

## 「バトンをつなぐ・第1回」(25/6/15)での論議から

私・たち「高齢者生存組合」は、高齢者が抱える〈生きがたさ〉からの解放を求め、相互の結び合いの力で社会と向き合うことを目指す生存組合です。

高齢者生存組合の企画の2025年度連続講座「バトンをつなぐー未来につなぎたいもの」の第1回「ACT地域精神医療を推進して」(6月15日(日))では、アイ・クリニック理事長の吉本博昭さんを話し手に迎えました。吉本さんは、2011年に富山市民病院・精神科を退職して富山市の中心部にアイ・クリニックを開設した後、依存症等の心の病を抱える人たちが実際に生活を営む場を医師・看護師・精神保健福祉士等による多職種チームが訪問して支援するACT(包括型地域生活支援プログラム)を実践しています。当日、吉本さんには、富山で先駆的にACTの導入を進めてきた経緯や海外の精神医療の先進地域での取り組み等を、多数のスライドを使って話してもらいました(第1回の集いで使用したスライドと会場で配布した資料は、高齢者生存組合のホームページをご覧ください)。

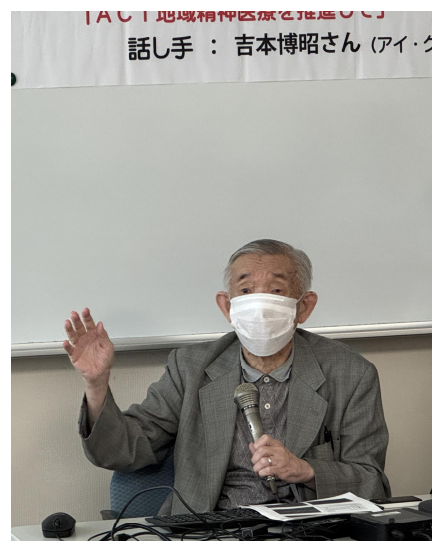
以下、その時の吉本さんの話とその後の「フリートーク」での論議を紹介します。

## 吉本博昭さんの話から

### 精神疾患という「ありふれた病気」への根深い差別と偏見

米国の国立精神衛生所の統計によれば、精神疾患それ自体は米国の成人の4~5人に一人が発症する「common disease(ありふれた病気)」に過ぎません。それにも関わらず、日本では依然として心の病を抱える人たちへの差別的な扱いや精神科病棟への長期収容が続いているということを、吉本さんは話の中で何度も強調していました。

吉本さんが市民病院・精神科の医師として勤務していた2006年に、吉本さんと当時の谷野呉山病院の院長が中心となって「第14回日本精神障害者リハビリテーション学会」の大会が富山で開催されました。その時に大会の後に何か残るようなものを作りたいという話になって、精神疾患をもつ当事者の人たちにも一緒に参加してもらったのが、「富山大会宣言」です。その中で、当事者の人たちは、以下のように訴えています。



吉本博昭さん

「私たちは精神の病気があっても、当り前の生活をしたいと思います。家族とともに暮らし、友人と交流し、縁があれば結婚し、子が授かれば、子育てに苦勞したいと思います。また、親戚づきあいに顔を出し、学校行事や地域活動に参加し、人の目を気にしないで服薬し、病気を隠さないで仕事に就きたいと思います。

そのような生活の実現のために、困ったときには気軽に相談できる専門家が身近にいてほしいと思います。病気が悪化したときには、いつでも適切な治療を受けることができ、入院しても長期にならず、効果のあるリハビリテーションを受けて自分でも対処する力を高め、地域で生活したいと思います。仕事に就けない場合でも、地域の中にひとりひとりに応じたさまざまな活動の場があり、自分らしい自立のあり方を自分で決めることができれば良いと思います。病気が悪化したときには、いつでも適切な治療を受けることができ、入院しても長期にならず、効果のあるリハビリテーションを受けて自分でも対処する力を高め、地域で生活したいと思います。」

吉本さんによれば、精神疾患をもつ人たちが望んでいるのは何も特別なことではなく、このように地域社会で当り前の生活をしたいということであり、その際に本人が「自立」しているかどうかは就勞に関係なく自分自身で決めたい、というのが当事者の人たちの切実な思いだ、ということでした。そのことは、逆に言えば、そうした当事者の願いがかなえられるような社会にはなっていない、ということでもあり、心の病を抱える人たちが差別・偏見の目で見られてしまうという現実が根強くあります。

吉本さんがアイ・クリニックを開設しようとした際に、アイ・クリニックのある町内とその隣の町内から猛反対されたので、吉本さんはそれぞれの町内会の集まりに出席して、心の病をもつ人たちが決して危険な存在ではなく、むしろ、そうした病をもたない一般の人たちの方が犯罪率が高いということ、具体的な数字を出して一生懸命訴えたということでした。そうした努力の甲斐もあってか、アイ・クリニックを開設して1年ほど経った後に町内会長が吉本さんのところに来て、「私たちが心配していたことは杞憂でした。ご迷惑をおかけしてすみませんでした」と謝罪したそうです。そのように、地域の多くの人たちが抱えている精神疾患の患者のイメージと、実際の当事者の姿が大きく乖離しているということがあります。

