

イタリアの精神医療改革に触れて

—精神保健医療福祉と留学生相談の場で考えていること

蓑島 豪智, 阪上 優

要 旨

イタリアの精神医療改革は、精神障害からの回復のため、精神障害とともに生きるために病院は本当に必要なのかという根源的な問い直しの結果、実際に病院がなくても地域で精神障害を持った人たちが暮らしていけることを国の単位で示している。制度的な違いがあっても、その考え方、取組から学べることは多く、日本の現場にも役立てられることがあるのではないかと問題意識をもって考えてみたい。日本における応用の可能性と限界、その限界の背景についても考察したい。

【キーワード】 イタリア精神医療改革, バザーリア, 脱制度化, スティグマ, 市民

1. はじめに

世界の精神医療状況に照らしてみた時に、精神病床が圧倒的に多いというのが日本の精神医療の大きな特徴となっている。精神保健医療福祉の担い手は、決して病院ばかりではない。地域で支援するさまざまな仕組は存在し、いろいろな展開がある。しかし、約35万床もある精神科病院が精神保健医療福祉に占める割合は見逃せない。西欧における精神病院は、18世紀後半に始まった産業革命において地方から都市に集まった人たちの中に生まれた不適応者を収容する中で精神を病む人たちが抽出されて、病気であるのであれば治療が必要であろうということで他の一般の収容所とは別の施設として興った。一方、日本における精神病院は、精神医学が諸外国に比べてなお未熟であった19世紀後半明治時代において、精神障害者が社寺に収容され加持祈祷により治癒を祈念されたり私宅監置されたりした状況からの医療による打開を目指して興った。しかし、その実像において、精神障害を持つ人たちを社会防衛的に収容する場として精神病院が機能した期間は長い。その成立からの経緯、現在も続く状態には残念ながら広い意味でのスティグマが背景にあるといわざるを得ない。より良い治療環境を求めて行われた日本での改革に精神病院における開放化運動・医療がある。しかし、ニーズも多様化し、診療報酬制度の抜本的な改正がない中でその後の展開に苦慮している現状がある。

イタリアは、精神科病院がなくても、地域で精神障害を持った人が生活していけることを、一地域の特別な取組ではなく国レベルで実証している国である。そのイタリアの精神医療改革に学

び、現在筆者が属している環境の課題や方向性を考えてみたい。

2. 日本の精神医療改革の流れについて

まず、日本の精神医療改革における流れをまとめておく。

1900年（明治33年）に精神病患者の保護に関する最初の一般的法律「精神病患者監護法」が制定された。1917年（大正6年）6月30日に行われた精神障害者の全国一斉調査の結果、精神病患者総数は約65,000人、精神病院等に入院中のものが約5,000人に過ぎず、私宅監置を含めて約60,000人の患者が医療の枠外にあるという実情が明らかになった。1919年（大正8年）、「精神病院法」が制定された。この法律によって、精神病に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考え方が初めて明らかにされたが、道府県が設置する精神病院に代わるものとして公私立精神病院（代用精神病院）を指定することも認めた。この法律は、精神病院を治療の場というより保安施設としてとらえるものであった。1940年（昭和15年）に約25,000床あった病床は、戦火による消失や経営難により閉鎖され、終戦時には約4,000床まで減少した。戦後、日本国憲法が制定され、その第25条で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、2項で「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定められたことにより、また、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、1950年（昭和25年）に精神病患者監護法と精神病院法を廃止して引き継ぐものとして「精神衛生法」が制定された。これにより、入院中心の精神科医療体制が確立した。1954年（昭和29年）6月の精神衛生法の改正では、精神病院の普及を図るため、従来の都道府県立精神病院への国庫補助のほかに、非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対しても、国庫補助を行う規定が設けられたことが重要な契機となって、病床は急速に増加した（精神病院ブーム）。同年7月の全国精神障害者実態調査により、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその1/10にも満たないことが判明した。1958年（昭和33年）には、「精神科特例」⁽¹⁾と呼ばれる厚生事務次官通知が出た。日本の病院の病床あたりの職員数は国際的にみて極めて低い数字であるが、さらに精神科における基準を低くしたのがこの精神科特例であり、精神科病院の新設を後押しした。1960年（昭和35年）には約85,000床に達した。

精神病床が増加傾向にある一方で、1950年代前半から抗精神病薬による薬物療法が普及し始め、精神療法や作業療法などの治療法の進歩によって寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮されたことに伴って予防対策や在宅障害者対策が次第に注目されるようになった。1963年（昭和38年）の精神障害実態調査によって、全国的な精神障害者の数、医療の普及などが明らかになり、治療や指導を受けないまま在宅している精神障害者が数多く存在することが推察され、精神衛生法ではこの状況の推移、社会情勢の著しい変化、精神医学の目覚ましい進歩という新しい事態に対応できなくなってきたので、精神障害の発生予防から治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正が準備された。

しかし、1964年（昭和39年）3月、ライシャワー事件（駐日アメリカ大使ライシャワーが統合失調症の少年に刺されて負傷した事件）が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、精神障害者に対する治安強化に向けた動きが起こり、精神病床のさらなる増加を

招き、精神病院の入院患者数は、病院数、病床数の整備に伴い大幅に増加を続け、1966年（昭和41年）の197,000人から、1975年（昭和50年）は281,000人、1985年（昭和60年）には34万人に達した。

