研究と報告

Therapeutic Activity, “Kizuna-No-Kai”

at the

Central Rehabilitation Service of the University of Tokyo Hospital

—One Way of Social Rehabilitation in Psychiatry—

by

Seiichi TOIDA*, Noriko KAMAKURA**, Kumiko TERAYAMA**,
Shigeko OBAYASHI**, Tadzuko NOMURA**, Masako NISHIYAMA***

from

*Department of Neuropsychiatry, Tokyo University School of Medicine (Director :
Prof. Hiroshi Utena) ; National MUSASHI Research Institute of Mental and
Nervous Diseases (Director : Haruo Akimoto)

**Central Rehabilitation Service, University of Tokyo Hospital (Director : Prof.
Ryosei Kashida)

***Department of Neuropsychiatry, Tokyo University School of Medicine

Abstract

“KIZUNA-NO-KAI” (in its literal meaning, “Bond-Society”) is the name of a group of psychiatric out-patients, being in activities at the Central Rehabilitation Service of the University of Tokyo Hospital.

Originally this started spontaneously as a kind of social club among patients themselves in May, 1966, which gradually has been organized into the therapeutic activities with the assistances of a psychiatrist and the occupational therapists. Throughout the whole period, the group has been basically functioning as a democratic society, being managed by the patients themselves. The therapists has been just assisting the activities in a role of satisfying the patients' needs, but in certain circumstances they gave the necessary professional help to the patients. As a result, the registration of the patients into this group is voluntarily made. In June, 1968, this group is consisted of one psychiatrist, 4 occupational therapists and 70 registered patients.

After 2 years of repeated experimental trials in this program we realized that this group activities give the in-patients, day care patients and out-patients in the after care period the opportunities to improve their social adjustability and to prevent their relapses and rehospitalizations.

The kinds of services provided in this program have been group psychotherapy, individual and group counselling, occupational therapy, recreational therapy, family counselling and emergency psychiatric cares. Some of the patients, who were away from the program or who were absent for some times, received the contacts from the therapists through letters or phones. Sometimes the doctors who were taking care of the patients individually were contacted.

This program also provided the occupational therapists with the good opportunities to get trained in individual and group therapies, and also to get keen insights about the patients and their own psychopathology.

The principle of this kind of comprehensive rehabilitation service can be applied to the organized activities in community psychiatry in the similar system of registration, which would promote the mental health and prevention of mental illness.

東大病院リハビリテーションセンターに おける精神科外来患者の会「絆の会」 の活動について

樋田 精一*

(共同研究者) 鎌倉 矩子** 寺山 久美子**

尾林 滋子** 野村 田鶴子** 西山 昌子***

はじめに

向精神薬の登場は精神医療のあり方を大きく変えたといわれる。すなわち、薬物療法の発達により、幻覚・妄想状態、不穏・興奮状態、昏迷状態など急性の症状を短期間に消失させ、無為自閉の生活を送っていた慢性患者も含めて、患者の活動性・疎通性を高めることが容易となり、早期退院のケースがふえ、今まで病院内に沈黙していた長期慢性患者でも、生活療法・作業療法・ナイトホスピタル・その他の努力により退院するケースが出てきている。しかし、いったん退院して社会復帰した患者が社会生活に破綻をきたして再入院するケースはきわめて多く、また、再入院はしないが十分に社会内適応をしているとはいえないケースも多い。すなわち、精神病院における長期慢性化した患者を退院させて、社会に復帰させるための努力とならんで、病院の外で生活している患者に対する、再入院防止、社会適応能力向上、社会的予後改善のための努力、すなわち、社会内生活中の患者に対するリハビリテーションサービスが、精神医療の大きな課題になってきているといえる。

実際に、この方面の活動は、向精神薬の登場以後、最近特に活発になり、さまざまなところで多岐にわたる努力がはらわれている。すなわち、外来における薬物療法・生活臨床の発達、昼間通院治療（デイケア）や治療的患者クラブの試み、学校や職場における精神衛生管理指導、精神衛生センター・保健所を中心とする地域活動

等々である。しかし、これらさまざまな活動も、それぞれの機能や相互の位置づけが十分になされて、全体として有効に体系化・組織化されるというところまではいっていないのが現状であり、社会内で生活している患者に対して、どういうサービスをどういう形で提供したらよいのか、どういう働きかけや活動プログラムが患者の社会適応能力を高めうるのか、これらをどう組織化して患者の社会的予後を改善しうるのか、等々、理論的にも技術的にも、未解決の問題は多い。

