九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

対談：悩める精神科医がものを書くとき（Ⅰ）

松嶋, 圭

辻野, 裕紀
九州大学大学院言語文化研究院 ： 准教授

https://doi.org/10.15017/2534533

出版情報：言語文化論究. 43, pp.89-100, 2019-09-30. 九州大学大学院言語文化研究院
バージョン：
権利関係：

対談：悩める精神科医がものを書くとき（I）

松嶋　　圭（精神科医 / 作家）× 辻野　裕紀（言語学者）

はじめに

辻野：本日はお集まりいただき、どうもありがとうございます。本学言語文化研究院の辻野裕紀と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

今日は、精神科医で作家でもあられる松嶋圭先生にお越しいただき、私との対談という形でトークをしていただきます。実は、打ち合わせをほとんどしていなくて、どんな感じになるかは話し始めてみないと分かりません。

松嶋さんは、非常に多忙な方でして、実は今日も当直明けで昼の12時まで病院で仕事をされていたということで、たいへんお疲れのところかと存じますが、熊本から新幹線に乗ってはるばる伊都キャンパスまで駆けつけてくださいました。

松嶋さんは、長崎県壱岐市のご出身で、久留米大学の医学部医学科をご卒業後、福岡大学病院の精神神経科に入局され、長年精神科医としてのキャリアを積んでこられましたが、2016年に「影との対話」という作品で、プラダ・フェルトリネッリ賞という、プラダが主催する国際文学賞を日本人として初めて受賞され、今年10月には、故郷である壱岐を舞台とした、16の作品群からなる短編集『陽光』（梓書院）を上梓されました。今日はその出版記念も兼ねて、〈精神科医がものを書くとはいかなる営みか〉という問題を一応の主軸としつつ、精神医学や文学論、言語論、あるいは個人的なエピソードなども含め、様々なトピックスをめぐってふたりで語っていきたいと思います。まずは、松嶋さんに歓迎の拍手をお願いします。

今日の対談のタイトルは「悩める精神科医がものを書くとき」ですが、これは、私が学生時代から興味を持って、愛読してきました、精神科医の中井久夫先生の著作のひとつである『精神科医がものを書くとき』からとっております。最初はそのまま「精神科医がものを書くとき」にしようかとも考えたのですが、さすがにそれは問題だろうと思い、松嶋さんにご相談したところ、「悩める」を冒頭につけたらどうだろうか、というご提案をいただきまして、こういうタイトルになりました。

次に、なぜ、今回このようなかたちで松嶋さんを招聘し、私と対談していただくことになったかについて申し上げますと、大きな理由がいくつかありまして、まず１つ目は、この『陽光』という短編集が単行本となる前に、熊本の橙書店というおしゃれなインディペンデント系の本屋さんが刊行している文芸誌『アルテリ』に掲載された短編「陽光」を読んで、その静謐なる筆致に私が魅了されたということがあります。それから、同じく『アルテリ』の別号に掲載された「書き初め」という短編も併せて拝読して、いわゆる〈聞き書き〉によって、壱岐の市井の人々の声の〈とよみ〉や〈ささやき〉、〈ゆらぎ〉といったものを精緻に活字化

しようとされている壮図に、人文学、とりわけ、言語学を生業としている者として、興味を持ちました。

それから２つ目に、私が昔から医学、とりわけ精神医学に強い関心があり、高校時代は理系のクラスにいて、医師になろうと本気で思っていた時期もあったのですが、言語や外国への関心から文転した後も、学生時代から、中井久夫さんとか、木村敏さんとか、町沢静夫さんとか、春日武彦さんとか、和田秀樹さんとか、斎藤環さんとか、最近だと、熊木徹夫さんとか、森川すいめいさんとか、熊代亨さんとか、枚挙に遑がないんですけれども、精神科医が書いた書物に、門外漢ながら、長らく親しんできたということがあります。九大に着任してからは、神田橋條治、神庭重信、樽味伸、といった、九大系の精神科の先生方のご本も読むようになりました。北杜夫さんとか、加賀乙彦さんとか、なだいなださんとか、帚木蓬生さんとか、精神科医が書いた小説類も少しは読んでいますが、それよりも精神医学自体に興味があって、一般書、専門書問わず、精神医学に関する本や、精神医学にまつわるエッセイ類を数多く読んできました。そして、小説にせよ、エッセイにせよ、精神科医の先生方は、他の科の医師に比べて、文学的な素養のある方が相対的に多くて、魅力的な文章を書く方も多いという、漠たる印象を持ってきました。実際に、精神科医の藤本修さんという方は、精神科医という人種は、社会性や協調性に欠け、ネクラで、一方、読書好きで、医学以外の一芸に秀でている人が少なくない、というようなことを書かれています（『精神科のヒミツ：クスリ、報酬、診断書』、中央公論新社）。ちなみに、これは合っていますか。

