

〔資料〕

イタリアにおける地域精神保健医療システム

石川 かおり 葛谷 玲子

Community Mental Health Care Support System in Italy

Kaori Ishikawa, Reiko Kuzuya

I. はじめに

わが国の精神医療においては、長期入院患者の地域移行支援が喫緊の課題の一つとなっている。2004年に厚生労働省より示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾の基本方針には、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策を推し進めていくために、国民の意識変革、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進めることが明記された。しかしながら、その中間点である2009年の「今後の精神医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書²⁾においては、精神障害者の地域生活を支えるための医療・福祉等の支援体制が不十分であること、依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在していることが課題として挙げられ、これらがこれまでの入院医療中心施策の結果であることを認めている。そして、後期5か年において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という改革の基本理念を推進し、精神医療の質の向上、精神医療体系の再構築、精神保健医療福祉の改革等を更に加速し、地域を拠点とする共生社会の実現を目指すとしている。

他方、欧米先進国においては精神医療の脱施設化を遂げ、様々な形で地域ベースでの精神保健医療体制が構築されている。なかでもイタリアは、1970年代から精神科病院を徐々に縮小し、1990年代に精神科病院を廃止した、文字通り「入院医療中心から地域生活中心へ」というパラダイムシフトを成し遂げた国として知られている。

このたび、2010年9月に5日間という短い期間であったが、精神科病院ではなく地域社会のなかで精神疾患をも

つ人々が生きることを実現しているイタリアのシステムの一端を視察する機会を得た。本稿では、視察で得た知見に基づいて、北イタリア・トリエステを主軸としたイタリアの精神保健医療改革と現在の地域精神保健医療システムの概要を紹介する。(なお、本文中の写真は許可を得て撮影・掲載している。)

II. イタリアの精神保健医療改革

トリエステのバルコラ精神保健センター所長のロベルト・メッツィーナ医師と、ベローナ大学精神医学教室のロレンツォ・ブルチ教授それぞれから、イタリアおよびトリエステ県の精神保健医療改革について話を聞いた。二人から得た情報について文献からの知見を補完しながら、イタリアの精神保健医療改革の概要(表1)を述べる。

1. 隔離収容政策の時代

1904年に制定されたイタリアにおけるはじめての精神障害者に関する法律「精神病院および精神障害者に関する規定ならびに規則」では、精神障害者は社会に対する危険な存在であるとみなされ、社会秩序を守るために強制入院と隔離を余儀なくされた、いわゆる治安モデルに基づくものであった。入院は医師(精神科医だけでなく一般医も含む)の診断と警察/裁判所の命令において強制的に行われ、ひとたび精神科病院に入院となると、その入院歴は戸籍のなかに記録として残り、禁治産宣告を受け、結婚もできず、選挙権や車の免許も奪われるなど、市民権や社会的な地位などを剥奪される状況にあったと

表1 イタリアの精神保健医療改革の概要

年	改革のあゆみ
1961	バザーリアがゴリツィア県立精神病院長に就任する（～69年まで）。
1971	バザーリアがトリエステ県立精神病院長に就任する。
1974	トリエステ県・バルコラ地区に精神保健センター（24時間オープン、年中無休）が開設され、大規模な退院支援が始まる。
1978	精神科病院の入院を廃止する180号法が成立する。その後、833号法（国民総合保健計画法）が成立し、180号法は同法に吸収される。 トリエステ県立精神病院の機能はほぼ停止の状態になる。
1980	トリエステ県立精神病院が完全閉鎖となる。 バザーリアが脳腫瘍で死去する。
1995	保健相から精神科病院の3年以内の廃止が命令される。
1999	精神科病院がイタリア全土から完全消滅したことを保健相が宣言する。

いう。

イタリアでは上記の法律が長く改正されないままであったが、イギリスやアメリカなど欧米諸国で起こっていた脱施設化運動の影響も受けて、患者を退院させようという考え方や、病院内での患者の権利を回復させていこうという動きが1960年代頃から少しずつ始まったという。1968年には、それまでの強制入院以外に任意入院を認める法改正がなされた。