その中であっても、日本精神神経学会を中心に強い反対運動が行われ、精神衛生法を全面改正し、監置の強化ではなく通院医療や社会復帰対策などを含めた精神科医療体系の充実によって対処すべきであると指摘を受けて、1965年（昭和40年）6月の精神衛生法の一部改正において地域精神保健活動の整備を図る内容も定められた。この精神衛生法の一部改正以後における精神保健行政は、精神医学の進歩に伴い「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」という大きな流れを踏まえて展開された。精神障害者の医療及び保護の確保を主な目的とする精神衛生法について、諸状況の変化に十分対応すべく、特に入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護と適正な精神医療の確保という観点から見直すべきであるという機運が生じたが進まなかった。1983年の宇都宮病院事件（医師や看護婦などの医療従事者が不足する中で、無資格者による診察やレントゲン写真撮影が行われたり、看護助手らの暴行により患者が死亡したりした事件）などの精神病院の不祥事件を契機に精神衛生法改正が国内外から強く求められ、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、1987年（昭和62年）に精神衛生法が改正された。国民の精神的健康の保持増進を図る観点から、「精神保健法」と名称変更された。1995年（平成7年）、精神障害者の福祉対策を充実することを主眼として精神保健法の一部改正が行われ、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」とさらに名称変更された。1995年（平成7年）12月にリハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえた「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」が策定された。2004年（平成16年）9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を今後10年で推し進めていくことが示された。この改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定に向けて、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」によって2009年（平成21年）9月、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が取りまとめられた。その後「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」や「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」によって議論が進められ方向性が示された。

2014年（平成26年）4月1日施行予定の精神保健福祉法の一部改正の主な点は、精神障害者の地域生活への移行を促進する精神障害者の医療を推進するため、①精神病床の機能分化などをさらに進めること、②医療保護入院という形態の強制入院における保護者の同意要件を外し、精神障害者に治療を受けさせるなどの義務を保護者に課す仕組みの廃止、つまり、家族等のうちのいずれかの同意を要件とすること、③医療保護入院者の退院を促進するための措置の充実として、精神科病院の管理者に、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談および指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置と地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供を行う相談支援事業者等）との連携、退院促進のための体制整備を義務付け、④精神医療審査会に関する見直しが規定された。

しかし、依然として2011年（平成23年）現在34.4万の精神病床が存在している。しかも、精神科特例という法律によって保証された差別的な設立条件は今日も基本的には大きく変わっていない。

3. イタリアの精神医療改革

3.1 イタリアなど諸外国と日本の比較

イタリアの人口はおよそ日本の半分、面積は日本の本州にあたる。

世界各国では精神科病床が減少傾向にある中で、日本では増加傾向を辿り世界最多となっている。人口1,000人当たりの精神病床数は、2000年の状況では日本で2.8、世界最少のイタリアで0.17である。

1960年代、世界各国において病院から地域への改革が進められたが、同じ時期、既述したように日本では逆行していくことになった。

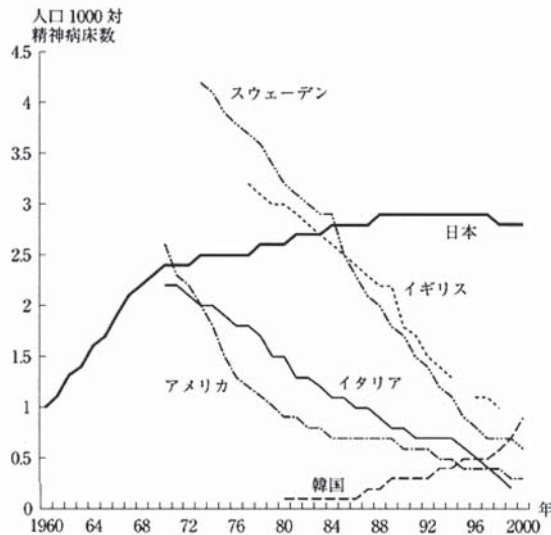


図1 人口1000人当たりの精神病床数の国際比較

出典：『精神保健福祉白書 2009 年版』（中央法規出版，2008）

〔OECD Health Data 2002 をもとに作成されたもの〕

（大熊（2009）より引用）

3.2 イタリアの精神医療改革のキーワード

キーワードは①“institution”、②“deinstitutionalization”である。

従来の精神医療の観点では、①「施設／病院」、②「脱施設化」、人類学的なより広い視点では、①「制度」、②「脱制度化」となる。この視野の転換が大切である。

日本で行われている「開放化」などの精神医療での進歩的な試みは、「施設」「脱施設化」の観点からの発想ではないだろうか。しかし、実はもっと広く、「制度」「脱制度化」の観点が存在して、ここを立脚点にしたときに、開放化の延長線上にある「地域での支援」という方向性がより明確に見えてくることになると思われる。

3.3 イタリアの精神医療改革で重要なこと

イタリアの精神医療改革で重要なことは、精神病院がなくても地域保健サービスでできることを観念的にではなく、具体的な実践で示したことである。病いを抱えた人が地域で実際に生活している場所でスタッフがスティグマをなくすべく仕事をするのが重要で、「患者」も「スタッフ」も「地域の人」も、そして「病院の内外の文化」が少しずつ変わっていくということが展開された。実践で有効とわかった制度を法制化して全国に広げている。イタリアにおいて精神病院をなくすに至ったのは、その機能に、その人が生活している場所から、その人自身を剥奪して別の場所に置いてしまっているところがあると気づいたからである。

