

## 精神障害者地域生活支援の国際比較

— イタリア —

坂本 沙織

### ■ 要約

本稿は、公立精神科病院を閉鎖して地域精神医療保健に転換したイタリアの実践の中から、“専門職の連携の在り方”について言及したものである。そのため、まずイタリアの精神医療の歴史の変遷について俯瞰し、その時代背景の中で具体的に実践してきたトリエステ県とアレツツオ県の精神医療改革を専門職の働き方の変容に着目しながら記述する。次に、現在の両県の取り組みを取り上げながら、制度とともにチーム医療が展開できるようになったその背景と法制度、専門職が挑戦し続けている実践について記述していく。これらのことにより、イタリアの中でも先進的な取り組みを行ってきた、トリエステ県、アレツツオ県において、専門職チームで行われる地域精神医療保健活動の意義と具体的な連携実践とその課題を明らかにする。

### ■ キーワード

地域精神医療保健、連携、専門職の役割分担、専門職再教育

## I はじめに

日本では、1995年の「精神保健及び精神保健福祉に関する法律」の制定以降、精神障害者支援において、医療とともに生活、就労などの支援も重要視され、多様な支援機関、支援の場が創出されてきた。そして今日、「他機関・他職種の連携」の必要性が新たな課題として訴えられている。しかし他機関・他職種連携実施の前に、理念、支援哲学、支援方法の違い、法制度財源の枠組み相違など、連携を阻む要因は多岐に渡っていると考える。

そこで本稿では、精神医療改革後40年経過したイタリアの地域精神医療保健の実態を解明していく中で、まず支援者の役割分担と連携の意義について言及し、さらに法制度改正や専門職再教育にも着目しながら連携体制が確立されてきた背景と方法、現状を把握することを目的とする。

## II イタリア精神医療保健福祉の歴史

### 1 精神医療に関する法律の変遷

#### (1) 治安対策重視の精神医療

1861年、ローマ帝国崩壊以降分裂していた都市をイタリア王国が統一したことに伴い、それ以前に都市ごとに規定されていた精神医療制度も統一され、1904年に法36号が成立する。同法は、精神病患者を治療することよりも社会的治安や秩序保持のために強制入院させることに重点を置いたものであった。1906年、法の一部改正（法615号）の中で人道的、福祉の配慮が加えられ、病院における衛生基準の整備や働く場の確保などが示されたものの、依然として治安対策が精神医療の目的とされていた。同法のもとでは、入院後も物理的拘束を行う等、治療的介入が不十分なため退院者は増えず、その一方で警察長官が治安対策の一手段

として入院を命令し、入院者数は増加し続けたため、イタリア全土で2000床を越す精神科病院が乱立することとなった。この状況を作り出した法615号は、第2次世界大戦後、絶対王政が廃止され民主化が進められた後も継続された。

## (2) 公立精神科病院廃止

第2次世界大戦の結果、枢軸国の一つであったイタリアは連合軍によって敗れ、ファシズム政権が崩壊した。戦争とその結果は、人々がそれぞれ信じてきたもの、いわゆる宗教、社会主義、ファシズム、男女関係、雇用者と被雇用者の関係、統治者と被統治者の関係において国民が疑問をいだく契機となった。その結果、1945年から1968年の間にイタリアでは、社会改革を要求する社会運動がおり、この社会背景の中で精神障害者の人権運動も発展し、第2次世界大戦後の精神医療に対する法律が見直され、1968年に法431号として結実した。同法では本人の意思によって入院する「自由入院」が規定され、精神科病床数の縮小と看護者と患者の比率を1:3にすること、またソーシャルワーカーを100床に一人配置することなどが規定された。しかし実際には多くの病棟は施設されたままであり、患者は拘束衣を着せられ、ベッドに鎖でつながれている者もいた (Ramon, S, Giannichedda, MG:1992)。このような患者の人権を損なう閉鎖的な精神科病院の構造は同法の施行によってもあまり変化をもたらさなかった。そのため自由入院も増加することはなかった (遠山:1991)。

その後、イタリアの精神医療に大きな変化をもたらした法律が1978年5月13日に可決された法180号である。同法によって公立精神科病院<sup>1)</sup>への新たな入院が禁止された。またその半年後の12月には同法は「国民保健サービス制度」法(法律833号)に組み込まれ、「医療は治療を受け健康を回復する人間の権利のために存在しており、治安上の判断のために用いるべきではない」と規定した。翌

1979年には1つの精神科病院につき病床数を15床以下にすること、また新たな精神科病院の設立を禁じるとともに、既存の精神科病院を順次廃止していくことを各州の責任とした。法180号はイタリア共和国における統一の法律であり、地方行政の力が中央政府より強いイタリアでは、その規定が確実に履行されるためには州法が規定されなければならなかった。そのため、1978年の法律制定以前から精神科病院改革運動を行っていた先進的な地域では、新たな州法の制定によって、精神科病院閉鎖へと動いたが、必ずしも全ての州で精神科病院が閉鎖されたわけではなかった。その要因として、大都市及び南イタリアでの運動の展開が不徹底であり、地域精神医療のネットワーク支援に対する財政不足が考えられる。

1980年代、「強制入院を認め、精神科病院の再開」を意図する法律に改悪する政治情勢も州によっては起こった。そのため1990年代に入っても、1978年以前の精神科医療サービス形態と変わっていない州も存在していた。法律制定から16年経った1994年、「精神保健対策事業」が発表され、法律を履行するための予算が初めて組まれた。このことにより、各州が精神科病院の廃止へと動き出した結果1999年3月に、イタリア国内の公立精神科病院が全て閉鎖されたのである (DSM:2006)。

