



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	社会適応療法の考えかたと実践 : 市立土別総合病院での経験から : その1. 治療体制及び作業療法について
Author(s)	深沢, 孝克
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 1, 13-25
Issue Date	1988-10
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37485
Type	departmental bulletin paper
File Information	1_13-26.pdf



社会適応療法の考え方と実践

市立士別総合病院での経験から

—その1— 治療体制及び作業療法について

深沢 孝克

The Idea and Practice of the Therapy of Psychiatric Patient for Social Adaptation

—From the Experience in Shibetsu Municipal Hospital—
Part 1: On the Therapy System and Occupational Therapy

Yoshikatsu Fukazawa

Abstract

This is a report on “therapy for social adaptation” which was performed by author and his colleagues in the department of psychiatry of Shibetsu Municipal Hospital under the supervision of Dr. Nobuhiro Nishioka.

The main purpose of this therapy system is to focus individual therapeutic programs such as occupational therapy (OT), recreational therapy, etc. on the one goal of returning the patient to society. In this article the author describes the actual OT system employed in this therapy.

The OT was divided into three phases : 1) OT in the ward, 2) OT in several departments of the hospital, and 3) OT outside of the hospital. The first, OT in the ward, was further divided into four phases according to the clinical condition of the patient who involved in it. The phased OT has the advantage that both patient and staff realize where they are in relation to the goal of returning to society, and what needed to be done at that point.

This paper reports the significance of this method of treatment, citing the case of one patient who was able to return to society through this therapy program, as well as discussion of some related articles.

和文要旨

本論文は著者らが市立士別総合病院精神科にて西岡信博医長の指導のもとに行った「社会適応療法」の報告である。

本療法の中心は、作業療法（OT）、レクリエーション療法などを、患者の社会復帰という目的に向かって集中させてゆくことである。本論文では諸活動のうちとくにOTの実践について述べた。

OTは1）病棟内のOT、2）病院内の職場でのOT、3）病院外の職場でのOTの3段階にわかれ、さらに1）は、患者の状態によって作業内容を4つにわけている。このような段階的にOTを行うことにより、社会復帰という目標へいたる道のりのどの地点にいるかが患者及び治療者によくわかり、従ってそこでの課題が明確になるという利点がある。

この治療プログラムによって社会復帰した1症例と若干の文献的検討を加えて本治療法の意義について報告した。

1. はじめに

精神障害者が「病む人」として位置づけられ、医療の対象として考えられるようになったのはピネルによる精神障害者の「開放」に象徴される一連の改革であったことはあらためていうまでもない¹⁾。しかし、その後の精神医療は、精神障害者を再び「精神病院」へ「隔離」という形でおしこめる方向へ動いていったのではないかという批判²⁾はいちがいに否定できない。

一方その名称はさまざまであるが、すでにピネル以前から精神障害者に色々の面から（とくに作業活動を通して）働きかけ、失われた彼らの社会性をとりもどそうとする試みがなされており³⁾、この流れは現在にまで続いている。しかし、たとえば精神分裂病では、幻覚・妄想を中心とする患者の病的体験が、治療者との疎通性をさまたげ、これらの試みにとって一つの壁となっていたといえよう。

昭和30年代に入り、精神科治療に向精神薬が導入されると²⁾、患者を苦しめていたこれら諸症状の軽減がもたらされ、同時に、治療者との疎通性が増大し、看護面も大きく変化していった。その一つがいわゆる「生活療法」の発展であり、これによって精神病院のイメージは明るく活動的なものとなり、精神医療全体が活気に満ちていった。

北海道において昭和36年頃から生活療法が一部の病院ではじまった^{4) 5) 6) 7) 8) 9)}。しかしその実施にあたっては、精神科のみでなく病院が全体として取り組む必要があり、長期間のしかも大幅な変革が要求されるため、経済的な負担も大きく、生活療法の導入には慎重にならざるをえなかったと思われる。もともと生活療法は「人により状況により、それぞれが個人的経験に制約されて、かなり相違がある。これは実践面でも理論面でもそうである。¹⁰⁾」と言われるが、以上のような理由から、北海道ではその実施、発展も病院によってかなり差異がみられ、このことは一部では生活療法に対する誤解や曲解を生むことにもなったが、他面各病院独自の方法、実践、理念が臨床の現場を通して、打ち立てられていったこともみのがせない。

市立士別総合病院精神科において、西岡信博精神科医長を中心とし、看護スタッフの総力をあげて、これらの課題に取り組んできたが、従来のように看護者だけという枠を乗り越え、作業療法士、精神科ケースワーカー（Psychiatric Social Caseworker, PWS）など他職種と共に社会復帰を考えていく必要性を感じ、昭和50年から作業療法科を新設して社会復帰のためのとりくみに当たってきた。その概要についてはすでに西岡科長による報告がなされているが^{11) 12) 13) 14)}、著者は係長（看護師及び作業療法士）として西岡科長の指導のもとにこの活動に参加し、種々の経験を得てきた。本論では、作業療法士（Occupational Therapy, OT）の実践面での特色を中心に看護者及び作業療法士の立場から報告したい。

