

チェックテスト 解答

3章 治療学

1 治療構造 (p.156)

①

回復への意思に働きかけ、援助していく過程。
治療過程は担当した時点から始まる。

②

作業療法の理論化、客観化が難しいため。

③

対象者の「全体像」と「短期目標」から、治療構造を作る。

④

時間（時間・頻度・期間）、作業療法を行う場所、治療的態度、作業活動、集団で行うか、個人で行うかを設定する。

⑤

安心感の提供、異常体験への対応、心理的距離を保つ、ときには自閉の保障、退院支援の心得

⑥

医師としての分別、受動性、傾聴、心理的距離を置く、分析の隠れ身

⑦

順応的態度、肯定・許容的態度

⑧

育成的態度

⑨

自己一致、肯定的配慮、共感的理解

⑩

時期を失せず、具体的、同じ働きかけの繰り返し

⑪

よいレポート作り、受容、許容的雰囲気、共感的理解、潜在力（自然治癒力）、非指示的

⑫

現実検討、精神機能の改善、対人関係、自己評価、自尊心、自己満足、自信、病的行動の阻止など

⑬

音楽、編み物、絵画、書道、軽いスポーツ、外出・散歩、園芸、紙細工、ビーズ手芸、縫い物、囲碁・将棋・オセロなど

⑭

集団の大きさ、対象の選択、場所、担当者の数

⑮

グループの特徴の違い、交流の違い、参加しやすさの違いなどがある。

⑯

集団維持機能（母性的）、目標達成機能（父性的）

⑰

場面設定、グループへの信頼、個人の心理的安全、「今ここで」の重視など

⑱

よくなるという希望、問題を分かち合う、情報を得る、家族関係の修正再体験、社会適応技術の学習、行動の模倣など（ヤーロムによる）

⑲

集団無視、集団拒否、個人依存、集団順応など

⑳

対象者の身体能力、対人関係能力、課題遂行能力など作業活動に必要な能力

㉑

治療目標に沿って設定する。目標を達成できるように設定する。

㉒

治療態度そのものにより時間・頻度の設定は変わる。また、治療者が治療に提供できる時間やエネルギーの量も関係する。

②③
課題の達成時間，身体的，精神的エネルギーの量や疲労などにより影響を受ける。

②④
例えば，作業療法が病棟から離れた場所で行われていれば日常からの影響を排除しやすい。病棟内とは異なる独自の治療空間を作りやすくなる。

②⑤
皆が一緒にそろって同じ活動をすることも重要であるが，個人的な行動，発言を重視し育てるような場作りも必要。

②⑥
治療者の数，設備や備品の配置，侵入的な物音も対象者にさまざまな影響を与える。

2 治療・援助の場 (p.174)

①
統合失調症が多く，気分（感情）障害，器質性精神障害（認知症）などが主である。そのほか，精神遅滞・知的障害，アルコール依存症，神経症性障害など，さまざまな精神疾患が対象となる。

②
疾患の特徴や回復過程，対象者個々のニーズを考慮する。

③
できるだけ多くの患者のニーズに合わせられるように多様なプログラムを編成する。

④
対象者は精神疾患を有する患者で，回復期前期から維持期まで多様である。精神科デイ・ケアの集団活動が苦手な患者も対象となる。

⑤
生活リズム作りや身の置きどころの確保を目的としたプログラム，人のなかに身を置く練

習，服薬や病気との付き合い方などの心理教育プログラム

⑥
精神科医師，看護師，精神保健福祉士，公認心理師など

⑦
生活リズム維持，再入院・再発予防，集団に慣れる，家族の負担減，服薬，金銭管理，就学・就労支援，心理教育プログラム参加，福祉的ステップへの移行など

⑧
活動において，協力しあったり話し合いをもったりするなど，グループワークの要素を入れる。

⑨
入院医療中心の歴史的背景により社会生活機能が低下した患者，病状は安定しているが，受け皿がないなどの社会的理由を抱えている患者，病状が重度な患者，高齢化などにより身体障害などの合併症をもつ患者