2. フランコ・バザーリアとトリエステの改革

イタリアの精神保健医療改革の父として知られるフランコ・バザーリア（Franco Basaglia）は、元々はパードヴァ大学の精神医学教室で教鞭を取り、研究者として大学に残ることを希望していた学者タイプで、精神科病院の実態についてほとんど知らなかったという。しかし、現象学を精神医学に導入しようと試みるなど先進的な変人と呼ばれる一方で、カリスマ性を備えていた彼は、古いアカデミズムには馴染まず、当時の教授からの進言により1961年に国境の街ゴリツィアの精神科病院に就任した。バザーリア就任前の1950年代のゴリツィアは、第二次世界大戦後の傷跡が深く残り、精神科病院は想像を絶する悲惨な状態であったという。精神科病院の状況に大変なショックを受けたバザーリアはゴリツィアでの改革に乗り出すが、ゴリツィア県当局や県議会は院内改革には賛成したものの病院の解体は認めず、バザーリア本人が目指す結果には到達できなかった³⁾。

その後、1971年にバザーリアはトリエステ県立サン・ジョバンニ精神科病院（以下、サン・ジョバンニ病院とする）の院長として就任し、そこからトリエステの改革が始まった。トリエステは、ゴリツィアと同じく国境の

街であるため、第二次大戦後にその一部がユーゴスラビア領となり、最終的には1954年に返還されたという歴史をもつ。戦争後に帰還兵が最初に足を踏み入れるイタリアの地であることからそのまま住みつく人もいれば、移民も多くいたという。つまり、この時期は社会的にも経済状況的にも大きく変動している不安定な時代であり、人々の精神健康状態は危機的となり、大変な数の入院数があったという。そのような背景のなかで、トリエステの精神保健医療に新しい風を吹き込むためにバザーリアが召喚されたのである。

サン・ジョバンニ病院は、1903年の開設で、当時としては最新の施設であったという。20万ヘクタール（約6万坪）の広大な敷地内で患者の生活/人生の全てが賄えるようになっていた。病棟は小高い丘の斜面全体に布置され、丘の麓にある病棟から順に上方に向かうほど重症度が高くなるが、それは同時に上方の病棟ほど外には出られず、酷い扱いを受けることを意味していたという。バザーリアが就任した当時で、最高1,200人程の患者が強制収容されており、主たる治療は隔離、拘束と薬物療法であった。

バザーリアは、まず味方を増やすために、精神科医、看護師、臨床心理士、ソーシャル・ワーカーらを集めて、改革のための組織を結成し大きな推進力とした。そして、ゴリツィアでは成し得なかった病院外での治療サポートシステムを作ることをトリエステ県政権に認めさせると同時に病棟を解放化した。しかし、長期に亘る入院生活のなかで、患者の多くは社会性やコミュニケーション能力が低下し、地域社会に戻る意欲も喪失していたという。そのため、とにかく患者が思っていることを何でも話せ

る場として患者ミーティングを開いた。1年が経過する頃には、患者たちの表現力が回復してきて、リーダーシップをとる者も出てくるようになったという。

1974年には、かなりの人数の患者を退院させ、それに見合う数のスタッフを病院外に出して重症の患者を在宅で支える24時間年中無休の支援の拠点として精神保健センター（以下、センターとする）を開設した。その当時まだ810名の入院患者がおり、そのうち重症の強制入院が100人、任意入院が310人、330人が社会的入院患者であった。この社会的入院患者をオスピテ（お客さま）と呼び、完全な自由と食事と住まいを保障して入院患者とは区別して対応した。最終的に、センターは7箇所設置され、1977年には巡回車による訪問サービスが始まり、この時点で入院患者は340人、オスピテが230人となり、新規の入院患者はゼロとなった。

上記のような改革は、決してスムーズに運んだわけではなく、病院の内外で多くの反対運動や対立が起こったが、バザーリアはその都度、何度も対話集会を開催した。対話を重ねること、そして少しずつ改革が進み患者たちの変化を目の当たりにすることで、病院内の雰囲気に変化していったという。例えば、それまで病院が管理していた年金を患者が自分で管理できる、患者用のユニフォームではなく自分の好きな服を着られる、すると外出して美容室で髪型を整えたり、食べたいものを買うことができる。そのような当たり前の自由を患者が少しずつ取り戻し、自分らしさを再獲得していくことで、スタッフの患者に対する見方が大きく変化した。それまでは病院の一つの所有物という存在に過ぎなかった患者を一人の人間として見るようになり、そこに人間同士の交流が生まれ始めたのだという。そして、退院を支援するとなると、治療以外の社会生活をするための様々な事柄やその人の人生に関わらざるを得ないため、自ずと患者へのアプローチも変化した。そこで、目の前の患者は、いったい何のために自分のところへ来ているのかを問うようになり、相手を理解して必要とするところに手を差し伸べるという支援の基本が生まれ、現在に継承されているという。

