

バザーリアの理念が精神障がいのある人々の
地域実践に及ぼす影響

—— トリエステにおける地域精神保健医療福祉
システムからの示唆 ——

平 澤 恵 美

『中京大学現代社会学部紀要』 第8巻 第2号 抜 刷

2015年2月 PP. 75~92

バザーリアの理念が精神障がいのある人々の地域実践に及ぼす影響

—— トリエステにおける地域精神保健医療福祉システムからの示唆 ——

平 澤 恵 美

要旨

本研究は、イタリアの精神医療改革をおこなったフランコ・バザーリアの理念が、現在のトリエステにおける地域精神保健医療福祉に及ぼす影響について考察し、トリエステの実践を通して日本の課題を検討することを目的とした。対象者として、トリエステ地域精神保健医療福祉に携わるスタッフ5名へのインタビュー調査をおこない、分析をおこなった。その結果、トリエステでは、①人権を意識した場づくりの実践、②個人のニーズに対応した実践、③ソーシャル・インクルージョンを意識した実践、④エンパワメントによる実践がおこなわれており、その背景には、バザーリアの理念が反映されていることが明らかになった。また、日本への示唆として、①精神保健医療福祉のなかに存在する、当事者と専門職の権力構造の見直し、②制度や支援体制における柔軟性、③多職種による共通の理念と目標が必要だと考えられた。

1. はじめに

1960年代から始まったイタリアの精神保健医療福祉改革は、現在もなおイタリアのみならず、世界の精神保健医療福祉に多大な影響をあたえて

いる。それは、この改革が制度・政策の変革にとどまらず、「精神疾患のある人々の人権」に対する従来の概念を根底から覆し、実践のあり方を変えていったからであるといえる。

アメリカで巨大精神科病院における脱施設化の動きが見られるようになった1960年代、イタリアでも精神医療のあり方を問い直す活動が始まっていた。1961年に大学の精神科クリニックからゴリツィア精神科病院の院長となったフランコ・バザーリア（以下バザーリア）は、治療よりもむしろ監視をおこなっていた精神科病院の実態を目の当たりにし、精神医療のあり方に疑問を抱いた。当初バザーリアは、イギリスの治療共同体モデルを導入しながら、患者との対話を重視し、治療の場を人道的なものにすべく改革をおこなっていた。しかし、多様な入院患者の治療に携わるなかで、精神科病院における構造そのものが治療の妨げになっていることを認識し、精神科病院の廃絶こそが治療につながると訴えた。バザーリアの精神医療改革は、イタリア全土におよび、1999年にはイタリア最後の精神科病院が閉鎖され、現在も単科の精神科病院は存在せず、必要とされる精神科医療は地域の精神保健センターで提供され、急性期の緊急治療は総合病院でおこなわれている（Mezzina 2010）。

一方、精神科病院中心の医療から、地域医療中心の精神保健医療福祉体制への一歩をようやく踏み出した日本では、精神障がいのある人々の人権や地域医療の重要性が問われているにもかかわらず、現場の支援体制のみならず、精神障がいのある人々に対する社会的な意識の変化はあまりみられてない。実際に、世界の精神科医療のなかでも大幅に上回っている精神科病床数は、横ばい状態から減少する傾向はあまりみられず、ここ十数年で精神科病床の削減と地域生活支援強化をおこなってきた諸外国と比較しても、その動向は極めて緩やかである。また、精神保健医療福祉の改革ビジョンとして目標とされた、7万2千人の受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者の地域移行支援は、10年が経過しようとする現在も、その数値目標は高いハードルとして留まり、中間報告によると、精神科病床数そ

のものはほとんど減少していない(厚生労働省2009)。すなわち、日本の精神保健医療福祉は、精神科病院で生活を継続する精神障がいのある人々の地域生活の可能性を指摘しながら、実践における積極的な変革には至らず、未だ保護的な姿勢を保っているといえる。こうした日本的なケア体制から脱却し、新たな段階へと導くためには、国が主導となる政策的な改革に加え、バザーリアがおこなったような、精神科病院に入院している人々、これらの人々を支える専門職、そして地域に生活する人々による、「精神疾患のある人々の人権」に対する意識改革が必要であると考えられる。

