

◆その他

イタリア地域精神保健システムの視察報告 — ジェノヴァ、アレツツォ、ヴァルディキアーナの三都市の視察より —

Report about the one-site Inspection of Community Mental Health Care Support
System in Italy

福山 敦子

Atsuko Fukuyama

日本は精神保健医療福祉の改革ビジョンを打ちたてて10年以上経過しているが、いまだ多くの課題が残っている。日本以外の先進国では精神医療はほぼ地域に移行している。中でもイタリアは公立の精神病院をすべて閉鎖し、精神医療保健福祉の地域化を実現している。このたび、精神医療の改革の手がかりを得るため、イタリアのジェノヴァ、アレツツォ、ヴァルディキアーナの3都市を視察した。その結果、イタリアの地域精神保健に携わる人々は治療やケアに対する思想をしっかりと持ち実践していた。そのことが精神病の偏見やイメージを変える実践の展開になり、社会を変革する実践が精神病院を解体するという結果につながっていた。具体的な実践としては、人間の生きることの下支えが精神保健サービスであると考え、地区の規模やニーズに沿って、地区ごとの精神保健サービスを創り出していた。また、利用者は精神保健サービスを利用して、自己を表現する方法を見出し、自己を表現することが治療につながっていると捉えることができた。日本での実践を考えるにあたり、地域包括ケアシステムの構築への精神保健の参画が、精神医療の地域化を推し進めるのではないかと考えられた。

キーワード：地域精神保健，精神医療，脱施設化，イタリア

Key words：Community Mental Health, Psychiatric Treatment, Deinstitutionalization, Italy

I. はじめに

近年の日本の精神医療保健福祉の現状は地域化へと舵を切ろうとしている。2004年に精神保健福祉対策本部が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示された。受入条件が整えば退院可能な精神障害者については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることによって、10年後の解消を図ることの方針が掲げられ、医療計画の見直し、障害者自立支援法の制定等において一定の対応がなされてきた。障害福祉計画の策定指針においても退院が可能な精神障害者数の減少が都道府県の目標値として定められており、地域移行に向けての支援をより一層進める必要がある。その一環として2007年度より精神障害者の地域移行に必要な体制の総合的な調整役を担う地域体制整備コーディネーターや利用対象者

の個別支援等に当たる地域移行推進員の配置を柱とした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が始まっている¹⁾。しかしながら、精神障害者の地域移行の成果は出ず、遅々とした進行に留まっている。

このような精神障害者の地域移行は、日本以外の先進国では1960年代から始まっていた。中でもイタリアは公立の精神病院をすべて閉鎖し、精神医療保健福祉の地域化を実現している²⁾。フランコ・バザーリア (Franco Basaglia) という精神科医が中心となり、彼が院長として就任していたトリエステの病院の廃止から始まったイタリア精神医療の改革を、イタリアはおよそ30年ほどかけて、公立のすべての精神病院を閉鎖したことで達成しており、精神医療の改革はたやすいものではないことが予測される。日本においては改革ビジョンを打ちたててすでに10年以上経過している。イタリアのような精神病院の閉鎖という改革は望めないかもしれないが、これからの日本の精神医療保健福祉の改革の手がかりを得るため、イタリア精神保健局への視察を計画した。

II. 視察の概要

1. 視察同行者

広島大学大学院社会科学部研究科，松嶋健准教授に視察先との連絡調整と通訳，および松嶋氏の専門であるイタリア精神医療の人類学についての講義を依頼し，アウトリーチ支援に従事する看護師，精神保健福祉士，看護学教員など6名で視察を行った。

2. 視察日程

移動日を含め，2015年7月31日～8月9日の日程で，イタリア北部の港町であるリグーリア州ジェノヴァ(Genova)，北中部都市であるトスカーナ州アレツォ(Arezzo)，ヴァルディキアーナ(Val di Chiana)と3都市を視察した(図1，表1)。

III. イタリアの保健システムと地域精神保健システム

1. 保健システム

イタリアは1978年に国民保健サービス(Servizio Sanitario Nazionale: SSN)法である，法律833号法が施行され，労働階級や所得に関わらず，すべての国民が平等に保健医療サービスを受けることが保障された。国民保健サービスを担う実行機関として地域保健機構(Unita Sanitaria Locale: USL)が人口5万人から20万人ごとに設けられた。制度移行期の課題を見直すため，1992年から1993年にかけて大幅な改革が行われ，USLは独立行政法人化され，地域保健公社(Azienda

Unità Sanitarie Locale: ASL)となった。この改革により，病院サービスと地域サービスを分け，財政と人員の権限を州の管理に一本化した²⁾³⁾。2015年現在，イタリア全土には228のASLがあった(図2)。

2. 精神病院の閉鎖を可能にしたバザーリアの思想と実践

イタリアの精神保健の関係施設を訪問すると，要所



図1：視察地域の位置

表1：視察行程表

1日目：ジェノヴァ	ペスキエーラ通り精神保健センター／デイセンター見学 テラペリティコ居住施設見学 クアルト元精神病院内の社会リハビリテーションセンター・フランコバザーリア見学
2日目	休日
3日目：ジェノヴァ	セストリ・ポネンテ総合病院内のSPCRの見学・講義・アッセンブレアに参加 セストリ通りデイセンター見学 カステッリ通りデイセンター見学 フィウマーラ精神保健センター見学・ディスカッション
4日目：アレツォ	旧精神病院地区とアレツォ総合病院内SPDCの見学・スタッフとディスカッション
5日目：アレツォ	アレツォ地域保健公社8(ALS 8)内の精神保健センター見学・ディスカッション 旧精神病院地区にあるデイセンター、治療共同体の見学(2施設)
6日目：バルディキアーナ	「健康の家」見学，「健康の家」内にある精神保健センター見学 サンタ・マルゲリータ総合病院内のSPDC見学・講義 ヴァルディキアーナ精神保健センター／デイセンター見学

