HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	大学病院における精神科作業療法の試み
Author(s)	大宮司, 信; 上野, 武治; 石田, 真奈美; 角, 哲雄
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 6, 11-22
Issue Date	1993-12
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/37551
Type	bulletin (article)
File Information	6_11-22.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

大学病院における精神科作業療法の試み

大宮司　信・上野　武治・石田　真奈美*・角　　哲雄**

An Attempt at Psychiatric Occupational Therapy in a University Hospital

Makoto Daiguji, Takeji Ueno, Manami Ishida* and Tetsuo Sumi**

Summary

The trial of psychiatric occupational therapy reported in this article was performed in the Department of Psychiatry of Hokkaido University Hospital during two years. There were several characteristic differences compared with a general psychiatric hospital such as ages of patients, clinical diagnosis and occupational activities. Our cases were, on the whole, younger than those in general psychiatric hospitals. They were mainly schizophrenic patients, but neurotic patients and those with personality disorders were also included. Furthermore, the psychiatric occupational therapy in the university hospital was considered to have a specific role in terms of the education of psychiatric residents and medical students.

要　　旨

北大病院精神科において行われた2年間にわたる精神科作業療法の試行について報告した。単科精神病院における作業療法とことなり，患者の年齢，疾患の種類，作業種目などに差異がみられた。我々の症例は年齢層が若かった。症例は主として精神分裂病であったが，他に神経症圏の症例や性格上の問題を有する例も含まれていた。

1．はじめに

精神科病院では慢性精神分裂病患者を主な対象として，古くから作業療法（occupational therapy，以下ＯＴ）が行われてきた。1950年代から始まった向精神薬療法は，従来接触困難であった患者との接触をもかなり可能にし，それまで以上に充実した形の精神科作業療法が可能になってきた。最近の精神医療の動向は，病院中心的な考え方から，社会，とくに地域社会の

北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科
＊道央佐藤病院作業療法部（元北大付属病院理学療法部）
＊＊恵愛病院精神科（元北大附属病院精神科）
Department of Occupational Therapy, College of Medical Technology, Hokkaido University
＊Department of Occupational Therapy, Doo Sato Hospital, (Former OTR Department of Physical Therapy, Hokkaido University Hospital)
＊＊Department of Psychiatry, Keiai Hospital, (Former Chief of Inpatient Unit of Department of Psychiatry and Neurology, Hokkaido University Hospital)

中での治療が重視され始め，精神科作業療法の力点もしだいに変わりつつある。加えて単科の精神科病院だけでなく，総合病院の精神科においても，精神科作業療法の重要性が認識されてきている。こうした状況の中で，我々は大学病院における精神科作業療法の可能性やその独自性を追究してきた。本論では主として，単科精神科病院における精神科作業療法と対比しながら，大学病院における精神科作業療法の意義について考えてみたいと思う。

2．対象と方法

対象は昭和61年7月から昭和63年12月までの2年5ヶ月の間に，北大医学部附属病院精神科神経科に入院中の患者，のべ539人中，精神科作業療法を行った89名（約17%）である。表1にこの対象患者の年齢別患者数を示す。男性は15才から69才で平均31歳，女性は15才から67才で平均36歳である。もっとも多いのは20歳代（20歳～30歳未満）で，全体の34%を占める。また40歳未満の青年層，壮年層が全体の70%を占めている。男女別では男性が32名，女性が57名とやや女性の方が多い。男性では30歳未満の者(21名)の方が男性全体(32名)の中でしめる率（66%）が，30歳以上の者（11名，25%)より高いが，女性では30歳以上の者（32名，57%）の方が30歳未満（25名，44%）より若干多い。

表2に疾患別の患者数とその割合について示す。全体としては精神分裂病が全体の約半数を占めている。これについで多いのが神経症で全体のほぼ4分の1を占める。男女別にくらべてみると，精神分裂病は実数ではほぼ同じであるが，性別にみた，総数の中の占める割合は男性の方が女性にくらべて大きい。神経症の患者では，実数ならびに占める割合とも女性の方が多い。

表3に，作業療法処方時に患者が在棟した病棟を示す。全体として開放病棟，閉鎖病棟がほぼ相半ばしているが，男女別にみると，閉鎖病棟はほぼ同数なのに対して，開放病棟では女性患者が多い。

表4に入院してから作業療法開始までの期間を示す。ほとんどの者（82%）が入院して3ヶ月以内に指示が出されており，3ヶ月以上の者は比較的少ない(18%)。この傾向は男女別にみてもほぼ同じである。

表5に作業療法を終了した78名の患者の作業療法実施期間を示す。全体の半数が1ヶ月～3ヶ月間であり，ついで3ヶ月から6ヶ月，および1ヶ月未満の者が多い。平均の作業療法実施期間は，男性は2.5ヶ月，女性は3.2ヶ月で，若干女性の方が長い。

