

## 身体障害をもつ分裂病患者に対する作業療法の一経験

—障害受容の側面から—

富岡詔子 吉沢真理子

### Occupational therapy for a physically handicapped schizophrenic female: A case study of a psychological adjusting process to physical disabilities caused by suicidal attempt

A female schizophrenic patient, age of 25 with a wheel chair, has become to adjust to her family life after 3.5 years period of rehabilitation programs. The process of psychological adjustment to her disabilities was quite similar to that of any normal injured person, in terms of stages to go through and required length of time for adjustment. It was found that the physical and socio-cultural therapeutic structure of occupational therapy had provided the patient with assimilated "micro-society" to be adjusted after her injury. It was speculated that many constructive activities and their end products utilized in occupational therapy had a significant effect for her ego development.

A continuous psychiatric care was necessary from the beginning of rehabilitation endeavour to support her normal adjustment process to her disabilities. Special considerations and cautions were suggested for rehabilitation workers to understand and/or help some unique reactions which any schizophrenic patient might have in the course of adjustment to physical disabilities.

**Key word:** physically handicapped schizophrenia, acceptance of disability, rehabilitation, psychiatric occupational therapy, therapeutic structure

### はじめに

精神障害と身体障害の両方を持つ重複障害者に対するリハビリテーション過程での問題は、リエゾン精神医学的な立場からいくつか報告されている<sup>1)2)3)4)</sup>。特に、分裂病患者が脊髄麻痺になった場合は、入院が長期化しやすいこと、障害受容に問題があること<sup>3)</sup>、看護面の積極的な働きかけが精神緊張を誘発

しやすいこと、転出施設での集団生活に適応しにくいこと<sup>1)</sup>、などが指摘されている。

しかしながら、こうした重複障害をもつ患者のリハビリテーション過程で利用されている作業療法についての報告は少なく、具体的な実施方法にまで言及した報告は皆無に近い。今回、自殺企図による身体障害をもつ分裂病患者に対して、リハビリテーション過程の比較的早期から作業療法を実施し、約3年後に

自宅退院となった一症例を報告し、分裂病患者者にみられた障害受容の特徴とリハビリテーション過程での留意点、さらに障害受容における「作業」の役割について考察してみた。

## 症 例

25歳の既婚女性。両親は健在で同胞3人中の長女。中学・高校とも成績は良好で友人関係にも特に問題は見られなかった。某大学在学中に発病し通院治療を開始。中退後事務系のパートを数年継続し、学生時代から交際のあった相手と結婚する。夫の出身地に転居し、通院治療を継続。結婚2年目頃から意欲なく家事もしなくなり婚家先で自殺企図。実家へ戻り通院治療を再開後、再度自殺企図。救急処置後、整形外科に入院。両側大腿骨骨頭骨折、左股関節脱臼骨折、左外顆骨折、第7頸椎・第7胸椎・第1腰椎圧迫骨折により右大腿骨骨頭片摘出術、椎弓切除術・ハリントンロッド固定（右T8・9間～L3及び左T9・10間～L3）を実施。術後は精神医学的な陽性症状の存在は確認されていない。術後4日目に理学療法開始。84日目に精神科へ転棟。被害感や関係念慮および追妄想に近い言動が観察され、「皆に迷惑をかけるから死んだほうがよい」と主治医に語っている。

### I 作業療法開始時の状態

1 作業療法開始にいたる経過：整形外科の主治医より、受傷後5カ月目に「目標は歩行ではなく車いすの生活を。靴下の履き替え、下着の着脱等が完全に出来るように」と、今後の方針が明確にされたことから動揺し、精神科的な作業療法の関与を精神科主治医より指示された。

2 作業療法での評価：精神科医、理学療法士、看護師からの情報を活用し、開始時の面接以外は、特別な検査・測定法は実施しな

かった。身体面、生活面、精神面に大別して開始時の状態を整理した。

身体面：股関節および下肢の関節可動域の制限と筋力の低下が認められた。整形外科的には「無理な可動域訓練や屈曲拘縮の伸展訓練は避けること、本人に希望を与えるために平行棒内の歩行訓練は徐々に実施してもよい」の状態であった。平行棒内歩行時（要介助）に腰痛や膝の痛みがあるが、疲労は訴えない。上肢の筋力や全身的な体力の軽度の低下が観察された。

生活面：入浴、洗濯は看護者の介助が必要。更衣・身辺処理は時間はかかるが自立。車いすの操作は問題ないが、車いすからベッド・トイレ・椅子への移動は要領が悪く時間がかかる。生活場面は病棟とリハビリテーション部に限られ、身体機能の割には生活空間が狭小化している。外泊は実施していない。

精神面：分裂病者のもつ混沌とした空虚な存在感・孤独感が根底にあると思われるが、漠然としてつかみにくい。面接場面の印象は次の5点に要約される：

- (1)「話ができないことが困る」と述べるも、確認、明確化等の支持的な介入があれば、小声で自責的な内容をゆっくりと筋道をたてて話す。言語的コミュニケーションは受身的ではあるが可能。
- (2)対人関係のもち方は受身的で、表情も暗く、うつむきがちである。対人希求のサイン、空虚感、漠然とした焦燥感、などの情緒も伝わってくる。「人に会っても相手に寂しい気持ちを与えてしまうだけで楽しくさせることもできない」と自責的な傾向が強い。
- (3)矛盾する情緒を統合できずに行動制限を引き起こしている。例えば、「刺し子をやってみたい気もするが長続きしないのではないかと自信がない」、「よくなりたと思う」し、

「死んだほうがよかったとも思う」し、「自分では分からない」など。

(4)明らかな思考障害は面接場面では認められない。また、知的理解力は良好と思われた。  
(5)この面接場面での全体的な印象は分裂病のもつ自我障害よりも、表面上はうつ状態が前景に出ているような印象を受けた。