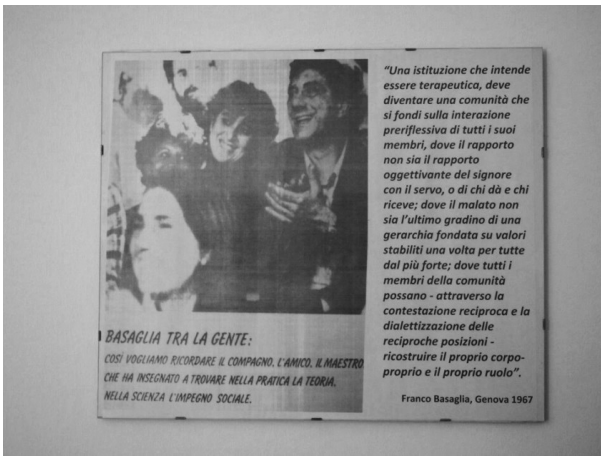


写真1：パオロ医師のオフィスに飾られていたプレート

「民衆の中のバザーリア」：ここには「我々の同士であり、友人であり、先生でもあるこの人（バザーリアのこと）を記憶にとどめておきたい。彼は我々に実践の中に理論を見出すことを教えてくれた。また、社会的責任を担うことを科学の中に見出すことを教えてくれた」と書かれている。

にフランコ・バザーリアの写真が飾られている（写真1）。精神科医であるバザーリアはイタリアの精神病院を解体し、精神医療の改革を推し進めた中心人物である。スイスのジャーナリストであるシル・シュミット（Sil Schmid）が、イタリア精神医療の改革について取材を行った。その日本語訳が1985年に「自由こそ治療だーイタリア精神病院解体のレポート」として、精神科医の半田文徳によって翻訳され、日本でもイタリアの精神医

療の改革について知ることとなった⁴⁾。その後、イタリアの精神保健局へ視察に行った日本の医療関係者による報告文献は蓄積されてきた。近年になり、バザーリアと精神医療の改革を政治的に取り組んだ、政治家のミケレ・ザネッティ（Michele Zanetti）が書いた論文を翻訳した、「精神病院のない社会をめざしてーバザーリア伝」や、文化人類学者である松嶋健がイタリア精神医療の全貌を研究した、「プシコ ナウティカーイタリア精神医療の人類学」、バザーリアが晩年、ブラジル医療協会にて数日間講演を行った際の講演の記録論文が、「バザーリア講演録：自由こそ治療だーイタリア精神保健ことはじめ」として翻訳され、バザーリアの思想や政治的な活動、具体的な実践が理解できるようになった。これらの文献に記述されている、精神病院の解体に至ったバザーリアの思想と実践をまとめる。

当時の精神病院は非人間的な隔離・収容が横行していた。バザーリアは精神医学に現象学を導入することに関心を持っており、現象学を「行為の道具」として用いることで、反精神医学とは異なるやり方で精神病院の解体を実践していった。バザーリアは精神病の存在について否定しているのではなく、人間の持つ「狂気」に焦点を当て、人間が生きていく中での苦悩が狂気を生み出し、狂気は生活の中に根を下ろす実存的なものであり、人間であることの一部なのだと言っていた。それは人間が社

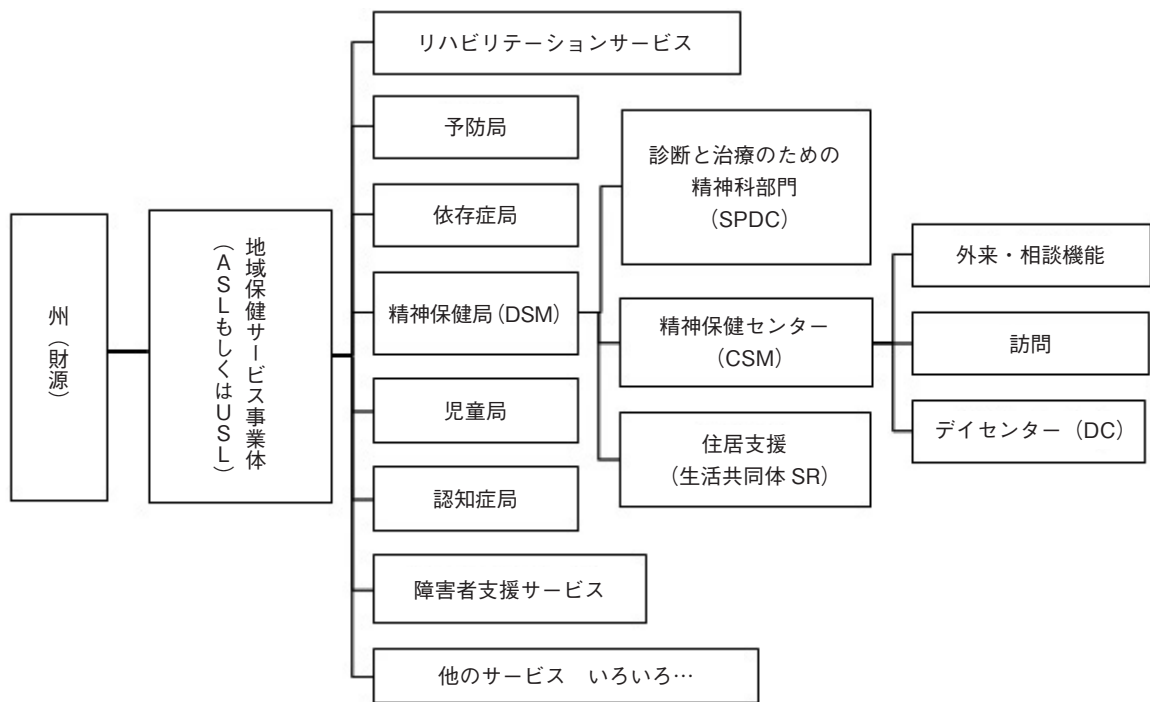


図2：イタリア国民保健サービスの中の地域保健サービス
 (視察時に精神保健局長から説明を受け、筆者が作成したもの。)