表6に作業療法終了者の転帰を示す。大多数の者（86%）は退院の形で作業療法が終了している。そのうち男性で24%，女性で36%，全体で30%の者は引き続いて外来的に作業療法，デイケアなど，何らかのリハビリテーション的な場に参加している。しかし半数以上（全体で56%）の者は，退院後はとくに何もなされていない。

表7に実施した作業種目，作業活動について，その種類と実数を示す。皮革細工，籐細工，和紙工芸，陶芸などが多く，逆に紙粘土，折紙，タイルモザイクなどは少ない。

3．症　　例

作業療法施行者のうち3症例を次に呈示する。

第1例は単科精神病院の精神科作業療法の対象として最も頻度の高い慢性期精神分裂病症例である。大学病院では最近むしろ少ない症例といえる。ここでは従来の精神科作業療法の最も大きな対象が大学病院の場合どのような形で作業療法が行われるかという視点でとりあげた。

第2例は明確な性格上、生活上の大きな問題をもった心因反応、第3例は、多くの喪失体験を有し、やはり人格に問題を有する神経症の症

例である。この2例は大学病院精神科に特徴的な症例として提示する。

症例1：女性。作業療法開始時62歳。診断名：精神分裂病。家族構成：8人兄弟の長女。現在交流のある家族は稚内に住む長男夫婦のみ。

現病歴：20歳ころから多弁，誇大妄想が出現し，23歳時，北大精神科神経科に入院。電気ショック療法，インシュリンショック療法，ロボトミーなどが施行され，緊張興奮状態は落ち着いたが，以後も，ときどき緊張興奮状態をくりかえし，現在に至っている。お祭，お盆，年末年始など，年に数回きまった時期に興奮が高まる傾向がある。最近，主治医，看護婦，他の患者と散歩や外出をくりかえし行うようになり，大学構内は単独で外出が可能となった。同じころ稚内の兄弟宅に初めて外泊している。62歳時から対人的社会性の向上，日常生活能力の向上を目的として作業療法が開始となった。

初回評価

1．他部門からの情報。

医師から：感情鈍麻，思考滅裂，自閉などの精神分裂病の陰性症状を認める。現在示している社会性の乏しさ，対人関係のぎこちなさから判断して，社会生活は無理と思われる。

看護婦から：月1回の外出や電話をかける体験を通して，社会性を身につけ，単独でも外出できるように指導していく。

2．作業療法的評価：単純な作業に関しては指示どおり行うことが可能。理解力集中力とも良好であるが，創造性を必要とする作業種目は経験不足もあり導入困難。ＯＴ場面での対人関係は消極的で周囲の会話には参加せず，黙々と作業を行っている。問いかけには首を振って反応するのみ。時に天皇，札幌祭りの話を脈絡なく繰り返したり，問いかけに一切応じず，固い表情で急に作業を中断したり，医師や婦長の指示がなければ行動しない状態を周期的に繰り返す。

問題点：1．新しい場面における適応力の欠如

2．対人交流の乏しさ

短期目標：ＯＴ場面に慣れる。

長期目標：対人交流の改善

作業療法計画：1．単純な作業から開始して，徐々に興味を引き出し，種々の作業種目に導入し，生活にはりをもたせる。

2．他患との共同作業を通じて，対人交流の機会を増やす。

3．ＯＴが終了したあと，他のメンバーにお茶を出し（お茶入れ），受身的な立場からはなれて，積極的な立場を経験させる。また，料理などを通じて日常生活活動（activities of dayly living，以下ＡＤＬ）の拡大，対人交流を増やす。

作業療法の経過及び結果

1）第1期（開始時～4ヶ月後）

作業種目：紙ビーズによるのれん作り，お茶入れ

指示がなければ次の工程に移れず，他のメンバーとの道具の共有ができない。また，時に箱からビーズを取り出すことを拒否したりするなどの問題行動がみられるが，慣れるに従い，他患にビーズの作り方を教えたり，周囲の話に笑顔をみせるようになる。

お茶入れは準備，後始末とも常に確認を求め，台所の状態がいつもと違うと対処できず，だまって指さして困惑した表情をする。また，自分が飲み終えると，他患が飲み終らないうちにさっさと茶碗をかたづけるといった，間の取り方の悪さや余裕のなさを感じる。しかし，他患から礼を言われると笑顔で頭を下げ，徐々にＯＴ場面に慣れてくる。この頃，調理活動に導入するが，「私は食べるために入院している。そんなことをするのなら退院する。」と拒否的で不機嫌となり，買物，調理とも一切手を出さない。

その後退院欲求が強くなり１ヶ月ほどＯＴを欠席する。

２）第２期（４ヶ月～10ヶ月後）

作業種目：籐細工，革細工，調理。

本人の意欲をひき出すために，作業種目は本人に選択してもらい，色・形などを選択させる機会を増やす。徐々に他患の作品に興味を示し，不明な点があると「やってみて」と指示を求めてきたり，他患に対しても「何やってるの」，「大変でしょう」，「きれいだね」と自分から声をかけ，情緒面でも豊かになる。以前のような問題行動も見られなくなり，調理も「やったことがないから……」と不安は訴えるが，拒否することなく行う。買物では，材料名を言っても探せず，レジでは清算前にお金を渡してしまうなど多少の問題はあるが，必要以上に緊張することはなくなる。料理の過程では常に確認を求めてくるが，全体としては指示通りおこなえる。試食時に本人の希望する職員に来てもらい，ほめてもらうことにより，料理に対する意欲が高くなった。

