

精神障害者の再定住化の方法と展開

緒 方 由 紀

〔抄 録〕

本稿の目的は、①日本の中で精神保健医療福祉改革を進めていくための「ケアの質」とその要因を検討すること、②あらたな政策課題と考えられる地域における再定住化に向けて議論をどのように組み立てていくことができるのか、その展望を示すこと、以上2点である。

まず、精神保健医療福祉改革の主要課題のひとつである地域化（脱施設化・脱病院化・脱制度化）をめぐる、イタリアのトリエステを中心に欧米の政策プロセスを概略的に辿り、それを支える方法としての代表的な回復・援助モデルならびにサービス・プログラムをとりあげ、現状の課題整理を試みた。その上で社会のありかたについて再施設化の問題は、日本でもコミュニティにおける新たなメンタルヘルスの対象者の広がりとしても浮上していることを確認し、コミュニティ政策と精神障害者の再定住の問題とを関連づけながら検討を進めていく必要があることを論じた。

キーワード：精神障害者，再定住・定住，地域化，コミュニティ政策

は じ め に

脱施設化運動の時代は過去のものとなり、今は静かな時代を迎えている⁽¹⁾と一部の先進諸国においては評される。確かに、脱施設化、脱病院化は国によって理念やとりくみの違いはあるものの、この30年から40年の間、巨大精神科病院が次々閉鎖縮小され、外来の精神科医療、総合病院の精神科、精神科救急といった機能別医療の整備、さらに在宅での訪問看護やACTなどのアウトリーチサービス、住居、就労サービスなどコミュニティケアの推進といった政策手法も浸透しつつある。一方で脱施設化・脱病院化政策の展開プロセスにおいて、コミュニティでの暮らしの確保が再施設化としてあらたに登場している側面にあっては、あわせて生活の質と総合支援システムの構築への議論が必要となろう。

日本における脱施設化政策は、改革ビジョンで目指すべき方向が示され、医療保健、福祉と分野を分け具体的な検討が続けられてきた。そうした中、精神障害者の社会的入院の解消から

地域移行、地域定着と事業名を変え主要施策として位置づけられてきたものの、当然のことながら施策・事業化されることで精神障害者の地域サポートが進むわけではない。

また、社会の中では、一括りにできない生きづらさの問題がいろいろ出現するようになり、受け皿としてのまちには課題山積である。それでも本人が生活を獲得することはもとより、そうした人々の受け入れについては、それぞれのまちでのとりくみを前提とする新しい公共の概念も進んできていると言えよう。しかし各自治体がまちそのものの力を例えばソーシャル・キャピタル等の考え方をういて指標化し、地域の課題解決の手段としてとりいれようとしている一方で、生きづらさと地域内寛容の課題は地域の固有性、特殊性として片付けられることばかりではない。それは、許容される側とする側という対立構造を持ち得ているだけでなく、それぞれ権利をどのように主張し、また他者は受け入れることができるのかといった問題に立ち返ってしまうものでもある。文化や地域に根差した部分と、スタンダードで求められる概念とがせめぎ合うことにもなる。とはいえ国際的見地からも人権は、あらゆる主要なテーマとなっており、実現はいくつもの様相を示すものである。

精神障害者の地域での受け入れは、単に医療施設からだけでなく、暮らしの持続という点においても国際的にも政策課題であり続けてきた。それでも社会の中での偏見、それは精神障害者に対しても、精神障害のある人に対しても払拭にはいたっていない。生きる場所の選択の機会を持ち得なかった精神病患者、精神障害者が、まちの定住というテーマを前に取り戻さなければならぬものは何なのか。機会を奪うことになってしまった社会の制度やしきみとは何であったのか。また関係者はそれら解決の手がかりを探り検証しなければならない。政策上の歴史的困難は、定住権を奪う対象を如何につくりだしたのか、その解明の作業であるともとらえることができる。とはいえ、再定住化は精神保健医療福祉における集約的な問題であるもののすべてではない。そうしたことからすれば、精神保健医療福祉の固有の問題というよりはむしろ学際的な議論を立ち上がらせ、より深くコミュニティのありかたを探るべきであろう。

そこで、本稿は再定住の問題の枠組み、またその先にある定住化について、前提となる地域化（脱施設化・脱制度化・脱病院化）といった精神保健医療福祉の課題アプローチから検討する。まずは、脱施設化・脱病院化はいかに精神病患者がまちに戻ることを可能にしたのか、そのプロセスにはめこまれた諸要因を概略的に辿る。そうした結果、コミュニティの中で浮上する課題設定とはどのようなものかをとりあげる。その際、臨床における倫理的側面（定置化）をてがかりに、精神障害者の再定住への議論のポイントを再整理し今後の展開について検討を行う。

1. 地域化への(脱病院化・脱施設化・脱制度化)プロセス institution から deinstitutionalization へ

病院を出た精神障害者はどこへ行くことが可能なのか。日本においては私宅監置の解放から入院中心の処遇、退院後の軌跡についてこれまで多くの研究がなされてきている⁽²⁾。またWHO (2001)は脱施設化へのステップとして構成要素を3点あげている⁽³⁾。

- i 不適切な長期入院を防ぐためにコミュニティに精神科医療のサービスを整える。
- ii 十分な準備の後に長期入院患者をコミュニティに移す。
- iii 施設に依存しないためのコミュニティサポートシステムを整備、定着させる。

中でも成果の一つは、イタリアの公立精神科病院への入院廃止に関する法180号(1978)の成立と1970年代の北イタリアでのバザーリアらのとりくみであり、その経過はこれまでも日本において紹介されてきている。

国際的にみた場合、なぜ上記のような3ステップが可能となったのか。またコミュニティでのサポートシステムが機能する要因とは何なのか。ここでは、脱施設化政策の先進国であるイタリア、そして地域施策に課題はあるものの最も速く国策として実現させたアメリカ、さらにセクター制度の確立とともに脱施設化を進めたフランス、それぞれの特性をとりあげ、日本の地域化の課題と今後の展望へとつなげていきたい。

バザーリア改革との呼び名をもつイタリアトリエステでの精神保健改革から30年以上経過した今、筆者らは現地へ赴きバザーリアの影響が残る協同組合、総合病院精神科、精神保健センターなどでインタビュー調査を行い、トリエステの経験を定点観察的に辿ることを試みた⁽⁴⁾。しかしトリエステの改革はイタリア全土の精神医療をあらわすわけではなく、むしろ、多くの指摘があるようにあくまでも一部の成果と抑制的であらねばならない⁽⁵⁾。それでも今なお、トリエステの経験は日本の多くの人々に影響を与え続けていることも事実である。ここでは、バザーリアらの一連の改革の促進要因を内側と外側からと分けてとらえなおしていきたい⁽⁶⁾。

① 脱病院化とイタリアトリエステにおける精神保健医療改革 (主に1960~70年代)

イタリア各地で始まった精神医療改革であるが、まず1904年の法律36号に対する改正があり、患者に治療の必要性があったとしても社会的危険性がなければ入院させることが出来ないというものであった。

図表1でも示したが、第二次世界大戦後はイタリアもまた巨大公立精神(科)病院の乱立の時代であったとされる。バザーリアはゴリツィアの州立精神科病院の院長となるが、当時の入院患者の処遇に愕然とし北イタリア中心に脱施設化改革に着手し、1963年から68年の5年間で約800人の入院患者を約300人に減らしたとされている。1971年バザーリアがトリエステの

サンジョバンニ病院に就任し、病院内部の改革が本格化する。その特徴は、病院がこれまで担ってきた多様な機能（治療、宿泊、保護、看護）に代わる地域サービス網の構築によって旧組織を克服し転換するという手法である。病院のスタッフの増員、拘束や電気ショック療法の廃止を進める、病院の開放化、グループホームの設置、院外プログラムの設置などである。そして病院内と病院外をつなぐことに有効だったのは、病院内でのアッセンブレア（集団討論）や就労協同組合設立などであろう。