松嶋：そうですね。その通りだと思いますし、むしろそのようなところが治療の中で必要になる、という部分もあるのかなと思います。

辻野：ですよね。私もその記述を読みながら、案を叩いて得心しました。私にも医師をやっている友人知人や親戚は何人もいますが、人文学的な素養のあるタイプの人はいなくて、精神科医でかつ文章を書いている人がいたら、ぜひゆっくり話をしたいという願望が以前から漠然とあったんですけれども、今年とある文学関係の集まりで運良く松嶋さんと出会いまして、プライベートでは何度かお話をしたんですけれども、せっかくなので、こういう公の場でトークをして、学生や一般市民の方々にも聞いていただけたらいいかなと。特に、今日は、医学部のドクターやコメディカルの卵の子たちも大勢来てくれているので、何らかの参考になったらいいなと思っています。

それから、先ほど申し上げた通り、今回刊行された短編集の舞台が壱岐ということで、これもまた魅力的だと思ったんですね。実は、この『陽光』に導かれて、先々週、私も壱岐へと途立ちました。非常に素晴らしいところで、この会場に来る直前まで私の研究室で松嶋さんとその話で盛り上がっていました。私は、沖縄の言語文化にも興味があって、沖縄にもよく行っていますし、今年は「ことばの科学」という授業で、琉球語の概論的な講義も担当したんですけれども、とにかく、海に囲繞された離島というものに、名状しがたい魅力を感じるんですね。そして、壱岐も離島ですけれども、壱岐というのは何よりも国境の島で、国境の島というと、壱岐よりもまず対馬を先に想起される方が多いと思いますが、山田吉彦さんという、海上保安の専門家が書かれた『国境の人びと：再考・島国日本の肖像』という書籍を繙くと、壱岐のことが大々的に取り上げられています。壱岐には、例えば、豊臣秀吉の朝鮮出兵の際に築かれた勝本城跡、城山公園があったり、刀伊の入寇の舞台にもなったり、と国境の島ならではの歴史があります。ちなみに、「刀伊（トイ）」というのは、中期朝鮮語で

「女真人」を表す単語で、現代語では、「トゥエノム」という形で、女真人ではなく、中国人を表す蔑称として残存しています。とにかく、歴史的に見ても、私の専門のフィールドである韓国朝鮮、あるいは中国大陸などと非常に関連の深いところです。そういった意味で、私の韓国語の授業に出ている学生もこの会場にたくさん来てくれていますが、韓国語を学んでいる方々が壱岐や対馬に目を向けるということも重要なことで、今日のこの対談や、松嶋さんの作品が、壱岐対馬に関心を持つひとつの契機になればと思っています。

前置きが長くなりましたので、そろそろ対話を始めたいと思いますが、ちょっと面白いのは、今日は主に私が〈聞き手〉となって話題を提供して、松嶋さんがそれに答えるという形式になるという点で、要するに、今日の互いのスタンスは、日頃の仕事と立場が顛倒しているんですね。つまり、医療者というのは、アナムネーゼ（問診）をはじめとして、主に患者さんに〈問いを投げかける〉、例えば、患者さんから主訴や既往歴などを正確に聞き出す、現症を取るといったことが仕事なわけですよね。それに対して、大学教員というのは〈問いに答える〉というのが主たる仕事なので、〈聞き手〉になるということが、実は日常的にあまりありません。なので、「すべての人間は神経症者である」（ジャック・ラカン）という有名なことばもありますし、精神科医の病理を暴き出すではありませんが、今日はこの教壇を診察室に見立て、〈日常が反転した臨床空間〉だと思って、聞いていただくのも面白いかもと考えています。

精神科医として

辻野：それでは、本論に入っていきたいのですが、切り口はいろいろあって、何を話の端緒にするかというのはちょっと迷うところですが、まず時間的な流れとしては、作家としての松嶋さん以前に、精神科医としての松嶋さんという存在構造が確固としてあると思いますが、もともと医師、それも精神科医を志した経緯がどのようなものであったか、お話しいただけますか。

松嶋：小説の中でも書いているのですけれども、父方が壱岐で代々医者の家系だったので、医者になるというのは小さい頃から刷り込まれていて、あまり疑いも持たずに、そうなるんだろうと思っていたんですね。あまり物事を考える人間ではなかったので、それこそ物心がついたのが、大学に入学してからといった有様で。周りの同級生たちに話を聞くと、結構実存に関する問いのようなものを考えていたりして、そういえば今まで自分のことをちゃんと考えてなかったな、と。そう思ったときには医学部に入っていたので、あまり考えもなしに医者にはなったというところが実はあるんですが。一方で、母が高校の教師だったので、小さい頃から本を読むのはとにかく好きでした。書こうとは思わなかったのですが。医学部を目指して理系の勉強はするんだけれども、どちらかというと人文的な方に近い人間なのでは、と感じていました。医学部というのは、６年制のうちの５年生の時に、ベッド・サイド・ラーニングという、患者さんの傍で臨床研修みたいな１年間があるんですけど、その時に、いろんな科を回っていて、そこで精神科を回った時に、これが合っているんじゃないかと思いました。実は、それまでは他の科を考えていたんですけど。精神科というのは、他の科に比べると、心理学に接続するような部分もあって、文系に近いようなところもあるので、自分に向いているのではないかという部分があったのと、考えてみると、一番大きいのは、やっぱり