## 2 精神科病院改革から地域精神保健活動へ

本節ではより具体的にイタリアの精神医療改革の内容をとらえるため、法制度改正前から精神科病院改革を行ってきた2つの県に着目する。第1にイタリアの精神医療改革の先駆者であったフランコ・バザーリア (以後バザーリア) が精神科病院改革後地域精神保健サービスを展開した都市であるトリエステ県、そして第2にフランコ・バザーリアの共同研究者であったアゴスティーノ・ピレラが改革を行ったアレツィオ県<sup>2)</sup>の2つの県における改革理念と歴史、現在までの活動の沿革を示す。

## (1) 精神科病院の中から発展したトリエステ県の精神医療保健改革

### ①閉鎖的な病院構造と崩壊した専門職関係

1970年から、精神科病院改革の中心となるサンジョバンニ精神科病院は、トリエステ県に唯一ある巨大精神科病院であった。同病院は、「治療」よりも、「治安対策上の収容所 - アサイラム」の役割が大きく、患者は扉、鍵、拘束衣によって外の世界から遮断され、強制投薬、看護師からの暴力によって、苦痛を感じ叫びながらも、その声は決して外部に洩れないようになっていた。1971年精神科医であったバザーリアがサンジョバンニ精神科病院の院長に就任した当時、患者は1260人もいたが、それに比べて医師は10人、看護師353人であり、看護師の仕事は、患者に沈黙と秩序を守らせることであった。医師は閉鎖された病棟内には入らず、拘束や薬物の指示だけが仕事であった。看護師達は主任看護師だけを頼り、命令、隔離、秘密、いざごの鎮圧にあたっていた (Ramon, S, Giannichedda, MG:1992, Dell' acqua 2007)。

### ②専門職の組織化と理念の徹底

1971年8月バザーリアがトリエステ県の精神科病院で仕事を始めた当初、若い医師、心理士、ソーシャルワーカー、ボランティア、学生、社会学者を集め、改革者グループを形成することに尽力した (ジル・シュミット:1985)。さらにバザーリアは医学部の講義の一環として医学生にもこの改革運動を体験させた。バザーリアグループは、「精神病とは何か」、「精神科病院とは何か」など毎日のように議論していく中で、「精神病者の暴力は精神病という病気が原因ではなく、苦悩をアピールしている結果である」と考え、人間を鉄格子や閉ざされた扉の中に押し込める病院のやり方を否定して、1971年から閉鎖病棟全体の開放化がはじまった (Parmegiani,Zanetti 2007)。

開放化は、まず治療者と患者の信頼関係構築から取り組まれた。その当時、カルテに詳細な記録さえ残されていなかった患者達と改革者グループはコミュニケーションをとり、症状とともに患者一人一人の生活史などを改めて確認したのである。また重症で話すこともできない人においては、家族とも面談し、患者を理解することに改革者達は力を注いだ。その結果、患者も変化し始め、病院内の病室にかけられた鍵は自然に必要ではなくなった。また保護衣、ショック療法、強制投薬などすべての抑圧的治療が廃止され段階的に精神科病院は開放化された (Rottelli 2008)。

しかし改革によるあらゆる変化は患者に対しても混乱を招くため、この過程では、全ての専門職と患者による全体会議や、少人数での話し合いなどが頻繁に行われた。これは治療者が病気という観点から患者に治療の名のもとに抑圧を加え、その抑圧に対して更に患者が反発するという悪循環を完全に終わらせる取り組みであった。

また病院内部の開放化とともに、1971年の時点から、地域住民との関係づくりも行われた。精神病患者に対する根強い差別意識は残っていたものの、地域住民と精神病患者が実際に会い、互いに話し合う機会を改革者グループは提供した。その結果、外部社会とのつながりを奪っていた鉄格子、鍵のかかるドアも全て取り去られることになった。

### ③地域精神科医療への混乱と専門職再教育

改革者たちは、改革当初から精神科病院の開放化ではなく、地域支援に移行することを目的としていたため、改革が始まって4年後の1975年、最初の地域精神保健センターを設立した。当初は24時間対応ではなく、地域へ退院した人のデイケアとしての機能が主であったが、病院退院者の増加とともに活動内容も徐々に発展し強化されていった。その後、トリエステ県全体を5つの地区にわけ、地区ごとに精神保健センターが設置された。

しかし地域での活動が展開されながらも依然として精神科病院は機能しており、改革者たちにとって、一方では、精神科病院の制度的ならびに行政的な組織を維持しつつ、他方ではそれを変革して地域的なサービスネットワークを構築しなければならないという改革過程の中で最も大変な問題を抱えた時期であった。この仕事の変化はスタッフに強い抵抗感と不安をもたらしたため、2年間職員のリトレーニングが行われた (Parmegiani, Zanetti 2007)。

1977年には、市中の総合病院に、精神科救急医療が開設されたことによって、精神医療は基本的に精神保健センターで行い、緊急の場合だけ精神科救急医療で行うという体制が整い、サンジョバンニ精神科病院への新規入院はなくなった。

1978年5月13日トリエステ県や他のイタリアの地域で進む脱施設（病院）化の流れに押されて、精神科病院の段階的閉鎖を命じる法180号が認可された。法律公布時、トリエステ県のサンジョバンニ精神科病院は既に保護的な施設ではなくなり、入院率も下がり、新規の患者受け入れも機能を停止していた。1979年それまで改革の中心となっていたバザーリアの任務を引き継いだのがフランコ・ロッチェリであり、彼は精神科病院を決定的に閉鎖するという容易ならぬ任務を担うことになった。この7年間の改革は患者、家族、スタッフ、地域住民、行政に混乱をもたらしていたので、非難や刑事告発の対象にもなっていた。また実際に病院から地域サービスに切り替えるためには、財政の整理や配分を変化させるために、行政と調整を続けなければならなかった。この仕事は一見精神科医などが行う業務を超えていると考えられるが、改革前からバザーリアは、「精神病は閉鎖された構造の中で完治することは極めて難しい。社会的立場が弱いために精神病になりやすかった人を精神科病院に入れるという行為は、さらにその人達の社会的立場を弱くしてしまっている。これ