そして外側の要因、1960年代、70年という時代と社会的背景との関連からいくつかのエピソードをあげてみたい。1960年代バザーリアは「現実のユートピア」という書物を著している。他にも社会全体に精神科病院の実態告発（写真集、ドキュメンタリー番組制作）を行っている。1960年代と言えばイタリア社会は激動の時期であり、学生運動を始めとする社会運動、テロ、戦後最大の労働争議も起こっている。また1970年代にバザーリアをサンジョバンニ病院にスカウトしたのは政治家である。当時は第1党がキリスト民主党で、第2党のイタリア共産党との連携のもと精神保健改革が進んでいく。バザーリア自身は、精神科医療従事者を中心とした民主精神科連合の結成や、バザーリア主催の国際会議「新しい精神医学とは」など開催した。彼の意図するところは精神科病院解体宣言を病院の中だけでなく、市民に向かってもすることであった。そうした新しいトリエステでの活動にトリエステ市民、中でも学生の心を惹きつけたことが、今回の調査の中で当時学生であった人物よりインタビューの中で確認できた⁽⁷⁾。バザーリアの精神科病院解体宣言に対して、病院が本当になくなるのか、解体後、どのような新しい体制がつけられるのか等に注目が集まったという。病院解体運動は、政治と宗教との強い結びつきをもっているだけでなく、さらには病院の外にいるトリエステ市民（学生）が登場し、次の市民モデルとしての基盤がつけられつつあったことは、「患者役割からの脱却」、「市民としての精神障害者」の実践のなかにも見出される。バザーリアの影響力は今もってあるものの、改革を進めたのは独自の力ではなく賛同者が多くいたことによって受け継

図表1 イタリアにおける精神医療関連法

1904	法 36 号 《精神(科)病院および精神病者に関する処遇》 自傷他害の恐れ、公序良俗を汚す恐れのある精神病者の精神(科)病院への強制入院を規定
1906	法 615 号 《法 36 号一部修正》 人道的福祉的配慮を付加、治安対策上の拘禁体制整備
1968	法 431 号 《自由入院制度の導入、病院規模の縮小、医師の適正配置》
1978	法 180 号 《バザーリア法》 危険性は強制入院の基準から外れ、治療的緊急性のみが判断基準 精神病者の入院は総合病院精神科病床のみ、精神(科)病院への新入院禁止、強制入院は最長7日間、長期強制入院を抑制、公立精神(科)病院漸進的廃止、地域医療重視
	法 833 号 《国民衛星サービスに関する組織案》33-35条、64条 1980年12月31日以後精神(科)病院への入院全面禁止
1990～	《精神保健の擁護3年計画》《追加3年計画》 法 180 号完全実施のため、遅れている州には予算配分のペナルティ
2000	《保健大臣が国内精神科病院の完全閉鎖宣言》

がれたことも随所で確認されている。

そして、精神障害者のケアに焦点を当てる以外の改革が成功した側面といえば、政治と州との関係、歴史的地理的位置とも深く関係しているであろう。トリエステはフリウリ・ヴェネツィア・ジュリア特別州であることも重要なポイントである。そして改革以前から精神科病床の9割が公立であったこと、司法精神科病棟が歴史的に整備されていたこと、イタリアは大家族構成であり、受容的な家族愛が国民性として尊ばれる伝統が存在していたことなども、改革を可能にした要因であろう。

その後トリエステでは、1978年に法180号が制定されたものの、1980年代は改革の停滞時期と評されている。クラクシ社会党政権が泥の時代と呼ばれたように、多くの州は法180号の州法制定に消極的であり、やがて1980年にバザーリアもこの世を去る。そうして2000年の病院の完全閉鎖までかなりの期間を要している。現在イタリア全土の入院施設について、総合病院精神科診療サービス、大学付属病院、デイホスピタル、私立精神科施設などがあげられるが、強制入院は総合病院の診療サービスのみで公立の精神科病院はゼロである。ただし法務省管轄の司法精神科病院では約千床のベッドを有する。

地域での精神保健サービスは、228の地域医療事業体(Azienda Unità Sanitarie Locale)に分けられ、1事業体に人口5~20万のキャッチメントエリアが定められ、国の予算は人口割りで州に配分されている。各州のASLの精神保健部門は、精神保健センター、総合病院精神科入院病棟、生活居住訓練施設などを担っている。実際トリエステ県では、人口208,000人に4か所の精神保健センター(週7日24時間体制)が地域ごとに人口5~6万をカバーしており、レジデンスと10床以下のベッド、総合病院の精神科診療治療サービス(精神科救急病棟)8床、精神科クリニック、往診、危機介入や昼間と夜間の救急体制が組まれている。また刑務所内の精神障害者に対して訪問を通じて支援活動等も行っている。

② アメリカの脱施設化の特徴

次にアメリカの精神医療を脱施設化と関連させながら、時間軸に沿って社会文化的背景を追いながら概略してみると以下のように分けることができる⁽⁸⁾。

1940年代の州立精神化病院への大収容時代と国民精神保健法の成立、1950年代のクロールプロマジンやレセルピンなど抗精神病薬の開発、1960年代のケネディ教書と地域精神保健センター法の成立、反精神医学の台頭、また1965から66年にかけてメディケアとメディケイドが創設された。低所得者の保険であるメディケイドは総合病院での精神医療や低所得者層への長期療養ケアの費用が支払われることとなり、脱施設化によって州立精神科病院を退院した重度の精神障害者を民間のナーシングホームが受け入れるようになった。メディケアは65歳以上(1972年からは障害者も適用)の保険で、精神科病院への入院は生涯で190日の上限が決められ入院医療は急性期医療を担うこととなった。

一方で、患者を外界から隔離し、収容保護するための施設アサイラム（asylum）の非人間的な状況に対して、1950年代アサイラム廃止運動の発展は、抗精神病薬の開発とともに脱施設化を進めたとの見方もある。1800年代精神障害に対する考え方は、犯罪やアルコール依存、売春、ギャンブル等の状況に晒されることによって引き起こされ、そうした患者に対して行われた道徳療法は矯正のための治療を施すといった当時の見解から、精神障害者は施設という状況そのものに苦しめられているのであり、そこから出て地域に戻るべきという考えに取って代わるものである。

こうした治療方針の転換が促進され1960年代後半から1970年代にかけて脱施設化政策は、州立精神科病院の病床は急激に減少し、退院した患者はナーシングホームか地域で生活することになった。しかしホームレスの増加や医療中断による再入院の増加、司法施設の収容など問題が表面化した。そこで、1976年ジミー・カーター第39代大統領は、カーター教書を出し、精神医療における地域医療やアフターケアの重要性が強調され始めた。1980年代はメディケアによる病院への支払い方式の改革がおこなわれ、高齢者の医療扶助や低所得者福祉の大幅圧縮などに加え、富裕層や企業への減税と規制緩和、自助と民間活力を強調した小さな政府を当時レーガン大統領は宣言し、レーガノミクスを実施した。また1980年代は多機能精神保健の整備、ノーマライゼーションの理念の浸透は、患者から生活者の視点を移動させた。1980年代後半から90年代にかけて医療費削減策は、民間セクターの役割の増大、マネジドケアの導入など資源の消費をコントロールする向きが強くなってきた。結果、営利の精神医療施設は増加し、理念先行の非営利型精神科病院は、病床削減、買収および閉鎖されていった。

アメリカの1950年代後半から脱病院化の急速なとりくみは施設間移動（trans-institutionalism）と批判もされてきた。また地域精神保健センターが公立の精神科病院を代替するものではないことも報告されている。そこではセンターが受け入れる対象を制限した結果、貧困層がセンターでの医療を受けることになり、センターや地域が受け入れを拒否した患者は公立の精神科病院へ送られ、短期入院件数が増加し、退院しては再入院を繰り返す回転ドア症候群が増加することになった。また、当初センター設置は、予防やリハビリの効果から脱施設化を進め、精神医療の公的資金の減少が期待されものの、多くのスタッフを抱え、運営に多大な費用がかかり、結果として患者一人当たりコスト増となり、連邦政府からの補助が削減され、財政力の乏しい州政府や地方自治体では負担に耐えきれないなど地域格差がみられることとなった。

ここまで、トリエステ、アメリカを一例として脱病院化、脱施設化へのプロセスに政治、宗教、市民運動などが相互に絡み合っていることと、精神科病院が公立であるがゆえに政策転換が可能であったことをひとまず確認しておきたい。そして脱病院化、脱施設化を進めていくそれぞれ国による順序の違いは、病院の外と内の作り替え、内から外への持ち出しに準備するものが具体的に何であるのかともかかわってくる。さらに、地域化のその他の要因として考えられるのは援助モデルやサービスの方法であるが、これらは次章で取りあげる。

deinstitutionalisation は脱施設化、脱病院化と訳されるが、元来 institution は、制度、機構、組織という意味であることから、deinstitutionalisation は脱制度化ととらえることもできる。その点についてフランスの脱制度化をとりあげ特徴を考えてみたい。