スピードの問題だったのかな、と思います。精神科での治療とか、治療空間とか、患者さんとの付き合い方というのは、少しゆっくりしているんですね、他の科に比べて。その付き合い方や診療のスタイルといった、時間の流れのゆったりさといったものが自分に合っていると思ったし、特性を発揮できるのではないかという、そういったことで選んだような気がします。

辻野：ポリクリでいろいろな臨床の現場を聞見されながら、精神科がご自身に一番向いていると感じられたのですね。松嶋さんが精神医学を学ばれたのは90年代後半くらいですか。

松嶋：そうですね。

辻野：そうすると、新研修医制度が始まる前ですよね。その頃は、周囲に、例えば、サリヴァンとか、エランベルジェとか、テレンバッハとか、ブランケンブルクとか、みすず書房などの縦書きの精神医学書を愛読するような、マニアック路線の人はまだいましたか。過渡期ぐらいですか。

松嶋：精神科といえども医学の一部なので、科学的な、例えば分子生物学的な研究をしていたりするものなのでしょうけれども、私が入局したころはまだ精神分析とか、精神病理とか、心理学のような、人文的な傾向がまだ残っていて、そういった議論を臨床の中でもやりとりしていたというような感じでした。もちろんその後に革変のようなものがあったりしまして、そういう過渡期に研修医をしていました。

辻野：精神科医の岡崎伸郎さんは、香山リカさんとの対談の中で、精神医学を志す人は「昔は、精神分析を勉強して人間の心の襞を読み解きたいとか、自然科学で割り切れないところに魅力を感じたとかいう人が多かった」が、そういう人は今は少数派になってしまっているというようなことを言っていて（『精神科医の本音トークがきける本：うつ病の拡散、司法精神医学の課題から震災下のこころのケアまで』、批評社）、いまそのことをふと思い出したんですね。また、昨今は眼科、皮膚科、精神科が研修医の中で御三家と言われていて、理由は、端的に言って、患者の生命に直結しない、急患・当直・時間外労働も少ない、つまり、QOML が高い、訴訟も少ない、開業もしやすいという話もありますが（『フリーランス女医は見た 医者の稼ぎ方』、筒井冨美、光文社）、そういった風潮は、松嶋さんの医大生時代や研修医時代にもありましたか。

松嶋：そうですね、当時からそういったメリットもあり、みたいな。

辻野：今、外科医って非常に減っていますよね。

松嶋：はい、そうですね。その逆の理由でということになるんでしょうね。

辻野：その頃からそういった兆候はあったんですかね、90年代後半から。

松嶋：そういう感じですね。あまり面白い話が出てこなくてすみません。

辻野：いえいえ。分かりました。

　では、次に、松嶋さんの精神科医としてのご専門についても、ごく簡単にお話ししていただきたいと存じます。この場ではあまり専門的な話はできないと思いますが。実は、勝手にちょっとだけ検索をさせていただいたのですが、博士論文のテーマは「統合失調症の患者に対する認知行動療法」に関するもので、CiNii やメディカルオンラインなどを見ると、醜形恐怖やアスペルガー研究などがヒットするんですが、その辺の領野がご専門ということですか。

松嶋：そうですね。デイケアといって、心を病んだ患者さんが社会に復帰するときに、やはり精神機能の障害によって、例えば、学校に戻れないとか、仕事に戻れないといった、社会性の機

能が低下している部分を、学校に来てもらうような感じで、集団でスポーツしたり、レクレーションしたり、みたいな治療をして社会性の回復を目指す、というようなことが大学院での研究で、それを生理学的な指標とかで捉えるといったことをしていたので、そういった集団の特性を生かした治療が専門でした。みなさんが普通に、無意識にやられていることがうまくできなかったりするので。例えば、普段の会話の中で「また今度、遊びに行こうね」という会話をしたときに、何となく社交辞令で言っているだけで本当はあまり積極的ではないとか、あるいは相手に興味があって明日にでも会いたい気持ちがあるといったようなことを、ことば以外の部分で読み取ったりして、その後の関係に生かしますよね。それがうまく出来なくなったりするんです。もしくは、普通は知り合ったばかりのグループの中で自分の深い悩みを急に打ち明けたりはしませんよね。深い悩みを相談するときはしっかり関係性ができて、親友のようになって、そういった相談が可能な雰囲気のときに、一対一で話します。場面と関係性によって、会話の深度って違うと思うんですけど、そのあたりをちぐはぐにしてしまったりするんですね。初めて会ってすぐに、自分の深い悩みを言ってしまったりすることが発生するんです。そのあたりを自然にできるようにして、関係性を保つようにしたりとか、そういう治療をしていました。

