

## フランスにおける小区域精神科医療チーム活動の実態 (2)

### —SECTEURに関する報告書の翻訳をとおして—

松石竹志\*

A Study on L'ÉQUIPE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE in France

Takeshi MATSUISHI

#### 病院外治療組織

〈12人前後の患者数が、治療の統一性を保つ上で、治療者の潜在能力を最もよく発揮できると考える。〉

G. バイヨン

この章では、多くの場所でなされている一群の治療過程について述べるつもりであるが、その前に治療的共同体の必要性について明確にしておくことが重要である。患者との対話はその担当医のやり方で、状況を詳しく把握しながら同じ医師によって継続されるべきである。このやりかたこそ、患者の拒否を避ける唯一の方法であり、また医療チームにとってはしばしば魅力的なものとなる解決法である。治療のこのような継続性は医師に関してもばかりではなく、社会福祉業務を始めとして、小区域医療チーム全体についても同様のことがいえる。それぞれが、治療上いろいろと特殊な時期に対応できるような一群の場を形成していく。担当者は、患者に関して十分に通じている必要がある。担当者は、社会的医療チームで介護されている患者について、適切な病院外の施設の可否を考えておく必要がある。病院外の組織全体が、精神科無料診療所でも、受け入れセンターと呼ばれているものでもよいが、そのような中核的な組織を中心にして、その回りで互いに連結する必要がある。このような中核的役割を果たせる機関は、一般的には、次の三つの機能を果たさなければならないのである。つまり様々な診療や相談の場とグループ活動の場として、また社会福祉業務部の設置場所として、また救急時の治療の場としての機能である。

#### 精神科無料診療所

文献上はいくつかの適応が記載されている。〈県庁所在地には、精神衛生センターをあらかじめ備えておく必要がある。それは、独立して設置されてもよいが、様々な機能をもった精神科無料診療所のなかに設置されることが望ましい。人口2万人以上の都市にはすべ

---

\* 横浜国立大学教育学部特殊教育学教室

て、多機能を有する精神科無料診療所が一箇所は設置されなければならない。人口密度の低い県においては、人口を引き付ける魅力を持った地域と考えられる人口1万人以上の大きな人口集積地域や町村に、精神衛生センターをもった精神科無料診療所か、あるいは、多機能をもった精神科無料診療所の中に担当専門課が設置されなければならない。最後に診察は、頻度の差はあるにせよ、どこかの市町村でなされることが保証されていなければならない。〉(1960年3月15日の通達)〈無料診療所がなかったり、また老朽化や場所が不適切な場合は、新たな設置がぜひとも欠かせない。その設立は以下のような形で作ることができる。

一地域病院の建物の中。

一アパートの中に設置することが出来る。電話、秘書を置き、慢性患者の小グループを受け入れ、一日の中の限られた時間内での治療をおこなうものとする。〉(1974年5月9日の通達)

精神科無料診療所や診察の場所は、実際にはところにより大きな差がある。場所も広くて毎日開いており、週日は午後9時までと土曜日の診察もできるようになっているような、本当の意味での精神科無料診療所もあれば、また、地方の行政機関のなかに設置された3室ぐらいしかないような類のものや、(市庁舎のなかに置かれていることが一番多い)多機能をもった精神科無料診療所のようなものもある。

J・ハックマンはこの制度の運用形態のひとつとして、ヴァイリュルボンの小区域精神医療チームについて報告している。〈ますます精神科無料診療所は受け入れセンターとして機能するようになってきている。終日機能する2つの精神科無料診療所では、精神病患者の要請を受け入れられるように、精神科医療チームのメンバーができるだけ頻回に、しかも長時間にわたって待機しているのである。平日の開所時間の間に、関りのある患者たちは数分の間腰を落ち着け、互いに話し合ったり、コーヒーを飲んだりしてゆき、時には診察室の長椅子を使って数時間の間睡眠をとることもできる。〉

#### デイホスピタル

あるいは昼間の治療組織は、昼間だけ治療をおこなうという基本的な特徴をもった部分的入院ができるような場所である、と定義される。家族の力動的観点に従って、患者は夜間は各々の住居で過ごす。理論的には、このような過程を踏むのは大部分は精神病患者であり、自律的な生活が困難な人々の治療の一環としてこの制度は利用される。したがってここは、入院生活と外部の生活との中間的な場所なのである。このような臨界期にあっては、ある種の安全保証が是非とも必要となる。初期の段階では、このデイホスピタルは完全な入院生活を体験した〈重症〉で、しかも病院外での生活がまだ危険で不確実な状態の患者を対象になされていた。それ故、目標はささやかなものであった。たとえかなりの支えが必要であったとしても、事実これらの患者が病院外で生活している姿を見るだけで、以前には全面的な入院生活を送って来たことを考えると、望外の喜びであった。できるならば、家庭環境の中での位置づけを回復させたい。単純な意思表示の仕方や、旅行の仕方、食事の摂り方、緊張のほぐし方等を再習得させなければならない。こうすることで少しず

