

## 報告II

# フランコ・バザーリアとイタリアの精神医療改革

Franco Basaglia and Psychiatric Reform in Italy

松嶋 健

### 1. 地域ごとに特色が違う

#### イタリアという国

同じく京都から参りました松嶋です。よろしくお願ひします。今、美馬さんから非常に分かりやすく、20分くらいで日本の精神医療の歴史を語っていただきました。

そこで説明されましたように、イタリアと日本というのは国民国家が出来るのがほぼ同じ時代ですね。ただか150年前ということです。それ以前のイタリア半島には、多くの都市国家がありました。また半島の一部はスペイン領であったり、フランス領であったり、ローマ法王領であったりと、細長い半島に多数の国家あるいはその領土がひしめきあっていたわけです。それがまがりなりにも一つの「イタリア」という国になったのが、1861年です。そのときの首都はトリノにありました。というのも、イタリア統一に中心的な役割を担ったサルデーニャ王国の首都がトリノだったからです。日本の場合も、1868年の明治維新の際、江戸の民衆は当初これを薩長の政府だと見なしていたのであって、別に「日本」という新しい統一国家だと思っていたわけではありません。それと同じようにイタリア半島の他の地域の人たちは「イタリア」という新しい国が出来たとは全然思っていないで、サルデーニャ王国の王家はサヴォイア家というんですが、サヴォイアの連中の政府だと考

えていたわけです。

イタリア半島は当時そういう状況だったからこそ、マッシモ・ダゼリオという政治家は次のように言われなければならなかったのです。「われわれはイタリアをつくった。今度はイタリア人をつくらねばならない」と。つまり「イタリア人」という、ナショナルなアイデンティティをもった存在とは、最初からあったわけではなく、意図的につくらねばならないものだったのです。今でもイタリアの人たちは、ナショナルなアイデンティティの意識はあまり強くないで、やはり自分は「ナポリ人だ」とか「フィレンツェ人だ」とか、そういう意識が非常に強いと思います。

数年前にトリノ・オリンピックがありました。日本ではオリンピックとなると、国中が盛り上がる感じになります。当時私はイタリアの中部に住んでいたのですが、まわりのイタリア人は全然盛り上がっていないんですよ。それで友達に聞いたら「だってあれはトリノ・オリンピックでしょ」って言うんですよ。えっと思って聞き返すと、「だってほらあれはトリノのオリンピックでしょ」って言うんですよ。トリノ以外の地域の人たちにとってはあれはどこまでも「トリノのイベント」という感覚で、朝から晩まで公共放送で放映して全国的に盛り上がるという感じではあまりないんです。

今でも各地域の地元意識（カンパニリズムと呼びますが）は非常に強いですし、例えば

ローマやミラノに出るのが人生の目標だとか、その方が偉いというような感覚は薄いですね。例えば、レッチェ大学というのが南の長靴のかかどに位置するプーリア州にありますが、そことローマ大学の両方の大学に合格してレッチェ大学に行くという選択は普通にあるんです。というのも大学にしてもその地方、その地域ごとの特色があって、この学部、この学問に関してはこの町がいいという具合に大学ごとの特色がかなりはっきりとしています。その理由の一つに、大学がその地域の歴史と密に結びついているということがあるからです。例えば歴史的にその都市が教皇派か皇帝派かということによって大学の性格が違っていて、何百年も前からそういう性格がそのまま受け継がれているというようなことがあります。このように「イタリア」とひと言で言っても、地域ごとにかなりカラーの違う国だということは意識しておいていただきたいと思います。

というのはこれから話をしていきますけれども、「イタリアの精神医療」という話が果たして出来るのかというと、あまり出来ないんじゃないかと思うんですね。イタリアの国のレベルの精神医療の法律といった話はイタリア全体の話として出来るけれども、実際に起きていることはトリエステとローマとパルマとパレルモとでみんな違うわけです。特に大都市における地域精神医療サービスの状況と、地方の中小都市の状況とでは全然違うということがあります。

## 2. 北東辺境のゴリツィアから改革は始まった

これからお話しするフランコ・バザーリアという人が最初にいたのはゴリツィアというイタリアの北東の国境の町です。隣がスロベニア、以前だとユーゴスラビアです。そういうイタリアの本当に端っこの辺境みたいなところにフランコ・バザーリアという精神科医

が赴任してきて、そこからイタリアの精神医療の改革は始まったのです。この辺りの地域は、20世紀初頭まではオーストリア領でイタリアの一部ではなかった。そのような場所から始まったことが国全体に波及していくわけですが、それでもそれがイタリアで起こったことのすべてだと考えるのは早計です。同じイタリアの中で同じ法律があったとしても、それを実際にどう運用しているかというのは地域によってかなり違う。それぞれの地域ごとの歴史や使えるリソースによっても全然違ってくるということ、まず最初に一言断っておきます。

とはいえ、国の法律のレベルの話はきちんとしておいたほうがいいと思いますので、美馬さんがお話しになった日本の精神医療についての歴史と並ぶような形でお話しておきます。イタリアの場合、精神医療に関して重要な法律は3つあります。

日本の場合には1900年に精神病者監護法が出来ますが、イタリアの場合は1861年に国が出来て、その文脈で「イタリア人」という国民をつくる時に、国民としてふさわしい人とそうでない人を線引きします。つまり市民としてちゃんとした人と、そうでない連中とこのを区別するわけです。この中には今で言うところの精神障害者だけではなくて、ならず者なども皆一緒くたに、国民としてふさわしくない人たちというカテゴリーに入れられていたわけです。

つまり精神医療は、国民をつくるというプロジェクトとセットになって始まったので、そもそもの最初から純粋な医療としてあったわけではないのです。はじめから国家による社会的な統制と一緒に出来てきたというのが一つのポイントですね。さきほど美馬さんが「普通の医療」という言い方をされましたが、精神医療は身体の医療と何が違うかというと、身体と精神の違いということ以外に、もう一つは、純粋に医療の問題ではないとこ

ろから始まっているという点が重要ではないかと思えます。

### 3. 精神医学の地位を高めるために 精神科医たちはがんばった

イタリアの場合でも近代的な精神科医、日本だとさきほどの呉秀三のような人が19世紀に出てくるわけです。精神科医はアリエニスタ(alienista)と呼ばれていました。精神障害者という言い方を日本語ではしますが、当時のイタリアでは精神障害者のことをアリエナート(alienato)と呼んでいました。日本語に訳すと「疎外された者」という意味です。精神的に疎外されていると同時に社会的に疎外されている、そういう二重に疎外された者ということです。

そしてアリエニスタたちが、生まれたばかりの近代的な精神医学の地位を高めるためにがんばります。いろいろ国家と結びついた形で自分達の地位を上げようと努力をしたわけです。そういう文脈のなかで、社会的な統制の役割をアリエニスタたちが受け入れていったということがあります。そうして精神医療に関する最初の法律が1904年に制定されます。日本とほぼ同じ時期ですが、1904年に法律36号というのができ、当時の首相の名前を取って「ジョリッティ法」と呼ばれます。先ほど日本の1950年の精神衛生法の話がありましたけれども、この「ジョリッティ法」においても強制入院の規定が中心にあるわけです。その要件は自傷他害の危険性がある、パブリックスキャンダル、つまり公序良俗に反するものという規定です。そういうアリエナートたちは、精神病院に収容して治療しなくてはいけないし、精神病院以外で治療してはならないと書いてあるわけです。したがって、今で言うところの自主入院とか自発的入院の規定はないのです。強制入院の規定しかないわけですね。

その当時でももちろん、調子が悪いからお

医者さんに見て欲しいという人はいたのですが、パブリックスキャンダルの要件に抵触しなかりは入院できなかったわけです。それでお医者さんに頼んで、「あなたは危険です」と一筆書いてもらって入院していたようです。ただ一度入ったら出るのはかなり難しい状況だったのです。しかも精神病院に入院したという記録は、内務省の記録に犯罪歴と同様に記録されていました。このような規定のもと精神病院の院長には絶大な権限が与えられていました。その権限というのは一方では医療的なものとして認められていたわけですが、それと同時に社会的に危険な存在を管理する役割という、本来なら医者に期待されるものではない役割が、精神病院の院長には課せられていたということです。それが1904年のジョリッティ法です。この法律が1978年に法律180号が出来るまで存続するのです。

つまり、その間、ということではファッションの時代も含めてということですが、変更する必要が認められなかったということです。第二次世界大戦が終わって戦後になってからもその同じ法律が続いていたわけですから。

### 4. 1968年から、1978年の 法律180号へ

それが1968年になってイタリアも政治的・社会的に熱い時代を迎えるわけですが、この年に法律431号が出来ます。これはその法案を提出したマリオッティという社会主義者の名前を取って「マリオッティ暫定法」と呼ばれています。この法律によって初めて自主入院が認められることになります。

その10年後に、いろいろ紆余曲折はあるんですが、1978年5月、法律180号が成立します。その作成に中心的な役割を担った精神科医のフランコ・バザーリアにちなんで、通称ですが「バザーリア法」と呼ばれたりします。ただ、この法律180号で精神病院の閉鎖が規定されたとしばしば紹介されたりしますが、

正確には必ずしもそうではなくて、この法律で規定しているのは、新規の精神病院の建築と新規の入院の禁止です。したがって、アメリカのように一気に被收容者を外に出したのではなく、まず蛇口を止めたということです。そこから最終的には20年以上かけて全国のすべての精神病院が閉鎖されたという宣言が出されます。

こうして20年以上の歳月をかけて、イタリアでは公立の単科の精神病院は全部、閉鎖されたわけです。ちなみにここで公立と言ったのは、日本の場合は私立の精神病院のほうが圧倒的に多いわけですが、イタリアにかぎらずヨーロッパの場合は公立の精神病院がほとんどなのです。というのは先ほども申しましたように、そもそも精神医療が国家のプロジェクトとしてあったわけですから、公立でやるのが当然であったと言えます。近代国家をつくりあげていくときに、ヨーロッパでは精神病院を国家の事業としてつくる必要性があったということです。

**美馬** 文明化された国民国家が最初にするのは、伝染病の病院とハンセン病の病院と精神病院をつくることです。植民地でも、例えばインドなどでも、良い植民地統治をする「白人の責務」として、と伝染病とハンセン病と精神病院の3点セットをつくっています。

## 5. 精神病院を無くすということは最終的な目的ではなかった

**松嶋** 全くそうですね。日本でも本当は公立で建てたかったのだけれども出来なかった。財政的問題もあって公立では無理だったので、地方の名士に資金を援助するから建設するように、という形で建ててきたという経緯もあると思います。

イタリアでも私立の精神科クリニックというのは今でもあるわけです。ただ日本のようにベッドがいっぱいある、大きな病院ではない。プライベートなクリニックで、ベッドも

基本的にはないわけです。つまり入院できる場所ではない。あるいは、ベッドのあるナースィングホームのようなもの。私立の精神病院があるといっても実際にはそういう意味です。

もう一つ、司法精神病院というのがイタリアにもまだあります。これは要するに犯罪を犯した者に精神障害があって責任能力がなしと認められ、それで治療の必要ありとして送られる場合と、刑務所に入っていた者が精神病になって送られるという両方のケースがあります。これは今でも全国に6つあり、法務省の管轄です。つまり、明確に司法の管轄で、医療ではない文脈において司法精神病院があります。したがって司法精神病院と呼ぶよりも精神科刑務所と呼んだ方が適切です。これに関しても現在なくそうという動きがありません。

いずれにしても、78年の法律から最終的に精神病院を廃絶するまでに20年以上かかっているという点が重要です。ただどうしても、この法律180号のインパクトが世界的に大きかったために、精神病院を無くしたといふところだけがクローズアップされてしまいがちです。しかし、精神病院を無くすといふこと自体が最終的な目的であったわけではないのです。ところが、精神病院を無くすか無くさないかという点にばかり注意を向けると、精神病院を無くして本当にやれるのかといったような疑問がいろいろ出てくるわけですね。

例えば、大熊一夫さんという元朝日新聞の記者で、60年代に日本の精神病院に潜入して衝撃的な潜入ルポを書いた人が、去年『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』という本を出しています。イタリアの精神医療についても説明していろいろためになる本なのですが、ただこれを読んでもイタリアで精神病院を無くしたといふことの本当の意味は今ひとつよくわからないところがあるので、この点を考えるためには、ハコモノとし

ての病院の問題と制度の問題とを区別する必要があります。

## 6. イタリアの精神医療改革は「脱施設化」ではなく「脱制度化」の文脈で考えないと分からない

ハコモノを必要とする制度があるからハコモノが出来るわけですね。そのハコモノを作動させるのにも制度、ソフトウェアがないと作動しません。そこが問題にされていたわけで、ハコモノそのものだけが問題だったわけではないのです。このことを、「施設」と「制度」という言い方で区別しますけれども、イタリア語では実は同じ単語なんです。istituzioneという単語です。英語ではinstitutionですね。このistituzioneという単語は、日本語に訳すと「施設」というふうにも「制度」というふうにも訳せるのですが、普通は「施設」と訳されています。例えば、「脱施設化」というのは、英語ですとdeinstitutionalisationです。なかにinstitutionという単語が入っていて、それを「施設」と理解するがゆえに、「脱施設化」と訳されるわけです。