私たちは、東大病院中央診療部リハビリテーションセンターにおいて、約2年間にわたり、自然発生的にはじまった外来患者の会「絆の会」の活動に関与し、患者たちとともにこの会を発展させてきたが、その経験から、社会内生活中の患者に対するリハビリテーションサービスのあり方について、患者自身がもっているニーズに即して教えられ考えさせられることが多かったので、ここに「絆の会」のなりたち・経過・現状をまとめ、若干の考察を加えて報告する。

I. 「絆の会」の活動

1. 前史

昭和37年ごろ、東大病院から徒歩20分くらいのところにある私立土田病院の1人の躁うつ病の患者が中心となって、患者たちの互助組織「友愛会」がつけられた。これには医師・看護婦等の職員の関与はまったくなく、完全な患者の自治組織であった。「退院後の生活が不安だ。皆で助けあっていこう」という趣旨で、就職あっせんや悩みごと相談などが計画され、100名くらいの患者が集まったという。しかし、運営ははじめに思ったほどうまくはいかず、公園などに有志が集まっておしゃべりをすると、入院した仲間のお見舞いをするといったことを散発的にしていたにとどまり、組織としてのまとまりはもて

* 東大医学部精神医学教室（主任・台弘教授）
国立武蔵療養所（秋元波留夫所長）

** 東大病院中央診療部リハビリテーションセンター（主任・樋田良精教授）

*** 東大医学部精神医学教室
神経科土田病院（遠藤俊一院長）

休み時間（自由時間）

グループ作業（雑誌制作）

写真 東大病院中央診療部リハビリテーションセンター作業療法室で

ず、しだいにバラバラになってしまった。しかし、患者どうし、知り合いになった仲間が2、3人程度集まることは、今でもあるという。この「友愛会」の発起人自身は、その後自殺してしまった。

2. なりたち

昭和41年5月中ごろ、やはり土田病院で、退院を前にした患者に、かつて「友愛会」のメンバーであった人がいて、この人が中心となって患者の会をつくらうという動きが再び出てきた。当時は、土田病院の開放病室の患者たちの間の交流はすでに活発であったが、これに賛同する患者は多く、患者どうし連れだつての外出、パーティー、退院者の送別会、などがひんばんにもたれていた。しかし、それ以上の発展はみられず、結局、このなかの一部の患者が、東大病院中央診療部リハビリテーションセンターの作業療法に参加し、ここで東大病院精神神経科の病室・外来の患者たちと合流することになる。ここでも、最初は、自然発生的なルーズな患者の集まりにすぎなかったものであるが、次に示すような段階を経て、しだいに会としてのまとまりを示してきたものである。

昭和41年8月中旬から10月中旬まで：

会の雑誌「絆」第1号の制作。

医師・OTも患者と同じ資格のメンバーで、会はいつはいてもやめてもまったく自由、活動への参加・不参加もまったく自由とされた。

10月下旬：多摩動物園ハイキング（患者13名、家族3名、医師・OT各1名参加）。

11月上旬：劇の上演。

（これらには、リハビリテーションセンターの作業療法に参加していない患者も、有志が東大・土田両方の病室から参加した。）

11月中旬から下旬まで：雑誌「絆」第2号の制作。

12月から：毎週1回、定期的に会合をもつようになる

（例会）。

昭和42年1月中旬：例会の係り、例会出席費、例会を患者司会の前半と職員司会の後半に分けること、会員の範囲を雑誌購読者とする、などが決まる。

1月下旬：井の頭公園で新年会（患者20名、家族1名、医師・OT各2名参加）。

3. 経過および現状

患者の参加のしかたは、最初から、まったく本人の自由意志に任され、出入り自由とされており、個々の患者により、また、ひとりの患者によっても時期により異なり、雑誌購読だけの場合から、週2、3回通ってきて活動に参加する場合まで、かなりの幅がある（図1参照）。

昭和42年にはいり、医師の紹介や指示で参加してくるケースもふえてきている。この場合でも、外来活動であるため、本人の意志がなければ活動への参加がなりたないことはもちろんである。

職員は、昭和42年4月以来、リハビリテーションセンターのプログラムのひとつとしてこの活動に取り組んでいるが、この会の活動への参加は、患者たちの話し合いに責任をもたせ、患者たちの自発性を引き出すという考

