

医療施設の立地と都市計画

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2018-07-26 キーワード: 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24517/00051806

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



医療施設の立地と都市計画

(研究課題番号 : 09680155)

平成10年度 科学研究費補助金 (基盤研究(C)(2))
研究成果報告書

平成11年3月

金沢大学附属図書館



8000-73492-3

著 神 谷 浩 夫

(金沢大学文学部)

はしがき

研究課題

医療施設の立地と都市計画

研究組織

研究代表者 神谷浩夫（金沢大学文学部助教授）

研究経費

平成9年度 1,000 千円

平成10年度 500 千円

計 1,500 千円

研究発表

(1)学会誌等

神谷浩夫(1998)「社会福祉の地域的不均等」統計, 49-5, 23-29.

(2)口頭発表

神谷浩夫(1998)「大都市における精神科診療所の立地動向」日本地理学会
春季学術大会、国士館大学

目 次

1. はじめに	3
2. 従来の研究と本研究の視点	6
3. 戦後における日本の精神医療の動向	9
4. 6大都市における精神科診療所の分布パターン	13
5. むすび	26
写真付録	29
付. 社会福祉の地域的不均等（統計，49巻5号，23-2頁より転載）	31

1. はじめに

近年、大都市を中心にして精神科・神経科診療所が急増している。医療に関する地理学的な研究は、これまで地理学においては公共サービス研究の分野で取り上げられてきたものの、その研究蓄積は全般にきわめて乏しいと言わざるを得ない。医療技術の高度化や人口の高齢化にともなう医療費支出の増大に歯止めをかけるために診療報酬制度に改正が加えられ、倒産に追い込まれた病院が新聞でも報道されるようになった。しかし、現代日本において医療サービスが実際にどのような変貌を遂げ、われわれの生活にどんな影響をもたらしているのかを解明しようとした地理学的な研究はほとんどないと言っても過言ではない。そこで本稿では、日本における近年の医療政策の転換を映し出す事例として、精神科・神経科診療所の大都市における集中傾向を明らかにしようとする。

われわれが健康な生活を送るために病院や診療所によって提供される医療サービスは必要不可欠であるが、多くの人々にとって病院や診療所は体調を崩したり病気になった時にだけ訪れるところである。それゆえ、医療の問題はわれわれにとって身近で重要なことであるにもかかわらず、その政策決定は官僚や医師などの専門家に委ねられていることが多い。医療の政策決定が専門家集団に委ねられている理由のひとつには、医療の問題を考えるにはきわめて専門的な知識が必要とされることにある。

そこでまず、わが国の医療制度が他の先進国と比較してどのような特徴を有しているかを簡単に整理してみよう。

国家が国民に対して医療保障を提供する方法には大別して、「医療サービス」と「医療保険」という2種類がある。医療サービスはイギリスが採用している形態であり、政府部門が直接医療サービスを人々に対して供給する方法である。つまり、こうした形態を採用する国々では医療サービスが政府部門によって供給されるため、医師や看護婦などの医療従事者は公務員である。一方医療保険の形態は、保険に加入することによって必要な医療サービスの安定的な供給を確保しようとするものである。これにはさらに2種類があり、「現物給付」と「現金給付」に分けられる。日本は現物給付の形態をとっており、病院や診療所に入院したり診察することで、保険の適用を通じて治療に要した医療費がまかなわれている（患者負担もあるが）。現金給付の場合には、入院や治療の際に個人が支払った費用を後で医療保険から現金で給付を受ける形態を指している。

それゆえ日本の医療の場合、そのサービスを供給する主体は必ずしも公的部門では

ない。例えば、病床数や医師数に占める国立・公立病院や診療所の比重はかなり低く、民間の病院や診療所の割合がかなり高い。また、アメリカの医療保障制度とは異なり、国民皆保険制度を採用しているため、低所得者や高齢者および自営業者・中小企業従業者向けの国民健康保険加入者に対して政府が管掌している。

全体として見れば日本の医療保障制度は、公的部門が医療サービス供給の主体となっているイギリスの国民保険制度（NHS）と、サービス供給に対する公的な介入の度合いが著しく低く市場原理にかなり近い形態をとっているアメリカとの中間に位置すると考えられる。

これらを日本の医療制度におけるその他の特徴と併せて整理すると、次の5点が日本の医療保障制度の特色として浮かび上がる。

①医療保険制度を採用していること。出来高払い制の診療報酬であること。国庫負担は、自営業者や中小企業従事者を対象とする国民健康保険の支払いや老人医療費、低所得者（生活保護者）の医療費が主である。

②病院・診療所の自由開業が認められており、その立地は自由である。そのため、無医村など医療資源の不足している地域と病院・診療所の乱立する医療資源の余剰地域がみられ、医療資源に地域的な偏在が生じている。こうした医療資源の偏在は、医療保険制度を採用している国では多かれ少なかれ存在しているが、医療サービス供給に果たす公的病院・診療所の比重が小さいアメリカや日本で特に深刻な問題となっている。

③医療サービスの供給と福祉サービスの供給が制度的に別個に行なわれていること。近年、こうした制度的な乖離は解消されつつあるが、依然として福祉施設の果たすべき役割を医療施設が担っている状況も生じている。

④人口当り病床数は、他の先進国にひけをとらない。つまり、医療サービスの面ではかなり充実している。けれども、患者1人当り入院日数はきわめて長く、上の③で指摘した側面、すなわち福祉で担うべき慢性的な患者が医療施設に入院していることと関連している。つまり、福祉サービス供給における入所サービス施設の不足に起因している。

⑤病院と診療所の機能が未分化である。そのため病院でも外来患者を受け入れ、診察時間は短く薬の処方収入を得るといった医療が見られる。けれども最近では、度重なる薬価基準の引き下げによってこうした状況がかなり改善されている。

医療サービスを資源配分の問題として考える際には、経済学の教科書においてしば

しば指摘されるように、医療サービスのもつ特殊性に留意する必要があるだろう。医療が通常の財の取り引きと異なるのは、主として以下のような点にある(二木, 1985)。まず第1に、医療サービスの供給量を定めるに際して、需要よりもニーズが優先される傾向がある。それは、「人の命は地球よりも重い」という表現に典型的に表れている。第2に、医療サービスの質は時として人の生死に関わる場合もあり、医療サービスに関する情報はきわめて専門性が高いために、病院を選択するための情報や治療方法に関する情報の保有は、医療サービスの消費者である患者よりもサービス生産者である医師や病院に偏り、供給側(医師・病院など)と需要側(患者)の間には情報の非対称性が存在する。

サービス供給の公平性と効率性の観点から論じている池上・キャンベル(1996)の視点は興味深い。彼らの指摘によれば、日本の医療制度はどの医療保険に加入していようとも受給するサービスに格差がほとんどなく、きわめて平等なサービス供給システムである。そしてこうしたシステムが歴史的に形成されてきた背景には、医療資源の配分を市場原理に委ねるのではなく、「赤ひげ」の献身的で無私の治療を医師に求めようとする国民の期待が存在しているからであると述べている。

日本の医療制度において、平等性に力点が置かれているという池上らの指摘は、おもに費用負担と供給される医療という費用面に関してである。一定の費用で誰もが医療を受給できるという点を、池上・キャンベルは日本の医療制度の優れた面として評価している。こうした制度を形成するための公的介入の柱は、診療報酬制度や各種医療保険制度およびその財源平衡化システムである。それゆえ、日本の医療への公的介入は、供給そのものではなく、医療費や保険料の価格を規制することによって、非常に複雑かつ間接的に政策誘導が行なわれている。

こうした池上らの指摘は、もちろん納得のいく面もあるが、しかし、空間的な側面から見ると必ずしもそうではない。例えば、病院や診療所が自宅近くにない地域では、たとえ医療保険に加入していたとしても、医療サービスの受給が困難である。つまり、池上らの指摘する日本の医療の平等性は、非空間的な側面である費用面に関してのみ該当するのであり、空間的な面でのアクセスは必ずしも当てはまらるとは限らない。医療サービスに関する地理学的なアプローチが持つ意味は、医療サービスがわれわれの生活に必要不可欠であり、市場原理だけに委ねれば供給され得ない事態(市場の失敗)が発生するため、地域的公正という判断基準が妥当性を持っていることにある。

本稿の目的は、医療サービスとしての精神科診療所の地域的な分布パターンを把握

し、とくに近年に大都市においてその立地が増大している要因を明らかにすることにある。医療関係者以外にはあまり知られていない事実であるが、近年日本の大都市において精神科診療所が急激に増大している。そうした診療所が大都市のどこに立地しているのか、そしてその地域がどんな特色を持っているのかを考察することは、医療の地域的な公正の問題を考える上で重要な意味を持つと考える。さらに、日本の地理学研究において医療施設の立地に関する研究蓄積がほとんど存在しないため、これからの医療の地理学の発展に大きく寄与すると考える。

2. 従来の研究と本研究の視点

精神病院および精神科診療所に関連する地理学的な研究は欧米において活発に行なわれてきているため、そのアプローチは非常に幅広い。しかし、基本的な認識として、精神科医療における脱施設化(deinstitutionalization)という方向に沿ったものである点は共通している。脱施設化を引き起こしたのは、精神科医療における転換であり、それは1950年ごろから欧米において主流となりつつあった。次章で述べるように、1980年代に入って日本でもゆっくりとした速度ではあるが、同様の脱施設化が進みつつある。例えば、群馬県太田市の三枚橋病院はその著名な事例である(石川, 1978; 1990)。しかし脱施設化は、たんに医療技術の転換によって起きただけではない。精神病患者を収容する病院が次第に拡大し、そのコストが次第にふくらんで政府の財政を圧迫するようになったという側面も見逃せない。

