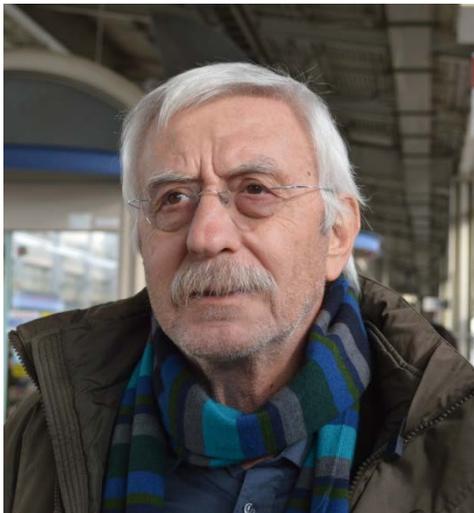


東京講演（2013年12月10日 東京・北とぴあ）

「我々の戦いに終わりはない」



ペッペ・デッラックア



マリアグラツィア・コリアティ・デツァ

伊藤：皆さん、こんにちは。伊藤順一郎です。今日は雨が降ったりして足元が覚束ない中、また、お仕事のあとで来てくださった方もたくさんいらっしゃるかと思います。大勢お集まりいただき、ありがとうございます。

それではこれから、ペッペさんと、トリエステ改革の同志で伴侶のグラツィアさんをお招きしての4つ巴対談「イタリア精神保健改革をもっと知りたい」を始めたいと思います。3時間の長丁場ですが、おそらくあっという間に時間が過ぎてしまうのではないかと思います。

ご紹介いたします。ペッペ・デッラックアさんです。医学生時代にフランコ・バザーリアの精神保健改革に共鳴され、1971年からトリエステのサン・ジョヴァンニ病院で研修医として、仕事を始められました。その後、いろいろな経緯のあとで、この春まで18年間トリエステの精神保健局長をされました。つまり、180号法ができて、そのあとのトリエステの精神保健の活動を維持するという立場におられた方です。

この春に引退されてからも、活動されています。日本でいうと医療観察法の触法患者さんの病棟ということになりますが、イタリアには6カ所の司法精神病院がありまして、これが2014年3月末で閉鎖されることが、国会で決まっています。その後は、法務省から保健省に管轄が移ります。そして、これまでの司法病院入院者の各州出身者の支援を、各州それぞれが独自に責任を負うことになっています。

この各州の対応がまちまちです。州立小型精神病院を造るのか、現行の地域精神保健サービスで支えるのか、議論が沸騰しております。ペッペさんは、もちろん、地域精神保健サービスで支えるべきだと考えておられるようです。それで、日本に来る直前まで、イタリア全土3千

キロを走破して、16都市で「地域で支えるべきだ」というキャンペーンをされたそうです。

それから、いま客席にいらっしゃるのですが、マリア＝グラツィアさんを、ご紹介します。グラツィアさんも精神科医です。ペッペさんと同じようにトリエステのサン・ジョヴァンニ病院で働き始めました。イタリア第一号の精神保健センターを立ち上げるために、バザーリアたちと一緒に活躍なさった方です。今はトリエステ市議会議員をされています。高齢者が拘束されたり、隔離されたりするということに対する反対運動もなされています。ペッペさんのおつれあいです。

それから、大熊一夫さん。ご説明することもないと思いますけれども、精神医療の改革に尽力されているジャーナリストで、いろいろな発言をされています。皆さんご存知なのは、1970年に『ルポ・精神病棟』という記事を朝日新聞に連載されたことでしょうか。最近では、『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』という本も書かれています。それから、映画『むかし Matto の町があった』の自主上映運動団体である、「180人のMattoの会」の代表です。

通訳の松嶋健さんは、京都大学の人文科学研究所の研究員をされています。文化人類学が専攻です。フィールドがイタリア精神医療ということで、イタリア語にも堪能だし、イタリアの精神保健福祉のシステムにも精通しておられる。日本の精神医療もよくご存じです。

私は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所に勤務をしております。180人のMattoの会では副代表をさせていただいています。

さて、話を始める前に、映画「むかし Matto の町があった」の3分のダイジェスト版を観ていただきます。

《映画上映》

伊藤: 映画の冒頭に出てきた、あの網の中に入れられていたマルゲリータという若い患者さんと、それからベッドに縛られていたボリスというユーゴスラビア難民の患者さんと、精神科医のフランコ・バザーリアが、主役です。この映画は、デッラックアさんが監修されました。イタリアのNHKにあたる国営放送 RAI の制作です。ペッペさんは、どんな意図で、この映画製作に関わられたのでしょうか。

ペッペ: 質問にお答えする前に、まず一言。このような機会をオーガナイズしていただいた皆さん、大熊さんとは25年のおつき合いになりますし、伊藤さん、このお二人だけではなくて、ほかの日本の友達に、まずお礼を言いたいと思います。