③ フランスの脱制度化とセクター制度

フランス精神医療の特色は、セクター (secteur) 制度と制度論的精神療法 (psychotherapie institutionnelle) であろう。

1985年にセクター制度が国家制度化されたが、その萌芽となるのが精神医療に関する最初の法律である1838年法とされている。この法は入院患者の権利の回復を行政の責任とともに示しており、精神障害者の処遇を議論する機会を他のヨーロッパ諸国より早くから有していた。職権入院としての手続きや、入院中のすべての患者に裁判所に訴える権利が明記されている⁽⁹⁾。セクトゥールの考え方の基本は、精神保健センターが精神医療の公的体制の中心であり入院を防ぐための場所と言える。地区割りの精神医療、福祉体制で、1セクターの平均人口が67,000人である。1960年病院外で生活をする人を介護するために入院期間中に対応した医療チームと同じチームがかかわる必要があると地域生活を送る上での医療心理社会チームをつくることが目指され、1986年に院外と院内治療の予算の一本化し、両者を疾病保険でまかなうことが定められた。

そして、制度分析を病院そのものの運営原理としている場所が1950年代に開設したラ・ボルド病院である。制度論的精神療法と呼ばれる精神医療刷新運動の特徴は「(精神病院という)この隔離された場を人間の諸関係の新たな構造化によって共同的に“整備”して、多岐にわたる仕事の遂行のなかで、一人ひとりの病者が責任をもつようにしながら、共同体の分業システムの開放と再編——作業グループ、遊戯グループ、演劇グループなどの創設、病棟や病院の開放など——をうながすこと」であり、そのようにして「施設のなかに精緻な諸制度のネットワークをつくりだすこと」と紹介がある⁽¹⁰⁾。また制度論的方法とは、精神病のある理論として名付けられることが出来るようなものの立場を翻訳したものであり、この方法はある理論をなんらかの現場に応用しようとするものではないとしている⁽¹¹⁾。そして、集団の現象、個人間の関係性のシステム、そしてジャン・ウリが集合性と名付けた論理的概念といったものを精神医療的に明らかにすることが重要であるとしている。

フランスのセクター制度の概念の基礎となるのは、2つの問題「精神医学の社会防衛機能」と「精神病者の病識のなさによる治療拒否」に対する異議申立である。精神医学と精神障害者に対する概念の変更の成果が、今日の独創的な治療モデルとして評価されているといえる⁽¹²⁾。

④ 日本のポスト脱施設化の現状認識

こうした3カ国の主な歴史の政策プロセスをふりかえり日本の現状をみると、2009年に厚生労働省が報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を公表し、その中で主要理念として「入院医療中心から地域生活支援へ」、「共生社会の実現」を掲げている。しかし、こうした考え方はすでに以前から主張されていたものであり、改革が進まない根底に「思想の不在」と「実践の貧困」があるとし、論考がなされている⁽¹³⁾。実践に関して言えば、先駆的实践の限界の他に財源欠乏と偏在、専門職の未成熟な部分を問うているが、これらを乗り越え難い状態に固定してしまうものが、「思想の不在」であり、悪循環の中でさらに思想の不在を深くし日本の精神保健システムの改革を阻害するものとして言及している。脱施設化に対する脆弱性精神障害者に対して、入院の状態を解消したり、施設外の場所に置かれたりすることではないが、入院病床を減らすことのみが注目されている点、施設への移行、周辺へのコロニー化との批判は、社会的入院のように明らかに不当に施設化されてきた対象者だけを地域に移すことにすぎないと論は続く。

確かに精神科病院の存在は、脱施設化政策のある時点での結果に関して成功と失敗をいかようにも表現可能である。この点については第3章であらためて検討を行うが、病院解体ではなく在院期間の短縮や病床数削減を病床の機能分化により進めていくことの意義とは別に、病院がある限り、地域の社会資源の不十分さを補う側面を持ち合わせ、最終的には還(ら)され場所として関係者が納得してしまうといった位置を占めてきたことは、歴史的変遷からも説明可能といえよう。

あらためて現時点において各国の適正病床数とは、何を根拠にどのように算出するのかという問題を残している。さらに病院や病床の定義も、司法精神病床や民間病院、一般病院の精神科を含まない場合など、国によってカウントの仕方が異なり、単純に比較を行うことはできない。統計資料の取り扱いやばらつきにも注意を払いながら国際比較を行うことが求められるであろう（図表2）。

図表2 西ヨーロッパの病床数比較

	Psychiatric hospitals				General hospital				Social care homes			
	Beds	Residents	Admission	Discharge	Beds	Residents	Admission	Discharge	Beds	Residents	Admission	Discharge
Austria	▼	?	?	▲	▲	?	▲	▲	?	?	?	?
Belgium	▼	▲	▼	—	▲	?	▲	?	▲	?	▲	?
Cyprus	▼	▼	▼	▲	▲	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▼
Finland	▼	?	▼	▲	?	?	?	?	?	?	?	?
France	▼	?	▲	▲	▼	?	▲	?	?	?	?	?
Germany	▼	▼	▲	▲	▲	?	▲	?	▲	▲	?	?
Greece	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	—
Iceland	none	none	none	none	▼	▼	—	▲	▼	▲	—	—
Ireland	▼	▼	▼	▼	?	?	?	?	—	—	▲	▼
Italy	none	none	none	none	—	—	—	—	▲	▲	▲	—
Liechtenstein	none	none	none	none	—	—	?	▲	▲	—	?	▲
Luxembourg	▼	?	?	?	?	?	?	?	▼	?	?	?
Malta	▼	▼	▲	▲	—	—	▼	▼	none	none	none	none
Netherlands	▲	▼	▼	▲	?	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲
Norway	▼	▼	▲	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Portugal	▲	?	▲	▲	▼	?	▲	▲	?	?	?	?
Spain	▼	?	▼	▼	▲	?	?	?	▲	▲	▲	?
Sweden	none	none	none	none	▼	▼	▲	▲	▲	▲	▲	?
Swetzerland	▲	▲	▲	▲	?	?	▲	▲	none	none	none	none
England	▼	▼	▼	▲	▼	▼	▼	▼	▲	▲	▲	?
Scotland	▼	▼	▲	▼	▲	▼	▲	▼	▼	▲	▲	?
Wales	▼	▼	▼	▲	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▲	?
Northern Ireland	▼	▼	▼	▲	▼	▼	▲	▲	▲	▼	▲	▼

Legend: ▲ (increase) ▼ (decrease) — (stabel) ? (Information not available)

出所: Helena Medeiros, et al. MHEEN II Policy Briefing4 Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities; 2008: 6

2. 精神医療の地域化と方法としてのサービス・プログラム

こうした脱施設化・脱病院化・脱制度化政策の特徴の比較検証を踏まえ、さらにわが国の歩みの特性と課題を明らかにするために、ここでは変更の質を支える実践思想や医療哲学、政策プログラム等を取りあげて検討を行いたい。

(1) プロセスとしての回復・援助モデル (主体性の回復と精神障害リハビリテーション)

地域化を実現していくには、治療の場を病院から地域へと移し、財源の振り分け、居住、就労、余暇活動など社会的支援に関連したサービスネットワークの構築など様々な地域でのアプローチが必要となるが、ここでは主なものを取りあげる。

病院中心型の精神医療が地域中心型精神医療へと転換していくために、国は「退院促進事業」、日本型の「包括型地域生活支援プログラム: Assertive Community Treatment」を提唱してきた。「精神障害者アウトリーチ推進事業」が、未治療や治療中断している精神障害者等に、他職種 (保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等) で構成されるチームにより、一定期間訪問支援を行うことにより、新たな入院や再入院を防ぎ、地域生活が維持できるよう

平成 23 年度から試行的に実施されてきている。そして政策の方向性を示す一例として、すべての人に身近で重要な課題となった地域精神保健医療福祉体制の整備に向け、平成 24 年度以降の都道府県医療計画に精神疾患にかかる計画の策定が求められることとなった点があげられる。関係して地域医療の拠点となるべく病院と外来機能の充実が求められる診療所、それぞれ地域に応じた役割があるはずで⁽¹⁴⁾、実際日本では 2009 年現在精神科病院は 1636 施設、精神科診療所は 3484 施設あり⁽¹⁵⁾、診療所の数は 2003 年から 6 年間に 1.5 倍増えている。診療所のタイプはうつやパニック障害を診るオフィス型とアウトリーチを行うコミュニティケア型とに分かれ、今後も二極化していくものと推測される。

