きが生まれたのである。

(2)「病棟廃止」反対の動き

二〇一三年八月、浦河日赤精神科病棟の廃止という正式発表に対して、
浦河住民の中から反対の声が上がり、署名活動にまで発展した。かなり
の数を集めたため、浦河町長や病棟廃止に反対する関係者が病棟の存続
のために奔走し始めた。反対運動の経緯について、食事処「松山」の経
営者松山和弘氏（以後松山氏）は以下のように説明している。

川村先生が退職を間近にして「自分で病院を」というのは聞いて
いた。でも、二〇一三年秋の病棟廃止の発表は寝耳に水だった。日
赤は全棟改築に当たり、襟裳から静内、新冠に至るまで資金を出し
てもらっている。建設中にもかかわらず、前提を覆すような発表を
した。でも、副院長は「存続はできない」とはっきりいつていた。
病院の意思は固かった。精神科の病棟を五〇床置くだけで、年間五、
〇〇〇万の赤字になるという。しかし、病棟廃止を受けて、精神科
病棟存続に関する町民の署名運動が始まった。

それをもとに正式な病棟存続の要望書を提出したら、病院側の態
度が変わり、病棟を残すことになった。しかし、現状はベッドの維
持も経営的には大変であり、診療する精神科医もいない。浦河日赤
では他の科でも医師不足は起こっている。みな非常勤の医者が来て
いる。人はより良いところ、より技術のあるところへ行くのが人の

常というもの。郡部の病院は、みな若い出張医ばかり。

病院が抱える問題は浦河町が抱える問題だと思ふ。大型店舗が隣
町の堺町にできて、大通り商店街ではなく、そちらに行く住民が圧
倒的に多い。大通り商店街では町の賑わいづくりのイベントとし
て、町が二割負担する「地域商品券」（二、〇〇〇円）を配布した。
七〇〇人から八〇〇人集まった。これから商店街は行政と連携しな
がらやっていくしかない。イベントで集客するだけではなく、ふだ
んから商店街に人を増やすのはどうしたらよいか、常に考えてい
る。病院のマンパワー不足という問題は、大通り商店街にいかにか
を取り戻すかという問題と根っこが同じ。

川村先生は、退職しても日赤でがんばるといのが筋。病院と川
村先生はどうなっているのか、私には見えてこない。先日、日赤
の落成パーティに出席する人がうちで飲み会をしていた。そのとき
の話から、ベッドがなくなるので重症者はあちこち病院をさがして
退院していったらしい。〈べてるの家〉では共同住居から出られる
人は一般住宅へ動いているそう。川村先生もそこそこは配慮す
るのではないか。川村先生はもともと「精神障がいをもつ人を地域
に出す」という考え方だから。地域の人の一番の関心事は、「認知
症の人たちをどうするんだ」というもの。これからは、入院するな
らS病院だ。

(二〇一四/〇三/二五食事処「松山」にてインタビュー)

松山氏によれば、地域住民⁽¹⁷⁾が病棟廃止に反対するのは、浦河日赤の全
棟改築は精神科病棟の存在を前提にする改築だったことによる。地域の
自治体が資金を提供していることから、改築後にそれを廃止するとす
るは契約違反と同じであるという理由からである。それを受けて浦河日
赤は、地域住民の声を無視することはできず、精神科医を確保すれば存

続すると、当初の廃止の表明を覆したのである。

精神科医や浦河日赤への当時の批判として、先の高田氏は「施設の入所待機者が増えているなかで精神科病棟を閉鎖することは許されない」「精神科のない病院は総合病院と呼べるのか」「医師確保の努力が足りないのではないか」「精神科の医師が退職するからだ」「なぜ看護師がそんなに辞めるのか」「建て替えのための補助金は精神科を含めての話だ」という声が地域に駆け巡っていたと述べている〔高田二〇一五：三〇〇〕。高田氏は、今回の病棟廃止という問題の核心は、単なる精神科存続の問題として矮小化するのではなく、地域医療のあり方や支援の質を議論することにこそあったのではないかと指摘している〔高田二〇一五：三〇〇〕。

一方、一部の当事者のあいだでは急性期の患者が入院できないことへの不安を表明している。たとえ、退院し、地域で仕事しながら暮らしていたとしても、いつ調子を崩すかわからない。そうしたとき、これまで閉鎖病棟は「休息する場所」として機能してきた〔浮ヶ谷二〇〇九：一六七―一七五〕。病棟が廃止されると、入院する必要性に迫られたとき、隣の民間精神科病院に入院するか、苫小牧や札幌の病院に行くしかない。慣れない病院に入院することへの不安や遠隔地に行くための交通費の問題もある。こうしたことを理由に「数床でもいいから存続してほしい」という声もあがっていた⁽¹⁸⁾。

しかし、存続すれば、毎年赤字が累積していくことは明白であり、たださえ医師不足の病院に、しかもいずれは廃止される病院にくる医師を探すことは困難極まりなかった⁽¹⁹⁾。こうした社会的混乱を招きながらも、病棟に残っていた最後の患者が二〇一四年九月末で退院し、浦河日赤の精神科病棟は実質上廃止の状態になったのである。

(3) 浦河ひがし町診療所の挑戦

地域でさまざまな意見が飛び交うなか、病棟廃止の問題は地域医療を考えるための新たな好機となると捉えた川村医師は、二〇一四年五月一日に「浦河ひがし町診療所」(以下診療所、二〇一五年四月一日に医療法人薪水となる)を開院した。開院前のインタビューで開院に至った経緯と開院のための準備について以下のように語っている。先の高田氏や松山氏の話と重複している部分もあるが、川村医師の考えを確認するために引用しておく。