３）第３期（10ヶ月～１年６ヶ月後）

作業種目：クロスステッチ，編み物，調理。

表情が固く，疎通性の悪い時と多弁になる時を繰り返すが，制止すると「あまりしゃべったらだめだものね」と自粛する場面も見られる。不明な点は他患に指示を求めることができるようになり，「何でもやる気にならなくては駄目だものね」と意欲的な言葉もきかれる。また，他患を誘ってくるなど，対人交流の面でも改善がみられる。この頃から，他患と共同で調理活動を行わせることで，交流場面を増やしていった。来室時に週刊誌の料理のページを持参し，「今度はこんな物を作りたい」とメニューに興味を見せるようになる。買物はメモを見ながら材料を探したり，色々の注文したり，帰り道に喫茶店によっていこうと他のメンバーを誘うようになったり，回を重ねるごとに余裕をみせ，スムーズになっていった。また作業療法士（occupationaltherapist registered；以下ＯＴＲ）が同伴しなくても他患と買物にでかけたり，相談しながら料理をすすめるようになり，経験したことのある動作は口頭指示で可能となり，常に確認を求めてくることがなくなる。試食時に担当医師が来室できないと「顔を見ればごはん，ごはんというくせにね。」，「作るわけじゃないのに，口に入れるだけなら５分で済むのに。」と不満を具体的に言語化したり，見学者に対して「味噌汁くらい飲んでいけるでしょう。」と気配りを見せる。

４）第４期（１年６ヶ月以後）

作業種目：ちぎり絵，ペーパーフラワー，あんでるせん，あみもの，調理。

来室しても何もせず他患の作業を見ていたり，急にまとまりなく話始めたり，退院要求が高まったりと不安定な状態となる。調理は，拒否することはないが，終始無言の状態で行うことが２ヶ月ほど続く。その後は，調理に新しいメンバーが加わり，本人がうまくできる部分について指導してほしいとたのむと，言葉ではうまく表現できないが，身振りで「こう，こう。」と教えたりしている。他の患者との接触を増やすために，他患からペーパーフラワーの指導を受けるようにしたが，お礼に試食に招待したり，自分が作った作品を誉められるとプレゼントしたり，自然な対応が増えてくる。作りたい作品を自分で選択したり，新しいことに対しても，以前のように極端に緊張することなく取り組め，ＯＴ場面においてはのびのびと参加している印象を受けた。

まとめ

本例では導入期でそれまでの長期入院で獲得した患者の入院生活のパターンを十分考慮しないままプログラムを押しすすめる形となり，種々の問題行動が生じた。作業種目に関しても，「長期入院患者には創造性が要求される作業種目は無理である」という観点から，単純作業を二ヶ月程続けた。しかしこの間に簡単に完成し，

結果を feed back しやすい作業種目を加えることで，ＯＴへの意欲を高めることができたかもしれない。こうした症例では新しい場面に適応するまで，本人のペースに合わせて時間や活動内容を考えていくことが重要であると思われた。

本人の感情の変動は，精神分裂病に起因するものと判断されているが，ＯＴ場面での適応力や感情の豊かさなどを考えると，心理的要因（家族・外泊・退院・病院行事など）も否定できないと思われる。ＯＴ導入以前は病棟で，盗み・いやがらせなどの問題行動を頻発させていたが，現在は少なくなっている。これは，ＯＴでの他者との交流のなかで，賞賛されたり，存在を認められたり，現実検討や問題解決を求められる機会が与えられるなどのことにより，本人のストレスが減少したためと考えられる。

長期にわたる病院生活は，刺激が少なく，所作だけで治療者側が本人の希望を察知するため，言語表出が必要とされなくなるような環境であり，ホスピタリズムに加えて，いわゆる陰性症状を助長してしまいやすい。したがって，家族の受入れが悪く，退院が望めないこうした患者には，残りの人生をいかに有意義に過ごしてもらうかという，院内でのＱＯＬ（quality of life）を考えていく必要があると思われる。

症例２：女性。作業療法開始時 19 歳。家族構成：両親，弟，妹の５人家族。診断名：心因反応（ヒステリー状態）。現病歴：高校卒業後，デパートの店員として働き始めるが，上司に叱責されることが多く，次第に種々の身体症状が出現する。本人 19 歳の７月に過呼吸発作，９月に失立，失歩となり，北大精神神経科入院する。