脱施設化の進展は、病院から出て地域社会の中で暮らす精神病患者が増えることを意味している。多くの場合精神病患者はすぐに社会復帰することは難しく、職に就くことも容易ではない。そのため、病院から出た患者が地域社会で暮らしながら治療を継続するためには通院施設が必要であり、またそうした患者は所得がない場合が多いことから、生活費の補助や住宅の提供を欠かすことができない。

精神病患者や障害者が地域で暮らすようになったことが引き起こす社会問題に積極的に取り組んできたDearはTaylorとともに、トロントにおける精神科患者の利用する施設(精神科外来診療所、グループホーム、社会復帰のための職業訓練施設など)に対する地域住民の態度との関連を迷惑施設という観点から調査した(Dear and Taylor, 1982)。そして、地域住民の社会属性が施設に対する態度と関連しているものの、外部

効果は施設のすぐ周辺に限られていることなどが明らかとなった。また、Green, McCormick, Walkey and Taylor(1987)は、ニュージーランドにおける地域住民の精神病患者に対する態度を1961年と1978年を比較して、兩年次にほとんど変化がないことを明らかにした。Smith and Hanham(1981)は大学生に対して調査した結果、都市施設の中で精神科の施設がもっとも嫌悪されていることを明らかにした。

こうした行動論的研究はさらに展開をとげ、脱施設化を成功させるためには社会復帰のために精神病患者が地域で暮らせるためのコミュニティサービスが重要であるけれども、そうした施設は都市のインナーシティに集中していることにも注目が集まるようになった。Joseph and Hall(1985)はグループホームがトロントの特定地区に集中する傾向を明らかにした。Dear and Wolch(1987)は、精神病患者が精神病院から地域社会へと出ていったものの、例えば郊外住宅地では持ち家の戸建て住宅しか存在せずグループホームやナーシングホームの立地は制限されるため、精神障害者が居住する地域は人種や所得階層の多様なインナーシティの特定地区に集積する傾向が見られ、それがしばしば精神病患者によるゲッターの形成に結びつくことを明らかにした。つまり、現代の多くの都市が抱えるホームレスの問題と精神医療の変化、それに社会サービスを供給する場としての都市の問題とを関連づけたのである。これは、福祉サービス水準が他の先進国に比べて低く、郊外化の進展や都市計画による用途規制によって排他的ゾーニングが色濃くみられるアメリカ社会に特徴的な現象と言えよう。Joseph and Hall(1985)もほぼ同様の観点から、グループホームがトロントの特定地区に集中する傾向を明らかにした。近年のアメリカの都市社会地理学におけるNIMBY(Not In My Backyard)やLuLus(Locally unwanted Land uses)といった用語の流行は、こうした排他的な都市計画制度・土地利用と精神障害者向けの施設立地の問題とが密接に絡み合っていることを反映しているのである。

仙波(1990)は、アメリカで急激に脱施設化が進んだ背景として、国全体として強力な脱施設化政策が推進されたこと、人権運動の国民的高まり、医療費の高騰のため医療費削減政策とその方向性が一致したこと、精神病院の90%が公立病院であること、等を挙げている。そして日本では、民間病院の比重が高く、精神障害者の人権を含めて国民全体の人権に対する考え方が欧米とは異なる形式を持ち、個人の自由よりも社会防衛の考え方が優先されやすいこと、アメリカの精神病院の1日当り入院費用が2万円から8万円と極めて高いのに対して日本の精神病院の1日当り入院費用は特別養護老人ホームとほぼ同じであり、すでに中間施設の水準であって、精神病床削減の経

済的誘因とはならないこと、さらに国を挙げての政策が推進されていないことから、精神病院の病床削減は見込み薄であるとの見通しを述べている。しかしたとえ精神病床を大幅に削減したとしても、高柳(1990)が指摘するように共同作業所など精神科施設への地域住民の誤解と偏見によるアレルギーははなはだしく全国いたるところに反対運動がみられるため、日本では脱施設化が順調に進むとは考えにくい。

日本においても、迷惑施設としての精神病院や社会復帰施設などの立地問題に注目した研究もいくつか存在する。例えば古山・土肥(1997)は、東京都における精神病院の立地変遷を分析し、戦後には良好な環境を求めて新規開設病院が次第に西の郊外へと移動していったことを明らかにした。同様に篠田(1985)は、1978年の東京都における精神病院の分布を考察し、地価の安い東京都西郊に病院の集積が著しいことや、人口当り病床数の少ない東部ほど他地区の病院に入院する患者の割合が高いことを示している。また大島編(1992)は、精神障害者施設をめぐる立地コンフリクトの事例を全国各地から集め、コミュニティの解体した都市部において紛争が発生しやすいことを報告している。これと同様の視点は、古川ほか(1993)にもみられるが、その対象は必ずしも精神障害者だけにとどまらず、児童福祉施設など社会福祉施設全般を含んでいる。

それゆえ本研究では、1)精神医療政策の転換の事例として、2)迷惑施設の立地問題として、3)ストレスに満ちた現代の都市生活に必須の装置として、という3つの側面に注目しながら大都市における精神科診療所の立地動向を考察する。

第1の点は、すでにこれまで述べてきたように、日本の精神医療は欧米に比べて30年ほど遅れてやっと開放医療、地域医療へと向かいつつある。一方、近年の医療費抑制政策のために薬価基準は引き下げられ診療所経営は次第に厳しくなりつつある。しかし精神科診療所は他科に比べて検査機器などが少なく済むため、開業に際しての初期投資は相対的に低い。さらにカウンセリングが診療報酬の対象として加えられるようになったため、検査や投薬による収入の割合の低い精神科医も経営的に何とかやっつけていけるようになった。そのため近年では、医学部の学生の中で精神科医を志望する学生が増えつつあるという。地域医療への転換は、これまで町外れの精神病院に入院していた患者が、町の中で家族や地域地域社会の中で隣人・友人に支えられながら診療所に通院する形態への変化を意味している。つまり、地域の中に精神科診療所が存在しなければその機能を果たすことができない。それゆえ、診療所が都市の中でどのように分布しているのかを考察することは、地域精神医療の進展の度合いを見極める

ために欠かすことができないであろう。

第2の点は、地域精神医療を推進するためには自分たちの住んでいる地域の周辺に精神障害者のための社会資源が身近に存在することが必要な一方、依然として精神病患者に対する社会的な偏見は根強い点に着目する。それゆえ、都市内における精神科診療所の分布が偏っているならば、地域医療の進展がまだ不十分であって患者が在宅で治療しながら生活を送るには困難があると言えるだろう。

第3の点は、精神科診療所に通う最近の患者の中には、拒食症やアダルト・チルドレンなど神経症と総称される患者が増えつつあり、従来のでんかん症、分裂症などとは異なるタイプの患者が多くなってきている点と関連している。これは精神科診療所へ通院することが人々にとって後ろめたいものではなくなってきたことの証しであり、われわれのすぐ近くに診療所が存在するようになったことのメリットとも言えるかもしれない。また一方で、めまぐるしく変化する現代社会において良好な人間関係を取り結んでいくことの困難さを示している。それゆえ最近の精神科診療所に通う患者は、こうした軽度の神経症の患者から精神病院を退院し生活保護を受けながら町の中で暮らしている患者まで多様である。さらに精神病院の退院患者のために、リハビリ機能を充実させようとする診療所もある。精神科診療所がわれわれの生活に身近な存在であるのならば、その地域的な分布は人々の暮らしている空間と一致していることが望ましいであろう。こうした観点からも、都市内における精神科診療所の分布を考察することは意義があるだろう。

3. 戦後における日本の精神医療の動向

本章では、戦後における日本の精神医療がたどってきた道筋を大まかに描くことで、近年の精神科医療の背景を描き出してみよう。以下の記述は主に、篠田(1985)、小林(1972)、高臣(1987)、高柳・仙波(1990)に依拠している。

戦後における精神医療の基盤となったのは、1950年に制定された精神衛生法である。この法律は、私的監置など精神病院以外のところに患者を拘束・収容することを禁止し、公立精神病院を建設し、そこで近代的治療を患者に行なうことを目指していた。しかし戦後まもないため、国も地方自治体も財政基盤に乏しく、公立病院を建設する経済的な余力がなかった。そのため公立病院は実際には建設されず、同じ1950年に設

立された医療金融公庫からの融資を推進し、医師数や看護者数を一般病院よりも低い水準に抑えることで、私立病院の建設を誘導した。さらにこの法律によって、患者を措置入院させるか否かの判断を下す精神衛生鑑定医の制度が設けられ、警察が公衆を傷つける恐れのある精神障害者を「措置入院」させることができるようになった。そして1961年に措置入院費に対する国庫補助率が引き上げられると、精神病院の建設ブームが広がるようになった。図1は、一般病院と精神病院の病床数の推移を示しているが、この図からも精神病院の建設ブームを読みとることができる。

