

特集 世界の精神科医療の動向と日本の現状

2002年イタリア精神科医療制度視察報告

馬場 肝作¹⁾ 穂積 慧²⁾ 吉田 延³⁾ 中村 宏⁴⁾
谷野芙美子⁵⁾ 山崎 學⁶⁾ 津久江一郎⁷⁾

- 1) 医療法人(社団)責善会 村はまなす病院 理事長・院長
- 2) 医療法人(社団)慧真会 協和病院 理事長・院長
- 3) 医療法人(社団)愛命会 泉原病院 理事長・院長
- 4) 医療法人 酒田東病院 院長
- 5) 医療法人(社団)和敬会 谷野呉山病院 副院長
- 6) 医療法人(社団)慈光会 慈光会病院 理事長・院長
- 7) 医療法人(社団)瀬野川病院 理事長・院長

日本精神科病院協会雑誌別刷

2002 Vol. 21 No. 12

創造出版

2002年イタリア精神科医療制度視察報告

馬場 肝作¹⁾ 穂積 慧²⁾ 吉田 延³⁾ 中村 宏⁴⁾
 谷野芙美子⁵⁾ 山崎 學⁶⁾ 津久江一郎⁷⁾

¹⁾新潟 村上天はまなす病院 理事長・院長 ²⁾秋田 協和病院 理事長・院長
³⁾山口 泉原病院 理事長・院長 ⁴⁾山形 酒田東病院 院長
⁵⁾富山 谷野呉山病院 副院長 ⁶⁾群馬 慈光会病院 理事長・院長
⁷⁾広島 瀬野川病院 理事長・院長

Key Words イタリア精神医療制度, 司法精神科病院, LOMBARDY 州厚生省視察, Niguarda 総合病院, Castiglione delle Stiviere

発端

日本精神科病院協会では、過去3回(1987年¹⁻⁷⁾, 1988年⁸⁻⁹⁾, 1991年¹⁰⁾)にわたりイタリアの精神科医療視察を行ってきている。これは主としてトリエステを中心としたイタリアにおける精神医療改革についての当時の現況であった。改革から25年を経たので、今回、日精協保険・共済・厚生部会主催でミラノ、ローマの精神医療活動に合わせて司法精神科病院を視察したことは、瞥見とはいえ折りしも国会に「触法心神喪失者等医療観察法案」が政府提案され、国会で審議されている現在、また社会保障審議会障害者部会精神障害分会で次期障害者計画が検討されており、彼我の状況を比較することは、今後のわが国における社会保障、なにかんづく精神科医療の再構築をするうえで決して無駄ではなかったと思う。

入手した膨大な資料の一部に対比させながら、取り急ぎ以下のごとくまとめた。

承前

[イタリア精神医療小史]

1794年 先人キアルージは「精神病とその分類」の著者であり、精神科リハビリテーションの先達であり、フランスのフィリップ・ピネル(1745～1826)に比肩される。

1870年 イタリアが統一国家となる。

1876年 最初の司法精神科病院ができる。

1904年 近代的精神衛生法制定(強制入院の規定)
 (治安維持を目的とした強制入院であった。戦後も長く改正されず、2,000床を超す巨大公立精神科病院の乱立を招いた)

1904年 法36号制定
 自傷他害の恐れ、公序良俗を汚す恐れのある精神障害者の精神科病院への強制入院を規定

1906年 法615号制定(1904年法36号の一部修正)
 治安対策を目的としたことに変わりはなかった。

1961年 フランコ・バザーリア(1924～1980)
 (パドヴァ大学講師)
 北イタリア・トリエステ近くのゴリーツィアの州立精神科病院の院長として赴任し、入院患者処遇のあまりのひどさに愕然とし、イタリアにおける一連の精神医療改革が始まった(北イタリアを中心に脱施設化を目指した改革)。

1968年 法431号制定(イタリア精神科病院医師会の働きかけ)
 自由入院が認められる →精神衛生センターの設置が進められた。

1973年 民主精神科連合(精神科医療従事者を中心とした団体結成) →精神医療改革をめぐる政治的活動が推進される。

1978年5月13日

国民投票を回避すべく「法180号」ま

(注) 当時の政治的背景

イタリア議会はキリスト教民主党（保守）が第一党を維持していた（1994年まで）。連立政権によるいわゆる万年与党であった。

これに対してイタリア共産党（西ヨーロッパ最大の共産党組織）が第2党であった。1978年の総選挙では、ベルリンゲルを書記長（カリスマ的指導者）とする共産党がキリスト教民主党に数%までに迫った。

こうした中で、民主精神科連合は1904年の法36号を廃棄するための国民投票に向けて70万人以上の署名を集めた。

たは「バザーリア法」として知られる精神医療改革に関する法（「任意および強制入院と治療」に関する法180号）を公布した。→こうした経緯があるため、いまなお一部にこの法180号を政治的妥協の産物とする見方が残っている。

1978年12月 法833号

「国民保健サービスの制度」に関する組織案が整備された。

このうち33, 34, 35条ならびに64条が精神医療に直接関するものであった。

※法180号は精神科病院への新たな入院を禁じるもの。

※法833条の64条は1980年12月31日以降新たに以前の入院患者の再入院禁止。

1979年1月1日

総合病院の一部に新しい精神科入院病棟（SPDC：Servizio Psichiatrico per Diagnose e Cura：診断と治療のための精神科部門）を整備し、これらは15床を超えてはいけないことを定めた。新法は新たな精神科病院を漸進的に廃止する責任と精神科治療に関するあらゆる権限を与えた。

・1978年の精神医療改革要点；

- (1) 精神科病院の漸次閉鎖
- (2) 各 ULSS（地区社会保健単位）における精神科治療についての地域サービスのセットアップ
- (3) 総合病院内に、地域サービスと関連して設立された精神科病棟（SPDC）のセットアップ
- (4) 「(社会的) 危険性」と「パブリックスキャンダル」の概念の代わりに、「緊急治療介入」を必要とする「精神症状」が強制治療（TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio）の要件であり、これは必ずしも入院治療を求めるものではない。介入は公安の長によるものではなく、保健衛生の専門家によるものとなったのである。

これにより、それまでの入院中心主義から一転、地域・外来治療中心へと展開した。→このように急展開が可能になった背景には、

- ① 1978年の改革以前よりイタリアの精神病床の9割が公立で占められていたこと
- ② 歴史的に司法精神科病院の整備が進んでいたこと
- ③ 大家族構成と伝統的に受容的な家族愛が尊ばれる国民性などが挙げられる。

