

## ■バザーリア、精神医療のコペルニクスの革命

## マッシモ・マシーリ

私はマッシモ・マシーリと申します。四〇年間、精神科医をしています。イタリア精神医学の父、フランコ・バザーリア (Franco Basaglia) の指導のもと、仕事を開始しました。バザーリアは、反病院 (病院はいらないというタイプ) の精神科医であり、イタリア全土で、病院を閉じることを、鼓舞した精神科医です。トリエステで一九七八年に私は、働き始めました。バザーリアはカリスマテックな人でした。彼は、明晰な知性を持ち、病院の外で組織を作る明晰さを持っていたのです。一九七七年の九月に精神医療に取って代わるネットワークの会合<sup>(1)</sup>を開き、一九七八年にイタリアのトリエステの病院を閉じることを宣言しました。一九七八年五月一三日に、精神医療の改革の法律が成立しました。この法律には、バザーリアの病院改革の経験が生きています。この法律は、国全体で、精神病院を廃止することを決定したのです。一九七八年にバザーリアとその医療改革チームが、フランスのルールと呼ばれました。この機会に、ジャンリュック・ローランが率いているセクター<sup>(2)</sup>とバザーリアの間には、連携が生まれました。そして私は二〇一〇年から、ルールで働いています。

今日、私は、一九六七年にバザーリアが出した問い「精神医学とは何か」<sup>(3)</sup>という根本的な問いから始めたいと思います。精神科の病気に關しては、病院の実践は、中立ではありません。精神科医療が関与すると、すでに精神病の先入観とステイグマが結果として伴うのです。それは、患者が、社会的に疎外され、権利と人生のチャンスを失うことからくるのです。このようなことは、精神医学の多くの実践家には、しばしば忘れられることです。どのようにして進歩したらいいのでしょうか、未来にあるのは、それは精神医学なのでしょうか、それとも別のものの見方なのでしょうか？幸運にも、答えは、そうだ！です。

一九世紀末から少しずつ狂気を新たに見る目が生まれてきます。ジャンバプティストピッサン (Jean-Baptiste Pussin) の試みの後、フィリップ・ピネル (Philippe Pinel) がビセートル (Bicêtre) 病院で、鎖に繋がれた患者を自由にしました。狂人がは理解でき、モラルトリートメントを進められるという観点は大きな変化をもたらします。しかしミッシェル・フーコー (Michel Foucault) が言うように、医者は、父であり、裁判官である、という二面性を持ち、狂人に規範を押し付ける役割を果たしていたのです。二〇世紀のドイツではヘルマン・ジーモン (Hermann Simon) が、作業療法を用いて、患者の正常性を尊重しそれを回復することのできる人間存在として患者のことを考え始めました。さらに、ルシアン・ボナフェ (Lucien

Bonatié) とフランソワ・トスカイエス (François Tosquelles) は、サンタルバン (Saint Alban) 病院で、「制度を使った精神療法」(psychothérapie institutionnelle) を初めて生み出します。マックスウェル・ジョーンズ (Maxwell Jones) 流の精神医学、これはイギリスで、患者が病院の畝位に参加する治療共同体の体験から、精神医学を作ろうとしたと論じることが出来ます。これはもちろん、反精神医学ではありません。

しかしながら全て病院の中で行われていて、病院を外に開くことは重要ではなかったのです。ボナフェとトスカイエスの経験から、フランスは、一九六〇年代に、セクター制度 (institution du secteur) を作り、地域で暮らす市民のための治療のモデルを作りました。ここにフランスとイタリアの精神医療のつながりを見ることが出来ます。フランコ・バザリアは、セクターという考えから出発し、病院と入院によって生まれる患者の行動の慢性化をなくするという希望を持って、施設化の問題を、具体的に問うてきたのです。

バザリアは、純粹な理論的論考だけでは問題には向き合えず、問題は解決しないことを知っていたのです。(精神病理学と診断学のいくつもの深まりによって打ち立てられたアカデミックスな精神医学とは反対に) 科学的なパラダイムが変化する可能性は、実践においてこそ生まれるのです。今までと異なった精神医学の援助の姿を明らかにして広めるには、反病院の実践

