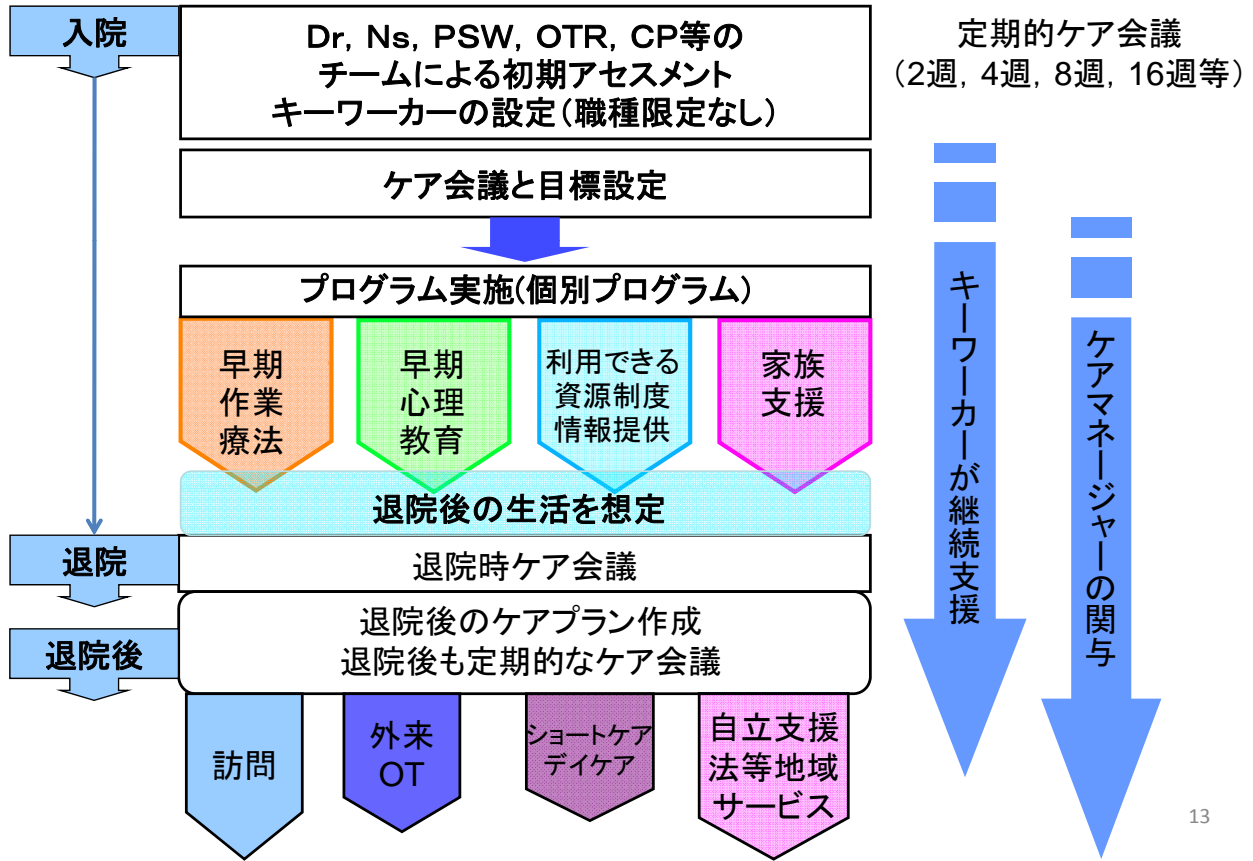


支援体制



13

○共通の方法:使用する評価尺度と評価実施

評価項目	研究開始時	退院時	研究終了時
■ 精神機能	1. GAF	▽	▽
	2. BPRS (統合失調症の場合) ベック抑うつ尺度 (うつの場合)	▽	▽
■ 生活機能	3. 協会版 ケアアセスメント	▽	▽
			※ケア会議ごとに行う
■ 主観的体験	4. 生活チェックリスト (ISDA改変版)	▽	▽
■ 満足度	5. アンケート (本人, 家族, 支援者)		▽