二〇一三年八月浦河日赤は経営上の問題(精神科は慢性的な赤字)から、精神科病棟(閉鎖病棟)の廃止を発表した。釧路日赤も五年前に廃止が打ち出されたが、地域の反対があつていまだ存続している。ここではまず看護師の確保が難しい。日赤全体を維持するための地域の問題とすべきところを「精神科をなくす」という発表の仕方をしたのがまずかった。

ここでは、精神障がい当事者が地域で暮らすのは当たり前。地域でサポートしていけば暮らしていける。空きベッドを認知症で埋めるといふのは反対。経営上の「常識」であっても地域の「常識」ではない。認知症者は地域でケアする、地域で担うべきことである。

医療が抱える長年の矛盾が暴露した。浦河日赤は看護師不足から、全国から看護師を要請し応援を得ている。でも、これはあくまでも一時的なものであり、地元で働く看護師はモチベーションが保てない。病院自体が「慢性疾患」を抱えているようなもの。これに急患の対応をしても無理。

「浦河ひがし町診療所」は五月一日に引き渡される予定。名前に「川村」を入れられなかった。名前が入ると「自分が亡くなったらそれでおしまい」ということになる。共同住居は、スタッフたちで漁業組合の「ぎょれんハウス」(後に「すみれハウス」と命名)を

共同出資して購入した。女性専用の住居で三人から四人入居できるようにする。このハウスは診療所にとってシンボルでもあり、入院患者にとって地域で生活することを具体化していくことになる。

病棟廃止については住民の反対運動があるが、浦河町をはじめとして日高管内で日赤は一九億円の寄付を受けて全棟改築した。しかも、そこに精神科も入っているという前提で借り入れた。さらに国からも借りるようになっていたので、前提が崩れると町議会も納得しない。「日赤存続のために最低限のダメツジで抑えるために精神科をなくす」という発表をすればよかったのに、「自分が退職することで精神科の医者がいないから続けられない」ということになってしまった。こうした理由づけでは患者が動揺する。患者にとつては日赤の問題よりも川村がいなくなること。自分としては三〇年やってきたことを継続していくだけ。(括弧内は筆者)(二〇一四/〇三/二二共同住居(すみれハウス)にてインタビュー)

病棟廃止の理由と病棟廃止の反対運動の経緯、そして「看護力」の低下」「病院力」の低下」「地域力」の問題については、先に指摘されていたこととほぼ一致している。

ここで注目すべきは、診療所の名称の由来と立地条件、そして共同住居を確保する意味についてである。川村医師は地域の精神医療をこれから担っていく診療所の存在理由として、自らの名前を外したという。既にある浦河町の精神科クリニックや隣の民間精神科病院では、院長の名前を冠した名称が使われている。川村医師は浦河日赤精神神経科部長として現役だったとき、退職を間近にして後継者の問題を常に気にかけていた。たかが名称問題とはいえ、名づけの理由は「精神医療はだれのためなのか」を根本的に問いかけるものである。精神医療は精神科医のものではなく、ましてや診療所のものでもない。「病気や障がい

もちながら地域で暮らす当事者のためにある」という揺るぎない決意を表明するための名づけであった。それを表現した川村医師の言葉を高田氏が以下のように引用している。

病院全体、精神科医療全体がどうなっていくのかわからない状況に患者さんを巻き込んではいけない。ここだけは変わらない、揺るがない新たな拠点を作る。どんな状況にあつてもこの地域に精神科医療は残るということを患者さんや家族に示す(高田二〇一五:三〇〇)

加えて診療所の立地にも当事者中心の考えが現れている。診療所は浦河日赤の真南およそ五〇メートルという近距離の位置に開設された。北海道は車社会である。浦河日赤の前にはバスの停留所がある。車を持たない患者は通院にバスを利用するため、診療所に通う患者はこれまで通り、浦河日赤前のバス停を利用することができる。浦河日赤精神科を利用していた患者にとつて、診療所への通院がこれまでの通院となら変わりにないことを示すために、浦河日赤と至近距離の場所を選定したのである。

次に、グループホーム(すみれハウス)²⁰の存在理由である。「長期入院患者の退院支援」という課題は、浦河日赤精神科に限らず、退院を支援する精神科スタッフにとつてきわめて難しい問題である。先に述べたように、時東氏が経験した「社会的入院」の実態がそのことを現している。患者を「固定資産」として捉え病院から患者を出し渋ることの問題以上に、患者自身が社会に出ることを拒んでいる。という実態がある。それは患者自身の問題ではない。長期入院が患者の社会生活を剥奪することにより、患者自身が社会性を失い、地域で生活することをイメージできなくなり、病院を暮らしの場所として思い込んでいるからである。

〈すみれハウス〉には二〇一四年九月、長期入院患者であった三人の女性が移り住んだ。入居者一人ひとりに入院から退院までの紆余曲折の物語があり、三人の共同生活に不協和音が生じても何ら不思議ではない。三人は入居以来、夕食をそろって囲んだことがなく、共同住居のミーティングで全員顔を合わせたこともない。入退院を繰り返したり、食事は別々にとったり、ごみ収集のルールを守れなかったりなど、問題は山積みである。診療所のスタッフは生活支援スタッフとローテーションを組み、二四時間の見守り体制を続けている。

では、こうした状況にある〈すみれハウス〉はスタッフにとってどのような存在なのだろうか。問題が次から次へと発生すればするほど、スタッフにとって「精神医療はどうあるべきか」「当事者が地域で暮らすための支援はどうあるべきか」という原点に立ち戻らせてくれる場所となる。高田氏は「専門家の自戒」について次のように述べている。

自分も病院の中にいて患者の限界を設定してしまっていた。「あの人は無理、あの人にはできない」と。それが反省点。患者の人權について本当の意味で改めて考え直した。自分の考えの狭さに愕然とした。〈へべる〉のソーシャルワーカーでさえ、患者の限界を設定していた。自分も含めて、こうした考えや態度が後輩のソーシャルワーカーに伝わっていくと思うと恐ろしい。