は、精神医学だけの問題ではなく、政治的、経済的な視点でも改革が必要である」と考えていたので、改革者達は行政と協力して徹底的に財政基盤も変化させていった。

ついに1980年4月21日トリエステ県の行政は「同県の精神科病院はその機能を停止し、廃止する」という決定を宣言できたのである。

#### ④地域精神医療強化のための体系作り

1981年、地域内のサービスネットワーク、プログラム、活動内容、プロジェクトの組織作りをする精神保健局が設立された。また精神保健局が管轄する5つの精神保健センターが規定され、各センターは人口およそ5万人を擁する診療圏を受け持ち、デイホスピタルやナイトホスピタルとして利用する人びとのために8床のベッドと食堂を備えた。また1980年より、刑務所内での地域サービスが始まった。これは、精神保健局の職員が法務省の認可を得て、トリエステ地区の刑務所に行き精神障害がありながら、罪を犯した人にむけて刑務所内で引き続き治療を行うことを保障するものである。精神障害をもった犯罪者の刑務所内での施設症を回避するというこの活動をトリエステ県精神保健局は20年間続けた結果、2000年には、“受刑者も予防・治療・リハビリテーションの介入を受ける権利がある”ということが法律で定められ、精神保健局がこの活動を行う上で最適な組織であると認められた。

1980年代、精神保健局と提携したグループホームなど住居サービスも増加していき、精神科病院の退院者だけではなく、入院したことはないが、不安定な家族事情や激しい家族内の軋轢を抱えて暮らす人びとも、宿泊所が提供された。これと並行して、1980年後半から働く場と、職種もますます増加していった。また薬物依存症のためのサービスが増設されると、精神保健局と協力して、アルコールや非合法薬物に依存する人びとを

対象にした多くのプログラム（協同組合、スポーツ、余暇活動）が生まれた（Dell'acqua 2007, Rottelli:2008）。

### ⑤財源の再調整と公的資金の限界

精神科病院の廃止を促す法律は制定されていたものの、1990年代後半まで財源の配分やサービスの提供は病院中心であった。1994年から1996年の2年間にかけて、トリエステ県を含む4つの県からなるフリウリ＝ヴェネツィア・ジューリア州では保健サービス組織の機構再編が行われたのにも関わらず、新たな地域サービスが進展した。またこのことによって、財政配分も地域に45%、病院に55%となり、トリエステ県精神保健局は地域サービスネットワークの形成を進め、人的資源や組織に強力な投資を行うとともに、精神保健活動においてもよりよい地域サービスを行うようになった（DSM 2010）。

1990年代から多くの自助グループも生まれた。精神科病院を閉鎖して地域サービスへ転換したものの、予算不足のため公的機関は、全ての精神障害者の余暇活動や、若者に対するサービスを提供することができなかった。そのため、このようなサービスは精神保健局と提携した当事者グループや、ボランティアグループによって、10年以上行われてきた。2002年以降は、公的機関においても余暇活動のセンターが設置されるなど、活動の幅は広がっている（Rottelli 2008）。

## (2) 地域支援体制形成から始まったアレッツォ県の精神医療保健改革<sup>2)</sup>

### ①精神医療改革の理念と目的

アレッツォ県はイタリアの中部に位置するトスカナ州にある人口約35万人の県である。同県での精神医療改革は、バザーリアの共同研究者であったアゴスティーノ・ピレラが1971年にアレッツォ県の精神保健サービス監督に任命され赴任して

きた時から開始された。

1971年まで継続されていた隔離収容型の精神病院を改変するために、「入院者が治療後退院できるような体制と再発時の支援体制、さらに、退院者が安定して地域生活できる体制はいかにして可能か」を改革者達は議論した結果、「地域と密着した組織作り」が改革運動の目標として掲げられたのである。そのため病院内改革と病院外改革を同時進行で行ったことがアレッツォ県の特徴である。

### ②精神科医療体制の再構築と専門職業務の改変

病院内改革で第一に行われたことは、それまで精神科病院という組織が奪ってきた患者の自尊心とアイデンティティを患者に取り戻すことであった。具体的には、患者を名前で呼称し、患者の私物も患者自身が管理するように変えていった。また病棟を開放化し、患者自身が責任を持って行う入院制度を導入した。さらには、病棟のスタッフ同士の会議、患者と職員による開かれた会議が行われ、患者と家族が自由に交流できる環境も整えられた。医療的介入としては、精神疾患以外の医療を必要としている患者に対して、外部からの治療介入も開始した。このような改革の中で、精神科の専門職だけではなく、専門職を支える、一般住民、学生など多くのボランティアが参加しながら精神科病院の開放化が行われ、徐々に退院者も増加した。

病院外の取り組みとしては、精神疾患と共にそれ以外の疾患も併合した患者に対して一般病院での入院制度を体系化した。また一般病院に精神科の病棟を創設し、改革後の新規患者は一般病院の精神科での入院治療が可能となった。急性期時は救急病院や往診による対応と治療が進められた。住居支援としては、重複障害や家族に受け入れられない患者の為にグループホームが設立された。改革から4年後、精神科病院から退院した人の回復支援機関として、地域で精神保健サービス機関が起動し始め、このサービスは、元々入院者であ