ところが、語のもともとのニュアンスだとこのistituzioneという言葉には、何かを打ち立てていくという動きと、その動きの結果打ち立てられたものという、両方の意味が含まれているわけです。いわば、「制度化」していく動きとその結果できた「制度」ないしは「施設」の両方の意味を含んでいるのですが、それを「施設」というところだけで解釈してしまうと、それを作動させている動きのほうは消されてしまい、最後の結果だけが問題とされることになる。

そうすると、イタリアで精神病院を無くしたという話が、「脱施設化」の一つのバリエーションだというふうに思われてしまうわけです。「脱施設化」の極端なたちのバリエーションであると思われる。ところが、この「脱施設化」、イタリア語ではdeistituzionalizz-

azione、長い単語ですが、これが「脱施設化」と「脱制度化」という二つの意味で訳すことができるのです。そして、イタリアで起こった精神病院の廃絶という出来事は、この「脱制度化」の文脈で考えないと分からないと思います。

にもかかわらず、「脱施設化」の問題として捉えられてしまうというところに非常に問題があると私は思っているんです。というのは、普通「脱施設化」という場合は、中から外に出るのは患者さんです。患者さんが施設の中から外に出るわけです。ところが、「脱制度化」の場合はみんな出るので、医者も看護師もみんな外に出ます。まずそこが決定的に違います。

その違いを考慮せずに、「脱施設化」のロジックだけでものを見ていると、何万人外に出そうか、何万床ベッドを減らそうかというところだけが目的になりがちです。最近、日本政府が考えているのは要は予算の問題から病床数を減らそうとしているわけで、その際に「脱施設化」の論理が持ち出されるわけです。実際にはあまり減っていないみたいですが、それでも。

## 7. 施設ではなくて制度が問題だからこそ、施設としての精神病院を無くさなくてはならない

日本の場合、精神病院における入院を減らすために、最初は病床数を減らすと言っていました。しかしベッドが減らないから病床数ではなくて人数に変えましたが、その空いたベッドに認知症の人を入れて空きベッドを埋めようという流れに今はなっているようです。だから、そういう帰結に至ってしまう「脱施設化」と「脱制度化」とがどう違うかということをやはり対比して考えていただきたいと思います。

しかも、そこにさらにもう一ひねりあるのです。つまり、イタリアでは、施設ではなく

て制度が問題だったからこそ、施設としての精神病院を無くさなくてはならなかった、ということです。言い換えるなら、精神病院を無くしたということに問題が還元されてはならないんだけど、同時に、なぜそれを無くさなければならなかったのかということを理解しないと、イタリアで起こったことの意味が分からないということです。

それを説明するには、先ほど法律の流れに触れましたけれども、その法律の流れだけを見ていてもやはり分からないのです。その流れは一言で言うと、「精神医療のノーマライゼーション」とでも呼ぶべき流れです。つまり、精神医療という特殊な医療をいかに普通の医療にするかというプロセスとして理解することが出来ます。だから管理とか社会的な統制を出来るだけはずしてって、純粋に医療にしていこうということです。法律のレベルではそれで間違っていない。

どうしてもこの78年5月の法律180号というのが注目されてしまうために、これはあまりクローズアップはされないのですが、1978年、同じ年の12月に、833号法というのが成立します。これは「国民健康保険サービス法」と呼ばれるんですが、そこで、精神医療という特殊な医療を一般の医療の中に組み込むという制度改正が行われるのです。これが実はとても重要なわけですが、そういう意味での「精神医療のノーマライゼーション」の流れが法律の上では起こりました。

ところが、確かに法律のレベルだけを見てみるとその通りなのですが、それが実際にどのように解釈され、どのように運用されているかを見なくてははいけない。そうすると、地域によって全然運用のされ方が違うわけです。イタリアでは70年代から地方自治が進んだので、医療福祉関係はすべてその州政府のところで決定権があるわけですね。したがって各州の方針によって、州のすべての医療福祉予算の中から精神保健にどれだけ分配する

かというのは全然違って来るわけです。したがって、イタリア・モデルというものを一概に語ることはできないのだ、ということをはりまず念頭においておいた上で、イタリアにおける精神医療改革の推進力となったフランコ・バザーリアという人の考えたこと、やったことを中心に、それが具体的にはどういうことだったのかを簡単にお話したいと思います。

## 8. バザーリア自身は「バザーリア法」と呼ばれるのを嫌がっていた

この法律180号は「バザーリア法」と通常呼ばれていますが、フランコ・バザーリア自身は「バザーリア法」と呼ばれるのを嫌がっていたんですね。というのも彼は法律の草案の作成に大変協力しているわけですが、しかし最終的に成立した法律は、いろいろな勢力の妥協の産物であり、バザーリア自身も、それはよく分かっていました。そして、「バザーリア法」というのは、そもそも反対派の人たちが「あんな法律は、要はバザーリア法ではないか！」とネガティブなものとして呼んでいたことに由来する通称なのです。今ではそういうニュアンスはないですけれども、もともとそういうことがあります。

逆に言えば、バザーリアは、成立した法律が不十分なものであることを知っていたからこそ、「バザーリア法」と呼ばれることをよしとしなかったと言うことができます。彼にとっては、「精神医療のノーマライゼーション」を保証することは最低限必要なこととはいえ、それだけでは十分でないのは明らかなことでした。だからこそ、法律180号が成立し、精神保健サービスが地域へとシフトしていく中でも、バザーリアは、「今度は福祉という新しい形で、精神病院であったのと同じロジックの管理が再生産される危険性は常にあるのだ」と警告を発しています。精神病院のことをイタリア語の口語ではマニコミオ

(manicomio) と言い、地域はテリトリオ (territorio) ですが、それを合体させてテリコミオ (terricomio) という言い方がなされたりします。いわば、地域そのものが、見えない精神病院になりうるということを指す造語です。

例えば、先ほど美馬さんがお話になった薬の話がここに関わって、特に重要な問題として浮上してくると思います。つまり、「脱施設化」ということだけを考えると、外に患者さんが出て薬を飲みながら自立生活をするときに、その薬の使われ方によっては、かつての社会統制・管理的な精神病棟と同じ役割をケミカルに担うことになるかもしれない、というようなことが見えなくなりがちなですね。

つまり、「脱施設化」と考えると、患者さんが施設から外に出たらそれでひとまず終わりです。しかし「脱制度化」と考えると、「脱施設化」が終わっても「脱制度化」は続くわけです。精神病院を廃絶するずっと以前から、「脱制度化」は展開してきて、その結果、精神病院をすっかり無くすところまで行きつくわけです。

ではそもそも「脱制度化」とはどういうことかと言うと、バザーリアの言い方を借りると、彼は「精神病をカッコにくくる」という言い方をしています。これは現象学的なエポケーということですが、これがバザーリアにとっては大きな意味を持っていた。バザーリアは1950年代にバドヴァ大学の精神科のクリニックにいて、そこで11年間助手として働いています。当時のイタリアの精神医学は、生物学的精神医学しかなかった。神経医学といわれるものですが、それしかなかった。現象学的な精神医学とか、あるいは精神分析なども全然入っていないような状況だった。

そういう状況の中で、バザーリアが何をやっていたかと言うと、哲学の勉強ばかりしていたらしいのです。特に当時の実存主義や

現象学です。サルトルとかフッサールとかメルロ＝ポンティとか、そういうものに影響を受けたドイツの現象学的で人間学的な精神医学、ヤスバースやビンスワンガーなどを勉強していたようです。当時そういう潮流はイタリアにはほとんど入っていなかったので、変わり者というふうに思われていたわけですね。このバドヴァ時代にバザーリアは何本も論文を書いているのですが、その論文群の大半は、現象学的なアプローチに基づいて書かれています。

## 9. 医者と患者が出会うことを不可能にしているものは何か

この現象学的なアプローチというのが、病気をカッコに、精神病というものをカッコにくくるという言い方で表すことが出来るような構えだったということです。当時書かれた論文を二つあげておきます。

一つは、1954年の論文で、「出会いの現象学的分析」という副題がついています。バザーリアの言い方で言うなら、「医者と患者というのは本当には出会っていないんだ」というわけですね。ではなぜ出会えていないかと言うと、そこには出会いを不可能にしているものがあるからです。医者と患者が真に出会うことを不可能にしているものは何かと言うと、それが「精神医学という制度、とりわけ対象を客体化する医学のまなざし」なのだと言っています。つまり、対象を客体化して、その病なり疾患のある個人に帰属しているものとみなした上で、それを様々な疾病カテゴリーに分類していくという手続きのもとに精神医学というものが成立しているという批判です。

もう一つ1956年の「ヒポコンドリーと離人症における身体」という論文では「ヒポコンドリーというのは単に症状ではなく、一つの状況であり、出来事である」という言い方をしています。つまり何か問題があるとい

うときに、その問題をその人の問題として考えるのではなく、それはその人が置かれた文脈とか、いろいろな周りとの関係性を含めた、一つの出来事として起こっているんだ、ということです。

出来事、状況として捉えるのは、その人が悪いからだと一人の人間に責任を帰属させ、その上でその原因を病気とか障害としてとらえるという考え方への批判です。実はこういうことをわれわれは日頃普通にやっているわけです。何か事が起こったときに、これはAさんが悪いからだとか考えるというようなことです。自分を免罪して、相手が悪いと考える。インタラクションとかコミュニケーションの問題として考えるのではなく、その人が悪いからだとか考えるわけですね。そのときの理由付けとして、例えば、そういう性格だからとか、文化が違うからとか、あるいは病気だからとか、いろいろな理由、説明のつけ方があると思います。「精神病」というのも、コミュニケーションの観点からすると、そういう形でコミュニケーションにおける逸脱に説明を与えて納得する装置という側面があるわけです。

このような仕方で成立していくカテゴリーに基づいた関係を、バザーリアは「表象に媒介された外的な関係」と言います。だからこそ出会いが起こらないというわけです。そして、こういう「表象に媒介された外的な関係」が積み重ねられていく結果、いわゆる臨床的な事実というものが形づくられていきます。あたかもそれが事実であるように見えてくるわけですね。そして事実として見えるような、そのリアリティを支えているのがまさに精神医学という制度であり、精神病院という場所であると、そういうふうにバザーリアは考えたのです。

## 10. 1960年代から70年代にかけての反精神医学との違い

精神病院という場所と近代の精神医学というものはセットになって誕生しました。そもそも、近代の精神医学というものが、病院で病人を長く観察することによって医学としての形を作ってきたという経緯がありますから、そういう意味でセットになっているわけですね。バザーリアは、それをカッコにくくるといふ言い方をします。カッコにくくるといふのは、別に精神病というものは無いと考えるということではなくて、あくまでもカッコにくくるといふわけですから、無いかあるかはひとまず置いておきましょうということです。それは、無いかもしれないし、あるかもしれないのですけれども、そこで無いかあるかという話に議論を持っていくと、それはそれでまたポイントがずれてしまうという、これは臨床家のセンスとしてそういうふうに考えたのだと思います。

1960年代から70年代にかけて、世界的に、特にアングロサクソン圏ですけれども、反精神医学の運動がありました。反精神医学の場合には、非常に単純化して言いますと精神病というものは、一つのラベルないしレッテルであって、精神病という実態は存在しない、という言い方をするわけです。そうすると、精神病という実態は存在しないから治療はしなくてよいということになります。日本でもそういう運動がかつてあって、例えば京都でも一部の精神科医は治療を拒否して、患者さんたちに「俺らはお前らのこと、治療せえへんからな」って言って、大学の近くの喫茶店に連れて行ってしゃべっていた、というようなことがあったそうです。

ただアングロサクソン圏を中心とした反精神医学とイタリアで起こったこととは似て異なるものです。よくイタリアも反精神医学の極端な形みたいに紹介されます。当時の日本で書かれた本などを見ましても、そう紹介さ



れているのですが、カッコにくくるというのと、精神病が存在しないというのは、全然意味が違うわけです。

つまり、病気という実態が存在するものとしてわれわれにリアリティを持って認知されているのは、あるセッティングがあるからですね。そのセッティングを制度と呼んでいるわけだけれども、そのセッティングがなければ別の見え方をしたりするわけです。したがってある意味では「精神病はない」と言うことができることとなります。しかし、単に「ない」わけではなくて、精神病はやはり「ある」。なぜなら、「ある」というリアリティがあるからです。社会的に、しかもそのリアリティに基づいていろいろな施設が実際に作られるわけですから、そういう意味では、確固としてあるわけです。したがってこれは、ラベルだからラベリングをなくせばなくなるというものではなくて、もっと具体的に、まさに諸制度の絡み合いとしてその現実があるわけです。

それをカッコにくくるとバザーリアは言ったのです。「脱制度化」ということの根本的な構えが、この「カッコにくくる」ということです。カッコにくくったら何が見えてくるか、関係がどう変わるかということが重要になってくるわけです。