(二〇一四／〇三／二四浦河日赤デイケアにて立ち話)

同診療所のソーシャルワーカーである伊藤恵理子氏(以下伊藤氏、元浦河日赤ソーシャルワーカー)もまた「自分たちが『あの人は無理』と限界を決めていた。自分たち専門家がそう思ったら、そうなってしまふ。常に自戒することが大事」(二〇一五／〇三／二二〈すみれハウス〉からの帰りの車での話)と述べている。筆者が初めて〈すみれハウス〉の

住居ミーティングに同行させてもらったときのことである。帰り際、入居者の一人が筆者に「気を付けて帰ってね」とあいさつをしてくれた。それを聞いて発した言葉である。入退院を繰り返すその入居者から人を氣遣う言葉が出るとは夢にも思っていなかった伊藤氏にとって、この一言が専門家としての原点に立ち戻らせてくれたのである。このような意味で「このハウスは診療所にとってシンボル」となり得ているのである。

④ 海外比較と浦河ひがし町診療所の課題

長期的かつ世界的な視点から見ると、浦河日赤精神科病棟の廃止は偶然のできごとではなく、いわば必然だったかもしれない。ここでは、浦河日赤の第一次減床化と第二次減床化のプロセスを海外の精神医療のなかに位置付けてみる。そして、二回の減床を成し遂げた〈浦河へべるの家〉と浦河ひがし町診療所の取り組みを日本の他の地域精神保健サービスの取り組みと比較参照することで、その特徴を浮かびあがらせていく。

世界的な潮流から二一世紀の精神科医療の方向性として、精神障がい者の脱施設化は進むべき道となっている。先に述べたように、一九五〇年代コミュニティケアを国家政策として導入したイギリスや一九七〇年代精神科病院を解体したイタリア(主に北部)では、当事者が地域で暮らすことは当たり前となっている。フランスでもまた医療政策の一つである家庭看護というコミュニティケア施策を取り入れている。これは精神病者を一般家庭が受け入れ、疑似家族として患者を世話することを目的とし、状態が悪化しない限り、入院治療は行わないことを前提とする施策である(Joubert一九九一・岩崎・浮ヶ谷二〇〇九)。家庭看護という地域精神保健サービスは、フランス国内で治療効果に関して賛否両論があるものの、一九〇〇年以降、精神医療政策の改革を経て今日もなお続いている。ヨーロッパ諸国のコミュニティケアや地域精神保健サービス

は、精神科病院がほぼ国公立であることから、国家政策の一環として進められてきた経緯がある。これは、病院の利益追求型経営に先んじて国家政策としての脱施設化が成し遂げられた大きな理由となっている。この点が、精神科病床の減少が遅々として進まない日本の現状とは根本的に異なっているところである。⁽²¹⁾

また、政治運動との関連でいえば、病棟廃止反対に回った浦河町議会
の動きは、精神科病院解体のために連携したイタリア労働運動の政治諸団体とは真逆の態度を示すものである〔シュミット二〇〇五…松嶋二〇一四〕。政治的手法でラディカルに脱施設化を成し遂げたイタリアとは異なり、浦河町は病院側の経営上の理由による病棟廃止を受けて地域ケアへの舵取りを余儀なくされている。診療所がとった方法は、政治に頼らず、専門家も当事者とともに暮らす「生活の場」を地域につくるという、いわば地域にソフトランディングしていく手法であるといえよう。また、精神科病棟の廃止という問題を、認知症高齢者を地域でいかに支えるかという課題へと転換していく診療所のビジョンは、より地域にコミットする精神医療のあり方を模索する試みとなるだろう。⁽²²⁾

ところで、コミュニティケアを世界の潮流だからといって手放しに評価できるものではない。イギリスではコミュニティケアに対する批判点が既に指摘されている。例えば、コミュニティケアといっても、それを使用する文脈や実践する立場によって意味が異なっていることや、コミュニティそれ自体が「善なるもの」「道徳的なもの」として位置づけられる傾向にあり、ともすると「ユートピア的な空間」として無批判に称揚されてしまう危うさがあるという〔Brunner 1987〕。病棟廃止に反対する意見が依然存在する浦河町で、地域ケアをいかに創出していくかという課題は、診療所にとっても大きな課題である。

また、施設ケアかコミュニティケアかという二者択一的な発想は当事者のニーズに合致しておらず、施設ケアはコミュニティケアにとって不

可欠であるとも指摘されている〔ジャック編一九九九・一九九八〕。たしかに緊急避難的な処置として施設ケアは必要であるが、イタリアの法律一八〇号に倣えば、先に述べたように、病院施設の精神科病床数は最大一五床であり、トレントの場合、平均入院日数一三日である〔ステファニ二〇一五・七〇〕。日本の場合、病床数の削減と平均入院日数の改善を前提としない限り、「施設ケアは不可欠」という指摘を鵜のみにしてはならない。

より詳細に見れば、多職種連携という名のもとで専門職間のヒエラルキーの問題や、ケアの受け手にとってそれがケアになるかコントロール（支配）になるかという緊張関係が常に存在している〔McCourt Perring 一九九四〕。精神科病院内で問題となった専門家による管理・支配の論理が生活の場に入り込み、新たな「医療化」現象を生み出す可能性を常に孕んでいるのである〔McCourt Perring 1998〕。したがって、脱施設化やコミュニティケアが問答無用に「正しい」「善なるもの」として、その前提を問わずに評価することは危険である。暴力や死亡に至るような病棟看護師による管理・支配の問題は、日本の場合、これまで数多くの精神科病院の不祥事として問題がクローズアップされてきた。コミュニティケアに移行すれば、この問題が解決されるとは限らない。たとえ目に見える暴力とまでいかないまでも、当事者に対する暴言や非難の言葉が日常的に生まれる可能性は常にある。コミュニティケアは治療とケアが病院から地域へ移行しただけの空間の移行という単純な問題では収まらないのである。「地域とは何か」「地域をつくる主体はだれか」と問わずに、治療が提供される場所の移行だけをイメージするならば、病院や専門家の論理を地域（生活の場）に持ち込むだけである。⁽²³⁾

