

「障害受容」という言葉はリハビリテーション専門職
種によってどのように使われているか？
—症例報告の分析から—

藤田智香子¹⁾川口晴美¹⁾勘林秀行¹⁾吉川公章²⁾吉川由希子³⁾佐藤 武⁴⁾

How do rehabilitation professionals use the term
“acceptance of disability” ? — Analysis of case studies —

C.Fujita¹⁾, H.Kawaguchi¹⁾, H.Kanbayashi¹⁾,
K.Yoshikawa²⁾, Y.Yoshikawa³⁾, T.Sato⁴⁾

Abstract

The purpose of this study is to identify how rehabilitation professionals use the term “acceptance of disability”. We analyzed 39 Japanese case studies on this topic.

As a result of our investigation, we discovered the rehabilitation professionals (doctors, nurses, physical therapists, occupational therapists and social workers) thought their cases had difficulties accepting their disability: for example, not having the will to live independently, depending on the professional too much, or rejecting the professional. Moreover, some cases had over-realistic expectations to their own recovery while others began to depend on the rehabilitation process too much.

Furthermore, with the exception of social workers, we discovered that the rehabilitation professionals tended to feel negatively when they were unable to help ease their patients' anxieties or when they could not understand the reason their patients' were un-cooperative. On the other hand social workers took the standpoint of looking long term, accepting their clients as they were, and carefully using the term acceptance of disability.

The way in which people apply the term acceptance of disability differs depending on the situation and the age of those concerned. We propose a total supporting system where people have access to the necessary support of professionals.

(J.Aomori Univ.Health Welf.2:17-26, 2000)

キーワード:障害受容、リハビリテーション、専門職
acceptance of disability, rehabilitation, professional

I はじめに

「障害受容」という言葉の意味する概念は非常に複雑であり、現段階でははっきりとした定義も見当たらない。しかしリハビリテーション医療の臨床場面では、しばしば「障害受容ができていない」または「障害受容ができていない」というように使われ、時にいわゆる「問題患者」

や「意欲のない患者」に対するネガティブな意味でのレッテルとして用いられる。たとえばリハビリテーション・チームでのカンファレンスにおいて、患者が「麻痺した上肢の回復に固執してしまい、必要な利き手交換の訓練ができず、日常生活が自立できない」とか、「障害を持ってしまったことから、心身ともに閉じこもり傾向で、生

1)青森県立保健大学健康科学部理学療法学科 Department of Physical Therapy, Aomori University of Health and Welfare

2)青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科 Department of Social Welfare, Aomori University of Health and Welfare

3)青森県立保健大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, Aomori University of Health and Welfare

4)村上病院 リハビリテーション科 Division of Rehabilitation, Murakami Hospital

活が全て受動的になってしまっている」など各職種から「障害受容」の問題として話される。またリハビリテーションを阻害する因子の一つとしてあげられることもある。

但し「障害受容」の意味する概念は上記したように複雑であり、その意味やとらえ方は、リハビリテーションの各専門職種間ではもちろんのこと、同じ職種においても個人によって多少違っていると予測される。これらの違いは、リハビリテーションの各職種やチームとしてのアプローチに問題を生じ、その結果対象となる障害児・者が不利益を被っている現状がある。ところが今までそのことに言及し、調査・研究している論文はほとんどない。「障害受容」に関連した研究では、概念や評価尺度に関する文献が散見するのみである。

そこで本研究では、「障害受容」という言葉の意味することやそのとらえ方を明らかにすることを目的とした。そのためには、症例報告が一番具体的で正確に把握しやすいと考え、「障害受容」という言葉がリハビリテーション専門職種によってどのように使われているのかを分析した。またリハビリテーション・チームの各専門職種や同職種での共通点や相違点を分析し、「障害受容」に関わる問題を検討したので報告する。

II 研究方法

1. 文献収集

リハビリテーション関係の和雑誌に掲載されている文献に関して、「障害」および「受容」という言葉が文献タイトルに含まれるもの、またはキーワードあるいは要約に含まれるものを以下の1)～3)の方法で検索し、リストアップおよび収集した。

1) CD-ROM 検索：

a 雑誌記事索引

(国立国会図書館：検索期間1985～1999年)

b 医学中央雑誌

(医学中央雑誌刊行会：検索期間1987～1999年)