会的な生き物であり、人格を持った個人であり、「主体」であるからこそ抑圧する苦痛や人間関係の中で生じる苦悩をすべて解決することはできない、狂気は人間の条件である、そこで精神医学とはこの狂気を相手に何をするとするところなのか、と問い続け、精神医学が人間関係を中心とする仕事として「出会い」^{注2)}「開かれ」^{注3)}「身体」「間主観性」^{注4)}といった現象学の言葉で精神医学を語ることで、人間主義に転換することを推し進めた。バザーリアは入院患者たちに「顔」を返す試みとして、鏡を見ること、私物を返すこと、拘束衣を廃止し好みの洋服を着ることなどを推奨した。スタッフには白衣を禁止し、病院内の支配するものとされるものの権力関係を排除しようとした。また、「アッセンブレア (assenbrea)」^{注5)}と呼ばれる自治集会を開くことで患者たちの「声」に回答していき、人間的な関係性を深めていった。バザーリアはゴリツィア精神病院の院長として就任し、そこに収容されている患者たちを目の当たりにしたことで触発され、精神病院の中にあるさまざまな「矛盾」を問い続けた。そこで、治療すべきなのは個人ではなく社会であり、社会を治そうとすることを実践した。精神病患者やその家族、医師や看護師だけでなく、当事者や医療者だけではなく人々への偏見や法的なバリアなどへの「闘い」として、精神医療の問題をより広い文脈における制度暴力の問題とみなし、政治家や社会学者、芸術家などさまざ

まな人々を広く巻き込みながら展開されていった。このような運動の広がりや、当事者本人の声、家族の声を発する場を創り、精神医療の改革は、より広く、全国民に対する保健システムとして実を結んでいった^{5) 6) 7) 8)}。

3. 精神保健システム

バザーリアの思想や実践を背景にした、イタリア精神保健の土台となる法的根拠として、法律 180 号がある。これは日本でいう「精神保健法」にあたるものではなく、診断と治療が、患者本人の意思に発して行われるということを原則とし、精神医療を特別な医療としないことを明記したものである。本人の意思によって病状の評価と治療が行われるという「本人原則」と、病院の外の精神医療サービスを拠点とする「地域原則」の二つが中心にあり、自分の生活の場で生きることを下支えが精神保健サービスであることを明確にしている。さらに、例外としての「強制入院」^{注6)}について詳細に規定しており、どれほど重篤であろうとも、地域の精神保健サービスで支えることができるのであれば入院の必要はないのであり、強制入院をしなければならないということは、地域における精神保健サービスが不十分とみなし、それを充実していく必要があると捉える。強制入院が必要であれば、精神病院ではなく総合病院内にある 15 床以下の「診断と治療のための精神医療サービス (Servizio

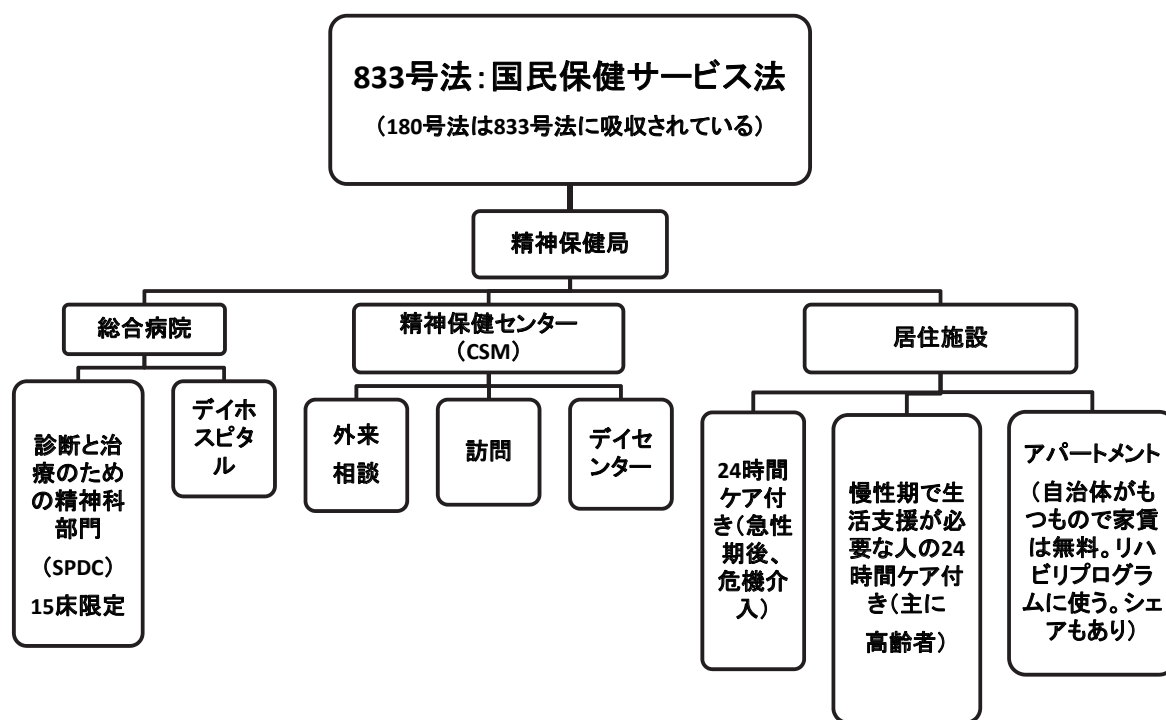


図3: イタリア精神保健サービスの概要
(視察時に精神保健局長から説明を受け、筆者が作成したもの)

Psichiatrico di Diagnosi e Cura : SPDC) で行われる。SPDC も「地域原則」に従って運営されており、総合病院内にあるにもかかわらず病院の管轄ではなく、地域精神保健サービスの管轄下に置かれている⁹⁾ (図3)。このように、イタリアの精神保健サービスは、社会防衛的な役割を担うのではなく、人間を中心とした精神医療保健福祉を展開することを法的に約束している。

