

臨床活動報告 — 2 —

精神科作業療法室の活動報告2005

—京都大学医学部附属病院精神科神経科における作業療法の現状と課題—

腰原 菊恵*, 山根 寛*, 岩佐 順子**, 竹内 律恵**
菅 佐和子***, 須田 満子**, 林 拓二****

はじめに

2003年5月、京都大学医学部附属病院精神科神経科（以下京大病院精神科）に精神科作業療法室が正式に開設されてから3年半が経過した。3年目になる2005年は、非常勤の作業療法士が増員され、プログラムを増加するなど、活動の幅が広がってきている。

今回は、精神科作業療法室の2005年度の現状を報告し、今後の課題や展開について検討する。

京大病院精神科作業療法室の概要と最近の傾向

1. 精神科作業療法室の人員体制

2005年9月より週30時間雇用の作業療法士が増員され、表1に示すような体制で運営を行っている。常勤作業療法士が1名、30時間雇用の作業療法士1名、精神科の委任経理金による作業療法士助手（看護師）1名、保健学科教員3名、ボランティア2名が関わって

表1 医学部保健学科教員の臨床業務と協力体制

職種	形態	人数	参加頻度
作業療法士	専従有期間雇用	1	5回/週
	専従時間雇用(週30時間)	1	5回/週
	非専従(保健学科教員)	2	1~2回/週
臨床心理士	非専従(保健学科教員)	1	1回/週
	非専従(ボランティア)	1	不定期
作業療法助手	非専従時間雇用(3時間)	1	1回/週

* 京都大学医学部保健学科作業療法学専攻
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53
Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyoto University

** 京都大学医学部附属病院精神科作業療法室
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54
Department of Psychiatry Occupational Therapy, Kyoto University Hospital

*** 京都大学医学部保健学科看護学専攻
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53
Department of the Science of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyoto University

**** 京都大学医学部附属病院精神科神経科
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54
Department of Psychiatry, Kyoto University Hospital

受稿日 2006年9月11日

いる。2006年1月～5月は30時間雇用の作業療法士が一時不在となったが、現在では常時2名体制で運営している。

2. プログラム

2004年¹⁾、2005年²⁾の臨床活動報告にあるプログラムと同様に個別作業療法、個人作業療法、集団作業療法を組み合わせで運営している。個別作業療法は、作業療法士と患者が1対1で行う治療構造で、急性期にありながら、作業を用いることが病状の安定に不可欠であると評価された者や、臨界期で、刺激に過度に敏感であったり、過度に自閉や緊張が高い患者などに対して、少しずつ治療関係を構築しながら導入する場合に用いる。病棟が2005年9月よりマーク式閉鎖病棟（病棟の門扉を患者個々の病態に合わせて開閉）になったこともあり、不安定な状態のまま作業療法の依頼がされることが多くなり、個別作業療法のニーズが高まってきている。

また、個人作業療法は他者と場を共有しながら、個々の状態に応じた活動ができるパラレルな場³⁾を用いたものである。入院早期から症状の安定を図り、早期退院にむけて行われる、活動を用いたりハビリテーションの一形態として、短期入院で回転の早い大学病院で果たす役割は極めて大きい。3年経過する中で場が安定し、様々な疾患や機能の人がいても治療の機能を果たせるようになってきている。

小集団作業療法は、ひとの集まりを利用し、他者との関わりを利用して対人関係技能やコミュニケーション技能などの基本的な社会生活技能を体験するものと、スポーツやストレッチ体操のような基本的な身体機能を維持することを目的にしたものを行ってきた。2006年3月からは、リラクゼーショングループという対象者の身体感覚に働きかけるグループを立ち上げ、午前中は常に病棟でのプログラム提供を行っている。この他にも、作業療法室での個人作業療法を提供している時間帯に、アロマや足浴を利用する小集団作業療法を行っており、様々な活動の特性を生かしたプログラム提供を始めている。

現在のプログラムを表2に示す。

3. 参加人数

2005年度の一平均参加人数は25.8名であり、2004

表2 精神科作業療法プログラム

	月	火	水	木	金
午前	病棟カンファレンス 課題G	パラレル OT (病棟内)	リラクゼーションG	スポーツ・レクG	ストレッチ体操G
		(個別 OT)			
午後	パラレル OT (作業療法室)				
	(個別 OT)				