レクリエーション行事（ハイキング）

えから、できるだけ控えめにしている。患者たちの話しあいにより、職員は指導する場合、相談にのる場合、患者たちと同じ立場でいっしょに活動する場合などにわけられる。会の運営全体も、患者たちの自治を原則としてこの会が、できるだけ患者たちの直接的なニーズを中心として運営されるよう配慮してきた。

活動の内容や会の形などは、きわめて徐々にではあるが、試行錯誤を重ねながら、しだいに現在の形のものができるようになってきた。

現在、会の活動には大別して、サブグループの活動・例会・行事の3つがある。

例会は、現在、毎週水曜と隔週土曜の午後にそれぞれ2時間ずつもたれ、各例会はお茶菓子の出る自由時間をはさんで、前後の2部に分かれる。前半の時間は、患者のなかから司会が選ばれて、会の運営に関することが話しあわれる。後半の時間は、職員が司会をし、会員相互の感情的なもつれなど、会の活動のなかから出てきて患者だけでは解決困難な問題と、家庭・学校・職場などの患者の社会生活のなかから出てくる問題とが、会員の共通の問題として話しあわれる。家族がこれに参加する場合もある。また、例会の時間は、雑誌づくり・歌集づくり、通信作業などにふりかえられることもある。例会以外の時間にこれらの作業が行なわれることももちろんある。

行事は、2～4カ月に1回、会員のなかから提案されそのつど実行委員が選ばれる。これまで、ハイキング・パーティー・レコードコンサートなどが行われている。

サブグループの活動とは、雑誌編集委員会、会計・記録・通信連絡などの係り、行事の実行委員会などで、例会以外の時間に行なわれることが多い。このなかで、通信連絡係は、行事その他必要なことを会員に通知し、同時に会員のその時々近況をたずねる、という仕事をするものである。

なお、例会のあと、職員だけのミーティングが、毎回3、4時間にわたってもたれ、グループ場面の評価、そのなかでの患者の動きの評価と検討、記録などを行なっている。

4. 概況（昭和43年6月10日現在）

患 者

総数70名（うち、退会申し出のあった者3名、例会に参加しても見学だといっている者3名、死亡1名を含む）。

- ・年齢、入院歴の有無（表1—(1)、(2)）
 - ・男女比、診断名別（表1—(3)）
 - ・施設、担当医との関係（入会時と現在）（表2）
- 東大精神神経科では、医師が東大病院だけでなく、東

表 1 会の活動に出入りした患者の内訳
(1) 年齢分布（14～48歳）

年 齢	～15	16～19	20～29	30～39	40～	計
人 数	2	22	39*	5	2	70

*うち1名(死亡例)のみ入会時年齢

(2) 入院歴の有無

あ り	56	最終入院の期間は20日から1年2カ月の間。ほとんどが2～5カ月である。
な し	14	
計	70	

(3) 男女比・診断名別

	男	女	計
精神分裂病	24	25	49 (54)
躁うつ病	1	2	3 (3)
神経症*	0	3	3 (5)
てんかん	0	1	1 (1)
精神病質	1	1	2 (2)
その他**	6	6	12 (2)
計	32	38	70 (70)

() 内は疑いの強いものも含めて分類した数字。

大関連病院でも診療をしている場合が多い。また、勤務先の関連病院をかわることも多い。患者のほうも、再発時に前回入院した病院に入院できないこともあり、担当医、病院をかわることも少なくない。

- ・社会生活状態（入会時および現在）（表3）
- ・入会後入院の延べ総件数 11件

家 族

これまでの間に19家族24名が活動に参加している。

職 員

医師1名、OT4名。他に、不定期に参加する職員がおり、現在までに医師8名、OT2名、ケースワーカー1名、OT研修生12名が参加している。

例 会

毎週水曜の午後に2時間（昭和43年5月より。それ以前は木曜）。出席患者数4～14名、だいたい7名前後。

隔週土曜の午後に2時間（昭和42年4月より）。出席患者数8～14名、だいたい11名前後。

例会への参加状況は一部を図で示す（図1）。患者は、会の活動への参加の古い順に番号を付けて示した。

行 事

新年会、クリスマスパーティ、レコードコンサート、ハイキングなどで、参加患者数は毎回13～20名。

サブグループ・係りなど（カッコ内は人数）

幹事(2)、雑誌編集委員会(12)、通信連絡係(4)、記録係(4)、会計係(4)、行事の実行委員会（そのつど選ばれ、人数は不定）、写真のアルバム係（不定）、例会の係（例会ごとに選ばれる。司会1、黒板1、買い物2）。