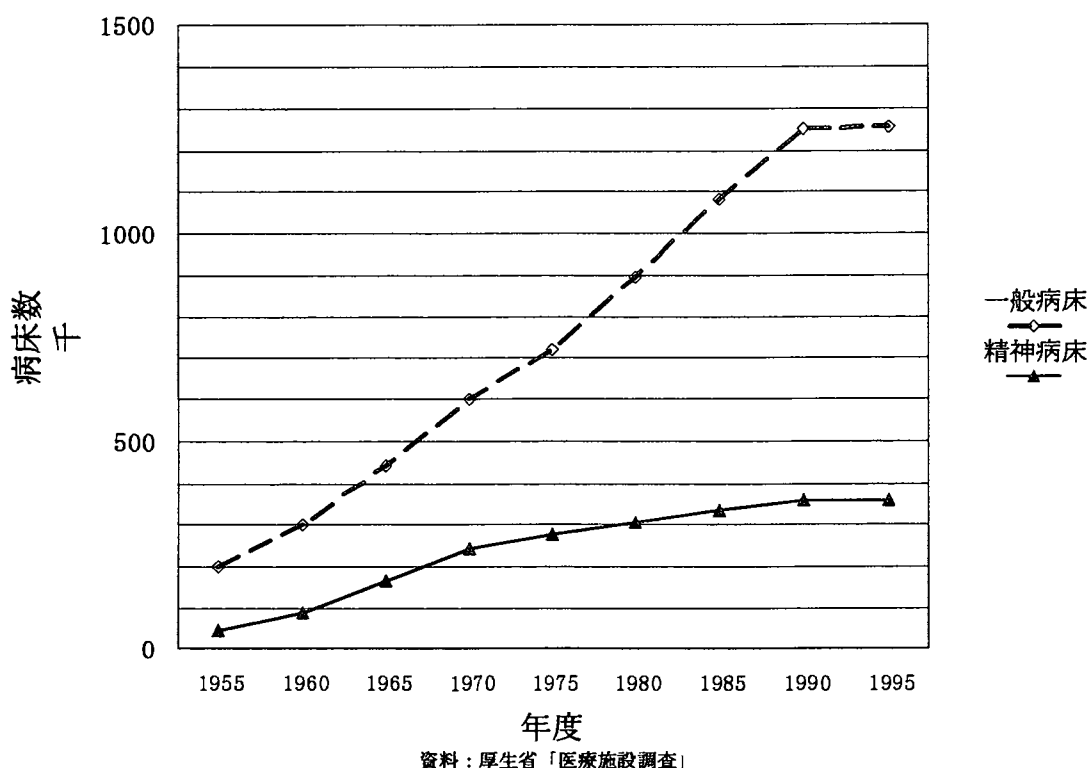


図1 一般病床数と精神病床数の推移

こうしたさなか、1964年に当時のアメリカ駐日大使であったライシャワー氏が精神病患者によって刺傷されるという、いわゆる「ライシャワー事件」が起きた。これを契機に精神衛生法が改正され、事件の再発を恐れた司法や警察の強い圧力によって一般医の報告義務を含む治安対策を重視した改正案が準備されたが、精神科医からの強い反対もあって、在宅精神障害者を把握し指導体制を強化するための保健所からの訪問指導と精神衛生センターの設立や通院医療費の公費負担制度の新設が盛り込まれただけにとどまった。この改正にもかかわらず、精神病患者を病院に収容し安価な治療

費で隔離する方向性は変わらず、依然として精神病の設立は続いた。

1968年にクラーク勧告が出され、精神病院に隔離されている患者をできるだけ在宅での外来治療に切り替える方が社会復帰も容易であり、長期的には医療費の抑制にもつながるとの指摘が行なわれた。そこ頃すでに、イギリスを初めとするヨーロッパ諸国やカナダ・アメリカでは1950年代頃に始まった精神医療の脱施設化の動きが本格化していた。脱施設化が好ましい理由は、精神病患者を市街地から離れた病院に長期間閉じこめることによって家族は病院を訪問しそびれ患者の社会復帰は困難になるからであり、むしろ地域で患者が暮らしながら町の中にある小規模な病院・診療所で治療やリハビリを受ける方が社会復帰が容易であり、かつ社会的に見て安価だからである。けれども、日本の精神医療が病院中心主義である傾向は依然として変わらなかった。

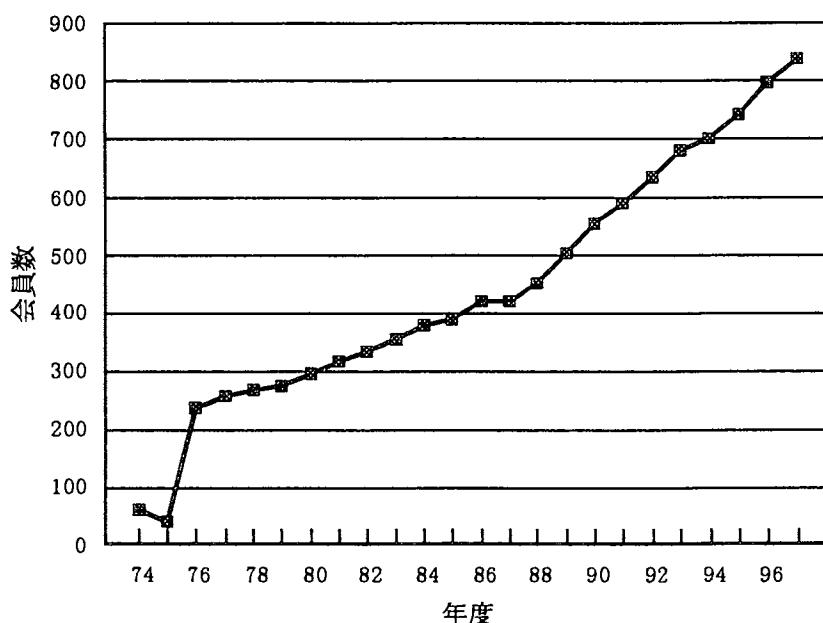
1970年には、大熊一夫による精神病院の「ルゴ精神病棟」が朝日新聞に発表され、治療よりも経営を重視し患者の人権が無視されている状況を告発して社会問題となった。これとほぼ時を同じくして、精神科医の間でも大学紛争の影響を受けながら開放医療、地域医療へと向かおうとする機運が高まった。けれどもこうした動きは一部に留まり、医療政策の転換を生み出すほどの大きな潮流とはならなかった。

こうした中で1984年に宇都宮病院事件が発覚した。この事件は、精神病院での患者リンチ死事件、無資格者による注射、点滴などの診療行為、極端な医師・看護婦の不足、患者の労働使役、不必要な強制入院、不正経理など、精神病院の歪んだ経営実態がセンセーショナルに報道された。この事件の反省に立ち、1987年に精神衛生法が改正された。その骨子は、入院患者に占める強制入院の割合が先進国でも類をみないほど高い（約90%）状況を改善するために任意入院による患者の割合を高め、また指定医制度を設けることによって患者の入所措置の適正化を促すことであった。さらに、脱施設化の受け皿となる社会復帰のための授産施設や生活訓練施設の建設も謳われたが、予算的な裏付けが乏しいため、実際にはさほど建設が進まなかった。それでもこの改正を機に、患者1人当たり在院日数がやっと減少に転じるようになった。もともと欧米諸国では在院日数が300日未満へと短縮している国が多いのに対して、日本では1995年時点でも455日であり依然として世界でも有数の長期入院の国である(宗像, 1983)。

一方、精神科診療所の動向を知るために役立つような信頼に足るデータはきわめて乏しい。なぜなら、病院の開設は都道府県の認可を受けなければならないので正確に情報が把握できるのに対して、診療所の開設は保健所に届け出るだけで済むため信頼

性に欠ける上、診療科目も勤務する医師が自由に選べるからである。厚生省の医療施設調査では、精神科・神経科を標榜する診療所の数が示されているが、こうした理由からそれらが本当に精神科・神経科の診療所数を示しているかは疑問である。

そこで、精神科・神経科を専門とする開業医の組織である日本精神神経科診療所協会（以下、日精診と略す）の資料と聞き取りに基づきながら、診療所の動向を描いてみよう。聞き取りによれば1977年にカウンセリングが医療保険の対象となってから、徐々に精神科の診療所が増えてきた。裏を返せば、1970年に開業していた精神科・神経科診療所はほんのわずかしかなかったと思われる。各地に精神科神経科診療所が広がっていった時期は、精神病院への批判の高まりから地域精神医療の重要性が叫ばれるようになり、地域精神医療学会が発足した1967年頃であろう。日精診が発足したのは1976年であり、このころにやっと精神科・神経科診療所が社会的に認知され始めたと言ってもよいだろう。図2も、このことを裏付けている。日精診の加入率は、精神



資料：日本精神神経科診療所協会会員名簿

図2 日精診会員数の推移

科・神経科を専門とする開業医の60～70%と見積もられるという聞き取り結果から推測すると、1997年の日精診加入者数が826人であることから、実際には全国で千人以上の精神科神経科診療所が存在すると思われる。1970年代から1980年代にかけて、上に述べたような経緯で開業するようになった精神科医の多くは社会的使命感にあふれ、地域医療を実践するために、あるいは当時の精神病院に見切りをつけて町の開業医と

なった。けれども、精神病患者に対する社会的な偏見は依然として根強いいため、診療所の経営は苦しいところが多く、週に何日かは他の病院で勤務して安定した収入を確保しようとする医師が多い。浜田(1991)の本は、こうした苦しい精神科診療所の経営にもかかわらず、地域医療の最前線で患者を診ることで精神病院に患者を送らなくても済むよう、そして地域の中で患者が通院しながら暮らしていけるようにするという精神科診療所役割の重要性を説き、より多くの医師が勤務医ではなく開業医として精神科診療所を開設することを勧める意図のもとに書かれている。篠田(1985)の著書も、これと同様のねらいに基づいて書かれていることから、精神科診療所に勤務する医師はいわゆる「赤ひげ」の特徴を持っている傾向が他科の診療所に勤務する医師よりも強いと思われる。

けれども、1990年代に入って精神科診療所の経営はかなり好転するようになった。聞き取りによれば、近年は神経症の患者がかつてと比べて気軽に精神科診療所を訪れるようになったという。そのため、開業に要する初期投資の増大や医療費抑制策のための診療報酬制度の改訂によって他科の診療所の新規立地が頭打ち傾向にあるのとは対照的に、精神科診療所の開設は現在でも依然として増え続けている。

精神科・神経科診療所の地域的な分布に目を転じてみると、大都市への顕著な集中傾向が見られる。例えば1997年1月時点で日精診に加入する医師のうち、今回の調査対象とした6大都市（東京都区部、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市）の割合は286か所に上り、全体の35%を占めている。つまり、全国の精神科・神経科診療所の約3分の1が大都市に立地しているのである。それゆえ、次章では6大都市のどのような地域に立地しているのかを詳しく検討することとする。