2. 市立土別総合病院における「社会適応療法」の発展

1) 「生活療法」から「社会適応療法」へ

市立土別総合病院精神科においては従来「健康のために体を動かす」と言った考え方で、とくに治療的観点ということではなく、その日の勤務者によって作業やレクリエーションなどがいわば恣意的に実施されたい。しかし昭和30年代の後半から次第に社会復帰に向けて、開放的な医療をめざそうという考え方が生まれ、「計画的な作業やレクリエーション」、「作業職場の開拓」、「自由外出」⁷⁾（買い物などを目的に患者だけで外出すること）などが行われるようになってきた。

患者の社会復帰に向けて、これらの活動を進めていくためには、医療スタッフはもとより、病院全体が一貫した考え方を持って患者に働きかけなければならず、また地域社会の偏見を打ち破り、理解と協力、特に作業や退院後の職場開拓を積極的におし進める必要がある。しかし、現実には様々な問題があったことはいままでのない。

まず第一に看護者には三交代制があるためグループの受け持ちのスタッフが夜勤や代替休日のために、一週間に行われる受け持ちグループの活動に参加できず、活動の経過を継続的にみてゆくことが困難であるという点である。

受け持ちスタッフが継続的に参加できないならば、改善の対応として活動時には各グループのスタッフが必ず一人はいるという体制をとることであろう。三交代制はいわゆる「2・8体制」（二人で月8日以内の夜勤）であるため、夜勤における看護婦と准看護婦の組合せを守りながら、活動時のスタッフ配置を考えざるを得ない。そこで同じグループの看護婦と一緒に夜勤にならないように、しかも等間隔の夜勤になるように勤務表を組んでもらうことになる。これは非常に難しいことで、勤務表を作成する時には看護（婦）長と作業療法科係長との緻密な連携が重要になる。

第二に勤務交代によって時々看護スタッフがかわ

ってしまうという問題がある。勤務交代は、総合病院として止むをえない処置ではあるが、当時精神科に対しては看護婦にすらも偏見があり、精神科勤務は看護婦にとって屈辱であるという感じ方をされる事が多かった。また2～3年おきの勤務交代は精神科においてはとくに大きな問題であった。精神科に勤務して一つのグループを受け持ち、患者との疎通性がとれ、仕事に意欲を持てるようになるのが3年目であり、それより早い時期での勤務交代は看護婦の意欲を減少させることになり、同じグループのスタッフがいっしょに勤務交代になることも非常に困ることである。そこで科長から総婦長へ要望をし、看護長から婦長会議などで説明し、理解、協力を得て勤務交代の場合には、事前に話し合いをして、看護婦の活動低下と活動全体のレベルダウンを防ぐようにしてきた。

第三に精神科以外の部門の職員に精神医療の特殊性を理解してもらうことである。特に事務職員は市役所との間に勤務交代があり、必ずしも病院関係のみに勤務しているわけではなく、精神医療を理解するにはいっそう難しい状態にあった。患者といっしょのレクリエーション活動を見て、「遊んで給料がもらえていいな」という言葉が当時我々にしばしば投げ掛けられた言葉であった。このような状態では活動も進めにくく、発展が望めないで、次のような対策を考え実行した。①全体レクリエーション行事に院長、総婦長、事務長などにも一緒に参加してもらう。②全体レクリエーション行事や他の活動が治療的効果のあることを機会（婦長会議、看護研修会や管理者会議）ある毎に話をする。また各新聞社には、これらの活動が開かれた医療である旨を説明して、出来るだけ記事にしてもらい、精神医療に対する理解を深める為に情報機関を活用した。③年に一度、病棟祭（病棟を利用して、一般市民を対象にわれわれの活動をパネルにして掲示したり、喫茶や食堂、手芸作品のバザーや講演会などを行う。）を開催して精神障害者への理解を深め、社会や職場への受け入れをおしすすめると同時に精神医療の普及

啓蒙を行った。

一方、患者や家族にも、作業やレクリエーションを単なる労働や遊びとして受け取るのではなく、「治療の一部なのだ」ということを理解してもらい、共に社会復帰に向けて協力してゆく姿勢を持ってもらうことが必要である。（これに関連して家族会（「ぬくもり会」）と病院とのかかわりあいについては後述する。）

またこうした治療活動の目的は単に物を作ったり、仕事を覚えたり、職業訓練をしたりすることではなく、それを通して失われた対人接触を改善し、集団適応性や社会性の回復をはかり、実社会で一人の社会人として生きていけるようになることである。従って患者自身にも病気に対するはつきりとした自覚と、今後の生活に対するモチベーションを持ってもらうことが重要視された。

退院後の生活に対して自分の考えをもてず、社会復帰の望みの少ない者もいる一方、たとえ異常体験があったとしてもこれに支配されず、病気であるという認識をある程度持って、殆ど健康人とかかわる社会生活をしている者もいる。要はいかに社会に適応するかが重要な課題だと考えられる。従ってこの治療活動に対して、従来から使われている「生活療法」という言葉を避け、「より積極的に社会適応をめざす療法」という目的と方向づけを、お互いに明確にするために西岡科長は「社会適応療法」と呼ぶことを提唱された。

2) 社会適応療法体制の確立

以上述べたような考え方で社会適応療法が成立するまでには色々な変遷があった。これは単に考え方のみでなく、実際の治療体制にも見られる。

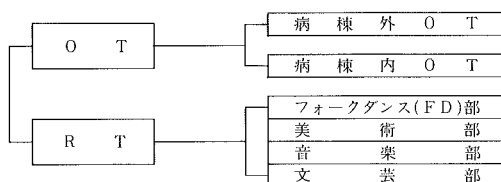


図1 社会適応療法成立以前の治療体制(1)