辻野：精神科医で文化人的な仕事もされている方ですと、例えば、中井久夫さんや斎藤環さんもそうですし、最近ですと、京大の松本卓也さんとかもそうですが、実際の臨床に根差した研究というよりは、臨床と乖離しているとしばしば揶揄される〈精神病理学〉とか、あるいは〈パトグラフィー〉（病跡学）みたいな分野を専門にしていて、カール・ヤスパースとか、クレッチマーとかの佶屈聱牙なる古典的テクストを引用しつつ、難解な議論を上下しているというイメージがありますが、そういった分野にはあまり関心をお持ちではないのですか。

松嶋：私は九大の医学部に入れるような頭はなく、浪人して私立の医大に入って、それから福大の精神科に入局したんですけれども、どちらかと言うと馬力で、臨床で役に立つということが基本だったので、あまり高尚な感じで思考を重ねるというのは、私はできなかったですね。精神病理の教室というのも、どこの大学にもあるわけではなかったですし。

辻野：ところで、もう20年近く、精神科医として臨床の現場で活躍されていて、精神科医ならではのご苦労についてもお聞きしたいんですけれども、例えば、医師業というと、科を問わず、基本的に断れないという、いわゆる〈応召義務〉というのがあって、大学院研究生の申請とかをじゃんじゃん断っている私からすると、それだけでも大変だろうなあと察するのですが、精神科に局限すると、例えば、ボーダーライン（境界性パーソナリティ障害）の患者さんの〈投影性同一視〉のターゲットになって面罵されるとか、ミュンヒハウゼン症候群のような、いわゆる虚偽性障害の患者さんに欺かれるとか、あるいは、ある特定の患者さんに対して、〈陰性の逆転移〉を持ってしまって苦労するとか、いろいろなケースを想像してしまうのですが、他の科にはない、精神科医固有の苦悩にはどんなものがありますか。

松嶋：いま仰られたような、特殊なトラブルのような状況になる患者さんというのは、割合はそんなに多くないので、それが苦労の大きい割合を占めるということはないです。医者にもよります。恋愛転移といったような、患者さんからの恋愛感情で過剰に接近されるようなことになって、そこでトラブルが起こるということが起きがちな医者と、そうでない医者がいるかもしれません。私は何も起きないタイプなので、そこで苦労することはないです。一般に、他の科と違う精神科医ならではの苦労というのは、統合失調症という主要な疾患、幻覚や妄

想を見てしまうような病気ですけど、その特徴のひとつとして、自分が病気だと思っていない、「病識がない」と言うんですけれども、そのような特徴があります。つまり、自分に治療が必要だと思っていない人に、治療を施さなければならないというところは、やはり、症状のひどい患者さんに関しては、本人の意に反して鍵の閉まった部屋にということもあるわけで、そこは内的な葛藤も含めて、かなり苦労を感じますね。

また、当然ながら、うつの患者さんもたくさん診るので、自分で死を選んでしまう、という事態は避けたいんですけれども、やはり精神科医をしていて、自殺で患者さんを失ったことがないという医者はほとんどいないと思うんですね。それはかなり苦しい体験なので、そことの向き合い方というのは、特有の苦労だと思います。

辻野：なるほど、それは大変につらい経験ですね。

それから、以前から抱いている素朴な疑問なんですけれども、精神科医として、いわゆる〈アディクション〉（嗜癖）の患者さんへの共感はできるものなのでしょうか。統合失調症とかうつ病であれば、不可抗力で、惻隠の情といいますか、かわいそうという感情は持ちやすいと思います。統合失調症は、約100人に１人が罹患する疾患で、誰しもが発症する可能性がある病気ですし、うつ病の病前性格も、クレッチマーの循環性格にせよ、下田光造の執着性格にせよ、テレンバッハのメランコリー親和型性格にせよ、どちらかというと長所になるようなもののように感じます。一方で、アディクションの場合は、自己責任とか自業自得だと思ってしまって、なかなか同情しづらいとか、治療に熱が入りにくいとか、そういったことは本音としてありますか。まあ、ケースバイケースでしょうが。

松嶋：それは、ケースバイケースというよりは、来院した患者さんとはどうしても付き合っていくんです。しかも、精神科の場合は長い付き合いになることもあって、そういった方であっても付き合いが続いていくんですね。だからやはり、そこで変に自分のモラルとかで、そういったふうにならないように、どういった患者さんが来ても、まず患者さんに興味を持って接し、過剰に陰性の感情を持つといった状況がないように、対応できるようにはなっていきます。言い方は悪いですが、自業自得的な人とも手を結んで、よりよい状況を作るためにやれることを探すという作業はできていきます。そこで抱く感情との付き合い方というものも、年を追うごとにできるようになってくるものもあります。振り返ると、研修医の頃は難しかったような気もしますが。

