

特集

家族と共に考える 作業療法

編集担当 朝倉 起己

- 253 ● クライアントではなく家族にアプローチするという発想
— 家族心理教育を例に 稲垣 貴彦, 他
- 256 ● 作業療法と家族 朝倉 起己
- 261 ● 家族支援の実際—精神障害 今別府 学
- 265 ● 高齢者の家族支援
— 家族のこれまでと今, つなぐ想いはこれからに 藤井 孝枝
- 269 ● “いままで生きてきたなかで, いちばんたのしかった!!”
セラピーを通じた家族支援
— 園では優等生, 家では全介助のKさんの事例から 水科 順子
- 274 ● 神経難病患者の家族支援 関谷 宏美
- 278 ● 家族による家族への支援 田崎 輝美

- 280 はじめての患者さん
はじめての頸髄損傷患者！さんから教わっていること 岡本 宏二
- 285 Allen の認知能力障害モデル
Allen 認知レベルのスクリーンの使用方法の紹介 岡村 太郎, 他
- 289 見せます！ OT 室のちょっとしたアイデア
生きる力をつけるための作業療法室 青木 佳子
- 293 未来の作業療法☆設計図
可能性にあふれた “No Role No Life” な社会をつくる
未来デザイン 鎌田 大啓
- 297 責任者はつらいよ, でも楽しいよ
管理職として踏み出せなかった私が, 一歩前進できた転換点 杉本 徹
- 301 甦るヒストリー—再掘作業療法: 私のたどった細道
広い野原へ 浅海 捷司

- 250 らんどまーく
いつまでも若い者で在り続けるため初心不可忘 清水 兼悦
- 306 OT として私が大切にしていること
3つの探求 中村 茂美
- 309 女性 OT ひとりで悩まないで
私が思う「働く女性」—今まで表現してこなかったこと 宇田 薫
- 311 社会の目・OT の目
最近話題の非認知能力ってなに? 宮田 千恵子
- 312 作業療法の場面でまちがいさがし バント大吉
- 314 【3年目編】3年目 OT あゆみちゃんの回復期リハ病棟記
脱力系男子森本くん 吉川 歩

- 巻頭頁 はじまりのことば…川口 淳一 316 インフォメーション
- 目次前 カメラマン川上哲也の見た世界 317 次号予告
- 273 今月の表紙の「ことば」
- 288 既刊案内

クライアントではなく 家族にアプローチするという発想 —家族心理教育を例に

Takahiko INAGAKI Naokazu HANAHARA

稲垣 貴彦*¹, 花原 直和*²

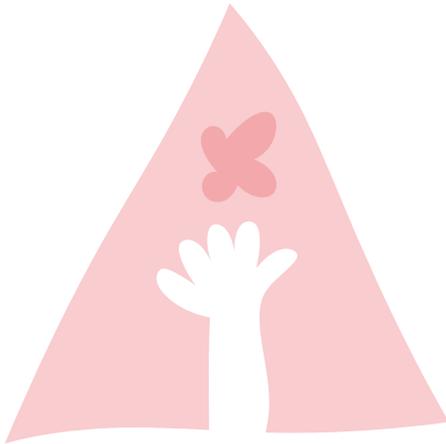
*¹医療法人明和会琵琶湖病院, 滋賀医科大学精神医学講座, 医師

*²医療法人明和会琵琶湖病院, 作業療法士

内容を理解するためのキーワード ● 家族 ● 心理教育 ● 効果

作業療法のポイント

- クライアントと家族は相互に影響を与える。
- 家族にアプローチすることで、作業療法の可能性を拡大できる可能性がある。
- 家族へのアプローチの効果を知る上で、家族心理教育の理解が役立つ。



はじめに

クライアントが、作業ができることを通してよりよい作業的存在になることが作業療法の目的である¹⁾。

障害を抱えたクライアントの影響は家族におよび、家族の反応によってクライアントが影響される。クライアントと家族が相互に影響を与える状況の中で、クライアントがよりよい作業的存在になるために、家族にアプローチすることで間接的にクライアントが作業療法的効果を得るという発想がありうる。