った精神障害者のためだけでなく、徐々に市民すべてのための精神科救急病院として機能し始めたのである。

### ③地域チーム医療の本格化

上記のように1971年から精神科病院内外、それぞれが改革を起こしたことによって、以前の入院患者900名のうち90%の患者が退院することができ、最終退院支援対象者の多くは高齢者であった。そこで1974年以降、高齢者の地域支援対策が新たな目標として取り上げられた。具体的には、デイサービスのようないくつかの活動支援機関・宿泊施設を地域に作り、それらを利用しながら、医師・看護師が家庭訪問や、訪問看護を24時間365日体制で行うことがはじめられた。また危機介入チームも編成され、地域での家庭訪問と訪問看護による治療が開始された。同方法で最終的にはすべての患者の退院が可能となり、地域での継続した治療が可能となった。

地域医療は24時間365日体制のサービスを医師が保障することで可能になったものの、医師だけの訪問活動では対応しきれず看護師、ソーシャルワーカー、その他の専門職を含むチーム形成によって、24時間365日体制の日常治療から危機介入の支援体制が可能になった。チームでは毎日の全体ミーティングにより訪問状況把握と支援方法の確認が行われた。危機状態の前に介入し、長期入院を回避できる訪問・往診活動が可能となったのである。またアレッツォ県の地域精神保健行政は青少年や幼少期の子供に対しても早期予防・早期治療を行い、成人における精神疾患の重症化を予防する活動を行ってきたことも特徴であった。1978年に法180号が可決され、イタリア全土で公立精神科病院の閉鎖実施が促されたが、1978年までにすでに改革運動が行われていたことによって、同法施行に十分対応できる体制ができていた。1978年までの地域精神科医療における早期発見・

早期治療の重点的施策に加え1980年以降、社会復帰リハビリテーションも始動し、1990年にアレッツォ県の精神科病院は閉鎖され、アレッツォ県とアレッツォ市に譲渡されたのであった。

## III イタリア精神医療保健福祉の現状

### 1 現在の社会保障制度の理念と沿革

第二次世界大戦後イタリアは高度経済成長期を経験し、福祉に関する各種制度の構築がすすみられ社会年金制度の導入も行われた（宮崎:2005）。その後1970年代から地方分権化の時代となり、この動きの中で保健医療行政全般も国から州に移管された。1980年高度経済成長の終焉とともに公的支出の削減がすすみられ、従来のイタリア福祉国家の枠組みでは対応できなくなった。そのため1990年代後半から「改革のシーズン」となり、各種の社会保障制度が見直され、非典型的な労働者に対して補完的な政策を行ってきた保守主義と、福祉に関して家族責任を最大限に重視していた家族主義に対して改革が行われた。

1990年代の「改革のシーズン」以降、近年のイタリアの福祉政策では、社会的ニーズへの対応は多様な主体が関与し、自発的な社会援助システムを構築することが重要視された。そのため、社会的に排除されやすい人々への雇用創出などの労働政策が法制化され、従来の縦割型福祉行政の見直しが行われ、多様主体の関与と、諸施策間の緊密な連携が重視されていったのである（小島、小谷、鈴木、田中、中益、宮崎:2009）。

### 2 国民保健サービスの機能

イタリアでは、イタリア共和国憲法における「国が国民に等しく総合的に健康を保障する」という理念のもと1978年法833号が制定され、全ての医療は地域ごとに分割した行政単位（USL）で行うこととされた。もともとは、USLは人口20万人

を超えない範囲としていたが、1992年の法律502号により、県の範囲と一致すべきとされたため、現在では各県を保健サービス実施の行政単位としている。そしてUSLは1992年以名称をASLに変更し、2005年にはイタリアに195のASLが存在している(DSM 2010、小島、小谷、鈴木、田中、中益、宮崎:2009)。

#### IV トリエステ県、アレツツオ県の 地域精神保健活動の現状

##### 1 治療概念と専門職連携の意義

トリエステ県、アレツツオ県の両県に共通する精神障害者支援は、地域社会生活を中心としたモデルで行われている。その実現のためにこの30年間現場で研究が続けられ、精神障害者の地域支援が徐々に確立してきたのである。ここでいう地域社会生活を中心としたモデルとは、一人の精神病患者について支援を考えると、その人に関わるあらゆること(生活史、住居、宗教、経済状況、家族、友人、配偶者、職業、文化、生活、医療、法律)を考慮し、複雑な社会的ネットワークの中で展開される支援のあり方である(Della' Acqua: 1996)。トリエステ県精神保健局長、ジュゼッペ・デッラックア医師はトリエステ県の30年間の取り組みの中で、“治療”について次のように述べている(DSM:2006、2010)。

「治療とは突発的にせよ慢性的にせよ困難な状態に陥った人が社会的権利や利益を失わないように、またみずからの役割を果たす勇気と能力を失わないようにすることである。従って、支援者は精神病患者の諸権利を守り、維持する支援と同時に私生活はもちろん、その人が属する共同社会の中で網目のように張りめぐらされている人間関係や交流を支援することである。」

またデッラックア氏は現在の精神医療の進歩も考慮して以下のように述べている。

「30年前と比べ今日では適切な薬剤や心理療法が導入され、精神病が治癒する可能性も高くなったものの、彼らの真の回復のためには、地域が新しいサービスの体制を整え、本人、家族、市民が主役になり彼らが幅広く提携して自らの権利を強化できるようにしなければならない。即ち病気の治療という介入だけでは不十分なのである。」

