

精神科超長期入院患者の社会復帰援助が成功するシステム上の要因： 日本版治療共同体の実践の分析から

松枝美智子*

Effective Factors of a Community Re-integration Care System for Prolonged Long-stay Patients in a Psychiatric Hospital: Analysis of Nursing Practice in Therapeutic Community Modified for the Japanese Society

Michiko MATSUEDA

Abstract

Effective Factors of a Community Re-integration Care System for Prolonged Long-stay Patients in a Psychiatric Hospital: Analysis of Nursing Practice in the Therapeutic Community Modified for the Japanese Society.

The purpose of this study was to describe effective factors for dealing with community re-integration care for prolonged long-stay patients in a psychiatric hospital. The subjects for this study were six nurses who worked in a hospital where the Therapeutic Community modified for the Japanese society had been successfully implemented. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed inductively. As a result, 12 main factors were extracted. This paper focuses on three factors of the system that were identified as effective. The three factors consisted of:

1. having a system that directly promoted community re-integration through (i) securing and setting up community living for patients; (ii) enhancing inpatients' motivation toward discharge; (iii) encouraging patients to learn social skills; (iv) facilitating the transition from hospital to community; (v) encouraging patients, their families, and health care professionals to discuss patient discharge; (vi) having patient-centered follow-up activities that were conducted after discharge.
2. having a system that indirectly promoted community re-integration through (i) various kinds of meetings for patient treatment; (ii) a living environment resembling the community life outside of the hospital; (iii) encouraging the formation of self-help groups.
3. having a system that promoted the growth of the care team and its members by (i) fostering equal patient-nurse partnership; (ii) providing one-on-one care; (iii) promoting co-operation among staff and patients; (iv) holding group discussions geared toward enhancing the patients' motivation toward discharge and where nurses evaluated the care they had provided; (v) learning from all meetings together with the patients.

This study suggested three points. First, it is necessary for nurses to recognize that patients have potentiality and ability to provide care for others, and it is important to set up a system that allows them to exercise their abilities. Second, it is important to develop a system in which patients themselves evaluate the care they were provided. And finally, in order for the system to function effectively, it is necessary that nurses adopt opinions and ideas from patients and integrate them into the system.

* 福岡県立大学看護学部精神看護学講座

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,
Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒 825-8585 福岡県田川市伊田 4395

福岡県立大学看護学部精神看護学講座 松枝 美智子

E-mail : matsueda@fukuoka-pu.ac.jp

Key Words: prolonged long-stay patients in psychiatric hospital, community re-integration care, Therapeutic Community modified for the Japanese society, effective factors of system

要 旨

この研究の目的は、精神科超長期入院患者の社会復帰援助が成功する要因を明らかにすることであった。対象者は日本版治療共同体に勤務する6人の看護師であった。データは半構成的な質問によって収集され、帰納的に分析された。12の主要な要因が抽出されたが、この論文ではシステムの要因3つに焦点を当てて論じる。要因は以下の通りである。

1. 直接的に社会復帰を促進する場や仕組みがある。

1) 退院の場を開拓する、2) 患者を退院に動機付ける為の場や仕組みがある、3) 患者が生活技能を学ぶための場や仕組みがある、4) 退院の場への移行を容易にするための場や仕組みがある、5) 家族と退院について十分話し合うための場や仕組みがある、6) 患者中心のフォローアップのための場や仕組みがある。

2. 間接的に社会復帰を促進する場や仕組みがある。

1) ミーティング中心の治療環境にする、2) 病院を地域と同様の環境にする、3) 仲間作りをする。

3. チームやチームメンバーの成長を促進する仕組みがある。

1) 患者と対等になるための場や仕組みがある、2) 患者を一对一で深く診るための場や仕組みがある、3) 全てのメンバーの連携を促進するための場や仕組みがある、4) 全ての場がグループメンバーの学びを促進する場である、5) 患者を退院に動機付けるための場を評価の場にする。

この研究から以下のことが示唆された。一つ目に重要なことは、看護師が患者は潜在的な能力や他者を援助する能力を有していると認識し、その能力を引き出すシステムにすることである。二つめに重要なことは、看護師が提供したケアを患者が評価するシステムを作ることである。最後に重要なことは、システムが効果的に機能するためには、患者からの意見や考えをシステムに反映させていくことである。

キーワード: 精神科超長期入院患者, 社会復帰援助, 日本版治療共同体, システム上の成功要因

緒 言

近年、日本の精神保健・医療・福祉政策は、入院中心型から地域中心型へと大きく転換した。平成15年には社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書が出され、今後10年間で72,000人の社会的入院者を地域へ移行し、病床数の見直しを図ること、地域社会での国民の精神の健康の保持、増進を一層図る為の施策と専門家の研修や研究を充実させることを提示した。また、平成16年10月には厚生労働省障害保健福祉部から障害保健福祉施策の改革のグランドデザインも提案された。このように制度政策的な面からの改革は進められているものの、精神病床人口万対の病床数28.4床(Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001)、在院患者数333,711人(わが国の精神保健福祉(平成14年版)、平均在院日数363.7日(「患者調査」平成14年版)と、地域中心型とは到底言いがたい現実がある。特に10年以上入院しているいわゆる「超長期入院患者」(松枝, 2003)の社会復帰へのニーズは50%(菊池, 新開, 小口, 佐藤,

山内, 1998)と高いにも関わらず、退院率は3.7%と極端に低く、高齢化の問題と相俟って深刻な問題となっている。

このような現状に比して、超長期入院患者の社会復帰援助に関する事例報告は多数あるものの、社会復帰が促進される要因に焦点を当てた研究は十分行われていたとは言いがたい。数少ない研究の中では、稲岡, 西村, 太田, 千田, 福土, 野方, 小林, 山岸(1999), 浅井(1999)が行った介入研究、内村(1991)の行ったNew long stay患者の退院決定要因を調査した研究がある。逆に、石橋, 成相, 足立(2001)は長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する要因を看護者の捉えと態度という側面から、稲岡ほか(1998)は患者側の阻害要因を明らかにしている。また、猪俣, 三野, 井上, 吉住, 川副, 岡上, 大島ほか(1998)は、社会的入院に関連する要因を明らかにしており、閉鎖的で制限の多い環境や患者の自立性を阻む看護者の態度、個人の尊厳を尊重する姿勢の不足やコミュニケーション不足等を指摘している。また、

