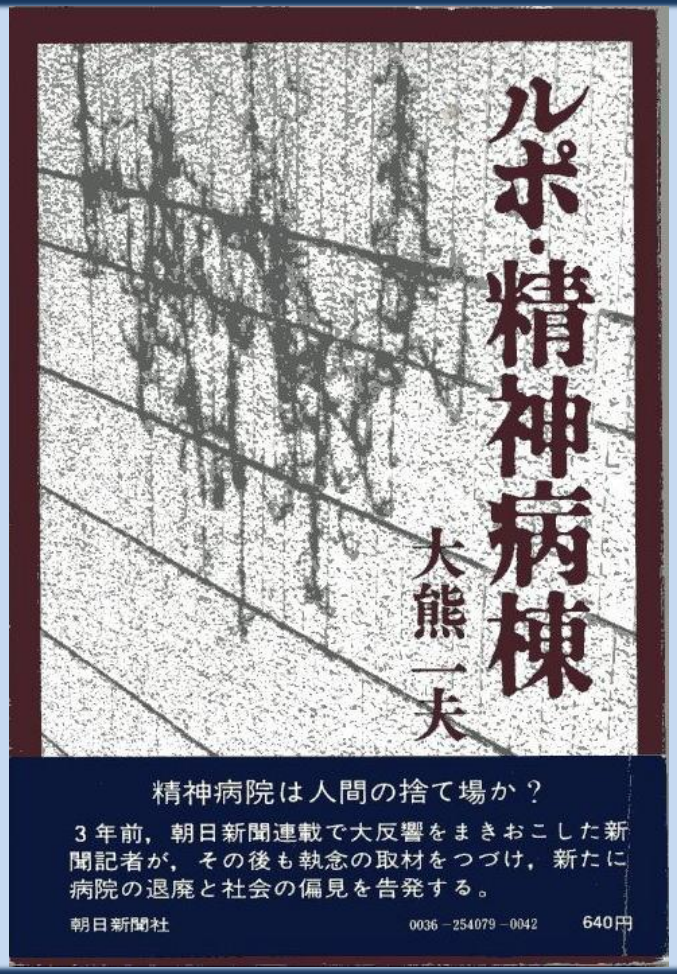
精神病院のない社会

大熊一夫

私の人生を変えたこの一冊！



単行本：1973年

記事：1970年

1970年
都内某精神病院の
『不潔部屋』

2 級 市 民

精神病院の住民は“現代の奴隷”だった

日本国憲法第18条

何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。又、犯罪に因る処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない。

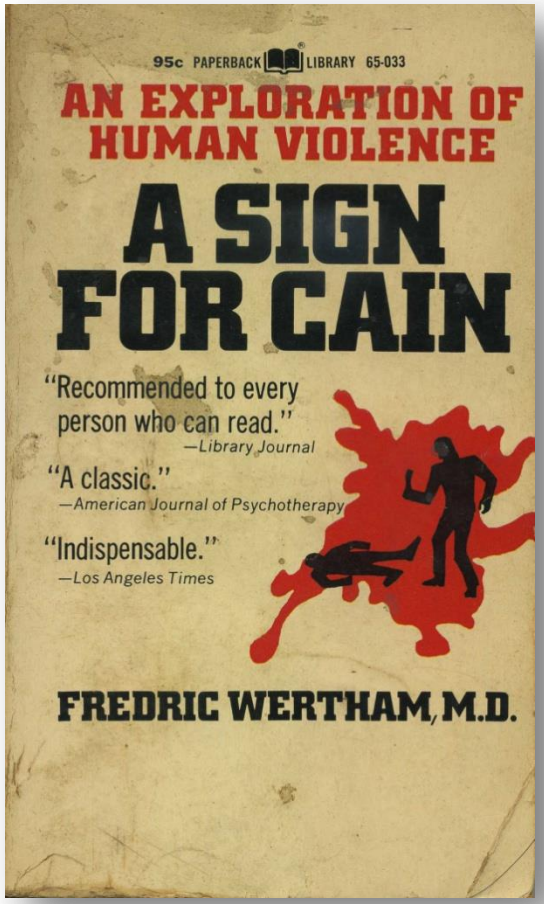
1970年
都内某精神病院の
『不潔部屋』

なぜならば、彼らは生殺与奪の権を握られていた

今も、この傾向は完全には払拭されていない

当時の私に影響を与えたこの一冊『カインの印』

ルポ・精神病棟を執筆中
故小林司医師が
「ぜひ読みなさい」
と勧めてくれた名著



フレデリック・ウェルサム（ドイツ生まれのアメリカ人）著

ナチスのプロパガンダ

【今あなたが支えている遺伝病患者は60歳になるまでに5万ライヒスマルクもかかるのですよ】

ハダマール精神病院

「生きるに値しない生命」の抹殺

1939年に始まり1945年まで続いた。

アウシュビッツ・ヴィルケナウ絶滅収容所の引き込み線風景

アウシュビッツ・ヴィルケナウ絶滅収容所の3段ベッド

アウシュビッツ・ヴィルケナウ絶滅収容所のトイレ

アウシュビッツ絶滅収容所から生還した
イタリア系ユダヤ人プリモ・レーヴィの言葉

「決められた、切迫した時間に、目の前に次の番を待つものがいる状況で、巨大な集団便所に慣れるのは簡単ではなかったし、苦痛であった」

『溺れるものと救われるもの』（朝日新聞社）より

フランス革命の導火線となった
近代デモクラシーの先駆者ジャンジャック・ルソー

ドレイは彼らの鎖のなかで全てを失ってしまう、
そこからのがれたいという欲望までも。

『社会契約論』（岩波文庫）より

ノーマライゼーションの原理

☆ どんなに知的なハンディキャップが重くても、
人は街の中のふつうの家で
ふつうの暮らしを味わう「権利」があり、
社会はその権利を実現する「責任」がある。
1959年法（デンマーク　N・E・バンクミケルセン）

☆ ノーマライゼーション－８つの原理
（スウェーデン　ベンクト・ニイリエ1969＋1995ゆき）
どんなに障害や病気が重くても、年をとっても、死が間近に迫っていても、ひとは、
1．一日のふつうのリズムを味わう権利を保障される
2．一週間のふつうのリズムを味わう権利を保障される
3．一年のふつうのリズムを味わう権利を保障される
4．一生のふつうの経験を味わう権利を保障される
5．男女両性の世界で暮らす権利を保障される
6．ふつうの居住水準で暮らす権利を保障される
7．ふつうの経済水準を保障される
8．自己決定と「尊厳」を尊重される