IV. 視察内容

1. リグーリア州ジェノヴァの視察報告

ジェノヴァ市はイタリア最大の港町であり、人口60万の古い都市であり、イタリア国内で人口6位の自治体である。ジェノヴァ地区はバザリアの友人であり、精神病院の改革を共に行ってきた人物であった、アントニオ・スラヴィッチ (Antonio Slavic) 医師の最後の赴任先であった。ここではジェノヴァ Distretto^{注7)} 9管区 (DSS9) 精神保健局の責任者である、パオロ・ペローソ (Paolo Peloso) 医師が案内役となってくれた。9管区には精神保健センターが2か所、デイセンターが3か所、居住施設が8か所、総合病院の中に入院病床が17床あり、それらの運営の采配をパオロ氏が担っていた。

1) 精神保健センター (Centro di Salute Mentale : CSM)

精神保健センター (以後 CSM) には精神保健センターの機能とデイケアの機能が併設されている。最初に視察に行ったジェノヴァのペスキエラ通り (Via Peschiera) 精神保健センターは、1F は CSM、2F はデイセンターであった。利用時間は、CSM が平日 8 時～20 時、土曜日 8 時～13 時、デイセンターは平日 9 時～15 時もしくは 16 時まで利用でき、1 日平均 15 人ほどの利用者がある。CSM のスタッフは、医師 8 人、看護師 10 人、ソーシャルワーカー 3 人、心理士 3 人、教育士^{注8)} 3 人、リハビリテーション技術士^{注9)} 1 人が勤務している。土曜日は医師 1 人、看護師 1 人体制と、小さい規模で運営している。イタリアには作業療法士の資格はなく、教育士やリハビリテーション技術士となる職種がそれにあたる。月 1 回の全体ミーティング、週 1 回の医師と心理士のミーティングのほか、チームミーティングが毎週 1 回行われる。CSM には精神保健の課題を抱える市民が訪れる。新規相談の紹介元は、家庭医をはじめ、病院、保健所、マンションの管理者、家庭裁判所など専門職から一般人まで幅広く対応している。ペスキエラ通り CSM では毎週

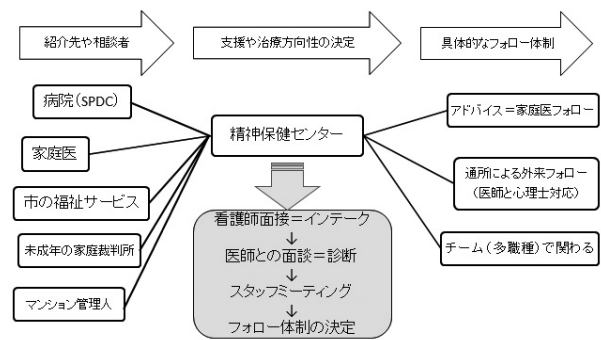


図4：精神保健センターの役割
 (視察時に精神保健センタースタッフより説明を受けたものを筆者が図式化したもの)

10人ほどの新規診察がある。看護師がインテークを行い、医師の面談に移る。医師は診断を行うのだが、その後どのように対応するべきかスタッフミーティングを行い、フォロー体制を決定していく(図4)。フォロー体制は実にさまざまで、医療対応のみで可能か、通所してもらおうのか、訪問するのか、どこに訪問するのか、利用者へのプログラムは何を用いるのか、どの施設の利用を勧めるか、多職種チームで関わるのか、チームメンバーやチームの規模、治療のプロセスなども話し合っている。いわば、ケアのマネジメントから実践、評価まですべてを担っているといえる。また、数年前までは処方町は町の薬局で行われていたが、医療費削減のため、現在は CSM で処方も行っている。処方のために看護師がひとりふたりとかかりきりになるため、医療費の50%ほど削減できても、関わるスタッフが少なくなるといった課題が生じている。CSM が利用できない時間帯は救急病院^{注10)} の対応になり、オンコールの医師が対応し、SPDC への入院や救急病院で朝まで休んで CSM に来ることもある。

2) 居住施設

ペスキエラ通り CSM の隣に位置し、対面には就労支援センターが位置するという立地にあるセラペティコ居住施設は、①重い摂食障害を持つ人のプログラム② SPDC での治療を終えての入所、という2つのアクティビティが展開されていた。医師 2 人、看護師 5 人、心理士 6 人、リハビリテーション技術士 1 人、栄養士 3 人のスタッフが一緒に暮らしながら治療的プログラムを展開している。部屋は基本 2 人部屋となっている。プログラムの参加は居住施設に住んでいる利用者だけではなく、居住施設の卒業生や通所しながらプログラムに参加



写真2：今では閉鎖されているイタリアの精神病院（ジェノヴァの元クアルト精神病院）。この建物は元クアルト精神病院の新館である。ファシズム支配下に建設された建物であり、閉鎖されている。イタリアではファシズム支配下の強制収容と精神病院は同等の問題であるという認識を持っている。

する利用者もいる。プログラムの内容は、絵画で表現する、体を動かす、自分の抱えている問題を話し合う、新聞と一緒に読むグループなどがある。基本診断名関係なく利用できるが、摂食障害を診断に持つ利用者に対しては、栄養士が付いてプログラムを展開していた。

3) さまざまな表現活動のプログラム

1日目は精神保健センター、居住施設の視察を経て、今は閉鎖されている精神病院へ向かった。視察先の元クアルト（Quarto）精神病院は2500床収容できる病棟を2つ持ち、広大な土地を持つ。現在は難民の一時保護施設や、社会協同組合（cooperative）の作業所、認知症のデイケア施設、社会リハビリテーションセンターとして利用されていた。元クアルト精神病院（写真2）には『社会リハビリテーションセンター：フランコ・バザリア』があり、そこは絵画展示館にもなっているが、さまざまな創作活動の場にもなっていた。有名なアーティストも作品を寄贈しており、センター利用者の作品と分け隔てなく一緒に展示されている。かつては演劇も創作活動として行っていたが、前任の演出家がまるで子供向けの演劇をするかのように振る舞っていたため解雇されている。後任が見つからず、視察時は、演劇活動は行っていない。施設管理者曰く「狂人（Matto）であっても子供ではない」と、差別を許さない姿勢と、たとえ精神疾患を持とうとも、成人として向き合う平等性が、その言葉には含まれていると感じた。