本稿では、家族に対してアプローチすることで本人の予後を高める「家族心理教育」という技術を紹介し、作業療法の可能性の拡大に寄与できることを願う。

クライアントの障害と家族は相互に影響する

クライアントが精神障害やエイズなどの受容しにくい問題をもった時、家族はどのように感じるであろうか。ショックや不安、喪失感に苛まれる

作業療法と家族

Tatsumi ASAKURA

朝倉 起己

● 共和病院, 作業療法士

内容を理解するためのキーワード ● 家族 ● ICF ● 家族支援の意義

作業療法のポイント

- 家族も作業療法の対象となる。
- 環境因子としては家族を理解する。
- 家族を支援することが当事者を支援することにつながる。

家族は作業療法の対象か？

日々、作業療法を実践している中で対象者（患者）の家族に関わることはどの程度あるだろうか。身体障害領域・発達障害領域・高齢者領域・精神障害領域などのそれぞれで違いはあるだろうが、筆者は精神科病院にて病棟での精神科作業療法と外来の精神科デイケアをそれぞれ10年程度携わる中で、病棟での精神科作業療法の際では患者の家族への関わりはほとんどなかった。精神科デイケアでは患者の状況を直接家族に伝える機会（家庭訪問、家族教室、出欠の電話連絡など）が幾度かあり、また近年は訪問看護（訪問リハ）や地域ケア会議などに作業療法士も参画するようになり患者の家族に会う機会は以前よりは増えていると思うが、家族への支援はどちらかという医師や看護師・ソーシャルワーカーなどが担っている（任せている）ことが多い。

そもそも作業療法の対象に家族は入っているのだろうか。1965年6月に制定された理学療法士および作業療法士法の定義では「身体または精神に障害のある者」と対象が明記され、作業療法の対象はいわゆる障害当事者であり家族はその対象に入っていないと解釈できる。2018年5月に日本作業療法士協会が改定した作業療法の新定義では、

家族支援の実際

—精神障害

Manabu IMABEPPU

今別府 学

●医療法人真生会 八事病院, 作業療法士

内容を理解するためのキーワード ●精神障害 ●患者家族 ●家族心理教育

家族と共に考える作業療法

作業療法のポイント

- 家族は患者に向けられる社会的な偏見に加え、患者の対応で家族自身の生活にゆとりがなくなり、また対応方法について正しいのか否かについて悩み、孤立していることが多い。
- 患者の最も近い支援者である家族をエンパワメントすることで、患者にも好影響をもたらすことが大きく期待される。

精神障害領域における 家族支援の実際

本稿を執筆するにあたり、筆者と同様に精神科病院に勤務する知り合いの作業療法士（以下、OTR）数名に、日頃の臨床で家族との接点はどれくらいあるのかについて聞いてみた。家族教室などを担当している OTR はある程度の接点があるものの、全体的には家族との接点は多いとは言いがたく、家族と関わり、ましてや支援的に接する機会はほとんどないという返答が多く、各施設の治療体制によるところも大きい。精神科病院に勤める OTR は、そもそも患者家族との接点自体が乏しいのではないかと思えた。

当院では 2011 年頃より家族心理教育プログラム（以下、プログラム）を開始したが、それに先駆け院内において各職種からなる家族心理教育委員会を立ち上げ、委員の多くは心理教育・家族教室ネットワークが行う標準版家族心理教育研修会を受講した。筆者も立ち上げ当初から携わり、現在もプログラムを運営している。標準版家族心理教育研修会で講師を担う家族心理教育インストラ



高齢者の家族支援 —家族のこれまでと今、 つなぐ想いはこれからに

Takae FUJII

藤井 孝枝

●アガスティアーナースリハビリセンター、現赤穂市地域包括支援センター、作業療法士

内容を理解するためのキーワード ●高齢者家族 ●訪問作業療法 ●関係性を築く

作業療法のポイント

- 家族の歴史を知ること。
- 家族のなかでの対象者の役割と関係性を理解すること。
- 家族が互いに思いあい、自分たちで歩みを進めていけるように支援すること。



はじめに

ひとは、関わることで、それぞれに役割が生まれる。生まれた時から、関わる家族の中では、父親、母親、息子、娘、孫といった関係がすでにあり、それぞれに役割がある。子どもの成長や、年を重ねることで、それぞれの役割が次の世代へ移っていく変化は、どの家族にもあるのではないだろうか。