3.4 イタリアの精神医療改革

改革の出発点となったのは、1904年から維持されてきた、精神病院への入院を社会防衛の観点からしか認めないという極めて劣悪な状況であった。改革は1960年代に始まった。ゴリツィア、アレツィオ、サレルノ、ナポリ、パルマ、ペルージャなどで同時多発的に地方自治体豊かに進められた。最初は現在の日本でいう「任意」入院⁽²⁾を認めさせるレベルであった。しかし、治療、リハビリという観点からすると、そもそも「病院はいるのか？」との根本からの問い直しがなされ、精神病院の壁の中に囲いこむ論理や社会のあり方に、矛盾と課題があるのではないかと気づき実践したのであった。

3.5 フランコ・バザーリア⁽³⁾

イタリアの精神保健医療福祉の改革において、大きな役割を果たした精神科医フランコ・バザーリアの考え方を挙げておく。

- ① 病気をみるのではなく、一人の人間としてみる。病気ではなく、現象学的、人間学的意味においてその人が誰であるかが大事。「病気ではなく、苦悩がある」
- ② 患者を開放する前に、「自分自身を開こう」
- ③ 「自由こそ治療」
- ④ 味方を増やす戦略の徹底
- ⑤ 病院スタッフ、労働組合との粘り強い話し合い
- ⑥ 病院の内外の反対派とも何度も話し合う
- ⑦ 市民世論を味方に

3.6 法 180 号「バザーリア法」

「自発的および強制による健康診断と治療に関する法律」(精神保健法)

1978年5月に制定された。

- ① 集団のみならず個々の病者の権利を守るという観点から、精神疾患を犯罪処罰規定から外し、強制治療を法的に規定する。
- ② 精神科病院を閉鎖することにより、病院収容の慢性化誘因を取り除き、社会の中で回復することを容易にする。
- ③ 利用者が簡単にアクセスでき、複数の専門家の境界横断的なインタラクションにもとづいた統合的なかわりを目指す、地域に拡大された支援モデルを推奨する。

具体的には以下の内容が規定されている。

- ① 精神病院の新設を禁止。
- ② 精神科病院への新規入院を禁止（1980年からは再入院も禁止）。
- ③ 治療は病院以外の地域社会の中の施設で行う。
- ④ 入院治療は総合病院の病床（15床以下）で行う。
- ⑤ 強制入院は2人の精神科医が独立して判定。その入院期間の期限は7日間以内。その最終責任は市長が負う⁽⁴⁾。

この法律を皮切りに次々に法制化され、最終的に1999年3月にイタリア全土の精神病院のすべてが閉鎖されたことを保健大臣が宣言するに至っている。しかし、その道のりは決して順風満帆であったわけではなく、常に反対運動に晒されて政権が変わるごとに危機に直面しながらも、法180号に立ち返って議論され、この改革の流れが死守されることが繰り返されてきている。

3.7 改革後のイタリアの精神医療の在り方

3.7.1 スタッフと患者の関係性、働き方

スタッフは、垂直の関係だけでなく、「水平」の関係あるいは「斜め性」でも働くと考えられる。すべてのスタッフは「専門性ありき」ではなく、職分が重なり合う領域ではその垣根を越えて、病院の中に存在していたヒエラルキーに象徴される医療的次元ではなく、患者が地域で具体的でリアルな人生を構築していく可能性を広げるために社会的次元で働いている。

病院の論理ではない、地域で生活するための別の論理でつくられた「精神保健センター」を核としてダイナミックなつながりの中で支援を展開している。この精神保健センターは、現在の日本に存在している同じ名称をもった機関とは異なり、診療機能、訪問機能、デイケア機能、ショートステイ機能のほか予防事業、相談事業など多彩な機能を一手に担う地域精神保健医療福祉の拠点である。

「完成した処方箋、理論的な裏付け」は用意されていない。その代わりに過程に参加するあらゆる人によって、「自己の実践」を「日常的に」「連続して」「批判的に」検証することが繰り返される。毎日のように討論が行われる。その結果として、権威に対して尊敬をもたなくなる上、古い役割や行動様式へと退歩する危険へ落ち込むことが少なくなり、自己の毎日の実践が共通の目標に役立っているか、矛盾していないかを判断できるようになり、自信が付き、自己や他者の行動を冷静に見つめることを学ぶことになる。

3.7.2 患者である前に市民であること

患者を管理するという考え方を捨てると同時に、患者を放り出すという考え方も捨てるというスタンスをとる。持続的に患者の面倒を見て、リハビリ活動を助ける。患者と市民のリハビリを行い、患者と一般市民との間の関係を新たなものにしていくことが仕事になる。社会の中で最も弱い立場にある人との関係を切らないことを重要視する。誰もが一市民であり、誰もが狂人になる可能性をもっているという考え方が背景にある。「近づいてみれば、普通の人なんていない」とは、イタリア精神医療改革の標語である。

3.7.3 危機介入について

危機は突然生じるものではなく、徐々に発生するものであると考えられている。危機に至るまでに、その兆候を知り予防的に介入できる制度的なネットワーク作りを行っている。重大な危機に至る前にすでに信頼関係がある状態をつくりあげておく。