* 個別 OT は必要に応じて空き時間に実行

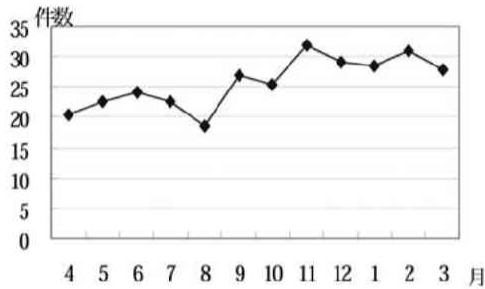


図1 一日平均参加人数

年度の一日平均の17.2名を大きく上回り、一日平均25名を超える月が大半を占めるようになった(図1)。

参加人数が増加した理由としては、作業療法士が常時2名体制になったことと、3年目を迎えそれぞれのプログラムが安定したためと考えられる。参加人数は、曜日によっても変動があるが、多くなるときでは外来患者と入院患者で30名近くになることがある。また、処方登録数は、約70~80件で大きな変動はない。

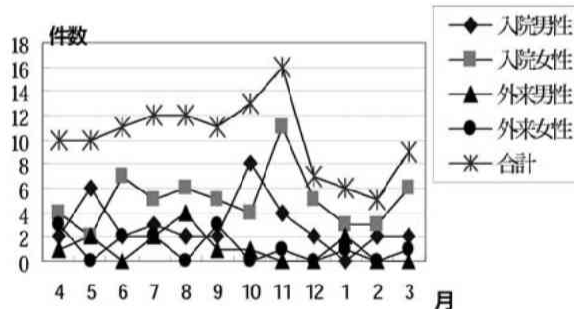


図2 月別処方数

4. 処方患者数

2005年度は、入院女性61名(50%)、入院男性35名(28.6%)、外来女性13名(10.7%)、外来男性13名(10.7%)と122名が処方された。各月ごとの処方数の推移を図2に示す。二人体制であれば毎月約15名ほどの処方が出され、12月からの一人体制で一時減ったものの、毎月平均して約10名ほどの処方が出された。外来患者数の割合が減少し、処方数の約80%を入院患者が占めていることは、2005年度から取り組んでいる早期退院サポートシステムによるデイケアとの連携が影響している。

5. 参加者の年齢層

今年度の実際の件数を図3に示す。参加者は40代の参加者が全体の23.6%と最も多く、次いで20代が23.1%、30代が16.5%となっており、例年と比較すると40代の割合が増加している。40代の増加は、疾患別処方数が2番目に多い感情障害患者や、再発した際に作業療法を利用する患者が増加したことが影響していると思われる。20代が多いことは、児童・思春期外来や摂

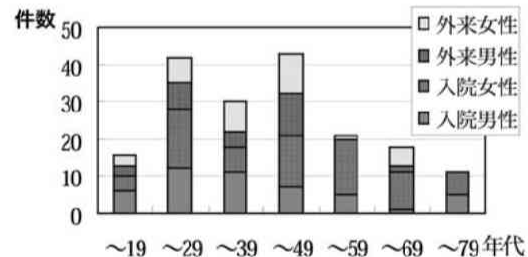


図3 年代別処方累計数

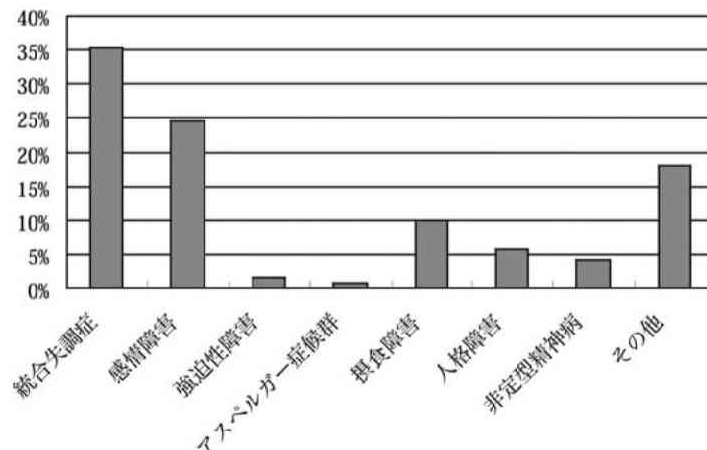


図4 疾患別処方特性

食障害などの専門外来が外来診療で行われていることと、初発の患者群などが大学病院に集まりやすいということが影響していると考えられる。

6. 疾患別処方特性

処方患者の35%が統合失調症、ついで感情障害(25%), 摂食障害(10%), 人格障害(6%), 非定型精神病(4%)となっている(図4)。近年の傾向として統合失調症が減少し、摂食障害、アスペルガー症候群など発達障害圏の疾患、一過性急性精神病などの疾患患者が増えている。その他の疾患が年を追う毎に増加しており、様々な疾患患者が処方される傾向は強くなってきている。