⑩
退院支援相談員

⑪
精神症状および行動異常が特に著しい重度の認知症患者である。

⑫
入院患者の生活機能回復のための訓練および指導を，生活機能回復訓練室などにおいて，患者1人当たり1日4時間，週5回行う

⑬
1.地域住民の精神的健康の保持促進，2.精神障害の予防，3.精神科医療の推進・社会復帰の促進，4.自立および社会経済活動参加支援，5.技術指導および技術援助，6.関連機関の連携の促進

⑭ 法外施設としてスタートしたが、現在は障害者総合支援法内の施設に移行している。

⑮ 福祉的就労の場、仲間と集う場、経験を広げる場、生きがいの場など

⑯ 必要性を痛感した患者の家族や関係者が作ったのが始まりである。

⑰ 世話人（専門スタッフ）の支援を得ながら、少人数で一般の住宅を借りて共同生活する。

⑱ 介護保険法では認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護が、障害者総合支援法では共同生活援助が該当。

⑲ 介護サービス包括型と外部サービス利用型

3 疾患別作業療法 (p.267)

① 枠にはまった繰り返しの多い活動

② 短時間で行える興味のある活動

③ 短時間で仕上がり、巧緻性を必要としない活動

④ 現実的な形に残る活動

⑤ 体力、気力を必要としない活動

⑥ 無目的、無駄な動きから1つの結果が生まれるような活動

⑦ 症状性および器質性精神障害は外因性によ

る。症状性精神障害は、感染症、膠原病、代謝・内分泌疾患などによって現れる。器質性精神障害は、頭部外傷、脳腫瘍、脳血管障害、脳炎などによって引き起こされる。

⑧ 急性期ではせん妄やもうろう状態、亜急性期には抑うつ状態や軽躁状態などを一過性に示す通過症候群を呈する。慢性期の症状性精神障害では可逆性の認知症や欠陥状態、慢性期の器質性精神障害では認知症や気分障害、人格変化などを示す。

⑨ 認知障害、気分障害、人格変化、家庭復帰といった症状・目的別に作業療法を行う。

⑩ 抵抗ができないほど使用したいと思わせる物質で、アルコール、アヘン類、大麻類、鎮静薬あるいは睡眠薬、コカイン、カフェインを含むその他の精神刺激薬、幻覚剤、たばこ、揮発性溶剤などのことをいう。

⑪ 1.身体依存：薬物の使用をやめたときに身体的障害が起こること。この身体症状を禁断症状あるいは離脱症状という。

2.精神依存：快楽や、不快を避けるために薬物使用を求める精神的衝動

3.耐性：依存性薬物の多くは連続使用によりその薬物の効果が減少してくる。そのため、以前と同じ効果を得るために、使用量を増やしていかなければならないと感じる状態のことをいう。

⑫ 離脱症状(発汗、嘔吐、不眠、イライラ、焦燥、妄想、振戦、せん妄、痙攣など)