田中, 萱間(1995)が患者本人への直接ケアだけでなく, 環境へのアプローチと休息入院, 訪問看護, サポートネットワーク作りなど看護ケアを支えるシステムも社会復帰を促進する重要な要素であることを明らかにした研究, 堀川ほか(1997, 1999)が治療共同体モデルを導入してデイケアを中核に病院のシステム自体を改革することで長期入院患者の社会復帰を促進した研究がある。しかしそのいずれもが教育や評価のシステムを含めた全体的なシステムに言及した論文ではない。

以上のように, 社会的入院患者の社会復帰は急務の課題であること, 社会復帰援助が促進される要因に関する研究はまだ不足していることを踏まえ, 本研究では超長期入院患者の社会復帰援助が成功する要因を日本版治療共同体の実践の分析から明らかにすることを目的とした。尚, 本論文では, 成功要因の内, システム上の要因に焦点を当てて論を展開する。

方 法

1. 研究デザイン

超長期入院患者の社会復帰が成功する要因は, 先行研究により, 直接ケアにおける要因だけでなく看護ケアを支えるシステムがあることが明らかになっているが, 教育や評価などを含めた全体的な要因については明らかになっていないため, 因子探索型の質的・帰納的研究デザインとした。

2. 用語の定義

1) 精神科超長期入院患者とは

本研究では, 「超長期入院患者」を10年以上継続して精神科に入院している患者群と定義した。

2) 社会復帰への援助とは

本研究では「社会復帰への援助」を, 個人-専門職, 個人-環境-専門職とのダイナミックな相互作用により, 個人が「退院へのニード発現→退院準備→地域生活の維持(田中, 萱間, 1995)」を通じて自ら社会参加できるように専門職と個人が協働する長期的・継続的なプロセスを, 専門職の側から規定した活動であると定義した。

3) 日本版治療共同体とは

本研究では, 「日本版治療共同体」とは, 患者の治療や社会復帰を目指して, 患者仲間やその家族, 多職種が協働する力動的なチームであり, その中では特に患者同士が癒しあう力や患者の責任性が強調される生活共同体であると定義した。

3. 対象者

1) 対象者の所属する施設の概要

対象者の所属施設は, 九州圏内で日本版治療共同体を実践している私立の単科精神病院である。定床150床(急性期治療病棟, 中期治療病棟, 長期治療病棟の3病棟)で, 全病棟開放病棟, 全病棟男女混合病棟である。

平成6年に始まった病院改革以前は, 退院患者の平均在院日数2,156日(全国平均の約5倍)であったが, 平成13年8月時点での平均在院日数は143日(急性期治療病棟含む)であった。対象者が所属する病棟は中期治療病棟と長期治療病棟の2病棟であった。

2) 対象者

対象者は, 上記施設に勤務する看護師で, 病院改革以降, 超長期入院患者の社会復帰への援助を実際に行って, それが成功した体験を持つ看護師の内, 倫理的に配慮した説明を行った上で研究の同意が得られた者, 6名(以下A, B, C, D, E, Fと表記する)とした。

4. データ収集方法

データ収集期間は平成13年9月7日～平成13年10月16日。対象者に成功事例を想起してもらい, 半構成的インタビューガイドを用いて, 一人1時間程度面接した。6名中1名は2回, 残りの5名には1回面接を行った。面接は個室で行い, 対象者の同意を得てテープレコーダに録音した。

5. データ分析方法

分析は意味分析を行った。カセットテープから逐語録をおこし, 文脈と意味内容に注意しながら社会復帰への援助が成功した要因に関連する最小単位を抽出してコーディングし, コーディングしたものを2枚作成した。文脈に注意しながら因果関係やプロセスのあるものはその関係や順序に従ってコードを並べ, コード間の関係を分析した。また同時に類似したコードを集めて抽象度の高い要素名を命名し, 抽象度を上げていった。抽出に当たっては看護師が直接要因として語った以外にも, 研究者が要因に関連していると考えた部分も抽出した。

6. 信頼性と妥当性の確保

質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに, 研究計画, インタビューガイドの修正, 面接技術, 分析についてスーパーヴィジョンを受けた。

7. 倫理的配慮

兵庫県立看護大学研究倫理委員会の承認を得て研究を開始した。研究対象候補者が所属する機関の経営者,

管理者に文書と口頭で研究の了解を得た。研究対象候補者に研究の概略, 研究への協力の拒否や中断により不利益を生じないこと, 研究の公表方法を文書と口頭で説明し, 同意を得た。また固有名詞は匿名化して逐語録におこし, その時点で録音テープは処分した。

結果

1. 対象者の概要

対象者6名のうち, 2名が看護師長, 2名が主任, 2名がスタッフ・ナースであった。対象者の看護師としての経験年数は, 13.5年~33年, 平均24.7年であり, 精神科での経験年数は6.5年~30年, 平均16.8年であった。現在の病院での経験年数は1.5年~30年で, 病院改革以後のこの病院での経験年数は, 1.5年~7年であった。病院改革以前から勤務していた人は2名, 1名は病院改革時に他の病院から移動してきた人で, 残りの3名は病院改革の途中から来た人であった。

2. 超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因

対象者が語った事例は統合失調症患者延べ8名で, 内4名は同一事例(入院期間30年で, 陽性症状, 対人関係障害が共に重篤で, 最も社会復帰が困難と思われていた事例)であった。インタビューデータの分析の結果, 表に示す要因が抽出された。尚, 抽象度の高い上位の要因は〔 〕, 下位の要因は〔 〕, 要因を構成する上位の要素は《 》, 上位の要素を構成する下位の要素は〈 〉で表した。又, 生データからコーディングした部分は下線で示した。超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因は一次コード221から12抽出され(表1参照), {直接ケアを支える要因}9つ(表1の1~9)と{直接ケアにおける要因}3つ(表1の10~12)であった。そしてその要因同士は相補的な関係にあり, 図1に示すとおり影響し合い良循環しながら発展していると考えられた。本稿では, この中でもシステム上の要因に焦点を当ててデータを抜粋しながら, (1)直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある(表2), (2)間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある(表3), (3)チームやチームメンバーの成長を促す場や仕組みがある(表3), の順で論を展開する。

1)[直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]

これは患者を退院に動機付けることから始まり, 地域での生活支援に至る一連の流れを支える場や仕組み

があるということである。そしてその場が, 病院の中にも地域社会の中にも設定されており, 常にその中を患者, 家族, 専門職が移動して互いに刺激を与え合いながら社会復帰に向かっていく仕組みになっている。そしてこの場や仕組みは, 社会復帰を継続して志向する人々の凝集性を直接的に高める機能も果たしている。