つではあるが、患者とその家族や、介護に当たるもの達との間により深い信頼関係が出来上がってくる。しかしこれらの適応の対象となる患者に期待される目標を、〈新慢性化現象〉と見なす人もいるが、これらの適応症以外にもある種の作業については、精神病性または重度の神経症の若年患者に対してもなされているのである。若年の患者達は、ごく最近になって社会生活が困難になってばかりであるから、デイホスピタルこそが彼らの固有の問題や障害をしっかりと支えることができる中間的な場所となるべきである。患者達は、デイホスピタルを通して精神科医療チームの内容ゆたかで、専門的な介護をうけ、同様の障害を持った他の患者達と接触を持つことができるようになる。このような相互の接触を通して、限界はあるにしても、予想される諸々の階段が克服され、同時に不安をより少なくすることが可能となる。共同体的な相互関係の中で互いの立場を考慮することは、結局のところ〈正常〉と言ってもよい環境に近づけることである。しかしこのようなことに障害がないわけではない。経済的に決して余裕のある状況ではない中で、また家族が少しずつ防衛的になってゆく中での住居の問題、さらに病前の希望とは全くと言ってよいほどかけ離れた仕事を見つけることなど、があげられる。教育や人格形成が病気のために中断してしまった若い患者にとっては、現実との出会いはこのような問題として重くのしかかってくるのである。

入院歴のない患者や、入院歴があっても長期にわたらない患者にも、この方法は新たな適応を有するようと思われる。この開放的でもっぱら昼間だけ機能する施設は、周囲の人々の許容と好意的な環境があれば、以下のことがかなりの程度可能となる。

- 退行現象が生じた場合のナーシング。
- 服薬管理。
- 家族や近親者からの支援の容易さ。

終日にわたる入院を絶対的に避けるべきであるという事ではない。それが適応となる場合ももちろん存在する。しかし部分入院は、今までの〈社会に占めていた地位を喪失させてしまう〉要因となる終日入院によって生ずる付随的な困難を避けるのに役立つ可能性があるのである。

このような治療の様態に伴う種々の困難も明らかである。例えば、社会的孤立、外出や週末の間の〈窓口〉の問題や、また時には、病状の悪化時と同様の家族間の葛藤的状况がそのままもちこされるということなどである。救護寮 (Les foyers d' accueil) や独身寮は、これらの患者にとっては耐えがたい社会的孤立のモデルを再現するにすぎないこともしばしばである。それ故、社会保障機関はデイホスピタルと治療後の患者の寮 (foyer) を一緒に扱うことはほとんどない。治療の選択をするときには、まず第一に各々の小区域精神科医療チームを備えている、または提供することができる内容について考慮すべきである。この治療方法を採用する場合は、昼間しか入院せず、その間しか治療を受けないという、その部分的な性格を利用して、その他の介護の可能性との共存、または相互利用も考えておく必要がある。

E. フィギレドは最近、これまでの経験の膨大な多様性をうまく表現する様々なタイプの分類法を提唱している。デイホスピタルに対応する病理学的タイプは様々であるが、時

には明確に限定される場合もある。一般精神医学的な症例の他に、薬物依存、アルコール依存やてんかん患者のためのデイホスピタルもある。適応の基準として患者の年齢も考慮される。大人のデイホスピタルがある一方、子供や思春期の症例を扱うもの、高齢者を対象とするものもある。これらの基準を互いに結び付けることによって、この治療形態は多くの機能を果たすことが可能になる。例えば、管理運営のタイプ、小区域制をとっているかどうか、開院の時間と日数、治療の形態、空席の状況等々である。

E. フィギレドは、全日制の入院機関の特徴と比較して、デイホスピタルの特徴について以下の点をあげている。

一本質的な特徴として以下のことがあげられる。

- ・昼間のみ治療。
- ・低費用。
- ・より広い社会的な場面の経験。
- ・患者により多くの自律性を獲得。
- ・狂気への不安、気遣いが少ない。
- ・精神病院に比して気遣いが少なくすむ。