日本でも、こうした精神保健医療福祉の現状を懸念する専門職が数多く存在し、精神科病床を閉鎖するだけでなく、地域の支援システムを定着させていったトリエステの実践から学ぼうとする試みも多くみられる。石川ら(2012)は、トリエステでは、バザーリア亡き後も、バザーリアの哲学と志を受け継ぐ人材が改革を実現させ、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、レジリエンスといった現代の精神保健医療福祉における重要な概念を実践している場所であると報告している。また、小山(2007)は、トリエステのような地域精神保健医療福祉サービスの実現に必要な要素として、専門職が専門性を活かしながらコミュニティのなかで協調し、相互関係と社会構造への意見を反映させていくことを指摘している。しかしながら、これらの報告は、精神科病床の削減と地域実践の実現の困難に直面している日本への、イタリア実践の紹介に留まっており、トリエステの地域実践の分析を基にした日本の精神保健医療福祉への提言には至っていない。

したがって、本稿では精神科病院での治療に頼らず、地域で精神障がいのある人々を支える仕組みを展開していったイタリア、トリエステ自治県(以下トリエステ)の実践に着目し、地域で実践に携わるスタッフからのヒアリング分析を通して、現状の制度やシステムのみならず、その根底となっているバザーリア理念、および精神科病院を撤廃させた精神保健医療福祉改革が及ぼす地域実践への影響を考察する。そして、その結果を基に

しながら、日本における今後の地域精神保健医療福祉のあり方についての検討をおこなう。

2. トリエステの改革

イタリア北部に位置するトリエステは、東京都23区の約1/3ほどの面積であり、人口は約20万人といわれている。バザーリアの精神医療改革がおこなわれる以前、20ヘクタール以上の膨大な敷地を有したサン・ジョヴァンニ病院には、1200名の入院患者が存在し、そのうち840名が強制入院であった。1971年にサン・ジョヴァンニ病院の院長となったバザーリアは、1977年の秋に病院を閉鎖するとメディアに発表した。病院長に就任した当初から、バザーリアは病院のヒューマンイズム化よりむしろ、病院の閉鎖を目標としていた。この改革の背景には、県知事が共に精神障がいのある人々の解放、「自由こそ治療だ」というバザーリア理念を支持していたからこそ達成できたものであり、イタリア文化における人権意識の強さを物語っている (Schmid 1977 = 2005)。

バザーリアがトリエステの改革において、精神科医として精神科病院を解体するという極論に至った経過には、バザーリアの精神医学に対する視点のみならず、精神医学を超えた関係者を取り巻く社会構成における矛盾がある。バザーリアは、精神科病院の実態を目の当たりにすることで、病院内における医師と患者の関係を含めた専門職と患者の関係は、個人の能力によって決定されるのではなく、医師をはじめとする専門職の持っている社会的な権力によって構成されており、その権力が存在する限り、人と人の関係性を主体とした人間関係の構築をする妨げになると指摘した。そして、精神科病院という権力構造で成り立っている場所がある限りは、治療関係の形成に限界があることを指摘し、精神科病院を無くさなければならないという結論に達した (松嶋 2011)。すなわち、バザーリアは、人権と精神科病院の間に存在する矛盾を消滅させるために、精神科病院の解体に着手したのである。

バザーリアの実践により、1978年には任意および措置検診と治療に関する規定（後に国民保健サービス制度法へ移行）である180号法、通称バザーリア法が成立され、イタリアでは精神科病院への新たな入院を禁ずるだけでなく、措置治療に対する厳しい制限をおこない、強制的な治療という考え方ではなく、権利としての治療が保障されるようになっていった(Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2004 =2006)。

3. トリエステの現在

精神科病院での治療に代わり、地域で精神保健医療福祉を担う体制を整備していったのが1981年に設立された精神保健局だった。その後、治療だけでなく、予防・診断・介入・リハビリテーションを含める精神保健福祉におけるサービスを組織的に運営する精神保健措置部門が立ち上げられ、1995年に現状のシステムとなった。また、精神保健措置部門は、地区ごとに細分化されたサービスが地域社会のなかで適切におこなわれるように調整し、トリエステのシステムとして組織的に運用されるように保障するだけでなく、精神障がいのある人々に対する差別・避難・排斥をなくすための働きかけと権利の推進を目的とした。