コミュニティケアへの批判点は、〈へべるの家〉や診療所で働く専門医スタッフや生活支援スタッフにも降りかかってくる問題である。川村医師の後継者問題は、新たな精神科医の着任後、診療所の専門職間での

バランスをいかに保つか、当事者主体の視点をいかに維持していくかという問題にかかわってくる。また、ケアが地域でなされるといふことは、支配・管理という専門家の視点や論理が生活の場に持ち込まれることになりかねない。「あの人は無理、あの人にはできない」という考えを自省的に振り返る態度をスタッフ間でいかに共有できるか、そしていかにそれを維持することができるかが問われているのである。支配・管理という問題は、当事者の可能性を限定してしまう専門家や、共同住居やグループホームでの当事者の暮らしをサポートする人にとって重要な課題となり得ているのである。

脱施設化がもたらす弊害に対処するために、一九七〇年代以降、アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアなどで普及してきた地域医療の一つの形態として A C T (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) というプログラムがある。このプログラムは重症精神障がいをもつ人々を対象としている。このプログラムは専門家を中心とした多職種連携のチーム医療を目指し、二四時間、週七日対応を原則とし、夜間訪問、休日訪問を厭わず危機介入を行うものである〔西尾二〇〇八〕。二〇〇〇年代になると、日本でもこの A C T が導入され、A C T-J や A C T-I K をはじめとして国内各地に A C T チームが誕生している〔伊藤二〇一二、高木二〇〇九〕。A C T の地域精神保健サービスの方法は、たしかに病院治療に比べれば、当事者が病気をもちながら地域で生活することを支援し、「社会的入院」を回避することができる。しかし、A C T もまた批判にさらされている。専門家の介入により障がい者がいかに自由を確保するかという自由と治療のバランスの問題、そしてコミュニティケア政策に内在するイデオロギーと障がい者の現実との乖離によって、ホームレスの急増や再入院が繰り返されるといふ問題が生じている〔Geller 2000〕。この問題は A C T 立ち上げのきっかけとなった脱施設化の弊害と同じであり、A C T の体制が取り入れられた

後にまた同じ問題が浮上しているのである。また、A C T チームでは理念上当事者スタッフが構成員の一人として位置づけられている。しかし、そこでは、〈浦河べてるの家〉の当事者研究やピアサポート活動にみられるように〔浮ヶ谷二〇一一・二〇一五b〕、当事者が地域で暮らす一住民として成熟することを目指しているかどうかは不明である。対して、診療所では地域とつながるかたちで当事者主体の活動をいかに創っていくかが課題となっている。

以上のように、海外の動きに倣い、浦河町の精神医療は確実に地域ケアへとシフトをしていることがわかる。浦河日赤精神科病棟の二回にわたる減床化のプロセスにおいて、べてるの家と精神科病棟のスタッフ、そして診療所のスタッフはコミュニティケア政策や A C T に対する批判点と同様な課題に向き合ってきた。精神科病棟が廃止された現在、「精神医療はいかにあるべきか」「専門家は何かができるか、何をすべきか」という課題を抱えながら、診療所ではこれからの浦河町の地域精神医療の在り方を模索し続けている。

おわりに

最後に、精神医療をめぐる地域ケアあり方を考える際に、どのような視点が可能なのか、今後の課題を含めて述べておく。

精神医療をめぐる問題を社会科学の領域で扱う研究は、これまで「逸脱の医療化」や「日常生活の医療化」という切り口によって数多くの研究が蓄積されてきた。確かに、これらのアプローチは、病気は社会によってつくられるという精神病的社会的構構性、そして医療の名のもとに患者を管理・支配するという医療の社会的防衛という側面を明らかにしてきた。これは精神医療が病院治療や収容型精神医療として機能していた時

代において有効なアプローチである。しかし、精神医療の進むべき方向性が脱病院治療としての地域ケアへと移行している現在、先の医療化批判論のアプローチとは異なる手法が必要となる。

そこで筆者は、「生活の医療化」を反転させた視点、「医療の生活化」という視座から地域ケアを捉えていきたいと考えている。文化人類学者の阿部年晴によれば、「医療の生活化」とは「生活者が主体的に、医療システムが提供する知識や治療法と生活の中の経験知や必要とを組み合わせて、生活（生きること）の一部として医療を創りだし、生活のなかでそれを生きること」としている⁽²⁴⁾。それは「病をもつ人が『生活者』として生きる軸足を『生活』におき、医療システム（医療制度）や医療専門家が提供する専門知を『生活』のなかから編み出した『生活知』と摺合せ、必要に応じて取捨選択をし、自分なりのやり方で医療を創ること」（浮ヶ谷二〇一五a:二五）と言いかえることができる。

本稿で示してきた浦河日赤精神科の二度にわたる脱施設化とは、医療的治療や福祉サービスの視点ではなく、退院していく当事者の生活をどのように確保し、当事者が自らの生活を主体的に生きるためには専門家は何ができるか、何をすべきか、を問い続ける営みであったといえる。それは、精神病患者を収容してきた施設型精神医療を政治的な運動で変革する方策とは異なり、あくまでも精神障がい当事者を病者ではなく「地域に生きる生活者」として支援する専門家たちの構えであったといえるのではないだろうか。