この原理で日本の精神病院を眺めてみよう

牧畜業者 考

武見太郎の牧畜業者発言

- 1960年（昭和35年）１１月２１日
- 大分県医師会館での放談
- 大分日日新聞の高浦記者ら二人が聞く

武見太郎の牧畜業者発言（つづき）

- 1964年（昭和39年）１１月２５日
- 別府市で開かれた第３回全国自治体病院学会シンポ「公立精神病院は如何にあるべきか」で高浦記者が武見牧畜発言を紹介
- 日本精神神経学会機関紙の1970年１月号がこれを引用して有名になる

日本精神神経学会「精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える」（1970年１月２５日号）に武見牧畜発言登場

なぜ【牧畜業者】なのか？

- ベッドコントロール（業界用語）
- 退院調整（業界用語）
- 固定資産
- 永久下宿（これまでは統合失調症の永久下宿。これからは認知症の永久下宿。）
- 欲張り村の村長　（武見談）

１９６０年には欧米で脱精神病院運動が始まっている
１９６１年イタリアの精神保健改革も始まった

悪ければ監獄、よくて軍隊または修道院

みなさんは
こんな病棟に
本当に入りたいのか？

大阪精神医療人権センター（http://www.psy-jinken-osaka.org/）をチェックしよう

厚生労働省ロードマップより

精神医療福祉の関係費用

医療※1 1兆8281億円	：	福祉※2 389億円	= 97.9%：2.1%
入院※1 1兆3699億円 ＋ 施設※2 331億円	：	外来※1 4582億円 ＋ 在宅※2 58億円	= 75.1%：24.9%

＜出典＞
※1　平成15年度「国民医療費」
※2　平成15年度国庫補助額から推計

「イタリアが精神病院を廃絶するらしい」という情報を初めて日本に伝えた書

1985年出版　訳者:半田文穂

この私も1986年までは精神病院病にかかっていた

日本人は

精神病院病

（精神病院に依存しすぎる病気）

だったと気がついた！！

実は精神病院よりもっと優れたシステムがある

1960年代に注目！

- １９５０年代の後半、「精神病院は本当の治療の場にはなりえない」と、欧米の精神科医自身が言い始めた。
- 英国の著名な精神病院長マクスウエル・ジョーンズが治療共同体を始めた。
- アメリカを代表する精神科医たちが、州立精神病院に見切りをつけ、米政府は州立精神病院について膨大な調査報告書を出した。（当時の州立病院の様子は映画『カッコーの巣の上で』を見よ！）。

1960年代に注目！

- １９６３年２月、ケネディー大統領は「精神病と精神遅滞について」議会に向けて特別演説を行い、精神病院政策の失敗を認めて、地域精神保健の時代到来を宣言した。
- 1960年代になると、先進各国はこぞって精神病院のベッドを減らし、地域サービスシステムに切り替え始めた。

1960年代に注目！

- イタリアでは、フランコ・バサーリアが1961年にゴリツィア県立病院の院長に就任。彼は、就任前に英国を訪れて、マクスウェル・ジョーンズの治療共同体を勉強している。
- 彼は、病院長に赴任した時から、病院を「死臭のする解剖室みたいだ」と言い、「ケダモノ扱いされてきた人を人間回復させるにはどうしたらいいんだ」と悩んだ。彼は就任した時から精神病院をぶっ壊すつもりだった。

1960年代に注目！

- 日本は、１９６０年（昭和３５年７月）に医療金融公庫を設立し、精神病院の大増設を始めた。以後、毎年1万床以上づつ増やしていった。
- 日本の精神科医が世界の精神保健情勢を知らなかったはずはない。たとえば、「甘えの構造」の土居健郎東大教授は１９６４年にロンドンで開かれた社会精神医学の国際会議に出席し、日本医事新報に駄文を寄せている。

1986年

トリエステの街

旧サン・ジョヴァンニ精神病院

かつての病棟　いま幼稚園

（1986年撮影）

旧サン・ジョヴァンニ精神病院
院長邸宅

中はオスピテの共同住居に

街の中のグループホーム

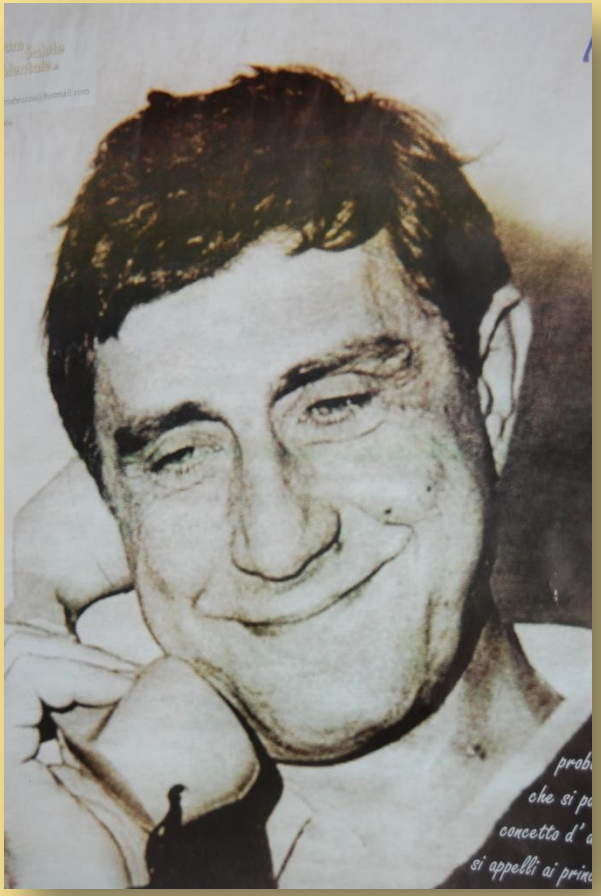
グループホームの窓辺にて

イタリアの精神保健改革の父　フランコ・バザーリア
1980年没

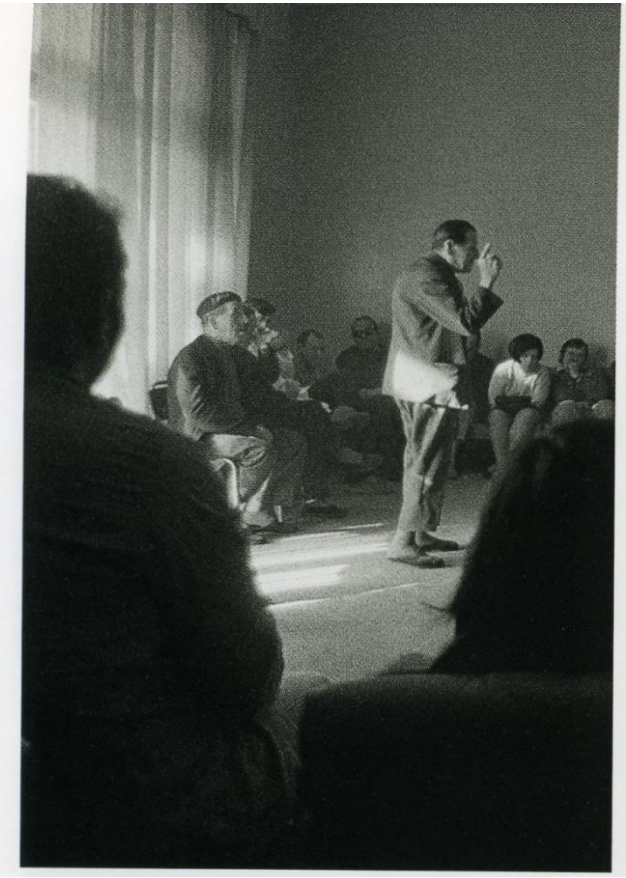
多くの精神科医が、重い統合失調症の患者を病院に入れて、「完治してない」といっては入れっぱなしにする。ところが、病院の外で生活するには、なにも完治する必要はない。

