

Deinstitutionalization and reconversion of resources toward  
community based care and human development  
Case studies of innovations

地域密着型ケア及び人間的発展に向けた  
脱施設化と資源の再統合  
イノベーションの事例研究

Roberto Mezzina, Italy

Chair, IMHCN

VP, WFMH

ロベルト・メッツィーナ（精神科医／イタリア）

国際精神保健協働ネットワーク会長

世界精神保健連盟副会長

INNOVATIONS IN MENTAL HEALTH SERVICES DELIVERY

INTERNATIONAL EXPERIENCES AND TRENDS

DISCUSSION PAPER

JANUARY 2025

精神保健サービス提供における革新  
国際的な経験と傾向

ROBERTO MEZZINA



Deinstitutionalization	Human rights
Systems Transformation	Proposal for alternative sectoral models
MH as a collective fact and social/citizenship rights	MH as an individual right
Empowerment concretely due	Formal and institutional empowerment
Epistemology and utopia	Practicality of the existing
Real implementation factors	Theoretical factors on the success of MH policies
Combating stigma as removal of factors of discrimination and exclusion	Combating stigma as a cultural fact extrinsic to psychiatry

脱施設化 Deinstitutionalization	人権 Human rights
システムの変革	代替的なセクターモデルの提案
集合的事実としての精神保健、社会的／市民権としての精神保健	個人的権利としての精神保健
具体的エンパワーメントの実現	正式かつ制度的なエンパワーメント
認識論とユートピア	既存するものの実用性
真の実施要因	精神保健政策の成功に関する理論的要因
差別と排除の要因を取り除くときのスティグマとの闘い	精神医療の外にある文化的事実としてのスティグマとの闘い

## Definitions in research

- **Deinstitutionalization** is seen as ‘a policy that mandates a shift in practice of caring for individuals with mental illness from institutional environments to the community’. According to Bachrach (1976), deinstitutionalization has three main components:
  - the **discharge** or movement of individuals from hospitals into the community;
  - their **diversion** from hospital admission;
  - and the development of **alternative community services**.
- This transition has been very uneven across countries, sometimes leading to a **gap between** the closure of institutions and the availability of alternative services in the community, that must be adequate, appropriate and flexibly managed.
- Moreover, effective community care is individualized and culturally competent care, with due attention to service user involvement and empowerment (MHEEN, 2008).
- This research clearly identified the overall decrease of beds in Europe, more dramatically in Western Europe which started from a higher provision of those beds.

## 研究における定義 Definitions in research

- **脱施設化**は「精神疾患を持つ個人へのケア実践を施設環境から地域社会へ移行させることを義務付ける政策」と見なされている。Bachrach (1976) によれば、脱施設化には主に三つの構成要素がある：
  - 病院から地域社会への患者の**退院**または移行
  - 入院からの方向転換
  - **代替的な地域でのサービスの整備**
- この移行は国によって非常に不均一であり、施設閉鎖と利用可能な地域の代替サービスとの間に**ギャップ**が生じる場合がある。代替サービスは適切かつ柔軟に管理され、十分なものでなければならない。
- さらに、効果的な地域におけるケアは、個別化された、文化的適応性を備えたケアであり、サービス利用者の参加とエンパワーメントに十分な配慮がなされたものである (MHEEN, 2008)。
- 本研究は、欧州全体における病床数の縮小を明確にした。特にもともと病床供給量がより高かった西ヨーロッパでは、縮小がより顕著であった。

## Transinstitutionalization / Reinstitutionalization

- A sudden and abrupt reduction in psychiatric beds has resulted in the inadvertent transfer of patients to psychiatric units in **general hospitals, nursing homes, households, supported housing, and prisons.**
- This is observed in the wake of **“trans-institutionalization,”** or the act of transferring patients from mental hospitals to other institutions such as homeless shelters, custodial institutions, and prisons.
- Recent research further suggests a nascent, reflexive trend in Europe towards the **“re-institutionalization”** of care, marked by the rising number of involuntary treatment, as well as the residential and supported housing facilities, forensic psychiatric beds and penitentiaries (e.g. correctional facilities, jails, prisons), in addition to existing asylums, mental hospitals and private clinics.
- The lack of synchronicity between institution- and community-based services ultimately had collateral results of **fragmentation of services, lack of quality assurance over available services, financial cutbacks, and workforce shortages** (Shen and Snowden, 2014).

## 施設間移行化/再施設化

## Transinstitutionalization / Reinstitutionalization

- 精神科病床の突然の縮小により、患者が**一般病院の精神科病棟、介護施設、一般家庭、支援付き住宅、刑務所**へ意図せずして転院させられる事態が生じている。
- これは、**施設間移送**（精神病院からホームレスシェルター、保護施設、刑務所などの他の施設へ患者を移送する行為）が契機となって観察される現象である。
- 最近の研究では、さらに、欧州においてケアの「**再施設化**」に向けた新たな反動的傾向が生まれつつあることが示唆されている。このことは、強制的治療の数の増加や、既存の精神病保護施設や精神病院や民間クリニックの増加に加え、住宅型・支援付き施設、法医学的精神科病床、刑務所（矯正施設、拘置所、刑務所など）の増加などによって明らかである。
- 施設を基盤とするサービスと地域密着型サービス間の共時性の欠如は、最終的に、サービスの**断片化、すでにあるサービスの品質保証の欠如、財政削減、および人材不足**という副次的な結果をもたらした（Shen and Snowden, 2014）。

## Data on D.I.



**8.4 million people** are admitted to mental hospitals every year - more than people in prison for committing crimes.



**66% of all government funding** for mental health goes to mental hospitals



**Less than 20%** of mental health budgets are spent on primary and community based care in most countries



**13% of people** stay in institutions more than 1 year



**7% of people** stay in institutions more than 5 years



**60% of people** in institutions are male

## 脱施設化に関するデータ

### Data on D.I.



- 毎年840万人が精神病院に入院させられている—これは犯罪者を収容する刑務所に収容されている人々の数より多い。
- 政府の精神保健財源の66%が精神病院に割り当てられている。
- ほとんどの国において、精神保健の全財源のなかで、プライマリーケアや地域密着型ケアに割り当てられている予算は20%以下である。
- 13%の人が施設に1年以上在院する。
- 7%の人は施設に5年以上在院する。
- 施設収容の60%は男性である。

## CRPD and OHCHR on D.I.

- For OHCHR (Guidelines on deinstitutionalization, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, October 2022), deinstitutionalization comprises interconnected processes that should focus on restoring **autonomy, choice and control** to persons with disabilities as to **how, where and with whom they decide to live**.
- The focus is on the individual in the achievement of human rights: services as community-based supports for independent life and social participation, and personal assistance.
- Already in 2012, Guidelines issued by the EU Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care define institution as ‘any residential care where residents are **isolated from the broader community** and/or compelled to live together, do not have sufficient control over their lives and over decisions which affect them; and the requirements of the organization itself tend to take precedence over the residents’ individual needs’. (EU, 2012).
- The legal framework included, as key components, the right to live in the community, access to mainstream **services and facilities**, affirmation of **legal capacity** by reducing guardianship, involuntary placement and involuntary treatment, and provision of **community-based services**. Developing **individual plans**, supporting also carers and communities, and developing appropriate workforce, are other components of these Guidelines.