バザーリアは1980年8月に脳腫瘍で急逝したが、その1ヶ月後の9月に、サン・ジョバンニ病院の完全閉鎖が成就した⁴⁾。そして、病院の跡地は、現在はカルチャー公

園として生まれ変わり、かつての病棟一つひとつが、トリエステ大学の学部校舎、中学校、社会協同組合、劇場、カフェ、バラ園、コミュニティセンター、教会、精神保健センターなど地域の人々のためのオープンスペースとして利用されている。病院跡は精神保健医療の変遷のシンボルとして提示され、広く市民にメッセージを送る場所として機能している。

3. 180号法の成立

1978年5月に180号法「自発的および強制的な病状確認と保健医療処置」⁵⁾（通称バザーリア法）が可決された。この法律には革新的な特徴がいくつか挙げられる。

まず、180号法では、精神医療はこれまでの治安モデルから脱却し、適切な治療やケアを受け健康を回復するための人間の権利として位置付けられている。特に、冒頭の「病状確認と保健医療措置は自発的意思によるものとする」という一文によって、治療は強制ではなく、当事者である患者の自発性と任意性に重きが置かれている。また、精神科病院を即廃止にするのではなく、まずは新しい入院患者を受け付けないようにし、すでに入院していた患者を地域のなかで生活できるようサポートするという姿勢をもつものであった。そのため、精神科病院の代わりに地域精神保健を推進し、旧病院の人材をそのまま地域に移行することを勧奨している。そして、入院治療が必要な時には総合病院内の病床で行うことが明記されている。

その後、12月に833号法「国民総合保健計画法」が制定され、180号法は833号法に吸収された。

4. イタリア全土における改革の状況

180号法の成立により、精神科病院を廃止するという方針が出されたが、実際には患者を退院させてどうするのか、リハビリテーションや社会復帰はどうするのか、住む場所はどうするのかといった具体的なサポートが追いつかず、イタリア全土での最終的な廃止に至るまでには長い年月がかかった。トリエステなど改革が比較的短期間に成功した地域は限られており、多くは、法律で定められたから渋々に、あるいはそれほど重要なことと考えず下請けの民間病院を作り患者たちを移動させたのが実状であるという話も聞いた。しかし、1995年には保健相から精神科病院の3年以内の廃止が命令され、1999年についてイタリア全土の精神科病院の完全廃止が宣言さ

れた。

Ⅲ. トリエステ県の精神保健医療システム

トリエステはイタリア北東部に位置する人口約24万人(2010年)の小都市である。アドリア海に面し、スロベニアと隣接する国境の街である。今回のトリエステの視察では、精神保健局、サン・ジョバンニ精神保健センター、バルコラ保健センター、総合病院救急センター、社会協同組合などを訪問し、各担当者から話を聞いた。

1. 医療保健区と精神保健センター

精神科病院が廃止されたことにより、患者の治療やケアは基本的に地域のなかで行われるようになった。その拠点となるのが精神保健センターであるが、トリエステでは、人口6~7万人ごとに医療保健区を4区にわけ、各保健区に1センターを設置している。かつての精神科病院は辺鄙な隔離された場所にあったが、センターは利用しやすいアクセスの良い場所であることを立地条件として大変重要視している。

なお、4つのセンターは、トリエステ全体の状況を把握して対応するために、定期的に全体ミーティングを行い、一人の患者に対しトリエステ全体で提供できるプログラム、施設、サービスを検討しているという。