▽ 対象者に行うもの ▲ 対照者に行うもの

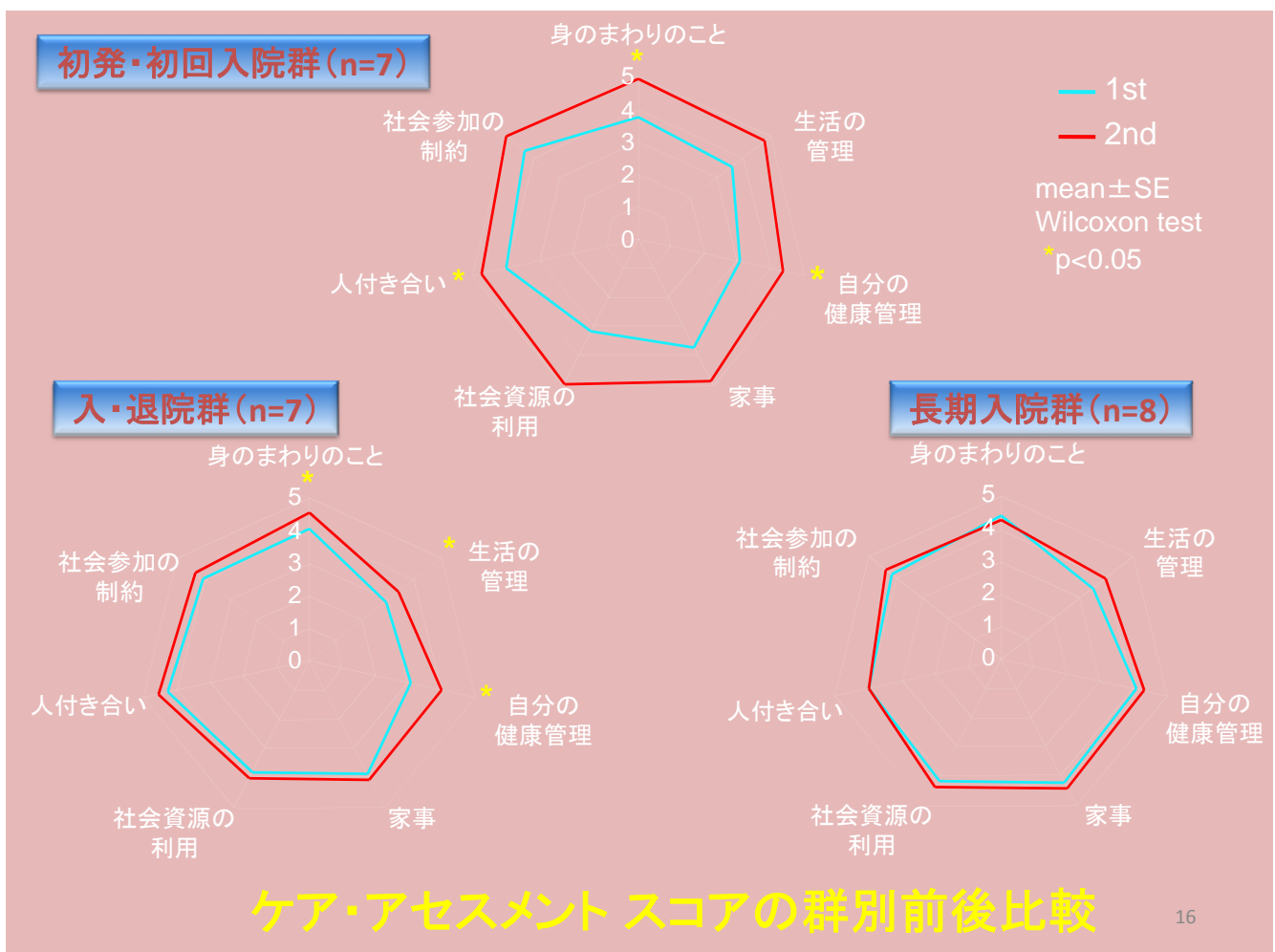
※退院が研究終了時期と近い場合は終了時期に評価を行う

14

三つの研究で得られた共通の結果

1. 多職種チームによるケア会議と、作業療法、心理教育、家族支援、情報提供を含む包括的な退院促進プログラムは、症状改善、生活能力改善、プログラム満足度などより、初発・初回入院群、入退院群、長期入院群のそれぞれに有効
2. BPRS,GAF,ケアアセスメントの変化は、①初発・初回入院群、②入退院群、③長期入院群の順に大きく、初発・初回入院群は症状の改善に伴い、生活能力の改善(+)
3. 入院中より退院後の地域支援イメージを共有することが重要