### 3 作業療法のオリエンテーション

面接時の印象から、作業療法に対する本人の期待は漠然としており、本人の判断や希望を重視することは、逆に負担になると考え、当面は作業療法士(以下OTとする)の判断で必要と思われることを説明した上で、本人の意向を確認しながら実施していくことにした。本人へは「一度に色々なことが起こって、いま何をしたらよいかピンとこないのかも知れませんが、出来ることを見つけて少しずつ生活の範囲を広げて行きましょう。理学療法は毎日やっていますが、作業療法はこちらの都合でしばらくは週2回の頻度でやりたいと思います。どういう作業をするかは相談しながら決めます。時間も1時間ぐらいから始め、様子を見ながら長くして行くかも知れません」の説明と、自分から入室すること、都合の悪いときは事前に連絡する(双方とも)ことを確認した。

### 4 開始時の目標設定

精神面に着目すれば、長期的には分裂病患者のもつ自我障害の改善が必要であろうが、さしあたっては、受身的な対人関係を支持しながらうつ状態への接近が可能と思われた。身体面に着目すれば、長期的には車いすによる家庭復帰が可能なレベルであり、身体機能の回復と日常生活面での自立性の拡大を達成可能な当面の目標にした。婚家先あるいは実家のいずれが受け入れるのかも不明であり、将来、精神面・身体面の目標がどの様に統合

されるかの予測がつかないまま、別々のプログラムを患者のペースにあわせながら同一時間内に平行して進めることにした。

## II 作業療法の経過

### 1 経過のみかた

(1)「作業療法の場合への出方」、「作業療法での操作」、「作業療法での患者の反応・行動の変化」の3項目に分けて、全体の流れを時間経過にそって整理してみた。大学病院の作業療法室という半ば社会に開放された場への出方は、個々の分裂病患者に特有な状況変化への対応の仕方を反映する場合があることから<sup>5)</sup>、場への出方を独立した項目として取り出した。経過の区切りは、OTが実施時にとったと思われる意識的・無意識的な関わりかたの変遷を大ざっぱな目安にして区切った。

3年間の全期間は表1～表5に示すように、5期に大別された。第1期は3カ月間の導入期、第2期の5カ月間は身体的アプローチの時期、第3期の10カ月間は精神的アプローチの時期、第4期の6カ月間は、短期間の混乱が反復しそのつど支持的に具体的援助をしていった時期、第5期は1年間で、退院後の具体的な準備を試行し、退院後4カ月間の経過観察を経て終了した時期、に区別された。

### (2) 障害受容からみた経過

この症例の障害受容の特徴を明らかにするために、他の部門での治療的関与やそこで観察された患者の行動を作業療法の経過に重ね合わせ、全体的な患者の行動特徴が一定期間持続した期間を目安として区切った。身体障害者の障害受容に関する諸家の見解を<sup>6)7)8)9)10)11)12)13)20)30)</sup>参考にして命名した<sup>注1)</sup>。

注1：諸家の記述する経過はおおむね「ショック・退行」「否認・回復への期待」「混乱・悲嘆・抑うつ」「再適応・解決への努力」「受容・再適応・統合」などの5～6段階に区切っているのが多い。

表1 作業療法の経過—導入期

第1期(約3カ月間):抑うつ状態・受身性に合わせた導入期		
作業療法の場への出かた	作業療法での操作	患者の反応・行動の変化
初回のみ看護者に同伴してもらう(OTが依頼して)	1. 受身的な対人関係を許容し、挨拶や作業に関連した会話はするが、基本的には作業に閉じこもりやすい状況をつくる	1. 指示の理解は良好、手先も器用(本人はそうは思っていない)、確認をたまに求める程度で黙々と丁寧に作業に取り組む
2回目から開始時の約束どおり、単独で自分から定時に入室	OTが選んだやや複雑な構成的作業(クロス刺繍)を、部分的に自己決定させながら実施	現実的な会話には受身的に応じる 時間はかかるが細部の自己決定はOTの保証があれば可能、尋ねられれば疲労感は訴える
週2回、1回1時間から1.5時間(作業のきりのよいところで、OTが終了させる)	2. 基本的な日常生活動作の練習(和室での四這い移動、靴下の着脱)と立位保持(立位テーブルでのゲームなど)の導入	2. 日常生活の動作訓練は熱心に取り組む ゲームでは、稀に「すごい、上手」などの言語表現や笑顔も見られる
面会時は母親が付き添ってくる	3. 車いす(以下W/Cとする)による移動動作の習熟(簡単なスポーツ、ボール投げ、パトミントン、卓球)	3. OTとのゲーム的なスポーツの時には、「運動は苦手」といいながらも表情は明るい
合計19回実施	4. プログラム立案に必要な情報は具体的に聴取(学生時代のクラブ活動、自宅のトイレや風呂場の構造、病棟生活で困ることなど)	4. 学生時代の部活のこと、兄弟のことを言葉少ないながらも、自発的に話す 病棟では「入浴の手順も分からない、手紙を書けない、話しも出来ないこと」が困る
		5. 作業については「ゆっくりしかできないし、やり直したところもあるし」と不満 足な言動(客観的なでき映えは良好)
		6. 作業療法室での母親は、腫れ物に触るような態度で本人と接している

受傷から退院後の4カ月間の経過観察を経て終了した治療・リハビリテーションの全期間は3年5カ月で、次の5段階に区別された。すなわち、鎮静・休息期(5カ月間)―抑うつと突発的な混乱期(8カ月間)―回復への期待期(10カ月間)―分裂病的混乱と修復期(4カ月間)―再適応への試行錯誤期(1年間)の5段階であった(表6)。

## 考 察

今回の症例は分裂病と自殺企図による身体

障害をあわせもつ重複障害者であるが、精神科医療施設への入院歴はなく、整形外科的な障害も車いすを必要とするが、短時間の松葉杖歩行も可能であり、上肢機能は正常であった。全体的にみれば社会生活の継続が可能であり、重度な重複障害とはいえないであろう。しかしながら、受傷後、家庭へ退院するまでに約3年間を要し、佐野<sup>3)</sup>や蕪木ら<sup>8)</sup>が指摘する分裂病患者が身体障害を持つ場合のリハビリテーションの困難さがあらためて確認された。