精神保健局のプロジェクトチームは4つの保健区に分類され、精神保健センターとして利用者と家族を対象に地域を基盤とした支援を24時間体制でおこなっている。それぞれの精神保健センターに設置されている8床のデイケアやナイトケア用のベッドは、1泊から数週間利用が可能となっており、その他にも緊急診療、外来診療、デイホスピタル、デイケアセンターなどの活動がおこなわれている。地域によって精神保健センターが中間施設、グループホーム、共同生活グループを運営している場合もある(Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2004 = 2006)。

トリエステ精神保健センターの活動

<p>バルコラ／ アウリジーナ 精神保健 センター (保健区1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 人口： 63,160 人 * センター利用者： 768 人 * 職員： 精神科医 4 人，看護師 29 人，臨床心理士 2 人，ケースワーカー 1 人，リハビリテーション士 1 人，介護士 1 人，管理者 2 人 * 夜間宿泊ベッド： 8 床
<p>マッドレーナ 精神保健 センター (保健区2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 人口： 57,0831 人 * センター利用者： 890 人 * 職員： 精神科医 4 人，看護師 25 人，臨床心理士 1 人，ケースワーカー 1 人，リハビリテーション士 2 人，介護助手 3 人，管理者 2 人 * グループホーム・中間施設・共同生活グループを含む 5 ヶ所のレジデンスがあり，22 床のベッドが確保されている。
<p>ドーミオ 精神保健 センター (保健区3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 人口： 63,823 人 * センター利用者： 767 人 * 職員： 精神科医 4 人，看護師 24 人，臨床心理士 2 人，ケースワーカー 2 人，リハビリテーション士 1 人，管理者 1 人 * 小規模レジデンス 1 ヶ所
<p>ガンビーニ街 精神保健 センター (保健区4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 人口： 47,882 人 * センター利用者： 722 人 * 職員： 精神科医 4 人，看護師 20 人，臨床心理士 1 人，ケースワーカー 1 人，リハビリテーション士 1 人，介護助手 3 人，技術員 1 人，管理者 1 人 * グループホーム・中間施設・共同生活グループを含む 5 ヶ所のレジデンスがあり，9 床のベッドが確保されている。

(Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2004=2006 より筆者作成)

4. 研究方法

本研究では、バザーリアが精神保健医療福祉改革をおこなったトリエステをフィールドとし、精神保健局による地域精神保健医療システムの展開を踏まえて、その中核となるバルコラ／アウリジーナ精神保健センターとマッドレーナ精神保健センターのスタッフ4名とマジョーレ病院の精神科医師1名に対してインタビュー調査をおこなった。なお、インタビュー調査の期間は、2012年9月12日から9月14日とした。

インタビューの中で最も重視した点は、バザーリアの改革や理念が現在のトリエステに及ぼしている影響と、現状における地域実践のあり方であり、これらの視点を把握するために、具体的な4つの項目による半構造化面接をおこなった。インタビューの質問内容は以下の通りである。①精神保健医療福祉に携わる専門職にとってのバザーリア理念はどのようなものとして理解されているか、②トリエステの専門職からみた精神障がいのある人々の人権の意味とはなにか、③トリエステで実践をおこなう専門職としての支援の視点はどのようなものか、④総合病院・精神保健センターにおける活動内容と利用者の概要についてである。これらの項目を焦点としながら、それぞれの専門職からみたトリエステの現状についての回答を求めた。

また、倫理的配慮として、研究協力の依頼に際し、研究の趣旨について文書でトリエステ精神保健局に説明をおこない、調査結果についても、本研究以外の目的では使用しないことを説明し、了承を得た。

5. 調査結果と考察

インタビューの結果から、精神保健センターの実践では以下の4点に焦点が当てられていることがわかった。

(1) 人権を意識した場づくりの実践

バザーリアが精神科病院の改革に携わって最初におこなったことが、スタッフをユニフォームから私服にしたこと、そして部屋を人が生活する空

間として適しているものにするのであった。トイレや浴室を新しくしたり、すりきれた家具を最新のイタリアデザインの椅子や机に替えることで、内部の解放に着手した。それは、精神疾患のある人々を尊重し、生活を尊重するという人間らしさを重視した基本的な考えを土台としており、その考えは現在もお実践の一つとして取り入れられている。精神保健センターのスタッフはこう語る、「生活の中に好きなインテリアを入れたり、好きなデザイナーの作品を飾ったりすることはごくあたりまえのこと。だから、このセンターもイタリアのインテリアコーディネーターがデザインを担当して、より過ごしやすい空間を演出するように手がけられている。家具も壁のデザインに合うように選んだり、それぞれの部屋のコンセプトに合わせて揃えたりしている。」実際に訪問した2つの保健センターのインテリアは、日本の施設でイメージしているようなベーシックなインテリアではなく、それぞれの部屋がテーマごとにコーディネートされ、色使いが豊かな住空間であった。