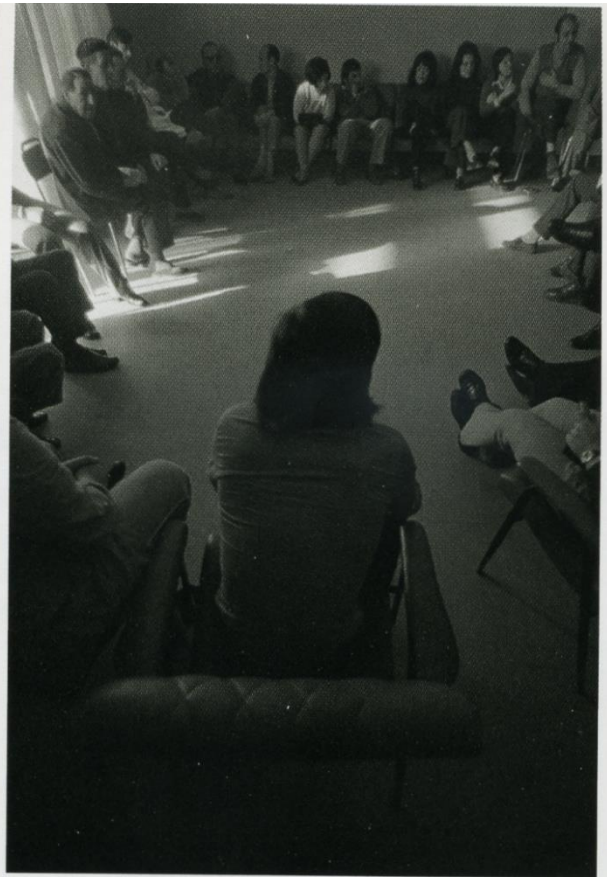
患者は専門家の支援のもとで自分の狂気と共存できるのだ。

精神科医の変革を待っていたって何も変わらない。今は、大きな文化運動を起こして、精神科医が変わらざるを得ない状況をつくることこそが大事なのだ。



Assenblea(集会)





Trieste・サンジョヴァンニ病院 1972年

撮影: Claudio Ernè (写真集Violaより)

Assenblea(集会)

Arezzoのマニコミオ　1974年

1971年から78年までの歴史的な実践

１．あるまとまった数の患者を退院させ、それに見合う職員も一緒に出して、拠点としての地域精神保健センターをつくった。
２．このセンターは、当初から２４時間オープン年中無休だった。
３．最終的に7カ所のセンターが出来て、病院はほぼ空になった。

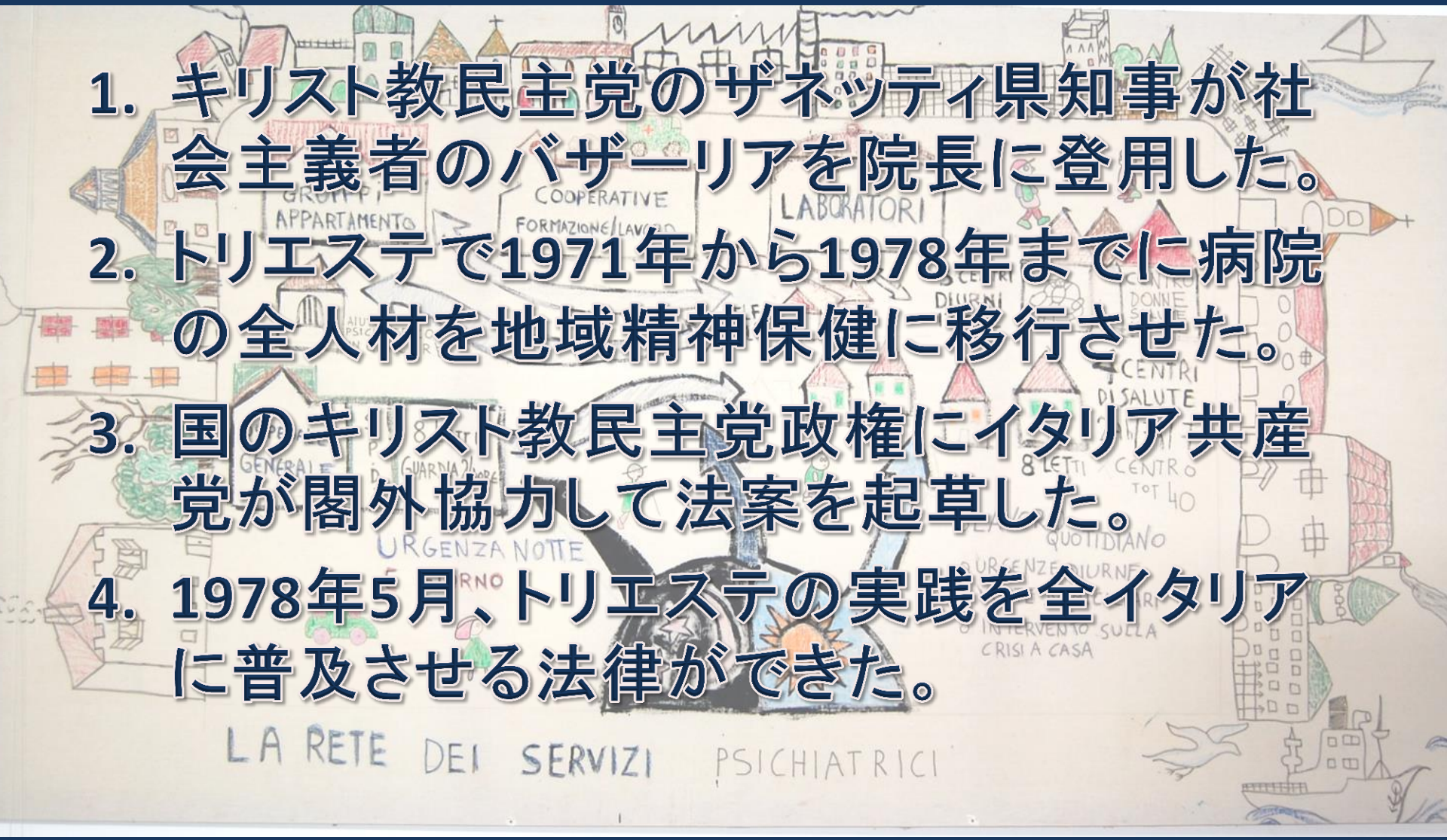
（１９６８年の精神衛生法改正で「自由入院」と「地域精神保健センター設置」が可能になった。バザーリアはこれを忠実に実行した）