そんな中、ある日突然、起こってしまったケガや病気により、今までできていたことが思うようにできなくなり、それぞれの役割機能が、崩壊しかける。

私に関わってきた訪問作業療法の世界は、その崩壊したかにみえる時期に、家族の暮らす家にお邪魔するところから始まり、家族と共に新しい歩みを始める世界である。今回、私が出会った家族を通じて、高齢者の家族支援について述べたいと思う。

事例

A氏：78歳、男性、要介護度4。

肺炎により入院中、全介助の状態であるが、暴

“いままで生きてきたなかで、いちばんたのしかった!!” セラピーを通じた家族支援—園では優等生、家では全介助のKさんの事例から

Junko MIZUSHINA

水科 順子

●東部地域療育センター ぼけっと、作業療法士

内容を理解するためのキーワード ●家族支援 ●面接 ●主訴と問題点の整理

作業療法のポイント

- 面接を通し、家族のさまざまな葛藤を受けとめ、困りごと=主訴だけでなく、願いを引き出していく。
- 主訴を解釈していくためには、セラピーを通し治療の核となる問題点の整理を行っていくことが大切である。



はじめに

筆者は、地域の療育センター（以下、センター）にある診療所で、乳幼児期の子どもに対して外来で個別の作業療法を行っている。対象児の主訴は、その家族や関係する大人から発信されるものがほとんどであり、子ども自身が自分の困り度を主訴として訴えてくることは少ない。また、センターでは常に家族が同席されているが、筆者は、家族に向けて何か特別な支援をしているという意識はあまりない。筆者の作業療法の軸は子どもとのセラピーにあり、その結果、子どもに変化が起きれば、家族も変わっていくものだと考えている。本稿では、Kさん親子の事例を通して、筆者がこれまで小児・発達領域の作業療法士として、心がけてきたことを述べる。

家族の疲弊が見過ごされてしまうほどのギャップ

Kさん（当時幼稚園年少）は、健診でも幼稚園

神経難病患者の家族支援

Hiromi SEKIYA

関谷 宏美

●医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院 リハビリテーション部, 作業療法士

内容を理解するためのキーワード ●「危機」の克服 ●コミュニケーション ●人生会議

作業療法のポイント

- 神経難病患者の家族支援は、進行に伴う機能低下に対し、包括的な支援でその人らしさを引き出し、生きていく「希望」を与え、家族と共に「危機」を克服していく。
- 神経難病患者のコミュニケーション障害には、伝える手段の技術支援のみでなく、誰に何を伝えたいのか、患者にとってのコミュニケーションの意義を把握することが重要。
- 神経難病患者と家族の生活に寄り添うことは、「死を覚悟する」プロセスに参加することになるため、作業療法士としての「死生観」を持つ必要がある。

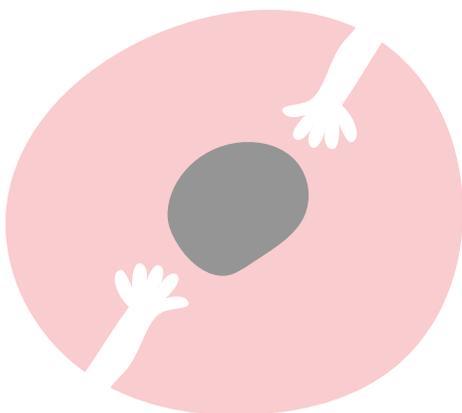
進行性神経難病患者にとっての家族の存在

神経難病という病気は、「原因不明」「進行」「治療がない」「難病という言葉のイメージ」などから、告知を受けた時の衝撃が大きい病気である。また、次第に身体が自由が奪われ寝たきり状態で介護を受けることとなり、家族に負担をかけることを連想する。「この病気になった自分の苦痛より、家族の重荷になることのほうが耐えられません」。人工呼吸器装着の選択が迫られた際に、このような意向を聞くことがしばしばある。神経難病の患者にとって「家族」の存在は、「生き方の選択」に大きな影響を与えるものなのだと思う。

今回は、筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）の患者とその家族に寄り添うことで学んだ、作業療法士としての家族支援の意義についてまとめる。