7. 入院から処方までの日数

作業療法に処方が出たうちの約25%の入院患者が、1週間以内に処方が出ている(図5)。また、入院から3週間以内には、過半数の患者に作業療法の処方が出ており、1ヶ月以内に治療が開始され、病状が不安定な時期から、何らかの形で、作業療法士が関わっている。一度作業療法を利用して患者が、再入院した際にすぐに作業療法の処方が出されることも多く、より一層早期から作業療法が導入される傾向がある。

一方で、薬物療法や精神療法など他の治療法で改善が見られないケースの場合は、約2ヶ月ほどして処方が出されることが多いため、約2ヶ月後の処方数が増

えている。

8. 作業療法の利用期間

外来患者と入院患者の作業療法の利用期間を図6に示す。入院患者の28.1%が約1ヶ月以内に利用を終了し、全体の約80%が3ヶ月以内に利用を終了している。2004年度は約50%が1ヶ月以内に終了していたことから、マーク式閉鎖病棟になりより病状の重い人が対象となっていることが示唆される。外来患者の場合は、42.1%が6ヶ月から1年の期間で終了しており、外来患者は早期に退院した分だけ退院後の休息の保障がされる場の必要性があることと、早期に退院した場合は病状安定に約6ヶ月を費やすことが示唆される。

入院患者の場合、できるだけ症状安定を目的としたアプローチが期待されており、外来患者の場合、早期に退院した患者の再燃予防と、急性期離脱後の安心、休息の保障という機能が期待される。

9. 作業療法終了後の転帰

入院患者の作業療法終了後の転帰は、家庭復帰が59.5%と最も高く、次いでデイケア(15.5%), 外来作業療法(13.1%)となっている(図7)。2004年度より家庭復帰する割合が減り、デイケアや外来作業療法につなげる割合が増えており、早期退院サポートシステムを積極的に試みていることが数字からも分かる。