精神科の医療の質を変えてきたものは、薬物療法やエビデンスに基づく科学的な治療等であるが、早期介入もその一つにあげられる。イングランドでは「早期精神病宣言」(Early Psychosis Declaration: EPD) と呼ばれる早期精神病が生じている人と家族が期待すべきケアの基準に関する合意が出されている。宣言の主要テーマは、i アクセスと関係作りの改善、ii 回復と普通の生活を促す、iii 家族に対する関係作りと支援、iv 実践家とコミュニティワーカーの研修、v コミュニティの啓発、以上 5 点である⁽¹⁶⁾。

他にも統合型精神科地域治療プログラム (Optimal Treatment Project) があり、これはイアン・R・H ファルーンが提唱したモデルであり、地域において発生したあらゆる精神障害・精神疾患に対してエビデンスに基づいた専門的医療・保健・福祉サービスを各地域の特性に合った形で速やかに効率よく提供するプログラムとして紹介されている。その中で特に強調されているのは、その時点で用意しうる最適 (optimal) な治療の提供、すべての精神障害者となるべく早い段階での治療と十分かつ持続的に回復を果たせる機会が最大となるような治療が保障されることである⁽¹⁷⁾。日本における OTP の導入による地域移行の試みとして、1998 年からスタートしている福島県にあるあさかホスピタルでのささがわプロジェクト等がある⁽¹⁸⁾。日本では、地域生活を送る手法としてのケアマネジメントが制度化、主流化してきているが日は浅い。今後イングランドなど脱施設化施策プログラムとの比較からも成果の検証が必要であろう。

精神疾患を抱える人が、医療ニーズだけでなく地域の中で回復することを、社会の中での役割を取り戻すこととあわせてソーシャルインクルージョンを実現することにも地域化の重要な意味が込められている。政策的な判断以外にも専門職の仕事、本人・家族・市民の発言がどのように変化してきたのであろうか。精神障害者の主体性を考えるにあたり、時代とともに健康、疾病、障害の概念が変わってくること、さらには回復をめざすリハビリテーションの理念や概念ともかかわるもので、かつて筆者は個人のパワーと個の再生、およびしくみの再生にみる政策的課題の把握のためにレジリエンスモデルについて整理を試みた⁽¹⁹⁾。レジリエンスもリカバリーも本人主体へとどう重心移動させていくのかという点において注目に値する。ならば、

個の再生を伴う主体化の実体をつくりだすために必要な概念とは何なのか。さらにどのような方法によって可能になり、まちでのくらし、地域での定住へと結びついていくのであろうか。そうした検討の前に、地域で起こっている問題や地域での経験についてふれておきたい。

(2) コミュニティの課題

地域化のプロセスをとらえるにあたり、地域に精神科医療を持ち込むことで何がみえてくるのか。筆者らがここ数年にわたり国内外での聞き取り調査、いわゆる定点観察を行ってきた。まず2つの都市での調査をとりあげてみたい。

《その1》 地域精神医療のニーズの広がり～大都市における精神科診療所活動から～⁽²⁰⁾

一つめは主に成人の発達障害を対象としたクリニックである。開業までの経緯についての語りは、これまでの院長の臨床研究と成人の発達障害の治療との関連性から始まり、加えてナチュラルサイエンスの流れの中でノーマライゼーションとしての健康の側面からとらえる精神障害、発達障害の位置づけへと内容が進んだ。

脳生理学研究と精神科医療での治療場面、疾患の根拠や精神科診断軸についての考え方なども氏本人の歩みであると同時に、ある臨床場面の定点としての現状をあらわすものでもある。さらに自閉症スペクトラムへのこだわりとこれら障害の疾患コードが独立軸として存在するかどうかといった氏の臨床的視点は、精神保健福祉領域が従来政策的に想定していた対象者とは若干異なる新たな層の存在についての見解でもある、また日本の精神科医療の最前線でもある国立の精神科病院の有するシステムは、官僚と医師の両者が医療や治療に結果として介入することであり、これまで公共性について論じる際、医療分野以外でも語られてきた「専門家」「官僚」「国民(市民)」の軸がどのように影響し合うのか、精神医療分野での検討の必要性を新たに示唆するものであった。こうした実践には医療側からだけでなく、市民の側から見た場合のコミュニティの多様性への間近な接近がある。

《その2》 機関における責任と課題～ある自治体病院、相談機関での活動から～⁽²¹⁾

二つめは、全国的には地域差があると考えられるが、公的機関であるから患者を選べないのは当然であると職種の違いを超え共通の覚悟が病院全体にあった。ここでは民間病院から転院してくる処遇困難事例もあり、当該地域での民間病院との自然な棲み分けがなされていた。精神科での一般的な疾患別割合からも、地域ケアの対象者として想定される精神障害が、これまで統合失調症やうつ病圏に限定されてきたところがあるが、実際には依存や人格障害などの症状が地域のみならず医療の中でも受け入れ困難となっている現状がある。また精神科病床数の減少を政策的に進めていく一方で、統計上にはその実態が上がってこないケースが多々ある。例えば渡航中の外国乗務員の発病や医療費回収の難しい層(国内外からの移住者等)、地域外

の精神障害者を公的医療機関としてその受け入れを避けることができない地域の特性がある。

ここでは、地方独立行政法人化により独自運営の効率化が求められたり、公立病院の財政健全化計画がより強調されたりといった昨今の動きの中で、総合病院の精神科ではなく公的精神科病院としての機能的役割をどれだけ維持できるかが大きな課題であることも語られた。また医療観察法における指定医療機関であれば、特別なスタッフの配置とプログラムが求められるなど病院内での処遇の違いに対する疑問の声がスタッフからあがってくる。

処遇困難、あるいは地域に馴染みにくい人たちに対する支援課題は、医療機関だけでなく地域の相談機関でも持ち上がっている。そのひとつが就業・生活支援センターでの相談事例である。障害者自立支援法施行後の大きな変化は、精神障害者の相談が本人、家族からだけでなく、医療・行政機関等からの紹介を経て持ち込まれる件数が非常に増加している。本人や家族とのかわりを基本としながらも、それ以上に様々な社会資源の調整にかなりの時間とエネルギーを要する現実がうかがえた。

本稿でふれたのは2つの調査だけであるが、生きにくさを抱えながらも地域に住むことができる、その一端を担っているのは病院やクリニック、相談機関であることはそれぞれの対象者のニーズの実態からも明らかである。病院やクリニックが地域にあることでみえてくるのは、機動性と緊急性に対応できる潤沢な医療体制のニーズが存在しているということである。しかし住み続けることを可能にするにはそれだけでは十分ではない。ならば患者ではなく市民としての生活を模索する上でコミュニティの中でどのような問題が出現しているのであろうか。

(3) 再施設化、セカンドクラスサービスおよびコミュニティメンタルヘルスの課題

前節のインタビュー調査から部分的に確認できたことは、統合失調症圏以外や司法が関与するケースに加え、医療観察法をめぐる医療サービスのありかたとエスニックマイノリティへの支援体制についての課題である。精神医学の営みは、元来「精神を病む」という現象にまつわるスティグマを引き受けつつ対象者の治療やケアにあたることとしながら、社会的疎外を被っている民族マイノリティと病者マイノリティとして受け入れる社会のマスターナラティブ（ディスコース）を認知する立場にあると野田はいう⁽²²⁾。さらに日々聞き取る「語り」がマスターナラティブの反映であり、その語りを形成するものが社会の「文化」であるとすれば、治療文化の変革がマスターナラティブを突き動かす新しいモデルストーリーの誕生の引き金をひくこともあるとしている⁽²³⁾。新しい文化へのモデルストーリーを展開していくことと再定住の課題との関連は次章で再度ふれていくこととする。

精神障害、疾患からの回復過程で治療中断、未治療となり、地域の中でコンフリクトな状況が引き起こされている場合も多数報告されている⁽²⁴⁾。その原因について検討が必要であるが、地域化にかかるスパンの長さはそれぞれ国の政治経済情勢も変え、当然それらの影響を受ける。