「医療の生活化」という視点は、病気になった人は医療化されたままの主体ではなく、「生活者」としての主体を取り戻すという「生き方」の問題として捉えることになる。「生活者」とは、人が人として生きていくための根底を支えている「生活」を創る主体のことであり、「生活知」をもとに多面的な活動を展開していく主体でもある。生活者自身とその関係者の全体的生にかかわるすべての営みを創造する役割を担って

いる。

「生活者」という視点は、地域で当たり前の暮らしを展開していく精神障がいの当事者にだけに重要なのではない。医療福祉の専門家に導入することによって、専門家もまた周囲の人や物理的、自然的環境にはたつきかけ、専門家役割だけではなく「生活者」としての多面的な活動を担う主体となりうるのである（浮ヶ谷二〇一五a）。このことは専門家という役割の放棄を意味しているわけではない。専門家であり生活者でもあるという二重の役割を担うことで、地域ケアを創造していく主体になりうることを意味している。

「医療の生活化」というアプローチは、今後も「地域で暮らすためには何を大事にすべきか、何ができるか」という当事者による問いと、先に述べた「精神医療はいかにあるべきか」「専門家は何かができるか、何をすべきか」という専門家による問いに応えるための視点となるに違いない。

註

(1) 「精神障がい」と「精神病」という二つの表記を本稿では使っている。歴史的に見れば「精神病」は西洋の精神医学が日本に入ってきた明治期以降の表記であり、「精神障害」という用語が法制度上表記されたのは一九五〇年の精神衛生法であるといわれている（浮ヶ谷二〇一五a:六〇）。したがって、本稿でもこの歴史区分による使用法には従っている。そのうえで、近年の当事者からの異議申し立てを根拠に「精神障害」の一部を平仮名にした「精神障がい」と表記している。ただし、制度など固有名詞の中では「精神障害」と表記している。

(2) 松嶋によれば、イタリアの地域精神保健を成り立たせているのは、「社会が精神病患者に主体性を返還する」という思想と、その思想を具現化するために精神保健センターが取り組んだ多種多様な実践であるという（松嶋二〇一四・一九一～二四九）。浦河町とイタリアとの詳細な比較分析は、本旨を越えるのでここでは扱わないが、今後別稿にて論じてみたい。ただ、雑駁な言い方ではあるが、先のイタリアの「主体性を返還する」思想と（浦河べてるの家）の理念や浦河ひがし町診療所スタッフの構えとの類似、精神科病棟の廃止を決定づけた要因としての

社会的背景の相違を指摘することができる。

(3) 浦河日赤精神科病棟の存続をめぐる一連の動きに対して、「病棟廃止」と「病棟休止」という用語の使い方は、二〇一五年五月現在、あいまのまま使用されている。浦河ひがし町診療所の副院長である高田大志氏(元浦河日赤ソーシャルワーカー)は、「病棟休止」「廃止(休止)」「病棟廃止」という用語を使用している(高田二〇一五)。実質上病棟は入院患者数ゼロであるが、精神科外来は週三回開いている。本稿では、廃止を発表した病院側の意図と入院患者ゼロという現実から「病棟廃止」という用語で統一している。

(4) 「医療化 medicalization」とは、人の生活を構成する多面的活動、生活上の使用言語やその概念が医療の領域に囲い込まれるプロセスのことである(コントラッド&シュナイダー二〇〇三)。一言でいえば、「医療の領域ではないものを医療の範疇で捉えること」でもある。なかでも医療化は「狂気の逸脱モデル」として捉えられてきた。つまり、「狂気」や精神の「異常」を抱える人は社会から逸脱した人と見なされ、精神病患者として治療し社会に適応させるという意味で、精神医療が社会統制のための装置として機能してきたのである。さらに、医療化は、日常生活全般が医療の範疇で捉えられるプロセスにも適用されている。医療社会学者の進藤雄三は「日常生活の医療化」を「医療が、そして『健康』と『病気』というラベルが人間存在のより多くの部分に関連性をもつようになる過程」(進藤二〇〇六:三〇、Nota 一九七二)と述べている。日常生活の医療化の顕著な例は、出産と死の医療化であり、かつて民俗の範疇にあった出産と死というできごとが現在の日本では「医療(病院)が対処すべき現象」へと変化している。「出産は病気ではない」にもかかわらず病院出産は九割以上を占めていること、また病院死八割を占め死亡診断書という形で死を社会的に決定するのは医者であるという現実からである。

(5) 医療化にはマイナスの側面とプラスの側面がある。プラスの面として以下の五点が指摘されている。①道徳的欠陥とみなされる行動が治療の対象となることは、犯罪・懲罰の対象になる社会統制としてよりもより人道主義的である。②逸脱行動が病気や病気の結果であるならば、その行動は免責され、他人からの非難を軽減・除去できる。つまり、殺人を犯した者が精神病であることを理由に罪を問われず無罪放免になることができる。③逸脱に対して治療可能であるという、患者に希望を与えることができる。④医療専門職の威信を保つのに役立つ。⑤医療による社会統制は、薬物療法の観点から、司法によるものよりもより柔軟であり、さらに効率的であるという点である(コントラッド&シュナイダー二〇〇三:四六六~四六九)。

(6) 社会学者の市野川容孝は、死に場所が自宅から病院等の施設に移行していく動向を「死の医療化」とするのは不適切であると述べている(市野川二〇〇六:..