そうした精神疾患をもつ人たちへの差別・偏見をなくすことに向けた「国民の理解の深化」も含めた「精神保健福祉施策改革ビジョン」が、2004年に厚労省の精神保健福祉対策本部から出されていますが、その中で「『入院医療中心から地域生活中心へ』という精神保健福祉施策の基本的方策の実現」ということが謳われています。その7年後の2011年12月に出された「精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向」でも、「住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制」の提供を目指すということが言われています。しかし、そうした「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針が厚労省から出された後も、日本の精神医療の改革は行きつ戻りつして、日本の精神医療はいわゆる「先進国」の中で遅れているというのが現実です。

2006年12月に国連総会で採択され、2008年5月に発効した国連の「障害者権利条約」は、精神障害も含めて「障害に基づくあらゆる差別」の禁止や障害者の権利・尊厳を守ることを謳うという画期的な意義をもつものですが、それを日本が批准したのが2014年で世界の国々の中で141番目だということでした。批准がそんなに遅れてしまったことを恥じてそのことをあまり公表したくなかったのかもしれませんが、吉本さんによれば、「障害者権利条約」を日本が批准したことをちゃんと報道したのは、当時、公明党の機関紙の公明新聞だけだったそうです。

## 世界から見た日本の精神医療の現状

このような日本の精神医療の在り方は、世界の他の国々からどのように見られているのかということですが、吉本さんは、そのための手がかりとしてOECD（経済開発協力機構）が2014年に出した「日本の医療の質を改善するための提言」という報告書の内容を紹介していました。その中で、日本の医療の全体的なレベルについては、「コストの抑制とアクセスの良さは、注目すべき成功である」という高い評価を行っています。しかし、その一方で、同「提言」では、日本の精神医療に対して、「質の高い精神医療を確保するよう努力する」ことが必要だとしています。

同「提言」では、具体的な改善方向として、「診療報酬を活用して、病院への入院及び長期の入院のインセンティブを削減し、精神科病院での治療に対する需要を減らすため、地域社会でのケア体制の構築に投資する」と言っています。要するに、精神疾患の治療の際に精神科病棟への入院のためにばかりコストを使うのではなく、もっと地域社会で生活しながら治療を受けるための体制をつくることに公的な資源を使うべきだ、ということです。さらに、同「提言」では、「患者を精神保健医療福祉制度の中心に据える。地域社会で幅広いサービスが利用できるようにして、患者中心のケアを促進する」とも言っていますが、それは言い換えれば、OECDは日本の精神医療は患者中心ではないと捉えているのだ、ということ吉本さんは指摘していました。

日本では、心の病をもつ人たちを異質な存在だとして社会から見えなくする“social exclusion”（社会的排除）の傾向が強いのですが、それを“social inclusion”（社会的包摂）という方向に変えていかなければならないというのが、OECDの「提言」で言われていることでしょう。しかし、実際の精神医療の場でそうした傾向を変えていくのはそんなに簡単なことではなく、心の病をもつ人たちへの差別・偏見が根深く残り続けると同時に、そうした「視線」で周囲から見られることを本人や家族が恐れているのが現状です。たとえば、自宅の近くに精神科の診療所があるのに精神疾患の治療を受けていることを近所の人に知られたくないために、わざわざ遠くから吉本さんのところに受診に来ることがある、ということでした。



参加者で一杯の会場

## 「リカバリー」の観点から社会復帰を考える

ロバート・ポール・リーバーマンという、SST（ソーシャル・スキル・トレーニング）という精神医療の手法を開発した米国の高名な精神医学者がいます。彼は「精神障害と回復」という本の中で、「リハビリテーションが最良の形で行われたら、精神障害のある多くの人は地域社会での通常の生活への『リカバリー』が可能となる」と言っていますが、残念ながら、日本ではそのことはなかなかうまく進んでいません。なお、「リカバリー（recovery）」という英語は、病気の「回復」という意味ですが、精神医療の分野では、心の病をもつ人たちが「自分らしい人生を回復する」ことやそのことに向かうプロセスという意味でこのことばがよく使われています。吉本さんによれば、最近では、医師や家族から見て症状や社会機能がどれほど回復したかというよりも、本人が実際に満足感をもって生活できるようになっているかどうか重点を置くという意味で、「リカバリー」という