## 脱施設化に関するCRPD and OHCHR の見解 CRPD and OHCHR on D.I.

- 国連人権高等弁務官事務所（OHCHR）の『脱施設化に関するガイドライン』（障害者権利委員会、2022年10月）によれば、脱施設化は、相互に関連する一連のプロセスから成り立ち、それは障害者がどのように、どこで、誰と共に生活するかを自ら決定する自律性、選択権、および管理権を回復することに焦点を当てるべきである。
- 人権の実現では個人に焦点を当てる：自立した生活、社会参加、および個人的な援助のための地域に根差した支援としてのサービス
- すでに2012年、EUの「施設ケアから地域ケアへの移行に関する専門家グループ」が発表したガイドラインでは、施設を「居住者がより**広範な地域社会から隔離され、かつ／または共同生活を強制され、自らの生活や自分に影響する決定に対して十分な支配権を持たず、さらに組織自体の要求が居住者の個別的ニーズよりも優先される傾向にある居住型ケア**」と定義している（EU, 2012）。
- その法的枠組みには、主要な構成要素として、地域社会で生活する権利、主流のサービスや施設へのアクセス、後見人の役割を縮小することによる**法的能力**の承認、強制的措置や強制的治療の制限、**地域に根差したサービス**の提供が含まれている。**個別計画**の策定、介護者及び地域社会への支援、適切な人材の育成も、本ガイドラインのその他の構成要素である。

## Challenges of D.I. (Medeiros, McDaid, and Knapp for MHEEN, 2008)

- **Financial Risks:** Insufficient and unspecified budget allocations for mental health, rigid funding systems that make it difficult to reallocate resources and lead to inadequate funding of community care; lack of protection or “reserve” funds, especially when hospitals close; lack of parallel funding for community-based care development to hospital closures and; changes in reimbursement systems (eg, for diagnostic-related groups) that alter incentives.
- **Institutional Fragmentation:** Fragmented decision-making systems, multiple external budgets or financial incentives to support different parts of the institution, organizational barriers, shortages of trained personnel to provide good quality care to the community, *lack of community services and appropriate primary care* to support people who were discharged from the hospital, lack of coordination and planning of services, opposition between psychiatrists and community interests.
- **The barriers to D.I.** include inadequate planning, lack funding and leadership, limited knowledge, conflicting interests, lack of community-based alternatives, and resistance from the workforce, community, and caregivers.
- **The facilitating elements of D.I.** include planning, coordination, research and evidence availability, robust advocacy, comprehensive community services, and an engaged and well-trained workforce (Montenegro et al. 2023).
- **Positive examples of D.I.** implemented in the Low-and-Middle income countries at both the local and national levels could be found in countries such as Brazil, Chile, Sri Lanka, Vietnam, Peru, etc. (Cohen and Minas, 2017).

## 脱施設化のチャレンジ(Medeiros, McDaid, and Knapp 精神保健経済学欧州ネットワーク, 2008)

### Challenges of D.I. (Medeiros, McDaid, and Knapp for MHEEN, 2008)

- **財政的リスク:** 精神保健分野への不十分かつ不明確な予算配分、資源の再配分を困難にし地域ケアへの資金不足を招く硬直的な資金システム、特に病院閉鎖時に生じる保護基金あるいは「予備」資金の欠如、病院閉鎖と地域密着型ケア開発に対する平行資金の不足、そしてインセンティブを変化させる診療報酬制度の変更（例：診断関連グループ（DRG）制度）
- **組織的分断:** 断片化された意思決定システム、組織内の異なる部門を支援する複数の外部予算や財政的インセンティブ、組織的障壁、地域社会に質の高いケアを提供する訓練を受けた人材の不足、退院者を支援する地域サービスや適切な一次医療の欠如、サービスの調整と計画の欠如、精神科医と地域社会の利害の対立。
- **脱施設化への障壁:** 不十分な計画、資金とリーダーシップの不足、限定的な知識、利害の対立、地域社会に根差した代替案の欠如、さらに労働者、地域社会、介護者からの抵抗など。
- **脱施設化を促進する要素:** 計画、調整、研究とエビデンスの入手可能性、強力なアドボカシー、包括的な地域サービス、そして意欲的で十分な訓練を受けた人材など（Montenegro et al. 2023）。
- **脱施設化の肯定的な事例:** 低・中所得国において地方レベルおよび国家レベルの両方で実施された事例は、ブラジル、チリ、スリランカ、ベトナム、ペルーなどの国々で見られる（Cohen and Minas, 2017）。

## D.I.:WHO and the Italian way

- ‘Deinstitutionalization involves simultaneously **increasing discharges, reducing admissions, and scaling up care in the community**’ (WHO, 2022, p. 200).
- This latter is defined as to ‘**build up a network of coordinated and linked community-based mental health services and social care to support anyone living with a mental health condition**’.
- **Community-based services can be developed autonomously** from the process of phasing out psychiatric institutions, but anyway, as suggested by WHO, they must be linked to the overall process of shifting the focus of care, and thus they can promote the response to needs and the fulfillment of citizenship rights by catalyzing resources and opportunities.
- *Deinstitutionalization* (De Leonardis et al. 1986) acts in a way of:
  - **mobilising all the actors** involved in the system of institutional action;
  - giving absolute priority to **transforming the power relations** existing between the institution and all the subjects with which it is involved, beginning with the patients;
  - understanding deinstitutionalisation as a **homeopathic process** that uses the internal energies of the institution in order to dismantle and deconstruct it.

## 脱施設化：WHOとイタリアの方法

### D.I.:WHO and the Italian way

- 「脱施設化とは、**退院の増加、入院の減少、そして地域におけるケアの拡充**を同時に進めることを意味する」（WHO, 2022, p. 200）。
- 後者は「**精神疾患を抱えるすべての人を支援するため、調整・連携した地域密着型の精神保健サービスと社会福祉サービスのネットワークを構築すること**」と定義される。
- **地域密着型サービスは、精神科病院の段階的廃止プロセスとは別に自律的に発展させることが可能である。**しかし、いずれにせよ、WHOが提唱するように、ケアの焦点を転換させる全体的プロセスと連携させることが必須であり、それによって資源と機会を触媒として、ニーズへの対応と市民権の充実を促進し得る。
- *脱施設化* (De Leonardis et al. 1986) は次のようなやり方で作用する：
  - 組織的行動システムに関わる全ての関係者を動員する
  - 組織と患者をはじめとする関係者すべての間に存在する**力関係を転換させること**を最優先する
  - 脱施設化を、施設を解体・脱構築するために、その組織の内部エネルギーを利用する**ホメオパシー的プロセス**として理解する

# The 2 D.I.'s in Italy

- **The first D.I.**
- 90.000 inpatients in 1965 in PHs
- 48.000 inpatients in 1978 due to active work inside institutions
- All PHs closed in 2000

1978 reform law:

- no Phs admission, no new PHs
- community based care
- human rights focus / involuntary treatment duration reduced (1 week +) – 2 psych. to mayor
- No police / justice involved – just health protection

## **The second D.I.**

In 2014-2018 Closure of all forensic hospitals with 1400 inpatients and opening of the small regional Units (20 beds max) called REMS.

**Indicator: the lowest rate of involuntary care is decreasing, e.g. from 22/100.000 inhab. in 2009 to 11/100.000 inhab. in 2023**

## **Current problems:**

**Weakened CMH services, loss of staff, budget (from 3,6% to 2,75% in 5 years - from 2015 to 2023)**

Most of money spent in **residential facilities (>37,000 users)**

# イタリアにおける二つの脱施設化 The 2 D.I.'s in Italy

## 第一の脱施設化

- 1965年：精神病院の入院患者9万人
- 1978年：施設内部の活動により入院患者は48.000 人となる
- 2000年：すべての精神科病院閉鎖

1978 の改革法:

- 精神病院への新たな入院と新たな精神病院の設置をしない
- 地域密着型のケア
- 人権に焦点/強制的治療期間の短縮（1週間程度）-精神科医2名による指示
- 警察・司法の非介入-健康の保護のみ