初回評価

ＯＴの目標（医師からの処方上の指示）：持続力，集中力の向上，対人性，社会性の向上，歩行能力の向上。

面接時の印象：「手足が動かない，痛みも感じない」と述べるが，それほど困っている感じは受けない。ＯＴのオリエンテーションを行うと「はいはい……」と無表情にうなずくだけで，他人事といった素振り。ＯＴに対しては「手が動かないので無理」と拒否的である。

身体機能面：

ＭＭＴ：上肢は３レベル，下肢は０。手指を握らせると，肩甲帯を挙上させて満身の力を込めるが，わずかに手指が屈曲する程度。

ＲＯＭ：上肢，下肢ともに正常

感覚：上肢は肘関節以遠脱失。下肢は大腿部以遠脱失。顔面は鈍麻

ＡＤＬ：洗面，更衣，食事，排泄はほぼ自立（ふたやリングプルを開けるといった手指筋力を必要とする動作，および身体の移動は要介助）。入浴はストレッチャーで全介助。床上動作：頭部を床から浮かせるだけで寝返りは不可能。長坐位は両手をついてなんとか可能。

作業への導入：手指の筋力をつける訓練であること，できないところは手伝うことを保証し，籐細工に導入する。

理解力：定規を使って，籐を一定の長さに切ることができず，指示の理解も悪く，知的レベルが低い印象を受ける。

集中力・持続力：母親が来室したり，他患から上手だと誉められると２時間程度集中して行えるが，失敗すると疲労や身体症状（手足が感じなくなってきたなど）を訴える。

対人関係：他患が甘えたり何もしないと叱咤激励したり，優等生的な態度をみせる反面，自分の失敗に対しては場の状況を無視して騒ぎ立てたり，他者の会話に割り込んで自分の欲求を通すといった幼稚な面が共存している。また，失敗に対する不安が強く，常に援助を求めるといった依存傾向がある。

評価のまとめと問題点

身体機能評価とＡＤＬにひらきがあり，失立，失歩を主症状とする転換ヒステリーである。知的には境界域（ＷＡＩＳ；77）であるが言語能

力があることで表面的にカバーされ，他者からの評価が高いことが考えられる。直接の原因としては職場のストレス（釣銭を誤って叱責されたり，上司に辛くあたられたなど）があげられる。現在の問題点としては，何を行なうにも失敗するのではないか，叱られるのではないかといった不安が先つこと，依存傾向が強いこと，また，集団内において他人の関心を引こうとする演劇的な行動，自己顕示が目立ち，場に応じた行動がとれないことがあげられる。

以上のことより，作業を通じて，成功感を持たせ，自己評価を高めること，また徐々に指示を減らし，問題を解決する機会を与えることで，現実検討を促し，自己評価の修正をはかること，同時に集団の中で社会性の向上を計ることを目的として，作業療法を開始した。運動療法に関しては，本人は失立・失歩を呈することで精神的な均衡をはかっている状態であり，二次的な疾病利得がおこることを防ぐためにも当面は機能訓練は行わず，ＯＴＲとのラポートがとれ，本人が身体機能の回復を望んだ時点で行うことにした。

作業療法の経過および結果

１）第１期；自信の回復および身体機能の回復を望むまで（開始時～２週間後）

作業種目：和紙工芸

病前から趣味の一つであり作業意欲も高く，動作も篠細工のときのような緩慢さは見られず道具をスムーズに使用する。他患や看護婦，医師に完成作品を賞賛されることで自信を持ち，他患に作り方を指導したりして，場にうまく適応している。しかし，問われてもいないのに，主治医との関係を話題にして，他患にうらやましがらせることで，優越感に浸っている。この頃，同じ病棟の四肢麻痺患者が立てるようになって，病棟で注目をあびたことから，自分も歩けるようになったらみんなに誉めてもらえると言い，機能訓練を望むようになる。

２）第２期：歩行が可能となり，将来の方向性を持つまで（２週間後～６週間後）

作業種目：マクラメ(午前)，機能訓練(午　後)

初めての種目のため不安を示し，失敗すると「もうだめだ。いやだ。」と大声を出す。助言を与え，励ますと気を取り直して継続する。自分で修正できる誤りに対しても絶えず助言を求め，自分に注目してほしいという態度をとる。

しかし，同席していた依存傾向の強い患者を見ていたせいか，徐々にＯＴＲに対する依存が減り，その患者を励ましたり，助言したり，場に応じた行動がとれるようになってくる。

機能訓練では，運動療法，ウォーカー使用，つたい歩き，独歩と短期間で進歩し，この時点から看護助手の手助けをしだし，感謝されたり励まされたことをきっかけに，将来は看護助手になりたいといい始める。