進行性神経難病という「危機」の克服

多くの作業療法士は、re（再び）+habilis（適し



家族による家族への支援

Terumi TASAKI

田崎 輝美

●デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者家族

内容を理解するためのキーワード ● 客観的視点 ● それぞれの主体性

作業療法のポイント

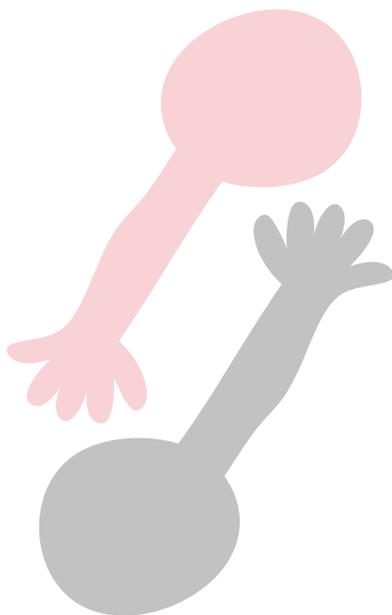
- 家族だからこそできないこともある。
- 第三者の必要性和家族と言う当事者としての軸づくり。
- 作業療法士に期待する3つの“間”（ま）づくり。

患者本人の“自分”づくり

わが家の次男がデュシェンヌ型筋ジストロフィーと診断された3歳から15年間リハビリ（以下、リハ）は生活の一部となっている。高校の進路を考えるようになった頃に、作業療法のリハも始めることになった。当初「作業療法」は、何をやるものなのかピンときていなかったのが正直なところだ。しかし、生活における行為すべてが作業なのだとして理解した時から、作業療法の時間は、私たち親子にとって生活のよろず相談となった。

特に息子が普通高校に進学したいと決断してから、義務教育時とは違う環境の中、支援員なしの自立した学校生活をどのように送るかを検討するために、毎回多くのアドバイスをいただいた。移動とトイレが最大の問題であり、PTの方との車椅子の検討、OTの方とトイレの自立を検討し、わが家では朝の排便を習慣化させ生活のリズムを整えることなどに取り組んだ。高校3年間で皆勤賞で送ることができたのは、この時関わってくださった方々のお陰だと強く感じている。

というのも、息子の中学時代は病気の進行が進み、友達と自分を比較し、暴言を吐いたり、登校も渋ったりする状況だった。そんな時、通院の際にリハスタッフからかけられた言葉や治療に参加



はじめての患者さん

2

はじめての頸髄損傷患者
Iさんから教わっていること

岡本 宏二

一般社団法人 ふくしまをリハビリで元気にする会

地域ケアが叫ばれている今日、障害が重度で1人暮らしだとしても、介護保険サービスや福祉制度を使い在宅復帰する方策は充実してきている。しかし、ここでお話する30数年前のその当時は、1人暮らしで家族の協力もなく、ADL全介助で在宅生活を送ることが難しいと思われていた頃のことである。ちなみに、介護保険ができる10年以上前のことであり、介護などという言葉も定かではなかった（あの頃は介護という言葉はまだなく、介助するとか、面倒を見るとか、下の世話をするとか言っていた）。加えて、私は駆け出しの2年目であり、作業療法士になり初めて脊髄損傷患者さんを受け持った時の思い出となる。

患者さんはIさんといい、年齢は当時30歳中盤で独身（私は当時20歳後半、同じく独身）。

ここで、Iさんの障害と、受けた状況、背景を少しだけ紹介する。Iさんは、頸部脊髄を損傷し

て、全身が強い痙性に支配されていた。運動はもちろん、感覚が頸部から下はまったくない（ストーブで足が焦げても臭いで気づくレベル）のに、痙性が誘発されると自分の身体の得体の知れない苦しさだけは、自律神経系の関係のようで強く感じ取れるようであった。また、例えば室温が下がれば体温も同じく下がってしまうようになってしまっていた。便秘、発汗異常、血圧変動が激しく、そのような内臓感覚などの異常は苦しみとして感じるようで、1日の中で何十回も「助けてください〜い！助けてください〜い！」と叫ぶように、ある時はすすり泣くように訴えている毎日が続いていた。自動車の自損事故だった。救急車で運ばれた時は気管切開をするレベルで、命を失いかねない重症であった。