表2 作業療法の経過—身体的アプローチ中心の時期

第2期(約5カ月間): 身体障害に対する機能訓練のアプローチに重点をおいた時期		
作業療法の場への出かた	作業療法での操作	患者の反応・行動の変化
<p>作業療法開始後始めて時間に入室せず(看護者に誘導を依頼)</p> <p>1カ月後、入室せず病棟で面接。後半入室せず、看護者に意向を尋ねてもらい、1回休みにする</p> <p>1期に比較して、約東時間に多少遅刻することもあるがほぼ定期的に週2回、1回2時間位の作業療法を継続</p> <p>OT不在の時には休みを希望し、事前で話し合いで決める</p> <p>外泊を3回実施(盆・正月・その中間に各1回)</p> <p>合計36回実施</p>	<p>1. 時間に入室しない事には特別の意味があると考え、時間をとって本人の現在の気持ちを聞く</p> <p>不安や被害的な色彩を帯びた体験を支持し、作業療法でみられた改善に保証を与える</p> <p>2. 松葉杖歩行に合わせた下肢の訓練(ミンソ)、立位時の耐久力の改善(立位テーブルでの手芸やゲーム)</p> <p>3. W/Cによる院内・外での生活空間の拡大(W/Cでの院内散歩・買物・美容院・喫茶室への案内)</p> <p>4. 外泊時の実用的な日常生活動作の習熟(自宅での風呂・トイレの利用と安全な移動法の練習)</p> <p>5. 受身的な対人関係を支持する状況をつくる(OTとの交流がもちやすい未経験な作業と単独で可能な作業の組合せを利用)</p>	<p>1-a. 「ここ(作業療法)にくるのが恐かった……体も動かないような感じで看護者にも声を掛けられなかった……人に見られているような襲われる様な感じ……特におばさんや子供が怖い……昔、整形外科で外から帰ってきた時変な感じがしたことがある……それに似た感じもする……」などの気持ちを、支持的な介入で言語化し、話し終わると表情も明るくなる</p> <p>他者の視線に過敏である</p> <p>1-b. 『整形外科医から「松葉杖歩行をやり過ぎないように」と言われて落ち込んだ……今日は休みたい……来週行きませ……最近怖い感じはしない』など、小声ではあるが言語表現が可能</p> <p>2. 下肢の訓練に重点をおいたプログラムには積極的に取り組む</p> <p>3. OTの積極的な勧めに病棟外でのW/C利用を試みるが、その後は消極的に拒否バスバイクには迷惑を掛けるからと不参加</p> <p>4. 移動の練習で、W/Cなしに通常の3倍の時間で移動できることを体験し安心する</p> <p>外泊中は「何をするにも時間がかかり迷うが、縄物があって良かった」</p> <p>5. 表情は明るくなるが基本的には受身的</p>

「障害受容」は、心理学的には必ずしも厳密に定義された概念ではないが<sup>1)</sup>、身体障害者の心理的な適応を理解する作業仮説として実践面で用いられることが多い。一般的に障

害受容は次の4種類の現象のいずれか、あるいはいくつかの組合せとして用いられることが多い。すなわち、(1)受傷後、障害者としての社会適応を確立する過程で観察される一連

表3 作業療法の経過—精神的アプローチ中心の時期

第3期(約10カ月間): 受身的な対人関係の改善・自己決定への不安の軽減に重点をおいた時期		
作業療法の場への出かた	作業療法での操作	患者の反応・行動の変化
外泊の定期化に伴い(家族の都合に合わせて、ほぼ毎月1回)、作業療法の回数は減少する  平均して週1~2回  作業療法室での時間は2~3時間と長くなる  休みは双方共、事前連絡をし、OT不在時は他のOTへの依頼を合意  稀に「今日はさぼりたい」と意志表示をして休む  合計58回実施	1. 作業療法では精神的な面を重視し、身体的な面は比重を少なくして理学療法で主にすること、目的を「試行錯誤」「自分を判断するものさしを増やすこと」「他人とのつきあい」を提案して、話し合う  2. 他の患者との交流がもちやすい場面を提供する(小集団でのゲームやストレッチ体操、他患者との共同作業など)  3. 自己決定の機会や範囲を拡大する(参考書を見ながら未経験の作業をやる、作業療法で必要な見本や用具の作成を依頼、外泊時の具体的な目標の設定など)  4. 作品への関心や愛着心の芽生えを支持し、他者からも認められる機会を多くする  客観的なでき映えは率直に評価し、交流を多くする  5. 外泊時の生活空間の拡大の為の助言や指導	1. 外泊時以外は積極的に理学療法・作業療法へ参加、理学療法では制限つきで階段昇降の練習開始  作業療法の目標には漠然と合意し、「自信がないのは昔から、いろいろ考えると決められなくなる」と、言語化する  2. 作業をしながら外泊時のエピソードを楽しそうに話し、特定の女性患者とはよく話すようになる  話し方も明瞭になり、表情も豊かになる  3. 作業のスピードも改善し、病棟での継続にも意欲的で難しい工程の理解も良好教材を見ながら自分で判断し、必要に応じてOTに相談する  4. 作品を贈物に(友人・家族)使うとか自分で使う頻度が増加し、作品を介した他者との交流の芽生え、誉められると恥ずかしそうにする  父親からも手芸の材料をプレゼントされる  5. 外泊時の外出用にW/Cの持参を助言し自動車の乗り降りを練習するが、母親の判断(恥ずかしい)で持参せず

の心理的な(行動面も含めて)変化<sup>8)9)10)11)12)13)</sup>。(2)修復不可能な受傷に対する反応を「喪失体験」と見なしたときの、両者に共通する心理的な反応<sup>6)7)8)12)13)</sup>。(3)受傷後の自己概念(身体像も含めて)<sup>11)14)15)</sup>や価値の変化<sup>13)16)</sup>を含む人格の(再)統合過程としての変化<sup>2)10)17)</sup>。(4)身体的・生理的レベルでの障害が与える心理的な影響<sup>8)15)18)19)20)21)22)</sup>、の4つの立