4. 6大都市における精神科診療所の分布パターン

(1) 調査の方法

診療所が大都市のどのようなところに立地しているのかを明らかにするために、6大都市にある精神科・神経科診療所に対して郵送調査を実施した。調査は1997年12月に行なった。調査の対象とした診療所は、6大都市の診療所のうち日本精神神経科診療所協会に加入する291人の医師の経営する診療所であり（名古屋市のみは保健所のデータも利用した）、これらに対して郵送アンケートを実施した。その結果、165の診療

所から回答が得られた（回収率56.7%）。日精診に加入する医師数は全体の60～70%と推測されており、これに回収率を掛け合わせれば35%～40%となる。この数字が、6大都市全体の診療所に占める今回の調査で得られた回答の比率となる。調査した項目は、開業年次、利用する広告媒体、来院経路、立地場所の選定理由、開業に際して地域から寄せられた要望、患者の来院範囲、連携している精神病院等である。

前章でもふれたように、精神科・神経科の診療所に関する信頼に足る資料は存在しない。保健所に問い合わせれば一応の診療所のリストは得られるが、標榜科目が必ずしも実際とは一致していない。そのため代替方法として、日精診に加入している開業医の名簿を利用した。現時点では、この資料が最も信頼のおける資料と考えたからである。この他に、NTTの電話帳を活用する方法、医師会名簿を利用する方法、保健所に届け出のある診療所のリストを活用する方法も考えられるが、どれもやや信頼性に欠けると思われたために採用しなかった。

回答のあった診療所に関しては6大都市の都市計画図と照らし合わせて、これら診療所がどのような用途地域指定の地域に立地しているかもデータとして活用した。住宅地図から建物の形態（一戸建てかビルか）や、ビルの中にある場合には、他の診療所や薬局の有無についてもチェックした。同時に2.5万分の1の地形図を用いて、JR、私鉄、地下鉄の最寄り駅からの直線距離も測定した。そしてできるだけ多くの診療所を実際に現地で観察し（6大都市のうち約半数の診療所で実施した）、用途地域だけでは把握できない地域の状況を把握しようと努めた。その際、数か所の診療所で実際に聞き取りも行なった。

（2）6大都市における精神科診療所の立地特性

分析に先だって、大都市に精神科診療所が集中して立地する要因についてふれている唯一の文献である篠田(1985)をかいつまんで紹介しておきたい。

篠田(1985)は、データに基づいてはいないものの、自ら精神科診療所を開業している経験や周囲の精神科診療所を見渡した個人的な印象に基づいて、精神科診療所が大都市に集中する要因を考察している。そこでは、次の6点が指摘されている。

1) 精神科診療所は東京・大阪の大都市圏に圧倒的に多い。従来から存在している精神病院は、大都市のある特定地域に集中する傾向がみられ（多くの場合、市街地から少し離れたところ）、そのため精神病院が希薄な地域も存在する。こうした空白地域

では診療所に対する需要が大きいため、こうした地域で診療所が開設される要因となる。

2) 都市に集中する理由は、地域精神衛生活動に必要な種々の社会資源が都市では種類も多くそれらは相互に比較的近接して存在しているため活用が容易なこと。

3) 都市では精神衛生に対する意識が比較的高く、したがってニーズも高いこと。

4) 都市では、日常の生活や人間関係が複雑で困難を伴うため、ストレスが多いこと。

5) その一方、都市では医療機関の専門分化が著しいため、家庭医のように精神的問題まで応えてくれる場が身近に得られなくなっていること。

6) 大都市では交通網が発達しているため、他科の診療所よりも広域から通院患者を集める傾向の強い精神科診療所の成立閾がなんとか成り立つこと。

まず、アンケート調査の結果を単純集計した表1から考察を進めよう。なお、日精診では5年ごとに定例基礎調査を実施して会員の動向の把握に努めているので、その結果も随時交えながら調査結果の意味を考えてみたい。

表1 郵送調査結果の概要

開業年	～1950年	7	4.2%	用途地域	知っている	67	40.6%
	～1960年	9	5.5%		知らない	90	54.5%
	～1970年	28	17.0%		不明	8	4.8%
	～1980年	25	15.2%	患者のトラブル	あった	18	10.9%
	～1990年	43	26.1%		ない	145	87.9%
	1991年～	51	30.9%		不明	2	1.2%
	不明	2	1.2%	通院圏	自区内	7	4.2%
利用広告媒体 (複数回答)	駅・電車の広告	53	32.1%		自区+隣接区	39	23.6%
	市街の案内板等	62	37.6%		市内・23区内全域	6	3.6%
	電話帳	128	77.6%		市内+市外	110	66.7%
				不明	3	1.8%	
来院経路 (複数回答)	駅・電車の広告	41	24.8%	用途地域	住居系	53	32.1%
	市街の案内板等	46	27.9%		商業系	104	63.0%
	電話帳	116	70.3%		工業系	8	4.8%
	口づて	159	96.4%	建物の形態	戸建(含単独ビル)	106	64.2%
	保健所等の紹介	137	83.0%		ビル	59	35.8%
他科医師の紹介	151	91.5%	立地タイプ	単独	142	86.1%	
開業時	コンサルを利用	20		12.1%	併薬局	3	1.8%
	利用しない	142		86.1%	共同診療	19	11.5%
	不明	3	1.8%				

資料：筆者の郵送調査による

精神科診療所を開業した時期は、1980年代以降が過半数を占める。とりわけ1990年代に開業した診療所が31%とほぼ3分の1を占めている点が注目される。医師が診療所を開業する平均年齢が不明なため推測の域は出ないものの、他科の診療所に比べて診療所の歴史が新しく医師の年齢層も若い可能性が高い。

保険外診療（自由診療）の割合は予想したほど高くはなく、1%未満がほとんどであった。精神科診療所の場合、患者は勤務先に通院を知られたくないという理由から医療保険を使うのを避ける傾向が見られるのではないかと考えたが、そうした傾向はさほど認められなかった。

広告媒体としてはNTTの電話帳がもっともよく使われている、次に街の中の案内板・電柱広告などであり、駅や電車の看板もよく使われている。他科のデータがないのでこれも推測に過ぎないが、内科や外科に比べて広告媒体に依存する傾向が強いように思われる。

この点をさらに裏付けるために、NTTの電話帳における広告量を診療科目ごとに比較してみた（表2）。広告量の測定は、以下の手続きに従って行なった。まず、東京都は分冊数が多いため作業からは除外し、5大都市についてのみ測定した。精神科・神経科の比較するために、眼科、耳鼻咽喉科、小児科、内科、皮膚科を取り上げた。電話帳の広告は4段組みになっているので、1段に換算した延べの長さを測り合計した。表2はその結果得られた1診療所当たりの広告量を示している。精神科・神経科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、内科、小児科の順で広告量が多い。これは、医療施設調査（1993年）において一般診療所が標榜科目として届け出ている科目の数とほぼ逆の順序にある。標榜科目の多い診療科目は、内科（66.5%）、小児科（32.5%）、皮膚科（13.3%）、眼科（8.8%）、耳鼻咽喉科（6.5%）、精神科・神経科（5.5%）である。この電話帳の広告量のデータからも、精神科・神経科診療所が患者を集めるために他科の診療所よりも広告媒体を重視していることが裏付けられた。

表2 診療科目別の広告量

地区	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	神経科・精神科	内科	皮膚科
横浜北	9.13	3.73	2.41	14.42	2.08	4.98
横浜南	7.82	8.36	2.33	18.29	1.63	7.26
名古屋北東部	4.42	5.84	2.33	17.82	1.99	6.31
名古屋中南部	7.02	6.08	2.42	19.73	2.58	6.98
名古屋西部	5.02	8.92	1.40	16.65	2.20	7.32
京都北部	10.26	10.20	2.42	19.27	2.82	9.88
京都南部	11.15	6.84	2.21	14.83	2.72	8.34
大阪東部	4.28	3.65	1.54	8.86	2.94	4.60
大阪北部	3.58	3.48	1.23	8.97	1.20	3.63
大阪西南部	1.98	2.72	1.00	7.53	0.67	5.33
神戸	11.48	9.95	3.01	14.63	3.02	10.96
5大都市平均	7.01	6.27	2.16	14.59	2.16	6.90

注：単位はcm、資料：NTTタウンページ

精神科診療所が患者を集めるために広告媒体を重視している点は、来院経路にも反映している。その割合が高いのは、口づて、他科の医師の紹介、保健所等の紹介、電

話帳の順となっている。保健所や精神衛生センター等の関連医療機関からの紹介や他科医師の紹介がかなり高い割合を占めていることは精神科の特質から理解できるが、電話帳を利用して来院する患者は飛び込みでやってくることを意味しており、広告媒体の重要性はこのあたりにあると考えられる。

開業時にコンサルを利用したのは1割程度であった。精神科診療所の開業が相次いでいるのもっと多いと予想したが、意外と少なかった。

現在の場所を選定した理由を自由に記入してもらったところ、駅前のターミナルを 선호したもの、自宅に併設したもの、以前に病院の勤務医だった医者が開業するに際して患者の利便性を考えてかつて勤務していた病院のそばを選択したもの、精神科診療所の空白地域だったから、という回答が目についた。診療所の経営方針にもよるが、全般的に精神科の患者の来院範囲は他科の診療所に比べて広域的であるので、ターミナル指向が強い。

開業に際して地域から寄せられた要望について記入を求めたところ、精神科診療所に対する地域の不安を示すような回答が散見された。例えば、回答の表現は多様であるが「看板に精神科を明記しない」と答えたものが4件あった。さらに、「被害についての保証書」、「ビルの窓から患者が周囲を覗かないようにすりガラスに変更」、「他のテナントに迷惑をかけない」、「アルコール依存症の患者を扱わない、他の階に患者を立ち寄らせない」、「同じビルの他の業者から嫌がらせ、ビルのオーナーも入居に抵抗」、「間接的に不安を訴えられた」、「精神科診療所であることを理由にビルの入居を断られた」、「騒ぐような患者は入れないで欲しい」といった、精神病患者に対する露骨な差別を意味するような回答も見られた。こうした地域の反応は、依然として精神病患者に対する偏見が根強いことを物語っていることを示している。他方、地域から診療所の開設を歓迎されたという回答も少数ではあるが存在した。