マッダレーナ精神保健センターのデイルーム

デイケアやナイトケア用のベッドがある部屋についても、「病院のような殺風景な部屋は必要ない。体調が優れないからといって壁で囲われたような部屋に入るなんて、余計に体調が悪くなる。気持ちを整えるために過

「ごしやすい部屋を提供すべき」だと語る。この考え方は精神保健センターだけでなく、総合病院の緊急病床にも適応され、壁に掛けられたデザイナーのファブリックボードに、デザインが施されているタンスが取り入れられ、丸い形のデザイナーチェアがベッドサイドに置かれている。病気であることが、人らしく生活することの妨げになるべきではないという理念が随所にみられる。



マジジョーレ病院の病室

更に、トリエステの実践はこうしたハード面における空間の整備だけではない。重要なことは、「いくらお金をかけて素敵なインテリアを取り揃えても、広い空間を準備しても、そこで支援に携わる関係性が医師と患者、看護師と患者では何も変わらない。目の前にある見えない壁は常に存在する。だからこそ、私たちは治療も共同でおこない、病気だけを媒介とした関係性ではない、人と人の関係性の構築を心がける」と話す。実際にスタッフは誰一人ユニフォームを身につけてはいなかった。精神科の医師も看護師も白衣を身に纏ってはならず、専門家と当事者という垣根は最小限にとどめられていた。バザリアが従来との関係性を廃絶するための方法として、精神科病院の撤廃を唱えたように、現在のスタッフもまた、人権を尊重した人と人の関係性を焦点にした視点を重視しているのである。

(2) 個人のニーズに対応した実践

精神保健センターの唯一の利用条件は、利用者がそれぞれのセンターが管轄する地区に住んでいることである。精神保健センターの利用は、本人や関係者の申請によっておこなわれ、24時間以内に実施される最初のインタビューによって、支援をおこなうための専門家によるチームが構成される。ここでは、精神科医による紹介も必要なければ、専門員による判定もおこなわれない。精神保健センターのスタッフは、「どんな病名であるかは関係ない。すべては支援を必要としている本人のニーズから出発している。だから、本人ではなく、家族や友人が必要だと感じてセンターに申請に来た場合でも、本人との話し合いを通して、家庭訪問や保健センターの利用が必要だと本人が認識してから支援体制が整えられる。」と話す。あくまで当事者主体なのである。

投薬についてのコメントでは、「精神保健センターの全ての利用者が薬を飲んでいるわけではない。お昼ご飯を食べに来るだけの人もいれば、友達に会いに来る人もいる。お風呂に入りに来る人もいれば、ランドリーを使いたくてセンターに来る人もいる。それぞれが必要に応じて利用すれば良い。もちろん、薬のためにセンターを利用する人もいる。条件をつけて利用者を制限することで、支援や治療に繋がるはずの関係が消滅したりしないように、本人の自己決定を尊重しながら、センターを利用する人の権利も保障する。」病気を中心に考えるのではなく、生活を支援することを重視しているのである。

また、現場では多様なニーズに対応するための視点が示されている。「私たちには相手が必要とすることに、いつでも対応できるような柔軟性が求められる。自宅へ訪問する際も、看護師と共に医師を必要とするならば、医師も同行することもあるし、他の専門職が同行することもある。精神疾患の病名がついていなくても、薬を飲んでいなくても、家庭訪問を希望すれば提供する。サービスを提供するために、条件はいらない」と語る。大熊（2009）によると、医師としてのバザリアのアプローチは、精神病の

存在そのものを否定するわけでもなく、向精神薬を処方したり、強制的に治療したりするわけでもない。診断や投薬を主役にしないことで、医師としての社会的な権力を剥き出しにせず、「病人」ではなく「苦悩する人」として向き合う。だからこそ、その人が抱えている課題の解決を第一に考えることができると主張している。

