

精神病者の社会復帰に関する研究(第2報)*

—— 3期にわたる集団精神療法後の経過をふまえて ——

村上英治 武田 徹¹⁾ 大井武子²⁾
池田博和³⁾ 松田 惺⁴⁾

はじめに

さまざまな精神障害の故に精神病院に入院してきた患者たちに、一刻も早く退院を促し、具体的な現実の生活状況へ積極的に参画せしめていくための「社会復帰」が、今日の病院精神医学における緊急の課題であることはいうまでもない。それらの要請にもとづいて私どもは、私どもの臨床実践の場である八事病院、特にそこでの社会復帰病棟において、いわゆる「医療チーム」を構成し、医師、看護者、ソーシャル・ワーカー、さらにクリニカル・サイコロジストがそれぞれに緊密な連繫をとりながら、ここ数年にわたる積極的な取り組みを、私どもなりにつづけてきた。

それらの「社会復帰」を、単に現実妥協的な社会適応の水準にとどめるものではなく、自己実現に根ざした人間としての本来の生きかたへの展開をと志向する線に沿って試みてきた、強力な集団精神療法を主体とする初期的な実践は、本研究(第1報)として2年前、すでに報告したとおりである。

そこでは、この社会復帰病棟在住の患者が、ともすれば「病院内充足」の状況にとどまりがちになる所以を、社会復帰に直接の障害となると思われる、医学的要因(M)、パーソナリティの要因(P)、さらに社会的環境的な要因(S)といった3つの側面から分析し、少くとも

そのうち2要因以上に問題をもつと考えられる人びとを対象としておしすすめてきた。重点的な集団精神療法(第1期)の具体的実践を綜括した上で、それら集団精神療法に関して検討されるべき問題に即しての考察をすすめるとともに、今後より積極的かつ本来的に、具体的な現実の場での社会復帰を促進せしめていくための若干の方策が提唱された。「社会復帰病棟運営委員会」の常置、ソーシャル・ワークの強化、ナイト・ケアの充実などがそれである。

これらの省察をふまえて、私どもは、一方では第2期、第3期という形で、第1期の集団精神療法における最初の意図・方法をひきつぎながら、こうした療法の対象者として適切と考えられる人びとに、より一層強力なゆきぶりかけをすすめると共に、この段階では、特に社会的環境的要因に問題を持つとみられる対象患者に、ソーシャル・ワークの面から、受け入れの対象となる職場および家庭へのより積極的な働きかけを強化することを意図した。

第3期の集団精神療法を終了して、すでに1年有余の期間が経過している。これら第1期から第3期まで集団精神療法を受けてきた患者に関連して、そうした私どもの働きかけが、どのような点で効を奏し、どのような点でなお問題を残したままでののか、私どものこれまでの歩みに対する問いかけ、そしてその評価が、今きびしくなされねばならない。私どもはこの段階でまずこの病院をここ両3年のうちに退院して、いわゆる社会復帰の形態をとっていったと考えられる患者の予後についての実態を資料の上からとらえていくとともに、さらに本来的な社会復帰へと志向させることを願って、この集団精神療法でゆきぶりをかけてきた69名の患者を対象として、その療法を一応終結したあとの動向を克明に分析することが要請されると考える。さらにそのうちの顕著な事例については事例研究的な考察をすすめることも肝要であろう。社会復帰病棟での取り組みの意義を、このような形でふたたび反省し、新しいあり方を模索しようとするのが、本研究、第2報の意図するところである。

* 本研究の一部は、東海心理学会第22回大会(1973)および第23回大会(1974)にそれぞれ、「社会復帰病棟に関する研究(第4報)―集団精神療法(第2期)への展開―」および「精神病者の社会復帰に関する研究(第5報)―3期にわたる集団精神療法を終えて―」と題して報告された。

- 1) 中京大学体育学部教授
- 2) 八事病院
- 3) 名古屋大学大学院教育学研究科教育心理学専攻修士課程学生
- 4) 愛知教育大学助教授

これらの考察をとおして、私どもは単なる現実の社会体制に機械的に順応していくことをもって、精神病者の社会復帰ととらえるのではなく、より積極的に、彼等が自分達のおかれている世界の中での位置づけを明確化し、他者との相互交渉の中で自己洞察を深め、このような客観的な自己概念の認知とその受容をとおして、はじめて自己実現を基盤とする本来的な社会的適応を志向せしめていくべきだとの視点を、ここでまた改めて社会復帰病棟における理念として、かつまた緊急の今日的課題としてかかげることができる。具体的には、その方策をどのようにふみ出していくべきか、従来の歩みをふまえた上での展開として、一つの試案を本稿の最後に提起しようとするのも、この線に即しての私どもの自己決意にはかならない。

1 退院患者の退院後の実態

—社会復帰病棟を経由することの意味—

表1はここ3年間にわたり、八事病院の退院患者が、治療、開放、社会復帰の3病棟のどこから退院したかを示す一覧表である。3年間平均して社会復帰病棟からの退院は全退院者の10%前後にとどまり、すべての患者が退院するために、この社会復帰病棟を経由しているものではないことを示している。いいかえれば退院に際しては、その準備段階として社会生活訓練を治療過程の中にとり入れ、重点的に社会復帰をめざす強力な働きかけがそうした面に関して著しい困難をもつような患者以外には、必ずしも必要でないことを意味するものである。

しかしながらその反面、こうした社会復帰のための総合的な、より現実即した配慮が強力に要請される患者もかなりいることをも、また示唆するものといえよう。

さて無事退院したとして、彼等退院患者たちの予後はどうであろうか。社会的状況の中に十分適応し、本来

的な自己実現への志向性にふたたび目覚め、意欲的に生活していくことを私どもは当然期待しているのであるが、退院者のすべてがすべて、順調に社会復帰するのではなく、残念ながら退院者の何割かは再入院してきている実状である。

退院後の再入院率を、特に社会復帰病棟からの退院者と、開放病棟からの退院者とを対比して示したのが表2である。社会復帰病棟が開放病棟にくらべ、再入院率の高いのが認められよう。

表2 退院後の経過(社会復帰病棟と開放病棟との比較)

病棟	社会復帰病棟						開放病棟					
	1972		1973		1974		1972		1973		1974	
年次	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
退院件数	34	100.0	58	100.0	40	100.0	69	100.0	72	100.0	46	100.0
継続通院	4	11.8	14	24.1	21	52.5	10	14.5	12	16.7	25	54.3
再入院*	21	61.7	29	50.0	11	27.5	22	31.9	21	29.2	12	26.1
その他**	9	26.5	15	25.9	8	20.0	37	53.6	39	54.1	9	19.6

* 再入院患者数はたとえば1972年度の場合61.7%とあるが、これは1972年退院者34名を100.0%として、そのうち61.7%がこの3年間に再入院して来たことを示すものである。