４．1973年、作業療法が廃止され、院内作業は賃労働になった。

Trieste・サンジョヴァンニ病院にて

1970年代のイタリアに起きた4つの奇跡

1. キリスト教民主党のザネッティ県知事が社会主義者のバザーリアを院長に登用した。
2. トリエステで1971年から1978年までに病院の全人材を地域精神保健に移行させた。
3. 国のキリスト教民主党政権にイタリア共産党が閣外協力して法案を起草した。
4. 1978年5月、トリエステの実践を全イタリアに普及させる法律ができた。



180号法の三本柱その1

精神病院を新しく造ることは禁止。すでにある精神病院に新たに入院させることも禁止。1980年末以降は再入院も禁止。

1

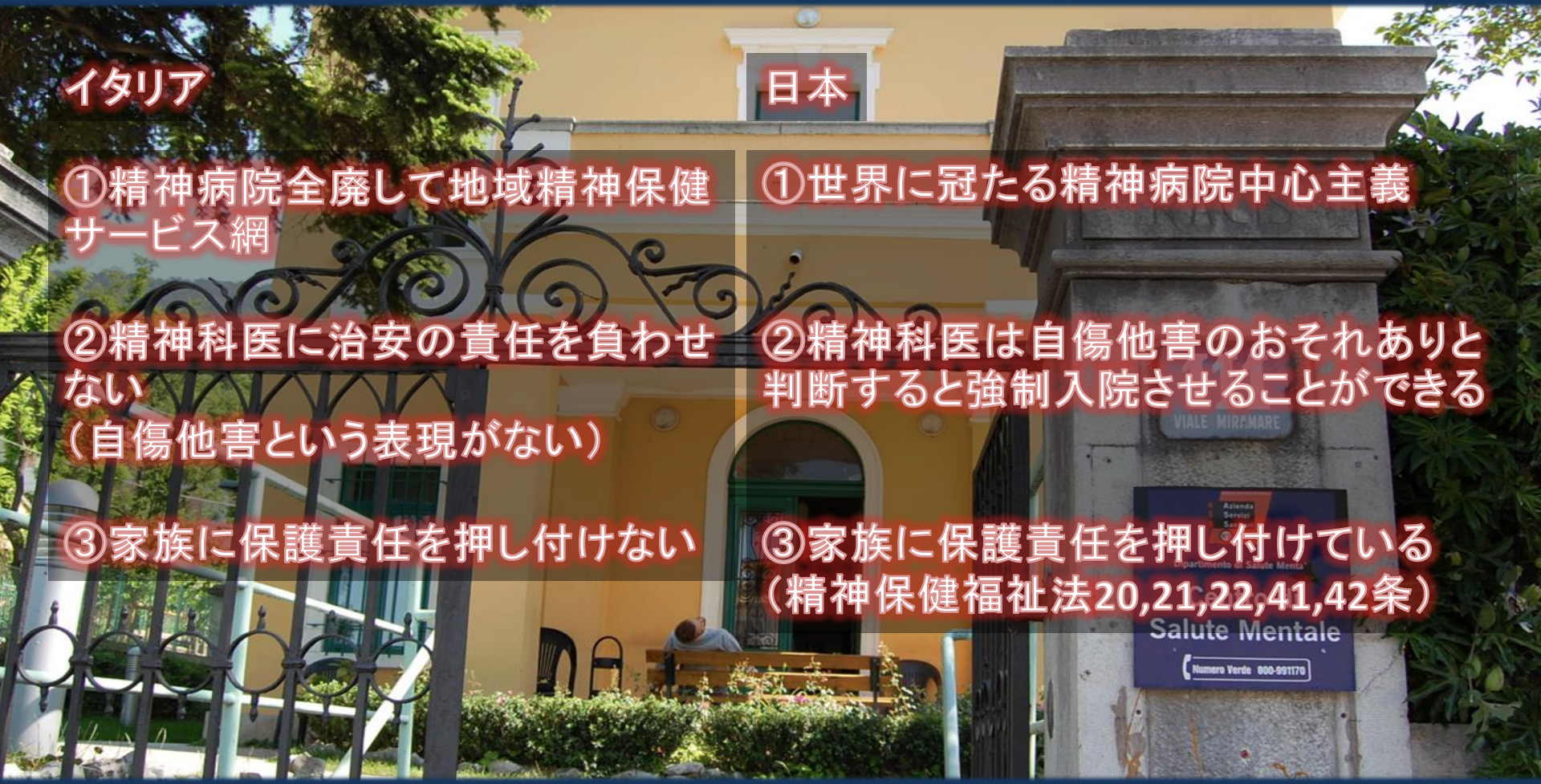
予防、治療、リハビリは、地域精神保健サービス機関で行う。やむを得ない入院のために、一般総合病院内に精神科ベッドを15床を限度に設置することができる。このベッドは、人事も予算も地域精神保健サービス機関（通常は地域精神保健センター）の管理下におかれる。センター中心の治療が巧くいかないときにのみ、総合病院のベッドは使われる。

2

180号法の三本柱その2

治療は当人の自由意思のもとで行われる。しかし、緊急に介入しなければならない時、あるいは必要な治療を拒まれた時には強制治療はありうる。この場合、二人の医師が別個に必要ありとの判断が必要。その一人は、地域精神保健サービス機関で働く医師でなければならない。強制治療の場所は地域精神保健サービス機関で。市長または市長が任命する保健担当長の承諾も必要。強制期間は7日間。延長が必要なら、改めて同じ手続きを踏む。（つまり強制治療には厳しい歯止めがかけられた。私立病院には強制治療を許していない）

イタリアの180号法と日本の精神保健福祉法の違い



イタリア	日本
①精神病院全廃して地域精神保健サービス網	①世界に冠たる精神病院中心主義
②精神科医に治安の責任を負わせない （自傷他害という表現がない）	②精神科医は自傷他害のおそれありと判断すると強制入院させることができる
③家族に保護責任を押し付けない	③家族に保護責任を押し付けている （精神保健福祉法20,21,22,41,42条）