トリエステには多くの方が、見学に来てくださいました。そういう共有された過去の経験が、我々をここに一緒に出会わせているわけです。そこには、精神病院という前世紀の遺物であるはずのもの、しかしながら、これは遺物ではなくて、まだ現在も生きているわけですが、それに対する戦いに、こうやって皆さんがお集まりいただいていると思うのです。

こういうふうに通訳を入れながら話すのは、なかなか難しいところがあります。私は、短く話したつもりですが、それが、倍ぐらいしゃべっているような気がしました。通訳の方が訳しているうちに、自分が話したことの話を忘れてしまう始末です。最初の伊藤さんの質問はシンプルなものだったので、幸いにも忘れずに答えられると思います。なぜイタリアの国営放送が、この映画をつくることを決めたのか。答えは簡単です。

2008年というのは、精神医療改革の法律180号ができて30周年という年でした。国営放送

ですから、その記念番組をつくるというのは、自然なことだったわけです。しかし、ことは、そう単純でもなかった。扱われている問題は、精神保健です。これがどれくらい反響を呼ぶかについて、テレビのプロデューサーは、非常に懐疑的だった。問題は非常にデリケートです。難しいです。公の放送で語ると、常にそれに対するリアクションもあります。世論が2つに割れることが起こるわけです。映画をご覧になられた方は、わかると思います。ある立場に立ってつくった映画ですから、世論の片方を支持することになる。すると、その反対側の方がリアクションを起こすことが予想された。国営放送として、この映画をどの時間帯に放送するかも、最後の瞬間まで決まらなかったそうです。最終的には、日曜日と月曜日の二夜連続で夜のゴールデンタイムに放送されて、視聴率も非常によかった。

伊藤: その視聴率は21%と高かったそうですね。今、片方の立場だとおっしゃいましたが、番組を見た人々の多くはバザーリアの立場を支持していると考えていいのかなと思ったのですが、いかがですか。

ペッペ: 750万人ぐらいの視聴者が見た。でも、サッカーのゲームと違うので、全員がバザーリアのサポーターというわけではないです。精神保健のテーマということですが、同時に精神病院を閉鎖する過程が、テーマです。このイタリアで起きた経験は、対立や矛盾もあったし、いろいろと困難があった。そういう意味で、視聴者の側から精神病院閉鎖の過程についての関心というか、好奇心というものが、多分あったのだろうということが、一つ。

もう一つは、おそらく、精神病院の閉鎖というテーマが、忘れられていた出来事だったということもあると思います。多くの人がこの映画を観たからといって、その人たちが精神病院の閉鎖に同意しているということの意味するわけではない。つまり、精神病院を閉鎖することには、非常に苦痛を伴い、そして、対立を生む出来事だったわけです。つまり、そのことから、いろんな緊張が生まれるというものだったわけです。

ただ、法律ができて30年後に750万人の人がこの映画を観て、それぞれさまざまな仕方ではあるけれども、この映画の中で、精神障害を持った人たちが、社会の中で人と関係しながら生きていくという映像を見て、そのことに関して深いところでは、納得してくれたのではないかと思います。

たとえ精神病院が閉鎖されたとしても、それぞれの人が、精神障害、精神疾患に対して、自分なりのイメージ、解釈というのを持っている部分は、そのままなくならずに残るわけです。そういう精神障害に対する、多様なイメージの中で、イタリアでもっとも広くみられる二つのバージョンがあると思います。その一つは、精神障害を持った人たちは能力がなくて、理解不能な人たちで、非常に愛情を伴ったケアを必要とする人たちだというイメージです。

もう一つのバージョンは、精神障害を持っている人たちは、特別な経験を持った普通の人たちで、その社会的な中で、いろいろ必要なものがあるという人たちだというイメージです。この二つの異なったイメージの間で、たとえば、どうケアをするかということについて、意見の対立が常に起こっているわけです。精神障害の周りには、非常に強い偏見が見られるわけです。それは、たとえば精神障害者は危険である、理解不能な人たちである、何も生産することができない人たちだ、といったような偏見が非常に広く、イタリアでも見られることです。

この映画は、その状況に対して割って入ることで、他者を認め肯定する可能性というものを、

この映画の中で示していると思います(松嶋:「ペッペさんは“他者”という言い方をしました」)。

この映画をつくった監督、特に脚本家が、非常にバザーリアの本などをよく読み込んで、その思想的なバックグラウンドなども理解しながら、映画に盛り込んでいったのです。そうとはいえ、この脚本家や監督も、いろいろな偏見を持っていた。その偏見について、一緒に議論するということが、私の役割になった。そうした議論が、映画の中に反映されているわけです。

伊藤：映画の意図とか、そこに至る道筋がよくわかった気がします。ペッペさんに伺います。精神病院全盛の時代と、地域で暮らせるようになった時代とで、患者さんの暮らしがどう変わったのか、教えていただけたらと思うのですが。