## 第二の脱施設化

2014-2018：1,400人が入院していた司法精神病院すべての閉鎖とREMS と呼ばれる小規模（最大20床）の地域居住型ユニットの開設

**指標：強制治療の最低値が更新され続けている（例）2009年の人口10万人あたり22件が2023年には人口10万人あたり11件に減少**

**現在の課題:**

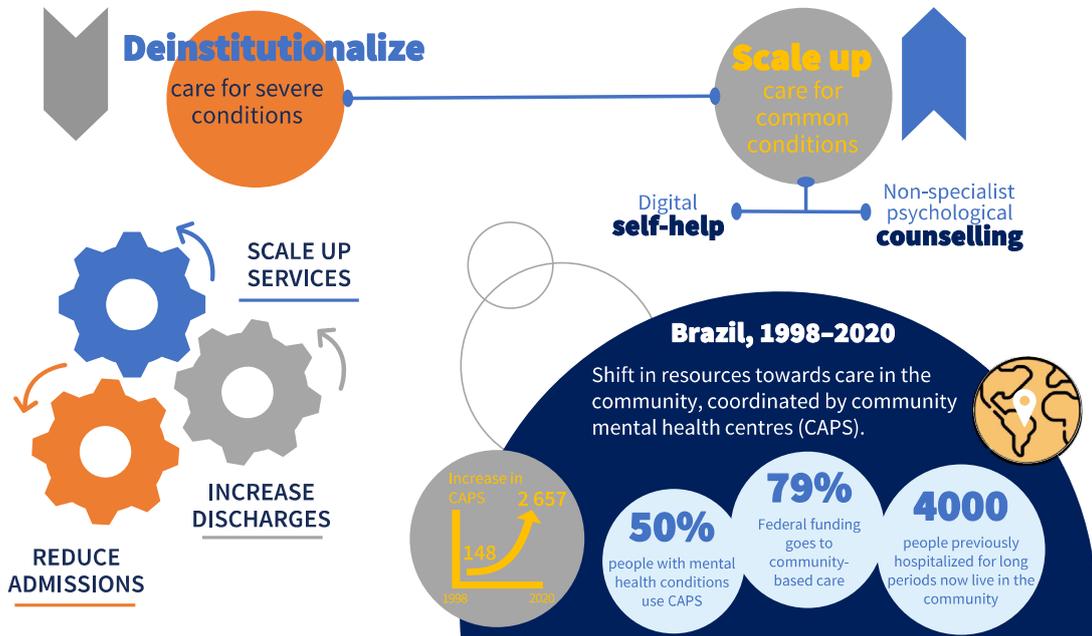
**スタッフ不足、予算などによる地域精神保健サービスの弱体化 (予算は、5年間に3.6%から2.75%に減少、2015年から2023年)**

ほとんどの資金は**居住施設**において使われている。(利用者数37,000人超)

# Community-based care

(WHO World MH Report, 2022)

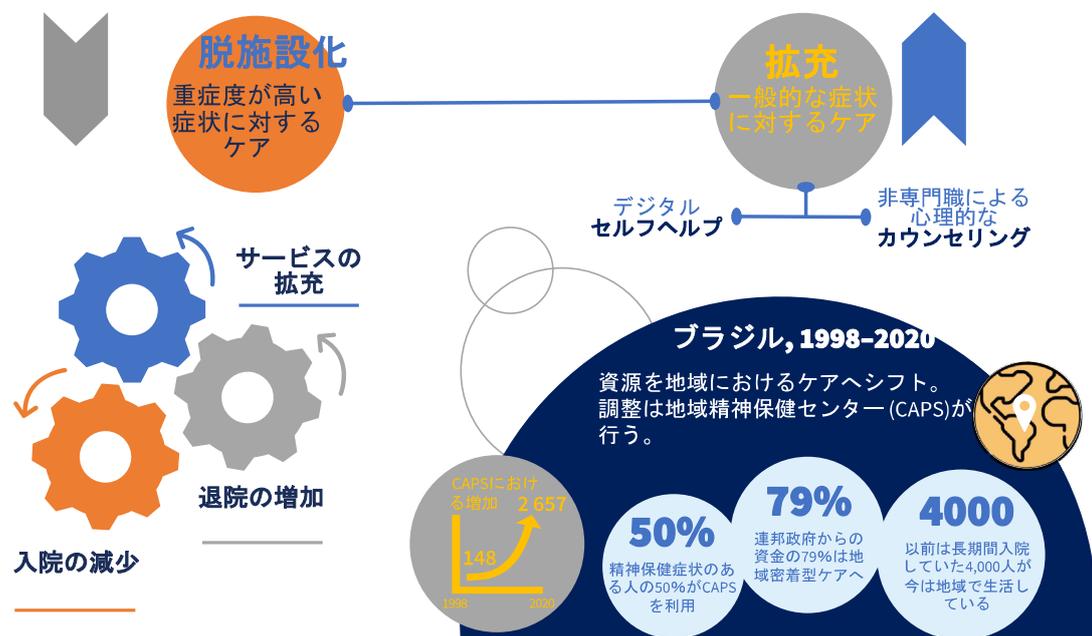
Deinstitutionalisation and scaling up mental health care are both important



# 地域密着型ケア Community-based care

(WHO World MH Report, 2022)

脱施設化と精神保健ケアの拡実はどちらも重要



## Summary: D.I.

- The concept of deinstitutionalization has been widely misunderstood, but it regards not just de-hospitalization, or the closure of total institutions as the asylums, but
- a **whole system change** and moreover a full transformation of psychiatry towards mental health.
- This encompassed the **interpretation of the illness concealing human experience of a person.**
- Deinstitutionalization can be seen as the **main strategy to overturn oppression, to mobilize resources for recovery and social integration, creating services and supports in the community.**
- Community-based services promoted the response to needs and the fulfillment of **citizenship rights by catalyzing those resources and opportunities.**

## まとめ: 脱施設化 Summary: D.I.

- 脱施設化の概念はかなり誤解されている。それは単なる脱病院化、あるいは保護施設としての施設の全閉鎖だけでない。
- **システム全体の変革**、さらに精神保健に対する精神科医療の完全な変革である。
- それは**人間の経験を隠してしまう病気の解釈**にかかわることである。
- 脱施設化は、**抑圧を覆し、回復と社会統合のための資源を結集して、地域社会におけるサービスと支援を創出するための主要な戦略**と見なすことができる。
- 地域密着型サービスは、そうした**資源と機会を触媒として活用**することで、**ニーズへの対応と市民権の回復**を促進した。

## Elements of reform

- It looks difficult to conceive what can be a country reform without including the two main elements of
  - (i) **deinstitutionalization** and
  - (ii) **legislation change**, with
  - (iii) a **policy** plan for implementation that
  - (iv) operates a concurrent re-definition of **welfare community where mental healthcare has to be included or inserted**.
- Very often levels of resistance are raised by the established apparatus including professional bodies and related powers, as demonstrated in Argentina, especially when there is very weak effort of a wide-ranging policy transformation plan.
- The need for clear legislation and policy framework, with dedicated investment and implementation planning, is paramount.
- Research show that ‘mental health policy has greater effectiveness when it is accompanied by a **mental health plan or law since they help translate the vision, values and principles articulated in policy into concrete strategies** and activities’ (Shen and Snowden, 2014), while ‘investment is an explicit, observable, and irrevocable proxy of a focal government’s commitment to a mental health policy innovation’ (ibidem).