場である。

この症例の特殊性を考慮すると、(2)の立場は受傷前に基本的な対象関係が成熟していることを前提としているため、分裂病の場合は“砂上の楼閣”になりかねないことから<sup>注2)</sup>、また(4)の立場は作業療法のもつ方法論に馴染

注2: 精神分析的には分裂病をごく早期の対象関係の病理とみる立場もある。

表4 作業療法の経過—危機状況による混乱期

第4期（約6カ月間）：現実的な処遇の検討にともなう危機状況への支持的な援助が中心となった時期		
作業療法の場への出かた	作業療法での操作	患者の反応・行動の変化
言動にまとまりのない前半は、出欠が不定となり本人の希望、看護者・OTの判断で休みにする  本人が時間外に来室した時は、原則として受け入れる  OTも時間外に病棟訪問をする  後半2カ月間は状態も安定し、定期的な来室が可能となる  時間は1～1.5時間  合計29回実施	1. 身体機能の改善がほぼプラトーに達した時期から、現実的な処遇（W/Cの作成）、退院後の生活設計（役割、居室の整備など）を検討する（実際にはしばらく延期となる）  2. 離婚問題の解決には原則的には深入りしない（実際には巻き込まれて父親とも数回面接したり、本人が夫に出す手紙の内容の相談にのる）  3. 混乱やまとまりのない行動が顕在化している時は、必要に応じて代理自我的な役割をとる  4. 作業への取り組みは短時間でも継続し、枠組みの明確な短期間で完成できる作品を利用する  5. 離婚成立後の呼称の変更を（同意を得て）早期から実施する	1. 障害者手帳や年金申請の手続きの過程で婚家先との連絡が必要となり、未解決であった離婚問題が再燃し、分裂病のもつ自我障害が露呈される  混乱し退院後の生活設計は具体化できない  2. 主治医の関与による夫婦関係の再構築の試みにも、両親に左右されるだけで、自分の考えはまとめられない  手紙はなんとか文章化出来るが時間がかかり、そのことでますます自信をなくす  3. 探的な状況にそぐわない冗談・笑い・からかい・多弁で、話の筋道も一貫しない  自己決定機能低下、OTの具体的・現実的指示や決定には従うが短時間しか持続せず  4. 与えられた課題を前にボーッとしたり、脈絡のない希望、被害的言動が出現するが、密度の濃い指導で作業の遂行は可  5. 相談にくるが、助言を統合できず、逆に混乱してしまう  6. 離婚が正式に成立し、荷物その他が実家に戻ると安定する

みにくいところから、それぞれ今回の考察では重視しなかった。ここでは主として障害受容の(1)と(3)の側面から、分裂病患者にみられた身体障害の受容過程を考察した。

I この症例にみられた障害受容の特徴

1 作業療法場面における“社会適応パターン”の再現性

治療やリハビリテーション全体の流れの中で区別された障害受容の過程は、作業療法での関わりかたで区別した時期と概ね一致している。作業療法の経過は開始時のオリエンテ

ーションとOTの大まかな心づもりに沿って必要な合意をそのつど患者ととりつけながら進めた結果であり、いわば軟体動物的な治療法の産物でもある。方向が修正されるきっかけになったのは、作業療法場面での患者の反応であり、特に作業療法室への出方（欠席・遅刻）や作業への取り組みかた、またそこにいる人間（OT・他患者・他職員・外来者など）への対応のしかたであった。

障害受容を前述した(1)のように、受傷後に社会適応を確立していく一連の心理的過程と

表5 作業療法の経過—現実的な試行錯誤期

第5期(約1年)：現実的な生活設計への試行錯誤を支持した時期		
作業療法の場合の出かた	作業療法での操作	患者の反応・行動の変化
安定した状態では外泊による休みが多くなるが、OTから確認しないと事前連絡を忘れがち	1. 延期してあった退院後の生活設計への援助を再開する 但し、自宅退院か他施設への転院かは本人・家族の選択にまかせる(ソーシャルワーカーとの協力によりリハ専門施設の見学や受診・面談などの機会の提供)	1. リハセンターへの期待が強い両親に影響され、現実的な目標が不明確なままセンター行きに固執する 本人及び家族のもつ未成熟な対人関係や問題解決能力の未熟さが表面化し、主治医に左右されながらその存在を無視する、自宅退院と転院を同時に希望する、などの矛盾した言動が顕著となる
後半は連絡をきちんとするようになる	2. W/C生活のための具体的な準備(W/Cの購入、家庭訪問による居住環境の評価など、理学療法士や身体障害を専門とするOTとの協力) 3. 日常的な生活場面での成功体験を積み重ねる(作業療法室での料理・買物、長期外泊中の体験の支持) 4. 自由制作課題での自己決定の機会を継続して提供する 退院が具体化するにつれ、作業療法の終了準備としての作品づくりを提案する 5. 退院後は月に1回の外来受診を継続し、作業療法での経過を一緒に振り返り、残された問題を整理して4カ月後に終了とする	2. 外泊中の居室整備は職員の助言や確認が反復されないと実行に移せない 3. 長期の外泊を本人も家族も希望するようになり、家事の手伝い(料理・洗濯・掃除)、友人との交流により自宅での生活を肯定的に受け止める 4. 作業への取り組み方は、精神状態に影響され、時々不安定になり、受傷前の自分のことをよく話す 自由制作時には不安になるが、保証を与えれば継続できる 5. 将来のことは未定のまま安定した生活を送り、近隣の精神科へ通院を継続する 来院時に友人の見舞いをする
合計28回実施		

見なすならば、この症例にみられた障害受容の過程と作業療法経過との時間的類似性は、受傷者にとっては作業療法場面が適応すべき“マイクロ社会”になっていたことを示唆するものであろう。また作業療法経過でみられ