各診療所が他の精神科診療所と比べて何らかの特色があるかどうかを尋ねたところ、そういった特色は診療所に勤める医師の特徴にかなり左右されることが明らかとなった。例えば、地域医療に徹して周辺住民全体を診ている診療所では、もちろん周辺地域の人口学的な特色を反映している。日本全体の高齢化を反映してか、全般的に高齢の患者が占める割合の高いことを特徴に挙げる診療所が多かった。こうした傾向は、とくに痴呆患者を扱う診療所では顕著である。一方、特定の患者（てんかん、アルコール依存症など）を専門にする診療所やターミナルに立地する診療所では来院患者の範囲は広域的に広がるため、高齢者の割合が高いという声は強くなかった。

現在診療所が抱えている問題を挙げてもらったところ、「敷地・フロアの狭さ」を指摘した診療所が多くみられた。これは、デイケアが最近になって保険の対象となったためにそのスペースを確保したいと考えている診療所が多いことを示している。この他、診療所の立地に関連した問題を指摘する声として、「交通の便が悪いこと」、「ビル（あるいは住宅街）に診療所があるために興奮性の患者を連れて来れない」、「テナント料が高い」といった意見もあった。交通の便が良い場所は当然市街地の真ん中であるのでテナント料も高くなるし、地域から患者に対する注文が多くと考えられる。それゆえ、交通の利便性とスペースの問題、診療所周辺への迷惑の問題は両立が難しいと思われる。この他、神戸市の診療所で特に目についた回答として、震災後に地域住民が市街へ流出したため、「人口の高齢化で患者の減少が心配」といった声が見られた。

通院する患者が近所でトラブルを起こし地域から苦情が寄せられた経験のある診療所は全部で18件あり、これは全体の約11%に当たる。この数字を高いと見るか低いと見るかは微妙な問題であるが、意外と多い印象を受けた。

診療所の通院圏は、他科の診療所に比べて精神科診療所は広く、市外にも広がる広域的な診療所が全体の3分の2（約67%）を占める。日精診の調査では、「近隣型」が10%、「広域型」が31%、「混合型」が61%という結果であり、その数字は異なるものの、通院圏が広域である点ではほぼ共通している。

以上が、アンケート調査の主要な結果である。回答が得られた診療所の客観的な立地特性をもう少し詳しく検討するために、都市計画における用途地域の指定を調べたところ、住居系の地区にあるものが32%、商業系の地区にあるものが63%、工業系の地区にあるものが5%という結果となった。やはり多くの診療所は、繁華街にあるとあって差し支えないだろう。

日精診の1985年の定例基礎調査は、今回の大都市にある診療所だけを対象とした調査とは異なり全国の診療所すべてを対象にしているため、比較対照に注意が必要であるが、その数字を参考までに引用してみよう。そこでの調査結果では、「商業地域」にある診療所が全体の40%、「住宅地域」にある診療所が35%、「混合地域」にある診療所が24%となっており、「商業地域」と「混合地域」の数字を合計すればアンケート調査とほぼ一致する。

診療所が単独の建物にあるかそれとも共同ビルの中にあるかを住宅地図で確認したところ、単独の建物からなる診療所が約3分の2（64%）を占めていた。繁華街にあ

る診療所が多いものの、精神科診療所は共同ビルではやはり周囲との問題を心配してか単独の形態をとることが多い。

さらに、同じ建物に他科の診療所や薬局などと一緒にあるか、それとも単独であるかを見ると、共同診療のものが12%、薬局と同じビルにあるものが2%あった。

(3) 診療所立地の変化

前節での単純集計から、6大都市の精神科診療所の立地特性が明らかとなった。そこで、近年における診療所立地の変化を見るために、開設時期を1985年以前と1986年以降の2分して、立地の特性との関連を考察した。まず、各都市ごとに立地パターンの特色を把握しておこう。

図3は、東京都区部の精神科診療所の分布を示している。東京都区部には日精診に加入する医師の診療所の12%に当たる99の診療所がある。全般的に鉄道駅の周辺に立地している傾向が明瞭である。また、東部の区は立地が少なく、北部や南部でも少ない傾向が見られる。また、都心のオフィス街である丸の内や大手町に立地する診療所が少ない。多い地域は、新宿などターミナル駅周辺および西郊の鉄道駅周辺である。

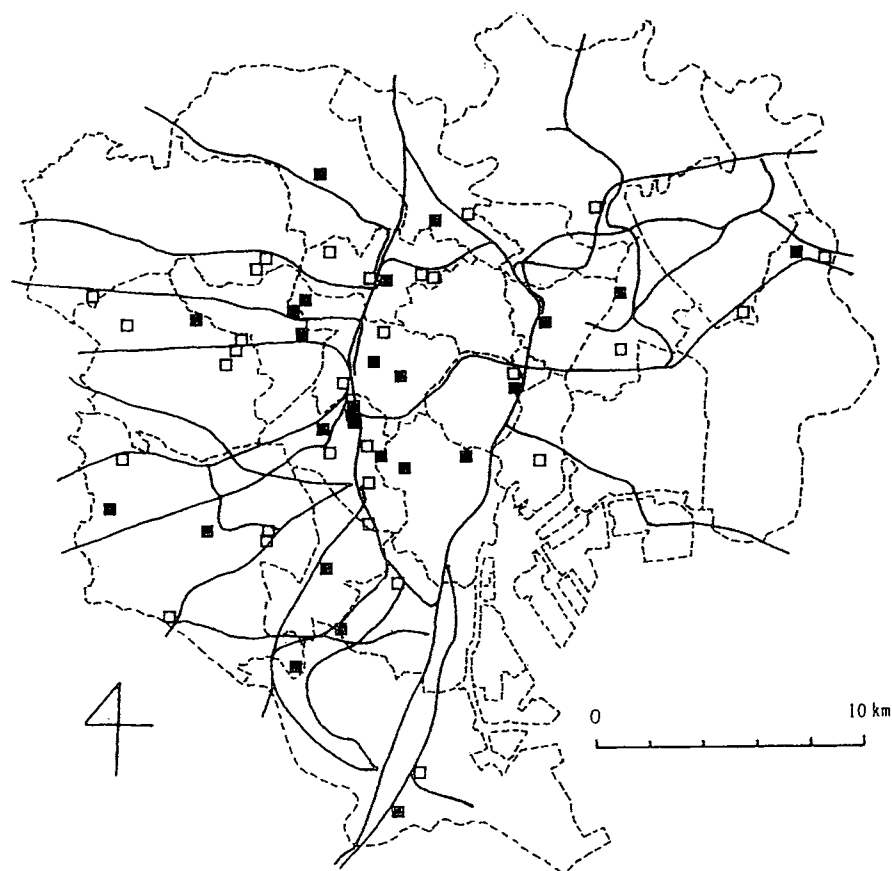


図3 東京都区部における精神神経科診療所の分布

二つの時期区分に注目して分布図を見ると、1986年以降に開設された診療所（黒角）は1985年以前の診療所（白角）が少なかった地域に立地したことがわかる。それでも、東部は依然として診療所の分布が希薄である。

図4は横浜市の診療所の立地を示している。横浜市の場合も、大部分が鉄道駅周辺に立地していることが分かる。1985年以前にすでに郊外の鉄道駅周辺に診療所が立地しており、1986年以降に立地した診療所は、中心部の中区、西区、神奈川区が多い。反対に鉄道路線から離れた住宅地の区では、1985年以前も1986年以降も診療所が依然として少ない。

