

鍵をかけない！拘束しない！

トリエステ型サービスを全世界へ

ロベルト・メッツィーナ

(トリエステ精神保健局長・WHOトリエステ協働センター長)

世界のモデルへ

1971年、フランコ・バザーリアと彼の同志たちは、トリエステ・サン・ジョヴァンニ精神病院の改革を始めました。1973年には世界保健機関（WHO）がトリエステを「脱施設化と地域精神保健ケアのパイロット地区」に指定しました。

バザーリアは1980年に亡くなって、改革の精神は同志たちに引き継がれます。サン・ジョヴァンニ病院はヨーロッパで最初に閉鎖された精神病院です。それはまさにバザーリアがなくなった年のことです。1987年、トリエステ精神保健局はWHOとのコラボレーションを公式に宣言しました。そしてトリエステは、コミュニティ・ケアの世界モデルになりました。

トリエステ（23万6000都市）は、疾病の処置に基づいた旧来の臨床モデルを、人の全人生とその社会的背景に照準を合わせた精神保健モデルへと変えました。

新モデルの中核は、1日24時間オープン、365日休みなしの地域精神保健センターです。フリウーリ・ヴェネツィア・ジューリア州政府（人口、120万人）の精神保健政策は、州内のトリエステ、ポルデノーネ、ウーディネの実験的経験が土台となっています。低い入院率、少ない強制治療、効果的な就労斡旋、少ない触法患者、最近15年間の自殺率減少、といった成果が顕著です。

【右の写真は、トリエステで最も古いバルコラ精神保健センター。海辺の高級住宅街にある2階建ての屋敷。隣は五つ星ホテル。これが精神病院に代わる拠点となった】



司令塔は精神保健局

トリエステ精神保健局の現在の組織は、旧病院の De=istituzionalizzazione（脱施設化）のプロセスから生まれました。当時の病院には約 1200 名の入院患者がいました。そのベッドを段階的に減らすなかで、これに替わる地域サービス網が作られました。今日では次のようなサービスを備えています。

- 4 か所の地域精神保健センターは 24 時間オープン。各センターは住民 5 万～6 万 5000 人の診療圏を担当。各センターに 4～8 ベッドあり。
- 市内の総合病院に精神科 6 ベッド。これは主に夜間救急時に使う。滞在期間はほとんどが 24 時間未満。
- リハビリテーションと住居サービスは、職員と非営利組織の連携で運営。グループホーム、最大 24 時間ケア付き住居、2 か所のデイケアセンター……以上で約 45 ベッドがある。

【トリエステ精神保健局の廊下に掲げられた手書きの精神保健サービスマップ】



精神保健局は約 210 名の職員を抱えています。このほかに住居と地域生活のための NPO 支援サービスがあります。精神保健局は 15 の NPO つまり社会協同組合と手を結んでいます。

地域精神保健センターは担当地域全住民の精神保健ニーズに応えます。各センターはチームで運営され、約 30 名の看護師、2 名のソーシャル・ワーカー、2 名の心理士、2 名のリハビリテーション専門士、4～5 名の精神科医からなります。それぞれのセンターが 4～8 ベッドを備え、夜間は 2 名の専門職員が当直します。

各地域精神保健センターは担当地域の全ての精神保健のニーズに応えます。急性期の状態であろうと、特別な機関（注：例えば精神病院のような所）に預けることはしません。

地域精神保健センターに病院臭はありません。通常は 2～3 階建ての住居風の建物です。

このセンターは、「クライシス・センター」ではなくて、誰もが気軽にアクセスできるような多機能空間です。ここでは利用者の関心とニーズに応えられるよう、柔軟かつ理にかなった話し合いが大事にされます。

センターには予約はいりません。待機リストもありません。通常は1~2時間で全ての要求に応えることができます。受付業務は、全職員が交替でやります。要求の受け入れは、「症例」より「当人の抱える問題」が優先されます。問題が急を要する場合、たとえそれが当事者ないし介助者の主観的な見方であろうと、すぐに対応します。

地域精神保健センターのベッド使用許可は、午前8時から午後8時までです。夜間のクライシスには、総合病院救急部が対応します。病院に逗留する時間は延長しても24時間以内。通常、翌日には地域精神保健センターのチームが総合病院精神科を訪れ、ケア・プランを策定します。もし患者が小休止を取ったり家庭環境から距離を置いたりする必要があるれば、精神保健センターへ移ってもらうことになります。