## 11. 当時のゴリツィアの精神病院は扱う側のロジックで患者が分けられていた

バザーリアは最初パドヴァ大学のクリニックにいて、その後1961年にゴリツィアというスロベニアとの国境の町の県立精神病院の院長として赴任します。県立精神病院長になるというのは、普通聞くと出世したと思われるかもしれませんが、まったくそうではありません。しかもユーゴスラビア国境のいわば辺境の地です。これはどう考えても、大学では変わり者で、出世できる見込みはなかった

バザーリアが、大学から体よく追い出されたということです。

ゴリツィアの精神病院に足を踏み入れて、バザーリアは「なんだここは！」と大変なショックを受けます。当時の公立精神病院は、各県に一つずつ公立の精神病院を建設するという規定だったのですべて県立だったわけで、そこは一応名目上は治療と保護のための場所ということだったのですが、実際には治療はほとんど行われていなくて保護と管理だけが主に行われていたからです。

イタリアの精神病院は病床数もとても多かったです。敷地としても非常に広い。だいたい森の中に病棟が点在していてわりと環境はいいところにありました。もともと精神病院は街中から離れた田舎で保護するのが患者のためにもいいというコンセプトで始まっていますから、割といい環境にあったのです。

そこでは病棟がいろいろ分かれていました。その分け方は病気のカテゴリーによるのではなく、その扱う側のロジックによるのです。どういうことかと言いますと、静かな患者の病棟、暴れる患者の病棟、汚い患者の病棟、といった具合に分かれていた。これはまさに管理する側の都合です。ちなみに大学の精神科クリニックは、主にお金持ちが来る場所です。研究と治療ということでやっていたわけですので雰囲気は全く違っていました。一方、公立の精神病院には概ね社会的に低い階層の人が来ていたわけです。

そういう状況にバザーリアはショックを受けた。ショックを受けて、ここは何とかしなければと思いました。ただバザーリアは、最初から精神病院をなくそうと考えていたわけではなくて、この場所をちゃんとした治療の場所にしようと考えたのです。それで、イギリスの治療共同体モデルを見学に行って、そのモデルを導入することになります。オープン方式と言われたりしますが、鍵

を閉鎖していたのを開いてオープンにし、ユニフォームもなくして私服にしました。特に重要なのはアッセンブレア (assemblea) といってミーティングをやることです。患者さんも含めて一緒に話し合う。そういう民主主義的な手続きを取って行う形のモデルを導入したわけです。

## 12. 精神病そのものと精神病院に入れられた結果の反応とは区別できるのか

この治療共同体モデルを精神病院という場所に導入する中で、バザーリアは制度という次元に実践的に気づいていく。そこでバザーリアは自分の意見に賛同する若いスタッフを集めて、改革の動きを起こしていきます。そこで彼らがまず見出したのは、いわゆる施設症の問題です。

バザーリアが1970年の「病気とその分身」という論文で書いているように、これは、精神病そのものと、精神病だからと精神病院に入れられた結果、その場所に適応することで起こってくる「症状」のように見えるものとは、果たして区別できるのか、という問題です。「施設」と呼ばれるようなある特殊な場所自体が病原的に働いて病気になるという考え方は、当時すでにイギリスのバートンという人が施設神経症という言い方で論じていました。日本でも施設症という言い方をしていましたが、いずれにしろそこには「症」の語がついています。それはあくまで「病気」なのです。それに対してバザーリアの言い方は微妙に違って、その場所にいるから病気になるというのではなく、そもそも病気と、そうではないものを、区別できるのかと問うたわけです。

先ほども言いましたように、病気という実態があるように見えるのは、あるセッティングがあって初めてそれがリアルなものとして見えてくるわけです。そうすると、普通症状

として我々が考えるものが、病気の症状なのか、そうではなくてその場所における適応の結果なのかは、その場所にいるかぎりは区別できないことになります。そのことを彼は「施設化／制度化 (istituzionalizzazione)」として見出したのです。つまり「施設神経症」とか「施設症」という、それも要は病気なのですが、そうではなくて、その事態を「施設化／制度化」と呼んだわけです。

ここでも、ある特殊な場所 (=施設) の問題と考えるか、それともそのような特殊な場所に限定された問題ではなく、普遍的な諸制度の問題と捉えるかによって、バザーリアの問いの射程が変わってきます。特殊な場所の問題と考えるなら、それは「施設化」の問題となるだろうし、そうではなく、そのような特殊な場所としての施設もまたミクロな諸制度とマクロな諸制度によって機能していると捉えるなら、「制度化」の問題ということになるわけです。後者の観点からすると、「制度化」というのは当然どこにでも起こるわけで、それを逆に人間の側から言うと「身体化 (embodiment)」ということになります。つまり、「制度」というのは単に法律やその他いろいろな仕組みではなくて、そういうものを支え実際に動かしているものの次元です。このような意味での「制度」は、われわれが身体をもつ存在であるからこそ具体的に機能することが可能となるわけです。制度、すなわち、ある種のふるまい方やコミュニケーションの仕方、ものの考え方とか感じ方といったものをわれわれは文字通り「身につけて」いくわけです。それが「身体化」ということであり、この事態を逆のアスペクトから眺めるなら「制度化」ということになります。

例えば、今この場所で私一人が話していて、皆さんが座って聞いているという状況も一つの制度なわけですね。別に皆さんが立ってしゃべっていても本当は構わないのだけれども、なぜか皆黙っている。〈笑〉そういうもの

だというのがやはりどこかで働いているわけですね。本当はどんどん、途中で突っ込んでいただいても全然結構なんですけれども。たとえばこういうものとして「制度化」の問題がある。

話を戻せば、バザーリアたちは施設症のことを「精神病院症候群」と呼んだりもしていますが、それはあくまでアイロニカルにそう呼んでいるのであって、実際には、病気というのではなくて制度化の問題として考えていたわけです。ちなみに大学にいたらみんな多かれ少なかれ大学症候群になるという言い方をしていますが、ここからも、「症候群」という語の用法がアイロニカルなものだということがわかると思います。

**男性A**：すいません、バザーリアは、精神医学・医療の分野だけでそういう見方をしていたのか、それともやっぱり周りの世の中ってそうなんだ、というような広い視野を持って考えていたのか、どちらですか。

**松嶋**：それはまさに「施設化」の問題と考えるか、「制度化」の問題として捉えるかの違いに関わってくるところですが、大学にいたときから「制度化」として捉えるような幅の広いセンスはあったようです。そのことを特に精神病院という場所の中ではっきり問題として発見していった、というのが正確ではないかと思えます。それゆえ、施設化の問題を通してはじめて、制度化の問題をより明確に捉えることができるようになったと言えるのではないのでしょうか。したがって、施設化と制度化のどちらが正しくてどちらが誤っているというようなことではないのです。

### 13. 当たり前だと思っていたセッティングを変えると見えてくるものが変わる

つまり、「制度」というのは、法律とかそういうものだけではなくて、しゃべり方や服装、考え方や感じ方などを含んだ、「ある場におけ

る関係性のあり方を規定しているもの」なわけです。では「施設」とは何かというと、ある種の関係性のあり方が空間的に全面化したものです。そういう空間を「施設」というふうに呼ぶことができると思うわけです。

このような次元への注目とは当時、同時多発的に現れています。バザーリアがゴリツィアの精神病院長になったのは1961年ですが、同じ年にアメリカでアーヴィング・ゴフマンという社会学者が、ワシントンDCの精神病院の中でフィールドワークをして、『アサイラム』という本を書いているんです。その中で「トータル・インスティテューション (Total Institution)」という概念を提出しています。ここでもまさに「インスティテューション＝施設、制度」が問題になっています。

ゴフマンの定義の場合は、ある一定数の人をそこから出られないように隔離する形で一ヶ所に集めて、集団で生活する場所ということです。それは例えば老人ホームだったり、他にゴフマンが挙げている例で言うと「船」ですね。長期に航海する船もその一つだし、あるいはその修道院もそうだし、軍隊というのもそうです。

学校もトータル・インスティテューションではないですが、似ているところがあります。つまり家には帰るけれども、そもそも教育というものを大勢の人間を一ヶ所にまとめて、しかもそれを一年生、二年生、三年生と区切ってやる必然性は本来はないわけですが、そういうやり方が近代には刑務所でも病院でも教育でも、いろいろな場でそういうロジックが合理的だとされて出てくるわけです。あと典型的なのが工場です。そういう、トータル・インスティテューションについてゴフマンがアメリカで問題にしていた、やはりインスティテューションです。ただ研究者が、複数の施設を「トータル・インスティテューション」として一括りにすることと、ある施設の中にいる者が、その施設を支えているミクロ

な諸制度とマクロな諸制度を問題にし、それを変えていこうとするときに「インスティテューション」を語ることは、同じ語であっても別の次元に注意を向けているのだということとは強調しておく必要があります。

バザーリアたちの場合は、精神病をカッコにくくる中で、それまで当たり前だと思っていた関係性のあり方、当たり前だと思っていたセッティングを変えると見えてくるものが変わるし、人々の関係も変わる、ということに実践のなかで気づいていったところが重要です。それは一見些細なこと、例えば私服にするとか、あるいは鏡をつけるなどといったことです。それまで精神病院には鏡はなかったんだけど、鏡を入れる。そういうことで大きく関係性が変わるわけです。こうするのが当たり前だと思っている場所のセッティングを少しいじると、どんどん関係性が変わってくるわけです。つまりその他でもありえたという次元が現実には浮かび上がってくるのです。

#### 14. 病気だと思われていたものが消えて一つの苦しみが見われてきた

つまり、その場所は否定すべきだから変えましょう、というイデオロギーに基づくものではなくて、何かを動かしてみたら、「あれ、変わった」という感じです。しかも今までは症状だと思っていたものが、消えていったりするわけです。「じゃあ、あれは何だったんだ」、ということになりますね。バザーリアの言い方を借りると、例えば「街中にいいアパートがあったので、そこを借りて、大丈夫そうな患者さんをちょっとそこに住まわせてみたら、今まで病気だと思っていたものが消えて、何が現れてきたのかといえばそれは一つの苦しみであり、危機であった」。

つまり、病気だと個人の問題ですけれども、危機というのはその個人だけの問題だけではなくて、当然その周りにいる人も含めた危機

ですね。だからその苦しみというのは、「彼の苦しみ、彼女の苦しみではなくて、我々の苦しみなんだ」という言い方をバザーリアはしています。

そういう形でイデオロギーからではなくて、実際に「この人」をどうするかでやっていくなかで、まさに制度という今まで見えなかったものが、このように働いているのだということが徐々に見えてくるわけです。その過程で、精神病院を無くすということが出てきたのです。最初はそんなこと思っていなかったんですよ。もともとは精神病院をちゃんとした治療の場所にしようと思って始めた。けれども、その関係性のあり方をもっと別の関係性のあり方に実現していくためには、どうやらこの場所がある限りは、やはりどうしても限界がある。あるところまでは変えられるのだけれど、そこから先にはどうしても行かないということに気がつくわけですね。

だからこそ精神病院を無くさなくてはならないというロジックにいきつくのです。それで、1964年のロンドンの社会精神医学会でバザーリアは有名な報告をします。そのタイトルが「施設化の場所としての精神病院の破壊」です。単に精神病院という空間の破壊ではなくて、「制度化」の多様な可能性がきわめて限定されている「施設化」の場所だからこそ精神病院は破壊されるべきだということです。

現にある諸々の制度を問い直して、別の関係性のあり方を発明する。しかしその関係性のあり方が、精神病院という施設においてはきわめて限られている。そのためにこそ精神病院は破壊しなくてはならない、そういうロジックですね。別の言い方をしますと、脱制度化の過程においてこそ、脱制度化を阻む精神病院という施設の廃絶の論理が出てきた、そういうことになります。

先ほど触れましたように、イタリアではその後、実際に法律も出来て精神病院をすべて

閉鎖するということまで行く。バザーリア自身は1980年に亡くなってしまいますが、精神病院が無くなったとしても、この「脱制度化」の論理と実践というのは開かれた問いになっていると言えます。

### 15. 「脱制度化」は患者さんの問題でもあるがそれ以上にスタッフの問題である

去年の11月にバザーリアと一緒に仕事をしていた精神科医や家族会の人々が日本に来ていましたけれども、彼らが言っていたのは、「脱施設化」はあくまで患者さんの問題だということです。ところが、「脱制度化」は患者さんの問題でもあるけれども、それより以上にスタッフのほうの問題なのだという言い方をしていました。それはつまり、精神病院という場所において「制度化」されているのは、患者さんだけではない、そこで働くスタッフのほうの方が「制度化」されていたりするわけです。

でも、それを仕事としてやらなければいけない。だからローマの精神病院を閉鎖するプロジェクトの責任者であった精神科医は、「自分達も一緒に外に出て行って何よりも驚いたのは、自分自身にこんなことも出来るのか、こんな能力もあったのかということ。それを発見して本当に驚いた」という言い方をしていました。

彼らと一緒に京都のある精神病院を見学に行ったのですが、その病院の病室はとてもきれいでホテルの個室のようになっていてですね、スペースも広い。案内してくれた看護師が、どれだけ居心地のよい部屋にしているのかということ語ってくれました。それに対してイタリア人の一行は、これはもともとバザーリアの言葉ですけれども「鉄で出来ていても黄金で出来ていても、檻はやはり檻なんだ」という言い方をしていました。