## 改革の要素 Elements of reform

- 以下の二つ主要な要素を含まない国家改革は想像しがたい。
- (i) **脱施設化**と
- (ii) **法改正**、それは以下を伴う
- (iii)実施のための政策策定
- (iv)そして、それは、**福祉共同体**の再定義を同時並行的に進めるもので、その福祉共同体には**精神保健が包括されるか組み込まれるか**しなければならない。
- 職能団体や関連する権力団体を含む確立された機構によって、（変革への）抵抗レベルが引き上げられることは非常に頻繁に起こること。アルゼンチンで示されたように、特に広範囲にわたる政策転換計画への取り組みが非常に弱い場合、抵抗は大きくなる。
- 専用の投資と実施計画を伴う明確な立法と政策の枠組みが必要で、極めて重要となる。
- 研究によれば、「精神保健政策は、**精神保健計画あるいは法律が伴えば、より効果的である。それらは政策に明文化されたビジョン、価値観、原則を具体的な戦略や活動へと転換する助けとなる**からである」（Shen and Snowden, 2014）。一方、「投資は、政府の精神保健政策革新へのコミットメントを明確で、観察することができ、取り消すことにできない形で示すものである。（同上）」

## Benchmarking community service models

- While not losing an evolutionary vision of the mental health system, on the other hand it appears necessary to think about a **standardization (or rather modeling) of the best community based services experiences**, often accused of remaining empirical.
- Benchmarking proposals (OECD, 2018) refer to principles and related indicators, even if the former appear to be still too general and above all unrelated to organizations, practices and treatments, while the latter appear too simple or too generic.
- In terms of services, also the **OECD Mental Health Performance Network (2021)** set these 6 principles for a high performing mental health sector:
  - Focuses on individual who is experiencing mental ill-health
  - Has accessible, high-quality mental health services
  - Takes an integrated, multi-sectoral approach to mental health
  - Prevents mental illness and promotes mental wellbeing
  - Has strong leadership and good governance
  - Is future-focused and innovative

## 地域サービスモデルのベンチマーキング Benchmarking community service models

- 精神保健システムに対する進化的視座を失うことなく、一方で、まだ経験値にすぎない範疇であるとの批判を受けがちな**最良の地域密着型サービスの標準化（あるいはモデル化）**について考えることが必要であるように思える。
- ベンチマーキング提案（OECD、2018年）は、原則と関連指標に言及している。原則は一般的すぎる上に、とりわけ組織・実践・治療と無関係であるように見える一方、関連指標は単純すぎるか汎用的すぎるように見える。
- サービスに関しては、**OECD精神保健パフォーマンス・ネットワーク（2021年）**も、パフォーマンスが高い精神保健分野として以下の6原則を定めている：
  - 精神的な不調を経験している個人に焦点を当てる
  - 利用しやすく質の高い精神保健サービスがある
  - 精神保健に対して統合された多部門連携型アプローチをとる
  - 精神疾患を予防し精神的健康を促進する
  - 強力なリーダーシップと優れたガバナンスを有する
  - 未来志向で革新的である

## Focus on:

- - not just the **content** but the **delivery of care**, or rather the overall impact of a service system, even on the entire community and not just on individuals;
- - not just **techniques** to be inserted in an amorphous or indifferent context or to be cut out on the settings, but to the construction of **processes of care** (or taking charge of-) that give overall answers to the entire range of life needs, in integration with welfare systems and services (MH Integration Index, the Economist, 2015),

but:

- working hypotheses should be favored that go beyond the medical and / or psychological model, which give an answer to the social determinants of mental health, and which therefore move towards **integration between social and health care**.

That is:

- **Integration** between public and third – voluntary sector (NGOs)
- **Co-production** with stakeholders and with other community representatives.

## 以下に焦点を当てる Focus on :

- **ケアの内容**だけでなく、その**提供方法**、いやむしろサービスシステムが、個人に対してだけでなく、地域社会全体に与える全般的インパクト
- 社会福祉制度とサービスの統合において、あまり具体性のない、あるいは無頓着な文脈に挿入される**技術**とか、設定に応じて切り取られるような技術に焦点を当てるのではなく、生活のあらゆることに全般的に解決策を提供するケアプロセスの構築（あるいは**ケアプロセス**に責任をとること）に焦点を当てるべきである。（メンタルヘルス統合指数, エコノミスト誌, 2015),

しかし:

- 医療モデルや心理モデルを超え、精神保健の社会的決定要因に答えを与え、したがって**社会福祉と医療の統合**へ向かう実用的な仮説が優先されるべきである。

つまり:

- 公共部門と第三セクター任意セクター（NGO）との**統合**
- 関係者やその他の地域代表者たちとの**共同による創造**

# Organizations based on principles

- The **three levels** (Weick, 1998) - **principles, procedures, interactions** between the actors - must be satisfied together, and linked to each other. The principles are translated into processes and interactions between institutional subjects in the different care contexts.
- Among the principles, those enunciated by **WHO MH Action Plan** (now extended until 2030) should be considered:
- **Rights-based services** (person-centered), **empowerment, multisectoral approach**.

The three parameters replaced by **ethics, evidence and experiences** must be linked and articulated together (Thorncroft and Tansella, 2009), none of the three should prevail in an exclusive way.

- The **issue of rights, traditionally connected in Italy to the issue of citizenship** of people with mental disorders, avoiding their discrimination and social exclusion, is today updated on the horizon of human rights established by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) of Nations Unite, ratified by Italy in 2009. WHO links quality with rights
- Some examples of areas sensitive to the issue of rights:
  - Physical, mechanical, chemical restraint;
  - Alternatives to the use of drugs;
  - Reduction of coercion in general.

## 原則に基づく組織 Organizations based on principles

• **三つのレベル** (Weick, 1998) —**原則、手続き、関係者間の相互作用**—は、同時に満たされ、相互に関連付けられなければならない。原則は、プロセスと様々に異なるケアの文脈における関係者間の相互作用に変換される。

- 原則としては、**WHO精神保健行動計画**（現在は2030年まで延長）で発表されたものが考慮されるべきである：
- **権利に基づくサービス**（個人中心）、**エンパワーメント、多部門連携アプローチ**

**倫理、根拠、経験**によって置き換えられたこの三つのパラメータは、相互に関連付けられ、明確に結びつけられなければならない (Thorncroft and Tansella, 2009)、そして、三つのうちどれも独占的優位を占めるべきではない。

- **精神障害者の権利問題は、イタリアでは伝統的に市民権の問題と結びつき**、彼らの差別や社会的排除を回避する取り組みが行われてきた。今日では、2009年にイタリアが批准した国連障害者権利条約（CRPD）によって確立された人権の枠組みの中で、この問題は新たな展開を見せている。WHOは質と権利に関連付けている。
- 権利の問題に敏感な領域の例：
  - 身体的、機械的、化学的拘束
  - 薬物使用への代替手段
  - 強制行為全般の削減

## FREEDOM FIRST : realize human rights (CRPD)

- There is now a momentum for addressing the transformation of mental healthcare by embracing human rights, and especially **personal freedom**, as a precondition of care.
- Human rights must be respected and practically realized as regards to **legal capacity, freedom of treatment, open door and no restraint policy, abandoning confinement and seclusion, right to work, housing, social inclusion**.
- It is a preliminary step to address **social justice and reduce stigma and discrimination** for people with mental health problems.
- Usually freedom is seen as a result of **recovery pathways**, instead it has to be seen as a basic component of the whole care relationships in mental health, a **preliminary choice** to address a real respect, empowerment and possibility of negotiation for people even in extreme mental distress.

## 自由第一：人権の実現(CRPD) FREEDOM FIRST : realize human rights (CRPD)

- ケアの前提条件として、人権、特に**個人の自由**を重視することによって、精神医療の変革に取り組む機運が今高まっている。
- 人権は、**法的能力、治療の自由、開かれたドアおよび拘束なしの方針、監禁・隔離の廃止、就労権、居住権、社会的包摂**に関して尊重され、実質的に実現されなければならない。
- それは、精神保健上の問題を抱える人々に対する**社会的公正**への取り組み、そうした人々への**偏見と差別を減少させる**ための取り組みの準備段階の第一歩である。
- 通常、自由は**回復の道筋**の結果として捉えられがちだが、むしろ精神保健におけるケア関係全体の基本要素として考えられるべきで、たとえ極度の精神的苦悩の中にある人々の場合であっても、**真の尊重、エンパワーメント、交渉の可能性にしっかり対処するための初歩的選択肢**として捉えられなければならない。

## Alternatives to coercion

- Usually there are innovative programs considered to be **“alternatives” rather than mainstreamed, generalized or systemic forms of approach and care.**
- Individual or specialist interventions aimed to **reduce coercive interventions in routine clinical practice**, by themselves, are unlikely to be effective or can be sustained in the long term.
- This is because coercive practices in mental health are more likely to be linked to systematic problems such as **the culture and ethos** of prevailing clinical care and **organisation and delivery of mental health services.**
- For example, variations in the rates of coercive care, across countries and over time, may be the result of differences in policies and practice and the culture of mental health systems (e.g Italy).

