

特集 社会に向けてのアンチスティグマの発信

精神科医療におけるスティグマ、アンチ・スティグマ
——「病院づくり」から「街づくり」の過程のなかで——

堀川 公平

刻印のごとく、精神疾患の多くはスティグマを容易に消し去れぬ。ゆえに精神科医療そのものがスティグマを内包する。そしてそのスティグマが収容主体の「精神病院」の誕生、存続を許す力ともなっている。それゆえ、「精神病院」を治療主体の「精神科病院」に変えるにはスティグマの解消が鍵となる。スティグマを、不治の狂気（恐れ）がゆえの個人、集団の防衛機制、つまり部分対象関係、基底想定集団への退行と理解した。さらに、スティグマの形成や強化には、わが国に多い「伝統的チーム医療」（記述精神医学による「身体医学モデル」に基づくチーム医療）が関与していると考えた。なぜなら、患者の病理のみを対象とした学問であり医療であるからである。したがって、当院では医療改革の方法論として患者の病理だけでなく健康面をも重視した「力動的チーム医療」（力動精神医学による「治療共同体モデル」に基づくチーム医療）を用いた。その結果、スタッフ（患者）が患者（自分自身）を病理だけでなく健康面をも含めた全体対象として捉え得るようになり、さらには集団力動をも配慮することで課題集団へと移行することができた。それがアンチ・スティグマとなり、改革開始当時入院していた多くの患者（152名中115名）が退院し、「病院づくり」の成功へと導いた。地域住民との関係においても同様であった。当初、反対する住民に被害的（妄想分裂態勢）となり迷路に入り込んでいたが、町内会入会への勧誘（住民から受け入れられる体験）を機に住民へのスティグマ（怒り）は消え、「街づくり」（抑うつ態勢）へと向かうことができた。以上のごとく、スティグマの解消には教育や啓蒙だけでなく、直接的な相互交流により「受け入れられる」「受け入れる」という体験がアンチ・スティグマには必要である。

<索引用語：スティグマ、アンチ・スティグマ、記述精神医学、力動精神医学、力動的チーム医療>

はじめに

「スティグマ」とは、もとはギリシャ語で、奴隷、犯罪者、謀犯人などの身体に押された刻印を意味していた。しかし、今や転じて「容易に消せない陰性イメージ全般」を意味する¹⁾。

この文脈において精神科医療のあり様を見直してみると、根拠となる診断（学）そのものが焼印といえる。なぜなら統合失調症をはじめ多くの精神疾患は完治せぬ病、つまり容易に消せぬ病であるからである。それゆえ、精神科医療そのものが

スティグマを内包しているといえる。

平成6年8月より平均入院日数2,156.7日という150床の民間「精神病院」（以下、収容主体の病院を「精神病院」、治療主体の病院を「精神科病院」とする）の医療改革に携わってきた。この22年間は「病院づくり」の時代と「街づくり」の時代とに大別し得るが、いずれの時代においてもスティグマが改革の抵抗となった。

そこで、当院の病院改革のなかで明らかとなったスティグマ、そのなかで行ったアンチ・スティ

グマについて論じたい。

I. 当院の病院改革とスティグマ

わが国の多くの「精神病院」同様、当院もかつては「危険な患者」から地域住民を守るという社会的要請に応じる形で昭和40年に開設された。その帰結が、改革を開始した平成6年8月（設立30年後）の平均在院日数2,156.7日、平均入院期間12年という「精神病院」の姿であった。

先述のごとく、当院を「精神病院」から「精神科病院」に変えるべく、米国のメニンガークリニックをモデルとした「治療共同体」に基づく多職種による力動精神医学的チーム医療（以下、「力動的チーム医療」）^{7,8)}を導入し、病院改革を開始した。

改革開始当時、外来患者は日に数人と少なく、当院近くで患者の姿を見ることは稀であった。地域住民でさえ当院の存在を知る者は少なく、当院はまさに地域で息を潜めていることで存在が許されているような病院であった。地域住民や家族はむろん、病院スタッフあるいは患者自身さえもが抱いていた「患者（自分）は危険な存在」という共通したスティグマにより存続が許されていた。