他、デイセンターでのプログラムも視察することがで

きた。骨董家具を修繕し、生き返らせる技術を持った利用者がいて、とてもすばらしい作品を提供していた（写真3）。また、視察したデイセンターには立派なスクリーンがあり、「映画ラボ」といって映画上映会を開き、映画を見た感想を参加者同士で語りあうプログラムや、「写真ラボ（写真4）」といって、プロの写真家とともにテーマに沿った写真を撮っていくことを行うプログラムがあった。中でも筆者が一番印象に残っているのは「写真ラボ」であった。写真ラボとは、何かテーマを決めてそのテーマにまつわる写真を撮り続けるというプログラムである。プログラムの期間はたいてい2年ほどかけて行うという。デイセンターに展示してあった写真ラボのテーマは「記憶」であった。そのテーマで写真ラボに参加した利用者のひとりにインタビューすることができた。これが初回の写真だ、と見せていただいた写真は、苦痛に顔をゆがませ、頭を抱え込んだ本人の写真であった。写真の中には小さなホワイトボードも写っており、ホワイトボードには『わたしにとっての「記憶」とは、「痛み」である』と書かれていた。こうしてテーマを象徴するものや感情を表現して、写真作品として撮影することを繰り返す。雨が降りしきる窓ガラスの写真、怒りで興奮している人物の写真、焦点が合わずにぼけている顔写真、にっこりと微笑んでいる顔写真など、人物を撮影したものが多かったが風景写真などもある。しかしそれぞれにテーマに基づいた思いが添えられている。最後に撮った写真は、ベットサイドのランプの下で横たわりながら穏やかに微笑んでいる本人の写真であった。『わたしにとっての「記憶」とはおばが入れてくれたコーヒーの香り』と写真には記されていた。話を伺った利用者の方は、このテーマをもらった当初は、思い出すのは



写真3：アンティーク家具を修繕するための工房がデイセンターの中にある。技術者はデイセンターの利用者である。

母親のことばかりでつらくてしょうがなかった、と語っていた。それが写真を撮り続け、その写真と向き合ううちにどんどん感情が変化していくのが分かった。そして最後は優しくなったお婆のことを思い出すことができた。私は幸せだと感じるようになった。始めはつらかったがプログラムの終わりにはとても楽になった、と語られた。思わずインタビューをしながら、プログラムをやめたくはなかったのか、プログラムに参加して後悔はしなかったのか、と訊いてしまった筆者に、「一人ではなく仲間もいるし、スタッフを信頼しているからやってみようと思った」と答えてくれた。自らの体験を丁寧に話してくれた利用者のもてなしと海外から来た訪問者への暖かい眼差しは、何かを乗り越え成長した自信や強さ、優しさを感じることができた。このように自分に向き合い、感情を表現することが彼女には治療となっていると捉えることができた。また、彼女を支える人たちへの信頼が、彼女が自分自身と向き合う下支えをしていることも理解することができた。

4) リグーリア州の試み：ケアとリハビリテーションのための精神医療サービス (Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione : SPCR)

イタリアでは法で認められている地域精神保健サービスの中の精神科病床は SPDC 病床であるが、リグーリア州の試みとして、急性期からリハビリも兼ね備えた機能を持つ、ケアとリハビリテーションのための精神医療サービス (Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione:以後 SPCR) という病床を設けている。SPCR は SPDC と比べ制限が少なく開放処遇となっている¹¹⁾。パオロ医師は、「長年 SPDC の責任者となり、

入院が必要な利用者の半数は急性期として治療が必要だと診断したが、もう半数の利用者は切迫した状況ではなく、閉鎖対応の必要がない人だと思えた。そのような利用者にはできるだけ無拘束を目指すことが必要であり、拘束しないことは本人だけではなく、周りの利用者にも強いメッセージを伝えることが可能となり、信頼関係につながる。信頼関係ができると、閉鎖でも無拘束が可能となる。SPCR には SPDC ほどの看護師の確保は必要ではないから、別の SPDC に看護師を投入できれば人員が確保できると考えた」と SPCR の導入に関しての考えを述べられた。SPCR のスタッフは基本、看護師 2 人体制であり、日中は看護管理者と非常勤看護師 1 人が勤務している。医師は 4 人居るが SPCD と SPCR を兼任している。

視察したセストリ・ポネンテ (Sestri Ponente) 病院にある SPCR は 9 管区、10 管区、11 管区と 3 つの DSS の利用者が利用でき、全 17 床の病床数で、総合病院の入院棟とは別の棟に病床を設けていた。平均在院日数 2 週間で、短くて数日、長い時は数ヶ月入院していることもある。全開放で出入り自由でタバコも吸える空間があるが、敷地を出る時は許可が必要となる。SPCR のプログラムとしては、毎日のアッセンブレア、心理教育、セルフヘルプグループなどがある。SPCR で展開されている心理教育は、一週間に 1 回のペースで 3 回 1 クールとなっている。途中で退院になる人もいるが、退院後も参加が可能であり、その目的は『なぜ自分がクライシスになってここ (SPCR) にいるのか、ということ自分で理解する』ことだという。そう説明を受けているうちにアッセンブレアが始まり、視察に来たわれわれも参加できる機会を得た。利用者は 8 人、パオロ医師、スタッフ 3 人ほどであり、参加者やスタッフの出入りがありながらアッセンブレアは進んでいった。何を話しても自由だが、話している人の話を遮らないよう、パオロ医師がファシリテートしていた。参加して印象的だったことは、移民としての苦悩を語る参加者の話の場面であった。彼は自国のことを批判し、イタリア人になりたいことを切望して訴えていた。その話の中で、別の参加者が「聞いて居られない」という態度で部屋から出て行こうとした際に、話している本人の背後から「Matto! (狂人)」と言葉を投げて出て行った。同じ国からの移民であるそうだが、彼はまた考え方が違う。そんな関係性もまたここで生きることに必要なことであり、この二人を引き離すことはせず、見守り仲介することがスタッフの役