⑬ 疾患教育などの心理教育など

- ⑭ AA や断酒会などの自助グループへの継続参加と、同じように断酒生活をしていこうとする仲間
- ⑮ 種々の作業の利用は、対象者にとって現実世界とのかかわりをもたらすことができるため、有効である。ただし、作業を強要することは避けねばならない。
- ⑯ 患者は、自我境界、すなわち自分と外の世界の他者との境界がはっきりしなくなっている場合が多い。これが、被害・関係妄想や自我意識の障害などを引き起こす原因になっていると考えられるので、作業療法士は、極力患者の安全保障感を脅かさないうなかかわりと、場面運営に心がけるべきである。
- ⑰ 最初は、並行集団（パラレルな集団）から開始する。並行集団は、対象者とそれ以外の他者、そして作業療法士が同時に1つの場所に集まってはいるものの、それぞれが別々の作業を行っており、対象者の対人交流は、作業療法士以外とは基本的に起こらない。そのため、他者に対して常に脅威を感じている対象者があまり無理をせずに作業に取り組む場面を設定することが可能となる。
- ⑱ いくら非現実的、荒唐無稽な妄想内容であったとしても、作業療法士は決して軽くあしらうようなことをせず、よく傾聴すべきである。また、妄想内容について「そんなことはあり得ない」「それは不合理である」などといった反応をしたり、議論をしたりしてはいけない。さらに、対象者が自ら妄想内容を語ろうとしないときには、その内容を聞き出すことは原則として行ってはいけない。なぜなら、医源性2次障害として病状の悪化を招く可能性が高いからである。
- ⑲ 極端で病的に感情がシフトする状態
- ⑳ うつ病と躁病、また単極型と双極型がある。
- ㉑ 遺伝的素因と環境要因の複合
- ㉒ 循環気質（社交的・柔和・陽気・親切）
- ㉓ 執着気質やメラニコリー親和型性格とよばれる仕事熱心、正直、几帳面、完全主義などといった性格
- ㉔ 抑うつ気分、悲哀感、絶望感、自責感
- ㉕ 意欲低下、口数が減る、動作緩慢、不眠、早朝覚醒、食欲・性欲減退
- ㉖ 光療法
- ㉗ 爽快気分、無遠慮、易怒的、誇大妄想的
- ㉘ 楽天的、注意散漫、不眠不休で動き回るなど
- ㉙ 症状の抑制、ゆとりの回復、認識の歪み調整、適応力の向上
- ㉚ 休養の保証。安易な励まし、称賛を回避し、本人のペースを尊重する。
- ㉛ 活動性の向上、認知の歪み調整、ストレス対処法の習得

- ③② 失敗感がなく、未体験の非競争的で工程が明確な作業
- ③③ ルールの明確化、非難・注意回避
- ③④ プロセス評価、対人関係再学習、役割の遂行、認知の修正
- ③⑤ 短時間で出来栄えよく完成できる、工程が明確な作業
- ③⑥ イミプラミンなどの三還系抗うつ薬、SSRI、SNRI
- ③⑦ 炭酸リチウム・カルバマゼピンなどの抗躁薬
- ③⑧ 解離性障害
- ③⑨ 転換性障害、身体表現性障害
- ④⑩ 不安障害、パニック障害、社会恐怖、強迫性障害、ストレス関連障害
- ④⑪ 急性ストレス障害、PTSD、適応障害
- ④⑫ CBT
- ④⑬ 解離性健忘、解離性遁走（フーグ）、解離性昏迷、離人症、解離性同一性障害
- ④⑭ 疾病逃避、疾病利得
- ④⑮ 病気になることで当面の困難から逃れること
- ④⑯ 病気になることで依存対象からの関心を得ること
- ④⑰ こと
- ④⑱ 運動障害（全身麻痺、失立失歩、失声など）、痙攣発作（強直痙攣）、知覚障害（喉元へピンポン玉のようなものがこみ上げてくると感じるヒステリー球、爪を立てられるような頭痛）、視力障害（視野狭窄やヒステリー盲といわれる視力消失）など
- ④⑲ まず身体症状へのケアを優先し、また身体症状へ意識を向け過ぎないような配慮が重要
- ④⑳ 拒食や過食を伴う食行動の異常
- ⑤① 母子関係の葛藤、成熟拒否、完全主義、自己否定、疾病利得
- ⑤② BMI17.5以下、病識欠如、肥満への恐怖、無月経
- ⑤③ むちゃ食い、不適切な代償行為の持続、肥満への恐怖
- ⑤④ 自己誘発嘔吐、絶食、過激な運動、薬物乱用など
- ⑤⑤ 限界設定を明確にした受容的・共感的態度。混乱を客観的に提示
- ⑤⑥ 楽しい構成的作業。限界設定を明確にし、受容的態度で関係作りを行う。
- ⑤⑦ 投影的作業。混乱を客観的に提示するかかわり
- ⑤⑧ 自殺、窃盗など問題行動への対処。関係者の

