

第3回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	
平成24年4月25日	資料2

日本作業療法士協会
提出資料

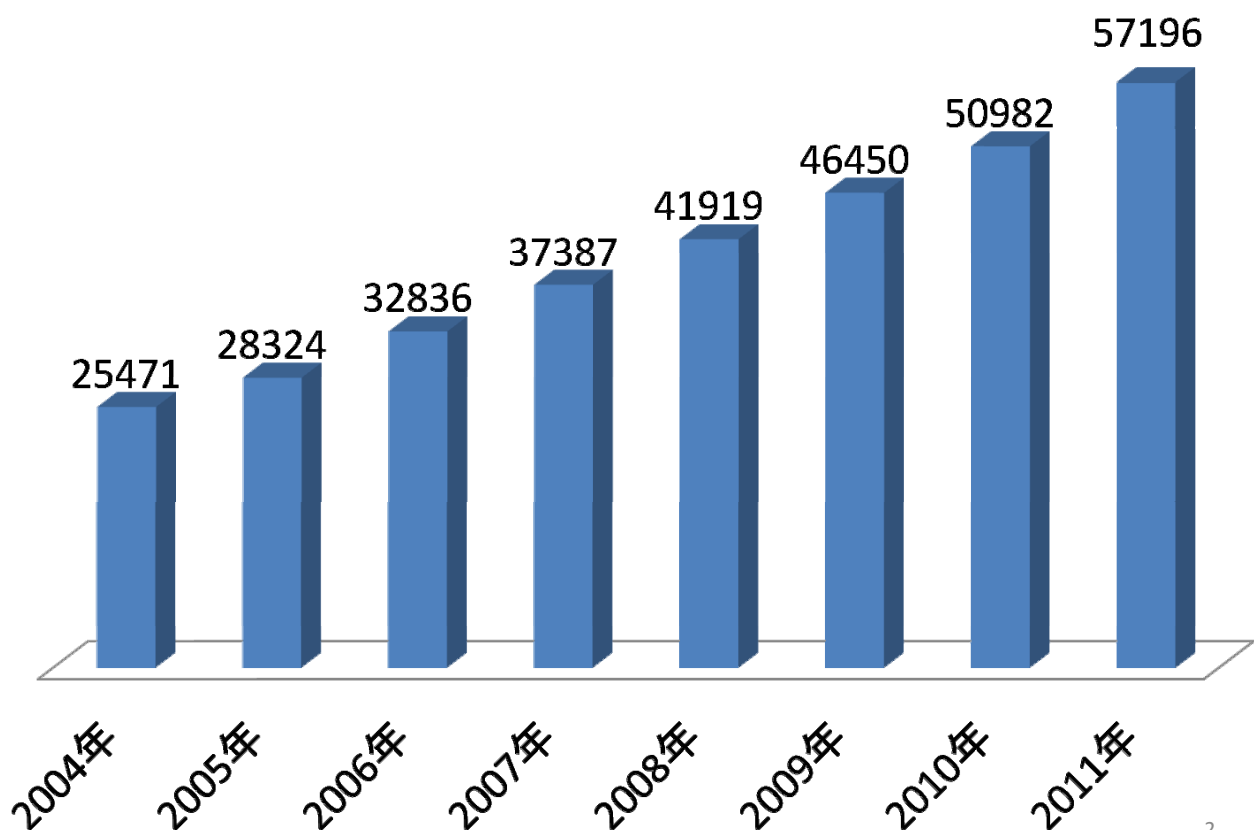
回復過程に沿った作業療法の役割

— 多職種チームで
急性期、回復期、維持期を支援 —