一潜在的な特徴。

- ・精神科医療チームの作業のなかで最上の持ち味を発揮できる。
- ・やや距離をおいた精神療法が容易になる。
- ・医学—心理—社会療法による治療の模範としての卓越性を示すことができる。

一経済的な特徴。

- ・規模が小さくてすむ。
- ・地理的に便利な場所に設置できる。
- ・治療上の新たな技術の導入が容易である。

一般的に言って、患者は精神科医療チームの他のメンバーと関係をもつことによって様々なタイプの治療法の恩恵を受けることができる。

通常、薬物療法は継続するが、様々なタイプの個人または集団精神療法も検討されることもある。家族の関わり合いに恵まれていれば家族療法は極めて容易となり、並行して施行されるのが望ましい。作業療法や賦活化活動という治療様態も広く採用される。しかしこのような治療法が現れた時の期待感は、その後の20年間で変化してきている。デイホスピタルでは、しばしば日常生活に対応する視点や体験をえることができる。だがこのような施設が入院の代替としてとらえられるとすると、デイホスピタルは、現実生活のすべてから急速に遠ざかってしまう場所になってしまう。したがって、これらの施設では、そこで働く精神科医療チームの忍耐力と弾力性が要求されるのである。これは都会の宿泊施設を持たない単なる小さい病院のように理解されているが、実際のところは、現実的な状況から落ちこぼれた患者の生活の調整をする、日常生活の中のいわば蜂の巣の育房のようなものといえよう。それ故、何よりも社会に対していかにして再適応するかが問題となる。これらの施設は開放論者の確固とした意志から生まれたものであるが、実際上も精神病者に必然的にとまなう必要性を満たすものである。

このような今までにはなかった治療形態を始めるにあたっては、既存の入院形態を模範として採用した。しかし徐々に患者との間に新たな関係が生じる事によって、病気のそのような側面に対応するようにその構造が修正されてきたのである。J.-L. アルマン・ラロッシュは以下のような表現をしている。〈このような治療形態のもとで社会の周辺に追いやられている人々と生活を共にすることができる。障害者は、社会の基準に対して不適切な行動をとったという罪悪感なしに生活することができる。それだから、われわれの対応も変化し、より寛大なものの見方ができるようになり、障害者も自分たちの要求を今までとは異なった形で言い表わすことができるようになるのである。このような状況のもとでは、介護の完全主義、罪の意識、長期にわたる精神病の治療という名の医学的な欲求不満から生じる反動としての危険な振る舞いを防止することができる。〉

#### 後治療ホーム

これは、社会への再適応を容易にするため、ある期間内に限り保護的な受け入れをする施設である。入院治療はともすれば孤立と無職の状態を招いてしまう。このような場合宿泊所を提供することにより直接的な物質的問題から患者を救うことができる。この施設の特徴は以下のように定義付けられる。

—小人数の患者での構成である（15人から20人）。

—可能なら、アパートの中に設置されることが望ましい。または集合住宅のようになっているべきである。

—個室と、食事のための共有スペースが必要である。

活動的で独立した生活を取り戻すのを容易にするために、滞在期間は制限されている。

担当の医師の診察のみならず、看護婦や医師による生活の場面のなかでの面談や支援活動がなされる。

#### 再適応のための諸治療

B. ジョリベは以下のような適切な指摘をしている。〈治療学上の概念から作業上の概念へと結び付けるだけでは、概念を形成するどころか操作的な道具としても全く不十分である。〉外的世界との関係の破綻は、仕事の世界との関係の破綻によってしばしば表面に現れてくる。〈このような患者にとっては、一般的な備給のさまざまな可能性の中で、自らを位置づける仕事という活動のもつ深い意義についてよく理解をすることが〉重要なことである。〈後治療の場で、あるいは社会保障や社会復帰のための過備給のなかで、このような作業を“あとに”押しはらうと、長期化する入院や、仕事の中断や、病気の再発の原因となることがしばしばである。〉

B. ジョリベは再適応と社会復帰治療に関して、4つの原則的な分類をあげている。

—作業活動とその目的が当該センターの中で行われるもの（保護作業所、再適応訓練所）。

—作業活動とその目的が支持的なもので、それらが他のさまざまな活動と連動しているもの（C. A. T.）。

—職業の習得や職業的再訓練。

一職業の習得と求職活動とが並存しているもの。

#### 保護作業所

作業能力が、一時的ないし慢性的に低下している患者のための施設であるが、通常の経済流通の中で通用する品物を生産する場所である。仕事の条件は、それぞれの患者の能力にあわせて選択し、もし必要とあれば、多様な条件を提供できる。報酬は仕事内容によって配分される。収益のことも考える必要はあるが、障害を十分に受け入れ、医療チームと密接な連携をとった治療的な側面が重要視されるべきである。またここでの訓練期間は限られている。