連携が大切である。

⑤⑧

境界性パーソナリティ障害

⑤⑨

発達上の問題としては、「母子関係」において分離の課題がクリアできておらず、見捨てられ不安の強さが症状と関連しているとされる。神経生理学上の問題としては、「セロトニン分泌低下」との強い関連が指摘されている。

⑥⑩

見捨てられ不安、慢性的な空虚感、不安定な自己像、感情の不安定性、不安定な対人関係、行動化、対人操作、重篤な解離症状

⑥⑪

依存欲求の適応的充足、衝動の適応的発散、達成感と有能感の獲得、対人関係の改善、感情のコントロール、生活習慣を整える

⑥⑫

活動の利用、集団の利用、参加のルール、治療者の態度、禁忌

⑥⑬

IQ60程度、出現頻度85%、年齢9~12歳

⑥⑭

低下する

⑥⑮

称賛しながら指示的態度で接し、動機付ける

⑥⑯

相互的社会関係の質的障害、コミュニケーションの質的障害、限局した反復行動

⑥⑰

知能正常で言葉の遅れがない自閉症

⑥⑱

治療教育：行動療法、認知行動療法、認知発達療法、感覚統合療法、TEACCHプログラムなど

⑥⑲

積極的な働きかけ、適切な教材の系統化、ほどよい環境の構造化、適応行動の獲得、理解力と自己統制力、代替行動の教示など

⑦⑩

主語・述語などを省略しない完全な言葉で言う、肯定的な表現で伝える、子供の気持ちの共感と代弁をする、絵・図（視覚的情報）などを用いて子供の状況理解を支援するなど

⑦⑪

行動の言語化、適切な代替行動の習得

⑦⑫

極端な不注意、過活動（多動）、衝動性が現れる。

⑦⑬

知的水準にそぐわない学力の低下

⑦⑭

以前は同一視されていた。現在は、区別されている。

⑦⑮

1.学習支援、2.発達支援、3.破壊的行動への対応・情緒の安定化

⑦⑯

問題行動を強化・発展させず、情緒の安定を図ること

⑦⑰

大脳神経細胞の過剰な電気活動（放電）、器質性の頭部外傷や脳血管障害など

⑦⑱

精神的緊張、光刺激、睡眠不足、過呼吸など

⑦⑲

てんかん発作とてんかんに伴う精神病症状やパーソナリティの障害、知的障害といった持続的精神障害など

⑧⑩

部分発作と全般発作

⑧1

単純部分発作と複雑部分発作

⑧2

単純部分発作

⑧3

欠伸発作，ミオクロニー発作，強直発作，間代発作，強直・間代発作，脱力発作

⑧4

ミオクロニー発作

⑧5

ウェスト症候群

⑧6

薬物療法

⑧7

発作時のけが防止のための安全な作業環境

⑧8

認知症の進行を抑制し，生活水準を保つこと。

⑧9

認知症を抱えた人が，尊厳を保たれながら自信と誇りをもって住み慣れた地域でその人らしく生活すること。

⑨0

日常生活の様子から，生活障害がどのような状況か把握する。

⑨1

治療介入効果の検討など，しっかりとした目的をもつべきであり，目的なく「簡単だし，形式的に必要なだからとりあえずやる」という安易な発想での実施は避ける。

⑨2

認知症患者にみられる知覚，思考内容，気分または行動障害の症状

⑨3

生活歴・作業歴・人生史・最近の1日の生活などを聞くことにより，その人がどう生きてきたか，どう過ごしているかを把握する。

⑨4

COPM，興味関心チェックリスト，ADOC，絵カード評価法など

⑨5

短く，はっきりと，わかりやすい言葉を選択することを意識する。ジェスチャーや表情，アイコンタクトも活用し，話を聞くときは否定しない。