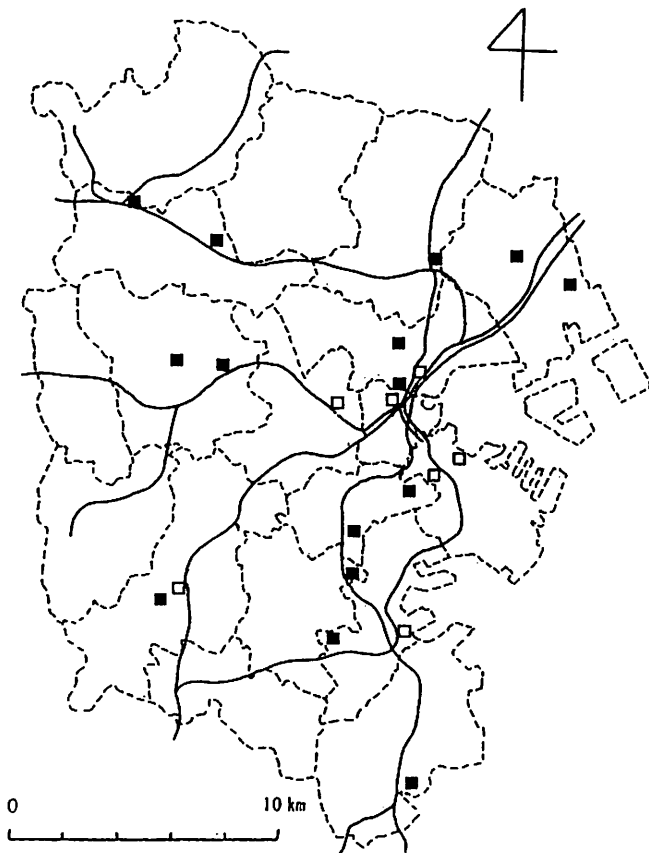


図4 横浜市における精神神経科診療所の分布

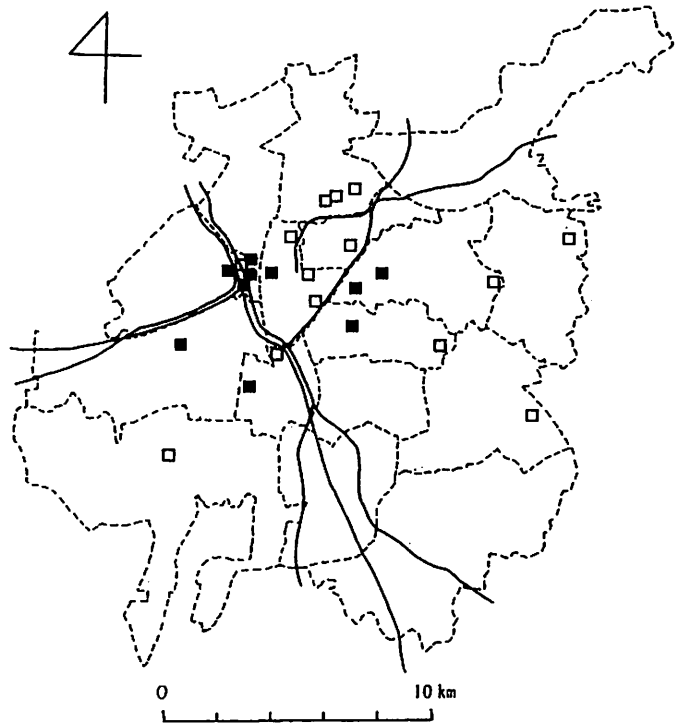


図5 名古屋市における精神神経科診療所の分布

名古屋市の場合には、1986年以降に住宅地が卓越する東部の区で立地が進んでいる（図5）。地図には地下鉄駅が示されていないために読みとれないが、そうした新しい診療所も地下鉄駅の周囲にある。しかし南部や北部では、横浜市の郊外地域と同様に依然として精神科診療所が少ない。

図6は、京都市の精神科診療所の分布を示している。京都市の場合も、精神科診療所は既成市街地の中にそのほとんどが立地している。

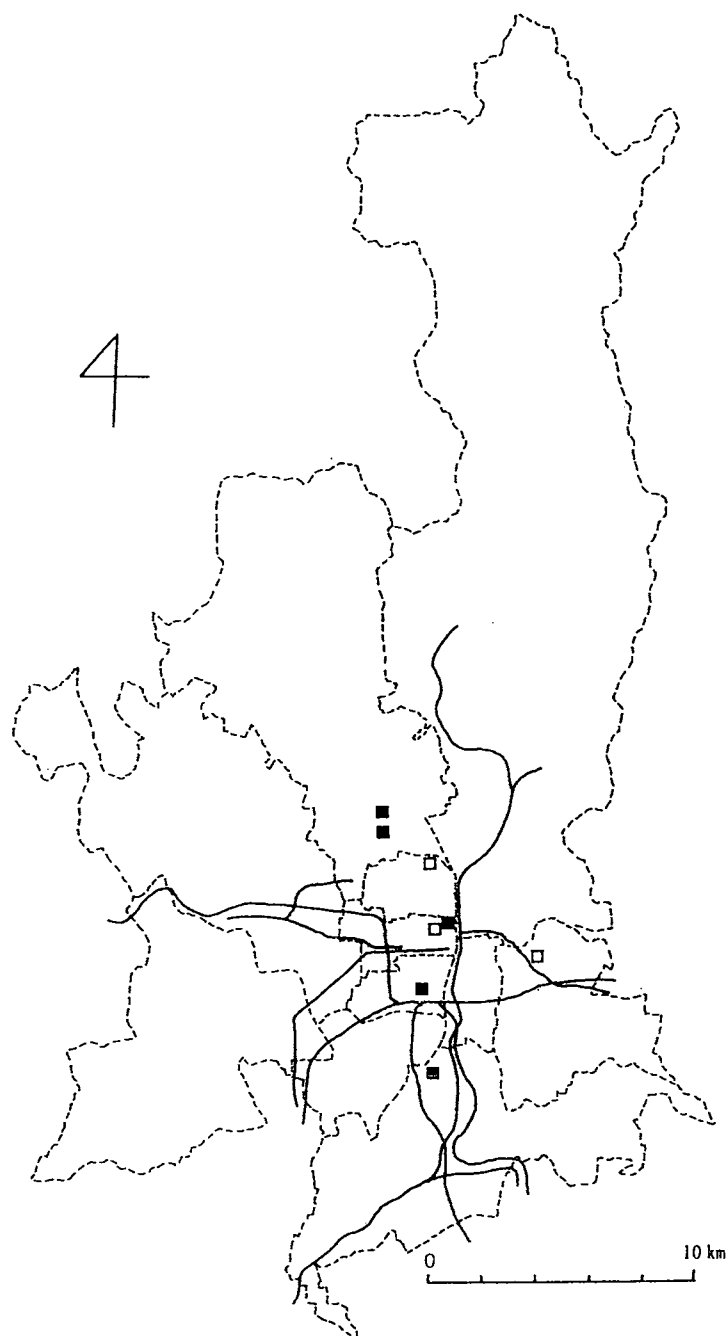


図6 京都市における精神神経科診療所の分布

大阪市の場合、環状線の内側に半数近く（29の診療所のうち13か所）の診療所が立地している（図7）。東京の場合と同様に、都心のオフィス街である心齋橋や本町周辺は意外と少ない。多い地区は、梅田や難波などのターミナル駅周辺である。また西部の区では診療所の立地がきわめて少ない。時期による分布の違いは、図からは明瞭には読みとれない。

神戸市は、人口規模の点で京都市を下回るにもかかわらず、精神科診療所の数が多い（日精診に加入する医師数は京都市が11人に対して神戸市は45人）。聞き取りによれば、神戸市では著名な精神科医が活躍して精神科医療に貢献したことが、こうした診療所の数の多さにつながっているとのことである。それゆえ、神戸淡路大震災によってかなりの被害を受けながらも、被災した患者の精神医療に尽力する精神科医師の活躍が伝えられるのであろう（中井編, 1995）。神戸の診療所のほとんどはJR神戸線・阪急神戸線の沿線駅周辺にあり、これから外れている診療所はわずかしかない（図8）。鉄道沿線の繁華街に多く、背後の住宅地には少ないことが読みとれる。

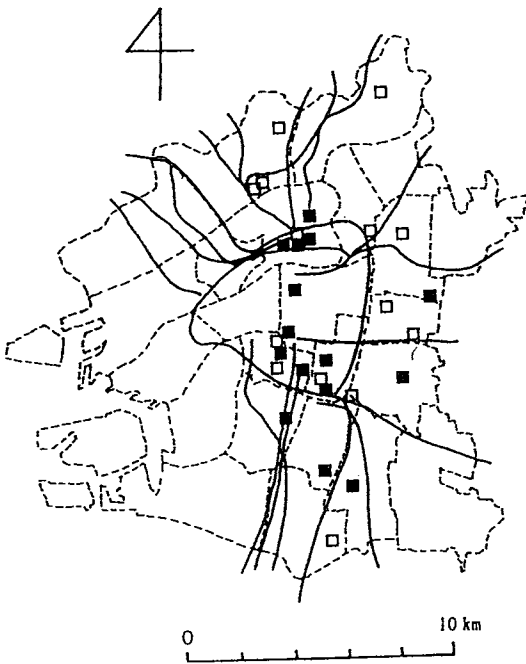


図7 大阪市における精神神経科診療所の分布

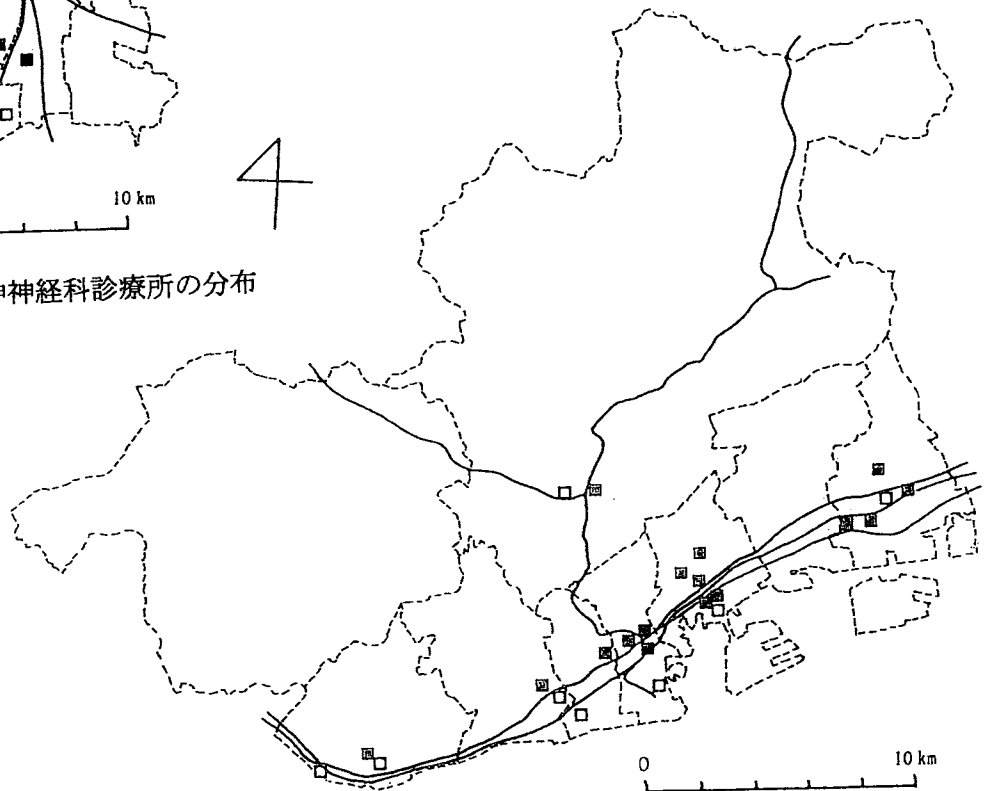


図8 神戸市における精神神経科診療所の分布

以上の考察を、定量的に裏付けてみよう。まず、診療所から最寄り駅（地下鉄駅を含む）までの距離を地図上で測定し、駅から500m以内の診療所と500m以遠の診療所に2分した。それから、駅からの距離と開設時期の関連を検討すると、1986年以降に開設された診療所は1985年以前の診療所に比べて500m以内に立地する割合が高い（図9）。カイ自乗検定を行なうと、6%の有意水準で有意であった。それゆえ、近年では、ターミナル（繁華街）指向がさらに強まっていると言える。