外来患者の場合、入院することで終了となるケース

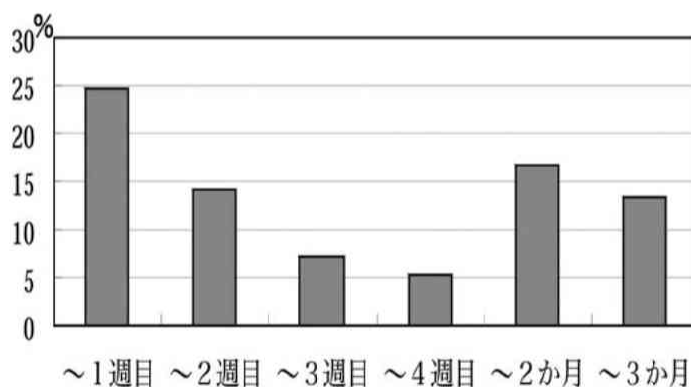


図5 入院から処方までの日数

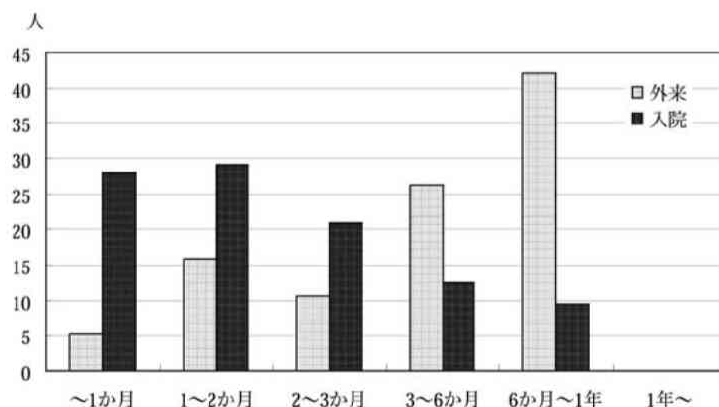


図6 作業療法利用期間

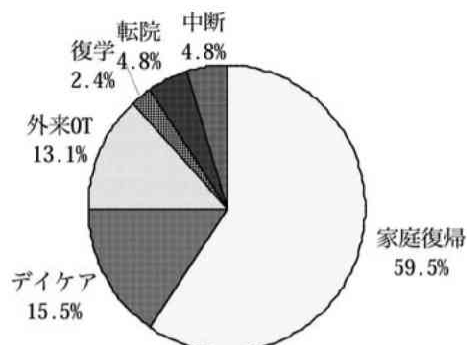


図7 入院患者転帰

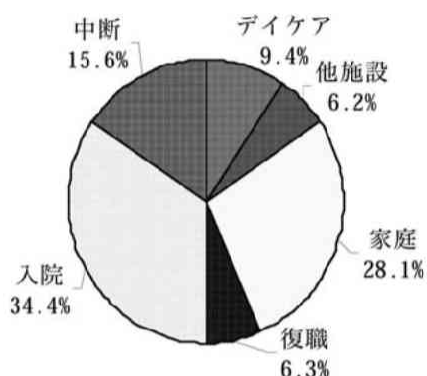


図8 外来患者転帰

が最も高く34.4%であり、次いで家庭生活（28.1%）、中断（15.6%）になっている（図8）。入院することで終了となる割合は年々低くなっており、外来作業療法からデイケアへ移行する人も増加していることから、外来のサポート体制の充実が少しずつ現れ始めてきている。

当面の課題と新たな試み

1. プログラムについて

精神科神経科病棟が2005年9月からマーク式閉鎖病棟になったことで、より早期から働きかけることができるよう病棟プログラムの多様化と個別作業療法の充実を試みてきた。病棟プログラムが充実したことで、今まで作業療法には参加しなかった人が参加するようになったり、病棟から出るには早い人でも少しずつ活動性を上げて様子を見ることができたり、関わりの幅が広がってきている。

昨年度から課題としていた退院する意識を高めるために退院準備を目的としたクロウズグループを立ち上げ数回試みたものの、マンパワー不足、対象者の選択困難などにより一時中断している。急性期の対象者の多い中でスタッフが不足している現状があるため、より機能的に働きかけができるよう今後も検討してい

く必要がある。

2. 早期退院サポートシステムについて

2005年度初めより、精神障害部門のリハビリテーションシステムの見直しを進め、入院患者には早期に関わり、退院後の利用を前提にデイケアプログラムに入院中から試し参加を行うプレデイケアなどを行っている。同時に、デイケアと作業療法の治療構造の違いを生かして対象者に合う場を利用することで、早期退院してもサポートできる体制を試みている。デイケアスタッフと作業療法のスタッフが情報交換を密にすることで、入院中に作業療法を利用し外来と同時にデイケア利用できる人が少しずつ増加している。こうした中で年々外来患者が再入院をして中断になる割合が減っており、多方面からのサポートを充実させることが今後も必要である。

今後について

3年目を迎え、入院患者を中心に早期から関わるようになり、個別作業療法やプログラムの充実を試みてきた。試みによって、利用者が増加し、導入から終了へと流れがスムーズになってきている。こうした流れを確立するためにも、対象者を早期から適切に評価し、対象者に合わせた治療プログラムが提供できるよう作業療法の治療システムの充実を図っていく必要がある。こうしたシステム作りをデイケアと連携をしながら行い、早期退院の促進を目指していきたい。

また、昨年度から課題として挙げていた摂食障害や広汎性発達障害患者に対する治療グループは、人員不足や精神科作業療法システムの整備中などの事情により立ち上げに取りかかれていない現状である。今年度から人員が増え、治療システムも整いつつあるため、今後の課題として取り組んでいきたい。

文 献

- 1) 腰原菊恵, 山根 寛, 岩佐順子, 梶原香里, 菅 佐和子, 加藤典子, 岸 信之, 林 拓二: 精神科作業療法室の活動報告—京都大学医学部附属病院精神科精神科における作業療法の歩み—. 京都大学医学部保健学科紀要, 2004; 1: 57-61
- 2) 岩佐順子, 山根 寛, 腰原菊恵, 山本可奈子, 須田満子, 菅 佐和子, 梶原香里, 岸 信之, 林 拓二: 京都大学医学部附属病院精神科神経科における作業療法の現状と課題 —精神科作業療法室の活動2004—. 京都大学医学部保健学科紀要, 2005; 2: 51-54
- 3) 山根 寛: 場(トボス)を生かす. 山根 寛, 香山明美, 加藤寿宏, 長倉寿子編, ひとと集団・場. 東京: 三輪書店, 2000; 64-77