た危機状況と障害受容の混乱期との期間的差異(約2カ月間)は、作業療法場面が患者の心理的適応を反映しやすい鋭敏さを有していることの証しであるかもしれない。

分裂病患者にとっては、作業療法の開始が



表6 障害受容から見た経過

年 月	障害受容の 過 程	リハの全体的経過		作品へのとり組み方		
		O T	その他	種 目*	選択法	利用法
受 傷	鎮静・ 休息期 (5ヶ月)		整形：手術 P T：79回 ベッドサイド 座位・起立 W/C 訓練 平行棒歩行 P S Y：面接8回			
6 M—	抑うつ・ 突発的 混乱期 (8ヶ月)	受身性・抑うつ状 態に合わせたアプ プローチ 19回	P T：54回 P S Y：面接13回 薬物減量 整 外：診察1回	刺しゅう（額入り絵）	▲	●
		機能訓練的 アプローチ 36回	P T：92回 歩行訓練 歩行器 松葉杖 P S Y：面接20回 外泊2回 整 外：診察1回  カンファレンス	切り絵（額入り） ミシン（ふきん） アクセサリー細工（ペンダン ト） 編み物（マフラー） 編み物（帽子） 編み物（ベスト）	▲ ▲ ▲ ▲ ■	● ◎ ★ ★ ☆
1 年—	回復への 期待期 (10ヶ月)	精神面への アプローチ 58回	P T：173回 階段昇降 屋外歩行 自主トレーニング P S Y：面接29回 外泊8回 整 外：診察4回	編み物（人形） 刺しゅう手芸（バッグ） 縫い物（バッグ） 皮革細工（カード入れ） 皮革細工（小銭入れ） ミシン（バッグ） 刺しゅう（袋もの） 染色（テーブルセンター） 染色（エプロン） 染色（サンプル作り） ミシン（歌詞幕） 刺しゅう（レターラック） 編み物（手袋）	△ □ □ □ □ □ □ ▲ △ ■ ■ ■ □	● ★ ☆ ○ ○ ○ ★ ◎ ◎ ○ ○ ○
		危機状況への 支持的援助 29回	P T：103回 自主トレーニング P S Y：22回 薬物増量・ 頻繁な変更 外泊1回 整 外：手術 診察1回 C W：3回  カンファレンス	刺しゅう（ハンカチ） 紙粘土細工（人形） 編み物（ペンケース） アンデルセン手芸（かご） 修理（ペンダント） 皮革細工（ペンケース）	□ □ □ □ □ ■	☆ ☆ ○ ○ ○ ○ ☆
3 年—	適応への 試行錯誤期 (12ヶ月)	現実的な 試行錯誤 28回	P T：98回 頻度の減少 W/C 作成 P S Y：面接31回 薬物減量 外泊5回 整 外：診察2回 C W：18回  O T・P T・C Wで家庭訪問 患者・O T・P T・C Wで 身障センター見学	皮革細工（キーホルダー） レース編み（ドイリー） ミシン（バッグ） 編み物（レッグウォーマー） ミシン（ウォールポケット）	□ □ □ □ △	☆ ○ ○ ○ ●
3年 5 M—		終	了			

作品の選択法：▲ 作業療法士に勧められて △ 作業療法士と話し合って  
 □ 自分で ■ たのまれて  
 作品の利用法：● O T室で利用する ◎ 家で利用する  
 ★ 自分で持っている ○ 自分で使用する ☆ プレゼントにする  
 O T：作業療法（士） P T：理学療法（士） C W：Case Work (er) P S Y：精神科的治療  
 整外：整形外科的治療  
 \*：但し、日常生活動作訓練・買物・料理・スポーツ・ゲーム等は除いた

病棟とは異なる構造をもつ“マイクロ社会”への再適応過程に類似した体験になっているであろうこと、さらに、作業療法実施時に要注意の時期があることは、既に2症例の報告を通して指摘した<sup>5)</sup>。この症例にみられた“社会適応パターン”の作業療法場面における再現性は、分裂病特有のものなのかあるいは作業療法のもつ治療構造がもたらす健常受傷者にも共通してみられる特徴なのかは、今後の解明を必要とする点であろう。

## 2 身体障害者との類似性

この症例にみられた障害受容を、諸家の記載する身体障害者にみられる障害受容<sup>6)7)8)9)10)11)12)13)</sup>と比較してみると、細部の差はあるがむしろ共通点のほうが多い。従って、分裂病患者であっても、身体障害の受容に関しては、健常者の受傷の場合とほぼ類似した変化を示すとみても、大きな誤りはないと言えよう。

松田<sup>10)</sup>は脳卒中の場合の障害受容の過程でみられたエゴグラムの変化から、発症後2年以上になると(再入院患者の場合では)ほぼ病前の自我状況に近くなると報告している。この症例の受傷前の自我状態がどの程度であったかは知るすべもないが、車いすが、退院時には少なくとも生活場面(特に外出時)での心理的な“異物”ではなくなり、必要な道具として使われていたとすれば、作業療法終了時には受傷前に近い自我状態までには回復したと考えても、大きな誤りはないと思われる。もしそうだとすれば、松田<sup>10)</sup>の例が再入院者であったことを考え合わせると、この症例が要した受傷後3年間から3年半の期間は決して長いとは思われない。「分裂病を持つ身体障害者」から「車いすを使う分裂病患者」への変化<sup>註3)</sup>に必要な期間であるとすれば、この辺を分裂病患者がさし当てる障害受容を

確立する時期と考えるのが、実際的なのではないかと思われる。これ以後の障害受容の進展経過は精神科的治療の継続性とその成否に左右されると思われる。又、将来への先入見をもつ危険をあえて犯すならば、この症例にとっては、車いすにより生活範囲が制限されていることを支持していくことが、今後の社会適応つまりは障害受容の進展する方向性ともいえよう。その意味で、受傷後の作業療法と全体的な経過は障害受容の方向性を示唆する貴重な情報源となり得よう。