辻野：経験の蓄積によって、医師自身も、成熟していくのですね。

ところで、医療社会学では、medicalization（医療化）という用語がありますよね。ご存じない方のために簡単に説明をしておくと、従来は医療の埒外であったものが、医療的現象として再定義される傾向のことです。例えば、昔は子どもの落ち着きのなさや成績不振というのは、しつけや教育的問題として把捉されてきたわけですが、現代では、前者はADHD（注意欠陥・多動性障害）、そして、後者はLD（学習障害）というふうに名付けられて、医学的治療の対象になったりするわけです。そういった現象を医療社会学者は〈医療化〉と汎称していますが、そのうち、〈逸脱の医療化〉（medicalization of deviance）という概念があります。従来は、道徳的逸脱とか、刑法上の犯罪としてのみ目されていたものが〈医療化〉される、つまり、病気として擁護されるということがあって、例として、クレプトマニア（窃盗癖）やパラフィリア（性的倒錯）などが挙げられると思いますが、そういったものに対しては、どのようにお考えですか。精神科医であれば、共感とか同情とかいった感情は持ち得るもの

なのでしょうか。

松嶋：社会正義を全うするというのが仕事ではないので、その人が刑法に触れるようなことをしている場合については、それは警察など、そっちの人にやってもらうんです。警察と連携して仕事をする場面もあるのですが、そういった場合でも、医療で出来る範疇のものについてはやって、そのほかの部分について「君は犯罪をしてだめじゃないか」などと言って何か矯正をするといったことは私の仕事ではないので、そういったこととは切り分けます。もちろんそういった人たちは、刑法に触れた部分については、罰を受けることになるとは思いますよ。

辻野：気持ち的にも、そういった部分はきれいに割り切って、峻別して、といった感じで？

松嶋：そうですね。具体的にも、その峻別のラインを決めて対応しますので。

辻野：先生ご自身のお気持ちとしても、そこはしっかり峻別できるということでしょうか。

松嶋：できます。

辻野：やはりご立派ですね。なかなかそういったことって、常識的に考えると難しいんじゃないかと思ったりするんですけどね。

松嶋：いや、自分の中にも、相当にろくでなしな部分がありますので。正しい人じゃないと気持ちよく診れない、ということはないです。

辻野：そうなんですね。分かりました。

　ところで、先ほど、カウンタートランスファレンス（逆転移）というワードを出しましたが、精神科医と患者さんの関係にも興味があります。アーヴィング・ゴッフマンというアメリカの社会学者が1960年代に、『アサイラム』という有名な古典的名著を書いていて、彼はtotal institution（全制的施設）としての精神病棟において、患者たちは、外部の社会とのつながりを一つ一つ剥奪されていくと同時に、病棟生活の中でさまざまな適応戦略を用いスタッフとの駆け引きを通して病棟内での自らの位置を確保していくが、一方でこうした「患者化」は病棟内での安定と定着を実現するがゆえに外部の社会への復帰を困難にするという悪循環をもたらす、といった趣旨の批判をしているんですね（高橋涼子「精神医療」（『医療社会学を学ぶ人のために』、進藤雄三・黒田浩一郎編、世界思想社）も参照）。これは、レインとかデイヴィッド・クーパーらのいわゆる〈反精神医学運動〉にも影響を与えたと言われています。もちろん時代が違いますので、今のアンシュタルト（精神病院）とは状況が大きく異なるとは思いますが、現在でも精神科というと、身寄りがなく、形影相弔う患者さんたちの長期にわたる〈社会的入院〉（social hospitalization）が問題視されていたりもします。こうした実態を前提として、患者さんとの関係において、意を用いていることですとか、患者さんが社会復帰しやすいように心がけていることはありますか。

松嶋：ちょっと難しいなあ（笑）。私が勤めている病院も長く入院をせざるを得ない方も多くいらっしゃって、どうかなとも思うんですけれども、社会の仕組みをどう変えるかとか、大きい話になってくると思うので、それはそうなったほうがいいとは思うんですけれども、かといって変革のための社会活動をするとか、私はそういう大きいものを変えるのに時間を使うつもりはなくて、目の前の患者さんの治療を、いま現実に出来るシステムや制度とかの範囲の中で、出来る限りの現実的な治療を提供するというのを臨床でやりたいと思っているので、それをしているという感じです。そのあたりのことに関心がないというわけではないんですけれども、そこを動かすための行動に使うのではなくて、自分の医療の時間は臨床の、患者さんへの治療に充てたいという感じです。

辻野：目の前の患者さんに対して、とにかく現実的な形で全力を尽くすということですね。

現代の精神科医療には、いくつもの治療法があると思いますが、そのうち〈精神療法〉と〈薬物療法〉の２つが主軸になっていますよね。ただ、向精神薬の弊害もあまた指摘されていて、例えば、ベンゾジアゼピン系の薬には依存性があると言われていたり、一部の SSRI は QT 延長を引き起こし得るとか、まあ、ここではあまり細かい話をするのはやめておきますが、稀なものも含めて可能性としての副作用は枚挙に遑がないですよね。また、これは精神科に限ることではないですが、高齢者の〈ポリファーマシー〉（多剤服用）や〈処方カスケード〉なども社会問題化しています。これらは、イヴァン・イリッチの用語を借りれば、〈臨床的医原病〉の一種と言ってもいいかと思いますが（『脱病院化社会：医療の限界』、晶文社）、そうしたことを踏まえて、薬物療法や向精神薬についての松嶋さんの態度、構えについてもお聞かせ願えますか。