(3) ソーシャル・インクルージョンを意識した実践

バザリアと共にトリエステの精神保健医療福祉改革をおこない、トリエステ精神保健センター長を経て、現在はトリエステの世界保健機構(World Health Organization: 以下 WHO)、精神医療保健部門の共同研究センター長であるメッジーナ医師の報告によると、トリエステの改革では、精神障がいのある人々が社会の一員としてトリエステの街の中で生活し、地域の中で個人が望む生活を実現するための社会の構築を目指してきた(Mezzina 2000)。トリエステの改革を通して、これまで精神病院という柵の中で、社会から排除され続けてきた人々のインクルージョンを達成したのである。その実践の一つとして挙げられるのが、現在のサン・ジョヴァンニ病院である。スタッフによると、「現在のサン・ジョヴァンニは、病院としての機能は失ったけれど、病院だった建物を再利用して学校を運営したり、レストランやカフェを営業したり、WHOのオフィスとして活用されている。また、精神障がいのある人々を含めた社会的弱者が、組織で勤務する職員の30%を占める社会協同組合として、様々なビジネスを展開している場所でもある。」トリエステでは、病院としての建物を取り壊して、新たな事業を展開するのではなく、精神科病院だった場所に住民に来てもらい、活用してもらうことを通して病院が街と一体化する取り組みをおこなっている。これは、病院が解体される前からおこなわれていたことであり、バザリアは、サン・ジョヴァンニの解体運動のなかで、精神科病院も他の公共の建物と同様、市民がいつでも入れることができ、院内を自由に歩けることができる場所にすることを目指していた。そし

て、その取り組みとしてサン・ジョヴァンニ庭園のなかに幼稚園を開園させ、住民全体を対象に映画やコンサートもおこなったのである (Schmid 1977 = 2005.)

また、トリエステ全体に広がっている社会協同組合では、ホテル、レストラン、バー、ラジオステーション、建設業、映像制作、農業、酪農、園芸、警備、修理などの仕事がある。これらの活動を通して、「トリエステには300名以上の精神障がいのある人々が就労しており、障がいのある人が一般社会のなかで仕事をするにより、障がいのある人の権利と生活を保障するだけでなく、共に働く人々にとっても精神障がいのことを知る良い機会となっている」と理解されている。また、スタッフによると、これらの社会協同組合による活動は「特別なことではなく、ごくあたりまえにトリエステのなかでおこなわれており、労働者の権利は組合によって保障されているため、組合で決められた適切な給料が支払われる仕組みとなっている。」トリエステでは、精神保健センターを介してのソーシャル・インクルージョンの取り組みだけでなく、障がいのある人々を孤立させない、排除させない街として、人と人のつながりを構築しているといえる。

(4) エンパワメントによる実践

サン・ジョヴァンニに勤務していたスタッフはこう語った。「私たちはトリエステが特別な場所であるとあまり意識したことはない。けれどバザリアがサン・ジョヴァンニを閉鎖していった一つ一つの過程そのものが、入院していた精神疾患のある人々にとってのエンパワメントであり、奇跡だった。なぜなら、彼らはその過程で人権を取り戻していったから。そして、その理念が根付いているトリエステの現場では、今でも無意識に、時には意識的に障がいのある人々に働きかける。全ての人々は平等に生きる力があるのだ。」

石川ら (2012) によると、トリエステの改革をおこなう過程では、病院の所有物としてしか見られていなかった精神疾患のある人々を、一人の人の

間として捉えることで、その人がもつ強みや健康的な部分に目を向けるようになり、スタッフは病院という場にとらわれることなく、個人として相手と向き合うようになっていったと報告している。すなわち、こうしたストレングスを重視した視点で人々と関わるのが、長期入院から退院というような人生の可能性を信じる選択につながり、それを実現させていく事例を増やすことで、精神疾患のある人々のエンパワーメントだけでなく、精神医療保健関係者のエンパワーメントにも繋がっているのだといえる。

また、バザーリアが改革のなかで唱え続けた「自由」という概念を治療にも取り入れている点もトリエステの特徴として挙げられる。スタッフは語る、「以前は、向精神薬は症状を抑えるために用いられた。一つの薬が効かないと次の薬、それも効かないと次の薬というように。私たちは精神症状を否定的なものとして捉え、それをコントロールすることに長い間振り回されていた。重要なことは、症状があってもその人が望む生活を支援し、自由を保障するという。それが最も大切なことであり、そのためには信頼関係がなくてはならないものとなる。医師と患者は民主的な関係のなかで、薬についても考える。」トリエステはエンパワーメント実践として知られているわけではないが、理念や実践の随所にエンパワーメントの要素が盛り込まれていることがわかる。