1998年 政府は上記政策の完全実施を目指し、病院の閉鎖や地域サービスの整備が遅れている州に対しては予算配分におけるペナルティーを科すという法律を実施した。その結果、57病院に15,000人残っていた患者は施設等に移されて、1998年末にはイタリア政府保健大臣は国内の精神科病院の完全閉鎖を宣言した。

以上、われわれは今回の視察研修にあたって、あらかじめイタリアについて概略の予備知識を得たうえでの訪問であり、もっぱら主な関心事は、改革25年後の現況と反省点および司法精神科病

院との関連等についてであった。

視察 I : ロンバルディア州厚生省 (2002年10月14日)

(22州の1つ、人口900万人、イタリアの経済・地理的要衝 / Cocchi 教授より)

中央政府は政策と責任を負っているだけで当厚生省は州の責任と実行を担っている。ロンバルディア州の厚生大臣ポールサーリがよろしくとの伝言があり、教授の説明が始まった。

広報担当の責任者同席、途中で財政の問題の質問にはその担当者が参加する。

Cocchi 教授解説によると、イタリアのメンタルヘルスサービスは、歴史的には法36号(1904年)により、自傷他害の恐れ、公序良俗を汚す恐れのある精神障害者の精神科病院への強制入院制度の制定より始まったが、ちょうど25年前法833号(1978年)により「国民保健サービス制度」に関する組織案が整備された。具体的には図1のごとく組織され機能されていた。

精神科病院を閉鎖した現在、家族、ボランティア、ユーザー等活発に厚生省とともに活動しており、精神病を社会に受け入れる文化を築き上げていく運動と方向性に努めている。現状は州で差があり、当ロンバルディア州は必要とされたサービスができています(表1, 2)。

広報担当の精神科医によると、画期的に法180号(1978年)により巨大精神科病院は閉鎖したが、実際にはほとんどの元患者は引き取り手がなく、行き場がなくて旧病院にとどまっていた。

ロンバルディア州で症状の軽い患者は家庭に帰ったが2,000人の症状の重い大部分の人たちが元病院に1995年から2000年の間住んでいたが、結局そのほとんどが主として死亡していなくなったと説明があった(図2)。

現在では総合病院内にSPDC(診断と治療のための精神科部門)(図1, 3)により精神科病床は12~15床で、強制入院は治療的緊急の場合のみに限られ(患者が危険性があるということは入院の要件にならない)、強制入院は7日間以内集中治療する(実際に必要と認められた場合は2~3カ月までは入院していると説明あり)。すべて入

表1

北部イタリア ロンバルディアでの変化と進展 精神科病院から地域精神医療サービス への移行

表2 1970年代

<ul style="list-style-type: none"> ・ 11の州立精神科病院 ・ 7つの民間精神科病院 ・ 数カ所の通院患者向け診療所 ・ 数カ所の地域精神保健センター ・ 3カ所の総合病院の精神病棟 ・ 7つの民間急性期患者用病棟 ・ 4つの大学病院急性期患者用病棟
--

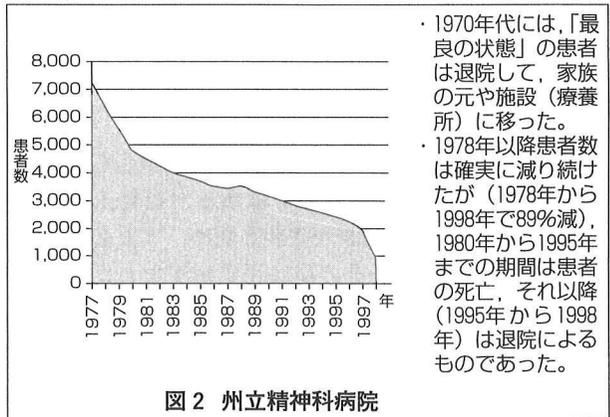


図2 州立精神科病院

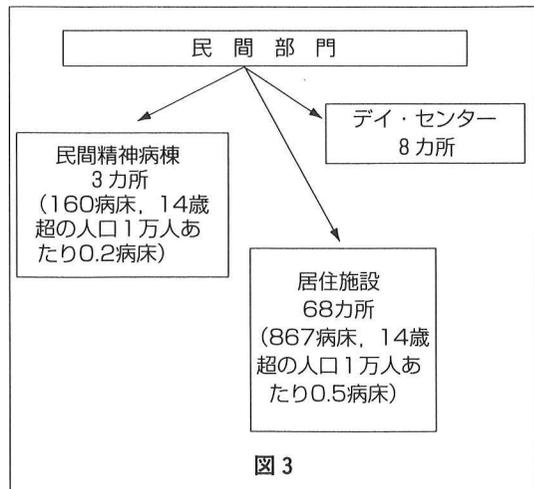


図3



院費用は公費でまかなわれている。このうち強制入院は12%であるとは救急ではあるが自発入院である（強制入院は市長が必要と認め、また必要な場合は延長可能）。その後は民間病院などに送られていると説明があった。

なお、法685号（法180号より除外）アルコールおよび薬物依存症の治療、リハビリテーションについてはSPDCではなく、一般病院か地方の外来ユニットで行う。

また、老人対策は長期入院であり、HONOSスケール（英）を用いて重症者は一般科に入院、54の総合病院に現在880人、民間病院に160人入院している。1日350ユーロで月額にすると約130万円になる。CRT（Rehabilitation therapy Center）は870床あり、1日150ユーロで月額にすると約55万円となる。なお、CRTは表3・図4のごとくResidential Facilitiesに属し、慢性患者のケアを行っているが、普通のアパート（わが国でいうグループホーム）に2～10人住んでおり、専門家の24時間ケア、12時間ケア、8時間ケアとグループ別にケアしており、居住者はわが国と異なりベッドとカウントされており、年金