松嶋：例えば、昔の、100年、200年前の統合失調症の患者さんは薬が全くなかったから、どんどん進行していって廃人のようになったりすることもあって、それで座敷牢のようなところに繋がれていたりしたわけですよね。私が研修医だったころに比べても、今ではやはり薬がとても進歩して、新しい向精神薬だと、統合失調症の患者さんがすごい荒廃状態に至るのではなく、かなり健常の状態を保って、社会性を保ちながら生活できている、ということがあるので、それを全部否定するのではなくて、常識的な範囲で使って、かといってそれに頼るばかりではなく、精神療法的なものとのバランスもとりながら、治療していくというのがいいと思います。長年やっていると、そういう疑惑からいろいろ考えすぎて、極端なかたちに振れた治療法というか、オカルトっぽい精神療法に傾く人がいたりとか、あるいは、そういったものをめちゃくちゃ毛嫌いして数学者みたいな、処方のアルゴリズムに拘る、みたいな人もいて。どっちも極端なので、これはどちらも患者さんが求めているものではないので、だからやはりバランスよくやるっていうのがいいかと。

辻野：分かりました。

以前プライベートでお話をしたときに、現在お勤めの病院には、慢性期の後期高齢者の患者さんが大勢入院されていて、いわゆる終末期医療＝ターミナルケアにも関わっているので、担当の患者さんが死の転帰をとることも多く、いわゆる看取りもよく行われていると仰っていましたよね。それから、先ほどの話にも出ましたけども、うつ病で希死念慮のある患者さんが自死を選んでしまったという経験を何度もされているようですが、死というものを目睹するとか、ご自身の患者さんの今際の際に立ち合うということが日常的にあって、精神的におつらくないでしょうか。それとも、長年精神科医をしていると、だんだん慣れてきて、感覚が鈍麻していくものなのでしょうか。割と最近、シカゴ大学の精神科医だったキューブラー＝ロスの『死ぬ瞬間』という本を読んで、人間が死を宣告されたときに、死をいかにして受容していくかのプロセスを知ったり、あるいは、東大医学部の解剖学講座の教授だった細川宏先生という方が、胃癌に罹患されて、書かれた詩を集めた『詩集 病者・花』という遺稿詩集があるんですが、そういった文献を読んで、〈被投性〉を帯びた存在、モータルな存在としての自分とか、死をめぐる実存的な考えがいろいろと去来して、ちょっと暗澹たる気持ちになったんですね。また、医学部の学生たちと雑談をしていて、将来自分の患者さんが亡くなるという、冷厳なる現実に逢着したときに、いかに立ち直ればいいのかといった話にもよくなるのですが、メンタルヘルスや予防医学で言われるような〈レジリエンス〉とか〈ハーディ

ネス〉のようなものは鍛えられるものなのでしょうか。死や看取りという問題をめぐって、医師として考えておられることがあれば、お聞きしたいです。

松嶋：患者さんの死に慣れて感覚が鈍麻していく、ということはないような気がします。看取りは月に何回もあって、「ご臨終です」って言っているんですけど、多い時には、週に2, 3枚、死亡診断書を書くこともあるほどです。高齢者がすごくたくさん入院している病棟ですし、周りの施設にも500人ほど老人が暮らしているところで働いているので、本当にたくさんの方を看取るんですね。でも、やはり一回一回、特別な瞬間という感じを受けるし、日々死を実感しながら過ごすので、死とか生について考えさせられる機会を与えてもらっているという感じはあります。死を意識するっていうのはすごく大事なことだと思うので。私は書くことを頑張っているんですけれども、書く内容に、というよりは、〈書く〉ということに対する態度、書くことへの向き合い方っていうのが、死に日々触れているというのは、その態度に対して律してくれるというか、そういった感じはあるように思います。

今考えると、ひとつ思い出したのが、患者さんの自殺というものを何度か経験せざるを得なかったんですけれども、研修医ぐらいの時に初めて、夏ごろに自分の患者が自殺してしまったときは、当時福大にいたんですけれども、ちょうどお盆の前くらいで、週末だったかな、休みが明けたらまた臨床が始まるっていうときで、なんとなく診療に行けないような感じがしたんですね。どうしよう、って思って。その時になぜか大濠公園をぐるぐる走ったんです。5周ほど、10キロぐらい走ったんです。くたびれたら、行ける、っていう感じがして。全然論理なんてないんですけど、そう思ったんですね。そしたらその後は、週に3回くらい走らないと、仕事に行けないような感じになって、夜に1回15キロぐらい走って、それで仕事に行くというような生活が何か月か続きました。12月のクリスマスごろに、寒いな、もうやめてもいいかな、と思って走りに行かなくなったんですけど。きっとショックで、乗り越え方がうまく分からなくて、それで走り回るってことになってたんだと思うんですけど、やはりショックなことだったんですかね。それぐらいきついことではあるし、それが鈍麻するっていうようなことはないと思います。