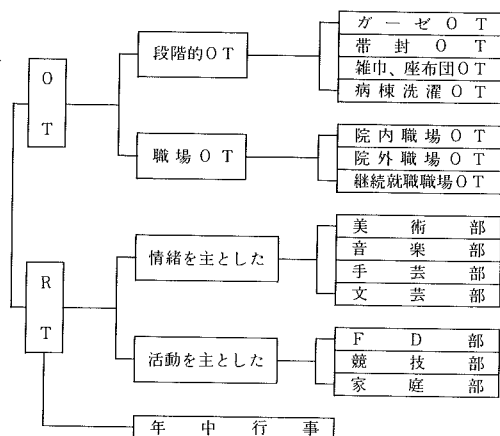


図2 社会適応療法成立以前の治療体制(2)
(種目別生活療法)

図1は初期に見られる体制である。O Tは実施場所の相違により病棟内・病棟外に分けられ、レクリエーション療法（Recreational Therapy, R T）もそれまでに行われていたものを単に羅列的に区別したのみである。

図2はこれよりももう少し進んだ段階である。ここではまだ生活療法の枠を出ていないが、O Tの中に後述するような段階的O Tの考え方が導入され、R Tもその目的によって「情緒を主としたもの」「活動を主としたもの」に分けられ、単なる遊び、気晴らしのレベルからの進展が見られる。また患者全体、病棟全体が参加する年中行事への取り組みも明確な形で始められている。

これらを経て成立した社会適応療法の治療体制を図3に示す。O T部門は病棟O T及び職場O Tの2つに分けられ、さらにそれがいくつかの小グループに分かれる。

一方病棟では、O Tと並行して家庭等、職場・仕事以外の領域での対人接触、社会性を向上させることを目的とした生活療法が行われた。これを生活療法部門という。上述したように、この部門の活動も社会適応をその最終目的とし、そのためには病棟生活で何をなすべきかを考え「病棟生活10ヶ条」を作成し活動した。

また退院した患者への継続医療・看護を進めて

社会適応療法の考え方と実践

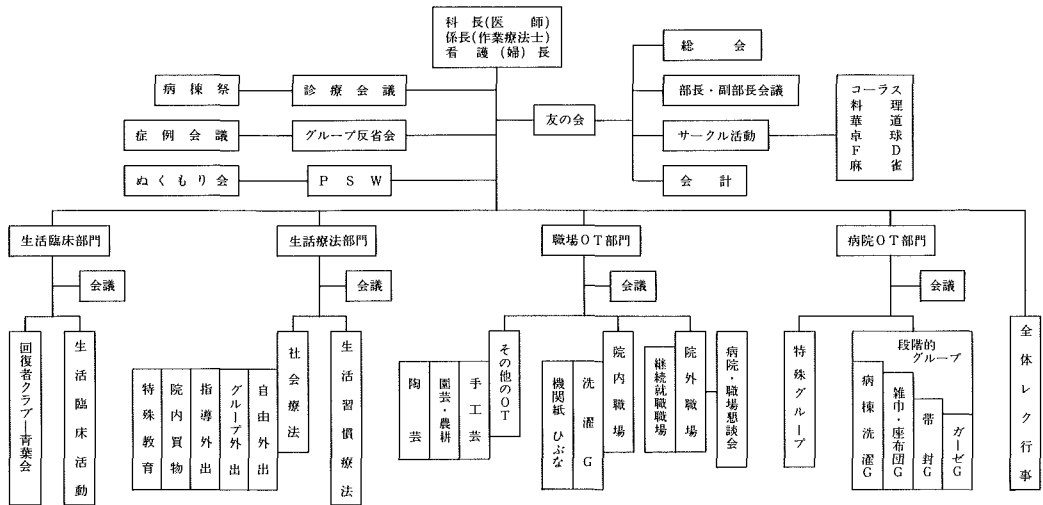


図3 社会適応療法実施体系表

いく体制が生活臨床部門であり、病名別に分類された「通院状況把握台帳」を用いて関連機関との連携、特に保健婦活動と協調しながら行われる。

更にこの図3からわかるように、図2におけるRTがなくなっている。これはRTそのものがなくなったのではなく、OTの各グループごとに、その社会適応の段階にあわせてRTが行われるようになったことを示す。これが本治療活動の実践上の一つの大きな特色であり、単なる気晴らし、遊びでなく、上述の生活療法と同じく、RTも社会適応のための重要な一治療手段として位置づけられている。RT活動については続報で改めて詳しく述べる予定である。

こうした治療的観点からのRTはもちろん重要には違いないが、一方「気晴らし」的なレクリエーションが実際の入院生活に必要なことはいまでもないであろう。こうした背景から、患者の自主的な活動である「友の会」が生まれた。これはサークル活動を中心としており、運営は全て患者にゆだねられている。

いわゆる家族会活動は「ぬくもり会」という名称でPSWとの協力のもと、強力に患者の社会復帰を助力してくれている。医療スタッフ側はあら

ゆる機会に患者の状態について連絡しあっていることはもちろんであるが、体制化されたものとしては、グループ反省会と症例会議がある。

グループ反省会は月に1度行われ、担当看護者、医師、作業療法士（Occupational Therapist, Registerd, OTR）が入り、1ヶ月間のデータを基にして患者と共にディスカッションをする場である。患者自身がどの程度社会復帰を目指して努力してきたか、良かった点や悪かった点などを語り合う。