写真 4 : 「写真ラボ」の作品

割なのだと捉えられた。

5) 家族支援について

イタリアは法律 180 号に「家族の責任」を明記していなかった。そのため、法律が制定される際の大きな課題は「国が負うべき責任を家族に肩代わりさせた」という非難であった。精神病についての理解が家族全員に得られているわけではなく、厄介払いをしたい家族も当然いる。病院から地域に患者を出したことで、一番の負担を強いられることになることを恐れたのは、家族の中でも母親たちであった^{注12)}。地域で責任を持ってみていくということは、同時に家族に協力を求めながら、家族にもサービスを提供していくことになる。そのため、イタリアでも家族支援は大きな役割を占める。視察した CSM での家族支援は以下がある。①個々の家族に対して担当医師が週 1 回の面接及び、本人とその家族と一緒に面接を月 1 回行う。② 5～7 家族に対して行うグループ面接として、家族会のセルフヘルプグループへ医師が継続的に参加して行う。③ 3～50 家族を対象に、2 ヶ月に 1 回のペースでセンターの責任者である医師が精神保健に関する講義を行う。④看護師が家に訪問してアプローチを行う。

6) ジェノヴァの精神保健の思想

パオロ氏は精神医療史や精神分析が専門であり、精神病院の閉鎖を宣言した法律 180 号の成立の過程を語り伝えようと尽力されていた。パオロ氏の話の中で印象的だったことは、イタリアの精神科医はバザーリアの業績や思想を十分受け継いでいると思っていたが、そうでもないと言っていたことである。イタリアの精神医学は生物学的精神医学が中心であり、バザーリアの考えを学ぶところは医学教育の中ではほとんどない。看護教育になるとバザーリアの考え方などは学習を受ける機会はないという。そのため精神保健センターで働くことになり、昔から働いている人から若手に経験を傳承することや、研修として映画を観て^{注13)} 学ぶことが中心となっている。パオロ氏は「少数派の文化であるが、それを知らない人に伝えていくことが我々の仕事だ」と語っていた。さらに精神保健センター長として、また、精神科医としての自身の役割を、「毎日何をしているのかというと、『あの人が困るから精神病院に入れといてくれ』という住民の要求に対して『NO!』と言うこと。精神医療の問題は、個人の問題ではなく、その人を取り巻く集約的な環境、関係の問題として返し、病院などの別の場所で解決でき

るという幻想を打ち砕かなければならない。その場所で起こる問題は、その場所で解決されなければならない。」と述べていた。パオロ医師が自身の役割として自覚していることや実践していることから察すると、バザーリアの時代から今もなお、イタリアの地域精神保健は社会と向き合い、問い続ける闘いを続けていたと考えられる。医学教育の中ではバザーリアの実践に触れる機会は減ってきていると実践者は感じているのかもしれないが、そう感じるからこそ今もなお現場にとどまり、経験を傳承していくことの大切さを、イタリア精神保健に携わる人たちは受け継いでできているのだと捉えることができた。そのように捉えると、バザーリアの思想や実践はきちんと現場で引き継がれているのではないかと考えられた。

3. トスカーナ州アレツォの視察報告

1) アレツォの地域精神保健

トスカーナ州アレツォ県は人口 36 万人ほどのイタリア中部の都市である。アレツォ市はジェノヴァ市とは雰囲気異なり、静かで爽やかな山の風が吹く、人口 10 万人ほどのイタリア中部の山岳都市である。アレツォとヴァルディキアーナの地区では、アレツォの元精神保健局長であった、アルド・ダルコ (Aldo D'arco) 医師が案内役であった。

アレツォ地区は、バザーリアの友人であり、精神病院の改革を共に行ってきた人物であったアゴスティーノ・ピレラ (Agostino Pirella) が中心となって精神医療改革が始まった。アレツォ県の改革の独自性は、病院内の改革と病院外の改革を同時進行で行ったことである。

アレツォではバザーリアが言っていたように、精神病を「カッコでくくる」^{注14)} ことはしない。精神病は存在し、精神保健センターの責任としてきちんとした診断から関わりが始まる、と考えていた。「医療者が関わるのはあくまで病気のところであり、病院での管理は『傷ついた身体としての管理』であり、利用者が病気や障害を持つ中でどう生きるのかは自分で考えられるようにしなければならない。だから慢性化はさせない」とダルコ医師は語っていた。病院で医療者が関わるのは『傷ついた身体としての管理』であることから、精神疾患も他の疾患と分けることはしない。病院のベッドも、地域精神保健も、ほかの領域と分けずに一緒にやる。アレツォの精神保健センターのスタッフは、精神疾患について市民に説明する責任をしっかりと担っている。それは、「精神的健康」

な状態はどのような状態を指すか、「精神疾患」とは何か、などをしっかり定義付けしていることから推測できた。ダルコ医師が作成した講義の資料を通訳者が翻訳したものを抜粋する。「精神疾患とは、精神的に苦しんでいる人が、精神的苦痛を解決することができないときに起こるものである。言いかえれば、精神的不安がとてもし高いレベルに達したときである。精神や行動に支障をきたすほど精神的苦痛が強く長期的に続いた時、精神的不安は精神疾患に転換していく」。慢性精神疾患に関しては、「慢性化した精神疾患とは、症状に変化がない疾患である。つまり精神状態、行動だけではなく、これらを引き起こした原因も長期化したことをいう。精神疾患の多くの場合は、未治療か不適当な治療が行われたことによって慢性化してしまう」と述べている。精神的な苦痛の状態は、精神の健康維持に必要なニーズが満たされていない状態であり、誰でも人生の中で持ち得る感情として、緊張、欲求不満、悲しさなどがその状況を特徴付けるとして、身近に引き寄せて考えられるように説明している。また、慢性精神疾患の解釈も、「治療や関わりでの失敗」だと断言しており、「慢性化した場合は、治療はとてもし難しくなる。慢性化の難しいところは、何が原因でこうなったかがわからなくなるところだ。そうなるアイデンティティがどんどん失われていく。周りを受け入れていくことに対して恐怖を感じる。そうして心を閉ざす」からだとして述べている。日本では精神疾患は『慢性化＝症状の安定』と考えられている。日本とは根本的に精神疾患の考え方が違うことを目の当たりにした。また、アレツォの精神保健サービスを見学していても、利用者に会うことがあまりなかったことが印象にあり、そのことについて尋ねてみると、「地域に集まる場を作ってしまったのは、結局精神病院と変わらず、ソフトな収容であって、精神保健の枠の中でまだまだ生きていうことにしかすぎない。それは真のリカバリーにはならない。地域に帰ってこそ、はじめてリカバリーが成し遂げられることになる」と答えてくれた。アレツォ地区の精神医療改革の思想はこのような言葉と具体的な行動に現れていた。