## 強制に代わる選択肢

### Alternatives to coercion

- 通常、主流化され、一般化され、体系化されたアプローチやケアの形態ではなく、「代替手段」と見なされる革新的なプログラムが存在する。
- 定期診療など日常臨床実践の中で強制的介入を減らすことを目的とした個人や専門家による介入は、それ自体では効果的である可能性が低く、長期的に持続することも難しい。
- これは、精神保健における強制的実践が、現行の臨床ケアの文化や理念、精神保健サービスの組織・提供体制といった体系的な問題と関連している可能性が高いからである。
- 例えば、強制的ケアの実施率の国際的・時代的な変動は、政策・実践の違いや精神保健システムの文化に起因する可能性がある（例：イタリア）。

## Alternatives to hospitalization

- Different community EB models are available as alternatives to hospitalization, from **crisis teams to crisis homes and 'sanctuaries' to foster families up to CMHCs open 24 hours** with a few beds (Trieste model), integrated by a small general hospital unit.
- Enhancement of **mobile services** was especially invoked during Covid (e.g., Australia).
- **Early intervention**, a fundamental feature of these teams, begun by Gerald Caplan for crisis in the 60's, has been recently invoked for **'nearly everything'**, ranging from young people's mental health to dementia (Rosen & Byrne, 2015).
- Anyway, ethical issues were raised by the risk of over-diagnosing and labelling (Warner, 2000).

## 入院に代わる選択肢

### Alternatives to hospitalization

- 入院に代わる様々な根拠に基づく地域モデルが利用可能であり、**危機対応チームから危機対応ホームや「サンクチュアリ」、里親家庭、さらには数床のベッドを備えた24時間対応の地域精神保健センター（CMHC）（トリエステモデル）まで多岐にわたる**。これらは小規模な総合病院ユニットに統合されている。
- 特にコロナ禍では**移動型サービスの強化**が提唱された（例：オーストラリア）。
- これらのチームの基本的特徴である**早期介入**は、1960年代にGerald Caplan（ジェラルド・キャプラン）が危機対応のために始めたもので、最近では若者のメンタルヘルスから認知症まで「**ほぼあらゆるもの**」に適用されるよう提唱されている（Rosen & Byrne, 2015）。
- いずれにせよ、過剰診断やレッテル貼りのリスクによる倫理的問題が提起されている（Warner, 2000）。

## Community based services

- What seems clear is the need that, in the network system outlined by the WHO, there is a center of gravity, a point of coordination and integration, but also of responsibility, which we can identify in a "strong" service, equipped with resources and capacity to take charge, a crossroads of care pathways, of which we will discuss later. It axis can be identified with the **model of the 24 hours Community Mental Health Center (CMHC), "invented" in Trieste in 1978** (Dell'Acqua & Cogliati Dezza, 1986; De Leonardis, Mauri & Rotelli, 1986; Mezzina, 2014, 2016).
- This model has been defined, paradoxically, a 'centralized model', but it is truly de-centralized to territories and people (Gooding, 2022; WP5, Analytical Framework, ).

## 地域密着型サービス

### Community based services

- WHOが提唱するネットワークシステムにおいて明らかなのは、重心を担い、調整・統合の拠点であると同時に責任主体となる「強力な」サービスが必要であるという点である。これは資源と能力を備え、後述するケア経路の交差点となるサービスと位置付けられる。  
この軸は、**1978年にトリエステで「発明」された24時間体制の地域精神保健センター（CMHC）モデルとみなすことができる** (Dell'Acqua & Cogliati Dezza, 1986; De Leonardis, Mauri & Rotelli, 1986; Mezzina, 2014, 2016)。
- このモデルは、逆説的に「中央集権モデル」と定義されてきたが、実際には地域と人々に分散されている (Gooding, 2022; WP5, Analytical Framework, )。

## SDG 3 – target 3.8

- Making progress towards the United Nations' **Sustainable Development Goal 3 (Ensure health lives and promote well-being for all at all ages), including target 3.8 on universal health coverage**, requires countries to move towards ensuring that all people and communities have access to health services that are high quality, safe and acceptable.
- Cost-efficient, effective approaches to service delivery must be maximized for this to be attainable and sustainable.
- An **integrated, people-centred approach is crucial to the development of health systems** that can respond to emerging and varied health challenges, including urbanization, the global tendency towards unhealthy lifestyles, ageing populations, the dual disease burden of communicable and noncommunicable diseases, multi-morbidities, rising health care costs, disease outbreaks and other health-care crises.

## SDG 3 – 目標3.8      SDG 3 – target 3.8

- 国連の持続可能な開発目標（SDG）3（あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する）の達成に向けた進展、特に目標3.8（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）の実現には、すべての国民とコミュニティが質が高く、安全で受け入れ可能な医療サービスを利用できる体制の構築が不可欠である。
- これを達成可能かつ持続可能なものとするためには、費用対効果が高く効果的なサービス提供手法を最大限に活用しなければならない。
- **統合された人間中心のアプローチは、都市化、世界的な不健康な生活様式の傾向、高齢化、感染症と非感染症の二重の疾病負担、複数の疾患併存、医療費の高騰、疾病の発生、その他の医療危機など、新たな多様な健康課題に対応できる保健システムの発展に不可欠である。**

# Community-based care (WHO, 2022)

Stronger community-based care for all in need

## A model network

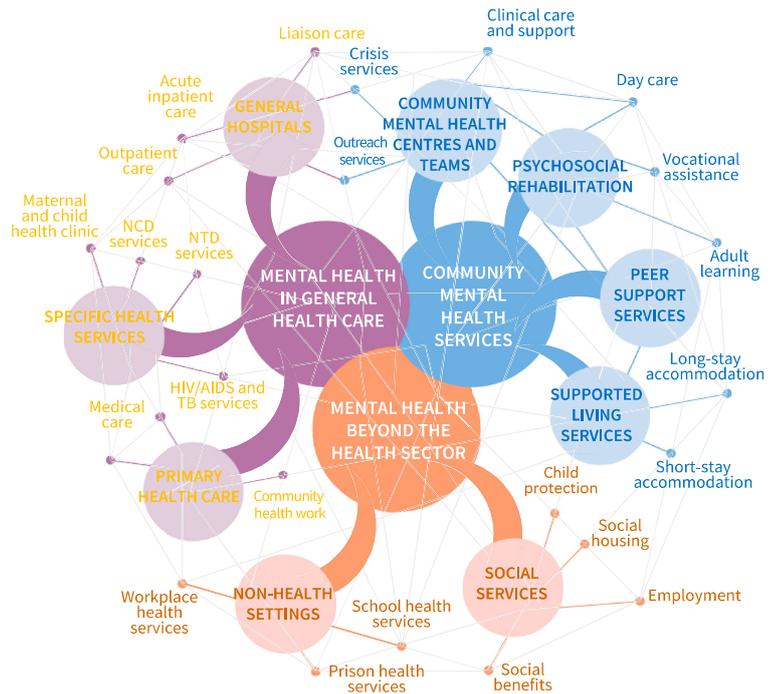
- Integrated services
- Community mental health services
- Beyond the health sector

## Putting people first

- People-centred care
- Recovery-oriented care
- Human rights-based care

## Beyond formal services

- Community support systems



(WHO World MH Report, 2022)