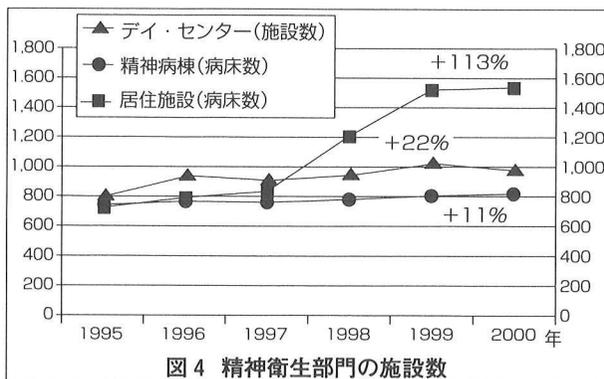


表3 施設の構造的特徴

イタリアの精神医療改革の目的の1つは、大型施設を閉鎖し、地域社会に根ざした小規模施設を選択することであった。

・総合病院の精神病棟では、1病棟あたり病床数は15～20

・居住施設では、1施設あたりの病床数は20未満（59%の施設が1～9病床、41%が10～20病床）

と公費でまかなわれている。

デイ・センターは半日50ユーロ(約6,000円)、総医療費は4億ユーロ(約500億円)で、これに対する精神科は3.8%(約20億円)である。

公立と民間の比率(図5)は、コミュニティケアのところでは民間施設のほうが増加しているとの説明があった。総合病院のSPDCによる病床は1床/5,000人、全イタリアでコミュニティ、リハビリセンターの病床は3床/1万人、ロンバルディア地方では1床/4,000人、ミラノ市でCRTは10カ所、SPDCは10カ所あり、そのうちの1つであるNiguarda総合病院の精神病棟を視察した(表4, 5, 図6~14)。

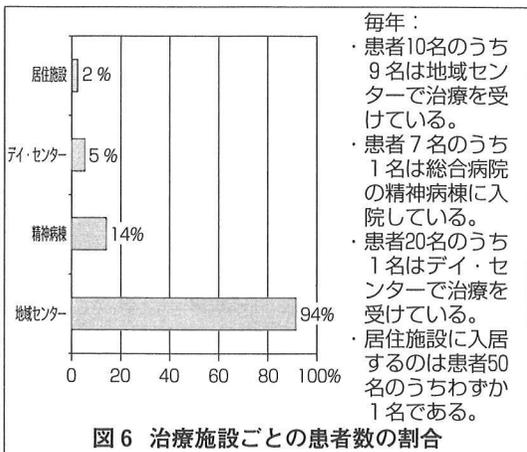
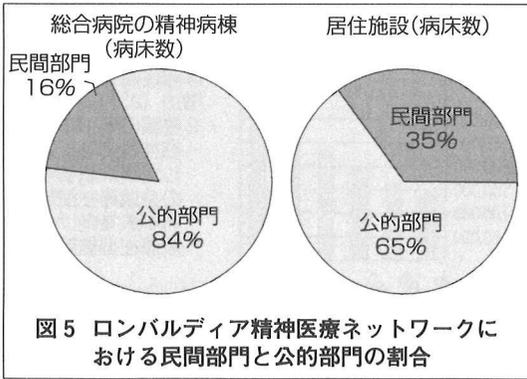
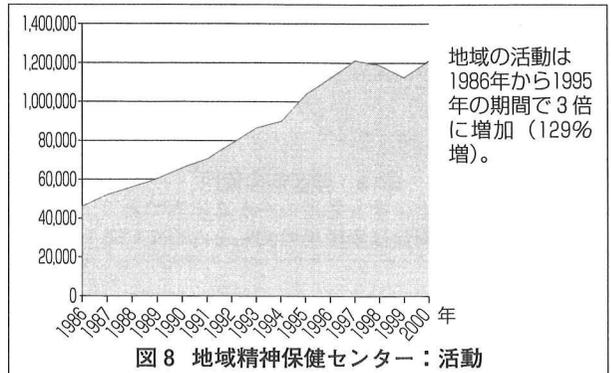
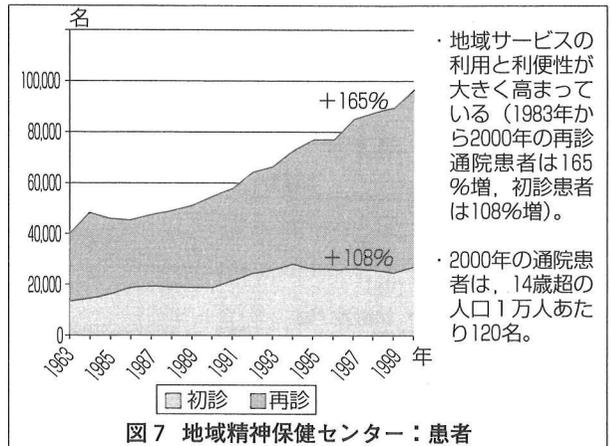


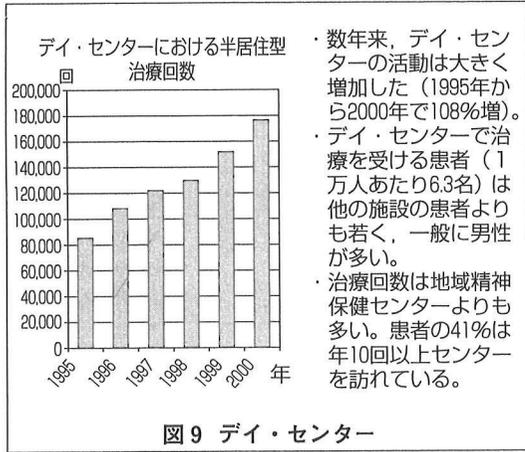
表4 公的精神衛生部門のスタッフ

精神科医	767人	<ul style="list-style-type: none"> ・2000年の専門家は4,709名(14歳超の人口1万人あたり5.8名)。 ・専門家の数は増加(1995年から2000年で52%増)。 ・学際的な地域チームが形成されている。
看護師	2,537人	
支援スタッフ	728人	
臨床心理士	176人	
ソーシャルワーカー	171人	
リハビリ治療専門家	330人	
計	4,709人	

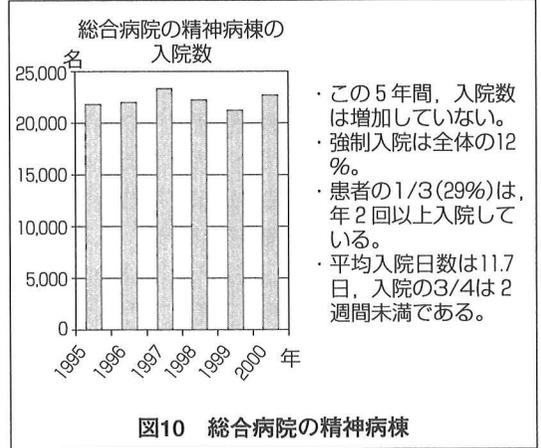
表5 地域精神保健センター

- ・地域精神保健センター101カ所および通院患者向けクリニック108カ所: 地域サービスネットワークは完成しているが、週5日以上開所しているセンターはわずか1/3にすぎない。
- ・地域精神保健センターは、精神衛生サービス利用者の主要な問い合わせ先となっている。
- ・患者の治療は、80%が地域センター、10%が患者の自宅、その他10%が地域内の他の施設で行われている。