一般社団法人 日本作業療法士協会

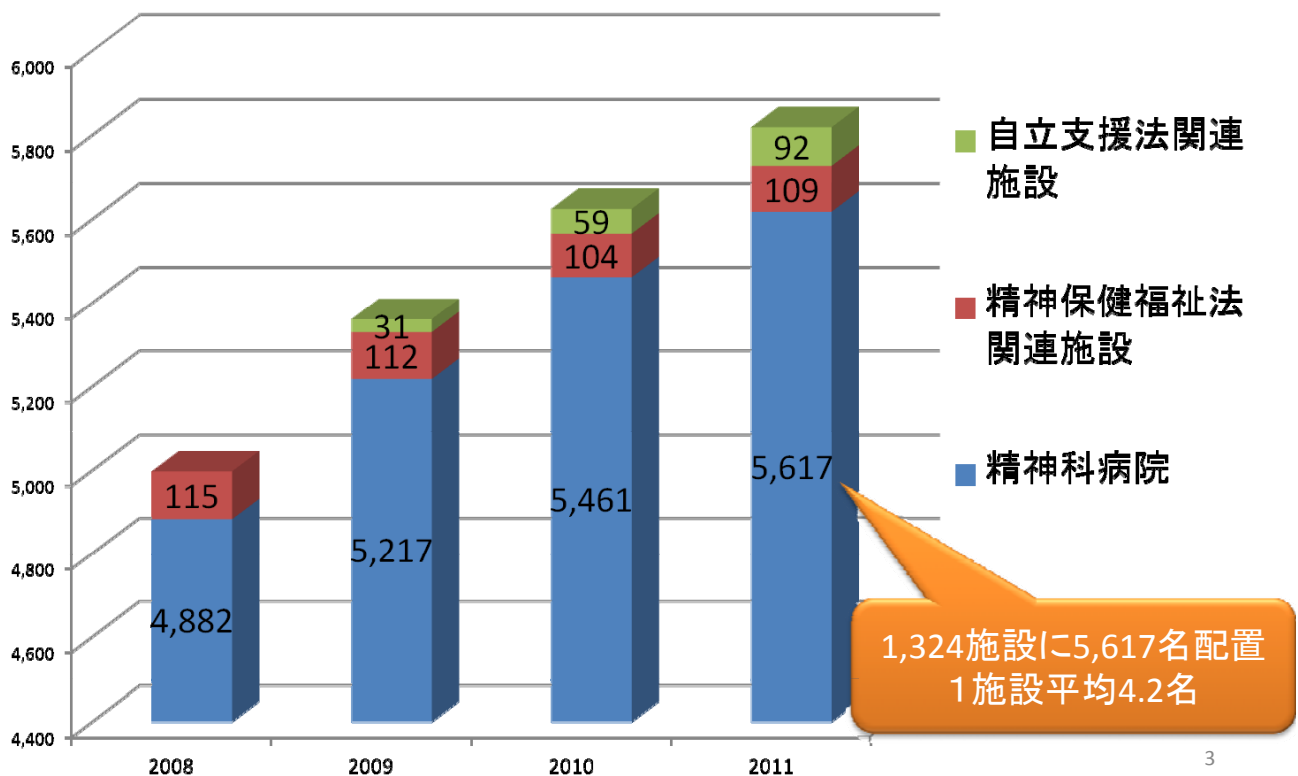
1

作業療法士の推移(有資格者数)



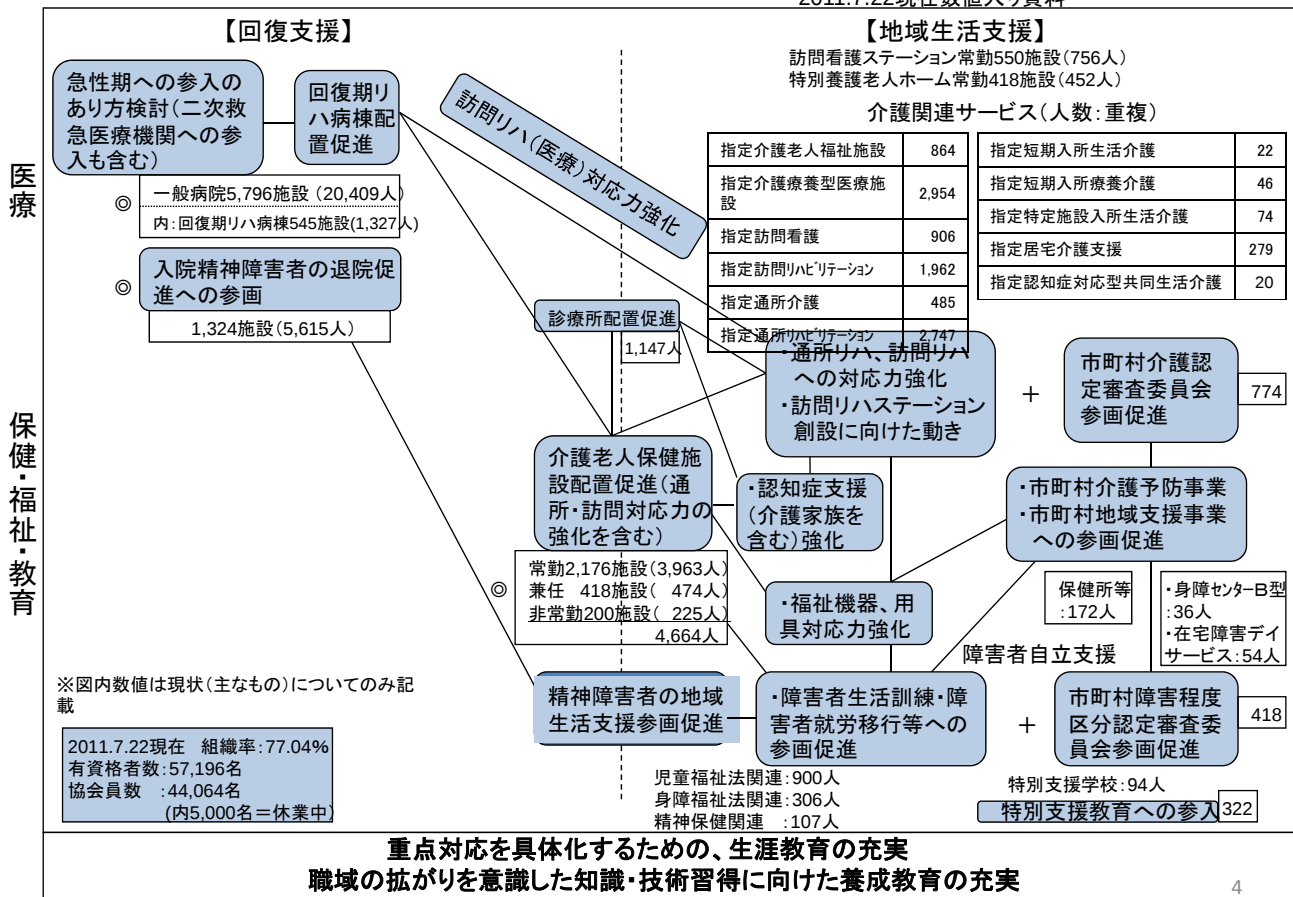
2

精神医療保健福祉領域における 作業療法士配置状況(日本作業療法士協会会員統計より)