したがって、当院の病院改革の成功の鍵は、病院のスタッフや患者に始まり、家族や地域に存在するスティグマをいかに解消できるかにあったと言っても過言ではなかった。

II. なぜ「患者は（常に）危険」という

スティグマは生じたのか？

なぜ「患者は（常に）危険」というスティグマが家族や隣人だけでなく、精神科スタッフ（以下、スタッフ）、さらには患者自身にまで生じたのであろうか？

1. 患者のもつ病的側面のみを学び、重視し、体験する機会の多さ

本来は患者（病をもつ人間）として理解できるはずのスタッフがなぜ患者の病気（病理）にのみとらわれ、スティグマの是正ではなく、その形成

や強化に関与するようになったのであろうか。

医療の基盤となるものは診断学である。精神科医療においては記述精神医学がその基本となる。その内容は言わずと知れた幻聴や妄想、精神運動興奮といった「恐ろしげ」な記述が並ぶ症候学である。

したがって、症候学を身につけること、つまりは「患者は恐ろしく危険」で健康人とは「異質な存在」と認識できることが一人前のスタッフとして認められる第一歩となる。そしてそれは、日常臨床のなかで繰り返し、繰り返し求められる。

この認識に臨床現場での恐怖体験が加われば、スタッフにとって患者は一時ではなく常に危険な存在となり、一部ではなくすべての患者となり、強固なスティグマが形成されていく。

2. 患者がもつ健康な側面を知る機会の少なさ

患者の病的側面だけでなく健康な側面にふれる機会が多ければ、患者への思いも変わろう。しかし、問題は健康な側面にふれる機会の少なさにある。今でこそ訪問看護や就労支援などが盛んになり、生き生きと地域で暮らす患者の姿を見る機会も増えた。しかし、20年前の改革開始当初の頃を思い起こせば事態は異なっていた。

精神科医も看護師も外来で診（看）る患者はわずかばかりで、患者が地域のなかでいかなる暮らしをしているかなど知る由もなかった。医師も看護師も、退院の目的などない多くの慢性の欠陥あるいは荒廃といわれる状態の長期入院患者に対し、いつ終わるとも知れない診察、看護の日々の繰り返しの疲弊し、多くのスタッフは患者に批判的となり、敵意を抱き情緒的に過度に巻き込まれやすい高EE状態にあった。

そんななかであって何とか退院した患者も、数ヵ月経てば異常体験に支配され、変わり果てた姿で再入院をしてくる。そんな患者の姿にスティグマを強めていったとしても不思議ではない。

そのようなスタッフのスティグマが数年、数十年という入院生活において患者に取り込まれ、患者自身のセルフ・スティグマとなっても不思議で

表1 「伝統的チーム医療」と「力動的チーム医療」——この似て、非なるもの——

「伝統的チーム医療」	「力動的チーム医療」
記述精神医学 横断的診断，客観性重視 身体医学モデル 患者の責任能力：無 患者の援助能力：無 治療チームはスタッフのみ（D，N 中心） 医師を頂点とした階層秩序，権威主義 情報は主治医に集中 薬物療法，ECT⇒多剤，高用量傾向 患者の病的部分（主に現症と現病歴） 症状の改善 保護的管理 閉鎖的・収容所，温室的（退行促進的） スタッフにわかりやすく，やりやすい	+個人，集団力動，社会学，システム論 +縦断的診断，主観重視 治療共同体モデル 有 有 多職種スタッフチームと患者チーム より対等な関係，陽性関係重視 スタッフチームだけでなく患者と共有 +各種精神療法⇒単剤，低用量傾向 +健康部分（生活歴，家族歴）+治療側の問題 +自我の成長 治療的管理 開放的・学校的（成長促進的） 難解で，準備，整備に時間かかる

はない。まして、患者と生活をともにしてきた家族にすれば、発症時の驚き、落胆、それゆえの狂気への恐れはスティグマというより、はるかに事実に近い体験として心に深く刻みこまれる。それゆえ、その解消はより困難となる。

Ⅲ. いかにしてスティグマに対峙するか

スティグマを狂気（恐れ）を前にした個人，あるいは集団の防衛（退行）と捉えることで、その対峙法はみえてくる。つまり、スティグマを部分対象関係への退行であり、基底想定集団への退行と考えた。とすれば、精神療法的接近により部分対象関係を全体対象関係に、基底想定集団を課題集団に変え得るもの、変わり得るものとなる。

この文脈において、当初から意図したことではなかったが、病的側面に焦点をあてた記述精神医学に基づく「身体医学モデル」によるチーム医療（以下、「伝統的チーム医療」）ではなく、健康な側面にも焦点をあてる「力動的チーム医療」を当院の医療改革の方法論としたことがスティグマ是正に功を奏した⁶⁾（表1）。