2. 精神保健センターの機能・役割

1974年にトリエステで最初に設置されたバルコラ精神保健センターを訪問し、運営に携わるダニエラ看護師から話を聞いた。

1) 利用者

バルコラ精神保健センターが担当する地区の人口は62,000人~64,000人で、利用者は1日平均100人程、年間で900~1,000人程度が何らかの形でこのセンターと関わっている。利用時の登録は不要で、トリエステの住民であれば誰でも利用できる。自らセンターを訪れる人もいれば、専門的な診断からセンターを勧められ来所する人もいる。

2) スタッフ

センターには精神科医4人、臨床心理士やカウンセラー7人、看護師23人、作業療法士1名が勤務している。その他に大学からの実習生、世界各国からボランティアや研究者が様々な立場や形で活発に活動している。

スタッフは、家庭訪問担当2チームとセンター担当1

チームの3チームで動いているが、3チームは輪番制で、常に連携し、いつでも万全に絶え間なくサービスを提供できるようになっている。

3) デイケア・グループ活動・居場所の提供 (図1)

精神科病院のように静まり返った場所にならないように、昼間の活動に力を入れている。治療方針は個人によって違うので、その人にあったプログラムが組まれており、各自が異なる活動をするために来所している。例えば、社会性を身につける目的で昼食と夕食を摂りに来る、自己管理が難しい人は薬を飲みに来る、新聞を読みに来る、コーヒーを飲んでお話をする、本を読む、絵画教室に通う、グループミーティングや治療的な作業プログラムに参加する、奨学金付きの就労訓練を受けるなど、様々なケースがある。

利用者の症状をみてみると、健康な人もいれば治療的介入を要する危機的状況にある人もいて、持っている症状も状態も多様な人が一緒に利用している。そのため、全体としては、普通の生活を送りながら仲間に会いに来るというような、日常生活に近い雰囲気を作り出すように努めているということであった。



図1 バルコラ精神保健センター内(食堂)

4) 家庭訪問

訪問は看護師が中心となって行っている。担当するテリトリーが広いので、訪問のための車を4台所有しており、2チームで担当地区をわけて訪問している。家庭訪問では、マニュアルはなく、ケースバイケースでその人が必要としていることに焦点を当てサポートしているという。そのほかに、利用者の状況に応じて、医師が同行

しての往診（定期/緊急時）、外出時の同行、自力でサービス施設までいけない人のための送迎や投薬などのサービスも提供している。家庭訪問により本人や家族の生活状態を知ることができ、とりわけ危機介入時には往診が地域住民との対立の調停に役立つこともある⁶⁾。

5) 外来診療

精神科医のうち1名は緊急時の対応のために当番制で常時センターに待機し、残りの3名が随時外来診療や面接などを行っている。外来では、継続的な診療を通して、本人や家族と情報交換をしながら、服薬状況や生活状況を確認し、適宜助言をしたり、危機的状況時の介入を行う。

6) 緊急時の対応（ナイト・ケア）

精神科病院の閉鎖により、急性期の危機的状況を地域のなかで乗り越えなければならないという課題が出てきた。トリエステの場合は、4つのセンターのほかに総合病院内に緊急時に24時間対応できるベッドを設置している。

緊急的な治療を要する患者の対応は、センターでは朝8時から20時までで、比較的軽症の方のためのナイト・ケアベッドが8床ある。その意味で、センターは昼間も夜間も24時間、地域の人々に門戸が開かれていると言える。

センターでの平均入所期間は9日であるという。かつての精神科病院では入院生活に終わりが見えなかったが、センターでの治療は始まりと終わりの見通しが明確である。患者の状態は一定でないこともあるが、いつどんなときも最初から最後まで同じチームが関わることによって、担当者と利用者が顔なじみの関係になるように運営されている。自分の慣れ親しんでいる場所と人によって危機的状況のケアが行われることは、治療的にも大変重要な要素である。また、利用者は、必要があれば友達や家族をセンターに呼ぶこともできるし、友達や家族に会うために外出することも自由である。ただし、法律上のセンターの責任として、センター内にいるのか外出しているのかを管理上把握する必要があるし、特に状態の悪い方の場合、扉の開閉時間を決める場合もある。

一方、総合病院の救急ベッドは6床で、20時から翌朝8時までの夜間の緊急時に入院することができる。しかし、総合病院での緊急治療後の治療とケアは全て自分が住む

地区のセンターを通して行われる。そのため、センタースタッフの朝一番の仕事は、総合病院に電話をして担当地区の住民やセンターの利用者が入院していないかチェックして、もし該当者で退院可能な人がいたら迎えにいったセンターに連れてくることであるという。