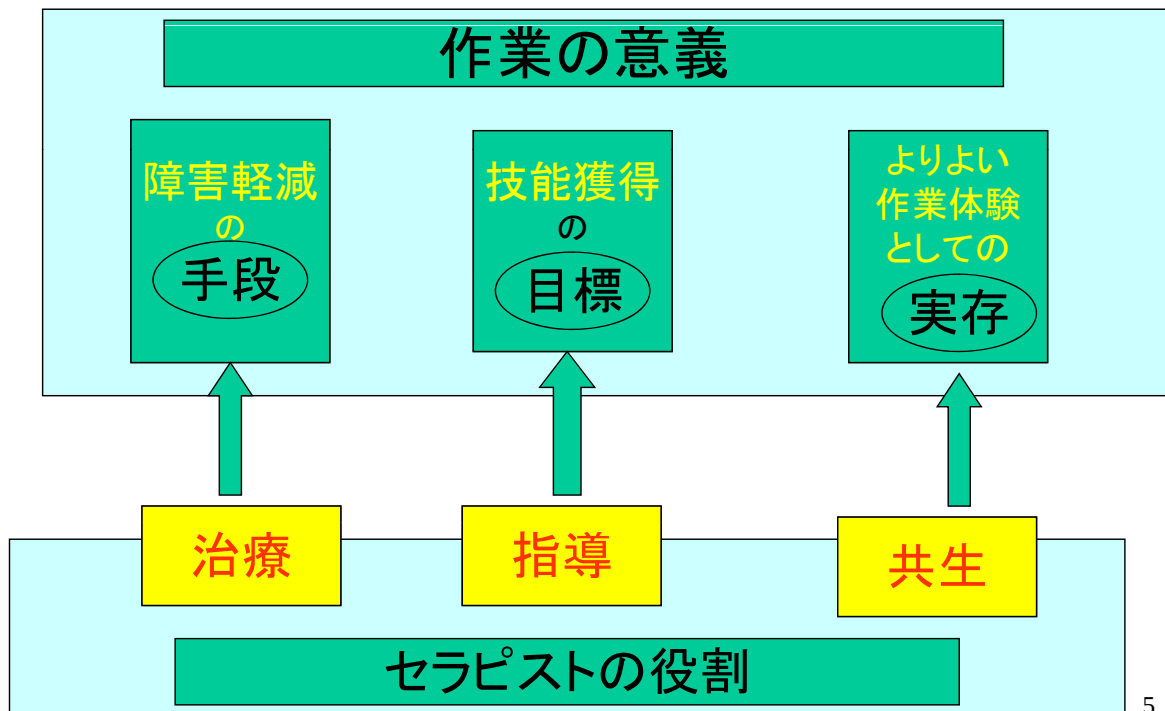


(社)日本作業療法士協会が中期的に対応すべき重点事項(基本的な考え方)

2011.7.22現在数値入り資料

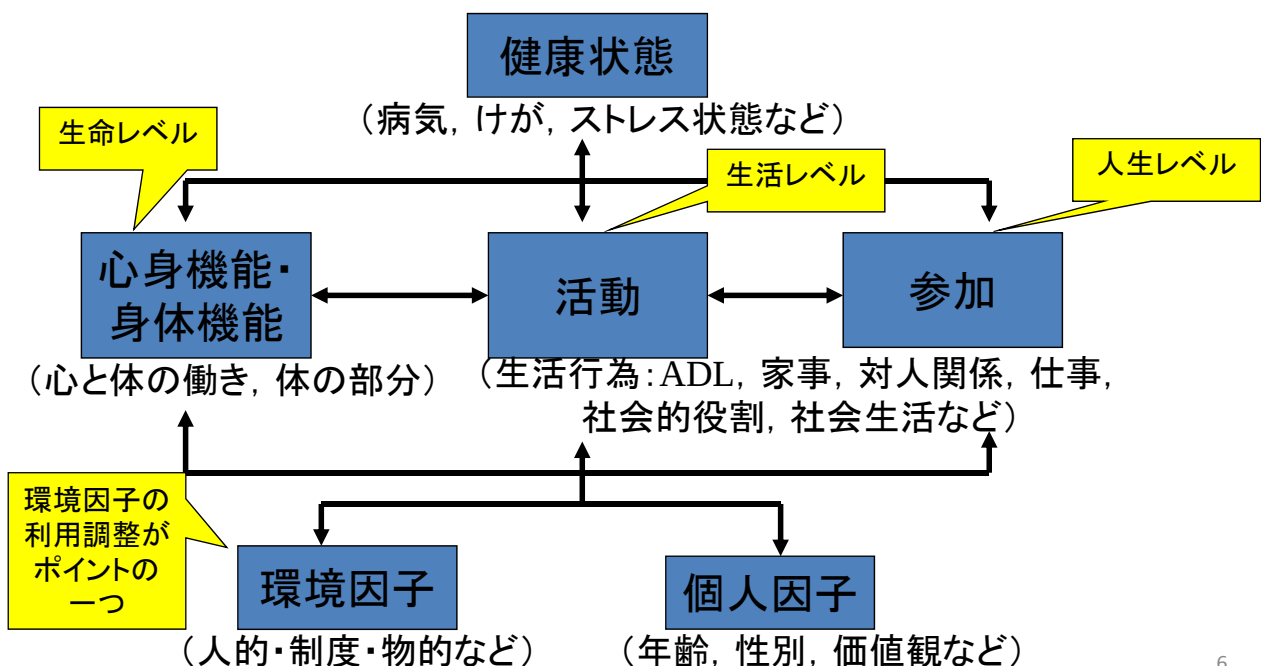


作業療法における作業の意義とセラピストの役割 (2001. 鎌倉)