それにより、自ずと部分対象でなく全体対象として患者を捉えることも、また患者をスケープゴートとした基底想定集団（闘争回避集団）から課題集団への移行も可能になった。そしてそのこ

とがスティグマの解消へと結びついたのである。

Ⅳ. 当院におけるアンチ・スティグマについて

したがって、スティグマは悪といった道徳的観念で対応せず、「力動的チーム医療」の構成理論である精神分析理論，集団力動論，社会学的研究，システム論を用いて対応した²⁾。

つまり、社会学の見地から「精神病院」を小社会と捉え、病院組織を見直し、さらにシステム論の見地も含め「治療共同体」想定に基づき¹⁰⁾、患者間、患者スタッフ間、同職種間、異職種間の同位、上位、下位の各システム間のヒエラルキーを緩やかなものとした。

さらに、各システム間の境界（役割）を明確にするとともに電子カルテなどを導入し、毎朝1時間ほどの院内、院外の全システムのスタッフが集う全体スタッフミーティングを開いた⁹⁾。それによりスタッフ間の情報だけでなく情緒的交流を深め、「精神病院」と一般社会との連続性をつくっていった。

さらには集団力動論の見地により、当院の役割を退院と明確にし、達成可能な課題を提供し、集団の均質化を図った。また、患者との治療関係だけでなくスタッフや家族や社会との良好な関係づ

くりにも努めた。そして、その上で問題点などの明確化や直面化を行っていった。

以下、どのような方法をとったか、例を挙げ具体的に述べる。

1. スタッフそして患者に対して

各病棟 (40~60 床) とも同部屋毎に 10 人ほどの先輩、後輩患者からなる「患者チーム」と「スタッフチーム」(精神科医, 看護師, 臨床心理士, 後に薬剤師, 作業療法士, 精神保健福祉士を追加) を組織した。そして, 平日の昼食後 1 時間, デイルームで治療について話し合う「患者・スタッフミーティング」を始めた。

そこでは, 定められた①~⑥のテーマについて話し合った。①責任レベル (自分の言動にどれほど責任をもてるかで定められた行動範囲と条件), ②服薬管理レベルおよび③離院, 自殺予防レベルについて, 各々から遵守状況の報告。

④各自 1 週間の治療の流れと課題を述べ, 意見交換, ⑤責任や服薬管理, 離院, 自殺予防レベルの変更希望者はその理由を述べ, 話し合い後に採決。⑥退院患者がいれば挨拶し, 互いに別れの言葉を交わす。

当初は看護スタッフが前もって患者と準備した原稿を患者が読み上げて進行するというものであった。しかし, やがて患者自らが語り始めたのである。自らのことについては語り難い患者も, 他患者の言動はよく観察しており, 意見し, 討論し, 各レベル変更の採決の際には自らの意志を表明するまでになった。

こうした変化に, 患者のもつ健康な側面に, スタッフはむろん患者自身さえも驚き, 互いに自らの治療態度を変えていった。「これまでは薬を飲んで食べて寝てだけの生活だったが今は違う。今の入院生活を家族にみてほしい」と言う患者まで現れた。

こうした「患者・スタッフミーティング」により培われた自由で開かれた患者・患者関係や患者・スタッフ関係は, 次なる治療グループの誕生を可能にした。それは, 外来, デイケア, 入院患

者を問わず, 同じ疾患あるいは同じ課題をもつ患者チーム (先輩・後輩患者) と多職種のスタッフチームからなる「疾患・課題別グループ」(アルコールグループから措置患者ミーティングまで, 今では 19 グループが存在) である。

後輩となる入院患者は自分の回復した将来の姿を先輩の外来患者にみて, 助言を受けた。また先輩患者となる外来患者は, 後輩患者にかつての自分の姿を重ね共感し, 助言した。従来の「身体医学モデル」のスタッフから患者へという一方通行の関係ではなく, 患者同士, 患者とスタッフ, スタッフ同士が互いに学び, とともに成長していくという関係が生まれた。そしてその体験のなかで「患者は危険」「自分は危険」といったスティグマは消えていった。

むろん, すべての看護スタッフが「力動的チーム医療」に理解を示したわけではなかった。毎年 2, 3 人であった退職者が, 改革開始後 7 年までは 20 名ほどに, 多い年は 50 名ほどとなった。しかし, それ以上に志を同じくするスタッフが集まり, それがスタッフの質の均一化となり, 凝集性が高まり, 質の向上, さらに治療力の向上に寄与した。