なお、総合病院内の救急ベッドは、施錠されておらず、モダンで快適なホテルの一室のようであった（図2）。また、精神科医はユニフォームを着用せず、一見すると医師には見えない自然体の方であった。我々が訪問した前夜は2名の患者が入院していたが、朝には退院したそうである。



図2 総合病院内の精神科救急ベッド

3. その他のサービス・プログラム

1) 家族支援

2010年は、「精神病とはどのようなものか」「精神病を持つ人たちにどのように対応するか」というテーマで年間2つの家族支援コースを開催し、各コースに25組の家族が参加していた。家族は、自分が住む地区のセンターから紹介され、最初はスタッフに同行してもらいながら参加を始めることが多いそうである。また、家族からの声がトリエステ保健局に取り入れられ、家族と協働しながら様々な活動を改善していくような体制がとられているという。

2) 就労・住居支援

職業訓練や労働プログラムを利用するには、現金による労働奨学金を受けることができる。そのことによって、対人関係能力や作業技術などの就労に必要なスキルだけでなく、これまで病人として支援される立場から、自分

のできることを見つけ社会の一員としてのアイデンティティを獲得することも期待されているという。

また、自立して生活することが困難な利用者のために、サポートを受けながら共同で生活するアパートやグループホームがある。

これらの支援では、後述する社会協同組合と提携することにより様々な形態の就労やレジデンスの利用が可能になっている。

3) その他

トリエステ保健局管内においては、上記のほかに、刑務所に拘留されている患者のサポート、女性を対象としたメンタルヘルスサービス、薬物依存症やアルコール依存症患者への支援、子どもや高齢者を対象としたメンタルヘルスサービスなど、多岐にわたる活動がなされているそうである。

4. トリエステ精神保健局と連携している事業体

1) 社会協同組合

イタリアで1900年代に設立された労働者間の協同組合は、私的投機の目的を持たず、助け合いの性格を持つ共同主義の事業である⁷⁾が、障害者等の雇用には消極的であった。しかし、1991年に精神障害者のリハビリテーション活動を推進するための社会協同組合が制度化された。社会協同組合には、デイケアや住居サービスなどの「社会保健サービスおよび訓練サービスを運営する」Aタイプと、「社会的弱者の就労を目的とする活動を展開する」Bタイプがある。Bタイプでは、労働者である組合員のうち30%が社会的弱者（精神・身体・知的障害のほか、貧困者、移民、虐待を受けた子ども、元受刑者なども含まれる）でなければならない^{8), 9)}。組合員は総会での投票権を持ち、幹部は全組合員の投票で選ばれ、組合員の待遇は、障害の有無に依らず報酬も同等である。社会協同組合に対しては税優遇措置や、公共事業入札時の優先権など経済的なメリットがあるため、精神障害者も比較的雇用先を探しやすく、社会の一員と成ることが可能である。障害者も一労働者として一般の労働者と対等に仕事をこなすからこそ、それ相応の報酬を受けることができるし、組合側が病状等に関与することはない。

トリエステでは、サン・ジョバンニ病院跡地にあるレストラン「野いちご」、ラジオ局と古着を使ったバッグなどを製作・販売する工房を併設した「ラ・コリーナ」

(図3)、パルコラ精神保健センター近くの「ホテル・トリトーネ」を訪問した。レストランのランチは大変おいしくサービスが行き届いており、工房で作られている作品はどれもスタイリッシュであり、二つ星ホテルのバルコニーから海を眺めながら頂いた本場のカプチーノは格別であった。そこで働く人々の障害の有無による違いは全く分らない。



図3 社会協同組合 ラ・コリーナの作業場

2) クラブジップ（自助とボランティアの団体）

アクセスの良いトリエステ中心街のビルの一角にある自助とボランティアの団体クラブジップを訪ね、ロベルト看護師とソーシャル・ワーカーのラファエロ氏から話を聞いた。

クラブは15年ほど前から活動を開始しており、様々なグループ活動、スポーツ、芸術活動、文化的なイベントを開催している。特に、スポーツでは、ヨット、バレーボール、バスケットボール、サッカーのチームを持っていて、海外へ遠征に行くこともある。また、劇団（気の触れた人たちの集団）の活動は世界的にも知られ、その芸術性は高く評価されているという。