３）第３期；就職試験に失敗し再び失立失歩になるまで（６週間後～3.5ヶ月後）

歩行が可能となり，看護助手への進路を決定してからは，週に２回ほど顔を見せに来室するのみとなる。しかし，看護助手の仕事のつらさや，独り暮しの大変さを伝えるが聞く耳を持たない。この頃，主治医の転勤が決定し，それまでにいいところを見せなければという一心で，某病院の看護助手の就職試験を受ける。しかし，不採用になり手首を切り，再び失立失歩となる。閉鎖病棟へ転棟したが，しばらくしてＯＴ再開となる。病院生活にすっかり慣れきった様子で，ＯＴへは週に２～３回気が向いた時に来室する。作業活動を行うよりも，病状のアピールや病棟生活の不満などを自分のペースで話し，ひととおり話し終え，満足すると帰室するという状態が続く。３ヶ月ほどして，ある友人のコンサートへ行ったのをきっかけに，１週間程度で歩行可能となり，その後１ヶ月ほどして就職活動を開始，歯科助手専門学校へ入学。しばらくして病院の見習い看護婦として就職が決まり退院となった。

まとめ

本症例は職場における不適応から，疾病逃避的となり失立失歩を呈したと考えられる。自我機能が未熟であり，些細なストレスに対して過剰な反応を示し，たえず注目されたいといった性格を持つ。これらの問題に対して，成功感をもたらす作業種目を導入し，精神面の安定をはかるとともに，現実検討の場として集団を利用した。しかし，構成メンバーが本症例の過剰な言動に対して同情的に反応してしまい，逆に症例のヒステリー性格を満足させる結果に終り，十分な現実検討や，症状に対する自己洞察をはかるには至らなかった。身体症状に関しては，前病院で詐病と言われた事に強い反発を示していたため，器質的なものとして受け入れ，本症例の被暗示的傾向や性格特性を利用することで，順調に歩行可能となった。しかし，主治医の交代や，就職活動の失敗といったストレスが同時に生じたことで，再度，症状が出現してしまった。その後のＯＴも患者のペースに流されてしまい，あらためて症状消失すなわち治療終了ではなく，発症原因の自己洞察，患者を取りまく環境調整などが重要であると考えられた。

症例３：女性。作業療法開始時年齢67歳。診断名：神経症。家族：夫，長男夫婦，孫２人の６人家族。現病歴：高校の英語教師を退職後，肝炎に罹患し，ガンではないかと心配になり不眠，全身倦怠，原因不明の頻尿が出現する。

４年ほどこうした状態がつづき，その後終日臥床傾向となり，北大病院精神科へ入院する。退院後すぐに精神症状が再発し，他院へ入院したが，診断書に「欝病」と書かれたことに腹を立て，ますます訴えが多くなり再び北大へ入院する。午後から夕方にかけて強い吐き気と倦怠感を訴えるが，内科的には特別の問題はない。

作業療法指示：持続性・集中力の改善，基礎体力の向上，巧緻性・日常生活能力の向上を目的として。

初回評価：

主訴；吐き気がする。右手がうまく使えない（第４，５指近位指節間関節拘縮）

趣味；本を読む程度。

ＯＴのオリエンテーションでは，手指の拘縮があるため何も出来ないと，自信のなさを前面に押しだしている。折り紙を利用したくす玉作りに導入し，手指が使えることを本人にわかってもらい，作業種目に対する興味を引き出すことからＯＴを開始する。

ＯＴ中は嘔気の訴えはなく，１時間程度集中し行うことが可能。簡単な指示は理解できるが，次の日には折り方を忘れていたり，同じ話題を何度も繰り返したりなど，軽度の痴呆が疑われる。作品が完成した時には素直に喜びを表現し，他患の作品にも興味を見せる。他患とは積極的に関わろうとはするが，一方何もしない患者に対しては非難したり，閉鎖病棟に入院している患者とは一緒にやりたくないと言い，自分が気にさわる言動に対しては，強い口調で反発する。許容範囲が狭く，協調性に乏しいことがうかがえる。

ＯＴプログラム

１）長期臥床傾向による体力，筋力の低下に対し，棒体操，床上動作訓練を行い，ＡＤＬで介助量を軽減させる。

２）吐き気に集中しているエネルギーを，何かを作り出す生産的方向へ置き換え，症状に対するとらわれが自分の行動範囲を狭めていることに気づかせ，臥床傾向の改善をめざす。

３）作業活動を介して，自信の回復をはかるとともに家族との交流を増やすきっかけを作る。

作業療法の経過及び結果

１）第１期：臥床傾向の改善と許容範囲の拡大（開始時～4.5ヶ月後）

作業種目：クロスステッチ（壁掛け，クッション）

こんなことはやったことがない，針が使えな

いと一旦は拒否するが，やってみると可能であることがわかり，スムーズに導入できる。疲労，吐き気の訴えもなく，「寝ているときよりも楽だ。」という言葉もきかれる。四つ這いでバランスをとったり，床からの立ち上がり動作を行うことで，外出時に階段を登ることが可能となる。病棟でもホールに出て，本を読んだり，体操に参加したり，徐々に活動的になってくる。しかし，他患とは些細なことで口論となり，暴言を吐いたり，ＯＴＲのミスを取上げ非難したりすることが多く，ＯＴではトラブルメーカー的存在であった。この間外泊や同室者とのトラブルで約４週間ＯＴを欠席する。その後は，調子が悪いと言いつつも来室し，飴をほおばりながら集中して取り組んでいる。何もしない同席者に対して「私だって頑張っているのに，若いのに何かやったらいいのに」と言ったり，言葉使いの悪い患者に対して叱責したり，教育者のように振舞うこともあるが，皆それぞれに病気の違いがあること，自分の状態に置き換えて考える機会を与えることで，徐々に他人の意見を受け入れることが出来るようになってくる。きつい冗談に対しても笑って受け流したり，他患とのトラブルも減少する。