ペッペ：簡単に答えられる質問ではないので、別の言い方で答えましょう。以前という形で答えるのは、ある意味、簡単です。つまり、以前はよくなかったけれども、今はいいというふうというのは簡単だけれども、そう単純ではありません。

昨日、千葉県市川のK病院の精神科病棟を見学したのだけれども、そこに入ったときに、まさに40年前に自分がトリエステの精神病院に初めて入ったときのことを思い出しました。同時に、50年前にフランコ・バザーリアがゴリツィアの精神病院に入ったときのことにも、思いをはせました。時代が離れた、この3つの精神病院に入る瞬間の経験ですけれども、そこにどんな違いがあるのでしょうか。そこには、違いはないと思います。

たとえばゴリツィアの精神病院に初めてフランコ・バザーリアが入ったときのことは、この映画の中に描かれていますけれども、そのときにバザーリアは何を見たか。おそらく閉まりっぱなしの扉を見たでしょう。あるいは、看護師が常に鍵を持ち歩いていて、頻繁にそれを開け閉めしている様子を見たでしょう。あるいは、隔離室の様子を見たでしょう。あるいは、ベッドに拘束される人々の姿を見たでしょう。でも、今日でも全く同じようなシーンを我々は目の当たりにするわけです。

当時のゴリツィアの精神病院は、400人が収容されていた。そこに足を踏み入れたバザーリアを驚かせたものは、そこには「人間」がいなかったということです。そこで、バザーリアの苦痛に満ちた問いは何だったかということ、本当にこの人々は理解不能な人たちなのか、この人たちは治癒不可能な人たちなのか、そう自分に問うたわけです。理解することができるかどうかということが、バザーリアにとって、非常に大きな問題だった。閉鎖された扉の向こう側。つまり、自分が精神科医として鍵を持って、そこを閉めることができる権力を持っている。そのときに、その扉の向こう側には、市民としての人間はいない、ということです。その閉じられた扉の向こうの、ベッドの上に拘束された人たちには、人間としての尊厳というものがなかった。つまり、そこには市民としての人間というものが存在しなかった。

こうした閉じた扉の向こう側にいる存在は、被収容者であって、個人、あるいは一人の主体として、存在しているわけではなかった。このことを理解して、初めて、扉を閉じるのではなくて、開くという選択が生まれるわけです。その扉を開けることによって、そこに市民としての人間が立ち現れるわけです。そうしたときに、その人間としてのニーズや権利というものについて、初めて考えることになるわけです。

したがって、そこから必然的に、その人たちの権利について問題にするという政治が生まれてくるわけです。あるいは、彼らのニーズというものに対して、対応するという仕事が、そこ

に生まれるわけです。たとえば、家族、住むところ、仕事場などのニーズです。

こうした開かれた扉に出会うのは、尊厳を持った人間であって、先ほどの映画のシーンであったような、空っぽの心を持った、何か人間でない存在ではないということです。そこで初めて、尊厳というものに出会うわけです。尊厳があるということは、その人には近づけないリングがあるということなのです（松嶋：「それは先ほどペッペさんが他者を認め、肯定するという言い方をしていたところですね」）。尊厳を持った人間と付き合う。つまり、そこには固有性を持った個人、名前があり、生きてきた歴史がある。その生きてきた歴史は語ることができるので、それに耳を傾けることもできる。そうして初めて、出会うということが起こりうるわけです。つまり、それまで客体化されていた存在を、主体性のある存在に変換するというのは、こういうことを意味しているわけです。

ただ、そこで問題が終わるわけではない。つまり、扉を開くということは、文字どおり扉を開くということであると同時に、比喩的な意味でも扉を開くわけです。しかし、それを開いたとしても、まだそこには精神疾患、精神障害についてのさまざまな偏見というものは、変わらずにある。それでは、どうするかということですが、我々が出会うのは、統合失調症者のジョヴァンニに出会うわけではなくて、あくまでジョヴァンニに出会うわけです。そのジョヴァンニは、彼の人生の中でいろいろ苦しい経験をした人かもしれないけれど、それは統合失調症者ではなくて、あくまでも一人のジョヴァンニです。そういう形で、病気であるということを脇に置く。

ここまでが、伊藤さんの質問に対する答えの前置きです。でも、この前置きをお聞きになった皆さんは、何が変わったのかということについて、すでに答えを持っているはずですよ。

伊藤さんの質問への答えは、それで終わりにして、ひと言つけ加えておきます。皆さんのお手元のパンフレットにある、トリエステ精神保健地図ですけれども、実はこの絵は、かなり昔の話ですけれども、トリエステを訪問した、ある一人の日本人が描いた絵なんだそうです。つまり、何が変わったかというのは、この絵のとおり、これが変わったということです。つまり、この絵の中、あるいは周りにいるのは、人間であり、市民である。彼ら、彼女らは誰もが同じように、問題を抱えているし、いろいろな苦勞があるだろうし、あるいは不幸であるかもしれないけれども、そういう人間であり、市民であるという人がいるということです。