開始当初はセンター利用者である精神障害者を対象とした社会復帰やコミュニケーションの促進を目的としていたが、現在はトリエステの下町の子どもたち、移民、薬物依存症患者など社会的弱者のほか、スポーツを楽しみたいという一般の市民にも広く門戸を開いている。障害者も健常者も一緒に活動するなかで、お互いを理解し合い、社会性が育まれたり、チームメイトとの友情や互助的な関係が生まれたり、地元の人々とのコミュニケー

ションも図られている。なかには、スポーツを通して、投薬量が減ったり、生活の質が改善したり、病気再燃の予防につながっている利用者もいるという。

IV. 地域生活中心型の支援の基本的なあり方

今回の視察を通して捉えた、地域社会のなかで精神疾患をもちながら生活することを実現するための基本的な支援のあり方について、以下に述べる。

1. 隔離・拘束ではなくコミュニケーションとネゴシエーション

バザーリアが行った改革は、精神障害者に対する有形無形のあらゆる拘束を廃止したことであろう。バルコラ精神保健センターのダニエラ看護師によれば、強制入院が廃止された現在においても、精神病の発症や再発により急性期状態を呈してセンターに来る人の多くは「ここにはいたくない」「出ていく」という行動を起こすという。そのような場合は、スタッフが順番にそばにつき添い、一緒に話をしたり、何がしたいのか聴いてみて沢山のやりたいことのなかから一緒にできることを1つか2つやってみたり、本人が落ち着くまでそばにいて一人きりにしないことが基本であるという。また、その人が本当に危険な状態のときには、ドアの前に立ちふさがってみる、一人で対処できなければ「少しお話ししましょう」と数人で輪を作ってみるなど、鍵をかけずとも平和的に外には出られない形を作ることができるという。つまり、力関係による抑制ではなく、バザーリアが提唱したコミュニケーションやネゴシエーションの対応が地域のなかで治療する上での基盤となっている。

2. 患者と支援者は対等の関係

ロベルト・メッツィーナ医師は、治療の基本は薬物療法ではなく、患者と支援者の対等な関係が最重要であると力説した。患者の病気だけをみて「治してあげる」というスタンスではなく、患者を一人の困っている人として捉え、「一緒に治していきましょう」「一緒に解決していきましょう」という関係に変えていくことから始めるという。患者は自分が患者として見下されているのではなく、目の前の医師なり看護師なりは、自分と対等の立場で自分がより良い状態になるために助力をしてくれる人であるという実感をもてることが、どんな薬にも変えがたい治療となる。印象的なエピソードとしては、患者が

不穏状態になっても頓服薬は使用せず、「パールに誘って一緒にエスプレッソを飲みながら話を聞く」のがトリエステにおけるもっとも有効な治療法だというものである。もちろん、医師や看護師は治療に責任を持っているが、患者も自分の生活と病気の管理に責任を持っている。自分はどのような状態になると危機的な状況になるのかを患者自身が把握していると、危機的な状況になる手前で病院に行くことができ、患者自身にとっても、社会に対しても安全を保障することになるという。

3. 自由こそ治療/全ての患者が対象

今日、精神科治療においては世界的に見ても薬物療法がその主流となっているが、ロベルト医師やブルチ教授などイタリアのバザーリア派の精神科医たちの考えは少し異なっていた。薬物は確かに助けにはなるかもしれないが、あくまで補助的なものに過ぎず、回復する主人公はその人であるという。完治はしていなくても、病気があっても、その人の自由を保障し、社会生活ができるように後押しするのがトリエステ式の治療だと述べていた。たとえ病気があっても、症状があっても、本人が望む好きな場所へ移動することができ、市民権を得て、「病気があっても私はこれを行っています」と言えるようにするのがトリエステ式である。そして、それは、慢性の人、治る可能性がある人も、完治した人も、一生治らないような重症な人も、様々なレベルの全ての人が対象である。バザーリア派の改革のスローガンであった「自由こそ治療だ！」¹⁰⁾は精神科病院や強制治療が廃止された今も、当時とは別の新たな意味を伴って現在へ引き継がれている。