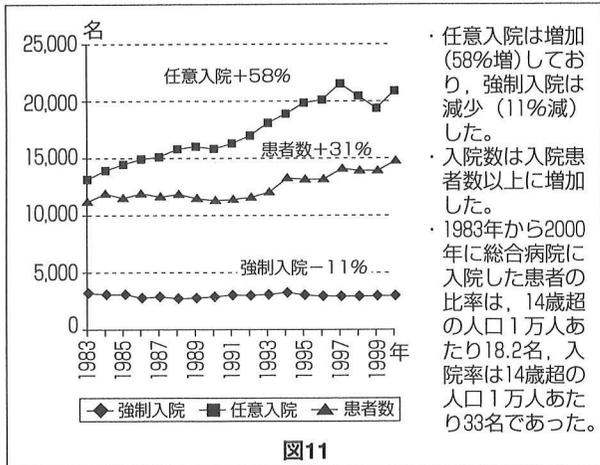




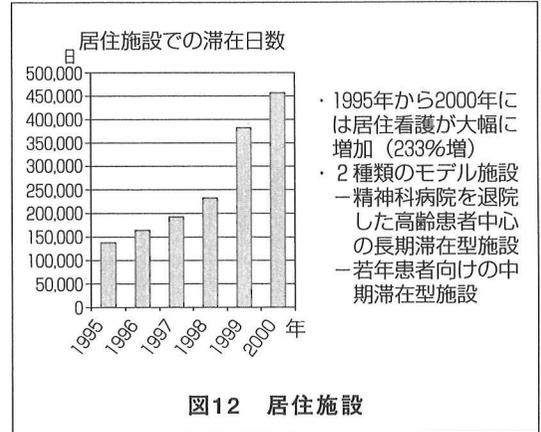
- ・数年来、デイ・センターの活動は大きく増加した（1995年から2000年で108%増）。
- ・デイ・センターで治療を受ける患者（1万人あたり6.3名）は他の施設の患者よりも若く、一般に男性が多い。
- ・治療回数は地域精神保健センターよりも多い。患者の41%は年10回以上センターを訪れている。



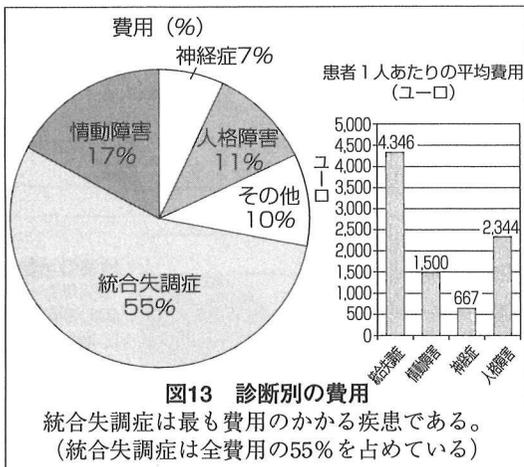
- ・この5年間で、入院数は増加していない。
- ・強制入院は全体の12%。
- ・患者の1/3(29%)は、年2回以上入院している。
- ・平均入院日数は11.7日、入院の3/4は2週間未満である。



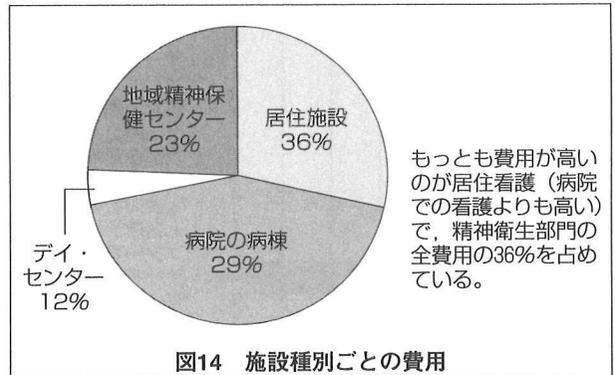
- ・任意入院は増加（58%増）しており、強制入院は減少（11%減）した。
- ・入院数は入院患者数以上に増加した。
- ・1983年から2000年に総合病院に入院した患者の比率は、14歳超の人口1万人あたり18.2名、入院率は14歳超の人口1万人あたり33名であった。



- ・1995年から2000年には居住看護が大幅に増加（233%増）
- ・2種類のモデル施設
-精神科病院を退院した高齢患者中心の長期滞在型施設
-若年患者向けの中期滞在型施設



統合失調症は最も費用のかかる疾患である。
（統合失調症は全費用の55%を占めている）



もっとも費用が高いのが居住看護（病院での看護よりも高い）で、精神衛生部門の全費用の36%を占めている。

視察Ⅱ：Niguarda 総合病院の精神病棟

20床（18人在室），医師5人，看護師20人，看護補助5人，平均在院日数12.5日（最大2～3カ月）。

視察Ⅲ：Community Mental Health Center (Niguarda 管轄)

①軽症度の患者は日中はデイ・センターに通っている。1日50ユーロ（約6,000円）の2カ所の3床と6床の住居を見学した。ともにわが国でいうグループホームか共同住居に似るが、あくまでも居住者ではなく病床であると確認した。家賃は300ユーロ（約4万円）/月，食事は住居している人たちが分担して調理しており，またオペレーター（ソーシャル

ワーカー）2名が通ってきて午前7時～午後8時まで1日12時間の服薬等の管理をしている。（夜間は電話で連絡可能）（軽症度ケアの患者たちに対する施設）

②その他，24時間オペレーターが常置している中症度ケアの施設があり，10床と14床のものが存在する。軽症度であれ，中症度であれ，これらの施設は普通のアパートの一室をあらかじめ厚生省が20年間分の敷金を支払い援助し，安い家賃は住居者の年金でまかない，20年後は自分たちの物件になる仕組みになっているとのことであった。短期間集中入院後の患者の流れの一端が窺い得たと思われる。老人になると別のシステムとなり，社会福祉施設に入所するシステムとなっている。