例えばアメリカでの経済誘導による影響は精神医療へのアクセスを途絶えさせることにもなった。同時に精神医療の構造的特徴として病識がなく受診につながらない場合、医療に接する機会の不均等が生じる。病院精神医療では医療側からの接近が可能であったが、コミュニティの中では患者側からの求めが前提となる。となれば積極的に治療を求める層とそうでない層とに二極化し、とりわけ後者は医療を求めないがゆえに「セカンドクラスサービス」の傾向が生じることに注視すべきであろう⁽²⁵⁾。

それ以外に、脱病院化、脱施設化、脱制度化の諸々のプロセスの中で、その延長線上にある精神医療改革において精神障害者が地域に戻ったものの、サービスの変更や社会情勢、政策上の混乱等の結果、生じた問題は何であり、コミュニティの中でメンタルヘルスとの関連からとらえていくべき問題が何であるかを分けたいうで検証が求められる。例えば前者でいえば、コミュニティの中での精神科医療の立ち上げの失敗例として、病床削減が重度精神病の救急対応となり、必要な医療が届きにくくなったケースなどであろう。居住施設の病院化、司法施設への収容の常態化に加え、病院の収容化（入院治療を重症者かつ救急に限定したことによるハードな病棟構造）などの再施設化の問題、さらに家族の負担が増えたことが言われている⁽²⁶⁾。あるいは地域ケアの対象者層として、虐待問題の対応の枠組みの一つとしてDV等加害者へのアプローチなどもコミュニティメンタルヘルスの把握すべき課題と考えられる⁽²⁷⁾。こうした問題は、コミュニティの多様な市民層の実態を交えながら論稿をあらためるとし、ここでは地域の中での再定住へのアプローチの仕方と深くかかわってくることを重ねて言及するにとどめたい。

3. 再定住の課題

ここまで検討を行ってきた脱施設化・脱病院化・脱制度化政策の展開過程において、段階的アプローチが必要とされることは明らかである。したがって本章ではまずわが国で取り組まなければならない再定住化に関する課題を取り上げ、そのことを踏まえて再定住化の次なる新しい社会の規範、価値とともに、本来の定住化にむけての論考を行いたい。

(1) 地域定住と再定住化

精神障害者の脱病院化や地域化の着地点は、元の場所に戻ることや地域にある施設などの場所の移動ではない。前章では、コミュニティには精神科医療を含む地域のケアサービスとつながらない、もしくは受け入れが難しい層が出現しそのことが再施設化の問題と切り離すことはできない現状を示した。地域定住の一般的な考え方を踏まえたうえで、精神障害者のまちでの再定住に関して検討を行いたい。

まず地域定住とは、総務省が掲げる定住自立圏構想もその一つである⁽²⁸⁾。そして再定住

（resettlement）とは余儀なく別の場所（国）に定住することをさしている。その他郷土から遠く離れた土地への意志的・強制的移動と離散を示す「ディアスポラ」という概念もあるが、災害により再定住が問題とされている例が多くある⁽²⁹⁾。

このような問題はわが国においても阪神・淡路大震災（1995年）の復興公営住宅で指摘され、被災者が被災地の元の場所で住宅再建できるような支援の必要性が指摘されてきた。しかし、新潟県中越地震（2006年）やハリケーン・カトリーナ（2005年）でも、2011年の東日本大震災とその後の原発事故からも明らかなように、様々な理由から被災地外への移住が不可避である場合、再定住地の計画において被災者の生活再建や復興住宅の持続的居住の問題を検討すべきであると考えられる。

このように再定住の問題は非常に地域性の強いものである。再定住の概念を新たな生活空間として設置と利用を基本とするならば、人が居住し社会関係を築く場所のみならず、時間軸においても歴史を積み重ねていくことができ、文化的価値の創造が醸成される場を意識したものでなければならないであろう。その点からすると先のエスニックマイノリティのメンタルヘルスや多文化共生の問題については、民族精神医学の蓄積に学ぶことができる⁽³⁰⁾。複数言語の使用や単一でない文化の所属が本質的な問題であり、治療者やチームでのかかわりが精神障害の誘因となった集団内の文化的背景の理解を促進するだけでなく、文化的逆転移の取り扱いに対応できることや定住後の文化との接触や背景を理解した上で、支援を進めていくことが求められるであろう。

何より、再定住を余儀なくされた人たちの存在を可視化するための方法は、ローカルかつグローバルでなければならない。それは、移動にまつわるフローのシティズンシップ（身体移動、コミュニケーション、情報）や文化的基本ニーズ（他者や環境を含めた異なる存在との出会いを可能にする）へのアクセス、さらにコミュニケーション・コミュニティへの参加をひとりの市民として認めていくということでもある。

このことは、これまでふれてきた精神障害者に対するモデルの変化や、対象そのものへのまなざしの移り変わりの先に「市民化」と「定住化」が位置していることを言い換えているといえよう。付け加えると障害者観の変更と当事者像のつくりかえの結果である。その意味では、再市民化が個の再生とともに主体的存在の要件になるということができる。

（2）地域臨床倫理とコミュニティ（脱施設化の承認と責任の所在）

続いて精神障害者の再定住をめぐる、先のバザリアらの改革の成果を現在の諸課題と照らし読み解く過程で、そもそも精神科病院をなくさないといけないという判断をなぜ彼らは下したのか。その根源的なテーマに立ちかえり、現在のしくみとあわせて考えていくこともまた欠かせないであろう。

バザリアは、精神科病院は治療ではない社会防衛を目的とした施設であり、施設である以

上収容されている人の人間性を壊してしまう力が内在すると考えた。病院がある限り、収容的施設を頂点に地域サービスと依存し合う施設が全面化し、結果的に外に出ても施設化されるに過ぎないというものである。どれだけ病院の内と外の質を高めるとしても、地域の十分ではないサービスが不完全であることの言い訳や逃げ道として、これまでもこれからも病院（入院）が使われることになるであろう。とはいえ、先の定点観察にみられたようなさまざまな医療ニーズに対応しなければならない現実があり、日本では政策判断として病床数の削減を機能分化と言う形で進めている中では、むしろ専門職や市民にとってさらに家族や本人までもが、歴史につくられたさまざまなパワーの集積場所としての病院を前に、パワーレスになり、どうにもならない時の拠り所にしてしまうことを如何に回避していくか、医療中心のサービス体制から次のステージへと思考の転換が必要であろう。であるとしても、コミュニティには前章でふれたセカンドクラスなどの深刻な問題が起こっている。現実には医療が必要であるにもかかわらず、精神医療やサービスへのアクセスが閉ざされており、周囲から孤立した存在である場合、仮に治療反応性がみられにくい場合であっても、あるいは定住先がなく住居に関する問題がどうであれ、地域に戻ることの社会的承認を脱施設化政策の成果として得ることはできたのであろうか。脱施設化、脱病院化はいろいろな問題を引き起こしたが、少なくとも入院期間を減らすこと、まちでくらすことは当たり前であるという共通の見解は出されている。

法の価値基準である「最小限の環境」の概念は、入院期間を短縮させることの倫理的根拠となり、脱施設化は認定を受けることに重点を置いている病院の価値基準を満たし、アメリカのマネジドケア組織の価値基準にもかなうものである。病気を患っている人すべてを治療するという医療の価値基準は他の多くの機関の価値基準によって覆され、そして大規模な脱施設化がもたらされ、その結果多くの精神障害者や家族が痛ましい状況に陥っても、関係機関のどれかが反倫理的に行動したということはできない⁽³¹⁾。むしろ誰の倫理が優位に立つべきなのかという別の苦慮が登場している。

地域化、主体化を進めていく中で、臨床倫理の問題を残していくわけにはいかない。症状の再発、再燃など悪化がみられた際、非同意治療の問題は、社会資源の充実だけをもって解決策を語ることはできない。まして司法の関与となれば、再定住の問題は、再発の恐れだけでなく再犯行為が消滅することの立証とかかわってくる⁽³²⁾。コミュニティにおける問題発生や予測に関する責任の分散とかかわり多くの指摘もみられる。地域住民の地域精神科医療への疑義は、精神障害者を危険であると思いモラルパニックにしばしば発展したり、将来の不安が現在に入り込み、危険を監視したり管理しようとする動きに結びついたりする例もその一つである⁽³³⁾。地域で暮らす精神障害者の自立（自律）を尊重したいという一方で、強制的医療をシステムとして残さざるを得ないという自己矛盾に陥るかような倫理的視点、これらが複雑に絡み合い得られる微妙なバランスを保ちながら、市民社会の中でこのような問いに向き合い、本人外しをしない医療や社会的ケアの追求がいかに地域の中で正当化されるのか、その論拠が必要とな