Iさんは、プレイボーイだったようである。また、結婚されずに家族との縁も薄く、天涯孤独

Allen の認知能力障害モデル

Allen 認知レベルのスクリーンの使用方法の紹介

岡村 太郎

千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻

松尾 真輔

千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻

I. はじめに

Allen の認知能力障害モデルでの主な評価は ACLS-5, RTI-E, CPT, ADM-2 から成り立っていることは、前回述べた。今回は、Allen の認知能力障害モデルでの主な評価について詳しく述べてい

II. 認知能力障害モデルの評価方法について

1. ACLS-5 について (付表 1)

認知能力障害モデルの評価では、スクリーニングとして革細工のレーシングの作業を実施する。実際の革細工のレーシングによる評価なので作業療法の導入が容易である。アレンの認知レベル判定は、スクリーニングとしてまず ACLS-5 で行う。

1) ACLS-5 の用具の準備 (図 1)

スクリーニングには ACLS-5 (約 9.5×12.0 cm) の楕円形状の革細工用の革を用いる。視力や運動機能に問題がある場合、大きい LACL (約 14.5×18 cm) を使用する。

ACLS-5 は蠟引きの麻糸 38 cm (15") を用い、後尾に結び目をつけて通しておく。レーシングの皮レース 76 cm (30") を 2 本用意し、レースをねじ込みタイプの針 (商品名 Perma-Lok 針) にセットする。それぞれ図 1 のように準備しておく。穴の間隔や大きさの規程はない (図 1 は直径 3 mm で間隔は 3 mm 程度)。

2) ACLS-5 の評価の方法

Allen の遂行モードはスコアで表記されている。3 種類の革細工のレーシング課題よりスコア 3.0～5.8 まで判定できる。

評価はマニュアルに沿って¹⁾指示を与え、観察により評価する。

第 1 課題の遂行基準は「対象者が穴をとばさずに正しいランニング・ステッチを 3 回遂行する」

見せます！ OT室の ちよつとした アイデア

3

生きる力を つけるための 作業療法室

青木 佳子

(多摩丘陵病院作業療法科, 作業療法士)

はじめに：作業療法室の成り立ち

当院、多摩丘陵病院は東京都町田市に所在する316床の一般病院である。1982（昭和57）年5月に開院し、身障分野におけるリハビリテーション（以下、リハ）が翌年に開設された。1988（昭和63）年3月には病棟新設に伴い、リハビリテーション室が拡張され、現在の作業療法室に至る。開院後、一般病棟・療養病棟が主体であった当院も2000（平成12）年に回復期病棟を新設し、その後は地域包括ケア病棟、通所リハビリの開設をし、地域に根差した医療の提供を核にリハビリテーションの拡充を図っていった。現在の作業療法室になり、約30年が経過する中で診療報酬改定などの時代の変化に伴い、疾患別リハビリテーション個別リハの算定や早期リハビリテーションの提供体制を確立していき、当院のリハ体制は大きく変わった。

OT7名体制から現在、OTは39名が在籍し、病棟訓練の実施も行いながら1日に30名程度のOTがOT室を利用している。スタッフも患者も賑わいながらOT室での訓練を行い、時には隣にいる人同士が声をかけ合って談笑している姿も見られる。

OT室のあちこちには患者が作り上げた作品や見本のActivityを飾ることで、自分で作った作品を他者からの声かけや賞賛により、より一層訓練に意欲的になれる人もおり、ほかの患者が作品を見ることで会話を広げ、その人の興味や関心を

引き出す機会にもなる。そこでは疾患別の個別リハを提供しているが、空間や物を通してほかの患者と時間を共有し、小集団で関わる機会でもある。

また患者の作成した自助具を用いて訓練を行うことや作成していただいた本棚などを活用することで、作り上げた達成感と共に、誰かにしてもらう受け身のなりハではなく、患者自身も自分が行うことへの意味や役割に気づく機会にもなり得る。

そういった作業活動に重きを置く中で、近年ではリハロボット導入にも取り組んでおり、作業療法における従来の作業・工芸活動・ADL/IADL動作を中心に配置された設備の中、研究協力機関として上肢訓練用ロボット（reogo-J）の導入、HONDA ドライビングシミュレータ、富士ソフトのコミュニケーションロボット（PALRO）、テクノツール（株）の生活支援機器（MOMO）などを配置することで、従来の作業療法と最新機器をミックスさせ、作業療法の視点を広げる工夫をしている。一方でOTスタッフが増員され、狭まったOT室の中に物品や機器が所せましと置かれている環境を、どう整理するかということも今後の課題と考える。