２）第２期：家族との交流が増え，退院欲求が高まるまで（4.5ヶ月～７ヶ月後）

作業種目：和紙工芸，クロスステッチ（クッション）

和紙でブローチを作り家族に喜ばれたり，クッションを作ることを家族に頼まれたりして，自己に対する価値づけが徐々に上がる。誤ったことをしても自己修正でき，ほとんど介助を必要としなくなる。外泊時には茶碗を洗うなど，家庭の中で役割を持とうとする。外泊を繰り返すごとに退院欲求が高まってくる。また日中で一番気分の優れない時間帯にひらかれる老人デイ・ケアにも参加する。吐き気は気の持ちようでよくなること，何かしている方が気分転換になることを自覚するようになる。

３）第３期；退院し外来ＯＴへ（７ヶ月～１年後）

作業種目：籐細工，ネット手芸，革細工

長期外泊中に家族とのトラブルがあり，帰院後のＯＴ場面では興奮気味で，自己中心的な言動や他患とのトラブルが続き，閉鎖病棟へ転棟する。ＯＴ中に自主退院すると言い，床に寝ころび騒ぎ立てるといったこともある。しかしその後は再度落ち着いた状態が続くようになり，約４ヶ月後に退院し外来ＯＴへ移行する。

まとめ

本症例は元来の自己中心的，協調性の乏しい性格に加えて，退職という社会的役割の喪失，子供が家の中の実権を握るという，家庭内での役割の喪失といった，自己を取り巻く環境の変化の様々な要因が重なり発症したものと思われる。身体症状にとらわれてしまい，活動範囲や興味，関心の範囲が低下し，長期臥床を助長していた。これに対してＯＴでは作業活動を介して，自己実現の機会を持たせ，病状へとらわれることから開放し，作品を通じて家族との交流を増し，家庭内における本人の存在を，改めて家族に認識させることを目的におこなった。その結果，自分の能力を作品という形で実現し，周囲の人間が自分の作品を受け入れてくれたことで，自分の存在価値が認識できたと思われる。また，なにかに集中することで身体症状が軽減することが本人にわかり，それにつれて活動性が増し，退院が可能になったと思われる。

本症例のように仕事を生きがいとしてきた者にとっては，社会的な役割の喪失で自己実現の機会が減少し，同時に身体機能の低下も加わることで，気力，意欲，自発性などの精神機能の低下をきたしやすい。問題行動も一つの自己表現と考えられ，いかに残存する能力を引き出し自己実現をはかっていくか，また，家族を含めた周囲の者がどうかかわるかといった，家族を含めたアプローチが重要であると思われた。

4．考　　察

精神科作業療法の生い立ちはふるく，道徳療法などの名称で行われていたころも含め，長い歴史を有する[1]。従来の精神科作業療法は，慢性期の精神分裂病症例を中心に，どちらかといえば病院内の治療の１つとしてなされてきたが，最近はとくに社会復帰へ向けたとりくみが焦点となっている。これについては士別における臨床実践にもとづいた深沢の報告[2),3)]がくわしい。北海道では精神病院の約75％がなんらかの作業療法を行っており，約60％が作業療法士をむかえて施設認可を考慮している[4)]。こうした中で，医育機関でも精神科作業療法の重要性がとりあげられつつあり，まず大学附属病院での臨床実践がそれに先がけて必要と考えられる。

北大病院でもこうした考え方から，理学療法部の中で，精神科作業療法を行うことが正式に決定され，色々の角度からこころみられてきた。本報告はその臨床実践の一部である。

以下我々の成績を従来の単科精神病院での成績[6),7)]と比較検討しながら考えてみたい（なお，本論文で述べた臨床実践は引き続き継続して行われており，その結果はすでに発表しているが[8),9)]，そこでは同時期に同一地域内での単科精神科病院での精神科作業療法との比較がなされ，全体としては本論文での結果が確認されている）。

患者の年齢構成をみると，30歳未満が半数以上をしめており，とくに最近患者層の老齢化がすすむ単科精神病院における作業療法の対象者にくらべると比較的若いといえる。また，作業療法の実施期間も単科精神病院にくらべればはるかに短い。この点は総合病院，特に大学病院における患者の入院期間が全般的に短いことの反映といえよう。一方，このため，早期に患者の評価をする必要があり，また作業療法の効果もあげなくてはならない。しかし，入院が短期間であるため，作業療法場面では，病気の周期や長期的な変化を充分にとらえることができず，効果の有無を判断しにくいという傾向がある。