それは、そこで働いている人が悪い、とい

う非難ではない。そうではなくて、「そこで一番疎外されているのはまさに働いているあなたたちなのだ」というメッセージだったんですね。「ほんとうはもっと面白く働けるのに、それが出来ていないでしょ」と、病院で働いているスタッフに向けて、彼らが語っていたのが非常に印象的でした。

あともう一つ言っておかなくてはいけないのは、病院の中ではやはり病気という考え方を前提にして関係が作られるということです。ところが病気というのはそれがあかないかはともかくとして、その人の生きる一部にすぎないわけですね。一部なのにその一部を全面化して、それで関係性を規定している、そういう風に「制度化」された場所が病院という施設ということです。そうすると、医者と患者は医者と患者ということでしか関係が作れないわけですが、それを乗り越えようとして治療共同体などの場合は、役割というものを否定して、すべての役割をなくそう、というふうにやったんですね。

そうするとどうなるかと言うと、今度は逆の形の垂直性、垂直な関係とかいうか、誰かカリスマ的な人が役割と関係なく出てきて、それに基づいた垂直の関係というのが出来てしまう。この点に関して「脱制度化」の場合、重要なのは、その役割というのも一つの制度なのだけれども、それを「脱」するわけですから、アンチ（反）として否定するわけではなくて、その役割からちょっとずれてみるということです。役割は役割としてあるのだけれど、でもその役割からずれてみるということが大事なのです。

医者だけど、何か医者っぽくないことをするとか、患者だけど患者っぽくないことをするとか、そういうふうに関係から出た者同士が会うということです。例えば、一緒にご飯を食べるとか、一緒にサッカーをしてみるとか、そこにおいては医者と患者という関係ではな

いわけですよね。そういうふうにして固定した役割から抜けてみるのです。だからといって、その役割自体を否定するわけではないのです。

この問題については、昨日もちょっと話が出ていたんですが、「専門性」という枠に閉じこもることによって、「この問題はこの「専門

家」の問題だから、私はタッチしません」というかたちでの「制度化」が、精神病院がなかったとしても、常に起こる可能性があるわけですね。薬の問題、役割の問題、専門化の問題、そういうことも「脱制度化」の射程には入っていて、「脱施設化」とはかなり次元の違う話になるのです。

## 質疑応答

### 1. 援助職の方だと、「歴史」の意味が すごく狭くなってしまふ

井上：ありがとうございます。それでは質問をとりたいと思います。ご自由にどうぞ。

女性A：フランコ・バザーリアは、具体的には患者たちにどういうことをされたのですか。

松嶋：典型的には、その人の歴史を聞くということですよ。

女性A：話し合い？

松嶋：まあ、その人がそれまでどういう人生を送ってきたかをよく聴くという事です。そうすると一つの歴史に立ち会うことになるわけで、それは医者と患者という関係とは違いますよね。

女性A：でもそれはお医者さんとしての仕事ですよ。

松嶋：いや、だからお医者さんがしたとしても、その時にはもはや医者としてではないのです。「傾聴」を方法として、診察室で話を聞いたということではないのですから。ただ、「医者」と「患者」ではないからと言って、「人と人として」という言い方は、あまり簡単には使いたくないのです。というのは、よく「病気ではなくて、人を見ましよう」という言い方をするけれども、そもそも我々は、何もない純粋な人と人として関係しているわけではありません。それも一種の表象であり理念型だけれども、そうではなくて、我々は生まれたときから、例えば親と子どもという関係のなかで生きていくわけですよ。それは純粋な人間と人間との関係ではありません。逆に言うと、親と子供の関係の中から、いわばそこから「脱制度化」していった、人間と人間との関係のようなものをたとえ親との間にでも見出して

いくということがある。その時に、親けれども、一人の人として見える瞬間というのがあるのではないですか。でもそうだからといって親でなくなるわけではないですよ。そういう感じですよ。「脱制度化」のニュアンスは。

美馬：付け加えて補足するとね、医療関係者とか福祉関係者とかワーカーとかの方いわゆる援助職という関係の方だと、「歴史」の意味がすごく狭くなってしまふ悪弊がある気がします。被援助者であるクライアントの病歴とかその人の抱えている問題に関していろいろ聞くことが、「その人の人生や歴史を聞くこと」になってしまいがちです。うまくいかなかったことを聞くことで、その問題をプラスに持っていこうという職業的な「構え」になることが多い気がします。

例えば、私たちは一昨日、浦河の「べてるの家」に行って二時間くらいですがお話ししてきました。当事者間の上下関係のないピアーズの援助だと、うまくいかなかった問題を聞くのではなく、「うまくいったことを話してください」、そして「それをほめ合いましよう」となっていました。ふつうの会話だったら、相手の失敗談ばかり根掘り葉掘り聞くのはあり得ないことですよ。

これはすごく単純化した例ですけども、援助者としての関わり方は、問題点とかうまくいかなかったことについて聞き出す「病歴聴取」という狭いものになってしまいがちです。職業病といってもいいかもしれません。

病歴と人生の歴史は全然違うものです。うまくいったこともうまくいかなかったことも、全部ひっくるめて、生きてきた経過です。病歴を聞くっていうのと、その人のことを聞

くってというのは、全然違うと思うんです。

## 2. 意識を変えるというのは、 なかなか出来ない

**女性B**：そうすると、どちらかというと、その患者さんの意識っていうよりは、その、援助って言うかお医者さんとかそっちの方の意識を変えるっていうことなのですね。そういう理解でいいのですか。

**松嶋**：意識を変えるというのは、なかなか出来ないですよ。よく「精神障害者に対する偏見をなくしましょう」と言って啓蒙活動をして意識を変えようとするけれども、意識なんてそう簡単には、変わらないですよ。なぜなら、セッティングが変わらないからです。

例えば、精神病院があって、その中に閉じ込められている人たちに対して、人は普通怖いと思うでしょうね。それは、よく分からないから怖いわけですよ。その人たちが出てくることになっても、よく分からないかぎり、やっぱり怖いと思うんですよ。そのときに意識だけ変えようとしても無理です。

イタリアで精神病院をなくすとなって、それまで精神病院にいた人たちが地域で暮らしていくという時も、そういう問題は当然出てきます。今でも別に偏見がなくなったわけでは全然ないのです。でも、そのときにイタリアで何をやったかと言ったら、外部の人々に精神病院を開放した。精神病院は時間をかけて完全閉鎖したわけですが、閉鎖する前にまず精神病院の開放というのをやっています。

開放というのは開放病棟にするということではない。そうではなくて精神病院を市民に開放したのです。そこでコンサートをやったりしたのです。別に偏見を無くすためにやったわけではないですよ。そうではなくて、われわれは精神障害者というと、まさに「表象に基づく外的な関係」においては恐怖を抱

いてしまう。ただ、そうだとすると、実際に会ってみると、こんな感じの人で、なんか少し変だけど、でも、なんか愛嬌があるな、とかいうことってあるでしょう。

つまりそこではもはや、精神障害者として見ているのでもなければ、一人の「人間」として見ているわけですらなく、単に直接的なインタラクションの関係に入っているわけです。それは別に精神障害者であろうがなかろうが、同じことです。このように直接的な相互行為空間に入れば、抽象的な「恐怖」というのはなくなって、関係も変わる。イタリアの精神医療改革はそんなふうにして進められたのです。

**女性A**：それまでは隔離するのが当然だと思っていたのが、バザーリアの考え方が出てきて、個として向き合おうって変わっていったんですよ。それで意識が変わった。

**松嶋**：意識が変わったわけではなく、イタリアで起こったのは、言ってみれば、インタラクションの場のありようが変わったのだと思います。

**女性A**：個としての人に向き合おうと変わったのは、やっぱり隔離した側の人たちですよ。隔離される側から変わったのではなくて、精神病とかの人のほうじゃなく隔離した側の人たちですよ。

**松嶋**：どこから動きが起こってきたかっていうことでしょうか。

**女性B**：意識は変わっていないけど、発想は変わってますよね、明らかに。

**松嶋**：そうですが、発想も事後的に変わっているんですよ。つまりまず意識を変えたのではなくて「この人」との関係が変わったわけです。目の前にいる「この人」との関係であって、「個としての人」との関係ではありません。

**女性A**：変わったのは、お医者さんとかそっちの人でしょ。

**松嶋**：関係が変わっているのであって、お医者さんだけが変わっているのではないので



す。

### 3. 精神科医を敵と言うのは簡単だが

女性A：ないけどー、患者さんとしては「もっと俺たちのことを知ってみろー」とかって言ってみたって、「いやいや、あんた達は患者さんですから」って閉じ込めてきたのは、その閉じ込めてきた側の人たちですよ。だから、その辺がちょっと。

松嶋：「閉じ込めてきた側の人」とはどこまでですか。精神病院の院長もある意味では閉じ込められてきた側なわけですよ。

女性A：社会なり、制度なりではそうかも。

松嶋：制度の方から考えると、誰々が悪い、責任はあいつにあるとそう簡単には言えなくなるということです。簡単ですけどね、精神科医は敵とか言うのは。

女性A：敵ではないんですけど。患者さんが「出たい」と言っても今まで出たわけではない状態だったから。どっちにイニシアチブがあったかと閉じ込めてきた側の人たちでしょ。

美馬：いえ、患者さんです。イニシアチブが間違っている。

女性A：いやちがうちがう。今までの「制度」ではどっちかにあったかという、患者さんが「出たい」と言っても出れなかったのは、イニシアチブを施設側が持ってたからですよ。それを個として向き合って患者さんに権利があるって認識し直したってことですよ。

美馬：いや、出たいという側にイニシアチブがあるからこそ、外から閉じ込めないといけなくなるんです。そもそも出たがらない人だったら、無理矢理に手間をかけて閉じ込める必要がないじゃないですか。

井上：だから、相互作用ってことですよ。

美馬：社会学者らしい誤解です。相互作用じゃないです。ある人々が、その当時のその社会の秩序に反してでも自分なりのやり方で

生きていきたいと感じ、実際にそうしていたからこそ、その人々をむりやり閉じ込めるために、法律や制度が作られていったわけでしょう。あえてナイーブな言い方になるのですが、社会を動かしていく根本のところのエネルギーは、相互作用にあったのではなく、権力を持っていた人たちに「閉じ込めないとだめだ」と思わせるような行動をした人々の側にあったし、収容されていた人たちが「外に出たい」と思ってさまざまな行動をしたことにあったと思います。（がやがや）

### 4. 精神病院が諸制度のネットワークの中の一つの結節点と気づいた

井上：ちょっと区切りましょうか。だいぶん時間が経ってますし。

松嶋：ひとまず、イタリアでは精神病院をなぜなくさなければならなかったのかについて、簡単にまとめておきます。

一つ目は単純で、病院では病気は治らないからということです。病院は、病気を治療する場所ではなくて病気を生産する場所だったからということです。それが一つ。

二つ目は、先ほどの話とつながってきますけれども、病気というふうにする事で、苦しい経験あるいは危機の経験というものが、その人の具体的な、生の歴史から切り離されてしまう、ということです。

三つ目としては、その場所で働いているスタッフの方が、そこでは自分の能力を十全に発揮できないからという理由です。

四つ目が、経済コストの問題です。トリエステの試算によると、精神医療サービスを精神病院で行うのと、地域で行うのとでは、後者の方が四割ほど予算は低くて済むということです。

この四つが主な理由です。いずれにせよ問題は脱施設化ではなくて、脱制度化のプロセスの中で精神病院がもろもろの制度のネットワークの中の一つの結節点としてあることに

気づいた。つまり他を変えようとしてもこれがあるかぎり、他がなかなか変わらないわけです。そのことにちゃんと気がついて、法律をつくるどころまで持っていったのはイタリアだけなんですよね。これがアメリカでもフランスでも、精神病院を残したままやるとどうなるかといったら、うまくいっている時はいいのですが、そうでなくなると途端にその地域の精神医療サービスが結局最終的に患者を精神病院に送るためのサービスになってしまう危険性があるわけです。

バザーリアはアメリカの脱施設化についても実際に見学に行っていますが、やっぱりそのやり方ではだめだとわかった。つまり、病院があるとどうしても病院に依存してしまう。薬があると医者さんの方が薬に依存してしまうのと同じことです。つまり薬を安易に出すことで、別の関係性を模索しないでよくなってしまいます。結局、問題があったときに、それをどうするか一緒に関わりながら考えることをやめてしまう。これは別に医者や看護師だけではなくて周りの地域の人も含めてです。みんなで考えるのをやめてこれは専門家に任しておきましょう、精神病院に入れておきましょうとなってしまう。「だって私達の問題ではないですから」と。それは一つの依存の形だと思います。

そういうふうに、精神病院を中心としているからこそ精神障害者だけが当事者になるわけです。これは「べてるの家」の人とも話したことです。「べてるの家」の「当事者研究」は有名ですけども、イタリアだと当事者という言い方はしないんですね。というのも、当事者といっても何の当事者かということが問題になるわけです。それを病気と考えたら精神障害者とその精神病の当事者になります。しかしそれを我々みんなの危機だと考えたら、我々もまた当事者になるわけです。