## II 健常受傷者との違いと対応上の留意点

障害受容を受傷後の“社会への再適応の流れ”とみる限り、そのたどる過程や時間的経過において、この症例にみられた障害受容が健常受傷者と大きく異なる点は見いだされなかった。しかしながら、こうした経過をたどった背後には、精神科病棟に入院中であり、密度の濃い精神医学的関与が継続されていた事実を見逃すわけにはいかないだろう。従って障害受容の全貌は、精神医学的な関与を吟味しない限り明確にはなり得ない。とはいえ、精神科主治医や看護者の対応面を含めた吟味は著者らの力量を越えることでもある。ここでは分裂病のもつ行動面の特徴に終始焦点を合わせてきた作業療法が遭遇した問題点を振り返り、リハビリテーションでの対応上の留意点と関連させて考察するにとどめた。

### 1 鎮静・休息の重視と作業療法の開始

作業療法開始以前の心理的な変化は、間接情報からの推測に頼らざるを得ない。精神医

注3：試行錯誤期の後半から、「自分で決められない」「昔から自信がない」「人とうまくつきあえない」などの言語表現がやや増えた。逆に、身障者自動車免許の取得は「とても無理」であり「眼中にない」という印象を受けた。この辺から、「車いすの分裂病患者」への変化が始まったのではないだろうか。

学的な「以前には見られない落ち着き」の記載があったことは、精神分裂病者の身体疾患治療中は精神症状が一過性の改善を示すこと<sup>23)24)</sup> 注4), 治療者との良好な関係が生じやすいことの経験的事実を裏づけるものであろう<sup>注5)</sup>。又、受傷直後からの初期治療に、きわめて安定して適応していった経過は、中井<sup>26)</sup>のいう急性期分裂病治療の原則(鎮静、休息、賦活の順序)が整形外科的治療と矛盾せずに守られていたからとも考えられる。この症例では作業療法開始時に基本的な約束(単独で作業療法室へくる)が成立したこともあり<sup>注6)</sup>、導入は比較的容易であった。しかしながら、作業療法開始時期の判断は、主治医の経験に左右されやすいことから、開始直後は特に分裂病者の非言語的サインに対する鋭敏さがOTにも要求されよう。「早すぎず・遅すぎず」の時期は、受傷後の「障害告知」をする医学的準備が整う前後であろうかと思われる。

## 2 抑うつと突発的な混乱への慎重な対応

この時期の抑うつ的な側面は、障害の告知による反応なのか、あるいは分裂病のもつ深刻な自我障害に由来するものは、実際の作業療法場面では判然としなかった。当時、この症例の作業療法実施後に、反応性うつ状態やうつ病に対する作業療法の実施時とは比較にならないくらい、“心身の変な疲労感”を作

業療法士自身が感じていたことを考えると、反応性うつ状態とは質の異なるものではないかと思われた<sup>注7)</sup>。精神内界への侵入を極力避けるような意識的・無意識的な配慮<sup>27)</sup>はこの時期のリハビリテーションプログラムの全てにおいて重視されなければならない点であろう<sup>注8)</sup>。受傷後、1年から1年半位までは、“腫れ物に触るような”感じを抱く位が丁度いいとするのは、慎重過ぎるだろうか。

又、この時期は、他者の視線に対する被害的とも思われる受けとめかた、およびそのことから生じた身動きのとれなさなど、分裂病的な言動が突発的かつ一過性に観察されたのが特徴的であった。しかもこうした言動は、時間に来室しない、遅れてくるなど、うっかりすると見過ごしてしまうような些細な出来事の時に、言葉少なに語られた内容(表2参照)から推測されたことが多かった。とすれば、治療のもつ時間的・場所的条件への“些細な違反”は、さりげなく見過ごすか、「常識が通用しないレベル」での体験<sup>注9)</sup>として慎重に対応することが重要なのかも知れない。このことは、障害受容の初期においては特に強調されるべき点であろう。

## 3 目に見える進歩の重要性と“ズレ”

注7：例えていえば、“壊れ物をもって暗がり歩く”時の心身の緊張感に似ていようか。うつ病やうつ状態では、少なくとも治療者にとっては“暗がり”という面は少ない。

注8：担当PTが患者のベースに“合わせ上手”だったことは無視できない要因と思われる。OT自身も車いすでのボール投げ、立位での手芸をやってみるなど、意識せずに作業中の「波長合わせ」<sup>27)</sup>をやっていたような気がする。それが変な疲れの源だったのだろうか？

注9：推測の域を出ないが、Bellak<sup>28)</sup>のいう現実感覚の一過性の不調であった可能性が強い。整形外科病棟での“外から戻ったときの変な感じ……いつもの部屋と違うところへきたような……”は、我々の感じる déjà vu (既知体験)の裏返しではなかったろうか。中井<sup>22)</sup>も分裂病の身体について興味ある記述をしている。

注4：柏瀬<sup>25)</sup>は術後に精神症状の改善がみられるメカニズムを、「身体愁訴の改善、意識障害の経過、手術によるショック療法」の効果で説明し、術前の適切なケアが術後の精神症状の再燃を予防することを強調している。

注5：分裂病患者の術後に看護者との関係が思わぬ展開をみせる、軽い骨折時の治療中に作業療法が導入しやすい、などの経験をもつ精神科関係者は多いのではないだろうか。

注6：経験的には開始当初にこうした約束が成立し守られること自体、分裂病患者のもつ“健康さ”の指標になることが多い。

自信のなさや受身的な対人関係の面へのアプローチが作業療法で可能になったのは、階段昇降が開始された頃に一致している。実感として確かめられる身体機能の進歩が回復への期待を芽生えさせ、それが精神的な安定の基盤になったのではないと思われる。言い換えれば、身体面での進歩は精神的治療の進展にとって、大きな助けになるのではないかと思われる。その意味では、客観的には身体機能の改善がプラトーになったとしても患者は“まだまだ良くなる”の希望をもって<sup>注10</sup>、身体面の治療関係者が“もうそろそろ終了”と考え出す頃に、精神面の治療関係者が“これからなんとか”という希望を見いだす、というズレが生じやすいことに注目すべきであろう。このズレは、健常者の場合にみられる蕪木<sup>21)</sup>の指摘する「治療者と患者の感覚的なズレ」の面と、中井<sup>26)</sup>のいう分裂病治療における「複数レベル間のズレ」の両面を持っていた可能性がある。