#### 再適応作業所

一時的な仕事の場であり、徐々に再適応にもってゆく。ここでも治療的な傾向は顕著であり、報酬はない。

#### 作業による救護センター

ここでは、それぞれの患者に対する支持が通常の流通機構に結び付けられている。独特の形態により給与の支給が振込で払われる。

パートタイマーとしての仕事も有用な援助法である。

#### ナイトホスピタル

この様な形態での入院によって、患者は改めて求職活動をしたり、また失職しないですむ。このような治療形態が適応できる患者は、通常の条件で就労が可能な者である、と原則的には言うことができよう。そして、必ずしも週末とは限らないが、週単位での休みを含んだある一定時間の間、病院という治療の場の中で過ごすという点が、このナイトホスピタルと後治療ホームを根本的に区別するものである。

このような制度に関わる問題点は、B. ダルが指摘しているように行政的な次元のものである。〈理論的には、この夜間入院の制度は、一般的な制度下では行政的には1カ月までしか可能ではない。しかしこのような規定を杓子定規にも採用すると、患者はそれだけ精神的に不安定になり、仕事をやめてしまったり、また退行という微妙な状況に急速に陥ってしまい、職業的な社会復帰が危くなってしまう。したがって病院の管理にあたる行政は、夜間病院制度を即座に整備する必要があるということを付け加えておこう。入院費用の適切な振り分けについては、負担金は社会保障部門と協議の上で決められるものである。〉

#### クラブ

クラブは精神科医療チームの何人かの構成員が指導し、孤立している患者達を外的な世界へ踏み出させるためにつくられた。これらの施設では、できるだけ多様な活動を提供するように心がけている。例えばシャンピニーの小区域精神科医療チームのクラブでは、まずセンターにおいて催された活動（社交遊技、絵画、陶芸、映画の上映、体操教室）を、

町全体に広げていくのである。市立図書館における講演会、町の音楽院のメンバーとの合同演奏会、文化会館における会合等が開催されている。

### 中間施設

J.-F. ルベルジー、J.-F. ダメロンとA. S. E. P. S. I. のグループは、中間施設と呼べるものをフランスにおいて初めて作った先駆者的な存在である。

彼らの定義は以下のようなものである。すなわち〈規模は小さいながらも、社会的な生活の中に最大限に入り込み、また、患者達が施設入所前に保っていた絆の崩壊や、故郷の喪失、自己の存在の社会的ならびに精神医学的な意味での失効、或は、孤立無縁の苦悩に追い込まれていく状況、といった中で、調停的な役割を果たすことができるような類の共同体的な空間を創造する試みの全てを指す名称である。〉

図式的にまとめると、中間施設というものは以下の2つの型に分類される。

—いわゆる過渡的な組織であって、そこは病状の発展がある程度安定期にあるために、それぞれの患者の個人的な能力や経済的な能力に基づいて自律的な生活が許されるもの。このような施設には行政の制約はない。

—社会的ならびに精神的な障害者が経済活動のなかに復帰するための施設がある。ここでは、再適応のための治療の場と生活の場を結び付けるよう職業再習得が問題となる。そしてこれには、C. A. T. から職業的な共同組合にいたるまで関わりをもって来る。

いかなる場合にも、1901年の連携法に則って管理運営が可能となるが、単独でなされたり、あるいはより広い領域のこともあるが、とりわけ小区域で統合的になされることが多い。

現行法下での可能性は以下のごとくである。

—宿泊ならびに社会復帰センターに関わる条文（1974年11月19日発令の法律、1976年6月15日発令の通達第42号、1979年8月10日の通達第44号）。

—集団としての有効性が発揮できる雇用の機会の創設に対する助成に関わる、労働省により規定された指導（1977年7月27日の政令布告77-850号）。

—1975年6月30日発令の障害者のための指導に関する法律

数多くの経験的な事実から、機能を図式化することは困難である。滞在日数も一定しておらず、短すぎることもあるが、とにかく契約上の形式に基づいて患者との間で決められる。介護者達は常時その場に居合わせるわけではない。介入は、遭遇する困難の度合に応じて期間や時間が規定される。教育者や援助者の力を借りることもある。精神科医療チームの仕事はグループを作ることに限定されており、その力動性の要求に従うのみである。指示は極めて漠然としており、居住地の通常の数人は限定されている（約5人程度）。