4. 強みや健康な部分を生かす

バザーリアは精神病を否定したわけではなく、病気を持っている人がいても、その人の強みや良い部分、健全な部分を生かしていこうスタンスを持っており、それが改革当時の長期入院患者の回復と退院へのモチベーションを高めることにつながっていたと思われる。そして、それまで患者の狂気に焦点をあてて病院の所有物の一つとしか見ていなかったスタッフが患者の強みや健康な部分に目を向けることで、患者を一人の人間として捉え、自分自身も一人の人間として患者と向き合うことを可能にした。

クラブジップのロベルト看護師は、バザーリアの言葉

を引用しながら、精神的な問題がある人でも健常な部分を活かせば、サッカーの試合にも出られるし、バレーボールもできると話していた。自分の得意なことを活かせば、社会協同組合で働き、相当の収入を得ることもできるのである。ここに、個人の能力を削ぐことなく最大限に生かして地域社会のなかで普通に暮らすことをサポートするためのヒントが含まれていると考える。

V. おわりに

日本が未だに成し遂げられないでいる「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療改革に、イタリアでは40～50年前に着手し、トリエステでは20年、イタリア全土にいたっては30年という長い歳月をかけて結実した。そして、改革の立役者であったバザーリアは決して過去の人ではなく、今もその哲学と志が多くの後継者たちにのなかに綿綿と受け継がれ、今日のイタリア精神保健医療の血肉となっていることを実感した。彼の残した多くは、ノーマライゼーション、パートナーシップ、インクルージョン、リカバリー、レジリアンスといった現在の精神保健医療における重要概念に換言できるかもしれないが、今回の視察を通してその本質的な意味を再確認することができた。

帰国後に、トリエステで話を伺ったロベルト・メツツィーナ医師がWHOのコミュニティ・メンタルヘルス部門のリサーチ・トレーニング協働センター長に抜擢されたというニュースを知った。これは、精神科病院を持たないトリエステが、精神保健医療の世界的な推進モデルとして認められたということの意味していよう。

ただ、今回の視察ではあまり触れられなかったが、イタリアの社会は、教会という霊的権威、ローカリズム、家族・親族のネットワークの公共空間の三重の屈曲とでもいうべき政治文化によって規定されるという¹¹⁾。そのため、社会・文化・政治的な背景が異なるわが国に、トリエステをはじめとするイタリアの取り組みを適応し活用するためには詳細な吟味が重要となるであろう。また、今回は報告できなかったベローナやアレツォの改革のあり方や改革後のイタリアにおける課題の検討と整理も必要となる。それでも、現在、足踏み状態のわが国の精神保健医療福祉改革が対面している大きな壁に風穴を開けるためのいくつかの示唆を得ることができたと考えて

いる。

謝辞

このたびの視察を企画し、サポートしてくださった精神保健福祉交流促進協会と、私たちの疑問に一つひとつ丁寧に応え適切な解説をしてくださった谷中照雄先生に感謝申し上げる。

文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2011-08-10，<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>
- 2) 「今後の精神医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書（精神保健医療福祉の更なる改革に向けて），2011-08-10，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 3) 大熊一夫：精神病院を捨てたイタリア捨てない日本；76-83，岩波書店，2009.
- 4) 前掲3) 35.
- 5) 前掲3) 180号法全文；233-240.
- 6) トリエステ精神保健局編，小山昭夫訳：トリエステ精神保健サービスガイド-精神病院のない社会へ向かって-；45，現代企画室，2006.
- 7) 前掲3) 119-120.
- 8) 坂本沙織：社会協同組合から見たトリエステの地域精神保健活動のあり方，メンタルヘルスとウェルフェア，5；49-62，2009.
- 9) 佐竹直子：諸外国での就労支援①-イタリア・トリエステにおける就労支援，社会協同組合の役割，Schizophrenia Frontier，10(4)；24-27，2009.
- 10) ジル・シュミット著，半田文穂訳：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，2005.
- 11) 小谷眞男：もうひとつの福祉レジーム？-イタリアの研究動向から-，福祉社会学研究，2；91-105，2005.

(受稿日 平成23年 9月28日)

(採用日 平成23年12月13日)