# 地域密着型ケア (WHO、2022年) Community-based care

必要とするすべての人々へのより強固な地域密着のケア

## モデルネットワーク

- 統合されたサービス
- 地域精神保健サービス
- 医療分野を超えて

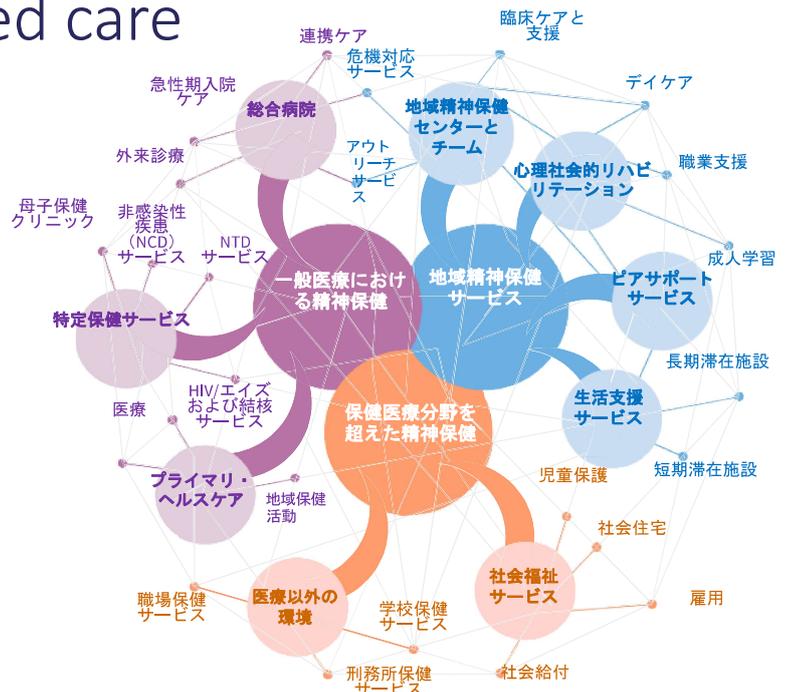
## 人を第一に考える

- 人を中心としたケア
- リカバリー志向ケア
- 人権に基づくケア

## 正式なサービスを超えて

- コミュニティ支援システム

(WHO世界メンタルヘルス報告書、2022年)



## Key issues on intersectoral coordination

- The theme of **intersectoral collaboration** is referred to different entities, authorities and services (formal and informal) in order to provide a response across the whole range of needs including the social ones.
- For **multisectoral approach**, it is meant that *'a comprehensive and coordinated response for mental health requires partnership with multiple public sectors such as health, education, employment, judicial, housing, social and other relevant sectors as well as the private sector, as appropriate to the country situation'* (WHO MH Action Plan, 2013-2030).
- In the case of **Belgian reform**, this has been widened to the issue of coordinating several mental health care providers operating in a given area of community, including hospitals. So, rather than a coordination across sectors, this is more an internal coordination of mental healthcare, that is otherwise fragmented across hospitals, community teams, other services, private and public. The inclusion as stakeholders of user and carer organizations is an interesting and important aspect, but it is 'added-on' mostly as consultation.
- Said that, one of the key issues of **D.I. (deinstitutionalization)** is **shifting the focus of responsibility** to services operating in the community, which must be strengthened in a coherent system of care. That is crucial for its success.

## 部門間連携の主要課題

### Key issues on intersectoral coordination

- 部門間連携のテーマは、社会的ニーズを含むあらゆるニーズに対応するため、様々な組織・機関・サービス（公式・非公式を問わず）に及ぶ。
- 多部門連携アプローチとは、「精神保健に対する包括的かつ調整された対応には、保健、教育、雇用、司法、住宅、社会福祉その他の関連分野といった複数の公共部門、ならびに国の状況に応じて民間部門との連携が必要である」ことを意味する（WHO MH行動計画、2013-2030）。
- ベルギーの改革事例では、この範囲が拡大され、地域で活動する複数の精神保健ケア提供者（病院を含む）の調整問題にまで及んでいる。  
したがって、これは部門横断的な調整というよりも、病院、地域チーム、その他のサービス、民間・公的機関など、断片化されがちな精神保健ケアの内部調整である。  
利用者・介護者団体をステークホルダー（利害関係者）として組み込むことは興味深く重要な側面だが、主に意見を聞くというような「追加」の形に留まっている。
- そうは言っても、脱施設化（D.I.）の重要な課題の一つは、責任の焦点を地域で活動するサービスに移すことであり、それらは一貫したケアシステムの中で強化されなければならない。それがその成功にとって極めて重要である。

## The residential dilemma: new institutionalisation?

- **Residential care and supported housing** are two models of accommodation for people with mental disorders in post-institutional mental health systems (Barbato, 2020).
- 1) In residential care, the emphasis is on **treatment and rehabilitation provided by professionals in staffed facilities**
- 2) whereas in **supported housing** the emphasis is on outreach need-led support to people living on a permanent basis in their own home integrated in the community.
- The supported housing approach grew from a dissatisfaction with the original model of residential facilities.
- **The personalised project** is the basis of rehabilitation programs and must be developed in close collaboration with the person and his social network, through a perspective that places **personal recovery and social inclusion at the center of the process**.

## 居住のジレンマ：新たな施設化？

### The residential dilemma: new institutionalisation?

- **居住型ケアと支援付き住居**は、脱施設化精神保健システムにおける精神障害者のための二つの居住モデルである（Barbato, 2020）。
- 1) 居住型ケアでは、**職員配置施設での専門職による治療とリハビリテーションが重視される**
- 2) 一方、**支援付き住居**では、**地域社会**の中にある自宅に恒久的に居住する人々に対し、ニーズに基づいたアウトリーチ支援を提供することに重点が置かれる。
- 支援付き住居アプローチは、従来の居住施設モデルへの不満から発展したものである。
- **個別化された計画（personalized project）**は、**リハビリテーションプログラム**の基盤であり、**個人のリカバリーと社会的包摂をプロセスの中核に据える視点のもと、本人とその社会的ネットワークとの緊密な連携を通じて作られなければならない。**

## Personal health budgets

- Systematic reviews on the topic of personal healthcare budgets (Webber et al., 2014) **reported positive results in terms of user awareness and responsibility, improvements in clinical and psychosocial aspects**, and consequently an increase in quality of life.
- They can offer people with mental health problems the opportunity to have more control and choice of the path of care, to build greater self-confidence and increase self-agency, especially if supported by quality and continuity of care, e.g. trustee relationship and joint decision making.
- Some studies consider qualitative outcomes on the overall system of services, both formal and informal, and to the transformation of the relationship between all the actors involved (Ridente and Mezzina, 2016; Fontecedro et al. 2022, 2024).

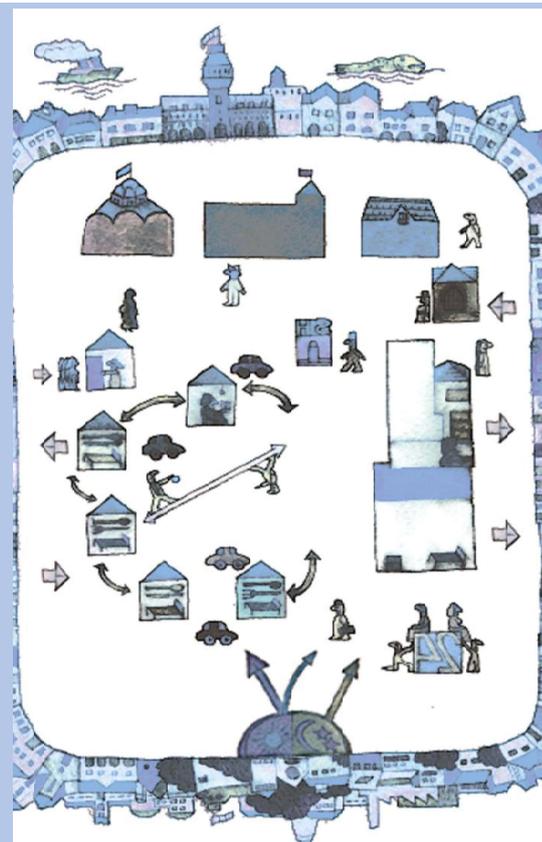
## パーソナルヘルスバジェット（個人医療予算）

### Personal health budgets

- 個人医療予算に関する系統的レビュー（Webber et al., 2014）は、**利用者の意識と責任感の向上、臨床的・心理社会的側面の改善、そして結果として生活の質の向上という点で肯定的な結果を報告している。**
- これにより、精神保健上の問題を抱える人々に、ケアの過程に対するより大きなコントロールと選択の機会を提供し、より大きな自信を築き、自己の主体性を高めることができる。質の高い継続的なケア（例：信頼関係や共同意思決定）によって支えられる場合は特にである。
- 一部の研究では、公式・非公式を問わずサービスシステム全体に対する質的な成果、および関与する全関係者間の関係変容がみられている（Ridente and Mezzina, 2016; Fontecedro et al. 2022, 2024）。