2) 共同研究者の手持ち文献からのリストアップ

3) 図書館等で閲覧してのリストアップ

2. 文献分析

(1) 文献を内容および著者の職種別に分類した。

(2) 症例報告に関して、「障害受容」が問題となっている場面と使われ方をまとめた。

(3) 「障害受容」という言葉がどのように使われているか、同職種での傾向や相違点および職種間での共通点や相違点を分析した。

III 調査結果

1. 文献収集および選別

1999年8月4日現在で総数308編の文献がリストアップされ、これらを収集した。

文献の内容は、障害受容に関する概説、症例報告、調査研究、学会抄録等を含んだ。学会抄録、精神障害がメインの文献、単一施設や県単位の刊行物への掲載文献、内容的に該当しない153編は除外した。その結果症例報告は155編中43編であった。(症例報告文献リスト)

2. 文献分析

1) 著者の職種による分類

医師・看護婦(士)・理学療法士・作業療法士・言語療法士・ソーシャルワーカー・心理関係・学校教員・その他の職種で分類した。著者が複数の場合は、筆頭者の職種で分類した。また教員で看護資格を持っている場合などは、リハビリテーション医療関係の専門職種を優先して分類した。表1に示すように、看護婦(士)が19編で約半数を占め、次に医師の文献が多かった。

2) 各職種での内容の分析

各職種で文献が3編以上あった医師、看護婦(士)、理学士、作業療法士、ソーシャルワーカーの文献39編に関して内容を分析した。始めに各職種での傾向を把握するために同職種の文献内容を整理し、下記①～③の項目に添ってまとめ、内容の比較から同職種での相違点や各職種間での共通点や相違点をまとめた。

表1 文献内容別および著者職種別文献数

<単位：編、()内は%>

	医師	看護	理学	作業	言語	ワーカー	心理	教員	その他	内容別	計
症例報告	7	19	3	6	0	4	2	2	0	43(27.7)	
理論的研究	25	11	1	0	2	4	7	10	1	61(39.4)	
調査研究	12	14	1	2	1	3	2	4	4	43(27.7)	
その他	4	0	2	0	0	0	1	0	1	8(5.2)	
職種別計	48	44	7	8	3	11	12	16	6	155(100)	

①症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

②障害受容が問題となっている場面や使われ方
文献整理票の同項の記載をもとに、障害受容が問題となっている場面と具体的に問題として記載されていた事柄や状態をピックアップして記した。

③障害受容のとらえ方
著者の考え方が示されている部分があった場合にピックアップして記した。

(1) 各職種での傾向

a 医師 (症例報告文献リストD 1～6)

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

疾患—頸髄損傷・脊髄損傷：6例、脳卒中：4例、切断：1例、慢性疼痛症候群：1例

勤務先—すべて病院勤務 (リハビリ科3名、精神科2名、整形外科1名、ホスピス1名)

期間—入院～退院までがほとんど、一部在宅

② 障害受容が問題となっている場面と使われ方 (表2-1)
障害受容が問題となっている場面は、リハビリテーション施行に際してや入院中の病棟での日常生活においてが多かった。

③ 障害受容のとらえ方 (表2-2)

障害受容は自らの障害をありのままに受け入れ、現実の生活へ適応していくことであるとのとらえ方が多く、あわせて家族を含めた障害受容を考えていくことが重要であるという記載も見られた。

b 看護婦(士) (文献リストN 1～19)

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

疾患—頸髄損傷・脊髄損傷：6例、切断：4例 (悪性腫瘍：3例、糖尿病：1例)、脳卒中：3例、悪性腫瘍による失声：1例 糖尿病による失明：1例ギランバレー症候群：1例、乳房切除：1例、痙攣重積：1例など

勤務先—すべて病院勤務

期間—入院～退院 (一部外来通院) までがほとんど

表2-1 障害受容が問題となっている場面と使われ方 —医師—

問題場面	使われ方
リハビリ施行場面	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練に対する意欲がない (訓練をさぼって寝ている・投げやり態度など) ・人目につきたくないと訓練を拒否し、訓練中にしばしば泣き出す ・医療スタッフに対する拒否的な態度 ・車椅子の使用に消極的または歩行の可能性を信じて拒否的
病棟や家庭での日常生活場面	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛の憎悪を恐れ、診察等すべてに拒否的で、日常生活がベッド上に制限され全介助 ・同室者に対する攻撃的な言動 ・依存的な態度で介護を強要
精神状態	<ul style="list-style-type: none"> ・抑鬱状態 ・不眠や焦燥感 ・憑依状態 (急性精神病状態)

表2-2 障害受容のとらえ方 —医師—

障害受容のとらえ方
<ul style="list-style-type: none"> ・疾患や外傷に伴う障害を心理的に統合していく過程 ・自らの障害をありのままに認めるだけのことではなく、その内面においてあきらめ観や屈服あるいは合理化や虚栄とは異なった心的過程によって、むしろありのままに自らの姿を悦び、なおかつ前進することを捨てない心状態に達すること ・個人的な体験ではなく、スタッフや家族との関係におけるダイナミックな体験である。心理的葛藤を解決し、新しい自己の再建に向かって歩むこと。最終的に障害者としての自分に折り合いをつけていく過程 ・下肢麻痺の現実を受け入れ、現実生活へ適応
家族も含めた障害受容
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の障害受容の本質は障害を有する患者をありのまま全てを統合的に受け入れること ・患者家族の障害受容 (障害適応) を家族システムの再形成の視点から検討