しばしば援助行動を精神医学の領域を越えて位置づけようとする拡大的要求が存在し、時には精神病患者は一部の限定された守備範囲にすぎないと考えられてしまうこともある。

J.-F. ルベルジーが述べているごとく、小区域精神科医療チームの活動と中間施設の間関係は不明瞭である。つまり〈この点に関してしばしばなされる議論は、つまるところ、連携会の活動（少しばかり速く私的な枠内に同化されていくものであるが）であれ、小区

域の枠外から参加したり、中間施設という周辺の仕事に自ら従事した場合であれ、これらの活動は全ての点で小区域精神科医療チームとは対極に位置づけられてしまっているのは問題である。本当の意味での精神科的な中間施設は、精神科小区域医療チーム全般の中にあってこそ大きな役割を果たすのである。〉

### 入院業務

〈全ての収容は専断的なものであり、全ての退院は時期尚早になされるものである。〉

E. トリヤによる引用。

入院は必要不可欠な治療上の一形態である。精神科小区域制度がその機能を十分に発揮したとしても、入院の原則的な適応は依然として存続する。

図式的にまとめれば、入院には以下の3つの理由が是非とも必要である。

一より正確な診断的接近を必要とし、医療的、保護的な環境の中で治療をはるかに有効な軌道に乗せる必要がある時。

一障害にたいしてあまりにも受容的すぎる周囲の人々から患者を隔離する唯一の方法として。

一患者が自分自身を傷つける（自殺）危険性がある時や、〈他人に対しても〉危険な場合。

小区域精神科医療に関わる通達では、入院に関して次のように述べられている。

1974年3月9日の通達において以下のように正確に述べられている。〈現行の精神病院の病床数は増加はもはや黙認されることができない。……入院業務は25床の単位で組織化されていなければならず、この中には十分な数の個室を含む必要がある。共同寝室はともかく廃止されなければならない。〉

開放的であると同時に、入院環境で必要となる業務を結合させる必要性から以下のことが提起されている。〈集中的なケアのための小規模治療単位を設置する機会について検討するように提起されている。この治療単位は時に応じて閉鎖してもよい。このような治療単位によってより正確な治療が可能になる。このような処遇は特殊な問題をもった患者にたいして特に適応となる。そしてこの種の患者の状態は、一時的にせよ、閉鎖的な空間で再構成される必要がある。これは、対応困難な患者での場合も、特別な治療機関（1950年6月5日の通達第109号のよって規定されているカテゴリー3に属する患者のための機関）へ彼らを移送しなくてすむようにするためである。いずれにせよ、病院業務は、より症状の重い患者でも他の施設へ移送してしまうことを正当化できないように配備されている。もし精神病院において入院患者数が減少して、これによって病床数の処分が可能になれば、精神医学とその他の医学の専門領域とのより密接な共同作業が可能となるであろうという観点から、内科的な治療組織や、時には外科的組織をも作ることは、地域の保健衛生の枠内においても大いに望ましいことである。さらに患者のみならず医療機関にも同様



に役にたつことである。〉

精神医学的な治療組織が必要となった場合は、〈治療機関は、なるべくなら入院治療センターのなかに作られるべきである。しかしながら、このような考え方は必ずしも身体医学的な医療機関をそのまま踏襲するのがよいということではなく、精神科の医療機関にはそれら独特のくつろぎの空間を備えていなければならない。これらの機関は、入院が必要ではあるが、特別専門機関に依存する程ではない処遇困難例や、強制入院が必要な症例を含む精神障害のすべての範疇を、ここに迎え入れ、介護できる必要がある。〉