** その他の中には退院後の予後経過が不明のものも含む。

そもそも社会復帰病棟に他の病棟から移り、社会復帰を目指してそこのより積極的な治療活動をナイト・ホスピタル形式でおしすすめねばならなかった患者には、前述のようにたしかにそれだけのハンディキャップがある。特にパーソナリティの面での社会復帰意欲の乏しさ、また社会的環境的条件において、彼等を受け入れるにあたっての家族、職場といったさまざまな不利な条件など、それらがあいまって彼等の退院を阻む要因となっている。そのため、これらの阻害条件に対して、何らかの働きかけを積極的にすすめることを意図してこの病棟が設立された由来からもこのことはうなずかれよう。したがって、たとえこの社会復帰病棟で患者にかなり強力なゆきぶりをかけたり、あるいは社会的な受け入れへの努力を払ったりした上、ようやく退院の運びに到らしめたとしても、なおこうして現実の社会的状況の中に入りこんでいくとき、本来的自己実現への道をふたたび放棄し、あるいは環境からもきわめて拒否的阻害的に扱われる例も少なくない。

表1 退院者の病棟別比率

年次	1972		1973		1974	
	N	%	N	%	N	%
治療棟	320	75.7	332	71.9	342	79.9
開放棟	69	16.3	72	15.5	46	10.7
社会復帰棟	34	8.0	58	12.6	40	9.3
退院総数	423	100.0	462	100.0	428	100.0

(死亡退院・措置仮退院を除く)

そうした面でのハンディキャップは少なく、いわば順調に治療がすすんで、めでたく退院していくことが期待しうような開放病棟からの退院者の再入院率にくらべると、社会復帰病棟からのそれが高いゆえんでもある。このことはまたいま一つ、別の面からもたしかめられる。

たしかに社会復帰病棟からの退院患者の再入院率は高い。しかしそれらの再入院を余儀なくさせられた患者を、その累積在院年数と、退院して社会復帰の状態にあった期間との関係を比較検討してみると、表3に示すとおりである。この表によれば、累積在院年数が多い患者は、退院後比較的早い時期にふたたび病院で治療を受けるようになる可能性が高く、反面入院経験の短い患者は、退院後再入院迄の社会生活の期間が長い傾向を示している。入退院を何度も繰り返したり、あるいは在院治療の期間が5年・6年と長びけば、実社会と接触する機会は少くなり徐々に病院内の生活パターンが固定してくる。病気が慢性化する程、習慣的な硬さが考え方や動作の面にもあらわれ、仮に退院しても患者をとりまく新しい環境に合わせるような習慣の切り換えがむずかしくなりやすい。

表3 再入院患者の社会復帰期間と累積在院年数の関係

社会復帰 期間 累積 在院年数	6ヶ月	12ヶ月	12ヶ月	計
	未 満	未 満	以 上	
1年未満	4	1	2	7
1～3年未満	7	6	5	18
3～5年未満	7	1	2	10
5年以上	8	2	0	10
計	26	10	9	45

再入院者数は1972～1974年の間に再入院した61例のうち、アルコール中毒症などを除く45名についての検討である。

長期在院患者は社会に対し防禦的な姿勢を示し、逆に病院の中を安全地帯と見る。他方入院経験の短い患者は社会と家族が本據であり、かりに色々障害が起きても、本人や周囲の人たちが「入院せざるをえない」と決意するぎりぎりの時点まで入院を控えている。病院に入ることにについての認知の差がこのような開きとして現れてくるとも考えられよう。

発病—入院—治療—退院—再発—という一つの経過期間には大きな個人差がある。しかし表3に示されるように再入院者45名のうち26名(58%)は退院後6ヶ月以内

に再入院している点を考慮するならば、やはりこの約半年が退院者にとっても、また治療者にとっても、もっとも注意する必要のある期間といえるであろう。さらに退院後1年以上経過してからの再入院者は9名(20%)にすぎないことは、社会復帰の成功の可否が約1年をめぐりとして分けられるように思われるものである。

Ⅱ 3期にわたる集団精神療法とその後の経過

Ⅱ-1 集団精神療法の実際

集団精神療法の方法、対象については前報告に述べられた第1期における施行を、第2期、第3期ともに、それぞれ方法論的にはうけついでのものである。

第1期は1972年6月～9月、第2期、第3期にはグループにより、治療の開始期日等は揃っていないが、その施行期間は1973年6月～1974年2月である。

第1期の実践と反省をふまえ、第2期以降では多少第1期の場合とは異なった患者構成で行なった。すなわち各グループ内のメンバーを必ずしも等質的にせず、たとえば社会復帰意欲の低いグループの中に、逆に意欲が高く積極的な構えを持った患者を混入することで、治療状況の雰囲気を変えようとするなどである。やゝすると治療者中心の進行になるのを防止する意味でも異なったタイプのメンバーが参加することは他の者への刺激となったと思われる。

第2期より専任のソーシャル・ワーカーが治療者として参加し、ことにS要因の面で解決すべき問題をかかえた患者グループを担当したが、これは第1期の反省をうけての試みでもあった。

集団精神療法をすでに受けた患者の中で、さらに次の期にも続いて参加させ強力な治療をすすめる必要があると判定された患者があり、18名は2つの期にわたり、また5名は3期をとおして参加することとなった。

治療の運用について、第2期からは治療者の治療方針などを一律に規制することなく、治療者によって、また当該グループ成員の質によって、治療にあたっての重点を変え、退院を促進するため、治療者は主治医や病棟の看護主任らとの連絡を一層緊密にし、あるいは実際に患者と家族との調整をはかるなど、きめのこまかい配慮ですすめるように心掛けた。

集団精神療法の間では患者の個人的問題が話し合われることがあるが、これを出席者全員で討論しても、結局当事者以外は単なる観念論で終る可能性がある。本人にとって解決すべき重要な課題であれば、これは治療者と患者の個人治療の場で具体的解決策が話し合わなければならないのは当然であろう。集団精神療法を終了した

患者に担当者が引き続き個人カウンセリングの形で関与して、退院が実現するまでこれを続けるケースが見られたのはこの故にである。

Ⅱ-2 3期にわたる集団精神療をとおしての対象患者の予后

私どもは以上のようにこれまで3期にわたる集団精神療法を行ってきたが、その間に患者の退院、病棟からの転出などの移動があったため、各期終回まで参加した患者の総数は73名である。このうち地方の病院に転医した患者2名、及び死亡2名を除く69名について、集団精神療法の結果を検討するため、参加者全員を対象にその後の経過を追跡した。

表4は第3期集団精神療法の終了後1年を経過した時点でまとめた患者の予后経過の型と人数である。対象者の69名のうち一応退院にまでこぎつけたものは31名あるが、残りの38名はこうした援助の効果むなしく、この時点でまだ在院中である。