るであろう。すでに実践では、治療を受ける側の権利に着目した事前指示や共同危機対応計画、そして英国における価値観に基づく臨床実践（value-based practice）などが提唱されている⁽³⁴⁾。

日本でも精神保健福祉法における保護者制度と医療保護入院について議論がされているが、任意入院はあっても自由入院の形態をもたない制度のありかたからの論点の整理が引き続き必要であろう。

(3) 再定住化の獲得と政策的ストラトジー

再定住の問題を考えるにあたって、本稿では地域の中での精神医療改革にターゲットをあててきたが、ヨーロッパにおいて政策的にどのようなとりくまれているかを図表3に示した。

冒頭でふれた WHO が推奨している脱施設化では、コミュニティに精神科医療サービスを構築し、長期の入院患者を準備の後コミュニティサービスに移していくというものであったが、その考え方には税源移動も含まれている⁽³⁵⁾。新旧システムのチェックアンドバランスをとること、システムの移行期には新旧二重の財政的負担が生じるものの、そこでのパラレルファンディングの十分な実施が、コミュニティ政策と結びつき病床削減が可能になること。そして入院精神科医療と地域精神科医療の双方を取り入れたバランスケアモデルなどその効果を幅広く政策とともにおさえ、日本との財政比較を行っていくことが望まれる。

さらに位置付ける必要があるのは、定住化にむけてのコミュニティ施策であろう。地域移行、地域定着関連では、障害者自立支援法（総合支援法）の中で、グループホームやケアホームといった住居サービスを提供しているものの、これら障害者サービスを充足させるだけでは、再定住の問題解決の道筋の一部でしかない。というのは、既述のコミュニティにおける精神医療の二極化により、進んで医療を求めない結果としてセカンドクラスとなってしまった人たちは、上記制度の対象に含まれないからである。あるいは、災害、事故などでかつての地域に住むことができなくなってしまった場合、DV や虐待から住む場所を移動せざるを得ない場合などはメンタルヘルスの課題が後発的に出現することが想定される。となると居住や活動空間に関する場の議論を進めていかなければならない。人口減少と高齢化が同時進行する中で、住宅政策や制度の見直しが問われていることにもあらためて注視すべきであろう。そもそも日本の都市政策は、人口増大の時代は都市の膨張を後押ししてきたものの、そうした前提が崩れ、さらに土地所有権が建築、利用、売却の自由という絶対性をもつことにより、土地政策の公共性は必ずしも担保されていない。人口 65 歳以上の人が地域の 50% を超える限界集落の問題は地方だけでなく、都市部の大規模公営団地でも、地方都市でも発生している。住宅政策として 2009 年施行の長期優良住宅の普及の促進に関する法律では、環境負荷の低減を図るとともに住宅の住まい方について、従来のフロー型から長く使うストック型への転換を法の目的としている。関連して国土交通省では「空き家等活用推進事業」「住まい・まちづくり担い手事業」

なども進めている。さらに時間的に場所を共有する個人の住居や事務所などをセミパブリックな空間へと開放する「住み開き」の拠点活動がソーシャルデザインとして注目されている。こうした土地利用とその手法の限界、営みとしての住まい方の提案はあるものの、インナーシティ化されたコミュニティそのものの状況⁽³⁵⁾を再生へと導く条件は他に何が必要であるの

図表3 ヨーロッパにおける精神科医療改革の政策動向

① Community care policy and development in western Europe

	Mental health policy	Community care policy	Community care available	Injection of additional resources for community care
Austria	Absent	No	Widely	No
Belgium	Present	Yes	Widely	No
Cyprus	Present	Yes	Widely	Yes
Finland	Present	Yes	Widely	No
France	Present	No	Limited	No
Germany	Present	Yes	Limited	Yes
Greece	Present	Yes	Limited	Yes
Iceland	Absent	No	Limited	No
Ireland	Present	Yes	Limited	Yes
Italy	Present	Yes	Widely	No
Liechtenstein	Absent	Yes	Widely	Yes
Luxembourg	Absent	Yes	Widely	Yes
Malta	Present	Yes	Very limited	No
Netherlands	Present	No	Widely	Yes
Norway	Present	Yes	Widely	Yes
Portugal	Present	Yes	Limited	Limited
Spain	Absent	Yes	Limited	Limited
Sweden	Absent	Yes	Widely	Yes
Switzerland	Absent	No	Very limited	Yes
England	Present	Yes	Widely	Yes
Scotland	Present	Yes	Widely	Yes
Wales	Present	Yes	Widely	Yes
Northern Ireland	Present	Yes	Widely	Yes

② Community care policy and development in central and eastern Europe

	Mental health policy	Community care policy	Community care available	Injection of additional resources for community care
Bulgaria	Yes	Yes	Very limited	Yes
Czech Republic	Yes	Yes	Very limited	Yes
Estonia	Yes	No	Very limited	No
Hungary	No	Partial	Very limited	Limited
Lithuania	Yes	Yes	Very limited	Yes
Poland	Yes	No	Very limited	Yes
Romania	Yes	No	No	No
Slovakia	Yes	Yes	No	No
Slovenia	No	No	Very limited	Yes
Turkey	Yes	Yes	No	No

出所：Helena Medeiros, et al. MHEEN II Policy Briefing 4 Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities; 2008: 11

うか。一つに地域経済を支え再生させることとコミュニティに暮らす人たちの就労とを結び付けていくことが考えられる。イギリスやドイツなどのソーシャルファームやイタリアの社会協同組合などの事業体とその実践は、精神障害者だけではなく生きづらさを抱えた人たちが地域での非医療化をベースとした生活再建の経験を蓄積させてきている。多様な人たちの再定住化の実現こそが、定住化の可能性を拓くものとなるのではないであろうか。同時に地域の課題解決に携わる市民として地域に貢献しコミュニティを形成、運営していくことにつながっていくことも望まれるであろう。

地域にはマルチステークホルダーの存在を無視することはできないがゆえに、合意形成の進め方にもバランスと配慮を必要とする。今まで日本ではあまり広く検討されることがなかった先の臨床倫理の導入は責任の所存とあわせて、コミュニティでの定住に向けての議論の大事なステップとなるであろう。

おわりに

本稿では、精神保健医療福祉領域における政策的課題である地域化をさらに進めるにあたり、再施設化の問題が出現していることをみれば、あたりまえに地域で暮らす精神障害者の再定住の問題は、新しい社会の価値、規範、文化のありようとかかわらせて検討しなければならないことを示した。その中で確認できたのは、再定住化とは地域におけるケアの質やサービスの充実がもちろん必要ではあるが、精神障害者のコミュニティづくりに特化、分化したところでの議論ではおさまらないということである。かつてまちにくらした精神障害者が、入院での生活を終え再び同じ場所に戻ってくるというひとつの道筋だけでは描くことはできない。病気や障害を抱えて不安なまま地域に戻ってくる人、受け入れる側のネガティブな反応といった葛藤が生じる場合もある。そうした抵抗に対して地域で精神障害者の人たちを集めてのサービスが必要という発想が続く限り、倫理的にも問題を含み、新しい価値の形成を遠ざけてしまうことになる。加えて採用後精神障害者とともに入院の経験を経ない精神障害者も就労を軸としながら暮らし続けることを可能にする定住の在り方も当然引き続き議論の範疇である。

社会学者であり改革の中心人物であったバザーリアの夫人フランカ・オンガロ・バザーリアは、精神医療改革について「サービスを変えるだけでなく、他のどこにも存在しないような出会いを提供することによって、社会関係をも変えることを試み、……地域サービスをつくり出すことは必要であったが、それだけではこの法律のもくろんだ文化的変容を達成するには充分ではなかった。葛藤を純粋な否定的な要素と考え、そうした葛藤を表現する余地を与えない構造ならば、利用者は新しいサービスに対して自己同一化したり、サービスを自分たちのものと認識したり、新しい形の依存や締め出しを生み出さずにサービスを利用したりすることはできないだろう」と語っている⁽³⁶⁾。

また、言うまでもなく再定住から定住への議論は、医療が最重要のテーマであったところから中軸が移動するように、政策ターゲットも異なる。司法、都市計画、住宅、労働、ガバナンスといった学際的なアプローチが市民としての対象者に届くことが必要で、さらに幅広くかつ掘り下げていかなければならないテーマである。