入院に関する資料は、不完全な形であったにしても、精神科小区域の発展と平行して展開してきたことを示している。

	1970	1978
患者数	120,000	104,000
入院患者数	169,000	269,000
退院患者数	166,000	270,000

一方、〈入院条件〉の領域での改善はいまだささやかなものである。すなわち、120,000床のうち50,000床はいまだに共同部屋のままであるからである。

#### 精神病院は破壊すべきものであるか？

この問いに関しては、どのように答えればよいか。精神科小区域化も、一般的に言えば都会の中心から遥か遠くに患者を大々的に集中させる精神病院という構造物を継承している。このことは小区域が目指すこととは完全に矛盾している。つまり、患者をその日常生活のつながりや、家族の構成員達や、社会的、職業的な構成要素から断ち切ってしまうということで、まずもって矛盾したものである。またこのような構造物は、隔離化ということで特徴づけられる。そしてこの隔離化は患者のみではなく、医療者の内科的な医療との関連性をも疎遠にしてしまう。興味ある解決法のひとつとして、総合病院の中に精神科小区域医療チームを発展させていくことがある。1960年3月15日の通達は、総合病院の精神科の業務は、小区域精神科医療チームに便宜を与えることであり、いかなる場合も治療の振り分けのみの場としてしか機能していない状態であってはならない、と明言している。1970年以来、総合病院の場においても小区域化された精神医療と重なる部分が数多く認められるようになってきたのである。1971年1月18日の通達では、総合病院の管理委員会は〈精神科部門を作るに当たって自発性を発揮するように〉勧告を受けており、まったくの田舎に建造される病院コロニー施設であるかつての精神病院と比べて進歩がみられたとはいえ、〈出費が多く現状には適合しないものである。〉としている。

同様の考えのもとに、マンハイムのグループも、交通の便のよい都心の人口集中地区から離れた土地に精神病院を建造することを中止し、総合病院の中に精神科の部門をすぐにも作るべきである、と1976年の時点で強く主張している。フランスにおいてもささやかな進歩がみられ、その統計的な数字は以下のごとくである。

	1966	1973	1976	1979
精神科部門の数	15	39	68	107
病床数	10,000	11,135	16,552	18,728

総合病院内の精神科部門の設立によりいろいろな利益が引き出される。

多くの身体的障害も精神症状で初発したり、精神医学的な仮面をつけていることがある。また逆に、身体的な合併症も精神科部門では頻繁にみられる。どちらの場合でも、身体医学と精神医学の両者の間の密接な協力が必要となる。身体疾患での入院時やすでに入院中の患者にも精神的な緊急事態がおこる可能性があり、その意味でも総合病院のなかに精神科医療チームが配備される必要性がある。しかしながら、精神医学と身体医学との連携が、いつも簡単にいくとは限らず、むしろこのことは現実には当然のこととして受け止めなければならない。たとえば興奮状態で、好訴的な患者を、病院という集団の中に入れることは危険が大きいのである。

ランペリエール達は、重要な問題について明瞭に述べている。〈総合病院における小区域精神科医療チームの中の精神障害者の状態は、医療の拡充の係数と考えられる。その最も積極的な効果と思われるのは、精神科の入院や、精神障害者そのものに付きまとう劇的な性格を排除できるということである。しかし、総合病院内での入院では、短期の間はよく順応したとしても、いずれ患者は、医療チームの理念と適合するとはいいがたいが、小区域精神科医療にも避けることができない長期入院型の医療施設に移ることになる。〉

最も活動的と考えられている小区域医療チームでさえも、入院環境に沈殿していくという困難な問題から免れることはできないのである。同様にシャンピニイの医療チームもこの問題に直面し、なんとか解決策を見つけようと努力している。そこで問題となるのは、〈著しく病的な慢性患者で、非常に閉鎖的な環境下にあたり、外での生活など考えることもできない様な類の精神障害者達がいる。例えば、長年にわたって入院生活を余儀なくされている精神病者や精神病質者、小区域精神医療の開始時に精神病院に移された患者、脳性運動性麻痺や、寝たきりの状態や、大人の年代に達した小児自閉症、養老院では介護ができないような老年痴呆の患者などが挙げられる。公的機関は病院への収容の過程に抵抗し続けていかなければならないということを確認している。一方精神科医療チームは障害者介護に当たっては、広範囲にわたる再活性化プロジェクトの対象を、最も障害の強い患者に限定していくべきであると計画した。またより人間的な生活条件を提供できる援助の新たな形式の発見に専心し、長期間にわたって入院を維持し、それが生活様式に分かちがたく結び付いている患者の賦活蘇生に、目標を限定するように決定したのである。具体的には、治療機関の中で最も退行した精神障害者にたいしても、治療的な集合住宅を提供したり、家庭へ復帰させたり、デイケアセンターに通わせたりすることである。〉

精神病理学的な障害を示したことがなかったり、あるいはよくあることであるが、もはやそのような障害が消失している患者の中に、それほど欠陥状態を示していないにもかかわらず、自律的能力がまったく失われてしまっているものがある。このような障害者に関しては、専門性のいかんに関わらず社会福祉的な通常の方策のすべてが使いきられている