症例会議は、担当の看護者、OTR、必要に応じて医師が参加し、患者一人一人の状況を検討すると同時に、グループとしての活動内容が検討されるが、医師からの要望やグループ反省会での患者の意見なども重視される。

こうした体制の明確化によって、各スタッフは社会復帰に向けて各自が何をなすべきかが理解しやすくなり、自己の立場を明確に把握することができ、患者、家族、他職種の人々にも説明しやすく、従ってその理解を得やすくなった。患者自身も自分の置かれている状況が明確に把握でき、努力目標がはっきり意識できるようになる一方、それにあわせた家族の協力も得られやすくなった。

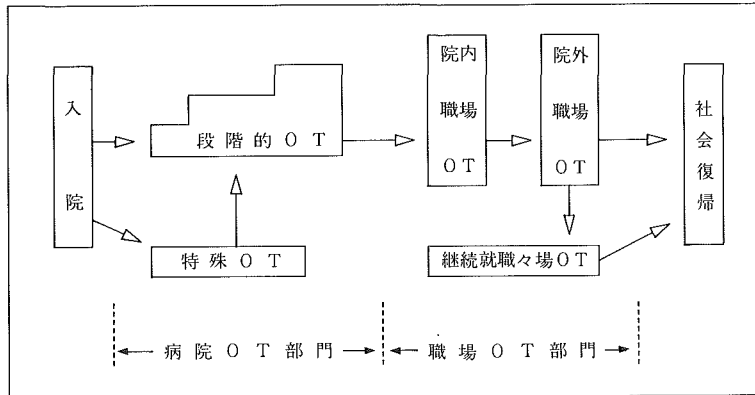


図4 社会適応療法におけるOTの治療の流れ

さらにまた病院の職員、保健所、福祉事務所など病院外関連機関の理解と協力も効率良く得られるようになり、より一層の治療効果を上げることができるようになった。

3. 社会適応療法における作業療法

社会適応療法におけるOTは、図3に示すように病院OT部門と職場OT部門に分かれ、患者への治療的な働きかけに対しては、それぞれ病院OT個人処方録、職場OT個人処方録が用いられる。この処方録は1～3号紙に分かれ1号紙はOT開始に向け、2号紙は治療活動中のグループの変更や指示などが医師から出され、3号紙は担当職員による観察記録である。社会適応療法に於けるOTの大きな特色は入院から社会復帰に向かって図4に示すとおり一連の段階的な流れがあることである。

病院OT部門には図4に示すごとく「段階的OT」と「特殊OT」があり、これらは後述するようにいくつかのグループに分かれて、原則として病院敷地内で、看護者の指導のもとに活動が行われる。各グループ毎に3～4名の担当看護者がグループの活動の計画や運営の責任を持つ。

病院OTは基本的には幾つかの段階的OTを経験して進むのであるが、一方職場OT部門は、病院の中で病院職員の指導で行う院内職場OT、市

内の作業協力職場で働く院外職場OT、ケースによっては退院後の就職を前提とした継続就職々々場OTに分かれている。(図4)

働く日程は患者の能力、職場の状況にあわせて決められるが、毎日弁当を持って行って一日働く人、半日働く人、1週間に2日働く人など、患者によって色々な対応が必要である。

1) 病院OT部門

まず病院OT部門の各グループにおける作業について述べる。作業種目を選択するに当たって、より治療効果を上げるための条件として我々が考えたのは、第1に患者のレベルにみあった作業が幾種類か用意できること、第2にその作業が継続して最後まで維持でき、完成した作品が捌けて経済的に成り立つことであった。しかし、このような条件をすべてみたす作業を用意することは現実には困難であり、止む無くこの立場を堅持しつつ、現状にあわせて次に述べる各種作業を設定した。

A) 段階的OT

病院OTにおける段階的なOTの考え方は社会適応療法の実践上の特色の1つである。これは作業能力と対人関係構築能力という二つの側面から患者の状態にあわせてOTを段階的に行ってゆこうとするものである。活動毎に6項目に分かれた

作業能力と4項目に分かれた集団適応性が「個人行動評定表」に記入され活用される。(表1)

表1

段階的OT
特殊OT () 個人行動評定表
市立土別総合病院精神科

氏名 殿 才 昭和 年 月 日

項目	月日	2					3					4					5				
		2	3	4	5	度	2	3	4	5	度	2	3	4	5	度	2	3	4	5	度
作業能力	意欲																				
	理解、注意																				
	持続性																				
	機敏さ																				
	作業能率																				
集団適応性	指導の必要性																				
	対人関係																				
	職員の対して																				
	仲間に対して																				
	協調性																				
積極性																					
総合評価																					

