

巻 頭 言

精神科医療，スティグマ，アンチスティグマ

堀川公平 日本精神神経学会理事
Kohei Horikawa

去る平成25年2月13日から3日間、第6回世界精神医学会アンチスティグマ分科会国際会議が東京で開催された。スティグマ（以下、偏見）というマイナーテーマを全面に打ち出した会議であったが、想像以上の参加者があった。皮肉にも世界の人々を震撼させた東日本大震災がここでは集客に一役を買っていたようであったが、福島原発事故の被災地支援では精神科医療への偏見の根深さを再認識するところとなった。

ともあれ、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患が加わったこともしかり、今や精神科医療の対象は多岐にわたり、長年、裏舞台にあった精神科医療が今や表舞台に引きずり出された感が強い。その分、これまで以上に役割と責任が求められるのではと思うと、穏やかではいられない。

なぜなら、我が国の精神科医療の歴史を振り返るとき、国も、一般国民も、精神科医さえもが偏見を助長し、利用していた感は否めないからである。精神障害者の皆が常に危険な存在かのごとく、堅牢な病院を求め、地域を守る、家族を守ると称して長期収容型の精神科医療を長きにわたり認めてきたからである。

しかし、ここで偏見の方向性や対象に目を向けると、決して同じではないことに気付く。地域住民の患者への偏見もあれば、家族の病気や地域社会への偏見もある。精神科スタッフの患者や家族や地域社会への偏見もあれば、患者の精神科スタッフや家族や地域社会や他の患者や、さらには自分自身の病気への偏見もある。当事者の立場によって偏見の内容も対象も変わるのである。

平成6年8月、私は平均在院日数2,156日という収容型の伝統的精神病院の改革を始めた。その際、家族や地域社会に対する患者との共通の思い、つまり「招かれざるもの」という思いがエネルギーとなった。しかし、その一部が家族への私自身の偏見によるものと認識ができたのは、多く

の長期入院患者が退院し、家族から患者や私たちが受け入れられたと感じた後であった。

一方、地域住民に対する偏見についてはさらなる時を要した。地域住民の反対運動に外傷体験を持つ私の地域住民への態度は頑なであった。それゆえ、社会復帰施設を病院敷地内に作ることにこだわったし、またそこからの地域移行に際しては密かに少人数で潜入させるゲリラ戦術にこだわった。その企ては成功し、60名もの慢性長期入院患者が病院近くの町内（人口7,500人）に住むようになった。しかし、平均在院日数が50日台となり、その数が急性期患者を含め300名近くになると、ゲリラ戦術はもはや通用しなくなった。

その間も様々な地域住民への対策は講じていたが、トラブルは生じた。そのたびに苦情の電話が鳴り響き、私は「なぜ理解してくれないのだ」と怒りに震えた。そうしたある日、アンチスティグマ活動の最前線に立つ地域活動支援センターへ「町内会に入らないか」との申し入れがあった。私は戸惑った。地域住民は皆、無理解な「敵」と思っていたし、その思いが改革のエネルギー源ともなっていた。しかし、事実はそうではなかった。これまでの地域住民に対する私の思いは偏見と気付いたのはその時であった。さらにその気付きは「病院づくり」から「街づくり」という発想の展開をもたらしたのであった。つまり、アンチスティグマとは道徳ではなく、「傷つき、怒りの受容」と考えるようになった。

精神医学的研究が脳内の生物学的研究などますますミクロ化し、それらに高い評価が集まる今日、マクロな問題である偏見について私たちがどれほど真摯に向き合っているかといえは疑問である。この両者がともに重視され、それが相補的な関係にあることが認識されてこそ治療の実践は効を奏すると実感している。