この症例では、分裂病患者の言語表現の乏しさを、また患者・家族のズレが表面化しにくいこともあり、精神科関係者は“直感的に”ズレを感じても、明確に言語化し他の職員と共有するところまでは至らなかった。現実的な行動面での改善が達成されつつあるときにこそ、こうしたズレが増大する可能性を知っておくことは重要であろう<sup>注11)</sup>。

#### 4 混乱がもたらす建設的な側面

退院後の現実的な処遇の検討は、それに関

注10：その意味で「希望をもたせるために制限つきで歩行練習もする」という整形外科医の初期の判断が正しかったことを裏づけていると思われる。

注11：回復期では、“母親が恥ずかしがる”と外泊時には一度も車いすを持参していなかったり、OT同伴による車いすの外出を暗黙に拒否していたのは、今思えばこうした“ズレ”のサインだったと思う。

連した受傷前の様々な問題を一気に表面化させ、リハビリテーション過程最大の危機状況になることは精神的には予測が困難ではないと思われる。しかしながら予測できると、実際にどう対応できるかというのは別のことであり、作業療法では、患者自身の動揺にOT自身が巻き込まれがちなのも避けられない現象であろう。こうした時期の精神的治療が自我の成熟につながる場合もあり、混乱は否定的な側面だけではないといえよう。精神的治療の進展を待つこと、現実的処遇の検討を一時延期し、それまでの維持的なプログラムを継続すること、が最良の選択であったと思われる。一方、治療チームとしては、患者の言動に振り回されて初めて、複数レベルでのズレの修正に治療者が意識的に取り組むことが可能になり<sup>注12)</sup>、以後の現実的な処遇を患者のペースに合わせやすくなるという意味で、治療者によっては、分裂病的な混乱が建設的な側面を持つことも可能ではないだろうか。

#### 5 “リハ幻想”の支持と成功体験

車いす生活への試行錯誤が始動した時期には、家族・患者の“ズレ”が明確にならず、いわば両者が一体になった形で、リハ専門施設への入所希望が反復された。職員同伴で施設見学や関係者との面談などを実施しても“いっこうにらちがあかない”印象から推測すると、おそらく「リハビリテーション幻想」にも似た回復への期待が根底にあったと思われる。退院の準備段階では、患者自身が判断し選択できるように、“リハ幻想”を否定せず、自宅退院を現実的に可能な選択肢と

注12：何らかの改善があり、もはやその面での期待すべき改善がない状況は、いつでもズレが生じやすい格好の土壌となろう。これ以後の期間が長いのは、治療者ペースで効率よく治療を進められなくなったからであろう。

して提示しながら、現実場面での成功体験を時間をかけて積み重ねるしかないというのが実感である。

### Ⅲ 障害受容における「作業」のもつ意味

障害受容の変化と作業療法での作品への取り組みかたの変化を対比させてみると、2つの特徴が見いだされる(表6)。第一は、障害受容の初期は作品の選択は受身的でOT主導で決定されていたこと、さらに完成した作品はほとんど使用されず単に所有されているに過ぎないという点である。第二は障害受容が進むにつれ、「自分から選ぶ」「他者から依頼される」という選択法が出現していること、また作品は「自分で利用する」「プレゼントにする」「第三者が使う」などの利用法が多くなっている点である。

こうした変化に作業療法で観察された対人交流の変化を関連づけ、きわめて主観的ではあるが、障害受容における作業の果たす役割や意味の推測を試みた。初期は「閉じ込める」ことにより他者との交流を最小限にすることが可能となり<sup>注13</sup>、回復への期待が芽生えるにつれ、作業を「緩衝材にすること」で他者との交流が模索できるようになったのではないだろうか。又、混乱期以後の作業は、否定的にも肯定的にも「自己と直面する」機会となり、試行錯誤期にいたってようやく、それまでの作業経験が実生活の役割の一部に統合されていったとも考えられる<sup>注14</sup>。

以上の推測から、分裂病患者が受傷前の対

人関係を修復し、自己に直面しながら社会的な役割を再獲得していく過程において、作業のもつ重要性は非常に大きいといえよう。今回は初期に利用したスポーツや日常生活動作、後期に利用した家事作業は考察の対象から除外したが、こういう作業も含めて健常受傷者との比較検討が不可欠であろう<sup>注15</sup>。作業への取り組みかたの変化を詳細に吟味することは、障害受容の背後にある受傷後の自己概念や価値観の変化を理解する手がかりとなるだろう。

## ま と め

自殺企図による永続的な身体の障害(重度ではない)をもつ分裂病患者に対する作業療法の経験から、障害受容の特徴として次の4点が確認された。

- (1) 障害受容は、“適応すべきマイクロ社会”としての作業療法場面で行動の変化として反映されやすい。
- (2) 障害受容の継時的変化は健常受傷者の場合と比較的似かよった5段階に区別される。
- (3) 障害受容の円滑な進展には精神医学的な関与と対応上の配慮が不可欠である。すなわち、①鎮静・休息の重視②時間的・場所的条件への些細な違反に対する慎重な対応③様々な「ズレ」の存在の認識④混乱のもつ建設的

注15：作業療法で用いる「作業」についての操作的な定義の通説はまだない。私見としては、「作業」は「一定の構造と機能、及び固有の意味を持つ人と外界との交渉様式」として考えている。「構造」は時間・空間・行為者・対象・産物という面から、比較的分析しやすい。「機能」については、暗中模索の域を出ないが、この症例での「閉じ込める」、「緩衝材にする」、「自己と直面する」などが、作業の持つ「機能」として考えられないだろうか？ また、作業療法は、「作業の構造・機能・意味の合目的な変化を援助すること……」と、さしあたり整理しておくことで、作業イコール作業療法の誤解を解ければよいのだが……。