ことばが使われるようになってきているということでした。

リーバーマンは「精神障害と回復」の中で、就労による成果として、「尊厳や満足、および生産に携わっているという自己認識を得る」、「社会性が身につく、同僚と交流する機会をもてる」と言っています。吉本さんによれば、「リカバリー」へのプロセスを進める上で、就労ということがそうした大きな意味をもっているということでした。精神疾患をもつ人たちへの就労支援では、“Train then Place”（訓練して就職する）ということで、病院などで働けるようになるための訓練をして仕事ができる状態になったら就職するという発想でした。しかし、近年の「個別就労支援プログラム」（IPS：Individual Placement and Support）では、“Place then Train”（就職して訓練する）、つまり、先ず実際に働いてみて問題があったら、精神科医による治療と併せて、就労支援の専門家とジョブコーチによる仕事の補助や問題解決などの支援・援助を受ける、という方式に変わってきているということでした。

1968年にWHO（世界保健機構）が日本政府に提出した、「クラーク勧告」という日本の精神医療の改善点についての報告書があります。イギリスのケンブリッジ市郊外のフルボーン病院で精神医療改革を進めてきたデイビッド・クラークがWHOによって日本に派遣されて、1967年11月から1968年2月までの3か月間に日本で行った実態調査に基づいて報告書を作成し、「クラーク勧告」として日本政府に7項目の提言を行いました。同「勧告」の中では、精神科病棟への入院患者の増加を防ぐための積極的な治療やリハビリテーションの推進等が提言されています。しかし、当時の厚生省の課長が「クラーク勧告」に関する記者会見の中で「斜陽のイギリスから学ぶものはない」と発言したことで、せっかくの有益な提言が日本では注目されなくなってしまったそうです。その後、他国では精神医療の「脱施設化」が進められる中で日本では精神科の病床が増え続け、日本の精神医療では精神科病棟での入院治療が中心になってきました。

しかし、その一方で、日本の精神医療の領域で注目すべきものがないわけではありません。吉本さんが精神科の医師になったばかりの時期に、学会の報告の中で社会生活をしている統合失調症の患者をできるだけ入院させずに再発と慢性化の予防に努めるという「生活臨床」の話聞いて、「こんな取り組みがあるのか」ということでとても驚いたそうです。生活臨床では、生活上の困難な出来事が心の病の「原因」となっているという立場に立って、実際に患者が生活している場を医者が訪問して、場合によっては患者の自宅と一緒に寝泊りをして、どのような生活をしているかを見た上で診断して治療を行っていました。

当時、群馬大学病院の精神科を中心に生活臨床が行われていましたが、そうした先進的な取り組みに対して診療報酬の点数がつかずに、あくまでも医師の「持ち出し」で行われていたために、残念ながらその後、継承されるということがなかったそうです。ただ、そうではあっても、診断と治療の場を診察室でなく生活場面に求めて、実際に家庭生活や社会生活ができるように生活相談や生活支援を行うという生活臨床の取り組みは、当時、世界のどの国でもやっていなかったことだという意味で、日本が世界に誇れるようなものではないか、ということでした。

## ACTとは何か

ACTというのは、“Assertive Community Treatment”の頭文字を取った言い方で、

日本語では「包括型地域生活支援プログラム」と訳されています。ACTが登場した背景ですが、ケネディ大統領の時代の1963年に「精神病及び精神薄弱に関する大統領教書」が出されて以降、米国では精神疾患の患者の「脱施設」化が進みます。しかし、退院後の十分な支援の体制がないまま多くの精神疾患を抱える人たちを州立精神科病院から退院させたことで、すぐに元の病院に戻って来るか、そうでなければ、行き場のないまま「ホームレス」状態に陥るといった問題が起きます。

それに対して、60年代の後半に米国のウィスコンシン州の州都マディソン市の州立病院で、社会復帰に向けて病院内で訓練するよりも実際に患者が生活を営む場での24時間の支援の方が有効だということで、多職種チームによる訪問支援を軸にしたプログラムが開始されます。1970年代初頭にそれがACTとして方式化されて、米国だけではなく、世界各国に普及していったということでした。ACTの目的としては、既存の精神医療のサービスだけでは病院の外で生活するのが困難な重い精神障害をもつ人たちが、できるだけ入院せずに住みなれた地域社会で暮らすために必要な支援を多職種の専門家チームで行うということがあります。

ACTの大きな特色としては、その多職種チームの中に精神科の医師や看護師だけではなく、作業療法士、薬剤師、就労支援担当者など就労や生活上の支援を行うスタッフも含まれていることです。そのようにACTでは当事者の生活をトータルにサポートすることを目指していますが、その際に、自宅や近所のスーパーなど当事者の実際の生活の場にACTのスタッフが出かけたり、同行したりしながら支援・援助を行う「アウトリーチ」（訪問支援）が軸になっています。そうした細やかな支援を責任をもって行うためにスタッフ1人当たりの担当者は最大で10人までとなっている、ということでした。

その他のACTの特色として、「24時間、365日のサービス提供体制」ということがあります。そのように言うの大変なことだと思われるかもしれませんが、吉本さんによれば、日中にちゃんと支援を行っていけば、時々、夜間に電話がかかってくることはありますが、突然、夜中に呼び出されて駆け付けなければならないということは、ほとんど起きないということでした。また、国の支援策では病院外での当事者へのサポートの期間を限定していますが、ACTでは、当事者のニーズがなくなるまで継続的に関わり続けるのが原則だ、ということでした。