民家を使ったトリエステ・バルコーラ精神保健センター

180号法（バザーリア法）の特徴

１．法律は「病状確認と保健医療措置は自発的意思によるものとする」で始まる。診療では『当事者の自発性』が最も大事とされている。
２．日本の精神保健福祉法に強調されるような、「自傷他害の疑いで強制入院させることのできる精神科医の権限」も180号法にはない。同法は、精神科医を治安の責務から解放したのだ。
３．強制治療はなくなったわけではないが、面倒な手続きが課されて実施しにくくなった。
４．精神病院をやめて、代わりに地域精神保健サービスを推進し、旧病院の人材をそっくり地域に移すように、と促している。
５．日本のように、家族に保護責任を押し付ける表現はない。

イタリアは本当に変わった

欧州最古最大の精神病院（1998年消滅）

最重度精神病の人々の医療付き住宅

精神病院廃止の象徴　ジョゼッピーナ

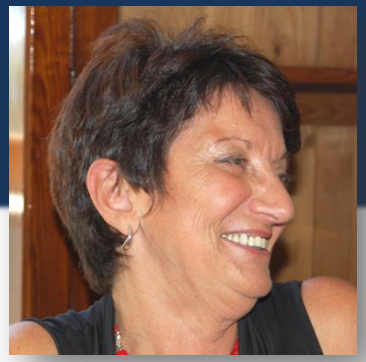
MANICOMIO DELLA PROVINCIA

250万都市ローマは5つの精神保健区に分けられた

その一つ
ローマ E地区（約53万人）の精神保健サービス（2008.12）

◇精神保健センター8ヵ所、年間利用者7260人
◇総合病院精神科2ヵ所、30床
◇デイセンター6ヵ所、年間利用者516人
◇ 24時間ケアの治療リハビリ住居（治療共同体）6棟、81人
◇ 12時間ケアのリハビリ住居6棟、56人
◇個人住居へのケア援助利用者43人
◇若者専門外来利用者308人
（若者専門治療的デイセンター、保護住居、グループホーム各1ヵ所）
◇カーサ・ディ・クーラ（私立精神病院）4ヵ所への入院者276人

□精神科医86 □臨床心理士49 □ソーシャルワーカー29 □看護師156
□教育士5 □精神科リハビリ療法士2 □事務12 □栄養士1 □無資格職員21
（総合病院精神科担当職員も含む）



ジョヴァンナ・デル＝ジュディチェ曰く

人間は複雑な関係性の中で生きています。だから私たちも、利用者の生活上の複雑さに正面から向き合って解決の道を見つけます。病気の兆候を観察するのではなくて、病気の背後の人間関係だの、労働環境だの、住環境だのを理解して対処する。それが精神保健センターです。こんなことは病院ではできません。