表4 集団精神療法後の経過の型と割合

経過の型		集団精神療法 参加群	集団精神療法 非参加群
退院群	A安定型	19 27.5%	26 42.6%
	B再入院型	12 17.4	35 57.4
在院群	C定着型	28 40.6	
	D転出型	10 14.5	
計		69 100.0	61 100.0

さらにその後の経過の特徴から、パターンわけを試みた結果、表4に示すように、退院者についてはA)安定型とB)再入院型に、また在院中のものはC)定着型とD)転出型とに分類することができた。以下概略、各型の特徴と問題点を指摘し、それぞれの型での典型的な事例を報告しておきたい。

A) 安定型

この型に属するものは19名で、集団精神療法参加者の27.6%を占めており、概して退院後の経過が良好と判断できるグループである。今なお通院中のものも少なくないが、外来を受診した際、カルテに記載された診療内容から、大体次のような特徴を見出すことができる。

まず退院後の患者に対する職場や家族などからの理解があり、環境条件の面で比較的恵まれている例が多く見

受けられる。また患者自身の方にも、職場や家庭の一員としての役割をできるだけ果たそうとする努力の様子がうかがわれる。現実には色々と個人の社会復帰を阻害するような問題が生ずることもあるが、それなりに適当な助力者や相談できる人を得て、その障害から逃避するような姿勢をとらずに、積極的に問題を解決していこうとする意欲が見出される。彼等には退院後も半年以上定期的に通院を続け、主治医とのつながりを保っているものが多い。

中・高年令層の患者の場合、退院後の職場における事業主の病気に対する理解と、経済的な面で患者の生活基盤がある程度安定していることが、社会復帰の成功に重要な鍵となっている。若年者についてもこれと同様なことがいえるが、生活の諸条件は高年令層ほどには複雑にならない。たとえば入院前に勤務していた会社に戻り、新しい部局に入って仕事に生き甲斐を見出しているエンジニア、また姑と夫との間でいろいろと人間関係のむずかしいことを主治医に訴えながらも、主婦として多忙な毎日をおくっている女性など、彼等は退院後の生活に安定した取組みかたをしているように思われる。

次に掲げる症例1は当初社会復帰がかなりむずかしいのではないかと思われていた中年の男性の例であり、症例2は退院後徐々に本来の若い工員の姿に回復していった成功例の一つである。

症例1 T・I 精神分裂病 43才 男子

24～5才で発病、精神病院には当院以外すでに4～5回の入院歴があり、八事病院では2回目。今回の入院は1962年10月からで、実に10余年も入院していた症例である。なお集団精神療法開始前はmpsで意欲も低いものとみられていた。

この間、社会復帰病棟にも数度移りながら、その度に短期間で症状悪化してふたたび治療病棟に戻ったりしていたが、1971年1月より、ようやく、一応社会復帰病棟の中で安定できるようになった。とはいうものの身長は172cmありながら体重は50kgそこそこしかない典型的な腺病質タイプで、顔色悪く、髪はフケだらけで無精ひげをはやし、そのくせ口から出る言葉は難解な哲学や法律・経済関係の話ばかりであった。入院中に何度か行われたSCTでも、たとえば「私の顔」という項目には「私の顔はソクラテスに似ている。」とか「三木清に少し似ている。」「サルトルに似ている。」などの表現がみられ、「将来」という項目では、「裁判官になりたい」「経済学の学者になりたい」「大会社に就職したい」など、かなり現実離れた反応が目立っていた。

1973年より、集団精神療法に参加するようになった。その中で他患から、症例T・Iが「教育テレビとか難解な本ばかり読んでいるが病的だ」とか「ヒゲをそらなければいけない」「髪の手入れをしなけりゃあ」など、かなりのきびしい批判を受けて、T・Iも「司法関係か学校関係に勤めたい。そうでなければ大会社に」という夢を徐々に捨てていったようである。こうした一期間3ヶ月の集団精神療法を2期間経たのち、T・Iとはほぼ同程度の作業能力をもつと思われた他患K・Tが、ソーシャルワーカーの働きかけにより仕事についての話をみて刺激されて「K・Tさんにも出来るのなら」とか「いっちゃあ悪いけどK・Tさんより私の方が仕事は出来ると思います」とまでいうようになったため、ワーカーが積極的に働きかけることとなった。

家族は、70才を過ぎた病弱な父と、眼病のため失明した継母と、てんかんの持病があり、遅くなって他家へ嫁いだ姉の3人しかいない。その中で、かろうじて治療に協力出来るのはこの父だけであった。その父も、今までT・Iが退院後ついた仕事が何度も長続きしなかったことや、就職の面接に行っただけで断られることが多かったなどの理由から、退院を志向しての就職探しにはかなり消極的であったが、T・Iの本来的な社会復帰について何度かワーカーと話し合ううちに、最終的には、ワーカーの側で仕事を探してもらうことに異存はない、ただし継母に遠慮してか、家に帰るのは困るので、寮に入るか住込にしてほしい、そのかわり、月々5000円までは父がT・Iに援助してもいい、という段階にまですすんだ。

ただ一つ何よりも幸いなことに、T・I自身社会復帰への意欲がかなり強かったので、その点を足がかりとして、就職面接に行くときには、あかで汚れていない服を着、フケのない髪にして、ひげもさっぱりとするようにしないと面接で断られるからと、一つ一つ具体的に指導し、T・Iの希望する「倉庫係」を求めて2ヶ所ほど職安の紹介で、会社に面接にワーカーと同伴で、出かけた。しかし、倉庫係は本人の考えているように倉庫の番をしているのではなくて重い荷物を積んだり運んだりする仕事で、客観的にみてもとても本人には出来そうになく、T・I自身も自信がないというため結局話はまとまらなかった。

そこで、これまでに3人の患者が、社会復帰病棟から通勤し始めていた板金塗装の会社に、「直接生産とは関係のない掃除みたいな仕事」につかせることを頼み、試験的に送り出してみた。ワーカーを含めた病院側の予想では、おそらく掃除位しか出来ないだろうと考えていたが、会社の現場に理解ある人がいて、徐々にT・Iを他

の人と同様な仕事につかせていったところ、最初はけがをしたりしたが、そのうち真黒に日焼けし、一応やっつけていける見通しがついたため、6ヶ月間ナイト・ホスピタル形式で通った後、退院、そして就職ということになった。退院後、何度か危機があったが、その度に薬で調節し、職場の側の理解を深めさせ、父親とT・Iとの接触を増やすなどして危機をのりこえ、一年以上たった今日も何とかつとめを続けている。