## 「富山ACT」を試行する

吉本さんは、富山市民病院の精神科の医師として勤めていた2007年に、当時、総合病院の精神科としては初めて本格的にACTを導入しました。ACTを始めた契機として、その2年前の2005年に当時の市民病院の院長が精神科の病床を100床から50床に減らして、その分を緩和ケア病棟の新設に充てるという「新病棟プラン」を提言した、ということがあります。吉本さん自身も、市民病院の精神科の病床が100床というのは精神科の医師の人数に照らして多すぎると考えていたそうで、病床を減らすことに対して内心では異論はなかったそうです。また、アルコール依存症の治療のためのプログラムとしてARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）がありますが、吉本さんは、入院ではなく外来のデイケアでARPを行うことで、病床数を削減することができると考えたということでした。

市民病院は富山市が設立した公立病院なので、その病床の削減の際には富山市議会の承認が必要になりますが、精神科の病床をただ減らすというだけでは、入院患者が退院し

た後の支援をどうするのかとか、結局、民間の精神科病院に患者を振り分けることになってしまうのでは公立病院としての役割を果たすことになるのかとかいった「正論」を市議会で言われたら、反論できません。そこで、精神科の病床を削減するための具体的な手段として吉本さんがもう1つ考えたのが、市民病院にACTを導入することでした。

しかし、ACTを始めるにしてもそのためのお金が必要になりますが、市民病院では、「それは良い取り組みだけれども、そのための予算はない」と言われてしまったので、吉本さんは富山市長に会ったり、面識のある県の厚生部の部長に会ったりして何とか予算を獲得しようとしていました。しかし、結局、どちらからも、「良いことだけれども、予算を付ける時期が過ぎてしまったので」ということで断られてしまったそうです。そこで、最後の手段として、つてをたどって政府の関係者に向けあって国の「障害者自立支援調査研究プロジェクト」に応募して、ようやくACTを試行するための予算を得ることができたということでした。

その予算を基に、2006年12月から翌2007年4月にかけての半年間、市民病院、谷野呉山病院、富山県心の健康センター、ゆりの木の里の4施設で「富山ACT協議会」をつくり、市民病院、谷野呉山病院、ほんだクリニックで治療を受けている10名の統合失調症の人たちを対象に、研究事業として「富山ACT」を試行したそうです。富山ACTでは、その4施設の関係のスタッフとそこの専従職員に担当する日と時間帯を割り振って、土・日や休日も含めて連日「24時間体制」で利用者とその家族から各種の相談や受診相談、主治医等との連絡・調整を電話で行う体制をつくりました。そのように吉本さんが苦勞して国の予算を獲得して試行した富山ACTですが、スタッフの勤務時間が施設ごとに違うということもあって、別々の施設の業種の異なる人たちを集めて新しい取り組みを行うというのは、最初に思い浮かべていたのとは違ってなかなか難しかったということでした。

しかし、そうではあっても、富山ACTを試行したことをきっかけに、その後、谷野呉山ではそれまでの訪問看護よりも踏み込んだ形で患者への支援を行うことになりました。また、市民病院では2007年4月に「富山市民ACT」を立ち上げて、それまで行っていた精神疾患をもつ人たちの身体合併症への対処や、精神科救急・急性期医療の取り組みに加えて、在宅の当事者への日常的な支援等、地域精神科医療への積極的な関与を行うことになったそうです。ARPを外来のデイケアで行うことと併せて富山市民ACTを開始したことで、従来の100床から50床を経て最終的には42床まで市民病院の精神科の病床の削減を実現したということでした。

## iACTをスタートさせる

そのように吉本さんは富山で先駆的にACTの導入を進めてきましたが、2011年4月、吉本さんは市民病院・精神科を退職してアイクリニックを開設し、以後、アイ・クリニックとして独自のACT (iACT) の活動を行っています。iACTの大きな特色としては、アイクリニックの通院者の25%がアルコール依存症であることもあって、日本のACTでは初めて、統合失調症以外に依存症の人たちも含めてアウトリーチの対象としていることがあります。

また、アイクリニックでは、当事者との切れ目のない関係づくりや「地域で診る」ことの推進に向けて、市民病院のような他の総合病院の精神科との連携を積極的に図っているそうです。そうした連携によって、アイクリニックの検査機能の不十分さを総合病院の設備で補う一方で、総合病院の側もアイクリニックに患者を紹介することで入院期間の短縮