備考

・活動ごとに記入すること。
・行動評定は1回目青色、2回目赤色、3回目は緑色にて記入すること。

病院OT個人行動評定・観察記録等(2号紙)

a) ガーゼOT

このグループは段階的OTの第一段階である。内容は当病院で使用したガーゼ、包帯の整理をする作業で、男女ともに参加できる。入院まもない者や精神症状の悪い患者が多く、協調性が低く周囲とのかかわりを持っていない者が多いため、一人で黙々と作業をしようとする傾向があり、看護者が積極的に話しかけながら、患者同志の会話を引きだすように働きかける必要がある。作業が治療の一部分であることを理解してもらうにも困難が伴うことが多い、楽しいムード作りができるが、反面治療者が苦勞することの多いグループである。

b) 雑巾・座布団OT

女性のためのOTで、段階的OTの第二段階のグループである。雑巾と座布団を作る作業で、座布

団の方が工程も多く少し複雑になっている。ここでは雑巾OTについて述べる。作業は「裁断」「しつけ」「チャコ付け」「本縫い」「仕上げ」の5つの工程に分かれ、流れ作業として行っている。患者に各々の区分を受け持たせ、責任感をもたせるとともに、一つの工程に固定しない様作業の流れに注意がなされる。どこか一ヶ所が遅れると、作業全体が止まるために、各自が作業の流れを止めないように頑張ると共に、「自分はこの作業の中で、重要な役割をしているのだ、自分がいなければ、この作業は困るのだ。」という責任感が生まれる。また完成時には仲間とともに1つの仕事ができたとする満足感があり、これは一人で言う作業とは違う喜びを患者に与え、次の作業への意欲となっていた。

c) 病棟洗濯OT

女性の段階的OTの最終コースで、自分で洗濯をすることのできない患者の衣類の洗濯を行うことを、作業種目として取り入れたものである。病棟には専用の広い洗濯室と乾燥室が完備されており、これを利用する。作業は「選別」「洗濯」「すすぎ」「乾燥」の工程に分かれて行っている。ここでは各工程で働くことにより協力して作業を行うことの重要性をさらに学ぶとともに、他人のために働くよろこびをもってもらい、労働意欲が芽生えるように指導することを意図している。

d) 帯封OT

男性の第二段階のグループで、新聞を郵送するための帯封を作る作業である。一連の流れ作業の中に「折り」「カッター」「糊付け」「糊はり」「のびし」の各工程を区別した。ここでは女性の場合の雑巾・座布団OTと同じく他との協調性、仕事に対する責任感を持つように指導してゆく。

B) 特殊OT

以上のべた一般的なOTの他に、こうした段階的な流れに乗ることのできない人格荒廃の強い長期

入院の分裂病者などの患者に対しては、別の角度からの働きかけを行った。これを特殊グループと呼び、主として農耕を行い、太陽のもとで自然と親しむような働きかけを行った。冬期間や戸外作業のできない日には、レクリエーションなどを行い、長期的展望をもって段階的OTの流れに乗ることを期待して忍耐づよく活動した。

2) 職場OT部門

病院OTの段階的グループでのOT体験をふまえて患者は更に職場OTへと進むことになる。この段階の人達は生活も開放病棟であり、作業以外に外出や買い物などを通して社会との関わりがより積極的に行われるように生活療法における指導が強化される。職場OTは院内職場OTと院外職場OTに分かれている。この部門の個々の作業状態も、作業能率と集団適応の面から職場側と病院担当職員の両方から別々に「職場OT行動評定表」に記入される。

A) 院内職場OT

a) 洗濯OT

院内の洗濯施設での作業である。実際には洗濯機械の操作や、洗い終わった寝具を一組のセットに組む作業、入退院時の寝具の配送などである。病棟の看護者との直接的なかわりから離れて、病院の一般職員と共に働くので、社会人になったような緊張感がもたらされる。しかし作業自体は労働時間が短く操作も楽な面が多いため、病院OTと院外職場OTの中間的役目を果たしている。

b) 機関紙「ひぶな」

患者文集として、一年4回各季節ごとに発行しているが、自治活動（友の会）の文集ではなく、社会適応療法の中の一活動として位置付けられている。作業としては、「原稿の整理」「割り付け」「筆耕」「印刷」「カット・タイトル」「表紙」「製本」「配布・発送」の工程に分けて、3ヶ月をか

けて製作している。編集長（患者が担当する）が日程や仕事の内容などを采配をし、指示している。作業量・日程などから季刊であることが望ましく、また開放病棟で生活しているが職場OTに参加できない患者にとって、有効な治療手段となっている。

B) 院外職場OT

イ) 院外職場OTの活動

日中の一定時間病院外の職場で働くものであり、社会復帰への最後のステップである。職場としては、木工場、タタミ工場、スーパーストア、印刷工場、クリーニング店、食堂などで多いときには7ヶ所の職場の協力を得ていた。院外職場OTと違って病院外の一般の社会人と一緒に働くことになり、緊張感、責任感もより一層強くなり、事故などの心配も一層多くなる。しかし、病院外の職場に出て一般の社会人と共に働くことができるという楽しみから、退院への意欲が増大してゆく。原則的には色々な職場が継続して数多くあることが望ましいわけであるが、社会情勢の変化によっては次から次と断られる時もある。常に職場を確保しておく事は非常に困難であった。

なお院外職場OTが行われている職場は中間施設的な面も有している。その第1は、普通の従業員の枠他にOT用の人員枠が確保されていることである。この結果、一定数の患者がいつもOTとして働くことが可能であるが、同時にこの枠をみたと職場の動きが低下するという面ももつことになる。

第2に、従業員が、単なる職場の先輩というにとどまらず、OTに参加する患者の指導の一部にたずさわることになることである。具体的には患者に対する働きかけのほかに行動評価の記録などを通して観察を依頼している。精神医療について何も知らない職場従業員にたいして患者の指導の一部を依頼するので、予想以上に不安は大きいものがあると考えられる。その為に最初に患者を依頼する時は勿論のこと、1週間に1～2度は看護