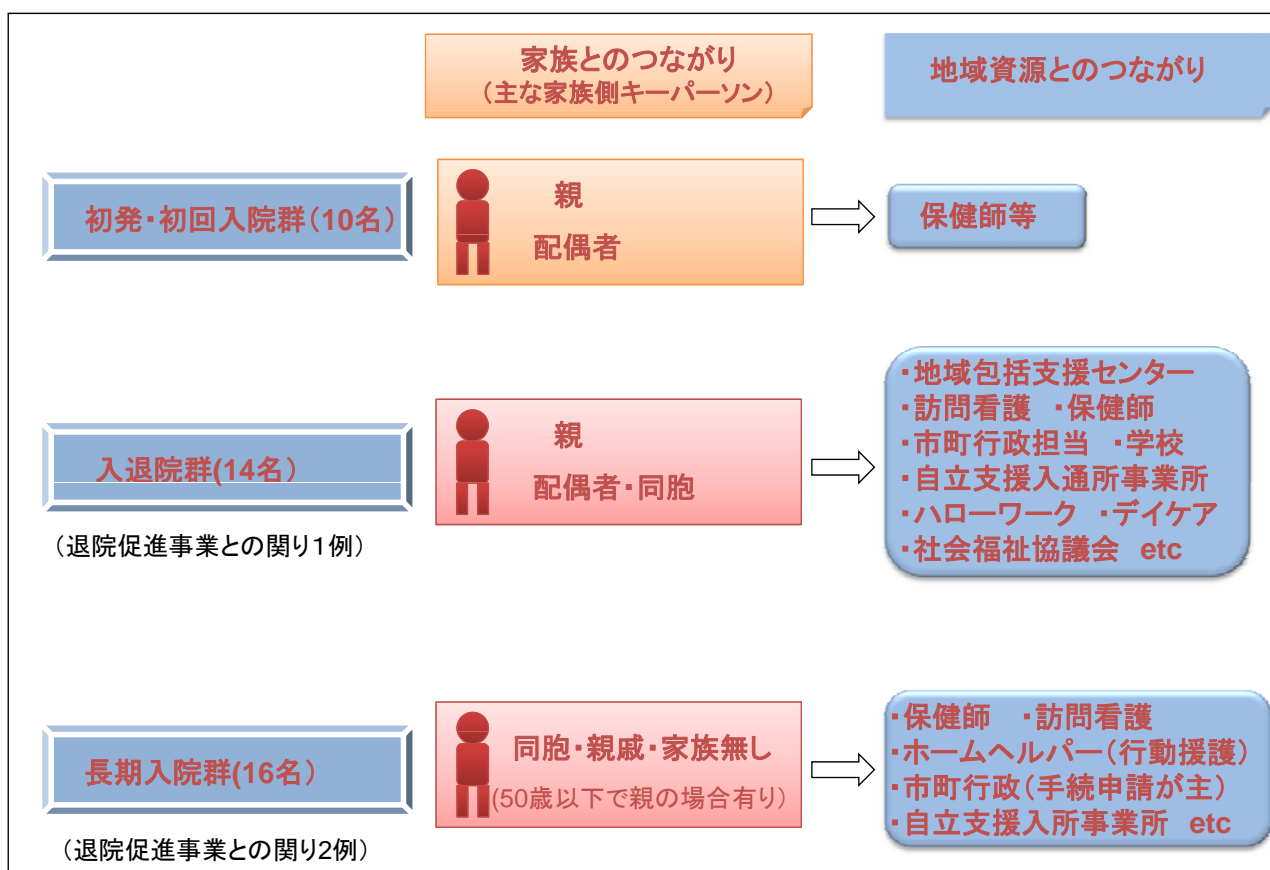
15



16

4. 再発を繰り返してきた事例は、服薬の重要性、家族間調整・支援、地域生活支援の必要性が検討・調整されておらず、地域での支援者も不在の場合が多い。
5. 支援ネットワークを入院中から構築することの重要性と本人・家族を含めたケアプラン作成の必要性がある。
6. 本人・家族が入ったケア会議はエンパワメント体験としても重要。