が可能になっているということでした。

iACTの多職種チームの中には、精神科医師、看護師、保健婦、精神保健福祉士、臨床心理士、看護補助者の他、心の病をもつ当事者が同様の境遇にいる人たちを支援するピア・サポーターもいるそうです。iACTでは、アイクリニックから車で30分以内の地域を対象として、原則として多職種の2名のスタッフから成る1~2チームでアルコール依存症者を含めた重い精神疾患をもつ人たちをアウトリーチで支援しています。2015年7月現在で、iACTの訪問対象者の33人の内、8人がアルコール依存症の患者だったそうです。なお、吉本さんによれば、iACTの対象者で純粋にアルコール依存症だけという人は少数で、多くの場合、それと同時に双極性障害（躁うつ病）も合併していて、そのことによってさらにいろいろな問題が出てくるということでした。

今回、吉本さんは、プライバシーに配慮しながら、iACTで支援を行っている統合失調症の男性患者のケースを紹介してくれました。その人は県立中央病院の精神科で治療を受けていましたが、だんだん通院しなくなって代わりに本人の母親が病院に行き薬をもらっていたそうです。そうする内に、母親が高齢化してこれまでのように世話をできなくなったり、未診療の状態が長く続いていたりしたことや、独り言を言いながら近所を徘徊して地域の人たちから不審な目で見られるということもあって、中央病院の医師から紹介されてiACTのアウトリーチで支援することになったそうです。

iACTのスタッフが本人の自宅を初めて訪問した際には、本人が「脱兎のごとく」トイレに駆け込んで閉じこもってしまい、顔を見ることはもちろん、ことばを交わすこともできませんでした。しかし、その後、iACTのスタッフが毎週訪問して、毎回トイレのドアの外から本人に声をかけるようにして数か月経つと、ようやくトイレのドア越しに簡単な会話ができるようになり、それからしばらくして、本人の居室で会うことができるようになったそうです。その人は何年も入浴しておらず、爪も切っていなかったそうですが、根気強く本人と関わる姿勢を見せたことで変化が生じて、入浴したり、足の爪を切らせてくれるようになったということでした。なお、伸び放題で堅くなった足の爪を切るには普通の爪切りでは歯が立たないため、そのための特別な爪切りを用意したということでした。

その後、一進一退はありましたが、iACTの支援を受け続ける中で、本人の引きこもりの状態が大きく改善されたそうです。そのように精神疾患の重い人であっても、ACTを導入することで地域での生活を支えることができる場合があるということでした。

## 海外での先進的な精神医療改革の取り組みに触れる

このように吉本さんは富山で先駆的にACTを推進してきましたが、そのことと併せて、吉本さんは精神医療の改革に先進的に取り組んできたオーストラリアとイタリアを訪問しています。

吉本さんが市民病院の精神科医として勤務していた時期の2007年10月末、首都圏の精神科医の人たちと一緒に、オーストラリア・ビクトリア州の州都メルボルン市のメルボルン大学内にあるロイヤルメルボルン病院などを訪ねました。2006年のオーストラリアのGNI（国民総所得）が世界各国中12位で日本は14位であり、人口一人当たりの精神保健予算はオーストラリアが15,800円に対して日本は15,869円というように、当時、両国の経済的背景はよく似ていました。その一方で、日本では精神科病棟での長期の入院治療が精神医療の中心になっているという状況がなかなか改善されませんが、オーストラリアで

は、1992年から始まった精神保健改革によって精神科の病床数の削減が計画的に進められてきました。そこから日本の精神医療は大いに学ぶところがあるはずだ、ということで、吉本さんはオーストラリア訪問を決めたそうです。なお、吉本さんによれば、そのようにオーストラリア政府が精神医療改革に力を入れるようになった契機の1つとして、当時の政権のトップにいる人の子息に精神疾患をもつ人がいたことがあったそうです。

吉本さんが実際にオーストラリアに行って、ロイヤルメルボルン病院のような総合病院が精神医療だけではなく、他の診療科も含めた地域医療全体の中心軸になっていることがよく分かった、ということでした。また、日本の精神科の診察室では、精神科医が患者よりもパソコンの画面を見ながら一所懸命にカルテを入力するというのが当たり前になっていますが、オーストラリアの病院では、患者に関わる文書類を作成するメディカル・クラークがいて、医師は患者の話を聞くことに専念できるようになっているそうです。オーストラリアに行ってそのことを知ったことも1つのきっかけになって、吉本さんは帰国後、勤務先の市民病院にメディカル・クラークの導入を求めたということでした。



ロイヤルメルボルン病院

オーストラリアの精神科の病院では、日本と違って少ない種類の治療薬しか使用しないということも、吉本さんが現地に行って初めて知ったそうです。そのことによって患者の精神状態が薬で抑えられない場合、しばしば電気けいれん療法で対応しているということでした。ロイヤルメルボルン病院の精神科病棟を案内してもらった際に電気けいれん療法の機器を見せてもらったところ、吉本さんが北陸地方ではいち早く市民病院に導入した機器と全く同じものだったそうです。