大熊：ごめんなさい。聞き惚れて自分の出番を忘れていました。少し具体的な話に移りたいと思います。ズバリ聞きたいのですが、日本だと精神病院を廃止して地域精神保健にすると、それは今までより高くつくのだ、と多くの方が思っている。僕は、そういう意見を何度もききました。

しかし、ペッペさんに取材すると、どうもそうではない。たしか、精神病院全盛時代より37%安くなった。これは貨幣価値を補正しての話です。もちろん、病院時代はホテルコストといいますが、ベッド代と食事代も含まれての話です。昨日も伊藤さんと話したのですが、東京で、小さなアパート一部屋だと5万円くらい。外来に通ったとしても、医療費はせいぜい1万5千円くらい。食事だって、そう贅沢しなければ数万円です。今、日本の精神病院のスタンダードだと、1か月35万円くらいのコストがかかっているわけです。

このコストは、誰が負担しているかといったら、我々日本国民です。社会保険や税金で負担

していると考えていい。どうやら日本人は、精神保健で、高くて、内容の悪いものを買わされているのではないかと、私は、ずっと思い続けているのです。このコストの問題、デラックアさん、もう少し具体的に日本人にわかるように話していただけませんか。

ペッペ：できるだけ具体的に、お答えしましょう。ただ、先ほどまで私が言ったような、ある意味、具体的ではない話が、具体的な話の背後にあるということは、きちんと心に留めて、これからの話を聞いていただきたいと思います。

まず、お金や病床数などの数字の話に入っていきます。現在、日本の人口1億2千万か1億3千万です。その人口に対して、精神科の入院患者数が35万人。イタリアの人口は日本の半分ぐらいなので、普通に考えると、イタリアで精神科の入院者数は、17万~18万ぐらいいて、おかしくない。ところが、イタリアには精神病院の病床というのは、ない。つまり、簡単にいうと、この18万床分のコストがカットされているということです。もちろんこれは、精神病院のベッドの話です。

精神科の病床はなくなったとはいえ、いろいろな機能あるいは、施設がありますので、それ相応にお金はかかっています。私は、トリエステのサン・ジョヴァンニ精神病院があった時代から働いていますけれども、そのときには1200人が収容されていた。つまり、1200の病床数だった。それに対して、今日のトリエステでは、センターだの総合病院だのの精神科と思しきベッドを集めても、最大で90床です。もちろんその90は、精神病院がなくなったので、精神病院以外のところにあるベッドの数です。ただし、病院の中にあつたベッドが持っていた機能とは、全く違う機能を地域の中で担っている。

具体的にいうと、緊急の場合のものとして、総合病院の中に6つのベッドがあります。4つの地域にそれぞれ精神保健センターがあり、センターはトータルで28ベッドです。それは、休息あるいは、危機の場合に使います。町の中のケア付きの居住施設の中にあるベッドが60ぐらいです。

現在、精神医療の予算の94%が、地域で使われている。残りの6%が総合病院の中の6つのベッドにかかるコストです。精神病院があった時代の精神医療の年間トータルコストが、今のユーロの価値に換算して5500万ユーロ。それに対して、現在のこの地域でのサービスだと2000万ユーロ、半分以下ということになります。ひと言で言うと、この地域での精神保健サービスのシステムのほうが、約半分のコストだというふうにいえると思います。

コストが半減しているのに対して、利用者の数です。先ほど病院のあつた時代は、1200人が収容されていた。出たり入ったりするので、年間延べ2500人の利用者だった。現在の地域精神保健サービスの利用者は、1年で4500人です。こっちのほうが、倍近く利用者は増えている。

病院の時代は、このお金は、病床に対して使われるわけですがけれども、地域で使われる昔の半分以下の予算というのは、それぞれの人に対して、直接使われる。ここが重要です。つまり、個々の人のニーズや状況に合ったプログラムをつくり、それに対して直接お金を使っているということです。それは、慢性化した患者さんや、非常に重篤な患者さん以外の話ではなくて、そういった人に対しても全く同様に、今この瞬間から、その気になれば、そういうお金の使い方をするはずだということです。

先ほどいわれた、日本で使われているお金の使い方の問題に戻ります。昨日K病院の精神科

を訪問しました。そこに児童の精神科病棟がありました。そこにベッドが45床あって、聞くと、それぞれの子どもの平均入院日数は、200日だという。

案内してくれた精神科医が、「今、子どもたちはここに少ししかいない。それは、学校に行っているからだ」とおっしゃった。「その学校はどこにあるのですか？」と聞くと、精神科医は、「この病院の中にある院内学級です」と答えた。つまり、精神科病棟は、病床があって、院内特殊学級もそこにある。

これ、いくらにつくと思いますか。いったいそこで何が生み出されていますか。そこで生み出されているものは、何もないでしょう。唯一つあるとすれば、隔離する文化というものが、そこで生産されているわけです。そうすると、そのあと彼らがどうなるかということ、今度は、成人の精神科病棟に移るのは、目に見えています。