2) ヴァルディキアーナの地域精神保健

アレツォ県ヴァルディキアーナは人口9千人ほどの小さな村である。自然が豊かで小高い場所に行けば、はるか遠くまで見渡すことができる、「風の谷」のような地域であった。

アレツォの精神医療改革の思想のひとつに、「他の医療と分けない、精神医療を特別なものにならない」ということがあり、その解決策のために、ヴァルディキアーナではある実験が行われた。それは、精神疾患の適切な診断や見分けをするために家庭医、小児科医、産科医などに精神疾患の理解に関する研修コースを取り入れたことであった。この実験により、研修コースを受けた一般の医師たちが、精神サービスにきちんと繋げてくれるようになり、重症化する人たちが減り、早期介入も可能にした^{注15)}。現在ではヴァルディキアーナのSPDCは入院が必要な利用者が出た場合に病床を設ける、「テント型」もしくは「カーテン式」病床として展開している^{注16)}。SPDCのスタッフは病床の利用がなければ訪問している。これは、地域精神保健センターが病床を管理しているからこそ可能な動きだと説明していた。柔軟な制度設定が、豊かで良質な支援を実現可能にしていると考えられた。講義の中で示された資料によると、2014年の病床利用の統計は、入院数32件（医師の数が少なく、例年より多い）、平均在院日数11.6日、退院後7日以内の再入院0件、退院後30日以内の再入院1件、強制入院1件である。

その他、ヴァルディキアーナの保健センターは、地域サービスと医療サービスを統合しており、「健康の家（Casa della Salute）」として展開していた。イタリアでも医療費削減の政策方向は大きな課題となっている。ヴァルディキアーナには3つの病院が存在していたが、病院を廃止し、新たに「健康の家」として地域医療サービスを展開していた。1階には地域の家庭医のオフィスと救急外来を設け、2階には専門医の診察室を設け、速やかに専門的な治療を受けられるようにしている。3階は一人で暮らせない人たちのための介助付き施設、4階はボランティア協会、地階は依存症治療専門のセンターとなっている。小児や母子、難病、認知症などの利用者と同じように精神保健の利用者も同じセンターを利用する。徹底した精神保健だけを特別にしないシステムがそこにはあった。

4. 日本の精神保健医療福祉の改革における示唆

視察を終え、数々の文献と視察内容を照らし合わせる中で、バザーリアの思想と実践は現在のイタリア地域精神保健に携わる人たちに受け継がれていると理解できた。精神病院を解体し、脱施設化を実践しているイタリア精神医療に携わる人たちの共通の思想は、精神医療の

持つ政治性、権力性を自覚することであった。すなわち、昔から精神医療は強制力を持つ医療として特別な医療となっており、社会治安の役割を担ってしまっていることを自覚していた。イタリアは、精神医療が強制力を放棄し、社会治安の役割を降り、社会の病理そのものが精神疾患の病理であることを認めていた。「精神医療=治す」という思想は「ケアの集中化」を生み、医師にその権限を集中させる。しかし、「精神保健=ケア=生活を変化させる活動」という思想は、「ケアの分散化」を生み、それぞれ関係者に主体性を返すこととなる。対象は疾患ではなく「人」であり、「生活を変化させる活動」とは、「いまここ」で「どう生きるのか」を問うこととなる¹⁰⁾。日本の精神医療は強制入院の制度から見ても、医師に権限が集中している。精神医療に携わる人々が自分たちの仕事を問い直し、自分たちの権力を自覚し、ケアの集中化をなくしていく必要性を意識すること、そのような治療思想やケアの哲学といったものを持つことがまずは必要であるといえる。また、治療思想やケアの哲学は現場の実践から伝承されるものであり、治療やケアを必要とする対象と同じ生活の場所で実践するからこそ、対象に主体性を返すことが可能になると考えられ、現場に居続ける必要性が理解できた。さらに、イタリアの精神医療は、当事者が自己表現の方法を見出すためのサービスが充実していた。イタリアの、精神病院を解体し、人間の一部分としての「狂気」を認め、「狂気」とともに生活の場で生きていくことを支える実践は、当事者に主体性を返す実践に他ならない。精神病院をなくしたことで、当事者は困難の場面向き合わざるを得ない。向き合うにはそれを支える人間関係を構築すること、それぞれの表現のしかたを持つことが必要である。精神病院の解体は当事者に主体性を返すことを制度として保障しているといえることができた。今もなお、偏見や差別、権力性の暴力は存在し、地域で支え続けるという実践は、社会へ問い続ける闘いであると捉えられ、日本の精神医療に携わる人々のみならず、日本の社会にそのような意識や問いをもてるような働きかけが必要だといえる。

また、視察を行った3都市の実践を比較すると、都市の規模により地域精神保健の展開に違いがあるのがわかった。それも担当地区の地域精神保健の責任者である精神保健局長の治療思想や采配により、違いがあることも理解できた。イタリアでは担当地区の病床数のコントロールも精神保健局長の采配で15床までならば増減できるため、精神科病床をゼロにすることも可能であった。

またジェノヴァの試みのように、法で決められた急性期の病床ではなく、リハビリのための病床として比較的長く入院で関わる病床を創ることも可能にしている、という柔軟な展開を知れたことは、日本においてもさまざまな展開を考える示唆を得られたと考える。また、ジェノヴァは比較的大都市であり、隣接するDSS管区にある資源なども考えながら、必要であればデイセンターや居住施設などの精神保健サービスを増やしていくことを考え、必要な資源を創り出していた。一方、アレツォは精神保健サービスを創ることも「ソフトな収容」と捉え、真のリカバリーとはあくまで一般的な国民サービスの利用者となることを目指すことであり、精神保健サービスを縮小し、他の国民サービスと統合していく実践を行っていた。日本においても2013年に障害者総合支援法が施行され、三障害と難病に関する医療福祉サービスが統合されており、精神障害が特別な障害とみなされないよう、国民への意識の変革を問うきっかけになると考えられた。