この要因は6つの要素から構成されていた。その内容は, 《退院の場を開拓する》, 《患者を退院に動機付ける為の場や仕組みがある》, 《生活技能を学ぶための場や仕組みがある》, 《患者の退院先への移行を容易にする為の場や仕組みがある》, 《家族と退院について話し合う場や仕組みがある》, 《患者中心のフォローアップの為の場や仕組みがある》であった。

(1)《退院の場を開拓する》

患者の退院への働きかけの過程で必要に応じて退院の場を探し確保する。この要素は次の4つの要素で構成されていた。

a)〈家族や住民に働きかけて退院先を開拓する〉

D: 当時はもう家族しかなかったからですね。徐々に单身を考えて, アパートをですね。(中略)それでも理解して下さる所もあって, 单身アパートに行くようになって。

b)〈中間施設を確保する〉

D: そしてグループホームとか, それが足りないからですねグループホームっていうのを確保したんですけど, (中略)そしてIが建ったですね。

c)〈中間施設やアパートは患者の支えになる〉

E: やっぱり中間施設ですね。社会復帰イコール家に帰れるという訳ではないですからIがあったり共同住居, ましてや単身のアパート。というのはすごく支えになっていると思うんですよ。

d)〈退院の場があることで患者が退院したいと思う〉

F: うちの病院が本気で退院を考えていて退院できる場所があるというんですか, そういったところが一番その人が退院したいと思う要素やったかもしれないですね。

(2)《患者を退院に動機付ける為の場や仕組みがある》

退院した患者と入院患者の交流を通して入院患者が退院したいと思えるように, 交流する場と仕組みを設定している。その場は病院内にも病院外にもあり, 常に患者やスタッフが病院の内と外に出入りして, 互いに刺激を与え合う仕組みになっている。この要素は次の3つの要素から構成されていた。

松枝, 精神科超長期入院患者の社会復帰援助

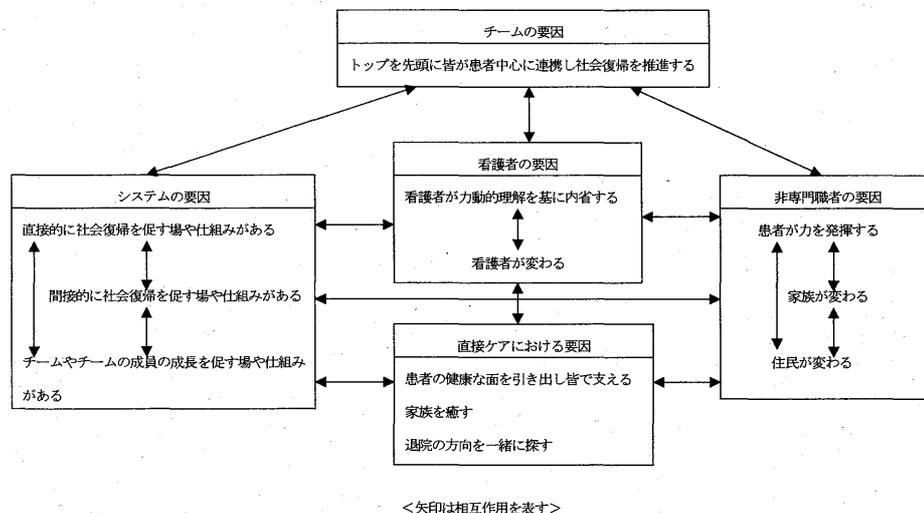
表1
超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因

<p>1. 【トップを先頭に皆が患者中心に連携し社会復帰を推進する】</p> <p>① 《トップが先陣を切り看護師が主体的に乗っている》</p> <p>② 《患者を中心に皆で繋がり後手に回らず手を打つ》</p> <p>③ 《患者の声を治療や働きかけの指針にする》</p> <p>④ 《医師が看護師と率直に討議する》</p>	<p>7. 【直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある】</p> <p>① 《退院の場を開拓する》</p> <p>② 《患者を退院に動機付けるための場や仕組みがある》</p> <p>③ 《生活技能を学ぶための場や仕組みがある》</p> <p>④ 《退院先への移行を容易にする場や仕組みがある》</p> <p>⑤ 《家族と退院の方向と一緒に探す場や仕組みがある》</p> <p>⑥ 《患者中心のフォローアップのための場や仕組みがある》</p>
<p>2. 【看護師が変わる】</p> <p>① 《患者と対等になる》</p> <p>② 《患者像が変わる》</p> <p>③ 《看護観が変わる》</p> <p>④ 《看護師が退院への働きかけに動機付けられる》</p> <p>⑤ 《退院への働きかけに意欲を持ち続ける》</p> <p>⑥ 《家族像が変わる》</p> <p>⑦ 《家族への働きかけに重点を置く》</p> <p>⑧ 《住民像が変わる》</p> <p>⑨ 《自宅以外の退院先に希望を持つ》</p>	<p>8. 【間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある】</p> <p>① 《ミーティング中心の治療環境にする》</p> <p>② 《病院を社会に近い環境にする》</p> <p>③ 《仲間作りをする》</p>
<p>3. 【看護師が力動的な理解を基に内省する】</p> <p>① 《他者との関係で自分を見直す》</p> <p>② 《力動的な理解をする》</p>	<p>9. 【チームやその成員の成長を促す場や仕組みがある】</p> <p>① 《患者と対等になるための仕組みがある》</p> <p>② 《患者を一对一で深く見る為の場や仕組みがある》</p> <p>③ 《連携を促進するための場や仕組みがある》</p> <p>④ 《すべての場や仕組みが学びの場でもある》</p> <p>⑤ 《患者を退院に動機付ける為の場が評価の場でもある》</p>
<p>4. 【患者が力を発揮する】</p> <p>① 《生活や退院への取り組みを共同して行う》</p> <p>② 《先輩患者との交流を通して退院に動機付けられる》</p> <p>③ 《退院後不安を乗り越え自立する》</p> <p>④ 《退院後病状が改善する》</p> <p>⑤ 《患者が入院中の看護を評価する》</p>	<p>10. 【患者の健康な面を引き出し皆で支える】</p> <p>① 《信頼関係をつくる》</p> <p>② 《患者の健康な面を引き出す》</p> <p>③ 《退院の意欲を皆で支える》</p> <p>④ 《患者が自分で生活できるよう一緒に取り組む》</p> <p>⑤ 《患者が症状に対処できるよう働きかける》</p> <p>⑥ 《周囲の支えや患者の変化に賭けて退院を決める》</p> <p>⑦ 《患者が不安を乗り越えられるよう皆で見守り後押しする》</p> <p>⑧ 《退院後は皆で見守り必要ならば対応する》</p>
<p>5. 【家族が変わる】</p> <p>《家族が患者を受け入れる》</p>	<p>11. 【家族を癒す】</p> <p>《家族に関わり痛みを癒す》</p>
<p>6. 【住民が変わる】</p> <p>《住民が患者を受け入れる》</p>	<p>12. 【退院の方向と一緒に探す】</p> <p>① 《患者と家族をつなぐ》</p> <p>② 《退院の為の方策と一緒に探す》</p>