表 2 施設・担当医との関係

	施設-担当医-患者	なし*	死亡
入会時	7 - 20 - 68	2	
現 在	13 - 14 - 17	17	1

* 通院服薬のまったくない者。いずれも就学・就職している。現在の17名の診断名別内訳は分裂病 6、躁うつ病 2、神経症 3、精神病質 5、保留 1 である。

表 3 社会生活状態（入会時および現在）

	入会時	現在	各ケース
I. 学校または職場	18	47(12)	
II. 家庭のみ	25	18(7)	↗ 34
III. 入院中	25	4(4)	→ 34
IV. 死 亡		1(0)	↘ 1

(注) I：安定して就学・就職している者。就学・就職しても休みが多い、長続きしない者はIIに入れた。

II：いわゆる家庭内寛解の者。家庭にいても、急性症状があり著しく不安定な者はIIIに入れた(2名)。

III：外来通院中であるが、急性期の病状著しい者2名を含む。したがって、入会時入院中であつた者は23名である。

カッコ内数字：入会時入院中であつた者23名についての現在の状態。

矢印：入会時と現在の比較。

↗：III→II・I，II→I

→：I→I，II→II，III→III

↘：II→IV

その他

昭和43年3月から6月にかけて、アンケート、総会、郵便投票が行なわれ、その後の例会での話しあいにより、「職員も会員の1人」という項と「幹事」が廃止され、会員・非会員の区別を明確にすることになった。

II. 考 察

1. 外来患者に対するリハビリテーションサービス

「絆の会」前史のところで述べた「友愛会」の経過、特にそれが100名もの患者をあつめながら、提唱者の自殺に終わったこと、および、「絆の会」が自然発生的にはじまり、活動の場を与えられて、職員の関与のもとに自主的に運営されて発展してきた経過は、次のことを物語っていると考えられる。すなわち、社会内で生活している患者たちのなかに、従来の精神科の外来活動だけでは満たされないニーズが少なくとも数年前からたしかに存在しており、これが、職員が関与して、患者にある程度の自主性をもたせて、グループ活動を中心とした組織を運営することにより、ある程度まで満たされるということである。

「絆の会」の活動は、自然発生的な起源をもち、患者たちの直接的なニーズに従って発展してきたという点で患者集団が、わが国精神医療の現状に適応する過程で発

図 1 例会への参加状況

S42.1. の8, 18は新年会の準備のための会合。22は新年会。S43.1, S43.5, ではサブグループの活動・行事はのせていない。S43.5. の1, 4は、例会の曜日変更(木→水)が誤って伝わったため、参加者が少ない。

展してきたものともいえる。また、社会復帰段階にある患者たちのニーズを、何らかの形で満たしているという点で、この会の活動が精神科領域のリハビリテーションサービスの要素を含んでいること、これを施設の側からみれば、この会の活動がそれ自体、ひとつの社会復帰活動にもなっているといえることができる。

こうした面から、「絆の会」の活動内容、患者の参加のしかたなどを分析し考察し、さらに社会内で生活している患者たちに対するリハビリテーションサービスのあり方についても考察をすすめたい。

2. 「絆の会」の活動のなかでみてきたこと

約2年間にわたり、患者たちとともに考え行動してきたなかで、私たちがみてきたことを最初に述べておく。これは、「絆の会」の活動からリハビリテーションサービスの問題を考えていくうえに基礎となるものであり、今回は紙面の都合で具体的な事例はいっさい省略するが、

今後とも症例を重ねて研究をすすめたいと考えているものである。

絆の会のグループ活動のなかでみてきたこと：

1) 患者たちがそれぞれに特有なものの感じ方・反応のしかた、ものの考え方・行動のしかたを、グループの場面のなかで示すこと。すなわち、患者をとりまく状況を知覚する特有なパターンがあること、それに対する反応（情緒・行動両面を含めた）にも特有なパターンがあること。