(反病院であって反精神医学ではありません、不幸なことにこの二つが混同されています) を行わざるを得なかったのです。

## 五〇年経って

バザリアの「精神医学とはなにか」という冒頭の問いに戻りましょう。脱施設化が開始されてから五〇年以上経ってどのような答えがあるのでしょうか。何かそこから教えを引き出せるのでしょうか。私たちは、あらゆる実践に息を吹き込めるでしょうか。そのことを考える時、施設、制度が変化する時、冒頭から存在し、その後、段々と発展してきた新たな要素について要約して話すべきだと思います。私は六つのポイントから考えてみたいと思います。今から、一つずつ論じていきます。

## 1、病院なしで治療することができるか？それは可能だ。

今日、脱施設化が進行しているように、地域における精神保健の実践は、精神医学とは制度のアーチファクト (人口産物) に過ぎないという確信を持てることを示しています。

△1/治療に関して市民に答えを出すようになるためには、病院のような一つの場所に集中した構造があるべきではありません

せん。集中させても、予算を明確にするだけに終わります。そして逆に病院のステイスマは強まります。それこそが狂気を生みとその排除になるのです。

△2▽治療の継続は、治療の情報システムを集中管理することではないのです。

地域のサービスのユーザーは、あらゆるタイプの治療にアクセスでき、そのことで人生のコンテキストから疎遠になることではないのです。病院への隔離は、必ず排除と疎遠化の始まりを象徴的に表しているのです。

△3▽治療の質とその費用の関係からして、地域における治療は病院ほど費用が高くないのです。同じ費用がかかるなら、一週間の間休みのない切れ目のないサービスを市民に提供できるので、地域で治療する方が、医療・福祉次元で比類のないものとなります。治療の継続を一番に考えて支援が行われ、家族もまた目標を持つことができるのです。

△4▽看護、医療、医療福祉、教育の領域からなる多職種チームが地域の資源であり、地理的にも人間関係においても近しさをを用いて機能します。チームが地域にすることで精神疾患にしばしばつきまとうハレーション（まぶしい輝き）を消し去り、精神疾患は、人間らしい出来事となり、誰にでも起き得て、食い止めることができ、治療可能で、一時的なものとなります。このハレーション（まぶしい輝き）を脱神話化してこそ、精神

疾患は、了解不可能で、治療不可能で、危険であるという、ごく伝統的な先入観を取り除くことが容易になります。だから病院なしで治療することは、可能なのです。市民への治療は、簡単になりますし、どうするべきか考える際の気の使い方もよくなり、偏見も少なくなり、経費もかからなくなるのです。

## 2、医療のアプローチ、それだけでは不十分である。

地域にサービスの場を移動するだけでは、すべての問題が解決するわけではありません。患者のことを、要求を持ち、権利を保持している主体として認識する原則をスタッフが実践する時に忘れないようにしなければなりません。そうでなければ、治療の構造は、再び、収容所の雰囲気を作り出す単なる入れ物の構造となるのです。

△1▽サービスのユーザーとなった患者がその第一歩を表します。市民としてのユーザーの権利を知れば、精神保健の要求は特別に複雑であることを知ることになります。

△2▽複雑であるとは、複数の次元が一人の人において出くわすことになり、その複数の次元が同時に存在することなのです。つまり以下の通りです。

生物学的なレベルが、まず基礎にあります。人間の機械的な側面には、生物学的なレベルがいつも基本にあります。

社会的、社会関係のレベルでは、人が生まれ発達していく環境を明示（曝露）します。このレベルは、人の行動の意味を方向付け説明します。

心理学的なレベルでは、主体の人生の歴史を現にし、主体固有の伝記を作ります。それが主体を一つに保つのです。

精神医学では、生物学、精神病理学、社会・家族、経済、職業の観点が、いつも共に存在しており、お互いに影響を与えています。

△3▽主体とその障害は、人生の文脈から切り離された要素としては、観察できないものですし、把握することもできないのです。主体の苦痛と問題行動を、主体の生物学的枠組、社会・家族的枠組、伝記的枠組みに於いて、意味のある読解できるものとして、理解できるのは文脈があつてこそなのです。もう一度、言いますと、健康の道程、回復への道のりを見つけることができるのは、文脈を通してなのです。