表3-1 障害受容が問題となっている場面と使われ方 -看護婦(士) -

問題場面	使われ方
リハビリ場面	・リハビリに対する意欲が低下または消極的：5例（下肢痛や幻肢痛が強く、本人の思うようにリハビリが進展せずなど）
病棟での日常生活や看護場面	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLの自立に意欲がない、または介護に依存傾向：5例（入浴の自立が進まない ・積極的にADLを拡大しようとする意欲がない。身の回りのことを自分でやろうとせず介護者の妻に依存し、自己導尿には拒否的。安易に介助を求め、看護への依存性が強く、本人に意欲がない。母親へ依存し、分離に対して拒否） ・スタッフに対する攻撃的な態度：4例（攻撃的で荒っぽい言動、トラブルメーカーとして他患者から敬遠。バイタルサインの測定などの処置に拒否的で攻撃的態度。外観を気にして義肢装着を促す看護婦に反発。両眼を失明し、他人に生活の一部を依存しなければならない境遇を受け入れられず感情をぶつける） ・車椅子での生活をなかなか受け入れられない、または車椅子の生活をする意欲がない（車椅子で日常生活が自立することは身体障害者になることだと考えているなど） ・カーテンを閉めてベッドに寝ていることが多く、周りの人と話をしたがらない
精神状態	<ul style="list-style-type: none"> ・鬱症状（不穏・夜間不眠など）、または抑鬱状態のような反応 ・不眠（病気への疑いや手術の不安。断端部痛・幻肢痛が強い。再発の不安など） ・不安感（退院後の生活、下肢の改善、仕事復帰、予後など） ・無欲状態（心身共に荒廃状態。症状が改善せず） ・拒否的態度（症状が改善せず拒食等） ・苛立ち（下肢の動きが改善しない）や焦り（術後独歩できず） ・退院が近くなると、肩こりや頭痛などの身体的不調を訴える ・感情失禁が多く見られるようになった
疾患や症状関連	<ul style="list-style-type: none"> ・喪失した器官や機能の受容（切断、失声、失明） ・幻肢痛や断端痛・しびれに固執 ・自分で歩けるようになるという思いが強い ・患児の痙攣コントロール不良に関する両親の不安・葛藤・家族の患者に関する状態の理解が不十分で、回復に過大な期待をもつ

② 障害受容が問題となっている場面や使われ方 (表3-1)

障害受容が問題となっている場面は、入院中の病棟での日常生活や看護場面が多く、リハビリテーション施行に際してのことが述べられていた。また罹患している疾患や症状に関連したことも、「障害受容」に関わる問題として記載されていたので併せて記す。

③ 障害受容のとらえ方

症例にかかわっている期間が、入院から退院までの短く限定された期間であるためか、障害受容に関して、退院までにあるいは退院準備として何とかうまく達成するように援助しなくてはならないものだととらえられている印象を受けた。またその分とらえられている障害の意味合いも狭く、疾患や症状に関連したことや病棟での生活に関することが多く問題となっていた。

④ その他

看護婦(士)による症例報告のパターンとして、症例

が障害受容のどの過程または段階にあるのかを諸説に当てはめ、その時点での援助方法が適切または不十分であったと後方視的に分析して考察を加えているものがほとんどであった。引用されていたのはCohnの障害受容過程モデル(4編)、上田敏の障害受容の定義と過程(3編)、Finkの危機モデル(2編)、Wrightの価値転換理論(2編)などである。

c 理学療法士(症例報告文献リストP1~3)

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

疾患-脳卒中・頭部外傷・ギランバレー症候群：各1例ずつ

勤務先-すべて病院

期間-入院後リハビリテーション開始~退院(一部外来通院)まで

表4-1 障害受容が問題となっている場面と使われ方 -理学療法士-

問題場面	使われ方
理学療法場面	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練が生きがいとなっている ・病院での訓練や麻痺側の機能向上に固執 ・筋力の回復に執着して、訓練方針の変更に反発 ・訓練に対する積極性が低下、自主訓練を行わない
病棟や家庭での日常生活場面	<ul style="list-style-type: none"> ・他の患者との交流が少ない、病棟では自己にこもる傾向 ・両親が障害児へ過保護の傾向が増強し、依存してしまう ・症例に対する両親の期待が過剰 ・症例の障害を否定し、養護学校への転入を拒否