症状や病気ごとに異なる診療所に行く日本とは異なり、オーストラリアでは、どんな症状でもまず1人の「家庭医」(GP: General Practitioner) が診察して、必要ならそこで紹介状を書いてもらって専門医に診てもらおうという制度になっています。また、公的医療制度の利用は無料ですが、公的医療で受診しようとする、下手をすれば「半年待ち」ということもよくあるので、経済的に余裕のある人はお金を払って私立病院で治療を受けるそうです。吉本さんは、ロイヤルメルボルン大学病院の他にアルバート・ロード・クリニックという私立の精神科病院も訪ねましたが、そこでは日本以上に電気けいれん療法を多用していることを知って驚いたそうです。

吉本さんはメルボルン市内にある「心の健康センター」も訪問しましたが、それは1階に銀行がある街中の建物の2階にあって、そのような場所にあることで精神疾患に対する偏見を減らしてアクセスしやすくしているんだな、と感じたそうです。また、今回、吉本さんは、メルボルン市内にある「Orygen Youth Health」という、若い世代が精神疾患を発症する前の予防や「早期介入」のための施設についても言及していましたが、それは精神医療の「地域化」の一環としてメルボルン市から始まった試みですが、高く評価されてオーストラリア全体に広まっています。

吉本さんのオーストラリア訪問の数年後の2010年代に入ってから、吉本さんはイタリア北部の都市を中心にイタリアを訪問しています。イタリアでは、1978年のいわゆる「バザーリア法」によって、患者を精神科病棟へ新規入院させることを禁止するとともに、精神疾患を抱える人たちを地域社会の中の精神医療・保健サービスでサポートすることを定めましたが、それ以後、精神科病院の廃止が続いています。吉本さんによれば、一部の精

精神科病院では緊急時の入院ための病床を持っていますが、私立の精神科病院はほぼ無くなったそうです。そうしたイタリアでの精神科病院の廃止が実際にどうなっているのか、また、精神科病院を無くして具体的にどのように精神疾患をもつ人たちのサポートをしているのかを知ることが、イタリアを訪問した大きな目的だったということでした。

イタリアの観光地として有名なベネツィアですが、かつてベネツィアでは男性と女性の精神疾患の患者をそれぞれ別々の島の大きな精神科病院に収容しましたが、患者は死ぬまでそこから出ることができなかったそうです。吉本さんが訪れたサン・セルヴォーロ島は、ベネツィア潟上の5ヘクタール足らずの小島ですが、キリスト教の修道僧や修道尼の居住地を経て18世紀に軍事病院となり、主に男性の精神疾患患者を収容していました。バザーリア法の制定によって、サン・セルヴォーロ島の精神科病院は廃止され、現在、病院のあった建物は「精神病院博物館」になっています。吉本さんが話の中で紹介してくれた写真でも、ベネツィアの街から海で隔てられていることに加えて元病院の建物の周囲が塀や柵で囲まれていて、いかにもかつての閉鎖的な施設の様子がかがえます。



サン・サルヴォーロ島

それと対照的なのが、イタリアの北部の都市トリエステで進められた精神医療改革です。1978年のバザーリア法（イタリア精神保健法）は、イタリアの精神医療改革を提唱・実践した精神科医師のフランコ・バザーリアにちなんでそう呼ばれています。バザーリアは、「自由こそ治療だ！」という理念の下に精神科病院の解放・解体を進めると同時に、従来の「無能」・「危険」・「社会復帰不可能」という精神疾患をもつ人たちへの先入観や偏見を批判して、彼ら・彼女らは「能力がある」・「危険ではない」・「社会復帰が可能だ」と訴えました。1970年、バザーリアは、20ヘクタールもの広大な敷地に1200人の精神疾患の患者を収容するトリエステの精神科病院のサン・ジョバンニ病院の院長に就任すると、それまでの隔離・拘束や薬物療法ではなく、「自由こそ治療だ！」の理念と「信頼関係」・「抱擁・スキンシップ」・「説得」・「笑顔」に基づく精神医療の改革に着手しました。

サン・ジョバンニ病院は、積極的な患者の退院支援や地域社会でのサポート体制づくりといった精神医療改革を経て1980年に廃止されましたが、その後、サン・ジョバンニ病院の跡地はイタリアの精神医療改革の発祥の地として多くの人たちが訪れる場所になっています。吉本さんは同病院の跡地を訪ねて、バザーリアの改革に関する説明やエピソードを聞いたということでした。



サン・ジョバンニ病院の跡地

同病医院の跡地には、患者の解放を記念する「マルコ・カバッコ」（馬のマルコ）と呼ばれるモニュメントが置かれています。それにはあるエピソードがあります。バザーリアの着任当時に、治療の一環として芸術作品の制作を行った際に、患者たちは自分たちの洗濯物を運んでくれる荷馬車の馬のマルコへの親近感から張り子の青い馬を作りました。患者たちは自由と解放を求める意思を示すために、それを掲げてトリエステの街をデモ行進しようとしたのですが、張り子の馬が大きすぎてサン・ジョバンニ病院の門を通れないのを見て、バザーリアは病院の門を壊してそれを外に出せるようにしたそうです。