△4▽観点が一つしかないのは、可能性を摘み、不十分なものとなります。なぜなら、精神保健に影響を与える大量の変数を無視するからです。医療的なものであろうと、精神力動的なものであろうと、福祉的なものであろうと、それぞれ一つずつのアプローチは、人間の行動を一つの観点から単純化して見る時、不十分なものとなります。

△5▽他職種チームこそが、人間の精神病理という複雑な要求

には一番に應える能力があるのです。専門が異なった人が揃うことが、精神障害に結びついた苦しみを十分に読み取ることを可能にします。主体の人生を見る異種混合の視点だけが、細かな多くのニュアンスに気づくことができるのです。そのニュアンスこそが主体の健全なあり方を回復することに寄与するので、だから、治療を、今後の方向付けを、看護を提供する前に、精神保健のサービースが、諸問題の命令していることを読み解き、諸問題の本質を説明するのです。一人の市民の直面する複雑さを考慮できた時、その市民の精神保健の必要に應えることができるに应じた分だけ一つのサービースは効果を持つのです。このように考えると、科学や技術のあらゆる知識は、健康という目的に到達するのに便利で有益な手段となります。つまり、薬物、臨床心理学、家族療法、心理社会的リハビリテーション、認知療法、ソーシャルワーク、社会医学などが落ち着いて、平静に、共存できるのです。このように考えることは、次のような結果を伴います。つまり、障害を持つ主体にも、サービースを提供する組織にも、意味があるという結果です。なぜなら、精神保健の組織を作り上げる時の様々な選択を、このような考え方が決定するからです。

### 3、地域の責任へとつながる組織の新しい論理へ

組織化に関する次元で、何らかの論理が介入するとするなら、人材と治療手段に關しての資源を病院から、未だサービスが不十分な地域へと配備することが伴うことにならざるを得ません。この新しい論理のおかげで、(病院中心の)精神衛生的な構造によるサービスは、地域の責任を保ちながら、精神保健の促進のアクションを起こす必要を持っている地域の方へ、概念においても物理的次元においても、移動していきます。

△1▽地域を組織する論理は、治療へのアクセスを最大限に容易にするサービスの実現を予告します。精神保健のサービスは、市民・ユーザーに使われる資源となります。このサービスが実現される時には、一週間休みもなく、二四時間利用可能であることがあらかじめ予定されます。治療までの待ち時間が少なく、治療の事務手続きの難しさも減ることで、治療の制度の垣根が低くなり、実りをもたらします。

そして、以下のことが可能になります。

- ・病気が激烈になる前に、有効に介入する
  - ・一次予防、二次予防、三次予防の複数のアクションを起こす
- 普通は、この組織の論理が実現されると、病院の数は減り、病院の外で患者をフォローすることが増えて行きます。

△2▽地域の精神保健サービスが、地域に責任を取ります、そして、たとえサービスが不十分な状態でも、地域市民という実体のあり方がどのようなものであるのか、その把握が目指されます。地域に根ざしたサービスこそが、市民・ユーザーが日常生活している地域での生活の精神的、社会的状況(住まいの有無、職業の有無、精神衛生のレベル、文化のレベル)を明らかにするのです。

△3▽地域の責任とは、健康の促進のためのあらゆるタイプのアクションに参画することにあります。その参画の際には、医療、医療福祉、地域の福祉のあらゆる資源と厳密に連携を取ります。地域サービスの代表者一人の善意に直結した副次的なアクションが重要なのではなく、地域サービス制度自体が義務を持っているということが重要なのです。以上の、組織論理、地域で責任を取ること、全てのユーザーの全てのレベルで付き従うという必要性と意志、それが至りつく最終的な目標は、精神保健の促進であります。その限りにおいて、治療の継続性を生み出すことができます。