注13：不思議なことに、分裂病では作業に“閉じ込める”段階が必ず見られる<sup>4)</sup>。経験的には開始直後から“閉じ込められる”人のほうが作業療法的には“みとおし”が明るい。

注14：骨肉腫の経験<sup>16)</sup>では、初期の「作業」には“身体の喪失を体験する手段”、再発後には“対人交流手段”、最後の終結期には“自己の世界を確立する手段”、あるいは“生命を託す”手段とでもいえるべき意味が、作業に付与されていくような衝撃を受けた。

な側面への注目⑤“リハ幻想”の支持と成功体験の重視、が重要と思われる。

(4) 受傷後の対人関係の修復や役割の再獲得に「作業」が与える影響は大きい。

## 文 献

- 1) 蕪木初枝他：精神分裂病を伴った脊髄麻痺患者のリハビリテーションの問題点，リハビリテーション医学，17(4)：238-239，1980.
- 2) 衣笠隆幸：身体的ハンディキャップを持つ患者の心理特性と精神療法上の諸問題，精神分析研究，25(2)：69-77，1981.
- 3) 佐野光正：パラプレジアと精神医学，精神経誌，82(9)：556，1980.
- 4) 山本勝他：身体障害（脊髄損傷）と精神障害の重複障害者の問題点，リハビリテーション医学，21(5)：296，1984.
- 5) 富岡詔子他：青年期の分裂病患者に対する早期作業療法の一経験，信州大学医療短大紀要，13：35-46，1987.
- 6) Cohn, N.: Understanding the process of adjustment to disability. J. of Reha. Nov-Dec: 16-18, 1961.
- 7) Rosillo, R. H. and Fogel, M. L.: Correlation of psychologic variables and progress rehabilitation I; Degree of disability and denial of illness. Arch. Phys. Med., 51: 227, 1970.
- 8) 古牧節子：障害受容の過程と援助法，理学療法と作業療法，11(10)：721-727，1977.
- 9) 橋倉一裕：社会的心理更生，リハビリテーション医学全書，16巻：299，医歯薬出版，1972.
- 10) 松田勇他：あきらめと執着一脳卒中片麻痺患者における麻痺手受容に関する心理学的一検討一，理学療法と作業療法，13(12)：858-865，1979.
- 11) 三沢義一：リハビリテーション医学講座第9巻 障害と心理，医歯薬出版，1985.
- 12) 永井昌夫：脊髄損傷者における「障害受容」の意味と心理的支持のあり方，看護技術，26(1)：18-24，1980.
- 13) 上田敏：障害受容一その本質と諸段階について一，総合リハビリテーション，8(7)：515-521，1980.
- 14) Kaplan L., Powell, B. R., Grynbaum, B. B. and Push, H. A.: Comprehensive followup study of spinal cord dysfunction and its resultant disabilities. IRM, New York Univ. Med. Center, 1966.
- 15) 富岡詔子：思春期骨肉腫患者に対する作業療法の一経験，作業療法，6(1)：78-86，1987.
- 16) Wright, B. A.: Physical Disability A Psychological Approach, 2nd Ed, Harper & Row, Publishers, New York, 1983.
- 17) Fogel, M. L. and Rosillo, R. H.: Correlation of psychologic variables and progress in physical rehabilitation III; Ego function and defensive and adaptive mechanisms. Arch. Phys. Med., 52: 15, 1971.
- 18) 大橋正洋（安藤徳彦編）：脊髄損傷マニユアルーリハビリテーションマネジメントー（第二章 マネジメント），医学書院，53-58, 1984.
- 19) 岩倉博光：リハビリテーション医学講座第1巻，リハビリテーション医学概論，医歯薬出版，122-141，1983.
- 20) 蕪木初枝他：脊髄麻痺による長期入院患者の心身医学的側面，総合リハビリテーション8(10)：819-823，1980.
- 21) 蕪木初枝他：脊髄麻痺患者における障害受容の過程にみた精神身体症状について，総合リハビリテーション8(5)：373-379，1980.
- 22) 蕪木初枝他：脊髄麻痺者の機能訓練途上の心身医学的問題点，総合リハビリテーション10(7)：667-671，1982.
- 23) 土井永史他：精神障害者の術前・術後管理：精神分裂病患者の開腹手術の場合を中心にして，精神経誌，89(12)：1051-1052，1987.
- 24) 相良洋子他：精神分裂病患者の悪性腫瘍手術をめぐる臨床的問題一2症例の経験から一精神科治療学，3(2)：237-243，1988.
- 25) 柏瀬宏隆他：精神障害者の手術，臨床精神医学，13(4)：417-422，1984.
- 26) 中井久夫：精神科治療の覚書，日本評論社，1982.
- 27) 神田橋條治：精神科診断面接のコツ，岩崎学術出版，東京，1984.
- 28) Bellak Leopold, M. D.: Disorders of the Schizophrenic Syndrome. Basic Books,

- Inc., Publishers, New York, 1979.
- 29) 富岡詔子：作業療法の実際—治療からリハビリテーションまで，精神科看護10：82-87，1982.
- 30) 蕪木初枝他：脊髓麻痺病棟における精神科リエゾン・コンサルテーションについて，リハビリテーション医学24(6)：358-359，1987.
- 31) 中井久夫：精神科の病いと身体—主として分裂病について—，季刊精神療法，11(3)：222-230，1985.
- 32) Rosillo R. H. and Fogel, M. L. : Correlation of psychologic variables and progress in physical rehabilitation IV; The relation of body image to success in physical rehabilitation. Arch. Phys. Med., 52 : 182, 1971.
- 33) Rosillo, R. H. and Fogel, M. L. : Correlation of psychologic variables and progress in physical rehabilitation I; Degree of disability and denial of illness. Arch. Phys. Med., 51 : 227, 1970.

受付日：1988年10月31日

受理日：1988年12月9日