視察資料：入院動向に関する概要報告

2001年（上半期・下半期），2002年（上半期）

入院数・患者数・入院日数・平均入院期間 2002年10月15日 ミラノ

イタリア精神医療サービス（SPDC）－2001年上半期 患者数，入院数および入院期間（第47精神科の入院患者のみ）								
2001年上半期				入院数	2001年上半期			患者数
年齢	男性	女性	計		年齢	男性	女性	計
24歳未満	3	2	5		24歳未満	2	2	4
24～34歳	23	7	30		24～34歳	17	6	23
35～44歳	28	11	39		35～44歳	19	9	28
45～54歳	15	9	24		45～54歳	11	9	20
55～64歳	14	9	23		55～64歳	11	5	16
65歳以上	5	14	19		65歳以上	5	12	17
計	88	52	140		計	65	43	108
2001年上半期				入院日数	2001年上半期			平均入院期間
年齢	男性	女性	計		年齢	男性	女性	計
24歳未満	29	46	75		24歳未満	9.7	23	15.0
24～34歳	466	42	508		24～34歳	20.3	6	16.9
35～44歳	488	142	630		35～44歳	17.4	12.9	16.2
45～54歳	177	155	332		45～54歳	11.8	17.2	13.8
55～64歳	373	87	460		55～64歳	26.6	9.7	20.0
65歳以上	179	410	589		65歳以上	35.8	29.3	31.0
計	1,712	882	2,594		計	19.5	17.0	18.5

イタリア精神医療サービス (SPDC) - 2001年下半期 患者数, 入院数および入院期間 (第47精神科の入院患者のみ)							
2001年下半期				2001年下半期			
年齢	男性	女性	入院数	年齢	男性	女性	患者数
24歳未満	5	4	9	24歳未満	3	2	5
24～34歳	12	6	18	24～34歳	9	5	14
35～44歳	24	16	40	35～44歳	15	10	25
45～54歳	18	20	38	45～54歳	12	12	24
55～64歳	9	6	15	55～64歳	8	4	12
65歳以上	9	13	22	65歳以上	8	11	19
計	77	65	142	計	55	44	99
2001年下半期				2001年下半期			
年齢	男性	女性	入院日数	年齢	男性	女性	平均入院期間
24歳未満	143	53	196	24歳未満	28.6	13.3	21.8
24～34歳	289	66	355	24～34歳	24.1	11	19.7
35～44歳	258	176	434	35～44歳	10.8	11	10.9
45～54歳	260	183	443	45～54歳	14.4	9.2	11.7
55～64歳	14	33	47	55～64歳	1.6	5.5	3.1
65歳以上	148	151	299	65歳以上	16.4	11.6	13.6
計	1,112	662	1,774	計	15.7	10.2	13.2

イタリア精神医療サービス (SPDC) - 2002年上半期 患者数, 入院数および入院期間 (第47精神科の入院患者のみ)							
2002年上半期				2002年上半期			
年齢	男性	女性	入院数	年齢	男性	女性	患者数
24歳未満	5	5	10	24歳未満	3	3	6
24～34歳	14	14	28	24～34歳	12	11	23
35～44歳	36	12	48	35～44歳	17	10	27
45～54歳	20	11	31	45～54歳	14	6	20
55～64歳	10	10	20	55～64歳	9	5	14
65歳以上	5	14	19	65歳以上	5	11	16
計	90	66	156	計	60	46	106
2002年上半期				2002年上半期			
年齢	男性	女性	入院日数	年齢	男性	女性	平均入院期間
24歳未満	19	46	65	24歳未満	3.8	9.2	6.5
24～34歳	172	263	435	24～34歳	12.3	18.8	15.5
35～44歳	377	156	533	35～44歳	10.5	13	11.1
45～54歳	256	278	534	45～54歳	12.8	25.3	17.2
55～64歳	108	123	231	55～64歳	10.8	12.3	11.6
65歳以上	79	155	234	65歳以上	15.8	11.1	12.3
計	1,011	1,021	2,032	計	11.2	15.5	13.0

視察Ⅳ Ospedale Psichiatrico Giudiziario (司法精神科病院)

Castiglione delle Stiviere (MN) (カスティリオーネ・デッレ・ステイヴィエレ) 所長 Prof. Michele Schiavon

イタリアはフランスのフィリップ・ピネル(1745～1826)に比肩されるキアルージは精神科リハ

ビリテーションの先達であることは先に記したが、1870年にイタリアが統一国家となったその数年後、1876年にはカンパーニャ州のAversaに最初の司法精神科病院 (Ospedale psichiatrico giudiziario) ができている。

この辺の事情については水野雅文先生の「イタリアの精神科医療の歴史と課題」¹¹⁾ および「改革15年後のイタリア精神医療事情」¹²⁾ に詳しく記されているので、お許しをいただき引用させてい

ただくことにした。

イタリアには6カ所の司法精神科病院があり、定員は1,399名(男性1,322,女性77名収容)。1987年のデータでは、合計1,225名入所しているとある。

司法精神科病院への収容は、刑法215条により規定されている保安行政処分の中の对人的保安処分の一部である。

对人的保安処分には、収容保安処分と非収容保安処分(監視付自由)があり、収容保安処分には

1. 農業コロニーまたは労働所への送致
2. 治療看護所への収容

3. 司法精神科病院への収容

(対象者は精神病により、アルコールもしくは麻薬の慢性中毒により、または瘡啞により無罪の言い渡しを受けた者である。収容期間に関しては最短期間のみが定められている)

4. 少年保安施設への収容

司法精神科病院におけるデータとしては近年まで不明のままであったが、わずかに1989年の資料によると表6のごとくであったとある。

表6 イタリア司法精神科病院 (Ospedale psichiatrico giudiziario) 在所者数の推移¹⁴⁾

	1982年	1983年	1984年	1985年	1986年	1987年
保安処分被収容者	1,056	1,109	1,158	1,069	940	975
受刑者	378	325	181	163	161	165
被勾留者	147	70	81	112	97	85
在所者総数	1,581	1,504	1,420	1,344	1,198	1,225

(単位:名)

今回のわれわれが訪れたカスティリオーネ・デッレ・ステイヴィエレは水野雅文先生も触れられていない、ミラノ郊外100kmに位置する唯一形態の異なる司法精神科病院であった。

所長 Prof. Michele Schiavon の説明によると、現在、全国6カ所にある司法精神科病院に1,250名入所しているとのことであったが、ここは他の5カ所と異なり法務省が管轄の建物で、厚生省人事(職員は厚生省)で運営している(予算は法務省より)唯一のものであった。Cocchi 教授が司法精神科病院はイタリアには5カ所しかないと説明したのは、この施設だけわざと異質のためカウントしなかったのかもしれない。