17

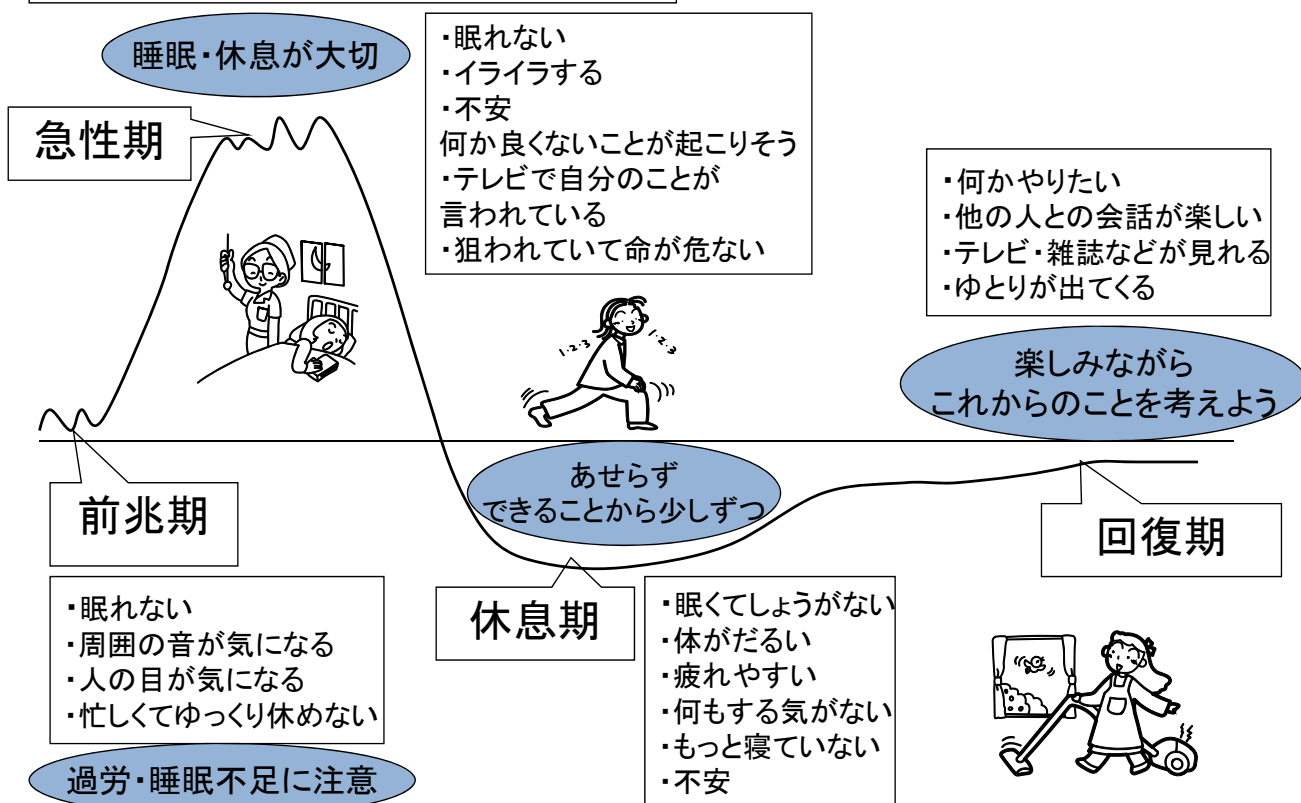


本研究における群分類別の地域へのつながりの傾向

18

急性期における作業療法

病気の回復過程と付き合い方



統合失調症の急性期(前期回復期)の状態像と作業療法の役割

状態像

- 陽性症状(幻覚・妄想),不安・興奮・混迷が残存
- 自律神経症状身体症状(下痢,便秘,頭痛,発熱など)が出現
- 睡眠状態の変化(入眠障害,中途覚醒→過剰睡眠)
- 易刺激性
自己内外の刺激に敏感
- 身体感覚の失調(身体的違和感,曖昧な身体感覚,だるさ,身体バランスの悪さ)
- 疲弊消耗感(疲れやすい,漠然とした疲れ)
- 思考・作業能力障害
- 気分の障害
- 休息能力の低下
- あせり,余裕のなさ

作業療法の役割

- 安心・安全感の提供
 - 不安の軽減
 - 欲求充足と発散
 - 現実感・身体感覚の回復
 - 休息の援助
- ↓
- 自己状態の把握と回復ペースの理解
 - 回復状態の評価とチームへの情報提供

作業
・
体験

早期から生活機能レベルに着目したアプローチ

脳病理の変化を軽くする

21

急性期作業療法の展開

- 刺激量・活動量を処方する.
- 薬物療法の変化を意識する.
- 作業・活動を通して体験した感覚をフィードバックする.
- 当たり前前の日常生活を取り戻す支援.
- 対象者にとって意味ある活動を利用する.
- 対象者が健康なときの「確かなもの」を利用する.
- 作業療法での評価は治療方針に重要な情報であることを意識する.
- 退院後の生活を予測し,地域の支援スタッフに繋げる.
- 退院前訪問を利用する.

入院1年未満で退院を目指す 積極的なリハビリテーション

23

回復期における作業療法の役割

退院後の生活を想定した
具体的な支援

- ・日常生活能力評価と支援
- ・病気や症状の自己管理に向けての支援
- ・就労に向けての準備支援
- ・家族支援
- ・退院前訪問

ケアマネジメントが基盤

(本人・家族、支援者参加のケア会議で支援内容を決めていく)

地域支援者も含むネットワークの構築

24

重度の方への 作業療法の役割

- 残っている力を引き出す機会を提供する。
- 可能な限り、社会との接点を持つ機会を提供する。
- 身体能力の維持・向上を図る。
- 本人と家族との交流の機会を作る。
- 当事者モデルとの交流の機会を作る。

あきらめず、希望を持ち続ける支援

25

どの時期にも作業療法士が 役に立つために

- 急性期での関わりを可能にしていく。
- 個別支援を可能にしていく。
面接・評価，退院支援の具体化，集団にのれない対象者への個別の関わり，
- チームで関与することへの評価
リハビリテーション実施計画書作成，カンファレンス，本人・地域スタッフも入ったケア会議

どの病棟へも配置、チームで支援
地域との連携を必須

26