次に、建物の形態（ビル・戸建て）と開設時期との関連を見ると、近年はビルを指向していることがわかる（図10）。これは、上に述べた近年における繁華街指向と対応すると考えられる（カイ自乗検定では0.2%で有意）。

診療所の立地する地区の都市計画における用途地域区分と開設時期との関係も、やはりそうした傾向を裏付ける結果を示している（図11）。すなわち、1986年以降に開設された診療所は、商業系の用途地域に立地する割合が高まり、住居系の用途地域での立地は減少している（ただし、カイ自乗検定では5%水準でも有意ではなかった）。

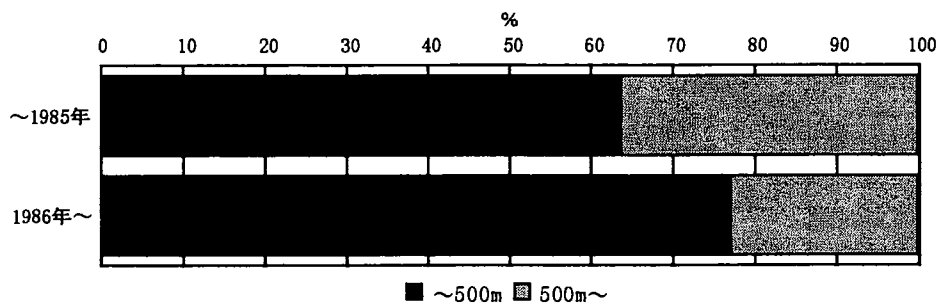


図9 診療所開設時期と駅からの距離との関係

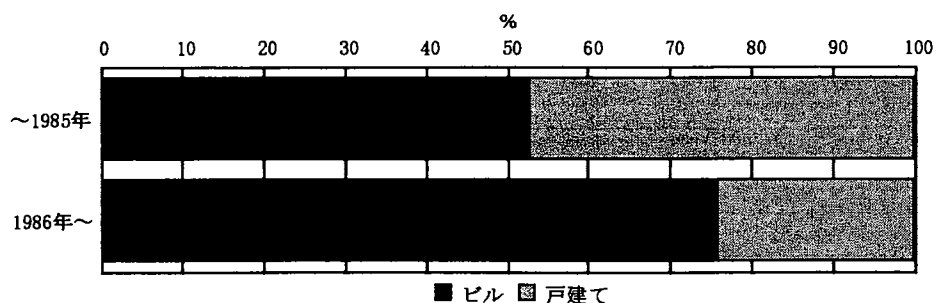


図10 診療所開設時期と建物の形態との関係

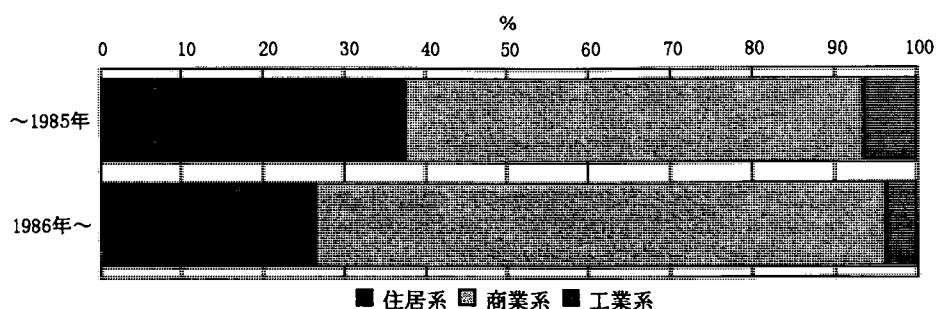


図11 診療所開設時期と用途地域指定との関係

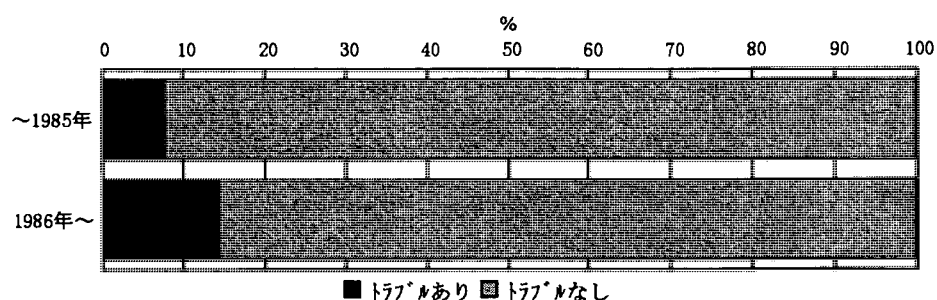


図12 診療所開設時期と地域住民とのトラブルとの関係

地域住民とのトラブルの有無と開設時期との関係を見ると（図12）、近年開設した診療所でややトラブルの起きる割合が高いが、しかし検定を行なってみると10%水準でも有意とはならなかった。それゆえ、両者の関連はないと言える。

以上、6大都市における最近の精神科診療所立地の変化を考察してきた。そこで本章の最後に前節での精神科診療所の立地の特徴についての分析とあわせながら、まとめを行ないたい。

1. 精神科診療所の大都市への集中傾向が裏付けられた。

精神医療の関係者の間では、診療所が大都市に集中している傾向は知られていたが、本研究のデータからもこれが裏付けられた。日精診に加入する精神科医師のうち、その35%が6大都市に診療所を構えている。

大都市に精神科診療所が集中する背景には、都市生活に固有なストレスに満ちた生活という要因のほか、職業訓練施設やグループホーム、デイケア施設などへのアクセスも良好であり、豊富な社会資源の存在が精神病患者の町の中での生活を可能にし、

それがさらに施設の立地を促すという相乗効果がみられるためと考えられる。

2. 近年、商業地区（繁華街）指向、ターミナル駅指向が強まっていることが明らかとなった。

これは、日本における診療報酬制度の改革とも関係しているし、また、精神病患者を閉鎖病棟に閉じ込める治療から開放医療・地域医療への転換とも関連がある。カウンセリングが診療報酬に組み込まれ、最近では精神病患者のデイケアも医療保険の対象となったことから、精神科診療所の経営が安定するようになったことも間接的には影響を与えている。というのは、精神科診療所が儲かるという風潮が医師の間に広がり、逆に他科の診療所は薬価基準の切り下げなどで経営が難しくなっているため、相対的に精神科診療所の開設が増えてきているからである。

これまで精神病患者は、町の中で暮らしながら治療を受けるという選択肢はなかったため、発病すれば病院に入院するほかなかった。精神病院の劣悪な状況が社会問題化し、ゆっくりとではあるが地域医療への転換が進んでいる。

地域医療への転換が進めば、商業地区だけでなく住宅地やオフィス街へのなどにも精神科診療所の立地が進むと期待されるけれども、現状は必ずしもそうなっていない。

精神病患者に対する誤解や偏見は依然として根強いことが、こうした地域への立地の障害となっていると考えられる。それゆえ、地域からの反発が比較的弱い繁華街のビルで開業する診療所が多くなっていると思われる。

3. 精神科診療所に対する偏見は根強い。

今回調査した診療所のうち、10%あまりの診療所で通院する患者の行動に対して近所からクレームが寄せられていた。また診療所の開設に際して、地域から何らかの要望が寄せられた診療所も多かったし、中には露骨な嫌がらせを受けた場合もあった。

日本においては、Dearが報告しているアメリカのように脱施設化がホームレスの増大につながるような状況にはないが、それは、今のところ精神病院がナーシングホームの機能を代替して、脱施設化が徹底して行なわれていないからである。けれども、社会的防衛を重視して住んでいる地域から精神病患者を遠ざけようとする姿勢そのものに大きな違いはない。精神病院が町外れに立地しているのとは異なり、精神科診療所は町の中心にあるターミナル周辺に立地することが多いものの、人々がふだん生活を送る地域からは異質なところである点は共通している。すなわち診療所がターミナル周辺に立地するのは、人里は慣れたところでは通院患者に不便であるのが第1の理

由であるが、雑踏の中でその出入りが人の目に付きにくく、周囲は商店などが多くて住民が周辺のビルやオフィスに無関心を装っているからである。こうした点から見れば、アメリカにおいて精神病院から退院した患者がアメリカの大都市の中でも低所得者・異質な人間に寛容なインナーシティにゲットーを形成しているのと同じ構図を認めることができる。

家庭機能の弱体化によって精神病患者を在宅で抱えることが困難になりつつある点は、高齢者を在宅で介護しようとする場合と非常に類似している。高齢者福祉に対しては社会的な注目が集まっているのに対して、精神障害者が地域で自立できるような支援の声は弱い。それゆえ、精神障害者が地域で自立した生活を営めるような社会的環境作りの必要性も大きい。そのためには、精神科診療所も重要な役割を果たすはずであり、社会資源としての精神科診療所を拠点としてをそれぞれの地域ごとに各種の社会サービスを提供できるように政策的に誘導することが重要であろう。