五一)。市野川の限定的な解釈によれば、「精神病患者の収容化」という現象を「医療化」と捉えることは不適切となる。しかし本稿では、「精神病患者の収容化」という現象は「狂気」が「医療化」されたことの延長線上にあり、それゆえに本稿では拡大解釈して「医療化」の一つの側面として捉えている。

(7) 向精神薬の開発が入院患者の管理を容易にしたと解釈する日本は、患者が病気をもちながら地域で生活できると解釈したイタリヤとは対照的である。

(8) 精神科病院の不祥事とは、看護師が患者をなぐり殺しをしたという一九八四年の宇都宮精神科病院事件が代表的なものであり、「大熊一九八八」「一九八五」、その後も一九九七年の大和川病院事件(仲二〇一〇)、二〇〇一年の朝倉病院事件などが起こっている。

(9) うつ症や発達障害などの精神疾患は近年増加の傾向がある。そして、これらの疾患をもつ人は入院せずに通院で済ませることも多くなってきている。そういった意味では精神疾患の軽症化という今日の傾向により、精神科外来や精神障がいに対する敷居が低くなっているといえる。しかし、現在でもなお「精神病である」とカミングアウトすることには困難が伴っている。

(10) 近年、精神科病棟のベッドを埋めるために認知症の高齢者が病院収容化のターゲットとなることが指摘されている。二〇一四年、厚労省が発表した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」に、「医療(施設)と介護(地域)との関係」「循環型の仕組みの「一環」として位置づけた文言が入り、認知症高齢者の増加を見据えた認知症者の精神科病院収容化への構図が見えるという指摘である(高木二〇一五、上野二〇一四)。

(11) 第一次減床期の退院予定の患者(二〇九名)の内訳は、表3によれば、「入院継続が必要」(二二名)の場合、「病状安定後即座に退院可能(受け入れ先あり)」(二〇名)と「調整が必要」(二名)となっている。また「他科での治療が必要」(二一名)は他科に転科予定である。「社会的入院患者」(七六名)は、「老人ホーム入所待機」(三七名)、「共同住居&〇〇の待機」(二三名)、「身障施設等の入所待機」(六名)、「その他(自宅&AD)」(一〇名)となっている(向谷地二〇〇三:七〇)。こうした実態から、精神科病床の減床の裏にある精神科病院への転院という一般的な方法をとらなかつたことがわかる。

(12) 竹越靖子氏は二〇一五年五月現在で七三才である。浦河ひがし町診療所開院以来、非常勤勤務のナイトケアの担当者である。第一次減床期に病棟師長が竹越氏でなかつたならば、減床に成功したかどうかかわからない。「普通の家ならどうなのか」という「生活者」目線の判断基準をもち、それまでの病棟の慣例を一つ一つ変えていった人であり、関係者のあいだでは「伝説の看護師長」と呼ばれている。

(13) 「看護師が育たない」理由について、看護師の三年勤務の奨学金返済の免除、毎年四人前後の新人看護師の配置による四年以上キャリアの看護師が他科に戻る

こと、精神科では看護技術が身につかない理由で他科に回ることがあげられる〔浮ヶ谷二〇〇九・一一三―一一四〕。

(14) 「へてるの家」が用意した共同住居やグループホームは、入所者の出入りは常にあるものの、ほとんどの入所者は終の棲家として居る。二〇一六年三月にイタリアのトリエステを視察した診療所の高田氏によれば、イタリアでは利用者は自宅やアパートで暮らし、グループホームはあくまでも一時的な施設という認識があり、トリエステには現在グループホームは存在しないという(二〇一六/〇六/一〇診療所でのインタビュー)。この点は、地域一体となつて脱施設化を成し遂げたイタリアとは異なり、浦河町の住民による当事者の受け入れ態勢のあり方には未だ課題があるといえる。

(15) 「当事者研究」は二〇一〇年の頃から「浦河べてるの家」で始まったが、これまで研究の対象でしかなかった精神障がい当事者が「自分自身とともに」自ら抱える苦勞の研究をすることで、病気の意味や病気の主体を当事者自身に取り戻すことに斬新さがある。研究のプロセスとして、①〈問題〉と人との、切り離し作業、②自己病名をつける、③苦勞のパターン・プロセス・構造の解明、④自分の助け方や守り方の具体的な方法を考え、場面を作つて練習する、⑤結果の検証である〔浦河べてるの家二〇一〇・五・四―五〕。一〇年以上経て、「当事者研究」は国内各地に広まり当事者により実践されている。また、それは「当事者研究の研究」というかたちで、当事者研究それ自身が学術的に研究される対象となっている〔石原編二〇一三〕。

(16) 二〇〇六年現在の浦河日赤精神科病棟の「看護力」について、拙著『ケアと共同性の人類学』の第六章「場」から生まれるケアに詳しい〔浮ヶ谷二〇〇九・一九二―二六三〕。

(17) 第一次減床時の浦河町住民の反応については、拙著『ケアと共同性の人類学』(二〇〇九)の第九章「商売」をめぐる住民の「へてる」との付き合ひの技法で扱っている。現在でもなお、「へてるの家」や精神障がいの当事者への住民の反応は一樣ではなく、人口減少と地域経済が低迷していくなかで「へてるの家」の活動が国内外に展開していく状況に対して住民の心の内は複雑である。

(18) 「病棟廃止」に反対する当事者の声は、「浦河べてるの家」のメンバーからあがつてきた。理由は「休むところ」としての病棟の必要性である。しかし、何かあるとすぐ入院していた「へてる」メンバーが、病棟がなくなることへの危機感が高まり、以前に比べると自分の病気のコントロールに注意を払うようになり、結果的に入院を必要としなくなったという(二〇一四/〇八川村医師の話)。また、川村医師自身、浦河日赤時代に夜間枕元に置いていた自宅の電話の子機も置かなくとも良いようになり、夜間呼び出しの出勤は皆無になったという(二〇一六年三月診療所にてインタビュー)。

(19) 病院側が地域住民の反対運動を受けて、精神科医を獲得すれば病棟を存続させるという見解を出したため、町議会側は精神科医を探すために奔走した。浦河日赤にかつて勤務していた医師にも声をかけたが、依頼の趣旨に賛同を得られず、断られている(二〇一四年一月該当医師の話)。