者が各職場を回り、患者の病状を説明し、また精神障害全体を理解してもらえよう働きかけている。

ロ) 病院・職場懇談会

このような活動を円滑に行っていくためには院外職場と病院の間での密接な連絡と協力が必要となる。このため、病院側で職場との懇談会（「病院・職場懇談会」）を開いている。職場としては患者の悪いときの状態がわからないことによる不安、患者が色々訴えてきた時（疲労、腹痛、頭痛等）にどのように対処していいのか、怪我の不安など患者の健康についての問題が多く出される。しかし、時には労働能力と賃金の問題がだされる。このことは病院側が、患者の意欲の低下を防ぐために病状による賃金格差を付けないように、労働者の最低賃金水準を守るようお願いしている事との関連である。具体的なことは患者個人の状態に合わせて後日処理され、懇談会はお互いの理解と協力体制について話しあわれながら、より親睦を深めることを大切にしている。

こうした会を持った結果、職場側でも時々患者を招待して話し合いの場を作って励ましてくれ、さらに病院行事への参加・協力なども得ることができた。患者の治療のためとはいえ、職場を提供していただくことは並大抵なことではなく、社長を始め従業員の暖かい理解と協力があったはじめてこのようなOTが可能であった。

ハ) 継続就職々場OT

退院後も継続して働く職場で、院外職場OTに通っている間に家族や本人またはPSWなどによって職場が開拓されたときに、病院から通いながら身体的、精神的な調節をはかり、自信がつき、生活面の安定が得られたときに退院する。この間PSWによって職場や家庭との連絡を密にしながら進められる。

c) その他のOT

図3に示されている、手工芸、園芸・農耕、陶芸は作業というよりは、趣味または余暇利用の色彩がつよいもので、仕事から帰ったあとの時間や日曜、祭日など仕事の休みの日をどのように過ごしていくかを考え、身に付けてもらおうとするものである。

手工芸は女性患者が新しいことを試みる場であり、スタッフが患者と話し合いながら色々な種目を取り入れている。陶芸はレクリエーション的に灰皿や湯呑みなど簡単なものを作って自分で使う楽しみを味わってもらう。園芸・農耕は病棟周囲の空き地を利用して花や野菜を植えている。ちょうどサラリーマンが家庭菜園を楽しむように、作物の育成を楽しみながら、職場の話しなどが出て皆の語り合いの場ともなっている。

特殊OTでは楽しみながら働くことを体で感じ取ってもらうが、ここでは働いたあとの疲れを癒し、対人交流の場とすることが中心になっている。

4. OTの流れによって社会復帰できた 1 症例

次に入退院を数回繰り返していたが、このOTの流れに乗って、社会復帰することのできた精神分裂病の1症例を呈示し、OTの流れの実際を述べたい。

症例：女性、31歳。夫はおらず子供3人と暮らしていた。この患者が問題とされるようになったのは、子供の通っている学校からの連絡で、患者が部屋に閉じこもり、殆ど食事の用意をせず、朝夕の食事は、子供に50円を渡すのみで後は放置し、このため子供たちが栄養失調の状態となっているという生活実態が明らかになってからであった。

入院時の状態：「自分は太陽の親戚だ」、「私は引力で支配される」、「太陽に目で合図すれば太陽が動く」などといった妄想に考えが支配され、看護者にたいしても拒否的・反抗的態度が強く、しばしば興奮が見られた。このため入院と同時に

薬物療法と電気衝撃療法が開始された。

OTの経過：1週間後に次のようなOT処方
が医師より出された。

「疎通性は殆ど無く、頑固な妄想は持続しているが、OTによる人間的接触の場を通して、人間関係の改善、社会生活への意欲を高め、社会生活への適応性を回復させたい。」

この指示に従ってガーゼOTが開始された。活動には、比較的素直に参加したが、他の患者と協力せず、このため看護者が相手になることが多く、作業に対しても関心を示さず、突然立って帰ろうとしたり、看護者の説明も聞き入れずに興奮する状態が当初みられた。しかし次第に他患に対する拒否的態度がうすらぎ、会話も見られるようになり、約1ヶ月で第二段階の雑巾・座布団グループに進んだ。

先に述べたようにこの段階のOTでは協調性が大切になってくるが、この患者の場合、最初は関心・理解がきわめて悪く、指導しても違う縫い方をしたりした。しかし、次第に指導に対して素直になり、他の患者との会話も楽しそうな表情が見られるようになっていった。この頃から、OTの大切さを患者自身が自覚しだし、月に一度行われる反省会でも退院に向けて意欲を表現するようになった。そして、それまで口にしなかった子供のことを心配するようになっていった。

入院4ヶ月目に病棟洗濯OTに進んだ。妄想はまだ認められたが、それに支配されることは少なくなっていた。集団に対する適応性の改善にくらべて、作業能力、機敏さの改善が少ないことが症例会議での問題としてとりあげられた。しかしこの点も妄想による影響が減少し、服薬の量・内容がかわってゆくと、目に見えて改善してきた。入院9ヶ月目に開放病棟へ転棟すると同時に、院内職場OTへ進むことになった。