今日、午前中に浅草の浅草寺に行きました。そこには、修学旅行の子どもたちが何百人もわいわいやっていた。皆さん、想像していただきたいのです。この児童精神科病棟の病床と院内学級をなくして、代わりにその子どもたちが、浅草寺に行くのに誰か付き添いの人を毎日つける。それが、どれぐらいのコストになるか。想像してみてください。

具体的な例でお話ししましたが、いかがでしょうか(会場から「日本はひどいよ」の声)。

伊藤：ありがとうございます。今、隔離をすることの問題が、明確になってきていると思うのです。そこで、全く精神病院がない世界と精神病院を必要とする世界の違いを、もう少しうかがいたいのです。

たとえば、医療者の側からすると、ときに、私は自殺がしたい、死にたくて仕方がないという方、家族もうちに置いておくと心配でしょうがないというような人に、診察室で出会ったときに、医者が診断をして、入院ということを勧めることがあります。入院中には、自殺という事故が起きないように、隔離室を使うという場合もあったりするわけです。

あるいは、ある人が非常に混乱していて、近隣からも苦情が来て、警察も出動してしまったりする。本人としては、「入院なんかしたくない」と言っているけれども、そういう状況が精神症状で発生していると精神科医が判断すると、やはり強制入院を勧める。これは、今の日本においては、結構起きていることです。これをなくせたらと思うのです。が、ペッペさんが、先ほど言われたように、相手を市民としてみようとしても、スタッフは相手との関係がとれずに、不安で仕方がない。医師としても、この人とどうやって向き合えるのかといったときに、隔離や拘束などの装置を使うことが、やはり起きてきたと思うのです。そこをどうやって乗り越えていけるのか。どういうふうにとリエステでは、乗り越えていけたのか教えていただければ…

ペッペ：できるだけ簡単に、わかりやすくお答えしましょう。まず言っておきたいのは、別に私は、先ほどあげたケースに対して、こうすればいいという確かな答えを持っているわけではありません。ただ、そこでいったい何が起きているのかを、きちんと問う、ということは、できるだろうと思っているのです。

まず自殺したいという例について、お話します。私が知っているところによると、この問題は、日本では特によくみられる問題だと思います。自殺者の多さというの、やはり国家的な問題になっているのは知っています。もし自殺というのが、単に精神医学の問題だったとした

ら、精神医学は、入院させましょうというでしょう。入院させたからには、できるだけ、そこでのセキュリティを考えて、リスクのない形をとるので、病院にいたくないというのなら拘束しましょう、あるいは、非常に暴れるというのなら薬を飲ませましょう、ということになるわけです。それが、1年、2年、そして、10年と同じことを続けるわけです。

しかし、それで自殺者は増えないかもしれないけれども、減りもしません。その状態に対して、精神医療に携わっている人たちは、自問するべきだと思います。

あるいは、もう一つのやり方として、今もいろいろな国で行われていることですが、電気ショック療法があります。ただ、ひと言強く言っておきたいのは、この電気ショック療法といわれているものには、全く効果がないことが断言できます。たとえば、スウェーデンやフィンランドという北欧の国では、非常に電気ショック療法が多く使われている。スウェーデンやフィンランドの精神科医と話していると、「この電気ショック療法は、自殺を予防するのにも役に立つ」と彼らは言います。

ところが、そういったスウェーデンやフィンランドの国の自殺者数の変化と、電気ショック療法をやっていないイタリアを比べると、イタリアのほうが5分の1ぐらい少ないわけです。すいません、電気ショックは、イタリアで全くやっていないわけではなくて、年間500件ぐらいやっています。

したがって、精神医療に関わっている人たちは、どうすればいいのかということ、そこで自問すべきです。つまり、自殺したいというほど、非常に調子の悪い人を前にしてどうするか。そこで、まさに出会いの機会というものを、そこにつくり出すことが必要なわけです。この精神保健のサービス組織がやる仕事というのは、他者と出会うことを可能にするような状況をつくり出す、他者の声を聞くことを可能にするような状況をつくり出す、ということが仕事になるわけです。

たとえば、私自身が、昨日、自殺しようと思って自殺未遂をして、病院に連れて来られて、昨日我々が見たような精神科病棟に入院して、その状態を見たとしましょう。そこでは、その病棟のあり方自体が、まさに出会いの機会をつくり出すのと全く逆に、いかに距離をつくり出すかという原則によってできた空間が目の前にあるでしょう。昨日行ったところや、ほかのところでも典型的だと思いますけれども、ナースセンターのところがガラス張りになっていて、スタッフのいる空間と患者さんのいる空間が、はっきりと分断されているのを見ると、思います。つまり、病院の壁の中に、またもう一つ壁をつくるというわけです。