〔註〕

- (1) 佐々木一「精神科医療の国際動向」松原・佐々木編『世界における精神科医療改革』中山書店 pp3 (2010)
- (2) 代表的な文献として、岡田靖雄『日本精神科医療史』医学書院 (2009)、坂口志朗「精神障害者と『ここを病む』人びと」川上武編著『戦後日本病人史』pp403-465 農山漁村文化協会 (2002)、小俣和一郎『精神病院の起源』太田出版 (1998) 等
- (3) WHO. The world. Health report: 2001 Mental health New understanding, new hope. Geneva pp51-52
- (4) 本調査は、平成 21 年度～23 年度科学研究費補助金 (基盤研究, 課題番号: 21530622)「精神保健福祉領域における新たな公共性の構築と市民セクターの開発に関する実証的研究」(研究代表者: 緒方由紀)における調査の一部として 2011 年 2 月に実施した。本インタビューの対象は、改革当初から、バザーリア本人から直接、あるいは間接的に影響を受け、彼らの理念を受け継ぐ形で活動している人たちである。
- (5) 日本の脱病院化を模索する上で、バザーリア改革、ひいてはイタリアの精神保健をどこまで記述可能なのか、常に自覚的抑制的であらねばならない。国の文化をどう表すか、ある一都市が国全体をあらわすわけではないという周知の事実に対して、とりわけこのバザーリアらの改革についてトリエステがイタリア全土をあらわすかのような記述が多くみられることについての指摘が、次の文献においてもなされている。

水野雅文「改革 15 年後のイタリア精神医療事情 —— 北イタリアの精神保健サービスの現状 ——」精神神経学雑誌第 98 巻第 1 号 pp27-40 (1996)

松嶋健「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 pp19-33 (2008) 他

- (6) イタリアの精神保健法関連は下記のサイトによる。

<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (アクセス日 2012.9.10)

PSYCHIATRIC REFORM IN ITALY Dr. Giovanna Del Giudice, Mental Health Department, Trieste 1998

トリエステの改革については次の文献を参照した。ジュゼッペ・デラックア、福田静夫訳「精神病院法の改革 —— 脱施設化型モデルへ向けて ——」日本福祉大学社会福祉論集第 101 号 (1999) p129~142、大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店 (2010)、ジル・シュミット・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』(2005)、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 ——』現代企画室 (2006)、シュラミット・ラモン他編 川田誉音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』関東出版 (1992)

FROM THE ASYLUM to territorial services for mental health IDEASS 2012 - by Peppe Dell'Acqua

<http://www.triestesalutementale.it/english/index.htm> (アクセス日 2012.10.12)

- その他 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部の精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページでも海外情報としてイタリアについて紹介されている。
http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas_it.html（アクセス日 2012. 10. 12）
- (7) サンジョバンニ病院では、病院廃止にむけて専門家以外の若者を雇用したとされている。さらに病院解体後、多くの若者や市民がこぞって病院の跡地を見に訪れたという。
via De Pastrovich 1 - Padiglione M - Comprensorio San Giovanni において FRANCO BASAGLIA 労働者社会協同組合前代表 ROBERTO COLAPIETRO 氏とトリエステ市ソーシャルワーカー PINA RIDENTE 氏へのインタビュー調査（2011 年 2 月 18 日）より。
- (8) ここではアメリカの脱施設化と精神医療に関連して下記の文献を参照とした。
David Mechanic and Gerald N. Grob Social policy and the American mental health system of care (2011) : Population Mental Health 119-138
武田則昭, 八巻純他「米国の脱施設化の軌跡（上）」公衆衛生 Vol. 67 No. 2 (2003)
武田則昭, 八巻純他「米国の脱施設化の軌跡（下）」公衆衛生 Vol. 67 No. 3 (2003)
杉野昭博「社会福祉と社会統制 —— アメリカ州立精神病院の「脱施設化」をめぐる ——」社会学評論 45 号 pp16-29 (1994)
昼田源四郎「脱施設化以降のアメリカ合衆国の精神医療 —— その変遷と社会文化的背景 ——」ところと文化第 7 巻第 1 号 pp10-18 (2008)
新福尚隆, 浅井邦彦編『世界の精神保健医療』（2009）へるす出版 pp27~29
Roger Peele, Paul Chodoff 著 片桐直之訳「非自発的入院と脱施設化」Sidney Bloch, Stephen A. Green 著 水野雅文他監訳『精神科臨床倫理 第 4 版』（2011）星和書店 pp245~266
- (9) G. マッセ, X. ウッサン著 桑原弘他訳『フランスの精神科医療体制』（2001）EXPpp i
菅原道哉「世界の精神医療と日本-フランス」『こころの科学』第 109 号（2003）pp36~41
- (10) 1985 版 6 巻本『ラルース大百科事典』杉村昌昭フェリックス・ガタリ他著 杉村昌昭他編訳『精神の管理社会をどう超えるか？ 制度論的精神療法の現場から』p22
- (11) フェリックス・ガタリ他著 杉村昌昭他編訳『精神の管理社会をどう超えるか？ 制度論的精神療法の現場から』p15
- (12) G. マッセ, X. ウッサン著 桑原弘他訳 前掲書（2001）pp ii ~ iii
精神医学は公共の秩序や個人の安全を妨げる病者から社会を防衛する役割として期待されること。他方精神疾患を有する人がしばしば自分の病気を認めず、治療の必要な状態でも治療を拒否する。これらに対応するためにセクター制度では、例えば緊急性の高い状態から治療反応が得られる時間を短くしようとしくみを整える。
- (13) 高木俊介「精神保健システムの改革はなぜ進まないのか？ ——〈思想の不在〉と〈実践の貧困〉について ——」『臨床精神医学』40 (1) : pp27-32 (2011)
- (14) 功刀弘, 興石郁生「地域ケアの時代に望まれる方略・ストラトジー 3. クリニックの立場から」臨床精神医学 40 (5) 2011 pp755-763
- (15) 厚生労働省による 2009 年 6 月 30 日現在の精神科診療所等（診療科目を「精神科」「神経科」としている診療所, 精神病床を有しない病院の「精神科」「神経科」外来, および精神科外来を行っている精神保健福祉センター）の数。
- (16) Paul French, Jo Smith et al 編著 岡崎祐士, 笠井清登監修, 播磨博彦監訳『精神病早期介入』日本評論社（2011）pp2-3
- (17) Ian R. H. Falloon, Grainne Fadden 著 水野雅文他監訳『インテグレイテッドメンタルヘルスケア』中央法規出版（1997）
水野雅文, 村上雅昭他編『精神科地域ケアの新展開 —— OTP の理論と実際 ——』