* 1~9 : {直接ケアを支える要因} 10~12 : {直接ケアにおける要因}

* { } は上位の要因, [] は下位の要因, 《 》 は上位の要素を表す

(松枝美智子,2003,精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因—日本版治療共同体における看護師の変化,日本精神保健看護学会誌,Vol.12,No1,p.49の表を日本精神保健看護学会の許可を得て転載)



<矢印は相互作用を表す>

図1 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因

表2
直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある

退院の場を開拓する	家族や住民に働きかけて退院先を開拓する 中間施設を確保する 中間施設やアパートは患者の支えになる 退院の場があることで患者は退院したいと思う
患者を退院に動機付けるための場や仕組みがある	先輩患者と入院患者の交流の場がある 先輩患者の話入院患者が聞く 先輩患者との交流の場にはスタッフ同伴で行く
生活技能を学ぶための場や仕組みがある	生活プログラムがある 全ての話し合いの場が対人技能を学ぶための場でもある
患者の退院先への移行を容易にするための場や仕組みがある	先輩患者に退院候補者を選んでもらう 退院候補者の優先リストがある 外泊訓練の場と仕組みがある 中間施設には入所者が自主的に話し合う場がある 入所者は役割を持って生活する
家族と退院について話し合う場や仕組みがある	家族同士が交流する場がある 家族と医師の面接の場がある 家族面接で家族に思いを語ってもらう 家族の思いを患者もスタッフも聞く 退院の方向を探す 医師が家族に退院を説得する
患者中心のフォローアップのための場や仕組みがある	患者を中心においたシステムを作る 24時間誰かが看ている 入院枠がある 昼間の居場所がある 就労支援の場や仕組みがある

表3
間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある

ミーティング中心の治療環境にする	ミーティングを治療や看護の中心におく 話し合いを通して社会性を持たせる 継続して患者の課題を取り上げ気付きを促す 社会に近い環境で生活し治療する
病院を社会に近い環境にする	違法行為には警察の介入要請で対処する 患者の葬儀には看護者や他患者も参列する 地域住民の見学を受け入れる 病棟が全開放である 責任レベルに応じて外出できる 患者のニーズに即応する柔軟な仕組みがある 治療の妨げにならない限り看護者の身なりは自由である 仲間作りをする
支援網をつくる	同じ苦しんでいる人がいることが患者の救いになる 患者と患者の関係がうまくいっている

表4
チームやチームの成員の成長を促す場や仕組みがある

患者と対等になるための仕組みがある	垣根をとるために私服で仕事を
患者を一对一で深く看るための仕組みがある	受け持ち看護制である
連携を促進するための場や仕組みがある	個々の看護者の裁量の範囲が広い 全部署、全職種が話し合う場がある その日にあったことを話し合う 働きかけの方向を話し合う 連携の場は必要に応じて形が変わる
全ての場や仕組みが学びの場でもある	様々な場や仕組みが看護者の学びの場でもある
患者を退院に動機付けるための場や仕組みがある	先輩患者との交流の場を働きかけの評価の場にして

a) <先輩患者と入院患者の交流の場がある>

B: あそこ(P)で結構Iに入ってる人も意見を言ったりとか、Iの生活の事とか、いろんな意見出し合って、一応参考にはしてあるみたいですけど。

b) <先輩患者の話入院患者が聞く>

F: あとは、うちではRミーティングですね、Iに退院した人があるIに行って参加したりですね、P、そういったところにも参加してありますね。(後略)

c) <先輩患者との交流の場にはスタッフ同伴で行く>

A: 候補にあがった患者達をできるだけR(ミーティング)に連れて行くようにしています、スタッフと一緒にですね。(後略)

(3)《生活技能を学ぶための場や仕組みがある》

生活技能を集中的に学ぶプログラムがあると共に、全ての話し合いの場が生活技能を学ぶための場でもある。この要素は次の2つの要素で構成されていた。

a) <生活技能を学ぶためのプログラムがある>

C: 今IクラブもあるしLグループもあるし、そこで交通機関使ってるし市役所とかそういう所にも行って

b) <全ての話し合いの場が生活技能を学ぶための場でもある>

C: (前略)皆で対人関係でもZミーティングがあるし、Yがあるし、だから引きこもりな患者でもみんなの中に

(4)《患者の退院先への移行を容易にする為の場や仕組みがある》

退院先への適応をスムーズにできるようにする為に患者同士の様々な交流の場を設定したり、退院候補者を退院した人を選んでもらう仕組みがある。この要素

は次の5つの要素から構成されていた。

a) <先輩患者に退院候補者を選んでもらう>

A: またどの人が良いという、患者達があの人だったら一緒に暮らせようという人を選んでもらったりもします。

b) <候補者のリストがある>

C: 後は診察の場で、じゃあ向こうのIのほうが空いたら次はこの人という感じで、一応決めてあるというかですね。

c) <退院先への外泊の場と仕組みがある>

A: 外泊をIにして頂いて、和室みたいな所がありますので、そこで行って頂いてちょっと練習という事で。

d) <中間施設には入所者が自主的に話し合う場がある>

F: あと、自治会がありますから人付き合いの事とかいろんなことが話題に出て話し合いを持つ。

e) <入所者は役割をもって生活する>

E: Iというのはメンバーが話し合いを持ちながら一緒に食事当番をしたり、掃除をしたり、(後略)。

(5)《家族と退院について話し合う場や仕組みがある》

家族が患者の退院を受け入れられるように働きかけると共に、患者やスタッフが家族の思いを知る為の場や仕組みがある。この要素は次の6つの要素で構成されていた。

a) <家族同士が交流する場がある>

A: 最初はですね、あのう、家族会に来ていただいたんですよ。その後、面会っていう事になりましたけど。

b) <家族と医師の面接の場がある>

A: またドクターの家族面接とかいうことがあってできた事でもあります。

c) <家族面接で家族に思いを語ってもらう>

E: (前略) すごくその家族面談という、面接という形が大事で、そこで家族の思いもそこで語ってもらうという。

d) <家族の思いを患者もスタッフも聞く>

E: それ(家族の思い)を一緒になってスタッフも聞く、患者ももちろん聞くという。

e) <退院の方向を探す>

E: 当然患者は退院したいわけですよね、じゃあ退院したい、じゃあ退院するためにはどうやったら退院できるのかという部分を本当にこう探していくわけですよね。

f) <医師が家族に退院を説得する>

B: ちゃんと家族面接があって、やっぱりどこでも最初は家族の方も(退院に)反対されますよね、やっていけるやろうかどうやろうかって、一応もうそこは(先生が家族に)説得してから。