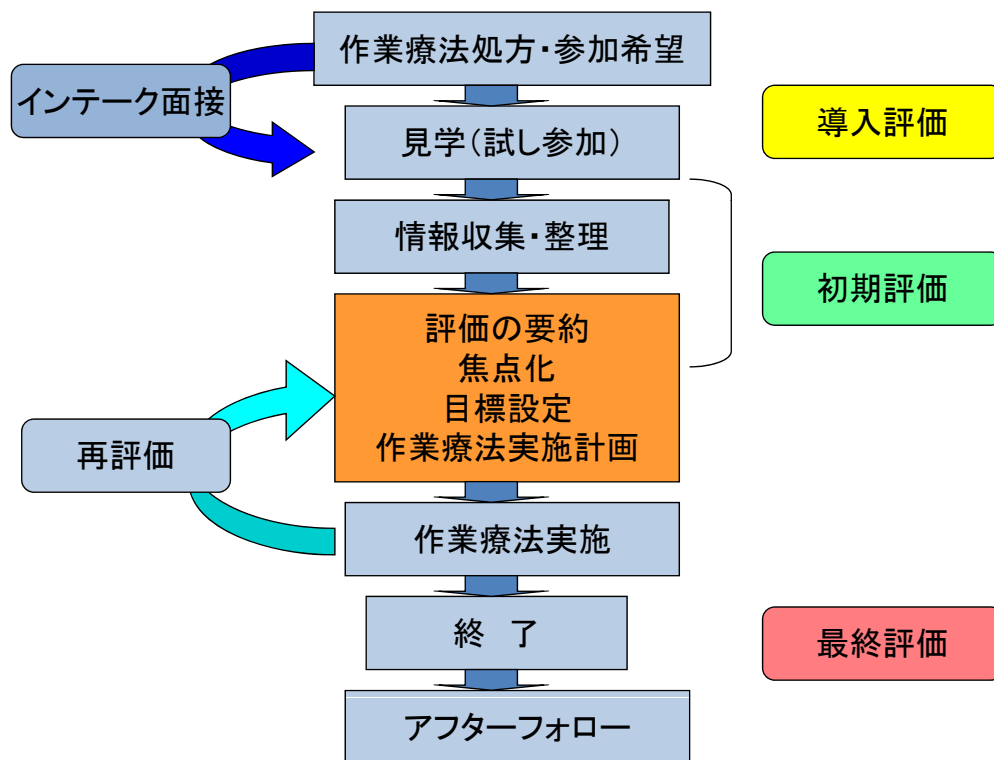
5

ICFの視点で捉える



6

作業療法の基本的な流れ



7

作業療法評価項目の例

これまでどのように生きてきたか

家族構成, 生活歴, 現病歴, 生活史上での重要なできごと, 家庭内・社会での役割

いまどのように生活しているか

精神機能, 身体機能, 身辺処理, 生活管理, 家事行為,
コミュニケーション対人関係, 作業遂行, 移動・社会資源利用

自分をどのように捉えているか

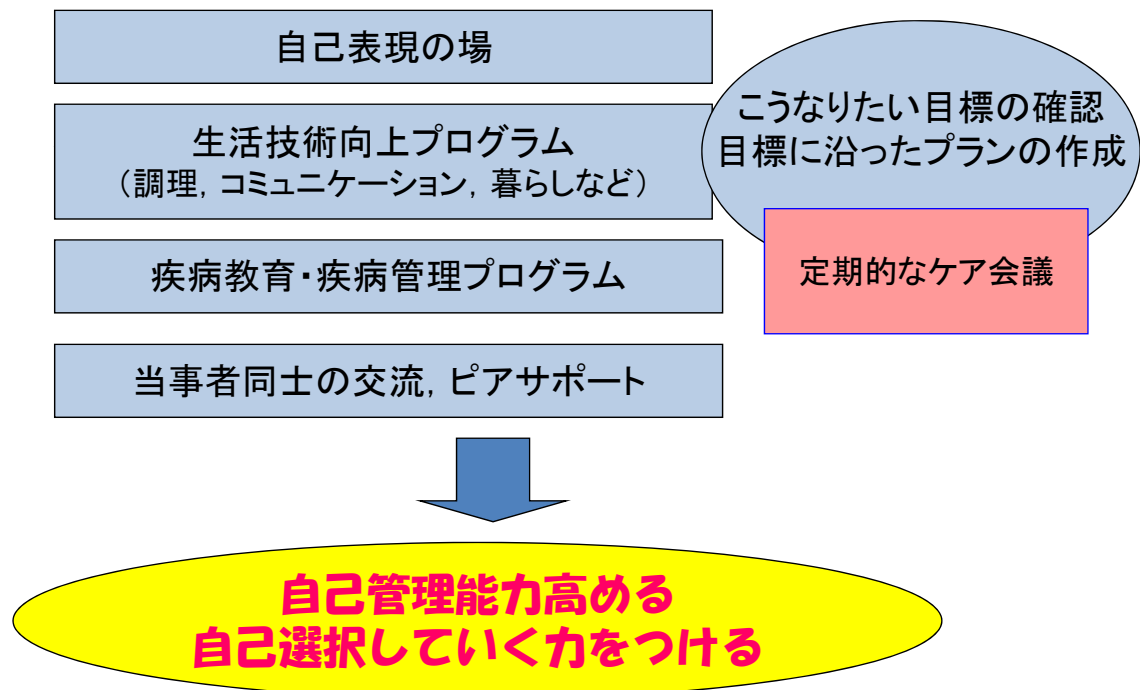
自己能力の現実検討, 自己認知, 病気や障害に対する認識と受容

これからどのような生活をしたいか