何が言いたいのかと言いますと、それが大病院であれ、小さな病院であれ、あるいは外来の病棟であれ、“あらかじめ指定された場所”が必要なのでは全くないということです。そうではなくて、私たちは、敷居を構築することが大事だという言い方をします。敷居というのは、自分と他者が出会うけれど、それは壁のように分断するものではない。敷居は、超えたり、こっち側にとどまったり、行ったり来たりできるという意味での敷居です。

そのことによって、私は、精神科医だから境界のこちら側において、あなたは患者だから境界の向こう側においてくださいというのではなくて、お互いが敷居を境にして、そこに関係をつくり出すことが必要なのです。

伊藤：わかりました。非常に心を揺さぶられるような深い話だと思いました。

・・・最初にお伝えしたように、もう2時間過ぎて、本当にゆっくりだけれども、言葉が皆さんにも染みわたっているのではないかなと思います。ここで、45分までお休みにしたいと思います。質問がございましたら、紙に書いて、こちらにお出してください。今のペースですので、1問か2問を採用させていただくぐらいになってしまいます。大切な問いを、皆さんと共有できたらと思います。

.....

大熊：後半の論戦を開始します。前半を聞いてつくづく思いました。これは朝から夜までの大講演会をやらないと駄目です。今ここにいただいた膨大な、本当に貴重なご質問ですけれども、この問答をこなすのは、不可能です。

じつは、もうおひとり、出番を待っているお客様がおられます。客席の、マリア＝グラツィア・コリアティ・デツツァさんです。昨日のK病院、それから市川市のいろいろな社会資源を見てのご感想を話していただきたいと思います。(拍手) グラツィアさん、どうぞ。

グラツィア：大体、難しい質問は女性に回ってくるというふうに、相場が決まっております(笑)。昨日、私も一緒に精神科病棟の見学をしました。精神科の病棟というのは、ほぼ世界中、どこを見学しても、基本的に同じです。映画の中に出てきたような古い精神病院と比べれば、非常にきれいな近代的な病棟でした。あの映画にあったような、直接的な暴力は見られません。それでも、見えない形での暴力はあると思います。

扉はすべて閉じている。白衣を着たドクターとナースが鍵を持っている。個室にはベッドに拘束された人たちがいて、それを外からのぞくのぞき窓がついている。電気ショック療法も行えるようになっていくベッドも見ました。先ほどベッペも話しましたが、ガラスで区切られたスタッフルームも、鍵で閉じられていました。

ガラスで仕切られたスタッフルームの中で、スタッフが、ずっとカルテや書類を見ている。コンピューターに向かっている。それでは、患者さんとコミュニケーションをとるような時間はなさそうに見えました。

そこは、病床をかなり減らしたという話でした。けれども、そこで行われていることというのは、まさに古典的な古い精神医療のモデルです。そのための道具である拘束用のベッドなどが、そこにはあるのです。そこでは、人間の、いわゆる尊厳や権利といったものは否定されています。

そのK病院のあと、今度は地域でACTやグループホーム、あるいはクラブハウスなどを見学しました。そこにいた皆さんは、精神障害があったとしても、生活というものを非常に楽しんでいるように見えました。

ドクター伊藤にコストの話もお聞きしたのですが、病院で必要なコストと比べて、地域で行われているサービスのコストは、やはり、かなり安くできるというお話でした。市川のような、地域で精神障害を持った人たちが暮らしていくためのサービスのネットワークづくりが、いろいろとところで行われていると聞きました。しかし、それがいろいろな困難に出合っているというのは、精神病院を残したまま、それをやるからではないでしょうか。

つまり、病院はそのまま変わらずに残して、そこでは、医学の論理で事業が行われている。そこには医学の権力というものが行使されている。外の地域で行われていることは、非常に重要なのですけれども、こうした病院が持っている医学の権力というものを切り崩す、あるいは、それにとって代わる、ということにはなっていない。

精神病院での拘束や隔離をはじめとする旧来の道具を捨てない限り、そうした医学や医師の権力というものは、ずっと残り続けます。それが残り続ける限り、患者と本当の意味での関係性をつくりあげることにはできません。そういう意味で、やはり精神病院というものに、手をつけないといけないのではないのでしょうか。

つまり、地域でのサービスを充実させるといっても、それを病院を残したままの形でやると、結局、それは負けが見えています。正反対のロジックのものが、同時に並行して行われるのであれば、結局は、地域での精神保健ネットワークづくりは敗北することになるのです。

大熊：日本の私たちには耳に痛い話でした。さて、この会場は21時30分には絶対に終わってくださいというプレッシャーがかかっております。最初で最後の1問にさせていただきます。60問の中の1問ですから、日本とトリエステの比較ができるような話を1問選ばさせていただきます。

精神病院では、新たに施設症候群が生みだされてしまう。これはよくいわれていることです。日本のように、精神病院に全面支配された国で、施設症候群の出現を立証するのは難しいです。ところがペッペさんもグラツィアさんも、精神病院の全盛時代と精神病院が全廃された時代の二つの時代を経験しておられますから、施設症候群の恐ろしさを上手に語っていただけるような気がします。この答えは、日本が抱える問題への答えになりそうな気がします。お願いします。