(6)《患者中心のフォローアップの為の場や仕組みがある》

患者が地域での生活を維持していけるように、24時間患者をサポートするための場や仕組みを作った。この要素は次の6つの要素で構成されていた。

a) <患者中心のフォローアップのシステムをつくっている>

E: だからフォローアップはかなりしていると思うんですよ。

研究者: そういうシステムもかなり。

E: そうですねそういうシステムはここは割と患者を中心においたシステムづくりはされてますね。(後略)。

b) <24時間誰かが看ている>

A: 夜は夜で夜間でもいつでもどうぞということでQ病棟が開いてるでしょ。そんな風に先生達も随時24時間対応できるようになってるでしょ。

c) ③<入院枠がある>

A: 患者達に退院して具合が悪くなったらどうぞX病院にという風に引き受けられる枠みたいなのがありますので、だから患者達も安心して退院して欲しいんだけど。

d) <昼間の居場所がある>

E: やはりちゃんと、退院の後でデイケアにつないでデイケアで見ていく。

e) <就労支援の場や仕組みがある>

A: 支援センターも今就労の事でずっと動き回られ

てるでしょ。

2) [間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]

直接的に社会復帰を目指す人々を対象にした場や仕組みではないが、その前提として社会と病院のギャップを減らし、患者が社会の一員としての帰属意識や役割意識を持てるように考えられた緩やかに社会復帰を促す為の場や仕組みがある。そしてまたこの場や仕組みは、患者やスタッフ集団の凝集性を緩やかに高め、社会復帰を目指す人々を支える機能を高めると共に、患者の生活技能を高める結果ともなっている。

この要因は3つの要素で構成されていた。その内容は、《ミーティング中心の治療環境にする》、《病院を社会に近い環境にする》、《仲間作りをする》であった。

(1)《ミーティング中心の治療環境にする》

患者が他者との関係で自分自身の課題に気づき社会性を身につけることができるよう、話し合うということを中心にし、ミーティングや診察の場を設定する。このことは直接的に対人技能を高める機能があると共に、生活を共にする患者やスタッフの凝集性を高める機能も持っている。この要素は次の3つの要素で構成されていた。

a) <ミーティングを治療や看護の中心におく>

F: (前略) その治療共同体って環境の中でミーティングを中心にしたその治療とか看護、社会生活というか病棟生活といったというんですかね、そういったものを取り入れることでその人が浮かび上がったのかなという感じですね。

b) <話し合いを通して社会性を持たせる>

F: ですから一言でいうと多分そのミーティング、とか治療環境、話し合いをしながらより社会性を持たせるうちの環境がよかったのかなという感じですね。

c) <継続して患者の課題を取り上げ気づきを促す>

E: わりとその診察にしても継続性のある診察というか、(中略)その話題をきちんと毎回毎回取り上げて、(中略)ちゃんと掘り下げて振り返っていく。(後略)

(2)《病院を社会に近い環境にする》

病院の中で社会と同様のことを行うこと、社会との相互交流ができやすい仕組みを作ることによって病院を社会に近い環境にする。これには社会と病院とのギャップをなくし、患者が生活技能を自然に身につけられるようにするという意味と、葬儀への患者やスタッフの参列に象徴されるように、緩やかに集団の凝集性を高めるという意味がある。それは病院内だけでなく、患者が

自分は社会で生活しているということを肌で感じ取ることができる社会への帰属意識を高める仕組みともいえる。そしてそこには、患者は保護的な環境でなくとも生活していけるといふ患者に対する信頼が貫かれている。この要素は次の8つの要素から構成されていた。

a) <社会に近い環境で生活し治療する>

F: 社会復帰して本人は本当に社会の中で入っていつてするためにはそういう風ななるべく社会に近い環境で生活して治療を受けてもらうのが一番という感じがしますね(後略)。

b) <違法行為には警察の介入要請で対処する>

E: (前略) きちんと暴力事件とかあったら当然警察にも介入してもらってるし、そういった社会一般でやっ
ててを病院の中でもきちんとやっ
ていこうという(後略)。

c) <患者の葬儀に看護者や他患者が参列する>

E: (前略) お葬式にでさえも、看護者もそうですけれど、入院患者、あるいはデイケアのメンバーさんあたりも(中略)出られるし、そういった姿はここで始めて見ましたね。

d) <地域住民の見学を受け入れる>

A: 中学校(の見学)でしょ、毎年毎年、受け入れてますしね(後略)。

e) <病院が全開放である>

D: 病院自体が全開放になって、閉鎖病棟というのがなくなって。

f) <責任レベルに応じて外出できる>

C: だから買い物でも、その責任レベル高い人なんかは自分で一人でSまで買い物に行ってるし、だからレジとかもきちんとできるしですね。(後略)

g) <患者のニーズに即応する柔軟な仕組みがある>

E: 簡単なものはさっさと動けるように患者のためにということではあのおそこはすごくスピードが速いと思います。

h) <治療の妨げにならない限り看護者の身なりは自由である>

E: 他の病院では髪を染めてたりピアスをしてたりアクセサリーをしてたりすると普通はいけませんよね、(中略)じゃあそれは治療の妨げになるのか、そしたらそうではないですよ。