2. 家族に対して

家族についても, スタッフや患者同様, 明確に当院の方針として退院をめざすことを伝えた。そして, 授業参観ならぬ治療参観に来てもらった。援護寮 (現, 自立訓練施設) を患者と一緒に見学してもらった。

先述の「患者・スタッフミーティング」や「社会復帰フォーラム」(長期入院中の患者やその病棟スタッフが, すでに退院した患者から退院の思いや助言を聞き, 話しあう) にも参加してもらった。さらに, 家族会への参加を働きかけ, そこでも元長期入院患者の退院体験談を聞いてもらった。

さらには, かつて自分の子どもと同室であった患者が援護寮や福祉ホーム B (現, グループホーム) で元気に過ごす姿を, あるいは就労支援事業のレストランで働いている姿をみてもらった。

彼らから実際に話を聞くことで多くの家族はわが子に希望を抱き、やがてスティグマから開放され、退院に同意した。むろん、当院の治療方針「皆、一度は退院を」に最後まで同意できぬ家族もいた。そんな家族をもつ患者37名は他の「精神病院」へ転院していった。

V. 「病院づくり」から「街づくり」へ

かくして、改革開始後15年目の平成21年には、開始当時入院中の152名の患者全員が退院し（転院も含む）、平均在院日数は63.7日となった。当初の目標としての「病院づくり」は達せられた⁴⁾。

むろんその間も、予想される地域住民と患者のトラブルに備え、地域生活支援センター（以下、支援センター）を中心に、啓蒙活動や近隣住民との交流に努めていた。しかし、トラブルに際する住民の反応は変わらなかった。「一部の住民の反応…」「いろんな住民がいるのだから…」と自らを納得させようとしたが、腹立ちは収まらなかった。

そんな頃の平成22年4月（変革開始後約16年目）、支援センターに「町内会に入らないか」との連絡が入った。一瞬、喜んだものの今さらの申し出にこれまでの地域とのかかわりを考えると何とも不思議な思いになった。「精神病院」改革に成功し、ここ数年は日本全域だけでなく外国からも多くの見学者が訪れていた。

知名度が上がるにつれ、「地域社会にも認知された」と思っていたが、実はそうではなかった。そのことは前述の隣人とのトラブルなどからどこか心の底（前意識）ではわかっていた。しかし認知されていると思い込んで（錯覚して）いたかった。それゆえ、「目を覚ませ」といわんばかりの近隣住民の抗議に被害的となり、過剰なまでに感情的となり、激怒していた。

退院して近隣に暮らす長期入院患者への思いは、わが子を溺愛する母親の感情に似たものがあつた。子ども（患者）の傷つきは自分の傷つきとなり、冷静に対応し得なくなっていた。この患者との心的距離の近さが盲目的にさせていた。

そんななか、地域との関係も迷路に入り込むば

かりで活路を見出せなくなっていた。精神分析的に言えば、「町内会に入らないか」との誘いが新たな解釈となり、それにより生じた一連の体験が「脱錯覚化」過程となり、次のステップへと進むことを可能にした¹⁾。

つまり、それを契機に「病院づくり」から「街づくり」へという新たな発想の展開が可能となった。すると、地域に対する被害的な思いは薄れ、地域に対して何をなすべきかがみえるようになった。これまでの受動的で消極的で、支援センター任せだった町内会や老人会との交流も、自ら能動的に動くことができるようになった³⁾。

町内会や老人会を招いて院内を案内し、当事者とのフォーラムを病院で開いたり、地域の校区民との集いでは皆でシンポジウムを開くなど、地域住民が患者と直接ふれあい、自らの目と肌で知りあう機会を増やしていった。

今や精神障害者だけでなく、身体障害者や地域住民とともに「街づくり」へと発展している。ここに来てようやくスティグマの解消とは何か、「精神科病院」の地域における役割がみえてきたように思う⁵⁾。

おわりに

スティグマは私、私たちのなか（スタッフも、家族も、住民はむろん、患者自身）にも存在する心のあり様（防衛機制）である。よって、語源とは異なり、消すのは容易ではないが消し得るものである。