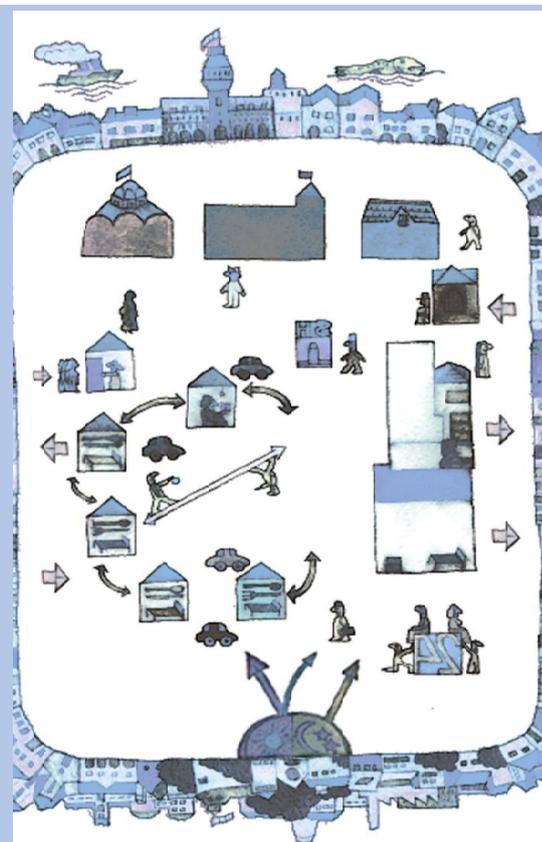
## Trieste system of care (2019)

- 24 hrs CMHC are a **system of opportunities** and are local solutions (responsibility and accountability), hub of care for continuity.
- **Health / illness interplay** in everyday life and of services
- Free **open access – immediate response**
- Holistic, ecological, person centered, recovery oriented
- SN, connections, inclusion, capital – extraclinical / social determinants
- Addressing **social determinants** of health = individual and collective responses (25% budget): personal budgets and microareas are examples, work grants, socialization funds.
- Mainstreaming MH in community health systems
- Resources and opportunities – diffused **daycare** with associations (wellness-wellbeing, social aggregation, participation, expression, gender, work)
- NGOs represent “the city”.
- BUILDING BRIDGES TO COMMUNITY - THE CARING CITY
- <https://bbc.com/news/av/stories-49008178>



## トリエステのケアシステム（2019年） Trieste system of care (2019)

- 24時間対応の地域精神保健センター（CMHC）は、**機会を提供するシステム**であり、地域に根差した解決策（責任と説明責任）であり、ケアの継続性を支える中核拠点である。
- 日常生活とサービスにおける**健康と病気の相互作用**
- 自由で**オープンなアクセス – 即時対応**
- 全体的・生態学的・人間中心・リカバリー志向
- 社会的ネットワーク、つながり、包摂、資本 – 臨床外／社会的決定要因
- 健康の**社会的決定要因**への対応 = 個人と集団の対応（予算の25%）：個人予算とマイクロエリアが例、就労助成金、社会化基金。
- 地域保健システムにおけるメンタルヘルス主流化
- 資源と機会 – 団体と連携した分散型**デイケア**（健康増進・ウェルビーイング、社会的集結、参加、表現、ジェンダー、労働）
- NGOは「この都市」を代表する。
- 地域社会への架け橋を築く - ケアする都市
- <https://bbc.com/news/av/stories-49008178>



## Hospitalisation / hospitality

Institutional rules	Agreed / flexible rules
Institutionalised Time	Mediated time according to user's needs
Institutionalised (ritualised) relations among workers / and with users	Relations tend to break rituals
Time of crisis disconnected from ordinary life	Continuity of care before/during/after the crisis
Stay inside	Inside only for shelter /respite
A stronger patients' role	Maximum co-presence of SN
Minimum network's inputs	

## 入院 / ホスピタリティ Hospitalisation / hospitality

施設規則	合意された／柔軟なルール
制度化された時間	利用者のニーズに応じ調整された時間
制度化された（儀式化された）労働者間の関係／利用者との関係	関係性は儀式を壊しがち
普段の暮らしから切り離された危機	ケアの継続性 危機前・危機中・危機後
屋内に留まる	避難・休息のための屋内利用のみ
より強い患者役割	
ネットワークからの入力是最小限	ソーシャルネットワークの最大限の共在

## 5 key-lessons from 50 years of the experience

- #1: there is an overall impact of MH system on users
- #2: specialization doesn't mean fragmented care
- #3: organizations must be grounded on ethics and principles, e.g. rights-based and person-centered
- #4: set up a comprehensive service
- #5: 24 hour community services are needed to ensure a full alternative to institutional treatment

## 50年の経験から得た5つの重要な教訓

### 5 key-lessons from 50 years of the experience

- #1: 精神保健システム全体が利用者に影響を及ぼす
- #2: 専門化はケアの分断化を意味するものではない
- #3: 組織は倫理と原則（例：権利に基づくアプローチや本人中心）に根ざす必要がある
- #4 : 包括的なサービスを構築すること
- #5: 施設収容型治療に代わる十分な選択肢として、24時間対応の地域サービスが必要である

# Principles of 24/7 Community Mental Health Pilot

## Trusting relationships

- Everyone feels safe and cared for by the people providing support. People are supported to have ongoing/longer term relationships with staff who work hard to get to know them, what matters to them and earn their trust.

## Continuity of care

- People are not passed from one team or service to another. The same people support you whether you are at home, in crisis or need to stay in a bed.

## Neighbourhood-based

- People can get the help and support they need close to where they live and in their own community.

## Open access

- People can get help when they need it, where they need it, there is no criteria or referrals needed.
- It is easy to get a bed when you need it, and easy to leave when want to.

**Close to primary care** and system partners, collaborating with VCSE. There will be good links between your mental health care with your GP and other organisations or charities that provide support. They will work together.

## Co-produced with community and people with lived experience

- People and families who use the services will be part of designing them and delivering them.

## Services actively promote belonging and citizenship for all

- People who use services are seen as a whole person, just as important as anyone else in their community and are valued for who they are. Their human rights are upheld and protected and they will be supported to do what matters to them.

## Promoting freedom autonomy and choice

- People are in control of their own care and make choices about what they do and do not want.

## Do no harm

- The services provided are aware that many people will have experienced difficult things in their lives and will ensure they cause no further harm.

## All means all

- These services are for everyone. Nobody is excluded. We will work hard to respect and respond to the reasonable adjustments people need.