これを聞きわが国の昭和44年1月23日(1969年)にまとめられた「保安処分に関する中央精神衛生審議会意見」をすぐに思い出した。この意見書は昭和39年のライシャワー事件に端を発して警察庁より厚生省に対し、法改正の意見を具申されてまとめられた、わが国で初めての精神障害者の司法処分に関する意見書であった。その骨子は「収容施設は法務省所轄の特殊施設として設置され、その治療面は厚生省の協力を得て行う」とい

う主旨のものであったのを説明を聞きながらふと思い出したものである。

その後、わが国では昭和49年、法制審議会の「改正刑法草案」が答申され、昭和56年法務省の「保安処分制度(刑事局案)の骨子」が公表されたが、日本弁護士連合会、日本精神神経学会等のいわゆる人権派といわれる人たちによる強烈かつ執拗な反発にあい、その後しばらくは保安処分という言葉を口にするすらタブー視されたのである。

その後、処遇困難患者対策、精神科救急医療対策、触法精神障害者対策と呼称こそ変化したが30数年を経ていまやっと「触法心神喪失者等医療観察法案」が国会に政府提案されて審議されているというのがわれわれの現状である。

(閑話休題)

この施設は1939年に精神科病院に附属して創立したが、バザーリア法で精神科病院は閉鎖され、4年前に元修道院跡の敷地を寄付されてここに移設した司法精神科病院ではもっとも新しい施設であった。

つまり1978年の法180号(バザーリア法)は医療改革に関する法であって、刑法で規定されて

いる司法精神科病院についてはまったく触れられていなかったのである。

240名収容でき、2000年5月7日現在で211名入所（男性123名、女性88名）しており、女性の入所者は全司法精神科病院のうちこの施設のみ2病棟に分け収容されていた。各病棟は各々50床単位で配置されており、それぞれが閉鎖されているうえに、各施設間が鉄格子で仕切られ、さらに敷地全体が高い（7m以上？）鉄格子で囲われており、さらにその外側にフェンスが取り付けられ厳重に隔離されていた。

入所判断は1935年ロッコ法典（注：イタリア現行法典）により、犯罪の重さ（3年以上の刑を犯した精神障害者）と精神症状の軽重の二軸で社会的危険度により、ローマの裁判所で入所を医師の意見を聞いて判事が決定する（精神科医の司法専門医制度はとくにない）。166名は障害者ということで無罪になって入所していると説明していた（刑法222条により司法精神科病院への収容の最短期間は、①精神病、アルコール、麻薬中毒または瘡啞による無罪は2年以上の期間、②犯した罪が10年以上の懲役にあたる時は5年、③犯した行為が死刑または無期懲役にあたる時は10年以上と規定されている）。

入所時、あらかじめ2年、5年、10年と入所期間を決定されている（また、精神障害のため無罪の判決を受けたわけであるから、精神症状が治療により治癒したとしても刑務所に帰って罪を償うということはない。入所者の60%はこの最低入所期間を延長させられているとのことであった）。

ここで暴力行為が強かったり、精神症状が強度で対応困難となった場合は他の司法精神科病院に移行することになる。また、刑務所より精神病を発症して入所する医療刑務所的役割も果たしている。その他32名は、当施設より外部に出て居住し、この施設の職員がフォローしていると説明があった（非収容保安処分と思われる）。このように退所後の拘束もあり、管理不能となれば再入院となる。

この施設では、所内の掃除とか雑用を入所者が行った場合、時給5ユーロ法務省より小遣いが出

る制度があると自慢していた。

入所者は最大で年間45日間外出および外泊ができる制度（注：token economy）も取り入れていた（当然そのつど裁判所に書類を医師が提出し、許可が出次第の外出となる）。

完全保護期間は7年間であると説明があったが、途中で症状改善した場合、担当の医師がいつでも裁判所に申し立てることができる。

なお、アルコール、薬物による犯罪は未必の故意であるから、司法精神科病院に入所することはないと説明があった。（注：法685号薬物依存については、治療、リハビリは精神科病院ではなく、一般病院か地方の外来ユニットで行う。法180号より除外されている）。ただし、精神分裂病が主病でアルコール、薬物乱用を合併している人たちは入所しているとあった。これについては刑法第220条収容命令の執行と異なった説明であった。退所した場合、普通1～2年はコミュニティケア（中間施設）を経て完全社会復帰、家庭に帰る仕組みになっている。

現在200名入所しており、スタッフは医師12名（外部より通ってきている者もいるとの説明はおそらくアルバイト医師と思われる）、看護師と看護補助者140名（50%が男性、教育者5名、ソーシャルワーカー4名、心理コンサルタント0名、保安要員0名）と説明を受けたが、帰り際の玄関近くの部屋には警察官か民間警備会社かは不明であったが、明らかに他とは異なる制服を着た男性がモニターテレビで総合監視していた。当然、各病棟の看護詰所にも2～3台のテレビモニターは別に設置されていた。主として2人部屋で広大な敷地に起伏のある庭園、プール、ダンスホール、体育館、絵画教室、文盲のための学習教室以外はわれわれの病院施設とほとんど変わりはない。

日中の敷地内は開放的な雰囲気が強かったが、テレビモニターは至るところに設置され、管理は徹底されており、門の外で帰り際に記念撮影をしてよいかと聞いたところ、施設の秘密に関する問題であるので許可されなかった。そのくせ、地元の新聞社らしき者が、日本から来たとしてフラッシュをさかんにたかれ見学も同行して、われわれは被写体にさらされたものだ。なお、森下忠法學博

士が「イタリア刑法研究序説」³⁾の中でイタリアの司法省に2カ月前より質問書を提出して訪れたにも関わらず、保安処分については施設の数および収容人員の現況を尋ねたが回答を拒否されたところである。博士と同じような体験を20年以上経たないまでもと感じ入っている。

施設規模については、最近、小規模施設を多数つくるという発想もあるが、これ以上大規模にするつもりはないが、ある程度のスケールメリットのある現在の200床程度が理想であると説明していた。