本人の希望, 周囲への期待, 予後予測

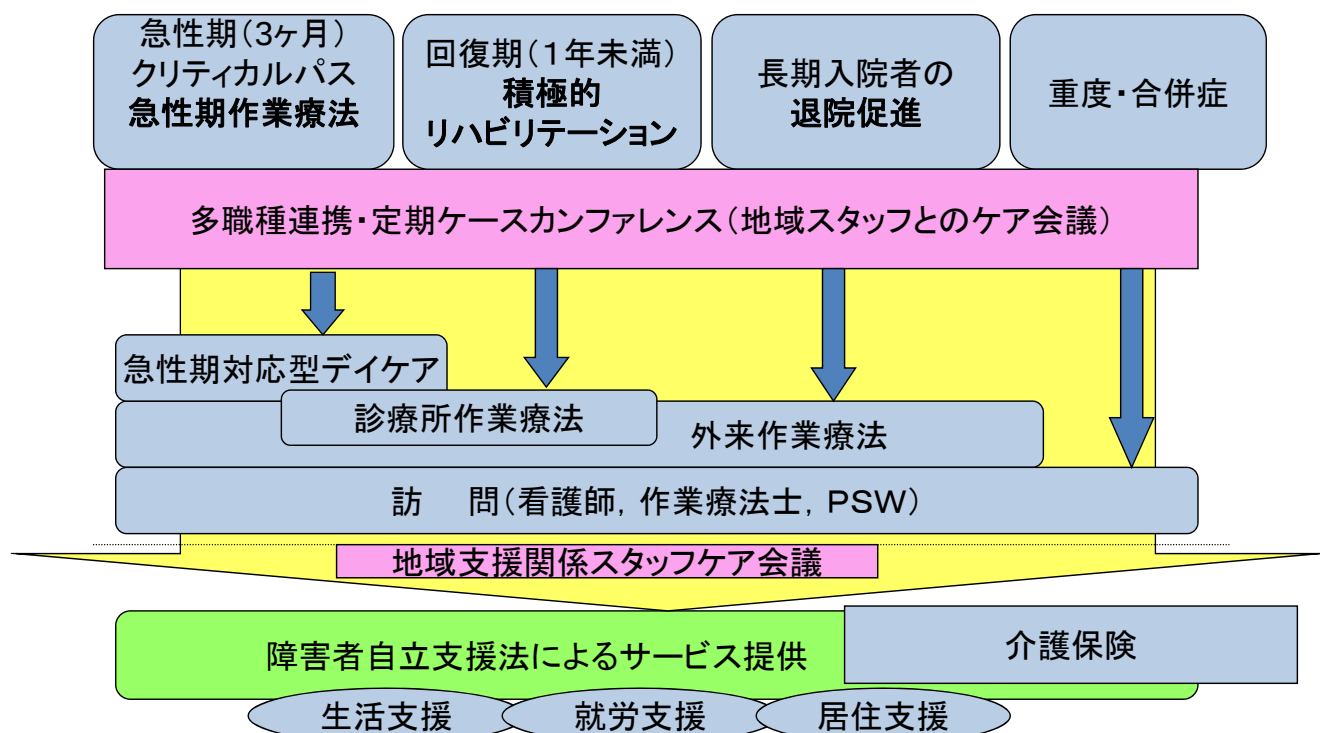
8

作業療法プログラムの組み立て



9

今後の精神医療保健福祉のイメージと作業療法士の役割



10

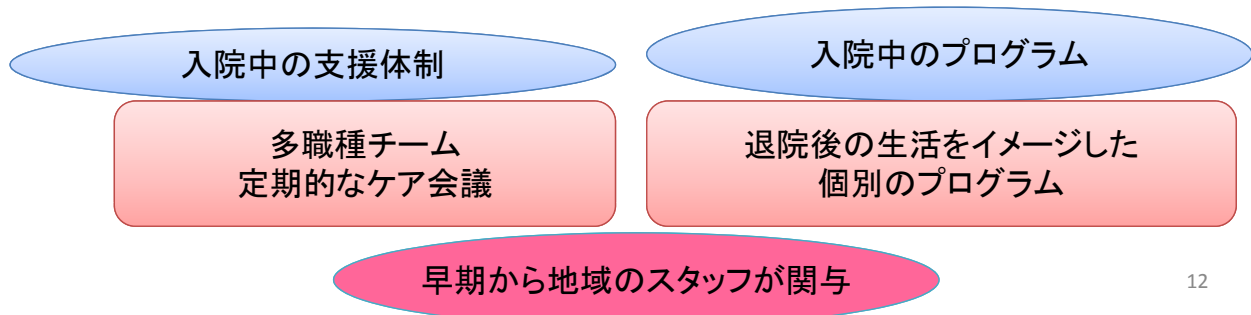
回復過程と作業療法（山根：香山が一部修正）

	急性期		回復期		維持期	終末期
	要安静期	亜急性期	前期	後期		
	1～2週間	～1ヶ月	～3ヶ月	～1年		
OT		早期OT		回復期OT	維持期OT	緩和期OT
入院治療	精神科救急・急性期病棟			回復期 リハ病棟	療養病棟	緩和病棟
	一般精神病棟					
外来治療				ショートケア・デイケア（1～2年）		