ペッペ：時差ボケの問題があるのですけれども、イタリアから来た私たちにとっては、まだ日中なので、当分続けることはできます（笑、拍手）。大熊さんは時間がない、時間がないと言うけれど、そのわりには答えるのに時間がかかる質問をしますね。できるだけ短く話します。

おとぎ話で答えます。バザーリアが語っていたインドのおとぎ話です。

1968年のゴリツィアの精神病院で、フィンランド人で、若くて、まつ毛を加えておりますが、美しい女性のジャーナリストが、テレビの番組のためにやってきた。そのときに、施設化とは何かというのが、テーマだった。バザーリアはそれがどういうものか、彼女に示すためにインドの寓話を話しました。

ある夏の暑い日にインドの田舎で、一人の農夫が疲れて、木の陰で休んでいた。眠ってしまった。眠っている間に一匹の蛇が彼の口からお腹の中に入った。男は目を覚ました。彼がやることなすことは、蛇が彼にやるようにしむけていた。その状態で、5年、10年と月日が経った。その間、農夫はまさに自分が蛇によって支配されているということも知らずに、蛇の言うがままに、それをまさに自分の意思や欲望であるというふうに思って、行動をしていた。

また、ある夏の日に、農夫が木の陰で眠っていると、そのお腹の中にずっといた蛇が、口から出て行った。農夫は、もちろん蛇が自分の体から出て行ったということも知らないまま、人生が続いた。けれども彼は、もはや、その蛇が彼の口の中に入る以前の彼では、なくなっていた。

今日は精神障害を持った人たちに、主体性を取り戻す、尊厳を取り戻すというお話をしたわ

けですけれども、そこで必要なことは、それは始まりに過ぎない、と考えることです。そこから一つのプロセスを立ち上げないといけないのです。

施設化つまり蛇が施設の象徴なわけですが、それは決して精神病院という場所だけで起こるわけではない。どんな場所においても、我々の誰にでも起こることです。

最後にフランスのパリの5月革命、1968年5月の5月革命の言葉を引用します。「これは始まりに過ぎない、戦いはずっと続く」。

グラツィア：ひと言いわせていただきます。あの映画を見た方は覚えておられると思いますけれども、ボリスというユーゴスラビア人が出てきます。バザーリアが、ボリスの拘束を解くシーンがあります。そのときのボリスのリアクションは、解放された喜びというものではなかった。あったのは恐れであり、不安です。どうしていいかわからないというリアクションです。つまり、それは、彼が拘束されていた長年の間に、別の振る舞い方を身につけていたからなのです。

古い精神病院の場合は、施設での暴力というものが、目に見えるあからさまな形で行使される。逆に、きれいな近代的な病院は、それは非常に隠微な形というか、隠された形で行使される。けれども、そこでは同じことが起こっている。それが施設化です。単にそこにいる被収容者だけではなくて、そこで働いている医者もナースも皆、施設化の暴力を見ている。この施設化の全面化する力というものは、内面化していく。

そういう施設化の暴力を受けると、ボリスもそうですけれども、自分が拘束を解かれて解放されたということを信じない。信じられない。おそらく彼は、自分は騙されているのであって、そこで何かすると、より厳しい罰が待っているに違いないというふうに思って、そこから動こうとしない、自分で出ていこうとしない、というわけです。

こういう形で、暴力というものが、暴力を生み出して、連鎖していくわけです。それが、精神障害の周りに起こると、この病気によって、すでにいろいろな問題、苦しみがあるにも関わらず、さらに輪をかけるように施設化の暴力の連鎖が覆いかぶさってくる。したがって、この覆いを取りはらい、病気を持っていようと、そこで生きている一人の人間に出会う、ということ私たちはする必要があります。

先ほども申したように、医師も、看護師も、同じ施設化の暴力を内面化するわけです。ただし、それは患者を救うという名のもとに施設化の暴力を身にまとう、あるいは、彼らが働いている施設の維持という名目のもとに、施設化を身につけていくのです。

映画の中で、看護師が白衣を脱ぎすてるシーンがありました。今日のダイジェストでもありました。あれは象徴的なシーンです。ボリスが病院を出て、街でアパートを借りて住みはじめます。それでも、もちろん彼の人生には問題もあるし、問題はなくなる。しかし、今までとは違ったやり方、違った道がそこに開けていく。施設症候群は、少なくとも精神病院がなくなったイタリアでは、病気の上に、さらに施設化の暴力が覆いかぶさってくるというようなことは取り除かれています。

大熊：ありがとうございました。伊藤さん、60通の非常に具体的な質問ですが、時間切れです。本日のイベントは、題名を付ければ、「精神保健を哲学的に考える」ということでしょうか。