これらのことを踏まえ、日本において精神医療福祉の改革をどう推し進めていくのかを考えると、日本においては地域包括システムの中に精神医療の課題を組み込んでいくことではないかと考えた。それには、精神医療の従事者が地域包括システムの構築のプロセスに参画し、生活の中での処々の課題とともに社会全体で精神医療の課題を考えていくことを提言していく必要がある。さらに、制度の枠組みの中での実践にとどまらず、当事者が生活の場で生きていくとは何か、を問い続け、枠組みを超えた実践を考えること、精神医療保健福祉の枠の中だけで考えるのではなく、社会みんなで精神医療の課題について考える場が必要であり、当事者やその家族が声を発し、それを受け取る場を創ることからはじめていくことはできるのではないかと考えた。

謝辞

この度の視察に対し、イタリア精神保健の案内と丁寧な説明をしていただいたPaolo Peloso医師、Aldo D'arco医師に感謝いたします。また、お忙しい中丁寧に説明をいただいたイタリア精神保健センタースタッフのみなさま、さまざまな意見交換を交し合った視察同行者のみなさま、連絡調整から通訳、イタリア精神医療の歴史的背景や社会背景などの教授まで引き受けてくださった広島大学松嶋健准教授に心から感謝申し上げます。

なお、本校に使用した写真は日本での視察報告に使用

する目的を伝えたい、撮影の許可をいただいたものを掲載している。

注釈

注 1) 1978年5月に法律180号が成立し、そこで精神病院の法的廃止が決定された。同年12月に発出した法律833号に具体的な精神病院の解体と地域精神保健のあり方が示され、法律180号は法律833号に吸収された形となった。その後30年かけて公立精神病院を解体していき、1999年にイタリア保健相が公立精神病院の廃止宣言を行っている。

注 2) バザーリアのいう「出会い」とは、ある直感的な関係性であり、医師や患者といった二人の人間の邂逅ではなく、二人の人間が実体として存在する手前で何かを形成するものと述べている。松嶋健は著書「プシコ ナウティカ」の中で、ピンスワンガーのいう「Begegnung（出会い）」にあたるものとみなし、現象学的・人間的な探究を通してのみ実現されるような実践的知である、と述べている。

注 3) 「出会い」を可能にするために必用なものであり、自分自身でいたいということ、つまり全体的で完結した人格であると感じるためには、旨に他の自分自身に「開かれ」ることを必用とする。

注 4) 現象学の言葉で、「複数の主観が共同的に形成する意味」のことをさす。

注 5) 患者だけでなく、医師や看護師などさまざまな職種の参加者からなる「全体集会」をさす。

注 6) 本人の同意が得られない状態で第三者が精神病院への入院を決めること。日本においては、精神科医の診察後、入院治療が必要だとみなされた場合、家族などが保護者として入院に同意することで成立する「医療保護入院」と、知事あるいは政令指定都市の市長の権限と指示のもと行われる「措置入院」とがある。

注 7) 地区社会保険単位

注 8) 病気や障害などを持つ子供の教育を行う専門職。

注 9) 日本でいう、理学療法士や作業療法士にある専門職。

注 10) イタリアは予算上、総合病院と救急病院を分けている。そのため救急搬送・対応できる病院が限られている。

注 11) SPDCは強制入院も受け入れていることから、病床に鍵をかけて管理する閉鎖的処遇が一般的である。

注 12) 精神医療改革における家族に対する国のサポート体制を考えるうえで、地域での看護の担い手は母親が中心となることが予測されていたことから、イタリアではフェミニスト運動と家族支援は強く関連している。

注 13) 精神医療の改革を推し進めていたフランコ・バザーリア

は改革のプロセスの中でマスコミをよく利用していた。その一例として、精神病院の内部を撮影した『アベルの園』と題するドキュメンタリー映画を作成している。また、バザーリアの改革はイタリアではさまざまな映画の題材として用いられている。

注 14) 現象学を提唱したフッサールの「現象学的還元」を指す。

注 15) 相談を受けて15日以内に初回コンタクトを行う、という目標設定を設けている。

注 16) ヴァルディキアーナでは総合病院内に精神科病床を2床設置しているものの、普段は閉じられており、必要な時に「立ち上げる」もしくは「開ける」病床であり、このように表現されている。

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html> (閲覧日: 2017年10月13日)
- 2) 松嶋健 (2014). プシコ ナウティカ—イタリア精神医療の人類学. 京都, 世界思想社, p76, p.200
- 3) 小島晴洋 (1994). イタリアの医療保障制度: 1992年からの医療改革を中心に. 海外社会保障情報, 109. <http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/242060/www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/14142707.pdf> (閲覧日: 2017年10月13日)
- 4) ジル・シュミット/半田文穂 (1985). 自由こそ治療だ—イタリア精神病院解体のレポート. 東京, 社会評論社
- 5) ミケーレ・ザネッティ, フランチェスコ・パルメジャーニ/鈴木哲忠, 大内紀彦 (2016). 精神病院のない社会をめざして—バザーリア伝. 東京, 岩波書店
- 6) 松嶋健 (2014). プシコ ナウティカ—イタリア精神医療の人類学. 京都, 世界思想社
- 7) フランコ・バザーリア/大熊一夫, 大内紀彦, 鈴木鉄忠, 梶原徹 (2017). バザーリア講演録—自由こそ治療だ! <イタリア精神保健ことはじめ>. 東京, 岩波書店
- 8) 松嶋健 (2011). フランコ・バザーリアとイタリアの精神医療改革. 社会情報, 21(1), 63-76
- 9) 松嶋健 (2014). プシコ ナウティカ—イタリア精神医療の人類学. 京都, 世界思想社, p.81-88
- 10) 竹端寛 (2013). 「病気」から「生きる苦悩」へのパラダイムシフト—イタリア精神医療「革命の構造」—. 山梨学院大学法学論集, 70, 31-61

