

---

# 障害者支援Ⅱ

---

## イタリアの地域精神保健政策に学ぶ

—我が国の地域精神保健政策への提唱—

福山平成大学  
講師 中嶋 裕子

### はじめに

イタリアと日本の文化的・歴史的背景は異なるものの社会福祉における類似点がある。それは第一に、高齢化及び少子化の進行である。高齢化率はイタリア19.7%、日本20.1%であり（2005年）、合計特殊出生率はイタリア1.41人、日本1.39人（2010年）で、共に世界でトップグループに属している。第二に、家族を主な福祉の担い手として捉える視点である。国民の高負担により高福祉を実現している北欧諸国とは異なり公的機関よりも家族がその担い手として機能している。イタリアでは近年その傾向がさらに強化され、2000年の法328号「社会的措置・サービスの統括システムを実現するための枠組法」（通称「福祉基本法」）及び2003年の福祉白書で家族が「福祉において中心的な存在である」と位置づけられた。第三に、社会保険を中心とした社会保障を構築してきた歴史を持つ「社会保険中心型」という点である<sup>i</sup>。

一方で決定的な違いが見られる。それは、地域精神保健の充実度である。現在のイタリアの精神保健政策、特にトリエステにおける取り組みは世界保健機構のパイロット地区にも指定されるなど世界的な注目を集めている。一方、日本の精神保健政策は1960年代より、国際社会から転換と改善の必要性を指摘されてきた。

本稿ではイタリアの精神保健政策から日本で地域精神保健政策の充実を図るために必要な事項に

ついて整理することを目的とする。

### 1. 我が国における精神保健政策の変遷と現状

日本における精神疾患患者は年々増加し、現在は5人に1人が精神疾患に罹患するなど、精神保健政策における積極的な取り組みは国民的課題である。

近年の我が国の精神保健政策の変遷を概観すると、1999年の「今後の精神保健福祉施策について」で約7万2,000人の社会的入院者の課題についてふれて以降、2002年「今後の精神保健医療福祉政策について」、2003年の「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」で、「入院医療中心から地域生活中心へ」とする方針が打ち出された。2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においては、①国民の理解の深化、②精神医療改革、③地域生活支援強化を図り、10年間で7万人の長期社会的入院患者の解消を図るとした。

2010年度からアウトリーチ支援が国の補助金事業となり、ACT（包括型地域生活支援プログラム）も全国的に広がりを見せている。2011年より精神医療相談事業については、早期対応を目的に原則24時間365日体制が進められ、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法などの一部を改正する法律」で精神疾患が追加された。

以上のように入院治療からの脱却を進める政策を旨としてきたが、入院医療費：地域医療・福祉サービス費用の配分は75：25（イタリアは6：94）であり、地域医療・福祉への転換は途上である。

### 2. イタリアの精神保健政策の現状

#### 1) 地域保健センターの役割

イタリアでは1998年に公立精神病院が廃絶されて以降、人口10万人に対して平均1箇所以上の割合で地域精神保健センターが設置された。地域精

---

i 小島晴洋、小谷眞男、鈴木桂樹他（2009）『現代イタリアの社会保障』旬報社、p.50.

神保健センターでは一時入院や夜間入院、危機対応のほか、デイサービス、訪問看護、リハビリ、グループホーム作り、個別の治療計画の策定、社会参加のための学習相談会、就労支援サービスなど幅広いサービスを提供している。原則1日12時間、週6日開放され（50箇所以上は24時間365日開放）、精神科医も専門スタッフを交えた市民の居場所、交流の場所として機能しながら住民の精神保健を支えている<sup>ii</sup>。

## 2) 就労支援の展開

イタリアにおいて社会的包摂<sup>iii</sup>は、「労働」との強い結びつきを持っている。イタリア憲法の第1条においては、「イタリアは労働に基礎をおく民主的な共和国である」と記されている。また、年金を始めとする社会保障制度の拡充は労働組合運動の影響力が大きく、労働者を基本概念にして職域ごとに分立した年金制度が整備・維持されてきた。現在も「年金は労働者のもの」という意識が強い。これは、イタリアの福祉に大きく関与してきたカトリック陣営の立場でも同様である。