スティグマは、もつもの、もたれるものに多大なエネルギーをもたらす。しかし、生産的なエネルギーにはなり得ない。スティグマは道徳上の問題ではない。したがって、教育や啓蒙だけでは何ともならぬ。直接的な相互交流により「受け入れられる」「受け入れる」という体験がアンチ・スティグマには必要と考える。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Goffman, E.: Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1963 (石黒 毅訳: スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ—. せりか書房, 東京, 1970)
- 2) 堀川公平: 治療共同体に基づく力動的チーム医療. 精神科退院支援ハンドブック. 医学書院, 東京, p.188-200, 2011
- 3) 堀川公平: 地域ケアの展開と精神科病院の役割—病院中心の地域ケアから地域中心の地域ケアへ—. Schizophrenia Frontier, 12 (2): 96-100, 2011
- 4) 堀川公平: 長期入院患者の退院と地域生活支援—「治療共同体」から「生活共同体」へ—. これからの退院支援・地域移行 (精神科臨床エキスパート). 医学書院, 東京, p.45-58, 2012
- 5) 堀川公平, 松下 航: 精神科病院づくりから街づくりへ. 精神医学, 55 (11): 1041-1045, 2013
- 6) 堀川公平: 「力動精神医学的チーム医療」と「伝統精神医学的チーム医療」—この似て非なるもの—. 精神科臨床サービス, 14 (4): 446-451, 2014
- 7) 岩崎徹也: 精神分析的病院精神医学—第I部 基礎的な発展. 精神分析研究, 20: 171-186, 1976
- 8) 岩崎徹也: 精神分析的病院精神医学—第II部 その後の発展. 精神分析研究, 22: 14-57, 1978
- 9) 連理貴司: 入院治療において集団を如何に活かすか—精神科医と病院集団 (組織) との関わり—. 集団精神療法, 17 (2): 87-96, 2001
- 10) 箱 哲朗: 治療共同体—力動的入院治療の構成要素として—. 精神分析研究, 35: 98-114, 1991
- 11) Winnicott, D. W.: The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Hogrth Press, London, 1965 (牛島定信訳: 情緒発達の精神分析理論. 岩崎学術出版社, 東京, 1977)

Stigma and Anti-stigma in the Context of Psychiatric Treatment

—In the Process of Moving from “Reforming a Hospital” to “Changing a Community” —

Kouhei HORIKAWA

Communauté Vent et Arc Nozoe Hospital

It is no easy matter to overcome the majority of psychiatric disorders. As a consequence, when individuals require psychiatric treatment, this can be viewed as a sort of “stigma.” It is this stigma that allowed mental hospitals whose focus was on isolating such individuals from society at large to come into existence and to be perpetuated. Resolving this sense of stigma is the key to transitioning from such outdated mental hospitals to psychiatric hospitals that focus solely on treatment.

The “stigma” is a defense mechanism of individuals and groups against what they perceive as “incurable madness.” That is to say, it can be understood as a partial object relation and regression to a basic assumption group. Furthermore, traditional team treatment so common in Japan (team treatment based on a physical medicine model derived from descriptive psychiatry) appears to be involved in the formation and strengthening of this stigma. This is because it is a science and a treatment method that deals only with patients’ pathology.

Consequently, at Nozoe Hospital, as a health care reform methodology, we utilize dynamic team treatment (team treatment based on a therapeutic community model derived from dynamic psychiatry) that emphasizes not only patients' pathological state, but also their health status. As a result, our staff members view our patients and our patients view themselves in a total object relation including both pathology and health aspects, and through consideration for group dynamics we have achieved a shift away from a basic assumption group and toward a working group. This has engendered "anti-stigma," which has helped the hospital achieve successful treatment outcomes, with 115 of the 152 patients hospitalized at the time the reform was initiated having been discharged.

There has been similar success in terms of relations with members of the community. Initially, patients experienced delusions of persecution (paranoid schizoid position) regarding community members who had a negative view of the hospital and its residents, and such feelings only served to place them in a seemingly inescapable labyrinth. However, when some patients received invitations to join a neighborhood association (providing an experience of being accepted by community members), their anger toward those community members evaporated and they became prepared to work on changing community relations.

Eliminating a sense of stigma takes both education and enlightenment, and engendering anti-stigma requires the experiences of "acceptance" and "being accepted" arising from direct, mutual interaction.

< Author's abstract >

< **Keywords** : stigma, anti-stigma, descriptive psychiatry, psychodynamic psychiatry, psychodynamic team-treatment >