のが通例である。このような場合、S. D. F. や、慢性患者としての登録から厳密に切り離してしまうことはない。この様な状態が一時的なものである可能性も否定しきれないからである。しかし病院が彼らの新たな〈自宅〉となってしまったのである。J.-P. ロソンと S. パリゾの言を引用すると、〈慢性化を特徴付けるものは、対象関係の貧困性である。病院のなかではそれなりに納まって安楽に暮している患者でも、病院外での豊かで活動的な相互関係を発展させたり、愛したり、仕事をしたり、限られた世界であれ、それなりに活動しているのだという喜びを表現したりする時に、さまざまな問題が生じてくる。〉

精神科医療チーム部門と他の身体医学部門（あるいは精神医学部門と身体医学部門の機能）と根本的に区別されるのは、前者はいつも退院という解決法を見出すことができないという事実によってである。しかしこのことはその解決を捜し求め続けなくてもよいということではない。

医療チームとして〈重症例〉と呼ばれる症例を拒否し、患者を入院と外来に再配分しようとする誘惑が大きくなることもある。このようなことはよくあることで、また可能なことである。このような態度は、精神科医療チームとしての首尾一貫した精神医学的態度を取ろうとする者には許容しがたいものである。しかし表面的な活動性が極端な日和見主義を覆いかくしてしまう可能性がある。事実、D. カラボキロは、〈治療と支持的対応を切り離してはいけないのである〉と言い〈精神医学において精神病院の役割をどのようにして否定することができるだろうか。〉と J.-P. オリは問いを発している。〈様々な社会的義務の遂行が不可能になる前に隔離する場所として以外に、精神病院は妄想の避難場所である。すなわち精神病患者が、社会的に許容されるような形では昇華されたり表現されたりはできない空想的な要素を表現したり、妄想の中を生きる場所（確かに一時的なものではあるが）なのである。この隔離場所としての役割は、社会的な要請からではなく、精神医学的な施設として必要なものである。隔離の場所という機能が最も重要なものであるとしても、それはやはり本末転倒したことである。〉精神疾患の危険性というのは、一般住民の水準でみられるいつもながらの幻想に過ぎない。このことは住民の許容性の限界と関係がある。小区域精神科医療チームの導入によってこの様な考えは大きく修正されてきた。事実、ほとんどの患者は危険なものではなく、たとえそうであっても一時的なものでしかないのである。

ある種の処遇の困難例は問題の根源になることがある。

Ph. キュジョ、J. デセイニュ、M. オラシウス、Ph. ケシュランらはこの問題に関して1978年に以下のような指摘をしている。〈“困難な”という表現は、著者達にとっては、患者が他の患者や、介護者、小区域の住民、社会や小区域精神科医療チームの治療上のイデオロギーや、自愛的な面に対して避難を受ける危険性があるとの考えや恐れを意味する用語のように思われる。〉

潜在的な危険性をどの様に理解するかということは、解決が極めて困難な問題である。1950年6月5日の通達第109号において、処遇困難な患者のカテゴリーを3つに定義づけている。

一破壊的な反応のために、その患者が置かれている状況の中で持続的な混乱をもたらす

要素が持続しているような興奮患者。

一医学—法律学のいかんを問わず、反社会的な精神不均衡者で、行動障害を示し、より上位の対抗手段がどうしても必要で、他の患者の我慢の限界にある患者。

一大変な反社会的な精神不均衡者で、一般的には医学—法律学的な問題を有し、計画的で策謀を企んだ犯罪的な反応の可能性があるかかえた非常に重篤な行動障害を示す患者。

Ph. キュジョウらは、その他の多くの患者達に関する見解に賛同して以下のように述べている。くたとえ全体としてはその様な患者の数はきわめて少ないものにすぎないとしても、カテゴリー3に含まれる患者のみを拘束できるのである。これらの患者の心理的ならびに行動上の構造は固定しており、ほとんど不可逆性である。また彼らの反応の仕方は、危険な反社会的な性格をおびるものであり、身体的な暴力の有無によらず攻撃的な行動（火事、窃盗、恐喝）や、殺人行為の可能性が問題となるのである。その他のカテゴリー（1と2）として定義される患者では病的発展という考えは保留すべきである。彼らは患者間の相互の人間関係や周囲との関わりを無視してしまうのである。

小区域精神科医療の発展と、施設からの患者の開放にあたって、攻撃的な行動を有するある種の患者は、精神科医療チームの許容度に対して緊急な問題を提起しているのである。

これに対しては、以下のような様々な反応が可能となろう。

一〈強制的〉と判断される対応手段をとることを拒否する。このようなやり方は、期間の長短はあるにせよ、治療的な全ての可能性を放棄する結果になる。

一図式的には以下の三様に展開していく拒否的態度がある。

・治療的手段を持たない外的な世界に患者を送り返してしまう方法。このような方法は警察の干渉を受け、結局は司法的な手続きが問題となる軽犯罪が生じるのを待っていることになる。