6. まとめと日本への示唆

50年前に一人の精神科医による活動として始まった精神医療改革の理念が、現在もなお変わることなくトリエステにおける地域精神保健医療福祉システムの基盤として根付いていることが、インタビュー調査の結果としてわかった。それは、バザーリアの理念が、トリエステの地域精神保健医療福祉における価値に大きな影響をあたえているからであり、精神障がいのある人々に対する支援のアプローチへの普遍性を示しているからでもある。すなわち、バザーリアが唱え続けた「自由」「人権」「尊厳」を尊重した視点は、本研究で示された、①人権を意識した場づくりの実践、②個

人のニーズに対応した実践, ③ソーシャル・インクルージョンを意識した実践, ④エンパワーメントによる実践といった形で現場に反映されており, その実践を可能にしている街だからこそ, 精神保健医療福祉の先駆的な実践として, 世界に影響を与え続けていると考えられる。

ここでは, これまでに明らかにされたトリエステの地域実践の特徴から日本への示唆として, 以下の3点を挙げる。

(1) 精神保健医療福祉のなかに存在する, 当事者と専門職の権力構造の見直し

日本にあるほとんどの精神科病院から, 窓に付けられた柵は撤去され, 多くの精神科病院は院内環境の改善に力を注いでいる。先駆的な病院やグループホームでは, ホテルのような家具を整え, プライバシーを尊重した個人のスペースを確保している。こうした試みは, 従来の日本の精神保健医療福祉にはみられなかった, 人権を意識した試みの一つであるといえる。しかしながら, どんなに素晴らしい空間を提供しようと, 快適な環境を整えようと, 当事者と専門職の間には見えない壁が常に存在する。治療や支援という形で, 主導権のある専門職が当事者の生活に影響を与えている場面や, 専門職による保護的な関わりは, 日本における実践現場での一般的な関わりともいえる。こうした権力構造を見直し, 主導権を握る専門職の意識を変えなければ, 人と人の関係性を構築することは困難であろう。すなわち, 地域精神保健医療福祉とは, 精神障がいのある人々を病院から地域に移行すれば良いというわけではない。バザリアが実践したように, その根底にある権力構造そのものを消滅させなければ意味がないということである。それは, 地域中心の支援体制に取り組んでいる, 現在の日本の現場における大きな課題ともいえる。

(2) 制度や支援体制における柔軟性

トリエステにおける個人のニーズに対応した実践とは異なり、我が国で地域の福祉サービスを利用するためには、一定の条件がある。具体的には、介護給付サービスを利用するためには、障がい認定区分が設けられており、判定なしではサービスの利用を受けることができない。また、利用料が発生することにより、利用したいサービスがあっても、サービスの利用を停止するケースもみられる。こうした制度や支援体制における柔軟性のなさは、サービスを必要とする人を孤立させる可能性を高めるだけでなく、治療や支援に繋がる可能性のある関係を消滅させることも考えられる。特に、精神障がいのある人々は社会的なスティグマだけでなく、内なる偏見から、福祉サービスへ繋げることが困難なケースも少なくない。より充実した支援を提供し、地域におけるソーシャル・インクルージョンを実践するためにも、柔軟性の重要性を検討すべきである。

(3) 多職種による共通の理念と目標

トリエステ精神医療改革の成功の裏側には、共通理念と共通目標がある。すなわち、現在のトリエステがあるのも多職種の専門家が同じ理念を掲げ、同じ目標を目指していたからこそ達成できたといえる。そして、現在もなお、医師・看護師・臨床心理士・ソーシャルワーカー・リハビリテーション士など、異なる専門職で構成されたチームが同じ視点をもって実践に携わっている。本研究でも、3つの異なる職種の人々からのヒアリングを実施したにもかかわらず、全ての質問に対して共通した回答が示されている。こうした視点は、それぞれの専門職が横の繋がりを重視する日本の精神保健医療福祉のなかで、未成熟な部分でもある。職種にかかわらず、ひとつの目標に向かって、専門職が共通理念をもって支援に取り組むことにより、一人の当事者に対し、共通認識を持ったチームとして支援することが可能となり、より高い効果を得ることができると考えられる。地域精神保健医療福祉をより効果的に推進していくためには、関係する全て