次に当院OT室を①昇降式の浴室・台所や和室などを用いたADL室、②革細工や木工を行う工作室、③作業テーブル中心にActivityを行う作業スペース、④昇降テーブルを中心とした上肢の機能的訓練を行う機能訓練スペースと空間を大きく4つに配置分けし、紹介させていただく（図1）。

未来の作業療法☆設計図

4

可能性にあふれた“No Role No Life” な社会をつくる未来デザイン

鎌田 大啓

(株式会社 TRAPE (トラビ), 作業療法士)

はじめに

令和の時代が幕を開けた。令和時代は「少子高齢化」「テクノロジーの進化」など日本社会が未だかつて経験したことがない大きな変化のフェーズに突入する。そんな課題先進国といわれる日本を可能性にあふれ、私たちの子ども世代が希望を持って生きたくなる日本をつくるのが私たち世代の使命だと勝手に位置づけている。このようなパラダイムシフト前提の時代に対応するためには①1人の well-being (よりよく生きる) を追求する、②その結果生まれる「多様性があり何かしら役割のあるライフスタイル」を創出する、③それらが必然的に生み出される小さなコミュニティをつくる、というシンプルな物事の源泉を再設計(リ・デザイン)することが重要になる。今回、そんな目指す社会をつくるため現在トライ真っ最中の私の取り組みを通して、日本の可能性を生み出す1つの視点を皆さんと共有したい。

I. 社会の変化を捉える

今まで日本は人口ボーナス期(人口増加期)であり、この期間に急速な製造業中心のビジネスモデルで高度経済成長を成し得た。それらを支えたのが長時間労働・終身雇用・年功序列・定年制度であり、その土台となったのは young supporting old (=多くの若い人が少数の高齢者を支える) を軸とした社会保障のシステム(医療保険、介護保険を含む)であった。しかし、現在日本は人口オーナス期(人口減少期)であり、サービス業中心のビジネスモデルとなった APU 学長の出口氏¹⁾は「人口オーナス期は社会保障費などの負担が重くのしかかる。人口の減少分を補うべく労働生産性を向上させなければ成長はありえない」といっている。成長がなければ私たちの子ども世代が希望を持って生きたくなる日本をつくることはできない。そのためにも今までの働き方を見直し、人が生きる土台となる社会保障システムを all supporting all (=みんなで社会を支える) を軸としたもの

責任者はつらいよ、
でも楽しいよ

9

管理職として踏み出せなかった
私が、一步前進できた転換点

私の職場紹介

管理職としての私の至らなさをお話する前に、まずは簡単に所属事業所の紹介から。高知県高知市に平成の大合併で最後に仲間入りした春野町は、清流仁淀川の恩恵を受ける農業が盛んな地域である。2007年12月、その春野町に高知県産木材をふんだんに使用した全館木造の医療機関「リハビリテーション病院 すこやかな杜」が産声をあげた。ここが私の職場である(図1)。

脳神経外科が核となる診療所を母体とし、急性期病院、介護老人保健施設など複数の医療介護の事業でグループが形成されている。すこやかな杜は、このグループに属す回復期病院だ。60床という小さな規模だが、病棟は20床ごと3棟に分かれている。現在、私が管理責任者として担当しているリハビリテーション科では、先に述べた病棟リハビリをはじめ外来、訪問、通所の生活期リハビリも実践しており、約70名のスタッフが所属している。

管理職誕生!