法務省よりの資金が問題であり、厚生省との縄張り争いがあり、多分に自分の省益を守ろうとする気持ちのため、問題は大きいあるとの返事だった。

現在の新しい試みとして、刑務所内の医師を厚生省人事とする試みもある。

他の5つの司法精神科病院では、十分な治療を行わないで収容のみしている点があると指摘していた。

2000年 カスティリオーネ・デッレ・スティヴィエレ司法精神科病院事業報告

視察したカスティリオーネ・デッレ・スティヴィエレ司法精神科病院の2000年の事業報告を入手した。貴重なものである司法精神科病院のデータはいままでほとんど報告すらされていなかったもので、別項を設けてその一部を掲載した。また、2000年6月30日付けのイタリア共和国大統領令(D.P.R)第230号に含まれる諸基準の実施状況については割愛し別稿に譲ることにする。

カスティリオーネ・デッレ・スティヴィエレ司法精神科病院 (マントヴァ)

“カルロ・ボマ” 司法精神科病院

ここに含まれる文書ならびに添付文書は、カスティリオーネ・デッレ・スティヴィエレ司法精神科病院の事業の実施内容を示すものである(必ずしもすべてを網羅するものではない)。本報告により、(国の医療機関の職員のみによって運営されているという)本精神科病院の構成上の特徴がどのように発揮されているかについて理解することができる。事実、このような組織形態のおかげで、治療コースおよびリハビリテーション・コースを収容患者に合わせて柔軟かつ個別に調整することが可能となっている。このモデルが司法精神科病院の「良き」慣例となるものと考えられている。

司法精神科病院(OPG)ではリハビリテーションおよび治療に関する各種のイニシアティブが大々的に展開されているが、本書にはそれらの活動の概要に関する文書のほかに、活動内容の定期的な見直しおよび職員の持続的研修に関する病院の責務はもちろんのこと、文化的側面、企画立案面、科学的側面における病院の責務を裏付ける資料が添付されている。「2000年～2001年の2か年開発プロジェクト」はこれらのテーマに関して策定され、同プロジェクトは採用された各種の方針について説明している。

マントヴァ “C. ボマ” カスティリオーネ・デッレ・スティヴィエレ司法精神科病院

2000年の事業情報

ベッド数

	男性	女性	合計
ベッド数	125床	85床	210床
稼働率	94.18%	87.89%	91.63%
拡大可能な最大ベッド数	126床	97床	223床
稼働率	93.43%	77.02%	86.29%

新規入院：患者 109 名（男性 18 名，女性 91 名）

	男性	女性	合計
刑法（C.P.）第 222 条に基づく予防措置	8	15	23
旧刑法第 206 条，刑事訴訟法（C.P.P.）第 312/313 条に基づく一時的 予防措置	7	11	18
旧刑法第 148 条	0	9	9
旧イタリア大統領令（D.P.R.）第 112 条，知事命令（O.P.） 第 230/2000 に基づく精神医学的観察措置	3	56	59
刑法第 219 条	0	0	0
刑事訴訟法第 220 条	0	0	0

平均被収容者数：191 名（最大 197 名，最少 186.5 名）

OPG の予防措置短期被収容者：92 名

	男性	女性	合計
2 年	33	14	47
5 年	8	13	21
10 年	8	12	20
その他	2	2	4

OPG 内でのその他の収容形態：患者 110 名

	男性	女性	合計
旧刑法第 206 条，刑事訴訟法（C.P.P.） 第 312/313 条に基づく一時的予防措置	7	16	23
旧刑法第 148 条	1	11	12
旧イタリア大統領令（D.P.R.）第 112 条， 知事命令（O.P.）第 230/2000 に基づく 精神医学的観察措置	6	67	73
刑法第 219 条	2	0	2
刑事訴訟法第 220 条	0	0	0

収容期間延長者

	男性	女性	合計
期間延長された被収容者	116	7	123
収容期間延期件数	9	136	145

退院：118 名（男性 27 名，女性 91 名）

	男性	女性	合計
保護観察状態	6	0	6
移送 CC/OPG	11	62	73
取り消し	9	26	35
自宅拘禁	0	3	3
死亡	1	0	1

麻薬中毒患者：69 名（男性 19 名，女性 50 名）

	男性	女性	合計
外国人の麻薬中毒患者	0	4	4
メサドン治療中	0	8	8
アルコール依存症患者	21	2	23
HIV に感染した麻薬中毒患者	5	21	26
HIV に感染した外国人の麻薬中毒患者	0	1	1
HIV に感染した非麻薬中毒患者	0	2	2
HIV に感染した外国人の非麻薬中毒患者	0	0	0
自覚症状がなく血清反応が陽性の患者	5	21	26
エイズ関連症候群（ARC）	0	0	0
明白な徴候の出たエイズ患者	0	1	1
アジドチミジン（AZT）による治療中 の患者	5	10	15

新規入院：109名（男性18名，女性91名）

	男性	女性	合計
HIVスクリーニング中の患者	18	91	109
結果が陽性の者	0	22	22
明白な徴候の出たエイズ患者	0	1	1
外国人麻薬中毒患者	0	4	4
麻薬中毒患者ではない外国人	1	5	6

犯罪の種類（態度・行動）

		男性	女性	合計
財産（物）に対する犯罪				
	窃盗	9	7	16
	強盗	10	14	24
	損壊	4	4	8
	その他	7	2	9
人に対する犯罪				
	殺人	37	37	74
	殺人未遂	21	22	43
	結果的加重殺人	0	0	0
	傷害	27	22	49
	（殴り合い等の）喧嘩	0	0	0
	家族虐待	16	2	18
人に対する犯罪（非物理的暴力）				
	恐喝（中傷）	2	0	2
	家庭内暴力	0	0	0
権威に対する犯罪				
人に対する犯罪				
	淫蕩行為	1	0	1
	卑猥な行為	1	0	1
	強姦	1	1	2
麻薬の所持および密売				
	酩酊	0	0	0
	迷惑行為（ハラスメント）	0	0	0
その他				
	死体凌辱，武器の不法携帯，無免許運転	8	0	8

被害者の分類

		男性	女性	合計
1	配偶者	8	8	16
2	父親	18	6	24
3	母親	26	11	37
4	兄弟／姉妹	7	3	10
5	息子／娘	0	15	15
6	愛人／恋人	1	4	5
7	その他の家族	5	10	15
8	家族以外	27	15	42
9	見知らぬ人	15	8	23

未成年の被害者

		男性	女性	合計
A	0～2歳	1	3	4
B	3～5歳	1	4	5
C	6～10歳	3	3	6
D	11～13歳	0	0	0
E	14～16歳	0	2	2
F	17～18歳	0	1	1