## 24時間365日対応地域精神保健パイロット事業の基本原則

# Principles of 24/7 Community Mental Health Pilot

## 信頼関係

- 支援を提供する人々によって、誰もが安全で大切にされていると感じられること。スタッフは、利用者のことやその人にとって何が重要かを深く理解し、信頼関係を築くために尽力しながら、継続的・長期的な関わりを持つ。

## ケアの継続性

- 利用者はチームやサービス間をたらい回しにされることはない。自宅にいる時も、危機的状況にある時も、入院が必要な場合でも、同じ支援者が一貫してサポートする。

## 地域密着型

- 必要な支援は居住地近くや自身のコミュニティの中で受けることができる。

## オープンアクセス

- 必要な時に、必要な場所で支援を受けることができ、利用条件や紹介は不要。
- 必要な時にベッド（入院・滞在先）を確保しやすく、望めば簡単に退所できる。

**プライマリケアやシステムパートナーとの連携** VCSE（ボランティア・コミュニティ・社会企業）との協働：メンタルヘルスケアは、かかりつけ医（GP）や、その他の支援を提供する組織や慈善団体と密接につながっている。これらの関係機関は、協力して活動します。

## 地域社会や当事者との共同創造

- サービスを利用する個人や家族は、その設計と提供に参画する。

## すべての人の帰属意識と市民権を積極的に促進するサービス

- サービスを利用する人々は、地域社会の他の誰とも変わらず、一人の人間として等しく重要であり、その存在そのものが尊重されます。彼らの基本的人権は擁護・保護され、彼らにとって本当に大切なことができるよう支援が提供される。

## 自由・自律・選択の促進

- 人々は自身のケアを自らコントロールし、望むことと望まないことについて選択を行う。

## 害を及ぼさない

- 多くの人々が人生で困難な経験をてきた可能性があることを理解し、サービスがさらなる傷つきや害を与えないようにする。

## 「すべての人」とは本当にすべての人を意味する

- これらのサービスはすべての人を対象としている。誰も排除されない。必要とされる合理的配慮を尊重し、それに応えるよう努める。

## Conclusions

1. Mental health in the world is still not a health and social priority, despite the fact that there is a more acute awareness after Covid and an increase in needs determined by the model of development based on profit, on the individual consumer and on immaterial communication that weakens social ties.
1. Investment in mental health is extremely productive and necessary. The limited resources currently invested do not recover people's human and social capital and increase the burden of disability. Deinstitutionalization is necessary for reasons of equity and sustainability and for the change of operating cultures.
2. Care must be accessible to everyone, including people with SMP, and acceptable.
3. Services must be responsible to a population; they must also guarantee broad coverage, prevention and early and integrated interventions; they must therefore be accessible and comprehensive.
4. It is not enough to invest in specialized techniques and services fragmented by target; The result on the individual and on the population is global.
5. The person's voice must always be heard. The treatment paths are voluntary. Coproduction is essential, involving the community.
6. Governments must establish transformational pilot projects.
7. International bodies must facilitate reforms and sometimes 'force the hand' of professionals.

## 結論 Conclusions

1. 世界におけるメンタルヘルスは、コロナ禍後に認識が一層高まり、利益・個人消費者・社会的絆を弱める非物質的（非対面）コミュニケーションを基盤とした発展モデルによって需要が増加しているにもかかわらず、依然として保健・社会分野の優先課題とはなっていない。
2. メンタルヘルスへの投資は極めて生産的かつ必要不可欠である。現在投入されている限られた資源は、人々の人的・社会的資本を回復することができず、かえって障害による負担を増大させている。公平性と持続可能性の観点、そして運営文化の変革のためにも、脱施設化は不可欠である。
3. ケアは、SMP（重い精神的な困難）がある人々を含むすべての人々にアクセス可能で、受け入れ可能なものでなければならない。
4. サービスは地域住民に対して責任を負うものでなければならない。幅広く行き渡ること、予防、早期かつ統合的な介入を保証しなければならない。したがって、アクセス可能かつ包括的であることが求められる。
5. 対象別に分断された専門技術やサービスへの投資だけでは不十分である。個人と住民全体に対する成果は包括的なものである。
6. 本人の声が常に聴かれるべきである。治療の道筋は自発的なものであるべきであり、地域社会を巻き込んだ共同創造が不可欠である。
7. 政府は変革をもたらすパイロットプロジェクトを確立しなければならない。
8. 国際機関は改革を促進し、時には専門家の「背中を強く押す」必要がある。

# Paradigm shifts

- This implies further paradigmatic passages or **shifts** (Mezzina, 2005):
- 1-from legal responsibilities for professionals, related to aspects of social control, assessed in terms of risk, to a **broader concept of responsibility** related to mental health of / for a given community (to which they respond - 'accountability').
- 2-from "specialized" services, inhomogeneous and fragmented, to holistic and global services ('comprehensive'), built around the idea of the person as a unit, supported in continuity of care, through '**life projects**' rather than by therapeutic programs and rehabilitation as such.
- 3-from services offered, measured in terms of outcomes in terms of efficiency and effectiveness, to **options / opportunities**, connected to the concept of an individual (personalized) path towards recovery and emancipation.
- 4-from **formal rights** (civil rights), as guaranteed by legislation, to **human and social rights** linked to the concept of citizenship, which implies the invocation of policies aimed at combating exclusion and providing resources and access to social inclusion.
- The degrees of freedom, which we can define among the main outcomes of the process and can be delineated by the opportunities and alternatives present in each phase of the process, **by the 'access to the exit'** from the network of services.

## パラダイムシフト Paradigm shifts

- これはさらなるパラダイムの移行または**転換**を意味する (Mezzina, 2005) :
- 1-リスク管理という社会的統制の論理に基づく専門職の法的責任から、特定の地域社会のメンタルヘルスに対して応答する、**より広い意味での責任**、すなわち説明責任：アカウンタビリティ、への転換である。
- 2-不均質で断片化された「専門的」サービスから、個人を総合的な個として捉える考え方に基づき、ケアの継続性の中で支えられる、包括的かつ総合的なサービスへ移行すること。そこでは、治療プログラムやリハビリテーションそのものではなく、「**ライフ・プロジェクト**」を軸に据える。
- 3-効率性や有効性といった成果が測定されるサービス提供から、リカバリーと自立に向けた個別化された道筋という概念と結びついた**選択肢／機会**へと転換すること。
- 4-立法によって保障される**形式的な権利**（法的な市民権）から、排除と闘い、社会的包摂に向けた資源とアクセスを提供する政策の発動を伴う、社会の一員として生きるという考え方（社会的な市民権）に結びついた**人間的・社会的権利**へと移行すること。
- このプロセスの主要な成果のひとつとして位置づけられる自由度は、各段階に存在する機会や選択肢、そしてサービスネットワークからの「**出口へのアクセス**」によって規定される。

# Shift

- A shift from **power on** - (a person subjected to a power), through the pedagogy of power (Basaglia), toward empowerment, that is bottom-up, or **power with** - (shared power, power of the subjects).
- A shift from **individual to collective dimension**: awareness of citizenship, self reflection on a person social life. Citizenship is exercising rights and acting rights, not just a status but a development, and it includes civil and social rights (work, house, social roles).
- All of this can be called **human rights today**.

## シフト Shift

- **権力**への服従（権力に服従する個人）から、権力の教育学（バザーリア）を経て、エンパワメント、すなわちボトムアップ、**あるいは権限**の共有（共有された権力、主体の力）への移行。
- **個人から集団への次元**転換：市民権への自覚と、個人の社会生活における自己省察。市民権とは、単なる立場にとどまるものではなく、権利を行使し実践する過程である。これには、労働、住居、社会的役割といった市民的・社会的権利が含まれる。
- これらすべてが、**今日において人権**と呼ばれるものである。

la libertà è terapeutica



Freedom is  
therapeutic

(UGO GUARINO)

la libertà è terapeutica



自由こそ治療だ  
Freedom is therapeutic

イラストはUGO GUARINO  
(ウーゴ・グアリーノ)