				外来OT・訪問OT（必要期間）		
生活支援				社会復帰施設（必要期間）		

11

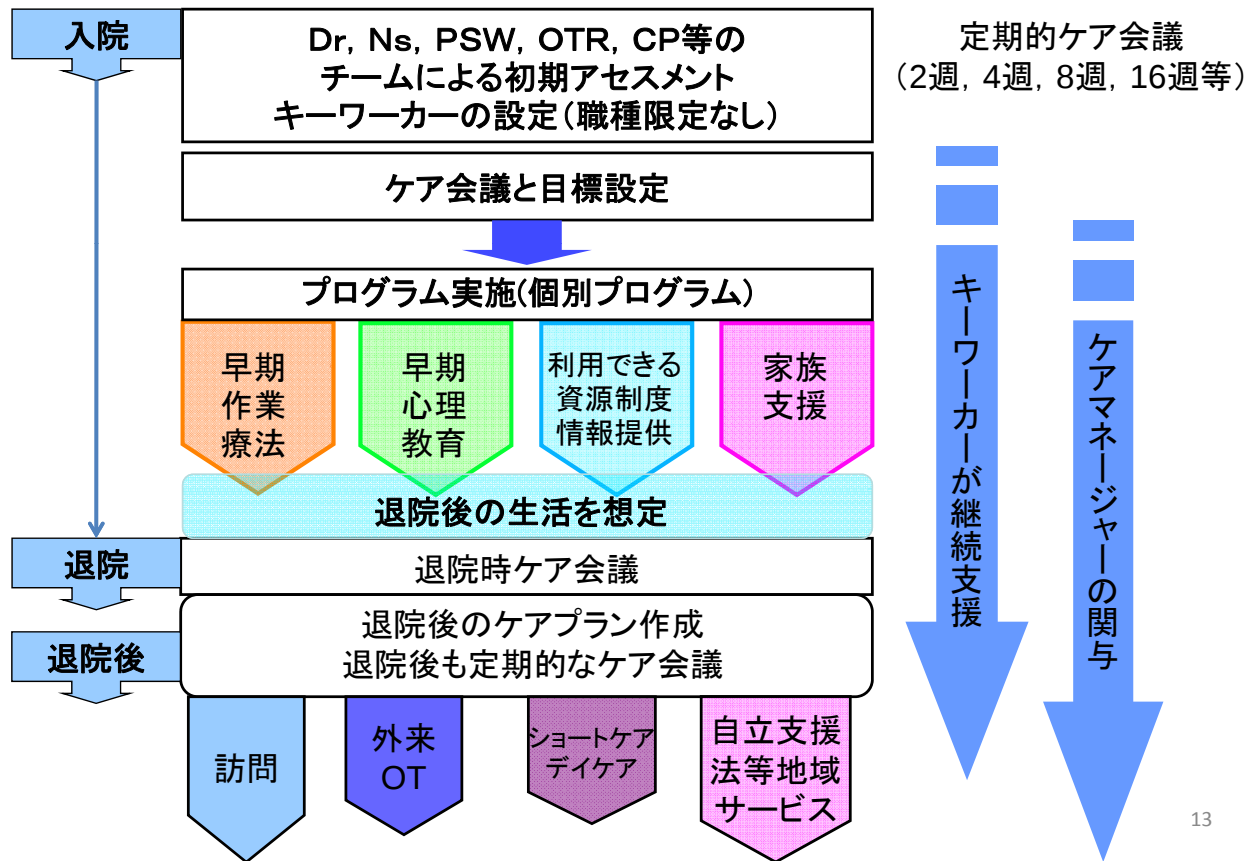
平成19～21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
の経験から

- ・19年度「精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究」
- ・20年度「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」
- ・21年度「精神科デイケア,外来作業療法,訪問看護等医療におけるリハビリテーションにあり方に関する研究」