院内職場OTに出る前は不安そうであったが、素直な態度で指導を受け、作業に対しても意欲的な態度であり、評価も良く、休むことも少なかった。そして「作業は楽しい、子供のためにも早く

良くなりたい。」と話すことが多くなっていった。自閉的な傾向はまだ幾分認められるものの、全般的には改善が見られ、退院への期待が出てきた。この頃はキャンプに参加しても仲間に溶け込み、炊事などでは積極的に活動していた。

入院1年4ヶ月目に院外職場OTであるタタミ製造工場に進むことになった。院内職場OTよりも労働時間が長く、ワラの搬入、積み出しと女性にしては少しきつい仕事で、またこの種の作業経験がないため、当初は全般的に行動評価は低かった。しかしこれも一時的で、やがて作業能力、集団適応性も向上し、予期した以上に改善されていった。残念ながら、このタタミ工場は冬期間仕事を休むため、継続して院外職場OTを行っていくことができず、PSWや福祉事務所の努力で継続就職先として、食堂に変更になった。

この仕事は、客商売であり、且つ現金を扱うことで心配はあったが、最初少し疲れを感じさせるぐらいで頑張り通し、職場の信頼を得るようになった。退院後の色々な問題もPSWなどの努力で解決され、1年7ヶ月で退院、社会復帰することができた。

5. 考 察

以上のべてきたように社会適応療法は社会復帰という目的に向かって全ての治療活動を収斂させていくわけであるが、台¹⁰がいうように、精神障害を単なる生物学的疾病とのみ考えるのではなく生活障害と考えて生活経験の学習、すなわち学習困難の諸側面、諸段階を分別してそれぞれに対応し、一段階ずつ積み上げてゆくことが基本となる。この社会適応療法の実践上の特徴としては、次の2点が挙げられよう。

- 1) OTをグループ分けし、しかも段階的に
行ってゆく。
- 2) 各グループごとにRTを行ってゆく。

本論文では第1のOTについて中心的に述べたが、第2のRTについては続報で述べる予定である。

グループ別の段階的OTには次のような利点があると考えられる。

- a) 患者自身が退院に向かって、現在の位置付けがわかり、常に次のステップに向かって努力する目標を持つことができる。
- b) 看護者が全体の流れの中の位置を明確に理解した上で、グループ内の各個人を対象にした働きかけが可能になる。
- c) 看護者自身、医師の治療目標を理解しやすく、協力関係が得られやすい。
- d) 家族が現在の患者の状態を理解しやすく、協力が得られやすい。

このような病状による段階的な分けかたは、我々の実践よりも以前にすでに行われきてきいるが、それは単に病棟別に分けるのが殆どであった。当院のような総合病院の中で比較的病床数の少ない場合には、そうした分け方はほとんど意味がなく、いわゆる生活療法（作業療法、レクリエーション療法、生活指導）や社会復帰活動が一体になった体制にならざるをえなかった。そして実践の中から次第に段階的なグループわけが生まれてきたと言える。

グループ別の活動体制をとるようになった理由の第2は次のようなことである。すなわち種目別では患者個人よりも活動の内容にとらわれたり、上手に出来るようになることが主眼になったりしてしまうという欠点がある。作業療法や生活療法は広い意味での精神療法と言われており、グループ制にすることによって患者の精神状態をよく理解したうえで働きかけが出来るという利点が見られ、「生活療法や作業療法は技術的な上達ではなく、作業やレクリエーションを利用してより社会性を身につける」という本来の目的にもかなうことになると思われた。

ところでグループ別の活動における作業とレクリエーションの比重についてであるが、一方には「高度の荒廃患者にはレクリエーション、生活指導が中心になる¹⁶⁾」という考えがあり、他方「作業やレクリエーションが適当に組み入れることが

必要^{17) 18)}」という考えもある。われわれは後者の考えをとるのであるが、実際にはグループあるいは個人によって作業から入りやすい場合とレクリエーションから入りやすい場合がある。一般的に考えるとレクリエーションの方が楽しく気楽で入りやすいと思われるが、どちらかという作業の方が落ち着ける患者が多いようであった。高度な荒廃患者の中には当初レクリエーションに参加せず、作業だけはなんとかついてきて、やがてレクリエーションにも参加できるようになった症例を多く経験できた。こうしたことを通して「人間は労働する動物である」¹⁹⁾という言葉が実感され、人間には働くことが本能的に備わっているのではないかという思いをあらたにした。またグループによっては、その時のメンバーの状況に合わせて作業やレクリエーションの内容を調節するところや休憩時間を効果的に利用することが重要と思われた。

段階的OTでは作業とレクリエーションが、ほぼ同等に取り入れられているが、職場OTではレクリエーションの活動が少なくなり作業が多くなる。そこで余暇の有効利用を身につけるような活動や外出、外泊などを多くして社会との接触をより多くするようにした。こうした点に関して「作業療法においては単純な生産的な種目に、レクリエーション療法では簡単な身体的活動によるものに主体が置かれ、創造性、自発性を喚起する要素をやや欠いている。」という報告があり¹⁸⁾、十分意識して活動してゆくことが大切であろう。

一方小林²⁰⁾はこのような活動にたずさわる看護者側に関して、「看護者個人個人の創意性が出なければならず、また一般教養や性格が現れるようになった。このいわば自己表出は、看護者にとって非常に当惑することとなった。」とのべているが、患者とのかかわりにおいては、治療者というより一人の人間としてのあり方、すなわちその人間性が問われることになる。なかには戸惑いを感じたり、自身を見失う者もでてくることがあり、こうした点で対人関係の学習が重要になり、アド