(20) 「すみれハウス」という呼称にはエピソードがある。診療所設立前の二〇一四年三月、川村医師に共同出資で手に入れた共同住居に案内してもらった。その際に、話の流れで人類学者のクロード・レヴィ・ストロースの野生の思考の話が出た。そのとき「南米先住民にとつて」植物は食べるためにあるのではなく考えるためにある」という言葉を紹介した。後日、共同住居の名前を募集していると聞き、野生の思考の原著題(La Pensée sauvage)から「すみれ」を提案したところ、それが採用された。共同住居が単なる住む処ではなく「思考する家」になるようにという願いを込めての命名である。

(21) アメリカの精神科病院の形態は日本と同じく民間精神科病院が多い。にもかかわらず、一九七〇年代から病院数と病床数が減少している。また、在院日数も平均七日間となり脱施設化が進んできた。しかし、アメリカの場合、受け皿となる地域での対策は不備のまま、脱施設化が推し進められたため、退院した精神障がい者は結果的に犯罪者か路上生活者となる事態を招いたのである。このことから、アメリカは病床数を減らしてはいても、地域ケアに成功したとはいえず、こうした状況はむしろ「脱施設化による弊害」として指摘されている。

(22) 浦河ひが町診療所では、筆者を含めてスタッフの妄想から生まれた数多くのビジョンを編み出している。精神医療を地域で展開していく試みとして、農(コメ作り)と食を結びつけた活動、宗教者との連携による「カフェデモンク・えりも」の活動、認知症を抱える高齢者の小規模多機能型居宅介護施設の実現に向けた活動、アートと障がいを結びつけた活動等である。これらの総合的な取り組みを通して、専門家、行政、当事者のみならず、地域住民をも巻き込んだかたちの地域ケアを創出していかうとしている。

(23) 「病院医療から在宅医療へ」というスローガンに内在する専門家の論理や思考は、精神医療に限らず、治療やケアを提供する場を病院から生活の場に移した「地域包括ケアシステム」に含む問題でもある。たとえば、訪問看護による在宅での糖尿治療や、訪問リハビリテーションによる在宅リハビリなどは同様の構図とその危うさをもつといえよう。

(24) ここで使用する「生活」「生活者」「生活知」について、阿部によれば、「生活」とは「人が文化的生物としての生存を維持する営み」であり、それは「人間の生命・共同性・文化の基本、そして生活自体を再生産する営み」となる。「生活」を構成する多面的な活動として、生活物資の獲得、人間関係の維持、生老病死への対処、休養や娯楽などをあげている。こうした生活の主体が「生活者」であり、「多

面的な活動からなる生活に全体性を与えている働きを「生活知」と呼んでいる(阿部二〇一四:五四-五五)。本稿では、専門家による「精神医療の生活化」のプロセスについてはある程度描き出したが、精神障がい当事者がいかに医療や治療、病気を「生活化」していくか、という当事者による「医療の生活化」については検討することができなかった。今後、当事者が「地域で暮らす」ことの現実を「医療の生活化」という視点により描き出すことが今後の課題である。

参考文献

阿部 年晴 二〇一四 「生活の場からの発想―医療システムと生活知」浮ヶ谷幸代編 著『苦悩する』の希望』協同医書出版社。

Bulmer, M. 1987, *The Social Basis of Community Care*, Unwin Hyman Ltd.

コンラッドPとシユナイター J. W. 二〇〇三 進藤雄三監訳『逸脱と医療化―悪から病へ』ミネルヴァ書房。

Geller, J. L. 2000, The Last Half-Century of Psychiatric Services as Reflected in Psychiatric Services, *Psychiatric Services*, 51: 41-67, American Psychiatric Association.

ジャック、レイモンド編一九九九 『施設ケア対コミュニティケア―福祉新時代における施設ケアの役割と機能』小田謙三・杉本敏夫・斎藤千鶴・久田則夫監訳、勁草書房。

Jodelet, Denise. 1991, *Madness and Social Representations: Living with the Mad in One French Community*, University of California Press.

市野川容孝 二〇〇六 「医療化の再検討―歴史的視点から」森田洋司監修『医療化のポリテイクス―近代医療の地平を問う』学文社。

五十嵐良雄 二〇〇三『精神医療サービス』『ひろの科学』No. 一〇九、日本評論社。

石原 孝二編 二〇一三『当事者研究の研究』医学書院。

伊藤順一郎 二〇一三『精神科病院を出て、町へ―ACTがつくる地域精神医療』岩波書店(岩波ブックレットNo. 八五四)

岩崎 弥生・浮ヶ谷幸代 二〇〇九『フランスにおける精神障害者の里親制度』『千葉大学看護学部紀要』No. 三二、一-六頁。

川上 武編著 二〇〇六『戦後日本病人史』農文協。

川村 邦光 二〇〇七『近代日本における憑依の系譜とポリテイクス』川村邦光編著『憑依の近代とポリテイクス』青弓社。

国際法律家委員会編、広田伊蘇夫・永野貫太郎監訳 一九九六『精神障害患者の人權―国際法律家委員会レポート』明石書店。

呉 秀三・樫田 五郎 二〇〇〇【一九一八】『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統

計的觀察』創造出版。

MacCourt, C. 1994, Community Care as De-institutionalization?: Continuity and Change in the Transition from Hospital to Community-based Care, in Wright S. ed., *Anthropology Organization*, London, Routledge.

1998, Concepts of Community in Changing Health Care: A Study of Changing in Midwifery Practice, Edgar, I. R. and Russell, A. eds., *The Anthropology of Welfare*, London, Routledge.