・G. ドーメゾンの表現を借りれば、〈回避という惨めな行為〉を取る。これは、そのような患者が他の小区域に移住するのを待つか、あるいはそのように仕向けることで十分とする行為である。

・〈処遇困難な患者のための機関〉(S. M. D) に移送すること。これはある種の精神病院に配備されており（ヴィルジュイフ、モンファベ、サレゲミヌ、カディラック）、合計748床が開床されている。

1981年において、ヴィールジュイフのS. M. D. の医長であるPh. キュジョウは、この様な設備の配備状況について明快な分析をしている。もし小区域精神科医療区域が患者の60%をカバーするとしても、残りの35%は刑法64条に従って免訴になった後に、行政機関によって入院処遇を受けるのである。一時的であれ保留状況におかれたり、刑罰に関わる法廷において有罪を宣告されるのは入院患者全体の5%を占めるに過ぎない。疾患別の統計資料は通常の医療機関のものとは異なっているが表に示しておく。

	S. M. D.	精神科小区域
精神病	46%	43%
精神不均衡者	35%	4%
精神遅滞	11%	20%
アルコール依存症, てんかん他	8%	11%

Ph. キュジョウが指摘するところによれば、〈これらの四つの施設は問題はあるが存在理由も有している。今日精神科医達が、これらの集中治療組織の整備や県立の小機関の設置については、最も少ない配分でよいという意見に賛成する状況では、これらの施設を拡張することは困難なことであり、さらにそれほど重装備ではない組織にとって変わらせることも、疑いもなく困難なことである。これらの患者は、実際には極僅かしかおらず、計画的かつ建設的な配備がこれらのカテゴリーに属する患者のために作られてきたということを理解するならば、現在あるもので十分満足すべきであろう。S. M. D. にはこのような時代錯誤を乗り越える手段をもつことが望まれる。〉このような方向性は、小区域精神科医療とは全く反対のものである。つまり、社会からの断絶、家族との疎遠化、治療や介護の方式の連続性の断絶、そして最後には再発の可能性の上昇等である。

以下の数点が強調される必要がある。

—多くの患者は、率直に言って犯罪的な行動を起こすこともあるが、その病的な性格を断言するには困難である。この判定は、専門家の判定にかかっている。

—処遇困難として扱わなければならない患者は、どちらにもあてはまらないという理由から、小区域医療チームにおいても、S. D. F. においても処遇されないことがある。

—患者たちが一旦回復した時、それらの患者を再度扱うことにたいするためらいが、精神科医療チームのがわにしばしば認められる。

ところで精神科医療チームが、処遇困難な患者に関わる場合に遭遇する問題について詳細に調査された研究がある。

—近年の処遇困難患者の頻度は部分的には小区域精神科医療の中の若年性の疾患の領域に属するようであるが、ここでは治療が重要である症状が問題なのである。

—看護師と看護婦との人数の構成比は、看護師が三分の一を占めるのが望ましいと思われる。

—正確な配備によって小区域外や小区域精神科医療からはみでた患者に関わることも把握することが可能になる。

—それぞれの精神科施設は、患者の周辺の人々にとって満足すべき状況ではない。

—各々の入院施設の中に、急性で危険な問題を持つ患者を、特別に看病し治療するような治療部門を配備する必要性がある。

J. R. コーエンは以下のように断言していることは正しい。〈精神科医は、おのれの言動のすべてにおいて、あらゆる病理的な側面を介護する義務があり、精神科医の信頼性がこの場合も同様に問われるのである。〉

地域医療—監獄センターは、監獄内において精神障害に対する治療をおこなっている。

治療にあたる医師は、最も近いC. H. S. に関する精神科小区域医療チームの精神科医である。彼はD. D. A. S. S. から派遣され、刑務所を管轄する行政機関の意向のもとになされる。

注) ここで使用した原書は

Gérard MASSÉ et Xavier HOUSSIN : SERVICE SOCIAL ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR. LES ÉDITIONS E S F, PARIS 1983.

で、今回翻訳紹介したのはその第4章 CHAPITRE IV—LES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUESの後半部分である。前半部分と解説については、Journal of the Yokohama National University No35 : p89-104. 1995. に掲載した「フランスにおける小区域精神科医療チーム活動の実態(1)」を参照していただきたい。