危機介入の一例を挙げる。一人の利用者が非常に危機的な状況に陥りつつあり、家を離れて精神保健センターでしばらく過ごすことが必要になった。しかし、その利用者は精神保健センターで過ごすことに応じなかった。自分が精神保健センターで過ごすことによって、飼い犬を放置することになるので犬のことが心配で着けなかったからである。しかし、スタッフは、これまでの関係性から、そのことがその人にとって重要であるとわかっているため、その人の代わりにスタッフが餌をやり、その人の家に行くとか、犬をセンターに連れてきて面倒をみるといった手配をする。そうすることでその利用者の不安は治まっていく。これは一見他愛もない事柄であるが、スタッフがこうした状況を放置した結果、利用者がセンターにやってくる時期が遅れるとさらなる病状悪化を招きかねない。そこでこういった些細と思える段階で対応することが大切になる。これは、簡単なことであるが、これを可能にする組織や制度がないとできないことでもある。その対象者の家に行くために使える車がある、仕事時間中に家まで行き犬に餌をやるのが仕事として認められ許される、医師がそのために許可を出す、などといったことが欠かせない。精神的に問題を抱えた人たちが治療を利用し、リハビリを行い、生活をする中で、こういった関わりに戦略的な意味があると、皆で共有しておかないと、「それは専門家の仕事ではない」となってしまう。皆でその意味を共有して、お互いにサポートする土壌が重要になる。

4. 筆者の置かれている精神保健医療福祉の現場に鑑みて

4.1 日本とイタリアの精神医療の背景の違い

精神科病院の運営主体が日本においては、私立：公立＝9：1、改革前のイタリアにおいては1：9と正反対である。これは大きな違いであり、日本において病床を減らすことで病院から地域へと改革を進めることが困難となる大きな原因と考えられている。

この違いも含めて、イタリアの精神医療の現在の姿だけを見ると、到底太刀打ちできない、特別なものとされがちであるが、それこそ、制度の呪縛にはまった考え方と思われる。その考え方に学び、取り組めることはそれぞれの立場であるはずである。

4.2 身の回りでできること

——イタリアの精神医療改革から学んだことを活かせる可能性について——

普段の自分たちの実践の中には、病院という箱物を出発点とした場合の、特別な論理、やり方が少なからずあるはずで、必ずしも好ましいことばかりではないのではないかという問い直しが必要であろう。こちらが、こちらにとっての常識、当たり前感覚、やり方で進めている治療という名の「正当行為」として、隔離、身体拘束、外出制限、利用者との間のコミュニケーションに使っている「言葉」などがある。「施設症⁽⁵⁾」にみまわれている度合は患者よりもスタッフの方がひどいこともあるかもしれない。少なくとも、現状で自分たちに課せられた限界のために、本来は望ましくないが仕方なくまかり通しているやり方にすぎない一面があることを忘れてはいけ

ないのではないかと思います。

病院という箱物の存在を前提とするやり方の発想の中であって、専門性、責任、管理といったことがつき詰められていく。その結果、標準的であるべく、しなければならないことが積み上げられていく。「病院」文化に根差した極めるべきこととして目の前に現れることにキリはない。その多さ、大変さと反比例するようにスタッフが患者とともに過ごせる時間がなくなるというおかしなことも起こる。同じ苦勞をするのであれば、別の方向性もあるのではないかという疑問が頭を過ぎる。開放化の延長線上にある地域での支援という方向性を目指すということの方がより本質的ではないか。

今すぐにでも自分自身の現場を違った視点で眺め直してみることで違った展開を得られることがあると思われる。自分たちが知らず知らずうちにあてにして拠り所になっている病院という枠組、「制度」から少しずれた「素朴な視点」（病者でなく生活者、人）に帰ってみると、違った新鮮な見え方になることもきっと少なくないと思われる。ただ、それは決してひとつの正解があるという性質のものではない。常に動き変わっていく現実の中で、その時々その場を共有するもの同士一緒になって感じて考えてそれぞれの意見を出し合ってみる。その結果、その時点でよいと思われるものを当面やっていくことになると思われる。それですべてがうまくおさまるというわけではない。何度でも必要があり、機会があれば、問い直してやっていくという構え、覚悟が要請される。決して楽ではないかもしれないが、それがいろいろな意味で多様である今、偽りのない一つの在り方ではないかと思われる。

自分たちの用いる「制度」に敏感になりながら、実践の中で出てきた「矛盾」を、気づきの機会として変わっていく勇気をもつことは、いつのタイミングでもできるのではないだろうか。

4.3 地域における支援

地域における支援はもうすでにいろいろな次元で始まっている。医師主導であれば診療所さらには ACT（Assertive Community Treatment 包括的地域生活支援）を拠点に、看護師であれば訪問看護ステーションを拠点に、ケースワーカーであればグループホームや相談支援事業所を拠点に先進的な実践例が存在する。さらに、100～200床の規模の精神科病院の中でも、先進的な取組を始めているところがある。ここしばらくは、500床以上の規模の病院がさらにどう進むかが、世の中で問われる時期になってきているのではないだろうか。少なくとも病状が変わりないにもかかわらず諸々の事情で長期入院を余儀なくされている人たちについては、かなりの工夫が必要になると思われるが、地域で生活する方向性を模索できるはずである。この人たちは数十年にわたり入院を続けてきた結果、すでに高齢になってきており、残された時間に限りがあり喫緊の課題になっている。