表4-2 障害受容のとらえ方 -理学療法士-

障害受容のとらえ方
<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの究極の目標 ・あるがままにみて、相手も自分もすべてを受け入れること

② 障害受容が問題となっている場面と使われ方 (表4-1)

障害受容が問題となっている場面は、入院中または外来通院中の理学療法場面が主で、具体的にはリハビリテーションの目的で転院してきた患者の入院後から外来訓練の理学療法の施行に際して、退院を勧めたときや外来での通院訓練回数を減らすように働きかけたときなどであった。

③ 障害受容のとらえ方 (表4-2)

障害受容はリハビリテーションの究極の目標であり、あるがままにみて、相手も自分もすべてを受け入れることであるという記載が見られた。

d 作業療法士 (症例報告文献リストO1~6)

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

疾患-脳卒中：2例、頸髄損傷・脊髄損傷：2例、頭部外傷：1例、ギランバレー症候群：1例、腕神経叢不全損傷：1例、手指拘縮：1例など

勤務先-大学：4名、病院：2名

期間-入院後リハビリテーション開始~退院 (一部外来

通院)まで、または外来通院でリハビリテーション開始~終了まで

② 障害受容が問題となっている場面と使われ方 (表5-1)

障害受容が問題となっている場面は、入院中または外来通院中の作業療法施行においてや病棟での生活場面であり、具体的には退院を勧めたときや外来での通院訓練回数を減らす、あるいは終了するように提案したときである。

e ソーシャルワーカー (症例報告文献リストS1~4)

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかわっていた期間

疾患-脳卒中：3例、糖尿病による失明：3例、頸髄損傷：1例、舞蹈病：1例など

勤務先-病院：3名、社会福祉事務所：1名

期間-入院中から退院まではもちろんのこと、在宅生活の中での外来通院や施設通所あるいは復職など社会復帰まで、さらに施設への入所や再入院までにかかわっていた。他の職種と比較して非常に長く、最長で7年に渡っていた。

表5-1 障害受容が問題となっている場面と使われ方 -作業療法士-

問題場面	使われ方
作業療法場面	<ul style="list-style-type: none"> ・外来訓練を減らすことを提案した後、「訓練の終了が怖い」「見捨てられると思うとドキドキする。心配で仕方がない」との訴えや不定愁訴が増え、身体機能が低下 (歩行不良) ・70~80%の機能を回復して生活上の支障はないが、患者は100%の回復を強く望み訓練がやめられない ・自分の失われた機能に対する悲しみを伴った怒りをうまく操作できない機械に向け、不満や苛立ちが著しく、作業を中断することもあった
病棟や家庭での日常生活場面	<ul style="list-style-type: none"> ・自己中心的な言動が目立ち、病棟の規律を守らない ・悪くなるのではないかと心配

表6-1 障害受容が問題となっている場面と使われ方 -ソーシャルワーカー

問題場面	使われ方
病棟や家庭での日常生活場面 精神状態	・食事や水分の自己管理ができず、点字や白杖歩行の習得に拒否的 ・不安（2例）・抑鬱・強い焦燥感（自殺企図）
疾病や症状関連	・失明の受容（失明を告知されたが、奇跡で視力が回復することを信じていた） ・透析の受容（食事や水分の自己管理を促すと身体症状を訴える） ・進行性疾患だが治るという期待感を持っている ・痛みの受容

表6-2 障害受容のとらえ方 -ソーシャルワーカー

障害受容のとらえ方
・「透析」と「失明」の受容 ・「受容」へのきっかけは患者自身の心の動きの中で芽生えるものであり、受容の過程は「喪の作業」 ・障害の心理的・実存的な克服であり、一人の人間が自分の実存的危機を乗り越えていく過程 ・障害を背負った自分というものを認めること

② 障害受容が問題となっている場面と使われ方（表6-1）
 障害受容が問題となっていた場面は、入院中の病棟や在宅での日常生活場面、復職など社会復帰への援助をする際であった。また罹患している疾患や症状に関連したことも、「障害受容」に関わる問題として記載されていたので併せて記す。

③ 障害受容のとらえ方（表6-2）

障害受容は障害を背負った自分を認める「喪の作業」とも言える過程であり、受容のきっかけは自分自身の中から芽生えるものであるという記載が見られた。障害受容に関してネガティブにとらえるのではなく、対象者をありのままに受け止め、自分たちの援助をしていく中で、対象者自身が自ら受容していく過程を見守っている姿勢が伺えた。