### 4、治療の継続性…利用可能な資源とフレキシブルな組織の創設

二四時間利用可能なサービスを持つことが、治療の継続を保

証するために必要なあらゆる道具を現場に揃えることになりま  
す。特に強調するべきは以下の点です。

- ・市民は、必要ならば、いつでもサービスを受けられる
- ・早い対応が、合理的な信用を生み、十分に早い反応を生むの  
で、有益な効果をもたらす

特に精神病のケースでは、病気である事を否定し、治療の必  
要を否定することに著しい特徴があります。このような状況に  
おいても、早く治療へアクセスし治療の同盟を組めるようにす  
るには、以上の二つの要素が、どうしても必要なものとなりま  
す。治療者が患者の後を追いかけるのであり、その逆ではない  
のです。アクションは医療と、医療福祉と、福祉の間で閉鎖区  
間を作ってはならないのです。精神保健は、あらゆる領域を横  
切り、あらゆる領域に関わり、時間と空間において、入院と退  
院の間の人工的な限界を置くことはできないのです。入って出  
て行くような場所（すなわち病院）がないからこそ、地域にお  
ける治療は、ユーザーの必要性に応じて、弱められたり強くな  
ったりするのです。プロジェクト通り、あるいは必要に応じて、  
治療チームは移動できます。治療とフォローの時間は、人の必  
要性に応じて、短くなったり長くなったりします（それも個人  
治療のプロジェクトの持つ構造がどのようなものであるか、ど  
のように進展にするか、によるのです）。治療は、ユーザーの  
必要性に従ったものであり、治療を行う施設が持つ限界と関わ

ることはないのです。フォローは、患者の生活の場においては  
アクティブで強いものとなります。治療チームは、患者が病氣  
で亡くなる状態に達することを期待しているのではなく、患者が  
病氣について知ること、予防行為を自分で計画することがで  
きることを期待しています。治療の継続を計画して行動するこ  
とは、治療者の文化を完全に変えてしまいます。待つという今ま  
での姿勢は何も満足な結果を生まないのです。もっとも重い病  
気にかかった患者が来るのを待っていたら、それはもはや手遅  
れであるのです。

## 5、資格を与える／リハビリテーション…精神保健と

### 社会心理的包摂

△1▽病気になった主体と社会と家族と環境の間に新しい共鳴  
を作り出すことをあらゆるタイプの治療は目指すべきです。精  
神医学の治療に用いられる様々な治療技術（個人、人間の関係  
性、社会と家族の関係性、社会心理）は、その時、機能します  
お互いの成功に対してお互いがポジティブな相互作用をして動  
くのです。

△2▽社会への包摂を目指す活動が、言葉の真の意味で高い治  
療機能を持ちます。社会心理的リハビリテーションの仕事は、  
純粋な会話として認識することはできません。もし純粋な会話



というなら、それはまさに、心の苦しみの無限の時間を被うという意味においての会話のことになるのです。すなわち無限に苦めることになります。

△3▽主体の能力を向上させる治療の道においては、主体の現実的な能力のレベルを把握するべきでし、そのことで治療は意味を与えられるべきなのです。主体と（共存在とドイツの精神科医たちが言う意味で）共同世界の間に病気の原因があるので。その原因のせいで突然切れてしまったつながりを、回復することを目指した具体的な行為を実践することが重要なのです。

△4▽日常の世界で社会の日常生活を生きていくための社会化の能力、すなわちソーシャルスキルやコーピングスキルという日常生活を生きていく能力に関する治療の道のは、最も単純な活動から出発するべきです。仕事の世界での能動的な活動（すなわち職業訓練）においてこそ、社会的包摂を助ける道のりに到達できます。

△5▽精神保健のサービスは、地域の連携の力、文化の力、生産の力と同伴しながら、市民・ユーザーが社会包摂される世話ができるように、治療の道具を用意しています。このことで精神病院の狭い境界を超えて、病院の外の多くの治療資源を同じ水準で統合できるのです。この文脈でなら、精神医学は、その効果を保証することができ、その限界を知ることができ、他の方法とパートナーになることができます。精神医学の役割は、

全体像を明確に保つことなのです。そして、共有された意味の次元へと、この全体像を接続します。つまり、市民・ユーザーに、治療者に、社会に存在する他の関与者に、同じように知られた意味の次元にこの全体像を接続することになるでしょう。