12

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

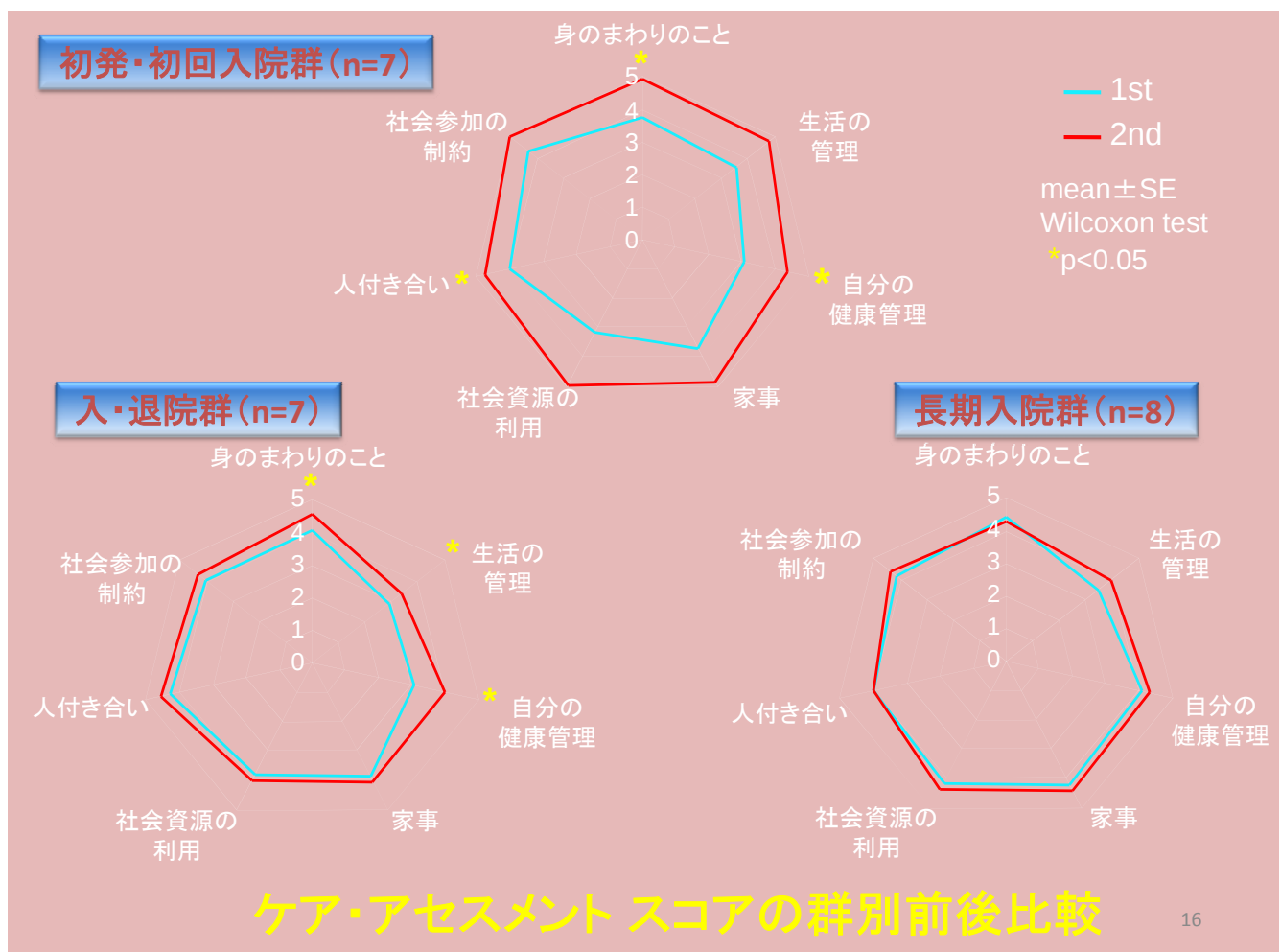
※退院が研究終了時期と近い場合は終了時期に評価を行う

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

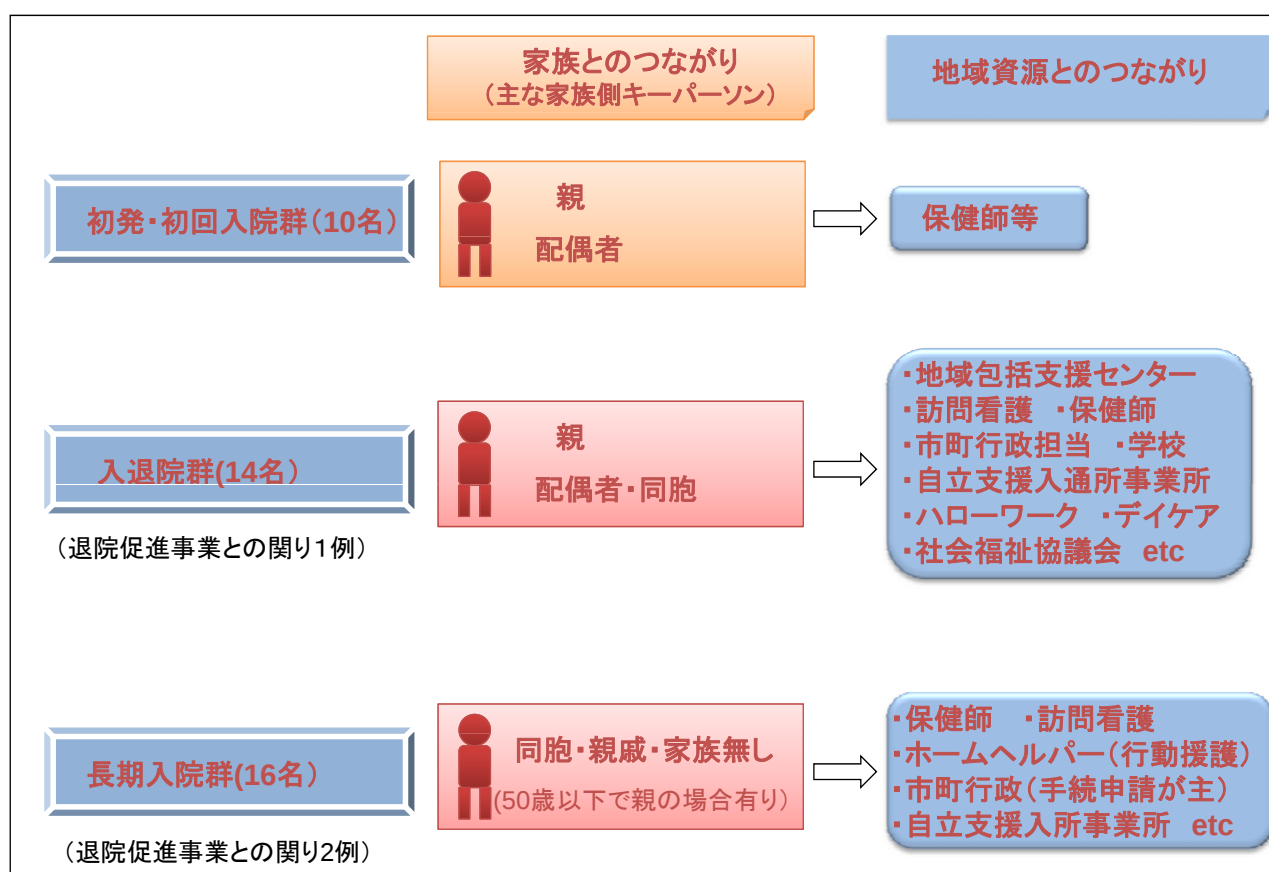
15