2012年5月初旬、その時は突然訪れた。当時の私の上司から「今月途中だけれども、大丈夫で



図1◆リハビリテーション病院すこやかな杜正面玄関

しょう?」との確認らしき言葉とにやけた表情。「何のお話でしょうか?」ととっさに口をついて出た私の精一杯のリアクション。このやりとりが、事実上のリハビリテーション科科長の辞令であった。こんなに簡単にバトンが回ってくるものなのかと、とまどいを隠せない私は、「青天の霹靂」なるものを体感していた。

私の所属病院を含むグループは、大小さまざまな医療機関と介護事業所などで形成され、それぞれの場所にセラピストが配置されていた。グループ内の事業形成ということもあり、セラピストには事業所間の異動があり、急性期、回復期、生活期などの病時期を経験できる仕組みがあった。わ

甦るヒストリー ——再掘作業療法

私のたどった細道③

広い野原へ

浅海 捷司

■在職した職場

国立武蔵療養所 東京都東村山福祉園
社会福祉法人かがやき会就労センター “街”
日本医療科学大学

井の中から飛び出して

武蔵療養所に就職し、印刷作業班やクラブ活動、行事など生活療法の中での療養者との出会いの日々になじみ始めた1962年暮だったと思う。所内の掲示板に「新しい医療のパイオニアの養成」との清瀬リハビリテーション学院開校のポスターを見た。これからはポスターにあるOTの名で仕事をするようになるのかと新たな時代の到来を感じた。働きながら学ぶコースもあればと学院に聞きに行ったが、その道はなかった。ちなみに夜間コースをもつ養成校“社会医学技術学院”が開校したのは1968年である。

作業指導員や私など生活療法専任職員は、そういう周辺の動きも知らないままにいたのであった。そればかりか、ほかの病院での作業療法の実際や担当者との交流もなく、“井の中の蛙大海を知らず”という状態であった。

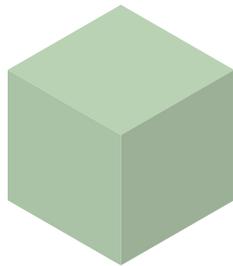
「生活療法専任者の集い」——それは就職して4

年ほどした1964年、病院精神医学懇話会¹⁾会場で参加者に呼びかけた集まりである。その場に集まった人たちで、1965年1月、松沢病院のピネルの精神病患者解放図の掲げられた会議室で「精神科オキュベイショナルセラピー協会」発会式を行った。この会は後に「精神科作業療法協会(POTA)」²⁾と改称、作業療法の実践者のほか関心をもつさまざまな背景の人々が集う場であった。しかし作業療法点数化以降、この世界の担い手は作業療法士に置き換えられるようになり、今日では当初のゆるやかな会員資格を残してはいるものの作業療法士が大半を占めるようになっている。同じ頃日本作業療法士協会設立。

こうして井の中から出て広い野原に身をおくこととなり、各地の仲間たちと出会い、先人たちの足跡を知り、実践をはじめ新たな理論や方法論なども紹介し合い、実践課題を語り合うようになった。同時に精神医療をめぐるさまざまな問題とも出会うことになったのである。

精神病院と作業療法の歴史、精神病患者の歴史も

OTとして 私が 大切にしていること



3つの探求

アール医療福祉専門学校，作業療法士

中村 茂美

OTとして私が大切にしていることは3つある。①「意味ある活動」として参加を探求すること。参加を探求することは、「意味ある活動」をより明確に具現化することが可能である。また参加の探求は対象者の生きがい観を高めることになる。

②対象者の潜在能力を探求すること。社会学者の鶴見和子氏はリハビリテーションを受けた心情を短歌で表現している。氏は埋蔵資源を発掘し新たな自分を目指した。このように感じてもらえる作業療法でありたい。

③作業療法の科学的根拠を見つける努力である。ストレスが身体に及ぼしている影響や、さまざまな活動が精神機能に与える影響を生理学的に解釈することが可能である。作業療法が対応する生活を科学として探求していきたい。

OT 「意味ある活動」として参加を探求する

日本作業療法士協会では、2008年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）を基盤に、国民にわかりやすく地域包括ケアに貢献できる作業療法の形を示すために、生活行為向上マネジメント（Management tool for daily life performance：MTDLP）を開発した¹⁾。

MTDLPは、対象者の24時間365日をイメージしつつ、本人のしたい生活行為に行動計画の焦点をあてている。いわゆる本人にとっての「意味ある活動」である。このMTDLPの普及により、作業療法は地域で多職種から求められる存在になりつつあると感じている。しかし、アセスメントシートは活動と参加が一緒であり、参加に対して深く言及されていないことがしばしば見受けられる。

人が求めているものは、生きているという感情であり、これを「生きがい」と表現している。他の人のために役に立ち、社会的に責任を果たし、