1991年、社会的包摂の具体的制度として、イタリア式社会協同組合が制度的に位置づけられた（法381号）。社会協同組合はA型とB型に分かれているが、B型の特徴は、組員の30%が障害者及び社会的に周辺化された人々で構成されることと、労働奨励金訓令制度にある。本制度では、就労が可能となるまで、精神保健局が月230-400ユーロを給付する<sup>iv</sup>。就労支援は生活支援の一部として位置づけられているのである。現在の社会的協同組合は7,000団体あり、その資金源となる財団も数百存在し、関連労働者数は約60万人にのぼる。

ii トリエステでは、大学病院内のデイホスピタル6床、グループホーム12箇所、作業所13箇所、職員数は237名と充実した人員を確保しながら、精神保健医療費を精神病院があった時代の2,800万ユーロから1,500万ユーロに削減している。これは入院治療時に用いられる薬物使用量が地域生活の維持によって10分の1に抑えられたことと関連している。

iii 家族や地域社会などの相互扶助の基盤から除外された人々を再度社会の中に包摂しようという政策理念

iv 坂本沙織（2009）「社会協同組合からみたトリエステの地域精神保健活動のあり方」『メンタルヘルスとウェルフェア』5 p.49-62.

## 3) 我が国との人員配置及び処遇格差

ここで、日本とイタリアの医療・福祉専門家の充実度及び入院者の処遇の違いについて言及したい。先に指摘したように我が国での予算配分は入院医療にその約75%が費やされており、イタリアの6%とは格段の違いがある。入院日数に関しては我が国でも短期化がはかられているが、平均300日とイタリアの11.4日とは格段の隔たりがある。精神科のスタッフ配置数を比較すると10万人あたりの医師の人口対数はほぼ同じで、看護師・ソーシャルワーカーは日本が倍近く多く存在している。しかし、病床数の多さから日本では医師対患者数は、1:35.5人、看護師は1:4.8人、ソーシャルワーカーは1:56.8人と一人当たりの担当者数が極端に多い。一方、イタリアでは医師対患者数は1:1.9人、看護師が1:0.7人、ソーシャルワーカーは1:6.3人と手厚い対応が可能となっている<sup>v</sup>。

2003年から2007年にかけての調査によると、我が国の隔離室数、拘束数、閉鎖処遇数、医療保護入院者数は軒並み増加している一方<sup>vi</sup>、イタリアには隔離室、閉鎖病棟が存在せず、身体拘束も原則行っていない。

## 3. 精神医療改革を可能にした要因

1960年代まで収容型精神病院を柱としていたイタリアがいかにして地域精神保健政策を充実させるに至ったのか、精神保健政策の転換をもたらした思想と取り組みについて整理したい。その思想の根幹を成すのは、バザーリアに代表される「脱制度」の思想である。脱制度とは、制度・施設の中で与えられた患者、医師といった役割から「ズレる」ことで支配・被支配に代表される一元的な関係性を変化させ、個の存在として互いが尊重しあいつながりあうことを意味していた。その意味において、施設の存在を全否定するものではなかったといえる。しかし、バザーリアは現状をみ

v 渡邊乾（2011）「精神化病院を全廃したイタリアから学ぶ」『作業療法』30（5）、p635-642.

vi 有我讓慶（2011）「イタリアと対極にある日本—隔離と拘束件数が増加し続ける危機」『精神保健ミニコミ誌 CLAIRIERE』548

るに支配・被支配構造は病院という制度が存在する限り存続することを指摘し、病院を解体することを目指したのであった<sup>vii</sup>。

病院解体を可能にしたものとして、第一に、医療従事者の意識改革があった。それまで行われていた作業療法と称した院内労働が1973年の裁判で「患者の労働は治療ではなく、労働である」と認められたのである。この判決結果が、医療従事者の患者に対する意識を「管理の対象者」ではなく、「労働者」としての連帯意識へと変換させた。第二に、労働を重視する文化的思想の中で生まれた障害観があった。「障害」を個人の心身に起因するものとしてではなく社会的不利益や生活機能の不全として捉える視点が共有されていた。第三に、時代的背景もあった。1960年代にはフォーコーやフロイトの精神世界に関する著書がイタリア語訳され、精神世界に対する国民の理解が広がっていた。第四に、歴史的な要因が挙げられる。イタリアは多民族国家であり、イタリア人という概念が形成され始めてからわずか150年程度である。街中に掲げられた「近づいてみれば誰一人まともな人はいない」という看板の言葉に表されるように日常的に苦悩や危機を体験する環境の中で「受苦者としての連帯」、つまり、他者の課題も自分の問題として引き受ける課題の共有意識を育みやすい環境があった。

#### 4. イタリアの精神保健施策の特徴と我が国が学ぶべき事項

イタリアの地域精神保健センターは万人を対象とし、精神に関する問題は「我々の問題」であり、センターは市民の財産として認識されている<sup>viii</sup>。このように第一に、日常的にメンタルヘルス、精神疾患に関連する話ができる環境作りが必要である。デイケアなどの資源も病院が抱えるのではなく、地域の人々に開かれた公的な地域デイケアの充実