症例2 I・M 精神分裂病 29才 男子

15～6才で発病し、家の中で好き勝手なことをしていたが、だんだん不眠、食欲不振、幻聴などが著明となって、25才から八事病院に3回入院した症例である。

この症例の場合は、3回目の入院中3ヶ月で社会復帰病棟に移り、それと同時に集団精神療法に参加し、その2週間後には、ワーカーによる個別面接も並行してすすめられた。

家族は工員の父と継母と弟だけで、症例1と同様に治療に協力できたのは父だけであった。そのため、早速父を呼び、将来のことを話し合った結果、今迄は退院しても短期間で症状が悪化し再入院していたことを考え、今回はまず第1に病気であることを理解した上で採用してくれる職場を探すこと、第2にそうした職場が見つかったとしても、退院としないで、しばらくそこへナイト・ホスピタルの形で病院から通勤することといった2点で同意が得られ、1973年6月より、ワーカーとの交渉で、了解の得られた板金塗装の工場に通い始めた。最初I・Mは「あそこには就職する気はない」など強く抵抗していたが、そのうち迷い出すようになった。時には、「やろうと思う」と云い出したり、また別の時には「あそこは冬寒そうだし」とか「衣服が汚れるし」とか云ったりしていたが、父親、主治医、CPの支持や励ましによって、同年11月には、「今のところで頑張っってやっていくつもりである」など、そちらに向う気持がかたまるようになり、それと同時に、幻聴がまだ残ってはいたものの、症状もかなり軽減されてきたため、11月末に退院となって、I・Mと一緒に同じ会社に通っていた他患N・Sと共にその会社の寮に住みこむようになったのである。

ここで興味深いことは、この工場には、当時八事病院から4人の患者が通勤しており、その中で11月末に症例2であるI・MやN・Sが退院する際、「仕事を続けることは無理であろう」との主治医の判断のもとにその工場をやめさせられた他患T・Kと同程度の作業能力しかI・Mにはないように工場では評価されていたにもかかわらず、退院後2ヶ月位してから、入院中一番状態のよかった他患N・Sをしのいで、I・Mが一番仕事が出来

るようになり、幻聴もすっかりなくなってしまったのである。こうなった原因は種々あると思われるが、本人の場合、退院後毎週土曜日には家に帰り家で一泊してまた日曜日の夕方には寮に戻る生活を送っているのに反し、N・Sの場合、ほとんど家に帰らず、休日も自分の気の向くままの生活を送っていたことも、大きな理由であろう。そしてN・Sの場合には、本症例と対照的に、作業能力は退院後徐々に落ち、幻聴が出てきたりしてきている。本症例自身も「家に帰った方が元気になる」と云っていることから、やはり家族の協力が大きな影響を与えていると云ってよいのではなかろうか。1年以上たったI・Mは外来診察時に「時々冗談が云えるようにもなった。今の状態が一番いいように思う」などと、述べている。

B) 再入院型

この型に属するものは12名(17.4%)である。集団精神療法終了後、一旦は退院したが、ふたたび精神症状があらわれたり、生活規律の乱れや対人関係のトラブルなどをきっかけとして、再度の入院治療が必要となった患者である。再入院に至るまでの期間は1週間から約15ヶ月とその範囲は広いが、12例中9例までが退院後6ヶ月以内に再入院している。このことは前章にても取上げたように、退院直后における社会的状況でのケアが重要な意義をもつことを改めて示唆するものといえよう。

社会復帰病棟に在棟の患者がすべて集団精神療法を受けた訳ではない。限られた状況のもとで、限られた対象にしか集団精神療法を通してのゆきぶりかけはできなかったが、こうした再入院型を考察するとき、この集団精神療法を受けたか否かが意味を持つことは表4からも明らかである。すなわち退院患者の中で集団精神療法を受けた31名中再入院者は12名であり、他方それを受けなかった患者61名中再入院は35名という結果が示すとおり、集団精神療法を受けた群の再入院率は、そうでないものに比べてかなり低い。 $(\chi^2=28.66 P<0.1)$

そもそも精神病院という医療機関における先ず第1の治療目標は患者を社会生活ができる心身ともに健康な状態に一刻も早く戻して、ふたたび社会の中での生活を十全のものたらしめるような援助を与えることであるのはいうまでもない。社会復帰した患者が病状再発の幻影におびえずに生活できる迄には長い期間を要する。安定した社会生活に戻すため、これらの治療経過と予后に関する、さらに多くの検討が続けられねばならない。

退院後安定した経過を示す患者と、退院後数週間あるいは数ヶ月のうちに再入院する患者の違いは、本人を受け入れる社会環境条件の影響が大きい、同時に本人は

退院後の現実的な生活設計をどの程度確実に設定し、見直しを立てているかの差としてもあらわれる。

たとえばY・A、という女子患者のように「自分を退院させないのは主治医が少しも分ってくれないせい」と考え、ただ退院要求ばかりが前面にあらわれている場合などがこれにあたる。いったん家族の元に戻ってはみたが、現実吟味の低さ、あるいは具体的な生活方針についての考え方の甘さから、本来的な社会復帰の実現が果たせず、結局3ヶ月余りで再入院せざるを得なかったものである。退院への意欲が旺盛であることは、たしかに社会復帰の実現には重要な条件である。しかしそれと共に患者が仮に社会に出て自分の能力がどの程度に評価されるのかなど、客観的に自己を見つめる目を持ち、現実を認知する力のあることも、それにともなうてまたきわめて重視されねばならない。「退院さへしてしまえば何とかなるだろう」という安易な考え方や、退院後の生活費などは家族が負担するのが当然だと思ふような依存的な態度があるとき、社会復帰は決して満足な結果をもたらせないであろう。退院群の安定型はその点で、退院前からよほど現実に即した生活設計を立てているのとは、きわめて対照的である。

症例3 K・T 精神分裂病 42才 男子

27才頃より発病し、八事病院以外に3回程入院歴があり、八事病院には初めて、1972年10月より、入院していたが、1年程で退院、しかしまたその直後に再入院した症例である。

状態のよい時は、妄想はとれないままではあっても、あまりその妄想にとらわれずに、きびきびした態度で礼儀正しく、仕事もよくできるが、状態が悪化すると、関係妄想、注察妄想、罪業妄想、被害妄想など、さまざまな妄想が顕著になり、妄想にあやつられて行動し、自殺企図が前面に出ることが多かった。八事病院への入院も道路上で頭を標識にぶつけて自殺企図し、救急車で外科に運ばれ、応急処置の上入院したのであるが、症状も軽減したため、入院後6ヶ月足らずで、社会復帰病棟に移り、ナイト・ホスピタルにも出た。その直後より集団精神療法も受け、その2ヶ月後には「自分は今度は以前よりも変わったと思う。今迄は治ることだけを考え、自分の中にばかり眼を向けていたのが、その眼を今度は外へも向けられるようになった。今度こそはやっていけると思う」と述べるようになり、ナイト先での仕事もよくできるようになったため、1973年6月末、ソーシャル・ワーカーからの働きかけを強めることにした。