2) これらのパターンのために患者がグループ場面のなかでどのような役割・位置を占めるか。あるいは、患者がグループ場面への適応に失敗する様子。

3) グループ全体の動き方。

4) 患者相互、および患者・職員グループ相互間のさまざまな相互作用。

5) 以上のことがらが、患者の病型によって、それぞれに特徴的な様相を示すこと。

6) それらが、患者の生育歴・生活歴、患者の現実の社会生活、社会のあり方などと密接なかかわりをもってしていること。

患者の現実の社会生活のなかでみてきたこと：

患者がどういう問題に遭遇し、何を求め、何に苦悩し、どのように適応に失敗し、破綻していくか。また、その失敗・破綻からどのように立ち直っていくか。

3. リハビリテーションサービスの要素

「絆の会」の活動全体のなかから、患者会員のニーズを満たしていると考えられる要素を抜きだしてみると、次のようなものがある。これらが一般的に社会内で生活している患者たちに与えられるべきリハビリテーションサービスの要素でもあり、これらの要素を有効に組み合わせさせてサービスの組織形態が考えられるべきであると私たちは考える。

1) 集団作業療法：グループで作業をすること自体が、患者の社会性・対人関係の訓練になっている。患者の社会適応上の問題点もグループ作業の場面のなかでよくみることができる。その克服のための援助もこのなかでなしうる。

2) 集団精神療法：患者相互間の問題（主として情緒的な葛藤）についての話し合いが、受容的で卒直な雰囲気の中で建設的に行なわれるとき、社会適応を困難にしている、患者の人格の情緒的な側面が浮かび出てきて、それに対するはたらきかけも可能になる。

3) ケースワークないしカウンセリング：現実の社会生活上の困難に遭遇した場合の相談。問題をもちこんだ患者に対して、支持的な雰囲気のなかで、助言・忠告などの形で援助が实际的に与えられると同時に、受容・共

感・支持・現実吟味・学習などの過程を通じて、問題解決の能力を向上させるための援助も与えうる。

家族ケースワーク：家族が参加する場合には、患者の家族および患者が生活する家庭を対象としたはたらきかけが可能であり、これを通して患者のリハビリテーションに対する寄与がなされる。

4) レクリエーション：レクリエーションも現実の社会生活を営んでいくうえに必要な能力であるが、現実の社会生活のなかでレクリエーションの場を持ちえない患者に対して、休息・支持を与えると同時に、レクリエーションの能力向上に寄与することが考えられる。

5) 緊急処置：社会生活で適応に失敗しシュープを起こしそうな場合、または、起こした場合でも、この会に来ることによって適切な処置を得ることが可能である。

6) フォローアップ：会のほうからときどき近況をたずねることにより、患者の状態を把握し、必要に応じて適切な処置をとることが可能になる。

7) 担当医・家族との連絡：協力がうまくいく場合には、患者のためのはたらきかけが最も有効に行なわれる。

8) 精神的支持：この会の活動の存在そのものが心のよりどころとして、会員である患者の社会生活を支えている場合がある。

9) 自分自身の経験だけでなく、グループ活動であるため、他のメンバーについて見たり、聞いたり、関与したりすることからも、社会適応能力の向上に資する面がかなりある。

10) 社会内治療：社会とのつながりをできるだけ失わせないで、社会生活をさせながら患者に対するはたらきかけを行なうという点は、患者の社会適応能力の低下を防止するだけでなく、患者の社会内でのあらゆる体験が社会適応能力の向上に寄与するものに転化される可能性を開くことになる。また、不十分ながらも、社会内存在として生活をするというそのことだけでも、大きな価値をもつものと私たちは考える。

4. 対象となる患者

今まで実際にこの会の活動に参加してきた患者を、社会適応の状態から整理してみると次のようになる。

1) 院内寛解の状態にあるが、退院不安やホスピタリズムのために退院が困難な者。新来患者または再来患者で、幻覚や妄想などの異常体験があるが、入院させなくても何とか家庭での生活が可能なる者。

3) 家庭にいが、社会性の問題のため、まだ復学・復職できない者。

4) 復学・復職はしたがまだ状態不安定な者。

5) 現在、一応安定した社会適応をしているが、まだ将来に不安が残っている者。

1)~3)はなるべく頻回に通ってきて活動に参加する者が経過もよく、いわゆるデイケアの対象になる者と考えられる。

3), 4)は、いわゆるアフターケアの対象となる者、4) 5)はフォローアップの対象となる者と考えられる。1人の患者が、1)~5)の段階の間を移動することは当然ある。概して、入院からデイケア、アフターケア、フォローアップまで、一貫した活動として組み合わせて行なわれるのが、1人の患者についても、リハビリテーションサービスの組織全体としても、よい結果が得られる。

症例1 (図1, No.1) 38歳, 女.