- (18) 佐久間啓「統合型精神科地域治療プログラム (OTP) に基づく地域移行と病院改革の歩み あさかホスピタルの場合」『これからの退院支援・地域移行』医学書院 (2012) pp12~23
三浦勇太「OTP の実践 —— 退院促進や“ささがわプロジェクト”の臨床経過から地域での治療・支援を検討する ——」精神神経学雑誌第111巻第3号 (2009) pp319-323, 佐久間啓「ささがわプロジェクト6年間の経過から統合型地域治療システムを考える」精神神経学雑誌第111巻第3号 (2009) pp324-329 等
その他にも東邦大学医療センター大森病院精神神経科 (メンタルヘルスセンター) では15~30歳までを対象に精神科急性期のデイケア「イルボスコ (イタリア語で森の意)」も OTP をモデルとし、利用を1年間と設定した認知機能障害の改善を促すプログラムを実施している。
- (19) 緒方由紀「精神保健福祉領域における新たなサービス供給体制論の検討 [2] ~個の再生とレジリエンス~」佛敎大学社会福祉学部論集第6号 pp33~50 (2010)
加藤敏・八木剛平編『レジリエンス現代精神医学の新しいパラダイム』(2009)
近年生物学的研究の成果によりレジリエンス研究は、生物学的要因の解明へと発展していることを紹介した文献に次のものがある。精神疾患からの回復をレジリエンスの精神生物学的視点からの研究も紹介されている。橋本亮太, 安田由華他「レジリエンスに関する遺伝子」『臨床精神医学』41 (2): 127-134 (2012), 武田雅俊「精神疾患のレジリエンス」『臨床精神医学』41 (2): 121-125 (2012)
- (20) 平成21年度~23年度科学研究費補助金 (基盤研究, 課題番号: 21530622) 「精神保健福祉領域における新たな公共性の構築と市民セクターの開発に関する実証的研究」(研究代表者: 緒方由紀) において, A クリニック院長および精神保健福祉士にインタビュー調査を実施した (2010年3月10日)。
- (21) 上記 (20) と同様, B 県 ① 公立精神科病院にて医師, 看護師, PSW (2010年2月22日実施), ② 障害者就業・生活支援センターにてソーシャルワーカー (2010年2月8日実施), 以上2機関でインタビュー調査を行った。
- (22) 野田文隆「障害者の新しいモデルストーリーの誕生」こころと文化 Vol9-no2 pp94-99 (2010)
- (23) 野口正行「地域精神医療は多文化間精神医学に寄与しうるか『アウトリーチ型支援の実践から』」こころと文化 Vol9-no2 pp100-105 (2010)
- (24) Stefan Priebe, Trevor Turner Reinstitutionalisation in mental health care. *British Medical Journal*. 2003; 326: 175-176, Jenny Shaw, Tim Amos. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. 2004; 328.
David Mechanic and Gerald N. Grob. Social policy and the American mental health system of care. *Population Mental Health*. 2011; 119-135
- (25) 佐々木一「精神科医療の国際動向」松原三郎・佐々木一編『世界における精神医療改革』中山書店 (2010) pp10
- (26) Stefan Priebe, Alli Badesconyi. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*. 2005; 330: 123-126.
McDAID, DAVID. Mental health reform: Europe at the cross-roads *Health Economics, Policy and Law* 3.3. 2008: 219-228.
- (27) 妹尾栄一「地域ケアの時代の新たなサービス概念 6. ニューフロンティアとしてのDV加害者アプローチ —— 被害者支援の一環を目指して」*臨床精神医学* 40 (5) 2011 pp703-706
- (28) 総務事務次官通知「定住自立圏構想推進要綱について」平成20年12月26日付
中心市と周辺市町村が協定により役割分担する「定住自立圏構想」の実現に向けて, 地方都市と周辺地域を含む圏域ごとに生活に必要な機能を確保し人口の流出を食い止める方策を, 各府省

連携して講ずる」と明記され、政府をあげて推進していく方針が示されまとめたものが、「定住自立圏構想推進要綱」である。http://www.soumu.go.jp/main_content/000066485.pdf 今後の取り組み状況については次のサイトを参照のこと。

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/teizyu/index.html

財政措置については、特別交付税によるもの、地域活性化事業債の充当などを講じている。

http://www.soumu.go.jp/main_content/000118087.pdf

- (29) インド洋津波（2004年）の例では、人口約200万人のスリランカに死者行方不明者40,969人という甚大な被害をもたらし、約80万人の人々が住まいを失った。スリランカ政府による住宅復興はその迅速な対応が評価されているが、一方で被災者を被災地外の再定住地へと移住させる方針には問題も指摘されている。スリランカ沿岸には零細漁民などの集落が広く分布しており、南部では「ワッタ」と呼ばれ、ワッタとは現地語で「土地」を意味し、文字通り地縁的なコミュニティである。しかし再定住地の計画にはワッタの生活の特徴が反映されておらず、1～2年足らずで住宅が放棄され空き家が大量に発生している例がある。「再定住地における持続的居住とコミュニティの役割」「持続可能な発展の重層的環境ガバナンス」Newsletter No.6 環境ガバナンスプロジェクト推進室。京都大学大学院 地球環境学堂（2011）
- (30) 大島一成、阿部又一郎「移民の子どものレジリアンス——フランスにおける精神医療を中心に——」こころと文化 第10巻第1号（2011）pp20～32
- (31) 米国において非自発的治療の判断基準が治療の必要性の有無から、1960年代以降は自称たがいに限ったものへと変化したが、これらは多くの法的、行政機関や支援団体の価値基準と合致するものであったとしている。Roger Peele, Paul Chodoff 著 片桐直之訳「非自発的入院と脱施設化」Sidney Bloch, Stephen A. Green 著 水野雅文他監訳『精神科臨床倫理 第4版』星和書店（2011）pp245～266
- (32) 主な文献として下記のものを参照
中谷陽二「司法精神医学は国境を超えるか」臨床精神医学 39（10）：pp1255-1261 アークメディア（2010）。Steven K Hoge, 東本愛香訳「アメリカ合衆国における刑事司法システムに取り込まれた精神病性障害者のための通院医療制度」39（10）：pp1307-1319 アークメディア（2010）
David N Weisstub, 中谷陽二訳「倫理と司法精神医学」39（10）：pp1271-1276 アークメディア（2010）
- (33) イングランドでは1992年統合失調症の男性が起こした事件をきっかけに治療計画とチーム内の役割の改善、困難患者への高度に集中的な治療、キーワーカー（ケースマネジャー）の教育、危険性の評価の改善などが求められるようになった。それ以来精神科通院歴のある人が殺人を犯した場合は独立した公的調査が義務付けられるようになったとしている。サービス機関同士の情報伝達不足や機能連携の不備、そして「守秘義務」と「専門職の倫理」の壁が悲劇的結末を招いたとの結論が出されている。George Szumukler 著 水野裕也訳「地域精神科医療における倫理」Sidney Bloch, Stephen A. Green 著 前掲書（2011）pp535～556
- (34) 藤井千代「地域ケアの時代の新たなサービス概念 3. 事前指示」臨床精神医学 40（5）2011 pp683-690, K・W・M. Bill Fulford 著 船渡川智之訳「精神医学における価値観と科学」Sidney Bloch, Stephen A. Green 著 前掲書（2011）pp55～98
- (35) Benjamin G. Druss, Philip S. Wang and Ronald C. Kessler（2011）Mental health service utilization in the United States: Population Mental Health, 195-205.
Helena Medeiros. David McDaid. Martin Knapp and the MHEEN Group. MHEEN II Policy Briefing4 Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities; 2008: 11

- (36) F・Oバザーリヤ「社会の鏡としてのイタリア精神医療改革」シュラミット・ラモン他編 川田誉
音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』関東出版 (1992) pp393-394

〔参考文献〕

- 広井良典『定常型社会』岩波新書 (2001)『コミュニティを問いなおすつながり・都市・日本社会の
未来』ちくま新書 (2009),『グローバル定常型社会——地球社会の理論のために』岩波書店
(2009)
- 八木剛平・田辺英『日本精神病治療史』金原出版 (2002)
- L.R. モシヤー, L. プルチ著, 公衆衛生精神保健研究会訳『コミュニティメンタルヘルス 新しい地
域精神保健活動の理論と実際』中央法規出版 (1992)
- 美馬達哉「精神医療に代わるもの——フランコ・バザーリアと精神病院廃絶の思想——」現代思想
vol38-3 青土社 130-151 (2010)
- S. シュミット著, 半田文穂訳『自由こそ治療だ』悠久書房 (1985)
- 藤井敦史「『福祉国家のリストラクチャリング』と社会的企業」協同組合研究第25巻第1号 (2006)
pp6-11
- C. ボルザガ, J. ドゥフルニ著, 内山, 石塚他訳『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター
——』日本経済評論社 (2007)
- 三脇康生「分岐点に立つフランスの精神医療——『制度を使った精神療法』と『セクター制度』は通底
しているはずである——」こころと文化第7巻第1号 pp34-46 (2008)
- 三脇康夫「精神医療の再政治化のために」『精神の管理社会をどう超えるか?』松籟社 (2000)
- アンリ・エー著, 秋元波留夫監修, 藤本他訳『精神医学とは何か; 反精神医学への反論』創造出版
(2002)
- フランソワ・ドス著, 杉村昌昭訳『ドゥルーズとガタリ交差的評伝』河出書房新社 (2009)
- F ガタリ著, 杉村昌昭訳「精神医療の代替ネットワーク」『分子革命』法政大学出版局 (1988)
- Mental Health Services: A Public Health Perspective, Third Edition. Edited by Bruce Lubotsky Levin,
Kevin D. Hennessy, and John Petrila. New York: Oxford University Press, 2010

〔付記〕

本稿は、平成23年度佛教大学特別研究費および平成21年度～23年度科学研究費補助金(基盤研究,
課題番号:21530622)「精神保健福祉領域における新たな公共性の構築と市民セクターの開発に関する
実証的研究」(研究代表者:緒方由紀)の研究成果の一部である。

(おがた ゆき 社会福祉学科)
2012年10月31日受理