家族は年老いた病弱な母と、きょうだいが4人いたが長兄以外は逃げ腰で面会にもこないため、長兄に積極的

に働きかけ、秋には退院という線です承が得られた。本人に職安に行かせ、自分の気に入る仕事をみつけさせたところ、ある会社の倉庫係をみつけ、会社の下見もすませて、「自分としては最高の会社と思った。しかし、使ってくれるかどうかが問題」というので、ワーカーがつきそってその会社に行き、病気のことを了承してもらった上、使ってくれることに決まった。当時本人は「会社はいい会社だと思った。事務所もりっぱだし、組織も整っているし、ここで停年まで働けると思う。不眠症を承知で使ってくれるとすればこれに越したことはないと思った。自分の経歴から考えると最高と思う。中小企業のうちでも上位の方だと思う」と述べていた。そのため早速、翌月の8月よりナイト・ホスピタル形式で会社に通り経過をみたが、「会社の人もよい人ばかり」「順調に行っている」ということで、会社でも評判がよかったため、9月になって、はじめの予定通り退院となった。

ところが退院して1週間後に突然姿をくらまし、3日後に発見された時には、ふたたび妄想が激しくなり、自殺念慮が出たため、退院後10日にして、再入院するに至った。その後、本人に聞いてみたところでは、退院と同時に妄想が激しくなり、「海に入って死ぬ」という幻聴に左右されて、会社をとび出したようである。今回は前回のようにかはかしくなく、現在もなお入院を続けている。

C) 定着型

私どもが集団精神療法を通して患者の退院への意欲を刺激しようとした対象者69名のうち28名(40.6%)は本来の意図とは反し、未だに病院内充足といってもいい生活態度をとる定着型に属する。

この型の28名の平均在院年数は6年6ヶ月余に達しており、社会復帰病棟に他の病棟から転入してからでも3年8ヶ月を越そうとしている。この在院年数は一応退院にこぎつけた31名の場合、平均値が3年6ヶ月であることと対照的である。さらに彼等のうち8年以上在院して後退院した3名を仮に除くならば、その平均値が2年10ヶ月になることを見れば、これは一層明らかである。

社会復帰評定・MPSパターンを手掛かりとして選ばれた第1期集団精神療法の参加者25名を、退院、在院の経過別に退院意欲の高低とそれらパターンとの関連によって、ひとりひとりの個人をグループ別に分類したものが表5である。集団精神療法後もずっと入院を続けている患者がまだ相当数あり、ことに退院への意欲が低かったものの退院例が少ない。定着型に属する11名のうち意欲が高いのは6名にすぎず、また転出型は6名中2名にとどまる。第1期では特に退院条件などの面で問題が複

雑な事例が多かったという事情もあるが、25名中順調な経過を示すのが5名という事実は、社会復帰促進の道が容易ではないことを示すものであろう。

表5 第1期集団精神療法参加者の社会復帰要因のパターンと経過の型及び意欲の関係

経過の型 意欲	退 院 群		在 院 群	
	安 定 型	再 入 院 型	定 着 型	転 出 型
	高 低	高 低	高 低	高 低
m P s			K・T	T・M
M p s	W・T		T・K	
m p S	T・S N・S	S・T S・S	S・K K・K M・M N J S・J	H・S I・N
m p s	A・K T・T	Y・A	S・O T・N T・H M・R	M・D K・I Y・O
	5	3	11	6

第1期終了者のうち退院後の経過不明者2名および死亡2名を除く25名について検討した。

Mは医学的要因、Pはパーソナリティの要因、Sは社会的環境的要因で、大文字はその要因に関して問題なし、小文字は問題ありを意味する。

これまで3期にわたる集団精神療法は言葉による意見の交流が中心となっていたことは否めない。普段生活を共にして、お互いに慣れたメンバーで、自由に話す機会が与えられても、最後まで自分の殻から抜け出すことができず、治療者や能弁な他の患者から問われないかぎり、ほとんど自分から口を開くことのないような患者も少なくなかった。リクリエーション行事とか作業、買物といった日常のできごとが話題となる時はともかく、対人関係の問題とか、職業や人生に関する抽象的な事柄が話題になる時では、それらの意味や内容があまり理解されないうまま、その回の治療終了時刻になってしまうこともあった。長い病院生活に安住しているような患者に対して周囲のものが新しく問題意識を植えつけようと、言葉で働きかけてみても、その人にとっては問題の表面に軽く触れた程度の印象しか与えられず、結局心の中には何も残らなかったという例もまたしばしばみられた。

ことに慢性化した分裂病患者では外界のできごとに関心で、現在の生活様式を当然の事とし、また退院意欲を漠然と持つてはいるものの、自分自身の退院について具体的、現実的なレベルで話題にされると、これには防禦的あるいは消極的な態度となり、不安が高まってくる例も2・3にとどまらない。定着型の患者にとってこの

病院の生活がすべてであり、ここを唯一の安心できる充足の場として認知しているかぎり、病院外に生活の基盤を移させようとする職員の働きかけには、消極的な反応でこたえるしかできないであろう。

定着型の患者の中にはこれと異なる理由で在院する場合もある。集団精神療法や個人別の診察などを通して、本人の退院意欲があらわれ、実社会に復帰する手続きがとれる程の段階に達しておりながら、外部事情、たとえば家族など保護者の受け入れ態勢が調整できないため、退院の時期が次第に延びていく例がそれにあたる。定着型にはこのS要因の問題が解決されるのを待っている患者が少なくない。

症例4 T・K 精神分裂病 46才 男子

30才前後より異常行動が目立つようになり、32才時に見合結婚しているが、妻と姉婿との関係を疑って妻に暴力をふるうため、3年程で離婚となり、続いて11年間勤めていた県庁も退職した。その後、工具や店員になったが、いずれも長続きせず、しかも病的体験が顕著になったため、1964年に、八事病院に入院した。入院後、さまざまな働きかけにもかかわらず、現在も入院している症例である。

入院後5年程たってから、ナイト・ホスピタルに出るようになり、1969年に開設された社会復帰病棟に、当初より所属し、主に段ボール関係の職場に通勤していた。1972年に入って、主治医から退院の話が出た時、段ボールの社長に、「4年以上勤めているのに、作業能力は他患の平均以下である」と云われたことを苦にして欠勤が目立つようになり、本人の希望を入れて作業所を変更した。しかしそこでも、「年のわりにはまにあわん」と云われて、ふたたび別の作業所に変わったのである。その後間もなく出席した父の3回忌で、きょうだいたちから「再発したら責任を持たない」と云われたため、自分が退院しては家族が困ることがあるのではないかと、それは姉婿と離別した妻の関係がばれるからであろう、とふたたび、入院前の妄想が出現した。そして1972年9月にはその妄想のため、「姉婿を殺して自分も死のう」と刃物を買ってきたため、半年程、治療病棟に転棟している。