ヴァイザーが必要になってくる。職場で学習をしてゆくこと、しかも年代や経験の違う人の集まりの中で、ある程度一貫した学習を行ってゆくことの難しさを感じると同時に、教育の中で自己洞察を体験できるような学習の必要性が痛感された。

さて、鈴木は²⁰⁾「作業療法が生き生きとして息づくためには、まず、病院全体の作業に対するかまえが問題になる」とのべているが、社会適応療法が効果を上げるためには、職員全員のチームとしての一致団結した活動意欲と病棟全体に生まれるいわゆる治療的環境が重要であり、更に病院全体がこうした活動が治療なのだという認識を持ち、協力して行くかまえが必要である。

また治療者側の組織としては松井²¹⁾が言っているように治療目標が適確にそして十分に達せられなければならないし、如何に円滑に運営管理されるかが大切になってくる。また各グループが自分たちの位置付けをしっかりと把握して目的に進んでいくためには、グループごとのチームワークが重要になり、グループ間の連携や協力が大切である。さらに組織全体の動きを見て纏めて行くリーダーシップも必要とされる。こうした組織づくりをしてゆく上で総合病院における勤務交代は大きな壁であったといわざるを得ない。

6. おわりに

市立士別総合病院精神科において行われた社会適応療法につき、障害者の社会復帰を目標にしてすべての活動を位置付けるという基本的な考え方と、その治療体制、段階的OT活動についてのべた。OTグループごとのRTはこの活動のもう1つの柱であり、さらに生活療法部門、生活臨床部門、患者の自治的活動、家族会活動、治療者側の種々のカンファランスなど本稿でふれられなかった部分は続報にて述べる予定である。

もちろん、これらの活動が円滑に進められていても精神障害者の社会復帰にはなお多くの困難があることはいうまでもない。これらを打ち破って

ゆくためには、士別でよせられたような職場を中心とする一般社会からの応援が何よりの味方であるが、一方患者、家族、社会そして医療サイドのあつい人間的ふれあいを、より効率的に生かしてゆくための体制が必要なことはいうまでもない。それを可能にする1つの考え方及び実践として社会適応療法の意義が存すると考える。

謝 辞

稿をおえるにあたり、本治療法を創唱され、その実践においてスタッフをあたたく御指導たまわり、本稿を御校閲下さった元市立士別総合病院精神科医長（現札幌鈴木病院）西岡信博先生に深い感謝をささげるとともに、多くの困難の中において本治療の推進に努力された同僚スタッフの方々に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 岡田靖雄：精神科作業療法の歴史，小林八郎編，精神科作業療法，17-30，1970，医学書院，東京
- 2) 岡田靖雄：精神医療の歴史と現状，岡田靖雄編，精神医療，17-90，1964，勁草書房，東京
- 3) 秋元波留夫：作業療法の源流，1975，金剛出版，東京
- 4) 佐竹祐治：生活療法の一環としての院内誌について，看護研究，日本精神科看護技術協会，6，117-126，1963
- 5) 斉藤勲：フォークダンス指導と地域社会へのPRについて，看護研究，日本精神科看護技術協会，6，270-274，1963
- 6) 小川昇三他：北海道における冬期間の作業・レク療法（一つの試み），看護研究，日本精神科看護技術協会，7，273-277，1964
- 7) 深沢孝克：閉鎖病棟における自由外出の試み，看護研究，日本精神科看護技術協会，7，217-222，1964
- 8) 松田孝康他：患者演劇におけるリーダーシップの役割について，看護研究，日本精神科看護技術協会，7，289-292，1964

- 9) 前田和子他：リハビリテーションの問題点について，看護研究，日本精神科看護技術協会，7，296－298，1964
- 10) 台 弘：生活療法の復権，精神医学，26（8），803－814，1984
- 11) 西岡信博：地域医療と社会適応療法，ひまわり，41～42号，1974
- 12) 西岡信博：患者を持つ家族の悩み・家族の治療参加，ひまわり，69号，1977
- 13) 西岡信博：社会復帰の事例を通して考える，ひまわり，100～102号，1980
- 14) 西岡信博：自立への援助，看護研究，日本精神科看護技術協会，25，87－116，1982
- 15) 中垣美代子：生活習慣療法における病棟生活10カ条の歩み——その治療的効果の検討——，ひまわり，49号，1975
- 16) 多賀谷諒：作業療法の効果の再検討，病院精神医学，10，31－38，1965
- 17) 藤原豪：作業療法，江副勉監修，新しい精神科看護，261－289，日本看護協会出版会，1964，東京
- 18) 大村圭二：生活療法での作業療法とレク療法との比重について，井上正吾編，精神科作業療法の理論と実際，75－80，1973，医学書院，東京
- 19) 井尻正二：人間らしさ，井尻正二選集6，社会，167－173，1982，大月書店，東京
- 20) 小林八郎，岡庭武，久間利昭他：実験開放病棟における慢性分裂病の研究，病院精神医学，3，89－101，1960
- 21) 鈴木義雄：作業療法，浜田晋他編，精神医学と看護，1973，日本看護協会出版会，東京
- 22) 松井紀和：治療者の組織と人間関係について，病院精神医学，10，23－30，1965