4.4 改めての問い、原点へ

2013年12月、バザーリアの愛弟子、ペッペ・デラックアの講演会が大阪で行われた。1961年にバザーリアがゴリツィア県立精神病院に赴任して改革を始めようとした時の話が紹介された。そこでバザーリアは恐れと驚きに見舞われたというのである。閉鎖されている扉、身体拘束、電気ショック、そこでのやり方に慣れてしまっているスタッフがその原因ではなかった。当時その病院には収容されている人が500人いたが、そのすべての人が現象学的、人間学的な意味合いに

において、正に誰もいなかったということが原因であった。誰一人としてバザーリア自身に人間として立ち現れてこなかったというのである。しかし、ここで、バザーリアは逃げ出さずに「精神医療とは何か?」「精神医学とは何か?」を問うたのであった。これが、バザーリアの改革の原点であった。

「病院」というところは、全制的施設であるという見方ができるという。病院の閉じられた扉の向こうには「人間」がいない。扉の閉じられた病院の中にいる人は、現象学的な意味において人間では「なく」、「一般化された」被収容者であって、「〇〇さん」という具体的な一人の人はいない。人間ではない「物」へのやり方がそこでは適応されるので、扱い方に制限がなくなる。病院という治療構造、制度がそういう事態を必然的、潜在的に招く装置であるということに気づいたのであった。そして、治療が可能になるためには、まず、感情やいろいろな必要を持った現象学的な意味においてその人が立ち現れてくる必要があること、そのためには突き詰めると病院はいらない、あってはいけないという結論に達したのであった。

「開放化」は「扉を開けた」ということである。その意味で大きな一歩を踏み出したことに間違いはない。そして、取り戻された「その人」が立ち現れてきたという面があったことは確かである。それはとても大きく、かけがえのないことである。しかし、おそらくそれは量の次元の改善であり、質の次元は残されたままだと思われる。そして、抱える現実の前にその質の課題を見失ってしまう仕掛けが病院という装置には隠れていることがあると思われる。開放化を成し遂げたという段階に留まっているわけにはいかない、その先があるはずだと思う。病院を舞台にしてやっている限り、知らず知らずのうちにはまり込んでいる落とし穴があるはずである。実際、開放化された病棟で「患者」に向き合っているときと、その人の家に向き合っているときとを比べてみると、見えにくくなっていたことが歴然としてくる。病院においては、いかに注意していても医療従事者から患者へという上からの視線で接している面が突き詰めると必ずあるが、その人の家の中では、主客逆転し、飽くまで主人は利用者であり、医療従事者は脇役になり、話の聞き方にもおのずと変化が出てくるものである。今、そういった次元にまで立ち返り、もう一度向き合い直せるかどうか問われているのではないかと思われてならない。

4.5 イタリアの精神医療改革を日本に応用するうえでの限界とその背景

イタリアの精神医療改革において、単科精神科病院をなくしたということが大きな位置を占め、そのことが改革全体の退路を断ったという意味で重要である。病院をなくすとまでいなくても必要最小限に削減することが日本において可能であるかということが、イタリアの精神医療改革を日本に適応する際に大きく問われるところである。

民間精神科病院にいて何ができるのであろうか。思っていたよりもこの先に行くには「目に見えない」壁が重厚である気がする。さらなる先にすぐに進めないからといって、一民間施設を道義的に責めるということでは決してない。そこにはすでにそこを利用する人、そこで働く人が厳然として存在する。そして、入院という形で病院が収入を得ることが最も効率的になるように診療報酬制度は定めており、根本的に収容のスタイルが制度として仕組まれたままの状態が背景にある。現状では、地域に向けて大きく踏み出そうとすると、即座に経営の危機に晒されるおそれがあると言える。しかも、日本においては、自由開業医制が敷かれており、精神科病院の9割は民間病院であり、自ら採算をとっていかなければならない。これがイタリアの精神医療改革から

学べるものをそのまま日本に適応しようとするときに、たちどころにぶつかる日本の現状が抱える限界と背景である。改革前のイタリアでは、精神病院の9割が国公立であった。そのため、施策としての誘導も行いやすく、また、病院内から地域へ出での仕事に変えていく途上であっても、病院で働く職員の雇用を公務員として国が保証したことが改革推進の大きな後ろ盾になっていると考えられている。

また、今批判している日本の精神病院、精神医療の在り方にまつわる歴史を忘れてはならない。第二次世界大戦後の日本に WHO が派遣した精神衛生顧問のうちの一人であるクラークの報告の中にある文章から引用する。「筆者にははじめ（精神病院における）患者の生活条件が、さむざむとしており、超満員のようには思えたが、数人の患者の家庭訪問をした後になって、病院のほうが患者の住み慣れた家庭の生活条件に比べて良好であるということがわかった」。これによって、日本においては、精神障害者を私宅監置の劣悪な状況から救い出し医療のもとに置くための場となるはずの精神病院を国がつくるのではなく、多くを民間に委ねられてやってきた、その現実のありようを振り返ることができる。さらに、本土復帰（1972年）後の沖縄の精神医療に従事した島成郎が1975年に開催された第71回日本精神神経学会において行った報告を紹介した文章（参考文献（10））から引用しておく。「彼は、120%を超える沖縄の病床利用率には戦後日本の精神医療の構造－『社会福祉』政策による病院内大量長期収容－が典型的に現れているとみた。きわめて悲惨な沖縄の精神障害者の処遇は、『戦前・戦後を通じた日本精神医療の歴史が、凝縮してあらわれ、その本質を露呈している』。しかし『ただ社会的に要求された事態に対処するのに精一杯であった』彼自身の悪戦苦闘の経験によれば、この結果は自己の積極的な『医療』行為に由来したのであり、『患者処遇の基本形態である精神病院内収容隔離は、精神科医の承認と積極的関与なしには、法的にもありえなかったのである』から、『ただ単に、国家・社会の施策に由来したというのではなく、精神科医の真面目な努力によるものである』と述べた」。こういった歴史を改めて押さえておくことは欠かせない。