脱制度化の話では、我々は生まれ落ちた瞬間から制度の中にいると考えないといけな

い。現代では、新生児が生まれてくるのは病院の場合がほとんどですから、全面的に医療化された状況の中で生まれ、そして今度は、病院で死んでいく人が今では大半なわけです。そういう状況の中で、そもそも純粋な人間と人間の関係などというものはあらかじめあるものではない、それは、それぞれの場所、それぞれの形で制度化されたところから出発して、そこから脱制度化することでわれわれ自身で見出していかなければならない類いのものなのです。

別に制度化そのものが悪いと言っているわけではありません。もちろん、我々は自分たちが生きるのに都合がいいように制度を作れるけれど、同時にそのことによっていろいろなものを切り落としてもいるわけです。そういうことを問題化する運動ですから、常にこれはすべての人に開かれた問いなのです。したがってイタリアで起こったことを精神医療の問題としてだけ取りあげると逆にその意味がわからなくなる。日本の精神医療関係者にイタリアの話をする、「日本ではほとんどが私立病院だから無理です」という話によくなるのですが、「そうじゃないんですよ」ということを今日はお伝えしたかったのです。

井上：どうもありがとうございます。じゃあちょっと休憩とって、それから何か質問とか意見があったら、としたいと思います。五時半まで休憩です。

## 5. 「法」対「制度」という対概念、「自由契約」対「制度」という対概念

井上：再開します。脱制度化が脱施設化とどう違うのかに関わって、かなり立ち入った話をして下さったと思います。専門性というのも最後のほうで論点になっていたし、専門性という枠の中に閉じ込めてしまうと、何か関係が変わってしまう。一人の個人と向き合う、医療者と患者が会おうのを妨げてしまう、そういう力が働くということもお話になったか

と思います。美馬さんのほうで松嶋さんのお話を受けて、お配りしてあるペーパーと関わるかどうかはちょっと分かりませんが、そして薬の問題とも限らないようですが、コメントみたいな形でお話を少ししていただいて、その上で質疑応答にしたいと思います。

美馬：では、2点お話しさせてもらいますね。一つは、せっかく資料を配ったので、解題させていただきます。もう一つは「制度」という言葉に関して、精神医療に限らない広い射程を持っているので、その点に関して少しお話しさせていただきます。

資料としてお配りしたのは、小澤勲さんの「反精神医学への道標」の薬物療法に関する一節です。今回はイタリアの話が中心なので、これはもう読めば分かるということでしょう。小澤勲さんは精神科医で最近に亡くなられたのですが、岩波新書で認知症の本を出されていますね。テレビで見るとやさしそうな感じの方ですが、若いときは「反精神医学」みたいなことを率先して日本で言っていた人です。

精神医療において薬物をどう使うかという話を原理原則から平易に語っておられて、しかも箇条書きみたいに書いてあるので、もしご興味があればあとで読んでもらえればいいです。最初に言いましたが、薬というものが生物学的に効果があるか否かという化学的・医学的な側面だけではなくて、その薬が社会の中であるいは医者・患者の関係のなかでどういう意味を持っているかを考えると、薬を一つの制度としてみる事が出来ると思います。そういう点から読んでいただければ、いろいろな問題点が、解決はされないままに、提起され、論じられている非常に面白い議論だと思います。

二点めは、「制度」という言葉自体がヨーロッパではどういうイメージの広がりがあるかを考えるために二つの言葉と対比してみます。「制度分析」という言葉をフランスのフェ

リックス・ガタリという精神分析家が言っていて、これは彼の考え方のわたしなりの紹介です。「制度」という言葉はヨーロッパではもとラテン語ですが、「制度」という日本語とはかなり違った意味を含んでいます。一つは「法」対「制度」で法律と対比されて考えられるということ、もう一つは「制度」対「自由契約」という対比で考えられるという点です。

まず「法」と「制度」がどう違うのかです。その違いを示すエピソードがあります。フランス革命のときにサンジユストという革命家がありました。彼は、フランス革命の後にどうやって王政から共和制に変えていくかというときに、法律だけ変えてもだめだと主張して、「法律は少なくしてたくさん制度を作っていくかないといけない」と言っています。ですから、法律は最低限のしてはだめなことを決めているだけの骨組みに過ぎないのです。社会の秩序とか社会のあり方という、骸骨の骨みたいなもので、制度によって肉づけして初めて社会というものが形をつくるという考え方です。法律と制度は違うもので、後者のほうが前者よりも遙かに大事なのです。ですから、法律180号という精神病院をなくす、減らしていく法律を作っても、制度のところで社会が変わらないとだめなのです。制度という言葉自体に、法ではない何か、あるいは法を成り立たせるような、より広い慣習を含めた意味があるのです。その意味では、法と制度は対立する概念としてある、というのが一点です。

もうひとつは、「制度」を「自由契約」とは違うとする考え方です。これは日本で言うと介護保険の考え方と同じです。生活保護のように行政措置として行うのは制度ですが、サービスとして権利としてやるものは、制度の弊害を逃れられるという考え方があります。欧米で言えば精神分析のセラピーです。精神分析というのは契約関係で、一時間一万

円とかの料金でサイコセラピーの治療を受けます。それは施設の中に入っていると自由ではないので、原則的には精神分析とは呼べません。自由がない以上、自分の意思で契約できないからです。制度という言葉には、自由契約じゃなくて不自由な押しつけられたものというイメージがあります。

このイメージだけで考えると、制度をやめて民営化すればいいのか、規制緩和すればいいのかという単純な話になってきてしまいます。でも、先ほどの松嶋さんのイタリアについての話でもありましたように、自由契約であっても、その自由契約の中で考え方というか関係性というか、ある意味で生き方というか、すべてをひっくるめての「制度」が、根本的に変わっていかなければ、自由契約になっても地域サービスになっても結局はその本質的な生きづらさは変わらないかもしれないのです。結局、自由契約といっても本当に自由なのかなという問題が出てくるという点に、制度を問い直すという問題設定のややこしさがあります。

法ではないけれども、法を成り立たしめているものとして制度というときは、法律改正だけでは世の中は変わらないという意味になってまいります。また、自由契約と制度とは一見するとすごく違うようだけれども、私達は本当に自由契約のなかで自由なのかといえば、全然そうじゃない、という問いかけもはらんでいます。そういう二つの側面での根底的な問いかけという広がりを見ておくと、制度とは精神病院というひとつの問題だけでなく、もっと現代社会とか私達の生き方一般に関わるということが見えてくるんじゃないかと思います。以上、補助線を二つ引いてみました。

井上：制度に対して、一つは法という、法対制度という対概念で考えてみよう。もうひとつは制度に対して自由契約というのを言っていて、自由契約というけれども、我々は本

当に自由なのかと。あるいは法ではなくて法を成り立たせている根幹にあるものというふうに制度を見ていくと何が見えてくるのかという補助線を引いていただきました。

以上の話を受けて皆さんのほうから何か言いたいこと、聞いてみたいこと、もうちょっとしゃべって欲しいことはありますか。

## 6. 人権侵害という問いの立て方だと「人間をする」が見えなくなる

男性B：制度の廃止になる傾向というのは、結局その精神病棟入院？ということが、人権侵害にあたるというので廃止の流れになってきているのでしょうか。

松嶋：すみません。一応、どういうことをされている方なのかお聞きできますか。

男性B：私はこの分野とは全然関係のない教員職をやっていますが、精神医学に非常に興味を持っています。結局、精神病院は刑務所みたいところで収監される、個人的には精神病院に収監されるとは束縛されることだと思います。犯罪者でもないにもかかわらず、入らされるというのはやはり人権が侵害されている部分が大いと思うので、世界的に見てどうかは分かりませんが、イタリアの精神病棟が閉鎖され、この制度化が廃止されていく、緩和されていくという流れは、人権の部分が考慮されていくことかなと思いました。

松嶋：人権の問題はとても重要なのですが、問題をそこにだけ落とし込むのもまずいと思います。まずは患者の人権の保障という観点で法律に明記されているということが一つあります。ただそれだと日本でも悪徳精神病院を人権侵害で告発していくという活動をやっておられる方たちがいらっしゃいますけれども、その場合は悪徳精神病院をなくせばいいという話になるわけです。ところが、その先、つまり精神病院そのものを無くすという問題とは、少し問題の次元が違うんですね。人権の保障という道具を使って、具体的な問題

に介入していくことは、イタリアでもよく行われています。ただだからといって、人権の問題とだけ考えると、制度の問題には届かず、やはりそれは違うというふうに思います。

**女性A**：でもそれは本質的に精神病院が人権侵害の要素を持っていたというとらえ方があるという事ですね。

**松嶋**：それはそうなんですけれども、人権というのも一つの制度であって、人々のあいだのやりとりの中でリアリティを持ってくるものです。言い換えれば、基本的な人間の権利というものを考える場合でも、「人間」というのは所与の事実としてあるわけではなく、その中身は埋めていかないとならないわけです。我々は普段、自分達のことを人間だと思っているかもしれないですけども、本当は人間ではない、と言うと語弊がありますが、人間というのは名詞ではなくて動詞なんですよね、つまり「人間である」ではなくていわば「人間している」わけなんです。でも人間をするそのやり方にはいろいろなやり方があって、どういう形で「人間する」のかについては、その都度、その内実を埋めていかないといけない。そうでないと、人権という概念自体が空文化してしまうことになると思うんです。だから、人権を守ると言うことは、一つの道具であって、それもある具体的な文脈の中で使うわけです。そういう文脈から離れた何か普遍的な価値として人権があるわけではない。

**女性A**：いや、そうですね、実際には精神病院というのは存在していて、それが患者さんの人権侵害になるという認識があったから、無くそうっていうことになったんでは。そういう話ではないんですか。

**女性C**：それは大事な側面かもしれないけれども、病院に入ることによってほんとにその病態っていうか、病気が解決されるように今現在になっていないという状況に対しては、本当の医療者なり、本当の科学者であるならば、

何かその制度が違うかもしれないと気づき手を付け始めたということでしょう。脱制度化ということは大きな転換点なんだと思う。

## 7. イデオロギー先行ではないところがバザリアの改革の魅力

**男性C**：松嶋さんがさっきからも二時間以上も話しているけど、それがちゃんと伝わっていないんだなって僕は感じます。僕の聞き方では、例えば反精神医学で治療関係をやめて、京大の近くの喫茶店でだべってたって話が面白かったんですが、その反精神医学も患者さんに対してあるいは社会に対して、良かれと思って出てきたものだと思いたいし、もちろんそういう側面も持っていたと思います。ですが、結果的に患者さんがそれで良くなったかと言うと、やっぱり決して良くなったわけではないということでしょう。結局イデオロギー先行だったと思うんですよ。それに対してバザリアのやったことに関して言うと、僕は昨日と今日聞いてやっぱり、いろんな考え方もあるし、個人的・政治的なこともあるけれども、最終的に治療的に働いてよくなっていることが大きなポイントで、イデオロギー先行じゃない人なんだなと思いました。

それと人権問題は確かに大事なんだけれども、人権問題のために患者さんが悪くなったら意味がないと思うんですよ。それで美馬さんに質問したい。さっき制度のところですね、あとでいただいた論文・資料を読ましていただければいいってことだと思うんですが、とりあえず補助線ということならば、補助線の理解ということで聞いときたいんです。その制度、法と制度ということで一つ目は何となく分かったんですよ。法律というのは字で書いてあるものですよ。それを成り立たせているものとはまた違うということですよ。 「憲法」があっても憲法意識がなければ憲法は成り立たないというのと同じです。日本には

憲法意識がほとんど無い、僕からみると、そういうふう理解するのが一番似てるかなと思うんだけど、もうひとつの「制度と自由契約」というところの「自由契約」とは、主にその欧米の考え方では、自由だから良いんだとなりますね。だけど、よく吟味すると自由が無い部分もあったりするとインチキだよねとなる。そっちの自由でいいんだけど、それバースス違うものとしての制度となると戸惑う。制度というところ日本人だと、どうしても何とかかんとか制度っていったら役所の出してくるペーパーのようなイメージがあるから、なんかイメージがかみ合わなくて良く分からなくなるんだけど。

**美馬**：日本語ではかみ合わないですね。前半はまさにその通りです。成文法と慣習の違いにあたります。institutionと欧米でいうときは、制度と自由市場の対比というイメージでしょうか。商人が、制度でがんじがらめの封建社会から自由を求めて立ち上がるという歴史観に近いでしょう。

**男性C**：その場合の制度とはさっき言った法を成り立たせている文字で書いてはない、みんなの振る舞い、立ち居振る舞い、態度、見方、ですか。

**美馬**：同じ言葉でそういう細かな日常生活での習慣まで広がりのあるのがinstitutionという言葉です。日本語で「制度」と言うと、「お上」みたいな意味なのでごく狭い意味ですが、もっともっと幅があります。

**男性C**：言葉としてはそれだけの幅がある。そうですね、分かりました。

## 8. 人間をどうするかではなく、

### 個々の具体的な人をどうするか

**松嶋**：美馬さんが今、法律と制度を対比させましたけれども、厳密に言うと、法も制度の一つの、特殊な形態なわけです。

**美馬**：法制度とか言いますね。

**松嶋**：我々は「制度」と日本語で言った場合

に、法律的なものをまずイメージしてしまいがちなのですが、それがラテン語のニュアンスだと、法律のほうは二次的な制度なんです。そのようなものが成立する以前に、動きとしてある、成文化されていない、まさに慣習とか文化とか呼ばれるものの方が一次的な制度なのです。