【ガンビーニ精神保健センターの受付。職員が交代で務める。予約不要。待機リストなし。】

クライシスの利用者も「お客」です

地域精神保健センターの受け容れは、普通は、利用者、チーム、そして介助者との間でのインフォーマルな合意に基づいて行われます。合意に達するのが難しい、激しい衝突状況では、チームは腰を据えた話し合いで対応します。ここでは強制治療の強権を発する代わりに、時間をかけ、キーポイントになる人物を巻き込んだ数々の試みが、法を順守しながら行われます。

利用者は拘束されません。「患者」ではなくて、お客（伊：ospiti、英：guests）と見なされます。普段通りの生活を送り、環境との接点を保ち続けられるように事は進みます。

センターは、外来窓口として毎日のケアとリハビリテーションを行う場所にもなっています。その結果、クライシスは日常生活の中で和らげられ弱められることが期待できま

す。それが低いベッド使用率に表れます。

地域精神保健センターは、強制治療の3分の2以上を引き受けます。地域精神保健センターでの受け入れ日数と総合病院精神科の入院日数の比は、10対1です。

トリエステのクライシス対応原則

- 歓迎して受け容れた当事者を他の利用者から分離せず、日常生活の中でクライシスを解きほぐす
- 職員と利用者の障壁を限りなく減らす
- 特別な場所への隔離をしない
- オープンドアを守る
- 話し合いを大事にし、すべてのことに説明責任を果たす
- 信頼関係を通じて、職員の要求に応じてもらえるよう、絶えざる努力を払う

総合病院精神科入院者の入院日数は3日以下。近年は、救急、急性の出現、クライシスなどに関する数値や率はすべて減少しています。

私たちの地域精神保健センターのクライシス対応は、再発や慢性化を防ぐのに効果的であることも立証されています。13ヶ所のセンターで行った国の調査によれば、年中無休の地域精神保健センターのクライシス・ケアは、クライシス解決に、より効果的なことを示しています。

【下の写真は、フィンランドの有名デザイナーのタペストリーがかかった総合病院精神科のくつろぎコーナーと寝室。この6床の病棟は、誰もが24時間出入り自由】



「社会的に不利な立場の人々」の社会協同組合

社会協同組合（註：就労のための生協）は幅広い職種をカバーしています。

清掃、ビル管理、運輸、家具、デザイン、カフェ、ケイタリング、ホテル・レストラン、ビーチ・リゾート運営、園芸、手芸、写真・映像・ラジオ局運営、コンピューターサービス、セリグラフィー、行政サービス、個人的サービス……。

約600名が協同組合で働き、その約7割が国の労働法規の規定による「社会的に不利な

立場の人々」です。うち約 200 名の研修生が就労助成金を受給しています。多くは精神疾患、薬物依存、障害に関するサービスの利用者、もしくは「何らかの危機に瀕している若者たち」です。30 名が求人市場に職を得ます。約 3 分の 1 が民間に職を見つけます。たいていの行き先は社会協同組合の領域の職場です。

いくつかの組合には、経営者、精神保健の専門家、研修の専門員、といった協働者がいます。精神保健局はこうしたすべてを含めて「治療」の諸形態と考えます。協同組合は「サービス業」と捉えることもできますが、同時に、就労訓練のためのワークショップや独立した収入を得る新職種を創造する仕組み、でもあるのです。



【見学者に大人気のリサイクル工房。トリエステに 15 ある社会生活協同組合の一つ】

司法精神病院送りはゼロ

1 年間に、人口 10 万あたり 10 人足らずの人が強制治療（強制入院）を受けます。期間は約 7~10 日です。これは在宅ケアで起こる全ての精神保健的出来事の約 1%に相当します。ほとんどは地域精神保健センターが担当します。総合病院精神科への入院も、普通はセンターが引き継ぎます。

地域精神保健センターへの再入所率は約 3 割です。地域精神保健センターのベッド使用はここ数十年、着実に減少しました。「拘束なし」の原則はあらゆるサービスに及び、電気ショック療法もしません。

トリエステ市民で司法精神病院に収容されている人は、いま現在、1 人もいません。

自殺予防プロジェクトは最重要サービスのプログラムですが、自殺率を半分まで減らすことに貢献しました（20 年前、人口 10 万あたり 25 人。今は 12 人）。

持続可能で費用効果の高いモデル

精神保健局の予算の 94%は地域サービスに使われます。総合病院精神科への支出は 6%

です。精神保健予算を人口一人あたりに換算すると、市民一人のために 80 ユーロが精神保健サービスに充てられている勘定になります。

トリエステでは、いくつもの介入がシステム全体（whole system）のなかで分かち難くつながっているために、例えば、心理教育、リハビリテーション、心理療法の介入を、別々に評価することはできません。しかし、180 号法後の最初の追跡調査（1983-1987）では、トリエステとアレツォの統合失調症 20 名が、イタリアのその他 18 か所のセンターよりも望ましい成果を上げたことを示しています。