4.6 現在の悩み、そして踏み出した一歩

「他人にとってはたやすく見える一歩にも、多くの現実を乗り越えてようやく歩み出すことができる一歩もある」。「苦しい財政状況の中でも医療と経営のバランスをとりながら社会より求められる病院・施設を目指して職員一同理想と現実とのギャップに戦いながら、それぞれに夢を追いかけてきた。まだ道半ばだが、今後も夢に向かい職員一同精進していく」。これはいろいろな宿命を抱えて病院の中でやり続けてきた人の真摯な声である。それでも「開放医療」という言葉を通じて大切に考えてきたことに改めて思いを至らせればおのずと見えてくると思われる「地域での支援」に向けて、決して無理をしすぎず、地道に一歩ずつ進んでいくことはやはり大切であると思われる。

そう頑なに思ってきた。しかし、一方で、日本においても先達は少なからず存在し、その人たちが口々に説かれることには、「病院に留まっていたら改革はできない」ということであった。今一度踏み出す前に覚悟を決めるべく、問い直しが起こっている。これもイタリアに行ってから何度となく繰り返された自分自身の中の営みである。

最後にひとつ思い至ったことがある。

「『自分の立場、肩書、そういうものをとっぱらってしまわないと、ちゃんと利用者と向き合え

ない、同じ立場になって初めてわかる、そうでないとわからないものなのだ』ということをする人がいるが、それは違う。」と上述の大阪での講演でペッペ・デラックアが語っていた。決して当事者とは同じではない、同じになれる立場、肩書を利用してこそできることがあるはずだというのだ。そのことを通してしかつなげられないこともあるはずだ、という。

この視点に立った行動の手始めがこうしてこのレポートを書かせていただいたことになる。これまで述べてきたことは、もちろん、精神保健医療福祉に携わる者として自問と努力を続けていかなければならない課題である。しかし、もっと大きな次元が背景にある。スティグマが根深く関わっている問題である。まずは、どのような状況になっているかを、違う分野のいろいろな立場の多くの人に知っていただき、そして疑問を感じていただき、我が事として考えていただき、声をあげていただけるようになる下地を作りたい。遠い世界の他人事に思えて実は身近な問題であることを理解していただき、人権侵害の水準の問題であり当たり前の権利であることが当たり前前に実際に保証されることが自然であるという感覚が広がっていくことを願ってやまない。

改めて精神保健医療福祉の現場で何ができるかについて考えてみる。

精神科病院の大きな機能として、地域の診療所や福祉施設などさまざまな資源を利用する人たちが調子を崩したときに入院先として利用していただくということがある。元々精神科病院に長年入院を継続してこられた人たちは高齢化しており、500床規模の病院において、毎年20～30人ずつ精神科病院の中で最期を迎えられている。新たに入院されてくる人たちの約9割は1年以内に退院されていることが全国的な統計からも自院での統計からもわかっている。救急要請に備えて、精神科病院では入院受け体制を最大限整える努力をしている。その結果、毎年徐々に入院者数は増えている。しかし、入院受け入れを担当する急性期病棟においては退院までの期間が40日前後と病床利用の回転が非常に速い。また、新規入院者の中に高齢者がかなり含まれており、入院中に身体合併症が発生しその治療のために一般身体科病院に転院になることが少なくない。こうした現状で、全うな精神医療を進める限り、いかに入院受けを多くする体制を整えたところで、最早それだけで病床を埋めることはできなくなっている現実がある。実際、民間精神科病院の損益分岐点である病床利用率92%を下回ることが多くなってきている。この8%という数字は、病棟1つ分に相当し、それだけの空床が500床規模の病院全体において存在し、単純計算ではそれに相当するスタッフも余ってきているということである。いくら新規入院を多く受けようと努力してもそれでだけで病床を埋めることができないという傾向は今後さらに強くなるばかりであることはこの数年の実践から想像に難くない。この状況下でこの先できることは、さらに一層救急場面への対応を進めること、そして、空床が多くなってきていることによって一時的にでも余ってきている人材、時間（実際には急性期の激しい精神症状や高齢者の身体症状への対応のため、むしろ実際的な人手は不足しがちである）はできる限り、利用されている人と一緒にその人の生活の場である地域に出て、地域での支援方法を模索して身につけることに充て、病院の中だけのやり方からの脱皮を進めていくことが大切になると思われる。ふだん、入院だけでなく外来を含めて自分たちの病院を利用されている人たちへの支援での経験を積むことを通して、その人たちに入院が必要になることを防ぎ、地域での生活を続けながら危機を乗り越えることを支援できるように実力をつけていくことを目指すことがひとつの大きな目標になると思われる。また、診療所はじめ地域のさまざまな資源の精一杯の支援を利用していたにもかかわらず入院が必要になられた人たちに対しては、できる限りスムーズに入院していただける体制をこれまで通り提供してい