心理学的診断

	男性	女性	合計
0 分類なし	0	0	0
1 精神分裂症およびその他の精神障害	86	43	129
2 情緒性精神病	11	21	32
3 器質性精神病	9	2	11
4 うつ病	0	13	13
5 その他の神経症（心身障害を含む）	1	0	1
6 アルコール依存症	12	0	12
7 人格障害	11	47	58
8 その他の診断	3	0	3
9 精神障害以外	1	0	1
10 麻薬中毒患者	6	13	19
11 精神遅滞	11	7	18
12 痴呆	0	0	0

器質性随伴疾患

	男性	女性	合計
0 分類なし	0	0	0
1 内分泌代謝性疾患	7	13	20
2 消化器系疾患	21	6	27
3 呼吸器系疾患	6	3	9
4 心臓・血液循環器系疾患	23	8	31
5 生殖・泌尿器系疾患	5	9	14
前立腺肥大	1	/	1
6 骨・関節系疾患	6	6	12
7 皮膚病	4	6	10
8 耳鼻咽喉科（ORL）	0	3	3
難聴	0	1	1
9 SNC-SNP	12	2	14
10 寄生虫伝染病	0	1	1
11 血液系疾患	1	1	2
12 眼科系疾患	4	9	13
盲目	0	0	0
緑内障	0	0	0
13 腫瘍	0	5	5
14 産科系疾患	/	0	0
15 中毒性外傷	0	0	0
16 合併症	0	0	0
17 その他	5	0	5

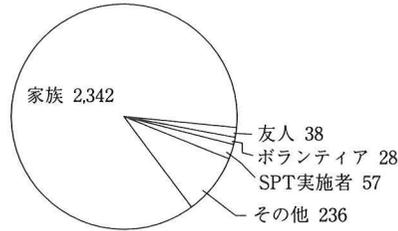
実施中の手術・治療

	男性	女性	合計
薬理療法			
抗鬱剤／精神安定剤	40	34	74
神経弛緩剤	109	30	139
抗不安薬／睡眠剤	94	60	154
その他の有効な薬剤	19	9	28
SNC			
持続的作用性薬剤	18	2	20
非薬理療法			
個別心理療法	17	21	38
集団（グループ）心理療法	7	37	44
作業療法	30	36	66

面会

	男性		女性		合計	
	患者数	面会	患者数	面会	患者数	面会
家族	85	1,234	65	1,108	150	2,342
友人	5	19	8	19	13	38
ボランティア	2	10	5	18	7	28
SPT 実施者	21	33	7	24	28	57
その他	27	127	36	109	63	236

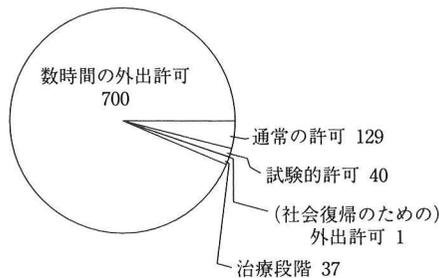
OPGでの被收容者の外部者との接触



OPGからの外出措置

	男性	女性	合計
数時間の外出許可	409	291	700
通常の許可	71	58	129
試験的許可	33	7	40
(社会復帰のための) 外出許可	0	1	1
治療段階	19	18	37

OPGからの外出措置



おわりに

結果として、日精協の前回3回（約10年前）の視察に比してバザーリア法が制定されて25年経たいま、次第に地域ケアが着実に成果を上げてきているように感じられた（ローマのサンドロ・ペルテーニ病院におけるSPDC視察内容については、本稿では割愛した）。

以前の巨大精神科病院時代から現在の地域ケアを主体とするシステムに切り換えたが、反省すべき点として精神科病院の突然の閉鎖（1978年）に遅れること10年目になってようやく現在の地域ケアのメニューができたことで混乱があった。できればこの方向転換が同時進行していくべきであった。また、特筆すべきは医療費は病院閉鎖時に比べて以前より次第に増大してきたと説明があったことである。折りしも、わが国においても病

院から地域ケアへと方向転換しようとするいま、現状に倍する財政的支出を国は用意しなければならないということを確認するに至った視察となった（Cocchi教授が別れ際に、現状は医師とくに看護師の不足と予算不足を嘆いていたのが気になる）。

このことは病院から地域ケアを推進しようとするわが国においても、十分な予算措置を用意しないで、ただシステムだけを真似するだけでは成功はおぼつかまい。

謝辞：今回の視察に際し、ロンバルディア州厚生省、Niguarda総合病院、Community Mental Health Center、そしてCastiglione delle Stiviere（司法精神科病院）等をCocchi教授を通してご紹介していただき、また貴重な機会を与えて下さった厚生労働省精神保健福祉課の先生方に深謝致します。

文献

- 1) 鈴木高秋, 鯉田秀紀, 鯉田延子: イタリア精神医療—トリエステ・ローマをみて感じたこと. 日精協誌 7(1): 53-56, 1988.
- 2) 関山守洋: 「ミラノ市精神保健システム」—警記. 日精協誌 7(1): 57-61, 1988.
- 3) 西信 博: 「イタリア精神医療視察旅行に参加して」. 日精協誌 7(1): 61-65, 1988.
- 4) 今村久悦: 「イタリア精神医療見たまま」. 日精協誌 7(1): 65-67, 1988.
- 5) 杉原克比古: 「イタリア精神医療の一般的印象記」. 日精協誌 7(1): 67-68, 1988.
- 6) 小林義康: 「イタリア管見の旅から」. 日精協誌 7(1): 68-71, 1988.
- 7) 植田孝一郎: 「イタリア研修旅行を企画して」. 日精協誌 7(1): 71-72, 1988.
- 8) 樹神 學: 「イタリア精神医療印象記」. 日精協誌 8(1): 40-45, 1989.
- 9) 高橋正和: 「イタリア精神医療・右往左往の記」. 日精協誌 8(1): 45-49, 1989.
- 10) 仙波恒雄, 樹神 學: 日精協—WHO 共同研究及びトリエステ地域精神医療報告. 日精協誌 11(1): 47-53, 1992.
- 11) 水野雅文: イタリアの精神科医療の歴史と課題. 社会福祉研究, 第84号, 2002.
- 12) 水野雅文: 改革15年後のイタリア精神医療事情. 精神経誌 98: 27-40, 1996.
- 13) 森下 忠: イタリア刑法研究序説. 法律文化社, 京都, 1985.
- 14) Fornari U: Psicopatologia e Psichiatria foren-se. UTET, Torino, Italia, 1989.