二つ目の制度と自由契約についても、そもそも、われわれは常に制度の中に生まれてその中に生きている、制度化された存在なのだけれど、にもかかわらず、自由な選択の主体とみなすということ自体もある意味で一つの制度なわけですよ。ここでも制度と自由契約は対比的なものであると同時に、その自由契約もまた一つの制度だという具合に二重構造になっているのです。

先ほどの人権についても、どう言えばいいかな、と考えていたんですが、今の話と結びつけますと、何か普遍的な人間というものがあるって、その普遍的な人間の権利を守らなくてはいけないから「こうしましょう」ということではないわけです。

**女性A**：私、それはよく分かってるんです。分かっているけど患者さんがいて病院があってそれでうまくいかなかったから、病院がその患者さんにとって良くなかったんじゃないかという思いがあったから、その病院をやめようと思ったわけではないんですか。それでやめたのかなって思ったんですけど。

**松嶋**：そうですね。だからまさに問題は、「人間」をどうするか、ではなくて、ジュリアだとカルカだとか、具体的な人を前にしてあなたはどうするかということなのです。

**女性A**：個々のそうした人たちに良くないことをしちゃったんじゃないかなーって、反省したんじゃないかと思ったのですけれど。

## 9. 家族から「閉じ込めて下さい」と頼まれた経験

**松嶋**：そこをどうするか、具体的にどうする

かというときに、人権に訴えるということを用意の道具として使うことによって介入するということはあるけれども、そもそも人権を守らなくてはならないという観念が最初にあるわけではないですね。

**女性A**：えっ、だけど最初に観念があるとかは思ったつもりは全然ないですけど。

**井上**：観念が逆に人を苦しめてしまうことだってあるでしょうね。ある言い方をすればね。

**女性A**：いえいえ、人権という言い方をしましたけれども、要は、個々の人たちの関係性で、この人たちにとって良くないことをしてしまったな、ということの人権と言ったんです。良くないことをしてしまったなって反省をもとにそうじゃないやり方を模索してきたのがバザリアって人だし、今のイタリアもその模索のあり方なんじゃないですか。そのやっぱり悪いことをしたんだなと思ったってことじゃないですか。

**男性C**：良くないことだとするならばね、僕は前に精神科の病院に勤めていたことがあって思うんですが、常に社会から矛盾した両方の圧力を受けるんですよ。端的なのは、患者さんの人権を守れ、という言葉ね。それから端的なもう一つは、家族に昔よく言われたんだけれども、「閉じ込めといてください」と真剣に頼まれる。その二つを同時に満たすことはできない。精神病院が、国家にとって都合のいい制度という感じはしますよね。もう一つは一般の方、国家のほうじゃなく一般人の方にも都合のいい制度になっているんですよ。両方が「精神病院が悪い」と言っていれば済むような、そういう結節点になったところがあるって見方も出来ると思うわけ。

**松嶋**：一般の人たちが精神病院を欲望しているのでそうなっているわけですよ。

**女性A**：でもそれは、患者さんじゃなくて一般の人たちがってことですか。

**男性C**：いやそれは患者さんも含めてですよ。この場合は。

**女性A**：患者さんもですか。でもその患者さんが私の親戚でいましたが、それはやっぱり過酷な体験だっただろうなって気はしました。

**男性C**：個々に関してはもちろんひどい経験もあり、明らかに悪い病院や悪い医者もいますでしょ。けれども、そこに務めている人間としては、そういうことがないようにできるだけの努力をすることは出来るわけですよ。現にやっているところはやっているし、ただね、今日の議論はそういう話じゃなくて、それをずーっとやっていったところで構造的な問題が残ってしまうからそれをどうしようかという話なんですよ。

**井上**：だから人権という理念をそこで出すと、今、言われたような話が出来なくなっちゃうんですね。

**女性A**：なるほど。そのことを患者さんが良いようにやりたいってことを患者さんによって良いようにしたいってことを「人権」と呼ばないですか……。

**松嶋**：いやそれは「人権」とは呼ばないのではないのでしょうか。（会場から「呼ばない」）

**女性A**：そう呼ばずになんて言おうか。どうぞどうぞ。

**男性C**：だから、今の方の「悪かったから反省をして」って言葉がすごく引っかかるんだよ。だったら医師だけでなくみんな反省して欲しいんだよね。（会場から笑い）

## 10. ミーティングをすると患者側は医療とは全然違う話をする

**松嶋**：お話を聞いていると、まず意識が変わって、何か悪いことをしていたから反省して、それで変えるという話にさっきからなっていると思うのですが、まず意識が変わるのではないと思うんですよ。

**女性A**：意識っていうか、実際のその現場に

いるわけだから、実際に患者さんが苦しんでいるのを見ていて、やっぱりこの違うふうにやったほうがいいんじゃないかと思って、変わっていったんじゃないかと思ったんです。

**松嶋**：そういうこともあったかもしれないですが、それが当たり前だと思っていた人の方が多かったと思います。制度化されているというのはまさにそういうことです。だから、インタラクションの場のありようが変わった後で「あ、今までまずいことしていたんだ」と気付くわけですよ。

**女性A**：どうして変わったの、たまたま？。

**松嶋**：偶然性というのも大きいでしょう。そういうものも含めて、法律より手前でいろいろ見えない制度として働いているものを動かしていくと変わることがあるわけです。関係性が。例えば一緒に話をするとか、一緒にご飯を食べるとか、そういう一見些細で当り前のことですよ。

**美馬**：振り返ってみれば実際はどう進んだかを再構成してみればこうなるんですね。

最初にはイギリスでは、患者とスタッフを含めたミーティングなんかやっていて先進的な精神療法だと聞いたからやってみよう、という感じでしょ。最近の精神療法の流行らしいよ、みたいな感じで、医者とか医療者が始めるわけです。

でも、そのときに、ミーティングで実際に出てくる問題というのは、全然医療的じゃないわけです。患者さん、入院している人たちは、ずっと生活に不満を持っていたけれども、今まで医療者やスタッフとじっくり話すチャンスが、すごく少なかった所以说う機会がなかった。それがグループ精神療法みたいなミーティングができれば、別に悩みじゃなくても、自分で自由に話し始めるわけです。医療者側は、患者が悩みを言ってくれる、病気についてしゃべってくれると思っていたのに患者側は全然違う話をするのです。例えば「お小遣いをちゃんとくれ、自己管理したい」と

か「タバコの配給を増やしてくれ」とか「掃除したくない」とか「薬を飲む時間を自分で決めさせろ」とか、です。

それが「ずらす」ということで、やり始めた側、トリガーを引いた側の意図と、今の状況を変えたいとイニシアチブをもっている人々が提出してくる問題とがまったく違ってしまいます。そこで入院者が思いも寄らない問題を持ち出してきたら、「あっ、これって今までのやり方がだめだったんだ」って気付く医療者もいれば、「そんなことはここでしゃべっちゃいけません」とか言って怒っちゃう医療者もいるでしょう。前者がバザーリアと彼を理解する医療者たちだったということではないでしょうか。

**女性A**：たまたまいろいろ試してみたら、そういうことが分かっちゃったよ、っていう話ですか。

**美馬**：そうですね。医療者側は偶然にトリガーを引くだけで、物事を動かしていく火薬というエネルギーは医療者とは別のところにあったわけです。

## 11. 脱制度化は、「脱制度化しましょう」って言っても出来ない

**松嶋**：先ほど、出来事ということが出てきましたが、小澤さんの薬の話でも出来事や状況を行為主体の意図に還元するのは間違いだと指摘しています。つまり意図がいいとか悪いとかは問題ではない。意図はいろいろある。みんなそれぞれ違うわけです。だからバザーリアのいたゴリツィアでもトリエステでも反対派はいっぱいいた。でもそれなのになぜ出来たのかということです。それは各々意図や考えは違っていても、この人、例えば、ジュリアならジュリアをどうするかに関しては一緒に何かできるわけです。そして何かやってみたら何かが変わるわけです。すると、バザーリアに反対していた古い考えをもった看護師とか精神科医からも、「あ、なぜ今まで気



付かなかったのだろう」といった反応が後から出てくるわけです。だからまず意図があって、意識があって、それで行為があるのではなくて、出来事というのは、何かわからないけれど、何かが起こってしまうということです。それでその後いろいろ気付く人もいれば、やっぱり抑圧する人もいるわけです。

**女性A**：ちょっとやってみたら何か変わることがわかっちゃった、みたいなことですか。

**松嶋**：脱制度化にはまさに「脱」という言葉がついていますが、「脱制度化しましょう」と言ってやろうとしてもたぶん出来ないんですよ。(笑)何かいろいろやっていると、思ってもみなかったことがふと生じるという形で、最初はあっちを目的にして行こうと思っていたのに、気がついたらこっちに、こんなところまできちゃいましたというような成行きで精神病院をなくすところまで至ったのです。だから最初から精神病院をなくそうと思っていたわけではないと言ったのは、そういう意味です。

**女性A**：何かいろいろやってこっちが「いいねえ、いいねえ」とかって言っているうちに、何か「あ、いらんんじゃない、精神病院みたいな」になったということですか。

**松嶋**：というか、なぜここで止まってしまうのだろうかと考えたら、どうやら精神病院があるからだめなんじゃないか、ということがだんだんと見えてきたということでしょう。そういう文脈なしに日本で精神病院が良いか悪いかという問題だけを持ってくると、イデオロギーの話になってしまう。

**井上**：一つの価値で覆い尽くされていない、ってところがポイントなんじゃないですか。医療だけでやろうとすると、皮肉なことにかえてだめになっちゃうっていかね。

**松嶋**：日本でもどこでも、法律を変えようとするような人は、大体みんな意図はいいんですよ。でもその意図に現実を従わせようとするとおかしくなる。一つの意味とか価値で無

理矢理現実を操作することになってしまうから。

**女性A**：そこでズレが出るんですね。

## 12. 制度で括ると「福祉」という名の、「人権」という名の制度化が起ってしまう

**松嶋**：それが脱制度化だと言っているわけですよ。近代においては、教育は教育の場所、医療は医療の場所というふうに空間を機能にしたがって分けた。その考え方自体は合理的なんですよ。でもそれは、短いスパンである範囲だけで見たら「合理的」ということなのであって、もっと広い視点から見ると実は少しも「合理的」ではなかったりする。にもかかわらず、われわれはそういうことを「それが合理的だ」という社会に生まれているので、そもそもそうではない行為の可能性があるとあまり思わずに生きてきているわけです。そこがズレると何か、「あれ、こういうやり方もあるんじゃないの」というのが垣間見えるわけですね。垣間見えたものをまた閉じることも出来るけれども、垣間見えたほうに、とりあえず進んでみようということに進んでいく人たちもいるのです。

そういうことを考えると、地域で生活するというのは、単に同じ精神障害者が、病院の中から外に行くという話ではなくて、一つの、つまり「病人」とか「障害者」という一つの意味とか価値にとらえられてそういう関係性の中にあつた人が、そこから抜け出て「日々生活する人」になるということ。日々生きるというのは、狭い意味での医療ではない、いろいろ雑多なことから成り立っているわけです。そういう多様な文脈の中にその人を置いてみると、全然違った側面が出てくるのです。ただそれを今度はまた「福祉」というカテゴリーで括ってしまうと同じようなことが起こってしまうのですが。

**井上**：あるいは「人権」だってそうかもしれ

ない。

**松嶋**：そうですね。そういうふうになんかズレて出てくると、それがまた制度化される。あるズレや、開かれに対して名づけられたはずの「福祉」や「人権」という名のもとに、また制度化が生じる。それはある意味、不可避なプロセスなのですがね。

**井上**：答えを一つに定めず、多様な有りうる可能性に対して開いていくっていうのが多元的リアリティという考え方なので、おそらくバザーリアは若いころに現象学から学んでいるということですから、その辺の共通基盤が何かあるように思いますが。

**松嶋**：イタリアで3年ほど前に作られた映画があります。今日は社会協同組合の話はしませんでしたけれど、精神疾患を抱えた人たちの社会協同組合での実話をもとにした映画です。日本ではまだ公開されていないのですが、「やればできるさ」というタイトルなんです。「やればできるさ」なんです（ジュリオ・マンフレドニア監督「人生、ここにあり！」日本では2011年公開）。普通はやらずに出来ないと思っているわけです。でもやってみたら「あれっ、出来ちゃった」という感じになることがあります。つまり自分でも他人でもいいのですが、あるカテゴリーの範囲で見ているわけです。要は「自分はこういう人だ」と固定的に考えていて、実際にはもっと潜在的な可能性があって、違う文脈におかれてやってみたら出来ることもあるかもしれないのに最初からその可能性自体を閉ざしてしまっているということです。