（2）同職種での相違点

a 医師

精神科の医師による文献も2編あり、受傷や発病の心理的ショックによって精神科疾患を発症した症例のことが記されていた。障害受容の過程において、心因反応としての症状と精神科疾患による症状が混在することもあり、しかも両者の関係は極めて密接である。従って両者の鑑別は難しいが、各々に対する援助方法は違うので、「抑鬱状態を落胆や悲嘆から鑑別し、心理的障害に適切に対応する必要がある」¹⁾。但し障害受容をとらえる上で、その辺を整理して書いているものは少ない。

またいわゆる「意欲に欠ける」患者を検討し、「障害受容過程における否認や抑鬱状態が、訓練意欲の低下をきたすこともあるが、スタッフ-患者間の治療理解のズレやスタッフの患者理解の浅さが「意欲に欠ける」患者を作

る場合もある」²⁾という記載もあった。

b 看護婦（士）

前記したように、症例が障害受容のどの段階・時期にあるのかを諸説に当てはめて分析し、援助方法を考察しているものがほとんどであった。その中で、「患者はリハビリ室での訓練に主眼をおくが、その結果病棟においては主体的な行動がとれず看護者は、意欲のない患者と評価しがち」³⁾であるが、「否定的なとらえ方をするのはやめ、患者や家族の状態をまるごととらえ、今起きている現象を正確に理解し、効果的な対応を行いながら、問題を調整していくことが重要である」³⁾という記載もあった。

この他理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーに関しては、文献数も少なく、同職種の中での相違点は特になかった。

（3）職種間での共通点や相違点

① 症例の疾患および症例数、著者の勤務先、症例とかがかわっていた期間

疾患としては、どの職種でも共通して脳卒中が挙げられ、その他頸髄損傷・脊髄損傷が多かった。著者の勤務先は、作業療法士を除き病院がほとんどであった。症例とかがかわっていた期間はソーシャルワーカーを除いて入院から退院までが中心で、一部外来通院や在宅でのかわりも持っていた。

② 障害受容が問題となっている場面や使われ方

障害受容が問題となっている場面では、各職種で病棟や家庭での日常生活場面が共通していた。またソーシャルワーカーを除き、リハビリテーション場面が挙げられていた。特に理学療法士や作業療法士では当然のことな

がら、各々の施行場面でのことが中心になっていた。具体的に問題となっている事柄や状態として多かったのは、病棟や家庭での日常生活場面では自立への意欲・スタッフに対する依存的な態度や拒否的態度・閉じこもりやなど、また精神状態では鬱状態や拒否的態度・焦燥感などが挙げられていた。リハビリテーション場面では、訓練に対する意欲や回復への執着が挙げられていた。

この他看護婦（士）とソーシャルワーカーで、疾患や症状に関連した障害受容に関わる問題として、喪失した器官や機能の受容（切断、失声、失明、透析）、痛み・しびれ、障害の否定や回復への過大な期待などが挙げられていた。

③ 障害受容のとらえ方

全体を通じて、障害受容とは自らの障害をありのままに受け入れることであるという点では一致していた。ただ「障害」の意味合いに関しては、多少違いが認められた。つまり症例とかがかわっていた期間が入院中だと、どうしても病棟での生活やリハビリテーションに関連したことに比重が置かれ、退院までにある程度障害を受容するように援助しなければならぬものとしてとらえられているような印象を受けた。これに比してソーシャルワーカーは、必要に応じた援助をしながら、対象者自身が障害受容していく過程を長いスパンで見守っている姿勢が伺えた。「障害受容」という言葉を使うことにも慎重で、安易に使っていないことが確認された。

V 考 察

本研究での症例報告の著者はほとんどが病院勤務で、症例と関わる期間は入院中のみが多かった。とらえられている「障害」の意味合いも狭く、障害受容の問題として挙げられていたのは、日常生活場面やリハビリテーション場面での意欲がない、あるいはスタッフへの依存や拒否的態度などだった。このような状況は、退院に向けての準備として非常に問題となる点である。すなわち専門職種は、対象者にとって最善と考えられる目標を立て、短期間で効率的に達成しようとプログラムを組む。しかしプログラムの遂行に対象者が協力的でなければ、目標は達成できない。対象者の協力的でない理由が明確であれば、対策を立ててアプローチすることができるが、理由が明確でない場合は十分なアプローチができなくなる。このような場合、専門職は対象者をネガティブにとらえがちであり、「障害受容」の問題として片づけてしまうことがある。これは専門性を活かして対象者を援助する立場であるはずの専門職者が、対象者を非難する立場に立って、対象者に責任を転嫁していることになる。このような状況が生じている原因として、以下の理由が考えられる。