の専門職が共通のビジョンを掲げ、手を取り合って進んでいくことが求められる。

7. おわりに

本研究で題材としたトリエステの精神保健医療福祉改革が世界から注目される理由は、精神科病院を撤廃したことだけではない。病院の撤廃と同時に、退院していった人々を地域で支えていくためのシステムを充実させ、新たに支援を必要とする人々に対しても、入院治療という選択肢以外の手段を選択できるように、ソーシャル・インクルージョンの理念を取り入れながら、着実に地域を整備していった点が挙げられる。

最後に、我が国でもトリエステと同じように「自由」「人権」「尊厳」を重視した実践を取り入れ、先駆的な実践として注目されている、浦河「べてるの家」を取り上げたい。1984年に設立された「べてるの家」は、精神障がいのある人々が人としての人生における悩みや苦しみを取り戻し、ありのままに生きていく姿を支援している（浦河べてるの家2002）。こうした活動について、加藤（2012）は、浮ヶ谷の医学モデル・社会モデル・生活モデルを用いながらトリエステとの比較をおこなっている。医学モデルでは、浦河町の川村医師による最小限の薬物治療を用いた、完治を目指さず病気と共に生きる姿勢を示している。これはバザリアによる、患者は専門家の支援のもとで自分の狂気と共存できるという姿勢と類似していると考えられる。社会モデルでは、浦河では病院を治療の場とするのではなく、休む場として位置づけられ、健常者社会へ健常者として復帰するよりもむしろ、精神障がいのある人々として社会に貢献することを目指している。こうした点からも、トリエステの社会協同組合との類似がみられる。また、生活モデルの比較として、浦河とトリエステでは、病気や症状を疾病ではなく、生活のしづらさとして捉えられており、バザリアによる病気や症状を重視しない地域での支援システム構築は、小規模ではあるものの、「べてるの家」による地域生活支援に類似していると捉えることがで

きる。

こうした両者にみられる共通点からも、トリエステの改革で展開された実践理念を日本の地域で取り入れていくことは不可能ではなく、その理念を日本社会でいかに形として支援につなげていくべきかということは、「べてるの家」の実践からも学ぶ点があるであろう。日本での地域を中心とした精神保健医療福祉の発展のためにも、トリエステの地域実践から学ぶべきことは、まだ多く残されている。

文献

- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (2004) La Guida ai Servizi di Salute Mentale (=2006, 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』現代企画室.)
- 石川かおり・葛西玲子 (2012) 「イタリアにおける地域精神保健医療システム」『岐阜県立看護大学紀要』12 (1), 85-92.
- 加藤あけみ (2012) 「日本における精神障害者の就労に関する一試論 ～障害者就労施策の経緯を踏まえて～」『静岡福祉大学紀要』8, 1-10.
- 厚生労働省 (2009) 『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会.
- 小山昭夫 (2007) 「コミュニティ精神科医療サービス実現のために必要な条件－イタリア・トリエステ精神保健サービスから－」『臨床精神医学』36 (2), 183-187.
- 松嶋健 (2011) 「フランコ・バザーリアとイタリアの精神改革」『社会情報』21 (1), 63-96.
- Mezzina, R (2000) The Trieste Mental Health Department, facilities, services and programs.
(http://www.triestesalutementale.it/english/doc/mezzina_2000_trieste-mhd.pdf, 2013.5.13).
- Mezzina, R (2010) New Hopes: the experience in Trieste and the critical innovations in mental health worldwide. IMHCN = IAN Conference (Belgrade), May 21, 2010.
- 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.
- Schmid, Sii (1977) Freiheit heilt, Wagenbach (=2005, 半田文穂訳『自由こそ治療だ』社会評論社.)

浦河べてるの家 (2002) 『べてるの家の「非」援助論：そのままがいいと思えるための 25 章』医学書院.

Warriner, R (2011) Learning from Trieste. Mental Health Foundation of New Zealand, 22.

- * 本研究は、平成 24 年度科学研究費補助金研究活動スタート支援 (課題番号 23830098) 「精神保健福祉における地域生活支援のソーシャルワークモデルに関する日米比較研究」の成果の一部である。