1973年4月、ふたたび社会復帰病棟に来てからは、その直後より集団精神療法に参加した。その過程で「グループの中で最も家族の受入れ状況が悪い」とのCPの判断と求職の目的もあって、主治医より、ワーカーの働きかけが要請された。

家族は、父も母もすでに死亡していたので、本人の保護義務者でしかも本人の妄想の対象にされた長姉夫婦と、本人が比較的信頼をよせていた次姉夫婦、本人と紙一重

のような状態の独身の兄などであった。

従来の作業所ではうまく適応しなかったため、1973年6月より、ワーカーの紹介で板金塗装の会社に、退院を前提として通勤するようになった。しかし、動作緩慢で時々けがもし、「果たして耐えられるかどうか、自信がない」「何か病院から離れるのがこわい」など、否定的な発言が多かった。追いつけをかけるように長姉は、「悪くなった時の心配」と「すぐ悪くなるのでは、という心配」ばかりして、T・Kに対しても「病院から通勤していた方が、退院するよりもお金が貯まる」と説得した。そのためT・K自身も、もう少しよい職場があるのではないかという現実とそぐわない期待と、今のままの方がお金が貯まるという観念にとらわれてしまった。したがって、せっかく会社側の受け入れは整ったにもかかわらず退院は実を結ばず、作業所も変えられた。その後も主治医から退院許可が出たが、その時もT・Kは「仕事が仕事なのでちょっと気乗りがしない」と述べ、姉たちの反対もあって実現しないでいる。

本症例の場合、家族の極端な無理解と、その中でT・K自身も揺れうごいてしまうこと、T・K自身の現実とそぐわないプライドなどが、社会復帰を妨げているように思われる。

D) 転出型

集団精神療法の対象者69名のうち10名がその治療過程終結後、病状の悪化や身体的故障、病棟や作業所などで生じた対人関係上のトラブル、身勝手な行動が続く事などの原因で他の治療棟に移された。転出や転入といった移動の形態は患者の状態によっていろいろ異なる。すなわち病状が一時的に悪化した場合などの転出では、転出後症状が回復すれば比較的短期間でふたたび社会復帰病棟にもどって来るものもあれば、またたとえば初めて社会復帰病棟に来て、ナイト・ホスピタルという外勤作業を中心とした生活が続けられず、数週のうちに治療棟に戻されるものもある。

10名の転出型の患者について転出の際の主要原因を調べてみると、精神症状によるものが4名、年令が高くそのため外勤作業の疲労が目立った患者及び内科疾患を生じた患者計3名、その他の理由によるもの3名で、治療棟で長期の療養の経過をとる患者が多い。

集団精神療法を受けた患者で転出者の割合は14.5%と低いが、受けなかった患者の転出入の移動はこれよりもかなり高い傾向がみられる。少数例ではあるが中には年内に3・4回も治療棟と社会復帰病棟を往復する患者もいた。

症例5 M・R 精神分裂病 51才 男子

この症例は、30代後半になって特に性的な面での異常行動が目立つようになり、家族に対する暴行や自殺未遂などがあって、1965年より、八事病院に入院し、そのままここに10年入院し続けている症例である。なお集団精神療法開始前はm p sで意欲は高い方であった。

入院中にもこれまで何度もハシ・鉛筆・歯ブラシなどをのみこんでしまい、開腹手術を2度にわたって行い、現在も腹部内臓ゆ着を起して時々腹痛を起している。社会復帰病棟には、1970年10月より移り、1972年夏より、集団精神療法を受けているが、その中でもほとんど発言せず、全体の流れにも無関心で治療者からの問いかけに対しても「どうでもいいです」というか、ただニヤニヤ笑うのみであった。しかしながら、1973年になって、本人の方から退院要求が強くなったため、ワーカーからの積極的な働きかけをすすめることにした。

家族は80才を過ぎた頑固な父親と、きょうだい5～6人いるが、きょうだいとは、全員音信不通になっている。戸籍上は、妻と3人の子供がいるが、入院中一度も面会に来ないばかりか、本人が訪ねることも拒んでいる状態であったため、事実上の保護義務者は、この80才過ぎた父親であった。

しかしながら、この父親は非常に頑固一徹で「自分の目の黒いうちは病院に入れておく」と断言し、病院に来ることも極端に嫌い、かろうじて1年に1回程度、テレビ塔の下に本人を呼び出して会うだけであった。そのためワーカー自身家庭訪問を計画したが、何度も拒否された後、ようやく父が病院を訪れた。入院以来初めてのことである。ワーカーの側からの考えを伝えると「今日はいい話がきけた。もうあきらめていたが、未来に光が投げかけられた気がする」と喜んでワーカーによる仕事探しに同意をしたため、本人に職安に行かせ、本人の希望する職種としての掃除夫を探した。

幸い、本人の病気のことを理解した上で採用してくれる職場が見つかったため、ナイト・ホスピタルの形で通勤し始めたが、その後突然、父の態度がふたたび硬化して、事実上離婚状態になっている妻とよりが戻らない限りは本人の退院を認めないといひ出すようになった。すると、父親を何よりも恐れていた本人は、もう退院出来ないと決めこんで、仕事への意欲を失い、職場を無断欠勤することが多くなり、結局断られてしまった。その後身体の不調を訴えるため、開放病棟に、さらには治療病棟に転病棟させられふたび、社会復帰からは大巾に遠のいてしまったのである。

Ⅲ 総括と展望

—社会復帰促進の強化をめざす— 試案の提起—

以上の統計的資料ならびに事例の提起をとおして、総合的に考察するならば、事実レベルとして集団精神療法の対象となった69名中の31名が退院しており、この31名のうち12名は再入院しているとはいえ、そもそも集団療法の対象となった人たちが、主に「むしろ問題のある」群、すなわち現状のままでは社会復帰がかなり困難であると思われる人々であったことを顧慮すると、これら31名の人々を一応ともかく社会復帰に至らしめえたということ自体は集団精神療法がある程度彼らに「社会復帰への動機づけ」「行動の活発化」をもたらすための何らかの役割をはたし、「病院内充足」状況を刺激したという点において、肯定的評価を与えてもよいように思われる。

集団精神療法それ自体は、それでは、この社会復帰にあたっての寄与を、独立にどの程度なしえたのかという問いかけが、ここで提起されることになる。しかしながら、この問いに直接答えることはむずかしい。そもそも社会復帰の実現という問題において、個々の働きかけの「効果」のみを単独にとりだすことは不可能であり、無意味でもある。社会復帰病棟における実践全体の総合的有機的な影響力が重要なのであって、M P Sその他の諸要因は、社会復帰の実現にあたっては相補的關係を形成する。さきの症例1にも端的に示されているように、常識的には、ほとんど社会復帰不能とみられていた病者においてさえ、2期間にわたる集団精神療法状況において社会復帰意欲が活性化されて支えられ、〈社会復帰病棟運営委員会議〉におけるスタッフ全員の「やらせてみよう」という了解のもとに、家族からは依然としてしめ出された状況でありながらも、ワーカーによって住み込みの職場が開拓され、その職場には社会復帰の先輩ともいえるかつての病院の仲間がすでに働いていて、彼らからの協力と励ましがえられたという、総合的条件のもとではじめて、1年半後の今日まで何度かつまづきそうになりながらも一応は、順調な社会生活を送りえているという事実を可能にしたのであった。