(3)《支援網をつくる》

患者は同じ苦しんでいる人がいることで救われ支えられているとの認識をもち、患者同士の横のつながり

を大切に仲間作りをしている。その結果、患者同士の横のつながりができ患者同士の関係が良好である。そのように患者同士の凝集性を高めることは患者の社会復帰を支える機能を強めるという意味がある。この要素は次の3つの要素から構成されていた。

a) <仲間作りをする>

E: (前略) そういうなんかこれ自然とそうなってるのか、そういうシステムなのか良くわかりませんが、仲間作りというのはすごくされてますね。

b) <同じ苦しんでいる人がいることが患者の救いになる>

E: だからやっぱり患者も一人ではない、自分と同じように苦しんでいる人がいらっやるところがいくつもの救いになっていくんでしょね、そんな思いますね。

c) <患者と患者の関係がうまくいっている>

E: もしくは患者と患者の関係だったりするのがうまくやっ
ていけてるんですよ。

3) [チームやチームの成員の成長を促す場や仕組みがある]

チームやチームの成員の成長を促し、社会復帰を側面的に支える場や仕組みがある。この場や仕組みは連携を促進すると共に、連携を実際にしていくそれぞれの職種や個人が力を発揮し、成長していけるように意図されている。更にこの場や仕組みはチームとしての凝集性を高める機能を果たしている。そしてその中でも特筆すべきは、患者を退院に動機付ける場を働きかけの評価の場に行っていることある。患者からの直接のフィードバックは、患者から教えてもらう気持でいるチームの成員の成長の動機付けとなり、働きかけの質を常に向上させていくことにつながる。

この要因は5つの要素で構成されていた。その内容は、《患者と対等になる為の仕組みがある》、《患者を一对一で深く見るための仕組みがある》、《連携を促進する為の場や仕組みがある》、《全ての場や仕組みが学びの場である》、《患者を退院に動機付ける為の場を評価の場にする》、であった。

(1)《患者と対等になる為の仕組みがある》

看護者が患者と対等であろうとする決意を象徴的に表すものとして私服で仕事をする。形から入ることで、看護者が常に意識を持ち、自分の意識を変えていくという意図を持った仕組みである。この要素は次の1つの要素で構成されていた。

a) <垣根をとるために私服で仕事をする>

E: 当然この病院では私服で仕事してはいますが、その垣根をとろうということで私服になった、

(2) 《患者を一对一で深く見るための仕組みがある》

一人の患者対一人の看護者で患者に深く関わり看ることができるよう、受け持ち看護制にしている。また個々の看護者の裁量の範囲が広く、患者との信頼関係が作り易くなっている。受け持ち看護制になることで、患者が個々の看護者を評価することも可能になった。この要素は次の2つの要素で構成されていた。

a) <受け持ち看護制である>

A: だから受け持ち制になったのも今の院長になってからなんですよね。だからですねいろいろ全体的にみたのが深くまで見えるようになってきた。

b) <個々の看護者の裁量の範囲が広い>

E: ここはスタッフは就業時間内でも必要と思えば患者と一緒に(中略)どこかにいくということは基本的にはここはそういうやり方をしていますので(後略)。

(3) 《連携を促進する為の場や仕組みがある》

連携して患者の状態を見て早めに手を打てるように全部署、全職種が話し合う場が毎日設定されており、その形も必要に応じて変化している。この要素は次の4つの要素から構成されていた。

a) <全部署、全職種が話し合う場がある>

A: (前略) どころからでもRミーティングの中ででてるというのもいいのかなあって思いますね。

b) <その日にあったことを話し合う>

A: その場でその日に、あった日にそういうことを話し合うでしょ。

c) <働きかけの方向を話し合う>

A: 患者が社会復帰したいって言ってる、「じゃあどんな援助が必要ね」という風なことになるでしょ。

d) <連携の場は必要に応じて形が変わる>

A: (前略) ドクターたちが色々な事をされてこれが一番良だろうという形にどんどん動かされるからいいんでしょうね。

(4) 《全ての場や仕組みが学びの場でもある》

スタッフの連携の場が教育の場にもなっており、患者から教えてもらう気持でいるスタッフにとっては他のミーティングや患者や家族との交流の場も学びの場になっている。この要素は次の2つの要素から構成されていた。

a) <連携の場が教育の場でもある>

A: 私たちそこで教育受けてますもん、朝のミーティングで。

b) <様々な場や仕組みが看護者の学びの場でもある>

A: でもPとか、ほら、Iとかの自治会とかで聞くとですね、結構ずばり言われて、なるほどなあっていう事で、私たちが教えていただくっていう事で、(後略)。

(5) 《患者を退院に動機付ける為の場を評価の場にする》

先輩患者と入院患者が交流する場を自分達の働きかけが有効なものであるか正当なものであるかを確認する評価の場をしている。この要素は次の1つの要素で構成されていた。

a) <先輩患者との交流の場を働きかけの評価の場としている>

F: (前略) RミーティングとかPとかそういったものが一番患者の声、経験談、苦労話がまた病棟とか治療のひとつの指針ですね。

考 察

ここではまず、今回の調査で明らかになった「直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある」、[間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]、[チームやその成員の成長を促す場や仕組みがある]という3つの社会復帰を促す要因と、日本版治療共同体の基本想定との関係について考察する。次にシステムの総体的な特徴を示し、最後に臨床看護への提言を示す。

1. 日本版治療共同体の基本想定と[直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]との関係

[直接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]では、《退院の場を開拓する》、《患者を退院に動機付けるための場や仕組みがある》、《生活技能を学ぶための場や仕組みがある》、《患者の退院先への移行を容易にするための場や仕組みがある》、《家族と退院について話し合う場や仕組みがある》、《患者中心のフォローアップのための場や仕組みがある》、など様々なシステムが設定されていた。つまり田中ほか(1995)の研究では「側面的看護ケア」p.150)として抽出された「教育的アプローチ」、「家族へのアプローチ」、「生活支援」、「環境へのアプローチ」(pp.150~151)が、研究対象者が所属する施設ではシステムとして設定されていたと言える。そしてこれらのシステムは、日本版治療共同体の基本想定である、患者は多くの未知の能力や援助能力を持っているという考え方に基づき設定されていたと考える。そしてこのことが[患者が力を発揮する](表の4)とい

う結果をもたらし、患者が積極的に他の患者の社会復帰を手助けすることにつながっていた。また、入院患者もそうした先輩患者との交流を通して退院に動機付けられていた。この場や仕組みは、患者が持てる力を普段に発揮することを保証していたといえる。つまり、「社会学習を通して患者の自我の健康な側面」(加藤ほか, 1989, p. 58)を育成し、患者が「治療への能動的な参加者」(加藤, 金子, 1989, p. 58)になり「自己変革」(加藤ほか, 1989, p. 60)を遂げていくことを、場や仕組みの面から支えていたと考える。