昭和28年(24歳), 恋愛妄想をもって発病。外来通院をしていたが、症状増悪のため昭和33年に4カ月半、38年に5カ月入院。電撃療法、インシュリン療法をうけた。昭和41年4月、被害妄想・自殺企図のため第3回めの入院。薬物療法で短期間のうちに寛解に至ったが、まじめに外来に通っていたのに何回も再発を起こすということから、退院不安が強く、「絆の会」の発起人となって会の活動をしながら7月に退院した。その後、お花・お茶の免状をとり、お茶の先生をしながら、パートタイムの事務をつとめている。家人や職場の同僚との間にトラブルがあるたびに不眠・不穏、ときに関係被害妄想にまで発展しかかるが、そのつど、個人面接と「絆の会」の活動の併用により、勤務を中断することなく立ちなおっている。「絆の会」の活動のなかでも、トラブルから病状再燃しかかる(被害的な受けとり方、関係づけ)ことがあるが、最近では安定している。現在、隔週土曜の「絆」例会への参加と、月に1度の個人面接(15~30分)、投薬を続けている。社会適応状態の変化 1)→3)→4)→5)。

症例2 (図1, No.13) 30歳, 男.

昭和41年7月、迫害追跡妄想を主症状として入院。12月、一応の寛解状態に達して退院。翌年1月いっぱい、外来で「絆の会」の活動に参加したのち、入院前の勤務地名古屋に戻り、復職した。その後、会の雑誌に投稿したり近況を報告してきたり、上京のおりには「絆の会」の集まりに参加している。変化 1)→3)→5)。

症例3 (図1, No.16) 17歳, 男.

昭和41年2月、莫然とした不安感、対人恐怖を主訴として外来受診。外来で薬物投与を続けていたが、5月、昏迷状態となった。両親が本人を車で病院に運ぶなど、相当強いはたらきかけを行なううちに、一応の寛解状態になったが、対人恐怖は消えず、学校には行けなかった。10月はじめ、グループ活動のなかに入れる。はじめのうちはグループのなかにはいることについても不安を

訴えていたが、少しずつ他患との交わりが持てるようになり、「絆の会」の活動に積極的に参加するようになる。昭和42年5月から、勉強の楽な高校の定時制に転校して復学し、その後は、「絆の会」の活動に参加しながら通学を続けている。なお、外来での投薬、個人面接は昭和42年4月以来行っていない。変化 2)→3)→4)→5)。

症例4 (図1, No.24) 22歳, 女.

高卒後すぐに発病、幻覚妄想状態、不安・不穏・興奮などの症状が強くなり、昭和40年5月はじめ入院(19歳)。6月中旬、寛解状態に達して退院。10月から、事務員として某役場に勤めはじめる。そのうち受験勉強を始め、試験に合格し、昭和41年4月から、昼はたらき、夜大学という生活になった。しかし、情緒不安定な点が目だっていた。「絆の会」の活動には同年11月から参加。昭和42年4月はじめ、学年末試験の成績のことから関係念慮を生じ、しだいに情動不穏となり勤務に支障をきたすようになり、6月、職場から休職を勧告されたので、診断書を出して、学校、職場とも休ませて、「絆の会」の活動にできるだけ多く参加するようにしむけた。グループ場面のなかで病的な体験をよく訴えたが、メンバーは、これをよくきき、適切な解釈を与え、現実吟味もよくしていた。そのうち、例会以外の時間にも雑誌作業に通うようになった。その過程を通じて、しだいに病的体験と距離が生じ、精神的にも落ちつき、寛解状態に達した。8月下旬から職場に戻り、9月下旬から大学にも通いだした。変化 4)→2)→3)→4)→5)。

各グループを別々に活動に参加させたほうがよいか、混ぜたほうがよいかは、それぞれに得失があり、現在の段階では不明で、今後の課題である。

5. 職員の問題

今までの「絆の会」の活動を通じて、患者の具体的な問題の解決の援助に際して、ケースワーカーがいたらと痛感することがしばしばあった。また、グループカウンセリング・集団精神療法は、十分な訓練があれば、ケースワーカー・臨床心理家が担当できる内容である。今後の問題としては、OT・ケースワーカー・臨床心理家など、パラメディカルスタッフを多く導入して、チームを組んで活動していくことがよいと思われる。