1. 病院という限定された関係・場・期間の中での退院準備としての障害受容

リハビリテーション専門職が対象者と関わる期間は入院中が多く、限定された期間で疾病等の治療に加えて、障害受容に関しても解決しようと努力されていた。ある意味では退院準備の一つの要件として、障害受容がとらえられているようにも思われる。しかし、障害受容は人に言われてできるものでもなく、ましてや押しつけや強制でできるものではない。また障害を受容するには、それなりの時間が必要であり、入院中でのアプローチだけでは十分と言えない。むしろ短期間で結果を出そうとするあまり、アプローチが性急になっては、かえって逆効果とも考えられる。

加えてその人にとっての「障害」の意味合いは、病院という狭い限定された関係や場と、家庭や地域社会に戻ってから、さらにはライフステージによっても変化するものでもある。従って障害受容は一生の問題であり、医療機関での援助は期間等からも限界がある。もっと一個人の人生に関わる大きな問題として、長いスパンで多角的にとらえたアプローチが必要であると考えられる。

また障害受容は複雑な概念であり、多職種のチームでの継続的な関与・協力によるタイムリーな援助が必要である。従って病院など医療機関だけの短期決戦自己完結型ではなく、自宅など次の行き先で関係するチームと連携し、連続性のあるものにするのが望ましい。病院経営にからむ入院日数短縮化や機能分化、および継続した関わりが持ちにくく、一貫したケースマネジメントが困難な現場の実状などもあるが、上記したような連続性のあるトータルな視点での援助が可能となるようなシステム作りが望まれる。

2. モデル思考の落とし穴

リハビリテーション専門職の障害受容に関するアプローチは、障害受容過程などの枠組みや様々なモデルに対象者をあてはめて、援助方法を選択する傾向が強い。この方法は統一したアプローチを組み立てやすく、今後の予測のもとに計画的なしかも効率的な援助を可能とする。しかしその反面、対象者の状況に対応するのではなく、対象者を同じ枠に押し込めてしまう恐れがある。対象者が枠にあてはまらない場合、専門職側の対処を戸惑わせ、対象者をネガティブにとらえさせる危険性ははらんでいる。

今回リストアップされた文献の中でも、障害受容を過程としてとらえ、諸段階に対応した援助方法の重要性を強調していたものが多数見られた。その方法の有用性自体を否定するものではないが、すべての対象者がモデルにあてはまるわけではない。対象者は性格も障害も生育歴も違い、受容の過程も様々である。各専門職者にとっ

ては同じような事例でも、個々人にとってはすべてが初めての体験である。援助内容や方法を検討する際、モデルにあてはまらない対象者がいることも忘れずに、常に対象者自身を見つめ、援助者としての姿勢を忘れずに対処することが肝要と考える。

3. 専門職者とリハビリテーション対象者のズレ

リハビリテーションの対象者は、入院後医師から病気や障害についての説明がなされ、他の各専門職は最善と考える方針の基に目標を立ててプログラムを組み、承認を得るようになっていく。しかしこれらの説明を承認したとしても、もちろん障害を受容したわけではない。むしろやっとその時点で「障害受容」のスタートラインに立ったということである。しかも「立った」というよりも「立たされた」という方が正しいような状態である。対象者は戸惑いや混乱で現実の生活を直視できず、今後のことなど考えられない状態かも知れない。一方専門職側は、対象者の障害および疾病等の予後予測に立った援助内容を考えている。その結果、治療や訓練を優先する専門職者とそれを優先したいが心理的に優先できずにいる対象者の間には、ズレが生じることが少なくない。

専門職者は、対象者が反発したり、治療に協力的でなくなった時に、やっと対象者とのズレに気付くことも多い。このズレに関連し生じる問題は、往々にして「障害受容」の問題として扱われる傾向がある。ズレは目に見えず、気が付きにくい部分であるし、なぜズレが生じているかという理由よりも、反抗的または非協力的な態度が問題視されて、「障害受容」の問題となる。専門職種と対象者との間には、ズレが生じやすいことを専門職側は忘れがちである。

専門職者と対象者のズレを少なくするためには、対象者とリハビリテーションの方針や目標を共有化することが最低限必要である。そのためには、わかりやすく根拠強く説明するなど専門職側の努力と歩み寄りが必要である。また方針や目標の設定に際しては話し合い、一方的な押しつけや強制ではなく、対象者自身の意思を尊重した上で決めることが重要だと考える。また専門職として、治療や訓練を最優先せざるを得ない場合もあるかも知れないが、対象者の心理状態にも十分留意して実施すべきだと考える。

VI まとめ

「障害受容」という言葉が、リハビリテーション専門職種によってどのような意味で使われているかを明らかにすることを目的に、医師・看護婦（士）・理学療法士・作業療法士・ソーシャルワーカーによる症例報告39編を分析した。