次に作業種目についてみると，慢性分裂病者が多い単科精神病院では，従来いわゆる内職的作業が中心になっているといわれているが，大学病院では入院期間が短く，疾患も多岐にわたっているため，比較的早く完成する種目にかたよってしまい，机上で行う作業が中心となりやすい。入院患者も単科精神病院ではめずらしくない超長期入院患者がいないため，症例１のような特別な症例にとっては，とくに集団作業療法に導入する場合，患者の出入りが頻繁なため，周囲の変化が大きく，症状の悪化を来しやすい。また，グループダイナミクスを利用するために，集団を構成しても[5)]，患者の回転がはやいためにメンバーの入れ替わりが激しく，治療的な操作が難しい。

疾患別にみると，精神分裂病がその半数を占めることは一般病院とも共通するが，先にのべたごとく，年齢層は若い人が多いことにみられるように，罹病期間が短く，精神分裂病者を例にとると，慢性分裂病者に比べて，人格の崩れや陰性症状が比較的少なく，作業療法の導入がわりあいスムーズであった。

疾患別では，単科精神病院に比べて，神経症が多いことが挙げられる。このため，精神療法的な点を考慮に入れながら作業療法を行う必要があり，場合によっては患者とＯＴＲの１対１の作業療法が必要であった。また，単科精神病院に比べて，疾患が多岐にわたっているため，個々の症例に応じた治療が必要であり，作業を用いた精神面へのアプローチにとどまらず，たとえばヒステリーの場合などでは，身体機能の回復も目的に作業療法を行うことや，作業療法評価が診断の一助となることもあった。

症例の項でのべたごとく症例２はかなり明確な性格上，生活上の問題点をもち入院してきた治療困難な例である。また，第３例は神経症で

はあるが，多くの喪失体験を有し，性格上の問題をもっていた症例で，やはり難治の症例であった。こうした難治例および人格障害をもつ者に対する精神科作業療法は，総合病院や大学病院の一つの特徴をなすものと考えられる。

一方，単科精神病院に比べると，大学病院ではＯＴＲ１人当りの患者数が少なく，１人の患者に対して，ゆとりある作業療法が可能である。反面，マンパワーの不足で，退院患者の追跡が充分にできない。単科精神病院では複数のスタッフが常勤しており，一人の患者に対して種々の角度から評価できるが５)，われわれの病院では精神科作業療法の定員数が１名であり，かたよった評価，治療となるおそれがある。また，主治医の交替が頻繁であり，一貫した作業療法指示が得られないうらみがある。さらに作業療法が医師の間に充分に啓蒙されていないため，場合によっては必要性がないと判断されて，中止になることもある。

なお，この期間中新しく精神科医になった若い精神科研修医に，見学ならびに修練の場として，作業療法場面を経験してもらったが，こうした医学生及び研修医の教育的な訓練，作業療法学科学生の臨床実習なども大学病院の作業療法部門に課せられた大きな課題といえる。

5．ま　と　め

北大精神科神経科における精神科作業療法の試みについて報告した。単科精神科病院などにくらべて患者層や目的などに大きな差異や特徴がみられた。教育病院としての大学病院の精神科作業療法の重要性を考えると，さらなる整備，試行内容の深化が望まれる。

ここで報告した精神科作業療法を行う機会をお与え下さった精神科科長，山下格教授，ならびに北大病院でこのような活動を行うことを理学療法部運営委員会で正式にみとめ，援助下さった理学療法部長，金田清志教授に深く感謝いたします。

本活動は著者の一人石田真奈美が北大附属病院理学療法部に在任中の活動を中心に述べたものです。また稿をまとめるにあたり協力をいただきました渡辺真紀さん(聖愛会発寒中央病院，作業療法士）に感謝致します。

文　　献

1）秋元波留夫：作業療法の源流，1975，金剛出版
2）深沢孝克：社会適応療法の考え方と実践，その１―治療体制及び作業療法について，北海道大学医療技術短期大学部紀要，第１号，13－25，1988
3）深沢孝克：社会適応療法の考え方と実践，その２―レクリエーション療法及び生活療法について，北海道大学医療技術短期大学部紀要，第２号，67－84，1989
4）上野武治，深沢孝克，藤川緑他：北海道における作業療法の現状と将来の動向(１)。第65回北海道精神神経学会，1984
5）山根寛（日本作業療法士協会，精神科部門講習会実行委員会)：精神科作業療法の現状―精神科部門講習会・研修会受講希望者へのアンケートより。作業療法，８：649－656，1989
6）井上正吾：精神科作業療法の理論と実際―現状と反省．医学書院，東京，1973
7）石谷直子：精神科作業療法，星和出版，東京，1984
8）大宮司　信，上野武治，伊藤ますみ，他：大学病院における精神科作業療法．精神経誌.，94(11)：1178－1179，1992
9）大宮司　信，上野武治，伊藤ますみ，他：大学病院における精神科作業療法．精神経誌.，95(６)：493，1993