## 6、ユーザー、中心人物、リハビリの価値（リカバリー）

病人になったその瞬間に、その人の話しの価値が全くなくなる時代があったのです。精神医学が接触した瞬間に、主体は対象になってしまふのです。社会的な力を失い、たいていの場合、あらゆる権利の決定的喪失を死ぬまで味合うことになります。今日、いまだに、先入観が存在しています。それは、精神疾患にかかったものは下り坂にいるから坂を登ることができない、リハビリすることができないということに関わっています。しかし、ここ二〇年の、ユーザー運動は、ユーザーの活動とリハビリが現実的に可能であるという能力により、これまでの昔のシナリオを大きく書き換えました。地球上の多くの国で発生した精神保健のユーザー運動は、市民・ユーザーの役割が、伝統的な精神医学の古いものの見方を変えることができる、ということを示しました。臨床上の信じられていること多くは、精神病を病院で観察して、精神病院のアーチファクト（人工産物）によってバイアスがかかった観察をしてきたことから生まれた

ものに過ぎないのです。

△1▽ユーザは今日では、活動的な主役であり、精神医学の学問分野の知識に本質的に寄与しています。

△2▽精神医学の客観的な知識は、ユーザの経験が持つ主観的な知識を把握することが必然となります。ユーザの経験は、病気を通して出てくるものであって、自ら回復する可能性のあるものです。

△3▽リカバリーはもはやユートピアではないのです。

ユーザは精神保健の質を向上させる資源です。サービスを受けて回復したその経験を直接に証言することで、リカバリーという概念を治療者の視点がふくむことを不可避にさせます。このことを受け止めるために精神医学はモードを変える努力をしなければなりません。

△4▽ピアヘルパーは今日では、一つの現実であるのです。

ユーザは精神保健チームに入って新たな仕事を持てます。ユーザがもともと病気のプロであること（専門家としての能力があること）、ユーザが回復の途上で獲得したことに価値があること、そのことが（カナダ、オーストリア、イタリアのようにフランスでも）多くの国で発展している新しい仕事の門戸を開きました。二〇一一年には、WHOは、ICD10の精神医療項目の改変を予告しましたが、精神医学の専門家のだけで

なく、ユーザやピアヘルパーもそれについて考えることになっています。これはユーザの役割が大きく変わった証拠です。

では、結論に代えて

すべてうまくいったでしょうか。精神医学は行くべき道を見つけたでしょうか。不幸なことに答えは、いいえ！です。まだまだ病院での治療や、古いタイプの介入が実際に世界中で行われています。医学のものの見方を選び優先する傾向はいつもあります。ユーザは権利も言葉も持たない本当の患者とみなされます。社会的包摂を目指した活動はまだ副次的な価値しかありません。

では精神疾患にかかった人のリカバリーは不可能でしょうか。幸運なことに、今度は、答えは、いいえ！です。

精神医学の「コペルニクスの革命」はまだ途中なのです。しかし、五〇年間、病院の組織や精神医学の制度を変革して、ビジョンは明確になっています。自由と真の民主主義が重要なのです。それはまだ完成していません。あらゆる次元で多くの抵抗があります。しかし、道を作り出すことが重要なのです。この革命の原理が、あらゆる国でインスピレーションの源泉となり、また文化、社会、経済の様々な文脈で、具体的な制度の改革を起こすことを可能にします。



バザリアが言ったように、私たちが持っているただ一つの力、それは実践的に具体的に、「それは可能だ」と示すことなのです。だから、それぞれの人が、実現したいことを選択することこそが重要なのです。

# △質疑応答▽

質問1 日本の福祉職の給料が安すぎます。人を大切にする仕事が大切にされていません。フランスやイタリアはどうですか？マシーリ 二〇万円ぐらいでしょう。他の職業とほぼ同じだと思います。

質問2 インスチチューション・institution という言葉が、否定的に用いられている理由は？フランスには、インスチチューションをもっと積極的な意味で使う人もいるはずでは？<sup>(1)</sup>マシーリ アンチインスチチューションとあえて言う必要があるのは、バザリアから学んだのです。いわゆるフランスの文脈を崩すことにはなると思います。

## 訳注

(1) セクターとは、六万七千人の住民を一区画で受け持つシステムであると考えてよい。多賀茂・三協康生編『医療環境を変えるー制度を使った精神療法の思想と実践』京都大学学術出版会を参照の

こと。また国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部「改革ビジョン研究事務局のホームページ [http://www.ncnp.go.jp/ninh/keikaku/vision/overseas\\_fr.html](http://www.ncnp.go.jp/ninh/keikaku/vision/overseas_fr.html)」を参照のこと。現在は、社会福祉法人恵友会副理事長である、菅原道哉医師の情報提供によるものである。以下その情報を掲載する。