が図られるべきであろう。

第二に、市民全体を対象とした多文化教育の実践や学校への当事者訪問の充実がある。トレント市では、精神保健センターから家族会のメンバーや当事者が1年で約600回程度高校などに出向いて出張講義を行いその啓発活動に務めている。直接話を聞き討論することで精神保健に関する理解が促進される。

第三に、アウトリーチの充実である。イタリアの精神保健医療・福祉従事者は、地域で生活者の拠点を中心に活動することを基本としている。それは、専門家らが地域で診察し生活の状況を把握することで危機介入も迅速になりリカバリーも促進されるという共通認識を持ち合わせているからである。

第四に、精神科医の役割の見直しである。現在、我が国の精神保健福祉法では医師に自傷他害の防止義務が課されている。一方、イタリアでは精神保健医療が刑法と切り離され、医師は患者の自傷他害を防ぐ責務から解放されている。そのことにより医師は患者を生活者として見る視点をより育みやすくなっている。

第五に、家族支援の強化である。我が国における2009年の早期支援・家族支援のニーズ調査によると、本人のために転職・退職した家族は40.0%、信頼できる専門家に出会えていないとする家族は34.0%、定期的に相談できる専門家が居ない家族は73.5%にものぼった。家族がケアの担い手とされているのはイタリアも同様である一方、イタリアの家族会は地域精神保健センターの中でも中心的な家族支援のアクターとして活動し、病院に代わるシステムを求める大運動体となっている。我が国でも家族を行政及び多機関とのネットワークの支援対象に位置づけ、エンパワーすることが求められる。そのためにも福祉医療場面で家族支援を評価する制度の導入も検討されるべきであろう。

#### おわりに

イタリアの地域精神保健政策の充実理由を、社

vii 中嶋裕子(2011)「イタリアの精神保健を支える思想と施策」『精神保健福祉』42(4)(88)p.309-316.

viii 多賀茂、三脇康生編(2008)『医療環境を変える一制度を使った精神療法の実践と思想』京都大学学術出版

会制度的要因、歴史的要因、思想的背景などから明らかにした。その上で地域デイケアの充実、啓蒙活動、アウトリーチの充実、精神科医の役割の見直し、家族支援強化の必要性を提唱した。歴史、社会背景などの条件については相違点も大きく、精神病院を廃絶した当時のイタリアの精神病院の約9割が公立であったことを鑑みると一概に比較することはできない。しかし、病院というシステムに頼らずとも地域精神保健の充実した展開で、どんなに重度であろうとも地域生活を営めることを証明したイタリアの取り組みは我が国の精神保健施策に大きな示唆を与えてくれる。

## 地方自治体における障害者就労支援ネットワーク構築

—A市における課題抽出とその改善に向けて—

博士前期課程 方 真 雅

国立障害者リハビリテーションセンター研究所

小佐々 典 靖

専門職大学院教授 植 村 英 晴

### 1. はじめに

障害者の就労については、障害者自立支援法第五条14項の「就労移行支援」で一部具体化されている。全国の障害者就労移行事業所は約2,200事業所であり、2008年の就労移行率は14.7%である。一方で、浜銀総合研究所（2010）によると就労移行支援事業所のうち「雇用実績の年間平均値が0人」の事業所が29.8%である<sup>1)</sup>。

鶴田（2012）によると最近10年間で職場定着のために配慮するようになった項目と10年以上前から対応していた項目を比較してみると回答117企業社中「生活面や家族の課題については障害者就労・生活支援センターなど外部機関を利用するようになった」が10年前と比べ4倍以上、「精神障害者や発達障害者など多様な障害者を受け入れるようになった」が3倍以上となっている<sup>2)</sup>。また、同様に障害者に対する理解とその継続のための支援、障害特徴に適合した対応、日頃からの関係作りと支援における意見のすり合わせなどが課題になっている。

すべての人は学校を卒業する時が「社会への移行」の時期である。障害のある若者の場合、移行に要する期間は、職業の準備性や障害認識の状況によってまた、必要とされる支援によっても異なる<sup>3)</sup>。しかし、労働市場や労働環境が障害のない人を対象に整備されてきたので障害者の社会や労働市場への参加はスムーズにいかない。福祉労働・教育組織において障害者の雇用促進・就労移行が取り組まれているが必ずしも十分な効果が上がっていない。このため、公的機関の責任を明確化した障害者就労支援ネットワークを構築し、利用者