社会復帰を現実におしすすめるには、たしかに「意欲」と「社会的状況」が重要なのであるけれども、もともと意欲が高く、社会的状況において恵まれているものが退院しやすいということは当然であって、重要となるのはこれら両条件が臨床スタッフ・チームの努力によってよりたかめうる余地が他の要因よりも大であるという意

味においてなのである。さらにこの二つの要因は、各スタッフの受けもつ機能の重点に応じて、相補的有機的関連の中で働きかけられるときに、他の要因に比してより大きな効果を発揮するという点において重要となるのである。この2点は今あらためて指摘するまでもない、むしろ当然のことであるには違いないけれども、やはりこれこそが社会復帰病棟における働きかけの根本原則となるのであって、この点今後の展開のためにも十分に確認されておかななくてはならない。

とはいえ、対象者全員を復帰させるという理想的目標からいうならば、この69名中の31名、いやより実質的には69名中の19名という復帰の実態は、やはり十分満足するものではないであろう。この点、さきの基本的原則を確実に実践し達成するということは、現実的には種々の制限から、非常に困難なことであるといわざるをえない。この事実的な制限や限界の問題点については後述することにして、ここではこれらの限界があつたにしてもそれでもなお我々の働きかけがある意義を有するものであつたということにふれておきたいと思う。たしかに、この31名の退院患者のうちにはたとえ集団精神療法を行わなくても退院できたであろうという人も含まれているであろう。しかしその反面、このような働きかけを行わなかったならば、決して社会復帰しえていなかったであろうという人たちが含まれていることもまた、事実である。臨床実践においては、その対象となつたのがたとえ一握りの人たちでしかなかったとしても、実践しなかったならば、それすらないということとの比較において、やはり一応の満足が得られたとすべきであろう。ここで論点は臨床スタッフの側がどれほどの能動的志向性をもつたということに向けられているのであって、「意欲」はたかめうるものであり、復帰すべき社会的状況は恵まれたものに開拓しうるのであるという臨床スタッフの側の基本的な構えが問題となってくる。社会復帰を現実獲得していくためには、何よりもまず病者の意欲が重要なものというまでもないけれども、その意欲はそのまま、スタッフの側のそれを支えようとする意欲の反映ともみられるべきであろう。

この視点においては、最近のLaing, R. D. や Cooper, D. の精神分裂病という実体が存在するのではなく、社会とそれを構成している私どもが、そのようにレッテルを貼っているという事態が存在するだけであるという考え方が想起されてくる。この考え方には一面の真理が含まれており、またあまりにも一面的にすぎるおそれもあるけれども、この考え方のもつ警句的な意味だけは、ことに社会復帰という問題の実践にあたっては十分に受けとめられる必要がある。病者たちの多くには、たしか

に依然として背景的な残遺的症狀があり、いわゆる人格水準も低下してきているものもあることは否めない。このようなレッテルを貼ろうと貼るまいと、そのように呼ばれている事実が存在していることは疑いがいなくても、それが同時に、社会との、さしあたってはそれを構成しているところの私どもの立場との、相互関係としての「事態」でもある以上、その事態の改変は私どもの姿勢の改変にもかかっている。その事態を事態として静観している限り、それはそれであり続けるであろうし、その事態を私どもの方からつきずそうとするならば、その時にこそ新たな展開が開示されてくることになる。このことは症例の中でも、暗黙のうちに物語られているところであろう。くりかえしくりかえし、このような努力を試みていくことこそ私ども臨床スタッフの当為としての基本的姿勢に他ならない。そして病者たちが少しなりとも、彼らなりの変革をとげ、現実の事態において社会復帰しうようになるかどうかということは、この私どもの努力の量にのみ依拠しているのである。

しかしながら、その実践にはさきにも少しふれたように、様々な制限や限界が存することも否定できない。ここで、これらの問題点のいくつかを反省的にまとめておくとすれば、まず第1には、私ども臨床スタッフの人数の限界、および時間の限界ということが、指摘されるであろう。この限界は、以下の問題点のすべてに響いてくる。先回第1報の時点であげた「今後の展開方針」のうちの「ソーシャル・ワークの強化」および「ナイト・ケアの充実」といった側面は、その後新しくスタッフの中に、ソーシャル・ワーカーの大井を加えることによって強化されたとはいえ、それでもなお今日、決して十分達成されたとはいいがたいのである。

第2には、さきにも指摘したところであるが、社会復帰病棟全体の総合的実践を最大に有効化するための各職能別スタッフ間の有機的関連化がなお十分機能しえていないということがあげられる。展開方針のひとつであつた〈社会復帰病棟運営委員会議〉は常置されたとはいえ、

週1回のその会議において討議の対象となしうる病者の数は限られており、すべてがすべてインテンシヴにとり扱われえたくてではないし、また各スタッフの意見が十分に調停され納得された上で、各領域の実践にむけて徹底化されるという具合には必ずしもいかなかったことも事実である。とくに集団精神療法期間の終了後において、社会復帰意欲をある程度たかめたととしても、そのすべてをそのまま具体的な社会的調整の段階にまではもちこみえなかつたし、さらにこの会議が「決定機関」ではないために、その後の措置処遇が全体的実践としては不徹底になつたきらいも否定できない。

さらにまた、集団精神療法の対象となった人たちのすべての社会復帰意欲がたかめられえたくてもない。MPS要因においてはそれほど悪くはないのに、ホスピタリゼーションの充足状況に固執的に安住しようとしているある患者は、集団精神療法の期間中、ついに自発的には黙して語らず、何を問いかけても「いや別に」と笑って答えるだけであった。彼は決して表明こそしなかったけれども、彼のなかには明らかに、退院して就職し自活していくよりは、現在のまま病棟から通勤して給料をもらっている方がはるかに気楽で快適であるという「病院内充足」的打算があると思われた。集団精神療法は、彼にとってはその時だけ少々居心地が悪くなるけれども、辛抱して座っていればそれですんでいく1時間にすぎない。週に1回程度のセッションでは、本来真に対象となるべきこのような人たちのあり方を根底からゆり動かすということには、やはり量的な意味ではなほ大きな限界が存在するといわざるをえない。このことが第3の限界というべき点であろう。