7. むすび

本研究は、大都市における精神科診療所の立地の特徴を明らかにすることを目的とした。そのために、まず日本の戦後における精神医療の変遷を概観し、現在の医療制度と関連させながら、どのように現在の精神医療制度が形作られてきたのかを考察した。その結果、日本では社会的防衛の観点から安価なコストで患者を収容する精神病院が精神病患者のために大量に建設され、診療所は最近になってやっと増えつつあることが判明した。精神科診療所の開設は、精神医療が閉鎖病棟から徐々に開放医療、地域医療へと転換しつつあり、診療報酬制度などの精神科診療所の経営をバックアップする施策がゆっくりとではあるが整備されているからである。

精神医療の供給を地域的な観点から見ると、医療サービスの供給として最初に整備されていたのは精神病院であったが、その整備には公的な財政支出が乏しかったために市街地から離れた地価の安く住民がいないために建設反対運動の生じにくい郊外に民間病院が建設されていた。精神医療が次第に開放医療、地域医療へと向かう中で精神科診療所も増えていったが、それは隣人に無頓着なことの多いターミナル駅周辺の地域に建設されることが多かった。さらに1990年代に入ると、診療報酬制度の度重なる改訂によって次第に精神科診療所が他の診療所に比べて儲かるものとなり、診療所の開設が相次ぐようになった。開設された診療所の多くは、従来のターミナル指向、ビル指向、商業地区・繁華街指向というこれまでのパターンを強めるものであり、

その背景には依然として精神病患者を回避しようとする地域住民の偏見が存在するからである。それゆえ、精神科診療所の増大が地域の精神医療の充実とはかならずしも言い切れない点が問題となろう。

最後に、今後さらに地域精神医療を充実させるために検討すべき課題として、本研究をまとめる途中で筆者が感じたいくつかの点を列挙して、むすびに代えたい。

本研究では、地域医療のひとつの社会資源として精神科診療所を取り上げたが、診療所だけではなく職業訓練施設やグループホーム、社会復帰のための訓練施設などが診療所と有機的に供給されるならば、さらに効果的にその機能を発揮するはずである。診療所以外の精神障害者施設が都市内のどこに立地しているかについても、今後検討を加える必要があるだろう。

また、一般の地域住民が精神病患者に対してどのような態度を示すのか、そしてどういった属性の人たちが実際に精神障害者施設の立地に対して反対行動を起こすのか、といった行動論的な研究も必要であろう。大島(1992)の研究は、各地の住民の対応について多くの事例を集め貴重な貢献であるが、どのような属性の人々がどういった態度をとるのかについての一般化がやや弱い点が惜しまれる。Dear and Taylor(1982)の研究は、地域住民の対応を詳しく検討している点できわめて示唆に富むものであり、同様の分析を試みる事が非常に重要と思われる。

参考文献

- 池上直己(1992)：『医療の政策選択』勁草書房，177頁。
- 池上直己・J. C. キャンベル(1996)：『日本の医療－統制とバランス感覚－』中央公論社，240頁。
- 石川信義(1980)：『開かれている病棟』星和書店，381頁。
- 石川信義(1990)：『心病める人たち－開かれた精神医療へ－』岩波書店，348頁。
- 荻野利之・亀井康一郎・多賀谷譲・三浦勇夫・朝井栄(1985)：精神神経科診療所の現状と将来への模索および健康保険をめぐる諸問題（厚生省助成研究より）。日本精神神経科診療所医会誌，第12回総会号，99-129。
- 大島徹編著(1992)：『新しいコミュニティづくりと精神障害者施設』星和書店，316頁。
- 小林司(1972)：『精神医療と現代』日本放送出版協会，234頁。
- 仙波恒雄(1990)：精神保健法の今後と日本の精神医療の将来。仙波恒雄・高柳功編著(1990)『精神保健法』星和書店，159-180。
- 篠田重孝(1985)：『手品を小さな診療所で－あたりまえの精神医療をめざして－』星和書店，251頁。
- 高臣武史(1987)：精神医療の変遷。法学セミナー臨時増刊37，112-119，日本評論社
- 高柳功(1990)：精神障害者の社会復帰。仙波恒雄・高柳功編著(1990)『精神保健法』星和書店，97-110。
- 高柳功・仙波恒雄(1990)：精神保健法成立までの歴史的考察。仙波恒雄・高柳功編著(1990)『精神保健法』星和書店，111-132。
- 中井久夫編(1995)：『「阪神大震災」下の精神科医たち』。みすず書房，263p。
- 浜田晋(1991)：『町の精神科医－精神科診療所開業のすすめ－』星和書店，321頁。
- 浜田晋(1995)：診療所における外来精神科医療の役割と問題点。精神医学，37-8，801-807。
- 古川孝順(1993)：『社会福祉施設－地域社会コンフリクト－』誠信書房，181頁。
- 古山周太郎・土肥真人(1997)：東京都における精神病院の立地変遷に関する研究。日本都市計画学会学術研究論文集，32，379-384。
- 二本立(1985)：『医療経済学－臨床医の視角から－』医学書院，283頁。
- 宗像恒次(1983)：日本の精神医療体系における社会文化的背景。精神衛生研究，30，

135-148.

Dear,M. and Taylor,S.M.(1982): *Not on our street: community attitudes to mental health care*. Pion, London.

Dear,M. and Wolch,J.(1987): *Landscape of despair: from deinstitutionalization to homelessness*. Polity Press, Oxford.

Gaber,S.L.(1996): From NIMBY to fair share: the development of New York City's municipal shelter siting policies, 1980-1990, *Urban Geography*, 17, 294-319.

Gleeson,B.J.(1996): A Geography for disabled people?. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 211, 367-396.

Golledge,R(1993): Geography and the disabled: a survey with special reference to vision impaired and blind populations. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 18, 63-85.

Green,D., McCormick,I., Walkey,F. and Taylor,A.(1987): Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Social Science and Medicine*, 24-5, 417-422.

Joseph,A.E. and Hall,G.B.(1985): The locational concentration of group homes in Toronto. *The Professional Geographer*, 37-2, 143-155.

Mohan,J.(1995): *A national health service?: the restructuring of health care in Britain since 1979*. St Martin's Press, Basingstoke.

Wolch,J. and Dear,M.(1993): *Malign neglected: homelessness in an American City*. Jossey-Bay, San Francisco.

Scarpaci,J.L.(ed.)(1988): *Health service privatization in industrial societies*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.



写真1 東京の成城学園の住宅地にある診療所

住宅地区にある診療所は住居併用のものが多く、周囲から目立たないようにひっそりと立地していることが多い。



写真2 世田谷区三軒茶屋にある診療所

駅に近い繁華街の一角にある。大通りに面しているため、通行人にすぐわかるような目に付きやすい看板が掲げられている。



写真3 横浜市金沢区の住宅地にある診療所

郊外の住宅地にある診療所は、他の一般住宅とほとんど区別ができず、小さな看板だけでしか識別できない。



写真4 東武東上線成増駅にある看板

駅の看板の例。こうした駅の案内板の他、電柱の看板、駅やバス停のベンチなどに診療所の看板が多く、飛び込みの外来患者にその存在を知らせている。

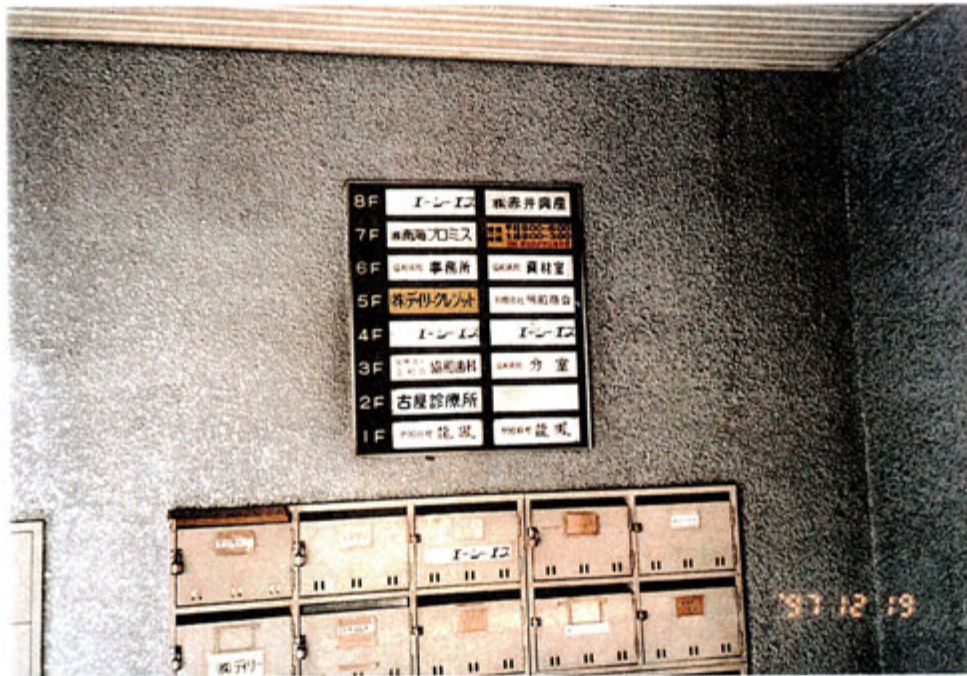


写真5 大阪の都島区にある診療所

雑居ビルに入っているが「精神科」「神経科」の名称を表に出していないため、通りがかりの人には診療科目がわからない。ビルのオーナーから診療科目を看板の表に出さないよう要望され場合もある。



写真6 大阪市西成区の繁華街にある診療所

東京では予備校と同じビルに入居しているのが目に付いたが、これはゲームセンターと同居している例。大阪らしい？



写真7 神戸のJR神戸線摂津本山駅の看板

駅や街中に見られる精神科神経科診療所の看板は、本文中で述べたNTTの広告量の考察と同様に、他科の診療所よりも目立つ傾向が見られる。



写真8 大阪駅すぐ近くにある共同診療所

多くの診療所とともに大きなオフィスビルのワン・フロア全体を占めている。他科の診療所では比較的多くみられるが、そこに精神科が入っている事例。