上記の考え方が根本にあり両県地域精神医療保健活動においては、全てを包含した社会的ネットワークの中でサービスを提供する努力が続けられてきた。

##### 2 包括的な支援を一部可能にしている行政体制

すでに述べたように、イタリアでは国民保健サービス制度により、地域ごとに分かれた保健サービス事業体(ASL:Azienda Sanitaria Locale)がその地域の保健サービスを提供する。ASLの管轄範囲は1992年の委任立法502号により、できる限り県の範囲と一致すべきとされた。そのため、人口24万人のトリエステ県も人口32万人のアレツツオ県も一つのASLの中で、県民全体の保健サービスを展開している。したがって保健サービスの一つである精神保健医療もASLの中の一つである、「精神保健局」が県全体の精神保健医療サービスを管轄している。

トリエステ県、アレツツオ県どちらにおいても、精神保健局がASLの中の他のサービスと連携していることは共通である。例えばトリエステ県においては、ASLの中のサービスの中でも特に“予防局”、“薬物依存症局”、“アルコール依存症局”、“他障害の支援機関”と連携している。アレツツオでもトリエステ県と同様の他サービス局と協働して支援が行われているが、アレツツオの特徴は、他科の医療サービス機関(小児科、婦人科、高齢者専門の病院)とも深く関わり予防、治療、リハビリテーションを行っていることである。例えば精神科医と小児科医が一緒に往診や家庭訪問も行っているのである。

(ヒアリング調査より筆者作成)

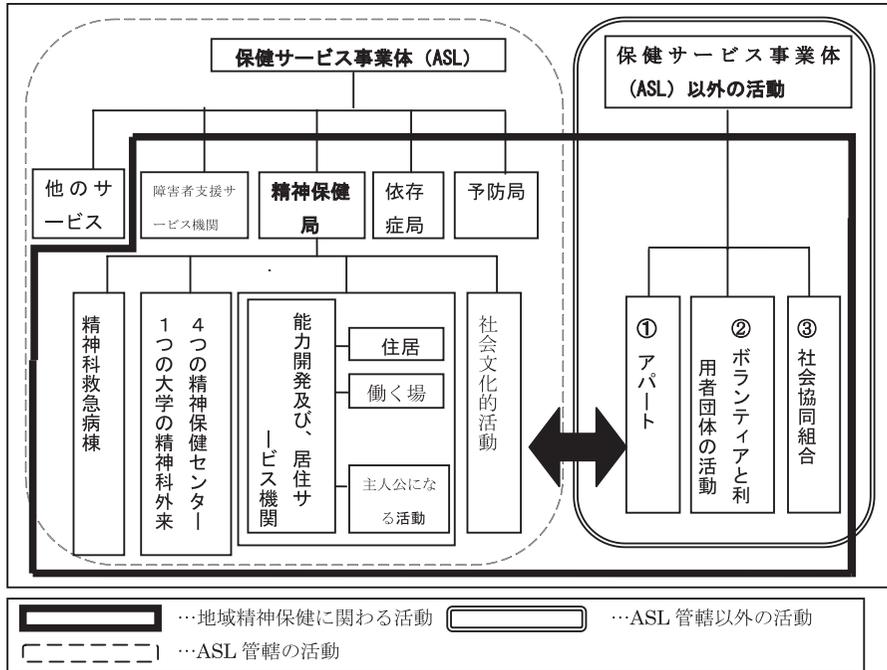


図1 トリエステ県地域精神保健活動の全体図

以上のようにASLという同一の保健サービス実施行政単位の中で各専門機関が機能していることは、各専門領域が協力しやすい一要因と考えることができる。

さらに精神保健局内部もあらゆる支援機関が存在するが、同じ管轄局のもと機能しているため、各機関が協働をより容易にしている。しかし、トリエステ県、アレツォ県に限らず先進的な地域精神保健活動を行っているイタリアの多くの都市では共通して、公的サービスと、公的外サービスの協働により精神障害者の地域生活支援が展開されている。例としてトリエステ県の精神保健局の活動とそれ以外の地域精神保健に関わる活動を図1に示す。ASLの中で地域精神保健医療が展開されることは、包括的な支援を可能にする一つの手段ではあるが、公的サービスのみで幅広い支援ネットワークが完結しているわけではない。

1996年以降のアレツォ県の精神保健政策は、新規入院者減少を目的として乳幼児や青少年への

予防や早期発見、治療、教育にも重点を置いてきた。現在のアレツォ県が行う精神保健局の活動の特徴の一つに他の病院への診療活動があり、老人保健施設や婦人科、小児科など精神保健局の参画が必要な専門分野に精神科専門職が関わり、予防・治療・リハビリサービスを行っている。さらに、小児科医をはじめ、他科の専門医との往診活動もある。アレツォ県もまた精神保健局と連携しながら地域精神保健サービスで大きな役割を担っている地域市民サービス（公的機関以外のサービス）が数多く存在する（表1）。

表1 アレツォ県の地域精神保健活動に関連している地域市民サービス

市町村評議会及び保健協会	余暇・スポーツ協会
地域社会サービス	市民保護団体
県行政サービス	文化・慈善団体
学校、大学	商業・手工業連盟
ボランティア協会	司教区、教区、宗教団体
自助・共済グループ	警察

(アルド・ダルコ医師講演会資料を参照し筆者作成)

3 短期入院治療を可能にする体制と専門職の動き  
 イタリアでは、公立の精神科病院が廃止されたといえども、入院治療はあらゆる形で存在している。その一つが精神科救急病棟であり、同病棟にはトリエステ県では6床、アレツォ県でも7床だけ入院治療のためのベッドが設置されている。この精神科救急病棟の存在意義、そして、そこで専門職はいかなる働きをしているのか、これまでの歴史と現在の状況を踏まえて言及する。