「フランスではセクトゥール制という精神医療体制が整備されています（訳者註：フランス独特の公的精神医療・福祉サーヴィス体制である。地域で生活する住民すべての精神医療・福祉ニーズに対応するために人口地理学的地域を設定した。この中で精神医療・福祉サーヴィスに必要な体制が組織化されている。入院外の継続治療、予防、発症の早期発見、最後に入院治療を目的としたフランス独自の制度が開発された。セクトゥール制とよばれている）。全国に八二九の成人精神医療セクトゥールと三二〇の小児・児童精神医療セクトゥールがあります。それぞれのセクトゥールには少なくとも一ヶ所の Centre Médico-Psychologique (CMP : 医学心理センター) 、hôpital de jour (日間病院、デイケア) 、appartement thérapeutique (治療のアパート) 、Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP : 時間限定治療センター) などを備えています。セクトゥール制に所属する公的精神病床数は、六一、五〇〇床でここに六、六〇〇人の精神科医が配置されています。個人病院には一〇、〇〇〇床、法人組織に三、〇〇〇床の入院病床があります。」

(2) 一九七五年一月にベルギーのブリッセルで生まれた運動体のこと。

この後、一九七六年にパリで開催される。その後、トリエステで開催されたと予想できる。ヨーロッパ各国の代表三人のうち、二人が、国際的な情報交換や精神病への抑圧に対して闘いを行うこと、地域での支援の実現のために動くことが必要となる。ベルギーの代表が、次回開催までの代表となる。この運動体には、バザリア夫妻やフェリックス・ガタリ、モニー・エルカーム、デビット・クーパー、ロベール・カステルなどが参加している。Réseau-Alternative à la psychiatrie. Money Elkaim, Union générale d'édition 1977 を参照のこと。ミケーレザ・ネッティ・フランシスコ・バルミジャーニ：著鈴木鉄忠＋大内紀彦 訳『精神病院のない社会をめざして バザリア伝』・岩波書店、二〇一六年 一五一一五六頁「レゾーとは何だったのか」には、現実を見据えるバザリアとフランスの社会の開放を急ぐアウトノミア運動の差異が明確にされている。

- (3) これは次の本のことを指す。Franco Basaglia 著 Che cos'è la psichiatria? Einaudi. 1967. この本で、バザリアは、病院の中で、いくらヒューマニズムを鼓舞しても、結局、良い患者を生み出すだけだと書いている。そのようなヒューマニズムを、現象学的還元することすらバザリアは勧めていると思われる。Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio 著 Franco Basaglia のフランス語訳 (翻訳 Patricque Faugeras, Edition érès 2005) 一二四頁を参照のこと。またミケーレザ・ネッティ・フランシスコ・バルミジャーニ：著鈴木鉄忠＋大内紀彦 訳『精神病院のない社会をめざしてバ

ザリア伝』二〇三頁・岩波書店、二〇一六年を参照のこと。松嶋健著・『プシコナウティカ』一一九頁、世界思想社、二〇一四年を参照のこと。

#### (4)

岡田敬司著「フランスの制度分析運動もう一つの“主管主義”社会学か」『教育社会学研究四三集、一二三―一二五頁、一九八八年、を参照のこと。institution という言葉には、集まりや規則を設立する行為が制度と呼ばれている側面と、規則、社会機構は設定されたものを意味する。ラテン語では、むしろ前者が本来のものであったことが岡田により明確に示されている。そのようなニュアンスを institution という言葉に一切見ないでおくという決意が、トリエステや東リールセクターではあるとしか言いようがない。institution という言葉が積極的な意味を持つのか否定されるべきなのかはフランスでは全く決着を見ていない。なお逆に institution という言葉に複層性を見てラボルド病院を運営し治療にあたった精神科医がジャン・ウリ (Jean-Uri) である。その論考、講演の訳が日本語になっている。『精神医学と制度精神療法』三協康生監訳、廣瀬浩司翻訳、原和之翻訳 春秋社 二〇一六年

(精神科医／リール精神保健の研究、人材育成センター所員)  
(通訳および翻訳 三協康生)