**井上**：ウサギにも見えるシアヒルにも見える図という、ヴィトゲンシュタインの使うものがあるのですが、おそらくそれと同じことで、現実って本当は固定したもんじゃなくて、ちょっと違う視点から見たら全然違った装いをとって出てくるということなんじゃないかな。そういう考え方を実は、脱制度化という場合にバザーリアは活かしているのではない

かと今のお話を聞いていて思いました。そういう意味でさっき共通基盤と言ったんです。

### 13. 生きてここにあることに触れている感じ

**女性D**：イタリアの国民性はどうなんでしょう。イタリアって想像すると、何か暖かくて陽気な感じですよ。地中海地方で。

**松嶋**：いやトリエステやゴリツィアはかなり寒いですよ。

**女性D**：そうなんですか（笑）。何か国民性がこうおおらかでってイメージがあるんですけども。それゆえにこういう改革案が浸透できたとかってあるんでしょうか。

**松嶋**：イタリア人の国民性ですか。まあ、あまり一般的な話はしたくないのですけれど、そうですね、暗い人もいっぱいいますね。（笑）昔のイタリア映画をご覧になったらわかると思いますが、暗い映画が多いですよ。歴史的に言っても、南イタリアなどは常に外国人に統治されていた場所なんです。シチリアとかね。だから、客観的な状況はわりと悲惨なんです。だから、そういうときにどうしますかね。そうすると無理に明るくしようとすると、という面はあると思います。つまり、もうどうしようもない状況なのだけれど、でも生きていかざるをえないときにはどうしますかねえ。具体的なことだけを考えて、悲惨さを忘れる能力なんかも必要だと思うんですよ。そういう意味でのイタリア人の明るさみたいなものが、そこだけ切り取られて、国民性として戯画化されていったということはあると言えます。食べて、飲んで、恋をしてみたいな。

明るい暗いかというのはいちよと一概には言えないですけども、それとは別に、私がイタリアに住んでいて感じたことの一つとして、「ものがある」という感じがすごくするんですよ。あるいは、人の場合は「人がいる」という感じがとてもするんです。

井上：それは何なんでしょうね。体温ですか、それとも何か身体的な存在感。

松嶋：物でも人でもいいんですが、この物がここにあると、別にその物は何も言わないけれど、そこに存在しているという感じがすごくするんですよ。なぜかわからないですけど、古来イタリアにきた芸術家や哲学者がインスピレーションを受けるのは、地中海の光や空気の問題もあるのかもしれませんが。

井上：何かを発しているんですか、表情とか。

松嶋：いや、沈黙しているんですよ。だけど、何かプレゼンスがあるのです。人間でもあるんですよ。別に日本にはないと言っているわけではないですよ。でも何かプレゼンスが日本のほうが薄いかな、どちらかという。

おそらく、表象に媒介された外的な、つまりカテゴリーとかに媒介された関係ではなくて、「ルカ」とか「マルコ」として見る、というのは、一人の人間として対峙しているということではなくて、なにかもつとこう、生きてここにあるということに触れている感じがするんですよ。なにか人間として出会っているという感じではなくて、人間の向う側あるいは手前に何か生きものとしてそこにいるという感覚でしょうか。

女性D：それはただ単にイタリアにいたときのご自分の時間の密度が違ってことではないのですか。

松嶋：そういうことももちろんあると思うんですけども、何か「この人はこういう人だ」と思って付き合っていたのが、あるとき何でもいいですけど、一緒に飲んで長く話し込む機会があったら、その次の日からその人が自分の世界の中にプレゼンスをともなって棲み込むというようなことがありますね。そういう存在の「濃さ」のようなものをイタリアではごく日常的に感じるんですよ。

#### 14. 急性期の患者のためのベッドは総合病院に少数ある

井上：何か他にご意見はないですか。

男性D：イタリアで精神病院は無いということですが、実際のところはどうかですか。精神病と日本で言われている人たちは、どう支えられて生活しています。社会的には、相談を受ける機会ととかか。

松嶋：まず組織としては、精神保健センターが各地域にあります。でも基本的にはそこにはベッドはなく、通うんです。そこが地域における精神保健サービスのネットワークの拠点になっています。急性期の場合是一般の総合病院の中に精神科のベッドがあります。それは一つの地域に最大15ベッドです。10～20万人ぐらいの住民に対して最大15床です。そこに最長で7日間入院することができます。それを延長することも可能ですが、手続きは煩雑になっています。

あとは家から通う人もいるし、グループホームから通っている人もいます。その他にデイセンターなど様々な拠点が 있습니다。そういう地域レベルのサービスのネットワークがあります。そういう拠点は大体街中にあるので、街の中でよく見かけることになります。そんなわけで地方の中小都市ですと、一年も住んでいたら大体どういう人かわかってきます。「この時間帯に教会の前で叫んでいる人」とかです。だんだん何となくキャラというか、行動のパターンが分かってきます。例えば、カフェに入ってくると、「あ、そののそれ、それ。いやその上、いやそれじゃなくて後ろ」みたいな感じでオーダーして、それを一気に飲んで、お金を払わないで出て行ったりする(笑)。それで、ウェイトレスが「ま、いいんですよ」みたいな、そんな感じの場合もあるし、あるいはその場にいあわせたお客さんが「はい、彼の分」と言って支払ったりする光景はわりと普通にありますね。別に「精神障害者を援助をしている」という感じではなくて、

もっと当たり前な感じですよ。

**女性E**：地域精神保健センターっていうのは、例えば札幌市だったら何人の一つという形で存在しているんですか。

**松嶋**：そうですね。地区割り制は、フランスでセクター制というのがちょうど60年代からはじまって、イタリアでもその考え方を導入しています。基本的には、自分が住民登録しているところのサービスを受けるということです。たとえば旅先で調子が悪くなって、そこで急性病棟に入ったとしても、そのあと自分の住んでいるところのサービスを受けることになります。だいたい人口5万人から10万人の規模に一つ精神保健センターがあって、精神科医も心理士も看護師もソーシャルワーカーもそこにいるということですね。

## 15. 商売を一緒にやるということで 病気をカッコで括ることはできる

**女性E**：私も一度、浦河町の「べてるの家」の見学に行かせていただいたことがあるんですけど、やっぱり病院と患者が地域で働く施設とのネットワークがあるといいますか、かなり連携がよく取れているなど思ったんです。イタリアの場合もその方に合った場所をコーディネートしたりしているのですか。

**松嶋**：その人それぞれに合った治療プログラムとかりハビリテーションのプログラムをチームで作成するわけです。私たちも一昨日、浦河町に行ってきましたが、それこそ、イタリアで精神病院をなくしたことだけがクローズアップされるように、浦河の場合「べてるの家」ばかりがクローズアップされるということがありますが、実際は浦河日赤病院という総合病院の中の精神科で医師の川村さんたちが、なるべく長期に入院させないようにしているのでしょう。外に出すのを前提として病院の精神科が機能している。だから果たしている役割を考えれば、イタリアの総合病院と浦河日赤病院の精神科とは基本的に

よく似ていると思います。地域におけるネットワークの全体を見ないといけない。「べてるの家」だけ見てもわからないのではないのでしょうか。だから「べてるの家」の当事者研究だけをどこかに導入しようとしても、なかなかうまくいかないのではないのでしょうか。それはたとえば浦河が過疎の地域で、地域の住民にとってもべてるがビジネスとして意味があるとか、そういうことも含めてたとえば商売を一緒にやる、ということで病気をカッコにくくことはできますよね。人間はそんな簡単に偏見をなくしたりはできないわけですが、何かの活動を一緒に行うことで、病気をカッコにくくるということはできる。

だから何かを一緒にすると、とりあえず病気がどうかは、あまり問題とする必要がないということで、その活動に応じた横断的な関係性がつくられるわけで、それが「カッコにくく」ということの具体的な意味です。単に、主観的な構えの問題ではない。だから一緒にご飯を食べる、とかいうことでもいいのです。一緒にご飯を食べているときは、「医者」と「患者」ではなく、「一緒に食べる人」になっているわけですからね。

**井上**：他にどうでしょうね。

**松嶋**：「べてるの家」のソーシャルワーカーと話していたんですが、べてるでは「当事者研究」というのが有名になりましたが、さっきも言いましたように、イタリアの場合、当事者ということとはあまり言わないというところはかなり違うと思いますね。

**美馬**：入院について補足して言うと、サービスする側が支えることが出来ないから、最悪の選択として入院もありうるわけです。しかし、これは病気が重いからじゃないのです。関係性の問題であって、病気の重い、軽いで入院するか否かを決めるのではないとバザリアは強調します。入院している人は重いから、地域で暮らしている人は軽いから、っていうことで、重い軽いの医学的な判断がまず大

事なんだってことになりがちです。生きていくってことは病気の重症度だけで決められるわけではなくて、結局、関係性の有無という問題です。病気として重い人であってもネットワークがちゃんとしている人は、入院する必要がないし、逆に何もネットワークがなければすごい軽い病気でも、もう本当に行き場がなくて入院するしか方法がなくなっているかもしれない。

そうすると日本で言ういわゆる社会的入院とは何かということにつながります。イタリアでも、行き場がなくて入院した人はいます。でも、その人々は「オスピテ」と呼ばれていて患者ではありません。そういうことはやっぱり入院していると病気だからだとみんなが思うわけですね。オスピテはお客という意味です。つまり、病気だから、あるいは病気が重いからいるんじゃないということをはっきり言います。医療として重い、軽いという判断と、入院するかどうかは少し別の次元になる。これを言うことで、病気と入院っていうのを分けた、ってことがすごい大きかった。

松嶋：だから地域に出るのは、病気が治ったから出るというわけではないんですね。

美馬：軽くなったから出るわけでもない。

## 16. 病気自体の重さの問題ではなくて、24時間付き添える人がいるか否かの問題

松嶋：その通りです。ちなみにイタリアの場合でも強制治療の制度はあります。非常に細かく規定が決まっていますが、基本的には自傷の危険性だけです。他害要件はありません。

よく日本の精神科医の人に、例えば希死念慮が非常に強い場合はやはり隔離室に入れて監視する必要があるのではないかと聞かれましたが、イタリアの場合は隔離室もなくしてしまっただけです。急性病棟の中にも隔離室は無いんですけれども、そういう場合に

どうするかと言ったら、要は24時間誰かがそばに付き添っているわけです。当たり前前の解決法ですね。

しかし、24時間付き添うマンパワーが無ければ、入院させるしかなくなるということです。したがってそれは、病気自体の重さとか危険性の問題ではなくて、24時間付き添える人がいるか否かの問題だということです。

バザーリアがゴリツィアを辞めるきっかけになった事件があります。それは、外に出た患者さんが家に帰って奥さんを殺してしまったという事件です。精神病院長には監督責任があるので、それで殺人の共犯として訴えられたわけです。実際、バザーリアは常に複数の訴訟を抱えていました。そのような状態で仕事をしていたわけです。普通はそういうことが起きたら、「ほら、やっぱり閉じ込めておかないとダメでしょう」という方向に話がいきがちになるのですが、それでは逆戻りです。その殺害事件に関してバザーリアは最終的には無罪になるんですけど、結局ゴリツィアからは離れることを余儀なくされるわけです。その時にバザーリアが言っていたのは、「支える側のサービスが不足だったから、この問題が起こったのであって、だからそれをもっと充実させるという方向に進まなくてはいけない。したがって、やっぱり閉じ込めておこうというロジックに戻ってはならない」ということでした。

井上：関係性の有無が決定的に大事ということはわかりました。ただ「べてるの家」についてはその何か語られていないか、その周囲を含めて裏側を覗いていく視点も必要なんです。例えば、経済的のこととか労働のことなどもっと話題になっていいのではと思います。労賃の問題では「べてるの家」の人たちは時給220円で働いています。イタリアとの対比であまり語られていないけど、昨日の「遊」の講座ではイタリアでは労働問題として、賃金の問題が対象化されてくるっていう

お話をされてましたよね。そのへんのことはどうなんですか。

**女性F**：地域で暮らすといっても、「べてるの家」の人たちはやっぱり安い給料で働いてますよね。

**井上**：生活保護や障害者年金があるからそれで生活が成り立っているわけです。

**女性F**：日本では障害年金ですとか生活保護によって助けている。イタリアの場合もそういうものの助けで基本的には生活を成り立たせているのですか？

### 17. 当事者としての権利ではなく、労働者としての権利を保障するほうが先

**松嶋**：イタリアにもあります。人によって組み合わせはいろいろです。障害手当だけの人もいれば、障害手当をもらいながら働いている人もいます。人によっては、彼が住んでいるグループホームで働くスタッフより一ヶ月の収入が多かったりすることもありますね。

**女性F**：それで周囲から何か言われたりしませんか。行政とか地域の人たちからも言われないんですか。生活保護を受けているくせにとかって。

**松嶋**：生活保護ではなく、市民としての正当な社会生活をおくる上で障害があるのは、本人の側の問題ではなく、社会の側の問題だという考え方が基本にあります。したがって、正当な権利として障害手当を受け取っているわけです。

**男性E**：あと、作業療法を療法じゃなくて仕事にという話がありますね。

**松嶋**：そうですね。作業療法をなくしたんです。トリエステでは、というのは、治療の名のもとに病院内の様々な仕事をさせていたのを賃金労働に変えたからです。そうすることで労働者としての権利を保障するという形にしたわけです。先ほどもその話が少し出しましたが、病気の当事者であるということをアイ