そしてこれらの場や仕組みは初めからあったわけではなく、必要に応じてトップ・リーダーが先頭になりスタッフがメンバーシップを発揮しながら作ってきたものであった。田中ほか(1995)も指摘しているように(p.153), 精神障害者を取り巻く社会資源の圧倒的不足が叫ばれている今日、直接ケアにとどまらず患者の必要に応じて社会復帰に必要な資源やシステムを開拓していくことが看護者にも求められていると考える。

2. 日本版治療共同体の基本想定と[間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]との関係

[間接的に社会復帰を促す場や仕組みがある]は、コミュニティそのものが考えや感情や行動を修正する力をもつ、社会的規範は行動を修正させる潜在的力である、患者も責任ある行動をとり得る、ミーティングを治療の中心におくといった日本版治療共同体の基本想定を前提に設定されていた。この場や仕組みは、直接的に社会復帰を目指す人の為のものではないが、その前提として社会と病院とのギャップを減らし、患者が社会性を育めるように考えられていた。またミーティング中心の治療環境にすることで、自然に対人関係の能力が開発される仕組みになっていた。更には、「違法行為には警察の介入要請で対処する」ことに象徴されるように、患者が自分の行いに責任を持つという社会では当たり前のことが病院の中でも行われていた。稲岡ほか(1998)が、「早期退院に関与する社会生活上の機能障害は、判断力や対人関係能力、そして社会のルールを守るといった社会性と言える」(p. 43)と述べていることを考えると、社会性が自然に育まれるこれらの場や仕組みを取り入れていくことは、必要なことではないかと考える。

田中らは、看護ケアを支えるシステムの構成因子の一つに、サポートネットワーク作りを挙げているが、研究対象者が所属する施設においても、患者を取り巻く「支援網を作る」ことが重要視されていた。また、他患

者の葬儀への患者の参列に象徴されるように、患者やスタッフ集団の凝集性を緩やかに高め、社会復帰を目指す人々を支える機能を強めていた。また、患者仲間や治療集団の支える機能を育む場や仕組みは、脆弱な自我を持つ患者の補助自我として機能しているが故に、患者は責任ある行動を要求されることに耐えられるのではないかと考える。

また、「入院枠がある」や、訪問看護を含めて「24時間誰かが看ている」ことは、田中ほか(1995)の研究結果と同じであったが、「就労支援の場や仕組みがある」、「昼間の居場所がある」というように、より個々の患者のニーズに添うシステムがあることが特徴であった。これは日本版治療共同体の基本想定である、患者は多くの未知の能力を持っているという考え方に基づいてつくられたシステムであると考えられる。

3. 日本版治療共同体の基本想定と[チームやその成員の成長を促す場や仕組みがある]との関係

[チームやその成員の成長を促す場や仕組みがある]は、チームレベルでの治療やケアの方針の決定を重視し、患者を含む誰もが自由に発言することを鼓舞されるという日本版治療共同体の基本想定から出たものであると考える。具体的には、毎日、全職種、全部署のスタッフが出席して行われている「連携を促進するための場や仕組み」では、全ての職種が其々の視点から患者をとらえ、統一した治療やケアの方針を決定しており、その場が同時に全ての専門職の生きた学習の場になっていた。また、「患者を退院に動機付けるための場や仕組みがある」や「退院先への移行を容易にする場や仕組みがある」は同時に、「患者を退院に動機付ける為の場を評価の場にする」、「全ての場や仕組みが学びの場でもある」に示されるとおり、自分たちが行った看護や治療の評価の場、看護者の学習の場になっていた。そして、「患者が力を発揮する」(表の4)、中でも「患者が入院中の看護を評価する」(表の4の⑤)に見られるように、患者が自由に発言し、必要ならば看護や治療を批判し評価するという画期的なことが可能となったのは、「患者と対等になるための仕組みがある」ことによって支えられていたと考える。

加藤ほか(1989)は、患者の自己変革と成長は、スタッフ自身の変革と成長に対する意欲があるかどうかにかかっていると述べている(p.60)が、これらの場や仕組みは、まさしくスタッフや患者が自己変革を遂げていくのを場や仕組みの面から支えていたと考える。また、

田中ほか(1995)は「特に入院が長期化した精神分裂病
患者の場合,多くは退院への希望を心の底に持って
いても,それを実現するための確かな援助者がいなければ,
それを言語化してくることは稀である」(p.149)と言
い,松枝(2003)は超長期入院患者の社会復帰援助が成功
する鍵は,看護者の患者像や看護観,退院援助の動機付け
等が変化することであると述べている.この意味で,社
会復帰援助成功の要となる看護者をはじめとするチ
ームメンバーの成長を,個々のメンバーの自助努力のみ
に任せるのではなく,継続的に組織的に保証していく
システムがあることが重要なのだと考える.

4. システムの総体的な特徴

総体的に見ると,対象者が所属する施設のシステム
の特徴は,第1に多くの場や仕組みが多様な目的に向か
って設定されており,実際に多様な機能を有して効果を
発揮していたことである.第2に,場や仕組みは必要に
応じて開拓,開発され,状況に応じて変化を遂げていた
ことである.田中ほか(1995)は,社会復帰を促す時,
「常に患者への直接的な看護ケア以外に,システムの改革
や場の開拓という活動にもエネルギーを注がなければ
ならない」(p.153)と述べている.対象者の所属する施
設でも,一旦構築したら変化しない硬直したシステム
ではなく,流動的で変化する柔軟なシステムだったか
らこそ,社会復帰援助の良循環を生み出し得たと考える.
第3に,「患者を退院に動機付けるための場や仕組み
がある」,中でも「先輩患者に退院候補者を選んでも
らう」(表2)に象徴されるように,患者の健康な面や
潜在的な力に対する基本的信頼感に裏打ちされ,それ
らが最大限発揮できるように実に良く考えて創られた
場や仕組みであったことである.第4に,患者の社会復
帰を促進するシステムだけでなく,チームやその成員
の成長を促す場や仕組みがあったことである.田中ほ
か(1995)は,社会復帰促進に必要な,開放性と自由性
といった柔軟な臨床風土を支える要件として,「管理的
ポストにある者の価値観の一致」(p.153)を指摘して
いるが,対象者が所属する施設では,管理的ポストに
ある者だけでなく,チーム全体としての価値観の共有,
チーム全体としての成長を促進するシステムが形成さ
れていたことが,超長期入院患者の社会復帰援助を成
功に導いていたと考える.