バザーリアは、サン・ジョバンニ病院の患者の退院支援と並行して、患者を地域社会で

支援する「精神保健センター」をトリエステ市内の各所に開設しました。吉本さんは、その第1号のバルコア精神保健センターを訪ねて、バルコア地区での地域精神医療のリーダーのメツィーナさんから話を聞くことができたということでした。バルコア精神保健センターの特色としては、国籍・年齢・性別に関わりなく誰でも利用できることや、症状の重い高齢のメンバーでも施設の利用が可能なこと、日中のプログラム活動の実施、無料の食事や治療薬の提供、救急病院から急性期の精神疾患の当事者の受け入れといった複数の役割を、同時に担っているということがあります。

同センターは、バス停から徒歩約5分という比較的アクセスの良い場所にあって、毎日100人ほどの利用者がいるそうですが、その他に「ナイトケア」用に8床のベッドがあり、症状に応じて宿泊もできるとのことでした。吉本さんが訪問したときにもそこに宿泊している人がいて、1日に何回も「脱走」していたそうです。しかし、逃げ出してみても他に行く当てもなく必ず戻って来るので、その人の寝泊りしている部屋に鍵をかけて管理することはしていないということでした。日本では施設から入所者が勝手に抜け出すと施設の管理責任が問われるので嚴重に施錠することになりますが、吉本さんは、「こんなやり方だったら、鍵はいらなくなるのか！」と知って、「目から鱗」だったそうです。

また、吉本さんは、トリエステ市の唯一の総合病院のマジョーレ病院の精神科の「診断と治療病棟」も訪ねました。その看護師の何人かに、「この病院には、夜中に暴れて緊急入院するような人は来ませんか」と聞きましたが、「ゼロというわけではないが、そのような心配はほとんどないし、特に困っていない」ということでした。ただ、そのスタッフの人たちが一番悩んでいるのは、バザーリアの精神医療改革を通じて自分たちが学んだことを後の世代にうまく伝えることができていない、ということだそうで、そのことが何よりも問題だ、と吉本さんに言っていたということでした。

## 今後の地域精神医療に望むもの

富山でACTの導入を先進的に進めてきた吉本さんですが、吉本さんの現在の率直な思いとしては、ACTは当事者の地域社会での生活を全面的に支援することを目指しているが、やはり、それはあくまでも医療中心の仕組みでそれだけではいろいろと限界がある、ということでした。

吉本さんの説明にあったように、ACTは、米国での「脱施設化」の流れの中で、せっかく退院した患者がまたすぐ病院に戻って来るという「回転ドア現象」をなくすために病院外での支援をどうするかということから始まりました。そうした経緯にも現れているように、ACTが米国で始まった当初は、精神失調症のような重い精神疾患の患者に向けたものであると同時に、心の病を抱えてはいても、まだ若くて身体的には問題がない人たちが主な支援の対象になっていました。しかし、日本では当事者の高齢化が進んでいるので、身体的な問題を抜きにしては支援が成立しない、という状況になっています。そうした意味で、医療の領域に限定せずに、他の福祉・保健制度とも連携しなければ、ACTだけで当事者の抱える問題を全部担うのは無理だと考えている、ということでした。

最近、厚労省は「にも包括」ということを提唱するようになっていますが、それは、従来の「地域包括システム」を精神障害者「にも」対応させよう、ということのようです。しかし、吉本さんとしては、そのように「精神障害者にも制度が対応するようにしよう」ということではなく、地域社会の中で十分な支援を受けることができていない精神障害者「こそ」、地域の福祉サービスの中心になるべきだと考えている、ということでした。ま

た、吉本さんによれば、そのように「にも包括」ということが言われるようになった背景には、精神科医や医師会の力が弱くなって、医療の分野だけでは限界だと考えるようになったということもあるのではないかと、ということでした。

2022年の「精神保健法」の一部改正で、相談支援の対象に「精神保健に関する課題を抱える」当事者が追加されました。そのことを受けて、今後、富山市でも「にも包括」に向けたロードマップの作成が求められるようになるはずなので、吉本さんとしては、そのことが心の病を抱える人たちの地域社会での生活を本格的に支援する体制につながっていくことを期待したい、ということでした。

## フリートークでの論議から

吉本さんの話の後の「フリートーク」では、会場の参加者と吉本さんの間で活発な意見交換が行われました。また、「バトンをつなぐ」の第2回と第3回の集いの話し手の平井誠一さんからも発言や質問がありました。以下、その時の論議のアウトラインを紹介します。

**参加者A：**今後、富山でACTを推進するための課題としてどんなことがあるか。

**吉本：**ACTには保険診療点数がないので、病院の経営上は不利。しかし、ACTの活用によって県や国の精神疾患に対する医療費の総額は、入院中心の場合よりも安くなる。一方、ACTを利用すると入院に代わって通院による治療の回数が増えて一人あたりの治療費が高くなるので、それに対して監査が入り、病院の経営が成り立たなくなる、という問題がある。また、現在対応できる人数が限られているので、今後「にも包括」が富山で具体化されることで、もう少し自分たちが対応できる人数が増えるのではないかと考えている。それに向けて声を上げることが大切だと思う。