辻野：そういった耐性というか、レジリエンスとかハーディネスとかいったものは、鍛えられないものなのでしょうかね。

松嶋：そうですね。でも、それは悪いことではないような気もするんです。そういう場面に立ち会ったり、触れたりといったことで痛みを感じてしまうということは悪いことではないというふうに思います。

辻野：そうはいっても、やはり大変な仕事ですよね。死が眼前に在るというのが常態化しているわけですものね。

作家として

辻野：では、やや重い話になってきましたので、少し話題を変えて、ここからは作家としての松嶋さんに焦点を当ててみたいと思います。最初にご紹介申し上げましたように、松嶋さんは、現在、作家としても活躍されています。医師と別の仕事の二足の草鞋を履く人は意外と多くて、例えば、ひと昔前ですと、本学の教授だった北山修さんとか、最近ですと、星野概念さんのように、精神科医でミュージシャンっていう人もいらっしゃいますし、内科医で作家の

南杏子さんとか、小児科医で作家の瀬川深さんとか、産婦人科医でプロボクサーの高橋怜奈さんとか、才能豊かな方が時々います。福沢諭吉の言う「一身にして二生を経る」ではないですが、私は学生時代からずっと、専門の言語学や韓国語のことしか語れないような、知性も感性も固縮した、つまらない学者にだけはなるまいと肝に銘じてきましたので、今日こうして壇上で、松嶋さんと一緒に、好きな医学や文学をめぐるトークをできるのも非常に嬉しいですし、複数の職業を持った人たちに対して羨望の念も抱いています。そして、松嶋さんも「一身にして二生を経る」医師のお一人ですが、もともと精神科医であった松嶋さんが、小説を書こうと思われた契機をお話しいただければと思います。

松嶋：まだ１冊しか出していないので、そんなに語れませんが、私はもともと本が好きだったっていう話はさっきしたんですけど、書こうって思ったことはなかったんですね。やはり好きなだけに畏敬の念というか、書く人はまた全然違うレベルだろうっていうふうに考えていたんですけど、私は旅行が好きで、海外文学を読むのも好きだったんです。７年前にたまたまバンコクに旅行に行ったんですよ。その時、バンコクの街を歩いていたらカンディード・ブックスっていう、いい感じの本屋さんがあって、そこに入ったんですね。その入った本屋はすごく小さい本屋なんですけど、すごくいい雰囲気で、店主のパッドさんっていう、今も親交があるんですけど、私の５つくらい上の女性のタイ人の店主が日本人が入ってきたのを見て、「あなたこれ読んだ？」って、『ねじまき鳥クロニクル』のタイ語版を見せてきて、「当然読んだよ」というふうに返したんです。私はタイのプラープダー・ユンっていう、すごくいい作家がいて、彼の『地球で最後のふたり』も読んだし、大好きだと伝えたんですね。そしたら、「プラープダーは私の友だちよ」とパッドさんがプラープダーに電話をかけてくれて、実際に本人とお話ができたんですね、「ファンです」とか言って。そしたら、プラープダーが翌日、自分のオフィスに招いてくれて、１時間くらい相手をしてくれたんですね。その時に話の中で、プラープダーが「君は書かないのか？」っていうふうに言って、なんてことない問いかけだったんでしょうけど、その時に書きたいって思ったんです。書きたいっていうのに気付いたと言いますかね。それで、書こうと決めたんですけれども。そして、プラープダーが教えてくれたんですけれども、パッドさんは本屋の店主である以前に、実はタイの有名な文芸の編集者で、私が好きだと言ったプラープダーの本の編集も彼女だったそうなんです。そこで、偶然私が「好き」って言って、だから紹介してくれたんですね。それがきっかけで書き始めて、今でもパッドさんとは親交があって、本が出るまで、１年に1, ２回パッドさんに会いにタイに行ってたんですけど、その度に “Keep on writing!” って言って励ましてくれて。だから、今回本になったことも喜んでくれて。

　きっかけになったのは「地球で最後のふたり」という、プラープダーが脚本を書いていて、主演は浅野忠信さんで、撮影はクリストファー・ドイル、香港のウォン・カーウァイ映画の撮影をしてきた人で、衣装はアニエス・ベーが提供みたいな、そういう、いろんな国で作った2003年の映画なんですけど、実は私なりに人生いろいろあって（笑）、離婚調停とかですね、まあ仕事も含めてそれなりに苦労したりして、少々抑うつ的になっていたことがあったんですね。その時、深夜映画でたまたまこれをやっていて、それを観てDVDを買って。今考えればうつ状態だったと思うんですけど、いろいろ苦労があって乗り越えた時に、気分ががつんと落ち込んで、仕事には行くんだけども、仕事が終わって帰宅すると、この映画をDVDで寝るまで４回も５回も観るっていうのを半年くらい続けていて、それから、ふわっと