5. 臨床看護への提言

1) 直接的に社会復帰を促す場や仕組みだけでなく,病
院の開放性を確保し,病院と社会とのギャップを減

らすことや,集団の凝集性を緩やかに高め支える機
能を強化するための意図的な場や仕組みづくりが必
要で,そのためには社会で普通に行われていること
が治療的に活用できないかを再考し,活用できる点
は積極的に取り入れていく必要がある.

2) 患者の社会性は社会復帰の鍵である為,直接的に社
会復帰を促進する場や仕組みだけでなく,普段に患
者の社会性が開発されるようなシステム作りをして
いくことが必要である.

3) 退院に直面して揺れる患者を支え,積極的に社会復
帰援助を推し進めていくためには,集団としての支
える機能が大切であり,患者を含めた多職種による
連携を促進するための場や仕組み作り,支援網作り
が重要である.

4) 直接的に社会復帰を促進する場や仕組み,間接的に
社会復帰を促進する場や仕組みを,同時にチームや
その成員の成長を促す場や仕組みとして活用する
ことが必要である.

5) 一つの場や仕組みを作る時に,多様な目的や機能を
設定し,実際にも多様な目的や機能が果たせるよ
うに運用することが必要である.

6) 場や仕組みなどの資源は,あらかじめあるものを活
用するにとどまらず,患者や状況の必要性に応じて
開拓したり開発したり,場合によっては形を変えたり
していく流動性と柔軟性が必要である.

7) 患者の声をシステムに反映させ,システムをより患
者のニーズにあったものに変えていくためには,治
療共同体が目指すように,「権威構造のピラミッドを
平坦にする」(山口ほか,1987,p.272)必要があり,患
者と対等になる仕組みを意図的に創出したり,患者
が治療や看護を評価したりするシステムを作ってい
くことが求められる.

6. 研究の限界と今後の課題

本研究は,日本版治療共同体で勤務する看護者を対
象とした研究であり,超長期入院患者の社会復帰への
援助が成功する要因の中でも,日本版治療共同体に勤
務する看護者の認識する要因という所に限定されたも
のであるため,一般化はできない.また,対象者が6名と
少なく,しかも対象者が語った事例8事例中,4事例が
同一事例であることから,データに偏りがあることは
否めない.今後より普遍性の高いものとしていくため
には,対象者を広げると共に一般的な精神病院との比
較研究が必要である.

謝 辞

初めに、本研究に御協力下さった対象者の方々、対象者が所属する施設の病院長、看護部長、看護師長、スタッフの皆様方、関連施設のスタッフの皆様方に感謝します。そして、研究過程、修士論文の作成過程で御指導下さった兵庫県立大学の近澤範子先生、片田範子先生、九州大学の福留留美先生、今回の論文作成にあたり御指導下さった神戸大学の川口優子先生に感謝します。

尚、この論文は兵庫県立看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文の一部を加筆修正したものです。

文 献

- 浅井邦彦. (1999). 福祉の時代における精神科病院: 社会精神医学的視点から. *日本社会精神医学会雑誌*, 8 (1), 31-43.
- 堀川公平, 栗木克巳, 堤はるみ. (1997). デイケアを核とした精神医療改革の試み: 精神病院そのものの社会復帰を目指して. *病院・地域精神医学*, 40 (3), 54-56.
- 堀川公平. (1999). 民間精神病院の挑戦: 精神病院の社会復帰を目指した野添病院の4年間. *響きあう街で*, 46(9), 31-38.
- 稲岡文昭, 西村俊郎, 太田 茂, 千田敬子, 福士千代, 野方俊郎, 小林秋生, 山岸松永. (1999). 退院困難な慢性精神分裂病患者への有効な治療的看護介入: 改善された事例と改善されなかった事例との比較分析を通して. *日本看護学会誌*, 8 (1), 35-46.
- 猪俣好正, 三野善央, 井上新平, 吉住 昭, 川副泰成, 岡上和雄, 大島 巖, 稲沢公一, 五十嵐良雄, 植木良裕, 昆 啓之, 斎藤由美, 阪本 淳, 澤 温, 高山大起, 滝沢武久, 寺田一郎, 山田富秋. 全国家族会連合会(編). (1994). 精神病院における生活環境と分裂病の陰性症状: ウィングとブラウンの方法による詳細調査. *ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo9*, (財)全国精神障害者家族会連合会.
- 石橋照子, 成相文子, 足立美恵子. (2001). 精神分裂病長期入院患者の社会復帰に向けて効果的な看護介入のコツ. *日本精神保健看護学会誌*, 10(1), 38-49.
- 加藤伸勝(監修). 金子嗣郎(編). 加藤伸勝, 佐藤泰三, 米沢洋介, 江畑敬介, 斎藤正彦, 三好宣明, 西牟田議康, 坂口正道, 岩崎正人, 宇野正威, 小林暉佳, 林 直樹, 増井寛治, 堀田直樹, 藤森英之, 田中喜久子, 水戸昭一, 分島徹, 土井永史. (1989). *病院精神医療の展開: コミュニティ・ケアに向けて*. 東京: 医学書院.
- (社)日本精神科看護技術協会(監修). (2004). *精神科看護白書2004→2005*. 東京: 精神看護出版.

- 菊池謙一郎, 新開淑子, 小口 徹, 佐藤忠彦, 山内惟光. (1998). 長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について. *臨床精神医学*, 27 (5), 563-571.
- 松枝美智子. (2003). 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因: 日本版治療共同体における看護師の変化. *日本精神保健看護学会誌*, 12 (1), 45-55.
- 田中美恵子, 萱間真美. (1995). 精神分裂病患者の社会復帰を促す看護実践の構造. *臨床・看護研究の進歩*, 7, 145-154.
- 内村英之. (1991). 分裂病new long stay患者のかかえる問題とその退院決定要因. *厚生省特定疾患研究平成2年度研究報告*, 141-145.
- 加藤正明, 吉松和哉, 南 裕子, 前田ケイ, 小谷英文, 中村建二, 宮内 勝, 林 直樹, 福西勇夫, 粕田孝行, 柴田応介, 桃井文央, 松井紀和, 州高江州義英, 田中怜子, 小林夏子, 堀田和一, 高沢和彦, 宇賀勇夫, 宮内和瑞子, 藤岡邦子, 川田行雄, 杉山 和, 西脇 巽, 山口 隆, 増野 肇, 中川賢幸 (編). (1987). *やさしい集団精神療法入門*. 東京: 星和書店.

受付 2005.1.11

採用 2005.3.28