トリエステの精神病院廃絶をバザーリアのもとで成し遂げた精神科医

医師と当事者はキミ・ボクの関係（トリエステ旧病院内にて）

真ん中の人物　ロベルト・メッツィーナ医師は
2010年9月、WHO地域精神保健部門のチーフに抜擢された

あなたの住む街にもこのようなマップがほしい

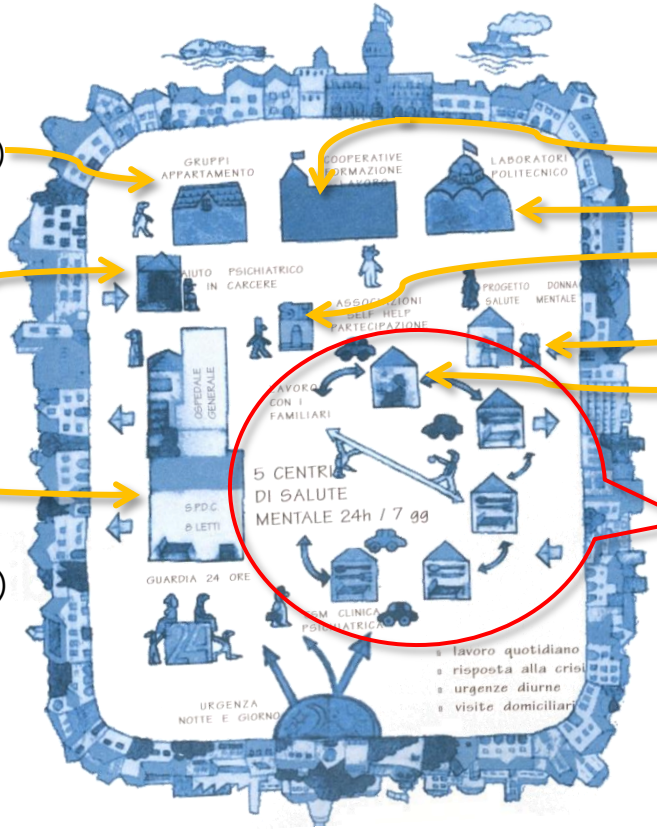
トリエステ精神保健地図

トリエステの人口約24万

グループホーム（12軒72人）

刑務所への出前診療

総合病院
（精神科診療サービス8床
昼夜に関係ない救急活動）



就労協同組合

工芸工房

当事者自助グループ

女性のための精神保健

家族との協力

5つの精神保健センターは

24時間365日稼働

- ひとつはトリエステ大学医学部が運営 -

（無休、危機介入、昼間の救急、往診）

トリエステ精神保健ガイドより（翻訳：大熊一夫）

全医療保健予算の4．9%が精神保健に

これは住民一人当たり55ユーロ（日本円にして7～8千円）

かつてバザーリアをクビにしたゴリツィア精神病院はいまバザーリア公園になっていた

サン・クレメンテ島（ヴェネツィア）

むかし精神病隔離の島 いま五つ星ホテル

サン・セルボロ島（ヴェネツィア）

むかし精神病院の島　いまヴェネツィア国際大学
国際会議場、精神病院博物館

2007年5月
サルデーニアに誕生した
最新型精神保健センター

オープニングパーティの風景

司法精神病院を解体する動きも出てきた

カンパニア州
アヴェルサ司法精神病院

“無期囚” ジョヴァンニ

アヴェルサ
精神保健センター

「地域精神保健網を充実させると司法精神病院は不要になる」

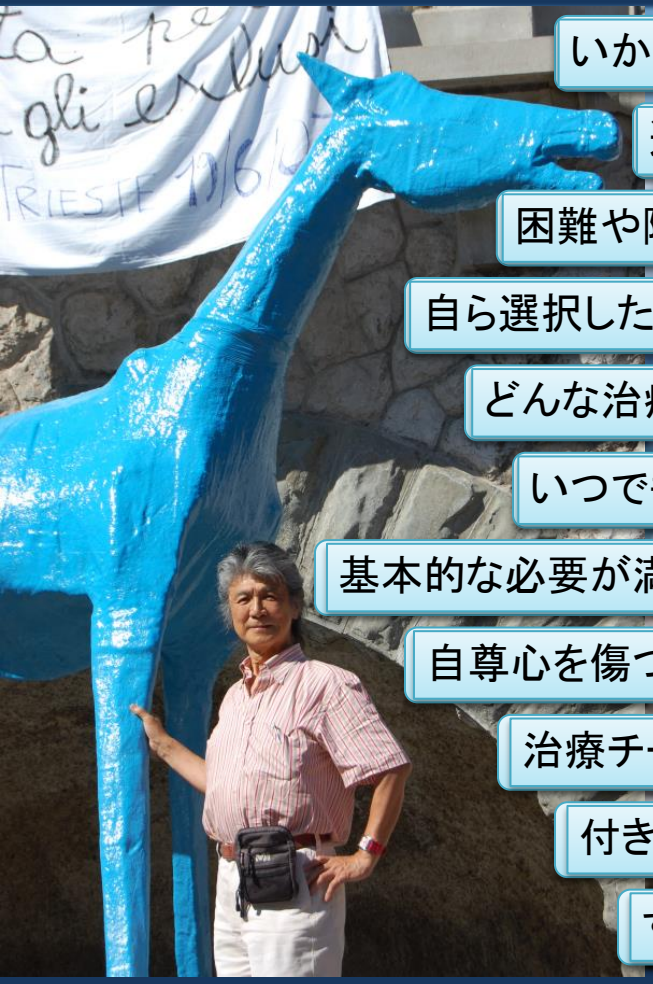
イタリア国民は精神病院病から脱出した！
マニコミオ時代に戻りたいと言う人はもういない！

2007年サンレモ音楽祭優勝者
シモーネ・クリスティッキ

今のトリエステ

旧サン・ジョヴァンニ病院（2008年夏）

トリエステ利用者権利憲章（1995年）



- いかなる環境に置かれても自由に表現する権利
- 道徳や宗教や政治に関する信念を尊重される権利
- 困難や障害を徒に強調されることなく自分の能力を認め追求し向上させる権利
- 自ら選択した性を尊重される権利
- どんな治療も告知され、自分の健康や人生に関わる全ての決定に参加する権利
- いつでも誰にでも連絡をとれる権利
- 基本的な必要が満たされ、自由の獲得要求に正しい回答が得られるよう支援される権利
- 自尊心を傷つけ肉体的苦痛を与えるような身体拘束具を使われない権利
- 治療チームや担当専門家を選ぶ権利
- 付き添いを受ける権利
- すべての治療や処置を同性職員に行ってもらう権利

イタリア精神保健はWHOのパイロットモデル

地域精神保健センター

• 地域精神保健センター(週6日1日12時間以上稼働)	707
• 外来の為の施設(週5日1日4～8時間稼働)	1107
• デイセンター(週5日1日8時間稼働)	612

– 707ヶ所のセンターのうち年中無休つまり
24時間稼働のセンターは50ヶ所
– 州内すべての地域精神保健センターが
週6日12時間以上稼働なのは20州のうちの4州
– 年中無休のセンターのベッドは合計178床

Mental Health Services in Italy according to the Ministry of Health Survey, 2001

しかし完全勝利とは言い難いのは･･･

入院施設

		（床）
総合病院精神科診療サービス(SPDC)	321	3997
大学付属病院	8	162
デイホスピタル	309	1155
私立精神科施設	56	3975
合計（但し、強制入院はSPDCのみ）		9289
司法精神病院(法務省管轄)	6	約1000

Mental Health Services in Italy according to the Ministry of Health Survey, 2001

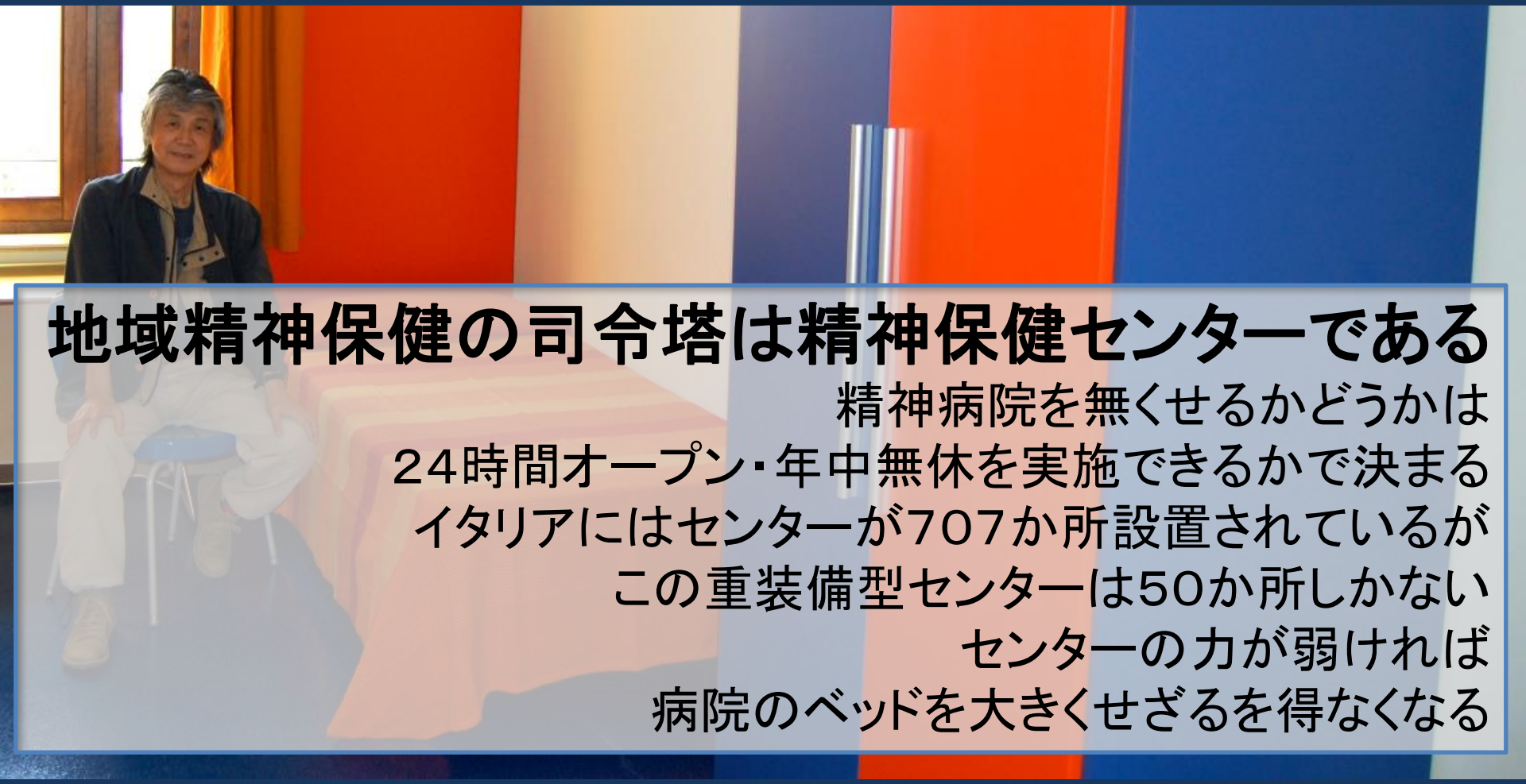
本当の
地域精神保健サービス網
とは

精神病院に代わる
地域精神保健サービス網

イタリアは全土を154保健区に分けた

それぞれをA.S.L.（地方保健公社）と名づけた
この管理は州が責任を負うことになった
国民健康保険料と税金は、A.S.L.の人口に比例して配分される
A.S.L.は予防・診療・リハビリの自治的組織だ
区内の全住民の健康の責任を負う
A.S.L.の下に精神保健局が置かれた
ここが住民の精神保健の全ニーズに応える