なお、第4回の話し手の惣万佳代子さんは、私の地元の中学校の後輩だが、「このゆびと一まれ」という高齢者も障害者も子どもも同じ場所でケアできる仕組みを日本で初めて立ちあげて、それが制度化されるまで頑張った。私はまだもう少し若い頃に、精神疾患をもつ人たちが地域で暮らせるようになることを願ってACTを始めたけれども、残念ながら、そのことが今でもなかなか実現できないでいるが、そうした人たちが誰でも地域で当たり前前に生きられるようにしていくことが大切だと思っている。

**参加者B：**「サ高住」で暮らしていた自分の母親の認知症が進み、大声を出すなどトラブルが増えたときに、施設のケアマネから、「この方の場合、もはや介護の問題ではなく、医療が必要だから精神科のある病院へ移ってほしい」と言われて、不本意ながら地元の総合病院の精神科の閉鎖病棟に入ることになった。そこで薬で大人しくされて、やがて殆ど動けなくなり、治療としては安定期に入り、最後はターミナルケアのある老人病院で亡くなった。そのように、「にも包括」とは正反対に、精神科病棟が認知症の高齢者の「収容施設」化している現状に対して、富山でACTを推進してきた吉本さんとしてはどうしたらいいとお考えか。

**吉本：**認知症になることと精神病になることとは、本当は全く次元の違うことだ。確かに、

認知症の高齢者の興奮状態がひどいときに、ある特定の条件の下で精神科病院で対応することは必要だけれども、そうでなければ、病院以外の場所で十分対応できることのはずだ。結局、高齢者施設では対応できなくなって、そこから精神科病院に移った後で戻る場所や筋道がちゃんと確立されていないというか、施設と病院の連携をどうするかということではないか。ただ、ACTは体が元気な人を対象にしているはずなので、そのようなACTの限界を超えるような仕組みが必要だろうが、そこをどうするかが難しいところだと思っている。

**参加者C:** 私は高岡市でケアマネをやっていて、アルコールやギャンブル依存症の人たちを担当しているが、そこでいろいろな問題が連続で起きて困っていて、ACTのような仕組みが私の地域にもあればいいと思って今日の話聞いていた。このACTの活動が広まることを強く願っている。

**平井:** 私は「自立生活支援センター富山」を営んでいるが、その利用者の中には、身体障害者か知的障害者かに関係なくこだわりの強い人がいて、相談活動をするのがとても大変なのだが、そうした人たちに対応するポイントはどんなことかとよく思う。障害者は、「身体」、「精神」、「知的」、「難病」の4障害に分けられているが、相談者の中に重複障害の人も多くなってきている。

私が手術で入院して退院するときに、担当のケアマネがいなくて退院できないということと言われて慌ててケアマネを探したのだが、自分のような障害者の問題を包括的に考えられるケアマネがなかなかなくて困った。それには、制度の問題とスタッフの在り方など、いくつもの課題が重なっていると考えている。この後、7月と9月の2回にわたって話す機会があるので、その時にもっと詳しく話したいと思っている。

**吉本:** こだわりの強い人に対するのは、精神科医でも難渋している。強迫症状なのかどうかは分からないが、基本はまず話を聞いてあげること。「この人は私の話を聞いてくれる人だ」と認識するまで我慢することが大切で、最後まで話をちゃんと聞いてあげるとそれで気が済んで、次からは話が短くなることが多い。逆に途中で相手の話を打ち切ると、また始めから聞くことになって、もっと時間がかかるし、問題が解決できなくなる。

ところで、ご指摘のケアマネの問題だが、現在の医療・福祉の仕組みは「完成形」ではないので、おかしいところはおかしいと声をあげていくことが大切だ。行政機関の役人は机上で制度を考えていて、実際に起きる様々な問題を検討していない。「急がば回れ」という気持ちで考えるしかないのではないかと。平井さんも僕も70歳を超えているから、そんなに先はないけれど、焦ってみてもしょうがないかなという風に思っている。

## 第1回の集いの締めくくりとして

最後に、第1回の進行役は以下のような発言で今回の集いを締めくくりました。

「国がつくっている制度は一見いいものに見えるものがあるが、実際に動くスタッフが不十分だったり、予算が不足したりして、実際には必ずしもそうならない。そうした中で、吉本さんが富山で進めてきたACTの営みは、精神障害のある人も地域で当たり前で暮らしていけるような社会を求めるものだと思うが、それは、もちろん高齢者も含めてどんな人にもあてはまることのはずだ。吉本さんも言うように、みんなで声を上げていくことはとても大事だと思うので、今日の集いで吉本さんから指摘された問題を、今後また皆さんと一緒に考えていきたい」。