改革前の精神科単科の病院では精神疾患の患者のみが入院しており、一度入院すると地域生活と切り離されていた。そこでトリエステ県でもアレツォ県でも改革者グループは次のような機能をもつ治療機関を必要とした。第1に夜間及び、緊急の精神科治療を中心とした短期的な治療が可能であること。第2に精神病患者の孤立を防ぐため都心に存在し、且つ精神疾患とともに精神疾患以外の治療も可能であること。第3に入院という病院サービスと地域サービスを兼ね備えていること。このような3つの機能を持つ機関を必要とし

た結果、トリエステ県では1977年に、アレツォ県では1975年以降に県の中心地にある総合病院内に精神科救急病棟を設置したのである。図2では、トリエステ県の総合病院（マッジョーレ病院）とその中に設置されている精神科救急病棟の構造を示したものである。

“精神科治療は基本的には居住区域内で行われるべきである”という精神科病院解体運動の理念のもと運動の最終段階として設置された同サービスは、病院内のサービスではありながらもその目的は精神疾患患者の早期危機介入と長期入院回避であった。従って30年経った現在も同サービスは常に地域支援につながることを念頭において行われている(DSM:2006,2010)<sup>4)</sup>。具体的には、マッジョーレ病院内の救急センターに患者が搬送された際に、精神科医療が必要な時（自殺未遂等）は、同病院内の精神科救急病棟で治療を受ける。また救急で搬送されるだけではなく、自らこの機関を訪れ利用する人もいる。ここまでは日本の救急病棟の流れと変わらないが、この後、同病棟のスタ

(ヒアリング調査より筆者作成)

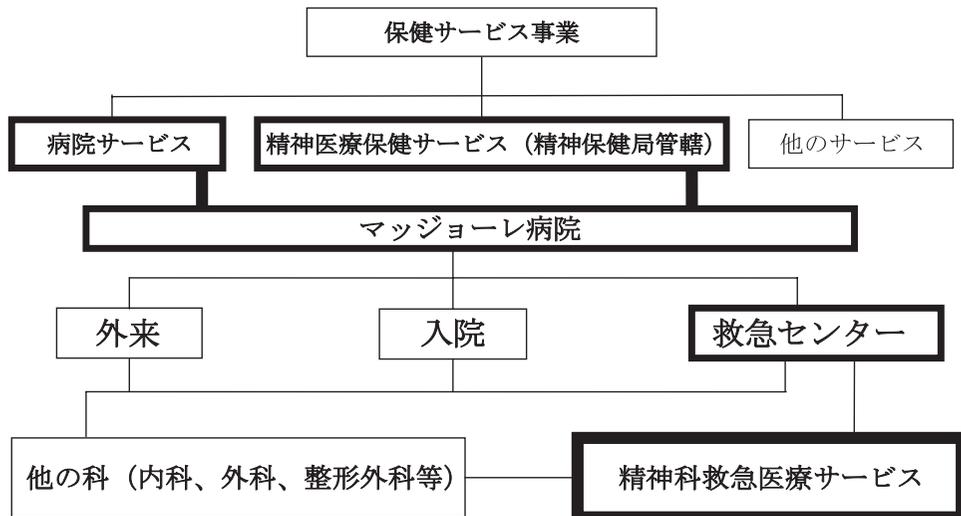


図2 トリエステ県のマッジョーレ病院内の構造

表2 2009年トリエステ県精神科救急病棟の利用状況（人口24万人に対して）（DSM2010）

治療専門職チーム	2名の精神科医、1名の看護師長、16名の看護師、1名の助手		
年間費用（2009年）	960.638€（約1億880万円）		
病床数	6床		
入院治療を行った人数	105名		
入院総合日数	890日（平均1人8日～9日）*個人差あり		
診断件数	1929件		
初めての利用した人の診断件数	681件	精神保健センターでの継続支援が必要になった人	335名
		精神保健センターでの継続治療が必要ないと診断された人	346名
利用者人数	899名 （36歳～45歳が20.24%）	女性	475名（52.83%）
		男性	424名（47.17%）
初めて精神保健サービスを利用する人	498名（55.39%）	初受診後精神保健センターでの継続的治療が必要とされた人	207名（41.57%）

（DSM2010のデータをもとに筆者作成）

ップは入院治療期間中に患者の住居地区の精神保健センターと連絡を取り、2、3日～1週間で退院させて、その後の治療は精神保健センターに引き継ぐ。2009年のトリエステ県の精神科救急病棟の利用状況を表1に示す。

#### 4 包括的機能をもつ中核機関

40年前の改革者グループは、精神障害者を治療する場として、“病院”という「閉鎖的で限られた非現実的な場所」ではなく、“地域”という「開かれているが故に複雑な問題も混在している現実的な場所」を選択して精神保健センターを設立した（Basaglia 1967, 1968）。この選択は支援者である専門職にとっても病院での仕事以上に慎重かつ幅広い技術が要求され、非常に苦難の多い道であった。しかし、バザーリアを中心とした改革者グループは、「精神障害者の苦しみには、疾病だけではなく、個人を取り巻く社会的、文化的な要因も含まれている」ことを常に強調してきたため、その理念をもとに設立された精神保健センターは、現在も治療だけではなく、あらゆる社会資源との仲介役を果たしている。現在トリエステ県では、県を4つの保健区に分けて、アレツォ県

では5つの保健区に分けて各保健区に1ヶ所ずつ精神保健センターが設置されている。またセンターに勤務するスタッフは、センター利用者のみならず、管轄内の地区に居住する全住民の精神保健問題について責任を持って働く。