松嶋 健 二〇一四『ブニコナウティカーイタリア精神医療の人類学』世界思想社。

向谷地生良 二〇〇三『浦河赤十字病院における精神科病床の削減と、べてるの家』を中心とした地域生活支援体制の構築』『精神医療』第三一号、六五-七四頁。

仲 アサヨ 二〇一〇『精神病院不祥事事件が語る入院医療の背景と実態―大和川事件を通して考える』『生存学研究センター報告』一六七-一九五頁、立命館大学生存学研究センター。

西尾 雅明 二〇〇八『ACT入門―精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版。

大熊 一夫 一九八七(一九七三)『ルポ精神病棟』朝日新聞社(朝日文庫)。

一九九九(一九八五)『新ルポ精神病棟』朝日新聞社(朝日文庫)。

二〇〇九『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店。

精神保健福祉対策本部 二〇〇四『精神保健医療福祉の改革ビジョン』九月。

芹沢 一也 二〇〇五『狂気と犯罪―なぜ日本は世界一の精神病国になったのか』講談社(講談社α新書)。

シュミット J. 二〇〇五(一九八五)『自由こそ治療だ―イタリア精神病院解体のレポート』社会評論社。

進藤 雄三 二〇〇六『医療化のポリテイクス―責任』と『主体化』をめぐって』森田洋司監修『医療化のポリテイクス―近代医療の地平を問う』学文社。

高田 大志 二〇一五『精神科病床を休止。超長期入院の患者さんをどうやって地域へ? 第一回 始まりの時』『精神看護』MAY5, 医学書院。

高木 俊介 二〇〇九『ACTKの挑戦―ACTがひらく精神医療・福祉の未来』批評社(サイコ・クリティーク5)。

二〇一五『白雪姫の毒リンゴ、知らぬが仏の毒みかん』新オレンジプランと認知症大収容時代の到来』

<http://www.yuki-enishi.com/ninchi/ninchi35.pdf> (2016/01/24access)

時東 一郎著 織田淳太郎解説・構成 二〇一三『精神病棟40年』宝島社。

上野 秀樹 二〇一四講演会「高齢者の人権―認知症をめぐる現状と課題―」平成

二六年度人権啓発指導者養成研修会、東京会場講義二。

<http://hidekienu.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/10/7f0e99c0d9d13593e-a497f0d10393a91.pdf> (2016/01/24access)

浮ヶ谷幸代 二〇〇九『ケアと共同性の人類学―北海道浦河赤十字病院精神科から地

域へ』生活書院。

二〇一―「現代社会における『生きづらさ(苦悩)』の病いと生の技法

―北海道〈浦河へてるの家〉の『当事者研究』と精神保健福祉の取り

組みから」『国立歴史民俗博物館研究報告』第一六九集、五五―八二頁。

二〇一五 a 『生活者』が「医療をつくる」『人間社会研究』第一二二号、

一三―二四頁、相模女子大学人間社会学部。

二〇一五 b 『耕されている場』でピアであり続けること―〈浦河へて

るの家〉のピアサポートの活動から」浮ヶ谷幸代編『苦悩とケアの人類

学―サファリングは創造性の源泉になりうるか?』世界思想社。

浦河へてるの家 二〇〇五『へてる家の「当事者研究」』医学書院。

Zola, I. K. 1972. *Medicine as an Institution of Social Control*. *Sociological Review*, 20:
487-504.

引用ホームページ

・厚生労働省病院経営管理指標(平成二三年度)

http://www.nhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyuu/igyoutukei/dl/houkokusho_h23.pdf (2016/12/73access)

(相模女子大学人間社会学部、国立歴史民俗博物館共同研究員)

(二〇一六年三月一八日受付、二〇一六年八月一日審査終了)

Institutionalization and Deinstitutionalization in Modern Psychiatric Medicine : A Case of Abolition of the Psychiatric Ward of Urakawa Red Cross Hospital in Hokkaido, Japan

UKIGAYA Sachiyo

This paper first examines how psychiatric disorders have become medicalized in the process of modernization in Japan. It then analyzes how and why mental patients have become institutionalized. While there has been a growing trend in many countries to deinstitutionalize mental patients, Japan's mental health sector is characterized by its great number of asylums (beds) and extremely long hospitalization period. In light of these particularities, this study explores reasons why the number of asylums (beds) has not decreased in Japan. While deinstitutionalization has not progressed much in Japan's psychiatric medicine, Urakawa Red Cross Hospital (hereinafter "Urakawa Hospital") in Hokkaido, Japan, has led Japanese psychiatric facilities in shifting to community treatment (deinstitutionalization). There were two milestones in this process. The first one was the closedown of the open ward in the psychiatric ward, which is called the "first reduction of institutionalization" in this paper. This step is examined in detail to reveal factors that can be attributed with having promoted deinstitutionalization. The second milestone was the shutdown of the entire psychiatric ward, which is called the "second reduction of institutionalization" here. By examining the political developments and problems faced by Urakawa town during the second step, this paper reveals the situation that forced Urakawa Hospital to shut down the psychiatric ward. In order to illustrate this two-stepped process of deinstitutionalization, this study takes an ethnographic approach by conducting interviews with hospital staff, such as psychiatrists, nurses, and social workers, staff of the social welfare corporation Urakawa Bethel's House, and local residents. The various ideas and opinions of different people about the shutdown of the psychiatric ward are analyzed to describe the two-stepped process of deinstitutionalization at Urakawa Hospital. In parallel with the second reduction of institutionalization (the closedown of the entire ward), a new medical facility, Higashi-machi Clinic, was established to provide community psychiatric treatment. This paper explores the direction the Clinic should take to provide effective community care. It then compares the Clinic's ideal form of community psychiatric medicine with the direction being taken by overseas psychiatric medicine to analyze the current features and future problems of the community psychiatric medicine of Urakawa town. In conclusion, this paper proposes a new, final approach of "Life-style priority Treatment" (to maintain one's lifestyle while receiving treatment) as a way to find a community psychiatric treatment able to support psychiatric patients living in the community.

Key words: Deinstitutionalization, Ethnographic Approach, Community Psychiatric Medicine, “Life-style priority Treatment”