く。その上で、入院治療という場を通して見えてきたことを生かして、改めて地域の支援体制に反映させ、病院も「単なる入院施設としてだけでなく」、病院の「外の」地域の中でその人を支える現場での「新たな」資源としてネットワークの一員となって協力していく用意があることを地域に示していく。こういったことの積み重ねによって、地域との連携の中で、次第にその時々々のタイミングで必要な病床数が見えてくることになると思われる。その状況に従い、経営とのバランスをとりながら病床を削減し、病院の中で働いていたスタッフが、今度は利用者にとって本来の生活の場である地域に出向いて、往診、在宅診療、訪問看護や相談、生活・就労支援など、その現場で利用者にとって必要な支援をあくまで利用者の必要に従って利用者を中心に据えて行っていくという形で、「病院のさらなる地域化」を進めていくことができるのではないかと考える。そうすることによって、精神障害をもった人たちが地域で暮らすことがさらに当たり前になり、また、長年より良い姿を目指して取り組んできた病院のスタッフとしても、より本来的な形に近づいて一層の遣り甲斐を感じて仕事をしていくことが可能になっていくのではないかとと思われる。

5. 留学生との関わりにおいて活かせると思われること、大切にしたいこと

これまでは、精神保健医療福祉に関する思いを述べてきた。最後に、国際交流センターにおける留学生との関わりにおいて活かせると思うこと、大切にしたいことに触れておきたい。

5.1 相談を受ける者として

相談を受ける者として、一旦自分の考え方、捉え方、感じ方を脇に置いて、素直に目の前に相談に現れた人の声に耳を傾けるということの大切さを改めて思い出しておきたい。自分が苦勞して身につけてきたものに知らず知らずのうちに縛られていることがありえる。それはもちろん財産であるが、固定されてそれに縛られて不自由になっていることもありえる。特に留学生からの相談の場面では、自分とは違う価値観、考え方、感じ方に会う機会が多くなる。自分の内面の動きを意識しておかないと、自分の枠の中で捉えた自分の意見や現実を、せっかく勇気をもって相談に訪れた人に強要してしまい、その結果、その人のことを間接的に認めていないというメッセージを伝えることになり、さらに傷つけてしまうということになりかねない。こういった事態を避けるためには、自分が身につけてきた枠組を一旦外す覚悟が必要になると思う。相談という場面は人と人の出会い、ぶつかり合いである。その出会いを意味のあるものにしていくためには、まずは、ゆとりを多くもてているはずの相談を受ける側で、自分の殻から抜け出て先入観を可能な限り捨て去って、目の前の人の現実がどんなものであるかを理解すべく、虚心坦懐に向き合ってみることが大切になると思われる。論理や感覚が自分とは合わずすぐには理解できないこともありえるが、そのときにこそ、自分とは異質なものとして退けず、そこで踏み止まって、もう一度その人の言葉に耳を傾け直してみる。そうすることで、それぞれの枠組がほどけて見えてくることがありえる。その人の文脈に沿った新たな理解を得ることができて初めて血の通った相談になりえるという気がする。必要であれば何度でも繰り返されるこういった営みによって、相談に來られた人は、受け止められたと感じ、まずは大変な状況の中で気持をつなぐことができるようになり、いずれ回復して、以前とは違う自分に巡り合い、新たに踏み出すということも起こりえるのではないと思う。

5.2 留学生相談室のアメニティ

現状では仕方のないことであると思うが、留学生相談室のアメニティの向上についても課題として触れておきたい。

母国を離れて、日本という特殊な環境、異文化に勇気をもって飛び込んでこられた留学生たちが、何らかのことをきっかけに不調を来すことは十分にありえる。そのときに訪れることになるはずの場所のひとつが留学生相談室である。そのアメニティを向上させることの意味は、ある意味いちばんの危機に見舞われたときに、苦境においても、あるいはそのときにこそ、留学生を大切に、受け止め、一緒に考えていく用意があることを無言のうちに目に見える形で伝えることにあると思う。少しずつでも改善していけるように努力していきたい。

5.3 留学生へのアンチ・スティグマ活動の可能性について

母国の精神障害に対するスティグマを反映して、つらい状態に陥っていることを隠して一人耐えているといった涙ぐましい状況に遭遇することもある。

留学により大きく環境が変わること自体でいろいろな変化が起こるものであり、精神的な変調を来すことも単にそのひとつにすぎないものであり、必要以上に自責すべき事柄ではないということ、望まぬそのような状態になったことをむしろ成長の機会に変えることもできると伝えて、支えていくということをより一層積極的に進めていきたい。

異文化に触れる、晒されるということがどういうことを意味するのか、どういうことが起こるものであるのかを一般論として、留学の早い時期に知識として提供することで、当然見舞われる可能性のある事態に備えられ、実際に起こったときには、少しでも前向きに捉え、必要な支援を求めてもよい、決して恥ずかしいことではなく、むしろ必要であるということを伝えることができる。