表 1：年齢別患者数
精神科作業療法の対象となった患者の年齢層別の実数を男女別に示す。カッコ内は男女それぞれの総数に対する割合を示す。

年　齢	男　性	女　性	合　計
～20歳未満	8 (25)	8 (14)	16 (18)
20歳～30歳未満	13 (41)	17 (30)	30 (34)
30歳～40歳未満	6 (19)	10 (18)	16 (18)
40歳～50歳未満	1 (3)	9 (16)	10 (11)
50歳以上	4 (13)	13 (23)	17 (19)
合　計	32 (100)	57 (100)	89 (100)

表 2：疾患別患者数
精神科作業療法の対象となった患者の疾患別の実数を男女別に示す。カッコ内は男女それぞれの総数に対する割合を示す。

疾患名	男　性	女　性	合　計
精神分裂病	22 (62)	23 (41)	45 (51)
躁鬱病	2 (6)	6 (11)	8 (9)
神経症	5 (16)	16 (28)	21 (24)
てんかん	2 (6)	3 (5)	5 (6)
その他	1 (3)	9 (16)	10 (11)
合　計	32 (100)	57 (100)	89 (100)

表 3：作業療法処方時の病棟
精神科作業療法の対象となった患者の作業療法処分箋が出された時点での病棟の種類を男女別に示す。

疾患名	男　性	女　性	合　計
開放病棟	13 (41)	35 (61)	48 (54)
閉鎖病棟	19 (59)	22 (39)	41 (46)
合　計	32 (100)	57 (100)	89 (100)

表 4：入院から作業療法開始までの期間
精神科作業療法の対象となった患者の入院から作業療法開始までの期間を男女別に示す。カッコ内は男女それぞれの総数に対する割合を示す。

疾患名	男　性	女　性	合　計
1ヶ月未満	8 (27)	19 (39)	27 (34)
1ヶ月～2ヶ月	16 (53)	22 (45)	38 (48)
3ヶ月～6ヶ月	5 (17)	4 (8)	9 (11)
6ヶ月以上	1 (3)	4 (8)	5 (7)
合　計	30 (100)	49 (100)	79 (100)

表 5：作業療法実施期間
精神科作業療法の対象となった患者の作業療法の実施期間を男女別に示す。カッコ内は男女それぞれの総数に対する割合を示す。

疾患名	男　性	女　性	合　計
1ヶ月未満	6 (19)	6 (13)	12 (15)
1ヶ月～2ヶ月	14 (45)	24 (51)	38 (49)
3ヶ月～6ヶ月	9 (29)	10 (21)	19 (24)
6ヶ月～1年	1 (3)	5 (11)	6 (8)
1年以上	1 (3)	2 (4)	3 (4)
合　計	31 (100)	47 (100)	78 (100)

表6：転帰
精神科作業療法の対象となった患者の作業療法終了後の転帰を男女別に示す。カッコ内は男女それぞれの総数に対する割合を示す。
＊：一部の者は重複して参加している。

<table>
<tr><th colspan="2">転　　帰</th><th colspan="2">男　性</th><th colspan="2">女　性</th><th colspan="2">合　計</th></tr>
<tr><td colspan="2">中　　断</td><td colspan="2">5（12）</td><td colspan="2">3（ 6）</td><td colspan="2">8（ 9）</td></tr>
<tr><td colspan="2">転　　院</td><td colspan="2">3（ 7）</td><td colspan="2">1（ 2）</td><td colspan="2">4（ 5）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">退　　院</td><td>外来での作業療法</td><td>3</td><td rowspan="3">10*
(24)</td><td>15</td><td rowspan="3">17*
(36)</td><td>18</td><td rowspan="3">27*
(30)</td></tr>
<tr><td>デイケア</td><td>6</td><td>7</td><td>13</td></tr>
<tr><td>老人デイケア</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr>
<tr><td>(特になし)</td><td colspan="2">23（56）</td><td colspan="2">26（55）</td><td colspan="2">49（56）</td></tr>
<tr><td colspan="2">合　　計</td><td colspan="2">41（100）</td><td colspan="2">47（100）</td><td colspan="2">88（100）</td></tr>
</table>

表7：作業種目
精神作業療法の対象となった患者の作業種目の男女別実数を示す。

種　目	男　性	女　性	合　計
皮革細工	26	52	78
籐細工	19	34	53
和紙工芸	0	16	16
陶芸	9	5	14
編み物	0	13	13
クロスステッチ	1	12	13
七宝焼	5	8	13
あんでるせん	3	10	13
身体機能的ＯＴ	2	5	7
料理	2	5	7
ペーパーフラワー	0	7	7
マクラメ	0	5	5
機織り	1	3	4
木工	3	0	3
書道	1	1	2
絵画	1	1	2
ネット手芸	0	2	2
タイルモザイク	2	0	2
折り紙	0	2	2
紙粘土	0	2	2