第4の限界は、集団精神療法の質的な問題である。とくに私どもの試みにおけるように、長い間、病院に停滞し沈黙化している人たちを主な対象とする集団療法においては、メンバー間の相互交渉とそこでの心的浄化を通して自己洞察を深め、自我体制を再編成するという集団精神療法の原則自体、その達成はかなり困難となる。ことにそこでは、言語が主な媒介手段となるために、発言者とその相手、および発言内容などのそのグループの特有の様式が固定化しやすく、あるいはまた、個々のメンバーと治療者との個別的交流の集成的状況になって、メンバー間の相互作用状況にまでなかなか展開しえないといった窮境にもおちいりやすい。この点、言語以外にも、もっと多様な働きかけや相互交渉のための手段や媒介が考えられなくてはならないと思われる。

第5には、以上のことと関連して、これらの「もっとも問題の多い」人たちの実際的な社会復帰のためには、定型的な外勤作業や集団精神療法だけではなくて、たとえば身だしなみや発音、あいさつの仕方といった日々の生活に必須のもっとも基本的な社会的技能の教育訓練が徹底して行われる必要があることが痛感される。そのような訓練は、本来の意味での「生活療法」そのものであって、このような側面もまた、集団精神療法場面の中へと組みこまれていなくてはならないと思われる。

さて、以上述べてきた問題点の指摘の中から、必然的に今後の私どもの取り組むべき展開方向についての展望が開けてくる。これらの総括に徹底して立つならば、やはり、Laing, R. D. や Cooper, D. らによる「職員も患者も一緒に寝起きして生活を共にし、もはや誰が職

員で誰が患者であるという区別すらなく、あるのはただ人間と人間との関係だけである」という、あの「キングスレイ・ホール」や「ヴィラ・21」のような実験病棟の試みが、私どももまた取り組んでみたいと思うひとつの現想的な形態として浮かび上がってくる。しかしながら、この実現は、現在の段階では、とうてい不可能である。少くとも、今の我々にできることは、これまでの集団精神療法の基本線を延長する中で、さきの総括を十分に反映させこれらの問題を積極的に乗り越えていくための展開方針を決定することである。私どもは以上の実践をふまえ、問題点を考察した上で、現在、社会復帰促進のための新たな集団精神療法のあり方の展開として、次のような形態をとることを、一つの試案として提起しておきたい。

1.) MPS要因に問題が多く、インテンシヴな働きかけが必要とされる長期在棟者7~8名からなる1グループを対象として、これとほぼ同数の治療者集団(たとえば、医師2、臨床的・サイコロジスト4、ソーシャル・ワーカー1)が、毎日交替でこれを担当することとする。ここにおいて、さきの量的限界の問題を解決しようとし、同時に、限られた臨床スタッフの力を凝縮して、まずもっともこの働きかけを必要とする人々に向けてことによって、確実な影響力を期待し、社会復帰の実現を着実に拓げていくことを意図する。

2.) その媒介手段としては、言語水準に限定せず、内容もロール・プレイ、心理劇、絵画や共同制作、スポーツ、読書、手紙の書き方といった、考えられうる適切な計画のあらゆるものを盛りこみ、教育的指導的色彩をも加味させる。これによって、さきの質的限界を越え、本来的な意味での「生活療法」を徹底させようとする。

3.) 彼らメンバーの主治医は、この集団療法を行う医師の担当となるけれども、臨床的・サイコロジストとソーシャル・ワーカーもまた、グループ全体の担当とは別に、それぞれ1~2名の病者に関して、彼らが最終的に社会復帰するまでとくに責任をもつこととする。毎週1回、これら治療者集団による治療会議を開き、その都度の方針を決定する。これによって、活動全体の有機的関連化の不徹底という問題は解決されることになる。

4.) 期間は限定されず、社会復帰の実現によってのみ、メンバーは減少し、その時々新たなメンバーが導入され、グループに参加することとなる。

以上が、私どもが現段階で提起しようとする集団精神療法のひとつの形態である。それはもはや厳密な意味での集団精神療法とはいえないかもしれない。しかしながらもともとこれら療法の志向するところは、彼らを実際的に、しかも本来的意味においてより適切な自己実現を

めざす社会復帰への道程をとらしめるということに存するのである。

ここでまた、対象を少人数に限定することによって、それからはずれた人々はどうなるのかといった新たな問題も提起されてくることになる。しかしながら、さきにも述べたように、それだけの人々に対してしかできないとしても、このような形態をとらない限り、実際にこれまでできなかったように、それすらできないということであってみれば、やはりまずはここから始めて、地道に着実にその数を増していくより他に王道は考えられな

いであろう。私どもは、まずもっとも私どもを必要としている人々から、かかわっていくより他はないと考えるものである。

文 献

- 村上英治・池田博和・松田惺・武田徹・市瀬恵子 1972
精神病者の社会復帰に関する研究(第1報)——社会復帰病棟における集団精神療法をとおして——名古屋大学教育学部紀要(教育心理学科), 19, 125—149.

THE GROUP—PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH IN THE NIGHT CARE HOSPITAL

Eiji MURAKAMI, Toru TAKEDA, Takeko OHI,
Hirokazu IKEDA, and Sei MATSUDA

The purpose of this study is to investigate the effects of the group—psychotherapeutic approach for the chronic psychiatric patients in the night care hospital. In the previous paper, we reported the results of the group—psychotherapy (the 1st term of GPT) which were carried out in 1972. Having based on this research, we tried the 2nd and the 3rd terms of the group—psychotherapeutic approach to facilitate the rehabilitation.

After a year of the final GPT session, we examined the prognosis of 69 patients who took part in the approach during all the sessions. According to the characteristics of their prognosis, the patients were divided into the following four groups. A) The rehabilitated group (27.5%): Members of this group have been willing to go back to the actual social life and comparatively do well there. B) The relapse—after—rehabilitation group (17.4%): Most of this group members had to enter the hospital again within a year because of the relapse of psychotic symptoms. C) The stable—in—hospital group (40.6%): In spite of 3 terms of GPT approach, many patients of this group showed few remarkable changes in their prognosis. The characteristics of this group are the following two points. One is that the members were given such long—term medical treatment as 6 years and a half in average, the other is that their hard circumstances, for instance economically bad conditions of their families, prevented them from rehabilitating. D) The relapse group (14.5%): The patients of this group moved out to the other ward as a result of sudden change for worse.

There is a significant meaning in our approach for the chronically psychotic patients, because it let some of the patients leave the hospital and adjust well to the actual social life. These results showed us whether a patient who can go back to the daily social life or not depends not only on the patient's self—actualizing ability, but also on the zeal of a clinical therapist himself. Though there will be some exceptions, the more earnest a therapist is to encourage his patient and to fight against the general prejudice for the psychotics, the stronger the patient's volition for rehabilitation is expected to be. In the next step of approach, we should search for some new projects on the bases of this expectation, and make enduring efforts to actualize them.