地域精神保健サービス網（2）



地域精神保健の司令塔は精神保健センターである

精神病院を無くせるかどうかは
24時間オープン・年中無休を実施できるかで決まる
イタリアにはセンターが707か所設置されているが
この重装備型センターは50か所しかない
センターの力が弱ければ
病院のベッドを大きくせざるを得なくなる

地域精神保健サービス網（3）

国民があまねく良質な精神保健サービスを受けるためには
センターをはじめとする社会資源の数、職員の数に関して
国のスタンダードを作らなければならない
イタリアは1994年と1998年の改革で精神保健サービスの資源に関する国基準を作って州に実践を促してきた

『180号法を守る3年計画』

◎一九七八年の一八〇号法によって、それまでの「病院への強制入院」という援助方法が「地域支援サービス」という援助方法に切り替わったことを確認する。
◎現在のサービスは州間格差が大きいので、サービスの質を高めて全国が均一になるようにする。
◎利用者や家族が治療やリハビリに参加しやすいように、身体や行動の拘束その他あらゆる形の抑圧を乗り越える文化を育てる。
◎地域保健機構（USL）は精神保健ネットワークに責任を持ち、多元的サービスを用意するとともに、家庭医、薬物依存症治療、小児精神医療、など隣接領域との協調を深める。
◎患者を、家族や社会や職場に組み入れる条件を整備する。
◎計画は州の主導で行う。
◎その際、浪費や不経済を避け、生産性の向上を考慮する。
◎精神保健局はUSLの傘下にあって精神保健のニーズに責任を負う。
◎精神保健局は担当地区と病院での精神保健援助活動の責任を負う。
◎精神保健事業は他科の事業と対等に扱われる。

イタリア大統領令（1994）

『１８０号法を守る3年計画』

◎精神保健局は予防・治療・リハビリを行うために以下の要件を満たす。

①救急診療と在宅サービスの拠点として精神保健センターを置く
②総合病院の精神科診察治療サービス病棟（SPDC）を住民一万人に対して一床設置する
③準在宅型の療養生活を支えるために住民一万人に一か所以上のデイセンターまたはデイホスピタルを置く

◎在宅療養を可能にする建物（ケア付き共同住居）を住民一万人に一か所以上設置する。

◎良質な精神科関係職員を住民千五百人に一人以上配備する。その職員は、医師、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー、教育士、作業療法士で適切に構成されなければならない。

◎精神保健センターは毎日十二時間、週六日間以上開き、患者に専門的援助を確実に提供する。

『180号法を守る3年計画』

◎精神保健センターは次のサービスを保障する。

①精神保健機構に頼る全ての人々に、一般医療、精神医療、看護・介護、社会福祉、薬剤による救急支援を行う
②本人とその家族に在宅での看護・介護を行う
③核となる家族やグループと、治療を目的とした関係を築く
④利用者が治療活動・社会活動・社会保健教育活動をするための出会いの場をつくる
⑤精神保健をテーマにして地域住民向けの啓発活動をする
⑥地域にある保健的社会的サービスと連携する
⑦急性期の精神病には正しいプログラムで介入し、強制治療はなるべく回避する
⑧旧精神病院の残渣を乗り越えるために州は計画性をもって参画する
⑨生協活動に利用者を巻き込む
⑩強制治療の手続きをチェックし、民間施設を管理する
⑪患者と契約している医師（プライベートな医師）との連携には適度な節度を保つ
⑫精神科サービスのない公的病院に専門的助言をする
⑬利用者グループのために休暇、小旅行、ハイキング、キャンプなどを企画する
⑭利用者に年金や社会保障の権利を認識させる

『１８０号法を守る3年計画』

◎州は、SPDCに対して、ベッド以外の空間を確保できるよう特別に配慮する。
◎デイセンター・デイホスピタルは一日に八時間以上開く。
◎デイホスピタルではフルタイムの強制治療を避ける。
◎デイセンターは、個人の資質を見極め、仕事のセンスを養うようなプログラムを組む。
◎マニコミオの残渣である旧慢性病の人々あるいは新慢性病の人々に対して、二十床を超えない規模の医療・心理・社会にまたがった多面的保護ができる建物（コムニタと呼ばれる医療・看護つきグループホーム）を用意する。（過密であったり精神保健局の支援がなかったりは論外）
◎社会復帰に向けて前進する患者のためのグループホームを準備する。
◎国は、以上のような精神保健局の組織モデルを全国に普及させ、マニコミオの残渣を克服するべく、質を計る指標を使って全国に目配りする。そして職員教育に力をいれる。

私が地域精神保健サービスにこだわる理由

- 地域精神保健サービスは精神病院と違って敷居が極めて低い
- 大勢がアクセスしやすい
- 本人の人生へのダメージが入院より少ない
- 不幸な事件が起こりにくい
- センターは職員の出前も厭わないから、家族にとっても危機を回避しやすい
- 一般市民が差別偏見を持ちにくい（特殊病院は差別の温床）
- しかも地域精神保健は精神病院よりコストがかからない
- 悪名高き司法精神病院を解体させる可能性も秘めている

しかも精神病の人々は犯罪リスク集団ではなかった

「かつてマニコミオ（精神病院）には12万人が収容されていた。この人びとのほぼ全てが社会に出たのだが、それで司法精神病院が増設されたわけではない。司法精神病院は百年ほど昔から存在していて、1200人ほどが収容されてきたし、今もほぼその数は変わらない。これは、精神疾患の人々が犯罪リスク集団ではないことの証明になる」

（フランコ・ロテッリ談）

精神病院を回避する理由

人道的な理由：

- 精神病院は人間を物として扱うので、個性、自律、独立、責任感などの基本的な人間性が損なわれる。精神病院の利用を減らすことは、人間性がはく奪されるのを防ぐことになる

倫理的な理由：

- 精神病院は医原性疾患である「施設症」や社会的挫折症候群を引き起こす。病院を利用しなければ、そうした症候群の発生率を最小限に食い止められる。

経済的な理由：

- 入院医療には精神保健関係費の**70％**が支出されている。病院の利用を減らせば、地域社会のノーマライゼーション事業への援助が可能になる。**（日本は90％以上！）**