2 年後の追跡調査では、特にそれが信頼に根ざした治療関係と結びつくとき、ケアの継続性と柔軟性、サービスの包括性という効果を発揮することも明らかになりました。約 20 年間で総合病院の救急部への搬送は 5 割減りました。

最近のデータによれば、抗精神病薬の患者の意志に基づく受け入れは 75%に達します。これは治療の関係が向上していることを示唆します。利用者のサービスへの満足度は、初期の頃から高かったのですが、最近の 2 つの地域精神保健センターの調査では、83%を記録します。

【利用者と医師はキミボクの仲。写真左は旧入院者、中は現・精神保健局長、右は前局長】



トリエステは、精神病院の閉鎖から 30 年以上をかけて独自の精神保健モデルを發展させました。バザーリアの時代から、国際舞台で重要な役割を果たしてきました。WHO の本部ジュネーブとヨーロッパ支部コペンハーゲンは、トリエステ型精神保健サービスを、「持続可能で費用効果の高い実例モデル」と考えています。2005 年のヘルシンキ行動

計画では、サービス發展のための先端 WHO 協働センターであることも宣言されました。

こうした枠組みのなかでトリエステ精神保健局は現在、様々な国の政府に対して、脱施設化と統合的／包括的地域精神保健サービスの發展にむけたサポートとガイダンスを行っています。具体的には、地域および国のレベルでの政策を起草、リーダーシップとマネージメント・スキルの開発、地域サービス・ネットワークの実施と發展……などです。

トリエステ視察に訪れる人々は毎年千人にのぼります。トリエステは、イギリス、スカンディナヴィア、オーストラリア、ニュージーランド、アメリカ合衆国、カナダといった西側諸国で、モデルと見なされています。

（以上は学術誌 The Journal of Nervous and Mental Disease & Volume 202, Number 6, June 2014 の中のメツィーナ論文を鈴木鉄忠氏が翻訳し、大熊一夫が短くまとめた）

ヨーロッパ関係閣僚会議共同宣言

2005年1月12日から4日間、ヘルシンキで、WHO 精神保健ヨーロッパ関係閣僚会議が開かれ、次の共同宣言が採択されました。

「地域サービスは、利用者が実際に暮らす場所で提供されるべきである（クライシスへの介入を含む）。ケアは利用者の要求と必要性に基づくべきである。介入は利用者の文化・宗教・ジェンダー・抱負を尊重し、リスクを最小限度に抑えながら行われるべきである。精神保健ケアシステムは年中無休 24 時間アクセス可能とするべきである。このシステムは、全体が統合されていて、幅広く効率的であって、健康促進から予防まで、またケアからリカバリーまでの広範囲な介入を、提供すべきである」

ヨーロッパのすべての国々が精神保健に関する画期的共同宣言に署名したのは、初めてのこと。時代は確実に変わりつつあります。

（この項は TOPICS for RANZCP— Travelling Professorship Programme のメツツィーナ論文を鈴木鉄忠氏が翻訳したものから、大熊一夫が要点を抜き出した）

ロベルト・メツツィーナ Roberto Mezzina 氏の横顔



WHO トリエステ調査研修協働センター長、トリエステ精神保健局長、精神科医。

南イタリア・バーリ大学を卒業し、研修医として 1978 年にフランコ・バザーリアのサン＝ジョヴァンニ病院に赴任。同病院の脱施設化（de=istituzionalizzazione）と、病院に代わる地域精神保健サービスの発展に尽力。2014 年春、トリエステ精神局長に就任。バザーリアの「思想と実践」を引き継ぐ新リーダー。

2009 年秋から WHO トリエステ調査研修協働センター長として、世界中の「精神病院の脱施設化」「精神病院に代わる地域密着型精神保健サービスの発展」を支援している。2013 年はデンマーク、チェコ共和国、オーストラリア、ニュージーランドの精神保健改革をサポートした。

2001 年から精神保健国際協働ネットワークの推進役として活動し、現在はその代表。

世界各国の研究所、大学、精神保健サービス機関、NPO などから講師、基調講演者として招聘される。専門分野：脱施設化、地域サービスの組織化、クライシス介入、精神疾患の治療への統合アプローチ、コミュニティ・ケア、リハビリテーション、利用者参加型の諸活動、疫学研究、認識論、質（クオリティ）の保証、司法精神医療への批判的検討。