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。

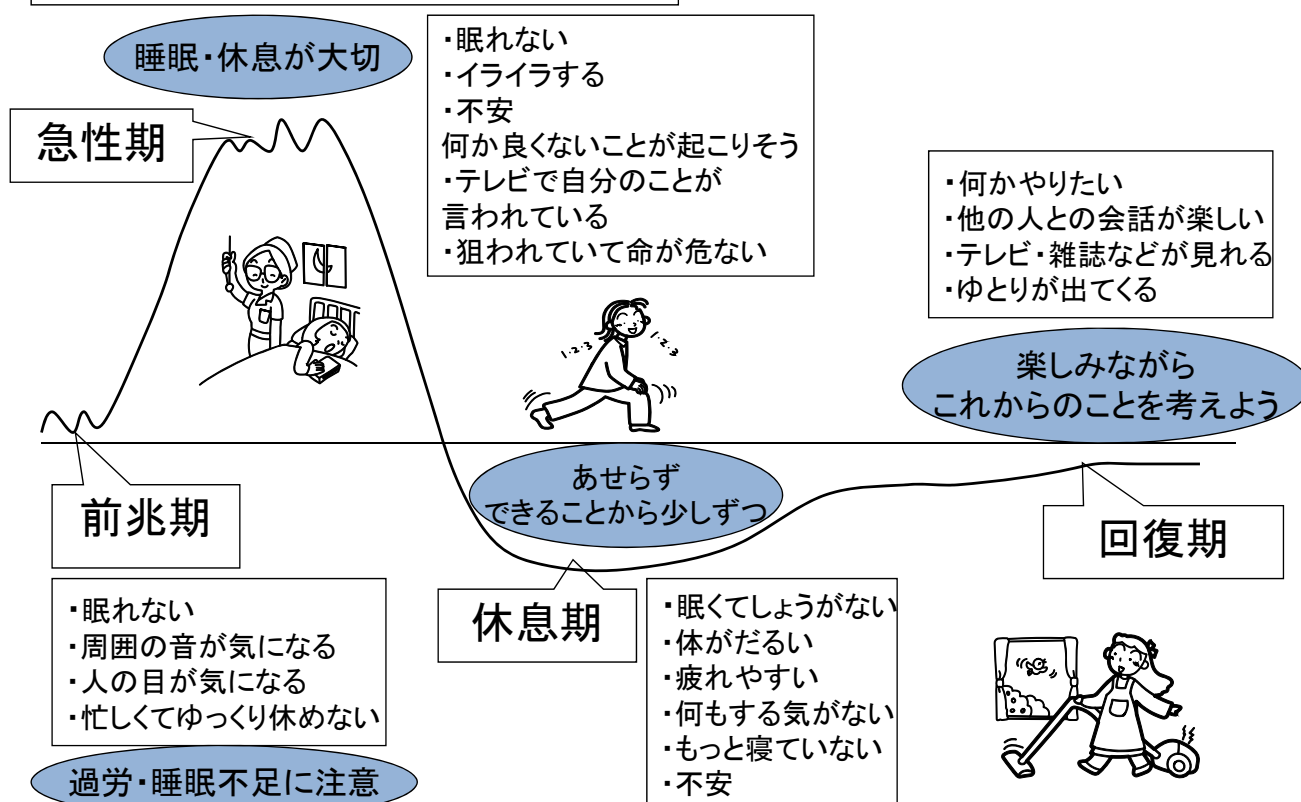
17



急性期における作業療法

19

病気の回復過程と付き合い方



20

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、社会との接点を持てる機会を提供する。
- 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