多くの場合ソーシャルワーカー以外の専門職種は、症

例と関わる期間が入院中のみで「障害」の意味合いは狭く、障害受容に関して、自らの障害をありのままに受け入れることという点では一致していたが、病院という限定された関係・場・期間で、退院準備としての障害受容が考えられていた。障害受容が問題となっている場面や事柄や状況は、病棟生活の中での自立への意欲・スタッフに対する依存的または拒否的な態度・閉じこもりなどに加えて、精神状態について鬱状態や拒否的態度・焦燥感など、リハビリテーション場面では訓練に対する過剰な意欲や回復への執着などであった。

各専門職が一般的なモデルにあてはめて目標やプログラムを立てて実施する過程で、症例がモデルにあてはまらなかったり、専門職者とリハビリテーション対象者の間にズレが生じたりして、協力がうまく得られない場合、特にその理由が専門職側でつかめない場合、意欲的でない等否定的にとらえ、障害受容に問題があると理由付けしていると考えられる場合もあった。これに対しソーシャルワーカーは、障害受容を長期的な視点でとらえ、自分の枠を押しつけず、そのままの状態を受け入れて援助していた。「障害受容」という言葉を使うことにも慎重で、安易に使っていないことが確認された。

障害の意味合いは、ライフステージによって変化するものでもあり、必要に応じてタイムリーに専門家の援助を受けられることが望ましい。また障害受容は複雑な概念であり、多職種の関与・協力による継続的な援助が必要である。しかし医療機関による援助は、期間等を含めて限界があるので、今後対象者個々人に対応して、トータルな視野で各専門職種がチームとして継続的に援助できるようにシステム作りが望まれる。

今後は本研究の結果をもとに、実際現場で働いているリハビリテーションの専門職者が「障害受容」という言葉をどのようにとらえて使っているのかを調査する予定である。それによってさらに障害受容に関わる問題を掘り下げていくことで、リハビリテーション対象者へよりよい援助を提供するための一助になればと考えている。

本研究は平成11年度青森県立保健大学健康科学特別研究地域研究として研究費の助成を受けたものであり、本学関係諸氏に深謝します。

(受理日：平成12年11月28日)

引用文献

- 1) 南雲直二：脊髄損傷における障害適応の諸相について－抑鬱状態を中心にして－. リハ医学32 (10)：650-653, 1995.
- 2) 本田哲三, 千野直一：「意欲にかける」患者へのアプローチ. 総合リハビリテーション12(10)：769-773, 1984.
- 3) 伊東千世子, 藤田真由美, 酒匂千佳：障害受容過程に添った看護実践の再考. BRAIN NURSING 10 春季増刊：155-161, 1994.

参考文献

- 1) 南雲直二：障害受容－意味論からの問い－. 荘道社, 1998.
- 2) 才藤栄一, 渡辺俊之, 保坂隆：リハビリテーション医療心理学キーワード. 文光堂, 1995.