各精神保健センターが管轄する地域に居住する18歳以上の全ての人が利用できる（18歳以下は別の専門のセンターが存在する）。利用する際は、直接センターに訪問・面接するケース、電話相談の後訪問するケース、あるいは他機関からの紹介などがあるが、特別な治療を行わない限り利用料や診察料などの患者負担はない。

同センターは、365日24時間利用できるが、基本的には夜間の宿泊以外のサービスは午前8時から午後8時までである。午後8時以降医師はセンターには待機していないため、緊急の治療はマジョーレ病院で行われる。2009年のトリエステ県の精神保健センターの活動実績を表3に示す。

精神保健センターでは、センター内で行われるサービスとして、外来診療、夜間宿泊（一晩から数週間、平均6.7日、症状に応じてセンターに宿泊できる）、デイケア（センターでは個人や集団での活動、進路指導プログラム、家族のためのプ

表3：2009年トリエステ県精神保健センター（CSM）の活動実績（DSM：2010）

	保健区1CSM	保健区2CSM	保健区3CSM	保健区4CSM
保健区人口	62579名	56582名	61864名	記載なし
年間利用人数	882名 (女性：56.46%・ 男性：43.54%)	982名 (女性：56.62%・ 男性：43.38%)	903名 (女性：54.14%・ 男性：45.86%)	901名 (女性：58.38%・ 男性：41.63%)
初診人数	263名 (29.82%)	302名 (31.69%)	251名 (25.18%)	217名 (24.08%)
宿泊人数	90名	116名	94名	109名
宿泊合計日数	2207日 (平均：12日 間)	2486日	2564日	2022日
60日以上宿泊した人数	6名	2名	5名	3名
精神科救急病棟と協働治療した人数	233名 ・入院者：25名 ・強制入院：3名 (合計強制入院 日数26日)	458名 ・入院者：35名 ・強制入院：2名 (合計強制入院 日数13日)	444名 ・入院者：36名 ・強制入院6名 (合計強制入院 日数92日)	460名 ・入院者：41名 ・強制入院15名 (合計強制入院 日数169日)
就労訓練した人数	44名 (4名就職)	64名 (5名就職)	54名 (5名就職)	73名 (10名就職)
経済的支援を行った人数	53名	53名	41名	69名
住居支援機関と協働した支援人数	31名	36名	18名	64名
チーム構成				
精神科医	4名	5名	4名	5名
心理士	2名	1名	3名	3名
看護師長	1名	1名	1名	1名
看護師	7名	21名	27名	22名
看護助手	2名	7名	3名	8名
精神科リハビリテーション専門員	1名	2名	2名	2名
ソーシャルワーカー	1名	2名	2名	1名
管理者	1名	1名	1名	1名
年間費用	3166260€ (約3億8000万円)	3534267€ (約4億2400万円)	3590596€ (約4億3090万円)	3981951€ (約4億7800万円)

(DSM2010のデータをもとに筆者作成)

ログラム、レクリエーション等が提供されている。また日中数時間から終日利用することもでき、デイホスピタル（薬物療法・精神療法による支援）、助言活動、電話相談、1日3回食事も提供されている。

センター外で行われるサービスとして往診活動がある。センターを利用した人のうち4分の1はその後センターあるいは他のサービス機関も利用せず自宅にひきこもってしまうため、往診によって本人や家族の生活状態の把握し、危機を早期発見、介入することができる。同センターのスタッフは、精神科救急病棟と連携し、継続的な治療を行う。その他の機関とも連携し住宅支援、経済的手当の給付を行う。さらに利用者をセンター以外の活動（リハビリテーション活動・利用者団体の活動、社会協同組合<sup>3)</sup>）にもつなげる等、幅広い社会的ネットワークを持っている。また各精神保健センターはそれぞれ独自に活動しているが、定期的に精神保健局に担当者が集まり、それぞれのセンターの状況や困難事例、行政的な対応について会議を行う。

### 5 複合的サービス実施機関の存在

地域での継続治療を前提とした精神科救急病棟や、保健区制度で支援を行う精神保健センターの存在も勿論地域精神保健医療を可能にしていると考えられるが、トリエステ県の精神保健局の内部に能力開発及び居住サービス機関（SAR: Servizio Abilitazione e Residenze）が設立されたことでより医療から生活に関することが包括的に支援できる体制が創設されたと考える（DSM: 2010）。

同機関は精神保健局の利用者に役立つ資格取得、リハビリテーション、職業訓練、居住訓練により社会復帰を促進することを目的に1990年代初頭に元精神科病院内に事務局が設立された。能力開発及び居住サービス機関は一つの建物で多様な

サービスを行っているのではなく、事務局を拠点として実際には、他機関と持続的に連携して、地域にある資源と医療サービスとの仲介役を果たしているのである。

能力開発及び居住サービス機関の職員構成は精神科医1名、看護師17名、ソーシャルワーカー1名、リハビリテーション士2名、介護助手8名、助手職員2名、管理、事務1名から成り、事務局は元精神科病院内に設置されているが、多くの職員が他機関や地域と連携して会議や具体的な支援を行っているため、事務局内には2、3人のスタッフしか常駐していない。

同機関では、「住居支援」、「就労支援」、「主体性をもって生きる活動支援（自分の人生の主人公になる）」の3つが主要な業務となる。住居支援では、トリエステ県内にある共同住居施設と連携して利用者の居住能力の向上や、就職を希望する者に対する職業訓練のための計画、実施、モニタリングを行い、長期施設入所することなく、地域の住居施設で安定した生活をおくることができるような支援を行う（DSM:2006,2010）。就労支援では、1996年には、能力開発及び居住サービス機関内に精神障害者の職業訓練、就職介入をさらに適正なものにするプロジェクトチームが形成された。これにより、精神医療サービスと就職サービスを同時に提供できるようになった（DSM:2010）。3つ目の主な業務である「主体性をもって生きる活動（自分の人生の主人公になる）支援」では、毎年1年に1回当事者が自分の体験談を市民の前で発表するという大きな集会も同機関が企画している<sup>4)</sup>。