科学的な理由：

- 入院医療と入院医療に代わるさまざまな治療形態とを比較した研究は、二〇の報告のうち一九までが、入院に代わる治療形態の方が効果的で経費が少なくて済むことを明らかにしている。しかも入院治療には習慣性形成があり、病院以外で治療された者は決して入院しようとしないのに、病院で治療された患者は再び病院に戻りたがる傾向がある。

『コミュニティ　メンタルヘルス』(中央法規出版) より

アレッツォの改革を実践したアゴスティーノ・ピレッラ曰く

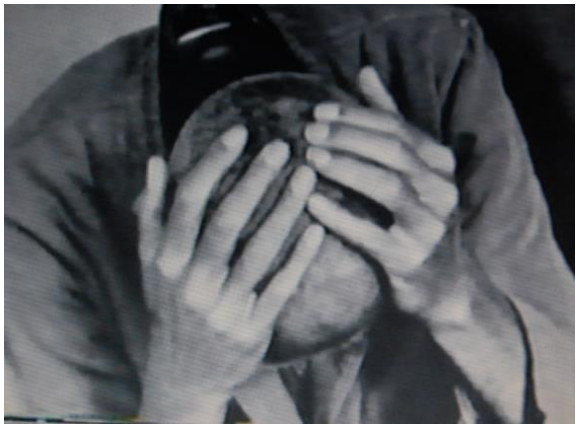
一番の元凶は大学です。多くの教授は病人を観察していじくりまわすが、本人の人生を支えることには関心がない。重い人を往診しない。だから、学生を教えることもできない。こんな連中が力を持っている大都会は改革が進まない。

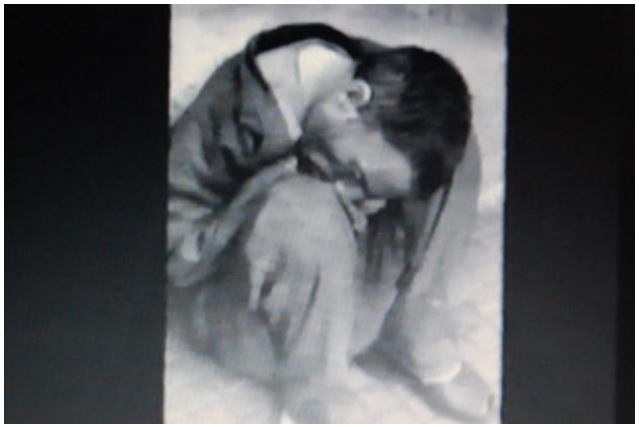
バザーリアとは1960年代からの同志

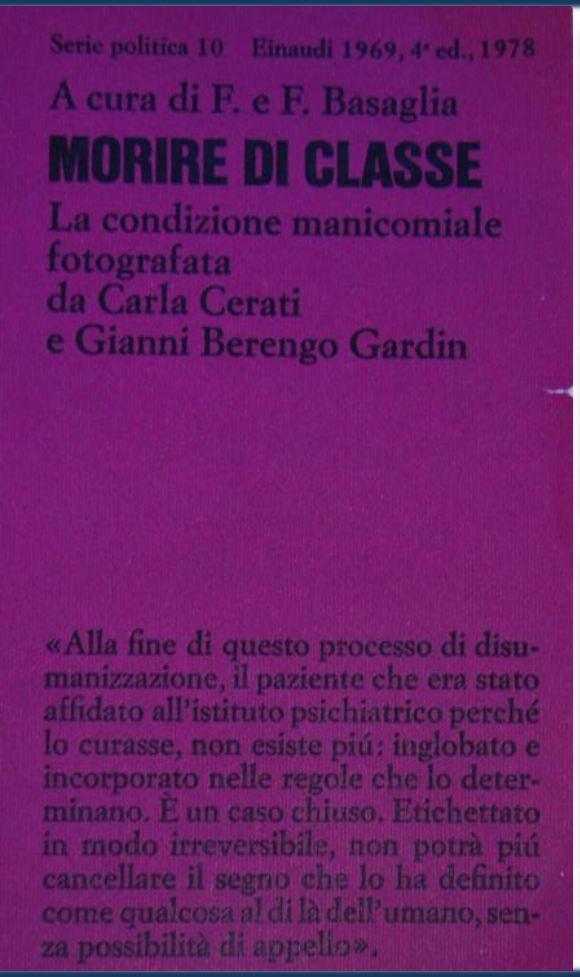
RAI 3のドキュメンタリー番組

アベルの園

ゴリツィアのマニコミオ　1968年







バザーリア院長の“内部告発”

（1968年ゴリツィア）

イタリアの改革は半世紀かかった

1961年	フランコ・バザーリア、ゴリツィア県立精神病院長に37歳で就任
1969年	バザーリアが同院長を辞任
1971年	バザーリアがトリエステ県立精神病院長に
1973年	院内清掃の作業療法を廃止。正規の賃労働に。
1974年	トリエステ・バルコーラ地区に初の精神保健センター（24時間オープン）誕生し大型退院始まる
1977年	トリエステ県知事とバザーリアが精神病院閉鎖を宣言
1978年	精神病院廃絶法（180号法）成立。次いで国民総合保健計画法（833号法）成立し、180号法は同法に吸収される。トリエステ県立精神病院の機能ほぼ停止
1980年	トリエステ県立精神病院廃院。首都ローマの改革に乗り出したバザーリア脳腫瘍で死去
1994年	精神保健擁護3年計画の大統領令で、トリエステ型の地域精神保健サービスが全土に広がる
1998年	保健相が「精神病院を閉鎖してない州は予算削減」と号令。
1999年	イタリア全土から精神病院が完全に消えたことを保健相が宣言
2007年	サンレモ音楽祭で“精神病院哀歌”を歌ったシモーネ・クリスティッキ優勝
2010年	トリエステのロベルト・メッツイーナ医師がWHO地域精神保健分野リサーチ・トレーニング協働センター長に

イタリア精神保健改革のキーワード

De-istituzionalizzazione

デ-イスティトゥツィオナリッツァツィオーネ

辞書を引けば『**脱収容施設化**』だが、日本語の『施設』では意味が軽すぎて真意の１％も伝わらない。

バザーリア派が語るIstituzioneは自由はく奪、管理、支配、隷属、抑圧がルツボで溶かされたような恒久化・惰性化した『施設』のこと。心身を犯し続ける体制といった意味が込められている。

マニコミオは入院者の心身を無遠慮に犯したが、この支配・被支配関係は在宅でも起きうる。

私流に翻訳すれば『脱収容所化』

バザーリアは弟子たちに常々言った

Sporcatevi le mani
con la merda !

意訳：人のやりたがらないことをやれ
収穫はでかいぞ!!!!!!!

Fine

ご清聴ありがとうございました