こういった取組をすることは、ただ留学生のためばかりではない。留学という極めて特殊な状況であればこそ、そこにおいて強調されてわかりやすい形で見えてくる普遍的な事柄に気づくことが起こりえる。その気づきは、単に留学生においての特殊なものではなく、実は自分や身近な人にも当てはまるものでありえる。留学生相談という場を通して、そういった感性を研ぎ澄ましていくことで、身近なところに潜んでいるスティグマに気づき改めることができるようになり、少しずつでも生きやすい社会につなげていけることになると思われる。その結果、留学生への支援の質もさらに高まることになると思われる。

注

- (1) 日本の病院の病床あたりの職員数は国際的にみて極めて低い数字であるが、さらに精神科における基準を低くしたのが「精神科特例」と呼ばれる厚生事務次官通知で1958年に制定された。2001年に改正医療法によって是正が図られたが、なお低い配置基準が維持されている。精神科における医師数は他科の3分の1、看護師の数は3分の2でよいとするのが精神科特例である。精神科特例が廃止されたあとの規準は以下の通りとなっている。大学病院や総合病院などの精神科においては、他科と同等になり、医師数48:1だったものが16:1に、看護師数6:1が3:1に是正されたが、一般の精神科病院においては、医師数は従来通り48:1、看護師数は6:1が4:1に変更になったのみである。日本における多くの精神病床を抱える一般の精神科病院における基準は大きく変わっていないのが現状である。

- (2) 1987年に制定された精神保健福祉法で定められている、精神科病院への入院形態のひとつで、患者自身の同意に基づく入院であり、強制入院と対置されるもの。
- (3) 1924年ヴェネツィア生まれ。現象学、実存主義哲学、グラムシ哲学の影響を受けた。弁証法の人。喜怒哀楽の豊かな人。他人との関係の中で生きる人。孤立しない人。他人を理解しようと努力する人。世間の中での自分を意識する人。自分を問い詰める人。患者に対しても、互いに仮面をかぶらない本物の付き合いを築こうとした。文化と民衆を、ある静的で統一的な「全体」としてではなく、動的な弁証法的なプロセスのうちに見出そうとした。1944年～1945年、レジスタンス活動家として投獄された経験をもつ。1949年パドヴァ大学医学部を卒業して大学で過ごす。1952年(28歳)神経精神医学コースに進む。1953年(29歳)社会学者の卵、フランカ・オンガロと結婚。1961年(37歳)ゴリツィア県立精神病院の院長となり最初の改革に着手。1971年8月(47歳)トリエステ県立サン・ジョヴァンニ精神病院院長に就任。1979年11月(55歳)ローマの精神医療改革の監督官となる。1980年9月(56歳)脳腫瘍で急逝。
- (4) 強制入院の最終責任を市長が負うということの意味は、障害者や患者といった面だけでなく、市民としての面が尊重されたということにほかならない。
- (5) 集団の収容生活が心身に及ぼす影響を指している言葉。精神障害者や高齢者患者を含む長期在院者において、患者の退行現象や受け身的依存性などが長期在院のための施設症とみなされるようになっている。

参考文献

- (1) 大熊一夫(2009)「精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本」岩波書店
- (2) ジル・シュミット著/半田文穂訳(2005)「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
- (3) 精神保健福祉法研究会(2002)「改定第二版 精神保健福祉法詳解」中央法規
- (4) 全国精労協有志(2009)「ITALIA 2009.10.20～28」全国精労協有志
- (5) トリエステ精神保健局編/小山昭夫訳(2006)「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に向かって」現代企画室
- (6) ぴあ・ネット(2010)「精神病院をなくした国-イタリアを訪ねて」勉強会資料
- (7) 松嶋健(2008a)「医療環境を変えるー『制度を使った精神療法』の実践と思想」第3節「イタリアの例から バザーリアと制度を使った精神療法ー脱施設化から脱制度化へ」pp.375-404
- (8) 松嶋健(2008b)「フランコ・バザーリアと『文化』-イタリアにおける脱制度化と民族精神医学-」『こころと文化』第7巻第1号, pp.19-33
- (9) 松嶋健(2009)「生成する『テリトリー』としての地域 イタリアにおけるスローフード運動と精神保健改革運動の交差から」(前編)『精神科看』第36巻第7号, pp.39-44, (後編)『精神科看護』第36巻第8号, pp.48-55
- (10) 八木剛平、田辺英(2002)「日本精神病治療史」金原出版

(京都大学国際交流推進機構国際交流センター・留学生相談 精神科嘱託医、
京都 いわくら病院・副院長)
(京都大学国際交流推進機構国際交流センター・准教授)

Reflection of the Reality of Japanese Mental Health Services and International Student Advisory Services in the Light of Psychiatric Reform in Italy

Taketomo Minoshima, Yu Sakagami

Abstract

Psychiatric reform in Italy has proven that mentally handicapped people can survive as citizens in the community without psychiatric hospitals, resulting from the ultimate question of whether or not recovery from mental disorders as a “whole” person with his/her complexities requires psychiatric hospitals. Although the situations of Italy and Japan differ greatly with regard to their systems of mental health services, one can utilize the concepts from which psychiatric reform in Italy has been realized in order to examine our own mental health practices. Here the possibilities and limitations of the utilization of these concepts will be considered.

(Commissioned Psychiatrist, The International Center, Kyoto University,
Assistant Director, Iwakura Hospital)

(Associate Professor, The International Center, Kyoto University)