## V おわりに

イタリア、具体的にはトリエステ県とアレツォ県の精神医療保健改革と現在の状況を踏まえ、イタリアのもつ現在の課題と、日本の実践との相違点を以下のように考える。

## 1 課題

イタリアが実施している国民保健サービスという県行政単位で保健医療がおこなわれるサービスは、医療も福祉も同じ事業体や財源のもとでサービスが提供されるため、包括的な垣根がない支援を行うことは可能である。しかし財源や保健医療計画など実質的な運営管理の権限は州に委ねられていることにより、地域格差が生み出されていることは留意しておかなければならない。また、具体的な県レベルの支援課題としては、トリエステ県では高齢化問題が深刻化しており、精神科救急病棟の利用者も4分の1が75歳以上で特に認知症の患者が多くなっている。彼らの場合、症状を一時的に安定させる薬物療法だけでは対処できないので、現行の高齢者サービスとの連携に加えて新たなサービスを開発していくことが今後の課題となっている。アレツツオ県でも現在地域精神医療は展開されているが、この中でも常に課題を抱えている。元アレツツオ県精神保健局長は、現存する地域精神医療の課題として、多量な服薬、サービスへの依存、地域の中で行われる新たな施設化、公的サービスの囲い込みによるリスク、情報不足を挙げている。つまり地域精神医療保健に切り替えていても、元の巨大精神科病院時代のようにいつでも施設化や人権侵害、当事者の力を奪う支援になることを危惧しているのである。トリエステ県、アレツツオ県どちらも、当事者が当事者の力で生活し、自己実現するためには、今の地域精神医療保健制度でも欠陥があるため、常に新しい実践を繰り返していくことが必要とされている<sup>6)</sup>。

## 2 日本との相違

イタリアの具体的な支援プログラム、教育プログラムを我が国の参考にすることは可能であるが、精神科病院を地域精神医療保健に転換するという実践やイタリアの連携体制をそのまま日本で再現することは難しい。それは、日本の場合医

療と福祉の財源が異なること、医療機関、福祉機関がキャッチメントエリア内で機能していないこと、医療機関、福祉機関において専門職は存在するが、共通理念、共通方針を持つこと具体的な行動化は各機関に委ねられていることが理由として挙げられる。地区制度で配置されている行政機関である保健所も、保健師不足を考えると保健師がすべて統括することは難しいであろう。

上記を踏まえて今後の日本が表面的ではなく、本格的に地域を中心に精神保健医療を展開し、各機関が連携していくためには、財源あるいは、制度のなかでの医療と福祉を統合していくことは、重要なポイントであると考えている。しかし、イタリアは精神医療だけではなく、一般医療においても保健サービスという制度の中で医療と福祉が機能していることが日本とは大きく異なるため、一般医療と精神科医療との関係に留意しながら進めていく必要がある。またキャッチメントエリアを今後我が国でも設定していくのであれば、制度として制定するだけではなく、各専門職が同じ実践の中で共通知識・認識を形成し、既存の専門職新しい実践力を創出させていくことが必須となるであろう。

### 注

- 1) イタリアでは8割が公立の精神病院のため、この法律はほとんどの精神病院廃止を促すことになる。
- 2) アレツツオ県元精神保健局長アルド・ダルコ医師からのヒアリング調査(2012年3月、4月)に基づく。
- 3) イタリアの社会協働組合については、田中:2004、Cボルザカ/J.ドッフルニ編:2004を参照。
- 4) 2010年は、「人は皆心をやむことがありますか?」というテーマで行われた。

### 参考文献

- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2006 "LA GUIDA AI SERVIZI di SaluteMentale".
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2010 "LA GUIDA AI SERVIZI di SaluteMentale".
- Franco Basaglia 1967 'Che cose'e' la psichiatria?'

- Amministrazione provinciale di Parma  
 Franco Basaglia 1968 “*L’istituzione negate*”  
 Francesco Parmegiani, Michele Zanetti 2007 “*Basaglia una biografia*” LINT Ed.  
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ①*”  
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ②*”  
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ③*”  
 PEPPE DELL’ACQUA 2007 “*NON HO L’ARMA CHE UCCIDE IL LEONE*”  
 C. ボルザカ/J. ドゥフルニ編集 (2004)、内山哲郎・石塚秀雄・柳沢敏勝訳『社会的企業』日本経済評論社15-58.  
 Giuseppe Della’ Acqua 著 福田静夫・宮田和明 訳1996 「トリエステの20年後」『転換の時代の社会福祉 日本の論点・イタリアの経験』文理閣.  
 Ramon,S、Giannichedda,MG編集川田誉音訳1992 「過渡期の精神医療:英国とイタリアの経験から」海声社 P.16.  
 小島晴洋、小谷眞男、鈴木圭樹、田中夏子、中益陽子、宮崎理枝 2009『現代イタリアの社会保障』旬報社.  
 ジル・シュミット著 半田文穂訳 2005「自由こそ治療だーイタリア精神病院解体レポート」社会評論社  
 田中夏子 2004『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社64,103,  
 遠山照彦著 1991「イタリア、トリエステの精神医療改革」『ゆうゆう』No.14 萌文社 P.103.  
 宮崎理枝 博士論文「疫病時下の都市住民の制度受容に関する一考察」京都大学大学院人間・環境学研究科提出 (人博第293号).

(さかもと・さおり 久留米大学助教)