デンティティの核にして、当事者団体をつくるということをしな。イタリアで当事者団体が無いわけではないのですが、それはわりと最近のことなのです。何しろ当事者団体ができるよりも前に社会協同組合が出来ていましたから。つまり、病気や障害の当事者としての権利ではなくて、労働者として権利を保障するというやり方をとったわけなんです。労働者というくくりだから当然、患者も看護師も同じ労働者として権利は守られることになるし、同時にそこで連帯して共闘できるというロジックですね。だから、「べてるの家」と似ているところはいろいろあるんですが、病気をアイデンティティの核にするということだけは無いんですよ。だって病気をカッコにくくるわけですから。イタリアとべてるでは、そこところはずいぶん違うという気がしますね。

**女性G**：さっき精神病院をなくしたことの意義を4つ並べていましたが、社会に出て経費がかからなくなってよかったとかということに感心しました。入院していた時の4割減くらいで済んだってすごいです。要するに病院に収容していたらお金をくうだけだけど、施設を出たら当然、この人たちが働いて生産活動に加わるんですよ。給料が高くて能力があつてというお金じゃなくても、それこそ就労してきちんと税金を払うというのはごく正しいことですよ。当然その人たちは自分達が働いたってということで、堂々とラインに立てるし、それがすごく病気の予防にもいい形に当然なっていると私は思う。社会に参加できるってことはやっぱりそのすごく効いていると思います。

**松嶋**：社会に参加するとか、社会に復帰するという言葉の方が適切なのかなどは分かりませんが、要は人々のあいだで仕事をすることによって、人々のあいだで認められていくということですね。その対価の一部として賃金収入もあるということが重要なのであつ

て、収入だけがあったとしても、それだけでは人間は生きていけないのではないのでしょうか。だからこそ、「働く」ということに関してイタリアでも60年代から70年代にかけて、ずっと問い直しがあって、そういう動きが同時代的にあったというのも大きいと思うんですね。

ちなみにイタリア共和国憲法の第一条には「イタリアは労働に基づいた民主的な共和国である」とあります。そしてその後、共和国は国民の働く権利を認めると書いてあるんですね。働くことが、義務ではなく権利だということなのです。だからこそ働くことの実実が問題になってくるわけです。

## 18. 一つの文脈で生きている人は、 プレゼンスが薄い

**井上：**ベーシックインカム議論とからみ合う論点が出てきました。さっきの労働が権利とか、基本的な所得を保障しましょうという部分、それが出てくる基盤というかイタリアの社会の基本理念の作りみたいなことと何か関係しているのかも知れないですね。

**美馬：**そこは微妙ですね。イタリアは第二次大戦でムッソリーニを処刑して、その後共和国政府の憲法制定会議がつくった憲法なので、左派的色合いが強いことは事実です。さっきの地図でわかりますが、すぐとなりはユーゴスラビアで東欧ですね。つまり、イタリアは東西冷戦の西側最前線です。共産党が主導する当時のムッソリーニを処刑したグループは、ドイツの占領軍とのパルチザン戦をしていましたから、そのまま政権を取れば、東欧の一部になっていてもおかしくないわけです。50年代には、まだそうしたパルチザンは武器を家に持っていて、いつでも武装革命を起こせるように準備していたといいますからね。そのなかで出来た憲法だったので、すごく玉虫色の解釈ができるものだったのです。いまは、「哲学者」として有名になってしまっ

たアントニオ・ネグリなども、60年代には、イタリアでの社会運動を憲法の枠内でやっていくか(つまり合法的手段)、それとも憲法を越える運動としてやっていくか(非合法的なものも含めた国家の転覆)を、非常にまじめに議論しています。

**井上：**だから、無理に雇用を作り出さなくても人間として生きていることで所得というのは基本的に保障されるべきだというその考え方はどこから来ているのかです。

**美馬：**良い意味での、つまり「現実の社会主義」とは違った意味での、社会主義的な理念をもっていることは事実です。

**井上：**日本の新自由主義的な発想とは違うみたいですね。山森亮さんのベーシックインカムについての本でイタリアに触れた部分を読んでみてもそんな印象を受けますね。

**松嶋：**それに関して思い出したのですが、バザーリアを主人公にした『ふたつめの影』という映画を撮っているシルヴァーノ・アゴスティという映画監督がいるんですが、彼が短い小説を書いています。日本語にも翻訳されていて、「誰もが幸せになる一日三時間しか働かない国」という題です。それはキルギシアという架空の国の話として、ファンタジーとして書かれているんですが、アゴスティ本人は実際に一日三時間もしくは一週間に三日しか働いていない。精神障害をもった人で一週間フルで働けない人も大勢いたわけだけども、しかしフルで働けないから、働かないで福祉のお世話になりなさいということではなくて、それぞれの働き方に応じて働けばいいということになる。しかもアゴスティが提起しているのは、障害を抱えた人だけではなく、すべての人が一日三時間以上働かない方がいいのではないかと、ということです。このことは、ワークシェアリングの問題ともつながってくるわけですが、それだけにとどまらないもつといろいろな示唆があるのではないかと思います。

例えば、スローフード運動というのもイタリアの左派の人たちが始めた運動ですが、日本に入ってくると思想性は脱落して単なるグルメという感じになってしまいます(笑)。しかしあれはもともとは左派の運動として始まっているわけです。「ファーストフード」に対する「スローフード」という言い方も、お昼ご飯を五分で食べるかわりに三時間かけて食べるという意味でのスローというのだけではなくて、つまり、一つの時間軸で早いか遅いかということではなくて、複数の多様な時間を生きるということのなかに人が生きるということの豊かさを見いだしていこうと、そういう意味での「スロー」だと思うんです。「生きる」ということのなかにあるいろいろな文脈、それが複数の多様な時間を生きるということですね。それが、一つの文脈でだけ生きている人は、どこかプレゼンスが「薄い」のではないかと思うんです、私の感覚では。

井上：さっきの濃いつて言うのはそういうことですか。

松嶋：そうですね、何か単に人間としてあるだけではなくて、何かもっと多元的なものを持っている。生き物として生きるという次元につながっている感じがするんです。

井上：フレキシブルであるということだし、それは、一つの意味とか一つの時間だけで生きてはいないということとつながってくる、そういう豊かさですね。

美馬：おあとがよろしいようで(会場：笑い)

## 19. イタリアでは、統計数字に上がってくるレベルと上がってこないレベルがある

井上：そろそろ締めなきゃいけない時間ですね。最後に何かこれだけは言っておきたいとか、ぜひ聞いておきたいということがありましたらどうぞ。

女性G：「働く」って話で一日三時間労働とか、短時間でもいいって話だったんですけど、

日本ってやはりまだ終身雇用中心の発想で転職が多いとだめっていうイメージがありますよね。だけどそこはイタリアは転職が多くても、それはもうなんでもありという感じなんじゃないですか。だからそこは逆にイタリアは自由なのかな。ちょっとそのへんも教えてもらいたいと思います。

松嶋：いや、状況は決して明るくはないんですよ。失業率も高いし。ただ、暗い状況だけど、あるいはだからこそ明るくやってみたいなところはあります。あともう一つ、これは結構重要なことなのですが、イタリアの場合は、統計の数字に上がってくるレベルと上がってこないレベルの経済があって、後者をネーロ(nero)と呼びます。「黒」という意味です。要はアンダーグラウンド・エコノミーということですが、それは別にマフィア経済とかそういうことではなくて、普通の人でも申告せずにやっている部分がかかなりあります。そのこととも関係していますが、いわゆる社会関係資本の部分の部分が厚い。ユーロになってからずいぶん変わりましたがそれでも実際に生活していると豊かな感じがするところは、統計ではちょっと分からない。逆に言うと日本は現在GDPが世界三位ですが、それなのに生きていまひとつ豊かな感じがしないのは、いわばすみずみまでサーチライトが当てられて、ほとんどが数字になっているということですよ。そういう光の当たらないところとか、厚みの部分の問題だと思います。

井上：人と人とのつながりが基本的にちゃんとあるってことですよ。

松嶋：会社への帰属がその人のアイデンティティの基本ではないのです。そうではなくて、複数の仕事を同時にしている人が結構いるんです。収入の面から言えばそれぞれは大したことはなくても、蛇口が五つあったら一つ止まっても十分にやっていけるというわけです。日本の場合、大きな蛇口が一個あってそ



れで安泰だと思ってやっていたら、急に「はい閉めます」みたいなことになって、「あとは個々でやってください」といわれるわけです。それで「それは話が違う……」みたいなことになっていると思うんですが、イタリアの場合は歴史的に概ねいつも厳しい状況だったので、支配層は右から左に話が変わるということ身をしみてよく知っているから、そのあたりが変わっても何とかやっていけるようなバッファーを作ってみなな生きているわけですね。その厚みが効いてるのであって、別にカトリックだから自殺が少ないとか、そういうことではないと思います。

## 20. 教育の問題などもイタリアの脱制 度化と考え方は同じ

井上：他によろしいでしょうか。

男性B：昨日のものも含めて何時間も聞いていて非常に面白かったです。今の時代を分析していて大事な視点だと思います。私は教員でして毎日子どもたちを見ていますが、何かあると「公務員が悪い」とか「学校の先生が悪い」と言われて、さっきの医師の方の場合と同じような立場におかれる人間なんです。バザーリアの精神病と精神病院に入れられた結果、起きていることとは分けられるのかというお話などとても刺激的でした。松嶋さんには、精神医療だけの問題じゃなく、今日一番大事だといわれた脱制度化の問題点とか日本におけるそれがあてはまるケースのことなどを一般向けにもっともっとこれから提示してくれたらうれしいなと思います。

このあいだ自分がたまたま見たNHKの番組がノルウェーでは重い刑の囚人が刑務所の中でも非常に立派なところに住んでいるということを取り上げていました。一時帰宅もさせるし、社会にすぐ出て行けるようになっていました。そういう形で囚人を開放しているのです。そういうやり方も今日のイタリアの脱制度化と考え方は同じだと思うんです。

「人権」とかじゃなくて目の前の具体的なその人をどうしようかということです。結局、再犯率は低くなった。一回犯罪を犯した人がそういう人間的に扱う対応を受けて、社会に戻ったらちゃんと適応していくという現実が描かれていたドキュメンタリーです。考え方は同じじゃないかなと思いました。松嶋さんのお話は、自分のいる学校現場を含めて、いろんな場所で閉塞状態になっているものに光が当たるような分かりやすい視点という気がするんですね。非常に示唆的でした。自分も学校現場では縛られないように頑張っているんですよ。生徒で逸脱した子がいるときにどう向き合っていけるかとかね。でも今日のお話で何かヒントをたくさんもらったような感じがしています。光を感じました。

松嶋：そうですね。それぞれの現場でみんなそれぞれやっているんだけど、やっている人たちはみんな、どうしても自分だけ孤立してやっているように思ってしまうがちなんですよ。分野が違くと、違うことをしていると考えてしまうのでしょうか。イタリアの精神医療の分野で起こったことは、確かに学校とか刑務所でもあてはまると思いますね。それぞれを違うジャンルの出来事とみるのではなくて、構造的に共通しているのだ、ということとつないでいける可能性はあるのではないかと思います。

男性B：そういうところで共闘できるんじゃないかと思う。今、労働組合も全然ダメだし、いろんなところでダメになっているものがいっぱいあるんだけど、また全然違うところで「おんなじ事やってるんだ、じゃあそこでつながっていけるんじゃないか」というのが何かすごく見えてきた。この2日間、わざわざ岩見沢から毎日通ったんですよ。自分らも組合とかやっていて、言葉が、スローガンだけがどんどん増えていって閉塞しているんですね。まったく指摘されている状況なんです。同じなんですよ。だから、たぶんそれぞ

れ皆さん聞いたそれぞれの同じ職場の状況、それぞれの自分のいる状況でもっとアクティブにいけるかもしれないと思います。そういうのが自分はこの二日間すごい勉強になったですね。これは自分だけの体験ではもったいないな、今日ここに参加した30人とか40人の体験したことをなんかもっと社会に発信していきたいなと思います。

**井上**：この記録はきちんと作るつもりですよ。

**男性E**：松嶋さんも美馬さんもご自分の研究だけじゃなくて哲学のこともよく知っておられて面白かったです。さらにもっと聞いてみ

たいところですよ。何か違う視点から学んだなという感じがして、すごく新鮮でした。感想です。これからも期待しています。

**井上**：美馬さん、松嶋さんのお二人とも非常に問題関心の幅が広いので、それでいろんな話題が出てきて知的刺激がありましたね。多元的にやられたんだと思います。それじゃあ時間がだいふ押していますから、この場はこれで終わりということにします。松嶋さん、美馬さんのお2人には長い時間、どうもありがとうございました。

**松嶋、美馬**：どうもありがとうございました。(拍手)