伊藤：僕らは、データの具体的なことを聞きたいと思ってしまいますが、ペッペさんに見れば、根っこにある考え方をきちんと伝えないと、そこから先の具体的なスキルというものも、

文脈が違って使われてしまう、それは望ましいことではない。だから、その大事なところを一番伝えたいのだと、今も楽屋でおっしゃった。深く知るっていうことは、非常に大事なことです。

大熊：たしかにそうです。ただ、皆さんの具体的な疑問、質問にほとんど答えられずに終わりそう、申し訳なさが頭の4分の1ぐらいに残っております。時間は無情に迫ってきました。どうしましょう。

伊藤：今、事務局とお話しして、あと10分ぐらいは、延長が可能だそうです。そのかわり、10時には、ここを全面撤退し、全部閉じて出なくてはいけないので、お帰りは申し訳ありませんが、速やかにお願いいたします。

大熊：今日は哲学講演会と割り切ってくださいませ。(拍手)

伊藤：今日のお話を聞いて、精神病院を本当になくす必要があるのだというあたりが、自分の中で、そうだなあという思いと、もう片方で、そのことを日本の中でしていくときの、自分の覚悟だけで何かできるのだろうか、みたいな思いと、両方が、いま頭を駆け巡っています。

僕がACTをはじめ、ACTでやろうとしていることというのは、ペッペさんが語られたことと近いものがあります。ペッペさんたちにイタリアでも会い、いろいろな方々に会う中で、精神医療の中でどういうふうに関わりを持つことが、その人の人生にこちらも触れながら、その人の人生を取り戻していくことのお手伝いとしての医療や生活支援になるのかを考えてきました。ACTでは、それに近いことを、病院から外へ出ることによって、白衣を脱ぐことによって、僕らは今、行いつつあるなというふうには、片方では思うのです。

ただもう一方で、ACTに関わるスタッフもいろいろな場面に遭遇するわけで、その中には、患者さんと相対しているときに、患者さんが関係性の中で暴力的になったりして耐えられないと思うときもあるし、患者さんが自殺企図のようなことを起こして、罪悪感に苛まれるような場合もあります。周りからは時に、「なんで早く入院させないか」というプレッシャーもかかります。精神病院というものが存在している中で、僕たちがどのようにしてあることで、この人たちが市民としての生活を続けられ、それから、我々も安心してこの人たちと関わり続けられるのかという課題は、今でも目の前にあるわけです。

僕らが近いうちに作りたいのは、病棟に代わって、一時避難できるような場所、クライシスハウスと呼べるような場所です。それから、イタリアの精神保健センターの役割を担うような、多機能型の診療所です。精神医療が病棟の外へ出ることで、旧来の入院医療が持つ医療の収容所化から自由な文脈を維持し続ける、そのためのチームや拠点を、地域社会の中につなぐのあるシステムとして作っていきたいと思います。それは、グラツィアさんが言っているように、とても大変なことと言われますけれども、そのあり方は追求しつづけたいなと思いました。

大熊：あと数分だけというので、僕の独断で、本日の締めとさせていただきます。

ペッペさんとグラツィアさんにふさわしい終わり方ですよ(拍手)。今日のお二人の結論をひと言でいえば、こうなると思います。「重要なことは精神病院の閉鎖ではない。病院の閉鎖は結果なのだ。はじめに、何が大事なのか考えてくれ。批判的な思考こそが大切なのだ」というわけです。大事なものは、「なんでこの人たちは、ここにいるのだ」、「精神医療とはなんだ」という批判的問いです。「なんでこの人々に、力の行使が必要なのだ」といった、基本的な思考からはじ

めてくれ、というのが、ペッペさんのメッセージです。彼のそういう考え方が、どこにルーツがあるかを、最後に映像でお見せしましょう。

これは、1968年のパリ5月革命のビラです。先程、ペッペさんの話にもでましたね。5月革命は、ソルボンヌ大学から始まって、国民1000万人のゼネストに発展しました。それはイタリアにも伝播しましたし、日本にも全共闘運動として波及しました。ペッペさんたちのトリエステで始めた活動のルーツもここにあります。この社会変革を求める若者がトリエステに集まって、自分たちの熱い思いを成就させた。これは世界的にも珍しいことで、もしかしたら、世界で唯一の成就かもしれない、というのがペッペさんの持論です。

フランスの1968年5月革命のときの学生たちのビラを4枚、お見せします。フランス語で「我々の戦いに終わりはない」といっています。

グラツィア：目的に到達するまで、いくぞ……。

大熊：第1枚目が、それです。次は、シルエットのドゴールが「青二才、だまれ！」と言っています。ペッペさんは定年退職しましたが、まだ中身は青二才です。

それから次は、「終わりなき戦いのはじまり」でしょうか。定年退職して、まだ戦っている感じが、冒頭の3000キロ行脚でよくわかりました。それから最後の1枚、「戦いを続けるぞ」です。

という言葉で、本日の講演を終わりとします。ありがとうございました。(拍手)