症例報告文献リスト

著者職種	番号	論 題	著 者	雑 誌 名	巻 号	ページ	刊行年	
医師	D1	「意欲にかける」患者へのアプローチ	本田哲三、千野直一	総合リハビリテーション	12	10	769-773	1984
	D2	脊髄損傷患者にみられた精神症状	尾崎紀夫	心身医学	31	4	317-322	1991
	D3	切断患者の障害受容	渡辺俊之	総合リハビリテーション	22	10	837-841	1994
	D4	患者家族の障害受容と適応	本田哲三・一戸美代子	総合リハビリテーション	23	8	651-654	1995
	D5	脳卒中患者をめぐる家族の障害受容	佐直信彦	総合リハビリテーション	23	8	673-678	1995
	D6	Multiply Operated Back 症例の慢性疼痛に対するリハビリテーションアプローチ	平野弘之・渡辺好博他	東北整形災害外科紀要	39	2	153-157	1995
	D7	下肢麻痺の受容過程に見られる夢の1例	森田達也・井上聡他	総合リハビリテーション	24	6	569-572	1996
看護婦 (士)	N1	四肢麻痺患者の自立への援助 機能回復から障害を受容するまで	石坂計子	現代とリハビリテーション	1	4	313-318	1987
	N2	頸髄損傷患者の「障害受容」について 失敗に終わった自己導尿確立への援助を通して考えたこと	植田和歌子	ナシク	7	2	201-205	1987
	N3	乳癌患者に障害受容のプロセスに応じた心理的アプローチを行って	加藤悦子	クリニカルステイ	9	1	31-35	1988
	N4	失語症患者の看護 障害受容過程にそった家族へのアプローチ	福原昇子・鈴木和子他	ブレインナシク	5	増刊	1192-1196	1989
	N5	高位下肢切断術を受けた患者の障害受容への援助	斎藤優子・依田久子他	臨床看護	15	3	311-317	1989
	N6	下肢切断術後の障害受容および社会復帰を阻害する要因	新庄 けい子・竹腰久子他	看護技術	36	13	1385-1389	1990
	N7	頸髄損傷患者の看護 障害の受容に対する心理的アプローチ	塚本美智子・牧野小夜子他	看護の研究		22	12-13	1990
	N8	脊髄不全麻痺患者への障害受容の援助	横森いづみ・浅川ひで美他	看護の研究		22	14-16	1990
	N9	骨肉腫患者の切断受容と社会復帰に向けての援助	真板陽子	看護技術	37	11	1184-1187	1991
	N10	歩ける望みは捨てない	天野節江他	看護学雑誌	58	9	804-809	1994
	N11	障害受容過程に沿った看護実践の再考 在宅療養へのかかわりを通して	伊東千世子・藤田真由美他	ブレインナシク	10	増刊	155-161	1994
	N12	視力障害のある患者の看護 中途失明患者の障害受容とその援助	今川恵紀子・木村恵子他	看護技術	41	15	1612-1616	1995
	N13	スポーツによる頸椎外傷患者の看護 障害を受容する過程での看護を振り返って	田中初美・福永いづみ他	臨床看護	22	9	1273-1279	1996
	N14	血液透析導入・下腿切断術を施行した患者の受容へのプロセスと看護介入	川野ひとみ・北山美和他	看護技術	43	1	48-52	1997
	N15	心臓カテーテル検査後の合併症により脳梗塞を発症した患者の看護 障害受容過程をふまえた援助の大切さについて学んだこと	川脇由美子・鈴木裕美子他	看護技術	43	6	621-626	1997
	N16	重症ギランバレー症候群患者自立への援助 障害受容と日常生活動作自立に至るまでの過程	織笠季子・坂本あや他	臨床看護	23	8	1281-1287	1997
	N17	学生の「モデルロード」を通して学ぶ側と教える側の交流 整形外科実習 患者の「障害受容」の過程の受けとめかた	吉田哲・荻野葉子	看護実践の科学	22	10	47-51	1997
	N18	喉頭摘出術を受けた患者の看護 失声の受容に向けた援助指針とその実際	天神林景子・山内まゆみ他	看護技術	43	13	1389-1394	1997
	N19	痙攣重積により障害をもつ児の母親への援助 児の受容をめぐって	油谷和子・柴山清美他	小児看護	22	3	273-281	1999
理学療法士	P1	障害受容の経過-外泊・グループ訓練が効を奏した症例-	星文彦	理・作療法	15	7	687-689	1981
	P2	外傷性脳損傷児の両親の障害受容 復学について考えさせられた一症例	本川由美子・海老原理恵他	理学療法ジャーナル	28	12	841-843	1994
	P3	障害受容の困難な脳卒中片麻痺のケースから学んだこと	富樫誠二	理学療法ジャーナル	29	2	131-133	1995
作業療法士	O1	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	信州大学医療技術短期大学部紀要	14	2	123-137	1989
	O2	障害受容の把握法としての風景構成法の適用 頸髄損傷の1症例	安田智永子・坂本年将	作業療法ジャーナル	25	10	765-770	1991
	O3	不十分な障害受容のため身体機能が一時的に低下した一症例	長尾徹・木下功他	神戸大学医学部保健学科紀要	11		93-97	1995
	O4	機械操作活動が障害の受容を促進した2症例についての考察	遠藤てる	作業療法	15	3	222-230	1996
	O5	作業歴を用いた障害受容の援助 慢性的な機能障害をもつ手の外傷患者に対して	近藤知子・藤井園子他	作業療法ジャーナル	31	10	980-984	1997
	O6	障害受容を促すための支援 身体障害によって職業を変更した2名の青年へのインタビュー	上村智子	作業療法	17	6	470-476	1998
ソーシャルワーカー	S1	CVA患者の社会復帰を通してみたりハビリテーション・ソーシャルワーカーの役割	海津加代子	医療と福祉	17	2	9-11	1982
	S2	リハビリ病院におけるMSWのアプローチ-その役割と位置づけ-	村上信・乾吉佑	医療と福祉	20	1	9-15	1986
	S3	事例からみる保健相談 舞蹈病の女性への支援 障害受容の過程を見つめる	須藤八千代	公衆衛生	53	7	488-489	1989
	S4	糖尿病性腎不全の精神医学的問題 障害受容と社会復帰への援助	折原重光・南佐恵子他	臨床透析	11	3	361-363	1995