気分があがってきて、持ち直したみたいなことがあったんですね。「地球で最後のふたり」は、物悲しいけど綺麗な、まあ恋愛映画なんですけど、その時の気分にマッチして、何回も繰り返し観てたっていうのもあって。だから私にとって特別な映画で、その脚本家ということで、プラープダーのことを知って、それで偶然が重なって会ったわけなので、本当に特別な瞬間だったんですね。多分みなさんにもそういう、自分にとっての特別な作品とかあると思うんですけど。そういうわけで書き始めました。

辻野：プラープダー・ユンって、知っている人いますか。実は私は知らなかったのですが、松嶋さんの影響で、『座右の日本』、それから、三山桂依さんとの共著『色 Colors』という、コンセプチュアルな本も読んでみたんですが、いずれも面白い本でした。

松嶋：はい。『色 Colors』は、色についての短編を書くっていう面白い企画で。

辻野：『座右の日本』を読むとよく分かるのですが、彼は、日本贔屓ですよね。特に京都がお好きなようで。しかも多才ですよね。グラフィックデザイナーでもあるし、編集者でもあるし、脚本も手掛けている。

松嶋：そうなんですよ。ニューヨークで哲学と美術を学んで帰ってきて、若くして小説を書いたら大きな文学賞を受賞して、タイのユース・カルチャーの代表選手みたいな人なんです。

辻野：松嶋さんの人生を変えた、まさにメンターですね。初期ロマン派の芸術観では、〈アート〉と〈娯楽〉は明確に区別されて、〈アート〉は触れた後に元の日常に戻れなくなるもの、〈娯楽〉は戻れるものだと言われたりしますが、そういう意味では、彼は真のアーティストですね。松嶋さんを元の日常に戻れなくしてしまったという点において。

松嶋：そうですね。そういう、衝動の火をつけてくれた人ですよね。そういう人を芸術家って言うんだろうと思います。

辻野：今の話とも少し重なるかもしれませんが、松嶋さんが小説を書こうと思えるエネルギーやパッションというのは、一体どこから湧出してくるものなのかなっていうところにも関心があります。先ほどまだ１冊しか出していないと仰いましたが、２年前に国際的な賞をとられた作品もありますし、エチュード（習作）として書き溜めている作品はいくつあると仰っていましたっけ。かなりありますよね。

松嶋：日々書いているので、誰も読まない原稿は何千枚とあると思います。

辻野：そうですよね。未だ公開されていないだけで、松嶋さんは相当たくさん書かれているんですよ。きっとこれからまたどんどん活字になっていくのだろうと思いますが。

　それにしても、既に医師として社会的なステイタスもあって、経済的にも安定していて、何故に書くのかっていうことを知りたいんですよね。書くことによって承認欲求を満たさなくても、社会的に高く評価されているし、文学に興味があると言っても、あえて「産みの苦しみ」に煩悶しなければならない、悩める〈書き手〉にならなくても、ひとりの〈読み手〉として書物と戯れるだけで十分に愉しいのではないかと推察します。私の個人的なイメージでは、作家というのは、実存的な悩みや社会に対する憤懣や憤怒の如きものが執筆の原動力になることも多いような気がしますが、松嶋さんにとって〈書く〉ということの情熱はいずこから湧き上がってきているのでしょう。

松嶋：理由ははっきりわからなくて、なぜ書くのかっていうのは、文学のあるひとつの大きなテーマのひとつですよね。答えは分からないんですけど、社会的なメッセージとか対抗の手段とか、そういった長い目で見て役立つといったこととは別に、なぜフィクションを書くのかっ

ていうのは、考えてみると、行きつくところ、なぜ人はフィクションが必要で、なぜみなフィクションを読むのかといった話になりますよね。そうすると、簡単に答えが出ることではなくて、そこにアプローチすること自体が文学の主題のひとつだと思います。ひとつ思うのは、やはりフィクションは、逆説的な言い方になるんですけど、より真実や真理に近づけるもので、もしかしたら真実を精緻に描写するよりも、そこに近づけるのではないかとか。そういったものを希求する気持ちから、フィクションというものは生まれるものだし、書くものではないかと思います。

＊本稿は、2018年11月28日（水）に九州大学伊都キャンパスにて行われた対談「悩める精神科医がものを書くとき：松嶋圭 × 辻野裕紀」の前半を文字化した原稿に加筆修正を施したものである。文字起こし作業は、荒牧弓雅さん（九州大学教育学部２年）が行なってくれた。ここに感謝申し上げたい。なお、対談の後半は、次号に掲載予定である。