職員の訓練について：患者たちのグループ場面にはいり、いっしょに活動していくこと、その後のスタッフミーティングに参加することが、患者の生きた姿を知る意味でも、職員自身のパーソナリティの訓練(職員自身の知覚や反応のパターンに対する洞察を深めることを含む)の意味でも、臨床訓練に益するところがきわめて多い。

6. まとめと今後の展望

外来患者のなかに、従来の精神科の外来活動だけでは満たされないニーズが存在している。「絆の会」は、自然発生的な外来患者の集まりを、患者たちの自主的な運営により発展させてきて、これらのニーズにある程度まで応えうるものになっている。これらのニーズは、グループ活動を中心として、作業療法・集団精神療法・グループカウンセリング・その他の要素によって、入院から、デイケア、アフターケア、フォローアップの対象になる者までを含んだ患者組織のなかで、総合的に満たされるものである。これにより、患者の社会適応能力の向上、実際には、入院の防止、入院期間の短縮、再発時の緊急処置、学校・職場への復帰促進などが、ある程度まで達成されていると考えられる。

外来患者を対象としたこのようなリハビリテーションサービスが、社会的にも広く発達するならば、精神障害者のベッドをかなり減らしうるのではないかと考えられる。また、登録会員制をとり、グループ活動を中心として、グループカウンセリング・フォローアップ・その他のサービスを総合的に提供するという形態は、施設を病院から地域・職域にひろげて、一般人をも対象として精神衛生活動の分野に発展させることも考えられ、精神医療の今後の方向としては望ましいものであると考える。

むすび

東大病院中央診療部リハビリテーションセンターにおいて、昭和41年5月ごろから約2年間にわたり、自然発生的にはじまった外来患者の会「絆の会」の活動に関与し、患者たちとともに、患者自治の原則によってこの会を発展させてきたので、その活動の内容を報告し外来患者に対するリハビリテーションサービスの必要性を強調し、そのあり方について若干の考察を加えた。

作業療法・集団精神療法・グループカウンセリング・緊急処置・会員制によるフォローアップ、その他、リハビリテーションサービスの各要素について説明を加え、それらが、入院、デイケア、アフターケア、フォローアップの流れのなかで、総合的に提供されるべきことを強

調した。

リハビリテーションサービスの目的は、再入院の防止・社会適応能力の向上・社会的予後の改善などであるが、そのための組織・プログラムを考えていくうえで、基礎になることがらの1つに、グループ内で患者が示す個有の知覚パターンと反応パターンをあげ、それに関連する事項を示した。

その他、対象となる患者・職員の問題についても、2、3ふれた。

本報告の一部は、昭和43年3月の第65回日本精神神経学会総会、昭和43年6月の第5回日本リハビリテーション医学会総会でそれぞれ発表された。

参考文献

- 1) Bierer, J.: The Day Hospital, An Experiment in Social Psychiatry and Synthonalytic Psychotherapy. H. K. Lewis and Co., Ltd., London, 1951.
- 2) Chen, R., and Bay, A. P.: Summary Progress Report, April 5, 1965—March 31, 1966. Day Treatment Service of Topeka State Hospital, Kansas, U.S.A., 1966.
- 3) 長坂五朗・他：精神分裂病の集団精神療法について。第57回近畿精神神経学会総会抄録，精神神経誌，58；587，1956。
- 4) 江熊要一：分裂病寛解者の社会的適応の破綻をいかに防止するか。精神神経誌，64；921，1962。
- 5) 竹村堅次・他：退院分裂病者の集団によるアフターケア活動中にみられる再発の実態。第61回日本精神神経学会総会抄録，精神神経誌，66；259，1964。
- 6) 後藤聡・他：慢性分裂病のアフターケアの一形態について——いわゆる社会復帰者グループ外来——。病院精神医学，19集，43，1967。
- 7) 加藤正明・他：精神分裂病患者の立会復帰活動における集団治療について——デイケアセンターの経験から——。第63回日本精神神経学会総会抄録，69；162，1967。
- 8) 加藤伸勝・他：精神分裂病患者のリハビリテーション。リハビリテーション医学，5；3，1968。